

वर्तमान समय में कुपोषण को रोकने में महिला शिक्षा की भूमिका पर एक अध्ययन

Manoj Kumar^{1*}, Dr. Sanjay Kumar Verma²

¹ Research Scholar, Sai Nath University, Ranchi

² Associate Professor, Dept. of Education, Sai Nath University, Ranchi

सार - कुपोषण एक गंभीर वैश्विक स्वास्थ्य मुद्दा बना हुआ है, जो लाखों लोगों को प्रभावित कर रहा है, खासकर निम्न और मध्यम आय वाले देशों में। यह अध्ययन समकालीन समाज में कुपोषण को संबोधित करने और नियंत्रित करने में महिला शिक्षा की महत्वपूर्ण भूमिका की जांच करता है। शिक्षा, विशेषकर महिला शिक्षा को लंबे समय से सकारात्मक सामाजिक और स्वास्थ्य परिणामों के एक शक्तिशाली चालक के रूप में मान्यता दी गई है, और कुपोषण को कम करने में इसका योगदान अत्यंत महत्वपूर्ण है। महिलाओं की शिक्षा और कुपोषण दर के बीच संबंधों का आकलन करने के लिए घरेलू सर्वेक्षण, पोषण मूल्यांकन और शैक्षिक रिकॉर्ड सहित विभिन्न स्रोतों से डेटा का विश्लेषण किया जाता है। इसके अतिरिक्त, महिलाओं, सामुदायिक नेताओं और स्वास्थ्य देखभाल पेशेवरों के साथ केस अध्ययन और साक्षात्कार कुपोषण की रोकथाम पर शिक्षा के बहुमुखी प्रभाव में मूल्यवान अंतर्दृष्टि प्रदान करते हैं।

कीवर्ड - वर्तमान समय, कुपोषण, महिला शिक्षा, भूमिका

X

1. परिचय

भारत में कुपोषण का एक प्रमुख कारण आर्थिक असमानता है। आबादी के कुछ हिस्सों की निम्न आर्थिक स्थिति के कारण, उनके आहार में अक्सर गुणवत्ता और मात्रा दोनों का अभाव होता है। कुपोषित महिलाओं के स्वस्थ बच्चे पैदा करने की संभावना कम होती है। पोषण की कमी व्यक्तियों और समाज दोनों को दीर्घकालिक नुकसान पहुंचाती है।[1] अपने बेहतर खिलाए साथियों की तुलना में, पोषण की कमी वाले व्यक्तियों में निमोनिया और तपेदिक जैसे संक्रामक रोग होने की संभावना अधिक होती है, जिससे मृत्यु दर अधिक होती है। इसके अलावा, पोषण की कमी वाले व्यक्ति काम पर कम उत्पादक होते हैं। कम उत्पादकता न केवल उन्हें कम वेतन देती है जो उन्हें कुपोषण के दुष्चक्र में फँसाती है बल्कि समाज में अक्षमता भी लाती है, विशेष रूप से भारत में जहाँ आर्थिक उत्पादन के लिए श्रम एक प्रमुख इनपुट कारक है।[2] दूसरी ओर, अति-पोषण के भी गंभीर परिणाम होते हैं। भारत में 2010 में राष्ट्रीय मोटापे की दर महिलाओं के लिए 14% और पुरुषों के लिए 18% थी, कुछ शहरी क्षेत्रों में यह दर 40% तक थी। मोटापा कई गैर-संचारी रोगों जैसे

हृदय रोग, मधुमेह, कैंसर और पुरानी सांस की बीमारियों का कारण बनता है।[3-4]

मानव विकास के लिए पर्याप्त पोषण आवश्यक है। कुपोषण में अल्पपोषण के साथ-साथ अतिपोषण दोनों शामिल हैं और ऊर्जा, प्रोटीन, और अन्य पोषक तत्वों के सेवन में कमी, अधिकता या असंतुलन को संदर्भित करता है।[5] अच्छे स्वास्थ्य के लाभ न केवल व्यक्तिगत स्तर पर देखे जाते हैं बल्कि समाज और देश स्तर पर भी देखे जाते हैं। किसी व्यक्ति का स्वास्थ्य सामाजिक कारकों, आर्थिक कारकों, आहार संबंधी कारकों, जीवन शैली से संबंधित कारकों, पर्यावरणीय कारकों, सरकारी नीतियों, राजनीतिक प्रतिबद्धता आदि जैसे विभिन्न कारकों की परस्पर क्रिया से निर्धारित होता है। किसी व्यक्ति के स्वास्थ्य की नींव प्रारंभिक अवस्था में रखी जाती है।[6] जीवन का चरण। यह एक सर्वविदित तथ्य है कि कुछ विकासशील देशों में, भारत उनमें से एक है, कम आयु के लगभग आधे बच्चे हर साल खराब पोषण के कारण मृत्यु का शिकार हो जाते हैं। गरीबों के लिए इलाज का खर्च वहन करना काफी मुश्किल होता है, खासतौर पर अचानक जेब से होने वाला

खर्च। एक समृद्ध समाज के व्यक्तियों के बीच एक भिन्न प्रवृत्ति देखी जाती है। बैठने की आदतों के साथ अस्वास्थ्यकर खान-पान की आदतों के कारण उनमें वजन बढ़ जाता है। स्वास्थ्य विशेषज्ञ इन स्थितियों को कुपोषण कहते हैं। विडंबना यह है कि भारत दुनिया का दूसरा सबसे बड़ा खाद्य उत्पादक है और फिर भी दुनिया में बड़ी संख्या में कुपोषित बच्चों का घर भी है।[7]

2. साहित्य की समीक्षा

आजाद, के.एम. (2020) मानव पूंजी सिद्धांत इस बात पर जोर देता है कि आर्थिक रूप से उत्पादक मानव पूंजी के संज्ञानात्मक स्टॉक के स्तर को बढ़ाकर, अच्छा स्वास्थ्य श्रमिकों द्वारा उत्पादकता और काम की दक्षता को कैसे बढ़ाता है, जो मानव में जन्मजात क्षमताओं और निवेश का एक उत्पाद है। मानव पूंजी सिद्धांत स्वास्थ्य अर्थशास्त्र में सबसे प्रभावशाली आर्थिक सिद्धांत है, जो 1960 के दशक की शुरुआत से सरकारी नीतियों की रूपरेखा तैयार करता है। इसे तेजी से आर्थिक प्रदर्शन के प्रमुख निर्धारक के रूप में देखा जा रहा है, आर्थिक नीति का निर्धारण करने में एक महत्वपूर्ण रणनीति व्यक्तियों की अवधारणा को मानव पूंजी और तकनीकी परिवर्तन, अनुसंधान, स्वास्थ्य नवाचार, शिक्षा, उत्पादकता और प्रतिस्पर्धात्मकता जैसे विभिन्न आर्थिक रूपकों के रूप में नियोजित करना रहा है। मानव विकास के मामले में किसी भी राष्ट्र की सफलता काफी हद तक भौतिक और मानव पूंजी स्टॉक पर निर्भर करती है।

बकेटिंग, एल.एस., (2019) गर्भावस्था और स्तनपान के संदर्भ में इन पोषण संबंधी समस्याओं पर ध्यान दिया गया है। शरीर के अपर्याप्त भंडार, आहार की कमी के सेवन और जन्म के परिणामों, जन्म के वजन और शिशु के जीवित रहने के लिए परिणामी कम गर्भावस्था के वजन के परिणाम स्थापित होते हैं। तीसरी दुनिया की महिलाओं के बीच उच्च प्रजनन क्षमता के कारण मातृ कमी को अच्छी तरह से पहचाना गया है, और इसके परिणामस्वरूप कम विकसित देशों की उच्च मातृ मृत्यु दर बड़ी चिंता का विषय है। हालाँकि, महिलाओं की सामान्य भलाई और आर्थिक और सामाजिक विकास में उनकी भागीदारी के संदर्भ में इन समान पोषण संबंधी समस्याओं पर कम ध्यान दिया गया है। खाद्य और पोषण बुलेटिन के इस अंक के पेपर इस महत्वपूर्ण क्षेत्र पर ध्यान केंद्रित करते हैं।

बंधोपाध्याय, एस., (2018) सतिंदर बजाज के अनुसार घरेलू पोषण सुरक्षा यह आश्वासन है कि परिवार को अपने व्यक्तिगत सदस्यों की आवश्यकताओं के अनुरूप भोजन और

स्वास्थ्य देखभाल प्राप्त होगी। आबादी के कमजोर वर्ग में जो गरीबी रेखा से नीचे हैं (भारत में 38.7%), महिलाएं बच्चों की देखभाल और खाद्य प्रसंस्करण में एक केंद्रीय भूमिका निभाती हैं, तब भी जब उनकी आर्थिक भूमिकाओं के लिए व्यापक समय और शारीरिक ऊर्जा की आवश्यकता होती है। महिलाओं के विकास के किसी भी नए प्रयास को अपना समय और ऊर्जा अन्य गतिविधियों से हटाना चाहिए। परिवारों के लिए पोषण सुरक्षा के नीतिगत निहितार्थों के मूल में महिलाओं का सशक्तिकरण है ताकि वे उस दुष्चक्र को तोड़ सकें जिसमें वे खुद को पाती हैं। सांस्कृतिक और आर्थिक संघर्षों के ढांचे के भीतर समय, ऊर्जा और आय के सीमित संसाधनों ने भारत सहित कई देशों में महिला विकास कार्यक्रमों को अप्रभावी बना दिया है।

बनर्जी, बी. (2017) सामाजिक संदर्भ किसी भी सामाजिक विश्लेषण के लिए एक महत्वपूर्ण प्रारंभिक बिंदु समग्र सामाजिक और आर्थिक संदर्भ है जिसमें प्रजनन स्वास्थ्य का अनुभव होता है। ऐसे किसी भी विश्लेषण में प्रमुख तत्व गरीबी, मानव विकास और सामाजिक बहिष्कार की प्रकृति और गतिशीलता हैं। गरीबी विश्लेषण: गरीबी का विश्लेषण इस विचार से शुरू होना चाहिए कि गरीबी को राष्ट्रीय क्षेत्रीय नीति वक्तव्यों में कैसे परिभाषित किया गया है, उदा। प्रति व्यक्ति आय, आय का वितरण और संसाधनों तक पहुंच के आधार पर। इसके बाद भौगोलिक क्षेत्र, लिंग, जातीयता, मौसमी, आदि द्वारा गरीबी के स्तर में भिन्नता का विश्लेषण किया जाना चाहिए; शिशु मृत्यु दर और एचआईवी के प्रसार जैसे प्रमुख स्वास्थ्य संकेतकों में गरीबी कैसे परिलक्षित होती है; और अंत में, कौन से समूह सबसे अधिक वंचित हैं या उनमें सबसे अधिक गरीबी है, उदा. जातीय समूह, ग्रामीण महिलाएं, खेतिहर मजदूर।

बेहरमन, जे.आर., (2016) मानव विकास संकेतक: संयुक्त राष्ट्र विकास कार्यक्रम द्वारा विकसित मानव विकास सूचकांक (एचडीआई), गरीबी के आय-आधारित उपायों का एक विकल्प है, यह मान्यता है कि विकास केवल बढ़ती आय के स्तर का उत्पाद नहीं है। एचडीआई राष्ट्रीय संकेतकों का उपयोग करता है, जैसे जीवन-प्रत्याशा, शिशु मृत्यु दर, मातृ मृत्यु दर, और बुनियादी शिक्षा और बुनियादी कल्याण संसाधनों तक पहुंच। कई देशों में, विशेष रूप से पूर्वी और दक्षिणी अफ्रीका में, एचआईवी/एड्स को पिछले कुछ दशकों में एचडीआई में प्राप्त लाभ के लिए सबसे बड़े खतरे के रूप में पहचाना गया है। एक सामाजिक विश्लेषण में मानव विकास

संकेतकों की चर्चा शामिल होनी चाहिए, जिसमें राष्ट्रीय एचडीआई में रुझान, एचडीआई में असमानता (क्षेत्र, लिंग और जातीयता), एचडीआई में सुधार पर बाधाएं, और एचआईवी/एड्स के प्रभाव/संभावित प्रभाव का अनुमान शामिल है।

3. कार्यप्रणाली

प्रायोगिक अध्ययन नालंदा के मातृत्व छाया अस्पताल में किया गया था। चिकित्सा अधिकारी ने लिखित स्वीकृति प्रदान की, जो प्राप्त हो गई। एक सप्ताह के लिए, प्रायोगिक अनुसंधान किया गया। नमूने एक गैर-संभावना सुविधाजनक नमूनाकरण दृष्टिकोण का उपयोग करके चुने गए थे। नमूनों को अध्ययन के लक्ष्य के बारे में बताया गया। नमूने में बच्चों वाली 10 माताएं थीं। प्रत्येक नमूने के लिए, ज्ञान और अभ्यास का मूल्यांकन करने के लिए एक संरचित साक्षात्कार अनुसूची का उपयोग किया गया था, और दृष्टिकोण का मूल्यांकन करने के लिए पांच-बिंदु लिफ्ट स्केल का उपयोग किया गया था। हर दिन 1-2 सैपल लेकर पूछताछ की जाती थी। डेटा एकत्र करने के बाद एक स्व-शैक्षणिक मॉड्यूल प्रदान किया गया। प्रायोगिक शोध के परिणामों ने संकेत दिया कि औसत ज्ञान स्कोर 19.1 (एसडी 4.53) था, औसत रवैया स्कोर 72.7 (एसडी 6.79) था, और औसत अभ्यास स्कोर 8.8 (एसडी 2.69) था। डेटा का वर्णनात्मक और अनुमानित आंकड़ों का उपयोग करके विश्लेषण किया गया था। ज्ञान और दृष्टिकोण सहसंबद्ध हैं (आर = 0.98)। प्राथमिक जांच की जा सकती है क्योंकि यह संभव और व्यावहारिक दोनों हैं।

4. परिणाम

एकत्र किए गए डेटा की गणना, सारणीकरण और वर्णनात्मक और अनुमानित आंकड़ों का उपयोग करके व्याख्या की गई थी। निम्नलिखित शीर्षकों के तहत अध्ययन के उद्देश्यों के आधार पर डेटा का आयोजन किया गया था।

4.1 जनसांख्यिकीय चर का विवरण

तालिका 4.1: बच्चों वाली माताओं के जनसांख्यिकीय चरों की आवृत्ति और प्रतिशत वितरण

क्र.सं	जनसांख्यिकीय चर	आवृत्ति	प्रतिशत
1	आयु		
	a. 18-22 साल	23	11.5
	b. 23-27 साल	75	37.5
	c. 28-32 साल	73	36.5
	d. 33-38 साल	29	14.5
2	शिक्षा		
	a. निरक्षर	8	4.0
	b. प्राथमिक स्कूल	22	11.0
	c. उच्च विद्यालय	63	31.5
	d. स्नातक और ऊपर	107	53.5
3	पेशा		
	a. गृहिणी	112	56.0
	b. स्व नियोजित	53	26.5
	c. सरकारी कार्यरत	17	8.5
	d. कुली	18	9.0
4	परिवार का प्रकार		
	a. नामिकीय	79	39.5
	b. संयुक्त	121	60.5
5	कम आयु के बच्चों की संख्या		
	a. एक	152	76.0
	b. दो	47	23.5
	c. तीन और ऊपर	1	0.5
6	मासिक आय		
	a. ₹. 5000 और नीचे	48	24.0
	b. 5001 - 8000 रुपये	57	28.5
	c. ₹. 8001- 10,000	54	27.0
	d. ₹. 10,001 और ऊपर	41	20.5
7	धर्म		
	a. हिंदू	131	65.5
	b. मुसलमान	28	14.0
	c. ईसाई	41	20.5
	d. अन्य	0	0
8	स्वास्थ्य जानकारी का स्रोत		
	a. समाचार पत्र / पत्रिका	4	2.0
	b. रेडियो/टेलीविजन	84	42.0
	c. दोस्त/रिश्तेदार	56	28.0
	d. स्वास्थ्य पेशेवर / सामाजिक कार्यकर्ता	56	28.0
9	भोजन की खपत का प्रकार		
	a. शाकाहारी	27	13.5
	b. मांसाहारी	154	77.0
	c. अंडे खाने वाला	19	9.5

तालिका 4.1 जनसांख्यिकीय चर का विवरण दिखाती है।

आयु वर्ग के अनुसार, बच्चों वाली माताओं की आयु 18-22 वर्ष से कम 23 (11.5%), 23-27 वर्ष की 75 (37.5%), 28-32 वर्ष की 73 (36.5%) और 33-38 वर्ष की 29 (14.5%)।

शिक्षा के संबंध में, कम बच्चों वाली 8 (4.0%) माताएँ निरक्षर थीं, 22 (11.0%) के पास प्राथमिक स्कूली शिक्षा थी, 63 (31.5%) के पास हाई स्कूल की शिक्षा थी और 107 (53.5%) माताएँ स्नातक थीं।

उनके व्यवसाय के अनुसार बच्चों के साथ 112 (56.0%) माताएँ गृहिणी थीं, 53 (26.5%) माताएँ स्व-नियोजित थीं, 17 (8.5%) माताएँ सरकारी नियोजित थीं और 18 (9.0%) माताएँ कॉली थीं।

परिवार के प्रकार के संबंध में, बच्चों वाली 79 (39.5%) माताएँ एकल परिवार में रह रही थीं और अधिकांश 121 (60.5%) माताएँ संयुक्त परिवार में रह रही थीं।

कम आयु के बच्चों की संख्या के अनुसार 152 (76.0%) माताओं में से अधिकांश के पास केवल एक बच्चा था, 47 (23.5%) माताओं के 2 बच्चे थे और 1 (0.5%) मां के 3 बच्चे थे।

मासिक आय के संबंध में 48(24.0%) परिवार की मासिक आय रु. 5000 और उससे कम, 57 (28.5%) परिवार की मासिक आय 5001-8000 रुपये के बीच है, 54 (27.0%) परिवार की मासिक आय 8001- रुपये के बीच है। 10,000, 41 (20.5%) परिवार की आय रु। 10,001 और ऊपर।

उनके धर्म के अनुसार पांच से वाली अधिकांश माताएं जो हिंदू धर्म की थीं, 131 (65.5%) थीं, जो माताएँ मुस्लिम धर्म की थीं, वे 28 (14.0%) थीं और जो माताएँ ईसाई धर्म की थीं, वे 41 (20.5%) थीं।

यह पूछे जाने पर कि उन्होंने स्वास्थ्य संबंधी विषयों के बारे में कहाँ सीखा, छोटे बच्चों की 4 (2.0%) माताओं ने कहा कि पत्रिकाएँ। सर्वेक्षण में शामिल चार सौ अस्सी (42%) माताओं ने टेलीविजन देखने से कुछ सीखा; 56% ने दोस्तों से कुछ सीखा; और 56% ने स्वास्थ्य विशेषज्ञों से कुछ सीखा।

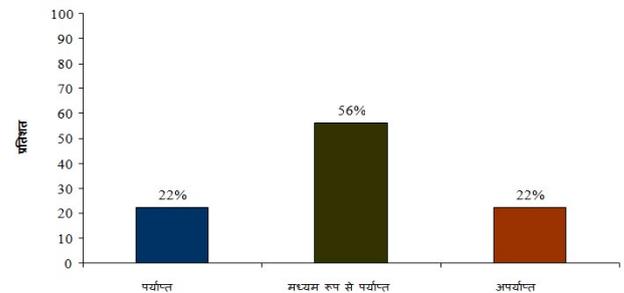
भोजन की खपत के प्रकार के संबंध में बच्चों के साथ 27 (13.5%) माताएँ शाकाहारी थीं, 154 (77.0%) माताएँ मांसाहारी थीं और 19 (9.5%) माताएँ अंडे देने वाली थीं।

4.2 ज्ञान अंक का आकलन करें

तालिका 4.2: कम उम्र के बच्चों वाली माताओं में कुपोषण की रोकथाम में आहार संबंधी ज्ञान का बारंबारता और प्रतिशत वितरण

ज्ञान का स्तर	एफ	प्रतिशत
पर्याप्त	44	22
मध्यम रूप से पर्याप्त	112	56
अपर्याप्त	44	22
कुल	200	100

तालिका 4.2 में दिखाया गया है कि 200 माताओं में कुपोषण की रोकथाम में आहार संबंधी ज्ञान है जिसमें 44 (22%) माताओं को पर्याप्त ज्ञान था, 112 (56%) माताओं को पर्याप्त ज्ञान था और 44 (22%) माताओं को अपर्याप्त ज्ञान था।



ज्ञान का स्तर

आकृति 4.1: बच्चों वाली माताओं के बीच कुपोषण की रोकथाम में आहार प्रथाओं के बारे में ज्ञान के स्तर का प्रतिशत वितरण।

क्षेत्रवार विश्लेषण

तालिका 4.3: बच्चों वाली माताओं के बीच कुपोषण की रोकथाम में आहार प्रथाओं के बारे में ज्ञान के औसत, एसडी और औसत प्रतिशत का क्षेत्रवार विश्लेषण

क्र.सं	क्षेत्रवार ज्ञान प्रश्न	अधिकतम अंक	अर्थ	मानक विचलन	माध्य प्रतिशत
1.	परिभाषा	2	1.13	0.67	56.5
2.	कारण	3	1.73	0.91	57.66
3.	स्वस्थ आहार की आदतें	5	2.41	1.00	48.2
4.	पोषक तत्वों की कमी से होने वाले रोग और पोषक तत्वों से भरपूर आहार	18	9.17	3.87	50.94
5.	निवारण	1	0.53	0.5	53
6.	जटिलताओं	1	0.31	0.46	31
	कुल	30	15.28		50.93

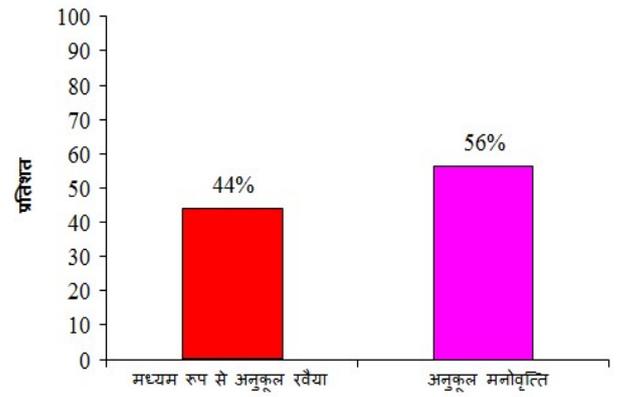
तालिका 4.3 के अनुसार, परिभाषा के क्षेत्र ने 1.13 (0.67) का औसत अंक प्राप्त किया, जो कुल अंक का 56.5% था, कारणों के क्षेत्र में 1.73 (0.91) का औसत अंक प्राप्त हुआ, जो कुल अंक का 57.66% था। स्वस्थ खाने की आदतों के क्षेत्र में 2.41 (1.0) का औसत अंक प्राप्त हुआ, जो कुल स्कोर का 48.2% था, पोषक तत्वों की कमी से होने वाली बीमारियों और पोषक तत्वों से भरपूर आहार का औसत स्कोर 9.17 (3.8 जटिलताओं का औसत था) 0.31 + 0.46 का अंक, या कुल अंक का 31%।

4.3 कम उम्र की माताओं के बीच कुपोषण की रोकथाम में आहार संबंधी प्रथाओं के संबंध में दृष्टिकोण स्कोर का आकलन करें

तालिका 4.4: बच्चों वाली माताओं के बीच कुपोषण की रोकथाम में आहार प्रथाओं के संबंध में दृष्टिकोण स्कोर की आवृत्ति और प्रतिशत वितरण

मनोवृत्ति का स्तर	एफ	प्रतिशत
प्रतिकूल रवैया	0	0
मध्यम रूप से अनुकूल रवैया	88	44
अनुकूल मनोवृत्ति	112	56
कुल	200	100

तालिका 4.4 में 200 माताओं का रवैया दिखाया गया है जिसमें 88 (44%) माताओं का रवैया मध्यम अनुकूल था और 112 (56%) माताओं का कुपोषण की रोकथाम में आहार प्रथाओं के संबंध में अनुकूल रवैया था।



मनोवृत्ति का स्तर

आकृति 5.2: कम उम्र के बच्चों वाली माताओं के बीच कुपोषण की रोकथाम में आहार प्रथाओं के संबंध में दृष्टिकोण के स्तर का प्रतिशत वितरण।

5. निष्कर्ष

इस अध्ययन ने माताओं को उनकी पोषण संबंधी साक्षरता और अपने बच्चों को कुपोषित होने से रोकने में उनकी भूमिका के बारे में कैसा महसूस किया, यह निर्धारित करने के लिए सर्वेक्षण किया। 112 प्रतिभागियों (या 56%) के पास ज्ञान का स्तर था जिसे केवल कुछ हद तक सक्षम माना जाता था। लगभग आधा, या 112, का दृष्टिकोण सकारात्मक था। वास्तव में, 116 व्यक्ति (58%) पर्याप्त शारीरिक गतिविधि में संलग्न थे। ज्ञान और स्वभाव दोनों के लिए औसत क्रमशः 15.29 (एसडी 5.47) और 68.2 (एसडी 7.47) हैं। कुपोषण को रोकने में आहार अभ्यास पर ज्ञान और दृष्टिकोण महत्वपूर्ण रूप से सहसंबद्ध थे (आर = 0.59, पी0.05)। अध्ययन के नतीजे बताते हैं कि युवा बच्चों की माताओं को आहार के माध्यम से अपने स्वास्थ्य को बेहतर बनाने के बारे में शिक्षित करना उस आयु वर्ग में कुपोषण को रोकने के लिए महत्वपूर्ण है। सही जानकारी, मानसिकता और व्यवहार के साथ-साथ एक आत्म-मार्गदर्शक मॉड्यूल के साथ, आप इस ज्ञान को अन्य माताओं तक फैलाने में मदद कर सकते हैं।

6. संदर्भ

1. एल्डरमैन, एच., हंटशेल, जे., और सबेट्स, आर. (2018)। अपने पड़ोसियों की मदद से: पेरू में पोषण के उत्पाद में बाह्यताएं। सोशल साइंस एंड मेडिसिन, 56(10), 2019-2013।

2. अंताई, डी., वेड्रेन, एस., बेलोको, आर., और मोराडी, टी. (2019)। नाइजीरिया में बाल स्वास्थ्य में जातीय असमानताएँ: व्यक्तिगत और प्रासंगिक कारकों का एक बहुस्तरीय विश्लेषण। स्वास्थ्य और सामाजिक देखभाल में जातीयता और असमानताएं, 2(4), 39-49।
3. आर्गुइलास, एम। (2018)। मेट्रो सेबू, फिलीपींस में समुदाय और बाल मृत्यु दर के घरेलू निर्धारकों का बहुस्तरीय विश्लेषण। पीएचडी थीसिस, कॉर्नेल यूनिवर्सिटी, न्यूयॉर्क, संयुक्त राज्य अमेरिका।
4. आरिफ, ए., और नाहीद, आर. (2016)। पाकिस्तान में दस्त से होने वाली रुग्णता के सामाजिक-आर्थिक निर्धारक। अकादमिक रिसर्च इंटरनेशनल, 2(1)।
5. अरिफेन, एस.ई., ब्लैक, आर.ई., कॉलिफिल्ड, एल.ई., एंटेल्मैन, जी., और बाकी, ए.एच. (2015)। ढाका की मलिन बस्तियों में शिशु वृद्धि के निर्धारक: जन्म के समय आकार और परिपक्वता, स्तनपान और रुग्णता। यूरोपियन जर्नल ऑफ़ क्लिनिकल न्यूट्रिशन, 55(3), 167-78।
6. अरिफीन, एस., ब्लैक, आर., एंटेल्मैन, जी., बाकी, ए., और कूलफील्ड, एल. (2015)। केवल स्तनपान कराने से ढाका मलिन बस्तियों में शिशुओं में तीव्र श्वसन संक्रमण और डायरिया से होने वाली मौतों में कमी आती है। बाल चिकित्सा, 108(4)।
7. अरमार-क्लेमेसु, एम।, रूएल, एमटी, मैक्सवेल, डीजी, और लेविन, सीई (2020)। अक्रा में अच्छी बाल देखभाल प्रथाओं के लिए खराब मातृ शिक्षा मुख्य बाधा है। जर्नल ऑफ़ न्यूट्रिशन, 130(6), 1597-1607।
8. आजाद, के.एम. (2020)। बांग्लादेश में पांच साल से कम उम्र के बच्चों में तीव्र श्वसन संक्रमण (एआरआई) के जोखिम कारक। जर्नल ऑफ़ साइंटिफिक रिसर्च, 1(1), 72-81।
9. बकेटिंग, एल.एस., (2019)। लगातार जन्मों में गर्भकालीन आयु और जन्म के वजन को दोहराने की प्रवृत्ति। अमेरिकन जर्नल ऑफ़ ओस्टेट्रिक्स एंड गायनोकोलॉजी, 135(8), 1086-1103।
10. बंधोपाध्याय, एस., (2018)। उप-सहारा अफ्रीका में अतिसार प्रसार पर वर्षा और तापमान भिन्नता का प्रभाव। एप्लाइड भूगोल, 33, 63-72।
11. बनर्जी, बी. (2017)। शहरी स्वास्थ्य केंद्र में एमसीएच देखभाल प्रदाता में सूचना, शिक्षा और संचार सेवाएं। इंडियन जर्नल ऑफ़ कम्युनिटी मेडिसिन, 34(4), 298-300।
12. बेहरमन, जे.आर., (2016)। एक विकासशील देश में स्कूली शिक्षा का सामाजिक-आर्थिक प्रभाव। अर्थशास्त्र और सांख्यिकी की समीक्षा, 66(2), 296-303।

Corresponding Author

Manoj Kumar*

Research Scholar, Sai Nath University, Ranchi