



मीरजापुर जनपद, उत्तर प्रदेश में गरीबी एवं स्वास्थ्य का अन्तःसम्बन्ध : एक भौगोलिक विश्लेषण

सतीश कुमार सिंह¹, आनंद प्रसाद मिश्रा²

¹शोध छात्र, भूगोल विभाग, काशी हिन्दू विश्वविद्यालय वाराणसी, उत्तर प्रदेश.

² प्रोफेसर, भूगोल विभाग, काशी हिन्दू विश्वविद्यालय वाराणसी, उत्तर प्रदेश.

प्रस्तावना

गरीबी एवं स्वास्थ्य सभी जिम्मेदार व्यक्तियों के लिए एक बड़ी चुनौती बन गयी है। गरीबी एवं स्वास्थ्य भारतीय ग्रामीण क्षेत्रों विशेष रूप से कृषि पर आधारित लोगों को विशेष रूप से प्रभावित कर रहा है। जिसके उन्मूलन की विशेष आवश्यकता है।

ग्रामीण क्षेत्रों में गरीबी का एक प्रमुख कारण भूमि संसाधन की कमी है इस प्रकार गरीबी इस सन्दर्भ में एक जटिल घटना एवं उपागम स्वास्थ्य को न तो परिभाषित किया जा सकता है और न ही मापा जा सकता है इसे मानव की आवश्यकताओं से मापा जाता है जबकि मानव की आवश्यकताएं असीमित है। (डर्क्स - 1975) यहाँ गरीबी का कोई सर्वमान्य नियम या परिभाषा नहीं है। (दांतेवाला - 1973) अनिश्चितता के बीच कुछ विद्वानों एवं संस्थाओं ने गरीबी को परिभाषित किया है-जीवन जीने की न्यूनतम आवश्यकताओं को न प्राप्त कर पाना गरीबी है।" (विश्व बैंक - 1990) इसी बात को आगे बढ़ाते हुए ब्रिटिश विद्वान ने इस प्रकार गरीबी को परिभाषित किया है "जीवन की न्यूनतम भौतिक आवश्यकताओं की पूर्ति हेतु अपर्याप्त धन की प्राप्ति ही गरीबी है।" (रोन्ट्री - 1908) भिन्न-भिन्न विषयों के भिन्न-भिन्न शोधार्थियों ने गरीबी एवं स्वास्थ्य को भिन्न-भिन्न दृष्टिकोणों से परिभाषित करने का प्रयास किया है लेकिन किसी ने भी सर्वमान्य परिभाषा नहीं दिया है जिसका प्रमुख कारण है गरीबी एवं स्वास्थ्य का अलग-अलग देशों में अलग - अलग दृष्टिकोण, परिभाषित करने का उद्देश्य तथा विकास का भिन्न-भिन्न स्तर है। उदाहरण के लिए संयुक्त राज्य अमेरिका एवं यूनाइटेड किंगडम जैसे विकसित देशों में मान्यता है कि "जीवन की आवश्यकताओं की पूर्ति न हो पाना गरीबी है"। सामान्य रूप से कहा जा सकता है कि जीवन की आधारभूत आवश्यकताओं (रोटी, कपड़ा और माकन) की पूर्ति न हो पाना गरीबी को प्रदर्शित करता है जो की खराब स्वास्थ्य का मूल कारण है।

एस.एस.रान्ट्री (1899) प्रथम व्यक्ति था जिसने यॉर्क इंग्लैंड के गरीबी को मापा था। भारत, नेपाल, इथियोपिया और केन्या जैसे विकासशील देशों में भुखमरी, कुपोषण, मलीन बस्ती, खराब-स्वास्थ्य, अज्ञानता, अशिक्षा, उच्च जन्मदर एवं मृत्युदर एवं निम्न प्रतिव्यक्ति आय आदि के द्वारा गरीबी एवं स्वास्थ्य को मापा जाता है।

गरीबी को मापने के लिए संयुक्त राष्ट्र संघ ने अनेकों मापक बनाये है। जैसे मानव विकास सूचकांक (एच.डी.आई.), मानव गरीबी सूचकांक (एच.पी.आई.), वैश्विक भूख सूचकांक (जी.एच.आई.) आदि।

मानव विकास सूचकांक गरीबी को मापने का एक उपयोगी मापक है। यह एक बहुआयामी-सूचकांक है जो लोगों के मूलभूत आवश्यकताओं पर आधारित है इसका सूचकांक जीवन संभाव्यता, साक्षरता एवं प्रतिव्यक्ति क्रय शक्ति (पी.पी.पी.) को व्यक्त करता है। एच.डी.आई. में विकास को अंको द्वारा प्रदर्शित किया जाता है जो शून्य से एक (0 - 1) के बीच होता है। एक उच्चतम मानव विकास को प्रदर्शित करता है



हैं। यह एक सघन एवं अति जटिल समस्या है। यह वर्तमान से जुड़ी हुई समस्या है। आर्थिक एवं सामाजिक नीतियों का सामाजिक-आर्थिक संरचना पर प्रभाव पड़ता है। अब तक गरीबी एवं स्वास्थ्य का जो भी अध्ययन हुआ है वह अनिश्चित और नीतियों के अनुरूप नहीं हुआ है।

गरीबी एवं स्वास्थ्य में अंतर्सम्बन्ध एक वास्तविकता है लेकिन यह काफी जटिल भी है यह कोई समुदाय नहीं है और न ही यह कोई रसायन विज्ञान है। गरीबी एवं

जबकि शून्य न्यूनतम मानव विकास को प्रदर्शित करता है। संयुक्त राष्ट्र विकास परियोजना (यू.एन.डी.पी.) प्रत्येक वर्ष सहभागी देशों का एक मानव विकास क्रमांक प्रकाशित करता है।

मानव गरीबी सूचकांक (एच.पी.आई.) संयुक्त राष्ट्र द्वारा विकसित किया गया मापक है जो किसी देश में निवास करने वाले मानव के जीवन की गुणवत्ता को प्रदर्शित करता है। एच.पी.आई. में मुख्य रूप से ऐसे संकेतकों का प्रयोग किया गया है जिन्हें मानव के लिए आधारभूत माना गया है जैसे निम्नतम जीवन प्रत्याशा, बुनियादी शिक्षा की कमी और व्यक्तिगत तथा सार्वजनिक संसाधनों तक लोगों की कम पहुँच। एच.पी.आई. मुख्य रूप से तीन मूलभूत आवश्यकताओं से वंचित लोगों को केन्द्र में रखकर विकसित किया गया है— जीवन प्रत्याशा, ज्ञान (शिक्षा), जीवन स्तर इस प्रकार मानव गरीबी सूचकांक मानव जीवन के तीन मूलभूत जरूरतों को लेकर बनाया गया है जो की वर्तमान समाज की मुख्य समस्या है।

वैश्विक भूख सूचकांक (जी.एच.आई.) का विकास संयुक्त राष्ट्र संघ के खाद्य एवं कृषि संगठन (एफ.ए.ओ.) द्वारा लोगों के भोजन से प्राप्त ऊर्जा (कैलोरी) पर आधारित है। बड़े संकल्पनाओं तथा बहुआयामी कारणों को केन्द्र में रखकर वैश्विक भूख सूचकांक बनाया गया है। जी.एच.आई. का मान शून्य से सौ (0 - 100) के बीच रखा गया है जिसमें 100 अधिकतम भूख को दर्शाता है जबकि 0 न्यूनतम भूख को दर्शाता है अर्थात् किसी देश का न्यूनतम सूचकांक उसके आदर्श स्थिति को दर्शाता है। इसके अलावा बहल गरीबी सूचकांक (एम.पी.आई.) तथा पोषण और गरीबी आदि भी गरीबी के अध्ययन में उपयोगी सूचक है।

गरीबी एवं स्वास्थ्य जीवन के प्रत्येक पहलू को प्रभावित करता है। केवल स्वस्थ मनुष्य ही धन अर्जन कर सकता है। साथ ही जातीय, सामाजिक, नैतिक, वैयक्तिक और सब प्रकार के कर्तव्यों का पालन कर सकता है। अतः मानव के सर्वांगीण उन्नति एवं विकास का आधार स्वास्थ्य है। स्वास्थ्य जनता की कार्य क्षमता तथा शक्ति के मापदंड के साथ ही इस बात का भी संकेतक है कि व्यक्ति कितने समय तक निर्माण – कार्य तथा राष्ट्रीय उन्नति में संलग्न रह सकता है। बीमार व्यक्ति कार्य करने में अक्षम होने के साथ ही साथ समाज के उपर बोझ होता है। भगवान बुद्ध ने कहा था “शरीर को अच्छी तरह स्वस्थ रखना एक दायित्व है उसके बिना हम अपना मस्तिष्क मजबूत और स्पष्ट नहीं रख पाएंगे।”

“बीमारिया किसी समुदाय के हृष्ट – पुष्ट और शक्तिवान लोगों को मारकर और काम करने वालों की संख्या में न काम करने वालों की संख्या बढ़ाकर विनष्ट कर सकती है। दूसरे यदि ये रोगी की प्राण नहीं लेती तो अशक्त जरूर कर देती है। और इस प्रकार श्रमिकों की संख्या में कमी नहीं बल्कि श्रम-शक्ति में भी कमी कर देती है।” (प्रोफेसर जाथार और बेरी) किसी भी राष्ट्र की सम्पदा उसके स्वस्थ, दीर्घायु और कार्य कुशल नागरिक होते हैं। “स्वास्थ्य ही धन है” की कहावत व्यक्ति और राष्ट्र इन दोनों की ही दृष्टि से शत-प्रतिशत सत्य है। स्वास्थ्य के विषय में सबसे उचित धारणा यही है कि “मनुष्य शरीर की रोग रहित दशा ही स्वास्थ्य है।”

“शरीर रोगों से मुक्त दशा स्वास्थ्य नहीं है, व्यक्ति के स्वास्थ्य में तो उसका सम्पूर्ण शारीरिक एवं मानसिक कल्याण निहित है।” (विश्व स्वास्थ्य संगठन)

इसमें जीवन की सामाजिक और आर्थिक उत्पादकता भी शामिल है। 1984 में विश्व स्वास्थ्य संगठन के एक सम्मलेन में विश्व के 54 देशों के प्रतिनिधियों के गहन विचार विमर्श के पश्चात् स्वास्थ्य की यह परिभाषा निश्चित हो पायी थी। वर्तमान में स्वास्थ्य की यही परिभाषा सर्वमान्य है। स्वास्थ्य एक गतिशील दशा है। इसके विकास में परिपक्वता के प्रक्रिया का प्रत्येक पक्ष समाविष्ट रहता है। इन पक्षों में शारीरिक, जैविकीय एवं सामाजिक पक्ष महत्वपूर्ण है। स्वास्थ्य सेवाओं का मौलिक उद्देश्य स्वास्थ्य का समुचित विकास एवं मानव शक्ति को दृढ़ करना है।

सामान्य तौर पर और एक विशेष अर्थ में स्वास्थ्य को ‘अंगों के शांत होने’ और बीमारी को ‘उनके विद्रोह’ के रूप में समझा जा सकता है। रोग का न होना ही स्वास्थ्य का अच्छा होना नहीं है बल्कि व्यक्ति शारीरिक एवं मानसिक रूप से भी स्वस्थ हो। “शिक्षा तथा स्वास्थ्य अर्जनात्मक समाज की मौलिक आवश्यकतायें हैं क्योंकि इन्हीं के माध्यम से व्यक्ति समाज द्वारा प्रदत्त अवसरों से लाभान्वित होने की क्षमता प्राप्त करता है।” (पारसन्स) इस प्रकार स्वास्थ्य किसी व्यक्ति के उस शारीरिक, मानसिक, सामाजिक और आर्थिक स्थिति को कहा जाता है जिसके द्वारा वह समाज और राष्ट्र का विकास करने में योगदान करता है। स्वास्थ्य के मुख्य सूचकों में जन्मदर (CBR), मृत्युदर (CDR), शिशुमृत्युदर (IMR), महिला जीवन प्रत्याशा (ELF) एवं पुरुष जीवन प्रत्याशा (ELM) को शामिल किया जाता है। (शेखर एवं पांडा, 2007)

हाल के वर्षों में गरीबी एवं स्वास्थ्य की एक नयी परिभाषा विकसित हुई है जिसमें कई नए तथ्यों को शामिल किया गया है जिससे कि स्वास्थ्य मनुष्य का जन्मसिद्ध अधिकार है। स्वास्थ्य उत्पादक जीवन के लिए आवश्यक है तथा यह स्वास्थ्य सम्बन्धी खर्चों को रोकता है। गरीबी एवं स्वास्थ्य अंतर्संबंधित होता है। स्वास्थ्य विकास का अहम् भाग होता है। स्वास्थ्य जीवन की गुणवत्ता की संकल्पना का केंद्रबिंदु है। स्वास्थ्य व्यक्तिगत, राज्य, राष्ट्रीय और अंतर्राष्ट्रीय उत्तरदायित्व से सम्बन्धित है। स्वास्थ्य और इसका रखरखाव प्रमुख सामाजिक निवेश है। स्वास्थ्य विश्वव्यापी सामाजिक लक्ष्य है।

स्वास्थ्य खशी का एक प्रमुख निर्धारक है। एक बीमार व्यक्ति कभी खुश नहीं हो सकता। जीवन की उच्च गुणवत्ता आवश्यक है लेकिन हम जानते हैं कि पैसों से सबकुछ (स्वास्थ्य) नहीं खरीदा जा सकता। यह खुशी सुनिश्चित नहीं करता। एक ऐसा व्यक्ति जिसके पास

जीवन जीने की सारी सुख-सुविधा उपलब्ध है लेकिन यदि वह किसी रोग की वजह से बिस्तर पर पड़ा है तो उसके लिए सारी सुख-सुविधाएँ दुःख देने का ही कार्य करेंगी।

अमेरिकी लेखक सुसान सॉटांग ने कहा है कि “बीमारी वास्तव में एक रूपक है।” व्यक्ति का स्वास्थ्य राष्ट्र के स्वास्थ्य को गहराई से प्रभावित करता है तथा जन स्वास्थ्य की स्थिति देश के आर्थिक विकास को प्रत्यक्ष रूप से प्रभावित करता है। स्वास्थ्य सेवाओं पर सार्वजनिक व्यय सम्भवतः अन्य निवेशों की तुलना में बेहतर आर्थिक निवेश है। “विकासशील देशों में स्वास्थ्य की सबसे बड़ी दुश्मन गरीबी है।” (कोफी अन्नान)

भारत में लोग स्वास्थ्य सेवाओं पर भारी व्यय के चलते गरीबी रेखा के नीचे चले जाते हैं। गरीबी के लिए स्वास्थ्य ही उनकी एकमात्र पूंजी होती है बीमारी उनपर दोहरा बोझ डाल देती है एक तो उनके आय पर प्रभाव पड़ता है और दूसरे स्वास्थ्य पर होने वाला खर्च उन्हें और भी गरीबी और कर्ज में डूबो देता है।

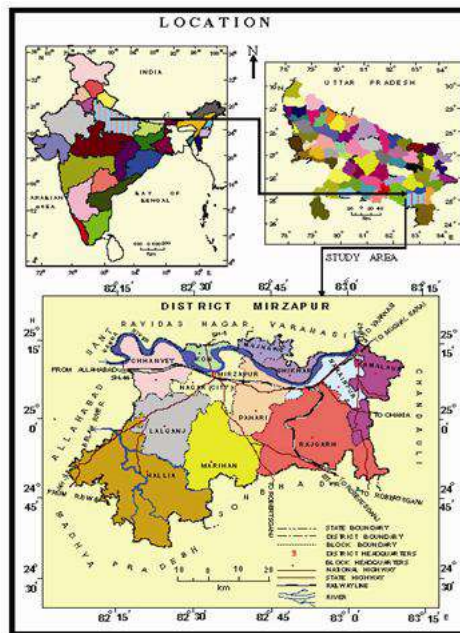
गरीबी एवं खराब स्वास्थ्य आपस में अंतर्सम्बन्धित हैं। गरीबी का विकास होने से कुपोषण का विकास होगा इस प्रकार कुपोषित व्यक्ति के ऊपर अनेकों प्रकार के रोग आक्रमण करेंगे। “निर्धनता और गरीबी एक कुचक्र में क्रमबद्ध थे। पुरुष और स्त्रियाँ इसलिए बीमार थे कि वे गरीब थे। वे इसलिए गरीब हो गए की वे बीमार थे और गरीब होने के कारण और अधिक बीमार हो गये”। (प्रोफेसर विन्सोले) गरीबी और स्वास्थ्य के अंतर्संबंधों को हम इस प्रकार समझ सकते हैं गरीबी – निम्न क्रय शक्ति – कुपोषण – रोगों का आक्रमण – निम्न कार्य क्षमता – निम्न आय – गरीबी। इस प्रकार गरीबी और स्वास्थ्य के बीच एक ऐसा शृंखलाबद्ध (vicious circle) सम्बन्ध है जिसका न तो कोई आदि है और न ही कोई अंत।

मुख्य शब्द- गरीबी, स्वास्थ्य, जी.एच.आई., एच.डी.आई., एच.पी.आई., जन्मदर(CBR), मृत्युदर(CDR), शिशुमृत्युदर(IMR), महिला जीवन प्रत्याशा(ELF) एवं पुरुष जीवन प्रत्याशा।

अध्ययन क्षेत्र

अध्ययन क्षेत्र (मीरजापुर) उत्तर प्रदेश के दक्षिण पूर्वी भाग में स्थित है। इसका विस्तार 24°34 से 25°16 उत्तरी अक्षांश तथा 82°5 से 83°11 पूर्वी देशांतर तक है। जनपद के अंतर्गत मध्य गंगा मैदान का आंशिक भाग तथा विन्ध्य का पठारी भाग आता है। इसके उत्तरी सीमा पर संत रविदास नगर तथा वाराणसी, दक्षिणी सीमा पर मध्य प्रदेश तथा सोनभद्र, पूर्वी सीमा पर चंदौली तथा पश्चिमी सीमा पर इलाहाबाद जनपद स्थित है। जनपद की पूर्व से पश्चिम की लम्बाई 144.2 किलोमीटर तथा उत्तर से दक्षिण की लम्बाई 84 किलोमीटर है। जनपद का कुल भौगोलिक क्षेत्रफल 4521 वर्ग किलोमीटर है। जनपद की कुल जनसंख्या 2494533 (2011) है। मीरजापुर जनपद 4 तहसीलों (मडिहान, मीरजापुर, चुनार, लालगंज) तथा 12 विकासखंडों में बटा है। जनपद में 4 नगरीय क्षेत्र मीरजापुर-विन्ध्याचल, चुनार, कछवां तथा अहरौरा है।

अध्ययन क्षेत्र



समस्या कथन

अध्ययन क्षेत्र में भौतिक, सामाजिक, सांस्कृतिक और आर्थिक विभिन्नता पाए जाने के कारण लोगों का व्यवसायिक, शैक्षिक और सामाजिक-आर्थिक स्तर भी भिन्न है उनके जीवन जीने का स्तर भी भिन्न है। इन्हीं आधारभूत तथ्यों को ध्यान में रखते हुए निम्न समस्यायें सामने आती हैं :

1. जनपद में गरीबी एवं स्वास्थ्य की मुख्य विशेषता क्या है ?
2. गरीबी का मुख्य कारण क्या है ?
3. गरीबों के बीच आम स्वास्थ्य समस्या क्या है ?
4. गरीबों के स्वास्थ्य में सुधार करने के लिए क्या किया जाना चाहिए ?

साहित्य पुनरावलोकन

गरीबी और स्वास्थ्य के क्षेत्र में अनेक विद्वानों एवं शोधार्थियों ने कार्य किये हैं। प्रथम वे जिन्होंने गरीबी के क्षेत्र में कार्य किये हैं, द्वितीय वे जिन्होंने स्वास्थ्य के क्षेत्र में कार्य किये हैं तथा तृतीय वे जिन्होंने गरीबी और स्वास्थ्य को एक साथ सम्बन्धित करके अध्ययन किया है। रोल्न्डी (1899) ब्रिटेन के एक अर्थशास्त्री थे इन्होंने सर्वप्रथम गरीबी को सुव्यवस्थित ढंग से परिभाषित किया। ओर्शस्क्य (1965), तोन्सेंद (1970), रेन (1970) इन्होंने गरीबी को तीन भागों में परिभाषित किया, wedderburn (1974), भट्टी (1974) ने सापेक्षिक गरीबी के बारे में बताया, atkinson (1975) ने गरीबी रेखा को परिभाषित किया, कुरियन (1978), श्रीराममूर्ति (1980), माथुर (1982), दत्ता और सुन्दरम (1984) poverty can be defined as a social phenomenon in which a section of society is unable to fulfil even its basic necessities of life, Lipton (1984) ने “Poor and Ultra Poor” को परिभाषित कर गरीबी को दो भागों में बाटा, रेड्डी (1987), मदालगी (1968) ने 2250 कैलोरी/व्यक्ति/दिन के आधार पर भारत में गरीबी को वर्गीकृत किया, ओझा (1970), दांडेकर और राठ (1971), विद्यानाथन (1974), अहलुवालिया (1978) ने 180 रुपये/वर्ष या 15 रुपये/महीने/व्यक्ति के मापक पर गरीबी को मापा, शास्त्री (1981), भल्ला (1997), सेन (1996), प्रधान और अन्य (2000), मिनाक्षी (2000), अहलुवालिया (2000), मोर्ड (2002), सुन्दरम और तेन्दुलकर (2003), देव (2005), भट्ट (2005), पटनायक (2006), जालान और मुर्गई (2007), हिमांशु (2007), जालान (2007), देबप्रिया (2008), दिवाकर (2009), शर्मा (2010), नायक (2013), लीमोन्थ (1958) इन्होंने बताया की गरीबी के कारण अधिकांश बीमारियां होती हैं, सेन (1957), बसु (1969), कृष्णामचारी (1974), हाईना और रमेश (1976), सिंह (1977), अख्तर (1978), शिंदे (1980), चिब (1985), कुमार (1987), मिश्रा तथा अन्य (1989), चिंतामणि (1996), राष्ट्रीय परिवार स्वास्थ्य सर्वेक्षण (2008-2009)

उद्देश्य

शोध का मुख्य उद्देश्य जनपद में स्थित गरीबी एवं स्वास्थ्य के बीच के कड़ी को पहचानना है और इसको दूर करने के लिए ऐसी रणनीति विकसित करना है जिससे गरीबी उन्मूलन द्वारा स्वास्थ्य को सुधारा जा सके।

अध्ययन का मुख्य उद्देश्य निम्नलिखित है:

1. जनपद में गरीबी एवं स्वास्थ्य के अन्तःसम्बन्धों को रेखांकित करना।
2. जनपद में गरीबी एवं स्वास्थ्य को विभिन्न सामाजिक संरचना में विश्लेषित करना।
3. जनपद में गरीबी एवं स्वास्थ्य के स्थानिक विकास के गत्यात्मक कड़ियों का परीक्षण करना।
4. जनपद में स्वास्थ्य सुविधाओं पर गरीबी के प्रभाव का विश्लेषण करना।

परिकल्पना

अध्ययन निम्नलिखित परिकल्पनाओं द्वारा निर्देशित किया गया है :

1. जनपद में व्याप्त गरीबी (H.P.I.) का प्रभाव मानव स्वास्थ्य पर पड़ता है।
2. सामाजिक, सांस्कृतिक एवं मानव विकास सूचकांक का विस्तार समुन्नत स्वास्थ्य को विकसित करते हुए विकास के नए आयाम को सृजित करता है।

शोध विधितंत्र एवं तकनीक

तथ्यों को सुव्यवस्थित एवं क्रमबद्ध तरीके से व्यवस्थित करना तथा उनसे कुछ नवीन तथ्यों को खोज निकालने की विधि को शोध विधि कहते हैं। (ऑक्सफोर्ड डिक्शनरी, 2005)

प्रस्तुत शोध में विभिन्न स्रोतों से प्राप्त प्राथमिक और द्वितीयक आंकड़ों को प्राप्त करने हेतु क्षेत्र अध्ययन के दौरान प्रश्नावली तथा साक्षात्कार विधियों का प्रयोग किया गया है।

अध्ययन के दौरान दो तकनीकों का प्रयोग किया गया है :

1. वैज्ञानिक तकनीक
2. सामाजिक तकनीक

वैज्ञानिक तकनीक के द्वारा शोध समस्या, उद्देश्य, परिकल्पना, संकल्पनात्मक परिभाषाएं, प्राथमिक एवं द्वितीयक आंकड़ों का वर्गीकरण किया गया है। जबकि सामाजिक तकनीक के द्वारा क्षेत्र सर्वेक्षण के दौरान प्राप्त अनुभवों का विश्लेषण किया गया है। प्रस्तुत अध्ययन में कंप्यूटर के विभिन्न प्रोग्रामों (Adobe Photoshop 7.0, Paint, Microsoft Office 2007 & 2010, Excel) तथा कैलकुलेटर आदि यंत्रों का प्रयोग किया गया है।

संदर्भ ग्रंथ सूची

- Mishra, R.P. (2007). "Geography of Health: A Treatise on Geography of Life and Death in India", Concept Publishing Company, New Delhi – 110059 (India).
- Mishra, A.P. (1994). "THE PROBLEM OF POVERTY: ITS DIMENSION AND MECHANISM", Environment and Development Study Centre B.H.U. Varanasi-221005
- Sinha, B.R.K. (2009). "Population, Environment and Development – A Global Challenge for the 21st Century", New Century Publications, New Delhi, India – 110002.
- Nayak, L.T. (2013). "A Proposed new Methodology for Measuring the Poverty Status : A Micro Level Geographical Analysis of Five Selected Villages of Dharwad District, Karnataka", National geographical Journal of India, BHU, Varanasi, Vol.59, Pt.(2), PP.2.
- Rorabachor, J. Albert (2010). "Hunger and Poverty in South Asia", Gyan Publishing House, 23, Main Ansari Road, Dariya Ganj, New Delhi – 110002.
- Rout, himanshu Shekhar & Panda, Prashant Kumar (2007). "Health Economics in India", New Century Publications and Printed at Singhal Print Media, New Delhi -110005.
- योजना, फरवरी 2014. "बीमारी-एक रूपक", अंक 2, पृष्ठ 5,38.
- Gore, M.S. & Chitnish, S. (1967). "Papers in Sociology of Education in India", N.C.E.R.T., New Delhi
- देवी, चिंतामणि (1996). "नारायनपुर विकासखण्ड (जनपद – मीरजापुर) में स्वास्थ्य- सुविधाओं एवं परिवार नियोजन का भौगोलिक अध्ययन", भूगोल विभाग, काशी हिन्दू विश्वविद्यालय वाराणसी, उत्तर प्रदेश- 221005.
- Sharma, J.P. (2010). "An Appraisal of Poverty and Rural Development Programmes in Mohania Block, District Kaimur, Bihar", Department of Geography, B.H.U. Varanasi, U.P. -221005.
- Akhtar, R. and Learmonth, A.T.A.(1985). "Geographical Aspect of Health and Disease in India", (Ed) Published by Concept Publishing Company, New Delhi.