

## लखनऊ शहर के मलिन बस्तियों में स्वास्थ्य और पोषण का विश्लेषणात्मक अध्ययन

शोध छात्र- उमेश चन्द्र पाण्डेय<sup>1</sup>

शोध निर्देशक- डॉ आशीष यादव,<sup>2</sup> उपकुलसचिव, विभागाध्यक्ष समाजशास्त्र विभाग,

स्वामी विवेकानंद यूनिवर्सिटी, सागर, मध्यप्रदेश<sup>1,2</sup>

### सारांश

कुपोषण भारत में सबसे गंभीर सार्वजनिक स्वास्थ्य समस्याओं में से एक है। महिलाओं और बच्चों का एक महत्वपूर्ण रूप से उच्च अनुपात कुपोषण के एक या दूसरे रूप से पीड़ित होता है जैसे कि स्टंटिंग, वेस्टिंग, कम वजन, अधिक वजन, जन्म के समय कम वजन, विटामिन ए की कमी, एनीमिया, आदि। कुपोषण का प्रभाव केवल एक व्यक्ति पर ही नहीं देखा जाता है। लेकिन उन्हें एक पीढ़ी से दूसरी पीढ़ी में स्थानांतरित कर दिया जाता है क्योंकि कुपोषित माताएं ऐसे शिशुओं को जन्म देती हैं जो जीवित रहने, विकसित होने और पनपने के लिए संघर्ष करते हैं। यदि ये बच्चे लड़कियां हैं, तो उनके जीवन के बाद के चरणों में यह काफी संभावना है कि वे स्वयं कुपोषित मां बन जाएं। कुपोषण से बचे लोग बीमारियों, संक्रमणों, अवरुद्ध विकास, बिगड़ा हुआ बौद्धिक और मानसिक विकास के प्रति अत्यधिक संवेदनशील होते हैं। इस अध्ययन में चयनित मलिन बस्तियों में रहने वाली महिलाओं के पोषण और स्वास्थ्य की स्थिति का आकलन करने का प्रयास किया गया है। यह अध्ययन कई परस्पर संबंधित चरों का विश्लेषण करने में मदद करेगा जो शहरी स्लम महिलाओं के बीच मौजूदा स्थिति को समझने में महत्वपूर्ण भूमिका निभाते हैं।

### परिचय

गहन विश्लेषण से पता चलता है कि झुग्गी-झोपड़ी का अपना एक विशिष्ट चरित्र वाला सामाजिक जीवन है। इसके मूल्यों, मानदंडों और प्रतिबंधों का अपना सेट है जो उनके घटिया आवास, स्वास्थ्य प्रथाओं, अस्वच्छ स्थितियों, गरीबी, सामाजिक अलगाव, विचलित व्यवहार और दोषों में परिलक्षित होता है। आम तौर पर, एक झुग्गी में पानी की आपूर्ति, जल निकासी, सीवरेज, सड़क आदि जैसी बुनियादी नागरिक सेवाओं तक पहुंच का अभाव होता है और यहां तक कि अगर उनके पास भी है, तो ये सेवाएं खराब और अपर्याप्त होंगी जिसके परिणामस्वरूप खराब स्वच्छता और स्वच्छता होगी।

मलिन बस्तियों में अस्वच्छ रहने की स्थिति को इसके निवासियों के शारीरिक, सामाजिक, मानसिक और नैतिक कल्याण के लिए अत्यधिक हानिकारक माना जाता है। घटिया आवास और बुनियादी सेवाओं की कमी के साथ-साथ खराब क्रय शक्ति और कम पोषण के सेवन से संक्रमण की आवृत्ति बढ़ जाती है जो तीव्र श्वसन और अतिसार संबंधी बीमारियों के साथ रुग्णता के एपिसोड को सबसे आम (ग्रेसी, 2002) में जोड़ती है। अंततः, इस तरह के परिदृश्य का झुग्गी निवासियों के स्वास्थ्य और पोषण की स्थिति पर प्रतिकूल प्रभाव पड़ना स्वाभाविक है, विशेषकर प्रजनन आयु की महिलाओं और उनके बच्चों पर। गरीबी, संसाधनों की कमी, आर्थिक तंगी और बीमारियों के बार-बार आने से उनके दुख में इजाफा होता है।

अच्छे स्वास्थ्य का निर्धारण करने के लिए पोषण महत्वपूर्ण संकेतकों में से एक है। यह वह आधारशिला है जो सभी के स्वास्थ्य को प्रभावित करती है चाहे वह अमीर हो या गरीब। पोषण न केवल शारीरिक विकास के लिए बल्कि व्यक्ति के मानसिक विकास के लिए भी आवश्यक है। यह संक्रमणों के प्रति प्रभावी विकास, वृद्धि, कार्य और प्रतिरोध का मार्ग प्रशस्त करता है। यह व्यक्तियों को उनकी पूर्ण क्षमता प्राप्त करने में मदद करता है जो उनके लक्ष्यों की प्राप्ति के लिए महत्वपूर्ण है। पर्याप्त पोषण सभी आयु समूहों की आवश्यकता है, विशेष रूप से प्रजनन आयु की महिलाओं और बच्चों के लिए। उचित पोषण का सेवन प्रतिरक्षा प्रणाली को मजबूत करता है और बीमारी की संभावना को कम करता है जिसके परिणामस्वरूप अच्छा स्वास्थ्य होता है (डब्ल्यूएचओ, 2008)।

कुपोषण पोषण का असंतुलन रूप है जिसके परिणामस्वरूप अक्सर खराब स्वास्थ्य होता है। यह पोषक तत्वों के असंतुलन का परिणाम है जो आहार में पोषक तत्वों की कमी या अधिक सेवन के कारण होता है। यह दो प्रकार का हो सकता है या तो अल्पपोषण या अतिपोषण। अल्पपोषण से तात्पर्य मानव शरीर में आवश्यक पोषक तत्वों के अपर्याप्त सेवन से है जबकि अतिपोषण एक या अधिक पोषक तत्वों की अत्यधिक आपूर्ति की स्थिति है जो शारीरिक भंडार पर जोर देती है। कुपोषण शारीरिक और मानसिक विकास को बाधित करता है और यह व्यक्ति की संज्ञानात्मक और बौद्धिक क्षमता में भी बाधा डालता है।

महिलाएं न केवल अपने परिवार के सदस्यों के स्वास्थ्य का निर्धारण करने में बल्कि समुदाय के स्वास्थ्य को भी निर्धारित करने में महत्वपूर्ण भूमिका निभाती हैं क्योंकि वे एक ही समय में स्वास्थ्य देखभाल दाता होने के साथ-साथ प्राप्तकर्ता भी

हैं। इसलिए महिलाओं के स्वास्थ्य को सर्वोच्च प्राथमिकता दी जानी चाहिए और महिलाओं की स्वास्थ्य जरूरतों को समझने पर विशेष ध्यान दिया जाना चाहिए। जनसंख्या के स्वास्थ्य को प्रभावित करने वाले अनेक कारक हैं। ये कारक समुदाय की सामाजिक-आर्थिक स्थिति और जनसांख्यिकीय विशेषताएं, स्वास्थ्य सेवाओं की पहुंच और उपलब्धता, स्वास्थ्य प्रथाओं, चिकित्सा उन्नति और प्रौद्योगिकी, स्वास्थ्य देखभाल प्रदाताओं की गुणवत्ता, स्वास्थ्य और स्वच्छता से संबंधित ज्ञान, उपलब्ध स्वास्थ्य सेवाओं के बारे में जागरूकता और उपयोग हैं। महिलाओं को विशेष रूप से स्वास्थ्य देखभाल सेवाएं प्रदान करने की आवश्यकता वैश्विक स्तर पर महसूस की गई है। महिलाओं का स्वास्थ्य और पोषण स्तर अनिवार्य रूप से सामाजिक-आर्थिक और सांस्कृतिक कारकों से जुड़ा हुआ है और ये कारक उन्हें जीवन भर प्रभावित करते रहते हैं। इसके अलावा, इन परिणामों का न केवल महिलाओं की भलाई पर बल्कि उनके बच्चों के स्वास्थ्य, संसाधनों के आवंटन और वितरण और घरों के कामकाज पर भी प्रभाव पड़ा।

टोडी कुपोषण को केवल भोजन की कमी के परिणाम के रूप में नहीं देखा जाता है, बल्कि इसे विभिन्न कारकों के परस्पर क्रिया के परिणामस्वरूप एक बहुआयामी समस्या के रूप में माना जाता है। बच्चों में कुपोषण की समस्या की जड़ मां के गर्भ में है। पिछले अध्ययनों ने यह साबित करने के लिए स्पष्ट सबूत दिखाए हैं कि मातृ पोषण और सामाजिक-आर्थिक संकेतक जैसे परिवार का आकार, मां का शैक्षिक स्तर, वित्तीय संसाधन, क्रय शक्ति आदि बच्चों के शारीरिक और मानसिक विकास से निकटता से संबंधित हैं। फिर भी, कम वजन, स्टंटिंग, वेस्टिंग, संक्रमण के बढ़ते जोखिम और बच्चों में मानसिक विकास की हानि के लिए मातृ पोषण सबसे आम कारक है। राव एट. अल. (2010) ने जिम्मेदार ठहराया कि कुपोषित महिलाओं के कम वजन वाले बच्चे को जन्म देने की संभावना अधिक होती है। जन्म के समय कम वजन शिशुओं को संक्रमण और रुग्णता के प्रति संवेदनशील बनाता है जो अक्सर उनके लिए जानलेवा साबित होता है। कुपोषण समय से पहले होने वाली बीमारियों और मौतों के महत्वपूर्ण कारणों में से एक है। विश्व स्तर पर, यह रोगों के बोझ में एक प्रमुख योगदानकर्ता है (डब्ल्यूएचओ, 2008)।

महिलाओं में प्रचलित पोषण संबंधी कमियों का सबसे प्रमुख रूप पुरानी ऊर्जा की कमी, खराब बीएमआई, एनीमिया आदि हैं। मलिन बस्तियों में महिलाओं में पोषण संबंधी समस्याओं के लिए कई कारक जिम्मेदार हैं। रहने का वातावरण एक महत्वपूर्ण कारक है जो इस संदर्भ में महत्वपूर्ण भूमिका निभाता है। शहरी मलिन बस्तियों में महिलाएं बुनियादी सेवाओं और वित्तीय संसाधनों की कमी के साथ अमानवीय आवास स्थितियों में रहने के लिए बाध्य हैं जो उनकी स्थिति को और खराब कर देती हैं। शहरी झुग्गी बस्तियों में रहने वाली महिलाएं अपनी जीवन शैली में पत्नी और मां से श्रम शक्ति के सदस्य बनने के लिए एक संक्रमण का अनुभव करती हैं। व्यावसायिक गतिविधियों में उनकी भागीदारी उनके पारिवारिक और बच्चे पैदा करने और पालन-पोषण प्रथाओं में बहुत अधिक समझौता करने की मांग करती है। कभी-कभी अपने परिवारों को आर्थिक रूप से समर्थन देने के लिए महिलाएं खुद को अत्यधिक श्रम गहन कार्य में संलग्न करती हैं और यह विशेष रूप से उन महिलाओं के लिए भीषण स्थिति पैदा करती है जिन्होंने हाल ही में प्रसव कराया है। उन्हें प्रसव के बाद स्वस्थ होने के लिए पर्याप्त समय नहीं मिल पाता है और इससे उनके स्वास्थ्य और पोषण की स्थिति पर और जोर पड़ता है। नतीजतन, यह प्रतिकूल उनके शारीरिक भंडार को प्रभावित करता है जो बदले में माताओं के स्तनपान को कम करता है (रोड, 2009)। इससे दूध छुड़ाने वाले भोजन का जल्दी परिचय होता है और आवश्यक पोषक तत्वों की अपर्याप्त पूर्ति होती है।

शहरी मलिन बस्तियों में महिलाएं पैसा कमाने के लिए खुद को कई तरह के काम में लगाती हैं। वे अपने छोटे बच्चों को अन्य देखभाल करने वालों द्वारा देखभाल के लिए घर पर छोड़ने के लिए बाध्य हैं। ये देखभाल करने वाले अक्सर बड़े भाई-बहन या रिश्तेदार होते हैं। यह छोटे बच्चों के आहार को प्रभावित करता है और कभी-कभी अन्य देखभाल करने वालों द्वारा उन्हें अपर्याप्त संख्या में खिलाया जाता है। असंगठित क्षेत्र में माता की भागीदारी उन्हें उपलब्ध स्वास्थ्य देखभाल सुविधाओं जैसे कि प्रसव पूर्व देखभाल, टीकाकरण, परिवार नियोजन आदि के इष्टतम उपयोग से रोकती है। अंततः, शहरी झुग्गियों में रहने वाले छोटे बच्चे मातृ देखभाल से वंचित रह जाते हैं, खासकर जब उन्हें इसकी सबसे अधिक आवश्यकता होती है।

स्वास्थ्य समस्याओं के समाधान के लिए देश में विभिन्न स्वास्थ्य देखभाल नीतियां और कार्यक्रम शुरू किए गए हैं। हालांकि ये कार्यक्रम प्रकृति में मैक्रो हैं और वे सूक्ष्म स्तर पर प्रवेश करने में विफल रहते हैं। इन नीतियों और कार्यक्रमों में समाज के सामाजिक रूप से वंचित और वंचित वर्गों के लिए विशेष प्रावधानों का अभाव है। सामाजिक रूप से बहिष्कृत इस आबादी की जरूरतों को पूरा करने के लिए लक्ष्य विशिष्ट रणनीति तैयार करने की आवश्यकता है। नीति निर्माताओं ने काफी हद तक अपना ध्यान ग्रामीण क्षेत्रों पर केंद्रित किया है और शहरी गरीबों की समस्याओं को कमोबेश नजरअंदाज कर दिया गया है। हालांकि

उनकी स्वास्थ्य समस्याओं से निपटने के लिए कुछ हस्तक्षेप किए गए हैं, लेकिन इस तरह के और कदम उठाने की जरूरत है। आईसीडीएस, जननी सुरक्षा योजना, जननी शिशु सुरक्षा कार्यक्रम कुछ ऐसी योजनाएं हैं जो शहरी क्षेत्रों में महिलाओं और बच्चों के लिए संचालित की जा रही हैं। हालांकि, शहरी गरीबों द्वारा इष्टतम उपयोग के लिए इन कार्यक्रमों की उचित निगरानी की आवश्यकता है। कुपोषण की समस्या के समाधान के लिए शहरी गरीबों पर केंद्रित पोषण कार्यक्रम भी शुरू किए जाने चाहिए विशेष रूप से शहरी स्लम आबादी को लक्षित करने वाले स्वास्थ्य कार्यक्रमों को उनके स्वास्थ्य परिदृश्य में सुधार के लिए तैयार और कार्यान्वित किया जाना चाहिए।

भारत में महिलाओं को जन्म से ही अभाव का सामना करना पड़ता है। इसके अलावा, भारत में अन्य विकासशील देशों की तरह, गरीब सामाजिक-आर्थिक समूह से संबंधित महिलाओं की पोषण स्थिति का परिदृश्य, जो न केवल सामाजिक रूप से वंचित है बल्कि हाशिए पर भी है, एक निराशाजनक तस्वीर दर्शाती है। शहरी मलिन बस्तियों में रहने वाली महिलाओं की सामाजिक-आर्थिक, स्वास्थ्य और पोषण संबंधी स्थिति एक बहुत ही गंभीर तस्वीर को दर्शाती है (हसन और शुक्ला, 2013)। पोषण की दृष्टि से, प्रजनन आयु के बच्चों और महिलाओं को सबसे कमजोर समूह माना जाता है (हक एट अल, 2014)। कुपोषण न केवल विभिन्न जटिल जैविक प्रक्रियाओं का परिणाम है बल्कि यह सामाजिक प्रक्रियाओं से भी जटिल रूप से जुड़ा हुआ है। कुपोषण की जड़ें जटिल सामाजिक जाल में गहरी जड़ें जमा चुकी हैं और यह गंभीर चिंता का विषय है कि पिछले दो दशकों में कुपोषण के परिदृश्य में कोई खास बदलाव नहीं आया है।

शहरी क्षेत्रों में बड़े पैमाने पर प्रवासन ने शहरों और उसके किनारों के भीतर झुग्गी-झोपड़ियों को जन्म दिया है और यह भीड़भाड़, अस्वच्छ रहने की स्थिति, बुनियादी नागरिक सुविधाओं की कमी और आर्थिक दिवालियेपन के साथ जुड़ा हुआ है। झुग्गी-झोपड़ी के निवासियों में कुपोषण और खराब स्वास्थ्य की स्थिति। झुग्गीवासियों, विशेषकर झुग्गी-झोपड़ियों में रहने वाली महिलाओं और बच्चों के स्वास्थ्य और पोषण की स्थिति में सुधार की दृष्टि से, मलिन बस्तियों में रहने की स्थिति और स्वच्छता में सुधार करना अनिवार्य है।

मलिन बस्तियों में महिलाओं और बच्चों के पोषण और स्वास्थ्य प्रोफाइल में सुधार के लिए कुछ लक्षित विशिष्ट हस्तक्षेपों और रणनीतियों को लागू करना अनिवार्य है। लगातार बढ़ती आबादी और शहरों में आबादी के बड़े प्रवाह के साथ, शहरी गरीबों में बढ़ते स्वास्थ्य के मुद्दों से निपटने के लिए इस तरह के दृष्टिकोण को लागू करने की तत्काल आवश्यकता है। स्लम आबादी के स्वास्थ्य और पोषण संबंधी समस्याओं को कम करने के लिए व्यवहार्य रणनीति विकसित करने के लिए आधारभूत जानकारी एक अनिवार्य शर्त है। लखनऊ की मलिन बस्तियों में किया गया वर्तमान अध्ययन इस दिशा में एक प्रयास करेगा।

## साहित्य की समीक्षा

लेट्सच (2001) ने अपने काम "बेंगलुरु की झुग्गी बस्ती में गरीब महिलाएं: एक परिप्रेक्ष्य" में बंगलौर की शहरी मलिन बस्तियों में रहने वाली गरीब महिलाओं की स्थिति का आकलन करने के लिए एक अध्ययन किया। उनका विचार था कि भारत की शहरी झुग्गी बस्तियों में रहने की स्थिति स्पष्ट रूप से झुग्गी निवासियों की सामान्य गरीबी, जाति के आधार पर असमानता और महिलाओं की पिछड़ी स्थिति से संबंधित है। उन्होंने आगे तर्क दिया कि शहरी गरीब महिला की प्रमुख समस्या यह नहीं है कि उसके पास जाने के लिए शौचालय नहीं है, या उसके क्षेत्र में केवल एक हैंडपंप है जहां उसे दिन में कई बार पानी लाना पड़ता है। यह केवल वास्तविकता का एक हिस्सा है और एक बहुत ही महत्वपूर्ण हिस्सा है, लेकिन समस्या की जड़ यह है कि वह एक में रह रही है पर्यावरण जहां यह स्वीकार किया जाता है कि उसके पास उप-मानव जीवन है, और जहां यह उसे अधिक प्रभावित करता है क्योंकि वह एक महिला है।

कपूर, अग्रवाल, शर्मा, केला और कौर (2002) ने अपने लेख "दिल्ली में एक शहरी स्लम एकीकृत बाल विकास सेवा परियोजना में 9-36 महीने की आयु के बच्चों की आयरन स्थिति" में एनीमिया की व्यापकता का आकलन करने के लिए एक अध्ययन किया। और दिल्ली के एक ICDS स्लम में बच्चों के बीच इसके निर्धारक कारक। अध्ययन से पता चला कि लगभग 64 प्रतिशत बच्चे एनीमिक थे, जिनमें से 44 प्रतिशत हल्के से एनीमिक थे, 12.2 मध्यम रूप से एनीमिक थे और 7.8 प्रतिशत गंभीर रूप से एनीमिक थे।

हाटेकर और रोडे (2003) ने अपने लेख "मुंबई में भूख और बीमारी के बारे में सच्चाई: स्लम के बच्चों के बीच कुपोषण" में मुंबई की शहरी मलिन बस्तियों में पांच साल से कम उम्र के बच्चों में कुपोषण की व्यापकता का अध्ययन किया और

इसकी तुलना जवाहर से की। ठाणे की तहसील , जो कुपोषण की उच्च दर के लिए जानी जाती है। उन्होंने देखा कि महिला निरक्षरता और खराब आर्थिक स्थिति जैसी सामाजिक-आर्थिक बाधाओं ने मलिन बस्तियों में बच्चों की पोषण स्थिति को गंभीर रूप से प्रभावित किया। अध्ययन से पता चला कि जवाहर की तुलना में मुंबई में गंभीर कुपोषण अधिक था। अध्ययन से पता चला है कि लड़कियों में मौसमी बर्बादी की घटना अधिक थी। परिवार की कम आय के साथ-साथ बुनियादी सुविधाओं और स्वास्थ्य देखभाल सेवाओं के खराब कवरेज के परिणामस्वरूप कुपोषण की अधिक घटनाएं हुईं।

वर्मा, रावल, केडिया, कुमार और चौहान (2004) ने अपने लेख "अहमदाबाद शहर की मलिन बस्तियों से स्कूल जाने वाली उम्र (6-18 वर्ष) की लड़कियों में एनीमिया को प्रभावित करने वाले कारक" में एक अध्ययन किया। लड़कियों में एनीमिया और इससे जुड़े सामाजिक-जनसांख्यिकीय चर निर्धारित करें अहमदाबाद की शहरी मलिन बस्तियाँ। अध्ययन से पता चला है कि अधिकांश (81.8 प्रतिशत) लड़कियां एनीमिक थीं। इसके अलावा , यह पता चला कि सामाजिक-जनसांख्यिकीय कारक जैसे पिता की व्यावसायिक स्थिति, हरी पत्तेदार सब्जियों का सेवन, भोजन के बाद चाय / कॉफी का सेवन, बॉडी मास इंडेक्स एनीमिया के प्रसार से महत्वपूर्ण रूप से जुड़े थे। लड़कियों में एनीमिया का उच्च प्रतिशत काफी चिंताजनक है और इस पर विशेष ध्यान देने की आवश्यकता है। आयरन और फोलिक एसिड सप्लीमेंट जैसे हस्तक्षेप और आहार सेवन में सुधार से एनीमिया के प्रसार को कम करने में मदद मिल सकती है।

चंद्रशेखर (2005) ने अपने एक पेपर "झुग्गी बस्तियों का विकास, बुनियादी ढांचे की उपलब्धता और मलिन बस्तियों में जनसांख्यिकीय परिणाम: भारत से साक्ष्य" में भारत की मलिन बस्तियों में अलग-अलग स्थितियों की एक तस्वीर प्रस्तुत की और मलिन बस्तियों में प्रचलित स्थितियों का तुलनात्मक विश्लेषण दिया। पाया गया कि लिंगानुपात अधिक था ग्रामीण क्षेत्रों की तुलना में मलिन बस्तियाँ इसके अलावा , ग्रामीण क्षेत्रों की तुलना में मलिन बस्तियों में बिजली की उपलब्धता अधिक थी। पानी , शौचालय और जल निकासी सुविधाओं की उपलब्धता के मामले में ग्रामीण क्षेत्रों और गैर-अधिसूचित मलिन बस्तियों की स्थिति समान थी। इस प्रकार , अध्ययन ने सुझाव दिया कि ग्रामीण क्षेत्र और मलिन बस्तियां कुछ पहलुओं में समान थीं और कुछ अन्य पहलुओं में भिन्न थीं।

प्रिंजा, वर्मा और लाल (2007) ने अपने लेख "उत्तर भारत में आंगनवाड़ी और स्वास्थ्य कार्यकर्ता के बीच पोषण सेवाओं और कार्यात्मक एकीकरण के वितरण में आईसीडीएस कार्यक्रम की भूमिका" में पोषण की स्थिति और आहार संबंधी आदतों का आकलन करने के लिए एक अध्ययन किया। इससे पता चला कि मातृ शिक्षा और जागरूकता की कमी ने बच्चों की पोषण स्थिति को प्रभावित किया। स्वास्थ्य क्षेत्र के साथ कार्यक्रम का कार्यात्मक एकीकरण पर्याप्त था। इस अध्ययन ने सुझाव दिया कि बाल विकास के मुद्दे को हल करने के लिए एक समग्र और बहुआयामी दृष्टिकोण की आवश्यकता है।

नोरोन्हा, भादुड़ी और भट (2008) ने अपने लेख "गर्भवती महिलाओं में एनीमिया की व्यापकता: उडुपी जिले में एक समुदाय आधारित अध्ययन" में एनीमिया की व्यापकता का मूल्यांकन करने के लिए एक अध्ययन किया और उडुपी की शहरी मलिन बस्तियों में गर्भवती महिलाओं में इसे प्रभावित करने वाले कारकों का निर्धारण करना। अध्ययन से पता चला कि आधे से ज्यादा (50.14 फीसदी) गर्भवती महिलाएं एनीमिक पाई गईं। इसके अलावा , यह बताया गया कि महिलाओं की उम्र , सामाजिक-आर्थिक स्थिति, खराब पोषण, बॉडी मास इंडेक्स , गर्भावस्था के अंतराल और लिंग समानता जैसे कारक एनीमिया के प्रसार से महत्वपूर्ण रूप से जुड़े थे।

मारीमुथु, मैतेई और श्रार्मा (2009) ने अपने लेख "दिल्ली स्लम में सामान्य रुग्णता प्रसार" में सामाजिक-आर्थिक और जनसांख्यिकीय कारकों के संदर्भ में दिल्ली में झुग्गी आबादी के बीच रुग्णता की व्यापकता की जांच करने के लिए एक क्रॉस-सेक्शनल अध्ययन किया। उन्होंने पाया कि मलिन बस्तियों में कुल प्रसार दर 15.4 प्रतिशत थी। उन्होंने बताया कि उच्च रुग्णता और निरक्षरता की स्थिति की व्यापकता सकारात्मक रूप से सहसंबद्ध थी। झुग्गी-झोपड़ी में रहने वालों में श्वसन तंत्र की बीमारियों की व्यापकता दर बहुत अधिक थी। उन्होंने निष्कर्ष निकाला कि स्लम में बिताए वर्षों की संख्या , अलग रसोईघर की उपस्थिति , आवास के प्रकार, शौचालय के प्रकार शहरी स्लम क्षेत्रों में उच्च रुग्णता के प्रसार के लिए महत्वपूर्ण पर्यावरणीय कारक थे।

गुप्ता, वी.के. श्रीवास्तव, कुमार, जैन, मसूद, अहमद और जे.पी. श्रीवास्तव (2010) ने अपने लेख "लखनऊ शहर , यूपी के शहरी मलिन बस्तियों में नवजात देखभाल प्रथाओं" में लखनऊ की शहरी मलिन बस्तियों में नवजात देखभाल प्रथाओं के बारे में ज्ञान का आकलन किया। यह पाया गया कि लगभग आधे (51.7 प्रतिशत) प्रसव घर पर ही अस्वच्छ परिस्थितियों में किए गए थे। अधिकांश (77.1 प्रतिशत) महिलाओं ने माना कि नवजात शिशुओं को गर्म पानी से नहलाया जाना चाहिए और साफ कपड़े से

सुखाया जाना चाहिए। केवल 36.6 प्रतिशत और 30.2 प्रतिशत माताओं ने प्रसव के क्रमशः 1 घंटे और 24 घंटे के भीतर स्तनपान शुरू कर दिया। केवल 43.5 प्रतिशत माताओं ने अपने बच्चों को कोलोस्ट्रम दिया और कोलोस्ट्रम को त्यागने का मुख्य कारण रीति-रिवाज थे। इस अध्ययन से पता चला कि अधिकांश महिलाओं को नवजात शिशु की देखभाल के बारे में सही जानकारी नहीं थी।

सचदेवा, आलम, बेग, खान और खालिक (2011) ने अपने काम "अलीगढ़ जिले, उत्तर प्रदेश में बच्चों के बीच विटामिन ए की कमी के निर्धारक" में अलीगढ़ जिले के ग्रामीण और पेरी-शहरी क्षेत्रों में एक अध्ययन किया। जेरोफथाल्मिया की व्यापकता और बच्चों के बीच इसके निर्धारकों का पता लगाना। यह बताया गया कि जेरोफथाल्मिया की व्यापकता दर 9.1 प्रतिशत थी। रतौंधी, बिटोट स्पॉट और कॉर्नियल जेरोफथाल्मिया सकारात्मक रूप से उम्र के साथ सहसंबद्ध थे। सांख्यिकीय विश्लेषण से पता चला कि सामाजिक-जनसांख्यिकीय कारक जैसे आवास का प्रकार, सामाजिक-आर्थिक स्थिति, मातृ शिक्षा और प्रोटीन का कम सेवन और हरी पत्तेदार सब्जियां विटामिन ए की कमी से महत्वपूर्ण रूप से जुड़ी थीं। बर्बाद और खसरा जैसी सह-रुग्णताएं भी विटामिन ए की कमी के निर्धारक थे। इस अध्ययन से पता चला है कि अलीगढ़ में विटामिन ए की कमी एक स्वास्थ्य समस्या बनी हुई है और समस्या की गंभीरता रोगनिरोधी उपायों के कठोर कार्यान्वयन की मांग करती है।

बागुल और सुपारे (2012) ने अपने लेख "नागपुर, भारत के एक शहरी स्लम में शिशु आहार प्रथाओं" में नागपुर के एक शहरी स्लम में शिशु आहार प्रथाओं का अध्ययन किया और इसे प्रभावित करने वाले कारकों की जांच करने की कोशिश की। इस अध्ययन से पता चला कि लगभग 21.83 प्रतिशत माताओं ने जन्म के एक घंटे के भीतर स्तनपान शुरू कर दिया। जबकि केवल 21.38 प्रतिशत माताओं ने अपने शिशुओं को कोलोस्ट्रम देने की सूचना दी थी, लगभग 36.84 प्रतिशत माताओं ने पहले छह महीनों की अवधि के लिए अपने शिशुओं को विशेष रूप से स्तनपान कराया। मातृ शिक्षा, मां की रोजगार की स्थिति, बच्चे का लिंग, प्रसव पूर्व देखभाल यात्राओं की संख्या, स्तनपान और दूध छुड़ाने के संबंध में मां के ज्ञान जैसे कारक महत्वपूर्ण रूप से जुड़े हुए पाए गए। इस अध्ययन से पता चला है कि मलिन बस्तियों में रहने वाली माताओं को स्तनपान और दूध छुड़ाने के तरीकों के बारे में उचित जानकारी नहीं थी।

कुमार और सिंह (2013) ने अपने लेख "शहरी भारत में गरीब और गैर-गरीबों के बीच बचपन के कुपोषण में अंतर को कम करना, 2005-2006" में गरीब और शहरी भारत में योगदान करने वाले कारकों को मापने की कोशिश की। पांच साल से कम उम्र के बच्चों में स्टंटिंग, वेस्टिंग और कम वजन में गैर-गरीब अंतर। उन्होंने खुलासा किया कि शहरी भारत में गरीब और गैर-गरीब के बीच कुपोषण में बहुत अंतर था। शहरी बच्चों में कम वजन (33 प्रतिशत), स्टंटिंग (40 प्रतिशत) और वेस्टिंग (70 प्रतिशत) की व्यापकता काफी अधिक थी। उन्होंने माना कि इन मानवशास्त्रीय मापदंडों के उच्च प्रसार के लिए जिम्मेदार कारक स्वास्थ्य देखभाल सेवाओं का अपर्याप्त उपयोग, कम मातृ शिक्षा और माताओं का खराब बॉडी मास इंडेक्स थे। उन्होंने सिफारिश की कि सार्वजनिक स्वास्थ्य सेवाओं में सुधार और मातृ साक्षरता स्तर बचपन के कुपोषण पर गरीबी के प्रभाव को कम कर सकता है।

लोहिया और उदीपी (2014) ने अपने लेख "शिशु और बच्चे के आहार सूचकांक में आहार प्रथाओं, शहरी झुग्गी-झोपड़ी के बच्चों की पोषण स्थिति को दर्शाता है" में शिशु आहार प्रथाओं का आकलन करने और आहार प्रथाओं और पोषण की स्थिति के बीच संबंधों की पहचान करने के लिए मुंबई की शहरी मलिन बस्तियों में एक अध्ययन किया। शिशु और शिशु आहार सूचकांक का उपयोग करना। शिशु और शिशु आहार सूचकांक पांच घटकों का एक संयुक्त सूचकांक है, अर्थात् स्तनपान, दूध पिलाने के लिए बोतल का उपयोग, आहार विविधता स्कोर, भोजन समूह आवृत्ति स्कोर और खिला आवृत्ति स्कोर। इस अध्ययन से पता चला कि शिशु और बच्चे का आहार सूचकांक उन कारकों की पहचान करने में हानिकारक साबित हो सकता है जो बच्चे को खिलाने की प्रथाओं और उनके पोषण की स्थिति को प्रभावित करते हैं।

पटेल, बंसल, ए.जी. निंबालकर, फाटक, एस.एम. निंबालकर, देसाई (2015) अपने लेख "स्तनपान प्रथाओं, जनसांख्यिकीय चर, और बच्चों में रुग्णता के साथ उनका जुड़ाव" ने गुजरात के आणंद जिले में पांच साल से कम उम्र के बच्चों की माताओं के बीच स्तनपान प्रथाओं का आकलन करने के लिए एक अध्ययन किया। सांख्यिकीय विश्लेषण से पता चला कि प्रसव के एक घंटे के बाद स्तनपान शुरू करना, छह महीने से पहले केवल स्तनपान की प्रथा को बंद करना, मातृ शिक्षा का निम्न स्तर, दो से अधिक बच्चे होने और परिवार के अन्य सदस्यों द्वारा प्रदान किए गए पूरक भोजन ने रुग्णता की दर में वृद्धि की। इस प्रकार, अध्ययन ने सुझाव दिया कि माताएं अनुचित तरीके से स्तनपान करा रही थीं और इन प्रथाओं को सुधारने के लिए हस्तक्षेप की आवश्यकता थी।

सुधिनारसेट, बेयेलर, बार्ज और स्मिथ (2016) ने अपने लेख "डिसीजनिंग फॉर डिलीवरी लोकेशन एंड क्वालिटी ऑफ केयर इन स्लम-निवासियों: उत्तर प्रदेश, भारत में एक गुणात्मक अध्ययन" में लखनऊ की दो शहरी मलिन बस्तियों में एक अध्ययन किया। मातृ एवं शिशु स्वास्थ्य देखभाल सेवाओं से संबंधित स्लमवासियों के अनुभव। इस अध्ययन से पता चला कि ऐसे कई कारक थे जो प्रसवपूर्व देखभाल सेवाओं और प्रसव की मांग के स्थान को निर्धारित करते थे। परिवारों के साथ संयुक्त निर्णय लेने, देखभाल की गुणवत्ता और परिवारों की वित्तीय स्थिति जैसे कारकों ने निर्णय लेने में महत्वपूर्ण भूमिका निभाई। महिलाओं का मानना था कि सार्वजनिक अस्पतालों की तुलना में निजी अस्पतालों में बेहतर स्वास्थ्य देखभाल सुविधाएं प्रदान की जा रही हैं, हालांकि, उन्होंने यह भी माना कि निजी अस्पताल महंगे और उनकी पहुंच से बाहर थे।

घाने और कुमार (2017) ने अपने लेख "मुंबई उपनगरीय क्षेत्र के पांच साल से कम उम्र के बच्चों की पोषण स्थिति" में पांच साल से कम उम्र के बच्चों की पोषण स्थिति की जांच करने और पोषण की स्थिति के साथ सहसंबंध का विश्लेषण करने के लिए एक क्रॉस-सेक्शनल अध्ययन किया। मुंबई के उपनगरीय क्षेत्र में सामाजिक-आर्थिक स्थिति, जन्म-वजन, स्तनपान की अवधि, मातृ शिक्षा और टीकाकरण की स्थिति जैसे निर्धारक। इस अध्ययन से पता चला कि कम वजन बच्चों में कुपोषण का सबसे आम रूप था और इसके बाद वेस्टिंग और स्टटिंग का स्थान था। उन्होंने देखा कि कुपोषण का प्रसार 12-24 महीने के आयु वर्ग में सबसे अधिक था। सांख्यिकीय विश्लेषण से पता चला कि सामाजिक-आर्थिक स्थिति और सामाजिक-जनसांख्यिकीय कारक कुपोषण से महत्वपूर्ण रूप से जुड़े थे। उन्होंने कहा कि गुणवत्तापूर्ण प्रसवपूर्व देखभाल प्रदान करना और सामाजिक-आर्थिक स्थितियों में सुधार करना बच्चों के बीच कम वजन को कम करने में प्रभावी साबित हो सकता है।

अलाजी डीए, अगाना जीए (2020) ने क्षेत्र में मलिन बस्तियों के स्वास्थ्य प्रभाव की व्याख्या करने वाले विषयों की पहचान करने के लिए 40 अध्ययनों का विषयगत विश्लेषण किया। उप-सहारा अफ्रीका दुनिया का सबसे कम शहरीकृत क्षेत्र है, लेकिन विडंबना यह है कि शहरी झुग्गी निवासियों के सबसे बड़े अनुपात वाला क्षेत्र भी है। किफायती आवास प्रावधान, रोजगार सृजन और सामुदायिक सामंजस्य जैसे क्षेत्रों में केवल कुछ ही अध्ययन झुग्गी-झोपड़ियों और स्वास्थ्य के बीच लाभकारी संबंध का सुझाव देते हैं। हम तर्क देते हैं कि मलिन बस्तियों के पर्यावरणीय जोखिमों पर साहित्य का अत्यधिक जोर एक नवउदारवादी शहरी एजेंडे में शामिल है जो स्वास्थ्य के लिए उनके लाभकारी योगदान की कीमत पर मलिन बस्तियों को साफ करना चाहता है। तदनुसार, हम झुग्गी-झोपड़ियों के स्वास्थ्य जोखिम के रूप में स्थिर लक्षण वर्णन से स्वास्थ्य-प्रचार एजेंडे के लिए नीतिगत प्रवचन में बदलाव की वकालत करते हैं जो झुग्गी आबादी के आवास और सेवा अधिकारों पर जोर देता है।

फरहाद नोसराती नेजाद एट अला (2021) ने स्लम निवासियों के स्वास्थ्य को बढ़ावा देने में स्वास्थ्य के सामाजिक निर्धारकों के महत्व को देखते हुए, इन निर्धारकों के मुख्य आयामों और घटकों की पहचान करने के उद्देश्य से यह अध्ययन किया गया था। स्वास्थ्य के सामाजिक निर्धारकों पर जानकारी निकालने के लिए तैतीस लेखों का चयन किया गया। लेखों की समीक्षा करने के बाद, 7 मुख्य आयाम (आवास, परिवार की सामाजिक आर्थिक स्थिति, पोषण, पड़ोस की विशेषताएं, सामाजिक समर्थन और सामाजिक पूंजी, व्यावसायिक कारक और स्वास्थ्य व्यवहार) और 87 घटकों को स्लम में रहने वालों के बीच स्वास्थ्य के सामाजिक निर्धारक के रूप में निकाला गया।

## महिलाओं की स्वास्थ्य स्थिति

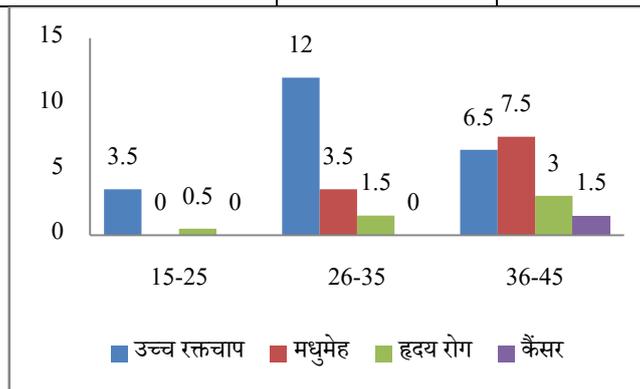
खराब आवास की स्थिति, भीड़भाड़, गिरावट, स्वच्छता और बुनियादी नागरिक सुविधाओं की कमी, पर्यावरणीय गिरावट झुग्गीवासियों के स्वास्थ्य के लिए एक निरंतर खतरा है। मलिन बस्तियों में रहने वाली महिलाओं की स्वास्थ्य स्थिति का अवलोकन एक निराशाजनक तस्वीर प्रस्तुत करता है। समाज के गरीब वर्गों की महिलाओं में मृत्यु और बीमारियों की घटनाएं सबसे अधिक हैं (गोस्वामी, 2014ए)। महिलाओं की पीड़ा के अलावा, चिंता का एक प्रमुख कारण अपने स्वयं के स्वास्थ्य के प्रति उनका अनभिज्ञ रहना है। शहरी मलिन बस्तियों में महिलाओं का स्वास्थ्य सबसे अधिक उपेक्षित है। आय की अनियमितता, अपर्याप्त भोजन, सुरक्षित और स्वच्छ आश्रय का अभाव, गुणवत्तापूर्ण स्वास्थ्य सेवाओं तक पहुंच की कमी और प्रतिकूल भौतिक और सामाजिक वातावरण के साथ अन्य सेवाएं, जैसे महिलाओं के प्रति शोषक और अपमानजनक व्यवहार, शहरी गरीब महिलाओं के स्वास्थ्य पर प्रतिकूल प्रभाव डालते हैं। मलिन बस्तियों में रहना (गोस्वामी, 2014बी)।

अध्याय के इस भाग में, मलिन बस्तियों में नमूना लेने वाली महिलाओं द्वारा सामना की जा रही विभिन्न स्वास्थ्य समस्याओं पर चर्चा की गई है। स्वास्थ्य समस्याओं को मोटे तौर पर चार श्रेणियों में विभाजित किया गया है, अर्थात् चयापचय संबंधी समस्याएं, पोषण संबंधी कमियां, प्रजनन स्वास्थ्य समस्याएं और अन्य स्वास्थ्य बीमारियां। तालिका 1 मलिन बस्तियों में

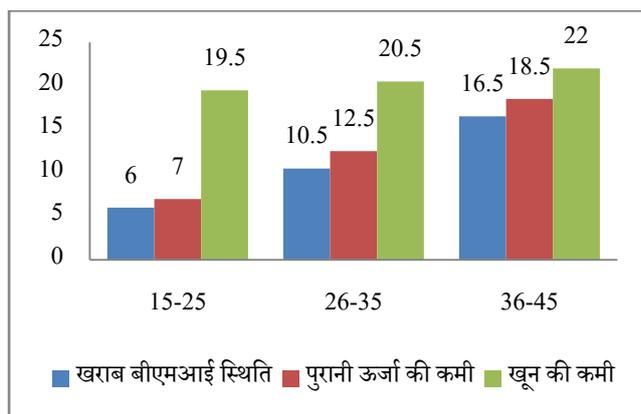
महिलाओं के बीच विभिन्न स्वास्थ्य समस्याओं की व्यापकता प्रदान करती है। विभिन्न आयु समूहों में रोगों की घटना का विश्लेषण करने के लिए उत्तरदाताओं का आयुवार वितरण प्रस्तुत किया गया है।

तालिका 1 उत्तरदाताओं के बीच स्वास्थ्य समस्याओं का आयु वार-वितरण

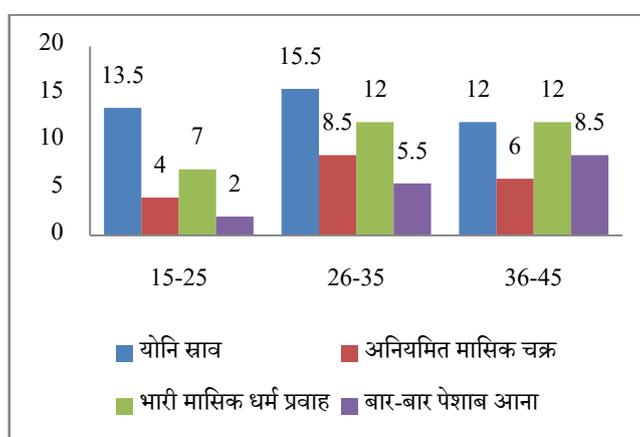
स्वास्थ्य समस्याएं*	वर्ष में उम्र		
	15-25	26-35	36-45
<b>मेटाबोलिक संबंधी समस्याएं</b>			
उच्च रक्तचाप	07 (3.5%)	24 (12%)	13 (6.5%)
मधुमेह	-	07 (3.5%)	15 (7.5%)
हृदय रोग	01 (0.5%)	03 (1.5%)	06 (3%)
कैंसर	-	-	03 (1.5%)
<b>पोषक तत्वों की कमी</b>			
खराब बीएमआई स्थिति	12 (6%)	21 (10.5%)	33 (16.5%)
पुरानी ऊर्जा की कमी	14 (7%)	25 (12.5%)	37 (18.5%)
खून की कमी	39 (19.5%)	41 (20.5%)	44 (22%)
<b>प्रजनन स्वास्थ्य समस्याएं</b>			
योनि स्राव	27 (13.5%)	31 (15.5%)	24 (12%)
अनियमित मासिक चक्र	08 (4%)	17 (8.5%)	12 (6%)
भारी मासिक धर्म प्रवाह	14 (7%)	24 (12%)	27 (12%)
बारबार पेशाब आना-	04 (2%)	11 (5.5%)	17 (8.5%)
<b>अन्य स्वास्थ्य रोग</b>			
गैस्ट्रिक और पेट की समस्या	07 (3.5%)	13 (6.5%)	21 (10.5%)
पीलिया	01 (0.5%)	06 (3%)	02 (1%)
सिर दर्द	09 (4.5%)	37 (18.5%)	19 (9.5%)
शरीर में दर्द और जोड़ों का दर्द	02 (1%)	11 (5.5%)	13 (6.5%)



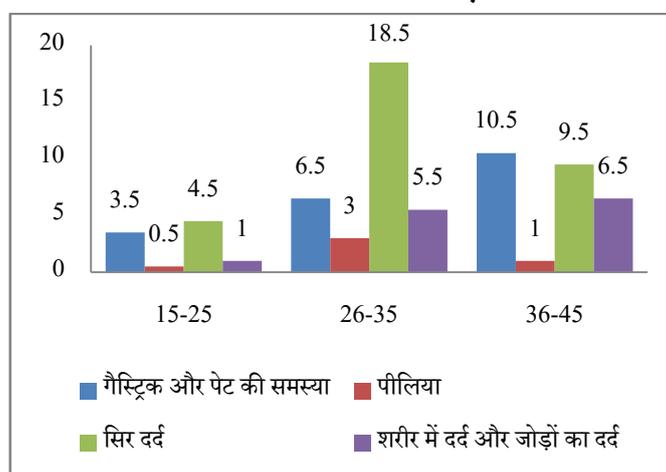
मेटाबोलिक संबंधी समस्याएं



पोषक तत्वों की कमी



प्रजनन स्वास्थ्य समस्याएं



अन्य स्वास्थ्य रोग

चित्र 1 उत्तरदाताओं के बीच स्वास्थ्य समस्याओं का आयु-वार वितरण

महिलाओं में स्वास्थ्य समस्याओं का विश्लेषण चार मर्दानों में किया गया। यह पता चला कि मलिन बस्तियों में महिलाओं में सबसे अधिक प्रचलित स्वास्थ्य समस्याएं पोषण संबंधी कमियां (6% से 22%) थीं, इसके बाद अन्य स्वास्थ्य बीमारियां (1% से 18.5%) और प्रजनन समस्या (2% से 15.5%) थीं। मेटाबोलिक स्वास्थ्य समस्या का योगदान तुलनात्मक रूप से रोग प्रोफाइल (0.5% से 7.5%) में कम था। पोषक तत्वों की कमी की अधिक घटनाएं खराब आहार सेवन और अस्वच्छ भोजन का संकेत देती हैं, जबकि प्रजनन और बीमारियों का उच्च अनुपात उनके स्वास्थ्य पर अस्वच्छ प्रथाओं, खराब जीवन और पर्यावरणीय परिस्थितियों के प्रभाव का सुझाव देता है। इसके अलावा, झुग्गी-झोपड़ियों में क्षेत्र सर्वेक्षण के दौरान देखा गया एक

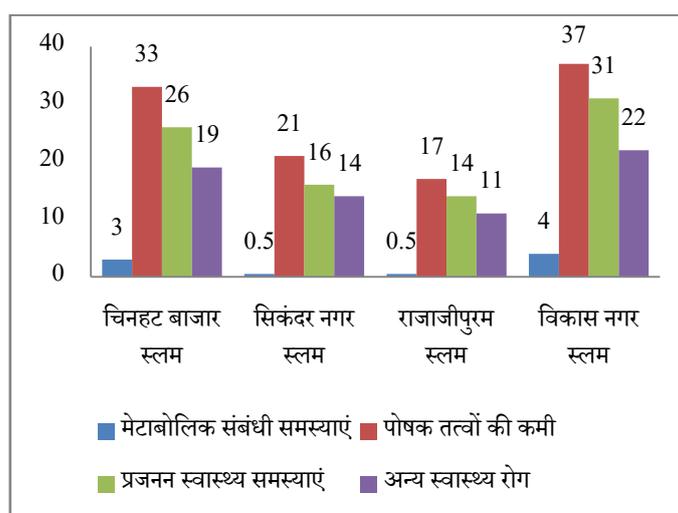
मुद्दा यह है कि महिलाएं अक्सर छोटी-मोटी स्वास्थ्य समस्याओं के प्रति अनभिज्ञ रहती हैं और गंभीर रूप से बीमार पड़ने पर ही डॉक्टरों से सलाह लेती हैं। वर्तमान अध्ययन का यह निष्कर्ष रायपुर की मलिन बस्तियों में किए गए एक समान अध्ययन के अनुरूप है (गोस्वामी, 2014)। उपरोक्त तालिका नमूना महिलाओं में विभिन्न प्रकार की बीमारियों की उच्च घटना दर का सुझाव देती है। यह देखा गया है कि उम्र बढ़ने के साथ स्वास्थ्य समस्याओं की घटनाओं में वृद्धि हुई है। इसलिए, यह माना जा सकता है कि वृद्ध महिलाओं में बीमारियों की व्यापकता अधिक थी। इसके अलावा, पोषण संबंधी समस्या का अधिक होना गंभीर चिंता का विषय है जिस पर ध्यान देने की आवश्यकता है।

### स्वास्थ्य समस्याओं का स्लमवार वितरण-

स्वास्थ्य समस्याओं की व्यापकता का स्लम-वार विश्लेषण विकास नगर स्लम और चिनहट बाजार स्लम की एक बहुत ही चिंताजनक स्थिति को उजागर करता है, जहाँ बीमारी के एपिसोड, विशेष रूप से पोषण की कमी और प्रजनन स्वास्थ्य समस्याएं अन्य दो झुगियों की तुलना में अधिक थीं। दोनों मलिन बस्तियों में महिलाओं को गंभीर स्वास्थ्य समस्याएं होने का अधिक खतरा था। सिकंदर नगर स्लम और राजाजीपुरम स्लम की स्थिति तुलनात्मक रूप से बेहतर थी, जिसमें गंभीर बीमारियों के मामले थोड़े कम थे। इन दोनों मलिन बस्तियों में चयापचय संबंधी समस्याएं अधिक होती हैं। हालांकि, सभी चार मलिन बस्तियों में ऊर्जा की कमी, एनीमिया, अनियमित मासिक चक्र, भारी मासिक धर्म प्रवाह, सिरदर्द की घटनाएं हमेशा अधिक थीं।

तालिका 2 उत्तरदाताओं के बीच बीमारियों का स्लम-वार वितरण

बीएमआई स्थिति	चिनहट बाजार स्लम	सिकंदर नगर स्लम	राजाजीपुरम स्लम	विकास नगर स्लम
मेटाबोलिक संबंधी समस्याएं	3	.5	.5	4
पोषक तत्वों की कमी	33	21	17	37
प्रजनन स्वास्थ्य समस्याएं	26	16	14	31
अन्य स्वास्थ्य रोग	19	14	11	22



चित्र 2 उत्तरदाताओं के बीच बीमारियों का स्लम-वार वितरण

## स्वास्थ्य देखभाल सेवाओं तक पहुंच और उपयोग

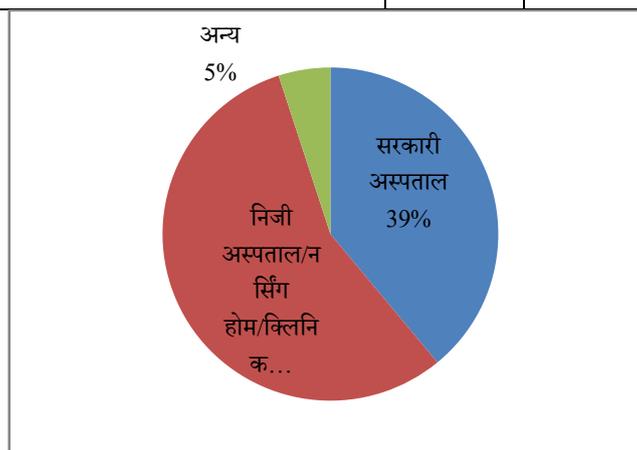
स्वास्थ्य देखभाल प्रदाताओं के सामने सबसे बड़ी चुनौतियों में से एक स्वास्थ्य देखभाल सेवाओं का असमान वितरण है। शहरी झुग्गी-झोपड़ी में रहने वाले लोग स्वास्थ्य देखभाल सेवाओं तक पहुंच की कमी के कारण अत्यधिक असुरक्षित हैं। यह एक कड़वी सच्चाई है कि शहरी भारत में गरीब बुनियादी स्वास्थ्य सुविधाओं से वंचित हैं। स्वास्थ्य देखभाल के अवसरों की अपर्याप्त उपलब्धता के लिए कई कारक जिम्मेदार हैं। मांग पक्ष पर, बीमारी का पता लगाना और स्वास्थ्य देखभाल से संभावित लाभों को सामाजिक-सांस्कृतिक और शैक्षिक कारकों द्वारा अस्पष्ट किया जा सकता है और भले ही स्वास्थ्य देखभाल के लाभों को मान्यता दी गई हो, इसके उपयोग को आर्थिक बाधाओं से दबाया जा सकता है। इस अध्याय के इस भाग में मलिन बस्तियों में रहने वाली महिलाओं में स्वास्थ्य चाहने वाले व्यवहार का विस्तृत विश्लेषण प्रस्तुत करने का प्रयास किया गया है।

## देखे गए अस्पताल के प्रकार

तालिका 3 बताती है कि झुग्गी-झोपड़ियों में आधे से अधिक (56 प्रतिशत) महिलाएं इलाज के लिए निजी अस्पतालों/क्लीनिकों या नर्सिंग होम में जाती हैं। जबकि 39 फीसदी महिलाएं सरकारी अस्पतालों में जाती हैं और 5 फीसदी अन्य लोगों को पसंद करती हैं जिनमें वैद, हकीम, झोलाछाप शामिल हैं। यह इंगित करता है कि झुग्गी बस्तियों में महिलाओं ने सरकारी अस्पतालों की तुलना में निजी अस्पतालों/क्लीनिकों को प्राथमिकता दी। उम्मीदों के विपरीत, बहुत कम उत्तरदाताओं ने पारंपरिक चिकित्सकों से चिकित्सा उपचार की मांग की थी। निजी अस्पतालों को वरीयता इस बात का संकेत है कि बढ़ता हुआ सरकारी ढांचा शहरी गरीबों की जरूरतों को पूरा करने में विफल रहा है।

तालिका 3 देखे गए अस्पताल का प्रकार

देखे गए अस्पताल का प्रकार	आवृत्ति	प्रतिशत
सरकारी अस्पताल	78	39
निजी अस्पताल/नर्सिंग होम/क्लीनिक	112	56
अन्य	10	5



चित्र 3 देखे गए अस्पताल का प्रकार की प्रतिशतता

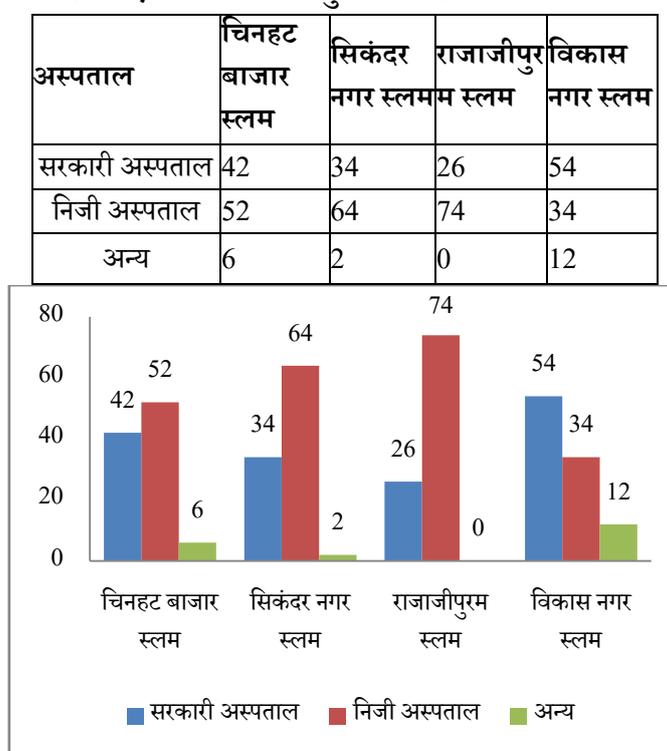
स्वास्थ्य चाहने वाले व्यवहार के स्लम-वार विश्लेषण से पता चला है कि सिकंदर नगर स्लम और राजाजीपुरम स्लम में अधिकांश उत्तरदाताओं ने निजी अस्पतालों को प्राथमिकता दी, जबकि चिनहट बाजार स्लम और विकास नगर स्लम में लगभग आधे उत्तरदाताओं ने निजी अस्पतालों का दौरा किया। राजाजीपुरम स्लम में किसी भी उत्तरदाता ने पारंपरिक चिकित्सकों से चिकित्सा सलाह नहीं ली, हालांकि विकास नगर स्लम में 12 प्रतिशत उत्तरदाताओं ने दवा के लिए झोलाछाप डॉक्टर के पास गए

(चित्र 4)। सैपल की गई महिलाओं ने गैर-पंजीकृत निजी डॉक्टरों के क्लिनिक का भी दौरा किया , जो अक्सर अपनी अज्ञानता का फायदा उठाते हैं जिससे स्थिति और खराब हो जाती है।

ध्यान में आने वाली प्रथाओं में से एक यह है कि महिलाएं छोटी-मोटी बीमारियों में डॉक्टरों के पास जाने से बचती हैं और वे गंभीर रूप से बीमार पड़ने पर ही डॉक्टरों से सलाह लेती हैं। इससे पता चलता है कि महिलाओं में स्व-दवा की प्रथा आम थी और स्थानीय मेडिकल स्टोर महिलाओं को उनके लक्षणों के आधार पर दवाएं खरीदते हैं। यह भी बताया गया कि कभी-कभी इन स्व-निर्धारित दवाओं के परिणामस्वरूप दवा प्रतिक्रिया होती है। ये प्रमुख निष्कर्ष मलिन बस्तियों में महिलाओं के बीच अनुचित दवा प्रथाओं को दर्शाते हैं।

पार्सन्स ने रुग्ण भूमिका का विस्तृत विश्लेषण किया जब इसे पेश किया गया तो इसे अद्वितीय माना गया। हालांकि , पार्सन्स द्वारा प्रस्तावित बीमार रोल मॉडल वर्ग , नस्लीय, जातीय और लिंग भिन्नताओं को ध्यान में नहीं रखता है और जिस तरह से लोग बीमारी को समझते हैं और इस बीमार भूमिका की व्याख्या करते हैं उदाहरण के लिए, बीमार रोल मॉडल इस तथ्य को नहीं देखता है कि मजदूर वर्ग में कई व्यक्ति बीमार भूमिका को तब तक स्वीकार नहीं करने का विकल्प चुन सकते हैं जब तक कि वे गंभीर रूप से बीमार न हों क्योंकि वे काम से समय नहीं गंवा सकते और अपनी कमाई का एक महत्वपूर्ण हिस्सा खो सकते हैं।

**तालिका 4 देखे गए अस्पतालों के अनुसार उत्तरदाताओं का स्लम-वार वितरण**



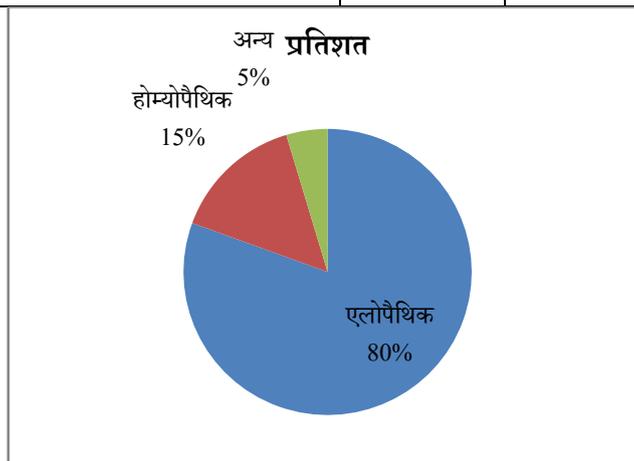
**चित्र 4 देखे गए अस्पतालों के अनुसार उत्तरदाताओं का स्लमवार वितरण-**

### उपचार का प्रकार

अध्ययन से पता चला कि उत्तरदाताओं के उच्च अनुपात (87 प्रतिशत) ने एलोपैथिक उपचार प्राप्त किया , जो बताता है कि मलिन बस्तियों में महिलाओं ने आधुनिक चिकित्सा उपचार सुविधा को प्राथमिकता दी। केवल 16 प्रतिशत उत्तरदाताओं ने होम्योपैथिक दवा का लाभ उठाया और 5 प्रतिशत उपचार की पारंपरिक पद्धति पर निर्भर थे। उच्च एलोपैथिक उपचार के कारणों में से एक स्थानीय स्तर पर निजी चिकित्सकों की पहुंच हो सकती है। इसके अलावा , छोटी-मोटी बीमारियों में उत्तरदाता स्थानीय चिकित्सा फार्मासिस्ट से दवाएं खरीदते हैं जो एलोपैथिक दवाओं के अधिक सेवन का कारण भी है। इसके अलावा , उत्तरदाताओं का मानना था कि एलोपैथिक दवाएं उपचार के अन्य रूपों की तुलना में अधिक प्रभावी और विश्वसनीय हैं।

तालिका 5 उत्तरदाताओं द्वारा प्राप्त उपचार का प्रकार

उपचार का प्रकार	आवृत्ति	प्रतिशत
एलोपैथिक	174	87
होम्योपैथिक	32	16
अन्य	10	5



चित्र 5 उत्तरदाताओं द्वारा प्राप्त उपचार का प्रकार

### प्राप्त उपचार के बारे में संतुष्टि

वर्तमान अध्ययन में, उत्तरदाताओं के बीच स्वास्थ्य सुविधाओं के बारे में संतुष्टि का आकलन करने का प्रयास किया गया है जो उन्हें अधिकारियों द्वारा प्रदान की जा रही हैं। यह पता चला है कि सरकारी अस्पताल में स्वास्थ्य सेवाएं प्राप्त करने वाले उत्तरदाताओं में से लगभग 39 प्रतिशत असंतुष्ट थे और निजी अस्पतालों में इलाज कराने वाले 33.9 प्रतिशत उत्तरदाताओं ने असंतोष व्यक्त किया। मलिन बस्तियों में महिलाओं की खराब आर्थिक स्थिति को देखते हुए, यह चिंता का विषय है कि स्वास्थ्य सुविधाओं पर पैसा खर्च करने के बावजूद उन्हें पर्याप्त स्वास्थ्य देखभाल प्रदान नहीं की गई। इस प्रकार, यह स्पष्ट है कि झुग्गी बस्तियों में महिलाओं का एक महत्वपूर्ण अनुपात सरकारी और निजी अस्पतालों में उन्हें प्रदान की जाने वाली स्वास्थ्य सेवाओं से संतुष्ट नहीं था। यह निष्कर्ष पुणे की एक शहरी झुग्गी बस्ती में किए गए एक अध्ययन के अनुरूप है (बनर्जी एट अला, 2012)।

तालिका 6 उत्तरदाताओं के बीच उपचार की संतुष्टि

उपचार का स्थान	इलाज से संतुष्ट	इलाज से संतुष्ट नहीं
सरकारी अस्पताल	47 (60.2%)	31 (39.7%)
निजी अस्पताल/क्लिनिक	74 (66%)	38 (33.9%)
अन्य	6 (60%)	4 (40%)

### स्वास्थ्य देखभाल सुविधाओं तक पहुंचने में बाधाएं

मलिन बस्तियों में रहने वाली महिलाओं में स्वास्थ्य देखभाल सेवाओं के प्रति असंतोष के कई कारण जिम्मेदार हैं। तालिका 7 में असंतोष के कारणों का विवरण प्रस्तुत किया गया है। लंबे समय तक प्रतीक्षा करना और सस्ती चिकित्सा उपचार की कमी उत्तरदाताओं के बीच असंतोष का सबसे आम कारण पाया गया। सामर्थ्य के कारक की जांच करने पर उत्तरदाताओं ने सरकारी अस्पतालों में दवा की आपूर्ति की कमी के बारे में बताया और इसके परिणामस्वरूप उन्हें बाहर से दवाएं खरीदनी पड़ीं।

जिससे उनकी जेब पर अतिरिक्त बोझ पड़ता है। अन्य महत्वपूर्ण कारक जो एक बाधा के रूप में काम करते थे, वे थे स्वास्थ्य सेवाओं की खराब गुणवत्ता, दूरी और असुविधाजनक परामर्श समय, उन्होंने उत्तरदाताओं को प्रदान की जा रही सेवाओं की गुणवत्ता के बारे में शिकायत की। इसके अलावा, अस्पतालों की दूरी और असुविधाजनक समय के कारण उनके दैनिक कार्य भी प्रभावित हुए। इन कारकों के अलावा, स्वास्थ्य कर्मियों का अशिष्ट व्यवहार, उनकी अनुपस्थिति और डॉक्टरों द्वारा निजी प्रैक्टिस कुछ महत्वपूर्ण हस्तक्षेप कारक थे। इन कारकों का संयोजन मलिन बस्तियों में रहने वाली महिलाओं के लिए पर्याप्त स्वास्थ्य देखभाल सेवाओं की कमी के लिए जिम्मेदार था।

संघर्ष सिद्धांत का विचार था कि समाज में लोगों का स्वास्थ्य, रोग और स्वास्थ्य देखभाल वितरण प्रणाली सामाजिक, आर्थिक और राजनीतिक ताकतों से प्रभावित होती है। संघर्ष सिद्धांतकार स्वास्थ्य देखभाल प्राप्त करने के लिए प्रत्येक व्यक्ति की क्षमता के मुद्दों से चिंतित हैं; नस्ल, वर्ग और लैंगिक असमानताओं से स्वास्थ्य और स्वास्थ्य देखभाल कार्यकर्ता कैसे प्रभावित होते हैं; स्वास्थ्य देखभाल के चिकित्सा मॉडल का प्रभाव और प्रभुत्व; और स्वास्थ्य देखभाल प्रणाली में लाभ की भूमिका (केंडल, 2011: 604)।

तालिका 7 स्वास्थ्य देखभाल सेवाएं प्राप्त करने में बाधाएं

असंतोष के कारण*	प्रतिशत
लंबे समय तक प्रतीक्षा समय	36.3%
सामर्थ्य	29%
स्वास्थ्य देखभाल की खराब गुणवत्ता	22.3%
स्वास्थ्य देखभाल की खराब गुणवत्ता	17%
दूरी	13.5%
स्वास्थ्य कर्मों नदारद	5.4%
कर्मचारियों का अभद्र व्यवहार	2.8%
डॉक्टरों द्वारा निजी प्रैक्टिस	1.3%

### इलाज पर मासिक खर्च

सभी चार मलिन बस्तियों में, उत्तरदाताओं ने कहा कि घर की आय कम है जिससे उनके लिए अपने स्वास्थ्य पर पैसा खर्च करना मुश्किल हो जाता है। जब भी परिवार का कोई सदस्य बीमार पड़ता है तो यह उनके घर पर अतिरिक्त बोझ डालता है। इसके बावजूद लगभग 50 प्रतिशत परिवार चिकित्सा खर्च पर 500-1000 के बीच खर्च करते हैं। इसके अलावा, लगभग एक-चौथाई परिवारों ने इलाज के लिए 1001-2000 के बीच खर्च किया। खराब आर्थिक स्थिति और गुणवत्तापूर्ण स्वास्थ्य सेवाओं के अभाव ने मलिन बस्तियों में स्वास्थ्य की स्थिति को और खराब कर दिया है। यदि परिवार का कोई सदस्य गंभीर बीमारी से ग्रसित है तो झुग्गीवासियों के लिए जेब खर्च वहन करना मुश्किल हो जाता है। यहां यह जरूरी है कि सरकार शहरी गरीबों पर ध्यान केंद्रित करते हुए विशेष स्वास्थ्य कार्यक्रम शुरू करने के लिए तत्काल कदम उठाए।

तालिका 8 परिवारों में इलाज पर मासिक खर्च

इलाज पर मासिक खर्च (रुपये में)	आवृत्ति	प्रतिशत
Up to 500	34	17%
501-1000	98	49%
1001-2000	54	27%
2000. से अधिक	14	7%

### स्वास्थ्य देखभाल कार्यक्रमों की जागरूकता और उपयोग

सिकंदर नगर स्लम और राजाजीपुरम स्लम में आंगनवाड़ी केंद्र (एडब्ल्यूसी) कार्यरत थे, जबकि विकास नगर स्लम और चिनहट बाजार स्लम में कोई आंगनवाड़ी केंद्र नहीं था। हालांकि चिनहट बाजार में सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र की स्थापना की गई।

दो आंगनवाड़ी केंद्रों में आशा को एनआरएचएम के तहत तैनात किया गया था। उत्तरदाताओं के बीच जननी सुरक्षा योजना, जननी शिशु सुरक्षा कार्यक्रम और शहरी आशा योजना जैसे कार्यक्रमों की जागरूकता और उपयोग का मूल्यांकन किया गया। तालिका 9 मलिन बस्तियों में महिलाओं द्वारा कुछ स्वास्थ्य कार्यक्रमों के बारे में जागरूकता और उपयोग के बारे में व्यापक विवरण प्रदान करती है।

तालिका 9 स्वास्थ्य देखभाल कार्यक्रमों की जागरूकता और उपयोग [जननी सुरक्षा योजना (जेएसवाई), जननी शिशु सुरक्षा कार्यक्रम (जेएसएसके), आशा

वस्तु	श्रेणी	चिनहट बाजार स्लम (n=50)	सिकंदर नगर स्लम (n=50)	राजाजीपुरम स्लम (n=50)	विकास नगर स्लम (n=50)
जेएसवाई	योजना के बारे में जागरूक	14 (28%)	21 (42%)	24 (48%)	06 (12%)
	योजना के तहत संस्थागत प्रसव कराया था	06 (12%)	08 (16%)	11 (22%)	02 (4%)
	नकद प्राप्त किया प्रोत्साहन	04 (8%)	05 (10%)	07 (14%)	01 (2%)
JSSK	योजना के बारे में जागरूक	08 (16%)	16 (32%)	21 (42%)	03 (6%)
	योजना के तहत संस्थागत प्रसव कराया था	03 (6%)	05 (10%)	08 (16%)	01 (2%)
	नकद प्रोत्साहन मिला	02 (4%)	03 (6%)	08 (16%)	-
आशा	आशा के प्रति जागरूक	21 (42%)	41 (82%)	43 (86%)	08 (16%)
	कम से कम एक बार आशा से मिले	21 (42%)	41 (82%)	43 (86%)	-
	आशा से मिले	17 (34%)	39 (78%)	40 (80%)	-
	ANC के दौरान कम से कम एक बार				
	आशा ने प्रसवोत्तर यात्रा की थी	21 (42%)	39 (78%)	40 (80%)	-
	बाल टीकाकरण के संबंध में सलाह दी गई	15 (30%)	33 (66%)	36 (72%)	-

तालिका स्पष्ट रूप से दर्शाती है कि स्वास्थ्य के प्रति जागरूकता और उपयोग विकास नगर झुग्गी झोपड़ी में कार्यक्रम बेहद कम थे और उसके बाद चिनहट बाजार स्लम में। इन दोनों मलिन बस्तियों के अधिकांश उत्तरदाता विभिन्न स्वास्थ्य योजनाओं से अनजान थे। हालांकि, राजाजीपुरम स्लम और सिकंदर नगर स्लम में उत्तरदाता तुलनात्मक रूप से अधिक जागरूक थे और विभिन्न स्वास्थ्य योजनाओं की उनकी उपयोगिता दर भी अधिक थी। राजाजीपुरम और सिकंदर नगर स्लम में लगभग 40 प्रतिशत उत्तरदाताओं को जेएसवाई के बारे में पता था, लेकिन 20 प्रतिशत से कम इस योजना से लाभान्वित हुए और कम को नकद प्रोत्साहन मिला। इसके अलावा, सिकंदर नगर स्लम में 32 प्रतिशत और राजाजीपुरम स्लम में 42 प्रतिशत को जेएसएसके के बारे में जानकारी थी। हालांकि, इन मलिन बस्तियों में जेएसएसके की उपयोगिता दर भी जेएसवाई की तुलना में कम थी। गुणात्मक जांच में यह पाया गया कि अधिकांश महिलाओं को आशा के माध्यम से विभिन्न कार्यक्रमों के बारे में पता चला।

राजाजीपुरम और सिकंदर नगर स्लम में लगभग 80 प्रतिशत उत्तरदाता आशा के बारे में जानते थे और एएनसी के दौरान कम से कम एक बार मिले थे। इसी तरह, इन दो झुगियों में अधिकांश महिलाओं ने आशा द्वारा दौरा किया था और बच्चे के टीकाकरण के बारे में भी सलाह दी थी। इसके विपरीत चिनहट बाजार की झुग्गी बस्ती में केवल 42 प्रतिशत और विकास नगर की झुग्गी बस्ती में 16 प्रतिशत महिलाओं को आशा के बारे में पता था। विकास नगर झुग्गी बस्ती में कोई भी महिला कभी आशा से नहीं मिली और न ही उनसे कोई स्वास्थ्य सुविधा प्राप्त की। यह कहा जा सकता है कि जागरूकता और उपयोग का स्तर उन मलिन

बस्तियों में अधिक था जहां आंगनवाड़ी केंद्र थे और जहां आशा को तैनात किया गया था। आशा ने मलिन बस्तियों में महिलाओं को विभिन्न स्वास्थ्य कार्यक्रमों के बारे में ज्ञान प्रदान करने में एक सेतु का काम किया। इस प्रकार, यह जिम्मेदार ठहराया जा सकता है कि आंगनवाड़ी केंद्रों के साथ मलिन बस्तियों में रहने वाली महिलाएं विभिन्न स्वास्थ्य कार्यक्रमों की सेवाओं का लाभ उठाने में सक्षम थीं।

## निष्कर्ष

इस अध्याय में चार चयनित मलिन बस्तियों में रहने वाली नमूनाकृत महिलाओं के पोषण और स्वास्थ्य की स्थिति पर महत्वपूर्ण जानकारी प्रदान की गई है। अध्ययन के निष्कर्ष मलिन बस्तियों में रहने वाली महिलाओं के स्वास्थ्य और पोषण की स्थिति की एक निराशाजनक तस्वीर पेश करते हैं। महिलाओं के एंथ्रोपोमेट्रिक माप से पता चला कि लगभग आधी महिलाओं का बीएमआई सामान्य था, हालांकि, बाकी महिलाओं का बीएमआई या तो बीएमआई कम था या अधिशेष बीएमआई था। पुरानी ऊर्जा की कमी और मोटापे की घटनाओं की सूचना मिली थी। अध्ययन से पता चला कि शैक्षिक स्थिति और घरेलू आय बीएमआई स्थिति से जुड़ी हुई थी। इसके अलावा, हीमोग्लोबिन स्तर के आकलन से पता चलता है कि सभी चयनित चार मलिन बस्तियों में महिलाओं का एक उच्च अनुपात रक्तहीन था। एनीमिया की व्यापकता उन महिलाओं में अधिक थी, जिन्होंने 21 साल से पहले अपना पहला बच्चा दिया। इसके अलावा, जो महिलाएं अनपढ़ या प्राथमिक शिक्षित थीं, उनमें एनीमिया होने की संभावना अधिक थी। इससे अध्ययन क्षेत्र की महिलाओं में कुपोषण की समस्या का पता चलता है।

सामान्य भोजन की आदतों पर एकत्र की गई जानकारी से पता चला कि अधिकांश पौष्टिक खाद्य पदार्थ जैसे दालें, दूध, सब्जियां, फल, मांस, अंडे आदि उनके दैनिक आहार का हिस्सा नहीं थे। महिलाओं ने अपने घर के लिए भोजन का चयन करते समय कई कारकों पर विचार किया। भोजन चयन के लिए मौसमी भोजन, लागत और तैयारी में आसानी सबसे सामान्य मानदंड थे। पोषण की गुणवत्ता और परिवार के सदस्यों की पसंद-नापसंद जैसे कारकों को कमोबेश नज़रअंदाज कर दिया गया। मलिन बस्तियों में अधिकांश महिलाओं के पोषक तत्वों का सेवन निराशाजनक पाया गया। महिलाएं पर्याप्त दैनिक आहार से वंचित थीं। 24 घंटे की डाइटरी रिकॉल पद्धति दर्शाती है कि महिलाओं का दैनिक उपभोग पैटर्न संतोषजनक नहीं था। अधिकांश परिवार आयोडीन युक्त नमक का सेवन कर रहे थे और घेंघा की समस्या प्रचलित नहीं थी।

महिलाओं में स्वास्थ्य समस्याओं का विश्लेषण चार मर्दों में किया गया। यह पता चला कि मलिन बस्तियों में महिलाओं के बीच सबसे अधिक प्रचलित स्वास्थ्य समस्याएं पोषण संबंधी कमियों के बाद अन्य स्वास्थ्य बीमारियों और प्रजनन संबंधी समस्याएं थीं। मेटाबोलिक स्वास्थ्य समस्या का योगदान रोग प्रोफ़ाइल में तुलनात्मक रूप से कम था। महिलाओं के स्वास्थ्य और पोषण की स्थिति को 18 साल की उम्र से पहले युवा लड़कियों से शादी करने की प्रथा से प्रभावित पाया गया। प्रारंभिक गर्भधारण और गर्भधारण के बीच कम अंतर भी महिलाओं के खराब स्वास्थ्य में योगदान दे रहे थे। अधिकांश महिलाओं को प्रसव पूर्व देखभाल प्राप्त हुई, हालांकि तुलनात्मक रूप से कम अनुपात में महिलाओं को प्रसवोत्तर देखभाल प्राप्त हुई। गर्भपात और शिशु मृत्यु दर के मामले भी सामने आए। ऐसे मामलों को कम करने के लिए यह आवश्यक है कि मलिन बस्तियों में महिलाओं को पर्याप्त प्रसवपूर्व और प्रसवोत्तर देखभाल प्रदान की जाए।

अधिकांश महिलाओं ने सरकारी अस्पतालों की तुलना में निजी अस्पतालों को प्राथमिकता दी और कुछ ही पारंपरिक चिकित्सकों के पास इलाज के लिए गईं। इसके अलावा, उनमें स्व-दवा की प्रथा भी प्रचलित थी। इसके अलावा, अधिकांश महिलाएं उन्हें प्रदान की जा रही स्वास्थ्य सेवाओं से संतुष्ट नहीं थीं। उन्होंने लंबे इंतजार के घंटों, स्वास्थ्य देखभाल सेवाओं की गुणवत्ता, असुविधाजनक परामर्श समय, दूरी और कर्मचारियों के अशिष्ट व्यवहार के बारे में शिकायत की। इसके अलावा, यह देखा गया कि स्वास्थ्य देखभाल कार्यक्रमों के बारे में जागरूकता और उपयोग उन मलिन बस्तियों में अधिक था जहां आंगनवाड़ी केन्द्र मौजूद थे। शहरी आशाएं मलिन बस्तियों में रहने वालों के बीच विभिन्न स्वास्थ्य सेवाओं के बारे में जागरूकता प्रदान करने में एक सेतु के रूप में कार्य कर रही थीं।

## संदर्भ

1. ग्रेसी, एमा (2002) चाइल्ड हेल्थ इन एन अर्बन वर्ल्ड। एक्टा पेडियाट्रिक्स, 91(1), 1-8।
2. डब्ल्यूएचओ (2008) द ग्लोबल बर्डन ऑफ़ डिजीज: 2004 अपडेट। वर्ल्ड हेल्थ आर्गेनाइजेशन, जिनेवा, 45-60।

3. राव एट अला (2010) डाइट एंड न्यूट्रिशनल स्टेटस ऑफ वूमेन इन इंडिया। जर्नल ऑफ ह्यूमन इकोलॉजी, 29 (3), 165-170।
4. रोड, एसा (2009) डज डेमोलिशन ऑफ स्लमस अफेक्ट्स ऑन प्रीस्कूल चिल्ड्रेन्स हेल्थ इन मुंबई? थ्योरेटिकल एंड एम्पिरिकल रिसर्चर्स इन अर्बन मैनेजमेंट, 1 (10), 63-74।
5. हसन, एम.ए., एंड शुक्ला, वी. (2013)। न्यूट्रिशनल स्टेटस ऑफ वूमेन लिविंग इन स्लुम्स ऑफ इलाहाबाद सिटी। उत्तर प्रदेश, इंडिया। इंटरनेशनल जर्नल ऑफ फूड एंड न्यूट्रिशनल साइंसेस, 2(1), 84-88.
6. हक, एम.एम., भुइयां, एम.आर., नसेर, एम.ए., अराफात, वार्ड., रॉय, एस.के., एंड खान, एम. .एच.जेड. (2014)। न्यूट्रिशनल स्टेटस ऑफ वूमेन डूवलिंग इन अर्बन स्लम एरिया। जर्नल ऑफ न्यूट्रिशनल हेल्थ एंड इंजीनियरिंग, 1(3), 00014.
7. लेट्सच, एमा (2001)। पुअर वूमेन इन ए बैंगलोर स्लम हैबिटेट: ए पर्सपेक्टिवा इन हेंस शोक (एड्स), लिविंग इन इंडियाज स्लम: ए केस स्टडी ऑफ बैंगलोर (पीपी. 135-160)। नई दिल्ली: मनोहर पब्लिशर्स।
8. कपूर, डी., अग्रवाल, के.एन., शर्मा, एस., केला, के., एंड कौर, आई. (2002)। आयरन स्टेटस ऑफ चिल्ड्रन एज्ड 9-36 मंथ इन एन अर्बन स्लम इटीग्रेटेड चाइल्ड डेवलपमेंट सर्विस प्रोजेक्ट इन दिल्ली पेडिएट्रिस, 39(2), 136-144।
9. हाटेकर, एन., एंड रोडे, एस. (2003)। टुथ अबाउट हंगर एंड डिजीज इन मुंबई: मलनॉरिशमेंट अमंग स्लम चिल्ड्रेन। इकनोमिक एंड पोलिटिकल वीकली, 38(43), 4604-4610।
10. वर्मा, ए., रावल, वी.एस., केडिया, जी., कुमार, डी., एंड चौहान, जे. (2004)। फैक्टर इन्फ्लुएंसिंग अनामिया अमंग गर्ल्स ऑफ स्कूल गोइंग ऐज (6-8 इयर्स) फ्रॉम द स्लम ऑफ ऑफ अहमदाबाद सिटी। इंडियन जर्नल ऑफ कम्युनिटी मेडिसिन, XXIX(1), 25-26।
11. चंद्रशेखर, एस. (2005). डेवलपमेंट ऑफ स्लुम्स, अवेलिबिलिटी ऑफ इंफ्रास्ट्रक्चर एंड डेमोग्राफिक कोन्सीक्वेंसेज इन स्लुम्स: एविडेंस फ्रॉम इंडिया. पेपर प्रेजेंटेटेड ऑन 2005 एनुअल मीटिंग ऑफ द पापुलेशन असोसिएशन ऑफ अमेरिका पेनसिलवेनिया यु एस ए 31-अप्रैल 2, 2005.
12. प्रिंजा, एस., वर्मा, आर., एंड लाल, एस. (2007)। रोल ऑफ आईसीडीएस प्रोग्राम इन डिलीवरी ऑफ न्यूट्रिशनल सर्विसेस एंड फंक्शनल इटीग्रेशन बिटवीन आंगनवाड़ी एंड हेल्थ वर्कर इन नार्थ इंडिया। द इंटरनेट जर्नल ऑफ न्यूट्रिशन एंड वैलनेस, 5(2), 6.
13. नोरोन्हा, जे.ए., भादुड़ी, ए., एंड भट, एच.वी. (2008)। प्रिवलेंस ऑफ अनामिया अमंग प्रेग्नेट वूमेन: ए कम्युनिटी बेस्ड स्टडी इन उडुपी डिस्ट्रिक्ट। हेल्थ एंड पापुलेशन- प्रेस्पेक्टिवे एंड इश्यूज, 31(1), 31-40.
14. मारीमुथु, पी., मीतेई, एम.एच., एंड शर्मा, बी.बी.एल. (2009)। जनरल मोर्बिडिटी प्रेवालेन्स इन द दिल्ली स्लुम्स। इंडियन जर्नल ऑफ कम्युनिटी मेडिसिन, 34(4), 338-342।
15. ठाकुर, एन., एंड कुमार, ए. (2010)। ब्रेस्टफीडिंग प्रैक्टिसेज अमंग द गंडा वीमेन ऑफ रायपुर स्लुम्स। इंडियन जर्नल ऑफ मैटरनल एंड चाइल्ड हेल्थ, 12(3), 7.
16. सचदेवा, एस., आलम, एस., बेग, एफ.के., खान, जेड., एंड खलीक, एन. (2011)। डेटर्माइंड ऑफ विटामिन ए डेफिशन्सी अमोंग चिल्ड्रेन इन अलीगढ डिस्ट्रिक्ट, उत्तर प्रदेश। इंडियन पीडियाट्रिक्स 48(11), 861-866।
17. बागुल, ए.एस., एंड सुपारे, एम.एस. (2012)। द इन्फेंट फीडिंग प्रैक्टिस इन एन अर्बन स्लम ऑफ नागपुर, इण्डिया। जर्नल ऑफ क्लिनिकल एंड डायग्नोस्टिक रिसर्च, 6(9), 1525-1527।
18. कुमार, ए., एंड सिंह, ए. (2013)। डिकम्पोजिंग द गैप इन चाइल्डहुड अंडर न्यूट्रिशन बिटवीन पुअर एंड नॉन - पुअर इन अर्बन इंडिया, 2005-2006। प्लस वन, 8(5), e64972।
19. लोहिया, एन., & उदीपी, एस.ए. (2014)। इन्फेंट एंड चाइल्ड फीडिंग इंडेक्स रेफ्लेक्ट्स फीडिंग प्रैक्टिसेज, न्यूट्रिशनल स्टेटस ऑफ अर्बन स्लम चिल्ड्रेन। बीएमसी पीडियाट्रिक्स, 14(1), 290.
20. पटेल, डी.वी., बंसल, एस.सी., निबालकर, ए.एस., पाठक, ए.जी., निबालकर, एस.एम., एंड देसाई, आर.जी. (2015)। ब्रेस्टफीडिंग प्रैक्टिसेज, डेमोग्राफिक वेरिएबल्स, एंड दियर एसोसिएशन विथ मोर्बिडिटीज इन चिल्ड्रेन। एडवांसेज इन प्रिवेंटिव मेडिसिन, 2015, 9.

21. सुधिनारसेट, एम., बेयेलर, एन., बार्ज, एस., एंड स्मिथ, एन.डी., (2016) डिसिशन - मेकिंग फॉर डिलीवरी लोकेशन एंड क्वालिटी ऑफ़ केयर अमंग स्लम डूवेलर्स: ए क्वालिटेटिव स्टडी इन उत्तर प्रदेश, इंडिया। बीएमसी गर्भावस्था और प्रसव, 16(1), 148.
22. घाने, वी.आर., एंड कुमार, आर. (2017) न्यूट्रिशनल स्टेटस ऑफ़ अंडर - फाइव चिल्ड्रन ऑफ़ मुंबई सबअर्बन रीजन। इंटरनेशनल जर्नल ऑफ़ रिसर्च इन मेडिकल साइंसेज, 5(7), 3190-3196।
23. अलाज़ी डीए, अगाना जीए (2020) अंडरस्टैंडिंग द स्लम -हेल्थ कुण्ड्रम इन सब -सहारन अफ्रीका: ए प्रपोजल फॉर ए राइट - बेस्ड एप्रोच टू हेल्थ प्रमोशन इन स्लुम्स। ग्लोब हेल्थ प्रमोशन। 2020; 27(3):65-72.
24. फरहाद नोसराती नेजाद एट अला (2021) "द मोस्ट इम्पोर्टेन्ट सोशल डिटरमिनेंट्स ऑफ़ स्लम डूवेलर्स हेल्थ: ए स्कोपिंग रिव्यू", जे प्रीव मेड पब्लिक हेल्थ। 2021 जुलाई; 54(4): 265-274.
25. सुलहा पोंगुट्टा एट अला (2021) "द सोशल इम्पैक्ट ऑफ़ द कोविड -19 आउट ब्रेक ऑन अर्बन स्लुम्स एंड द रिस्पांस ऑफ़ सिविल सोसाइटी आर्गेनाइजेशन: ए केस स्टडी इन बैकॉक, थाईलैंड", खंड 7, अंक 5, मई 2021, e07161
26. गोस्वामी, एसा (2014)। ए स्टडी ऑन वूमन हेल्थकेयर प्रैक्टिस इन अर्बन स्लम: इंडियन सिनेरियो। एविडेन्स बेस्ड वूमन हेल्थ जर्नल, 4, 201-071
27. बनर्जी, ए. (2012). स्टेटस ऑफ़ हेल्थ अमोंग स्लम डूवेलिंग वुमन- ए केस स्टडी दनकुनि मुन्सिपलिटि हूघली. इंटरनेशनल जर्नल ऑफ़ करंट रिसर्च, 4(11), 49-53.
28. केंडल, डी। (2011)। सोसिओलॉजी इन आवर टाइम। वड्सवर्थ, सीए, यूएसएसेंजेज लर्निंग :