पूर्वी उत्तर प्रदेश के पूर्वांचल में इन्सेफलाइटिस की विभीषिका का समाजशास्त्रीय अध्ययन
(गोरखपुर परिक्षेत्र के विशेष सन्दर्भ में)

A Sociological Study of the Horror of Encephalitis in the Purvanchal of Eastern Uttar Pradesh
(With Special Reference to Gorakhpur Region)

महर्षि सूचना प्रौद्योगिकी विश्वविद्यालय, लखनऊ के समाजशास्त्र विभाग में पी–एच०डी० उपाधि हेतु प्रस्तुत

शोध–प्रबन्ध

शोध निर्देशक
डा0 साधना श्रीवास्तव
असिस्टेन्ट प्रोफेसर
समाजशास्त्र विभाग

शोधकर्ता
अमरनाथ जायसवाल
समाजशास्त्र विभाग
महर्षि सूचना प्रौद्योगिकी विश्वविद्यालय,
लखनऊ

समाजशास्त्र विभाग
महर्षि सूचना प्रौद्योगिकी विश्वविद्यालय, लखनऊ

2015-16

शोध छात्र का प्रतिज्ञा–पत्र

मैं अमर नाथ जायसवाल, प्रमाणित करता हूँ कि प्रस्तुत शोध प्रबन्ध 'पूर्वी उत्तर प्रदेश के पूर्वांचल में इन्सेफ्लाइटिस की विभीषिका का समाजशास्त्रीय अध्ययन' (गोरखपुर परिक्षेत्र के विशेष सन्दर्भ में) मेरे स्वयं के प्रयास से और पूर्णतया वास्तविक है।

इस शोध प्रबन्ध को किसी अन्य उपाधि के लिए प्रस्तुत नही किया गया है।

दिनांक : 15.3.20121

स्थानः लखनऊ

शोध छात्र

अमर नाथ जायसवाल

डा0 साधना श्रीवास्तव
असिस्टेन्ट प्रोफेसर

प्रमाण पत्र

प्रमाणित किया जाता है कि प्रस्तुत शोध–प्रबन्ध ''पूर्वी उत्तर प्रदेश के पूर्वांचल में इन्सेफलाइटिस की विभीषिका का समाजशास्त्रीय अध्ययन''(गोरखपुर परिक्षेत्र के विशेष सन्दर्भ में) श्री अमर नाथ जायसवाल, शोध छात्र, समाज शास्त्र विभाग, महर्षि सूचना प्रौद्योगिकी विश्वविद्यालय, लखनऊ द्वारा समाजशास्त्र में पी–एच0डी0 उपाधि हेतु मेरे निर्देशन में नियमानुसार परिपूर्ण कर प्रस्तुत किया गया है। इस विषय पर यह शोध सर्वथा मौलिक और नवीन उपलब्धियों से युक्त होने के साथ ही इनके निजी अध्यवसाय एवं कठिन परिश्रम का परिणाम है। यह शोध श्री जायसवाल द्वारा एक किये गये तथ्यों एवं ऑकड़ों पर आधारित है। इसके अन्तर्गत वैज्ञानिक तथा पद्धतिशास्त्रीय रूप में तथ्यों एवं ऑकड़ों का प्रस्तुतिकरण उनका स्वतः प्रयास है।

मैं श्री जायसवाल के इस कार्य से पूर्ण रूप से संतुष्ट हूँ तथा इस शोध–प्रबन्ध को पी–एच0डी0 उपाधि हेतु परीक्षणार्थ सम्प्रेषित करने के लिए अनुमोदित करता हूँ।

दिनांकः 15.3.2021

शोध निर्देशक

स्थानः लखनऊ

(डा0 साधना श्रीवास्तव)
असिस्टेन्ट प्रोफेसर
समाजशास्त्र विभाग

आभार

गुरू गोरक्षनाथ की असीम कृपा अनुकम्पा, साईं की कृपादृष्टि, गुरुजनों के विद्वत्तापूर्ण मार्गदर्शन, आत्मीयजनों के आशीर्वचन एवं मित्रों के सहयोग से प्रस्तुत शोध–प्रबन्ध अपनी पूर्णता को प्राप्त कर सका है। मैं आप सभी के प्रति आभार ज्ञापित करना अपना परम कर्तव्य समझता हूँ।

सर्वप्रथम मैं अपने शोध निर्देशक परम आदरणीय डा0 साधना श्रीवास्तव, असिस्टेन्ट प्रोफेसर के प्रति नतमस्तक हूँ, जिनके विद्वतापूर्ण स्नेहाशीष की छाया में मैं अपना शोध कार्य सम्पन्न कर सका। आपका आशीर्वाद सदैव बना रहे, ईश्वर से यही कामना करता हूँ। साथ ही पूर्व अधिष्ठाता शोध डा0 मधुलिका सिंह, अधिष्ठाता शोध प्रो0 डी0 के0 गोस्वामी एवं श्री सतेन्द्र कुमार, असिस्टेन्ट प्रोफेसर, समाजशास्त्र विभाग के प्रति उनके सहयोग के प्रति श्रद्धापूर्वक आभार ज्ञापित करता हूँ।

मैं डा0 वेद प्रकाश पाण्डेय (पूर्व प्राचार्य, किसान स्नात्कोत्तर महाविद्यालय, सेवरही) का आभार शब्दों में व्यक्त नही कर सकता, जिन्होने अपने स्नेहिल परामर्श के द्वारा मेरे अन्दर शोध के प्रति गहरी रुचि पैदा करने के साथ ही साथ शोध कार्य की गुणवत्ता एवं उसकी उपादेयता की ओर सदैव ध्यान आकृष्ट कराया है।

मैं प्रो0 अनुभूति दूबे (मनोविज्ञान विभाग, दी0द0उ0 गोरखपुर विश्वविद्यालय, गोरखपुर), प्रो0 के0पी0 कुशवाहा(पूर्व प्राचार्य, बी0आर0डी0 मेडिकल कालेज, गोरखपुर), डा0 जी0सी0 श्रीवास्तव (प्रमुख चिकित्सा अधीक्षक, बी0आर0डी0 मेडिकल कालेज, गोरखपुर), डा0 बी0 पी0 बोन्द्रे(ओ0आई0सी0, राष्ट्रीय विषाणु संस्थान, बी0आर0डी0 मेडिकल कालेज, गोरखपुर), डा0 वी0के0 श्रीवास्तव(कीट वैज्ञानिक, बी0आर0डी0 मेडिकल कालेज, गोरखपुर), प्रो0 शफीक अहमद(समाजशास्त्र विभाग, दी0द0उ0 गोरखपुर विश्वविद्यालय, गोरखपुर), प्रो0 ए0 के0 सक्सेना (पूर्व विभागाध्यक्ष, मनोविज्ञान विभाग, दी0द0उ0 गोरखपुर विश्वविद्यालय, गोरखपुर), डा0 डी0एस0 प्रसाद (पूर्व विभागाध्यक्ष, राजनीति शास्त्र विभाग, सेण्ट एण्ड्रयूज कालेज, गोरखपुर) के प्रति आभार ज्ञापित करता हूँ जिनकी प्रेरणा एवं मार्गदर्शन मुझे सदैव प्राप्त होता रहा है।

मैं केन्द्रीय ग्रन्थालय काशी हिन्दू विश्वविद्यालय, वाराणसी एवं केन्द्रीय ग्रन्थालय दीन दयाल उपाध्याय विश्वविद्यालय, गोरखपुर के पुस्ताकालयाध्यक्षों के प्रति आभार ज्ञापित करता हूँ, जिन्होने मुझे अध्ययन हेतु समय–समय पर अपना पूर्ण सहयोग प्रदान

किया। साथ ही विभाग के अन्य समस्त कर्मचारियों के प्रति भी आभारी हूँ जिन्होने अपना सहयोग दिया।

मैं अपने पूज्य पिता श्री हनुमान प्रसाद जायसवाल एवं पूजनीया माता स्व0 सुशीला देवी के प्रति श्रद्धानवत् हूँ, जिन्होने मुझे सदैव कर्मपथ पर चलने का आशीर्वाद प्रदान किया। आज उनका आर्शीवाद ही अपना मूर्तरूप ग्रहण कर सका है।

मैं अपनी धर्मपत्नी श्रीमती सुप्रिया जायसवाल के प्रति उनके सहयोग हेतु धन्यवाद ज्ञापित करता हूँ साथ ही अपने सुपुत्र मा0 अन्वेष एवं आकर्ष के प्रति स्नेह ज्ञापित करता हूँ।

मैं अपने मित्रों श्री कुँवर रणंजय सिंह(शोध अध्येता, दी0द0उ0 गोरखपुर विश्वविद्यालय, गोरखपुर), श्री नवीन त्रिपाठी (शोध छात्र, अन्तराष्ट्रीय हिन्दी विश्वविद्यालय, बर्धा, महाराष्ट्र), सुश्री सारिका सिंह चौहान(शोध छात्रा, महर्षि सूचना प्रौद्योगिकी विश्वविद्यालय, लखनऊ), श्री रूपेश कुमार गुप्ता, डा0 अनिल कुमार, श्री नन्द किशोर, डा0 विनय खरबार, राकेश सिंह (शोध अध्येता, दी0द0उ0 गोरखपुर विश्वविद्यालय, गोरखपुर), डा0 हितेश सिंह, श्री कृष्ण भूषण श्रीवास्तव के प्रति अपना धन्यवाद ज्ञापित करता हूँ जिन्होने मुझे अपने शोधकार्य के लिए सदैव प्रेरित किया।

अन्ततः अथक प्रयास के बावजूद शोध प्रबन्ध का त्रृटिपूर्ण एवं दोषपूर्ण रह जाना अवश्यम्भावी है क्योंकि प्रबन्ध एक इकाई है और ज्ञान अखण्ड असीम होता है। अनुसंधानकर्ता इस बात से आश्वस्त एवं संतुष्ट है कि उसने अपने ज्ञान और शक्ति के अनुसार तथा विद्वतवर मनीषी डा0 सिंह जी के कुशल निर्देशन मे विषय के साथ न्याय करने की पूरी चेष्टा की है, जैसा कि–

''आ पारितोषाद् विदुषां न साधु मन्ये प्रयोग विज्ञानम्।।''

(अमर नाथ जायसवाल)

समाजशास्त्र विभाग
महर्षि सूचना प्रौद्योगिकी विश्वविद्यालय,
लखनऊ

आमुख

वर्ष 2005 में मैं पूर्वांचल ग्रामीण सेवा समिति, गोरखपुर में बतौर 'सम्प्रेषण अधिकारी' कार्यरत था। संस्था गोरखपुर–बस्ती मण्डल के 07 जनपदों में विभिन्न परियोजनाओं का संचालन करती है। उसी वर्ष अगस्त–सितंबर माह मे इन्सेफ्लाइटिस का बड़ा प्रकोप गोरखपुर में देखने को मिला। संस्था के निदेशक फादर जीबी एन0 जोस अपनी टीम के साथ बी.आर.डी मेडिकल कालेज, गोरखपुर में मरीजों का हाल लेने के लिए गये थे। उस टीम में मैं भी शामिल था। वहां की स्थिति से फादर जोस काफी द्रवित हुए। उन्होने 'इन्सेफ्लाइटिस रोकथाम एवं जागरुकता शिविर' की स्थापना का निर्णय लिया। संस्था के सभी स्टाफ की ड्यूटी रोस्टर में लगा दी गई। मुझे भी शिविर के प्रबंधन की जिम्मेदारी सौपी गई थी। वहां की स्थिति बद से बदतर होती जा रही थी। इन्सेफ्लाइटिस के रोगियों का तांता लगा हुआ था। मेडिकल कालेज में आने के बाद मरीजों के सहायतार्थ टीम उनकी पर्ची बनवाना, उन्हे सम्बन्धित विभाग में जांच के लिए ले जाना, उन्हे भर्ती के लिए सम्बन्धित बार्ड तक पहुंचाना आदि आदि। मृतक मरीजों के परिजनों को सान्त्वना देना, उनकों बाहर तक पहुंचाना आदि। वहाँ की स्थितियों को देख मैं काफी दुखी था। मृतक बच्चों के परिजनों के विलाप काफी दारूण दुःख से भर देने वाला था। मेरा मन अनायास ही कई सवालों से घिरा हुआ था सरकार का प्रयास नाकाफी है? या बीमारी लाइलाज है? या वैज्ञानिकों का शोध अधूरा है? आदि आदि। परन्तु मन में उठने वाले विचार ठंड शुरू होने के साथ ही साथ धीरे–धीरे मंद पड़ गये। परन्तु इन रोगियों के लिए कुछ करने का जज्बा सदैव ही बना रहा। जिसके परिणामतः बीमारी के बारे में अध्ययन करना, मरीजों से उनके अनुभव जानना, विद्वानजन से बीमारी के वैज्ञानिक पक्षों को जानने की जिज्ञासा लगातार बनी रही। इसी दौरान डॉ0 डी0 एस0 प्रसाद (पूर्व विभागाध्यक्ष, राजनीति विज्ञान, सेण्ट एण्ड्रयूज कालेज, गोरखपुर), डा0 वेद प्रकाश पाण्डेय(पूर्व प्राचार्य, किसान स्नात्कोत्तर

महाविद्यालय, तमकुही) एवं डॉ0 के0पी0कुशवाहा(पूर्व प्राचार्य बी0आर0डी0 मेडिकल कालेज, गोरखपुर) जैसे विद्वतजनों से मुलाकात हुई। विद्वतजनों ने सुझाया कि इस पर शोध किया जाना चाहिए। कुछ लोगों ने यह समझाया कि यह चिकित्सा विज्ञान का विषय है। परन्तु अध्ययन एवं विचार–विमर्श के दौरान शोधार्थी ने पाया कि मूलतः यह चिकित्सा विज्ञान का ही एक मात्र विषय नही है। इसके लिए रोगी का सामाजिक–आर्थिक परिवेश भी समान रूप से उत्तरदायी है।

इसी क्रम में वर्ष 2006 में मनोविज्ञान विभाग, दी0द0उ0 गोरखपुर विश्वविद्यालय, गोरखपुर में विश्वविद्यालय अनुदान आयोग के सहयोग से एक राष्ट्रीय कार्यशाला का आयोजन किया गया जिसका उद्‌घाटन 19 मार्च 2006 को प्रो0 डी0 बनर्जी एमेरिट्स प्रोफेसर, सामुदायिक स्वास्थ्य एवं चिकित्सा विभाग, जवाहर लाल नेहरू विश्वविद्यालय, नई दिल्ली ने किया। कार्यशाला में समाजशास्त्री, मनोवैज्ञानिक, चिकित्सक एवं वैज्ञानिक उपस्थित थे। कार्यशाला में विशेषज्ञों ने काफी मंथन किया। बात निकलकर सामने आयी कि *'प्रिवेन्शन इज बेटर देन क्योर'* अर्थात उपचार से अच्छा है रोकथाम। ऐसी स्थिति में जानकारी ही बचाव का एक मात्र उपाय है, क्योंकि सकारात्मक आदतें हमारी जिन्दगी को बचाती हैं, जैसे हम रेड लाईट देखकर सड़क पर रुक जाते हैं, बरसात होने पर छाता लगा लेते हैं, सर्दी में गर्म कपड़े पहनते हैं ठीक उसी तरह अपनी आदतों में सकारात्मक बदलाव लाकर जापानी इंसेफ्लाइटिस से बचा जा सकता है।

कार्यशाला की चर्चाओं से ऐसा लग रहा था कि बीमारी के उद्‌भव में जागरूकता की बड़ी भूमिका है। इसी बीच मैंने कानपुर विश्वविद्यालय से एम0ए0 में प्रवेश लिया एवं वर्ष 2007 में समाजशास्त्र में स्नात्कोत्तर की उपाधि प्राप्त की। इन्सेफ्लाइटिस मरीजों के लिए कुछ करने की पीड़ा सदैव से ही बनी रही। इन्सेफ्लाइटिस के बारे में समाचारों में पत्र–पत्रिकाओं में छपने वाले आलेखों को पढ़ना एवं उनकों सहेजकर रखना, बीमारी के खिलाफ काम करने वाली संस्थाओं के

क्रिया–कलापों को देखना एवं उससे संलग्न होना क्रमशः मेरी दिनचर्या में सुमार होते गये। तदुपरान्त मेरे मन में इन्सेफ्लाइटिस पर गंभीर एवं सुव्यवस्थित अध्ययन की जिज्ञासा उद्भूत हुई। इसी के निमित्त मैने वर्ष 2015 में महर्षि विश्वविद्यालय में शोध हेतु पंजीकरण कराया।

शोध का प्रारूप तय करते समय विभिन्न भारतीय लेखकों द्वारा लिखित प्रस्तकों का गहन अध्ययन किया है, जो कि शोध के लिए निर्देशित अध्यायों में अधिक महत्वपूर्ण रहे हैं। शोध में इन्सेफ्लाइटिस का ऐतिहासिक पृष्ठभूमि एवं प्रभाव पर विशेष दृष्टि डाली गयी है, जहां दुनिया के प्रमुख देशों में इसके भयावहता के बारे में विधिवत् जानकारी दी गयी है।

मैंने पाया कि इन्सेफ्लाइटिस अपने विभिन्न स्वरूपों में पूरे भारत ही नही वरन् विश्व के विभिन्न देशों में अपना प्रभाव जमा चुकी है। इसके साथ ही मुझे कई विभिन्न देशों से जारी शोध पत्रों में इस बात का संज्ञान हुआ कि उन्होने इस पर पूरीतौर पर कारगर रूप में नियंत्रण पा लिया है, किन्तु हमारे देश में अभी भी यह विभिन्न क्षेत्रों में तुलनात्मक रूप में कम या अधिक रूप में निरंतर अपनी भयावहता के साथ लाइलाज स्वरूप में फैलता जा रहा है। मैंने अपने अंचल विशेष अर्थात गोरखपुर के परिक्षेत्र में अध्ययन करना अधिक तर्कसंगत पाया और पूर्वी उत्तर प्रदेश के पूर्वांचल में इन्सेफ्लाइटिस की विभिषिका के समाजशास्त्रीय अध्ययन को आधार बनाकर अपनी शोध प्रक्रिया को आगे बढाने के लिए उद्धत हुआ।

□

अमर नाथ जायसवाल

समाजशास्त्र विभाग
महर्षि सूचना प्रौद्योगिकी विश्वविद्यालय,
लखनऊ

—:विषय—सूची:—

क्र0सं0	विवरण	पृष्ठ संख्या
❖	आभार	I-II
❖	आमुख	III-V
❖	तालिकाओं एवं चित्रों की सूची	VI-X
1	**प्रथम अध्याय** —प्रस्तावना	1—42
2	**द्वितीय अध्याय** —शोध प्रविधि एवं शोध क्षेत्र का विशिष्ट परिचय	43—66
3	**तृतीय अध्याय** —इन्सेफ्लाइटिस प्रभावित क्षेत्रों की सामाजिक—आर्थिक स्थिति का मूल्यांकन	67—156
4	**चतुर्थ अध्याय** —इन्सेफ्लाइटिस के उन्मलन में सरकारी एवं गैर सरकारी उपायों की स्थिति का मूल्यांकन	157—233
5	**पंचम अध्याय** —निष्कर्ष एवं सुझाव	234—245
❖	संदर्भ सूची	246—253
❖	परिशिष्ट	254—257

—:तालिकाओं की सूची:—

तालिका संख्या	विवरण	पृष्ठ संख्या
1.1	भारत के विभिन्न राज्यों में इन्सेफ्लाइटिस	24
1.2	उत्तर प्रदेश में जापानी इन्सेफ्लाइटिस	25
1.3	पूर्वी उत्तर प्रदेश में जापानी इन्सेफ्लाइटिस	27
1.4	पूर्वी उत्तर प्रदेश में वर्ष 2005 से 2009 तक इन्सेफ्लाइटिस के रोगियों एवं मृतकों का विवरण	30
1.5	पूर्वी उत्तर प्रदेश में वर्ष 2010 से 2014 तक इन्सेफ्लाइटिस के रोगियों एवं मृतकों का विवरण	30
1.6	पूर्वी उत्तर प्रदेश में वर्ष 2015 से 2017 तक इन्सेफ्लाइटिस के रोगियों एवं मृतकों का विवरण	31
1.7	पूर्वी उत्तर प्रदेश में वर्ष 2005 से 2011 तक इन्सेफ्लाइटिस के रोगियों एवं मृतकों का माहवार विवरण	32
1.8	पूर्वी उत्तर प्रदेश में वर्ष 2012 से 2017 तक इन्सेफ्लाइटिस के रोगियों एवं मृतकों का माहवार विवरण	33
1.9	गोरखपुर मण्डल में वर्ष 2005 से 2016 तक इन्सेफ्लाइटिस के रोगियों एवं मृतकों का जनपदवार विवरण	33
3.1	इन्सेफ्लाइटिस पीड़ितों में लैंगिक भेद	71
3.2	इन्सेफ्लाइटिस पीड़ितों में आयु स्तर	76
3.3	मुखिया का शैक्षिक स्तर	83
3.4	इन्सेफ्लाइटिस पीड़ितों में जाति का विवरण	89
3.5	मुखिया की आर्थिक स्थिति	94
3.6	इन्सेफ्लाइटिस पीड़ितों के परिवार की संरचना	98
3.7	मुखिया के आजीविका का साधन	103
3.8	इन्सेफ्लाइटिस पीड़ितों के मकान का प्रकार	108

3.9	इन्सेफ्लाइटिस पीड़ित परिवार में पेय जल के स्रोत	115
3.10	इन्सेफ्लाइटिस पीड़ित परिवार में विद्युत की उपलब्धता	120
3.11	इन्सेफ्लाइटिस पीड़ित परिवार में शौचालय के उपयोग की स्थिति	124
3.12	इन्सेफ्लाइटिस पीड़ित परिवार में पशु पालन की स्थिति	130
3.13	इन्सेफ्लाइटिस पीड़ित परिवार में रात्रि शयन की स्थिति	135
3.14	इन्सेफ्लाइटिस पीड़ित परिवार में शाकाहारी आहार की उपलब्धता	141
3.15	इन्सेफ्लाइटिस पीड़ित परिवार में मांसाहारी आहार की उपलब्धता	147
3.16	इन्सेफ्लाइटिस पीड़ित परिवार में हरी सब्जियों की उपलब्धता	153
4.1	इन्सेफ्लाइटिस पीड़ित परिवार में जल जमाव की स्थिति	167
4.2	इन्सेफ्लाइटिस पीड़ित परिवार में मच्छरों से बचाव के साधन	174
4.3	इन्सेफ्लाइटिस पीड़ित परिवार में उपचार की सुलभता की स्थित	180
4.4	इन्सेफ्लाइटिस पीड़ित परिवार में अस्पताल पहुंचने के साधन	186
4.5	इन्सेफ्लाइटिस पीड़ित परिवार जहां सूचना प्राप्ति का माध्यम प्रिन्ट मीडिया	191
4.6	इन्सेफ्लाइटिस पीड़ित परिवार जहां सूचना प्राप्ति का माध्यम इलेक्ट्रानिक मीडिया	195
4.7	इन्सेफ्लाइटिस पीड़ित परिवार जहां सूचना प्राप्ति का माध्यम सामाजिक कार्यकर्ता/गैर सरकारी संगठन	199
4.8	इन्सेफ्लाइटिस पीड़ित परिवार जहां सूचना प्राप्ति का माध्यम स्वास्थ्य विभाग	203
4.9	इन्सेफ्लाइटिस पीड़ितों में स्नान एवं व्यक्तिगत साफ–सफाई	208
4.10	इन्सेफ्लाइटिस पीड़ितों को साफ सुथरे कपड़ों की उपलब्धता	213
4.11	इन्सेफ्लाइटिस पीड़ितों में हाथ धुलने की आदत	217
4.12	इन्सेफ्लाइटिस पीड़ितों के घर की साफ सफाई	221
4.13	इन्सेफ्लाइटिस पीड़ितों के आस–पड़ोस की साफ–सफाई	225
4.14	इन्सेफ्लाइटिस पीड़ित परिवारों में कचरा निस्तारण की स्थिति	229

—:चित्रों की सूची:—

चित्र संख्या	विवरण	पृष्ठ संख्या
1.1	विषाणु संक्रमण एवं वातावरण चक्र	10
1.2	विश्व में इन्सेफ्लाइटिस	17
1.3	भारत में इन्सेफ्लाइटिस	22
3.1	लैंगिक भेद (मण्डल स्तर)	72
3.2	लैंगिक भेद (जनपद स्तर)	72
3.3	आयु स्तर का विवरण (मण्डल स्तर)	78
3.4	आयु स्तर का विवरण(जनपद स्तर)	78
3.5	शैक्षिक स्तर का विवरण(मण्डल स्तर)	84
3.6	शैक्षिक स्तर का विवरण(जनपद स्तर)	84
3.7	जाति का विवरण(मण्डल स्तर)	90
3.8	जाति का विवरण(जनपद स्तर)	90
3.9	आर्थिक स्थिति का विवरण(मण्डल स्तर)	95
3.10	आर्थिक स्थिति का विवरण(जनपद स्तर)	95
3.11	परिवार के आकार का विवरण(मण्डल स्तर)	100
3.12	परिवार के आकार का विवरण(जनपद स्तर)	100
3.13	आजीविका का साधन(मण्डल स्तर)	105
3.14	आजीविका का साधन(जनपद स्तर)	105
3.15	मकान का प्रकार(मण्डल स्तर)	110
3.16	मकान का प्रकार(जनपद स्तर)	110
3.17	पेय जल के स्रोत(मण्डल स्तर)	116
3.18	पेय जल के स्रोत(जनपद स्तर)	116
3.19	विद्युत की उपलब्धता(मण्डल स्तर)	121
3.20	विद्युत की उपलब्धता(जनपद स्तर)	121
3.21	शौचालय के उपयोग की स्थिति(मण्डल स्तर)	126
3.22	शौचालय के उपयोग की स्थिति(जनपद स्तर)	126
3.23	पशु पालन की स्थिति(मण्डल स्तर)	131
3.24	पशु पालन की स्थिति(जनपद स्तर)	131
3.25	रात्रि शयन की स्थिति(मण्डल स्तर)	137
3.26	रात्रि शयन की स्थिति(जनपद स्तर)	137
3.27	शाकाहारी आहार की उपलब्धता(मण्डल स्तर)	142
3.28	शाकाहारी आहार की उपलब्धता (जनपद स्तर)	142

3.29	मांसाहारी आहार की उपलब्धता(मण्डल स्तर)	148
3.30	मांसाहारी आहार की उपलब्धता (जनपद स्तर)	148
3.31	हरी सब्जियों की उपलब्धता(मण्डल स्तर)	154
3.32	हरी सब्जियों की उपलब्धता(जनपद स्तर)	154
4.1	जल जमाव की स्थिति(मण्डल स्तर)	168
4.2	जल जमाव की स्थिति (जनपद स्तर)	168
4.3	मच्छरों से बचाव के साधन(मण्डल स्तर)	175
4.4	मच्छरों से बचाव के साधन (जनपद स्तर)	175
4.5	उपचार की सुलभता की स्थित(मण्डल स्तर)	181
4.6	उपचार की सुलभता की स्थित (जनपद स्तर)	181
4.7	अस्पताल पहुंचने के साधन(मण्डल स्तर)	187
4.8	अस्पताल पहुंचने के साधन (जनपद स्तर)	187
4.9	सूचना प्राप्ति का माध्यम प्रिन्ट मीडिया (मण्डल स्तर)	192
4.10	सूचना प्राप्ति का माध्यम प्रिन्ट मीडिया (जनपद स्तर)	192
4.11	सूचना प्राप्ति का माध्यम इलेक्ट्रिानिक मीडिया (मण्डल स्तर)	196
4.12	सूचना प्राप्ति का माध्यम इलेक्ट्रिानिक मीडिया(जनपद स्तर)	196
4.13	सूचना प्राप्ति का माध्यम सामाजिक कार्यकर्ता/गैर सरकारी संगठन (मण्डल स्तर)	200
4.14	सूचना प्राप्ति का माध्यम सामाजिक कार्यकर्ता/गैर सरकारी संगठन (जनपद स्तर)	200
4.15	सूचना प्राप्ति का माध्यम स्वास्थ्य विभाग(मण्डल स्तर)	204
4.16	सूचना प्राप्ति का माध्यम स्वास्थ्य विभाग(जनपद स्तर)	204
4.17	स्नान एवं व्यक्तिगत साफ–सफाई(मण्डल स्तर)	209
4.18	स्नान एवं व्यक्तिगत साफ–सफाई(जनपद स्तर)	209
4.19	साफ सुथरे कपड़ों की उपलब्धता(मण्डल स्तर)	214
4.20	साफ सुथरे कपड़ों की उपलब्धता(जनपद स्तर)	214
4.21	हाथ धुलने की आदत(मण्डल स्तर)	218
4.22	हाथ धुलने की आदत(जनपद स्तर)	218
4.23	घर की साफ सफाई(मण्डल स्तर)	222
4.24	घर की साफ सफाई(जनपद स्तर)	222
4.25	आस–पड़ोस की साफ–सफाई(मण्डल स्तर)	226
4.26	आस–पड़ोस की साफ–सफाई(जनपद स्तर)	226
4.27	कचरा निस्तारण की स्थिति(मण्डल स्तर)	231
4.28	कचरा निस्तारण की स्थिति(जनपद स्तर)	231

प्रथम अध्याय

प्रस्तावना

मनुष्य सृष्टि के रचनाकार की सर्वोत्तम कृति है। वह अन्य प्रणियों से श्रेष्ठ है क्योंकि उसे बुद्धि और कल्पनाशक्ति प्राप्त है। बुद्धि और कल्पनाशक्ति द्वारा ही उसने ज्ञान–विज्ञान, शिक्षा, स्वास्थ्य, कृषि, उद्योग आदि सभी क्षेत्रों में अभूतपूर्व प्रगति की है। निःसंदेह, आज का मानव आदिम युग के मानव से बेहतर जीवन जी रहा है क्योंकि उसे भौतिक जीवन की लगभग सभी सुविधाएं उपलब्ध है। किंतु इतनी सुविधाएं होने पर भी वह सुखी नही है। समस्याओं, चिन्ताओं और पीड़ाओं के कारण वह निराशा, तनाव और असंतोष से ग्रस्त है (व्यास, 2002)। नाना प्रकार की समस्याएं और चिंताए व्यक्ति के स्वास्थ्य को प्रभावित करती हैं जिससे उसका सम्पूर्ण जीवन प्रभावित होता है।

चरक संहिता की उक्ति है–

"धर्मार्थकाममोक्षाणामारोग्यं मूलमुत्तमम्।
रोगास्तस्यापहर्त्तारः श्रेयसो जीवितस्य च।।

अर्थात स्वास्थ्य ही धर्म, अर्थ, काम और मोक्ष का मूल है। रोग उसके विनाशक हैं। स्वास्थ्य ही जीवन का श्रेय है। इसलिए आपको स्वास्थ्य संरक्षण के नियमों पर सबसे पहले और सबसे अधिक ध्यान देना चाहिए। स्वास्थ्य के नियम प्रकृति के नियम है इनका उल्लंघन करने पर दंड झेलना पड़ता है। अर्थात हम कह सकते हैं कि स्वास्थ्य मानव जीवन का सबसे बेशकीमती तौहफा है।

शास्त्रों में भी कहा गया है–

बड़े भाग मानुष तन पावा। सुर–दुर्लभ सद् ग्रन्थन्हि गावा।।
पुनर्वित पुनर्मित्रं पुनर्भार्या पुनर्मही।

एतत्सर्व पुनर्लभ्यं, न शरीरं पुनः पुनः।।

शरीर माद्यं खलु धर्म साधनम्।।

अर्थात मानव देह मिलना अत्यन्त दुर्लभ है जो कि अनेक जन्मों के संचित पुण्यों और शुभ कर्मो का फल है। इसी शरीर से मानव जीवन के लक्ष्य चारों पुरुषार्थ–धर्म अर्थ काम, मोक्ष की प्राप्ति संभव है जिसके लिए इस शरीर का निरोग रहना अत्यन्त ही आवश्यक है। यही कारण है कि मानव जीवन के सात सुखों में नीरोगी काया को सर्व प्रथम सुख *'हेल्थ इज वेल्थ'* माना गया है (मेहता, 1995)।

विश्व स्वास्थ्य संगठन ने स्वास्थ्य को परिभाषित करते हुए लिखा है कि– ''स्वास्थ्य एक शारीरिक, मानसिक एवं सामाजिक रूप से पूर्णतः संतृष्ट परिस्थिति है। केवल रोग एवं दुर्बलता का न होना ही पर्याप्त नही है।'' (डब्लू.एच.ओ. टी.आर, 1964)

विश्व स्तर पर स्वास्थ्य

विश्व स्वास्थ्य संगठन (डब्ल्यू0एच0ओ0) की 30वीं असेम्बली में ''सबके लिए स्वास्थ्य'' अन्तर्राष्ट्रीय लक्ष्य रखा गया। विश्व स्वास्थ्य संगठन (1977) ने प्रस्ताव पारित कर विभिन्न राष्ट्रों को निर्देशित किया कि विश्व के समस्त नागरिक वर्ष 2000 तक ऐसे स्वास्थ्य का स्तर प्राप्त करें जिससे कि वे समाजिक एवं आर्थिक दृष्टि से सकारात्मक व आनन्दायक जीवन–यापन कर सकें (गवर्नमेण्ट ऑफ इण्डिया, 1981)।

सन् 1978 में 'आल्मा–आटा' (यू0एस0एस0आर0) में आयोजित एक अन्तर्राष्ट्रीय सम्मेलन में सदस्य सरकारों के लिए प्रमुख सामाजिक लक्ष्य के रूप में 'सबके लिए स्वास्थ्य' की नीति अपनाने पर पुनः बल दिया गया। सन् 1981 में 'सबके लिए स्वास्थ्य' की विश्व–योजना विश्व स्वास्थ्य संगठन द्वारा स्वीकार की गई जिसे संयुक्त राष्ट्र की जनरल असेम्बली ने भी बाद में मान्यता दे दी (पार्क, 1983)। आल्मा–आटा घोषणा पत्र (1978) पर एक हस्ताक्षरकर्ता के रूप में भारत भी 20वीं सदी के अन्त तक सबके लिए स्वास्थ्य' का लक्ष्य निर्धारित किया।

भारतीय परिप्रेक्ष्य में स्वास्थ्य

वर्तमान में उपलब्ध स्वास्थ्य सेवाओं के आधार पर इतने बड़े उद्देश्य की प्राप्ति किया जाना संभव प्रतीत नही हो पा रहा है क्योंकि भारत में बीमारी का फैलाव अत्यधिक है तथा इन बीमारियों की जड़ें भारत में अत्यन्त गहरी हैं, जिसका कारण है व्यक्तिगत आदतें, अंधविश्वास, सामाजिक–आर्थिक कारक, संस्कृतिक परम्पराएं, रूढ़ियां एवं सामुदायिक वातावरण। इसलिए यह आवश्यक हो गया है कि व्यक्तिगत सेवा से हटकर विस्तृत समुदाय और बहुसंख्य आधारित स्वास्थ्य सेवा पर ध्यान दिया जाय।

शर्मा (1988) के अनुसार सबसे स्वास्थ्य को सही तरीके से रखने के लिए यह आवश्यक है कि बीमारी से बचाव के बहुत से तरीके अपनाया जाय तथा प्रसाद ने यह सुझाव दिया कि समुदाय को बीमारी से निदान एवं उपचार के बारे में सोचा जाय और यह कहा कि अस्पतालों के विकास के इतिहास को समाज ने निर्धारित किया।

वर्तमान परिदृश्य में स्वास्थ्य में स्वास्थ्य

आज अनेक देशों में यह चुनौती के रूप में विद्यमान है कि यथेष्ठ स्वास्थ्य सेवाएं जन–जन तक कैसे पहुंचायी जाये तथा यह कैसे सुनिश्चित किया जाय कि इन सेवाओं का सदुपयोग हो रहा है (पार्क, 1983)।

अब तक बड़े अस्पताल ही सेवाएं लोगों को उपलब्ध कराते रहे हैं। परन्तु बड़े अस्पताल अब बढ़ी हुई जनसंख्या के लिए स्वास्थ्य सेवाएं मुहैया कराने में स्वयं असमर्थ पा रहे हैं। दूसरे, बड़े अस्पतालों की चिकित्सा पद्धति के महंगी होने के कारण बहुसंख्यक गरीब जनता उनका लाभ उनके निकट होते हुए भी नही ले पा रही है। राज्य का दायित्व है कि सार्वभौमिक स्वास्थ्य सेवाओं तक सबकी पहुंच हो तथा आर्थिक अभाव की वजह से किसी को स्वास्थ्य सेवाओं से वंचित न होना पड़े (कैलाश, 2010)।

आजादी के पूर्व देश के ग्रामीण इलाकों में हर वर्ष संक्रामक रोगों के कारण लाखों लोग कालकवलित हो जाते थे। आजादी के बाद स्वास्थ्य सेवाओं में काफी

सुधार हो रहा है। हालांकि अभी भी स्वास्थ्य सेवाएं उतनी बेहतर नही हो पायी हैं जितना कि होना चाहिए। निरक्षरता एवं अंधविश्वास के चलते भी बहुत लोग असमय ही मौत के मुंह में समा जाते है। सरकार के द्वारा ग्रामीण क्षेत्रों में शिक्षा का प्रचार प्रसार के कारण धीरे–धीरे अंधविश्वास कम हो रहा है। भारत में तकरीबन 75 प्रतिशत लोग गांवों में निवास करते हैं और उनके स्वास्थ्य सेवाएं प्रदान करना एक बहुत बड़ी चुनौती है। इन गांवों में 50 प्रतिशत तो ऐसे हैं जिन्हे पीने का पानी तक नसीब नही है और न ही साफ सफाई का समुचित प्रबंध है।

स्वतंत्रता प्राप्ति के बाद : भारत में स्वास्थ्य सुविधाएं

इसमें कोई दो राय नही है कि स्वतंत्रता प्राप्ति के बाद से अब तक पिछले **7** दशकों में भारत ने स्वास्थ्य सुविधाओं के क्षेत्र में उल्लेखनीय प्रगति की है। बदलते समाजिक–आर्थिक परिदृश्य और विकास के लिए नया आधारभूत ढांचा खड़ा करने के समन्वित और सफल प्रयासों के कारण आज हम स्वास्थ्य के क्षेत्र में अपनी उपलब्धियों पर गौरव का अनुभव कर सकते हैं। आज जीवन प्रत्याशा 1947 के 32 वर्ष से बढ़कर 90 वर्ष हो चुकी है। 1947 से 2016 के दौरान शिशु मृत्यु दर में भी 75 प्रतिशत की गिरावट आयी है। देश से चेचक और प्लेग जैसी बीमारियों का हमेशा के लिए सफाया हो चुका है। कुष्ठ रोग भी एक रोगी प्रति दस हजार के ताजा आंकड़े के साथ अब पूरी तरह से काबू में है। हम पोलियो के समूल नाश के भी काफी करीब हैं। मलेरिया से अब तक 20 लाख में सिर्फ एक व्यक्ति की मौत होती है। टीबी संक्रमण के मामलों में भी काफी गिरावट आई है। राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन जैसी विशेषकृत योजनाओं के माध्यम से हमने ग्रामीण क्षेत्रों में स्वास्थ्य जाल बिछाकर उसे शहरी विकास से जोड़ा है। यहां तक कि वंचित तबके के लिए स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रम भी चलाये जा रहे हैं।

वर्तमान चुनौती : तुलनात्मक रूप में स्वास्थ्य सेवाओं का अत्यल्प होना

हांलाकि इन तमाम उपलब्धियों के आलोक में भी यह तथ्य एक चुनौती की तरह खड़ा है कि वैश्विक स्तर की स्वास्थ्य सेवाओं की दृष्टि से हमारा कद् अब भी बहुत छोटा है। यहां तक कि हमारी स्वास्थ्य सेवाएं कई विकासशील देशों से भी भी कमतर हैं। यह सही है कि शिशु मृत्यु दर को घटाकर हम 34 प्रति हजार तक ले आये हैं लेकिन यह आंकड़ा अब भी चिंताजनक है। खासकर तब जब हम पाते हैं कि वर्ष 2018 में शिशु मुत्युदर श्रीलंका में 8, चीन में 12 और थाईलैण्ड में सिर्फ 13 प्रतिहजार है। कुछ ऐसी ही स्थिति हमारी मातृ–मृत्यु दर की है।

विश्व की कुल आबादी का 16.5 प्रतिशत भारत में रहता है, लेकिन बीमारियों की दृष्टि में यह दुनिया के 20 प्रतिशत मरीजों का घर है। इसमें दुनिया के एक तिहाई पेट और श्वसनतंत्र सम्बन्धी, एक चौथाई मातृत्व संबन्धी और 20 प्रतिशत कुपोषण के रोगी भारतीय है। एक अनुमान के मुताबिक देश में करीब 31 लाख लोग एच.आई.वी/एड्स के शिकार है (फारूकी, 2010)।

नये रोगों की उत्पत्ति

आज चिन्ता का विषय केवल स्वास्थ्य सेवाओं की अनुपलब्धता नही है, वरन हर दिन पनप रहे नए–नए रोग भी परेशानी का सबब बन रहे हैं। रोगोपचार की अनेक प्रचलित विधियों तथा एलोपैथ चिकित्सा पद्धति के निरंतर विकास के बावजूद बढ़ते जा रहे रोगों पर नियंत्रण नही हो पा रहा है। एड्स का प्रकोप अभी कम हुआ नही था कि स्वाइन फ्लू बीमारी ने विश्व भर में अपने पैर पसार लिया है। दूसरी तरफ कैंसर, मलेरिया, शुगर, हृदय रोग, रक्तचाप, जैसी बीमारियों के उपचार में सुगमता अवश्य आयी है, लेकिन मंहगी दवाओं व टेस्ट के चलते ग्रामीण जन की क्षमता के बाहर है। हांलाकि डाट्स जैसे कार्यक्रम के जरिए घर के दरवाजे पर रोगी को दवा खिलाने का कार्य डाक्टर कर रहे हैं। फिर भी रोकथाम पूरी तरह से नही हो पा रहा है। सरकार

का मानना है कि जब तक देश स्वस्थ नही होगा, तब तक स्वस्थ राज्य की कल्पना नही की जा सकती है।

सरकारी प्रयास : वर्तमान सन्दर्भ में

भारत सरकार ने वर्ष 2005 में स्वास्थ्य सुविधाओं में एक व्यापक बदलाव लाते हुए केन्द्र सरकार द्वारा राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन की शुरुआत की गई, जिसका मुख्य उद्देश्य शिशु मृत्यु दर (आईएमआर) एवं मातृ मृत्यु दर (एमएमआर) में कमी, महिला स्वास्थ्य बाल स्वास्थ्य, स्वच्छ पेय जल, साफ–सफाई, प्रतिरक्षण, तथा पोषण जैसी जन स्वास्थ्य सेवाओं तक सार्वभौमिक पहुंच, स्थानीय देशज रोगों समेत संचरणीय एवं गैर संचरणीय रोगों का निवारण और नियंत्रण, एकीकृत विस्तृत प्राथमिक स्वास्थ्य सुविधा तक पहुंच, जनसंख्या स्थिरता, लिंग एवं जनसांख्यकीय संतुलन, स्थानीय स्वास्थ्य परम्पराओं और मुख्यधारा आयुष को पुनर्जीवित करना, स्वास्थ्य जीवन शैलियों को प्रोन्नत करना था। वर्तमान में राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन, राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन, के रुप में देश के सम्पूर्ण राज्यों में संचालित है। उत्तर प्रदेश में उ0प्र0 राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन के द्वारा स्वास्थ्य सेवाओं के गुणात्मक सुधार जारी है।

इन्सेफ्लाइटिस पूर्वी उत्तर प्रदेश की जानलेवा महामारी

स्वास्थ्य सेवाओं में हो रहे लगातार गुणात्मक सुधार के बाद भी पूर्वी उत्तर प्रदेश में इन्सेफ्लाइटिस नामक बीमारी का प्रकोप आज भी जारी है। इन्सेफ्लाइटिस (नवकी बीमारी) नामक राक्षसनी ने 70वें दशक से मासूमों को लीलना जो शुरू किया तो उसकी भूख आज भी बढ़ती ही जा रही है। असहाय बने आम–जन, शासन–प्रशासन को कोसते हुए अपने मासूमों को अकाल मौत के आगोश में जाते हुए देख रहें हैं। इसके साथ ही यदि वे मासूम किसी भी प्रकार से (अधकचरे इलाज वगैरह से) बच भी जाय तो उनका पूरा जीवन दिव्यांगता की भेंट चढ़ने को विवश होता जा रहा है। दूसरे शब्दों में इसे हम यूँ कह सकते हैं कि एक प्रकार से पूरा शरीर लुंज–पुंज हो जाता है।

पागलपन की सी अवस्था हो जाती है, अर्थात पूरे शरीर का तंत्र ही दिव्यांग हो जाता है।

निःसंदेश उत्तर प्रदेश एवं भारत सरकार ने इसकी रोकथाम और समाप्ति के लिए बहुत प्रयत्न किये हैं, लेकिन ज्यों–ज्यों दवा किये, त्यों–त्यों मर्ज बढ़ता गया। पहले एक प्रकार की इन्सेफ्लाइटिस के बारे में लोग अवगत थे, लेकिन पता लगा कि दूसरे प्रकार की इन्सेफ्लाइटिस भी इस क्षेत्र के लोगों को ग्रसित करने लगी। स्वच्छता अभियान के साथ लोग स्वच्छ रहने की मुहिम में व्यस्त थे, तब तक यह पता चला कि पानी के प्रदूषित होने के कारण भी यह बीमारी फैल रही है, इसे एक्यूट इन्सेफेलाइटिस सिन्ड्रोम (ए.ई.एस.) के नाम से भी जाना जा रहा है।

इसका सबसे ज्यादा प्रकोप पूर्वी उत्तर प्रदेश, बिहार प्रान्त के कुछ जिलों में देखने को मिलता है। पूर्वान्चल के प्रभावित क्षेत्रों में गोरखपुर, कुशीनगर, महाराजगंज, देवरिया, बस्ती एवं सिद्धार्थनगर प्रमुख जिले हैं, जहां इसकी ज्यादा व्यापकता देखी जाती है। इन जिलों में रोगियों की संख्या जुलाई माह से बढ़नी शुरु हो जाती है और शीतकाल आते–आते घट सी जाती है। माह जुलाई से अक्तूबर तक जल जमाव एवं जल प्रदूषण एवं मच्छरों की अधिकता भी इस बीमारी के लिए उत्तरदायी माना जाता है (जे.ई.सी.सी., 2011)। तराई क्षेत्र होने की वजह से पूर्वी उत्तर प्रदेश में धान की कृषि होती है जो क्यूलेक्स विस्नोई मच्छर के द्वारा फैलता है। इसके मच्छर मुख्य रुप से धान की खेत में अपना अण्डा देते है। इसलिए इस रोग का ज्यादातर प्रकोप धान की खेती करने वाले क्षेत्रों में मुख्य रुप से देखी जा सकती है।

उत्तर प्रदेश में पैठ कर चुकी इन्सेफ्लाइटिस का नाम सुनते ही लोग सहम से जाते है। विभिन्न अस्पतालों तथा निजी सेवा शिविरों में इन्सेफ्लाइटिस से पीड़ित बच्चों को देखा जा सकता है। इलाज, दवाईयां उतनी कारगर साबित नही हो पा रही हैं और

बीमारी है कि राक्षसनी की तरह असहाय मासूमों को लीलती जा रही है। उत्तर प्रदेश के गोरखपुर जिले में शुरु हुई यह बीमारी आज चिन्ता का विषय बनी हुई है।

जापानी इन्सेफ्लाइटिस

मस्तिष्क ज्वर मुख्यतः विणाणुजनित एक गंभीर रोग है। इसे आम भाषा में दिमागी बुखार या नवकी बीमारी के नाम से जाना जाता है। वर्तमान में यह बीमारी वैश्विक रूप धारण कर चुकी है। चीन, जापान एवं थाईलैण्ड जैसे देश भी इससे अछूते नहीं हैं। भारतवर्ष के कई प्रदेशों में इसके रोगी पाये जाते हैं। परन्तु इसका सर्वाधिक प्रकोप पूर्वी उत्तर प्रदेश एवं बिहार प्रान्त के समीपवर्ती जिलों में है। यह रोग प्रदेश के कई तराई जिलों में अपनी जड़ें जमा चुका है, किन्तु पूर्वान्चल के प्रभावित क्षेत्रों में गोरखपुर महराजगंज, कुशीनगर, देवरिया, बस्ती एवं सिद्धार्थनगर जिले अधिक गंभीर रूप से प्रभावित हैं। चीन और जापान जैसे देशों ने तो इस पर नियंत्रण कर लिया है, किन्तु पूर्वी उत्तर प्रदेश में यह बीमारी महामारी का रूप धारण करती जा रही है।

विश्व स्वास्थ्य संगठन के अनुसार, जापानी इन्सेफ्लाइटिस वायरस एक मच्छरजनित फ्लेवी वायरस है जिसमें डेंगू, एलोफिवर और वेस्ट नाइल वायरस शामिल हैं।

इसे एशिया में बाल इन्सेफ्लाइटिस के रूप में जाना जाता है, येलोफिवर के बाद जापानी इन्सेफेलाइटिस एक दूसरा फ्लेवीवायरस है जिसका कि वैक्सीन द्वारा बचाव सुलभ है। इसके बावजूद भी हर वर्ष इसके हजारों की संख्या में मृत्यु दर्ज किये जाते हैं। यद्यपि बहुत से जगहों पर जापानी इन्सेफेलाइटिस के केस प्रक्रियागत सर्विलांस एवं कार्यालयी दस्तावेज निःसंदेह ही वास्तविकता से परे दिखाई पड़ते हैं (इगराशि, 1992)। जापानी इन्सेफेलाइटिस का प्रसार एशिया में लगभग 3 बिलियन लोग जो कि पूरे विश्व की जनसंख्या की 60 प्रतिशत को फैल चुकी है(निकोलासी, 1986)।

एशिया को अर्थिक रूप से समृद्ध देशों—जापान, कोरिया, ताइवान एवं सिंगापुर में जापानी इन्सेफेलाइटिस को प्रतिरक्षण के नियमित सूची में शामिल किया जा चुका है।

जिससे यहां के लोगों को काफी हद तक इससे राहत मिल गयी है। परन्तु एशिया के विकासशील देश अभी तक इस बीमारी के भार से दबी हुई हैं। पोलियो के खतरों से काफी दूर निकल चुके है वहीं एशिया महादीप में जापानी इन्सेफेलाइटिस बच्चों में वायरल स्नायु संक्रमण एवं विकलांगता का मुख्य कारण बना हुआ है (हालस्टीड एवं जेकबसन, 2003)। वर्तमान में यद्यपि जापानी इन्सेफेलाइटिस एक गंभीर जन स्वास्थ्य की समस्या बन कर उभर चुकी है, किन्तु इसका उपयुक्त निदान वैक्सीन द्वारा संभव है।

मस्तिष्क ज्वर की परिभाषा

यह तन्त्रिका तन्त्र (मस्तिष्क एवं मेरूदंड) का खतरनाक संक्रमण है, जो मुख्यतः विषाणुओं से होता है। इसमें बुखार के साथ अर्धचेतना, अचेतन और झटके जैसे लक्षण मिलते है। सघन जांचों के बाद भी 20–30 प्रतिशत मरीजों में ही विषाणुओं की पहचान हो पाती है। अधिकांश रोगियों में विषाणुओं की पहचान संभव नही हो पाती है। परन्तु मस्तिष्क ज्वर की महामारी में जब एक जैसे लक्षणों के बहुत अधिक रोगी आते है तो यदि उनमें से कुछ में भी इस विषाणु की प्रजाति मिल गई तो महामारी इसी विषाणु के कारण होने की संभावना बढ जाती है।

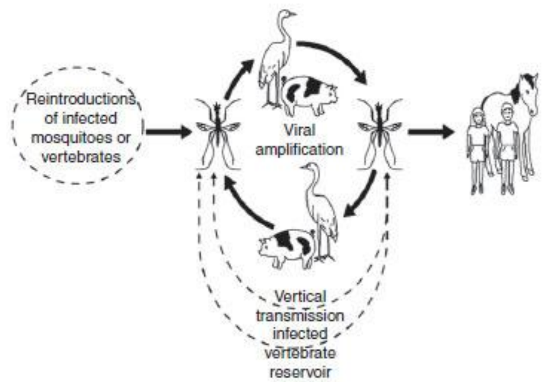
जापानी इन्सेफ्लाइटिस विषाणु संक्रमण एवं वातावरण में चक्र

जापानी मस्तिष्क ज्वर पशुओं से मनुष्यों में फैलने वाला रोग है, इस विषाणु का जीवन चक्र पशुओं में चलता है और केवल घोड़ों में यह रोग प्रकट होता है। मनुष्य केवल आकस्मिक रूप से प्रभावित होते हैं। यह रोग/विषाणु एक मनुष्य से दूसरे मनुष्य स्थानान्तरित नही होता है।

फ्लेवीविषाणु क्यूलेक्स मच्छर से ज्यादा प्राप्त किये गये है इसमें **क्यूलेक्स ट्राइटेनियोरिंकस** मुख्य है। इस प्रजाति की जीवन पद्धति भिन्न होती है और इसका

विस्तार बहुत वृहद होता है। ट्राइटेनियोरिकस के लार्वा धान के खेतों में, गड्ढों एवं तालाबों में जन्म लेते हैं। यह मच्छर लगभग 5 किमी की परिधि में विषाणु फैलाने में सक्षम होता है और विशेषतया प्रातः और सायंकाल में खून चूसकर अपना शिकार बनाते हैं।

इस विषाणु का जीवन चक्र मच्छरों, सूअर एवं बगुले के शरीर में चलता है। क्यूलेक्स मच्छर के शरीर में यह विषाणु पनपता है। यह विषाणु मच्छर के सम्पूर्ण जीवनकाल में बढ़ता रहता है एवं मच्छरों से यह विषाणु लार्वा में स्थानान्तरित हो सकता है। मच्छर के काटने से यह विषाणु अन्य जीवों में पहुँचता है। सूअर इस विषाणु की संख्या को बढ़ा देता है। वातावरण में यह विषाणु बगुलों एवं अन्य पक्षियों के शरीर में रहता है किन्तु वे इस विषाणु से ग्रसित नही होते हैं। वहीं दूसरी तरफ मादा मच्छर एक विषाणु युक्त जीव का रक्त चूसकर इस विषाणु से ग्रसित हो जाती है और 9 से 12 दिनों के अन्तराल के बाद इस विषाणु का स्थानान्तरण एक से दूसरे जीव में कर सकती है।



चित्र सं. 1.1

जापानी इन्सेफ्लाइटिस विषाणु का जीवन चक्र

जापानी विषाणु का प्रसार चक्र सूअर–मच्छर–सूअर या पक्षी–मच्छर–पक्षी में चलता रहता है। वातावरण में अन्य जानवरों में भी इन मच्छरों के काटने से विषाणु उनके शरीर में चला जाता है। लेकिन इन जानवरों में विषाणु अधिक संख्या में नही पनपते है। ये जानवर इस रोग को फैलाने में सहायक नही होते बल्कि इस रोग को कम करते हैं।

मस्तिष्क ज्वर मुख्यतः अगस्त से अक्टूबर माह में होता है क्योंकि इस ऋतु में वर्षा के कारण जल जमाव अधिक होता है जिससे मच्छरों के प्रजनन एवं जनसंख्या में वृद्धि होती है। जल जमाव धान के खेतों में एवं आबादी के आसपास होने से विषाणु के फैलने को बढावा मिलता है। यह बीमारी किसी भी उम्र में हो सकती है लेकिन बच्चों में इसका प्रभाव ज्यादा होता है लड़के इस बीमारी से लड़कियों की अपेक्षा डेढ़ गुना से दो गुना अधिक प्रभावित होते हैं क्योंकि वे घरों से ज्यादा बाहर निकलते हैं। जापानी इन्सेफ्लाइटिस के 85 प्रतिशत मरीज 15 साल से कम उम्र के बच्चे होते हैं।

एक्यूट इन्सेफ्लाइटिस सिन्ड्रोम (ए.ई.एस)

कुशवाहा (2017) के अनुसार 2005 में यह प्रश्न उठने लगा था कि आम आदमी इन्सेफ्लाइटिस के मरीजों को कैसे पहचानेगा। क्योंकि वायरस और वाइरल इन्सेफ्लाइटिस की पहचान केवल एक चिकित्सक ही कर सकता है। इसे आम आदमी कैसे पहचानेगा कि व्यक्ति जेई. का मरीज है या नहीं। अर्थात इन्सेफ्लाइटिस को पहचानना है तो उसका ऐसा नाम रखना पड़ेगा जिससे सभी तरह की बीमारियां आ सके, जो मस्तिष्क को प्रभावित करती हैं। फिर जांच करके यह आसानी से पता लगाया जा सकता है कि अमुक व्यक्ति जेई का है। अतः ए.ई.एस. एक नाम दिया गया यानि एक्यूट इन्सेफ्लाइटिस सिन्ड्रोम। उदाहरणार्थ किसी मरीज को यदि बुखार है और मस्तिष्क का कार्य प्रभावित होता है, उसकी सोच बदल रही है। बेहोशी 30 मिनट से ज्यादा की है तो उसके ए.ई.एस. का मरीज कहा जा सकता है।

एक्यूट इन्सेफ्लाइटिस सिन्ड्रोम(ए0ई0एस0)परिभाषा

किसी भी उम्र का व्यक्ति, वर्ष में किसी भी वक्त अगर बुखार के साथ विक्षिप्त, सुस्त, बदहवास, अर्धचेतन, पूर्ण चेतन, सही बात–चीत करने में असफल, घबराहट और

या झटके के साथ आता है और उसे फरका नहीं है तो उसे एक्यूट इन्सेफ्लाइटिस सिन्ड्रोम(ए.ई.एस.) कहेंगे।

एक्यूट इन्सेफ्लाइटिस सिन्ड्रोम (ए.ई.एस.) की परिभाषा मस्तिष्क ज्वर की भयावहता के सटीक आकलन के लक्षणों के आधार पर की गई है, जिसमें मस्तिष्क ज्वर के संक्रमण एवं बिना संक्रमण के भी मस्तिष्क को प्रभावित करने वाले रोग सम्मिलित है। विषाणुओं, कीटाणुओं, फफूदी, परजीवी आदि का मस्तिष्क में आघात एवं शरीर के दूसरे हिस्सों में संक्रमण के कारण मस्तिष्क का प्रभावित होना सब कुछ इस परिभाषा में आ जायेगा। यह इसलिए किया गया है कि कोई भी व्यक्ति इसके होने पर इसे पहचाने और ऐसे रोगी को चिकित्सालय तत्काल पहुंचा दे। इस प्रकार मस्तिष्क ज्वर के रोगी के उपचार में देरी भी नही होगी और इनकी गणना में कमी भी नही आयेगी। चिकित्सालयों में जांच के बाद पता चलेगा कि यह विषाणु जनित मस्तिष्क ज्वर है या नहीं।

इन्टेरो विषाणु शरीर के आहार तंत्र में पाया जाता है। इस वर्ग की चार मुख्य प्रजातियाँ हैं–

1. पालियो जनित इन्सेफ्लाइटिस
2. नॉन पोलियो इन्सेफ्लाइटिस
3. कोक्सेकी ए एवं बी विषाणु
4. इको विषाणु

इन्टेरो विषाणु वातावरण में मृद कणिकाओं में प्रदूषित जल में (जल जमाव, नालियाँ इत्यादि) गंदगी में पाये जाते है। यह विषाणु शरीर में श्वसन तंत्र में सांस द्वारा एवं आहार तंत्र में मुंह द्वारा लिए गये प्रदूषित भोजन द्वारा शरीर में पहुंचते हैं और कुछ निश्चित समय के बाद गले के टान्सिल एवं आहार तंत्रिका के लिम्फ कोशों में सम्बर्धित होते हैं जिससे रक्त में विषाणु जाने की पहली प्रक्रिया पूर्ण होती

है। रक्त में विषाणु जाने के द्वितीय प्रक्रिया में अपने लक्ष्य उत्तकों में संक्रमण करते हैं। इन सारी प्रक्रियाओं में लगभग 3–35 दिन कासमय लगता है। तत्पश्चात् यह विषाणु दो से चार सप्ताह में अपशिष्ट द्वारा पुनः वातावरण में पहुंच जाता है।

इन्टेरो विषाणु की अलग–अलग प्रजातियाँ शरीर के अलग–अलग अंगों को प्रभावित करती है। तंत्रिका तंत्र को मुख्यतः कोक्सेकी 'ए' एव ं'बी', इको विषाणु प्रभावित करते हैं। पोलियो विषाणु शरीर के अंगों को प्रभावित कर पक्षघात करते हैं। इको एवं कोक्सेकी बी' विषाणु शरीर की सभी प्रकार की मांसपेशियों में संक्रमण करते है जिसमें हृदय की मांसपेशिया भी शामिल हैं। हृदय की मांसपेशियों के संक्रमण से मायोकार्डाइटिस एवं पेरीकार्डाइटिस भी होती हैं। आहार तंत्र की मांसपेशियों के संक्रमण के फलस्वरूप कब्ज होता है व पेट फूल जाता है। यकृति कोशिकाओं के संक्रमण के फलस्वरूप हेपेटाइटिस होती है व रक्त कोशिकाओं के व मेरूरज्जा के संक्रमण से खून की कमी एवं प्लेटलेट्स की कमी भी सकती है। त्वचा की कोशिकाओं के संक्रमण द्वारा विभिन्न प्रकार के दाने एवं चकत्ते भी हो सकते है। श्वसन तंत्र की कोशिकाओं के संक्रमण के फलस्वरूप निमोनिया व ब्रांकाइटिस होने की संभावना होती है। सभी अंगों के संक्रमण से शरीर में सूजन हो सकते हैं।

नैदानिक विवरण

ज्यादातर मरीजों में इसका संक्मण दिखाई नही देता। एशिया के संक्मित लगभग 250 मरीजों मे से एक में इसकी पहचान हो पाती है (गजानन, 1995)। लक्षणों के आधार पर जापानी इन्सेफेलाइटिस को पहचान पाना बड़ा ही मुश्किल है। कभी–कभी इस बीमारी से मिलते जुलते एसेप्टिक मेनिनजाइटिस, फलेसिड पैरालेसिस और साधारण फेब्रिल बीमारी सिरदर्द के साथ दिखाई पड़ती है (कुमार, 1990 एवं इन्नीस, 1995)। इसके विषाणुओं का विकासकाल 5 से 15 दिन होता है।

बीमारी की शुरुआत अचानक उच्च ज्वर, मानसिक स्थिति में परिवर्तन पेट और आंत्र के साथ होता है। सरदर्द के साथ धीरे–धीरे आवाज, चलन अक्रियशील, चिड़चिड़ाहट, उल्टी और डायरिया या एक्यूट झटके बीमारी के पूर्व लक्षण के रूप में बच्चों में दिखाई पड़ते हैं। 75 प्रतिशत से अधिक केसों में फरका के लक्षण तथा बड़ों में कम पाये जाते हैं। अधिकांश केसों में मरीज तीव्र मूर्छा एवं कभी–कभी कोमा की अवस्था में चला जाता है जहां उसे वेन्टिलेटर पर रखना नितांत आवश्यक हो जाता है। सामान्यतः कमजोरी एवं मांसपेशियों में परिवर्तन प्रमुखतः हाईपरटोनिया एव हाईपरफ्लेक्सिया मुख्य हैं परन्तु चलन कभी दोष, हेमी प्लीजिया, या टेट्राप्लीजिया, कार्नियल नटर्स, पैराप्लीजिया, पैरालेसिस (मुख्यतः सेन्ट्रल फेसियल पालिसी) और असमान अनैच्छिक क्रिया दिखायी पड़ती है। प्रायः समयानुसार इन्द्रियजन्य गड़बड़ी भी देखने को मिलती है। सेन्ट्रल हाईपरजोइया, हाईपर टेंशन, पलमोनरी यूरीनरी अवरोध की समस्या बीमारी को जटिल बनाती है। इसके बावजूद अनेक लक्षण इन्ट्राकार्नियल दबाव, पैपीलेडेमा और अन्य कारण देखने को मिलते है।

वर्ष 2005 में भारत के पूर्वी उत्तर प्रदेश के गोरखपुर मण्डल में जापानी इन्सेफ्लाइटिस का प्रकोप बहुत व्यापक रूप में दिखायी पड़ा जहां कुपोषित मरीजों में खराब परिणाम देखने को मिला। इस तरह के प्रकोप में इन्सेफ्लाइटिस के मरीजों में एक बाइफेसिक बीमारी पायी गयी। जापानी इन्सेफ्लाइटिस के मरीजों में इसी तरह के बाइफेसिक प्रकृति की बीमारी भारत में वर्ष 1988 से देखने को मिलती है, जहां 2.7 प्रतिशत मरीजों में ठीक होने के बाद दुबारा लक्षण प्रकट होता दिखायी दिया(राठी, कुशवाहा, सिंह एवं अन्य, 1993)। मरीज के ठीक होने के 7 से 8 माह बाद न्यूरोलाजिकल संकेत एवं लक्षण प्रकट होता हुआ दिखायी पड़ा।

जटिलताएं

जापानी इन्सेफेलाइटिस के उपरान्त मृत्यु एवं दिव्यांगता दोनों तरह के केस देखने को मिलते हैं। प्राप्त 72 प्रतिशत रिपोर्ट्स में प्रायः 5 से 30 प्रतिशत तक मरीजों की मृत्यु हो जाती है(कमला एवं अन्य, 1989 एवं कुमार एवं अन्य, 1993)। कुछ मरीजों की मृत्यु कुछ दिनों के संघर्षोपरान्त हो जाता है। कुछ मरीज कोमा की स्थितियों में भी पाये जाते हैं। मरीज की मृत्यु उम्र पर भी निर्भर करता है। कम उम्र के बच्चे (10 वर्ष से कम आयु के) में मृत्यु अधिक आयु के मरीजों की अपेक्षा अधिक पाया जाता है। कुछ लोग स्नायु समस्याओं से भी ग्रसित हो जाते हैं। नेपाल एवं भारत से प्राप्त एक रिपोर्ट के अनुसार बच्चों एवं वयस्क दोनों में मृत्यु देखने को मिलती है। जापानी इन्सेफ्लाइटिस से ग्रसित मरीजों में 29 से 76 प्रतिशत दिव्यांगता की समस्या भी देखी जाती है। 10 वर्ष तक के बच्चों में संक्रमण दिव्यांगता से ग्रसित होने का प्रतिशत 70 से 80 प्रतिशत है। दिव्यांगता में भिन्नता की दर मरीज के शारीरिक स्थिति, देखभाल, इलाज, फालोअप पर भी निर्भर करता है। सम्पूर्ण मरीजों में लगभग 45 से 50 प्रतिशत में स्नायु दिव्यांगता पायी जाती है(कमला एवं अन्य, 1989 एवं कुमार एवं अन्य, 1993)। मुख्यतः तीन प्रकार मनोसामाजिक, वौद्धिक एवं शारीरिक दोषों में स्मृति दोष, व्यवहारिक समस्याएं, झटके, चलन दोष, लकवा, वाणी दोष जैसी विकृतियां पायी जाती है। बच्चों में चलन दोष का निराकरण तो हो जाता है परन्तु 75 प्रतिशत केसों में व्यवहारिक परिवर्तन, मनोवैज्ञानिक दोष की जानकारी 2 से 5 वर्षो के उपरान्त हो पाती है(कुमार एवं अन्य, 1993)।

मरीजों में पायी जाने वाली दिव्यांगता के सम्बन्ध में प्रख्यात बाल रोग विशेषज्ञ डा0 बी0बी0 गुप्ता का मत है ''इन्सेफ्लाइटिस के चलते बच्चों में 11 प्रकार की विकलांगता देखी गयी है। इनमें सबसे ज्यादा तंत्रिका विकार यानि लकवा और बुद्धिमंदता के शिकार होते हैं। इसके अलावा गूंगापन, अकड़पन, शरीर में झटके,

मल–मूत्र विसर्जन पर नियंत्रण न होना, नीद न आना, बार–बार जीभ निकालने जैसी विकृतियाँ भी देखी जाती है। डा0 गुप्ता के मुताबिक रोग के विकार बच्चों में एक या एक से अधिक विकृतियाँ आ सकती हैं।'' (सिन्हा, 2017)।

इलाज

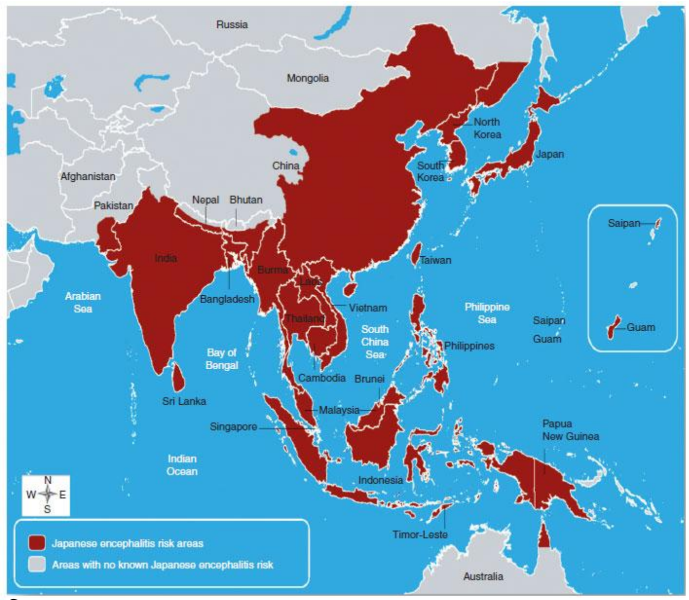
जैसा कि हम जानते है कि इन्सेफेलाइटिस का कोई विशिष्ट उपचार नही है। एन्टीवायटिक्स, वायरस के खिलाफ प्रभावी नही होता और न ही कोई एन्टी वायरल ड्रग्स ही उपलब्ध है। प्रायः मरीजों की देखभाल, लक्षण एवं जटिलताओं का उपचार किया जाता है। प्रारंभिक तौर पर की गई उपचार रूग्णता एवं मृत्यु को कम करने में प्रभावी होता है। अतः लोगों को यह सलाह दी जाती है कि मरीजो में लक्षण दिखाई पड़ने पर शीघ्रता के साथ चिकित्सक से सम्पर्क करें एवं जे0ई0 की संभावना में मरीज को तत्काल चिकित्सालय पहुंचाएं। इससे जे0ई से होने वाली मौतों पर अंकुश लगाया जा सकता है।

जापानी इन्सेफ्लाइटिस का इतिहास

जापानी इन्सेफ्लाइटिस का प्रकोप सबसे पहले 1871 में जापान में हुआ था। वर्ष 1925 में इस विषाणु की पहचान की गई। 1935 में इसका नाम जापानी इन्सेफ्लाइटिस दिया गया। जापान के अलावा कोरिया, चीन, फिलीपीन्स, ताईवान, जावा, सुमात्रा, म्यांमार, श्रीलंका आदि देशों में जापानी इन्सेफ्लाइटिस के केस सामने आये हैं (सिंह, 2017)। वर्षा ऋतु में उत्पन्न होने वाला इन्सेफ्लाइटिस का प्रकोप जापान में जापानी इन्सेफेलाइटिस के नाम से 1871 में देखा गया था, परन्तु अतिव्यापक रूप में यह वर्ष 1924 में 6000 से भी अधिक केसों के साथ दिखाई पड़ा, जहां 60 प्रतिशत मरीजों की मृत्यु हो गयी थी। इसके वायरस को जैपनीज–'बी' वायरस कहा गया। इसके वायरस को वर्ष 1938 में क्यूलेक्स ट्राइटेनियोरिंकस मच्छर से आइसोलेट किया गया। सम्पूर्ण विश्व में इस बीमारी का प्रभाव देखने को मिलता है।

विश्व में जापानी इन्सेफ्लाइटिस

इन्सेफ्लाइटिस एक मौसमी बीमारी है, जो समतापी क्षेत्रों में जून से दिसम्बर के मध्य ज्यादा पायी जाती है। दक्षिणी भूमध्य रेखा में जैपनीज इन्सेफेलाइटिस वायरस का प्रसार मार्च के प्रारंभ में शुरू होता है और अक्तूबर तक बना रहता है। कुछ भूमध्य रेखाओं में इसका प्रसार बारहो मास बना रहता है। जैसे इण्डोनेशिया आदि। विश्व के विभिन्न देशों में जैपनीज इन्सेफेलाइटिस की महामारी देखने को मिलती है। सम्पूर्ण पृथ्वी पर 45,000 से अधिक केस प्रतिवर्ष दर्ज किये जाते हैं। यद्यपि कि यह वास्तविक आंकड़ों से कम है। विश्व के निम्नलिखित देशों में जैपनीज इन्सेफेलाइटिस की भयावहता देखने को मिलती है:



चित्र संख्या 1.2

- मलेशिया
- बर्मा
- भूटान
- सिंगापुर
- फिलीपिन्स
- इण्डोनेशिया

- चीन
- ताइवान
- रूस
- बंगलादेश
- लाओस
- कम्बोडिया
- थाईलैण्ड
- वियतनाम
- भारत
- नेपाल(तराई क्षेत्र)
- श्रीलंका
- कोरिया
- जापान
- आस्ट्रेलिया
- ब्रुनेई
- पाकिस्तान
- पापुआ न्यू गुएना

स्थानीय घटना दर की दर एक से 10 केस प्रति एक लाख प्रति व्यक्ति है, परन्तु यह आकड़े प्रकोप के दौरान बढ़कर 100 केस प्रति एक लाख तक पहुंच जाती है।

जापानी इन्सेफ्लाटिस का प्रकोप : क्षेत्रीय फैलाव

20वीं शताब्दी में जापानी इन्सेफेलाइटिस को मुख्यतः एशिया के जापान, कोरिया, चीन आदि क्षेत्रों में स्थायी प्रकोप के रूप में पाया गया था (इगराशि, 1992)। वार्षिक

प्रकोप के रूप में वर्ष 1966 तक गर्मी के मौसम में जन स्वास्थ्य को प्रभावित करने वाले इस प्रकोप से जापान में ही हजारों केस दर्ज किये गये।

कोरिया में वर्ष 1949 में 5616 केस और 2729 मृत्यु दर्ज होने के बाद इस महामारी की निरंतरता हर दो या तीन वर्ष तक जारी रहते हुए वर्ष 1958 में अभूतपूर्व केस 6897 के चरमोत्कर्ष पर पहुंच गयी(सोहन, 2000)। इस प्रकार क्षेत्र में चीन मे वर्ष 1966 से वर्ष 1975 के बीच 1 मिलियन केस दर्ज किये गये।इनमेंसे वर्ष 1971 में अकेले 175,000 केस अकेले दर्ज थे। चीनी जन स्वास्थ्य को जापानी इन्सेफेलाटिस से बचाव हेतु टीकाकरण द्वारा नियंत्रित किया गया। अनेक वर्षो तक ग्रामीण क्षेत्रों में टीकाकरण की आपूर्ति काफी कम रही। वर्ष 2000 से वर्ष 2005 के दौरान चीन में वार्षिक केस 5000 से 9000 तक दर्ज किये गये। वर्ष 2005 में चीन में जापानी इन्सेफेलाइटिस को महामारी प्रभावित क्षेत्रों में नियमित टीकाकरण की सूची में शामिल किया गया। जापान, कोरिया, ताइवान में 1965 के बाद नियमित टीकाकरण कार्यक्रम में इसे शामिल कर लिया गया है। आज जापानी इन्सेफ्लाइटिस के टीकाकरण कार्यक्रम का लेकर लोगों में जागरुकता का प्रसार हो रहा है। आज भी जापानी इन्सेफ्लाइटिस के विषाणु का फैलाव कोरिया में जारी है और समय–समय पर इसका प्रकोप देखा गया है जैसे वर्ष 1982 में काफी संख्या में केस दर्ज किये गये (व्यू एवं हंग, 1999)।

जापान में जापानी इन्सेफ्लाइटिस के *सर्विलांस, सेन्टिनल पिग्स* के द्वारा किया गया जिसमें जापानी इन्सेफ्लाइटिस के विषाणु का निरंतर फैलाव पाया गया। यह भी पाया गया कि मनुष्यों में इसके संक्रमण होने की संभावना अभी भी है इसलिए जापानी इन्सेफ्लाइटिस के टीकाकरण को नियमित किया जाय (हालस्टीड एण्ड जेकबसन, 2003). समस्या के प्रभाव के प्रति बढ़ती हुई मान्यता के कारण आज जन स्वास्थ्य अधिकारियों द्वारा जापानी इन्सेफ्लाइटिस के टीकाकरण को अधिक सहयोग प्राप्त हो रहा है।

दक्षिण–पूर्व एशिया में जापानी इन्सेफ्लाइटिस का प्रकोप

यद्यपि 20वीं शताब्दी के प्रारंभ में कभी–कभी इन्सेफ्लाइटिस के केस उत्तरी थाईलैण्ड में भी दर्ज किये गये। फिर भी वर्ष 1969 तक जापानी इन्सेफेलाइटिस को दक्षिण पूर्व एशिया में जन स्वास्थ्य के मुख्य समस्या के रूप में दर्ज नही किया गया। जब कि इसी वर्ष चियांग माई वैली में महामारी के 685 केस दर्ज किये गये (ग्रासमैन एवं अन्य 1973)। उत्तरी क्षेत्र के वार्षिक प्रकोप के कारण हजारों केस एवं सैकड़ों बच्चों की मृत्यु एवं विकलांगता का सबसे महत्वपूर्ण कारण जापानी इन्सेफ्लाइटिस को माना गया (चुनसुट्टीवट, 1995)।

इसी क्रम में वर्ष 1974 में इसका भारी मात्रा में प्रकोप मयांमार बर्मा क्षेत्र के चिंग माई वैली के निकट दर्ज किया गया।

वियतनाम में वर्ष 1979 में जानकारी प्राप्त होने के बाद जापानी इन्सेफ्लाइटिस के हजारों केस हर वर्ष दर्ज किये गये। लाल नदी और मेकांग के डेल्टा की घनी आबादी क्षेत्र में इस बीमारी को जन स्वास्थ्य के लिए खतरे के रूप में पहचाना गया और इसे राष्ट्रव्यापी विषाणु घोषित किया गया (नगुएन एवं नगुएन, 1995)। हनोई के निकट उत्तरी डेल्टा के क्षेत्रों में इसका प्रकोप 20 व्यक्ति प्रति 1 लाख से अधिक दर पर देखने को मिला। कम्बोडिया लाओस जो कि उसी वातावरण के समरूप हैं, यहां पर उसी दर पर जापानी इन्सेफ्लाइटिस का प्रकोप दर्ज किया गया। कम्बोडिया में 'अस्पताल आधारित रोग का कारण' के अध्ययन में 18 से 31 प्रतिशत रोगियों में रोग का कारण जापानी इन्सेफ्लाइटिस पाया गया। इसके अलावा जापानी इन्सेफ्लाइटिस के विषाणु सरवाक, मलेशिया, बाली, इण्डोनेशिया में भी पाये गये। (कारी एवं अन्य, 2006 ; करसोदा एवं अन्य 1995)। वर्ष 2005 में बंग्लादेश और इण्डोनेशिया में जापानी इन्सेफ्लाइटिस के मरीजों के बारे में जानकारी प्राप्त हुई। जिससे ज्ञात हुआ कि इसका प्रकोप उस क्षेत्र में निरंतर हो रहा है (मोन्टगोमेरी, 2005)। विश्व स्वास्थ्य संगठन के दक्षिण पूर्व एशिया के क्षेत्रीय कार्यालय में नये सर्विलांस मानक, जो कि वर्ष 2006 में

प्रकाशित हुई के आधार पर जापानी इन्सेफ्लाइटिस को क्षेत्र में होने वाली बीमारी के रूप में प्रमुखता दी गई। इसके अतिरिक्त उत्तरी वियतनाम में बाल टीकाकरण के लिए वियतनाम योजना बना रहा है जिसे दक्षिण के क्षेत्रों में भी विस्तारित किये जाने की योजना है।

दक्षिण पश्चिम एशिया में जापानी इन्सेफ्लाइटिस का प्रकोप

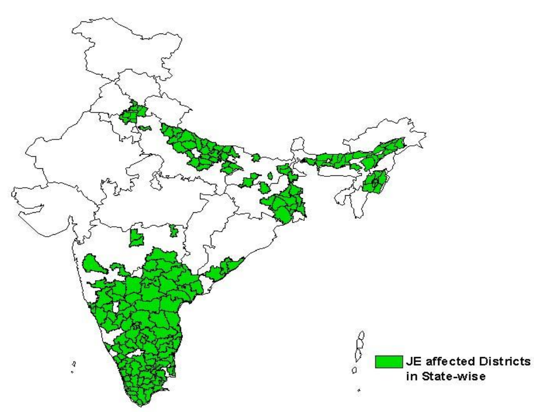
दक्षिण पश्चिम एशिया में जापानी इन्सेफ्लाइटिस का पहली बार प्रकोप वर्ष 1948 में श्रीलंका में हुआ था। भारत में जापानी इन्सेफ्लाइटिस का प्रमाण 1952 से माना जाता है। प्रकोप को दक्षिण भारत में 1976 तक दर्ज किया गया जब जापानी इन्सेफ्लाइटिस का प्रकोप बर्दमान एवं वानकुरा जिले (पश्चिम बंगाल) और उसके बाद बिहार एवं उत्तर प्रदेश में जापानी इन्सेफ्लाइटिस का अत्यधिक प्रकोप से वयस्क भी प्रभावित हुए और इसी क्रमानुसार अनेक राज्यों में दर्ज की गई। उत्तरी भारत एवं दक्षिणी नेपाल को बीमारी का उच्च जोखिम क्षेत्र घोषित किया गया जो मध्य भारत(आंध्र प्रदेश) एवं दक्षिण भारत (गोवा, कर्नाटक एवं तामिलनाडू) के साथ पाकिस्तान के इण्डस वैली तक फैल गयी (इगराशि एवं अन्य, 1994)। वर्ष 2006 में जापानी इन्सेफ्लाइटिस 15 राज्यों एवं केन्द्र शासित प्रदेशों से रिपोर्ट की गई जहां 20 वर्षो में 80 हजार केस एवं 35 प्रतिशत मृत्यु की रिपोर्ट प्राप्त हुई (जेकबसन एवं सिवलेन्का, 2004)। प्रयोशाला परीक्षण के अभाव, प्रतिवेदन करने वाले को आर्थिक वृद्धि न देने एवं अपर्याप्त सर्विलांस के कारण यह आंकड़े कम आंके गये हैं।

जापानी इन्सेफ्लाइटिस सम्पूर्ण एशिया के भौगोलिक क्षेत्रों को अपनी गिरफ्त में ले चुका है। कुछ अध्ययनों से ज्ञात होता है कि नये क्षेत्रों में जापानी इन्सेफ्लाइटिस की वृद्धि एवं प्रसार कृषि विकास एवं गहन धान कृषि की सिचाई कार्यक्रम से प्रभावित होता है (सर्विस एम.डब्लू., 1991)। श्रीलंका में जापानी इन्सेफ्लाइटिस का अत्यधिक भयावह प्रकोप 1985 में दर्ज किया गया, कृषि कार्य हेतु जब एक नदी के प्रवाह को सूखा / बंजर क्षेत्र की ओर कर दिया गया। क्रमानुसार इस बीमारी के कारणों को

नियंत्रित करने में असफलता के कारण आने वाले वर्षो में भी लगातार इसका प्रकोप जारी रहा। इसके परिणामतः स्वास्थ्य मंत्रालय ने निर्णय लिया कि इन जिलों में टीकाकरण कार्यक्रम की शुरूआत किया गया। जिससे रोग का प्रभाव कम हुआ। जैसे–जैसे जापानी इन्सेफ्लाइटिस का प्रकोप पूरे देश में फैलता गया वैसे–वैसे टीकाकरण अभियान को भी बढ़ाया गया (एबेसिंघे, 1987)। इसी प्रकार तराई क्षेत्रों में जंगलों का कटाव एवं विकास के परिणामस्वरूप दक्षिणी नेपाल में भी मलेरिया एवं जापानी इन्सेफ्लाइटिस के निरन्तर उच्चतम प्रकोप दर्ज किया गया (पेइरिस एवं अन्य, 1992 ; जोशी, 1995)। ऐसे प्रवासी पक्षी एवं हवा से प्रसारित मच्छरों जिनमें जापानी इन्सेफ्लाइटिस के विषाणु विद्यमान हैं, वे संभवतः सुदूर क्षेत्रों में जापानी इन्सेफ्लाइटिस बीमारी के कारक हैं। ये कारक संभवतः साइपान एवं टोरेस स्ट्रेट द्वीप समूह जो कि उत्तरी आस्ट्रेलिया और न्यू पापुआ गुएना के बीच पाये जाते हैं (पॉल एवं अन्य, 1993 ; हन्ना एवं अन्य, 1996)। जबकि जापानी इन्सेफ्लाइटिस के घटनाओं की वार्षिक या क्षेत्रीय प्रकोप के दर में अन्तर हो सकता है परन्तु व्यापक टीकाकरण इसका उचित उपाय होगा क्योकि सृष्टि में जापानी इन्सेफेलाइटिस के विषाणु का उन्मूलन संभव नही है। फिर भी यह पाया गया है कि आर्थिक रूप से विकसित एशियन देशों के लोगों में व्यापक एवं निरंतर टीकाकरण द्वारा जापानी इन्सेफेलाइटिस के विषाणु के प्रभाव को समाप्त किया जा सकता है।

भारत में जापानी इन्सेफ्लाइटिस

भारत में 1952 में नागपुर और तमिलनाडू के चिंगलपेट में जापानी इन्सेफ्लाइटिस के एंटीबाडीज पाये गये। 1955 में तमिलनाडू और पांडिचेरी में इसकी उपस्थिति पता चला। 1956 में मच्छर में और 1958 में मनुष्य में जे.ई. के विषाणु आइसोलेट किये



चित्र संख्या 1.3

गये। वर्ष 1973, 1975 और 1976 में पश्चिम बंगाल के बांकुरा व वर्दमान जिले में जापानी इन्सेफ्लाइटिस का प्रकोप हुआ। वर्ष 1978 में देश के कई हिस्सों में जेई का प्रकोप हुआ। इसी वर्ष चार ब्रेन सैम्पल में जेई विषाणु की पुष्टि हुई (सिंह, 2017)।

तत्पश्चात् इसका प्रकोप भारत के 25 राज्यों एवं केन्द्र शासित प्रदेशों में पाया गया। वर्ष 1950 के मध्य में जापानी इन्सेफेलाइटिस का पहला सबसे बड़ा व्यापक प्रकोप वेल्लौर और पाण्डिचेरी में पाया गया था। तदुपरान्त अगला बड़ा प्रकोप वर्ष 1973 में पश्चिम बंगाल के बांकुरा एवं वर्द्धमान जिले में पाया गया था। वर्ष 1976 में इसका व्यापक प्रकोप आन्ध्र प्रदेश, असम, कर्नाटक, तामिलनाडू, उत्तर प्रदेश, पश्चिम बंगाल में दर्ज किये गये। वर्ष 1978 में जापानी इन्सेफेलाइटिस के केस 21 राज्यों एवं केन्द्र शासित प्रदेशों में दर्ज किया गया। भारत में जापानी इन्सेफेलाइटिस के प्रकोप सबसे खराब स्थिति तब रही जब उत्तर पद्रेश के 8 जनपदों में वर्ष 1988 में 4485 केस एवं 1413 मृत्यु दर्ज हुई जिसकी मृत्यु प्रतिशत (सी0एफ0आर0) 31.51 प्रतिशत रही। इसके उपरान्त वर्ष 2005 के प्रकोप में 1500 से अधिक मृत्यु दर्ज किये गये।

यह जापानी इन्सेफेलाइटिस का चौंका देने वाले आंकड़े हैं। भारत में जापानी इन्सेफेलाइटिस प्रभावित क्षेत्रों में आन्ध्र प्रदेश, असम, बिहार, कर्नाटक, तामिलनाडू, उत्तर प्रदेश एवं पश्चिम बंगाल प्रमुख है। जापानी इन्सेफेलाइटिस का प्रकोप मुख्यतः मानसून पूर्व एवं मानसून उपरान्त जब वेक्टर की संख्या अधिक होती है, उसी समय ज्यादातर देखने को मिलती है। कुछ क्षेत्रों में जापानी इन्सेफेलाइटिस अनियमित समयान्तर में वर्ष भर देखने को मिलती है। नये प्रभावित क्षेत्रों में भी मृत्यु प्रतिशत(सी0एफ0आर0) लगभग 30 से 40 पायी जाती है। केसों शीघ्र पहचान एवं प्रबंधन से लगभग 20 प्रतिशत केसों को नियंत्रित किया जा सकता है। भारत में जापानी इन्सेफ्लाइटिस का भौगोलिक प्रसार चित्र संख्या 01 में दिखाया गया है। वर्ष 1978 से नेशनल वेक्टर बोर्न डिजीज कन्ट्रोल प्रोग्राम सम्पूर्ण देश में जे0ई0 का

सर्विलांस कर रही है। जापानी इन्सेफ्लाइटिस का राज्यवार केस एवं मृत्यु का विवरण वर्ष 2001 से 2016 तक दिखाया गया है।

तालिका सं0 1.1

Directorate of National Vector Borne Disease Control Programme- Delhi
State wise number of AES/JE Cases and Deaths from 2010-2018

Sl. No.	Affected States/ UTs	2010				2011				2012				2013				2014				2015				2016			
		AES		JE		AES		JE		AES		JE		AES		JE		AES		JE		AES		JE		AES		JE	
		Cases	Death	Cases	Death	Cases	Death	Cases	Death	Cases	Death	Cases	Death	Cases	Death	Cases	Death	Cases	Death	Cases	Death	Cases	Death	Cases	Death	Cases	Death	Cases	Death
1	Andhra Pradesh	139	7	7	5	73	1	4	1	64	0	3	0	345	3	7	3	31	0	0	0	50	0	0	0	4	0	0	0
2	Arunachal Pradesh	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	102	11	32	3	73	2	32	2	1	0	0	0
3	Assam	469	117	142	40	1319	250	489	113	1343	229	463	100	1388	272	495	134	2194	360	761	165	1409	260	614	135	1713	187	427	92
4	Bihar	50	7	0	0	821	197	145	18	745	275	8	0	417	143	14	0	1358	355	20	2	285	90	66	12	324	102	100	25
5	Delhi	0	0	0	0	9	0	9	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
6	Goa	80	0	9	0	91	1	1	0	84	0	9	0	48	1	3	1	17	0	0	0	0	0	0	0	12	0	1	0
7	Haryana	1	1	1	0	90	14	12	3	5	0	3	0	2	0	2	0	6	1	5	1	2	0	2	0	2	0	2	0
8	Jharkhand	18	2	2	2	303	19	101	5	16	0	1	0	270	5	89	5	288	2	90	2	217	8	116	8	296	5	47	5
9	Karnataka	143	1	3	0	397	0	23	0	189	1	1	0	162	0	2	0	75	0	13	0	335	1	27	1	406	0	11	0
10	Kerala	19	5	0	0	88	6	37	3	29	6	2	0	53	6	2	0	6	2	3	2	29	3	2	1	18	5	2	0
11	Maharashtra	34	17	0	0	35	9	6	0	37	20	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	51	0	7	0	70	1	12	1
12	Manipur	118	15	45	5	11	0	9	0	2	0	0	0	1	0	0	0	16	0	1	0	34	0	6	0	475	1	47	1
13	Meghalaya	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	212	3	72	3	174	8	41	8	164	4	47	4
14	Nagaland	11	6	2	0	44	6	29	5	21	2	0	0	20	0	4	0	20	1	6	0	10	1	0	0	0	0	0	0
15	Odisha	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	660	2	33	2	1096	115	242	42
16	Punjab	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	1	0	0	0	1	0	1	0
17	Tamil Nadu	466	7	11	1	762	29	24	3	935	64	25	4	77	8	33	0	346	4	36	3	847	0	53	0	859	3	51	0
18	Telengna	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	155	5	0	0	157	1	8	1	72	0	4	0
19	Tripura	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	211	0	14	0	323	0	14	0	459	4	28	4	380	1	98	1
20	Uttar Pradesh	3540	494	325	59	3492	579	224	27	3484	557	139	23	3096	609	281	47	3329	627	191	34	2894	479	351	42	3919	621	410	73
21	Uttarakhand	7	0	7	0	0	0	0	0	174	2	1	0	0	0	0	0	2	0	2	0	2	0	2	0	0	0	0	0
22	West Bengal	70	0	1	0	714	58	101	3	1216	100	87	13	1735	226	140	12	2385	348	415	78	2165	351	342	75	1839	256	174	39
	Grand Total	5167	679	555	112	8249	1169	1214	181	8344	1256	745	140	7825	1273	1086	202	10867	1719	1661	293	9854	1210	1730	291	11651	1301	1676	283

For any scientific publication, if this quoated or used for any analysis purposes, Dte.NVBDCP prior permission must be sought.

उत्तर प्रदेश में जापानी इन्सेफ्लाइटिस

उत्तर प्रदेश में जापानी इन्सेफ्लाइटिस का सबसे व्यापक प्रकोप वर्ष 1978 के बाद यानि 27 वर्षो के बाद वर्ष 2005 में देखने को मिला, जहां 5000 केसों में से 1500 की मृत्यु दर्ज की गई। प्रत्येक वर्ष उत्तर प्रदेश के पूर्वी एवं पश्चिमी भाग के अधिकांश जिले में जापानी इन्सेफ्लाइटिस की महामारी/उच्च मृत्यु दर्ज किये जाते हैं। भारत में उत्तर प्रदेश जापानी इन्सेफ्लाइटिस का सबसे अधिक प्रभावित क्षेत्र माना जाता है। वर्ष भर प्रभावित मरीजों की संख्या, केस, मृत्यु एवं मृत्यु प्रतिशत (सी.एफ.आर.)तालिका में प्रदर्शित किये गये है।

तालिका सं0 1.2

वर्ष	प्रभावित जिलों की संख्या	रोगियों की संख्या	मृतकों की संख्या	मृत्यु प्रतिशत
1078	19	3449	1072	31.08
1979	—	—	—	—
1980	8	1604	530	33.04
1981	—	—	—	—
1982	9	633	199	31.44
1983	8	149	58	38.93
1984	1	3		
1985	4	1187	409	34.46
1986	13	1855	626	33.75
1987	4	177	76	42.94
1988	8	4485	1413	31.51
1989	8	1574	548	34.82
1990	4	183	73	39.89
1991	9	1823	633	34.72
1992	—	768	224	29.17
1993	—	104	32	30.77
1994	—	164	35	21.21
1995	—	170	41	24.12
1996	10	672	161	23.96
1997	8	351	76	21.65
1998	19	1021	195	19.10

1999	18	1370	275	20.07
2000	—	1126	259	23.00
2001	23	1005	199	19.80
2002	10	604	133	22.02
2003	16	1124	237	21.09
2004	17	1030	228	22.06
2005	—	5061	1500	29.63
2006	—	2320	528	22.75
2007	—	3024	645	21.32
2008	—	586	116	20.30
(स्रोतः बी.आर.डी. मेडिकल कालेज, गोरखपुर)				

पूर्वी उत्तर प्रदेश में जापानी इन्सेफेलाइटिस

पूर्वी उत्तर प्रदेश मुख्यतः धान की फसलों के लिए काफी उपजाऊ माना जाता है। यह इलाका अधिक जल जमाव वाला क्षेत्र माना जाता है। यहां के गावों का वातावरण तालाब, पोखरा, सिचाई, नलकूप, नहर, नालों, जल जमाव, धान की खेतों से भरापूरा है। अतः इसे तराई क्षेत्र भी कहा जाता है। वर्ष 1978 में गोरखपुर में इस बीमारी की पहचान जापानी इन्सेफ्लाइटिस के रूप में हुई (सिंह, 2017)। जापानी इन्सेफेलाइटिस के केसों का फैलाव पूर्वी उत्तर प्रदेश के 07 जिलों–गोरखपुर, बस्ती महाराजगंज देवरिया, कुशीनगर, सिद्धार्थनगर एवं सन्त कबीर नगर में ज्यादा पाया जाता है। वर्तमान शोधकर्ता के द्वारा गोरखपुर (परिक्षेत्र) मंण्डल के 4 जनपदों को चुना गया है।

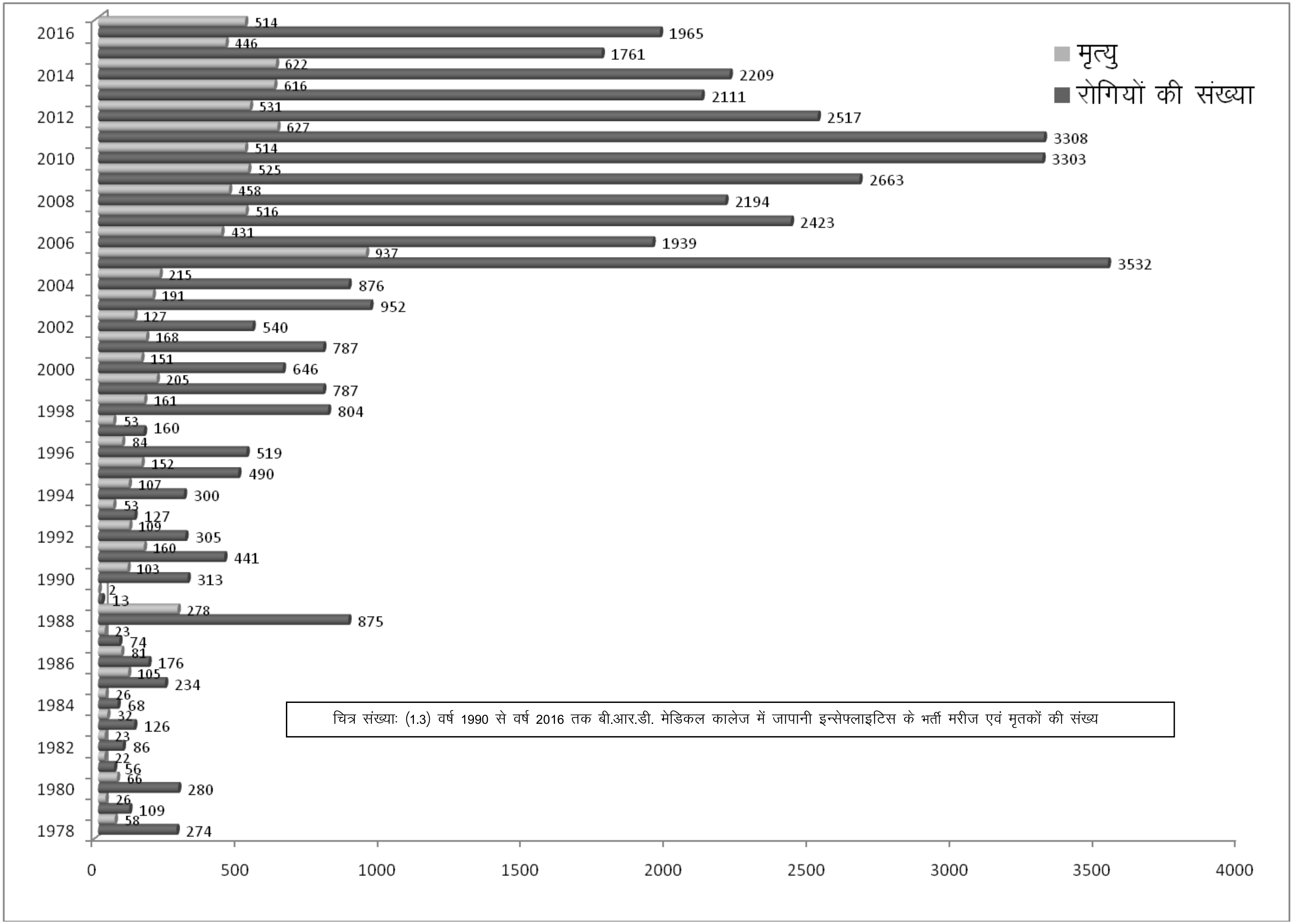
2005 में जापानी इन्सेफ्लाइटिस की भयावह तस्वीर देखने को मिली। जहाँ वर्ष 1978 के बाद काफी बड़ी तादाद में पहली बार 3532 मरीज बाबा राघव दास मेडिकल कालेज, गोरखपुर में भर्ती हुए। 4 माह में अगस्त 2005 से नवम्बर 2005 में लिये गये 634 रक्त के नमूनों में 299 मरीज जे0ई0 धनात्मक पाये गये।

वर्ष 1978 से वर्ष 2016 तक बी.आर.डी. मेडिकल कालेज में जापानी इन्सेफलाइटिस के भर्ती मरीज एवं मृतकों की संख्या को अग्रलिखित तालिका में प्रदर्शित किया गया है:–

तालिका सं0 1.3

वर्ष	रोगियों की संख्या	मृतकों की संख्या	मृत्यु का प्रतिशत
1978	274	58	21
1979	109	26	24
1980	280	66	24
1981	56	22	39
1982	86	23	27
1983	126	32	25
1984	68	26	48
1985	234	105	45
1986	176	81	46
1987	74	23	31
1988	875	278	32
1989	13	2	15
1990	313	103	33
1991	441	160	36
1992	305	109	36
1993	127	53	42
1994	300	107	36
1995	490	152	31
1996	519	84	16.18
1997	160	53	33.12
1998	804	161	20.02
1999	787	205	26.04
2000	646	151	23.37
2001	787	168	21.34
2002	540	127	23.51
2003	952	191	20.06

2004	876	215	24.54
2005	3532	937	26.52
2006	1939	431	22.22
2007	2423	516	21.29
2008	2194	458	21
2009	2663	525	19.71
2010	3303	514	15.56
2011	3308	627	19.00
2012	2517	531	21.09
2013	2111	616	29.18
2014	2209	622	28.15
2015	1761	446	25.32
2016	1965	514	26.15
योग	40343	9518	27.54
(स्रोतः बी.आर.डी. मेडिकल कालेज, गोरखपुर)			



चित्र संख्याः (1.3) वर्ष 1990 से वर्ष 2016 तक बी.आर.डी. मेडिकल कालेज में जापानी इन्सेफ्लाइटिस के भर्ती मरीज एवं मृतकों की संख्य

पूर्वी उत्तर प्रदेश में वर्ष 2005 से 2009 तक इन्सेफ्लाइटिस के रोगियों एवं मृतकों की संख्याः (स्रोतः बी.आर.डी. मेडिकल कालेज, गोरखपुर)

तालिका सं0 1.4

क्र0 सं0	जनपद / वर्ष	2005		2006		2007	2008			2009	
		रोगी	मृत्यु	रोगी	मृत्यु	रोगी	मृत्यु	रोगी	मृत्यु	श्रोगी	मृत्यु
1	गोरखपुर	933	232	490	92	642	123	576	123	687	139
2	कुशीनगर	879	233	533	148	576	129	507	101	584	117
3	मंहराजगंज	508	153	255	55	258	54	221	47	347	57
4	देवरिया	328	84	187	33	299	72	327	66	328	69
5	बस्ती	51	18	42	15	52	13	59	13	68	20
6	सन्तकबीरनगर	180	43	101	22	137	27	128	27	140	28
7	सिद्धार्थनगर	158	51	64	12	87	23	85	17	113	23
8	आजमगढ़	12	4	4	2	5	1	6	1	6	0
9	बलिया	7	1	5	0	15	4	7	2	3	0
10	गोण्डा	4	1	3	1	4	0	2	0	7	2
11	बलरामपुर	8	2	4	0	7	1	2	2	12	3
12	मऊ	18	6	5	0	8	2	11	3	11	1
13	गाजीपुर	1	0	0	0	0	0	2	1	2	0
14	बहराईच	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
15	फैजाबाद	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0
16	अम्बेडकर नगर	3	2	0	0	0	0	2	0	0	0
17	शाहजहापुर	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
18	बिहार	422	105	237	50	320	64	255	53	343	62
19	नेपाल	17	2	9	1	13	3	4	2	11	4
	Total	**3532**	**937**	**1939**	**431**	**2423**	**516**	**2194**	**458**	**2663**	**525**

पूर्वी उत्तर प्रदेश में वर्ष 2010 से 2014 तक इन्सेफ्लाइटिस के रोगियों एवं मृतकों की संख्याः(स्रोतः बी.आर.डी. मेडिकल कालेज, गोरखपुर)

तालिका सं0 1.5

क्र0सं0	जनपद / वर्ष	2010		2011		2012		2013		2014	
		रोगी	मृत्यु	रोगी	मृत्यु	रोगी	मृत्यु	रोगी	मृत्यु	श्रोगी	मृत्यु
1	गोरखपुर	894	122	847	158	711	149	551	153	639	178
2	कुशीनगर	758	117	724	133	465	90	422	135	458	128
3	मंहराजगंज	324	50	339	56	234	49	226	65	219	62

4	देवरिया	425	72	514	108	370	82	318	101	304	71
5	बस्ती	109	24	94	23	87	19	67	17	61	19
6	सन्तकबीरनगर	199	27	187	33	196	35	146	35	137	41
7	सिद्धार्थनगर	141	28	140	25	127	32	120	25	124	32
8	आजमगढ़	2	1	10	3	7	2	7	3	4	1
9	बलिया	10	3	9	1	7	2	11	4	10	4
10	गोण्डा	8	1	7	1	8	5	7	3	5	1
11	मऊ	26	5	13	5	19	5	20	5	12	7
12	गाजीपुर	1	0	5	1	1	0	2	1	3	2
13	बलरामपुर	11	3	17	4	7	5	4	2	11	5
14	बहराईच	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
15	फैजाबाद	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
16	अम्बेडकर नगर	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
17	शाहजहापुर	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
18	श्रावस्ती	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
19	चंदौली	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
20	झारखण्ड	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
21	बिहार	379	59	391	74	270	54	203	64	216	69
22	नेपाल	15	2	10	2	7	2	7	3	4	1
	योग	**3303**	**514**	**3308**	**627**	**2517**	**531**	**2111**	**616**	**2209**	**622**

पूर्वी उत्तर प्रदेश में वर्ष 2015 से 2016 तक इन्सेफ्लाइटिस के रोगियों एवं मृतकों की संख्या:(स्रोतः बी.आर.डी. मेडिकल कालेज, गोरखपुर)

तालिका सं0 1.6

क्र0सं0	जनपद / वर्ष	2015		2016	
		रोगी	मृत्यु	रोगी	मृत्यु
1	गोरखपुर	453	96	544	129
2	कुशीनगर	391	128	404	119
3	मंहराजगंज	192	41	190	46
4	देवरिया	197	40	254	53
5	बस्ती	57	9	56	18
6	सन्तकबीरनगर	95	21	139	41
7	सिद्धार्थनगर	141	44	141	44
8	आजमगढ़	4	1	3	2

9	बलिया	10	2	8	2
10	गोण्डा	6	1	12	5
11	मऊ	5	2	13	2
12	गजीपुर	3	1	0	0
13	बलरामपुर	11	5	7	2
14	अम्बेडकर नगर	1	0	0	0
15	बॅदायू	1	1	0	0
16	झारखण्ड	1	1	0	0
17	थ्बहार	186	52	190	49
18	न्पाल	7	1	4	2
	योग	**1761**	**446**	**1965**	**514**

पूर्वी उत्तर प्रदेश में वर्ष 2005 से 2011 तक इन्सेफ्लाइटिस के रोगियों एवं मृतकों की माहवार संख्या:(स्रोतः बी.आर.डी. मेडिकल कालेज, गोरखपुर)

तालिका सं0 1.7

क्र. सं0	**माह / वर्ष**	**2005**		**2006**		**2007**		**2008**		**2009**		**2010**	
		केस	**मृत्यु**	**केस**	**मृत्यु**	**केस**	**मृत्यु**	**केस**	**मृत्यु**	**केस**	**मृत्यु**	**केस**	**मृत्यु**
1	जनवरी	..	..	19	10	16	6	24	9	50	13	43	10
2	फरवरी	..	..	16	7	9	3	30	6	60	14	54	11
3	मार्च	..	..	34	6	24	9	31	15	55	13	87	17
4	अप्रैल	..	..	23	5	15	4	41	9	74	17	76	12
5	मई	..	..	27	3	21	4	58	8	56	17	63	13
6	जून	..	..	33	3	47	7	61	17	89	17	87	15
7	जुलाई	10	0	159	21	73	13	211	37	136	31	261	46
8	अगस्त	1099	311	422	83	328	45	468	84	325	77	493	86
9	सितम्बर	1359	325	419	69	647	111	455	102	753	126	849	136
10	अक्तूबर	747	172	420	109	707	144	433	76	701	107	766	84
11	नवम्बर	254	103	287	71	405	118	299	62	258	66	392	55
12	दिसम्बर	63	26	81	44	131	52	83	33	106	27	132	29
	योग	**3532**	**937**	**1940**	**431**	**2423**	**516**	**2194**	**458**	**2663**	**525**	**3303**	**514**
	प्रतिशत	**26.52**		**22.21**		**21.29**		**20.87**		**19.71**		**15.56**	

पूर्वी उत्तर प्रदेश में वर्ष 2012 से 2017 तक इन्सेफ्लाइटिस के रोगियों एवं मृतकों की माहवार संख्या:(स्रोतः बी.आर.डी. मेडिकल कालेज, गोरखपुर)

तालिका सं0 1.8

क्र0 सं0	माह/ वर्ष	2011		2012		2013		2014		2015		2016	
		केस	मृत्यु	केस	मृत्यु	केस	मृत्यु	केस	मृत्यु	केस	मृत्यु	केस	मृत्यु
1	जनवरी	60	14	51	8	42	14	19	7	29	10	26	10
2	फरवरी	63	15	51	17	24	5	22	8	36	6	47	9
3	मार्च	58	13	58	19	33	15	29	10	57	8	35	14
4	अप्रैल	77	14	85	22	45	18	44	18	45	18	25	11
5	मई	74	13	119	25	41	18	41	17	33	8	38	16
6	जून	86	14	97	27	29	3	76	22	61	15	46	13
7	जुलाई	236	31	135	27	116	15	144	46	78	22	155	23
8	अगस्त	601	93	427	65	413	115	475	122	331	47	418	104
9	सितम्बर	798	148	777	138	373	105	551	147	514	115	414	115
10	अक्तूबर	743	147	473	91	556	155	424	110	319	94	400	97
11	नवम्बर	369	86	209	64	347	110	293	75	166	58	284	71
12	दिसम्बर	143	48	35	28	92	43	91	40	92	45	77	31
	योग	**3308**	**636**	**2517**	**531**	**2111**	**616**	**2209**	**622**	**1761**	**446**	**1965**	**514**
	प्रतिशत	**19.22**		**21.09**		**27.88**		**28.15**		**25.32**		**26.15**	

गोरखपुर मण्डल में इन्सेफ्लाइटिस से प्रभावित मरीजों का जिलास्तरीय विवरण (स्रोतः बी.आर.डी. मेडिकल कालेज, गोरखपुर)

तालिका सं0 1.9

गोरखपुर मण्डल में भर्ती मरीजों की संख्या												
जनपद	**2005**	**2006**	**2007**	**2008**	**2009**	**2010**	**2011**	**2012**	**2013**	**2014**	**2015**	**2016**
गोरखपुर	933	490	642	576	687	894	847	711	551	639	453	544
कुशीनगर	879	533	576	507	584	758	724	465	422	458	391	404
महाराजगंज	508	255	258	221	347	324	339	234	226	219	192	190
देवरिया	328	187	299	327	328	425	514	370	318	304	197	254

गोरखपुर मण्डल	**2648**	**1465**	**1775**	**1631**	**1946**	**2401**	**2424**	**1780**	**1517**	**1620**	**1233**	**1392**

गोरखपुर मण्डल में मृतकों की संख्या												
जनपद का नाम	**2005**	**2006**	**2007**	**2008**	**2009**	**2010**	**2011**	**2012**	**2013**	**2014**	**2015**	**2016**
गोरखपुर	232	92	123	123	139	122	158	149	153	178	96	129
कुशीनगर	233	148	129	101	117	117	133	90	135	128	128	119
महाराजगंज	153	55	54	47	57	50	56	49	65	62	41	46
देवरिया	84	33	72	66	69	72	108	82	101	71	40	53
गोरखपुर मण्डल	**702**	**328**	**378**	**337**	**382**	**361**	**455**	**370**	**454**	**439**	**305**	**347**

इन्सेफ्लाइटिस पर हुए अध्ययनों पर पुनर्दृष्टि

जापानी इन्सेफ्लाइटिस पर हुए अध्ययनों में विशेषतौर पर महामारी विज्ञान, जोखिम समूह, इलाज और परीक्षण पर प्रकाश डाला गया है।

गोह(1996) के महामारी विज्ञान आधारित अध्ययन यह बताता है कि, विकसित एशियन देशों (उदा0 जापान, ताइवान और कोरिया) के जापानी इन्सेफ्लाइटिस प्रभाव एवं आंकड़ों में जापानी इन्सेफ्लाइटिस का प्रकोप कई दशकों से घटता जा रहा है। अब पांच केस वार्षिक देखा गया है। इसकी मुख्य वजह निरन्तर एवं नियमित टीकाकरण है। इसके अलावा भी कई ऐसे कारण है जिससे जापानी इन्सेफ्लाइटिस के प्रकोप में कमी आयी है। जिसमें उच्च रहन सहन, घटते हुए खेत, व्यापक रूप से कृषि में कीटनाशकों का प्रयोग, सुअर उत्पादन का केन्द्रीयकरण शामिल हैं। सिंगापुर में जापानी इन्सेफ्लाइटिस के प्रभाव का न होना आर्थिक विकास का प्रभाव पाया गया, जबकि वहां पर राष्ट्रीय टीकाकरण कार्यक्रम नही है।

(व्यू एवं हंग, 1999) ने आयु के आधार पर मरीजों के अध्ययन में यह पाया कि बुर्जुगों एवं बच्चों में जापानी इन्सेफ्लाइटिस के केस ज्यादा मात्रा में पाये जाते है। किशोर बच्चों में इसकी मात्रा ज्यादा पायी जाती है, क्योंकि किशोरों के शरीर में प्रतिरोधक क्षमता अधिक होती है। हर उम्र के वर्गो में नियमित टीकाकरण के बाद पाया गया कि, उनका जापानी इन्सेफ्लाइटिस का प्रभाव काफी कम हुआ है। इस अध्ययन के बाद यह परिणाम निकला कि जापानी इन्सेफ्लाइटिस का प्रकोप बुर्जुग एवं बच्चों में एक समान है।

मतसुदा (1962) ने अपने अध्ययन में पाया कि टीकाकरण के द्वारा प्रतिरोधक क्षमता बढ़ती जाती है, लेकिन कुछ समयान्तराल पर ये क्षमता नियमित टीकाकरण के बाद भी घटने लगती है। इसके कारण जापानी इन्सेफ्लाइटिस का प्रकोप अधिक पाया जाता है।

भारतीय अध्ययन

बासु एवं दास(2008) ने अपने अध्ययन में पाया कि ब्रेन को नष्ट करने वाले इस बीमारी के विषाणु ब्रेन की कोशिकाओं को ही नही मारते वरन् न्यूरल स्टेम प्रोजिनेटर सेल (एन.एस.पी.सी) से जन्म लेने वाली नई कोशिकों को भी रोक देते हैं। बासु कहते है कि यह ब्रेन पर दोहरा प्रहार कर जेई के विषाणु तंत्रिका तंत्र के कोशिकाओं (न्यूरान्स) को मारकर ब्रेन को चोट पहुंचाते है। उन्होने पाया कि जापानी इन्सेफ्लाइटिस के विषाणु या 'ब्रेन फिवर' विषाणु ब्रेन को दो तरफ से नष्ट करते है, जिससे मानसिक समस्याएं उत्पन्न हो जाती है, जैसे मानसिक निःशक्तता, पठन निःशक्तता, वाणी, चलनशीलता, बिहैवियरल डिसार्डर आदि। शोध बताता है कि बच्चे जापानी इन्सेफ्लाइटिस के विषाणु के मुख्य लक्ष्य तंत्रिका तंत्र पर सीधा प्रहार करना एवं उसे नष्ट करना होता है।

सक्सेना एवं ढोले (2008) ने अपने अध्ययन में पाया कि जापानी इन्सेफ्लाइटिस ही एक्यूट वायरल इन्सेफ्लाइटिस का मुख्य कारण है जो कि

अप्रभावित क्षेत्रों जैसे इंडोनेशिया, पाकिस्तान एवं आस्ट्रेलिया में निरंतर फैल रही है। विश्व की लगभग 60 प्रतिशत आबादी में जापानी इन्सेफ्लाइटिस प्रभाव देखने को मिलता है। इसके बावजूद विकासशील देशों के इन प्रतिबंधित क्षेत्रों में जेई की उच्च वार्षिक घटनाएं 50 हजार केस और 10 हजार मृत्यु दर्ज किये गये। बीमारी का 25 प्रतिशत मृत्यु का कारण भी माना जाता है।

गुप्त एवं सक्सेना (2010) ने अपने अध्ययन में पाया कि लोग जापानी इन्सेफ्लाइटिस की रोकथाम में संज्ञानात्मक जागरूकता बड़ा ही महत्वपूर्ण है, क्योंकि जापानी इन्सेफ्लाइटिस पूर्वी उत्तर प्रदेश के लोगो के लिए बड़ी ही घातक बीमारी है, जो प्रतिवर्ष यहां के नौनिहालों को अपना शिकार बनाती है। शोधकर्ता ने पाया कि प्रभावित गांवों में संज्ञानात्मक जागरूकता विकासित करके इस बीमारी पर काफी हद तक नियंत्रण प्राप्त किया जा सकता है।

यादव एवं पाण्डेय (2018) ने देवरिया जनपद के 11 विकास खण्डों में इन्सेफ्लाइटिस से प्रभावित क्षेत्र में किये गये अपने अध्ययन में पाया कि बड़ों की तुलना में सर्वाधिक बच्चे इस बीमारी से प्रभावित पाये गये। उन्होने पाया कि ऐसे परिवार जिनके मकान कच्चे है और जो शैलो हैण्ड पम्प इस्तेमाल करते है उनके परिवार में इन्सेफ्लाइटिस का प्रभाव पाया गया।

पूर्व प्राचार्य एवं विभागाध्यक्ष, बाल रोग विभाग, बाबा राघव दास मेडिकल कालेज, गोरखपुर कहते है कि ''सामाजिक–आर्थिक रूप से अत्यन्त पिछड़े इस क्षेत्र में इस रोग को माकूल माहौल मिला। जहाँ खाने के लाले हों, गंदगी जीवन का हिस्सा हो और पौष्टिक आहार एक सपना हो, वहाँ ऐसे रोग बिन बुलाए मेहमान की तरह जब तक चाहते हैं, बने रह सकते हैं।'' (सिन्हा, 2017)।

हुसैन(1979) ने उत्तर भारत में ग्रामीण जनता की आदतों उनमें समाजिक एवं सांस्कृतिक छवि का अध्ययन किया और यह पाया कि ग्रामीण जनता की आदतें और उनकी समाजिक एवं सांस्कृतिक छवि समाज से स्वास्थ्य एवं रूग्णता को

प्रदर्शित करती है। उन्होनें यह इंगित किया कि चिकित्सीय सेवाओं का उपयोग चिकित्सक एवं रोगियों के प्रकार पर निर्भर करता है तथा यह भी दर्शाता है कि अपनी चिकित्सा आवश्यकता की पूर्ति हेतु समुदाय की भागीदारी कितनी व कैसी है।

इन्सेफ्लाइटिस के सामाजिक–आर्थिक कारक

सामाजिक कारक एक ऐसी घटना या प्रक्रिया है, जो समाजिक परिवर्तन का कारण बनती है जो गतिविधि के विभिन्न क्षेत्रों को प्रभावित करती है। अर्थ व्यवस्था एवं स्वास्थ्य पर भी इसका गहरा प्रभाव पड़ता है। सामाजिक कारकों का देश में सामाजिक विकास पर सबसे अधिक प्रभाव पड़ता है। इन्सेफ्लाइटिस भी इससे अछूता नही है।

जायसवाल एवं सिंह (2018) ने अपने अध्ययन में इन्सेफ्लाइटिस के विभिन्न सामाजिक–आर्थिक घटकों–लिंग भेद, आयु, निर्धनता, कुपोषण, स्वच्छता, जागरूकता पर प्रकाश डाला है, जिसका वर्णन निम्नवत् हैः–

निर्धनता

गरीबी हर रोग का जनक है। अर्थ के अभाव में जीवन यापन करना बड़ा ही कठिन है। निर्धनता वह स्थिति है जिसमें व्यक्ति अपने जीवन निर्वाह हेतु आवश्यक या न्यूनतम आवश्यकताओं की पूर्ति करने में अक्षम रहता है। सामजिक–आर्थिक कारकों में निर्धनता भी एक महत्वपूर्ण कारक है। निर्धनता का भी इन्सेफ्लाइटिस से अटूट सम्बन्ध है।

लैंगिक विभेद

माना जाता है कि इन्सेफ्लाइटिस का लैंगिक विभेद पर काफी गहरा प्रभाव पड़ता है। लड़कियों की तुलना में लड़कों में इसके मरीजों की संख्या ज्यादा पाये जाते है। इसका मुख्य कारण है कि पुरूष वर्ग ज्यादातर बाहर रहता है इसलिए उनमें मच्छरों के काटने का खतरा ज्यादा होता है। धान के खेतों में कार्य करने या

शाम सबेरे शौच के लिए खेतों में पुरूष वर्ग का आना जाना बना रहता है, जिस समय मच्छरों के काटने का समय होता है। समाज में लड़कियां पूरे कपड़े पहनती हैं एवं लड़के कम कपड़े पहनते हैं, जिसके कारण ऐसा माना जाता है कि मच्छरों का प्रकोप लड़कियों की अपेक्षा लड़कों पर ज्यादा होता है। इस कारण भी इस बीमारी का लिंग भेद पर प्रभाव पड़ता है। लड़के एवं लड़कियों में इस बीमारी का अनुपात 1.00 : 1.50 या 1.50 : 2.00 देखा जाता है (कुमार एवं अन्य, 1988)।

आयु वर्ग

इन्सेफ्लाइटिस का आयु से भी गहरा सम्बन्ध है। जायसवाल एवं सिंह (2017) ने अपने अध्ययन में पाया कि इन्सेफ्लाइटिस का प्रकोप बड़े बच्चों की तुलना में छोटे बच्चों में ज्यादा पाया गया। कुमारी एवं जोशी(2012) ने अपने अध्ययन में पाया कि गोरखपुर मण्डल में वर्ष 1985, 1988, 2005 एवं 2009 के प्रकोप में वयस्कों की तुलना में बच्चे अधिक प्रभावित पाये गये। अध्ययन बताते है कि छोटे बच्चों में प्रतिरोधक क्षमता कमजोर होती है(चटर्जी एवं अन्य, 2004)।

कुपोषण

यद्यपि देश में कुपोषण की समस्या आज इतना विकराल रूप ले चुकी है कि विश्व बैंक ने इसकी तुलना 'ब्लैक डेथ' नामक उस महामारी से की है जिसने अठारहवीं सदी में यूरोप की एक बड़ी जनसंख्या को नष्ट कर दिया था। वर्तमान समय में भारत के लगभग 50 प्रतिशत गांवों में कुपोषण एक व्यापक समस्या है। ध्यान देने योग्य बात है कि भारत में प्रत्येक वर्ष जितनी मौते होती हैं उनमें 5 फीसदी का कारण कुपोषण है। यदि बच्चा कुपोषण से होने वाली मृत्यु से बच भी गया, तो ऐसी स्थिति में उसके मस्तिष्क का विकास नही हो पाता और उसके किसी बीमारी से सवंमित होने का खतरा बना रहता है (दृष्टि, 2017)।

पूर्वी उत्तर प्रदेश में कुपोषण की समस्या भी एक व्यापक समस्या है। यहां बच्चों में कुपोषण की दर सबसे अधिक पायी जाती है। एक रिपोर्ट के मुताबिक यहां

पर 3 वर्ष से कम आयु के 50 प्रतिशत से अधिक बच्चे कुपोषित है। कुपोषण एवं बीमारियों का गहरा सम्बन्ध माना जाता है। शिशु एवं बाल मृत्यु दर तथा प्रजनन दर पर भी इसका सीधा प्रभाव पड़ता है। विश्व स्वास्थ्य संगठन की रिपोर्ट के मुताबिक विकासशील देशों के बच्चों में होने वाली मौतों में से 50 प्रतिशत से अधिक का सीधा सम्बन्ध कुपोषण से हेाता है। प्रायः कुपोषण की स्थिति में सामान्य बीमारियां अधिक प्रभावी हो जाती है, जो अंततः मौत का कारण बनती हैं। पोषक तत्वों जैसे आयोडिन, विटामिन–ए, तथा आयरन की कमी होने पर प्रायः शुरू में पता नही चलता, परन्तु धीरे–धीरे ये बच्चों के विकास, उनकी वृद्धि एवं प्रतिरोधी क्षमता कर क्षरण करती है, जो बाद में एक बड़ी बीमारी अथवा मौत का कारण बन सकती है।

अंधविश्वास

अंधविश्वास बहुत ही बुरी चीज है, क्योंकि इसकी जड़े अज्ञानता में फैली होती हैं। यह हमारे भय, निराशा, असहायता और ज्ञान की कमी को दर्शाता है। यह दुःखद है कि बहुत से पढे लिखे लोग भी अंधविश्वासों में जकड़े हुए हैं। अंधविश्वास किसी विशेष समाज या देश से नही जुड़ते बल्कि यह हर जगह पाये जाते हैं। इसमें आस्था रखने वाले लोग अधिकतर गरीब, अनपढ़ व निचले तबके के होते हैं। गामीण क्षेत्रों में आज भी अशिक्षित लोग घर में किसी के बीमार पड़ने पर पहले झाड़–फूंक एवं अंधविश्वास को वरियता देते हैं। जिससे काफी बिलंब से इलाज होने के कारण केस काफी बिगड़ जाता है।

स्वच्छता

स्वच्छता एवं साफ–सफाई का इन्सेफ्लाइटिस से गहरा रिश्ता है। जैसा कि हम सभी जानते है गंदगी मच्छरों के अनुकूल माहौल उपलब्ध कराता है। भारत में विकास के बावजूद ग्रामीण क्षेत्रों में रहने वाले लोग मल त्याग के लिए खुले मैदान व खेतों में जाना पसंद करते हैं जबकि व्यक्ति द्वारा निष्काषित मल में बीमारी के

जनक कीटाणु रहते हैं (जायसवाल, 2017)। स्वच्छता के सम्बन्ध में उत्तर प्रदेश के मुख्यमंत्री योगी आदित्यनाथ का भी मत है ''इस बीमारी की जड़ में गंदगी है स्वच्छता अपना कर इस बीमारी पर नियंत्रण पाया जा सकता है(हिन्दुस्तान, 2017)। मुख्यमंत्री योगी आदित्यनाथ ने इन्सेफ्लाइटिस से मुक्ति के लिए आमजन के स्वच्छता अभियान से जुड़ने पर जोर दिया है। बकौल मुख्यमंत्री योगी आदित्यनाथ। सिर्फ सरकार या निकायों, पंचायतों के भरोसे बैठने से स्वच्छता नहीं आ सकती, बल्कि इसके लिए शहर से गांव तक सबको अपनी जिम्मेदारी समझनी होगी। जब गांव स्वच्छ एवं साफ–सुथरे रहेंगे तो इन्सेफ्लाइटिस की बीमारी पनपने नही पायेगी। यह समझने की जरूरत है कि स्वच्छता ही इन्सेफ्लाइटिस का समूल नाश करेगा''(शुक्ला, 2017)।

जागरूकता

जागरूकता के अभाव के कारण भी इन्सेफ्लाइटिस की व्यापकता देखने को मिलती है। ग्रामीण क्षेत्रों में अशिक्षा के कारण लोग इस बीमारी के लक्षण से परिचित नही होते, जिसके कारण लापरवाही हो जाती है। लोग इलाज के लिए सोखा–ओझा या नीम–हकीम का सहारा लेते हैं, जिसके कारण केस काफी खराब हो जाता है। इन्सेफेलाइटिस मरीजों के लिए एक–एक मिनट बड़ा ही महत्वपूर्ण होता है। यदि समय से मरीज को चिकित्सालय पहुंचा दिया जाय, तो खतरे को काफी हद तक कम किया जा सकता है। सरकार द्वारा जापानी इन्सेफलाइटिस से बचाव के लिए टीकाकरण अभियान चलाया जाता है, लोग इसके प्रति भी जागरूक नही होते है।

गैर सरकारी संगठन एपीपीएल के डा0 संजय श्रीवास्तव एवं नरेन्द्र मिश्र के अनुसार ''असली समस्या समन्वय न होने से है। जरूरत इस बात की है कि इस बीमारी के समूचे चक्र को ध्यान में रखते हुए चिकित्सक, पशु वैज्ञानिकों, पेय जलापूर्ति तंत्र से जुड़े अफसरों और बीमारी के ज्यादा तीव्रता वाले गांवों में ग्राम

प्रधान से लेकर वहां के स्वास्थ्य केन्द्रों तक को उनकी भूमिका समझनी होगी। अगर ऐसा हो सका तो नतीजे बेहतर होंगे।'' (सिन्हा, 2017)

अध्ययन का महत्व

शोधार्थी द्वारा ''पूर्वी उत्तर प्रदेश के पूर्वांचल में इन्सेफ्लाइटिस की विभीषिका का समाजशास्त्रीय अध्ययन'' विषय को चयनित किया गया है। इन्सेफ्लाइटिस नामक बीमारी का कहर पिछले कई दशकों से भारत के विभिन्न प्रदेशों में देखने को मिल रही है। परन्तु पूर्वी उत्तर प्रदेश में इसकी भयावह कुछ ज्यादा ही देखने को मिलती है। हर वर्ष इस बीमारी से पूर्वांचल के सैकड़ों नौनिहाल काल के गाल में समा जाते हैं। तमाम सरकारी एवं गैर सरकारी प्रयासों के बावजूद भी इस बीमारी का समूल नाश नही हो पा रहा है। कभी वैज्ञानिक कहते है, कि यह मच्छर जनित रोग है, तो कभी इसे जल जनित रोग बताते हैं। परन्तु वर्तमान में वैज्ञानिकों ने मच्छर, जल के साथ ही इसे झाड़ियों में पाये जाने वाले कीड़े से भी इसके होने की पुष्टि की है। शोध संस्थानों में आज भी लगातार शोध कार्य चल रहे हैं। जैसा कि हम जानते हैं कि जापानी इन्सेफ्लाइटिस का कोई विशिष्ट उपचार नही है। कहा जाता है 'प्रिवेशन इस बेटर देन क्योर' जापानी इन्सेफ्लाइटिस की रोकथाम में जागरूकता एक सार्वभौमिक मुद्‌दा है। पूर्व में भी इन्सेफ्लाइटिस पर अनेक अध्ययन हुए है, परन्तु आज भी हम कुछ ठोस नतीजों से बेखबर हैं। हांलाकि स्वास्थ्य के क्षेत्र में जागरूकता, व्यवहार परिवर्तन आधारित अनेक शोधकार्य हुए हैं, परन्तु जापानी इन्सेफ्लाइटिस का पूर्वी उत्तर प्रदेश में पिछले 40 वर्षो में बढ़ते प्रकोप आज भी सामाजिक वैज्ञानिकों एवं मनोवैज्ञानिकों के लिए एक बड़ी चुनौती है।

जपानी इन्सेफ्लाइटिस पर होने वाले ज्यादातर शोध बीमारी के इलाज, जांच एवं क्लिनिकल क्षेत्रों से ही सम्बद्ध रहे हैं। इस बीमारी पर समाजशास्त्रीय अध्ययन अत्यल्प ही हुआ है। इस वजह से चिकित्सकों आदि को भी इस बीमारी के इलाज हेतु काफी दुरूह परिस्थितियों से गुजरना पड़ता है। बीमारी की विभीषिका को

देखते हुए शोधार्थी ने इन्सेफ्लाइटिस पीड़ितों के समाजिक–आर्थिक पृष्ठभूमि पर आधारित इस शोध कार्य को अंजाम दिया है।

उपरोक्त से स्पष्ट है कि जापानी इन्सेफ्लाइटिस के समाजशास्त्रीय दृष्टिकोण पर कार्य किया जाय। वर्तमान अध्ययन बीमारी के सामाजिक आर्थिक कारणों, रोकथाम पर विशेष जोर देता है। जबकि अन्य अध्ययनों में बीमारी के द्वितीयक एवं तृतीयक पहल पर जोर दिया गया है। इस अध्ययन में शोधार्थी के मन में बहुत से सवाल आते है जो बीमारी के समाजिक–आर्थिक कारणों की ओर ध्यान केन्द्रित करते है।

यहां यह रेखांकित किया जाना जरूरी है कि इस अध्ययन में यह आवश्यकता महसूस किया गया है, क्योंकि सरकार द्वारा सूचना शिक्षा एवं संचार आधारित कार्यक्रमों का क्रियान्वयन उतना ठीक ढंग से नही हो पा रहा है, जितना की होना चाहिए। सरकार के द्वारा चलायी जाने वाली स्वास्थ्य योजनाएं प्रत्यक्ष रूप से ग्रामीण जन तक नही पहुंच पाती है। परिवार कल्याण निदेशालय, उत्तर प्रदेश (1990) के एक अध्ययन के परिणाम से ज्ञात हुआ है कि टीकाकरण कार्यक्रम के असफलता में जागरूकता का अभाव मुख्य कारण है। जिसमें अवरोध के द्वारा 38.8 प्रतिशत, सूचना का अभाव के कारण 48.5 प्रतिशत, प्रेरणा का अभाव के कारण 13.1 प्रतिशत शामिल है।

प्रभाकरन एवं वर्गीश (1994) ने अपने अध्ययन में पाया कि बीमारियों की रोकथाम में टीकाकरण के बारे में 93.6 प्रतिशत शहरी लोग जागरूक है वहीं आधे से अधिक ग्रामीण या शहरी परिवार यह बता पाने में असमर्थ रहा कि डीपीटी का टीका कौन–कौन सी तीन बीमारी से बचाता है। इससे ज्ञात होता है कि राज्य के द्वारा किया जाने वाला प्रचार–प्रसार उतना कारगर साबित नही है।

द्वितीय अध्याय

शोध प्रविधि एवं शोध क्षेत्र का विशिष्ट परिचय

मानव एक बौद्धिक प्राणी होने के साथ ही जिज्ञासु प्राणी भी है। इसी कारण घटनाओं के बारे में जानकारी प्राप्त करना सदैव से मानव की एक स्वाभाविक प्रवृत्ति रही है। इसके पश्चात् भी मनुष्य ने प्राकृतिक घटनाओं, अज्ञात तथ्यों अथवा मानव व्यवहारों के बारे में सब कुछ समझ लिया हो, ऐसी बात नही है। अपने सम्पूर्ण प्रयत्नों के बाद भी मानव की खोजमूलक प्रवृत्ति आज भी जारी है। इसका उद्देश्य अस्पष्ट ज्ञान का स्पष्टीकरण तथा वर्तमान ज्ञान का सत्यापन करना होता है। साधारण शब्दों में प्रयत्नों की इस प्रक्रिया का नाम 'अनुसंधान' है। यह प्रक्रिया जब सामाजिक घटनाओं से सम्बद्ध हो जाती है तो इसी को 'सामाजिक अनुसंधान' कहते हैं। वास्तव में सामाजिक अनुसंधान का तात्पर्य किसी विशेष लक्ष्य को सामने रखकर इस प्रकार का गहन अध्ययन करना है जिससे नये सिद्धांतों का निर्माण किया जा सके अथवा वर्तमान दशाओं के अन्तर्गत पुराने सिद्धांतों की सत्यता को समझा जा सके। यंग (1975) ने इसी तथ्य को ध्यान में रखकर सामाजिक तथ्य की परस्पर सम्बन्धित प्रक्रियाओं को विधिवत खोज तथा विश्लेषण को सामाजिक अनुसंधान के रूप में परिभाषित किया है। मोजर(1961) के अनुसार ''सामाजिक घटनाओं तथा समस्याओं के बारे में नवीन ज्ञान प्राप्त करने के लिए व्यवस्थित अन्वेषण कार्य को ही हम सामाजिक अनुसंधान कहते हैं। अतः स्पष्ट है कि समाजिक अनुसंधान वह प्रक्रिया है जिसके द्वारा समाज में सम्बद्ध किसी भी घटना–क्रम के कारण एवं परिणामों का ज्ञान प्राप्त किया जाता है। यह प्रक्रिया

स्वतंत्र न होकर कुछ निश्चित चरणों के अन्तर्गत घटित होती है। सैल्टिज, जहोदा तथा समाजशास्त्रियों के मत में ये चरण निम्न हैं–

1– समस्या निरूपण तथा उपकल्पना निर्माण, 2–परीक्षण एवं प्रदत्त संग्रह, 3–प्रदत्त विचना, 4–निष्कर्ष एवं सिद्धांत निर्माण।

वास्तव में कोई भी अध्ययन बिना उद्देश्य का नही हो सकता है। बिना किसी उद्देश्य के किया गया अध्ययन व्यर्थ है। वास्तव में सामाजिक अनुसंधान का जो प्रथम चरण है समस्या निरूपण एवं उपकल्पना निर्माण यहीं पर शोधकर्ता अपने शोध के लिए उपकल्पना निर्मित के साथ ही उद्देश्य का भी निर्माण कर लेता है। उद्देश्य से पूर्व शोधकर्ता यहाँ अपने अध्ययन का महत्व स्पष्ट करना चाहता है।

उपर्युक्त अध्ययन के लिए प्रयुक्त अनुसंधान अभिकल्प

अनुसंधान अभिकल्प के द्वारा अनुसंधान विषय के बारे में कम से कम खर्च में कम से कम शक्ति व्यय में अधिकाधिक वस्तुपरक ज्ञान प्राप्त किया जाता है। अनुसंधान अभिकल्प के अनुरूप ही अनुसंधान पद्धति होती है। अनुसंधान कार्य के क्रमबद्ध रूप में सम्पादन के पूर्व भी अनुसंधान अभिकल्प उसी प्रकार का निर्मित कर लिया जाता है जिस पर अभियंता किसी निर्माण कार्य से पूर्व उसकी रूपरेखा बना लेता है। अनुसंधान अभिकल्प इसी प्रकार के शोध कार्य की समूचे चरणों की एक संक्षिप्त रूपरेखा है जो अनुसंधान की प्रक्रिया में अनुसंधानकर्ता को अनायास भटकने से बचाता है एवं सही दिशा प्रस्तुत करता है।

प्रस्तुत अध्ययन में शोधकर्ता अपने उददेश्य के अनुरूप ही गवेषणात्मक एवं वर्णनात्मक अभिकल्पों का प्रयोग किया है। जब किसी शोध कार्य का प्रयोजन किसी सामाजिक घटनाओं में अर्न्तनिहित कारणों को खोजना होता है तो उससे सम्बन्धित प्रारूप को अन्वेषणात्मक अथवा गवेषणात्मक शोध अभिकल्प कहते हैं। जहोदा एवं

उसके सहयोगियों का स्पष्ट मत है कि गवेषणात्मक अभिकल्प का उद्देश्य किसी घटना का परिचय प्राप्त करना या उससे अन्तर्दृष्टि प्राप्त करना है। चूंकि शोधकर्ता को अपने अनुसंधान में पूर्वी उत्तर प्रदेश के पूर्वांचल में इन्सेफलाइटिस की विभीषिका का समाजशास्त्रीय अध्ययन करना है। अतः इस अध्ययन गवेषणात्मक एवं वर्णनात्मक दोनों प्रकृतियों का प्रयोग किया गया है।

शोध का उद्देश्य

- इन्सेफेलाइटिस के ऐतिहासिक पृष्ठभूमि का अध्ययन करना।
- पूर्वान्चल में इन्सेफेलाइटिस होने में जिम्मेदार सामाजिक–आर्थिक एवं अन्य कारकों की पहचान करना एवं उसके निराकरण के उपाय खोजना तथा इस रूप में इन्सेफेलाइटिस के मामलों के न्यूनीकरण में योगदान देना।
- इन्सेफेलाइटिस के सामाजिक–आर्थिक प्रभावों का का अध्ययन करना।
- इन्सेफेलाइटिस होने में स्वच्छता के कारकों एवं उसके प्रभावों का अध्ययन करना।
- इन्सेफेलाइटिस के उन्मूलन हेतु उचित कदम उठाए जाने हेतु पैरोकारी करना तथा नीति निर्माताओं का ध्यान आकृष्ट कराना।

शोध में प्रयुक्त उपागम

किसी भी समाजिक स्थिति के समाजशास्त्रीय विश्लेषण के लिए सैद्धांतिक परिप्रेक्ष्य का होना आवश्यक है क्योंकि इसके द्वारा ही दिशा–निर्देश प्राप्त होता है और किस पद्धति द्वारा शोध कार्य किया जाये यह निश्चित होता है।

इस अध्ययन में कई सैद्धान्तिक परिप्रेक्ष्यों को अपनाया गया है, जिनमें संरचनात्मक–प्रकार्यात्मक उपागम तथा परिवर्तन की अवधारणाएं शामिल हैं। संरचनात्मक–प्रकार्यात्मक उपागम के लिए समाजिक–मानवशास्त्रीय सिद्धांतकारों

जैसे रेडक्लिफ ब्राउन, इवान्स प्रिचर्ड एवं एडमण्ड लीच के विचारों को अपनाया गया है। संरचनात्मक–प्रकार्यात्मक उपागम का मुख्य श्रेय मुख्य रूप से रेडक्लिफ ब्राउन (1952, चौधरी 2006 से उदघृत) को जाता है। उनके अनुसार सामजिक संरचना वास्तविक रूप में पाये जाने वाले सम्बन्धों का एक जटिल जाल है। इसमें उन्होंने व्यक्तियों के बीच पाये जाने वाले सामजिक संबंधों का विश्लेषण किया है। व्यक्ति के दो व्यक्तित्व होते हैं– जन्म के पश्चात् जैविकीय व्यक्तित्व होता है, जबकि सामाजिक संरचना का अंग बनने के पश्चात सामाजिक व्यक्तित्व प्राप्त होता है। रेडक्लिफ ब्राउन ने संरचना एवं संरचनात्मक स्वरूप में अन्तर स्पष्ट किया है। संरचना वास्तविकता है, जबकि संरचनात्मक स्वरूप शोधकर्ता के द्वारा उस वास्तविकता का निर्माण है। यद्यपि संरचना में छोटे मोटे बदलाव हो सकता है लेकिन संरचनात्मक स्वरूप में लम्बी अवधि तक बदलाव नही पाया जाता। सामाजिक प्रकार्य का अर्थ है। संरचना के विभिन्न अंगों के द्वारा क्रियाएं करना। क्रियाओं के माध्यम से ये अंग अपने आप को चलाते हैं और सम्पूर्ण संरचना को चलाने में योगदान करते हैं। उनके अनुसार प्रकार्य का अर्थ है आंशिक क्रियाओं के द्वारा सम्पूर्ण क्रियाओं में योगदान करना।

आंशिक क्रियाओं का अर्थ है बार–बार होने वाली क्रियाएं और सम्पूर्ण क्रिया का अर्थ है सामाजिक क्रिया का निरंतर चलना। इस प्रकार रेडक्लिफ ब्राउन के लिए हर समाज की सामाजिक संरचना में कई अंग होते हैं। ये अंग अपनी क्रियाओं के द्वारा एकता एवं सहयोग उत्पन्न करते हैं। इस प्रकार समाज एक संतुलित व्यवस्था है। जब यह विगड़ जाता है तब सामाजिक नियंत्रण के माध्यम से पुनः संतुलन वापस लाया जाता है। अतः रेडक्लिफ ब्राउन के विश्लेषण में परिवर्तन एवं संघर्ष की विचारधाराओं की कमी पायी जाती है।

लीच(1954, चौधरी 2014 से उद्धृत) के अनुसार एक समाज में एक ही सामाजिक संरचना हमेशा नही पायी जाती बल्कि एक समाज में कई सामाजिक संरचनाएं मिल सकती हैं। समाज एक संतुलित व्यवस्था नही होती, बल्कि समाज एक गतिशील व्यवस्था है। लीच ने आदर्श या प्रतिमानित व्यवस्था और वास्तविकता में अन्तर स्पष्ट किया है और कहा है कि जब शोधकर्ता सामाजिक संरचना का अध्ययन करके वर्णन करता है तब यह सामाजिक संरचना या वास्तविकता का एक प्रारूप प्रस्तुत करता है। यह प्रारूप एक संतुलित व्यवस्था होती है। लेकिन वास्तविकता स्थायी एवं स्थिर होती है। लीच ने संरचनात्मक परिवर्तन का विश्लेषण किया है। जब समाज में सारे अंगों में परिवर्तन हो जाता है तब सम्पूर्ण संरचना में भी बदलाव आता है। ज्यादातर पश्चिमी समाजों में इस प्रकार का बदलाव पाया जाता है।

अध्ययन में प्रयुक्त प्रविधि

प्रस्तुत अध्ययन में शोधकर्ता ने प्राथमिक एवं द्वितीयक तथ्यों का प्रयोग करके सूचनाओं को एकत्र किया है। चूंकि सूचनादाता ग्रामीण क्षेत्रों से सम्बन्ध रखते है। इसलिए प्राथमिक तथ्यों के अन्तर्गत साक्षात्कार अनुसूची का प्रयोग किया गया है। साक्षात्कार अनुसूची वास्तव में अनेक प्रश्नों की एक लिखित सूची होती है, जिसे लेकर शोधकर्ता उत्तरदाता के पास स्वयं जाता है एवं विभिन्न प्रकार के प्रश्नों को पूछकर स्वयं ही उनके उत्तरों का आलेखन करता है। इसका तात्पर्य यह है कि अनुसूची को उत्तरदाता के पास कभी डाक द्वारा प्रेषित नही किया जाता है बल्कि यह साक्षात्कार का सरल माध्यम है। अवलोकन एवं प्रश्नावली प्रविधि के अपने अनेक दोष हैं। अवलोकन के द्वारा अनेक जटिल एवं भावनात्मक तथ्यों को समझना कठिन होता है तो दूसरी ओर प्रश्नावली के द्वारा शोधकर्ता को कोई ऐसा अवसर नही मिल पाता है जिससे वह उत्तरदाता के समक्ष आपने वास्तविक प्रयोजन को स्पष्ट कर सके। अथवा उसके द्वारा दी गई सूचनादाता की सत्यता को समझा जा

सके। अनुसूची ऐसे सभी दोषों से स्वतंत्र है। वास्तविकता तो यह है कि प्राथमिक सामग्री का संकलन करने के लिए अनुसूची एक ऐसी प्रविधि है जिसमें अवलोकन साक्षात्कार एवं प्रश्नावली की विशेषताओं का समन्वय होता है। इसके अन्तर्गत शोधकर्ता प्रश्नों की एक निश्चित सूची लेकर उत्तरदाताओं से साक्षात्कार के रूप में विभिन्न सूचनाएं प्राप्त करता है एवं स्वयं भी विभिन्न तथ्यों का अवलोकन करके दिये गये उत्तरों की सत्यता को जांचने का प्रयत्न करता है। इस आधार पर अनेक विद्वान अनुसूची को एक ऐसी प्रविधि के रूप में देखते हैं जिसका उद्देश्य साक्षात्कार एवं अवलोकन को व्यवस्थित बनाना होता है। इसी अर्थ में अनुसूची को साक्षात्कार अनुसूची भी कहा जाता है। अनुसूची की मौलिक मान्यता यह है कि किसी घटना पर नियंत्रण रख सकना अत्यधिक कठिन होने के कारण यह आवश्यक है कि स्वयं अध्ययनकर्ता के व्यवहार पर नियंत्रण रखा जाय। गुडे एवं हाट (1952) अनुसूची को परिभाषित करते हुए कहा है कि ''अनुसूची ऐसे प्रश्नमण्डल के लिए सामान्यतः प्रयुक्त नाम है जो साक्षात्कारकर्ता द्वारा दूसरे व्यक्ति से आमने सामने की स्थिति में पूछे एवं भरे जाते हैं। अनुसूची का एक महत्वपूर्ण उद्देश्यक वयर्थ के तथ्यों का बहिष्कार करके सूचनाओं का इस प्रकार आलेख करना होता है जिससे तथ्यों का समुचित रूप से वर्गीकरण करके व्यवस्थित निष्कर्ष प्रस्तुत किये जा सके। साक्षात्कार अनुसूची में अध्ययन विषय के विभिन्न पक्षों से सम्बन्धित प्रश्नों का इस प्रकार समावेश किया जाता है जिससे अध्ययनकर्ता किसी व्यक्ति का व्यवस्थित रूप से साक्षात्कार करके सूचनाओं का संकलन कर सके। ऐसी अनुसूची के द्वारा उत्तरदाता द्वारा दिये गये वर्णनात्मक उत्तरों का भी संक्षेप में आलेखन करके उनका सरलता पूर्वक वर्गीकरण एवं सारणीयन किया जा सकता है।

शोध अनुसूची के निर्धारण के आधार

शोधार्थी ने पहले सामान्य परिकल्पना के आधार पर शोध अनुसूची का निर्धारण किया। इस शोध अनुसूची में प्रश्नों का चयन करते समय सामाजिक–आर्थिक एवं अन्य विशिष्ट कारकों को शामिल किया गया मसलन सामाजिक कारकों के अन्तर्गत लिंग, आयु, व्यक्तिगत शिक्षा, जाति, खाद्य पदार्थो की उपलब्धता आदि को शामिल किया गया। आर्थिक कारकों के अन्तर्गत परिवार का आकार, घर की संरचना, आवासीय इलाका, आय का स्तर, आजीविका के साधन आदि को शामिल किया गया। अन्य विशिष्ट कारकों में सरकारी एवं गैर सरकारी प्रयास जैसे पेय जल की उपलब्धता, विद्युत की उपलब्धता, शौचालय के उपयोग की स्थिति, कचरा निस्तारण की स्थिति, पशु पालन की स्थिति आदि को शामिल किया गया है।

सामाजिक कारकों के अन्तर्गत शोधार्थी ने पाया कि समाज में यह धारणा थी कि

- बच्चों में इन्सेफ्लाइटिस होने की संभावना ज्यादा पायी जाती है।
- इन्सेफ्लाइटिस होने में लैंगिक भेद का कोई खास प्रभाव नहीं पड़ता है।
- इसके प्रसार में जाति कारक प्रभावी नही होता है आदि।

आर्थिक कारकों के अन्तर्गत शोधार्थी ने पाया कि समाज में यह धारणा थी कि–

- परिवार का आकार इन्सेफ्लाइटिस के प्रसार में प्रभावी नही है
- आजीविका के साधन का इस बीमार से कोई सम्बन्ध नही है।
- घर के प्रकार का बीमारी से कोई सम्बन्ध नही है आदि।

उसी तरह से अन्य विशिष्ट कारकों के अन्तर्गत पाया गया कि–

- सरकार के सार्थक हस्तक्षेप से इन्सेफ्लाइटिस के फैलाव में नियंत्रण किया गया है।

- लोगों की सामूहिक जागरूकता से इन्सेफ्लाइटिस के प्रसार में कमी आयी है।
- जल जमाव एवं शौचालय के उपयोग आदि का इन्सेफ्लाइटिस के प्रसार में मुख्य भूमिका निभाते हैं।

अध्ययन हेतु अपनायी गई प्रक्रिया

प्रस्तुत शोध का विषय ''पूर्वी उत्तर प्रदेश के पूर्वांचल में इन्सेफेलाइटिस की विभीषिका का समाजशास्त्रीय अध्ययन'' करना है। प्रस्तुत शोध में शोधकर्ता ने प्रतिदर्शन के लिए उद्देश्यपूर्ण स्तरीयकृत प्रतिदर्शन विधि का प्रयोग करते हुए प्रतिदर्शन व्यक्तियों का चयन किया है। शोधकर्ता द्वारा अपने शोधकार्य के लिए गोरखपुर मण्डल के चार जनपद क्रमशः गोरखपुर, देवरिया, महाराजगंज एवं कुशीनगर का चयन किया है। अध्ययन क्षेत्र की विस्तृतता को देखते हुए इन जनपदों में इन्सेफ्लाइटिस से प्रभावित एक–एक विकास खण्डों का चयन किया गया है। जिसके अन्तर्गत गोरखपुर जनपद में चरगांवा विकास खण्ड, देवरिया जनपद में भाटपार रानी विकास खण्ड, कुशीनगर जनपद में खड्डा विकास खण्ड एवं महाराजगंज जनपद में परतावल विकास खण्ड चयन किया गया है।

शोधकर्ता द्वारा उपरोक्त विकास खण्ड के गांवों का भ्रमण किया गया, सम्बन्धित गांव के प्रधान एवं विकास खण्ड के अधिकारियों से सम्पर्क कर इन्सेफाइटिस से प्रभावित परिवारों की जानकारी प्राप्त की गई तथा प्रत्येक प्रभावित परिवारों से सम्पर्क किया गया। इन्सेफ्लाइटिस से पीड़ित परिवार के अभिभावकों से अनुसूची के माध्यम से प्रश्न पूछे गये। सभी प्रश्न सामाजिक–आर्थिक विषय से सम्बन्धित थे। उन्हे सहयोग के लिए धन्यवाद ज्ञापित किया गया। प्राप्त प्रदत्तों को भविष्य में विश्लेषण हेतु सुरक्षित कर लिया गया।

उत्तरदाताओं के निदर्शन का चयन

प्रस्तुत अध्ययन के लिए पूर्वी उत्तर प्रदेश के सर्वाधिक प्रभावित गोरखपुर मण्डल के चार जनपदों—गोरखपुर, देवरिया, कुशीनगर एवं महाराजगंज का चयन किया गया है। प्रत्येक जनपद के एक—एक विकास खण्ड से पाँच—पाँच, गाँव का चयन किया गया है। जिसके अन्तर्गत गोरखपुर जनपद के चरगांवा विकास खण्ड के पाँच गांवों (जंगल धूषण, मानीराम, जंगल छत्रधारी, रामपुर गोपालपुर एवं गुलरिहा), देवरिया जनपद के भाटपार रानी विकास खण्ड के पाँच गांवों (कुकुर घाटी, अहिरौली तिवारी, बड़का गांव, सरया एवं सोहनापार), कुशीनगर जनपद के खड्डा विकास खण्ड के पाँच गांवों (छितौनी, करदह, पनियहवा, रामनगर एवं सिसवां गोपाल) तथा महाराजगंज जनपद के परतावल विकास खण्ड के पाँच गांवों (हरपुर तिवारी, मंगलपुर, नन्दना, नटवां, तरकुलवां) का चयन किया गया है। इस अध्ययन हेतु प्रतिदर्श के रूप में 400 इन्सेफ्लाइटिस से पीड़ित परिवारों का चयन उद्देश्यपूर्ण स्तरीयकृत प्रतिदर्शन विधि द्वारा किया गया है, जिसमें से प्रत्येक जनपद के 100—100 परिवार प्रतिभागी के रूप में थे। प्रत्येक गांव से 20—20 पीड़ित परिवारों का चयन किया गया है।

अध्ययन में अनुभव की गई कठिनाईयाँ

शोधकर्ता को अपने शोध कार्य के दौरान विभिन्न स्तरों पर कठिनाईयों का सामना करना पड़ता है, जिससे शोधकर्ता हतोत्साहित भी हो जाता है। शोधकार्य में अनुभव की गई कठिनाईयाँ जो कार्यक्षेत्र से सम्बन्धित है इस प्रकार हैं:—

इन्सेफ्लाइटिस रोगियों के बारे में जानकारी एकत्र करने शोधकर्ता द्वारा सर्वप्रथम उत्तरदाताओं को तैयार करने में कठिनाई आयी। उत्तरदाताओं के पास जाने पर कुछ उत्तरदाता उत्तर देने में स्पष्ट अस्वीकार कर देते थे तो कुछ उत्तर देने में आनाकानी या हिचकिचाहट व्यक्त करते थे और कुछ उत्तरदाता उत्तर देने

में असमर्थता व्यक्त करते थे। जिसके लिए उत्तरदाताओं को शोध उद्देश्य से परिचित कराया गया।

अशिक्षित उत्तरदाता जो अध्ययन की समस्या को समझने में असमर्थ थे, वे सही उत्तर देने में संकोच करते थे जबकि कुछ शिक्षित उत्तरदाता मनोभाव यह पायी गयी कि वे यह समझते है कि उन्हें शोध कार्य से क्या लेना–देना है तथा वह अपना समय क्यों नष्ट करें। इस प्रकार के उत्तरदाताओं से साक्षात्कार हेतु समय निर्धारित करना बहुत कठिन कार्य था। इसके विपरीत कुछ शिक्षित उत्तरदाताओं का अपेक्षा से अधिक सहयोग प्राप्त हुआ एवं वे हमारे अध्ययन को महत्व देते थे एवं इसमें रूचि लेते थे परन्तु ऐसे उत्तरदाताओं की संख्या बहुत कम है। शिक्षित होने के बावजूद ऐसा नहीं था कि उत्तरदाता विषयगत प्रश्नों को समझते हो एवं यथोचित उत्तर दे पाते हो। ऐसी स्थिति में उन्हे प्रश्नों को समझाना तथा यथोचित उत्तर प्राप्त करना शोधकर्ता का दायित्व था।

इस प्रकार शोधकर्ता द्वारा अनेक वर्जनाएं एवं कुंठाएं सहन करते हुए अपने विषयवस्तु से सम्बन्धित उत्तर प्राप्त करने के लिए बार–बार उत्तरदाता के पास जाना पड़ता था एवं विभिन्न कठिनाईयों को सहन करते हुए यह प्रयास किया गया कि साक्षात्कार अनुसूची के माध्यम से सही तथ्यों का संकलन हो सके।

अध्ययन का क्षेत्र

शोध कार्य के सफल सम्पादन के लिए एक निश्चित क्षेत्र का होना आवश्यक है। क्षेत्र की व्यापकता एवं वृहत्ता शोध कार्य के लिए निष्फलता का द्योतक है। अध्ययन क्षेत्र का निर्धारण इस दृष्टिकोण से भी आवश्यक है कि कहीं शोधकर्ता अपने समय एवं धन का अपव्यय न करे। यदि सुनिश्चित क्षेत्र का अभाव होगा तो

शोधकर्ता प्रस्तावित निष्कर्ष से सर्वथा दूर रह जायेगा और शोध का कोई प्रतिफल परिलक्षित नही होगा। अतः अध्ययन क्षेत्र निश्चित रूप से परिभाषित होना चाहिए।

प्रस्तुत अध्ययन का क्षेत्र गोरखपुर मण्डल के चारों जनपदों के एक–एक विकास खण्ड के पाँच–पाँच गाँव तक ही सीमित है। इसके अतिरिक्त समय, श्रम एवं धन की सीमा के कारण सम्पूर्ण जनपद में निवास करने वाले इन्सेफ्लाइटिस के सभी रोगियों का अध्ययन संभव नही था। अतः इसे मात्र प्रत्येक जनपद के एक–एक विकास खण्डों का चयन किया गया है। गोरखपुर जनपद से चरगांवा विकास खण्ड, देवरिया जनपद से भाटपार रानी विकास खण्ड, कुशीनगर जनपद से खड्डा विकास खण्ड एवं महाराजगंज जनपद से परतावल विकास खण्ड को अध्ययन क्षेत्र के रूप में चुना गया है। उत्तरदाताओं की श्रेणी में इंसेफ्लाइटिस के रोगियों के परिजनों को चुना गया, क्योंकि उनसे इस बीमारी से जुड़ी, सामाजिक–आर्थिक स्थितियों का आकलन करने में काफी सहजता दिखाई पड़ी।

प्रतिवेदन प्रस्तुतिकरण की रूपरेखा

शोधकार्य अपने आप में बहुत उत्कृष्ट है क्योकि यह नवीन तथ्यों की खोज की और पूर्वाभिमुखीकृत होता है लेकिन उसमें भी प्रतिवेदन तैयार करने के स्तर की प्रक्रिया शोधकर्ता को और अधिक आकृष्ट करती है। ज्ञातव्य है कि शोधकर्ता का उद्देश्य अध्ययन के सम्पूर्ण परिणाम को पर्याप्त विस्तार के साथ इस प्रकार से व्यवस्थित करना होंता है किवह उन अध्येताओं/पाठकों को जो इसे जानने में रूचि रखते हैं उनके लिए अध्ययन से सम्बन्धित निष्कर्ष प्रमाणिक एवं सुगम्य हो सके।

प्रतिवेदन तैयार करने में वैसे तो अनेक तत्वों पर विभिन्न दृष्टिकोणों से ध्यान रखना शोधकर्ता के लिए अपरिहार्य है लेकिन सर्वोपरि स्थान इस तथ्य को जाता है कि प्रतिवेदन की भाषा यथासंभव सरल होनी चाहिए क्योंकि हम जानते है

कि प्रतिवेदन उत्तरदाताओं से पूछे गये प्रश्नों का उत्तर नहीं है एवं न ही उन प्रविधियों का एवं न ही उनके कार्यान्वयन की कार्यविधियों का वितरण है जो उत्तर प्राप्त करने के लिए कार्य क्षेत्र में प्रयोग किये गये थे। प्रतिवेदन तैयार करते समय सामान्यतः ऐसा होता है कि शोध प्रचना के कुछ अंश को बदल दिया जाता है, फिर भी उसमें से अधिकांश का अनुपालन होता है। अनेक संदर्भो में बहुत से निष्कर्ष न तो सकारात्मक होते है एवं न नकारात्मक होते हैं। अतः संदेहास्प्रद की स्थिति को प्राप्त कर लेते है। प्रतिवेदन प्रस्तुतिकरण से सम्बन्धित योजनाएं बना लेना एवं उसका अनुशीलन करना दोनों दो तथ्य है क्योंकि योजना के अनुसार प्रतिवेदन तैयार करना हमेशा संभव नही हो पाता है। इसका यह तात्पर्य नहीं कि प्रतिवेदन तैयार करने से सम्बन्धित पूर्व योजना निर्धारित न की जाये उसेका स्वयं में अपना अपेक्षित महत्व है। प्रतिवेदन तैयार करने में कोर्ठ विशिष्ट सामान्य रूप से स्वीकृत एवं निर्धारित नियम निश्चित नही है जिसके अनुपालन से एक उत्कृष्ट प्रतिवेदन तैयार किया जा सके। लापरवाही के विपरीत भूमिका एवं सर्वमान्य कारक के साथ दूसरे भी कारक हैं जो एक अच्छे प्रस्तुतिकरण को विकसित करने में सहयोगी हो सकते हैं।

शोध के प्रस्तुतिकारण में इस बात का ध्यान रखना अनिवार्य हो जाता है कि यदि पाठक को विषय से सम्बन्धित एक निश्चित सीमा तक ज्ञान नहीं है तो शोध की विशिष्ट समस्याओं की पहचान उसके लिए संभव नही हो सकेगी क्योंकि शोध विषय उपलब्ध सैद्धान्तिक एवं प्रयोगात्मक ढांचे में एक निश्चित स्थान रखते हैं। एक समाजशास्त्री के लिए आवश्यक हो जाता है कि अध्ययन की समस्या की पहचान के लिए पर्याप्त विस्तार में प्रस्तुत करें। इसके लिए अनेक तथ्यों की रूपरेखा अपेक्षित विस्तार में प्रस्तुत करना होगा, जो सामान्य रूचि रखने वाला पाठक को पूर्वाभिमुखीकृत कर सके। अतः यदि समस्या को स्पष्ट रूप से प्रतिवेदन में नही पहचाना गया है तो विषय के बारे में भ्रांति सुनिश्चित है।

प्रतिवदेन तैयार करते समय कुछ निश्चित बिन्दुओं पर ध्यान देना अनिवार्य समझा गया, जिनकी निम्नलिखित प्रकार से प्रस्तुत है। ज्ञातव्य हो कि शोधकर्ता को इस तथ्य के बारे में सुस्पष्ट होना चाहिए कि उसके शोध प्रबंध में रूचि रखने वाले पाठकगण कौन हैं? यह बतलाने की बात नहीं है कि संचार की प्रक्रिया की यह आश्यकता मांग है कि वक्ता एवं श्रोता एक दूसरे के बारे में स्पष्ट रू॰ से जानकारी रखने से हैं जो लेखक एवं पाठक को क्रमशः व्यक्त करने एवं ग्रहण करने की सीमाओं का पर्याप्त ध्यान देते हुए भाषा को ग्रहणीय बनाने का प्रयास किया है। ज्ञातव्य है कि शोध प्रतिवदेन सामान्यतः उन पाठको के लिए नहीं होता जो शोध के विषय से सम्बन्धित नहीं होते है। शोध के बारे में उनकी जानकारी देने का कार्य पत्रकार लोग करते हैं। लेकिन प्रस्तुत शोध का विषय ऐसा है कि जिसमें सम्बन्धित सामान्य जानकारी जनसामान्य को भी होती है। स्वाभाविक है कि समाजशास्त्र बड़े निकट से सामान्य पाठकगण के अनुभवों से जुड़ा होता है।

दूसरा विचारणीय प्रश्न इस स्तर पर है कि सूचनाओं के क्रमबद्धीकरण और सारणीयन के पश्चात् अध्येता द्वारा मूल उपकल्पनाओं की परिशुद्धि के बारे में एक स्पष्ट धारणा बना ली जाती जाती है। इससे प्रतिवेदन प्रस्तुत करने की एक स्पष्ट रुपरेखा बन जाती है। अतः प्रतिवेदन प्रस्तुत करने से पूर्व तक प्रमाणिक एवं प्रासंगिक योजना बना ली जाती है। रूपरेखा के विषयों को कथनों में व्यक्त किया गय जो बाद में प्रतिवेदन के रूप में विस्तार को प्राप्त हुए। जैसे उपकल्पनाओं को व्यक्त कर लिया गया और उपकल्पनाओं को सूचनाओं की पूष्ठभूमि से जोड़ दिया गया। विषय की समस्याओं एवं उपकल्पनाओं को वैज्ञाानिक शब्दावली में व्यक्त किया गया। शोध को पर्याप्त विस्तार में प्रस्तुत किया गया, जिससे इसका तार्किक विवेचन स्पष्ट हो सके। विभिन्न विज्ञप्तियों के अवलोकन से तथा सारणियों से सम्बन्ध किया गया। इस प्रकार से प्रतिवेदन वास्तव में सांराश के रू॰ में प्रतिवेदन शोध के निष्कर्ष को प्रस्तुत करता है।

वैज्ञानिक भाषा का प्रयोग प्रतिवेदन का महत्वपूर्ण तत्व है। समान्यतः यह आलोचना समाजशास्त्र प्रतिवेदनों में देखने को मिलती है कि इसमें भाषा का प्रयोग होना स्वाभाविक है क्योंकि समाजशास्त्र में अवधारणाओं को बहुत चुस्त रूप में प्रस्तुत करना संभव नहीं हो पाता है। तुलनात्मक दृष्टि से समाजशास्त्र में वैज्ञानिक प्रत्ययों का कम विकास हुआ, इसलिए सामाजिक घटनाओं को प्रस्तुत करने में विवरणात्मक पद्धति का प्रयोग प्रायः देखा जाता है।

अध्ययन की सीमा निबन्धन प्रतिवेदन प्रस्तुतिकरण में अपना महत्वपूर्ण स्थान रखता है। शोधकर्ता ने स्पष्ट रूप से यह व्यक्त किया है कि मेरे अध्ययन की क्या सीमा एवं क्षेत्र है। हमारे अध्ययन का उद्देश्य क्या है? चूंकि अध्येता से यह अपेक्षा की जाती है िकवह अपने शोध आकड़ों के प्रयोग में स्पष्ट हो और उसका सीमा बन्धन करे इसलिए इस अनिवार्यता को ध्यान रखते हुए हमने इस प्रकार से निदर्शन का चुनाव किया है जो समूचे अध्ययन क्षेत्र के लिए लागू होता है।

शोधकर्ता प्रतिवेदन के प्रस्तुतिकरण में विभिन्न प्रकार से सतर्कता बरतने की कोशिश की है जिससे शोध प्रबंध की उपादेयता बनाया जा सके। अत्यन्त संक्षेप में प्रतिवेदन प्रस्तुतिकरण के उपयोग की चर्चा उपर की जा चुकी है जिससे यह स्पष्ट होता है कि शोध प्रस्तुतिकरण सुनिश्चित रूप से और मौलिक रूप से साहित्य विचारों के प्रस्तुतिकरण से सर्वदा भिन्न है। इस संदर्भ में ज्ञातव्य है कि समाजशास्त्रीय शोध प्रबंधवस्तु तथ्यों पर आधारित होता है एवं शोधकर्ता उन्ही तथ्यों को आधार मानकर निष्कर्ष निकालने के लिए बाध्य होता है। इसी अर्थ में सामाजिक शोध प्रबंध का प्रस्तुतिकरण साहित्यिक प्रस्तुतियों से अलग होता है क्योंकि साहित्यिक प्रस्तुतिकरण तर्क वितर्क पर आधारित होता है।

शोध सीमाएं

किसी भी शोध को पूर्णतः सामान्यीकृत करना संभव नही होता है। प्रत्येक शोध की अपनी कुछ सीमाएं होती है। जिसको ध्यान में रखते हुए शोधकर्ता अपना अध्ययन करता है। इससे यह शोध भी इससे अछूता नही है। प्रस्तुत शोध की सीमाएं निम्नवत् हैं:–

1. इन्सेफलाइटिस का प्रसार क्षेत्र काफी व्यापक है। शोधकर्ता द्वारा अध्ययन हेतु केवल गोरखपुर मण्डल को चयनित किया गया है।
2. शोधकर्ता द्वारा अध्ययन हेतु 400 पीड़ित परिवारों का चयन किया गया है।
3. इन्सेफलाइटिस की बीमारी के खिलाफ सरकारी एवं गैर सरकारी प्रयासों का अवलोकन नही किया जा सका।
4. प्रस्तुत अध्ययन में इन्सेफलाइटिस के वैज्ञानिक पक्षों को शामिल नही किया जा सका।
5. पीड़ित के बीमारी एवं उनके लक्षण पर आधारित प्रश्नों को शामिल नही किया जा सका।
6. अनुसूची में सामाजिक–आर्थिक पृष्ठभूमि पर अधारित अन्य कारकों को शामिल नही किया जा सका।

अध्ययन क्षेत्र का विशिष्ट परिचय

प्रस्तुत अध्ययन के लिए पूर्वी उत्तर प्रदेश के गोरखपुर मण्डल का चयन किया गया है। पूर्वी उत्तर प्रदेश का क्षेत्र स्वास्थ्य मानकों में प्रदेश के दूसरे क्षत्रों से काफी पीछे है। इन्सेफ्लाइटिस की सबसे अधिक मार इसी क्षेत्र मे है। यह क्षेत्र सामाजिक आर्थिक रूप से बहुत पिछड़ा है। आधारभूत ढांचे का कमजोर होना, गरीबी और पर्यावरण इस क्षेत्र को बीमारी का उर्वरा क्षेत्र बनाते हैं। तराई क्षेत्र होने के कारण यहाँ प्रायः जल जमाव की स्थिति बनी रहती है, जिससे यहाँ मच्छर जनित एवं जल जनित बीमारियों का प्रकोप बना रहता है। धान की खेती के लिए यह क्षेत्र काफी अनुकूल माना जाता है। धान के खेतों में रहने वाले जलीय पक्षी इन्सेफ्लाइटिस के वाहक माने जाते हैं। इसके अलावा खुले में शौच, गंदे पानी के निकास के बिना देशी हैण्ड पम्प का प्रयोग, स्वास्थ्य व स्वच्छता के बारे में जागरूकता का अभाव के कारण इस क्षेत्र में जल जनित बीमारियों की अधिकता है। इन्सेफ्लाइटिस के अलावा तपेदिक, सर्वाइकल कैंसर, हेपेटाइटिस जैसी बीमारियाँ भी इस क्षेत्र में काफी पायी जाती है। पूर्वी उत्तर प्रदेश के कई जिले नेपाल से सटे हैं। इससे क्रास बार्डर संक्रमण की भी संभावनाएं बनी रहती हैं। नेपाल से सटे जिलों में महाराजगंज, सिद्धार्थनगर, बहराइच, आदि में बड़ी संख्या में झील, पोखरे, व नदियाँ हैं, जहाँ से बड़ी संख्या में प्रवासी पक्षी आते हैं। ये सारी परिस्थितियाँ इस क्षेत्र को तरह–तरह की बीमारियों के लिए संवेदनशील बनाते हैं।

भारतीय इतिहास में जनपद गोरखपुर का महत्वपूर्ण स्थान रहा है। इस क्षेत्र का उल्लेख बाल्मिकी रामायण में भी आता है। अपनी धार्मिक एवं अध्यात्मिक वैभव के लिए विशेषकर युग साधना के क्षेत्र में नाथ सम्प्रदाय व उसके प्रमुख योगियों का स्थान आता है। नाथ सम्प्रदाय के सिद्धियों एवं योगियों ने अपनी साधना व

तत्वज्ञान से इस धरती को सिंचित किया। देश के कोने–कोने में नाथ सम्प्रदाय, धार्मिक मत–मतान्तरों में अत्यन्त गौरवशाली, सामाजिक समरसता पर आधारित लोक कल्याण का मार्ग प्रशस्त करने वाला पथ रहा है। गुरू गोरक्षनाथ जी इसी पंथ और हठ योग साधना के परमाचार्य हैं, उन्हे साक्षात आदिनाथ शिव के अवतार माना जाता है।

राप्ती जिसे पुराणों में अचरावती के नाम से वर्णित है के तट पर वर्तमान गोरखपुर नगर स्थित है। महायोगी गुरू गोरक्षनाथ जी के नाम पर इस नगर का नाम गोरखपुर पड़ा। सम्प्रदाय की मान्यता और लोक प्रसिद्धि के अनुसार महागुरू ने त्रेता युग में इस स्थली पर घोर तपस्या की थी। ऐसी मान्यता है कि हिमाचल प्रदेश में कांगड़ा नामक क्षेत्र में स्थित माता ज्वाला देवी के प्रसिद्ध धर्म से खिचड़ी मांगते हुए इस धरती पर आये और यहीं के होकर रह गये। आज भी मकर संक्रन्ति के दिन लाखों श्रद्धालु खिचड़ी चढाने हेतु गोरखनाथ मंदिर आते हैं। ऐसी भी मान्यता है कि महाभारत काल में युधिष्ठिर के राजसूय यज्ञ में शामिल होने हेतु महायोगी को आमंत्रित करने के लिए महाबली भीम गोरखपुर पधारे थे जिस स्थान पर महाबली भीम ने विश्राम किया था वह भूमि धस गयी थी जहां पर एक सुन्दर सरोवर बना है जिसे भीम सरोवर के नाम से जाना जाता है। गोरखपुर मंदिर के गर्भ गृह में एक अखण्ड ज्योति महायोगी के साधना काल से ही प्रज्जवलित है तथा उसके बांयी तरफ अखण्ड धुनी भी है जो गोरखनाथ जी के अखण्ड धुनी के नाम से प्रसिद्ध है।

छठी ईसा में गोरखपुर जनपद के उत्तरी भाग में प्रथम बार प्रजातांत्रिक गणराज्य स्थापित हुआ। इस समय महाकपिलवस्तु, रामग्राम, पिपली वन आदि शाक्यों, कोलियों मौर्य तथा मल्लों का गणराज्य था। गोरखपुर के पश्चिम रोहिणी और राप्ती नदी के संगम पर ही राजकुमार सिद्धार्थ सत्य की खोज हेतु राजकीय

वस्त्र व चिन्ह त्याग कर निकल पड़े थे। शाक्य राजा शुद्धोधन की राजधानी कपिल वस्तु(पिपरहता) में भी, के यहां राजकुमार सिद्धार्थ का जन्म ईसा पूर्व 506 में हुआ था तथा परिनिर्माण मल्लों की राजधानी कुसावती जो अब कुशीनगर के नाम से प्रसिद्ध है, में हुआ था। इस पवित्र धरती की गाथा सुन बौद्धयात्री फाहयान दर्शन हेतु आया था।

स्वतंत्रता संग्राम में भी गोरखपुर का अग्रणी स्थान रहा है। सन् 05 फरवरी 1922 को चौरी–चौरा काण्ड इतिहास के पन्ने में स्वर्ण अक्षरों में अंकित है। इसी भूमि पर ज्वाहरलाल नेहरू ने अपने आन्दोलन के समय 04 वर्ष की सजा काटी थी। इसके अतिरिक्त प्रसिद्ध क्रांतिकारी पंडित राम प्रसाद बिस्मिल की गोरखपुर के केन्द्रीय कारागार में फांसी दी गई थी।

भौगोलिक संरचना

जनपद गोरखपुर मण्डल पूर्वांचल का प्रमुख केन्द्र बिन्दु है। इस जनपद का आर्थिक, सामाजिक तथा धार्मिक इतिहास गौरवपूर्ण कलाओं तथा परम्पराओं में समृद्ध रहा है। यह जनपद 25.51 अक्षांश उत्तरी से 26.20 अक्षांश उत्तरी तथा 83. 25 पूर्वी देशान्तर से 84.20 पूर्वी देशान्तर के मध्य स्थित है। इस जनपद का सम्पूर्ण भौगोलिक क्षेत्रफल 3483.81 वर्ग किमी0 है। जनपद के उत्तर में महाराजगंज, पश्चिम में बस्ती, संत कबीर नगर एवं सिद्धार्थनगर दक्षिण में आजमगढ़ एवं मऊ तथा पूर्व में देवरिया एवं कुशीनगर जनपद स्थित है। इस जनपद के दक्षिणी सीमा पर घाघरा नदी, पश्चिम से पूर्व की ओर बहती हुई आजमगढ़ एवं गोरखपुर जनपद की सीमा का निर्धारण करती है। मध्य में राप्ती नदी उत्तर से दक्षिण पूर्व की दिशा में बहती है जो यहां की प्रमुख नदियों में से एक है। इस जनपद में रामगढ़ताल स्थित है जिसे शासन द्वारा पर्यटन केन्द्र के रूप में विकसित किया जा रहा है।, किन्तु संसाधनों के कमी के कारण इस योजना की प्रगति धीमी है। यदि यह

योजना पूर्ण हो जाये तो जनपद गोरखपुर विदेशी पर्यटकों के लिए एक उत्तम तथा विशेष पर्यटन केन्द्र के रूप में उपलब्ध हो जायेगा तथा इससे जनपद तथा प्रदेश को अन्ततोगत्वा आर्थिक लाभ ही होगा।

वर्षा

गोरखपुर मण्डल सामान्य वर्षा का क्षेत्र है जिसमें औसत वर्षा 17.56 से0मी0 होती है। वार्षिक वर्षा का अधिकांश(88.7सेमी) जून से दिसम्बर के चार महिनों में ही केन्द्रभूत होती है। सर्वाधिक वर्षा अगस्त(33.80सेमी) और जुलाई (31.39 सेमी0) से प्राप्त होती है। इस क्षेत्र में वर्षा के असमान वितरण और लम्बे अर्से की शुष्कता ने कृषि कार्य को सर्वाधिक प्रभावित किया है। क्षेत्रीय परिप्रेक्ष्य में वर्षा की मात्रा में उत्तर से दक्षिण क्रमशः ह्रास होता है।

जनसंख्यात्मक विशेषताएं

किसी भी नगर की जनसंख्या वृद्धि उसके आर्थिक विकास, सामाजिक जागरूकता, सांस्कृतिक आधार, ऐतिहासिक घटनाओं एवं राजनैतिक विचारधारा का सूचक होती है। नगर में जनसंख्या वृद्धि के मूलतः तीन कारण होते है। प्रथम जनसंख्या की प्राकृतिक वृद्धि अर्थात इस वृद्धि में जनसंख्या की प्राकृतिक रूप से होने वाली वृद्धि को लिया जाता है। द्वितीय प्रव्रजनात्मक वृद्धि जिसके अन्तर्गत किसी नगर में जनसंख्या का गांवों, दूसरे नगरों या क्षेत्रों से आव्रजन एवं दूसरे नगर या क्षेत्र से इस विशेष से जनसंख्या का प्रव्रजन के अन्तर से होने वाली जनसंख्या वृद्धि को जनसंख्या की प्रव्रजनात्मक वृद्धि के कारण नगर का उपान्त क्षेत्र जो पहले ग्रामीण होता है, क्रमशः नगरीय सुविधाओं के बढ़ने के कारण नगर सीमा में ले लिया जाता है। इस प्रकार नगर का क्षेत्र एवं जनसंख्या बढ़ जाती है। साथ ही कुछ ग्रामीण

अधिवास नगर के क्षेत्र के रूप में वर्गीकृत होने से उनकी जनसंख्या के जुड़ने से भी नगरीय जनसंख्या की वृद्धि होती है।

गोरखपुर मण्डल में गोरखपुर, देवरिया, कुशीनगर एवं महाराजगंज जनपद आते है। गोरखपुर मण्डल की कुल जनसंख्या 13791088 है, जिसमें 7015022 पुरूष एवं 6776066 महिलाएं हैं। मण्डल के जनपदों की जनसंख्या घनत्व इस प्रकार है–गोरखपुर–1137, देवरिया–1221, कुशीनगर–1227 तथा महाराजगंज–909 वर्ग किमी है।

मण्डल के जनपदों का क्षेत्रफल गोरखपुर (3321), देवरिया(2540), कुशीनगर(2905) एवं महाराजगंज(2952) वर्ग किमी है। मण्डल के जनपदों में लिंगानुपात–गोरखपुर (950), देवरिया(1017), कुशीनगर(961) एवं महाराजगंज(909) है। मण्डल के जनपदों का औसत साक्षरता प्रतिशत गोरखपुर (70.83), देवरिया(71. 13), कुशीनगर(65.25) एवं महाराजगंज(62.76) है। मण्डल में 0–6 वर्ष के बच्चों की कुल संख्या 2085076 है जिसमें 1184790 बालक 1000286 बालिका हैं। मण्डल में अनुसूचित जनजातियों की कुल संख्या 2441931 हैं, जिसमें 1250190 पुरूष एवं 1191741 स्त्री हैं। अनुसूचित जन जातियों की कुल संख्या 217935 है जिसमें 110182 पुरूष एवं 107753 स्त्री हैं (भारत की जनगणना, 2011)।

भूमि संरचना

भूमि की बनावट की दृष्टिकोण से जनपद को दो संभागों में विभक्त किया जा सकता है। इनको उत्तरी एवं दक्षिणी संभाग से सम्बोधित किया जा सकता है। उत्तरी भाग में विकास खण्ड जंगल कौड़िया, कैम्पियरगंज, भटहट, खोराबार, पिपराईच, चरगांवा, पाली, सहजनवां एवं सरदारनगर स्थित हैं। इस संभाग की मिट्टी दोमट है। दक्षिणी संभाग में विकास खण्ड पिपरौली, खजनी, बेलघाट, उरुवा, बड़हलगंज, गोला, कौड़ीराम, गगहा तथा ब्रह्मपुर स्थित हैं। इस संभाग की मिट्टी हल्की दोमट है। जनपद के पूर्वोत्तर भाग में भाठ मिट्टी पायी जाती है।

जलवायु

गोरखपुर जनपद शीतोष्ण कटिबन्धीय मानसूनी जलवायु में स्थित है, किन्तु दक्षिणी भाग की अपेक्षा उत्तरी भाग में कुछ अधिक ठंडक पड़ती है। जनपद में भूमिगत जल का सतह उत्तरी भाग में 60 से 100 फुट तथा दक्षिणी भाग में 100 से 150 फुट जो समान्य भूतल से नीचे पाया जाता है। जनपद में सामान्यतः 1221 मिमी0 वर्षा होती है। अधिकाशः वर्षा जून से सितंबर तक होती है तथा वर्ष के शेष आठ महीने सामान्यतः सूखे रहते हैं तथा कभी–कभी साइक्लोनिक वर्षा जाड़े के महीने में होती है। जुलाई के महीने में आसमान बादलों से सर्वाधिक रूप से आच्छादित रहता है।

प्रतिवर्ष बाढ़ एवं वर्षा से जनपद में अपार, जन, धन, की क्षति होती रहती है। इस जनपद में बहने वाली अधिकांश नदियां पहाड़ी हैं तथा जब भी पहाड़ पर अधिक वर्षा होती है तब इन नदियों में अकस्मात बाढ़ आ जाती है।

देवरिया जनपद 26 डिग्री और 28 डिग्री के बीच उत्तरी देशान्तर और 83 डिग्री और 85 डिग्री के बीच पूर्वी अक्षांस पर स्थित है। जनपद का जलवायु समशीतोष्ण है। जो कि मई और जून में यहां पर खूब गर्मी और दिसम्बर और जनवरी में अधिक ठंड पड़ती है। यहां पर विभिन्न प्रकार की मिट्टी दोमट, बलुई, भाट, आदि पायी जाती है। देवरिया की मुख्य नदियों में गोर्रा, बथुआ, घाघरा, छोटी गण्डक आदि नदियां शामिल हैं।

वन सम्पदा

यहां पर 5764 हेक्टेयर भूमि वनाच्छादित वनों से उपयोगी लकड़ियाँ प्राप्त होती हैं। इन लकड़ियों से गृह निर्माण, फर्नीचर एवं जलौनी लकड़ी प्राप्त होती है। वनों में मुख्यतः साखु, सागौन, शीशम, महुआ, बबूल, जामुन तथा आम के वृक्ष पाये जाते हैं। जो अधिकांशतः इमारती लकड़ियाँ हैं, इनके अतिरिक्त वनों से अनेक प्रकार की

औषधियुक्त जड़ी–वूटियाँ भी पायी जाती हैं। अधिकाधिक वन लगाकर जनपद के वातावरण को शुद्ध किया जा सकता है एवं इसके आय में वृद्धि की जा सकती है।

शिक्षा

किसी भी समाज के आर्थिक, सामाजिक, सांस्कृतिक तथा राजनीतिक विकास के लिए शिक्षा एक महत्वपूर्ण आधार होता है। मानव संसाधन के विकास हेतु शिक्षा एक मूलभूत आवश्यकता है इसलिए राज्य सरकार द्वारा औपचारिक, अनौपचारिक तथा प्रौढ शिक्षा आदि कार्यक्रमों के माध्यम से इसके विकास एवं प्रसार हेतु निरंतर प्रयास किये जा रहे है। इन प्रयासों के फलस्वरूप प्रदेश में साक्षर व्यक्तियों का प्रतिशत बढ़ा है। शिक्षा के प्रति जनसामान्य को आकर्षित करने हेतु राज्य सरकार द्वारा उत्तर माध्यमिक विद्यालय स्तर के बालक एवं बालिकाओं के लिए निःशुल्क शिक्षा की व्यवस्था की गई है। शिक्षा में प्रत्येक महिलाओं को आकर्षित तथा प्रोत्साहित करने के उद्देश्य से अनेक प्रयास किये जा रहे है। इन प्रयासों के अन्तर्गत समस्त जूनियर बेसिक विद्यालयों में बालक एवं बालिकाओं के प्रवेश की व्यवस्था, समाज के निर्बल वर्ग के विद्यार्थियों के लिए निःशुल्क पाठ्य पुस्तकों का वितरण, मध्याहन भोजन तथा छात्रवृत्तियों की अधिकाधिक व्यवस्था एवं कन्या विद्याधन योजना का शुभारंभ किया गया है। ग्रामीण क्षेत्रों के उच्चतर माध्यमिक विद्यालयों में अध्ययनरत बालिकाओं को विशेष सुविधा सुलभ कराने हेतु अनुदानों की व्यवस्था करने के साथ ही साथ प्रत्येक विकास खण्ड मे महिलाओं के लिए एक उच्चतर माध्यमिक विद्यालय एवं एक महाविद्यालय स्थापित करने के प्रयास किये जा रहे हैं।

स्वास्थ्य

तराई क्षेत्र में स्थित होने के कारण यह बीमारियों के दृष्टि से काफी नाजुक माना जाता है। यहां चिकित्सा सुविधाएं निजी एवं सरकारी दोनों स्तरों पर विद्यमान

हैं। मण्डल में प्रमुख इकाईयाँ– जिला चिकित्सालय 06, सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र 49, ब्लाक स्तरीय प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र 45, प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र 208 नगरीय स्वास्थ्य इकाई 22, उपकेन्द्र 1495, आंगनवाड़ी केन्द्र 14046 हैं।

सामाजिक सेवाएं

वौद्धिक विकास तथा उनकी कार्य कुशलता एवं कार्य क्षमता में अभिवृद्धि करने के उद्देश्य से राज्य सरकार जनपद में शिक्षा चिकित्सा एवं सेवाओं जैसी महत्वपूर्ण एवं आर्थिक विकास में सहायक सामाजिक सेवाओं के प्रसार पर यथासंभव बल दिया जाता रहा है। प्रत्येक पंचवर्षीय योजना में प्रदेश सरकार द्वारा कुल परिव्यय शिक्षा, स्वास्थ्य एवं जल सम्पूर्ति सम्बन्धी कार्यक्रमों के विकास हेतु आवंटित किया गया है। इसके विपरीत उन कार्यक्रमों पर अन्य संस्थाओं द्वारा भी व्यय किया जाता है।

प्रमुख समस्याएं एवं सुझाव

गोरखपुर बाढ़ एवं प्राकृतिक आपदा की क्षेणी में आता है। बाढ़ की समस्या जनपद की प्रमुख समस्याओं में से एक है। जनपद का प्रत्येक वर्ष इससे प्रभावित होता है। इससे जनपद में भीषण तबाही होती है तथा कराड़ों की सम्पत्ति प्रतिवर्ष नदियों की भीषण धारा में बह जाती है। फलस्वरूप जनपद की आर्थिक एवं सामाजिक व्यवस्था अत्यन्त खराब हो जाती है। बाढ़ की विभीषिका विशेषकर नेपाल से आने वाली नदियों के तीव्र बहाव के कारण होती है। इसे नियंत्रित करने का एक उपाय नेपाल देश से नदी समझौता कर बड़े–बड़े जलाशय बनाकर किया जा सकता है। इसके अतिरिक्त पूर्व में बने बंधों का समय–समय पर सफाई करायी जाय एवं छिछले नदी नालों को चौड़ा तथा गहरा कराया जाय। उन नदियों की सफाई आवश्यक है जिसका बहाव गति मंद है।

यहां पर बहुत सी जनसंख्या बेरोजगारी से त्रस्त है क्योंकि यहां पर कोई नये कारखाने नही लगाये जा रहे हैं। यहां का एक मात्र फर्टिलाइजर कारखाना बंद भी हो गया है। कल–कारखाने बंद भी हो गया है। कल कारखानों के अभाव में अधिकांश जनसंख्या कृषिं पर आधारित है।

यहां की वणिज्यिक फसलों में से गन्ना प्रमुख फसल है। गन्ना से चीनी का उत्पादन होता है परन्तु जनपद की चीनी मिलों के बंदी के कगार पर होने के कारण गन्ने का उचित मूल्य गन्ना किसानों को नही मिल पाता है जिससे किसान इसकी बुआई से मुंह मोडने लगा है। यदि सरकार द्वारा इन चीनी मिलों को चलाने की व्यवसथा की जाती है तो कितने भूखों को रोटी मिल जाती। गन्ने की खोई का उपयोग ईधन व हार्ड बोर्ड बनाने तथा इसकी पत्तियों का उपयोग ईधन व झाोपड़ी की छत बनाने में किया बनाने मेंकिया जाता है। जनपद में चीनी उद्योग को छोड़कर कोई वृहद उद्योग नहीं है। अतः यहां के बेराजगार युवकों को बाध्य होकर रोजगार की तलाश में अन्यत्र जाना पड़ता है। जनपद की एक मात्र फर्टिलाईजर फैक्ट्री वर्षो से बंद पड़ी है। यहां का हथकरघा उद्योग भी बंद हो चुका है। जो हाथ पहले सुन्दर–सुन्दर हैण्डलूम के वस्त्र बनाया करते थे, उन हाथों में रोजगार न होने के कारण अपना जीवन निर्वाह करने के लिए सड़कों पर पंचर जोड़ने, रिक्शा चलाने, चाय की दुकान खोलने या फुटपाथ पर बैठकर अन्य कार्य करना पड़ रहा है। यह इस जनपद का दुर्भाग्य कहा जा सकता है।

यह जनपद हथकरघा उद्योग में अपना विशिष्ट योगदान रखता है लेकिन समय के साथ–साथ तकनीकी एवं गुणवत्ता पर ध्यान न देने के कारण हथकरघा उद्योग के विकास में पिछड़ गया जिसके कारण यहां के बुनकर पलायन करते जा रहे हैं।

अध्याय तृतीय

इन्सेफ्लाइटिस प्रभावित क्षेत्र का सामाजिक–आर्थिक स्थिति का मूल्यांकन

व्यक्ति की सामाजिक परिस्थितियों के विश्लेषण में सामाजिक, आर्थिक कारकों की महत्वपूर्ण भूमिका होती है। सामाजिक और आर्थिक दशाएं व्यक्ति के भविष्य को भी सुनिश्चित करती है। शोध में पाया गया है कि समुदाय की समाजिक, आर्थिक स्थिति तथा खराब स्वास्थ्य के बीच एक गहरा रिश्ता है। उनका मत है कि विकासशील देशों में बीमारी हर जगह है। बीमारी के बारे में भी वह आगे कहते हैं कि भोजन की कमी, शक्ति की कमी, पानी की कमी तथा अन्य गंभीर कमियाँ समाज का अभिशाप हैं जिनके गंभीर परिणाम होते हैं, जिसका प्रभाव व्यक्ति के स्वास्थ्य पर पड़ता है।

मनुष्य, राष्ट्र, समुदाय और परिवार की संरचना में मूल इकाई है। मनुष्य की प्रगति और बल उसके स्वास्थ्य पर प्रतिविम्बित होते हैं। किसी भी राष्ट्र का सबसे बड़ा धन उसके स्वस्थ नागरिक हैं, न कि उनकी संख्या इसलिए मनुष्य के स्वस्थ होने के लिए उस देश व राष्ट्र को भरपूर निगरानी रखनी चाहिए, जिससे कि उस देश की सम्पन्नता एवं प्रगति बरकरार रहे। इसलिए यह राष्ट्र समुदाय, परिवार, व्यक्ति का प्राथमिक कर्तव्य है कि वह स्वास्थ्य का अधिक से अधिक ख्याल रखे, जिससे देश के नागरिक पूर्ण जीवन का आनन्द ले सकें। विश्व स्वास्थ्य संगठन(1991) द्वारा यह कहा गया है कि स्वास्थ्य में कमी को दूर करने हेतु बीमारी से रोकथाम, बचाव एवं इलाज आवश्यक है। एक समुदाय की स्वास्थ्य आवश्यकताएं हैं, चिकित्सा सुविधाएं, स्वास्थ्य पेय जल, भरपूर पुष्टाहार, स्वच्छ पर्यावरण, टीकाकरण एवं परिवार नियोजन, विशेषकर भारतीय समुदाय के सन्दर्भ में।

उपरोक्त बातें पूर्वी उत्तर प्रदेश के गोरखपुर मण्डल के सन्दर्भ में ज्यादा समीचीन लगती है। चूंकि पूर्वी उत्तर प्रदेश के गोरखपुर मण्डल गरीबी, बेरोजगारी, अशिक्षा एवं पिछड़ेपन का शिकार है जिसके परिणामस्वरूप यहाँ निवास करने वाली अधिकांश जनता गरीब एवं बेरोजगार है जिसके कारण वह निम्न स्तर का जीवनयापन करते हैं जिससे उनका स्वास्थ्य प्रभावित होता है। वह निम्न आय वर्ग के हैं अधिक परिश्रम से पैसा कमाना मेहनत, मजदूरी द्वारा जीवन व्यतीत करते हैं। सामाजिक सेवाओं से अधिकांशतः वंचित रहते हैं। गरीब या निम्न आय वर्ग होने के कारण बीमारी की अवस्था के समुचित इलाज से भी अक्सर महरूम रहना पड़ता है क्योंकि निम्न आय वर्ग होने के कारण इनके पास इतने पैसे नही होते है कि वह अपना इलाज करा सकें। श्रीवास्तव एवं द्विवेदी (2012) द्वारा यह कहा गया है कि भारत के बहुसंख्यक गरीब जनता को निजी अस्पतालों के धनलोभी चिकित्सकों द्वारा चूसा न जाय जिससे कि निजी अस्पतालों में आने वाले गरीब जनता की संख्या में विस्तार हो सके।

व्यक्ति को स्वस्थ रखने में शिक्षा की महत्वपूर्ण भूमिका होती है। शिक्षित व्यक्ति अपने स्वास्थ्य की देखभाल सही तरीके से कर सकता है। शिक्षा के कारण वह अपने स्वास्थ्य के प्रति जागरूक रहता है और इससे व्यक्ति अपने स्वास्थ्य का बचाव कर सकता है। अशिक्षित एवं पिछड़ेपन के फलस्वरूप यहाँ की अधिकांशतः जनता में स्वास्थ्य जागरूकता न्यूनतम पायी जाती है। अशिक्षित लोग स्वस्थ रहने और स्वास्थ्य साधनों को उचित उपयोग करने के प्रति उदासीन रहते हैं और बीमार हो जाने पर उचित इलाज के लिए देवी–देवताओं की मनौतियों ही मनाते रहते हैं। स्पष्ट है कि ऐसी स्थिति में इनका स्वास्थ्य प्रभवित होता है।

शिक्षा के द्वारा व्यक्ति के व्यवहार में परिष्कार और परिमार्जन आता है जिससे वह बीमारी से बचाव कर सकता है। शिक्षा के महत्व के बारे में लिखा

विद्वानों ने लिख है कि शिक्षा व्यक्ति के लिए महत्वपूर्ण होता है, कानून से ज्यादा महत्वपूर्ण लोगों का शिक्षित होना है।

समाज में लोगों का स्वास्थ्य उनके व्यवसाय से भी प्रभावित होता है। व्यवसायिक स्थिति का प्रभाव व्यक्ति के स्वास्थ्य पर पड़ता है जिस स्थान पर व्यवसाय होता है। अगर वहाँ का वातावरण गंदा और प्रदूषित है तो उसका प्रभाव वहां पर काम करने वाले व्यक्ति पर पड़ता है। अधिकांश गरीब लोग छोटे–मोटे व्यवसाय या काम धन्धा करके अपना जीवन–यापन करते हैं जिसके कारण वह निम्न स्तर का जीवन यापन करते हैं। वैश्वीकरण एवं औद्योगिकरण का प्रभाव पूर्वी उत्तर प्रदेश में यथेष्ट रूप से नही होने के कारण यहाँ पर निवास करने वाले अधिकतर लोग छोटे–मोटे व्यवसाय करके अपना जीवन यापन करते हैं जिसके परिणामस्वरूप रहन–सहन, खान–पान, आवास–निवास स्वास्थ्य वातावरण उचित न होने के कारण उनका स्वास्थ्य प्रभावित होता है। कहा गया है कि व्यवसाय समाजिक अर्थव्यवस्था की सचेतन सूचक है।

परिवार समाज की केन्द्रीय इकाई है, परिवारों से समूह से समाज बनता है। अतः पारिवारिक व समाजिक व्यवस्था एवं दूसरे पर निर्भर करती है। परिवार छोटा है स्वस्थ है यथासंभव सम्पन्न है। इसके विपरीत यदि बड़ा है, निम्न या मध्यम आयु वर्ग का है तो आर्थिक परिस्थितियों के कारण अर्थोपार्जन में लगे रहना अनिवार्य हो जाता है जिससे मानसिक तनाव की स्थिति बनी रहती है। निश्चित ही यह वातावरण उस परिवार एवं समाज के स्वस्थ्य के लिए हानिकारक सिद्ध होता है। पूर्वी उत्तर प्रदेश में अधिकांशतः संयुक्त परिवार प्रणाली का प्रचलन अधिक है जिसका प्रभाव लोगों के स्वास्थ्य पर पड़ता है।

यह अवलोकन किया गया है कि बड़े परिवार में संभवतः अधिक भीड़ के कारण बीमारी की संभावना बढ़ जाती है। मृत्यु की संभावना गंदेपन के कारण होती है न कि उम्र के हिसाब से।

व्यक्ति के विकास में उसकी समाजिक, आर्थिक दशाओं का महत्वपूर्ण योगदान होता है। इस सन्दर्भ में इन्सेफ्लाइटिस पीड़ित परिवारों के सामजिक, आर्थिक स्तरों के आधार पर इन्सेफ्लाइटिस के प्रभाव को जानने की चेष्टा की गई है। इस अध्याय में इन्सेफलाइटिस क्षेत्र का सामाजिक–आर्थिक स्थिति का मूल्यांकन किया गया है।

प्रस्तुत शोध अध्ययन का उद्देश्य पूर्वी उत्तर प्रदेश के गोरखपुर परिक्षेत्र में फैले इन्सेफ्लाइटिस बीमारी की विभीषिका का समाजशास्त्रीय अध्ययन करना था। इस हेतु प्रस्तुत शोध कार्य में इन्सेफ्लाटिस पीड़ित परिवारों से प्रदत्त संकलन किया गया तथा उनका विश्लेषण किया गया। जिसे इस अध्ययन के अन्तर्गत रखा गया है। इसको विभिन्न उपशीर्षकों के अन्तर्गत प्रदर्शित किया गया–

- **इन्सेफ्लाइटिस पीड़ितों का लैगिंक भेदः–**

तालिका सं0 3.1 में इन्सेफ्लाइटिस पीड़ितों का लैंगिक भेद को प्रदर्शित किया गया है। पीड़ितों के लैंगिक भेद में 71 प्रतिशत पुरूष एवं 29 प्रतिशत महिला पायी गयीं।

जबकि जनपद स्तरीय विश्लेषण में पुरूष मरीजों की संख्या में कुशीनगर (79 प्रतिशत) की तुलना में अन्य जनपदों–गोरखपुर (71 प्रतिशत), महाराजगंज(69 प्रतिशत) एवं देवरिया(64 प्रतिशत) में इन्सेफलाइटिस के मरीज कम पाये गये। वहीं महिला मरीजों की संख्या देवरिया(36 प्रतिशत) की तुलना में अन्य जनपदों–महाराजगंज(31 प्रतिशत), गोरखपुर(29 प्रतिशत) एवं कुशीनगर (21 प्रतिशत) में कम पाया गया।

इन्सेफलाइटिस मरीजों के लैंगिक भेद की स्थिति में पुरूष मरीजों की संख्या में जनपद गोरखपुर के चरगांवा विकास खण्ड के गांव जंगल छत्रधारी(17 प्रतिशत) की तुलना में अन्य गांवों–जंगल धूषण(15 प्रतिशत), रामपुर गोपालपुर (14 प्रतिशत), गुलरिहां(16 प्रतिशत) मानीराम(13 प्रतिशत) एवं गुलरिहां(12 प्रतिशत) में कम पाया

गया। वहीं महिला मरीजों की संख्या गोरखपुर के चरगांवा विकास खण्ड के गांव गुलरिहां(08 प्रतिशत) की तुलना में अन्य गांवों–मानीराम (07 प्रतिशत), रामपुर गोपालपुर(06 प्रतिशत), जंगल धूषण (05 प्रतिशत) एवं जंगल छत्रधारी(03 प्रतिशत) में कम पाया गया।

इन्सेफलाइटिस मरीजों के लैंगिक भेद की स्थिति में पुरूष मरीजों की संख्या मे जनपद देवरिया के भाटपार रानी विकास खण्ड के गांव अहिरौली तिवारी (16 प्रतिशत) की तुलना में अन्य गावों–बड़का गांव(14 प्रतिशत), कुकुर घाटी (13 प्रतिशत), सरया(11 प्रतिशत), एवं सोहनापार(10 प्रतिशत) में कम पाये गये। वहीं महिला मरीजों की संख्या में देवरिया के भाटपार रानी विकास खण्ड के गांव सोहनापार(10 प्रतिशत) की तुलना में अन्य गावों– सरया(09 प्रतिशत), कुकुर घाटी (07 प्रतिशत), बड़का गांव(06 प्रतिशत), अहिरौली तिवारी (04 प्रतिशत) में कम पाया गया।

इन्सेफलाइटिस मरीजों के लैंगिक भेद की स्थिति में पुरूषों मरीज की संख्या मे कुशीनगर के खडडा विकास खण्ड के गांव पनियहवां(19 प्रतिशत) की तुलना में अन्य गावों–करदह (17 प्रतिशत), सिसवां गोपाल (17 प्रतिशत), रामनगर(14 प्रतिशत) एवं छितौनी (12 प्रतिशत) में कम पाया गया। वहीं महिला मरीजों की संख्या कुशीनगर के खडडा विकास खण्ड के गांव छितौनी (08 प्रतिशत) की तुलना में अन्य गावों–रामनगर(06 प्रतिशत), सिसवां गोपाल (03 प्रतिशत) करदह (03 प्रतिशत) में कम पाया गया।

इन्सेफलाइटिस मरीजों के लैंगिक भेद की स्थित में पुरूष मरीजों की संख्या मे महाराजगंज के परतावल विकास खण्ड के गांव तरकुलवां(06 प्रतिशत) की तुलना में अन्य गावों– मंगलपुर(16 प्रतिशत), नटवा(13 प्रतिशत), नंदना(12 प्रतिशत) एवं हरपुर तिवारी(11 प्रतिशत) में कम पाया गया। वहीं महिला मरीजों की संख्या महाराजगंज के परतावल विकास खण्ड के गांव हरपुर तिवारी(09 प्रतिशत) की

तुलना में अन्य गावों—नंदना(08 प्रतिशत), नटवां (07 प्रतिशत प्रतिशत), मंगलपुर(04 प्रतिशत) एवं तरकुलवां(05 प्रतिशत) में कम पाया गया।

तालिका सं0 3.1: इन्सेफ्लाइटिस पीड़ितों में गोरखपुर(n=100), देवरिया(n=100), कुशीनगर(n=100) एवं महाराजगंज(n=100) में लैंगिक भेद का वितरण N=400

जनपद	ब्लॉक	गाँव	लैंगिक भेद		
			पुरूष	महिला	योग
गोरखपुर	चरगांवा	G1	15(15.0)	5(5.0)	20(20.0)
		G2	13(13.0)	7(7.0)	20(20.0)
		G3	17(17.0)	3(3.0)	20(20.0)
		G4	14(14.0)	6(6.0)	20(20.0)
		G5	12(12.0)	8(8.0)	20(20.0)
		योग	71(71.0)	29(29.0)	100(100.0)
देवरिया	भटपार रानी	D1	13(13.0)	7(7.0)	20(20.0)
		D2	16(16.0)	4(4.0)	20(20.0)
		D3	14(14.0)	6(6.0)	20(20.0)
		D4	11(11.0)	9(9.0)	20(20.0)
		D5	10(10.0)	10(10.0)	20(20.0)
		योग	64(64.0)	36(36.0)	100(100.0)
कुशीकनगर	(खड्डा)	K1	12(12.0)	8(8.0)	20(20.0)
		K2	17(17.0)	3(3.0)	20(20.0)
		K3	19(19.0)	1(1.0)	20(20.0)

		K4	14(14.0)	6(6.0)	20(20.0)
		K5	17(17.0)	3(3.0)	20(20.0)
		योग	79(79.0)	21(21.0)	100(100.0)
महराजगंज	परतावल	M1	11(11.0)	9(9.0)	20(20.0)
		M2	16(16.0)	4(4.0)	20(20.0)
		M3	12(12.0)	8(8.0)	20(20.0)
		M4	13(13.0)	7(7.0)	20(20.0)
		M5	17(17.0)	3(3.0)	20(20.0)
		योग	69(69.0)	31(31.0)	100(100.0)
महायोग			**283(70.75)**	**117(29.25)**	**400(100.0)**

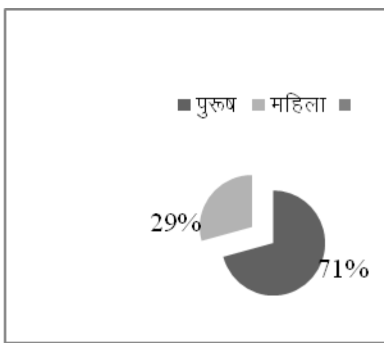
नोटः—

1. कोष्ठक ( ) में प्रतिशत को दर्शाया गया है।
2. G1=जंगल धूषण, G2= मानीराम, G3=जंगल छत्रधारी, G4=रामपुर गोपालपुर, G5=गुलरिहा

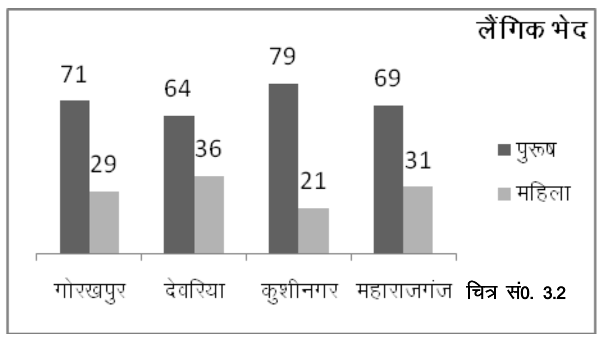
D1= कुकुर घाटी, D2= अहिरौली तिवारी, D3=बड़का गांव, D4=सरया, D5=सोहनापार

K1=छितौनी, K2=करदह, K3= पनियहवा, K4=रामनगर, K5=सिसवां गोपाल

M1= हरपुर तिवारी, M2=मंगलपुर, M3=नन्दना, M4=नटवां, M5=तरकुलवां



चित्र सं0. 3.1



चित्र सं0. 3.2

प्राप्त परिणाम का अवलोकन करने पर ज्ञात होता है कि पुरूष मरीज महिला मरीज की तुलना में सर्वाधिक पाये गये।

पुरूष मरीजों की संख्या जनपद कुशीनगर में अन्य जनपदों (गोरखपुर, महाराजगंज, देवरिया) की तुलना में सर्वाधिक पाया गया। वहीं महिला मरीज की संख्या जनपद देवरिया में अन्य जनपदों (महाराजगंज, गोरखपुर, कुशीनगर) की तुलना में सर्वाधिक पाया गया।

जनपद गोरखपुर के चरगांवा विकास खण्ड के जंगल छत्रधारी में अन्य गांवों (जंगल धूषण, रामपुर गोपालपुर, गुलरिहां, मानीराम, गुलरिहां) की तुलना में सर्वाधिक पाया गया। वहीं महिला मरीजों की संख्या गोरखपुर के चरगांवा विकास खण्ड के गुलरिहां की तुलना में अन्य गांवों (मानीराम, रामपुर गोपालपुर, जंगल धूषण, जंगल छत्रधारी) की तुलना में सर्वाधिक पाया गया।

जनपद देवरिया के भाटपार रानी विकास खण्ड के गांव अहिरौली तिवारी की तुलना में अन्य गावों (बड़का गांव, कुकुर घाटी सरया, सोहनापार) की तुलना में सर्वाधिक पाया गया। वहीं महिला मरीजों की संख्या में देवरिया के भाटपार रानी विकास खण्ड के गांव सोहनापार में अन्य गावों– (सरया, कुकुर घाटी, बड़का गांव, अहिरौली तिवारी) की तुलना में सर्वाधिक पाया गया।

कुशीनगर के खडडा विकास खण्ड के गांव पनियहवां में अन्य गावों (करदह, सिसवां गोपाल, रामनगर, छितौनी) की तुलना में सर्वाधिक पाया गया। वहीं महिला मरीजों की संख्या कुशीनगर के खडडा विकास खण्ड के गांव छितौनी में अन्य गावों– रामनगर, सिसवां गोपाल, करदह) की तुलना में सर्वाधिक पाया गया।

महाराजगंज के परतावल विकास खण्ड के गांव तरकुलवां में अन्य गांवों (मंगलपुर, नटवा, नंदना, हरपुर तिवारी) की तुलना में सर्वाधिक पाया गया। वहीं महिला मरीजों की संख्या महाराजगंज के परतावल विकास खण्ड के गांव हरपुर तिवारी में अन्य गावों–(नंदना, नटवां, मंगलपुर, तरकुलवां) की तुलना में सर्वाधिक पाया गया।

यह स्पष्ट होता है कि इन्सेफ्लाइटिस का प्रकोप लड़कियों की अपेक्षा लड़कों में अधिक पाया जाता है। इसका मुख्य कारण है लड़कियों का ज्यादातर घर के अन्दर रहना तथा लड़कों का ज्यादातर बाहरी कार्यो में संलग्न रहना माना जा सकता है। इसके अलावा लड़कियों का पूरे बदन कपड़ा पहनना एवं लड़कों का कम कपड़े पहनना भी माना जाता है। लड़के अनेक कार्यः—खेती के कार्य के लिए, खेलने के लिए, पढ़ाई के लिए आदि के लिए का ज्यादातर बाहर रहते हैं एवं उनके द्वारा कम कपड़े पहनने से उन पर मच्छरों का प्रकोप ज्यादा होता है। लडके एवं लड़कियों में इस बीमारी का अनुपात 1.0 : 1.5 या 1ः 2.0 देखा जाता है(कुमार एवं अन्य 1988)। लड़कियों (34 प्रतिशत) की तुलना में लड़कों (66 प्रतिशत) में एक्यूट इन्सेफ्लाइटिस सिन्ड्रोम के मरीज पाये गये (बेजबोरूआ एवं बारभूइयां, 2018)। (वर्मा एवं अन्य, 2017) ने (64.3 प्रतिशत), (करमाकर एवं अन्य, 2008) ने (62.9 प्रतिशत), (डी एवं अन्य 2015) ने (56.5 प्रतिशत), (खिन्ची एवं अन्य, 2010) ने (50 प्रतिशत), (संबासिवम एवं अन्य, 2017) ने (53.3 प्रतिशत) के अध्ययन में सर्वाधिक पुरूष मरीज पाये गये।

- **इन्सेफ्लाइटिस पीड़ितों का आयु स्तरः—**

तालिका सं0 3.2 में इन्सेफ्लाइटिस पीड़ितों के आयु स्तर को प्रदर्शित किया गया है। पीड़ितों के आयु भेद के अन्तर्गत 0—5 वर्ष आयु वर्ग (52 प्रतिशत) की तुलना में आयु वर्ग 6—10 वर्ष में (37 प्रतिशत) एवं आयु वर्ग 11—15 वर्ष में (11 प्रतिशत) पाये गये।

इन्सेफ्लाइटिस मरीजों के आयु स्तर वर्ग (0—5 वर्ष) में कुशीनगर (61 प्रतिशत) की तुलना में अन्य जनपदों—महाराजगंज (55 प्रतिशत), गोरखपुर (52 प्रतिशत) एवं देवरिया (42 प्रतिशत) में इन्सेफ्लाइटिस के मरीज कम पाये गये। जबकि आयु वर्ग (6—10) में देवरिया (51 प्रतिशत) की तुलना में अन्य

जनपदों–गोरखपुर(36 प्रतिशत), महाराजगंज(33 प्रतिशत) एवं कुशीनगर (28 प्रतिशत) में इन्सेफ्लाइटिस के मरीज कम पाये गये। आयु वर्ग (11–16) में गोरखपुर 12 प्रतिशत एवं महाराजगंज (12 प्रतिशत) की तुलना में अन्य जनपदों– कुशीनगर (11 प्रतिशत), देवरिया (07 प्रतिशत) में इन्सेफ्लाइटिस के मरीज कम पाये गये।

इन्सेफ्लाइटिस मरीजों के आयु स्तर वर्ग (0–5) में जनपद गोरखपुर के चरगांवा विकास खण्ड के गांव रामपुर गोपालपुर (16 प्रतिशत) की तुलना में अन्य गांवों–मानीराम(11प्रतिशत), जंगल छत्रधारी(09 प्रतिशत), गुलरिहां(09 प्रतिशत), जंगल धूषण(07 प्रतिशत) में इन्सेफ्लाइटिस के मरीज कम पाये गये। जबकि आयु वर्ग (6–10) में चरगांवा विकास खण्ड के गांव जंगल छत्रधारी(11प्रतिशत) की तुलना में अन्य गांवों–जंगल धूषण (08 प्रतिशत), गुलरिहां(07 प्रतिशत) मानीराम(06 प्रतिशत), रामपुर गोपालपुर(04 प्रतिशत) में इन्सेफ्लाइटिस के मरीज कम पाये गये। वहीं आयु वर्ग (11–16) में गांव जंगल धूषण (05 प्रतिशत) की तुलना में अन्य गांवों–गुलरिहां(04 प्रतिशत), मानीराम(03 प्रतिशत), जंगल छत्रधारी(0प्रतिशत), रामपुर गोपालपुर(0प्रतिशत) में इन्सेफ्लाइटिस के मरीज कम पाये गये।

इन्सेफ्लाइटिस मरीजों के आयु स्तर वर्ग (0–5) में जनपद देवरिया के भाटपार रानी विकास खण्ड के गांव बड़का गांव(12 प्रतिशत) की तुलना में अन्य गावों–सोहनापार(09 प्रतिशत), सरया(08 प्रतिशत), कुकुर घाटी (07 प्रतिशत), अहिरौली तिवारी (06 प्रतिशत) में इन्सेफ्लाइटिस के मरीज कम पाये गये। वहीं आयु वर्ग (6–10) में देवरिया के भाटपार रानी विकास खण्ड के गांव कुकुर घाटी (012 प्रतिशत) की तुलना में अन्य गावों–अहिरौली तिवारी (11 प्रतिशत), सरया(11 प्रतिशत), सोहनापार(09 प्रतिशत), बड़का गांव(08 प्रतिशत) में इन्सेफ्लाइटिस के मरीज कम पाये गये। जबकि आयु वर्ग (11–15) में अहिरौली तिवारी (03 प्रतिशत) की तुलना में अन्य गांवों–सोहनापार(02 प्रतिशत), कुकुर घाटी(01 प्रतिशत),

सरया(01 प्रतिशत) एवं बड़का गांव(0 प्रतिशत) में इन्सेफ्लाइटिस के मरीज कम पाये गये।

इन्सेफलाइटिस मरीजों के आयु स्तर वर्ग (0–5) में कुशीनगर के खडडा विकास खण्ड के गांव सिसवां गोपाल (18 प्रतिशत) की तुलना में अन्य गावों–करदह (12 प्रतिशत), रामनगर(12 प्रतिशत), छितौनी (11 प्रतिशत) पनियहवां(08प्रतिशत) में कम पाये गये। वहीं आयु वर्ग (6–10) में कुशीनगर के खडडा विकास खण्ड के गांव छितौनी (08 प्रतिशत) एवं पनियहवां(03 प्रतिशत) की तुलना में अन्य गावों–रामनगर(06 प्रतिशत), करदह (05 प्रतिशत), सिसवां गोपाल (01 प्रतिशत) में कम पाया गया। जबकि आयु वर्ग (11–15) में गांव पनियहवां(04 प्रतिशत) की तुलना में अन्य गांवों–करदह (03 प्रतिशत), रामनगर(02 प्रतिशत), छितौनी(01 प्रतिशत) एवं सिंसवा गोपाल (01 प्रतितशत) में इन्सेफ्लाइटिस के मरीज कम पाये गये।

इन्सेफ्लाइटिस मरीजों के आयु स्तर वर्ग (0–5) में महाराजगंज के परतावल विकास खण्ड के गांव हरपुर तिवारी(16 प्रतिशत) की तुलना में अन्य गावों–तरकुलवां(12 प्रतिशत), नंदना(11 प्रतिशत), नटवा(10 प्रतिशत), मंगलपुर(06प्रतिशत) में कम पाया गया। वहीं आयु वर्ग (6–10) में महाराजगंज के परतावल विकास खण्ड के गांव मंगलपुर(09 प्रतिशत) की तुलना में अन्य गावों–नटवां (08 प्रतिशत प्रतिशत), तरकुलवां(07 प्रतिशत), नंदना(06 प्रतिशत), हरपुर तिवारी(03 प्रतिशत) में कम पाया गया। जबकि आयु वर्ग (11–15) में मंगलपुर (05 प्रतिशत) की तुलना में अन्य गांवों–नंदना (03 प्रतिशत), नटवां (03 प्रतिशत), तरकुलवां(01 प्रतिशत) एवं हरपुर तिवारी (01 प्रतिशत) में इन्सेफ्लाइटिस के मरीज कम पाये गये।

तालिका सं0 3.2: इन्सेफ्लाइटिस पीड़ितों में गोरखपुर(n=100), देवरिया(n=100), कुशीनगर(n=100) एवं महाराजगंज(n=100) में आयु स्तर का वितरण N=400

जनपद	ब्लॉक	गाँव	आयु स्तर			
			0–5 वर्ष	6–10 वर्ष	11–15 वर्ष	योग
गोरखपुर	चरगांवा	G1	7(7.0)	8(8.0)	5(5.0)	20(20.0)
		G2	11(11.0)	6(6.0)	3(3.0)	20(20.0)
		G3	9(9.0)	11(11.0)	0(0.0)	20(20.0)
		G4	16(16.0)	4(4.0)	0(0.0)	20(20.0)
		G5	9(9.0)	7(7.0)	4(4.0)	20(20.0)
		योग	**52**(52.0)	**36**(36.0)	**12**(12.0)	100(100.0)
देवरिया	भटपार रानी	D1	7(7.0)	12(12.0)	1(1.0)	20(20.0)
		D2	6(6.0)	11(11.0)	3(3.0)	20(20.0)
		D3	12(12.0)	8(8.0)	0(0.0)	20(20.0)
		D4	8(8.0)	11(11.0)	1(1.0)	20(20.0)
		D5	9(9.0)	9(9.0)	2(2.0)	20(20.0)
		योग	**42**(42.0)	**51**(51.0)	**7**(7.0)	100(20.0)
कुशीकनगर	(खड्डा)	**K1**	11(11.0)	8(8.0)	1(1.0)	20(20.0)
		K2	12(12.0)	5(5.0)	3(3.0)	20(20.0)
		K3	8(8.0)	8(8.0)	4(4.0)	20(20.0)

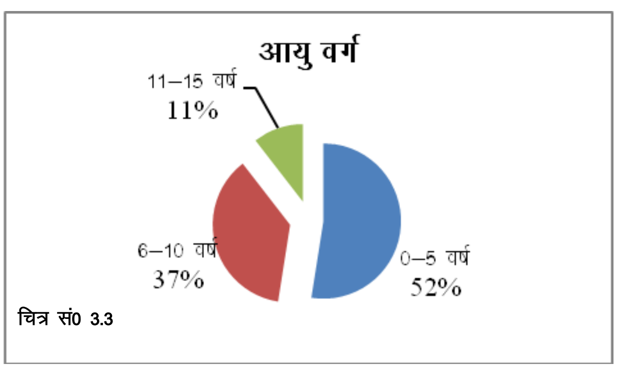
		K4	12(12.0)	6(6.0)	2(2.0)	20(20.0)
		K5	18(18.0)	1(1.0)	1(1.0)	20(20.0)
		योग	61(61.0)	28(28.0)	11(11.0)	100(100.0)
महाराजगंज	परतावल	**M1**	16(16.0)	3(3.0)	1(1.0)	20(20.0)
		M2	6(6.0)	9(9.0)	5(5.0)	20(20.0)
		M3	11(11.0)	6(6.0)	3(3.0)	20(20.0)
		M4	10(10.0)	8(8.0)	2(2.0)	20(20.0)
		M5	12(12.0)	7(7.0)	1(1.0)	20(20.0)
		योग	55(55.0)	33(33.0)	12(12.0)	100(100.0)
महायोग			**210(52.5)**	**148(37.0)**	**42(10.5)**	**400(100)**

नोटः–

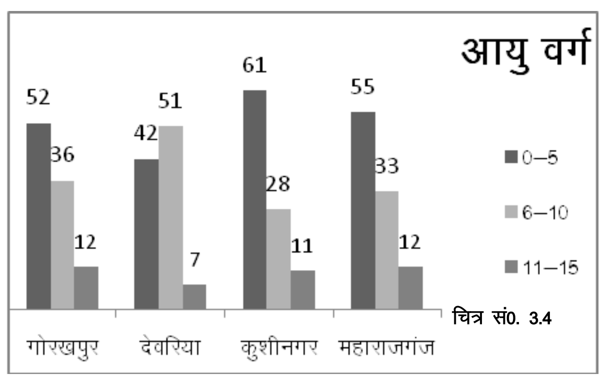
1. कोष्ठक ( ) में प्रतिशत को दर्शाया गया है।
2. G1=जंगल धूषण, G2= मानीराम, G3=जंगल छत्रधारी, G4=रामपुर गोपालपुर, G5=गुलरिहा

D1= कुकुर घाटी, D2= अहिरौली तिवारी, D3=बड़का गांव, D4=सरया, D5=सोहनापार

K1=छितौनी, K2=करदह, K3= पनियहवा, K4=रामनगर, K5=सिसवां गोपाल



चित्र सं0 3.3



चित्र सं0. 3.4

M1= हरपुर तिवारी, M2=मंगलपुर, M3=नन्दना, M4=नटवां, M5=तरकुलवां

- **इन्सेफ्लाइटिस पीड़ितों का आयु वर्गः—**

परिणाम का अवलोकन करने पर ज्ञात होता है कि 0 से 5 वर्ष आयु के बच्चे इस बीमारी से ज्यादा ग्रसित पाये गये।

इन्सेफ्लाइटिस मरीजों के आयु स्तर वर्ग (0—5 वर्ष) में कुशीनगर में अन्य जनपदों (महाराजगंज, गोरखपुर, देवरिया) की तुलना में इन्सेफ्लाइटिस के मरीज सर्वाधिक पाये गये। जबकि आयु वर्ग (6—10 वर्ष) में देवरिया में अन्य जनपदों (गोरखपुर, महाराजगंज, कुशीनगर) की तुलना में इन्सेफ्लाइटिस के मरीज सर्वाधिक पाये गये। आयु वर्ग (11—16 वर्ष) में जनपद गोरखपुर एवं महाराजगंज की तुलना में अन्य जनपदों (कुशीनगर एवं देवरिया) की तुलना में इन्सेफ्लाइटिस के मरीज सर्वाधिक पाये गये।

इन्सेफ्लाइटिस मरीजों के आयु स्तर वर्ग (0—5 वर्ष) में जनपद गोरखपुर के चरगांवा विकास खण्ड के गांव रामपुर गोपालपुर की तुलना में अन्य गांवों (मानीराम, जंगल छत्रधारी, गुलरिहां, जंगल धूषण) की तुलना में इन्सेफ्लाइटिस के मरीज सर्वाधिक पाये गये। जबकि आयु वर्ग (6—10 वर्ष) में चरगांवा विकास खण्ड के गांव जंगल छत्रधारी में अन्य गांवों (जंगल धूषण, गुलरिहां, मानीराम, रामपुर गोपालपुर) की तुलना में इन्सेफ्लाइटिस के मरीज सर्वाधिक पाये गये। वहीं आयु वर्ग (11—16 वर्ष) में गांव जंगल धूषण में अन्य गांवों (गुलरिहां, मानीराम, जंगल छत्रधारी, रामपुर गोपालपुर) की तुलना में इन्सेफ्लाइटिस के मरीज सर्वाधिक पाये गये।

इन्सेफ्लाइटिस मरीजों के आयु स्तर वर्ग (0—5 वर्ष) में जनपद देवरिया के भाटपार रानी विकास खण्ड के गांव बड़का गांव में अन्य गावों (सोहनापार, सरया, कुकुर घाटी, अहिरौली तिवारी) की तुलना में इन्सेफ्लाइटिस के मरीज सर्वाधिक पाये गये। वहीं आयु वर्ग (6—10 वर्ष) में देवरिया के भाटपार रानी विकास खण्ड के गांव

कुकुर घाटी में अन्य गावों (अहिरौली तिवारी, सरया,सोहनापार, बड़का गांव) की तुलना में इन्सेफ्लाइटिस के मरीज सर्वाधिक पाये गये। जबकि आयु वर्ग (11–15 वर्ष) में अहिरौली तिवारी में अन्य गांवों (सोहनापार, कुकुर घाटी, सरया एवं बड़का गांव) की तुलना में इन्सेफ्लाइटिस के मरीज सर्वाधिक पाये गये।

इन्सेफ्लाइटिस मरीजों के आयु स्तर वर्ग (0–5 वर्ष) में कुशीनगर के खडडा विकास खण्ड के गांव सिसवां गोपाल में अन्य गावों (करदह, रामनगर, छितौनी, पनियहवां) की तुलना में सर्वाधिक पाये गये। वहीं आयु वर्ग (6–10 वर्ष) में कुशीनगर के खडडा विकास खण्ड के गांव छितौनी एवं पनियहवां की तुलना में अन्य गावों (रामनगर, करदह, सिसवां गोपाल) की तुलना में सर्वाधिक पाये गये। जबकि आयु वर्ग (11–15 वर्ष) में गांव पनियहवां में अन्य गांवों (करदह, रामनगर, छितौनी एवं सिंसवा गोपाल) की तुलना में इन्सेफ्लाइटिस के मरीज सर्वाधिक पाये गये।

इन्सेफ्लाइटिस मरीजों के आयु स्तर वर्ग (0–5 वर्ष) में महाराजगंज के परतावल विकास खण्ड के गांव हरपुर तिवारी में अन्य गावों (तरकुलवां, नंदना, नटवा, मंगलपुर) की तुलना में सर्वाधिक पाया गया। वहीं आयु वर्ग (6–10 वर्ष) में महाराजगंज के परतावल विकास खण्ड के गांव मंगलपुर में अन्य गावों (नटवां, तरकुलवां, नंदना, हरपुर तिवारी) की तुलना में सर्वाधिक पाया गया। जबकि आयु वर्ग (11–15 वर्ष) में में अन्य गांवों (नंदना, नटवां, तरकुलवां, हरपुर तिवारी) की तुलना में इन्सेफ्लाइटिस के मरीज सर्वाधिक पाये गये।

इन्सेफेलाइटिस के मरीजों में (0–5 वर्ष) आयु वर्ग में मरीजों की संख्या अन्य आयु वर्ग की तुलना में सबसे अधिक पायी गयी है। अध्ययन बताते हैं कि (0–5 वर्ष) आयु वर्ग के बच्चों में प्रतिरोधक क्षमता कमजोर होती है (चटर्जी एवं अन्य, 2004). साथ ग्रामीण क्षेत्रों में कुपोषण भी एक कारण के रुप में स्वीकार किया

जाता है। विभिन्न विद्वानों ने भी अपने अध्ययन में पाया कि एक्यूट इन्सेफ्लाइटिस सिन्ड्रोम के मरीज बड़ों की तुलना में छोटे बच्चों में ज्यादा पाया जाता है। विद्वानों में बेज़बोरूआ एवं बारभूईयां (2018) ने 49.38 प्रतिशत, वर्मा एवं अन्य (2017) ने (92.85 प्रतिशत), यशोधरा (2015) ने (73.3 प्रतिशत), ककोटी (2013) ने (65.66 प्रतिशत), खिन्ची (2010) ने (50.8 प्रतिशत) शामिल हैं।

- **इन्सेफ्लाइटिस पीड़ित परिवार के मुखिया का शैक्षिक स्तर–**

तालिका सं0 3.3 में इन्सेफ्लाइटिस पीड़ित परिवार के मुखिया के शैक्षिक स्तर को प्रदर्शित किया गया है। जहाँ अनपढ़ (28 प्रतिशत) एवं कक्षा पाँचवी (28 प्रतिशत) की तुलना में हाईस्कूल (27 प्रतिशत) एवं उच्च शिक्षा(17 प्रतिशत) पाये गये।

पीड़ित परिवार में मुखिया का शैक्षिक स्तर (साक्षर) के अन्तर्गत महाराजगंज (34 प्रतिशत) की तुलना में अन्य जनपदों–कुशीनगर (32 प्रतिशत), गोरखपुर (25 प्रतिशत) एवं देवरिया (22 प्रतिशत) में कम पाया गया। पीड़ित परिवार में मुखिया का शैक्षिक स्तर(पांचवी) के अन्तर्गत देवरिया (34 प्रतिशत) की तुलना में अन्य जनपदों–गोरखपुर (30 प्रतिशत), कुशीनगर (25 प्रतिशत) एवं महाराजगंज (23 प्रतिशत) में कम पाया गया। पीड़ित परिवार में मुखिया का शैक्षिक स्तर(हाई स्कूल) के अन्तर्गत गोरखुपर (31 प्रतिशत) एवं महाराजगंज (31 प्रतिशत) की तुलना में अन्य जनपदों–देवरिया (24 प्रतिशत) एवं कुशीनगर (21 प्रतिशत) में कम पाया गया। पीड़ित परिवार में मुखिया का शैक्षिक स्तर(उच्च) के अन्तर्गत कुशीनगर(22 प्रतिशत) की तुलना में अन्य जनपदों–देवरिया (20 प्रतिशत), गोरखपुर (14 प्रतिशत) एवं महाराजगंज (12 प्रतिशत) में कम पाया गया।

पीड़ित परिवार में मुखिया का शैक्षिक स्तर(साक्षर) के अन्तर्गत जनपद गोरखपुर के चरगांवा विकास खण्ड के गांव रामपुर गोपालपुर (08 प्रतिशत) की तुलना में अन्य गांवों–मानीराम(6प्रतिशत), गुलरिहां(06 प्रतिशत), जंगल धूषण(03 प्रतिशत), जंगल छत्रधारी(02 प्रतिशत), में कम पाया गया। पीड़ित परिवार में मुखिया का शैक्षिक स्तर(पांचवी) के अन्तर्गत चरगांवा विकास खण्ड के गांव जंगल धूषण (19 प्रतिशत) की तुलना में अन्य गांवों–मानीराम(07 प्रतिशत) गुलरिहां(07 प्रतिशत), जंगल छत्रधारी(04प्रतिशत), रामपुर गोपालपुर(03 प्रतिशत) में कम पाया गया। पीड़ित परिवार में मुखिया का शैक्षिक स्तर(हाई स्कूल) के अन्तर्गत गांव रामपुर गोपालपुर(08 प्रतिशत) की तुलना में अन्य गांवों–जंगल छत्रधारी(07 प्रतिशत) जंगल धूषण(06 प्रतिशत) गुलरिहा(06 प्रतिशत) एवं मानीराम(04 प्रतिशत) में कम पाया गया। पीड़ित परिवार में मुखिया का शैक्षिक स्तर(उच्च) के अन्तर्गत गांव जंगल छत्रधारी(07प्रतिशत) की तुलना में अन्य गांवों–मानीराम (03 प्रतिशत), जंगल धूषण (02 प्रतिशत), गुलरिहां(01 प्रतिशत) में कम पाया गया।

पीड़ित परिवार में मुखिया का शैक्षिक स्तर(साक्षर) के अन्तर्गत जनपद देवरिया के भाटपार रानी विकास खण्ड के गांव सोहनापार(08 प्रतिशत) की तुलना में अन्य गावों–बड़का गांव(05 प्रतिशत), अहिरौली तिवारी (04 प्रतिशत), कुकुर घाटी (03 प्रतिशत), सरया(02 प्रतिशत) में कम पाये गये। पीड़ित परिवार में मुखिया का शैक्षिक स्तर(पांचवी) के अन्तर्गत देवरिया के भाटपार रानी विकास खण्ड के गांव कुकुर घाटी (09 प्रतिशत)एवं अहिरौली तिवारी (09 प्रतिशत)की तुलना में अन्य गावों–सोहनापार(07 प्रतिशत) सरया(06 प्रतिशत), बड़का गांव(03 प्रतिशत) में कम पाया गया। पीड़ित परिवार में मुखिया का शैक्षिक स्तर(हाई स्कूल) के अन्तर्गत सरया(08 प्रतिशत) की तुलना में अन्य गांवों–अहिरौली तिवारी (06 प्रतिशत) बड़का गांव(04 प्रतिशत), सोहनापार(03 प्रतिशत), कुकुर घाटी(03 प्रतिशत) पाया गया। जबकि पीड़ित परिवार में मुखिया का शैक्षिक स्तर(उच्च) के अन्तर्गत बड़का गांव(08

प्रतिशत) की तुलना में अन्य गांवों–कुकुर घाटी(05 प्रतिशत), सरया(04 प्रतिशत) सोहनापार(02 प्रतिशत), अहिरौली तिवारी (01 प्रतिशत) में कम पाया गया।

पीड़ित परिवार में मुखिया का शैक्षिक स्तर(साक्षर) के अन्तर्गत कुशीनगर के खडडा विकास खण्ड के गांव सिसवां गोपाल (09 प्रतिशत) एवं पनियहवां(09 प्रतिशत)की तुलना में अन्य गावों–छितौनी (07 प्रतिशत) रामनगर(04 प्रतिशत), करदह (03 प्रतिशत) में कम पाये गये। पीड़ित परिवार में मुखिया का शैक्षिक स्तर(पांचवी) के अन्तर्गत कुशीनगर के खडडा विकास खण्ड के गांव सिसवां गोपाल (07 प्रतिशत) की तुलना में अन्य गावों–रामनगर(06 प्रतिशत), करदह (05 प्रतिशत), छितौनी (04 प्रतिशत) एवं पनियहवां(03 प्रतिशत) में कम पाया गया। पीड़ित परिवार में मुखिया का शैक्षिक स्तर(हाई स्कूल) के अन्तर्गत गांव छितौनी(08 प्रतिशत) की तुलना में अन्य गांवों–करदह (06 प्रतिशत), पनियहवां(03 प्रतिशत), सिंसवा गोपाल (03 प्रतिशत) रामनगर(01 प्रतिशत) कम पाया गया। पीड़ित परिवार में मुखिया का शैक्षिक स्तर(उच्च) के अन्तर्गत गांव रामनगर(09 प्रतिशत), की तुलना में अन्य गांवों– करदह (06 प्रतिशत), पनियहवां(05 प्रतिशत), छितौनी(01 प्रतिशत) एवं सिंसवा गोपाल (01 प्रतितशत) में कम पाया गया।

पीड़ित परिवार में मुखिया का शैक्षिक स्तर(साक्षर) के अन्तर्गत महाराजगंज के परतावल विकास खण्ड के गांव मंगलपुर(11 प्रतिशत) की तुलना में अन्य गावों–तरकुलवां(08 प्रतिशत), हरपुर तिवारी(07 प्रतिशत), नटवा(6 प्रतिशत), नंदना(02 प्रतिशत) में कम पाया गया। परिवार में मुखिया का शैक्षिक स्तर(पांचवी) के अन्तर्गत महाराजगंज के परतावल विकास खण्ड के गांव नटवां (08 प्रतिशत) एवं तरकुलवां(07 प्रतिशत) की तुलना में अन्य गावों– नंदना(04 प्रतिशत), मंगलपुर(03 प्रतिशत) हरपुर तिवारी(02 प्रतिशत) में कम पाया गया। परिवार में मुखिया का शैक्षिक स्तर(हाई स्कूल) के अन्तर्गत नंदना (11 प्रतिशत) की तुलना में अन्य

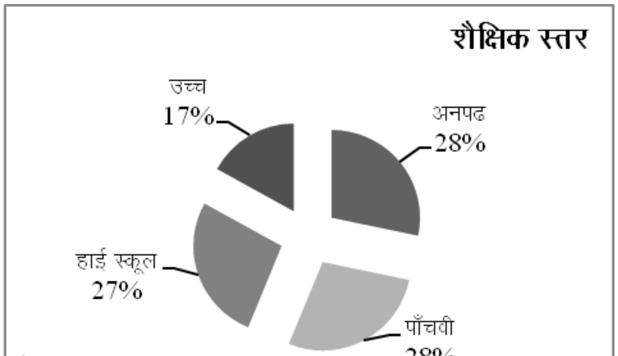
गांवों–हरपुर तिवारी (08 प्रतिशत) मंगलपुर (05 प्रतिशत) नटवां (05 प्रतिशत) तरकुलवां(02 प्रतिशत) में कम पाया गया। परिवार में मुखिया का शैक्षिक स्तर(उच्च) के अन्तर्गत तरकुलवां(08 प्रतिशत), हरपुर तिवारी (01 प्रतिशत) एवं नंदना (03 प्रतिशत) की तुलना में अन्य गांवों–नटवां (02 प्रतिशत), मंगलपुर (01 प्रतिशत) में कम पाया गया।

तालिका सं0 3.3: इन्सेफ्लाइटिस पीड़ितों में गोरखपुर(n=100), देवरिया(n=100), कुशीनगर(n=100) एवं महाराजगंज(n=100) में मुखिया का शैक्षिक स्तर का वितरण N=400

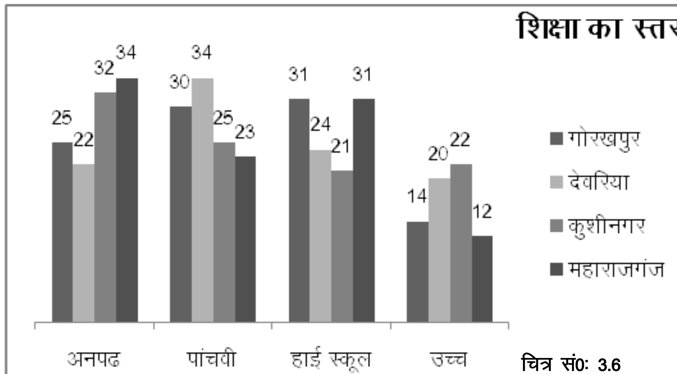
जनपद	ब्लॉक	गाँव	शैक्षिक स्तर				
			अनपढ	पाँचवी	हाई स्कूल	उच्च	योग
गोरखपुर	चरगांवा	G1	3(3.0)	9(9.0)	6(6.0)	2(2.0)	20(20.0)
		G2	6(6.0)	7(7.0)	4(4.0)	3(3.0)	20(20.0)
		G3	2(2.0)	4(4.0)	7(7.0)	7(7.0)	20(20.0)
		G4	8(8.0)	3(3.0)	8(8.0)	1(.0)	20(20.0)
		G5	6(6.0)	7(7.0)	6(6.0)	1(1.0)	20(20.0)
		योग	**25**(25.0)	**30**(30.0)	**31**(31.0)	**14**(14.0)	100(100.0)
देवरिया	भटपार रानी	D1	3(3.0)	9(9.0)	3(3.0)	5(5.0)	20(20.0)
		D2	4(4.0)	9(9.0)	6(6.0)	1(1.0)	20(20.0)
		D3	5(5.0)	3(3.0)	4(4.0)	8(8.0)	20(20.0)

		D4	2(2.0)	6(6.0)	8(8.0)	4(4.0)	20(20.0)
		D5	8(8.0)	7(7.0)	3(3.0)	2(2.0)	20(20.0)
		योग	**22**(22.0)	**34**(34.0)	**24**(24.0)	**20**(20.0)	100(100.0)
कुशीकनगर	(खड्डा)	K1	7(7.0)	4(4.0)	8(8.0)	1(1.0)	20(20.0)
		K2	3(3.0)	5(5.0)	6(6.0)	6(6.0)	20(20.0)
		K3	9(9.0)	3(3.0)	3(3.0)	5(5.0)	20(20.0)
		K4	4(4.0)	6(6.0)	1(1.0)	9(9.0)	20(20.0)
		K5	9(9.0)	7(7.0)	3(3.0)	1(1.0)	20(20.0)
		योग	**32**(32.0)	**25**(25.0)	**21**(21.0)	**22**(22.0)	100(100.0)
महाराजगंज	फ्तावल	M1	7(7.0)	2(2.0)	8(8.0)	3(3.0)	20(20.0)
		M2	11(11.0)	3(3.0)	5(5.0)	1(1.0)	20(20.0)
		M3	2(2.0)	4(4.0)	11(11.0)	3(3.0)	20(20.0)
		M4	6(6.0)	7(7.0)	5(5.0)	2(2.0)	20(20.0)
		M5	8(8.0)	7(7.0)	2(2.0)	3(3.0)	20(20.0)
		योग	**34**(34.0)	**23**(23.0)	**31**(31.0)	**12**(12.0)	100(100.0)
महायोग			**113(28.25)**	**112(28.0)**	**107(26.75)**	**68(17.0)**	**400(100.0)**

नोटः—
1. कोष्ठक ( ) में प्रतिशत को दर्शाया गया है।
2. G1=जंगल धूषण, G2= मानीराम, G3=जंगल छत्रधारी, G4=रामपुर गोपालपुर, G5=गुलरिहा
D1= कुकुर घाटी, D2= अहिरौली तिवारी, D3=बड़का गांव, D4=सरया, D5=सोहनापार
K1=छितौनी, K2=करदह, K3= पनियहवा, K4=रामनगर, K5=सिसवां गोपाल
M1= हरपुर तिवारी, M2=मंगलपुर, M3=नन्दना, M4=नटवां, M5=तरकुलवां



चित्र सं0: 3.5



चित्र सं0: 3.6

- **इन्सेफ्लाइटिस पीड़ित परिवार के मुखिया का शैक्षिक स्तर—**

परिणाम का अवलोकन करने पर ज्ञात होता है कि पीड़ित परिवार ज्यादातर अशिक्षित एवं अल्प शिक्षित पाये गये।

पीड़ित परिवार में मुखिया का शैक्षिक स्तर (साक्षर) के अन्तर्गत महाराजगंज में अन्य जनपदों (कुशीनगर, गोरखपुर एवं देवरिया) की तुलना में सर्वाधिक पाया गया। पीड़ित परिवार में मुखिया का शैक्षिक स्तर(पांचवी) के अन्तर्गत देवरिया में अन्य जनपदों (गोरखपुर, कुशीनगर एवं महाराजगंज) की तुलना में सर्वाधिक पाया गया। पीड़ित परिवार में मुखिया का शैक्षिक स्तर(हाई स्कूल) के अन्तर्गत गोरखपुर एवं महाराजगंज में अन्य जनपदों (देवरिया एवं कुशीनगर) की तुलना में सर्वाधिक पाया गया। पीड़ित परिवार में मुखिया का शैक्षिक स्तर(उच्च) के अन्तर्गत कुशीनगर में अन्य जनपदों (देवरिया, गोरखपुर एवं महाराजगंज) की तुलना में सर्वाधिक पाया गया।

पीड़ित परिवार में मुखिया का शैक्षिक स्तर(साक्षर) के अन्तर्गत जनपद गोरखपुर के चरगांवा विकास खण्ड के गांव रामपुर गोपालपुर की तुलना में अन्य गांवों (मानीराम, गुलरिहां, जंगल धूषण, जंगल छत्रधारी) की तुलना में कम सर्वाधिक पाया गया। पीड़ित परिवार में मुखिया का शैक्षिक स्तर(पांचवी) के अन्तर्गत चरगांवा विकास खण्ड के गांव जंगल धूषण में अन्य गांवों (मानीराम, गुलरिहां, जंगल छत्रधारी, रामपुर गोपालपुर) की तुलना में सर्वाधिक पाया गया। पीड़ित परिवार में मुखिया का शैक्षिक स्तर(हाई स्कूल) के अन्तर्गत गांव रामपुर गोपालपुर में अन्य गांवों (जंगल छत्रधारी, जंगल धूषण, गुलरिहा एवं मानीराम) की तुलना में सर्वाधिक पाया गया। पीड़ित परिवार में मुखिया का शैक्षिक स्तर(उच्च) के अन्तर्गत गांव जंगल छत्रधारी में अन्य गांवों (मानीराम जंगल धूषण, गुलरिहां) की तुलना में सर्वाधिक पाया गया।

पीड़ित परिवार में मुखिया का शैक्षिक स्तर(साक्षर) के अन्तर्गत जनपद देवरिया के भाटपार रानी विकास खण्ड के गांव सोहनापार में अन्य गावों (बड़का गांव, अहिरौली तिवारी, कुकुर घाटी, सरया) की तुलना में सर्वाधिक पाये गये। पीड़ित परिवार में मुखिया का शैक्षिक स्तर(पांचवी) के अन्तर्गत देवरिया के भाटपार रानी विकास खण्ड के गांव कुकुर घाटी एवं अहिरौली तिवारी में अन्य गावों (सोहनापार, सरया, बड़का गांव) की तुलना में सर्वाधिक पाया गया। पीड़ित परिवार में मुखिया का शैक्षिक स्तर(हाई स्कूल) के अन्तर्गत सरया में अन्य गांवों (अहिरौली तिवारी, बड़का गांव, सोहनापार, कुकुर घाटी) की तुलना में सर्वाधिक पाया गया। जबकि पीड़ित परिवार में मुखिया का शैक्षिक स्तर(उच्च) के अन्तर्गत बड़का गांव में अन्य गांवों (कुकुर घाटी, सरया, सोहनापार, अहिरौली तिवारी) की तुलना में सर्वाधिक पाया गया।

पीड़ित परिवार में मुखिया का शैक्षिक स्तर(साक्षर) के अन्तर्गत कुशीनगर के खडडा विकास खण्ड के गांव सिसवां गोपाल एवं पनियहवां में अन्य गावों (छितौनी, रामनगर, करदह) की तुलना में सर्वाधिक पाया गया। पीड़ित परिवार में मुखिया का शैक्षिक स्तर(पांचवी) के अन्तर्गत कुशीनगर के खडडा विकास खण्ड के गांव सिसवां गोपाल में अन्य गावों (रामनगर, करदह, छितौनी एवं पनियहवां) की तुलना में सर्वाधिक पाया गया। पीड़ित परिवार में मुखिया का शैक्षिक स्तर(हाई स्कूल) के अन्तर्गत गांव छितौनी में अन्य गांवों (करदह, पनियहवां, सिंसवा गोपाल, रामनगर) की तुलना में सर्वाधिक पाया गया। पीड़ित परिवार में मुखिया का शैक्षिक स्तर(उच्च) के अन्तर्गत गांव रामनगर में अन्य गांवों (करदह, पनियहवां, छितौनी एवं सिंसवा गोपाल) की तुलना में सर्वाधिक पाया गया।

पीड़ित परिवार में मुखिया का शैक्षिक स्तर(साक्षर) के अन्तर्गत महाराजगंज के परतावल विकास खण्ड के गांव मंगलपुर में अन्य गावों (तरकुलवां, हरपुर तिवारी, नटवा, नंदना) की तुलना में सर्वाधिक पाया गया। परिवार में मुखिया का शैक्षिक स्तर(पांचवी) के अन्तर्गत महाराजगंज के परतावल विकास खण्ड के गांव नटवां एवं तरकुलवां में अन्य गावों (नंदना, मंगलपुर, हरपुर तिवारी) की तुलना में सर्वाधिक पाया गया। परिवार में मुखिया का शैक्षिक स्तर(हाई स्कूल) के अन्तर्गत नंदना में अन्य गांवों (हरपुर तिवारी, मंगलपुर, नटवां, तरकुलवां) की तुलना में सर्वाधिक पाया गया। परिवार में मुखिया का शैक्षिक स्तर(उच्च) के अन्तर्गत तरकुलवां, हरपुर तिवारी एवं नंदना की तुलना में अन्य गांवों(नटवां एवं मंगलपुर) की तुलना में सर्वाधिक पाया गया।

अध्ययन के आकडों से यह ज्ञात होता है कि क्षेत्र में अनपढ़ उत्तरदाताओं की संख्या सबसे अधिक है जो कि परिवार के मुखिया भी है। शिक्षा के अभाव में व्यक्ति में जागरूकता का भी अभाव होता है। बेज़बोरूआ एण्ड बारभूईयां (2018) के

अध्ययन में (71 प्रतिशत) इन्सेफ्लाइटिस पीड़ित परिवार के मुखिया अनपढ़ पाये गये। वहीं कुमार एवं त्रिपाठी, (2006) ने अपने अध्ययन में (49.4 प्रतिशत) इन्सेफ्लाइटिस पीड़ित परिवार के मुखिया को अनपढ़ पाया।

- **इन्सेफ्लाइटिस पीड़ितों का जाति विवरणः–**

तालिका सं0 3.4 में इन्सेफ्लाइटिस पीड़ितों के जाति विवरण को प्रदर्शित किया गया है। जहाँ अनुसूचित जाति/अनुसूचित जनजाति (39 प्रतिशत) की तुलना में पिछड़ी जाति(36 प्रतिशत) एवं सामान्य जाति(25 प्रतिशत) कम पाये गये।

सामान्य जाति के परिवारों में कुशीनगर (31 प्रतिशत) की तुलना में अन्य जनपदों–देवरिया (27 प्रतिशत), गोरखपुर (22 प्रतिशत) महाराजगंज (21 प्रतिशत) में कम पाये गये। पिछड़ी जाति के परिवारों में गोरखपुर (43 प्रतिशत) की तुलना में अन्य जनपदों– देवरिया (38 प्रतिशत), महाराजगंज (34 प्रतिशत) एवं कुशीनगर (29 प्रतिशत) कम पाया गया। अनुसूचित जाति/अनुसूचित जन जाति परिवारों में महाराजगंज 45 प्रतिशत की तुलना में अन्य जनपदों–कुशीनगर (40 प्रतिशत), देवरिया (35 प्रतिशत), गोरखपुर (35 प्रतिशत) कम पाये गये।

सामान्य जाति के परिवारों में जनपद गोरखपुर के चरगांवा विकास खण्ड के गांव जंगल धूषण(07 प्रतिशत) की तुलना में अन्य गांवों–जंगल छत्रधारी(06 प्रतिशत), गुलरिहां(04 प्रतिशत), रामपुर गोपालपुर(03 प्रतिशत), मानीराम(02 प्रतिशत), में कम पाया गया। पिछड़ी जाति के परिवारों में चरगांवा विकास खण्ड के गांव मानीराम(11) की तुलना में अन्य गांवों– जंगल धूषण (09 प्रतिशत), गुलरिहां(09 प्रतिशत), रामपुर गोपालपुर(08 प्रतिशत), जंगल छत्रधारी(06 प्रतिशत) में कम पाया गया। अनुसूचित जाति/अनुसूचित जन जाति परिवारों में गांव रामपुर गोपालपुर(09 प्रतिशत) की तुलना में अन्य गांवों–जंगल छत्रधारी(08 प्रतिशत),

मानीराम(07 प्रतिशत), गुलरिहा(07 प्रतिशत) एवं जंगल धूषण(04 प्रतिशत) में कम पाया गया।

सामान्य जाति के परिवारों में अन्तर्गत जनपद देवरिया के भाटपार रानी विकास खण्ड के गांव कुकुर घाटी (9 प्रतिशत) की तुलना में अन्य गावों– सरया(07 प्रतिशत), अहिरौली तिवारी (06 प्रतिशत), सोहनापार(03 प्रतिशत), बड़का गांव(02 प्रतिशत) में कम पाये गये। पिछड़ी जाति के परिवारों में अन्तर्गत देवरिया के भाटपार रानी विकास खण्ड के गांव बड़का गांव(12 प्रतिशत), की तुलना में अन्य गावों–सोहनापार(08 प्रतिशत) सरया(08 प्रतिशत), अहिरौली तिवारी (08 प्रतिशत) कुकुर घाटी (02 प्रतिशत)एवं में कम पाया गया। अनुसूचित जाति/अनुसूचित जन जाति के परिवारों में अन्तर्गत सोहनापार(09 प्रतिशत) एवं कुकुर घाटी(09 प्रतिशत) की तुलना में अन्य गांवों–अहिरौली तिवारी (06 प्रतिशत), बड़का गांव(06 प्रतिशत) एवं सरया(05 प्रतिशत) में कम पाया गया।

सामान्य जाति के परिवारों में अन्तर्गत अन्तर्गत कुशीनगर के खडडा विकास खण्ड के गांव रामनगर(09 प्रतिशत) की तुलना में अन्य गावों– सिसवां गोपाल (07 प्रतिशत) करदह (06 प्रतिशत), पनियहवां (05 प्रतिशत),छितौनी (04 प्रतिशत) में कम पाये गये। पिछड़ी जाति के परिवारों में अन्तर्गत कुशीनगर के खडडा विकास खण्ड के गांव पनियहवां(11 प्रतिशत) की तुलना में अन्य गावों– छितौनी (09 प्रतिशत) करदह (07 प्रतिशत), रामनगर(01प्रतिशत), सिसवां गोपाल (01 प्रतिशत) एवं में कम पाया गया। अनुसूचित जाति/अनुसूचित जन जाति के परिवारों में अन्तर्गत गांव सिंसवा गोपाल (12 प्रतिशत) की तुलना में अन्य गांवों– रामनगर(10 प्रतिशत), छितौनी (07 प्रतिशत) करदह (07 प्रतिशत) एवं पनियहवां(04 प्रतिशत) में कम पाया गया।

सामान्य जाति के परिवारों में अन्तर्गत महाराजगंज के परतावल विकास खण्ड के गांव मंगलपुर(06 प्रतिशत) की तुलना में अन्य गावों– नंदना(05 प्रतिशत), तरकुलवां(5 प्रतिशत), नटवा(3 प्रतिशत) एवं हरपुर तिवारी(2 प्रतिशत) में कम पाया गया। पिछड़ी जाति के परिवारों में अन्तर्गत महाराजगंज के परतावल विकास खण्ड के गांव हरपुर तिवारी(12 प्रतिशत) की तुलना में अन्य गावों– नटवां (07 प्रतिशत प्रतिशत) मंगलपुर(06 प्रतिशत) नंदना (05 प्रतिशत),एवं तरकुलवां(04 प्रतिशत) में कम पाया गया। अनुसूचित जाति /अनुसूचित जन जाति के परिवारों में अन्तर्गत तरकुलवां(11 प्रतिशत) की तुलना में अन्य गांवों–नंदना (10 प्रतिशत), नटवां (10 प्रतिशत) मंगलपुर (08 प्रतिशत) हरपुर तिवारी (06 प्रतिशत) में कम पाया गया।

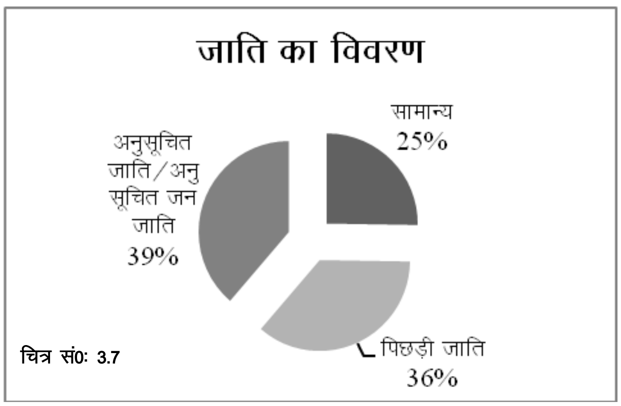
तालिका सं0 3.4: इन्सेफ्लाइटिस पीड़ितों में गोरखपुर(n=100), देवरिया(n=100), कुशीनगर(n=100) एवं महाराजगंज(n=100) में जाति का वितरण N=400

जनपद	ब्लॉक	गाँव	जति			
			सामान्य	पिछड़ी जाति	अनुसूचित जाति/अनुसूचित जन जाति	योग
गोरखपुर	चरगांवा	G1	7(7.0)	9(9.0)	4(4.0)	20(20.0)
		G2	2(2.0)	11(.0)	7(7.0)	20(20.0)
		G3	6(6.0)	6(6.0)	8(8.0)	20(20.0)
		G4	3(3.0)	8(8.0)	9(9.0)	20(20.0)
		G5	4(4.0)	9(9.0)	7(7.0)	20(20.0)
		योग	**22**(22.0)	**43**(43.0)	**35**(35.0)	100(100.0)

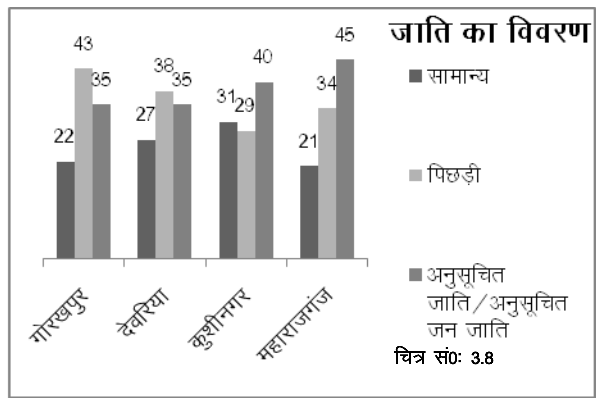
देवरिया	भटपार रानी	D1	9(9.0)	2(2.0)	9(9.0)	20(20.0)
		D2	6(6.0)	8(8.0)	6(6.0)	20(20.0)
		D3	2(2.0)	12(12.0)	6(6.0)	20(20.0)
		D4	7(7.0)	8(8.0)	5(5.0)	20(20.0)
		D5	3(3.0)	8(8.0)	9(9.0)	20(20.0)
		योग	**27**(27.0)	**38**(38.0)	**35**(35.0)	100(20.0)
कुशीकनगर	(खड्डा)	K1	4(4.0)	9(9.0)	7(7.0)	20(20.0)
		K2	6(6.0)	7(7.0)	7(7.0)	20(20.0)
		K3	5(5.0)	11(11.0)	4(4.0)	20(20.0)
		K4	9(9.0)	1(1.0)	10(10.0)	20(20.0)
		K5	7(7.0)	1(1.0)	12(12.0)	20(20.0)
		योग	**31**(31.0)	**29**(29.0)	**40**(40.0)	100(100.0)
महाराजगंज	परतावल	M1	2(2.0)	12(12.0)	6(6.0)	20(20.0)
		M2	6(6.0)	6(6.0)	8(8.0)	20(20.0)
		M3	5(5.0)	5(5.0)	10(10.0)	20(20.0)

		M4	3(3.0)	7(7.0)	10(10.0)	20(20.0)
		M5	5(5.0)	4(4.0)	11(11.0)	20(20.0)
		योग	**21**(21.0)	**34**(34.0)	**45**(45.0)	100(100.0)
महायोग			**101(25.25)**	**144(36.0)**	**155(38.75)**	**400(100)**

नोटः–
1. कोष्ठक ( ) में प्रतिशत को दर्शाया गया है।
2. G1=जंगल धूषण, G2= मानीराम, G3=जंगल छत्रधारी, G4=रामपुर गोपालपुर, G5=गुलरिहा
D1= कुकुर घाटी, D2= अहिरौली तिवारी, D3=बड़का गांव, D4=सरया, D5=सोहनापार
K1=छितौनी, K2=करदह, K3= पनियहवा, K4=रामनगर, K5=सिसवां गोपाल
M1= हरपुर तिवारी, M2=मंगलपुर, M3=नन्दना, M4=नटवां, M5=तरकुलवां



चित्र सं0: 3.7



चित्र सं0: 3.8

इन्सेफ्लाइटिस पीड़ितों का जाति विवरणः

परिणाम दर्शाता है कि पीड़ित परिवारों में अनुसूचित जाति/अनुसूचित जन जाति के लोग ज्यादा पाये गये।

सामान्य जाति के परिवारों में कुशीनगर में अन्य जनपदों (देवरिया, गोरखपुर, महाराजगंज) की तुलना में सर्वाधिक पाये गये। पिछड़ी जाति के परिवारों में गोरखपुर में अन्य जनपदों (देवरिया, महाराजगंज एवं कुशीनगर) कम पाया गया।

अनुसूचित जाति/अनुसूचित जन जाति परिवारों में महाराजगंज में अन्य जनपदों (कुशीनगर, देवरिया, गोरखपुर) की तुलना में सर्वाधिक पाये गये।

सामान्य जाति के परिवारों में जनपद गोरखपुर के चरगांवा विकास खण्ड के गांव जंगल धूषण में अन्य गांवों (जंगल छत्रधारी, गुलरिहां, रामपुर गोपालपुर, मानीराम) की तुलना में सर्वाधिक पाये गये। पिछड़ी जाति के परिवारों में चरगांवा विकास खण्ड के गांव मानीराम में अन्य गांवों (जंगल धूषण गुलरिहां, रामपुर गोपालपुर, जंगल छत्रधारी) की तुलना में सर्वाधिक पाये गये। अनुसूचित जाति/अनुसूचित जन जाति परिवारों में गांव रामपुर गोपालपुर में अन्य गांवों (जंगल छत्रधारी, मानीराम, गुलरिहा एवं जंगल धूषण) की तुलना में सर्वाधिक पाये गये।

सामान्य जाति के परिवारों में अन्तर्गत जनपद देवरिया के भाटपार रानी विकास खण्ड के गांव कुकुर घाटी में अन्य गावों (सरया, अहिरौली तिवारी, सोहनापार, बड़का गांव) की तुलना में सर्वाधिक पाये गये। पिछड़ी जाति के परिवारों में अन्तर्गत देवरिया के भाटपार रानी विकास खण्ड के गांव बड़का गांव में अन्य गावों (सोहनापार, सरया, अहिरौली तिवारी, कुकुर घाटी) की तुलना में सर्वाधिक पाये गये। अनुसूचित जाति/अनुसूचित जन जाति के परिवारों में अन्तर्गत सोहनापार एवं कुकुर घाटी(09 प्रतिशत) में अन्य गांवों(अहिरौली तिवारी, बड़का गांव एवं सरया) की तुलना में सर्वाधिक पाये गये।

सामान्य जाति के परिवारों में अन्तर्गत अन्तर्गत कुशीनगर के खडडा विकास खण्ड के गांव रामनगर में अन्य गावों (सिसवां गोपाल, करदह, पनियहवां, छितौनी) की तुलना में सर्वाधिक पाये गये। पिछड़ी जाति के परिवारों में अन्तर्गत कुशीनगर के खडडा विकास खण्ड के गांव पनियहवां में अन्य गावों (छितौनी, करदह, रामनगर, सिसवां गोपाल) की तुलना में सर्वाधिक पाये गये। अनुसूचित

जाति/अनुसूचित जन जाति के परिवारों में अन्तर्गत गांव सिंसवा गोपाल में अन्य गांवों (रामनगर, छितौनी, करदह एवं पनियहवां) की तुलना में सर्वाधिक पाये गये।

सामान्य जाति के परिवारों में अन्तर्गत महाराजगंज के परतावल विकास खण्ड के गांव मंगलपुर में अन्य गावों (नंदना, तरकुलवां, नटवा एवं हरपुर तिवारी) की तुलना में सर्वाधिक पाये गये।पिछड़ी जाति के परिवारों में अन्तर्गत महाराजगंज के परतावल विकास खण्ड के गांव हरपुर तिवारी में अन्य गावों (नटवां, मंगलपुर, नंदना, तरकुलवां) की तुलना में सर्वाधिक पाये गये। अनुसूचित जाति/अनुसूचित जन जाति के परिवारों में अन्तर्गत तरकुलवां में अन्य गांवों (नंदना, नटवां, मंगलपुर, हरपुर तिवारी) की तुलना में सर्वाधिक पाये गये।

आकड़े बताते है कि इंसेफेलाइटिस पीड़ित परिवारों में पिछडी जाति के लोगों की संख्या सबसे अधिक है उसकी तुलना में अनुसूचित जाति के लोगों की संख्या कम एवं सबसे कम समान्य जाति के लोग हैं। अध्ययनों से ज्ञात हुआ है कि रोग का जातियों से भी सम्बन्ध रहा है। पिछडी जाति के लोग जो पशु पालन या मत्स्य पालन आदि कार्य का व्यवसाय करते हैं उनमें इन्सेफेलाइटिस होने का खतरा ज्यादा संभावना रहती है। क्योंकि पशु को लेकर ये लोग तालाब या पोखरे में जाते हैं जहां इन्हे मच्छर कांटने का भय अधिक होता है।

- **इन्सेफ्लाइटिस पीड़ितों की आर्थिक स्थितिः–**

तालिका सं0 3.5 में इन्सेफ्लाइटिस पीड़ितों की आर्थिक स्थिति को प्रदर्शित किया गया है। जहाँ गरीबी रेखा के नीचे (60 प्रतिशत) की तुलना में गरीबी रेखा के उपर (40 प्रतिशत) कम पाये गये।

गरीबी रेखा के नीचे जीवन करने वाले परिवारों में महाराजगंज 52 प्रतिशत की तुलना में अन्य जनपदों– कुशीनगर (49 प्रतिशत), देवरिया (35 प्रतिशत),

गोरखपुर (24 प्रतिशत) कम पाये गये। गरीबी रेखा के उपर जीवन करने वाले परिवारों में गोरखपुर (76 प्रतिशत) की तुलना में अन्य जनपदों–देवरिया (65 प्रतिशत), कुशीनगर (51 प्रतिशत) एवं महाराजगंज (48 प्रतिशत) में कम पाये गये।

गरीबी रेखा के नीचे जीवन करने वाले परिवारों में जनपद गोरखपुर के चरगांवा विकास खण्ड के गांव जंगल धूषण(07प्रतिशत) की तुलना में अन्य गांवों–गुलरिहां(06प्रतिशत), जंगल छत्रधारी(5प्रतिशत), मानीराम(03प्रतिशत) एवं रामपुर गोपालपुर (03प्रतिशत) में कम पाया गया। गरीबी रेखा के उपर जीवन करने वाले परिवारों में गोरखपुर के चरगांवा विकास खण्ड के गांव मानीराम(17 प्रतिशत) एवं रामपुर गोपालपुर(17 प्रतिशत) की तुलना में अन्य गांवों–जंगल छत्रधारी(15प्रतिशत), गुलरिहां(14प्रतिशत) जंगल धूषण (13प्रतिशत) में कम पाया गया।

गरीबी रेखा के नीचे जीवन करने वाले परिवारों में जनपद देवरिया के भाटपार रानी विकास खण्ड के गांव सरया(10 प्रतिशत), की तुलना में अन्य गावों–सोहनापार(08 प्रतिशत), बड़का गांव(07 प्रतिशत), अहिरौली तिवारी (06 प्रतिशत) कुकुर घाटी (04प्रतिशत), में कम पाये गये। गरीबी रेखा के उपर जीवन करने वाले परिवारों में देवरिया के भाटपार रानी विकास खण्ड के गांव कुकुर घाटी (16 प्रतिशत), की तुलना में अन्य गावों– अहिरौली तिवारी (14 प्रतिशत) बड़का गांव (13 प्रतिशत), सोहनापार(12 प्रतिशत) सरया(10 प्रतिशत), में कम पाया गया।

गरीबी रेखा के नीचे जीवन करने वाले परिवारों में कुशीनगर के खडडा विकास खण्ड के गांव सिसवां गोपाल (16 प्रतिशत) की तुलना में अन्य गावों–रामनगर(11 प्रतिशत), छितौनी (09 प्रतिशत) करदह (07 प्रतिशत), पनियहवां(06 प्रतिशत) में कम पाये गये। गरीबी रेखा के उपर जीवन करने वाले परिवारों में कुशीनगर के खडडा विकास खण्ड के गांव पनियहवां (14) की तुलना में

अन्य गावों– करदह (13 प्रतिशत) छितौनी (11 प्रतिशत) रामनगर(9 प्रतिशत) सिसवां गोपाल (04प्रतिशत) में कम पाया गया।

गरीबी रेखा के नीचे जीवन करने वाले परिवारों में महाराजगंज के परतावल विकास खण्ड के गांव हरपुर तिवारी(13 प्रतिशत) एवं नटवां (13 प्रतिशत प्रतिशत) की तुलना में अन्य गावों–मंगलपुर(11 प्रतिशत), नंदना(08 प्रतिशत), तरकुलवां(07 प्रतिशत), की में कम पाया गया। गरीबी रेखा के उपर जीवन करने वाले परिवारों में महाराजगंज के परतावल विकास खण्ड के गांव तरकुलवां(13 प्रतिशत) की तुलना में अन्य गावों–नंदना(12 प्रतिशत), मंगलपुर(09 प्रतिशत), नटवां (07 प्रतिशत) हरपुर तिवारी (07 प्रतिशत) में कम पाया गया।

तालिका सं0 3.5: इन्सेफ्लाइटिस पीड़ितों में गोरखपुर(n=100), देवरिया(n=100), कुशीनगर(n=100) एवं महाराजगंज(n=100) में आर्थिक स्थिति का वितरण N=400

ब्लॉक जनपद		गाँव	आर्थिक स्थिति		
			गरीबी रेखा के नीचे	**गरीबी रेखा के उपर**	**योग**
गोरखपुर	चरगांवा	G1	7(7.0)	13(13.0)	20(20.0)
		G2	3(3.0)	17(17.0)	20(20.0)
		G3	5(5.0)	15(15.0)	20(20.0)
		G4	3(3.0)	17(17.0)	20(20.0)
		G5	6(6.0)	14(14.0)	20(20.0)
		योग	**24**(24.0)	**76**(76.0)	100(100.0)

देवरिया	भटपार रानी	D1	4(4.0)	16(16.0)	20(20.0)
		D2	6(6.0)	14(14.0)	20(20.0)
		D3	7(7.0)	13(13.0)	20(20.0)
		D4	10(10.0)	10(10.0)	20(20.0)
		D5	8(8.0)	12(12.0)	20(20.0)
		योग	**35**(35.0)	**65**(65.0)	100(100.0)
कुशीकनगर	(खड्डा)	K1	9(9.0)	11(11.0)	20(20.0)
		K2	7(7.0)	13(13.0)	20(20.0)
		K3	6(6.0)	14(14.0)	20(20.0)
		K4	11(11.0)	9(9.0)	20(20.0)
		K5	16(16.0)	4(4.0)	20(20.0)
		योग	**49**(49.0)	**51**(51.0)	100(100.0)
महाराजगंज	परतावल	M1	13(13.0)	7(7.0)	20(20.0)
		M2	11(11.0)	9(9.0)	20(20.0)
		M3	8(8.0)	12(12.0)	20(20.0)
		M4	13(13.0)	7(7.0)	20(20.0)
		M5	7(7.0)	13(13.0)	20(20.0)
		योग	52(52.0)	48(48.0)	100(100.0)
महायोग			160(40.0)	240(60.0)	400(100.0)

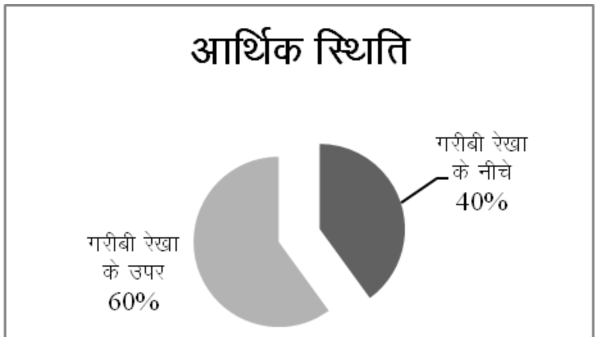
नोटः–

1. कोष्ठक ( ) में प्रतिशत को दर्शाया गया है।
2. G1=जंगल धूषण, G2= मानीराम, G3=जंगल छत्रधारी, G4=रामपुर गोपालपुर, G5=गुलरिहा

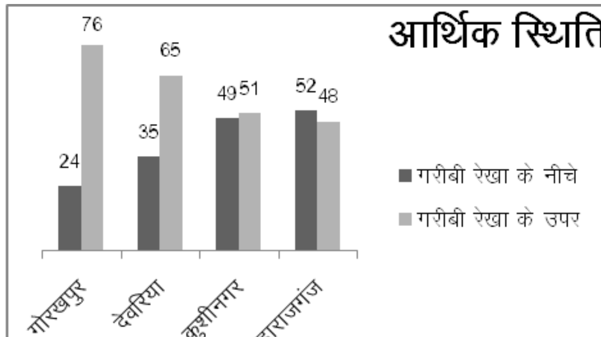
D1= कुकुर घाटी, D2= अहिरौली तिवारी, D3=बड़का गांव, D4=सरया, D5=सोहनापार

K1=छितौनी, K2=करदह, K3= पनियहवा, K4=रामनगर, K5=सिसवां गोपाल

M1= हरपुर तिवारी, M2=मंगलपुर, M3=नन्दना, M4=नटवां, M5=तरकुलवां



चित्र सं0: 3.9



चित्र सं0: 3.10

- **इन्सेफ्लाइटिस पीड़ितों की आर्थिक स्थितिः—**

परिणाम के अवलोकन करने पर ज्ञात होता है कि ज्यादातर पीड़ित परिवार गरीबी रेखा के उपर जीवन यापन करते हैं।

गरीबी रेखा के नीचे जीवन करने वाले परिवारों में महाराजगंज में अन्य जनपदों (कुशीनगर, देवरिया, गोरखपुर) की तुलना में सर्वाधिक पाये गये। जबकि गरीबी रेखा के उपर जीवन करने वाले परिवारों में गोरखपुर में अन्य जनपदों (देवरिया, कुशीनगर, एवं महाराजगंज) की तुलना में सर्वाधिक पाये गये।

गरीबी रेखा के नीचे जीवन करने वाले परिवारों में जनपद गोरखपुर के चरगांवा विकास खण्ड के गांव जंगल धूषण की तुलना में अन्य गांवों (गुलरिहां, जंगल छत्रधारी, मानीराम एवं रामपुर गोपालपुर) की तुलना में सर्वाधिक पाये गये। गरीबी रेखा के उपर जीवन करने वाले परिवारों में गोरखपुर के चरगांवा विकास खण्ड के गांव मानीराम एवं रामपुर गोपालपुर में अन्य गांवों (जंगल छत्रधारी, गुलरिहां, जंगल धूषण) की तुलना में सर्वाधिक पाये गये।

गरीबी रेखा के नीचे जीवन करने वाले परिवारों में जनपद देवरिया के भाटपार रानी विकास खण्ड के गांव सरया की तुलना में अन्य गावों (सोहनापार, बड़का गांव, अहिरौली तिवारी, कुकुर घाटी) की तुलना में सर्वाधिक पाये गये।

गरीबी रेखा के उपर जीवन करने वाले परिवारों में देवरिया के भाटपार रानी विकास खण्ड के गांव कुकुर घाटी में अन्य गावों (अहिरौली तिवारी, बड़का गांव, सोहनापार, सरया) की तुलना में सर्वाधिक पाये गये।

गरीबी रेखा के नीचे जीवन करने वाले परिवारों में कुशीनगर के खडडा विकास खण्ड के गांव सिसवां गोपाल में अन्य गावों (रामनगर, छितौनी, करदह, पनियहवां) की तुलना में सर्वाधिक पाये गये। गरीबी रेखा के उपर जीवन करने वाले परिवारों में कुशीनगर के खडडा विकास खण्ड के गांव पनियहवां में अन्य गावों (करदह, छितौनी, रामनगर, सिसवां गोपाल) की तुलना में सर्वाधिक पाये गये।

गरीबी रेखा के नीचे जीवन करने वाले परिवारों में महाराजगंज के परतावल विकास खण्ड के गांव हरपुर तिवारी एवं नटवां में अन्य गावों (मंगलपुर, नंदना, तरकुलवां) की तुलना में सर्वाधिक पाये गये। गरीबी रेखा के उपर जीवन करने वाले परिवारों में महाराजगंज के परतावल विकास खण्ड के गांव तरकुलवां में अन्य गावों (नंदना, मंगलपुर, नटवां, हरपुर तिवारी) की तुलना में कम पाये गये।

आंकड़े बताते है कि पीड़ित परिवारों में गरीबी रेखा से नीचे जीवन यापन करने वालों की संख्या सबसे अधिक है। इस बीमारी का प्रकोप समान्यतः निम्न सामाजिक–आर्थिक वर्ग के ग्रामीणों में देखा जाता है कुमार एवं अन्य(1988)। विभिन्न विद्वानों–पोटूला अन्य (2003) ने (100 प्रतिशत), ककोटी एवं अन्य (2013) ने (63 प्रतिशत), डी एवं अन्य (2015) ने (72 प्रतिशत) अपने अध्ययन में इन्सेफ्लाइटिस परिवारों को सामाजिक–आर्थिक स्तर में निम्न पाया है।

- **इन्सेफ्लाइटिस पीड़ितों के परिवार का आकार**

तालिका सं0 3.6 में इन्सेफ्लाइटिस पीड़ितों के परिवार का आकार को प्रदर्शित किया गया है। जहाँ संयुक्त परिवार (54 प्रतिशत) की तुलना में एकाकी परिवार(46 प्रतिशत) कम पाये गये।

परिवार के आकार में 'संयुक्त परिवार' में कुशीनगर (57 प्रतिशत) की तुलना में अन्य जनपदों– गोरखपुर (55 प्रतिशत), महाराजगंज (54 प्रतिशत) एवं देवरिया (49 प्रतिशत) कम पाये गये। एकाकी परिवारों में देवरिया (51 प्रतिशत) की तुलना में अन्य जनपदों– महाराजगंज (46 प्रतिशत) गोरखपुर (45 प्रतिशत), कुशीनगर (43 प्रतिशत) में कम पाये गये।

परिवार के आकार में 'संयुक्त परिवार' में जनपद गोरखपुर के चरगांवा विकास खण्ड के गांव गुलरिहां(15 प्रतिशत), की तुलना में अन्य गांवों– जंगल धूषण(12 प्रतिशत), रामपुर गोपालपुर (11प्रतिशत) मानीराम(09 प्रतिशत) जंगल छत्रधारी(08 प्रतिशत) में कम पाया गया। एकाकी परिवारों में गोरखपुर के चरगांवा विकास खण्ड के गांव जंगल छत्रधारी(12 प्रतिशत) की तुलना में अन्य गांवों– मानीराम(11 प्रतिशत), रामपुर गोपालपुर(09 प्रतिशत) गुलरिहां(05 प्रतिशत) में कम पाया गया।

परिवार के आकार में 'संयुक्त परिवार' में जनपद देवरिया के भाटपार रानी विकास खण्ड के गांव अहिरौली तिवारी (14 प्रतिशत), की तुलना में अन्य गावों–कुकुर घाटी (11 प्रतिशत), सोहनापार(09 प्रतिशत), बड़का गांव(08 प्रतिशत), सरया(07 प्रतिशत) में कम पाये गये। एकाकी परिवारों में देवरिया के भाटपार रानी विकास खण्ड के गांव सरया(13 प्रतिशत), की तुलना में अन्य गावों– बड़का गांव (12 प्रतिशत), सोहनापार(11 प्रतिशत) कुकुर घाटी (09 प्रतिशत), अहिरौली तिवारी (06 प्रतिशत) में कम पाया गया।

परिवार के आकार में 'संयुक्त परिवार' में कुशीनगर के खड्डा विकास खण्ड के गांव छितौनी (14 प्रतिशत) की तुलना में अन्य गावों–पनियहवां(13 प्रतिशत), करदह(12 प्रतिशत), रामनगर(11 प्रतिशत), सिसवां गोपाल (07 प्रतिशत) में कम पाये गये। एकाकी परिवारों में कुशीनगर के खडडा विकास खण्ड के गांव सिसवां गोपाल (13 प्रतिशत) की तुलना में अन्य गावों– रामनगर(09 प्रतिशत), करदह (08 प्रतिशत) पनियहवां (07प्रतिशत) छितौनी (06 प्रतिशत) में कम पाया गया।

परिवार के आकार में 'संयुक्त परिवार' में महाराजगंज के परतावल विकास खण्ड के गांव तरकुलवां(14 प्रतिशत), की तुलना में अन्य गावों–हरपुर तिवारी(13 प्रतिशत), नंदना(12 प्रतिशत), नटवां (08 प्रतिशत प्रतिशत) मंगलपुर(07 प्रतिशत), में कम पाया गया। एकाकी परिवारों में महाराजगंज के परतावल विकास खण्ड के गांव मंगलपुर(09 प्रतिशत), की तुलना में अन्य गावों– नटवां (12 प्रतिशत) नंदना(08 प्रतिशत), हरपुर तिवारी (07 प्रतिशत) तरकुलवां(06 प्रतिशत) में कम पाया गया।

तालिका सं0 3.6: इन्सेफ्लाइटिस पीड़ितों में गोरखपुर(n=100), देवरिया(n=100), कुशीनगर(n=100) एवं महाराजगंज(n=100) में परिवार का आकार का विवरण N=400

जनपद	ब्लॉक	गाँव	परिवार का आकार		
			संयुक्त	एकाकी	योग
गोरखपुर	चरगांवा	G1	12(12.0)	8(8.0)	20(20.0)
		G2	9(9.0)	11(11.0)	20(20.0)
		G3	8(8.0)	12(12.0)	20(20.0)
		G4	11(11.0)	9(9.0)	20(20.0)

		G5	15(15.0)	5(5.0)	20(20.0)
		योग	**55**(55.0)	**45**(45.0)	100(100.0)
देवरिया	भटपार रानी	D1	11(11.0)	9(9.0)	20(20.0)
		D2	14(14.0)	6(6.0)	20(20.0)
		D3	8(8.0)	12(12.0)	20(20.0)
		D4	7(7.0)	13(13.0)	20(20.0)
		D5	9(9.0)	11(11.0)	20(20.0)
		योग	**49**(49.0)	**51**(51.0)	100(100.0)
कुशीकनगर	(खड्डा)	K1	14(14.0)	6(6.0)	20(20.0)
		K2	12(12.0)	8(8.0)	20(20.0)
		K3	13(13.0)	7(7.0)	20(20.0)
		K4	11(11.0)	9(9.0)	20(20.0)
		K5	7(7.0)	13(13.0)	20(20.0)
		योग	**57**(57.0)	**43**(43.0)	100(100.0)
महाराजगंज	परतावल	M1	13(13.0)	07(7.0)	20(20.0)
		M2	7(7.0)	13(13.0)	20(20.0)
		M3	12(12.0)	08(8.0)	20(20.0)
		M4	8(8.0)	12(12.0)	20(20.0)
		M5	14(14.0)	06(6.0)	20(20.0)
		योग	**54**(54.0)	**46**(46.0)	100(100.0)
महायोग			215(53.75)	185(46.25)	400(100.0)

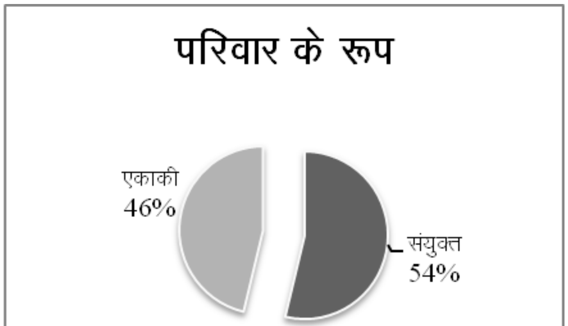
नोटः–

1. कोष्ठक ( ) में प्रतिशत को दर्शाया गया है।
2. G1=जंगल धूषण, G2= मानीराम, G3=जंगल छत्रधारी, G4=रामपुर गोपालपुर, G5=गुलरिहा

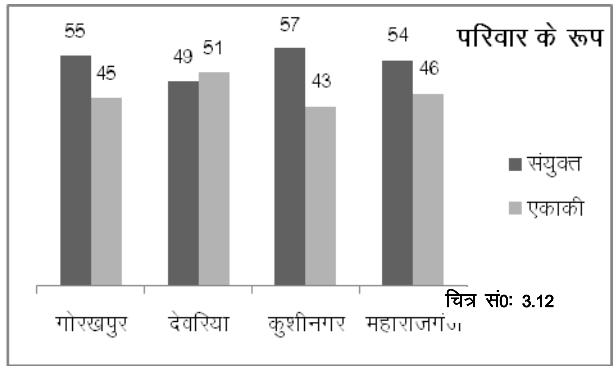
D1= कुकुर घाटी, D2= अहिरौली तिवारी, D3=बड़का गांव, D4=सरया, D5=सोहनापार

K1=छितौनी, K2=करदह, K3= पनियहवा, K4=रामनगर, K5=सिसवां गोपाल

M1= हरपुर तिवारी, M2=मंगलपुर, M3=नन्दना, M4=नटवां, M5=तरकुलवां



चित्र सं0: 3.11



चित्र सं0: 3.12

- **इन्सेफ्लाइटिस पीड़ितों के परिवार का आकार**

परिणाम के अवलोकन करने पर ज्ञात होता है कि ज्यादातर पीड़ित परिवार संयुक्त परिवार के पाये गये।

परिवार के आकार में 'संयुक्त परिवार' में कुशीनगर में अन्य जनपदों (गोरखपुर, महाराजगंज एवं देवरिया) की तुलना में सर्वाधिक पाये गये। एकाकी परिवारों में देवरिया में अन्य जनपदों (महाराजगंज, गोरखपुर, कुशीनगर) की तुलना में सर्वाधिक पाये गये।

परिवार के आकार में 'संयुक्त परिवार' में जनपद गोरखपुर के चरगांवा विकास खण्ड के गांव गुलरिहां में अन्य गांवों (जंगल धूषण, रामपुर गोपालपुर, मानीराम, जंगल छत्रधारी) की तुलना में सर्वाधिक पाये गये। एकाकी परिवारों में गोरखपुर के चरगांवा विकास खण्ड के गांव जंगल छत्रधारी में अन्य गांवों (मानीराम, रामपुर गोपालपुर, गुलरिहां) की तुलना में सर्वाधिक पाये गये।

परिवार के आकार में 'संयुक्त परिवार' में जनपद देवरिया के भाटपार रानी विकास खण्ड के गांव अहिरौली तिवारी में अन्य गावों (कुकुर घाटी, सोहनापार,

बड़का गांव, सरया) की तुलना में सर्वाधिक पाये गये। एकाकी परिवारों में देवरिया के भाटपार रानी विकास खण्ड के गांव सरया में अन्य गावों– (बड़का गांव, सोहनापार, कुकुर घाटी, अहिरौली तिवारी) की तुलना में सर्वाधिक पाये गये।

परिवार के आकार में 'संयुक्त परिवार' में कुशीनगर के खड्डा विकास खण्ड के गांव छितौनी में अन्य गावों– पनियहवां, करदह, रामनगर, सिसवां गोपाल) की तुलना में सर्वाधिक पाये गये। एकाकी परिवारों में कुशीनगर के खडडा विकास खण्ड के गांव सिसवां गोपाल में अन्य गावों (रामनगर, करदह, पनियहवां, छितौनी) की तुलना में सर्वाधिक पाये गये।

परिवार के आकार में 'संयुक्त परिवार' में महाराजगंज के परतावल विकास खण्ड के गांव तरकुलवां में अन्य गावों (हरपुर तिवारी, नंदना, नटवां, मंगलपुर) की तुलना में सर्वाधिक पाये गये। एकाकी परिवारों में महाराजगंज के परतावल विकास खण्ड के गांव मंगलपुर में अन्य गावों (नटवां, नंदना, हरपुर तिवारी, तरकुलवां) की तुलना में सर्वाधिक पाये गये।

पीड़ित परिवार में संयुक्त परिवार में रहने वाले उत्तरदाताओं की संख्या सबसे अधिक है। संयुक्त परिवार में सदस्यों की संख्या अधिक होने के कारण सभी सदस्यों की उचित देखभाल नही हो पाती है, खासकर बच्चों को संयुक्त परिवार में काफी दिक्कतों का समना करना पड़ता है। महिलाएं गृह कार्यो में इतना व्यस्त होती है कि वे अपने छोटे बच्चों पर उतना ध्यान नही रख पाती जितना कि एक छोटे बच्चे के लिए आवश्यक होता है।

- **इन्सेफ्लाइटिस पीड़ितों में मुखिया के आजीविका के साधन**

तालिका सं0 3.7 में इन्सेफ्लाइटिस पीड़ितों में मुखिया के आजीविका का साधन को प्रदर्शित किया गया है। जहाँ कृषि/श्रमिक(76 प्रतिशत) की तुलना में स्वरोजगार(17 प्रतिशत), बेरोजगार (07 प्रतिशत) कम पाये गये।

आजीविका के साधन 'कृषि/श्रमिक' के अन्तर्गत जनपद गोरखपुर (79 प्रतिशत) एवं कुशीनगर (79 प्रतिशत) की तुलना में अन्य जनपदों–महाराजगंज (78 प्रतिशत) एवं देवरिया (68 प्रतिशत) में कम पाये गये। आजीविका के साधन स्वरोजगार के अन्तर्गत जनपद देवरिया (25 प्रतिशत) की तुलना में गोरखपुर (16 प्रतिशत), महाराजगंज (14 प्रतिशत) एवं कुशीनगर (12 प्रतिशत) कम पाये गये। आजीविका के साधन बेरोजगार' के अन्तर्गत कुशीनगर 9 प्रतिशत की तुलना में जन्य जनपदों–महाराजगंज (08 प्रतिशत), देवरिया (07 प्रतिशत) गोरखपर (05 प्रतिशत) कम पाये गये।

आजीविका के साधन 'श्रमिक/कृषक' के अन्तर्गत जनपद गोरखपुर के चरगांवा विकास खण्ड के गांव रामपुर गोपालपुर(18 प्रतिशत) की तुलना में अन्य गांवों– जंगल धूषण(17 प्रतिशत), मानीराम(15 प्रतिशत), जंगल छत्रधारी(15 प्रतिशत), गुलरिहां(14 प्रतिशत) में कम पाया गया। आजीविका के साधन 'स्वरोजगार' के अन्तर्गत जनपद गोरखपुर के चरगांवा विकास खण्ड के गांव मानीराम(04 प्रतिशत) एवं गुलरिहा(04 प्रतिशत) की तुलना में अन्य गांवों–जंगल धूषण(03 प्रतिशत) जंगल छत्रधारी(03 प्रतिशत) रामपुर गोपालपुर(2) में कम पाया गया। आजीविका के साधन बेरोजगार' के अन्तर्गत जनपद गोरखपुर के चरगांवा विकास खण्ड के गांव जंगल छत्रधारी(02प्रतिशत) एवं गुलरिहां(02 प्रतिशत) की तुलना में अन्य गांवों– मानीराम (01 प्रतिशत), रामपुर गोपालपुर (0 प्रतिशत), जंगल धूषण (0 प्रतिशत), में कम पाया गया।

आजीविका के साधन 'श्रमिक/कृषक' के अन्तर्गत जनपद देवरिया के भाटपार रानी विकास खण्ड के गांव अहिरौली तिवारी (16 प्रतिशत) एवं सरया(16 प्रतिशत), की तुलना में अन्य गावों– बड़का गांव(14 प्रतिशत), सोहनापार(13 प्रतिशत), कुकुर घाटी (09 प्रतिशत) में कम पाया गया। आजीविका के साधन 'स्वरोजगार' के अन्तर्गत जनपद देवरिया जनपद के भाटपार रानी विकास खण्ड के गांव कुकुर घाटी(09 प्रतिशत) की तुलना में अन्य गांवों– बड़का गांव(06 प्रतिशत), सोहनापार(06 प्रतिशत), अहिरौली तिवारी (03 प्रतिशत) सरया(01 प्रतिशत) में कम पाया गया। आजीविका के साधन बेरोजगार' के अन्तर्गत सरया(03 प्रतिशत) की तुलना में अन्य गांवों–कुकुर घाटी(02 प्रतिशत), अहिरौली तिवारी (01 प्रतिशत) सोहनापार(01 प्रतिशत), बड़का गांव(0प्रतिशत), में कम पाया गया।

आजीविका के साधन 'श्रमिक/कृषक' के अन्तर्गत जनपद कुशीनगर के खडडा विकास खण्ड के गांव रामनगर(18 प्रतिशत) की तुलना में अन्य गावों– सिसवां गोपाल (17 प्रतिशत), छितौनी (16 प्रतिशत) करदह (14 प्रतिशत), पनियहवां (14 प्रतिशत) में कम पाये गये। आजीविका के साधन 'स्वरोजगार' के अन्तर्गत जनपद गांव पनियहवां(04 प्रतिशत), की तुलना में अन्य गांवों– छितौनी (03 प्रतिशत) रामनगर(02 प्रतिशत), सिंसवा गोपाल (01 प्रतिशत) कम पाया गया। आजीविका के साधन बेरोजगार' के अन्तर्गत गांव करदह (04 प्रतिशत), की तुलना में अन्य गांवों– पनियहवां(02 प्रतिशत), सिंसवा गोपाल (02 प्रतिशत), छितौनी(01प्रतिशत) एवं रामनगर (0प्रतिशत) में कम पाया गया।

आजीविका के साधन 'श्रमिक/कृषक' के अन्तर्गत महाराजगंज के परतावल विकास खण्ड के गांव तरकुलवां(17 प्रतिशत) की तुलना में अन्य गावों– नटवा(16 प्रतिशत), नंदना(16 प्रतिशत), मंगलपुर(16 प्रतिशत), हरपुर तिवारी(16 प्रतिशत) में कम पाया गया। आजीविका के साधन 'स्वरोजगार' के अन्तर्गत हरपुर तिवारी

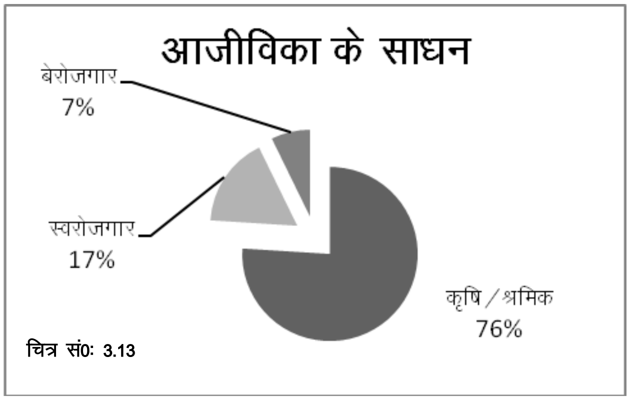
(04प्रतिशत) एवं नंदना (04 प्रतिशत) की तुलना में अन्य गांवों– मंगलपुर (03 प्रतिशत), तरकुलवां(02 प्रतिशत) नटवां (01 प्रतिशत) में कम पाया गया। आजीविका के साधन बेरोजगार' के अन्तर्गत के गांव हरपुर तिवारी (03 प्रतिशत) एव नटवां (03 प्रतिशत) की तुलना में अन्य गांवों–मंगलपुर (01 प्रतिशत), तरकुलवां(01 प्रतिशत), नंदना (0 प्रतिशत) में कम पाया गया।

तालिका सं0 3.7: इन्सेफ्लाइटिस पीड़ितों में गोरखपुर(n=100), देवरिया(n=100), कुशीनगर(n=100) एवं महाराजगंज(n=100) में मुखिया के आजीविका के साधन का वितरण N=400

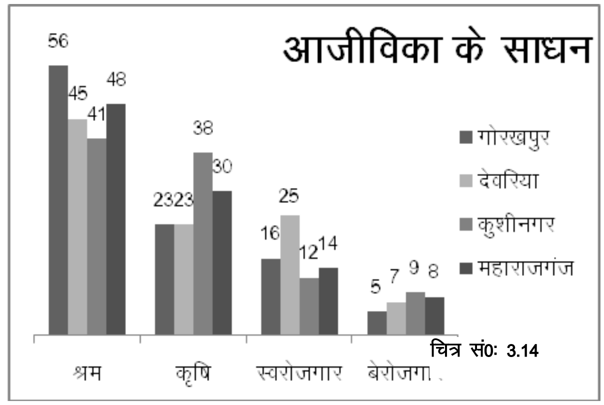
जनपद	ब्लॉक	गाँव	आजीविका के साधन			
			कृषि / श्रमिक	स्वरोजगार	बेरोजगार	योग
गोरखपुर	चरगांवा	G1	17(17.0)	3(3.0)	0(0.0)	20(20.0)
		G2	15(15.0)	4(4.0)	1(1.0)	20(20.0)
		G3	15(15.0)	3(3.0)	2(2.0)	20(20.0)
		G4	18(18.0)	2(2.0)	0(0.0)	20(20.0)
		G5	14(14.0)	4(4.0)	2(2.0)	20(20.0)
		योग	**79**(79.0)	**16**(16.0)	**5**(5.0)	100(100.0)
देवरिया	भटपार रानी	D1	9(9.0)	9(9.0)	2(2.0)	20(20.0)
		D2	16(16.0)	3(3.0)	1(1.0)	20(20.0)

		D3	14(14.0)	6(6.0)	0(0.0)	20(20.0)
		D4	16(16.0)	1(1.0)	3(3.0)	20(20.0)
		D5	13(13.0)	6(6.0)	1(1.0)	20(20.0)
		योग	**68**(68.0)	**25**(25.0)	**7**(7.0)	100(20.0)
कुशीकनगर	(खड्डा)	K1	16(16.0)	3(3.0)	1(1.0)	20(20.0)
		K2	14(14.0)	2(2.0)	4(4.0)	20(20.0)
		K3	14(14.0)	4(4.0)	2(2.0)	20(20.0)
		K4	18(18.0)	2(2.0)	0(0.0)	20(20.0)
		K5	17(17.0)	1(1.0)	2(2.0)	20(20.0)
		योग	**79**(79.0)	**12**(12.0)	**9**(9.0)	100(100.0)
महाराजगंज	परतावल	M1	13(13.0)	4(4.0)	3(.0)	20(20.0)
		M2	16(16.0)	3(3.0)	1(.0)	20(20.0)
		M3	16(16.0)	4(4.0)	0(.0)	20(20.0)
		M4	16(16.0)	1(1.0)	3(.0)	20(20.0)
		M5	17(17.0)	2(3.0)	1(.0)	20(20.0)
		योग	**78**(78.0)	**14**(14.0)	**8**(.0)	100(100.0)
महायोग			**304(76.0)**	**67(16.75)**	**29(7.25)**	**400(100)**

नोटः–
1. कोष्ठक ( ) में प्रतिशत को दर्शाया गया है।
2. G1=जंगल धूषण, G2= मानीराम, G3=जंगल छत्रधारी, G4=रामपुर गोपालपुर, G5=गुलरिहा
D1= कुकुर घाटी, D2= अहिरौली तिवारी, D3=बड़का गांव, D4=सरया, D5=सोहनापार
K1=छितौनी, K2=करदह, K3= पनियहवा, K4=रामनगर, K5=सिसवां गोपाल
M1= हरपुर तिवारी, M2=मंगलपुर, M3=नन्दना, M4=नटवां, M5=तरकुलवां



चित्र सं0: 3.13



चित्र सं0: 3.14

- **इन्सेफ्लाइटिस पीड़ितों के मुखिया के आजीविका के साधन**

परिणाम के अवलोकन करने पर ज्ञात होता है कि ज्यादातर पीड़ित परिवार कृषि/श्रमिक पाये गये।

आजीविका के साधन 'कृषि/श्रमिक' के अन्तर्गत जनपद गोरखपुर एवं कुशीनगर में अन्य जनपदों (महाराजगंज एवं देवरिया) की तुलना में सर्वाधिक पाये गये। आजीविका के साधन स्वरोजगार के अन्तर्गत जनपद देवरिया में अन्य जनपदों (गोरखपुर महाराजगंज एवं कुशीनगर) की तुलना में सर्वाधिक पाये गये। आजीविका के साधन बेरोजगार' के अन्तर्गत कुशीनगर में जन्य जनपदों (महाराजगंज, देवरिया, गोरखपुर) की तुलना में सर्वाधिक पाये गये।

आजीविका के साधन 'कृषि/श्रमिक' के अन्तर्गत जनपद गोरखपुर के चरगांवा विकास खण्ड के गांव रामपुर गोपालपुर में अन्य गांवों (जंगल धूषण, मानीराम, जंगल छत्रधारी, गुलरिहां) की तुलना में सर्वाधिक पाये गये। आजीविका के साधन 'स्वरोजगार' के अन्तर्गत जनपद गोरखपुर के चरगांवा विकास खण्ड के

गांव मानीराम एवं गुलरिहा में अन्य गांवों (जंगल धूषण, जंगल छत्रधारी, रामपुर गोपालपुर) की तुलना में सर्वाधिक पाये गये। आजीविका के साधन बेरोजगार' के अन्तर्गत जनपद गोरखपुर के चरगांवा विकास खण्ड के गांव जंगल छत्रधारी एवं गुलरिहां में अन्य गांवों (मानीराम, रामपुर गोपालपुर, जंगल धूषण) की तुलना में सर्वाधिक पाये गये।

आजीविका के साधन 'कृषि/श्रमिक' के अन्तर्गत जनपद देवरिया के भाटपार रानी विकास खण्ड के गांव अहिरौली तिवारी एवं सरया में अन्य गावों (बड़का गांव, सोहनापार, कुकुर घाटी) की तुलना में सर्वाधिक पाये गये। आजीविका के साधन 'स्वरोजगार' के अन्तर्गत जनपद देवरिया जनपद के भाटपार रानी विकास खण्ड के गांव कुकुर घाट में अन्य गांवों (बड़का गांव, सोहनापार, अहिरौली तिवारी, सरया) की तुलना में सर्वाधिक पाये गये। आजीविका के साधन बेरोजगार' के अन्तर्गत सरया में अन्य गांवों(कुकुर घाटी, अहिरौली तिवारी, सोहनापार, बड़का गांव), की तुलना में सर्वाधिक पाये गये।

आजीविका के साधन 'कृषि/श्रमिक' के अन्तर्गत जनपद कुशीनगर के खडडा विकास खण्ड के गांव रामनगर में अन्य गावों (सिसवां गोपाल, छितौनी, करदह, पनियहवां) की तुलना में सर्वाधिक पाये गये। आजीविका के साधन 'स्वरोजगार' के अन्तर्गत जनपद गांव पनियहवां में अन्य गांवों (छितौनी, रामनगर, सिंसवा गोपाल) की तुलना में सर्वाधिक पाये गये। आजीविका के साधन बेरोजगार' के अन्तर्गत गांव करदह में अन्य गांवों (पनियहवां, सिंसवा गोपाल, छितौनी, रामनगर) की तुलना में सर्वाधिक पाये गये।

आजीविका के साधन 'कृषि/श्रमिक' के अन्तर्गत महाराजगंज के परतावल विकास खण्ड के गांव तरकुलवां में अन्य गावों (नटवा, नंदना, मंगलपुर, हरपुर तिवारी) की तुलना में सर्वाधिक पाये गये। आजीविका के साधन 'स्वरोजगार' के

अन्तर्गत हरपुर तिवारी एवं नंदना में अन्य गांवों (मंगलपुर (तरकुलवां, नटवां) की तुलना में सर्वाधिक पाये गये। आजीविका के साधन बेरोजगार' के अन्तर्गत के गांव हरपुर तिवारी एव नटवां में अन्य गांवों (मंगलपुर, तरकुलवां, नंदना) की तुलना में सर्वाधिक पाये गये।

पीड़ित परिवारों में ऐसे लोगो की संख्या सबसे अधिक है जिनकी आजीविका कृषि कार्य पर आधारित है। मुख्यतः इन्सेफेलाइटिस का प्रकोप ग्रामीण क्षेत्र के उन निम्न आय समूह में दिखाई पड़ता है जिनका मुख्य आय कृषि कार्य पर आधारित है। बेज़बोरूआ एण्ड बारभूईयां (2018) के अध्ययन में (81.5 प्रतिशत) इन्सेफ्लाइटिस पीड़ितों के परिवार कृषि श्रमिक पाये गये। इसके अलावा –कुमार एवं त्रिपाठी (2006) ने (79.2 प्रतिशत) और पोटूला एवं अन्य (2003) ने (100 प्रतिशत) अपने अध्ययन में परिवारों में कृषि श्रमिक पाया।

- **इन्सेफ्लाइटिस पीड़ितों के मकान का प्रकार**

तालिका सं0 3.8 में इन्सेफ्लाइटिस पीड़ितों के मकान के प्रकार को प्रदर्शित किया गया है। जहा कच्चा मकान में रहने वाले पीड़ितों की संख्या (57 प्रतिशत) की तुलना में पक्का मकानों में रहने वालों की संख्या(43 प्रतिशत) पायी गयी।

मकानों के प्रकार 'पक्का मकान' के अन्तर्गत देवरिया (49 प्रतिशत) की तुलना में अन्य जनपदों– कुशीनगर (45 प्रतिशत) महाराजगंज(44 प्रतिशत) गोरखपुर (34 प्रतिशत) में कम पाये गये। जबकि 'कच्चा मकान' के अन्तर्गत गोरखपुर (66 प्रतिशत) की तुलना में अन्य जनपदों– महाराजगंज(56 प्रतिशत) कुशीनगर(55 प्रतिशत) देवरिया(51 प्रतिशत) में कम पाये गये।

मकानों के प्रकार 'पक्का मकान' के अन्तर्गत गोरखपुर के चरगांवा विकास खण्ड के गांव रामपुर गोपालपुर (11प्रतिशत) की तुलना में अन्य गांवों–जंगल

धूषण(09 प्रतिशत), गुलरिहां(07 प्रतिशत), मानीराम(04प्रतिशत) जंगल छत्रधारी(03 प्रतिशत) में कम पाया गया। जबकि 'कच्चा मकान' के अन्तर्गत गोरखपुर के चरगांवा विकास खण्ड के गांव जंगल छत्रधारी(17 प्रतिशत) की तुलना में अन्य गांवों– मानीराम(16 प्रतिशत), गुलरिहां(13प्रतिशत) जंगल धूषण(11 प्रतिशत) रामपुर गोपालपुर(09 प्रतिशत) में कम पाया गया।

मकानों के प्रकार 'पक्का मकान' के अन्तर्गत जनपद देवरिया के भाटपार रानी विकास खण्ड के गांव कुकुर घाटी (12 प्रतिशत) एवं सरया(12 प्रतिशत) की तुलना में अन्य गावों– अहिरौली तिवारी (09 प्रतिशत), सोहनापार(09 प्रतिशत), बड़का गांव(07 प्रतिशत), में कम पाये गये। जबकि 'कच्चा मकान' के अन्तर्गत देवरिया के भाटपार रानी विकास खण्ड के गांव बड़का गांव (13 प्रतिशत) की तुलना में अन्य गावों– अहिरौली तिवारी (11 प्रतिशत), सोहनापार(11 प्रतिशत) सरया (08 प्रतिशत) कुकुर घाटी (08 प्रतिशत), में कम पाया गया।

मकानों के प्रकार 'पक्का मकान' के अन्तर्गत कुशीनगर के खड्डा विकास खण्ड के गांव सिसवां गोपाल (12 प्रतिशत) की तुलना में अन्य गावों– छितौनी (11 प्रतिशत) रामनगर(09 प्रतिशत), करदह(07 प्रतिशत), पनियहवां(06 प्रतिशत), में कम पाये गये। जबकि 'कच्चा मकान' के अन्तर्गत कुशीनगर के खडडा विकास खण्ड के गांव पनियहवां (14प्रतिशत) की तुलना में अन्य गावों– करदह (13 प्रतिशत), रामनगर(11 प्रतिशत), छितौनी (09 प्रतिशत) एवं सिसवां गोपाल(08 प्रतिशत) में कम पाया गया।

मकानों के प्रकार 'पक्का मकान' के अन्तर्गत महाराजगंज के परतावल विकास खण्ड के गांव नटवां (13 प्रतिशत प्रतिशत) की तुलना में अन्य गावों– मंगलपुर(12प्रतिशत), नंदना(09 प्रतिशत), तरकुलवां(06 प्रतिशत), हरपुर तिवारी(04 प्रतिशत), में कम पाया गया। जबकि 'कच्चा मकान' के अन्तर्गत महाराजगंज के

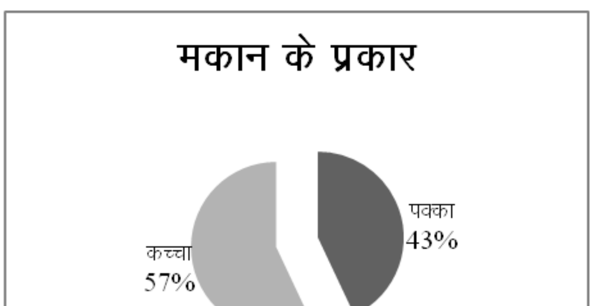
परतावल विकास खण्ड के गांव हरपुर तिवारी (16 प्रतिशत) की तुलना में अन्य गावों– तरकुलवां(14 प्रतिशत) नंदना(11 प्रतिशत), मंगलपुर(08 प्रतिशत), नटवां (07प्रतिशत) में कम पाया गया।

तालिका सं0 3.8: इन्सेफ्लाइटिस पीड़ितों में गोरखपुर(n=100), देवरिया(n=100), कुशीनगर(n=100) एवं महाराजगंज(n=100) में मकान के प्रकार N=400

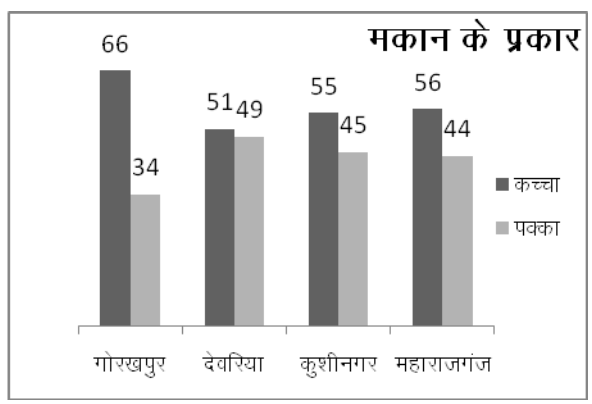
जनपद	ब्लॉक	गाँव	मकान के प्रकार		
			पक्का	कच्चा	योग
गोरखपुर	चरगांवा	G1	9(9.0)	11(11.0)	20(20.0)
		G2	4(4.0)	16(16.0)	20(20.0)
		G3	3(3.0)	17(17.0)	20(20.0)
		G4	11(11.0)	9(9.0)	20(20.0)
		G5	7(7.0)	13(13.0)	20(20.0)
		योग	**34**(34.0)	**66**(66.0)	100(100.0)
देवरिया	भटपार रानी	D1	12(12.0)	8(8.0)	20(20.0)
		D2	9(9.0)	11(11.0)	20(20.0)
		D3	7(7.0)	13(13.0)	20(20.0)
		D4	12(12.0)	8(8.0)	20(20.0)
		D5	9(9.0)	11(11.0)	20(20.0)
		योग	**49**(49.0)	**51**(51.0)	100(100.0)
कुशीकनगर	(खड्डा)	**K1**	11(11.0)	9(9.0)	20(20.0)
		K2	7(7.0)	13(13.0)	20(20.0)

		K3	6(6.0)	14(14.0)	20(20.0)
		K4	9(9.0)	11(11.0)	20(20.0)
		K5	12(12.0)	8(8.0)	20(20.0)
		योग	**45**(45.0)	**55**(55.0)	100(100.0)
महाराजगंज	परतावल	M1	4(45.0)	16(13.0)	20(20.0)
		M2	12(12.0)	8(8.0)	20(20.0)
		M3	9(9.0)	11(11.0)	20(20.0)
		M4	13(13.0)	7(7.0)	20(20.0)
		M5	6(6.0)	14(14.0)	20(20.0)
		योग	**44**(44.0)	**56**(56.0)	100(100.0)
महायोग			**172(43.0)**	**228(57.0)**	**400(100.0)**

नोटः—
1. कोष्ठक ( ) में प्रतिशत को दर्शाया गया है।
2. G1=जंगल धूषण, G2= मानीराम, G3=जंगल छत्रधारी, G4=रामपुर गोपालपुर, G5=गुलरिहा
D1= कुकुर घाटी, D2= अहिरौली तिवारी, D3=बड़का गांव, D4=सरया, D5=सोहनापार
K1=छितौनी, K2=करदह, K3= पनियहवा, K4=रामनगर, K5=सिसवां गोपाल
M1= हरपुर तिवारी, M2=मंगलपुर, M3=नन्दना, M4=नटवां, M5=तरकुलवां



चित्र सं0: 3.14



चित्र सं0: 3.15

- **इन्सेफ्लाइटिस पीड़ितों के मकान का प्रकार**

परिणाम के अवलोकन करने पर ज्ञात होता है कि ज्यादातर पीड़ित कच्चे मकानों में निवास करते हैं।

मकानों के प्रकार 'पक्का मकान' के अन्तर्गत देवरिया में अन्य जनपदों (कुशीनगर, महाराजगंज, गोरखपुर) की तुलना में सर्वाधिक पाये गये। जबकि 'कच्चा मकान' के अन्तर्गत गोरखपुर में अन्य जनपदों (महाराजगंज, कुशीनगर, देवरिया) की तुलना में सर्वाधिक पाये गये।

मकानों के प्रकार 'पक्का मकान' के अन्तर्गत गोरखपुर के चरगांवा विकास खण्ड के गांव रामपुर गोपालपुर में अन्य गांवों (जंगल धूषण, गुलरिहां, मानीराम, जंगल छत्रधारी) की तुलना में सर्वाधिक पाये गये। जबकि 'कच्चा मकान' के अन्तर्गत गोरखपुर के चरगांवा विकास खण्ड के गांव जंगल छत्रधारी की तुलना में अन्य गांवों (मानीराम, गुलरिहां, जंगल धूषण, रामपुर गोपालपुर) की तुलना में सर्वाधिक पाये गये।

मकानों के प्रकार 'पक्का मकान' के अन्तर्गत जनपद देवरिया के भाटपार रानी विकास खण्ड के गांव कुकुर घाटी एवं सरया में अन्य गावों– (अहिरौली तिवारी, सोहनापार, बड़का गांव) की तुलना में सर्वाधिक पाये गये। जबकि 'कच्चा मकान' के अन्तर्गत देवरिया के भाटपार रानी विकास खण्ड के गांव बड़का गांव में अन्य गावों (अहिरौली तिवारी, सोहनापार, सरया, कुकुर घाटी) में कम पाया गया।

मकानों के प्रकार 'पक्का मकान' के अन्तर्गत कुशीनगर के खड्डा विकास खण्ड के गांव सिसवां गोपाल में अन्य गावों (छितौनी रामनगर करदह पनियहवां) में कम पाये गये। जबकि 'कच्चा मकान' के अन्तर्गत कुशीनगर के खडडा विकास खण्ड के गांव पनियहवां में अन्य गावों (करदह रामनगर छितौनी एवं सिसवां गोपाल) की तुलना में सर्वाधिक पाये गये।

मकानों के प्रकार 'पक्का मकान' के अन्तर्गत महाराजगंज के परतावल विकास खण्ड के गांव नटवां अन्य गावों (मंगलपुर, नंदना, तरकुलवां, हरपुर तिवारी) की तुलना में सर्वाधिक पाये गये। जबकि 'कच्चा मकान' के अन्तर्गत महाराजगंज के परतावल विकास खण्ड के गांव हरपुर तिवारी (16 प्रतिशत) में अन्य गावों (तरकुलवां, नंदना, मंगलपुर, नटवां) की तुलना में सर्वाधिक पाये गये।

परिणाम प्रदर्शित करते है कि कच्चा मकान में रहने वालों उत्तरदाताओं की संख्या पक्के मकान में रहने वाले परिवारों की की तुलना में सर्वाधिक है। अध्ययन बताते हैं कि कच्चे मकान में रहने वाले लोग आर्थिक रूप से अक्षम होते हैं। कच्चे मकानों में स्वच्छता के मानकों का अभाव होता है। ये लोग स्वच्छता के प्रति लापरवाह होते हैं। अध्ययन बताते हैं इनके घरों में समुचित खिड़की एवं झरोखों का न होना भी इन्सेफ्लाइटिस के खतरे को बढ़ाता है (बद्री, 1985)।

- **इन्सेफ्लाइटिस पीड़ित परिवार में पेय जल के स्रोत**

तालिका सं0 3.9 में इन्सेफ्लाइटिस पीड़ित परिवार में पेय जल के स्रोत को प्रदर्शित किया गया है। जहाँ शैलो हैण्ड पम्प का इस्तेमाल काने वाले पीड़ितों की संख्या(47 प्रतिशत) की तुलना में इण्डिया मार्का इस्तेमाल करने वाले पीड़ितों की संख्या(33 प्रतिशत), मिनरल वाटर इस्तेमाल करने वाले (13 प्रतिशत) एवं टेप वाटर का इस्तेमाल करने वाले(07 प्रतिशत) पाया गया।

पेय जल के स्रोत की उपलब्धता 'शैलो हैण्डपम्प' के अन्तर्गत अन्तर्गत देवरिया 54 की तुलना में अन्य जनपदों– कुशीनगर (47 प्रतिशत) गोरखपुर (45 प्रतिशत) महाराजगंज(43 प्रतिशत) में कम पाये गये। पेय जल के स्रोत की उपलब्धता 'इण्डिया मार्का हैण्ड पम्प' के अन्तर्गत अन्तर्गत महाराजगंज 41 प्रतिशत) की तुलना में अन्य जनपदों– कुशीनगर (38 प्रतिशत) गोरखपुर(30 प्रतिशत),

देवरिया (24 प्रतिशत) में कम पाये गये। पेय जल के स्रोत की उपलब्धता 'टेप वाटर' के अन्तर्गत अन्तर्गत देवरिया(09 प्रतिशत) की तुलना में अन्य जनपदों– कुशीनगर (07 प्रतिशत) महाराजगंज (05प्रतिशत), गोरखपुर (05 प्रतिशत) में कम पाये गये। पेय जल के स्रोत की उपलब्धता 'मिनरल वाटर' के अन्तर्गत अन्तर्गत गोरखपुर 20 प्रतिशत) की तुलना में अन्य जनपदों–देवरिया(13 प्रतिशत) महाराजगंज(11 प्रतिशत) कुशीनगर(08 प्रतिशत) में कम पाये गये।

पेय जल के स्रोत की उपलब्धता 'शैलो हैण्डपम्प' के अन्तर्गत जनपद गोरखपुर के चरगांवा विकास खण्ड के गांव जंगल धूषण(13 प्रतिशत) एवं रामपुर गोपालपुर (13प्रतिशत) की तुलना में अन्य गांवों–गुलरिहां (07प्रतिशत), मानीराम (06 प्रतिशत), जंगल छत्रधारी(06 प्रतिशत), में कम पाया गया। पेय जल के स्रोत की उपलब्धता 'इण्डिया मार्का हैण्ड पम्प' के अन्तर्गत जनपद गोरखपुर के चरगांवा विकास खण्ड के गांव जंगल छत्रधारी(09 प्रतिशत) की तुलना में अन्य गांवों–गुलरिहां (07 प्रतिशत), मानीराम(06 प्रतिशत), रामपुर गोपालपुर (05 प्रतिशत) जंगल धूषण (03 प्रतिशत), में कम पाया गया। पेय जल के स्रोत की उपलब्धता 'टेप वाटर' के अन्तर्गत जनपद गोरखपुर के चरगांवा विकास खण्ड के गांव मानीराम(02 प्रतिशत) एवं रामपुर गोपालपुर(02 प्रतिशत) की तुलना में अन्य गांवों–गुलरिहा(01 प्रतिशत), जंगल धूषण(0 प्रतिशत) जंगल छत्रधारी(0 प्रतिशत) में कम पाया गया। पेय जल के स्रोत की उपलब्धता 'मिनरल वाटर' के अन्तर्गत जनपद गोरखपुर के चरगांवा विकास खण्ड के गांव मानीराम (06 प्रतिशत) की तुलना में अन्य गांवों–जंगल छत्रधारी(05 प्रतिशत), गुलरिहां(05 प्रतिशत), जंगल धूषण (04 प्रतिशत), रामपुर गोपालपुर (0 प्रतिशत) में कम पाया गया।

पेय जल के स्रोत की उपलब्धता 'शैलो हैण्डपम्प' के अन्तर्गत जनपद देवरिया के भाटपार रानी विकास खण्ड के गांव सरया(15 प्रतिशत), की तुलना में

अन्य गावों– बड़का गांव(13 प्रतिशत), अहिरौली तिवारी (10 प्रतिशत), सोहनापार(09) कुकुर घाटी (07 प्रतिशत) में कम पाया गया। पेय जल के स्रोत की उपलब्धता 'इण्डिया मार्का हैण्ड पम्प' के अन्तर्गत देवरिया के भाटपार रानी विकास खण्ड के गांव कुकुर घाटी (09 प्रतिशत) की तुलना में अन्य गावों– अहिरौली तिवारी (06 प्रतिशत) सोहनापार(05प्रतिशत), बड़का गांव(03 प्रतिशत), एवं सरया(01प्रतिशत), में कम पाया गया। पेय जल के स्रोत की उपलब्धता 'टेप वाटर' के अन्तर्गत देवरिया जनपद के भाटपार रानी विकास खण्ड के गांव सरया(04 प्रतिशत) की तुलना में अन्य गांवों– कुकुर घाटी(02 प्रतिशत) सोहनापार(02 प्रतिशत) अहिरौली तिवारी (02 प्रतिशत) बड़का गांव(0 प्रतिशत) में कम पाया गया। पेय जल के स्रोत की उपलब्धता 'मिनरल वाटर' के अन्तर्गत बड़का गांव(04प्रतिशत) एवं सोहनापार(04 प्रतिशत) की तुलना में अन्य गांवों– अहिरौली तिवारी (03 प्रतिशत) कुकुर घाटी(02प्रतिशत), सरया(0 प्रतिशत) में कम पाया गया।

पेय जल के स्रोत की उपलब्धता 'शैलो हैण्डपम्प' के अन्तर्गत जनपद कुशीनगर के खडडा विकास खण्ड के गांव छितौनी (14 प्रतिशत) की तुलना में अन्य गावों– सिसवां गोपाल (12 प्रतिशत), रामनगर(09 प्रतिशत), पनियहवां (07 प्रतिशत), करदह (05 प्रतिशत) में कम पाये गये। पेय जल के स्रोत की उपलब्धता 'इण्डिया मार्का हैण्ड पम्प' के अन्तर्गत कुशीनगर के खडडा विकास खण्ड के गांव करदह (13 प्रतिशत), की तुलना में अन्य गावों– पनियहवां(11 प्रतिशत), सिसवां गोपाल (06 प्रतिशत), रामनगर(05प्रतिशत), छितौनी (03 प्रतिशत), में कम पाया गया। पेय जल के स्रोत की उपलब्धता 'टेप वाटर' के अन्तर्गत जनपद गांव करदह (02 प्रतिशत) एवं रामनगर(02 प्रतिशत), की तुलना में अन्य गांवों– छितौनी (01 प्रतिशत) पनियहवां(01 प्रतिशत), सिंसवा गोपाल (01 प्रतिशत) कम पाया गया। पेय जल के स्रोत की उपलब्धता 'मिनरल वाटर' के अन्तर्गत गांव रामनगर (04प्रतिशत)

की तुलना में अन्य गांवों–छितौनी (02प्रतिशत) पनियहवां(01 प्रतिशत), सिंसवा गोपाल (01 प्रतिशत) करदह (0 प्रतिशत) में कम पाया गया।

पेय जल के स्रोत की उपलब्धता 'शैलो हैण्डपम्प' के अन्तर्गत महाराजगंज के परतावल विकास खण्ड के गांव नंदना(12 प्रतिशत), की तुलना में अन्य गावों–मंगलपुर(10 प्रतिशत), नटवा(10 प्रतिशत), तरकुलवां(06 प्रतिशत) हरपुर तिवारी(05 प्रतिशत), में कम पाया गया। पेय जल के स्रोत की उपलब्धता 'इण्डिया मार्का हैण्ड पम्प' के अन्तर्गत महाराजगंज के परतावल विकास खण्ड के गांव हरपुर तिवारी(11 प्रतिशत) की तुलना में अन्य गावों– तरकुलवां(09 प्रतिशत) नटवां (08 प्रतिशत प्रतिशत) मंगलपुर(07 प्रतिशत) नंदना (06 प्रतिशत) में कम पाया गया। पेय जल के स्रोत की उपलब्धता 'टेप वाटर' के अन्तर्गत गांव नटवां (02 प्रतिशत) की तुलना में अन्य गांवों– हरपुर तिवारी (01प्रतिशत) नंदना (01 प्रतिशत) मंगलपुर (01 प्रतिशत) तरकुलवां(0 प्रतिशत) में कम पाया गया। पेय जल के स्रोत की उपलब्धता 'मिनरल वाटर' के अन्तर्गत के गांव तरकुलवां(05 प्रतिशत) की तुलना में अन्य गांवों–हरपुर तिवारी (03 प्रतिशत) मंगलपुर (02 प्रतिशत), नंदना (01 प्रतिशत) नटवां (0 प्रतिशत) में कम पाया गया।

तालिका सं0 3.9: इन्सेफ्लाइटिस पीड़ितों में गोरखपुर(n=100), देवरिया(n=100), कुशीनगर(n=100) एवं महाराजगंज(n=100) में पेय जल का स्रोत N=400

जनपद	ब्लॉक	गाँव	पेय जल के स्रोत				
			शैलो हैण्डपम्प	इण्डिया मार्का	टेप वाटर	मिनरल वाटर	योग
…पुर	चरगा … वा	G1	13(13.0)	3(3.0)	0(0.0)	4(4.0)	20(20.0)

		G2	6(6.0)	6(6.0)	2(2.0)	6(6.0)	20(20.0)
		G3	6(6.0)	9(9.0)	0(0.0)	5(5.0)	20(20.0)
		G4	13(13.0)	5(5.0)	2(2.0)	0(0.0)	20(20.0)
		G5	7(7.0)	7(7.0)	1(1.0)	5(5.0)	20(20.0)
		योग	**45**(45.0)	**30**(30.0)	**5**(5.0)	**20**(20.0)	100(100.0)
देवरिया	भटपार रानी	D1	7(7.0)	9(9.0)	2(2.0)	2(2.0)	20(20.0)
		D2	10(10.0)	6(6.0)	1(1.0)	3(3.0)	20(20.0)
		D3	13(13.0)	3(3.0)	0(0.0)	4(4.0)	20(20.0)
		D4	15(15.0)	1(1.0)	4(4.0)	0(0.0)	20(20.0)
		D5	9(9.0)	5(5.0)	2(2.0)	4(4.0)	20(20.0)
		योग	**54**(54.0)	**24**(24.0)	**9**(9.0)	**13**(13.0)	100(100.0)
कुशीकनगार	(खड्डा)	K1	14(14.0)	3(3.0)	1(1.0)	2(2.0)	20(20.0)
		K2	5(5.0)	13(13.0)	2(2.0)	0(0.0)	20(20.0)
		K3	7(7.0)	11(11.0)	1(1.0)	1(1.0)	20(20.0)
		K4	9(.0)	5(5.0)	2(2.0)	4(4.0)	20(20.0)
		K5	12(.0)	6(6.0)	1(1.0)	1(1.0)	20(20.0)
		योग	**47**(47.0)	**38**(38.0)	**7**(7.0)	**8**(8.0)	100(100.0)
ाडगं	परता वल	M1	5(5.0)	11(11.0)	1(1.0)	3(3.0)	20(20.0)

		M2	10(10.0)	7(7.0)	1(1.0)	2(2.0)	20(20.0)
		M3	12(12.0)	6(6.0)	1(1.0)	1(1.0)	20(20.0)
		M4	10(10.0)	8(8.0)	2(2.0)	0(0.0)	20(20.0)
		M5	6(6.0)	9(9.0)	0(0.0)	5(5.0)	20(20.0)
		योग	**43**(43.0)	**41**(41.0)	**5**(5.0)	**11**(11.0)	100(100.0)
महायोग			189 (47.25)	133 (33.25)	26 (6.5)	52 (13.0)	400 (100.0)

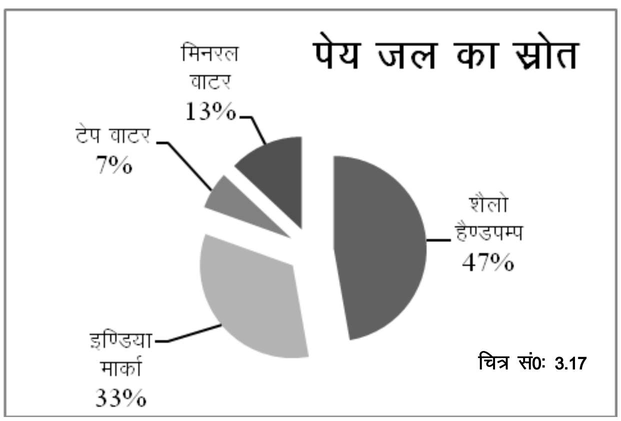
नोटः–

1. कोष्ठक ( ) में प्रतिशत को दर्शाया गया है।
2. G1=जंगल धूषण, G2= मानीराम, G3=जंगल छत्रधारी, G4=रामपुर गोपालपुर, G5=गुलरिहा

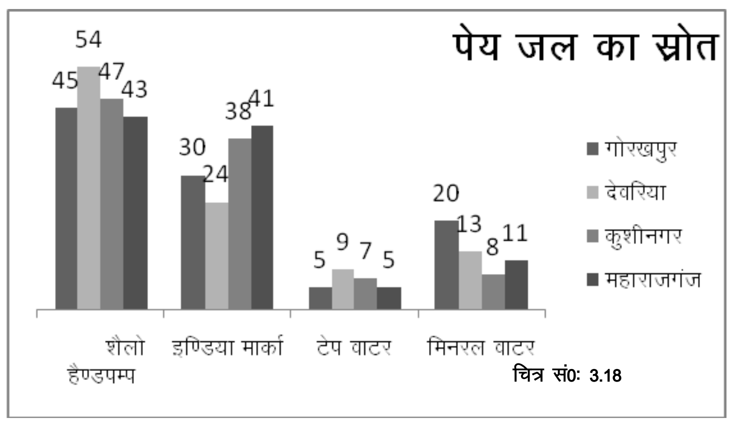
D1= कुकुर घाटी, D2= अहिरौली तिवारी, D3=बड़का गांव, D4=सरया, D5=सोहनापार

K1=छितौनी, K2=करदह, K3= पनियहवा, K4=रामनगर, K5=सिसवां गोपाल

M1= हरपुर तिवारी, M2=मंगलपुर, M3=नन्दना, M4=नटवां, M5=तरकुलवां



चित्र सं0: 3.17



चित्र सं0: 3.18

इन्सेफ्लाइटिस पीड़ितों के पेय जल के स्रोत

परिणाम के अवलोकन करने पर ज्ञात होता है कि ज्यादातर पीड़ित शैलो हैण्ड पम्प का इस्तेमाल करते हैं।

पेय जल के स्रोत की उपलब्धता 'शैलो हैण्डपम्प' के अन्तर्गत अन्तर्गत देवरिया में अन्य जनपदों (कुशीनगर, गोरखपुर, महाराजगंज) की तुलना में सर्वाधिक पाये गये। पेय जल के स्रोत की उपलब्धता 'इण्डिया मार्का हैण्ड पम्प' के अन्तर्गत अन्तर्गत महाराजगंज अन्य जनपदों (कुशीनगर, गोरखपुर, देवरिया) की तुलना में सर्वाधिक पाये गये। पेय जल के स्रोत की उपलब्धता 'टेप वाटर' के अन्तर्गत अन्तर्गत देवरिया की तुलना में अन्य जनपदों (कुशीनगर, महाराजगंज, गोरखपुर) की तुलना में सर्वाधिक पाये गये। पेय जल के स्रोत की उपलब्धता 'मिनरल वाटर' के अन्तर्गत अन्तर्गत गोरखपुर में अन्य जनपदों (देवरिया, महाराजगंज, कुशीनगर) की तुलना में सर्वाधिक पाये गये।

पेय जल के स्रोत की उपलब्धता 'शैलो हैण्डपम्प' के अन्तर्गत जनपद गोरखपुर के चरगांवा विकास खण्ड के गांव जंगल धूषण एवं रामपुर गोपालपुर में अन्य गांवों (गुलरिहां, मानीराम, जंगल छत्रधारी) की तुलना में सर्वाधिक पाये गये। पेय जल के स्रोत की उपलब्धता 'इण्डिया मार्का हैण्ड पम्प' के अन्तर्गत जनपद गोरखपुर के चरगांवा विकास खण्ड के गांव जंगल छत्रधारी की तुलना में अन्य गांवों (गुलरिहां, मानीराम, रामपुर गोपालपुर, जंगल धूषण) की तुलना में सर्वाधिक पाये गये। पेय जल के स्रोत की उपलब्धता 'टेप वाटर' के अन्तर्गत जनपद गोरखपुर के चरगांवा विकास खण्ड के गांव मानीराम एवं रामपुर गोपालपुर में अन्य गांवों (गुलरिहा, जंगल धूषण, जंगल छत्रधारी) की तुलना में सर्वाधिक पाये गये। पेय जल के स्रोत की उपलब्धता 'मिनरल वाटर' के अन्तर्गत जनपद गोरखपुर के चरगांवा विकास खण्ड के गांव मानीराम में अन्य गांवों (जंगल छत्रधारी, गुलरिहां, जंगल धूषण, रामपुर गोपालपुर) की तुलना में सर्वाधिक पाये गये।

पेय जल के स्रोत की उपलब्धता 'शैलो हैण्डपम्प' के अन्तर्गत जनपद देवरिया के भाटपार रानी विकास खण्ड के गांव सरया में अन्य गावों (बड़का गांव,

अहिरौली तिवारी, सोहनापार, कुकुर घाटी) की तुलना में सर्वाधिक पाये गये। पेय जल के स्रोत की उपलब्धता 'इण्डिया मार्का हैण्ड पम्प' के अन्तर्गत देवरिया के भाटपार रानी विकास खण्ड के गांव कुकुर घाटी में अन्य गावों (अहिरौली तिवारी, सोहनापार, बड़का गांव, एवं सरया) की तुलना में सर्वाधिक पाये गये। पेय जल के स्रोत की उपलब्धता 'टेप वाटर' के अन्तर्गत देवरिया जनपद के भाटपार रानी विकास खण्ड के गांव सरया में अन्य गांवों (कुकुर घाटी, सोहनापार, अहिरौली तिवारी, बड़का गांव) की तुलना में सर्वाधिक पाये गये। पेय जल के स्रोत की उपलब्धता 'मिनरल वाटर' के अन्तर्गत बड़का गांव एवं सोहनापार में अन्य गांवों (अहिरौली तिवारी, कुकुर घाटी, सरया) की तुलना में सर्वाधिक पाये गये।

पेय जल के स्रोत की उपलब्धता 'शैलो हैण्डपम्प' के अन्तर्गत जनपद कुशीनगर के खडडा विकास खण्ड के गांव छितौनी में अन्य गावों (सिसवां गोपाल, रामनगर, पनियहवां, करदह) की तुलना में सर्वाधिक पाये गये। पेय जल के स्रोत की उपलब्धता 'इण्डिया मार्का हैण्ड पम्प' के अन्तर्गत कुशीनगर के खडडा विकास खण्ड के गांव करदह में अन्य गावों (पनियहवां, सिसवां गोपाल, रामनगर, छितौनी) की तुलना में सर्वाधिक पाये गये। पेय जल के स्रोत की उपलब्धता 'टेप वाटर' के अन्तर्गत जनपद गांव करदह एवं रामनगर में अन्य गांवों (छितौनी, पनियहवां, सिंसवा गोपाल) की तुलना में सर्वाधिक पाये गये। पेय जल के स्रोत की उपलब्धता 'मिनरल वाटर' के अन्तर्गत गांव रामनगर में अन्य गांवो (छितौनी, पनियहवां, सिंसवा गोपाल करदह) की तुलना में सर्वाधिक पाये गये।

पेय जल के स्रोत की उपलब्धता 'शैलो हैण्डपम्प' के अन्तर्गत महाराजगंज के परतावल विकास खण्ड के गांव नंदना में अन्य गावों (मंगलपुर, नटवा, तरकुलवां, हरपुर तिवारी) की तुलना में सर्वाधिक पाये गये। पेय जल के स्रोत की उपलब्धता 'इण्डिया मार्का हैण्ड पम्प' के अन्तर्गत महाराजगंज के परतावल विकास खण्ड के

गांव हरपुर तिवारी में अन्य गावों (तरकुलवां, नटवां, मंगलपुर, नंदना) की तुलना में सर्वाधिक पाये गये। पेय जल के स्रोत की उपलब्धता 'टेप वाटर' के अन्तर्गत गांव नटवां में अन्य गांवों (हरपुर तिवारी, नंदना, मंगलपुर, तरकुलवां) की तुलना में सर्वाधिक पाये गये। पेय जल के स्रोत की उपलब्धता 'मिनरल वाटर' के अन्तर्गत के गांव तरकुलवां में अन्य गांवों (हरपुर तिवारी, मंगलपुर, नंदना, नटवां) की तुलना में सर्वाधिक पाये गये।

परिणाम प्रदर्शित करते है कि शैलो हैण्ड पम्प का जल इस्तेमाल करने वाले परिवारों की संख्या अन्य स्रोतों का उपयोग करने वालों की तुलना में सर्वाधिक है। हांलाकि कुछ परिवार इण्डिया मार्का का पेय जल एवं कुछ मिनिरल वाटर एवं टैप वाटर का भी इस्तेमाल करते हैं। सरकार के द्वारा भी शैलों हैण्ड पम्प के पानी को प्रदूषित माना जा रहा है। वैज्ञानिकों ने दूषित पेय जल को भी इन्सेफ्लाइटिस के एक कारक के रूप में स्वीकार किया है।

- **इन्सेफ्लाइटिस पीड़ितों के घर में विद्युत की उपलब्धता**

तालिका सं0 3.10 में इन्सेफ्लाइटिस पीड़ितों के घर में विघुत की उपलब्धता को प्रदर्शित किया गया है। जहाँ विद्युत की उपलब्धता वाले परिवार (63 प्रतिशत) की तुलना में उपलब्धता न होने वाले (37 प्रतिशत) परिवार पाये गये।

परिवार में विद्युत की उपलब्धता होने के अन्तर्गत गोरखपुर (72 प्रतिशत) की तुलना में अन्य जनपदों– देवरिया (68 प्रतिशत) कुशीनगर (59 प्रतिशत) महाराजगंज (55 प्रतिशत) में कम पाये गये। विद्युत की उपलब्धता न होने के अन्तर्गत महाराजगंज (45 प्रतिशत) की तुलना में अन्य जनपदों– कुशीनगर (41 प्रतिशत), देवरिया (32 प्रतिशत), गोरखपुर(28 प्रतिशत) में कम पाये गये।

परिवार में विद्युत की उपलब्धता के अन्तर्गत अन्तर्गत गोरखपुर के चरगांवा विकास खण्ड के गांव रामपुर गोपालपुर (17प्रतिशत) की तुलना में अन्य गांवों—जंगल छत्रधारी(16 प्रतिशत), मानीराम(14 प्रतिशत), जंगल धूषण(13 प्रतिशत), गुलरिहां(12 प्रतिशत) में कम पाया गया। विद्युत की उपलब्धता न होने के अन्तर्गत गोरखपुर के चरगांवा विकास खण्ड के गांव गुलरिहां (08 प्रतिशत) की तुलना में अन्य गांवों—जंगल धूषण(07 प्रतिशत), मानीराम(06 प्रतिशत), जंगल छत्रधारी(04 प्रतिशत), रामपुर गोपालपुर(03 प्रतिशत) में कम पाया गया।

परिवार में विद्युत की उपलब्धता होने के अन्तर्गत जनपद देवरिया के भाटपार रानी विकास खण्ड के गांव सरया(17 प्रतिशत) की तुलना में अन्य गावों—सोहनापार(15 प्रतिशत), अहिरौली तिवारी (13 प्रतिशत), बड़का गांव(12 प्रतिशत), कुकुर घाटी (11 प्रतिशत) में कम पाये गये। विद्युत की उपलब्धता न होने के अन्तर्गत देवरिया के भाटपार रानी विकास खण्ड के गांव कुकुर घाटी (09 प्रतिशत) की तुलना में अन्य गावों—बड़का गांव (08 प्रतिशत), अहिरौली तिवारी (07 प्रतिशत), सोहनापार(05 प्रतिशत), सरया (03 प्रतिशत) में कम पाया गया।

परिवार में विद्युत की उपलब्धता होने के अन्तर्गत कुशीनगर के खड्डा विकास खण्ड के गांव सिसवां गोपाल (16 प्रतिशत) की तुलना में अन्य गावों—छितौनी (13 प्रतिशत) पनियहवां(12 प्रतिशत), रामनगर(10 प्रतिशत), करदह(08 प्रतिशत), में कम पाये गये। विद्युत की उपलब्धता न होने के अन्तर्गत कुशीनगर के खडडा विकास खण्ड के गांव करदह (12 प्रतिशत), की तुलना में अन्य गावों—रामनगर(10 प्रतिशत), पनियहवां (08प्रतिशत), छितौनी (07 प्रतिशत) एवं सिसवां गोपाल(04 प्रतिशत) में कम पाया गया।

परिवार में विद्युत की उपलब्धता होने के अन्तर्गत महाराजगंज के परतावल विकास खण्ड के गांव नटवां (15 प्रतिशत प्रतिशत) की तुलना में अन्य गावों—

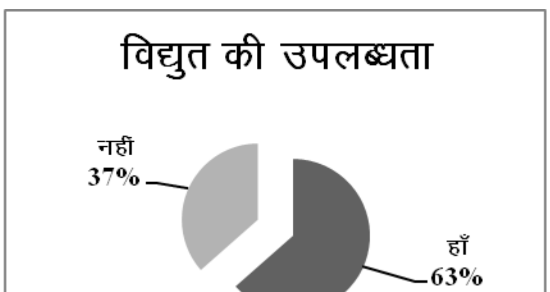
मंगलपुर(13प्रतिशत), हरपुर तिवारी(12 प्रतिशत), तरकुलवां(09 प्रतिशत), नंदना(06 प्रतिशत), में कम पाया गया। विद्युत की उपलब्धता न होने के अन्तर्गत महाराजगंज के परतावल विकास खण्ड के गांव नंदना(14 प्रतिशत), की तुलना में अन्य गावों– तरकुलवां(11 प्रतिशत) हरपुर तिवारी (08 प्रतिशत) मंगलपुर(07 प्रतिशत), नटवां (05प्रतिशत) में कम पाया गया।

तालिका सं0 3.10: इन्सेफ्लाइटिस पीड़ितों में गोरखपुर(n=100), देवरिया(n=100), कुशीनगर(n=100) एवं महाराजगंज(n=100) में विद्युत की उपलब्धता N=400

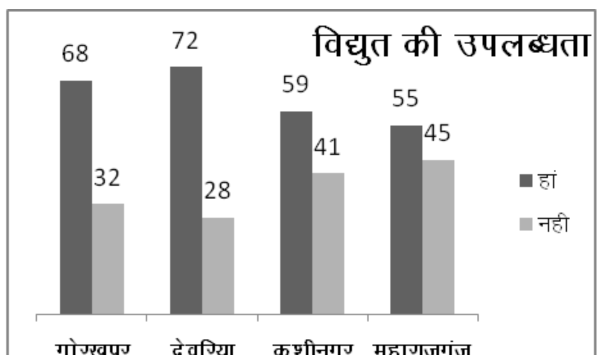
जनपद	ब्लॉक	गाँव	विद्युत की उपलब्धता		
			हाँ	नहीं	योग
गोरखपुर	चरगांवा	G1	13(13.0)	7(7.0)	20(20.0)
		G2	14(14.0)	6(6.0)	20(20.0)
		G3	16(16.0)	4(4.0)	20(20.0)
		G4	17(17.0)	3(3.0)	20(20.0)
		G5	12(12.0)	8(8.0)	20(20.0)
		योग	**72**(72.0)	**28**(28.0)	100(100.0)
देवरिया	भटपार रानी	D1	11(11.0)	9(9.0)	20(20.0)
		D2	13(13.0)	7(7.0)	20(20.0)
		D3	12(12.0)	8(8.0)	20(20.0)
		D4	17(17.0)	3(3.0)	20(20.0)
		D5	15(15.0)	5(5.0)	20(20.0)
		योग	**68**(68.0)	**32**(32.0)	100(100.0)

कुशीकनगर	(खड्डा)	**K1**	13(13.0)	7(7.0)	20(20.0)
		K2	8(8.0)	12(12.0)	20(20.0)
		K3	12(12.0)	8(8.0)	20(20.0)
		K4	10(10.0)	10(10.0)	20(20.0)
		K5	16(16.0)	4(4.0)	20(20.0)
		योग	**59**(59.0)	**41**(41.0)	100(100.0)
महाराजगंज	परतावल	**M1**	12(12.0)	8(8.0)	20(20.0)
		M2	13(13.0)	7(7.0)	20(20.0)
		M3	6(6.0)	14(14.0)	20(20.0)
		M4	15(15.0)	5(5.0)	20(20.0)
		M5	9(9.0)	11(11.0)	20(20.0)
		योग	**55**(55.0)	**45**(45.0)	100(100.0)
महायोग			254(63.5)	146(36.5)	400(100.0)

नोटः–



चित्र सं0: 3.19



चित्र सं0: 3.20

1. कोष्ठक ( ) में प्रतिशत को दर्शाया गया है।
2. G1=जंगल धूषण, G2= मानीराम, G3=जंगल छत्रधारी, G4=रामपुर गोपालपुर, G5=गुलरिहा
D1= कुकुर घाटी, D2= अहिरौली तिवारी, D3=बड़का गांव, D4=सरया, D5=सोहनापार
K1=छितौनी, K2=करदह, K3= पनियहवा, K4=रामनगर, K5=सिसवां गोपाल
M1= हरपुर तिवारी, M2=मंगलपुर, M3=नन्दना, M4=नटवां, M5=तरकुलवां

- **इन्सेफ्लाइटिस पीड़ितों के घर विद्युत की उपलब्धता**

परिणाम के अवलोकन करने पर ज्ञात होता है कि ज्यादातर पीड़ित परिवारों में विद्युत की उपब्धता है।

परिवार में विद्युत की उपलब्धता जनपद गोरखपुर में अन्य जनपदों–(देवरिया, कुशीनगर, महाराजगंज) की तुलना में सर्वाधिक पाया गया।

परिवार में विद्युत की उपलब्धता जनपद गोरखपुर के चरगांवा विकास खण्ड के गांव रामपुर गोपालपुर में अन्य गांवों–(जंगल छत्रधारी, मानीराम जंगल धूषण गुलरिहां) की तुलना में सर्वाधिक पाया गया।

परिवार में विद्युत की उपलब्धता जनपद देवरिया के भाटपार रानी विकास खण्ड के गांव सरया में अन्य गावों–(सोहनापार, अहिरौली तिवारी, बड़का गांव, कुकुर घाटी) की तुलना में सर्वाधिक पाया गया।

परिवार में विद्युत की उपलब्धता जनपद कुशीनगर के खड्डा विकास खण्ड के गांव सिसवां गोपाल में अन्य गावों–(छितौनी, पनियहवां, रामनगर, करदह)की तुलना में कम पाया गया।

परिवार में विद्युत की उपलब्धता जनपद महाराजगंज के परतावल विकास खण्ड के गांव नटवां में अन्य गावों– (मंगलपुर, हरपुर तिवारी, तरकुलवां, नंदना) की तुलना में सर्वाधिक पाया गया।

परिणाम प्रदर्शित करते है कि सर्वाधिक परिवारों में बिजली की उपलब्धता है। सरकार की विद्युतिकरण नीति का प्रभाव स्पष्ट रूप से देखने को मिलता है। जबकि कुछ परिवार अभी भी इससे वंचित हैं। विद्युत के प्रति लोगों की निर्भरता काफी बढ़ गयी है। ग्रामीण क्षेत्रों में सायंकाल की विद्युत कटौती की समस्या से भी

प्रभाव पड़ता है। बिजली न होने के कारण घरों में मच्छरों का आतंक काफी बढ़ जाता है जो कि मच्छर जनित रोगों के लिए काफी अनुकूल होता है।

- **इन्सेफ्लाइटिस पीड़ित परिवार में शौचालय के उपयोग की स्थितिः–**

तालिका सं0 3.11 में इन्सेफ्लाइटिस पीड़ित परिवार में शौचालय के उपयोग की स्थिति को प्रदर्शित किया गया है। जहाँ शौचालय का इस्तेमाल न करने वाले परिवार (60 प्रतिशत) की तुलना में इस्तेमाल करने वाले परिवार (40 प्रतिशत) कम पाये गये।

शौचालय का उपयोग न करने वाले परिवारों के अन्तर्गत गोरखपुर (62 प्रतिशत) की तुलना में अन्य जनपदों–कुशीनगर(61प्रतिशत), महाराजगंज (59 प्रतिशत) एवं देवरिया(58 प्रतिशत) में कम पाये गये। शौचालय का उपयोग करने वाले परिवारों के अन्तर्गत देवरिया 44 की तुलना में अन्य जनपदों– महाराजगंज (41 प्रतिशत), कुशीनगर (39 प्रतिशत), गोरखपुर (38 प्रतिशत) में कम पाये गये।

शौचालय का उपयोग न करने वाले परिवारों के अन्तर्गत गोरखपुर के चरगांवा विकास खण्ड के गांव रामपुर गोपालपुर (17प्रतिशत) की तुलना में अन्य गांवों– मानीराम(15प्रतिशत) जंगल धूषण(14 प्रतिशत), गुलरिहां(10 प्रतिशत), जंगल छत्रधारी(06 प्रतिशत) में कम पाया गया। शौचालय का उपयोग करने वाले परिवारों के अन्तर्गत गोरखपुर के चरगांवा विकास खण्ड के गांव जंगल छत्रधारी(14प्रतिशत) की तुलना में अन्य गांवों–गुलरिहां(10 प्रतिशत) जंगल धूषण(06 प्रतिशत) मानीराम(05 प्रतिशत), रामपुर गोपालपुर(03प्रतिशत) में कम पाया गया।

शौचालय का उपयोग न करने वाले परिवारों के अन्तर्गत जनपद देवरिया के भाटपार रानी विकास खण्ड के गांव सरया(15 प्रतिशत) की तुलना में अन्य गावों– कुकुर घाटी (14 प्रतिशत) सोहनापार(12 प्रतिशत) अहिरौली तिवारी (09 प्रतिशत),

बड़का गांव(08 प्रतिशत), में कम पाये गये। शौचालय का उपयोग करने वाले परिवारों के अन्तर्गत देवरिया के भाटपार रानी विकास खण्ड के गांव बड़का गांव (12 प्रतिशत) की तुलना में अन्य गावों— अहिरौली तिवारी (11 प्रतिशत), सोहनापार(08प्रतिशत) कुकुर घाटी(06 प्रतिशत) सरया (05 प्रतिशत) में कम पाया गया।

शौचालय का उपयोग न करने वाले परिवारों के अन्तर्गत कुशीनगर के खड्डा विकास खण्ड के गांव सिसवां गोपाल (17 प्रतिशत) की तुलना में अन्य गावों— पनियहवां(13 प्रतिशत), रामनगर(11 प्रतिशत) छितौनी (11 प्रतिशत), करदह(09 प्रतिशत), में कम पाये गये। शौचालय का उपयोग करने वाले परिवारों के अन्तर्गत कुशीनगर के खडडा विकास खण्ड के गांव करदह (11 प्रतिशत), की तुलना में अन्य गावों— छितौनी (09 प्रतिशत) रामनगर(09 प्रतिशत), पनियहवां (07 प्रतिशत),एवं सिसवां गोपाल(03 प्रतिशत) में कम पाया गया।

शौचालय का उपयोग न करने वाले परिवारों के अन्तर्गत महाराजगंज के परतावल विकास खण्ड के गांव नटवां (14 प्रतिशत प्रतिशत) की तुलना में अन्य गावों—नंदना(13 प्रतिशत), मंगलपुर(12प्रतिशत), तरकुलवां(11 प्रतिशत), हरपुर तिवारी(09 प्रतिशत), में कम पाया गया। शौचालय का उपयोग करने वाले परिवारों के अन्तर्गत महाराजगंज के परतावल विकास खण्ड के गांव हरपुर तिवारी (11 प्रतिशत) की तुलना में अन्य गावों— तरकुलवां(09 प्रतिशत) मंगलपुर(08 प्रतिशत), नंदना(07 प्रतिशत), नटवां (06 प्रतिशत) में कम पाया गया।

तालिका सं0 3.11: इन्सेफ्लाइटिस पीड़ितों में गोरखपुर(n=100), देवरिया(n=100), कुशीनगर(n=100) एवं महाराजगंज(n=100) में शौचालय का उपयोग N=400

ब्लॉक	गाँव	शौचालय का उपयोग

जनपद			नही करते हैं	करते है	योग
गोरखपुर	चरगांवा	G1	14(14.0)	6(6.0)	20(20.0)
		G2	15(15.0)	5(5.0)	20(20.0)
		G3	6(6.0)	14(14.0)	20(20.0)
		G4	17(17.0)	3(3.0)	20(20.0)
		G5	10(10.0)	10(10.0)	20(20.0)
		योग	**62**(62.0)	**38**(38.0)	100(100.0)
देवरिया	भटपार रानी	D1	14(14.0)	6(6.0)	20(20.0)
		D2	9(9.0)	11(11.0)	20(20.0)
		D3	8(8.0)	12(12.0)	20(20.0)
		D4	15(15.0)	5(5.0)	20(20.0)
		D5	12(12.0)	8(8.0)	20(20.0)
		योग	**58(58.0)**	**42(42.0)**	100(100.0)
कुशीकनगर	(खड्डा)	**K1**	11(11.0)	9(9.0)	20(20.0)
		K2	9(9.0)	11(11.0)	20(20.0)
		K3	13(13.0)	7(7.0)	20(20.0)
		K4	11(11.0)	9(9.0)	20(20.0)
		K5	17(17.0)	3(3.0)	20(20.0)
		योग	**61**(61.0)	**39**(39.0)	100(100.0)
महाराजगंज	परतावल	**M1**	9(9.0)	11(11.0)	20(20.0)
		M2	12(12.0)	8(8.0)	20(20.0)
		M3	13(13.0)	7(7.0)	20(20.0)

		M4	14(14.0)	6(6.0)	20(20.0)
		M5	11(11.0)	9(9.0)	20(20.0)
		योग	**59(59**.0)	**41**(41.0)	100(100.0)
महायोग			240(60.0)	160(40.0)	400(100.0)

नोटः–

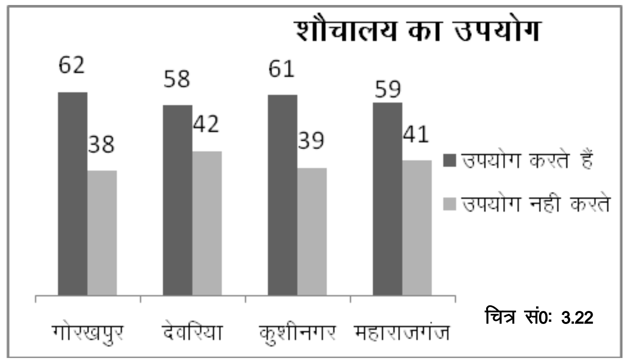
1. कोष्ठक ( ) में प्रतिशत को दर्शाया गया है।
2. G1=जंगल धूषण, G2= मानीराम, G3=जंगल छत्रधारी, G4=रामपुर गोपालपुर, G5=गुलरिहा

D1= कुकुर घाटी, D2= अहिरौली तिवारी, D3=बड़का गांव, D4=सरया, D5=सोहनापार

K1=छितौनी, K2=करदह, K3= पनियहवा, K4=रामनगर, K5=सिसवां गोपाल

M1= हरपुर तिवारी, M2=मंगलपुर, M3=नन्दना, M4=नटवां, M5=तरकुलवां

चित्र सं0: 3.21



चित्र सं0: 3.22

- **इन्सेफ्लाइटिस पीड़ितों के परिवार में शौचालय के उपयोग की स्थितिः–**

परिणाम के अवलोकन करने पर ज्ञात होता है कि ज्यादातर पीड़ित घरों में शौचालय का इस्तेमाल नही किया जाता है।

शौचालय का उपयोग न करने वाले परिवारों के अन्तर्गत जनपद गोरखपुर में अन्य जनपदों (कुशीनगर, महाराजगंज एवं देवरिया) की तुलना में सर्वाधिक पाये गये। शौचालय का उपयोग करने वाले परिवारों के अन्तर्गत देवरिया में अन्य जनपदों (महाराजगंज, कुशीनगर, गोरखपुर) की तुलना में सर्वाधिक पाये गये।

शौचालय का उपयोग न करने वाले परिवारों के अन्तर्गत गोरखपुर के चरगांवा विकास खण्ड के गांव रामपुर गोपालपुर में अन्य गांवों (मानीराम, जंगल धूषण,

गुलरिहां, जंगल छत्रधारी) की तुलना में सर्वाधिक पाये गये। शौचालय का उपयोग करने वाले परिवारों के अन्तर्गत गोरखपुर के चरगांवा विकास खण्ड के गांव जंगल छत्रधारी में अन्य गांवों (गुलरिहां, जंगल धूषण, मानीराम, रामपुर गोपालपुर) की तुलना में सर्वाधिक पाये गये।

शौचालय का उपयोग न करने वाले परिवारों के अन्तर्गत जनपद देवरिया के भाटपार रानी विकास खण्ड के गांव सरया में अन्य गावों– (कुकुर घाटी, सोहनापार, अहिरौली तिवारी, बड़का गांव) की तुलना में सर्वाधिक पाये गये। शौचालय का उपयोग करने वाले परिवारों के अन्तर्गत देवरिया के भाटपार रानी विकास खण्ड के गांव बड़का गांव में अन्य गावों (अहिरौली तिवारी, सोहनापार, कुकुर घाटी, सरया) की तुलना में सर्वाधिक पाये गये।

शौचालय का उपयोग न करने वाले परिवारों के अन्तर्गत कुशीनगर के खड्डा विकास खण्ड के गांव सिसवां गोपाल में अन्य गावों (पनियहवां, रामनगर, छितौनी, करदह) की तुलना में सर्वाधिक पाये गये। शौचालय का उपयोग करने वाले परिवारों के अन्तर्गत कुशीनगर के खड्डा विकास खण्ड के गांव करदह में अन्य गावों– छितौनी रामनगर, पनियहवां, सिसवां गोपाल) की तुलना में सर्वाधिक पाये गये।

शौचालय का उपयोग न करने वाले परिवारों के अन्तर्गत महाराजगंज के परतावल विकास खण्ड के गांव नटवां में अन्य गावों (नंदना, मंगलपुर, तरकुलवां, हरपुर तिवारी) की तुलना में सर्वाधिक पाये गये। शौचालय का उपयोग करने वाले परिवारों के अन्तर्गत महाराजगंज के परतावल विकास खण्ड के गांव हरपुर तिवारी में अन्य गावों (तरकुलवां, मंगलपुर, नंदना, नटवां) की तुलना में सर्वाधिक पाये गये।

परिणाम यह प्रदर्शित करते है कि ज्यादातर परिवारों द्वारा शौचालय का इस्तेमाल नही किया जाता है। जिन घरों में शौचालय हैं वह भी इसका इस्तेमाल न

कर शौच के लिए घरों से बाहर जाते हैं। सामजिक लोक–लाज के कारण ये लोग सुबह होने से पूर्व यानि भोर में तथा सांयकाल में अंधेरा होने के बाद शौच के लिए जाते हैं। जहां इन्हें मच्छरों के काटने की संभावना काफी बढ़ जाती है जिसके कारण इनके परिवार में इन्सेफ्लाइटिस का खतरा बना रहता है। गांव को खुले में शौच मुक्त बनाने के लिए घर–घर शौचालय तो बना दिए गये हैं, लेकिन इनका इस्तेमाल नही किया जा रहा है। कोई इसमें भूसा रखता है तो कोई उपलें। अधिकतर लोग घर से शौचालय होने के बावजूद भी खुले में शौच के लिए जाना पसंद करते हैं। सरकार को शौचालय का निर्माण कराने के साथ–साथ उसके उपयोग के लिए भी लोगों को जागरूक करने की आवश्यकता है।

- **इन्सेफ्लाइटिस पीड़ितों के घर पशु पालन की स्थिति**

तालिका सं0 3.12 में इन्सेफ्लाइटिस पीड़ितों के घर में पशु पालन की स्थिति को प्रदर्शित किया गया है। जहाँ पर अन्य पशु पालक (67 प्रतिशत) की तुलना में सुअर पालक(23 प्रतिशत) एवं घोड़ा पालक(10 प्रतिशत) कम पाये गये।

पशु पालन में सूअर पालन करने वाले परिवारों के अन्तर्गत कुशीनगर (31 प्रतिशत) की तुलना में अन्य जनपदों–देवरिया (23 प्रतिशत), महाराजगंज (21 प्रतिशत) गोरखपुर (19 प्रतिशत) में कम पाये गये। पशु पालन में घोड़ा पालन करने वाले परिवारों के अन्तर्गत कुशनगर (14 प्रतिशत) की तुलना में अन्य जनपदों–

गोरखपुर (11 प्रतिशत), महाराजगंज (8 प्रतिशत) देवरिया (05 प्रतिशत) कुशीनगर में कम पाये गये। पशु पालन में कोई भी अन्य पशु पालने वाले परिवारों के अन्तर्गत देवरिया (72 प्रतिशत) की तुलना में अन्य जनपदों– महाराजगंज (71 प्रतिशत) गोरखपुर (70 प्रतिशत) कुशीनगर (55 प्रतिशत) में कम पाये गये।

पशु पालन में सूअर पालन करने वाले परिवारों के अन्तर्गत जनपद गोरखपुर के चरगांवा विकास खण्ड के गांव मानीराम (06 प्रतिशत) की तुलना में अन्य गांवों– जंगल छत्रधारी(05 प्रतिशत), रामपुर गोपालपुर (03प्रतिशत) जंगल धूषण(03 प्रतिशत) गुलरिहां (02 प्रतिशत) में कम पाया गया। पशु पालन में घोड़ा पालन करने वाले परिवारों के अन्तर्गत जनपद गोरखपुर के चरगांवा विकास खण्ड के गांव गुलरिहां (04 प्रतिशत), की तुलना में अन्य गांवों– जंगल धूषण (03 प्रतिशत), मानीराम(02 प्रतिशत), जंगल छत्रधारी(02 प्रतिशत)रामपुर गोपालपुर (0 प्रतिशत) में कम पाया गया। पशु पालन में कोई भी अन्य पशु पालने वाले परिवारों के अन्तर्गत जनपद गोरखपुर के चरगांवा विकास खण्ड के गांव रामपुर गोपालपुर(17 प्रतिशत) की तुलना में अन्य गांवों– जंगल धूषण(14 प्रतिशत) गुलरिहा(14 प्रतिशत), जंगल छत्रधारी(13 प्रतिशत) मानीराम(12 प्रतिशत) में कम पाया गया।

पशु पालन में सूअर पालन करने वाले परिवारों के अन्तर्गत जनपद देवरिया के भाटपार रानी विकास खण्ड के गांव कुकुर घाटी (08 प्रतिशत) की तुलना में अन्य गावों– अहिरौली तिवारी (07 प्रतिशत), सरया(05 प्रतिशत), बड़का गांव(03 प्रतिशत), सोहनापार(0 प्रतिशत) में कम पाया गया। पशु पालन में घोड़ा पालन करने वाले परिवारों के अन्तर्गत देवरिया के भाटपार रानी विकास खण्ड के गांव कुकुर घाटी (02 प्रतिशत) एवं सरया(02 प्रतिशत) की तुलना में अन्य गावों–बड़का गांव(01 प्रतिशत), सोहनापार(0 प्रतिशत) एवं अहिरौली तिवारी (0 प्रतिशत) में कम पाया गया। पशु पालन में कोई भी अन्य पशु पालने वाले परिवारों के अन्तर्गत

देवरिया जनपद के भाटपार रानी विकास खण्ड के गांव सोहनापार(20 प्रतिशत) की तुलना में अन्य गांवों– बड़का गांव(16 प्रतिशत) अहिरौली तिवारी (13 प्रतिशत) सरया(13 प्रतिशत) कुकुर घाटी(10 प्रतिशत) में कम पाया गया।

पशु पालन में सूअर पालन करने वाले परिवारों के अन्तर्गत जनपद कुशीनगर के खडडा विकास खण्ड के गांव पनियहवां (09 प्रतिशत), की तुलना में अन्य गावों– रामनगर(08 प्रतिशत), सिसवां गोपाल (06 प्रतिशत), करदह (05 प्रतिशत) छितौनी (03 प्रतिशत), में कम पाये गये। पशु पालन में घोड़ा पालन करने वाले परिवारों के अन्तर्गत कुशीनगर के खडडा विकास खण्ड के गांव करदह (04 प्रतिशत), की तुलना में अन्य गावों–पनियहवां(03 प्रतिशत), सिसवां गोपाल (03 प्रतिशत), रामनगर(02प्रतिशत), छितौनी (02 प्रतिशत), में कम पाया गया। पशु पालन में कोई भी अन्य पशु पालने वाले परिवारों के अन्तर्गत जनपद गांव छितौनी (15 प्रतिशत) की तुलना में अन्य गांवों– करदह (11प्रतिशत) सिंसवा गोपाल (11 प्रतिशत) रामनगर(10 प्रतिशत), पनियहवां(08 प्रतिशत), कम पाया गया।

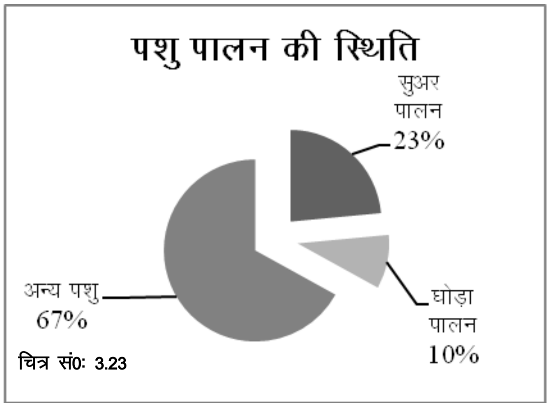
पशु पालन में सूअर पालन करने वाले परिवारों के अन्तर्गत महाराजगंज के परतावल विकास खण्ड के गांव नंदना(09 प्रतिशत), की तुलना में अन्य गावों– हरपुर तिवारी(05 प्रतिशत), मंगलपुर(03 प्रतिशत), तरकुलवां(03 प्रतिशत) नटवा(01 प्रतिशत), में कम पाया गया। पशु पालन में घोड़ा पालन करने वाले परिवारों के अन्तर्गत महाराजगंज के परतावल विकास खण्ड के गांव मंगलपुर(03 प्रतिशत) की तुलना में अन्य गावों– हरपुर तिवारी(02 प्रतिशत) तरकुलवां(02 प्रतिशत) नंदना (01 प्रतिशत) नटवां (0 प्रतिशत प्रतिशत) में कम पाया गया। पशु पालन में कोई भी अन्य पशु पालने वाले परिवारों के अन्तर्गत गांव नटवां (19 प्रतिशत) की तुलना में अन्य गांवों– तरकुलवां(15 प्रतिशत) मंगलपुर (14 प्रतिशत) हरपुर तिवारी (13प्रतिशत) नंदना (10 प्रतिशत) में कम पाया गया।

तालिका सं0 3.12: इन्सेफ्लाइटिस पीड़ितों में गोरखपुर(n=100), देवरिया(n=100), कुशीनगर(n=100) एवं महाराजगंज(n=100) में पशु पालन की स्थिति N=400

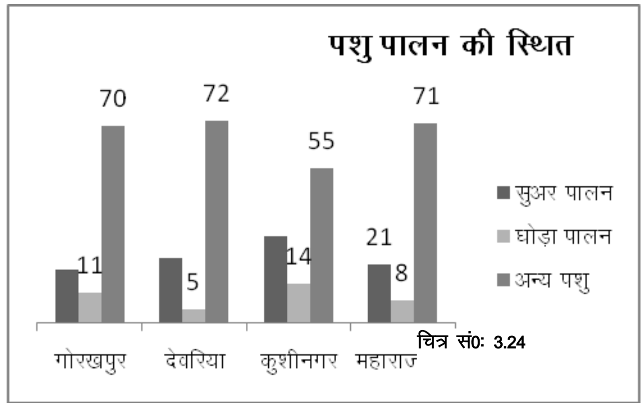
ब्लॉक जनपद		गाँव	पशु पालन की स्थिति			
			सुअर पालन	घोड़ा पालन	अन्य पशु	योग
गोरखपुर	चरगांवा	G1	3(3.0)	3(3.0)	14(14.0)	20(20.0)
		G2	6(6.0)	2(2.0)	12(12.0)	20(20.0)
		G3	5(5.0)	2(2.0)	13(13.0)	20(20.0)
		G4	3(3.0)	0(0.0)	17(17.0)	20(20.0)
		G5	2(2.0)	4(4.0)	14(14.0)	20(20.0)
		योग	**19**(19.0)	**11**(11.0)	**70**(70.0)	100(100.0)
देवरिया	भटपार रानी	D1	8(8.0)	2(2.0)	10(10.0)	20(20.0)
		D2	7(7.0)	0(0.0)	13(13.0)	20(20.0)
		D3	3(3.0)	1(1.0)	16(16.0)	20(20.0)
		D4	5(5.0)	2(2.0)	13(13.0)	20(20.0)
		D5	0(0.0)	0(0.0)	20(20.0)	20(20.0)
		योग	**23**(3.0)	**5**(5.0)	**72**(72.0)	100(20.0)
कुशीकनगर	(खड्डा)	**K1**	3(3.0)	2(2.0)	15(15.0)	20(20.0)
		K2	5(5.0)	4(4.0)	11(11.0)	20(20.0)
		K3	9(9.0)	3(3.0)	8(8.0)	20(20.0)

		K4	8(8.0)	2(2.0)	10(10.0)	20(20.0)
		K5	6(6.0)	3(3.0)	11(11.0)	20(20.0)
		योग	**31**(31.0)	**14**(14.0)	**55**(55.0)	100(100.0)
महाराजगंज	परतावल	**M1**	5(5.0)	2(2.0)	13(13.0)	20(20.0)
		M2	3(3.0)	3(3.0)	14(14.0)	20(20.0)
		M3	9(9.0)	1(1.0)	10(10.0)	20(20.0)
		M4	1(1.0)	0(0.0)	19(19.0)	20(20.0)
		M5	3(3.0)	2(2.0)	15(15.0)	20(20.0)
		योग	**21**(21.0)	**8**(8.0)	**71**(71.0)	100(100.0)
महायोग			94(23.5)	38(9.5)	268(67.0)	400(100)

नोटः–
1. कोष्ठक ( ) में प्रतिशत को दर्शाया गया है।
2. G1=जंगल धूषण, G2= मानीराम, G3=जंगल छत्रधारी, G4=रामपुर गोपालपुर, G5=गुलरिहा
D1= कुकुर घाटी, D2= अहिरौली तिवारी, D3=बड़का गांव, D4=सरया, D5=सोहनापार
K1=छितौनी, K2=करदह, K3= पनियहवा, K4=रामनगर, K5=सिसवां गोपाल
M1= हरपुर तिवारी, M2=मंगलपुर, M3=नन्दना, M4=नटवां, M5=तरकुलवां



चित्र सं0: 3.23



चित्र सं0: 3.24

- **इन्सेफ्लाइटिस पीड़ितों के घर पशु पालन की स्थिति**

परिणाम के अवलोकन करने पर ज्ञात होता है कि ज्यादातर पीड़ित परिवारों में अन्य पशुओं जैसे गाय, भैस, बकरी आदि का पालन किया जाता है।

पशु पालन में सूअर पालन करने वाले परिवारों के अन्तर्गत कुशीनगर में अन्य जनपदों (देवरिया, महाराजगंज, गोरखपुर) की तुलना में सर्वाधिक पाये गये। पशु पालन में घोड़ा पालन करने वाले परिवारों के अन्तर्गत कुशनगर में अन्य जनपदों–(गोरखपुर, महाराजगंज, देवरिया, कुशीनगर) की तुलना में सर्वाधिक पाये गये। पशु पालन में कोई भी अन्य पशु पालने वाले परिवारों के अन्तर्गत देवरिया में अन्य जनपदों (महाराजगंज, गोरखपुर, कुशीनगर) की तुलना में सर्वाधिक पाये गये।

पशु पालन में सूअर पालन करने वाले परिवारों के अन्तर्गत जनपद गोरखपुर के चरगांवा विकास खण्ड के गांव मानीराम में अन्य गांवों– (जंगल छत्रधारी, रामपुर गोपालपुर, जंगल धूषण, गुलरिहां) की तुलना में सर्वाधिक पाये गये। पशु पालन में घोड़ा पालन करने वाले परिवारों के अन्तर्गत जनपद गोरखपुर के चरगांवा विकास खण्ड के गांव गुलरिहां में अन्य गांवों– (जंगल धूषण, मानीराम, जंगल छत्रधारी, रामपुर गोपालपुर) की तुलना में सर्वाधिक पाये गये। पशु पालन में कोई भी अन्य

पशु पालने वाले परिवारों के अन्तर्गत जनपद गोरखपुर के चरगांवा विकास खण्ड के गांव रामपुर गोपालपुर में अन्य गांवों—(जंगल धूषण, गुलरिहा, जंगल छत्रधारी, मानीराम) में कम पाया गया।

पशु पालन में सूअर पालन करने वाले परिवारों के अन्तर्गत जनपद देवरिया के भाटपार रानी विकास खण्ड के गांव कुकुर घाटी में अन्य गावों (अहिरौली तिवारी, सरया, बड़का गांव, सोहनापार) की तुलना में सर्वाधिक पाये गये। पशु पालन में घोड़ा पालन करने वाले परिवारों के अन्तर्गत देवरिया के भाटपार रानी विकास खण्ड के गांव कुकुर घाटी एवं सरया की तुलना में अन्य गावों (बड़का गांव, सोहनापार एवं अहिरौली तिवारी) की तुलना में सर्वाधिक पाये गये। पशु पालन में कोई भी अन्य पशु पालने वाले परिवारों के अन्तर्गत देवरिया जनपद के भाटपार रानी विकास खण्ड के गांव सोहनापार में अन्य गांवों (बड़का गांव, अहिरौली तिवारी, सरया, कुकुर घाटी) की तुलना में सर्वाधिक पाये गये।

पशु पालन में सूअर पालन करने वाले परिवारों के अन्तर्गत जनपद कुशीनगर के खडडा विकास खण्ड के गांव पनियहवां की तुलना में अन्य गावों—(रामनगर, सिसवां गोपाल, करदह, छितौनी) की तुलना में सर्वाधिक पाये गये। पशु पालन में घोड़ा पालन करने वाले परिवारों के अन्तर्गत कुशीनगर के खडडा विकास खण्ड के गांव करदह में अन्य गावों—(पनियहवां, सिसवां गोपाल, रामनगर, छितौनी) की तुलना में सर्वाधिक पाये गये। पशु पालन में कोई भी अन्य पशु पालने वाले परिवारों के अन्तर्गत जनपद गांव छितौनी में अन्य गांवों—(करदह, सिंसवा गोपाल, रामनगर, पनियहवां) की तुलना में सर्वाधिक पाये गये।

पशु पालन में सूअर पालन करने वाले परिवारों के अन्तर्गत महाराजगंज के परतावल विकास खण्ड के गांव नंदना में अन्य गावों—(हरपुर तिवारी, मंगलपुर, तरकुलवां, नटवा), की तुलना में सर्वाधिक पाये गये। पशु पालन में घोड़ा पालन

करने वाले परिवारों के अन्तर्गत महाराजगंज के परतावल विकास खण्ड के गांव मंगलपुर में अन्य गावों– (हरपुर तिवारी, तरकुलवां, नंदना, नटवां) में कम पाया गया। पशु पालन में कोई भी अन्य पशु पालने वाले परिवारों के अन्तर्गत गांव नटवां में अन्य गांवों– (तरकुलवां, मंगलपुर हरपुर तिवारी, नंदना) की तुलना में सर्वाधिक पाये गये।

परिणाम यह प्रदर्शित करते है कि सूअर और घोड़ा पालन करने वालों की संख्या तुलनात्मक रूप में अन्य पशु पालकों से कम है। इसलिए अन्य पशु पालकों में इन्सेफ्लाइटिस की वृद्धि महज काल्पनिक है। वस्तुतः यदि हर पशुओं एवं पशु पालकों का अलग–अलग आकड़ा निकाला जाय तो हम पायेंगे कि अन्य पशु पालकों में इन्सेफ्लाइटिस कम होता है। सुअर इन्सेफ्लाइटिस के विषाणुओं के लिए मेजबान का कार्य करता है। (रेउबेन एवं गजानन, 1997)। नेपाल में हुए एक अध्ययन में ज्ञात हुआ है कि इन्सेफेलाइटिस के विषाणु का पशुओं के शरीर में जैसे सुअर में 48.11 प्रतिशत, घोड़े में 50 प्रतिशत एवं बत्तख में 26.79 प्रतिशत देखने को मिला (पंत, 2006)

- **इन्सेफ्लाइटिस पीड़ितों का रात्रि शयन का स्थान**

तालिका संख्या 3.13 में रात्रि शयन करने वाले परिवारों की संख्या को प्रदर्शित किया गया है। जहाँ घर के अंदर शयन करने वाले(66 प्रतिशत) की तुलना में घर के बाहर शयन करने वाले(34 प्रतिशत) कम पाये गये।

घर के अन्दर शयन करने वाले परिवार में जनपद गोरखपुर (78 प्रतिशत) की तुलना में अन्य जनपदों–देवरिया (69 प्रतिशत), कुशीनगर(62 प्रतिशत), महाराजगंज(55 प्रतिशत) एवं गोरखपुर(34 प्रतिशत) में कम पायी गई। जबकि घर के बाहर रात्रि शयन करने वाले परिवारों जनपद महाराजगंज (45 प्रतिशत) की

तुलना में अन्य जनपदों–कुशीनगर (38 प्रतिशत), देवरिया (प्रतिशत 31), गोरखपुर(22 प्रतिशत), में कम पायी गयी।

घर के अन्दर रात्रि शयन करने वाले परिवार में जनपद गोरखपुर के चरगांवा विकास खण्ड के गांव छत्रधारी(18 प्रतिशत), की तुलना में अन्य गांवों–जंगल रामपुर गोपालपुर (17 प्रतिशत) गुलरिहां(16 प्रतिशत) जंगल धूषण (14 प्रतिशत) मानीराम(13प्रतिशत) में कम पाये गये। जबकि घर के बाहर रात्रि शयन करने वाले परिवारों में गोरखपुर के चरगांवा विकास खण्ड के गांव मानीराम(07 प्रतिशत), की तुलना में अन्य गांवों– जंगल धूषण (06 प्रतिशत), गुलरिहां(04 प्रतिशत) रामपुर गोपालपुर(03 प्रतिशत), जंगल छत्रधारी(02 प्रतिशत), में कम पाये गये।

घर के अन्दर रात्रि शयन करने वाले परिवार में जनपद देवरिया के भाटपार रानी विकास खण्ड के गांव सोहनापार(18 प्रतिशत) की तुलना में अन्य गावों–बड़का गांव(15 प्रतिशत), कुकुर घाटी (13 प्रतिशत) सरया(12), अहिरौली तिवारी (11 प्रतिशत), में कम पाये गये। जबकि घर के बाहर रात्रि शयन करने वाले परिवारों में देवरिया के भाटपार रानी विकास खण्ड के गांव अहिरौली तिवारी (09 प्रतिशत) की तुलना में अन्य गावों–सरया(08 प्रतिशत), कुकुर घाटी (07 प्रतिशत) बड़का गांव(05 प्रतिशत), सोहनापार(02 प्रतिशत) में कम पाये गये।

घर के अन्दर रात्रि शयन करने वाले परिवार में कुशीनगर के खडडा विकास खण्ड के गांव पनियहवां(16प्रतिशत), की तुलना में अन्य गावों– रामनगर(14 प्रतिशत), सिसवां गोपाल (12 प्रतिशत) छितौनी (11 प्रतिशत) में कम पाये गये। जबकि घर के बाहर रात्रि शयन करने वाले परिवारों में कुशीनगर के खडडा विकास खण्ड के गांव करदह(11 प्रतिशत) की तुलना में अन्य गावों–छितौनी (09 प्रतिशत)

सिसवां गोपाल (08 प्रतिशत), रामनगर(06 प्रतिशत), पनियहवां(04 प्रतिशत) में कम पाये गये।

घर के अन्दर रात्रि शयन करने वाले परिवार में महाराजगंज के परतावल विकास खण्ड के गांव हरपुर तिवारी(13 प्रतिशत), नटवा(13 प्रतिशत) की तुलना में अन्य गावों–नंदना(12 प्रतिशत), मंगलपुर(11 प्रतिशत), तरकुलवां(06 प्रतिशत)में कम पाये गये। जबकि घर के बाहर रात्रि शयन करने वाले परिवारों में महाराजगंज के परतावल विकास खण्ड के गांव तरकुलवां(14 प्रतिशत) की तुलना में अन्य गावों–मंगलपुर(09 प्रतिशत), नंदना(08 प्रतिशत), हरपुर तिवारी(07 प्रतिशत), नटवा(07 प्रतिशत) में कम पाये गये।

तालिका सं0 3.13: इन्सेफ्लाइटिस पीड़ितों में गोरखपुर(n=100), देवरिया(n=100), कुशीनगर(n=100) एवं महाराजगंज(n=100) में रात्रि शयन N=400

जनपद	ब्लॉक	गाँव	रात्रि शयन		
			घर के अंदर	घर के बाहर	योग
गोरखपुर	चरगांवा	G1	14(14.0)	6(6.0)	20(20.0)
		G2	13(13.0)	7(7.0)	20(20.0)
		G3	18(18.0)	2(2.0)	20(20.0)
		G4	17(17.0)	3(3.0)	20(20.0)
		G5	16(16.0)	4(4.0)	20(20.0)
		योग	**78(78.0)**	**22(22.0)**	100(100.0)

देवरिया	भटपार रानी	D1	13(13.0)	7(.0)	20(20.0)
		D2	11(11.0)	9(9.0)	20(20.0)
		D3	15(15.0)	5(5.0)	20(20.0)
		D4	12(12.0)	8(8.0)	20(20.0)
		D5	18(18.0)	2(2.0)	20(20.0)
		योग	**69**(69.0)	**31**(31.0)	100(100.0)
कुशीकनगर	(खड्डा)	K1	11(11.0)	9(9.0)	20(20.0)
		K2	9(9.0)	11(11.0)	20(20.0)
		K3	16(16.0)	4(4.0)	20(20.0)
		K4	14(14.0)	6(6.0)	20(20.0)
		K5	12(12.0)	8(8.0)	20(20.0)
		योग	**62(62.0)**	**38(38.0)**	100(100.0)
महाराजगंज	परतावल	M1	13(13.0)	7(7.0)	20(20.0)
		M2	11(11.0)	9(9.0)	20(20.0)
		M3	12(12.0)	8(8.0)	20(20.0)
		M4	13(13.0)	7(7.0)	20(20.0)
		M5	6(6.0)	14(14.0)	20(20.0)
		योग	**55(55.0)**	**45(45.0)**	100(100.0)
महायोग			264(66.0)	136(34.0)	400(100.0)

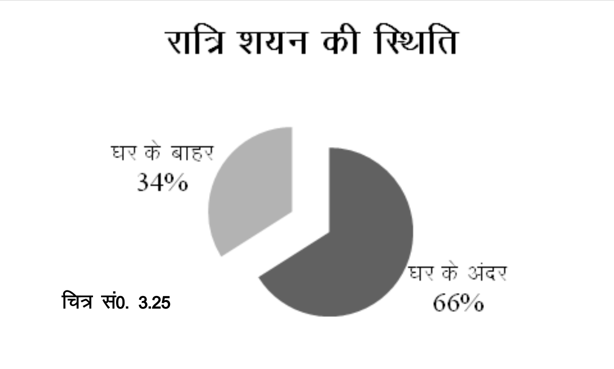
नोटः–

1. कोष्ठक ( ) में प्रतिशत को दर्शाया गया है।
2. G1=जंगल धूषण, G2= मानीराम, G3=जंगल छत्रधारी, G4=रामपुर गोपालपुर, G5=गुलरिहा

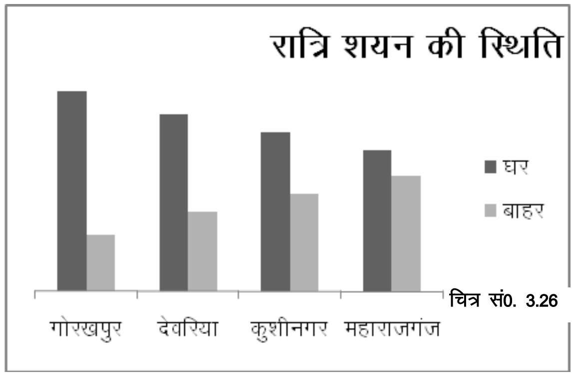
D1= कुकुर घाटी, D2= अहिरौली तिवारी, D3=बड़का गांव, D4=सरया, D5=सोहनापार

K1=छितौनी, K2=करदह, K3= पनियहवा, K4=रामनगर, K5=सिसवां गोपाल

M1= हरपुर तिवारी, M2=मंगलपुर, M3=नन्दना, M4=नटवां, M5=तरकुलवां



चित्र सं0. 3.25



चित्र सं0. 3.26

- **इन्सेफ्लाइटिस पीड़ितों का रात्रि शयन का स्थान**

परिणाम के अवलोकन करने पर ज्ञात होता है कि ज्यादातर पीड़ित घरों के अंदर रात्रि शयन करते हैं।

रात्रि शयन करने वाले परिवारों की संख्या को प्रदर्शित किया गया है। घर के अन्दर शयन करने वाले परिवार में जनपद गोरखपुर में अन्य जनपदों– (देवरिया, कुशीनगर, महाराजगंज) की तुलना में सर्वाधिक पाये गये। जबकि घर के बाहर रात्रि शयन करने वाले परिवारों जनपद महाराजगंज में अन्य जनपदों–(कुशीनगर, देवरिया, गोरखपुर) की तुलना में सर्वाधिक पाये गये।

घर के अन्दर रात्रि शयन करने वाले परिवार में जनपद गोरखपुर के चरगांवा विकास खण्ड के गांव छत्रधारी में अन्य गांवों–(रामपुर गोपालपुर, गुलरिहां, जंगल धूषण, मानीराम) की तुलना में सर्वाधिक पाये गये। जबकि घर के बाहर रात्रि शयन करने वाले परिवारों में गोरखपुर के चरगांवा विकास खण्ड के गांव मानीराम में अन्य गांवों (जंगल धूषण, गुलरिहां, रामपुर गोपालपुर, जंगल छत्रधारी) की तुलना में सर्वाधिक पाये गये।

घर के अन्दर रात्रि शयन करने वाले परिवार में जनपद देवरिया के भाटपार रानी विकास खण्ड के गांव सोहनापार में अन्य गावों (बड़का गांव, कुकुर घाटी,

सरया, अहिरौली तिवारी) की तुलना में सर्वाधिक पाये गये। जबकि घर के बाहर रात्रि शयन करने वाले परिवारों में देवरिया के भाटपार रानी विकास खण्ड के गांव अहिरौली तिवारी में अन्य गावों–(सरया, कुकुर घाटी, बड़का गांव, सोहनापार) की तुलना में सर्वाधिक पाये गये।

घर के अन्दर रात्रि शयन करने वाले परिवार में कुशीनगर के खडडा विकास खण्ड के गांव पनियहवां में अन्य गावों– (रामनगर, सिसवां गोपाल, छितौनी, करदह) में कम पाये गये। जबकि घर के बाहर रात्रि शयन करने वाले परिवारों में कुशीनगर के खडडा विकास खण्ड के गांव करदह में अन्य गावों–(छितौनी, सिसवां गोपाल, रामनगर, पनियहवां) की तुलना में सर्वाधिक पाये गये।

घर के अन्दर रात्रि शयन करने वाले परिवार में महाराजगंज के परतावल विकास खण्ड के गांव हरपुर तिवारी एवं नटवा में अन्य गावों–(नंदना, मंगलपुर, तरकुलवां) की तुलना में सर्वाधिक पाये गये। जबकि घर के बाहर रात्रि शयन करने वाले परिवारों में महाराजगंज के परतावल विकास खण्ड के गांव तरकुलवां में अन्य गावों–(मंगलपुर, नंदना, हरपुर तिवारी, नटवा) की तुलना में सर्वाधिक पाये गये।

परिणम यह प्रदर्शित करते है कि सबसे अधिक उत्तरदाता घर के अन्दर शयन करते है। घर के अन्दर स्वच्छ हवा का अभाव होता है। घर के अन्दर गंदगी होने के कारण मच्छरों काटने की संभावना बनी रहती है।

- **इन्सेफ्लाइटिस पीड़ितों का आहार (सप्ताह में दाल एवं दूध की उपलब्धता)**

तालिका सं0 3.14 में इन्सेफ्लाइटिस पीड़ितों के आहार को प्रदर्शित किया गया है। जहाँ पीड़ितों को मिलने वाले पौष्टिक आहार सप्ताह में 0–2 दिन (42 प्रतिशत) की तुलना में 3–5 दिन (32 प्रतिशत) एवं 5–7 दिन(26 प्रतिशत) कम पाये गये।

आहार (दाल एवं दूध) की उपलब्धता सप्ताह में 0–2 दिन प्राप्त होने वाले परिवार में महाराजगंज 48 प्रतिशत की तुलना में अन्य जनपदों– देवरिया (41 प्रतिशत), कुशीनगर (39 प्रतिशत), गोरखपुर (38 प्रतिशत) में कम पाये गये। आहार (दाल एवं दूध) की उपलब्धता सप्ताह में 3–5 दिन प्राप्त होने वाले परिवार में देवरिया (42 प्रतिशत) की तुलना में अन्य जनपदों– गोरखपुर (34 प्रतिशत), महाराजगंज (29 प्रतिशत), कुशीनगर (24 प्रतिशत) में कम पाये गये। आहार (दाल एवं दूध) की उपलब्धता सप्ताह में 6–7 दिन प्राप्त होने वाले परिवार में कुशीनगर (37 प्रतिशत) की तुलना में अन्य जनपदों– गोरखपुर (28 प्रतिशत) महाराजगंज (23 प्रतिशत), देवरिया (17 प्रतिशत) में कम पाये गये।

आहार (दाल एवं दूध) की उपलब्धता सप्ताह में 0–2 दिन प्राप्त होने वाले परिवार में गोरखपुर के चरगांवा विकास खण्ड के गांव मानीराम (11 प्रतिशत), की तुलना में अन्य गांवों–जंगल धूषण (09 प्रतिशत), रामपुर गोपालपुर(08 प्रतिशत), जंगल छत्रधारी(07 प्रतिशत), गुलरिहां(03 प्रतिशत) में कम पाये गये। आहार (दाल एवं दूध) की उपलब्धता सप्ताह में 3–5 दिन प्राप्त होने वाले परिवार में गोरखपुर के चरगांवा विकास खण्ड के गांव गुलरिहां(14 प्रतिशत) की तुलना में अन्य गांवों– जंगल छत्रधारी(07 प्रतिशत), मानीराम(06 प्रतिशत), रामपुर गोपालपुर(05 प्रतिशत), जंगल धूषण (02 प्रतिशत)में कम पाये गये। आहार (दाल एवं दूध) की उपलब्धता सप्ताह में 6–7 दिन प्राप्त होने वाले परिवार में गोरखपुर के चरगांवा विकास खण्ड के गांव जंगल धूषण (09 प्रतिशत) की तुलना में अन्य गांवों– रामपुर गोपालपुर(07 प्रतिशत), जंगल छत्रधारी(06 प्रतिशत), मानीराम(03 प्रतिशत), गुलरिहां(03 प्रतिशत) में कम पाये गये।

आहार (दाल एवं दूध) की उपलब्धता सप्ताह में 0–2 दिन प्राप्त होने वाले परिवार में देवरिया के भाटपार रानी विकास खण्ड के गांव सोहनापार(14 प्रतिशत) की तुलना में अन्य गावों–बड़का गांव(12 प्रतिशत), सरया(8 प्रतिशत), कुकुर घाटी

(06 प्रतिशत) अहिरौली तिवारी (01 प्रतिशत), में कम पाये गये। आहार (दाल एवं दूध) की उपलब्धता सप्ताह में 3–5 दिन प्राप्त होने वाले परिवार में देवरिया के भाटपार रानी विकास खण्ड के गांव अहिरौली तिवारी (18 प्रतिशत) की तुलना में अन्य गावों– सरया(09 प्रतिशत), कुकुर घाटी (7प्रतिशत) बड़का गांव(6 प्रतिशत), सोहनापार(02 प्रतिशत) में कम पाये गये। आहार (दाल एवं दूध) की उपलब्धता सप्ताह में 6–7 दिन प्राप्त होने वाले परिवार में देवरिया के भाटपार रानी विकास खण्ड के गांव कुकुर घाटी (07 प्रतिशत) की तुलना में अन्य गावों– सोहनापार(04 प्रतिशत) सरया(03 प्रतिशत), बड़का गांव(02 प्रतिशत), अहिरौली तिवारी (01 प्रतिशत) में कम पाये गये।

आहार (दाल एवं दूध) की उपलब्धता सप्ताह में 0–2 दिन प्राप्त होने वाले परिवार में कुशीनगर के खडडा विकास खण्ड के गांव करदह(11 प्रतिशत) की तुलना में अन्य गावों– रामनगर(10प्रतिशत), सिसवां गोपाल (7प्रतिशत) छितौनी (07 प्रतिशत) पनियहवां(04 प्रतिशत), में कम पाये गये। आहार (दाल एवं दूध) की उपलब्धता सप्ताह में 3–5 दिन प्राप्त होने वाले परिवार में कुशीनगर के खडडा विकास खण्ड के गांव छितौनी (08 प्रतिशत) की तुलना में अन्य गावों– पनियहवां(07 प्रतिशत), करदह(05 प्रतिशत), सिसवां गोपाल (03 प्रतिशत) रामनगर(01 प्रतिशत), में कम पाये गये। आहार (दाल एवं दूध) की उपलब्धता सप्ताह में 6–7 दिन प्राप्त होने वाले परिवार में कुशीनगर के खडडा विकास खण्ड के गांव सिसवां गोपाल (10 प्रतिशत) की तुलना में अन्य गावों– रामनगर(09 प्रतिशत), पनियहवां(09 प्रतिशत), छितौनी (05 प्रतिशत), करदह(04 प्रतिशत), में कम पाये गये।

आहार (दाल एवं दूध) की उपलब्धता सप्ताह में 0–2 दिन प्राप्त होने वाले परिवार में महाराजगंज के परतावल विकास खण्ड के गांव तरकुलवां(13 प्रतिशत)

की तुलना में अन्य गावों– हरपुर तिवारी(11 प्रतिशत), नटवा(09 प्रतिशत) मंगलपुर(08 प्रतिशत), नंदना(07 प्रतिशत), में कम पाये गये। आहार (दाल एवं दूध) की उपलब्धता सप्ताह में 3–5 दिन प्राप्त होने वाले परिवार में महाराजगंज के परतावल विकास खण्ड के गांव मंगलपुर (09 प्रतिशत) की तुलना में अन्य गावों– तरकुलवां(09 प्रतिशत) हरपुर तिवारी(06 प्रतिशत), नटवा(05 प्रतिशत) नंदना(02 प्रतिशत) में कम पाये गये। आहार (दाल एवं दूध) की उपलब्धता सप्ताह में 6–7 दिन प्राप्त होने वाले परिवार में महाराजगंज के परतावल विकास खण्ड के गांव नंदना(11 प्रतिशत) की तुलना में अन्य गावों– नटवा(06 प्रतिशत), हरपुर तिवारी(03 प्रतिशत), मंगलपुर(03 प्रतिशत), तरकुलवां(0 प्रतिशत) में कम पाये गये।

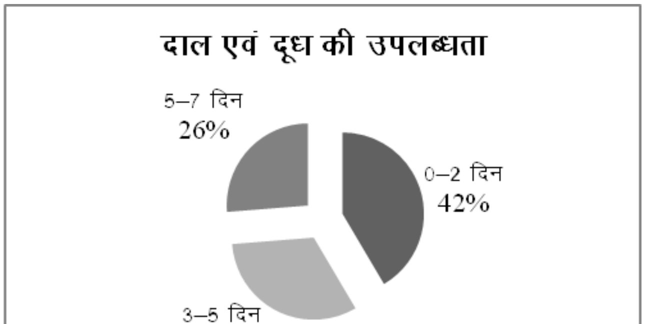
तालिका सं0 3.14 इन्सेफ्लाइटिस पीड़ितों में गोरखपुर(n=100), देवरिया(n=100), कुशीनगर(n=100) एवं महाराजगंज(n=100) में आहार (दाल एवं दूध) की उपलब्धता N=400

ब्लॉक जनपद		गाँव	दाल एवं दूध			
			0–2 दिन	**3–5 दिन**	**5–7 दिन**	**योग**
गोरखपुर	चरगांवा	G1	9(9.0)	2(2.0)	9(9.0)	20(20.0)
		G2	11(11.0)	6(6.0)	3(3.0)	20(20.0)
		G3	7(7.0)	7(7.0)	6(6.0)	20(20.0)
		G4	8(8.0)	5(5.0)	7(7.0)	20(20.0)
		G5	3(3.0)	14(14.0)	3(3.0)	20(20.0)
		योग	**38**(38.0)	**34**(34.0)	**28**(28.0)	100(100.0)

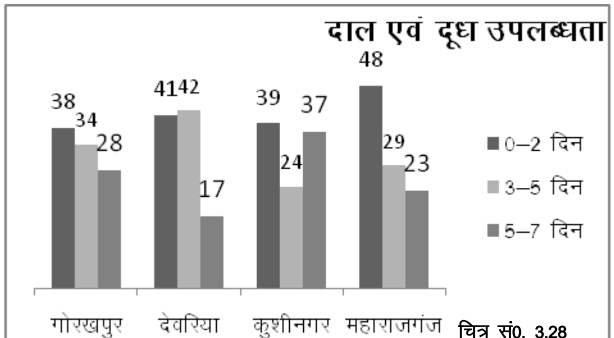
देवरिया	भटपार रानी	D1	6(6.0)	7(7.0)	7(7.0)	20(20.0)
		D2	1(1.0)	18(18.0)	1(1.0)	20(20.0)
		D3	12(12.0)	6(6.0)	2(2.0)	20(20.0)
		D4	8(8.0)	9(9.0)	3(3.0)	20(20.0)
		D5	14(14.0)	2(2.0)	4(4.0)	20(20.0)
		योग	41(41.0)	42(42.0)	17(17.0)	100(20.0)
कुशीकनगर	(खड्डा)	K1	7(7.0)	8(8.0)	5(5.0)	20(20.0)
		K2	11(11.0)	5(5.0)	4(4.0)	20(20.0)
		K3	4(4.0)	7(7.0)	9(9.0)	20(20.0)
		K4	10(10.0)	1(1.0)	9(9.0)	20(20.0)
		K5	7(7.0)	3(3.0)	10(10.0)	20(20.0)
		योग	**39**(39.0)	**24**(24.0)	**37**(37.0)	100(100.0)
महाराजगंज	परतावल	M1	11(11.0)	6(6.0)	3(3.0)	20(20.0)
		M2	8(8.0)	9(9.0)	3(3.0)	20(20.0)
		M3	7(7.0)	2(2.0)	11(11.0)	20(20.0)
		M4	9(9.0)	5(5.0)	6(6.0)	20(20.0)
		M5	13(13.0)	7(7.0)	0(0.0)	20(20.0)

		योग	**48**(48.0)	**29**(29.0)	**23**(23.0)	100(100.0)
महायोग			166 (41.5)	129 **(32.25)**	105 (26.25)	400 (100)

नोटः–
1. कोष्ठक ( ) में प्रतिशत को दर्शाया गया है।
चित्र सं0. 3.27 2. G1=जंगल धूषण, G2= मानीराम, G3=जंगल छत्रधारी, G4=रामपुर गोपालपुर, G5=गुलरिहा
D1= कुकुर घाटी, D2= अहिरौली तिवारी, D3=बड़का गांव, D4=सरया, D5=सोहनापार
K1=छितौनी, K2=करदह, K3= पनियहवा, K4=रामनगर, K5=सिसवां गोपाल
M1= हरपुर तिवारी, M2=मंगलपुर, M3=नन्दना, M4=नटवां, M5=तरकुलवां



चित्र सं0. 3.27



चित्र सं0. 3.28

- **इन्सेफ्लाइटिस पीड़ितों का आहार (सप्ताह में दाल एवं दूध की उपलब्धता)**

पीड़ितों को मिलने वाले आहार (दाल एवं दूध) के अन्तर्गत सप्ताह में शून्य से दो दिन प्राप्त होने वाले पीड़ितों की संख्या सर्वाधिक पायी गयी।

आहार (दाल एवं दूध) की उपलब्धता सप्ताह में 0–2 दिन प्राप्त होने वाले परिवार में महाराजगंज में अन्य जनपदों– (देवरिया, कुशीनगर, गोरखपुर) की तुलना में सर्वाधिक पाये गये। आहार (दाल एवं दूध) की उपलब्धता सप्ताह में 3–5 दिन प्राप्त होने वाले परिवार में देवरिया में अन्य जनपदों–(गोरखपुर, महाराजगंज, कुशीनगर) की तुलना में सर्वाधिक पाये गये। आहार (दाल एवं दूध) की उपलब्धता सप्ताह में 6–7 दिन प्राप्त होने वाले परिवार में कुशीनगर में अन्य जनपदों– (गोरखपुर, महाराजगंज, देवरिया) की तुलना में सर्वाधिक पाये गये।

आहार (दाल एवं दूध) की उपलब्धता सप्ताह में 0–2 दिन प्राप्त होने वाले परिवार में गोरखपुर के चरगांवा विकास खण्ड के गांव मानीराम में अन्य गांवों–(जंगल धूषण, रामपुर गोपालपुर, जंगल छत्रधारी, गुलरिहां) की तुलना में सर्वाधिक पाये गये। आहार (दाल एवं दूध) की उपलब्धता सप्ताह में 3–5 दिन प्राप्त होने वाले परिवार में गोरखपुर के चरगांवा विकास खण्ड के गांव गुलरिहां में अन्य गांवों–(जंगल छत्रधारी, मानीराम, रामपुर गोपालपुर, जंगल धूषण) की तुलना में सर्वाधिक पाये गये। आहार (दाल एवं दूध) की उपलब्धता सप्ताह में 6–7 दिन प्राप्त होने वाले परिवार में गोरखपुर के चरगांवा विकास खण्ड के गांव जंगल धूषण में अन्य गांवों– (रामपुर गोपालपुर, जंगल छत्रधारी, मानीराम, गुलरिहां) की तुलना में सर्वाधिक पाये गये।

आहार (दाल एवं दूध) की उपलब्धता सप्ताह में 0–2 दिन प्राप्त होने वाले परिवार में देवरिया के भाटपार रानी विकास खण्ड के गांव सोहनापार में अन्य गावों–(बड़का गांव, सरया, कुकुर घाटी, अहिरौली तिवारी) की तुलना में सर्वाधिक पाये गये। आहार (दाल एवं दूध) की उपलब्धता सप्ताह में 3–5 दिन प्राप्त होने वाले परिवार में देवरिया के भाटपार रानी विकास खण्ड के गांव अहिरौली तिवारी में अन्य गावों– (सरया, कुकुर घाटी, बड़का गांव, सोहनापार) की तुलना में सर्वाधिक पाये गये। आहार (दाल एवं दूध) की उपलब्धता सप्ताह में 6–7 दिन प्राप्त होने वाले परिवार में देवरिया के भाटपार रानी विकास खण्ड के गांव कुकुर घाटी में अन्य गावों– (सोहनापार, सरया, बड़का गांव, अहिरौली तिवारी) की तुलना में सर्वाधिक पाये गये।

आहार (दाल एवं दूध) की उपलब्धता सप्ताह में 0–2 दिन प्राप्त होने वाले परिवार में कुशीनगर के खडडा विकास खण्ड के गांव करदह में अन्य गावों–(रामनगर, सिसवां गोपाल, छितौनी, पनियहवा) की तुलना में सर्वाधिक पाये गये। आहार (दाल एवं दूध) की उपलब्धता सप्ताह में 3–5 दिन प्राप्त होने वाले

परिवार में कुशीनगर के खडडा विकास खण्ड के गांव छितौनी में अन्य गावों–(पनियहवां, करदह, सिसवां गोपाल, रामनगर) की तुलना में सर्वाधिक पाये गये। आहार (दाल एवं दूध) की उपलब्धता सप्ताह में 6–7 दिन प्राप्त होने वाले परिवार में कुशीनगर के खडडा विकास खण्ड के गांव सिसवां गोपाल में अन्य गावों–(रामनगर, पनियहवां, छितौनी, करदह) की तुलना में सर्वाधिक पाये गये।

आहार (दाल एवं दूध) की उपलब्धता सप्ताह में 0–2 दिन प्राप्त होने वाले परिवार में महाराजगंज के परतावल विकास खण्ड के गांव तरकुलवां में अन्य गावों–(हरपुर तिवारी, नटवा, मंगलपुर, नंदना) की तुलना में सर्वाधिक पाये गये। आहार (दाल एवं दूध) की उपलब्धता सप्ताह में 3–5 दिन प्राप्त होने वाले परिवार में महाराजगंज के परतावल विकास खण्ड के गांव मंगलपुर में अन्य गावों–(तरकुलवां, हरपुर तिवारी, नटवा, नंदना) की तुलना में सर्वाधिक पाये गये। आहार (दाल एवं दूध) की उपलब्धता सप्ताह में 6–7 दिन प्राप्त होने वाले परिवार में महाराजगंज के परतावल विकास खण्ड के गांव नंदना में अन्य गावों–(नटवा, हरपुर तिवारी, मंगलपुर, तरकुलवां) की तुलना में सर्वाधिक पाये गये।

परिणाम प्रदर्शित करते है कि बच्चों को सप्ताह में दाल एवं दूध की उपलब्धता 0–2 दिन प्राप्त होने परिवारों की संख्या सर्वाधिक पायी गयी। इसका कारण मुख्य गरीबी एवं अशिक्षा माना जा सकता है। क्योंकि गरीबी एवं अशिक्षा के कारण लोगों में बाल स्वास्थ्य के प्रति लापरवाह हो जाते है। जिसके कारण बच्चों को पर्याप्त मात्रा में संतुलित आहार नही प्राप्त हो पाता है जिससे उनका शारीरिक विकास नही हो पाता है।

- **इन्सेफ्लाइटिस पीड़ितों का आहार (सप्ताह में मांसाहारी भोजन की उपलब्धता)**

तालिका सं0 3.15 में इन्सेफ्लाइटिस पीड़ितों के मांसाहारी आहार की उपलब्धता को प्रदर्शित किया गया है। जहाँ सप्ताह में एक दिन(46 प्रतिशत) की

तुलना में सप्ताह में दो दिन(34 प्रतिशत) एवं तीन दिन से अधिक (20 प्रतिशत) में कम पाये गये।

मांसाहारी भोजन की उपलब्धता सप्ताह में एक दिन प्राप्त होने वाले परिवार में गोरखपुर (51 प्रतिशत) की तुलना में अन्य जनपदों–देवरिया (49 प्रतिशत) कुशीनगर (42 प्रतिशत) महाराजगंज (41 प्रतिशत) में कम पाये गये। मांसाहारी भोजन की उपलब्धता सप्ताह में दो दिन प्राप्त होने वाले परिवार में कुशीनगर (38 प्रतिशत) की तुलना में अन्य जनपदों– महाराजगंज (37 प्रतिशत) देवरिया(34 प्रतिशत) गोरखपुर (23 प्रतिशत) में कम पाये गये। मांसाहारी भोजन की उपलब्धता सप्ताह में तीन दिन से अधिक दिन प्राप्त होने वाले दिन प्राप्त होने वाले परिवार में गोरखपुर (23 प्रतिशत) की तुलना में अन्य जनपदों–महाराजगंज (22 प्रतिशत) कुशीनगर (20 प्रतिशत), देवरिया (17 प्रतिशत) में कम पाये गये।

मांसाहारी भोजन की उपलब्धता सप्ताह में एक दिन प्राप्त होने वाले परिवार में गोरखपुर के चरगांवा विकास खण्ड के गांव रामपुर गोपालपुर(15 प्रतिशत), की तुलना में अन्य गांवों–मानीराम(11 प्रतिशत), गुलरिहां(09 प्रतिशत) जंगल धूषण (08 प्रतिशत) जंगल छत्रधारी(08 प्रतिशत), में कम पाये गये। मांसाहारी भोजन की उपलब्धता सप्ताह में दो दिन प्राप्त होने वाले परिवार में गोरखपुर के चरगांवा विकास खण्ड के गांव जंगल धूषण (09 प्रतिशत) की तुलना में अन्य गांवों–गुलरिहां(07 प्रतिशत) मानीराम(05 प्रतिशत), जंगल छत्रधारी(4प्रतिशत), रामपुर गोपालपुर(01 प्रतिशत), में कम पाये गये। मांसाहारी भोजन की उपलब्धता सप्ताह में तीन दिन से अधिक दिन प्राप्त होने वाले दिन प्राप्त होने वाले परिवार में गोरखपुर के चरगांवा विकास खण्ड के गांव जंगल छत्रधारी(08 प्रतिशत), जंगल धूषण (04 प्रतिशत) की तुलना में अन्य गांवों–मानीराम(04 प्रतिशत), रामपुर गोपालपुर(04 प्रतिशत), गुलरिहां(03 प्रतिशत) में कम पाये गये।

मांसाहारी भोजन की उपलब्धता सप्ताह में एक दिन प्राप्त होने वाले परिवार में देवरिया के भाटपार रानी विकास खण्ड के गांव सरया(15 प्रतिशत), की तुलना में अन्य गावों– सोहनापार(13 प्रतिशत) बड़का गांव(12 प्रतिशत), कुकुर घाटी (05 प्रतिशत) अहिरौली तिवारी (04 प्रतिशत) में कम पाये गये। मांसाहारी भोजन की उपलब्धता सप्ताह में दो दिन प्राप्त होने वाले परिवार में देवरिया के भाटपार रानी विकास खण्ड के गांव अहिरौली तिवारी (14 प्रतिशत), की तुलना में अन्य गावों– कुकुर घाटी (09 प्रतिशत), बड़का गांव(05 प्रतिशत), सरया(03 प्रतिशत), सोहनापार(03 प्रतिशत) में कम पाये गये। मांसाहारी भोजन की उपलब्धता सप्ताह में तीन दिन से अधिक दिन प्राप्त होने वाले दिन प्राप्त होने वाले परिवार में देवरिया के भाटपार रानी विकास खण्ड के गांव कुकुर घाटी (06 प्रतिशत) की तुलना में अन्य गावों– सोहनापार(04 प्रतिशत) बड़का गांव(03 प्रतिशत), अहिरौली तिवारी (02 प्रतिशत), सरया(02 प्रतिशत) में कम पाये गये।

मांसाहारी भोजन की उपलब्धता सप्ताह में एक दिन प्राप्त होने वाले परिवार में कुशीनगर के खण्डा विकास खण्ड के गांव छितौनी (13 प्रतिशत) की तुलना में अन्य गावों–करदह(09 प्रतिशत), सिसवां गोपाल (09प्रतिशत) पनियहवां(06 प्रतिशत), रामनगर(05 प्रतिशत), में कम पाये गये। मांसाहारी भोजन की उपलब्धता सप्ताह में दो दिन प्राप्त होने वाले परिवार में कुशीनगर के खड्डा विकास खण्ड के गांव रामनगर(प्रतिशत), की तुलना में अन्य गावों–पनियहवां(10 प्रतिशत), सिसवां गोपाल (07 प्रतिशत), छितौनी (05 प्रतिशत) करदह(03 प्रतिशत), में कम पाये गये। मांसाहारी भोजन की उपलब्धता सप्ताह में तीन दिन से अधिक दिन प्राप्त होने वाले दिन प्राप्त होने वाले परिवार में कुशीनगर के खण्डा विकास खण्ड के गांव करदह(08 प्रतिशत) की तुलना में अन्य गावों–पनियहवां(04 प्रतिशत), रामनगर(04 प्रतिशत), सिसवां गोपाल (02 प्रतिशत), छितौनी (02 प्रतिशत) में कम पाये गये।

मांसाहारी भोजन की उपलब्धता सप्ताह में एक दिन प्राप्त होने वाले परिवार में महाराजगंज के परतावल विकास खण्ड के गांव मंगलपुर(12) की तुलना में अन्य गावों– हरपुर तिवारी(09 प्रतिशत), नटवा(09 प्रतिशत), तरकुलवां(7 प्रतिशत) नंदना(4 प्रतिशत), में कम पाये गये। मांसाहारी भोजन की उपलब्धता सप्ताह में दो दिन प्राप्त होने वाले परिवार में महाराजगंज के परतावल विकास खण्ड के गांव तरकुलवां(11 प्रतिशत) की तुलना में अन्य गावों– नंदना(10 प्रतिशत), नटवा(10 प्रतिशत), हरपुर तिवारी(05 प्रतिशत), मंगलपुर(01 प्रतिशत), में कम पाये गये। मांसाहारी भोजन की उपलब्धता सप्ताह में तीन दिन से अधिक दिन प्राप्त होने वाले दिन प्राप्त होने वाले परिवार में महाराजगंज के परतावल विकास खण्ड के गांव मंगलपुर(07 प्रतिशत)की तुलना में अन्य गावों–हरपुर तिवारी(06 प्रतिशत), नंदना(06 प्रतिशत), तरकुलवां(02 प्रतिशत) नटवा(01 प्रतिशत), में कम पाये गये।

तालिका सं0 3.15 इन्सेफ्लाइटिस पीड़ितों में गोरखपुर(n=100), देवरिया(n=100), कुशीनगर(n=100) एवं महाराजगंज(n=100) में मांसाहारी आहार की उपलब्धता N=400

ब्लॉक जनपद		गाँव	मांसाहारी भोजन			
			एक दिन	2 दिन	3 दिन से अधिक	योग
गोरखपुर	चरगांवा	G1	8(8.0)	9(9.0)	3(3.0)	20(20.0)
		G2	11(.0)	5(5.0)	4(4.0)	20(20.0)
		G3	8(8.0)	4(4.0)	8(8.0)	20(20.0)
		G4	15(15.0)	1(1.0)	4(4.0)	20(20.0)
		G5	9(9.0)	7(7.0)	4(4.0)	20(20.0)

		योग	**51**(51.0)	**26**(26.0)	**23**(23.0)	100(100.0)
देवरिया	भटपार रानी	D1	5(5.0)	9(9.0)	6(6.0)	20(20.0)
		D2	4(4.0)	14(14.0)	2(2.0)	20(20.0)
		D3	12(12.0)	5(5.0)	3(3.0)	20(20.0)
		D4	15(15.0)	3(3.0)	2(2.0)	20(20.0)
		D5	13(13.0)	3(3.0)	4(4.0)	20(20.0)
		योग	**49**(49.0)	**34**(34.0)	**17**(17.0)	100(20.0)
कुशीकनगर	(खड्डा)	**K1**	13(13.0)	5(5.0)	2(2.0)	20(20.0)
		K2	9(9.0)	3(3.0)	8(8.0)	20(20.0)
		K3	6(6.0)	10(10.0)	4(4.0)	20(20.0)
		K4	5(5.0)	13(13.0)	2(2.0)	20(20.0)
		K5	9(9.0)	7(7.0)	4(4.0)	20(20.0)
		योग	**42**(42.0)	**38**(38.0)	**20**(20.0)	100(100.0)
महाराजगंज	परतावल	**M1**	9(9.0)	5(5.0)	6(6.0)	20(20.0)
		M2	12(12.0)	1(1.0)	7(7.0)	20(20.0)
		M3	4(4.0)	10(10.0)	6(6.0)	20(20.0)

		M4	9(9.0)	10(10.0)	1(1.0)	20(20.0)
		M5	7(7.0)	11(11.0)	2(2.0)	20(20.0)
		योग	**41**(41.0)	**37**(37.0)	**22**(22.0)	100(100.0)
महायोग			183 (45.75)	135 (33.75)	82 (20.5)	400 (100)

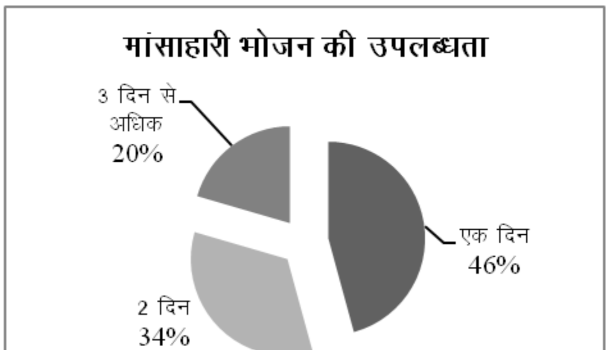
नोटः–

1. कोष्ठक ( ) में प्रतिशत को दर्शाया गया है।
2. G1=जंगल धूषण, G2= मानीराम, G3=जंगल छत्रधारी, G4=रामपुर गोपालपुर, G5=गुलरिहा

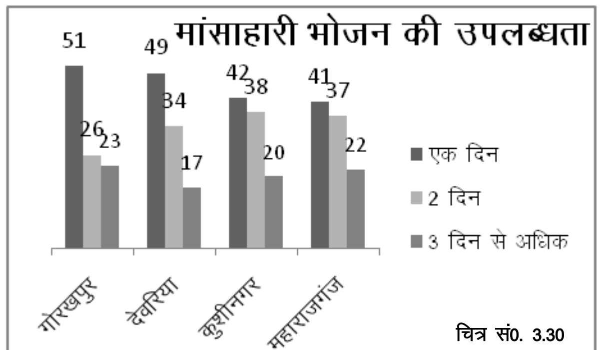
D1= कुकुर घाटी, D2= अहिरौली तिवारी, D3=बड़का गांव, D4=सरया, D5=सोहनापार

K1=छितौनी, K2=करदह, K3= पनियहवा, K4=रामनगर, K5=सिसवां गोपाल

M1= हरपुर तिवारी, M2=मंगलपुर, M3=नन्दना, M4=नटवां, M5=तरकुलवां



चित्र सं0. 3.29



चित्र सं0. 3.30

- **इन्सेफलाइटिस पीड़ितों का आहार (सप्ताह में मांसाहारी भोजन की उपलब्धता)**

पीड़ितों को मिलने वाले आहार (मांसाहारी भोजन) के अन्तर्गत सप्ताह में एक दिन प्राप्त होने वाले पीड़ितों की संख्या सर्वाधिक पायी गयी।

मांसाहारी भोजन की उपलब्धता सप्ताह में एक दिन प्राप्त होने वाले परिवार में गोरखपुर में अन्य जनपदों–(देवरिया, कुशीनगर, महाराजगंज) की तुलना में सर्वाधिक पाये गये। मांसाहारी भोजन की उपलब्धता सप्ताह में दो दिन प्राप्त होने वाले परिवार में कुशीनगर में अन्य जनपदों–(महाराजगंज, देवरिया, गोरखपुर) की तुलना में सर्वाधिक पाये गये। मांसाहारी भोजन की उपलब्धता सप्ताह में तीन से अधिक दिन प्राप्त होने वाले दिन प्राप्त होने वाले परिवार में गोरखपुर में अन्य जनपदों–(महाराजगंज, कुशीनगर, देवरिया) की तुलना में सर्वाधिक पाया गया।

मांसाहारी भोजन की उपलब्धता सप्ताह में एक दिन प्राप्त होने वाले परिवार में गोरखपुर के चरगांवा विकास खण्ड के गांव रामपुर गोपालपुर में अन्य गांवों–मानीराम, गुलरिहां, जंगल धूषण, जंगल छत्रधारी) की तुलना में सर्वाधिक पाये गये।मांसाहारी भोजन की उपलब्धता सप्ताह में दो दिन प्राप्त होने वाले परिवार में गोरखपुर के चरगांवा विकास खण्ड के गांव जंगल धूषण में अन्य गांवों–(गुलरिहा, मानीराम, जंगल छत्रधारी, रामपुर गोपालपुर) की तुलना में सर्वाधिक पाये गये।मांसाहारी भोजन की उपलब्धता सप्ताह में तीन से अधिक दिन प्राप्त होने वाले दिन प्राप्त होने वाले परिवार में गोरखपुर के चरगांवा विकास खण्ड के गांव जंगल छत्रधारी एवं जंगल धूषण में अन्य गांवों–(मानीराम, रामपुर गोपालपुर, गुलरिहां) की तुलना में सर्वाधिक पाया गया।

मांसाहारी भोजन की उपलब्धता सप्ताह में एक दिन प्राप्त होने वाले परिवार में देवरिया के भाटपार रानी विकास खण्ड के गांव सरया में अन्य गावों–(सोहनापार, बड़का गांव, कुकुर घाटी, अहिरौली तिवारी) की तुलना में सर्वाधिक पाये गये।मांसाहारी भोजन की उपलब्धता सप्ताह में दो दिन प्राप्त होने वाले परिवार में देवरिया के भाटपार रानी विकास खण्ड के गांव अहिरौली तिवारी में अन्य गावों–(कुकुर घाटी, बड़का गांव, सरया, सोहनापार) की तुलना में सर्वाधिक पाये गये।मांसाहारी भोजन की उपलब्धता सप्ताह में तीन से अधिक दिन प्राप्त होने वाले

दिन प्राप्त होने वाले परिवार में देवरिया के भाटपार रानी विकास खण्ड के गांव कुकुर घाटी में अन्य गावों– (सोहनापार, बड़का गांव, अहिरौली तिवारी, सरया) की तुलना में सर्वाधिक पाये गये।

मांसाहारी भोजन की उपलब्धता सप्ताह में एक दिन प्राप्त होने वाले परिवार में कुशीनगर के खण्डा विकास खण्ड के गांव छितौनी में अन्य गावों–(करदह, सिसवां गोपाल, पनियहवां, रामनगर) की तुलना में सर्वाधिक पाये गये।मांसाहारी भोजन की उपलब्धता सप्ताह में दो दिन प्राप्त होने वाले परिवार में कुशीनगर के खड्डा विकास खण्ड के गांव रामनगर में अन्य गावों–(पनियहवा, सिसवां गोपाल, छितौनी, करदह)की तुलना में सर्वाधिक पाये गये।मांसाहारी भोजन की उपलब्धता सप्ताह में तीन से अधिक दिन प्राप्त होने वाले दिन प्राप्त होने वाले परिवार में कुशीनगर के खण्डा विकास खण्ड के गांव करदह में अन्य गावों–(पनियहवां, रामनगर, सिसवां गोपाल, छितौनी) की तुलना में सर्वाधिक पाये गये।

मांसाहारी भोजन की उपलब्धता सप्ताह में एक दिन प्राप्त होने वाले परिवार में महाराजगंज के परतावल विकास खण्ड के गांव मंगलपुर में अन्य गावों– (हरपुर तिवारी, नटवा, तरकुलवां, नंदना), की तुलना में सर्वाधिक पाये गये। मांसाहारी भोजन की उपलब्धता सप्ताह में दो दिन प्राप्त होने वाले परिवार में महाराजगंज के परतावल विकास खण्ड के गांव तरकुलवां की तुलना में अन्य गावों–(नंदना, नटवा, हरपुर तिवारी, मंगलपुर) की तुलना में सर्वाधिक पाये गये। मांसाहारी भोजन की उपलब्धता सप्ताह में तीन से अधिक दिन प्राप्त होने वाले दिन प्राप्त होने वाले परिवार में महाराजगंज के परतावल विकास खण्ड के गांव मंगलपुर में अन्य गावों–(हरपुर तिवारी, नंदना, तरकुलवां, नटवा), की तुलना में सर्वाधिक पाये गये।

परिणाम प्रदर्शित करते है कि उन परिवारों की संख्या सर्वाधिक है जहां मांसाहारी भोजन की उपलब्धता सप्ताह में सबसे कम दिन हो पाती है या नही हो पाती है। इसका कारण यह भी होसकता है कि परिवार शाकाहारी हो या आर्थिक

रूप से समृद्ध न हो। क्योंकि मांसाहारी आहार सामान्य आहार की तुलना में मंहगे होते है। जिससे समान्य परिवार में इसकी उपलब्धता कम हो पाती है।

- **इन्सेफ्लाइटिस पीड़ितों को हरी सब्जियों की उपलब्धता–**

तालिका सं0 3.16 में इन्सेफ्लाइटिस पीड़ितों को हरी सब्जियों की उपलब्धता को प्रदर्शित किया गया है। जहाँ 0–2 दिन (50 प्रतिशत) की तुलना में 3–5 दिन (27 प्रतिशत) एवं 5–7 दिन(23 प्रतिशत) में कम पाये गये।

हरी सब्जियों की उपलब्धता सप्ताह में 0–2 दिन प्राप्त होने वाले परिवार में गोरखपुर (59 प्रतिशत) प्रतिशत की तुलना में अन्य जनपदों–कुशीनगर(53 प्रतिशत), महाराजगंज(49 प्रतिशत) देवरिया(41 प्रतिशत) में कम पाये गये। हरी सब्जियों की उपलब्धता सप्ताह में 3–5 दिन प्राप्त होने वाले परिवार में देवरिया (33 प्रतिशत) की तुलना में अन्य जनपदों– महाराजगंज(29 प्रतिशत) कुशीनगर(24 प्रतिशत) गोरखपुर(22 प्रतिशत) में कम पाये गये। हरी सब्जियों की उपलब्धता सप्ताह में 6–7 दिन प्राप्त होने वाले परिवार में देवरिया (26 प्रतिशत) की तुलना में अन्य जनपदों– कुशीनगर (23 प्रतिशत) महाराजगंज(22 प्रतिशत) गोरखपुर(19 प्रतिशत) में कम पाये गये।

हरी सब्जियों की उपलब्धता सप्ताह में 0–2 दिन प्राप्त होने वाले परिवार में गोरखपुर के चरगांवा विकास खण्ड के गांव गुलरिहां(17 प्रतिशत) की तुलना में अन्य गांवों– जंगल छत्रधारी(13 प्रतिशत), मानीराम(11 प्रतिशत), जंगल धूषण (11 प्रतिशत) रामपुर गोपालपुर(04 प्रतिशत), में कम पाये गये। हरी सब्जियों की उपलब्धता सप्ताह में 3–5 दिन प्राप्त होने वाले परिवार में गोरखपुर के चरगांवा विकास खण्ड के गांव मानीराम(08 प्रतिशत), की तुलना में अन्य गांवों– रामपुर गोपालपुर(06 प्रतिशत), जंगल छत्रधारी(04 प्रतिशत), जंगल धूषण (02 प्रतिशत) गुलरिहां(02 प्रतिशत) में कम पाये गये। हरी सब्जियों की उपलब्धता सप्ताह में 5–7 दिन प्राप्त होने वाले परिवार में गोरखपुर के चरगांवा विकास खण्ड के गांव जंगल

धूषण (07 प्रतिशत) एवं रामपुर गोपालपुर(07 प्रतिशत) की तुलना में अन्य गांवों– जंगल छत्रधारी(03 प्रतिशत), मानीराम(01 प्रतिशत), गुलरिहां(01 प्रतिशत) में कम पाये गये।

हरी सब्जियों की उपलब्धता सप्ताह में 0–2 दिन प्राप्त होने वाले परिवार में देवरिया के भाटपार रानी विकास खण्ड के गांव सोहनापार(11 प्रतिशत) की तुलना में अन्य गावों– अहिरौली तिवारी (08 प्रतिशत), बड़का गांव(08 प्रतिशत), कुकुर घाटी (07 प्रतिशत) सरया(07 प्रतिशत), में कम पाये गये। हरी सब्जियों की उपलब्धता सप्ताह में 3–5 दिन प्राप्त होने वाले परिवार में देवरिया के भाटपार रानी विकास खण्ड के गांव अहिरौली तिवारी (09 प्रतिशत), की तुलना में अन्य गावों– कुकुर घाटी (07 प्रतिशत) सरया(07 प्रतिशत),बड़का गांव(05 प्रतिशत), सोहनापार(05 प्रतिशत) में कम पाये गये। हरी सब्जियों की उपलब्धता सप्ताह में 5–7 दिन प्राप्त होने वाले परिवार में देवरिया के भाटपार रानी विकास खण्ड के गांव बड़का गांव(07 प्रतिशत) की तुलना में अन्य गावों–कुकुर घाटी (06 प्रतिशत) सरया(06 प्रतिशत), सोहनापार(04 प्रतिशत), अहिरौली तिवारी (03 प्रतिशत) में कम पाये गये।

हरी सब्जियों की उपलब्धता सप्ताह में 0–2 दिन प्राप्त होने वाले परिवार में कुशीनगर के खण्डा विकास खण्ड के गांव रामनगर(प्रतिशत), की तुलना में अन्य गावों– पनियहवां(11 प्रतिशत), सिसवां गोपाल (11 प्रतिशत) करदह(10 प्रतिशत), छितौनी (09 प्रतिशत) में कम पाये गये। हरी सब्जियों की उपलब्धता सप्ताह में 3–5 दिन प्राप्त होने वाले परिवार में कुशीनगर के खण्डा विकास खण्ड के गांव करदह(08 प्रतिशत), की तुलना में अन्य गावों– सिसवां गोपाल (07 प्रतिशत) पनियहवां(05 प्रतिशत), छितौनी (04 प्रतिशत), रामनगर(0 प्रतिशत), में कम पाये गये। हरी सब्जियों की उपलब्धता सप्ताह में 6–7 दिन प्राप्त होने वाले परिवार में कुशीनगर के खड्डा विकास खण्ड के गांव रामनगर(08 प्रतिशत) की तुलना में

अन्य गावों–छितौनी (07 प्रतिशत) पनियहवां(04 प्रतिशत), करदह(02प्रतिशत), सिसवां गोपाल (02 प्रतिशत) में कम पाये गये।

हरी सब्जियों की उपलब्धता सप्ताह में 0–2 दिन प्राप्त होने वाले परिवार में महाराजगंज के परतावल विकास खण्ड के गांव नटवा(14 प्रतिशत) की तुलना में अन्य गावों– नंदना(11 प्रतिशत), मंगलपुर(09 प्रतिशत), तरकुलवां(08 प्रतिशत) हरपुर तिवारी(07 प्रतिशत) में कम पाये गये। हरी सब्जियों की उपलब्धता सप्ताह में 3–5 दिन प्राप्त होने वाले परिवार में महाराजगंज के परतावल विकास खण्ड के गांव तरकुलवां(08 प्रतिशत) की तुलना में अन्य गावों– नंदना(07 प्रतिशत), हरपुर तिवारी(06 प्रतिशत), मंगलपुर(05 प्रतिशत), नटवा(03 प्रतिशत), में कम पाये गये। हरी सब्जियों की उपलब्धता सप्ताह में 5–7 दिन प्राप्त होने वाले परिवार में महाराजगंज के परतावल विकास खण्ड के गांव हरपुर तिवारी(07 प्रतिशत), की तुलना में अन्य गावों– मंगलपुर(06 प्रतिशत), तरकुलवां(04 प्रतिशत) नटवा(03 प्रतिशत) नंदना(02 प्रतिशत) में कम पाये गये।

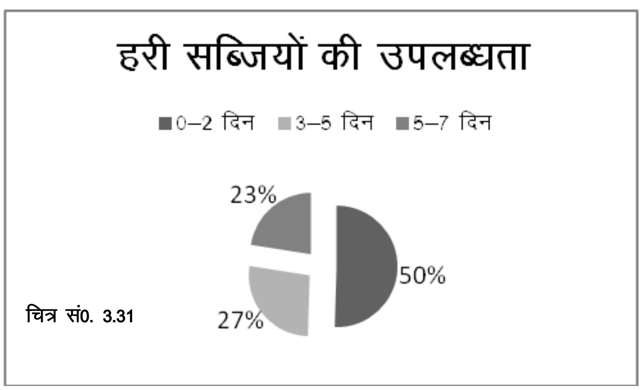
तालिका सं0 3.16 इन्सेफ्लाइटिस पीड़ितों में गोरखपुर(n=100), देवरिया(n=100), कुशीनगर(n=100) एवं महाराजगंज(n=100) में हरी सब्जियों की उपलब्धता N=400

ब्लॉक जनपद		गाँव	हरी सब्जियां			
			0–2 दिन	3–5 दिन	5–7 दिन	योग
गोरख	चरगां	G1	11(11.0)	2(2.0)	7(7.0)	20(20.0)

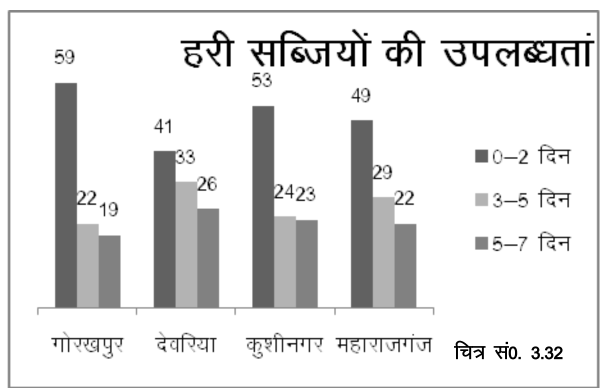
		G2	11(11.0)	8(8.0)	1(1.0)	20(20.0)
		G3	13(13.0)	4(4.0)	3(3.0)	20(20.0)
		G4	7(7.0)	6(6.0)	7(7.0)	20(20.0)
		G5	17(17.0)	2(2.0)	1(1.0)	20(20.0)
		योग	**59**(59.0)	**22**(22.0)	**19**(19.0)	100(100.0)
देवरिया	भटपार रानी	D1	7(7.0)	7(7.0)	6(6.0)	20(20.0)
		D2	8(8.0)	9(9.0)	3(3.0)	20(20.0)
		D3	8(8.0)	5(5.0)	7(7.0)	20(20.0)
		D4	7(7.0)	7(7.0)	6(6.0)	20(20.0)
		D5	11(11.0)	5(5.0)	4(4.0)	20(20.0)
		योग	**41**(41.0)	**33**(33.0)	**26**(26.0)	100(20.0)
कुशीकनगर	(खड्डा)	**K1**	9(9.0)	4(4.0)	7(7.0)	20(20.0)
		K2	10(10.0)	8(8.0)	2(2.0)	20(20.0)
		K3	11(11.0)	5(5.0)	4(4.0)	20(20.0)
		K4	12(12.0)	0(0.0)	8(8.0)	20(20.0)
		K5	11(11.0)	7(7.0)	2(2.0)	20(20.0)

		योग	**53**(53.0)	**24**(24.0)	**23**(23.0)	100(100.0)
महाराजगंज	परतावल	**M1**	7(7.0)	6(6.0)	7(7.0)	20(20.0)
		M2	9(9.0)	5(5.0)	6(6.0)	20(20.0)
		M3	11(11.0)	7(7.0)	2(2.0)	20(20.0)
		M4	14(14.0)	3(3.0)	3(3.0)	20(20.0)
		M5	8(8.0)	8(8.0)	4(4.0)	20(20.0)
		योग	**49**(49.0)	**29**(29.0)	**22**(22.0)	100(100.0)
महायोग			202(50.4)	108(27.0)	90(22.5)	400(100)

नोटः–
1. कोष्ठक ( ) में प्रतिशत को दर्शाया गया है।
2. G1=जंगल धूषण, G2= मानीराम, G3=जंगल छत्रधारी, G4=रामपुर गोपालपुर, G5=गुलरिहा
D1= कुकुर घाटी, D2= अहिरौली तिवारी, D3=बड़का गांव, D4=सरया, D5=सोहनापार
K1=छितौनी, K2=करदह, K3= पनियहवा, K4=रामनगर, K5=सिसवां गोपाल
M1= हरपुर तिवारी, M2=मंगलपुर, M3=नन्दना, M4=नटवां, M5=तरकुलवां



चित्र सं0. 3.31



चित्र सं0. 3.32

- **इन्सेफ्लाइटिस पीड़ितों को हरी सब्जियों की उपलब्धता–**

पीड़ितों को मिलने वाले आहार (हरी सब्जियाँ) के अन्तर्गत सप्ताह में शून्य से दो दिन प्राप्त होने वाले पीड़ितों की संख्या सर्वाधिक पायी गयी।

हरी सब्जियों की उपलब्धता सप्ताह में 0–2 दिन प्राप्त होने वाले परिवारों में गोरखपुर में अन्य जनपदों–(कुशीनगर, महाराजगंज, देवरिया) की तुलना में सर्वाधिक पाये गये।हरी सब्जियों की उपलब्धता सप्ताह में 3–5 दिन प्राप्त होने वाले परिवार में देवरिया में अन्य जनपदों–(महाराजगंज, कुशीनगर, गोरखपुर) की तुलना में सर्वाधिक पाये गये। हरी सब्जियों की उपलब्धता सप्ताह में 6–7 दिन प्राप्त होने वाले परिवार में देवरिया में अन्य जनपदों–(कुशीनगर, महाराजगंज, गोरखपुर) की तुलना में सर्वाधिक पाया गया।

हरी सब्जियों की उपलब्धता सप्ताह में 0–2 दिन प्राप्त होने वाले परिवार में गोरखपुर के चरगांवा विकास खण्ड के गांव गुलरिहां में अन्य गांवों–(जंगल छत्रधारी, मानीराम, जंगल धूषण, रामपुर गोपालपुर) की तुलना में सर्वाधिक पाये गये)। हरी सब्जियों की उपलब्धता सप्ताह में 3–5 दिन प्राप्त होने वाले परिवार में गोरखपुर के चरगांवा विकास खण्ड के गांव मानीराम में अन्य गांवों–(रामपुर गोपालपुर, जंगल छत्रधारी, जंगल धूषण, गुलरिहां) की तुलना में सर्वाधिक पाये गये।हरी सब्जियों की उपलब्धता सप्ताह में 6–7 दिन प्राप्त होने वाले परिवार में गोरखपुर के चरगांवा विकास खण्ड के गांव जंगल धूषण एवं रामपुर गोपालपुर में अन्य गांवों–(जंगल छत्रधारी, मानीराम, गुलरिहां) की तुलना में सर्वाधिक पाया गया।

हरी सब्जियों की उपलब्धता सप्ताह में 0–2 दिन प्राप्त होने वाले परिवार में देवरिया के भाटपार रानी विकास खण्ड के गांव सोहनापार में अन्य गावों–(अहिरौली तिवारी बड़का गांव, कुकुर घाटी, सरया) की तुलना में सर्वाधिक पाया गया। हरी सब्जियों की उपलब्धता सप्ताह में 3–5 दिन प्राप्त होने वाले परिवार में देवरिया के भाटपार रानी विकास खण्ड के गांव अहिरौली तिवारी में अन्य गावों–(कुकुर घाटी, सरया, बड़का गांव, सोहनापार) की तुलना में सर्वाधिक पाये गये। हरी

सब्जियों की उपलब्धता सप्ताह में 6–7 दिन प्राप्त होने वाले परिवार में देवरिया के भाटपार रानी विकास खण्ड के गांव बड़का गांव में अन्य गावों–(कुकुर घाटी, सरया, सोहनापार, अहिरौली तिवारी) की तुलना में सर्वाधिक पाया गया।

हरी सब्जियों की उपलब्धता सप्ताह में 0–2 दिन प्राप्त होने वाले परिवार में कुशीनगर के खण्डा विकास खण्ड के गांव रामनगर में अन्य गावों–(पनियहवां, सिसवां गोपाल, करदह, छितौनी) की तुलना में सर्वाधिक पाया गया। हरी सब्जियों की उपलब्धता सप्ताह में 3–5 दिन प्राप्त होने वाले परिवार में कुशीनगर के खण्डा विकास खण्ड के गांव करदह तुलना में अन्य गावों–(सिसवां गोपाल, पनियहवां, छितौनी, रामनगर), की तुलना में सर्वाधिक पाया गया। हरी सब्जियों की उपलब्धता सप्ताह में 6–7 दिन प्राप्त होने वाले परिवार में कुशीनगर के खड्डा विकास खण्ड के गांव रामनगर में अन्य गावों–(छितौनी, पनियहवां, करदह, सिसवां गोपाल) की तुलना में सर्वाधिक पाया गया।

हरी सब्जियों की उपलब्धता सप्ताह में 0–2 दिन प्राप्त होने वाले परिवार में महाराजगंज के परतावल विकास खण्ड के गांव नटवा में अन्य गावों–(नंदना, मंगलपुर, तरकुलवां, हरपुर तिवारी) की तुलना में सर्वाधिक पाया गया। हरी सब्जियों की उपलब्धता सप्ताह में 3–5 दिन प्राप्त होने वाले परिवार में महाराजगंज के परतावल विकास खण्ड के गांव तरकुलवां में अन्य गावों– (नंदना, हरपुर तिवारी, मंगलपुर, नटवा), की तुलना में सर्वाधिक पाये गये। हरी सब्जियों की उपलब्धता सप्ताह में 6–7 दिन प्राप्त होने वाले परिवार में महाराजगंज के परतावल विकास खण्ड के गांव हरपुर तिवारी में अन्य गावों–(मंगलपुर, तरकुलवां, नटवा, नंदना), की तुलना में सर्वाधिक पाया गया।

परिणाम प्रदर्शित करते है कि उन परिवार की सख्या सर्वाधिक है जहां पर हरी सब्जियों की उपलब्धता सप्ताह में कम दिन है या एक भी दिन नही। इसका प्रमुख कारण मंहगाई माना जा सकता है। क्योंकि मंहगाई की मार से सामान्य आदमी का हाल बेहाल है। इसके अलावा जनसंख्या वृद्धि एवं गरीबी भी एक प्रमुख कारण है।

उपरोक्त विश्लेषण के आधार पर हम उत्तरदाताओं की सामाजिक–आर्थिक स्थिति का परीक्षण कर इस निष्कर्ष पर पहुंचते हैं कि उत्तरदाताओं की समाजिक, आर्थिक स्थिति व्यक्ति के स्वास्थ्य को प्रभावित करती है। गरीब व्यक्ति सरकारी अस्पतालमें सेवाएं प्राप्त करता है क्योंकि उसके पास इलाज के लिए पैसा नही होता और धनी व्यक्ति निजी चिकित्सालय में जाता है क्योंकि वह आर्थिक रूप से सम्पन्न होता है। शिक्षित व्यक्ति अपने एवं परिवार के स्वास्थ्य के प्रति सचेत एवं जागरूक होता है जबकि अशिक्षित व्यक्ति स्वस्थ्य के प्रति सेतेन नही होता समस्या आती भी है तो निदान झाड़–फूंक, जादू–टोना के माध्यम से कराता है। अधिकांश उत्तरदाता ऐसे पाये गये है जो कृषि क्षेत्र में मजदूरी करने वाले हैं तथा उनकी शिक्षा काफी अल्प है। उपरोक्त से यह साबित होता है कि सामाजिक–आर्थिक स्थितियों का इन्सेफ्लाइटिस से गहरा नाता है।

चतुर्थ अध्याय

इन्सेफ्लाइटिस के उन्मूलन में सरकारी एवं गैर–सरकारी संस्थाओं की स्थिति का मूल्यांकन

समाज में कई क्षेत्र ऐसे भी है जिनमें सरकार के पूरे प्रयासों के बावजूद पर्याप्त प्रगति नहीं हो पायी है, उनमें से एक क्षेत्र है–स्वास्थ्य। हमारी अधिकांश जनसंख्या आज भी गांवो में रहती हैं, इसलिए उनका विकास की दौड़ में पिछड़ जाना सचमुच गंभीर चिंता का विषय है। दरअसल हमने जो लोकतांत्रिक शासन प्रणाली अपनायी है, उसकी सार्थकता भी तभी है जब विकास का लाभ समाज के सबसे निचले स्तर पर रहने वालों को मिलता रहे। लेकिन ऐसा नहीं हो पाया है। देश में लाखों लोग आज भी गरीबी रेखा से नीचे जीवन यापन कर रहे है। ऐसी स्थिति में उनका स्वास्थ्य के प्रति देखभाल कर पाना काफी दुरूह प्रतीत होता है। ऐसा नहीं कि इन लोगों की ओर सरकार का ध्यान ही न गया हो। सरकार उनकी दशा सुधारने के बारे में शुरू से ही प्रयत्नशील रही है। ग्रामीण क्षेत्रों में गरीबी, बेरोजगारी, निरक्षरता जैसी समस्याओं के समाधान के लिए समय–समय पर कई कार्यक्रम शुरू किये गये हैं मगर इनका लाभ उन लोगों तक नही पहुंच पाया है जिनके लिए ये बनाए गए है। नतीजा यह हुआ है कि आजादी के करीब–करीब छः दशक पूरे होने के बावजूद बहुत से लोग गरीबी रेखा के नीचे हैं।

किसी भी बीमारी के उन्मूलन में सरकारी एवं गैर सरकारी प्रयासों की बड़ी ही महत्वपूर्ण भमिका होती है। इन्सेफ्लाइटिस के उन्मूलन के दिशा में भी सरकारी एवं गैर सरकारी प्रयास हुए हैं।

सरकार की ओर से इस बीमारी के उन्मूलन हेतु नयी–नयी पहल की गयी है इस दिशा में स्वास्थ्य के क्षेत्र में बजट में लगातार जो वृद्धि हुई हैं उससे यह बात साफ हो जाती है कि सरकार इस ओर काफी ध्यान देती है।

सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र एवं प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र स्तर पर इन्सेफ्लाइटिस ट्रीटमेण्ट सेन्टर की स्थापना की गई है जहाँ पर जीवन रक्षक दवाओं की उपलब्धता सुनिश्चित करने के निर्देश दिये गये। समय–समय पर जापानी इन्सेफ्लाइटिस का टीकाकरण कार्यक्रमों का आयोजन भी किया जाता है जिसमें बच्चों को टीकाकरण किया जाता है। सरकार के द्वारा निःशुल्क एम्बुलेन्स 102/108 की व्यवस्था की गई जहां से त्वरित सेवाएं प्रदान की जा रही हैं। गांव–गांव एवं शहरी क्षेत्रों को खुले में शौच से मुक्त किया जा रहा है। जिससे लोगों के द्वारा शौचालय का उपयोग किया जाये। सरकारी प्रयास है कि लोगों को स्वच्छ पेय जल के प्रति भी जागरूक किया जाये जैसे कि लोगों को इण्डिया मार्का–टू का इस्तेमाल की सलाह दी जाती है। गांव में सफाई के लिए सफाई कर्मियों की नियुक्ति की गई है जिससे कि गांव में भी लोगों को साफ–सुथरा वातावरण उपलब्ध कराया जा सके। उत्तर प्रदेश राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन द्वारा मातृ एवं शिशु स्वास्थ्य के लिए अनेकानेक कार्यक्रमों का संचलन किया जा रहा है।

उन्मूलन हेतु जागरूकता कार्यक्रमो को लागू करने के लिए सरकार के पास प्रशिक्षित कर्मचारियों और अधिकारियों वाला विशाल तंत्र भी उपलब्ध है। समस्या का मूल कारण यह है कि जिन लोगों के लाभ के लिए कार्यक्रम बनाए जाते हैं। उन्हें इनकी जानकारी ही नहीं रहती। सरकारी अधिकारियों और कर्मचारियों के काम करने का जो तरीका होता है उससे आम आदमी उनसे तालमेल बनाने में झिझकता है। यद्यपि कार्यक्रमों को लागू करने वालों में निष्ठावान और उत्साही लोगों की कोई कमी नहीं है, मगर सरकारी कर्मचारियों की कुछ सीमाएँ है जिनसे आगे वे नही जा पाते।

यहीं पर स्वयंसेवी संगठन या गैर–सरकारी संगठनों की भूमिका बढ़ जाती है। स्वास्थ्य का लोगों के जीवन से घनिष्ठ रूप से जुड़े होने के कारण अन्य पहलुओं पर भी ध्यान देना बहुत जरूरी है। गरीबी और बेरोजगारी दूर करने के

कार्यक्रमों तथा स्वास्थ्य, शिक्षा आदि की व्यवस्था करने के साथ–साथ लोगों को लोकतांत्रिक समाज की अनिवार्य आवश्यकता की पूर्ति के लिए जागरूक बनाना भी जरूरी है। यह कार्य गैर–सरकारी और स्वैच्छिक संगठन बखूबी कर सकते है। सरकारी संस्थाएँ और कर्मचारी जहां अपनी पूरी निष्ठा और लगन के बावजूद गांव के आम आदमी से घनिष्ठ संबंध कायम नही कर पाते, वहीं स्वयंसेवी संस्थाओ से जुड़े लोग सहज ही इसमें कामयाब हो सकते है। इन संस्थाओं के कार्यकर्ता आम तौर पर ग्रामीण समुदाय से ही होते हैं। उन्हें स्थानीय लोगों के दुख–दर्द और परेशानियों की अच्छी जानकारी भी रहती है। ऐसे में उन्हें जन साधारण से तादात्म्य बनाने में कोई परेशानी नही होती। जहां सरकारी कर्मचारियों और अधिकारियों से बात करने और उन्हें अपने दुःख–दर्द बताने मे गांव के लोग कुछ झिझक महसूस करते है, और कुछ दूरी बनाए रखना चाहते हैं, वहीं स्वैच्छिक संगठनों के कार्यकर्ताओं को वे खुलकर अपनी बात बताते है।

गैर–सरकारी संगठनों के अर्थ की बात की जाए तो न तो इनका कोई निश्चित अर्थ है न निश्चित उद्‌देश्य और न ही कोई निश्चित कार्य एवं गतिविधियाँ। गैर–सरकारी संगठन जिस सन्दर्भ में कार्य करते हैं, उसी के अनुरूप उसका स्वरूप भी बहुत हद तक बदलता रहता है। गैर–सरकारी संगठन आर्थिक एवं सामाजिक रूप से पिछड़े जन समूहों के उत्थान, उत्कर्ष व सशक्तिकरण हेतु कार्य करने वाला संगठन है जो स्वतंत्र, लोचशील, लोकतांत्रिक, धर्मनिरपेक्ष है तथा शून्य लाभ के सिद्धान्त पर कार्य करता है।

प्रभाकरन(1992) ने स्वैच्छिक संगठनों को परिभाषित करते हुए कहा है कि यह एक ऐसा अभिकरण है जो कि संगठित और असंगठित, ढाँचागत और अढाँचागत होते हुए समुदाय के कल्याण के लिये कार्य करता है। गेंग्रेड(1987) ने स्वैच्छिक संगठन उसको कहा है कि जो वैज्ञानिक रूप से पंजीकृत हों, उसका एक प्रशासनिक ढाँचा हो, उसके लक्ष्य और उद्‌देश्य स्पष्ट हो और उसके सदस्य बाहरी

दबाव से मुक्त तथा लोकतांत्रिक सिद्धान्तों का पालन करते हुए निर्णय एवं कार्य करते हैं।

इन्सेफ्लाइटिस के उन्मूलन में गैर सरकारी संस्थाओं के द्वारा भी लगातार प्रयास किये जस रहे हैं। लोगों को बीमारी भी भयावहता के प्रति आगाह करने के लिए गांव–गांव में संस्थाएं दीवार लेखन, नुक्कड़ नाटक, पर्चे आदि के माध्यम से लोगों को जागरूक कर रही हैं।

इन्सेफ्लाइटिस के खिलाफ जंग छेड़ती स्वैच्छिक संस्थाएंः–

- **पूर्वान्चल ग्रामीण सेवा समिति**

पूर्वान्चल ग्रामीण सेवा समिति (पीजीएसएस) वर्ष 2005 से निरंतर गोरखपुर एवं बस्ती मण्डल के सात जनपदों –गोरखपुर, देवरिया, महाराजगंज, कुशीनगर, बस्ती, सिद्धार्थनगर, सन्त कबीर नगर में जैपनीज इन्सेफ्लाइटिस के खिलाफ सक्रिय रूप से कार्य कर रही है। संस्था द्वारा निर्मित इन्सेफ्लाइटिस एक्सप्रेस ग्रामीण क्षेत्रों में भ्रमण कर लोगों को जापानी मस्तिष्क ज्वर से बचाव के प्रति जागरूकता फैलाने का कार्य कर रही है। यह संस्था पूर्वान्चल में रहने वाले निर्धन उपेक्षित तथा हाशिए पर जीवन यापन करने वाले लोगों को हक् एवं अधिकार के प्रति जागरूक बनाती है। संस्था अन्तर्राष्ट्रीय सामाजिक संगठन पी0सी0एफ0 लक्जमबर्ग एवं टी0डी0एच0, नई दिल्ली के वित्तीय सहयोग से जापानी मस्तिष्क ज्वर से बचाव के लिए निम्नलिखित कार्यक्रमों का आयोजन कर रही है।

1. रूरल मेडिकल प्रेक्टिशनर (आर.एम.पी.) को जे0ई0 से बचाव हेतु प्रशिक्षण।
2. गम्बूजिया मछली का ग्राम स्तरीय वितरण।
3. गांव के कम पढ़े लिखे लोगों को नुक्कड़ नाटक के माध्यम से जे0ई0 से बचाव

4. स्कूल–कालेजों में जाकर छात्र–छात्राओं को जे0ई0 से बचाव की जानकारी देना एवं आधारित साहित्य सामाग्री का वितरण करना।
5. ग्रामीण क्षत्रों में दीवार लेखन के माध्यम से लोगों में जे0ई0 के प्रति जारूकता फैलाना।
6. बी0आर0डी0 मेडिकल कालेज में जे0ई0 मरीजों के लिए हेल्प डेस्क लगाकर मदद करना एवं इन्सेफ्लाइटिस वार्ड में आवश्यक सामाग्रियों का वितरण करना।
7. समुदाय आधारित संगठनों की बैठक की मुख्य चर्चाओं में जे0ई/ए0ई0एस0 के मुददे को गंभीरता के साथ शामिल करना।
8. ग्रामीण क्षेत्रों में स्वच्छता के प्रति लोगो को जागरूक करना, लोगों को अपने घर में ही शौचालय बनवाने का परामर्श देना।
9. स्वच्छ पेय जल की उपलब्धता के लिए लोगों को इण्डिया मार्का हैण्ड पम्प के जल का प्रयोग करने की सलाह देना एवं शैलो हैण्ड पम्प को बंद कराना।
10. ग्रामवासियों को क्लोरीन की गोलियों का वितरण करना।
11. जे0ई0/ए0ई0एस0 के खिलाफ सघन प्रतिरक्षण एवं टीकाकरण हेतु गांव के बच्चों को ढूढ कर टीकाकरण करवाना।
12. पानी की टंकियों को ब्लींचिग कराना आदि।
13. ग्रामीण क्षेत्रों में साफ–सफाई अभियान चलाना जिसमें गांव के युवाओं की मदद लेना।
14. गडढ़े एवं जल जमाव के स्थानों पर जली हुई डीजल या मिट्टी का तेल डालना।
15. क्षमतावर्द्धन प्रशिक्षण कार्यक्रमों का आयोजन कराना।
16. गांव में स्थित सूअरबाड़ों के साफ–सफाई पर विशेष जोर देना।

17. सूअरों को टीकाकरण करवाना।
18. जे0ई0 / ए0ई0एस0 के मरीजों को शीघ्र सन्दर्भन सेवा को बढ़ावा देना।
19. स्वास्थ्य विभाग के अधिकरियों जैसे मुख्य चिकित्सा अधिकारी, स्वास्थ्य शिक्षा अधिकारी, मलेरिया अधिकारी आदि से समन्वय स्थापित करना।
20. कुपोषण पर नियंत्रण के लिए जागरूकता कार्यक्रमों का आयोजन
21. जमीनी स्तर पर लोगो को जे0ई0 / ए0ई0एस0 के खिलाफ जागरूक करना।
22. आशा, आंगनबाड़ी एवं एनम को समाज में कुपोषित बच्चों को खोजने में मदद करना।
23. इन्सेफ्लाइटिस से दिव्यांग हुए बच्चों को यंत्र एवं उपकरण दिलाने में मदद करना।

- **एशियन सहयोगी संस्था इण्डिया**

एशियन सहयोगी संस्था इण्डिया एक स्वैच्छिक संस्था है, जो भारत के विभिन्न प्रदेशों में अनेक सामाजिक मुददों पर कार्य कर रही है, जिनमें उत्तर प्रदेश, बिहार, दिल्ली, पंजाब, पश्चिम बंगाल, नागालैण्ड शामिल है। संस्था के द्वारा मस्तिष्क ज्वर के खिलाफ निरंतर कार्य किया जा रहा है। जिसमें निम्नलिखित कार्य शामिल हैं।

1. बी.आर.डी. मेडिकल कालेज, गोरखपुर में मस्तिष्क ज्वर के मरीजों के सहायतार्थ सहायता शिविर की स्थापना।
2. इन्सेफ्लाइटिस वार्ड में वांछित सामाग्रियों : एक्जास्ट फैन, बेड शीट, डस्टबीन, कम्बल, मोमबत्ती, माचिस आदि का विवरण।
3. मस्तिष्क ज्वर पर आधारित जनपद स्तरीय विशाल जागरूकता रैली का आयोजन गोरखपुर, महाराजगंज, बस्ती, देवरिया आदि में कराना।

पहल (एक स्वैच्छिक संस्था)

बीआरडी मेडिकल कालेज में जे0ई0/ए0ई0एस0 के काफी मरीज आते हैं जो धनाभाव में होते हैं ऐसी स्थिति में इनके सामने भोजन की बड़ी समस्या होती है। ऐसी स्थिति में संस्था ने डा0 विजय श्रीवास्तव के नेतृत्व में एक अनूठी पहल सुनिश्चित की है। संस्था के कार्यकर्ता भोजन के लिए अनाज एवं अन्य खाद्य सामाग्रियों को संग्रह करते हैं। इसके लिए बीआरडी मेडिकल कालेज के निकट एक होटल से संस्था का समझौता किया गया है। जहां पर जे0ई0 मरीजों के तीमारदारों को ताजे भोजन निःशुल्क उपलब्ध कराया जाता हैं।

डा0 श्रीवास्तव, मेडिकल कालेज, गोरखपुर में स्थित अपर निदेशक स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण गोरखपुर मण्डल गोरखपुर कार्यालय में एपिडिमियोलाजिस्ट के पद पर तैनात है। संस्था के द्वारा अनेक कार्य का संचालन हो रहा हैः'–

1. जे0ई0 पीड़ितों की मदद करना।
2. जे0ई0 मरीजों के तीमारदारों को भोजन कराना।
3. जे0ई0 से दिव्यांग हुए लोगों के लिए दिव्यांग शिविरों का आयोजन कराना।

स्तनपान सम्बर्द्धन समिति

स्तनपान सम्बर्द्धन समिति के स्वयंसेवकों ने समाज के प्रमुख लोगों के साथ मिलकर जे0ई0 उन्मूलन के दिशा में अभियान शुरू किया है। इनके द्वारा समय–समय पर रैली, बैठकें, ज्ञापन, राज्य, जिला एवं नगर स्तर पर शिविरों का आयोजन, नुक्कड़ नाटकों के माध्यम से लोगों में जनजागरूकता फैलाने का कार्य आदि।

युवा सांसद राहुल गांधी का बीआरडी भ्रमण ने पूर्वान्चल के जे0ई0 मरीजों के दिल पर राहत का मरहम का कार्य किया था, जब उन्होने अपने भ्रमण के दौरान यह कहा था कि जे0ई0 नियंत्रण के लिए एरियल फागिंग

कराया जायेगा। परन्तु राज्य सरकार द्वारा एरियल फांगिग को कभी मान्यता नही दी गई। स्थिति ज्यों की त्यों बनी रही।

नीप

गोरखपुर में जापानी मस्तिष्क ज्वर की महामारी (जिसे सरकार ने कभी महामारी नहीं घोषित किया गया) के उन्मूलन के खिलाफ शहर की अनेक स्वैच्छिक संस्थाएं, जन कल्याण कार्यकर्ता आदि लोग आगे आ रहे है। लोगों के द्वारा यह यत्न किये जा रहे है कि कैसे पूर्वांचल के नौनिहालों को इसके प्रकोप से बचाया जाय। इस दिशा में डा0 आर.एन.सिंह का भी नाम प्रमुखता के साथ लिया जाता है। वह एक बाल रोग विशेषज्ञ एवं 'नीप' के चीफ कैम्पेनर भी हैं। उनके द्वारा राष्ट्रीय इन्सेफ्लाइटिस उन्मूलन कार्यक्रम(नीप) की शुरूआत की गई है।

उन्होने नीप की परिकल्पना प्रस्तुत की है। उनके द्वारा नीप की मुख्य विशेषताएं निम्नवत् हैं।

नीप पालिसी के प्रमुख चरणः

नीप के तहत बनाई गई नीति के निम्नलिखित चरण है:–

1 वेक्टर नियंत्रण – कीटनाशक छिड़काव
2 मानव संरक्षण – प्रतिरक्षण
3 जल जमाव पर नियंत्रण– सूअर प्रबंधन
4 निदान एवं उपचार
5 पुनर्वास
6 स्वास्थ्य शिक्षा
7 निगरानी
8 संक्रमित रोग
9 अन्य संस्तुतियां

जे0ई0 उन्मूलन के लिए बिन्दुवार कार्यक्रम

स्वास्थ्य कार्यक्रम के द्वारा जे0ई0 की पहचान एवं सामूहिक कार्य संभव नही है। सामुदायिक स्वास्थ्य क्रियाकलापों के लिए अंतः/बाह्य विभागीय समन्वय जरूरी है।

- वेक्टर एवं जे0ई0 वायरस के मेजबानों की वृद्धि पर रोक
- राज्य स्तरीय स्वास्थ्य विभाग द्वारा रोग का निदान एवं उपचार सर्विलांस क्रियाकलाप एवं टीकाकरण
- पशुपालन विभाग सुअर सीरोलाजी सर्विलांस एवं सुअरबाड़ों का प्रबंधन कराना
- वन विभाग द्वारा बाहरी पक्षियों की पहचान एवं जलीय क्षेत्रों में यूकोलिप्टस वृक्षों का रोपण।
- पीडब्लू एवं आर0ई0एस0 जैसे विभागों को उत्तरदायी बनाया जाय।
- मच्छरों के ब्रीडिग के लिए स्थाई स्थान
- मच्छरों की जनसंख्या को रोकने में मत्स्य विभाग बहुत ही महत्वपूर्ण भूमिका निभा सकता है
- सिविल अभियंत्रण विभाग एवं शहरी विभाग एवं नगरपालिका मच्छरों को समाप्त करने में महत्वपूर्ण भूमिका निभा सकते हैं
- शिक्षा विभाग ग्रामीण एवं शहरी क्षेत्रों में स्कूली बच्चों की मदद से जागरूता फैलाने में महती भूमिका निभा सकता है।

इस अध्याय में इन्सेफ्लाइटिस के उन्मूलन में किये जा रहे सरकारी/गैर सरकारी प्रयासों के स्थिति को जानने का प्रयास किया गया है।

- **इन्सेफ्लाइटिस पीड़ितों के घर/आस–पास, जल–जमाव की स्थिति**

तालिका सं0 4.1 में इन्सेफ्लाइटिस पीड़ितों के घर/आस–पास जल–जमाव की स्थिति को प्रदर्शित किया गया है। जहाँ जल जमाव के कारणों में गड्ढा एवं धन का खेत (34 प्रतिशत) की तुलना में नाली(32 प्रतिशत) कम पाया गया।

जल जमाव की स्थिति के गड्ढे की उपलब्धता के अन्तर्गत गोरखपुर (43 प्रतिशत) की तुलना में अन्य जनपदों–देवरिया (33 प्रतिशत) महाराजगंज(31 प्रतिशत) कुशीनगर(27 प्रतिशत) में कम पाये गये। जल जमाव की स्थिति के नाली की उपलब्धता के अन्तर्गत गोरखपुर (37 प्रतिशत) की तुलना में अन्य जनपदों–महाराजगंज (35 प्रतिशत), कुशीनगर (31 प्रतिशत), देवरिया (26 प्रतिशत) में कम पाये गये। जल जमाव की स्थिति के धान की खेत की उपलब्धता के अन्तर्गत कुशीनगर (42 प्रतिशत) की तुलना में अन्य जनपदों–देवरिया (41 प्रतिशत) महाराजगंज (34 प्रतिशत) गोरखपुर (20 प्रतिशत) में कम पाये गये।

जल जमाव की स्थिति के गड्ढे की उपलब्धता के अन्तर्गत जनपद गोरखपुर के चरगांवा विकास खण्ड के गांव जंगल धूषण(13 प्रतिशत) की तुलना में अन्य गांवों–रामपुर गोपालपुर (12 प्रतिशत) मानीराम (11 प्रतिशत) गुलरिहां (04 प्रतिशत) जंगल छत्रधारी(03 प्रतिशत) में कम पाया गया। जल जमाव की स्थिति के नाली की उपलब्धता के अन्तर्गत जनपद गोरखपुर के चरगांवा विकास खण्ड के गांव गुलरिहां (14 प्रतिशत), की तुलना में अन्य गांवों–जंगल छत्रधारी(11 प्रतिशत) मानीराम(06 प्रतिशत), जंगल धूषण (03 प्रतिशत), रामपुर गोपालपुर (03 प्रतिशत) में कम पाया गया। जल जमाव की स्थिति के धान की खेत की उपलब्धता के अन्तर्गत जनपद गोरखपुर के चरगांवा विकास खण्ड के गांव जंगल छत्रधारी(06 प्रतिशत) की तुलना में अन्य गांवों–रामपुर गोपालपुर(05 प्रतिशत) जंगल धूषण(04 प्रतिशत) मानीराम(03 प्रतिशत) गुलरिहा(02 प्रतिशत), में कम पाया गया।

जल जमाव की स्थिति के गड्ढे की उपलब्धता के अन्तर्गत जनपद देवरिया के भाटपार रानी विकास खण्ड के गांव कुकुर घाटी (09 प्रतिशत) एवं सोहनापार(09 प्रतिशत) की तुलना में अन्य गावों–अहिरौली तिवारी (07 प्रतिशत), बड़का गावं (05 प्रतिशत) सरया(03 प्रतिशत), में कम पाया गया। पशु जल जमाव की स्थिति के नाली की उपलब्धता के अन्तर्गत देवरिया के भाटपार रानी विकास खण्ड के गांव बड़का गांव(09 प्रतिशत), की तुलना में अन्य गावों–सरया(07प्रतिशत) अहिरौली तिवारी (05 प्रतिशत) सोहनापार(03 प्रतिशत) एवं कुकुर घाटी (02 प्रतिशत) में कम पाया गया। जल जमाव की स्थिति के धान की खेत की उपलब्धता के अन्तर्गत देवरिया जनपद के भाटपार रानी विकास खण्ड के गांव सरया(10 प्रतिशत) की तुलना में अन्य गांवों– कुकुर घाटी(09 प्रतिशत) सोहनापार(08 प्रतिशत) अहिरौली तिवारी (08प्रतिशत) बड़का गांव(06 प्रतिशत) में कम पाया गया।

जल जमाव की स्थिति के गड्ढे की उपलब्धता के अन्तर्गत जनपद कुशीनगर के खडडा विकास खण्ड के गांव पनियहवां (09 प्रतिशत), की तुलना में अन्य गावों– छितौनी (08 प्रतिशत), करदह (05 प्रतिशत) सिसवां गोपाल (03 प्रतिशत), रामनगर(02 प्रतिशत), में कम पाये गये। जल जमाव की स्थिति के नाली की उपलब्धता के अन्तर्गत कुशीनगर के खडडा विकास खण्ड के गांव सिसवां गोपाल (11 प्रतिशत), की तुलना में अन्य गावों–छितौनी (06 प्रतिशत), पनियहवां(06 प्रतिशत), रामनगर(05प्रतिशत), करदह (03 प्रतिशत) में कम पाया गया। जल जमाव की स्थिति के धान की खेत की उपलब्धता के अन्तर्गत जनपद गांव रामनगर(13 प्रतिशत), की तुलना में अन्य गांवों– करदह (12प्रतिशत), छितौनी (06 प्रतिशत) सिंसवा गोपाल (06 प्रतिशत), पनियहवां(05 प्रतिशत), कम पाया गया।

जल जमाव की स्थिति के गड्ढे की उपलब्धता के अन्तर्गत महाराजगंज के परतावल विकास खण्ड के गांव मंगलपुर(10 प्रतिशत) की तुलना में अन्य

गावों–नंदना(07 प्रतिशत), हरपुर तिवारी(06 प्रतिशत), नटवा(06 प्रतिशत), तरकुलवां(02 प्रतिशत) में कम पाया गया। जल जमाव की स्थिति के नाली की उपलब्धता के अन्तर्गत महाराजगंज के परतावल विकास खण्ड के गांव तरकुलवां(12 प्रतिशत) की तुलना में अन्य गावों– नंदना (10 प्रतिशत), नटवां (06 प्रतिशत) हरपुर तिवारी(06 प्रतिशत) मंगलपुर(01 प्रतिशत) में कम पाया गया। जल जमाव की स्थिति के धान की खेत की उपलब्धता के अन्तर्गत गांव मंगलपुर (09 प्रतिशत) की तुलना में अन्य गांवों–हरपुर तिवारी (08 प्रतिशत) नटवां (08 प्रतिशत) तरकुलवां(06 प्रतिशत) नंदना (03 प्रतिशत) में कम पाया गया।

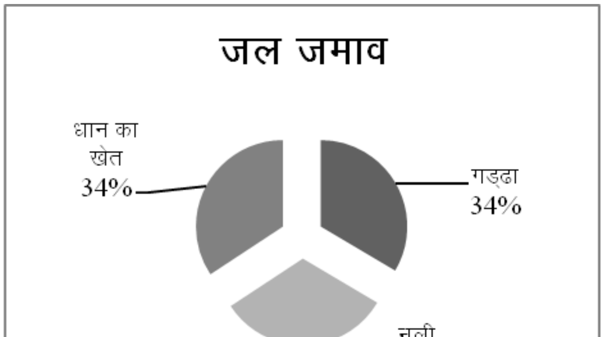
तालिका सं0 4.1: इन्सेफ्लाइटिस पीड़ितों में गोरखपुर(n=100), देवरिया(n=100), कुशीनगर(n=100) एवं महाराजगंज(n=100) में जल जमाव की स्थिति N=400

ब्लॉक जनपद		गाँव	जल जमाव की स्थिति			
			गड्ढा	नली	धान का खेत	योग
गोरखपुर	चरगांवा	G1	13(13.0)	3(3.0)	4(4.0)	20(20.0)
		G2	11(11.0)	6(6.0)	3(3.0)	20(20.0)
		G3	3(3.0)	11(11.0)	6(6.0)	20(20.0)
		G4	12(12.0)	3(3.0)	5(5.0)	20(20.0)
		G5	4(4.0)	14(14.0)	2(2.0)	20(20.0)
		योग	43(43.0)	37(37.0)	20(20.0)	100(100.0)
देवरिया	भटपार रानी	D1	9(9.0)	2(2.0)	9(9.0)	20(20.0)
		D2	7(7.0)	5(5.0)	8(8.0)	20(20.0)

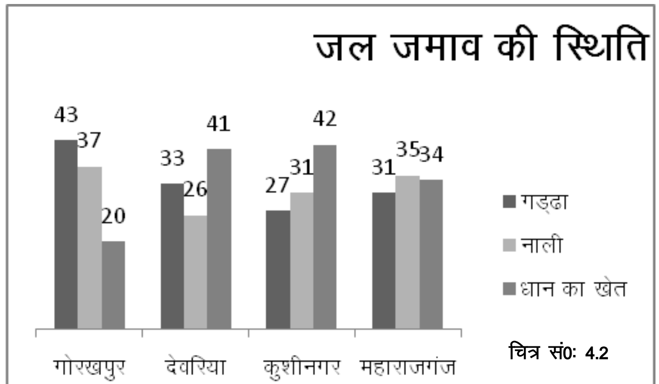
		D3	5(5.0)	9(9.0)	6(6.0)	20(20.0)
		D4	3(3.0)	7(7.0)	10(10.0)	20(20.0)
		D5	9(9.0)	3(3.0)	8(8.0)	20(20.0)
		योग	33(33.0)	26(26.0)	41(41.0)	100(20.0)
कुशीकनगर	(खड्डा)	K1	8(8.0)	6(6.0)	6(6.0)	20(20.0)
		K2	5(5.0)	3(3.0)	12(12.0)	20(20.0)
		K3	9(9.0)	6(6.0)	5(5.0)	20(20.0)
		K4	2(2.0)	5(5.0)	13(3.0)	20(20.0)
		K5	3(3.0)	11(11.0)	6(6.0)	20(20.0)
		योग	**27**(27.0)	**31**(31.0)	**42**(42.0)	100(100.0)
महाराजगंज	परतावल	M1	6(6.0)	6(6.0)	8(8.0)	20(20.0)
		M2	10(.0)	1(1.0)	9(9.0)	20(20.0)
		M3	7(7.0)	10(10.0)	3(3.0)	20(20.0)
		M4	6(6.0)	6(6.0)	8(8.0)	20(20.0)
		M5	2(2.0)	12(12.0)	6(6.0)	20(20.0)
		योग	31(31.0)	35(35.0)	34(34.0)	100(100.0)
महायोग			134(33.5)	129(32.25)	137(34.25)	400(100)

नोटः–

1. कोष्ठक ( ) में प्रतिशत को दर्शाया गया है।
2. G1=जंगल धूषण, G2= मानीराम, G3=जंगल छत्रधारी, G4=रामपुर गोपालपुर, G5=गुलरिहा
D1= कुकुर घाटी, D2= अहिरौली तिवारी, D3=बड़का गांव, D4=सरया, D5=सोहनापार
K1=छितौनी, K2=करदह, K3= पनियहवा, K4=रामनगर, K5=सिसवां गोपाल
M1= हरपुर तिवारी, M2=मंगलपुर, M3=नन्दना, M4=नटवां, M5=तरकुलवां



चित्र सं0: 4.1



चित्र सं0: 4.2

परिणाम के अवलोकन करने पर ज्ञात होता है कि ज्यादातर पीड़ित के घर के आस–पास धान की खेत है, जहाँ जल जमाव होता है।

जल जमाव की स्थिति के गड्ढे की उपलब्धता के अन्तर्गत गोरखपुर में अन्य जनपदों–(देवरिया, महाराजगंज, कुशीनगर) की तुलना में सर्वाधिक पाये गये। जल जमाव की स्थिति के नाली की उपलब्धता के अन्तर्गत गोरखपुर में अन्य जनपदों (महाराजगंज, कुशीनगर, देवरिया) की तुलना में सर्वाधिक पाये गये। जल जमाव की स्थिति के धान की खेत की उपलब्धता के अन्तर्गत कुशीनगर में अन्य जनपदों (देवरिया, महाराजगंज, गोरखपुर) की तुलना में सर्वाधिक पाये गये।

जल जमाव की स्थिति के गड्ढे की उपलब्धता के अन्तर्गत जनपद गोरखपुर के चरगांवा विकास खण्ड के गांव जंगल धूषण में अन्य गांवों–रामपुर गोपालपुर, मानीराम, गुलरिहां, जंगल छत्रधारी) की तुलना में सर्वाधिक पाये गये। जल जमाव की स्थिति के नाली की उपलब्धता के अन्तर्गत जनपद गोरखपुर के चरगांवा विकास खण्ड के गांव गुलरिहां में अन्य गांवों–(जंगल छत्रधारी, मानीराम, जंगल

धूषण, रामपुर गोपालपुर) की तुलना में सर्वाधिक पाये गये। जल जमाव की स्थिति के धान की खेत की उपलब्धता के अन्तर्गत जनपद गोरखपुर के चरगांवा विकास खण्ड के गांव जंगल छत्रधारी की तुलना में अन्य गांवों–(रामपुर गोपालपुर, जंगल धूषण, मानीराम, गुलरिहा) की तुलना में सर्वाधिक पाये गये।

जल जमाव की स्थिति के गड्ढे की उपलब्धता के अन्तर्गत जनपद देवरिया के भाटपार रानी विकास खण्ड के गांव कुकुर घाटी एवं सोहनापार में अन्य गावों–(अहिरौली तिवारी, बड़का गावं, सरया) की तुलना में सर्वाधिक पाये गये। जल जमाव की स्थिति के नाली की उपलब्धता के अन्तर्गत देवरिया के भाटपार रानी विकास खण्ड के गांव बड़का गांव में अन्य गावों–(सरया, अहिरौली तिवारी, सोहनापार एवं कुकुर घाटी) की तुलना में सर्वाधिक पाये गये। जल जमाव की स्थिति के धान की खेत की उपलब्धता के अन्तर्गत देवरिया जनपद के भाटपार रानी विकास खण्ड के गांव सरया में अन्य गांवों (कुकुर घाटी, सोहनापार, अहिरौली, बड़का गांव) की तुलना में सर्वाधिक पाये गये।

जल जमाव की स्थिति के गड्ढे की उपलब्धता के अन्तर्गत जनपद कुशीनगर के खडडा विकास खण्ड के गांव पनियहवां में अन्य गावों–(छितौनी, करदह, सिसवां गोपाल, रामनगर) की तुलना में सर्वाधिक पाये गये। जल जमाव की स्थिति के नाली की उपलब्धता के अन्तर्गत कुशीनगर के खडडा विकास खण्ड के गांव सिसवां गोपाल में अन्य गावों–(छितौनी पनियहवां, रामनगर, करदह) की तुलना में सर्वाधिक पाये गये। जल जमाव की स्थिति के धान की खेत की उपलब्धता के अन्तर्गत जनपद गांव रामनगर में अन्य गांवों (करदह, छितौनी, सिंसवा गोपाल, पनियहवां) की तुलना में सर्वाधिक पाये गये।

जल जमाव की स्थिति के गड्ढे की उपलब्धता के अन्तर्गत महाराजगंज के परतावल विकास खण्ड के गांव मंगलपुर में अन्य गावों–(नंदना, हरपुर तिवारी,

नटवा, तरकुलवां) की तुलना में सर्वाधिक पाये गये। जल जमाव की स्थिति के नाली की उपलब्धता के अन्तर्गत महाराजगंज के परतावल विकास खण्ड के गांव तरकुलवां में अन्य गावों– (नंदना, नटवां, हरपुर तिवारी, मंगलपुर) की तुलना में सर्वाधिक पाये गये। जल जमाव की स्थिति के धान की खेत की उपलब्धता के अन्तर्गत गांव मंगलपुर में अन्य गांवों– (हरपुर तिवारी, नटवां, तरकुलवां, नंदना) की तुलना में सर्वाधिक पाये गये।

परिणाम प्रदर्शित करते है कि ज्यादातर लोगों के घर के निकट गडढा पाये गये है जबकि कुछ उत्तरदाताओं के घर के पास नाली एवं कुछ उत्तरदाताओं के घर के निकट धान का खेत है। गडढ़े में जल जमाव के कारण गंदगी मच्छरों को उत्पन्न होने के लिए सबसे अनुकूल वातावरण देता है। मानसून एवं उसके बाद का समय धान की बुआई के लिए उत्तम माना जाता है, इस समय में धान का खेत बर्षा क जल से भर जाता है यह स्थान क्यूलेक्स मच्छर के द्वारा प्रजनन के लिए काफी उपयुक्त होता है (चक्रवर्ती एवं अन्य, 1975)।

- **इन्सेफ्लाइटिस पीड़ितों के परिवार में मच्छरों से बचाव के साधनः**

तालिका संख्या 4.2 में मच्छरों से बचाव के साधन को प्रदर्शित किया गया है। जहाँ मच्छरदानी का इस्तेमाल करने वाले (31 प्रतिशत) की तुलना में कुछ भी इस्तेमाल न करने वाले(30 प्रतिशत), मच्छर अगरबत्ती (22 प्रतिशत), धूँआ करने वाले (17 प्रतिशत) कम पाये गये।

मच्छरों से बचाव के साधन के रूप में मच्छर अगरबत्ती का प्रयोग करने वाले परिवारों में महाराजगंज (31 प्रतिशत) की तुलना में अन्य जनपदों–देवरियर (21 प्रतिशत),कुशीनगर(19 प्रतिशत) एवं गोरखपुर(18 प्रतिशत) में कम पायी गई। मच्छरों से बचाव के साधन के रूप में मच्छरदानी का प्रयोग करने वाले परिवारों में जनपद गोरखपुर (42 प्रतिशत) की तुलना में अन्य जनपदों–देवरिया(34),

कुशीनगर(29 प्रतिशत), महाराजगंज(19 प्रतिशत) कम पायी गयी। मच्छरों से बचाव के साधन के रूप में धुँआ का प्रयोग करने वाले परिवारों में जनपद महाराजगंज (21 प्रतिशत) की तुलना में अन्य जनपदों–गोरखपुर (18 प्रतिशत) देवरिया (17 प्रतिशत), कुशीनगर (12 प्रतिशत) में कम पायी गयी। मच्छरों से बचाव के साधन के रूप में 'कुछ नही' प्रयोग करने वाले परिवारों में जनपद कुशीनगर (40 प्रतिशत) की तुलना में अन्य जनपदों–महाराजगंज(29 प्रतिशत), देवरिया(28 प्रतिशत) गोरखपुर(22 प्रतिशत) कम पायी गई। मच्छरों से बचाव को चित्र (ग्राफ सं0) के माध्यम से निरूपित किया गया है।

मच्छरों से बचाव के साधन के रूप में मच्छर अगरबत्ती का प्रयोग करने वाले परिवारों में जनपद गोरखपुर के चरगांवा विकास खण्ड के गांव जंगल छत्रधारी(07 प्रतिशत) की तुलना में अन्य गांवों–रामपुर गोपालपुर(04 प्रतिशत), जंगल धूषण(03 प्रतिशत) मानीराम(2प्रतिशत), गुलरिहां(02 प्रतिशत) में कम पायी गयी। मच्छरों से बचाव के साधन के रूप में मच्छरदानी का प्रयोग करने वाले परिवारों में जनपद गोरखपुर जनपद के विकास खण्ड के गांव जंगल धूषण(13 प्रतिशत) की तुलना में अन्य गांवों–गुलरिहां(09प्रतिशत) मानीराम(08प्रतिशत) रामपुर गोपालपुर(08 प्रतिशत), जंगल छत्रधारी(04 प्रतिशत) में कम पायी गयी। मच्छरों से बचाव के साधन के रूप में धुँआ का प्रयोग करने वाले परिवारों में जनपद गोरखपुर के चरगांवा विकास खण्ड के गांव मानीराम(05 प्रतिशत) एवं रामपुर गोपालपुर(05 प्रतिशत) की तुलना में अन्य गांवों–जंगल छत्रधारी(03 प्रतिशत), गुलरिहां(03 प्रतिशत), जंगल धूषण(02 प्रतिशत) में कम पाया गया। मच्छरों से बचाव के साधन के रूप में 'कुछ नही' प्रयोग करने वाले परिवारों में जनपद गोरखपुर के चरगांवा विकास खण्ड के गांव जंगल छत्रधारी(06 प्रतिशत) एवं गुलरिहां(06 प्रतिशत) की तुलना में अन्य गांवों–मानीराम(05 प्रतिशत) रामपुर गोपालपुर(03 प्रतिशत) एवं जंगल धूषण(02 प्रतिशत) कम पायी गयी।

मच्छरों से बचाव के साधन के रूप में मच्छर अगरबत्ती का प्रयोग करने वाले परिवारों में जनपद देवरिया के भाटपार रानी विकास खण्ड के गांव बड़का गांव(08 प्रतिशत), की तुलना में अन्य गांवों– कुकुर घाटी(05 प्रतिशत) अहिरौली तिवारी(04 प्रतिशत), सरयां(04प्रतिशत) एवं सोहनापार(0 प्रतिशत) में कम पाया गया। मच्छरों से बचाव के साधन के रूप में मच्छरदानी का प्रयोग करने वाले परिवारों में जनपद देवरिया के भटपार रानी विकास खण्ड के गांव सोहनापार(15 प्रतिशत) की तुलना में अन्य गांवों–बड़का गांव(09 प्रतिशत), सरया(05 प्रतिशत) अहिरौली(03 प्रतिशत) एवं कुकुर घाटी(02 प्रतिशत) में कम पायी गयी। मच्छरों से बचाव के साधन के रूप में घुँआ का प्रयोग करने वाले परिवारों में जनपद देवरिया के भाटपाररानी विकास खण्ड के गांव कुकुर घाटी(06 प्रतिशत) की तुलना में अन्य गांवों–अहिरौली तिवारी(04 प्रतिशत), सरया(04 प्रतिशत) सोहनापार (03 प्रतिशत), बड़का गांव(0 प्रतिशत) में कम पाया गया। मच्छरों से बचाव के साधन के रूप में 'कुछ नही' प्रयोग करने वाले परिवारों में जनपद देवरिया के भाटपार रानी विकास खण्ड के गांव अहिरौली तिवारी(09 प्रतिशत) की तुलना में अन्य गांवों–कुकुर घाटी(07 प्रतिशत), सरया(07 प्रतिशत) बड़का गांव(03 प्रतिशत),एवं सोहनापार(02 प्रतिशत) कम पायी गयी।

मच्छरों से बचाव के साधन के रूप में मच्छर अगरबत्ती का प्रयोग करने वाले परिवारों में जनपद कुशीनगर के खड्डा विकास खण्ड के गांव करदह(06 प्रतिशत), की तुलना में अन्य गांवों–पनियहवां(05 प्रतिशत), सिंसवा गोपाल(04 प्रतिशत) एवं रामनगर(03 प्रतिशत) छितौनी(01 प्रतिशत)में कम पायी गयी। मच्छरों से बचाव के साधन के रूप में मच्छरदानी का प्रयोग करने वाले परिवारों में जनपद कुशीनगर के खड्डा विकास खण्ड के गांव रामनगर(13 प्रतिशत) की तुलना में अन्य गांवों– छितौनी(09 प्रतिशत), करदह(04 प्रतिशत), सिंसवा गोपाल (03 प्रतिशत) पनियहवां(0 प्रतिशत) में कम पायी गयी। मच्छरों से बचाव के साधन के रूप में

घुँआ का प्रयोग करने वाले परिवारों में जनपद कुशीनगर के खड्डा विकास खण्ड के गांव करदह(05 प्रतिशत) की तुलना में अन्य गांवों– छितौनी(02 प्रतिशत) सिसवां गोपाल(02 प्रतिशत), रामनगर(02 प्रतिशत) पनियहवां(01 प्रतिशत), में कम पाया गया। मच्छरों से बचाव के साधन के रूप में 'कुछ नही' प्रयोग करने वाले परिवारों में जनपद कुशीनगर के खड्डा विकास खण्ड के गांव पनियहवां (13 प्रतिशत) की तुलना में अन्य गांवों– सिंसवां गोपाल(12 प्रतिशत) छितौनी(08 प्रतिशत) करदह(05 प्रतिशत), रामनगर(02 प्रतिशत) कम पाया गया।

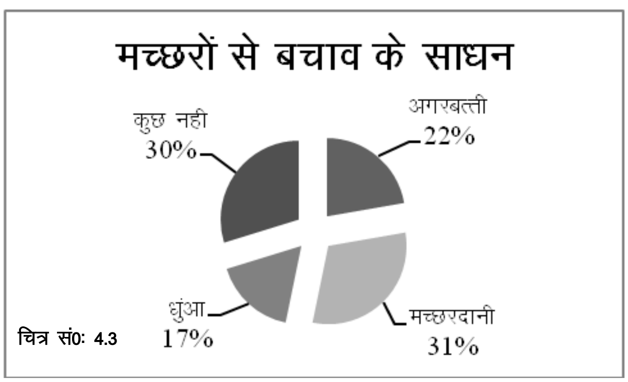
मच्छरों से बचाव के साधन के रूप में मच्छर अगरबत्ती का प्रयोग करने वाले परिवारों में जनपद महाराजगंज के परतावल विकास खण्ड के गांव नटवां(09 प्रतिशत) की तुलना में अन्य गांवों–मंगलपुर(08 प्रतिशत), नंदना(07 प्रतिशत) तरकुलवां(05 प्रतिशत) में कम पायी गयी। मच्छरों से बचाव के साधन के रूप में मच्छरदानी का प्रयोग करने वाले परिवारों में जनपद महाराजगंज के परतावल विकास खण्ड के गांव नंदना(07 प्रतिशत) की तुलना में अन्य गांवों– नटवां(6 प्रतिशत) हरपुर तिवारी(04 प्रतिशत), तरकुलवां(02 प्रतिशत) मंगलपुर(0 प्रतिशत),एवं में कम पायी गयी। मच्छरों से बचाव के साधन के रूप में घुँआ का प्रयोग करने वाले परिवारों में जनपद महाराजगंज के परतावल विकास खण्ड के गांव हरपुर तिवारी(07 प्रतिशत) की तुलना में अन्य गांवों–तरकुलवां(05 प्रतिशत), नटवां(04 प्रतिशत) मंगलपुर (03 प्रतिशत), नंदना(02 प्रतिशत) में कम पायी गयी। मच्छरों से बचाव के साधन के रूप में 'कुछ नही' प्रयोग करने वाले परिवारों में जनपद महाराजगंज के परतावल विकास खण्ड के गांव मंगलपुर(09 प्रतिशत) की तुलना में अन्य गांवों– तरकुलवां(08 प्रतिशत) हरपुर तिवारी(07 प्रतिशत), नंदना(04 प्रतिशत) एवं नटवां(01 प्रतिशत) में कम पाया गया।

तालिका सं0 4.2 इन्सेफ्लाइटिस पीड़ितों में गोरखपुर(n=100), देवरिया(n=100), कुशीनगर(n=100) एवं महाराजगंज(n=100) में मच्छरों से बचाव के साधन N=400

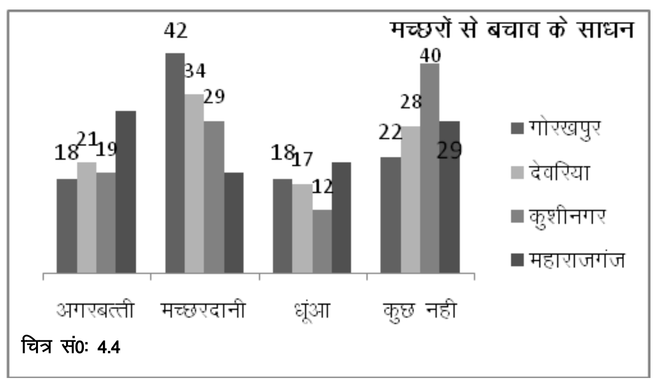
जनपद	ब्लॉक	गाँव	मच्छर से बचाव के साधन				
			अगरबत्ती	मच्छरदानी	धुँआ	कुछ नही	योग
गोरखपुर	चरगांवा	G1	3(30)	13(13.0)	2(2.0)	2(2.0)	20(20.0)
		G2	2(2.0)	8(8.0)	5(5.0)	5(5.0)	20(20.0)
		G3	7(7.0)	4(4.0)	3(3.0)	6(6.0)	20(20.0)
		G4	4(4.0)	8(8.0)	5(5.0)	3(3.0)	20(20.0)
		G5	2(2.0)	9(9.0)	3(3.0)	6(6.0)	20(20.0)
		योग	18(18.0)	42(42.0)	18(18.0)	22(22.0)	100(100.0)
देवरिया	भटपार रानी	D1	5(5.0)	2(2.0)	6(6.0)	7(7.0)	20(20.0)
		D2	4(4.0)	3(3.0)	4(4.0)	9(9.0)	20(20.0)
		D3	8(8.0)	9(9.0)	0(0.0)	3(3.0)	20(20.0)
		D4	4(4.0)	5(5.0)	4 (4.0)	7(7.0)	20(20.0)
		D5	0(0.0)	15(15.0)	3(3.0)	2(2.0)	20(20.0)
		योग	21(21.0)	34(34.0)	17(17.0)	28(28.0)	100(100.0)
कुशीकनगार	(खड्डा)	**K1**	1(1.0)	9(9.0)	2(2.0)	8(8.0)	20(20.0)
		K2	6(6.0)	4(4.0)	5(5.0)	5(5.0)	20(20.0)
		K3	5(5.0)	0(0.0)	2(2.0)	13(13.0)	20(20.0)
		K4	4(4.0)	13(13.0)	1(1.0)	2(2.0)	20(20.0)
		K5	3(3.0)	3(3.0)	2(2.0)	12(12.0)	20(20.0)

		योग	19(19.0)	29(29.0)	12(12.0)	40(40.0)	100(100.0)
महाराजगंज	परतावल	M1	2(2.0)	4(4.0)	7(7.0)	7(7.0)	20(20.0)
		M2	8(8.0)	0(0.0)	3(3.0)	9(9.0)	20(20.0)
		M3	7(7.0)	7(7.0)	2(2.0)	4(4.0)	20(20.0)
		M4	9(9.0)	6(6.0)	4(4.0)	1(1.0)	20(20.0)
		M5	5(5.0)	2(2.0)	5(5.0)	8(8.0)	20(20.0)
		योग	31(31.0)	19(19.0)	21(21.0)	29(29.0)	100(100.0)
महायोग			**89(22.25)**	**124(31.0)**	**68(17.0)**	**119(29.75)**	**400(100.0)**

नोटः—
1. कोष्ठक ( ) में प्रतिशत को दर्शाया गया है।
2. G1=जंगल धूषण, G2= मानीराम, G3=जंगल छत्रधारी, G4=रामपुर गोपालपुर, G5=गुलरिहा
D1= कुकुर घाटी, D2= अहिरौली तिवारी, D3=बड़का गांव, D4=सरया, D5=सोहनापार
K1=छितौनी, K2=करदह, K3= पनियहवा, K4=रामनगर, K5=सिसवां गोपाल
M1= हरपुर तिवारी, M2=मंगलपुर, M3=नन्दना, M4=नटवां, M5=तरकुलवां



चित्र सं0: 4.3



चित्र सं0: 4.4

- **इन्सेफ्लाइटिस पीड़ितों के परिवार में मच्छरों से बचाव के साधनः**

परिणाम दर्शाता है कि पीड़ित परिवार के ज्यादातर घरों में मच्छरों से बचाव के लिए मच्छरदानी का प्रयोग किया जाता है।

मच्छरों से बचाव के साधन के रूप में 'मच्छर अगरबत्ती' का प्रयोग करने वाले परिवारों में महाराजगंज में अन्य जनपदों–(देवरिया, कुशीनगर एवं गोरखपुर) की तुलना में सर्वाधिक पाये गये। मच्छरों से बचाव के साधन के रूप में 'मच्छरदानी' का प्रयोग करने वाले परिवारों में जनपद गोरखपुर की तुलना में अन्य जनपदों (देवरिया, कुशीनगर, महाराजगंज) की तुलना में सर्वाधिक पाये गये। मच्छरों से बचाव के साधन के रूप में घुँआ का प्रयोग करने वाले परिवारों में जनपद महाराजगंज में अन्य जनपदों–(गोरखपुर, देवरिया, कुशीनगर) की तुलना में सर्वाधिक पाये गये।

मच्छरों से बचाव के साधन के रूप में मच्छर अगरबत्ती का प्रयोग करने वाले परिवारों में जनपद गोरखपुर के चरगांवा विकास खण्ड के गांव जंगल छत्रधारी में अन्य गांवों–(रामपुर गोपालपुर, जंगल धूषण, मानीराम, गुलरिहां) की तुलना में सर्वाधिक पाये गये। मच्छरों से बचाव के साधन के रूप में मच्छरदानी का प्रयोग करने वाले परिवारों में जनपद गोरखपुर जनपद के विकास खण्ड के गांव जंगल धूषण में अन्य गांवों–(गुलरिहां, मानीराम, रामपुर गोपालपुर, जंगल छत्रधारी) की तुलना में सर्वाधिक पाये गये। मच्छरों से बचाव के साधन के रूप में 'घुँआ' का प्रयोग करने वाले परिवारों में जनपद गोरखपुर के चरगांवा विकास खण्ड के गांव मानीराम एवं रामपुर गोपालपुर में अन्य गांवों–(जंगल छत्रधारी, गुलरिहां, जंगल धूषण) की तुलना में सर्वाधिक पाये गये।

मच्छरों से बचाव के साधन के रूप में मच्छर अगरबत्ती का प्रयोग करने वाले परिवारों में जनपद देवरिया के भाटपार रानी विकास खण्ड के गांव बड़का गांव में अन्य गांवों–(कुकुर घाटी, अहिरौली तिवारी, सरयां एवं सोहनापार) की तुलना में सर्वाधिक पाये गये। मच्छरों से बचाव के साधन के रूप में मच्छरदानी का

प्रयोग करने वाले परिवारों में जनपद देवरिया के भटपार रानी विकास खण्ड के गांव सोहनापार में अन्य गांवों (बड़का गांव, सरया, अहिरौली एवं कुकुर घाटी) की तुलना में सर्वाधिक पाये गये। मच्छरों से बचाव के साधन के रूप में घुँआ का प्रयोग करने वाले परिवारों में जनपद देवरिया के भाटपार रानी विकास खण्ड के गांव कुकुर घाटी में अन्य गांवों– (अहिरौली तिवारी, सरया, सोहनापार, बड़का गांव) की तुलना में सर्वाधिक पाये गये।

मच्छरों से बचाव के साधन के रूप में मच्छर अगरबत्ती का प्रयोग करने वाले परिवारों में जनपद कुशीनगर के खड्डा विकास खण्ड के गांव करदह की तुलना में अन्य गांवों–(पनियहवां, सिंसवा गोपाल एवं रामनगर, छितौनी) की तुलना में सर्वाधिक पाये गये। मच्छरों से बचाव के साधन के रूप में मच्छरदानी का प्रयोग करने वाले परिवारों में जनपद कुशीनगर के खड्डा विकास खण्ड के गांव रामनगर में अन्य गांवों–(छितौनी, करदह, सिंसवा गोपाल, पनियहवां) की तुलना में सर्वाधिक पाये गये। मच्छरों से बचाव के साधन के रूप में घुँआ का प्रयोग करने वाले परिवारों में जनपद कुशीनगर के खड्डा विकास खण्ड के गांव करदह में अन्य गांवों– (छितौनी, सिसवां गोपाल, रामनगर, पनियहवां), की तुलना में सर्वाधिक पाया गय।

मच्छरों से बचाव के साधन के रूप में मच्छर अगरबत्ती का प्रयोग करने वाले परिवारों में जनपद महाराजगंज के परतावल विकास खण्ड के गांव नटवां में अन्य गांवों–(मंगलपुर, नंदना, तरकुलवां) में सर्वाधिक पाया गया। मच्छरों से बचाव के साधन के रूप में मच्छरदानी का प्रयोग करने वाले परिवारों में जनपद महाराजगंज के परतावल विकास खण्ड के गांव नंदना की तुलना में अन्य गांवों–(नटवां, हरपुर तिवारी, तरकुलवां, मंगलपुर) की तुलना में सर्वाधिक पाये गये। मच्छरों से बचाव के साधन के रूप में घुँआ का प्रयोग करने वाले परिवारों में

जनपद महाराजगंज के परतावल विकास खण्ड के गांव हरपुर तिवारी की तुलना में अन्य गांवों–(तरकुलवां, नटवां, मंगलपुर, नंदना) की तुलना में सर्वाधिक पाये गये।

परिणाम प्रदर्शित करते है कि मच्छरों से बचाव के लिए सबसे अधिक उत्तरदाताओं द्वारा मच्छरदानी का प्रयोग किया जाता है, एवं कुछ अगरबत्ती का इस्तेमाल करते हैं कुछ धुंआ द्वारा नियंत्रण वहीं कुछ लोग किसी भी मच्छररोधी वस्तु का इस्तेमाल नही करते। मच्छरदानी फटे होने या गंदा होने के कारण उनमें मच्छरों के आवागमन की संभावना बनी रहती है। अकसर लोग मच्छरदानी का इस्तेमाल ठीक ढंग से नही करते जिसके कारण, उमसे मच्छर प्रवेश कर जाते हैं। इन्सेफेलाइटिस के खतरों से बचने के लिए ग्रामीण जन अपनी व्यक्तिगत सुरक्षा के लिए मच्छररोधी सामग्री, कीटनाशक मच्छरदानी आदि का प्रयोग करते हैं।

- **इन्सेफ्लाइटिस पीड़ितों के परिवार में उपचार की सुलभताः**

तालिका संख्या 4.3 में उपचार की सुलभता को प्रदर्शित किया गया है। जहाँ सरकारी चिकित्सालय(43 प्रतिशत) की तुलना में अप्रशिक्षित चिकित्सक(32 प्रतिशत), निजी चिकित्सालय (13 प्रतिशत) एवं अन्य विधि(12 प्रतिशत) कम पाये गये।

सरकारी चिकित्सालयों के उपयोग करने में जनपद महाराजगंज (48 प्रतिशत) की तुलना में अन्य जनपदों–कुशीनगर(46 प्रतिशत), देवरिया(42 प्रतिशत) एवं गोरखपुर(34 प्रतिशत) में कम पायी गई। निजी चिकित्सालयों के उपयोग में सर्वाधिक संख्या जनपद कुशीनगर (15 प्रतिशत) की तुलना में अन्य जनपदों–गोरखपुर(13 प्रतिशत), महाराजगंज(12 प्रतिशत) एवं देवरिया(11 प्रतिशत) कम पायी गयी। अयोग्य चिकित्सकों की उपलब्धता जनपद गोरखपुर (42 प्रतिशत) की तुलना में अन्य जनपदों–देवरिया (38 प्रतिशत), कुशीनगर (26 प्रतिशत) एवं महाराजगंज(23 प्रतिशत) में कम पायी गयी। उपचार के अन्य साधन (झांड़–फूंक) में सर्वाधिक संख्या जनपद महाराजगंज (17 प्रतिशत) की तुलना में अन्य

जनपदों–कुशीनगर(13 प्रतिशत), गोरखपुर(11 प्रतिशत) एवं देवरिया(09 प्रतिशत) कम पायी गई। उपचार की सुलभता को चित्र (ग्राफ सं0) के माध्यम से निरूपित किया गया है।

सरकारी चिकित्सालयों के उपयोग में जनपद गोरखपुर के चरगांवा विकास खण्ड के गांव जंगल धूषण(11 प्रतिशत) की तुलना में अन्य गांवों–रामपुर गोपालपुर(08 प्रतिशत), जंगल छत्रधारी(06 प्रतिशत), मानीराम(05 प्रतिशत), गुलरिहां(04 प्रतिशत) में कम पायी गयी। निजी चिकित्सालयों के उपयोग में जनपद गोरखपुर जनपद के विकास खण्ड के गांव मानीराम(04 प्रतिशत) की तुलना में अन्य गांवों–जंगल धूषण(03 प्रतिशत), जंगल छत्रधारी(03 प्रतिशत), रामपुर गोपालपुर(02 प्रतिशत) एवं गुलरिहां(01 प्रतिशत) में कम पायी गयी। अयोग्य चिकित्सकों की उपलब्धता जनपद गोरखपुर के चरगांवा विकास खण्ड के गांव गुलरिहां(13प्रतिशत) की तुलना में अन्य गांवों–जंगल छत्रधारी(10 प्रतिशत), मानीराम(09 प्रतिशत), रामपुर गोपालपुर(7 प्रतिशत) में कम पाया गया। उपचार के अन्य साधन (झांड़–फूंक) में जनपद गोरखपुर के चरगांवा विकास खण्ड के गांव जंगल धूषण(03 प्रतिशत) एवं रामपुर गोपालपुर(03 प्रतिशत) की तुलना में अन्य गांवों–मानीराम(02 प्रतिशत), गुलरिहां(02 प्रतिशत) एवं जंगल छत्रधारी(01 प्रतिशत) कम पायी गयी।

सरकारी चिकित्सालयों के उपयोग में जनपद देवरिया के भाटपार रानी विकास खण्ड के गांव कुकुर घाटी(11 प्रतिशत) की तुलना में अन्य गांवों–बड़का गांव(10 प्रतिशत), अहिरौली(08 प्रतिशत), सोहनापार(07 प्रतिशत) एवं सरयां(06 प्रतिशत) में कम पायी गयी। निजी चिकित्सालयों के उपयोग में जनपद देवरिया के भटपार रानी विकास खण्ड के गांव कुकुर घाटी(04 प्रतिशत) एवं सोहनापार(04 प्रतिशत) की तुलना में अन्य गांवों–बड़का गांव(02 प्रतिशत), सरया(01 प्रतिशत) एवं अहिरौली(0 प्रतिशत) में कम पायी गयी। अयोग्य चिकित्सकों की उपलब्धता जनपद देवरिया के भाटपाररानी विकास खण्ड के गांव सरया(11 प्रतिशत) की तुलना में

अन्य गांवों–सोहनापार (09 प्रतिशत), अहिरौली तिवारी(09 प्रतिशत), बड़का गांव(06 प्रतिशत) एवं कुकुर घाटी(03 प्रतिशत) में कम पाया गया। उपचार के अन्य साधन (झांड़–फूंक) में जनपद देवरिया के भाटपार रानी विकास खण्ड के गांव अहिरौली तिवारी(03 प्रतिशत) की तुलना में अन्य गांवों–कुकुर घाटी(02 प्रतिशत), बड़का गांव(02 प्रतिशत), सरया(02 प्रतिशत) एवं सोहनापार(0 प्रतिशत) कम पायी गयी।

सरकारी चिकित्सालयों के उपयोग में जनपद कुशीनगर के खड्डा विकास खण्ड के गांव छितौनी(13 प्रतिशत) की तुलना में अन्य गांवों–करदह(11 प्रतिशत), पनियहवां(09 प्रतिशत), सिंसवा गोपाल(07 प्रतिशत) एवं रामनगर(06 प्रतिशत) में कम पायी गयी। निजी चिकित्सालयों के उपयोग में जनपद कुशीनगर के खड्डा विकास खण्ड के गांव सिंसवा गोपाल (04 प्रतिशत) की तुलना में अन्य गांवों–करदह(04 प्रतिशत), छितौनी(02 प्रतिशत), रामनगर(2 प्रतिशत) एवं पनियहवां(01 प्रतिशत) में कम पायी गयी। अयोग्य चिकित्सकों की उपलब्धता जनपद कुशीनगर के खड्डा विकास खण्ड के गांव रामनगर(09 प्रतिशत) की तुलना में अन्य गांवों–सिसवां गोपाल(06 प्रतिशत), पनियहवां(06 प्रतिशत), छितौनी(03 प्रतिशत) एवं करदह(02 प्रतिशत) में कम पाया गया। उपचार के अन्य साधन (झांड़–फूंक) में जनपद कुशीनगर के खड्डा विकास खण्ड के गांव पनियहवां (04 प्रतिशत) की तुलना में अन्य गांवों–करदह(03 प्रतिशत), रामनगर(03 प्रतिशत), छितौनी(02 प्रतिशत) एवं सिंसवां गोपाल(01 प्रतिशत) कम पायी गयी।

सरकारी चिकित्सालयों के उपयोग में जनपद महाराजगंज के परतावल विकास खण्ड के गांव नटवां(14 प्रतिशत) की तुलना में अन्य गांवों–हरपुर तिवारी(12 प्रतिशत), मंगलपुर(09 प्रतिशत), नंदना(07 प्रतिशत) एवं तरकुलवां(06 प्रतिशत) में कम पायी गयी। निजी चिकित्सालयों के उपयोग में जनपद महाराजगंज के परतावल विकास खण्ड के गांव नंदना(06 प्रतिशत) की तुलना में अन्य गांवों–हरपुर तिवारी(03 प्रतिशत), मंगलपुर(02 प्रतिशत), तरकुलवां(01 प्रतिशत) एवं नटवां(0

प्रतिशत) में कम पायी गयी। अयोग्य चिकित्सकों की उपलब्धता जनपद महाराजगंज के परतावल विकास खण्ड के गांव तरकुलवां(10 प्रतिशत) की तुलना में अन्य गांवों–मंगलपुर (06 प्रतिशत), नटवां(06 प्रतिशत), हरपुर तिवारी(01 प्रतिशत) एवं नंदना(0 प्रतिशत) में कम पायी गयी। उपचार के अन्य साधन (झांड़–फूंक) में जनपद महाराजगंज के परतावल विकास खण्ड के गांव नंदना(07 प्रतिशत) की तुलना में अन्य गांवों–हरपुर तिवारी(04 प्रतिशत), मंगलपुर(03 प्रतिशत), तरकुलवां(03 प्रतिशत) एवं नटवां(0 प्रतिशत) में कम पायी गयी।

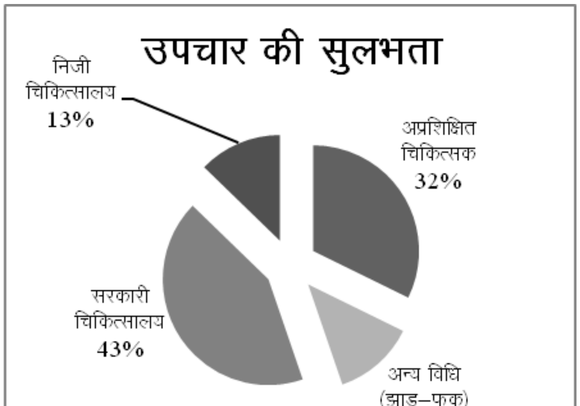
तालिका सं0 4.3 इन्सेफ्लाइटिस पीड़ितों में गोरखपुर(n=100), देवरिया(n=100), कुशीनगर(n=100) एवं महाराजगंज(n=100) में उपचार की सुलभता की स्थिति N=400

जनपद	ब्लॉक	गाँव	उपचार की सुलभता				
			अप्रशिक्षित चिकित्सक	अन्य विधि (झाड़–फूक)	सरकारी चिकित्सालय	निजी चिकित्सालय	योग
गोरखपुर	चरगांवा	G1	3(3.0)	3(3.0)	11(11.0)	3(3.0)	20(20.0)
		G2	9(9.0)	2(2.0)	5(5.0)	4(4.0)	20(20.0)
		G3	10(10.0)	1(1.0)	6(6.0)	3(3.0)	20(20.0)
		G4	7(7.0)	3(3.0)	8(8.0)	2(2.0)	20(20.0)
		G5	13(13.0)	2(2.0)	4(4.0)	1(1.0)	20(20.0)
		योग	42(42.0)	11(11.0)	34(34.0)	13(13.0)	100(100.0)
देवरिया	भटपार रानी	D1	3(3.0)	2(2.0)	11(11.0)	4(4.0)	20(20.0)
		D2	9(9.0)	3(3.0)	8(8.0)	0(0.0)	20(20.0)

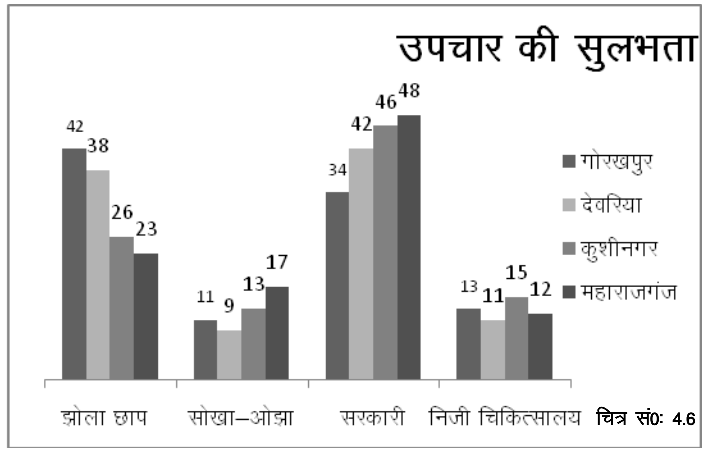
		D3	6(6.0)	2(2.0)	10(10.0)	2(2.0)	20(20.0)
		D4	11(11.0)	2(2.0)	6(6.0)	1(1.0)	20(20.0)
		D5	9(9.0)	0(0.0)	7(7.0)	4(4.0)	20(20.0)
		योग	**38**(38.0)	**9**(9.0)	**42**(42.0)	**11**(11.0)	100(100.0)
कुशीकनगर	(खड्डा)	K1	3(3.0)	2(2.0)	13(13.0)	2(2.0)	20(20.0)
		K2	2(2.0)	3(3.0)	11(11.0)	4(4.0)	20(20.0)
		K3	6(6.0)	4(4.0)	9(9.0)	1(1.0)	20(20.0)
		K4	9(9.0)	3(3.0)	6(6.0)	2(2.0)	20(20.0)
		K5	6(6.0)	1(1.0)	7(7.0)	6(6.0)	20(20.0)
		योग	26(26.0)	13(13.0)	46(46.0)	15(15.0)	100(100.0)
महाराजगंज	परतावल	**M1**	1(1.0)	4(4.0)	12(12.0)	3(3.0)	20(20.0)
		M2	6(6.0)	3(3.0)	9(9.0)	2(2.0)	20(20.0)
		M3	0(0.0)	7(7.0)	7(7.0)	6(6.0)	20(20.0)
		M4	6(6.0)	0(0.0)	14(14.0)	0(0.0)	20(20.0)
		M5	10(10.0)	3(3.0)	6(6.0)	1(1.0)	20(20.0)
		योग	23(23.0)	17(17.0)	48(48.0)	12(12.0)	100(100.0)
महायोग			129(32.25)	50(12.5)	170(42.5)	51(12.75)	400(100.0)

नोटः–
1. कोष्ठक ( ) में प्रतिशत को दर्शाया गया है।
2. G1=जंगल धूषण, G2= मानीराम, G3=जंगल छत्रधारी, G4=रामपुर गोपालपुर, G5=गुलरिहा

D1= कुकुर घाटी, D2= अहिरौली तिवारी, D3=बड़का गांव, D4=सरया, D5=सोहनापार
K1=छितौनी, K2=करदह, K3= पनियहवा, K4=रामनगर, K5=सिसवां गोपाल
M1= हरपुर तिवारी, M2=मंगलपुर, M3=नन्दना, M4=नटवां, M5=तरकुलवां



चित्र सं0: 4.5



चित्र सं0: 4.6

परिणाम का अवलोकन करने पर मिलता है कि इन्सेफ्लाइटिस पीड़ित परिवार में उपचार की सुलभता के अन्तर्गत ज्यादातर परिवार सरकारी अस्पतालों का उपयोग करते हैं।

अयोग्य चिकित्सकों की उपलब्धता जनपद गोरखपुर में अन्य जनपदों (देवरिया, कुशीनगर एवं महाराजगंज) की तुलना में सर्वाधिक पाया गया।
सरकारी चिकित्सालयों के उपयोग में जनपद महाराजगंज अन्य जनपदों–(कुशीनगर, देवरिया एवं गोरखपुर) की तुलना में सर्वाधिक पाया गया। निजी चिकित्सालयों के उपयोग में सर्वाधिक संख्या जनपद कुशीनगर अन्य जनपदों–(गोरखपुर, महाराजगंज एवं देवरिया) की तुलना में सर्वाधिक पाया गया। उपचार के अन्य साधन (झाड़–फूंक) में सर्वाधिक संख्या जनपद महाराजगंज में अन्य जनपदों–कुशीनगर, गोरखपुर एवं देवरिया) की तुलना में सर्वाधिक पाया गया।

अयोग्य चिकित्सकों की उपलब्धता जनपद गोरखपुर के चरगांवा विकास खण्ड के गांव गुलरिहां में अन्य गांवों–(जंगल छत्रधारी, मानीराम, रामपुर गोपालपुर, जंगल धूषण) की तुलना में सर्वाधिक पाया गया। सरकारी चिकित्सालयों के उपयोग

में जनपद गोरखपुर के चरगांवा विकास खण्ड के गांव जंगल धूषण में अन्य गांवों–(रामपुर गोपालपुर, जंगल छत्रधारी, मानीराम, गुलरिहां) की तुलना में सर्वाधिक पाया गया। निजी चिकित्सालयों के उपयोग में जनपद गोरखपुर जनपद के विकास खण्ड के गांव मानीराम में अन्य गांवों–(जंगल धूषण, जंगल छत्रधारी, रामपुर गोपालपुर एवं गुलरिहां) की तुलना में सर्वाधिक पाया गया। उपचार के अन्य साधन (झांड़–फूंक) में जनपद गोरखपुर के चरगांवा विकास खण्ड के गांव जंगल धूषण एवं रामपुर गोपालपुर में अन्य गांवों–(मानीराम, गुलरिहां एवं जंगल छत्रधारी) की तुलना में सर्वाधिक पाया गया।

अयोग्य चिकित्सकों की उपलब्धता जनपद देवरिया के भाटपाररानी विकास खण्ड के गांव सरया में अन्य गांवों–(सोहनापार , अहिरौली तिवारी, बड़का गांव एवं कुकुर घाटी) की तुलना में सर्वाधिक पाया गया। सरकारी चिकित्सालयों के उपयो

अयोग्य चिकित्सकों की उपलब्धता में जनपद देवरिया के भाटपार रानी विकास खण्ड के गांव कुकुर घाटी में अन्य गांवों–बड़का गांव, अहिरौली, सोहनापार एवं सरयां) की तुलना में सर्वाधिक पाया गया। निजी चिकित्सालयों के उपयोग में जनपद देवरिया के भटपार रानी विकास खण्ड के गांव कुकुर घाटी एवं सोहनापार में अन्य गांवों–(बड़का गांव, सरया एवं अहिरौली) की तुलना में सर्वाधिक पाया गया। उपचार के अन्य साधन (झांड़–फूंक) में जनपद देवरिया के भाटपार रानी विकास खण्ड के गांव अहिरौली तिवारी में अन्य गांवों–(कुकुर घाटी, बड़का गांव, सरया एवं सोहनापार) की तुलना में सर्वाधिक पाया गया।

अयोग्य चिकित्सकों की उपलब्धता जनपद कुशीनगर के खड्डा विकास खण्ड के गांव रामनगर में अन्य गांवों–(सिसवां गोपाल, पनियहवां, छितौनी एवं करदह) की तुलना में सर्वाधिक पाया गया। सरकारी चिकित्सालयों के उपयोग में जनपद कुशीनगर के खड्डा विकास खण्ड के गांव छितौनी में अन्य गांवों–(करदह, पनियहवां, सिंसवा गोपाल एवं रामनगर) की तुलना में सर्वाधिक पाया गया। निजी

चिकित्सालयों के उपयोग में जनपद कुशीनगर के खड्डा विकास खण्ड के गांव सिंसवा गोपाल की तुलना में अन्य गांवों–(करदह, छितौनी, रामनगर एवं पनियहवां) की तुलना में सर्वाधिक पाया गया। उपचार के अन्य साधन (झांड़–फूंक) में जनपद कुशीनगर के खड्डा विकास खण्ड के गांव पनियहवां में अन्य गांवों–(करदह ,रामनगर, छितौनी एवं सिंसवां गोपाल) की तुलना में सर्वाधिक पाया गया।

अयोग्य चिकित्सकों की उपलब्धता जनपद महाराजगंज के परतावल विकास खण्ड के गांव तरकुलवां में अन्य गांवों–(मंगलपुर, नटवां, हरपुर तिवारी एवं नंदना) की तुलना में सर्वाधिक पाया गया। सरकारी चिकित्सालयों के उपयोग में जनपद महाराजगंज के परतावल विकास खण्ड के गांव नटवां की तुलना में अन्य गांवों–(हरपुर तिवारी, मंगलपुर, नंदना एवं तरकुलवां) की तुलना में सर्वाधिक पाया गया। निजी चिकित्सालयों के उपयोग में जनपद महाराजगंज के परतावल विकास खण्ड के गांव नंदना में अन्य गांवों– (हरपुर तिवारी, मंगलपुर, तरकुलवां एवं नटवां) की तुलना में सर्वाधिक पाया गया। उपचार के अन्य साधन (झांड़–फूंक) में जनपद महाराजगंज के परतावल विकास खण्ड के गांव नंदना में अन्य गांवों–(हरपुर तिवारी, मंगलपुर, तरकुलवां एवं नटवा) की तुलना में सर्वाधिक पाया गया।

परिणाम प्रदर्शित करते है कि ज्यादातर लोग इलाज के लिए अयोग्य चिकित्सकों को वरीयता देते हैं वहीं कुछ बीमार पडने पर सरकारी अस्पताल का सहारा लेते है। जबकि कुछ लोग चिकित्सा की अन्य विधियां (झाड़–फूक) का भी सहारा लेते है। इसका प्रमुख कारण अयोग्य चिकित्सकों का सर्वसुलभ होना माना जाता है। लोगों में आज भी सरकारी चिकित्सा को लेकर अज्ञानता है कि सरकारी अस्पतालों में गरीबों की अनदेखी होती है। ग्रामीण क्षेत्रों में आज भी अंधविश्वास के गिरफ्त में हैं।

- **इन्सेफलाइटिस पीड़ितों का अस्पताल पहुंचने का साधन**

तालिका सं0 4.4 में इन्सेफ्लाइटिस पीड़ितों का अस्पताल पहुंचने के साधनों को प्रदर्शित किया गया है। जहाँ साधनों के उपयोग में एम्बुलेन्स (41 प्रतिशत) की तुलना में निजी साधन(32 प्रतिशत) एवं जनसाधन(27 प्रतिशत) कम पाये गये।

अस्पताल पहुंचने के निजी साधनों के प्रयोग करने वाले लोगों में महाराजगंज(34 प्रतिशत) की तुलना में अन्य जनपदों–कुशीनगर(34 प्रतिशत),गोरखपुर(32 प्रतिशत) एवं देवरिया(21 प्रतिशत) में कम पाये गये। अस्पताल पहुंचने हेतु एम्बुलेन्स का प्रयोग करने वाले लोगों में देवरिया(45 प्रतिशत) की तुलना में अन्य जनपदों–गोरखपुर (41 प्रतिशत), महाराजगंज(39 प्रतिशत) एवं कुशीनगर(38 प्रतिशत) में कम पाये गये। अस्पताल पहुंचने के जनसाधनों के प्रयोग करने वाले लोगों में देवरिया(34 प्रतिशत) की तुलना में अन्य जनपदों–कुशीनगर (28 प्रतिशत), गोरखपुर (27 प्रतिशत) एवं महाराजगंज (18 प्रतिशत) में कम पाये गये।

अस्पताल पहुंचने के निजी साधनों के प्रयोग करने वाले लोगों में गोरखपुर जनपद के चरगांवा विकास खण्ड के गांव जंगल धूषण(9 प्रतिशत) एवं गुलरिहां(09प्रतिशत) की तुलना में अन्य गांवों–रामपुर गोपालपुर(06 प्रतिशत), मानीराम(05), जंगल छत्रधारी(03 प्रतिशत) में कम पाये गये। अस्पताल पहुंचने हेतु एम्बुलेन्स का प्रयोग करने वाले लोगों में गोरखपुर जनपद के चरगांवा विकास खण्ड के गांव जंगल छत्रधारी(15 प्रतिशत) की तुलना में अन्य गांवों–मानीराम(12 प्रतिशत), जंगल धूषण(6 प्रतिशत), रामपुर गोपालपुर(06 प्रतिशत) एवं गुलरिहां(02 प्रतिशत) कम पाये गये। अस्पताल पहुंचने के जनसाधनों के प्रयोग करने वाले लोगों में गोरखपुर जनपद के चरगांवा विकास खण्ड के गांव गुलरिहां(09 प्रतिशत) की तुलना में अन्य गांव– रामपुर गोपालपुर(8 प्रतिशत), जंगल धूषण(5 प्रतिशत), मानीराम(03 प्रतिशत) एवं जंगल छत्रधारी(02 प्रतिशत) में कम पाये गये।

अस्पताल पहुंचने के निजी साधनों के प्रयोग करने वाले लोगों में देवरिया के भाटपाररानी विकास खण्ड के गांव अहिरौली तिवारी(07 प्रतिशत) की तुलना में अन्य

गांवों–सोहनापार(05 प्रतिशत), बड़का गांव (04 प्रतिशत), सरया(2 प्रतिशत) में कम पाये गये। अस्पताल पहुंचने हेतु एम्बुलेन्स का प्रयोग करने वाले लोगों में देवरिया जनपद के भाटपार रानी विकास खण्ड के गांव अहिरौली तिवारी(13 प्रतिशत) की तुलना में अन्य गांवों–कुकुर घाटी(12 प्रतिशत), बड़का गांवा(09 प्रतिशत), सरया(6 प्रतिशत) एवं सोहनापार(5 प्रतिशत) में कम पाये गये। अस्पताल पहुंचने के जनसाधनों के प्रयोग करने वाले लोगों में देवरिया के भाटपार रानी विकास खण्ड के गांव सरया(12 प्रतिशत) की तुलना में अन्य गांवों–सोहनापार(10 प्रतिशत), बड़का गांव (07 प्रतिशत), कुकुर घाटी (05 प्रतिशत) एवं अहिरौली तिवारी(0 प्रतिशत) कम पाये गये।

अस्पताल पहुंचने के निजी साधनों के प्रयोग करने वाले लोगों में कुशीनगर के खड्डा विकास खण्ड के गांव छितौनी(09 प्रतिशत) की तुलना में अन्य गांवों–सिंसवा गोपाल(08 प्रतिशत), रामनगर (07 प्रतिशत), पनियहवां(6 प्रतिशत) एवं करदह(4 प्रतिशत) में कम पाये गये। अस्पताल पहुंचने हेतु एम्बुलेन्स का प्रयोग करने वाले लोगों में कुशीनगर जनपद के खड्डा विकास खण्ड के गांव पनियहवां (13 प्रतिशत) की तुलना में अन्य गांवों–सिंसवा गोपाल(8 प्रतिशत), करदह(08 प्रतिशत), छितौनी(05 प्रतिशत) एवं रामनगर(04 प्रतिशत) में कम पाये गये। अस्पताल पहुंचने के जनसाधनों के प्रयोग करने वाले लोगों में कुशीनगर के खड्डा विकास खण्ड के गांव रामनगर(09 प्रतिशत) की तुलना में अन्य गांवों–करदह(08प्रतिशत), छितौनी (06 प्रतिशत), सिसवां गोपाल (04 प्रतिशत) एवं पनियहवां(01प्रतिशत) कम पाये गये।

अस्पताल पहुंचने के निजी साधनों के प्रयोग करने वाले लोगों में महाराजगंज के परतावल विकास खण्ड के गांव नटवां(10 प्रतिशत) की तुलना में अन्य गांवों– तरकुलवां(09 प्रतिशत), मंगलपुर (09 प्रतिशत),हरपुर तिवारी (08 प्रतिशत) एवं नंदना (07 प्रतिशत) में कम पाये गये। अस्पताल पहुंचने हेतु एम्बुलेन्स

का प्रयोग करने वाले लोगों में महाराजगंज के परतावल विकास खण्ड के गांव हरपुर तिवारी(11 प्रतिशत) की तुलना में अन्य गांवों–मंगलपुर(09 प्रतिशत), नटवां(08 प्रतिशत), नंदना(06 प्रतिशत) एवं तरकुलवां(05 प्रतिशत) में कम पाये गये। अस्पताल पहुंचने के जनसाधनों के प्रयोग करने वाले लोगों में महाराजगंज के परतावल विकास खण्ड के गांव नंदना(07 प्रतिशत) की तुलना में अन्य गांवों–तरकुलवां(06प्रतिशत), मंगलपुर (02 प्रतिशत), नटवां (02 प्रतिशत) एवं हरपुर तिवारी(01 प्रतिशत) कम पाये गये।

तालिका सं0 4.4 इन्सेफ्लाइटिस पीड़ितों में गोरखपुर(n=100), देवरिया(n=100), कुशीनगर(n=100) एवं महाराजगंज(n=100) में अस्पताल पहुंचने के साधन N=400

ब्लॉक जनपद		गाँव	अस्पताल पहुंचने का साधन			
			निजी	एम्बुलेंस	जनसाधन	योग
गोरखपुर	चरगांवा	G1	9(9.0)	6(6.0)	5(5.0)	20(20.0)
		G2	5(5.0)	12(12.0)	3(3.0)	20(20.0)
		G3	3(3.0)	15(15.0)	2(2.0)	20(20.0)
		G4	6(6.0)	6(6.0)	8(8.0)	20(20.0)
		G5	9(9.0)	2(2.0)	9(9.0)	20(20.0)
		योग	32(32.0)	41(41.0)	27(27.0)	100(100.0)
देवरिया	भटपार रानी	D1	3(3.0)	12(12.0)	5(5.0)	20(20.0)
		D2	7(7.0)	13(13.0)	0(0.0)	20(20.0)
		D3	4(4.0)	9(9.0)	7(7.0)	20(20.0)

		D4	2(2.0)	6(6.0)	12(12.0)	20(20.0)
		D5	5(5.0)	5(5.0)	10(10.0)	20(20.0)
		योग	**21**(21.0)	**45**(45.0)	**34**(34.0)	100(20.0)
कुशीकनगर	(खड्डा)	**K1**	9(9.0)	5(5.0)	6(6.0)	20(20.0)
		K2	4(4.0)	8(8.0)	8(8.0)	20(20.0)
		K3	6(6.0)	13(13.0)	1(1.0)	20(20.0)
		K4	7(7.0)	4(4.0)	9(9.0)	20(20.0)
		K5	8(8.0)	8(8.0)	4(4.0)	20(20.0)
		योग	34(34.0)	38(38.0)	28(28.0)	100(100.0)
महाराजगंज	प्तावल	**M1**	8(8.0)	11(11.0)	11(.0)	20(20.0)
		M2	9(9.0)	9(9.0)	2(2.0)	20(20.0)
		M3	7(7.0)	6(6.0)	7(7.0)	20(20.0)
		M4	10(10.0)	8(8.0)	2(2.0)	20(20.0)
		M5	9(9.0)	5(5.0)	6(6.0)	20(20.0)
		योग	43(43.0)	39(39.0)	18(18.0)	100(100.0)
महायोग			130	163	107	400

	(26.75)	(40.75)	(26.75)	(100)

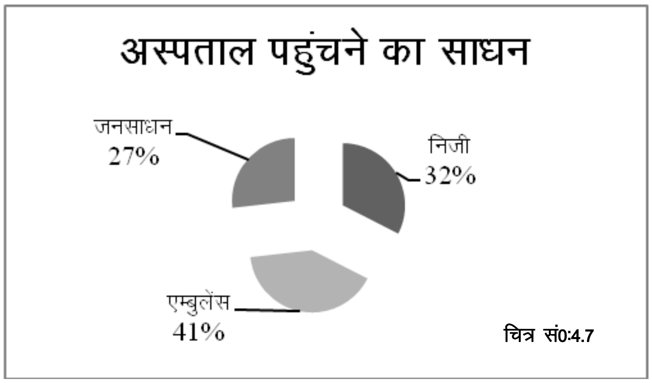
नोटः–

1. कोष्ठक ( ) में प्रतिशत को दर्शाया गया है।
2. G1=जंगल धूषण, G2= मानीराम, G3=जंगल छत्रधारी, G4=रामपुर गोपालपुर, G5=गुलरिहा

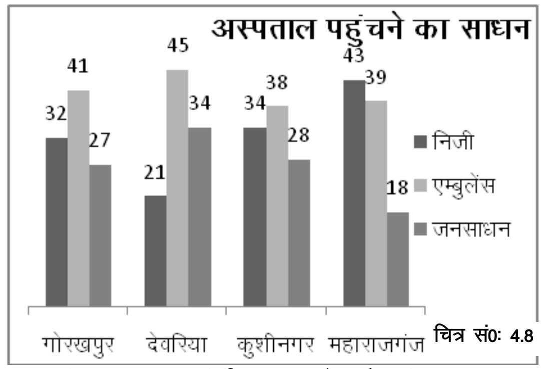
D1= कुकुर घाटी, D2= अहिरौली तिवारी, D3=बड़का गांव, D4=सरया, D5=सोहनापार

K1=छितौनी, K2=करदह, K3= पनियहवा, K4=रामनगर, K5=सिसवां गोपाल

M1= हरपुर तिवारी, M2=मंगलपुर, M3=नन्दना, M4=नटवां, M5=तरकुलवां



चित्र सं0:4.7



चित्र सं0: 4.8

परिणाम प्रदर्शित करते हैं कि ज्यादातर इन्सेफ्लाइटिस पीड़ितों द्वारा अस्पताल पहुंचने का साधन के रूप में एम्बुलेन्स का उपयोग किया जाता है।

अस्पताल पहुंचने के निजी साधनों के प्रयोग करने वाले लोगों में महाराजगंज में अन्य जनपदों–(कुशीनगर, गोरखपुर एवं देवरिया) की तुलना में सर्वाधिक पाया गया। अस्पताल पहुंचने हेतु एम्बुलेन्स का प्रयोग करने वाले लोगों में देवरिया में अन्य जनपदों–(गोरखपुर, महाराजगंज एवं कुशीनगर) की तुलना में सर्वाधिक पाया गया। अस्पताल पहुंचने के जनसाधनों के प्रयोग करने वाले लोगों में देवरिया में अन्य जनपदों–(कुशीनगर, गोरखपुर एवं महाराजगंज) की तुलना में सर्वाधिक पाया गया।

अस्पताल पहुंचने के निजी साधनों के प्रयोग करने वाले लोगों में गोरखपुर जनपद के चरगांवा विकास खण्ड के गांव जंगल धूषण एवं गुलरिहां में अन्य गांवों–(रामपुर गोपालपुर, मानीराम, जंगल छत्रधारी) की तुलना में सर्वाधिक पाया गया। अस्पताल पहुंचने हेतु एम्बुलेन्स का प्रयोग करने वाले लोगों में गोरखपुर जनपद के चरगांवा विकास खण्ड के गांव जंगल छत्रधारी में अन्य गांवों–(मानीराम, जंगल धूषण, रामपुर गोपालपुर एवं गुलरिहां) की तुलना में सर्वाधिक पाया गया। अस्पताल पहुंचने के

जनसाधनों के प्रयोग करने वाले लोगों में गोरखपुर जनपद के चरगांवा विकास खण्ड के गांव गुलरिहां में अन्य गांव– (रामपुर गोपालपुर, जंगल धूषण, मानीराम एवं जंगल छत्रधारी) की तुलना में सर्वाधिक पाया गया।

अस्पताल पहुंचने के निजी साधनों के प्रयोग करने वाले लोगों में देवरिया के भाटपार रानी विकास खण्ड के गांव अहिरौली तिवारी में अन्य गांवों–(सोहनापार, बड़का गांव, कुकुर घाटी, सरया) की तुलना में सर्वाधिक पाया गया। अस्पताल पहुंचने हेतु एम्बुलेन्स का प्रयोग करने वाले लोगों में देवरिया जनपद के भाटपार रानी विकास खण्ड के गांव अहिरौली तिवारी में अन्य गांवों–(कुकुर घाटी, बड़का गांव, सरया एवं सोहनापार) की तुलना में सर्वाधिक पाया गया। अस्पताल पहुंचने के जनसाधनों के प्रयोग करने वाले लोगों में देवरिया के भाटपार रानी विकास खण्ड के गांव सरया में अन्य गांवों (सोहनापार, बड़का गांव, कुकुर घाटी एवं अहिरौली तिवारी) की तुलना में सर्वाधिक पाया गया।

अस्पताल पहुंचने के निजी साधनों के प्रयोग करने वाले लोगों में कुशीनगर के खड्डा विकास खण्ड के गांव छितौनी में अन्य गांवों–(सिंसवा गोपाल, रामनगर, पनियहवां एवं करदह) की तुलना में सर्वाधिक पाया गया। अस्पताल पहुंचने हेतु एम्बुलेन्स का प्रयोग करने वाले लोगों में कुशीनगर जनपद के खड्डा विकास खण्ड के गांव पनियहवां में अन्य गांवों–(सिंसवा गोपाल, करदह, छितौनी एवं रामनगर) की तुलना में सर्वाधिक पाया गया। अस्पताल पहुंचने के जनसाधनों के प्रयोग करने वाले लोगों में कुशीनगर के खड्डा विकास खण्ड के गांव रामनगर में अन्य गांवों–(करदह, छितौनी, सिसवां गोपाल एवं पनियहवां) की तुलना में सर्वाधिक पाया गया।

अस्पताल पहुंचने के निजी साधनों के प्रयोग करने वाले लोगों में महाराजगंज के परतावल विकास खण्ड के गांव नटवां में अन्य गांवों–(तरकुलवां, मंगलपुर, हरपुर तिवारी एवं नंदना) की तुलना में सर्वाधिक पाया गया। अस्पताल

पहुंचने हेतु एम्बुलेन्स का प्रयोग करने वाले लोगों में महाराजगंज के परतावल विकास खण्ड के गांव हरपुर तिवारी में अन्य गांवों–(मंगलपुर, नटवां, नंदना एवं तरकुलवां) की तुलना में सर्वाधिक पाया गया। अस्पताल पहुंचने के जनसाधनों के प्रयोग करने वाले लोगों में महाराजगंज के परतावल विकास खण्ड के गांव नंदना में अन्य गांवों–तरकुलवा, मंगलपुर, नटवां एवं हरपुर तिवारी) की तुलना में सर्वाधिक पाया गया।

परिणाम प्रदर्शित करते है कि बीमार पड़ने पर लोग सर्वाधिक मरीज अस्पताल जाने के लिए एम्बुलेन्स का प्रयोग करते है, जबकि कुछ उत्तरदाताओं के द्वारा निजी साधन का उपपोग किया गया और कुछ उत्तरदाताओं के द्वारा जनसाधन का उपोग किया गया। कुछ लोगों का मानना है कि एम्बुलेन्स समय से नही पहुंच पाती है। उनकी संख्या भी काफी कम है। जिसके कारण लोग अन्य साधनों का प्रयोग करते हैं।

- **इन्सेफ्लाइटिस पीड़ित परिवार में सूचना प्राप्त करने का प्रिन्ट माध्यम**

तालिका सं0 4.5 में इन्सेफ्लाइटिस पीड़ित परिवार में सूचना प्राप्त करने के प्रिन्ट माध्यम को प्रदर्शित किया गया है, जहाँ यह पाया गया कि 60 प्रतिशत लोग सूचना प्राप्त करने के प्रिन्ट माध्यम का उपयोग नही करते हैं।

सूचना प्राप्त करने के समाचार पत्र पत्रिकाएं आदि (प्रिन्ट माध्यम) प्राप्त करने वाले परिवारों में महाराजगंज (47 प्रतिशत) की तुलना में अन्य जनपदों– देवरिया (41 प्रतिशत), कुशीनगर (38 प्रतिशत), गोरखपुर (34 प्रतिशत) में कम पाये गये। उक्त माध्यमों का प्रयोग न करने वाले परिवार में गोरखपुर (66 प्रतिशत) की तुलना में अन्य जनपदों– कुशीनगर (62 प्रतिशत) देवरिया (59 प्रतिशत) एवं महाराजगंज (53 प्रतिशत) में कम पाये गये।

सूचना प्राप्त करने के समाचार पत्र पत्रिकाएं आदि (प्रिन्ट माध्यम) प्राप्त करने वाले परिवारों में गोरखपुर के चरगांवा विकास खण्ड के गांव जंगल छत्रधारी(12 प्रतिशत), की तुलना में अन्य गांवों– मानीराम(9प्रतिशत), गुलरिहां(07प्रतिशत) रामपुर गोपालपुर(04 प्रतिशत) जंगल धूषण (02 प्रतिशत), में कम पाये गये। उक्त माध्यमों का प्रयोग न करने वाले परिवार में गोरखपुर के चरगांवा विकास खण्ड के गांव जंगल धूषण (18 प्रतिशत) की तुलना में अन्य गांवों–रामपुर गोपालपुर(16 प्रतिशत), गुलरिहां(13 प्रतिशत) मानीराम(11 प्रतिशत), जंगल छत्रधारी(08 प्रतिशत) में कम पाये गये।

सूचना प्राप्त करने के समाचार पत्र पत्रिकाएं आदि (प्रिन्ट माध्यम) प्राप्त करने वाले परिवारों में देवरिया के भाटपार रानी विकास खण्ड के गांव कुकुर घाटी (13 प्रतिशत) की तुलना में अन्य गावों– सोहनापार(10 प्रतिशत) बड़का गांव(09 प्रतिशत), सरया(07 प्रतिशत), अहिरौली तिवारी (02 प्रतिशत) में कम पाये गये। उक्त माध्यमों का प्रयोग न करने वाले परिवार में देवरिया के भाटपार रानी विकास खण्ड के गांव अहिरौली तिवारी (18 प्रतिशत), की तुलना में अन्य गावों– सरया(13 प्रतिशत), बड़का गांव(11 प्रतिशत), सोहनापार(10 प्रतिशत) कुकुर घाटी (07 प्रतिशत) में कम पाये गये।

सूचना प्राप्त करने के समाचार पत्र पत्रिकाएं आदि (प्रिन्ट माध्यम) प्राप्त करने वाले परिवारों में कुशीनगर के खड्डा विकास खण्ड के गांव छितौनी (11 प्रतिशत) एवं रामनगर(11 प्रतिशत) की तुलना में अन्य गावों– पनियहवां(07 प्रतिशत), सिसवां गोपाल (05 प्रतिशत), करदह(04 प्रतिशत), में कम पाये गये। उक्त माध्यमों का प्रयोग न करने वाले परिवार में कुशीनगर के खण्डा विकास खण्ड के गांव करदह(16 प्रतिशत), की तुलना में अन्य गावों– सिसवां गोपाल (15 प्रतिशत) पनियहवां(13 प्रतिशत), रामनगर(9प्रतिशत), छितौनी (09 प्रतिशत) में कम पाये गये।

सूचना प्राप्त करने के समाचार पत्र पत्रिकाएं आदि (प्रिन्ट माध्यम) प्राप्त करने वाले परिवारों में महाराजगंज के परतावल विकास खण्ड के गांव हरपुर तिवारी(12 प्रतिशत), की तुलना में अन्य गावों– नटवा(11 प्रतिशत), मंगलपुर(09 प्रतिशत), तरकुलवां(08 प्रतिशत) नंदना(07 प्रतिशत), में कम पाये गये। उक्त माध्यमों का प्रयोग न करने वाले परिवार में महाराजगंज के परतावल विकास खण्ड के गांव नंदना(13 प्रतिशत) की तुलना में अन्य गावों– तरकुलवां(12 प्रतिशत) मंगलपुर(11 प्रतिशत), नटवा(09 प्रतिशत), हरपुर तिवारी(08 प्रतिशत) में कम पाये गये।

तालिका सं0 4.5 इन्सेफ्लाइटिस पीड़ितों में गोरखपुर(n=100), देवरिया(n=100), कुशीनगर(n=100) एवं महाराजगंज(n=100) में सूचना प्राप्त करने का प्रिन्ट माध्यम N=400

ब्लॉक	जनपद	गाँव	प्रिन्ट माध्यम		
			हाँ	नहीं	योग
गोरखपुर	चरगांवा	G1	2(2.0)	18(18.0)	20(20.0)
		G2	9(9.0)	11(11.0)	20(20.0)
		G3	12(12.0)	8(8.0)	20(20.0)
		G4	4(4.0)	16(16.0)	20(20.0)
		G5	7(7.0)	13(13.0)	20(20.0)
		योग	**34**(34.0)	**66**(66.0)	100(100.0)
देवरिया	भटपार रानी	D1	13(13.0)	7(7.0)	20(20.0)
		D2	2(2.0)	18(18.0)	20(20.0)
		D3	9(9.0)	11(11.0)	20(20.0)

		D4	7(7.0)	13(13.0)	20(20.0)
		D5	10(10.0)	10(10.0)	20(20.0)
		योग	**41**(41.0)	**59**(59.0)	100(100.0)
कुशीकनगर	(खड्डा)	**K1**	11(11.0)	9(9.0)	20(20.0)
		K2	4(4.0)	16(16.0)	20(20.0)
		K3	7(7.0)	13(13.0)	20(20.0)
		K4	11(11.0)	9(.0) (.0)	20(20.0)
		K5	5(5.0)	15(15.0)	20(20.0)
		योग	**38**(38.0)	**62**(62.0)	100(100.0)
महाराजगंज	परतावल	**M1**	12(12.0)	8(8.0)	20(20.0)
		M2	9(9.0)	11(11.0)	20(20.0)
		M3	7(7.0)	13(13.0)	20(20.0)
		M4	11(11.0)	9(9.0)	20(20.0)
		M5	8(8.0)	12(12.0)	20(20.0)
		योग	**47**(47.0)	**53**(53.0)	100(100.0)
महायोग			160(40.0)	240(60.0)	400(100.0)

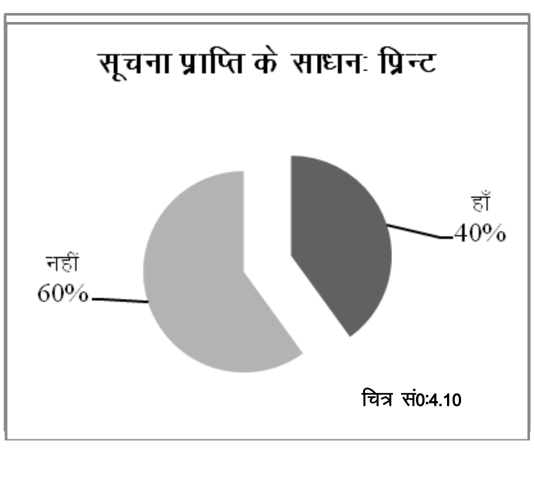
नोटः–

1. कोष्ठक ( ) में प्रतिशत को दर्शाया गया है।
2. G1=जंगल धूषण, G2= मानीराम, G3=जंगल छत्रधारी, G4=रामपुर गोपालपुर, G5=गुलरिहा

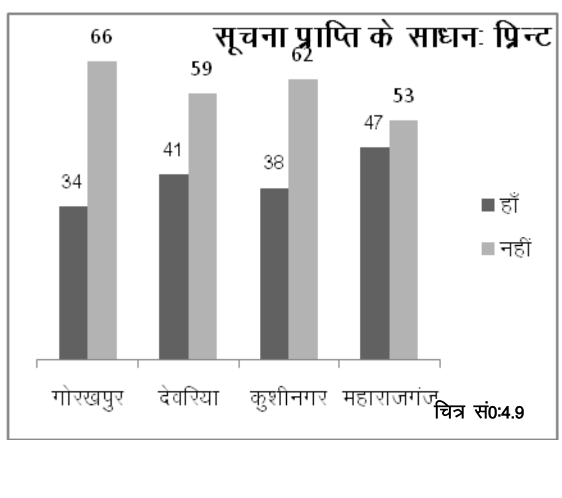
D1= कुकुर घाटी, D2= अहिरौली तिवारी, D3=बड़का गांव, D4=सरया, D5=सोहनापार

K1=छितौनी, K2=करदह, K3= पनियहवा, K4=रामनगर, K5=सिसवां गोपाल

M1= हरपुर तिवारी, M2=मंगलपुर, M3=नन्दना, M4=नटवां, M5=तरकुलवां



चित्र सं0:4.10



चित्र सं0:4.9

- **इन्सेफ्लाइटिस पीड़ित परिवार में सूचना प्राप्त करने का माध्यम**

सूचना(प्रिन्ट माध्यम) द्वारा प्राप्त न करने वाले परिवारों की संख्या ज्यादा पायी गई।

सूचना(प्रिन्ट माध्यम) द्वारा प्राप्त करने वाले परिवारों में महाराजगंज में अन्य जनपदों (देवरिया, कुशीनगर, गोरखपुर) की तुलना में सर्वाधिक पाये गये।

सूचना(प्रिन्ट माध्यम) द्वारा प्राप्त करने वाले परिवारों में गोरखपुर के चरगांवा विकास खण्ड के गांव जंगल छत्रधारी में अन्य गांवों–(मानीराम, गुलरिहां, रामपुर गोपालपुर, जंगल धूषण) की तुलना में सर्वाधिक पाये गये।

सूचना(प्रिन्ट माध्यम) द्वारा प्राप्त करने वाले परिवारों में देवरिया के भाटपार रानी विकास खण्ड के गांव कुकुर घाटी में अन्य गावों–(सोहनापार, बड़का गांव, सरया, अहिरौली तिवारी) की तुलना में सर्वाधिक पाये गये।

सूचना(प्रिन्ट माध्यम) द्वारा प्राप्त करने वाले परिवारों में कुशीनगर के खड्डा विकास खण्ड के गांव छितौनी एवं रामनगर में अन्य गावों–(पनियहवां, सिसवां गोपाल, करदह) की तुलना में सर्वाधिक पाये गये।

सूचना(प्रिन्ट माध्यम) द्वारा प्राप्त करने वाले परिवारों में महाराजगंज के परतावल विकास खण्ड के गांव हरपुर तिवारी में अन्य गावों–(नटवा, मंगलपुर, तरकुलवां, नंदना) की तुलना में सर्वाधिक पाये गये।

परिणाम प्रदर्शित करते है कि प्रिन्ट माध्यमों द्वारा सूचना प्राप्त करने वाले परिवारों की संख्या सामान्य से काफी कम है। जिसका मुख्य कारण लोगों की लोगों के पास समया भाव है, लोगों की पढ़ने की रूचि धीरे–धीरे कम होती जा रही है। लोग इलेक्ट्रानिक माध्यमों का ज्यादा से ज्यादा इस्तेमाल करना चाहते है।

- **इन्सेफ्लाइटिस पीड़ित परिवार में सूचना प्राप्त करने का माध्यमः(इलेक्ट्रानिक)**

तालिका सं0 4.6 में इन्सेफ्लाइटिस पीड़ित परिवार में सूचना प्राप्त करने के इलेक्ट्रानिक माध्यम को प्रदर्शित किया गया है। जहाँ 55 प्रतिशत लोग सूचना प्राप्त करने के इलेक्ट्रानिक माध्यम का उपयोग करते हैं।

सूचना प्राप्त करने के इलेक्ट्रानिक माध्यम का उपयोग करने वाले परिवारों में महाराजगंज (67 प्रतिशत) की तुलना में अन्य जनपदों– देवरिया (57 प्रतिशत), गोरखपुर (52 प्रतिशत), कुशीनगर (44 प्रतिशत) में कम पाये गये। उक्त माध्यमों का प्रयोग न करने वाले परिवार में कुशीनगर (56 प्रतिशत) की तुलना में अन्य जनपदों– गोरखपुर (48 प्रतिशत) देवरिया (43 प्रतिशत), महाराजगंज, (33 प्रतिशत) में कम पाये गये।

सूचना प्राप्त करने के इलेक्ट्रानिक माध्यम का उपयोग करने वाले परिवारों में गोरखपुर के चरगांवा विकास खण्ड के गांव जंगल छत्रधारी(14 प्रतिशत), की तुलना में अन्य गांवों–गुलरिहां(13 प्रतिशत) जंगल धूषण (12 प्रतिशत), रामपुर गोपालपुर(07 प्रतिशत), मानीराम(06 प्रतिशत), में कम पाये गये। उक्त माध्यमों का प्रयोग न करने वाले परिवार में गोरखपुर के चरगांवा विकास खण्ड के गांव मानीराम(प्रतिशत), की तुलना में अन्य गांवों– रामपुर गोपालपुर(13 प्रतिशत), जंगल धूषण (08प्रतिशत) गुलरिहां(07प्रतिशत) जंगल छत्रधारी(6प्रतिशत), में कम पाये गये।

सूचना प्राप्त करने के इलेक्ट्रानिक माध्यम का उपयोग करने वाले परिवारों में देवरिया के भाटपार रानी विकास खण्ड के गांव सोहनापार(16 प्रतिशत) की तुलना में अन्य गावों– कुकुर घाटी (14 प्रतिशत), बड़का गांव(12), सरया(09), अहिरौली तिवारी (06 प्रतिशत) में कम पाये गये। उक्त माध्यमों का प्रयोग न करने वाले परिवार में देवरिया के भाटपार रानी विकास खण्ड के गांव अहिरौली तिवारी (14 प्रतिशत) की तुलना में अन्य गावों– सरया(11 प्रतिशत), बड़का गांव(08 प्रतिशत), कुकुर घाटी (06 प्रतिशत), सोहनापार(04 प्रतिशत) में कम पाये गये।

सूचना प्राप्त करने के इलेक्ट्रानिक माध्यम का उपयोग करने वाले परिवारों में कुशीनगर के खण्डा विकास खण्ड के गांव पनियहवां(12 प्रतिशत), की तुलना में अन्य गावों–रामनगर(11 प्रतिशत), छितौनी (09 प्रतिशत) करदह(07 प्रतिशत), सिसवां गोपाल (05 प्रतिशत) में कम पाये गये। उक्त माध्यमों का प्रयोग न करने वाले परिवार में कुशीनगर के खण्डा विकास खण्ड के गांव सिसवां गोपाल(15 प्रतिशत) की तुलना में अन्य गावों–करदह(13 प्रतिशत), छितौनी (11 प्रतिशत) रामनगर (09 प्रतिशत), पनियहवां(08 प्रतिशत) में कम पाये गये।

सूचना प्राप्त करने के इलेक्ट्रानिक माध्यम का उपयोग करने वाले परिवारों में महाराजगंज के परतावल विकास खण्ड के गांव तरकुलवां(16 प्रतिशत) की तुलना में अन्य गावों–नंदना(15 प्रतिशत), मंगलपुर(14 प्रतिशत), हरपुर तिवारी(11 प्रतिशत), नटवा(11 प्रतिशत), में कम पाये गये। उक्त माध्यमों का प्रयोग न करने वाले परिवार में महाराजगंज के परतावल विकास खण्ड के गांव हरपुर तिवारी(09 प्रतिशत) एवं नटवा(09 प्रतिशत) की तुलना में अन्य गावों–मंगलपुर(06 प्रतिशत), नंदना(05 प्रतिशत), तरकुलवां(04 प्रतिशत) में कम पाये गये।

तालिका सं0 4.6 इन्सेफ्लाइटिस पीड़ितों में गोरखपुर(n=100), देवरिया(n=100), कुशीनगर(n=100) एवं महाराजगंज(n=100) में सूचना प्राप्त करने का इलेक्ट्रिानिक माध्यम N=400

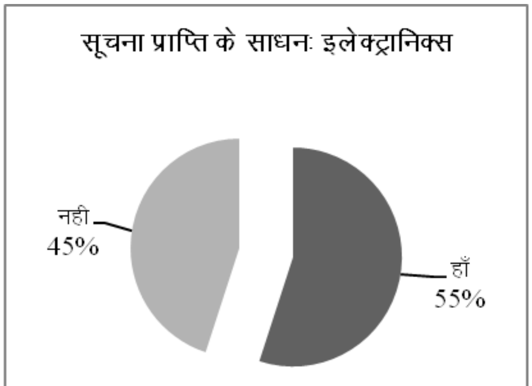
ब्लॉक जनपद		गाँव	इलेक्ट्रानिक माध्यम		
			हाँ	नही	योग
गोरखपुर	चरगांवा	G1	12(12.0)	8(8.0)	20(20.0)
		G2	6(6.0)	14(14.0)	20(20.0)
		G3	14(14.0)	6(6.0)	20(20.0)

		G4	7(7.0)	13(13.0)	20(20.0)
		G5	13(13.0)	7(7.0)	20(20.0)
		योग	**52**(52.0)	**48**(48.0)	100(100.0)
देवरिया	भटपार रानी	D1	14(14.0)	6(6.0)	20(20.0)
		D2	6(6.0)	14(14.0)	20(20.0)
		D3	12(12.0)	8(8.0)	20(20.0)
		D4	9(9.0)	11(11.0)	20(20.0)
		D5	16(16.0)	4(4.0)	20(20.0)
		कुल	**57**(57.0)	**43**(43.0)	100(100.0)
कुशीकनगर	(खड्डा)	**K1**	9(9.0)	11(11.0)	20(20.0)
		K2	7(7.0)	13(13.0)	20(20.0)
		K3	12(12.0)	8(8.0)	20(20.0)
		K4	11(11.0)	9(9.0)	20(20.0)
		K5	5(5.0)	15(15.0)	20(20.0)
		योग	**44**(44.0)	**56**(56.0)	100(100.0)
महाराजगंज	परतावल	M1	11(11.0)	9(9.0)	20(20.0)
		M2	14(14.0)	6(6.0)	20(20.0)
		M3	15(15.0)	5(5.0)	20(20.0)
		M4	11(11.0)	9(9.0)	20(20.0)
		M5	16(16.0)	4(4.0)	20(20.0)
		योग	**67**(67.0)	**33**(33.0)	100(100.0)

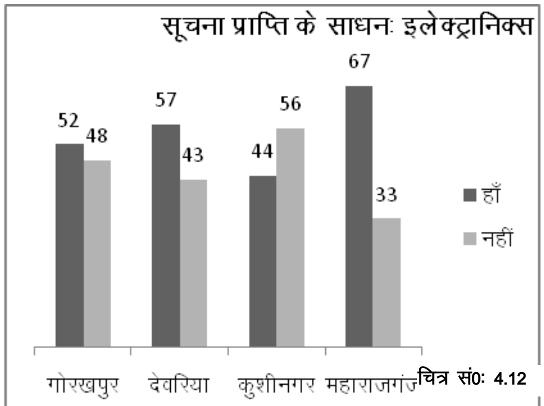
महायोग	220(55.0)	180(45.0)	400(100.0)

नोटः–

1. कोष्ठक ( ) में प्रतिशत को दर्शाया गया है।
2. G1=जंगल धूषण, G2= मानीराम, G3=जंगल छत्रधारी, G4=रामपुर गोपालपुर, G5=गुलरिहा
D1= कुकुर घाटी, D2= अहिरौली तिवारी, D3=बड़का गांव, D4=सरया, D5=सोहनापार
K1=छितौनी, K2=करदह, K3= पनियहवा, K4=रामनगर, K5=सिसवां गोपाल
M1= हरपुर तिवारी, M2=मंगलपुर, M3=नन्दना, M4=नटवां, M5=तरकुलवां



चित्र सं0: 4.11



चित्र सं0: 4.12

सूचना (इलेक्ट्रानिक माध्यम) द्वारा प्राप्त करने वाले परिवारों की संख्या ज्यादा पायी गई।

सूचना प्राप्त करने के इलेक्ट्रानिक माध्यम का उपयोग करने वाले परिवारों में महाराजगंज में अन्य जनपदों– (देवरिया, गोरखपुर, कुशीनगर) की तुलना में सर्वाधिक पाये गये।

सूचना प्राप्त करने के इलेक्ट्रानिक माध्यम का उपयोग करने वाले परिवारों में गोरखपुर के चरगांवा विकास खण्ड के गांव जंगल छत्रधारी में अन्य गांवों–(गुलरिहां, जंगल धूषण, रामपुर गोपालपुर, मानीराम) की तुलना में सर्वाधिक पाये गये।

सूचना प्राप्त करने के इलेक्ट्रानिक माध्यम का उपयोग करने वाले परिवारों में देवरिया के भाटपार रानी विकास खण्ड के गांव सोहनापार में अन्य गावों– (कुकुर घाटी, बड़का गांव, सरया, अहिरौली तिवारी) की तुलना में सर्वाधिक पाये गये।

सूचना प्राप्त करने के इलेक्ट्रानिक माध्यम का उपयोग करने वाले परिवारों में कुशीनगर के खण्डा विकास खण्ड के गांव पनियहवां में अन्य गावों–(रामनगर, छितौनी, करदह, सिसवां गोपाल) की तुलना में सर्वाधिक पाये गये।

सूचना प्राप्त करने के इलेक्ट्रानिक माध्यम का उपयोग करने वाले परिवारों में महाराजगंज के परतावल विकास खण्ड के गांव तरकुलवां में अन्य गावों– (नंदना, मंगलपुर, हरपुर तिवारी, नटवा) की तुलना में सर्वाधिक पाये गये।

परिणाम प्रदर्शित करते है कि लोगों में इलेक्ट्रिानिक माध्यमों का उपयोग में बड़ी तेजी से वृद्धि हो रही है। लोगों घरों में श्रव्य–दृश्य साधनों का उपयोग करते है, मोबाइल फोन आदि का भी बड़ी तेजी से इस्तेमाल कर रहे हैं।

- **इन्सेफ्लाइटिस पीड़ित परिवार में सूचना प्राप्त करने का माध्यमः(सामाजिक कार्यकर्ता/एनजीओ)**

तालिका सं0 4.7 में इन्सेफ्लाइटिस पीड़ित परिवार में गैर सरकारी संगठनों द्वारा सूचना प्राप्त करने के माध्यम को प्रदर्शित किया गया है। जहाँ यह पाया गया कि 58 प्रतिशत लोग सूचना प्राप्त करने हेतु सामाजिक कार्यकर्ता/एनजीओ माध्यम का उपयोग नही करते हैं।

सामाजिक कार्यकर्ता/एनजीओं द्वारा सूचना प्राप्त करने वाले परिवारों में कुशीनगर (49 प्रतिशत) की तुलना में अन्य जनपदों– गोरखपुर (46 प्रतिशत) महाराजगंज (42 प्रतिशत) देवरिया (31 प्रतिशत) में कम पाये गये। उक्त माध्यमों का प्रयोग न करने वाले परिवार में देवरिया (69 प्रतिशत) की तुलना में अन्य

जनपदों– महाराजगंज(58 प्रतिशत), गोरखपुर (54 प्रतिशत) कुशीनगर (51 प्रतिशत) में कम पाये गये।

सामाजिक कार्यकर्ता/एनजीओं द्वारा सूचना प्राप्त करने वाले परिवारों में गोरखपुर के चरगांवा विकास खण्ड के गांव जंगल जंगल छत्रधारी(15 प्रतिशत), की तुलना में अन्य गांवों– मानीराम(11 प्रतिशत), धूषण (09 प्रतिशत) गुलरिहां(09 प्रतिशत) रामपुर गोपालपुर(02 प्रतिशत) में कम पाये गये। उक्त माध्यमों का प्रयोग न करने वाले परिवार में गोरखपुर के चरगांवा विकास खण्ड के गांव रामपुर गोपालपुर(18 प्रतिशत), की तुलना में अन्य गांवों– जंगल धूषण (11 प्रतिशत), गुलरिहां(11 प्रतिशत) मानीराम(09 प्रतिशत), जंगल छत्रधारी(05 प्रतिशत), में कम पाये गये।

सामाजिक कार्यकर्ता/एनजीओं द्वारा सूचना प्राप्त करने वाले परिवारों में देवरिया के भाटपार रानी विकास खण्ड के गांव सरया(09 प्रतिशत), की तुलना में अन्य गावों– सोहनापार(08 प्रतिशत) कुकुर घाटी (06 प्रतिशत) बड़का गांव(06 प्रतिशत), अहिरौली तिवारी (02 प्रतिशत), में कम पाये गये। उक्त माध्यमों का प्रयोग न करने वाले परिवार में देवरिया के भाटपार रानी विकास खण्ड के गांव अहिरौली तिवारी (18 प्रतिशत), की तुलना में अन्य गावों– कुकुर घाटी (14 प्रतिशत) बड़का गांव(14 प्रतिशत), सोहनापार(12 प्रतिशत) सरया(11 प्रतिशत) में कम पाये गये।

सामाजिक कार्यकर्ता/एनजीओं द्वारा सूचना प्राप्त करने वाले परिवारों में कुशीनगर के खण्डा विकास खण्ड के गांव सिसवां गोपाल (13 प्रतिशत) की तुलना में अन्य गावों– करदह(12 प्रतिशत), पनियहवां(09 प्रतिशत), रामनगर(08 प्रतिशत), छितौनी (07 प्रतिशत) में कम पाये गये। उक्त माध्यमों का प्रयोग न करने वाले परिवार में कुशीनगर के खण्डा विकास खण्ड के गांव छितौनी (13 प्रतिशत) की तुलना में अन्य गावों–रामनगर(12 प्रतिशत), पनियहवां(11प्रतिशत), करदह(08 प्रतिशत), सिसवां गोपाल (07 प्रतिशत) में कम पाये गये।

सामाजिक कार्यकर्ता/एनजीओं द्वारा सूचना प्राप्त करने वाले परिवारों में महाराजगंज के परतावल विकास खण्ड के गांव नंदना(14 प्रतिशत) की तुलना में अन्य गावों– हरपुर तिवारी(12 प्रतिशत), मंगलपुर(09 प्रतिशत), नटवा(04 प्रतिशत), तरकुलवां(03 प्रतिशत) में कम पाये गये। उक्त माध्यमों का प्रयोग न करने वाले परिवार में महाराजगंज के परतावल विकास खण्ड के गांव तरकुलवां(17 प्रतिशत) की तुलना में अन्य गावों– नटवा(16 प्रतिशत), मंगलपुर(11 प्रतिशत), हरपुर तिवारी(08 प्रतिशत), नंदना(06 प्रतिशत), में कम पाये गये।

तालिका सं0 4.7 इन्सेफ्लाइटिस पीड़ितों में गोरखपुर(n=100), देवरिया(n=100), कुशीनगर(n=100) एवं महाराजगंज(n=100) में गैर सरकारी संगठनों के माध्यम से सूचना प्राप्ति N=400

जनपद	ब्लॉक	गाँव	सामाजिक कार्यकर्ता/एनजीओ		
			हाँ	**नहीं**	**योग**
गोरखपुर	चरगांवा	G1	9(9.0)	11(11.0)	20(20.0)
		G2	11(11.0)	9(9.0)	20(20.0)
		G3	15(15.0)	5(5.0)	20(20.0)
		G4	2(2.0)	18(18.0)	20(20.0)
		G5	9(9.0)	11(11.0)	20(20.0)
		योग	**46**(46.0)	**54**(54.0)	100(100.0)
देवरिया	भटपार रानी	D1	6(6.0)	14(14.0)	20(20.0)
		D2	2(2.0)	18(18.0)	20(20.0)
		D3	6(6.0)	14(14.0)	20(20.0)
		D4	9(9.0)	11(11.0)	20(20.0)

		D5	8(8.0)	12(12.0)	20(20.0)
		कुल	**31**(31.0)	**69**(69.0)	100(100.0)
कुशीकनगर	(खड्डा)	**K1**	7(7.0)	13(13.0)	20(20.0)
		K2	12(12.0)	8(8.0)	20(20.0)
		K3	9(9.0)	11(11.0)	20(20.0)
		K4	8(8.0)	12(12.0)	20(20.0)
		K5	13(13.0)	7(7.0)	20(20.0)
		योग	**49**(49.0)	**51**(51.0)	100(100.0)
महाराजगंज	परतावल	**M1**	12(12.0)	8(8.0)	20(20.0)
		M2	9(9.0)	11(11.0)	20(20.0)
		M3	14(14.0)	6(6.0)	20(20.0)
		M4	4(4.0)	16(16.0)	20(20.0)
		M5	3(3.0)	17(17.0)	20(20.0)
		योग	**42**(42.0)	**58**(58.0)	100(100.0)
महायोग			168(42.0)	232(58.0)	400(100.0)

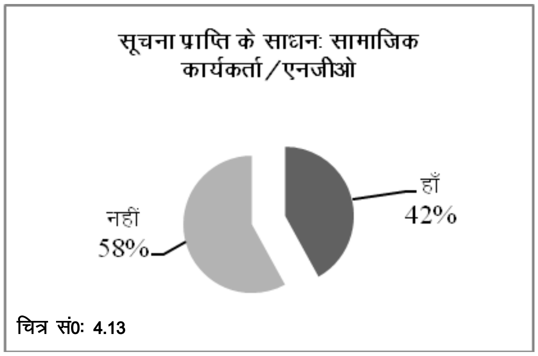
नोटः–

1. कोष्ठक ( ) में प्रतिशत को दर्शाया गया है।
2. G1=जंगल धूषण, G2= मानीराम, G3=जंगल छत्रधारी, G4=रामपुर गोपालपुर, G5=गुलरिहा

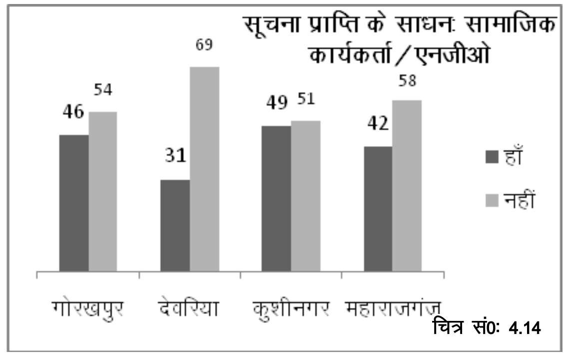
D1= कुकुर घाटी, D2= अहिरौली तिवारी, D3=बड़का गांव, D4=सरया, D5=सोहनापार

K1=छितौनी, K2=करदह, K3= पनियहवा, K4=रामनगर, K5=सिसवां गोपाल

M1= हरपुर तिवारी, M2=मंगलपुर, M3=नन्दना, M4=नटवां, M5=तरकुलवां



चित्र सं0: 4.13



चित्र सं0: 4.14

- **इन्सेफ्लाइटिस पीड़ित परिवार में सूचना प्राप्त करने का माध्यमः(सामाजिक कार्यकर्ता/एनजीओ)**

सूचना(सामाजिक कार्यकर्ता/एनजीओं माध्यम) द्वारा प्राप्त न करने वाले परिवारों की संख्या ज्यादा पायी गई।

सामाजिक कार्यकर्ता/एनजीओं द्वारा सूचना प्राप्त करने वाले परिवारों में कुशीनगर में अन्य जनपदों– (गोरखपुर, महाराजगंज, देवरिया) की तुलना में सर्वाधिक पाये गये।

सामाजिक कार्यकर्ता/एनजीओं द्वारा सूचना प्राप्त करने वाले परिवारों में गोरखपुर के चरगांवा विकास खण्ड के गांव जंगल जंगल छत्रधारी में अन्य गांवों–(मानीराम, जंगल धूषण, गुलरिहा, रामपुर गोपालपुर) की तुलना में सर्वाधिक पाये गये।

सामाजिक कार्यकर्ता/एनजीओं द्वारा सूचना प्राप्त करने वाले परिवारों में देवरिया के भाटपार रानी विकास खण्ड के गांव सरया में अन्य गावों– (सोहनापार, कुकुर घाटी, बड़का गांव, अहिरौली तिवारी), की तुलना में सर्वाधिक पाये गये।

सामाजिक कार्यकर्ता/एनजीओं द्वारा सूचना प्राप्त करने वाले परिवारों में कुशीनगर के खण्डा विकास खण्ड के गांव सिसवां गोपाल में अन्य गावों–(करदह, पनियहवां, रामनगर, छितौनी) की तुलना में सर्वाधिक पाये गये।

सामाजिक कार्यकर्ता/एनजीओं द्वारा सूचना प्राप्त करने वाले परिवारों में महाराजगंज के परतावल विकास खण्ड के गांव नंदना में अन्य गावों– (हरपुर तिवारी, मंगलपुर, नटवा, तरकुलवां) की तुलना में सर्वाधिक पाये गये।

परिणाम प्रदर्शित करते है कि ज्यादातर लोग समाजिक कार्यकर्ता/एनजीओ से जानकारियां नही प्राप्त कर पाते है। इसका मुख्य कारण यह है कि स्वयंसेवी संस्थाओं की पहुंच काफी सीमित है। संस्थ्याएं अपनी उपयोगिता के बारे में लोगों के विश्वास को जीत पाने में अक्षम है। उनके पास संसाधनों का अभाव है। उनकी समाज के प्रति जवाबदेही नही होती।

- **इन्सेफ्लाइटिस पीड़ित परिवार में सूचना प्राप्त करने का माध्यमः (स्वास्थ्य विभाग)**

तालिका सं0 4.8 में इन्सेफ्लाइटिस पीड़ित परिवार में सरकारी संगठनों द्वारा सूचना प्राप्त करने का माध्यम को प्रदर्शित किया गया है। जहाँ यह पाया गया कि 51 प्रतिशत लोग सूचना प्राप्त करने हेतु स्वास्थ्य विभाग का उपयोग नही करते हैं।

स्वास्थ्य विभाग द्वारा सूचनाएं प्राप्त करने वाले परिवारों में कुशीनगर (57 प्रतिशत) की तुलना में अन्य जनपदों– गोरखपुर (56 प्रतिशत), महाराजगंज (43 प्रतिशत) देवरिया (41 प्रतिशत) में कम पाये गये। उक्त माध्यमों का प्रयोग न करने वाले परिवार में देवरिया (59 प्रतिशत) की तुलना में अन्य जनपदों– महाराजगंज (57 प्रतिशत) गोरखपुर (44 प्रतिशत) कुशीनगर (43 प्रतिशत) में कम पाये गये।

स्वास्थ्य विभाग द्वारा सूचनाएं प्राप्त करने वाले परिवारों में गोरखपुर के चरगांवा विकास खण्ड के गांव रामपुर गोपालपुर(16 प्रतिशत), की तुलना में अन्य गांवों– गुलरिहां(13 प्रतिशत) जंगल छत्रधारी(12 प्रतिशत), मानीराम(8प्रतिशत), जंगल धूषण (07 प्रतिशत) में कम पाये गये। उक्त माध्यमों का प्रयोग न करने वाले

परिवार में गोरखपुर के चरगांवा विकास खण्ड के गांव जंगल धूषण (13 प्रतिशत) की तुलना में अन्य गांवों– मानीराम(12प्रतिशत), जंगल छत्रधारी(08 प्रतिशत), गुलरिहां(07 प्रतिशत) रामपुर गोपालपुर(04 प्रतिशत), में कम पाये गये।

स्वास्थ्य विभाग द्वारा सूचनाएं प्राप्त करने वाले परिवारों में देवरिया के भाटपार रानी विकास खण्ड के गांव सरया(13 प्रतिशत), की तुलना में अन्य गावों– सोहनापार(08 प्रतिशत) कुकुर घाटी (07 प्रतिशत), अहिरौली तिवारी (06 प्रतिशत), बड़का गांव(02 प्रतिशत), में कम पाये गये। उक्त माध्यमों का प्रयोग न करने वाले परिवार में देवरिया के भाटपार रानी विकास खण्ड के गांव बड़का गांव(18 प्रतिशत) एवं सोहनापार(18 प्रतिशत) की तुलना में अन्य गावों– अहिरौली तिवारी (14 प्रतिशत), कुकुर घाटी (13 प्रतिशत) एवं सरया(07 प्रतिशत) में कम पाये गये।

स्वास्थ्य विभाग द्वारा सूचनाएं प्राप्त करने वाले परिवारों में कुशीनगर के खण्डा विकास खण्ड के गांव छितौनी (16 प्रतिशत) की तुलना में अन्य गावों–करदह(12 प्रतिशत), सिसवां गोपाल (12 प्रतिशत), रामनगर(09 प्रतिशत), पनियहवां(08 प्रतिशत), में कम पाये गये। उक्त माध्यमों का प्रयोग न करने वाले परिवार में कुशीनगर के खण्डा विकास खण्ड के गांव पनियहवां(12 प्रतिशत), की तुलना में अन्य गावों–रामनगर(11 प्रतिशत), सिसवां गोपाल(08 प्रतिशत) करदह(08 प्रतिशत), छितौनी (04 प्रतिशत) में कम पाये गये।

स्वास्थ्य विभाग द्वारा सूचनाएं प्राप्त करने वाले परिवारों में महाराजगंज के परतावल विकास खण्ड के गांव नंदना(14 प्रतिशत), की तुलना में अन्य गावों–तरकुलवां(09 प्रतिशत), हरपुर तिवारी(08 प्रतिशत), नटवा(07 प्रतिशत), मंगलपुर(05 प्रतिशत), में कम पाये गये। उक्त माध्यमों का प्रयोग न करने वाले परिवार में महाराजगंज के परतावल विकास खण्ड के गांव मंगलपुर(15 प्रतिशत), की तुलना में अन्य गावों– नटवा(13 प्रतिशत), हरपुर तिवारी(12 प्रतिशत), तरकुलवां(11 प्रतिशत) नंदना(06 प्रतिशत) में कम पाये गये।

तालिका सं0 4.8 इन्सेफ्लाइटिस पीड़ितों में गोरखपुर(n=100), देवरिया(n=100), कुशीनगर(n=100) एवं महाराजगंज(n=100) में सरकारी संगठनों द्वारा सूचना प्राप्त करने का माध्यम N=400

ब्लॉक जनपद		गाँव	स्वास्थ्य विभाग द्वारा		
			हाँ	नहीं	योग
गोरखपुर	चरगांवा	G1	7(7.0)	13(13.0)	20(20.0)
		G2	8(8.0)	12(12.0)	20(20.0)
		G3	12(12.0)	8(8.0)	20(20.0)
		G4	16(16.0)	4(4.0)	20(20.0)
		G5	13(13.0)	7(7.0)	20(20.0)
		योग	**56**(56.0)	**44**(44.0)	100(100.0)
देवरिया	भटपार रानी	D1	7(7.0)	13(13.0)	20(20.0)
		D2	6(6.0)	14(14.0)	20(20.0)
		D3	2(2.0)	18(18.0)	20(20.0)
		D4	13(13.0)	7(7.0)	20(20.0)
		D5	8(8.0)	18(18.0)	20(20.0)
		कुल	**41**(41.0)	**59**(59.0)	100(100.0)
कुशीकनगर	(खड्डा)	K1	16(16.0)	4(4.0)	20(20.0)
		K2	12(12.0)	8(8.0)	20(20.0)
		K3	8(8.0)	12(12.0)	20(20.0)
		K4	9(9.0)	11(11.0)	20(20.0)

		K5	12(12.0)	8(8.0)	20(20.0)
		योग	**57**(57.0)	**43**(43.0)	100(100.0)
महाराजगंज	परतावल	M1	8(8.0)	12(12.0)	20(20.0)
		M2	5(5.0)	15(15.0)	20(20.0)
		M3	14(14.0)	6(6.0)	20(20.0)
		M4	7(7.0)	13(13.0)	20(20.0)
		M5	9(9.0)	11(11.0)	20(20.0)
		योग	**43**(43.0)	**57**(57.0)	100(100.0)
महायोग			197(49.25)	203(50.75)	400(100.0)

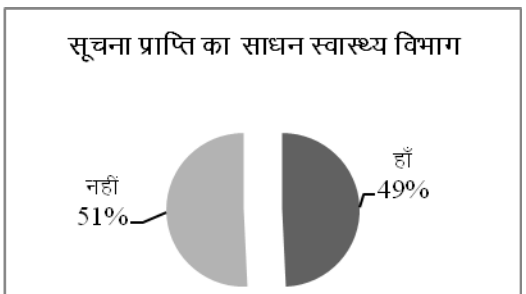
नोटः–

1. कोष्ठक ( ) में प्रतिशत को दर्शाया गया है।
2. G1=जंगल धूषण, G2= मानीराम, G3=जंगल छत्रधारी, G4=रामपुर गोपालपुर, G5=गुलरिहा

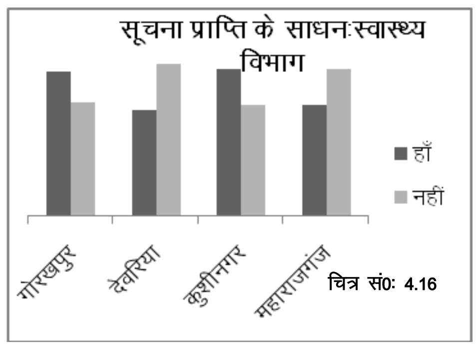
D1= कुकुर घाटी, D2= अहिरौली तिवारी, D3=बड़का गांव, D4=सरया, D5=सोहनापार

K1=छितौनी, K2=करदह, K3= पनियहवा, K4=रामनगर, K5=सिसवां गोपाल

M1= हरपुर तिवारी, M2=मंगलपुर, M3=नन्दना, M4=नटवां, M5=तरकुलवां



चित्र सं0: 4.15



चित्र सं0: 4.16

- **इन्सेफ्लाइटिस पीड़ित परिवार में सूचना प्राप्त करने का माध्यमः (स्वास्थ्य विभाग)**

स्वास्थ्य विभाग द्वारा सूचनाएं न प्राप्त करने वाले परिवारों की संख्या ज्यादा पायी गई।

स्वास्थ्य विभाग द्वारा सूचनाएं प्राप्त करने वाले परिवारों में कुशीनगर में अन्य जनपदों–(गोरखपुर, महाराजगंज देवरिया) की तुलना में सर्वाधिक पाये गये। स्वास्थ्य विभाग द्वारा सूचनाएं प्राप्त करने वाले परिवारों में गोरखपुर के चरगांवा विकास खण्ड के गांव रामपुर गोपालपुर में अन्य गांवों–(गुलरिहां, जंगल छत्रधारी, मानीराम, जंगल धूषण) की तुलना में सर्वाधिक पाये गये।

स्वास्थ्य विभाग द्वारा सूचनाएं प्राप्त करने वाले परिवारों में देवरिया के भाटपार रानी विकास खण्ड के गांव सरया में अन्य गावों–(सोहनापार, कुकुर घाटी, अहिरौली तिवारी, बड़का गांव) की तुलना में सर्वाधिक पाये गये।

स्वास्थ्य विभाग द्वारा सूचनाएं प्राप्त करने वाले परिवारों में कुशीनगर के खण्ड विकास खण्ड के गांव छितौनी में अन्य गावों–(करदह, सिसवां गोपाल, रामनगर, पनियहवां), की तुलना में सर्वाधिक पाये गये।

स्वास्थ्य विभाग द्वारा सूचनाएं प्राप्त करने वाले परिवारों में महाराजगंज के परतावल विकास खण्ड के गांव नंदना में अन्य गावों– (तरकुलवां, हरपुर तिवारी, नटवा, मंगलपुर), की तुलना में सर्वाधिक पाये गये।

परिणाम प्रदर्शित करते है कि ज्यादातर लोग स्वास्थ्य विभाग से सूचनाएं प्राप्त करते है। जिसका मुख्य कारण सरकारी मशीनरी के प्रति लोगों का भरोसा माना जा सकता है। क्योंकि सरकार की जनता के प्रति जवाबदेही तय है। सरकार के पास पर्याप्त संसाधन उपलब्ध हैं।

- **इन्सेफ्लाइटिस पीड़ितों का स्नान एवं व्यक्तिगत साफ–सफाईः**

तालिका सं0 4.9 में इन्सेफ्लाइटिस पीड़ितों का स्नान एवं व्यक्तिगत साफ सफाई को प्रदर्शित किया गया है। जहाँ 5–7 दिन स्नान करने वाले(49 प्रतिशत) की तुलना में 3–5 दिन(27 प्रतिशत) एवं 0–2 दिन (24 प्रतिशत) कम पाये गये।

बच्चों का सप्ताह में 0–2 दिन स्नान कराने वाले परिवार में देवरिया (33 प्रतिशत) की तुलना में अन्य जनपदों– महाराजगंज (25 प्रतिशत) कुशीनगर (21 प्रतिशत), गोरखपुर(16 प्रतिशत) में कम पाये गये। बच्चों का सप्ताह में 3–5 दिन स्नान कराने वाले परिवार में कुशीनगर (34 प्रतिशत) की तुलना में अन्य जनपदों– महाराजगंज(27 प्रतिशत) देवरिया(26 प्रतिशत) गोरखपुर(22 प्रतिशत) में कम पाये गये। बच्चों का सप्ताह में 6–7 दिन स्नान कराने वाले परिवार में गोरखपुर (62 प्रतिशत) की तुलना में अन्य जनपदों– महाराजगंज (48 प्रतिशत), कुशीनगर (45 प्रतिशत) देवरिया(41 प्रतिशत) में कम पाये गये।

बच्चों का सप्ताह में 0–2 दिन स्नान कराने वाले परिवार में गोरखपुर के चरगांवा विकास खण्ड के गांव जंगल धूषण (04 प्रतिशत) एवं मानीराम(04 प्रतिशत) की तुलना में अन्य गांवों–जंगल छत्रधारी(03 प्रतिशत), गुलरिहां(03 प्रतिशत) रामपुर गोपालपुर(02 प्रतिशत), में कम पाये गये। बच्चों का सप्ताह में 3–5 दिन स्नान कराने वाले परिवार में गोरखपुर के चरगांवा विकास खण्ड के गांव जंगल छत्रधारी(09 प्रतिशत), की तुलना में अन्य गांवों– मानीराम(05 प्रतिशत), रामपुर गोपालपुर(05 प्रतिशत), जंगल धूषण (02 प्रतिशत) गुलरिहां(01 प्रतिशत) में कम पाये गये। बच्चों का सप्ताह में 6–7 दिन स्नान कराने वाले परिवार में गोरखपुर के चरगांवा विकास खण्ड के गांव गुलरिहां (16 प्रतिशत) की तुलना में अन्य गांवों– जंगल धूषण (14 प्रतिशत) रामपुर गोपालपुर(13 प्रतिशत), मानीराम(11 प्रतिशत), जंगल छत्रधारी (08 प्रतिशत) में कम पाये गये।

बच्चों का सप्ताह में 0–2 दिन स्नान कराने वाले परिवार में देवरिया के भाटपार रानी विकास खण्ड के गांव कुकुर घाटी (11 प्रतिशत) की तुलना में अन्य

गावों– अहिरौली तिवारी (08 प्रतिशत), बड़का गांव(05 प्रतिशत), सोहनापार(05 प्रतिशत) सरया(04 प्रतिशत), में कम पाये गये। बच्चों का सप्ताह में 3–5 दिन स्नान कराने वाले परिवार में देवरिया के भाटपार रानी विकास खण्ड के गांव सरया(08 प्रतिशत), की तुलना में अन्य गावों– सोहनापार(07 प्रतिशत) अहिरौली तिवारी (06 प्रतिशत), बड़का गांव(03 प्रतिशत), कुकुर घाटी (02 प्रतिशत) में कम पाये गये। बच्चों का सप्ताह में 6–7 दिन स्नान कराने वाले परिवार में देवरिया के भाटपार रानी विकास खण्ड के गांव बड़का गांव(12 प्रतिशत), की तुलना में अन्य गावों–सरया(08 प्रतिशत) सोहनापार(08 प्रतिशत) कुकुर घाटी (07 प्रतिशत), अहिरौली तिवारी(06 प्रतिशत) में कम पाये गये।

बच्चों का सप्ताह में 0–2 दिन स्नान कराने वाले परिवार में कुशीनगर के खण्डा विकास खण्ड के गांव रामनगर (08 प्रतिशत) की तुलना में अन्य गावों– सिसवां गोपाल(05 प्रतिशत) छितौनी (05 प्रतिशत) पनियहवां(04 प्रतिशत), करदह(01 प्रतिशत), में कम पाये गये। बच्चों का सप्ताह में 3–5 दिन स्नान कराने वाले परिवार में कुशीनगर के खड्डा विकास खण्ड के गांव करदह(09 प्रतिशत), की तुलना में अन्य गावों– सिसवां गोपाल (07 प्रतिशत) छितौनी (07 प्रतिशत) पनियहवां(06 प्रतिशत), रामनगर(05 प्रतिशत), में कम पाये गये। बच्चों का सप्ताह में 6–7 दिन स्नान कराने वाले परिवार में कुशीनगर के खण्डा विकास खण्ड के गांव पनियहवां(11प्रतिशत) की तुलना में अन्य गावों–करदह(10 प्रतिशत), छितौनी (09 प्रतिशत), सिसवां गोपाल (08 प्रतिशत), रामनगर(07 प्रतिशत) में कम पाये गये।

बच्चों का सप्ताह में 0–2 दिन स्नान कराने वाले परिवार में महाराजगंज के परतावल विकास खण्ड के गांव तरकुलवां(11 प्रतिशत) की तुलना में अन्य गावों–नटवा(08 प्रतिशत), हरपुर तिवारी(02 प्रतिशत), मंगलपुर(02 प्रतिशत), नंदना(02 प्रतिशत) में कम पाये गये। बच्चों का सप्ताह में 3–5 दिन स्नान कराने वाले परिवार में महाराजगंज के परतावल विकास खण्ड के गांव मंगलपुर(09

प्रतिशत) की तुलना में अन्य गावों– हरपुर तिवारी(07 प्रतिशत), नंदना(06 प्रतिशत), नटवा(03 प्रतिशत), तरकुलवां(02 प्रतिशत) में कम पाये गये। बच्चों का सप्ताह में 6–7 दिन स्नान कराने वाले परिवार में महाराजगंज के परतावल विकास खण्ड के गांव नंदना(12 प्रतिशत) की तुलना में अन्य गावों–हरपुर तिवारी(11 प्रतिशत), मंगलपुर(9 प्रतिशत), नटवा(09 प्रतिशत), तरकुलवां(07 प्रतिशत) में कम पाये गये।

तालिका सं0 4.9 इन्सेफ्लाइटिस पीड़ितों में गोरखपुर(n=100), देवरिया(n=100), कुशीनगर(n=100) एवं महाराजगंज(n=100) में स्नान एवं व्यक्तिगत साफ–सफाई N=400

जनपद	ब्लॉक	गाँव	बच्चों का सप्ताह में स्नान			
			0–2 दिन	3–5 दिन	5–7 दिन	योग
गोरखपुर	चरगांवा	G1	4(4.0)	2(2.0)	14(14.0)	20(20.0)
		G2	4(4.0)	5(5.0)	11(11.0)	20(20.0)
		G3	3(3.0)	9(9.0)	8(8.0)	20(20.0)
		G4	2(2.0)	5(5.0)	13(13.0)	20(20.0)
		G5	3(3.0)	1(1.0)	16(16.0)	20(20.0)
		योग	16(16.0)	22(22.0)	62(62.0)	100(100.0)
देवरिया	भटपार रानी	D1	11(11.0)	2(2.0)	7(7.0)	20(20.0)
		D2	8(8.0)	6(6.0)	6(6.0)	20(20.0)
		D3	5(5.0)	3(3.0)	12(12.0)	20(20.0)
		D4	4(4.0)	8(8.0)	8(8.0)	20(20.0)

		D5	5(5.0)	7(7.0)	8(8.0)	20(20.0)
		योग	**33**(33.0)	**26**(26.0)	**41**(41.0)	100(20.0)
कुशीनगर	(खड्डा)	K1	4(4.0)	7(7.0)	9(9.0)	20(20.0)
		K2	1(1.0)	9(9.0)	10(10.0)	20(20.0)
		K3	3(3.0)	6(6.0)	11(11.0)	20(20.0)
		K4	8(8.0)	5(5.0)	7(7.0)	20(20.0)
		K5	5(5.0)	7(7.0)	8(8.0)	20(20.0)
		योग	21(21.0)	34(34.0)	45(45.0)	100(100.0)
महाराजगंज	परतावल	M1	2(2.0)	7(7.0)	11(11.0)	20(20.0)
		M2	2(2.0)	9(9.0)	9(9.0)	20(20.0)
		M3	2(2.0)	6(6.0)	12(12.0)	20(20.0)
		M4	8(8.0)	3(3.0)	9(9.0)	20(20.0)
		M5	11(11.0)	2(2.0)	7(7.0)	20(20.0)
		योग	25(25.0)	27(27.0)	48(48.0)	100(100.0)
महायोग			**95(23.75)**	**109(27.25)**	**196(49.0)**	**400(100)**

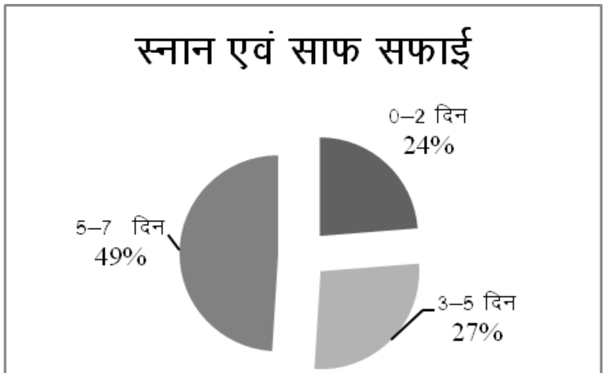
नोटः–

1. कोष्ठक ( ) में प्रतिशत को दर्शाया गया है।
2. G1=जंगल धूषण, G2= मानीराम, G3=जंगल छत्रधारी, G4=रामपुर गोपालपुर, G5=गुलरिहा

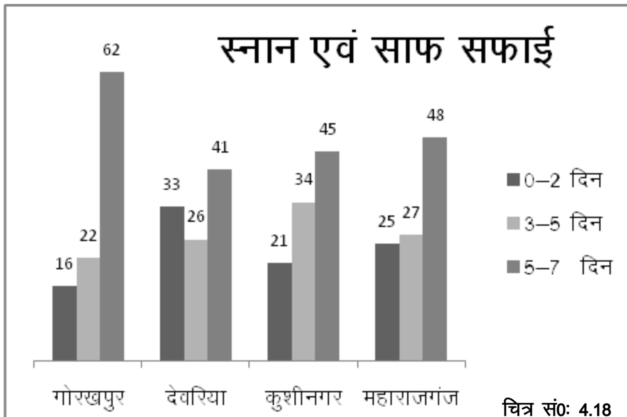
D1= कुकुर घाटी, D2= अहिरौली तिवारी, D3=बड़का गांव, D4=सरया, D5=सोहनापार

K1=छितौनी, K2=करदह, K3= पनियहवा, K4=रामनगर, K5=सिसवां गोपाल

M1= हरपुर तिवारी, M2=मंगलपुर, M3=नन्दना, M4=नटवां, M5=तरकुलवां



चित्र सं0: 4.17



चित्र सं0: 4.18

- **इन्सेफ्लाइटिस पीड़ितों का स्नान एवं व्यक्तिगत साफ–सफाई:**

पीड़ितों में सप्ताह में 0–5 दिन स्नान/व्यक्तिगत साफ–सफाई करने वालों की संख्या सर्वाधिक पायी गई।

बच्चों का सप्ताह में 0–2 दिन स्नान कराने वाले परिवार में देवरिया में अन्य जनपदों–(महाराजगंज, कुशीनगर, गोरखपुर) की तुलना में सर्वाधिक पाये गये। बच्चों का सप्ताह में 3–5 दिन स्नान कराने वाले परिवार में कुशीनगर में अन्य जनपदों– महाराजगंज, देवरिया, गोरखपुर) की तुलना में सर्वाधिक पाये गये। बच्चों का सप्ताह में 6–7 दिन स्नान कराने वाले परिवार में गोरखपुर में अन्य जनपदों–(महाराजगंज, कुशीनगर, देवरिया) की तुलना में सर्वाधिक पाये गये।

बच्चों का सप्ताह में 0–2 दिन स्नान कराने वाले परिवार में गोरखपुर के चरगांवा विकास खण्ड के गांव जंगल धूषण एवं मानीराम में अन्य गांवों–(जंगल छत्रधारी, गुलरिहां, रामपुर गोपालपुर) की तुलना में सर्वाधिक पाये गये।बच्चों का सप्ताह में 3–5 दिन स्नान कराने वाले परिवार में गोरखपुर के चरगांवा विकास खण्ड के गांव जंगल छत्रधारी में अन्य गांवों–(मानीराम, रामपुर गोपालपुर, जंगल धूषण, गुलरिहां) की तुलना में सर्वाधिक पाया गया। बच्चों का सप्ताह में 6–7 दिन स्नान कराने वाले परिवार में गोरखपुर के चरगांवा विकास खण्ड के गांव गुलरिहां

में अन्य गांवों–(जंगल धूषण, रामपुर गोपालपुर, मानीराम, जंगल छत्रधारी) की तुलना में सर्वाधिक पाया गया।

बच्चों का सप्ताह में 0–2 दिन स्नान कराने वाले परिवार में देवरिया के भाटपार रानी विकास खण्ड के गांव कुकुर घाटी में अन्य गावों– (अहिरौली तिवारी, बड़का गांव, सोहनापार, सरया), की तुलना में सर्वाधिक पाये गये।बच्चों का सप्ताह में 3–5 दिन स्नान कराने वाले परिवार में देवरिया के भाटपार रानी विकास खण्ड के गांव सरया में अन्य गावों–(सोहनापार, अहिरौली तिवारी, बड़का गांव, कुकुर घाटी) की तुलना में सर्वाधिक पाये गये।बच्चों का सप्ताह में 6–7 दिन स्नान कराने वाले परिवार में देवरिया के भाटपार रानी विकास खण्ड के गांव बड़का गांव में अन्य गावों–(सरया, सोहनापार, कुकुर घाटी, अहिरौली तिवारी) की तुलना में सर्वाधिक पाया गया।

बच्चों का सप्ताह में 0–2 दिन स्नान कराने वाले परिवार में कुशीनगर के खण्डा विकास खण्ड के गांव रामनगर में अन्य गावों– (सिसवां गोपाल, छितौनी, पनियहवां, करदह) की तुलना में सर्वाधिक पाये गये।बच्चों का सप्ताह में 3–5 दिन स्नान कराने वाले परिवार में कुशीनगर के खड्डा विकास खण्ड के गांव करदह में अन्य गावों– (सिसवां गोपाल, छितौनी, पनियहवां, रामनगर) की तुलना में सर्वाधिक पाया गया। बच्चों का सप्ताह में 6–7 दिन स्नान कराने वाले परिवार में कुशीनगर के खण्ड विकास खण्ड के गांव पनियहवां में अन्य गावों–(करदह, छितौनी, सिसवां गोपाल, रामनगर) की तुलना में सर्वाधिक पाया गया।

बच्चों का सप्ताह में 0–2 दिन स्नान कराने वाले परिवार में महाराजगंज के परतावल विकास खण्ड के गांव तरकुलवां में अन्य गावों–नटवा, हरपुर तिवारी, मंगलपुर, नंदना) की तुलना में सर्वाधिक पाया गया। बच्चों का सप्ताह में 3–5 दिन स्नान कराने वाले परिवार में महाराजगंज के परतावल विकास खण्ड के गांव मंगलपुर में अन्य गावों (हरपुर तिवारी, नंदना, नटवां, तरकुलवां) की तुलना में

सर्वाधिक पाया गया। बच्चों का सप्ताह में 6–7 दिन स्नान कराने वाले परिवार में महाराजगंज के परतावल विकास खण्ड के गांव नंदना की तुलना में अन्य गावों–(हरपुर तिवारी, मंगलपुर, नटवा, तरकुलवां) की तुलना में सर्वाधिक पाया गया।

परिणाम प्रदर्शित करते है कि ऐसे परिवारों की संख्या सर्वाधिक पायी गयी है जहां बच्चों की व्यक्तिगत साफ–सफाई (स्नान आदि) सप्ताह में 5–7 दिन होती है। इसके बावजूद भी इन्सेफ्लाइटिस के शिकार होने की वजह यह हो सकता है कि बच्चे दूषित पानी से स्नान करना, या असमय स्नान करना, या दिन भर पानी में रहना भी माना जा सकता है।

- **इन्सेफ्लाइटिस पीड़ितों को साफ सुथरे कपड़ों की उपलब्धता–**

तालिका सं0 4.10 में इन्सेफ्लाइटिस पीड़ितों का लिंग भेद को प्रदर्शित किया गया है। जहाँ यह पाया गया कि 52 प्रतिशत पीड़ित साफ–सुथरे कपड़े पहनते हैं जबकि 48 प्रतिशत पीड़ितों को साफ–सुथरे कपड़े नही पहन पाते हैं।

बच्चों को साफ–सुथरे कपड़े पहनाने वाले परिवारों में गोरखपुर (69 प्रतिशत) की तुलना में अन्य जनपदों– कुशीनगर (51 प्रतिशत), देवरिया (48 प्रतिशत), महाराजगंज(41 प्रतिशत) में कम पाये गये। उक्त माध्यमों का प्रयोग न करने वाले परिवार में महाराजगंज (59 प्रतिशत) की तुलना में अन्य जनपदों–देवरिया(52 प्रतिशत), कुशीनगर(49 प्रतिशत) एवं गोरखपुर(31 प्रतिशत) में कम पाये गये।

बच्चों को साफ–सुथरे कपड़े पहनाने वाले परिवारों में गोरखपुर के चरगांवा विकास खण्ड के गांव रामपुर गोपालपुर(18 प्रतिशत), की तुलना में अन्य गांवों– जंगल धूषण (15 प्रतिशत) जंगल छत्रधारी(14 प्रतिशत), मानीराम(11 प्रतिशत), गुलरिहां(11 प्रतिशत) में कम पाये गये। उक्त माध्यमों का प्रयोग न करने वाले परिवार में गोरखपुर के चरगांवा विकास खण्ड के गांव मानीराम(09 प्रतिशत), की

तुलना में अन्य गांवों–गुलरिहां(09प्रतिशत), जंगल छत्रधारी(06 प्रतिशत), जंगल धूषण (05 प्रतिशत), रामपुर गोपालपुर(02 प्रतिशत), में कम पाये गये।

बच्चों को साफ–सुथरे कपड़े पहनाने वाले परिवारों में देवरिया के भाटपार रानी विकास खण्ड के गांव बड़का गांव(15 प्रतिशत), की तुलना में अन्य गावों–अहिरौली तिवारी (11 प्रतिशत), कुकुर घाटी (09 प्रतिशत) सोहनापार(09 प्रतिशत), सरया(04 प्रतिशत), में कम पाये गये। उक्त माध्यमों का प्रयोग न करने वाले परिवार में देवरिया के भाटपार रानी विकास खण्ड के गांव सरया(16 प्रतिशत), की तुलना में अन्य गावों–कुकुर घाटी (11 प्रतिशत), सोहनापार(11 प्रतिशत), अहिरौली तिवारी (09 प्रतिशत), एवं बड़का गांव(05 प्रतिशत), में कम पाये गये।

बच्चों को साफ–सुथरे कपड़े पहनाने वाले परिवारों में कुशीनगर के खड्डा विकास खण्ड के गांव करदह(17 प्रतिशत), की तुलना में अन्य गावों– छितौनी (11 प्रतिशत), पनियहवां(09 प्रतिशत), रामनगर(08 प्रतिशत), सिसवां गोपाल (06 प्रतिशत) में कम पाये गये। उक्त माध्यमों का प्रयोग न करने वाले परिवार में कुशीनगर के खड्डा विकास खण्ड के गांव सिसवां गोपाल (14 प्रतिशत) की तुलना में अन्य गावों– रामनगर(12 प्रतिशत), पनियहवां(11 प्रतिशत), छितौनी (09 प्रतिशत) करदह(03 प्रतिशत), में कम पाये गये।

बच्चों को साफ–सुथरे कपड़े पहनाने वाले परिवारों में महाराजगंज के परतावल विकास खण्ड के गांव नटवा(12 प्रतिशत), की तुलना में अन्य गावों–नंदना(11 प्रतिशत), मंगलपुर(08 प्रतिशत), तरकुलवां(07 प्रतिशत), हरपुर तिवारी(03 प्रतिशत) में कम पाये गये। उक्त माध्यमों का प्रयोग न करने वाले परिवार में महाराजगंज के परतावल विकास खण्ड के हरपुर तिवारी(17 प्रतिशत), की तुलना में अन्य गावों– तरकुलवां(13 प्रतिशत) मंगलपुर(12 प्रतिशत), नंदना(09 प्रतिशत), नटवा(08 प्रतिशत), में कम पाये गये।

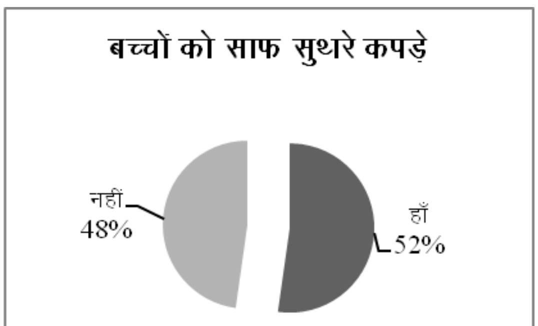
तालिका सं0 4.10 इन्सेफ्लाइटिस पीड़ितों में गोरखपुर(n=100), देवरिया(n=100), कुशीनगर(n=100) एवं महाराजगंज(n=100) में साफ सुथरा कपड़ों की उपलब्धता N=400

जनपद	ब्लॉक	गाँव	बच्चों के द्वारा साफ सुथरे कपड़े पहने जाते है		
			हाँ	नहीं	योग
गोरखपुर	चरगांवा	G1	15(15.0)	5(5.0)	20(20.0)
		G2	11(11.0)	9(9.0)	20(20.0)
		G3	14(14.0)	6(6.0)	20(20.0)
		G4	18(18.0)	2(2.0)	20(20.0)
		G5	11(11.0)	9(9.0)	20(20.0)
		योग	**69**(69.0)	**31**(31.0)	100(100.0)
देवरिया	भटपार रानी	D1	9(9.0)	11(11.0)	20(20.0)
		D2	11(11.0)	9(9.0)	20(20.0)
		D3	15(5.0)	5(5.0)	20(20.0)
		D4	4(4.0)	16(16.0)	20(20.0)
		D5	9(9.0)	11(11.0)	20(20.0)
		योग	**48**(48.0)	**52**(.0)	100(100.0)
कुशीकनगर	(खड्डा)	K1	11(11.0)	9(9.0)	20(20.0)
		K2	17(17.0)	3(3.0)	20(20.0)
		K3	9(9.0)	11(11.0)	20(20.0)
		K4	8(8.0)	12(12.0)	20(20.0)
		K5	6(6.0)	14(14.0)	20(20.0)

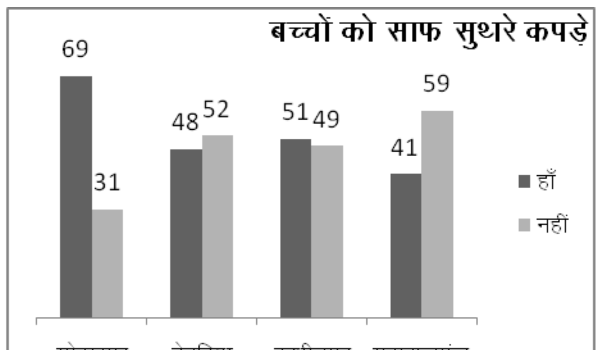
		योग	**51**(51.0)	**49**(49.0)	100(100.0)
महाराजगंज	परतावल	**M1**	3(3.0)	17(17.0)	20(20.0)
		M2	8(8.0)	12(12.0)	20(20.0)
		M3	11(11.0)	9(9.0)	20(20.0)
		M4	12(12.0)	8(8.0)	20(20.0)
		M5	7(7.0)	13(13.0)	20(20.0)
		योग	**41**(41.0)	**59**(59.0)	100(100.0)
महायोग			**209(52.25)**	**191(47.75)**	400(100.0)

नोटः–

1. कोष्ठक ( ) में प्रतिशत को दर्शाया गया है।
2. G1=जंगल धूषण, G2= मानीराम, G3=जंगल छत्रधारी, G4=रामपुर गोपालपुर, G5=गुलरिहा
D1= कुकुर घाटी, D2= अहिरौली तिवारी, D3=बड़का गांव, D4=सरया, D5=सोहनापार
K1=छितौनी, K2=करदह, K3= पनियहवा, K4=रामनगर, K5=सिसवां गोपाल
M1= हरपुर तिवारी, M2=मंगलपुर, M3=नन्दना, M4=नटवां, M5=तरकुलवां



चित्र सं0: 4.19



चित्र सं0: 4.20

• इन्सेफ्लाइटिस पीड़ितों को साफ सुथरे कपड़ों की उपलब्धता

प्राप्त परिणाम के अनुसार पीड़ितों में साफ सुथरा कपड़ा पहनने वालों की संख्या सर्वाधिक पायी गई।

बच्चों को साफ–सुथरे कपड़े पहनाने वाले परिवारों में गोरखपुर में अन्य जनपदों– (कुशीनगर, देवरिया, महाराजगंज) की तुलना में सर्वाधिक पाया गया।
बच्चों को साफ–सुथरे कपड़े पहनाने वाले परिवारों में गोरखपुर के चरगांवा विकास खण्ड के गांव रामपुर गोपालपुर में अन्य गांवों– (जंगल धूषण, जंगल छत्रधारी, मानीराम, गुलरिहा) की तुलना में सर्वाधिक पाया गया।

बच्चों को साफ–सुथरे कपड़े पहनाने वाले परिवारों में देवरिया के भाटपार रानी विकास खण्ड के गांव बड़का गांव में अन्य गावों–(अहिरौली तिवारी, कुकुर घाटी, सोहनापार, सरया, की तुलना में सर्वाधिक पाया गया।

बच्चों को साफ–सुथरे कपड़े पहनाने वाले परिवारों में कुशीनगर के खड्डा विकास खण्ड के गांव करदह में अन्य गावों–(छितौनी, पनियहवां, रामनगर, सिसवां गोपाल) की तुलना में सर्वाधिक पाया गया।

बच्चों को साफ–सुथरे कपड़े पहनाने वाले परिवारों में महाराजगंज के परतावल विकास खण्ड के गांव नटवां में अन्य गावों–(नंदना, मंगलपुर, तरकुलवां, हरपुर तिवारी) की तुलना में सर्वाधिक पाया गया।
परिणाम प्रदर्शित करते हैं कि हांलाकि ज्यादातर बच्चे साफ सुथरे कपड़े पहनते है।

- **इन्सेफ्लाइटिस पीड़ितों का हाथ का धुलने की आदत–**

तालिका संख्या 4.11 में इन्सेफ्लाइटिस पीड़ितों में हाथ धुलने की आदत को प्रदर्शित किया गया है। जहाँ यह पाया गया कि 52 प्रतिशत भोजन के पूर्व एवं शौच के बाद हाथ धुलते हैं।

जहाँ बच्चे खाने से पूर्व और शौच के बाद हाथ धुलते है ऐसे परिवारों में महाराजगंज (58 प्रतिशत) की तुलना में अन्य जनपदों– देवरिया(53 प्रतिशत), कुशीनगर (49 प्रतिशत) गोरखपुर (49 प्रतिशत) में कम पाये गये। उक्त नियम का पालन न करने वाले परिवार में गोरखपुर (51 प्रतिशत) एवं कुशीनगर(51 प्रतिशत)

की तुलना में अन्य जनपदों–देवरिया (47 प्रतिशत) महाराजगंज (42 प्रतिशत) में कम पाये गये।

जहाँ बच्चे खाने से पूर्व और शौच के बाद हाथ धुलते है ऐसे परिवारों में गोरखपुर के चरगांवा विकास खण्ड के गांव रामपुर गोपालपुर(17 प्रतिशत), की तुलना में अन्य गांवों– जंगल धूषण (10 प्रतिशत) मानीराम (08 प्रतिशत), जंगल छत्रधारी(07 प्रतिशत), गुलरिहां(07 प्रतिशत) में कम पाये गये। उक्त नियम का पालन न करने वाले परिवार में गोरखपुर के चरगांवा विकास खण्ड के गांव गुलरिहां(13 प्रतिशत) एवं जंगल छत्रधारी(13 प्रतिशत), की तुलना में अन्य गांवों–मानीराम(12 प्रतिशत), जंगल धूषण (10 प्रतिशत), रामपुर गोपालपुर(03 प्रतिशत), में कम पाये गये।

जहाँ बच्चे खाने से पूर्व और शौच के बाद हाथ धुलते है, ऐसे परिवारों में देवरिया के भाटपार रानी विकास खण्ड के गांव सरया(17 प्रतिशत) की तुलना में अन्य गावों–कुकुर घाटी (11 प्रतिशत), अहिरौली तिवारी (09 प्रतिशत), सोहनापार(09 प्रतिशत), बड़का गांव(07 प्रतिशत), में कम पाये गये। उक्त नियम का पालन न करने वाले परिवार में देवरिया के भाटपार रानी विकास खण्ड के गांव बड़का गांव(13 प्रतिशत), की तुलना में अन्य गावों– अहिरौली तिवारी (11 प्रतिशत), सोहनापार(11 प्रतिशत), कुकुर घाटी (09 प्रतिशत) सरया(03 प्रतिशत) में कम पाये गये।

जहाँ बच्चे खाने से पूर्व और शौच के बाद हाथ धुलते है ऐसे परिवारों में कुशीनगर के खण्डा विकास खण्ड के गांव रामनगर(19 प्रतिशत) की तुलना में अन्य गावों–करदह(12 प्रतिशत), सिसवां गोपाल (09 प्रतिशत) पनियहवां(08प्रतिशत), छितौनी (01 प्रतिशत) में कम पाये गये। उक्त नियम का पालन न करने वाले परिवार में कुशीनगर के खण्डा विकास खण्ड के गांव छितौनी (19 प्रतिशत) की

तुलना में अन्य गावों– पनियहवां(12 प्रतिशत), सिसवां गोपाल (11 प्रतिशत) करदह(08 प्रतिशत), रामनगर(01 प्रतिशत) में कम पाये गये।

जहाँ बच्चे खाने से पूर्व और शौच के बाद हाथ धुलते है ऐसे परिवारों में महाराजगंज के परतावल विकास खण्ड के गांव नटवा(14 प्रतिशत) की तुलना में अन्य गावों–तरकुलवां(13 प्रतिशत), नंदना(12 प्रतिशत), मंगलपुर(11 प्रतिशत), हरपुर तिवारी(08 प्रतिशत), में कम पाये गये। उक्त नियम का पालन न करने वाले परिवार में महाराजगंज के परतावल विकास खण्ड के गांव हरपुर तिवारी(12 प्रतिशत) की तुलना में अन्य गावों–मंगलपुर(09 प्रतिशत), नंदना(08 प्रतिशत), तरकुलवां(07 प्रतिशत) नटवा(06 प्रतिशत), में कम पाये गये।

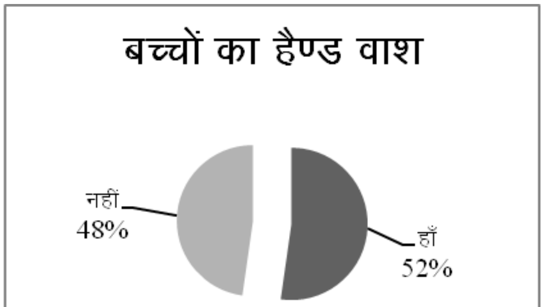
तालिका सं0 4.11 इन्सेफ्लाइटिस पीड़ितों में गोरखपुर(n=100), देवरिया(n=100), कुशीनगर(n=100) एवं महाराजगंज(n=100) में बच्चों में हाथ धुलने की आदत N=400

<table>
<tr><th colspan="2" rowspan="2">ब्लॉक
जनपद</th><th rowspan="2">गाँव</th><th colspan="3">बच्चे खाने से पूर्व और शौच के बाद हाथ धुलते है</th></tr>
<tr><th>हाँ</th><th>नहीं</th><th>योग</th></tr>
<tr><td rowspan="6">गोरखपुर</td><td rowspan="6">चरगांवा</td><td>G1</td><td>10(10.0)</td><td>10(10.0)</td><td>20(20.0)</td></tr>
<tr><td>G2</td><td>8(8.0)</td><td>12(12.0)</td><td>20(20.0)</td></tr>
<tr><td>G3</td><td>7(7.0)</td><td>13(13.0)</td><td>20(20.0)</td></tr>
<tr><td>G4</td><td>17(17.0)</td><td>3(3.0)</td><td>20(20.0)</td></tr>
<tr><td>G5</td><td>7(7.0)</td><td>13(13.0)</td><td>20(20.0)</td></tr>
<tr><td>योग</td><td>49(49.0)</td><td>51(51.0)</td><td>100(100.0)</td></tr>
</table>

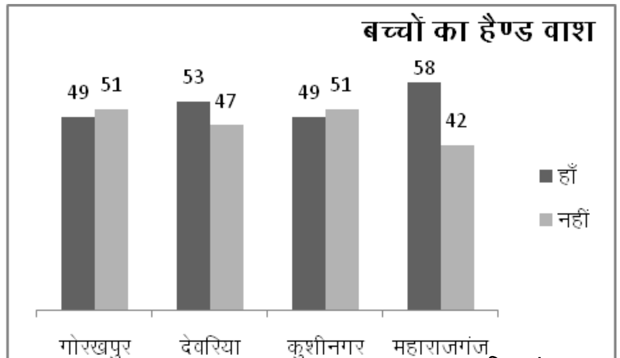
देवरिया	भटपार रानी	D1	11(11.0)	9(9.0)	20(20.0)
		D2	9(9.0)	11(11.0)	20(20.0)
		D3	7(7.0)	13(13.0)	20(20.0)
		D4	17(17.0)	3(3.0)	20(20.0)
		D5	9(9.0)	11(11.0)	20(20.0)
		योग	**53**(53.0)	**47**(47.0)	100(100.0)
कुशीकनगर	(खड्डा)	K1	1(1.0)	19(19.0)	20(20.0)
		K2	12(12.0)	8(8.0)	20(20.0)
		K3	8(8.0)	12(12.0)	20(20.0)
		K4	19(19.0)	1(1.0)	20(20.0)
		K5	9(9.0)	11(11.0)	20(20.0)
		योग	**49**(49.0)	**51**(51.0)	100(100.0)
महाराजगंज	प्रतावल	M1	8(8.0)	12(12.0)	20(20.0)
		M2	11(11.0)	9(9.0)	20(20.0)
		M3	12(12.0)	8(8.0)	20(20.0)
		M4	14(14.0)	6(6.0)	20(20.0)
		M5	13(13.0)	7(7.0)	20(20.0)
		योग	**58**(58.0)	**42**(42.0)	100(100.0)
महायोग			209(52.25)	191(47.75)	400(100.0)

नोटः–

1. कोष्ठक ( ) में प्रतिशत को दर्शाया गया है।
2. G1=जंगल धूषण, G2= मानीराम, G3=जंगल छत्रधारी, G4=रामपुर गोपालपुर, G5=गुलरिहा
D1= कुकुर घाटी, D2= अहिरौली तिवारी, D3=बड़का गांव, D4=सरया, D5=सोहनापार
K1=छितौनी, K2=करदह, K3= पनियहवा, K4=रामनगर, K5=सिसवां गोपाल
M1= हरपुर तिवारी, M2=मंगलपुर, M3=नन्दना, M4=नटवां, M5=तरकुलवां



चित्र सं0: 4.21



चित्र सं0: 4.22

- **इन्सेफ्लाइटिस पीड़ितों का हाथ का धुलने की आदत–**

प्राप्त परिणाम के अनुसार पीड़ितों में भोजन पूर्व एवं शौचोपरान्त हाथ धुलने वालों की संख्या सर्वाधिक पायी गई।

जहाँ बच्चे खाने से पूर्व और शौच के बाद हाथ धुलते है, ऐसे परिवारों में महाराजगंज में अन्य जनपदों–(देवरिया, कुशीनगर, गोरखपुर) की तुलना में सर्वाधिक पाया गया।

जहाँ बच्चे खाने से पूर्व और शौच के बाद हाथ धुलते है ऐसे परिवारों में गोरखपुर के चरगांवा विकास खण्ड के गांव रामपुर गोपालपुर में अन्य गांवों–(जंगल धूषण, मानीराम, जंगल छत्रधारी, गुलरिहां) की तुलना में सर्वाधिक पाया गया।

जहाँ बच्चे खाने से पूर्व और शौच के बाद हाथ धुलते है ऐसे परिवारों में देवरिया के भाटपार रानी विकास खण्ड के गांव सरया में अन्य गावों–(कुकुर घाटी, अहिरौली तिवारी, सोहनापार, बड़का गांव) की तुलना में सर्वाधिक पाया गया।

जहाँ बच्चे खाने से पूर्व और शौच के बाद हाथ धुलते है ऐसे परिवारों में कुशीनगर के खण्ड विकास खण्ड के गांव रामनगर में अन्य गावों–(करदह, सिसवां गोपाल, पनियहवां, छितौनी) की तुलना में सर्वाधिक पाया गया।

जहाँ बच्चे खाने से पूर्व और शौच के बाद हाथ धुलते है ऐसे परिवारों में महाराजगंज के परतावल विकास खण्ड के गांव नटवां में अन्य गावों–(तरकुलवां, नंदना, मंगलपुर, हरपुर तिवारी) की तुलना में सर्वाधिक पाया गया।

परिणाम यह प्रदर्शित करते है कि ज्यादातर बच्चे भोजन पूर्व एवं शौच के बाद हाथ नही धुलते। हांलाकि कुछ क्षेत्रों में हाथ धुलने वाले भी पाये गये है। परन्तु उनकी संख्या काफ कम है। परन्तु उनके हाथ धुलने के नियमों का पालन नही करते। विद्वानों ने भी यह माना है कि हाथ न घुलने से अनेक बीमारियों का खतरा बना रहता है।

- **इन्सेफ्लाइटिस पीड़ित परिवार में घर की साफ–सफाई की स्थिति–**

तालिका संख्या 4.12 में इन्सेफ्लाइटिस पीड़ित परिवारों में घर की साफ–सफाई की स्थिति को प्रदर्शित किया गया है। जिसके अन्तर्गत 40 प्रतिशत लोग अपने घर की सफाई करते हैं जबकि 60 प्रतिशत परिवार अपने घर की सफाई में रूचि नही रखते है।

अपने घर की साफ सफाई करने वाले परिवारों में कुशीनगर (76 प्रतिशत) की तुलना में अन्य जनपदों–महाराजगंज(67 प्रतिशत), गोरखपुर(57 प्रतिशत) देवरिया(41 प्रतिशत) में कम पाये गये। उक्त नियम का पालन न करने वाले परिवारों में देवरिया (59 प्रतिशत) की तुलना में अन्य जनपदों– गोरखपुर (43 प्रतिशत) महाराजगंज(33 प्रतिशत) कुशीनगर (24 प्रतिशत) में कम पाये गये।

अपने घर की साफ सफाई करने वाले परिवारों में गोरखपुर के चरगांवा विकास खण्ड के गांव मानीराम(14 प्रतिशत) की तुलना में अन्य गांवों– गुलरिहां(13 प्रतिशत) रामपुर गोपालपुर(11 प्रतिशत), जंगल छत्रधारी(10 प्रतिशत), जंगल धूषण

(09 प्रतिशत) में कम पाये गये। उक्त नियम का पालन न करने वाले परिवार में गोरखपुर के चरगांवा विकास खण्ड के गांव जंगल धूषण (12 प्रतिशत) की तुलना में अन्य गांवों–जंगल छत्रधारी(11प्रतिशत), रामपुर गोपालपुर(09 प्रतिशत), गुलरिहां(08 प्रतिशत) मानीराम(07 प्रतिशत) में कम पाये गये।

अपने घर की साफ सफाई करने वाले परिवारों में देवरिया के भाटपार रानी विकास खण्ड के गांव अहिरौली तिवारी (14 प्रतिशत), की तुलना में अन्य गावों– सरया(11 प्रतिशत) कुकुर घाटी(09 प्रतिशत) सोहनापार(04 प्रतिशत) बड़का गांव(03 प्रतिशत), में कम पाये गये। उक्त नियम का पालन न करने वाले परिवार में देवरिया के भाटपार रानी विकास खण्ड के गांव बड़का गांव(16 प्रतिशत) की तुलना में अन्य गावों– सरया(15 प्रतिशत), कुकुर घाटी (13 प्रतिशत) अहिरौली तिवारी (09 प्रतिशत) एवं सोहनापार (06 प्रतिशत) में कम पाये गये।

अपने घर की साफ सफाई करने वाले परिवारों में कुशीनगर के खण्डा विकास खण्ड के गांव पनियहवां(19 प्रतिशत) की तुलना में अन्य गावों– करदह(17 प्रतिशत), सिसवां गोपाल (16 प्रतिशत), रामनगर(15 प्रतिशत), छितौनी (09 प्रतिशत) में कम पाये गये। उक्त नियम का पालन न करने वाले परिवार में कुशीनगर के खण्डा विकास खण्ड के गांव रामनगर(09 प्रतिशत), की तुलना में अन्य गावों– पनियहवां(07प्रतिशत), सिसवां गोपाल (04प्रतिशत) छितौनी (03 प्रतिशत) करदह(01 प्रतिशत), में कम पाये गये।

अपने घर की साफ सफाई करने वाले परिवारों में महाराजगंज के परतावल विकास खण्ड के तरकुलवां(17 प्रतिशत) की तुलना में अन्य गावों–हरपुर तिवारी(15 प्रतिशत), नटवा(14 प्रतिशत), मंगलपुर(11 प्रतिशत), नंदना(10 प्रतिशत), में कम पाये गये। उक्त का पालन न करने वाले परिवार में महाराजगंज के परतावल विकास खण्ड के नंदना (10 प्रतिशत) की तुलना में अन्य गावों–मंगलपुर(09 प्रतिशत),

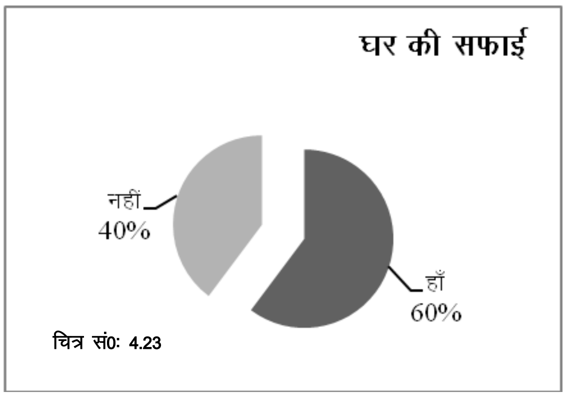
नटवा(06 प्रतिशत), हरपुर तिवारी(05 प्रतिशत), एवं तरकुलवां(03 प्रतिशत) में कम पाये गये।

तालिका सं0 4.12 इन्सेफ्लाइटिस पीड़ितों में गोरखपुर(n=100), देवरिया(n=100), कुशीनगर(n=100) एवं महाराजगंज(n=100) में घर की साफ–सफाई की स्थिति N=400

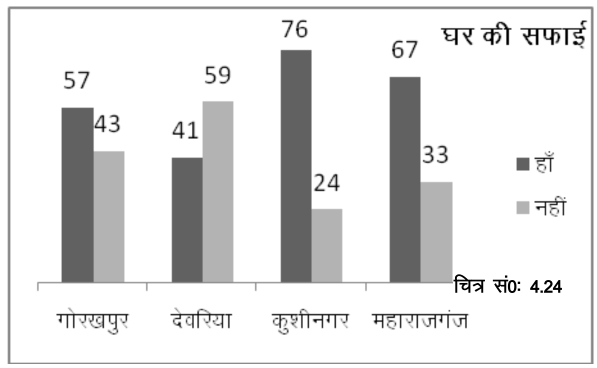
जनपद	ब्लॉक	गाँव	अपने घर की साफ सफाई		
			हाँ	नहीं	योग
गोरखपुर	चरगांवा	G1	9(9.0)	11(11.0)	20(20.0)
		G2	14(14.0)	6(6.0)	20(20.0)
		G3	10(10.0)	10(10.0)	20(20.0)
		G4	11(11.0)	9(9.0)	20(20.0)
		G5	13(13.0)	7(7.0)	20(20.0)
		योग	**57**(57.0)	**43**(43.0)	100(100.0)
देवरिया	भटपार रानी	D1	9(9.0)	13(13.0)	20(20.0)
		D2	14(14.0)	9(9.0)	20(20.0)
		D3	3(3.0)	16(16.0)	20(20.0)
		D4	11(11.0)	15(15.0)	20(20.0)
		D5	4(4.0)	6(6.0)	20(20.0)
		योग	**41**(41.0)	**59**(59.0)	100(100.0)
कुशीकनगर	(खड्डा)	K1	9(9.0)	3(3.0)	20(20.0)
		K2	17(17.0)	1(1.0)	20(20.0)
		K3	19(19.0)	7(7.0)	20(20.0)
		K4	15(15.0)	9(9.0)	20(20.0)
		K5	16(16.0)	4(4.0)	20(20.0)
		योग	**76**(76.0)	**24**(24.0)	100(100.0)
महाराजगंज	परतावल	M1	15(15.0)	5(5.0)	20(20.0)
		M2	11(11.0)	9(9.0)	20(20.0)

		M3	10(10.0)	10(10.0)	20(20.0)
		M4	14(14.0)	6(6.0)	20(20.0)
		M5	17(17.0)	3(3.0)	20(20.0)
		योग	**67**(67.0)	**33**(33.0)	100(100.0)
महायोग			**241(60.25)**	159(39.75)	400(100.0)

नोटः–
1. कोष्ठक ( ) में प्रतिशत को दर्शाया गया है।
2. G1=जंगल धूषण, G2= मानीराम, G3=जंगल छत्रधारी, G4=रामपुर गोपालपुर, G5=गुलरिहा
D1= कुकुर घाटी, D2= अहिरौली तिवारी, D3=बड़का गांव, D4=सरया, D5=सोहनापार
K1=छितौनी, K2=करदह, K3= पनियहवा, K4=रामनगर, K5=सिसवां गोपाल
M1= हरपुर तिवारी, M2=मंगलपुर, M3=नन्दना, M4=नटवां, M5=तरकुलवां



चित्र सं0: 4.23



चित्र सं0: 4.24

- **इन्सेफ्लाइटिस पीड़ित परिवार में घर की साफ–सफाई की स्थिति–**

अपने घर की साफ–सफाई करने वाले परिवारों की संख्या सर्वाधिक पायी गयी।

अपने घर की साफ–सफाई करने वाले परिवारों में कुशीनगर में अन्य जनपदों–(महाराजगंज, गोरखपुर, देवरिया) की तुलना में सर्वाधिक पाया गया।

अपने घर की साफ सफाई करने वाले परिवारों में गोरखपुर के चरगांवा विकास खण्ड के गांव मानीराम में अन्य गांवों–(गुलरिहां, रामपुर गोपालपुर, जंगल छत्रधारी, जंगल धूषण) की तुलना में सर्वाधिक पाया गया।

अपने घर की साफ–सफाई करने वाले परिवारों में देवरिया के भाटपार रानी विकास खण्ड के गांव अहिरौली तिवारी, की तुलना में अन्य गावों–(सरया, कुकुर घाटी, सोहनापार, बड़का गांव) की तुलना में सर्वाधिक पाया गया।

अपने घर की साफ–सफाई करने वाले परिवारों में कुशीनगर के खण्डा विकास खण्ड के गांव पनियहवां में अन्य गावों– (करदह, सिसवां गोपाल, रामनगर, छितौनी) की तुलना में सर्वाधिक पाया गया।

अपने घर की साफ सफाई करने वाले परिवारों में महाराजगंज के परतावल विकास खण्ड के तरकुलवां में अन्य गावों–(हरपुर तिवारी, नटवां, मंगलपुर, नंदना) की तुलना में सर्वाधिक पाया गया।

परिणाम यह प्रदर्शित करते है कि ज्यादातर लोग आपने घरों को साफ सुथरा रखते हैं। परन्तु लोग बेहतर ढंग से साफ–सफाई नही रख पाते। लोगों का साफ सफाई का उचित तरीका नही मालूम होता जिससे वह सफाई कम गंदगी ज्यादा फैलाते हैं। अकसर लोग अपने घर का कचरा या गंदगी बाहर या पड़ोस में फेंक देते हैं जिससे वातावरण प्रदूषित हो जाता है। जिसके शिकार हम स्वयं होते है। गंदगी मे नाना प्रकार की बीमारियाँ जन्म लेती हैं।

- **इन्सेफ्लाइटिस पीड़ित परिवार के आस–पड़ोस की साफ–सफाई की स्थिति–**

तालिका संख्या 4.13 में इन्सेफ्लाइटिस पीड़ित परिवारों में आस–पड़ोस की साफ–सफाई की स्थिति को प्रदर्शित किया गया है। जिसके अन्तर्गत 34 प्रतिशत अपने घर के आप पड़ोस की सफाई करते हैं जबकि 46 प्रतिशत परिवार अपने आस पड़ोस की सफाई में रूचि नही रखते है।

अपने आस–पड़ोस की साफ–सफाई करने वाले परिवारों में कुशीनगर (57 प्रतिशत) की तुलना में अन्य जनपदों–गोरखपुर,(47 प्रतिशत) महाराजगंज(41

प्रतिशत) देवरिया(39 प्रतिशत) में कम पाये गये। उक्त का पालन न करने वाले परिवारों में देवरिया (61 प्रतिशत) की तुलना में अन्य जनपदों–महाराजगंज (59 प्रतिशत), गोरखपुर(53 प्रतिशत) कुशीनगर(43 प्रतिशत) में कम पाये गये।

अपने घर की साफ सफाई करने वाले परिवारों में अपने आस–पड़ोस की साफ सफाई करने वाले परिवारों में गोरखपुर के चरगांवा विकास खण्ड के गांव गुलरिहां(12 प्रतिशत) की तुलना में अन्य गांवों जंगल छत्रधारी(11प्रतिशत), मानीराम(09 प्रतिशत), रामपुर गोपालपुर(08 प्रतिशत), जंगल धूषण (07 प्रतिशत) में कम पाये गये। उक्त का पालन न करने वाले परिवार में गोरखपुर के चरगांवा विकास खण्ड के गांव जंगल धूषण (13 प्रतिशत) की तुलना में अन्य गांवों–रामपुर गोपालपुर(12 प्रतिशत), मानीराम (11 प्रतिशत), जंगल छत्रधारी(09 प्रतिशत), गुलरिहां(08 प्रतिशत) में कम पाये गये।

अपने आस–पड़ोस की साफ सफाई करने वाले परिवारों में देवरिया के भाटपार रानी विकास खण्ड के गांव अहिरौली तिवारी (12 प्रतिशत), की तुलना में अन्य गावों– कुकुर घाटी (09 प्रतिशत), सोहनापार(08 प्रतिशत) सरया(06 प्रतिशत), बड़का गांव(04 प्रतिशत), में कम पाये गये। उक्त नियम का पालन न करने वाले परिवार में देवरिया के भाटपार रानी विकास खण्ड के गांव बड़का गांव(16 प्रतिशत) की तुलना में अन्य गावों– सरया(14 प्रतिशत), सोहनापार(12 प्रतिशत) कुकुर घाटी(11 प्रतिशत) एवं अहिरौली तिवारी (08 प्रतिशत), में कम पाये गये।

अपने आस–पड़ोस की साफ सफाई करने वाले परिवारों में कुशीनगर के खण्ड विकास खण्ड के गांव रामनगर(15प्रतिशत) की तुलना में अन्य गावों– छितौनी (13 प्रतिशत), पनियहवां(12 प्रतिशत), सिसवां गोपाल (11 प्रतिशत) करदह(06 प्रतिशत) में कम पाये गये। उक्त का पालन न करने वाले परिवार में कुशीनगर के खण्डा विकास खण्ड के गांव करदह(14 प्रतिशत), की तुलना में अन्य गावों–सिसवां

गोपाल (09प्रतिशत), पनियहवां(08 प्रतिशत), छितौनी (07 प्रतिशत) रामनगर (05 प्रतिशत), में कम पाये गये।

अपने आस–पड़ोस की साफ सफाई करने वाले परिवारों में महाराजगंज के परतावल विकास खण्ड के गांव मंगलपुर (13 प्रतिशत) की तुलना में अन्य गावों–नटवा(09 प्रतिशत), तरकुलवां(08 प्रतिशत) हरपुर तिवारी(06 प्रतिशत), नंदना(05 प्रतिशत), में कम पाये गये। उक्त का पालन न करने वाले परिवार में महाराजगंज के परतावल विकास खण्ड के गांव नंदना(15 प्रतिशत), की तुलना में अन्य गावों– हरपुर तिवारी (14 प्रतिशत) तरकुलवां(12) नटवा(11 प्रतिशत), मंगलपुर(07 प्रतिशत), में कम पाये गये।

तालिका सं0 4.13 इन्सेफ्लाइटिस पीड़ितों में गोरखपुर(n=100), देवरिया(n=100), कुशीनगर(n=100) एवं महाराजगंज(n=100) में आस पड़ोस की साफ–सफाई N=400

जनपद	ब्लॉक	गाँव	आस–पड़ोस की साफ सफाई		
			हाँ	नहीं	योग
गोरखपुर	चरगांवा	G1	7(7.0)	13(13.0)	20(20.0)
		G2	9(9.0)	11(11.0)	20(20.0)
		G3	11(11.0)	9(9.0)	20(20.0)
		G4	8(8.0)	12(12.0)	20(20.0)
		G5	12(12.0)	8(8.0)	20(20.0)
		योग	**47(47.0)**	**53(53.0)**	**100(100.0)**
देवरिया	भटपार रानी	D1	9(9.0)	11(11.0)	20(20.0)
		D2	12(12.0)	8(8.0)	20(20.0)
		D3	4(4.0)	16(16.0)	20(20.0)
		D4	6(6.0)	14(14.0)	20(20.0)

		D5	8(8.0)	12(12.0)	20(20.0)
		योग	**39**(39.0)	**61**(61.0)	100(100.0)
कुशीकनगर	(खड्डा)	K1	13(13.0)	7(7.0)	20(20.0)
		K2	6(6.0)	14(14.0)	20(20.0)
		K3	12(12.0)	8(8.0)	20(20.0)
		K4	15(15.0)	5(5.0)	20(20.0)
		K5	11(11.0)	9(9.0)	20(20.0)
		योग	**57**(57.0)	**43**(43.0)	100(100.0)
महाराजगंज	परतावल	M1	6(6.0)	14(14.0)	20(20.0)
		M2	13(13.0)	7(7.0)	20(20.0)
		M3	5(5.0)	15(15.0)	20(20.0)
		M4	9(9.0)	11(11.0)	20(20.0)
		M5	8(8.0)	12(12.0)	20(20.0)
		योग	41(41.0)	59(59.0)	100(100.0)
महायोग			184(46.0)	216(54.0)	400(100.0)

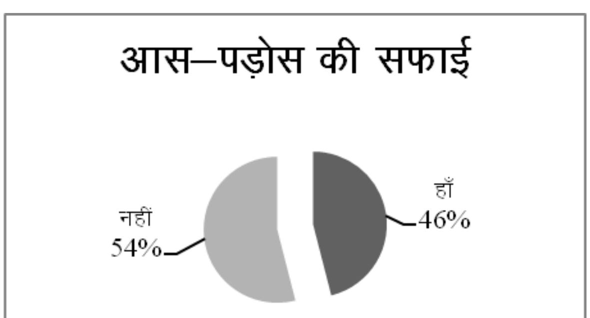
नोटः–

1. कोष्ठक ( ) में प्रतिशत को दर्शाया गया है।
2. G1=जंगल धूषण, G2= मानीराम, G3=जंगल छत्रधारी, G4=रामपुर गोपालपुर, G5=गुलरिहा

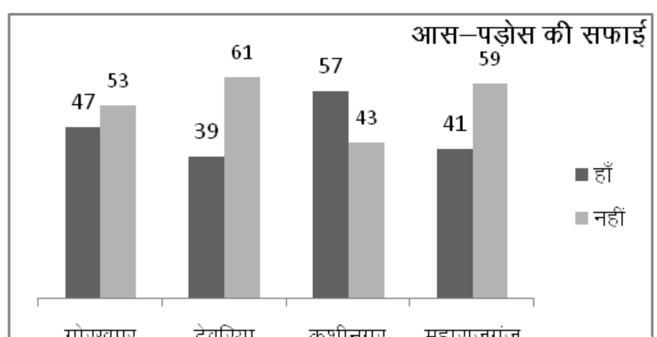
D1= कुकुर घाटी, D2= अहिरौली तिवारी, D3=बड़का गांव, D4=सरया, D5=सोहनापार

K1=छितौनी, K2=करदह, K3= पनियहवा, K4=रामनगर, K5=सिसवां गोपाल

M1= हरपुर तिवारी, M2=मंगलपुर, M3=नन्दना, M4=नटवां, M5=तरकुलवां



चित्र सं0 4.25



चित्र सं0 4.26

- **इन्सेफ्लाइटिस पीड़ित परिवार के आस–पड़ोस की साफ–सफाई की स्थिति–**

अपने आस–पड़ोस की साफ–सफाई करने वाले परिवारों की संख्या कम पायी गयी।

अपने आस–पड़ोस की साफ सफाई करने वाले परिवारों में कुशीनगर में अन्य जनपदों–(गोरखपुर, महाराजगंज, देवरिया) की तुलना में सर्वाधिक पाया गया।
अपने घर की साफ सफाई करने वाले परिवारों में अपने आस–पड़ोस की साफ सफाई करने वाले परिवारों में गोरखपुर के चरगांवा विकास खण्ड के गांव गुलरिहां में अन्य गांवों (जंगल छत्रधारी, मानीराम, रामपुर गोपालपुर, जंगल धूषण) की तुलना में सर्वाधिक पाया गया।

अपने आस–पड़ोस की साफ सफाई करने वाले परिवारों में देवरिया के भाटपार रानी विकास खण्ड के गांव अहिरौली तिवारी में अन्य गावों–(कुकुर घाटी, सोहनापार, सरया, बड़का गांव) की तुलना में सर्वाधिक पाया गया।

अपने आस–पड़ोस की साफ सफाई करने वाले परिवारों में कुशीनगर के खण्ड विकास खण्ड के गांव रामनगर में अन्य गावों– (छितौनी, पनियहवां, सिसवां गोपाल, करदह) की तुलना में सर्वाधिक पाया गया।

अपने आस–पड़ोस की साफ सफाई करने वाले परिवारों में महाराजगंज के परतावल विकास खण्ड के गांव मंगलपुर में अन्य गावों–(नटवां, तरकुलवां, हरपुर तिवारी, नंदना) की तुलना में सर्वाधिक पाया गया।

परिणाम प्रदर्शित करते है कि आस–पड़ोस को साफ–सुथरा न रखने वालों की संख्या ज्यादा है। लोग घरों को साफ सुथरा तो रखते हैं परन्तु अपने पड़ोस में ही कूड़ा फेंक देते हैं जिससे बाहर का वातावरण प्रदूषित हो जाता है। जबकि

आस–पड़ोस को साफ न रखने का सीधा असर हमारे स्वास्थ्य पर पड़ता है। बच्चे भी इससे प्रभावित होते हैं।

- **इन्सेफ्लाइटिस पीड़ित परिवारों में कचरा निस्तारण की स्थिति–**

तालिका संख्या 4.14 में इन्सेफ्लाइटिस पीड़ित परिवारों में कचरा निस्तारण की स्थिति को प्रदर्शित किया गया है। सार्वजनिक स्थलों पर कचरे का निस्तारण करने वाले परिवार(37 प्रतिशत) की तुलना में कचरे को जलाने वाले परिवार(34 प्रतिशत) एवं कम्पोस्ट बनाने वाले परिवार(29प्रतिशत) कम पाये गये।

कचरे को जलाकर निस्तारित करने वाले परिवार में कुशीनगर (41 प्रतिशत) की तुलना में अन्य जनपदों–देवरिया(36 प्रतिशत) गोरखपुर(29 प्रतिशत)और महाराजगंज(31 प्रतिशत) में कम पाये गये। कचरे का निस्तारण सार्वजनिक स्थान पर करने वाले परिवार में गोरखपुर (49 प्रतिशत) की तुलना में अन्य जनपदों–महाराजगंज (39 प्रतिशत), देवरिया(37 प्रतिशत) कुशीनगर (21 प्रतिशत) में कम पाये गये। कचरे का निस्तारण कम्पोस्ट द्वारा करने वाले परिवार में कुशीनगर (38 प्रतिशत) की तुलना में अन्य जनपदों– महाराजगंज(30 प्रतिशत), देवरिया(27 प्रतिशत) एवं गोरखपुर(22 प्रतिशत) में कम पाये गये।

कचरे को जलाकर निस्तारित करने वाले परिवार में गोरखपुर के चरगांवा विकास खण्ड के गांव जंगल धूषण (09 प्रतिशत) की तुलना में अन्य गांवों–जंगल छत्रधारी (08 प्रतिशत), गुलरिहां(06प्रतिशत), मानीराम(03 प्रतिशत), रामपुर गोपालपुर(03 प्रतिशत), में कम पाये गये। कचरे का निस्तारण सार्वजनिक स्थान पर करने वाले परिवार में गोरखपुर के चरगांवा विकास खण्ड के गांव गुलरिहां(13 प्रतिशत) की तुलना में अन्य गांवों– मानीराम(11 प्रतिशत), रामपुर गोपालपुर(10 प्रतिशत), जंगल धूषण(08 प्रतिशत), जंगल छत्रधारी (07 प्रतिशत) में कम पाये गये। कचरे का निस्तारण कम्पोस्ट द्वारा करने वाले परिवार में गोरखपुर के चरगांवा

विकास खण्ड के गांव रामपुर गोपालपुर(07 प्रतिशत) की तुलना में अन्य गांवों– मानीराम(06 प्रतिशत), जंगल छत्रधारी(05 प्रतिशत), जंगल धूषण (03प्रतिशत) गुलरिहां(01 प्रतिशत) में कम पाये गये।

कचरे को जलाकर निस्तारित करने वाले परिवार में देवरिया के भाटपार रानी विकास खण्ड के गांव सरया(11 प्रतिशत), की तुलना में अन्य गावों– अहिरौली तिवारी (09 प्रतिशत) सोहनापार(07 प्रतिशत) कुकुर घाटी (05 प्रतिशत) एवं बड़का गांव(04 प्रतिशत) में कम पाये गये। कचरे का निस्तारण सार्वजनिक स्थान पर करने वाले परिवार में देवरिया के भाटपार रानी विकास खण्ड के गांव सोहनापार(11 प्रतिशत) की तुलना में अन्य गावों– अहिरौली तिवारी (09 प्रतिशत), सरया(08 प्रतिशत), कुकुर घाटी (07 प्रतिशत)बड़का गांव(02 प्रतिशत) में कम पाये गये। कचरे का निस्तारण कम्पोस्ट द्वारा करने वाले परिवार में देवरिया के भाटपार रानी विकास खण्ड के गांव बड़का गांव(14 प्रतिशत) की तुलना में अन्य गावों– कुकुर घाटी(08 प्रतिशत), अहिरौली तिवारी (02 प्रतिशत), सोहनापार (02 प्रतिशत) एवं सरया(01 प्रतिशत) में कम पाये गये।

कचरे को जलाकर निस्तारित करने वाले परिवार में कुशीनगर के खण्डा विकास खण्ड के गांव रामनगर(12 प्रतिशत), की तुलना में अन्य गावों– करदह(10 प्रतिशत), छितौनी (08 प्रतिशत), सिसवां गोपाल (06प्रतिशत) पनियहवां(05 प्रतिशत) में कम पाये गये। कचरे का निस्तारण सार्वजनिक स्थान पर करने वाले परिवार में कुशीनगर के खण्डा विकास खण्ड के गांव करदह (08 प्रतिशत) की तुलना में अन्य गावों–पनियहवां(06 प्रतिशत), सिसवां गोपाल (04 प्रतिशत), छितौनी(02 प्रतिशत), रामनगर(01 प्रतिशत) में कम पाये गये। कचरे का निस्तारण कम्पोस्ट द्वारा करने वाले परिवार में कुशीनगर के खण्डा विकास खण्ड के गांव छितौनी (10 प्रतिशत) एवं सिसवां गोपाल (10 प्रतिशत) की तुलना में अन्य गावों– पनियहवां(09 प्रतिशत), रामनगर(07 प्रतिशत), करदह(02 प्रतिशत) में कम पाये गये।

कचरे को जलाकर निस्तारित करने वाले परिवार में महाराजगंज के परतावल विकास खण्ड के गांव मंगलपुर (09 प्रतिशत) की तुलना में अन्य गावों– नंदना(08 प्रतिशत), हरपुर तिवारी(07 प्रतिशत), तरकुलवां(04 प्रतिशत), नटवा(03 प्रतिशत) में कम पाये गये। कचरे का निस्तारण सार्वजनिक स्थान पर करने वाले परिवार में महाराजगंज के परतावल विकास खण्ड के गांव नटवां (13 प्रतिशत) की तुलना में अन्य गावों– हरपुर तिवारी(09 प्रतिशत), तरकुलवां(08 प्रतिशत) मंगलपुर(05 प्रतिशत), नंदना(04 प्रतिशत), में कम पाये गये। कचरे का निस्तारण कम्पोस्ट द्वारा करने वाले परिवार में महाराजगंज के परतावल विकास खण्ड के गांव तरकुलवां (08 प्रतिशत) एवं नंदना(08 प्रतिशत) की तुलना में अन्य गावों–मंगलपुर(06 प्रतिशत), हरपुर तिवारी(04 प्रतिशत), नटवा(04 प्रतिशत), में कम पाये गये।

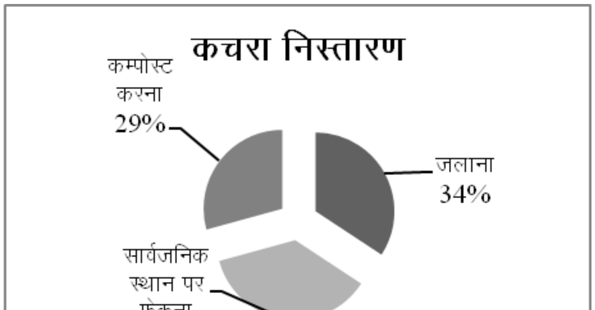
तालिका सं0 4.14 इन्सेफ्लाइटिस पीड़ितों में गोरखपुर(n=100), देवरिया(n=100), कुशीनगर(n=100) एवं महाराजगंज(n=100) में कचरा निस्तारण की स्थिति N=400

जनपद	ब्लॉक	गाँव	कचरा निस्तारण की स्थित			
			जलाना	सार्वजनिक स्थान पर फेकना	कम्पोस्ट करना	योग
गोरखपुर	ब्रगांवा	G1	9(9.0)	8(8.0)	3(3.0)	20(20.0)
		G2	3(3.0)	11(11.0)	6(6.0)	20(20.0)
		G3	8(8.0)	7(7.0)	5(5.0)	20(20.0)
		G4	3(3.0)	10(10.0)	7(7.0)	20(20.0)
		G5	6(6.0)	13(13.0)	1(1.0)	20(20.0)
		योग	29(29.0)	49(49.0)	22(22.0)	100(100.0)

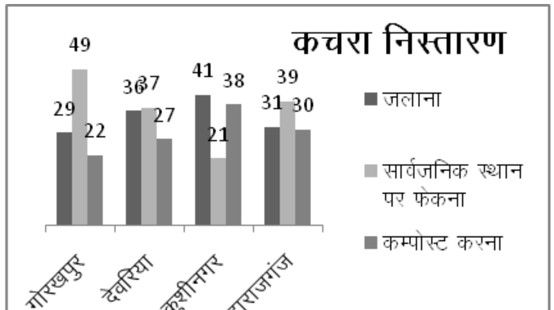
देवरिया	भटपार रानी	D1	5(5.0)	7(7.0)	8(8.0)	20(20.0)
		D2	9(9.0)	9(9.0)	2(2.0)	20(20.0)
		D3	4(4.0)	2(2.0)	14(14.0)	20(20.0)
		D4	11(11.0)	8(8.0)	1(1.0)	20(20.0)
		D5	7(7.0)	11(11.0)	2(2.0)	20(20.0)
		योग	**36**(36.0)	**37**(37.0)	**27**(27.0)	100(20.0)
कुशीकनगार	(खड्डा)	K1	8(8.0)	2(2.0)	10(10.0)	20(20.0)
		K2	10(10.0)	8(8.0)	2(2.0)	20(20.0)
		K3	5(5.0)	6(6.0)	9(9.0)	20(20.0)
		K4	12(12.0)	1(1.0)	7(7.0)	20(20.0)
		K5	6(6.0)	4(4.0)	10(10.0)	20(20.0)
		योग	**41**(41.0)	**21**(21.0)	**38**(38.0)	100(100.0)
महाराजगंज	परतावल	M1	7(7.0)	9(9.0)	4(4.0)	20(20.0)
		M2	9(9.0)	5(5.0)	6(6.0)	20(20.0)
		M3	8(8.0)	4(4.0)	8(8.0)	20(20.0)
		M4	3(3.0)	13(13.0)	4(4.0)	20(20.0)
		M5	4(4.0)	8(8.0)	8(8.0)	20(20.0)

		योग	**31**(31.0)	**39**(39.0)	**30**(30.0)	100(100.0)
महायोग			**137(34.75)**	**146(36.5)**	**117(29.25)**	400(100)

नोटः–
1. कोष्ठक ( ) में प्रतिशत को दर्शाया गया है।
2. G1=जंगल धूषण, G2= मानीराम, G3=जंगल छत्रधारी, G4=रामपुर गोपालपुर, G5=गुलरिहा
D1= कुकुर घाटी, D2= अहिरौली तिवारी, D3=बड़का गांव, D4=सरया, D5=सोहनापार
K1=छितौनी, K2=करदह, K3= पनियहवा, K4=रामनगर, K5=सिसवां गोपाल
M1= हरपुर तिवारी, M2=मंगलपुर, M3=नन्दना, M4=नटवां, M5=तरकुलवां



चित्र सं0: 4.27



चित्र सं0: 4.28

कचरे को सार्वजनिक स्थानों पर फेंकने वालों की संख्या सर्वाधिक पायी गयी।

कचरे को जलाकर निस्तारित करने वाले परिवार में कुशीनगर में अन्य जनपदों–(देवरिया, गोरखपुर महाराजगंज) तुलना में सर्वाधिक पाया गया। कचरे का निस्तारण सार्वजनिक स्थान पर करने वाले परिवार में गोरखपुर में अन्य जनपदों–(महाराजगंज, देवरिया, कुशीनगर) की तुलना में सर्वाधिक पाया गया। कचरे का निस्तारण कम्पोस्ट द्वारा करने वाले परिवार में कुशीनगर में अन्य जनपदों–महाराजगंज, देवरिया एवं गोरखपुर) की तुलना में सर्वाधिक पाया गया।

कचरे को जलाकर निस्तारित करने वाले परिवार में गोरखपुर के चरगांवा विकास खण्ड के गांव जंगल धूषण में अन्य गांवों–(जंगल छत्रधारी, गुलरिहां, मानीराम,

रामपुर गोपालपुर), की तुलना में सर्वाधिक पाया गया। कचरे का निस्तारण सार्वजनिक स्थान पर करने वाले परिवार में गोरखपुर के चरगांवा विकास खण्ड के गांव गुलरिहां में अन्य गांवों–(मानीराम, रामपुर गोपालपुर, जंगल धूषण, जंगल छत्रधारी) की तुलना में सर्वाधिक पाया गया। कचरे का निस्तारण कम्पोस्ट द्वारा करने वाले परिवार में गोरखपुर के चरगांवा विकास खण्ड के गांव रामपुर गोपालपुर में अन्य गांवों– (मानीराम, जंगल छत्रधारी, जंगल धूषण, गुलरिहां) की तुलना में सर्वाधिक पाया गया।

कचरे को जलाकर निस्तारित करने वाले परिवार में देवरिया के भाटपार रानी विकास खण्ड के गांव सरया में अन्य गावों (अहिरौली तिवारी, सोहनापार, कुकुर घाटी एवं बड़का गांव) की तुलना में सर्वाधिक पाया गया। कचरे का निस्तारण सार्वजनिक स्थान पर करने वाले परिवार में देवरिया के भाटपार रानी विकास खण्ड के गांव सोहनापार में अन्य गावों (अहिरौली तिवारी सरया, कुकुर घाटी, बड़का गांव) की तुलना में सर्वाधिक पाया गया। कचरे का निस्तारण कम्पोस्ट द्वारा करने वाले परिवार में देवरिया के भाटपार रानी विकास खण्ड के गांव बड़का गांव में अन्य गावों–(कुकुर घाटी, अहिरौली तिवारी, सोहनापार एवं सरया) की तुलना में सर्वाधिक पाया गया।

कचरे को जलाकर निस्तारित करने वाले परिवार में कुशीनगर के खण्ड विकास खण्ड के गांव रामनगर में अन्य गावों (करदह, छितौनी, सिसवां गोपाल, पनियहवां) की तुलना में सर्वाधिक पाया गया। कचरे का निस्तारण सार्वजनिक स्थान पर करने वाले परिवार में कुशीनगर के विकास खण्ड के गांव करदह में अन्य गावों–(पनियहवां, सिसवां गोपाल, छितौनी, रामनगर) की तुलना में सर्वाधिक पाया गया। कचरे का निस्तारण कम्पोस्ट द्वारा करने वाले परिवार में कुशीनगर के खण्डा विकास खण्ड के गांव छितौनी एवं सिसवां गोपाल में अन्य गावों–(पनियहवां, रामनगर, करदह) की तुलना में सर्वाधिक पाया गया।

कचरे को जलाकर निस्तारित करने वाले परिवार में महाराजगंज के परतावल विकास खण्ड के गांव मंगलपुर में अन्य गावों–(नंदना, हरपुर तिवारी, तरकुलवां, नटवा) की तुलना में सर्वाधिक पाया गया। कचरे का निस्तारण सार्वजनिक स्थान पर करने वाले परिवार में महाराजगंज के परतावल विकास खण्ड के गांव नटवां में अन्य गावों–(हरपुर तिवारी, तरकुलवां, मंगलपुर, नंदना) की तुलना में सर्वाधिक पाया गया। कचरे का निस्तारण कम्पोस्ट द्वारा करने वाले परिवार में महाराजगंज के परतावल विकास खण्ड के गांव तरकुलवां एवं नंदना में अन्य गावों–(मंगलपुर, हरपुर तिवारी, नटवा) की तुलना में सर्वाधिक पाया गया।

परिणाम प्रदर्शित करते हैं कि ज्यादातर लोग कचरे को सार्वजनिक स्थानों पर फेंक देते है। हांलाकि कुछ स्थान पर लोग कचरे को जलाने एवं कम्पोस्ट भी बनाते हैं। कचरे को बाहर फेंक देने से सामूहिक गंदगी का प्रभाव पड़ता है। बच्चे सार्वजनिक स्थानों पर खेलने वाले बच्चे भी इससे प्रभावित होते हैं साथ ही बाहर जाने आने से गंदगी घरों में पुनः वापस आ जाती है जिससे गंदगी का प्रसार होता है और घर का वातावरण भी प्रदूषित हो जाता है। जैसा कि हम जानते है कि इन्सेफ्लाइटिस का गंदगी से सीधा नाता है।

सरकारी एवं गैर सरकारी संस्थाओं के प्रयास से काफी हद तक इन्सेफ्लाइटिस के उन्मलन में प्रभाव पड़ रहा है। लोगों में बीमारी के बचाव के प्रतिसंवेदना जागृति करने के दिशा में भी संस्थाएं भूमिका निभा रही है। जबकि सरकार अपने अन्तर्विभागीय समन्वय स्थापित कर उन्मूलन की दिशा में कार्य कर रही है जिसमें जल निगम, पशु पालन, विकलांग कल्याण विभाग, सूचना विभाग, पंचायती राज विभाग, इंडियन मेडिकल एसोसिएशन, समाज कल्याण विभाग, स्वास्थ्य विभाग, नगर निगम, शिक्षा विभाग, ग्रामीण विकास विभा आदि शामिल हैं। गैर–सरकारी संस्थाएं भी अपने प्रयास से रोगियों के चिन्हिकरण एवं उन्हे त्वरित इलाज हेतु प्ररित करने में भूमिका निभा रही हैं। यूनिसेफ द्वारा आई.ई.सी सामाग्रियों

के विकास, सोशल मीडिया अभियानों केसंचालन, मानव—संसाधनों के प्रशिक्षण, अनुश्रवण एवं प्रबंधन में राज्य सरकार को सहयोग दिया जा रहा है। टाटा ट्रस्ट के द्वारा रोगियों की त्वरित पहचान, उपचार एवं सन्दर्भन के लिए पूर्ण सुसज्जित मेडिकल मोबाइल वैन प्रदान किया गया है। प्लान इण्डिया के द्वारा गोरखपुर एवं महराजगंज जनपद में लॉजिस्टिक्स, प्रशिक्षण एवं अनुश्रवण में सहयोग प्रदान किया जा रहा है। इनके प्रयासों से इन्सेफ्लाइटिस रोगी मृत्यु—दर में कमी आयी है।

पंचम अध्याय

निष्कर्ष एवं सुझाव

प्रस्तुत अध्ययन पूर्वी उत्तर प्रदेश के पूर्वांचल में इन्सेफ्लाइटिस की विभीषिका का समाजशास्त्रीय अध्ययन है। इस अध्ययन का मुख्य उद्देश्य इन्सेफ्लाइटिस होने में जिम्मेदार सामजिक–आर्थिक एवं अन्य कारकों की पहचान करना एवं उसके निराकरण के उपाय खोजना रहा है।

शोध अभिकल्प के रूप में शोधकर्ता ने वर्णनात्मक शोध अभिकल्प को चुना और सूचनाओं के संकलन के लिए साक्षात्कार अनुसूची का प्रयोग किया गया। साक्षात्कार अनुसूची का प्रयोग इसलिए किया गया क्योंकि प्रतिदर्श के अन्तर्गत अशिक्षित सूचनादाता भी सम्मिलित हैं।

प्रस्तुत अध्ययन के लिए पूर्वी उत्तर प्रदेश के सर्वाधिक प्रभावित गोरखपुर मण्डल के चार जनपदों–गोरखपुर, देवरिया, कुशीनगर एवं महाराजगंज का चयन किया गया है। प्रत्येक जनपद के एक–एक विकास खण्ड से पाँच–पाँच, गाँव का चयन किया गया जिसके अन्तर्गत गोरखपुर जनपद के चरगांवा विकास खण्ड के पाँच गांवों (जंगल धूषण, मानीराम, जंगल छत्रधारी, रामपुर गोपालपुर एवं गुलरिहा), देवरिया जनपद के भाटपार रानी विकास खण्ड के पाँच गांवों (कुकुर घाटी, अहिरौली तिवारी, बड़का गांव, सरया एवं सोहनापार), कुशीनगर जनपद के खड्डा विकास खण्ड के पाँच गांवों (छितौनी, करदह, पनियहवा, रामनगर एवं सिसवां गोपाल) तथा महाराजगंज जनपद के परतावल विकास खण्ड के पाँच गांवों (हरपुर तिवारी, मंगलपुर, नन्दना, नटवां, तरकुलवां) का चयन किया गया है। इस अध्ययन हेतु प्रतिदर्श के रूप में 400 इन्सेफ्लाइटिस से पीड़ित परिवारों का चयन

उद्देश्यपूर्ण स्तरीयकृत प्रतिदर्शन विधि द्वारा किया गया है, जिसमें से प्रत्येक जनपद के 100–100 परिवार प्रतिभागी के रूप में थे। प्रत्येक गांव से 20–20 पीड़ित परिवारों का चयन किया गया।

प्रतिदर्श से प्राप्त मात्र्ाात्मक तथ्यों का विश्लेषण साख्यकीय विधियों से किया गया है। जिस तथ्यों का विश्लेषण मात्रात्मक पद्धति से संभव नही था उन्हे उपयुक्त स्थान पर वैसे ही प्रस्तुत किया गया है। लोगों का भ्रम था कि यह समाजशास्त्र का विषय नही वरन् चिकित्सा विज्ञान का विषय है। परन्तु अध्ययन एवं विचार–विमर्श के दौरान पाया कि मूलतः यह चिकित्सा का ही एक मात्र विषय नही है। परन्तु इसके लिए रोगी का सामाजिक एवं आर्थिक परिवेश भी समान रूप से उत्तरदायी है। शोधकर्ता निर्णायक उपाय हेतु उन रोगियों एवं उनके परिजनों से मिला उनको समझने की कोशिश की तो पाया कि वास्तव में समाजिक–आर्थिक परिवेश सामान रूप से उत्तरदायी है वरन् सामाजिक परिवेश तुलनात्मक रूप से उत्तरदायी है। शायद सामाजिक परिवेश को सुधार दिया जाय तो इन्सेफ्लाइटिस पनपने के पूर्व ही निदान हो सकता है।

अध्ययन में यह पाया गया कि इन्सेफ्लाइटिस का प्रसार हांलाकि पूरे वैश्विक पैमाने पर विस्तृत है चूंकि शोधकर्ता की शोध की सीमाएं थी इसलिए वैश्विक परिक्षेत्र का अध्ययन कर पाना संभव नही हो सका। अतः शोधार्थी द्वारा अपने अंचल पर ध्यान संकेन्दित करने का प्रयास किया गया है। शोधार्थी के शोध का परिक्षेत्र पूर्वी उत्तर प्रदेश के पूर्वान्चल विशेषतौर पर गोरखपुर मण्डल के चार जिलों के सन्दर्भ में अध्ययन करना रहा है। अतः वैश्विक पैमाने पर इन्सेफ्लाइटिस की विभिषिका पर संक्षिप्त प्रकाश डालते हुए क्रमशः घटते हुए क्रम में भारतीय परिक्षेत्र, फिर उत्तर प्रदेश और फिर अन्ततः पूर्वी उत्तर प्रदेश के चार जनपद ही शोधार्थी के अध्ययन परिक्षेत्र में संकेन्द्रित रहा है। जिनमें क्रमशः गोरखपुर, देवरिया, कुशीनगर एवं महाराजगंज उल्लिखित है।

शोधार्थी ने इन्सेफ्लाइटिस के सन्दर्भ में सामाजिक–आर्थिक कारणों का अध्ययन करते हुए विभिन्न चरणों में अपने शोध का कार्य पूर्ण किया है।

इन्सेफ्लाइटिस मरीजों के सामाजिक–आर्थिक पृष्ठभूमि के अध्ययन से यह निष्कर्ष प्राप्त होता है लैगिंक विभेद के अन्तर्गत पुरूष मरीज महिला मरीजों की तुलना में सर्वाधिक प्रभावित पाये गये। पीड़ितों की आयु स्तर के अन्तर्गत ज्यादातर पीड़ितों की आयु 0 से 5 वर्ष आयु के मध्य पायी गई।

अध्ययन के दौरान मुखिया के शैक्षिक स्तर के अन्तर्गत इन्सेफ्लाइटिस पीड़ित परिवार के मुखिया ज्यादातर अशिक्षित एवं अल्प शिक्षित पाये गये। शिक्षा के अभाव में भी लोग बीमारियों के प्रति जागरूक एवं सचेत नही होते और आम बीमारी समझकर चिकित्सा के अन्य उपायों जैसे झाड़–फूक, जादू–टोना आदि का सहारा लेते है।

जाति स्तर पर भी अवलोकन में पीड़ितों के जाति विवरण के अन्तर्गत पीड़ित परिवारों में अनुसूचित जाति/अनुसूचित जन जाति के लोग ज्यादा इसके शिकार पाये गये। इस प्रकार जाति में भी इन्सेफ्लाइटिस का प्रभाव देखने को मिलता है।

आर्थिक स्थिति भी काफी हद तक व्यक्ति के स्वास्थ्य के लिए जिम्मेदार मानी जाती है। धनाभाव में व्यक्ति अपने स्वास्थ्य का ठीक से ध्यान नही रख पाता। हांलाकि अध्ययन में पीड़ितों के आर्थिक स्थितियों में ज्यादातर पीड़ित परिवार गरीबी रेखा के उपर जीवन यापन करते हैं। इससे प्रतीत होता है कि गरीब होने के बावजूद भी लोगों को सरकारी आंकडों में गरीबी रेखा सूची में स्थान नही मिल पाया है।

इन्सेफ्लाइटिस पीड़ितों के परिवार के आकार का अवलोकन में ज्यादातर पीड़ित परिवार संयुक्त परिवार के पाये गये। परिवार का आकार भी व्यक्ति के

स्वास्थ्य के लिए जिम्मेदार माना जाता है। अध्ययन बताते है कि संयुक्त परिवार में बच्चों का ठीक ढंग से देखभाल नही हो पाता है। जिसके कारण वे बीमारियों के शिकार हो जाते हैं।

इन्सेफ्लाइटिस पीड़ितों के परिवार में आजीविका के साधन में ज्यादातर पीड़ित परिवार कृषि/श्रमिक पाये गये। ज्यादातर ग्रामीण क्षेत्रों में आज भी लोगों के आजीविका का साधन कृषि आधारित श्रम ही देखा जाता है। पीड़ित परिवारों में भी ऐसा देखने को मिला।

इन्सेफ्लाइटिस पीड़ितों के मकान की संरचना के अन्तर्गत ज्यादातर पीड़ित कच्चे मकानों में निवास करते हैं। कच्चे मकानों में गंदगी एवं साफ सफाई के अभाव होना स्वभाविक है। ऐसी स्थिति में स्वच्छता का अभाव एवं मच्छरों की उत्पत्ति एक महत्वपूर्ण कारण माना जाता है।

पेय जल की उपलब्धता के अध्ययन में पाया गया कि ज्यादातर पीड़ित शैलो हैण्ड पम्प का इस्तेमाल करते हैं। हांलाकि सरकार के द्वारा शैलों हैण्ड पम्प के जल को प्रदूषित माना गया है। परन्तु ग्रामीण क्षेत्र में आज भी इण्डिया मार्का हैण्ड पम्प की संख्या पर्याप्त न होने के कारण लोग शैलो हैण्ड का पानी पीने को मजबूर हैं।

परिवार में विद्युत की उपलब्धता के अध्ययन में पाया गया कि ज्यादातर पीड़ित परिवारों में विद्युत की उपलब्धता है। सरकार के ग्राम विद्युतिकरण योजना का प्रभाव क्षेत्र में देखने को मिलता है। जहां सरकार द्वारा अधिकतर घरों में विजली की उपलब्धता सुनिश्चित करायी जा रही है।

शौचालय के उपयोग करने वाले परिवारों के अध्ययन में यह पाया गया कि ज्यादातर पीड़ित घरों में शौचालय का इस्तेमाल नही किया जाता है। आज सरकार

खुले में शौच से मुक्ति के लिए अनेकानेक प्रयत्न कर रही है। ग्रामीण क्षेत्रों में शौचालय बनवाये जा रहे हैं। लोगों के घरों में शौचालय तो बन गये है परन्तु लोगों में उसके इस्तेमाल के प्रति आज भी उदासीनता देखने को मिलती है।

पीड़ित परिवारों में पशु पालन की स्थिति करने पर पाया गया कि ज्यादातर पीड़ित परिवारों में अन्य पशुओं जैसे गाय, भैस, बकरी आदि का पालन किया जाता है। हांलाकि सुअर एवं घोड़ा पालन करने वाले परिवार भी पाये गये परन्तु उनकी संख्या काफी कम मिली।

जल जमाव की स्थितियों के अन्तर्गत यह पाया गया कि ज्यादातर पीड़ित के घर के आस–पास धान की खेत है, जहाँ जल जमाव होता है जिसके कारण मच्छरों का आतंक काफी बढ़ जाता है जो कि इन्सेफ्लाइटिस का कारण बनते हैं।

पीड़ित परिवार के रात्रि शयन के स्थान की स्थिति के अन्तर्गत पाया गया कि ज्यादातर पीड़ित घरों के अंदर रात्रि शयन करते हैं। घर के अन्दर साफ–सफाई का पर्याप्त व्यवस्था न होना एक स्वभाविक कारण माना जा सकता है।

इन्सेफ्लाइटिस पीड़ित परिवार में मच्छरों से बचाव की स्थिति के अन्तर्गत पाया गया कि ज्यादातर पीड़ितों के घरों में मच्छरों से बचाव के लिए मच्छरदानी का प्रयोग किया जाता है। हांलाकि कुछ परिवारों में मच्छर भगाने के लिए मच्छररोधी अगरबत्ती एवं धुँए का भी इस्तेमाल करते हैं।

इन्सेफ्लाइटिस पीड़ित परिवार में उपचार की सुलभता के अन्तर्गत पाया गया कि ज्यादातर परिवार इलाज हेतु सरकारी अस्पतालों का उपयोग करते हैं। कुछ परिवार निजी अस्पतालों को भी इलाज के लिए महत्व देते हैं।

मरीजों को अस्पताल ले जाने के साधनों के उपयोग में पाया गया कि ज्यादातर इन्सेफ्लाइटिस पीड़ितों को अस्पताल पहुंचाने के साधन हेतु एम्बुलेन्स का उपयोग किया जाता है। सरकार के प्रचार–प्रसार के कारण आज लोगों में एम्बुलेन्स के प्रयोग के प्रति काफी जागरूकता आयी है।

पीड़ितों को मिलने वाले आहार (दाल एवं दूध) के अन्तर्गत सप्ताह में शून्य से दो दिन प्राप्त होने वाले पीड़ितों की संख्या सर्वाधिक पायी गयी। इससे ऐसा प्रतीत होता है कि पीड़ितों को पर्याप्त संतुलित आहार नही प्राप्त नही हो पाता है। न ही परिजन इसके प्रति जागरूक हैं।

पीड़ितों को मिलने वाले आहार (मांसाहारी भोजन) के अन्तर्गत सप्ताह में एक दिन प्राप्त होने वाले पीड़ितों की संख्या सर्वाधिक पायी गयी। गरीबी के कारण आज भी ग्रामीण क्षेत्रों में लोग पौष्टिक आहार के प्रति जागरूक नही हैं।

पीड़ितों को मिलने वाले आहार (हरी सब्जियाँ) के अन्तर्गत सप्ताह में शून्य से दो दिन प्राप्त होने वाले पीड़ितों की संख्या सर्वाधिक पायी गयी।

सूचना(प्रिन्ट माध्यम) द्वारा प्राप्त न करने वाले परिवारों की संख्या ज्यादा पायी गई। सूचना(इलेक्ट्रानिक माध्यम) द्वारा प्राप्त करने वाले परिवारों की संख्या ज्यादा पायी गई। सूचना(सामाजिक कार्यकर्ता/एनजीओं माध्यम) द्वारा प्राप्त न करने वाले परिवारों की संख्या ज्यादा पायी गई।

स्वास्थ्य विभाग द्वारा सूचनाएं न प्राप्त करने वाले परिवारों की संख्या ज्यादा पायी गई। पीड़ितों में सप्ताह में 0–5 दिन स्नान/व्यक्तिगत साफ–सफाई करने वालों की संख्या सर्वाधिक पायी गई।

प्राप्त परिणाम के अनुसार पीड़ितों में साफ–सुथरा कपड़ा पहनने वालों की संख्या सर्वाधिक पायी गई। बच्चों को साफ–सुथरा कपड़े उपलब्ध कराने वाले

अभिभावकों की संख्या काफी पायी गई है। हांलाकि कुछ क्षेत्रों में लोग इसके प्रति लापरवाह पाये गये हैं।

प्राप्त परिणाम के अनुसार पीड़ितों में भोजन पूर्व एवं शौचोपरान्त हाथ धुलने वालों की संख्या सर्वाधिक पायी गई। ग्रामीण क्षेत्र में भी आजकल बच्चों में हैण्ड वाश का प्रचलन तेजी से बढ़ा है जिसका असर प्रस्तुत शोध में देखने को मिला।

अपने घर की साफ–सफाई करने वाले परिवारों की संख्या सर्वाधिक पायी गयी। आज स्वच्छता पर सरकार द्वारा चलायी जा रहे अनगिनत कार्यक्रम एवं मीडिया के प्रचार प्रसार का असर देखने को मिलता है। ज्यादातर लोग अपने घरों को साफ सुथरा रखते हैं।

अपने आस–पड़ोस की साफ–सफाई करने वाले परिवारों की संख्या कम पायी गयी। लोग अपने घरो की तो साफ–सफाई करने में पीछे नही रहते परन्तु आस पड़ोस की सफाई के प्रति उदासीनता देखने को मिलती है। परन्तु बीमारियां आस पड़ोंसे ही घरों में जाती है।

कचरे को सार्वजनिक स्थानों पर फेंकने वालों की संख्या सर्वाधिक पायी गयी। परिणाम प्रदर्शित करते है कि ज्यादातर लोग कचरे को सार्वजनिक स्थलों पर फेंककर अपनी कर्तव्य को पूर्ण समझ लेते हैं। जबकि सार्वजनिक स्थल बीमरियों के प्रसार में काफी सक्रिय भूमिका निभाते हैं। यह वह स्थल होता है जहां पर छोटे–बड़े बच्चे सुबह–शाम खेलने–कूदने के लिए जाते हैं बड़े लोग भी अकसर सार्वजनिक स्थलों पर बैठक चौपाल आदि के कार्य किया करते हैं। ऐसी स्थिति में इन स्थलों पर फेंके गये कचरे से बीमारियों के विषाणु या जीवाणु अनेक घरों में जाते हैं और लोगों को अपने गिरफ्त में ले लता है।

निष्कर्ष सार

शोध के दौरान शोधार्थी द्वारा इस बात का ध्यान रखा गया कि शोधार्थी का परिक्षेत्र पूर्वी उत्तर प्रदेश के पूर्वान्चल के सर्वाधिक इन्सेफ्लाइटिस प्रभावित परिक्षेत्र गोरखपुर अंचल तक ही सीमित रहे, किन्तु इसके तहत शोधार्थी का यह भी प्रयास रहा कि इन्सेफ्लाइटिस के वैश्विक परिदृश्य में हो रहे उथल–पुथल, शोध की प्रगतिशीलता आदि भी शोध से अछूती न रहे। शोधार्थी ने साक्षात्कार अनुसूची के निर्धारण के पूर्व वैश्विक परिदृश्य पर इन्सेफ्लाइटिस के सन्दर्भ में हो रहे विभिन्न उच्च स्तरीय शोधों का यथोचित अध्ययन एवं चिन्तन–मनन किया। शोधार्थी ने इस अध्ययन के परिदृश्य में अपने अनुसूची का निर्धारण किया जिससे की समाजशास्त्रीय अध्ययन के समग्र फलक मसलन–सामाजिक, आर्थिक एवं अन्य विशिष्ट कारकों पर एक दृष्टि डाली जा सके। इसके तहत प्रमुख कारकों का निर्धारण किया इसके अन्तर्गत पहला सामाजिक, दूसरा आर्थिक एवं तीसरा अन्य विशिष्ट कारक है। शोधार्थी द्वारा किये गये उपरोक्त अध्ययन यह बताते हैं कि तीनों कारकों का इन्सेफ्लाइटिस के होने एवं प्रसार में मिली–जुली भूमिका होती है। उदाहरण के तौर पर सामाजिक कारकों में इन्सेफ्लाइटिस का प्रभाव अनुसूचित जाति एवं अनुसूचित जन जाति में ज्यादा पाया गया। वहीं दूसरी तरफ लड़कों में ज्यादा पाया गया। इसके उलट लड़कियों में कम पाया गया। जबकि शोधार्थी ने सामाजिक धारणाओं के आधार पर यह परिकल्पना बनायी थी कि चूंकि लड़कियाँ प्रायः घरों में रहती है, उनका गंदगियों से दो–चार होना पड़ता है। उनमें कुपोषण होता है इससे उनमें इन्सेफ्लाइटिस होने की संभावना ज्यादा होगी लेकिन शोधार्थी का निष्कर्ष इससे विल्कुल विपरीत मिला शोधार्थी के निष्कर्ष में यह बात उजागर हुई कि 71 प्रतिशत लड़के इन्सेफ्लाइटिस से प्रभावित पाये गये। इससे पूर्व की परिकल्पना खण्डित हुई।

आर्थिक कारकों के अन्तर्गत भी शोधार्थी ने विभिन्न उप श्रेणियों का निर्धारण करके अपने अध्ययन को पूर्ण किया है जैसे आय वर्ग, आजीविका के साधन, परिवार का वर्गीकरण, मकान के प्रकार आदि। इनमें आय के स्तर पर इन्सेफ्लाइटिस के सन्दर्भ में पड़ने वाले प्रभाव के सम्बन्ध में यह पूर्ण धारणा थी कि निम्न आय वर्ग के लोगों में इन्सेफ्लाइटिस होने की संभावना ज्यादा होगी। परन्तु शोधार्थी के शोधोपरान्त प्राप्त आकड़े यह बताते हैं कि आय का स्तर इन्सेफ्लाइटिस के होने में समान रूप से बिखरा हुआ है। उपरोक्त आकड़ों में 40 प्रतिशत गरीबी रेखा के नीचे एवं 60 प्रतिशत गरीबी रेखा के उपर पाये गये। इस आधार पर निश्चिततौर पर यह नही कहा जा सकता है कि इन्सेफ्लाइटिस गरीबों की ही बीमारी है। यह समान रूप से हर आय वर्ग के लोगों में असर डालती है।

अन्य विशिष्ट कारकों के अन्तर्गत भी शोधार्थी ने विभिन्न उप श्रेणियों का निर्धारण करके अपने अध्ययन को पूर्ण किया है जैसे—जल जमाव, रात्रि शयन, हैण्ड वाश, पशु पालन की स्थिति, कचरा निस्तारण की स्थिति आदि। कचरा निस्तारण की स्थिति का इन्सेफ्लाइटिस पर पड़ने वाले प्रभाव को जानने के लिए शोधार्थी ने तीन विकल्प का निर्धारण किया। जिसमें पहला कचरे को जलाना दूसरा कचरे का सार्वजनिक स्थल पर निस्तारण तीसरा कचरे को कम्पोस्ट बनाना था। शोधार्थी यह जानना चाहता था कि इन्सेफ्लाइटिस के प्रसार में कचरा निस्तारण के किसी खास प्रकार का कोई विशिष्ट प्रभाव पड़ता है या नहीं यदि पड़ता है तो कौन से विशिष्ट प्रकार तुलनात्मक रूप में इन्सेफ्लाइटिस के होने में अधिक प्रभावी भूमिका निभाता है। शोध के आकड़े यह बताते हैं कि कचरा निस्तारण के सभी विकल्प समान रूप से प्रभावी पाये गये।

अन्ततः शोधार्थी आकड़ों के आधार पर इस निष्कर्ष पर पहुचा है कि इन्सेफ्लाइटिस के कारगर नियंत्रण की योजना निर्धारित करते समय सिर्फ वैश्विक

स्तर पर किये जा रहे शोध एवं अध्ययन पर ही निर्भर नहीं रहना चाहिए वरन् यह ध्यान रखना चाहिए इनका अनुप्रयोग किस प्रकार की परिस्थिति में रहने वाले मरीजों पर किया जाना है। पूर्वान्चल की आम जनता का सामाजिक एवं आर्थिक स्तर, वैश्विक स्तर की तुलना में अनेक विन्दुओं पर पूरीतौर पर पृथक है। इसलिए कोई आवश्यक नही है कि अभिजात्य वर्ग समूहों मसलन–अमरीकी, चीनी, जापानी अथवा महानगरीय निवासी दिल्ली, कोलकाता, मुम्बई आदि क्षेत्रों में पाये जाने वाले मरीजों पर इस्तेमाल किये जाने वाले उपाय एवं उपचार पूरीतौर पर निम्न स्तरीय वातावरण जैसे–गोरखपुर अंचल में रहने वाले नागरिक पर समान रूप से कारगर सिद्ध हो। इसलिए चिकित्सा विशेषज्ञों, वैज्ञानिकों शोधार्थियों आदि को यदि पूर्वान्चल में पनप रही इन्सेफ्लाइटिस की विभिषिका पर समग्र रूप एवं कारगर ढ़ंग से नियंत्रण पाना है, तो अपनी योजनाएं यहाँ के परिवेश को ध्यान में रखकर ही बनानी होंगी। उनपर सरकार को भी समग्र रूप में सामूहिक एवं युद्ध स्तर पर प्रयास करने होंगे तभी पूर्वान्चल के नौनिहाल इन्सेफ्लाइटिस के जहरीले नाग–पाश से मुक्त हो सकेंगे और मुक्त हवा में सांस ले सकेंगे। अन्यथा मर्ज बढ़ता गया ज्यों–ज्यों दवा किया वाली कहावत चरितार्थ होगी और सरकारी प्रयासों की धज्जियाँ उड़ती रहेंगी।

सुझाव

1. इन्सेफ्लाइटिस पर अंकुश के लिए सबसे जरूरी कदम उसकी रोकथाम के उपाय होने चाहिए, लेकिन सरकार का जोर इलाज पर रहता है।
2. इन्सेफ्लाइटिस के प्रमुख सामाजिक कारकों को स्कूली पाठ्यक्रमों का हिस्सा बनाना चाहिए जिससे बच्चों में शैक्षिक वातावरण में ही इसके प्रति जागरूकता का प्रसार हो सके और बच्चों के माध्यम से अभिभावकों में जागरूकता का विकास हो सके।

3. समुदाय में आर्थिक सुरक्षा से सम्बन्धित कार्यक्रमों चलाये जाने चाहिए ताकि लोगों का जीवन स्तर अच्छा हो सके, उनकी निर्धनता, बेरोजगारी जैसी समस्याओं को दूर किया जा सके। निर्धनता भी इन्सेफ्लाइटिस के लिए उत्तरदायी होती है इस कारण निर्धनता की समस्या को दूर करना आवश्यक है।
4. जहाँ तक इसके समूल नाश का विषय है वह तभी संभव हो सकेगा, जब कुछ सघन उपाय किये जाये और लोगों के अन्दर इस बीमारी के खिलाफ लड़ने के लिए प्रेरित किया जाये।
5. जैसा कि यह स्पष्ट हो चुका है कि इस बीमार का इलाज मात्र बचाव है अत लोगों के इसके प्रति चेतना जागृत करनी होगी, लोगों में जागरूकता बढ़ाकर ही इस बीमारी को अल्प बनाया जा सकता है।
6. विगत दिनों में जिस प्रकार चेचक, प्लेग आदि बीमारियों और पोलियो को एक राष्ट्रीय कार्यक्रम का बनाकर उनके उन्मूलन का प्रयास किया गया ठीक उसी प्रकार जापानी बुखार को राष्ट्रीय कार्यक्रम का स्वरूप देना चाहिए।
7. विश्व के विभिन्न विकसित देशों चीन, जापान, थाईलैण्ड, कोरिया के मॉडलों से भी प्रेरणा लेनी होगी।
8. राष्ट्रीय बीमारियों का एक दिवस घोषित करना पड़ेगा। समाज में एक उत्सव का माहौल बनाना पड़ेगा...। प्रभात फेरी, नुक्कड़ नाटक आदि का प्रदर्शन करना आवश्यक होगा, घर–घर जाकर सघन कार्यक्रम चलाना पड़ेगा, जिससे की आम जन की जागरूकता में वृद्धि हो सके और प्रारंभिकतः ही इससे बचाव हो सके।
9. मस्तिष्क ज्वर कोई वंशानुगत बीमारी नही है, यह समाज के कुसंयोजन के द्वारा उपजी हुई अल्पकालिक बीमारी है, जिसका बचाव एक कारगर निदान है।

10. इसके बाद भी यदि किन्ही वजहों से यह बीमारी फिर भी फिर भी नही रूकती है तो उसके टीकाकरण का अनवरत प्रयोग किया जाय (जिस प्रकार पल्स पोलियो अभियान चलाया जाता है) जिससे इन्सेफ्लाइटिस नामक बीमारी महामारी बनने से पूर्व ही समाप्त हो जाय।
11. मूलतः इन्सेफ्लाइटिस ऐसे समाज की बीमारी है जहाँ पर अशिक्षा है.. कल्चरल गैप है। किन्ही वजहों से से यदि कोई उपर्युक्त समाधान उपलब्ध भी कराया जाय तो आम जन में उसका कुछ ही अंश पहुंच पाता है।
12. पूर्वी उत्तर प्रदेश की समस्या कुपोषण भी है, सरकार को इन सभी कारकों पर भी ध्यान देना चाहिए अर्थात एक राष्ट्रीय कार्यक्रम बनाकर, एक मिशन के रूप में पहल की जानी चाहिए उम्मीद है तभी इन्सेफ्लाइटिस जैसी वेक्टर जनित बीमारी का समूल नाश हो सकेगा।

बाबा राघव दास मेडिकल कालेज, गोरखपुर के पूर्व प्राचार्य, डा0 के0पी0 कुशवाहा ने थाईलैण्ड मॉडल का उदाहरण देते हुए कहा कि थाईलैण्ड में 10 से 20 युवक–युवतियों को फ्रन्ट वालंटियर बनाया जाता है, जो गांव–गांव में इन्सेफ्लाइटिस मरीजों की पहचान करते हैं और उन्हे तत्काल स्वास्थ्य केन्द्र पर पहुंचाते हैं। यहाँ के स्वास्थ्य केन्द्र काफी सुविधाजनक होते हैं। जहां से किसी भी मरीज को सन्दर्भित करने की आवश्यकता ही नही पड़ती। वालंटियर्स को स्वास्थ्य केन्द्रों से गम्बुजिया मछली दी जाती है जिसे वे गांव में पानी के पाकटों में डाल देते हैं। यही वालंटियर्स समय–समय पर बच्चों को ढूंढ कर टीकाकरण कराते हैं।

इन्सेफ्लाइटिस उन्मूलन अभियान, गोरखपुर के चीफ कैम्पेनर एवं वरिष्ठ बाल रोग विशेषज्ञ डा0 आर0एन0सिंह ने अपने बातचीत में बताया कि एईएस के दो मुख्य कारक हैं–मच्छर जनित जापानी एन्सेफलाइटिस और जल जनित एन्ट्रोवॉयरल एन्सेफलाइटिस। मच्छर जनित जापानी क्यूलेक्स मच्छर द्वारा संचारित होता है वहीं

जल जनित एन्सेफलाइटिस दूषित जल के कारण। सुरक्षित पेयजल और स्वच्छ शौचालय, हाथ धोने की शिक्षा ही इसके रोकथाम में जरूरी है। बस पेय जल और मानव मल के मिल जाने को रोकना ही इसके प्रिवेंशन का मुख्य उपाय है। खुले में शौच के कारण बरसात के दिनों में यह जल जमाव दुश्वार हो जाता है।

मानव सेवा संस्थान 'सेवा' के निदेशक राजेश मणि ने अपने अनुभवों को साझा करते हुए कहा कि जब तक एक छतरी के नीचे समन्वित रूप से सभी विभाग (पंचायत विभाग, जलकल विभाग, स्वास्थ्य विभाग, शिक्षा विभाग, समाज कल्याण विभाग आदि) एक साथ कार्य नहीं करेंगे तब तक इन्सेफ्लाइटिस का समूल नाश नही किया जा सकता है। इसके अलावा स्वच्छता, शुद्ध पेयजल, सूअरबाड़े का प्रबंधन, टीकाकरण, विकलांगों का पुनर्वास और साथ ही साथ अपनी संवेदना और मानवता को बचाए और जगाए रखने की आवश्यकता है।

नेहरू चिकित्सालय, बी.आर.डी. मेडिकल कालेज, गोरखपुर के प्रमुख चिकित्सा अधीक्षक डा0 गिरीश चन्द्र श्रीवास्तव ने सुझाव में बताया कि इस बीमारी में थोड़ी सी लापरवाही बच्चे को मौत के मुंह में जाने के लिए विवश कर देती है। पूर्व में ही सतर्कता बरतकर इस बीमारी के प्रभाव को कम किया जाता है जैसा कि कहा जाता है प्रिवेंशन इज वेटर देन क्योर।

सन्दर्भ सूची

एबेसिंघे, एम.(1987). *सम एपिडमियालोजिकल आस्पेक्ट ऑफ द आउटब्रेक ऑफ जैपनीज इन्सेफ्लाइटिस इन अनुराधापुरा, डिस्ट्रिक्ट, श्रीलंका,* 1985–1986. यूनिवर्सिटी ऑफ कोलंबो; 1987; श्रीलंका.

बासु, ए. एण्ड दास, एस (2008). जैपनीज इन्सेफ्लाइटिस काजेज ''डाउबल ट्रबल'' टू ब्रेन. *इन साइन्स डेली* (जुलाई 8, 2008) एक्सेस.

बद्री, वी.एस.(1985). ए सोशियो इक्नामिक स्ट्डी ऑफ जैपनीज इन्सेफ्लाइटिस इन कोलार डिस्ट्रक्ट ऑफ कर्नाटका ड्यूरिंग 1981. *हेल्थ एण्ड पापुलेशन–पर्सपेक्टिव एण्ड इसूज,* 8, 29–49.

बेज़बोरूआ, जी. एण्ड बारभूईयां, एस.(2018). ए स्ट्डी ऑफ सोशियो–डेमोग्राफिक एण्ड क्लिनिकल प्रोफाइल ऑफ चिल्ड्रेन विथ एक्यूट इन्सेफ्लाइटिस सिन्ड्रोम प्रेजेन्टिंग टू गुवाहाटी मडिकल कालेज एण्ड हास्पिटल, गुवाहाटी. *आईओएसआर जर्नल ऑफ डेन्टल एण्ड मेडिकल साइंस.* 17:23–34.

भारत की जनगणना(2011) उत्तर प्रदेश, प्रतियोगिता साहित्य सिरीज, आगरा, पृ011–22

चक्रवर्ती, एस.के., सरकार, जे.के. एवं अन्य(1975). द फर्स्ट एपेडमिक आफ जैपेनिक इन्सेफ्लाइटिस स्ट्डीड इन इण्डिया–वायरोलॉजिकल स्ट्डीज. *इण्डियन जर्नल ऑफ मेडिकल रिसर्च,* 63, 77–82.

चौधरी, एस.के.(2006) ''इन्ट्रोडक्शन'' इन सुकान्त.के.चौधरी.(सम्पा.). *कल्चरल इकालॉजी एण्ड सशटेनेबल डेवेलपमेन्ट.* नई दिल्ली : मिततल पब्लिकेशन.

चौधरी, एस.के.(2014) ''इन्ट्रोडक्शन'' इन सुकान्त.के.चौधरी.(सम्पा.). *सोशियोलॉजी. ऑफ इनवायरमेन्ट,* नई दिल्ली : सेज पब्लिकेशन.

चटर्जी, एस., चट्टोपाध्याय, डी., भट्टाचार्य, एम.के. एण्ड मुखर्जी, *सिरो सर्विलांस फॉर जैपनीज इन्सेफ्लाइटिस इन चिल्ड्रेन इन सेवेरल डिस्ट्रीक्ट्स ऑफ वेस्ट बंगाल,*

बी.(2004). इण्डिया. एक्टा पिडिया, 93: 990–393.

चुन्सुट्टीवट, एस. एण्ड वेरेचिट पी.(1995). *जैपनीज इन्सेफ्लाइटिस इन थाईलैण्ड साऊथेस्ट एशियन* जे. ट्राप मेड पब्लिक हेल्थ 26 : 43–46, 1995.

डी, एस., समान्ता एस., हल्डर एस., सरकार पी.(2015) *क्लीनिकल प्रोफाइल एण्ड आउटकम ऑफ चिल्ड्रेन एडमिटेड विथ एक्यूट इन्सेफ्लाइटिस सिन्ड्रोम इन टेरीटरी केयर हास्पिटल इन वेस्ट बंगाल, इण्डिया*. आईओएसआर जर्नल ऑफ डेन्टल एण्ड मेडिकल साइंसेज 2015; 14(11):08–12.

फारूकी, यू. (2010) ग्रामीण स्वास्थ्य सेवाओं के बदलते आयाम, कुरूक्षेत्र, सूचना प्रसारण मंत्रालय, भारत सरकार, नई दिल्ली

गवर्नमेण्ट आफ इण्डिया (1981). मिनिस्ट्री ऑफ हेल्थ एण्ड फेमिली वेल्फेयर, रिपोर्ट ऑफ द वर्किंग ग्रुप ऑन हेल्थ फार आल वाई 2000 ए. डी. 1981

गुडे, जे., विलियम एण्ड पॉल के. हाट, (1952) मैथड इन सोशल रिसर्च, मैकग्रा हिल को. लि. पेज–209

गेंग्रेड, के.डी (1987). *डेवलपमेन्ट ऑफ वॉलेन्टरी एक्शन, एन सायक्लोपीडिया ऑफ सोशल वर्क इन इण्डिया,* मिनिस्ट्री ऑफ वेलफेयर, गवर्नमेंट ऑफ इण्डिया, पृश्ठ–220

गजानन, ए., थेनमोजी वी., सैमुएल पीपी एण्ड रेउबेन आर. (1995). *ए कम्यूनिटी बेस्ड स्ट्डी ऑफ सबक्लीनिकल फ्लेवीवाइरस इनफेक्शन्स इन चिल्ड्रेन इन ऐन एरिया ऑफ तामिलनाडू, इण्डिया,* ह्वेयर जैपनीज इन्सेफ्लाइटिस इज एनडेमिक बुल बर्ल्ड हेल्थ आर्ग. 73:237–244, 1995.

ग्रासमैन, आर.ए., एलडेल्मैन, आर. विल्हाइट एम. एवं अन्य (1973). स्ट्डी ऑफ जैपनीज इन्सेफ्लाइटिस वाइरस इन चियांगमाई वैली, थाईलैण्ड. 3. ह्यूमेन सेरोएपिडेमियालॉजी एण्ड इनएपियरेन्ट इनफेक्शन्स. एम जे. एपेडिमियाल 98 : 133–149, 1973.

गोह, के. टी.(1996). वैक्सिन्स ऑफ जैपनीज इन्सेफ्लाइटिस लैन्सेट 348:340–341, 1996.

गुप्त, डी.के. एण्ड सक्सेना, ए.के. ए फिल्ड एक्सपेरिमेण्ट स्ट्डी ऑफ काग्नेटिव अवेयरनेस

(2010). एण्ड बिहैवियरल चेन्ज इन विलेजर्स अफेक्टेड बाई जैपनीज इन्सेफ्लाइटिस, एट द दीन दयाल यूनिवर्सिटी, गोरखपुर. अनपब्लिस्ड मास्टर्स थेसिस). दीन दयाल यूनिवर्सिटी, गोरखपुर, उत्तर प्रदेश, भारत.

हन्ना, जे.एन., रिटची, एस.ए., फिलिप्स, डी.ए.(1996). एन आउटब्रेक ऑफ जैपनीज इन्सेफ्लाइटिस इन द टॉरेस स्ट्राइट, आस्ट्रेलिया, 1995, मेड जे आस्ट 165:256–260, 1996.

हुसैन, ए.(1979). मेडिकल सोशलॉजी ऑफ रूरल इण्डिया, सचिन पब्लिकेशन, अजमेर

हालस्टीड, एस.बी. एण्ड जेकबसन, जे. (2003). *जैपनीज इन्सेफ्लाइटिस एड्व वाइरस रेस.* 61: 103–138, 2003.

इगराशि, ए. एण्ड टंका, एम. (1994) *डिटेक्शन ऑफ वेस्ट नाइल एण्ड जैपनीज इन्सेफ्लाइटिस वाइरल जिनोम सेक्वेन्सेज इन सेरेब्रोस्पाइनल फ्लूइड फ्राम एक्यूट इन्सेफ्लाइटिस काजेज इन कराची,* पाकिस्तान. माइक्रोबायोलॉजी इम्युनल 38:827–830,1994.

इगाराशि, ए.(1992). *एपिडमियालाजी एण्ड कन्ट्रोल ऑफ जेपनीज इन्सेफ्लाइटिस.* बर्ल्ड हेल्थ स्टाट क्यू 45:299–305.

इन्नीस, बी. (1995). *जैपनीज इन्सेफ्लाइटिस इन पोर्टर फिल्ड जे.,* (एड.) एक्जोटिक वाइरल इनफेक्शन्स लंदन : चैपमैन एण्ड हाल; 1995, 147–174.

जे.ई.सी.सी., (2011). इन्सेफेलाइटिस प्रशिक्षकों हेतु मार्गदर्शिका, जे.ई.कन्ट्रोल कमेटी, गोरखपुर, उत्तर प्रदेश.

जायसवाल, ए.एन. एण्ड सिंह, ए. के.(2018). इन्सेफ्लाइटिसः साहित्य समीक्षा (सामजिक–आर्थिक परिप्रेक्ष्य में). रिसर्च हाईलाइट्स, जनवरी–मार्च, 2008, 55–60.

जोशी, डीडी.(1995). करेन्ट स्टेट्स ऑफ जैपनीज इन्सेफ्लाइटिस इन नेपाल. साउथइस्ट एशियन जे ट्राप मेड पब्लिक हेल्थ 26:34–40, 1995.

जेकबसन, जे. एण्ड सिवलेन्का, जैपनीज इन्सेफ्लाइटिस ग्लोबली एण्ड इन इण्डिया.

एस.(2004). इण्डियन जे. पब्लिक हेल्थ 48:49–56, 2004.

जायसवाल, ए.एन.(2017). गोरखपुर परिक्षेत्र में बढ़ती दिव्यांगता का मुख्य कारण है इन्सेफ्लाइटिस. शोध सीमांकन, 2017: 48–57.

खिन्ची, वाई.आर., कुमार, ए., यादव, एस.(2010).. *स्ट्डी ऑफ एक्यूट इन्सेफ्लाइटिस सिन्ड्रोम इन चिल्ड्रेन.* जर्नल ऑफ कालेज ऑफ मेडिकल साइंसेस, नेपाल, 2010; 6:7–13.

कमला, सी.एस., राव, एम.वी., जार्ज, एस., प्रसन्ना, एन.वाई. (1989). *जैपनीज इन्सेफ्लाइटिस इन चिल्ड्रेन इन बल्लारी, कर्नाटका*, इण्डियन पिडिया. 26:445–452, 1989.

कारी, के., लिउ, डब्लू., गौतम, के. एवं अन्य (2006). *ए हास्पिटल बेस्ड सर्विलांस फॉर जैपनीज इन्सेफ्लाइटिस इन बाली*, इण्डोनेशिया. बीएमसी मेड 4:8, 2006.

करदोसा, एम.जे., हुई, टी.पी., कौर, पी.(1995). *जैपनीज इन्सेफ्लाइटिस वाइरस इस एन इम्पार्टेन्ट कॉस ऑफ इन्सेफ्लाइटिस एमंग द चिल्ड्रेन इन पेनांग.* साउथइस्ट एशिया जे ट्राप मेड पब्लिक हेलथ 26:272–275, 1995.

करमाकर, एस.ए., एनेजा, एस., खरे, एस. एवं अन्य(2008). ए स्ट्डी ऑफ एक्यूट फेब्रिल एन्सेफेलोपैथी विथ स्पेशल रिफरेन्स टू वायरल इटियोलाजीत्र इण्डियन जे पिडिया 2008; 75:801–5.

ककोटी, जी., दत्ता बी.आर., बोरा, जे. एण्ड महन्ता जे.(2013). *क्लीनिकल प्रोफाइल एण्ड आउटकम ऑफ जैपेनीज इन्सेफ्लाइटिस इन चिल्ड्रेन एडमिटेड विथ एक्यूट इन्सेफ्लाइटिस सिन्ड्रोम.* बायोमेड रिसर्च इण्टरनेशनल; 2013:1–5.

कुमार, आर., त्रिपाठी, पी., एण्ड सिंह, एस.(2006). क्लीनिकल फिचर इन चिल्ड्रेन हास्पिटलाइज्ड ड्यूरिंग द एपिडमिक ऑफ इन्सेफ्लाइटिस इन उत्तर प्रदेश, इण्डिया. क्लीनिकल इन्फेसियस डिजीज 2006; 43(2):123–131.

कुमार, आर., माथुर, ए., कुमार, ए., शर्मा, एस. एवं अन्य(1988). जैपनीज इन्सेफ्लाइस एन इम्पार्टेन्ट काज ऑफ एक्यूट चाइल्डहूड इन्सेफेलापैथी इन लखनऊ, इण्डिया, पोस्ट

ग्रेजुएट मेडिकल जर्नल 64, 18–22.

कुमारी, आर. एण्ड जोशी, पी. एल.(2012). ए रिब्यू ऑफ जैपनीज इन्सेफ्लाइटिस इन उत्तर प्रदेश, इण्डिया, डबलूएचओ साउथ–इस्ट एशिया जर्नल ऑफ पब्लिक हेल्थ 2012;1(4):374–395.

कुशवाहा, के.पी. (2017). (इन पर्सनल कम्यूनिकेशन) एक्स प्रिन्सपल बीआरडी मेडिकल कालेज, गोरखपुर

कुमार, आर., माथुर ए., कुमार ए. एवं अन्य (1990). *क्लिीनिकल फिचर्स एण्ड प्रोग्नोस्टिक इन्डीकेटर्स आफ जैपनीज इन्सेफ्लाइटिस इन चिल्ड्रेन इन लखनऊ(इण्डिया).* इण्डियन जे मेड रेस 91:321–327, 1990.

मेहता ए. (1995) स्वदेशी चिकित्सा सार, कल्याण चिकित्सा प्रकाशन, चौड़ा रास्ता, जयपुर,

मीना के. सी., 2010, 'स्वास्थ्य गांव खुशहाल देश', सूचना प्रसारण मंत्रालय, भारत सरकार, नई दिल्ली।

मोसर, सी.ए.(1961). सर्वे मैथड इन सोशल इनवेस्टिगेशन, हेनेइमेन लंदन, 1961, पेज–3

मतसुदा, एस.(1962). . *एन एपिडमियालॉजिक स्ट्डी ऑफ जैपनीज बी इन्सेफ्लाइटिस विथ स्पेशल रिफरेन्स टू द इफेक्टिवनेस ऑफ वैक्सिनेशन.* बुल इन्स्ट पब्लिक हेल्थ 11: 173–190, 1962

मोन्टगोमेरी, एस. (2005). *इन्सेफ्लाइटिस सर्विलांस इन बांग्लादेशः जैपनीज इन्सेफ्लाइटिस रेडिस्कवर्ड. प्रेजेन्टेड ऐटः* अमेरिकन सोसाइटी ऑफ ट्रापिकल मेडिसिन एण्ड हाईजीन एनुअल मीटिंग, दिसम्बर 10–14; वाशिंगटन डीसी. 2006.

नगुएन, एचटी., नगुएन, टीवाई. (1995). जैपनीज इन्सेफ्लाइटिस इन वियतनाम 1985–1993 साउथइस्ट एशियन जे ट्राप मेड पब्लिक हेल्थ 26:47–50, 1995.

निकोलासी, ए., हऊसर डबलूए, बेघी ई, कुरलैण्ड एलटी.(1986). एपिडमियालाजी ऑफ सेन्ट्रल नर्वस सिस्टम इन्फेक्शन इन ओलमस्टेड कन्ट्री मिननेसेटा, 1950–1981. जे. इन्फे. डिस 154ः 399–408, 1986

परिवार कल्याण निदेशालय, उत्तर प्रदेश (1990). (साइटेड इन यूनिसेफ, 1994), चिल्ड्रेन एण्ड वीमेन इन उत्तर प्रदेश : ए सिचुएशनल एनालेसिस, पब यूनिसेफ, लखनऊ, (पृ055–57).

पेइरिस, जेएस, एण्ड अमेरासिंघे, एफपी.(1992). *जैपनीज इन्सेफ्लाइटिस इन श्रीलंका–द स्ट्डी ऑफ एन एपिडमिक* : इनक्रिमिनेशन, पोरेइन इन्फेक्शन एण्ड ह्यूमन डिजीज. ट्रांस आर सोक मेड हाई 86ः 307–313, 1992.

पॉल, डबलू.एस., मूरे, पी.एस., काराबटसोस, एन.(1993) *आउटब्रेक ऑफ जैपनीज इन्सेफ्लाइटिस ऑन द इसलैण्ड ऑफ साइपान.*1990. जे इन्फेक्ट डिस 167ः1053–1058, 1993.

पोटूला, आर., बद्रीनाथ, एस., श्रीनिवासन, एस.(2003). जैपनीज इन्सेफ्लाइटिस इन एण्ड अराउंड पांडिचेरी, साउथ इण्डियाः ए क्लीनिकल अप्रेजल एण्ड प्रोगनोसिटक इण्डिकेटर्स फॉर द आउटकम. जर्नल आफ ट्रोपिकल पिडियाट्रिक्स. 2003;49(1)ः48–53.

पन्त, जी.आर.(2006). ए सिरोलाजीकल सर्वे ऑफ पिग्स, हार्स एण्ड डकसिन नेपाल फार एविडेन्स ऑफ इन्फेक्शन विथ जैपनिज इन्सेफ्लाइटिस वाइरस, एनालेसिस ऑफ द न्यू यार्क एकेडमी ऑफ साइन्सेस, वो0 1081, पीपी.124–129, 2006.

प्रभाकरन, एण्ड वर्गीश(1994). इम्युनाइजेशन कवरेज ऑफ इनफैन्ट रूरल अर्बन डिफरेन्स इन केरला. जे इण्डियन पिडियाट्रिक्स, 31, फरवरी, 1994.

प्रभाकरण (1992), वॉलन्टरी एजेन्सीज फॉर रूरल डेवलपमेंट, मोहिन्दर सिंह (संपादक), रूरल डेवलपमेन्ट इन इण्डिया : करेन्ट प्रस्पेक्टिव, इंटेलेक्चूअल पब्लिषिंग हाउस, नई दिल्ली, पृष्ठ–290

पार्क, जे.ई. एण्ड पार्क, के. (1983).	*टेक्स्ट बुक ऑफ प्रिवेन्टिव एण्ड सोशल मेडिसिन, जबलपुर* : मेसर्स बनारसी दास भनोत 1983, पृष्ठ 586
राठी, ए.के., कुशवाहा, के.पी., सिंह वाई.डी. एवं अन्य (1993).	जेई वायरस इन्सेफ्लाइटिस :1988 एपिडमिक ऐट गोरखपुर. इण्डियन पिडिया 30:325—333, 1993.
रेउबेन, आर. एण्ड गजानन, ए. (1997).	जैपनीज इन्सेफ्लाइटिस इन इण्डिया. इण्डियन जर्नल ऑफ पिडियाट्रिक्स, 64, 243—251.
सक्सेना, वी. एण्ड ढोले, टी.एन. (2008).	प्रिवेन्टिव स्ट्डीज फॉर फ्रिक्वेन्ट आउटब्रेक्स ऑफ जैपनीज इन्सेफ्लाइटिस इननार्दन इण्डिया, जे. बायो साइं 33(4), नवम्बर 2008, 505—5014, इण्डियन अकेडमी ऑफ साइंसेस एक्सेस—डबलूडब्लूडब्लू डॉट आईएएस(डाट)इन
संबासिवम, ई., मुथाइयान, जे., मोहन, एस. एवं अन्य(2017).	क्लीनिकल प्रोफाइल एण्ड प्रेडिक्टर्स ऑफ आउटकम इन चिल्ड्रेन एडमिटेड टू पीआईसीयू विथ एक्यूट इन्सेफ्लाइटिस सिन्ड्रोम. इन्टरनेशनल जर्नल ऑफ कान्टेमपरेरी पिडियाट्रिक्स, 2017;4(4):1214—1217
सिंह एम.के. (20017)	*उत्तर प्रदेश में इंसेफेलाइटिस बच्चों की मौत एवं स्वास्थ्य तंत्र,* हेल्थ वाच फोरम, उ0प्र0
सिन्हा, एच. (2017).	'*साल दर साल वही मंजर वही तबाही*'. राष्ट्रीय सहारा—हस्तक्षेप. गोरखपुर, उत्तर प्रदेश, पृ1
सोहन, वाई.एम., (2000).	*जैपनीज इन्सेफ्लाइटिस मिनीमाईजेशन इन साऊथ कोरिया* : पास्ट, प्रेजेन्ट एण्ड फ्यूचर. इमर्ज इन्फेक्ट. डिस 6 : 17—24, 2000.
श्रीवास्तव, डी. एण्ड द्विवेदी, ए. (2012)	स्रकारी एवं निजी स्वास्थ्य संगठनों का एक समाजशास्त्रीय अध्ययन, दीन दयाल उपाध्याय, विश्वविद्यालय गोरखपुर..(अनपब्लिशड थेसिस). डी.डी.यू. यूनिवर्सिटी, गोरखपुर, उत्तर प्रदेश

सर्विस एम.डबलू.(1991). *एग्रीकल्चर डेवेलेपमेन्ट अर्थोपॉड–वार्न डिजीज:* ए रिव्यू. रेवसाउड पब्लिका 25:165–178, 1991.

शर्मा, देवी शरण शर्मा, (1988) *हेल्थ हास्पिटल एण्ड कम्यूनिटी,* जघधर पब्लिकेशन, आगरा

शुक्ला, ए.(2017). *इन्सेफ्लाइटिस के अंत के लिए अपनाएं स्वच्छता।* दैनिक जागरण, गोरखपुर, पृ1

डबलू.एच.ओ. (1964). विश्व स्वास्थ्य संगठन, टेक्निकल रिपोर्ट सीरीज, 275, 1964, पृष्ट 17.

व्यास, डी. (2002) योजना, सूचना एवं प्रसारण मंत्रालय भारत सरकार, नई दिल्ली.

यादव, ए. एण्ड पाण्डेय, जी. (2018). इन्वायरमेनटल रिस्क फैक्टर इन्फ्लुएन्सिंग स्क्रब टायफस इन देवरिया डिस्ट्रिक्ट.(अनपब्लिशड थेसिस). एम.एम.एम टेक्निकल यूनिवर्सिटी, गोरखपुर, उत्तर प्रदेश

यंग, पी.वी.(1975). . *साइंटिफिक सोशल सर्वेज एण्ड रिसर्च,* प्रेन्टिस हाल आफ इण्डिया प्रा0 लि0, न्यू देल्ही, पेज–146

यशोधरा, पी. एण्ड माधवी, एन. (2015). *क्लीनिकल प्रोफाइल एण्ड आउटकम ऑफ वायरल इन्सेफ्लाइटिस इन पिडियाट्रिक डिपार्टमेन्ट इन गवर्नमेन्ट जनरल हास्पिटल, गुन्टुर.* इण्टनेशनल जर्नल ऑफ साइंस एण्ड रिसर्च 2015;(4):2141–46.

वर्मा, ए., अहमद, जेड., शेखर, एस., अहसान, एम.(2017). *स्पेक्ट्रम एनालेसिस ऑफ केसेस ऑफ जैपनीज इन्सेफ्लाइस इन झारखण्ड, इण्डिया.* आईओएसआर जर्नल ऑफ डेन्टल एण्ड मेडिकल साइंसेस 2017; 16(30): 16–19.

व्यू, वाई.सी. एण्ड हंग वाई.एस., (1999) *द एपिडमियालोजी ऑफ जैपनीज इन्सेफ्लाइटिस इन ताइवान ड्यूरिंग 1966–1997* एम जे ट्राप मेड हाई. 61(1)1999, पीपी 78–84.

वेबसाइट सहायता

डब्ल्यूडब्ल्यूडब्ल्यू. लाइवहिन्दुस्तान.काम/उत्तरप्रदेश/गोरखपुर

डब्ल्यूडब्ल्यूडब्ल्यू.दृष्टिआईएएस.काम/हिन्दी

डब्ल्यूडब्ल्यूडब्ल्यू.डब्ल्यूएचओ.आईएनटी

परिशिष्ट

पूर्वी उत्तर प्रदेश के पूर्वान्चल में इन्सेफलाइटिस की विभीषिका का एक समाजशास्त्रीय अध्ययनः गोरखपुर क्षेत्र के विशेष सन्दर्भ में।

साक्षात्कार अनुसूची

इस साक्षात्कार अनुसूची में इन्सेफ्लाइटिस रोगियों के परिजनों से विभिन्न कारकों से सम्बन्धित प्रश्न पूछे गये है, जिससे उनके स्वरूप एवं भूमिका का ज्ञान हो।

आपके द्वारा दी गई सूचना को कड़ाई के साथ गोपनीय रखा जायेगा। इसका उपयोग सिर्फ शोध अध्ययन के लिए ही किया जायेगा। कृपया आप बिना किसी संकोच के इन प्रश्नों का उत्तर दें। इन प्रश्नों के लिए कोई सही या गलत उत्तर नहीं है। इन प्रश्नों के लिए आपका उत्तर सिर्फ उपयुक्त है। मैं उम्मीद करता हूँ कि मेरे अध्ययन के विषय में आप सहयोग रकेंगे। मैं इसके लिए आपका आभारी रहूँगा।

अमरनाथ जायसवाल
शोध छात्र
महर्षि सूचना प्रौद्योगिकी विश्वविद्यालय
लखनऊ

1. पीड़ित / पीड़िता का नाम–

2. पिता / अभिभावक नाम –

3. पता –

4. लिंग पुरुष ☐ महिला ☐

5. बच्चे का उम्रः **अ)** 0–5 ☐ **ब)** 6–10 ☐ **स)** 11–15 ☐

6. शैक्षिक स्तर **अ)** अनपढ़ ☐ **ब)** पांचवी ☐ **स)** हाई स्कूल ☐ **द)** उच्च ☐

7. जाति **अ)** सामान्य ☐ **ब)** पिछड़ी जाति ☐ **स)** अनुसूचित जाति / जन जाति ☐

8. परिवार का आर्थिक स्थिति **अ)** गरीबी रेखा के नीचे ☐ **ब)** गरीबी रेखा के उपर ☐

9. परिवार का आकार **अ)** संयुक्त ☐ **ब)**एकांकी ☐

10. परिवार के आजीविका का साधन **अ)** श्रमिक / कृषि ☐ **ब)** स्वरोजगार ☐ **स)** बेरोजगार ☐

11. घर का प्रकार **अ)** कच्चा ☐ **ब)** पक्का ☐

12. पेय जल का स्रोत **अ)** शैलो हैण्ड पम्प ☐ **ब)** इण्डिया मार्का हैण्ड पम्प ☐ **स)** टेप वाटर ☐ द) मिनरल वाटर ☐

13. घर में बिजली की सुविधा **अ)** उपलब्ध ☐ **ब)** अनुपलब्ध ☐

14. शौचालय का उपयोग अ) किया जाता है ☐ ब) नही किया जाता है ☐

15. पशुपालन की स्थिति अ) सुअर पालन ☐ ब) घोड़ा पालन ☐ स) अन्य पशु ☐

16. जल जमाव की स्थिति अ) गड्ढ़ा ☐ ब) नाली ☐ स) धान की खेत ☐

17. घर के सदस्यों का शयन अ) घर के अन्दर ☐ ब) घर के बाहर ☐

18. मच्छरों बचाव के साधन अ) अगरबत्ती ☐ ब) मच्छरदानी ☐ स) धूंआ ☐ द) कुछ नहीं ☐

19. उपचार की सुलभता अ) अप्रशिक्षित ☐ ब) झाड़–फूक ☐ स) सरकारी अस्पताल ☐ द) निजी चिकित्सालय ☐

20. अस्पताल पहुंचने के साधन अ) निजी साधन ☐ ब) एम्बुलेन्स ☐ स) जनसाधन ☐

21. दाल एवं दूध की उपलब्धता(सप्ताह में) अ) 0–2 दिन ☐ ब) 3–5 दिन ☐ स) 5–7 दिन ☐

22. मंसाहारी भोजन (सप्ताह में) अ) एक दिन ☐ ब) दो दिन ☐ स) 3 दिन से अधिक ☐

23. हरी सब्जियाँ (सप्ताह में) अ) 0–2 दिन ☐ ब) 3–5 दिन ☐ स) 5–7 दिन ☐

24. सूचना प्राप्त करने का प्रिन्ट माध्यम अ) हाँ ☐ ब) नहीं ☐

25. सूचना प्राप्त करने का इलेक्ट्रिानिक माध्यम **अ)** हाँ ☐ **ब)** नहीं ☐

26. गैर सरकारी संगठनों के माध्यम से सूचना प्राप्ति **अ)** हाँ ☐ **ब)** नहीं ☐

27. सरकारी संगठनों द्वारा सूचना प्राप्त करने का माध्यम **अ)** हाँ ☐ **ब)** नहीं ☐

28. स्नान एवं व्यक्तिगत साफ–सफाई **अ)** 0–2 दिन ☐ **ब)** 3–5 दिन ☐ **स)** 5–7 दिन ☐

29. साफ सुथरा कपड़ों की उपलब्धता **अ)** हाँ ☐ **ब)** नहीं ☐

30. बच्चों में हाथ धुलने की आदत **अ)** हाँ ☐ **ब)** नहीं ☐

31. घर की साफ–सफाई की स्थिति **अ)** हाँ ☐ **ब)** नहीं ☐

32. आस पड़ोस की साफ–सफाई **अ)** हाँ ☐ **ब)** नहीं ☐

33. कचरा निस्तारण की स्थित **अ)** जलाना ☐ **ब)** सार्वजनिक स्थान पर फेकना ☐ **स)** कम्पोस्ट बनाना ☐