

पिंपरी चिंचवड महानगरपालिका क्षेत्रातील झोपडपट्ट्यामधील महिलांचे सक्षमीकरण आणि त्याचा कमी उत्पन्न असलेल्या समाजातील महिलांच्या आरोग्यासाठी उपयुक्तता

शिल्पा रत्नाकरराव सिरसाट (हांगे)

(एम. ए. स्त्री अभ्यास)

गोष्टवारा (Abstract):

हा शोधनिबंध पुण्यातील कमी उत्पन्न असलेल्या समुदायांमध्ये महिलांच्या स्वयं-अहवाल सामान्य आरोग्य स्थिती आणि गर्भधारणेदरम्यान महिलांच्या आरोग्याशी सशक्तीकरणाचा संबंध तपासतो. हा पेपर ज्यावर आधारित आहे तो डेटा पिंपरी चिंचवड महानगरपालिका क्षेत्रातील झोपडपट्टी क्षेत्र लांडेवाडी, भोसरी आणि पिंपरी चिंचवड या तीन अभ्यास क्षेत्रातून गोळा केला गेला. १५० विवाहित महिलांचे सर्वेक्षण नमुना तयार करून विवाहित महिलांच्या सखोल गुणात्मक मुलाखती घेतल्या आणि त्यातून त्यांच्या आरोग्यविषयक समस्या जाणून घेतल्या. तसेच हा पेपर सशक्तीकरणाची संकल्पना आणि त्याचे परिणाम यासंबंधी अनेक महत्त्वाचे मुद्दे मांडतो. या संशोधनाचा असा युक्तिवाद आहे की स्त्रियांसाठी जागतिक स्तरावर परिभाषित केलेले सक्षमीकरण उपाय संदर्भानुसार आणि परिस्थितीनुसार परिभाषित केलेल्यापेक्षा कमी उपयुक्त आहे. अधिक सक्षमीकरण सकारात्मक परिणामांच्या बरोबरीचे नाही. परिणामी, महिलांचे सामाजिक संदर्भ आणि जीवन परिस्थिती सक्षमीकरण आणि आरोग्य यांच्यातील संबंध मध्यस्थ करते.

बीजसंज्ञा : सशक्तीकरण, महिला, आरोग्य, गर्भधारणा

प्रस्तावना- (Introduction)

सशक्तीकरणाच्या संकल्पनेवर अनेक कारणांमुळे टीका केली गेली आहे ज्यात त्याच्या अनेक आणि कधीकधी विरोधाभासी व्याख्या आहेत; सशक्तीकरण हस्तक्षेपांची अंमलबजावणी करण्यासाठी वैयक्तिक पातळीवरील दृष्टीकोन आणि पितृसत्ताक शक्तीशी संबंधित समस्यांचे निराकरण करण्यात अयशस्वी होण्यावर त्याचे लक्ष केंद्रित आहे. तरीही, टीकांची पर्वा न करता, सशक्तीकरण कार्यक्रम आणि हस्तक्षेपांची अंमलबजावणी व्यापक बनली कारण सशक्तीकरण ही संकल्पना महिलांच्या कल्याणाशी जोडलेली अविभाज्यता बनली आणि महिलांच्या सर्वांगीण विकासासाठी आवश्यक मार्ग म्हणून स्वीकारली गेली.^१ मानवसमूहात स्त्रीजातीचा जवळपास निम्मा हिस्सा आहे. स्त्रियांना हतोत्साहित करणारे वर्तन करून, त्यांचा जीवनस्तर उंचावण्याकडे दुर्लक्ष करण्यापासून ते त्यांचा छळ आणि अत्याचार करण्यापर्यंत अनेक प्रकारे हीनत्वाची वागणूक स्त्रीजातीला मिळत राहिली आहे. हा भेदभाव दूर करून स्त्रियांच्या प्रगतीस पोषक वातावरणाची निर्मिती आणि त्याचे सुचालन करणे आणि लैंगिक समतेद्वारे (जेंडर इक्वॅलिटी) समाजाचे संतुलन साधणे यासाठी पुरोगामी आणि विवेकी समाजाने बाळगलेला दृष्टिकोन केलेली कृती यांचा समुच्चय म्हणजे स्त्री सक्षमीकरण, असे थोडक्यात म्हणता येईल.

साहित्याचा आढावा (Review of literature)

साहित्य निर्णय घेण्यावर नियंत्रणासह सशक्तीकरणाच्या विविध व्याख्या सुचवते (गोल्लब २०००;^२ कबीर १९९९)^३ धोरणात्मक निवडी तयार करण्याची आणि इच्छित परिणाम साध्य करण्यासाठी आवश्यक संसाधनांवर नियंत्रण ठेवण्याची क्षमता आणि इच्छित परिणाम प्राप्त करण्यास सक्षम होण्याची शक्ती असणे (Grown, Gupta, and Pande 2005;^४ Laverack 2006;^५ Sen 1988)^६ शिक्षण आणि कौशल्य विकासावर आधारित, जीवनाच्या सुधारित गुणवत्तेसाठी समर्थन करण्याची क्षमता म्हणून सक्षमीकरणाकडे देखील पाहिले जाते. जीवनाच्या सुधारित गुणवत्तेचा एक घटक म्हणजे स्त्रीची तिच्या शरीराबद्दल निर्णय घेण्याची आणि त्यावर नियंत्रण ठेवण्याची क्षमता, ज्यामुळे सकारात्मक आरोग्य परिणाम वाढतात (Gollub 2000). सशक्तीकरण ही देखील एक प्रक्रिया आहे जी कालांतराने घडते (काँगर आणि कानुंगो १९८८;^६ कबीर २०००). वाढत्या वयाची नैसर्गिक प्रक्रिया, सुधारित उत्पन्न निर्मिती किंवा कौटुंबिक, सामाजिक, राजकीय आणि इतर संदर्भातील आव्हाने आणि जीवनातील बदलांना प्रतिसाद म्हणून स्त्रीच्या सशक्तीकरणाची पातळी तिच्या आयुष्यादरम्यान बदलू शकते (कबीर १९९९)^३.

भारतीय महिलांमध्ये सक्षमीकरण आणि आरोग्य

भारतीय समाजातील पितृसत्ताक स्वरूप, मर्यादित गतिशीलता, मर्यादित कामाच्या संधी आणि सामाजिक, राजकीय आणि आर्थिक सहभागाची निम्न पातळी (हाशेमी, शुलर, आणि रिले १९९६;^७ कांटोर २००३)^८ यासह भारतीय महिलांच्या सक्षमीकरणाच्या सापेक्ष अभावामध्ये अनेक घटक योगदान देतात. सशक्तीकरणाच्या कमतरतेमुळे नकारात्मक परिणाम होतात, जसे की खराब आरोग्य, घरगुती संसाधनांच्या वाटपातील असमानता, वैद्यकीय सेवा आणि शिक्षण, आणि कठोर शारीरिक कार्याचे वाढते ओझे (वेल्कोव्क आणि अदलाखा १९९८)^९ पटेल इत्यादींच्या मते (2006)^{१०}, लिंग गैरसोय हा अनेक भारतीय महिलांच्या खराब आरोग्य स्थितीचा मुख्य निर्धारक आहे.

कमी उत्पन्न असलेल्या ग्रामीण आणि शहरी समुदायातील भारतीय महिलांमध्ये विविध लक्षणे स्त्रियांच्या नकारात्मक आरोग्य स्थितीला कारणीभूत असल्याचे साहित्यात वर्णन केले आहे. उदाहरणार्थ, उच्च दर्जाची गरिबी, कमी शिक्षण, घरातील जास्त कामे, पतीचे मद्यपान, कमी सशक्तीकरण, घरगुती हिंसाचार आणि वैवाहिक अडचणी (पटेल आणि ओमन 1999)^{११} यांच्याशी संबंधित सांस्कृतिकदृष्ट्या परिभाषित आरोग्य समस्या आहे. रामसुब्बन आणि ऋष्यसृंगा 2001)^{१२}. एक समान लक्षण म्हणजे कमजोरी, ज्यामध्ये मासिक पाळीशी संबंधित वेदना, सांधेदुखी (हात आणि पाय), चक्कर येणे, भूक न लागणे आणि तीव्र थकवा यासारख्या सामान्य शारीरिक तक्रारींचा समावेश होतो. आरोग्य सेवा प्रदात्यांकडे महिलांमध्ये दिसणारे सर्वात सामान्य शारीरिक लक्षण म्हणजे सुरक्षित पाणी ("पांढरे पाणी") जे मनोसामाजिक समस्या आणि नकारात्मक जीवन परिस्थितीशी संबंधित आहे (पटेल एट अल. 2002;^{१३} कोस्टिक एट अल. 2010)^{१४}. तनाव, कमजोरी आणि सुरक्षित पाणी लिंग-आधारित असमानता, सामाजिक ओझे आणि दबाव आणि संबंधित कमी आत्मसन्मानाशी संबंधित आहेत आणि सशक्तीकरणाच्या निम्न पातळीशी संबंधित आहेत (जेजीभाँय आणि कोएनिग 2003; पटेल आणि ओमन 1999)^{१५}. बऱ्याच अभ्यासांनी सकारात्मक पुनरुत्पादक आरोग्य परिणामांशी उच्च स्तरावरील सक्षमीकरणाचा संबंध जोडला आहे. स्त्रियांची स्वायत्तता आणि लिंग समानता ही त्यांची

प्रजनन क्षमता तसेच मुलांचे आरोग्य आणि विकास घडवण्यात महत्त्वाची भूमिका बजावत असल्याचे पाहिले जाते (Bloom, Wypij and Gupta 2001;^{१५} Shroff et al. 2009)^{१६}.

भारतीय महिलांची सामाजिक स्थिती, काही प्रमाणात, मुले होण्याच्या क्षमतेद्वारे निर्धारित केली जाते (मेहता आणि कपाडिया 2008)^{१७}. विवाहित महिलांना प्रबळ कौटुंबिक नियम आणि संबंधित लिंग विचारधारा, विशेषतः माता बनण्याच्या क्षमतेच्या संदर्भात परिभाषित केले जाते आणि त्यांचा न्याय केला जातो. स्त्रीच्या गर्भधारणेमुळे तिला घराघरात स्थान मिळवण्याची संधी मिळते आणि त्यामुळे तिच्या गर्भधारणेच्या कालावधीत उच्च स्तरावरील सक्षमीकरणामध्ये योगदान देऊ शकते.

दुसरीकडे, सशक्तीकरणाची उच्च पातळी देखील नकारात्मक परिणामांशी संबंधित असू शकते. उदाहरणार्थ, कौटुंबिक हिंसाचार आणि सशक्तीकरणाशी त्याचा संबंध तपासताना, Rocca et al (2009)^{१८} असे आढळून आले की दक्षिण भारतातील महिला ज्या सामाजिक गटांमध्ये, व्यावसायिक प्रशिक्षणात किंवा रोजगाराच्या संधींमध्ये अधिक सक्रियपणे भाग घेतात त्यांना घरगुती हिंसाचाराचा सामना करावा लागतो. त्यांचा असा युक्तिवाद आहे की स्त्रियांना सशक्त करण्याच्या प्रयत्नांचे अनपेक्षित नकारात्मक परिणाम होऊ शकतात, जसे की घरगुती हिंसा ज्यामुळे स्त्रियांच्या आरोग्यावर नकारात्मक परिणाम होतो.

संशोधन पद्धती (Research Methodology)

प्रस्तुत संशोधनात गुणात्मक आणि वर्णनात्मक संशोधन पद्धतीचा वापर केला गेला आहे हा पेपर ज्यावर आधारित आहे तो डेटा पुणे जिल्ह्यातील झोपडपट्टी क्षेत्र लांडेवाडी, भोसरी आणि पिंपरी चिंचवड या तीन अभ्यास क्षेत्रातून गोळा केला गेला. १५० विवाहित महिलांचे सर्वेक्षण नमुना तयार करून विवाहित महिलांच्या सखोल गुणात्मक मुलाखती घेतल्या आणि त्यातून त्यांच्या आरोग्यविषयक समस्या जाणून घेतल्या. तसेच या पेपरसाठी "भारतातील विवाहात HIV/STD साठी महिलांच्या जोखमीचे मूल्यांकन" या नॅशनल इन्स्टिट्यूट ऑफ हेल्थच्या एड्स संशोधन कार्यालयाद्वारे अहवालाचा वापर केला गेलेला आहे.

परिणाम आणि चर्चा (Results and discussion)

सामान्य आरोग्यविषयक समस्या

सर्वेक्षण आधारित माहीत सूचित करते आहे की सर्वात सामान्य आरोग्य समस्या म्हणजे डोकेदुखी (५६.००%) आणि पाठदुखी (४२.६६%), जवळजवळ अर्ध्या नमुन्याने अनुभवली. २५.३३ टक्के स्त्रिया देखील वारंवार शरीरात वेदना आणि १९.३३ टक्के स्त्रिया चक्कर आल्याची तक्रार करतात. ७.३३ टक्के स्त्रिया भूक न लागणे, ८.६६ टक्के स्त्रिया छातीत दुखणे या सर्वात कमी समस्या होत्या तसेच ६.०० स्त्रियांना इतर सामान्य आरोग्यविषयक समस्या होत्या. खलील तक्ता 1 महिलांच्या सामान्य आरोग्य समस्यांच्या अहवालांची वारंवारता आणि टक्केवारी प्रदान करते. (तक्ता 1)

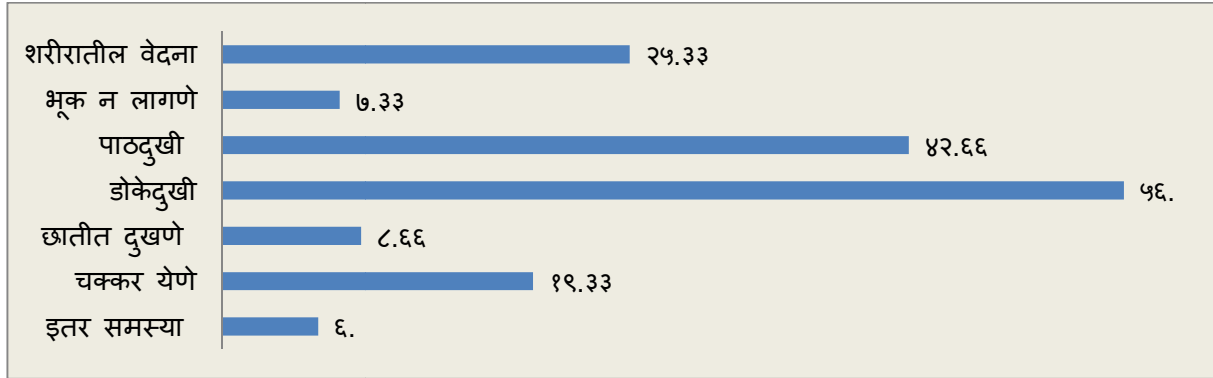
तक्ता 1 – सामान्य आरोग्य वारंवारता आणि टक्केवारी (N=१५०)

सामान्य आरोग्य समस्या	अभ्यास क्षेत्रानुसार महिलांची संख्या			एकूण
	लांडेवाडी	भोसरी	पिंपरी चिंचवड	
पाठदुखी	२२ (४४.००)	२३ (४६.००)	१९ (३८.००)	६४ (४२.६६)
डोकेदुखी	३१ (६२.००)	२५ (५०.००)	२८ (५६.००)	८४ (५६.००)
शरीरातील वेदना	१२ (२४.००)	१७ (३४.००)	९ (१८.००)	३८ (२५.३३)
चक्कर येणे	४ (८.००)	७ (१४.००)	८ (१६.००)	२९ (१९.३३)
भूक न लागणे	३ (६.००)	२ (४.००)	६ (१२.००)	११ (७.३३)
छातीत दुखणे	५ (१०.००)	४ (८.००)	४ (८.००)	१३ (८.६६)
इतर समस्या	३ (६.००)	४ (८.००)	२ (४.००)	९ (६.००)
क्षेत्रानुसार नमूना (N)	५० (१००.००)	५० (१००.००)	५० (१००.००)	१५० (१००.००)

(स्त्रोत: क्षेत्र सर्वेक्षण)

मुलाखत घेतलेल्या अनेक स्त्रियांनी तीव्रता आणि कालावधीच्या विविध सामान्य आरोग्य समस्यांचे वर्णन केले. महिलांनी स्पष्ट केले की या समस्या त्यांच्या जीवनातील कठीण परिस्थितींशी संबंधित आहेत. नमुन्यातील महिलांना घरगुती कर्तव्ये पार पाडण्यासाठी, त्यांचे पती, मुले आणि सासरच्या गरजा आणि आर्थिक विवंचना या संदर्भात सतत दबावाचा सामना करावा लागला. महिलेच्या पतीकडून पुरेसे आर्थिक किंवा सामाजिक पाठबळ नसल्यामुळे हा दबाव वाढला. सामान्य आरोग्य समस्या देखील स्त्रियांना त्यांच्या पतीकडून मिळत असलेल्या मर्यादित समर्थनाशी संबंधित होत्या. महिलांच्या सामान्य आरोग्याकडे लक्ष देण्याची अनेकदा इतर घरगुती खर्चाची पूर्तता होईपर्यंत प्रतीक्षा केली जाते. महिलांच्या लक्षणीय उपसमूहांनी त्यांच्या स्वतःच्या आरोग्याला कमी प्राधान्य दिले. याव्यतिरिक्त, काही महिलांनी तक्रार केली की त्यांचे पती किंवा सासरचे लोक त्यांच्या आरोग्याच्या गरजांवर पैसे खर्च करण्यास नाखूष आहेत आणि त्यांनी नाराजी व्यक्त केली की पती त्यांच्या वैयक्तिक गरजा आणि आरोग्य समस्यांना कमी प्राधान्य देतात.

आकृती-1 सामान्य आरोग्य समस्यागुस्त महिलांची टक्केवारी



गर्भधारणेशी संबंधित आरोग्यविषयक समस्या

सर्वेक्षणात महिलांना त्यांच्या शेवटच्या गरोदरपणात कोणत्या समस्या आल्या हे विचारले गेले. त्यात अशक्तपणा, चक्कर येणे लैंगिक इच्छा नसणे आणि पाठदुखी या अनुभवलेल्या समस्या होत्या. मळमळ आणि पांढरा स्त्राव आणि संभोग दरम्यान वेदना कमी वारंवार अनुभव गर्भधारणा संबंधित समस्या होत्या. गर्भधारणेशी संबंधित आरोग्य समस्या ही सर्वात कमी सामान्यपणे नोंदवली गेली होती, तक्ता 2 गर्भधारणा-संबंधित आरोग्य समस्यांची वारंवारता सादर करते.

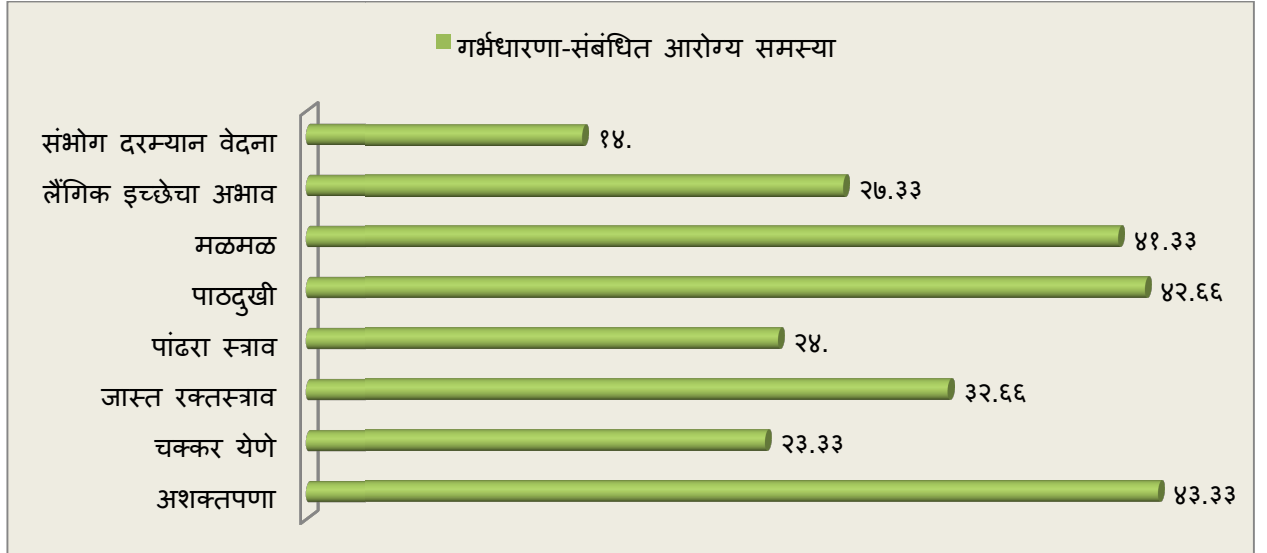
तक्ता 2 गर्भधारणा-संबंधित आरोग्य समस्यांची वारंवारता आणि टक्केवारी (N=190)

गर्भधारणा-संबंधित आरोग्य समस्या	अभ्यास क्षेत्रानुसार महिलांची संख्या			एकूण
	लांडेवाडी	भोसरी	पिंपरी चिंचवड	
लैंगिक इच्छेचा अभाव	19 (30.00)	19 (30.00)	6 (18.00)	44 (29.33)
पाठदुखी	22 (44.00)	23 (46.00)	19 (38.00)	64 (82.66)
मळमळ	26 (48.00)	21 (42.00)	15 (27.00)	62 (81.33)
पांढरा स्त्राव	11 (22.00)	9 (18.00)	16 (32.00)	36 (28.00)
संभोग दरम्यान वेदना	9 (10.00)	6 (18.00)	9 (18.00)	24 (18.00)
जास्त रक्तस्त्राव	12 (24.00)	16 (32.00)	21 (21.00)	49 (32.66)
अशक्तपणा	16 (38.00)	29 (40.00)	23 (46.00)	68 (83.33)
चक्कर येणे	12 (24.00)	4 (16.00)	19 (30.00)	35 (23.33)
क्षेत्रानुसार नमूना (N)	50 (100.00)	50 (100.00)	50 (100.00)	150 (100.00)

(स्त्रोत: क्षेत्र सर्वेक्षण)

वरील तक्ता क्रं २ असे दर्शवते की गर्भधारणा-संबंधित आरोग्य समस्यां मध्ये ४३.३३ टक्के महिलांना अशक्तपणा जाणवतो; त्या खालोखाल ४२.६६ टक्के महिलांना पाठदुखीचा त्रास होत होता; ४१.३३ टक्के महिलांना मळमळ होते; ३२.६६ टक्के महिलांना जास्त रक्तस्त्राव होण्याची समस्या होती; २७.३३ टक्के महिलांनी लैंगिक इच्छेचा अभाव जाणवत असल्याचे सांगितले; २४.०० टक्के महिलांना पांढरा स्त्राव ही समस्या जाणवते; २३.३३ गर्भधारणा-संबंधित आरोग्य समस्यां चक्कर येणे ही समस्या होती तर १४.०० टक्के महिलांना संभोग दरम्यान वेदनांचा त्रास होता.

आकृती-२ गर्भधारणा-संबंधित महिलांच्या आरोग्य समस्यांची टक्केवारी



गरावरपणाच्या काळात, स्त्रिया बऱ्याचदा चांगली आरोग्य सेवा मिळविण्यात सक्षम असतात आणि त्यांना घरामध्ये अधिक शक्ती मिळण्याची शक्यता असते. मूल झाल्यामुळे स्त्री आणि तिचा पती या दोघांच्याही जबाबदाऱ्या वाढल्या. जरी या स्त्रिया ज्या सामाजिक संदर्भांमध्ये वसल्या आहेत ते सर्वसाधारणपणे स्त्रियांसाठी अशक्त असले तरी, गर्भधारणेदरम्यानचा काळ आणि आईची भूमिका पार पाडणे हे महिलांना सक्षमीकरणाच्या घटकांचा वापर करण्याच्या अधिक संधी प्रदान करते.

महिला सक्षमीकरण

गुणात्मक आणि परिमाणात्मक दोन्ही प्रकारच्या माहितीमध्ये सक्षमीकरणाशी संबंधित तीन मुद्दे स्पष्ट होते. पहिल्या मुद्द्यामध्ये, शरीरावरील नियंत्रण, लैंगिक संबंध नाकारण्याची क्षमता, लैंगिक संबंध ठेवण्याचे त्यांचे कर्तव्य, आणि त्यांच्या पतीकडून त्यांना शारीरिकरित्या मारहाण होत असताना त्यांनी लढा दिला किंवा मदत मागितली तर अशा अनेक प्रश्नांचा समावेश होता. स्त्रियांनी गर्भधारणा, मासिक पाळी आणि मुले आणि/किंवा कुटुंबातील सदस्यांची उपस्थिती (वारंवार एकाच खोलीत) यासह कधी आणि किती वेळा लैंगिक संबंध ठेवायचे याविषयी त्यांच्या शरीरावर अधिक नियंत्रण ठेवण्याची अनुमती देणारे संदर्भ घटक वर्णन केले. लैंगिकतेच्या वारंवारता आणि स्वरूपामध्ये गोपनीयता देखील भूमिका बजावते. काही स्त्रियांनी असेही सांगितले की कालांतराने, लैंगिक संबंध अशी गोष्ट बनली ज्याचा त्यांना आनंद झाला, विशेषतः त्यांच्या पतींनी त्यांच्यावर जबरदस्ती केली नाही.

दुसरा मुद्दा, निर्णय/वित्त यांवर नियंत्रण, पैशांची बचत किंवा घरासाठी वस्तू खरेदी करण्याच्या बाबतीत महिलांच्या सहभागाचा समावेश होतो. चर्चा केलेल्या विषयावर अवलंबून निर्णय घेण्यावर महिलांचे नियंत्रण बदलते. बऱ्याच प्रकरणांमध्ये, स्त्रिया घरगुती बाबी जसे की कोणते अन्न तयार करायचे, कोणत्या प्रकारचे किराणा सामान खरेदी करायचे किंवा मुलांच्या दैनंदिन आरोग्याशी संबंधित गोष्टींबाबत निर्णय घेण्यास सक्षम होते. ज्या ठिकाणी सासू-सासरे आणि विस्तारित कुटुंबातील इतर सदस्य उपस्थित होते अशा मोठ्या आर्थिक निर्णयांमध्ये महिलांचा सहभाग कमी होता. या प्रकरणांमध्ये अशा अनेक व्यक्ती होत्या ज्यांनी स्त्रीपेक्षा 'ज्येष्ठता' बाळगली आणि तिची निर्णय घेण्याची क्षमता मर्यादित केली. शिवाय, मर्यादित वित्त, किंवा महिलांना वैयक्तिक उत्पन्नाचा अभाव यामुळे देखील महिलांच्या निर्णय क्षमता मर्यादित करण्यात भूमिका होती. अभ्यास समुदायातील स्त्रिया पितृसत्ताक समाजातील स्त्रियांच्या भूमिकांच्या किमान एका उपसमूहासाठी, स्टिरियोटाइपला कमी करून, त्यांच्यावरील नियंत्रण आणि निर्णय प्रक्रियेतील सहभागामध्ये व्यापक भिन्नता दर्शवतात.

तिसरा मुद्दा, समुदाय/गतिशीलतेमध्ये प्रवेश, तिच्या घराबाहेर संसाधने आणि सेवांमध्ये प्रवेश करण्याच्या क्षमतेवर विधाने समाविष्ट आहेत. बहुतेक स्त्रियांनी नोंदवले की ते त्यांच्या पतींची परवानगी न घेता त्यांच्या समुदायात मुक्तपणे फिरू शकतात. या हालचाली प्रामुख्याने मुलांना शाळेत घेऊन जाणे किंवा किराणा सामान आणि इतर घरगुती सामानासाठी बाजारात जाणे यासारख्या कामांसाठी होत्या. जरी काही स्त्रिया तुलनेने उच्च पातळीच्या गतिशीलतेचे प्रदर्शन करतात, तरीही ही गतिशीलता पती आणि इतर कुटुंबातील सदस्यांद्वारे मर्यादित आणि नियंत्रित केली जाऊ शकते.

निष्कर्ष:

संशोधनाचे विश्लेषण असे दर्शविते की महिलांच्या पुनरुत्पादक स्थितीच्या संबंधात सशक्तीकरण वेगळ्या पद्धतीने कार्य करते. उच्च स्तरावरील सशक्तीकरण असलेल्या गैर-गर्भवती महिलांना सामान्य आरोग्य समस्यांचा सामना करावा लागतो, तर उच्च स्तरावरील सशक्तीकरण असलेल्या गर्भवती महिलांना गर्भधारणा संबंधित आरोग्य समस्या येण्याची शक्यता कमी असते. या गैर-अंतर्जाती संशोधनाचे स्पष्टीकरण देते आणि सुचविते की स्त्रियांसाठी जागतिक स्तरावर परिभाषित केलेले सक्षमीकरण उपाय संदर्भानुसार आणि परिस्थितीनुसार परिभाषित केलेल्यापेक्षा कमी उपयुक्त असू शकतात. शेवटी इतकेच की जरी काही स्त्रिया तुलनेने उच्च पातळीच्या गतिशीलतेचे प्रदर्शन करतात, तरीही ही गतिशीलता पती आणि इतर कुटुंबातील सदस्यांद्वारे मर्यादित आणि नियंत्रित केली जाऊ शकते.

शिफारशी -

1. हस्तक्षेपांनी महिलांच्या जीवनातील पैलूंमधील विशिष्ट बदलांसाठी एक साधन म्हणून सक्षमीकरणाच्या बहु-आयामीतेचा विचार केला पाहिजे कारण ते हिंसा, लैंगिक जोखीम आणि प्रसूतिपूर्व आणि सामान्य आरोग्याशी सामना करतात.
2. सशक्तीकरण हस्तक्षेपासाठी सामाजिक संदर्भाची स्पष्ट समज, शोधलेल्या विशिष्ट परिणामांची आणि पितृसत्ताक समुदायातील बदलाची अधिक समज आवश्यक आहे. संशोधक आणि हस्तक्षेपवादी दोघांनीही सक्षमीकरणाच्या संकल्पनेचे गुंतागुंतीचे स्वरूप मान्य केले पाहिजे.



3. सांस्कृतिक आणि सामाजिक संदर्भ या दोन्हीचा सशक्तीकरणाच्या संकल्पनेवर कसा प्रभाव पडतो आणि त्यावर प्रभाव पडतो याचे अधिक सखोल परीक्षण करण्यासाठी महिलांच्या जीवनातील संदर्भ आणि टप्प्याचे आकलन आणि तिच्या सापेक्ष सशक्तीकरणाची जोड देणारे अधिक अभ्यास आवश्यक आहेत.

संदर्भ सूची (References)

1. Sen AK.(1998) The concept of development. In: Chenery H, Srinivasan TN, editors. Handbook of development economics. Vol. 1. North Holland: Elsevier Science Publishers;
2. Gollub EL. (2000) the female condom: Tool for women's empowerment. American Journal of Public Health. 90 (9):1377–1381.
3. Kabeer N. (1999) Resources, agency, achievements: Reflections on the measurement of women's empowerment. Development and Change 30(3):435–464. doi: 10.1111/1467-7660.00125.
4. Grown C, Gupta GR, Pande R. (2005) Taking action to improve women's health through gender equality and women's empowerment. The Lancet issue 365 vol. (9458) Pp 541–543
5. Laverack G. (2006) Improving health outcomes through community empowerment: A review of the literature. Journal of Health, Population, and Nutrition. 24(1): Pp113–120
6. Conger JA, Kanungo RN. (1988) The empowerment process: Integrating theory and practice. The Academy of Management Review Issue 13 Vol. (3):471–482.
7. Hashemi SM, Schuler SR, Riley AP. (1996) Rural credit programs and women's empowerment in Bangladesh. World Development. Issue 24 vol.(4) Pp 635–653.
8. Kantor P. (2003) Women's empowerment through home-based work: Evidence from India. Development and Change. Vol. 34(3) Pp 425–445..
9. Velkoff V, Adlakha A. (1998) Women of the world: Women's health in India. U.S. Census Bureau;
10. Patel V, Kirkwood BR, Pednekar S, Pereira B, Barros P, Fernandes J, et al. Mabey D. (2006) Gender disadvantage and reproductive health risk factors for common mental disorders in women: A community survey in India. Archives of General Psychiatry.;63(4):404–413. doi: 10.1001/archpsyc.63.4.404
11. Patel V, Ooman N. (1999) Mental health matters too: Gynaecological morbidity and depression in South Asia. Reproductive Health Matters.;7: Pp 30–38
12. Ramasubban R, Rishyasringa B. (2001) Weakness (ashaktapana) and reproductive health among women in a slum population in Mumbai. In: Obermeyer CM, editor.



- Cultural perspectives on reproductive health. New York: Oxford University Press;. pp. 13–37
13. Patel V, Rodrigues M, de Souza N. Poverty and post-natal depression: A cohort study from Goa, India. *American Journal of Psychiatry*. Issue 159: pp 43–47.
 14. Kostick K, Schensul S, Jadhav K, Singh R, Bavadekar A, Saggurti N. (2010) Treatment seeking, vaginal discharge and psychosocial distress among women in urban Mumbai. Springer; Netherlands:
 15. Bloom SS, Wypij D, Gupta MD. (2001) Dimensions of women's autonomy and the influence on maternal health care utilization in a north Indian city. *Demography*.;38 (1): pp 67–78. doi: 10.2307/3088289.
 16. Shroff M, Griffiths P, Adair L, Suchindran C, Bentley M. (2009) Maternal autonomy is inversely related to child stunting in Andhra Pradesh, India. *Maternal and Child Nutrition*.;5(1):64–74.
 17. Mehta B, Kapadia S. (2008) Experiences of childlessness in an Indian context. *Indian Journal of Gender Studies*.;15(3):437–460. doi: 10.1177/097152150801500301.
 18. Rocca CH, Rathod S, Falle T, Pande RP, Krishnan S. (2009) Challenging assumptions about women's empowerment: Social and economic resources and domestic violence among young married women in urban South India. *International Journal of Epidemiology*.;38(2):577–585.