நாட்டு விபரக்குறிப்பு

பாலியல் மற்றும் இனவிருத்திச் சுகாதாரத்திற்கான உலகளாவிய ரீதியில் அணுகும் வசதி தொடர்பான நாட்டு விபரக்குறிப்பு:

இலங்கை

This project is funded by the European Union

Women and Media Collective
Established 1984

arrow
asian-pacific resource & research centre for women

SRHR for ALL

Sida

1. அறிமுகம்

2013ஆம் ஆண்டுக்கான இலங்கையின் மனித அபிவிருத்தி சுட்டெண் (HDI) பெறுமதி 0.750ஆக இருந்ததுடன், 187 நாடுகளில் 73ஆவது இடத்தையும் இலங்கை பிடித்துள்ளது. அதிக மனித அபிவிருத்தி குழுவில் உள்ள நாடுகளின் சராசரியான 0.735 என்ற அளவிற்கு மேற்பட்டதாகவும், தெற்காசியாவின் (UNDP, 2014) நாடுகளின் 0.588 சராசரிக்கு மேற்பட்டதாகவும் இந்த வீதம் உள்ளது. அத்துடன், விசேடமாக மகப்பேற்று மற்றும் சிறுவர் நலன் (MCH) மற்றும் எச்.ஐ.வி/எயிட்ஸ் என்பவற்றிலும் இலங்கையானது சிறந்த தேசிய குறிகாட்டிகளை வெளிப்படுத்துகின்றது. கிராமத்தில் இருந்து தேசிய மட்டம் வரை ஆகச் சிறந்த வலையமைப்பு சுகாதார முறைமையை இலங்கை கொண்டுள்ளது. அத்துடன், பெரும்பாலான குடும்ப சுகாதார மற்றும் இனவிருத்திச் சுகாதார அக்கறைகள், மகப்பேற்று மற்றும் சிறுவர் உடல்நல மற்றும் குடும்பத் திட்டமிடல் என்பவற்றை உள்ளடக்கும் பரந்தளவான கொள்கைகளையும் கொண்டுள்ளது. விளக்கப்பட்ட புவியியல் பகுதிகளில் சேவைகள் வழங்கும் மருந்தகங்கள், மகப்பேற்று இல்லங்கள் மற்றும் தரமுயர்த்தப்பட்ட வைத்தியசாலைகள் போன்ற பரிந்துரைத்தல் வலையமைப்பு உள்ளடங்கலாக சுகாதார உட்கட்டமைப்பின் ஊடாக இவை வழங்கப்படுகின்றன.

அட்டவணை 1: 2013இல்

	ஆண்	பெண்
மக்கள் தொகை ('000)	9,939 (48.5%)	10,544 (51.5%)
பிறப்பின் போது ஆயுள் எதிர்பார்ப்பு	70.3 வருடங்கள்	77.9 வருடங்கள்
எழுத்தறிவு வீதம்	96.8	94.6
வேலைவாய்ப்பு வீதம்	65.3%	34.7%
வேலைவாய்ப்பின்மை வீதம்	3.2%	6.6%
வேலைவாய்ப்பிற்கான இடம்பெயரல்	50.9%	49.1%
பாராளுமன்றப் பிரதிநிதித்துவம்	94.2%	5.8%

மூலம்: புள்ளிவிபரவியல் கைநூல் 2014, தொகைமதிப்பு மற்றும் புள்ளிவிபரத் திணைக்களம்.

தரவுகளில் பிராந்திய வேறுபாடுகள் உள்ளமையை தேசிய தரவுகளின் ஆழமான பரிசீலனை விளக்குகின்றது. விசேடமாக, மோதலினால் பாதிக்கப்பட்ட வடக்கு மற்றும் கிழக்கு, பொருளாதார ரீதியாக குறைந்தளவு தேர்ச்சியை வெளிப்படுத்தும் மாவட்டங்கள் மற்றும் பெருந்தோட்டத் துறைகளில் இதனை அவதானிக்கக் கூடியதாகவிருந்தது. உரிமைகள் சார்ந்த அடிப்படையில் காலம் கடந்த சட்டங்கள் திருத்தப்படல் வேண்டும். அத்துடன், கொள்கைகளும் மீளாய்வு செய்யப்படல் வேண்டும். பெண்களின் துணைக் குழுக்கள் (கலாசார மற்றும் சமூக விழுமியங்களின் காரணமாக களங்கத்திற்கு உள்ளாகும் இலகுவில் பாதிப்புக்கு உள்ளாகக் கூடிய கிராமப்புறங்களைச் சேர்ந்த இளம் பெண்கள், விதவைகள், பாலியல் தொழிலாளர்கள், குடும்பங்களுக்கு தலைமை வகிக்கும் பெண்கள் மற்றும் திருமணமாகாத பெண்கள்) மற்றும் பாலியல் அடிப்படையில் சிறுபான்மையினர்களுக்கான (பெண் ஓரினச் சேர்க்கையாளர்கள், ஆண் ஓரினச் சேர்க்கையாளர்கள், இருபாலுறவினர் மற்றும் திருநங்கைகள்) உரிமைகள் மற்றும் சேவைகள் தொடர்பில் நிறைவேற்ற வேண்டியனவும் நிறையவே உள்ளன.

சுகாதாரம் தொடர்பில் அரசாங்கத்தின் செலவீனம்

இலங்கையில் சுகாதாரத் துறைக்குப் பிரதானமாக அரசாங்கமே நிதியளிக்கின்றது. குறிப்பிட்டளவு தனியார் துறை பங்களிப்பும், மட்டுப்படுத்தப்பட்ட நன்கொடையாளர் பங்களிப்பும் உள்ளது. வரியின் மூலம் சேகரிக்கப்பட்ட, பொது திறைசேரியிலிருந்து பொதுத் துறைக்கான நிதியிடல் காணப்படுகின்றது. நாடெங்கிலும் அமைக்கப்பட்டுள்ள பொது சுகாதார நிறுவனங்களின் ஊடாக பிரஜைகள் அனைவருக்கும் பொதுத் துறை சேவைகள் இலவசமாக வழங்கப்படுவதுடன், தனியார் துறை சேவைகள் பிரதானமாக வரவுக்கு மீறிய செலவு, தனியார் காப்புறுதி மற்றும் இலாபநோக்கற்ற பங்களிப்பு (IPS, 2014). என்பவற்றின் ஊடாக அமைகின்றன. உண்மையில், எவ்வாறாயினும் பொதுத் துறை வைத்தியசாலைகளில் பராமரிப்பினை நாடும் நபர்கள், மருந்துகளின் பற்றாக்குறை மற்றும் தனியார் வைத்தியசாலைகளில் விசாரணைகளுக்கான செலவு என்பவற்றின் காரணமாக அளவுக்கு மீறிய செலவு ஏற்படுகின்றது.

2012ஆம் ஆண்டுக்கான மொத்த அரசாங்க சுகாதார செலவீனமானது இலங்கை ரூபாய்களில் 89,291 மில்லியன் ஆகும். அதற்கு முந்தைய வருடத்துடன் ஒப்பிடும் போது, 8.65% அதிகரிப்பாக இது காணப்படுகின்றது. அதே வருடத்தில், சுகாதார சேவைகள் தொடர்பான பொது செலவீனமானது மொத்த தேசிய உற்பத்தியில் (GNP) 1.2% ஆக பதிவாகியுள்ளதுடன், அது தேசிய செலவீனத்தில் 4.07% ஆகும். தனிநபர் சுகாதார செலவீனம் இலங்கை ரூபாயில் 4,392 ஆகும். 2012ஆம் ஆண்டில் சுகாதாரம் தொடர்பான மொத்த செலவீனமானது (தனிப்பட்ட மற்றும் சமுதாய சுகாதார சேவைகள், சுகாதார பராமரிப்பு வழங்குனர்களில் மொத்த மூலதன அமைப்பு தொடர்பான அனைத்து செலவீனங்களும் உள்ளடங்கலாக) இலங்கை ரூபாயில் 238,613 மில்லியன் எனக் கணிக்கப்பட்டுள்ளது. இது மொத்த உள்நாட்டு உற்பத்தியின் (GDP) 3.1% (MSU/MOH, 2012) ஆகும். சுகாதார மற்றும் சுதேச மருந்து உள்ளடக்கியதாக தேசிய, மாகாண மட்டத்தில் சுகாதாரத்தில் மொத்த பொது முதலீடு 2012ஆம் ஆண்டில் இலங்கை ரூபாயில் 99 பில்லியனாக இருந்ததாக ஏனைய மூலங்கள் தெரிவிக்கின்றன. எவ்வாறாயினும், சுகாதாரம் தொடர்பான மொத்த உள்நாட்டு உற்பத்தியின் வீதமாக பொது செலவீனமானது 2010ஆம் ஆண்டில் 1.3%

1. இலங்கையின் பெருந்தோட்டத் துறை என்பது, தேயிலை, இறப்பர் மற்றும் தெங்கு போன்ற பெருந்தோட்டப் பயிர்கள் விளைவிக்கப்படும் பகுதிகளை குறிப்பிடுகின்றது. இந்தப் பகுதிகளில் பொதுவாக மோசமான சமூக-பொருளாதார நிலைமைகள் காணப்படும். இந்த வேறுபட்ட தன்மைகளின் காரணமாக இந்தப் பகுதிகளில் வேறுபாட்டினை தேசிய புள்ளிவிபரவியல் தரவுகள் காட்டுகின்றன.

(MOFP, 2012) என பதிவானது. எவ்வாறாயினும், நடப்பு வரவு செலவுத் திட்டமானது, மொத்த உள்நாட்டு உற்பத்தியின் சுகாதார பராமரிப்புக்கான செலவீனத்தினை 3% ஆக அதிகரிப்பதற்கு பிரேரித்துள்ளது (MOFP, 2015). எவ்வாறாயினும், பாலியல் மற்றும் இனவிருத்திச் சுகாதாரம் சம்பந்தப்பட்ட சேவைகள் தொடர்பான செலவீனம் குறித்து எதுவும் குறிப்பிடப்படவில்லை.

பாலியல் மற்றும் இனவிருத்திச் சுகாதார சேவைகளைப் பற்றி ஆராயும் போது, இந்த சேவைகள் உலகளாவிய ரீதியில் கிடைக்கக் கூடியதாக உள்ளனவா, எந்தத் தடைகளும் இன்றி அணுகக் கூடியதாக உள்ளனவா, இலங்கை மக்கள் தொகையினால் ஏற்றுக் கொள்ளக் கூடிய, உள்வாங்கக் கூடிய தரத்தில் உள்ளனவா என்பதனை தீர்மானிப்பதற்கான சில முக்கிய குறிகாட்டிகளை இந்த விபரக் கோவை ஆராய்கின்றது.

2. இலங்கையில் பாலியல் மற்றும் இனவிருத்திச் சுகாதாரத்தின் நிலை

1994ஆம் ஆண்டில் சனத்தொகை மற்றும் அபிவிருத்தி தொடர்பான சர்வதேச மாநாடு (ICPD) நடைபெறுவதற்கு பல தசாப்தங்களுக்கு முன்னரே குடும்பத் திட்டமிடலுடன் வேறு இனவிருத்திச் சேவைகளின் முக்கியத்துவத்தையும் அங்கீகரித்த பெருமையை இலங்கை தன்னகத்தே கொண்டுள்ளது. குடும்பத் திட்டமிடல் கூருணர்வு மிக்கதாகவும், அரசாங்கத்தினால் அறிமுகப்படுத்துவது சிக்கல் நிறைந்ததாகவும் கருதப்பட்ட 1953ஆம் ஆண்டில் குடும்பத் திட்டமிடல் சங்கத்தினால் (FPA, சர்வதேச திட்டமிடப்பட்ட பெற்றோர் பராய சம்மேளனத்தின் உறுப்புச் சங்கமாகும்) குடும்பத் திட்டமிடல் செயற்பாடுகள் முன்னெடுக்கப்பட்டன. இந்த நிகழ்ச்சியின் வெற்றியானது அரசாங்கம் அதனை முன்னெடுப்பதற்கான வழிகாட்டுதலையும் வழங்கியது. அத்துடன், அதன் தொடர்ச்சியான வெற்றியானது இலக்கு வைக்கப்பட்ட 2000ஆம் ஆண்டுக்கு முன்பதாக 5 வருடங்கள் முற்கூட்டியே 1995ஆம் ஆண்டில் எதிர்பார்க்கப்பட்ட 2 வீதம் (எட்டிய அளவு 1.9 வீதமாகும்) என்ற கருவள வீதத்தினை நாடு எட்டுவதற்கும் வழிகோலியது.

1940இற்கு பின்னர் முதன்மை சுகாதார பராமரிப்பு வசதிகளின் மிதமான பரவலாக்கலானது (மருத்துவ மற்றும் துணை மருத்துவ நபர்களின் ஊடான பரவலாக்கல், பயிற்றப்பட்ட பொது சுகாதார தாதியர்களின் மூலம் பாரம்பரிய பிரசவம் பார்த்தலை மாற்றுதல் மற்றும் மருத்துவ தொழில்நுட்பத்தின் அறிமுகம்) இலங்கையில் சுகாதார முறைமையின் மேம்பாட்டில் பெரும் பங்களிப்பினை அளித்துள்ளன (ரன்னன்-எலிய மற்றும் பலர், 2000). அபிவிருத்திக்கு வழிகோலிய வேறு காரணிகள் பெண்களின் உயர் எழுத்தறிவு வீதத்திற்கும் வழிவகுத்தன. வீட்டு வாசலுக்கே PHM,னால் இலவசமாக குடும்பத்திட்டமிடல் சேவைகள் வழங்கப்படல், குடும்பத் திட்டமிடல் சேவைகளுக்கான கபேடேரியா அணுகுமுறை, வலுவான சனத்தொகை கொள்கை, பாடசாலைகளில் சனத்தொகை கல்வி நிகழ்ச்சி, சமுதாய மற்றும் நிறுவன சுகாதார சேவைகளுக்கு இடையிலான தொடர்புகள் மற்றும் இலவச சுகாதார பராமரிப்பும், உணவு வசதிகளும் பல தசாப்தங்களுக்கு முன்னரான முதலீடுகளுக்குக் காரணம் கற்பிப்பதாக நடப்பு முறைகளும், சுகாதார குறிகாட்டிகளும் அமைந்துள்ளன. மகளிர் உரிமைகளுக்கு எதிரான மற்றும் பெண்களினதும் குடும்பத்தினரதும் ஆரோக்கியத்திற்கு ஆபத்தை ஏற்படுத்துதலுக்கு எதிரான தீவிரமான அரசியல் மற்றும் மதச் செயற்பாடுகள் சார்ந்த குடும்பத் திட்டமிடல் மற்றும் இனவிருத்திச் சுகாதாரம் என்பவற்றுடன் ஒப்பிட்டுப் பார்க்கும் போது, அண்மைக் காலத்துடன் ஒப்பிடும் போது 20ஆம் நூற்றாண்டின் மிகவும் சுதந்திரமான நாடுகளில் ஒன்றாக இலங்கையை நாம் குறிப்பிடலாம். பாலியல் மற்றும் இனவிருத்தி சுகாதாரத்தின் நடப்பு நிலைமை மற்றும் எதிர்கால முறைகளை புரிந்து கொள்வதற்கு கருத்தடை, மகப்பேற்று நலம், பருவமானோர் பாலியல் மற்றும் இனவிருத்திச் சுகாதாரம் மற்றும் எச்.ஐ.வி/எயிட்ஸ் தொடர்பான தரவுகளை இந்தப் பிரிவு ஆராய்கின்றது.

கருத்தடை

நடவடிக்கைக்கான ICPD நிகழ்ச்சியானது, வரைபடம் 7.2இல், தமது மக்கள் திருப்தியான மற்றும் பாதுகாப்பான உறவை பெறக் கூடியதாக இருப்பதனையும், இனவிருத்திக்கான இயலுமையை கொண்டிருப்பதனையும், எப்போது மற்றும் எவ்வாறு புரிய வேண்டும் என்பது குறித்து தீர்மானிப்பதற்கான சுதந்திரத்தினை கொண்டிருப்பதனையும் உறுதி செய்வதற்கு அரசாங்கங்கள் வலியுறுத்துகின்றன. ஆண்கள் மற்றும் பெண்கள் தகவல் அறிந்திருக்க வேண்டிய உரிமைகளையும், தமது தெரிவுக்கு ஏற்ப குடும்பத் திட்டமிடலில் பாதுகாப்பான, வினைத்திறன் மிக்க, பெற்றுக் கொள்ளக் கூடிய மற்றும் ஏற்றுக் கொள்ளக் கூடிய முறைகளில் உரிமைகளை கொண்டிருப்பதனையும் அது வலியுறுத்துகின்றது (UNFPA, 1994). இந்தப் பிரிவில் கருத்தடையுடன் சம்பந்தப்பட்ட அ) மொத்த கருவள வீதம், ஆ) கருத்தடை பரவல் வீதம், மற்றும் இ) கருத்தடைக்கு எட்டப்படாத தேவை போன்ற பிரதான குறிகாட்டிகள் குறித்து ஆராயப்படுகின்றது.

அ) மொத்தக் கருவள வீதம்

தற்போது நோய்தாக்கம் மிக்க வயது குறிப்பிடத்தக்க கருவள வீதத்தினை எதிர்கொள்ளும் பெண்ணின் 15-49 வயது வரை, தமது இனவிருத்தி காலப்பகுதியில் பெண் ஒருவர் பெற்றெடுக்கும் பிள்ளைகளின் எண்ணிக்கையில் அடிப்படையில் மொத்தக் கருவள வீதம் (TFR) என்பது கணிக்கப்படும். சிறந்த அல்லது மோசமான இனவிருத்திச் சுகாதாரத்திற்கான மறைமுக குறிகாட்டியாக அது பார்க்கப்படுகின்றது. அதிக TFRஆனது (ஐந்துக்கு மேற்பட்ட பிள்ளைகள்) இனவிருத்தி சுகாதார நலன் குறைவுக்கான அதிக ஆபத்தினை குறிப்பதுடன், தனிநபர்கள், தம்பதிகளுக்கான கருத்தடை சேவைகளுக்கான அணுகும் வசதியில் பற்றாக்குறையையும் குறிக்கின்றது (ARROW, 2013). மிக அண்மைய இலங்கையின் சனத்தொகை மற்றும் சுகாதார ஆய்வுக்கு (SLDHS) அமைய TFRஆனது 2.3ஆக பதிவாகியுள்ளது (DCS, 2009). அதாவது, தற்போதைய வயது சார்ந்த கருவள வீதங்கள் மாற்றமடையாது இருப்பின் இலங்கையில் உள்ள பெண் ஒருவர் தமது குழந்தை பெற்றுக் கொள்ளும் காலப் பகுதியின் இறுதியில் சராசரியாக 2.3 பிள்ளைகளை

பெறுவார். கருவள வீதத்தில் 2000ஆம் ஆண்டின் 1.9 வீதம் என்பதுடன் ஒப்பிடும் போது, TFRஇல் குறிப்பிடத்தக்க அதிகரிப்பினை அவதானிக்கக் கூடியதாகவுள்ளது. நகர (2.2) மற்றும் கிராமப்புற (2.3) கருவள வீதங்களில் குறிப்பிடத்தக்க வேறுபாடு எதுவும் இல்லாத அதேவேளை, பெருந்தோட்டத் துறையில் 2.5ஆக அதிகளவில் பதிவாகியுள்ளது. கல்வி மட்டங்கள் மற்றும் சொத்து படிநிலைகளை ஒப்பிடும் போதும் குறிப்பிடத்தக்க வேறுபாடு எதுவும் இல்லை. பத்தில் ஒரு குழந்தை மாத்திரமே 24 மாதங்கள் இடைவெளியில் பிறக்கின்றன. குழந்தைகளுக்கு இடையிலான முந்தைய இடைவேளையானது 4 வருடங்களுக்கு அதிகமாக இருந்தன (DCS, 2009).

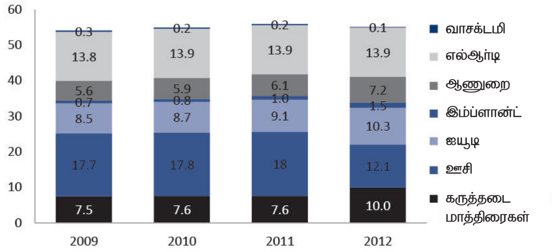
பெண்கள் வாழ்க்கையின் இனவிருத்தி அனுபவத்தை விளக்குவதாலும், சனத்தொகை வளர்ச்சியை கட்டுப்படுத்துவதனை நோக்கி நாட்டை வழி நடத்தும் இலக்கினை குறிப்பதாலும் TFRஆனது மிகவும் முக்கியமாகும். ஏற்கனவே குறிப்பிட்டது போல, இலங்கையானது 2000ஆம் ஆண்டில் 2 வீதம் என்ற TFRஇனை கடந்து, 1995ஆம் ஆண்டிலேயே 1.9 வீதம் எனும் TFRஇனை அடைந்து விட்டது (DCS, 2009). இலங்கைப் பெண்களால் நவீன கருத்தடை முறைகளை திருப்திகரமாக பின்பற்றியமையே இதற்கான பிரதான காரணமாகும். அண்மைக் காலத்தில் TFRஆனது 2.3ஆக அதிகரித்தமையானது, நவீன கருத்தடை முறைகளின் பயன்பாட்டின் வீழ்ச்சியின் பிரதிபலிப்பாகும். இலங்கையில் ஒன்றுக்கு மேற்பட்ட குழந்தைகள் பிறப்பும் வீழ்ச்சியடைந்து வருவதனையும் கவனத்தில் கொள்ள வேண்டும். ஐந்தாவது பிரசவத்தின் போது பதிவு செய்யப்பட்ட கர்ப்பிணித் தாய்மாரின் சதவீதம் மற்றும் மேற்குறிப்பிட்டவை என்பன 2007ஆம் ஆண்டில் 3.9 வீதம் என்பதில் இருந்து, 2012ஆம் ஆண்டில் 2.8 வீதமாக வீழ்ச்சியடைந்துள்ளது (FHB, 2012).

ஆ) கருத்தடை பரவல் வீதம்

இனவிருத்திச் சுகாதார சேவைகளுக்கான அணுகும் வசதி (CPR) மற்றும் முறைகளின் மூலம் கருத்தடை பயன்பாட்டு பரவல் அளவினை கருத்தடை பரவல் வீதமானது (அரசாங்கக் கொள்கையின் ஊடாக குழந்தை பெற்றுக் கொள்ளலை கட்டுப்படுத்துவதற்கான வற்புறுத்தல் எதுவும் இல்லை எனக் கருதி) விளக்குகின்றது (ARROW, 2013). இலங்கையில் குடும்பத் திட்டமிடல் என்பது அரசாங்கத்தின் பொறுப்பாக 1965ஆம் ஆண்டு அங்கீகரிக்கப்பட்டது. அத்துடன், விருப்பமற்ற கர்ப்பம் தரித்தலை தடுக்கும் அதேவேளை, குழந்தைகளுக்கு இடையில் போதிய இடைவெளி விட்டு, அனைத்து தம்பதியினரும் தமக்கு விருப்பமான எண்ணிக்கையில் குழந்தைகளைப் பெற்றுக் கொள்ளச் செய்வதே தேசிய குடும்பத் திட்டமிடல் நிகழ்ச்சியின் தற்போதைய இலக்காக உள்ளது. எனவே அது, குடும்பங்கள் தேவையான தகவல்களைப் பெற்றுக் கொள்வதற்கு வசதியளிப்பதுடன், கபேடேரியா அணுகுமுறையின் ஊடாக கருத்தடைகளை வழங்கவும் செய்கின்றது (FHB, 2012).

குடும்பச் சுகாதார பணியகத்திற்கு அமைய, PHM பராமரிப்பின் கீழ் பதிவு செய்து கொண்டுள்ள தகுதியான குடும்பங்களில் 64.6 வீதமானவை 2012ஆம் ஆண்டு இறுதிப் பகுதியின் போது ஏதோவொரு முறையிலான கருத்தடை முறையைப் பயன்படுத்துகின்றன. நவீன மற்றும் பாரம்பரிய முறைகளைப் பயன்படுத்தும் அளவானது முறையே 55.1 வீதம் மற்றும் 9.2 வீதமாகும். அதேவேளை, 35.4 வீதமானோர் எவ்வித கருத்தடை முறையையும் பயன்படுத்துவதில்லை. முந்தைய வருடங்களுடன் ஒப்பிடும் போது 2012ஆம் ஆண்டில் கருத்தடை முறைகளின் பயன்பாட்டினை கீழ்வரும் படம் விளக்குகின்றது (FHB, 2012).

படம் 1: அண்மைய வருடங்களில் பயன்படுத்தப்பட்ட கருத்தடை முறைகள்



மூலம்: குடும்ப சுகாதார பணியகம், 2012

மேலுள்ள படத்தில் குறிப்பிட்ட அடிப்படையில், கருத்தடை முறையைப் பயன்படுத்துவதில் பெரும் சுமையானது பெண்களுக்கே ஏற்படுகின்றது. அனைவரும் பெண்களாக இருப்பதனால், அவர்கள் குடும்பத் திட்டமிடலில் பெண்களையே அதிகம் பயன்படுத்துகின்றார்கள் எனவும் இந்த நிகழ்வை விளக்க முடியும். ஆண்களுக்கான முறைகளில் பெருமளவு கலாசார செல்வாக்கு உள்ள சூழ்நிலையையும் இங்கு நோக்க முடியும். திருமணத்தில் ஆணுறை பயன்படுத்துவது நம்பிக்கைத் துரோகம் சார்ந்த விடயமாகவும், மலடாக்கல் என்பது ஆண்மைத் தன்மையற்றவராக மாறுவதற்குத் துணை புரியும் என்ற நம்பிக்கையும் நிலவுகின்றது. எவ்வாறாயினும் STI/HIV பரவலைத் தடுப்பதற்கான ஆணுறைப் பயன்பாடு என்பது பெரும் வெற்றியைத் தந்துள்ளது. தற்போது, STI/HIV பரவைலத் தடுத்தல் மற்றும் கர்ப்பம் தரித்தலை தடுத்தல் என இருவேறு பயன்களுக்காக பொது சுகாதார ஊழியர்கள் ஆணுறைப் பயன்பாட்டை முன்னிறுத்துகின்றனர்.

இ) கருத்தடைக்கு எட்டப்படாத தேவை

கருத்தடைக்கு எட்டப்படாத தேவையானது பெண்களின் இனவிருத்தி நோக்கங்கள் மற்றும் உண்மையான கருத்தடை நடத்தைக்கு இடையிலான இடைவெளியைத் தருகின்றது. அது பொதுவாக இரண்டு பிரிவுகளாகப் பிரிக்கப்படுகின்றது. குடும்பத்தின் அளவை குறைப்பதற்கு குடும்பத் திட்டமிடலுக்கான எட்டப்படாத தேவை மற்றும் குழந்தைகளுக்கு இடையிலான இடைவெளி (ARROW, 2013).

இலங்கையில், குடும்பத்திட்டமிடலில் எட்டப்படாத தேவை என்பது, பாலியல் ரீதியாக வினைத்திறன் மிக்க நபர்கள் அடுத்த இரண்டு வருடங்களுக்குக் குழந்தை பெறுவதற்கு எதிர்ப்பார்ப்பின்றி இருத்தலையும், இருப்பினும் எவ்வித குடும்பத் திட்டமிடல் முறையையும் பயன்படுத்தாது இருப்பதனையும் குறிக்கும். 2012ஆம் ஆண்டில் 7.3 வீதமான தகுதியான தம்பதிகள் குடும்பத் திட்டமிடலில் எட்டப்படாத தேவையைக் கொண்டிருந்தனர். 2007ஆம் ஆண்டின் 9.2 என்ற வீதத்துடன் ஒப்பிடும் போது இந்த அளவின் வீழ்ச்சியை அவதானிக்கலாம். எவ்வாறாயினும், மாவட்ட மட்ட தரவுகளை ஆராயும் போது, குடும்பத் திட்டமிடலுக்கான எட்டப்படாத தேவையானது 4.7 வீதம்

என்பதிலிருந்து 12.4 வீதம் என்பதாக பரந்தளவில் மாவட்டங்களின் மத்தியில் காணப்படுவதனைக் கீழுள்ள வரைபடம் விளக்குகின்றது (FHB, 2012).

சமூக-பொருளாதார காரணிகளால் பிரிக்கப்பட்ட குடும்பத் திட்டமிடலுக்கான எட்டப்பாட தேவை குறித்து கவனம் செலுத்துவது முக்கியமாக இருக்கும் அதேவேளை, அவ்வாறான தகவல்கள் SLDHS 2006/07இல் மாத்திரம் கிடைக்கக் கூடியதாகவுள்ளன. அத்துடன், அட்டவணை 2இல் அவை தரப்பட்டுள்ளன. குடும்பத் திட்டமிடலில் எட்டப்படாத தேவை என்பது பிரசவத்தின் போதான இறப்புக்கு (கீழே பார்க்க) பங்களிக்கும் காரணியாக கருதப்படும் சூழ்நிலைகளில், எட்டப்படாத தேவையின் தேக்கமானது முன்னுரிமை அளிக்க வேண்டிய கொள்கையாக மாறிவிடுகின்றது என்பதனையும் கவனத்தில் கொள்ள வேண்டும் (FHB, 2012).

அட்டவணை 2: சமூக-பொருளாதார சிறப்புத் தன்மைகளின் அடிப்படையில் குடும்பத்திட்டமிடலுக்கான எட்டப்படாத தேவை

பின்புலம்		இடைவெளிக்கு	கட்டுப்படுத்த	மொத்தம்
வீடு	நகரம்	4.5	5.0	9.5
	கிராமம்	3.2	3.6	6.8
	தோட்டப்புறம்	6.3	4.9	11.1
கல்வி	கல்வி இல்லை	2.1	5.3	7.4
	ஆரம்பக் கல்வி	2.6	4.4	7.1
	இடைநிலைக் கல்வி	3.8	3.8	7.6
	க.பொ.த (சா.த) சித்தி	4.2	4.4	8.6
	உயர் கல்வி	3.3	2.9	6.2
சொத்து	ஆகக் குறைவு	3.6	3.7	7.2
	இரண்டாவது	3.9	3.7	7.6
	நடுநிலை	3.5	3.5	7.0
	நான்காவது	3.1	3.6	6.7
	அதிகம்	3.7	4.4	8.1
மொத்தம்		3.5	3.8	7.3

மூலம்: SLDHS 2006/07, தொகைமதிப்பு மற்றும் புள்ளிவிபரத் திணைக்களம்

மகப்பேற்று நலம்

பிரசவத்தின் போதான நோய்ப்பாதிப்பு வீதம் மற்றும் இறப்பு வீதத்தில் துரிதமான மற்றும் தொடர்ச்சியான குறைப்பு, பாதுகாப்பற்ற கருக்கலைப்பின் மூலம் ஏற்படும் உயிரிழப்புக்களின் எண்ணிக்கையைக் குறைத்தல் என்பவற்றினை எட்டுவதன் ஊடாக பெண்களின் சுகாதாரத்தையும், பாதுகாப்பான தாய்மையையும் முன்னிறுத்துவதற்கான செயற்பாடுகளை நடவடிக்கைக்கான ICPD நிகழ்ச்சியின் பத்தி 8.20 வலியுறுத்துகின்றது (UNFPA, 1994). இந்தப் பிரிவில் அ) பிரசவத்தின் போதான உயிரிழப்பு அளவு – பெண்களுக்கு பிரசவம் என்பது எத்தனைப் பாதுகாப்பாக உள்ளது, ஆ) பிரசவத்துக்கு முந்தைய உயிரிழப்பு – மகப்பேற்று நலன் மற்றும் ஊட்டச்சத்து நிலைமைக்கான சிறந்த குறிகாட்டி எது மற்றும் மகப்பேறியல் பராமரிப்பின் தரம், இ) பிரசவத்தின் போதான உகந்த மகப்பேற்று நலம், ஊட்டச்சத்து மற்றும் பராமரிப்பு என்பவற்றின் பிரதிபலிப்பான குழந்தை இறப்பு வீதம், ஈ) திறன் வாய்ந்த தாதியரால் பார்க்கப்படும் பிரசவம் - பாதுகாப்பான பிரசவம் மற்றும் மகப்பேற்றின் போதான இறப்பினை குறைப்பதனை உறுதி செய்வதற்கு தேவையான மனித வளங்களை விருத்தி செய்வதற்கு எந்த அரசாங்கங்கள் முதலீடு செய்துள்ளன என்பதனை புரிந்து கொள்வதற்கு உதவும், உ) பாதுகாப்பான பிரசவத்தையும், மகப்பேற்றின் போதான உயிரிழப்புக்கள் இல்லாதிருப்பதனையும் உறுதி செய்யும் அடிப்படை அவசர மகப்பேறியல் பராமரிப்பு மற்றும் முழுமையான அவசர மகப்பேறியல் பராமரிப்பின் கிடைக்கக் கூடிய தன்மை, ஊ) குழந்தை பிறந்தவுடன் பிரசவத்திற்குப் பின்னரான பாதுகாப்பை உறுதி செய்வதற்கு திறன் வாய்ந்த மருத்துவ வசதி வழங்குனரால் பிரசவத்திற்கு 48 மணித்தியாலங்களுக்குள் மகப்பேற்றுக்கு முந்தைய அல்லது பிந்தைய பராமரிப்பு, மற்றும் எ) சுகாதார பராமரிப்பு சேவைகளுக்கான பெண்களின் அணுகும் வசதிக்கான குறிகாட்டியாக கர்ப்ப கால பராமரிப்பு ஆகிய பெண்களின் உடல்நலத்துடன் தொடர்புடைய பிரதான குறிகாட்டிகளை நாம் ஆராயவுள்ளோம்.

மகப்பேறு மற்றும் சிறுவர் நலன் தொடர்பான தேசிய கொள்கை (2012) மற்றும் மகப்பேறு மற்றும் புதிதாக பிறந்த குழந்தையின் உடல் நலன் தொடர்பான தேசிய மூலோபாயத் திட்டம் (2012-2016) என்பன இலங்கையில் மகப்பேற்று நலன் சார்ந்த மேலோட்டமான பார்வையை வழங்கக் கூடியதாக அண்மைக் காலத்தில் வடிவமைக்கப்பட்ட பிரதான ஆவணங்களாக உள்ளன. அண்மைய வருடங்களில் முன்னெடுக்கப்பட்ட சனத்தொகை சார் மாற்றங்கள் மகப்பேற்று மற்றும் சிறுவர் நலனில் குறிப்பிடத்தக்க சில முக்கியமான கொள்கை அக்கறைகளை கொண்டு வந்துள்ளதாக தேசிய கொள்கை குறிப்பிடுகின்றது. மக்கள் தொகையில் பெண்களில் 5.6 மில்லியன் மக்கள் (27.8 வீதம்) இனவிருத்தி வயதுப் பிரிவில் (15-49 வயது) இருப்பதாகவும், சுகாதார பராமரிப்பு முறையினை திட்டமிடுவதில் இனவிருத்தி சுகாதார சேவைகளினை தரமாக மாற்றுவதில் தாக்கம் செலுத்தும் காரணியாகவும் இருப்பதாகவும் அது சுட்டிக்காட்டுகின்றது (MOH, 2012).

கீழ்வரும் தரவுகளைப் பார்க்கும் போது, இலங்கையில் 1940 முதல் மகப்பேற்று மற்றும் சிறுவர் நலன் தொடர்பான முதலீடுகளைப் பார்க்கும் போது சிறந்த மகப்பேற்று நலன் குறிகாட்டிகளை எட்டுவதற்கு குறிப்பிட்டதக்க வெற்றியை அடைந்துள்ளமையையும் காணக் கூடியதாகவுள்ளது. எவ்வாறாயினும், பின்வரும் தரவுகளை உன்னிப்பாக அவதானிப்பது, முன்னேற்றம் தேவையாகவுள்ள பிரிவுகளை அடையாளம் காண்பதற்கு துணை புரியும்.

அ) பிரசவத்தின் போதான உயிரிழப்பின் அளவு (MMR)

பெண்களுக்கு குழந்தை பிரசவம் என்பது எத்தனை பாதுகாப்பாக இருக்கின்றது என்பதனை குறிப்பதாக பிரசவத்தின் போதான உயிரிழப்புகளின் அளவு (MMR) என்பது அமைகின்றது. சமகாலப் பகுதியில் 100,000 உயிருடன் பிறக்கும் குழந்தைகளுடன் ஒப்பிடும் போது, பிரசவத்தின் போது இறக்கும் குழந்தைகளின் அளவுடன் ஒப்பிட்டு இந்த எண்ணிக்கையைத் தீர்மானிக்கலாம். பிரசவத்தின் போதான உயிரிழப்பு என்பது பெண் ஒருவர் கர்ப்பிணியாக இருக்கும் போது அல்லது பிரசவத்திற்கான நாளிலிருந்து 42 நாட்களுக்குள், கால அளவு மற்றும் பிரசவத்தின் தன்மை குறித்த வேறுபாடுகளில் கவனம் செலுத்தாது, பிரசவத்தின் காரணமான அல்லது

தூண்டப்பட்ட அல்லது அது சார்ந்த ஆனால் விபத்தினால் ஏற்படாத இறப்புக்களை குறிக்கும் (ARROW, 2013).

100,000 உயிருடன் பிறக்கும் குழந்தைகளின் இறப்பு வீதமானது 37.7 ஆக இலங்கையில் உள்ளது (FHB, 2012). கடந்த இரண்டு தசாப்தங்களை கவனத்தில் கொள்ளும் போது, ஆகக் கூடிய மற்றும் ஆகக் குறைந்த பதிவான MMR ஆக, முறையே 63.0 (1996இல்) மற்றும் 31.1 (2010இல்) என்பன பதிவாகியுள்ளது. எவ்வாறாயினும், தேசிய மகப்பேற்று இறப்பு வீத புள்ளிவிபரங்கள் வரைபடத்தில் விளக்கப்பட்டுள்ள பிராந்திய மற்றும் துறைசார் வேறுபாடுகளை கவனத்தில் கொள்ளவில்லை என்பதனையும் இங்கு குறிப்பிட வேண்டும். இலங்கையானது தற்போது பூச்சியமளவு பிரசவகால இறப்பு வீதத்தை இலக்கு வைத்து செயற்படுகின்றது.

இலங்கையில் நிகழும் பிரசவத்தின் போதான அனைத்து மரணங்களும் மகப்பேற்று இறப்பு மேற்பார்வை மற்றும் பிரதிபலிப்பின் (MDSR) ஊடாக ஆராயப்படுகின்றது. இதில் மகப்பேற்று இறப்பு வீத கணக்காய்வும் உள்ளடங்குகின்றது. குடும்ப சுகாதார பணியகம் (FHB), உள்ளூர் சுகாதார அதிகார சபைகள் மற்றும் மகப்பேற்றியல் நிபுணர்களை உள்ளடக்கிய மீளாய்வு செயற்பாடாக கணக்காய்வு அமைந்துள்ளது. இடைவெளிகளை நிரப்புதல் மற்றும் சிறந்த பயிற்சிகளை ஆரம்பித்தல் என்பவற்றை இலக்கு வைத்ததாக அது இருக்கும். நேரடி காரணிகளினாலேயே 63 வீதமான பிரசவத்தின் போதான மரணங்கள் ஏற்படுவதாகவும் மறைமுக காரணிகளினால் 37 வீதமான பிரசவத்தில் மரணங்கள் ஏற்படுவதாகவும் தரவுகள் தெரிவிக்கின்றன (FHB, 2012). காரணம், கர்ப்ப காலம், சமுதாயத் தகுதி மற்றும் மகப்பேற்று வயது என்பவற்றின் மூலம் பிரசவத்தின் போதான மரணம் குறித்த அளவுகளை மூன்றாவது அட்டவணை விளக்குகின்றது.

அட்டவணை 3: 2012இல் வகை, காலம், சமுதாயத் தகுதி மற்றும் மகப்பேற்று வயது என்பதன் அடிப்படையில் பிரசவத்தின் போதான உயிரிழப்பு வீதம்

மகப்பேற்று உயிரிழப்பு வீதம்		2012
காரணத்தின் வகை	நேரடி	23.6
	மறைமுகம்	14.0
மகப்பேற்று காலம்	கர்ப்ப காலம்	10.4
	பிறக்கும் போது தாய்க்கு நிகழும்	1.4
	பிரசவத்திற்குப் பின்னர்	25.8
சமுதாயத் தகுதி	P1	10.7
	P2 - 4	20.8
	>P5	3.9
மகப்பேற்று வயது	19 வயதுக்கு குறைவு	1.4
	20-35 வயது	27.0
	வயதுக்கு மேல்	9.3

மூலம்: குடும்ப சுகாதாரம் குறித்த வருடாந்த அறிக்கை 2012, குடும்ப சுகாதார பணியகம்

56 வீதமான பிரசவத்தின் போதான மரணங்களை தடுக்க முடியும் என அதன் மூலம் அறியப்பட்டது. அத்துடன், 67 வீதமான பிரசவத்தின் போதான மரணங்கள் சேவை சார்ந்த தாமதம் காரணமாக ஏற்படுகின்றன. ஆகக் கூடிய தாமதமானது சேவைகளைப் பெறுதல் (39 வீதம்) சார்ந்ததாக இருப்பதுடன், 27 வீதமானவை சிகிச்சையில் தாமதம் காரணமாகவும், 32 வீதமானவை சேவை பெறுதல் மற்றும் சிகிச்சையில் தாமதம் காரணமாகவும் நிகழ்கின்றன. எவ்வாறாயினும், இலங்கையில் அதிக ஆபத்து வாய்ந்த பிரசவங்கள் முற்கூட்டியே கர்ப்ப காலத்தின் போது அடையாளம் காணப்பட்டு, தீவிரமான மற்றும் தொடர்ச்சியான கண்காணித்தலுக்கு ஆற்றுப்படுத்தப்படுகின்றன. அத்துடன், வருகை தரு மகப்பேற்றியல் மற்றும் பெண் நோயியல் நிபுணர்களுக்கும் ஆற்றுப்படுத்தப்படுகின்றன. இவ்வாறான சம்பவங்களின் போது இடைநிலை பராமரிப்பு வைத்தியசாலைகளின் சேவை மிகவும் அத்தியாவசியமானதாகும்.

நச்சுத் தன்மையான கருக் கலைப்பின் காரணமாக மகப்பேற்று மரணம் ஏற்படுவதும், பிரசவத்தின் போதான மரணத்திற்கான மூன்றாவது அதிகப்படியான காரணமாக இருக்கின்றது (13 வீதம் - FHB, 2012). கர்ப்பம் தரித்துள்ள பெண்ணின் உயிரை காப்பது தவிர்ந்த வேறு சந்தர்ப்பங்களில் இலங்கையில் கருக்கலைப்பு என்பது குற்றவியல் தண்டனையாகும். எவ்வாறாயினும், மேற்குறிப்பிட்ட தரவுகளைப் பார்க்கும் போது, அதன் சட்டத் தன்மையானது பெண்கள் கருக்கலைப்பினை நாடிச் செல்வதனை தடுப்பதாக இல்லை. ஆனால், சிக்கல்கள் ஏற்படும் போது உடனடியான மருத்துவ உதவிகளை நாடிச் செல்வதில் இருந்து பெண்களை தடுக்கின்றன. எனவே, நிலைமை தீவிரமாக இருக்கும் போது நோயாளிகள் வைத்தியசாலையில் அனுமதிக்கப்படுகின்றனர். அத்துடன், சட்டவிரோத கருக் கலைப்புக்கான குற்றச்சாட்டினையும் எதிர்கொள்கின்றனர்.

ஆ) பிரசவத்தின் பின்னரான இறப்பு வீதம் (PMR)

பிரசவத்தின் பின்னரான இறப்பு வீதம் (PMR) என்பது மகப்பேற்று சுகாதாரம் மற்றும் ஊட்டச்சத்து நிலைமை மகப்பேற்றியல் பராமரிப்பின் தரம் ஆகிய இரண்டுக்குமான சிறந்த குறிகாட்டியாகவும் உள்ளது. பிரசவத்தின் பின்னரான காலம் எனப்படுவது கர்ப்பம் தரித்து 22 பூர்த்தியான வாரங்கள் (154 நாட்கள்) என்பதிலிருந்து பிறப்பின் பின்னரான ஏழு நாட்கள் வரையான காலப்பகுதியாகும். பிரசவத்தின் பின்னரான இறப்பு என்பதில், குழந்தை இறந்து பிறத்தல் மற்றும் குழந்தை பிறந்து ஏழு நாட்களுக்குள் இறத்தல் என்பன உள்ளடங்கும் (ARROW, 2013).

இலங்கையில் 2012ஆம் ஆண்டில் PMRஆனது 1,000 பிறப்புக்கு 12.0 இறப்பு என்ற அடிப்படையில் இருந்தது (FHB, 2012). அண்மைக் காலங்களில் குழந்தைகளின் இறப்பு வீதம் குறைந்து வருவதனை அட்டவணை 4 காட்டுகின்றது. இந்த முறைகளைப் பார்க்கும் போது, 20 வயதுக்குக் குறைந்த தாய்மார் மற்றும் 40-49 வயதுக்குட்பட்ட தாய்மாரில், பெருந்தோட்ட மற்றும் கிராமப்புற பெண்களில், ஆரம்ப மற்றும் இரண்டாம் நிலை கல்வி மாத்திரம் கொண்டவர்களில் PMR அதிகளவில் நிகழ்வதாக SLDHS 2006/07 குறிப்பிடுகின்றது (DCS, 2009).

இ) குழந்தை இறப்பு வீதம் (IMR)

குழந்தை பிறந்து ஒரு வயதுக்குள் இறந்து போவது குழந்தை இறப்பு வீதம் (IMR) என குறிக்கப்படுகின்றது.

குறைந்த உடல் எடை என்பது குழந்தை இறப்பதற்கான காரணிகளில் ஒன்றாக உள்ளது. இதன் காரணமாக போதிய மகப்பேற்று நலன், ஊட்டச்சத்து மற்றும் பராமரிப்பு இன்மை என்பவற்றிற்கு வழி கோலுகின்றது (ARROW, 2013).

2002ஆம் ஆண்டில் ஆயிரம் உயிருடன் பிறக்கும் குழந்தைகளுக்கு 13.1 என காணப்பட்ட IMRஆனது 2012ஆம் ஆண்டில் 9.2ஆக குறைந்துள்ளது. இந்த மாற்றத்தின் அளவை அட்டவணை 4இல் பார்க்கலாம். எவ்வாறாயினும், இவ்வாறான அளவுகள் முழு நாட்டிற்குமானதாக பொதுமைப்படுத்த முடியாது. துறை, மாவட்டம் (வரைபடத்தில் குறிப்பிட்டவாறு), தாயின் கல்வி மட்டம் மற்றும் குடும்ப வளம் என்பவற்றின் அடிப்படையில் இதில் மாற்றம் ஏற்படலாம் என SLDHS 2006/07 குறிப்பிடுகின்றது. உதாரணமாக, தாய்மார் அதிகம் கல்வி பெறாத பெருந்தோட்டப் புறங்களில், வறிய வீடுகளில் IMRஆனது அதிகளவில் உள்ளது (DCS, 2009). பொது சுகாதார தாதியரால் ஆராயப்பட்ட பெரும் எண்ணிக்கையிலான குழந்தை மரணங்களில், மரணத்திற்கான உண்மையான குறிப்பிட முடியாத நிலை காணப்பட்டதாக ஆய்வு முடிவுகள் தெரிவிக்கின்றன.

அட்டவணை 4: அண்மைக் காலங்களில் குழந்தை இறப்பு வீதம் தொடர்பான குறிகாட்டிகள்

குறிகாட்டி	2009	2010	2011	2012
பிரசவத்திற்கு முன்னரான இறப்பு வீதம் (1,000 உயிருடன் பிறக்கும் குழந்தைகளுக்கு)	7.3	8.0	7.6	6.8
பிரசவத்திற்குப் பின்னரான காலப்பகுதியில் இறப்பு வீதம் (உயிருடன் பிறக்கும் 1,000 குழந்தைகளுக்கு)	3.1	2.6	2.7	2.4
கர்ப்ப காலத்தின் போது இறப்பு வீதம் (1,000 உயிருடன் பிறக்கும் குழந்தைகளுக்கு)	13.0	13.7	12.6	12.0
குழந்தை இறந்து பிறத்தல் (1000 குழந்தை பெறுதலுக்கு)	7.5	7.7	7.1	6.9
குழந்தை இறப்பு வீதம் (1000 உயிருடன் பிறக்கும் குழந்தைகளுக்கு)	10.4	10.6	10.2	9.2
பதிவு செய்யப்பட்ட குழந்தை இறப்பு அளவு	3,263	3,293	3,269	2,938
அறிக்கையிடப்பட்ட குழந்தை இறப்பு சம்பவங்களில் விசாரணைக்கு உட்படுத்தப்பட்டவை.	93%	89%	92%	96%

குடும்ப சுகாதாரம் குறித்த வருடாந்த அறிக்கை 2012, குடும்ப சுகாதார பணியகம்.

ஈ) திறன் வாய்ந்த பிரசவம் பார்ப்பவர்களால் பார்க்கப்படும் பிறப்பின் அளவு

வழமையான பிரசவங்களை கையாளத் தெரிந்த, புதிதாகப் பிறந்தவர்களில் உள்ள சிக்கல்களை கண்டறிந்து, முகாமை செய்து, சிக்கல் இருப்பின் ஆற்றுப்படுத்தக் கூடிய திறன்களில் சிறந்த மற்றும் கல்வி கற்றவர்கள் எனப்படும் மகப்பேற்று வைத்தியர், வைத்தியர் அல்லது தாதியர் போன்ற 'அங்கீகாரம் பெற்ற வைத்திய நிபுணர்கள்' திறன் வாய்ந்த பிரசவம் பார்ப்பவர்கள் (சில சந்தர்ப்பங்களில் திறன் வாய்ந்த மருத்துவிச்சி) என அறியப்படுவர். பயிற்சி பெற்ற அல்லது பெறாத பிரசவம் பார்க்கும் மருத்துவிச்சிகள் போன்ற பாரம்பரிய முறையை கையாள்பவர்கள் இந்த வரைவிலக்கணத்தில் உள்ளடங்க மாட்டார்கள் (ARROW, 2013).

இலங்கையில், திறன் வாய்ந்தவர்கள் (வைத்தியர்கள், PHM மற்றும் தாதியர்) 2007ஆம் ஆண்டில் அனைத்துப் பிரசவத்திற்கும் (99.4 வீதம்) உதவி புரிந்துள்ளார்கள். 2000ஆம் ஆண்டு பதிவான 96 வீதத்துடன் ஒப்பிடும் போது இது வளர்ச்சியாகும். ஏழு வருடங்களில் இலங்கை சுகாதார வசதிகள் மேம்பட்டுவிட்டன என்பதனையும், உலகளாவிய பாதுகாப்பான சேவை வழங்கலை கொண்டிருக்கின்றது என்பதனையும் இது வெளிப்படுத்துகின்றது (DCS, 2009). 2012ஆம் ஆண்டு தரவுகளின் அடிப்படையில் 99.9 வீதமான பிரசவங்கள் நிறுவனமயப்படுத்தப்பட்ட வழியிலும், 0.07 வீதமான பிரசவங்கள் பயிற்சி பெறாதவர்களாலும் முன்னெடுக்கப்பட்டன (FHB, 2012).

அரசாங்க சுகாதார அமைப்புக்களில் பிரசவிக்கும் பெரும்பாலான பெண்கள் (93.1 வீதம்), தேர்ச்சியான சேவை கிடைப்பதன் காரணமாக அரச வைத்தியசாலைகளை நாடுகின்றனர். ஒன்றுக்கு மேற்பட்ட மகப்பேற்றியல் பிரிவுகளைக் கொண்ட பாரிய வைத்திய அங்கங்களே அவர்களுடைய பிரதான தெரிவாக உள்ளது. ஒன்றுக்கு மேற்பட்ட நிபுணரைக் கொண்ட இடங்களில் சுமார் 77 வீதமான பிரசவங்கள் இடம்பெறுகின்றன என அர்த்தம் தருகின்றது. அரசாங்க நிறுவனங்களில் மொத்த பிரசவங்களில், 6.9 வீதம் மாத்திரமான பிரசவங்கள் மாத்திரமே நிபுணத்துவ சேவைகள் இன்றி வைத்தியசாலைகளில் நடைபெறுகின்றன. இந்த அளவு குறைவாக இருக்கின்ற போதிலும், வருடாந்தம் 23,873 பிரசவங்கள் என்ற எண்ணிக்கையையும், வருடாந்தம் 3,581 குறைபாடுகள் என்ற அளவையும் இது தருகின்றன (FHB, 2014).

உ) அடிப்படை அவசர மகப்பேற்றியல் பராமரிப்பு மற்றும் முழுமையான அவசர மகப்பேற்றியல் பராமரிப்புக் கிடைக்கும் தன்மை

அவசர கால மகப்பேற்றியல் பராமரிப்பு (EmOC) எனக் கருதப்படும் ஏழு பிரதான நேரடி மகப்பேற்றியல் குறைபாடுகளை தீர்ப்பதாக இடையீடுகளின் தொகுதி அமைதல் வேண்டும் (FHB, 2014). பின்வரும் வகையில் மகப்பேற்றியல் மற்றும் புதிததாக பிறந்தவர்களின் அவசரத்திற்கு சிகிச்சையளிக்கும் வகையிலான வாழ்க்கையை காப்பாற்றும் சேவைகள் அல்லது அறிகுறி செயற்பாடுகளின் பட்டியல்:

1. அல்லூண்வழி நுண்ணுயிர் எதிரிகளை நிர்வகித்தல்
2. யுடெரோடொனிக் மருந்துகளை நிர்வகித்தல்
3. முன்சூல்வலிப்பு மற்றும் சூல்வலிப்புக்கான அல்லூண்வழி மருந்தடக்கிகளைப் நிர்வகித்தல்
4. கைமுறையாக நஞ்சுக்கொடியை அகற்றல்
5. தேங்கியுள்ள பொருட்களை அகற்றல்
6. உதவியுடனான யோனி வழி பிரசவம் பார்த்தல்

7. அடிப்படை பிறந்த குழந்தைகளில் இயக்க மீட்பு சுவாசம் முன்னெடுத்தல்
8. சத்திர சிகிச்சை மேற்கொள்ளல்
9. இரத்தவழி பரிமாற்றம் மேற்கொள்ளல்

இலங்கை முழுவதிலும் அண்மையில் EmOC தொடர்பான முழுமையான கற்கை ஒன்று முன்னெடுக்கப்பட்டது. தேசிய அவசரகால மகப்பேற்றியல் மற்றும் பிரசவத்திற்குப் பின்னரான பராமரிப்புத் (EmOC) தேவைகள் மதிப்பீடு (FHB, 2014) என்பது, பிராந்திய மற்றும் தேசிய மட்டத்தில் கர்ப்பிணிப் பெண்கள் மற்றும் அவர்களுடைய புதிதாகப் பிறந்த குழந்தைகளின் வாழ்க்கையைக் காப்பதற்கான பராமரிப்பை வழங்கும் வேறுபட்ட சுகாதார நிறுவனங்களின் இயலுமையை ஆராய்கின்றது. இந்தக் கற்கையின் முடிவுகளை பகுப்பாய்வு செய்த போது, அடிப்படை (BEmONC) மற்றும் முழுமையான (CEmONC) சேவைகளின் தற்போதைய நிலைமையை ஆராய்ந்து, பரிந்துரைகளை முன்வைக்கின்றன. இலங்கையானது EmONC சேவைகள் மற்றும் வசதிகளின் சிறந்த வலையமைப்பினை கொண்டுள்ளமையைக் குறிக்கும் சில முக்கிய தரவு மற்றும் குறிகாட்டிகளை அட்டவணை 5 முன்வைக்கின்றது. எவ்வாறாயினும், கற்கையில் குறிப்பிட்டவாறு உட்கட்டமைப்பு மற்றும் கிடைக்கக் கூடியதாகவுள்ள கருவிகளில் பெரும்பாலான நிறுவனங்கள் இடைவெளிகளை கொண்டுள்ளன. ஒரே வகையான நிறுவனங்களுக்கு இடையிலும், மாவட்டத்திற்குள்ளும் கிடைக்கக் கூடியதாகவுள்ள உட்கட்டமைப்பு வளங்களின் கிடைக்கக் கூடியத் தன்மையில் பெருமளவு வேறுபாடு உள்ளது.

அட்டவணை 5: இலங்கையில் தெரிவு செய்யப்பட்ட EmONC குறிகாட்டிகள் மற்றும் தரவுகள்

குறிகாட்டி அல்லது வகை	நடப்பு வீதம்	நியமமான வீதம்
தலா 500,000 பேருக்கு BEmONC சேவைகளின் கிடைக்கும் தன்மை	1.23	தலா 500,000 பேருக்கு 5 வசதிகள் (WHO)
தலா 500,000 பேருக்கு CEmONC சேவைகளின் கிடைக்கும் தன்மை	1.65	தலா 500,000 பேருக்கு ஆகக் குறைந்தது 1 (WHO)
தலா 500,000 பேருக்கு 24/7 CEmONC சேவைகளின் கிடைக்கும் தன்மை	0.79	
இயலுமை வசதிகளில் CEmONC விநியோகங்களின் வீதம்	88%	
இயலுமை வசதிகளில் 24/7 CEmONC விநியோகங்களின் வீதம்	62%	
EmONC பராமரிப்பின் தேவையை எட்டல் (CEmONC சேவைகளுடன் வைத்தியசாலை வந்த பாரிய நேரடி மகப்பேறு சிக்கல் கொண்ட பெண்கள்)	80%	
அறுவை சிகிச்சை பிரிவுகளின் வீதம்	27 .7	5-15% (WHO)
நேரடி மகப்பேற்றியல் சம்பவ கருவள வீதம்	0.151	1% குறைவான
மொத்தப் பிறப்பின் போதே இறப்பு வீதம்	6%	
மறைமுக காரணங்களால் இறப்புக்களின் விகிதம் - 2010	31 .6%	
CEmONC வசதிகளைக் கடந்து 30 கி.மீ வலயத்திற்குள் சம்பந்தப்படும் வீதத்தின் அளவு	3%	
தலா 500,000 மக்கள் தொகைக்கு நிபுணர்கள்	3.4	
தலா 500,000 மக்கள் தொகைக்கு நிபுணத்துவ மகப்பேறு பிரிவு	2.6 (117 பிரிவுகள்)	
பிரிவு ஒன்றிற்கு சராசரி எண்ணிக்கை	மாதம் ஒன்றிற்கு 245	300 பிரசவங்கள் (உலக சுகாதார அறிக்கை 2005)
தலா நிபுணத்துவ மகப்பேற்றியல் நிபுணருக்கு அமைய பிறப்புக்களின் சராசரி எண்ணிக்கை	மாதம் ஒன்றிற்கு 207	

மூலம்: குடும்ப சுகாதார பணியகத்திலிருந்து கட்டியமைக்கப்பட்ட தரவு, 2012

ஊ) திறன் வாய்ந்த சுகாதார சேவை வழங்குனரால் பிரசவத்தின் 48 மணித்தியாலங்களின் பின்னர் குழந்தை பேறுக்குப் பின்னரான அல்லது பிரசவத்திற்குப் பின்னரான உள்ளடக்கம்

பிரசவத்தின் போது அல்லது குழந்தைப் பேறுக்குப் பின்னரான காலப்பகுதியிலேயே மகப்பேறு மற்றும் புதிதாகப் பிறந்த குழந்தைகளின் மரணம் குறிப்பிடத்தக்க அளவு இடம்பெறுவதால் குழந்தைப் பேறுக்குப் பின்னரான பராமரிப்பு என்பது மிகவும் முக்கியமானதாகும். குழந்தை பிறந்தவுடனேயே குழந்தைப் பேறுக்குப் பின்னரான காலப்பகுதியில் ஆரம்பித்து, பிறப்பிற்குப் பின்னரான 6 வாரங்கள் (42 நாட்கள்) வரை நீடிக்கின்றது. முதலாவது குழந்தைப் பேறுக்குப் பின்னரான விஜயமானது முதலாவது வாரத்தில், குறிப்பாக மூன்று நாட்களில் இடம்பெறுவதாக உலக சுகாதார ஸ்தாபன வழிகாட்டிகள் பரிந்துரைக்கின்றன. தாய் மற்றும் குழந்தை என இருவருக்கும் குறைபாடுகளை ஆரம்பத்திலேயே கண்டறிந்து சிகிச்சை அளித்தல் மற்றும் பராமரிப்பு வழங்கல் என்பதே இந்த விஜயத்தின் நோக்கமாகும் (ARROW, 2013).

அரசாங்க நிறுவனத்தில் பிரசவம் பார்த்த தாய் ஒருவரை ஆகக் குறைந்தது 4 தடவைகள் பேறுக்குப் பின்னர் PHM விஜயம் செய்ய வேண்டும் என இலங்கையின் குடும்ப சுகாதார நிகழ்ச்சியின் தேவையாக இருக்கின்றது. இந்த விஜயங்களில், ஆகக் குறைந்தது இரண்டு விஜயங்கள் பிரசவத்தினை அடுத்து முதல் பத்து நாட்களுக்கு நிகழ வேண்டும் (2011ஆம் ஆண்டில் ஆகக் குறைந்தது ஒரு விஜயமாவது நிகழ்ந்ததாக 91.6 வீதமானோர் தெரிவித்தனர்). அத்துடன், ஏனைய இரண்டும் 11இலிருந்து 28 நாட்களுக்குள் மற்றும் 38 இலிருந்து

46 நாட்களுக்குள் முறையே பிரசவத்தினை அடுத்து நிகழ வேண்டும். இந்த விஜயங்களின் போது தாய்மாரும், குழந்தைகளும் எந்தவொரு குழந்தை பேறுக்குப் பின்னரான மற்றும் புதிதாக பிறந்த குழந்தைகளின் சிக்கல்கள் குறித்து PHM ஆராய்வார், புதிய குழந்தைகளின் பாலூட்டலுக்கு ஆதரவளிப்பார், குடும்பத் திட்டமிடலுக்கு ஆலோசனை வழங்குவார், சுகாதார விடயங்கள் மற்றும் புதிதாக பிறந்த குழந்தையை பதிவு செய்வது குறித்து ஆலோசனை வழங்குவார் (FHB> 2012).

பிரசவத்திற்குப் பின்னர் 48 மணித்தியாலங்களில் 90.8 வீதமான பெண்கள் குழந்தை பேறுக்குப் பின்னரான பராமரிப்பை பெறுவதாக SLDHS 2006/07இல் உள்ள தரவுகள் தெரிவிக்கின்றன (4 மணித்தியாலங்களுக்குள் 69.1 வீதம், 4 இலிருந்து 23 மணித்தியாலங்களுக்குள் 14.6 வீதம் மற்றும் 48 மணித்தியாலங்களுக்குள் 7.1 வீதம்). பெரும்பாலான பிரசவங்கள் வைத்தியசாலைகளில் நிகழ்வதனால், 90 வீதமான சந்தர்ப்பங்களில் திறன் வாய்ந்த நிபுணர் ஒருவரே பெண்களின் முதலாவது பேறுக்குப் பின்னரான சேவையை வழங்குகின்றார். மற்றுமொரு 5 வீதமான நபர்கள், PHM விஜயத்தின் போது பேறுக்குப் பின்னரான பரிசோதனையை பெற்றுக்கொள்வர். மகப்பேறு மற்றும் புதிதாகப் பிறந்தவர்களின் உடல் நலம் (2012-2016) தொடர்பான தேசிய மூலோபாயத் திட்டத்தின் கீழ், 2016ஆம் ஆண்டளவில் 80 வீதமாக பேறுக்குப் பின்னரான மருத்துவச் செலவு விகிதத்தை அதிகரிப்பதே நோக்கமாகும் (பேறுக்குப் பின்னரான முதல் 10 நாட்களில் ஆகக் குறைந்தது மருத்துவிச்சிகளால் 2 விஜயங்கள்). வசதியின் அளவு மற்றும் கல்வியின் மட்டம் அதிகரிக்கும் போது, திறன் வாய்ந்த நபர்களிடம் பரிசோதனை செய்து கொள்ளும் அளவும் அதிகரித்துள்ளது. ஆரம்ப கல்வி தகைமை கொண்ட அல்லது கல்வி கற்காத பெண்கள், ஆகக் குறைந்தது இரண்டாம் நிலை கல்வியை நிறைவு செய்தவர்களை விட நிபுணத்துவ வைத்தியர்களின் உதவியைப் பெறுவது குறைவாகவே உள்ளது. எவ்வாறாயினும், பெருந்தோட்டப்புறங்களைச் சேர்ந்த 7.9 வீதமானோர் பேறுக்குப் பின்னரான சிகிச்சையைப் பெறுவதில்லை எனத் தெரிவிக்கின்றனர். அதேவேளை, இந்த அளவு நகர்ப்புறங்களில் 4.7 வீதமாகவும், கிராமப்புறங்களில் 3.3 வீதமாகவும் உள்ளது (DCS 2009).

எ) கர்ப்ப காலப் பராமரிப்பு

பெண்கள் பெறுகின்ற கர்ப்ப காலப் பராமரிப்பை அளவிடும் போது, சுகாதாரப் பராமரிப்பு சேவைகளுக்கான பெண்களின் அணுகும் வசதியில் மிகவும் முக்கியமான குறிகாட்டியாக திகழ்கின்றது. வாழ்க்கையைக் காப்பாற்றுவதற்கு சாத்தியமானதான கர்ப்ப கால பராமரிப்பாக நான்கு விஜயங்கள் அவசியம் என கருதப்படுகின்றது. இந்த விஜயங்களின் போது பல்வேறு அத்தியாவசிய இடையீடுகள் வழங்கப்படும் (ARROW, 2013).

இலங்கையில் தற்போது பின்பற்றப்படும் கர்ப்ப கால பராமரிப்பானது (குடும்பத் திட்டமிடல் மற்றும் மகப்பேறு மற்றும் சிறுவர் நலன் சுகாதார சேவைகளுக்கு சாத்தியமான தம்பதிகளை PHM இணைப்பதில் இருந்து ஆரம்பித்து தகுதியான தம்பதியர் பதிவு செய்வர்) பாரம்பரிய பல்விஜய முறையாகும். 28 வாரங்கள் வரை மாதத்திற்கு ஒரு முறை, 28-36 வாரங்கள் வரை இரண்டு வாரங்களுக்கு ஒரு முறை மற்றும் அதன் பின்னர் வாரம் ஒரு முறையாகும். களத்தில் மற்றும் மருத்துவமனைகளில் என இரண்டு இடங்களிலும் வைத்திய நிலையங்களில் முன்னெடுக்கப்பட்ட மகப்பேற்று மற்றும் சிறுவர் சுகாதார நிலையங்களில் கர்ப்ப கால பராமரிப்பு வழங்கப்படுகின்றது. மேலதிகமாக, வழமையான வீட்டு விஜயங்களின் ஊடாக மருத்துவச் செலவு பராமரிப்பையும் PHM வழங்கும். கர்ப்பிணிப் பெண்கள் கர்ப்ப கால பராமரிப்புக்காக முன்கூட்டியே பதிவு செய்திருப்பர். முறையான பின்தொடரலை அளிப்பதற்காக 'கர்ப்ப கால அறிக்கை' ஒன்றும் பேணப்படும். 1990களின் ஆரம்பம் முதல், வீடு அடிப்படையில் 'கர்ப்ப கால அறிக்கை' அறிமுகப்படுத்தப்பட்டது. அது தாயினால் பத்திரமாக வைக்கப்பட்டிருக்கும். எனவே, பிரவசம் குறித்த முக்கியமான தகவல்கள் அதில் இருக்கும். அவர்களைப் பார்க்கும் எந்தவொரு வைத்தியர்களும், மருத்துவ நிபுணர்களும் அதனைப் பார்த்து சிகிச்சை வழங்க உதவியாக இருக்கும் (FHB, 2011). 8 வாரங்களுக்கு முன்னரே கர்ப்ப காலத்தில் பதிவு செய்து கொள்பவர்களின் வீதமானது 2007ஆம் ஆண்டில் 54.8 வீதம் என்பதிலிருந்து, 2012ஆம் ஆண்டில் 75.2 வீதமாக அதிகரித்துள்ளது (FHB, 2011 மற்றும் 2012).

இந்த விருப்பகரமான சூழ்நிலைகளின் காரணமாக, இலங்கையில் உள்ள தாய்மார் அனைவரும் சுகாதார நிபுணர்களிடமிருந்து (நிபுணத்துவ வைத்தியர், வைத்தியர் அல்லது PHM) கர்ப்ப கால சேவைகளைப் பெறுகின்றனர். வயது, வதிவிடம், மாவட்டம், பெண்களின் கல்வி மற்றும் குடும்ப சொத்து என அனைத்து வகைகளிலும் திறன் வாய்ந்தவர்களிடம் சிகிச்சை பெறும் அளவு அளப்பரியதாக உள்ளது. இலங்கையில் கர்ப்ப கால பராமரிப்பு சேவைகளினை, தமது கர்ப்ப காலத்தின் ஆரம்பத்திலேயே பெறுவதாகவும், 92 வீதமான பெண்கள் கர்ப்பம் தரித்து முதல் மூன்று மாதங்களிற்குள் சேவையை நாடி வருவதாகவும் தெரிவிக்கப்படுகின்றது (DCS, 2009). அண்மைக் காலங்களில் கர்ப்ப கால பராமரிப்புக்கான சில குறிகாட்டிகளை அட்டவணை 6 வழங்குகின்றது. இந்த தரவுக்கு மேலதிகமாக, அதிக ஆபத்து வாய்ந்த கர்ப்ப காலங்களில் வருகையும் அதிகமாக உள்ளது.

அட்டவணை 6: அண்மைக் காலங்களில் கர்ப்ப கால சேவைகள்

குறிகாட்டிகள்	2009	2010	2011	2012
கணிப்பிடப்பட்ட கர்ப்ப காலங்களில் பதிவு செய்யப்பட்ட கர்ப்பிணிப் பெண்களின் வீதம்	90.0	85.9	94.3	94.0
பதிவு செய்யப்பட்ட கர்ப்பிணிகளில் ஆகக் குறைந்தது ஒரு முறை சிகிச்சைக்கு விஜயம் செய்யும் கர்ப்பிணிப் பெண்களின் வீதம்	95.6	94.7	95.9	95.2
தாய் ஒருவரின் சிகிச்சை நிலையத்திற்கான விஜயத்தின் சராசரி எண்ணிக்கை	7.1	7.0	7.2	6.8

பதிவு செய்யப்பட்ட பெண்களில் ஆகக் குறைந்தது ஒரு முறையாவது PHMஇனால் வீட்டுக்கு விஜயம் செய்யப்பட்ட வீதம்	94.4	92.9	91.7	90.2
தாய் ஒருவருக்கு PHM fs விஜயங்களின் சராசரி எண்ணிக்கை	5.0	4.9	5.2	5.0

மூலம்: குடும்ப சுகாதாரம் தொடர்பான வருடாந்த அறிக்கை 2012, குடும்ப சுகாதாரப் பணியகம்

பருவமானவர்கள் மற்றும் இளம் நபர்களின் பாலியல் மற்றும் இனவிருத்திச் சுகாதாரம்

விருப்பத்திற்கு மாறான கர்ப்பம், பாதுகாப்பற்ற கருக்கலைப்பு மற்றும் எச்,ஐ.வி, எயிட்ஸ் உள்ளடங்கலாக பாலியல் ரீதியாகப் பரவும் நோய்கள் உள்ளடங்கிய பருவமானவர்களின் பாலியல் மற்றும் இனவிருத்தி சுகாதார விடயங்களை அடையாளம் காணுமாறு நடவடிக்கைக்கான ICPD நிகழ்ச்சியின் பத்தி 7.44 அரசாங்கங்களை வலியுறுத்துகின்றது. பருவமானவர்களின் கர்ப்பம் தரித்தலினையும் குறைக்குமாறும் கோருகின்றது (UNFPA, 1994). பருவமானோர் கருவளம் மற்றும் சிறுவயது கர்ப்பம் என்பன பாரிய சமூக மற்றும் சுகாதார எதிரொலியாக உள்ளன. பருவமானவர்களின் கர்ப்பம் தரித்தலானது தாய் மற்றும் பிள்ளை என இருவரிலும் சீரழிவான சுகாதார விளைவுகளை உண்டுபண்ணும். பருவ வயதில் கர்ப்பம் தரிக்கும் தாய்மார் கர்ப்ப காலத்திலும், பிரசவத்தின் போதும் பெரும் சிரமங்களை எதிர்கொள்வதாக அது தெரிவிக்கின்றது. மேலதிகமாக, குழந்தையை சுமப்பதற்கான உணர்வு சார்ந்த முதிர்ச்சி இளம் பெண்களிடம் இருக்காது. பெண் கல்வி அடைவு தொடர்பான விளைவுகள் உள்ளடங்கலாக சமூக விளைவுகள், சிறு வயதில் தாயாகுவதால் அவர்களுடைய கல்வியில் தாக்கத்தைச் செலுத்தும்.

இந்தப் பிரிவில் நாம் பருவமானவர்களின் பிறப்பு வீதம் தொடர்பான குறிகாட்டிகளையும், பல்வேறு பருவமானவர்கள் பாலியல் மற்றும் இனவிருத்தி சுகாதார சேவைகளில் கிடைக்கக் கூடிய தன்மை குறித்தும், விவாக நிலை குறித்தும் கவனம் செலுத்தாது நாம் ஆராயவுள்ளோம். நாட்டின் பருவமான SRHR இன் நிலைமையை பிரதிபலிப்பதாக இந்த குறிகாட்டிகள் அமையும்.

அ) பருவமானவர்கள் பிறப்பு வீதம்

பருவமானவர்கள் பிறப்பு வீதமானது 15இலிருந்து 19 வயது வரையான பிரிவினைச் சேர்ந்த பெண்கள் உயிருடன் பிள்ளை பெற்றெடுக்கும் வீதத்தினை குறிக்கின்றது (ARROW, 2013). 2000 மற்றும் 2006/07 காலப்பகுதியில், பருவமானவர்களின் கருவள வீதமானது இலங்கையில் 3.7 வீதமாக பதிவாகியுள்ளது. இந்த அறிக்கையின் மத்தியில், 2006/07 மற்றும் 2012 காலப்பகுதியில் பருவமானவர் கருவள அளவானது 12 வீதமாக பதிவாகியுள்ளதாக அண்மைய தரவுகள் தெரிவிக்கின்றன. இருப்பினும், பெரும்பாலான அபிவிருத்தியடைந்து வரும் நாடுகளில் பருவமானவர்களின் கருவளமானது வீழ்ச்சியடைந்த போதிலும், பருவமானவர்கள் தொடர்பில் இலங்கையின் கருவள மாற்றமானது, எதிர்த் திசையில் போவதாகவே தெரிகின்றது (DCS, 2014).

ஆ) பருவமானவர் பாலியல் மற்றும் இனவிருத்தி சுகாதார சேவைகளின் கிடைக்குமளவு மற்றும் வகை

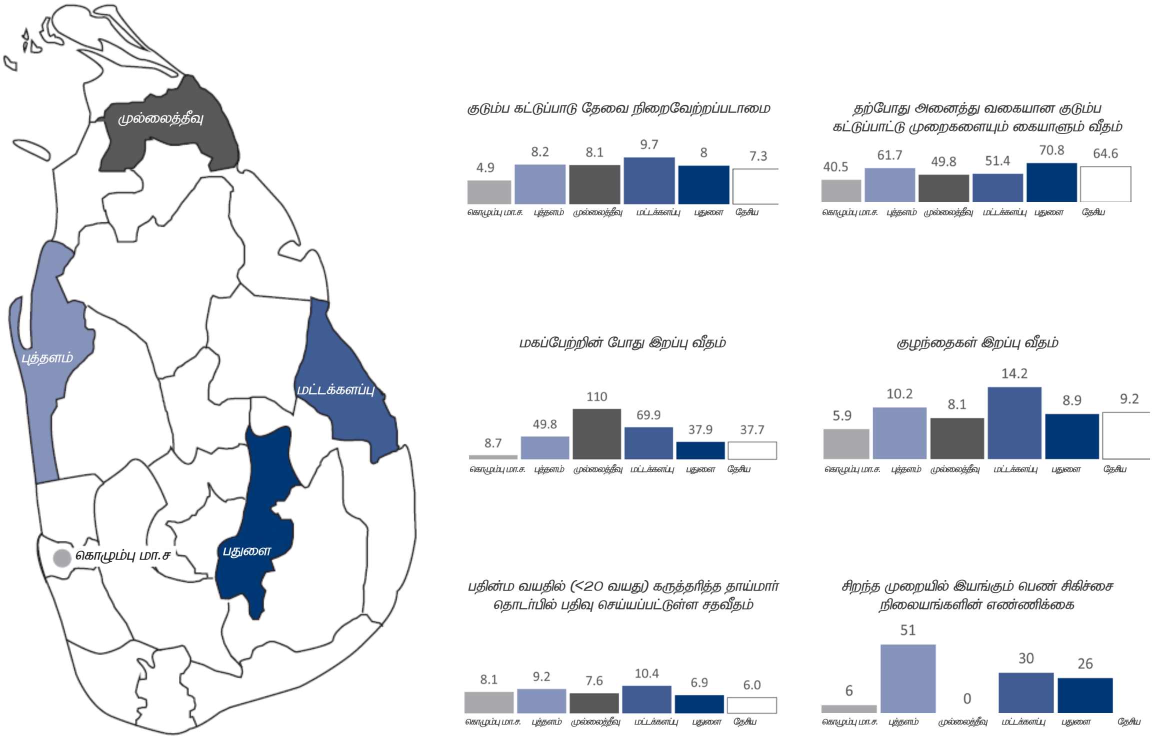
இலங்கையில் பருவமானவர்களுக்கான சுகாதார சேவைகளுக்கான தனியான சேவை எதுவும் இல்லை. 12 வயதுக்குக் குறைந்தவர்கள் குழந்தை மருத்துவப் பிரிவின் வெளிநோயாளர் சிகிச்சைப் பிரிவில் சிகிச்சை பெறமுடியும் என்பதுடன், 12 வயதுக்கு மேற்பட்டவர்கள் பெரியவர்களுக்கான சிகிச்சைப் பிரிவிலேயே சிகிச்சை பெறமுடியும். பருவமானவர்கள் அனைவரும் ஆரோக்கியமானவர்கள் என்ற பொதுவான எண்ணக்கருவின் காரணமாகவே இது ஏற்படுகின்றது. அத்துடன், தாய்மார் மற்றும் குழந்தைகள் தொடர்பான அதீத அவதானமும் இதற்குக் காரணமாகும். எவ்வாறாயினும், இலங்கையானது பாடசாலை சுகாதார மேம்பாட்டு கொள்கை மற்றும் நிகழ்ச்சியையும், தற்போதைய பாடசாலை சுகாதார பிரிவில் பருவமானோர் சுகாதாரத்தை உள்ளடக்கியதாக குடும்ப சுகாதார பணியகமும் உள்ளன. கல்வி அமைச்சின் சுகாதாரப் பிரிவுடன் இணைந்து, வாழ்க்கைத் திறன்கள் நிகழ்ச்சி வழங்கலில் முதலாவது வருடம், நான்காவது வருடம் மற்றும் ஏழாவது வருடத்தில் பாடசாலை சுகாதார மேற்பார்வைகளை இந்தப் பிரிவு மேற்கொள்கின்றது. மாணவர்களுக்கு வழங்க வேண்டும் என எதிர்பார்க்கப்படுகின்ற பாலியல் சுகாதாரம் தொடர்பான உள்ளடக்கங்களை வழங்கும் கருவியான அரசாங்க இரண்டாம் நிலை பாடசாலைகளின் வாழ்க்கைத் திறன்கள் நிகழ்ச்சி உள்ளது.

பருவமானவர்கள் தமக்கு விருப்பமான பாலியல் மற்றும் இனவிருத்திச் சுகாதார சேவைகளைப் பெறுவதற்கு முறைசார் பொறியமைப்பு எதுவும் இல்லாத நிலையில் பருவமானவர்களுக்கான மற்றும் சேவை வழங்குனர்களின் நடத்தை மற்றும் உளப்பாங்குகள் உள்ளடங்கலாக பல தடைகள் உள்ளன. திருமணமாகாத மற்றும் திருமணமான பருவமானவர்களின் சூழ்நிலை குறிப்பிடத்தக்க அளவில் வேறுபட்டதாகும். இருப்பினும், இனவிருத்திச் சுகாதாரம் என வரும்போது இரு குழுக்களும் புறக்கணிக்கப்படுகின்றன (டீ சில்வா, 1998).

இளைஞர் விவகார மற்றும் திறன்கள் அபிவிருத்தி அமைச்சினால் அண்மையில் வெளியிடப்பட்ட இலங்கையின் தேசிய இளைஞர் கொள்கை 2014ஆனது, அபிவிருத்தியில் இளைஞர்களின் வகிபாகம் மற்றும் இளைஞர்களின் ஆரோக்கியம் குறித்த அவதானம் என்பன சார்ந்ததாக இருந்தது. பாடசாலை பாடவிதானத்திற்குள் முழுமையான பாலியல் கல்வியை (CSE) உள்ளடக்க வேண்டியதன் முக்கியத்துவத்தை அது குறிப்பிடுகின்றது. உண்மையில், எவ்வாறாயினும் கலாசார தடைப்படுத்தல் காரணமாக வகுப்பறையில் இந்த தலைப்புக்களை உரையாடுவதற்கு ஆசிரியர்கள் தயக்கம் காட்டுவர் (MOH திகதியிடப்படாதது).

அறிவில் பற்றாக்குறையின்மையானது பாடசாலைகளில் பாலியல் கல்வி நிகழ்ச்சியின் பற்றாக்குறையை

படம் 2: பிராந்திய ஏற்றத்தாழ்வுகளை காட்டும் தெரிவு செய்யப்பட்ட மாவட்டங்களும், குறிப்பீடுகளும்



மூலம் : வருடாந்த அறிக்கை 2013, குடும்ப சுகாதார பணியகம்

விளக்குகின்றது. யுனிசெவ்வினால் முன்னெடுக்கப்பட்ட தேசிய ஆய்வின் முடிவுகளில் இருந்து இது மேலும் உறுதிப்படுத்தப்படுகின்றது. 14-19 வயதுக்குட்பட்டவர்களிற்கான இனவிருத்தி சார்ந்த விடயங்கள் தொடர்பான அறிவு (விந்து, சினைமுட்டை, கருத்தரித்தல், பால் ஹோர்மோன்கள், இரண்டாம் நிலைப் பண்புகள், இரவு நேரங்களில் வெளியேறல், மற்றும் கருவளம் போன்ற) மிகவும் மட்டுப்படுத்தப்பட்டதாகும். உண்மையாக பார்க்கும் போது 50 வீதத்தை விட குறைவாக இருக்கின்றது (யுனிசெவ், 2004). இலங்கையின் சுகாதாரப் பெருந்திட்டமானது (2007-2016) பருவமானவர்களின் நலனில் குறிப்பிடத்தக்க சவாலை விடுக்கும் தேவையற்ற கர்ப்பந் தரித்தல் மற்றும் கருக்கலைப்பினை மேலும் விளக்குகின்றது. பருவமானவர்களின் உயிரியல், உளவியல், சமூக கலாசார மற்றும் இனவிருத்தி பரிமாணங்கள் சார்ந்த தமது அறிவு நடத்தைகளை, பெறுமதிகளை, திறன்கள் மற்றும் உளப்பாங்கு முன்வைக்கின்றது (MOH, 2007).

எச்.ஐ.வி மற்றும் எயிட்ஸ்

எச்.ஐ.வி தொற்றினை தடுத்தல், பரவலை குறைத்தல் மற்றும் தாக்கத்தை குறைத்தல் மற்றும் எச்.ஐ.வி தாக்கத்திற்குள்ளான தனிநபர்களுக்கு போதிய சுகாதார பராமரிப்பு கிடைத்தல் மற்றும் பராபட்சத்திற்கு உள்ளாகாது இருத்தல் என்பவற்றை உறுதி செய்ய வேண்டும் என நடவடிக்கைக்கான ICPD நிகழ்ச்சியின் பத்தி 8.29 அரசாங்கத்தை வலியுறுத்துகின்றது (UNFPA, 1994). இந்தப் பிரிவில் நாம் எச்.ஐ.வி பரவல் மற்றும் சுமை குறித்த குறிகாட்டிகளை பார்க்கின்றோம். அத்துடன், இலங்கையில் எச்.ஐ.வி மற்றும் எய்ட்ஸ் சேவைகளுக்காக கிடைக்கும் தன்மையையும் பார்க்கின்றோம். வேறுபட்ட மக்கள் தொகை துணை குழுக்களின் மத்தியில் எச்.ஐ.வி பரவலும், மக்கள் தொகையில் எச்.ஐ.வி அல்லது எயிட்சுடன் வாழும் மக்களின் தொகையும் சனத்தொகையின் பாலியல் சுகாதார நிலைமையை மதிப்பிடும் புள்ளிகளாகும்.

அ) பரவல் மற்றும் சுமை

தெற்காசிய பிராந்தியத்தில் மிகவும் குறைந்தளவு எச்.ஐ.வி/எயிட்ஸ் நோய் பரவல் வீதம் குறைவான நாடாக இலங்கை பார்க்கப்படுகின்றது. அண்ணளவாக 3,000 (2000-5000) பேர் எச்.ஐ.வியுடன் வாழ்வதாகவும், கணிப்பிடப்பட்ட பரவல் வீதம் 2014இல் 0.1 வீதத்தை விடக் குறைவாகவும் பதிவாகியுள்ளது (NSACP, 2014). தமது தொழில், நடத்தைகள் மற்றும் பழக்கங்கள் தொடர்பில் அதிக ஆபத்துக்கான தொற்றினை கொண்டுள்ள நபர்கள் மத்தியிலும் எச்.ஐ.வி பரவல் வீதம் 1 வீதத்தை விடக் குறைவாகவே உள்ளது. சுகாதார அமைச்சின் தேசிய STD/AIDS கட்டுப்பாட்டு நிகழ்ச்சி ((NSACP) இலங்கையில் எச்.ஐ.வி/எயிட்ஸ் தொடர்பான தேசிய பிரதிபலிப்புக்கான பிரதான அங்கமாக உள்ளது. 2014ஆம் ஆண்டு டிசம்பரில், மொத்தமாக 2,074 எச்.ஐ.வி தொற்றுக்கள் அறிக்கைப்படுத்தப்பட்டிருந்தன (NSACP, 2014). பாதுகாப்பற்ற உடலுறவின் காரணமாக சாத்தியமான பரவல் (58.1 வீதம்) நிகழ்கின்றது. ஓரினச் சேர்க்கையாளர்கள் அல்லது இருபாலுறவினர் தொடர்பானது 12.09 வீதமாகவும், தாயிலிருந்து குழந்தைக்கு பரவுதல் 3.79 வீதமாகவும் காணப்படுகின்றது. இரத்த பரிமாற்றத்தின் ஊடாக பரவலானது 0.22 வீதமாகவும், ஊசி அல்லது மருந்து ஊடான பரவல் 0.49 வீதமாகவும், பொதுத் தோற்றப்பாடாக கருதப்படாத அம்சமாகவும் உள்ளது (NSACP, 2013).

இலங்கையில் அதிக ஆபத்துள்ள மக்கள் தொகை (MARP) எனப் பார்க்கும் போது, சுமார் 14,132 (12,9329 இலிருந்து 15,935 வரை மாறுகின்றது) பெண் பால்வினைத் தொழிலாளர்கள் வதிவதாகக் கணிக்கப்பட்டுள்ளது. இலங்கையில் பெண் பால்வினைத் தொழில் என்பது அளப்பரிய வகையில் பல்வகைத் தன்மை மிக்கதாகவும், அதிகளவு இரகசியமான மற்றும் ஆபத்து நிறைந்ததாகவும் இருக்கின்றது. பெருமளவு பெண் பால்வினைத் தொழிலாளர்கள் கொழும்பு மாவட்டத்தில் வசிக்கின்ற போதிலும், செயற்பாடுகள் பெரும்பாலும் வீதி அல்லது பொது இடம் சார்ந்த, விடுதி அல்லது ஹோட்டல் சார்ந்த அல்லது வீடு அல்லது சேரி சார்ந்ததாக (FPA மற்றும் NSACP, 2013) உள்ளது. 0.2 வீதத்திலிருந்து 0.9 வீதமான பெண் பால்வினைத் தொழிலாளர்கள் எச்.ஐ.வியுடன் வாழ்வதாக 2011ஆம் ஆண்டு கணிப்பீடுகள் தெரிவிக்கின்றன (NSACP, 2012).

மற்றைய MARPஆனது ஆணுடன் உறவு கொள்ளும் ஆண்களாகும். இந்த பிரிவுக்கான கணிப்பீடுகள் 7,551 (6,547இலிருந்து, 8,554 வரை மாறுபடும்) (FPA மற்றும் NSACP, 2013). 2008ஆம் ஆண்டில் பூச்சியம் வீதமாக இருந்த ஆணுடன் உறவு கொள்ளும் ஆண்களின் அளவு 2009ஆம் ஆண்டில் 0.5 வீதமாகவும், 2011ஆம் ஆண்டில் 0.9 வீதமாகவும் அதிகரித்துள்ளது (UNAIDS, 2012). இலங்கையில் பணியாற்றும் உலகத்தில் எச்.ஐ.வி/எயிட்ஸ் தொடர்பான தேசிய கொள்கை (2010) ஆனது, இந்த ஆண்கள் திருமணம் முடித்துள்ளார்கள் எனவும், அவர்களுடைய பெண் வாழ்க்கைத் துணைகள் வைரஸ் தாக்கத்திற்கான ஆபத்தை கொண்டுள்ளதாகவும் தெரிவிக்கின்றது. மேலும், குடும்ப உறுப்பினர்கள் மற்றும் தங்கியிருப்பவர்களின் பராமரிப்பு பொறுப்புக்களான சுமையை பெண்களும், சிறுமியரும் ஏற்கின்றனர். அவர்களும் எயிட்ஸ் சார்ந்த நோய்களினால் பாதிக்கப்படலாம்.

அட்டவணை 7இல் குறிப்பிட்டவாறு, ஆண்:பெண் விகிதமானது காலத்தில் மாறியுள்ளது. பெண்கள் மத்தியில் எச்.ஐ.வி சார்ந்த பலவீனம் அதிகரிப்பதனை குறிக்கின்றது.

அட்டவணை 1: 2013 இறுதி வரை பதிவான எச்.ஐ.வி சம்பவங்களின் எண்ணிக்கை

காலம்	ஆண்	பெண்	மொத்தம்
1987-1989	13	3	16
1990-1994	76	31	107
1995-1999	101	80	181
2000-2004	173	137	310
2005-2009	344	238	582
2010-2013	408	241	649
மொத்தம்	1,115	730	1,845

மூலம்: தேசிய STD / எயிட்ஸ் கட்டுப்பாட்டு நிகழ்ச்சி
இலகுவில் எச்.ஐ.வி தொற்று ஏற்படக் கூடிய சில

குழுக்களை இலங்கை அடையாளம் கண்டுள்ளது. இதில் புலம் பெயர்ந்தவர்கள், சிறைக் கைதிகள், ஆயுதக் குழுக்கள் மற்றும் பொலிஸாருடன், சுற்றுலாத் துறையில் பணிபுரிபவர்களும் உள்ளடங்குகின்றனர் (MOH மற்றும் NSACP, 2013). அதிகரிக்கும் இளைஞர் சனத்தொகை, உள்ளக மற்றும் வெளியிட புலம்பெயர்தல், மறைமுகமாக வளர்ந்து வரும் பால்வினைத் தொழில், குறைந்தளவில் ஆணுறை பயன்பாடு மற்றும் பெரும்பாலான MARP மத்தியில் திடீரென நிகழும் பாலியல் உறவுகள் என்பன இலங்கையில் எச்.ஐ.வி பரவுவதற்கு செல்வாக்கு செலுத்தக் கூடிய காரணிகளாக அடையாளம் காணப்பட்டுள்ளன. மறுபுறத்தில் குறைந்த மட்டத்தில் பாலியல் ரீதியாகப் பரவும் தொற்றுக்கள், இலவசமான மற்றும் செலவு குறைந்த அரச சுகாதார சேவைகள் கிடைக்கக் கூடியதாக உள்ளமையும், அணுகும் வசதியும், உயர்ந்தளவு எழுத்தறிவு வீதம் மற்றும் நடப்பில் குறைந்தளவு போதைப் பொருள் பயன்படுத்துவோர் போன்ற காரணிகள் எச்.ஐ.வி பரவல் குறைவாக இருப்பதற்கான காரணங்களாக அறியப்பட்டுள்ளன (FPA மற்றும் NSACP, 2013).

ஆ) எச்.ஐ.வி மற்றும் எயிட்சிற்கான சேவைகளில் கிடைக்கக் கூடிய தன்மை

தேசிய STD/AIDS கட்டுப்பாட்டு நிகழ்ச்சிக்கு அமைய இலவசமான மற்றும் பயிற்சி பெற்று சிகிச்சை வழங்கும் ஊழியர்களால் முன்னெடுக்கப்படும் அரச அமைப்புக்களிற்கு எந்தவொரு பிரஜையும் அணுகும் வசதியுள்ளது. STD மற்றும் எச்.ஐ.வி முகாமைத்துவத்திற்கான சேவைகளின் தொகுதியில் ரெட்ரோவைரசுக்கு எதிரான சிகிச்சை (ART), பரிசோதனை வசதிகள், முகாமை செய்தலுக்கான மருந்துகள், சுகாதாரக் கல்வி, உளவளத் துணை, ஆணுறைப் பிரசாரம், வாழ்க்கைத் துறை முகாமைத்துவம் மற்றும் தொடர் கவனிப்பு சேவைகள் என்பன உள்ளடங்குகின்றன. எச்.ஐ.வியுடன் வாழும் மக்களுக்கு மாதாந்த ஊட்டச் சத்து பொதியும், குடும்பத் திட்டமிடல் சேவையும் வழங்கப்படும். இந்த சேவைகள் NSACP மற்றும் NSACP உடன் இணைந்த 31 STD சிகிச்சை நிலையங்களின் வலையமைப்பின் ஊடாக வழங்கப்படுகின்றன. 2013ஆம் ஆண்டளவில், நாட்டில் 12 ART நிலையங்கள் இருந்தன. NSACPஇல் அமையப் பெற்றிருக்கும் கொழும்பு ART நிலையம் ART/ARTஇற்கு முன்னர் பராமரிப்பு வழங்கும் பிரதான நிலையமாக செயற்படுகின்றது. தற்போது, பொதுத் துறை சுகாதார பராமரிப்பு நிறுவனங்களின் ஊடாக ART சேவை கிடைக்கவுள்ள ஒரே நாடாக இலங்கை மாத்திரமே உள்ளது. எச்.ஐ.வி சிகிச்சை மற்றும் பராமரிப்பு பிரிவுகளில் முறையான கண்காணித்தல் மற்றும் மதிப்பீட்டையும், சிறந்த தரத்தை பேணுவதற்கான சாதகத் தன்மையை வழங்குகின்றது (NSACP> 2014). அவ்வாறே, இந்த சேவைகள் வழமையான மருத்துவ பிரச்சினைகளை எதிர்கொள்ளும் பொது வைத்தியசாலைகளின் வெளிநோயாளர் பிரிவின் ஊடாக வழங்கப்படுவதில்லை.

தனியார் வைத்தியசாலைகள், சிகிச்சை நிலையங்கள் மற்றும் அரச சார்பற்ற நிறுவனங்களின் ஊடாகவும் எச்.ஐ.வி/எயிட்ஸ் சம்பந்தப்பட்ட சேவைகள் வழங்கப்படுகின்றன. எச்.ஐ.வி/எயிட்ஸ் மற்றும் வேறு பாலியல் ரீதியாகப் பரவும் நோய் பரவலைத் தடுத்தல் மற்றும் சிகிச்சை வழங்குவதனை இலக்கு வைத்த சேவை வழங்குனர்கள் மற்றும் மூலோபாயத் திட்டமிடலுக்கான பல்வேறு பிரதான கொள்கை ஆவணங்கள், வழிகாட்டிகள் என்பன அண்மைக் காலங்களில் வடிவமைக்கப்பட்டுள்ளன.

பராமரிப்பின் பல்வேறு மட்டங்களில் கிடைக்கக் கூடியதாகவுள்ள பாலியல் மற்றும் இனவிருத்தி சுகாதார சேவைகள்

நாடு முழுவதிலும் தமது பரந்தளவு வலையமைப்பின் ஊடாக அனைத்துப் பொதுச் சேவைத் துறைகளுக்கும் சுகாதார அமைச்சே பொறுப்பானதாகும். அது முறைசார்ந்து பல்வகை ஆற்றுப்படுத்தல் முறையாக கட்டமைக்கப்பட்டுள்ளன. 1850இலிருந்து 1980 வரை நிர்வாகமானது சுகாதார அமைச்சினை மையப்படுத்தியதாக இருந்தது. இலங்கை அரசியலமைப்பில் 13ஆவது திருத்தத்தினைத் தொடர்ந்து குறைந்தளவு சுகாதார சேவைகளுக்கான பொறுப்பானது எட்டு மாகாண சபைகளுக்கு பகிரப்பட்டது. அவை ஒவ்வொன்றும் தமக்கான மாகாண சுகாதார அமைச்சினை உருவாக்கின. மாகாண சுகாதார வசதிகள் மற்றும் நிகழ்ச்சிகளின் முகாமைத்துவத்திற்கு மாகாண சபைகளே பொறுப்பாகும். அதேவேளை, தேசிய வசதிகள், மருத்துவ கல்வி, சுகாதார கொள்கை உருவாக்கல் மற்றும் பெருந்தொகையான மருந்துகளையும், மருந்து சார் வசதிகளையும் கொள்வனவு செய்வதற்கு மத்திய அரசாங்கம் பொறுப்பாக இருக்கும் (ரன்னன்-எலிய மற்றும் பலர், 2000).

நாடு முழுவதிலும் அமைக்கப்பட்டுள்ள 603 வைத்தியசாலைகள் என்ற தரமான வலையமைப்பின் ஊடாக கர்ப்பிணித் தாய்மாருக்கான தங்கியிருந்து சிகிச்சை பெறும் சேவைகள் வழங்கப்படுகின்றன. இவை மகப்பேற்று மருத்துவமனை எனச் சிறப்பாகக் கூறப்படுகின்றன. இதில் 12 போதனா வைத்தியசாலைகள், இடைநிலையில் 3 மாகாண பொது வைத்தியசாலைகள், மற்றும் 18 மாவட்டப் பொது வைத்தியசாலைகள், 64 ஆதார வைத்தியசாலைகள் மற்றும் இரண்டாம் நிலையில் 506 பிரதேச வைத்தியசாலைகள் என்பன உள்ளடங்குகின்றன (FHB, 2014).

மாவட்ட அல்லது முதன்மை மட்டத்தில், மருத்துவ நிறுவனங்கள் மற்றும் சுகாதாரப் பிரிவுகளின் வலையமைப்பின் ஊடாக சேவைகள் வழங்கப்படுகின்றன. சுகாதார மருத்துவ அதிகாரியினால் (MOH) முகாமை செய்யப்படும் மிகச்சிறிய சுகாதாரப் பிரிவாக சுகாதார மருத்துவ அலகு உள்ளது. ஒவ்வொரு மாவட்டத்திலும் ஏழிலிருந்து இருபது வரை சுகாதாரப் பிரிவுகள் உள்ளன. பொது சுகாதாரத் தாதியர், பொது சுகாதார மேற்பார்வையாளர், மேற்பார்வை பொது சுகாதார மருத்துவிச்சிகள் மற்றும் பொது சுகாதார குடும்ப நல உத்தியோகத்தர்கள் உள்ளடங்கிய குழுவினால் MOH,ற்கு ஆதரவளிக்கப்படும் (MOH, 2014).

இலங்கையின் சுகாதார முறைமையில் வெவ்வேறு மட்டங்களில் கிடைக்கக் கூடிய பாலியல் மற்றும் இனவிருத்திச் சுகாதார சேவைகள் 08 பிரிவுகளாக அட்டவணைப்படுத்தப்பட்டுள்ளன.

இலங்கையில் சுகாதார முறைமையின் ஊடாக வழங்கப்படும் SRH சேவைகளின் மேலோட்டமான பார்வை

	பெண் நோயியல் சேவைகள்	கருத்தடை மற்றும் குடும்பத் திட்டமிடல்	மகப்பேற்று நலன் பராமரிப்பு	அவசரகால மகப்பேற்று பராமரிப்பு	HIV/STI தடுப்பு மற்றும் சிகிச்சை	பரிசோதனை: கருப்பை மற்றும் மார்பகப் புற்றுநோய்	பாதுகாப்பான கருக்கலைப்பு சேவை
ஆரம்பம்	✔	✔	✔				
இரண்டாம் நிலை	✔	✔	✔	✔			
மூன்றாம் நிலை	✔	✔	✔	✔	✔	✔	✔
தனியார்	✔	✔	✔	✔	✔	✔	
வேறு		NGO			NSACP	பெண்கள் நிலையங்கள்	

மூலம்: சுகாதார அமைச்சின் பல்வேறு மூலங்களில் இருந்து பெறப்பட்டது.

** சட்ட ரீதியாக அனுமதிக்கப்பட்டது*

3. பரிந்துரைகள்

இந்த விளக்கக் கோவையில் கலந்துரையாடியவாறு பல்வேறு சாதகமான குறிகாட்டிகளின் ஊடாக இலங்கையில் சுகாதார சேவை வழங்கலானது குறிப்பிடத்தக்களவு முன்னேற்றத்தை அடைந்துள்ளது என ஆதாரத்துடன் குறிப்பிட முடியும். தற்போது நிலவும் வேறுபாடுகளை அடையாளம் கண்டு, பாலியல் மற்றும் இனவிருத்தி சுகாதார (SRH) சுகாதார சேவைகளுக்கான உலகளாவிய அணுகும் வசதியை உறுதி செய்வதற்கு அரச செயற்பாட்டாளர்களுக்கு மற்றும் வேறு பங்குதாரர்களுக்கு பின்வரும் பரிந்துரைகள் முன்வைக்கப்படுகின்றன.

- பால், பால்நிலை, வயது, மதம், இனம், திருமண நிலை, பாலியல் அமைப்பு மற்றும் வேறு காரணிகளின் அடிப்படையில் பாரபட்சமின்றி சேவைகள் கிடைக்கக் கூடியதாக இருப்பதனை உறுதி செய்யும் உள்ளடக்கமான SRH கொள்கைகளை உருவாக்குவதன் ஊடாக தற்போதுள்ள சுகாதார கொள்கைகள் வலுப்படுத்தப்படல் வேண்டும்.
- தற்போதைய சுகாதார கொள்கைகள் மற்றும் தேசிய மூலோபாயத் திட்டங்களை நடைமுறைப்படுத்தவும், கண்காணிக்கவும் போதிய மனித மற்றும் நிதி வளங்களை ஒதுக்குவதற்கு கொள்கைகள் அமைக்கப்படல் வேண்டும்.
- ஒட்டுமொத்த மக்கள் தொகைக்கு உலகளாவிய அணுகும் வசதியை SRH சேவைகள் கொண்டிருத்தல், மிகவும் விசேடமாக முரண்பாட்டுக்குப் பின்னரான பகுதிகள், பெருந் தோட்டப்புறங்கள் மற்றும் நாட்டின் சமத்துவமான அபிவிருத்திக்கு மிகவும் அத்தியாவசியமான பொருளாதார ரீதியாக பின்தங்கிய மாவட்டங்கள் போன்ற மோசமான சுகாதார குறிகாட்டிகளை கொண்ட மாவட்டங்களுக்கு சேவை கிடைப்பதனை உறுதி செய்தல்.
- SRH தொடர்பான பத விளக்கம் மற்றும் கருத்து என்பன திருத்தியமைக்கப்படல் வேண்டும். பெண்களின் ஆரோக்கியத்தை தாயாக மாத்திரம் பார்க்கும் மற்றும் மகப்பேற்று சுகாதாரத்தின் அடிப்படையில் பார்க்கும் அணுகுமுறையில் இருந்து அப்பால் SRH சேவைகள் பார்க்க வேண்டும். இந்த அணுகுமுறையானது ஆண்களின் பாலியல் சுகாதாரம் மற்றும் தம்பதிகளின் உறவு முறையில் வாழ்க்கைத் துணையின் சுகாதாரத்தில் பரஸ்பர தாக்கம் என்பவற்றை கவனத்தில் கொள்ள வேண்டும்.
- கூருணர்வாக்கல் மற்றும் கல்வியின் ஊடாகக் கருத்தடையில் ஆண்களின் பொறுப்பினை புரிந்து கொள்ளச் செய்தல் உள்ளடங்கலாக பாலியல் மற்றும் இனவிருத்திச் சுகாதார விடயங்கள் தொடர்பில் ஆண்கள் மற்றும் பெண்களுக்கு இடையில் தொடர்பாடலை மேம்படுத்தல் குறித்தும் மேலதிக முயற்சிகள் எடுக்கப்படல் வேண்டும்.
- ‘குடும்பம்’ என்பதன் மாறும் தோற்றப்பாடுகளை உள்வாங்கும் வகையில் ‘குடும்பம்’ என்ற கருத்தினை மற்றும் அந்தக் கருத்து சார்ந்து கிடைக்கும் சேவைகளை ஆராய்வதற்கான தேவையும் உள்ளது. இதற்குக் காரணம் பெண்கள் தலைமையிலான குடும்பங்கள் (உதாரணமாக, சுனாமிக்குப் பின்னர் மற்றும் மோதலினால் வாழ்க்கைத் துணையை இழந்தவர்கள்), பால்நிலை வேறுபட்ட குழுக்கள், மற்றும் குடும்பம் என்பதன் பாரம்பரிய சமூக விளக்கத்திற்கு அப்பாலுள்ள வேறு குழுக்கள் போன்ற பிரிவுகளின் காரணமாகவே இந்த தேவை எழுந்துள்ளது.

- ‘குடும்பம்’ என்பதன் மாறும் தோற்றப்பாடுகளை உள்வாங்கும் வகையில் ‘குடும்பம்’ என்ற கருத்தினை மற்றும் அந்தக் கருத்து சார்ந்து கிடைக்கும் சேவைகளை ஆராய்வதற்கான தேவையும் உள்ளது. இதற்குக் காரணம் பெண்கள் தலைமையிலான குடும்பங்கள் (உதாரணமாக, சுனாமிக்குப் பின்னர் மற்றும் மோதலினால் வாழ்க்கைத் துணையை இழந்தவர்கள்), பால்நிலை வேறுபட்ட குழுக்கள், மற்றும் குடும்பம் என்பதன் பாரம்பரிய சமூக விளக்கத்திற்கு அப்பாலுள்ள வேறு குழுக்கள் போன்ற பிரிவுகளின் காரணமாகவே இந்த தேவை எழுந்துள்ளது.

- பால்நிலை மற்றும் உரிமைகள் சார் கருத்தோட்டத்தில் பாடசாலைக்கு உள்ளேயும், வெளியேயும் பருவமானவர்களை அடைவதற்கான முறைசார் மற்றும் முறைசாரா அணுகுமுறைகளின் ஊடாக முழுமையான பாலியல் கல்வி வழங்கப்படலும் அவசியமாகும். இந்தச் செயற்பாட்டை மேலும் அர்த்தமுள்ளதாக்குவதற்கு, பாடசாலைகளில் வினைத்திறன் மிக்க மற்றும் முழுமையான SRH கல்வியை நடைமுறைப்படுத்த ஆசிரியர்கள், அதிபர்கள் மற்றும் பெற்றோர்கள் மத்தியில் உளப்பாங்குசார் மாற்றத்தை கொண்டு வருவதற்கான மூலோபாயங்களை உருவாக்கி, நடைமுறைப்படுத்த வேண்டிய தேவையும் உள்ளது.
- சுகாதாரத் தேவைகளில் சேவைகள் மற்றும் முதலீடுகளுக்கு பொறுப்பான தனித்துவமான பிரிவாக பருவமானவர்கள் மற்றும் இளைஞர்கள் அங்கீகரிக்கப்படல் வேண்டும். தேசிய மற்றும் மாகாண மட்டங்களில் இவர்களுக்கான தனித்துவமான வரவு செலவுத்திட்ட ஒதுக்கீடு, ஆதாரம் சார்ந்த முன்னுரிமைகள், தனியான சுகாதாரப் பராமரிப்பு நிலையங்கள் அல்லது அனைத்து இளைஞர்களுக்கும் இளைஞர் நட்புறவான இனவிருத்தி சுகாதார சேவைகள் கிடைக்கக் கூடிய பொது சுகாதார வசதிகளில் நிபுணத்துவ திணைக்களங்கள் மூலம் முன்னெடுக்க முடியும்.
- ஆதாரம்சார் கொள்கை மற்றும் நிகழ்ச்சிகளுக்கு ஆதரவளிக்கும் வகையில், SRH சம்பந்தப்பட்ட தரவுகளை சேகரிக்க, ஒழுங்கமைக்க மற்றும் பகுப்பாய்வு செய்வதற்கு முறைசார் தரவு சேகரித்தல் முறைகள் அவசியமாகும். இவ்வாறான முறைகள் பால்நிலை சார் வன்முறை, ஆண்களுக்கான SRH, பாலியல் குறைபாடுகள் மற்றும் இனவிருத்தி வயதுக் FOTக்கு அப்பால் SRH என்பன சார்ந்த தரவு இடைவெளிகளை இலக்கு வைத்ததாக இருத்தல் வேண்டும்.
- சுகாதார சேவை வழங்குனர் மத்தியில் உளப்பாங்கு சார் மாற்றத்திற்கான நிகழ்ச்சிகளை முன்னெடுக்க வேண்டிய தேவையும் உள்ளது. விசேடமாக பால்நிலைசார் வன்முறையில் பாதிக்கப்பட்டவர்களை அடையாளம் கண்டு, சிகிச்சை அளித்தல் மற்றும் பலவந்தமான கருக் கலைப்பை எதிர்கொண்டவர்கள் மற்றும் பாலியல் மற்றும் பால்நிலை வேறுபாடுடையவர்களுக்கு உகந்த நேரத்தில், சவாலான சிகிச்சையளித்தல் என்பன சார்ந்து கவனம் செலுத்தப்படல் வேண்டும்.
- தூண்டப்பட்ட கருக்கலைப்பு, பால்நிலை சார் வன்முறை மற்றும் பாலியல் ரீதியாகப் பரவும் தொற்றுக்கள் தொடர்பான முறைசார் வெகுசனக் கல்வியும் அவசியமாகும். இவ்வாறான முயற்சிக்கான செய்திகள் எளிமையானதாகவும், அனைத்துக் குழுக்களும் ஏற்றுக் கொள்ளக் கூடியதாகவும், கலாசாரக் கூருணர்வுடன் வெளிப்படுத்தப்படவும் வேண்டும்.

4. குறிப்புதவிப் பட்டியல்

ARROW (2013). ஆதரவு நாடல் வழிகாட்டி: பாலியல் மற்றும் இனவிருத்திச் சுகாதாரம் மற்றும் உரிமைகளுக்கான உலகளாவிய அணுகும் வசதிக்கான மூலோபாய குறிகாட்டிகள்: பெண்களுக்கான ஆசிய பசுபிக் வளங்கள் மற்றும் ஆய்வு நிலையம்

ASAP (2009). பெண்களின் உரிமையாக பாதுகாப்பான கருக்கலைப்பு குறித்த அறிவு, உளப்பாங்குகள் மற்றும் சட்ட நிபுணர்களை புரிந்துகொள்வதற்கான கற்கை, ஆசிய பாதுகாப்புக் கருக்கலைப்பு பங்காளித்துவம்

DCS (2009). இலங்கை சனத்தொகை மற்றும் சுகாதார ஆய்வு 2006/07, சனத்தொகை மற்றும் புள்ளிவிபரத் திணைக்களம் மற்றும் சுகாதாரத் துறை அபிவிருத்திச் செயற்றிட்டம், சுகாதார பராமரிப்பு மற்றும் ஊட்டச்சத்து அமைச்சு

DCS (2014). சனத்தொகை மற்றும் வீடமைப்புக் கணக்கெடுப்பு 2012 – பிரதான முடிவுகள், சனத்தொகை மற்றும் புள்ளிவிபரத் திணைக்களம், நிதி மற்றும் திட்டமிடல் அமைச்சு மற்றும் ஐக்கிய நாடுகள் சனத்தொகை நிதியம்

டீ சில்வா, டபிள்யு இந்திரலால் (1998). ஆசியாவில் பருவமானவர்கள் மத்தியில் எழும் இனவிருத்தி சுகாதார விடயங்கள், பொது சுகாதாரம் தொடர்பான ஹார்வர்ட் பாடசாலை

FHB (2011). மகப்பேற்றுப் பராமரிப்புத் தொகுதி: சுகாதார பராமரிப்பு பணியாளர்களை நியமிப்பதற்கான வழிகாட்டி, குடும்ப சுகாதார பணியகம், சுகாதார அமைச்சு

FHB (2012). இலங்கையில் குடும்ப சுகாதாரம் தொடர்பான வருடாந்த அறிக்கை 2011, குடும்ப சுகாதார பணியகம், சுகாதார அமைச்சு

FHB (2014). தேசிய அவசரகால மகப்பேற்று மற்றும் பிரசவத்திற்குப் பின்னரான பராமரிப்பு தேவைகள் மதிப்பீட்டு வதிவிட அறிக்கை 2012. குடும்ப சுகாதார பணியகம், சுகாதார அமைச்சு மற்றும் ஐக்கிய நாடுகள் சனத்தொகை நிதியம்.

FPA மற்றும் NSACP (2013). இலங்கையில் எச்.ஐ.வி ஆபத்திலுள்ள மக்கள் தொகையின் (MPRP) தேசிய அளவு கணிப்பீடு, குடும்பத் திட்டமிடல் சங்கம், தேசிய STD/எயிட்ஸ் கட்டுப்பாட்டு நிகழ்ச்சி மற்றும் உலகளாவிய நிதியம்.

IPS (2014). பண்டார, சமந்தி. இலங்கையில் எழும் சுகாதார சவால்கள்: சுகாதாரத்திற்கான மேலதிக பணம் மற்றும் பணத்திற்கான மேலதிக சுகாதாரம், சுகாதார பொருளியல் கொள்கை பிரிவு, கொள்கை கற்கைகளுக்கான நிறுவனம், 2014 ஜுன் 9ஆம் திகதி எடுக்கப்பட்டது: http://www.ips.lk/talkingeconomics/2011/04/emerging-health-allenges-in-sri-lanka-more-money-for-health-and-more-health-for-the-money/

கொட்டேகொட, எஸ், சாமுவெல் கே. மற்றும் இம்மானுவெல், எஸ். (2013) இனவிருத்தி சுகாதார அக்கறைகள் மற்றும் இலங்கையில் முரண்பாட்டால் பாதிக்கப்பட்ட பகுதிகளில் சம்பந்தப்பட்ட பெண்களுக்கு எதிரான வன்முறை: முதன்மை ஆய்வு முடிவுகள்: பெண்கள் மற்றும் ஊடகக் கூட்டமைப்பு.

MOFP (2012). வருடாந்த அறிக்கை 2012, அத்தியாயம் 8, செலவீன மீளாய்வு, நிதி மற்றும் திட்டமிடல் அமைச்சு, எடுக்கப்பட்ட தளம்:-http://www.treasury.gov.lk/reports/annualreport/2012/8-ExpenditureReview.pdf3

MOFP (2015). நூறு நாள் புரட்சி தொடர்பான நிதியமைச்சின் அறிக்கை, நிதி மற்றும் திட்டமிடல் அமைச்சு, 2015 பெப்ரவரி 5 எடுக்கப்பட்டது http://www.treasury.gov.lk/images/depts/fpd/docs/budgetspeech/2015-jan29/InterimBudget2015-20150129-eng.pdf

MOH (2007). இலங்கை சுகாதாரப் பெருந்திட்டம் - 21ஆம் நூற்றாண்டில் ஆரோக்கியமான மற்றும் பிரகாசமான தீவு, சுகாதார மற்றும் ஊட்டச்சத்து அமைச்சு

MOH (2012), மகப்பேற்று மற்றும் சிறுவர் சுகாதாரம் தொடர்பான தேசிய கொள்கை, இலங்கை ஜனநாயக சோஷலிசக் குடியரசு வர்த்தமானி இல. 1769/32 (2012.05.31)

MOH (திகதியிடப்படாத). பாடசாலை சுகாதார மேம்பாட்டு நிகழ்ச்சி இடைக்காலத் திட்டம் 2008 - 2012 பாடசாலை மற்றும் பருவமானோர் சுகாதார பிரிவு, சுகாதார மற்றும் ஊட்டச்சத்துப் பிரிவு, குடும்ப சுகாதார பணியகம், கல்வி அமைச்சு, சுகாதார மற்றும் ஊட்டச்சத்து அமைச்சு.

MOH மற்றும் NSACP (2013). தேசிய எச்.ஐ.வி மூலோபாயத் திட்டம் இலங்கை 2013 - 2017, சுகாதார அமைச்சு மற்றும் தேசிய STD/எயிட்ஸ் கட்டுப்பாட்டு நிகழ்ச்சி.

MSU/MOH (2012). வருடாந்த சுகாதார குறிப்புகள் 2012 மருத்துவ புள்ளிவிபரப் பிரிவு அல்லது சுகாதார அமைச்சில் இருந்து 2014 ஜுன் 9ஆம் திகதி எடுக்கப்பட்டது http://www.health.gov.lk/en/publication/AHB-2012/Annual%20Health%20Bulletin%20-%202012.pdf

NSACP (2012). 2011 ஆய்வின் அறிக்கை, எச்.ஐ.வி காப்பு மேற்பார்வை ஆய்வு இலங்கை, தேசிய STD/எயிட்ஸ் கட்டுப்பாட்டு நிகழ்ச்சி.

NSACP (2013). 2013இன் இறுதியில் தேசிய STD/எய்ட்ஸ் கட்டுப்பாட்டு நிகழ்ச்சியிலிருந்து கூட்டாக அறிக்கைப்படுத்தப்பட்ட எச்.ஐ.வி /எயிட்ஸ் தரவு http://www.aidscontrol.gov.lk/web/index.php/en/statistics/hiv

NSACP (2014). 2014 நான்காவது காலாண்டு, இலங்கை எச்.ஐ.வி/எயிட்ஸ் மேற்பார்வைத் தரவு. தேசிய STD/எயிட்ஸ் கட்டுப்பாட்டு நிகழ்ச்சி, சுகாதார சேவைகள் அமைச்சு: http://www.aidscontrol.gov.lk/web/images/pdf/quarterly_reports/HIV4th%20q%20Q%202014.pdf

ரன்னன்-எலிய, ஆர். பி. பேர்மன், பி. எல்டிகானி, ஈ. டீ சில்வா, ஐ., சோமநாதன், ஏ., சுமதிரத்னே, வீ. (2000). இலங்கை மற்றும் எகிப்தில் இனவிருத்தி சுகாதார சேவைகளுக்கான செலவீனம், ஜுன் 11, 2000. பொது சுகாதாரத்திற்கான ஹார்வட் பாடசாலை.

UNAIDS (2012). இலங்கை வதிவிட தேர்ச்சி அறிக்கை 2010-2011, ஐக்கிய நாடுகள் தேசிய கூட்ட விசேட அமர்வு அறிக்கை, எச்.ஐ.வி /எயிட்ஸ் தொடர்பான ஐக்கிய நாடுகள் நிகழ்ச்சி.

UNDP (2014). மனித அபிவிருத்தி அறிக்கை 2014, மனித தேர்ச்சியை ஸ்திரப்படுத்தல்: பலவீனங்களை குறைத்து, நெகிழ்வு தன்மையை கட்டியெழுப்பல். ஐக்கிய நாடுகள் அபிவிருத்தி நிகழ்ச்சி.

UNFPA (1994). சனத்தொகை அபிவிருத்தி தொடர்பான சர்வதேச மாநாட்டின் நடவடிக்கை நிகழ்ச்சி. ஐக்கிய நாடுகள் சனத்தொகை நிதியம்.

UNICEF (2004). இலங்கையில் இளம் பருவத்தினர் மத்தியிலான விவகாரம் மீதான தேசிய ஆய்வு - ஐக்கிய நாடுகள் சிறுவர் கல்வி நிதியம்.

தயாரிப்புக் குழு

ஆசிரியர்: எவஞ்சலின் டீ சில்வா
மீளாய்வு செய்தோர்:
கலாநிதி. திலோமா முனசிங்க
கலாநிதி. சேபாலி கொட்டேகொட
சாய் ஜோதி ரசேலா
பி. பாலசுப்ரமணியம்
சச்சினி பெரேரா
யுகாரி ஹோரி

மொழிபெயர்ப்பு: கோபிநாத்
பிரதி வாசித்தவர்:
வடிவமைப்பு: டி எம் அலி பசிர்
வடிவமைப்பு கலைஞர்: ரங்க டீ சில்வா மற்றும்
கனிக்ஷ்க கொலம்பகே
புகைப்படங்கள்: நடாலி சொய்சா
அச்சகம்: குளோப் பிரின்டிங் வேர்க்ஸ்
அச்சுப் பதிப்பு : 2015

நாட்டு விபரக் குறிப்பு குறித்து

ஐரோப்பிய ஒன்றியத்தின் உதவியுடன், "SRHRஇற்கான ஆசிய பசுபிக் வலையமைப்பின் வலையமைப்பு, அறிவு முகாமைத்துவம் மற்றும் பரிந்து பேசல் இயலுமைகளை வலுப்படுத்தல்" செயற்பாட்டின் ஒரு அங்கமாக பெண்கள் மற்றும் ஊடகக் கூட்டமைப்பினால் இந்தப் பதிப்பு உருவாக்கப்பட்டுள்ளது. பெண்களுக்கான ஆசிய-பசுபிக் வள மற்றும் ஆய்வு நிலையத்தின் (ARROW) பங்காளித்துவத்துடன், பெண்கள் மற்றும் ஊடகக் கூட்டமைப்பினால் இந்த செயற்றிட்டம் இலங்கையில் நடைமுறைப்படுத்தப்படுகின்றது. இதன் மூலம் உள்ளடக்கப்படும் நாடுகளாவன பங்களாதேஷ், கம்போடியா, சீனா, இந்தியா, இந்தோனேஷியா, லாஓ PDR, மாலைதீவுகள், மலேசியா, மங்கோலியா, நேபாளம், பாகிஸ்தான், பிலிப்பைன்ஸ், இலங்கை, தாய்லாந்து, மற்றும் வியட்னாம். இப்பதிப்பில் வரும் உள்ளடக்கங்கள் பெண்கள் மற்றும் ஊடகக் கூட்டமைப்பின் ஏகவுரிமைக்கானதாகும். ஐரோப்பிய ஒன்றியத்தின் கருத்துக்களை பிரதிபலிப்பன அல்ல. இலத்திரனியல் பிரதிகளுக்கு www.womenandmedia.org, www.arrow.org.my மற்றும் www.srhrforall.org

பெண்கள் மற்றும் ஊடகக் கூட்டமைப்புப் பற்றி

இலங்கைப் பெண்களின் அக்கறைகள் தொடர்பான கருத்தியல் சார்ந்த மற்றும் பிரயோக சிக்கல்களை ஆய்ந்தறியும் இலங்கைப் பெண்ணியவாதிகள் குழுவினால் 1984ஆம் ஆண்டில் பெண்கள் மற்றும் ஊடக கூட்டமைப்பு (WMC) உருவாக்கப்பட்டது. அன்று முதல், பால்நிலை சார்ந்து பாரபட்சம் அற்ற சாதாரண சமூகத்தினை உருவாக்குவதற்கு பெண்ணியக் கோட்பாடுகள் தொடர்பில் மாற்றங்களை வெளிக்கொணர்வதற்கு WMC வினைத்திறனுடன் செயற்பட்டு வருகின்றது. சமூக மற்றும் அரசியல் மாற்றங்களுக்கு பல்வேறு சந்தர்ப்பங்களில் WMC பங்களித்துள்ளது. சமாதானச் செயற்பாட்டில் பெண்கள் மற்றும் பால்நிலை அக்கறைகள் உள்ளடக்கப்படல், பெண்களின் உரிமைகள் தொடர்பில் அதிகரித்த அரச அங்கீகாரம், பெண்களின் உரிமைகளை முன்னிறுத்தும் புதிய சட்ட அல்லது சட்டரீதியான மற்றும் கொள்கை திருத்தங்களை உருவாக்கல், மற்றும் அரசியலில் பெண்களின் பிரதிநிதித்துவத்தை அதிகரிப்பதற்கான தேவையை அடையாளம் காணல் என்பன இவற்றில் குறிப்பிடத்தக்கவை. தேசிய பெண்கள் சாசனம், பெண்களுக்கான தேசிய நடவடிக்கை திட்டம் மற்றும் புலம்பெயர்ந்தோர் உரிமை கொள்கை உருவாக்கத்திற்கும் WMC பங்களித்துள்ளது. 2005ஆம் ஆண்டு உள்ளக வன்முறை சட்டம் உருவாக்கப்படுவதற்கு வழியமைத்த சிவில் சமூக நிறுவனங்களின் பிரசாரத்தினையும் WMC ஒழுங்கமைத்தது. பெண்களின் காணி உரிமைகள், தனிப் பெண்கள் மற்றும் குடும்பங்களின் பெண் தலைவிகள், சமாதானம் ஏற்படுத்தல் மற்றும் சமாதானத்தைக் கட்டியெழுப்பல், மற்றும் ஏனையோர் மத்தியில் ஊடகத் திருத்தங்கள் சம்பந்தப்பட்ட கொள்கை கலந்துரையாடல்களிலும் WMC ஈடுபட்டுள்ளது. பெண்களின் வலையமைப்புக்களை ஆரம்பிக்கவும், கொள்கை உருவாக்கம் மற்றும் நடைமுறைப்படுத்தலில் நேரடி பங்களிப்பு வழங்கும் தேசிய மட்ட நிறுவனங்கள், அடிமட்ட உள்ளூர் பெண்கள் நிறுவனங்களுடன் இணைந்து பணியாற்றவும் WMC உதவுகின்றது.

தொடர்புகளுக்கு:
இல. 56/1, சரசவி ஒழுங்கை,
காசல் வீதி,
கொழும்பு 08.

இலங்கை.
+ 94 - 11 - 2690201 / + 94 - 11 - 2690192
wmcsrilanka@gmail.com
www.womenandmedia.org

SRHR for All Campaign
http://srhrforall.org
http://facebook.com/srhrforall
http://twitter.com/SRHRforALL

This project is
funded by the
European Union