දේශීය පැතිකඩ

ලිංගික හා ප්‍රජනන සෞඛ්‍ය සඳහා විශ්වීය ප්‍රවේශය පිළිබඳ දේශීය පැතිකඩ :

ශ්‍රී ලංකාව

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. හැඳින්වීම

රටවල් 187 ක් අතරින් 73 වන ස්ථානයට පත් කරමින් 2013 වසරේ දී ශ්‍රී ලංකාවේ මානව සංවර්ධන දර්ශකය 0.750 ක් විය. මෙම අගය 0.735 ක් වූ ඉහළ මානව සංවර්ධනයක් පෙන්නුම් කරන රටවල කණ්ඩායම්වල සාමාන්‍යයට වඩා ඉහළ අගයක්වන අතර දකුණු ආසියානු රටවල එම අගය වූ 0.588 ක් වන සාමාන්‍යයට වඩා ද ඉහල අගයක් ගනී (UNDP, 2014). තවද මාතෘ සහ ළමා සෞඛ්‍ය සහ HIV/AIDS සම්බන්ධයෙන් ද ශ්‍රී ලංකාව ආකර්ෂණීය ජාතික සෞඛ්‍යය දර්ශකයක් පෙන්නුම් කරයි. පවුල් සෞඛ්‍ය සහ ප්‍රජනන සෞඛ්‍ය, මාතෘ සහ ළමා සෞඛ්‍ය මෙන්ම පවුල් සැලසුම් යන කරුණු සම්බන්ධයෙන් ශ්‍රී ලංකාව තුළ ග්‍රාමීය මට්ටමේ සිට ජාතික මට්ටම දක්වා වූ ඉතා හොඳින් ජාලගත වූ සෞඛ්‍යය පද්ධතියක් මෙන්ම පුළුල් ප්‍රතිපත්ති මාලාවක් ද ක්‍රියාත්මක වේ. නිශ්චිත ප්‍රදේශවල සේවා සපයනු ලබන ශ්‍රේණිගත රෝහල්, මාතෘ සායන සහ වෛද්‍යශාලා මගින් විශේෂඥ වෛද්‍ය සේවයට යොමු කිරීමේ ජාලයන් අන්තර් ගතවූ සෞඛ්‍ය යටිතල පහසුකම් මගින් මෙම සේවාවන් සපයනු ලැබේ.

වගුව. 1:2013 දී.....

	පිරිමි	ගැහැණු
ජනගහනය ('000)	9,939 (48.5%)	10,544 (51.5%)
උපතේදී ආයු අපේක්ෂාව	70.3 වසර	77.9 වසර
සාක්ෂරතාවය	96.8	94.6
සේවා නියුක්තිය	65.3%	34.7%
සේවා වියුක්තිය	3.2%	6.6%
රැකියා නියුක්තිය සඳහා විදේශගත වීම	50.9%	49.1%
පාර්ලිමේන්තු නියෝජනය	94.2%	5.8%

මූලාශ්‍රය : සංඛ්‍යාලේඛන අත්පොත 2014, ජන හා සංඛ්‍යාලේඛන දෙපාර්තමේන්තුව

ජාතික මට්ටමේ දත්ත සමීපව පිරික්සීමේදී ඒවායෙහි ප්‍රාදේශික විෂමතාවයන් ඇති බව පෙනී යයි. මෙම විෂමතාවය විශේෂයෙන් ම, ආර්ථිකමය වශයෙන් අව-කාර්යසාධනයක් පෙන්වන දිස්ත්‍රික්ක, ගැටුමෙහි බලපෑමට හසු වූ උතුරු සහ නැගෙනහිර පළාත්වල පිහිටි ප්‍රදේශ සහ වතුකරය වැනි ප්‍රදේශවල හඳුනා ගත හැකිය. අයිතිවාසිකම් පදනම් කරගත් ප්‍රවේශයකින් යල්පැන ගිය නීති රීති පද්ධතීන් සංශෝධනය කළ යුතුවා මෙන්ම ප්‍රතිපත්ති මාලාවන් නැවත පිරික්සා බැලීමක් ද කළ යුතුව තිබේ. එහෙත්, අවදානමට ලක් වූ ස්ත්‍රී උප ජන කොටස් (සමාජයීය සහ සංස්කෘතික ප්‍රතිමානයන් නිසා අවමානයට පත්විය හැකි ග්‍රාමීය පසුබිමක් සහිත තරුණ ගැහැණු ළමුන්, වැන්දඹුවන්, ලිංගික ශ්‍රමිකයින්, ස්ත්‍රී ගෘහ මූලික සහ අවිවාහක තනි ස්ත්‍රීන්) හා සුළුතර ලිංගික අනන්‍යතාවයක් සහිත කොටස් (ස්ත්‍රී හා පුරුෂ සමලිංගික, ද්වි ලිංගික සහ සංක්‍රාන්ති ලිංගික පුද්ගලයින්) උදෙසා තවත් බොහෝ දේ සිදු කළ යුතුව තිබේ.

රජයේ සෞඛ්‍ය වියදම්

ආධාර දෙන ආයතනවල සීමිත මූල්‍ය පහසුකම් සහ පෞද්ගලික අංශයේ යම් සහභාගිත්වය ද සහිතව, ශ්‍රී ලංකාවේ සෞඛ්‍ය සේවය ප්‍රධාන වශයෙන් ම රාජ්‍ය අංශයේ මූල්‍ය ප්‍රතිපාදන මත පවත්වාගන යනු ලැබේ. රාජ්‍ය අංශයට මූල්‍ය ප්‍රතිපාදන සම්පාදනය කරනු ලබන්නේ මහා භාණ්ඩාගාරය උපයන බදු මුදල් වලිනි. රාජ්‍ය අංශයේ සෞඛ්‍ය සේවාවන් සියළුම පුරවැසියන්ට නොමිලයේ සැපයෙන අතර, පෞද්ගලික අංශයේ සේවාවන් ප්‍රධාන වශයෙන් ම අත්පිට මුදලට, පෞද්ගලික රක්ෂණ සහ ලාභ නොබලන දායකත්වයන් මඟින් සපයනු ලබයි (IPS, 2014). ඒ කෙසේ වුව ද, රජයේ රෝහල්වලින් සෞඛ්‍ය සේවා ලබා ගැනීමට යන පුද්ගලයින්ට ඇතැම්විට ඖෂධවල හිඟකම නිසා සහ ඇතැම් වෛද්‍ය පරීක්ෂණ පෞද්ගලික රෝහල්වලින් සිදු කිරීමට යාමේදී මුදල් වැය කරන්නට සිදුවේ.

2012 වසරේ සෞඛ්‍යය සඳහා රජයේ මුළු පිරිවැය රුපියල් මිලියන 89,291 විය. මෙය ඊට පෙර වසරට වඩා 8.65% ක වැඩිවීමකි. එම වසරේදීම, දළ ජාතික නිෂ්පාදනයෙන් (GNP) සෞඛ්‍යය සඳහා වූ රජයේ වියදම 1.2% වූ අතර එය ජාතික වියදමින් 4.07% ක් විය. ඒක පුද්ගල සෞඛ්‍ය වියදම ශ්‍රී ලංකා රුපියල් 4.392 කි. 2012 වසරේදී සෞඛ්‍ය සඳහා වූ ඇස්තමේන්තුගත නව මුදල (පුද්ගල හා ප්‍රජා සෞඛ්‍ය සේවාවන් සහ සෞඛ්‍ය සේවා සපයන්නන්ගේ මුළු ආදායම් එකතුව ද ඇතුළුව) ශ්‍රී ලංකා රුපියල් මිලියන 238,613 ක් විය. එනම්, දළ දේශීය නිෂ්පාදනයෙන් (GDP) 3.1% විය (MSU/MOH, 2012).

වෙනත් සාධක පෙන්නුම් කරනුයේ 2012 වසරේදී ජාතික සහ ප්‍රාදේශීය මට්ටමේ දේශීය සෞඛ්‍ය ක්ෂේත්‍රය ද ඇතුළුව මුළු වියදම ශ්‍රී ලංකා රුපියල් බිලියන 99 ක් වූ බවයි. ඒ කෙසේ වෙතත්, 2010 වසරේ දී දළ දේශීය නිෂ්පාදනයෙන් 1.3% ක් පමණක් සෞඛ්‍ය සේවය සඳහා වෙන් වූ බවද සඳහන් කළ යුතුය (MOFP, 2012). සෞඛ්‍ය සේවය සඳහා වර්තමාන අයවැය දළ දේශීය නිෂ්පාදනයෙන් 3% ක් දක්වා වැඩි කිරීමට යෝජනා කර තිබේ. (MOFP, 2015). ඒ කෙසේ වුවද ලිංගික සහ ප්‍රජනන සෞඛ්‍යයට අදාල සේවාවන් සඳහා වූ වියදම් සම්බන්ධයෙන් සඳහනක් නොමැත.

මෙම දේශීය පැතිකඩ, ලිංගික හා ප්‍රජනන සෞඛ්‍ය සේවාවන් ආමන්ත්‍රණය කරන විට දී සෞඛ්‍ය සේවාවන් ශ්‍රී ලාංකික ජනතාවට ලබාගත හැකි පරිද්දෙන් පවතින්නේ ද සීමා කිරීමකින් තොරව ලබාගත හැකි ද පිළිගත හැකි තත්ත්වයේ හා දැරිය හැකි වියදමක් ද යන වග නිර්ණය කරගැනීම පිණිස ප්‍රධාන දර්ශක කිහිපයක් සාකච්ඡාවට භාජනය කරනු ලැබේ.

2. ශ්‍රී ලංකාවේ ලිංගික සහ ප්‍රජනන සෞඛ්‍ය තත්ත්වය

1994 අන්තර් ජාතික ජනගහන සහ සංවර්ධන සමුළුවට (ICPD) දශක ගණනාවකට පෙර සිටම ශ්‍රී ලංකාව පවුල් සංවිධානය ඇතුළු ප්‍රජනන සේවාවන්හි වැදගත්කම අවබෝධ කරගත් රාජ්‍යයකි. 1953 දී පවුල් සංවිධානය සංගමය (FPA) මගින් මූලිකත්වය ගෙන පවුල් සංවිධානය කිරීම ආරම්භ වූයේ, එවැන්නක් රජයේ වැඩසටහනක් ලෙස ඉදිරිපත් කිරීම

සංවේදී සහ මතභේදයට තුඩු දෙන කරුණක් විය හැකිව තිබූ යුගයකදී වීම වැදගත් කරුණකි. එම වැඩසටහනේ සාර්ථකත්වය නිසාම එය රජයේ වැඩි අවධානයට යොමු වූ අතර, ඉන්පසුව අත්කරගත් සාර්ථකත්වය නිසාම 2000 වසරට ඉලක්ක කර තිබූ සාඵල්‍ය අගය වූ 2 (නිවැරදි අගය වූයේ 1.9 කි) 1995 දී, එනම් වසර 5 කට පෙරදී ළඟා කරගත හැකි විය.

මූලික සෞඛ්‍ය සේවා පහසුකම් 1940 ගණන්වලින් පසුව ව්‍යාප්ත වීමත් සමග (වෛද්‍ය සහ පරිපූරක වෛද්‍යවරුන්ගේ ප්‍රමාණය ව්‍යාප්ත වීමත්, සම්ප්‍රදායික වින්නඹු මාතාවන් වෙනුවට පුහුණු පවුල් සෞඛ්‍ය නිලධාරීන් (PHM) පත්වීමත්, වෛද්‍ය තාක්ෂණය හඳුන්වාදීමත්) ශ්‍රී ලංකාවේ සෞඛ්‍යය පද්ධතිය විශාල ලෙස වැඩි දියුණු වූයේය (Rannan-Eliya et al, 2000). ස්ත්‍රීන්ගේ ඉහල සාක්ෂරතාවයත්, පවුල් සෞඛ්‍ය නිලධාරීන් විසින් නොමිලයේ නිවසට ම පවුල් සංවිධාන සේවාවන් සැපයීමත් පවුල් සැලසුම් ක්‍රම පහසුවෙන් මිලදී ගැනීමට හැකිවීමත් දැඩි ජනගහන ප්‍රතිපත්තියත් පාසල්වල ජනගහන වැඩසටහන් පැවැත්වීමත් ප්‍රජාව සහ සෞඛ්‍ය සේවා ආයතන අතර සම්බන්ධතාවයක් ගොඩනැගීමත් නොමිලයේ ලබාදෙන සෞඛ්‍ය සේවාවන් සහ ආහාර සහනාධාරත් මෙසේ සෞඛ්‍ය සේවාවේ වර්ධනය සඳහා හේතු වූ කාරණා වේ.

වර්තමානයේ දක්නට ඇති බොහෝමයක් ම ප්‍රවනතාවයන් සහ සෞඛ්‍ය දර්ශක මෙයට දශක ගණනාවකට පෙර කරන ලද ආයොජනවලට ආරෝපනය කළ හැකි වේ. මෑතකාලීනව ස්ත්‍රීන්ගේ සහ පවුලේ සෞඛ්‍යට තර්ජනයක් වන හා ස්ත්‍රී අයිතිවාසිකම්වලට ප්‍රතිවිරෝධයක් ලෙසින් මතුවන බරපතල දේශපාලනික මෙන්ම ආගමික ප්‍රතිවිරෝධයන් සමග සැසඳීමේදී 20 වන සියවසේ ශ්‍රී ලංකාව වඩා ලිබරල් රාජ්‍යයක්ව පැවති බවට කෙනෙකුට පැහැදිලි වනවා ඇත. වර්තමාන සෞඛ්‍ය තත්ත්වය සහ අනාගත ලිංගික සහ ප්‍රජනන සෞඛ්‍ය ප්‍රවනතාවයන් අවබෝධ කරගැනීම පිණිස, මෙම අංශය, උපත් පාලනය, මාතෘ සෞඛ්‍යය, යෞවන ලිංගික හා ප්‍රජනන සෞඛ්‍යය සහ HIV/AIDS යන කාරණා සම්බන්ධයෙන් දත්ත විමර්ශණය කරනු ලැබේ.

උපත් පාලනය

ICPD ව්‍යාපෘතියේ 7.2 ක්‍රියාකාරී වගන්තිය මගින් රටක මහජනයාට තෘප්තිමත් සහ ආරක්ෂිත ලිංගික ජීවිතයක් ගත කිරීමට හැකියාව ඇති කිරීමත් ඔවුන්ට ප්‍රජනනය කිරීමට හැකිවීම සහ ඒ සම්බන්ධයෙන් වන තීරණය ඔවුන් විසින් ඔවුන්ගේ අභිමතය අනුව කෙදිනක කෙතරම් වතාවක් එසේ සිදු කළ හැකිද යන්න තීරණය කිරීමට ඉඩදීමටත් රාජ්‍යයන්ට බලකර සිටී. තවද මෙයින් සඳහන් කර සිටින්නේ, ස්ත්‍රී සහ පුරුෂයින්ගේ අයිතීන් පිළිබඳව අවබෝධය ලබා දිය යුතු බවත්, ඔවුන්ගේ අභිමතය පරිදි වූ ආරක්ෂිත, ප්‍රතිඵලදායක, දරාගත හැකි සහ පිළිගත හැකි පවුල් සැලසුම් ක්‍රමයක් තෝරාගැනීමට හැකියාව ඇති කළ යුතු බවත් ය (UNFPA, 1994). උපත් පාලනය සම්බන්ධයෙන් වූ ප්‍රධාන දර්ශකයන් වන, a) මුළු සාඵල්‍යතා අගය, b) උපත් පාලන ව්‍යාප්තිය, c) උපත් පාලන අවශ්‍යතා ඉටු නොවූ ප්‍රමාණය පිළිබඳව මෙම කොටසේදී අපගේ අවධානය යොමු කරනු ලැබේ.

a)මුළු සාඵල්‍යතා අගය

මුළු සාඵල්‍යතා අගය (Total Fertility Rate) නිර්වචනය වන්නේ, යම්කිසි කාන්තාවක්, පවතින වයසට නියමිත සාඵල්‍යතා අගයන්ට අනුකූලව ඇයගේ ප්‍රජනන චක්‍රය අවසන් වන විට, එනම් වයස 15 ත් 49 ත් අතර දී ලැබූ දරුවන් සංඛ්‍යාවෙනි. මෙය යහපත් හෝ දුර්වල ප්‍රජනන සෞඛ්‍ය පෙන්නුම් කරන වක්‍ර දර්ශකයක් ලෙස සැලකේ. ඉහල මුළු සාඵල්‍යතා අගයකින් (දරු උපත් 5 කට වඩා) නියෝජනය වන්නේ ආයෝග්‍ය ප්‍රජනන අවධානමක් සහ තනි සහ අඹු-සැමි යුවල සඳහා පවුල් සැලසුම් සේවාවන් සඳහා ප්‍රවේශවීමේ අඩුකමය (ARROW, 2013).

ඉතාම මෑතක දී සිදුකළ ශ්‍රී ලංකාවේ ජනගහන විකාශන සහ සෞඛ්‍ය සංගණනයට (SLDHS) අනුව මුළු සාඵල්‍යතා අගය (TFR) 2.3ක් වේ. එනම් වර්තමාන සාඵල්‍යතා අගයන් නොවෙනස්ව පැවතුනහොත් ශ්‍රී ලාංකික කාන්තාවක් ඇගේ දරුඵල ලැබීමේ කාලය අවසාන වන විට දරුවන් 2.3 ක සාමාන්‍ය අගයකින් යුතු සංඛ්‍යාවක් ලබන බවයි. මෙයින් පෙන්වන්නේ සාඵල්‍යතාව සලකා බලන විට වසර 2000 දී 1.9 ක් වූ TFR අගය යම් තරමකට ඉහල ගොස් ඇති බවයි. නාගරික (2.2) සහ ග්‍රාමීය (2.3) ප්‍රදේශවල දරුඵල ලැබීමේ සැලකිය යුතු වෙනසක් නොපෙනුන ද වතුකර ජනතාවගේ එකී අගයන් සාපේක්ෂව ඉහළ මට්ටමක පවතින බව පෙනේ (එනම් 2.5), අධ්‍යාපන මට්ටම්වල පංචමකයන් (quintiles) ගත් කළ ද මෙහි සැලකිය යුතු වෙනස්කම් නොපෙන්වයි. තොරතුරු හා දත්ත තවදුරටත් පෙන්වන පරිදි, දරුවන් 10 කින් එක් අයෙකු පෙර දරු උපතකට මාස 24 කට පසුව උපදින අතර, මෙහි මධ්‍යස්ථ අන්තරය (median interval) වසර 4 කට වඩා ඉහළ අගයක් ගනී (DCS,2009).

TFR වැදගත් වන්නේ, එය ස්ත්‍රීන්ගේ ප්‍රජනන අත්දැකීම් සංක්ෂිප්ත කරන අතරම, රටක ජනගහන වර්ධනය ස්ථාවර කර ගැනීම උදෙසා ඉලක්ක කරගත යුතු දර්ශක පෙන්වන නිසාවෙනි. පෙර සඳහන් කළ පරිදිම, 2000 වසරට ඉලක්ක කර තිබූ TFR අගය වූ 2, වසර 1995 වන විටම ඊටත් වඩා හොඳ අගයක් වූ 1.9 ලෙස උදාකර ගැනීමට ශ්‍රී ලංකාව සමත් විය (DCS, 2009). ශ්‍රී ලාංකික කාන්තාවන් නූතන පවුල් සැලසුම් ක්‍රම භාවිතයට හුරුවීම මෙයට ප්‍රධාන හේතුව ලෙස ද සැලකේ. මෑතකදී ඉහළ ගිය TFR අගය වූ 2.3 සිදුවන්නට ඇත්තේ ද නවීන පවුල් සැලසුම් ක්‍රම භාවිතය අඩුවීම නිසා වන්නට පුළුවන. තව ද සඳහන් කළ යුතු කාරණයක් වන්නේ බහු ගර්භණීභාවය ශ්‍රී ලංකාව තුළ සථාවර ලෙස අඩුවෙමින් පවතින බවයි. ලියාපදිංචි වීම 2012 වන විට 2.8 දක්වා අවප්‍රමාණය වී තිබේ (FHB, 2012).

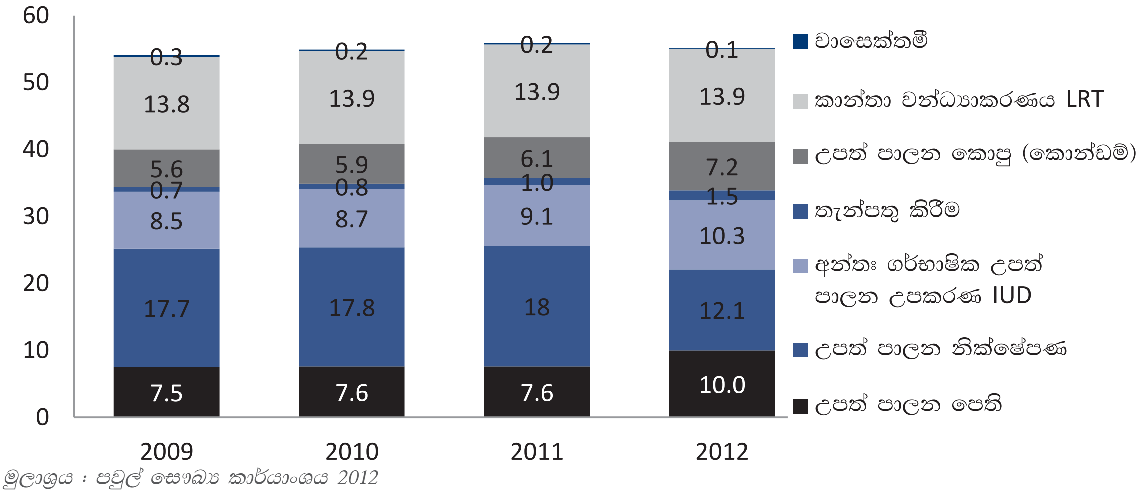
b) උපත් පාලක ව්‍යාප්ති අගය

උපත් පාලක ව්‍යාප්ති අගය (CPR) මගින් පෙන්නුම් කරනුයේ, ප්‍රජනන සෞඛ්‍ය සේවාවන් ලබාගත හැකිවීම (රජයේ ප්‍රතිපත්තියක් ලෙස උපත් පාලනය පිළිගැනීමට බලකිරීමක් සිදුනොවේ යැයි අනුමාන කරමින්) සහ උපත් පාලන ක්‍රම ව්‍යාප්තියය (ARROW, 2013). 1965 දී ශ්‍රී ලංකා රජය විසින් පවුල් සැලසුම් කිරීම රජයේ වගකීමක් ලෙස හඳුනා ගත් අතර වර්තමානයේදී ජාතික පවුල් සැලසුම් වැඩසටහන (National Family Planning Program) මගින් සිදුකරනුයේ අඹුසැමියන්ට තම අභිමතය පරිදි දරුවන් ප්‍රමාණයක් හදා ගැනීමට ඉඩ සැලසීම, දරුවන් අතර උපරිම පරතරයක් පවත්වා ගැනීමට සහයෝගය දීම සහ

අනපේක්ෂිත ගැබ්ගැනීම් වැළැක්වීමත් ය. මේ මගින් පවුල්වලට දැනුවත්ව තීරණ ගැනීමට සහයෝගය දීමත් පහසුවෙන් උපත් පාලන ක්‍රම සපයා දීමත් සිදු කරයි (FHB, 2012).

2012 වසර අවසාන වන විට පවුල් සෞඛ්‍ය නිලධාරීන් යටතේ ලියාපදිංචි වූ පිරිසෙන් 64.6% ක් කිසියම් වූ පවුල් සැලසුම් ක්‍රමයක් භාවිතා කරන බවට පවුල් සෞඛ්‍ය කාර්යාංශය පවසයි. නවීන ක්‍රම 55.1% ක් ද සම්ප්‍රදායික පවුල් සැලසුම් ක්‍රම 9.2% ක් ද වශයෙන් භාවිතා වන බවත් 35.4% ක් කිසිම පවුල් සැලසුම් ක්‍රමයක් භාවිතා නොකරන බවත් සංඛ්‍යාලේඛන ගතවී තිබේ. පහත සඳහන් රූපයේ දක්වෙන්නේ 2012 වසරේ පවුල් සැලසුම් ක්‍රම භාවිතා කිරීම ඊට පෙර වසරට සන්සන්දනාත්මකව ඉදිරිපත් කිරීමක් වේ (FHB, 2012).

රූප සටහන 1ඃ මෑත වසරවල භාවිත කළ පවුල් සැලසුම් ක්‍රම



මූලාශ්‍රය : පවුල් සෞඛ්‍ය කාර්යාංශය 2012

ඉහත වගුවෙන් ද පෙන්නුම් කරන පරිදි, උපත් පාලන කාර්යයේදී වැඩිම බර පැටවී ඇත්තේ ස්ත්‍රීන්ටයි. මෙම කරුණ දෙයාකාරයකට පැහැදිලි කළ හැකිය. පවුල් සෞඛ්‍ය නිලධාරීන් කාන්තාවන් වීම නිසා ඔවුන්ගේ සේවා සැපයීම සඳහා බොහෝ විට ස්ත්‍රීන් ම ඉලක්කගත වීම සහ ඊටත් එහා ගිය දැඩි සංස්කෘතික සන්දර්භයක් තුළ බැලීමේදී පුරුෂ පවුල් සැලසුම් ක්‍රම භාවිතා කිරීම සහ පුරුදු වීමයි. විවාහය තුළ උපත් පාලන කොපු (කොන්ඩම්) භාවිතා කිරීම මිත්‍යාදෘෂ්ටිය පිළිබඳ සංජානනය හා සම්බන්ධ වන අතර වාසෙක්ටමි කිරීමෙන් බෙලහීනතාවය ඇති කරන බවට දුර්මතයක් ද පවතී. කෙසේ වුවද ලිංගාශ්‍රිත ආසාදන STI/HIV සහ ගැබ්ගැනීම වැළැක්වීමට කොන්ඩම් භාවිතය සාර්ථක පියවරක් ලෙස භාවිතාවේ යෙදෙනු දක්නට ලැබේ. වර්තමානයේදී මහජන සෞඛ්‍ය පරීක්ෂක සේවකයින් කොන්ඩම් භාවිතය ප්‍රචලිත කරමින් සිටින්නේ එයින් ලිංගාශ්‍රිත ආසාදන (STI/HIV) සහ ගැබ්ගැනීම වැළැක්වීම සහ ද්විත්ව කාර්යභාරය ම ඉටුවන හෙයිනි.

c) සපුරා නොගත් උපත් පාලනමය අවශ්‍යතා

සපුරා නොගත් උපත් පාලන ක්‍රමයන්හි අවශ්‍යතාවය පෙන්නුම් කරන්නේ ස්ත්‍රීන්ගේ ප්‍රජනන අභිමතාර්ථයන්හි සහ සැබෑ උපත් පාලනමය හැසිරීමේ පරතරයයි. පවුලේ සාමාජික ගණන පාලනය කිරීම උදෙසා පවුල් සැලසුම් කිරීමේ සම්පූර්ණ නොවූ අවශ්‍යතාවයන් සහ උපත් අතර පරතරය තබා ගැනීම යන කොටස් දෙක ලෙසට, මෙය සාමාන්‍යයෙන් ඡේදනය කරනු ලැබෙය (ARROW, 2013).

ශ්‍රී ලංකාවේදී ඉටු නොවූ උපත් පාලනමය අවශ්‍යතාවයන් ලෙස සැලකෙන්නේ, ඉදිරි වසර දෙක තුළ දරුවන් ලැබීමට අපේක්ෂා නොකරන, එනමුත් කිසියම් වූ උපත් පාලන ක්‍රමයක් භාවිතා නොකරන ලිංගිකව සක්‍රීය අඹු සැමියන් සිටීමයි. වසර 2007 දී 9.2% ක් වූ පවුල් සැලසුම් ක්‍රම අවශ්‍යතා සපුරා නොගත් අඹු සැමියන් ගණන 2012 වසර වන විට 7.3% දක්වා අඩු වී තිබෙන බව පෙනී යයි. ඒ කෙසේ වෙතත් පහත සිතියමෙහි පෙන්වා ඇති පරිදි දිස්ත්‍රික්ක මට්ටමෙන් සපුරා නොගත් උපත් පාලනමය අවශ්‍යතා සහිත අඹු සැමියන් ගණන ප්‍රතිශතයන් ලෙස 4.7% සිට 12.14% දක්වා විශමතාවයක් පෙන්නුම් කරය (FHB, 2012).

සපුරා නොගත් පවුල් සැලසුම් අවශ්‍යතාවන් සමාජ ආර්ථික සාධක මගින් ඡේදනය කොට විමසා බැලීම වැදගත් කාරණයක් වුවද, පහත වගුව 2 හි පෙන්වා දී ඇති පරිදි එවැනි දත්ත ලබා ගත හැක්කේ SLDHS 2006/07 හි පමණකි. සපුරා නොගත් පවුල් සැලසුම් අවශ්‍යතාවන් මාතෘ මරණ යන සන්දර්භය තුළ වැදගත් කාරණයක් වුවද (පහත වගුව බලන්න) මෙසේ එම අවශ්‍යතා ඉටුනොවී නිශ්චලව තිබීම ප්‍රමුඛතාවය දිය යුතු ප්‍රතිපත්තිමය කරුණක් බව විශේෂයෙන් ම සඳහන් කළ යුතුවේ (FHB, 2012).

වගුව 2 : සපුරා නොගත් පවුල් සැලසුම් අවශ්‍යතා සමාජ ආර්ථික ලක්ෂණයන්ට අනුව.

පසුබිම් ලක්ෂණ		උපත් අතර පරතරය	උපත් සීමා කිරීම සඳහා	මුළුග ණන
ගෘහ	නාගරික	4.5	5.0	9.5
	ග්‍රාමීය	3.2	3.6	6.8
	වතුකර	6.3	4.9	11.1
අධ්‍යාපන	අධ්‍යාපනයක් නොමැති	2.1	5.3	7.4
	ප්‍රාථමික	2.6	4.4	7.1
	ද්විතීය	3.8	3.8	7.6
	අ:පො:ස සා:පෙළ සමත්	4.2	4.4	8.6
	උසස්	3.3	2.9	6.2
වත්කම් පංචකය	පහලම	3.6	3.7	7.2
	දෙවැනි	3.9	3.7	7.6
	මධ්‍යම	3.5	3.5	7.0
	සිවුවැනි	3.1	3.6	6.7
	ඉහලම	3.7	4.4	8.1
මුළු ගණන		3.5	3.8	7.3

මූලාශ්‍රය (SLDHS 2006/7 , ජන හා සංඛ්‍යාලේඛන දෙපාර්තමේන්තුව (2009)

මාතෘ සෞඛ්‍යය

ICPD ක්‍රියාකාරි ව්‍යාපෘතියේ 8.20 ඡේදය මගින් දක්වා සිටින්නේ මාතෘ මරණ සහ ආබාධ වීම් සීඝ්‍රයෙන් සැළකිය යුතු ප්‍රමාණයකින් අඩුකිරීම මගින් සහ අනාරක්ෂිත ගබ්සා කිරීම් නිසා සිදුවන මරණ සහ ආබාධ ඇතිවීම් අඩුකිරීම මගින් කාන්තාවන්ගේ සෞඛ්‍ය තත්ත්වය සහ ආරක්ෂිත මාතෘත්වයක් ඇති කළ යුතු බවයි (UNFPA, 1994). ස්ත්‍රීන්ගේ සෞඛ්‍ය තත්ත්වයට අදාළ මූලික දර්ශක පිළිබඳව මෙම කොටසේ දී අප විසින් සාකච්ඡාවට භාජනය කරනු ලබයි; එනම් a) මාතෘ මරණ අනුපාතය, එනම් මවගේ සෞඛ්‍යයට දරු ප්‍රසූතිය කොතෙක් ආරක්ෂිත ද යන වග; b) පරාජන්ම මරණ අනුපාතිකය (perinatal mortality) මෙය මාතෘ සෞඛ්‍යය, පෝෂණය සහ ප්‍රසවවේද ආරක්ෂාව පිළිබඳ මනා දර්ශකයක් පෙන්වයි. ; c) ළදරු මරණ අනුපාතිකය, මෙය මාතෘ සෞඛ්‍ය තත්ත්වයෙහි උපරිමය, පෝෂණය සහ ප්‍රසූතියේදී ආරක්ෂාව මනාව පෙන්නුම් කරයි. d) පුහුණු සූතිකාගාර සහායකයින් (birth attendants) දරු ප්‍රසූතියේදී සිටීමේ අනුපාතය, මෙයින් පෙන්නුම් කරන්නේ ආරක්ෂිත දරු ප්‍රසූතියක් සඳහා සහ මාතෘ මරණ වැළැක්වීම සඳහා අවශ්‍ය මානව සම්පත් සංවර්ධනය කිරීමට රාජ්‍යයන් විසින් කරනු ලැබ ඇති ආයෝජන පිළිබඳ අවබෝධයක් ලබා ගැනීමට මෙම දර්ශකය උපකාරී වේ. e) ආරක්ෂිත දරු ප්‍රසූතියක් සහ මාතෘ මරණ වැළැක්වීම සහතික කිරීම පිණිස ප්‍රාථමික හදිසි ප්‍රසවවේදී පහසුකම් සහ පරිපූර්ණ හදිසි ප්‍රසවවේදී පහසුකම්වල ලබාගත හැකි බව f) දරු ප්‍රසූතියකින් පැය 48 ක් තුළ පුහුණුව ලත් සෞඛ්‍ය සේවා නිළධාරීන් විසින් පසු ප්‍රසූතී සේවාවන් ඉක්මණින් ලබාදීම සහතික කිරීම. g) ස්ත්‍රීන්ගේ සෞඛ්‍ය සඳහා සේවාවන් ලබා ගැනීමේ අවශ්‍යතාවය ඇති ගර්භණී කාලය තුළ ප්‍රසූති සේවාවන් ලබා ගැනීම.

ශ්‍රී ලංකාවේ මාතෘ සෞඛ්‍යය පිළිබඳව දළ විශ්ලේෂණයක් කිරීමේදී ප්‍රධාන වශයෙන්ම භාවිතා වන ලියවිලි වන්නේ, මාතෘ සහ ළමා සෞඛ්‍යය පිළිබඳ ජාතික ප්‍රතිපත්තිය (2012) සහ මාතෘ සහ නව ජන්ම ළදරු සෞඛ්‍යය පිළිබඳ ජාතික උපක්‍රමික සැළසුම්කරණය වේ. ජාතික ප්‍රතිපත්ති ප්‍රකාශයෙහි සඳහන් කරුණක් වන්නේ වසර ගණනාවක් පුරා ඇතිවූ ජන විකාස විපර්යාසයන (Demographics changes) නිසා මාතෘ සහ ළමා සෞඛ්‍යය සම්බන්ධයෙන් වැදගත් ප්‍රතිපත්තිමය කාරණා කිහිපයක් ම මතුව ඇති බවයි. මෙහි තවදුරටත් සඳහන් වන්නේ ජනගහනයෙන් 27.8% ක් එනම් මිලියන 5.6 ක් වූ ප්‍රජනනයට සුදුසු වයසේ පසුවන කාන්තාවන් (වයස 15-19 අතර) සඳහා ගුණාත්මක ප්‍රජනන සෞඛ්‍ය සේවාවන් සැපයීම සෞඛ්‍ය සේවා සැලසුම් නිර්මාණය කිරීමේදී අසීරු කරුණක් බවට පත්වී ඇති බවයි (MOH, 2012).

පහත දත්ත සලකා බැලීමේදී හොඳින් ම පෙනීයන කරුණක් වන්නේ, 1940 ගණන්වල සිට ශ්‍රී ලංකාව තුළ මාතෘ සහ ළමා සෞඛ්‍යය සඳහා සිදුකර ඇති ආයෝජනයන්හි පැහැදිලි ප්‍රතිඵලයක් ලෙස වර්තමානය වන විට සැලකිය යුතු අන්දමින් මාතෘ සෞඛ්‍ය දර්ශකයන්හි දියුණුවක් දක්නට ඇති බවයි.

පහත දත්ත පිරික්සීමේදී තව දුරටත් දියුණු විය යුතු අංශ පිළිබඳ මනා අවබෝධයක් ඇති කරගත හැකි වෙනු ඇත.

a) මාතෘ මරණ අනුපාතිකය (MMR)

මාතෘ මරණ අනුපාතිකය (MMR) මගින් පිළිබිඹු කරනුයේ කාන්තාවකට දරු ප්‍රසූතියක් කෙතරම් ආරක්ෂිත ලෙස සිදු කර හැකිද යන වගයි. මෙය නිර්වචනය වන්නේ යම් කාල පරාසයක් තුළ සජීවී දරු උපත් 100,000ට එම කාල පරාසය තුළ දීම සිදුවන මාතෘ මරණ සංඛ්‍යාවෙනි. හදිසි අනතුරු නිසා හෝ අනුශාංගික හේතු නිසා හෝ නොව ගර්භණීභාවය නිසාම හෝ එය කළමණාකරණය කිරීමේ ගැටළු නිසා , ගර්භණී කාලය කෙතරම් ද යන වගත් කලලය කොතැනක පිහිටියේ ද යන වගත් නොසලකමින් , ගර්භණී කාලය තුළදී හෝ ගබ්සා වී දින 42 ක කාලයක් තුළ දී සිදුවන මරණය 'මාතෘ මරණය' ක් ලෙස හැඳින්වේ (ARROW, 2013).

ශ්‍රී ලංකාවේ මාතෘ මරණ අනුපාතිකය සජීවී දරු උපත් 100,000ට 37.7 මාතෘ මරණ සංඛ්‍යාවක් වෙයි. (FHB, 2012). පසුගිය දශක දෙක දෙස බලන විට ඉහළම මාතෘ මරණ අනුපාතිකය 63.0 (1996 වසර) ලෙස ද අවම මාතෘ මරණ අනුපාතිකය 31.1 (2010 වසර) ලෙස ද පෙනී යයි. ඒ කෙසේ වුවද පහත සිතියමේ පෙන්වන පරිදි සාධනීය ජාතික මාතෘ මරණ සංඛ්‍යා ලේඛන තුළින් ප්‍රාදේශීය සහ විවිධ අනු අංශවල දත්ත වැසී යන බවක් පෙනේ. වර්තමානයේ දී ශ්‍රී ලංකාව ඉලක්ක කරගෙන ඇත්තේ මාතෘ මරණ සංඛ්‍යාව ශූන්‍ය අගයක් බවට පත් කිරීමටය.

ශ්‍රී ලංකාවේ සෑම මාතෘ මරණයක් ම මාතෘ මරණ විගණනයක් ද ඇතුළු වූ මාතෘ මරණ සන්නිරීක්ෂණ සහ ප්‍රතිචාර ක්‍රමය හරහා පරීක්ෂණ පැවැත්වෙයි. මෙකී විගණනය පවුල් සෞඛ්‍ය කාර්යාංශය (FHB), ප්‍රාදේශීය සෞඛ්‍යය නිලධාරීන් සහ ප්‍රසවවේදීන් එකතුව ප්‍රශස්ත ව්‍යවහාර විධි හඳුනා ගැනීමත්, ඒවා ක්‍රියාත්මක කිරීමට ඇති පරතරයනුත් ඒවා නිවැරදි කිරීමත් සිදු කෙරෙයි. 2012 වසරේ දී 63% මාතෘ මරණ සෘජු හේතු නිසාත් 37% මාතෘ මරණ වක්‍ර හේතු

නිසාත් සිදුව ඇති බව දත්තවලින් පෙනී යයි. (FHB, 2012). වගුව 3න් පැහැදිලි කරනුයේ හේතුව අනුව, ගර්භණී කාලය අනුව සහ ගර්භණී කාන්තාවන්ගේ වයස අනුව මාතෘ මරණ අනුපාතිකයයි.

වගුව 3 මාතෘ මරණ අනුපාතිකය හේතුව කාලය සහ ගර්භණී කාන්තාවගේ වයස අනුව (2012)

මාතෘ මරණ අනුපාතය		2012 වර්ෂය
හේතුව අනුව	සෘජු	23.6
	වක්‍ර	14.0
ගර්භණී කාලය	ගර්භණී අවධිය	10.4
	දරු ප්‍රසූති අවධිය	1.4
	පශ්චාත් ගර්භණී අවධිය	25.8
දරුවන් උපන් සංඛ්‍යාව	P1	10.7
	P2 - 4	20.8
	>P5	3.9
ගර්භණී කා-න්තාවගේ වයස	අවු : 19ට වඩා අඩු	1.4
	අවු : 20-35 අතර	27.0
	අවු : 35ට වැඩි	9.3

මූලාශ්‍රය; පවුල් සෞඛ්‍ය පිළිබඳ වාර්ෂික වාර්තාව 2012, පවුල් සෞඛ්‍ය කාර්යාංශය

56% ක් මාතෘ මරණ වැළැක්විය හැකිව තිබූ ඒවා වුවත් 67% මාතෘ මරණ අවශ්‍ය සේවාවන් ප්‍රමාද වීම නිසා ඇති වූ මාතෘ මරණ බව සඳහන් කළ යුතුය. සේවාවන් සපයා ගැනීමට යෑමේ ප්‍රමාදයන් නිසා ඇති වූ මරණ සංඛ්‍යාව, එනම් 39% ක් වැඩිම මරණවලට හේතුව ලෙසත්, 27%ක් ප්‍රතිකාර නිසි කලට නොලැබීම නිසා ඇති වූ මරණ ලෙසටත් 32% ඉහත කාරණා දෙකමත් වෛද්‍ය ප්‍රතිකාර කරා ළඟාවීමේ සහ ප්‍රතිකාර ලැබීමේ ප්‍රමාදය නිසා ඇති වූ මරණ බවටත් තව දුරටත් විග්‍රහ කළ හැකිය. ඒ කෙසේ වුවත්, ශ්‍රී ලංකාවේ දී ඉහළ අවදානමක් සහිත ගර්භණී තත්ත්වයන් මුලින්ම හඳුනාගෙන ඒවා සටහන් තබා මාතෘ සායනවලදී ඉතා සැලකිලිමත් සහ නිරන්තර අධීක්‍ෂණයට භාජනය කර නාරි හා ප්‍රසව විශේෂඥ වෛද්‍යවරුන්ගේ සායනවලට ඉදිරිපත් කර තෘතියික පහසුකම් සහිත රෝහලකදී දරු ප්‍රසූතිය සිදු කිරීම අනිවාර්යය කර තිබේ.

සෞඛ්‍ය ආරක්ෂිත නොවන, විෂබීජ සහිත ගබ්සා කිරීම් නිසා වන මාතෘ මරණ (2012 වසරේ 13% කි.) තුන්වන ස්ථානයට හඳුනාගෙන ඇති හේතුව වෙයි. ගර්භණී කාන්තාවකගේ ජීවිත අවදානම නැති කිරීමට සෞඛ්‍යාරක්ෂිතව සිදුකරනු ලබන ගබ්සා කිරීමකට හැර ශ්‍රී ලංකාව තුළ ගබ්සා කිරීම සාපරාධී ක්‍රියාවක් ලෙසට නීතියෙන් තහනම් කර තිබේ. ඉහත දත්ත දෙස බැලීමේදී නීතිමය තත්ත්වය කෙසේ වුවද, කාන්තාවන් ගබ්සා කිරීම් සිදුකර ගැනීමට පෙළඹීමේ වෙනසක් දක්නට නොලැබුනත්, ගබ්සා කිරීම් නිසාම සංකූලතා ඇති වූ අවස්ථාවලදී ඉක්මන් නිසි ප්‍රතිකාර නොගැනීමේ ප්‍රවනතාවයක් දක්නට ලැබෙයි. එමනිසා රෝගීන් රෝහල් ගත වන්නේ තත්ත්වය වඩාත් දරුණු වූ විටයි. එමෙන්ම ඔවුන් නීති විරෝධී ගබ්සා කිරීමේ වරදට සාක්‍ෂි සඳහා කැඳවීමේ අවදානමකට ද පත් වේ.

> "සමාජයීය අසමානතාවයන් පවතින සංදර්භයක් තුළ, සදාචාරාත්මක දෘෂ්ටි කෝණයකින් ගබ්සා කිරීම දෙස බැලීම අයුක්ති සහගත කාරණයකි. එසේ කල්පනා කරන පිරිස් සමාජ සහ ආර්ථික සාධක සැලකිල්ලට නොගනිති. කාන්තාවන්ට තම අභිමතය පරිදි දරුවන් ලැබීම තීරණය කිරීමේ අයිතිය ලබා දෙමින් ශ්‍රී ලංකාවේ මූලික හරයන් සුරැකෙන ක්‍රමවේදයක් සැකසීම අවශ්‍යතාවයක් බව පෙනී යයි. ගබ්සා කිරීම සමාජ ප්‍රශ්නයක් ලෙස සලකා ක්‍රියා කළ යුතු කරුණක් මිස නීතිමය කොටුකිරීම් වලින් වැළැක්විය යුතු තත්ත්වයක් නොවේ."
>
> සැලසුම් ක්‍රියාත්මක කිරීමේ අමාත්‍යාංශය (*ASAP, 2009* හි සඳහන්ව ඇති පරිදි)

b) පරාජන්ම මරණ අනුපාතිකය (Perinatal Motality Rate - PMR)

මාතෘ සෞඛ්‍යය සහ පෝෂණය පිළිබඳවත් ප්‍රසව වෛද සේවයෙහි ඇති ගුණාත්මක බව පිළිබඳවත් ඉතාම හොඳ දර්ශකයක් ලෙස පරාජන්ම මරණ අනුපාතිකය (PMR) සැලකිය හැකිය. ගර්භය සති 22ක් (දින 154ක්) සම්පූර්ණ වූ කාලයේ සිට දරු ප්‍රසූතියෙන් දින 7ක් ගෙවුණු කාලය පරාජන්ම කාලය ලෙසින් සැලකේ. එබැවින් ප්‍රමාද වූ මළ දරු උපත් සහ නොමේරූ නවජන්ම මරණ (උපතේ සිට පළමු දින හත) පරාජන්ම මරණවලට අයත් වේ (ARROW, 2013).

2012 වසරේදී උපත් 1,000ට පරාජන්ම මරණ අනුපාතිකය (PMR) 12.0ක් විය (FHB, 2012), වගුව 4 මගින් පැහැදිලි කරනුයේ පසුගිය වසරවලදී අවරෝහණය වන ළදරු මරණ අනුපාතිකයයි. මෙම නැඹුරුතාවය සැලකීමේ දී SLDHS 2006/7 පෙන්වා දෙන්නේ වයස අවුරුදු 20ට අඩු සහ වයස අවුරුදු 40-49ත් අතර කාන්තාවන් අතරත් වතුකරයේ සහ ග්‍රාමීය කාන්තාවන් අතරත් ප්‍රාථමික සහ ද්විතීය අධ්‍යාපනය ලැබූ කාන්තාවන් අතර පරාජන්ම මරණ අනුපාතිකය ඉහළ අගයක් ගන්නා බවය (DCS, 2009).

c) ළදරු මරණ අනුපාතිකය (IMR)

උපතේ සිට පළමු වසර දක්වා කාලය ඇතුළත සිදුවන මරණයක් ළදරු මරණයක් ලෙස සැලකේ. මාතෘ සෞඛ්‍ය, පෝෂණය සහ ප්‍රසූතියේදී ලැබෙන සේවය ආදියෙහි ඇති අඩුපාඩු නිසා ඇති වන අඩු බර උපත්, ළදරු මරණ කෙරෙහි

බලපාන ප්‍රධානම සාධකයකි (ARROW, 2013).

2002 වසරේ 13.1 ළදරු මරණ අනුපාතිකයට වඩා පහළ අගයක් එනම් සජීවී දරු උපත් 1,000 ට ළදරු මරණ 9.2 ක් 2012 වසරේදී වාර්තා වී තිබේ (FHB, 2012). මෙහි අනුක්‍රමික අවරෝහණය වගුව 4හි පෙන්වාදී තිබේ. එහෙත් මෙම අනුපාතිකයන් මුළු රටටම සාමාන්‍යකරණය කළ යුතු නොවේ. SLDHS 2006/07 පෙන්වා දෙන පරිදි, මෙම අනුපාතිකයන් ක්ෂේත්‍රය, දිස්ත්‍රික්කය, (සිතියමේ පෙන්වා ඇති පරිදි) මවගේ අධ්‍යාපන මට්ටම, සහ ගෘහස්ථ ආර්ථිකය යන සාධක මත මෙම අනුපාතිකයන් වෙනස් වෙන බවයි. උදාහරණයක් ලෙස ඉහළ ළදරු මරණ අනුපාතිකයක් ඇති වතුකරයේ මව්වරු අඩු අධ්‍යාපන මට්ටමක් සහිත දිළිඳු නිවාසලාභීන් වෙත (DCS, 2009). වැදගත් කරුණක් වන්නේ, වැඩිම ළදරු මරණ සංඛ්‍යාවක් පරීක්ෂාකොට ඇත්තේ පවුල් සෞඛ්‍ය නිලධාරීන් වීමයි. මෙයින් මරණයට හේතුව සාධාරණ නිරවද්‍යතාවයකින් යුතුව තීරණය කිරීමට පහසු වී තිබේ'

වගුව 4 : පසුගිය වසරවල ළදරු මරණ අනුපාතික දර්ශක

දර්ශකය	2009	2010	2011	2012
නවජන්ම මරණ අනුපාතිකය (සජීවී උපත් 1,000 ට)	7.3	8.0	7.6	6.8
පශ්චාත් නවජන්ම මරණ අනුපාතිකය (සජීවී උපත් 1,000 ට)	3.1	2.6	2.7	2.4
පූර්ව ප්‍රසව සහ පසු ප්‍රසව මරණ අනුපාතිකය (සජීවී උපත් 1,000 ට)	13.0	13.7	12.6	12.0
මළදරු උපත් (උපත් 1,000ට)	7.5	7.7	7.1	6.9
ළදරු මරණ අනුප-ාතිකය (සජීවී උපත් 1,000 ට)	10.4	10.6	10.2	9.2
වාර්තා වූ ළදරු මරණ සංඛ්‍යාව	3,263	3,293	3,269	2,938
වාර්තා වූ ළදරු මරණ පරීක්ෂණය කළ ප්‍රතිශතය	93%	89%	92%	96%

පවුල් සෞඛ්‍යය පිළිබඳ වාර්ෂික වාර්තාව 2012, පවුල් සෞඛ්‍ය කාර්යාංශය.

d) පුහුණු සූතිකාගාර සහායකයින් ගේ සහයෝගය දරු ප්‍රසූතියකදී ලැබීමේ අනුපාතය

සාමාන්‍ය (සංකූලතාවලින් තොර) ගර්භණී තත්ත්වයන්, දරු ප්‍රසූති සහ අත්‍යාසන්න නවජන්ම අවධිය මෙන්ම කාන්තාවගේ සහ නවජන්ම ළදරුවන්ගේ සංකූලතා කළමණාකරණය කළ හැකි හෝ ඔවුන් වැඩිදුර පරීක්ෂාවන් සඳහා විශේෂඥ වෛද්‍යවරුන් වෙත යොමු කිරීමට තරම් අධ්‍යාපනය සහ කුසලතා ප්‍රවීනත්වය ලැබීමට පුහුණුව සහ සහතික ලත් සෞඛ්‍ය වෘත්තිකයන්, එනම්, පවුල් සෞඛ්‍ය නිලධාරීන්, වෛද්‍යවරු හෝ හෙදියන් , පුහුණු සූතිකාගාර සහායකයින් (යම් අවස්ථාවල ඔවුන් පුහුණු උපස්ථායකයින් ලෙසද හැඳින්වේ.) ලෙස නිර්වචනය වේ. සාම්ප්‍රදායික සූතිකාගාර උපසථායකයින්, පුහුණුවක් ලැබ තිබේද නැද්ද යන සාධකය අත්හරිමින්, පුහුණු සෞඛ්‍ය සේවකයින්ගේ වර්ගයට ඇතුළත් කර නොගැනේ (ARROW, 2013).

2007 වසර වන විට, ශ්‍රී ලංකාවේ පුහුණුව ලත් සෞඛ්‍ය සේවාවක් සපයන්නන් (එනම් වෛද්‍යවරු, පවුල් සෞඛ්‍ය නිලධාරීන් සහ හෙදියන්) සියළුම පාහේ ප්‍රසූතියන්වලදී(99.4%) සහයෝගය ලබා දී තිබේ. මෙය 2000 වසරට සාපේක්ෂව (96% විය) ලැබූ දියුණුවකි. මෙයින් මනාව පෙන්නුම් කරන්නේ පසුගිය වසර හතක කාලයක් තුළ ශ්‍රී ලංකාවේ සෞඛ්‍ය පහසුකම්වල වර්ධනයක් ඇතිවී ඇති බවත් අනිවාර්යයෙන්ම සැමටම අවදානම් රහිත ප්‍රසූතියක් හිමි වී ඇති බවත්ය (DCS, 2009). 2012 වසරේ දත්ත වලින් පෙන්වන්නේ 99.9% ක් දරු ප්‍රසූති රෝහල් තුළ සිදුවී ඇති බවත් 0.07% ක් නුපුහුණු පුද්ගලයින් මගින් සිදුවී ඇති බවත් ය (FHB, 2012).

රජයේ රෝහල්වල දරු ප්‍රසූතිය සිදු කරන කාන්තාවන් එනම් 93.1%ක් වූ බහුතරය දරු ප්‍රසූතිය සිදු කරන්නේ විශේෂඥ සේවා පහසුකම් සහිත රජයේ රෝහල්වල වේ. දත්ත විමසීමේදී තව දුරටත් පෙනී යන කරුණක් වන්නේ ඔවුන් වඩාත් කැමැත්ත දක්වන්නේ ප්‍රසවවේද ඒකක එකකට වඩා වැඩි ගණනක් සහිත රෝහල්වලට ඇතුළු වීමට බවයි (එවැනි පහසුකම් ඇති දිස්ත්‍රික්කවල). එයින් අදහස් වන්නේ 77% ක්ම දරු ප්‍රසූති සිදු වන්නේ විශේෂඥ වෛද්‍යවරු එක් අයකුට වඩා ඇති රෝහල්වල බවයි. රජයේ රෝහල්වල සිදුවන දරු උපත් වලින් 6.9% පමණක් විශේෂඥ වෛද්‍යවරු නොමැති රෝහල්වලදී සිදුවෙයි. මෙය ප්‍රතිශතයක් ලෙස කුඩා අගයක් ගත්ත දල සංඛ්‍යාත්මකව මෙය වාර්ෂිකව උපත් 23,873 ක් වන අතර මෙයින් 3,581 ක් සංකූලතා ඇති විය හැකි අවදානම් තත්ත්වයන් වේ.

e) හදිසි මූලික ප්‍රසවවේද සේවාවන් සහ පරිපූර්ණ හදිසි ප්‍රසවවේද ප්‍රතිකාර සේවාවන් පැවතීම.

ප්‍රධාන ප්‍රසවවේද සංකූලතා හතක් සඳහා සිදුකෙරෙන මැදිහත් වීම සහ ප්‍රතිකාර වේදය 'හදිසි ප්‍රසවවේද සේවය' (Emergency Obstetric Care EmOC) ලෙස හැඳින්වේ (FHB, 2014).

පහත දක්වෙන ලැයිස්තුවේ ඇති ජීවිත බේරා ගැනීම හෝ සංඥාමය ක්‍රියාවලින් (Signal functions) මගින් නිර්වචනය වන්නේ සෞඛ්‍ය පහසුකම් ඔස්සේ ප්‍රසව වේද සහ නව - ජන්ම ළදරුවන්ගේ හදිසි අවශ්‍යතාවන් සඳහා ප්‍රතිකාර කිරීමට ඇති හැකියාව.

1. පරාන්ත්‍රික ප්‍රතිජීවක ලබා දීම.
   (Administer parenteral antibiotics)
2. ගර්භාෂයේ සංකෝචණය ඇතිකරවන ඖෂධ
   (Administer uterotonic drugs)
3. පූර්ව ගැබ් වලිප්පුව සහ ගැබ් වලිප්පුව සඳහා පරාන්ත්‍රික ප්‍රති ආක්ෂේපන සැපයීම.
   (Administer parenteral anticonvulsants for pre-eclampsia and eclampsia)
4. වැදෑමහ අතින් ඉවත් කිරීම
   (Manually remove the placenta)
5. යොදවා ගත් උපකරණ ඉවත් කිරීම.
   (Remove retained products)

6. සහාය ඇතිව ස්වභාවික දරු උපත් සිදුකිරීම.
   (Perform assisted vaginal delivery)
7. නවජන්ම ළදරුවන්ට මූලික ස්වසන ආධාර සැලසීම.
   (Perform basic neonatal resuscitation)
8. ශල්‍ය කර්ම සිදුකිරීම
   (Perform surgery)
9. රුධිර පාරවිලයනය කිරීම
   (Perform blood transfusion)

මෑතකදී ශ්‍රී ලංකාව පුරාම හදිසි ප්‍රසවවේද සේවා පිළිබඳ සම්පූර්ණ අධ්‍යයනයක් සිදුකරන ලදී. ජාතික සහ ප්‍රාදේශීය මට්ටම්වලදී ගර්භණී සහ නවජන්ම ළදරුවන්ට අවශ්‍ය වන ජීවිත අවදානම නැති කිරීමේ සේවාවන් විවිධ මට්ටමේ රෝහල්වලදී ලබා දීමට ඇති හැකියාව පිරික්සන, ජාතික හදිසි ප්‍රසවවේද සහ නවජන්ම ළදරු සේවා (The National Emergency Obstetric and Neonatal Care EmONC) අවශ්‍යතා ඇගැයුමක් සිදු කරන ලදී (FHB, 2014)

මෙසේ සිදුකළ සොයා ගැනීම් මගින් පවතින මූලික, හදිසි ප්‍රසවවේද සහ නවජනම ළදරු සුරකුම (BEmONC) සහ අංග සම්පූර්ණ (CEmONC) සේවාවන් සහ නිර්දේශ ඉදිරිපත් කර ඇති අතර, ශ්‍රී ලංකාවේ සාපේක්ෂ වශයෙන් ඉතා හොඳ EmONC සේවාවන් සහ පහසුකම් ඇති බවට තහවුරු කෙරෙන මූලික දත්ත සහ දර්ශක වගුව 5 මගින් පෙන්වා දෙයි. එසේ නමුත්, එම අධ්‍යයනය මගින්ම පෙන්වා ඇති පරිදි , බොහෝ රෝහල්වල යටිතල පහසුකම් සහ වැඩෙහි යෙදිය හැකි උපකරණ පවතින බව පිළිබඳ ගැටළු පවතී. එමෙන්ම පවතින යටිතල පහසුකම් එකම වර්ගයේ රෝහල් අතර ද දිස්ත්‍රික්කය තුළ සහ දිස්ත්‍රික්ක අතරද විශාල ලෙස අඩු වැඩි වශයෙන් වෙනස්කම් සහිතව ඇති බව පෙනී යයි.

වගුව 5: ශ්‍රී ලංකාව සඳහා තෝරාගත EmONC දර්ශක සහ දත්ත

දර්ශක/වර්ගීය	වර්තමාන අනුපාතය	පිළිගත් අනුපාතය
ජනගහනය 500,000කට ඇත BEmONC සේවාවන	1.23	500,000කට පහසුකම් 5 බැගින් (ලෝක සෞඛ්‍ය සංවිධානය)
ජනගහනය 500,000ට ඇති CEmONC සේවාවන්	1.65	500,000කට අවම වශයෙන් 1 ක් (ලෝක සෞඛ්‍ය සංවිධානය)
ජනගහනය 500,000ට පැය 24 පුරා (24/7) තිබෙන CEmONC සේවාවන	0.79	
CEmONC සේවාවන් මගින් සිදුකළ හැකි දරු ප්‍රසූතිවල ප්‍රතිශතය	88%	
පැය 24/7 ඇති CEmONC මගින් සිදුකළ හැකි දරු ප්‍රසූතිවල ප්‍රතිශතය	62%	
EmONC සේවාවන් සපිරුණු ආයතන CEmONC සේවාවන් සේවාවන් සහිත රෝහල් වෙත ගිය සෘජු ප්‍රධාන ප්‍රසවවේද සංකූලතා සහිත කාන්තාවන්	80%	
සිසේරියන් සැත්කම් කළ ප්‍රතිශතය	27 .7	5-15% ලෝක සෞඛ්‍ය සංවිධානය
සෘජු ප්‍රසවවේද සිද්ධි මරණ අනුපාතිකය	0.151	1% ට අඩු
මුළු මළ දරු උපත් ගණන	6%	
වක්‍ර හේතූන් නිසා ඇති වූ මරණවල සමානුපාතිකය - 2010	31 .6%	
කිලෝ මීටර 30 ක වපසරියෙන් පිටත ඇති CEmONC සේවාවන් සේවා ස්ථානවල ප්‍රතිශතය	3%	
500,000 ට විශේෂඥ වෛද්‍යවරයින් ගණන	3.4	
ජනගහනය 500,000 ට විශේෂ මාතෘ ඒකක	2.6 (ඒකක 117)	
ඒකකයකට දළ උපත් අනුපාතිකය	මසකට 245	උපත් 300 (ලෝක සෞඛ්‍ය වාර්තාව 2005)
ප්‍රසව වේද විශේෂඥයින් එක් අයෙකුට දළ උපත් ගණන	මසකට 207	

මූලාශ්‍රය : සකසන ලද්දේ පවුල් සෞඛ්‍ය කාර්යාංශය 2012 දත්ත මගිනි.

f) සෞඛ්‍ය සුරකුම් පුහුණුව ලත් අයෙකුගෙන් පැය 48ක් ඇතුළත පශ්චාත් ප්‍රසූත සුරකුම් සේවා ලැබීම.

සැලකිය යුතු ප්‍රමාණයක මාතෘ සහ නවජන්ම ළදරු මරණ ගණනක් සිදුවන්නේ පශ්චාත්-ප්‍රසව අවධියේ වීම නිසා, පශ්චාත් - ප්‍රසව අවධි සුරකුම ඉතාම වැදගත් කරුණකි. දරු ප්‍රසූතියක් සමගම ආරම්භ වී උපතින් සති 6ක් (දින 42ක්) යන කාලය පශ්චාත් - ප්‍රසූත අවධිය ලෙස සැලකේ. මෑතක පළ වූ ලෝක සෞඛ්‍ය සංවිධාන මාර්ගෝපදේශය නිර්දේශ කරන පරිදි පළමු පශ්චාත් ප්‍රසව වෛද්‍ය හමුව සිදුවිය යුත්තේ පළමු සතිය තුළදී ය. පළමු දින දෙක තුන තුළදී වීම වඩාත් සුදුසු වේ. මෙහි අරමුණු වන්නේ , කලින්ම සංකූලතා හඳුනාගෙන, ඒවාට ප්‍රතිකාර කිරීම සහ මව සහ නව-ජන්ම ළදරුවා අවදානම්වලින් වළක්වා ගැනීමේ සුරකුම් ක්‍රම ඇති කිරීමය (ARROW, 2013).

රෝහලකදී දරු ප්‍රසූතියක් සිදු කළ කාන්තාවන් පවුල් සෞඛ්‍ය නිලධාරිනියක් විසින් අවම වශයෙන් 4 වතාවක් වත් බැලීමට යා යුතු බවට ශ්‍රී ලංකාවේ පවුල් සෞඛ්‍ය වැඩ සටහන නිර්දේශ කරයි. මෙම නිවෙසට පැමිණීම් වාරිකාවලින් අවම වශයෙන් දෙවතාවක්වත් ප්‍රසූතියෙන් දින 10ක් ඇතුළත සිදුකළ යුතුය. (2011 වසරේදී වාර්තාවන පරිදි අවම වශයෙන් එක් වතාවක් පවුල් සෞඛ්‍ය නිලධාරිනියන් නිවෙසට පැමිණීමේ ප්‍රතිශතය 91.6%ක් වේ. අනෙක් දෙවතාව ඊළඟ දින 11ත් 28ත් අතර වන අතර අනෙක් පැමිණීම දින 38-46ත් අතරදී සිදුවිය යුතුය. මෙවැනි ක්ෂේත්‍ර වාරිකාවලදී පවුල් සෞඛ්‍ය නිලධාරිනියන් මවත්, නවජන්ම ළදරුවාත් පරීක්ෂාකොට සංකූලතා තිබේදැයි සොයා බලා ළදරුවාට මව්කිරි දීම පිළිබඳව, පවුල් සැලසුම් පිළිබඳව, සෞඛ්‍ය සම්බන්ධ කාරණා පිළිබඳ උපදෙස් ලබාදී නවජන්ම ළදරුවා අනාගත අවශ්‍යතා සඳහා ලියාපදිංචි කිරීම සිදුකරයි (FHB, 2012).

SLDHS 2006/07 හි සඳහන් දත්ත අනුව 90.8%ක් කාන්තාවන් පශ්චාත් ප්‍රසව අවධියේ පැය 48 ක් ඇතුළත පශ්චාත් ප්‍රසව සුරැකුම් සේවා සපයා ගැනීමට අවශ්‍ය තත්ත්වයට පවත්වන බව පැහැදිලි වේ. (69.1%ක් පැය 4ටත් අඩු කාලයක් තුළදි , 14.6% ක් පැය 4-23 ත් අතර දී සහ 7.1%ක් පැය 48ක් ඉක්මවන්නටත් පෙර). 90% ටත් වඩා වැඩි අවස්ථාවන් වලදී පුහුණුව ලත් නිලධාරියෙකු විසින් පළමු පශ්චාත් ප්‍රසව සුරැකුම් පරීක්ෂණ සිදු කරනුයේ බොහෝ දරු ප්‍රසූති සිදුවන්නේ රෝහල් තුළදී වීම හේතුවෙනි. තවත් 5% ක් කාන්තාවන් තම පළමු පශ්චාත් ප්‍රසව පරීක්ෂණ සිදු කරවා ගන්නේ තම නිවසේදී පවුල් සෞඛ්‍ය නිලධාරිනිය පැමිණි විටදීය. 2016 වන විට පවුල් සෞඛ්‍ය සේවා නිලධාරිනියක් විසින් නිවෙසට පැමිණ සිදු කරන මාතෘ සහ නවජන්ම ළදරු පරීක්ෂාවන් 80%කින් (අවම වශයෙන් පශ්චාත් ප්‍රසව අවධියේ පළමු දින 10 තුළදී අවස්ථා දෙකක් වත්) ඉහළ දැමීම මාතෘ සහ නව ජන්ම සෞඛ්‍ය පිළිබඳ ජාතික උපාය මාර්ගික සැළසුම්කරණය යටතේ අපේක්ෂා කරයි.

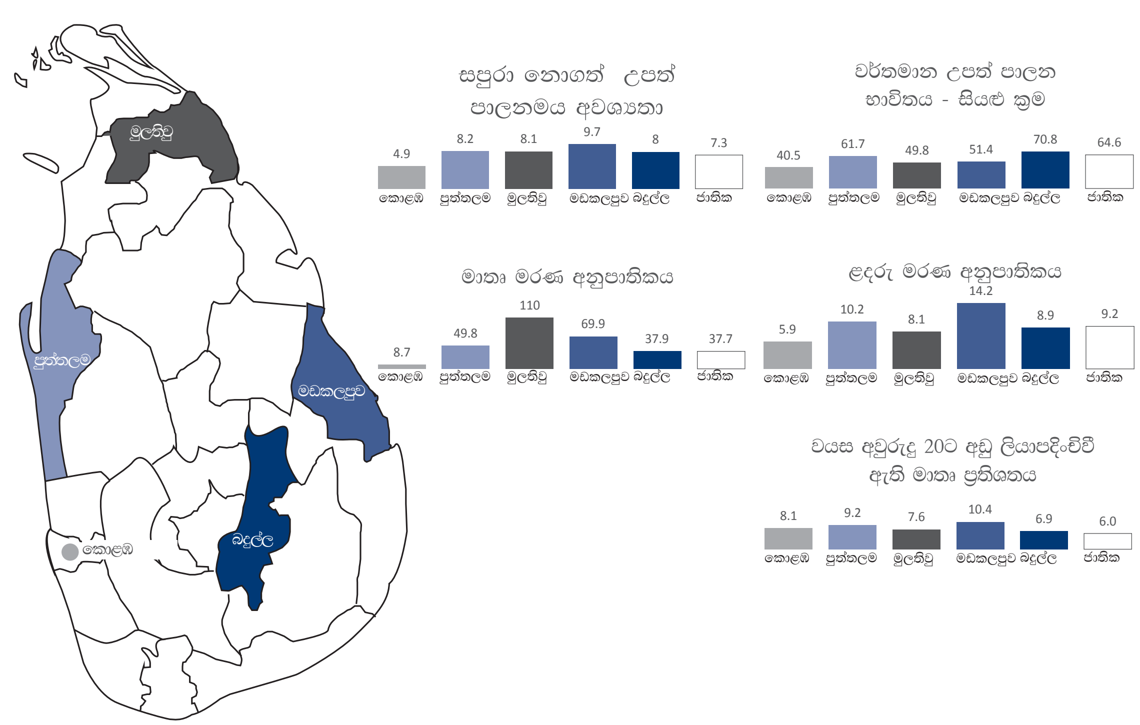
ආදායම් පංචකය සහ අධ්‍යාපන මට්ටම ඉහළ දැමීම හරහා පුහුණුවක් ලත් සේවකයින් මගින් පශ්චාත් ප්‍රසව පරීක්ෂණ සිදුකිරීම ඉහළ දැමිය හැකි වේ. ප්‍රසූතියෙන් පසුව පරීක්ෂා කර ගැනීමට යෑම අඩුම වශයෙන් ද්විතීය අධ්‍යාපනය ලැබූ කාන්තාවන්ට වඩා ප්‍රාථමික හෝ කිසිඳු අධ්‍යාපනයක් නොලැබූ කාන්තාවන් අතර අඩු බවද පෙනී යයි. වතුකරයේ කාන්තාවන් මෙසේ පශ්චාත් ප්‍රසූත පරීක්ෂා කිරීම්වලට නොයෑම 7.9% වන අතර නාගරිකව 4.7%ක් ද ග්‍රාමීය මට්ටමෙන් 3.3%ක් ද වශයෙන් පශ්චාත් ප්‍රසූත පරීක්ෂා කිරීම්වලට නොයෑම ගණනයකොට තිබේ (DCS, 2009).

g) පූර්ව ප්‍රසූත සමයේ සුරැකුම් ආවරණය

කාන්තාවකට ලැබෙන පූර්ව ප්‍රසූත සුරැකුම්, කාන්තාවකට සෞඛ්‍ය සුරැකුම් සේවා ලබා ගැනීමට ඇති හැකියාව පෙන්වන ඉතාම වැදගත් දර්ශකයකි. ජීවිත බේරා ගැනීමට සමර්ථ වීමට නම් අවශ්‍යම වූ පූර්ව ප්‍රසූත සායනික පැමිණීම් 4ක් වත් සිදු කළ යුතු බව පැවසේ. මෙවැනි සායනික පැමිණීම්වලදී අත්‍යවශ්‍ය පරීක්ෂා කිරීම් රැසක්ම සිදු කරනු ලැබේ (ARROW, 2013).

ශ්‍රී ලංකාව තුළ වර්තමානයේදී භාවිතා වන පූර්ව ප්‍රසූත සුරැකුම් ආකෘතිය (පවුල් සෞඛ්‍ය නිලධාරිනිය පවුල් සැලසුම් සහ මාතෘ -ළමා සෞඛ්‍ය සේවා සඳහා සුදුසු කම්ලත් ලේඛනයට බඳවා ගැනීමෙන් මෙය ඇරඹේ) සාම්ප්‍රදායික බහු-පැමිණීම් මොඩලයට අයත් වූවකි. සති 28ක් යනතුරු මසකට වරක්, දෙසතියකට වරක් සති 28-36ත් අතර කාලයේදී සහ ඉන් පසුව සතියකට වතාවක් ප්‍රාදේශීයව සහ වෛද්‍ය ආයතනවල පිහිටුවා ඇති මාතෘ සහ ළමා සෞඛ්‍ය සායනවලදි පූර්ව ප්‍රසූත සමයේ සුරැකුම සපයා දෙනු ලැබේ. මෙයට අමතරව පවුල් සෞඛ්‍ය නිලධාරිනියන් නිවෙස්වලට ගොස් කාන්තාවන් සඳහා පූර්ව ප්‍රසූත සුරැකුම් ලබා දෙයි. ගර්භණී කාන්තාවන් මුල් අවස්ථාවන්වල දීම පූර්ව ප්‍රසූත සුරැකුම සඳහා ලියා පදිංචි කර ගන්නා අතර (ගර්භණී සටහනක් පසු-පැමිණීම් සටහන් කිරීම සඳහා පවත්වාගෙන යනු ලැබෙයි. 1990 දශකය මුල් භාගයේ සිටම නිවසේ තබා ගන්නා ගර්භණී සටහනක් හඳුන්වා දුන් අතර එහි ගර්භණීභාවය පිළිබඳ සියළු වැදගත් සටහන් පවත්වා ගෙන යන අතර එම කාන්තාවට කුමන හෝ රෝහලක වෛද්‍යවරයකු වෙත එය රැගෙන යාමට ද අවශ්‍ය විටෙකදී සෞඛ්‍ය නිලධාරීන්ට එය භාවිතා කිරීමට ද හැකියාව තිබුණි. (FHB, 2011). 2007 54.8% ක් සති 8ට පෙර ලියා පදිංචි වීඇති අතර එය 2012 වන විට 75.2% ක් දක්වා එහි ඉහළ යාමක් දක්නට ලැබේ (FHB, 2011 and 2012).

රූප සටහන 2ඃ තෝරාගත් දිස්ත්‍රික්කවල දත්ත



මූලාශ්‍රය; පවුල් සෞඛ්‍ය පිළිබඳ වාර්ෂික වාර්තාව 2013, පවුල් සෞඛ්‍ය කාර්යාංශය

මෙවැනි යහපත් තත්ත්වයන් පැවතීම හේතුවෙන් උපකල්පනය කරනු ලබන්නේ ශ්‍රී ලංකාවේ, සියළුම මව්වරුන් සෞඛ්‍ය වෘත්තිකයකුගෙන් (විශේෂඥ වෛද්‍යවරයකුගෙන්, වෛද්‍යවරයකුගෙන් හෝ පවුල් සෞඛ්‍ය නිලධාරිනියකගෙන්) පූර්ව ප්‍රසූත සුරැකුම් සේවා ලබා ගනියි. මෙසේ පුහුණුව ලත් අයෙකු ගෙන් සේවය ලබාගැනීම අපූර්ව ලෙස සියළු කොටස්; වයස, පදිංචි ස්ථානය, දිස්ත්‍රික්කය. ස්ත්‍රියගේ අධ්‍යාපන මට්ටම සහ ගෘහස්ථ වත්කම් පංචමකය, සඳහා ද එක සමාන තත්ත්වයක් පෙන්වයි. තවදුරටත් සඳහන් කළ විට, ශ්‍රී ලංකාවේ කාන්තාවන් මුල් ගර්භණී අවස්ථාවේදීම පූර්ව ප්‍රසූත සේවා ලබා ගන්නා අතර එය සංඛ්‍යාත්මකව මුල් මාස තුන ඇතුළත දී 92% ක් ලෙස සඳහන් කළ හැකිය (DCS, 2009). මෑත වසරවල පූර්ව ප්‍රසූත සුරැකුමට අදාළ දර්ශක ඇතුළත් වගුව 6 පහත දක්වේ. මෙම දත්තවලට අමතරව, දැඩි අවදානම් සහිත ගැබ් ගැනීම් සහිත ස්ත්‍රීන් නිරන්තර පූර්ව ප්‍රසූත සායනවලට සහභාගි වන බවද සඳහන් කළ යුතුය.

වගුව 6: මෑත වසරවලදී පූර්ව ප්‍රසූත සුරැකුම් ආවරණය

දර්ශකය	2009	2010	2011	2012
ඇස්තමේන්තු ගත ගැබ් ගැනීම අතරින් ලියාපදිංචි වූ ගර්භණී කාන්තාවන් ගේ ප්‍රතිශතය	90.0	85.9	94.3	94.0
ලියාපදිංචි ගර්භණී කාන්තාවන් අතරින් එක් වතාවක් හෝ ක්ෂේත්‍රයේ ඇති සායනවලට සහභාගී විමේ ප්‍රතිශතය	95.6	94.7	95.9	95.2
එක් මවක් සායනවලට සහභාගී වීමේ සාමාන්‍යය	7.1	7.0	7.2	6.8
පවුල් සෞඛ්‍ය නිලධාරිනියක් විසින්, ලියාපදිංචි වූ ගර්භණී කාන්තාවන් ඇයගේ නිවසේදී හමුවීමේ ප්‍රතිශතය	94.4	92.9	91.7	90.2
එක් ගර්භණී මවකට පවුල් සෞඛ්‍ය නිලධාරිනියකගේ ක්ෂේත්‍ර චාරිකාවල සාමාන්‍යය	5.0	4.9	5.2	5.0

මූලාශ්‍රය : 2012 පවුල් සෞඛ්‍ය පිළිබඳ වාර්ෂික වාර්තාව, පවුල් සෞඛ්‍ය කාර්යාංශය

නව යොවුන් සහ යොවුන් පුද්ගලයින්ගේ ලිංගික සහ ප්‍රජනන සෞඛ්‍යය.

ICPD ව්‍යාපෘතියේ 7.44 ඡේදය මගින් නව යොවුන් පුද්ගලයින්ගේ ලිංගික සහ ප්‍රජනන සෞඛ්‍යය ගැටළු, එනම් අනවශ්‍ය ගැබ්ගැනීම්, අනාරක්ෂිත ගබ්සා කිරීම් සහ ලිංගිකව බෝවන ආසාදන HIV/AIDS ද ඇතුළුව, විසඳීම සඳහා යොමුවන ලෙසට රාජ්‍යයන්ට බලකර සිටී. නව යොවුන් ගැබ්ගැනීම් අඩු කිරීමට ද බලකර සිටි (UNFPA, 1994). නව යොවුන් වියේ සාඵල්‍යතාවය සහ ගැබ්ගැනීම් බරපතල සමාජ සහ සෞඛ්‍ය ප්‍රතිවිපාක ගෙන දෙන කාරණාය. නව යොවුන් වියේ ගැබ්ගැනීම් අනර්ථදායි සෞඛ්‍ය ගැටළු මවට සහ දරුවාට ගෙන දිය හැකි වේ. මක්නිසා ද යත් , නව යොවුන් මව්වරුන් ගර්භණී කාලයේදී සහ දරු ප්‍රසූතියේදී බරපතල සංකූලතාවලින් පෙළෙන බවට සඳහන් වී ඇති හෙයිනි. මෙයට අමතරව, තරුණ මව්වරුන් දරුවන් රැකබලා හදා වඩා ගැනීමට තරම් මානසිකව පරිනතභාවයකින් නොසිටීම අනෙක් කරුණක් වේ. යොවුන් වියේදී දරුවන් ලැබූ මව්වරුන් තම අධ්‍යාපනය අතරමග නවතා දැමීම නිසා අධ්‍යාපනය අහිමිවීමෙන් සමාජයීය ප්‍රතිවිපාක ගෙන දෙන තත්ත්වයක් උද්ගත වේ.

මෙම කොටසේදී, ශ්‍රී ලංකාව තුළ වෛවාහක තත්ත්වය කෙසේ වෙතත්. නවයොවුන් වියේ පුද්ගලයින්ගේ උපත් අනුපාතිකයත්, ඔවුන්ට ලිංගික සහ ප්‍රජනක සෞඛ්‍ය සේවාවන් ලබා ගැනීමට ඇති හැකියාවත් පෙන්නුම් කෙරෙන දර්ශක විමසා බැලේ. මෙම දර්ශක ශ්‍රී ලංකාවේ යෞවන SRHR තත්ත්වය පිළිබිඹු කරන දර්ශක වේ.

h) නව යොවුන් වියේ උපත් අනුපාතය.

නව යොවුන් වියේ උපත් අනුපාතය යනු, වයස අවුරුදු 15ත් 19ත් අතර වයස් කාණ්ඩයේ ස්ත්‍රීන් අතරින් සජීවි දරු උපත් ලබන එම වයස් කණ්ඩායමේ ම ස්ත්‍රීන් ගණන වේ (ARROW, 2013). වසර 2000 දීත් 2006/07ත් අතර කාලයේදීත්, ශ්‍රී ලංකාවේ නව යෞවන වියේ පුද්ගලයින්ගේ සාඵල්‍යතා අගය 3.7% න් වැඩි වී තිබේ. 2006/07 කාලය තුළදීත් 2012 සංගණන වාර්තා පෙන්වන ආකාරයටත්, ශ්‍රී ලංකාවේ යොවුන් වියේ සාඵල්‍යතා අගය ඉතා වේගයෙන් ම ඉහළ ගොස් තිබේ. එනම් එම අගය 12% කි. එබැවින්, සෙසු සංවර්ධනය වන රටවල යොවුන් පුද්ගලයින්ගේ සාඵල්‍යතා අගයෙහි අඩුවිමක් පෙන්නුම් කළද, ශ්‍රී ලංකාවේ යොවුන් වියේ පසුවන්නට සාපේක්ෂව එහි විරුද්ධ දිශාවට ගමන් කිරිමක් හෙවත් වැඩි වීමක් දක්නට ලැබේ.

i)නව යොවුන් වියේ පුද්ගලයින් ලිංගික සහ ප්‍රජනන සෞඛ්‍ය සේවා පැවතීම සහ ඒවායේ වපසරිය.

නව යෞවනයන්ට සෞඛ්‍ය සේවා සැපයීම ශ්‍රී ලංකාව තුළ වෙන්ව පවත්නා/ ව්‍යක්ත සත්තාවක් නොවේ. වයස අවුරුදු 12 ට අඩු කෙනෙකු බාහිර ප්‍රතිකාර සහ නේවාසික ප්‍රතිකාර සඳහා ළමා රෝග චිකිත්සා සේවා ලබා ගැනීමට හිමිකම් ලබයි. වයස 12ට වැඩි පිරිස සෙසු වැඩිහිටියන්ට මෙන් එම සේවාවන් වෙත යොමු විය යුතුවේ. මෙම ක්‍රමය මෙලෙස සැකසී ඇත්තේ යෞවනයන් වඩා සෞඛ්‍ය සම්පන්න යැයි සංජනනය වී ඇති නිසාත් ලිංගික සහ ප්‍රජනන සෞඛ්‍ය සේවා හුරු කිරීම සහ ස්ථාපනය කිරීම උදෙසා මවට සහ

දරුවාට වැඩි අවධානයක් යොමු කිරිම නිසාත් විය හැකිය. එහෙත් ශ්‍රී ලංකාව තුළ පාසල් සෞඛ්‍ය ප්‍රවර්ධන ප්‍රතිපත්තියක් සහ ව්‍යාපෘතියක් ක්‍රියාත්මක වන අතරම, පවුල් සෞඛ්‍ය කාර්යාංශය විසින් නව යොවුන් සෞඛ්‍ය පාසල් සෞඛ්‍යය ඒකක තුළ සංස්ථාගත කර තිබේ. මෙම ඒකකය මගින් 1,4 සහ 7 වසරවල ළමුන්ගේ සෞඛ්‍ය පරීක්‍ෂා කරනු ලබන අතර, අධ්‍යාපන අමාත්‍යාංශයේ ජීවන කුසලතා වැඩසටහන සමඟ සහයෝගයෙන් කටයුතු කරයි. රජයේ ද්විතීය පාසල්වල ක්‍රියාත්මක වන මෙම ජීවන කුසලතා වැඩසටහන ලිංගික සෞඛ්‍ය කාරණා සිසුන් අතරට යැවීමේ මාධ්‍යය ලෙස ක්‍රියාත්මක වේ.

යෞවනයන් සඳහා අපේක්ෂිත ලිංගික සහ ප්‍රජනන සෞඛ්‍ය සේවාවන් සඳහා ප්‍රවේශ වීම සීමා කිරීමට විධිමත් ක්‍රමවේදයක් නොතිබුන ද ඒ සඳහා බොහෝ බාධක අවහිරකම් පවතී, උදාහරණ ලෙස, යෞවනයින්ගේ හැසිරීම් සහ ආකල්ප සහ සේවා සපයන්නන්ගේ ද එවැනිම හැසිරීම් සහ ආකල්ප මෙයට බලපාන බව පෙනේ. විවාහක සහ අවිවාහක යෞවනයන්ගේ තත්ත්වයේ පැහැදිලි වෙනසක් දක්නට ලැබෙන මුත්, ප්‍රජනන සෞඛ්‍ය සේවා සපයා ගැනීමේදී මෙම කොට්ඨාශයන් දෙකම නොසලකා හැරෙනු දක්නට ලැබේ (de Silva, 1998).

මෑතකදී තරුණ කටයුතු සහ නිපුණතා සංවර්ධන අමාත්‍යාංශය විසින් නිකුත් කරන ලද ජාතික යොවුන් ප්‍රතිපත්තිය ශ්‍රී ලංකාව 2014 මගින්ද සංවර්ධන ක්‍රියාවලිය තුළ තරුණයාගේ කාර්යභාරය පිළිබඳ වැඩි වශයෙන් සාකච්ඡා වුවද යෞවනයන්ගේ සෞඛ්‍ය තත්ත්වය පිළිබඳ ඉතා අඩු අවදානමක් යොමු කොට ඇති බව පෙනේ. මෙයින් පාසල් විෂය නිර්දේශයට පරිපූර්ණ ලිංගිකත්ව අධ්‍යාපනය (CSE) ඇතුළත් කිරිමේ වැදගත්කම පිළිබඳව සටහන්කොට තිබේ. නමුත් යථාර්ථය නම් සංස්කෘතිකමය වශයෙන් පවතින නිෂේධනය නිසා පන්ති කාමරය තුළ මෙවැනි විෂයයන් සාකච්ඡා කිරීමට ගුරුවරු මැලි කමක් දක්වත (MOH, Undated).

දැනුම ප්‍රමාණවත් නොවීම පෙන්නුම් කරනුයේ පාසල්වල ලිංගික අධ්‍යාපන වැඩසටහන්වල පවතින අඩුවයි. UNICEF. ආයතනය විසින් සිදුකරන ලද ජාතික සමීක්‍ෂණයක් මගින් මෙය තවදුරටත් තහවුරු වේ. වයස අවුරුදු 14-19 අතර දරුවන් තුළ ප්‍රජනන සෞඛ්‍ය කාරණා සම්බන්ධ දැනුම (ශුක්‍රාණු නිෂ්පාදනය, ඩිම්බ, පිළිසිඳ ගැනීම, ලිංගික හෝමෝන, ද්විතීයික ලිංගික ලක්ෂණ නින්දේ දී ශුක්‍ර පහවීම, සහ සාඵල්‍යතාවය ඇතුළු) ඉතාම සීමිත මට්ටමක පවතී. මෙම ප්‍රශ්නවලට නිවැරදි පිළිතුරු සපයා තිබෙන්නේ 50% ටත් වඩා අඩු පිරිසක (UNICEF, 2004). ශ්‍රී ලංකා සෞඛ්‍ය ප්‍රධාන සැලැස්ම (2007-2016) තවදුරටත් හඳුනාගෙන ඇත්තේ අනවශ්‍ය ගැබ්ගැනීම් සහ ගබ්සා කිරීම් යෞවනයන්ගේ යහපැවැත්ම කෙරේ බලපාන ප්‍රධානතම අභියෝග බවයි. දැනුම ආකල්ප, අගයන්, කුසලතා සහ හැසිරීම්, ජීව විද්‍යාත්මක, මනෝ විද්‍යාත්මක, සමාජ -සංස්කෘතිකමය සහ යෞවනයන්ගේ ප්‍රජනන මානයන්ට අනුකූලව සංවර්ධනය කිරීම මෙමඟින් කෙරෙන යෝජනාවන් අතර වේ (MOH, 2007).

"තවත් මතභේදයට තුඩුදෙන ගැටළුවක් වන්නේ ප්‍රජනන සෞඛ්‍යය ඉගැන්වීමයි. ඇතැම් පාසල්වල විදුහල්පතිවරුන්, ගුරුවරුන් . පරිපාලකයින් සහ දෙමාපියන් මෙම විෂයෙහි ඇති ඇතැම් සංකල්ප හඳුන්වා දීමට කළ උත්සාහයන්ට පවා විරෝධය ප්‍රකාශකොට තිබේ. මෙම විරෝධතාවයන් සංස්කෘතික සංවේදිතාවයන් මත සිදුකොට ඇත. පාසල් විෂය නිර්දේශයට ප්‍රජනන සෞඛ්‍ය ඇතුළු කිරීමට නායකත්වය ගත් අය තර්ක කරනුයේ යෞවන වයසේ පුද්ගලයින් අතර ලිංගික සම්බන්ධකම් පැවැත්වීමේ සිද්ධීන්හි ප්‍රමාණය ඉහළ ගොස් ඇති බවයි. ශ්‍රී ලංකාවේ HIV/AIDS ආසාදිතයින් සංඛ්‍යාව අඩු වුවත්, අසල් වාසී රටවල HIV/AIDS සංඛ්‍යාවේ ඉහළ පැවැත්ම නිසා ශ්‍රී ලංකාව අවදානම් තත්ත්වයක පවතින බවට ඔවුහු තර්ක කරති. විරුද්ධ මතවාදීන්ගේ තර්කය වන්නේ මෙම ගැටළුව ඒ තරමටමට බරපතල නොවන අතර ලිංගිකත්වය පිළිබඳ කාරණා සාකච්ඡා කිරීම හේතුවෙන් අවිචාරවත් හැසිරීම් වැඩිවීමට ඉඩ ඇති බවත්ය."

ශ්‍රී ලංකාවේ පාසල් සෞඛ්‍ය ප්‍රවර්ධන වැඩසටහන 2008 ලෝක සෞඛ්‍ය සංවිධානය ශ්‍රී ලංකා කාර්යාලය.

HIV සහ AIDS

ICPD ක්‍රියාකාරී වැඩසටහනේ 8.29 ඡේදය ප්‍රකාරව HIV ආසාදනය වැළැක්වීම, පැතිරීම අඩු කිරීම සහ HIV ආසාදනයෙහි බලපෑම් අවම කිරීමටත් HIV ආසාදිත පුද්ගලයින්ට ප්‍රමාණවත් තරම් වෛද්‍ය පහසුකම් ලබා දීමටත් ඔවුන් අසාධාරණයට ලක් නොකිරීමටත් රාජ්‍යයන්ට බලකර සිටී (UNFPA, 1994). ශ්‍රී ලංකාව තුළ HIV සහ AIDS ආසාදිත පුද්ගලයින් සඳහා වූ සේවාවන් පිළිබඳවත HIV ආසාදනය පැවතීම සහ යුතුකම් සම්බන්ධ දර්ශක මෙම කොටසේදී විමසා බලනු ලැබේ.

විවිධ ජනගහනවල උප කොටස්වල පුද්ගලයින් අතර ාෂඨර්ෂී ආසාදනය පැවතිමත් ාෂඨ සහ ’ෂී ආසාදනය වු පුද්ගලයින්ගේ සංඛ්‍යාවත් ජනගහනයේ ලිංගික සෞඛ්‍ය තත්ත්වය පෙන්වන දර්ශක තාරකා වේ.

a) ව්‍යාප්තිය සහ යුතුකම

ශ්‍රී ලංකාව දකුණු ආසියානු රටවල් අතරින් සංඛ්‍යාත්මකව HIV/AIDS වසංගත තත්ත්වයෙන් අඩු රටක් ලෙස සැලකේ. මෙය, 2014 වන විට HIV ආසාදිතයින් ඇස්තමේන්තු වශයෙන් 3, 000 (2000-5000)ක්, එනම් 0.1% කට වඩා අඩුව පවත්නා අනුපාත අගයක් ගනී. (NSACP, 2014). ඊකියාව, චර්යා රටාව සහ භාවිතය නිසා ආසාදනයවීමට වැඩි අවදානම් සහිත පුද්ගලයින් අතර ද HIV ආසාදන තත්ත්වය පවතින්නේ 1%ට අඩු ප්‍රතිශතයකින් බව හෙළිවේ. ශ්‍රී ලංකාවේ HIV/AIDS සඳහා වන ජාතික ප්‍රතිචාර වැඩසටහන පෙරමුණ ගෙන ක්‍රියාත්මක වන්නේ සෞඛ්‍ය අමාත්‍යාංශය යටතේ ක්‍රියාත්මක වන ලිංගිකව සම්ප්‍රේෂණය වන රෝග පිළිබඳ ජාතික/AIDS (STD/AIDS) (NACP) වැඩසටහන හරහායි. 2014 දෙසැම්බර් වන විට 2,074 ක සමුච්චිත HIV ආසාදිතයන් ගණනක් වාර්තා වී තිබේ (NSACP, 2014). රෝග සම්ප්‍රේෂණයවීමේ මාර්ගය වී ඇත්තේ අනාරක්ෂිත විෂමලිංගික සම්බන්ධතා වේ (58.10%). සම ලිංගික /ද්විලිංගික සබඳතා හේතුකොට ගෙන 12.09%ක් රෝග සම්ප්‍රේෂණය වී ඇති අතර මව ගෙන් දරුවාට රෝග සම්ප්‍රේෂණය විමේ ප්‍රතිශතය 3.79%කි. රුධිර පාරවිලයනය නිසා සම්ප්‍රේෂණය වීම 0.22%ක් ය. සාමාන්‍ය සංසිද්ධියක් සේ නොසැලකුවද මත්ද්‍රව්‍ය එන්නත් කර ගැනීම හේතුවෙන් 0.49%ක් ප්‍රතිශතයකට රෝග සම්ප්‍රේෂණය වි තිබේ.

අවදානම වැඩිම ජනගහනයන (MARP) සැලකීමේදී, ශ්‍රී ලංකාව තුළ ස්ත්‍රී ලිංගික ශ්‍රමිකයින් 12,329 ක් (12,329 සිට 15,935 දක්වා පරාසයක් තුළ) සිටින බවට ඇස්තමේන්තු ගත වී තිබේ. ශ්‍රී ලංකාවේ ලිංගික ශ්‍රමය ඉතාම විවිධාකාර වූ, අතිශයින්ම රහසිගත වූ සහ අවදානම් සහිත ක්‍රියාවකි. වැඩිම ස්ත්‍රී ලිංගික ශ්‍රමිකයන් පිරිසක් කොළඹ දිස්ත්‍රික්කය තුළ ස්ථාන ගත වී ඇති අතර, විදී/ පොදු ස්ථාන, හෝටල්/ නවාතැන් පොළ හෝ නිවාස/අඩු ආදායම් ලාභී මුඩුක්කු නිවාස පාදකකොට ගෙන මෙය ක්‍රියාත්මක වේ. (FPA and NSACP, 2013). වසරේදී සිදු කළ ඇස්තමේන්තු වලින් පෙන්වන්නේ ස්ත්‍රී ලිංගික ශ්‍රමිකයින්ගෙන් 0.2% ත් 0.9% ත් අතර ප්‍රමාණයක HIV ආසාදිතයන් බවයි (NSACP, 2012).

අනෙක් අවදානම වැඩිම ජනගහනයක් වන්නේ පුරුෂයින් සමඟ ලිංගික ඇසුරේ යෙදෙන පුරුෂයින් වේ. මෙම කොටස සඳහා ඇස්තමේන්තු අගය වන්නේ 7,551 (6,547 සිට 8,554 ක පරාසයක් තුළ) කි (FPA සහ NSACP, 2013). පිරිමින් තවත් පිරිමින් සමග ලිංගිකව එකතුවීම 2008 වසරේ 0% සිට 2009 වසරේ 0.5% ක් දක්වාත් 2011 වසරේදී 0.9% ක් වශයෙන් ඉහළ ගොස් ඇති බව නිල වාර්තා සඳහන් කරයි (UNAIDS, 2012). World of Work 2010 ශ්‍රී ලංකා හි HIV/AIDS සඳහා වූ ජාතික ප්‍රතිපත්තිය සඳහන් කරන ආකාරයට මෙවැනි සමහර පිරිමින් විවාහක අය හෝ ස්ථිර ස්ත්‍රී සහකරුවන් සිටින අය හෝ වේ. මෙම ස්ත්‍රීන් ද, මේ නිසා වෛරසය ශරීරගත වීමට වැඩි ඉඩක් සහිත පිරිසක් බවට පත් වී ඇත. AIDS ආශ්‍රිත රෝගවලින් පීඩා විඳින පුද්ගලයින් රැක බලා ගැනීමේ ප්‍රධාන පීඩාව ගැහැණු ළමයින් සහ ස්ත්‍රීන්ට දැරීමට සිදුව තිබේ..

ස්ත්‍රීන් අතර HIV ආසාදනය වීම ඉහළ අවදානම් තත්ත්වයකට පත්කරමින්, ගැහැණු : පිරිමි අනුපාතය කාලයත් සමඟම වෙනස් වී ඇති ආකාරය වගුව 7 පෙන්වා දෙයි.

වගුව 7 2013 වසර අවසාන වන විට වාර්තා වී ඇති HIV ආසාදිත පුද්ගලයින්ගේ ගණන

කාලය	පිරිමි	ගැහැණු	මුළු ගණන
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
මුළු ගණන	1,115	730	1,845

මූලාශ්‍රය : ජාතික ලිංගිකත්ව සම්ප්‍රේෂණය වන රෝග / ’ෂී පාලනය කිරීමේ වැඩසටහන

ශ්‍රී ලංකාව HIV. ආසාදනය විමේ අවදානම සහිත කණ්ඩායම් කිහිපයක් හඳුනාගෙන තිබේ. සංක්‍රමණික ප්‍රජාව, සිරකරුවන්, සන්නද්ධ හමුදා සහ පොලිස් නිලධාරීන් ද ඇතුළුව සංචාරක ව්‍යාපාරයේ නියැලෙන පුද්ගලයින් මේ සඳහා ඇතුළත් වේ (සෞඛ්‍ය අමාත්‍යාංශය සහ NSACP, 2013). HIV ආසාදනය අනාගත ශ්‍රී ලංකාවේ ව්‍යාප්ත විමට බලපෑ හැකි හේතු ලෙස වැඩිවන තරුණ ජනගහනය, රට අභ්‍යන්තරිකව හෝ බාහිරව සිදුවන සංක්‍රමණයන්, සැඟවුනු නමුත් ශක්තිමත් වන ලිංගික ව්‍යාපාරය, උපත් පාලන කොපු භාවිතය අඩු මට්ටමක පැවතීම සහ බොහෝ අවදානම වැඩිම ජනගහනයන් (MARP) සමග එකිනෙකාගේ කැමැත්තෙන් සිදුවන ලිංගික සබඳතා ආදිය හඳුනා ගෙන තිබේ. අනෙක් අතට, HIV ආසාදනයේ ව්‍යාප්තිය අඩුවීමට බලපාන හේතු ලෙස ලිංගිකව පමණක් සම්ප්‍රේෂණය වන ආසාදනවල අඩුවීම, රජයේ නොමිලයේ ලබා දෙන වෛද්‍ය සේවා වෙත යොමුවීමේ හැකියාව, ඉහළ සාක්ෂරතාවය සහ වර්තමානය වන විට මත්ද්‍රව්‍ය එන්නත් කර ගැනීම අඩු වී තිබීම යනාදිය හඳුනා ගැනේ. (පවුල් සැලසුම් සංවිධානය සහ NSACP, 2013).

b) HIV සහ AIDS සඳහා සේවා ලබාගත හැකි බව (availability)

ජාතික ලිංගිකව සම්ප්‍රේෂණය වන රෝග (STD) /AIDS පාලන වැඩසටහනට අනුව, ඕනෑම පුද්ගලයෙකුට රජය විසින් පවත්වා ගෙන යන සේවාවන්හිදී පුහුණුව ලත් සායනික නිලධාරීන් මගින් නොමිලයේ සේවා ලබාගත හැකි වේ. ලිංගිකව සම්ප්‍රේෂණය වන රෝග සහ AIDS කළමණාකරණය කිරීමේ මුළු වැඩසටහන /පැකේජයට ප්‍රතිරෙට්රොවෛරස චිකිත්සාව (ART antiretroviral therapy), වෛද්‍ය පරීක්ෂණ කිරීමේ පහසුකම්, රෝග පාලනය සඳහා අවශ්‍ය ඖෂධ, සෞඛ්‍ය අධ්‍යාපනය, උපදේශනය, උපත් පාලන කොන්ඩම් භාවිතය වැඩිකිරීම, සහකරුවා/ සහකාරියට රෝගය වැළැඳීමට ඇති ප්‍රවනතාවය පාලනය කරගැනීම සහ පසු විපරම් සේවා ආදිය ඇතුළත්ව තිබේ. HIV ආසාදනය වූ පුද්ගලයින්ට මාසික පෝෂණ පැකේජයක් සහ පවුල් සැලසුම් සේවාවක් ක්‍රියාත්මක වේ. මෙම සේවාවන NSACP සහ NSACP සමග සම්බන්ධ වූ ලිංගිකව සම්ප්‍රේෂණය වන රෝග සායන 31ක් මගින් සැපයෙනු ලැබේ. 2013 වසර වනවිට, ART මධ්‍යස්ථාන 12ක් ක්‍රියාත්මක වෙමින් පැවතුනි. කොළඹ පිහිටි ART මධ්‍යස්ථානය NSACP හි පිහිටා ඇති අතර එය ශ්‍රී ලංකාව පුරාම පූර්ව ART/ART සේවා සපයන ප්‍රධානතම මධ්‍යස්ථානය ලෙස ද ක්‍රියාත්මක ය. වර්තමානය වනවිට ART පහසුකම් රජයේ වෛද්‍ය මධ්‍යස්ථාන වලින් පමණක් ලබා ගත හැකි පහසුකමකි. මෙයින් වෛද්‍ය සේවා සැපයීමේ ප්‍රමිතිය පවත්වාගෙන යාමට ඉඩ ලැබෙනවා මෙන්ම HIV ආසාදිතයින්ගේ ප්‍රතිකාර කිරීම් සහ රැකබලා ගැනීම් නිසිලෙස නිරීක්ෂණය කිරීමට සහ ඇගැයීමට මනා අවකාශයක් සැලසේ (NSACP, 2014). එමෙන්ම, මෙම සේවාවන් සෙසු වෛද්‍ය ප්‍රතිකාර සිදුකරන මහ රෝහල්වල බාහිර ප්‍රතිකාර අංශ වලින් ලබා නොදෙයි.

HIV/AIDS ආශ්‍රිත සේවාවන් සෙසු පෞද්ගලික රෝහල්වලින් සහ සායන මගින් ද රාජ්‍ය නොවන සංවිධාන මගින් ද සපයනු ලැබේ. ප්‍රධාන ප්‍රතිපත්ති සහිත ලියවිලි, සේවා සපයන්නන් සඳහා මාර්ගෝපදේශ සහ උපායමාර්ගක සැලසුම් මෑත වසරවලදී සම්පාදනය වී ඇත්තේ HIV/ AIDS සහ අනෙකුත් ලිංගිකව සම්ප්‍රේෂණය වන ආසාදන වැළැක්වීම සහ ප්‍රතිකාර කිරීම ඉලක්කගත කර ගෙනය.

විවිධ සාත්තු සේවා මට්ටම්වලදී ලිංගික සහ ප්‍රජනන සෞඛ්‍ය සේවාවන් ලබාගත හැකි බව

සෞඛ්‍ය අමාත්‍යාංශය එහි සියළු රාජ්‍ය සේවා සැපයුම් සම්බන්ධයෙන් වගකීම දරයි. මෙය සිදුවන්නේ දිවයින පුරාම පිහිටි හොඳින් ව්‍යාප්තව ජාලගත වූ බහු ස්තරවල නිල වශයෙන් සංවිධානය වූ විශේෂඥ වෛද්‍යවරුන් වෙත යොමු කිරීමේ සේවා මගිනි. 1850 සිට 1980 කාලය තුළ දී පරිපාලනය සෞඛ්‍ය අමාත්‍යාංශයට මධ්‍යගත වි තිබුනි. 13 වන ව්‍යවස්ථා සංශෝධනයත් සමග පහළ මට්ටමේ සෞඛ්‍ය සේවාවල වගකීම් පළාත් සභා 08 මත විමධ්‍යගත වූ අතර එම පළාත් සභා විසින් පළාත් සෞඛ්‍ය අමාත්‍යාංශ ආරම්භ කරන ලදී. පළාත් සෞඛ්‍ය පහසුකම් සහ වැඩසටහන් සම්බන්ධයෙන් පළාත් සභා වගකීම දරන අතර මධ්‍යම රජයේ සෞඛ්‍ය අමාත්‍යාංශය ජාතික පහසුකම් කළමණාකරණය, වෛද්‍ය විද්‍යා අධ්‍යාපනය, සෞඛ්‍ය ප්‍රතිපත්තියක් ක්‍රමවත්ව සකස් කිරීම සහ ඖෂධ සහ වෛද්‍ය උපකරණ තොග ලෙසින් මිලදී ගැනම් යනාදී වගකීම් දරයි (Rannan-Eliya et al, 2000).

රටපුරාම විහිදී ඇති ශ්‍රේණිගත කරන ලද, මාතෘ වාට්ටු ලෙස විශේෂයෙන් වෙන් කරන ලද වාට්ටු සහිත රෝහල් 603 ක් මගින් ගර්භණී කාන්තාවන්ට ආයතනික සේවාවන් ලබා දෙයි. මෙයට ශික්ෂණ රෝහල් 12 ක්, තෘතීය මට්ටමේ පළාත් මහරෝහල් 3 ක් , දිස්ත්‍රික් රෝහල් 18 ක් , මූලික රෝහල් 64 ක් , සහ ද්විතියික මට්ටමෙන් ප්‍රාදේශීය රෝහල් 506 ක් මෙයට අයත්වේ (FHB, 2014).

දිස්ත්‍රික් හෝ ප්‍රාථමික මට්ටමේදී, වෛද්‍ය ආයතන සහ සෞඛ්‍ය ඒකක මගින් සෞඛ්‍ය සේවා සපයනු ලැබේ. සෞඛ්‍ය වෛද්‍ය නිලධාරී (MOH) විසින් පාලනය කෙරෙනු ලබන, එනම් කුඩාම සෞඛ්‍ය ඒකකය වන්නේ සෞඛ්‍ය වෛද්‍ය කොට්ඨාශයයි. සෑම දිස්ත්‍රික්කයකම මෙවැනි කොට්ඨාශ හතේ සිට විස්ස දක්වා ප්‍රමාණයක් තිබේ. සෞඛ්‍ය වෛද්‍ය නිලධාරීන්, මහජන සෞඛ්‍ය හෙදියන්, මහජන සෞඛ්‍ය පරීක්ෂකවරු, අධීක්ෂක පවුල් සෞඛ්‍ය නිලධාරීන් සහ පවුල් සෞඛ්‍ය නිලධාරීන්ගෙන් සමන්විත මහජන සෞඛ්‍ය කාර්ය මණ්ඩල කණ්ඩායමකින් සහයෝගය ලබයි (MOH, 2014).

වගුව 8 ශ්‍රී ලංකාවේ සෞඛ්‍ය පද්ධතිය මගින් සපයනු ලබන ලිංගික සහ ප්‍රජනන සෞඛ්‍ය සේවාවන්හි දළ විශ්ලේෂණය

	නාරිවේද සේවාවන	උපත් පාලනය සහ පවුල් සැලසුම්	මාතෘ සෞඛ්‍ය සේවා	හදිසි ප්‍රසවවේද සේවා	HIV/ STI වැළැක්වීම සහ ප්‍රතිකාර	ගැබ්ගෙල සහ පියයුරු පිළිකා පරීක්ෂාව	ආරක්ෂිත ගබ්සා කිරීමේ සේවා*
ප්‍රාථමික	✔	✔	✔				
ද්විතියික	✔	✔	✔	✔			
තෘතීය	✔	✔	✔	✔	✔	✔	✔
පෞද්ගලික	✔	✔	✔	✔	✔	✔	
වෙනත්		NGO			NSACP	සුවනාරි සායන	

මූලාශ්‍රය : සෞඛ්‍ය අමාත්‍යාංශයේ විවිධ මූලාශ්‍ර ඇසුරුකොට ගෙන සම්පාදනය කරන ලදී.

■ නීති ප්‍රකාරව

3. නිර්දේශ

ශ්‍රී ලංකාව සෞඛ්‍ය සේවා සැපයුම් සම්බන්ධයෙන් සැලකිය යුතු ප්‍රගතියක් ලබා ඇති බව මෙම දේශීය වාර්තාව හරහා සාකච්ඡා කළ ධනාත්මක දර්ශක මගින් වඩා හොඳින් පැහැදිලි වේ. පහත සඳහන් නිර්දේශ ඉදිරිපත් කරනුයේ රාජ්‍ය ක්‍රියාකාරීන් සහ අනෙක් පාර්ශවකරුවන් වෙතයි. පවතින අසමානතාවයන් වෙත අවධානය යොමුකොට ලිංගික සහ ප්‍රජනන සෞඛ්‍ය සේවාවන් සඳහා විශ්වීය ප්‍රවේශයක් ලබාදීමට මේ මගින් හැකි වනු ඇතැයි අපේක්ෂා කෙරේ.

- දැනට පවතින සෞඛ්‍ය ප්‍රතිපත්ති ලිංගික සහ ප්‍රජනක සෞඛ්‍ය ප්‍රතිපත්තීන් ද අන්තර්ගත වූ ක්‍රමවේදයකට ශක්තිමත් කළ යුතුවේ. ලිංගිකත්වය, ස්ත්‍රී-පුරුෂ සමාජභාවය, වයස, ආගම, වර්ගය, විවාහක-අවිවාහක බව, ලිංගික නැඹුරුව සහ අනෙකුත් කාරණා මත මෙම සේවාවන් වෙනස්ව සැපයිය නොයුතු බවට සහතික විය යුතුය.

- පවතින සෞඛ්‍ය ප්‍රතිපත්ති සහ ජාතික උපායමාර්ගික සැලසුම් ක්‍රියාත්මක කිරීමට සහ අධීක්ෂණය කිරීමට අවශ්‍ය ප්‍රමාණයෙන් මානව සහ මූල්‍යමය සම්පත් වෙන් කිරීම සඳහා ප්‍රතිපත්ති මාලාවන් ප්‍රතිරක්ෂණය කළ යුතු වේ.

- ලිංගික සහ ප්‍රජනන සෞඛ්‍ය සේවාවන් සඳහා මුළු ජනගහනයට ම විශ්වීය ප්‍රවේශයක් ලබාදීම සුරක්ෂිත කළ යුතු වේ. විශේෂයෙන්ම, අඩු සෞඛ්‍ය දර්ශක ඇති දිස්ත්‍රික්කවල ජීවත් වන පුද්ගලයින්, එනම්, පශ්චාත් ගැටුම් පැවති ප්‍රදේශවල, වතුකර ප්‍රදේශවල සහ අඩු ආර්ථික සංවර්ධනයක් පෙන්නුම් කරන දිස්ත්‍රික්කවලට මෙම සේවාවන් සැපයීම දේශීය සංවර්ධනය සමානාත්මක කිරීම සඳහා ප්‍රධාන ලෙසම අවශ්‍ය වේ.

- ලිංගික සහ ප්‍රජනන සෞඛ්‍ය සම්බන්ධ සංකල්ප සහ නිර්වචන අඩංගු පාරිභාෂික ශබ්ද මාලාව සංශෝධනය කළ යුතුවේ. ලිංගික සහ ප්‍රජනන සෞඛ්‍යල මාතෘ සෞඛ්‍යයට එහා ගිය ලිංගික සහ ප්‍රජනන සෞඛ්‍ය සේවාවක් බවට පත්විය යුතුය. එහි ස්ත්‍රීන් සම්බන්ධ සෞඛ්‍ය ප්‍රවේශය ද මවක ලෙස ඔවුන්ගේ කාර්ය භාරයට එහා ගිය ප්‍රවේශයක් විය යුතුය. තවද මෙම ප්‍රවේශය පුරුෂයින්ගේ සෞඛ්‍ය තත්ත්වය නොසලකා හරින අතර යුවල සම්බන්ධතාවන්වලදී සහකරුවාගේ හෝ සහකාරියගේ සෞඛ්‍ය තත්ත්වය අන්‍යෝන්‍ය වශයෙන් එකිනෙකාට බලපෑ හැකිය.

- ලිංගිකත්වය සහ ප්‍රජනන සෞඛ්‍ය සම්බන්ධ කාරණා ස්ත්‍රීන් සහ පුරුෂයින් අතර සන්නිවේදනය වීම ඉහළ දැමීමට මහත් පරිශ්‍රමයක් දැරිය යුතුව තිබේ. විශේෂයෙන් ම උපත් පාලනය සම්බන්ධයෙන් පුරුෂයාගේ වගකීම පිළිබඳ අවබෝධය වැඩි දියුණු කිරීම මගින් අවශ්‍ය සංවේදීත්වය සහ අධ්‍යාපනය ලබා දිය යුතුවේ.

- 'පවුල' යන සංකල්පයත් ඒ හා සබැඳි සේවාවන්වල පැවතීමත් මෙයට වඩා ගවේෂණය කළ යුතුව තිබේ. මේ මගින් පවුල යන සංකල්පයේ වෙනස් වන ගතික ස්වභාවය තේරුම් ගැනීමට පහසුවනු ඇත. මෙසේ සිදුකළ යුතු වන්නේ ඒ මගින් ස්ත්‍රී මූලික ගෘහ (උදාහරණයක් ලෙස පශ්චාත් සුනාමි සහ පශ්චාත් ගැටුම් නිසා වැන්දඹු වූවන්), ස්ත්‍රී-පුරුෂ සමාජභාවී විවිධත්වය සහිත කණ්ඩායම් සහ වෙනත් කණ්ඩායම් සම්ප්‍රදායික 'පවුල' නම් වූ සමාජ නිර්ව-චනය තුළ ඇතුලත් නොවන හෙයිනි.

- නව යොවුන් විය කරා ළඟා වන සහ පාසල්වලින් පිටවන පුද්ගලයින්ට විධිමත් සහ අවධිමත් ප්‍රවේශයයන් භාවිතා කරමින් ස්ත්‍රී-පුරුෂ සමාජභාවය සහ අයිතිවාසිකම් පදනම් කරගත් ප්‍රවේශයක් මගින් සවිස්තරාත්මක ලිංගික අධ්‍යාපනයක් ප්‍රවර්ධනය කළ යුතුවේ. මෙම ප්‍රවේශය වඩාත් අර්ථ පූර්ණ කිරීමට නම්, ගුරුවරුන්, විදුහල්පතිවරුන් සහ දෙමාපියන්ගේ ආකල්පමය වෙනසක් ඇති කිරීමට අවශ්‍ය උපාය මාර්ග දියුණුකොට ක්‍රියාත්මක කිරීමෙන් ඵලදායි සවිස්තරාත්මක ලිංගික සහ ප්‍රජනන සෞඛ්‍ය අධ්‍යාපනයක් පාසල් තුළදී ලබාදීමට හැකිවනු ඇත.

- නව යෞවනයන් සහ තරුණයින් විශේෂ/පැහැදිලි කොටසක් ලෙස සලකා ඔවුන්ගේ සෞඛ්‍ය අවශ්‍යතාවයන් සඳහා සෞඛ්‍ය සේවා සහ ආයෝජන කෙරේ ඔවුන් සුදුසුකම් ඇත්තවුන් බවට හඳුනා ගැනීම ප්‍රමුඛතම කාරණයක් වේ. ජාතික සහ පළාත් මට්ටමේ අයවැයෙහි විශේෂිත කරුණක් ලෙස ස්ථාපනය කිරීම/ප්‍රතිපාදනය කිරීම, සාධක පදනම් කරගත් ප්‍රමුඛතා ගත කිරීම, තරුණයින්ට හිතෛෂී, සෑම තරුණ/තරුණියකටම ලබා ගත හැකි ප්‍රජනන සෞඛ්‍ය සේවාවන් සඳහා වෙන් වූ සෞඛ්‍ය සේවා මධ්‍යස්ථාන/ රජයේ මහජන සෞඛ්‍ය පහසුකම් ආයතනවල විශේෂිත දෙපාර්තමේන්තු පිහිටුවීමෙන් මෙම කරුණ ඉටුකර ගත හැකි වනු ඇත.

- සාධක පදනම් කරගත් ප්‍රතිපත්ති සහ වැඩසටහන් තහවුරු කිරීමට නම්, විධිමත් දත්ත එක් රැස් කිරීමේ ක්‍රමවේදයක්, එනම්, ලිංගික සහ ප්‍රජනන සෞඛ්‍ය සම්බන්ධ දත්ත එක් කිරීම, සංවිධානය කිරීම සහ විශ්ලේෂණය කිරීම අවශ්‍ය වේ. මෙවැනි ක්‍රමවේදයක් ස්ත්‍රී-පුරුෂ සමාජභාවය පදනම් කරගත් ප්‍රචණ්ඩත්වය, පිරිමින්ගේ ලිංගික හා ප්‍රජනන සෞඛ්‍යයල ලිංගික අකර්මන්‍යතාවය සහ ප්‍රජනනනය කළ හැකි වයස් සීමාව ඉක්මවූ කණ්ඩායවල ලිංගික සහ ප්‍රජනන සෞඛ්‍ය ආදී වූ දත්තවල සැලකිය යුතු හිඩැස් ඇති අංශ ඉලක්ක කරගත යුතුය.

- සෞඛ්‍ය සේවා සපයන්නන්ගේ ආකල්ප වෙනස් කිරීමට අවශ්‍ය වැඩසටහන් ක්‍රියාත්මක කිරීමේ අවශ්‍යතාවයක් තිබේ. විශේෂයෙන් ම, ස්ත්‍රී-පුරුෂ සමාජභාවය පදනම් කරගත් ප්‍රචණ්ඩත්වය නිසා පීඩාවට පත් වූ පිරිස්, නීත්‍යානුකූල නොවූ - පොළඹවන ලද ගබ්සා කිරීම්වලට ලක්වූ පිරිස් සහ ලිංගික සහ ස්ත්‍රී-පුරුෂ සමාජභාවී විවිධත්වය සහිත පුද්ගලයින් හඳුනා ගැනීම සහ ප්‍රතිකාර කිරීම මගින් නිසි කලට සහ පූර්ව තීන්දුවලට නොගොස් ප්‍රතිකාර කිරීමට එම වැඩසටහන් මගින් හැකිවනු ඇත.

- නීත්‍යානුකූල නොවූ - පොළඹවන ලද ගබ්සා කිරීම්, ස්ත්‍රී-පුරුෂ සමාජභාවය මත පදනම් වූ ප්‍රචණ්ඩත්වය සහ ලිංගිකව සම්ප්‍රේෂණය වන ආසාදන පිළිබඳ විධිමත් මහජන අධ්‍යාපන වැඩසටහන් අවශ්‍ය වේ. මෙවැනි වැඩසටහන් සඳහා අවශ්‍ය වන පණිවුඩ , දැනුම ආදිය සම්පිනණ්ඩනය කිරීමේදී ඒවා සරල සියළු කණ්ඩායම්වලට පහසුවෙන් තේරුම් ගත හැකි මෙන්ම ඉදිරිපත් කිරීමේදී සංස්කෘතිකමය වශයෙන් සංවේදී අයුරින් සිදුකිරීම වැදගත් වේ.

4. ආශ්‍රිත ග්‍රන්ථ

ARROW (2013). *An Advocates Guide: Strategic Indicators for Universal Access to Sexual and reproductive Health and Rights.*

ASAP (2009). *A Study of Knowledge, Attitudes and Understanding of Legal Professionals about Safe Abortion as a Women's Right*, **Asia Safe Abortion Partnership**

DCS (2009). *Sri Lanka Demographic and Health Survey 2006/07*, **Department of Census and Statistics and Health Sector Development Project, Ministry of Healthcare and Nutrition**

DCS (2014). *Census of Population and Housing 2012 –Key Findings*, **Department of Census and Statistics, Ministry of Finance and Planning and United Nations Population Fund**

De Silva, W. Indralal (1998). *Emerging Reproductive Health Issues among Adolescents in Asia*, **Harvard School of Public Health**

FHB (2011). *Maternal Care Package: A Guide to Field Healthcare Workers*, **Family Health Bureau, Ministry of Health**

FHB (2012). *Annual Report on Family Health Sri Lanka 2011*, **Family Health Bureau, Ministry of Health**

FHB (2014). *National Emergency Obstetric and Neonatal Care Needs Assessment Country Report 2012.* **Family Health Bureau, Ministry of Health, and United Nations Population Fund**

FPA and NSACP (2013). *National Size Estimation of Risk Populations (MPRPs) for HIV in Sri Lanka.* **Family Planning Association**, National STD/AIDS Control Programme and **The Global Fund**

IPS (2014). Bandara, Samanthi. *Emerging Health Challenges in Sri Lanka: More Money for Health and More Health for Money*, **Health Economics Policy Unit, Institute of Policy Studies**

MOFP (2012). *Annual Report 2012, Chapter 8, Expenditure Review*, **Ministry of Finance and Planning**

MOFP (2015). *Statement by the Minister of Finance on Hundred Day Revolution*, **Ministry of Finance and Planning**

MOH (2007). *Health Master Plan Sri Lanka – Healthy and Shining Island in the 21st Century*, **Ministry of Health and Nutrition**

MOH (2012), *National Policy on Maternal and Child Health*, **Extraordinary Gazette No. 1769/32 of Democratic Socialist Republic of Sri Lanka (2012.05.31)**

MOH (Undated). *School Health Promotion Programme Medium Term Plan 2008 – 2012* **School and Adolescent Health Unit Health and Nutrition Division Family Health Bureau Ministry of Education Ministry of Healthcare and Nutrition**

MOH and NSACP (2013). National HIV Strategic Plan Sri Lanka 2013 – 2017, **Ministry of Health and National STD/AIDS Control Programme**

MSU/MOH (2012). *Annual Health Bulletin 2012* **Medical Statistics Unit/ Ministry of Health**

NSACP (2012). *Report of the 2011 survey HIV Sentinel Sero-Surveillance Survey in Sri Lanka*, **National STD/AIDS Control Programme**

NSACP (2013). *Summary of Cumulative Reported HIV / AIDS Data from National STD / AIDS Control Programme as of end 2013*

NSACP (2014). *Update 4th Quarter 2014 HIV/ AIDS Surveillance Data in Sri Lanka.* **National STD/ AIDS Control programme, Department of Health Service.**

Rannan-Eliya, R. P., Berman, P., Eltigani, E., de Silva, I., Somanathan, A., Sumathiratne, V. (2000). *Expenditures for Reproductive Health Services in Egypt and Sri Lanka.* **Harvard School of Public Health**

UNAIDS (2012). *Country Progress Report Sri Lanka 2010-2011*, **United Nations General Assembly Special Session Report, United Nations Programme on HIV/AIDS**

UNDP (2014). *Human Development Report 2014, Sustaining Human Progress: Reducing Vulnerabilities and Building Resilience.* **United Nations Development Programme**

UNFPA (1994). *Programme of Action of the International Conference on Population Development.* **United Nations Population Fund**

UNICEF (2004). *National Survey on Emerging Issues among Adolescents in Sri Lanka*, **United Nations Children's Fund Sri Lanka**

කාන්තාව සහ මාධ්‍ය සාමූහිකය

කාන්තාව සහ මාධ්‍ය සාමූහිකය (WMC) ස්ත්‍රීපුරුෂ සමාජභාවය මත සිදුවන්නාවූ වෙනස්කම් කිරීම් වලින් (අවසැලකිල්ලෙන්))තොරවූ සමාජයක් බිහිකිරීම අරමුණු කරගනී. මෙය 1984 වසරේදී ශ්‍රී ලාංකික කාන්තාවාදීන් කණ්ඩායමක් විසින් ආරම්භ කරන ලද අතර මෙහි අරමුණ වන්නේ වර්තමාන සමාජ, ආර්ථික, දේශපාලනික සහ සංස්කෘතික කරුණු සම්බන්ධයෙන් කාන්තාවාදී දෘෂ්ඨිකෝණයනික් විමසා බැලීම තුලින් ශ්‍රී ලාංකික කාන්තාවන් වඩාත් ධනාත්මක සහ ප්‍රගතිශීලී ආකාරයට කටයුතු කරන්නාවූ සමාජ වාතාවරණයක් සැකසීමයි.

නො.56/1, සරසවි මාවත, කාසල් වීදිය, කොළඹ 08
+ 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

නිෂ්පාදන කණ්ඩායම

කතෘ
එවැන්ජලින් ද සිල්වා

විමංසනය
වෛද්‍ය තිලෝමා මුනසිංහ
ආචාර්ය සේපාලි කෝට්ටේගොඩ
සායි ජ්‍යෝති රෂේර්ලා
පි. බාලසුබ්‍රමානියම්
සචිනි පෙරේරා
යුකාරි හොරි

පරිවර්තනය
තරංගා නඩනසබේසන් සහ
ඉනෝකා ප්‍රියදර්ශණ
ෟ

සෝදුපත් කියවීම
සුමීකා පරෙ‍රෙ‍ා

කංචුක නිර්මාණ ශිල්පි
ටි.එම්. අලි බසීර්

පිටු නිර්මාණ ශිල්පී
රංග ද සිල්වා
සහ කනිෂ්ක කොළඹගෙ

ඡායාරූප ශිල්පී
නටාලි සොයිසා

මුද්‍රණය
Globe Printing Works

දේශීය පැතිකඩ පිළිබඳව

යුරෝපා සංගමයේ ආධාර මත කාන්තාව සහ මාධ්‍ය සාමූහිකය ක්‍රියාත්මක කරනු ලබන "Strengthening the Networking, Knowledge Management and Advocacy Capacities of an Asia-Pacific Network for SRHR," ක්‍රියාකාරි වැඩසටහනෙහි කොටසක් ලෙස මෙම ප්‍රකාශය 2015 වසරේදී සම්පාදනය කරන ලදී. ශ්‍රී ලංකාව තුළ මෙම ව්‍යාපෘතිය Asian-Pacific Resource and Research Centre for Women (ARROW). සහයෝගිත්වයෙන් ක්‍රියාත්මක වන ව්‍යාපෘතියකි. මෙම ව්‍යාපෘතියෙන් බංගලාදේශය, කාම්බෝජය, චීනය, ඉන්දියාව, ඉන්දුනිසියාව, ලාඕසය PDR, මාලදිවයින, මැලේසියාව, මොන්ගෝලියාව, නේපාලය, පකිස්ථානය, පිලිපීනය, ශ්‍රී ලංකාව, තායිලන්තය සහ වියට්නාමය යන රටවල් ආවරණය වේ. මෙම ප්‍රකාශයෙහි පූර්ණ වගකීම කාන්තාව සහ මාධ්‍ය සාමූහිකය සතු බවත් කිසිම ආකාරයකින් හෝ යුරෝපීය සංගමයේ මතය මෙහි අන්තර්ගතය මගින් ප්‍රකාශයට පත් නොකරන බවත් සඳහන් කළ යුතුය. විද්‍යුත් පිටපත් www.womenandmedia.org, www.arrow.org.my සහ www.srhrforall.org හරහා ලබා ගත හැක.

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