බෝ නොවන රෝග, ශ්‍රී ලාංකික වැඩිහිටි ගැටලු සහ අනුවර්ථනයන් පිළිබඳ සමාජ විද්‍යාත්මක අධ්‍යයනයක්

ටී.එච්.ඩී.එම්.සිරිකුමාරි

ඩබ්ලිව්. එම්. ජේ වෙල්ගම

01 හැඳින්වීම

වත්මන් ශ්‍රී ලාංකීය සමාජ සන්දර්භය තුළ අද වන විට බරපතල ගණයේ සමාජ ප්‍රශ්න රැසකම මූලාරම්භය සනිටුහන් කරන සමාජ ගැටලුවක් බවට වැඩිහිටි ජනගහනය ඉහළ යෑම පෙන්වා දිය හැකිය. ජනගහනය ඉහළ යෑම සෑම සමාජයකටම පොදු සංසිද්ධියක් වේ. ශ්‍රී ලංකාව තුළ වයස්ගත වූවන් ලෙස සැලකෙන්නේ වයස අවුරුදු 60 සහ ඊට වැඩි ජනගහනය වන අතර, මෙම වියපත් ජනගහනය දකුණු ආසියාවේ සෙසු රටවල් සමඟ සැසඳීමේ දී ඉහළ අගයක් ගනු ලබයි (De silva & Samarasekera 1999: 93). මෙලෙස ජනගහනය වයස්ගත වීම ගෝලීය කලාපීය හා දේශීය වශයෙන් සලකා බලන කළ සමාජ ගැටලුවක් ලෙස අවධාරණය කළ හැකිය (වෙල්ගම 2014:122). ඒ බව වගු අංක තුළින් ද සනාථ කරයි.

වගු අංක 01: ශ්‍රී ලංකාවේ වියපත් ජනගහනයේ වර්ධනය

60 සහ ඊට වැඩි ජනගහනය	මුළු ජනගහනයේ ප්‍රතිශතයක් ලෙස
1946	5.5
1953	5.4
1963	6.0
1971	6.3
1981	6.6
2001	9.2
2012	12.4

මූලාශ්‍රය: (ජන ලේඛන හා සංඛ්‍යා ලේඛන දෙපාර්තමේන්තුව, 2012)

විශේෂයෙන් වියපත් ජනගහනය ඉහළ යෑම මත වැඩිහිටියන් අත් විඳින ප්‍රධාන ගැටලුවක් වශයෙන් ඔවුන් මුහුණදෙන සෞඛ්‍ය තත්ත්වයන් පෙන්වා දිය හැකිය. සංවර්ධිත රටවල් හා සංවර්ධනය වෙමින් පවතින රටවල් තුළින් සෞඛ්‍යය සඳහා යන වියදමින් සැලකිය යුතු ප්‍රතිශතයක් බෝ නොවන රෝග සඳහා වැය කරන්න සිදු වී ඇති බව පෙනී යයි (*Prevention and Control of Noncommunicable Diseases* -2018). 2012 වර්ෂය තුළ ලෝකය පුරා සිදු වූ සමස්ථ මරණ සංඛ්‍යාව මිලියන 56 වන අතර ඒ තුළින් මරණ මිලියන 38 ක් සිදුව ඇත්තේ බෝ නොවන රෝග හේතුවෙනි (Global Status Report-2014). ශ්‍රී ලංකා සමාජයේ දිනෙන් දින ඉහළ යන බෝ නොවන රෝග හේතුවෙන් පීඩා විඳිමට වැඩිවිහියන් ට සිදු වී ඇත. ශ්‍රී ලංකාවේ සිදු කරන ලද ජනවිකාශන සහ සෞඛ්‍ය පිළිබඳ පර්යේෂණ වාර්තාවට අනුව බෝ නොවන රෝග වලින් පෙළෙන වයස 60 ට වැඩි ජනගහනයෙන් 9.7% ක් සඳහා ඇඳුම රෝගය පවතින බවත්, 16.1% ක් කොලෙස්ටෙරෝල් ද, 1.7% සඳහා වකුගඩු ආබාධ ද, 2.2% ක් අංශභාග රෝගය තුළින් ද පීඩා විඳින බව පෙනවා දී ඇත (Demographic and Health Survey Report- 2016). බෝ නොවන රෝග වන දියවැඩියාව, අධිරුධිර පීඩනය, ඇඳුම, සහ හන්දි ඉදිමීම, හෘදයාබාධ වැනි රෝගයන්ගෙන් වැඩිහිටියන් පීඩාවට ලක් වී ඇති බව පෙන්වා දිය හැකිය (Nationl Survey on Self-reported Health In Sri Lanka-2014, Non Communicable Disease Risk Factor Survey Sri Lanka-2015). වැඩිහිටිවියට පත්වීමත් සමඟ වඩාත් ඉස්මතු විය හැකි බෝ නොවන රෝග සමඟින් කල් ගෙවීමේ දී ඔවුන්ට විවිධ ගැටලුන්ට මුහුණ දීමට සිදු වේ. ඒ අනුව බෝ නොවන

රෝග, ශ්‍රී ලාංකික වැඩිහිටියන් අත් විඳින ගැටලු සහ අනුවර්ථනයන් පිළිබඳ මෙම අධ්‍යයනය වැඩිහිටි සෞඛ්‍ය නඟ සිටුවීමට අවශ්‍ය ප්‍රතිපත්ති නිර්මාණය කිරීමේ දී වැදගත් විය හැකිය. බෝ නොවන රෝග සහ ශ්‍රී ලාංකික වැඩිහිටියන් අත් විඳින ගැටලු සඳහා අනුවර්ථනයන් මොනවාද යන්න අධ්‍යයනය කිරීම ප්‍රමුඛ කොට ගනිමින් අවශේෂ අරමුණ ලෙස ප්‍රාදේශිය වශයෙන් බෝ නොවන රෝගවලින් පීඩා විඳින වැඩිහිටි අත්දැකීම ග්‍රහණය කර ගන්නා වැඩිපුරම හඳුනාගත හැකි ලෙඩ රෝග මොනවා ද යන්න විමසීම මෙන් ම සමාජ ආයතන සම්බන්ධ ගැටලු සහ ඒවාට පවතින අනුවර්තනයන් මොනවාද යන්න විග්‍රහය මෙම ලිපිය තුළ අපේක්ෂිතය.

02 පර්යේෂණ ක්‍රමවේදය

බෝ නොවන රෝග සහ ශ්‍රී ලාංකික වැඩිහිටියන් අත් විඳින ගැටලු සහ අනුවර්ථනයන් පිළිබඳ අධ්‍යයනයේ දි ප්‍රාථමික දත්ත හා ද්විතික දත්ත එක්රැස් කිරීම සිදු විය. ප්‍රාථමික දත්ත මූලාශ්‍රයන් වශයෙන් ප්‍රශ්නාවලි, සරළ නිරීක්ෂණය සහ සම්මුඛ සාකච්ඡා ක්‍රමයන් උපයෝගී කරගන්නා ලදී. එහිදී ප්‍රථමයෙන් සම්මුඛ සාකච්ඡා ක්‍රමය හරහා ගුණාත්මක දත්ත ලබාගත් අතර එම දත්ත පදනම් කොට ගෙන ප්‍රමාණාත්මක දත්ත උදෙසා ප්‍රශ්නාවලි ගොඩ නඟාගන්නා ලදී. ද්විතීයික දත්ත මූලාශ්‍රයන් වශයෙන් පොත් පත්, සඟරා, පුවත් පත්, සංඛ්‍යා ලේඛන වාර්තාවන්, ආයතනගත තොරතුරු සහ අන්තර්ජාලය මගින් ද තොරතුරු ලබා ගන්නා ලදී. මෙම අධ්‍යයනයේ අධ්‍යයන ක්ෂේත්‍රය වශයෙන් ගාල්ල දිස්ත්‍රික්කයේ බළපිටිය ප්‍රාදේශීය ලේකම් කොට්ඨාසයේ බොරළුකැටිය ග්‍රාම නිලධාරී වසම උපයෝගී කර ගන්නා ලද අතර එම අධ්‍යයන ක්ෂේත්‍රය තුළින් සරළ සසම්භාවි නියැදි ක්‍රමය යටතේ බෝ නොවන රෝග සහිත වැඩිහිටියන් සිටින පවුල් සියයක් සහිත නියැදියක් තෝරා ගත් අතර එම පවුල් සියයේ සිටින වැඩිහිටි බෝ නොවන රෝගීන්ගෙන් අවශ්‍යය දත්ත සපයා ගන්නා ලදී. ඉහත ක්‍රම මඟින් ලබා ගන්නා ලද දත්ත ගුණාත්මකව සහ ප්‍රමාණාත්මකව විශ්ලේෂණය කළහ. ප්‍රාථමික දත්ත සහ ද්විතියික දත්ත රැස් කිරීමේ ක්‍රමවේදයන් තුළින් ලබාගන්නා ලද දත්ත සහ තෝරතුරු ප්‍රමාණාත්මක සහ ගුණාත්මක ලෙස විශ්ලේෂණය කිරීම සිදුකළ අතර එහිදී සම්මුඛ සාකච්ඡා තුළින් ලබාගන්නා ලද අමුදත්ත යන් ප්‍රථමයෙන් ප්‍රධාන විචල්‍යයන් හඳුනා ගනිමින් කේතකරණය කරන ලදී. එම දත්ත මත යැපෙමින් ප්‍රමාණාත්මක දත්ත සපයා ගැනීමට ප්‍රශ්නාවලියක් සකස් කළ අතර එය නියැදිය වෙත ඉදිරිපත් කිරීම හරහා ලද දත්ත ප්‍රමාණාත්මකව විශ්ලේෂණය කළහ. එහිදී ප්‍රථමයෙන් ප්‍රශ්නාවලි තුළ වන විවෘත ප්‍රශ්න වලින් ලබාගත් දත්ත කේතකරණය කර ගනු ලැබිණි. පසුව ප්‍රශ්නාවලි තුළින් ලබාගත් දත්ත විශ්ලේෂණය සඳහා පරිගණක මෘදුකාංග උපයෝගී කරගනු ලැබීය. විශේෂයෙන් SPSS මෘදුකාංගය උපයෝගී කොට ගනිමින් ප්‍රතිශතාත්මක අගයන් (Frequencies) මඟින් ගුණාත්මක විශ්ලේෂණය කරනු ලැබු අතර එසේම විචල්‍යයන් අතර සහ සම්බන්ධතාවයක් පවතී ද යන්න විද්‍යාත්මක ගණනය කිරීමට Crosstabs භාවිත කළහ. විද්‍යාත්මකව සහ සම්බන්ධය ගණනය කිරීම උදෙසා කයි වර්ග පරීක්ෂාව (Chi-Square tests) භාවිත කරමින් දත්ත විශ්ලේෂණය කළ අතර ඒ හරහා ප්‍රමාණාත්මක විශ්ලේෂණයක් සිදු කළහ. තවද සම්මුඛ සාකච්ඡා තුළින් ලබාගන්නා ලද දත්ත සහ සරළ නිරීක්ෂණය හරහා ලබා ගන්නා ලද දත්ත ගුණාත්මක දත්ත විශ්ලේෂණ ක්‍රම ඔස්සේ විශ්ලේෂණය කරන ලදී. මෙම පර්යේෂණයේ සීමාවන් ලෙස වැඩිහිටියෙකු වශයෙන් වයස අවුරුදු 60 සහ ඊට වැඩි ජනගහනය නියෝජනය විම සහ බෝ නොවන රෝග තුනකට පමණක් එනම් දියවැඩියාව (Diabetes), අධිරුධිර පීඩනය (Hypertension) සහ හෘදයාබාධය (Heart diseas) යන බෝ නොවන රෝග තුනට පමණක් සීමා වී අධ්‍යයනය සිදු කරන්නට වීම පෙන්වා දිය හැකිය.

03 ප්‍රතිඵල සහ විශ්ලේෂණය

3.1 බෝ නොවන රෝග සහ වැඩිහිටියන්

ලෝකය පුරා සිදුවන මරණ අතරින් බහුතරයක් පුද්ගලයන් මිය යැමට හේතුව වී ඇත්තේ බෝ නොවන රෝග (Non-Communicable Disease (NCD)) වේ. එහි දී ලෝකය තුළ බෝ නොවන රෝග ව්‍යාප්ත වීම හදුනාගැනීමේ දී ලෝකය පුරා මරණ පොදු බෝ නොවන රෝග හතරක් කේන්ද්‍ර කර ගනිමින් සිදු වන බව පෙනී යයි. එවා නම් හදවත් රෝග, දියවැඩියාව, පිළිකා සහ

ස්වසනය අශ්‍රිත රෝග වේ. 2012 වර්ෂයේ කරන ලද අධ්‍යයනයකට අනුව අවුරුදු හැත්තෑවට වැඩි පිරිස මිය යෑමට ද ප්‍රධාන සාධකය වී ඇත්තේ බෝ නොවන රෝගයන් වේ. එහි දී හෘදය ආශ්‍රිත රෝග හේතුවෙන් මිය ගිය ප්‍රමාණය 37%ක් වන අතර 27% පිළිකා හේතුවෙන් මිය ගොස් ඇත. එසේම දියවැඩියාව හේතුවෙන් 4% ක් ද, ස්වසනය අශ්‍රිත රෝග හේතුවෙන් 8%ක් සහා 23% මියගොස් ඇත්තේ අනෙකුත් බෝ නොවන රෝග නිසා බව අනාවරණය කර ගෙන ඇත (Globle Status Report On Noncommunicable Diseases 2014). තවද 2016 වර්ෂයේ ලෝකය තුළ බෝ නොවන රෝග හේතුවෙන් සිදු වූ මරණ සංඛ්‍යාව මිලියන 57 (71%) කි (Noncommunicable Diseases Country Profile 2018). එසේම ශ්‍රී ලංකාවේ බෝ නොවන රෝග පැතිර පැවතීම අධ්‍යයනයේ දී හදවත් රෝග ජනගහනයෙන් 2% ක් සඳහා ත් අධිරුධිර පීඩනය ජනගහනයෙන් 8%ක්, දියවැඩියාව ජනගහනයෙන් 6%ක්, කොලෙස්ටෙරෝල් ජනගහනයෙන් 5%කට සහ වකුගඩු ආබාධ ජනගහනයෙන් 1%ට පවතින ආකාරය හඳුනාගත හැකිය. මෙම බෝ නොවන රෝගයන් ගෙන් වැඩිහිටියන් දැඩිව පීඩා විඳින බෝ නොවන රෝග ලෙස අධිරුධිර පීඩනය වැඩිහිටියන් 30.7% ක් ද හෘදයාබාධය වැඩිහිටියන් 7.7%ක් සදහා ද දියවැඩියාව වැඩිහිටියන් 17.3% ක් සදහා ද හතිය වැඩිහිටියන් 9.7% ක් සදහා ද වකුගඩු ආබාධ වැඩිහිටියන් 1.7% ක් මෙන්ම පිළිකා වැඩිහිටියන් 1.2% ක් සඳහා පවතින බව ජන ලේඛන හා සංඛ්‍යා ලේඛන දෙපාර්තමේන්තු වාර්තා තුළින් සනාථ කර ඇත. එසේම ගාලු දිස්ත්‍රික්කය තුළ බෝ නොවන රෝග ව්‍යාප්ත වීම හඳුනාගැනීමේ දී හදවත් රෝග වැඩිහිටියන් 55.9%ක් සඳහා ත් අධිරුධිර පීඩනය සහිත වැඩිහිටියන් 65.5%ක් ද, දියවැඩියාව සහිත වැඩිහිටියන් 50.7% ක් තුළ ව්‍යාප්තව ඇති බව හදුනාගෙන ඇත (Demographic and Health Survey Report- 2016). ශ්‍රී ලංකාවේ වැඩිහිටියන්ගේ බෝ නොවන රෝග සම්බන්ධව අනාවරණය වී ඇති කරුණු සසදා බලන කළ ක්ෂේත්‍රය තුළ ද පහත තොරතුරු අනාවරණය විය.

වැඩිහිටියන් බහුලව පීඩා විඳින රෝගය වශයෙන් අධිරුධිර පීඩනය එනම් නියැදියෙන් 78% නියෝජනය කරයි. සමස්ථ ලෝකයේ ම බහුතරයක් පීඩා විඳින අධිරුධිර පීඩනය යන රෝගය ක්ෂේත්‍රය තුළ ද ඉහළ මට්ටමක පවතින ආකාරය හඳුනාගත හැකිය. වැඩිහිටියන් සම්බන්ධව පවතින පර්යේෂණ අනුව ලෝකය තුළ පිළිකා සම්බන්ධව අවධානමක් ඇති බව පෙනි යන මුත් ශ්‍රී ලංකාවත් සමග සැසඳීමේ දී එම තත්ත්වය අඩු මට්ටමක පවතින බව පෙනී යන කරුණක් වේ. නමුත් ක්ෂේත්‍රය තුළ පිළිකා රෝගීන් හඳුනාගත නොහැකි විය. එසේම ශ්‍රී ලංකාවේ දී කෙරෙන ලද සෞඛ්‍ය සම්බන්ධ ජාතික සමීක්ෂණයට (Nationl Survey On Self-reported Health In Sri Lanka-2014) අනුව හතිය සහ අස්ථි ආබාධ හදවත් රෝගයට වඩා ඉහළ මුත් අධ්‍යයන ක්ෂේත්‍රය තුළ මෙම රෝගයන්ට වඩා කොලෙස්ටෙරෝල් සහ සුව නොවන තුවාල සහ හෘදයාබාධයන් ඉහළ මට්ටමක පවති.

මෙම අධ්‍යයනය තුළින් සනාථ වූ තවත් කරුණක් වන්නේ බෝ නොවන රෝග එකක් හෝ කිහිපයක් එකම වැඩිහිටියාට පවතින බවයි. බෝ නොවන රෝග සහිත වැඩිහිටියන්ගෙන් එක් රෝගයකින් පමණක් පීඩා විඳින ප්‍රමාණය 17% ක් වේ. අනෙක් සියලුම වැඩිහිටියන් රෝග එකකට වැඩි ප්‍රමාණයකින් පෙළෙන අතර බෝ නොවන රෝග තුනක් පවතින රෝගීන් 32% ක් ඉහළ අගයක් ගනු ලබයි. එනම් මෙම නියැදියෙන් රෝග තුනකට වඩා වැඩි බෝ නොවන රෝග සංඛ්‍යාවකින් පෙළෙන රෝගීන් 70% ක් වේ. රෝග සංඛ්‍යාව හයකට වඩා වැඩි රෝගීන් 4% ක් වන බව හඳුනාගත හැකිය. බෝ නොවන රෝග කිහිපයකට එකවර මුහුණ දී සිටින වැඩිහිටියන් පෙන්වා දෙන්නේ ඔවුන්ගේ මැදි වයස තුළ දී මෙම රෝගයන්ගෙන් එක් රෝගයක් හෝ ස්මතු වූ බවයි. එම තොරතුරු අනුව වැඩිහිටියන් බෝ නොවන රෝග හේතු වෙන් පීඩාවට පත්ව සිටින ආකාරය සනාථ කළ හැකිය. සම්මුඛ සාකච්ඡාවන් තුළින් අදහස් දක්වන ලද පුරුෂ දත්ත දායකයෙකුගේ පහත ප්‍රකාශයට අනුව ද එය තවදුරටත් සනාථ කළ හැකිය.

> දියවැඩියාව ප්‍රේෂර්, හට් ඇටැක් තව ගොඩක් ලෙඩ තියෙනවා මට..42 දී දියවැඩියාව ආවා ඊට පස්සේ ප්‍රේෂර් ආවා 1993 දී තමයි හට් ඇටැක් ආවේ දැන් ඇස් පෙන්නෙත් නෑ (පුරුෂ ,වයස අවුරුදු 72)

බෝ නොවන රෝග පිළිබඳ ජන ලේඛන හා සංඛ්‍යා ලේඛන දෙපාර්තමේන්තු වාර්තාවට අනුව ශ්‍රී ලංකාව තුළ අධිරුධිර පීඩනය, හතිය, දියවැඩියාව, පිළිකා, කොලෙස්ටෙරෝල් යන රෝග කාන්තාවන් අතර බහුලව හඳුනාගත හැකි අතර එය ප්‍රතිශාතාත්මකව ඉහළ වන අතර හෘදය ආශ්‍රිත රෝග, අංශභාගය සහ වකුගඩු ආබාධ පුරුෂයන් තුළ ප්‍රතිශාතාත්මකව ඉහළ වේ (Demographic and Health Survey Report- 2016). නමුත් වැඩිහිටියන් පිළිබඳ මෙම අධ්‍යයනයේ දී අධ්‍යයන ක්ෂේත්‍රය තුළ බහුතරයක් බෝ නොවන රෝග සහිත වැඩිහිටියන් කාන්තාවන් වේ. ක්ෂේත්‍රය තුළ බෝ නොවන රෝග ඉහළ අගයක් ගන්නා වයස් කාණ්ඩය ලෙස 60 සහ 75 අතර පිරිස හඳුනාගත හැක. එසේම හෘදයාබාධ සහිත වැඩිහිටියන් 53.1% වැන්දඹු වන අතර ඒ අනුව බෝ නොවන රෝග සහිත වැඩිහිටි වැන්දඹු ප්‍රජාව අතර හෘදයාබාධ ඉහළ මට්ටමක පවතින බව අනාවරණය වූහ.

3.2 වැඩිහිටි බෝ නොවන රෝගීන් සහ සමාජ සංස්ථාමය ගැටලු

සමාජගත ආයතන හෙවත් සමාජ සංස්ථා සමාජ ජීවිතයේ මධ්‍යගත අවශ්‍යතා සපුරාලන ආයතන ලෙස හැඳින්වේ (පෙරේරා 2013). ඒ අනුව සෞඛ්‍යය සේවා ආයතන, පවුල, ආර්ථිකය යන සංස්ථා මධ්‍යගත අවශ්‍යතා සපුරන ආයතනයන් වේ. මෙම සමාජ සංස්ථා හේතුවෙන් බෝ නොවන රෝග සහිත වැඩිහිටයන් ගැටලුන්ට ලක් වීම සහ ඒවාට අනුවර්තනය වීම හඳුනාගත හැකිය. ඒ පිළිබඳ මෙහිදී අවධානය යොමු කෙරේ.

3.2.1 පවුල් සංස්ථාව

සමාජයේ පවතින සංස්ථා අතරින් සුවිශේෂී සංස්ථාවක් ලෙස පවුල යන සංස්ථාව හැඳින්විය හැකිය. පවුල විශ්වීය සමාජ ආයතනයකි. විශේෂයෙන් පවුල යන සංස්ථාව තුළ අඛණ්ඩ වූත් ගැඹුරු සම්බන්ධතා අනෙකුත් සමාජ සංස්ථා සමඟ සැසඳීමේ දී හඳුනාගත හැකිය. එම පවුල් ක්‍රමය තුළ ගෞරවාන්විත වූ මූලිකත්වයක් වියපත් වූවන්ට හිමි කොට දී තිබෙන ලදී (Kart & Kinney 2001). සම්භාව්‍යය දෘෂ්ඨියට අනුව පවුල යනු එකට ජීවත්වන, විවිධාකාර ක්‍රියාකාරකම් එකට සිදු කරන ජීවිතයේ අත්‍යවශ්‍ය ද බෙදා හදාගනිමින් දරුවන් ඇති දැඩි කරන සංස්ථාවයි. විසිවන සියවසේ මැදභාගයේ සිට පවුල පිළිබඳ සම්ප්‍රදායික තත්ත්වය වෙනස් වෙමින් පවතින ආකාරය හඳුනාගත හැකිය (Anastasiu). 21 වන සියවසේ දී වියපත් ප්‍රජාවගේ පවුල් සංස්ථා වෙනස් විය. විශේෂයෙන් පවුල් සංස්ථාව තුළ වන ඥාති සම්බන්ධතා සහ අන්තර් සබධතා වෙනස් වීමට භාජනය වූ අතර විශේෂයෙන් පරම්පරා අතර උදව් කර ගැනීම, පරම්පරා අතර එකමුතුව, පරම්පරා අතර හුවමාරුකර ගැනීම නවීන ජීවන චර්යා ගොඩනගා ගැනීමේ දී අතහැර දමා තිබෙන ආකාරය හඳුනාගත හැකිය. විශේෂයෙන් බහුතරයක් දෙමාපියන් අවුරුදු 50 ක් වූ විට දරුවන් විවාහ දිවියට එළඹෙන අතර ඔවුන් දරුවන් ප්‍රජනනය කිරීම එම දෙමාපියන් වැඩිහිටි වියට එළඹීමත් සමඟ වේ. ඒ නිසා බොහෝ වැඩිහිටියන් පවුල් සංස්ථාව තුළ තනි වන ආකාරය හඳුනාගත හැකිය (Harper 2006). විශේෂයෙන් සමාජ සහ මනෝ විද්‍යාත්මක අර්ථ නිරූපණයට අනුව වැඩිහිටියන්ට ඔවුන් ජීවත් වන පවුල් පරිසරය සුවිශේෂී වන අතර, ඒ හරහා වැඩිහිටියන්ගේ ජීවිතයට සුවිශේෂී බලපෑමක් එල්ලවන ආකාරය හඳුනාගත හැකිය (Peace 2006).

කුඩා කළ සිට මාපියන් සමඟ හැදිවැඩුන දරුවන් වියපත් වියේදීත් තමන් සමඟ රැඳී සිටි වී යන සිතුවිල්ල බොහෝ මව්පියන්ගේ සිතෙහි පවති. නමුත් වැඩිහිටියන් හුදකලාවේ තනි කරමින් පවුල් ක්‍රමයේ ඇති ව ඇති ප්‍රධාන වෙනස නම් න්‍යෂ්ටික පවුල් ක්‍රමය ඇති වීමයි. 2012 දී සිදු කරන ලද පර්යේෂණයකට අනුව වයස අවුරුදු 60 සහ 69 අතර වයස් කාණ්ඩයේ පිරිස් 45.6% න්‍යෂ්ටික පවුල් තුළ ජිවත් වන බවත් 54.4% විස්තෘත පවුල් තුළ ජීවත්වන බවත් පෙන්වා දී ඇත. එසේම වයස අවුරුදු 70 සහ 79 අතර වයස් කාණ්ඩයේ පිරිස් 35.5% න්‍යෂ්ටික පවුල් තුළ ජීවත් වන විට 64.5% විස්තෘත පවුල් තුළ ජිවත් වේ. තවද වයස අවුරුදු 80වට වැඩි පිරිස තුළින් න්‍යෂ්ටික පවුල් තුළ 27.5%ක් ද, විස්තෘත පවුල් තුළ 72.8% ද ජීවත් වන බව අනාවරණය කොට ඇත (Ageing Population Of Sri Lanka 2012). ඒ අනුව පෙනි යන්නේ න්‍යෂ්ටික පවුල් ක්‍රමය තුළ සිටින වැඩිහිටියන් ඔවුන්ගේ න්‍යෂ්ටික පවුල් රටාව තුළ හුදකලා වී ඇති බවයි. එසේම විස්තෘත පවුල්

සංස්ථාව බිඳවැටීම වියපත් වීම ගැටලුවක් බවට පත්කර ඇත. මේ නිසා වැඩිහිටියන් රැකබලා ගැනීම සඳහා පවුල තුළින් ලැබුණු පිටිවහල බිඳවැටී ඇත (අමරසේකර 2016). එසේම වැඩිහිටි වියේ දී සබඳතා සංවර්ධනය වීම අත්‍යවශ්‍ය දෙයක් වන අතර පවුල සහ මිතුරු සමූහයන්ගේ චිත්තවේගීමය සහයෝගය සහ බඩු භාණ්ඩයන්ගේ සහයෝගය වැඩිහිටියන්ට අත්‍යවශ්‍යය දෙයකි (Adams & Rosemary 1995). ඒ අනුව බෝ නොවන රෝගවලින් පෙළෙන වැඩිහිටියන් තමන් වියපත් හෙයින් ද, බෝ නොවන රෝග හේතුවෙන් රෝගීයෙකු වී සිටින හෙයින් ද තම දරුවන් ඇතුළු පවුලේ සියලු දෙනාගේම අවධානය ඔවුන් බලාපොරොත්තු වේ. බෝ නොවන රෝග දීර්ඝ කාලයක් පවතින අතර, එහිදී බෝ නොවන රෝගී වැඩිහිටියන්ගේ ක්‍රියාකලාපයට පවුලේ සමාජිකයන් අනුවර්තනය වීමක් සිදු වේ. රෝගීයාට රෝග පිළිබඳ සංජානනමය වශයෙන් ගොඩ නගාගන්නා චර්යාවක් පවති. රෝගීයා හැම විටම පවතින තත්ත්වය අන් අයට පැවසීම සිදු කරන අතර ඒ සම්බන්ධව ලැබෙන ප්‍රතිචාරය රෝගය පැවති කාල සීමාව අනුව තීරණය වේ. රෝගී තත්ත්වය පරණ වීමත් සමඟ එය පවුලේ සමාජිකයන් සාමාන්‍යකරණය කර ගන්නා ආකාරය හඳුනාගත හැකිය. එහිදී එම අවතක්සේරුව මත රෝගීන් ගැටලුවකට ලක් වේ. ඒ බව පහත ප්‍රකාශය තුළින්ද සනාථ වේ.

> මම කොච්චර ලෙඩ කිව්වත් මහත්තයා ගණන් ගන්නෑ ...එහේම වුනාම මට ලෙඩේට වඩා දුක හිතෙන්නේ ඒ ගැන (ස්ත්‍රී , වයස අවුරුදු 65).

පවුල් සංස්ථාවේ උදව් තෘප්තිමත් සහ සාර්ථක වියපත් දිවියක් සඳහා අවශ්‍යය වන අතර ඒ තුළින් වියපත් වූවන් සෞඛ්‍යය සම්පන්න ජීවිතයක් ගතකරනු ඇත (Guven & Sener 2010). නමුත් පවුල් ක්‍රමයන් වෙනස් වීමට ලක් වීම පවුල තුළ අඩු දරුවන් ප්‍රමාණයක් සිටීම, දරුවන් ආර්ථික කටයුතු සඳහා නිවසෙන් පිටවීම සහ වැඩිහිටියන්ගේ ආයු අපේක්ෂාවේ ඉහළ මට්ටම මත වැඩිහිටියන්ට පවුල් රැකවරණය අහිමි වීම දැක ගත හැකිය (Knodel & Chayovan 2011, සිල්වා 2004: 50-51). ඒ අනුව වැඩිහිටි රෝගීන්ගේ අසනීප පිළිබඳ සිය පවුලේ සමාජිකයන් සොයා බැලීම වැඩිහිටියන්ට මානසික සහනයක් මෙන් ම මානසික සෞඛ්‍ය ද සුවපත් කරවන්නක් වුව ද වැඩිහිටියන් සිය පවුල තුළින් නොසලකා හැරීම මත වෛද්‍යවරයා පිළිබඳ පූර්ණ විශ්වාසය ගොඩ නගාගන්නා ආකාරය හඳුනාගත හැකිය.

> ජරා ලෙඩේ මොකක් ද මේ කියලා හිතේනවා මැරෙන්න හිතේනවා වස ටිකක් හරි බීලා...මිනිස්සු ගණන් ගන්නෑ දූන් , එත් ඉවසනවා නැයෝවත් කැමති නැ ගෙදර අයත් අප්‍රිය කරනවා (ස්ත්‍රී, වයස අවුරුදු 69).

බෝ නොවන රෝගවලින් පෙළෙන වැඩිහිටියන් දීර්ඝ කාලීන රෝගී තත්ත්වයක් මත පීඩා විඳීම මත සැනසීමක් පවුල හරහා බලාපොරොත්තු වේ. නමුත් අද වන විට බෝ නොවන රෝග සහිත වැඩිහිටියන් පවුල තුළ පීඩාවට ලක්ව ඇත. ඔවුන් රෝගය හේතුවෙන් මෙන් ම, පවුල තුළින් ද අසරණ වීමත් සමඟ මරණය ඉක්මන් වෙන්න යන සිතුවිල්ල පෙරදැරි කොට ජීවත් වේ. තවත් වැඩිහිටියෙකුගේ පහත ප්‍රකාශය තුළින් රොගී වැඩිහිටියන් පවුල් සංස්ථාවෙන් ගිලිහී ගොස් ඇති ආකාරය හඳුනාගත හැක.

> මට දරුවෝ හත් දෙනෙක් ඉන්නවා මේ ගෙවල් ඔක්කොම මම හදලා දුන්නේ කානු කපලා දුක් මහන්සිවෙලා....හිටපු ගමන් මැරෙනවා නම් හොඳයි...බෙහෙත් ගන්න ගියාම සතිය දෙක ඉස්පිරිතාලේ නතර කරනවා ලෙඩේ වැඩී කියලා...දරුවෝ කිසි කෙනෙක් ඉස්පිරිතාලෙට එන්නේ නෑ මාව බලන්න ටිකට් කපලා ගෙදර එනකන් මම ඉන්නව ද මැරිල ද වත් එයලා දන්නෑ (පුරුෂ, වයස අවුරුදු 84).

මෙම ප්‍රකාශය තුළින් ද සම්ප්‍රදායික පවුල් ක්‍රමය තුළ වැඩිහිටියන්ට පැවති වටිනාකම අද වන විට ගිලිහී පවත්න බවත් දරුවන් සිය දෙමාපියන් සම්බන්ධව පැවතී ඥාති සම්බන්ධතාව පිරිහී ගොස් ඇති ආකාරයත් හඳුනාගත හැකිය. රෝගීව අසරණවන වැඩිහිටියන් ජීවිතයේ මරණය අපේක්ෂාවක් කොට ජීවත් වීමට මෙය ප්‍රධාන හේතු සාධකයක් වී ඇත. විශේෂයෙන් ක්ෂණික මරණයක අපේක්ෂාව ඔවුන්ට පවතින අතර තමන්ගේ වැඩ තමාට කරගත නොහැකි වන තුරු සිටීම තුළින් තමාට සැලකීමට හෝ වැඩ එල කර දීමට කවුරුත් නොමැති බව සිතමින්

වැඩිහිටියන් ජීවත් වන අතර ඔත්පල වීමට බියක් සහ ක්ෂණික මරණයට ආශාවක් වැඩිහිටියන් තුළ ගොඩනැගී පවති. ඒ බව පහත ප්‍රකාශයෙන් ද සනාථ වේ.

> එකපාරට මැරුණට කමක් නෑ එක්තැන් වෙයි කියලා බයයි. එක එක වචන අහන්න වෙයි කියලා බයයි...තා...තෝ...බුරුවා...කාලකන්නියා වගේ වචන අහන්න වෙයි. එයාලත් වැරදි නෑ මානසිකව වැටිලනේ ඉන්නේ. හැම දේකටම අනේ අනේ කියන්න වෙනවා එක්තැන් වුනොත් (පුරුෂ, වයස අවුරුදු 72).

විශේෂයෙන් රෝගී වැඩිහිටියන් ඖෂධවලට ප්‍රමුඛතාවය දෙමින් පවුල තුළ කරදරයක් නොවී සිටිම ට උත්සහ කරන ආකාරයක් හඳුනාගත හැකිය. ඖෂධ පානය කිරීමේ අරමුණ ඔත්පල නොවන ක්ෂණික මරණය බවට පත් ව ඇත. ඒ අනුව ඇතැම් වැඩිහිටියන් හුදකලාව ට අනුවර්තනය වී ජීවිතය ගෙවන අතර තම පරිස්සම ගැන සිතමින් ඖෂධ පානය කරමින් පවුල තුළින් ලක් වන ගැටලුවලට අනුවර්තනය වීම හඳුනාගත හැකිය.

3.2.1 ආර්ථික සංස්ථාව

සමාජයේ පවතින විවිධ සංස්ථා අතර ප්‍රධාන තැනක් ආර්ථික සංස්ථාවට හිමි වේ. එසේම නූතන ආර්ථික සංස්ථාව මිනිස් ජීවිතයේ සෑම ක්‍රියාවකට ම තදින් බලපෑමක් කිරීමට සමත් ව ඇති ආකාරය දැකිය හැකිය. නූතන සමාජයට බලපෑම් කරන ප්‍රබල සංස්ථාවක් ලෙස ආර්ථික සංස්ථාව හැඳින්විය හැකිය (පෙරේරා 2013). මෙම සුවිශේෂී සමාජ සංස්ථාව කෙරෙහි ජනගහනය වියපත් වීම බලපාන අතර එහිදි යැපුම් අනුපාතය කෙරෙහි, ශ්‍රම බලකාය කෙරෙහි, රජයේ සමාජ ආරක්ෂණ වියදම් කෙරෙහි, ඉතිරිකිරීම් සහ ආයෝජන කෙරෙහි මෙන් ම ප්‍රාග්ධන වෙළඳපොල සහ නිෂ්පාදිත කෙරෙහි සහ රාජ්‍ය ණය කෙරෙහි බලපෑම් ඇතිකරන ආකාරය දැකිය හැකිය. (අමරසේකර 2016). විශේෂයෙන් මෙම බලපෑමේ ස්වභාවය විවිධ රටවල් හි අර්ථ ගැන්වීම අනුව වෙනස් වේ (Onder & Pestieau 2014). ශ්‍රී ලංකාව දෙස බැලිමේ දී වැඩිහිටියන් ආර්ථික සංවර්ධනය උදෙසා බධාවක් ව පවතින බව හඳුනාගත හැකිය. ශ්‍රී ලංකාවේ වැඩිහිටියන් පිළිබඳ පවතින තොරතුරු අනුව වැඩිහිටියන්ගේ යැපුම් අනුපාතය ඉහළ මට්ටමක පවතී. එනම් වැඩ කරන වයසේ ජනගහනය පුද්ගලයන් 100 කට සිටින අවුරුදු 60 ට වැඩි පුද්ගලයින් සංඛ්‍යාව වැඩිහිටි යැපුම් අනුපාතය වේ. 1981 සංගණනය හරහා වැඩිහිටි යැපෙන්නන් සංඛ්‍යාව 11.4 ක් වූ මුත් 2012 වසර තුළ ඒ සංඛ්‍යාව 19.8 දක්වා වැඩි වී ඇත (ජන හා සංඛ්‍යා ලේඛන දෙපාර්තමේන්තුව, 2012). 2017 වර්ෂයේ ශ්‍රී ලංකාවේ ශ්‍රම බලකාය ස්ත්‍රීන් 36.6% ක් සහ පුරුෂ 74.5% ක් වන අතර දකුණු පළාත තුළ රැකියා විරහිත අනුපාතය 5%ක් වේ. ගාල්ල දිස්ත්‍රික්කයේ ආර්ථික වශයෙන් සක්‍රීය ප්‍රජාව ස්ත්‍රීන් 37.4%ක් සහ 62.6% පුරුෂයන් වේ. ස්ත්‍රීන්ගේ ආර්ථික ක්‍රියාකාරීත්වය පුරුෂයන්ට සාපෙක්ෂව අඩු මට්ටමක පවතින අතර එම තත්ත්වය 40ට වැඩි වයස් කාණ්ඩයන් තුළත් සමව හඳුනාගත හැකිය (Sri Lanka Labour Force Survey- Annual Bulletin – 2017 & Labour Force Survey - Annual Report 2017). සමස්ථයක් ලෙස වැඩිහිටි ජන ගහනයේ යැපුම් අනුපාතය ඉහළ බව පෙනී යන අතර, වැඩිහිටි යැපෙන්නන් බෝ නොවන රෝග හේතුවෙන් කවර ආකාරයක ගැටලුන්ට මුහුණ දෙනවාද යන්න අවධානයට ලක් විය යුතුය. මෙම අධ්‍යයනයට අනුව බෝ නොවන රෝගී වැඩිහිටියන්ගෙන් බහුතරයක් ආර්ථික හැකියාවකින් යුක්ත නොවන වැඩිහිටියන් බවත් නියැදිය තුළ 22% ක් පමණක් ආදායම් මාර්ග පවතින වැඩිහිටියන් බවත් අනාවරණය විය. එසේ මුත් බෝ නොවන රෝග වැළඳෙන ලද වැඩිහිටියන්ට දිගින් දිගටම ප්‍රතිකාර ගැනීමට සිදු වේ. එහිදී රෝගී වැඩිහිටියන් ආර්ථික සාධක මත හිංසනයට ලක් වේ. එනම් වැඩිහිටියන් තව දුරටත් යැපෙන්නකු බවට පත් කිරීමට රෝගී තත්ත්වය හේතු වී ඇත.

> අතට මිටට කියක්වත් නෑ සල්ලි කියක්වත් නැතුව ඉන්න වෙලා තියෙන්නේ...ලෙඩ වෙන නිසා වැඩට යන්න ත් බෑ මට කොච්චර අඩු පාඩු තිබුනත් කියක් හරි හම්බ වුනාම ඉතිරි කරගන්නවා බෙහෙත් වේල ගන්න ඕන නිසා (ස්ත්‍රී, වයස අවුරුදු 60).

වැඩිහිටියන් පිළිබඳව වන වැදගත් න්‍යායක් ලෙස මාක්ස්වාදී දේශපාලන ආර්ථික පර්යාවලෝකය (Political Economic Perscective) යටතේ ඇති 'ව්‍යුහ පරායත්තතා න්‍යාය' (Structural Dependecy Theory) ඉදිරිපත් කරන තර්කය වන්නේ වෘද්ධයන් සමාජීය වශයෙන් කොන් වීම, දුගීභාවයට පත් වීම සමාජ ව්‍යුහය විසින් ම නිර්මාණය කරනා තත්ත්වයක් බවයි. එසේම ධනවාදී සමාජ ක්‍රමය මත නිර්මාණය වන එම තත්ත්වය වෙනස් කළ හැක්කේ සමාජ ආර්ථිකය වෙනස් කිරීම තුළින් බව මෙම න්‍යායෙන් පෙන්වා දී ඇත (වෙල්ගම 2014:129, අමරසේකර 2016:37). මෙහි දී විියපත් වීම සමාජයේ ව්‍යුහය මතින් නිම වෙන බව පෙන් දී ඇත. උදාහරණයක් වශයෙන් වියපත් විය වයස අවුරුදු 60 වැඩි වූ අය ද එසේ නැතිනම් වයස 65 ට වැඩි අය ද යන්න තීරණය කරන්නේ අදාළ සමාජ ව්‍යුහය වේ. එසේම ශාරීරිකව කොතරම් යෝග්‍යතාවක් ඇතත් සමාජ ව්‍යුහයත් සමඟ එකඟ වෙමින් විශ්‍රාම ගැනීමට වියපත් වූවන් ට සිදු වේ (Walker & Foster 2006). පවතින යථාර්තයට අනුව වැඩිහිටියන් සිය රෝගී බවත්, ආර්ථික කටයුතු තුලින් ඇත් වීමත් මත නිර්මාණය වන ආර්ථික දුර්වලතා හමුවේ වැඩිහිටියන්ට පවතින විවිධ උවමනාවන් සහ අවශ්‍යයතා ඉටු කර ගැනීමට ඔවුන් ට හැකියාවක් නොපවති. තමන් අත පවතින මුදලෙන් කවරක් කරන්න සිතුනද අවසාන තීරණය බවට තම රෝගී තත්ත්වය පාලනයට අවශ්‍යය ඖෂධ ලබා ගත යුතුය යන්න පත් වේ.

බෝ නොවන රෝග සමඟ ඇති වන ආර්ථික ගැටලුවලට රෝගී වැඩිහිටියන් තුළ විවිධ අනුවර්තනිය චර්යාවන් හඳුනාගත හැකිය. ඇතැම් වැඩිහිටියන් ඖෂධ හල් (Pharmacy) සඳහා ණය වී ඖෂධ මිල දී ගන්නා බව පෙන්වා දෙන ලදී. එහිදී විශ්‍රාම වැටුප් ලද සැනින් එය ගෙවන අතර නැවත විශ්‍රාම වැටුප ලබන තෙක් ණය පොතක් උපයෝගී කර ගෙන ඖෂධ ලබා ගන්නා ආකාරය හඳුනාගත හැකිය. විශ්‍රාම වැටුප් තීරණය වීමට ද නියලෙන ලද වෘත්තිය හේතු වේ. වියපත් වීමත් සමඟ විශ්‍රාම වැටුප නොලැබී යන වැඩිහිටියන් විශ්‍රාම වැටුප හිමිවන්නාට වඩා හිමි නොවන අය සමාජය තුළ පීඩිතයන් බවට පත් වේ. පන්තිය යන ස්තරගත බව හේතු වෙන් ද වියපත් වූවන් සමාජය තුළ අසමානතාවයන්ට ලක් වී ඇත (Walker & Foster 2006). එසේම ඇතැම් බෝ නොවන රෝග සහිත වැඩිහිටියන් තම ඖෂධ ඉවර වූ විට තම පවුලේ වෙනත් සමාජිකයෙකුගෙන් හෝ වෙනත් සම රෝගීන්ගෙන් ඖෂධ ඉල්ලා පානය කරන බවත් සල්ලි ලැබුණ විට ඖෂධ මිල දී ගන්නා බවත් පෙන්වා දෙන ලදී. තවත් බෝ නොවන රෝග සහිත වැඩිහිටියන් කාණ්ඩයක් පෙන්වා දෙන ලද්දේ රාජ්‍ය සායනවල දී කොතරම් පීඩාවට ලක් වුවත් තමන් ඒ සායනවලට යාමේ තවත් එක අරමුණක් වන්නේ ආර්ථික අපහසුතා අවම වීම යන හේතු සාධකය බවයි. ඒ අනුව බෝ නොවන රෝග සහිත වැඩිහිටියන් ආර්ථික ගැටලුවලට දක්වන විවිධ අනුවර්තන චර්යාවන් සමාජ ස්තරායනය මත වෙනස් වේ.

3.2.3 සෞඛ්‍ය සේවා ආයතන

සෑම සමාජයකටම වැදගත් සහ සුවිශේෂ සමාජ සංස්ථාවක් ලෙස සෞඛ්‍යය සේවා ආයතන පෙන්වා දිය හැකිය. ශ්‍රී ලාංකීය සෞඛ්‍ය සේවා පිළිබඳ මූල්ම අධ්‍යයනයන් සිදුකරනු ලැබුවේ 1950 දී විදේශික විද්වතකු වූ ආචාර්ය ජේ. එච්. එල්. කම්ප්ස්ටන් විසින් ශ්‍රී ලාංකීය රාජ්‍ය ආරාධනය මත වේ. මෙම කම්ප්ස්ටන් වාර්තාව අනුව ශ්‍රී ලංකාවේ සෞඛ්‍ය සේවා සඳහා නීතිමය පදනමක් ගෙන දෙන ලදී. එසේම පළමු සෞඛ්‍ය සේවා පිළිබඳ පනත 1952 වසරේ දී පාර්ලිමේන්තුවට ගෙන එන ලද අතර සෞඛ්‍ය පිළිබඳ පළමු ජාතික ප්‍රතිපත්තිය සකස් කෙරුණේ 1992 වසර තුළ දීය (Draft-New Health Policy 2016-2025). මෙලෙස ආරම්භ වූ සෞඛ්‍ය සේවා පද්ධතිය අද වන විට අසල්වැසි රාජ්‍යයන් සමඟ සසඳන කළ නීරෝගීමත් සමාජයක් නිර්මාණය කරණු වස් කර ඇති සේවාවන් පැසසුමට ලක් ව ඇත. ශ්‍රී ලාංකීය සෞඛ්‍ය පද්ධතිය කොටස් දෙකකින් සමන්විත වන අතර එනම් පොදු අංශය සහ පෞද්ගලික අංශය වශයෙනි (Sri Lanka Essential Health Services Package 2019). ශ්‍රී ලංකාවේ පවතින නිදහස් සෞඛ්‍ය රාජ්‍යය අංශය මඟින් රොහල් කේන්ද්‍ර කොට ගනිමින් නිදහස් සෞඛ්‍ය පවත්වාගෙන යයි. එහි දී 2016 වසර තුළ රාජ්‍යය වියදමෙන් 8% නිදහස් සෞඛ්‍ය ක්ෂේත්‍රයට යොදාගෙන ඇති අතර ගෝලීය තොරතුරු අනුව බලන කළ මෙය අඩු අගයක් ගන්නා මුත් එය බෝ නොවන රෝග දිවයින පුරා අවම

කිරීමේ ක්‍රියාවලීය තුළ දී තව වැඩි විය යුතුව ඇත (Prevention and Control Of Noncommunicable Diseases -2018).

පොදු අංශයේ සෞඛ්‍ය සේවා තුළ වන රෝහල් සංවිධානයෙ හි ප්‍රධාන ආකෘති තුනක් පවති. එනම් භාරකාර සේවා ආකෘතිය, සම්භාව්‍යය සේවා ආකෘතිය, පුනරුත්තාපන ආකෘතිය වශයෙනි. පුනරුත්තාපන ආකෘතිය විශේෂයෙන් බෝ නොවන රෝග සම්බන්ධයෙන් ඔවුන් පුනරුත්තාපනය උදෙසා පවති (පිනිකහන 2012). එහි දී රෝගීන් සම්පූර්ණ වශයෙන් සුව කිරීමට නොහැකි වේ යයි දැන සිටියත්, ඔවුන් සාමාන්‍යය සෞඛ්‍ය තත්ත්වය වැඩ පලකර ගැනීම උදෙසා පවත්වාගෙන යාමට උදව් කිරීම අපේක්ෂා කරයි. එසේම රෝගීන් සහ වෛද්‍යවරයා ඇතුළු කාර්යය මණ්ඩලය සමඟ අන්‍යෝන්‍ය සම්බන්ධතාවයක් පැවතිය යුතු බවට පෙන්වා දේ. එසේම බෝ නොවන රෝග හේතුවෙන් පීඩා විඳින වැඩිහිටියන්ගේ සෞඛ්‍ය පවත්වාගෙන යාමට රාජ්‍යය වියදමෙන් වැඩි කොටසක් වැය කරනු ලැබුව ද වැඩිහිටියන් බටහිර ප්‍රතිකාර ගැනීමේ දී රාජ්‍යය රෝහල්වලට වඩා පෞද්ගලික සායන කරා යොමු වීම හඳුනාගත හැකි අතර, එය ඉහළ මට්ටමක පවතී. එයට ප්‍රධාන හේතු සාධකය වී ඇත්තේ රාජ්‍යය අංශයේ ප්‍රතිකාර ගැනීමේදී පවතින ගැටලුකාරී තත්ත්වයන් ය. ඒ අනුව රාජ්‍යය අංශයේ බටහිර ප්‍රතිකාරයන්ගෙන් ඈත් වී පෞද්ගලික අංශයේ බටහිර ප්‍රතිකාරයන්ට යොමු වීම රාජ්‍යය අංශයේ බටහිර ප්‍රතිකාර නිසා වන ගැටලුවලට පවතින ප්‍රධාන අනුවර්තනයකි. එසේ රාජ්‍යය අංශය හරහා මුහුණ දෙන ගැටලු රැසක් හඳුනාගත හැකි විය. එවැනි ගැටලුවක් ලෙස ඖෂධ ප්‍රමාණවත්ව ලබා දෙනවාද යන්න සම්බන්ධව අධ්‍යයනය කළ අතර එම කරුණ මඟින් බෝ නොවන රෝග සහිත වැඩිහිටියන් රාජ්‍ය සායන තුළ දී ගැටලුවක ට ලක් වී ඇති බව දැකිය හැකි විය. රාජ්‍ය සායන තුළ බෙහෙත් ඖෂධ ලබා ගැනීමට යන රෝගීන් ට ප්‍රධාන වශයෙන් නියමිත ඖෂධ හැම විටම ලැබෙන්නේ නැත.

> ගිය සතියේ බෙහෙත් ගෙන්න ගියා උදේ හයේ ඉඳන් දවල් එක වෙනකන් පොලිමේ හිටියා අන්තිමේ එක බෙහෙතක් වත් නැතුව ගෙදර ආවා (ස්ත්‍රී ,වයස අවුරුදු 63).

ඒ අනුව පෙනී යන්නේ සියලු ඖෂධ ලැබෙන අවස්ථා මෙන් ම නොලැබෙන අවස්ථාද පවතින බවයි. ඇතැම් අවස්ථාවල රෝගී වැඩිහිටියන්ට පවතින රෝගයන් ප්‍රමාණය ද ඉහළ වේ. එම නිසා ඔවුන්ට ඖෂධ වර්ග 10 ක් හෝ ඊට වැඩි ගණනක් බීමට සිදු වන අවස්ථාවන් ද පවතී. එහිදී රාජ්‍ය සායන තුළින් ලැබෙන ඖෂධ ප්‍රමාණයන්ට වඩා නොලැබෙන ප්‍රමාණය ඉහළ වන අතර, රාජ්‍යය සායන තුළින් ප්‍රතිකාර ගන්නා වැඩිහිටියන් 30.8%ක් ඖෂධ ප්‍රමාණවත් නොවන බව ප්‍රකාශකරන ලදි. එසේම රාජ්‍ය සායන තුළින් ඖෂධ ගන්නා රෝගීන් තුළ පෞද්ගලික සායනවලින් ගන්න රෝගීන්ට වඩා සෘණ ආකල්ප ඖෂධ ගුණාත්මකභාවය පිළිබඳ පවතී. ඔවුන්ට අනුව රාජ්‍ය සායනවලින් ලබා දෙන්නේ ගුණාත්මකභාවයෙන් පහළ එනම් බාල ඖෂධ වර්ගයන් ය. එය රාජ්‍යය සායන තුළින් ප්‍රතිකාර ගන්නා වැඩිහිටියන් 20.6% වේ. නමුත් පෞද්ගලික අංශයේ ප්‍රතිකාර ගන්නා වැඩිහිටයන් 3.5%ක් පමණක් මෙයට එකඟ වේ.

> රාජ්‍ය සායනයට යන්නේ කොහොමද ..බෙහෙත් අහුරක් දෙනවා ඒවා හරි යන්නැ...බාල බෙහෙත් ඒවා දෙනවට පවු සිද්ධ වෙනවා. ඉන්දීයාවේ ගෙවල්වල ඔතන බාල බෙහෙත් තමා අපිට දෙන්නේ ....දියවැඩියාවට සිටා පෙත්ත තියෙනවා දවසකට දෙකක් බොන්න ඕනේ අනෙක් එවා බිව්වට වැඩක් නැ (පුරුෂ, වයස අවුරුදු 72).

රාජ්‍ය සායනයන්ගේ ප්‍රතිකාරවල වගකීම් සහිතභාවය පිළිබඳ වැඩිහිටි බෝ නොවන රෝගීන්ගේ ඉහළ විශ්වාසයක් පවතින බව පෙනී යයි. රාජ්‍ය සායන වල ඉහළ වගකීමක් නොමැති බව 2.6% පැවසුවද පෞද්ගලික ප්‍රතිකාර ගන්න වැඩිහිටියන් 12.3% ක් පෞද්ගලික ප්‍රතිකාර ඉහළ වගකීමක් නොමැති බව පෙන්වා දී ඇත. සමාජගත ආකල්ප අනුව රෝගියෙක් රෝගය උත්සන්න වූ විට හදිසි අසනීප නිසා රෝහලට රැගෙන යෑමට සිදු වේ. එසේ රැගෙන යන විට රාජ්‍ය සායන තුළින් ප්‍රතිකාර ගැනීම වැදගත් වන බව රෝගීන් පෙන්වා දේ. එනම් රෝගීන් සම්බන්ධ වගකීම රෝහල වෙත තබා තිබීම හඳුනාගත හැකි තත්ත්වයක් වේ. එසේම ඇතැම් රෝගීන් පෙන්වා දෙන්නේ රාජ්‍ය සායනවල මෙන් ම පෞද්ගලික සායන තුළ ද ප්‍රතිකාරවලට වගකීමක් පවතින බවයි.

ඔවුන්ට අනුව පෞද්ගලික ප්‍රතිකාර මධ්‍යස්ථාන පවත්වාගෙන යන්නේ ද රාජ්‍යය රොහල් තුළ සේවය කරන වෛද්‍යවරුන්ම වේ. එම වෛද්‍යවරුන්ගේ වගකීම රාජ්‍යය අංශයේ මෙන් ම සම බව වැඩිහිටි රෝගීන්ගේ අදහසයි. ඔවුන්ට අනුව හදිසියේ ඇති වන අසනීප තුළ දී අදාළ වෛද්‍යවරයාගෙන් ලිපියක් රැගෙන ඒ හරහා රෝහල් ගත වීමට හැකියාව පවතින බවයි. ඒ අනුව වගකීම පිළිබඳ රාජ්‍යය අංශය වැඩිහිටියන්ගේ විශ්වාසය දිනාගෙන ඇත.

බෝ නොවන රෝගවලින් පෙළෙන වැඩිහිටියන් දුර යන ගැටලුව මත රාජ්‍ය සායනයක් තුළින් ප්‍රතිකාර ගන්නවා ද?, නැති නම් පෞද්ගලික සායනයක් තුළින් ප්‍රතිකාර ගන්නවා ද? යන්න තීරණය කරන ආකාරය හඳුනාගත හැකිය. ශ්‍රී ලංකාව තුළ රෝහල් හි ව්‍යාප්තිය ගත් කළ එහි පැතිරීමේ ස්වභාවය සීමා සහිත වන අතර රෝහල් අතර සම්පත් බෙදී යෑමේ අසමානතාවක් හඳුනාගත හැකිය. විශේෂයෙන් මහ රෝහල්වල සහ ප්‍රාදේශීය මට්ටමේ පවතින රෝහල් හි සම්පත් බෙදීයාම සිදුව ඇත්තේ අසමාන අයුරින් වනවා මෙන් ම අගනුවර ආශ්‍රිත රෝහල් තුළ පවතින පහසුකම් ඉහළ මට්ටමක පැවතිම හඳුනාගත හැකිය. ශ්‍රී ලංකාවේ සෞඛ්‍ය පහසුකම් පිළිබඳ සිදුකරන ලද පර්යේෂණයකට අනුව රෝහල් ව්‍යාප්තව පවතින ආකාරය වගු අංක 02 දැක් වේ.

වගු අංක 02: ශ්‍රී ලංකාවේ රෝහල් ව්‍යාප්තව ඇති ආකාරය

රෝහල් වර්ගීකරණය	*ශ්‍රී ලංකාව*	*කොළඹ*	*ගාල්ල*
ශික්ෂණ රෝහල්	21	10	2
පළාත් රෝහල්	03	0	0
දිස්ත්‍රික් රෝහල්	18	0	0
මූලික රෝහල් - වර්ගය A	26	4	2
මූලික රෝහල් - වර්ගය B	52	0	2
ප්‍රාදේශීය රෝහල් - වර්ගය A	68	3	2
ප්‍රාදේශීය රෝහල් - වර්ගය B	141	4	6
ප්‍රාදේශීය රෝහල් - වර්ගය C	281	3	8
ප්‍රථමික සෞඛ්‍ය ආරක්ෂණ ඒකක	475	27	27
එකතුව	1085	51	49

මූලාශ්‍රය: Health Facility Survey District Profile 2015

වගු අංක 02ට අනුව ගාල්ල දිස්ත්‍රික්කයට සාපේක්ෂව කොළඹ පවතින රොහල් ප්‍රධාන රෝහල් වන අතර එමෙන්ම පහසුකම් අතින් ද මෙම රොහල් ප්‍රමුඛස්ථානයක් ගනු ලබයි. මෙම අධ්‍යයන ක්ෂේත්‍රයට ආසන්නව බළපිටිය මූලික රෝහල, ඇල්පිටිය මූලික රෝහළ සහ උඩුගස්මන් හන්දිය ප්‍රාදේශීය රෝහල පවතී. පවතින රෝහල් තුළ ද සම්පත් බෙදීයාමේ අසමානතාව හඳුනාගත හැකිය. මෙම පහසුකම්වල ස්වභාවය මත රෝගී වැඩිහිටියන් අසරණභාවයට පත්ව ඇත. විශේෂයෙන්ම සිය සායන පහසුකම් සඳහා තමන්ට ආසන්නයේ පවතින රෝහලට වඩා පහසුකම් ඉහළ මට්ටමක පවතින රෝහලක් තොරා ගැනීමට රෝගීන් කටයුතු කරයි. මන් ද යත් සම්පත් අඩු උපකරණ ආදී පහසුකම් රහිත රෝහල් තුළින් ප්‍රතිකාර ගැනීමට යාමේ දී පෞද්ගලික අංශයේ සූරා කැමට ද රෝගීයා ලක් වේ. ඒ තත්ත්වය මත කොළඹ මහ රෝහල කරා පවා සිය සායන සඳහා දුර ගෙවා යන රෝගී වැඩිහිටියන් හඳුනාගත හැකිය. ඒ බව පහත ප්‍රකාශය තුළින් ද සනාථ කළ හැකිය.

> මාසේකට සැරයක් කොළඹ මහ රෝහළට යනවා ක්ලිනික්...මෙහෙ ඉස්පිරිතාලවල මැෂින් නෑ ඒ නිසා කොළඹ මහ රෝහලට යනවා එතන හොඳයි හැම පරීක්ෂණයක්ම ඉස්පිරිතාලේමයි සිද්ද කරන්නේ පිටින් කරන්න දෙන් නෑ මෙහෙ ඉස්පිරිතාලවල වගේ (පුරුෂ, වයස අවුරුදු 78).

ඒ අනුව රෝගී වැඩිහිටියන් බෝ නොවන රෝග සමඟ ජීවත් වීමේ දී විවිධ අනුවර්තනයන් සිය රුචිකත්වය සහ හැකියාව පරිදි ගොඩ නඟාගන්නා බව පෙනී යයි. ඒ අනුව ඔවුන් "දුර" යන සාධකය ගැන නොබලා ගුණාත්මක සේවයක් අරමුණු කොට ප්‍රතිකාර කරා යනු ලබයි. නමුත්

රෝගීන් රාජ්‍ය සායනවල පවතින මෙම ස්වභාවය හේතු වෙන් ඒවාට ලගා වීමට පවතින දුර යන්න මත පෞද්ගලික ප්‍රතිකාර මධ්‍යස්ථාන කරා යොමු වන ආකාරය හඳුනාගත හැකිය. වෛද්‍ය වෘත්තිය පෞද්ගලිකරණය වීමත් සමඟ විවිධ පරිමාණයේ පෞද්ගලික සායන මධ්‍යස්ථාන බිහි වී ඇත. රෝගී වැඩිහිටියන්ට ප්‍රතිකාර ගැනීමට දුර යා යුතු නොවේ. ඒ අනුව ප්‍රතිකාර ගැනීමට වැඩි දුරක් නොගොස් සියලු ප්‍රතිකාරයන් ලබා ගැනීමට රෝගීන් ට හැකියාවක් පවති. ඒ අනුව රෝගින් බහුතරයක් රාජ්‍ය සායන ප්‍රතිකාර ගැනීමට දුර යා යුතු හෙයින් පෞද්ගලික ප්‍රතිකාර මධ්‍යස්ථාන තුළින් ප්‍රතිකාර ගන්නා ආකාරය හඳුනාගත හැකිය. ඒ අනුව බෝ නොවන රෝග සහිත වැඩිහිටියන් ප්‍රතිකාර ගැනීමට යන දුර සහ රාජ්‍ය සායන හෝ පෞද්ගලික සායන ප්‍රතිකාර ගැනීම අතර සහසම්බන්ධයක් පවති.

රාජ්‍ය සායන තුළ ප්‍රතිකාර ගැනීමට වැය වන කාලය වැඩි බවත්, පෞද්ගලික සායන තුළ කාලය වැය වීම සිදු වන්නේ ඉතාමත් අඩුවෙන් බවත් පෙන්වා දිය හැකිය. රාජ්‍යය සායනවලට යන රෝගීන්ට ඖෂධ අතට ගන්නා තෙක් කාලය බොහෝ සේ විඩංගු කිරීමට සිදු වේ. ප්‍රථමයෙන් ඖෂධ ලබා ගැනීමට වෛද්‍යවරයාට පෙන් වීමට නම් අංකයක් ලබා ගත යුතු වේ. එසේම වෛද්‍යවරු වෙත පෙන්වන තෙක් සහ ඖෂධ අතට ලැබෙන තෙක් පෝලිම් තුළ රැඳී සිටිමට වැඩිහිටි රෝගින්ට සිදු වේ. එසේම රෝහල පවතින ස්ථානයේ දුර මත රෝගීයාගේ කාලය බෙහෙවින් වැය වේ. එම තත්ත්වය පෞද්ගලික ප්‍රතිකාර ගැනිමට යාමේ දී පවතින්නේ අඩු මට්ටමකින් ය.

> ඉස්පිරිතාලේ බෙහෙත් ගන්න ගියාම තියෙන්නේ ලොකු පෝලිමක්..හිටගෙන ඉදල ම එපා වෙනවා..මම බෙහෙත් ගන්න යන කොට කවුරුහරි එක්ක යනවා මම පෙන්නන්න පෝලිමේ යන කොට බෙහෙත් කවුන්ටරේට යන පෝලිමේ අනිත් කෙනාව යවනවා නැත්තම් පෝලිම්වල හිටගෙන ඉදලා එපා වෙනවා (ස්ත්‍රී, වයස අවුරුදු 64).

ඒ තුළින් අධික පෝලිම්වල සිටිමට වැඩිහිටියන් ගන්නා අනුවර්තනයන් පෙන්වා දිය හැක. එහිදී තමන් සමඟ යාමට කවුරුන් හෝ සිටින වැඩිහිටියන් මෙලෙස ගැටලුවලට අනුවර්තනය වීමේ දී, එසේ කළ නොහැකි වැඩිහිටියන්ට පෝලිම් තුළ රැඳී සිටින්න සිදු වන කාලය ඉහළ වේ. එම තත්ත්වය තුළ ඇතැම් වැඩිහිටියන් වෛද්‍යවරයාට පෝලිම් හි සිට පෙන්වා ඖෂධ ගැනීමට නොසිට පෞද්ගලික ඔසුහල් තුළින් ඖෂධ ගැනීමට යන අතර ඇතැම් වැඩිහිටියන් ආර්ථීක දුර්වලතා හමුවේ ශාරීරික දුර්වලතා අමතක කරමින් අධික කාලයක් පෝලිම් තුළ සිටිමින් ඖෂධ ගන්නා ආකාරය හඳුනාගත හැකිය. මෙහි දී බෙහෙවින් හිංසනයට පත්වන්නේ හෘදයාබාධ පවතින රෝගී වැඩිහිටියන් වේ. මන්ද යත් ඔවුන්ගේ අසනීපය අනුව තෙරපීම්, හිටගෙන සිටිම වැනි දේ කළ නොහැකිය. ඒ අනුව පෙනී යන්නේ රාජ්‍ය සායන තුළින් අසීමිත සේවාවක් කරුණු ලැබුව ද ඒ හරහා රෝගී වැඩිහිටියන් පීඩාවට ලක් වී ඇති බවයි.

විශේෂයෙන් වෛද්‍ය රෝගී සබඳතාව තුළ වෛද්‍යවරයා රෝගීයාට ඇහුම්කන් දිය යුතුය. එසේම රෝගීයාව හොඳින් අධ්‍යයනය කිරීමෙන් තොරව ප්‍රතිකාර නිර්ණය නොකළ යුතු බවත් පෙන්වා දෙන අතර වෛද්‍යවරයා ප්‍රථමයෙන් රෝගීයාගේ විශ්වාසය දිනාගත යුතුය. එම සම්බන්ධතාව 21 වන සියවස තුළ අපයෝජනයට ලක් වී ඇත (Siegler 2011, Bottles 2001). මෙම වෛද්‍ය රෝගී සබඳතාව තුළ වෙනස් වීමට කොතරම් දුරට බෝ නොවන රෝග සහිත වැඩිහිටියන් අනුවර්තනය වී පවති ද යන්න බැලීමේ දී වෛද්‍ය පරීක්ෂාවේ ස්වභාවය පිළිබඳ අදහස උපයෝගි කර ගත හැකිය. පුනරුත්තාපන වෛද්‍ය ආකෘතියට අනුව වෛද්‍යවරයා සහ රෝගීයා අතර ඉහළ මට්ටමේ සහසම්බන්ධතාවයක් බලාපොරොත්තු වන මුත් රාජ්‍යය සායනයන් හි වෛද්‍යවරයාගේ අභිලාෂය වන්නේ ප්‍රතිකාර නිර්දේශ කොට සායන පොතේ හි ලියා දීම පමණක් බව පෙනී යයි. එනම් සායනයට දිනකට පැමිණෙන රෝගීන්ගෙන් තමාට නියමිත පිරිස පරීක්ෂා කොට ඉවර කිරීම ඔවුන්ගේ අරමුණ බවට පත් වී ඇත. ඒ තත්ත්වය තුළ රෝගීයා සමඟ සුහදව කතා කිරීමට හෝ ඔවුන්ගේ රෝගීභාවයට ඇහුම්කන් දීමේ අවශ්‍යතාවක් කාර්යය බහුල වෛද්‍යවරයාට නොමැත. රෝගීන් රැගෙන යන වෛද්‍ය වාර්තා පෙන් වීමට දිර්ග පෝලිම්වල අධික කාලයක්

වැය කරමින් යන වැඩිහිටි රෝගීන්ව වෛද්‍යවරු ගණන් නොගන්නා තත්ත්වය තුළ කලකිරීම ට ලක් වී ඇත. එම කලකිරීම වියපත් රෝගීන්ගෙන් පිට වූ ආකාරය පහත පරිදි පෙන්වා දිය හැකිය.

> දොස්තරලා සමහර දවස්වලට නලාව වත් තියන්නැ විශේෂඥයෝ අල්ලලා චෙක් කරන්න කියනවා (ස්ත්‍රී, වයස අවුරුදු 71).
>
> ලෙඩ කියන්න ගියාම දොස්තරලා කතා කර කර ඉන්නවා අපි කතා කරාට අහගෙන ඉන්නේ කියනවා....ගිය මාසේ බෙහෙත් ගන්න ගියාම අම්මට මැරෙන්න තරම් ලෙඩක් නෑ කිව්වා (ස්ත්‍රී ,වයස අවුරුදු 67).

රෝගීන් ප්‍රතිකාර ගන්න යෑමේ දී බලාපොරෝතු වෙන වෛද්‍ය චර්යාව වෙනස් වන අතර නමුත් වෛද්‍ය වෘත්තීය තුළ සිත සනසන සේවාවක් හඳුනා ගැනීමට නොහැකිය. වැඩි වශයෙන් රෝගී වැඩිහිටියන්ගේ විවේචනයට ලක්ව ඇත්තේ රාජ්‍ය සායන තුළ සිටින වෛද්‍යවරු වන අතර රාජ්‍ය සායනවල වෛද්‍යවරයෙකු වීමට සිටින ශිෂ්‍යයන් ද රෝගීන් පරීක්ෂා කරන බවට වැඩිහිටියන් චෝදනා කරයි. වැඩිහිටිවියත් විවිධ රෝගී තත්ත්වයන් හේතුවෙන් පීඩාවට පත් රෝගීන් ඒවා වෛද්‍යවරුන්ට පවසා සිය ශාරීරික වේදනා දුරු කර ගන්න සිතා සායනවලට හෝ පෞද්ගලික ප්‍රතිකාර මධ්‍යස්ථානයන්ට ගිය ද වෛද්‍යවරු වැඩිහිටියන්ට ඇහුම්කම් නොදීම මත ගැටලුකාරී තත්ත්වයකට පත් වී ඇත. රෝගීභාවය තුළ ඔවුන් තව තවත් හිංසනයට ලක්වන අතර තම රෝගී තත්ත්වයන්ට නිවැරදි ව ඇහුම්කන් දෙන වෛද්‍යවරු සොයමින් රෝගීන් සැරිසරන අතර ඒ හරහා රෝගීන් මෙම ගැටලුවට අනුවර්තනය වී ඇත. ඒ අනුව වෛද්‍ය රෝගී සබඳතාව බිඳ වැටීම නිසා විවිධ වූ ගැටලු සඳහා මුහුණ දී ඇති බවයි. ඒ අනුව ඔවුන් පෞද්ගලික ප්‍රතිකාර කරන ස්ථානයන් වටා ඒක රාශි වීම ඉහළ මට්ටමක පවතී. රෝගීන් වෛද්‍යවරු සම්බන්ධව පවතින විශ්වාසය රාජ්‍ය සායන තුළට සහභාගි වීම මත නැති වී යන ආකාරයක් හඳුනාගත හැකිය. මේ අනුව රෝගීන් රාජ්‍ය සායන තුළින් ඈත්ව පෞද්ගලික සායන සඳහා යොමු වීමට වෛද්‍යවරයාගේ පරීක්ෂාවට ලක් කිරීම යන්න හේතු වන බව විද්‍යාත්මකව සනාථ කළ හැකි වේ.

රාජ්‍ය සායන තුළින් ප්‍රතිකාර ගන්න විට යන වියදමට වඩා වැඩි වියදමක් පෞද්ගලික අංශයේ ප්‍රතිකාර ගැනීමේ දී යයි. රාජ්‍ය සායන තුළින් ප්‍රතිකාර ගන්නා රෝගීන්ගෙන් 12.8% ක් ඖෂධ ගැනීමේ දී අධික වියදමක් යන බව පෙන්වා දෙන ලදී. එසේම 56.4% ක් රාජ්‍ය සායන තුළින් ප්‍රතිකාර ගැනීමට යන්නේ අඩු වියදමක් බව පෙන්වා දෙන ලදී. ඒ අනුව රෝගීන් මෙම ගැටලුවට අනුවර්තනයක් ලෙස පෞද්ගලික සායනවලට යොමු නොවීම හඳුනාගත හැක. ඒ අනුව රාජ්‍යය සායන තුළින් ප්‍රතිකාර ගැනීම හේතුවෙන් ඖෂධ වල පවතින ප්‍රමාණාත්මකභාවය සහ ගුණාත්මකභාවය මෙන් ම පොලිම්වල ස්වභාවය , ප්‍රතිකාර ගන්නා ස්ථානයට වන දුර සහ වෛද්‍යයවරයා රෝගීන් පරීක්ෂණයේ ස්වභාවය යන ගැටලුන්ට ලක්ව ඇති බවත් ඒ ගැටලුන්ට අනුවර්තනයක් ලෙස පෞද්ගලික සායනවලට යොමු වුවත්, පෞද්ගලික සායන තුළින් ප්‍රතිකාර ගැනීම හේතුවෙන් ප්‍රතිකාර සඳහා යන වියදම සහ රාජ්‍යය සායන තුළ ප්‍රතිකාර ගන්නා රෝගීන් පිළිබඳ පවතින වගකීම් සහිත භාවය යන්න මත ගැටලුන්ට ලක් වී ඇති බවත් විද්‍යාත්මකව ($p< 0.000$) සනාථ කළ හැකිය.

රාජ්‍යය සායනවල අවාසි සහ පෞද්ගලික සායන තුළ පවතින අවාසි මත රෝගීන් තවත් අනුවර්තනීය චර්යාවක් පෙන්වන ආකාරය හඳුනාගත හැකිය. එනම් වෛද්‍යවරයෙකු වෙත පෙන්වීමකින් තොරව පෞද්ගලික ඔසුහල් තුළින් ප්‍රතිකාර ලබා ගැනීම යි. කෙසේද යත් රෝගී වැඩිහිටියන් ප්‍රතිකාර ගැනීමට යෑමේ අපහසුතා, මූල්‍යමය අපහසුතා, පෝලිම් හි සිටීමේ අපහසුතා, වෛද්‍ය ප්‍රතිකාර ගැනීමට යාමේ දුර සහ වැය වන කාලය යන ගැටලුකාරි තත්ත්වයන් මත රෝගීන් මෙම අනුවර්තනීය චර්යාව පෙන්වයි. ඒ සම්බන්ධව පහත වගු අංක 03 තුළින් සනාථ කළ හැකිය.

වගු අංක 03: රාජ්‍ය සායන සහ පෞද්ගලික සායන තුළින් ප්‍රතිකාර ගන්න ලද සහ පෞද්ගලික ඔසුහල් (Pharmacy) වල ප්‍රතිකාර ගැනීමට යොමු වූ පිරිස

පෞද්ගලික ඔසුහල්	*බටහිර ප්‍රතිකාර භාවිත කරන ආකාරය*			*එකතුව*
	රාජ්‍ය සායන	*පෞද්ගලික සායන*	*බටහිර ප්‍රතිකාර භාවිත නොකරයි*	
භාවිත කරයි	5.0%	15.0%	-	20.0%
භාවිත නොකරයි	34.0%	42.0%	-	80.0%
එකතුව	39.0%	57.0%	4.0%	100.0%

මූලාශ්‍රය : (පරීක්ෂණ දත්ත, 2017)

වගු අංක 03 ට අනුව රාජ්‍ය සායනයන්ගෙන් ප්‍රතිකාර ගන්නා රෝගීන්ගේ 12.8% ක් පෞද්ගලික ඔසුහල් උපයෝගී කොට ගෙන ඖෂධ ලබා ගන්නා බවත්, පෞද්ගලික සායන තුළින් ප්‍රතිකාර ගන්න ලද රෝගීන්ගෙන් 27% ක් පෞද්ගලික ඔසුහල් තුළින් ඖෂධ මිලට ගන්නා බව පෙන්වා දිය හැකිය. ඒ අනුව වැඩි වියදමක් ඖෂධ සඳහා වෙන් කරන්න වන පෞද්ගලික සායනවල රෝගීන් මෙම චර්යාවට වැඩි වශයෙන් නැඹුරු වී ඇති බව පෙන්වා දිය හැකිය. විශේෂයෙන් වෛද්‍යවරයා දෙන ලද ඖෂධ තුණ්ඩුව රැගෙන අවුරුදු කිහිපයක් හෝ මාස කිහිපයක් හෝ එක දිගට ඖෂධ රැගෙන භාවිත කරන අතර, රාජ්‍ය සායනයන්ගෙන් ප්‍රතිකාර ගන්නා රෝගීන් සායන පොත රැගෙන දීර්ඝ කාලීනව පෙන්වමින් ඖෂධ මිල දී ගන්නා බව හඳුනාගත හැකිය. විශේෂ එම පොත තුළ පවතින ඖෂධ වෙනම ලියා ගනිමින් එය ඔසුහල් වෙත පෙන්වා ඖෂධ ලබා ගන්නා බෝ නොවන රෝග සහිත වැඩිහිටියන්ගේ මෙම චර්යාව පහත ප්‍රකාශය තුළින් ද සනාථ වේ.

> මම රාජ්‍ය සායනයට යන එක නතර කරා ඒ පොතට බෙහෙත් ෆාමසීයෙන් ගත්තේ පස්සේ ෆාමසීයෙන් කාඩ් එකක් අරං එකේ බෙහෙත් ලියලා දුන්නා ඒ කාඩ් එක නිතරම මගේ පර්ස් එකේ තියෙනවා (ස්ත්‍රී ,වයස අවුරුදු 89).
>
> අවුරුදු දහයක් බෙහෙත් බොනවා. දිගටම ෆාමසීයෙන් බෙහෙත් ගත්තා දැන් ඒක පුරුදුවෙලා (ස්ත්‍රී,වයස අවුරුදු 82).

ඒ අනුව රෝගීන්ගෙන් මෙහි දී රෝගී භූමිකාවෙ වෙනසක් සිදු වේ. එසේම ඇතැම් වැඩිහිටියන් දීර්ඝ කාලයක් ෆාමසීය තුළින් ප්‍රතිකාර රැගෙන බීමට පුරුදු ව ඇත. වෛද්‍යවරයෙකුගේ පරීක්ෂාවට ලක් නොවී එකම ඖෂධ භාවිතය නොසුදුසු වුවත් රෝගීන් ඒ සම්බන්ධව නොසිතා ෆාමසී හරහා ඖෂධ ලබා ගනී. බෝ නොවන රෝගීන් සිය රෝගී මට්ටම පිළිබඳ අවබෝධයක් ලබා ගැනීම පිණිස මාසයකට හෝ මාස දෙකකට වරක් පරීක්ෂාවට ලක්කර යුතු ය. නමුත් මෙම චර්යාව මත රෝගීයාට රෝගය සම්බන්ධව පවතින තත්ත්වය පිළිබඳ නිවැරදි අවබෝධයක් නොමැති කම මත හදිසි මරණයක් වුවද සිදු විය හැකිය.

සමාජගත ආයතන හෙවත් සමාජ සංස්ථාවන් තුළ බෝ නොවන රෝගවලින් පෙළෙන වැඩිහිටියන් ගැටලු රැසකට මුහුණදෙන බවත්, ඒ සඳහා විවිධ අනුවර්තන චර්යාවන් රෝගීන් පවත්වාගෙන යන බවත් දැකිය හැකිය.

04 නිගමන

අධ්‍යයන ක්ෂේත්‍රය තුල බහුතරයක් වැඩිහිටියන්ට බෝ නොවන රෝග එකකට වඩා වැඩි රෝග ප්‍රමාණයකින් පිඩාවිඳි. වැඩිහිටියන් බෝ නොවන රෝග සඳහා ප්‍රතිකාර ගැනීමේ දී ඉහළ විශ්වාසයක් බටහිර ප්‍රතිකාර කෙරෙහි තබා ඇත. බෝ නොවන රෝග සහිත වැඩිහිටියන් බහුතරයක් වියපත් ස්ත්‍රීන් වේ. වැඩිහිටියන් ස්තරායන තත්ත්වයන් මත ආර්ථික ගැටලු හඳුනා ගැනීමේ සහ ඒවාට ප්‍රතිචාර දක්වීමේ විවිධත්ත්වයක් පවතී. බෝ නොවන රෝග සඳහා අහිතකර අනුවර්තන චර්යාවන්ට වැඩිහිටියන් යොමු වී ඇත. වැඩිහිටියන්ට පවතින ගැටලුකාරී තත්වයන් තුළ දී මරණය අපේක්ෂා කරගත් අනුවර්තනීය චර්යාවන් නිර්මාණය කරගෙන ඇත. විශේෂයෙන්

බෝ නොවන රෝග සහිත වැඩිහිටියන් ගැටලුන්ට අනුවර්තනය වීමේ දී සමාජ සංස්ථාවන්ගේ බලපෑමට ලක් වීම මත ඔවුන්ටම ආවේනික වූ රෝගී චර්යාවන් නිර්මාණය කරගෙන පවති.

05 මූලාශ්‍ර

(2012). Ageing Population of Sri lanka Emerging Issues, Needs and Policy Implications. Thematic Report based on Census of Population and Housing . United Nations Population Fund, Sri Lanka

(2014). *Nationl Survey On Self-reported Health In Sri Lanka.* Colombo: Department of Census & Statistics .

(2014). Globle Status Report On Noncommunicable Diseases . World Health Organization

(2015). *Non-Communicable Diseases Risk Factor Survey Sri Lanka* .

(2015). Health Facility Survey District Profile .

(2016). Demographic and Health Survey Report. Department of Census & Statistics .

(2017). Sri Lanka Labour Force Survey Annual Bulletin . Ministry of National Policies and Economic Affairs . Department of Census and Statistics

(2017). Labour Force Survey - Annual Report . Department of Census and Statistics

(2018). Noncommunicable Diseases Country Profile. World Health Organization

(2018). Prevention and Control of Noncommunicable Diseases Think Globally - Act Locally; Lessons from Sri Lanka. Ministry of Health, Nutrition and Indigenous Medicine, Sri Lanka

(2019). Sri Lanka Essential Health Services Package. Ministry of Health, Nutrition and Indigenous Medicine Sri Lanka.

Draft-New Health Policy 2016-2025. Ministry of Health, Nutrition and Indigenous Medicine Sri Lanka.

Anastasiu, l. (n.d.). *"The Social Function of the family. "* Retrieved September 18 , 2017, from http://euromentor.ucdc.ro/2012/vol3n22012/en/12-the-socia- Function-of-the family.pdf

Adams, Rebecca G., and Rosemary Blieszner.(1995).*"Aging well with friends and family."* " American Behavioral Scientist 39.n2 (Nov-Dec 1995): 209(16).

Bottles, K. (2001). *"The Doctor patient Relationship for the 21st Century: Clash of Cultural Creative and Tradifionals' helps focus the fture of patient care. "* The physician executive.

De Silva , W. I., & Samarasekera, D. (1999). *"Population Ageing Emerging Issues In Sri Lanka. "* Colombo: People's bank.

Guven, Seval and Sener, Arzu. 2010. *"Family Relation in ageing."* international journal of Business and social science. Vol.1, No.3

Harper, S. (2006). *"The Ageing of Family life Transitions."* (A. J. Vincent, C. R. Phillipson, & D. Murna , Eds.) London: SAGE Publications Ltd.

Kart, C. S., & Kinney, J. M. , J. M. (2001). *"The Realities of Ageing-An introduction to Gerontology. "* Needham Heights, MA: Allyn & Bacon.

Onder, H., & Pestieau, P. (2014). *"Economic Premise The World bank. "*

Peace, S. (2006). *"Housing and future Living Arrangement. "* (J. A. Vincent, C. R. Phillipson , & D. Murna , Eds.) London: SAGE Publications Ltd.

Siegler, M. (2011). *"The three ages of medicine and the Doctor Patient Relationship. "* Monographs of the victor Grifols I Lucas Foundation.

Kondel, john and Chayovan, N. 2011. *"Intergenerational family care for and by older people in Thailand."* Population Studies Center University of Michigan Institute for Social Research.

Walker, Alan and Foster, Liam. 2006. *"Ageing and Social Class: An Enduring Relationship."* The futures of Old Age, By J. A. Vincent, C. R. Phillipson and Murna Downs. London: SAGE Publications Ltd.

අමරසේකර, දයා. (2016). *"වියපත්භාවය පිළිබඳ සමාජ විද්‍යාව".* කොළඹ 10: සී/ස ඇස් ගොඩගේ සහ සහෝදරයෝ (පුද්.) සමාගම.

වෙල්ගම, ජයප්‍රසාද්. (2014). *"වෘද්ධභාවයෙහි සමාජමය නිර්මාණයඃ සමාජ විද්‍යාත්මක විමසුමක්."* පේරාදෙණිය විශ්ව විද්‍යාලයඃ සමාජ විද්‍යා දෙපාර්තමේන්තුව.

පෙරේරා, බී. ඒ. ටෙනිසන්. (2013). *"සමාජ විද්‍යාව"* කඩවත: නුවණී ප්‍රින්ටර්ස් ඇන්ඩ් පබ්ලිසර්ස.

පින්කහන, ජයරත්න. (2012). *"වෛද්‍ය සමාජ විද්‍යාව."* බොරලැස්ගමුව: සී/ස(පෞද්) විසිදුනු ප්‍රකාශකයෝ.

සිල්වා, කාලිංග,ටී. 2004. *"පවුල, වයස්ගත ජනගහනය සහ පරම්පරා අතර අන්‍යෝන්‍ය සහයෝගය."* ශ්‍රී ලංකාවේ වයස්ගතවීමේ ජනගහනයඃගැටලු සහ අනාගත අපේක්ෂාවන්'., එක්සත් ජාතින්ගේ ජනගහන අරමුදල හා ඒකාබද්ධව ශ්‍රී ලංකා ජනගහන විද්‍යාර්ථීන්ගේ සංගමය. පන්නිපිටියඃකේ ලයින් ප්‍රින්ටින් සර්විසස්.

(2012). *ජන හා නිවාස සංගණනය* . ජන ලේඛන සහ සංඛ්‍යා ලේඛන දෙපාර්තමේන්තුව .