අධිවාචකයෙකුගේ මාර්ගෝපදේශය

අයිතිවාසිකම් පදනම් කරගන්නා ආරක්ෂිත ගබ්සා ප්‍රතිපත්ති, වැඩසටහන් සහ සේවා

arrow
asian-pacific resource & research
centre for women

අධිවාචකයෙකුගේ මාර්ගෝපදේශය

අයිතිවාසිකම් පදනම් කරගන්නා ආරක්ෂිත ගබ්සා ප්‍රතිපත්ති, වැඩසටහන් සහ සේවා

ටී. කේ. සුන්දරී රවීන්ද්‍රන් සහ සුභා ශ්‍රී බී. විසින් ලියන ලදී.

මෙම මාර්ගෝපදේශය ලිංගික හා ප්‍රජනක සෞඛ්‍යය අයිතිවාසිකම් අධිවාචකයන් සඳහා වන අතර, අයිතිවාසිකම් මත පදනම් වන ආරක්ෂිත ගබ්සා ප්‍රතිපත්ති, වැඩසටහන් සහ සේවාවන් සාක්ෂාත් කර ගැනීම සඳහා අධිවාචනය කිරීමට පහසුකම් සැලසීමට මෙයින් උත්සහ කෙරේ.

මෙම ප්‍රකාශනය ලිංගික අධ්‍යාපනය සඳහා වූ ස්වීඩන් සංගමය-RFSU (Riksför-bundet för Sexuell Upplysning) හි මූල්‍ය සහාය ඇතිව සකස් කර ඇත. මෙම ප්‍රකාශනයේ අන්තර්ගතය කාන්තාවන් සඳහා වූ ආසියා පැසිෆික් සම්පත් සහ පර්යේෂණ මධ්‍යස්ථානයේ (ARROW) සම්පූර්ණ වගකීම වේ.

arrow
asian-pacific resource & research centre for women

2021
කාන්තාවන් සඳහා වූ ආසියා පැසිෆික් සම්පත් සහ පර්යේෂණ මධ්‍යස්ථානය (ARROW)

මෙම ප්‍රකාශනය Creative Commons Attribution-Non-Commercial 4.0 ජාත්‍යන්තර බලපත්‍රය යටතේ බලපත්‍ර ලබා ඇත. මෙම බලපත්‍රයේ පිටපතක් බැලීමට, පිවිසෙන්න: http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/

මෙම ප්‍රකාශනයේ ඕනෑම කොටසක් වාණිජ නොවන සහ ලාභ නොලබන අරමුණු සඳහා, ඡායා පිටපත් කිරීම, ප්‍රතිනිෂ්පාදනය කිරීම, නැවත ලබා ගත හැකි පද්ධතියක ගබඩා කිරීම හෝ ඕනෑම ආකාරයකින් සම්ප්‍රේෂණය කිරීම හෝ දේශීය අවශ්‍යතා සපුරාලීම සඳහා අනුවර්තනය කර පරිවර්තනය කිරීම කළ හැකිය. කෙසේ වෙතත්, භාවිතා කරන ලද රූප සඳහා ප්‍රකාශන අයිතිය අදාළ ප්‍රකාශන හිමිකරුවන් සතුව පවතී. යාන්ත්‍රික, විද්‍යුත් හෝ ඉලෙක්ට්‍රොනික ක්‍රම හරහා සකස් කරන සියලුම ආකාරයේ පිටපත්, ප්‍රතිනිෂ්පාදන, අනුවර්තන සහ පරිවර්තන වල මූලාශ්‍රය ARROW ලෙස පිළිගත යුතුය. ප්‍රතිනිෂ්පාදනය, අනුවර්තනය සහ/හෝ පරිවර්තනයේ පිටපතක් ARROW වෙත යැවිය යුතුය. වාණිජමය භාවිතයකදී, අවසරය සඳහා ARROW වෙත සම්බන්ධ විය යුතුය: arrow@arrow.org.my.

arrow.org.my

ISBN 978-967-0339-52-8

ප්‍රකාශනය
කාන්තාවන් සඳහා වූ ආසියා පැසිෆික් සම්පත් සහ පර්යේෂණ මධ්‍යස්ථානය (ARROW)
1 සහ 2 ජාලන් ස්කොට්, බ්‍රික්ෆීල්ඩ්ස්,
50470 ක්වාලාලම්පූර්, මැලේසියාව.

දුරකථන	00 603 2273 9913/9914
ෆැක්ස්	00 603 2273 9916
ඊ මේල්	arrow@arrow.org.my
වෙබ්	arrow.org.my
ෆේස්බුක්	facebook.com/ARROW.Women
ඉන්ස්ටග්‍රෑම්	arrow_women
බ්ලූස්කයි	@arrowomen.bsky.social
යූ ටියුබ්	youtube.com/user/ARROWomen
ලින්ක්ඩ් ඉන්	arrowomen

නිෂ්පාදන කණ්ඩායම
කතුවරුන්
ටී.කේ. සුන්දරී රවීන්ද්‍රන් සහ සුභා ශ්‍රී බී.
සමස්ත අධීක්ෂණය
සිවනන්ති තනේන්තිරන්, සායි ජ්‍යෝතිර්මායි රේචලා, සහ ගරිමා ශ්‍රීවාස්තව
අභ්‍යන්තර සමාලෝචකයින්
සායි ජ්‍යෝතිර්මායි රේචලා, ගරිමා ශ්‍රීවාස්තව, සහ කැරල් ජෝ ඇන්ජලික් සී. කැල්පිටෝ
බාහිර සමාලෝචකයින්
මර්වික් පර්කොන්, පයාල් ශා, ලයිලා හෙසීනි, සිසිලියා එස්පිනෝසා සහ බියා ගාලි
ප්‍රකාශන සම්බන්ධීකරණය
ගරිමා ශ්‍රීවාස්තව සහ කැරල් ජෝ ඇන්ජලික් සී. කැල්පිටෝ
ප්‍රකාශන තාක්ෂණික සහාය
ගරිමා ශ්‍රීවාස්තව, කැරල් ජෝ ඇන්ජලික් සී. කැල්පිටෝ සහ කේෂියා මහමුඩ්
පිටපත් සංස්කරණය
ස්ටෙෆනි පීටර්ස්
ග්‍රැෆික් නිර්මාණ
නිකොලට් මලාරි
සිංහල පරිවර්තනය
උදා දේශප්‍රිය

පටුන

1 කෙටි යෙදුම්

2 හැඳින්වීම

4 1 වන පරිච්ඡේදය
ආරක්ෂිත ගබ්සාව: මහජන සෞඛ්‍ය සහ මානව හිමිකම් ගැටළුවක්
4 1.1 හැඳින්වීම
5 1.2 ලිංගික හා ප්‍රජනක සෞඛ්‍යය සහ අයිතිවාසිකම් ගෝලීය න්‍යාය පත්‍රයට ඇතුළත් කිරීම: කයිරෝ වෙත සහ තිරසාර සංවර්ධන ඉලක්ක කරා ගමන
7 1.3 අනාරක්ෂිත ගබ්සා වැළැක්වීම සහ ආමන්ත්‍රණය කිරීම සඳහා වන මානව අයිතිවාසිකම් හා බැඳුනු වගකීම්
9 1.4 ආරක්ෂිත ගබ්සාව සඳහා ඇති අයිතිය පිළිබඳව නිතර ඇසෙන ප්‍රශ්න

14 2 වන පරිච්ඡේදය
ගබ්සාවක් ලබා ගන්නා පුද්ගලයින් සඳහා සායනික සත්කාර: අධිවාචකයෙකු සඳහා කරුණු කිහිපයක්
14 2.1 ආරක්ෂිත ගබ්සාව
14 2.2 ගබ්සා කිරීමේ ක්‍රම
15 2.3 පූර්ව-ගබ්සා සත්කාර
18 2.4 ගබ්සා කිරීමේ පිළිවෙත
17 2.5 පශ්චාත් ගබ්සා සත්කාර

31 3 වන පරිච්ඡේදය
නීති සහ ප්‍රතිපත්ති: මානව හිමිකම් කෝණයක් යොදාගැනීම
31 3.1 ලොව පුරා ගබ්සාව සම්බන්ධ නීතිමය තත්ත්වය සහ ජනගහනය සහ සංවර්ධනය පිළිබඳ ජාත්‍යන්තර සමුළුවේ සිට ඇති වූ වෙනස්කම්
33 3.2 සීමාවලින් ඔබ්බට: පුළුල් ප්‍රතිසංස්කරණ කරා යාමට සීමාකාරී නීතිවල විෂය පථය පුළුල් කිරීම සඳහා උපාය මාර්ග පිළිබඳ උදාහරණ
38 3.3 සීමාකාරී නීතිවලින් ඔබ්බට: ගබ්සා ප්‍රවේශය හා බැඳුනු වෙනත් නියාමන, සායනික සහ පරිපාලන බාධක

54 4 වන පරිච්ඡේදය
ආරක්ෂිත ගබ්සාව සැලසුම් කිරීම සහ කළමනාකරණය කිරීම: මානව හිමිකම් මත පදනම් වන ප්‍රවේශයක්
54 4.1 ගබ්සා තොරතුරු සහ සේවා සඳහා මානව හිමිකම් මත පදනම් වන ප්‍රවේශයක්
56 4.2 මානව අයිතිවාසිකම් මත පදනම් වූ ගබ්සා තොරතුරු සහ සේවා ප්‍රතිපාදනය: ක්‍රියාකාරී න්‍යාය පත්‍රයක්

82 සටහන්

82 මූලාශ්‍ර

රූප ලැයිස්තුව
6 1 වන රූපය: ගබ්සා සංකූලතා සම්බන්ධයෙන් විෂම වන අනුපාත
18 2 වන රූපය: ඖෂධ මගින් සිදු කරන ගබ්සාව සඳහා යොදාගන්නා ඖෂධ ක්‍රියා කරන අන්දම
23 3 වන රූපය: අතින් රික්තක චූසනය සඳහා යොදාගන්නා සිරින්ජය
32 4 වන රූපය: ජනගහනය සහ සංවර්ධනය පිළිබඳ ජාත්‍යන්තර සමුළුවේ (ICPD) සිට ගබ්සා නීති ලිහිල්කරණය (රටවල් 40ක තත්වය)
42 5 වන රූපය: ඉතියෝපියාවේ සේවා සපයන්නන්ගේ කාණ්ඩය අනුව සැපයූ ගබ්සා සේවා (2014)

වගු ලැයිස්තුව
19 1 වන වගුව: මිෆෙප්‍රිස්ටෝන් සහ මිසොප්‍රොස්ටෝල් භාවිතයෙන් ඖෂධ මගින් සිදු කරන ගබ්සා කිරීමේ ක්‍රියා පිළිවෙත
19 2 වන වගුව: මිෆෙප්‍රිස්ටෝන් ලබා ගත නොහැකි විට ඖෂධ මගින් සිදු කරන ගබ්සා කිරීමේ ක්‍රියා පිළිවෙත
26 3 වන වගුව: ශල්‍යකර්ම මගින් සිදු කරන ගබ්සාව සහ ඖෂධ මගින් සිදු කරන ගබ්සාව සංසන්ධනය
33 4 වන වගුව: ජනගහනය සහ සංවර්ධනය පිළිබඳ ජාත්‍යන්තර සමුළුවේ (ICPD) සිට ගබ්සා නීති වඩාත් සීමාකාරී වී ඇති රටවල්

කොටු ලැයිස්තුව
15 1 වන කොටුව: ආරක්ෂිත ගබ්සා සේවා සඳහා යහපත් උපදේශන සේවාවක ලක්ෂණ
23 2 වන කොටුව: ගබ්සාව සඳහා වේදනා කළමනාකරණය
25 3 වන කොටුව: ශල්‍යකර්ම මගින් සිදු කරන ගබ්සාවේදී ආසාදන වැළැක්වීම
40 4 වන කොටුව: කැනඩාවේ ගබ්සා නීතිය
42 5 වන කොටුව: මධ්‍යම මට්ටමේ සේවා සපයන්නන් විසින් ගබ්සා සේවා ලබාදීම
45 6 වන කොටුව: නව යොවුන් වියේ පසුවන්නන්ගේ උපරිම යහපත පදනම් කර ගන්නා ගබ්සා නීති සහ ප්‍රතිපත්ති සඳහා උදාහරණ
48 7 වන කොටුව: හෘද සාක්ෂියට එකඟව විරෝධය දැක්වීමට ඉඩ නොදීම- ස්වීඩනයේ කතාව
58 8 වන කොටුව: සංක්‍රාන්ති පුද්ගලයන්ට හිතෛෂී ගබ්සා සේවාවක් නිර්මාණය කිරීම
62 9 වන කොටුව: විවිධ මට්ටම්වල සෞඛ්‍ය සේවා තුළ තිබිය යුතු ගබ්සා ආශ්‍රිත සේවා
71 10 වන කොටුව: ගබ්සා සේවා අධීක්ෂණය කිරීම සඳහා යෝජිත දර්ශක කිහිපයක්
80 11 වන කොටුව: ගබ්සාව වෙත ප්‍රවේශය පුළුල් කිරීම සඳහා නීතිමය සහ සමාජීය වගවීමේ උපායමාර්ග

කෙටි යෙදුම්

CAT	වධහිංසාවට එරෙහි කමිටුව
CCPR	සිවිල් සහ දේශපාලන අයිතිවාසිකම් පිළිබඳ කමිටුව
CEDAW	කාන්තාවන්ට එරෙහි සියලු ආකාරයේ වෙනස්කොට සැලකීම් කිරීම තුරන් කිරීමේ කමිටුව
CESCR	ආර්ථික, සමාජීය සහ සංස්කෘතික අයිතිවාසිකම් පිළිබඳ කමිටුව
CHW	ප්‍රජා සෞඛ්‍ය සේවකයා
COVID	කොරෝනා වයිරස් රෝගය
CRC	ළමා අයිතිවාසිකම් කමිටුව
CRPD	අබාධ සහිත පුද්ගලයින්ගේ අයිතිවාසිකම් පිළිබඳ කමිටුව
CRR	ප්‍රජනක අයිතිවාසිකම් සඳහා වූ මධ්‍යස්ථානය
EVA	විදුලි රික්තක චූසනය
GAPD	ගෝලීය ගබ්සා ප්‍රතිපත්ති දත්ත එකතුව
GGR	ගෝලීය ගැග් රීතිය
HRBA	මානව හිමිකම් මත පදනම් වූ ප්‍රවේශය
HRC	මානව හිමිකම් කොමිසම
ICCPR	සිවිල් සහ දේශපාලන අයිතිවාසිකම් පිළිබඳ ජාත්‍යන්තර සම්මුතිය
ICESCR	ආර්ථික, සමාජීය සහ සංස්කෘතික අයිතිවාසිකම් පිළිබඳ ජාත්‍යන්තර සම්මුතිය
ICPD	ජනගහනය සහ සංවර්ධනය පිළිබඳ ජාත්‍යන්තර සමුළුව
IUD	අන්තර් ගර්භාෂ උපකරණ
MA	ඖෂධ මගින් සිදු කරන ගබ්සාව
MCH	මාතෘ හා ළමා සෞඛ්‍යය
MR	ඔසප් නියාමනය
MTP	වෛද්‍යමය ගැබ් ගැනීම අවසන් කිරීම
MVA	අතින් රික්තක චූසනය
OCP	ගිලින ප්‍රතිසංධිවිරෝධක පෙති
OHCHR	එක්සත් ජාතීන්ගේ මානව හිමිකම් පිළිබඳ මහ කොමසාරිස් කාර්යාලය
PAC	පශ්චාත් ගබ්සා සත්කාර
PID	ශ්‍රෝණි ප්‍රදාහය
PLHIV	HIV සමඟ ජීවත් වන පුද්ගලයින්
POCSO	ලිංගික අපරාධ වලින් දරුවන් ආරක්ෂා කිරීමේ පනත
RCOG	රාජකීය ප්‍රසව හා නාරිවේද වෛද්‍ය විද්‍යාලය
RH	ප්‍රජනක සෞඛ්‍යය
RHR	ප්‍රජනක සෞඛ්‍ය අයිතිවාසිකම්
SRH	ලිංගික හා ප්‍රජනක සෞඛ්‍යය
SRHR	ලිංගික හා ප්‍රජනක සෞඛ්‍ය සහ අයිතිවාසිකම්
STI	ලිංගිකව සම්ප්‍රේෂණය වන ආසාදන
UPR	විශ්වීය ආවර්තිතා සමාලෝචනය
VA	රික්තක චූසනය

හැඳින්වීම

ආරක්ෂිත ගබ්සා සත්කාර සැපයීම සඳහා සාක්ෂි මත පදනම් වූ හොඳම පිළිවෙත් පිළිබඳ මග පෙන්වීමක් ලබා දීමේ අරමුණින්, 2012 දී, ලෝක සෞඛ්‍ය සංවිධානය විසින් සෞඛ්‍ය පද්ධති සඳහා තාක්ෂණික සහ ප්‍රතිපත්ති මාර්ගෝපදේශය යන ලේඛනයේ දෙවන සංස්කරණය සකස් කරන ලදී (මෙම ලේඛනය මෙතැන් සිට ලෝක සෞඛ්‍ය සංවිධානයේ මාර්ගෝපදේශය ලෙස හැඳින්වේ).

මෙම ලේඛනය සායනික මග පෙන්වීමක් පමණක් නොවේ. මානව හිමිකම් මූලධර්ම මත පදනම් වන ගබ්සා නීති සහ ප්‍රතිපත්ති සඳහා හොඳම පිළිවෙත් ද මෙහි ඇතුලත් වේ. මෙහි පහත සඳහන් මූලධර්ම පිළිපැදීම නිර්දේශ කෙරේ:

- ගබ්සාව පිළිබඳ නීති සහ ප්‍රතිපත්ති මගින් කාන්තාවන්ගේ සෞඛ්‍යය සහ ඔවුන්ගේ මානව හිමිකම් ආරක්ෂා කළ යුතුය.
- ආරක්ෂිත ගබ්සා සත්කාර සඳහා ඇති ප්‍රවේශයට සහ නිසි වෙලාවට සත්කාර සැපයීමට බාධා කරන නියාමන, ප්‍රතිපත්ති සහ වැඩසටහන් තුල ඇති බාධක ඉවත් කළ යුතුය.
- නීත්‍යානුකූලව සුදුසුකම් ලත් සෑම කාන්තාවකටම ආරක්ෂිත ගබ්සා සත්කාර සඳහා සූදානම් ප්‍රවේශයක් ඇති බව සහතික කිරීමට, එයට ඉඩ සලසන නියාමන සහ ප්‍රතිපත්තිමය පරිසරයක් අවශ්‍ය වේ. එම ප්‍රතිපත්ති කාන්තාවන්ගේ මානව හිමිකම් වලට ගරු කල යුතු අතර, කාන්තාවන්ගේ මානව හිමිකම් ආරක්ෂා කිරීමත් සාක්ෂාත් කර ගැනීමත් අරමුණු කොට ගත යුතු වේ. එමෙන්ම කාන්තාවන් සඳහා ධනාත්මක සෞඛ්‍ය ප්‍රතිඵල අත්කර ගැනීමට, ප්‍රතිසංධිවිරෝධක පිළිබඳ උසස් තත්වයේ තොරතුරු සහ සේවාවන් ලබාදීමට, මෙන්ම දුප්පත් කාන්තාවන්, නව යොවුන් වියේ පසුවන්නන්, ලිංගික බලහත්කාරකම් වලට මුහුණ දුන් පුද්ගලයන්, සහ එච්.අයි.වී (HIV) සමග ජීවත්වන පුද්ගලයන්ගේ විශේෂ අවශ්‍යතා සපුරාලීම සඳහා ප්‍රතිපත්ති සකස් විය යුතුය (ලෝක සෞඛ්‍ය සංවිධානය 2012, පිටුව 9, කොටුව 7).

2012 සිට පරිපූර්ණ ආරක්ෂිත ගබ්සා සත්කාර සැපයීම සඳහා හොඳම භාවිතයන් සහ මානව හිමිකම් සම්මතයන් පිළිබඳ අපගේ අවබෝධයේ සැලකිය යුතු පරිණාමයක් දක්නට ඇත. ලිංගික හා ප්‍රජනක සෞඛ්‍ය සහ අයිතිවාසිකම් සඳහා ස්වයං සත්කාර මැදිහත්වීම් පිළිබඳ 2019 වසරේ ලෝක සෞඛ්‍ය සංවිධානය නිකුත්කළ මාර්ගෝපදේශහි, මුල් අවධියේ ගබ්සාව සුදුසු සෞඛ්‍ය පද්ධති සහාය ඇතිව ගබ්සා පෙති භාවිතයෙන් කාන්තාවන්ට ස්වයං කළමනාකරණය කළ හැකි පිළිවෙතක් ලෙස හඳුනා ගැනිණි (ලෝක සෞඛ්‍ය සංවිධානය 2019). කෝවිඩ්-19 වසංගතය අතරතුර පිටතට යාම මත පැනවූ තහනම්, මුල් අවධියේ ගබ්සාව ස්වයං කළමනාකරණය කිරීම පිළිගත හැකි විකල්පයක් ලෙස ස්ථානගත වීමට දායක වූ බව පෙනේ. මානව හිමිකම් දෙස බලන විට, 2020 වන විට මානව හිමිකම් ගිවිසුම් ආයතන සියල්ලක්ම පාහේ සියලු තත්වයන් යටතේ ගබ්සාව අපරාධයක් නොවන ලෙස පිළිගැනීමට පැහැදිලි ඉල්ලීමක් නිකුත් කර ඇත.

මෙම මාර්ගෝපදේශය ARROW විසින් ප්‍රකාශිත අධිවාචකයන් සඳහා වන මාර්ගෝපදේශ මාලාවේ සිව්වැන්න වන අතර, ලිංගික හා ප්‍රජනක සෞඛ්‍යය සහ අයිතිවාසිකම් වෙනුවෙන් අධිවාචනයේ නිරතවන්නන් වෙනුවෙන් සකසා ඇත. මෙය ආරක්ෂිත ගබ්සා ප්‍රවේශය සහ ගුණාත්මකභාවය මෙන්ම, ආරක්ෂිත ගබ්සා සේවා කෙතරම් දුරට පවතින ජාත්‍යන්තර මානව හිමිකම් සම්මතයන් ගැන දැනුවත්ව සකස් වී ඇත්ද යන වග පිළිබඳව ප්‍රගතිය නිරීක්ෂණය කිරීම හරහා, ලිඛිත වශයෙන් ලබාගෙන ඇති ජයග්‍රහණ බිම් මට්ටමේ ක්‍රියාවන් වලට පරිවර්තනය වන බව සහතික කිරීමට පහසුකම් සැලසීමට උත්සහ කරයි. මෙම අධිවාචකයන් සඳහා වන මාර්ගෝපදේශය, ප්‍රතිපත්ති සම්පාදකයින්, වැඩසටහන් කළමනාකරුවන් සහ ගබ්සා සේවා සපයන්නන් ඉලක්ක කරගත් ලෝක සෞඛ්‍ය සංවිධානයේ මාර්ගෝපදේශ ලේඛනයට අනුපූරකයක් ලෙස දැකිවිය හැකිය. ලෝක සෞඛ්‍ය සංවිධානයේ මාර්ගෝපදේශ ලේඛනය භාවිතා කරමින් මෙම මාර්ගෝපදේශය සකස්කර ඇති අතර, සායනික තොරතුරු මෙන්ම ප්‍රතිපත්ති සහ මානව හිමිකම් පිළිබඳ තොරතුරු අවශ්‍යය පරිදි යාවත්කාලීන කර ඇත.

මෙම මාර්ගෝපදේශය පරිච්ඡේද හතරකින් යුක්ත වේ. හඳුන්වාදීම, මහජන සෞඛ්‍ය සහ මානව හිමිකම් සැලකීමේදී අවශ්‍ය සියලු දෙනාටම ආරක්ෂිත ගබ්සාවක් ලබා දීමේ අවශ්‍යතාවය පෙන්වා දෙයි. ගබ්සා ක්‍රම සහ පිළිවෙත් මෙන්ම, අනුගමනය කල යුතු ක්‍රියා පටිපාටි ඇතුලත් වූ ආරක්ෂාව සහ කාර්යක්ෂමතාව පිළිබඳ අත්‍යවශ්‍ය සාක්ෂි මත පදනම් වූ තාක්ෂණික තොරතුරු සාරාංශයක් දෙවන පරිච්ඡේදයේ ඇතුලත් වේ. ලොව පුරා ගබ්සා නීති සහ ප්‍රතිපත්ති පිළිබඳ දළ විශ්ලේෂණයක් තුන්වන පරිච්ඡේදයේ දක්වා ඇත. ආරක්ෂිත ගබ්සාවට ප්‍රවේශය පුළුල් කිරීමටත්, උපායශීලීව නීතිමය බාධා මගහැරීමටත්, අධිවාචකයන්

සහ ක්‍රියාකාරීන් විසින් භාවිතා කරන උපාය මාර්ග පිළිබඳ උදාහරණ ඇතුළුව, ආරක්ෂිත ගබ්සාව වෙත ඇති ප්‍රවේශයට බාධා පමුණුවන නියාමන සහ සේවා සැපයීම හා බැඳුන බාධා ගැන මෙම පරිච්ඡේදයේ සාකච්ඡා කෙරේ. සිව්වන සහ අවසාන පරිච්ඡේදය, ගබ්සා තොරතුරු සහ සේවාවන්ට අදාළ මානව හිමිකම් මූලධර්ම සහ ප්‍රමිතීන් පිළිබිඹු කරන ප්‍රධාන මූලධර්ම නවයක් භාවිතා කරමින් අයිතිවාසිකම් මත පදනම් වූ ආරක්ෂිත ගබ්සා සේවාවක් කෙබඳු විය යුතුද යන්න විස්තර කරයි. මෙම මූලධර්ම නවය, අයිතිවාසිකම් මත පදනම් වූ ප්‍රතිසංධිවිරෝධක තොරතුරු සහ සේවාවන් පිළිබඳ ලෝක සෞඛ්‍යය සංවිධානයේ මාර්ගෝපදේශයේ භාවිතා කෙරෙන මූලධර්මයි. එනම්, වෙනස්කොට සැලකීමෙන් තොර වීම; ගබ්සා තොරතුරු සහ සේවා තිබෙන බව; ගබ්සා තොරතුරු සහ සේවා සඳහා ප්‍රවේශය ඇති බව; ගබ්සා තොරතුරු සහ සේවා පිළිගත හැකි වීම; ගබ්සා තොරතුරු සහ සේවාවන්හි ගුණාත්මකභාවය; දැනුවත් තීරණ ගැනීම; පෞද්ගලිකත්වය සහ රහස්‍යභාවය; සහභාගීත්වය; සහ වගවීම වේ (ලෝක සෞඛ්‍යය සංවිධානය 2014).

දෙවන, තෙවන සහ සිව්වන පරිච්ඡේදවල ප්‍රශ්නාවලි (පිරික්සුම් ලැයිස්තු) ඇතුළත් වේ. ගබ්සා සේවා සැපයීම සඳහා තාක්ෂණික ප්‍රමිතීන්, ගබ්සාව පිළිබඳ නීති, ප්‍රතිපත්ති සහ රෙගුලාසි මෙන්ම ගබ්සා සේවා සැපයීමේ වැඩසටහන් වලදී මානව හිමිකම් මූලධර්ම පිළිපැදීම සම්බන්ධයෙන් පවතින හිඩැස් තක්සේරු කිරීමට සහ වැඩිදුර විමර්ශන සඳහා විෂයයන් හඳුනා ගැනීමට අධිවාචකයන් මෙම ප්‍රශ්නාවලි භාවිතා කරනු ඇතැයි අපේක්ෂා කෙරේ. එවැනි ඇගයීමක් සියලුම පුද්ගලයින් සඳහා ආරක්ෂිත ගබ්සා සේවා සඳහා ප්‍රවේශය පුළුල් කිරීමට අධිවාචන ක්‍රියාකාරකම් සැලසුම් කිරීමට දායක වනු ඇතැයි අපේක්ෂා කෙරේ.

ප්‍රශ්නාවලි භාවිතා කිරීම:

සෑම ප්‍රශ්නාවලියක්ම මානව හිමිකම් මූලධර්මවලට අනුකූල වීම තක්සේරු කිරීම සඳහා වර්ණ කේතයක් භාවිතා කරයි. ආරක්ෂිත ගබ්සාවට අදාළ නීති, ප්‍රතිපත්ති, වැඩසටහන් සහ සේවාවන් ශ්‍රේණිගත කිරීම සඳහා වර්ණ කේත දෙකක් (අවස්ථා කිහිපයකදී, තුනක්) සපයා ඇත- එනම් මානව හිමිකම් මූලධර්මවලට අනුගත නොවීම සනිටුහන් කිරීමට රතු ද, අනුගත වීම සනිටුහන් කිරීමට කොළ ද, අර්ධ වශයෙන් අනුගත වීම සනිටුහන් කිරීමට කහ පැහැය ද ලෙසයි. අමතර සටහන් තැබීම සඳහා ද ඉඩක් සපයා ඇත. ප්‍රශ්නාවලිවල කොළ පැහැයෙන් පුරවා ඇති කොටු ගණන වැඩි වන තරමට, මානව හිමිකම් මූලධර්මවලට අනුගත වීම වඩා හොඳ වේ. ප්‍රශ්නාවලි පිරවීමෙන් පසු, රතු කොටු නැවත විමර්ශනය කිරීමෙන් මානව හිමිකම් මූලධර්මවලට අනුකූල නොවන ක්ෂේත්‍ර හඳුනා ගත හැකිය. ඉන්පසු සමාලෝචනය සිදු කරන කණ්ඩායම් වලට ඔවුන්ගේ බලතල, ඔවුන්ගේ මෙහෙයුම් විෂය පථය සහ කණ්ඩායමක්/සංවිධානයක්/ජාලයක් ලෙස ඔවුන් සතු ශක්තීන් මෙන්ම ඔවුන් ක්‍රියාත්මක වන සමාජ-දේශපාලනික වාතාවරණය සැලකිල්ලට ගනිමින්, තවදුරටත් අධිවාචනය කිරීම සහ ක්‍රියාමාර්ග ගැනීම සඳහා හඳුනාගත් ක්ෂේත්‍ර ප්‍රමුඛතාවය අනුව පෙළගැස්විය හැකිය.

1 වන පරිච්ඡේදය

ආරක්ෂිත ගබ්සාව: මහජන සෞඛ්‍ය සහ මානව හිමිකම් ගැටළුවක්

1.1 හැඳින්වීම

නිදහසේ සහ වගකීමෙන් යුතුව, බලහත්කාරයෙන් තොරව, තම දරුවන් සංඛ්‍යාව සහ පරතරය තෝරා ගැනීමට සෑම කාන්තාවකටම ඇති අයිතිය සහ එසේ තෝරා ගැනීමට ක්‍රම තිබීම ජනගහනය සහ සංවර්ධනය පිළිබඳ ජාත්‍යන්තර සමුළුවේ (ICPD) ක්‍රියාමාර්ග වැඩසටහනහි (1994) දක්වා ඇත. මෙම අයිතිය ක්‍රියාත්මක කිරීමේ හැකියාව රඳා පවතින්නේ සැලසුම් නොකළ හෝ වැරදි වෙලාවක ඇතිවූ ගැබ් ගැනීමක් ආරක්ෂිතව අවසන් කිරීම සඳහා ඇති සේවාවන් වෙත කාන්තාවන්ට ඇති ප්‍රවේශය මත ය. අතීතයේ පටන් සෑමවිටම කාන්තාවන්ට ආරක්ෂිත ගබ්සා සේවා සඳහා ප්‍රවේශය අවශ්‍ය වී තිබියදී, ප්‍රේරිත ගබ්සාවක් හරහා ගැබ් ගැනීමක් ස්වේච්ඡාවෙන් අවසන් කිරීම අපරාධයක් ලෙස සලකන සීමා පනවන නීති නිසා ලොව පුරා මිලියන සංඛ්‍යාත කාන්තාවන්ට එවැනි සේවාවන් ලබාගැනීමට දිගින් දිගටම නොහැකි වේ. සාපේක්ෂව අඩුවෙන් සීමා පනවන නීති පවතින විට පවා, හේතු ගණනාවක් නිසා බොහෝ විට සේවාවන් වෙත ප්‍රවේශය නොමැති වේ. ගර්භනී පුද්ගලයෙකුට ආරක්ෂිත ගබ්සා සේවා සඳහා ප්‍රවේශය නොමැති විට, ඇයට බොහෝ විට සතුටුදායක නොවන හෝ 'අනාරක්ෂිත' සේවාවන් ලබා ගැනීම හැර වෙනත් විකල්පයක් නොමැත. මෙහි ප්‍රතිවිපාකයක් ලෙස මිලියන සංඛ්‍යාත පුද්ගලයින් වළක්වා ගත හැකි මරණ සහ රෝගාබාධ අත්විඳියි.

ගබ්සා ආශ්‍රිත මරණ හා රෝගාබාධ අනුපාත පහත වැටීම (විශේෂයෙන්ම ගබ්සාව නීති විරෝධී රටවල), සහ අනාරක්ෂිත ක්‍රම වෙනුවට ගබ්සා කිරීම සඳහා ඖෂධ යොදාගැනීම නිසා, ඖෂධ යොදාගෙන සිදු කරන ගබ්සා සඳහා අඩු හෝ වැඩි වශයෙන් ප්‍රවේශය ඇති වඩාත් සීමාකාරී නීති ඇති රටවල, ගබ්සාවල ආරක්ෂාව සම්බන්ධයෙන් ඇගයීම් සහ වර්ගීකරණය කිරීමේ ක්‍රම නැවත විමර්ශනය කිරීමට පර්යේෂකයන්ට සිදු වී තිබේ. ලෝක සෞඛ්‍ය සංවිධානය ගබ්සාවක් ආරක්ෂිත වන්නේ යැයි අර්ථ දක්වන්නේ එය සුදුසු පුහුණුව ලත් සේවා සපයන්නෙක් විසින්, නිර්දේශිත ක්‍රමයක් භාවිතයෙන් සිදු කරන විටය (Ganatra et al. 2017). අඩු ආරක්ෂිත ගබ්සාවක් මෙම නිර්ණායක දෙකෙන් එකක් පමණක් සපුරාලයි- නිදසුනක් ලෙස, පුහුණු සෞඛ්‍ය සේවකයෙකු විසින් යල් පැන ගිය ක්‍රමයක් භාවිතා කරමින් ගබ්සාවක් සැපයීම හෝ, පුහුණු පුද්ගලයෙකුගේ සහාය හෝ ප්‍රමාණවත් තොරතුරු නොමැතිව ආරක්ෂිත ක්‍රමයක් භාවිතා කරමින් (මිසොප්‍රොස්ටෝල් වැනි ඖෂධ භාවිතා කරමින්) කාන්තාවක් විසින් ස්වයං කළමනාකරණය (self-manage) කර ගන්නා ගබ්සාවක් ලබා ගැනීම සැලකිය හැකිය. අවම ආරක්ෂිත ගබ්සා මෙම නිර්ණායක කිසිවක් සපුරාලන්නේ නැත; ඒවා තියුණු මෙවලම් හෝ විෂ සහිත ද්‍රව්‍ය වැනි භයානක ක්‍රම භාවිතා කරමින් පුහුණුවක් නොමැති පුද්ගලයින් විසින් සපයනු ලැබේ. ලොව පුරා, ඇස්තමේන්තුගත ගබ්සා කිරීම් වලින් 55% ක් ආරක්ෂිත ලෙසත්, 31% ක් අඩු ආරක්ෂිත ලෙසත්, 14% ක් අවම ආරක්ෂිත ලෙසත් වර්ගීකරණය කළ හැකිය.

කාන්තාවන්ට සහ ගැබ් ගැනීමට හැකියාව ඇති සංක්‍රාන්ති පුද්ගලයින්ට පමණක් අවශ්‍ය වන[1], ගබ්සාව වැනි ප්‍රජනක සෞඛ්‍ය සේවාවක් ප්‍රතික්ෂේප කිරීම, ලිංගිකත්වය, ප්‍රජනක ක්‍රියාකාරකම් සහ තම ජීවිතය පිළිබඳ ස්වාධීන තීරණ ගැනීමට ඔවුන්ට ඇති හැකියාව උල්ලංඝනය කරන අතර, මෙය ඔවුන්ගේ පෞද්ගලිකත්වයට සහ සමානාත්මතාවයට ඇති අයිතිය මෙන්ම අනෙකුත් මූලික මානව හිමිකම් උල්ලංඝනය කරයි (UNOHCHR 2020).

සෞඛ්‍යයට ඇති අයිතිය තුල නිදහස් සහ හිමිකම් යන දෙකම ඇතුළත් වේ. පුද්ගලයන්ට ලිංගික හා ප්‍රජනන නිදහස ඇතුළුව තම සෞඛ්‍යය සහ ශරීරය පාලනය කිරීමට අයිතියක් ඇති බවත්, වධහිංසා පැමිණවීමෙන් නිදහසත්, කැමැත්තෙන් තොරව වෛද්‍ය ප්‍රතිකාර සහ අත්හදා බැලීම් වැනි මැදිහත්වීම් වලින් නිදහස් වීමේ අයිතියත් ඇති බව රාජ්‍යයන් සහතික කළ යුතු බව නිදහස් වලින් අර්ථ දැක්වේ (CESCR 2000). සුදුසු සෞඛ්‍ය සේවා ඇති ක්‍රියාත්මක සෞඛ්‍ය පද්ධතියක් තිබීම, ප්‍රජා මූලික සේවා, සෞඛ්‍ය සේවා ආයතන තිබීම, අත්‍යවශ්‍ය ඖෂධ සඳහා ප්‍රවේශය, ප්‍රමාණවත් සෞඛ්‍ය සේවා සපයන්නන් මෙන්ම සෞඛ්‍ය ආශ්‍රිත අධ්‍යාපනය සහ විශේෂයෙන්ම සෞඛ්‍යය පිළිබඳ තොරතුරු තිබීම හිමිකම් අතර වේ (CESCR 2000).

සියලුම කාන්තාවන්ට ආරක්ෂිත ගබ්සා සේවා සඳහා විශ්වීය ප්‍රවේශය වෙනුවෙන් අධිවාචනය කිරීම සඳහා මහජන සෞඛ්‍ය සහ මානව හිමිකම් මුල් කොට ගත් මූලකාරණා මෙම පරිච්ඡේදයෙන් අපි ඉදිරිපත් කරමු. ඊළඟ කොටසේදී (1.2), අපි සාකච්ඡා කරන්නේ ආරක්ෂිත ගබ්සා සේවා සඳහා ඇති අවශ්‍යතාවය

කෙතරම්ද යන්න සහ ලොව පුරා එවැනි සේවාවන් සඳහා ප්‍රවේශය සීමා කිරීමේ ප්‍රතිවිපාකයි. මෙයින් පසුව, 1.3 කොටසේ දී, කාන්තාවන්ට ආරක්ෂිත ගබ්සා සේවා සඳහා ඇති අයිතිය තහවුරු කරන ජාත්‍යන්තර ප්‍රකාශන සහ මානව හිමිකම් ගිවිසුම් පිළිබඳ තොරතුරු දැක්වෙන අතර, කාන්තාවන්ට ආරක්ෂිත ගබ්සා සේවා සඳහා ඇති අයිතිය වර්ධනය කිරීම සඳහා ජාත්‍යන්තර ගිවිසුම් ආයතන සහ එක්සත් ජාතීන්ගේ ආයතන ඉටු කර ඇති ධනාත්මක කාර්යභාරය සොයා බැලේ. මෙම පරිච්ඡේදයේ අවසාන කොටස (1.4) ප්‍රේරිත ගබ්සා (induced abortion) කිරීමේ නීත්‍යානුකූලභාවය සහ ආරක්ෂාව සම්බන්ධයෙන් නිතර අසනු ලබන ප්‍රශ්න කිහිපයකට සාක්ෂි මත පදනම් වූ තොරතුරු සපයයි.

1.2 ලිංගික හා ප්‍රජනක සෞඛ්‍යය සහ අයිතිවාසිකම් ගෝලීය න්‍යාය පත්‍රයට ඇතුළත් කිරීම: කයිරෝ වෙත සහ තිරසාර සංවර්ධන ඉලක්ක කරා ගමන

සියලුම ගැබ් ගැනීම් සැලසුම් කල ගැබ් ගැනීම් නොවන අතර ගැබ් ගන්නා සියලුම පුද්ගලයින් ගැබ් ගැනීම දිගටම පවත්වාගෙන යාමට බලාපොරොත්තු නොවේ. ලිංගික ප්‍රචණ්ඩත්වය හේතුවෙන් ගැබ් ගැනීම, ප්‍රතිසංධිවිරෝධක ක්‍රම (contraceptives) (උපත් පාලන ක්‍රම) අසාර්ථක වීම මෙන්ම, පුද්ගලික තත්වයන් හේතුවෙන් දරුවෙකුගේ උපත දුෂ්කර වීම, කාන්තාවන් ගැබ් ගැනීමක් දිගටම පවත්වාගෙන නොයෑමට තීරණය කිරීමට පොදු හේතු වේ.

2015-19 කාලය තුළ ලොව පුරා සෑම වසරකම අනපේක්ෂිත ගැබ් ගැනීම් මිලියන 121 ක් සිදු වූ බව ඇස්තමේන්තු කර ඇත. ප්‍රජනක වයසේ (අවුරුදු 15-49) සිටින සෑම කාන්තාවන් 1,000 කටම වාර්ෂිකව අනපේක්ෂිත ගැබ් ගැනීම් 64 ක් ඇති විය. ඒවායින් තුනෙන් දෙකකට ආසන්න ප්‍රමාණයක් ගබ්සාවකින් අවසන් විය (Bearak et al. 2020). ආරක්ෂිත ගබ්සා සේවා නීතියෙන් සීමා කර ඇති හෝ එම සේවා සීමිත වීම හේතුවෙන් සේවා ලබා ගැනීමට අපහසු වූ රටවල ගබ්සාවක් අනාරක්ෂිත වීමේ සම්භාවිතාව වැඩි විය.

1.2.1 අනාරක්ෂිත ගබ්සාව: ගැටලුවේ ප්‍රමාණය

නවතම දත්ත (2010-14) පෙන්වා දෙන්නේ ගෝලීය වශයෙන් සෑම වසරකම ආසන්න වශයෙන් අනාරක්ෂිත ගබ්සා මිලියන 25 ක් සිදුවන බවයි. සියලුම ගබ්සා වලින් සියයට පනහක් ආරක්ෂිත ගබ්සා වූ අතර, 31% ක් අඩු ආරක්ෂිත ගබ්සා ද, 14% ක් අවම ආරක්ෂිත ගබ්සා ද විය. සංවර්ධිත රටවල ගබ්සා සියල්ලම පාහේ සහ සංවර්ධනය වෙමින් පවතින රටවල ගබ්සා වලින් අඩක් පමණ ආරක්ෂිත විය (Ganatra et al. 2017). සංවර්ධනය වෙමින් පවතින රටවල් 12 ක් ආවරණය වන පරිදි කරන ලද අධ්‍යයනයන්වල සොයාගැනීම් සංස්ලේෂණයක් පෙන්නුම් කළේ, වැඩිහිටි කාන්තාවන්ට වඩා නව යොවුන් වියේ පසුවන්නන් නුපුහුණු සපයන්නන්ගෙන් ගබ්සා සේවා ලබා ගැනීමට හෝ ස්වයං-ප්‍රේරිත ගබ්සා (self-induced abortion) ලබා ගැනීමට වැඩි ඉඩක් ඇති බවයි. එහි ප්‍රතිඵලයක් ලෙස, ඔවුන් ගබ්සාවක් ලබා ගැනීමට කිහිප වරක් උත්සාහ දැරීමට වැඩි ඉඩක් තිබිණි. මෙම සියලු සාධක අනාරක්ෂිත ගබ්සා වලින් සංකූලතා ඇතිවීමේ අවදානම වැඩි කරයි. සංවර්ධනය වෙමින් පවතින රටවල අනාරක්ෂිත ගබ්සා වලින් සියයට දහසයක් ලබා ගත්තේ වයස අවුරුදු 15-19 අතර නව යොවුන් වියේ පසුවන්නන් විය (Darroch et al 2016).

අපේක්ෂා කළ හැකි පරිදි, රටක ගබ්සා කිරීමේ නීතිමය තත්ත්වය, ආරක්ෂිත ගබ්සා කිරීම් ප්‍රතිශතයට තීරණාත්මක වෙනසක් ඇති කළේය. මේ අනුව, ඉල්ලීම මත ගබ්සාවක් ලබා ගත හැකි රටවල, සියලුම ගබ්සා වලින් 87% ක් ආරක්ෂිත වූ අතර, ගබ්සා සම්බන්ධයෙන් සීමා පනවන නීති ඇති රටවල ගබ්සා හතරෙන් එකක් (25.2%) පමණක් ආරක්ෂිත විය (Ganatra et al. 2017).

1.2.2 අනාරක්ෂිත ගබ්සා වලින් පසු ඇතිවන රෝගාබාධ සහ මරණ

අනාරක්ෂිත ගබ්සා නිසා ඇතිවන සංකූලතා හේතුවෙන් සිදුවන මරණ සහ ආබාධිතභාවය සම නොකළැකි මහජන සෞඛ්‍ය ඛේදවාචකයක් වේ. මන්ද, එය සාමාන්‍යයෙන් සෞඛ්‍ය සම්පන්න සහ ඔවුන්ගේ ජීවිතයේ උච්චතම අවස්ථාවේ සිටින කාන්තාවන් මරණයට සහ ආබාධිතභාවයට පත් කරන සම්පූර්ණයෙන්ම වළක්වා ගත හැකි දෙයකි. ඉතිහාසයේ අත්දැකීම්වලින් පෙනී යන්නේ නීතිමය වශයෙන් පුළුල් හේතු මත හෝ ඉල්ලීම මත ගබ්සා සේවා ලබා ගත හැකි විට, කාන්තාවන්ට ස්වාධීන තේරීම් කිරීමට අවශ්‍යය වන ජීවිත-රකින තොරතුරු වෙත ප්‍රවේශය ඇති බැවින්, අනාරක්ෂිත ගබ්සා වලින් සිදුවන මරණ සැලකිය යුතු ලෙස අඩු වන බවයි. රෝමේනියාවේ සහ මෑතකදී දකුණු අප්‍රිකාවේ මෙය දක්නට ලැබිණි. රෝමේනියාවේ, 1989 ට පෙර වසර 28 ක් තිස්සේ ගබ්සාව තහනම් කර තිබූ අතර, මාතෘ මරණ අනුපාතය සජීවී දරු උපත් 100,000 කට 148 ක් විය. 1989 දී ගබ්සාව නීතිගත කිරීමෙන් පසු, 2002 වන විට මාතෘ මරණ අනුපාතය 100,000 කට 9 දක්වා පහත වැටුණි. එය වසර 15 කට අඩු කාලයක් තුළ මාතෘ මරණ අනුපාතය 16 ගුණයකින් අඩුවීමක් පෙන්නුම් කළේය. දකුණු අප්‍රිකාවේ, රජයේ සෞඛ්‍යය සේවා ස්ථානවල මාතෘ මරණ සංඛ්‍යාව 91% කින් අඩු වීය. 1994 දී 425ක් වූ මරණ සංඛ්‍යාව 1999 වන විට 40

දක්වා අඩු විය (Guttmacher 2017).

අවම ආරක්ෂිත තත්වයන් යටතේ ගබ්සා වලට භාජනය වන කාන්තාවන්, ගර්භාෂ නිෂ්පාදන සම්පූර්ණයෙන්ම ඉවත් නොවන විට සිදු වන අසම්පූර්ණ ගබ්සාව; රක්තපාතය හෝ අධික රුධිර වහනය; ආසාදන; තියුණු දෙයකින් ඇනීම නිසා ගර්භාෂය සිදුරු වීම වැනි ජීවිතයට තර්ජනයක් වන තත්වයන්; සහ ගබ්සාව කිරීමට උත්සාහ කිරීමේදී යෝනි මාර්ගයට හෝ ගුදය තුළට අනතුරුදායක මෙවලමක් ඇතුළු කිරීම නිසා යෝනි මාර්ගය සහ අභ්‍යන්තර අවයව වලට හානි වීම වැනි සංකූලතා අත්විඳිය හැකිය (WHO 2019). ගබ්සා සීමා කරන නීති පවතින සන්දර්භ තුල, නීතිමය චෝදනා පිළිබඳ බිය නිසා, අනාරක්ෂිත ගබ්සාවල සංකූලතා වලින් පෙළෙන බොහෝ කාන්තාවන් ගබ්සා පසු ප්‍රතිකාර ලබා ගැනීමෙන් වැළකී සිටියි, එසේත් නැත්නම් ගබ්සා පසු ප්‍රතිකාර ලබා ගැනීම ප්‍රමාද කරයි. ප්‍රතිකාර නොකළ විට හෝ ප්‍රතිකාර ප්‍රමාද වූ විට, අනාරක්ෂිත ගබ්සා වලින් ඇතිවන සංකූලතා හේතුවෙන් යෝනිමාර්ග ප්‍රදාහය, ශ්‍රෝණි ප්‍රදාහය (PID) සහ වඳභාවය වැනි දිගු කාලීන රෝගාබාධ ඇති විය හැකිය (Guttmacher 2018).

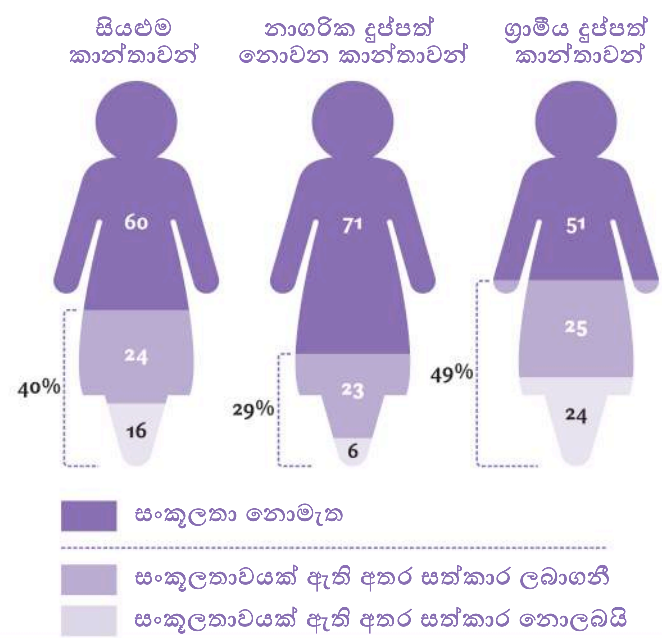
2012 වන විට, සංවර්ධනය වෙමින් පවතින කලාපවල (නැගෙනහිර ආසියාවේ හැර) මිලියන හතක් කාන්තාවන් අනාරක්ෂිත ප්‍රේරිත ගබ්සා හේතුවෙන් ඇතිවන සංකූලතා සඳහා සෞඛ්‍ය සේවා ස්ථාන වල ප්‍රතිකාර ලබා ඇත (Guttmacher 2017). අනාරක්ෂිත ගබ්සා වලින් සංකූලතා ඇති වීමේ අනුපාතය සහ සංකූලතාවල බරපතලකම යන දෙකම කාලයත් සමඟ අඩු වෙමින් පවතින බව අධ්‍යයනවලින් පෙනී යයි. මෙයට එක් වැදගත් හේතුවක් වන්නේ ඖෂධ භාවිතයෙන් ගබ්සාවක් ලබා ගැනීමට හැකි වීමත්, වර්තමානයේ වඩාත් රළු සහ භයානක ක්‍රම භාවිතය අඩු වීමත් ය (Singh et al. 2017).

වාර්ෂිකව, අනාරක්ෂිත ගබ්සාවකින් පසු ඇතිවන සංකූලතා තත්වයන් හේතුවෙන් කාන්තාවන් 22,800–31,000 ක් පමණ මිය යන බව පෙනේ. වර්තමානයේ ඉහලම මරණ අනුපාතය වන 100,000 කට 141 ක් වන මරණ අනුපාතය උප සහරා අප්‍රිකාවේ දක්නට ඇති අතර, මීළඟට ඉහලම මරණ අනුපාතය ඇත්තේ ආසියාවේ (නැගෙනහිර ආසියාව හැර) ය- එනම් 100,000 කට 62කි. 100,000 කට 22 ක් වන අඩුම මරණ අනුපාතයක් ඇත්තේ ලතින් ඇමරිකාව සහ කැරිබියන් කලාපයේ ය (Singh et al. 2017). අනාරක්ෂිත ගබ්සා සියලුම මාතෘ මරණ වලින් 4.7–13.2% කට හේතු වේ (Say et al 2014). උප සහරා අප්‍රිකාවේ අධ්‍යයනවලින් මීට වඩා ඉහල පරාසයක් පෙන්නුම් කරයි- එනම් මාතෘ මරණ වලින් 12-31% ට අනාරක්ෂිත ගබ්සා හේතු වන බවයි [Salamonsen 2017]. 2005 වසරේ නයිජීරියාවේ කළ අධ්‍යයනයකින් හෙළි වූයේ වයස අවුරුදු 15-19 අතර නව යොවුන් වියේ පසුවන්නන් මුහුණ දෙන මාතෘ මරණ සඳහා ප්‍රධානම හේතුව වන්නේ අනාරක්ෂිත ගබ්සාව බවයි (Ujah et al 2005).

ගබ්සාවට ප්‍රවේශය සීමා වූ විට බොහෝ විට වඩාත්ම පීඩාවට පත් වන්නේ අඩු ආදායම්ලාභී කාන්තාවන් සහ ග්‍රාමීය ප්‍රදේශවල ජීවත් වන අය, සංක්‍රමණිකයන් සහ නව යොවුන් වියේ පසුවන්නන් වැනි අනෙකුත් ආන්තික කණ්ඩායම්වල කාන්තාවන් ය. මුදල් ගෙවීමට හැකියාව ඇති අය සාමාන්‍යයෙන් ආරක්ෂිත ගබ්සා සේවා වෙත ප්‍රවේශ වීමට සමත් වේ. සංවර්ධනය වෙමින් පවතින රටවල් 14 ක අධ්‍යයනයන් මත පදනම් වූ ඇස්තමේන්තුවලින් පෙනී යන්නේ සමාජීය වශයෙන් සහ ආර්ථික වශයෙන් අවදානමට ලක් වන කණ්ඩායම්වල කාන්තාවන් අසමානුපාතික ලෙස පීඩාවට පත් වන බවයි (Guttmacher 2017) (1 වන රූපය).

1 වන රූපය: ගබ්සා සංකූලතා සම්බන්ධයෙන් විෂම වන අනුපාත

අනාරක්ෂිත ගබ්සා බහුලව සිදුවන රටවල් 14 ක, ග්‍රාමීය දුප්පත් කාන්තාවන්, නාගරික දුප්පත් නොවන කාන්තාවන්ට වඩා, සංකූලතා අත්විඳීමට බොහෝ දුරට ඉඩ ඇති බව ඇස්තමේන්තු කර ඇත.



මූලාශ්‍රය: Guttmacher 2017 වෙතින් අනුවර්තනය කරන ලදී.

1.3 අනාරක්ෂිත ගබ්සා වැළැක්වීම සහ ආමන්ත්‍රණය කිරීම සඳහා වන මානව අයිතිවාසිකම් හා බැඳුනු වගකීම්

ගැබ් ගැනීමක් දිගටම පවත්වාගෙන යනවාද නැත්ද යන්න තීරණය කිරීමේ අයිතිය මූලික මානව අයිතිවාසිකමකි. ජාත්‍යන්තර සම්මුති ලේඛන, ගිවිසුම් සහ මෙවලම් කිහිපයක්ම මෙය අනුමත කරන අතර මෙයට සහාය දක්වයි. ආරක්ෂිත ගබ්සාවකට ප්‍රවේශය ඇතුළු ප්‍රජනක අයිතිවාසිකම්, ජීවත්වීමට, සෞඛ්‍යයට, වධහිංසාවෙන් හා පීඩාවට පත් කිරීමෙන් නිදහස් වීමට, පෞද්ගලිකත්වයට, අධ්‍යාපනයට, සමානාත්මතාවයට සහ වෙනස්කොට සැලකීම් වලින් නිදහස් වීමට ඇති අයිතීන් ඇතුළු පුළුල් පරාසයක මානව හිමිකම් භුක්ති විඳීම සඳහා අත්‍යවශ්‍ය වේ.

එක්සත් ජාතීන්ගේ ප්‍රධාන මානව හිමිකම් ගිවිසුම් ආයතන ඔවුන්ගේ වරම අර්ථකථනය කර ඇත්තේ අනාරක්ෂිත ගබ්සා හේතුවෙන් සිදුවන වළක්වා ගත හැකි රෝගාබාධ සහ මරණ වැළැක්වීම මෙන්ම ආරක්ෂිත ගබ්සා සේවා වෙත ප්‍රවේශ වීමට කාන්තාවන්ට සහ ගැහැණු ළමයින්ට ඇති අයිතිය තහවුරු කිරීම ඔවුන්ගේ වරම තුල අන්තර්ගත වන ලෙසයි. 2020 වන විට, සියලු තත්වයන් යටතේ ගබ්සාව අපරාධයක් නොවන බවට සලකන ලෙස, කාන්තාවන්ට එරෙහි සියලු ආකාරයේ වෙනස් කොට සැලකීම් තුරන් කිරීමේ කමිටුව (CEDAW කමිටුව), කාන්තාවන්ට සහ ගැහැණු ළමයින්ට එරෙහි වෙනස් කොට සැලකීම් පිළිබඳ ක්‍රියාකාරී කණ්ඩායම, ළමා අයිතිවාසිකම් පිළිබඳ කමිටුව (CRC), ආබාධ සහිත පුද්ගලයින්ගේ අයිතිවාසිකම් පිළිබඳ කමිටුව (CRPD), ශාරීරික හා මානසික සෞඛ්‍යයේ ඉහළම ප්‍රමිතිය ලබා ගැනීමේ අයිතිය පිළිබඳ විශේෂ වාර්තාකරු, නීති විරෝධී, සාරාංශගත හෝ අත්තනෝමතික මරණ දණ්ඩනය පිළිබඳ විශේෂ වාර්තාකරු, මෙන්ම සහ කාන්තාවන්ට එරෙහි ප්‍රචණ්ඩත්වය පිළිබඳ විශේෂ වාර්තාකරු විසින් ඉල්ලීම් කර තිබේ (UN 2011; UNOHCHR 2017; UNOHCHR 2018). කලාපීය වශයෙන්, මානව සහ ජනතා අයිතිවාසිකම් පිළිබඳ අප්‍රිකානු කොමිසම ද ගබ්සාව අපරාධයක් නොවිය යුතුට යන්නට සහාය පළ කර ඇති අතර 2016 දී මේ සඳහා කලාපීය ව්‍යාපාරයක් ආරම්භ කර ඇත (ACHPR 2016).

රාජ්‍ය පාර්ශවයක් "කාන්තාවන් සඳහා ඇතැම් ප්‍රජනක සෞඛ්‍ය සේවාවන් නීත්‍යානුකූලව සැපයීම සඳහා කාර්ය සාධනය ප්‍රතික්ෂේප කිරීම" හෝ එම සේවාවන් ලබාගන්නා කාන්තාවන්ට දඬුවම් කිරීම ස්ත්‍රී පුරුෂ සමාජභාවය මත පදනම් වූ වෙනස්කොට සැලකීමේ ආකාරයක් බව කාන්තාවන්ට එරෙහි සියලු ආකාරයේ වෙනස් කොට සැලකීම් තුරන් කිරීමේ කමිටුව (CEDAW කමිටුව), පෙන්වා දුන්නේ 1999 තරම් ඈත කාලයේ දීය (CEDAW Committee 1999a). කාන්තාවකගේ ජීවිතයට හෝ ඇයගේ ශාරීරික හෝ මානසික සෞඛ්‍යයට තර්ජනයක් ඇති විට පවා ආරක්ෂිත ගබ්සා සේවා ලබා නොදීම, සම්මුතියේ 12 වන වගන්තිය, එනම් කාන්තාවන්ගේ සෞඛ්‍යය පිළිබඳ වන අයිතිය, උල්ලංඝනය කිරීමක් බව කමිටුව විසින් පෙන්වා දී ඇත (CEDAW Committee 1999b). 2017 දී නිකුත් කරන ලද ස්ත්‍රී පුරුෂ සමාජභාවය මත පදනම් වූ කාන්තාවන්ට එරෙහි ප්‍රචණ්ඩත්වය පිළිබඳ වන අංක 35 වැනි සාමාන්‍ය නිර්දේශය හරහා කාන්තාවන්ට එරෙහි සියලු ආකාරයේ වෙනස් කොට සැලකීම් තුරන් කිරීමේ කමිටුව (CEDAW කමිටුව), තවදුරටත් පෙන්වා දුන්නේ (18 වන ඡේදය) ගබ්සාව සාපරාධීකරණය කිරීම, ආරක්ෂිත ගබ්සා සහ පශ්චාත් ගබ්සා සත්කාර ප්‍රතික්ෂේප කිරීම හෝ ප්‍රමාද කිරීම මෙන්ම, ගැබ් ගැනීම දිගටම පවත්වාගෙන යාම බලකිරීමට ස්ත්‍රී පුරුෂ සමාජභාවය මත පදනම් වූ ප්‍රචණ්ඩත්වයේ සහ ස්ත්‍රී පුරුෂ සමාජභාවය මත පදනම් වූ වෙනස්කොට සැලකීමේ ආකාර බවත් (ඇතැම් අවස්ථා වලදී) එය වධහිංසා පැමිණවීමක් හෝ කෲර, අමානුෂික හෝ අවමන් සහගත සැලකීමක් වන බවත්ය (CEDAW 2017). නීතිය හා භාවිතය තුළ කාන්තාවන්ට එරෙහි වෙනස් කොට සැලකීම් පිළිබඳ ක්‍රියාකාරී කණ්ඩායමේ වාර්තාව, නැවතත් තහවුරු කළේ කාන්තාවන්ට සහ ගැහැණු ළමයින්ට තම ශරීරය සහ ප්‍රජනන ක්‍රියාවලිය පිළිබඳව ස්වාධීන තීරණ ගැනීමට ඇති අයිතිය, සමානාත්මතාවය සහ පෞද්ගලිකත්වය සඳහා ඔවුන්ගේ මූලික අයිතිවාසිකම් වල හරය වන බවයි (Human Rights Council 2018).

2013 දී, ළමා අයිතිවාසිකම් පිළිබඳ කමිටුව (CRC), දරුවාගේ සෞඛ්‍ය අයිතිය පිළිබඳ වූ අංක 15 දරණ පොදු ප්‍රකාශය හරහා නිර්දේශ කළේ, "ගබ්සාව නීත්‍යානුකූලද යන්න නොසලකා, (ලිංගිකව ක්‍රියාකාරී නව යොවුන් වියේ පසුවන්නන්ට) ආරක්ෂිත ගබ්සාව සහ පශ්චාත් ගබ්සා සත්කාර සේවා සඳහා ප්‍රවේශය රාජ්‍යයන් සහතික කළ යුතු ය" යන්නයි (Child Rights Committee 2013). 2016 දී නිකුත් කරන ලද කමිටුවේ අංක 20 දරණ පොදු ප්‍රකාශය වඩාත් ශක්තිමත් ස්ථාවරයක් ගත් අතර, ගැහැණු ළමයින්ට ආරක්ෂිත ගබ්සා සහ පශ්චාත් ගබ්සා සේවා සඳහා ප්‍රවේශය ඇති වන පරිදි ගබ්සාව අපරාධයක් නොවන ලෙස පිළිගන්නා ලෙසත්, ගර්භනී නව යොවුන් වියේ පසුවන්නන්ගේ උපරිම යහපත සහතික කිරීම සඳහා නීති සමාලෝචනය කරන ලෙසත්, ගබ්සාව සම්බන්ධ තීරණ වලදී සැමවිටම ඔවුන්ගේ (නව යොවුන් වියේ පසුවන්නන්ගේ) අදහස් ඇසීමටත්, ඔවුන්ගේ අදහස් වලට ගරු කිරීමටත්, එම පොදු

ප්‍රකාශය හරහා කමිටුව ඉල්ලා සිටියේය (Child Rights Committee 2016, 60 ඡේදය).

2016 දී, ආර්ථික, සමාජීය සහ සංස්කෘතික අයිතිවාසිකම් කමිටුව (CESCR) සෞඛ්‍යය සඳහා වන අයිතියේ විශේෂිය පැතිකඩ පිළිබඳව විස්තර කරන 22 වන පොදු ප්‍රකාශය සම්මත කළේය. මෙම පොදු ප්‍රකාශයට අනුව, ආරක්ෂිත ගබ්සාවට ඇති ප්‍රවේශය සෞඛ්‍ය අයිතියේ අංගයක් වන අතර, ආරක්ෂිත ගබ්සා සේවා සඳහා ප්‍රවේශය ප්‍රතික්ෂේප කරන නීති මගින් නිරූපණය වන්නේ කාන්තාවන්ගේ සෞඛ්‍යය සඳහා වන අයිතියට ගරු කිරීමට රාජ්‍යයන් අසමත් වන බවයි (Committee on Economic Social and Cultural Rights 2016: 57 ඡේදය). තවද, ගබ්සා සේවා (සහ අනෙකුත් ලිංගික හා ප්‍රජනක සෞඛ්‍යය සේවා) ඇති කිරීමටත්, පොදු සහ පෞද්ගලික සෞඛ්‍ය සේවා ස්ථානවල සේවා සැපයීමට සූදානම් පුහුණු සෞඛ්‍ය සේවා සපයන්නන් සිටින බව තහවුරු කිරීමටත් රාජ්‍යයන් අවශ්‍ය සියලුම ව්‍යවස්ථාදායක, අයවැය සම්බන්ධ, අධිකරණ සහ පරිපාලන පියවරයන් අනුගමනය කළ යුතු බව එහි සඳහන් වීය (Committee on Economic Social and Cultural Rights 2016: ඡේද 60 සහ 14). අනිවාර්ය ප්‍රමාද කාල සීමාවන් සහ තෙවන පාර්ශවීය අවසර අවශ්‍යතා වැනි ගබ්සාව සඳහා වෛද්‍යමය වශයෙන් අනවශ්‍ය වන බාධක ඉවත් කිරීමත් එවන් බාධක සම්මත කිරීමෙන් වැළකී සිටින ලෙසත් කමිටුව රාජ්‍යයන්ගෙන් ඉල්ලා සිටියේය. රට තුළ වෛද්‍යවරුන්ට හෘද සාක්ෂියට එකඟත්වය මත පදනම්ව ගබ්සාව ප්‍රතික්ෂේප කිරීමට අවසර ඇත්නම්, එය නියාමනය කිරීමත් රාජ්‍යයන්ගෙන් අපේක්ෂා කෙරිණි (Committee on Economic Social and Cultural Rights 2016: 41 ඡේදය සහ 14 ඡේදය).

කාන්තාවන්ට ගබ්සා සේවා ලබා දීම ප්‍රතික්ෂේප කිරීමේ ප්‍රතිඵලයක් ලෙස ඔවුන් තම ජීවිතය අවදානමට ලක් කරමින් අනාරක්ෂිත ගබ්සා සේවා වෙත යොමු වීම, සෞඛ්‍යයට හා ජීවිතයට කාන්තාවන්ට ඇති අයිතිය උල්ලංඝනය වීමකි. 2018 දී, සිවිල් සහ දේශපාලන අයිතිවාසිකම් පිළිබඳ කමිටුව (CCPR) ජීවත්වීමේ අයිතිය පිළිබඳ වූ අංක 36 දරණ පොදු ප්‍රකාශය නිකුත් කළ අතර, රාජ්‍ය පාර්ශවයන් කාන්තාවන්ගේ සහ ගැහැණු ළමයින්ගේ ජීවත්වීමේ අයිතිය උල්ලංඝනය කළ හැකි පියවර හරහා ආරක්ෂිත ගබ්සා සේවා සඳහා ප්‍රවේශය නියාමනය නොකළ යුතු බව එහි බව පැහැදිලිව සඳහන් කළේය. අනාරක්ෂිත ගබ්සා වැළැක්වීම උදෙසා ගබ්සා ලබා ගන්නා කාන්තාවන්ට සහ ගැහැණු ළමයින්ට හෝ ඔවුන්ට සහාය වන වෛද්‍ය සේවා සපයන්නන්ට එරෙහිව සාපරාධී සම්බාධක පැනවීම නොකරන ලෙසද කමිටුව රාජ්‍ය පාර්ශවයන්ගෙන් ඉල්ලා සිටියේය (Committee on Civil and Political Rights 2018: 8 ඡේදය).

මෙම ගිවිසුම් ආයතනවලට අමතරව, වධහිංසාවට එරෙහි කමිටුව (CAT) විවිධ අවස්ථාවන්හිදී ගබ්සාව සම්පූර්ණයෙන් තහනම් කිරීම2 වධහිංසාවක් හෝ පීඩාවට පත්කිරීමක් ලෙස හඳුනාගෙන ඇත (Committee Against Torture 2009a). එමෙන්ම ජීවිතයට හෝ සෞඛ්‍යයට අවදානමක් ඇති කාන්තාවන්ට (Committee Against Torture 2009b), ලිංගික බලහත්කාරකම් හෝ ව්‍යභිචාරය අත්විඳි කාන්තාවන්ට, මෙන්ම ශක්‍ය-නොවන කළල ඇති කාන්තාවන්ට ගබ්සාවට ඇති ප්‍රවේශය සහතික කළ යුතු බව කමිටුව නිර්දේශ කර ඇත (Committee Against Torture 2011). ආබාධ සහිත පුද්ගලයින්ගේ අයිතිවාසිකම් පිළිබඳ කමිටුව (CRPD) 25 වන වගන්තියේ සහතික කරන්නේ, ආබාධ සහිත පුද්ගලයින්ට අන් අයට ලබා දෙන පරාසයේම ගුණාත්මක සහ ප්‍රමිතියකින් යුතු ලිංගික හා ප්‍රජනක සෞඛ්‍ය සේවා සහ වැඩසටහන් නොමිලේ සහ දැරිය හැකි මිලකට ලබාදීමට රාජ්‍යයන් බැඳී සිටින බවයි (UN 2006). ආබාධ සහිත පුද්ගලයින්ව ඔවුන්ගේ ස්වේච්ඡා කැමැත්ත නැතිව ගබ්සා වලට සහ වන්ධ්‍යාකරණයට භාජනය කිරීම වැළැක්වීම සඳහා, ආබාධ සහිත පුද්ගලයින්ගේ අයිතිවාසිකම් පිළිබඳ කමිටුව (CRPD) ආර්ජන්ටිනාවේ රජයට නිර්දේශ කළේ, ගබ්සා සහ වන්ධ්‍යාකරණය සඳහා දැනුවත් කැමැත්ත ලබා දෙන්නේ කාන්තාවන් විසින්ම බව සහතික කිරීමට, භාරකාරත්වය (guardianship) හෝ විශ්වසන භාරය (trusteeship) යටතේ, ආබාධ සහිත පුද්ගලයින්ට අවශ්‍යය සහය ලබා දිය යුතු බවයි (CRPD, 2012).

2006 සිට මානව හිමිකම් කවුන්සිලය (HRC) විසින් සාමාජික රටවල් අතර සම-සමාලෝචන ක්‍රියාවලියක් ලෙස විශ්ව කාලාන්තර සමාලෝචන (UPR) ක්‍රියාවලිය පිහිටුවන ලදී. ආරක්ෂිත ගබ්සා සේවා සඳහා ඇති අයිතිය ඇතුළු ලිංගික හා ප්‍රජනක අයිතිවාසිකම් ආරක්ෂා කිරීම සඳහා රාජ්‍යයන් වගවීම සහතික කිරීම සඳහා විශ්ව කාලාන්තර සමාලෝචනය වැදගත් යාන්ත්‍රණයක් බව සනාථ වී ඇත. 2008 සහ 2016 අතර, ගබ්සාව සම්බන්ධයෙන් විශ්ව කාලාන්තර සමාලෝචන නිර්දේශ 145 ක් තිබුණි. මෙම නිර්දේශ පුළුල් ලෙස ඉල්ලා සිටියේ අවම වශයෙන් ගර්භනී කාන්තාවගේ ජීවිතයට හෝ සෞඛ්‍යයට අවදානමක් ඇති අවස්ථා වලදී, ලිංගික බලහත්කාරකම් හෝ ව්‍යභිචාරය හේතුවෙන් ගැබ් ගැනීම සිදුවූ අවස්ථා වලදී, සහ කළලය ශක්‍ය නොවන අවස්ථාවන්හිදී ගබ්සාව අපරාධයක් නොවන ලෙස සැලකීමටත්; ගබ්සා ලබාගැනීම නිසා සිරගත කර ඇති කාන්තාවන් නිදහස් කිරීමටත්; ගබ්සා සේවා වෙත ප්‍රවේශයට බාධා කරන සෞඛ්‍ය පද්ධති තුළ ඇති

බාධක සහ නීතිමය බාධක ඉවත් කිරීමටත් ය (Berro Pizzarossa 2018).

කාන්තාවන්, දරුවන් සහ නව යොවුන් වියේ පසුවන්නන්ගේ සෞඛ්‍යය පිළිබඳ ඉහළ මට්ටමේ ක්‍රියාකාරී කණ්ඩායම විසින් නිකුත්කළ 2017 වාර්තාව, ගබ්සාව මානව හිමිකමක් ලෙස ප්‍රවර්ධනය කිරීමට අදාළ තවත් ප්‍රධාන සන්ධිස්ථානයක් වේ. ලෝක සෞඛ්‍ය සභාව ((World Health Assembly) සහ මානව හිමිකම් කවුන්සිලය යන දෙකටම ඉදිරිපත් කරන ලද මෙම වාර්තාව, ප්‍රධාන වශයෙන් මානව හිමිකම් මත පදනම්ව ගබ්සාව නීතිගත කිරීම සඳහා විවෘත ඉල්ලීමක් කළේය (WHO 2017). එය පහත සඳහන් නිර්දේශය රාජ්‍ය පාර්ශවයන් වෙත යොමු කළේය:
ලිංගික හා ප්‍රජනක සෞඛ්‍ය සහ අයිතිවාසිකම් හා බැඳුන සේවා ඇතුළු සෞඛ්‍ය සේවා වෙත ප්‍රවේශය සීමා කරන, එමෙන්ම මානව හිමිකම් නීති යටතේ වෙනස් කොට සැලකීම තහනම් කර ඇති හේතූන් මත පදනම්ව, ඍජුව හෝ ක්‍රියාත්මක වන ආකාරය හරහා කාන්තාවන්, ළමයින් හෝ නව යොවුන් වියේ පසුවන්නන්ට වෙනස් කොට සලකන නීති සහ ප්‍රතිපත්ති අවලංගු කිරීම, නිෂ්ප්‍රභ කිරීම හෝ සංශෝධනය කිරීම කල යුතුය. ගබ්සාව, සමලිංගික සම්පතා, ලිංගික වෘත්තිය සහ ලිංගික හා ප්‍රජනක සෞඛ්‍ය සහ අයිතිවාසිකම් සම්බන්ධ තොරතුරු ලබා දීම හෝ ලබා ගැනීම වැනි විශේෂයෙන් හඳුනාගත් ලිංගික හා ප්‍රජනක හැසිරීම් සහ තීරණ අපරාධ ලෙස සලකන නීති අවලංගු කිරීම මෙයට ඇතුලත් වේ (WHO, 2017: පිටුව 58).

මෙම සෑම වර්ධනයක්ම ලිංගික හා ප්‍රජනක සෞඛ්‍ය සහ අයිතිවාසිකම් වෙනුවෙන් පෙනී සිටින අධිවාචකයන්ට ගබ්සාව අපරාධයක් නොවන බවට පිළිගැනීමටත්, ආරක්ෂිත ගබ්සා සේවා ක්‍රියාත්මක කිරීමටත්, තම රජයන් වගවන බව සහතික කිරීමට අවකාශ විවෘත කර ඇත. බොලීවියාව, වැඩ් රාජ්‍යය, කොලොම්බියාව, ඉතියෝපියාව සහ නේපාලය වැනි බොහෝ රටවලට සේවාවන් සඳහා ප්‍රවේශය වැඩි දියුණු කිරීම සඳහා ගබ්සා නීති ලිහිල් කිරීමට සිදුවී ඇත. ගිවිසුම් අධීක්ෂණ ආයතනවල සහ විශ්ව කාලාන්තර සමාලෝචන නිර්දේශවල ඍජු ප්‍රතිඵලයක් ලෙස හෝ ජාතික මට්ටමේ නීතිමය වගවීමේ ක්‍රියාවලීන් මත ඔවුන් යොමු කල බලපෑමේ ප්‍රතිඵලයක් ලෙස, මෙම වෙනස්කම් සිදු වීය (Zorzi 2016; Steven 2018).

1.4 ආරක්ෂිත ගබ්සාව සඳහා ඇති අයිතිය පිළිබඳව නිතර ඇසෙන ප්‍රශ්න

1.4.1 ජාත්‍යන්තර මානව හිමිකම් ගිවිසුම්වලට අනුව, කළලයට සීමාරහිත ජීවත්වීමේ අයිතියක් තිබේද?

මානව හිමිකම් පිළිබඳ විශ්ව ප්‍රකාශනයේ 1 වන වගන්තියේ සඳහන් වන්නේ "සියළු මනුෂ්‍යයෝ නිදහස්ව උපත ලබා ඇති අතර ගෞරවයෙන් හා අයිතිවාසිකම්වලින් සමානව වෙති" යන්නයි. (United Nations 1948). "උපත"යන්න පැහැදිලි සඳහන් කිරීමෙන් ඇඟවෙන්නේ මානව හිමිකම් අදාළ වන්නේ උපතින් පසුව පමණක් බවයි (Center for Reproductive Rights 2014). සිවිල් සහ දේශපාලන අයිතිවාසිකම් සඳහා වූ ජාත්‍යන්තර සම්මුතියේ (ICPR) 6 වන වගන්තියේ සඳහන් වන ජීවත්වීමේ අයිතිය පිළිබඳ වන අංක 36 දරණ පොදු ප්‍රකාශය තහවුරු කරන්නේ, ගබ්සාව සම්බන්ධයෙන් පනවා ඇති නීතිමය සීමාවන් හේතුවෙන් කාන්තාවන්ගේ ජීවත්වීමේ අයිතිය ප්‍රතික්ෂේප නොකළ යුතු බවයි (Committee on Civil and Political Rights 2018: 8 වන ඡේදය).

> *'රාජ්‍ය පාර්ශවයන්ට ස්වේච්ඡාවෙන් ගැබ් ගැනීම අවසන් කිරීම පිළිබඳ නියාමනය සම්මත කිරීමට හැකි වුවද, එවන් නියාමන ගර්භනී කාන්තාවකගේ හෝ ගැහැණු ළමයෙකුගේ ජීවත්වීමේ අයිතිය හෝ ගිවිසුම යටතේ එන අනෙකුත් අයිතිවාසිකම් උල්ලංඝනය නොකළ යුතුය. මේ අනුව, කාන්තාවන්ට හෝ ගැහැණු ළමයින්ට ගබ්සාවක් ලබා ගැනීමට ඇති හැකියාව සීමා කිරීම, වෙනත් දේ අතර, ඔවුන්ගේ ජීවිත අනතුරේ හෙළීම, සම්මුතියේ 7 වන වගන්තිය උල්ලංඝනය කරන ආකාරයේ ශාරීරික හෝ මානසික වේදනාවකට හෝ දුක් විඳීමකට ලක් කිරීම, ඔවුන්ට වෙනස් කොට සැලකීම, හෝ අත්තනෝමතික ලෙස ඔවුන්ගේ පෞද්ගලිකත්වයට බාධා කිරීම යන දේ නොකළ යුතුය' (Committee on Civil and Political Rights 2018: 8 වන ඡේදය).*

ගබ්සාවට එරෙහිව ඉදිරිපත් කරන තර්කවලින් එකක් වන්නේ එය කළලයේ ජීවත්වීමේ අයිතිය උල්ලංඝනය කරන බවයි. ජීවත්වීමේ අයිතිය මූලික මානව අයිතියක් වන අතර එය අනෙකුත් සියලුම මානව හිමිකම් භුක්ති විඳීමට කේන්ද්‍රීය වේ. ජාත්‍යන්තර මානව හිමිකම් නීතිය මෙම මූලික අයිතිය උපතේදී හටගන්නා බව පිළිගන්නා අතර, ජාත්‍යන්තර සහ කලාපීය මානව හිමිකම් ආයතන මෙන්ම ලොව පුරා අධිකරණ සියළු පූර්ව ප්‍රසව ආරක්ෂා කාන්තාවන්ගේ මානව හිමිකම්වලට අනුකූල විය යුතු බව පැහැදිලිවම තහවුරු කර ඇත (Center for

Reproductive Rights 2014).

ළමා අයිතිවාසිකම් සම්මුතිය සහ ඊට අදාළ දරුවාගේ සෞඛ්‍ය අයිතිය පිළිබඳ වන අංක 15 සහ 20 දරණ පොදු ප්‍රකාශ, ගබ්සාව නීත්‍යානුකූල නොවන තත්වයන් තුළ පවා, නව යොවුන් වියේ පසුවන්නන්ට ආරක්ෂිත ගබ්සා සේවා සඳහා ඇති අයිතිය තහවුරු කරන අතර, නව යොවුන් වියේ පසුවන්නන්ගේ උපරිම යහපත (best interest) සහතික කිරීම සඳහා ගබ්සා නීති සමාලෝචනය කරන ලෙසත්, නව යොවුන් වියේ පසුවන්නන්ගේ අවශ්‍යතාවලට සවන් දෙන ලෙසත් රජයන්ගෙන් ඉල්ලා සිටී (Child Rights Committee 2013, Child Rights Committee 2016). *"දරුවා ශාරීරික හා මානසික වශයෙන් පරිණත නොවන නිසා, උපතට පෙර මෙන්ම පසු, සුදුසු නීතිමය ආරක්ෂාව ඇතුළුව විශේෂ ආරක්ෂණ සහ රැකවරණ අවශ්‍ය වේ..."* (United Nations 1989) යනුවෙන් ළමා අයිතිවාසිකම් සම්මුතියේ පූර්විකාවේ ඇති සඳහන, කළලයට සීමා රහිත ජීවත්වීමේ අයිතියක් ඇතැයි යන්නට සහාය දැක්වීමක් ලෙස වැරදි ලෙස අර්ථකථනය නොකළ යුතු බව මෙම පොදු ප්‍රකාශ පැහැදිලි කරයි.

මානව හිමිකම් පිළිබඳ යුරෝපීය සම්මුතියේ 2(1) වගන්තියෙන් තහවුරු කර ඇති ජීවත්වීමේ අයිතිය තවම උපත ලබා නැති අයෙකුට අදාළ නොවන බව යුරෝපීය මානව හිමිකම් අධිකරණය අවස්ථා කිහිපයකදී තීන්දු කර ඇත. උදාහරණයක් ලෙස, වෝ එදිරිව ප්‍රංශය (2004) යන නඩුවේදී, නූපන් දරුවා 2(1) වගන්තිය මගින් ඍජුවම ආරක්ෂා කර ඇති 'පුද්ගලයෙකු' ලෙස ස්වයංක්‍රීයව පිළිගැනෙන්නේ නොමැති බව අධිකරණය පැහැදිලි කළේය. අන්තර්-ඇමරිකානු කොමිසම සහ අන්තර්-ඇමරිකානු මානව හිමිකම් අධිකරණය ද මෙවන් තීන්දු ලබා දී ඇත. උදාහරණයක් ලෙස අර්තාවියා මුරියෝ සහ පිරිස එදිරිව කොස්තාරිකා රාජ්‍යය ("නල දරු තාක්ෂණය" නඩුව) සහ බේබි බෝය් එදිරිව එක්සත් ජනපදය (1981) යන නඩු තීන්දු වලදී ඇමරිකානු මානව හිමිකම් සම්මුතියේ දක්වා ඇති ජීවත්වීමේ අයිතිය සීමා රහිත නොවන බවත්, එය ප්‍රජනන ස්වාධීනත්වයට ඇති අයිතියට අනුකූල වන බවත් ප්‍රකාශ කෙරිණි (Center for Reproductive Rights 2014, පිටු 7-8).

සියළු පූර්ව ප්‍රසව ආරක්ෂා කාන්තාවන්ගේ මානව හිමිකම්වලට අනුකූල විය යුතු බව ජාත්‍යන්තර සහ කලාපීය මානව හිමිකම් ආයතන මෙන්ම ලොව පුරා අධිකරණ පැහැදිලිවම තහවුරු කර ඇත.

ලෝකයේ ඇතැම් රටවල නූපන් දරුවාගේ අයිතිවාසිකම් පිළිගන්නා නීති පවතී. නිදසුන් වශයෙන්, චිලී සහ ග්වාතමාලා යන රටවල ජාතික ආණ්ඩුක්‍රම ව්‍යවස්ථා උපතට පෙර සිට පවතින ජීවත්වීමේ අයිතිය පැහැදිලිව පිළිගනී. මෑත කාලයේ දී, ජාතික ආණ්ඩුක්‍රම ව්‍යවස්ථාවල දක්වා ඇති ජීවත්වීමේ අයිතිය, පූර්ණ ප්‍රසව අවධිය අන්තර්ගත වන ආකාරයෙන් අර්ථ නිරූපණය කිරීමට උත්සාහ දරා ඇත (Center for Reproductive Rights 2014, Copelon et al. 2005). කාන්තාවන්ගේ සහ ගැබ් ගැනීමට හැකියාව ඇති සියලුම පුද්ගලයින්ගේ මූලික අයිතිවාසිකම්වලට හානි කරන මෙම උත්සාහයන්ට අභියෝග කළ යුතු වේ. මන්ද:

> *මෙම උත්සාහයන් දෘෂ්ටිවාදාත්මක සහ ආගමික චේතනාවන් තුළ මුල් බැසගෙන ඇති අතර, මේවා සෞඛ්‍යයට, ගෞරවයට, සමානාත්මතාවයට සහ ස්වාධිපත්‍යයට ඇති අයිතිවාසිකම් ඇතුලත්ව කාන්තාවන්ගේ මූලික ජීවිත අයිතිවාසිකම් ආරක්ෂා කිරීමට අත්‍යාවශ්‍ය වන ප්‍රජනක සෞඛ්‍ය සේවාවන්හි සම්පූර්ණ පරාසය කාන්තාවන්ට ලබා නොදීමට හිතාමතා ගත් උත්සාහයක අංගයකි (Center for Reproductive Rights 2014).*

විවාහයට පෙර දරු ප්‍රසූතිය සම්බන්ධයෙන් දඬුවම් කිරීමට සමාජ සම්බාධක සහ ප්‍රචණ්ඩත්වය යොදාගැනෙන සමාජවල, එකම පිළියම වන්නේ ගබ්සාවයි.

1.4.2 ගබ්සාව සඳහා නීතිමය සීමාවන් පැනවීම ගබ්සා ප්‍රමාණය අඩු කරයිද?

ගබ්සාව සඳහා නීතිමය සීමාවන් පැනවීම සධාරනීයකරණය සඳහා යෝජිත තර්කයක් වන්නේ එය ගබ්සාව අධෛර්යමත් කරණ බවත්, ගබ්සා ප්‍රමාණය අඩු කරන බවත් ය.

මෙය සත්‍යය නොවේ. ගබ්සාව සීමා කර තිබේද නැද්ද යන්න නොසලකා, කාන්තාවන් ඔවුන්ට ගැබ් ගැනීමක් දිගටම පවත්වාගෙන යාමට නොහැකි යැයි සිතන අවස්ථාවල, ගැබ් ගැනීමක් අවසන් කිරීමට උත්සාහ දරන බව සාක්ෂිවලින් පෙනී යයි. 2015-19 දී, ගබ්සාව සීමා කර ඇති රටවල ගබ්සා කිරීමේ සිදුවීම (වයස අවුරුදු 15-49 අතර කාන්තාවන් 1000 කට 36), ගබ්සාව පුළුල් ලෙස නීත්‍යානුකූල වන රටවලට ගබ්සා කිරීමේ සිදුවීමට (කාන්තාවන් 1,000 කට 26) සාපේක්ෂව වැඩි විය3. කුතුහලය දනවන කරුණක් වුයේ ගබ්සාව සම්පූර්ණයෙන්ම තහනම් කර ඇති රටවල ගබ්සා කිරීමේ සිදුවීම කාන්තාවන් 1,000 කට 40 ක්

වූ අතර, කාන්තාවන්ගේ ජීවිතය බේරා ගැනීමට ගබ්සා කිරීමට අවසර දී ඇති රටවල මෙන්ම සෞඛ්‍ය හේතූන් මත ගබ්සා කිරීමට අවසර දී ඇති රටවල ගබ්සා කිරීමේ සිදුවීම, කාන්තාවන් 1,000 කට 36 ක් වීය. තවද, 1990-94 සහ 2015-19 අතර කාලය තුළ, ගබ්සා කිරීම් සීමා කරන නීති ඇති රටවල ගබ්සා කිරීම් සිදුවීම 12% කින් වැඩි වූ අතර, ගබ්සාව පුළුල් ලෙස නීත්‍යානුකූල වූ රටවල එය 43% කින් අඩු විය (Bearak et al. 2020).

1.4.3 කාන්තාවන් වඩාත් වගකීම් සහගත ලෙස කටයුතු කර අනවශ්‍ය/ සැලසුම් නොකළ ගැබ් ගැනීම් සම්පූර්ණයෙන්ම වළක්වා ගැනීම මීට වඩා හොඳ නොවේද?

බොහෝ විට, සැලසුම් නොකළ හෝ අනපේක්ෂිත ගැබ්ගැනීම් සිදුවන්නේ කාන්තාවගේ පාලනයෙන් හෝ කැමැත්තෙන් ඔබ්බට ගිය හෝ නොවැළැක්විය හැකි තත්වයන්ගේ ප්‍රතිඵලයක් ලෙසය. ලිංගික හැසිරීම සැමවිටම ස්වේච්ඡාවෙන් සහ කැමැත්තෙන් සිදු නොවේ. විවාහක කාන්තාවන් ඇතුළුව, කාන්තාවන් මුහුණ දෙන ලිංගික ප්‍රචණ්ඩත්වය හේතුවෙන් ඇතිවන ගැබ් ගැනීම් මීට පැහැදිලි උදාහරණයක් වේ (Ravindran and Balasubramanian 2004; Subhasri and Ravindran 2012).
සමාජ ආර්ථික හේතූන් සහ පවුල සම්පූර්ණ කර තිබීම හෝ දරුවන් අතර පරතරයක් පවත්වාගැනීමට ඇති අවශ්‍යතාවය, ගැබ් ගැනීමක් අවශ්‍ය වන්නේ ඇයිද යන්න පිළිබඳව කාන්තාවන් විසින් වාර්තා කරන වඩාත් පොදු හේතු කිහිපයකි (Singh et al. 2017). බොහෝ කාන්තාවන්ට ප්‍රතිසංධිවිරෝධක භාවිතය සැමවිටම යොදා ගත හැකි විකල්පයක් නොවේ. කාන්තාවන්ගේ ජීවිතයේ තත්වයන්, එනම් සෞඛ්‍යය තත්වය, සහකරුවන්ගේ සහාය, සෞඛ්‍ය සේවා සඳහා ඇති ප්‍රවේශය, සහ ප්‍රතිසංධිවිරෝධක ක්‍රම වලින් ලබාගත හැකි ප්‍රතිලාභ සහ ඒවායේ අවදානම් අතර සංසන්දනාත්මක වටිනාකම ආදිය එයට බලපාන සාධක වේ.

ලිංගික අධ්‍යාපනය නොමැතිකම සහ නව යොවුන් වියේ පසුවන්නන්ට සහ තරුණ ප්‍රජාවට ප්‍රතිසංධිවිරෝධක තොරතුරු සහ සේවා සැපයීමට සෞඛ්‍ය පද්ධතිය දක්වන අකමැත්ත අනපේක්ෂිත ගැබ්ගැනීම් වලට දායක වේ. විවාහයට පෙර දරු ප්‍රසූතිය සම්බන්ධයෙන් දඬුවම් කිරීමට සමාජ සම්බාධක සහ ප්‍රචණ්ඩත්වය යොදාගැනෙන සමාජවල, එකම පිළියම වන්නේ ගබ්සාවයි (Sowmini 2013).

ඇතැම් අවස්ථා වල, සැමියන් හෝ පිරිමි සහකරුවන්, දරුවන් නොසෑදීමට හෝ දරුවන් ලැබීම කල් දැමීමට අදහස් කරන විටත්, කාන්තාවගේ ප්‍රතිසංධිවිරෝධක භාවිතයට සහාය නොදක්වන අතර කොන්ඩමයක් භාවිතා කිරීමට අකමැති වේ (Kriel et al. 2019). ගිලින පෙති, අන්තර් ගර්භාෂ උපාංග (IUD) සහ එන්නත් වැනි, කාන්තාවන් සඳහා ඇති ආපසු හැරවිය හැකි ප්‍රතිසංධිවිරෝධක බොහෝමයක් අතුරු ආබාධ ඇති කරන අතර, ගුණාත්මක සෞඛ්‍ය සේවාවන් සඳහා පහසු ප්‍රවේශයක් නොමැතිව, කාන්තාවෝ මෙම ක්‍රම භාවිතා කිරීම සම්බන්ධයෙන් පරීක්ෂාකාරී වෙති (Sedgh and Hussain 2014).

1.4.4 ප්‍රතිසංධිවිරෝධක බහුලව භාවිතා කිරීම ගබ්සා කිරීමේ අවශ්‍යතාවය අවසන් කරයිද?

නැත. ප්‍රතිසංධිවිරෝධක භාවිතය කෙතරම් පුළුල් වුවත්, ගබ්සාවක් අවශ්‍ය වන කාන්තාවන් සැමවිටම සිටිනු ඇත. පළමුවෙන්ම, සියලුම කාන්තාවන් ගබ්සාවක් ලබාගැනීමට උත්සහ කරන්නේ තම ගැබ් ගැනීම අනපේක්ෂිත වූ නිසා නොවේ. සමහර කාන්තාවන්ට, අවශ්‍ය ගැබ් ගැනීමක් ලෙස ආරම්භ වන ගැබ් ගැනීමක් කළලයේ බරපතල අසාමාන්‍යතා (වෛද්‍ය සන්දර්භ තුල මෙය ‘භ්‍රෑණ අසාමාන්‍යතා’ ලෙස හැඳින්වේ), ගර්භනී කාන්තාවගේ සෞඛ්‍යයට හෝ ජීවිතයට තර්ජනයක් ඇති වීම මෙන්ම, සහකරු අහිමි වීම හෝ සහකරුගෙන් වෙන්වීම හෝ වෙනත් අර්බුදකාරී තත්වයන් ඇතුළු ඇගේ ජීවන තත්වයන්හි වෙනස්වීම් හේතුවෙන්, අනවශ්‍ය ගැබ් ගැනීමක් බවට පත් විය හැකිය. දෙවනුව, සියලුම ප්‍රතිසංධිවිරෝධක ක්‍රම පාහේ, සැබෑ ජීවිතයේ අවස්ථාවන්හිදී ‘සාමාන්‍ය’ භාවිතය යටතේ කාන්තාවන් කුඩා ප්‍රතිශතයක් තුළ අසාර්ථක වීමට නැඹුරු වේ. හෝමෝන තැන්පත්තුවක්, අන්තර් ගර්භාෂ උපාංග (IUD) හෝ කාන්තා වන්ධ්‍යාකරණය භාවිතා කරන කාන්තාවන් 100 දෙනෙකුගෙන් එක් අයෙකු සාමාන්‍ය භාවිතය යටතේ ගැබ් ගැනීමට ඉඩ ඇති අතර, එන්නත් කළ හැකි උපත් පාලන ක්‍රම (ඩිපෝ-ප්‍රොවෙරා), ගිලින පෙති, සහ යෝනි මාර්ගයට ඇතුලත් කරන කුඩා කෝප්පයක් වැනි ප්‍රතිසංධිවිරෝධක මෙවලම (diaphragm/ ‘ඩයෆ්‍රම්’) භාවිතා කරන්නන් අතර එම අනුපාතය පිළිවෙලින් සියයට 4ක්, 9ක් සහ 17ක් වේ (CDC 2020).

ලොව පුරා ඉතිහාසාත්මක දත්තවලින් පෙනී යන්නේ ප්‍රතිසංධිවිරෝධක භාවිතය වැඩිවීම සැමවිටම ගබ්සා අනුපාත අඩුවීමට හේතු නොවන බවයි. ප්‍රතිසංධිවිරෝධක භාවිතය සහ ගබ්සා කිරීමේ සිදුවීම් අතර සමස්ත සම්බන්ධතාවය සංකීර්ණ වේ. බොහෝ රටවල් (උදා: කියුබාව, සිංගප්පූරුව, කොරියානු ජනරජය) සාඵල්‍යතාවය දැඩිලෙස පහත වැටුණු කාල පරිච්ඡේදවලදී ප්‍රතිසංධිවිරෝධක ව්‍යාප්තියේ අනුපාතය මෙන්ම ගබ්සා අනුපාතය එකවර වැඩි

වීමක් අත්විඳ ඇත. සාඵල්‍යතාවය පහත වැටුන අවස්ථාවන්හිදී, ප්‍රතිසංධිවිරෝධක භාවිතය වැඩි කිරීම පමණක් සාඵල්‍යතාවය නියාමනය කිරීමේ අවශ්‍යතාවය සපුරාලීමට අසමත් වීම මෙයට හේතු වූ බව විශ්වාස කෙරේ (Martsen and Cleland 2003).

1.4.5 ප්‍රේරිත ගබ්සාවක් ලබාගන්නා කාන්තාවන් මානසික කම්පනය සහ ද්විතීයික වඳභාවය සම්බන්ධයෙන් අවදානමට ලක් වනවාද?

ප්‍රේරිත ගබ්සාව මානසික කම්පනය සමඟ සම්බන්ධ බවට බොහෝ දෙනා අතර විශ්වාසයක් පවතින අතර, මෙයට සහය දැක්වීම සඳහා අධ්‍යයන කිහිපයක් උපුටා දැක්වේ. කෙසේ වෙතත්, දශක තුනකට වැඩි කාලයක් පුරා විහිදුණු ශක්තිමත් ක්‍රමවේද යොදාගනිමින් සාක්ෂි සෙවීම අරමුණෙන් සිදු කල අධ්‍යයනවලින් පෙනී යන්නේ මෙම ප්‍රකාශයට කිසිදු පදනමක් නොමැති බවයි.

ලන්ඩනයේ රාජකීය වෛද්‍ය විද්‍යාල ඇකඩමිය සහ ඇමරිකානු මනෝවිද්‍යාත්මක සංගමයේ මානසික සෞඛ්‍ය සහ ගබ්සාව පිළිබඳ කාර්ය සාධක බලකාය විසින් සිදු කරන ලද ක්‍රමානුකූල සමාලෝචන වලින් සොයාගෙන ඇත්තේ ගබ්සාව, කාන්තාවන්ට බරපතල චිත්තවේගී බලපෑමක් ඇති නොකරන බවයි. කෙසේ වෙතත්, ගබ්සාවට පෙර කාන්තාවට පෙර පැවති චිත්තවේගීය හෝ මානසික ගැටලුවක් ඇති විට හෝ සෞඛ්‍ය හේතූන් මත හෝ කළලයේ බරපතල අසාමාන්‍යතා හේතුවෙන් අවශ්‍ය ගැබ් ගැනීමක් අවසන් කළ විට, ගබ්සාවකින් පසු මානසික සෞඛ්‍ය ගැටළු ඇතිවීමේ අවදානම වැඩි වේ (Planned Parenthood Federation of America 2014).

තමාට ගබ්සාවක් ලබා දීම (සායන මගින්) ප්‍රතික්ෂේප වූ කාන්තාවන් සහ ගබ්සාවක් ලබාගැනීමට හැකි වූ කාන්තාවන් සංසන්දනය කරමින් වසර පහක පසු විපරමක් මත පදනම් වූ පර්යේෂණයකින් හෙළි වූයේ ගබ්සාවක් ප්‍රතික්ෂේප කිරීම, මුල් අවධියේදී අහිතකර මානසික ප්‍රතිඵල අත්විඳීමේ අවදානම වැඩි කළ හැකි බවයි. කෙසේ වෙතත්, වසර පහ අවසානයේදී කණ්ඩායම් දෙක අතර සැලකිය යුතු වෙනසක් නොතිබුණි (Biggs et al. 2017). 1980 ගණන්වල ස්වීඩනය, ස්කොට්ලන්තය සහ චෙකොස්ලොවැකියාව යන රටවල සිදු කරන ලද මුල් කාලීන අධ්‍යයනවලින් පෙනී ගියේ ගබ්සාවක් ප්‍රතික්ෂේප කිරීම, බොහෝ විට කාන්තාවන්ට දිගු කාලීන තුළ බරපතල මානසික සහ සමාජීය දුෂ්කරතා ඇති කරන බවයි. එසේම, චෙකොස්ලොවැකියාවේ සහ ස්වීඩනයේ කණ්ඩායම් සංසන්දනය හරහා සිදු කල දිගු කාලීන පසු විපරම් අධ්‍යයනයන් මගින් ගබ්සාව ප්‍රතික්ෂේප කිරීමෙන් පසු උපත ලබන අනවශ්‍ය වූ දරුවන්, මානසික සහ සමාජීය ගැටළු වලට මුහුණ දීමට ඉහළ අවදානමක් පෙන්නුම් කරන බව සොයා දෙන ලදී (Watter 1980).

ලොව පුරා ඉතිහාසාත්මක දත්තවලින් පෙනී යන්නේ ප්‍රතිසංධිවිරෝධක භාවිතය වැඩිවීම සැමවිටම ගබ්සා අනුපාත අඩුවීමට හේතු නොවන බවයි. සාඵල්‍යතාවය පහත වැටුන අවස්ථාවන්හිදී, ප්‍රතිසංධිවිරෝධක භාවිතය වැඩි කිරීම පමණක් සාඵල්‍යතාවය නියාමනය කිරීමේ අවශ්‍යතාවය සපුරාලීමට අසමත් වීම මෙයට හේතු වන බව විශ්වාස කෙරේ.

රාජකීය ප්‍රසව හා නාරිවේද වෛද්‍ය විද්‍යාලයේ ගබ්සා මාර්ගෝපදේශයන්ට අනුව, සංකීර්ණ නොවන ප්‍රේරිත ගබ්සාව සහ ඉන් පසුව වඳභාවය ඇතිවීම අතර සම්බන්ධයක් සනාථ වී නැත (RCOG 2011, පිටුව 43). කෙසේ වෙතත්, ගබ්සා කිරීමෙන් පසු ආසාදන ඇති වූ විට, (පැලෝපීය නාල වලට හානි සිදුවීම හේතුවෙන්) වඳභාවය ඇති විය හැකිය. ගබ්සා කිරීමෙන් පසු රෝග නිවාරක ප්‍රතිජීවක (antibiotics) නිතිපතා භාවිතා කිරීමෙන්, ආසාදනවල අවදානම ගබ්සාවක් ලබාගන්නා කාන්තාවන්ගෙන් සියයට එකකටත් වඩා අඩු සංඛ්‍යාවක් දක්වා අවම කළ හැකිය (RCOG 2011, පිටුව 42).

1.4.6 ගබ්සා කිරීම කාන්තාවන්ගේ ජීවිතයට අනතුරුදායක නොවේද?

සුදුසු පහසුකම් සහිත සෞඛ්‍ය සායන වල පුහුණුව ලත් සේවා සපයන්නන් විසින් සිදු කරන විට, ගබ්සාව ආරක්ෂිතම පිළිවෙත් වලින් එකකි. 2000-2009 කාලය තුළ ඇමරිකා එක්සත් ජනපදයේ ගබ්සාව ආශ්‍රිත මරණ අනුපාතය ගබ්සා100,000 කට 0.7 ක් විය. සංසන්දනාත්මකව බලන විට ප්ලාස්ටික් සැත්කම් සම්බන්ධ මරණ අනුපාතය 100,000 කට 0.8- 1.7 ක් වූ අතර, දන්ත වෛද්‍ය පිළිවෙත් සම්බන්ධ මරණ අනුපාතය 100,000 කට 0-1.7ක් විය (Raymond et al. 2014). ලෝක සෞඛ්‍යය සංවිධානයේ මෑත කාලීන නිර්දේශයන්ට අනුව, පළමු මාස තුන තුල (ගැබ් ගැනීමෙන් සති 12 දක්වා) පුද්ගලයින්ට සෞඛ්‍ය සේවා සපයන්නෙකුගේ සෘජු අධීක්ෂණයකින් තොරව මිෆෙප්‍රිස්ටෝන් සහ මිසොප්‍රොස්ටෝල් ඖෂධ තනිව ලබාගත හැකිය (WHO 2020).

කාන්තා කණ්ඩායම් දෙකක් සංසන්දනය කළ තවත් අධ්‍යයනයකින්, පිළිවෙතක් ලෙස ගබ්සාවේ සාපේක්ෂ ආරක්ෂාව තහවුරු කර ඇත. පළමු කණ්ඩායම වූයේ

ගබ්සාවක් ලබා ගත් කාන්තාවන් වූ අතර, දෙවන කණ්ඩායම වූයේ ගබ්සා සායනයකින් ගබ්සාව ලබා දීම ප්‍රතික්ෂේප කර ආපසු හරවා යැවීම නිසා අනවශ්‍යය ගැබ් ගනීම දිගටම පවත්වාගෙන ගිය කාන්තාවන්ය. අනවශ්‍ය ගැබ්ගැනීම දිගටම පවත්වාගෙන ගිය කාන්තාවන් දරු ප්‍රසූතිය අතර ජීවිතයට තර්ජනයක් විය හැකි සංකූලතා වලට මුහුණ දුන් අතර, කාන්තාවන් 231 දෙනෙක් අතරින් එක් කාන්තාවක් මාතෘ මරණයකට මුහුණ දුන්නාය. ගබ්සා ලබාගත් කාන්තාවන් අතර රෝගාබාධ හෝ මරණ වාර්තා වූයේ නැත. දරුවෙකු ප්‍රසූත කළ කාන්තාවන්ට ගබ්සාවක් කළ කාන්තාවන්ට වඩා තුන් ගුණයක විවේක දින අවශ්‍ය වූ බව වාර්තා විය (Gerdts et al. 2016).

2 වන පරිච්ඡේදය
ගබ්සාවක් ලබා ගන්නා පුද්ගලයින් සඳහා සායනික සත්කාර: අධිවාචකයෙකු සඳහා කරුණු කිහිපයක්

ගබ්සාවක් ලබාගන්නා පුද්ගලයින් සඳහා සායනික සත්කාර සම්බන්ධ තාක්ෂණික දැනුම මෙම පරිච්ඡේදයෙන් ලබා දේ. මෙම පරිච්ඡේදයේ අන්තර්ගතය දැනට පවතින සායනික මාර්ගෝපදේශ නැවත නිර්මාණය කිරීමට අදහස් නොකරන අතර, ආරක්ෂිත ගබ්සා සේවා සඳහා අධිවාචනය කරන (නමුත් අනිවාර්යයෙන්ම වෛද්‍ය පසුබිමක් නොමැති) අය සඳහා අත්‍යවශ්‍ය දැනුම ලෙස සැලකෙන ප්‍රධාන තාක්ෂණික කරුණු කෙරෙහි අවධානය යොමු කරනු ඇත. පුද්ගලයෙකුගේ ජීවිතයට හෝ සෞඛ්‍යයට ඇති අවදානම හේතුවෙන් සිදු කරන ගබ්සා ක්‍රියා පටිපාටියේ තාක්ෂණික ගුණාත්මකභාවය සහ ආරක්ෂාව සහතික කිරීම සඳහා අවශ්‍ය අවම ප්‍රමිතීන් විස්තර කරන බැවින්, මෙම පරිච්ඡේදය, සීමාකාරී නෛතික පසුබිම් සඳහා ද අදාළ වේ. එවන් සීමාකාරී පසුබිම් වලදී ගබ්සාව ස්වයං කළමනාකරණය සහ පශ්චාත් ගබ්සා සත්කාර සඳහා යොදාගත හැකි තාක්ෂණික විස්තර ද මෙම පරිච්ඡේදයේ ඇතුලත් වේ.

ගබ්සා සේවාවන්හි විවිධ පැතිකඩ වල තාක්ෂණික ගුණාත්මකභාවය තක්සේරු කිරීම සඳහා යොදාගතහැකි ප්‍රශ්නාවලියක් මෙම පරිච්ඡේදය අවසානයේ ඇත. මෙම ප්‍රශ්නාවලිය ලිංගික හා ප්‍රජනක සෞඛ්‍යය සහ අයිතිවාසිකම් අධිවාචකයන් සඳහා සකසා ඇති අතර, 4 වන පරිච්ඡේදයේ ප්‍රශ්නාවලි සමඟ එක්ව යොදාගැනීමෙන් යම් රටක ගබ්සා සේවා කෙතරම් දුරට මානව හිමිකම් මූලධර්මවලට අනුගත වනවාදැයි තක්සේරු කිරීමට භාවිතා කළ හැකිය.

2.1 ආරක්ෂිත ගබ්සාව

ලෝක සෞඛ්‍ය සංවිධානය (WHO) ගබ්සාවක් ආරක්ෂිත ගබ්සාවක් ලෙස අර්ථ දක්වන්නේ එය සියලුම වෛද්‍ය ප්‍රමිතීන්ට අනුකූල පරිසරයක නිර්දේශිත ක්‍රමයක් භාවිතා කරමින් සුදුසු පුහුණුව ලත් සේවා සපයන්නෙකු විසින් එය ලබා දෙන අවස්ථා වලයි (WHO, 2012). වසර ගණනාවක් පුරාවට, ඖෂධ මගින් සිදු කරන ගබ්සාව සහ රික්තක චූසනය වැනි ගබ්සා කිරීමට සරල තාක්ෂණයන් හඳුන්වාදීම, ප්‍රාථමික සත්කාර සැකසුම් තුළ වෛද්‍යවරුන් නොවන සේවා සපයන්නන් විසින් ලබාදෙන අවස්ථා වලදී පවා, ගබ්සාව වඩාත් ආරක්ෂිත වීමට හේතු වී ඇත (Ganatra et al, 2017). මේ අනුව, ආරක්ෂාව මත පදනම්ව ගබ්සාව වර්ගීකරණය, ආරක්ෂිත සහ අනාරක්ෂිත ලෙස දෙආකාරයට වර්ගීකරණයෙන් ඔබ්බට ගොස් ඇති අතර, දැන් ගබ්සා වර්ගීකරණය කරන්නේ ආරක්ෂිත ගබ්සා, අඩු ආරක්ෂිත ගබ්සා, සහ අවම ආරක්ෂිත ගබ්සා ලෙසය (වැඩිදුර විස්තර සඳහා 1 වන පරිච්ඡේදය බලන්න).

නීත්‍යානුකූල ගබ්සාව සහ ආරක්ෂිත ගබ්සාව යන්නෙන් හඳුන්වන්නේ එකම දේ නොවන බව මෙහිදී සටහන් කිරීම වැදගත්ය- නීත්‍යානුකූල ගබ්සාව යනු රටේ නීතියට අනුකූල ගබ්සාවක් වන අතර ආරක්ෂිත ගබ්සාව

යනු ඉහත අර්ථ දක්වා ඇති පරිදි ආරක්ෂිත තත්වයන් යටතේ සිදු කරන ගබ්සාවකි. නීත්‍යානුකූල ගබ්සාවක් සමහර විට අනාරක්ෂිත විය හැකි සේම නීති විරෝධී ගබ්සාවක් ආරක්ෂිතව සිදු කළ හැකිය. කෙසේ වෙතත්, නීතියට අනුකූලව ගබ්සා සේවා සැපයීම ආරක්ෂිත ගබ්සා සේවා සඳහා ප්‍රවේශය වැඩි දියුණු කරන බවට ප්‍රමාණවත් සාක්ෂි තිබේ (WHO, 2012).

2.2 ගබ්සා කිරීමේ ක්‍රම

පුළුල් වශයෙන්, ගබ්සාවක් සිදු කිරීමට ක්‍රම දෙකක් තිබේ- එනම් ශල්‍යකර්ම මගින් සිදු කරන ගබ්සාව සහ ඖෂධ මගින් සිදු කරන ගබ්සාවයි.

ශල්‍යකර්ම මගින් සිදු කරන ගබ්සාව යනු ගබ්සාවක් සිදු කිරීම සඳහා සුළු ශල්‍යකර්මයක් භාවිතා කිරීමයි. නිර්දේශිත ශල්‍යකර්ම ක්‍රියා පටිපාටි සහ ඒවායේ කාර්යක්ෂමතාව ගර්භණී කාලය අනුව වෙනස් වේ.

> *ඖෂධ මගින් සිදු කරන ගබ්සාව සඳහා යොදාගන්නා ඖෂධ, හදිසි ප්‍රතිසංධිවිරෝධක පෙතිවලට වඩා වෙනස් බව සැළකිල්ලට ගැනීම වැදගත්ය. අනාරක්ෂිත ලිංගික සංසර්ගයකින් පසු ගැබ් ගැනීම වැළැක්වීම සඳහා හදිසි ප්‍රතිසංධිවිරෝධක පෙති භාවිතා කරන අතර, ගබ්සා පෙති භාවිතා කරන්නේ පවතින ගැබ් ගැනීමක් අවසන් කිරීමට ය.*

ශල්‍යකර්ම මගින් සිදු කරන ගබ්සාව සඳහා ගර්භාෂය තුළට ශල්‍ය උපකරණ ඇතුලත් කිරීම සිදු කරන බැවින්,

- මෙම ක්‍රියා පටිපාටිය සඳහා හොඳින් පුහුණු වූ සහ දක්ෂ සෞඛ්‍ය සේවා සපයන්නන් අවශ්‍ය වේ.
- ආසාදන වැළැක්වීම සඳහා ප්‍රතිජීවක ලබා දිය යුතු වේ.
- වේදනාව වැලක්වීමට සහ වේදනාව කළමනාකරණය කිරීමට සුදුසු නිර්වින්දන භාවිත කල යුතුය.

ඖෂධ මගින් සිදු කරන ගබ්සාව යනු කිසිදු ශල්‍යකර්මයකින් තොරව ඖෂධ භාවිතයෙන් ගබ්සාව සිදු කිරීමයි. අනුක්‍රමිකව භාවිතා කරන මිෆෙප්‍රිස්ටෝන් සහ මිසොප්‍රොස්ටෝල් යන ඖෂධ දෙකෙහි සංයෝජනයක් යොදාගැනීම වඩාත් පොදු ක්‍රමයයි. මිෆෙප්‍රිස්ටෝන් නොමැති ස්ථානවල, මිසොප්‍රොස්ටෝල් පමණක් භාවිතා කළ හැකිය. විශේෂයෙන්ම ගැබ් ගැනීමෙන් සති 12කට පෙර ලබාගන්නේ නම්, නිර්දේශිත මාත්‍රාව නිර්දේශිත පටිපාටියට අනුකූලව භාවිතා කරන විට, ඖෂධ මගින් සිදු කරන ගබ්සාව ඉතා ඵලදායී වේ. ඖෂධ මගින් සිදු කරන ගබ්සාව සඳහා ශරීර අභ්‍යන්තරයට විහිදෙන ශල්‍යකර්මයක් අවශ්‍ය නොවන බැවින්, එය සෞඛ්‍ය සේවා සපයන්නන් විසින් ප්‍රාථමික සෞඛ්‍ය සේවා ස්ථානවල පවා ලබා දිය හැකිය; නැතහොත් නිවැරදි තොරතුරු සහ මාත්‍රාව සමඟ, ගර්භනී පුද්ගලයන්ට තමා විසින්ම නිවසේදී හෝ සුවපහසු ස්ථානයකදී ලබාගත හැකි අතර, එමගින් ගබ්සාවට ඇති ප්‍රවේශය පුළුල් වේ.

ශල්‍යකර්ම මගින් සිදු කරන ගබ්සාව සහ ඖෂධ මගින් සිදු කරන ගබ්සාව පිළිබඳ වැඩි විස්තර පහත ඇතුලත් වේ.

2.3 පූර්ව-ගබ්සා සත්කාර

ගබ්සාවකට පෙර සපයනු ලබන ඕනෑම සේවාවක් අනිවාර්ය නොවිය යුතු අතර, ගබ්සාවට අමතර ප්‍රමාදයන් ඇති නොකළ යුතු බව සැළකිල්ලට ගැනීම වැදගත්ය. එසේ නැත්නම්, එය ගබ්සාවට ප්‍රවේශ වීමට අනවශ්‍ය බාධකයක් වේ.

ගබ්සාවක් ලබාගැනීම අපේක්ෂාවෙන් යම් අයෙක් සෞඛ්‍ය සේවා සපයන්නෙකු වෙත පැමිණෙන විට, සෞඛ්‍ය සේවා සපයන්නා විසින් සැපයිය යුතු පූර්ව ගබ්සා සත්කාරයේ අංග කිහිපයක් තිබේ. පහත අංග මීට ඇතුලත් වේ:

- තොරතුරු සැපයීම සහ උපදේශනය
- වෛද්‍ය ඉතිහාසය සම්බන්ධ තොරතුරු ලබාගැනීම, කායික පරීක්ෂණය සහ රසායනාගාර පරීක්ෂණ මෙන්ම අවශ්‍ය පරිදි අල්ට්‍රාසවුන්ඩ් (ultrasound) ස්කෑන් පරීක්ෂණයක් සිදු කිරීම
- ප්‍රතිසංධිවිරෝධක ක්‍රම පිළිබඳ තොරතුරු සහ උපදේශනය.

මේ සෑම අංගයක්ම පහතින් තවදුරටත් විස්තර කර ඇත.

2.3.1 තොරතුරු සැපයීම සහ උපදේශනය

ගබ්සාවක් අපේක්ෂා කරන ඕනෑම පුද්ගලයෙකුට ඒ සම්බන්ධයෙන් සම්පූර්ණ හා විද්‍යාත්මකව නිවැරදි තොරතුරු ලබා දිය යුතුය. එවැනි තොරතුරු පුද්ගලයාට පහත සඳහන් තීරණ ගැනීමට/ කරුණු අවබෝධ කරගැනීමට උපකාරී විය යුතුය.

- ගබ්සාව ඉදිරියට ගෙන යාමට තීරණය කිරීම

1 වන කොටුව:
ආරක්ෂිත ගබ්සා සේවා සඳහා යහපත් උපදේශන සේවාවක ලක්ෂණ

- **උපදේශනය පෞද්ගලිකත්වය සහ රහස්‍යභාවය සහතික කරන ස්ථානයක සිදු කළ යුතුය.**
- **සියලුම පවතින සහ සුදුසු ගබ්සා කිරීමේ ක්‍රම පිළිබඳව විද්‍යාත්මකව නිවැරදි සහ සම්පූර්ණ තොරතුරු සේවාලාභියාට ලබා දිය යුතුය.**
- **ගබ්සාව සහ ගබ්සා කිරීමේ ක්‍රමය සම්බන්ධයෙන් දැනුවත් සහ ස්වේච්ඡා තීරණයක් ගැනීමට සේවාලාභියන්ට සහාය විය යුතුය.**
- **සේවාලාභියාට අවශ්‍ය විටෙක ඔවුන්ට තේරෙන භාෂාවෙන් උපදෙස් ලබා දිය යුතුය.**
- **ක්‍රියා පටිපාටියට පෙර, අතරතුර සහ පසුව කුමක් සිදුවේද සහ විය හැකි සංකූලතා සේවාලාභියාට පැහැදිලි කිරීමට සැලකිලිමත් විය යුතුය.**
- **සේවාලාභියන්ට යම් සැකයක් තිබේ නම් ඒවා පැහැදිලි කර ගැනීම සඳහා ප්‍රශ්න ඇසීමට දිරිමත් කළ යුතුය.**
- **උපදේශකයා තමන්ගේම පෞද්ගලික වටිනාකම් සහ විශ්වාසයන් සේවාලාභියා මත පැටවීමෙන් වැළකිය යුතුය. උපදේශනය විනිශ්චයෙන් තොර සහ මධ්‍යස්ථ විය යුතුය.**
- **උපදේශනය විවිධ අවදානම් සහිත පුද්ගලයින්- උදා: සමීප සහකරු හිංසනයට මුහුණ දෙන අය, නව යොවුන් වියේ පසුවන්නන්- හඳුනාගෙන ඔවුන්ට අවශ්‍ය සහාය ලබා දිය යුතුය.**

මූලාශ්‍රය: 2012 ලෝක සෞඛ්‍යය සංවිධානයේ (WHO) මාර්ගෝපදේශයෙන් අනුවර්තනය කරන ලදී.

- ගබ්සාව සඳහා සුදුසු ක්‍රමයක් තීරණය කිරීම
- ඔවුන්ට අවශ්‍ය වන්නේ කුමන ආකාරයේ වේදනා කළමනාකරණය කිරීමේ ක්‍රමයක්ද යන්න තීරණය කිරීම, සහ
- ක්‍රියා පටිපාටියෙන් අපේක්ෂා කළ යුතු දේ

උපදේශනය අපක්ෂපාතී සහ විනිශ්චය නොකරන ආකාරයකින් සිදු කළ යුතු අතර, එමගින් පුද්ගලයාට තමන්ගේම තීරණ ගැනීමට උපකාරී වේ. උපදේශනය අනිවාර්ය නොවිය යුතුය. පුද්ගලයා දැනටමත් ගබ්සාවක් ලබාගැනීමට තීරණය කර ඇත්නම්, ඔවුන්ගේ සිත වෙනස් කිරීමට උත්සාහ කරමින් අනිවාර්ය උපදේශනයට යටත් කිරීම ඔවුන්ගේ ප්‍රජනක අයිතිවාසිකම් උල්ලංඝනය කිරීමකි. උපදේශනය සහ තොරතුරු සැපයීම ඒ සඳහා පුහුණුව ලත් පුද්ගලයින් විසින් පමණක් සිදු කළ යුතු අතර, උපදේශකයෙකු ගබ්සාව පිළිබඳ ඔවුන්ගේ සදාචාරාත්මක/ආගමික වටිනාකම් ගබ්සාවක් ලබා ගැනීමට උත්සාහ කරන පුද්ගලයා මත පැවරීමෙන් වැළකිය යුතුය. උපදේශන සැසිය පෞද්ගලිකත්වය සහ රහස්‍යභාවය සහතික කරන ආකාරයෙන් සිදු කළ යුතුය. ආරක්ෂිත ගබ්සා සේවා සම්බන්ධ යහපත් උපදේශන සේවාවක ලක්ෂණ 1 වන කොටුවේ ලැයිස්තුගත කර ඇත.

පූර්ව ගබ්සා සත්කාරයේ කොටසක් ලෙස සපයන ලද තොරතුරුවලට පහත සඳහන් දෑ ඇතුළත් විය යුතුය:

1. ගර්භණී කාලය සහ අනෙකුත් නිර්ණායක අනුව පුද්ගලයාට සුදුසු ගබ්සා කිරීමේ විවිධ ක්‍රම පිළිබඳ තොරතුරු. එවිට ඔවුන්ට සුදුසු ක්‍රමයක් තෝරා ගැනීමට හැකි වනු ඇත.
2. අල්ට්‍රාසවුන්ඩ් (ultrasound) ස්කෑන් පරීක්ෂණ සහ අනෙකුත් පරීක්ෂණ ගැන තොරතුරු ඇතුළුව, ගබ්සා ක්‍රියා පටිපාටියට පෙර ගබ්සා සත්කාරයේ කොටස් ලෙස සිදු කරනු ලබන දේ පිළිබඳ විස්තර ලබා දිය යුතුය.
3. ක්‍රියා පටිපාටිය අතරතුර අපේක්ෂා කළ යුතු දේ- කුමක් කරනු ඇත්ද, කොපමණ කාලයක් ගතවේද, වේදනාව, ලේ ගැලීම සහ අනෙකුත් රෝග ලක්ෂණ සම්බන්ධයෙන් අපේක්ෂා කළ යුතු දේ, කුමන ආකාරයේ වේදනා සහනයක් අවශ්‍යද, වේදනා කළමනාකරණය සඳහා ඇති විකල්ප මොනවාද යනාදිය පිළිබඳව තොරතුරු ලබා දිය යුතුය. එවිට පුද්ගලයාට තමන්ට කැමති දේ තෝරා ගත හැකිය.
4. ක්‍රියා පටිපාටියෙන් පසු සිදුවන්නේ කුමක්ද- කොපමණ කාලයක් ලේ ගැලීම සහ වෙනත් රෝග ලක්ෂණ පවතීද, සාමාන්‍ය ලෙස වැඩ නැවත ආරම්භ කළ හැක්කේ කවදාද, ලිංගික ක්‍රියාකාරකම් නැවත ආරම්භ කළ හැක්කේ කවදාද, කුමන ආකාරයේ පසු විපරම් සත්කාර අවශ්‍ය වේද, සැලකිලිමත් වියයුතු අනතුරුදායක සලකුණු මොනවාද, යම් සංකූලතාවක් ඇති වුවහොත් සෞඛ්‍ය සේවා ලබා ගත යුත්තේ කවදාද සහ කොතැනකද ආදී තොරතුරු ලබා දිය යුතුය.
5. අනාගතයේ අනවශ්‍ය ගැබ්ගැනීම් වැළැක්වීම සඳහා ප්‍රතිසංධිවිරෝධක ක්‍රම පිළිබඳ තොරතුරු- සුදුසු ක්‍රම මොනවාදැයි තොරතුරු ලබාදීම සහ පුද්ගලයාට එකක් තෝරා ගැනීමට උපකාර කිරීම අවශ්‍යය වේ. ප්‍රතිසංධිවිරෝධක ක්‍රමයක් ලබාගත හැක්කේ කොතැනකින්ද සහ කවදාද යන තොරතුරු ලබා දිය යුතුය.

ගබ්සා කිරීමේ ක්‍රියාවලියේදී අමතර සහාය අවශ්‍ය විය හැකි අවදානම් තත්වයන් යටතේ සිටින පුද්ගලයින් උපදේශනය මගින් හඳුනාගත යුතුය. නව යොවුන් වියේ ගැහැණු ළමයින්, විවාහයෙන් පිටත ගැබ් ගෙන ඇති අය, ගෘහස්ථ හිංසනය අත්විඳින කාන්තාවන්, ගැබ් ගැනීම අවසන් කිරීමට හෝ දිගටම පවත්වාගෙන යාමට බල කිරීම්වලට මුහුණ දෙන කාන්තාවන්, සහ සංක්‍රාන්ති පිරිමින් මෙයට ඇතුළත් වේ. එවැනි අවස්ථාවන්හිදී, උපදේශකයින් එවැනි පුද්ගලයින්ට අවශ්‍ය සහයෝගය හඳුනා ගත යුතුය; නැතහොත් එවැනි සහයෝගයක් ලබා දිය හැකි සංවිධාන සමඟ ඔවුන්ව සම්බන්ධ කළ යුතුය.

ගබ්සා කිරීමෙන් ඇති වියහැකි සෞඛ්‍ය ප්‍රතිවිපාක සම්බන්ධයෙන් පුද්ගලයාට තිබිය හැකි ඕනෑම ප්‍රශ්නයකට පිළිතුරු ලබා දීමට පූර්ව ගබ්සා උපදේශනය අවස්ථාව ලබා දෙයි. අනාගත ගැබ් ගැනීම, වඳභාවය, පියයුරු පිළිකා සහ මානසික සෞඛ්‍යය කෙරෙහි ගබ්සා කිරීමේ බලපෑම පිළිබඳ මිථ්‍යාවන් ඇති අතර ගබ්සාවක් අපේක්ෂා කරන පුද්ගලයා මේ සම්බන්ධයෙන් කිසියම් ගැටළුවක් ඇති බව ප්‍රකාශ කළහොත්, ඔවුන්ගේ ගැටළුව විසඳිය යුතුය. ඇතැම් මිථ්‍යාවන් 1 වන පරිච්ඡේදයේ සාකච්ඡා කෙරේ.

2.3.2 වෛද්‍ය ඉතිහාසය සම්බන්ධ තොරතුරු ලබාගැනීම, කායික පරීක්ෂණය සහ රසායනාගාර පරීක්ෂණ

සෞඛ්‍ය සේවා සපයන්නා විසින් වෛද්‍ය ඉතිහාසය සම්බන්ධ සම්පූර්ණ තොරතුරු ලබාගැනීම පූර්ව ගබ්සා සත්කාරයෙහි ඇතුළත් විය යුතුය. මෙහි අරමුණු වන්නේ:

- ගර්භණී කාලය (ගැබ් ගැනීමෙන් කොතරම් කාලයක් ගොස් ඇත්දැයි) ඇස්තමේන්තු කිරීම,
- ශල්‍යකර්ම මගින් සිදු කරන ගබ්සාව සහ ඖෂධ මගින් සිදු කරන ගබ්සාව යම් අයුරකින් හානිකර වේ දැයි හඳුනා ගැනීම, සහ
- ගබ්සාව අතරතුර හෝ පසුව සංකූලතා ඇති කළ හැකි අවදානම් සාධක හඳුනා ගැනීම යි.

2.3.2.1 වෛද්‍ය ඉතිහාසය

ගර්භණී කාලය (ගැබ් ගැනීමෙන් කොතරම් කාලයක් ගොස් ඇත්දැයි) තීරණය කිරීම සඳහා සෞඛ්‍ය සේවා සපයන්නා අවසන් ඔසප් වීමේ දිනය පිළිබඳ තොරතුරු ඉල්ලා සිටිය යුතුය. කාන්තාවට අක්‍රමවත් ඔසප් චක්‍රයක් ඇත්නම්, එය ගර්භණී කාලය නිවැරදිව ඇස්තමේන්තු කිරීමට බලපෑ හැකිය; එබැවින්, පුද්ගලයාගේ ඔසප් චක්‍රය ක්‍රමවත් ද යන්න පිළිබඳ විස්තර විමසිය යුතුය. හෝමෝන ප්‍රතිසංධිවිරෝධක ක්‍රම භාවිතා කරන පුද්ගලයින් ඔසප් නොවීම හෝ අක්‍රමවත් රුධිර වහනය අත්දැකිය හැකි බැවින්, එම නිසා ගර්භණී කාලය පිළිබඳ ඇස්තමේන්තුව නිවැරදි නොවිය හැකිය. ඇතැම් පුද්ගලයන් ගර්භනී කාලයේ මුල් අවධියේදී රුධිර වහනයක් අත්දැකිය හැකි අතර එය ගර්භණී කාලය ඇස්තමේන්තු කිරීමේ නිරවද්‍යතාවයට බලපායි.

වෛද්‍ය ඉතිහාසය සම්බන්ධ තොරතුරු ලබාගැනීම තුළ ආවරණය කළ යුතු අනෙකුත් අංග පහත දැක්වේ:

- අවදානම් හෝ සංකූලතා ඇති කළ හැකි ඕනෑම රෝගයක් හඳුනා ගැනීම සඳහා වෛද්‍ය ඉතිහාසය සම්බන්ධ තොරතුරු
- රුධිර වහනය සම්බන්ධ ඕනෑම රෝගයක තොරතුරු
- දැනට ලබාගන්නා ඕනෑම ඖෂධයක් පිළිබඳ තොරතුරු
- ඕනෑම අසාත්මිකතාවක් සම්බන්ධ තොරතුරු
- ප්‍රසව හා නාරිවේද ඉතිහාසය
- ගර්භාෂයෙන් පිටත ගර්භය පිහිටීම සඳහා අවදානම් සාධක බැහැර කිරීම සඳහා අවශ්‍යය තොරතුරු
- අදාළ රෝග සම්බන්ධයෙන් පවුලේ ඉතිහාසය
- ඊට අමතරව, සමාජීය තත්වයන් ආවරණය කරන තොරතුරු ලබාගත යුතුය. ගැබ් ගැනීම දිගටම පවත්වාගෙන යාමට හෝ අවසන් කිරීමට තීරණය කිරීම සම්බන්ධයෙන් කිසියම් බල කිරීමකට හෝ ප්‍රචණ්ඩත්වයකට මුහුණ දෙනවාද යන්න සම්බන්ධ තොරතුරු මෙහි ඇතුලත් විය යුතුය.

2.3.2.2 කායික පරීක්ෂණය

කායික පරීක්ෂණයේ ප්‍රධාන අරමුණ වන්නේ ගැබ්ගැනීමේ කාලසීමාව තීරණය කිරීමයි. මෙය උදර පරීක්ෂණයක් සහ ශ්‍රෝණි පරීක්ෂණයක් හරහා පුහුණු සෞඛ්‍ය සේවා සපයන්නෙකු විසින් සිදු කරනු ලැබේ. ඊට අමතරව, ස්පන්දන වේගය, රුධිර පීඩනය සහ උෂ්ණත්වය වැනි මූලික මිනුම් ලබාගනු ඇත. පුද්ගලයාගේ රක්තහීනතා තත්ත්වය ද පරීක්ෂා කරනු ලැබේ. ඊට අමතරව, ලිංගිකව සම්ප්‍රේෂණය වන ආසාදන හෝ මැලේරියාව වැනි ඕනෑම තත්වයක් පරීක්ෂණ හරහා බැහැර කරයි.

2.3.2.3 රසායනාගාර පරීක්ෂණ

ගබ්සාවකට පෙර රසායනාගාර පරීක්ෂණ අනිවාර්යයෙන් අවශ්‍ය නොවේ. රක්තහීනතාවය පිළිබඳ සායනික සැකයක් තිබේ නම්, හිමොග්ලොබින් පරීක්ෂණයක් ප්‍රයෝජනවත් විය හැකිය. හැකි නම්, රුධිර කාණ්ඩගත කිරීම සිදු කළ හැකි අතර එමඟින් පුද්ගලයාට රීසස් සාධකයට (Rh factor) අනුව සෘණ රුධිර කාණ්ඩයක් තිබේ නම්, නිර්දේශිත පරිදි ආර්.එච්. ඉමියුනොග්ලොබියුලින් (Rh immunoglobulin) ලබා දිය හැකිය.

2.3.2.4 අල්ට්‍රාසවුන්ඩ් ස්කෑන් පරීක්ෂණය

සියලුම ගබ්සා කිරීම් වලට පෙර අල්ට්‍රාසවුන්ඩ් පරීක්ෂණයක් අනිවාර්යයෙන් අවශ්‍ය නොවේ. කෙසේ වෙතත්, පහත සඳහන් සායනික තත්වයන් තුළ අල්ට්‍රාසවුන්ඩ් පරීක්ෂණයක් ප්‍රයෝජනවත් වේ.

- පුද්ගලයා ගැබ්ගෙන තිබේද යන්න පැහැදිලි නැති විට
- අක්‍රමවත් ඔසප් වීම නිසා, හෝ ගර්භාෂයේ ප්‍රමාණය ඔසප් දිනයන් අනුව අපේක්ෂිත ප්‍රමාණයට වඩා කුඩා හෝ විශාල වීම නිසා, ගර්භණී කාලය පිළිබඳ සැකයක් තිබෙන විට
- ගර්භාෂයෙන් පිටත ගර්භය පිහිටීම පිළිබඳ සායනික සැකයක් තිබේ නම්

සියලුම ගබ්සා කිරීම් වලට පෙර අල්ට්‍රාසවුන්ඩ් ස්කෑන් පරීක්ෂණයක් අත්‍යවශ්‍යය බව අවධාරනය කිරීම අනවශ්‍ය වේ. එය ගබ්සා කිරීමේ ක්‍රියා පටිපාටිය අධික ලෙස වෛද්‍යකරණය කරන අතර ගබ්සාවක් ලබාගැනීමට උත්සහකරන අයට අනවශ්‍ය බාධකයක් නිර්මාණය කරයි.

අල්ට්‍රාසවුන්ඩ් ස්කෑන් පරීක්ෂණයක් අවශ්‍ය නම්, හැකි නම්, එය පූර්ව ප්‍රසව සත්කාර ලබාගන්නා කාන්තාවන් සඳහා පරීක්ෂණ සිදු කරන ස්ථානයෙන් වෙනස් ස්ථානයක සිදු කළ යුතු ය.

සියලුම ගබ්සා කිරීම් වලට පෙර අල්ට්‍රාසවුන්ඩ් පරීක්ෂණයක් අනිවාර්යයෙන් අවශ්‍ය නොවේ. එය අවශ්‍යය වන්නේ ඇතැම් සායනික තත්වයන් යටතේ පමණි. සියලුම ගබ්සා කිරීම් වලට පෙර අල්ට්‍රාසවුන්ඩ් ස්කෑන් පරීක්ෂණයක් අත්‍යවශ්‍යය බව අවධාරනය කිරීම අනවශ්‍ය වේ. එය ගබ්සා කිරීමේ ක්‍රියා පටිපාටිය අධික ලෙස වෛද්‍යකරණය කරන අතර ගබ්සාවක් ලබාගැනීමට උත්සහකරන අයට අනවශ්‍ය බාධකයක් නිර්මාණය කරයි.

2.3.3 ප්‍රතිසංධිවිරෝධක ක්‍රම

ගබ්සාවක් ලබාගැනීමට උත්සහ කරන පුද්ගලයාට ගබ්සාව ලබාගැනීමෙන් පසු හැකි ඉක්මනින් ප්‍රතිසංධිවිරෝධක ක්‍රමයක් භාවිතා කිරීම ආරම්භ කළ හැකි වන පරිදි, එම පුද්ගලයාට පූර්ව ගබ්සා සත්කාරයේ කොටසක් ලෙස අනාගත ප්‍රතිසංධිවිරෝධක ක්‍රම පිළිබඳ තොරතුරු ලබා දිය යුතුය. ගබ්සාවෙන් සති දෙකක් වැනි කෙටි කාලයකදී ඩිම්බනීහරණය සිදුවිය හැකි බවත්, ප්‍රතිසංධිවිරෝධක භාවිතා නොකළහොත් ගැබ් ගැනීමක් සිදුවිය හැකි බවත් පුද්ගලයාට දැනුම් දිය යුතුය.

ලබාදෙන තොරතුරු මඟින් පුද්ගලයාට වඩාත් සුදුසු ක්‍රමය තෝරා ගත හැකි වන පරිදි සුදුසු සියලු ක්‍රම සාකච්ඡා කළ යුතුය. ඊට අමතරව, ක්‍රමය ආරම්භ කළ යුත්තේ කවදාද සහ සේවාවට ලබාගත හැක්කේ කොතනින්ද යන්න පිළිබඳ තොරතුරු ලබා දිය යුතුය. දැනට පවතින අනවශ්‍ය ගැබ් ගැනීම ඇති වූයේ ප්‍රතිසංධිවිරෝධක අසාර්ථක වීම හේතුවෙන් නම්, එවැනි ප්‍රතිසංධිවිරෝධක අසාර්ථක විය හැකි හේතු සාකච්ඡා කළ යුතු අතර, අවශ්‍ය නම් විකල්ප ක්‍රමයක් තෝරා ගැනීමට පුද්ගලයාට උපකාර කළ යුතුය.

ප්‍රතිසංධිවිරෝධක ක්‍රමයක් පිළිගැනීම ගබ්සා සේවා සඳහා පූර්ව කොන්දේසියක් නොවිය යුතු අතර, එම පුද්ගලයා කිසිදු ප්‍රතිසංධිවිරෝධක ක්‍රමයක් භාවිතා නොකිරීමට තීරණය කරන්නේ නම්, ඔවුන්ට ගබ්සාව ලබාදීම ප්‍රතික්ෂේප නොකළ යුතුය. මෙය 4 වන පරිච්ඡේදයේ තවදුරටත් සාකච්ඡා කෙරේ.

2.4 ගබ්සා කිරීමේ පිළිවෙත

ගබ්සා කිරීමට විවිධ ක්‍රම ඇති අතර, යම් පුද්ගලයෙකුට සුදුසු ක්‍රමය ප්‍රධාන වශයෙන් තීරණය වන්නේ ගැබ්ගැනීමෙන් කොපමණ කාලයක් ගත වී ඇත්ද යන්න මතයි. සාමාන්‍යයෙන්, ගැබ්ගැනීමේ කාලය සති 12-14 ට අඩුද නැතහොත් සති 12-14 ට වැඩිද යන්න මත පදනම්ව ගබ්සා ක්‍රමය වෙනස් වේ.

සති 12-14 ට අඩු නම් ලබා ගත හැකි විකල්ප වන්නේ:
1. ඖෂධ මගින් සිදු කරන ගබ්සාව
2. රික්තක චූසනය

සති 12-14 ට වැඩි නම් ලබා ගත හැකි විකල්ප වන්නේ:
1. ඖෂධ මගින් සිදු කරන ගබ්සාව
2. විස්තාරණය සහ ඉවත් කිරීම (D&E)

විවිධ ක්‍රම සහ ඒවායේ සාපේක්ෂ වාසි සහ අවාසි පහත විස්තර කර ඇත.

2.4.1 ඖෂධ මගින් සිදු කරන ගබ්සාව

ඖෂධ මගින් සිදු කරන ගබ්සාව යනු කිසිදු ශල්‍යකර්මයකින් තොරව ඖෂධ භාවිතයෙන් කරන ගබ්සාවකි. ඖෂධ මගින් සිදු කරන ගබ්සාව සාමාන්‍යයෙන් සිදු කරනු ලබන්නේ අනුක්‍රමිකව භාවිතා කරන ඖෂධ දෙකක සංයෝජනයෙනි- එනම් මිෆෙප්‍රිස්ටෝන් සහ මිසොප්‍රොස්ටෝල් යන ඖෂධයි.

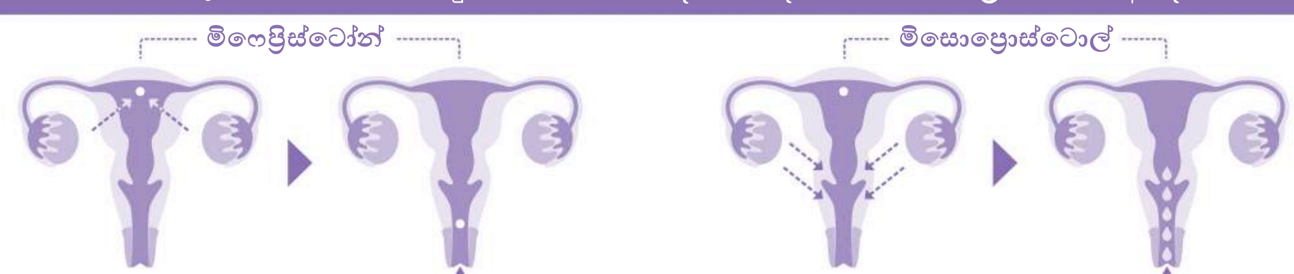
2.4.1.1 ගබ්සා සඳහා යොදාගන්නා ඖෂධ

1. මිෆෙප්‍රිස්ටෝන් යනු ප්‍රොජෙස්ටරෝන් හෝමෝනයට එරෙහිව ක්‍රියා කරන ප්‍රති-ප්‍රොජෙස්ටින් අඩංගු ඖෂධයකි. එය දැනට පවතින ගැබ් ගැනීමක් දිගටම පැවතීම වළක්වයි.
2. මිසොප්‍රොස්ටෝල් යනු ප්‍රොස්ටග්ලැන්ඩින් (prostaglandin) වර්ගයක් වන අතර එය ගර්භාෂය සංකෝචනය වීමට හේතු වේ.

ඖෂධ මගින් සිදු කරන ගබ්සාව සඳහා වන ක්‍රියා පිළිවෙතේ කොටසක් ලෙස, මිෆෙප්‍රිස්ටෝන් මුලින්ම ගනු ලැබේ- මෙය ගැබ් ගැනීම ශක්‍ය නොවන තත්වයට පත් කරයි. මෙයින් පසු මිසොප්‍රොස්ටෝල් ලබා දෙන විට, ගර්භාෂය සංකෝචනය වන අතර එයින් ගැබ් ගැනීම ගර්භාෂයෙන් පිට කරනු ලැබේ (2 වන රූපය).

මූලාශ්‍රය: RUWSEC/CommonHealth පත්‍රිකාවෙන් අනුවර්තනය කරන ලදී.

2 වන රූපය: ඖෂධ මගින් සිදු කරන ගබ්සාව සඳහා යොදාගන්නා ඖෂධ ක්‍රියා කරන අන්දම



2.4.1.2 ඖෂධ මගින් සිදු කරන ගබ්සාව සඳහා ක්‍රියා පිළිවෙත (ප්‍රොටෝකෝලය)

මිෆෙප්‍රිස්ටෝන් සහ මිසොප්‍රොස්ටෝල් ලබා දීමේ මාත්‍රාව සහ වේලාව සඳහා නිශ්චිත ක්‍රියා පිළිවෙත් තිබේ. සති 12 ට අඩු සහ සති 12 ට වැඩි ගැබ් ගැනීමක් සඳහා මේවා වෙනස් වේ. ලෝක සෞඛ්‍ය සංවිධානයේ (WHO) මෑත කාලීන මාර්ගෝපදේශ පහත සඳහන් ක්‍රියා පිළිවෙත නිර්දේශ කරයි (WHO, 2019):

මිෆෙප්‍රිස්ටෝන් ලබා ගත නොහැකි ස්ථාන වල, පහත වගුවේ දැක්වෙන පරිදි මිසොප්‍රොස්ටෝල් පමණක් භාවිතා කළ හැකිය. කෙසේ වෙතත්, මිසොප්‍රොස්ටෝල් පමණක් භාවිතා කරන ක්‍රමය මිෆෙප්‍රිස්ටෝන් සහ මිසොප්‍රොස්ටෝල් සංයෝගයකට වඩා අඩු සාර්ථකත්වයක් පෙන්නුම් කරයි. ගැබ්ගැනීමේ සති නවයක් දක්වා කාලය තුල ලබා ගත් විට, එය සම්පූර්ණ ගබ්සාවක් සිදු කිරීම සඳහා 75-90% ඵලදායී වේ (WHO, 2019).

1 වන වගුව: මිෆෙප්‍රිස්ටෝන් සහ මිසොප්‍රොස්ටෝල් භාවිතයෙන් ඖෂධ මගින් සිදු කරන ගබ්සා කිරීමේ ක්‍රියා පිළිවෙත

ගැබ්ගැනීමේ කාලය: සති 12 ට අඩු නම්

නිර්දේශිත පිළිවෙත
> මිෆෙප්‍රිස්ටෝන් මිලිග්‍රෑම් (mg) 200 මුඛය හරහා
> ඊට දින 1-2 කට පසුව
> මිසොප්‍රොස්ටෝල් මයික්‍රෝග්‍රෑම් (mcg) 800 යෝනි මාර්ගයෙන්, හකු ප්‍රදේශය ඇතුළත හෝ දිව යට තබාගැනීමෙන්

ගැබ්ගැනීමේ කාලය: සති 12 ට වැඩි නම්

නිර්දේශිත පිළිවෙත
> මිෆෙප්‍රිස්ටෝන් මිලිග්‍රෑම් (mg) 200 මුඛය හරහා
> ඊට දින 1-2 කට පසුව
> මිසොප්‍රොස්ටෝල් මයික්‍රෝග්‍රෑම් (mcg) 400 යෝනි මාර්ගයෙන්, හකු ප්‍රදේශය ඇතුළත හෝ දිව යට තබාගැනීමෙන්- සෑම පැය 3 කට වරක්ම නැවත නැවතත් ලබාගත යුතුය

2 වන වගුව: මිෆෙප්‍රිස්ටෝන් ලබා ගත නොහැකි විට ඖෂධ මගින් සිදු කරන ගබ්සා කිරීමේ ක්‍රියා පිළිවෙත

ගැබ්ගැනීමේ කාලය: සති 12 ට අඩු නම්

නිර්දේශිත පිළිවෙත
> මිසොප්‍රොස්ටෝල් 800 mcg යෝනි මාර්ගයෙන්, හකු ප්‍රදේශය ඇතුළත හෝ දිව යට තබාගැනීමෙන්

ගැබ්ගැනීමේ කාලය: සති 12 ට වැඩි නම්

නිර්දේශිත පිළිවෙත
> මිසොප්‍රොස්ටෝල් 400 mcg යෝනි මාර්ගයෙන්, හකු ප්‍රදේශය ඇතුළත හෝ දිව යට තබාගැනීමෙන්- සෑම පැය 3 කට වරක්ම නැවත නැවතත් ලබාගත යුතුය.

මෙම ඖෂධ, එවාට අසාත්මිකතා ඇති පුද්ගලයින්ට, පෝෆිරියා (porphyria) නම් උරුම වූ තත්වයක් ඇති අයට, හෝ නිදන්ගත වකුගඩු ආශ්‍රිත (adrenal) අකර්මන්‍යතාවයක් ඇති පුද්ගලයින්ට ලබා දිය නොහැකිය. මෙම ඖෂධ ගර්භාෂයෙන් පිටත කළලය පිහිටා ඇති ගැබ් ගැනීමකදී (උදා: පැලෝපීය නාල වල කළලය පිහිටා ඇති විට) ක්‍රියා නොකරන අතර, එබැවින් පූර්ව ගබ්සා සත්කාර අතරතුර මෙවන් තත්වයක් නොපවතින බව සහතික කල යුතුය. ඊට අමතරව, දරුණු රක්තහීනතාවය, හෘද රෝග, දරුණු පාලනය කළ නොහැකි ඇදුම හෝ ලේ ගැලීමේ ආබාධ ඇති පුද්ගලයින්ට මෙම ඖෂධ ලබාදීම ප්‍රවේශමෙන් කළ යුතුය.

විශේෂයෙන්ම මුල් ගර්භනී අවධියේදී ඖෂධ මගින් සිදු කරන ගබ්සා ඉතා ඵලදායී වේ. සති නවයක් (ගැබ් ගැනීමෙන් දින 63) දක්වා භාවිතා කරන විට එය 98% දක්වා ඵලදායී වේ- එනම් ඖෂධ මගින් සිදු කරන ගබ්සා ලබාගන්නා පුද්ගලයන්ගෙන් 98% ක් තුළ ඖෂධ භාවිතා කිරීමෙන් පමණක් සම්පූර්ණ ගබ්සාව සිදු වේ; ඖෂධ මගින් සිදු කරන ගබ්සා ලබාගන්නා පුද්ගලයන්ගෙන් 2-5% කට අධික රුධිර වහනය, අසම්පූර්ණ ගබ්සාව හෝ ගැබ් ගැනීම අවසන් නොවීම ආදිය සඳහා යම් ආකාරයක ශල්‍යකර්ම මැදිහත්වීමක් අවශ්‍ය විය හැකිය.

මිෆෙප්‍රිස්ටෝන් සහ මිසොප්‍රොස්ටෝල් යන ඖෂධ දෙකම සාපේක්ෂව මිල අඩු ඖෂධ වන අතර ඒවා ලෝක සෞඛ්‍ය සංවිධානයේ (WHO) අත්‍යවශ්‍ය ඖෂධ ලැයිස්තුවේ ඇතුලත් වේ (WHO, 2019). ඒවා කාමර උෂ්ණත්වයේ දී ස්ථාවර වන අතර එබැවින් ශීතකරණයක් අවශ්‍ය නොවේ. ඖෂධ මගින් සිදු කරන ගබ්සාව සඳහා ගර්භාෂයට උපකරණ ඇතුලත් කරන කිසිදු ශල්‍යකර්මයක් අවශ්‍ය නොවන බැවින්, ශල්‍යකර්ම මගින් සිදු කරන ගබ්සාව සඳහා අවශ්‍ය ප්‍රමාණයට වඩා අඩු තාක්ෂණික කුසලතා ඇති සෞඛ්‍ය සේවා සපයන්නන් විසින් එය ලබා දිය හැකිය. මෙය 4 වන පරිච්ඡේදයේදී තවදුරටත් සාකච්ඡා කෙරේ.

2.4.1.3 ඖෂධ මගින් සිදු කරන ගබ්සාවක් අතරතුර අපේක්ෂා කළ යුතු දේ

ඖෂධ මගින් සිදු කරන ගබ්සා කිරීමේ ක්‍රියා පටිපාටිය ස්වාභාවික ගබ්සාවකට සමාන වේ. පළමු ඖෂධය වන මිෆෙප්‍රිස්ටෝන් ගැනීමෙන් පසු පුද්ගලයා සාමාන්‍යයෙන් කිසිදු රෝග ලක්ෂණයක් අත්විඳින්නේ නැත, නමුත් දෙවන ඖෂධය වන මිසොප්‍රොස්ටෝල් ගැනීමෙන් පැය 4-6ක් ඇතුළත, පහළ උදරයේ වේදනාව, කැක්කුම සහ යෝනි මාර්ගයෙන් ලේ ගැලීම අත්විඳිය හැකිය. ඊට අමතරව, මිසොප්‍රොස්ටෝල් හි අතුරු ආබාධ ද අත්විඳිය හැකිය- උණ සමඟ සෙම්ප්‍රතිශ්‍යාව, වමනය සහ පාචනය මෙයට ඇතුළත් වේ. එවිට ගර්භාෂයේ සංකෝචනය හේතුවෙන් රුධිර වහනය සමඟ ගර්භාෂ නිෂ්පාදන පිටවීම සිදුවේ. සාමාන්‍ය ඔසප් රුධිර වහනයට වඩා තරමක් වැඩි මධ්‍යස්ථ රුධිර වහනයක් දින 10-14ක් පැවතිය හැකිය..

2.4.1.4 ඖෂධ මගින් සිදු කරන ගබ්සාවක් අතරතුර අපේක්ෂා කළ යුතු දේ

ගැබ්ගැනීමෙන් සති නවයකට පෙර ඖෂධ මගින් සිදු කරන ගබ්සාව නිවසේදීම ලබා දිය හැකිය. ගබ්සාව ලබාගන්නා පුද්ගලයාට සෞඛ්‍ය සේවා ස්ථානයේදී මිෆෙප්‍රිස්ටෝන් ලබා දිය හැකි අතර පසුව නිවසේදී මිසොප්‍රොස්ටෝල් ගන්නේ කෙසේද යන්න පිළිබඳව උපදෙස් ලබා දිය හැකිය. මෙය පුද්ගලයාට නිවසේදීම ගබ්සාව ස්වයං කළමනාකරණය කිරීමට ඉඩ සලසයි. ඇති විය හැකි සංකූලතා (උදා: අධික රුධිර වහනය) සහ සෞඛ්‍ය සේවා ස්ථානයකින් ප්‍රතිකාර ලබා ගත යුත්තේ කවදාද යන්න පිළිබඳව පැහැදිලි උපදෙස් ලබා දිය යුතුය. අධ්‍යයනවලින් පෙනී යන්නේ ඖෂධ මගින් සිදු කරන ගබ්සාව නිවසේදීම සිදු කිරීමට කාන්තාවන් බොහෝ විට කැමති බවයි, මන්ද එමඟින් ඔවුන්ට තම නිවෙසේ පෞද්ගලිකත්වය සහ සුවපහසුව ඇතිව, ගබ්සාව ලබාගත හැකිය. කෙසේ වෙතත්, කාන්තාවන්ට නිවසේ පෞද්ගලිකත්වය, ජලය හෝ වැසිකිළි පහසුකම් නොමැති විට හෝ, නිවසේදී සත්කාර සැපයීමට පුද්ගලයෙකු නොමැති විට, ඔවුන් මිසොප්‍රොස්ටෝල් සඳහා සෞඛ්‍ය සේවා ස්ථානය වෙත නැවත පැමිණීමට කැමති විය හැකි බව පෙන්වන අධ්‍යයනයන් ද තිබේ (Ngo et al, 2011).

2.4.1.5 ඖෂධ මගින් සිදු කරන ගබ්සාව ස්වයං කළමනාකරණය

ගබ්සාව ස්වයං කළමනාකරණය කිරීම යනු පුද්ගලයෙකු සායනික අධීක්ෂණයකින් තොරව ගබ්සාවක් තමා විසින්ම සිදු කිරීමයි. ලෝක සෞඛ්‍ය සංවිධානය දැනට නිර්දේශ කරන්නේ ගර්භනී කාලය සති 12 ට අඩු, "නිවැරදි තොරතුරු මූලාශ්‍රයකට සහ අවශ්‍ය නම් ක්‍රියාවලියේ ඕනෑම අදියරකදී සෞඛ්‍ය සේවා සපයන්නෙකුට ප්‍රවේශය" ඇති පුද්ගලයින් සඳහා ගබ්සා කිරීමේ ක්‍රමයක් ලෙස ඖෂධ මගින් සිදු කරන ගබ්සාව ස්වයං කළමනාකරණය කළ හැකි බවයි (WHO, 2019).

විශේෂයෙන් ගබ්සාව නීත්‍යානුකූලව සීමා කර ඇති අවස්ථා වලදී, ඖෂධ මගින් සිදු කරන ගබ්සාව, ගබ්සාවක් ලබාගැනීමට බලාපොරොත්තු වන පුද්ගලයාට ගබ්සා කිරීමේ ක්‍රියා පටිපාටිය ස්වයං කළමනාකරණය කිරීමට ආරක්ෂිත විකල්පයක් ලබා දෙයි. මිෆෙප්‍රිස්ටෝන් නොමැති තැන් වලදී, ගබ්සාව ස්වයං කළමනාකරණය සඳහා මිසොප්‍රොස්ටෝල් පමණක් යොදාගන්නා ක්‍රමය භාවිතා කළ හැකිය. ගබ්සාව නීත්‍යානුකූලව සීමා කර ඇති සැකසුම් තුළ මෙය විශේෂයෙන් ප්‍රයෝජනවත් විය හැකිය, මන්ද වෙනත් රෝගලක්ෂණ සඳහා එවැනි සන්දර්භයන් තුළ මිසොප්‍රොස්ටෝල් ලබා ගත හැකි වේ. ලතින් ඇමරිකාව සහ කැරිබියන් වැනි සීමා සහිත සැකසුම්වල ගබ්සා කිරීමේ ප්‍රවණතා සම්බන්ධයෙන් ලැබෙන සාක්ෂිවලින් පෙනී යන්නේ ගබ්සාවක් ලබාගැනීමට බලාපොරොත්තු වන අය විසින් මිසොප්‍රොස්ටෝල් පමණක් භාවිතා කරන ක්‍රම භාවිතා කිරීම, අනාරක්ෂිත ගබ්සා සංඛ්‍යාව සැලකිය යුතු ලෙස අඩු කර ඇති බවයි (Barot S, 2018). ඖෂධ මගින් සිදු කරන ගබ්සාව ස්වයං කළමනාකරණය පිළිබඳ වැඩි විස්තර 4 වන පරිච්ඡේදයේ සාකච්ඡා කෙරේ.

ඖෂධ මගින් සිදු කරන ගබ්සාව සෞඛ්‍ය සේවා සපයන්නන්ට අන්තර්ජාලය හරහා හෝ දුරකථනය හරහා දුරස්ථව සේවාව සැපයීමේ (telemedicine) විකල්පය ද සපයයි. මෙයට ආරක්ෂිත ගබ්සා සේවා ලබා ගැනීමේ හැකියාව සහ ප්‍රවේශය වැඩි කිරීමට හැකියාව ඇති අතර එය 4 වන පරිච්ඡේදයේ විස්තර කර ඇත.

ගැබ් ගැනීමෙන් සති නවයෙන් ඔබ්බට, ඖෂධ මගින් සිදු කරන ගබ්සාව සෞඛ්‍ය ස්ථානයකදී සිදු කල යුතුය. මන්ද මෙහිදී වෛද්‍ය අධීක්ෂණය යටතේ මිසොප්‍රොස්ටෝල් මාත්‍රා කිහිපයක් ලබා දිය යුතු වේ. ගර්භණී නිෂ්පාදන ඉවත් වන තුරු පුද්ගලයා සෞඛ්‍ය පහසුකමේ රැඳී සිටිය යුතුය.

2.4.1.6 ඖෂධ මගින් සිදු කරන ගබ්සාව අතරතුර වේදනාව කළමනාකරණය

ඖෂධ මගින් සිදු කරන ගබ්සාවක් ලබා ගන්නා පුද්ගලයින්ට ගර්භාෂ සංකෝචනය නිසා වේදනාව

දැනේ. ගබ්සාවට පෙර උපදේශනය ප්‍රමාණවත් වේදනා කළමනාකරණ විකල්ප ආවරණය කළ යුතු අතර, වේදනා සහන සඳහා සුදුසු ක්‍රමයක් තෝරා ගැනීමට ඔවුන්ට උපකාර කළ යුතුය. අපේක්ෂා කළ යුතු දේ පිළිබඳ ප්‍රමාණවත් දැනුම, සෞඛ්‍ය සේවා සපයන්නෙකු ඔවුන් සමග කතා කර විශ්වාසනීය අයුරෙන් සහයෝගය ලබාදීම, සහ නිවසේ හෝ සෞඛ්‍යය ස්ථානයේ සිටින රැකබලා ගන්නෙකුගේ සහාය තිබීම, වේදනාව සමනය කිරීම සඳහා බොහෝ ලෙස උපකාරී විය හැකිය. වේදනා සහන ඖෂධ (අයිබුප්‍රොෆෙන් වැනි NSAID– ස්ටෙරොයිඩ් නොවන ප්‍රතිබාධක ඖෂධ) ද ලබා දිය යුතුය. ගැබ්ගැනීම සති 12 ට වැඩි නම් ඖෂධ මගින් සිදු කරන ගබ්සාව සඳහා, මේවාට අමතරව, ඔපියොයිඩ් වේදනා නාශක හෝ එපිඩියුරල් නිර්වින්දනය වැනි අමතර වේදනා සහන ඖෂධ ලබා දිය හැකිය.

2.4.1.7 කළල අජීවී කිරීමේ පූර්ව ක්‍රියා පටිපාටිය

ගැබ් ගැනීමෙන් සති 20 කට පසු ඖෂධ මගින් සිදු කරන ගබ්සාවක් සිදු කරන්නේ නම්, කළලය පණ ඇතිව පිටතට පැමිණීමට ඉඩ ඇති අතර එමඟින් අතිශයින් නොමේරූ ළදරුවෙකුට ප්‍රතිකාර කිරීම හෝ නොකිරීම පිළිබඳව සදාචාරාත්මක ගැටළු ඇති වේ. මෙය වළක්වා ගැනීම සඳහා, ගබ්සාව ලබාගැනීමට පෙර කළලය අජීවී තත්වයට පත් කරන වෛද්‍ය ක්‍රියා පටිපාටි නිර්දේශ කරනු ලැබේ. පොටෑසියම් ක්ලෝරයිඩ් හෝ ඩයිගොක්සින් වැනි ඖෂධ කළල හදවතට, පෙකණි වැලට හෝ ඇම්නියන කුහරයට (amniotic cavity) එන්නත් කිරීම මෙම ක්‍රියා පටිපාටිවලට ඇතුළත් වේ. මෙය පූර්ව ගබ්සා උපදේශනයේ කොටසක් ලෙස සාකච්ඡා කළ යුතු අතර ඒ අනුව ගබ්සාව ලබාගැනීමට බලාපොරොත්තු වන පුද්ගලයාට එම තීරණය ගතහැකි වන පරිදි එවැනි ක්‍රියා පටිපාටි පිළිබඳ තොරතුරු ලබා දිය යුතුය.

2.4.1.8 ඖෂධ මගින් සිදු කරන ගබ්සාවේ පොදු සංකූලතා

ඖෂධ මගින් සිදු කරන ගබ්සාව ඉතා ආරක්ෂිත ක්‍රියා පටිපාටියකි. විශේෂයෙන්ම එය ආක්‍රමණශීලී ශල්‍යකර්ම ක්‍රියා පටිපාටි සහ නිර්වින්දනය වළක්වයි. කෙසේ වෙතත්, සියලුම වෛද්‍ය ක්‍රියා පටිපාටි සම්බන්ධයෙන් සංකූලතා ඇතිවීමේ කුඩා අවදානමක් ඇති අතර ඖෂධ මගින් සිදු කරන ගබ්සාවකින් පසුවද කලාතුරකින් ඇතැම් සංකූලතා ඇති විය හැකිය.

ලේ ගැලීම. ලේ ගැලීම ඖෂධ මගින් සිදු කරන ගබ්සා ක්‍රියා පටිපාටියේ කොටසකි- සාමාන්‍ය ඔසප් වීමකට වඩා ලේ ගැලීම, ලේ කැටි පිටවීම, සහ ගර්භණී නිෂ්පාදන පිටවීම මෙම ක්‍රියාවලියේ කොටසකි. කෙසේ වෙතත්, අධික රුධිර වහනය (එනම් සාමාන්‍යයෙන් පැය දෙකක් තුළදී සනීපාරක්ෂක තුවා/ "පෑඩ්" දෙකක් තෙත් වන තරම් ලේ ගැලීම) හඳුනා ගැනීමට සහ එවැනි අධික රුධිර වහනයක් සිදුවුවහොත් ප්‍රතිකාර ලබා ගැනීමට පුද්ගලයාට පැහැදිලි උපදෙස් ලබා දිය යුතුය.

මිසොප්‍රොස්ටෝල් වල පොදු අතුරු ආබාධ

ඖෂධ මගින් සිදු කරන ගබ්සා ක්‍රියා පටිපාටියේ කොටසක් ලෙස භාවිතා කරන මිසොප්‍රොස්ටෝල් ඇතැම් අතුරු ආබාධ ඇති කළ හැකිය. උණ එක් පොදු අතුරු ආබාධයක් වන අතර, විශේෂයෙන්ම ගබ්ගැනීම සති 12ට වැඩි විට ඖෂධ මගින් සිදු කරන ගබ්සාව සඳහා මිසොප්‍රොස්ටෝල් මාත්‍රා කිහිපයක් ලබා දෙන විට, ඒ සමග සීතලක්/වෙව්ලීමක් ඇති විය හැකිය. උණ අඩු කිරීම සඳහා පැරසිටමෝල් ලබා දිය හැකිය. මිසොප්‍රොස්ටෝල් ගැනීමෙන් පැය 24 කට වඩා වැඩි කාලයක් උණ පැවතියහොත්, එය ආසාදනයක ලකුණක් විය හැකි අතර සෞඛ්‍ය සේවා සපයන්නෙකුගෙන් ප්‍රතිකාර ලබා ගත යුතුය.

මිසොප්‍රොස්ටෝල් වල අනෙකුත් පොදු අතුරු ආබාධ අතර ඔක්කාරය, වමනය සහ පාචනය ඇතුළත් වේ. මේවාට ප්‍රමාණවත් ප්‍රතිජලනය ලබාදීමෙන් ප්‍රතිකාර කළ හැකිය.

අසම්පූර්ණ ගබ්සාව. ඖෂධ මගින් සිදු කරන ගබ්සාවෙන් ඇති විය හැකි සංකූලතාවයක් වන්නේ සම්පූර්ණ ගැබ් ගැනීම ඉවත් නොවන අසම්පූර්ණ ගබ්සාවකි. ඉතිරි වූ ගර්භණී නිෂ්පාදන නිසා ආසාදනයක් ඇති විය හැකි අතර අධික රුධිර වහනය ද ඇති විය හැකිය. එවැනි අවස්ථාවක, මිසොප්‍රොස්ටෝල් අතිරේක මාත්‍රාවක් හෝ ඉතිරි වූ ගර්භණී නිෂ්පාදන ඉවත් කිරීම සඳහා රික්තක චූසනය අවශ්‍ය විය හැකි අතර, එවිට සෞඛ්‍ය සේවා ලබා ගැනීමට පුද්ගලයාට උපදෙස් දිය යුතුය.

ගැබ් ගැනීම දිගටම පැවතීම. කලාතුරකින්, ඖෂධ මගින් සිදු කරන ගබ්සා ක්‍රියා පටිපාටිය සිදු කලද, ගැබ් ගැනීම දිගටම පැවතිය හැකිය. ඖෂධ මගින් සිදු කරන ගබ්සා ක්‍රියා පටිපාටිය අතරතුර රුධිර වහනයක් නොමැතිකම හෝ ඉතා සුළු රුධිර වහනයක් තිබීම, කිසිදු ගර්භණී නිෂ්පාදනයක් පිට නොවීම, ඔක්කාරය සහ වමනය වැනි ගැබ්ගැනීමේ ලක්ෂණ අඛණ්ඩව පැවතීම, ගර්භාෂ ප්‍රමාණය වැඩි වීම යන සියල්ල අඛණ්ඩ ගැබ් ගැනීමක සලකුණු වේ. එවැනි තත්වයක් තුළ, රික්තක චූසනය වැනි විකල්ප ගබ්සා කිරීමේ ක්‍රියා පටිපාටියක් ලබා දිය යුතුය. ගබ්සා සඳහා යොදාගන්නා ඖෂධ කළලයේ ආබාධයන් ඇති කළ හැකි අතර, එබැවින් යම් කෙනෙක් ගබ්සා ඖෂධ ලබා ගැනීමෙන් පසුව ගැබ් ගැනීම දිගටම පවත්වාගන්නේ නම්, මෙම කරුණ එම පුද්ගලයාට

පැහැදිලි කළ යුතුය.

ආසාදනය. ඖෂධ මගින් සිදු කරන ගබ්සාවෙන් පසු ආසාදන දුර්ලභ වේ. ඖෂධ මගින් සිදු කරන ගබ්සා ක්‍රියා පටිපාටියෙන් පැය 24 කට පසු උණ ඇතිවීම, අධික රුධිර වහනය, දුර්ගන්ධයක් ඇති යෝනි ශ්‍රාව, ගර්භාෂ වේදනාව ආසාදනයේ සලකුණු විය හැකිය. කෙසේ වෙතත්, ඖෂධ මගින් සිදු කරන ගබ්සාවෙන් පසු ආසාදන දුර්ලභ බැවින්, ඖෂධ මගින් සිදු කරන ගබ්සාව අතරතුර නිතිපතා රෝග නිවාරණ ප්‍රතිජීවක භාවිතා කිරීම නිර්දේශ නොකරයි.

ගර්භාෂය බිඳී යාම. ගර්භාෂයේ කැළලක් ඇති පුද්ගලයින් තුළ, උදාහරණයක් ලෙස පෙර සිසේරියන් සැත්කමකින් හෝ පෙර ගර්භාෂ සැත්කමකින් ගර්භාෂයේ කැළලක් ඇත්නම්, කලාතුරකින් (විශේෂයෙන්ම ගැබ් ගැනීමේ පසු අවධියේදී) මිසොප්‍රොස්ටෝල් නිසා ගර්භාෂය බිඳී යාමට හේතු විය හැකිය.

2.4.1.9 ඖෂධ මගින් සිදු කරන ගබ්සාව පිළිබඳ නිතර ඇසෙන ප්‍රශ්න කිහිපයක්

ගබ්සා ඖෂධ ලබා ගන්නා පුද්ගලයෙකුට මව්කිරි දිය හැකිද?
මිෆෙප්‍රිස්ටෝන් සහ මිසොප්‍රොස්ටෝල් යන ඖෂධ දෙකම ඉතා කුඩා ප්‍රමාණයකින් මව්කිරි වලට කාන්දු වේ. කෙසේ වෙතත්, මේවා එක් වරක් පමණක් ලබා දෙන බැවින්, ළදරුවා තුළ මේවා එකතු වීමේ අවදානමක් නොමැත. එබැවින්, ඖෂධ මගින් සිදු කරන ගබ්සාව ලබා ගන්නා අතරතුර මව්කිරි දීම අඛණ්ඩව කරගෙන යා හැකිය (UK Medicines Information, 2020).

ඖෂධ මගින් සිදු කරන ගබ්සාව නැවත නැවත ලබා ගැනීම ආරක්ෂිතද?
ජීවිත කාලය තුළ ඖෂධ මගින් සිදු කරන ගබ්සාව එක වරකට වඩා ලබා ගැනීම සෞඛ්‍යයට හෝ අනාගත ගැබ්ගැනීම් වලට අහිතකර බලපෑම් ඇති කරන බවට කිසිදු සාක්ෂියක් නොමැත. කෙසේ වෙතත්, පුද්ගලයෙකුට නැවත නැවත ඖෂධ මගින් සිදු කරන ගබ්සාව අවශ්‍ය නම්, එයින් අදහස් වන්නේ ඔවුන් නැවත නැවත අනපේක්ෂිත ගැබ්ගැනීම් අත්විඳින බවයි- මෙය ප්‍රතිසංධිවිරෝධක ක්‍රම සඳහා ප්‍රවේශය නොමැතිකම, ප්‍රතිසංධිවිරෝධක නිවැරදිව භාවිතා කිරීමට නොහැකි වීම, හෝ ප්‍රතිසංධිවිරෝධක භාවිතයට අවසර නොදෙන හෝ ඊට සහයෝගය නොදක්වන ප්‍රචණ්ඩකාරී සහකරුවෙකු සිටීම නිසා විය හැකිය. ගබ්සා උපදේශනයේ කොටසක් ලෙස මෙම ගැටළු ගවේෂණය කර ආමන්ත්‍රණය කළ යුතුය.

නව යොවුන් වියේ ගැහැණු ළමයින්ට ඖෂධ මගින් සිදු කරන ගබ්සාව ලබා ගැනීම ආරක්ෂිතද?
අධ්‍යයනවලින් පෙන්වා දී ඇත්තේ මිෆෙප්‍රිස්ටෝන් සහ මිසොප්‍රොස්ටෝල් හෝ මිසොප්‍රොටෝල් පමණක් භාවිතා කරමින් සිදු කරන ගබ්සාව, තරුණ කාන්තාවන් තුළ වැඩිහිටි කාන්තාවන්ට සමාන හෝ වැඩි සාර්ථකතත්වයක් පෙන්වන බවයි. අධ්‍යයනවලින් තව දුරටත් පෙන්වා දෙන්නේ ඖෂධ මගින් සිදු කරන ගබ්සාව තරුණ කාන්තාවන් තුල වැඩිහිටි කාන්තාවන්ට තරම්ම හෝ ඊට වඩා ආරක්ෂිත බවත්, සමාන හෝ අඩු සංකූලතා අනුපාත පෙන්නුම් කරන බවත්ය (Ipas, 2020). එබැවින්, ඖෂධ මගින් සිදු කරන ගබ්සාව ලබාගැනීමට වයස් සීමා නොමැත. අනවශ්‍ය ගැබ් ගැනීමකට මුහුණ දෙන නව යොවුන් වියේ ගැහැණු ළමයින්ට ඖෂධ මගින් සිදු කරන ගබ්සාව ලබා ගැනීම ආරක්ෂිත වේ.

2.4.1.10 ඖෂධ මගින් සිදු කරන ගබ්සාවෙන් පසු ප්‍රතිසංධිවිරෝධක භාවිතය

ඖෂධ මගින් සිදු කරන ගබ්සාවෙන් පසු සියලුම ප්‍රතිසංධිවිරෝධක ක්‍රම භාවිතා කළ හැකිය. ගබ්සාව ලබාගන්නා පුද්ගලයාට පූර්ව ගබ්සා සත්කාරයේ කොටසක් ලෙස සියලුම ප්‍රතිසංධිවිරෝධක ක්‍රම පිළිබඳව උපදෙස් ලබා දිය යුතු අතර සුදුසු ක්‍රමයක් තෝරා ගැනීමට සහාය විය යුතුය.

- ගිලින පෙති සහ එන්නත් වැනි හෝමෝන ක්‍රම, ඖෂධ මගින් සිදු කරන ගබ්සා පටිපාටියේ පළමු පෙති ගැනීමෙන් පසු වහාම ආරම්භ කළ හැකිය.
- ගබ්සා කිරීමේ ක්‍රියා පටිපාටිය අවසන් බව තහවුරු වූ වහාම අන්තර් ගර්භාෂ උපාංග (IUD) ඇතුළු කිරීම සහ වන්ද්‍යාකරණය කළ හැකිය.
- ගබ්සාව ලබාගත්තේ ගැබ් ගැනීමෙන් මාස 3-6 අතර නම් (එනම් දෙවන ත්‍රෛමාසිකය තුල නම්), ඩයෆ්රම් (diaphragm) සහ ගැබ්ගෙල තොප්පිය යන ක්‍රම භාවිතා කල හැක්කේ සති හයකින් පසුවයි.
- සරු කාලය පිළිබඳ දැනුම යොදාගන්නා ක්‍රම භාවිතා කල හැක්කේ ඔසප් චක්‍රය නැවත සාමාන්‍ය තත්වයට හැරීමෙන් පසුවයි.

2.4.2 ශල්‍යකර්ම මගින් සිදු කරන ගබ්සාව

ශල්‍යකර්ම මගින් සිදු කරන ගබ්සාව යනු සුළු ශල්‍යකර්මයක් හරහා සිදු කරන ගබ්සාවකි. ගැබ්ගැනීමේ කාලය මත පදනම්ව මේ සඳහා විවිධ ක්‍රියා පටිපාටි තිබේ.

- ගර්භණී සති 12-14 දක්වා - රික්තක චූසනය

- ගර්භණී සති 12-14 ට වැඩි නම් - විස්තාරණය සහ ඉවත් කිරීම (dialation and evacuation- D&E)

2.4.2.1 රික්තක චූසනය (vacuum aspiration)

රික්තක චූසනය යනු රික්තකයේ සෘණ පීඩනය භාවිතා කරමින් ගර්භාෂයේ අන්තර්ගතය එළියට ඇද ගන්නා ක්‍රමයකි. ප්ලාස්ටික් හෝ ලෝහ කැනියුලාවක් (සිහින් නැමෙනසුලු බටයක්) ගැබ්ගෙල හරහා ගර්භාෂයට ඇතුලත් කර එය විදුලි රික්තක පොම්පයකට (electric vacuum aspiration- EVA/ විදුලි රික්තක චූසනය) හෝ රික්තයක් ජනනය කරන අතින් හැසිරවිය හැකි සිරින්ජයකට (manual vacuum aspiration-

3 වන රූපය: අතින් රික්තක චූසනය සඳහා යොදාගන්නා සිරින්ජය

MVA/ අතින් රික්තක චූසනය– 3 වන රූපය) සම්බන්ධ කරයි. ගර්භාෂයට ඇතුළු කරන කැනියුලාව විවිධ ප්‍රමාණවලින් ලබාගත හැකි අතර සුදුසු ප්‍රමාණය ගර්භණී කාලය මත පදනම්ව තෝරා ගත යුතුය. ගර්භණී පටක සෘණ පීඩනය භාවිතා කරමින් කැනියුලාව හරහා එළියට ඇදගනු ලැබේ. ගබ්සාව සම්පූර්ණ වී ඇත්දැයි තක්සේරු කරන්නේ එළියට එන පටක පරීක්ෂා කිරීමෙනි.

ගැබ් ගැනීමෙන් සති 14ක් දක්වා රික්තක චූසනය ඉතා ඵලදායී වන අතර ගබ්සාව සම්පූර්ණ වීමේ අනුපාතය 98-100% දක්වා වේ. මෙම ක්‍රියා පටිපාටිය සඳහා මිනිත්තු 10කට වඩා අඩු කාලයක් ගත වන අතර ක්‍රියා පටිපාටියෙන් පසු මිනිත්තු 30කට පමණ පසු පුද්ගලයාට සෞඛ්‍ය ස්ථානයෙන් පිටව යා හැකිය.

විස්තාරණය සහ සූරාගැනීම (dilatation and curettage/ D&C) පිළිබඳ සටහනක්

විස්තාරණය සහ සූරාගැනීම (D&C) යනු ඩයලේටර් (dilator) ලෙස හඳුන්වන විශේෂ උපකරණ භාවිතයෙන් ගැබ්ගෙල ප්‍රසාරණය කර ගර්භාෂයේ බිත්ති කියුරෙට් (curette) ලෙස හඳුන්වන තියුණු උපකරණයකින් සූරා ගන්නා ක්‍රියා පටිපාටියකි. මෙය රික්තක චූසනයට වඩා ඉහළ සංකූලතා අනුපාත පෙන්නුම් කරන අතර එයට භාජනය වන පුද්ගලයාට වඩාත් වේදනාකාරී වේ. එබැවින්, මෙම ක්‍රමය දැන් යල් පැන ගිය එකක් ලෙස සැලකේ (WHO, 2012). රික්තක චූසනය ක්‍රියා පටිපාටියකින් පසු ගර්භාෂ නිෂ්පාදන සූරා ගන්නා ක්‍රමයක් ද පවතී. මෙය ගබ්සාව සම්පූර්ණ කිරීමේ සම්භාවිතාවය වැඩි නොකරන අතර තවත් සංකූලතා ඇති කිරීමේ හැකියාවක් ඇත. එබැවින් එය නිර්දේශ නොකරයි.

2 වන කොටුව:
ගබ්සාව සඳහා වේදනා කළමනාකරණය

ශල්‍යකර්ම මගින් සිදු කරන ගබ්සාව හෝ ඖෂධ මගින් සිදු කරන ගබ්සාව සිදු කිරීමට පෙර සියලුම පුද්ගලයින්ට සුදුසු වේදනා කළමනාකරණ ක්‍රමයක් ලබා දිය යුතුය.

ඖෂධ මගින් සිදු කරන ගබ්සාව සඳහා

සති 12-14ට අඩු නම්

- වාචික සහතික කිරීම
- සෞඛ්‍ය සේවා සපයන්නාගේ සහාය
- පවුලේ සාමාජිකයෙකුගේ/ මිතුරකුගේ සහාය NSAID–ස්ටෙරොයිඩ් නොවන ප්‍රතිබාධක ඖෂධ: උදා– අයිබුප්‍රොෆෙන්

සති 12-14ට වැඩි නම්

- ඉහත සියල්ල
- ඔපියොයිඩ් වේදනා නාශක
- එපිඩියුරල් නිර්වින්දන

ශල්‍යකර්ම මගින් සිදු කරන ගබ්සාව (රික්තක චූසනය හෝ විස්තාරණය සහ ඉවත් කිරීම)

- නින්ද යාමට/ සන්සුන් කිරීමට ලබා දෙන ඖෂධ
- නිර්වින්දන ඖෂධ/ ගැබ්ගෙල නිර්වින්දනය කිරීම
- සාමාන්‍ය නිර්වින්දන ඖෂධ නිතිපතා භාවිතා නොකළ යුතුය

මූලාශ්‍රය: WHO guidance, 2012.

2.4.2.2 විස්තාරණය සහ ඉවත් කිරීම (dialation and evacuation- D&E)

විස්තාරණය සහ ඉවත් කිරීම (D&E) යනු ගැබ් ගැනීමෙන් සති 12-14 කට පසු ගබ්සාව සඳහා වන ක්‍රියා පටිපාටියකි. මෙහිදී, ගැබ්ගෙල ප්‍රසාරණය කිරීමෙන් පසු රික්තක චූසනය සහ අඬු භාවිතයෙන් ගර්භාෂය හිස් කරනු ලැබේ. එය සමහර විට අල්ට්‍රාසවුන්ඩ් මඟ පෙන්වීම යටතේ ද සිදු කෙරේ. එය බාහිර රෝගී ක්‍රියා පටිපාටියක් ලෙස කළ හැකි අතර සාමාන්‍යයෙන් සම්පූර්ණ කිරීමට පැය භාගයක් පමණ ගත වේ.

2.4.2.3 ශල්‍යකර්ම මගින් සිදු කරන ගබ්සාව සඳහා පූර්ව ක්‍රියා පටිපාටිය තුල සලකා බැලිය යුතු දේ ගැබ්ගෙල සූදානම් කිරීම (cervical preparation)

ගැබ්ගෙල සූදානම් කිරීම යනු ගබ්සාවට පෙර ගැබ්ගෙල මෘදු කර ප්‍රසාරණය කරන ක්‍රියා පටිපාටිය වන අතර එමගින් ගර්භාෂයට උපකරණ හඳුන්වාදීම පහසු වේ. එසේම එය වඩාත් ආරක්ෂිත වේ. ගැබ්ගෙල සූදානම් කිරීම, ගබ්සා ක්‍රියා පටිපාටිය සඳහා ගතවන කාලය අඩු කරයි. එසේම යාන්ත්‍රික විස්තාරක අතුලුකිරීමේ අවශ්‍යතාවය අඩු කරයි. විශේෂයෙන් ගැබ් ගැනීමෙන් සති 12 කට පසු ලබාගන්නා ගබ්සාවකදී මෙය අවශ්‍ය වේ. මීට පෙර ගර්භාෂ සැත්කම් කළ කාන්තාවන්ට, ගර්භාෂ සිදුරු වීමේ වැඩි අවදානමක් ඇති අයට, නව යොවුන් වියේ ගැහැණු ළමයින්ට සහ අද්දැකීම් අඩු සේවා සපයන්නන් සිටින අයටද මෙය විශේෂයෙන් ප්‍රයෝජනවත් වේ. කෙසේ වෙතත්, ගැබ්ගෙල සූදානම් කිරීමේ ක්‍රියා පටිපාටියට අමතර කාලයක් ගත වේ. ක්‍රියාවලිය අතරතුර සිදුවන ගැබ්ගෙල ප්‍රසාරණය හේතුවෙන් වේදනාවක් ද ඇති විය හැකිය.

- ගැබ්ගෙල සූදානම් කිරීම ආශ්‍රැති විස්තාරක (osmotic dilators) භාවිතයෙන් හෝ ඖෂධ භාවිතයෙන් සිදු කෙරේ. ආශ්‍රැති විස්තාරක යනු ගැබ්ගෙලෙහි තැබූ විට, තෙතමනය අවශෝෂණය කරගැනීම හරහා විශාල වන උපාංග වන අතර එමගින් ගැබ්ගෙල විශාල වේ. බහුලව භාවිතා වන ආශ්‍රැති විස්තාරකය වන්නේ වියළන ලද ලැමිනේරියා යන මුහුදු පැලෑටියයි. ආශ්‍රැති විස්තාරක ක්‍රියා කිරීමට අවම වශයෙන් පැය 4 ක් අවශ්‍ය වන අතර, ශල්‍යකර්ම මගින් සිදු කරන ගබ්සා ක්‍රියාවලියට පෙර රාත්‍රිය පුරා එය තැබිය හැකිය. දෙවන ත්‍රෛමාසිකයේදී (second trimester) සිදු කරන විස්තාරණය සහ ඉවත් කිරීමේ (D&E) ක්‍රියා පටිපාටි සඳහා ඖෂධවලට වඩා ආශ්‍රැති විස්තාරක වඩාත් සුදුසුය.
- විකල්පයක් ලෙස, මිසොප්‍රොස්ටෝල් වැනි ඖෂධ ගැබ්ගෙල සූදානම් කිරීම සඳහා භාවිතා කළ හැකිය. ගබ්සා ක්‍රියා පටිපාටියට පැය 3-4 කට පෙර, මිසොප්‍රොස්ටෝල් මයික්‍රෝ ග්‍රෑම් 400 යෝනි මාර්ගයෙන් ඇතුලත් කිරීම පළමු ත්‍රෛමාසික ශල්‍යකර්මයේදී ගැබ්ගෙල සකස් කිරීම සඳහා ඵලදායී වේ. විකල්පයක් ලෙස, මයිෆෙප්‍රිස්ටෝන් මිලිග්‍රෑම් 200 පළමු ත්‍රෛමාසික රික්තක චූසනයට පැය 36 කට පමණ පෙර මුඛයෙන් ලබා ගත හැකිය.

වේදනා කළමනාකරණය

ශල්‍යකර්ම මගින් සිදු කරන ගබ්සාවකට භාජනය වන පුද්ගලයින් වේදනාව අත්විඳිය හැකිය. වේදනාවේ මට්ටම පුද්ගලයාගේ වයස, පෙර දරු ප්‍රසූතිය, ගැබ්ගැනීමේ කාලය (duration of pregnancy), ක්‍රියා පටිපාටියේ වර්ගය, ගැබ්ගෙල ප්‍රසාරණය වීමේ (cervical dilatation) මට්ටම සහ පුද්ගලයාගේ වේදනා ඉවසීම මෙන්ම කාංසාව/බිය මට්ටම් අනුව වෙනස් විය හැකිය. ඵලදායී වේදනා සහනයක් ලබා දීම ඉහල තත්ත්වයේ සත්කාරයේ කොටසක් වන අතර එය මිල අඩු විකල්ප කිහිපයකින් ලබා දිය හැකිය. ගබ්සා කිරීමේ ක්‍රියා පටිපාටි සඳහා වේදනා සහන ලබා නොදෙන බවට වාර්තා ඇති අතර මෙය ඉහල තත්ත්වයේ සත්කාර සඳහා ඇති අයිතිය උල්ලංඝනය කිරීමක් ලෙසත් ප්‍රසව ප්‍රචණ්ඩත්වයේ ආකාරයක් ලෙසත් සැලකිය හැකිය (Barua and Apte, 2007).

ශල්‍යකර්ම මගින් සිදු කරන ගබ්සාව සඳහා බහුලව භාවිතා වන වේදනා සහන පියවර අතරට පූර්ව ක්‍රියා පටිපාටියක් ලෙස ඩයසිපැම් (diazepam) වැනි මානසික ආතතිය අඩු කරන ඖෂධ සහ ගැබ්ගෙලට ලබාදෙන එන්නත් වැනි නිර්වින්දක ඇතුළත් වේ. ක්‍රියා පටිපාටියට යාන්ත්‍රික ගැබ්ගෙල ප්‍රසාරණය (mechanical cervical dilatation) අවශ්‍ය වන්නේ නම් එන්නත් මගින් ගැබ්ගෙල හිරිවැට්ටවීමට ලබාදෙන නිර්වින්දක (paracervical block) අනිවාර්යයෙන්ම ලබා දිය යුතුය. ගැබ්ගෙලට ලබාදෙන නිර්වින්දක, සාමාන්‍ය නිර්වින්දනයට වඩා ආරක්ෂිත සහ පහසු වේ. එමගින් පුද්ගලයාට ක්‍රියා පටිපාටිය අතරතුර සිහි ඇතිව සිටීමටත් සෞඛ්‍යය සේවා සපයන්නා සමඟ සන්නිවේදනය විවෘතව තබා ගැනීමටත් ඉඩ සලසයි. ඖෂධ මගින් සිදු කරන ගබ්සාව සහ ශල්‍යකර්ම මගින් සිදු කරන ගබ්සාව සඳහා යොදාගත හැකි විවිධ වේදනා කළමනාකරණ ක්‍රම 2 වන කොටුවෙන් විස්තර කෙරේ.

ශල්‍යකර්ම මගින් සිදු කරන ගබ්සාව සඳහා සාමාන්‍ය නිර්වින්දනය නිතිපතා නිර්දේශ නොකෙරේ, මන්ද එයින් හිරි වැට්ටවීමට වඩා සංකූලතා ඇතිවීමේ වැඩි අවදානමක් ඇති බැවිනි. ගබ්සාවකට භාජනය වන පුද්ගලයා ඉතාම බිය අවස්ථාවල එය ඉල්ලා සිටින්නේ නම් හෝ ක්‍රියා පටිපාටිය විශේෂයෙන් දුෂ්කර වනු ඇතැයි අපේක්ෂා කරන්නේ නම් එය කලාතුරකින් අවශ්‍ය විය හැකිය. සාමාන්‍ය නිර්වින්දනය යටතේ ගබ්සා ක්‍රියා පටිපාටිය සිදු කළ යුත්තේ ප්‍රමාණවත් පුහුණුව ලත් පුද්ගලයන් විසින් සහ ඒ සඳහා අවශ්‍යය උපකරණ වලින් සමන්විත සෞඛ්‍යය ස්ථානවල පමණි.

ආසාදන වැළැක්වීම

ශල්‍යකර්ම අතරතුර ආසාදනය වැළැක්වීම සඳහා, ක්‍රියා පටිපාටියට පෙර ශල්‍යකර්ම මගින් සිදු කරන ගබ්සාවකට භාජනය වන සියලුම පුද්ගලයින් සඳහා රෝග නිවාරණ ප්‍රතිජීවක (prophylactic antibiotic)

මාත්‍රාවක් නිර්දේශ කෙරේ. ඖෂධ මගින් සිදු කරන ගබ්සා කිරීමේ ක්‍රියා පටිපාටිවලට පෙර මෙය අවශ්‍ය නොවේ.

ඊට අමතරව, ගබ්සා සේවා සපයන සෞඛ්‍ය සේවා සපයන්නන් අත් සේදීම, විෂබීජ නාශක පූර්වාරක්ෂාවන් සහ උපකරණ විෂබීජහරණය කිරීම ඇතුළු සම්මත ආසාදන පාලන පිළිවෙත් අනුගමනය කළ යුතුය.

ගබ්සා කිරීමේ ක්‍රියා පටිපාටියක් සිදු කරන විට ආසාදන වලින් ආරක්ෂා වීම සඳහා සෞඛ්‍ය සේවා සපයන්නන් විශ්වීය පූර්වාරක්ෂාවන් (universal precautions) ද අනුගමනය කළ යුතුය. අවශ්‍ය පුද්ගලික ආරක්ෂක උපකරණ භාවිතය, අපිරිසිදු ඇඳ ඇතිරිලි, තියුණු උපකරණ, සහ අනෙකුත් ජෛව වෛද්‍ය අපද්‍රව්‍ය නිසි පිළිවෙතට අනුකූලව ආරක්ෂිතව බැහැර කිරීම මීට ඇතුළත් වේ. ආසාදන වැලැක්වීම සඳහා අනුගමනය කළ යුතු විවිධ ක්‍රියා පටිපාටි 3 වන කොටුවේ ලැයිස්තුගත කර ඇත.

3 වන කොටුව:
ශල්‍යකර්ම මගින් සිදු කරන ගබ්සාවේදී ආසාදන වැළැක්වීම

> **සම්මත ආසාදන පාලන පිළිවෙත්**
- අත් සේදීම
- පුද්ගලික ආරක්ෂක උපකරණ (PPE) භාවිතය
- විෂබීජ නාශක පූර්වාරක්ෂාවන් පිළිපැදීම
- විෂබීජහරණය කළ උපකරණ භාවිතය

> **ස්පර්ශ-නොකිරීමේ ක්‍රමය** (ගර්භාෂයට ඇතුළු කරන උපකරණවල කොටස් යෝනි බිත්ති ඇතුළුව විෂබීජහරණය නොකළ වස්තූන් හෝ මතුපිට ස්පර්ශ නොකළ යුතුය.)

> **භාවිතා කළ උපකරණ හැසිරවීම**
- මුල් පොඟවා ගැනීම (initial soaking) සහ විෂබීජහරණය
- පිරිසිදු කිරීම
- විෂබීජහරණය/ඉහළ මට්ටමේ විෂබීජ නැසීම
- රෝග නිවාරක ප්‍රතිජීවක

මූලාශ්‍රය: WHO guidance, 2012.

2.4.2.4 පශ්චාත් ක්‍රියා පටිපාටිය (post-procedure)

සෞඛ්‍ය සේවා සපයන්නා විසින් ගබ්සාව හේතුවෙන් බැහැර වූ පටක දෘශ්‍යමය වශයෙන් පරීක්ෂා කර ගර්භණී නිෂ්පාදන ඉවත් වී ඇති බව සහතික කළ යුතුය. ගර්භණී නිෂ්පාදන නොමැතිකම, ගර්භාෂයෙන් පිටත පිහිටි ගැබ් ගැනීමක ලකුණක් විය හැකි අතර වහාම වැඩිදුර විමර්ශනය කළ යුතුය. ඉවත් කරන ලද ගර්භණී නිෂ්පාදනවල පරිමාව නිශ්චිත ගර්භණී වයස සඳහා අපේක්ෂිත ප්‍රමාණයට වඩා අඩු නම්, එය අසම්පූර්ණ ගබ්සාවක ලකුණක් විය හැකි අතර නැවත චූෂනය කිරීම අවශ්‍ය විය හැකිය.

ශල්‍යකර්ම මගින් සිදු කරන ගබ්සා ක්‍රියා පටිපාටියෙන් පසු, පුද්ගලයා සිහි නැති කිරීමේ හෝ හිරි වැටීමේ බලපෑම් අවසන් වන තුරු සෞඛ්‍ය ස්ථානය තුළ රැඳී සිටිය යුතුය. රාත්‍රිය පුරා රෝහල්ගත වීම නිතිපතා අවශ්‍ය නොවේ.

2.4.2.5 ශල්‍යකර්ම මගින් සිදු කරන ගබ්සාවක සංකූලතා

පුහුණු සෞඛ්‍ය සේවා සපයන්නෙකු විසින් සිදු කරන විට ගබ්සා කිරීම අතිශයින්ම ආරක්ෂිත වේ. කෙසේ වෙතත්, සියලුම වෛද්‍ය ක්‍රියා පටිපාටි මෙන්, මෙහිද සංකූලතා ඇතිවීමේ කුඩා අවදානමක් ඇත.

අසම්පූර්ණ ගබ්සාව. රික්තක චූෂනය සහ විස්තාරණය සහ ඉවත් කිරීම (D&E) යන ක්‍රියා පටිපාටි දෙකම සලකන විට අසම්පූර්ණ ගබ්සාව සහ ගැබ් ගැනීම දිගටම පැවතීම ඉතා දුර්ලභ ය. මේ දෙකෙන් එකක් සිදුවුවහොත්, නැවත ඉවත් කිරීමක් සිදු කළ යුතුය.

අධික රුධිර වහනය. ගර්භාෂ නිෂ්පාදන රැඳී තිබීම, ගැබ්ගෙලට හෝ ගර්භාෂයට තුවාල වීම හෝ ආසාදනයක් ඇති විට අධික රුධිර වහනයක් සිදුවිය හැකිය. එවිට, හේතුව අනුව සුදුසු ප්‍රතිකාර ලබා දිය යුතුය. නැවත ඉවත් කිරීම, අභ්‍යන්තර තරල ප්‍රතිස්ථාපනය, ප්‍රතිජීවක ලබාදීම, සහ යෝනි මාර්ගයට සිදුවන ඕනෑම තුවාලයකට ප්‍රතිකාර කිරීම මෙයට ඇතුළත් වේ.

ආසාදනය. පුහුණු සේවා සපයන්නෙකු විසින් ආරක්ෂිත තත්වයන් යටතේ ගබ්සාවක් සිදු කරන විට ආසාදනය දුර්ලභ වේ. ඊට අමතරව, ක්‍රියා පටිපාටියට පෙර ලබා දෙන රෝග නිවාරක ප්‍රතිජීවක මගින්ද ආසාදන වලින් ආරක්ෂාව ලැබේ. කෙසේ වෙතත්, ශල්‍යකර්ම මගින් සිදු කරන ගබ්සාවක් අතරතුර ප්‍රසාරණය වූ ගැබ්ගෙල හරහා උපකරණ ගර්භාෂයට ඇතුළු කරන

බැවින්, කලාතුරකින්, ආසාදන අවදානම ඉහළ යාමේ හැකියාවක් ඇත. ආසාදනයක ලක්ෂණ අතර උණ, අධික රුධිර වහනය, දුර්ගන්ධයෙන් යුත් ශ්‍රාවයක් නිකුත් වීම, උදර වේදනාව සහ ගර්භාෂ සංවේදීතාව ඇතුළත් වේ. ආසාදනයට ප්‍රතිජීවක ඖෂධ මගින් ප්‍රතිකාර කරනු ලැබේ. ගර්භාෂ නිෂ්පාදන රැඳී තිබේ නම්, නැවත ඉවත් කිරීම සිදු කළ යුතුය.

ගර්භාෂය තුවාල වීම. ශල්‍යකර්ම මගින් සිදු කරන ගබ්සා කිරීමේ දුර්ලභ සංකූලතාවයක් වන්නේ ගර්භාෂ සිදුරු වීමයි. බොහෝ ගර්භාෂ සිදුරු ඉතා කුඩා වන අතර ඒවා අවධානයට ලක් වන්නේ නැත. කෙසේ වෙතත්, ගර්භාෂ තුවාලයක් පිළිබඳ සැකයක් තිබේ නම්, ගර්භාෂය සහ තුවාලය දෘශ්‍යමාන කිරීමට සහ හානියේ ප්‍රමාණය තක්සේරු කිරීමට ලැපරොස්කොපි (laparoscopy) පරීක්ෂණයක් සිදු කළ යුතුය. බඩවැල් හෝ මුත්‍රාශයට තුවාලයක් පිළිබඳ සැකයක් තිබේ නම්, ලැපරොටමි (laparotomy) පරීක්ෂණයක් සිදු කර සුදුසු ප්‍රතිකාර සිදු කළ යුතුය.

නිර්වින්දනය ආශ්‍රිත සංකූලතා. හිරි වැට්ටවීම ආශ්‍රිත සංකූලතා ඉතා දුර්ලභ ය. සාමාන්‍ය නිර්වින්දනය ලබා දෙන්නේ නම්, සංකූලතා ඇතිවීමේ අවදානම වැඩි ය.

දිගු කාලීන බලපෑම්. හොඳින් සිදු කරන ලද ආරක්ෂිත ශල්‍යකර්ම මගින් සිදු කරන ගබ්සාවකින් දිගු කාලීන බලපෑමක් ඇති බවට සාක්ෂි නොමැත. පසුකාලීන ගැබ්ගැනීම් සඳහා අහිතකර බලපෑම් නොමැත. ගබ්සාවකින් පසු අනිවාර්යයෙන් ඇතිවන මානසික සෞඛ්‍ය බලපෑම් පිළිබඳ සාක්ෂි ද නොමැත. ඍණාත්මක මානසික සෞඛ්‍ය බලපෑම් සාමාන්‍යයෙන් පෙර පැවති මානසික සෞඛ්‍ය ගැටළු වල අඛණ්ඩ පැවැත්මක් විය හැකිය. නැත්නම් ගැබ් ගැනීම අවශ්‍ය වූ ගැබ් ගැනීමක් වුවද, කළලයේ අසාමාන්‍යතා වැනි හේතූන් නිසා, පුද්ගලයාට ගබ්සාවක් ලබාගැනීමට සිදු වූ විට මානසික සෞඛ්‍ය බලපෑම් ඇතිවිය හැකිය.

3 වන වගුව: ශල්‍යකර්ම මගින් සිදු කරන ගබ්සාව සහ ඖෂධ මගින් සිදු කරන ගබ්සාව සංසන්ධනය

කාලය	ඖෂධ මගින් සිදු කරන ගබ්සාව	රික්තක චූසනය
සති 12-14කට අඩු නම්	> සැත්කම් අනවශ්‍යයි > ස්වාභාවික ගබ්සාව අනුකරණය කරයි, පුද්ගලයාට ලේ ගැලීම සහ ගර්භාෂ කැක්කුම් ඇති වේ > ගබ්සාව ලබාගැනීමට උත්සහ කරන පුද්ගලයා විසින් පාලනය කරනු ලැබේ > ස්වයං කළමනාකරණය සඳහා ඉඩ ඇත > නිවසේදී කළ හැකිය (සති 9ට අඩු නම්) > රික්තක චූසනයට වඩා වැඩි කාලයක් ගත විය හැකිය > එක් වතාවකට වඩා සෞඛ්‍ය සේවා ස්ථානය වෙත යාම අවශ්‍ය විය හැකිය	> සෞඛ්‍ය සේවා ස්ථානයකදී සිදු වේ > සෞඛ්‍ය සේවා සපයන්නා විසින් සිදු කරනු ලබයි, සෞඛ්‍ය සේවා සපයන්නා විසින් පාලනය කරනු ලැබේ > ගර්භාෂයට උපකරණ හඳුන්වා දීම ඇතුළත් වේ > ගර්භාෂයට තුවාල වීමේ කුඩා ඉඩක් ඇත > ඉක්මන් ක්‍රියා පටිපාටියකි, ගබ්සාව සම්පූර්ණ වී දැයි වහාම සනාථ කරගත හැකිය
සති 12-14කට වැඩි නම්	> සැත්කම් අනවශ්‍යයි > ස්වාභාවික ගබ්සා කිරීම් අනුකරණය කරයි > සෞඛ්‍ය සේවා ස්ථාන වලදී සිදු වේ > විස්තාරණය සහ ඉවත් කිරීමට (D&E) වඩා වැඩි කාලයක් ගතවේ - පැය ගණනක් සිට දින ගණනක් ගත විය හැකිය > ගැබ් ගැනීම ඉවත් වන තෙක් පුද්ගලයා සෞඛ්‍ය සේවා ස්ථානය තුළ රැඳී සිටිය යුතුය, එබැවින් රාත්‍රිය පුරාවට රෝහල්ගත වීම අවශ්‍ය විය හැකිය	> සෞඛ්‍ය සේවා ස්ථානයකදී සිදු වේ > සෞඛ්‍ය සේවා සපයන්නා විසින් සිදු කරනු ලබයි, සෞඛ්‍ය සේවා සපයන්නා විසින් පාලනය කරනු ලැබේ > ඉක්මන් ක්‍රියා පටිපාටියකි, ගබ්සාව සම්පූර්ණ වී දැයි වහාම සනාථ කරගත හැකිය > ගැබ්ගෙල සූදානම් කිරීම අවශ්‍ය වේ > ගර්භාෂයට උපකරණ හඳුන්වා දීම ඇතුළත් වේ > ගර්භාෂයට සහ ගැබ්ගෙලට තුවාල වීමේ කුඩා ඉඩක් ඇත

2.4.3 ගබ්සා කිරීමේ ක්‍රමය සම්බන්ධයෙන් තීරණ ගැනීම

ඉහත කොටස් මගින් ශල්‍යකර්ම මගින් සිදු කරන ගබ්සාව සහ ඖෂධ මගින් සිදු කරන ගබ්සාව යන ක්‍රම දෙකම විස්තර කර ඇත. හැකි සෑම අවස්ථාවකදීම, ගබ්සාවක් ලබාගැනීමට උත්සාහ කරන පුද්ගලයාට තමන් කැමති ක්‍රමය තෝරා ගැනීමට ඉඩ ලබා දිය යුතුය. ගබ්සා කිරීමේ ක්‍රමය තෝරා ගැනීමට හැකියාව ඇති විට පුද්ගලයෙකුට එම ක්‍රමය වඩාත් පිළිගත හැකි වන බව පෙන්වීමට සාක්ෂි තිබේ (Slade et al, 1998).

3 වන වගුව පෙන්වා දෙන්නේ ශල්‍යකර්ම මගින් සිදු කරන ගබ්සාවේ සහ ඖෂධ මගින් සිදු කරන ගබ්සාවේ සාපේක්ෂ වාසි සහ අවාසි සංසන්දනයකි. මෙම තොරතුරු ගබ්සා කිරීමට පෙර උපදේශනයේ කොටසක් ලෙස ගබ්සාවක් ලබාගැනීමට උත්සාහ කරන පුද්ගලයා සමඟ බෙදා ගත යුතු අතර පුද්ගලයාට තමන්ටම සුදුසු ක්‍රමයක් තෝරා ගැනීමට සහාය දිය යුතුය.

2.5 පශ්චාත් ගබ්සා සත්කාර (post-abortion care)

ගබ්සා කිරීමේ ක්‍රියාවලියකින් පසු ඇතිවන රෝගාබාධ හා මරණ වළක්වා ගැනීම සඳහා පශ්චාත් ගබ්සා සත්කාර වැදගත් වේ. මෙය විශේෂයෙන් වැදගත් වන්නේ අනාරක්ෂිත ගබ්සා කිරීමේ ක්‍රියා පටිපාටියකින් පසුවය– සුදුසු පශ්චාත් ගබ්සා සත්කාර මගින් අනාරක්ෂිත ක්‍රියා පටිපාටියේ ඇතැම් අහිතකර බලපෑම් අවම කළ හැකිය.

පශ්චාත් ගබ්සා සත්කාරයේ අරමුණු වන්නේ:

- ගබ්සාව ලබාගත් පුද්ගලයා පිළිබඳ ප්‍රමාණවත් පසු විපරමක් ඇති බව සහතික කිරීම
- ඕනෑම සංකූලතාවයක් කල්තියා හඳුනා ගැනීම සහ කළමනාකරණය කිරීම සහතික කිරීම
- ප්‍රතිසංධිවිරෝධක සේවා පිළිබඳ උපදෙස් දීම සහ සේවා සැපයීම

ගබ්සාවක් සිදු කරන සියලුම පුද්ගලයින්ට නිවසට යාමට පෙර වාචිකව සහ ලිඛිතව පැහැදිලි උපදෙස් ලබා දිය යුතුය. ඉදිරි දින කිහිපය තුළ අපේක්ෂා කළ යුතු දේ සහ ඔවුන්ට කළ හැකි සහ කළ නොහැකි දේ පිළිබඳව පැහැදිලි උපදෙස් ලබා දිය යුතුය. යෝනි මාර්ගයෙන් ලේ ගැලීම කොපමණ කාලයක් පවතින්නේද, ඔවුන්ට සාමාන්‍ය වැඩ සහ ලිංගික ක්‍රියාකාරකම් නැවත ආරම්භ කළ හැක්කේ කවදාද සහ සෞඛ්‍ය සේවා ස්ථානයට නැවත පැමිණීමට අවශ්‍ය වන ඕනෑම අනතුරුදායක ලකුණු හඳුනා ගන්නේ කෙසේද යන්න පිළිබඳ උපදෙස් මෙයට ඇතුළත් විය යුතුය.

ආරක්ෂිත ගබ්සාවකින් පසු, පුද්ගලයා කිසියම් සංකූලතාවයකට මුහුණ දෙන්නේ නම් මිස, පසු විපරම් (follow up) සඳහා සේවා සපයන්නා වෙත යාම අවශ්‍ය නොවේ. ශල්‍යකර්ම මගින් සිදු කරන ගබ්සාවෙන් සහ ඖෂධ මගින් සිදු කරන ගබ්සාවෙන් පසු ඇති විය හැකි ප්‍රධාන සංකූලතා පෙර කොටසේ සාකච්ඡා කර ඇත.

2.5.1 හානි අඩු කිරීමේ (harm reduction) උපාය මාර්ගයක් ලෙස පශ්චාත් ගබ්සා සත්කාර ලබාදීම

ගබ්සාව නීත්‍යානුකූලව සීමා කර ඇති සැකසුම් තුළ, අනාරක්ෂිත ගබ්සාවක් ලබාගත් පුද්ගලයින් අතර රෝගාබාධ හා මරණ වැළැක්වීම සඳහා සුදුසු සත්කාර ලබා දීම සහතික කිරීම සඳහා උපාය මාර්ගයක් ලෙස පශ්චාත් ගබ්සා සත්කාර භාවිතා කර ඇත. එවැනි සීමා සහිත සැකසුම් තුළ, පශ්චාත් ගබ්සා සත්කාර ගබ්සා කිරීම සාකච්ඡා කිරීමට සහ අනාරක්ෂිත ගබ්සාවන් සිදුවීම වැළැක්වීමට ප්‍රවේශයක් ලෙස භාවිතා කළ හැකිය.

ගබ්සා සංකූලතා ඇති පුද්ගලයින්ට රැකවරණය සැපයීම සඳහා සෞඛ්‍ය සේවා සපයන්නන් මත සදාචාරාත්මක වගකීමක් ද ඇති අතර, හෘද සාක්ෂියට එකඟව සේවා සැපයීම ප්‍රතික්ෂේප කිරීම මෙහිදී සාධාරණීකරණය කළ නොහැක. මේ අනුව, ඉහළ තත්ත්වයේ පශ්චාත් ගබ්සා සත්කාර ප්‍රවර්ධනය කිරීම, නීත්‍යානුකූලව සීමා සහිත සැකසුම් තුළ හානි අඩු කිරීමේ උපාය මාර්ගයක් ලෙස සැලකිය හැකිය.

එවැනි සන්දර්භයක් තුළ, ලබා දෙන පශ්චාත් ගබ්සා සත්කාර හොඳ තත්ත්වයේ, මානුෂීය සහ විනිශ්චයෙන් තොර සත්කාර විය යුතුය. ස්වාභාවික ගබ්සාවෙන් මෙන්ම ප්‍රේරිත ගබ්සාවෙන් ඇතිවන සංකූලතා සඳහා සත්කාර, උපදේශනය, ප්‍රතිසංධිවිරෝධක සේවා, ලිංගිකව සම්ප්‍රේෂණය වන ආසාදන ඇගයීම සහ ප්‍රතිකාර කිරීම, HIV උපදේශන සහ පරීක්ෂණ, පිළිකා පරීක්ෂාව ඇතුළු අනෙකුත් ප්‍රජනක සෞඛ්‍ය සේවාවන් සමඟ සම්බන්ධ කර ලබාදීම මෙයට ඇතුලත් විය යුතුය.

1_1 වන ප්‍රශ්නාවලිය		
ගබ්සා සත්කාරයේ තාක්ෂණික අංග*		
ඔව් / නැත		
	පූර්ව ගබ්සා සත්කාර	සටහන්
	සේවාදායකයාට ඔවුන්ට තේරුම්ගත හැකි භාෂාවෙන් පැහැදිලි සහ විද්‍යාත්මකව නිවැරදි වන තොරතුරු සපයනු ලැබේ.	
	තොරතුරු සැපයීම සඳහා කැපවූ උපදේශකයෙකු සිටී.	
	තොරතුරු සැපයීමේදී ප්‍රමාණවත් පෞද්ගලිකත්වය සහ රහස්‍යභාවය පවත්වා ගනු ලැබේ.	
	සෞඛ්‍ය සේවා සපයන්නා විසින් පහත සඳහන් දෑ ආවරණය වන පැහැදිලි සහ සම්පූර්ණ වෛද්‍ය ඉතිහාසයක් ඉල්ලනු ලැබේ: > අවසාන ඔසප් දිනය > පෙර ඔසප් චක්‍ර පිළිබඳ විස්තර > අතීත වෛද්‍ය ඉතිහාසය > ඕනෑම රුධිර වහනයක ඉතිහාසය > ඕනෑම ඖෂධයක් ලබාගන්නේද යන වග > ඕනෑම අසාත්මිකතාවයක් ඇත්ද යන වග > ප්‍රසව හා නාරිවේද ඉතිහාසය > පවුලේ ඉතිහාසය > ගැබ් ගැනීම දිගටම කරගෙන යාමට හෝ අවසන් කිරීමට තීරණය කිරීම සම්බන්ධයෙන් ප්‍රචණ්ඩත්වය සහ බලහත්කාරය පිළිබඳ ඕනෑම ඉතිහාසයක් ඇතුළුව සමාජීය අංග	
	සෞඛ්‍ය සේවා සපයන්නා පහත සඳහන් දෑ ඇතුළුව සම්පූර්ණ ශාරීරික පරීක්ෂණයක් පවත්වයි: > ස්පන්දන වේගය සහ රුධිර පීඩනය ඇතුළු සාමාන්‍ය පරීක්ෂණය > රක්තහීනතාවය සඳහා පරීක්ෂාවන් > උදර පරීක්ෂාව > යෝනි පරීක්ෂණය (ද්විමාන ශ්‍රෝණි පරීක්ෂණය) > ලිංගිකව සම්ප්‍රේෂණය වන ආසාදන සඳහා පරීක්ෂා කිරීම	
	නිශ්චිත සායනික ඇඟවීම් නොමැති නම් අල්ට්‍රාසවුන්ඩ් පරීක්ෂණය ඇතුළු රසායනාගාර පරීක්ෂණ අවශ්‍ය නොවේ.	
	සියලුම සුදුසු ප්‍රතිසංධිවිරෝධක ක්‍රම පිළිබඳ පැහැදිලි සහ සම්පූර්ණ තොරතුරු සපයනු ලැබේ.	
	ගබ්සාවක් ලබාගන්නට උත්සහ කරන පුද්ගලයාට ලබා ගත හැකි සහ සුදුසු ක්‍රමයක් තෝරා ගැනීම පිළිබඳව පැහැදිලි, සම්පූර්ණ සහ නිවැරදි තොරතුරු ලබා දෙන අතර ක්‍රමයක් තෝරා ගැනීමට එම පුද්ගලයාට හැකියාව ලැබේ.	

	ගබ්සා ක්‍රමය: ඖෂධ මගින් සිදු කරන ගබ්සාව	සටහන්
	පෙති ගන්නේ කෙසේද සහ අපේක්ෂා කළ යුතු දේ පිළිබඳ සවිස්තරාත්මක තොරතුරු සපයනු ලැබේ.	
	සති 9 ට අඩු ගැබ් ගැනීම් සඳහා, නිවසේදී හෝ සෞඛ්‍ය සේවා ස්ථානයකදී මිසොප්‍රොස්ටෝල් ලබාගත හැකි අතර ස්ථානය තෝරා ගැනීමට පුද්ගලයාට විකල්පයක් ලබා දී ඇත.	
	සති 12 ට අඩු ගැබ් ගැනීම් සඳහා, පුද්ගලයාට ඖෂධ මගින් සිදු කරන ගබ්සාව ස්වයං කළමනාකරණය තෝරා ගැනීමට විකල්පයක් ලබා දී ඇත.	
	ඖෂධ මගින් සිදු කරන ගබ්සාව ලබාගන්නා පුද්ගලයින්ට වේදනා කළමනාකරණය පිළිබඳ තොරතුරු ලබා දෙන අතර ඒ සඳහා ඖෂධ ලබා දෙනු ලැබේ.	
	සති 20 න් පසු ඖෂධ මගින් සිදු කරන ගබ්සාව ලබාගන්නා පුද්ගලයින්ට ක්‍රියා පටිපාටියට පෙර කළලය අජීවී තත්වයට පත්කිරීම පිළිබඳ තොරතුරු ලබාදෙන අතර සහ සේවාලාභියා එය තෝරා ගන්නේ නම් ඒ සඳහා සේවාවන් ලබා දෙනු ලැබේ.	
	ඖෂධ මගින් සිදු කරන ගබ්සාවෙන් ඇති විය හැකි සංකූලතා සහ එවැනි අවස්ථාවක කළ යුතු දේ පිළිබඳ පැහැදිලි සහ සම්පූර්ණ තොරතුරු සපයනු ලැබේ.	

1_2 වන ප්‍රශ්නාවලිය		
	ගබ්සා ක්‍රමය: ශල්‍යකර්ම මගින් සිදු කරන ගබ්සාව	සටහන්
	ශල්‍යකර්ම මගින් සිදු කරන ගබ්සාවට පෙර ගැබ්ගෙල සූදානම් කිරීම සුදුසු අවස්ථාවලදී සිදු කෙරේ.	
	ශල්‍යකර්ම මගින් සිදු කරන ගබ්සාව සඳහා ප්‍රමාණවත් වේදනා සහනයක් ලබා දෙනු ලැබේ: > නින්ද යාමට/ සන්සුන් කිරීමට බෙහෙත් > හිරි වැට්ටවීම/ ගැබ්ගෙල හිරි වැට්ටවීම	
	ශල්‍යකර්ම මගින් සිදු කරන ගබ්සාව සඳහා සාමාන්‍ය නිර්වින්දනය නිතිපතා භාවිතා නොකෙරේ.	
	ශල්‍යකර්ම මගින් සිදු කරන ගබ්සාව සඳහා ප්‍රමාණවත් ආසාදන වැළැක්වීමේ ක්‍රම භාවිතා කරනු ලැබේ: > සාමාන්‍ය සම්මත පූර්වාරක්ෂාවන්- අත් සේදීම, විෂබීජනාශක පූර්වාරක්ෂාවන් භාවිතය, පුද්ගලික ආරක්ෂක උපකරණ භාවිතය > ස්පර්ශ-නොකිරීමේ ක්‍රමය > භාවිතා කරන ලද උපකරණ විෂබීජනාශක වල පොඟවා ගැනීම > උපකරණ පිරිසිදු කිරීම > වෛද්‍ය උපකරණ විෂබීජහරණය කිරීම > රෝග නිවාරණ ප්‍රතිජීවක > දේශීය මාර්ගෝපදේශ අනුව ප්‍රමාණවත් ලෙස ජෛව වෛද්‍ය අපද්‍රව්‍ය බැහැර කිරීම	
	විස්තාරණය සහ සූරාගැනීම (D&C) වැනි යල් පැන ගිය ක්‍රම භාවිතා නොකෙරේ.	
	ගබ්සාවෙන් ලබාගත් පටක වල පශ්චාත් පරීක්ෂණයක් සිදු කරනු ලැබේ.	
	නිශ්චිත සායනික ලකුණු නොමැති නම්, රාත්‍රිය පුරා රෝහල්ගතව සිටීම අවශ්‍ය නොවේ.	
	ශල්‍යකර්ම මගින් සිදු කරන ගබ්සාවෙන් පසු ඇති විය හැකි සංකූලතා සහ සංකූලතා ඇති වුවහොත් කළ යුතු දේ පිළිබඳ පැහැදිලි සහ සම්පූර්ණ තොරතුරු සේවාදායකයාට ලබා දෙනු ලැබේ.	
	පශ්චාත් ගබ්සා සත්කාර	සටහන්
	පශ්චාත් ගබ්සා සත්කාරයේ කොටසක් ලෙස ප්‍රතිසංධිවිරෝධක ක්‍රම නිතිපතා ලබා දෙනු ලැබේ.	
	අවශ්‍ය පසු විපරම් ගැන විස්තර- කවදාද, කොහේද, කුමක් අපේක්ෂා කළ යුතුද යන්න පිළිබඳ පැහැදිලි සහ සම්පූර්ණ තොරතුරු ලබා දී ඇත.	

*මෙම ප්‍රශ්නාවලිය අයිතිවාසිකම් මත පදනම් වූ සත්කාර සැපයීම පිළිබඳ 4 වන පරිච්ඡේදයේ එන ප්‍රශ්නාවලි සමඟ භාවිතා කරන්න.

3 වන පරිච්ඡේදය
නීති සහ ප්‍රතිපත්ති: මානව හිමිකම් කෝණයක් යොදාගැනීම

මෙම පරිච්ඡේදයේ අරමුණ වන්නේ ආරක්ෂිත ගබ්සා සේවා සඳහා ප්‍රවේශයට බලපාන නීති, ප්‍රතිපත්ති (නීති සහ ප්‍රතිපත්ති ක්‍රියාත්මක කිරීම පාලනය කරන රෙගුලාසි ඇතුළුව) පිළිබඳ සවිස්තරාත්මක අවබෝධයක් ලබා දීමයි. තම රටේ හෝ පළාතේ/ප්‍රාන්තයේ ගබ්සා සේවා සඳහා ප්‍රවේශය පාලනය කරන ප්‍රතිපත්ති සහ නීතිමය තත්ත්වය විශ්ලේෂණය කිරීම සඳහා පරිච්ඡේදයේ ප්‍රශ්නාවලියක් ඇතුළත් වේ. පළමු කොටසේදී, ජනගහනය සහ සංවර්ධනය පිළිබඳ ජාත්‍යන්තර සමුළුවේ (International Conference on Population and Development/ ICPD) සිට ලොව පුරා ගබ්සා කිරීමේ නීතිමය තත්ත්වයෙහි වෙනස්කම් අපි විස්තර කරමු- 1994 සිට ප්‍රගතිය සහ පසුබෑම ලේඛනගත කරමු. මෙයින් පසුව, දෙවන කොටස විවිධ රටවල කාන්තා සහ සමාජ ව්‍යාපාර විසින් සීමිත ගබ්සා නීති ලිහිල් කිරීමට සහ සීමිත ගබ්සා නීතිවල විෂය පථය පුළුල් කිරීමට භාවිතා කර ඇති උපාය මාර්ග පිළිබඳ උදාහරණ ලබා දේ. සාපේක්ෂව ලිබරල් ගබ්සා නීති ඇති රටවල පවා, ගබ්සා සේවා ලබා ගත හැක්කේ යම් ගර්භණී කාලයක් දක්වා පමණක් බව සඳහන් කිරීම වටී. සේවා සැපයීමේ මට්ටමේ වෙනත් සීමාවන් තිබිය හැකිය. උදාහරණයක් ලෙස, රටක ගබ්සා කිරීමට ඇතැම් ක්‍රම පමණක් ලබා ගත හැකිය; නැතහොත් සේවාවන් ද්විතීයික හෝ තෘතීයික සෞඛ්‍ය සේවා ස්ථානවලදී පමණක් ලබා ගත හැකිය; නැතහොත් විවාහක සහකරුගේ කැමැත්ත අවශ්‍ය විය හැකිය. මේවා තුන්වන කොටසේ සාකච්ඡා කෙරේ.

3.1 ලොව පුරා ගබ්සාව සම්බන්ධ නීතිමය තත්ත්වය සහ ජනගහනය සහ සංවර්ධනය පිළිබඳ ජාත්‍යන්තර සමුළුවේ සිට ඇති වූ වෙනස්කම්

3.1.1 ලොව පුරා ගබ්සා සම්බන්ධ නීතිමය තත්ත්වය

ආරක්ෂිත ගබ්සා සඳහා වන නීතිමය තත්ත්වය, වඩාත්ම සීමා සහිත සිට අවම සීමා සහිත දක්වා කාණ්ඩ පහකට වර්ගීකරණය කර ඇත:

1 වන කාණ්ඩය: රටවල් විසිහයක් කිසිදු තත්වයක් යටතේ ගබ්සාවට අවසර නොදේ.

2 වන කාණ්ඩය: කාන්තාවන්ගේ ජීවිතය බේරා ගැනීම සඳහා පමණක් රටවල් තිස් නවයක් ගබ්සාවට අවසර දෙයි. මෙයින් රටවල් 10ක් ස්ත්‍රී දූෂණය සහ ව්‍යභිචාරය සහ කලළයේ දැඩි අසාමාන්‍යතා වැනි අමතර හේතූන් මත ගබ්සාවට අවසර දෙයි.

3 වන කාණ්ඩය: රටවල් 56 ක, සෞඛ්‍ය හේතු මත ගබ්සාවට අවසර දී ඇති අතර, මේ අතර ඇති රටවල් 25 ක මානසික සෞඛ්‍ය හේතු ද පැහැදිලිව සඳහන් වේ. මෙම කාණ්ඩයේ සියලුම රටවල් පාහේ ඉහත සඳහන් කළ අතිරේක හේතු මත ගබ්සාවට අවසර දෙයි.

4 වන කාණ්ඩය: රටවල් දහහතරක් ඉහත සියලු හේතූන් මත ද, සමාජීය හා ආර්ථික හේතූන් මත ද, ස්ත්‍රී දූෂණය, ව්‍යභිචාරය හෝ කලළයේ දැඩි අසාමාන්‍යතා සම්බන්ධයෙන්ද ගබ්සාවට අවසර දෙයි.

5 වන කාණ්ඩය: ලෝකයේ රටවල් 66 ක, ඉල්ලීම මත ගබ්සාව ලබා ගත හැකිය (CRR 2019a).

එක, දෙක සහ තුන කාණ්ඩවල රටවල් සාමාන්‍යයෙන් හඳුන්වනු ලබන්නේ 'සීමාකාරී' (restrictive) ගබ්සා නීති ඇති රටවල් ලෙස වන අතර, හතර සහ පහ කාණ්ඩවල රටවල් 'පුළුල්' (broadly liberal) ගබ්සා නීති ඇති රටවල් ලෙස සැලකේ.

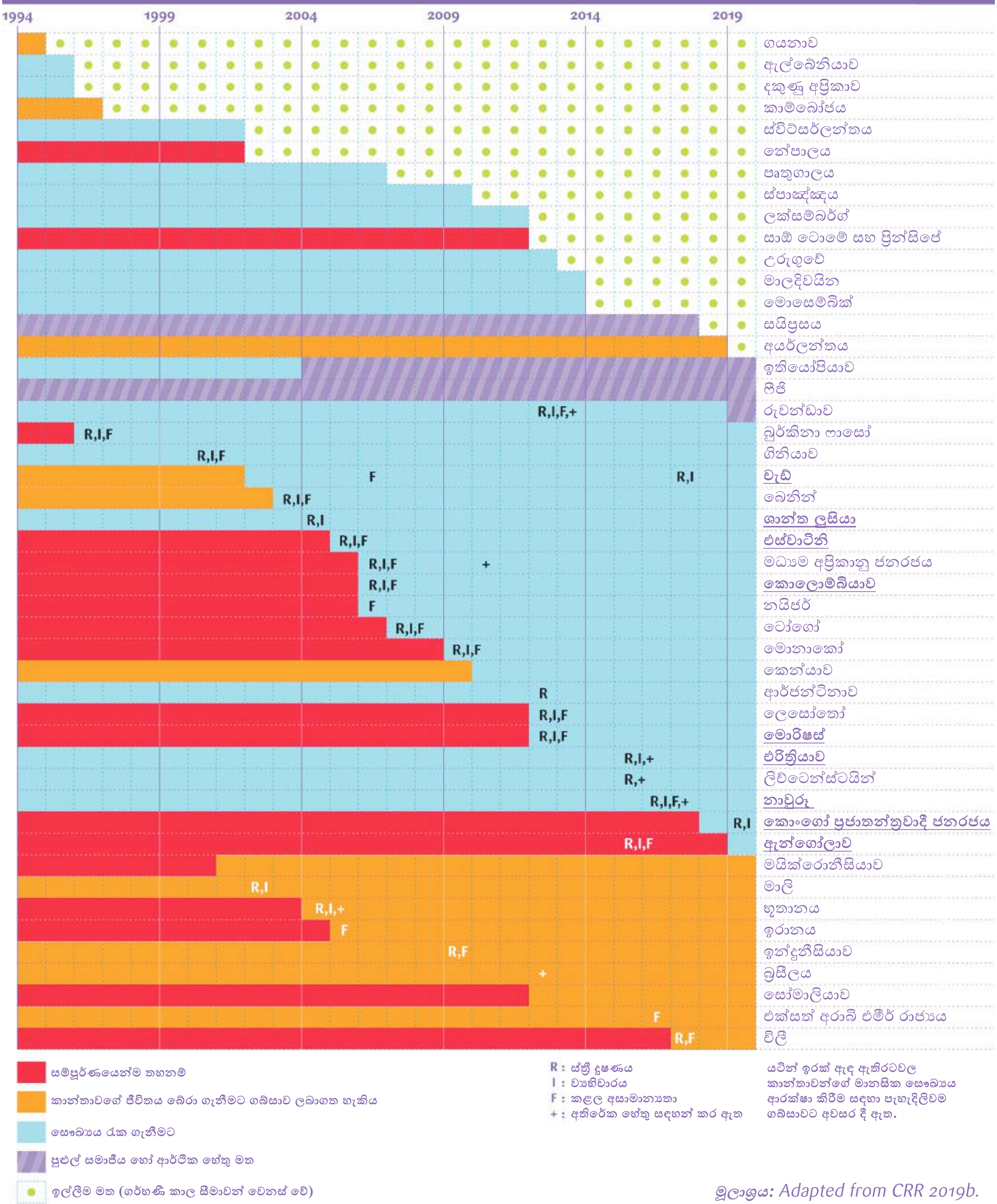
ගෝලීය වශයෙන්, ප්‍රජනක වයසේ කාන්තාවන්ගෙන් පහෙන් දෙකකට වඩා වැඩි ප්‍රමාණයක් සීමා සහිත ගබ්සා නීති ඇති රටවල ජීවත් වන අතර 59% ක් ජීවත් වන්නේ පුළුල් හේතූන් මත ගබ්සා සේවා ලබා ගත හැකි රටවලය (CRR 2019a).

3.1.2 1994 සිට ගබ්සා නීති ලිහිල්කරණයේ ප්‍රගතිය සහ පසුබෑම

ජනගහනය සහ සංවර්ධනය පිළිබඳ ජාත්‍යන්තර සමුළුවේ සිට (1994-2020) වසර 25 තුළ, රටවල් 48ක් ගබ්සාව පිළිබඳ වඩා සීමා සහිත නීති රාමුවක සිට අඩු සීමා සහිත නීති කරා ගමන් කල බව පෙනේ. මෙයින් රටවල් හතළිහක් සංවර්ධනය වෙමින් පවතින රටවල් විය (CRR 2019b-progress)[4]. 4 වැනි රූපයෙන් පසුගිය දශක දෙකහමාරක කාලය තුළ ලොව පුරා රටවල් 40ක ගබ්සා නීතිවල වෙනස්කම් පිළිබඳ තොරතුරු ඉදිරිපත් කරයි.

වඩාත්ම කැපී පෙනෙන නීතිමය වෙනස්කම් වූයේ, රටවල් 15 ක ගබ්සාව ලබා ගත හැකි වීම සහ රටවල්

4 වන රූපය: ජනගහනය සහ සංවර්ධනය පිළිබඳ ජාත්‍යන්තර සමුළුවේ (ICPD) සිට ගබ්සා නීති ලිහිල්කරණය (රටවල් 40ක තත්වය)



මූලාශ්‍රය: *Adapted from CRR 2019b.*

18ක් ගබ්සාව සඳහා වූ සම්පූර්ණ තහනම ඉවත් කිරීමයි. රටවල් දෙකක්- එනම් නේපාලය සහ සාඕ ටොමේ සහ ප්‍රින්සිපේ යන රටවල්- ගබ්සාව සඳහා වූ සම්පූර්ණ තහනම ඉවත් කර නීතිය 5 වන කාණ්ඩයට ගෙන ගොස් ඇත. දැන් මෙම රටවල ඉල්ලීම මත ගබ්සාව ලබා ගත හැකිය. සම්පූර්ණ තහනම ඉවත් කළ රටවල් 11 ක, සෞඛ්‍ය හේතූන් මත සහ ස්ත්‍රී දූෂණය, ව්‍යභිචාරය සහ කළල අසාමාන්‍යතා වැනි අමතර හේතූන් මත ගබ්සාව ලබා ගත හැකි විය. ගබ්සාව සඳහා වූ සම්පූර්ණ තහනම ඉවත් කළ රටවල් පහක, ගර්භනී කාන්තාවගේ ජීවිතය බේරා ගැනීම සඳහා සහ ස්ත්‍රී දූෂණය, ව්‍යභිචාරය සහ කළල අසාමාන්‍යතා වැනි අතිරේක හේතූන් මත පමණක් ගබ්සාව ලබා ගත හැකි විය. තවත් අවස්ථාවන්හිදී, අතිරේක හේතූන් එකතු කර ඇති අතර මධ්‍යස්ථ ප්‍රගතියක් ලබා ඇති නමුත්, නීතිය සලකන විට කාණ්ඩයේ වෙනසක් වී නැත (CRR 2019b).

4 වන වගුව: ජනගහනය සහ සංවර්ධනය පිළිබඳ ජාත්‍යන්තර සමුළුවේ (ICPD) සිට ගබ්සා නීති වඩාත් සීමාකාරී වී ඇති රටවල්

රට	ජනගහනය සහ සංවර්ධනය පිළිබඳ ජාත්‍යන්තර සමුළුවේ (ICPD) සිට ගබ්සා නීතිය සීමා වූ ආකාරය
ඇල්ජීරියාව	ස්ත්‍රී දූෂණය සහ ව්‍යභිචාරය හේතු ලෙස ඉවත් කර ඇත
බෙලිස්	ස්ත්‍රී දූෂණය සහ ව්‍යභිචාරය හේතු ලෙස ඉවත් කර ඇත
කොංගෝ (බ්‍රසාවිල්)	සෞඛ්‍ය හේතු මත අවසර තිබූ තත්වයේ සිට සම්පූර්ණ තහනමකට ගොස් ඇත
ඩොමිනිකන් ජනරජය	ජීවිතය ආරක්ෂා කිරීමට අවසර තිබූ තත්වයේ සිට සම්පූර්ණ තහනමකට ගොස් ඇත
ඉක්වදෝරය	ස්ත්‍රී දූෂණය හේතුවක් ලෙස ඉවත් කර ඇත
ඉරාකය	සෞඛ්‍ය හේතු මත අවසර තිබූ තත්වයේ සිට සම්පූර්ණ තහනමකට ගොස් ඇත
ජපානය	මානසික සෞඛ්‍යය හේතුවක් ලෙස ඉවත් කර ඇත
නිකරගුවාව	ජීවිතය ආරක්ෂා කිරීමට අවසර තිබූ තත්වයේ සිට සම්පූර්ණ තහනමකට ගොස් ඇත
පැපුවා නිව් ගිනියාව	ශාරීරික හා මානසික සෞඛ්‍යය හේතු මත අවසර තිබූ තත්වයේ සිට ජීවිතය ආරක්ෂා කිරීමේ හේතුවට සීමා විය

මූලාශ්‍රය: UN 2014 and CRR 2019b.

අවාසනාවකට මෙන්, ගබ්සාවට අදාළ නීති වඩාත් සීමාකාරී වූ රටවල් ද ඇත. ඩොමිනිකන් ජනරජයේ සහ නිකරගුවාවේ, කාන්තාවගේ ජීවිතය ආරක්ෂා කිරීමට ගබ්සාවට අවසර දී තිබුනද, දැන් සියලු තත්වයන් යටතේ ගබ්සාව තහනම් කර ඇති අතර, ඉරාකයේ සහ කොංගෝවේ සෞඛ්‍ය හේතූන් මත නීතියෙන් අවසර ලැබී තිබූ ගබ්සාව දැන් සම්පූර්ණනම තහනම් වී ඇත (UN, 2014 and CRR 2019b). ඩොමිනිකන් ජනරජයේ, ව්‍යවස්ථා සංශෝධනයක් මගින් පිළිසිඳ ගැනීමේ අවස්ථාවේ සිට ක්‍රියාත්මක වන පරිදි ජීවත්වීමේ අයිතිය දීර්ඝ කරන ලදී (Amnesty International 2009). 2006 දී, නිකරගුවාවේ රජය ජාතික සභාව පනතක් සම්මත කර ගබ්සාව සම්පූර්ණයෙන්ම තහනම් කළේය (BBC News 29 October 2006).

තවත් රටවල් හතක් ගබ්සාවට අවසර දී ඇති හේතු ගණන අඩු කළේය (4 වන වගුව බලන්න).

3.2. සීමාවලින් ඔබ්බට: පුළුල් ප්‍රතිසංස්කරණ කරා යාමට සීමාකාරී නීතිවල විෂය පථය පුළුල් කිරීම සඳහා උපාය මාර්ග පිළිබඳ උදාහරණ

මෙම කොටසේදී, ආරක්ෂිත ගබ්සා සේවා සඳහා ප්‍රවේශය පුළුල් කිරීම සහ අනාරක්ෂිත ගබ්සා කිරීම් වලින් සිදුවන මරණ හා රෝගාබාධ අවම කිරීම සඳහා සීමිත ගබ්සා නීතිවල විෂය පථය පුළුල් කිරීම සඳහා යොදාගත් උපාය මාර්ග පිළිබඳ උදාහරණ පහක් අපි ඉදිරිපත් කරමු. පළමු උදාහරණය වන්නේ බංග්ලාදේශයේ ඔසප් නියාමනය හරහා මුල් පළමු ත්‍රෛමාසික ගබ්සා ලබා දීමයි. දෙවැන්න නම්, සාමාන්‍යයෙන් ගබ්සාව නීතියෙන් දැඩි ලෙස සීමා කර ඇති සැකසුම් තුළ, අනාරක්ෂිත ගබ්සා කිරීම් වලින් සිදුවන මරණ හා රෝගාබාධ අඩු කිරීමේ උපාය මාර්ගයක් ලෙස පශ්චාත් ගබ්සා සත්කාර භාවිතා කිරීමයි. තෙවැන්න නම්, අනාරක්ෂිත ගබ්සා කිරීම් වලින් සිදුවන මාතෘ මරණ සැලකිය යුතු ලෙස අඩු කිරීම සඳහා උරුගුවේ හි සාර්ථකව භාවිතා කරන ලද 'හානි-අඩු කිරීමේ' උපාය මාර්ගය පිළිබඳ විස්තරයකි. මෙය ගබ්සා නීතිය ලිහිල් කිරීම සඳහා පෙනී සිටීම සහ බලමුලු ගැන්වීම සමඟ සිදුවන අත්හදා බැලීමකි. ගබ්සා සේවා නීත්‍යානුකූල වූ 'සෞඛ්‍ය හේතු' පිළිබඳ ලිබරල් අර්ථකථනයක් වෙනුවෙන් ඇතැම් ලතින් ඇමරිකානු රටවල සෞඛ්‍ය සේවා සපයන්නන් සමඟ එකතු වී

පෙනී සිටීම සිව්වන උදාහරණයයි. පස්වන උදාහරණය වන්නේ, ගබ්සාව නීත්‍යානුකූලව සීමා කර ඇති හෝ එක් හේතුවක් හෝ හේතු කිහිපයක් මත ගබ්සාව වෙත ඇති ප්‍රවේශය සීමිත අවස්ථාවල අන්තර්ජාලය හෝ දුරකථනය ඔස්සේ දුරස්ථ සේවා ලබා දීම (telemedicine) සහ ගබ්සාව ස්වයං කළමනාකරණය ආශ්‍රිත ස්ත්‍රීවාදී මුලපිරීම් ය. කොවිඩ්-19 කාලයේ පිටතට යාම පිලිබඳ වූ අනිවාර්යය සීමා අතරතුර ආරක්ෂිත සහ ඵලදායී විකල්පයක් ලෙස මෙම ක්‍රම ප්‍රචලිත විය.

3.2.1 ප්‍රමාද වූ ඔසප් වීම සඳහා ඔසප් නියාමනය (menstrual regulation)

බංග්ලාදේශයේ, 1860 දණ්ඩ නීති සංග්‍රහයට අනුව කාන්තාවගේ ජීවිතය බේරා ගැනීමට හැර ගබ්සාව අපරාධයකි. කෙසේ වෙතත්, ඔසප් නියාමනය– එනම් "*කෙටි කාලයක් ඔසප් වීම ප්‍රමාද වූ විට ඔසප් වීම නියාමනය කිරීම*" (Women on Waves 2020) සඳහා අනුමත ක්‍රියා පටිපාටියක් ඇති අතර එය 1979 සිට රටේ පවුල් සැලසුම් වැඩසටහනේ කොටසකි. ගැබ් ගැනීමක් තහවුරු කර නොමැති තාක් කල්, ප්‍රමාද වූ ඔසප් වීම නැවත ආරම්භ කිරීම බංග්ලාදේශයේ පිළිගත් සාම්ප්‍රදායික පිළිවෙතක් වූ හෙයින් ඔසප් නියාමනය සුදුසු ක්‍රියාමාර්ගයක් ලෙස පිළිගැනිණි (Dixon-Mueller 1988).

රට පුරා රජයේ සෞඛ්‍ය ස්ථාන 5,000 කට වඩා වැඩි ගණනක ඔසප් නියාමනය ලබා ගත හැකිය. ඔසප් වීම මග හැරුණු සියලුම කාන්තාවන්ට එය ලබා ගත හැකිය. අවසාන ඔසප් කාලය සති 12 ක් දක්වා ප්‍රමාද වූ විට අතින් රික්තක චූසනය කිරීම යන ක්‍රමයටත්, සති නවයක් දක්වා ප්‍රමාද වූ විට මිෆෙප්‍රිස්ටෝන් සහ මිසොප්‍රොස්ටෝල් යන ඖෂධ සමග අතින් රික්තක චූසනය කිරීම යන ක්‍රමයටත් මෙම සේවාව ලබා ගත හැකිය. ඖෂධ මගින් සිදු කරන ගබ්සාව වෛද්‍යවරුන් විසින් මෙන්ම ඔසප් නියාමනය ගැන පුහුණුව ලත් වෛද්‍යවරුන් නොවන අය විසින් ද සිදු කළ හැකි වුවද, වෛද්‍යවරුන් නොවන අයට අතින් රික්තක චූසනය කිරීම කල හැක්කේ සති 10ක් ප්‍රමාද වූ ඔසප් වීමක් සම්බන්ධයෙන් පමණි. සති 12 ක් දක්වා අතින් රික්තක චූසනය ක්‍රියා පටිපාටිය සිදු කිරීමට අවසර ඇත්තේ වෛද්‍යවරුන්ට පමණි (Sultana 2020). පවුල් සෞඛ්‍යය සේවිකාවන්, අනුපූරක වෛද්‍ය සේවකයන් සහ පවුල් සුභසාධක නිලධාරීන් වැනි වෛද්‍යවරුන් නොවන අය ඔසප් නියාමනය ගැන පුහුණු කිරීමේ වැඩසටහනක් 1980 ගණන්වල සිට ක්‍රියාත්මක වන අතර, මෙය සේවාවන් සඳහා ප්‍රවේශය පුළුල් කිරීමට උපකාරී වී ඇත.

පර්යේෂණ වලින් ඖෂධ මගින් සිදු කරන ඔසප් නියාමනයේ ආරක්ෂාව සහ පිළිගත හැකි බව තහවුරු කිරීමෙන් පසුව, 2015 දී පවුල් සැලසුම් අධ්‍යක්ෂ ජනරාල් විසින් නිකුත් කරන ලද රෙගුලාසියක් හරහා ඖෂධ මගින් සිදු කරන ඔසප් නියාමනය අනුමත කරන ලදී (Govt. of Bangladesh, 2015). මිෆෙප්‍රිස්ටෝන්-මිසොප්‍රොස්ටෝල් යන ඖෂධ සංයෝජනය දේශීයව නිෂ්පාදනය කිරීම අනුමත කිරීම නිසා මෙම ඖෂධ දේශීය වශයෙන් සැපයීමට හැකි වී ඇත.

ප්‍රමාද වූ ඔසප් වීම නැවත ආරම්භ කිරීම සංස්කෘතික වශයෙන් පිළිගත් සංකල්පයක් සහ භාවිතයක් වන සැකසුම් තුළ පළමු ත්‍රෛමාසික ගබ්සා ලබා දීම සඳහා ඔසප් නියාමනය සුදුසු උපාය මාර්ගයක් විය හැකිය. කෙසේ වෙතත්, මෙම උපායමාර්ගය සම්බන්ධයෙන් යම් සීමා තිබේ. මෑත කාලීන අධ්‍යයනයක දී පෙනී ගියේ, ඔසප් නියාමන සේවා සැපයීම සඳහා පුහුණු කාර්ය මණ්ඩලයක් සහ උපකරණ ඇති බොහෝ සෞඛ්‍ය ස්ථාන වල මෙම සේවාව ලබා දුන්නේ නැති බවයි. බොහෝ අවස්ථා වලදී මෙයට හේතු වූයේ මෙම ක්‍රියා පටිපාටිය සැපයීම අනවශ්‍ය බවට සෞඛ්‍ය සේවා සපයන්නන් අතර ඇති මතය සහ මෙම ක්‍රියා පටිපාටිය සැපයීමට සෞඛ්‍ය සේවා සපයන්නන්ට සූදානම මදි කමක් දැනීමයි (Guttmacher Institute 2012). දෙවන කරුණ වන්නේ, ඔසප් නියාමන සේවා සපයනු ලබන්නේ ගැබ්ගැනීමෙන් සති 10 දක්වා පමණි. ගැබ් ගැනීම ප්‍රමාද වී හඳුනා ගැනීම, ඔසප් නියාමනය ලබා ගැනීමට කාලය හෝ මුදල් සොයා ගැනීමේ දුෂ්කරතා ආදිය හේතුවෙන් ගර්භනී අවධියේදී පසුකාලීනව ගබ්සාවක් අපේක්ෂා කරන අයව මෙමගින් අත හැරී යයි. වඩාත්ම වැදගත් කරුණ නම්, ඔසප් නියාමන සේවාවන් ලබා ගැනීමට හැකියාව තිබියද, සියලු පුද්ගලයින්ට තම ඉල්ලීම මත ආරක්ෂිත ගබ්සා සේවා ලබා ගැනීමට හැකි තත්වයක් වෙනුවෙන් අධිවාචනය කිරීම අවශ්‍යය වේ.

3.2.2 අනාරක්ෂිත ගබ්සාවෙන් සිදුවන රෝගාබාධ හා මරණ අවම කිරීම සඳහා උපාය මාර්ගයක් ලෙස පශ්චාත් ගබ්සා සත්කාර (post-abortion care) භාවිතා කිරීම

අනාරක්ෂිත ගබ්සා කිරීමේ හානිකර සෞඛ්‍ය ප්‍රතිවිපාක ආමන්ත්‍රණය කිරීම සඳහා USAID (ජාත්‍යන්තර සංවර්ධනය සඳහා වූ එක්සත් ජනපද ඒජන්සිය) අනුග්‍රහය යටතේ 1994 දී 'පශ්චාත් ගබ්සා සත්කාර ආකෘතිය'නිර්මාණය කරන ලදී (Curtis 2007). පශ්චාත් ගබ්සා සත්කාර කොටස් තුනකින් සමන්විත වේ: (අ) ස්වභාවික හෝ ප්‍රේරිත ගබ්සා කිරීමේ සංකූලතා සඳහා හදිසි ප්‍රතිකාර; (ආ) ගබ්සාවෙන් පසු ලබාදෙන පවුල් සැලසුම් උපදේශන සහ සේවා; සහ (ඇ) ප්‍රධාන වශයෙන් ලිංගිකව සම්ප්‍රේෂණය වන ආසාදන සහ එච්.අයි.වී (HIV) සේවා ඇතුළු වෙනත් ප්‍රජනක සෞඛ්‍ය

සේවා ඊට ඇතුලත් වේ. සීමාකාරී ගබ්සා නීති ඇති බොහෝ රටවල පශ්චාත් ගබ්සා සත්කාර ආකෘතිය පිළිගැනෙන බව සොයාගෙන ඇත (Rasch 2011).

ටැන්සානියා එක්සත් ජනරජයේ සීමිත ගබ්සා නීතියක් ඇති අතර, එහිදී කාන්තාවගේ ජීවිතය බේරා ගැනීමට හැර ගබ්සාව සාපරාධී වරදකි. කෙසේ වෙතත්, 1990 දශකයේ අගභාගයේදී ටැන්සානියාවේ පශ්චාත් ගබ්සා සත්කාර ආකෘතිය ප්‍රථම වරට ක්‍රියාත්මක කළ දා සිට, රටේ සෞඛ්‍ය, ප්‍රජා සංවර්ධන, ස්ත්‍රී පුරුෂ සමාජභාවය, සහ වැඩිහිටි හා ළමා අමාත්‍යාංශය පශ්චාත් ගබ්සා සත්කාර වෙනුවෙන් දැඩි ලෙස කැපවී සිටී. පශ්චාත් ගබ්සා සත්කාර ප්‍රාථමික සෞඛ්‍යය සේවා මට්ටමේ සිට ඉහළට ලබා ගත හැකි අතර, මධ්‍යම මට්ටමේ සේවා සපයන්නන් විසින් පවා අතින් රික්තක චූසනය සහ මිසොප්‍රොස්ටෝල් ලබා දෙනු ලැබේ. ටැන්සානියාවේ ජාතික අත්‍යවශ්‍ය සෞඛ්‍ය සේවා පැකේජයට පශ්චාත් ගබ්සා සත්කාර ඇතුළත් කර ඇත. දිගු කාලීනව ක්‍රියාත්මක වන ආපසු හැරවිය හැකි ප්‍රතිසංධිවිරෝධක ඇතුළු ප්‍රතිසංධිවිරෝධක ක්‍රම, පශ්චාත් ගබ්සා සත්කාර සේවා තුල අඩංගු වේ (Baynes et al. 2019).

3.2.3 අනාරක්ෂිත ගබ්සාවෙන් ඇතිවන රෝගාබාධ සහ මරණ අඩු කිරීම සඳහා හානි අඩු කිරීමේ (harm reduction) උපාය මාර්ග

'හානි අඩු කිරීමේ' ප්‍රවේශය මුලින්ම HIV සම්බන්ධයෙන් ආරම්භ වුණි. ඒ මත්ද්‍රව්‍යය එන්නත් කිරීම හරහා HIV සම්ප්‍රේෂණය සහ අදාළ රෝගාබාධ හා මරණ අවම කිරීමේ අරමුණෙනි. අනාරක්ෂිත ගබ්සාවෙන් ඇතිවන රෝගාබාධ හා මරණ අවම කිරීම සඳහා මෙම ප්‍රවේශය ප්‍රථම වරට 2000 දශකයේ මුල් භාගයේදී උරුගුවේ හි භාවිතා කරන ලද අතර, එතැන් සිට, සීමාකාරී ගබ්සා නීති සහිත තවත් බොහෝ රටවල භාවිතා කරන ලදී.

ගබ්සා නීති ලිහිල් කිරීම සඳහා උරුගුවේහි අරගලය 2012 සැප්තැම්බර් 25 වන දින, *ගැබ් ගැනීම ස්වේච්ඡාවෙන් අවසන් කිරීමේ නීතිය (Voluntary Interruption of Pregnancy Law)* සම්මත වන තෙක් වසර 30 කට ආසන්න කාලයක් පැවතුනි. ශක්තිමත් ස්ත්‍රීවාදී ව්‍යාපාරයක්, සැලකිලිමත් ප්‍රසව හා නාරිවේද වෛද්‍යවරුන් සහ ප්‍රගතිශීලී දේශපාලන පක්ෂවල උත්සාහයන් හරහා ගබ්සා නීති හතරක් යෝජනා කර තිබුණි. වසර 1985 දී, 1993 දී, 2002 දී සහ 2004 දී යෝජනා වුන එම නීති සම්මත වුයේ නැත. නීති ප්‍රතිසංස්කරණ සඳහා බලමුලු ගැන්වීම දිගටම පැවතුනද, 2002 දී ප්‍රධාන තෘතීයික රෝහලක ප්‍රසව හා නාරිවේද වෛද්‍යවරු *සෞඛ්‍යය සඳහා මුලපිරීම (Iniciativas Sanitarias)* ලෙස හැඳින්වුණ 'අවදානම සහ හානි අඩු කිරීමේ' වැඩසටහන ආරම්භ කළහ (Folter 2019).

අවදානම් අඩු කිරීමේ උපාය මාර්ගයට ඇතුළත් වූයේ, ඒ වන විට පොදු විෂයපථය තුළ පැවති අනවශ්‍ය ගැබ්ගැනීම පිලිබඳ තොරතුරු කාන්තාවන්ට ලබා දීමයි. එමගින් ඔවුන්ට හොඳින් දැනුවත්ව තීරණයක් ගැනීමට හැකි වන අතර, ඉන් ඔබ්බට ඔවුන්ට ගබ්සාවක් අවශ්‍යය වන්නේ නම්, ඔවුන් ඉහළ අවදානම් විකල්පයක් වෙනුවට අඩු අවදානම් විකල්පයක් තෝරා ගැනීමට නැඹුරු වනු ඇතැයි අපේක්ෂා කෙරිණි. අඩු අවදානම් ගබ්සාව අර්ථ දක්වා ඇත්තේ මෙසේය:

- "ගබ්සාව ලබාගන්නා පුද්ගලයා ගැබ් ගැනීමෙන් සති 12කට පෙර උපදේශන ලබා, ඇයට ලබා දී ඇති තොරතුරු තේරුම් ගෙන, ගැබ් ගැනීම අවසන් කිරීමට තීරණය කර ඇත;
- ගබ්සාව ලබාගන්නා පුද්ගලයාට මිසොප්‍රොස්ටෝල් වෙත ප්‍රවේශය තිබෙන අතර එය ජාත්‍යන්තරව පිළිගත් විද්‍යාත්මක සාක්ෂි වලට අනුකූලව භාවිතා කරයි;
- සංකූලතා වලින් තොර සම්පූර්ණ හෝ අසම්පූර්ණ ගබ්සාවක් ඇති වීය;
- ජෛවවිද්‍යාත්මක හෝ මනෝ සමාජීය දෘෂ්ටි කෝණයෙන් ක්ෂණික (පළමු මාසය තුළ) සංකූලතා නොතිබුණි;
- ගබ්සාව ලබාගත් පුද්ගලයා ඇගේ තත්වයට ගැලපෙන සහ ඇය විසින්ම තෝරාගෙන ඇති ආරක්ෂිත, ඵලදායී ප්‍රතිසංධිවිරෝධක ක්‍රමයක් භාවිතා කරයි" (Labandera et. al. 2016: S8).

එක් ප්‍රධාන රෝහලක මුලින්ම ක්‍රියාත්මක කරන ලද මෙම උපායමාර්ගය හේතුවෙන්, අනාරක්ෂිත ගබ්සාවල සංකූලතා හේතුවෙන් ඇතිවන රෝගාබාධ හා මරණ අනුපාතය සැලකිය යුතු ලෙස අඩු විය (Labandera et. al.2016). 2004 දී, අඩු සීමා සහිත ගබ්සා නීතියක් සම්මත කිරීමට තවත් අසාර්ථක උත්සාහයකින් පසු, සෞඛ්‍ය අමාත්‍යාංශය මුළු රටටම අදාළ වන පරිදි හානිය අඩු කිරීම උදෙසා ආරක්ෂිත ගබ්සාවට අදාළ ප්‍රොටෝකෝලයක් සම්මත කළේය (Woods et. al. 2016).

අවදානම් සහ හානි අඩු කිරීමේ උපායමාර්ගය, නීතිමය ප්‍රතිසංස්කරණ සඳහා අරගලයේ ගම්‍යතාවය පවත්වා ගැනීම සම්බන්ධයෙන් ධනාත්මක පියවරක් විය. ඒ අතරම එය කාන්තාවන්ට විද්‍යාත්මක සාක්ෂි මත පදනම් වූ තොරතුරු වෙත ප්‍රවේශය ලබා දීමටත්, වළක්වා ගත හැකි මරණ සහ අනාරක්ෂිත ගබ්සා වැළැක්වීමටත්, මානුෂීය හා ගරුත්වයෙන් යුතු ගබ්සා සත්කාර සඳහා සෞඛ්‍ය සේවා සපයන්නන්ගේ ශක්‍යතා ගොඩනැගීමටත්, එය දායක විය.

ගබ්සාව නීත්‍යානුකූලව සීමා කර ඇති හෝ ගබ්සාව වෙත ඇති ප්‍රවේශය සීමිත අවස්ථාවල අන්තර්ජාලය හෝ දුරකථනය ඔස්සේ දුරස්ථ සේවා ලබා දීම (telemedicine) සහ ගබ්සාව ස්වයං කළමනාකරණය ආශ්‍රිත ස්ත්‍රීවාදී මූලපිරීම් කොවිඩ්-19 කාලයේ පිටතට යාම පිළිබඳ වූ අනිවාර්යය සීමා අතරතුර ආරක්ෂිත සහ ඵලදායී විකල්ප ලෙස ප්‍රචලිත වීය.

පශ්චාත් ගබ්සා සත්කාර සහ හානි අවම කිරීම සැමට ආරක්ෂිත ගබ්සා සේවා ලබාගැනීමට හැකියාව ලැබීමේ ඉලක්කය සපුරා ගැනීමේ මාවතේ තාවකාලික උපාය මාර්ග පමණක් බව අධිවාචකයින් හඳුනාගත යුතුය. එර්ඩ්මන්ගේ (2012) වචන වලින් කිවහොත්,

> *"පශ්චාත් ගබ්සා සත්කාර ඇතුළු හානි අවම කිරීමේ ක්‍රියා පිළිවෙත් කාන්තාවන්ගේ අවශ්‍යතා සපුරාලන නමුත්, ඒ හරහා මෙම අවශ්‍යතා ඇති කරන අපයෝජනාත්මක, මර්දනකාරී හෝ සීමාකාරී බාධක ආමන්ත්‍රණය කිරීමට ඇති වගකීමෙන් රජය මුදා හැරෙන්නේ නොමැත" (Erdman 2012).*

3.2.4 ගබ්සාව සඳහා 'සෞඛ්‍ය'හේතු පුළුල් ලෙස අර්ථ නිරූපණය කිරීම ('සෞඛ්‍ය ව්‍යතිරේකය'/ 'the health exception')

සීමා සහිත ගබ්සා නීති ඇති රටවල් 56 ක, සෞඛ්‍ය හේතු මත ගබ්සාවට අවසර දෙනු ලැබේ- එනම් ගැබ් ගැනීම දිගටම පැවතීම කාන්තාවගේ සෞඛ්‍යයට සැලකිය යුතු අවදානමක් ඇති කරයි නම් ගබ්සාවට අවසර ඇත. මෙම රටවල් වලින් අඩක පමණ (25), මානසික සෞඛ්‍යයට ඇති අවදානම ද ගබ්සාව සඳහා නීතිමය පදනමකි (CRR 2019a). කෙසේ වෙතත්, 'සෞඛ්‍යයට ඇති අවදානම' යන්න බොහෝ විට කාන්තාවගේ ජීවිතයට ආසන්න තර්ජනයක් ලෙස පටු ලෙස අර්ථකථනය කරනු ලබන අතර එමඟින් බොහෝ කාන්තාවන්ට ගබ්සාවට ඇති ප්‍රවේශ වීම සීමා වේ. ලෝක සෞඛ්‍ය සංවිධානයේ ව්‍යවස්ථාව සහ ආර්ථික, සමාජීය සහ සංස්කෘතික අයිතිවාසිකම් පිළිබඳ ජාත්‍යන්තර සම්මුතිය "සියලු පුද්ගලයින්ට ලබා ගත හැකි ඉහළම ශාරීරික, මානසික සහ සමාජීය යහපැවැත්ම සඳහා ඇති අයිතිය" තහවුරු කරයි (WHO, 1946; CESCR 2000). තවද, ලෝක සෞඛ්‍ය සංවිධානයට අනුව, පුද්ගලයෙකුගේ 'සෞඛ්‍යට අවදානමක්' යන්නට අහිතකර බලපෑම් ඇතිවීමේ අවදානම ප්‍රමාණවත් වේ— සෞඛ්‍යට ඇත්ත වශයෙන්ම හානියක් සිදුවිය යුතු නැත (WHO 2002). සෞඛ්‍යය සහ සෞඛ්‍යයට ඇති අවදානම පිළිබඳ මෙවන් පුළුල් අර්ථකථන භාවිතා කිරීමෙන්, 'සෞඛ්‍ය හේතු' මත (හෝ දණ්ඩ නීතියට අදාළ සෞඛ්‍ය ව්‍යතිරේකය මත), පුළුල් පරාසයක කරුණු මත ගබ්සාව ලබාදීමටත්, කාන්තාවන්ට නීතිමය සහ ආරක්ෂිත ගබ්සා සේවා වෙත ඇති ප්‍රවේශය පුළුල් කිරීමටත් ඉඩ පැදේ.

ළමා අයිතිවාසිකම් පිළිබඳ කමිටුව, සිවිල් සහ දේශපාලන අයිතිවාසිකම් පිළිබඳ කමිටුව සහ වධහිංසාවට එරෙහි කමිටුව, කාන්තාවන්ට එරෙහි සියළු ආකාරයේ වෙනස්කොට සැලකීම් තුරන් කිරීමේ කමිටුව මෙන්ම ආර්ථික, සමාජීය සහ සංස්කෘතික අයිතිවාසිකම් පිළිබඳ කමිටුව ඇතුළු මානව හිමිකම් ගිවිසුම් ආයතන කිහිපයක්ම, ආරක්ෂිත ගබ්සාව සඳහා අවසර ලැබිය යුතු සෞඛ්‍ය හේතු අතරට ස්ත්‍රී දූෂණය සහ ව්‍යභිචාරය හේතුවෙන් ඇතිවන ගැබ්ගැනීම් ඇතුළත් වන ලෙසත් (CAT 2011 ඡේදය 22; CCPR 2014 ඡේදය 9; CEDAW Committee 2009, ඡේදය 12; CRC 2007 ඡේදය 56; CRC 2011 ඡේදය 64; ESCR Committee 2004 ඡේදය 53; ESCR Committee 2010, ඡේදය 29), කළල අසාමාන්‍යතා ඇතුලත් වන ලෙසත් (CAT 2011 ඡේදය 22; CCPR 2005; CCPR 2014 ඡේදය 9; CRC 2011 ඡේදය 64). 'සෞඛ්‍ය හේතු'අර්ථකථනය කර ඇත. වධහිංසාවට එරෙහි කමිටුව, පැරගුවේ රටේ වාර්තාව සම්බන්ධයෙන් නිකුත්කළ අවසාන නිර්දේශවල මෙලෙස සඳහන් කලේය. ලිංගික හිංසනයට සහ ව්‍යභිචාරයට මුහුණ දුන් කාන්තාවන්ට ගබ්සාව ප්‍රතික්ෂේප කිරීම:

> *"... ඔවුන්ට එරෙහිව සිදු කරන ලද බලහත්කාරකම පිළිබඳව නිරන්තරයෙන් මතක් කර දෙයි. එය බරපතල කම්පන සහගත ආතතියක් ඇති කරන අතර දිගුකාලීන මානසික ගැටළු ඇතිවීමේ අවදානමක් ඇති කරයි" (CAT 2011, ඡේදය 22).*

එම කමිටුව තවදුරටත් මෙසේ පවසයි:

> *"ගබ්සාවක් කිරීමට තීරණය කර ඇති කාන්තාවන්ට වෛද්‍ය ප්‍රතිකාර ප්‍රතික්ෂේප කිරීම පිළිබඳව කමිටුව සැලකිලිමත් වන අතර, එය ඔවුන්ගේ ශාරීරික හා මානසික සෞඛ්‍යයට බරපතල ලෙස අනතුරක් විය හැකිය" (CAT 2011, ඡේදය 22).*

අනෙකුත් මානව හිමිකම් ගිවිසුම් ආයතන ද ඒ හා සමාන අදහස් දක්වමින් ප්‍රකාශ කර ඇත්තේ ගබ්සාව සාපරාධීකරණය කාන්තාවන්ගේ ජීවිතයට සහ සෞඛ්‍යයට ඇති අයිතිය උල්ලංඝනය කරන බවයි, මන්ද එය ඔවුන්ගේ ජීවිතවලට සහ සෞඛ්‍යයට අනතුරක්

වන රහසිගත හා අනාරක්ෂිත ගබ්සාවක් සොයා යාමට ඔවුන්ව පොළඹවයි (CCPR 2012, ඡේදය 20; CCPR 2014, ඡේදය14). ළමා අයිතිවාසිකම් පිලිබඳ කමිටුව 1999 වසරේ චැඩ් රාජ්‍යයේ වාර්තාව පිළිබඳ අවසන් නිරීක්ෂණය හරහා, 'නීති විරෝධී ගබ්සා වැළැක්වීම සහ ගැහැණු ළමයින්ගේ මානසික හා ශාරීරික සෞඛ්‍යය ආරක්ෂා කිරීම' උදෙසා චැඩ් රාජ්‍යයේ ගබ්සා නීති සමාලෝචනය කරන ලෙස රජයෙන් ඉල්ලා සිටියේය (CRC 1999, ඡේදය 30).

ගබ්සාව සඳහා සෞඛ්‍යය හේතු (සෞඛ්‍ය ව්‍යතිරේකය) පිළිබඳ මෙතරම් පුළුල් අර්ථකථනයක් කරා ගිය ගමන මුලින්ම ආරම්භ වූයේ 2006 දී කොලොම්බියාවේදී වන අතර, එය ලා මේසා (කාන්තා ජීවිතය සහ සෞඛ්‍යය සඳහා වූ උපදේශකයින්) නම් අධිවාචකයන් කණ්ඩායම විසින් මෙහෙයවනු ලැබිණි. කාන්තාවකගේ ජීවිතයට සහ සෞඛ්‍යයට ඇති අවදානම නීත්‍යානුකූල ගබ්සාව සඳහා පදනමක් වන බවට එරටේ ආණ්ඩුක්‍රම ව්‍යවස්ථා අධිකරණය මගින් ලබාදුන් තීන්දුවකින් පසුව එය පුළුල් ලෙස අර්ථකථනය කිරීම වෙනුවෙන් ලා මේසා අධිවාචනය කළේය. 2008 දී ලා මේසා කලාපයේ අනෙකුත් රටවල සගයන් සමග එකතු වී ස්ථාපිත ජාත්‍යන්තර මානව හිමිකම් සම්මතයන්ට අනුව සෞඛ්‍ය ව්‍යතිරේකය වඩාත් පුළුල් ලෙස අර්ථකථනය කළ හැකි ආකාරය පිළිබඳ කලාපීය එකඟතා ලේඛනයක් පිහිටුවීය. ඉන් පසු, වෛද්‍යවරුන්, සෞඛ්‍ය කළමනාකරුවන්, වෛද්‍ය අධ්‍යාපනඥයින් සහ සිවිල් සමාජ ක්‍රියාකාරීන් ආදී පුළුල් පරාසයක පාර්ශවකරුවන් පුහුණු කිරීම සඳහා මාර්ගෝපදේශයක් සකස් කරන ලද අතර කොලොම්බියාව, ආර්ජන්ටිනාව, මෙක්සිකෝව සහ පේරු යන රටවල පුහුණු සංවිධානය කෙරිණි. මෙම පණිවිඩය, අන්තර්ජාලය හරහා ගෙන ගිය ව්‍යාපාර, අධ්‍යාපන හා වෘත්තීය රැස්වීම් මෙන්ම ප්‍රධාන වෙබ් අඩවි හරහා ප්‍රචාරණය කිරීම මගින්, ලතින් ඇමරිකානු කලාපය පුරා බොහෝ පුළුල්ව පතුරවන ලදී. 2012 දී සිදු කරන ලද ගුණාත්මක අධ්‍යයනයකින් හෙළි වූයේ මෙම උපාය මාර්ගය නිසා කොලොම්බියාවේ රාජ්‍ය නොවන සංවිධාන දෙකක් (එනම් ඔරියන්ටාමේ සහ ප්‍රොෆමිලියා) විසින් රට පුරා පවත්වාගෙන යනු ලබන ලිංගික හා ප්‍රජනක සෞඛ්‍යය සේවා ස්ථාන වල, නීත්‍යානුකූල ගබ්සා මෙන්ම සෞඛ්‍ය හේතූන් මත සිදු කරන ලද ගබ්සා සංඛ්‍යාව යන දෙකම සැලකිය යුතු ලෙස වැඩි වී ඇති බවයි. උදාහරණයක් ලෙස, ඔරියන්ටාමේ සෞඛ්‍යය සේවා ස්ථාන වල මුළු ගබ්සා සංඛ්‍යාව 2006-07 දී 36 සිට 2011 දී 4066 දක්වා ඉහළ ගිය අතර, සෞඛ්‍ය හේතූන් මත ගබ්සා කිරීම් අනුපාතය 22% සිට 99.7% දක්වා ඉහළ ගියේය (González Vélez 2011).

3.2.5 නීතිමය සීමාවන් සහ සීමිත ප්‍රවේශ ඇති තත්වයන් තුළ ගබ්සාව ස්වයං කළමනාකරණය කිරීමට සහය දීම සඳහා දුරස්ථ සේවා (ටෙලිමෙඩිසින්/ telemedicine) භාවිතා කිරීම

ගබ්සාව සම්බන්ධ දුරස්ථ සේවා යනු සෞඛ්‍ය සේවා ස්ථානයකදී සෞඛ්‍ය සේවා සපයන්නෙකු විසින් ලබාදෙන ගබ්සාවක් සංවිධානය කිරීම හෝ ගබ්සා ඖෂධ යොදාගෙන ගබ්සාව ස්වයං කළමනාකරණය කිරීම සඳහා සන්නිවේදන තාක්ෂණය භාවිතා කිරීමයි (Berer 2020). මෙය ටෙලිමෙඩිසින් ලෙස හැඳින්වේ. ලොව පුරා ස්ත්‍රීවාදී සංවිධාන ඖෂධ මගින් සිදු කරන ගබ්සාව සඳහා යොදාගන්නා පෙති භාවිතා කරමින් ආරක්ෂිත ගබ්සා සේවා සඳහා ප්‍රවේශය පුළුල් කිරීමට දුරස්ථ සේවා භාවිතා කර ඇත.

ගබ්සාව නීත්‍යානුකූලව සීමා කර ඇති ගබ්සාවට ප්‍රවේශය සීමිත සන්දර්භයන් තුල මෙන්ම, ගබ්සාවට සීමා අඩු, නීතියෙන් ගබ්සාව ලබාගත හැකි වුවත් විවිධ බාධක හේතුවෙන් ප්‍රවේශය අවහිර වන සන්දර්භයන් තුල ජීවත්වන පුද්ගලයන්ට උපකාර කිරීම සඳහා මේ ක්‍රමය භාවිතා කර ඇත. කෝවිඩ්-19 වසංගතය කාලයේ පිටතට යාම මත පැනවූ තහනම්, ඇතැම් රටවල් ගබ්සාව වෙත ප්‍රවේශය තවදුරටත් සීමා කිරීමට අවස්ථාවක් කර ගත්තද, රටවල් කිහිපයක් තාවකාලික පියවරක් ලෙස දුරස්ථ ගබ්සා සේවා සහ ගබ්සාව ස්වයං කළමනාකරණය කිරීම සඳහා සහාය දක්වීය.

2005 දී, විමෙන් ඔන් වෙබ් (Women on Web) යන සංවිධානය, ඖෂධ යොදාගෙන ගබ්සාව ස්වයං කළමනාකරණය කිරීම සඳහා තොරතුරු සහ උපදේශනය සැපයීමට ස්ත්‍රීවාදීන් විසින් මෙහයවනු ලබන පළමු ගබ්සා දුරස්ථ සේවාව පිහිටුවන ලද අතර, තැපැල් මගින් ගබ්සා ඖෂධ ද ලබා දෙන ලදී. අද වන විට ලොව පුරා රටවල් 26ක ගබ්සාව ස්වයං කළමනාකරණය කිරීමට තොරතුරු සහ සහාය ලබා දෙන ක්ෂණික මාර්ග (hotlines) ඇති අතර, ඔවුන් දුරකථන, ඊමේල්, විවිධ ඇප් සහ සමාජ මාධ්‍ය ආදී විවිධ වූ සන්නිවේදන තාක්ෂණයන් භාවිතා කරමින් තොරතුරු සහ සහාය ලබා දෙයි (Berer 2020).

කෝවිඩ්-19 වසංගතය අතරතුර, ගබ්සා සඳහා සෞඛ්‍ය සේවා සපයන්නන් වෙත යාමෙන් දෙපාර්ශවයටම කෝවිඩ්-19 ආසාදනය වීමේ අවදානම වැඩි වන නිසා, අයර්ලන්තය, එක්සත් රාජධානිය සහ ප්‍රංශය ගබ්සා සඳහා ප්‍රවේශය සහතික කිරීමේ ක්‍රමයක් ලෙස දුරස්ථ ගබ්සා සේවා සඳහා අවසර ලබා දුන්නේය. ඕනෑම විදුලි සන්නිවේදන ක්‍රමයක් හරහා ඖෂධ මගින් සිදු කරන ගබ්සාවට අනුමැතිය ලබා දීමත්, ඉන් පසුව නිවසට

ගබ්සා පෙති යැවීමත් මෙහිදී සිදු කෙරිණි. නිවසේදීම ගබ්සාව ස්වයං කළමනාකරණය කරන්නේ කෙසේද යන්න පිළිබඳව උපදේශනය ලබා දුන් අතර පසු විපරම් සත්කාරද විදුලි සන්නිවේදන ක්‍රම හරහාම ලබා දුනි.

කෝවිඩ්-19 අතරතුර අත්‍යවශ්‍ය සෞඛ්‍ය සේවාවන් පිළිබඳ වූ ලෝක සෞඛ්‍ය සංවිධානයේ මාර්ගෝපදේශ නිර්දේශ කලේ නීතියෙන් අවසර ඇති සියළු අවස්ථා වල ආරක්ෂිත ගබ්සා සේවා ලබා දිය යුතු බවයි. 'දුරස්ථ සේවා සහ ගබ්සාව ස්වයං කළමනාකරණය කිරීමේ ක්‍රම යොදාගැනීම' හරහා සෞඛ්‍යය සේවා ස්ථාන වෙත යාම සහ සෞඛ්‍යය සේවා සපයන්නන් හමුවීම අවම කල යුතු බව තවදුරටත් එහි සඳහන් විය (WHO 2020).

කෝවිඩ්-19 වසංගතය අතරතුර, ඇතැම් රජයන් සහ ලෝක සෞඛ්‍ය සංවිධානය, ගබ්සා සඳහා ආරක්ෂිත විකල්ප ලෙස දුරස්ථ සේවා සහ ගබ්සාව ස්වයං කළමනාකරණය කිරීම සඳහා අනුමැතිය ලබා දීම මගින්, මේවා ආරක්ෂිත සහ ඵලදායී විකල්ප වන බවට ලෝකයේ කාන්තාවන්ට ඇඟවිණි.

3.3 සීමාකාරී නීතිවලින් ඔබ්බට: ගබ්සා ප්‍රවේශය හා බැඳුනු වෙනත් නියාමන, සායනික සහ පරිපාලන බාධක

රටක ගබ්සා නීතිය 'සීමාකාරී' කාණ්ඩයට අයත් නොවන විට පවා, සේවා සැපයීමට අදාළ බොහෝ සායනික සහ නියාමන බාධක තිබේ. පහත සඳහන් වන්නේ මීට උදාහරණ කිහිපයකි:

- යම් කොන්දේසි යටතේ පමණක් ගබ්සා සේවා සඳහා අවසර ලබා දීමෙන් ප්‍රවේශය නියාමනය කරන එකිනෙක හා බැඳුනු අපරාධ නීති, ප්‍රතිපත්ති හෝ ප්‍රොටෝකෝල
- ගැබ් ගැනීමෙන් කෙතරම් කාලයක් ගතවී ඇත්ද යන්න අනුව පණවන සීමා
- ගබ්සා සපයන්නේ කවුද, කිනම් සෞඛ්‍යය ස්ථානයකදී ද, යොදාගන්නේ කුමන ක්‍රමය ද පිළිබඳ ඇති සීමා
- අනිවාර්ය සහ පක්ෂග්‍රාහී වන උපදේශනය, අනිවාර්ය ප්‍රමාද කිරීම, අල්ට්‍රාසවුන්ඩ් පරීක්ෂණ කිරීම, කළල හෘද ස්පන්දනයට සවන් දීම
- තුන්වන පාර්ශ්වයක අවසරය අනිවාර්ය කිරීම: සෞඛ්‍ය වෘත්තිකයන් කිහිපදෙනෙක් ගෙන් අවසර ගැනීමට අවශ්‍යය වීම; විවාහක සහකරු සහ දෙමාපියන්ගේ අවසර ගැනීමට අවශ්‍යය වීම; මානසික සෞඛ්‍ය තත්වයන් හෝ ආබාධ සහිතව ජීවත් වන පුද්ගලයින් සම්බන්ධයෙන් අවසර ලබා ගැනීම; නීතිමය කොන්දේසි සපුරා නොමැති විට අධිකරණ අනුමැතිය අවශ්‍ය වීම
- සෞඛ්‍ය සේවා සපයන්නන්ට හෘද සාක්ෂියට එකඟව කටයුතු කිරීමට (එනම් ආරක්ෂිත ගබ්සා සත්කාර ලබාදීම ප්‍රතික්ෂේප කිරීමට) ඇති අවසර සහ මෙම අවසරය සෞඛ්‍ය සේවා සපයන්නන් විසින් අවභාවිතා කිරීම වැළැක්වීමට මාර්ගෝපදේශ නොමැතිකම
- කළලයේ ලිංගිය නිර්ණය කිරීම සහ ලිංග-වරණීය ගබ්සාව තහනම් කිරීම

මෙම සීමාවන් සඳහා විද්‍යාත්මක පදනමක් නොමැති ආකාරය අප පහත සාකච්ඡා කරන අතර, ඒවා ඉවත් කළ යුතු බවට අපි තර්ක කරමු.

3.3.1 එකිනෙක හා බැඳුනු අපරාධ නීති සහ යම් කොන්දේසි යටතේ පමණක් ගබ්සා සේවා සඳහා අවසර ලබා දීමෙන් ප්‍රවේශය නියාමනය කරන නීති

පුළුල් පරාසයක හේතු මත ගබ්සා සේවා ලබා ගත හැකි තැන්වල ඇතුළුව, ලෝකයේ සෑම රටකම පාහේ, ගබ්සාවක් සිදු කිරීම හෝ ලබා ගැනීම නීත්‍යානුකූල වන තත්වයන් සහ කොන්දේසි සමූහය නිශ්චිතව දක්වා ඇති නීති හරහා ගබ්සාවේ නීත්‍යානුකූලභාවය ස්ථාපිත කෙරේ. මෙම තත්වයන් සහ කොන්දේසි සැහීමකට පත් නොවන විට, ගබ්සාව අපරාධයකි. නිදසුනක් වශයෙන්, ජාතික සෞඛ්‍ය සේවය (NHS) හරහා ආරක්ෂිත ගබ්සා සේවා බහුලව ලබා ගත හැකි එක්සත් රාජධානියේ, ගබ්සාව පුද්ගලයාට එරෙහි අපරාධ පනත යටතේ අපරාධයකි.

දශක ගණනාවක් තිස්සේ කාන්තා සෞඛ්‍ය වෙනුවෙන් අධිවාචනය කරන්නන් ගබ්සාව නීත්‍යානුකූල වන හේතු පුළුල් කිරීම කෙරෙහි අවධානය යොමු කර ඇත. කෙසේ වෙතත්, වර්තමානයේ දී, ඖෂධ මගින් සිදු කරන ගබ්සාව මගින් ගබ්සාව ස්වයං කළමනාකරණය කළ හැකිය. අපරාධ නීති දිගටම පැවතුනහොත්, ගබ්සාවක් ස්වයං කළමනාකරණය කරන කාන්තාවන්ට දඬුවම් ලැබීමේ අවදානමක් ඇත. උදාහරණයක් ලෙස ඉන්දියාවේ, 2015 දී සිදු කරන ලද සියලුම ගබ්සාවලින් 63–83% අතර ප්‍රමාණයක් ලබාගෙන ඇත්තේ සෞඛ්‍ය සේවා නොවන සැකසුම් වලින් ලබාගත් ගබ්සා පෙති භාවිතා කරමින්– එනම් 1971 වෛද්‍යමය ගැබ්ගැනීම් අවසන් කිරීමේ පනතේ විෂය පථයෙන් පිටතදී ය (Singh et. al. 2018).

ගබ්සාව නිරපරාධීකිරීම (decriminalisation) යනු ගබ්සාවට එරෙහි නිශ්චිත අපරාධ සම්බාධක නීතියෙන් ඉවත් කිරීම බව බෙරර් ප්‍රකාශ කරයි (2017). එයින් අදහස් වන්නේ නීතිය මෙන්ම අදාළ ප්‍රතිපත්ති සහ රෙගුලාසි පහත අයුරින් වෙනස් කළ යුතු බවයි:

- ආරක්ෂිත ගබ්සාවක් ලබා දීම හේතුවෙන් කිසිවෙකුට දඬුවම් නොකෙරේ
- ගබ්සාවක් ලබාගැනීම හේතුවෙන් කිසිවෙකුට දඬුවම් නොකෙරේ
- ආරක්ෂිත ගබ්සාවක් ලබා දීම පිළිබඳව විමර්ශනය කිරීමට හෝ නඩු පැවරීමට පොලිසිය සම්බන්ධ නොවේ
- ගබ්සාවකට අවසර දිය හැකිද නැද්ද යන්න තීරණය කිරීමට අධිකරණය සම්බන්ධ නොවේ
- අනතුරුදායක හෝ නොසැලකිලිමත් පිළිවෙත්වලට අදාළ නීති මගින් පාලනය වන වෙනත් ඕනෑම වෛද්‍ය ක්‍රියා පටිපාටියක් ලෙස ගබ්සාව සලකනු ලැබේ (බෙරර් 2017)

ගබ්සාව අපරාධයක් ලෙස සැලකීමට තවදුරටත් කිසිදු තර්කයක් නොමැත. කාන්තා සෞඛ්‍ය සහ ලිංගික හා ප්‍රජනක අයිතිවාසිකම් පිළිබඳ අධිවාචනය කරන්නන්ට, ගබ්සා සේවා විශේෂ නීතියක් මගින් නියාමනය නොකළ යුතු බවත්, අනෙකුත් සෞඛ්‍ය සේවා වලට වඩා වෙනස් ලෙස නොසැලකිය යුතු බවත් ඉල්ලා සිටීමට කාලය පැමිණ ඇත. එයට හේතු ගණනාවක් තිබේ.

ප්‍රථමයෙන්ම, බොහෝ පැරණි ස්පාඤ්ඤ යටත් විජිතවල ගබ්සා කිරීමේ නීතිමය තත්ත්වයට බලපෑම් කර ඇති කැනන් නීති සංග්‍රහය 1398 දක්වා දිව යයි. ගබ්සාවට අදාළ අපරාධ නීතිය 19 වන සියවසේදී පනවන ලදී– ඒ ගබ්සාව සැපයීම සඳහා ඉහළම මට්ටමේ තාක්ෂණික කුසලතා අවශ්‍ය වූ ද ගබ්සාව අනතුරුදායක ශල්‍යකර්මයක් වූ කාලයකදීය. මුල් අවධියේදී මෙම නීතිය පනවන්නට හේතුව වූයේ කාන්තාවන් හානිවලින් ආරක්ෂා කිරීමට ඇති අවශ්‍යතාවය වන්නට ඇත. වර්තමානයේ තත්වය වෙනස් ය. වෛද්‍ය විද්‍යාවේ දියුණුව නිසා, දැනට පවතින අනුමත පිළිවෙත් වලට අනුව පුහුණු සෞඛ්‍ය සේවා සපයන්නන් විසින් සිදු කරන විට, ගබ්සාව ආරක්ෂිතම ක්‍රියා පටිපාටියක් වේ.

දෙවනුව, කාන්තාවන්ට දේපළ අයිතිවාසිකම් හෝ ඡන්දය අයිතිය නොතිබූ, කාන්තාවන් නීතියෙන් පිරිමින්ට සමාන ලෙස නොසැලකූ කාලයක පනවන ලද ගබ්සාව පිළිබඳ අපරාධ නීති, ආණ්ඩුක්‍රම ව්‍යවස්ථා සහ ජාත්‍යන්තර මානව හිමිකම් සම්මතයන් මගින් කාන්තාවන්ගේ සමානාත්මතාවය පිළිගෙන ඇති අද ලෝකයේ, යල් පැන ගිය නීති වේ (Sheldon 2015). උදාහරණයක් ලෙස, ගබ්සාව අපරාධයක් ලෙස සලකන නීති කාන්තාවන්ගේ ලිංගික හා ප්‍රජනක සෞඛ්‍ය සහ අයිතිවාසිකම් උල්ලංඝනය කරන බැවින්, මානව හිමිකම් කමිටුව, කාන්තාවන්ට එරෙහි සියලු ආකාරයේ වෙනස් කොට සැලකීම් තුරන් කිරීමේ කමිටුව, සහ ළමා අයිතිවාසිකම් පිළිබඳ කමිටුව මෙන්ම එක්සත් ජාතීන්ගේ සෞඛ්‍ය සඳහා වන විශේෂ වාර්තාකරු ඔවුන් නිකුත් කරන ලද සාමාන්‍ය අදහස් හරහා එවන් නීති ඉවත් කරන ලෙස රාජ්‍යයන්ගෙන් ඉල්ලා ඇත (CRR 2020a).

තෙවනුව, ලොව පුරා ඇති ගබ්සාව පිළිබඳ අපරාධ නීතිවලට ව්‍යතිරේක (එම නීති අදාළ නොවන අවස්ථා/ exceptions) හඳුන්වා දී ඇත. එයින් පෙන්නුම් කරන්නේ සමාජයක් ලෙස, කළල ජීවිතයේ පරිශුද්ධභාවයට වඩා කාන්තාවන්ගේ ස්වාධිපත්‍යය සහ සෞඛ්‍යය අගය කිරීමට අප තෝරාගෙන ඇති බවයි. තවද, අපරාධ නීතිය යනු රාජ්‍යයකට ගත හැකි වඩාත්ම තදබල සහ ආධිපත්‍යය පෙන්නුම් කරන පියවරක් වන අතර, යම් ක්‍රියාවක් අපරාධ නීතියට යටත් කිරීම සුදුසු වන්නේ එය නීතිය මගින් වැළැක්වීමට හෝ හෙළා දැකීමට උත්සාහ කරන ක්‍රියාවට සමානුපාතික ප්‍රතිචාරයක් වන විට පමණකි (Sheldon 2015). ගබ්සාව වැනි සෞඛ්‍ය ක්‍රියා පටිපාටියක් නියාමනය කිරීම සඳහා විශේෂ අපරාධ නීති අවශ්‍ය වීමට කිසිදු හේතුවක් නොමැත. එය ප්‍රයෝජනවත් විය හැක්කේ උදාහරණයක් ලෙස, කාන්තාවකගේ කැමැත්තෙන් තොරව ඇයව ගබ්සාවකට භාජනය කරන විට; ඇයගේ අනුදැනුමකින් තොරව ගබ්සා පෙති ලබා දෙන විට; හෝ ගබ්සාව සඳහා ඇයව තුවාල හෝ මරණයට හේතු වන භයානක හෝ නොසැලකිලිමත් ක්‍රියා පටිපාටිවලට භාජනය කරන විට ආදී අවස්ථා වලදී පමණි (Berer 2017).

සිව් වනු කරුණ වන්නේ, ගබ්සාව සෑම අවස්ථාවකදීම අපරාධයක් වන හෝ ගර්භනී කාන්තාවගේ ජීවිතය බේරා ගැනීම සඳහා පමණක් ගබ්සාව සඳහා අවසර දී ඇති බොහෝ රටවල, නීතියට අනුව වෛද්‍ය වෘත්තිකයන් ගබ්සාවෙන් පසු සත්කාර සොයන කාන්තාවන් ගැන (පොලිසියට) වාර්තා කිරීම අවශ්‍ය වේ. ජීවිතාරක්ෂක ප්‍රතිකාර ලබා දීම සඳහා කොන්දේසියක් ලෙස බලහත්කාරයෙන් ලබාගත් පාපොච්චාරණයක් මත පදනම්ව හෝ, කාන්තාව ගබ්සාවක් ලබාගෙන තිබෙන බවට ඇති සැකය මත පමණක් පදනම්ව වෛද්‍ය වෘත්තිකයන්ට කාන්තාවන් වාර්තා කළ හැකිය. මෙවන් නීති රෝගියාගේ රහස්‍යභාවය ආරක්ෂා කිරීම සඳහා වෛද්‍ය වෘත්තිකයන්ට ඇති සදාචාරාත්මක වගකීමට පටහැනි වේ. එපමණක් නොව, ඒවා කාන්තාවන්ගේ සෞඛ්‍ය අයිතිය උල්ලංඝනය කරන අතර, ඇතැම් තත්වයන් යටතේ වධහිංසාවට එරෙහි සම්මුතියට පටහැනි කුරිරු හා අමානුෂික සැලකීමක් ලෙස සැලකිය හැකිය (McCarthy 2014).

ගබ්සාව සීමා කරන නීති සම්පූර්ණයෙන්ම ඉවත් කර ගබ්සාව සම්පූර්ණයෙන්ම නිරපරාධී කර ඇති එකම රට කැනඩාවයි. කැනඩාවේ ගබ්සාව සැලකෙන්නේ,

කාන්තාව සහ ඇගේ වෛද්‍යවරයා පමණක් ඒ සම්බන්ධ තීරණය ගත යුතු වෙනත් ඕනෑම වෛද්‍ය ක්‍රියා පටිපාටියක් හා සමානවයි (Shaw and Norman, 2020). 4 වන කොටුව කැනඩාවේ තත්වය විස්තර කරන අතර, ගබ්සාව පිළිබඳ වෙනම නීතියක් නොමැතිකම කිසිදු ආකාරයකින් කාන්තාවන්ගේ ජීවිතවලට අනතුරක් නොවන ආකාරය පෙන්වා දෙයි.

3.3.2 ගබ්සාවක් ලබාගැනීමට කාල සීමාවන් (time-limits) පැනවීම

ලෝකයේ සෑම රටකම පාහේ, නීතියට අනුව ගැබ් ගැනීමෙන් පසු යම් කාල සීමාවකදී ගබ්සාවට අවසර නොලැබේ. සාමාන්‍යයෙන් ඉහළ සීමාව ගැබ් ගැනීමෙන් සති 20 සිට 24 දක්වා වේ. හේතු රහිතව ගබ්සාවට ඉඩ දෙන රටවල පවා ගැබ් ගැනීමෙන් පසු කොතරම් කාලයක් ගත වී ඇත්දැයි යන්න අනුව සීමාවන් පනවා ඇත. ගබ්සාව සඳහා මෙලෙස කාල සීමාවන් නොමැති රටවල් වන්නේ කැනඩාව, චීනය, උතුරු කොරියාව සහ වියට්නාමය පමණි (Baglini 2014).

ගැබ් ගැනීමෙන් සති 20කට පසු ද්විතීයික හෝ තෘතීයික සත්කාරක පහසුකමක පුහුණුව ලත් වෘත්තිකයන් විසින් ආරක්ෂිතව ගබ්සාවක් සිදු කළ හැකිය. ගැබ් ගැනීමෙන් පසු කාලය දීර්ඝ වීමත් සමඟ ගබ්සා හා බැඳුනු මරණ අනුපාතය වැඩි වන නමුත් එය දරු ප්‍රසූතියට අදාළ මරණ අනුපාතවලට වඩා වැඩි නොවේ. නිදසුනක් වශයෙන්, ඇමරිකා එක්සත් ජනපදයේ 2015 ජාතික අධ්‍යයනයකින් හෙළි වූයේ 1998–2010 කාලය තුළ, ගැබ් ගැනීමෙන් සති 8ක් තුල ලබා ගන්නා ගබ්සා හේතුවෙන් සිදුවූ මරණ අනුපාතය 100,000කට 0.3ක් වූ අතර, ගැබ් ගැනීමෙන් සති 18ක් හෝ ඉන් පසුව ලබා ගන්නා ගබ්සා හේතුවෙන් සිදුවූ මරණ අනුපාතය 100,000කට 6.7ක් වූ බවයි. ඇමරිකා එක්සත් ජනපදයේ 2018 දී මාතෘ මරණ අනුපාතය උපත් 100,000කට 8.8ක් විය (Barry 2018). හොඳින් සන්නද්ධ සෞඛ්‍ය පහසුකම්වල පුහුණුව ලත් වෘත්තිකයන් විසින් සිදු කරන විට, ගැබ් ගැනීමෙන් සති 20කට පසුව සිදුකරන ගබ්සා වලින් බරපතල සංකූලතා (උදාහරණ ලෙස ගර්භාෂය කැඩීම, අධික රුධිර වහනය සහ ගැබ්ගෙල ඉරීම) ඇතිවීම අතිශයින් දුර්ලභ ය (Grossman et. al. 2008).

පසුකාලීන ගබ්සා සඳහා ප්‍රවේශය සීමා කිරීමෙන් එවැනි ගබ්සා සංඛ්‍යාව අඩු නොවන අතර, කාල සීමාවක් නොමැති වීම පසුකාලීන ගබ්සා අනුපාතය වැඩි නොකරයි. නිදසුනක් වශයෙන්, 2019 ප්‍රකාශනයක වාර්තා වූයේ කැනඩාවේ ගැබ් ගැනීමෙන් සති 20 ට පසු සිදු කරන ගබ්සා අනුපාතය 0.3% ක් වූ බවත්, ඊට සාපේක්ෂව ගබ්සාවක් ලබාගැනීමට සති 22 ක සීමාවක්

4 වන කොටුව: කැනඩාවේ ගබ්සා නීතිය

පහළ අධිකරණවල කලින් ලබා දුන් තීන්දු වලින් පසුව, 1988 දී කැනඩාවේ ශ්‍රේෂ්ඨාධිකරණය තීරණය කළේ, නිශ්චිත හේතු මත පමණක් ගබ්සාවට අවසර දුන් කැනඩාවේ ගබ්සා නීතිය ව්‍යවස්ථා විරෝධී බවයි. මෙම නීතිය, “ජීවිතය, නිදහස සහ පුද්ගලයාගේ ආරක්ෂාව” සඳහා කාන්තාවන්ගේ අයිතිය උල්ලංඝනය කරන බැවින් එය අයිතිවාසිකම් සහ නිදහස පිළිබඳ ප්‍රඥප්තියේ 7 වන වගන්තිය උල්ලංඝනය කරන බව ශ්‍රේෂ්ඨාධිකරණය තීන්දු කළේය. මෙම නීතිය ඉවත් කිරීමෙන් පසු, ගබ්සාව පළාත් මට්ටමේ රෙගුලාසි වලට අදාළ කාරණයක් බවට පත්විය. මුල් වසරවලදී, බොහෝ පළාත් ගබ්සාවට ප්‍රවේශය සීමා කරන නීති හඳුන්වා දීමට උත්සාහ කළ නමුත් කැනඩාව පුරා අධිකරණ විසින් කිසිදු සීමාවක් පැනවීමට එරෙහිව තීන්දු ලබා දුනි. පසුකාලීන අධිකරණ තීන්දු මගින් ද තහවුරු කළේ කළලය පුද්ගලයෙකු නොවන බවත්, එබැවින් උපත දක්වා මානව අයිතිවාසිකම් නොමැති බවත්ය. රජයේ සෞඛ්‍යය සේවා ස්ථාන වල නොමිලේ ගබ්සා සේවා සපයන ලදී. කෙසේ වෙතත්, රටේ විශාලත්වය නිසා, රටේ සමහර ප්‍රදේශවල ගබ්සා සේවා සඳහා ප්‍රවේශය අභියෝගයක් විය.

2017 සිට කැනඩාවේ ඖෂධ මගින් සිදු කරන ගබ්සාව ලබාගත හැකි වීමත් සමග දුරස්ථ ප්‍රදේශවල පවා ගබ්සාවට ප්‍රවේශය සැලකිය යුතු ලෙස වැඩිදියුණු වී ඇත. ඖෂධ මගින් සිදු කරන ගබ්සාවක් ලබාගැනීමට කැමති කාන්තාවකට ගැබ් ගැනීමෙන් සති 8-9ක් ඇතුළත ගබ්සාව ලබාගත හැකිය. ඇයට ළඟම සිටින වෛද්‍යවරයා හෝ හෙද වෘත්තිකයෙකු හමුවීමට සිදුවනු ඇති අතර, ඔවුන් ඇයට උපදේශනය ලබා දී අවශ්‍ය පරීක්ෂණ සහ අල්ට්‍රාසවුන්ඩ් පරීක්ෂණ සිදු කරනු ඇත. ඖෂධ මගින් සිදු කරන ගබ්සාවක් ලබාගැනීමට තීරණය කළහොත් සෞඛ්‍ය සේවා සපයන්නා ෆාමසියකින් ලබා ගත යුතු මිෆෙප්‍රිස්ටෝන්-මිසොප්‍රොස්ටෝල් සංයෝජන පැකේජයක් සඳහා බෙහෙත් වට්ටෝරුවක් ලබා දෙයි. සාමාන්‍යයෙන් කිසිදු වියදමකින් තොරව ගබ්සා ඖෂධ ලබා ගත හැකිය. කාන්තාවට තමාට පහසු වේලාවක සහ ස්ථානයක මිෆෙප්‍රිස්ටෝන් සහ මිසොප්‍රොස්ටෝල් තමා විසින්ම භාවිතා කල හැකිය. මෙයින් ලැබෙන ප්‍රතිඵල වෛද්‍ය අධීක්ෂණය යටතේ ඖෂධ ලබාගැනීම තරම්ම යහපත් වන බව මුල් කාලීන දත්ත වලින් පෙනී යයි.

මූලාශ්‍රය: Shaw and Norman, 2020.

ඇති ඕස්ට්‍රේලියාවේ ක්වීන්ස්ලන්ඩ්හි එම අනුපාතය 1.34%ක් වූ බවත්ය (Millar 2019).

පසුකාලීන ගබ්සා සඳහා ප්‍රවේශය සීමා කිරීම වඩාත් අවදානමට ලක්විය හැකි අයට, විශේෂයෙන් තරුණ කාන්තාවන්ට, අසමාන ලෙස අවාසිදායක වේ. එක්සත් රාජධානිය, ඕස්ට්‍රේලියාව සහ ඇමරිකා එක්සත් ජනපදය යන රටවල් වල සිදුකල අධ්‍යයනවලින් පෙනී යන්නේ කාන්තාවන්ට දෙවන ත්‍රෛමාසිකයේ අග හෝ තුන්වන ත්‍රෛමාසිකයේ මුල ගබ්සා අවශ්‍ය වීමට හේතු අතර කළලයේ අසාමාන්‍යතාවයට අමතරව, ප්‍රචණ්ඩකාරී සහකරුවන් සිටීම, සමාජ-ආර්ථික තත්වයන් මෙන්ම අක්‍රමවත් ඔසප් වීම හෝ කිරි දෙන කාලයේ ඔසප් නොවීම නිසා ගැබ් ගැනීමේ ලකුණු හඳුනා ගැනීමේ දුෂ්කරතා ඇතුළත් වන බවයි (Millar 2019; Barry 2018; Marie Stopes International 2005). ඉන්දියාව වැනි රටවල, ලිංගික බලහත්කාරකම් වලට මුහුණ දෙන දරුවන් තුන්වන ත්‍රෛමාසිකයේ ගබ්සා ලබාගැනීමට උත්සහ කරන්නන් අතර ප්‍රමුඛ ස්ථානයක් ගනී (Ravindran 2019).

මේ අනුව පෙනී යන්නේ, ගබ්සාවට අවසර ලබාදීමට කාල සීමාවක් පැනවීම සඳහා විද්‍යාත්මක හේතුවක් නොමැති බවයි. අවශ්‍ය වන්නේ මෙම සේවය අවශ්‍යය වන කුඩා සුළුතරයට සේවය ලබාදීම සඳහා පුහුණු සේවා සපයන්නන් සහ හොඳින් සන්නද්ධ සෞඛ්‍යය පහසුකම් පවතින බව සහතික කිරීමයි.

3.3.3 ගබ්සා ක්‍රම, සේවා සපයන්නන් සහ සෞඛ්‍ය සේවා ස්ථාන වලට අදාළ සීමා

ගබ්සා සපයන්නේ කවුද, කුමන මට්ටමේ සෞඛ්‍යය සේවා ස්ථානයකදී ද, යොදාගන්නේ කුමන ක්‍රමය ද පිලිබඳ ඇති සීමා ගබ්සා සේවා වෙත ප්‍රවේශ වීමට අමතර ප්‍රබල බාධක ඇති කරයි.

ගැබ් ගැනීමෙන් සති 12 සිට 14 දක්වා රික්තක චූසනය ද, ගැබ් ගැනීමෙන් සති 12-14ට පසුව ශල්‍යකර්ම මගින් ලබාදෙන ගබ්සා සඳහා විස්තාරණය සහ ඉවත් කිරීම (D&E) ද, ගැබ් ගැනීමෙන් සති 9ට පෙර, සති 9 සිට 12 දක්වා, සහ සති 12න් පසුව ආදී වශයෙන් නිර්දේශිත මාත්‍රාවලට අනුව මිෆෙප්‍රිස්ටෝන් සහ මිසොප්‍රොස්ටෝල් ලබාදීම මගින් සිදුකරන ඖෂධ මගින් සිදු කරන ගබ්සාවද ආරක්ෂිත සහ ඵලදායී ක්‍රම ලෙස ලෝක සෞඛ්‍ය සංවිධානය හඳුනා ගනී (WHO 2012: 123-125). කෙසේ වෙතත්, විවිධ හේතු නිසා, මෙම සියළු ක්‍රම ගබ්සාව නීත්‍යානුකූල වන සියළු රටවල නොමැති අතර, එයින් ගබ්සා සේවා වෙත ඇති ප්‍රවේශය සීමා කෙරේ.

උදාහරණයක් ලෙස, ලෝක සෞඛ්‍ය සංවිධානයේ ගෝලීය ගබ්සා ප්‍රතිපත්ති පිලිබඳ දත්ත එකතුවේ දත්ත තිබෙන රටවල් 205 ගත විට, රික්තක චූසනය ලබා ගත හැකි වන්නේ අප්‍රිකාවේ රටවල් 10ක් , ආසියාවේ රටවල් 12ක්, සහ ලතින් ඇමරිකාවේ රටවල් 12ක් ඇතුළුව රටවල් 47 ක පමණි. ඖෂධ මගින් සිදු කරන ගබ්සාව සඳහා මිෆෙප්‍රිස්ටෝන් සහ මිසොප්‍රොස්ටෝල් ලබා ගත හැකි වන්නේ රටවල් 42 ක පමණක් වන අතර, විස්තාරණය සහ ඉවත් කිරීම (D&E) ලබාගත හැක්කේ රටවල් 31 ක පමණි (GAPD 2020).

ලෝක සෞඛ්‍ය සංවිධානයට අනුව, ගැබ් ගැනීමෙන් සති 12 දක්වා රික්තක චූසනය සහ ගැබ් ගැනීමෙන් සති නවයක් දක්වා ඖෂධ මගින් සිදු කරන ගබ්සාවද, බාහිර රෝගී ක්‍රියා පටිපාටියක් ලෙස ප්‍රාථමික සෞඛ්‍යය සේවා ස්ථාන මට්ටමින් ආරක්ෂිතව ලබා දිය හැකිය[5]. මධ්‍යම මට්ටමේ සෞඛ්‍ය සේවා සපයන්නන් පරාසයකට රික්තක චූසනය හෝ ඖෂධ මගින් සිදු කරන ගබ්සා ක්‍රම භාවිතා කරමින් පළමු ත්‍රෛමාසික ගබ්සා ආරක්ෂිතව ලබා දිය හැකි බව ලෝක සෞඛ්‍ය සංවිධානය නිර්දේශ කරයි (WHO 2012). මධ්‍යම මට්ටමේ සේවා සපයන්නන්ට ගබ්සා සේවා ලබාදීමට අවසර දී ඇති අඩු ආදායම්ලාභී රටවල් එහි ප්‍රතිඵල ඉතා යහපත් බව සොයාගෙන ඇත (5 වන කොටුව බලන්න).

අවාසනාවකට මෙන්, බොහෝ රටවල් ප්‍රාථමික සෞඛ්‍යය සේවා ස්ථාන මට්ටමේදී හෝ වෛද්‍යවරයෙකු හැර වෙනත් සෞඛ්‍ය සේවා සපයන්නෙකු විසින් ගබ්සා සේවා ලබා දීමට අවසර නැත. එක් හේතුවක් හෝ හේතු කිහිපයක් මත ගබ්සාව නීත්‍යානුකූල වන රටවල් 158 ක දත්ත විශ්ලේෂණයකින් හෙළි වූයේ රටවල් 12ක, ප්‍රාථමික මට්ටමේ රෝහල් වල ගබ්සා සේවා සැපයීම පැහැදිලිවම තහනම් කර ඇති බවයි (Lavelanet et. al. 2020). මධ්‍යම මට්ටමේ සේවා සපයන්නන් විසින් ගබ්සා සේවා සැපයීම සහ ප්‍රාථමික සෞඛ්‍යය සේවා ස්ථානවල ගබ්සා සේවා සැපයීම තහනම් කිරීම ජාත්‍යන්තර මානව හිමිකම් නීතිය යටතේ එන බොහෝ නිර්දේශයන්ට පටහැනි වන අතර, බොහෝ නිර්දේශ හරහා ඉල්ලා ඇත්තේ සේවා සපයන්නන්ගේ පරාසය සහ සේවා සැපයුම් ස්ථාන පුළුල් කරන ලෙස යි.

3.3.4 අනිවාර්ය සහ පක්ෂග්‍රාහී වන උපදේශනය, අනිවාර්ය ප්‍රමාද කිරීම, අල්ට්‍රාසවුන්ඩ් පරීක්ෂණ කිරීම, කළල හෘද ස්පන්දනයට සවන් දීම

ඇතැම් රටවල, ගබ්සා සේවා ලබාගැනීමේදී කාන්තාවන් මුහුණ දෙන තවත් බාධක අතරට ගබ්සාවක් ලබාගැනීමට දැනුවත් කැමැත්ත ලබා දීමට පෙර පිටපතක් මත පදනම් වූ අනිවාර්ය උපදේශනය (mandatory counselling based on a script)

සහ කළලයේ අල්ට්‍රාසවුන්ඩ් ඡායා බැලීම හෝ හෘද ස්පන්දනයට සවන් දීම ඇතුළත් වේ. යුරෝපයේ සමහර රටවල සහ ඇමරිකා එක්සත් ජනපදයේ බොහෝ ප්‍රාන්ත වල ගබ්සාව ලබාගත හැක්කේ කැමැත්ත දීමෙන් පසු දින 1-7 අතර කාලයකින් පසුවය. මෙය අනිවාර්ය ප්‍රමාද කාලයක් හෝ පොරොත්තු කාලයක් (mandatory waiting period) ලෙස හැඳින්වේ (Rowlands and Thomas 2020).

අනපේක්ෂිත ගැබ් ගැනීමක් ඇති කාන්තාවට ඇති සියලුම විකල්ප පිළිබඳ අදාළ සහ අපක්ෂපාතී තොරතුරු සපයන උපදේශනය ආරක්ෂිත ගබ්සා සේවාවල වැදගත් අංගයක් වන අතර (2 වන පරිච්ඡේදය බලන්න), එය ස්වේච්ඡාවෙන් සිදු විය යුතුය. එහිදී කාන්තාවගේ

5 වන කොටුව:
මධ්‍යම මට්ටමේ සේවා සපයන්නන් විසින් ගබ්සා සේවා ලබාදීම

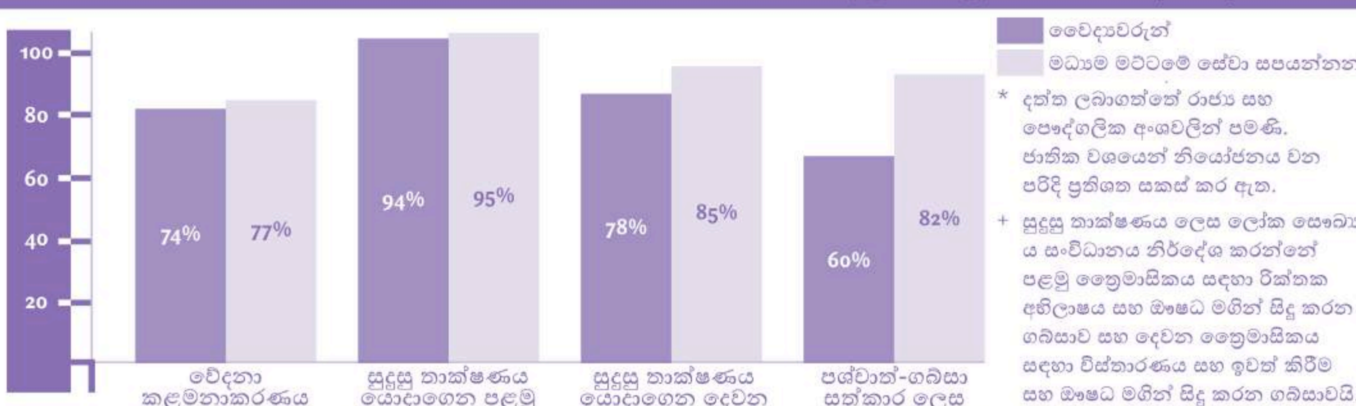
මධ්‍යම මට්ටමේ සේවා සපයන්නන් යනු ද්විතියික පාසල් මට්ටමෙන් පසු වසර 2-3 ක සෞඛ්‍ය සේවා පුහුණුවක් ඇති සෞඛ්‍ය සේවකයින් වන අතර ඔවුන් සාමාන්‍යයෙන් වෛද්‍යවරුන් සහ හෙදියන් විසින් සිදු කරන සායනික කාර්යයන් හෝ රෝග විනිශ්චය වැනි කාර්යයන් සිදු කරයි. සාක්ෂිවලින් පෙනී යන්නේ පළමු ත්‍රෛමාසික ගබ්සාව (ගැබ් ගැනීමෙන් සති 12 දක්වා) මධ්‍යම මට්ටමේ සේවා සපයන්නන් විසින් ආරක්ෂිතව සැපයිය හැකි බවයි. මධ්‍යම මට්ටමේ සේවා සපයන්නන් සහ වෛද්‍යවරුන් විසින් සිදු කරන ලද පළමු ත්‍රෛමාසික ගබ්සා (ඖෂධ මගින් මෙන්ම ශල්‍යකර්ම මගින්) පිළිබඳ අධ්‍යයනයන්හි කොක්‍රේන් සමාලෝචනයකින් (Cochrane review) හෙළි වූයේ ඖෂධ මගින් සිදුකරන ගබ්සාව අසාර්ථක වීමේ හෝ සංකූලතා ඇතිවීමේ අවදානම සහ ශල්‍යකර්ම මගින් සිදුකරන ගබ්සාවේ සංකූලතා ඇතිවීමේ අවදානම සම්බන්ධයෙන් සේවා සපයන්නන් කාණ්ඩ දෙක අතර සැලකිය යුතු වෙනසක් නොමැති බවයි. මධ්‍යම මට්ටමේ සේවා සපයන්නන් විසින් සිදු කරන ලද ශල්‍යකර්ම මගින් සිදුකරන ගබ්සා වලදී අසාර්ථක වීමේ අවදානම වැඩි වූ නමුත් මේ සම්බන්ධ අධ්‍යයන ගණන කුඩා වූ අතර දත්ත ප්‍රමාණවත් නොවීය (Barnard et. al. 2015).

2005 දී ගබ්සා නීතිය ලිහිල් කිරීමෙන් පසුව, මධ්‍යම මට්ටමේ සේවා සපයන්නන්ට පළමු සහ දෙවන ත්‍රෛමාසික ගබ්සා කිරීම් සිදු කිරීමට අවසර ඇත. 2014 දත්ත මගින් පෙන්නුම් කළේ මධ්‍යම මට්ටමේ සේවා සපයන්නන්ගේ සේවා ආරක්ෂිත බවත්, සත්කාරයේ ගුණාත්මකභාවය අනුව ගත් විට වෛද්‍යවරුන්ට වඩා තරමක් හොඳ බවත්ය (5 වන රූපය බලන්න).

මධ්‍යම මට්ටමේ සේවා සපයන්නන්ට අවදානමට ලක්විය හැකි කණ්ඩායම්වල කාන්තාවන්ට වඩා හොඳින් සේවය සැපයීමට හැකි වූ බව පෙනෙන්නට තිබුණි. මධ්‍යම මට්ටමේ සේවා සපයන්නන්ගේ සේවාදායකයින්ගෙන් 55% ක් තරුණ කාන්තාවන් (අවුරුදු 25 ට අඩු) වූ අතර, 47% ක් අවිවාහක අයත්, 31% ක් අඩු අධ්‍යාපනයක් ලැබුවන්ද වීය. වෛද්‍යවරුන්ගේ සේවාදායකයින් සඳහා සංසන්දනාත්මක සංඛ්‍යා පිළිවෙලින් 39%, 34% සහ 29% ක් වීය (Ipas 2016).

මූලාශ්‍රය:: Ipas (2016).

5 වන රූපය: ඉතියෝපියාවේ සේවා සපයන්නන්ගේ කාණ්ඩය අනුව සැපයූ ගබ්සා සේවා (2014)*



* දත්ත ලබාගත්තේ රාජ්‍ය සහ පෞද්ගලික අංශවලින් පමණි. ජාතික වශයෙන් නියෝජනය වන පරිදි ප්‍රතිශත සකස් කර ඇත.

\+ සුදුසු තාක්ෂණය ලෙස ලෝක සෞඛ්‍ය සංවිධානය නිර්දේශ කරන්නේ පළමු ත්‍රෛමාසිකය සඳහා රික්තක අභිලාෂය සහ ඖෂධ මගින් සිදු කරන ගබ්සාව සහ දෙවන ත්‍රෛමාසිකය සඳහා විස්තාරණය සහ ඉවත් කිරීම සහ ඖෂධ මගින් සිදු කරන ගබ්සාවයි.

මූලාශ්‍රය: Ipas (2016).

තීරණයට ගරු කළ යුතුය. අනිවාර්ය උපදේශනය බොහෝ විට විධානයක් වැනි (directive) ආකාරයක් ගන්නා අතර එහි අරමුණ වන්නේ කාන්තාවන් ගබ්සාව ලබා ගැනීම වැළැක්වීමයි. එබැවින් එය පක්ෂග්‍රාහී වේ. පැහැදිලිවම, කාන්තාවන්ට අල්ට්‍රාසවුන්ඩ් රූප පෙන්වීමේ අරමුණ වන්නේ මෙයයි. අනිවාර්ය ප්‍රමාද කාලයක් නියම කිරීමේ අරමුණ වන්නේ කාන්තාවන්ට තම තීරණය නැවත සලකා බැලීමට වැඩි කාලයක් ලබා දීමයි. මෙම මැදිහත්වීම් තුනම කාන්තාවන් යටපත් කිරීමට යොදාගන්නා අතර එයින් ඇඟවෙන්නේ කාන්තාවන් හදිසි තීරණයක් ගෙන ඇති බවත් පසුතැවීමක් ඇතිවිය හැකි බවත් ය (Klick 2006). කෙසේ වෙතත්, මෙම උපකල්පනය සාක්ෂි මත පදනම් වූවක් නොවේ. ඇමරිකා එක්සත් ජනපදයේ මෑතකදී කරන ලද දීර්ඝ කාලීන අධ්‍යයනයකින් හෙළි වූයේ ගබ්සා කිරීමෙන් වසර පහකට පසු, කාන්තාවන්ගෙන් 1% ක් පමණක් ගබ්සාව ගැන පසුතැවිලි වූ බවත්, බොහෝ කාන්තාවන් පසු විපරම් කාලය පුරාවට ගබ්සාවෙන් පසු තමාට සහනයක් දැනුණු බව ප්‍රකාශ කල බවත් ය (Rocca et. al. 2020). ස්වේච්ඡාවෙන් අල්ට්‍රාසවුන්ඩ් පරීක්ෂණ නැරඹීම නිසා කාන්තාවන් ගබ්සාවක් ලබාගැනීමෙන් වැළකී සිටින්නේ නැති බව ද අධ්‍යයන ගණනාවක් පෙන්වා දෙයි (Upadhyay et. al. 2017, Gatter et. al. 2014, Kimport et. al. 2013).

අනෙක් අතට, අනිවාර්ය ප්‍රමාද කාලය නිසා අමතර ගමනක් අවශ්‍ය වන අතර, පිරිවැය ද වැඩි විය හැකි ය. ප්‍රමාද කාලය නිසා ඇතැම් අවස්ථා වල ගබ්සාව ලබාගත හැකි කාල සීමාව ඉක්මවා යා හැකි අතර, එමගින් කාන්තාවට සැලකිය යුතු මානසික පීඩාවක් ඇති විය හැකිය (Rowlands and Thomas 2020). 2018 දී රැස්වූ ඇමරිකා එක්සත් ජනපදයේ විශේෂඥ මණ්ඩලයක් සොයා ගත්තේ ගබ්සාවක් කිරීමට පෙර ප්‍රමාද කාලයක් අවශ්‍ය කිරීම නිසා, කාන්තාවට සංකූලතා ඇතිවීමේ අවදානම ද සහ ක්‍රියා පටිපාටියේ පිරිවැය ද යන දෙකම වැඩි විය හැකි බවයි. ප්‍රමාද කාලයෙන් ගබ්සාවේ ආරක්ෂිත බව වැඩි කරන බවට කිසිදු සාක්ෂියක් නොමැත (National Academies of Sciences, Engineering and Medicine 2018).

ලෝක සෞඛ්‍ය සංවිධානයේ 2012 තාක්ෂණික මාර්ගෝපදේශය ගබ්සා සේවා සඳහා එවැනි බාධක සුදුසු නොවන බව පෙන්වා දෙයි: *'බොහෝ කාන්තාවන් සත්කාර ලබා ගැනීමට පෙර ගබ්සාවක් ලබා ගැනීමට තීරණය කර ඇති අතර, කාන්තාව අනිවාර්ය උපදේශනයකට යටත් නොකර මෙම තීරණයට ගරු කළ යුතුය. උපදේශනයට කැමති කාන්තාවන්ට උපදේශනය සැපයීම ස්වේච්ඡාවෙන්, රහසිගතව, විධාන වලින් තොරව, පුහුණු පුද්ගලයෙකු විසින් ලබා දිය යුතුය (36 පිටුව)… අනිවාර්ය ප්‍රමාද කාල සත්කාර ප්‍රමාද වීමට බලපෑමක් ඇති කළ හැකිය. එමඟින් කාන්තාවන්ට ආරක්ෂිත, නීත්‍යානුකූල ගබ්සා සේවා වෙත ප්‍රවේශ වීමට ඇති හැකියාව අනතුරට පත් වේ (96 පිටුව).'*

අනිවාර්ය උපදේශනය, ප්‍රමාද කාල සහ අනෙකුත් බාධක ජාත්‍යන්තර මානව හිමිකම් නීතිය උල්ලංඝනය කරයි. මෙවන් බාධා හේතුවෙන් පුද්ගලයන් ඔවුන්ගේ ජීවිතය හා සෞඛ්‍යය සැලකිය යුතු ලෙස අවදානමට ලක් කරන අනාරක්ෂිත ගබ්සා ලබා ගත හැකි බැවින්, මානව හිමිකම් කමිටුව, සිවිල් සහ දේශපාලන අයිතිවාසිකම් පිළිබඳ සම්මුතියේ රාජ්‍ය පාර්ශවයන්ගෙන් ඉල්ලා සිටින්නේ, ගබ්සා සේවා ලබා ගැනීමට ඇති ක්‍රියා පටිපාටිය සම්බන්ධ බාධක ඉවත් කරන ලෙසයි. කාන්තාවන්ට එරෙහි සියළු ආකාරයේ වෙනස්කොට සැලකීම් තුරන් කිරීමේ කමිටුව (CEDAW කමිටුව) පැහැදිලිවම සඳහන් කර ඇත්තේ රාජ්‍යයක් "කාන්තාවන් අනිවාර්ය උපදේශනයකට සහ වෛද්‍යමය වශයෙන් අනවශ්‍යවන බලා සිටීමේ කාලයකට යටත් නොකර ආරක්ෂිත ගබ්සාවකට ප්‍රවේශය සහතික කළ යුතු" බවයි (CRR 2015).

3.3.5 තුන්වන පාර්ශ්වයක අවසරය (third-party authorisation) අනිවාර්ය කිරීම

ලෝක සෞඛ්‍යය සංවිධානයේ 2012 තාක්ෂණික මාර්ගෝපදේශය පැහැදිලිවම පෙන්වා දෙන්නේ: *"ගබ්සාවක් සොයන කාන්තාව ස්වාධිපත්‍යයෙන් යුතු වැඩිහිටියෙකි. ස්වාධිපත්‍යය යන්නෙන් අදහස් කරන්නේ මානසිකව පරිණත වැඩිහිටියන්ට සෞඛ්‍ය සේවාවකට ප්‍රවේශ වීමට සැමියෙකු, සහකරුවෙකු, දෙමාපියෙකු හෝ භාරකරුවෙකු වැනි කිසිදු තෙවන පාර්ශවයක අවසරයක් අවශ්‍ය නොවන බවයි. කාන්තාවන්ට ගබ්සා සේවා ලබා ගැනීම සඳහා තෙවන පාර්ශවීය අවසරයක් අවශ්‍ය නොවිය යුතුය. ගබ්සාව සඳහා විවාහක සහකරුගෙන්, දෙමාපියෙකුගෙන් හෝ රෝහල් බලධාරීන්ගෙන් අවසර ලබා ගැනීමේ අවශ්‍යතාවය, පෞද්ගලිකත්වයට ඇති අයිතිය සහ පිරිමින් සහ කාන්තාවන් අතර ඇති සමානාත්මතාවය පදනම් කොට ගත් සෞඛ්‍ය සේවා සඳහා ප්‍රවේශ වීමට කාන්තාවන්ට ඇති අයිතිය උල්ලංඝනය කිරීමක් විය හැකිය"* (68 පිටුව).

ලෝක සෞඛ්‍යය සංවිධානයට අමතරව, ජාත්‍යන්තර මානව හිමිකම් ගිවිසුම් අධීක්ෂණ ආයතන විසින් ගබ්සාව ඇතුළු ලිංගික හා ප්‍රජනක සෞඛ්‍ය සේවා සැපයීම සඳහා තෙවන පාර්ශවීය අවසර අත්‍යාවශ්‍යය කිරීම කාන්තාවන්ගේ මානව හිමිකම් උල්ලංඝනය කිරීමක් ලෙස පිළිගෙන ඇත (CRR 2020b). ඒ අතරම

රටවල් විශාල සංඛ්‍යාවක ගබ්සා සේවා වෙත ප්‍රවේශ වීම සඳහා පුද්ගලයන්ට තෙවන පාර්ශවීය අවසරයක් අවශ්‍ය වේ.

3.3.5.1 සෞඛ්‍ය සේවා සපයන්නන් විසින් අවසර දීම

ගෝලීය ගබ්සා ප්‍රතිපත්ති දත්ත සමුදායේ (2020) රටවල් 158 ක දත්ත විශ්ලේෂණයකින් වාර්තා වූයේ රටවල් 158 න් 105 ක (66.5%) ගබ්සාවක් ලබාගැනීම සඳහා සෞඛ්‍ය සේවකයින් එක් අයෙකුගේ හෝ වැඩි ගණනකගේ අවසරය අවශ්‍ය වන බවයි. මේ අවසරය ලබා දිය හැක්කේ ගබ්සා සේවා සපයන්නාට ද වෙනත් සෞඛ්‍ය සේවා සපයන්නකුටද යන්න සැමවිටම නිශ්චිතව දක්වා නොතිබුණි. රටවල් 105 න් 23 ක, අවම වශයෙන් සෞඛ්‍ය සේවා සපයන්නන් දෙදෙනෙකු ගබ්සාවට අවසර දිය යුතු අතර, රටවල් 18 ක, සෞඛ්‍ය සේවා සපයන්නන් තිදෙනෙකුගේ අවසරය අවශ්‍ය විය (Lavelanet et. al. 2020). ජනගහනයට අනුව සෞඛ්‍ය සේවකයින් අඩු අනුපාතයක් ඇති රටවල මෙන්ම ග්‍රාමීය සැකසුම් වල වෛද්‍යවරුන් ස්වල්පයක් සිටින රටවල, සේවා සපයන්නන් දෙදෙනෙකුගෙන් හෝ වැඩි ගණනකින් අවසර ලබා ගැනීමේ අවශ්‍යතාවය, කාන්තාවන් විශාල සංඛ්‍යාවකට ගබ්සාව වෙත ප්‍රවේශ වීමට ඇති ඉඩ අසුරයි.

3.3.5.2 විවාහක සහකරුගේ අවසරය (spousal authorisation)

ආසියාවේ රටවල් 11 ක සහ අප්‍රිකාවේ එක් රටක නීතියට අනුව ගබ්සාව ලබාගැනීමට කාන්තාවකට තම විවාහක සහකරුගේ අවසරය අවශ්‍යය වේ. තවත් රටවල් කිහිපයක විවාහක සහකරුගේ කැමැත්ත අවශ්‍ය වේ– නමුත් ඒ විශේෂ තත්වයන් යටතේ පමණි. නිදසුනක් වශයෙන්, කිර්ගිස්තානයේ, සමාජීය හේතූන් මත ගබ්සාවක් ලබාගැනීමට උත්සහ කරන කාන්තාවකට විවාහක සහකරුගේ අවසරය අවශ්‍ය වන අතර, මොන්ගෝලියාවේ කළල අසාමාන්‍යතා හෝ කාන්තාවගේ ජීවිතයට ඇති තර්ජනය හේතුවෙන් ගබ්සාවක් ලබාගැනීමේදී එය අවශ්‍ය විය. මැලේසියාවේ, කාන්තාව මුස්ලිම් නම්, විවාහක සහකරුගේ අවසරය අවශ්‍ය වේ (Lavelanet et. al. 2020).

3.3.5.3 දෙමාපිය අවසරය (parental authorisation)

ගබ්සා සේවා ලබාගැනීමට උත්සහ කරන බාලවයස්කරුවන්ට දෙමාපිය අවසරය අවශ්‍ය වීම තෙවන පාර්ශවීය අවසරයේ තවත් උදාහරණයකි. ඇතැම් රටවල (උදාහරණ ලෙස, ඉතියෝපියාව, ෆීජී, ෆින්ලන්තය, ප්‍රංශය, ගයනාව, ඊශ්‍රායලය, නවසීලන්තය, දකුණු අප්‍රිකාව සහ ස්වීඩනය වැනි රටවල) ගබ්සා නීතියට අනුව බාලවයස්කරුවකුට ගබ්සාවක් අවශ්‍යය නම්, අනිවාර්යය වන්නේ ඇගේ කැමැත්ත පමණි (Skuster 2013). ගෝලීය ගබ්සා ප්‍රතිපත්ති පිළිබඳ දත්ත එකතුවේ දත්ත ඇති රටවල් 158 න් තුනෙන් එකක (57/158) පමණ බාලවයස්කරුවන් සඳහා දෙමාපිය අවසරය අවශ්‍ය වේ. රටවල් 57 න් රටවල් 41 ක පමණක් දෙමාපියන්ගේ කැමැත්ත අවශ්‍ය වන්නේ කුමන වයසින් පසුවද යන්න නියම කරයි. මෙම වයස අවුරුදු 14 සිට 18 දක්වා වන අතර, අවුරුදු 16 මධ්‍යස්ත අගය වේ (Lavelanet et.al. 2020).

ලෝක සෞඛ්‍යය සංවිධානය සෞඛ්‍ය සේවා සපයන්නන්ට උපදෙස් දෙන්නේ නව යොවුන් වියේ පසුවන්නන්ට තොරතුරු, උපදේශනය, සහ ප්‍රතිකාර ලබාදීම පදනම් විය යුත්තේ, "ප්‍රතිකාර සහ සත්කාර විකල්ප තේරුම් ගැනීමට ඔවුන්ට ඇති පරිණාමය වන හැකියාවන් (evolving capacities) මත බවත්, අත්තනෝමතික වයස් සීමාවකට අනුව නොවන බවත්" ය (WHO 2012 68 පිටුව). වෛද්‍යවරුන් තම නව යොවුන් වියේ සේවාදායකයාගේ වර්ධනය වන ස්වාධිපත්‍යය හඳුනාගත යුතු අතර, ඇතැම් හෝ සියලු වෛද්‍ය තීරණ ගැනීමට තරම් ඇය ප්‍රමාණවත් තරම් "පරිණත" විය හැකි බව තේරුම් ගත යුතුය. මෙම සන්දර්භය තුළ "පරිණත" යන්නෙන් අදහස් කරන්නේ පුද්ගලයාට ඇය ලබාගැනීමට උත්සාහ කරන ක්‍රියා පටිපාටියේ ස්වභාවය සහ ප්‍රතිවිපාක තේරුම් ගැනීමට සහ ඒ සඳහා දැනුවත් කැමැත්ත ලබා දීමට හැකියාව ඇති බවයි (RCPSC 2020).

නව යොවුන් වියේ පසුවන්නන්ගේ උපරිම යහපත පදනම් කරගන්නා, ඔවුන්ගේ ස්වාධිපත්‍යයට ගරු කරන ගබ්සා නීති සහ ප්‍රතිපත්ති සඳහා උදාහරණ 6 වන කොටුවේ දැක්වේ.

3.3.5.4 බුද්ධිමය හෝ මානසික ආබාධ සහිත පුද්ගලයින් සම්බන්ධයෙන් භාරකරුගේ අවසරය

සමානාත්මතාවය සහ වෙනස්කම් නොකිරීම දිගු කලක් තිස්සේ ස්ථාපිත මානව හිමිකම් මූලධර්ම වුවද, බොහෝ රටවල් මානසික සහ බුද්ධිමය ආබාධ නීතිමය තීරණ ගැනීමට ශක්‍යතාවය නොමැතිකම සමඟ සමාන කරයි. එහි ප්‍රතිඵලයක් වශයෙන්, මානසික හෝ බුද්ධිමය ආබාධයකින් පෙළෙන වැඩිහිටි පුද්ගලයෙකු වෙනුවෙන් සියලු තීරණ ගැනීමේ අයිතිය නීත්‍යානුකූල භාරකරුවෙකුට පවරා ඇත (FRA 2013). අබාධ සහිත පුද්ගලයාට ගබ්සාවක් ලබාගත හැකිද නැද්ද යන්න පිළිබඳ තීරණ ගැනීමේ අයිතිය මෙයට ඇතුළත් වේ.

ආබාධ සහිත පුද්ගලයින්ගේ අයිතිවාසිකම් පිළිබඳ එක්සත් ජාතීන්ගේ සම්මුතියේ (CRPD) දක්වා ඇති කේන්ද්‍රීය මූලධර්මයක් සහ මූලික නීතිමය බැඳීමක් වන්නේ ස්වාධිපත්‍යයයි. ගිවිසුම අනුමත කර ඇති රාජ්‍යයන් ආබාධ සහිත පුද්ගලයින්ට ජීවිතයේ සෑම අංශයකම අනෙක් අය සමඟ සමාන පදනමක් මත නීත්‍යානුකූල තීරණ ගැනීමට ශක්‍යතාවය ඇති බව පිළිගත යුතු බවත්, ආබාධිතභාවය පමණක් හේතුවෙන් නීත්‍යානුකූල තීරණ ගැනීමට ඇති ශක්‍යතාවය අහිමි කිරීම සාධාරණීකරණය නොකරන බවත්, මෙම සම්මුතියට අනුව අවශ්‍ය වේ (FRA 2013). ආබාධ සහිත පුද්ගලයින්ගේ අයිතිවාසිකම් පිළිබඳ කමිටුව, 'ආදේශක' (substituted) තීරණ ගැනීම වෙනුවට 'සහාය දක්වන' (supported) තීරණ ගැනීම ප්‍රතිස්ථාපනය කිරීම සඳහා රටේ නීති ප්‍රතිසංස්කරණය කරන ලෙස රාජ්‍යයන්ගෙන් ඉල්ලා සිටින අතර, එය පුද්ගලයාගේ ස්වාධිපත්‍යයට, මනාපයන්ට සහ කැමැත්තට ගරු කරයි (CRPD Committee 2014).

ආබාධ සහිත පුද්ගලයින්ගේ අයිතිවාසිකම් පිළිබඳ එක්සත් ජාතීන්ගේ සම්මුතියේ විධිවිධාන පිළිබඳ අපගේ අර්ථ නිරූපණය පහත පරිදි වේ. ගබ්සා ක්‍රියා පටිපාටිය සහ ගබ්සාවක් සිදුකිරීමේ හෝ නොකිරීමේ ප්‍රතිවිපාක පිළිබඳ තොරතුරු මානසික හෝ බුද්ධිමය ආබාධ සහිත පුද්ගලයාට ලබා දීමට සෞඛ්‍ය සේවා සපයන්නා බැඳී සිටී. සෞඛ්‍ය සේවා සපයන්නාගේ සහ/හෝ ඇයගේ භාරකරුගේ සහාය ඇතිව තීරණයක් ගැනීමට අදාළ පුද්ගලයාට පරමාධිපත්‍යය ඇත. පුද්ගලයා එවැනි ක්‍රියාවලියකට දායක වීමට නොහැකි අන්දමේ දැඩි මානසික ආබාධයකින් පෙළෙන්නේ නම්, තීරණයට

6 වන කොටුව:
නව යොවුන් වියේ පසුවන්නන්ගේ උපරිම යහපත (best interest) පදනම් කර ගන්නා ගබ්සා නීති සහ ප්‍රතිපත්ති සඳහා උදාහරණ

දකුණු අප්‍රිකාව: ගැබ් ගැනීම අවසන් කිරීම තෝරාගැනීමේ පනත (1996)

ගැබිනි බාලවයස්කරුවෙකු සම්බන්ධයෙන්, වෛද්‍ය වෘත්තිකයෙකු හෝ ලියාපදිංචි පවුල් සෞඛ්‍යය සේවිකාවක් හෝ ලියාපදිංචි හෙදියක්, අවස්ථාව අනුව, ගැබ් ගැනීම අවසන් කිරීමට පෙර ඇගේ දෙමාපියන්, භාරකරු, පවුලේ සාමාජිකයන් හෝ මිතුරන් සමඟ සාකච්ඡා කරන ලෙස එවැනි බාලවයස්කරුට උපදෙස් දිය යුතුය. එවැනි බාලවයස්කරු ඔවුන්ගෙන් උපදෙස් ලබා නොගැනීමට තීරණය කරන්නේ නම් ගැබ් ගැනීම අවසන් කිරීම ප්‍රතික්ෂේප නොකළ යුතුය.

ඝානාව: ඝානා සෞඛ්‍ය සේවය– අනාරක්ෂිත ගබ්සාව වැළැක්වීම සහ කළමනාකරණය සහ පරිපූර්ණ ගබ්සා සත්කාර සේවා ප්‍රමිතීන් සහ ප්‍රොටෝකෝල (2012)

ගබ්සා සත්කාර සේවා ප්‍රමිතීන් සහ ප්‍රොටෝකෝල (2012)
බාලවයස්කරු දැනටමත් දෙමාපියන් හෝ විශ්වාසවන්ත වැඩිහිටියෙකු සමඟ ගබ්සාව පිළිබඳ සාකච්ඡා කර නොමැතිනම්, සහ එසේ කිරීමෙන් බාලවයස්කරු ශාරීරික හෝ චිත්තවේගීය හානියකට ලක්වීමේ අවදානමක් නොමැතිනම් පමණක්, සේවා සපයන්නා දෙමාපියන් හෝ විශ්වාසවන්ත වැඩිහිටියෙකු සමඟ ගබ්සාව පිළිබඳ සාකච්ඡා කිරීමට බාලවයස්කරුව දිරිමත් කළ යුතුය. කෙසේ වෙතත්, බාලවයස්කරු ඔවුන්ගෙන් උපදෙස් ලබා නොගන්නා බැවින් ගබ්සා සේවා ප්‍රතික්ෂේප නොකළ යුතුය. දෙමව්පියෙකුට, ළඟම ඥාතියෙකුට, වෙනත් වැඩිහිටියෙකුට හෝ පුහුණු සේවා සපයන්නෙකුට (දෙමව්පියා වෙනුවට) දෙමාපියන් ලෙස ක්‍රියා කරමින් බාලවයස්කරු වෙනුවෙන් කැමැත්ත ලබා දිය හැකිය. සේවාලාභීන් සම්බන්ධ රහස්‍යභාවයට අදාළ සාමාන්‍යය ව්‍යතිරේකවලට යටත්ව, බාලවයස්කරුගේ රහස්‍යභාවයට ගරු කළ යුතුය.

සැම්බියාව: සෞඛ්‍ය අමාත්‍යාංශය– සැම්බියාවේ අනාරක්ෂිත ගබ්සා රෝගාබාධ සහ මරණ අනුපාතය අඩු කිරීම සඳහා වන ප්‍රමිති සහ මාර්ගෝපදේශ (2009)

3 වැනි සම්මතය: නව යොවුන් වියේ පසුවන්නන් සහ තරුණයින් උනන්දුවක් දක්වන පාර්ශ්වයන්ගේ බලපෑමෙන් තොරව දැනුවත් සහ නිදහස් තීරණ ගන්නා බව සෞඛ්‍යය සේවා පහසුකම් සහතික කළ යුතුය.

මාර්ගෝපදේශ:
1. තෙවන පාර්ශවීය අවසරයකින් තොරව, තීරණ ගැනීමේදී ස්වාධිපත්‍යයට ගරු කරන බව සහතික කරන්න.
2. සේවා සපයන්නන් බාලවයස්කරුගේ යහපත වෙනුවෙන් සද්භාවයෙන් (in good faith) ක්‍රියා කළ යුතු අතර මෙයට දෙමාපියන්ගේ හෝ භාරකරුගේ කැමැත්ත අත්හැරීම ඇතුළත් විය හැකිය.

මූලාශ්‍රය: Skuster, 2013.

එළඹෙන ආකාරය සඳහා පැහැදිලි ක්‍රියා පටිපාටියක් ගබ්සා නීතිය මගින් සකස් කළ යුතුය. ගබ්සාවක් ලබාගන්නා කාන්තාවට ඇගේ කැමැත්ත සහ මනාපයන් දැනුම් දීමට හැකි තාක් කල්, බලපැවැත්විය යුත්තේ ඇගේ තීරණයයි.

3.3.6 සෞඛ්‍ය සේවා සපයන්නන්ට හෘද සාක්ෂියට එකඟව කටයුතු කිරීමට (ඒ අනුව ආරක්ෂිත ගබ්සා සත්කාර ලබාදීම ප්‍රතික්ෂේප කිරීමට) ඇති අවසරය (conscientious objection)

ගබ්සාව සත්කාර සන්දර්භය තුළ, හෘද සාක්ෂියට එකඟව විරෝධය දැක්වීම යනු සෞඛ්‍ය සේවා සේවකයෙකු හෝ ආයතනයක් හෘද සාක්ෂියට එකඟව හෝ ආගමික විශ්වාසය මත පදනම්ව ගබ්සා සේවා හෝ තොරතුරු ලබාදීම ප්‍රතික්ෂේප කරන විටය (CRR 2020c).

ජාත්‍යන්තර මානව හිමිකම් නීතිය යටතේ සෞඛ්‍ය සේවා සපයන්නන්ට සිතීමේ, හෘද සාක්ෂියේ සහ ආගමේ නිදහසට අයිතියක් ඇති බව ලෝක සෞඛ්‍ය සංවිධානය පිළිගනී. එවැනි අයිතිවාසිකම් භුක්ති විඳීම අන් අයගේ මානව හිමිකම් ආරක්ෂා කිරීම සඳහා අවශ්‍ය සීමාවන්ට යටත් වන බව ද එය පෙන්වා දෙයි.

ඒ අනුව, කාන්තාවන්ට පහසුවෙන් ප්‍රවේශ විය හැකි, සහතිකවම ගබ්සා සේවා ලබාගත හැකි වෙනත් සෞඛ්‍ය සේවා ස්ථානයකට කාන්තාවන් යොමු කිරීමට සෞඛ්‍ය සේවා සපයන්නන්ට වගකීමක් ඇත. එවැනි යොමු කිරීමක් කළ නොහැකි නම්, සේවය ලබාදීමට විරුද්ධ වන සෞඛ්‍ය සේවා සපයන්නා කාන්තාවගේ ජීවිතය බේරා ගැනීමට සහ ඇගේ සෞඛ්‍යයට බරපතල හානියක් වැළැක්වීම සඳහා ගබ්සා සේවා සැපයීම අවශ්‍ය වේ (WHO 2012, 96 පිටුව).

එක් හේතුවක් හෝ හේතු කිහිපයක් මත ගබ්සාව නීත්‍යානුකූල වන රටවල් සම්බන්ධයෙන් ගෝලීය ගබ්සා ප්‍රතිපත්ති පිලිබඳ දත්ත එකතුවේ ඇති දත්ත විශ්ලේෂණය කරන ලද අධ්‍යයනයකින් හෙළි වූයේ රටවල් 158 න් 56 ක ගබ්සාව සැපයීමට සෞඛ්‍ය සේවා සපයන්නන්ට හෘද සාක්ෂියට එකඟව විරෝධය දැක්වීමට අවසර ඇති බවයි. මෙම රටවල් වලින් අඩක පමණ (29/56), සෞඛ්‍ය සේවා සපයන්නන් කාන්තාව නීත්‍යානුකූල ගබ්සා සේවා සපයන වෙනත් සේවා සපයන්නෙකු වෙත යොමු කිරීම අවශ්‍ය වන අතර, කාන්තාවන්ගේ ජීවිතයට තර්ජනයක් තිබේ නම් රටවල් 21 ක හෘද සාක්ෂියට එකඟව විරෝධතා දැක්වීමට අවසර නොදේ (Lavelanet et.al. 2020). රටවල් විශාල සංඛ්‍යාවක හෘද සාක්ෂියට එකඟව විරෝධතා දැක්වීමට අවසර තිබේද නැද්ද යන්න නිශ්චිතව දක්වා නොමැති අතර, මෙය කාන්තාවන්ට ආරක්ෂිත ගබ්සා සේවා වෙත ඇති ප්‍රවේශය බරපතල ලෙස අඩපණ කළ හැකිය.

සිතීමේ, හෘද සාක්ෂියේ සහ ආගමේ නිදහස සඳහා සෑම කෙනෙකුටම ඇති අයිතිය දේශීය නීති තුල ආරක්ෂා කර ඇති අතර, ජාත්‍යන්තර මානව හිමිකම් නීතියෙන්ද පිළිගෙන ඇත. නමුත් එය මහජන ආරක්ෂාව, සෞඛ්‍යය සහ අන් අයගේ මූලික අයිතිවාසිකම් ආරක්ෂා කිරීම උදෙසා, විශේෂයෙන්ම ආරක්ෂිත ගබ්සා සත්කාර සඳහා ඇති අයිතිය සහතික කිරීම උදෙසා සීමා කළ හැකිය.

ජාත්‍යන්තර මානව හිමිකම් ගිවිසුම් අධීක්ෂණ ආයතන, ඔවුන්ගේ බොහෝ ප්‍රකාශ හරහා, රාජ්‍යයක් ලිංගික හෝ ප්‍රජනක සෞඛ්‍ය සේවාවක් සැපයීමට හෘද සාක්ෂියට එකඟව විරෝධය පළ කිරීමට අවසර දෙන විට, රාජ්‍යය පහත සඳහන් දේ කල යුතුය යන ස්ථාවරය ගෙන ඇත:

- රජයේ සහ පෞද්ගලික සෞඛ්‍ය සේවා ස්ථාන වල, ගබ්සා ලබා දීමට කැමති සේවා සපයන්නන් ප්‍රමාණවත් සංඛ්‍යාවක් ඇති බවත් එවැනි සේවා සපයන්නන්ගේ සුදුසු භූගෝලීය ව්‍යාප්තියක් ඇති බවත් සහතික කිරීම
- හෘද සාක්ෂියට එකඟව විරෝධය පළ කිරීම තනි පුද්ගලයන්ට සීමා කිරීම සහ ආයතන වශයෙන් සත්කාර ප්‍රතික්ෂේප කිරීම තහනම් කිරීම
- ගබ්සා සත්කාර සැපයීමට කැමැත්ත සහ හැකියාව ඇති වෙනත් වෛද්‍ය වෘත්තිකයෙකු වෙත රෝගීන්ට ප්‍රවේශය ඇති බව සහතික කිරීම සඳහා ඵලදායී යොමු කිරීමේ ක්‍රමයක් ස්ථාපිත කිරීම
- නීත්‍යානුකූලව හෘද සාක්ෂියට එකඟව විරෝධය පළ කිරීමට හදිසි අවස්ථා වලදී අවසර නොමැති බව සහතික කිරීමට සීමාවන් පැනවීම
- සේවා ලබාදීම ප්‍රතික්ෂේප කරන වෛද්‍ය වෘත්තිකයන්ගේ සංඛ්‍යාව සහ ස්ථානය නිරීක්ෂණය කිරීමට සහ ප්‍රතික්ෂේප කිරීමේ පිළිවෙත නීති සහ ප්‍රතිපත්තිවලට අනුකූල වන බව අධීක්ෂණය කිරීමට ඵලදායී ක්‍රම ඇතුළුව ප්‍රමාණවත් අධීක්ෂණ සහ බලාත්මක කිරීමේ යාන්ත්‍රණ ක්‍රියාත්මක කිරීම. අනුකූල නොවීම ආමන්ත්‍රණය කිරීමට, වැළැක්වීමට, සහ එයට දඬුවම් කිරීමට, අර්ථවත් බලාත්මක කිරීමේ ක්‍රියා පටිපාටි ද ස්ථාපිත කර ක්‍රියාත්මක කළ යුතුය (CRR 2020d).

ශක්තිමත් සෞඛ්‍ය යටිතල පහසුකම් නොමැති අඩු සහ පහළ මධ්‍යම ආදායම් ලබන රටවල් බහුතරයක ඉහත කොන්දේසි බොහොමයක් සපුරාලීම ඉතා අපහසු වනු ඇත. ඇත්ත වශයෙන්ම, අධ්‍යයනවලින් පෙනී යන්නේ ඉහළ ආදායම් ලබන රටවල පවා, සේවා සපයන්නන්ට හෘද සාක්ෂියට එකඟව සේවා ප්‍රතික්ෂේප කිරීමට ඉඩ ඇති විට, ඉහත සඳහන් අවශ්‍යතාවලට අනුකූලව සේවා සැපයීම අපහසු බවයි.

නිදසුනක් වශයෙන්, ඕස්ට්‍රේලියාවේ වික්ටෝරියා හි, හෘද සාක්ෂියට එකඟව ගබ්සා සේවා ප්‍රතික්ෂේප කරන සේවා සපයන්නන්, කාන්තාවන් ගබ්සා සිදු කරන වෙනත් සේවා සපයන්නෙකු වෙත යොමු කිරීම අවශ්‍ය වේ. කෙසේ වෙතත්, සේවා සපයන්නන් තම සේවාදායකයන්ට ගබ්සාවක් ලබා ගත හැකි ස්ථානයක් පිළිබඳව උපදෙස් නොදීම සාමාන්‍ය සිරිත යි. සේවා සපයන්නන් විවිධ උපක්‍රම භාවිතා කරමින් කාන්තාවන්ට ගබ්සා වෙත ඇති ප්‍රවේශය ප්‍රමාද කිරීමට හෝ කාන්තාවන්ට වරදකාරි හැඟීමක් ඇති කිරීමට උත්සාහ කරන බව පෙනෙන්නට තිබේ (Keogh et.al. 2019). නාරිවේද වෛද්‍යවරුන්ගෙන් 71% ක් හෘද සාක්ෂියට එකඟව විරෝධතා දක්වන්නන් ලෙස ලියාපදිංචි වී ඇති ඉතාලියේ අධ්‍යයනයකින් පෙන්නුම් කළේ හෘද සාක්ෂියට එකඟව විරෝධතා දැක්වීම, විශේෂයෙන්ම අඩු ආදායම්ලාභී කලාපවල ජීවත් වන හෝ ආර්ථික වශයෙන් අවාසි සහගත තත්වයන්ට මුහුණදෙන කාන්තාවන්ට ගබ්සාවට ඇති ප්‍රවේශයට බරපතල ලෙස බාධා කරන බවයි (Autorinio et. al. 2020).

මීට විරුද්ධ දෘෂ්ටිකෝණයක් නම්, හමුදා සේවා හා සම්බන්ධ සංකල්පයක් වන 'හෘද සාක්ෂියට එකඟව විරෝධය දැක්වීම' ට, සෞඛ්‍ය සේවා සැපයීමේදී කිසිදු ස්ථානයක් නොමැති බවයි. මෙම ස්ථාවරයට අනුව, ප්‍රජනක සෞඛ්‍ය සේවාවේ දී හෘද සාක්ෂියට එකඟව විරෝධය දැක්වීම අයිතියක් නොව, සදාචාර විරෝධී ලෙස ප්‍රතිකාර කිරීම ප්‍රතික්ෂේප කිරීමකි; සහ එය රෝගීන්ට සෘණාත්මක බලපෑමක් ඇති කරන වෘත්තීය බැඳීම් අත්හැරීමක් වේ. ගබ්සා සේවා සැපයීම සඳහා හෘද සාක්ෂියට එකඟව විරෝධය දැක්වීමට අවසර නොදෙන ප්‍රතිපත්ති රාජ්‍යයන්ට තිබිය යුතු මෙම දෘෂ්ටිකෝණය හරහා තර්ක කෙරේ (Fiala and Arthur 2017).

ස්වීඩනය, ෆින්ලන්තය සහ අයිස්ලන්තය වැනි රටවල ගබ්සා නීතිවල හෘද සාක්ෂියට එකඟව විරෝධය දැක්වීම ගැන කිසිදු සඳහනක් නොමැති අතර, කාන්තාවන්ගේ ලිංගික හා ප්‍රජනක අයිතිවාසිකම් ආරක්ෂා කිරීම සඳහා මේ රටවල නොසැලෙන කැපවීම නිසා, ගබ්සා විරෝධී ව්‍යාපාරයේ අභියෝග නොතකා, මෙම ක්‍රියාව සාර්ථකව තහනම් කර ඇත (කොටුව 7 බලන්න) (Fiala et. al. 2016). මෙවැනි උදාහරණ කාන්තා සෞඛ්‍ය වෙනුවෙන් පෙනී සිටින අධිවාචකයන් විසින් තහවුරු කළ යුතු අතර, එමඟින් හෘද සාක්ෂියට එකඟව විරෝධයට අවසානයේ කිසිම තැනක අවසර නොදෙන තත්වයක් ඇති කල යුතු වේ.

3.3.7 ආරක්ෂිත ගබ්සා සේවා සඳහා ප්‍රවේශයට බාධා කරන වෙනත් නීති

3.3.7.1 කළලයේ ලිංගිය නිර්ණය (sex determination) කිරීම සහ ලිංගය මත පදනම් වන ගබ්සාව (sex selective abortion) තහනම් කිරීම

ලෝකයේ සමහර ප්‍රදේශවල, ලිංගික-නිර්ණය සහ ලිංග-වරණීය ගබ්සාව තහනම් කිරීම ගබ්සාවට ප්‍රවේශ වීමට තවත් බාධකයක් නිර්මාණය කර ඇත. එවැනි තහනම් කිරීම් අවසන් කළ යුතු බවට අපි තර්ක කරමු.

පුත්‍ර මනාපය ඓතිහාසිකව පැවත ඇති ගෝලීය සංසිද්ධියක් වුවද, එය දකුණු, නැගෙනහිර සහ මධ්‍යම ආසියාවේ ඇතැම් රටවල ස්ත්‍රී පුරුෂ සමාජභාවය මත පදනම් වන ලිංග-වරණය (gender-based sex selection) ගබ්සාවට හේතු වී තිබේ. ඉන්දියාව, චීනය, දකුණු කොරියාව, තායිවානය, ආර්මේනියාව සහ අසර්බයිජානය වැනි රටවල, මේ හේතුවෙන්, ස්ත්‍රී සහ පුරුෂ දරුවන් ඉපදීමේ අනුපාතය විකෘති වී ඇත. ඒ අනුව පුරුෂ දරුවන් ඉපදීම වැඩි වී ඇත.

ජනගහනයේ ස්ත්‍රී පුරුෂ අනුපාතය විකෘති වීම කාන්තාවන්ට සහ ගැහැණු ළමයින්ට එරෙහි ප්‍රචණ්ඩත්වය, කාන්තාවන් කුට්ටණය, සහ තරුණයින් අතර අපරාධ වැඩිවීම වැනි සමාජ ගැටලු උග්‍ර කළ හැකි බවට බියක් පවතී (Guttmacher 2012).

බොහෝ රජයන් මෙම ගැටලුවට ප්‍රතිචාර දක්වා ඇත්තේ පූර්ව-ප්‍රසව හා පූර්ව-සංසේචන ලිංග වරණය තහනම් කිරීම සහ ලිංග-වරණීය ගබ්සාව තහනම් කිරීම මගිනි. එවැනි පියවර ස්ත්‍රී පුරුෂ සමාජභාවය මත පක්ෂග්‍රාහී වන ලිංග-වරණය යන පුරුද්ද අඩු කිරීමට එතරම් බලපෑමක් කර නොමැත.

ස්ත්‍රී පුරුෂ සමාජභාවය මත පක්ෂග්‍රාහී වන ලිංග-වරණය අවම කිරීම අරමුණු කරගත් පියවරවල අනපේක්ෂිත ප්‍රතිවිපාකවලින් එකක් වන්නේ ගබ්සා සේවා සඳහා කාන්තාවන් සතු ප්‍රවේශය සීමා වීමයි. ස්ත්‍රී පුරුෂ සමාජභාවය මත පක්ෂග්‍රාහී වන ලිංග-වරණය පිළිබඳ අන්තර් ආයතන ප්‍රකාශයක පැහැදිලිවම සඳහන් වන්නේ "එවැනි ප්‍රතිඵලයක් (ගබ්සාවට ප්‍රවේශය සීමා වීම) ජාත්‍යන්තර මානව හිමිකම් ගිවිසුම්වල සහතික කර ඇති සහ ජාත්‍යන්තර සංවර්ධන ගිවිසුම් හරහා රජයන් කැපවී ඇති, පුද්ගලයන්ගේ ජීවිතය සහ සෞඛ්‍යය සඳහා ඇති අයිතිවාසිකම තවදුරටත් උල්ලංඝනය කිරීමක්" වනු ඇති බවයි (WHO 2011 v පිටුව). මේ අනුව, ස්ත්‍රී පුරුෂ සමාජභාවය මත පක්ෂග්‍රාහී වන ලිංග-වරණය හෙළා දැක එයට ක්‍රියාකාරීව විරුද්ධ විය යුතු අතර,

7 වන කොටුව:
හෘද සාක්ෂියට එකඟව විරෝධය දැක්වීමට (conscientious objection) ඉඩ නොදීම- ස්වීඩනයේ කතාව

ගබ්සා සේවා සැපයීම සඳහා හෘද සාක්ෂියට එකඟව විරෝධය දැක්වීම සඳහා ස්වීඩනය ප්‍රධාන වශයෙන් ප්‍රතිපත්ති සහ භාවිතයන් හරහා සාර්ථක තහනමක් ක්‍රියාත්මක කර ඇත. ගබ්සා නීතිය අයිතිවාසිකම් මත පදනම් වේ. කාන්තාවන්ට තනිව ගොස් ගබ්සාවක් ඉල්ලිය හැකි අතර ගැබ් ගැනීමෙන් සති 18 දක්වා ගබ්සාව සඳහා හේතුවක් සඳහන් කිරීම අවශ්‍ය නොවේ. සියලුම රෝහල්වල ප්‍රසව/නාරිවේද දෙපාර්තමේන්තු කාන්තාවකගේ ඉල්ලීම මත ප්‍රමාදයකින් තොරව ගබ්සාව සිදු කිරීමට නීතියෙන් බැඳී සිටී. ස්වීඩනයේ කාන්තාවන් සඳහා, ගබ්සා කිරීමේ පිරිවැය, යුරෝ 20-30 අතර වේ. මෙය අනෙකුත් සියලුම මහජන සෞඛ්‍ය සේවාවන් සමග සමාන වන අතර, එය හදිසි සත්කාරයක් ලෙස සලකනු ලබන බැවින් සරණාගත ප්‍රජාව සඳහා නොමිලේ ලබා දේ.

හෘද සාක්ෂියට එකඟව විරෝධය දැක්වීම සම්බන්ධයෙන් ගබ්සා නීතිය නිහඬ වුවද, එයට ඉඩ නොදීමට ප්‍රතිපත්තියක් ඇත. සෞඛ්‍ය සේවා සපයන්නන් සඳහා හෘද සාක්ෂියට එකඟව විරෝධය දැක්වීම හඳුන්වා දීමට ඉදිරිපත් කල යෝජනා ස්වීඩනයේ පාර්ලිමේන්තුව නිරන්තරයෙන් ප්‍රතික්ෂේප කර ඇත. ගබ්සා සත්කාර වෛද්‍ය පුහුණුවේ අත්‍යවශ්‍ය අංගයකි. ප්‍රසව/නාරිවේද වෛද්‍යවරයන් හෝ පවුල් සෞඛ්‍යය සේවිකාවන් වීමට කැමති අය ගබ්සා සත්කාර පිළිබඳ අනිවාර්ය පුහුණුවක් ලබන අතර, එයින් වැළකී සිටීමේ විකල්පයක් නොමැත. ගබ්සා සේවා ලබා දීමට විරුද්ධ වන අයට ප්‍රසව/නාරිවේද වෛද්‍යවරයන් හෝ පවුල් සෞඛ්‍යය සේවිකාවන් වීමට නොහැකි බවට වෛද්‍ය බලධාරීන් ස්ථාවරයක් ගනී. හෘද සාක්ෂියට එකඟව විරෝධතා දැක්වීම සම්බන්ධ තහනමට නීතිමය අභියෝග මෙතෙක් කල් සාර්ථක වී නොමැත. ඊට හේතුව වන්නේ, අධිකරණ සහ විනිශ්චය මණ්ඩල මෙතෙක් තීන්දු කර ඇත්තේ ප්‍රජනක සෞඛ්‍ය සේවා සඳහා කාන්තාවන්ගේ අයිතිය, පුද්ගලික විශ්වාස මත සත්කාර ප්‍රතික්ෂේප කිරීමට සෞඛ්‍ය සේවා සපයන්නන්ට ඇති අයිතියට වඩා වැදගත් බවයි.

මූලාශ්‍රය: Fiala et. al. 2016.

විසඳුම කිසිදු ආකාරයකින් කාන්තාවන්ට ගබ්සා සේවා වෙත ඇති ප්‍රවේශය අවහිර නොකළ යුතුය. ඵලදායී ක්‍රියාමාර්ග ගැටලුව පිළිබඳ වඩාත් පරිපූර්ණ අවබෝධයක් මත පදනම් විය යුතු අතර, ගැහැණු ළමයින් සහ කාන්තාවන්ට වෙනස් කොට සැලකීමේ සහ ඔවුන් අවතක්සේරු කිරීමේ මූල හේතු යටපත් කිරීම සඳහා දිගුකාලීන පියවර අවශ්‍යය වේ.

ගබ්සාව සඳහා අයිතිවාසිකම්වලට විරුද්ධ පාර්ශ්ව, ස්ත්‍රී පුරුෂ සමාජභාවය මත පක්ෂග්‍රාහී වන ලිංග-වරණය යන කතිකාවත භාවිතා කරමින් ස්ත්‍රී පුරුෂ සමාජභාවී සමානාත්මතාවයේ නාමයෙන් ලිංග-වරණීය ගබ්සාව තහනම් කිරීම සඳහා බලපෑම් කිරීම ද කනස්සල්ලට කරුණකි. ඇතැම් අවස්ථාවල, ඔවුන් සාර්ථක වී ඇත: යුරෝපීය සභාව තුළ ලිංග-වරණීය ගබ්සාව තහනම් කරමින් යෝජනාවක් සම්මත කිරීම එක් උදාහරණයකි (Westeston 2012). කාන්තා සෞඛ්‍ය අධිවාචකයන්ට මෙයින් ලබා ගත හැකි පාඩම නම්, ස්ත්‍රී පුරුෂ සමාජභාවය මත පක්ෂග්‍රාහී වන ලිංග-වරණය සඳහා විසඳුම වන්නේ ලිංග-වරණීය ගබ්සාව තහනම් කිරීම නොව, ස්ත්‍රී පුරුෂ සමාජභාවී සමානාත්මතාවය ප්‍රවර්ධනය කිරීම සහ ස්ත්‍රී පුරුෂ සමාජභාවය මත පදනම් වූ වෙනස්කොට සැලකීම් වැළැක්වීම සඳහා දිගුකාලීන පියවර වෙනුවෙන් ආයෝජනය කිරීමයි.

3.3.7.2 ලිංගික හැසිරීම් සම්බන්ධ නීති

ඇතැම් විට, ගබ්සාවට සම්බන්ධ නොවන වෙනත් නීති ගබ්සා ප්‍රවේශයට බාධා ඇති කළ හැකිය. ඉන්දියාවේ, ලිංගික අපරාධ වලින් දරුවන් ආරක්ෂා කිරීමේ පනත (Protection of Children from Sexual Offences Act- POCSO) මගින් බාල වයස්කාර ලිංගික හැසිරීම් වාර්තා කිරීම අවශ්‍ය වේ. එබැවින් ගබ්සා සේවා සොයන බාල වයස්කරුවන් වාර්තා කිරීමට වෛද්‍ය වෘත්තිකයන් බැඳී සිටී, මන්ද ගැබ් ගැනීම ලිංගික ක්‍රියාකාරකම් පිළිබඳ සාක්ෂියකි (Nadimpalli et. al. 2017). මොරොක්කෝවේ, විවාහයෙන් පිටත ලිංගිකව හැසිරීම නීති විරෝධී ය. එහි ප්‍රතිඵලයක් ලෙස, කාන්තාවගේ ශාරීරික හා මානසික සෞඛ්‍යය අනතුරේ තිබේ නම් සහ ස්ත්‍රී දූෂණය, ව්‍යාභිචාරය හෝ සංජානනීය විකෘතීන් ඇති අවස්ථාවන්හිදී, අවිවාහක කාන්තාවන්ට ගබ්සාව ප්‍රතික්ෂේප කරනු ලැබේ (MFPA සහ ARROW 2016).

3.3.8 ගෝලීය ගැග් රීතිය (Global Gag Rule) සහ අඩු සහ පහළ මධ්‍යම ආදායම් ලබන රටවල ගබ්සා සේවා කෙරෙහි එයින් ඇතිවන බලපෑම

කාන්තාවන්ට ආරක්ෂිත ගබ්සා සේවා සඳහා ප්‍රවේශ වීමට බාධක ඇති කරන්නේ ජාතික නීති සහ ප්‍රතිපත්ති පමණක් නොවේ. 1984 වසරේ එක්සත් ජනපදයේ ජනාධිපති රොනල්ඩ් රේගන් විසින් 'ගෝලීය ගැග් රීතිය (Global Gag Rule)' ලෙස හැඳින්වෙන මෙක්සිකෝ නගර ප්‍රතිපත්තියට ප්‍රථම වරට අත්සන් තැබූ දා සිට, විවිධ එක්සත් ජනපද ජනාධිපතිවරු ගෝලීය ගැග් රීතිය අලුත් කිරීමට තෝරා ගැනීමෙන්, කාන්තාවන්ට ආරක්ෂිත ගබ්සාව ඇතුළු වෙනත් ලිංගික හා ප්‍රජනක සෞඛ්‍ය සේවා පරාසයක් වෙත ඇති ප්‍රවේශය සීමා වී ඇත.

2017 ජනවාරි මාසයේදී, ට්‍රම්ප් පරිපාලනය ගෝලීය ගැග් රීතියේ තවත් ආකාරයක් වන 'ගෝලීය සෞඛ්‍ය ආධාර තුළ ජීවිතය රැකගැනීම' යන රීතිය බලාත්මක කළේය. මෙම රීතිය එක්සත් ජනපද අරමුදල් සහ තාක්ෂණික සහාය ලබන සියලුම විදේශීය රාජ්‍ය නොවන සංවිධාන සඳහා අදාළ විය. ඕනෑම අරමුණක් සඳහා (ලිංගික හා ප්‍රජනක සෞඛ්‍යය සේවා පමණක් නොව එච්.අයි.වී (HIV) සහ ජලය, සනීපාරක්ෂාව හා ස්වස්ථතාවය ආදීය පිළිබඳව කරන වැඩ ද ඇතුළුව) එක්සත් ජනපද රජයෙන් (USAID-ජාත්‍යන්තර සංවර්ධනය සඳහා වූ එක්සත් ජනපද ඒජන්සියෙන් ඇතුළුව) අරමුදල් ලබා ගන්නා සංවිධාන වලට පහත සඳහන් දේ තහනම් වන බව එයින් නියම කරන ලදී:

- ගබ්සා සැපයීම
- ගබ්සාව ඔවුන්ට විකල්පයක් විය හැකි බවට කාන්තාවන්ට උපදේශනය ලබා දීම
- ගබ්සාව සඳහා පෙනී සිටීම, උදාහරණයක් ලෙස ගබ්සා සත්කාර සඳහා වැඩි ප්‍රවේශයක් හෝ වඩාත් ප්‍රගතිශීලී නීති සම්පාදනය සඳහා රජය සමග අධිවාචනය කිරීම
- ගබ්සාව සපයන වෙනත් සංවිධාන වෙත කාන්තාවන් යොමු කිරීම (IPPF 2019)

කෙන්යාව, නේපාලය, නයිජීරියාව සහ දකුණු අප්‍රිකාව යන රටවල සියයකට අධික පාර්ශවකරුවන් සමඟ සිදු කල සම්මුඛ සාකච්ඡා මත පදනම් ව ජාත්‍යන්තර කාන්තා සෞඛ්‍ය සන්ධානය විසින් කරන ලද අධ්‍යයනයකට අනුව, ගබ්සා සහ ප්‍රතිසංධිවිරෝධක සේවා ඇතුළු ලිංගික හා ප්‍රජනක සෞඛ්‍ය සේවා රාශියක් ලබා ගැනීමේ හැකියාව අඩු වීමට පුළුල් කරන ලද ගෝලීය ගැග් රීතිය සෘජුවම හේතු විය (IWHC 2019). ජාත්‍යන්තර සැලසුම්ගත මාපියභාවය පිළිබඳ සම්මේලනයේ (IPPF) සහ ජාත්‍යන්තර මාරි ස්ටෝප්ස් ආයතනයේ වාර්තා පෙන්නුම් කරන්නේ, ලෝකයේ දුප්පත්ම රටවල පවුල් සැලසුම් සායන සහ ගබ්සා සායන සිය ගණනක් වසා දැමීමට සිදු වුන බවත් එමඟින් කාන්තාවන් දහස් ගණනකගේ ජීවිත හා යහපැවැත්ම අනතුරට පත් වූ බවත්ය (IPPF 2019; Marie Stopes US 2018).

2021 ජනවාරි 28 වන දින බයිඩන්-හැරිස් පරිපාලනය නිකුත් කල ජනාධිපති සංදේශයක් හරහා ගෝලීය ගැග් රීතිය අවලංගු විය. ගබ්සාවට මෙන්ම සහ LGBTQ+ ප්‍රජාවට විරුද්ධ වන ජිනීවා සම්මුති ප්‍රකාශනයට ඇමරිකා එක්සත් ජනපදය අනුග්‍රහය නොදෙන බව ද එම සංදේශය නිවේදනය කළේය. මෙම පරිපාලනය විසින්, කලින් ට්‍රම්ප් පරිපාලනය විසින් පනවන ලද දැඩි සීමාකාරී ගෝලීය ගැග් රීතිය නිසා ඇති වූ හානිය අලුත්වැඩියා කරනු ඇතැයි බලාපොරොත්තු විය. නමුත් 2025 වන විට, නැවත බලයට පත් ට්‍රම්ප් පරිපාලනය විසින් ගෝලීය ගැග් රීතිය නැවත පනවා ඇත. ඇමරිකා එක්සත් ජනපදයේ බලයේ සිටින පක්ෂය වෙනස් වීම සමගම, සෑම වසර හතරකට හෝ අටකට වරක් ගෝලීය ගැග් රීතිය පැනවීම සහ අවලංගු කිරීම මත ලිංගික හා ප්‍රජනක සෞඛ්‍යය අරමුදල් අස්ථාවර වීම අඛණ්ඩව සැලකිලිමත් විය යුතු කරුණකි.

ගබ්සා සේවා ලබා ගැනීම සඳහා නීති, ප්‍රතිපත්ති සහ සේවා ලබාදීම පිළිබඳ වන රෙගුලාසි වල තත්ත්වය තක්සේරු කිරීම සඳහා ප්‍රශ්නාවලිය

2_1 වන ප්‍රශ්නාවලිය		
ගබ්සාවට අදාළ ජාත්‍යන්තර මානව හිමිකම් ගිවිසුම් අනුමත කිරීම		
	(කොළ) අනුමත කර ඇත (කහ) කොන්දේසි සහිතව අනුමත කර (රතු) අනුමත කර නොමැත	සටහන්
	සිවිල් සහ දේශපාලන අයිතිවාසිකම් පිළිබඳ ජාත්‍යන්තර සම්මුතිය (ICCPR)	
	ආර්ථික, සමාජීය සහ සංස්කෘතික අයිතිවාසිකම් පිළිබඳ ජාත්‍යන්තර සම්මුතිය (ICESCR)	
	කාන්තාවන්ට එරෙහි සියලු ආකාරයේ වෙනස්කොට සැලකීම් තුරන් කිරීමේ සම්මුතිය (CEDAW)	
	වධහිංසා පැමිණවීම සහ අනෙකුත් කුරිරු, අමානුෂික හෝ අවමන් සහගත සැලකිලි හෝ දඬුවම්වලට එරෙහි සම්මුතිය (CAT)	
	ළමා අයිතිවාසිකම් පිළිබඳ සම්මුතිය (CRC)	
	අබාධ සහිත පුද්ගලයින්ගේ අයිතිවාසිකම් පිළිබඳ සම්මුතිය (CRPD)	
ගබ්සා කිරීමට අවසර දී ඇති නීතිමය හේතු සහ කාල සීමා		
	(කොළ) ඔව් (කහ) ඔව්, නමුත් කොන්දේසි සහිතයි (රතු) නැත	අදාළ කාල සීමා / සටහන්
	කාන්තාවකගේ ජීවිතය බේරා ගැනීමට	
	කාන්තාවකගේ සෞඛ්‍යය ආරක්ෂා කිරීමට (ශාරීරික/මානසික/නිශ්චිතව දක්වා නැත)	
	ස්ත්‍රී දූෂණය හෝ ව්‍යභිචාරය පිළිබඳ අවස්ථා වලදී	
	කළල ආබාධ ඇති අවස්ථාවන්හිදී	
	ආර්ථික හෝ සමාජීය හේතූන් මත	
	ඉල්ලීම මත	
	හෘද සාක්ෂියට එකඟව සේවා ප්‍රතික්ෂේප කිරීමට අවසර තිබේද? (කොළ) ඔව් (රතු) නැත	

ගබ්සාව සාපරාධීකරණය		
ඔව් / නැත		සටහන්
	අවසර ලත් හේතු සපුරා නොමැති ගබ්සා සම්බන්ධයෙන් අපරාධ නීතියක් ඇත.	
	එවැනි ගබ්සාවක් ලබාගන්නා කාන්තාවකට නීතියෙන් දඬුවම් පමුණුවයි.	
	එවැනි ගබ්සාවක් සපයන පුද්ගලයාට නීතියෙන් දඬුවම් පමුණුවයි.	
	එවැනි ගබ්සාවකට සහාය වන ඕනෑම පුද්ගලයෙකුට නීතියෙන් දඬුවම් පමුණුවයි.	
	කාන්තාවක් නීත්‍යානුකූල නොවන ගබ්සාවක් ලබාගෙන ඇති බවට සැක කරන්නේ නම් එය සෞඛ්‍ය සේවා සපයන්නන් පොලීසිය වෙත වාර්තා කිරීම අනිවාර්ය කරන 'නීතිමය වගකීමක්' ඇත.	

ගබ්සා ප්‍රවේශයට බාධා කරන වෙනත් නීති පැවතීම		
ඔව් / නැත		සටහන්
	ලිංග වරණය හෝ ලිංග-වරණීය ගබ්සාව වළක්වන නීති.	
	ලිංගික ප්‍රචණ්ඩත්වය හේතුවෙන් ඇති වූ බවට සැක කෙරෙන ගැබ් ගැනීම් අනිවාර්යයෙන් වාර්තා කිරීම අවශ්‍ය කරන නීති.	
	ගබ්සාව හෝ පශ්චාත් ගබ්සා සත්කාර අපේක්ෂා කරන කාන්තාවන් අනිවාර්යයෙන් වාර්තා කිරීම අවශ්‍ය කරන නීති.	
	වෙනත් නීති: විස්තර කරන්න	

2_2 වන ප්‍රශ්නාවලිය

තෙවන පාර්ශවීය අවසර අවශ්‍යතා

ඔව් / නැත		සටහන්
	සෞඛ්‍ය සේවා සපයන්නන් එක් අයෙකු හෝ වැඩි දෙනෙකු විසින් අවසර දීම අවශ්‍යය වේ	
	විවාහක සහකරුගේ අවසරය අවශ්‍යය වේ	
	බාල වයස්කරුවන් සඳහා දෙමාපියන්ගේ අවසරය අවශ්‍යය වේ (වයස සඳහන් කරන්න)	
	බුද්ධිමය හෝ මානසික ආබාධ සහිත පුද්ගලයින් සම්බන්ධයෙන් භාරකරුවෙකු විසින් අවසර දීම අවශ්‍යය වේ	
	ගබ්සාව සඳහා හේතු සෑහීමකට පත් නොවන විට අධිකරණ අවසරය අවශ්‍යය වේ	

අවසර ලත් ක්‍රම

ඔව් / නැත		සටහන්
	රික්තක චූසනය	
	මිෆෙප්‍රිස්ටෝන් සහ මිසොප්‍රොස්ටෝල් භාවිතයෙන් කරන ඖෂධ මගින් කරන ගබ්සාව	
	මිසොප්‍රොස්ටෝල් පමණක් භාවිතා කරන ඖෂධ මගින් කරන ගබ්සාව	
	විස්තාරණය සහ ඉවත් කිරීම	

අවසර ලත් සේවා සපයන්නන්	
ඔව් / නැත	සටහන්
☐ හෙදියන්	
☐ පවුල් සෞඛ්‍යය සේවිකාවන්	
☐ විශේෂඥ නොවන වෛද්‍යවරු	
☐ විශේෂඥ වෛද්‍යවරු	
☐ වෙනත් අය (විස්තර කරන්න)	

ගබ්සාව සැපයිය හැකි සෞඛ්‍යය ස්ථාන		
ඔව් / නැත	ක්‍රම	අදාළ කාල සීමා
☐ ප්‍රාථමික සෞඛ්‍ය මධ්‍යස්ථාන (රජයේ)		
☐ ද්විතියික/දිස්ත්‍රික් මට්ටමේ සෞඛ්‍යය ස්ථාන (රජයේ)		
☐ තෘතියික මට්ටමේ සෞඛ්‍යය ස්ථාන (රජයේ)		
☐ විශේෂ ගබ්සා මධ්‍යස්ථාන (රජයේ)		
☐ පෞද්ගලික සෞඛ්‍ය ස්ථාන		
☐ රාජ්‍ය නොවන සෞඛ්‍ය ස්ථාන/ නොමිලේ සේවා ලබා දෙන සෞඛ්‍ය ස්ථාන		

4 වන පරිච්ඡේදය
ආරක්ෂිත ගබ්සාව සැලසුම් කිරීම සහ කළමනාකරණය කිරීම: මානව හිමිකම් මත පදනම් වන ප්‍රවේශයක්

මෙම පරිච්ඡේදයේ අරමුණ වන්නේ මානව හිමිකම් මත පදනම් වන ප්‍රවේශයකින් සෞඛ්‍ය පද්ධති මගින් ආරක්ෂිත ගබ්සා සේවා සැපයීම කෙරෙහි අවධානය යොමු කිරීමයි.

4.1 ගබ්සා තොරතුරු සහ සේවා සඳහා මානව හිමිකම් මත පදනම් වන ප්‍රවේශයක් (human rights-based approach)

මානව හිමිකම් මත පදනම් වන ප්‍රවේශයක ප්‍රධාන ලක්ෂණ දෙකක් ඇත. පළමුවෙන්, සියළුම පුරවැසියන් සඳහා අධ්‍යාපනය, සෞඛ්‍ය සේවා සහ අනෙකුත් මූලික අවශ්‍යතා සහ පහසුකම් සඳහා ප්‍රවේශය සහතික කිරීම රජයේ හොඳ හිත මත රඳා පවතින ක්‍රියාවක් නොව, ජාත්‍යන්තර මානව හිමිකම් ප්‍රමිතීන්ට අත්සන් කරන්නන් ලෙස ඔවුන් ඉටු කල යුතු බැඳීම් බව එවන් ප්‍රවේශයකින් පිළිගැනේ. දෙවනුව, අයිතිවාසිකම් මත පදනම් වන ප්‍රවේශයකදී සැලසුම්, ප්‍රතිපත්ති සහ වැඩසටහන් වලට ජාත්‍යන්තර මානව හිමිකම් ප්‍රමිතීන් සහ මූලධර්ම ඇතුලත් වේ (ARROW Advocates Guide).

මානව හිමිකම් මත පදනම් වන ප්‍රවේශයක් සියලුම පුද්ගලයින් අයිතිවාසිකම් දරන්නන් (rights-holders) ලෙසත්, රජය සහ එහි නියෝජිතයන් පුද්ගලයින්ගේ අයිතිවාසිකම් වලට ගරු කිරීමට, ආරක්ෂා කිරීමට සහ ඉටු කිරීමට බැඳී සිටින රාජකාරි දරන්නන් (duty-bearers) ලෙසත් හඳුනා ගනියි. එක්සත් ජාතීන්ගේ ජනගහන අරමුදලට (UNFPA) අනුව සෞඛ්‍ය වැඩසටහන් සඳහා යොදාගන්නා මානව හිමිකම් පාදක ප්‍රවේශ වල පහත ලක්ෂණ ඇත:

- වැඩසටහන්වල ප්‍රතිඵල මෙන්ම ක්‍රියාවලීන් ද මානව හිමිකම් මූලධර්ම සහ ජාත්‍යන්තර මානව හිමිකම් නීතිය පිලිබඳ දැනුවත්ව ඇති බව අවධාරණය කෙරේ
- දරිද්‍රතාවයෙන් පෙළෙන අය, අවාසි සහගත පසුබිම්වලින් එන නව යොවුන් වියේ පසුවන්නන් සහ තරුණයින්, ලිංගික වෘත්තියේ නියැලී සිටින කාන්තාවන්, ආබාධ සහිත පුද්ගලයින් සහ ආගමික හා ජනවාර්ගික සුළුතර කණ්ඩායම් වැනි වඩාත්ම ආන්තික ජනගහනය කෙරෙහි අවධානය යොමු කෙරේ
- වඩාත්ම ආන්තික ජනගහනයෙන් ආරම්භ වන අදාළ සේවාවන් විශ්වීය ආවරණයක් වෙත ලඟා කරගැනීමට අරමුණු කරයි
- වැඩසටහන් චක්‍රයේ සෑම අදියරකදීම සහ අදාළ සියලු දෙනාගේම අර්ථවත් සහභාගීත්වය
- වැඩසටහන් චක්‍රයේ සියලුම අදියරකදීම සියලුම ක්‍රියාකාරීන්ගේ වගවීම සහ විනිවිදභාවය, සහ ව්‍යාපෘති සැලසුම තුළ ගොඩනගා ඇති වගවීමේ යාන්ත්‍රණයන් තිබීම (UNFPA 2010:71–72)

ගබ්සා සේවා සඳහා පුද්ගලයන්ගේ අයිතිය සලකන විට, මානව හිමිකම් මත පදනම් වන ප්‍රවේශයක් ප්‍රධාන මානව හිමිකම් මූලධර්ම සහ සෞඛ්‍ය සඳහා ඇති අයිතිය මෙන්ම, රෝගී සත්කාර සඳහා අදාළ වන මානව හිමිකම් මත ගොඩනැගෙනු ඇත. රෝගී සත්කාර සඳහා මානව හිමිකම් පදනම් කරගත් ප්‍රවේශයක් වෛද්‍ය සත්කාර හා ජීව විද්‍යාත්මක පර්යේෂණ සම්බන්ධයෙන් ඇති ආචාරධර්ම සඳහා අනුපූරක රාමුවක් ලබා දෙයි. වෛද්‍ය සත්කාර හා ජීව විද්‍යාත්මක පර්යේෂණ සම්බන්ධයෙන් ඇති ආචාරධර්ම රාමුව (bioethics) තනි පුද්ගල සම්බන්ධතා (එනම් සේවා සපයන්නා සහ රෝගියා අතර ඇති සබඳතා) කෙරෙහි අවධානය යොමු කරන අතර ස්වාධිපත්‍යය, යුක්තිය, යහපතක් කිරීම අරමුණු කරගැනීම, සහ හානි නොකිරීම වැනි දාර්ශනික මූලධර්ම වලට අදාළ වේ. අනෙක් අතට, මානව හිමිකම් රාමුව, නිදහස, පුද්ගලයාගේ ආරක්ෂාව, තොරතුරු දැනගැනීමේ අයිතිය සහ වෙනස්කොට සැලකීමෙන් තොර වීම වැනි නීතිමය සම්මතයන් මාලාවක් අදාළ කර ගනියි. එය සේවා සපයන්නා සහ රෝගියා අතර ඇති සබඳතාවලදී මුහුණ දෙන ගැටළු සඳහා ක්‍රමානුකූල ප්‍රවේශයක් ගන්නා අතර, සදාචාරාත්මක හැසිරීම් සඳහා කොන්දේසි නිර්මාණය කිරීම සම්බන්ධයෙන් රාජකාරි දරන්නා ලෙස රාජ්‍යයේ කාර්යභාරය කෙරෙහි අවධානය යොමු කරයි (Cohen and Ezer 2013).

ගබ්සා සේවා සැපයීමට යොදාගන්නා මානව හිමිකම් මත පදනම් වන ප්‍රවේශයක් මෙම පරිච්ඡේදයේ දී අප නිර්වචනය කරන්නේ පහත සඳහන් ප්‍රධාන මානව හිමිකම් මූලධර්ම සහ ප්‍රමිතීන් ඇතුළත් කර ගැනීමෙන් ය. (මෙහිදී ගබ්සා සේවාවලට, හානිය අවම කිරීමේ උපාය මාර්ගයක් ලෙස නීතියෙන් සීමා සහිත සැකසුම්

> *මානව හිමිකම් පදනම් කරගත් ප්‍රවේශය, නීති සහ ප්‍රතිපත්ති මගින් සේවා සඳහා ප්‍රවේශය සීමා කර ඇති සැකසුම් තුළ පවා, ආරක්ෂිත ගබ්සා සේවා ඉල්ලා සිටීමට අධිවාචකයින්ට පදනමක් ලබා දෙයි. ආරක්ෂිත ගබ්සා සේවා වෙත ප්‍රවේශය සීමා වලින් ඔබ්බට ගෙන යාමට අධිවාචකයින් එවැනි ප්‍රවේශ භාවිතා කර ඇති අවස්ථා පිළිබඳ උදාහරණ 3 වන පරිච්ඡේදයේ විස්තර කර ඇත. ඊට අමතරව, එවැනි සැකසුම් තුළ ආරක්ෂිත ගබ්සා සේවා සීමිත ආකාරයකින් ලබා ගත හැකි වුවද, මෙම පරිච්ඡේදයේ විස්තර කර ඇති මානව හිමිකම් මූලධර්මවලට ඔවුන් අනුගත වේද යන්න පරීක්ෂා කිරීම සඳහා සේවා නිරීක්ෂණය කළ හැකි අතර, නිරීක්ෂණය තුලින් සොයාගන්නා හිඩැස් ආමන්ත්‍රණය කරන ලෙස අධිවාචකයින්ට ඉල්ලා සිටිය හැකිය.*

තුළ ලබාදෙන පශ්චාත් ගබ්සා සත්කාර ද ඇතුළත් වන බව කරුණාවෙන් සලකන්න).

- තොරතුරු සහ සේවා සැපයීමේදී වෙනස්කොට සැලකීම් නොකිරීම
- තොරතුරු සහ සේවා තිබීම
- තොරතුරු සහ සේවා වෙත ප්‍රවේශ වීමේ හැකියාව
- තොරතුරු සහ සේවා පිළිගත හැකි වීම
- ගුණාත්මකභාවය
- දැනුවත් තීරණ ගැනීම
- පෞද්ගලිකත්වය සහ රහස්‍යභාවය
- සහභාගීත්වය, සහ
- වගවීම

මෙම මූලධර්ම සහ ප්‍රමිතීන් පහත විස්තර කෙරේ:

- **තොරතුරු සහ සේවා සැපයීමේදී වෙනස්කොට සැලකීම් නොකිරීම (non-discrimination)**
  ගබ්සා තොරතුරු සහ සේවාවන් සඳහා ප්‍රවේශයත් සේවා සැපයීමත් සෞඛ්‍ය තත්ත්වය, ජාතිය, ජනවාර්ගිකත්වය, වයස, ස්ත්‍රී පුරුෂ භාවය, ලිංගිකත්වය, ආබාධිතභාවය, භාෂාව, ආගම, ජාතික සම්භවය, ආදායම හෝ සමාජ තත්ත්වය මත පදනම් වූ වෙනස්කොට සැලකීම් වලින් තොර විය යුතුය. එහිදී අභිප්‍රාය මෙන්ම ප්‍රතිඵල වෙනස්කොට සැලකීම් වලින් තොර විය යුතුය. වැඩසටහන් සැලසුම් කිරීමේදී අවදානමට ලක්විය හැකි කණ්ඩායම් විසින් මුහුණ දෙන ප්‍රවේශයට ඇති විවිධ බාධක සැළකිය යුතු අතර මෙම බාධක ආමන්ත්‍රණය කළ යුතුය.

- **ගබ්සා තොරතුරු සහ සේවා තිබීම (availability)**
  ප්‍රමාණවත් සෞඛ්‍ය සේවා යටිතල පහසුකම් (උදා: රෝහල්, ප්‍රජා සෞඛ්‍ය පහසුකම්, පුහුණු සෞඛ්‍ය සේවා වෘත්තිකයන්) ද, භාණ්ඩ (උදා: ඖෂධ, උපකරණ, බඩු භාණ්ඩ) ද, මානව සම්පත් (සෞඛ්‍ය සේවා සපයන්නන් සහ සහායක කාර්ය මණ්ඩලය) ද, පානීය ජලය සහ සනීපාරක්ෂාව වැනි මූලික පහසුකම් ද, ප්‍රතිසංධිවිරෝධක ක්‍රම ඇතුළුව ලිංගික හා ප්‍රජනන සෞඛ්‍යය පිළිබඳ තොරතුරු සහ සේවා ද, රාජ්‍යය තුළ ප්‍රමාණවත් ප්‍රමාණයකින් තිබිය යුතු අතර භූගෝලීය වශයෙන් සහ ප්‍රජාවන් හරහා සාධාරණව බෙදා හැරිය යුතුය.

- **ගබ්සා තොරතුරු සහ සේවා වෙත ප්‍රවේශ වීමේ හැකියාව (accessibility)**
  වෙනස්කොට සැලකීමකින් තොරව සියළුම සෞඛ්‍ය සේවා වෙත ප්‍රවේශ වීමට සැම දෙනාට හැකි විය යුතුය. පුද්ගලයන්ට අවශ්‍ය ප්‍රතිසංධිවිරෝධක සේවා සහ අනුබද්ධ ලිංගික හා ප්‍රජනක සෞඛ්‍ය සේවා ඇතුළුව, රෝගාබාධ වැළක්වීමට, සෞඛ්‍යය ප්‍රවර්ධන කිරීමට මෙන්ම සුවපත් කිරීමට ඇති සෞඛ්‍ය සේවා කිසිවෙකුට ලබාදීම ප්‍රතික්ෂේප නොකළ යුතුය. ප්‍රවේශයට අන්තර්ඡේදනය වන මාන තුනක් ඇත: එනම් භෞතික ප්‍රවේශය, ආර්ථික ප්‍රවේශය හෝ දැරිය හැකි මිල, සහ තොරතුරු වෙත ප්‍රවේශය යි.

- **ගබ්සා තොරතුරු සහ සේවා පිළිගත හැකි වීම (acceptability)**
  සෞඛ්‍ය සේවා ආයතන සහ සේවා සපයන්නන් වෛද්‍ය ආචාර ධර්මවලට ගරු කළ යුතු අතර, රෝගී සත්කාර සඳහා මානව හිමිකම් පදනම් කරගත් ප්‍රවේශයක් අනුගමනය කළ යුතුය. ඔවුන් සියලුම සේවාදායකයින්ගේ මානව ගරුත්වයට ගරු කළ යුතුය. සංස්කෘතික වශයෙන් සුදුසු සත්කාර සැපයිය යුතුය. එමෙන්ම ස්ත්‍රී පුරුෂ සමාජභාවය, වයස, සංස්කෘතිය (ආගම, විශ්වාසය, වටිනාකම්, සම්මතයන් සහ භාෂාව ඇතුළුව) සහ ශාරීරික හැකියාවන් මත පදනම් වූ අවශ්‍යතාවලට ප්‍රතිචාර දැක්විය යුතුය.

- **ගබ්සා සේවාවල ගුණාත්මකභාවය (quality)**
  ගබ්සා තොරතුරු සහ සේවාවන් ඇතුළු සියලුම සෞඛ්‍ය සේවා, වෛද්‍යමය වශයෙන් සුදුසු විය යුතු අතර තාක්ෂණික තත්ත්ව ප්‍රමිතීන් සහ පාලන යාන්ත්‍රණ වලට අනුකූල විය යුතුය. විශේෂයෙන්ම ඒවා, ධනාත්මක ආකල්ප ඇති සේවා සපයන්නන් විසින් ලබා දිය යුතුය; සේවාදායකයාගේ දැනුවත් තීරණ මත පදනම් විය යුතුය. එසේම ඒවා කාලෝචිත හා ආරක්ෂිත ආකාරයකින් සහ සේවාදායකයා තෘප්තිමත් වන ආකාරයෙන් ලබා දිය යුතුය.

- **දැනුවත් සහ ස්වාධීන තීරණ ගැනීම (informed and autonomous decision-making)**
  දැනුවත් තීරණ ගැනීම දැනටමත් පිළිගෙන ඇති වෛද්‍ය ආචාර ධර්මවල අංගයකි. එය හොඳ තත්ත්වයේ සත්කාරයක ලක්ෂණයකි. කෙසේ

වෙතත්, ගබ්සා තොරතුරු සහ සේවා සැපයීමේදී සේවාදායකයාගේ ස්වාධිපත්‍යය (autonomy) බොහෝ විට අවදානමට ලක්වන නිසා මෙම අංගය වෙනම සලකා බලනු ලැබේ. පූර්ණ සහ දැනුවත් තීරණ ගැනීම යනු, ස්වාධිපත්‍යයේ ප්‍රකාශනයක් වන අතර, එය වෛද්‍ය ආචාර ධර්ම සහ ජාත්‍යන්තර මානව හිමිකම් නීතිය මගින් තහවුරු කර ඇත.

- **පෞද්ගලිකත්වය සහ රහස්‍යභාවය (privacy and confidentiality)**
  සේවාදායකයාගේ පෞද්ගලිකත්වයට, රහස්‍යභාවයට සහ මානව ගරුත්වයට ගරු කිරීම වෛද්‍ය ආචාර ධර්මවල ප්‍රධාන මූලධර්මයකි. සේවාදායකයාගේ පෞද්ගලිකත්වය ආරක්ෂා කිරීම සහ රහස්‍යභාවය පවත්වා ගැනීම සෞඛ්‍ය සේවාවේ සියලුම ක්ෂේත්‍රවලදී වැදගත් වේ. ගබ්සා තොරතුරු සහ සේවා සැපයීමේදී එය විශේෂයෙන්ම තීරණාත්මක වන අතර, රහස්‍යභාවය රැකගැනීමට අසමත් වුවහොත් ඍණාත්මක ප්‍රතිවිපාක ඇති විය හැකිය. උදාහරණයක් ලෙස, සේවාව පිළිබඳව සේවාදායකයා තුල ඇති විශ්වාසය අහිමි වන අතර, සේවාදායකයා සේවය හෝ පසු විපරම සඳහා නැවත නොපැමිණෙන තත්වයක් නිර්මාණය විය හැකිය.

- **සහභාගීත්වය (participation)**
  ගබ්සා ප්‍රතිපත්ති සහ වැඩසටහන් සැලසුම් කිරීමේදී සහ ක්‍රියාත්මක කිරීමේදී පුද්ගලයින්ට සහ ප්‍රජාවන්ට, ක්‍රියාකාරී, නිදහස් සහ අර්ථවත් කාර්යභාරයක් ඉටු කිරීමට හැකි විය යුතුය. එබැවින් ප්‍රතිපත්ති සහ වැඩසටහන් වලදී සියලුම පාර්ශවකරුවන්ට, විශේෂයෙන් සාම්ප්‍රදායිකව බැහැර කරන ලද සහ ආන්තීකරණයට මුහුණ දෙන කණ්ඩායම්වලට, ඒවායේ සහභාගීවීමට ඉඩ ලබාදෙන සහ ඔවුන්ගේ සහභාගීවීම සක්‍රිය කරන, ව්‍යුහයන් සහ යාන්ත්‍රණ නිර්මාණය කිරීම අවශ්‍ය වේ.

- **වගවීම (accountability)**
  රජයන් සහ රාජ්‍ය ආයතන සෞඛ්‍ය රැකවරණය සඳහා ඇති අයිතිය ආරක්ෂා කිරීමට ඔවුන්ට ඇති රාජකාරිවලට අදාළව ඔවුන්ගේ ක්‍රියාවන් හෝ අතපසුවීම් සඳහා වගකිව යුතුය. මෙයට ප්‍රතිසංධිවිරෝධක තොරතුරු සහ සේවා සඳහා ඇති අයිතිය සහ ආරක්ෂිත සහ නීත්‍යානුකූල ගබ්සා කිරීම් සඳහා ප්‍රවේශය ඇතුළත් වේ. ක්‍රියාත්මක කළ හැකි ප්‍රමිතීන්, රෙගුලාසි සහ ස්වාධීන අනුකූලතා අධීක්ෂණ ආයතන හරහා රජයේ සහ රාජ්‍ය ආයතන වල වගවීම සහතික කළ හැකිය. පෞද්ගලික සෞඛ්‍ය සේවා සපයන්නන්, රක්ෂණ සමාගම් සහ ඖෂධ සමාගම් වැනි පෞද්ගලික ආයතනවල ක්‍රියාවන්, පුරවැසියන්ගේ සෞඛ්‍ය අයිතිය උල්ලංඝනය නොකරන බව සහතික කිරීමට, ඒවා නියාමනය කිරීමට ද රජයට වගකීමක් ඇත.

4.2 මානව අයිතිවාසිකම් මත පදනම් වූ ගබ්සා තොරතුරු සහ සේවා ප්‍රතිපාදනය: ක්‍රියාකාරී න්‍යාය පත්‍රයක්

මෙම කොටස ගබ්සා වැඩසටහන් සැලසුම් කිරීම සහ සේවා සැපයීම ආමන්ත්‍රණය කරයි. මෙහිදී මානව අයිතිවාසිකම් මත පදනම් වන, ස්ත්‍රී පුරුෂ සමාජභාවයට ප්‍රතිචාර දක්වන, පවුල් සැලසුම් සේවා වල ලක්ෂණ ගෙනහැර දැක්වේ. මෙම ලක්ෂණ බොහොමයක් සේවා සැපයීමේදී "සේවාදායක කේන්ද්‍රීයභාවය" (client-centeredness) ලෙස අර්ථ දක්වා ඇති භාවිතයන් සමඟ අතිච්ඡාදනය වන අතර, සේවාදායකයින් බලගැන්වීම සහ සේවාදායකයින්ට ඔවුන්ගේම සෞඛ්‍ය සම්බන්ධයෙන් ක්‍රියාකාරී භූමිකාවක් ගැනීමට හැකියාව ලබා දීම ද එයට ඇතුලත් වේ.

4.1 හි අර්ථ දක්වා ඇති මානව හිමිකම් මූලධර්ම සහ ප්‍රමිතීන් නවය (වෙනස්කොට සැලකීම් නොකිරීම; ගබ්සා සේවා තිබීම; ප්‍රවේශය ඇති බව; පිළිගත හැකි වීම; ගුණාත්මකභාවය; දැනුවත් තීරණ ගැනීම; පෞද්ගලිකත්වය සහ රහස්‍යභාවය; සහභාගීත්වය සහ වගවීම) වැඩ සටහන් සහ සේවා සැපයීමේ මට්ටමින් ක්‍රියාත්මක කළ හැකි ආකාරය විස්තර කරන උප අංශ අනුව මෙම කොටස පෙළගස්වා ඇත.[6] මෙම ප්‍රමිතීන් තුළ ස්ත්‍රී පුරුෂ සමාජභාවයට ප්‍රතිචාර දැක්වීම සහ සංස්කෘතික සංවේදීතාව ඒකාබද්ධ කළ හැකි ආකාරය ද අදාළ කොටස් වල ඇතුලත් වේ.

නිශ්චිත රටක සපයනු ලබන ගබ්සා සේවා කෙතරම් දුරට මානව හිමිකම් මූලධර්ම පිළිපදින්නේ දැයි තක්සේරු කිරීම සඳහා සෑම කොටසකම ප්‍රශ්නාවලියක් ඇතුලත් වේ.

ප්‍රාදේශීය මට්ටමින් සේවා සැපයීමේදී මානව හිමිකම් ප්‍රමිතීන් පිළිපැදීම සම්බන්ධ හිඩැස් ඇති විට, අධිවාචකයින්ට, වැඩසටහන් කළමනාකරුවන් සහ සේවා සපයන්නන් සමඟ එකතු වී වෙනස්කම් ආරම්භ කිරීමට හැකියාව තිබෙනු ඇත. ප්‍රතිපත්ති සහ වැඩසටහන් මට්ටමින් වෙනස්කම් අවශ්‍යය වන ආකාරයේ හිඩැස් ඇති විට, පුළුල් පරාසයක පාර්ශ්වකරුවන් සම්බන්ධ කර ගැනීමට සිදුවනු ඇත: ෆෙඩරල් සහ පළාත් ආණ්ඩු හෝ රාජ්‍ය ආණ්ඩු; ප්‍රධාන ප්‍රතිපත්ති සම්පාදකයින්; ලිංගික හා ප්‍රජනක සෞඛ්‍යය වැඩසටහන් කළමනාකරුවන්; සෞඛ්‍ය වෘත්තිකයන්ගේ සංවිධාන; ප්‍රජා සංවිධාන සහ මත සම්පාදකයින්;

සහ ලිංගික හා ප්‍රජනක සෞඛ්‍ය සහ අයිතිවාසිකම් සම්බන්ධයෙන් වැඩ කරන සිවිල් සමාජ සංවිධාන මීට ඇතුලත් විය හැකිය (නව යොවුන් වියේ පසුවන්නන් සහ තරුණයින්, ආබාධ සහිත පුද්ගලයින්, HIV සමග ජීවත්වන පුද්ගලයන්, ලිංගික වෘත්තියේ යෙදෙන්නන්, සුළුතර ප්‍රජාවන් සහ අඩු ආදායම්ලාභී කණ්ඩායම් සමඟ වැඩ කරන සංවිධාන ගැන විශේෂයෙන් සැලකිය යුතුය).

4.2.1 ආරක්ෂිත ගබ්සා සේවා සැපයීමේදී වෙනස්කොට සැලකීම් නොකිරීම

ලිංගික හා ප්‍රජනක සෞඛ්‍ය සේවා සැපයීමේදී වෙනස්කොට සැලකීම් නොකිරීම යන්න, ලෝක සෞඛ්‍යය සංවිධානය ප්‍රධාන මූලධර්ම දෙකක් ඇතුළත් වන පරිදි නිර්වචනය කරයි (WHO, 2017):

- වෙනස්කොට සැලකීම් නොකිරීම (non-doscrimination)- ස්ත්‍රී පුරුෂ සමාජභාවය, ලිංගිකත්වය, වයස, විවාහක තත්ත්වය, කුලය, ජනවාර්ගිකත්වය, ජාතිය සහ ආර්ථික තත්ත්වය නොසලකා සැමට සේවා සැපයීම.
- ස්වාධිපත්‍යය (autonomy)- බලහත්කාරයෙන් හෝ ප්‍රචණ්ඩත්වයෙන් තොරව ස්වේච්ඡාවෙන් සේවා සැපයීම

ගබ්සා සේවා නීත්‍යානුකූලව ලබා ගත හැකි තැන්වල පවා, ආරක්ෂිත ගබ්සා සේවා ලබා ගැනීමේදී දුෂ්කරතාවන්ට මුහුණ දෙන විශේෂිත අවදානමට ලක්විය හැකි කණ්ඩායම්වලට අයත් පුද්ගලයින් සිටී. වෙනස්කොට සැලකීම් නොකිරීමේ මූලධර්මයට මෙම නිශ්චිත කණ්ඩායම් හඳුනා ගැනීම සහ ඔවුන්ට ගබ්සා සේවා වෙත ප්‍රවේශ විය හැකි බව සහතික කිරීමට විධිවිධාන සැපයීම ඇතුළත් වේ.

අනපේක්ෂිත/අනවශ්‍ය ගැබ් ගැනීමකට මුහුණ දෙන විට, නව යොවුන් වියේ පසුවන්නන් සහ තරුණ පුද්ගලයින් බොහෝ විට ගබ්සා සේවා ලබා ගැනීම ප්‍රමාද කරයි. ඒ ගැබ් ගැනීමක් සැක කිරීමට සහ රෝග විනිශ්චය කිරීමට මෙන්ම සම්පත් සංවිධානය කිරීමට සහ ගබ්සාවක් සත්කාර ලබා ගැනීමට ප්‍රමාද වීම නිසාය. විශේෂයෙන්ම ඔවුන් අවිවාහක නම් සහ ඔවුන් ජීවත්වන්නේ විවාහයට පෙර ලිංගික ක්‍රියාකාරකම් සමාජයේ කොන් කිරීමට හේතු වන සන්දර්භයක නම්, ප්‍රමාද වීමේ ඉඩ වැඩි වේ (Espinoza et al, 2020). ගබ්සා සඳහා දෙමාපියන්ගේ කැමැත්ත අනිවාර්යය කරන ප්‍රතිපත්ති හෝ නව යොවුන් වියේ ලිංගික ක්‍රියාකාරකම් අපරාධයක් ලෙස සලකන නීති ආරක්ෂිත ගබ්සා සේවා ලබා ගැනීමට අමතර බාධක එක් කරයි. දෙමාපියන් දැනුවත් කිරීම හෝ දෙමාපියන්ගේ කැමැත්ත අනිවාර්ය කරන නීති, සුදු ජාතික නොවන තරුණ කාන්තාවන්ට හෝ සංක්‍රමණික පුද්ගලයන්ට අසමාන ලෙස බලපාන බවටත්, එයින් ඔවුන් අනාරක්ෂිත ගබ්සා ක්‍රම කරා නැඹුරු වීමට හැකි බවටත් සාක්ෂි තිබේ (Dennis et al, 2009). තරුණ පුද්ගලයින් සඳහා ගබ්සා සේවා ප්‍රතික්ෂේප කිරීම හෝ එවැනි අමතර බාධක පැනවීම වෙනස්කොට සැලකීම් නොකිරීමේ මූලධර්මය සහ ඔවුන්ගේ ස්වාධිපත්‍යය යන දෙකම උල්ලංඝනය කරයි (3 වන පරිච්ඡේදය බලන්න). නව යොවුන් වියේ පසුවන්නන්ගේ නිශ්චිත අවශ්‍යතා පක්ෂග්‍රාහී නොවන ආකාරයකින් සපුරාලීමට සෞඛ්‍ය සේවා සපයන්නන් පුහුණු කළ යුතුය. නව යොවුන් වියේ සේවාදායකයාගේ නැගී එන ස්වාධිපත්‍යය වෛද්‍යවරුන් විසින් හඳුනාගත යුතු අතර, ඇතැම් හෝ සියලු වෛද්‍ය තීරණ ගැනීමට තරම් ඇය ප්‍රමාණවත් තරම් "පරිණත" විය හැක බව තේරුම් ගත යුතුය. නව යොවුන් වියේ පසුවන්නන්ගේ පරිණාමය වන හැකියාවන් (evolving capacities) අනුව, ඔවුන්ගේම තේරීම් මත පදනම්ව, ඔවුන්ගේ උපරිම යහපත (best interest) උදෙසා ඔවුන්ට සහාය වීමට සේවා සපයන්නන්ට හැකි විය යුතුය. මෙය 3 වන පරිච්ඡේදයේ විස්තරාත්මකව සාකච්ඡා කෙරේ.

ගබ්සා සේවා සැලසුම් කිරීමේදී බොහෝ විට හඳුනා නොගන්නා තවත් කණ්ඩායමක් වන්නේ සංක්‍රාන්ති පුද්ගලයින් (trans persons) ය. අනවශ්‍ය ගැබ් ගැනීමකට මුහුණදෙන සංක්‍රාන්ති පුද්ගලයින්ට බොහෝ විට කාන්තාවන් සඳහා නිර්මාණය කර ඇති ගබ්සා සේවාවන් වෙත ප්‍රවේශ වීමේදී බාධක හමුවේ. එබැවින් මෙම සේවාවන්ගෙන් ඔවුන් බැහැර කෙරේ (Lowik AJ, 2017). එම නිසා ගබ්සා සේවා සංක්‍රාන්ති පුද්ගලයන්ට හිතෛෂී බව (trans friendly) සහතික කිරීම සඳහා විශේෂ උත්සාහයන් ගත යුතුය. සංක්‍රාන්ති පුද්ගලයන්ට හිතෛෂී ගබ්සා සේවා පිළිබඳ යෝජනා කිහිපයක් 8 වෙනි කොටුවේ විස්තර කෙරේ.

HIV සමග ජීවත්වන කාන්තාවන් යනු ගබ්සාව ආශ්‍රිත ගැටළු වලට මුහුණ දෙන තවත් කණ්ඩායමකි. සාමාන්‍යයෙන් ගබ්සාවක් තෝරා ගැනීමට ඇති හේතු වලට අමතරව, ගැබ් ගැනීම අවසන් කිරීම සඳහා HIV සමග ජීවත්වන කාන්තාවන්ට, HIV සමග ජීවත්වන නිසාම ඇතිවන විශේෂිත හේතු තිබිය හැකිය: දරුවාට HIV සම්ප්‍රේෂණය වේ යැයි ඇති බිය, ගැබ් ගැනීමක් දිගටම පවත්වාගෙන යාමට පෙර වෛරස් මට්ටම අඩු වන තෙක් සිටීමට අවශ්‍ය වීම, තමන්ගේම සෞඛ්‍යයට ගැබ්ගැනීමෙන් ඇතිවන බලපෑම් පිළිබඳ සැලකිලිමත් වීම, සහ තමාගේ හෝ අනෙකුත් පවුලේ සාමාජිකයින්ගේ රැකවරණය සඳහා ප්‍රමුඛත්වය දීමට සීමා සහිත මූල්‍ය සම්පත් යොදාගැනීමට සිදු වීම මීට ඇතුළත් වේ (de Bruyn, 2012). කෙසේ වෙතත්, HIV සමග ජීවත්වන කාන්තාවන්ගේ HIV තත්ත්වය හේතුවෙන් ගබ්සා සේවා ප්‍රතික්ෂේප කරන බවට සාක්ෂි තිබේ. එසේම තවත් අවස්ථාවන්හිදී,

8 වන කොටුව: සංක්‍රාන්ති පුද්ගලයන්ට හිතෛෂී (trans friendly) ගබ්සා සේවාවක් නිර්මාණය කිරීම

- ගබ්සාවක් අවශ්‍ය කාන්තාවන් සඳහා පමණක් නොව, අනවශ්‍ය ගැබ් ගැනීමක් ඇති සහ ගබ්සාවක් අවශ්‍ය ඕනෑම අයෙකු සඳහා සේවාව ප්‍රචාරය කර ඇති බව සහතික කරන්න. සේවාවේ නම සංක්‍රාන්ති පුද්ගලයින් බැහැර නොකරන බව සහතික කිරීම (උදා: “කාන්තා සෞඛ්‍ය සායනය” වැනි නම් වලින් මෙම සේවාව කාන්තාවන් සඳහා පමණක් වන බව අර්ථ දැක්විය හැකිය), සහ පෝස්ටර් සහ පත්‍රිකා වල සංක්‍රාන්ති පුද්ගලයින්ගේ රූප අඩංගු බව සහතික කිරීම මෙයට ඇතුළත් විය යුතුය.
- ගබ්සාවක් අවශ්‍යය සේවාදායකයින් සමඟ කතා කරන විට හෝ තොරතුරු/උපදේශන ලබා දෙන විට, සංක්‍රාන්ති පුද්ගලයන්ව ඇතුලත් කරගන්නා ලෙස භාෂාව හැසිරවීමට කාර්ය මණ්ඩලයට පුහුණු කළ යුතුය. මෙයට සේවාදායකයින් තමාව හැඳින්වීමට යොදාගන්නා සර්වනාම (pronouns) සහ ඔවුන්ගේ ශරීර කොටස් හැඳින්වීමට භාවිතා කරන යෙදුම් ඇසීම ඇතුළත් විය යුතුය. පෝරම සහ ලේඛන සඳහා ද සංක්‍රාන්ති පුද්ගලයන්ව ඇතුලත් කරගන්නා භාෂාව භාවිතා කළ යුතුය. සංක්‍රාන්ති පුද්ගලයින්ට විශේෂිත වන ලිංගික හා ප්‍රජනක සෞඛ්‍ය ගැටළු පිළිබඳව ද, ලබාදෙන සේවාවන් තුල සංක්‍රාන්ති පුද්ගලයින්ව ඇතුළත් කරගැනීමට අවශ්‍යය නිශ්චිත පියවර පිළිබඳව ද කාර්ය මණ්ඩලය පුහුණු කළ යුතුය.
- අනෙකුත් සේවාදායකයින්ගෙන් එල්ල විය හැකි සංක්‍රාන්ති භීතිකාව (transphobia) ආමන්ත්‍රණය කිරීම සඳහා කාර්ය මණ්ඩලය පුහුණු කළ යුතුය. සේවා ලබාගන්නා වෙනත් අය විසින් මතු කරන ඕනෑම පැමිණිල්ලක් හෝ ගැටළුවක් විසඳන්නේ කෙසේද යන්න පිළිබඳව කාර්ය මණ්ඩලය පුහුණු කළ යුතුය: සේවාව සංක්‍රාන්ති පුද්ගලයන්ව ඇතුළත් කරගන්නා බවත් වෙනස්කොට සැලකීම් වලින් තොරව සේවා ලබා දීමට කැපවී සිටින බවත් ප්‍රකාශ කිරීම මීට ඇතුලත් විය හැකිය.
- සේවාලාභීන් සඳහා ස්ත්‍රී පුරුෂ සමාජභාවය අනුව වෙන් කර නැති වැසිකිළි කිහිපයක්වත් තිබෙන බව සහතික කරන්න.
- සංක්‍රාන්ති පුද්ගලයන් සඳහා ප්‍රමාණවත් පෞද්ගලිකත්වයක් සහ රහස්‍යභාවයක් තිබෙන බව සහතික කරන්න.

මූලාශ්‍රය: Lowik AJ, 2017.

HIV සමග ජීවත්වන කාන්තාවන්ට කළලයට HIV සම්ප්‍රේෂණය වීමේ අවදානම සඳහන් කරමින් ඔවුන්ට ගැබ් ගැනීම අවසන් කිරීමට බල කළ හැකිය (Orner et al, 2011). කාන්තාවකට ඇගේ ගැබ් ගැනීම දිගටම කරගෙන යාමට බල කිරීම හෝ ඇගේ HIV තත්ත්වය හේතුවෙන් ඇගේ ගැබ් ගැනීම අවසන් කිරීමට බල කිරීම යන දෙකම වෙනස්කොට සැලකීම නොකිරීමේ සහ ස්වාධිපත්‍යයේ මූලධර්ම උල්ලංඝනය කිරීම් වේ. HIV සමඟ ජීවත් වන පුද්ගලයින් සඳහා පරිපූර්ණ ලිංගික හා ප්‍රජනක සෞඛ්‍ය සේවාවේ කොටසක් ලෙස ගබ්සා සේවා ඇතුළත් විය යුතුය. HIV සමඟ ජීවත් වන කාන්තාවන්ට මධ්‍යස්ථ, විධානවලින් තොර, මෙන්ම විනිශ්චයයෙන් තොර ගැබ් ගැනීම පිළිබඳව උපදේශනය ලබා දිය යුතු අතර, ගැබ් ගැනීම සම්බන්ධයෙන් තීරණ ගැනීමට ඔවුන්ට ඇති බලයට සහ ඔවුන්ගේ තේරීමට ගරු කල යුතු අතර, ඊට සහාය දිය යුතුය.

ආබාධ සහිත කාන්තාවන් ඕනෑම ලිංගික ප්‍රජනක සෞඛ්‍ය සේවාවක් ලබා ගැනීමේදී අමතර බාධකවලට මුහුණ දෙයි. ආබාධ සහිත පුද්ගලයින්ගේ අයිතිවාසිකම් පිළිබඳ සම්මුතියේ මූලික මූලධර්මයක් වන්නේ ස්වාධිපත්‍යය වන අතර, ආබාධ සහිත කාන්තාවන්ට සියළුම කාන්තාවන්ට මෙන් තම දරුවන්ගේ සංඛ්‍යාව සහ පරතරය තෝරා ගැනීමේ අයිතිය මෙන්ම, බලහත්කාරයෙන්, වෙනස්කොට සැලකීම් වලින් සහ ප්‍රචණ්ඩත්වයෙන් තොරව ලිංගික හා ප්‍රජනක සෞඛ්‍යය ඇතුළු ඔවුන්ගේ ලිංගිකත්වයට අදාළ කරුණු පාලනය කිරීමටත් සහ නිදහසේ සහ වගකීමෙන් යුතුව ඒ ගැන තීරණ ගැනීමටත් අයිතිය ඇති බව, ආබාධ සහිත පුද්ගලයින්ගේ අයිතිවාසිකම් පිළිබඳ කමිටුව ප්‍රකාශ කරයි (CRPD, Art 1). කෙසේ වෙතත්, ආබාධ සහිත පුද්ගලයින් අලිංගික වන බවට, දෙමාපියන් වීමට නුසුදුසු බවට හෝ ඔවුන්ගේම ලිංගික හා ප්‍රජනක සෞඛ්‍යය පිළිබඳ තීරණ ගැනීමට ඔවුන්ට හැකියාවක් නොමැති බවට උපකල්පනය කරන හානිකර ඒකාකෘති නිසා ආබාධ සහිත කාන්තාවන් වෙනස්කොට සැලකීම් වලට මුහුණ දෙයි (WHO, 2009). ආබාධ සහිත පුද්ගලයින්ට ඔවුන්ගේ ස්වාධිපත්‍යය ක්‍රියාත්මක කිරීමට ඇති නීතිමය හැකියාව හඳුනා නොගැනීමෙන් ලිංගික හා ප්‍රජනක සෞඛ්‍යය වැඩසටහන් සහ සේවාවන් මෙම ඒකාකෘති තවත් ශක්තිමත් කළ හැකිය. ඔවුන්ගේ ගැබ් ගැනීම දිගටම පවත්වාගෙන යාමට හෝ අවසන් කිරීමට ගන්නා තීරණ සම්බන්ධයෙන් සහ ඔවුන්ගේ ගරුත්වය ආරක්ෂා කරමින් ගෞරවයෙන් යුතු සත්කාර ලබා දීමේ දී, ආබාධ සහිත පුද්ගලයින්ගේ ස්වාධිපත්‍යයට ගරු කිරීමට සෞඛ්‍ය කාර්ය මණ්ඩල පුහුණු කළ යුතුය. ආරක්ෂිත ගබ්සා සේවා ඇතුළුව ලිංගික හා ප්‍රජනක සෞඛ්‍යය සේවා සැලසුම් කිරීමේදී සහ සැපයීමේදී ආබාධ සහිත පුද්ගලයින්ගේ නිශ්චිත අවශ්‍යතා සැලකිල්ලට

ගත යුතුය. ආබාධ සහිත පුද්ගලයින් සඳහා භෞතික ප්‍රවේශය වැඩි කිරීම සඳහා සේවාවන් නිශ්චිත පියවර ගත යුතුය: රෝද පුටු සඳහා බෑවුම් සැකසීම සහ ආබාධ-හිතකාමී ලෙස නිර්මාණය කර ඇති තොරතුරු සහ ආබාධ-හිතකාමී සන්නිවේදන සම්පත් මීට ඇතුළත් වේ.

ස්ත්‍රී දූෂණයට මුහුණ දුන් අයට ලබා දෙන සත්කාර එකතුවේ කොටසක් ලෙස ගැබ් ගැනීම වැළැක්වීම සඳහා හදිසි ප්‍රතිසංධිවිරෝධක අවශ්‍ය වේ. ස්ත්‍රී දූෂණ හේතුවෙන් අනවශ්‍ය ගැබ් ගැනීමකට මුහුණ දෙන අයට සංවේදීව සැලකිය යුතු අතර ප්‍රමාදයකින් තොරව කාලෝචිත ආකාරයකින් ආරක්ෂිත ගබ්සා සේවා ලබා දිය යුතුය. හදිසි ප්‍රතිසංධිවිරෝධක, HIV සහ ලිංගිකව සම්ප්‍රේෂණය වන ආසාදන වැළැක්වීම සහ ඒවාට ප්‍රතිකාර කිරීම, මෙන්ම මානසික සෞඛ්‍ය සහාය ඇතුළු පුළුල් සේවා එකතුවක කොටසක් ලෙස ගබ්සා සේවා ලබා දිය යුතුය. වෛද්‍ය නීතිමය සහ අධිකරණ ක්‍රියා පටිපාටි, ලිංගික හා ප්‍රජනක සෞඛ්‍යය සේවා ප්‍රමාද කිරීම සඳහා පදනමක් නොවිය යුතු අතර, ගබ්සා සේවා ඇතුළු ලිංගික හා ප්‍රජනක සෞඛ්‍යය සේවා සැපයීම සඳහා කොන්දේසියක් ලෙස ස්ත්‍රී දූෂණය පිළිබඳව අනිවාර්යයෙන් (පොලීසියට) වාර්තා කිරීම අනවශ්‍යය විය යුතුය. ස්ත්‍රී දූෂණයට මුහුණ දුන් අයට සංවේදීව හා ගෞරවයෙන් සැලකීමට සහ ආරක්ෂිත ගබ්සා සේවා ඇතුළු සුදුසු වෛද්‍ය ප්‍රතිකාර ලබා දීමට සෞඛ්‍ය සේවා කාර්ය මණ්ඩලය පුහුණු කළ යුතුය.

හදිසි සහ මානුෂීය සැකසුම් (emergency and humanitarian settings) ආරක්ෂිත ගබ්සා සේවා අත්‍යවශ්‍ය වන ප්‍රධාන ක්ෂේත්‍රයකි. අවතැන්වීමට සහ සංක්‍රමණයට හේතු වන යුද්ධ හෝ ගැටුම්වලදී කාන්තාවන් සහ ගැහැණු ළමයින් ඉලක්ක කර ගන්නා අතර ස්ත්‍රී දූෂණය හේතුවෙන් පැන නගින අනවශ්‍ය ගැබ්ගැනීම් මෙහි ප්‍රතිවිපාකයකි. මෙය සමාජයේ කොන්කිරීමට සහ නෙරපා හැරීමට ද හේතු විය හැකිය. එසේම, එවැනි සැකසුම් තුළ, ප්‍රතිසංධිවිරෝධක ක්‍රම සහ මාතෘ සෞඛ්‍ය සේවා වෙත ප්‍රවේශ වීමට ඇති බාධක වැඩි විය හැකි අතර, එමඟින් සැලසුම් නොකළ ගැබ්ගැනීම් සහ ගැබ්ගැනීම් සම්බන්ධ අහිතකර ප්‍රතිඵල ඉහළ යාමේ අවදානමක් ඇති වේ. ගැටුම් කාලවලදී වෙනස්කොට සැලකීමෙන් තොරව කාන්තාවන් සහ ගැහැණු ළමයින්ගේ වෛද්‍ය අවශ්‍යතා ආරක්ෂා කළ යුතු බව ජාත්‍යන්තර මානව හිමිකම් නීතියෙන් කියවේ (Radhakrishnan et al, 2017). මෙයට ආරක්ෂිත ගබ්සා සේවා ඇතුළු ලිංගික හා ප්‍රජනක සෞඛ්‍ය සේවාවන් සඳහා ප්‍රවේශය ඇතුළත් වේ. හදිසි සහ මානුෂීය සැකසුම් තුළ කාන්තාවන් සහ ගැහැණු ළමයින්ට ආරක්ෂිත ගබ්සා සේවා ලබාදීම ප්‍රතික්ෂේප කිරීම වෙනස් කොට සැලකීමක් වන අතර, එය ශාරීරික හා මානසික දුක් වේදනාවලට හේතු විය හැකිය. එය අමානුෂික සැලකීමක් ලෙස හඳුනාගත හැකිය. අන්තර් ආයතන ක්‍රියාකාරී කණ්ඩායම විසින් සංවර්ධනය කරන ලද අර්බුදකාරී අවස්ථාවන්හිදී ලිංගික හා ප්‍රජනක සෞඛ්‍යය සඳහා වන අවම මූලික සේවා පැකේජය යනු මානුෂීය අර්බුදයක ආරම්භයේ දී බලපෑමට ලක් වූ ජනගහනයේ ලිංගික හා ප්‍රජනක සෞඛ්‍යය අවශ්‍යතාවලට ප්‍රතිචාර දැක්වීමට අවශ්‍ය තීරණාත්මක, ජීවිතාරක්ෂක ක්‍රියාකාරකම් මාලාවකි. මෙයට විවිධ ප්‍රතිසංධිවිරෝධක ක්‍රම, නීතියෙන් අවසර දී ඇති හේතු මත ආරක්ෂිත ගබ්සා ලබාදීම සහ පශ්චාත් ගබ්සා සත්කාර ලබා දීම සහතික කිරීම ඇතුළත් වේ (IAWG, 2020).

4.2.2 ආරක්ෂිත ගබ්සා සේවා තිබීම

ගබ්සා සේවා අවශ්‍ය සියලුම පුද්ගලයින්ට ඒවා ලබා ගැනීමට නම්, පළමුවෙන්ම, සෞඛ්‍ය පද්ධතියේ විවිධ මට්ටම්වලදී ආරක්ෂිත ගබ්සා සේවා පහසුවෙන් ලබා ගත හැකි විය යුතුය. ගබ්සා සේවා රජයේ සහ ලාභ නොලබන පෞද්ගලික අංශයේ පවතින ලිංගික හා ප්‍රජනක සෞඛ්‍යය සේවාවන්ට ඒකාබද්ධ කළ යුතුය. මෙයට විද්‍යාත්මකව නිවැරදි තොරතුරු, විවිධ ක්‍රම වලට සිදු කරන ගබ්සා, පශ්චාත් ගබ්සා සත්කාර සහ ප්‍රතිසංධිවිරෝධක සේවා ඇතුළු සේවා රාශියක් ඇතුළත් විය යුතුය.

ආරක්ෂිත ගබ්සා සේවා සැපයීම සඳහා ඇති තවත් වැදගත් බාධකයක් වන්නේ සෞඛ්‍ය සේවා සේවකයින්ගේ හිඟයයි. කාර්ය මාරු කිරීම හෝ කාර්ය බෙදා ගැනීම යනු විශේෂඥ වෛද්‍යවරුන් වෙනුවට විවිධ සේවාවන් සැපයීම සඳහා පුළුල් පරාසයක සෞඛ්‍ය සේවා වෘත්තිකයන් පුහුණු කරන උපාය මාර්ගයකි - මෙය සේවා ලබා ගැනීමේ හැකියාව වැඩි කිරීමටත්, සෞඛ්‍ය පද්ධතියේ පහළ මට්ටම්වලදී සේවා ලබා ගැනීමේ හැකියාව ඇති කිරීමටත්, සේවා වෙත ඇති ප්‍රවේශය වඩාත් සාධාරණ කිරීමටත් උදව් වන බව පෙන්වා දී ඇත. ආරක්ෂිත ගබ්සා සැපයීම සඳහා වන වෛද්‍ය මැදිහත්වීම් බොහොමයක් ප්‍රාථමික සත්කාර මට්ටමේ සහ/හෝ බාහිර රෝගී පදනමක් මත විශේෂඥ නොවන වෛද්‍යවරුන්ට ලබා දිය හැකි බවට සාක්ෂි තිබේ (Barnard et al, 2015). පළමු ත්‍රෛමාසිකයේදී (first trimester)–ගැබ් ගැනීමෙන් සති 10 දක්වා– ඖෂධ මඟින් කරන ගබ්සාව, ඒ සඳහා පුහුණුව ලබා ඇති පවුල් සෞඛ්‍යය සේවිකාවන්ට, හෙදියන්ට, හෙද-පවුල් සෞඛ්‍යය සේවා සපයන්නන්ට, විශේෂඥ නොවන වෛද්‍යවරුන්ට සහ දැනටමත් වෙනත් ලිංගික හා ප්‍රජනක සෞඛ්‍යය සේවා සපයන අනුපූරක වෛද්‍ය පද්ධතිවලට අයත් වෛද්‍යවරුන්ට ආරක්ෂිතව ලබා දිය හැකි බව ලෝක සෞඛ්‍යය සංවිධානය නිර්දේශ කරයි. පළමු ත්‍රෛමාසිකයේ ගබ්සාව සඳහා රික්තක චූෂනය

3 වන ප්‍රශ්නාවලිය		
වෙනස්කොට සැලකීම් නොකිරීම		
ඔව් / නැත		සටහන්
	දෙමාපියන්ගේ තොරතුරු හෝ කැමැත්ත ඉල්ලා සිටීමකින් තොරව නව යොවුන් වියේ පසුවන්නන්ට සහ තරුණයින්ට සේවා සපයනු ලැබේ.	
	දෙමාපියන්ගේ අවසරය හෝ කැමැත්ත නොමැතිව ගබ්සා සේවා සඳහා තීරණ ගැනීමට සහ කැමැත්ත ලබා දීමට නව යොවුන් වියේ පසුවන්නන්ට සහ තරුණයින්ට හැකියාව ඇති බව උපකල්පනය කෙරේ.	
	ගබ්සා සේවා සම්බන්ධ යටිතල පහසුකම් (උදා: රැඳී සිටින ප්‍රදේශ, වැසිකිළි) සංක්‍රාන්ති පුද්ගලයන් ඇතුලත් කරගන්නා ආකාරයෙන් සැලසුම් කර ඇත	
	සංක්‍රාන්ති පුද්ගලයන් ඇතුලත් කරගන්නා සේවාවන් සැපයීම සඳහා සෞඛ්‍ය සේවකයින් පුහුණු කර ඇත.	
	ප්‍රචාරණ සහ සන්නිවේදන ද්‍රව්‍ය වල සහ පෝරම වල, සංක්‍රාන්ති පුද්ගලයන්ව ඇතුලත් කරගන්නා භාෂාව යොදාගැනේ. එසේම සහ සෞඛ්‍ය සේවකයින් විසින් සේවාදායකයින් සමඟ ගණුදෙනු කිරීමේදී සංක්‍රාන්ති පුද්ගලයන්ව ඇතුලත් කරගන්නා භාෂාව භාවිතා කරනු ලැබේ.	
	ගබ්සා සේවා, HIV සමඟ ජීවත් වන කාන්තාවන් සඳහා වන පුළුල් ලිංගික හා ප්‍රජනක සෞඛ්‍යය සේවාවන්හි කොටසකි.	
	HIV සමඟ ජීවත් වන කාන්තාවන් සඳහා වන ලිංගික හා ප්‍රජනක සෞඛ්‍යය සේවාවන්ට විනිශ්චයෙන් තොර, මධ්‍යස්ථ උපදේශනය ඇතුලත් වන අතර ගැබ් ගැනීම සම්බන්ධයෙන් ඔවුන්ගේ තේරීම ක්‍රියාත්මක කිරීමට සහාය ඇතුළත් වේ.	
	HIV සමඟ ජීවත් වන කාන්තාවන්ට ඔවුන්ගේ ගැබ් ගැනීම අවසන් කිරීමට බල කරන අවස්ථා නොමැත.	
	ගබ්සා සේවා භෞතික ප්‍රවේශය අතින් ආබාධ සහිත පුද්ගලයන්ට හිතෛෂී වේ- රෝද පුටු සඳහා ප්‍රවේශය සහ බෑවුම් ඇත, ආබාධ සහිත පුද්ගලයන්ට භාවිතා කල හැකි වැසිකිළි ඇත.	
	තොරතුරු සහ සන්නිවේදන ද්‍රව්‍ය ආබාධ සහිත පුද්ගලයන්ට හිතෛෂී වේ.	
	ගැබ් ගැනීමක් දිගටම පවත්වාගෙන යාම හෝ අවසන් කිරීම සම්බන්ධයෙන් ආබාධ සහිත පුද්ගලයන්ට පුද්ගලයින්ට තමන්ගේම තේරීමක් කිරීමට නීතිමය හැකියාව ඇති බව හඳුනාගැනීමට සෞඛ්‍ය සේවා සපයන්නන් පුහුණු කර ඇති අතර ඔවුන් එය හඳුනාගනී.	
	ආබාධ සහිත පුද්ගලයින්ට ඔවුන්ගේ ගැබ් ගැනීම අවසන් කිරීමට බල කරන අවස්ථා නොමැත.	
	හදිසි ප්‍රතිසංධිවිරෝධක සහ ගබ්සා සේවා ස්ත්‍රී දූෂණයට මුහුණ දුන් අය සඳහා සපයනු ලබන ලිංගික හා ප්‍රජනක සෞඛ්‍යය සේවා එකතුවේ කොටසකි.	

	ස්ත්‍රී දූෂණය වාර්තා කිරීම අනිවාර්යය කරන නීති තිබුනද, ස්ත්‍රී දූෂණයට මුහුණ දුන් කෙනෙකු එය වාර්තා කිරීමට අකමැති නම් ගබ්සා සේවා ප්‍රතික්ෂේප නොකෙරේ.	
	වෛද්‍ය නීතිමය සහ අධිකරණ ක්‍රියා පටිපාටි නිසා, ස්ත්‍රී දූෂණයට මුහුණ දුන් අයෙකුට හදිසි ප්‍රතිසංධිවිරෝධක සහ ගබ්සා සේවා සැපයීම ප්‍රමාද වන්නේ නැත.	
	ආරක්ෂිත ගබ්සා සේවා ඇතුළු ලිංගික හා ප්‍රජනක සෞඛ්‍යය සේවා අවශ්‍ය වන ආන්තික කණ්ඩායම් හඳුනා ගැනීමට සහ ඔවුන්ට ගරුත්වයෙන් යුතුව සහ සංවේදීව සේවා සැපයීමට සෞඛ්‍ය සේවා සපයන්නන් පුහුණු කර ඇත.	
	ලිංගික හා ප්‍රජනක සෞඛ්‍යය වැඩසටහන් මගින්, ආරක්ෂිත ගබ්සා සහ අනෙකුත් ලිංගික හා ප්‍රජනක සෞඛ්‍යය සේවා සැපයීමේදී විශේෂ අවධානයක් අවශ්‍ය වන ප්‍රදේශයේ ජීවත්වන අවදානමට ලක්වන ප්‍රජාවන් සිතියම්ගත කර ඇත.	
	සේවා සැපයීමට අදාළ දත්ත තුල විශේෂ අවදානම් කණ්ඩායම් වලට සේවා සැපයීමට අදාළ දත්ත වෙන් වෙන් වශයෙන් දක්වා ඇත.	
	විශේෂ අවදානම් කණ්ඩායම්වලට සේවා වෙත ප්‍රවේශ විය හැකිද යන්න නිරීක්ෂණය කිරීම සඳහා වෙන් කරන ලද දත්ත භාවිතා කරනු ලැබේ.	

හෙදියන්, පවුල් සෞඛ්‍යය සේවිකාවන් සහ විශේෂඥ නොවන වෛද්‍යවරුන්ට ආරක්ෂිතව ලබා දිය හැකි බව ද එය නිර්දේශ කරයි (WHO, 2015). මේ අනුව, විශේෂඥ වෛද්‍යවරුන් අවශ්‍ය නොවන පරිදි, ඉහත සඳහන් කාර්ය මණ්ඩල ඇති ප්‍රාථමික සෞඛ්‍යය සේවා මට්ටමින් රික්තක චූසනය (අතින් හෝ විදුලිය මගින්) හෝ ඖෂධ මගින් පළමු ත්‍රෛමාසිකයේදී ගබ්සා සිදු කල හැකි බවට ප්‍රමාණවත් සාක්ෂි තිබේ. මෙය 3 වන පරිච්ඡේදයේදී සාකච්ඡා කෙරිණි.

දෙවන ත්‍රෛමාසිකයේදී (second trimester) ඖෂධ මගින් හෝ විස්තාරණය සහ ඉවත් කිරීම මගින් කරන ගබ්සා ලබාදීම විශේෂඥ නොවන හෝ විශේෂඥ වෛද්‍යවරුන් විසින් සිදු කිරීම නිර්දේශ කර ඇත. දෙවන ත්‍රෛමාසික ගබ්සා වලට අදාළ ඇතැම් කාර්යයන් (උදා: ගැබ්ගෙල සූදානම් කිරීම හෝ ඖෂධ මගින් සිදුකරන ගබ්සාව සැපයීම), මේ සඳහා අමතර පුහුණුවක් ද, ප්‍රමාණවත් අධීක්ෂණයක් ද, කිසියම් සංකූලතාවයක් ඇති වුවහොත් ශල්‍යකර්ම ලබාදිය හැකි සෞඛ්‍ය සේවා ස්ථානයක් වෙත යොමු කිරීමේ පහසුකම් ද ඇති විට, පවුල් සෞඛ්‍යය සේවිකාවන් සහ හෙදියන් විසින් විශේෂ අවස්ථාවන්හිදී සිදු කළ හැකිය (WHO, 2015). වෛද්‍ය විද්‍යාවේ දියුණුව සහ නවීන තාක්ෂණයන් සමඟ, ප්‍රමාණවත් ලෙස පුහුණුව ලත් මානව සම්පත් සහ සුදුසු සැපයුම් සහ උපකරණ ඇති විට, දෙවන ත්‍රෛමාසික ගබ්සා ආරක්ෂිතව සැපයිය හැකිය (2 සහ 3 පරිච්ඡේද බලන්න).
ගබ්සා සේවා අවශ්‍ය සියලුම පුද්ගලයින්ට ඒවාට ප්‍රවේශ විය හැකි බව සහතික කිරීමට නම්, සෞඛ්‍ය පද්ධතියේ පහලම මට්ටමේ සිට, රජයේ හා පෞද්ගලික සේවා ස්ථාන වල, ගබ්සා සේවා තිබෙන බව සහතික කිරීම අත්‍යවශ්‍ය වේ. එසේ නොමැති නම්, එය ග්‍රාමීය ප්‍රදේශවල ජීවත් වන, දුප්පත්, තරුණ සහ විවාහක නොවන ආදී වඩාත්ම ආන්තීකරණයට මුහුණ දෙන පුද්ගලයින්ට අසමාන ලෙස බලපාන බැවින්, ගබ්සා සේවා තිබෙන බව සහතික කිරීම සාධාරණත්වයේ මිනුමක් ද වේ.

ඊට අමතරව, ප්‍රජා සෞඛ්‍ය සේවකයින් සහ ෆාමසි හරහා ප්‍රතිසංධිවිරෝධක (contraception) තොරතුරු සහ සේවා සැපයීම, ගර්භණී පරීක්ෂණ සහ අවශ්‍ය විටෙක ප්‍රමාදයකින් තොරව ආරක්ෂිත ගබ්සා සේවා සඳහා යොමු කිරීම ආදිය, ප්‍රජා මට්ටමේ සේවාවන් තුළින් ලබා දිය යුතුය.

ගබ්සාවක් අවශ්‍යය අයට සුදුසු ක්‍රමයක් තෝරා ගැනීමට හැකි බව සහතික කිරීම ද, ගබ්සා සේවා තිබෙන බව යන්නෙන් හැඟවේ. සෑම සෞඛ්‍යය ස්ථානයකදීම අවම වශයෙන් ආරක්ෂිතව සැපයීමට හැකියාව ඇති ක්‍රම සැපයිය යුතු අතර, අනෙකුත් ක්‍රම සඳහා සුදුසු

9 වන කොටුව:
විවිධ මට්ටම්වල සෞඛ්‍ය සේවා තුල තිබිය යුතු ගබ්සා ආශ්‍රිත සේවා

ප්‍රජා මට්ටම (community level):

- ප්‍රතිංසංධිවිරෝධක සහ ගබ්සාව ඇතුළුව ප්‍රජනක සෞඛ්‍යය පිළිබඳ තොරතුරු සැපයීම
- ප්‍රජාව පදනම් කරගෙන සුදුසු ප්‍රතිංසංධිවිරෝධක ක්‍රම බෙදා හැරීම
- ගැබ්ගැනීම් හඳුනා ගැනීම
- ආරක්ෂිත ගබ්සා සේවා සඳහා යොමු කිරීම සහ තොරතුරු ලබා දීම
- ගබ්සා සංකූලතා හඳුනාගැනීම, මුල් කළමනාකරණය සහ සෞඛ්‍යය සේවා වෙත යොමු කිරීම
- ලිංගික බලහත්කාරකම් වලට මුහුණ දීම හඳුනාගැනීම, මුල් සහාය සහ සේවා වෙත යොමු කිරීම

යොමු කිරීම් බාරගන්නා සෞඛ්‍ය සේවා ස්ථාන (primary care level):

- පහළ මට්ටම්වල සඳහන් සියලුම සේවාවන්
- වන්ධ්‍යාකරණය ඇතුළු පුළුල් පරාසයක ප්‍රතිංසංධිවිරෝධක සේවා
- ගර්භනීභාවයේ සියලුම අදියර සඳහා ඇති ගබ්සා සේවා
- සියළුම ගබ්සා සංකූලතා කළමනාකරණය

ප්‍රාථමික සත්කාර මට්ටම (referral level facilities):

- ප්‍රජා මට්ටමින් ලබාදිය යුතු සියලුම සේවාවන්
- ප්‍රතිංසංධිවිරෝධක සහ ගබ්සාව පිළිබඳ තොරතුරු සැපයීම සහ උපදේශනය
- අන්තර් ගර්භාෂ උපකරණ (IUD), එන්නත් සහ තැන්පත්තු ඇතුළු පුළුල් පරාසයක ප්‍රතිංසංධිවිරෝධක සේවා
- ගැබ් ගැනීමෙන් සති 12-14 දක්වා රික්තක චූසනය (අතින් හෝ විදුලිය මගින්) ලබා දීම
- ගැබ් ගැනීමෙන් සති 9 දක්වා ඖෂධ මගින් සිදුකරන ගබ්සාව
- පශ්වාත් ගබ්සා සංකූලතා සඳහා මුල් සත්කාර (ස්ථායීකරණය) සහ යොමු කිරීම

මූලාශ්‍රය: WHO guidance document, 2012.

යොමු කිරීමේ යාන්ත්‍රණ (referral mechanisms) ඇති බව සහතික කළ යුතුය. ආරක්ෂිත ගබ්සා සේවා සේවාදායකයින්ට අවශ්‍ය විය හැකි අනෙකුත් ලිංගික හා ප්‍රජනක සෞඛ්‍යය සේවාවන් සමඟ සම්බන්ධ වන පරිදි, එනම් උදාහරණ ලෙස ගර්භණී පරීක්ෂණ, ප්‍රතිසංධිවිරෝධක ක්‍රම, HIV පරීක්ෂණ ආදී සියළු සේවා, පරිපූර්ණ ලිංගික හා ප්‍රජනක සෞඛ්‍යය සේවා එකතුවක කොටසක් ලෙස එකම වහලක් යට සැපයිය යුතුය. සෞඛ්‍ය පද්ධතියේ සෑම මට්ටමකින්ම ලබා දිය යුතු ගබ්සා ආශ්‍රිත විවිධ සේවාවන් 9 වන කොටුවෙන් විස්තර කෙරේ.

4.2.3 ආරක්ෂිත ගබ්සා සේවා සඳහා ප්‍රවේශ වීමට ඇති හැකියාව

ගබ්සා සේවා තිබීමට අමතරව, ගබ්සා සේවා වෙත ප්‍රවේශ වීමට හැකියාව ද තිබිය යුතුය. ලෝක සෞඛ්‍යය සංවිධානය ප්‍රවේශය නිර්වචනය කරන්නේ භෞතික ප්‍රවේශය, ආර්ථික ප්‍රවේශය, සහ තොරතුරු වෙත ඇති ප්‍රවේශය ඇතුලත් වන ලෙසයි (WHO, 2017).

4.2.3.1 භෞතික ප්‍රවේශය

භෞතික ප්‍රවේශය යන්නෙන් අදහස් කරන්නේ, වඩාත්ම අවදානමට ලක්විය හැකි අය ඇතුළුව සෞඛ්‍ය සේවා අවශ්‍ය සියලු දෙනාටම ආරක්ෂිත භෞතික ප්‍රවේශයක් තුළ තිබිය යුතු බවයි. ආරක්ෂිත ගබ්සා සේවා වෙත භෞතික වශයෙන් ප්‍රවේශ වීමට නම්, ගබ්සා සේවා තිබීම යටතේ ඉහත විස්තර කර ඇති පරිදි, ආරක්ෂිත ගබ්සා සේවා ප්‍රාථමික මට්ටමින් සහ හැකි සෑම විටම බාහිර රෝගී සේවා හරහා ලබා ගත හැකි විය යුතුය. මෙයින් අදහස් කරන්නේ පහළ මට්ටමේ සෞඛ්‍යය පහසුකම් සහ ප්‍රජා මට්ටමේ සේවා සපයන්නන්, ආරක්ෂිත ගබ්සා සේවා, පශ්වාත් ගබ්සා සත්කාර හෝ ගබ්සා සංකූලතා සඳහා සේවා අවශ්‍ය අය සඳහා සුදුසු යොමු කිරීම් ලබා දිය යුතු බවයි.

ආරක්ෂිත ගබ්සාව සඳහා දුරස්ථ සේවා සැපයීම (ටෙලිමෙඩිසින්/ telemedicine)

ගබ්සා සේවා සඳහා භෞතික ප්‍රවේශය වැඩි කිරීම සඳහා යොදාගෙන ඇති එක් උපාය මාර්ගයක් වන්නේ දුරස්ථ සේවා සැපයීමයි. දුරස්ථ සේවා සැපයීම යනු

4 වන ප්‍රශ්නාවලිය

ගබ්සා සේවා තිබෙන බව

	ඔව් / නැත	සටහන්
	ගබ්සා සේවා කෙතරම් තිබේදැයි යන දර්ශකය- ජනගහනයෙන් 500,000 කට ගබ්සා සේවා සපයන සෞඛ්‍ය සේවා ස්ථාන ගණන, සෞඛ්‍ය පද්ධතිය සහ එහි සේවාවන් නිරීක්ෂණය කිරීමේ සහ වාර්තා කිරීමේ කොටසක් ලෙස නිතිපතා වාර්තා කෙරේ.	
	ඖෂධ මගින් සිදුකරන ගබ්සාව සහ අතින් කරන රික්තක චූසනය හරහා පළමු ත්‍රෛමාසික ගබ්සා සේවා රාජ්‍ය සහ ලාභ නොලබන පෞද්ගලික අංශයේ ප්‍රාථමික සෞඛ්‍යය සේවා මට්ටමින් ලබා ගත හැකිය.	
	ගබ්සා සේවා සැපයීම වෛද්‍යවරුන්ට පමණක් සීමා කරන නීතිමය හෝ ප්‍රතිපත්තිමය විධිවිධාන නොමැත.	
	මධ්‍යම මට්ටමේ සෞඛ්‍ය සේවා සපයන්නන්ව (උදා: හෙදියන්, පවුල් සෞඛ්‍යය සේවිකාවන්), ඖෂධ මගින් හෝ අතින් කරන රික්තක චූසනය හරහා ආරක්ෂිත ගබ්සා සේවා සැපයීමට පුහුණු කර ඇත.	
	ද්විතීයික සහ තෘතීයික මට්ටමේ සෞඛ්‍ය සේවා ස්ථාන වල ඖෂධ මගින් සිදුකරන ගබ්සාව සහ විස්තාරණය සහ ඉවත් කිරීම හරහා දෙවන ත්‍රෛමාසික ගබ්සා සේවා ලබා ගත හැකිය.	
	විශේෂඥ වෛද්‍යවරුන් නොමැති විට, ද්විතීයික සහ තෘතීයික සෞඛ්‍ය සේවා ස්ථාන වල, විශේෂඥ නොවන වෛද්‍යවරුන් දෙවන ත්‍රෛමාසික ගබ්සා සැපයීම සඳහා පුහුණු කර ඇත.	
	ආරක්ෂිත ගබ්සා සේවා සපයන සෞඛ්‍ය සේවා ස්ථාන වල, ගබ්සා සේවා ලබාගන්නට උත්සහ කරන සේවාදායකයින්ට හැකි තාක් දුරට තමා කැමති ක්‍රමයක් තෝරා ගැනීමට ඉඩ ලබා දෙයි.	
	ප්‍රතිසංධිවිරෝධක ක්‍රම ඇතුළු පරිපූර්ණ ලිංගික හා ප්‍රජනක සෞඛ්‍යය සේවා එකතුවක කොටසක් ලෙස, එකම වහලක් යටින්, ආරක්ෂිත ගබ්සා සේවා ලබා ගත හැකිය.	
	ගර්භණී පරීක්ෂණ, ප්‍රතිසංධිවිරෝධක සැපයීම සහ ආරක්ෂිත ගබ්සාව සඳහා යොමු කිරීම සඳහා සේවාවන් ප්‍රජා මට්ටමින් ලබා ගත හැකිය.	
	ප්‍රජා සෞඛ්‍ය සේවකයින් සහ ෆාමසි වල වැඩ කරන ඖෂධවේදීන්, ගර්භණී පරීක්ෂණ, ප්‍රතිසංධිවිරෝධක සැපයීම සහ ආරක්ෂිත ගබ්සාව සඳහා යොමු කිරීම පිළිබඳව පුහුණුව ලබා ඇත.	

දුරකථන හෝ වීඩියෝ ඇමතුම් හරහා සෞඛ්‍ය සේවා සපයන්නෙකු දුරස්ථව උපදේශනය ලබා දීමයි. ඖෂධ මගින් සිදුකරන ගබ්සා සේවා සැපයීම සඳහා දුරස්ථ සේවා භාවිතය පිළිබඳව තක්සේරු කර ඇති අධ්‍යයනයන් මගින් සොයාගෙන ඇත්තේ දුරස්ථ සේවා ආරක්ෂිත, ඵලදායී සහ පිළිගත හැකි බවයි. විශේෂයෙන්ම එය දුෂ්කර ග්‍රාමීය ප්‍රදේශවල පදිංචි පුද්ගලයින්ට ආරක්ෂිත ගබ්සා වෙත ඇති ප්‍රවේශය වැඩි කරන බව සොයාගෙන ඇත (Donovan M, 2019). ඖෂධ මගින් සිදුකරන ගබ්සා සඳහා විවිධ මාදිලියේ දුරස්ථ සේවා අත්හදා බලා ඇත. එක් ක්‍රමයක් වන පරීක්ෂණ-රහිත ආකෘතියට ඇතුලත් වන්නේ දුරකථනයෙන් හෝ වීඩියෝ හරහා තම නිවසේ සිට සෞඛ්‍ය සේවා සපයන්නෙකුගෙන් උපදේශනය ලබාගැනීමත්, ඉන් පසුව ගබ්සා ඖෂධ තමා විසින්ම ලබාගැනීමත් ය. තවත් ආකෘතියකට ඇතුළත් වන්නේ සේවාදායකයින් සෞඛ්‍ය සේවා ස්ථානයකට ගොස් සායනයේ භෞතිකව නොසිටින සේවා සපයන්නෙකුගෙන් දුරස්ථව උපදේශනය ලබා ගැනීමයි (Ramaswamy et al, 2020). කෝවිඩ්-19 වසංගතය අතරතුර, ඇතැම් සැකසුම් තුළ ගබ්සා සේවා සැපයීම සඳහා දුරස්ථ සේවා යොදාගෙන ඇත. නිදසුනක් ලෙස, එක්සත් රාජධානියේ ජාතික සෞඛ්‍ය සේවය, ඖෂධ මගින් සිදුකරන ගබ්සා සඳහා, දුරස්ථ සේවා අනුමත කර ඇත (Department of Health and Social Care, 2020). නේපාලයේ, කෝවිඩ්-19 වසංගතය අතරතුර, ඖෂධ මගින් සිදුකරන ගබ්සා සඳහා දුරස්ථ සේවා, ඖෂධ ස්වයං-භාවිතය (තමා විසින්ම ලබාගැනීම) සහ ඖෂධ නිවසේදී ලබාගැනීම සෞඛ්‍ය අමාත්‍යාංශය විසින් අනුමත කරන ලදී (IPPF, 2020). කෙසේ වෙතත්, ඖෂධ මගින් සිදුකරන ගබ්සා ලබා දීමේදී දුරස්ථ සේවා භාවිතය සඳහා යම් යම් බාධක පවතී- සෞඛ්‍ය සේවා සපයන්නෙකු සමඟ මුහුණට මුහුණ හමුවීමක් අනිවාර්ය කරන නීති සහ ප්‍රතිපත්ති, ගබ්සාවකට පෙර අල්ට්‍රාසවුන්ඩ් වැනි අනිවාර්ය පරීක්ෂණ නියම කිරීම, සහතික කළ වෛද්‍යවරයකුට පමණක් ගබ්සා ඖෂධ ලබා දිය හැකි වන ලෙස පනවන සීමා මීට නිදසුන් වේ (Ramaswamy et al, 2020). ඖෂධ මගින් සිදුකරන ගබ්සා සේවාවන් සඳහා දුරස්ථ සේවා පුළුල් ලෙස ලබා ගත හැකි විකල්පයක් බවට පත් කිරීමට නම්, මෙම බාධක ආමන්ත්‍රණය කළ යුතුය.

ඖෂධ මගින් සිදුකරන ගබ්සාව ස්වයං කළමනාකරණය (self-management) සහ ස්වයං සත්කාර (self-care)

ඖෂධ මගින් සිදුකරන ගබ්සාව ස්වයං කළමනාකරණය යනු, ඖෂධ මගින් සිදුකරන ගබ්සා සඳහා ප්‍රවේශය වැඩි කිරීමට යොදාගන්නා තවත් උපාය මාර්ගයකි. ස්වයං සත්කාර මැදිහත්වීම් ලෝක සෞඛ්‍යය සංවිධානය අර්ථ දක්වන්නේ– සම්පූර්ණයෙන්ම හෝ අර්ධ වශයෙන් විධිමත් සෞඛ්‍ය සේවා ස්ථාන වලින් පිටතදී සැපයිය හැකි, සෞඛ්‍ය සේවා නිලධාරීන්ගේ සෘජු අධීක්ෂණය සමඟ හෝ සෘජු අධීක්ෂණය නැතිව භාවිතා කළ හැකි, සාක්ෂි මත පදනම් වූ මැදිහත්වීම්, ගුණාත්මක ඖෂධ, උපාංග, රෝග විනිශ්චය කරන උපාංග සහ/හෝ ඩිජිටල් නිෂ්පාදන ලෙසයි (WHO, 2019). සෞඛ්‍ය පද්ධති දුර්වල, සෞඛ්‍ය සේවා ශ්‍රම බලකායේ හිඟයක් පවතින හෝ, හදිසි අවස්ථා හෝ මානුෂීය තත්වයන් හේතුවෙන් සෞඛ්‍ය පද්ධති අඩාල වන ප්‍රදේශවල, සේවා පරතරය පියවීමට ස්වයං සත්කාර යොදා ගත හැකිය. කෙසේ වෙතත්, ස්වයං සත්කාර මැදිහත්වීම් ඵලදායී හා ආරක්ෂිතව භාවිතා කිරීම සඳහා, සංකූලතා ඇති වුවහොත් සහාය සහ රැකවරණය ලබා දෙන ක්‍රියාකාරී සෞඛ්‍ය පද්ධතියක ස්වරූපය යන්නා සක්‍රීය පරිසරයක් අවශ්‍ය බව මතක තබා ගැනීම වැදගත්ය.

බොහෝ සන්දර්භයන් තුළ කාන්තාවන්, බොහෝ හේතු නිසා, ඖෂධ මගින් සිදු කරන ගබ්සා ස්වයං කළමනාකරණය කර ඇත. නිදසුනක් වශයෙන්, 2015 දී ඉන්දියාවේ කරන ලද අධ්‍යයනයකින් ඇස්තමේන්තු කර ඇත්තේ එම වසරේ රටේ සිදු වූ සියළුම ගබ්සා වලින් හතරෙන් තුනකට ආසන්න ප්‍රමාණයක් සෞඛ්‍ය සේවා ස්ථාන වලින් පිටතදී ගබ්සා ඖෂධ මගින් ලබාගෙන ඇති බවයි (Singh et al, 2018). ගබ්සාව ස්වයං කළමනාකරණය කිරීම් පිළිබඳ විෂය පථ සමාලෝචනයකින් හෙළි වූයේ, කාන්තාවන් ගබ්සාව ලබාගැනීමට වඩාත් කැමති ක්‍රමය ලෙස ස්වයං කළමනාකරණය තෝරා ගැනීමට ඉඩ ඇති නමුත්, වෙනත් විකල්ප නැති බොහෝ අවස්ථා වලදී කාන්තාවන් එය අවසාන විසඳුම ලෙස ද භාවිතා කරන බවයි. ගබ්සාව ස්වයං කළමනාකරණය කිරීම තෝරා ගැනීම සඳහා කාන්තාවන් ලබා දුන් හේතු අතරට, සෞඛ්‍යය සේවා ස්ථානය වෙත ගමන අධික ලෙස දුර වීම, රැකියාවෙන් හෝ දරුවන් රැකබලාගනීමේ කටයුතුවලින් නිවාඩු/කාලය ලබා ගැනීමට නොහැකි වීම, මූල්‍යමය ගැටළු, නීත්‍යානුකූල ගබ්සාවක් ලබා ගත හැකි ස්ථානයක් පිළිබඳ දැනුම නොමැතිකම, පෞද්ගලිකත්වය සහ රහස්‍යභාවය පිළිබඳ ගැටළු, පොලිසියට වාර්තා කිරීම පිළිබඳ බිය සහ නීතිමය සීමාවන් ඇතුළු සායනික සත්කාර ලබා ගැනීම හා සම්බන්ධ බාධක ඇතුළත් විය. ස්වයං-කළමනාකරණය තෝරා ගැනීම සඳහා ධනාත්මක හේතු ලෙස ශල්‍යකර්ම ක්‍රමවලට වඩා ඖෂධ මගින් කරන ගබ්සාව තෝරා ගැනීම, ස්වයං කළමනාකරණය වගකීමෙන් යුතු සහ තමාව බලගැන්වෙන ක්‍රියාවක් ලෙස දැකීම, සහ නිවසේදී ගබ්සාව ලබාගන්නා විට සහය දීමට කෙනෙකු ඔවුන් සමඟ සිටීම ආදිය වාර්තා විය (Moseson et al, 2020).

ස්වයං කළමනාකරණය සහ ස්වයං තක්සේරු (self-assessment) ප්‍රවේශ, ගබ්සාව ලබාගන්නා පුද්ගලයාව බලගැන්විය හැකි අතර පවතින සෞඛ්‍ය ශ්‍රම බලකායේ සම්පත් උපරිම ලෙස යොදා ගැනීමත් කාර්යයන් බෙදා ගැනීමේ ක්‍රමය නියෝජනය කරන බවත් ලෝක සෞඛ්‍යය සංවිධානය පවසයි. සෞඛ්‍ය සේවා සපයන්නෙකුගේ සෘජු අධීක්ෂණයකින් තොරව මිෆෙප්‍රිස්ටෝන් සහ මිසොප්‍රොස්ටෝල් ඖෂධ කළමනාකරණය කිරීම, කාන්තාවන්ට නිවැරදි තොරතුරු මූලාශ්‍රයක් සහ ක්‍රියාවලියේ ඕනෑම අදියරකදී අවශ්‍යය නම් සෞඛ්‍ය සේවා සපයන්නෙකු වෙත ප්‍රවේශය ඇති විශේෂිත තත්වයන් යටතේ සිදු කළ හැකි බව ලෝක සෞඛ්‍යය සංවිධානය නිර්දේශ කරයි. ගබ්සා පෙති ගැනීමෙන් පසු, විශේෂිත තත්වයන් යටතේ ගර්භණී පරීක්ෂණ සහ ප්‍රශ්නාවලි භාවිතයෙන් ගබ්සා කිරීමේ ක්‍රියාවලියේ සම්පූර්ණත්වය තක්සේරු කිරීමට ස්වයං කළමනාකරණය භාවිතා කළ හැකි බව ද එය නිර්දේශ කරයි- ඒ මිෆෙප්‍රිස්ටෝන් සහ මිසොප්‍රොස්ටෝල් යන දෙකම භාවිතා කරන විට (මිසොප්‍රොස්ටෝල් පමණක් භාවිතා කරන විට නොවේ), සහ කාන්තාවන්ට නිවැරදි තොරතුරු මූලාශ්‍රයක් සහ ක්‍රියාවලියේ ඕනෑම අදියරකදී අවශ්‍ය නම් සෞඛ්‍ය සේවා සපයන්නෙකු වෙත ප්‍රවේශය ඇති විටයි (WHO, 2019). (ගබ්සාවේ සම්පූර්ණත්වය තක්සේරු කිරීමට භාවිතා කරන ගර්භණී පරීක්ෂණ මෙම අරමුණ සඳහා විශේෂයෙන් භාවිතා කරන අඩු සංවේදී ගර්භණී පරීක්ෂණ වන අතර මේවා ගැබ් ගැනීම හඳුනා ගැනීමට භාවිතා කරන පරීක්ෂණවලට වඩා වෙනස් බව කරුණාවෙන් සලකන්න).

එබැවින්, පළමු ත්‍රෛමාසිකයේදී ඖෂධ මගින් සිදු කරන ගබ්සාව සඳහා ස්වයං කළමනාකරණය ශක්‍ය විකල්පයක් ලෙස සලකනු ලැබුවද, දුර්වල ලෙස ක්‍රියාකරන සහ ප්‍රතිචාර නොදක්වන සෞඛ්‍ය පද්ධති සඳහා විකල්පයක් ලෙස එය නොසැලකිය යුතු බව අවබෝධ කර ගැනීම වැදගත්ය. නැතහොත්, එහි ප්‍රතිඵලය වන්නේ සෞඛ්‍ය පද්ධතිය වගකීමෙන් තොර වීමයි. ඒ වෙනුවට, ස්වයං කළමනාකරණ මැදිහත්වීම්, අවශ්‍ය විටෙක සෞඛ්‍ය පද්ධතියෙන් ප්‍රමාණවත් සහාය ඇතිව, කාන්තාවන්ව තමන්ගේ ශරීරය සහ සෞඛ්‍යය පාලනය කිරීම සම්බන්ධයෙන් බලගැන්වීමේ ප්‍රවේශයක් ලෙස දැකිය යුතු සහ භාවිතා කළ යුතු වේ.

4.2.3.2 ආර්ථික ප්‍රවේශය

ගබ්සා ලබාගැනීමට ආර්ථික ප්‍රවේශය ප්‍රධාන බාධකයක් වන බව හොඳින් දන්නා කරුණකි. සෞඛ්‍ය සේවා ලබාගැනීමට උත්සහ කරන විට මූල්‍ය බාධක අසමාන ලෙස ආන්තික කණ්ඩායම්වලට බලපාන බව සාක්ෂිවලින් පෙනී යයි. නව යොවුන් වියේ පසුවන්නන්, ග්‍රාමීය ප්‍රදේශවල කාන්තාවන්, දුප්පත් කාන්තාවන් සහ තනිකඩ කාන්තාවන්, ආරක්ෂිත ගබ්සා සේවාවක් සඳහා ගමන් සහ නවාතැන් වියදම් ඇතුළු සම්පත් සංවිධානය කිරීමේදී දුෂ්කරතාවන්ට මුහුණ දෙයි. ඊට අමතරව, ගබ්සාවක් ලබාගැනීමට උත්සහ කරන පුද්ගලයා සමාජීය වශයෙන් අවදානමට ලක්විය හැකි කණ්ඩායමකට අයත් වන විට සහ ගැබ් ගැනීම සහ ගබ්සාව සමාජයේ කොන් කිරීමට හේතු වන විට, පෞද්ගලික අංශයේ සේවා සපයන්නන් එම පුද්ගලයන් සූරාකෑමට අධික ගාස්තු අය කරන බවට සාක්ෂි තිබේ (Duggal R, 2004). පෞද්ගලිකව දැරිය යුතු අධික වියදම් හේතුවෙන් ගබ්සාවක් අවශ්‍ය පුද්ගලයින්ට ආරක්ෂිත ගබ්සා සේවා වෙත ප්‍රවේශ වීමට නොහැකි වූ විට, ඔවුන්ට අනාරක්ෂිත ක්‍රම වෙත යොමු වීමට සිදු වේ. මේ නිසා, අනාරක්ෂිත ගබ්සා වල ප්‍රතිවිපාක සහ දිගුකාලීන බලපෑම් ආමන්ත්‍රණය කිරීමට, අවසානයේදී සෞඛ්‍ය පද්ධතියට ඉහළ පිරිවැයක් දැරීමට විය හැකිය. එබැවින් රාජ්‍ය අංශයේ ආරක්ෂිත ගබ්සා සේවා නොමිලේ ලබා දීමට මූල්‍යය යාන්ත්‍රණ තිබීම වැදගත් වේ. සේවා සැපයීමේදී අය කරන පරිශීලක ගාස්තු ප්‍රවේශයට ප්‍රධාන බාධකයක් විය හැකිය. ගබ්සා සේවා ආවරණය කිරීම සඳහා ලිංගික හා ප්‍රජනක සෞඛ්‍යය වැඩසටහන් තුළ ප්‍රමාණවත් අරමුදල් වෙන්කළ යුතුය. ඊට අමතරව, සෞඛ්‍ය රක්ෂණ වැඩසටහන් වැනි මූල්‍ය ආරක්ෂණ යාන්ත්‍රණ හරහා ගබ්සා සේවා ආවරණය කළ යුතුය. සෞඛ්‍ය රක්ෂණ වැඩසටහන් විශාල සංඛ්‍යාවක් ගබ්සා සේවා සඳහා ආවරණය සපයන්නේ නැත- නිදසුනක් වශයෙන්, එක්සත් ජනපදයේ, ස්ත්‍රී දූෂණය, ව්‍යභිචාරය හෝ ජීවිතයට අනතුරක් ඇති අවස්ථා වල හැර ගබ්සා සේවා සඳහා ගෙවීමට රජයෙන් ලබාදෙන සෞඛ්‍යය ආවරණය (මෙඩිකේඩ්/ Medicaid) හරහා ෆෙඩරල් අරමුදල් භාවිතා කළ නොහැක (Henshaw et al, 2009). සෞඛ්‍ය රක්ෂණ වැඩසටහන් යටතේ ගබ්සා සේවා ඇතුළත් කර ඇති බව සහතික කිරීම සඳහා නීතිමය සහ ප්‍රතිපත්තිමය නියෝග තිබිය යුතුය.

ඖෂධ මගින් සිදු කරන ගබ්සාව, දුර්වල හෝ ප්‍රතිචාර නොදක්වන සෞඛ්‍ය පද්ධති වෙනුවට යොදා ගැනීමෙන් වැළකිය යුතුය. ඒ වෙනුවට, ගබ්සාව ස්වයං කළමනාකරණය කිරීම, අවශ්‍ය විටෙක සෞඛ්‍ය පද්ධතියෙන් ප්‍රමාණවත් සහාය ඇතිව, කාන්තාවන්ව තමන්ගේ ශරීරය සහ සෞඛ්‍යය පාලනය කිරීම සම්බන්ධයෙන් බලගැන්වීමේ ප්‍රවේශයක් ලෙස සැලකිය යුතුය.

5 වන ප්‍රශ්නාවලිය		
ගබ්සා සේවා වෙත ප්‍රවේශ වීමට ඇති හැකියාව		
	ඔව් නැත	සටහන්
	ප්‍රදේශයේ සියලුම ජනගහනය සඳහා (උපරිම) පැය 2ක් ගමන් කිරීමෙන් ආරක්ෂිත ගබ්සා සේවාවක් වෙත ළඟා විය හැකිය.	
	ඖෂධ මගින් සිදු කරන ගබ්සා සේවා සැපයීම සඳහා දුරස්ථ සේවා භාවිතා කරයි.	
	ගබ්සා සේවා සැපයීම වෛද්‍යවරුන්ට පමණක් සීමා කරන කිසිදු විධිවිධානයක් නීති හෝ ප්‍රතිපත්ති වල නොමැත.	
	සෞඛ්‍ය සේවා සපයන්නා සමඟ මුහුණට මුහුණලා උපදේශනය අනිවාර්ය කිරීමක් හෝ දුරස්ථ සේවා භාවිතයට බාධක වන අල්ට්‍රාසවුන්ඩ් පරීක්ෂණ අනිවාර්ය කිරීම වැනි විධිවිධාන නීති හෝ ප්‍රතිපත්ති වල නොමැත.	
	පුද්ගලයෙක් ගබ්සාව ස්වයං කළමනාකරණය කිරීම තෝරා ගන්නේ නම්, එය වළක්වන විධිවිධාන නීති හෝ ප්‍රතිපත්ති වල නොමැත.	
	ගබ්සාවක් ලබාගැනීමට උත්සහ කරන ඕනෑම කෙනෙකුට ගබ්සාව ස්වයං කළමනාකරණය කිරීම පිළිබඳව තොරතුරු ලබා දෙනු ඇත.	
	ගබ්සාවක් ස්වයං කළමනාකරණය කිරීමට තෝරා ගන්නා ඕනෑම පුද්ගලයෙකුට නිවැරදි තොරතුරු මූලාශ්‍රයක් ඇති අතර, ක්‍රියාවලියේ ඕනෑම අදියරකදී අවශ්‍ය නම් සෞඛ්‍ය සේවා සපයන්නෙකු වෙත ප්‍රවේශය ඇත.	
	ගර්භණී පරීක්ෂණ සහ ප්‍රශ්නාවලි භාවිතයෙන් ගබ්සා කිරීමේ ක්‍රියාවලියේ සම්පූර්ණත්වය පිළිබඳ ස්වයං තක්සේරුව පිළිබඳ තොරතුරු, මිෆෙප්‍රිස්ටෝන් සහ මිසොප්‍රොස්ටෝල් යන දෙකම භාවිතයෙන් ඖෂධ මගින් සිදු කරන ගබ්සාවක් ලබාගන්නා පුද්ගලයින්ට සපයනු ලැබේ.	
	ගබ්සා කිරීමේ ක්‍රියාවලියේ සම්පූර්ණත්වය ස්වයං තක්සේරු කිරීමට තෝරා ගන්නා ඕනෑම පුද්ගලයෙකුට නිවැරදි තොරතුරු මූලාශ්‍රයක් ඇති අතර, ක්‍රියාවලියේ ඕනෑම අදියරකදී අවශ්‍ය නම් සෞඛ්‍ය සේවා සපයන්නෙකු වෙත ප්‍රවේශය ඇත.	
	රාජ්‍ය අංශය හරහා, මූල්‍ය යාන්ත්‍රණ වල සහය ඇතිව, ආරක්ෂිත ගබ්සා සේවා නොමිලේ ලබා දෙනු ලැබේ.	
	රාජ්‍ය අංශය සහ ලාභ නොලබන පෞද්ගලික අංශය හරහා සේවා සැපයීමේදී ආරක්ෂිත ගබ්සාව සඳහා පරිශීලක ගාස්තු අය නොකෙරේ.	
	ගබ්සා සේවා ආවරණය කිරීම සඳහා ලිංගික හා ප්‍රජනක සෞඛ්‍යය වැඩසටහන් තුළ ප්‍රමාණවත් අරමුදල් වෙන් වේ.	
	සෞඛ්‍ය රක්ෂණ වැඩසටහන් වැනි මූල්‍ය ආරක්ෂණ යාන්ත්‍රණය යටතේ ගබ්සා සේවා ආවරණය කෙරේ.	

	ගබ්සා කිරීමේ නීතිමය තත්ත්වය සහ ගබ්සාව නීත්‍යානුකූලව ලබා ගත හැකි හේතු පිළිබඳ නිවැරදි තොරතුරු සාමාන්‍ය ජනතාවට පුළුල් ලෙස සන්නිවේදනය කෙරේ.	
	රටේ ගබ්සාව පිළිබඳ නීති පිළිබඳ නිවැරදි තොරතුරු සෞඛ්‍ය සේවා සපයන්නන් සතු වේ.	
	ගබ්සා සේවා තිබෙන ස්ථාන, ගර්භනී සමයේ විවිධ කාල වලදී ගබ්සා සේවා ලබා ගත හැකි ස්ථාන සහ තෝරාගැනීමට කුමන ක්‍රම තිබේද යන්න පිළිබඳව තොරතුරු ප්‍රජාව තුළ පුළුල් ලෙස ප්‍රචාරණය කර ඇත.	
	ගබ්සා සේවා තිබෙන ස්ථාන, ගර්භනී සමයේ විවිධ කාල වලදී ගබ්සා සේවා ලබා ගත හැකි ස්ථාන සහ තෝරාගැනීමට කුමන ක්‍රම තිබේද යන්න පිළිබඳව තොරතුරු සැපයීම සඳහා ප්‍රජා සෞඛ්‍ය සේවකයින් සහ ඖෂධවේදීන් (ෆාමසිවල සේවා සපයන්නන්) පුහුණු කර ඇත.	

4.2.3.3 තොරතුරු වෙත ප්‍රවේශය

තොරතුරු වෙත ඇති ප්‍රවේශයට සෞඛ්‍යය පිළිබඳ තොරතුරු සෙවීමේ සහ ලබා ගැනීමේ අයිතිය ඇතුළත් වේ. ගබ්සා ලබාගැනීම පිළිබඳ නෛතික තත්ත්වය පිළිබඳ දැනුම නොමැතිකම ආරක්ෂිත ගබ්සා ලබා ගැනීමට බාධකයක් වේ. නිදසුනක් වශයෙන්, ඉන්දියාවේ වෛද්‍යමය ගැබ් ගැනීම් අවසන් කිරීමේ පනත (Medical Termination of Pregnancy Act) යටතේ ගබ්සා කිරීමේ නීත්‍යානුකූලභාවය පිළිබඳ පවතින දැනුම දුර්වල බව ඉන්දියාවෙන් කරන ලද අධ්‍යයනවලින් පෙනී යයි (Nidadavolu and Bracken, 2006). ගබ්සාව සම්බන්ධ නෛතික තත්ත්වය සහ ගබ්සාව නීත්‍යානුකූලව ලබා ගත හැකි හේතු පිළිබඳ නිවැරදි තොරතුරු සාමාන්‍ය ජනතාවට පුළුල් ලෙස සන්නිවේදනය කළ යුතුය. රට තුළ ගබ්සාව සම්බන්ධ නීති පිළිබඳ සෞඛ්‍ය සේවකයින්ට නිවැරදි තොරතුරු ඇති බව ද සහතික කළ යුතුය. නීතියට අමතරව, ගබ්සා සේවා තිබෙන ස්ථාන, ගර්භනී සමයේ විවිධ කාල වලදී ගබ්සා සේවා ලබා ගත හැකි ස්ථාන සහ තෝරාගැනීමට කුමන ක්‍රම තිබේද යන්න පිළිබඳව තොරතුරු ප්‍රජාව තුළ පුළුල් ලෙස ප්‍රචාරණය කල යුතුය. එවැනි තොරතුරු සැපයීම සඳහා ප්‍රජා සෞඛ්‍ය සේවකයින් සහ ඖෂධවේදීන් (ෆාමසිවල සේවා සපයන්නන්) පුහුණු කළ හැකිය.

4.2.4 ආරක්ෂිත ගබ්සා සේවා පිළිගත හැකි බව

ආරක්ෂිත ගබ්සා සේවා පිළිගත හැකි වීමට නම්, ඒවා ප්‍රධාන මානයන් දෙකක් ආමන්ත්‍රණය කළ යුතුය: එනම් වෛද්‍ය සහ සමාජ-සංස්කෘතික මාන යි. සේවාවන් වෛද්‍ය ආචාර ධර්මවලට ගරු කළ යුතු අතර, ස්ත්‍රී පුරුෂ සමාජභාවයට ප්‍රතිචාර දක්වන සහ සංස්කෘතික වශයෙන් සුදුසු ඒවා විය යුතුය.

ගබ්සා සේවාවල ගුණාත්මකභාවය පිළිබඳ සේවාදායකයින්ගේ දෘෂ්ටිකෝණයන් කල අධ්‍යයනයන් මගින් සේවා පිළිගැනීමට බලපාන සාධක කිහිපයක් හඳුනාගෙන ඇත. ගෞරවයෙන් යුත් සත්කාර සැපයීමේදී සේවා සපයන්නාගේ ආකල්ප සහ මිත්‍රශීලී බව, සේවා සපයන්නාගේ සංවේදීතාව සහ රහස්‍යභාවය, ගබ්සා සේවා සැපයීම සඳහා කොන්දේසියක් ලෙස ප්‍රතිසංධිවිරෝධක ක්‍රමයක් අනුගමනය කිරීමට බල කිරීම ඇතුළු බලකිරීම් වලින් තොර බව සහ ප්‍රමාදයකින් තොරව සේවා සැපයීම මෙයට ඇතුළත් වේ. විශේෂයෙන්ම ගබ්සා සේවා නොමිලේ සපයන විට, සේවා සපයන්නන්ට බොහෝ විට මෙම කාරණා ඉටු කිරීමේ අවශ්‍යතාවය දැනෙන්නේ නොමැති බව අධ්‍යයනයන් පෙන්වා දී ඇත (Barua and Apte, 2007).

ගබ්සා සේවා සේවාදායකයින්ගේ නිශ්චිත අවශ්‍යතා සපුරාලීමට අපොහොසත් වන විට, සේවාදායකයින් බොහෝ විට තාක්ෂණික ගුණාත්මක ප්‍රමිතීන් සපුරා නොමැති වුවද, සේවාදායකයින්ගේ අවශ්‍යතා සපුරාලන ගබ්සා සේවා වලට කැමැත්තක් දක්වයි. බොහෝ සැකසුම් තුළ, විශේෂයෙන්ම අවිවාහක පුද්ගලයන් ගබ්සාව ලබාගන්නා විට, එය සමාජීය කොන් කිරීමට හේතු වන අතර, ගබ්සා සේවා ලබා ගැනීමේදී රහස්‍යභාවය ඉතා වැදගත් ලෙස සැලකේ.
ගබ්සා සේවා සංස්කෘතික වශයෙන් පිළිගත හැකි වීම ඉහල නැංවීමට යොදාගත හැකි ප්‍රධාන උපාය මාර්ගයක් වන්නේ දේශීය භාෂාව කතා කළ හැකි, එමෙන්ම ඕනෑම ප්‍රශ්නයක් හෝ සැකයක් සම්බන්ධයෙන්

6 වන ප්‍රශ්නාවලිය		
පිළිගත හැකි බව		
ඔව් / නැත		සටහන්
	ගබ්සා සේවා ලබා ගැනීමට උත්සහ කරන සේවාදායකයින් සමඟ අන්තර් ක්‍රියා කිරීමේදී සෞඛ්‍ය සේවා සපයන්නන් මිත්‍රශීලී, සංවේදී සහ ගෞරවයෙන් යුතු වේ.	
	ගබ්සා සේවා සපයන අතරතුර සෞඛ්‍ය සේවා සපයන්නන් පෞද්ගලිකත්වය සහ රහස්‍යභාවය පවත්වා ගනී.	
	ගබ්සා සේවා ලබා ගැනීමට උත්සහ කරන විට ප්‍රතිසංධිවිරෝධක ක්‍රමයක් අනුගමනය කිරීමට බල කිරීමක් නොමැත.	
	ගබ්සාවක් ලබා ගැනීමට උත්සහ කරන සේවාදායකයෙකුට උපත් ප්‍රතිසංධිවිරෝධක ක්‍රමයක් භාවිතා කිරීමට අවශ්‍ය නැතිනම්, ඔවුන්ට ගබ්සාව ලබා දීම ප්‍රතික්ෂේප නොකෙරේ.	
	ගබ්සා සේවා ලබා ගැනීමට උත්සහ කරන අයට ගබ්සා සේවා සැපයීමේ ප්‍රමාදයක් නොමැත.	
	ගබ්සාවක් ලබා ගැනීමට උත්සහ කරන සේවාදායකයින්ට නිවැරදි සහ සම්පූර්ණ තොරතුරු සැපයීම සඳහා උපදේශකයින් ගබ්සා සේවාවල සිටී.	
	උපදේශකයින්/සෞඛ්‍ය සේවා සපයන්නන්ට දේශීය භාෂාව කතා කිරීමට හැකියාව ඇත.	
	උපදේශකයින්/සෞඛ්‍ය සේවා සපයන්නන් දේශීය සංස්කෘතික සන්දර්භයන් පිළිබඳව දැනුවත් වන අතර විශේෂිත ආන්තික කණ්ඩායම්වල අවශ්‍යතාවලට සංවේදී වේ.	
	උපදේශකයින්/සෞඛ්‍ය සේවා සපයන්නන් සෑම සේවාදායකයෙකු සමඟම ප්‍රමාණවත් කාලයක් ගත කරන අතර ඕනෑම ප්‍රශ්නයකට හෝ සැකයකට නිවැරදිව, ඉවසිලිවන්තව සහ සංවේදීව පිළිතුරු සපයයි.	
	සෞඛ්‍ය සේවා සපයන්නන් සමීප සහකරු ප්‍රචණ්ඩත්වයට මුහුණ දෙන සේවාදායකයින් හඳුනා ගැනීමට පුහුණුව ලබා ඇත.	
	සමීප සහකරු ප්‍රචණ්ඩත්වය සඳහා පරීක්ෂා කිරීම ගබ්සා සේවා සැපයීම සමඟ ඒකාබද්ධ කර ඇත.	
	සමීප සහකරු ප්‍රචණ්ඩත්වයට මුහුණ දෙන සේවාදායකයින්ට සහාය වන්නේ කෙසේද යන්න පිළිබඳව උපදේශකයින්/සෞඛ්‍ය සේවා සපයන්නන් පුහුණුව ලබා ඇත.	
	ස්ත්‍රී පුරුෂ සමාජභාවයට ප්‍රතිචාර දැක්වෙන ආකාරයකින්, තම කැමැත්තට එරෙහිව ගැබ් ගැනීම දිගටම කරගෙන යාමට/අවසන් කිරීමට බල කෙරෙන සේවාදායකයෙකුට සහාය වන්නේ කෙසේද යන්න පිළිබඳව උපදේශකයින්/සෞඛ්‍ය සේවා සපයන්නන් පුහුණුව ලබා ඇත.	

සංවේදීව විසඳුම් ලබා දිය හැකි උපදේශකයින් යොදා ගැනීමයි. උපදේශනයට ගබ්සා ක්‍රියා පටිපාටියේ සියලුම අංශ පිළිබඳව තොරතුරු ඇතුළත් විය යුතු අතර, විවිධ සංස්කෘතික සන්දර්භයන්ගෙන් එන අයගේ අවශ්‍යතා සැලකිල්ලට ගත යුතුය. සැලකිල්ලට ගත යුතු වැදගත් කරුණ නම් උපදේශනය යනු සේවා සපයන්නාගේ දෘෂ්ටිකෝණය පිළිගැනීමට 'පෙළඹවීම', 'උපදෙස් ලබාදීම' හෝ 'ඒත්තු ගැන්වීම' නොව, සේවාදායකයාට තේරීමක් කිරීමට හැකි වන පරිදි අදාළ සහ සුදුසු තොරතුරු සැපයීමයි.

ස්ත්‍රී පුරුෂ සමාජභාවයට ප්‍රතිචාර දැක්වීම (gender responsiveness) යනු ගබ්සා සේවා පිළිගත හැකි වීම ඉහල නංවන තවත් ප්‍රධාන ලක්ෂණයකි. ස්ත්‍රී පුරුෂ සමාජභාවයට ප්‍රතිචාර දකවන (gender responsive) උපදේශනය යනු ස්ත්‍රී පුරුෂ සමාජභාවී සම්මතයන් සහ ඒවා ප්‍රජනන හැසිරීමට බලපාන ආකාරය සැලකිල්ලට ගන්නා උපදේශනය වන අතර, ඒ හරහා ගැබ් ගැනීම සහ ගබ්සා ක්‍රියා පටිපාටිය සම්බන්ධයෙන් තේරීම් කිරීමට අවශ්‍ය තොරතුරු ලබා දීමෙන් සේවාදායකයින් සන්නද්ධ කළ හැකිය. සමීප සහකරු ප්‍රචණ්ඩත්වය හේතුවෙන් පුද්ගලයෙකුට තම කැමැත්තට විරුද්ධව ගැබ් ගැනීමක් අවසන් කිරීමට හෝ දිගටම පවත්වාගෙන යාමට බලපෑම් එල්ල වනවා විය හැකිය. ස්ත්‍රී පුරුෂ සමාජභාවය මත පදනම් වූ ප්‍රචණ්ඩත්වය හෝ සමීප සහකරු ප්‍රචණ්ඩත්වය හඳුනා ගැනීම සහ ආමන්ත්‍රණය කිරීම ස්ත්‍රී පුරුෂ සමාජභාවයට ප්‍රතිචාර දක්වන උපදේශනයේ ප්‍රධාන අංගයක් විය යුතුය.

4.2.5 ගුණාත්මකභාවය

ලෝක සෞඛ්‍යය සංවිධානයේ මාතෘ සෞඛ්‍යය සඳහා වන සත්කාර ගුණාත්මකභාවය පිළිබඳ රාමුව මගින් සත්කාරයේ ගුණාත්මකභාවය පිළිබඳ පුළුල් ක්ෂේත්‍ර දෙකක් හඳුනා ගනී- ඒ සත්කාර සැපයීම සහ සත්කාර පිළිබඳ අත්දැකීම් වේ (Tuncalp et al, 2015). මේ අනුව, ආරක්ෂිත ගබ්සා සේවා තාක්ෂණිකව හොඳ තත්ත්වයේ තිබිය යුතු අතර සේවාදායකයාගේ නිශ්චිත අවශ්‍යතාවලට සංවේදී විය යුතුය.

4.2.5.1 සම්මත මාර්ගෝපදේශ සහ සත්කාරයේ තාක්ෂණික ගුණාත්මකභාවය

යහපත් සායනික මූලධර්ම සහ ආචාර ධර්ම මෙන්ම අයිතිවාසිකම් පිළිබඳ වන වටිනාකම් මත පදනම්ව, හොඳ තත්ත්වයේ සත්කාරයක් ස්ථාපිත කිරීමට යොදා ගත හැකි ප්‍රධාන ක්‍රමය වන්නේ ගබ්සා සත්කාර සැපයීම සඳහා වන සම්මත මාර්ගෝපදේශ යොදා ගැනීමයි. එවැනි මාර්ගෝපදේශ තමන්ට අදාළ වන ප්‍රමිතීන් හඳුනාගැනීමට සහ සේවා අධීක්ෂණය සහ ඇගයීමට සෞඛ්‍යය පහසුකම් වලට සහ සේවා සපයන්නන්ට උපකාරී වන අතරම, එම ප්‍රමිතීන්ට අනුකූලව වගවීම සක්‍රීය කිරීමට දායක වේ. කෙසේ වෙතත්, බොහෝ රටවල, එවැනි සම්මත මාර්ගෝපදේශ නොමැත. මාර්ගෝපදේශ සාක්ෂි මත පදනම් විය යුතු අතර වෛද්‍ය විද්‍යාවේ දියුණුව පිළිබිඹු වන පරිදි නිතර නිතර යාවත්කාලීන කළ යුතුය.

ආරක්ෂිත ගබ්සා සේවා සැපයීමේ විවිධ තාක්ෂණික අංග පිළිබඳව ඇති වත්මන් සාක්ෂි 2 වන පරිච්ඡේදයේ විස්තර කර ඇත. ගබ්සා කිරීමේ නවීන ක්‍රම- එනම් පළමු ත්‍රෛමාසිකයේදී ඖෂධ මගින් කරන ගබ්සාව සහ රික්තක චූෂනය, සහ දෙවන ත්‍රෛමාසිකයේදී ඖෂධ මගින් කරන ගබ්සාව සහ විස්තාරණය සහ ඉවත් කිරීම (D&E), විස්තාරණය සහ සූරා ගැනීම (D&C) වැනි යල් පැන ගිය ක්‍රමවලට වඩා ආරක්ෂිත සහ වඩාත් ඵලදායී වේ. එබැවින්, සෞඛ්‍යය සේවාවන් ඔවුන් සේවා සපයන මට්ටමට අදාළ වෙන පරිදි, නවීන ක්‍රම තෝරා ගැනීමක් ලබා දිය යුතුය.

ප්‍රමාණවත් වේදනා කළමනාකරණය තාක්ෂණික ගුණාත්මක භාවයේ ප්‍රධාන අංගයකි. ප්‍රමාණවත් වේදනා සහනයක් නොමැතිව ලිංගික හා ප්‍රජනක සෞඛ්‍ය සේවා සැපයීම අගෞරවයක් සහ අපයෝජනයක් ලෙස සැලකේ (WHO, 2014). විවිධ ගබ්සා කිරීමේ ක්‍රියා පටිපාටි සඳහා යොදාගත යුතු විවිධ වේදනා කළමනාකරණ ක්‍රම 2 වන පරිච්ඡේදයේ සාකච්ඡා කෙරිණි. ගබ්සා සත්කාර සපයන සෞඛ්‍ය සේවා ස්ථාන වල, සුදුසු වේදනා සහන ක්‍රම තෝරා ගැනීමට හැකි විය යුතුය.

ඒ හා සමානව, ආසාදන වැළැක්වීම තාක්ෂණික ගුණාත්මක භාවයේ තවත් තීරණාත්මක අංගයකි. සෞඛ්‍ය සේවා සපයන්නන් ආසාදන වැළැක්වීමේ ප්‍රමිතීන් පිළිබඳව පුහුණු කළ යුතු අතර, නිසි විෂබීජ නැසීම සහ විෂබීජහරණය සහතික කිරීම සඳහා සෞඛ්‍ය සේවා ස්ථාන වල ප්‍රමාණවත් උපකරණ සහ ද්‍රව්‍යය තිබිය යුතුය.

ප්‍රමාණවත් වේදනා සහනයක් නොමැතිව ලිංගික හා ප්‍රජනක සෞඛ්‍ය සේවා සැපයීම අගෞරවයක් සහ අපයෝජනයක් ලෙස සැලකේ.

4.2.5.2 බලදායී පරිසරයක් (enabling environment) නිර්මාණය කිරීම

ගබ්සා සත්කාරයේ ගුණාත්මකභාවය සහතික කිරීම සඳහා, බලදායී පරිසරයක් නිර්මාණය කිරීම

සඳහා අවශ්‍ය සෞඛ්‍ය පද්ධතියේ සියලුම අංග, සම්පූර්ණයෙන්ම ක්‍රියාකාරී වීම අවශ්‍ය වේ.

පද්ධතියේ සියලුම මට්ටම්වල ප්‍රමාණවත් පුහුණු සෞඛ්‍ය සේවා සපයන්නන් සංඛ්‍යාවක් සිටිය යුතුය. මෙම සේවා සපයන්නන්ට සුදුසු ගබ්සා ක්‍රම, වේදනා කළමනාකරණය, ආසාදන වැළැක්වීම සහ ගෞරවයෙන් යුතු සත්කාර පිළිබඳ නිපුණතා පාදක පුහුණුවක් ලැබිය යුතුය. පුහුණුවට පෞද්ගලිකත්වය සහ රහස්‍යභාවය පවත්වා ගැනීම සහ නව යොවුන් වියේ පසුවන්නන් වැනි කණ්ඩායම්වල නිශ්චිත අවශ්‍යතා සපුරාලීම ද ඇතුළත් විය යුතුය. ගබ්සා ලබාගැනීමට උත්සහ කරන පුද්ගලයින් ගැන සේවා සපයන්නන් තුල ඇති ඍණාත්මක ආකල්ප බොහෝ විට සේවාවල ගුණාත්මක භාවයට බලපායි (වැඩිදුර තොරතුරු සඳහා 3 වන පරිච්ඡේදය බලන්න). සේවා සපයන්නන්ට ඔවුන්ගේ පුද්ගලික විශ්වාසයන් සත්කාර ලබාදීමේ ක්‍රියාවලියට බලපාන අන්දම ගැන මෙනෙහි කිරීමට අවස්ථාව සැකසීමට වටිනාකම් පැහැදිලි කිරීමේ (value clarification) වැඩමුළු පැවැත්විය යුතුය. අපරාධ නීතිය හරහා දඬුවම් ලැබීම පිළිබඳ බිය ද ගබ්සා සත්කාර ප්‍රතික්ෂේප කිරීමට හේතු විය හැකි අතර, මෙය භයානක ලෙස ගබ්සාව වෙත ඇති ප්‍රවේශය සීමා කරයි. ආරක්ෂිත ගබ්සා සේවා සැපයීම සඳහා සැබවින්ම බලදායී පරිසරයක් ඇති කිරීම සඳහා එවැනි සාපරාධී දඬුවම් ඉවත් කළ යුතුය. ගබ්සාවක් ප්‍රතික්ෂේප කළහොත්, ඒ සම්බන්ධයෙන් කාලෝචිත අභියාචනයක් සඳහා ඉඩ සලසන, ප්‍රමාණවත් දුක්ගැනවිලි විසඳීමේ යාන්ත්‍රණ (grievance redress mechanisms) ස්ථාපිත කළ යුතුය.

එක් එක් මට්ටමින් සපයනු ලබන විවිධ ගබ්සා ක්‍රම සඳහා අවශ්‍ය ප්‍රමාණවත් උපකරණ සහ ද්‍රව්‍යය අඛණ්ඩව සැපයෙන බව සහතික කළ යුතුය. ඖෂධ මගින් සිදු කරන ගබ්සා සඳහා යොදාගන්නා ඖෂධ- එනම් මිෆෙප්‍රිස්ටෝන් සහ මයිසොප්‍රොස්ටෝල්- ලෝක සෞඛ්‍යය සංවිධානයේ අත්‍යවශ්‍ය ඖෂධ ආදර්ශ ලැයිස්තුවේ (WHO Model List of Essential Medicines) කොටසක් වන අතර, ඒවායේ අඛණ්ඩ සැපයුම සහතික කිරීමට නම් ඒවා ජාතික අත්‍යවශ්‍ය ඖෂධ ලැයිස්තු වලට ද ඇතුලත් කල යුතුය. වේදනා කළමනාකරණ ඖෂධ, රික්තක චූසනය සඳහා යොදාගන්නා සිරින්ජ සහ කැනියුලා, ප්‍රතිජීවක ඖෂධ, සහ ප්‍රතිසංධිවිරෝධක ක්‍රම ආදීයේ ද අඛණ්ඩ සැපයුම සහතික කළ යුතුය. මේවා සාමාන්‍යයෙන් භාවිතා කරන භාණ්ඩ ලැයිස්තු වල ද, ප්‍රතිසම්පාදන සහ කළමනාකරණ තොරතුරු පද්ධතිවල ද කොටසක් විය යුතුය.

ගබ්සා සේවා සැපයීමේ තවත් ප්‍රධාන අංගයක් වන්නේ කාලෝචිත සත්කාරයයි (timeliness of care). බොහෝ සන්දර්භයන් තුළ, නීත්‍යානුකූල ගබ්සා විධිවිධාන සඳහා ගර්භණී වයස් සීමාවන් (gestational age limits) ඇත. එයින් අදහස් වන්නේ ඕනෑම ප්‍රමාදයකින් නීත්‍යානුකූල ගබ්සාවක් නීති විරෝධී විය හැකි බවයි. හැකි තරම් කලින් ගබ්සාව සැපයීම වඩාත් ආරක්ෂිත වේ. එබැවින්, ගබ්සා සේවාවක ඕනෑම ප්‍රමාදයක් පෙන්නුම් කරන්නේ එම සත්කාරය ගුණාත්මක බව අතින් දුර්වල බවයි. අනිවාර්ය ප්‍රමාද කාල සීමාවන් සහ අනිවාර්ය අල්ට්‍රාසවුන්ඩ් පරීක්ෂණ වැනි ප්‍රමාදයන්ට දායක වන නීති සහ ප්‍රතිපත්ති ඉවත් කළ යුතුය. කාලෝචිත ආකාරයකින් ගබ්සාවක් අපේක්ෂා කරන අයට සත්කාර සැපයීම සඳහා සෞඛ්‍ය සේවා සපයන්නන් පුහුණු කළ යුතුය. ඇතැම් සන්දර්භයන් තුළ ගබ්සා සේවා සැපයීම සඳහා සේවා සපයන්නන්ට බලපත්‍ර හෝ සහතික ලබා දීම සිදු කරයි. ගබ්සා සේවා වෙත ප්‍රවේශය පුළුල් කිරීම සඳහා මෙම සහතික කිරීමේ නිර්ණායක ඕනෑවට වඩා දැඩි නොවිය යුතු අතර, සෙසු වෛද්‍ය ක්‍රියා පටිපාටි සඳහා අපේක්ෂා කරන අවශ්‍යතා වලට සමාන විය යුතුය.

4.2.5.3 අධීක්ෂණය (monitoring) සහ තත්ත්ව සහතික කිරීම (quality assurance)

අධීක්ෂණ යාන්ත්‍රණය සත්කාරයේ ගුණාත්මකභාවය පවත්වා ගැනීම සහතික කරයි. ගබ්සාව සම්බන්ධ විශේෂිත දත්ත අධීක්ෂණය කිරීම සෞඛ්‍යය සේවා ස්ථාන මට්ටමින් මෙන්ම ජාතික මට්ටමෙන් සහ දිස්ත්‍රික් මට්ටමින් සිදු කළ යුතුය. සෞඛ්‍යය සේවා ස්ථාන මට්ටමින් අධීක්ෂණය කිරීම සඳහා, සේවා දත්ත විශ්ලේෂණය, කාරක අධ්‍යයනය, රෝගාබාධ සහ මරණ විගණන, නිරීක්ෂණ, සේවා ස්ථාන පරීක්ෂාව සහ සේවාදායක ප්‍රතිපෝෂණ ඇතුළු විවිධ ක්‍රමවේද යොදා ගත යුතුය. ගබ්සාව ලබා දෙන විට ගර්භණී වයස (ගැබ් ගැනීමෙන් සති කීයක් ගත වී ඇත්ද යන වග), භාවිතා කල ගබ්සා ක්‍රමය, සහ සේවා ලබා දුන් විශේෂිත අවදානමට ලක්විය හැකි කණ්ඩායම් අනුව දත්ත වෙන් කළ යුතුය. ගැටළු හඳුනා ගැනීමත් සහ ඒවාට විසඳුම් සොයා ගැනීමටත් සේවා සපයන්නන්ගේ ප්‍රතිපෝෂණ සඳහා ක්‍රම තිබිය යුතුය. අධීක්ෂණ යාන්ත්‍රණ හරහා මතු වන සොයාගැනීම්, කලින් කල ගුණාත්මක පරීක්ෂාවන් සිදු කරන සහ නිවැරදි කිරීමේ ක්‍රියාමාර්ග ගන්නා තත්ත්ව සහතික කිරීමේ යාන්ත්‍රණවලට සම්බන්ධ කල යුතුය. ගබ්සා සේවා වල විවිධ අංශ නිරීක්ෂණය කිරීමට භාවිතා කළ හැකි දර්ශක කිහිපයක් 10 වන කොටුවේ ලැයිස්තුගත කර ඇත.

ගබ්සාවට අදාළ සේවා දත්ත නිරීක්ෂණය කල හැකි වන ලෙස, විවිධ මට්ටම්වල කළමනාකරණ තොරතුරු

ගබ්සා සේවා තෝරාගැනීම සම්බන්ධයෙන් සේවාදායකයින් වැදගත් යයි සළකන කරුණු අධ්‍යයනවලින් පෙන්වා දී ඇත. මෙම කරුණු සත්කාර ලබාගැනීමේ අත්දැකීම සම්බන්ධයෙන් අදාළ වේ. සංස්කෘතික වශයෙන් පිළිගත හැකි වීම, ස්ත්‍රී පුරුෂ සමාජභාවයට ප්‍රතිචාර දැක්වීම, පෞද්ගලිකත්වය සහ රහස්‍යභාවය, සහ දැනුවත් තීරණ ගැනීම මීට ඇතුලත් වේ.

10 වන කොටුව:
ගබ්සා සේවා අධීක්ෂණය කිරීම සඳහා යෝජිත දර්ශක කිහිපයක්

ලබා ගත හැකි බව සහ ප්‍රවේශය

- ජනගහනයෙන් 500,000 කට ආරක්ෂිත ගබ්සා සේවා සපයන සේවා ස්ථාන ගණන
- පැය 2 ක කාලයක් ඇතුලත ආරක්ෂිත ගබ්සා සේවා ස්ථානයකට ගමන් කල හැකි ජනගහනය
- ආරක්ෂිත ගබ්සා සේවා සැපයීම සඳහා පුහුණු කරන ලද සෞඛ්‍ය සේවා සපයන්නන්ගේ අනුපාතය

තොරතුරු වෙත ප්‍රවේශය

- ගබ්සා සම්බන්ධ නීතිමය තත්ත්වය පිළිබඳව නිවැරදි දැනුමක් ඇති ජනගහනයේ ප්‍රතිශතය
- ගබ්සා සම්බන්ධ නීතිමය තත්ත්වය පිළිබඳව නිවැරදි දැනුමක් ඇති සෞඛ්‍ය සේවා සපයන්නන්ගේ ප්‍රතිශතය

ගුණාත්මකභාවය

- ප්‍රේරිත ගබ්සා සඳහා සාක්ෂි මත පදනම් වූ ක්‍රම සපයන සේවා ස්ථාන ගණන
- පශ්චාත් ගබ්සා සංකූලතා සඳහා සත්කාර සපයන සේවා ස්ථාන ගණන

ප්‍රතිඵල

- ගබ්සාව හේතුවෙන් රෝහල්ගත වීමේ ප්‍රතිශතය
- කාන්තාවන් 1,000 කට අනාරක්ෂිත ගබ්සාව හේතුවෙන් රෝහල්ගත වීමේ අනුපාතය
- සජීවී උපත් 1,000 කට ගබ්සා
- අනාරක්ෂිත ගබ්සා හේතුවෙන් මාතෘ මරණ අනුපාතය

මූලාශ්‍රය: Lowik AJ, 2017.

පද්ධතිවලට ඇතුළත් කළ යුතුය. ඊට අමතරව, විවිධ මට්ටම්වල වැඩසටහන් ඇගයීම සහ අධීක්ෂණයට ගබ්සා පිලිබඳ නිශ්චිත දර්ශක ඇතුළත් විය යුතුය. මෙයට ක්‍රියාවලි සම්බන්ධ දර්ශක මෙන්ම ප්‍රතිඵල සම්බන්ධ දර්ශක යන දෙකම ඇතුළත් විය යුතුය (10 වැනි කොටුව බලන්න).

4.2.5.4 සත්කාර ලබාගැනීමේ අත්දැකීම්

ගබ්සා සේවා තෝරාගැනීම සම්බන්ධයෙන් සේවාදායකයින් වැදගත් යයි සළකන කරුණු අධ්‍යයනවලින් පෙන්වා දී ඇත. මෙම කරුණු සත්කාර ලබාගැනීමේ අත්දැකීම සම්බන්ධයෙන් අදාළ වේ. සංස්කෘතික වශයෙන් පිළිගත හැකි වීම, ස්ත්‍රී පුරුෂ සමාජභාවයට ප්‍රතිචාර දැක්වීම, පෞද්ගලිකත්වය සහ රහස්‍යභාවය, සහ දැනුවත් තීරණ ගැනීම ආදී වන මෙම කරුණු, මෙම පරිච්ඡේදයේ වෙනත් කොටස් වල විස්තර කර ඇත. මෙම කරුණු සම්බන්ධයෙන් සෞඛ්‍ය සේවා සපයන්නන් පුහුණු කල යුතු අතර මේවා අධීක්ෂණ සහ තත්ත්ව සහතික කිරීමේ යාන්ත්‍රණයන්හි කොටසක් විය යුතුය.

4.2.6 දැනුවත් තීරණ ගැනීම

දැනුවත් තීරණ ගැනීමේ මූලධර්මයට අංග දෙකක් තිබේ. එකක් නම්, සේවාදායකයින්ට ගබ්සාවට අදාළ අවශ්‍ය සියලු තොරතුරු ලබා දී ඇති අතර මෙම තොරතුරු මත පදනම්ව ඔවුන්ට තමන් විසින්ම තීරණයක් ගැනීමට හැකියාව ලබා දෙයි. දෙවැන්න නම්, සම්පූර්ණ තොරතුරු මත පදනම්ව, ගබ්සාවක් කළ යුතුද නැද්ද යන තීරණය කාන්තාවගේ තනි තීරණයක් වන අතර, මේ තීරණය ගත යුත්තේ වෙනත් කිසිවෙකු නොවේ. මෙය කලින් සාකච්ඡා කළ ස්වාධිපත්‍යය (autonomy) යන මූලධර්මය සමඟ බැඳී ඇත.

ගබ්සාවක් ලබාගැනීමට උත්සාහ කරා පුද්ගලයින් බොහෝ විට අවදානමට ලක්විය හැකි තත්වයක සිටී. ඒ ඔවුන් අනවශ්‍ය ගැබ් ගැනීමකට මුහුණ දී සිටින බැවින් සහ ඔවුන් ඒ පිළිබඳව තීරණයක් ගෙන ඉක්මනින් එම තීරණය මත ක්‍රියා කළ යුතු බැවිනි. විශේෂයෙන්ම ඔවුන් නව යොවුන් වියේ පසුවන්නන්

7 වන ප්‍රශ්නාවලිය		
ගුණාත්මකභාවය		
	ඔව් / නැත	සටහන්
	ගබ්සා සත්කාර සැපයීම සඳහා සාක්ෂි මත පදනම් වූ සම්මත මාර්ගෝපදේශ ජාතික මට්ටමින් ලබා ගත හැකිය.	
	ගබ්සා සත්කාර සැපයීම සඳහා සම්මත මාර්ගෝපදේශ වෛද්‍ය විද්‍යාවේ මෑත කාලීන දියුණුව මත පදනම්ව කලින් කලට යාවත්කාලීන වේ.	
	සෞඛ්‍යය සේවා වලින් සේවා සපයන මට්ටමට අදාළ වෙන පරිදි, නවීන ක්‍රම තෝරා ගැනීමක් ලබා දේ.	
	ගබ්සා කිරීම සඳහා, විස්තාරණය සහ සූරා ගැනීම (D&C) වැනි යල් පැන ගිය ක්‍රම කිසිදු සේවා ස්ථානයක භාවිතා නොකෙරේ.	
	සෑම ගබ්සා සේවාවක්ම ගබ්සාව ලබාගන්නා අය සඳහා ප්‍රමාණවත් වේදනා කළමනාකරණයක් ලබා දෙනු ලැබේ.	
	ගබ්සාව ලබාගන්නා අය සඳහා ප්‍රමාණවත් වේදනා කළමනාකරණයක් සැපයීමට සෞඛ්‍ය සේවා සපයන්නන් පුහුණු කර ඇත.	
	සෑම ගබ්සා සේවාවකම ප්‍රමාණවත් ආසාදන වැළැක්වීමේ ක්‍රම අනුගමනය කරයි.	
	සෞඛ්‍ය සේවා සපයන්නන් ප්‍රමාණවත් සහ සුදුසු ආසාදන වැළැක්වීමේ ක්‍රම පිළිබඳව පුහුණුව ලබයි.	
	ආසාදන වැළැක්වීම සඳහා අවශ්‍ය සියලුම උපකරණ සහ ද්‍රව්‍යය අඛණ්ඩව සැපයෙන අතර සහ ඒවා වැඩ කරන තත්ත්වයේ පවතී.	
	විවිධ මට්ටම්වල ගබ්සා සේවා සැපයීම සඳහා විවිධ මට්ටමේ සෞඛ්‍ය සේවා සපයන්නන් ප්‍රමාණවත් සංඛ්‍යාවක් සිටී.	
	ගබ්සා සේවා සැපයීමේ විවිධ අංශ පිළිබඳව සෞඛ්‍ය සේවා සපයන්නන් නිපුණතා පාදක පුහුණුව ලබා ඇත.	
	සෞඛ්‍ය සේවා සපයන්නන් ගෞරවයෙන් යුතු සහ සංවේදී සත්කාර සැපයීම, පෞද්ගලිකත්වය සහ රහස්‍යභාවය පවත්වා ගැනීම සහ විවිධ කණ්ඩායම්වල විශේෂ අවශ්‍යතා සපුරාලීම පිළිබඳ (උදා: නව යොවුන් වියේ පසුවන්නන්) පුහුණුව ලබා ඇත.	
	ගබ්සාව පිළිබඳ වටිනාකම් පැහැදිලි කිරීමේ අභ්‍යාස සෞඛ්‍ය සේවා සපයන්නන් සමඟ පවත්වා ඇත.	
	එක් එක් මට්ටමින් සපයනු ලබන විවිධ ගබ්සා ක්‍රම සඳහා අවශ්‍ය ප්‍රමාණවත් උපකරණ සහ ද්‍රව්‍යය අඛණ්ඩව සපයාගත හැකිය.	
	ඖෂධ මගින් කරන ගබ්සාව සඳහා යොදාගන්නා ඖෂධ ජාතික අත්‍යවශ්‍ය ඖෂධ ලැයිස්තුවට ඇතුළත් කර ඇත.	
	ගබ්සා පෙති, උපකරණ සහ ද්‍රව්‍යය, ප්‍රතිසංධිවිරෝධක ක්‍රම සාමාන්‍යයෙන් භාවිතා කරන භාණ්ඩ ලැයිස්තු වල ද, ප්‍රතිසම්පාදන සහ කළමනාකරණ තොරතුරු පද්ධතිවල ද කොටසක් වේ.	

	ගබ්සා සේවා ලබාදීමට අවශ්‍යය වන සහතික සඳහා යොදාගන්න නිර්ණායක අනවශ්‍ය ලෙස දැඩි නොවන අතර, ඒවා සෙසු වෛද්‍ය ක්‍රියා පටිපාටි සඳහා අපේක්ෂා කරන අවශ්‍යතා වලට සමාන වේ.	
	ගබ්සා සේවා සැපයීමට අදාළ දත්ත නිතිපතා අධීක්ෂණය කරයි.	
	සෞඛ්‍යය සේවා පහසුකම් මට්ටමින් ලබා ගන්නා දත්ත ගර්භණී වයස, භාවිතා කල ගබ්සා ක්‍රමය, සහ සේවා ලබා දුන් විශේෂිත අවදානමට ලක්විය හැකි කණ්ඩායම් අනුව දත්ත වෙන් කර ඇත.	
	අධීක්ෂණ යාන්ත්‍රණවලට සෞඛ්‍ය සේවා සපයන්නන්ගෙන් ප්‍රතිපෝෂණ ලබාගැනීමට ක්‍රම ඇතුළත් වේ.	
	අධීක්ෂණ යාන්ත්‍රණවලට සේවාදායකයින්ගෙන් ප්‍රතිපෝෂණ ලබාගැනීමට ක්‍රම ඇතුළත් වේ.	
	ගබ්සා සේවා වල ගුණාත්මකභාවය වරින් වර පරීක්ෂා කිරීමත්, හඳුනාගත් හිඩැස් ආයතනික වශයෙන් නිවැරදි කිරීමත්, තත්ත්ව සහතික කිරීමේ යාන්ත්‍රණයන් තුලට ඇතුලත් වේ	
	සේවා ස්ථාන මට්ටමින්, ජාතික, දිස්ත්‍රික්, ප්‍රාන්ත/පළාත් මට්ටමෙන් ඇතුළු විවිධ මට්ටම්වල ගබ්සාවට අදාළ සේවා දත්ත, කළමනාකරණ තොරතුරු පද්ධතිවල ඇතුළත් වේ.	
	ගබ්සා සේවා සැපයීමට අදාළ දර්ශක සාමාන්‍ය වැඩසටහන් අධීක්ෂණය සහ ඇගයීමේ කොටසකි.	
	සංස්කෘතික වශයෙන් පිළිගත හැකි වීම, ස්ත්‍රී පුරුෂ සමාජභාවයට ප්‍රතිචාර දැක්වීම, පෞද්ගලිකත්වය, රහස්‍යභාවය, දැනුවත් තීරණ ගැනීම ඇතුළු ගබ්සා සත්කාර අත්දැකීම් හා සම්බන්ධ දර්ශක අධීක්ෂණ සහ තත්ත්ව සහතික කිරීමේ යාන්ත්‍රණයේ කොටසකි.	

සහ තරුණයින්, අවිවාහක පුද්ගලයින් හෝ HIV සමග ජීවත් වන කාන්තාවන් වැනි අවදානමට ලක්විය හැකි ප්‍රජාවන්ට අයත් වන විට, අවදානම ඉහල යයි. සෞඛ්‍ය පද්ධති සහ සෞඛ්‍ය සේවා සපයන්නන් මෙම අවදානම පිළිබඳව සංවේදී විය යුතු අතර, ගෞරවයෙන් යුතුව සහ සංවේදී ව සියලු තොරතුරු ලබාදීමෙන්, සේවාදායකයින්ට තීරණයක් ගැනීමට සහය විය යුතුය. 2 සහ 3 පරිච්ඡේදවල සාකච්ඡා කර ඇති පරිදි, ඇතැම් ප්‍රතිපත්තිවලට අනුව ගබ්සාවක් ලබාගැනීමට පිටපතක් මත පදනම් වන අනිවාර්ය උපදේශනයක් (mandatory counselling based on a script) අවශ්‍ය වේ. විද්‍යාත්මක සාක්ෂි මත පදනම් නොවූ වැරදි තොරතුරු එහි ඇතුළත් විය හැකි අතර, බොහෝ විට එහි අරමුණ වන්නේ කාන්තාවන් ගබ්සාව ලබාගැනීම වැළැක්වීමයි. සේවා සපයන්නන් තුල ඇති පුද්ගලික විශ්වාසයන් සහ වටිනාකම් ද පක්ෂග්‍රාහී උපදේශනයට හේතු විය හැක. මේ සියල්ල දැනුවත් තීරණ ගැනීමේ මූලධර්මය උල්ලංඝනය කරයි.

මෙම මූලධර්මය උල්ලංඝනය කරන ඇතැම් නීති සහ ප්‍රතිපත්ති 3 වන පරිච්ඡේදයේ සාකච්ඡා කර ඇත- අනිවාර්යයෙන් දෙමාපියන් දැනුවත් කිරීම හෝ ඔවුන්ගේ කැමැත්ත ලබාගැනීම, විවාහක සහකරුගේ කැමැත්ත අනිවාර්යය කිරීම මෙන්ම අධිකරණ අනුමැතිය ලබාගැනීම මෙයට ඇතුලත් වේ. විවාහක සහකරුගේ අවසර සාමාන්‍යයෙන් කාන්තාවන්ට පමණක් අදාළ වන අතර, එය සමානාත්මතාවයට සහ වෙනස්කොට සැලකීම් වලින් නිදහස් වීමට කාන්තාවන්ට ඇති අයිතිය උල්ලංඝනය කිරීමකි. එවැනි නීති සහ ප්‍රතිපත්ති ඉවත් කළ යුතුය. ඇතැම් අවස්ථාවලදී, නීති වෙනස් කිරීමෙන් පසුව පවා, සෞඛ්‍ය සේවා සපයන්නන් කාන්තාවකගේ ප්‍රජනන තේරීම් ඇගේ සැමියා විසින් අනුමත කළ යුතු බව විශ්වාස කරන නිසා මෙවන් භාවිතයන් දිගින් දිගටම පවත්වාගෙන යයි. එවැනි පිළිවෙත් අයිතිවාසිකම් උල්ලංඝනය කරන්නේ කෙසේ දැයි සේවා සපයන්නන් දැනුවත් කල යුතු අතර දෙමාපියන්ගේ හෝ විවාහක සහකරුගේ කැමැත්ත අනිවාර්යය නොකළ යුතු බවට ඔවුන්ව දැනුවත් කල යුතුය.

8 වන ප්‍රශ්නාවලිය		
දැනුවත් තීරණ ගැනීම		
ඔව් / නැත		සටහන්
	සෞඛ්‍ය සේවා සපයන්නන් ගබ්සා සේවා සැපයීමට අදාළ තොරතුරු සංවේදී හා ගරුත්වයෙන් යුතු ආකාරයකින් ලබා දෙන අතර සේවාදායකයින්ට තීරණයක් ගැනීමට උපකාර කරයි.	
	ගබ්සා ක්‍රියා පටිපාටියට සේවාදායකයා දැනුවත් කැමැත්ත ලබා දී ඇති බව සෞඛ්‍ය සේවා සපයන්නන් සහතික කරයි.	
	දෙමාපියන්ගේ, විවාහක සහකරුගේ හෝ අධිකරණයේ අවසරය ඇතුළුව තෙවන පාර්ශවීය අවසරයක් නියම කරන නීති හෝ ප්‍රතිපත්ති නොමැත.	
	සෞඛ්‍ය සේවා සපයන්නන් සේවාදායකයාගේ ස්වාධිපත්‍යය ආරක්ෂා කරන අතර, අනිවාර්යයෙන් දෙමාපියන්ගෙන් හෝ විවාහක සහකරුගේ කැමැත්ත හෝ ඔවුන්ව දැනුවත් කිරීම ඉල්ලා සිටින්නේ නැත	
	ගබ්සා සේවා සැපයීම සඳහා, උදාහරණයක් ලෙස ප්‍රතිසංධිවිරෝධක ක්‍රමයක් පිළිගැනීම ආදී, කිසිදු කොන්දේසියක් පනවා නොමැත.	
	හෘද සාක්ෂියට එකඟව සේවා සැපයීම ප්‍රතික්ෂේප කරන සෞඛ්‍ය සේවා සපයන්නන්, ගබ්සාව අවශ්‍ය පුද්ගලයන්ව ගබ්සාව සැපයිය හැකි වෙනත් සේවාවන් වෙත යොමු කරන අතර ඔවුන්ට සුදුසු සේවාවක් ලැබෙන බව සහතික කරයි.	
	ගබ්සාව ලබාගැනීමට උත්සහ කරන පුද්ගලයාගේ ජීවිතයට අනතුරක් ඇත්නම් සෞඛ්‍ය සේවා සපයන්නන්ට හෘද සාක්ෂියට එකඟව විරුද්ධ වීමට අවසර නැත.	
	සෞඛ්‍ය සේවා සපයන්නන් සේවාදායකයාගේ ස්වාධිපත්‍යය ආරක්ෂා කිරීමේ සහ දැනුවත් තීරණ ගැනීමේ වැදගත්කම පිළිබඳව පුහුණුවක් ලබා ඇත.	
	දැනුවත් තීරණ ගැනීම අධීක්ෂණය සහ තත්ත්ව සහතික කිරීමේ යාන්ත්‍රණයන්හි කොටසක් ලෙස අධීක්ෂණය කෙරේ.	

ඇතැම් විට ගබ්සා සේවා ලබා දෙන්නේ සේවාදායකයා ප්‍රතිසංධිවිරෝධක ක්‍රමයක් පිළිගන්නේ නම් පමණක් බව අධ්‍යයන වලින් වාර්තා වේ (Barua and Apte, 2007). මෙය ද දැනුවත් තීරණ ගැනීමේ මූලධර්මය උල්ලංඝනය කිරීමකි.

සේවා සපයන්නන් හෘද සාක්ෂියට එකඟව විරෝධය පෑම, සේවා සපයන්නන් විසින් ඇති කරන ලද බාධකයක් වන අතර, එහිදී සේවා සපයන්නන් විසින් තම විශ්වාසයන් සහ වටිනාකම් පදනම් කරගෙන ගබ්සා සේවා සැපයීම ප්‍රතික්ෂේප කරයි. එවැනි ප්‍රතික්ෂේප කිරීම් කාන්තාවකගේ ස්වාධිපත්‍යය සහ දැනුවත් තීරණ ගැනීමේ අයිතිය උල්ලංඝනය කරයි. මෙය 3 වන පරිච්ඡේදයේ දී විස්තරාත්මකව සාකච්ඡා කර ඇත.

ගබ්සාව පිළිබඳ දැනුවත් තීරණයක් ගැනීමට නම්, සේවාදායකයින්ට ලබා දෙන තොරතුරු විද්‍යාත්මකව නිවැරදි විය යුතු අතර ඔවුන්ට තේරුම් ගත හැකි ආකාරයෙන් ලබා දිය යුතුය. සෞඛ්‍ය සේවා සපයන්නන්ට බොහෝ විට අධික වැඩ ප්‍රමාණයක් ඇති අතර සේවාදායකයින්ට සවිස්තරාත්මක තොරතුරු සැපයීමට කාලය නොමැත. එවැනි අවස්ථාවන්හිදී, දේශීය භාෂාව කතා කරන සහ සංස්කෘතික පසුබිම ගැන අවබෝධයක් ඇති උපදේශකයින්ට, නිවැරදි තොරතුරු සැපයීමෙන් සහ තීරණ ගැනීමට සේවාදායකයාට සහාය වීමෙන් වැදගත් කාර්යභාරයක් ඉටු කළ හැකිය.

දැනුවත් තීරණ ගැනීම සැබෑ අරුතින්ම සිදු වෙන බව සහතික කිරීමට සෞඛ්‍ය පද්ධති විශේෂ උත්සාහයක් ගත යුතුය. සෞඛ්‍ය සේවා සපයන්නන් මේ සම්බන්ධයෙන් දැනුවත් කර පුහුණු කල යුතු අතර, මෙය අධීක්ෂණ සහ තත්ත්ව සහතික කිරීමේ යාන්ත්‍රණයන්ට ඇතුළත් කළ යුතුය.

4.2.7 පෞද්ගලිකත්වය සහ රහස්‍යභාවය

පෞද්ගලිකත්වය යනු මානව හිමිකම් පිළිබඳ විශ්ව ප්‍රකාශනයේ පිළිගත් මූලික මානව අයිතියක් වන අතර, එය ස්වාධිපත්‍යය (autonomy) සහ මානව ගරුත්වය (human dignity) වැනි වටිනාකම් සමග බැඳී පවතී. පෞද්ගලිකත්වයට ඇති අයිතියට ශාරීරික පෞද්ගලිකත්වය සහ පුද්ගලික තොරතුරු සහ සන්නිවේදනය සම්බන්ධ පෞද්ගලිකත්වය ඇතුළත් වේ. ඵලදායී නීති සහ රෙගුලාසි නිසි ලෙස ක්‍රියාත්මක කිරීම මගින් පෞද්ගලිකත්වයට ඇති අයිතිය ආරක්ෂා වේ (Banisar and Davies, 1999). සෞඛ්‍ය සේවා සැකසුම තුළ, සෞඛ්‍යයට අදාළ තීරණ නිදහසේ ගැනීමටත්, බලකිරීම් වලින් තොරව ප්‍රතිකාර හෝ පරීක්ෂණ වලට එකඟ වීමටත් ඇති අයිතියත්, පෞද්ගලිකත්වයට ඇති අයිතියට ඇතුළත් වේ. කෙනෙකුගේ කැමැත්තට එරෙහිව හෝ පුද්ගලික ගරුත්වයට හානි කරන ආකාරයෙන් ශාරීරික නිරාවරණයෙන් ආරක්ෂා වීමේ අයිතිය සහ සෞඛ්‍ය සේවා සපයන්නෙකු සමඟ බෙදා ගන්නා ඕනෑම තොරතුරක් ආරක්ෂා කිරීම ද එයට ඇතුළත් වේ.

රහස්‍යභාවය යනු වෛද්‍ය සේවා සැපයීම තුල බහුලව භාවිතා වන සංකල්පයකි. රහස්‍යභාවය සඳහා වෛද්‍යවරයාගේ සදාචාරාත්මක බැඳීම මුලින්ම හඳුනා ගත්තේ හිපොක්‍රටික් දිවුරුමෙනි. එය සෞඛ්‍ය සේවා සපයන්නා සහ රෝගියා අතර විශ්වාස සම්බන්ධතාවයේ මූලික පදනම වන අතර, එයින් ඵලදායී රෝග විනිශ්චය සහ ප්‍රතිකාර සඳහා අත්‍යවශ්‍ය සංවේදී තොරතුරු හෙළි කිරීමට රෝගියාට හැකියාව ලබා දෙයි (Mendelson et al. 2018).

සෞඛ්‍ය සේවා සැකසුම තුළ, රහස්‍යභාවය යනු සෞඛ්‍ය සේවා සපයන්නන්ට රෝගියාගේ පෞද්ගලිකත්වයේ සමහර අංග, විශේෂයෙන්ම තොරතුරු සහ සන්නිවේදනයට අදාළ දේ, ආරක්ෂා කිරීමට හැකියාව ලබා දෙන යාන්ත්‍රණයක් ලෙස දැකිය හැකිය.

පෞද්ගලිකත්වය සහ රහස්‍යභාවය සදාචාරාත්මක සෞඛ්‍ය සේවා සඳහා අත්‍යවශ්‍ය මූලධර්ම වේ. සේවාදායකයාගේ පෞද්ගලිකත්වය සහ රහස්‍යභාවය ආරක්ෂා කිරීම, ජීවිතය සහ මරණය අතර වෙනසක් ඇති කළ හැකි, ගබ්සාව වැනි කොන් කිරීමට හේතු වන ක්‍රියා පටිපාටියක් තුළ විශේෂ වැදගත්කමක් ලබා ගනී.

බොහෝ සන්දර්භ තුල, පෞද්ගලිකත්වය සහ රහස්‍යභාවය නොමැතිකම නිසා කාන්තාවන් ආරක්ෂිත ගබ්සා සේවා ලබා ගැනීමෙන් හෝ අනාරක්ෂිත ගබ්සාවල සංකූලතා සඳහා පශ්චාත් ගබ්සා සත්කාර ලබා ගැනීමෙන් වැළකී සිටීමට හේතු වේ. විශේෂයෙන්ම ආන්තීකරණයට මුහුණ දෙන කාන්තාවන් සම්බන්ධයෙන් මෙය කැපී පෙනේ. උදාහරණයක් ලෙස, ඉන්දියාවේ තමිල්නාඩුවේ ආන්තික ප්‍රජාවන්ගෙන් එන කාන්තාවන් පිළිබඳ අධ්‍යයනයක දී, කාන්තාවන් විසින් 'ආරක්ෂිත' ගබ්සාවේ අත්‍යවශ්‍ය අංගයක් ලෙස රහස්‍යභාවය සහතික කිරීම හඳුනා ගත් බව පෙනෙන්නට තිබුණි (Subhasri and Ravindran 2012).

රටක නීතිය හෝ රෙගුලාසි මගින් කාන්තාවකගේ ගබ්සාව සඳහා ඇගේ විවාහක සහකරු හෝ, බාලවයස්කරුවන් සහ මානසික හෝ බුද්ධිමය ආබාධ සහිත පුද්ගලයින් සම්බන්ධයෙන් දෙමාපියෙකු හෝ භාරකරුවෙකු ගබ්සාව සඳහා අවසර දිය යුතු බවට නියම කර ඇති විට, එය රෝගියාගේ පෞද්ගලිකත්වය සහ රහස්‍යභාවය සඳහා ඇති අයිතිය උල්ලංඝනය කිරීමකි. සිවිල් සහ දේශපාලන අයිතිවාසිකම් පිළිබඳ ජාත්‍යන්තර සම්මුතිය (ICCPR), ළමා අයිතිවාසිකම් පිළිබඳ සම්මුතිය (CRC), සහ කාන්තාවන්ට එරෙහි සියලු ආකාරයේ වෙනස්කොට සැලකීම් තුරන් කිරීමේ සම්මුතිය (CEDAW) වැනි මානව හිමිකම් ගිවිසුම්, ගබ්සාව ඇතුළු ලිංගික හා ප්‍රජනක සෞඛ්‍ය සේවා ලබා ගැනීමේදී කාන්තාවන්ගේ පෞද්ගලිකත්වය සහ රහස්‍යභාවය සඳහා ඇති අයිතිය තහවුරු කරයි (Dhillon 2014). ලෝක සෞඛ්‍යය සංවිධානයේ ආරක්ෂිත ගබ්සාව පිළිබඳ තාක්ෂණික මාර්ගෝපදේශය නිර්දේශ කරන්නේ නව යොවුන් වියේ පසුවන්නන් ඇතුළු සියලුම කාන්තාවන් සඳහා රහස්‍යභාවය සහ පෞද්ගලිකත්වය පිළිබඳ ආරක්ෂාව ගබ්සා නීති, සම්මත සහ ප්‍රමිතීන්ට ඇතුළත් කළ යුතු බවයි (WHO, 2012).

ගබ්සාව නීතියෙන් සීමා කර ඇති සන්දර්භ තුළ, සෞඛ්‍ය වෘත්තිකයන් වෘත්තීය ආචාර ධර්ම සම්මතයන් මගින් ගබ්සා හෝ පශ්චාත් ගබ්සා සත්කාර අපේක්ෂා කරන කාන්තාවන්ට, තෙවන පාර්ශවීය අවසරය ලබාගෙන නොමැති බව යන හේතුව පදනම් කරගෙන හදිසි වෛද්‍ය ප්‍රතිකාර ප්‍රතික්ෂේප නොකිරීමට බැඳී සිටී. ප්‍රතිකාර අවසන් වූ පසුව ද ඔවුන් රෝගියාගේ පෞද්ගලිකත්වයට සහ රහස්‍යභාවයට ගරු කරනු ඇතැයි ද, රෝගියාව බලධාරීන්ට වාර්තා නොකරනු

9 වන ප්‍රශ්නාවලිය

පෞද්ගලිකත්වය

ඔව් / නැත		සටහන්
	සේවා සපයන්නා සහ සේවාදායකයා සම්බන්ධ වෙන්නේ දොරවල් සහ තිර වැසූ අවකාශයක දී ය.	
	සේවාදායකයා විසින්ම විශේෂයෙන් ඉල්ලා සිටින විට මිස හැර, උපදේශන අවකාශයේ අදාළ සෞඛ්‍ය සේවා සපයන්නන් සහ සේවාදායකයා හැර වෙනත් කිසිවෙකු නැත.	
	සේවාදායකයා විසින්ම විශේෂයෙන් ඉල්ලා සිටින විට මිස හැර, සේවා සපයන්නා සහ සේවාදායකයා සම්බන්ධ වන අවකාශයේ, සේවාදායකයාගේ පවුලේ සාමාජිකයින් කිසිවෙක් නැත.	
	ඇඳුම් ඇඳීම සහ ඇඳුම් ගලවා ගැනීම සඳහා රෝගියාට පෞද්ගලික ස්ථානයක් ඇත.	
	සායනික පරීක්ෂණ පවත්වන පුටු විවෘත දොරවල් හෝ ජනේලවලට මුහුණලා නැත.	
	සෞඛ්‍ය සේවා සපයන්නන් හැර වෙනත් කිසිවෙකු උපදේශන අවකාශයට ඇතුළු නොවේ.	
	කිසිවෙකු පරීක්ෂණ කාමරයට එන්නේ යන්නේ නැත.	
	සේවා සපයන්නා සිහින් හඬින් කතා කරයි.	
	සේවා සපයන්නා සහ සේවාදායකයාගේ සංවාදවලට සවන් දිය හැකි ස්ථානවල වෙනත් රෝගීන් අසුන්ගෙන නොමැත.	

රහස්‍යභාවය

ඔව් / නැත		සටහන්
	රෝගීන්ගේ වෛද්‍ය වාර්තා නිර්නාමික වේ.	
	රෝගියාගේ වෛද්‍ය වාර්තා ආරක්ෂිතව සහ අගුළු දමා තබා ඇත.	
	සේවා සපයන්නන්, රෝගියා සමඟ වුවද, පොදු ස්ථාන වලදී රෝගියා ලබාගත් සේවාව පිළිබඳව සාකච්ඡා නොකරයි,	
	සේවා සැපයීමේ නිරත වන කාර්යය මණ්ඩලය, ප්‍රජාවේ කිසිදු සාමාජිකයෙකු සමඟ රෝගියා පිළිබඳ තොරතුරු බෙදා නොගනී.	
	තෙවන පාර්ශවීය අවසරය ලබා ගැනීම සඳහා වුවද, රෝගියාගේ පැහැදිලි අවසරය නැතිව, රෝගියා පිළිබඳ තොරතුරු කිසි විටෙකත් ඇගේ සහකරු හෝ පවුලේ සාමාජිකයන් සමඟ සාකච්ඡා නොකෙරේ.	
	රෝගියාගේ පැහැදිලි අවසරයකින් තොරව රෝගියා පිළිබඳ තොරතුරු රජයට හෝ වෙනත් බලධාරීන්ට වාර්තා නොකෙරේ.	

තෙවන පාර්ශවීය අවසර අවශ්‍යතා සහ සෞඛ්‍ය සේවා විසින්, සේවාදායකයා පිළිබඳව අනිවාර්යයෙන් බලධාරීන්ට වාර්තා කිරීම පිළිබඳ තොරතුරු සඳහා 2 වැනි ප්‍රශ්නාවලිය බලන්න.

ඇතැයි ද අපේක්ෂා කෙරේ. මෙය මානව හිමිකම් කමිටුව විසින් පහත පරිදි දක්වා ඇත:

> *"රාජ්‍යයන් ගබ්සාවක් ලබාගත් කාන්තාවන්ව බලධාරීන් වෙත වාර්තා කිරීමට වෛද්‍යවරුන්ට සහ අනෙකුත් සෞඛ්‍ය නිලධාරීන්ට නීතිමය වගකීමක් පනවා ඇති අවස්ථා වලදී, 6 සහ 7 වගන්තිවල ඇති අයිතිවාසිකම් (පෞද්ගලිකත්වයට ගරු කිරීමේ අයිතිය සහ වධහිංසාවෙන් සහ කුරිරු, අමානුෂික සහ අවමන් සහගත සැලකිලි වලින් නිදහස් වීමේ අයිතිය) වැනි ගිවිසුමේ අනෙකුත් අයිතිවාසිකම් ද අවදානමට ලක් විය හැකිය" (Human Rights Committee, 2000, ඡේදය 20).*

ලෝක වෛද්‍ය සංගමයේ (World Medical Association) ආචාර ධර්ම අත්පොත, රෝගීන්ගේ රහස්‍යභාවය උල්ලංඝනය කිරීමට බල කරන ඕනෑම නීතිමය අවශ්‍යතාවක් දෙස විවේචනාත්මකව බැලීමට වෛද්‍යවරුන්ව දිරිමත් කරයි. එවැනි නීතිමය බැඳීම් වෛද්‍ය ආචාර ධර්මවල පදනම වන මානව හිමිකම් වලට විරුද්ධ විට හැකි බවට එය අනතුරු අඟවයි (WMA, 2005). ජාත්‍යන්තර මානව හිමිකම් නීතිය සහ වෛද්‍ය ආචාර ධර්ම ප්‍රමිතීන්, රජයන් වගවීම සහතික කිරීමටත්, ජාතික ගබ්සා නීති සහ රෙගුලාසි ජාත්‍යන්තර සම්මතයන්ට අනුකූල වන ලෙස ප්‍රතිසංස්කරණය කිරීමට රජයන්ට බල කිරීමටත්, ලිංගික හා ප්‍රජනක සෞඛ්‍ය සහ අයිතිවාසිකම් වෙනුවෙන් අධිවාචනය කරන පුද්ගලයන්ට යොදාගත හැකි මෙවලම් වේ.

4.2.8 සහභාගීත්වය

ප්‍රජාවන්ගේ සහ විශේෂයෙන් ඍජුවම බලපෑමට ලක් වූ පුද්ගලයින්ගේ සහභාගීත්වය ප්‍රධාන මානව හිමිකම් මූලධර්මයකි. කෙසේ වෙතත්, 'සහභාගීත්වය' යන යෙදුම එකිනෙකට වෙනස් දේවල් අදහස් කිරීම විවිධ පුද්ගලයන් විසින් යොදා ගැනේ. පළමුවැන්න උපයෝගීතා ප්‍රවේශයයි (utilitarian approach). එහිදී සහභාගීත්වය යනු පූර්ව තීරණය කළ අවසානයකට මාධ්‍යයකි- උදාහරණයක් ලෙස, ආවරණය වැඩි කිරීම, හැසිරීම වෙනස් කිරීම ආදී කලින් තීරණය කල අරමුණු වෙත ළඟා වීමේ මාර්ගයි. දෙවැන්න බලගැන්වීමේ ප්‍රවේශයයි (the empowering approach). එය සමාජීය වශයෙන් බැහැර කරන ලද ප්‍රජාවන්ට ඔවුන්ගේ මනාපයන් ප්‍රකාශ කිරීමටත්, මැදිහත්වීම් සැලසුම් කිරීමටත්, ක්‍රියාත්මක කිරීමටත්, අධීක්ෂණය කිරීමටත් හැකි වන ආකාරයෙන් ඔවුන්ව බලගැන්වෙන භාවිතයන් සමූහයක් ලෙස සැලකේ (Guareschi, and Jovchelovitch 2004). මානව හිමිකම් මත පදනම් වූ ප්‍රවේශයකදී, සහභාගීත්වය යනු බලගැන්වීමේ ප්‍රවේශයයි. එහිදී පුද්ගලයන් "අයිතිවාසිකම් දරන්නන්" ලෙස බලගැන්විය යුතුය. වගවීම සඳහා සහභාගීත්වය වැදගත් වේ. ඒ එය "...ඒකීය නායකත්වයට අත්තනෝමතික ආකාරයකින් බලය ක්‍රියාත්මක කිරීමට ඉඩ නොදෙන" ආරක්ෂාවක් සපයන බැවිනි (WHO 2017).

අර්ථවත් සහභාගීත්වය සඳහා තිරසාර සහභාගීත්වයක් සඳහා ඉඩ ලබා දෙන සංසද සහ ව්‍යුහයන් මෙන්ම රාජකාරි දරන්නන් සහ අයිතිවාසිකම් දරන්නන් අතර අඛණ්ඩ සංවාදයක් අවශ්‍ය වේ. සෞඛ්‍ය සේවයකට අනුබද්ධ සෞඛ්‍ය කමිටු සහ ප්‍රාදේශීය මට්ටමින් ආරම්භ වන රජයේ විවිධ මට්ටම්වල කමිටු සහභාගීත්වය සඳහා ව්‍යුහයන් සඳහා උදාහරණ වේ.

1978 දී අල්මා-අටා ප්‍රකාශනයේ (Alma-Ata Declaration) සිට ප්‍රජා සහභාගීත්වයේ වැදගත්කම හඳුනාගෙන ඇතත්, ප්‍රජාවන්ගේ- විශේෂයෙන් කාන්තාවන්ගේ සහ ආන්තික කණ්ඩායම් වල- අර්ථවත් සහභාගීත්වය සීමිතව පවතී. බටහිර කේප් හි සෞඛ්‍ය ක්ෂේත්‍රයේ ප්‍රජා සහභාගීත්වය සක්‍රිය කිරීම පිළිබඳ අත්හදා බැලීමකින් ලබාගත් පාඩම්වලින් පෙනී යන්නේ ඵලදායී සහභාගීත්වය සඳහා පහත දේ අවශ්‍ය බවයි:

- අ. සහභාගීත්වය සඳහා ව්‍යුහයන් සඳහා නීති සම්පාදනය කර තිබීම; ප්‍රජා නියෝජිතයින්ගේ නිශ්චිත භූමිකාවන් සහ කාර්යයන් පැහැදිළි වීම; සහ ප්‍රජා නියෝජිතයින් තෝරා ගැනීම සඳහා විනිවිද පෙනෙන ක්‍රියාවලීන් තිබීම
- ආ. කාන්තාවන් සහ ආන්තික ප්‍රජාවන් නියෝජනය කිරීම සඳහා නිශ්චිත කෝටා තිබීම
- ඇ. සහභාගීත්වය සඳහා යොදාගත යුතු ක්‍රම සහ නියෝජිතයින් විසින් ප්‍රකාශ කරන ලද අදහස් බලාත්මක කිරීම නියම කරන රෙගුලාසි
- ඈ. ආන්තික ප්‍රජාවන් වෙත විශේෂ අවධානයක් යොමු කරන, ප්‍රජා සාමාජිකයින්ගේ ඵලදායී සහභාගීත්වය සහතික කිරීම සඳහා, පරිපාලන පුහුණුව ඇතුළු ශක්‍යතා සංවර්ධනය කිරීමේ උත්සාහයන් තිබීම (Meler et. al 2012).

කාන්තාවන්ට ගබ්සා සඳහා ඇති අයිතිය තහවුරු කිරීමේ සන්දර්භය තුළ සෞඛ්‍යය සඳහා සහභාගීත්වය ප්‍රවර්ධනය කිරීමට නම් ඉහත සඳහන් දෙයින් ඔබ්බට යන පියවර අවශ්‍ය විය හැකිය. උදාහරණයක් ලෙස, සහභාගීත්වය සඳහා වන ව්‍යුහයන් සහ නාලිකා තුල කාන්තාවන් සමාන ලෙස නියෝජනය විය යුතුය. එසේම, ප්‍රජා නියෝජිතයින් සඳහා වන ශක්‍යතා වර්ධනය කිරීමේ වැඩසටහන් වලට ලිංගික සහ ප්‍රජනන අයිතිවාසිකම් මානව අයිතිවාසිකම් වන බවට දැනුම සහ ගබ්සාව කාන්තා අයිතිවාසිකමක් වන බව තේරුම් කරන වටිනාකම් පැහැදිලි කිරීමේ අවස්ථා ඇතුලත් විය

10 වන ප්‍රශ්නාවලිය		
සහභාගීත්වය		
ඔව් / නැත		සටහන්
	සෞඛ්‍ය පහසුකම් මට්ටමින් පුරවැසි සහභාගීත්වය සඳහා යාන්ත්‍රණ තිබේ.	
	සෞඛ්‍ය ප්‍රතිපත්ති සහ වැඩසටහන් පිළිබඳ තීරණ ගැනීමේදී පුරවැසි සහභාගීත්වය සඳහා යාන්ත්‍රණ තිබේ, > පළාත් පාලන මට්ටමින් > ප්‍රාන්ත/පළාත් රාජ්‍ය මට්ටමින් > ජාතික මට්ටමින්	
	සහභාගීත්වය සඳහා යාන්ත්‍රණ නීතිය හෝ රජයේ නියෝගය ඇතුලත් කර ඇත > සෞඛ්‍යය සේවා ස්ථාන මට්ටමින් > පළාත් පාලන මට්ටමින් > ප්‍රාන්ත/පළාත් මට්ටමින් > ජාතික මට්ටමින්	
	සහභාගීත්වය සඳහා යාන්ත්‍රණවල සාමාජිකත්වයෙන් අවම වශයෙන් තුනෙන් එකක් කාන්තාවන් වේ > සෞඛ්‍යය සේවා ස්ථාන මට්ටමින් > පළාත් පාලන මට්ටමින් > ප්‍රාන්ත/පළාත් මට්ටමින් > ජාතික මට්ටමින්	
	ආන්තික ප්‍රජාවල කාන්තාවන් සහභාගීත්වය සඳහා වන යාන්ත්‍රණයන්හි නියෝජනය වේ > සෞඛ්‍යය සේවා ස්ථාන මට්ටමින් > පළාත් පාලන මට්ටමින් > ප්‍රාන්ත/පළාත් මට්ටමින් > ජාතික මට්ටමින්	
	පසුගිය වසර තුළ, සහභාගීත්වය සඳහා වන යාන්ත්‍රණයන් තුල ආන්තික ප්‍රජාවල කාන්තාවන් ඵලදායී ලෙස සහභාගී වන බව සහතික කිරීමට ශක්‍යතා සංවර්ධනය කිරීමේ උත්සාහයන් ගෙන ඇත.	
	පසුගිය වසර තුළ සහභාගීත්වය සඳහා වන යාන්ත්‍රණවල න්‍යාය පත්‍රයේ, ගබ්සා සේවා සඳහා කාන්තාවන්ට ඇති ප්‍රවේශය ඇතුලත් විය. > සෞඛ්‍යය සේවා ස්ථාන මට්ටමින් > පළාත් පාලන මට්ටමින් > ප්‍රාන්ත/පළාත් මට්ටමින් > ජාතික මට්ටමින්	
	සහභාගීත්වයේ ප්‍රතිඵල, ප්‍රාදේශීය මට්ටමින් ගබ්සා සේවා දැනුවත් කිරීමට යොදාගෙන ඇත.	
	සහභාගීත්වයේ ප්‍රතිඵල, වැඩසටහන් සහ ප්‍රතිපත්ති දැනුවත් කිරීමට යොදාගෙන ඇත. > ප්‍රාන්ත/පළාත් මට්ටමින් > ජාතික මට්ටමින්	

යුතුය. පහත දැක්වෙන්නේ ප්‍රයෝජනවත් සම්පතකි: *ටර්නර්, කැතරින් එල්. සහ කිම්බර්ලි වැප්මන්. 2008. Abortion attitude transformation: A values clarification toolkit for global audiences (ගබ්සාව පිළිබඳ ආකල්ප පරිවර්තනය: ගෝලීය ප්‍රේක්ෂකයින් සඳහා වටිනාකම් පැහැදිලි කිරීමේ මෙවලම් කට්ටලයක්). Chapel Hill, NC, Ipas. https://ipas.azureedge.net/files/VALCLARE14-VCATAbortionAttitudeTransformation.pdf.*

එක්සත් ජාතීන්ගේ ගිවිසුම් අධීක්ෂණ ආයතන ගණනාවක් ආරක්ෂිත ගබ්සා සේවා සඳහා කාන්තාවන්ට සහ ගැහැණු ළමයින්ට ඇති අයිතිවාසිකම තහවුරු කර ඇති අතර මෙම අයිතිවාසිකම සාක්ෂාත් කර ගැනීම සඳහා ව්‍යවස්ථාදායක වෙනස්කම් ක්‍රියාත්මක කරන ලෙස රාජ්‍ය පාර්ශවයන්ගෙන් ඉල්ලා ඇත.

4.2.9 වගවීම

රාජ්‍ය ප්‍රතිපත්ති සම්බන්ධයෙන් ගත් කල, ‘වගවීම’ යන යෙදුමෙන් සාමාන්‍යයෙන් අර්ථවත් වන්නේ, බලධාරීන් තම ක්‍රියා සම්බන්ධයෙන් වගකීම භාර ගන්න බවටත්, බලපෑමට ලක් වූවන්ට ඒවා පැහැදිලි කිරීමෙන් සහ සාධාරණීකරණය කිරීමෙන් ඔවුන්ගේ ක්‍රියා සම්බන්ධයෙන් පිළිතුරු දීමටත්, ඔවුන්ගේ හැසිරීම හෝ ඒ සම්බන්ධ පැහැදිලි කිරීම ප්‍රමාණවත් නැත්නම් යම් ආකාරයක බලාත්මක කළ හැකි සම්බාධකවලට යටත් වීමට බැඳීමක් ඇති බවයි (Goetz and Jenkins 2005, 8 පිටුව).

වගවීම අයිතිවාසිකම් මත පදනම් වූ ප්‍රවේශයේ මූලික අංගයක් බව තහවුරු කර ඇත (UNOHCHR 2008). සෞඛ්‍ය සන්දර්භය තුළ, රජයන් සහ රාජ්‍ය ආයතන ජනතාවගේ සෞඛ්‍ය අයිතිය ආරක්ෂා කිරීම හා බැඳී ඇති යුතුකම් සම්බන්ධයෙන් ඔවුන්ගේ ක්‍රියා සහ අතපසුවීම් සඳහා වගකිව යුතුය. පෞද්ගලික සෞඛ්‍ය සේවා සපයන්නන්, රක්ෂණ සමාගම් සහ ඖෂධ නිෂ්පාදකයින් වැනි පෞද්ගලික ආයතන, පුරවැසියන්ගේ සෞඛ්‍ය අයිතිය උල්ලංඝනය නොකරන බව සහතික කිරීම සඳහා ඔවුන්ගේ ක්‍රියා නියාමනය කිරීම සඳහා ද රජයට වගකීමක් ඇත (UNOHCHR 2000).

වගවීම කොටස් තුනකින් සමන්විත වේ: බලය දරන්නන් (බොහෝ විට රාජකාරි දරන්නන් ලෙසද හැඳින්වේ) අයිතිවාසිකම් දරන්නන් සමග සම්බන්ධ වීම; බලය දරන්නන් තම ක්‍රියා පිළිබඳව අයිතිවාසිකම් දරන්නන්ට පිළිතුරු දීමට බැඳී සිටීම; සහ බලය දරන්නන් විසින් ක්‍රියාමාර්ග බලාත්මක කිරීම මෙයට ඇතුලත් වේ. වගවීමේ යාන්ත්‍රණ යනු බලය දරන්නන් අයිතිවාසිකම් දරන්නන් සමග සම්බන්ධ වීමත්, අයිතිවාසිකම් දරන්නන්ට පිළිතුරු දීමත් සඳහා වන පද්ධති වේ (Murthy 2019). වගවීමේ යාන්ත්‍රණ, ජාත්‍යන්තර, ජාතික සහ උප ජාතික ආදී විවිධ මට්ටම්වල ක්‍රියාත්මක වේ. එක්සත් ජාතීන්ගේ ගිවිසුම් අධීක්ෂණ ආයතන ආරක්ෂිත ගබ්සාව සඳහා කාන්තාවන්ට සහ ගැහැණු ළමයින්ට ඇති අයිතිවාසිකම් පිළිගෙන ඇති අතර මෙම අයිතිවාසිකම් යථාර්ථයක් බවට පත් කිරීම සඳහා, නීති වෙනස් කරන ලෙස රජයන්ගෙන් ඉල්ලා ඇත (3 වන පරිච්ඡේදය බලන්න). ආරක්ෂිත ගබ්සාව සඳහා අධිවාචනය කරන්නන්ට එක්සත් ජාතීන්ගේ ගිවිසුම් අධීක්ෂණ ආයතන වෙත සෙවනැලි වාර්තා ඉදිරිපත් කිරීමට මෙන්ම මානව හිමිකම් කවුන්සිලයට සහ අනෙකුත් ආයතනවලට ඉදිරිපත් කරන තම රටේ නිල වාර්තාවලට දායක වීමට පුළුවන. ආරක්ෂිත ගබ්සා වෙත ප්‍රවේශය ප්‍රතික්ෂේප කිරීමෙන් කාන්තා මානව හිමිකම් උල්ලංඝනය වීම වැළැක්වීම සඳහා, ජාතික දේශපාලන වගවීම ආරම්භ කිරීමට දායක විය හැකි, එක්සත් ජාතීන්ගේ සෞඛ්‍ය පිළිබඳ විශේෂ වාර්තාකරුට ද, ඔවුන්ට අභියාචනයක් ඉදිරිපත් කළ හැකිය.

වගවීමේ උපාය මාර්ගයක් ලෙස ගෝලීය ගබ්සා තත්ත්වය නිරීක්ෂණය කිරීම සහ සමාලෝචනය කිරීම සඳහා තවත් යාන්ත්‍රණ තිබේ. ලෝක සෞඛ්‍ය සංවිධානයේ ගෝලීය ගබ්සා ප්‍රතිපත්ති දත්ත එකතුව ජාතික මට්ටමින් ආරක්ෂිත ගබ්සා සේවා සඳහා ප්‍රතිපත්ති, නියාමන සහ භාවිත ආශ්‍රිත බාධක නිරීක්ෂණය කරයි. ගට්මාකර් ආයතනය (Guttmacher Institute) සහ ප්‍රජනක අයිතිවාසිකම් මධ්‍යස්ථානය (Centre for Reproductive Rights) වැනි ජාත්‍යන්තර රාජ්‍ය නොවන සංවිධාන ගබ්සා නීති සහ ප්‍රතිපත්ති මෙන්ම අනාරක්ෂිත ගබ්සා කිරීම් වලින් සිදුවන මරණ හා රෝගාබාධ අඩු කිරීම සම්බන්ධයෙන් ලබා ඇති ප්‍රගතිය පිළිබඳව නිතිපතා සමාලෝචන සපයයි.

ගබ්සා සන්දර්භය තුළ, ජාතික හා උප-ජාතික මට්ටම්වලදී, නීතිමය වගවීමේ සහ සමාජීය වගවීමේ උපාය මාර්ග සුලභව භාවිතා වේ. සමාජීය වගවීමේදී, පුරවැසියන්/ප්‍රජාව සේවා සපයන්නන් සහ රජය වගකිව යුතු බව සහතික කරයි. නිදසුනක් වශයෙන්, ඔවුන් අනාරක්ෂිත ගබ්සා වල ඍණාත්මක ප්‍රතිවිපාක පිළිබඳ සාක්ෂි රැස් කර බෙදා හැරීම, මාධ්‍ය ව්‍යාපාර හරහා මහජන මතය බලමුලු ගැන්වීම, අයිතිවාසිකම් උල්ලංඝන විභාග කිරීම, සහ ප්‍රතිපත්ති සම්පාදකයින් සහ පාර්ලිමේන්තු මන්ත්‍රීවරුන්ට බලපෑම් කිරීම ආදියෙහි යෙදෙනු ඇත. නීතිමය වගවීම යනු මානව හිමිකම් උල්ලංඝනය හෝ පුරවැසියන්ගේ ව්‍යවස්ථාමය

11 වන කොටුව:
ගබ්සාව වෙත ප්‍රවේශය පුළුල් කිරීම සඳහා නීතිමය සහ සමාජීය වගවීමේ උපාය මාර්ග

රුවන්ඩාවේ, තරුණයින් විසින් මෙහෙයවන ලද සංවිධානයක් වන තරුණ ක්‍රියාකාරී ව්‍යාපාරය (Youth Action Movement-YAM), රටේ ඉතා සීමා සහිත ගබ්සා නීතිය සාපේක්ෂ වශයෙන් ලිබරල්කරණය සඳහා වැදගත් කාර්යභාරයක් ඉටු කළේය. තරුණ ක්‍රියාකාරී ව්‍යාපාරය යනු ජාත්‍යන්තර සැලසුම් කළ මාපියභාවය පිළිබඳ සම්මේලනයට (IPPF) අනුබද්ධිත රුවන්ඩාවේ පවුලේ යහපැවැත්ම සඳහා වන සංගමයේ (Association Rwandaise pour le Bien-Être Familial ARBEF) තරුණ ශාඛාවයි. 2009–2012 කාලය තුළ, තරුණ ක්‍රියාකාරී ව්‍යාපාරයේ තරුණ ක්‍රියාකාරීන්ට "තරුණයන්ගේ ලිංගිකත්වය හා සම්බන්ධ සංවේදී ගැටළු" පිළිබඳව කටයුතු කිරීම සඳහා ලන්දේසි රාජ්‍ය නොවන සංවිධානයක් වන රුට්ගස් ලෝක ජනගහන පදනම (Rutgers WPF) විසින් තාක්ෂණික සහ මූල්‍යමය සහාය ලබා දෙන ලදී. මෙම ව්‍යාපෘතියේ කොටසක් ලෙස රුවන්ඩාවේ අනාරක්ෂිත ගබ්සාව පිළිබඳ කටයුතු කිරීමට තරුණ ක්‍රියාකාරී ව්‍යාපාරය තීරණය කළේය. අනාරක්ෂිත ගබ්සා වල සෞඛ්‍ය ප්‍රතිවිපාක පිළිබඳ සාක්ෂි සහ ගබ්සා ලබාගැනීම හේතුවෙන් සිරගතව සිටින තරුණයින්ගෙන් සාක්ෂි ඔවුහු රැස් කළහ. සාක්ෂි පොත් පිංචක් බවට පත් කර රජයේ නිලධාරීන්ට සහ මහජන සංසදවලට පුළුල් ලෙස බෙදා හරින ලදී. තරුණ ක්‍රියාකාරී ව්‍යාපාරය පුළුල් පරාසයක සිවිල් සමාජ සංවිධාන සමඟ ජාලගත වී, වට්නාකම් පැහැදිලි කිරීමේ වැඩමුළු සහ විවාද සංවිධානය කිරීම, මාධ්‍ය සමඟ වැඩ කිරීම, සහ නීති ප්‍රතිසංස්කරණ සඳහා පෙත්සමක් දියත් කිරීම ආදියෙහි නිරත විය. දණ්ඩ නීති සංග්‍රහය සමාලෝචනයට ලක් වෙමින් තිබූ නිසාත්, රුවන්ඩාව ඒ කාලයේදී කලාපීය මානව හිමිකම් සම්මුතීන් අනුමත කර තිබූ නිසාත්, මෙය දේශපාලනික වශයෙන් සුදුසු අවස්ථාවක් විය. 2012 දී නීතිය සමාලෝචන කර ගබ්සා නීතිය සංශෝධනය කරන ලද අතර, කාන්තාවගේ ජීවිතය බේරා ගැනීමට; ඇගේ සෞඛ්‍යය ආරක්ෂා කිරීමට; හෝ ස්ත්‍රී දූෂණය, ව්‍යභිචාරය හෝ බලහත්කාර විවාහයක ප්‍රතිඵලයක් වශයෙන් ගැබ් ගැනීම සිදු වූ විට ගබ්සාවට ඉඩ සැලසිණි (Umuhoza 2013).

කොලොම්බියාවේ, ලා මෙසා (La Mesa) සංවිධානය (කාන්තාවන්ගේ ජීවිතය සහ සෞඛ්‍යය සඳහා අධිවාචකයින්), විමෙන්ස් ලින්ක් වර්ල්ඩ්වයිඩ් (Women's Link Worldwide) සමඟ එක්ව උපායමාර්ගික නඩු ව්‍යාපෘතියේ කොටසක් ලෙස ගබ්සාවේ ව්‍යවස්ථා විරෝධීභාවය සඳහා ඉහළ බලපෑම් සහිත නඩු පැවරීම් යන මූලපිරුම දියත් කරන ලදී. මෙම මූලපිරුම යටතේ ලා මෙසා සහ විමෙන්ස් ලින්ක් වර්ල්ඩ්වයිඩ් 2005 වසරේදී කොලොම්බියාවේ ගබ්සා නීතියට එරෙහිව ව්‍යවස්ථාමය අභියෝගයක් ගොනු කරන ලදී. ඒ වන විට කොලොම්බියාවේ නීතියෙන් ගබ්සාව ලබාගත හැකි වූයේ මවගේ ජීවිතය ආරක්ෂා කිරීම සඳහා පමණි. 2006 දී, කොලොම්බියාවේ ආණ්ඩුක්‍රම ව්‍යවස්ථා අධිකරණය සමානාත්මතාවයේ පදනම මත ගබ්සා කිරීමේ අයිතිවාසිකම් තහවුරු කළ අතර, මානව හිමිකම් රාමුවක් තුළ ගබ්සාව ව්‍යවස්ථානුකූල වන බව තීන්දු කළේය. ප්‍රතිසංස්කරණය කරන ලද නීතිය යටතේ, කොන්දේසි තුනක් යටතේ ගබ්සාව අපරාධයක් නොවේ: එනම් කාන්තාවගේ ජීවිතය හෝ සෞඛ්‍යය අවදානමට ලක්ව ඇති විට (වෛද්‍යවරයෙකු විසින් සහතික කර ඇති පරිදි); බරපතල කළල අසාමාන්‍යතාවයක් ඇති විට; සහ ගැබ් ගැනීම ලිංගික ප්‍රචණ්ඩත්වයේ හෝ එකඟතාවයකින් තොරව ලිංගික හැසිරීමේ ප්‍රතිඵලයක් වන විට යි.

මූලාශ්‍රය: Ruibal 2014.

අයිතිවාසිකම් ආරක්ෂා නොකිරීම සම්බන්ධයෙන් රජය වගකිව යුතු බව සහතික කිරීමට අධිකරණ ක්‍රියාවලීන් භාවිතා කිරීමයි (Van Belle e. al. 2018). රුවන්ඩාවේ නීති ප්‍රතිසංස්කරණ සඳහා සමාජ බලමුලු ගැන්වීම මෙන්ම සාර්ථකව පෙත්සම් භාවිතා කිරීම සහ කොලොම්බියාවේ සීමා සහිත ගබ්සා නීතියට අභියෝග කිරීම සඳහා උපායමාර්ගික නඩු පැවරීම පිළිබඳව 11 වන කොටුවේ විස්තර කෙරේ (Ruibal 2014).

මානව හිමිකම් රාමුවක් තුළ, යුක්තිය, පිළියම් සහ වන්දි යාන්ත්‍රණ සඳහා ප්‍රවේශය සහතික කිරීම වගවීම සඳහා කේන්ද්‍රීය වේ. ජාතික මට්ටමින්, සෞඛ්‍ය අයිතිය තහවුරු කිරීම සඳහා වන වගවීමේ යාන්ත්‍රණයන්ට, සෞඛ්‍යය සේවා ස්ථාන මට්ටමින් විවිධ පාලන මට්ටම්වලට අදාළ, ඔම්බුඩ්ස්මන්වරුන්, පාරිභෝගික සංසද, අධිකරණ, ජාතික මානව හිමිකම් කොමිෂන් සභා, ජාතික කාන්තා කොමිසම (හෝ කාන්තා සහ ළමා), හෝ එවැනි අනෙකුත් ආයතන ඇතුලත් දුක්ගැනවිලි විසඳීම සඳහා ඇති පරිපාලන යාන්ත්‍රණ ඇතුළත් වේ. අදාළ රට, මානව හිමිකම් ගිවිසුම් සම්බන්ධයෙන් තනි පුද්ගල පැමිණිලි සක්‍රීය කිරීම සඳහා වන අතිරේක ප්‍රොටෝකෝල අත්සන් කර ඇත්නම්, ජාතික යාන්ත්‍රණයන් සතුටුදායක විසඳුම් ලබා නොදෙන විට, කාන්තාවන්ට එරෙහි සියලු ආකාරයේ වෙනස් කොට සැලකීම් තුරන් කිරීමේ කමිටුව සහ ළමා අයිතිවාසිකම් පිළිබඳ කමිටුව වැනි ඇතැම් ගිවිසුම් අධීක්ෂණ ආයතන විසින් ස්ථාපනය කර

ඇති තනි පුද්ගල පැමිණිලි ක්‍රියා පටිපාටි වෙත යොමු වීමටද පුද්ගලයන්ට හැකියාව ඇත.

ගබ්සා සන්දර්භය තුළ, වගවීම බලාත්මක කිරීම සඳහා සෞඛ්‍ය පද්ධතිය තුළ අපයෝජන ක්‍රියාවන් ආමන්ත්‍රණය කිරීම සඳහා නිශ්චිත පිළියම් සහ පියවර අවශ්‍යය වේ.

සාධාරණ හේතුවක් නොමැතිව සත්කාර ප්‍රතික්ෂේප කිරීම මෙන්ම වේදනා නාශක ලබා නොදීම ඇතුළු අපයෝජන සහ සත්කාර සැපයීමේදී ගෞරවයට හානි කරන ක්‍රියා වැනි දේ ආමන්ත්‍රණය කිරීම වැදගත් වේ.

11 වන ප්‍රශ්නාවලිය

වගවීම

ඔව් / නැත		සටහන්
	මානව හිමිකම් ගිවිසුම් අධීක්ෂණ ආයතන වෙත රජය විසින් ලබා දුන් නවතම වාර්තාවේ ගබ්සාව සඳහා කාන්තාවන්ගේ අයිතිය පිළිබඳ තොරතුරු ඇතුළත් විය.	එවැනි තොරතුරු අඩංගු වාර්තා මොනවාදැයි සටහන් කරන්න.
	මානව හිමිකම් ගිවිසුම් අධීක්ෂණ ආයතන වෙත රජය විසින් ලබා දුන් නවතම වාර්තාවේ අවදානමට ලක්විය හැකි ප්‍රජාවට ගබ්සාව වෙත ඇති ප්‍රවේශය පිළිබඳ තොරතුරු ඇතුළත් විය.	එවැනි තොරතුරු අඩංගු වාර්තා මොනවාද, තොරතුරු ඇතුලත් වන්නේ කුමන කණ්ඩායම් පිළිබඳවද යන්න සටහන් කරන්න.
	මානව හිමිකම් ගිවිසුම් අධීක්ෂණ ආයතන වෙත සිවිල් සමාජ සංවිධාන විසින් ලබා දුන් නවතම සෙවනැලි වාර්තාවේ, ගබ්සාව සඳහා කාන්තාවන්ගේ අයිතිය පිළිබඳ තොරතුරු ඇතුළත් විය.	එවැනි තොරතුරු අඩංගු වාර්තා මොනවාදැයි සටහන් කරන්න.
	ගබ්සා සිදුවීම, රෝගාබාධ සහ මරණ අනුපාත පිළිබඳ ව රජය විසින් වරින් වර වාර්තා නිෂ්පාදනය කරයි > දිස්ත්‍රික් මට්ටමින් > රාජ්‍ය/පළාත් මට්ටමින් > ජාතික මට්ටමින්	දත්ත ලබා ගත හැකි දර්ශක සටහන් කරන්න.
	ගබ්සා සොයන අය සඳහා දුක්ගැනවිලි සහ සහන යාන්ත්‍රණ ඇත > සෞඛ්‍ය පහසුකම් මට්ටමින් > පළාත් පාලන මට්ටමින් > රාජ්‍ය/පළාත් මට්ටමින් > ජාතික මට්ටමින්	විවිධ මට්ටම්වල සහන යාන්ත්‍රණවල නම් මෙහි සටහන් කරන්න.
	සමාජීය වගවීමේ මුලපිරීම් ඇත > ආරක්ෂිත ගබ්සාවක් සඳහා කාන්තාවන්ගේ අයිතිය වෙනුවෙන් අධිවාචනය කිරීම > ගබ්සාවක් සඳහා කාන්තාවන්ගේ අයිතිය සම්බන්ධයෙන් මානව හිමිකම් උල්ලංඝන නිරීක්ෂණය කිරීම සහ වාර්තා කිරීම (උදා: අපයෝජන, සේවා ප්‍රතික්ෂේප කිරීම) > ගබ්සා සේවා සැපයීම සඳහා අයවැය ප්‍රතිපාදන සහ වියදම් නිරීක්ෂණය කිරීම	සමාජීය වගවීමේ මුලපිරීම්වල නම් මෙහි සටහන් කරන්න.

සටහන්

1 කාන්තාවන්ට පමණක් නොව, ගැබ් ගැනීමට හැකියාව ඇති සංක්‍රාන්ති පුද්ගලයින්ට ද ගබ්සා සේවා අවශ්‍ය වන බව අපි පිළිගනිමු. කෙසේ වෙතත්, මෙම ලේඛනය බොහෝ දුරට කාන්තාවන් කෙරෙහි අවධානය යොමු කරයි. මීට හේතුව වන්නේ ජාත්‍යන්තර මානව හිමිකම් සම්මතයන් සහ දැනට පවතින පර්යේෂණ සාක්ෂි බොහොමයක් කාන්තාවන්ට අදාළ වීමයි. හැකි සෑම විටකම අපි සංක්‍රාන්ති පුද්ගලයින්ට අදාළ තොරතුරු ඇතුළත් කර ඇත්තෙමු.

2 ලෝකයේ රටවල් පහක් සම්බන්ධයෙන්– එනම් චිලී, ඩොමිනිකන් ජනරජය, එල් සැල්වදෝරය, මෝල්ටාව සහ නිකරගුවාව.

3 ඉන්දියාව සහ චීනය මෙම ගණනය කිරීම් වලින් බැහැර කර ඇත්තේ ඒවාගේ තත්වය අසාමාන්‍ය වන අතර විශාල ජනගහන ප්‍රමාණයන් නිසා සංඛ්‍යා විකෘති කල හැකි බැවිනි.

4 ප්‍රජනන අයිතිවාසිකම් පිළිබඳ මධ්‍යස්ථානයේ (CRR) ප්‍රකාශනය 2019 දක්වා රටවල් 47 ක් ලැයිස්තුගත කර ඇත. ඊට අමතරව, 2020 දී නවසීලන්තය එහි ගබ්සා නීතිය ලිහිල් කර ඇති අතර එමඟින් ගැබ් ගැනීමෙන් සති 20 ක් දක්වා ඉල්ලීම මත ගබ්සා සේවා ලබා ගත හැකිය.

5 ස්වයං සත්කාර මැදිහත්වීම් පිළිබඳ ලෝක සෞඛ්‍යය සංවිධානයේ නිර්දේශයන්ට අනුව, ප්‍රමාණවත් තොරතුරු සහ අවශ්‍යය වූ විටෙක ලබා ගත හැකි සුදුසු සෞඛ්‍ය සේවා ඇත්නම්, ඖෂධ මගින් සිදු කරන ගබ්සාව ස්වයං කළමනාකරණය දැන් ගැබ්ගැනීමෙන් සති 12 දක්වා ආරක්ෂිත යැයි සැලකේ.

6 මානව හිමිකම් මූලධර්ම සහ ප්‍රමිතීන් නවයේ අතිච්ඡාදනය වන මානයන් රාශියක් අඩංගු වේ. නැවත නැවත සඳහන් කිරීම වැළැක්වීම සඳහා, සෑම මානයක්ම මූලධර්ම/ප්‍රමිතීන්ගෙන් එකක් යටතේ පමණක් සලකා බලා ඇත.

මූලාශ්‍ර

හැඳින්වීම:

WHO (2019). WHO *consolidated guideline for self-care interventions for health: sexual and reproductive health and rights*. Geneva. p. 67.

WHO (2014). *Ensuring human rights in the provision of contraceptive information and services. Guidance and recommendations*. Geneva.

WHO (2012). *Safe abortion: Technical and policy guidance*. Geneva.

1 වන පරිච්ඡේදය:

African Commission on Human and Peoples' Rights (2016). Statement by Commissioner Lucy Asuagbor during launch of ACHPR Campaign for the Decriminalization of Abortion in Africa.

Bearak J, Popinchalk A, Ganatra B, Moller A, Tunçalp Ö, Beavin C, Kwok L, Alkema L (2020). Unintended pregnancy and abortion by income, region and the legal status of abortion: estimates from a comprehensive model for 1990-2019. Lancet, July. https://doi.org/10.1016/S2214-109X(20)30315-6.

Biggs MA, Upadhyay UD, McCulloch CE, Foster DG. Women's mental health and well-being 5 years after receiving or being denied an abortion: A prospective, longitudinal cohort study. JAMA Psychiatry. 2017; 74(2):169-178.

Center for Reproductive Rights (2019). Breaking ground: treaty monitoring bodies on reproductive rights. New York. https://reproductiverights.org/sites/default/files/documents/Breaking-Ground-2020.pdf.

Center for Reproductive Rights (2014). Whose right to life? Women's rights and prenatal protections under human rights and comparative law. New York. https://www.reproductiverights.org/sites/crr.civicactions.net/files/documents/RTL_3%2014%2012.pdf.

Center for Reproductive Rights. Reproductive Rights Violations as Torture or Ill-treatment (2011). New York. https://www.reproductiverights.org/sites/crr.civicactions.net/files/documents/Reproductive_Rights_Violations_As_Torture.pdf.

Centers for Disease Control and Prevention. Reproductive Health: Contraception. https://www.cdc.gov/reproductivehealth/contraception/index.htm#Contraceptive-Effectiveness.

Copelon R, Zampas C, Brusie E & deVore J (2005). Human Rights Begin at Birth: International Law and the Claim of Fetal Rights, *Reproductive Health Matters*, 13:26, 120-129, DOI: 10.1016/S0968-8080(05)26218-3.

Darroch J, Woog V, Bankola A, Ashford L (2016). *Adding it up: Costs and benefits of meeting the contraceptive needs of adolescents*. New York: Guttmacher Institute.

Ganatra B, Gerdts C, Rossier C, Johnson Jr, BR, Tunçalp Ö, Assifi A, Sedgh G, Singh S, Bankole A, Popinchalk

A, Berak J, Kang Z Alkema L (2017). Global, regional and sub-regional classification of abortion by safety, 2010-14: estimates from a Bayesian hierarchical model. *Lancet* 390:2372-81. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28964589/.

Gerdts C, Dobkin L, Foster DG and Scwarz EB. (2016). Side effects, physical health consequences, and mortality associated with abortion and birth after an unwanted pregnancy. *Women's Health Issues*. 26(1): 55-59.).

Guttmacher Institute (2018). Abortion in Asia. Fact sheet. New York. https://www.guttmacher.org/sites/default/files/factsheet/ib_aww-asia.pdf.

Guttmacher Institute (2016). Adolescents' need for and use of abortion in developing countries. Fact sheet. New York. https://www.guttmacher.org/fact-sheet/adolescents-need-and-use-abortion-services-developing-countries.

Kriel, Y., Milford, C., Cordero, J. et al. Male partner influence on family planning and contraceptive use: perspectives from community members and healthcare providers in KwaZulu-Natal, South Africa. *Reprod Health* 16, 89 (2019). https://doi.org/10.1186/s12978-019-0749-y.

Martsen C and Cleland J. Relationships between contraception and abortion. A review of the evidence. *International Family Planning Perspectives*, 2003, 29(1):6–13).

Organization of African Unity (2003). Protocol to the African Charter on Human and Peoples' Rights on the Rights of Women in Africa, 2nd Ordinary Sess., Assembly of the Union, adopted July 11, 2003 [Maputo Protocol on the Rights of Women in Africa], Article 14, 2(c).

Pizzarossa LB (2018) . Peer-Reviewing Abortion Laws: Lessons from the Universal Periodic Review. ESR REVIEW #03 | Vol. 19.

Planned Parenthood Federation of America (2014). The emotional effects of induced abortion. https://www.plannedparenthood.org/files/8413/9611/5708/Abortion_Emotional_Effects.pdf.

Ravindran TKS, Balasubramanian P. "Yes" to abortion but "no" to sexual rights: the paradoxical reality of married women in rural Tamil Nadu, India. Reprod Health Matters. 2004 May;12(23):88-99. doi: 10.1016/s0968-8080(04)23133-0. PMID: 15242214.

Raymond EG, Grossman D, Weaver M, Toti S and Winikoff B. (2014). Mortality of induced abortion, other outpatient surgical procedures and common activities in the United States. *Contraception* 90(5): 476-479.

Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (2011). *The care of women requesting induced abortion*. London. https://www.rcog.org.uk/globalassets/documents/guidelines/abortion-guideline_web_1.pdf.

Salomonsen E (2017). Unsafe abortion in legally restricted areas –
how politics and abortion laws decides women's future. *A literature review on the incidence of induced abortion and adverse health consequences in Sub-Saharan African countries with restrictive abortion laws*. The Faculty of Health Sciences, UiT The Arctic University of Norway, 2017.

Say L, Chou D, Gemmill A, Tunçalp Ö, Moller AB, Daniels J, Gülmezoglu AM, Temmerman M, Alkema L (2014). Global causes of maternal death: a WHO systematic analysis. *Lancet Glob Health*. Jun; 2(6):e323-33.

Sedgh G, Hussain R (2014). Reasons for Contraceptive Nonuse among Women Having Unmet Need for Contraception in Developing Countries. *Studies in Family Planning*. 45(2):151–69. https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1728-4465.2014.00382.x.

Singh S, Remez L, Sedgh G, Kwok L and Onda T (2019). Abortion worldwide 2017. Uneven progress and unequal access. New York, Guttmacher Institute. https://www.guttmacher.org/report/abortion-worldwide-2017.

Sowmini CV 2013). Delay in termination of pregnancy among unmarried adolescents and young women attending a tertiary hospital abortion clinic in Trivandrum, Kerala, India, *Reproductive Health Matters*, 21:41, 243-250, DOI: 10.1016/S0968-8080(13)41700-7.

Stevens A (2018), Pushing a Right to Abortion through the Back Door: The Need for Integrity in the U.N. Treaty Monitoring System, and Perhaps a Treaty Amendment, 6 Penn State Journal of Law and International Affairs: 71. Available at: https://elibrary.law.psu.edu/jlia/vol6/iss1/6.

Subhasri B and Ravindran TKS (2012). Medical abortion: Understanding perspectives of rural and marginalized women from rural South India. *International Journal of Obstetrics and Gynecology*, 118, S33-S39 (Supp. 1).

Ujah I, Aisien O, Mutihir J, Vanderjagt D, Glew R, Uguru V. (2005). Maternal mortality among adolescent women in Jos, North-Central, Nigeria. Journal of Obstetrics & Gynecology, 25(1), p3-6. 2005;25(1):3-6.

United Nations (2011). *Interim report of the Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health, transmitted by Note of the Secretary-General*. New York. UN Doc. A/66/254 (2011), para. 65(h), (i). https://undocs.org/A/66/254.

United Nations (1995a). Programme of Action of the ICPD, Cairo, Egypt, 5-13 September 1994, para 7.2 and para 8.25, UN Doc.A/CONF.171/13/Rev.1.

United Nations (1995b).The Beijing Declaration and The Platform for Action. Fourth World Conference on Women, Beijing, China, 4-15 September 1995, para 106K, UN Doc. A/CONF.177/20.

United Nations (1989). General Assembly, *Convention on the Rights of the Child*, 20 November 1989, United Nations, Treaty Series, vol. 1577, p. 3, available at: https://www.refworld.org/docid/3ae6b38f0.html [accessed 6 September 2020].

United Nations (1948). General Assembly. *Universal Declaration of Human Rights*, 10 December 1948,

217 A (III), available at: https://www.refworld.org/docid/3ae6b3712c.html [accessed 6 September 2020]

UN Committee Against Torture (CAT) (2011). Concluding Observations:
Paraguay, para. 22, U.N. Doc. CAT/C/PRY/CO/4-6 (2011). https://atlas-of-torture.org/en/document/wgc9npwq5oqbwn0115ib206r?page=1.

UN Committee Against Torture (CAT) (2009). Concluding Observations: Nicaragua, para 16. U.N. Doc. CAT/C/NIC/CO/1 (2009). https://tbinternet.ohchr.org/_layouts/15/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CAT/C/NIC/CO/1&Lang=En.

UN Committee Against Torture (CAT) (2009). Concluding Observations: El Salvador, para 23. U.N. Doc. CAT/C/SLV/CO/2 (2009). https://tbinternet.ohchr.org/_layouts/15/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CAT/C/SLV/CO/2&Lang=En.

UN Committee on the Elimination of Discrimination Against Women (CEDAW Committee) (1999). *CEDAW General Recommendation No. 24: Article 12 of the Convention (Women and Health)*, A/54/38/Rev.1, chap. I, available at: https://www.refworld.org/docid/453882a73.html [accessed 30 August 2020], supra note 10, paras. 11 and 14.

UN Committee on the Elimination of Discrimination Against Women (CEDAW Committee) (1999). *Concluding Observations: Colombia*. UN Committee on the Rights of the Child (CRC) (2016). *General comment No. 20 (2016) on the implementation of the rights of the child during adolescence*. https://uniteforreprorights.org/wp-content/uploads/2018/01/G1640444-3.pdf. (Paragraph 60).

UN Committee on the Rights of the Child (CRC) (2013). *General comment No. 15 (2013) on the right of the child to the enjoyment of the highest attainable standard of health* (art. 24), 17 April 2013, CRC/C/GC/15, available at: https://www.refworld.org/docid/51ef9e134.html [accessed 30 August 2020] Paragraph 70.

UN Committee on Economic, Social, and Cultural Rights (CESCR) (2016a).*General Comment No. 22 on the Right to Sexual and Reproductive health* (Art. 12 of the ICESCR), U.N. Doc. E/C.12/GC/22 (Mar. 4, 2016), https://www.escr-net.org/resources/general-comment-no-22-2016-right-sexual-and-reproductive-health. Para 57.

UN Committee on Economic, Social, and Cultural Rights (CESCR) (2016b). *General Comment No. 22 on the Right to Sexual and Reproductive health* (Art. 12 of the ICESCR), , U.N. Doc. E/C.12/GC/22 (Mar. 4, 2016), https://www.escr-net.org/resources/general-comment-no-22-2016-right-sexual-and-reproductive-health. Para 60 & Para 14.

UN Committee on Economic, Social, and Cultural Rights (CESCR) (2015). *Concluding Observations: Chile*, paras. 29, 29(a), U.N. Doc. E/C.12/CHL/CO/4. https://www.gi-escr.org/concluding-observations-private-education/chile-cescr-concluding-observations-ec12chlc04-para-30-19-june-2015.

UN Committee on Civil and Political Rights (CCPR),(2018). General comment No. 36 (2018) on article 6 of the International Covenant on Civil and Political Rights, on the right to life. Paragraph 8. https://tbinternet.ohchr.org/Treaties/CCPR/Shared%20Documents/1_Global/CCPR_C_GC_36_8785_E.pdf.

UN Human Rights Council (2018). *Report of the Working Group on the issue of discrimination against women in law and in practice*. Geneva. https://www.ohchr.org/Documents/Issues/Women/WG/A_HRC_38_46_EN.pdf.

UN Office of the High Commissioner for Human Rights (2020). *Abortion*. Information series on sexual and reproductive rights, Geneva. https://www.ohchr.org/Documents/Issues/Women/WRGS/SexualHealth/INFO_Abortion_WEB.pdf.

UN Office of the High Commissioner for Human Rights (2017). *International Safe Abortion Day – Thursday 28 September 2017. Safe abortions for all women who need them – not just the rich, say UN experts*. 27 September. https://ohchr.org/EN/NewsEvents/Pages/DisplayNews.aspx?NewsID=22167&LangID=E.

UN Office of the High Commissioner for Human Rights (2018). Joint Statement by CEDAW and CRPD Committees, 'Guaranteeing sexual and reproductive health and rights for all women, in particular women with disabilities', 29 August 2018, www.ohchr.org/EN/HRBodies/CRPD/Pages/CRPDStatements.aspx.

Watter WW. Mental health consequences of abortion and refused abortion. Canadian Journal of Psychiatry. 1980 Feb;25(1):68-73. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/6989474/.

World Health Organization (2019). *Preventing unsafe abortion*. Fact sheet. Geneva. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/preventing-unsafe-abortion.

World Health Organization (2017). Leading the realization of human rights to health and through health: report of the High-Level Working Group on the Health and Human Rights of Women, Children and Adolescents. Geneva: WHO. Annex b. Human rights-related actions under Page 58. https://www.who.int/life-course/publications/hhr-of-women-children-adolescents-report/en/.

Zorzi K (2016), The Impact of the United Nations on National Abortion Laws, 65 Cath. U. L. Rev. 409 (2016). Available at: https://scholarship.law.edu/lawreview/vol65/iss2/122.

2 වන පරිච්ඡේදය:

Barot, S., 2018. The roadmap to safe abortion worldwide: Lessons from new global trends on incidence, legality and safety. *Guttmacher Policy Review*, 21, pp.17-22.

Barua, A. and Apte, H., 2007. Quality of abortion care: perspectives of clients and providers in Jharkhand. *Economic and Political Weekly*, pp.71-80.

Ganatra, B., Gerdts, C., Rossier, C., Johnson Jr, B. R., Tunçalp,

Ö., Assifi, A., Sedgh, G., Singh, S., Bankole, A., Popinchalk, A., Bearak, J., Kang, Z., & Alkema, L. (2017). Global, regional, and subregional classification of abortions by safety, 2010-2013;14: estimates from a Bayesian hierarchical model. *The Lancet*, 390(10110), 2372–2381. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)31794-4.

Ipas. (2020). *Clinical Updates in Reproductive Health*. L. Castleman & N. Kapp (Eds.). Chapel Hill, NC: Ipas.

Ngo TD et al. *Comparative effectiveness, safety and acceptability of medical abortion at home and in a clinic: a systematic review. Geneva, World Health Organization*, 2011 (Report no. 89).

Slade P et al. A comparison of medical and surgical termination of pregnancy: choice, emotional impact and satisfaction with care. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 1998, 105:1288–1295.

UK Medicines Information. Can mothers breastfeed after a medical termination of pregnancy? 15th October 2020. https://www.sps.nhs.uk/articles/can-mothers-breastfeed-after-a-medical-termination-of-pregnancy/.

World Health Organization, 2012. *Safe abortion: technical and policy guidance for health systems*. World Health Organization.

World Health Organization, 2014. *Clinical practice handbook for safe abortion*. World Health Organization.

World Health Organization, 2019. *Medical management of abortion*. World Health Organization.

World Health Organization, 2019. WHO consolidated guideline on self-care interventions for health: sexual and reproductive health and rights. World Health Organization.

World Health Organization Model List of Essential Medicines, 21st List, 2019. Geneva: World Health Organization; 2019. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

3 වන පරිච්ඡේදය:

Autorino T, Mattioli F, Mencarini L (2020). The impact of gynecologists' conscientious objection on abortion access. *Social Science Research* 87. https://doi.org/10.1016/j.ssresearch.2020.102403.

Baglini A (2014). *Gestational Limits on Abortion in the United States Compared to International Norms*. Virginia (USA), Charlotte Lozier Institute. https://lozierinstitute.org/internationalabortionnorms/ (Accessed 6 October 2020).

Barnard S, Kim C, Park MH, Ngo TD. Doctors or mid-level providers for abortion (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2015, Issue 7. Art. No.: CD011242. https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD011242.pub2/full.

Barot S (2012). A problem and solution mismatch: son preference and sex-selective abortion bans. *Guttmacher Policy Review*. 15(2): 18-22.

Barry ME (2018). *Abortion over 20 weeks' gestation. Frequently asked questions*. Washington D.C., Congressional Research Service (CRS), April 30, 2018. https://www.everycrsreport.com/reports/R45161.html (Accessed June 4, 2020).

Baynes C, Yegon E, Lusiola G, Kahando R, Ngadaya, E, & Kahwa, J. (2019). Women's Satisfaction With and Perceptions of the Quality of Postabortion Care at Public-Sector Facilities in Mainland Tanzania and in Zanzibar. *Global health, science and practice*, 7(Suppl 2), S299–S314. https://doi.org/10.9745/GHSP-D-19-00026.

Berer M (2020). Telemedicine and self-managed abortion: a discussion paper. https://www.safeabortionwomensright.org/news/telemedicine-and-self-managed-abortion-a-discussion-paper/.

Berer M (2017). Abortion law and policy around the world: In search of decriminalization. *Health and Human Rights* 19(1): 13-27.

Center for Reproductive Rights (2020a). Law and policy guide: criminality. https://reproductiverights.org/law-and-policy-guide-criminality.

Center for Reproductive Rights (2020b). Law and policy guide: third-party authorization. New York, CRR. https://reproductiverights.org/law-and-policy-guide-third-party-authorization. (Accessed 2 June 2020).

Center for Reproductive Rights (2020c). Law and policy guide: conscientious objection. New York, CRR. https://reproductiverights.org/law-and-policy-guide-conscientious-objection. (Accessed 2 June 2020).

Center for Reproductive Rights (2019a). By the Numbers - the legal status of abortion worldwide. https://reproductiverights.org/sites/default/files/documents/World-Abortion-Map-ByTheNumbers.pdf. (Accessed 2 June 2020).

Center for Reproductive Rights (CRR) (2019b). Accelerating progress: liberalization of abortion laws since ICPD. https://reproductiverights.org/sites/default/files/documents/World-Abortion-Map-AcceleratingProgress.pdf. (Accessed 2 June 2020).

Center for Reproductive Rights (2015). *Mandatory waiting periods and biased abortion counseling in Central and Eastern Europe: Restricting access to abortion, undermining human rights, and reinforcing harmful gender stereotypes*. https://www.reproductiverights.org/sites/crr.civicactions.net/files/documents/CRR_Fact%20Sheet_Abortion_MWP%20and%20Biased%20Counseling_CEE_Final_0.pdf.

Curtis C (2007). Meeting Health Care Needs of Women Experiencing Complications of Miscarriage and Unsafe Abortion: USAID's Postabortion Care Program. *Journal of midwifery & women's health*, 52(4): 368-375. https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1016/j.jmwh.2007.03.005.

Dixon-Mueller R. Innovations in reproductive health care: menstrual regulation policies and programs in Bangladesh. Stud Fam Plann. 1988 May-Jun;19(3):129-40. PMID: 3406963.

"*Dominican Republic delivers "huge blow" to women's right to life*" Amnesty International. 18 September 2009. https://www.amnesty.org/en/latest/news/2009/09/republica-dominicana-golpe-tremendo-derecho-mujeres-vida-20090918/. (Accessed 2 October 2020).

Erdman JN (2012). Harm reduction, human rights, and access to information on safer abortion. *Ethical and legal issues in reproductive health*, 118 (1): 83-86. https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2012.04.002.

European Union Agency for Fundamental Rights (FRA) (2013). *Legal capacity of persons with intellectual disabilities and persons with mental health problems*. Vienna, FRA.

Fiala C, Arthur JH (2017). There is no defence for 'Conscientious objection' in reproductive health care. *European Journal of Gynecology and Reproductive Biology* 216: 254-258.

Fiala C, Danielsson KG, Heikinheimo O, Guðmundsson JA, Arthur J (2016). Yes we can! Successful examples of disallowing 'conscientious objection' in reproductive health care, *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, 21:3, 201-206, DOI: 10.3109/13625187.2016.1138458.

Folter R. Why Uruguay is one of the only Latin American countries to legalize abortion. https://www.womensmediacenter.com/fbomb/why-uruguay-is-one-of-the-only-latin-american-countries-to-legalize-abortion. (Accessed on April 24, 2019).

Gatter M, Kimport K, Foster DG, Weitz TA, Upadhyay UD. Relationship between ultrasound viewing and proceeding to abortion. Obstet Gynecol. 2014; 123(1):81–7. Epub 2014/01/28. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24463667/.

Global Abortion Policies Database (GAPD), 2020. https://abortion-policies.srhr.org/.

González Vélez AC (2012) "The health exception": a means of expanding access to legal abortion, *Reproductive Health Matters*, 20:40, 22-29, DOI: 10.1016/ S0968-8080(12)40668-1

Government of the People's Republic of Bangladesh. Directorate General of Family Planning: MCH Services Unit. Memorandum No.: DGFP/MCH-RH/pro-sha (admin) 23/05/108. 03 February 2015.

Grossman D, Blanchard K, Blumenthal P (2008). Complications after Second Trimester Surgical and Medical Abortion," *Reproductive Health Matters*, 16: (31 Suppl):173-82. https://doi.org/10.1016/S0968-8080(08)31379-2.

Guttmacher Institute (2012). Menstrual regulation, unsafe abortion and maternal health in Bangladesh. *In Brief* No. 3. New York.

Hunt P. Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health. Human Rights Commission. 60th Session. Theme 10 provisional programme. E/CN.4/2004/49. United Nations; 2004.

International Planned Parenthood Federation (2019). *Policy Briefing: The impact of the global gag rule*. London, IPPF.

International Women's Health Coalition (2019). Crisis in care: year two impact of Trump's global gag rule. NY, IWHC. https://iwhc.org/resources/crisis- care-year-two-impact-trumps- global-gag-rule/. Accessed 17 October 2020.

Kaufman R.E. (2021). The U.S. Recommits to Sexual and Reproductive Health and Rights. American Constitution Society. Blog, 19 March. https://www.acslaw.org/expertforum/the-u-s-recommits-to-sexual-and-reproductive-health-and-rights/.

Keogh LA, Gillam L, Bismark M, McNamee K, Webster A, Bayly C, Newton D (2019). Conscientious objection to abortion, the law and its implementation in Victoria, Australia: perspectives of abortion service providers. *BMC Medical Ethics*, 20:11. https://bmcmedethics.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12910-019-0346-1.

Kimport K, Upadhyay UD, Foster DG, Gatter M, Weitz TA. Patient viewing of the ultrasound image prior to abortion. Contraception. 2013; 88(5):666–70. Epub 2013/09/14. https://doi.org/10.1016/j. contraception.2013.07.006.

Klick J. Mandatory waiting periods for abortions and female mental health. Health Matrix. 2006;16(1):183–208.

Labandera A, Gorgoroso M, Briozzo L. Implementation of the risk and harm reduction strategy against unsafe abortion in Uruguay: From a university hospital to the entire country. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 2016; 134:S7-S11.

Lavelanet AF, Johnson BR, Ganatra B (2020). Global Abortion Policies Database: A descriptive analysis of the regulatory and policy environment related to abortion. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology* 62 (2020) 25e35. https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2019.06.002.

Marie Stopes International (2018). *A world without choice: the Global Gag Rule's impact in Madagascar*, 2018. Washington, DC. Marie Stopes US. https://www.mariestopes-us.org/wp-content/uploads/2018/01/MSI_Madagascar_GGR-Fact-Sheet_Jan-2018.pdf.

Marie Stopes International (2004). L*ate abortion: a research study of women undergoing abortion between 19 and 24 weeks' gestation*. London, MSI. http://www.ossyr.org.ar/pdf/bibliografia/247.pdf. (Accessed 10 October 2020).

McCarthy, Angie. "State Obligations to Protect the Lives and Health of Women after Abortion or Miscarriage." Human Rights Brief 21, no. 2 (2014): 16-21. https://digitalcommons.wcl.american.edu/hrbrief/vol21/iss2/3/.

Millar E (2019). Here's why there should be no gestational limit for abortion. *The Conversation*, August 12, 2019. https://theconversation.com/heres-why-there-should-be-no-gestational-limits-for-abortion-121500. (Accessed 17 October 2020).

Moroccan Family Planning Association and Asian-Pacific Resource and Research Centre for Women. *Religious fundamentalism and access to safe abortion services in Morocco*. Rabat and Kuala Lumpur: Moroccan Family Planning Association and Asian-Pacific Resource and

Research Centre for Women; 2016.

Nadimpalli S., Venktachalam D., Banerjee S. "India's abortion wars" Deccan Chronicle. 2017 Apr 16; https://www.deccanchronicle.com/opinion/op-ed/160417/indias-abortion-wars.html.

National Academies of Sciences, Engineering and Medicine, *The Safety and Quality of Abortion Care in the United States*, Washington, DC: National Academies Press, 2018.

Nicaragua votes to ban abortions." (26 October 2006). *BBC News*. http://news.bbc.co.uk/2/hi/americas/6089718.stm. Accessed October 2, 2020.

Rasch V (2011). Unsafe abortion and postabortion care - an overview. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica* 90(7). https://doi.org/10.1111/j.1600-0412.2011.01165.x

Ravindran TKS (2019). *Victims twice over: pregnancy due to sexual abuse and forced motherhood due to failed justice*. India, CommonHealth, November 21, 2019. https://safeabortion889409100.wordpress.com/2019/11/21/victims-twice-over-pregnancy-due-to-sexual-abuse-and-forced-motherhood-due-to-failed-justice/.

Rocca CH, Samari G, Foster DG, et al (2020). Emotions and decision rightness over five years following an abortion: an examination of decision difficulty and abortion. *Social Science and Medicine*. https://doi:10.1016/j.socscimed.2019.112704.

Royal College of Physicians and Surgeons of Canada (2020). *Abortion and the mature minor*. Bioethics cases. Reproductive Health. Section 4.2.2. http://www.royalcollege.ca/rcsite/bioethics/cases/abortion-mature-minor-e.

Rowlands S and Thomas K. Mandatory waiting periods before abortion and sterilization: Thoery and Practice. International Journal of Women's Health 2020:12 577–586.

Sheldon S. (2015) The decriminalisation of abortion: an argument for modernisation. *Oxford Journal of Legal Studies*. June: 1-32. https://doi.org/10.1093/ojls/gqv026.

Singh S, Hussain R, Shekhar C, Acharya R, Moore AM, Stillman M, Frost JF, Sahoo H, Alagarajan M, Sundaram A, Kalyanwala S and Ball H (2018). *Abortion and Unintended Pregnancy in Six Indian States: Findings and Implications for Policies and Programs*. New York, Guttmacher Institute.

Skuster P (2013). *Young women and abortion: avoiding legal and policy barriers*. Chapel Hill, Ipas.

Sultana N (2020). Task-sharing in menstrual regulation services: Implementation efforts and lessons learned in Bangladesh. International Journal of Gynecology and Obstetrics, Vol 150, S1:4-8.

Upadhyay UD, Kimport K, Belusa EKO, Johns NE, Laube DW, Roberts SCM (2017) Evaluating the impact of a mandatory pre-abortion ultrasound viewing law: A mixed methods study. PLoS ONE 12(7): e0178871. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0178871.

United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2014). *Abortion Policies and Reproductive Health around the World* (United Nations publication, Sales No. E.14.XIII.11). https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/policy/AbortionPoliciesReproductiveHealth.pdf.

UN Committee Against Torture (CAT) (2011). Concluding Observations: Paraguay, para. 22, U.N. Doc. CAT/C/PRY/CO/4-6 (2011). https://atlas-of-torture.org/en/document/wgc9npwq50qbwn0115ib206r?page=1.

UN Committee on Civil and Political Rights (CCPR) (2005). K.L. v. Peru, Human Rights Committee, Communication No. 1153/2003, U.N. Doc. CCPR/C/85/D/1153/2003. https://undocs.org/CCPR/C/85/D/1153/2003.

UN Committee on Civil and Political Rights (CCPR) (2014a). Human Rights Committee, Concluding Observations: Ireland, para. 9, U.N. Doc. CCPR/C/IRL/CO/4. https://undocs.org/CCPR/C/IRL/CO/4.

UN Committee on Civil and Political Rights (CCPR) (2014b). Human Rights Committee, Concluding Observations: Sierra Leone, para. 14, U.N. Doc CCPR/C/SLE/CO/1. https://undocs.org/CCPR/C/SLE/CO/1.

UN Committee on Civil and Political Rights (CCPR) (2012). Human Rights Committee, Concluding Observations: Guatemala, para. 20, U.N. Doc. CCPR/C/GTM/CO/3. https://undocs.org/CCPR/C/GTM/CO/3.

UN Committee on the Rights of the Child (CRC) (2011). Concluding Observations: Costa Rica, para. 64, U.N. Doc. CRC/C/CRI/CO/4. https://undocs.org/CRC/C/CRI/CO/4.

UN Committee on the Rights of the Child (CRC) (2007). Concluding Observations: Chile, para. 56, U.N. Doc. CRC/CHL/CO/3. https://undocs.org/CRC/CHL/CO/3.

UN Committee on the Rights of the Child (CRC) (1999). Concluding Observations: Chad, para. 30, U.N. Doc. CRC/C/15/Add.107. https://undocs.org/CRC/C/15/Add.107.

UN Committee on the Elimination of Discrimination Against Women (CEDAW Committee) (2011). L.C. v. Peru, Communication No. 22/2009, para. 12, U.N. Doc. CEDAW/C/50/D/22/2009. https://undocs.org/CEDAW/C/50/D/22/2009.

UN Committee on Economic, Social, and Cultural Rights (CESCR) (2010). Concluding Observations: Dominican Republic, para. 29, U.N. Doc. E/C.12/DOM/CO/3. https://undocs.org/E/C.12/DOM/CO/3

UN Committee on Economic, Social, and Cultural Rights (CESCR) (2004). Concluding Observations: Chile, para. 53, U.N. Doc. E/C.12/1/Add.105. https://undocs.org/E/C.12/1/Add.105.

UN Committee on Economic, Social and Cultural Rights (2000). General comment No. 14. The right to the highest attainable standard of health. Art. 12. 22nd Session. E/C.12/2000/4. United Nations; 2000.

UN Committee on the Rights of Persons with Disabilities (CRPD Committee) (2014). *Gen. Comment No. 1: Article 12: Equal recognition before the law*, (11th session, 2014), para. 26,

U.N. Doc. CRPD/C/GC/1.

Westeson J (2012). IntLawGrrls: *Rights-based approach to sex-selection. Geneva, Center for Reproductive Rights* (Europe).

Women on Waves. Bangladesh Abortion Law [website] (2020). https://www.womenonwaves.org/en/page/4866/bangladesh–abortion-law. Accessed September 28.

Wood S, Abracinskas L, Correa S and Pecheny M. Reform of abortion law in Uruguay: context, process and lessons learned. *Reproductive Health Matters*, 2016; 24:48, 102-110, https://doi.org/10.1016/j.rhm.2016.11.006.

World Health Organization (2020). Maintaining essential health services: operational guidance for the COVID19 context interim guidance, 1 June 2020. https://apps.who.int/iris/handle/10665/332240.

World Health Organization (2011). *Preventing gender-biased sex-selection. An interagency statement OHCHR, UNFPA, UNICEF, UN Women and WHO*. Geneva, WHO.

World Health Organization (1946). Constitution, adopted during the International Health Conference. New York.

World Health Organization (2002). World Health Report: *Reducing Risks, Promoting Healthy Life*. Geneva, WHO.

4 වන පරිච්ඡේදය:

Banisar D and Davies S, (1999). Global Trends in Privacy Protection: An International Survey of Privacy, Data Protection, and Surveillance Laws and Developments. The John Marshall Journal of Information Technology and Privacy Law, 18(1). https://repository.jmls.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1174&context=jitpl/.

Barnard S, Kim C, Park MH, Ngo TD. Doctors or mid-level providers for abortion (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2015, Issue 7. Art. No.: CD011242. https://doi.org/10.1002/14651858.CD011242.pub2.

Barua, A. and Apte, H., 2007. Quality of abortion care: perspectives of clients and providers in Jharkhand. *Economic and Political Weekly*, pp.71-80.

Cohen J and Ezer T (2013). Human rights in patient care: a theoretical and practical framework. *Health and Human Rights*, 15(2).

CRPD, Art 1.

de Bruyn, M., 2012. HIV, unwanted pregnancy and abortion–where is the human rights approach? *Reproductive Health Matters*, 20(39), pp.70-79.

Dennis, A., Henshaw, S.K., Joyce, T.J., Finer, L.B. and Blanchard, K., 2009. The impact of laws requiring parental involvement for abortion: a literature review. New York: *Guttmacher Institute*.

Department of Health and Social Care, Government of UK, 2020. Temporary approval of home use for both stages of early medical abortion. Available from: https://www.gov.uk/government/publications/temporary-approval-of-home-use-for-both-stages-of-early-medical-abortion--2/.

Dhillon, J. (2014). *Protecting women's access to safe abortion care: A guide to understanding the human rights to privacy and confidentiality: Helping advocates navigate 'duty to report' requirements*. Chapel Hill, NC: Ipas.

Donovan, M., 2019. Improving access to abortion via telehealth. *Guttmacher Policy Rev*, 22, pp.23-28.

Duggal, R., 2004. The political economy of abortion in India: cost and expenditure patterns. *Reproductive Health Matters*, 12(sup24), pp.130-137.

Espinoza, C., Samandari, G. and Andersen, K., 2020. Abortion knowledge, attitudes and experiences among adolescent girls: a review of the literature. *Sexual and Reproductive Health Matters*, 28(1), p.1744225.

Goetz A, Jenkins R. *Reinventing accountability: making democracy work for human development*. Hampshire, Palgrave Macmillan, 2005:8.

Guareschi, Pedrinho; Jovchelovitch, Sandra (2004). Participation, health and the development of community resources in southern Brazil [online]. London: LSE Research Online. http://eprints.lse.ac.uk/2629/.

Henshaw, S.K., Joyce, T.J., Dennis, A., Finer, L.B. and Blanchard, K., 2009. Restrictions on Medicaid funding for abortions: A literature review. *Guttmacher Institute*.

Human Rights Committee. (2000). General Comment No. 28: The equality of rights between men and women. CCPR/C/21/Rev.1/Add.10.

Independent Accountability Panel, '2016: Old Challenges, new Hopes: Accountability for the Global Strategy for Women's, Children's and Adolescents' Health' available at http://iapreport.org/downloads/IAP_Report_September2016.pdf.

Inter Agency Working Group. Inter-Agency Field Manual on Reproductive Health in Humanitarian Settings. https://iawg.net/resources/misp-reference.

International Planned Parenthood Federation South Asia Region. Safe abortion services amid COVID19 - Agile, adaptive & innovative response from South Asia. May 2020. https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/SARO%20COVID19%20Update%203%20%28Safe%20Abortion%29.pdf.

Lowik AJ. Trans-inclusive abortion services: A manual for providers on operationalising trans-inclusive policies and practices in an abortion setting. 2017.

Meler BM, Pardue C, London L. Implementing community participation through legislative reform: a study of the policy framework for community participation in the Western Cape province of South Africa. *BMC International Health and Human Rights* 2012, 12:15. http://www.biomedcentral.com/1472-698X/12/15.

Mendelson D, Rees and Wolf G (2018). Medical Confidentiality and Patient Privacy Chaper 9 in B White, F McDonald & L Willmott (Eds), Health Law in Australia, 3nd Edition, (2018 Thomson Reuters). https://ssrn.com/abstract=3173601/.

Moseson, H., Herold, S., Filippa, S., Barr-Walker, J., Baum, S.E. and Gerdts, C., 2020. Self-managed abortion: a systematic

scoping review. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 63, pp.87-110.

Murthy R. Presentation on Accountability mechanisms – SRH services in the context of UHC and inequalities. In: *Technical consultative meeting on guidance for integrating sexual and reproductive health and rights (SRHR) within national UHC plans*, Geneva, 15-16 May 2019. Geneva, World Health Organization, 2019.

Nidadavolu, V. and Bracken, H., 2006. Abortion and sex determination: conflicting messages in information materials in a District of Rajasthan, India. *Reproductive Health Matters*, 14(27), pp.160-171.

Orner, P.J., de Bruyn, M., Barbosa, R.M., Boonstra, H., Gatsi-Mallet, J. and Cooper, D.D., 2011. Access to safe abortion: building choices for women living with HIV and AIDS. *Journal of the International AIDS Society*, 14(1), p.54.

Radhakrishnan, A., Sarver, E. and Shubin, G., 2017. Protecting safe abortion in humanitarian settings: overcoming legal and policy barriers. *Reproductive health matters*, 25(51), pp.40-47.

Ramaswamy, A., Weigel, G., Sobel, L., Salganicoff, A., 2020. Medication Abortion and Telemedicine: Innovations and Barriers during the COVID-19 Emergency. Kaiser Family Foundation. Available from: https://www.kff.org/policy-watch/medication-abortion-telemedicine-innovations-and-barriers-during-the-covid-19-emergency/.

Ravindran TKS (2016). *An advocates' guide: integrating human rights in universal access to contraception*. Kuala Lumpur, Asian and Pacific Resource and Research Centre for Women (ARROW).

Singh, S., Shekhar, C., Acharya, R., Moore, A.M., Stillman, M., Pradhan, M.R., Frost, J.J., Sahoo, H., Alagarajan, M., Hussain, R. and Sundaram, A., 2018. The incidence of abortion and unintended pregnancy in India, 2015. *The Lancet Global Health*, 6(1), pp.e111-e120.

Subhasri B and Ravindran TKS (2012). Medical abortion: Understanding perspectives of rural and marginalised women from rural South India. *International Journal of Obstetrics and Gynecology*, 118, S33-S39 (Supp. 1).

Tunçalp, Ö., Were, W.M., MacLennan, C., Oladapo, O.T., Gülmezoglu, A.M., Bahl, R., Daelmans, B., Mathai, M., Say, L., Kristensen, F. and Temmerman, M., 2015. Quality of care for pregnant women and newborns—the WHO vision. *Bjog*, 122(8), p.1045.

United Nations Office of the High Commissioner for Human Rights (2000). *CESCR General Comment No. 14: The right to the highest attainable standard of health (Art. 12)*. Adopted at the twenty-second session of the Committee on Economic, Social and Cultural Rights, on 11 August 2000, (Contained in document E/C.12/2000/4). Geneva, UNOHCHR. https://www.refworld.org/pdfid/4538838d0.pdf.

United Nations Office of the High Commissioner for Human Rights (2008). *Claiming the Millennium Development Goals: A Human Rights Approach*. Geneva, UNOHCHR, p.15.

United Nations Population Fund and Harvard School of Public Health (2010). A Human Rights-Based Approach to programming. New York, UNFPA. P. 71-72.

Umuhoza C, Oosters B, van Reeuwijk M, Vanwesenbeeck I. Advocating for safe abortion in Rwanda: how young people and the personal stories of young women in prison brought about change. R*eproductive Health Matters*, 2013, 21:49–56.

Van Belle S, Boydell V, George AS, Brinkerhof DW, Khosla R. Broadening understanding of accountability ecosystems in sexual and reproductive health and rights: A systematic review. *PLoS One*, 2018, 13:e0196788. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0196788/.

World Health Organization, 2009. Promoting sexual and reproductive health for persons with disabilities: WHO/UNFPA guidance note.

World Health Organization, 2012. *Safe abortion: technical and policy guidance for health systems*. World Health Organization.

World Health Organization, 2014. *The prevention and elimination of disrespect and abuse during facility-based childbirth: WHO statement* (No. WHO/RHR/14.23). World Health Organization.

World Health Organization, 2015. *Health worker role in providing safe abortion care and post abortion contraception*. World Health Organization.

World Health Organization (2017). *Human Rights and Health*. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/human-rights-and-health.

World Health Organization, 2019. WHO consolidated guideline on self-care interventions for health: sexual and reproductive health and rights.

World Medical Association (2005). *Medical Ethics Manual*. Ch. 2: Physicians and Patients, p. 53. Ferney-Voltaire Cedex, France: WMA.

ISBN 978-967-0339-52-8

ARROW යනු මැලේසියාවේ ක්වාලාලම්පූර් හි පිහිටි කලාපීය ලාභ නොලබන කාන්තා රාජ්‍ය නොවන සංවිධානයක් වන අතර, ARROW එක්සත් ජාතීන්ගේ ආර්ථික හා සමාජ කවුන්සිලයේ උපදේශන තත්ත්වය ලබා ඇත. 1993 දී පිහිටුවීමේ සිට, ARROW කාන්තා සෞඛ්‍යය, ලිංගිකත්වය තහවුරු කිරීම සහ අයිතිවාසිකම් ප්‍රවර්ධනය කිරීම සඳහා මෙන්ම, තොරතුරු, දැනුම, සහභාගීත්වය, උපදේශනය තුළින් කාන්තාවන් බලගැන්වීමටත්, බලමුලු ගැන්වීමටත් වැඩ කර ඇත.

සෑම කාන්තාවක්ම ඇගේ සම්පූර්ණ ලිංගික හා ප්‍රජනක අයිතිවාසිකම් භුක්ති විඳින සමානාත්මතාවයෙන් යුත්, යුක්තිගරුක, සහ සාධාරණ ලෝකයක් ගොඩනැගීම ARROW හි දැක්මයි. ARROW විශේෂයෙන් සෞඛ්‍ය සහ ලිංගිකත්වය යන ක්ෂේත්‍රවල කාන්තාවන්ගේ අයිතිවාසිකම් සහ අවශ්‍යතා ආරක්ෂා කරන සහ ප්‍රවර්ධනය කරන අතර, මෙම අයිතිවාසිකම් හිමි කරගැනීමට කාන්තාවන්ගේ බලය තහවුරු කරයි.

'ආරක්ෂිත ගබ්සා කිරීමේ අයිතිය ඉල්ලා සිටීම' ව්‍යාපෘතිය මඟින් ආසියාවේ රටවල් පහක ආරක්ෂිත ගබ්සා නීති ක්‍රියාත්මක කිරීම සහ සේවාවන් වෙත ප්‍රවේශ වීම සම්බන්ධයෙන් ක්‍රමානුකූල ප්‍රගතියක් ලබා ගැනීමට අපේක්ෂා කරන අතර, එමඟින් එම රටවල සියලුම කාන්තාවන්ට ආරක්ෂිත ගබ්සා සේවා වෙත ඇති ප්‍රවේශය පුළුල් වනු ඇත. ආරක්ෂිත ගබ්සා වෙනුවෙන් අධිවාචනය කිරීමේ මූලපිරීම- ගෝලීය දකුණු සහයෝගීතාවක් (SAIGE- Safe Abortion Advocacy Initiative- A Global South Engagement) යනු සාක්ෂි සොයාගැනීම, සාක්ෂි මත පදනම් වූ අධිවාචනය සහ වගවීමේ උපාය මාර්ග යොදාගනිමින් කලාපය පුරා විවිධ ජාතික මට්ටම්වල ආරක්ෂිත ගබ්සා නීති සහ ප්‍රතිපත්ති ක්‍රියාත්මක කිරීමට බලපෑම් කිරීම යන බහු-විධ ප්‍රවේශය හරහා, ආරක්ෂිත ගබ්සාව සහතික කිරීම සඳහා ඔවුන්ගේ බලපෑම වැඩි කිරීමට කැපවී සිටින ගෝලීය දකුණේ සිටින අධිවාචකයින්, ක්‍රියාකාරීන්, ශාස්ත්‍රඥයින් සහ සේවා සපයන්නන් විසින් සම-නිර්මාණය කරන ලද ජාලයකි.

කාන්තාවන් සහ සේවා සපයන්නන් අතර ආරක්ෂිත ගබ්සාව පිළිබඳ දැනුවත්භාවය වැඩි කිරීම; ආගම මත පදනම්ව සත්කාර ප්‍රතික්ෂේප කිරීම සහ කොන් කිරීම ආමන්ත්‍රණය කිරීම; සහ ගුණාත්මක බැවින් දුර්වල සේවා සහ සේවා නොමැති වීම සම්බන්ධයෙන් කටයුතු කිරීම ආදී ආරක්ෂිත ගබ්සාව සඳහා ඇති බාධක ඉවත් කිරීම සඳහා සිදු කරන සාමූහික වැඩ ද මෙයට ඇතුළත් වේ.

මෙම ව්‍යාපෘතියට සහාය සහ අරමුදල් ලබා දුන්නේ ලිංගික අධ්‍යාපනය සඳහා වූ ස්වීඩන් සංගමය වන RFSU-Riksförbundet för Sexuell Upplysning විසිනි.

Asian-Pacific Resource & Research Centre for Women (ARROW)

– කාන්තාවන් සඳහා වූ ආසියා-පැසිෆික් සම්පත් සහ පර්යේෂණ මධ්‍යස්ථානය

1 සහ 2 ජාලන් ස්කොට්, බ්‍රික්ෆීල්ඩ්ස්, 50470 ක්වාලාලම්පූර්, මැලේසියාව

දුරකථන (603) 2273 9913/9914/9915
ෆැක්ස් (603) 2273 9916
ඊ මේල් arrow@arrow.org.my
වෙබ් arrow.org.my
ෆේස්බුක් facebook.com/ARROW.Women
ඉන්ස්ටග්‍රෑම් arrow_women
බ්ලූස්කයි @arrowomen.bsky.social
යූ ටියුබ් youtube.com/user/ARROWomen
ලින්ක්ඩ් ඉන් linkedIn.com/company/arrowomen

The Safe Abortion Advocacy Initiative A Global South Engagement (SAIGE)

– ආරක්ෂිත ගබ්සා වෙනුවෙන් අධිවාචනය කිරීමේ මූලපිරීම- ගෝලීය දකුණු සහයෝගීතාවක්

https://saige.arrowadvocacy.org/

Riksförbundet för Sexuell Upplysning (RFSU)

– ලිංගික අධ්‍යාපනය සඳහා වූ ස්වීඩන් සංගමය

https://www.rfsu.se/

arrow
asian-pacific resource & research centre for women

rfsu

saige
Safe Abortion Advocacy Initiative
Global South Engagement