

A Collection of Stories on Abortion in Sri Lanka

இலங்கையில் கருக்கலைப்புப் பற்றிய கதைகளின் தொகுப்பு
ශ්‍රී ලංකාවේ සිදුවන ගර්භනීභාවය අවසන් කිරීම සම්බන්ධ සිද්ධි එකතුවක්



A Collection of Stories on Abortion in Sri Lanka

The Coalition for Safe Abortions, Sri Lanka

A Collection of Stories on Abortion in Sri Lanka
Printing Year 2019 March
ISBN 978-955-8876-30-5
© FPA Sri Lanka

Stories by Women Collected by YANSL and FPA Sri Lanka Advocacy Unit

Part Two Written by Avanti Arseculeratne

Translated into Tamil by Priscilla Arulpragasam
Edited by Mala Sivachelvam & Shiranee Mills from the
Women's Education and Research Center

Translated into Sinhala by Suraj Vimukthi Bandara
Edited by Thushara Manoj

Illustrated by Zahara Dawoodbhoy

Layout by Malinda Jayawardana

Introduction

Sri Lanka's achievements in maternal and child health are impressive. However, illegally induced abortions and their complications continue to be a burden on the healthcare system of this country. It is estimated that between 650 and 1000 abortions take place in Sri Lanka, daily, bringing the figure to approximately 250,000 abortions, annually. Due to the restrictive laws pertaining to abortion in Sri Lanka, the overwhelming majority of these abortion procedures are sought and procured outside the purview of the law, making the service unregulated and unaccountable.

The Coalition for Safe Abortions is a partnership of civil society and grassroots organisations from around the country that have combined their efforts to draw attention to, and work towards eliminating, the negative consequences that result from Sri Lanka's restrictive abortion laws. In this publication, the Coalition has tried to provide readers with the multiple corroboratory and conflicting perspectives on abortion in Sri Lanka, complemented by case studies of women from across the country who have sought the service.

The first portion of this book provides stories by women who have experienced abortions in Sri Lanka, collected by the Youth Advocacy Network Sri Lanka (YANSL) and the Advocacy Department of the Family Planning Association of Sri Lanka (FPASL). These stories, some of which were narrated by the women, have been translated from Sinhala to English almost word for word. These case studies demonstrate how a determined woman who does not see a future with a child will have an abortion regardless of the laws of the country or the safety of the conditions in which she acquires the abortion.

The second portion of this book provides a comprehensive literature review of the legal, medical, and socio-cultural perspectives of abortion in the country, from documents written and published within the last 30 years. It provides readers with statistics that demonstrate that abortion rates tend to be highest among married women with children, women from urban areas, and women from low socio-economic backgrounds. The most common reasons given for seeking induced abortions are that women feel they are too old to birth another child, they already have grown children, they have already completed their families, they already have a young child, and/or they face socio-economic constraints. As a result of unsafe abortions, young children lose their mothers, families are broken, and unwanted children are placed in care homes, often receiving inadequate love and affection.

Data suggests that a small percentage of abortion seekers use regular modern family planning methods, with a high number of couples in Sri Lanka using traditional methods. The literature review will explore the reasons for this trend, as well as the lack of accessibility that many subpopulations have to modern family planning methods.

There is an urgent need for the prevention of repeated abortions, attainable through the provision of family planning services to women. Post-abortion family planning should be provided according to the client's preference, and the effectiveness of the method. This is important as it is commonly known that increased use of family planning results in reduced abortions.

Another important factor to consider is the necessity of teaching Comprehensive Sexuality Education (CSE) in schools, as this enables children and young people to develop the following: accurate and age appropriate knowledge attitudes and skills; positive values such as respect for human rights; gender equality; diversity, and attitudes and skills that contribute to safe, healthy and positive relationships. Therefore, CSE plays a central role in the preparation of young people for a safe, productive, fulfilling life in a world where HIV and AIDS, sexually transmitted infections, unintended pregnancies, and sexual and gender-based violence still pose risks to their wellbeing. CSE empowers children to take control and make informed decisions about their sexuality and relationships, freely and responsibly.

The recently drafted Women's Policy of Sri Lanka, and the National Human Rights Action Plan have recognized the need for changes in the abortion laws. Both these documents clearly state the role of the government in working on changing the restrictive laws on abortion, specifically in cases of rape and foetal deformities.

Many thanks to YANSL for providing us with the majority of the case studies, as well as to Kusum from Abimani, Indrani from Praja Diriya Padanama, and Sakuni from the Transgender Network for identifying women who had abortions and who were willing to speak with us and share their stories; to Avanti Arseculeratne for her hard work in developing the material in this publication; to Suraj Vimukthi Bandara and Priscilla Arulpragasam for the translations into Sinhalese and Tamil; to Mala Sivachelvam and Shiranee Mills for editing the Tamil transcript; to Zahara Dawoodbhoy for her wonderful illustrations, and to Thushara Manoj for editing the Sinhala manuscript, and for all his hard work in putting the publication together.

We hope that this publication will help raise awareness on the complexity of this issue with regard to families, to young children who lose their mothers, to the many women who die in the process of having illegal abortions, and to the healthcare system that spends large sums on attending to post-abortion complications. It is the duty of our society to protect women from these drastic consequences by advocating for legal and safe abortions. As Professor Arulkumaran, former President of the Royal College of Obstetricians and Gynecologists said, "If you are not in favor of legal abortion, then you are in favor of illegal abortion."

Sonali Gunasekera

Coalition for Safe Abortions, Sri Lanka



Part One: Stories by Women

“It was a disturbing experience but more than anything, I was relieved”

I am a domestic worker. I am in my 40s and I have 5 children. When I got pregnant again, I was in a panic and didn't know what to do. I have no way of looking after another child. I told my employer about my situation because I didn't know what else to do. I know of certain places that provide abortion services, but I can't afford these prices. I have been told they range from Rs.100,000 to Rs.180,000 in Colombo. My employer recommended medical abortion pills but I was unable to find these. I eventually went to a place in Matara that somebody I know told me about. I got the abortion done for Rs.40,000. It was a disturbing experience but more than anything, I was relieved. I am no longer carrying a pregnancy that I cannot support.

“We weren't ready for a child - we could not afford it”

When I was 19 years old, I married a boy that I had fallen in love with. He was 20, and we were both in Puttlam. We eloped and were forced to survive day by day. He had no secure job and we were not using any proper contraceptive method - he sometimes used a condom and other times he just withdrew before ejaculating. When I got pregnant, we began to fight a lot because the pregnancy put a lot of pressure on our relationship. We weren't ready for a child - we could not afford it and we were upset about having had unprotected sex, which resulted in this unwanted pregnancy. I was scared that he would leave me and that I would have to return to my parents. I had a friend who was working in a trade zone and she told me about taking pills and doing an abortion at home.

“He wasn't ready to have a child and neither was I”

I'm from Gampaha and my mother passed away when I was very young. After a few years, I became sexually active, and at a point I became pregnant. I informed my boyfriend of my pregnancy. He wasn't ready to have the child and neither was I. I couldn't count on him and I later learned that he was having several affairs and I had heard that other girls had become pregnant by him. I was desperate and wanted help. I shared my story with a friend and she gave me information on medical abortions and where I could access help.

“Pills... for the cost of Rs.80,000. She bought it because we are all desperate”

I am currently enrolled in a program of higher education. I have a boyfriend – have had one for some time – and I am one and a half months pregnant. My mother is very open, understanding and supportive. She knows about my situation. I have read about medical abortions on the internet and I want to access these pills. I feel scared and awful and I don't know that I can wait the time that it takes for these pills to arrive. It's not just me that is suffering – my mother and partner share my anxiety. My mother found a pharmacist who was willing to sell her the pills, but for the cost of Rs.80,000. She bought it because we are all desperate. I found out that these pills actually cost Rs.400 in Nepal.

“My abortion was painful, yet going through it I felt as though I had no choice. I did not regret my decision”

When I was 16, I ran away from my village and my family with a man that I fell in love with. We decided to make a life away from our families, but after some time, our relationship turned bad. One day, he decided he did not want to be with me and he left me. I approached an NGO for help as I was desperate and alone. This NGO put me in touch with a lady from Chilaw, who purportedly ran a hotel. I was told that I would be able to find work at this “hotel”. The reality was that this “hotel” was a brothel house. Once I got there, it was too late. I didn’t have anywhere else to go so in my desperate state, I accepted the work. I became a sex worker at this brothel.

While working here, I got pregnant. My pregnancy was caused by a breakage in the condom. I had regularly visited the government medical clinic and was sure that I was clear of sexual infections. I was told of 2 places that did illegal abortions; one was in Kurunegala and the other was in Mahawa. The one in Kurunegala would cost me Rs.10,000 and the one in Mahawa - Rs.15,000. I was taken to the clinic in Mahawa by the lady who owned the brothel I was working at. My abortion was painful, yet going through it I felt as though I had no choice. I did not regret my decision to have an abortion at that time and I do not regret it now. The whole experience made me nervous because I had a friend who said that she had gone to an abortion clinic, yet had decided to have a cup of tea before she went into the clinic. While at the tea shop, which was located in viewing distance of the abortion clinic, she watched as police raided it. Everybody inside was arrested and taken away – presumably to the police station. This experience was traumatising for her.

I am currently happily married with four children. My husband and I met at the brothel house - he was one of my clients. I will never go back to the life of being a sex worker again - I am living a happy and satisfying life.

“He performed both abortions in a safe and clean manner ”

I had 3 little children during the time that I got my 2 abortions. I was happily married and my family was complete - I did not want any more children. I got the procedure done by my gynaecologist - the same one who had in fact delivered all 3 of my children. He performed both abortions in a safe and clean manner. I had no qualms or worries as I was well-informed and comfortable. At the time, I had no misgivings and I currently have no regrets about getting my abortions.

“We do not have a choice, so we took a loan to get the pills”

I am 36 years old and I am from Hambanthota. My husband works as a labourer and his job is insecure. There are days when he doesn't get work and it is a hassle to figure out how to get through to the next day. I make string hoppers and sell them to near shops to make an income. I also stitch clothes for extra money. I have three children and these jobs help me to cover some of our kids' educational expenses. When I found out I was pregnant again, I knew that I was not in a state to afford another child. My family and I were already facing financial difficulties and my husband and I definitely cannot afford another child - not now or even in the future, if things continue the way they are. My husband and I met a medical practitioner for an abortion but we could not afford it. We heard about the pills that allow you to carry out an abortion but we couldn't afford these either. However, we do not have a choice, so we took a loan to get the pills.



"It was extremely costly and I had to go through great lengths to amass the money, asking for loans from friends and strangers"

I was raped when I was 21. I told him NO but it all happened within a few minutes.

I live in the hill country of Sri Lanka with my grandparents who raised me. As soon as I turned 18 and left school, my grandparents wanted to marry me off. I didn't want to marry at such a young age. I wanted to work, to study – to really live my life before becoming a wife. I didn't see any other option than to leave my grandparents.

I moved to Colombo to seek the life that I wouldn't be able to live in the hill country. I was lucky to find a job soon and it paid well enough to allow me to continue my studies and live, boarded with a friend. I attended an event for work. That was when I first met R. He was clearly interested in me, yet I took my time through our many interactions thereafter and did not give him any indication of interest or commitment. After spending time together, my interest and affection for him grew and eventually developed into more intense feelings of love.

One day, we went to the beach. We were teasing and pushing each other by the water, and I got wet. I was not in a position to travel in public transport and I told him I needed to change. We went to a shop to get some clothes. He said he knew a place and he took me there. He got access to a room – we didn't even have to show identity – and it became clear to me that he had been here before as the staff seemed to know him. When I went inside the room, I asked him to wait outside, as I would finish dressing and meet him after. He didn't listen to me. He overrode my wishes. I realised now that he had planned the whole thing, from the beginning, including pushing me into the water.

It took me 4 months of not having my period to realise that I was pregnant. I felt absolutely helpless and I didn't know what to do. I contacted R and he told me he would get me the pills for a medical abortion. I somehow got the money together and gave it to him for the pills, but he disappeared with the money. I was raped and I didn't want to go through with this pregnancy. I wasn't ready, I was in the city alone, and I was in no condition to support myself. I sold a gold chain I had to make the money to try for the pills again, but this medical abortion did not work. I was alone, depressed, and devastated.

Through some contacts, I finally found a place where I would be able to terminate my pregnancy. It was extremely costly and I had to go through great lengths to amass the money, asking for loans from friends and strangers. I was scared, feeling insecure about my life and my safety, yet I didn't feel as though I had any alternative but to go ahead with a potentially life threatening procedure. I experienced many physical complications following this. Additionally, I was tackling the mental strain of feeling hatred towards him and what he had done to me. There were times when I wanted to end my life -to end it all. I would see him leading his normal and comfortable life amidst all my pain – I would see him going to Kovil when he wasn't pure.

I didn't want to share my story with anyone because people would judge me for so many reasons. They would blame me for leaving my grandparents, for not agreeing to the marriage, for living alone in Colombo, for having a boyfriend, for going out with him, for wearing the clothes I wore, for being raped, and for undergoing an abortion. My family, society, culture, religion, legal setting, and the never ending sense of oppression have made me feel as though I am the perpetrator. I don't have faith in life, love or people. I was a victim of the law.

"They did it free of charge in safe and good conditions"

I live in Kaluthara with my family - three kids and a husband. My children are both boys and my husband and I have been trying for a girl. Every time I get pregnant, I experience some kind of complication and have to seek special care and treatment. Two months into my third attempt at pregnancy, I started bleeding badly. My husband and I went to a government hospital and I was scanned. They said that foetus had not grown as it should have. The doctor said this child might be abnormal - weighing much less and underdeveloping in certain of its essential parts. But they encouraged us to go through with the pregnancy, saying they could provide us with vitamins and mother care. However, they said that they could not assure we would have a healthy child. My husband and I went through lengthy discussions and decided it would be best for our unborn child if we went for an abortion. We signed a consent form saying that we both agreed to do the abortion, and they did it free of charge in safe and good conditions. There were no complications following the procedure, and we made our third child one year after the safe abortion.

"I experienced continuous bleeding, a high fever, vomiting, and loose motions"

When I was 15, I began my first love affair with a boy who was 19. We had a committed relationship, and due to unsafe sexual activities, I found myself pregnant. Village members and family members blamed me telling me that I was a prostitute and that this was how I had become pregnant - by prostituting. My boyfriend refused to take my side and he fled to Italy. I had to escape, so I left my family and came to Maradana by train. I had been trying various methods to get rid of my pregnancy. I ate pineapples and I used a medicine made by villagers, which I soon stopped for fear of complications.

I met a lady in Maradana, who used me as a sex worker. After 5 months of being pregnant, I was finally able to get an abortion in a clinic in Maradana. I paid Rs. 2000 to the doctor who did the procedure using dirty equipment. After this, I experienced continuous bleeding, a high fever, vomiting and loose motions. The brothel owner took me to the general hospital, but the doctors refused to admit me, claiming that I had done an illegal thing. I told them that I did not have an abortion, but that I had fallen down in the toilet while pregnant and that this accident had caused my abortion. After doing a check-up on me, the doctor refused to take me in. The doctors and staff treated me similar to how my family and community had - they were rude and called me a prostitute. When I returned to the brothel, they refused to take me back due to my heavy bleeding; I would no longer be a viable employee. With nowhere to go, I returned home, where my mother somehow took care of me and I recovered after two weeks of fighting death. I married a man that I had met at the brothel when I had been working there. Since then, I have had two abortions due to unprotected sex with customers. Abortions in Negombo are expensive. They range from Rs.10,000 to Rs.80,000.



“I had previously had no knowledge of contraception and how to protect myself”

I am from the Muslim community and I was 22 when I got a forced abortion. I got married to a partner that I had chosen when I was 21, which is unusual in my community. My marriage was not accepted by my parents and so they sent me to another village to live with my aunt, hoping that this would prevent my marriage from being consummated. My aunt made me do all the house work and I was very unhappy living with her. While at my aunt's, I realized that I was pregnant. I previously had no knowledge of contraception and how to protect myself. One day, my aunt – telling me that we were going shopping – took me to a medical center. I did not know what was happening to me as I was put under, and when I recovered consciousness, I was told that I no longer had the baby. My aunt had tricked me into having an abortion and I was very angry. I ran away back to my husband, and even though we were very poor, we lived very happily. I regret having the abortion because it was never my choice and I feel that the child may have been a girl. I now have four boys.

“They told me that the embryo was in my fallopian tube and that when it grows, my fallopian tube would likely burst”

I was 30 years old when I got an abortion for an ectopic pregnancy. I am married and I had one child at the time - a 4-year-old. One night I felt a severe pain in my stomach. I went to the nearest OPD and I was admitted. I was scared as I didn't know what was wrong with me. They did a scan and I stayed in the hospital that night. They told me that the embryo was in my fallopian tube and that when it grows, my fallopian tube would likely burst. I was given an anaesthetic and they carried out an operation - what I can describe as being similar to a Caesarian section. Afterwards, I was given a catheter and medicine and then sent home. The doctor advised me not to try to have babies again. I was treated kindly and courteously at the hospital. I was given a cup of tea and the problem and procedure were explained to me. I did not have to pay for the procedure, as it was done in a government hospital, so my only cost was the medicine that the hospital did not have.

“I was willing to do anything to have an abortion”

I was 18 when I got pregnant. I was in a relationship with a boy I had met on my way to school and we had a normal relationship - nothing out of the ordinary - and eventually we decided to take it to the next level once we felt ready. A few months later, I realised that I was pregnant. I couldn't tell my parents so I told my boyfriend, and together we found a place that provided contraceptives and medical abortion information.

I was informed that I was 12 weeks pregnant. I was willing to do anything to have an abortion because I wanted to study further and my boyfriend and I were not ready to start a family. I was reassured and instructed on how to use the pills. I got information on the process, the symptoms to be expected, and the importance of having a trusted person during the process. I couldn't rely on anyone and I decided to go through the process alone. I endured it and was very happy that I was ultimately free of a pregnancy I did not and could not go through.

"My family has had to take out loans . . . we are still paying these off, 15 years later."

When I was 15, I got pregnant with my boyfriend. Once he found out, he left. When I was 3 months into the pregnancy, my mother took me to a small clinic in Ja-Ela. There were 2 doctors here - both ladies - and there was 1 male. My mother paid Rs.20,000 for the procedure. The place was very clean - the doctors put gloves on and everything was done efficiently. I was given an injection. Following this injection, I don't know what happened. After the procedure, they told us we could leave but I was told not to walk around because I would bleed. I bled for 3 days following and felt a strong pain in my stomach. I stayed at home resting for a few days and I felt relieved. My family was very angry with me. They scolded me and soon after, they married me off. But I was relieved that I had not had to have that baby. My family has had to take out loans - not just for the abortion, but for daily expenses. We are still paying these off, 15 years later.



"I took a yellow pill daily for 10 days and then a brown pill for 2 days"

I am currently 18 years old with a baby boy who will soon be 1. My husband is a labourer and I am a homemaker. When I was 8, I was taken to Kataragama by a neighbouring family and I was sold to a pineapple vendor, who was 47. I suspect this happened due to a feud between my father and their family. I was friends with the daughter and we often played together. The man to whom I was sold, I later found out, had 15 cases of sexual assault against him. I was kept with him for 6 months, following which the couple that had kidnapped me moved me from man to man. I suspect they were making money off me. By this time, my mother had filed a report with the police and there were posters everywhere with my face and a number to call. The couple told me that if I dared call, they would kill my parents. Years later, by the age of 13, I escaped to find my way back to my home. I was alone and upset and I cried all the way on the bus. A lady asked me what was wrong and through the duration of the long bus ride, we began talking. I explained my situation and she told me I could come and stay with her to get my bearings before setting off home. I went with her to her home in Mawanalla, and while here, she got me a urine test. I found out that I was pregnant, but I didn't know how far along I was. The lady bought me tablets from a pharmacy. I took a yellow pill daily for 10 days and then a brown pill for 2 days. I began to bleed and the blood came out in lumps. I stopped the second set of pills due to the bleeding and aside from a pain in my stomach, I didn't experience too many other problems. After I had recovered and my stomach was no longer as painful, I returned to Wellawatta in search of my home. My mother was no longer in the place she had been. I went to the police station and I was placed in the Salvation Army. After some time, my mother came to get me - she would have been contacted as she had given her details when I went missing and had been checking up ever since. I am now married to a man who is much older than me and I have a baby with him.

"I received an injection and I don't really remember what happened afterwards"

I am 39 years old and I stay at home with my 16-year-old child. When I was 20, I went to Jordan for domestic work. The bhabha (male of the house) there raped me. I got pregnant and in 2 months' time, when he found out, I was sent back to Sri Lanka. I received an injection and I don't really remember what happened afterwards. I bled for a day following the procedure and I was kept at this hospital for 2 days. On the third day I returned home.

"It was really scary because we knew we would have to do it illegally and potentially unsafely"

I am from Colombo and I am 24 years old. I learned of my pregnancy one and a half months into it. I was stressed out because I suspected I might be pregnant and the stress had a big effect on me. I was unable to continue my daily activities and it greatly hindered my productivity. I tried to put pressure on my boyfriend because he wasn't taking it as seriously as I was. We are both young and studying and had no intention of marrying or having children any time soon. We didn't know what to do, but we knew the best option was to go for an abortion. It was really scary because we knew we would have to do it illegally and potentially unsafely. We googled options and learned about medical abortions and felt that this would be the best option for us. I was glad that my boyfriend was supportive during the process.



"I had no option but to tell my mother - I was so scared I did not know what to do"

I grew up with a drunk father and a poor mother. I went to school until I was in grade 3, and I was given to a magistrate in Anuradhapura as a house maid when I was 13 years old. This is when I had my first sexual experience - by way of sexual assault by this magistrate. I did not give my consent, yet he did not care. I returned home, finding my life in Anuradhapura under these conditions unbearable. I returned home and I started working as a clay moll in my village.

When I was 25, I got friendly with a boy and we started seeing each other. I had no knowledge of family planning and we did not use any form of protection. When I got pregnant, I told him and I asked him what we should do. He said he could not take responsibility for this and he left. Three months into the pregnancy, I had no option but to tell my mother. I was so scared I did not know what to do. My mother took me to a place in Colombo, where she spoke to the doctor. I myself did not know what was going on - I didn't know what he was going to do. I got an injection in my cervix and the procedure was done within 30 minutes. I didn't feel much pain because of the injection. I was relieved because I had no other option.

"There was no chance that I could have and raise a child without any help"

When I was 5, my mother left and my father was left with the responsibility of looking after 8 kids, of which I am the youngest. My childhood was difficult - I only went to school for one year and then my father put me to work selling stamps, imitation chains, fruits, and a range of other things on the street. After some time, my mother suddenly reappeared with her new partner. She asked me to come away with her, and at that time, I didn't give it too much thought and I left with her to start a new life in Embilipitiya. This was a very difficult move - I faced a lot of issues with my mother's partner and I wanted to leave - to escape from that home. When I was 15, I found somebody who loved me. He was 17, but not mature enough to take responsibility. However, we escaped from home and came to Kaduwela to one of his friends' boarding rooms. We were not married but we began our life together. My parents eventually found us and called for the police. He was arrested and I was sent to the salvation army. There was a girls' home in the salvation army and I was made responsible for taking care of other girls. I met a girl here and we got close. One day, we escaped from the home and went to her house in Ragama. That day, when we got to her place, her older brother raped me and she couldn't do anything against him. It became apparent that she was working as a sex worker, and she and her brother tried to force me into sex work, but I refused. After two months, I felt something within my body - a change - but I didn't have any idea what it was. My friend and the rapist later informed me that I must be pregnant. During that time, the rapist was arrested for drug dealing and sentenced to jail. There was no chance that I could have and raise a child without any help. My friend asked me to go for an abortion, but I refused several times. Finally, I had to agree to get one done. It was a surgical abortion done by a clinic in the Ja-Ela area. I paid Rs.2000 after getting a loan to get it done.

"I spent Rs. 4500 to do the procedure in 1998, and it was done using a machine and a rubber valve"

In 1998, I went to Qatar to work as a house maid. I studied up to grade 9, yet did not complete further studies. As a domestic worker, I was placed in a house where I watched three kids and did all the house work. One day, after 6 months of working at this house, my boss raped me with the knowledge of his wife. After that moment, I was taken as his sexual partner daily, while I was doing my house maid duties. Some months later, I realised that I was pregnant. In Qatar, it is illegal and considered a religious sin to have sex with a second woman, aside from the wife, without having married her. It is a punishable offence by both the employer and the employee.

After finding out about my pregnancy, the employers arranged for me to return to Sri Lanka with some additional money. When I returned, I went to the agency that sent me to Qatar and I told my story. The agency arranged for me to go to a famous clinic located in Kotahena to do the abortion. I spent Rs.4500 to do the procedure, and it was done using a machine and a rubber valve.

In 2001, I got pregnant again when I was working in Kuwait. I had a sexual relationship with my boss' cousin, and similar to the first time, I had to return to Sri Lanka to do the abortion in the same place. This time was difficult because I had tried to use non-medical methods (ath beheth) to do the abortion myself. Ultimately, I had no choice but to visit the clinic and do the abortion. I was blamed by the doctor and other staff because by this point the foetus was 5 months old. The doctor used his hand to carry out the abortion and after some years, I faced problems with wounds in my womb. Reflecting on my experiences, I put my unsafe abortions down to a lack of knowledge, fear of society, internal and external phobias, and financial difficulties.

"We were both relieved that we no longer had this burden heavy on our shoulders"

I had been dating a girl for many years when she fell pregnant for the second time. The first time, I went to a doctor and was able to acquire medical abortion pills for an extremely high price. I could not afford this a second time. I consulted a contact that is knowledgeable on the topic of medical abortions. My contact explained the procedure to my girlfriend and myself. We went through the procedure and my girlfriend only experienced some side effects in the form of minor allergies. Everything else seemed fine. My contact spoke to me about contraception and recommended that my girlfriend get a scan done to ensure that everything was in order. We were both relieved that we no longer had this burden heavy on our shoulders. We had been informed about contraception and the importance of using contraception, but condoms are not pleasurable so we had been resorting to the emergency contraceptive pill, repeatedly.




"I experienced severe pain . . . and I hadn't been given any medicine"

I am married and I live with my husband and 2 children. When I found out I was pregnant again, both myself and my husband felt pressure because we did not want another baby. He accompanied me to a clinic, which we had heard was in the heart of Colombo. It was a private clinic with a doctor and a nurse. There were lots of women there with their husbands. In this clinic, you have to come with your husband if you want an abortion – not with your mother, not with your sister, nor a friend. Your husband has to be there. The doctor asked me how far along in the pregnancy I was. I told him 1 and a half months along. He told me that he does the procedure for women up to 2 months along in their pregnancy but he refuses at 3 months. I was charged Rs.8000. The instrument he used was like a bicycle pump. He put it inside and he was pumping something on the top of it. There was a tube on the end and I could see blood coming up through it. I experienced severe pain during this, and I hadn't been given any medicine, so I found it almost unbearable. I felt dizzy, and after he was finished, I was put in a bed. I was becoming unconscious – I felt like I was falling asleep. The doctor slapped my face gently a few times to wake me up, yet I was still falling asleep. He gave me 2 white tablets and I lay in bed for 30 minutes. I was told to lay down as I was still feeling dizzy. After a while, I felt fit again but my stomach still really hurt. The doctor told me I might bleed for 3 days and that that was normal, but if it endured for more than 3 days, he instructed me to return. I bled heavily for 2 days and on the third day, it reduced. It stopped completely on the fourth day. I took 3 tablets a day for a week. I didn't get my period for 3 months following this, but afterwards, it went back to normal. Thankfully, everything was okay. I know that some people bleed for much longer than me because when they are getting the procedure done, they scream and the doctor does not complete the process. This leaves bits of the foetus inside and because of this, they bleed for a long time. In spite of the pain, if you just endure it, it is much easier in the long-run.

"If women are not provided with accurate information, they can be in serious danger"

I live in a plantation and I have 3 children who suffer from respiratory issues. When I got pregnant again, I consulted a doctor from a well-known institution. He gave me a prescription for Misoprostol, which he told me could be bought from the pharmacy. I had to search through several pharmacies. However, I was directed to a pharmacy which provided this pill as many women in the plantation have accessed it before and instructed me on where I could obtain it. Using this pill, I went through a successful abortion. This prescription is now shared with others who require abortions, so they have access to this pill as well. Although this has provided many women in the plantation with much relief, I don't know whether all the people who access the pills have accurate information on how to administer them, or about the potential complications that could arise. Doctors in the plantation sector are generally very kind and don't want women to undergo unsafe abortions and face complications. For this reason, they advise women to access pills despite the illegality of doing so. Pills are available and can be accessed. However, as a midwife has explained to us, if women are not provided with accurate information, they can be in serious danger.





**Part Two:
The Legal, Medical and
Socio-Cultural Milieu of
Abortion in Sri Lanka**

This section will analyse literature produced over the past 3 decades (from the 1990s-2018) on the status of, and debate over, abortion in the Sri Lankan context. The literature reviewed includes reports produced by Non-Governmental Organisations (NGOs), journal publications, media publications, and documents released by national ministries, and will be valuable in exploring the legal, medical, and socio-cultural perspectives on this contentious subject.

Among the topics explored are the following: statistics on abortion seekers, conditions of illegal abortion services, proponents and opponents to liberalising the country's punitive abortion laws, and the arguments and counter-arguments they present. Although the literature reviewed has been confined to that produced in the English language, it is instructive and informative for individuals who wish to understand the many factors and players involved in the debate on abortion. This section will also provide information on important related issues, such as the scarcity of information and service access to family planning for certain sub-populations, and the lack of Comprehensive Sexuality Education in school curriculums.

The Legal Status of Abortion

Surgical Abortions, Medical Abortions Pills,
& Post Abortion Care

Sri Lanka's legal stance on abortion is delineated in Sections 303, 304, 305, 306 and 307 of the Penal Code. Presently, abortion in Sri Lanka is legal only in one instance: when caused in "good faith for the purpose of saving the life of the woman". If sought for any other reason, abortion seekers as well as abortion service providers are liable to criminal sanctions in the form of fines and imprisonment for a term between 3-20 years.

Not only is the procedure of a surgical abortion illegal, but that of a medical abortion is also illegal due to the fact that the drugs Misoprostol and Mifepristone – both of which are "highly effective in combination for medical abortions" – are unregistered in Sri Lanka for this purpose (Apland, 2018). However, Misoprostol has recently been registered for other medical purposes.

Although acquiring an abortion, either medically or surgically for any purpose except in the above mentioned instance is illegal, accessing post-abortion care is freely available in public hospitals, as a part of primary health care (Apland, 2018). Post-abortion care can be understood as the provision of medical services for women facing complications following abortion procedures, in addition to the provision of counselling, education and family planning services to help them prevent future unwanted pregnancies. **The National Guidelines on Post Abortion Care, Second Edition**, released by the Ministry of Health, Nutrition and Indigenous Medicine (2015) states that, "any woman who undergoes an illegal abortion can seek medical care for complications, if needed, at any government facility without fearing prosecution" (Senanayake et al. 2015). The guidelines also state that, "selected government hospitals [are allowed to use] misoprostol for incomplete abortions".

In his study **Process, Determinants, and Impacts of Unsafe Abortions**, Thalagala notes that previously, medical personnel who treated women and suspected them of having undergone

an unsafe abortion were required to report the incident to the police, noting the deterrent effect that this had on women who needed such care (Thalagala, 2010a). Although the 2015 amendment has eliminated this necessity, and presently, health providers do not need to report the cases to authorities, should they find out about or suspect the woman of having undergone an illegal abortion, the fear of being reported still deters many from seeking post-abortion care (Apland, 2018). Cousins (2017) elaborates on this, reporting that a gynecologist in Jaffna (who wished to remain anonymous) indicated that, “when women used to come to the hospital after an abortion, we used to have to inform the police, and then the police would come and threaten patients and demand bribes”. He notes that the fear of being reported still deters women from accessing these services, stating, “we never report cases to the police [now] but women don’t know they can come [here] without fear.” The influence that stigma and discrimination have over women seeking abortions and post-abortion care is an important topic, which will be explored in further detail as this text progresses.

Criminalisation as a Failed Deterrent to Abortion Seekers

The Rate of Illegal Abortions

“If you are not in favour of legal abortion, then you are in favour of illegal abortion.”
- Prof. Sabaratnam Arulkumaran, former President of the Royal College of Obstetricians and Gynaecologists

Statistics suggest that although women may be deterred from accessing post-abortion care due to the fear of discrimination, women seeking to end unwanted pregnancies are not deterred by Sri Lanka’s punitive abortion laws. Where they are unable to access abortions legally, they do so illegally. Official and unofficial sources have cited figures ranging from 500-1000 as an estimate of the number of illegal abortions performed daily (Wickramagamage, 2016). Within this range, many media articles have cited the Ministry of Health’s 2016 figure of 658 illegal abortions occurring daily (“Should abortion be legalised”, 2017; “Over 650 abortions on a daily basis”, 2016; Meyler, 2018). Other sources cite figures on the higher end of this range, reporting that “available statistics” and “reliable information” cite that around 1000 abortions are performed daily throughout the country (Mudugamuwa, 2011; “Shocking, shameful”, 2018).

Although figures within this range are most often cited, certain sources have cited numbers below the lower limit and beyond the upper limit. Gunatilleke (2016) cites Health Ministry Mental Health Unit Director Dr. Chithramali de Silva as saying that annually, a mere 15,000 women resort to illegal abortions. De Silva’s 1997 study, **The practice of induced abortion in Sri Lanka**, and Suranga, Silva and Senanayake’s 2016 study, **Attitudes of Adults Concerning Induced Abortion and Abortion Law – A Community Based Study in Colombo City of Sri Lanka**, both cite that an estimated 125,000-175,000 abortions are performed annually.

On the other hand, Kodagoda (2012) cites the Community Health Service as having revealed that over 1000 illegal abortions take place daily, and an article available on the Caritas website, following an awareness programme against the legalisation of abortion in Sri Lanka, cites an

overwhelming figure of 365,000 as the rate of abortions occurring per year.

As researchers and journalists have suggested, the figures that have been cited for the number and rate of abortions carried out vary, and there is no conclusive evidence pointing towards an accurate, island-wide figure. The most recent national-level study, and the one most widely referred to in the documents reviewed – **Estimates of induced abortions in Urban and Rural Sri Lanka** – was sponsored by the UNFPA and conducted by Lalani C. Rajapakse, who found that close to 650 abortions took place daily that year. Although this is the study most often referred to, Rajapakse states that, “it is erroneous to quote that figure now... you need a new figure because the prevalence in 1997 is not applicable to [the present moment]”.

The Difficulty of Obtaining Reliable Statistics

Illegality & Stigma Resulting in Underreporting & Misclassification

Reliable statistics are difficult to obtain due to a number of reasons. The reasons cited by the studies and articles analysed point towards the following: underreporting and misclassification by service providers, underreporting by abortion seekers, and the paucity of documentation due the lack of a formal structural mechanism to register cases.

Two 2010 studies carried out by Thalagala – **Economic Perspectives of Unsafe Abortions in Sri Lanka** (Thalagala, 2010b) and **Unsafe Abortions in Sri Lanka- facts and risk profile** (Thalagala, 2010c) – note the difficulty of recruiting consenting participants for the studies due to the “sensitivity of the topic resulting from the legal restrictions imposed on abortions”. Furthermore, most women have been reported as denying attempts at interrupting the pregnancy owing to the fear of being reported and taken before the law (Senanayake and Willatgamuwa, 2009).

The threat of criminal sanctions being imposed on abortion service providers also creates a situation in which, “even if women indicate that the pregnancy was interfered with, the majority of doctors and other care providers would not report them to the police or document the fact, unless they are critically ill or found with undeniable evidence such as a foreign body in situ” (Senanayake et al. 2009). Furthermore, Handunnetti (1994) cites a surgeon from the Colombo General Hospital, who stated, “we don’t deny that [abortions are] taking place. But those who have undergone abortions refused to divulge information in case the illegal clinics are identified”. The threat of criminal sanctions contributes to both abortion seekers and service providers underreporting or not reporting cases, with the latter also misclassifying them as other legal procedures (Hewage, 2003).

Regarding the misclassification of abortion as other legal procedures, Jayawardane (1994) notes that, “abortion is a common surgical procedure in many nursing homes in and around Colombo. They may even go on record in a hospital Bed Head ticket as a dilatation and curettage (D&C)” Similarly, it can also be carried out under the guise of “menstrual regulation” (Kumar, 2011).

The evidence thus far gathered point towards a high rate of illegal, yet undocumented,

abortions occurring throughout the country. Underreporting, misclassification, and the lack of a formal, systematised mechanism to track abortion rates indicate that, as The Health Ministry's Health Education Bureau Medical Officer in 2011, Dr. Uthpala P. M. T. Amarasinghe stated, "the actual number [of abortions occurring] could be very much higher than [the ones reported]" (Mudugamuwa, 2011).

Variation of Abortion Services

Safe & Professional Under Hygienic Conditions

Illegal abortion services exist throughout the country. Research studies conducted on the topic of illegal abortion services point towards a variation in the conditions under which these abortions are performed, and a variation in the qualifications and professionalism of the individuals who perform them.

There are a number of studies that note the high-quality of both the standards under which abortions are conducted, and the personnel conducting them. Good quality services, in which complications of unsafe abortions are relatively fewer compared to other countries are seen to exist across Sri Lanka, with some researchers using the phrase "safe abortions in an illegal context" (De Silva, 1997). Thalagala (2010a) notes, through an interview with a government medical officer, that people with different levels of skill are providing abortion services of differing levels of quality.

Indicating the substantial level of professionalism, Kumar et al. (2012) refer to a 1993 FPA publication, which states that "over 40% of abortions in Sri Lanka are provided by medically qualified providers – 21% by Gynaecologists and 23% by MBBS qualified doctors". One such qualified medical officer describes how he uses a vacuum extractor for the process and notes that he has not experienced severe complications with the women for whom he provides the service. He is reported as having described how he keeps abortion clients for a few hours following the procedure for observation purposes, and then discharges them if there appears to be no problem. He notes that he has a vehicle to transfer them to hospital if necessary. Similar conscientious service providers have been reported by a respondent, who claims that she was treated with "proper provider-client etiquette" – that she was first attended to by a woman and then a medical person who took her history, examined her, and explained the procedure. Following the procedure, she was reported to have been given a contact number should any complications arise (Thalagala, 2010a).

In a 2007 study, **Contraceptive behaviour of abortion seekers in Sri Lanka**, De Silva, Dayananda, and Perera indicate the existence of a clinic with policies in place to ensure that the dignity of abortion-seekers was not compromised. Collecting data from 306 abortion seekers in 2 abortions clinics – one in Colombo and the other in Ja-Ela – they find that one clinic's policy mandated that it, "provide abortion services to all women who request it and not...intimidate single women by asking more than routine family questions".

These examples point towards the higher standard of service existent within the spectrum. When considering the lower level quality services provided, it is important to note multiple

factors, such as unhygienic conditions, unqualified personnel, and the lack of provider-client etiquette, including the possibility of sexual harassment that clients risk facing.

Unsafe & Unprofessional Under Unhygienic Conditions

The illegality of abortion in Sri Lanka creates a situation in which women may obtain the service in sub-standard, hidden conditions under poor medical and hygienic standards (Thalagala, 2010c). In Arambepola and Rajapakse's 2014 study, **Decision making on unsafe abortions in Sri Lanka: a case-control study**, the researchers explore the push and pull factors for unsafe abortions, interviewing 171 women who had experienced them, and 600 women who were going through with unintended pregnancies. Acquiring information from in-depth interviews and questionnaires, they find that women reported that most places they acquired their abortions were run without assistance in the back room of a boutique, in their own homes, or in the house of a relative or abortionist. Due to the fact that abortion services are provided illegally, with no system of checks, balances, and accountability, there is no requirement in place to ensure that qualified personnel, exclusively, provide the service.

Balachandran (2009) cites Dr. Neil Seneviratne, a gynaecologist at the Kurunegala Teaching Hospital, who states that "95% of those carrying out abortion in Sri Lanka are quacks", and Thalagala (2010c) notes that of the 665 women with a history of unsafe abortion that he interviewed, around 58% of abortions were carried out by persons without the basic medical training required to perform safe abortions – "quacks", ayurvedic physicians, paramedics (such as pharmacists), and traditional healers.

Contrary to Senanayake and Willatgamuwa's findings, Thalagala (2010c) finds that 18% of the respondents reported having undergone an abortion by a government medical officer in their private clinic. A reported 24% of respondents were not aware of the profiles of their providers – similar to the results of Arambepola and Rajapakse's 2014 study, which notes that whereas 36.1% were purportedly self-proclaimed abortionists, 26.2% did not reveal their qualifications. Furthermore, Thalagala (2010a) notes that only 27% of his respondents were given an explanation of what was going to be done prior to the procedure.

Lack of Access to Accurate Information

The fact that respondents were unaware of the professionalism of their abortion service providers points to a larger and disturbing trend: that of the lack of accurate information available on the services, service providers, and procedures, and the potential of higher risk involved in acquiring abortions.

In Suranga, Silva and Senanayake's 2017 study, **Access to information and attitudes towards induced abortion: a community-based study among adults in the City of Colombo, Sri Lanka**, the researchers gain information from 743 respondents, and find that the most common sources of information on abortion were informal discussions, followed by the mass media.

Thalagala (2010a) finds that 69% of respondents found information on a provider through a friend or a relative, and Arambepola and Rajapakse (2014) find that 65.6% of respondents got information through television and newspapers, with 30.4% doing so through friends, neighbours, and family. They report that women showed a tendency to confide in other women's experiences of successful abortions, highlighting poor access to accurate information.

Dangerous Methods of Inducing Abortion

Methods used to induce abortions were seen to be dangerous, with complications following in many cases. Arambepola and Rajapakse (2014) find that the most commonly used methods to induce an abortion were the trans-vaginal insertion of rods and the use of injections, with no pain relief administered during the termination process. They note that the worst experience reported in the qualitative inquiry was that of a woman collapsing following the insertion of a castor oil plant stem into the vagina for a fee of Rs.30,000. Thalagala (2010a) also comments that the most common techniques used for abortions were the introduction of a foreign body into the uterus (which caused trauma to the abdomen), alongside vaginal preparations, and oral and injectible medicines. Balachandran (2009), quoting Dr. Neil Seneviratne, a gynaecologist at the Kurunegala Teaching Hospital, states that apart from the death of the mother, the perforation of the womb or uterus could affect fertility. Perera (2010) elaborates on the risk of such perforations, noting that surgical abortions involve the risk of secondary infertility due to scarring and intrauterine adhesions.

The Class Dimension

It is important to note the class dimension of unsafe abortion services in Sri Lanka and the extent to which access to high quality service depends on privilege (Apland, 2018). As Perera (2015) states, and as has been suggested above, even under restricted laws, specialised abortion services are accessible. However, the crux of the matter is whether every woman who needs an abortion can afford this kind of service.

When considering the element of privilege, many have commented on the options available to the wealthier segments of Sri Lankan society. Fonseka (2017) notes that the wealthier members of society can travel abroad to countries like Singapore where abortion is legal. Professor Wilfred Perera (2018) also indicates that referring those who could afford abortion services in Singapore would be preferable to expecting women to go through an undesired pregnancy. Not only do some have the option of traveling abroad to seek legal, safe services, but many wealthier individuals are also able to access safe services in costlier, private hospitals (Apland, 2018; Kumar, 2011). Apland found that many respondents drew distinctions between the barriers young people experience when accessing services in public and private clinics, claiming the superiority of service (especially in terms of confidentiality) in private services. She notes that this could be because government hospitals are less independent of institutional constraints and political and social norms and influences, which points towards the advantage that wealthier segments of society have in accessing abortion services, both in terms of safety and professional conduct.

Kumar (2013) comments that the global NGO, Marie Stopes International, provided relatively safe abortion services to a less well-off clientele, until it was closed down in 2009, suggesting that criminalisation is more likely to be felt by poorer women. Many corroborate this view, such as Dalvie et al. (2010), Fonseka (2017), Gunasekera and Wijesinghe (2001), Perera (2017), Wickramagamage (2016), and Pethiyagoda (2018), all noting that the criminalisation of abortion can be seen to impinge more severely on poorer women, who have fewer options and therefore access unsafe clinics for the service.

The fact that abortions are illegal has also created a situation in which women can be exploited by those that make a lucrative business out of the service. Balachandran (2009), Kumar (2013), and Arambepola and Rajapakse (2014) note that physicians are able to charge exorbitantly high fees for the service. Meyler (2018) cites Professor Wilfred Perera as stating that illegalisation allows “quacks” to charge high prices, whereas the service can be performed “legally and safely at no cost in our hospitals”.

Not only does class determine the quality of service, but it also plays a large role in decision-making regarding termination of pregnancies. Often, those who feel they are economically unstable and unable to raise a child seek termination of pregnancy.



Profile of Abortion Seekers & Reasons for Terminating Pregnancy

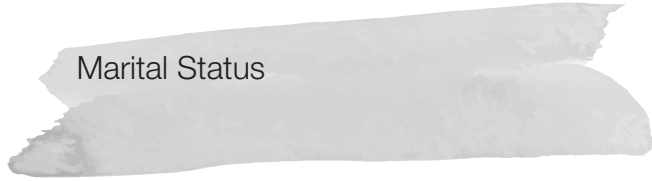
Education/Employment Status

Research has suggested that it is often less educated and less economically independent individuals that seek abortions. Arambepola and Rajapakse (2014) note that 29.5% of cases chose to get an abortion based on economic instability, with 71.7% of them being unemployed. Rajapakse (1999) notes that the rate of abortion seekers is inversely proportional to that of education status, with the highest rate (86/1000) reported from women who had no education or were education only up to primary level. Similarly, Arambepola et al. (2016) note that the risk of unsafe abortion was significantly higher among women who were less-educated or employed in unskilled or less-skilled occupations. Thalagala (2010a) notes that those with primary or no education were 5.7 times more likely to get an abortion compared to women with post-secondary education and that 23% sought an abortion due to economic hardships. He concludes that those who felt that their income was not adequate had a 12.3 times higher risk of resorting to an abortion.

Hewage, in her 2003 study **Profile of abortion seekers in the Colombo District and reasons for having induced abortions**, finds that over 50% of abortion seekers in her study were non-working women. Ban DJ, Kim J, and De Silva in their 2002 study, **Induced abortion in Sri Lanka: who goes to providers for pregnancy termination?** questioned 356 clients seeking abortions in Colombo, regarding their reproductive history. They noted that almost all respondents of the 356 interviewed had some formal education and that only 20% were employed outside the home. On the contrary, De Silva et al. (2007) notes that of their respondents, the majority had a high level of education and 32% were working outside their homes.

Similarly, Abeyasinghe, Weerasunderea, Jayawardene, and Somarathna, in their 2009 study, **Awareness and views of the law on termination of pregnancy and reasons for resorting to an abortion among a group of women attending a clinic in Colombo, Sri Lanka**, interviewed 313 women to determine their awareness and views of abortion laws. They note that 46.6% had completed the General Certificate of Education (Ordinary Level) examination and that a further 29.4% had studied at a higher level. They also found that 11.4% of abortion seekers did so due to financial reasons.

Samaratne (2017) reports the experience of a domestic worker who, when she conceived for the second time, sought an abortion as she did not foresee being able to afford to care for another child, and feared that she would have to stop working if she did give birth to it. Similarly, Dalvie et al. (2010) quote a senior practicing lawyer who identified ladies employed in garment factories and those working in the Middle-East as those that sometimes get sexually abused and conceive as a result, noting the poor-income level of all of these women. Rajapakse and de Silva, in their 2000 study, **Profile of women seeking abortions**, identify 26% of abortion seekers as employed in a garment factory, yet they comment that it is also important to consider Free Trade Zone workers, commercial sex workers and Internally Displaced Persons (IDPs) as important vulnerable groups to unsafe abortions. Careem (1999) concurs, stating that abortions among factory workers are increasing, and citing Chairperson of the Family Planning Association (FPA), Dr. Sriyani Basanayake, who states that women turn to abortion for many reasons, among them being too young or too poor.



Marital Status

The vast majority of studies reviewed indicated that it is primarily married women who seek abortion services. Rajapakse (1999) notes that in her study, abortions were most prevalent among married couples, with this category accounting for 94% of abortions sought. Similarly, in their 2000 article, **Profile of women seeking abortion**, which surveyed women from Colombo, Gampaha, and Kurunegala who had had abortions, Rajapakse and de Silva note that the predominant group of abortion seekers comprised urban and semi-urban married women between 25-30 years of age, with 2 or more children. Arambepola and Rajapakse (2014) find that the majority of women in both groups belonged to the age group 25-29 and were married. In their 2017 study, they find that 94.6% were married. Hewage (2003) finds that over three quarters of the women seeking abortions were married with over 50% being between the ages of 21 and 30, and the majority were living in urban areas.

De Silva et al. (2007) found that an “overwhelmingly large majority” of respondents (about 90%) were married, and most of them had kids between 0 and 7 (with a mean age of 2). Thalagala (2010a) noted that the majority of abortion seekers were married and the most common reason was that they had gotten pregnant while the youngest child (one-third reported) was still at a young age. Twenty three percent sought an abortion as they had already completed their family. Abeyasinghe et al (2009) noted that 90.1% were married between 31 and 35 years of age, and 34% claimed the reason as being completed families, having adult children, and timing being inconvenient, while 15.7% claimed that it was due to having another young child to look after. Ban DJ et al. (2002) find that over 95% were married, more than half were aged 30 or older, and two-thirds had one or two living children. Among the primary reasons cited for abortion were “pregnancy too soon after previous delivery” and “no more children desired”.

The high number of married women seeking abortions due to the fact that they do not desire any more children suggests the extent to which abortions are used as a means of family planning (Wijedasa, 2016; Kumar, 2013; Rajapakse, 1999). Abeykoon (2012) concludes that in his study, abortions in the Colombo district were likely resorted to due to contraceptive failure or as a method of family planning, but that in Batticaloa and Trincomalee, it was due to a lack of adequate contraceptive services or a reluctance to use them.

Causes of Unwanted Pregnancies

Lack of Access to Contraceptive Services
and Reluctance to Use Them

Sri Lanka is considered a high prevalence country with regard to contraceptive use (with 52.5% of women in the reproductive age group (15-44) using any modern method) (“Abortion in hot seat”, 2016). This is understandable given that family planning services are provided free of charge through the public sector. However, many of the studies reviewed noted that contraceptive use was poor and inaccessible to many segments of society that are excluded from Sri Lanka’s national family planning program.

Ban et al. (2002), Wickramagamage (2016), De Silva et al. (2007), Thalagala (2010a), and Abeyasinghe et al. (2009) note the high number of couples who were not using any form of contraception at the time of conception. Ban et al. (2002) note that two-thirds of clients were not using contraception at the time they got pregnant, Wickramagamage (2016) finds that only 24% of those who were sexually active had ever used condoms, Thalagala (2010a) notes that 70.3% of abortion seekers were not practicing contraception at the time of pregnancy, and De Silva et al. (2007) find that about 89% of respondents were using less effective and unreliable methods, such as safe period and withdrawal methods as a means of contraception.

Kodagoda (2012) cites the Minister of the Child Development and Women's Affairs at the time, who stated that “in Sri Lanka birth control methods are popular and not costly. [The] community is responsible for family planning. People should be disciplined to plan their families”. It is common to see the onus being put on women and couples in preventing unwanted pregnancies. However, it is often the case that family planning information and services are not easily accessible to certain subpopulations. Furthermore, even when available, certain forms of modern contraception do not appeal to many women who thus feel disinclined to use them. Gunesekera and Wijesinghe (2001) note that only 11% of respondents were willing to use contraception although awareness of family planning was high, and De Silva et al. (2007) as well as Arambepola and Rajapakse (2017) note that many women are disinclined to use modern methods due to side effects. De Silva et al. (2007) claim that 71% of respondents referred to the risk of getting cancer, excessive weight loss, excessive weight gain, and headaches as potential effects of using modern methods of contraception. Furthermore, 33% of abortion clients revealed that they did not accept post-abortion contraception from the clinics; similar results to the findings of Thalagala (2010b) who notes that 34 out of 44 respondents had not started a method of family planning by the time of a follow up interview 15.2 months following discharge from hospital, as they did not think it a requirement.

Malwennam and Gunarathna (2016) find that in the Kalutara district, 36.2% of respondents expressed a fear of side effects of modern contraceptive methods. Similarly, Careem (1999) noted that among married couples, many do not use them, having heard rumours about problematic side effects. Arambepola and Rajapakse (2017) also find that side effects caused many to discontinue their methods of contraception, especially hormonal methods, such as injectibles and pills.

Negative perceptions of modern contraceptive methods and a reluctance to use them appear to be a large obstacle to effective family planning. Arambepola and Rajapakse (2017) therefore note the importance and necessity of health care systems regularly monitoring women's contraceptive needs, as their findings suggest that many women face difficulties in continuing use of contraception rather than initiating them or using them correctly.



Male Partner's Reluctance and Refusal to Use Contraception

Another important factor that contributes to unwanted pregnancies is the reluctance and/or refusal of male partners to use contraception. This phenomenon points to the larger trend of male dominance and male impunity when it comes to sexual matters in Sri Lankan society.

Handunnetti (1994) tells the story of Ratna (pseudonym) who became pregnant for the sixth time and sought an abortion. She explains that "birth control was out of the question. Lot of rural women accept this concept, but husbands are adamantly against such an idea. My husband is a roaring drunk at the end of the day. He is not in the mood to entertain my suggestions". Furthermore, Wickramagamage (2016) notes that when it comes to family size, sexual relations and contraceptive use within marriage, in a patriarchal society such as Sri Lanka, it is not known to what extent women exercise "free choice". She notes that the failure or unwillingness of husbands and male partners to cooperate on contraceptive use is a major reason for unplanned and unwanted pregnancies.

As Wickramagamage (2016) notes, women are expected to uphold a higher standard of sexual morality and reproductive responsibility, while men are not held responsible or culpable, in a social and moral sense, for any pregnancy outside of approved norms. When considering solutions to social attitudes that condone male dominance, Gunasekera and Wijesinghe (2001) note that men should therefore be targeted to increase their knowledge on reproductive health issues. They argue that this would increase their awareness of reproductive health choices and enhance access to male contraceptive methods. The subject of gendered social norms and the role that they play in the abortion debate will be explored further on.

Not only is increasing awareness of reproductive health choices for women and men an important factor, but enhancing access for youth is another major necessity that is often neglected.

Lack of Contraceptive Information and Services for Youth

As Gunesekera and Wijesinghe (2001), Dalvie et al. (2010), and Ban et al. (2002) note, the contraceptive needs of unmarried youth are not met by the government's family planning program. Although the responsibility is often placed on women to use contraception to avoid pregnancy, the realities of stigma around access to contraception and the lack of youth-friendly health centers in the country pose major challenges (Soysa, 2015). When it comes to youth, family planning and reproductive health services are perceived to be available only to those who are married, as those under 19 are assumed to be unmarried and sexually inactive (De Silva et al., 2003; Suranga et al., 2017).

Noting the scarcity of studies regarding the sexual behaviours and condom use patterns of young adults in Sri Lanka, Perera and Reece conducted a study in 2006 – **Sexual behaviour of young adults in Sri Lanka: Implications for HIV prevention** – in which they collected data from 3,134 higher secondary school students (Grades 12 and 13) in 6 districts of the country. They found that over half of the males and approximately one third of the females had reported being sexually active. Hewageegana, Piercy, Salway, and Samarage conducted a study in 2015 – **Sexual and reproductive knowledge, attitudes and behaviours in a school going population of Sri Lankan adolescents** – in which they collected data from 2020 pupils aged 16-19 from 5 zones in the Badulla District. They note that when considering the statistics collected regarding sex among youth, especially among girls, it is important to bear in mind that reported rates could be much lower than in actuality, given the stigma and sensitivity surrounding the topic. However, even the reported statistics point towards the reality that a large proportion of youth are sexually active. Hewageegana et al. (2015) find that the mean age of intercourse was 15.3 years for boys and 14.4 for girls. From their study, Perera and Reece (2006) noted that only 26.5% of males and less than 10% of females reported having ever used a condom when participating in vaginal, anal, or oral intercourse. Given the proportion of sexually active youth, the fact that information on, and services for, contraception are not accessible to them creates a situation in which youth are susceptible to facing unwanted pregnancies.

De Silva, in her 2015 Women and Media Collective publication, **Country Profile on Universal Access to Sexual and Reproductive Rights: Sri Lanka** cites the Family Health Bureau's 2014 statistic of 5.3% as the percentage of registered pregnant mothers in Sri Lanka who are teenagers. Perera (2010) estimates that around 10% of illegal abortion seekers are unmarried young women, and Gunatilleke (2016) cites Ministry Mental Health Unit Director, Dr. Chithramali de Silva, as stating that there are around 24,000 underage pregnant mothers in Sri Lanka every year.

Considering the number of undocumented pregnant teenage mothers, we can assume that this number is in reality much higher. As Careem (1999) notes, most often, neither the girls who were forced to have sexual intercourse nor their parents were willing to entertain a medical-legal case by reporting to the police because of the stigma associated with pre-marital sex.

Hewageegana et al.'s (2015) research exposed attitudes regarding pre-marital sex, which revealed the way in which males and females reported experiencing sex, and how social

sanctions differed based on gender. They reported that 53% of males had reported, regarding their first experience of intercourse, that they wanted it to happen and were glad that it had. By contrast, none of the girls had wanted it to happen, with 2 girls reporting ambivalence and 3 reporting that it was non-consensual. They also note that the majority of respondents did not consider premarital sex to be acceptable. However, this view was more strongly held by, and applied to, girls than boys. Among the female respondents, 53% agreed or strongly agreed that boys should be virgins at marriage, compared to 83% who considered that girls should be. Similarly, among the male respondents, 44% agreed or strongly agreed that boys should be virgins at marriage, compared to 66% who considered that girls should be.

When considering why social requirements are more stringent and sanctions more severe for females than males, it is important to consider the role that notions of motherhood and domesticity play. Accepted understandings of identities and roles designate “motherhood” as the primary goal of female personhood and therefore confine female sexuality to a means to realising this end (Apland, 2018). Hewageegana et al. (2015) reinforce this idea with their above mentioned findings, and also support Apland’s observation that having a baby outside of marriage is deeply stigmatised. Apland notes that the criminalisation of abortion may also serve to “solidify the taboo and shame associated with sexual activity amongst young people”.

When presenting arguments against legalising and/or liberalising abortions laws, Balachandran (2009) notes that the Buddhist clergy, that wields great political influence, has stated that relaxing or dropping the anti-abortion law will lead to “irresponsible sex, moral turpitude, and the breaking down of the family”. It is important to note how these factors are grouped together, as though to suggest that sex reflects immorality, and that sex unintended for pregnancy or to propagate a family is shameful. Wickramagamage (2016) similarly notes how if women choose not to mother, the very survival of society is seen to be at risk.

The way in which youth are conditioned to understand gender roles is important to note, as it indicates the necessity of education and guidance to ensure that cultural taboos do not preclude discussion of sexual matters within and between generations (Hewageegana et al., 2015).

Low rates of contraceptive use, method failure, reluctance to use modern methods, and the lack of information and access to family planning methods are major barriers to ensuring that youth, especially, engage in safe sex and are not faced with unwanted pregnancies. Although improved access to family planning information and services, as well as tackling discriminatory gender norms and educating youth about contraception and safe sex are important to ensure, even if ensured, they would not preclude the need for safe abortion services.

Kumar et al. (2012), Gunasekere and Wijesinghe (2001), Senanayake – in his 2009 study **Prevention of unsafe abortion in Asia Oceania Region** – and FPA (2010), in their **FPA Sri Lanka Policy: ABORTION paper**, note that improving education and access to services, as well as tackling the issue of violence against women will not eliminate the need for abortion services. The failure rate of contraceptives, which Kumar et al. (2012) cite (referring to the WHO statistics from 2003) are 14% and 5% for the condom and pill, respectively, accounting for human error. Tharmakulasingham (2018) supports this fact, together with Abeykoon (2012), who both note that contraceptive failure has been a major cause of unwanted pregnancy and the subsequent seeking of abortion services.

Furthermore, there are other circumstances, such as rape and foetal deformities – to be discussed further along – which necessitate access to safe abortion services when necessary.

The Dangers of Illegal Abortions

Maternal Deaths and Chronic, Long-Term Post-Abortion Complications

As Kumar (2013) notes, the Ministry of Health estimates that about 7% to 16% of all hospital admissions for women are attributed to complications of abortion. Suranga et al. (2017) note that 13.5% of maternal deaths resulted from abortion-related complications, making it the second most common cause of maternal deaths in the country. However, many of these women's stories and situations slip through the records and remain hidden, as Kumar et al., 2012 note. Careem (1999) also notes that many women undergoing clandestine abortions have had to "suffer in silence" with some dying or being maimed. Mudalige (2017) similarly notes the difficulty of obtaining accurate details of the number of women dead or debilitated on account of the secrecy that surrounds the practice of abortion. Therefore, the mortality rate does not account for all the deaths incurred from unsafe abortions.

Aside from the possibility of death, there are a number of complications, often long-term and chronic, that can result from unsafe abortions.

Arambepola, Rajapakse, and Galwaduge, in a 2014 study, **Usual hospital care versus post-abortion care for women with unsafe abortion: a case control study from Sri Lanka**, in which they assessed 171 cases of unsafe abortions, 638 control cases of spontaneous abortion, and 600 cases of delivery following an unintended pregnancy, found that 60.8% of cases of unsafe abortions showed definitive clinical signs of infection, 12.3% signaled organ failure, and 1.25% (2 cases) died following complications. Thalagala (2010b) indicated that 87% of the cases reviewed experienced bleeding of varying severity, with 8% of them having to seek medical attention including blood transfusions. He notes that 39% of respondents had severe pain that was ill-attended to, 35% experienced drowsiness, 11% experienced fever, and 5% experienced vaginal discharge (indicating the possibility of infection). Although some of these symptoms were to be expected, others that are not characteristic of safely done abortions, include the following: hemorrhage, sepsis, peritonitis, trauma to the reproductive tract and neighboring abdominal organs, sub-fertility, pelvic inflammatory disease, ectopic pregnancy, premature delivery, and spontaneous abortions in subsequent pregnancies. Thalagala (2010b) found that 30 out of the 56 cases had had septic reactions following abortion procedures, with a further 8 experiencing failed abortions, and 2 being admitted to hospital for organ damage. Kumar (2011) notes the case of Swarna (pseudonym) from the Uva province, who was admitted to the Surgical ICU of a provincial hospital and remained there for 2 weeks with multi-organ failure following an unsafe abortion.

Apland (2018) reports that one woman interviewed in Colombo reported that when seeking an abortion, she was given certain things to eat by elders whom she consulted. She mentioned that her husband is hooked on drugs and has no earnings - a situation that prompted her to seek the abortion. She experienced a lot of delivery pains because of what she ate and this

pain persisted for one year. She eventually sought a surgical abortion, which has resulted in the damage of the fallopian tube on her right side.

Medical Abortion Pills

Evidence increasingly shows that women can use abortion medications safely without direct supervision of a health professional when they have the correct information, and access to a health facility should they need or want it (WHO, 2015). The unregulated and unguided use of medical abortion pills, however, can cause negative consequences.

Medical sources claim that though unregistered (although the latter is now registered for other medical purposes), Mifepristone and Misoprostol find their way into the black market and are sold to women seeking abortions. They are sold stealthily in pharmacies across the country, and are also widely used in the private sector (Perera, 2008; Kumar, 2011). These drugs are reported to be smuggled into the country in the luggage of passengers from India (Perera, 2010). Not only are they often sold for exorbitantly high prices, but because they are sold illegally and without regulation, there is also a lack of information made available about how to use them safely. Perera (2008) notes that used without medical guidance, Mifepristone can cause excessive bleeding and Kumar (2011) notes that when used without access to information, incorrect dosing could cause adverse consequences, such as increased rates of incomplete abortion, the occurrence of birth defects in fetuses that are not aborted, and even maternal deaths.

Aside from the medical dangers of illegal abortion services, there is also the element of sexual harassment and exploitation to consider. Kumar (2013) raises concerns about the ways in which women are “humiliated and made vulnerable at the hands of providers”. Although the reports of sexual harassment by service providers were scarce, Thalagala (2010c) finds that 3 of the respondents in his study informed him that they had to comply with their providers’ sexual advances before they were given the abortion.

Illegality Doesn't Deter Women but Pushes Them to Access Unsafe Services

An overwhelming number of studies and media articles – Gunasekerea and Wijesinghe (2001), Thalagala (2010c), Arambepola and Rajapakse (2014), Kumar (2012), Fernandopulle (2017), Samararatne (2017), Jayasinghe (2018), Wickramagama (2016), FPA (2010), Perera (2015), and Balachandran (2009) – have claimed that illegality does not prevent women from seeking abortions, due to the motivations that have been explored above. Rather than deterring women from seeking the service, Kumar et al. (2012) note that criminalisation has been seen to make women more vulnerable to dangerous services and more susceptible to economic exploitation.

Thalagala (2010a) notes that 84% of his respondents made the decision to abort despite the knowledge that abortion can result in serious life threatening sequelae. Through in-depth

interviews, he finds that respondents reported that they were seriously scared of the potential adverse consequences yet their desperation of unwanted pregnancy outweighed their inhibition based on the perceived risk of experiencing a complication following the abortion. Abeyasinghe et al. (2009) and Suranga et al. (2017) find that only 11.2% and 11% of respondents, respectively, knew the situations in which abortion is legal in Sri Lanka, yet there was no difference in the reasons for resorting to an abortion when compared to those who were unaware of the law. Arambepola and Rajapakse (2014) showed that 4% of respondents' decision to seek an abortion was based on legal implications, as compared to ethical, religious ones. Illegalisation of abortion is therefore ineffective in deterring women from seeking the service. Sekaram (2018) quotes John J Sciarra as stating, "no law that has ever been passed and no law that ever will ever be passed can prevent a determined woman from trying to end an unwanted pregnancy. Society and hospitals must accept their role in keeping women safe in that process".

As briefly explored in the opening section, criminal sanctions placed on women who seek abortions serve to deter them from accessing hospital care following a dangerous procedure. It is important to note that it is not only illegality that instills fear in, and deters, women, but also stigma and the fear of discrimination (Munasinghe 2017; Cousins 2017; FPA 2010; Apland, 2018; Kumar, 2013). Arambepola and Rajapakse (2014), Kumar (2011), Thalagala (2010b), and de Silva (2017) note the way in which the illegality of abortion prevents many women from approaching qualified personnel for information and assistance following an unwanted pregnancy, and prevents many from disclosing their dangerous abortion experiences for fear of being punished. Thalagala (2010b) and Arambepola et al. (2014) note the stigma and discrimination that women accessing post-abortion care were reported to have experienced. Kumar reports that 10% of the 56 women reported to government hospitals for post-abortion care reported having experienced verbal abuse from hospital staff. Thalagala reports that 40 out of 56 cases had felt scared to visit a hospital as they believed that those admitted for abortion-related issues were ill-treated and verbally abused by hospital staff. Of these 40, 30 felt they had been discriminated against, receiving less attention for complaints such as pain, feeling as though less priority was given to their care and as though they were communicated to in a ruder manner. Furthermore, they reported that the amount of information and opportunities given for obtaining answers to their problems and anxieties was minimal. Arambepola et al. (2014) reported that 57.9% of respondents were dissatisfied with their overall care during their hospital stay due to verbal harassment by health-care providers.

Careem (1999) notes how social taboos induce secrecy, which is an important consideration that many women have reported to have borne in mind, especially when seeking an abortion service provider. Thalagala (2010a) notes that hiding an act of abortion from outsiders was a primary concern among abortion seekers, which posed a considerable amount of logistical and financial constraints to them. The need for secrecy motivated a reported 84% of respondents to find a provider located far from their residencies so as to maintain privacy, which augmented their risk of a late abortion, as 34% noted that they could not find a suitable provider on time (Thalagala, 2010c). Stigma, again, rears its head as a major obstacle in need of tackling. A solution – in the form of comprehensive sexuality and relationship education – will be explored further along.

Proposals to Liberalise Abortion Law

Health-Based Approach

Since 1995, there have been a number of proposals and initiatives aimed at liberalising the abortion law under certain conditions. None of these proposals have been fruitful, and they point towards questionable trends in terms of the consultative process – who is involved and whose voices overpower – when it comes to decision making on the topic of abortion in Sri Lanka.

In 1995, the Ministry of Justice drafted an Amendment Bill for certain sections of the Penal Code. The Bill requested the relaxation of the strict prohibition of the termination of a pregnancy, and sought to decriminalise termination in the cases of rape, incest, and congenital abnormalities. As Abeysekera (1997) notes, this proposal received agreement by certain ministers, such as Renuka Herath (UNP), de Mel (UNP), Chamal Rajapakse (People's Alliance), Weerakoon (LSSP), and Tiruchelvam (TULF). De Mel spoke of the high number of illegal and unsafe abortions in Sri Lanka, and Rajapakse, Weerakoon, and Tiruchelvam were in favour of liberalising the punitive laws for the good of poor women, who were seen to suffer the consequences of unsafe abortions, disproportionately. These sentiments go further back in time, as Dalvie et al. (2010) note, citing a 1976 study of attitudes of doctors and lawyers in which less than one tenth of the respondents reported being satisfied with the present law, with the majority of them supporting abortion services being made available for poor women.

The most progressive comments came from GL Peiris and Tiruchelvam, with the former noting that “decriminalisation of abortion is a feature of evolving legal system in many parts of the world and I do not see any reason why Sri Lanka should be out of step with that general development”. The latter was the only individual who referred to it as a matter of gender-equality. Ultimately, however, religious opposition and arguments on conservative notions of culture and tradition overpowered the debate, and the proposal was not moved forward.


In 2010, a pharmaceutical company submitted an application to the National Drug Regulatory Authority (NDRA) to register Misoprostol. Kumar (2011) provides an explanation of why this proposal did not pass, but was postponed. She notes that the decision to approve a drug for registration lies with the Drugs Evaluation Subcommittee of the NDRA. This subcommittee consists of medical specialists from various fields as well as of pharmacists. Because Misoprostol is well known to be widely available in the country, the NDRA was favourable to registering it for regulatory processes and quality assurance. Perera (2010) cites industry officials who note that some drugs imported from certain lesser known companies in Asian countries are totally ineffective, supporting the NDRA's stance. The Sri Lanka College of Obstetricians and Gynaecologists (SLCOG) was also consulted by the NDRA, and the SLGOC recommended that Misoprostol be registered with restrictions so that it be used only in the public sector. Within the Subcommittee, however, there was a lack of consensus on approving registration due to opposition from within the committee, resulting in the decision to keep the decision pending.

The **National Action Plan for Human Rights, 2011-2016** sought to decriminalise abortion for cases of rape and major congenital impairment, and the Law Commission of Sri Lanka released proposals in 2013 for the relaxation of laws for the cases of rape (assuming that incest falls into this category when the woman is the victim and not the offender) and foetal impairment. The Law Commission also invited representatives from the Sri Lanka Medical Council, the SLCOG and the Sri Lanka College of Psychiatrists for discussions in the formation of the bill.

The Draft Bill made by the Justice Aluvihare Special Committee in 2017 called for the legalisation of abortions in the case of rape, incest, foetal impairments, and pregnancy in a girl below the age of 16, and the latest proposal to the government made by the Perinatal Society of Sri Lanka requests that abortion laws be relaxed with the case of pregnancy following rape or if the child to be born suffers from a fatal defect, and with the consent of the mother.

President Maithripala Sirisena expressed his desire to consult with religious leaders regarding the draft Bill made by the Justice Aluvihare Special Committee. The religious leaders showed strong opposition to the reform. Minister of Christian Affairs, John Amaratunga, was reported to have said that the Prime Minister, Ranil Wickremesinghe assured him that abortion would not be legalised (Sekaram, 2018).

On August 14th 2017, doctors representing the Health Ministry met with religious leaders of the Congress of Religions at Sri Sambodhi Maha Viharaya in order to brief them about the conditions under which amendments were being supported, and to provide a medical perspective to these proposals. As Pothmulla (2017) notes, Ven. Ittapana Dhammalankara Thera expressed gratitude to the doctors for explaining the proposed amendments but concluded that religious leaders and the doctors have different opinions. Although the proposed amendments have so far failed, there has been ample support for the liberalisation of abortion laws.



Support for Amendments to Abortion Law

Hewage (2003) finds that of those interviewed, 92.43% of health professionals had seen abortion cases in their professional career. There have been a number of such health professionals who have spearheaded efforts to legalise abortion under certain circumstances, and others who have given vocal support.

For the case of foetal deformities, Wuthmann (2017) quotes Dr. Kapila Jayaratne who states, “we daily witness the sufferings of women...and it was a suffering for the baby also ... he is suffering in utero, and then after delivery, and then after one week he ultimately dies, giving another grievance to the family and the community too.” Dr. Kapila states that he does not like using the term “abortion” because of the stigma it carries, and that approaching this issue through a medical perspective, him and his fellow medical advocates support a humane approach that needs to look at the suffering of women as an important aspect of this debate. Not only is it suffering for the mother, but if the foetus is birthed and grows up without the basic organs to live healthily, this individual also will face life-long suffering.

Pothmulla (2017) quotes Professor Sujeewa Amarasena, Professor in Paediatrics of the Ruhuna University's Medical Faculty, as saying that they have identified 30 instances of foetal impairments, including genetic mutations where the baby would have no chance of survival when born. He comments, "by way of allowing abortion under certain circumstances, these numbers [of illegal abortions putting the mother's life at risk] could likely...reduce. Positive results could be seen in the health sector of other countries where abortion has been made legal under different circumstances. We can't guarantee that it would exactly be the same in Sri Lanka but mostly it could be a success".

Gunetilleke (2017) cites Consultant Gynaecologist Dr U.D.P. Rathnasiri, who is reported to have said that the amendment to the abortion law is "essential to end the suffering of many mothers. All mothers have the right to be free from pain and agony".

In the cases of rape and underage pregnancies, Wijedasa (2016) cites Dr. Gihan Abeywardena, Consultant Psychiatrist at the Kurunegala Teaching Hospital, as saying that he has long advocated a change in the laws as many victims of rape and incest are referred to him every month. He says that he has seen an increase in the number of mentally challenged children and women who fall pregnant as a result of sexual abuse: "I come across quite a few girls, both in Kurunegala and Matale - two or three a month. Most of them come to us pregnant. Some are not pregnant. It is quite a difficult situation because the legal age of consent in Sri Lanka is 16. Even when these women are above the age of consent, they have a mental age of a minor." Recently, he states, a 20-year-old woman was sent to him. She had had no schooling and could not read or write. She lived at home with her parents. She was over 12 weeks pregnant and she was forced to continue with the pregnancy. Wijedasa notes that many doctors spoken to say they have had 3 or 4 requests every month from women who have wanted to end their pregnancies.

Cousins (2017) cites Dr. Sanath Lanerolle, Consultant Obstetrician and Gynecologist at Castle St Hospital for Women in Colombo, who states, "I see a lot of pregnancies from rape. The amendment would change the quality of women's lives drastically." She also tells of the case of Pabita (pseudonym), who was raped by her boyfriend and sought an abortion 7 months following the pregnancy. She reported having bought Misoprostol and Mifepristone illegally from a pharmacy but stated that the tablets didn't work as she was too late in using them. She then found a backstreet doctor who charged her Rs.35,000, induced labour, and delivered the baby 2 months premature. She reported that the baby passed away 20 minutes later and that she suffered light bleeding and cramps for days, emphasising the difficult plight that many rape victim-survivors face.

A 2017 article, **Should abortion be legalized?** cites the founder chairperson of the Sri Lanka Child Protection Authority, Dr. Hiranthi Wijemanne, as stating that there have been many instances of girls aged 13 or 14 years getting raped by a family member, and abortions should be allowed in such cases. A 2012 article, **Where the womb becomes the tomb**, notes the harsh plight of the rape victim-survivor, commenting that when an underage child is raped and becomes pregnant, the rapist often gets away, while the innocent girl suffers the additional pain of being cast out or marginalised by her family, neighborhood, and society. She cannot even show her face, let alone go to school, and often such innocent girls have no option but to end up as sex workers or commit suicide.

The situation of a rape victim-survivor becoming pregnant outside of marriage is doubly difficult, as it is neither socially acceptable for her to terminate her pregnancy nor deliver the baby. Apland (2018) notes how her respondents identified marriage and suicide as the best options in such a situation.

Not only have medical professionals voiced their support of the proposed amendments, but certain religious leaders – although a minority – also have. Pothmulla (2017) quotes Sheikh Fazil Farook, who is reported as stating that Islamic teachings are also against abortion in general except for three circumstances. These three circumstances include the following: when the mother's life is in danger, within 40 days if a girl has been subject to sexual abuse and she does not want the baby, and within 120 days if the foetus is diagnosed with extreme deformed conditions, all to occur under strict supervision. Furthermore, **Abortion in hot seat**, again cites Ven. Thero as stating, "if an abortion is to be performed when the foetus is severely malformed, and not compatible with a healthy life, then that could be something to consider, taking into account the agony that the parents (and the baby) would undergo." However, Ven. Thero goes on to say that the other two conditions – performing an abortion following incest and rape – "are definitely not to be welcomed". He notes that these are "merely social issues as opposed to the first, which is medical. The social issues should be addressed in a social context and not in a medical context". Similar opposition to abortion will be explored further on.



Economic Arguments in Favour of Liberalising Abortion Law

In addition to arguments made by medical professionals and others based on health considerations, arguments have been made in favour of liberalising the abortion law due to the national costs incurred in providing post-abortion care to women who face complications following unsafe abortions.

Pethiyagoda (2018), citing the Ministry of Health's 2001 **Annual Health Bulletin**, states that an estimated 7-16% of female admissions to Government hospitals are the result of a botched abortion, resulting in more than 100,000 hospitalisations annually. Considering the economic cost aside from the social and health costs, he notes that it poses a huge toll on the hard-pressed national healthcare budget. Jayawardane (1994) cites figures emerging from the Ceylon Medical Journal, claiming that an average of 3 women are admitted daily, as a result of post-abortion complications. This results in an estimated 20% of hospital beds in gynecology units being occupied by these women, he states. Dalvie et al. (2010) state that because hospitals provide free treatment, every bed occupancy of such cases costs a minimum of USD35 - a cost which is incurred by the state, and Thalagala (2010b) notes that 79% of the cost is incurred by the health system, which has to provide drugs, medicinal supplies, costs of investigations and surgical procedures, meals, accommodation, and other facilities.

Speaking more about the loss of an active segment of the workforce, Mudalige (2017) cites Obstetrician-Gynaecologist, Dr. Jayantha Sirisena, as stating that post-abortion care burdens an already over-burdened health care system and jeopardises the state's interest in ensuring a healthy working population. Kodagoda (2012) also refers to the importance of actively involving women in the economy, providing an alternate perspective with which to reduce the proportion of women facing such health risks.

Considering the costs incurred to the women who undergo the abortion procedure, Thalagala (2010a) lists provider costs, expenses for medication, and travel costs as being high for women who seek illegal abortion services, and Perera (2010) mentions that certain abortion providers are able to carry out their trade and fleece poor women of their hard-earned money.

Due to these reasons, among the many, there is ample support for amendments to Sri Lanka's punitive abortion laws. However, these proposed amendments have been made under the condition of strict restrictions.

Support for Amendments to Abortion Law: Under Strict Conditions

Service Location and Provider

The Proposals of the Law Commission of Sri Lanka as well as recommendations of a number of medical professionals, state that abortion under the given circumstances must be performed at a government hospital, by a state medical doctor, following the recommendation of a panel of relevant professionals (obstetricians and in some cases, psychiatrists and a Judicial Medical Officer) ("Experts debate on", 2016; Gunetilleke, 2017; Pothmulla, 2017).

One reason for the strict requirements of proposed amendments is that opponents to these amendments have voiced concerns that liberalising abortion laws will increase the rate of abortions sought in the country. John Amaratunga, during the 1995 discussions, (as reported by Abeysekera, 1997) and Fr. Fernando (2017) express the opinion that legalising abortion would cause it to occur on a larger scale – "open the floodgates" as Amaratunga stated – if no criminal sanctions were enforced. As Gunasekera and Wijesinghe (2001) argue, liberalising abortion law, however, does not necessarily increase abortion rates as is evidenced by the case of the Netherlands, which has a non-restrictive law and one of the lowest reported abortion rates in the world. Medical professionals in favour of the amendments have also attempted to convince opponents that the regulations would prevent abuse of the system. Pothmulla (2017) reports that Professor Sujeewa Amarasena made the assurance to the clergy present during this proposal that, "these laws cannot be misused because of strict implementation and cannot be commercialised or promoted because the surgeries would be performed only at a government hospital".


Evidence Required for Cases of Rape

During the 1995 discussion, Abeyekera (1997) notes that Mr. Fernando also asked for the Evidence Ordinance to be amended, so as to require allegations of sexual harassment to be supported by corroborative testimony. His stated reason for this was that, "women could use the law to embarrass men and bring false charges against them".

Mudalige (2017) questions whether such a law would “compel a woman and/or family to ‘cry rape’ in a consensual sex act to qualify” and Wickramaratne (2012) in her article, **The Case Against Abortion**, cites Norma McCorvey (Jane Roe) of the monumental American Roe v. Wade case and states that she later admitted that she had lied to her lawyer about being raped. She comments that “rape and incest are often the result of ignorance- rape is difficult to define and incest difficult to prove”.

Multiple ministers at the 1995 discussion also expressed skepticism towards proposals for liberalising the abortion law for the case of rape, with Tyronne Fernando commenting that “any woman can get into the witness box in court and say she has been raped,” and “we know very well that half these stories are made up” (Abeysekera, 1997). Mahinda Samarasinghe (UNP) argued in favour of some form of medical evidence necessary as corroboration in cases of rape, “to prevent false accusations from being made [by women] in order to victimise someone, or take revenge”. MP Azwer went on to say that “what is rape in some societies is not so in others.”

Proposals regarding legalisation in the case of rape have therefore attempted to minimise the risk of what opponents have claimed would ensue, by requiring certain forms of evidence. The Law Commission’s Proposal states that “a complaint to the Police is a mandatory requirement, [and] if the complaint is belated the Panel will not have the benefit of forensic evidence and a Police investigation that will be useful”. Furthermore, Professor Sujeewa Amarasena recommends that, “in case of a sexual abuse, a complaint should be lodged with the police informing the crime”. The Law Commission’s Proposal does, however, state that “the reality is that, in some of the above situations, it may not be possible for the Panel to recommend termination due to the absence of acceptable evidence to form its opinion, even though in fact the applicant may be a victim of rape”.



Time Limit

The author of **Should abortion be legalized?** (2017) reports that founder chairperson of the Sri Lanka Child Protection Authority, Dr. Hiranthi Wijemanne, proposed a limit of allowing abortion during the first 3 months of pregnancy. Wickramagamage (2016) states that advocates for legal reform should not “give [the] impression of demanding a blank check” but that “a more reasonable time limit should be proposed” citing 14-18 weeks of gestation as a humane limit. She notes the importance of concerned individuals and groups agreeing on this early cut off point, which demonstrates a “collective respect for human life as well as concern for the health of the pregnant woman”. As quoted in **Abortion in hot seat, again**, Consultant Obstetrician Dr. Mangala Dissanayake states – referring to a draft proposal created by the SLCOG and other stakeholders, such as the Family Health Bureau (FHB) and Family Planning Association of Sri Lanka (FPASL) – that “while the proposals suggest interventions for the lethal congenital abnormalities before 22 weeks of gestation, the other two conditions should be dealt with before 20 weeks”.

Contrary to the support that legal amendments, even under strict conditions, have received, the resistance to liberalising abortion law has been overwhelming, and has resulted in a situation in which Sri Lanka’s punitive abortion laws remain unchanged.

Is Liberalisation for Stipulated Conditions Enough?

Although legalising abortion laws for the above specified reasons would be a big achievement for Sri Lanka, there are many drawbacks of liberalising the law based on these conditions alone. Legalising for the cases of rape, incest, and foetal abnormality would not significantly reduce the current rate of illegal abortions (Suranga et al., 2017). Because the majority of abortions are not sought for these specific cases, these amendments will not be sufficient to address the large proportion of abortion-related public health concerns in Sri Lanka, leaving a lot of problems unattended (Kumar, 2013; Balachandran, 2009). Therefore, although it would be an important step forward and make way for a small percentage of cases to be addressed, it would not serve to significantly reduce the threats that the majority of abortion seekers face.

In the Proposals of the Law Commission of Sri Lanka (2013), it is mentioned that other policy interventions will also be necessary to address the issue of unsafe abortions and the resulting mortality rate, as the majority of illegal abortion inducers are not those who fit the stipulated criteria. Another argument made by rights-based advocates is that such provisions are “only a small and yet inadequate measure to ensure women are able to fully enjoy their human rights” (“Decriminalise”, 2017).

Abortion as a Woman’s Right


Those who approach the abortion debate from a women’s rights perspective claim that proposals to amending the abortion law should centralise the concept of choice and the autonomy and rights of women (Sekaram, 2018; Wijesiriwardena, 2017; Samararatne, 2017). Within this rights frame fall concepts of gender equality, a multitude of rights-based arguments (right to privacy, right to autonomy, right to be free of torture), and the concept of a patriarchal state and its violation of women.

Human Rights

A statement released in 2017 by human’s rights defenders and women’s groups calls for the decriminalisation of abortion as it is reported as being a “serious obstacle to [women’s] ability to make empowered and autonomous decisions as equal citizens”. They frame the criminalisation of abortion as a “critical women’s rights issue” – one that is a crisis to women’s rights, health, and well-being. Signees argue that, “to choose the termination of an unwanted

pregnancy, under any circumstances, is a fundamental human right” and they “strongly urge our Government to acknowledge every woman’s right to autonomously make decisions with regards to her own body, health and wellbeing – physiological and emotional – unconditionally” (“Decriminalise”, 2017). FPA (2010) similarly frames access to abortion as the right of women and couples, claiming that “all decisions regarding pregnancy must be voluntary and not coerced: no woman should be forced to carry a pregnancy to term or to undergo an abortion”. Samararatne (2017) and Munasinghe (2017) also claim that the criminalisation of abortion is “a violation of the woman’s right to privacy”. The former also frames it as a violation of the right to be free from torture including mental torture, and the latter frames it as a case of the State subjecting a woman to cruel inhuman and degrading treatment, which is proved by the cases of depression and suicide that result from the stress of having to unwillingly give birth and raise a child, or else go through a dangerous and illegal abortion procedure. As Wijisiriwardena (2017) notes, the current proposals for legal amendments “reinforce the idea that women should first be victims of terrible circumstances before she can be afforded her full human rights”.

Sri Lanka is signatory to a number of International Laws, which are in conflict with its national abortion laws (Abeysekera, 1997; de Silva, 2015; Perera, 2015; FPA, 2010). These international conventions attempt to address the empowerment of women, combat gender-based violence, improve the health and well-being of women and girls and ensure gender equality (de Silva, 2015). De Silva cites The International Conference on Population and Development Programme of Action (Adopted in 1994); the United Nations Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination Against Women (Ratification in 1981) and its Optional Protocol (Accession in 2002); the International Covenant on Civil and Political Rights (Accession in 1980); Convention against Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (ratification in 1994); the Vienna Declaration on the Elimination of Violence Against Women; the Millennium Declaration; the United Nations International Convention on the Protection of the Rights of All Migrant Workers and Members of Their Families (Accession in 1996); and more recently the Sustainable Development Goals (2015), with FPA (2010) adding the International Covenant on Civil and Political Rights; the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights; the Platform for Action from the Fourth World Conference on Women and the Maputo Plan of Action. Through a legal perspective, Sri Lanka’s national laws on abortion clout the provisions of a range of international treaties to which it is a signatory.



Strain on Mental Health

Mental health is also an important, yet often overlooked, issue to consider when considering unwanted pregnancies and the dangers of illegally-induced, unsafe abortions, and can be categorized as the right to be free from torture including mental torture, and the right of woman to be free of cruel inhuman and degrading treatment. Although statistics are not definitive, women can suffer from long-term emotional strain due to the trauma and complications of unsafe abortions as well as due to carrying unwanted pregnancies to term (Munasinghe, 2017; Kumar, 2012; Wijedasa, 2016).

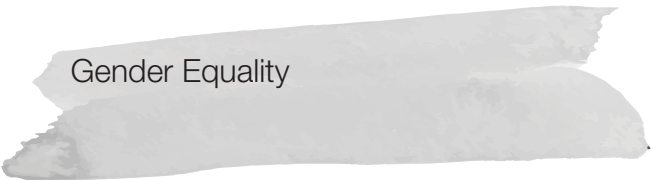
Whereas Rajasingham (2017) comments that abortion has harmful physical and mental effects

on the mother (referring to the interruption of bodily functions and mental trauma), Thalagala (2010b) finds that the psychological costs following the abortion were minimal and most of the time limited to shame involving stigma related to the act. Furthermore, as Meyler (2018) notes, “there is no confirmed relation between abortions and psychological trauma [therefore] the possibility of regret is not enough of a basis for criminalising abortion”.

Handunnetti (1994) tells the story of an employee of a factory from Ratmalana, who reports that the entire village’s wrath was directed towards her for “daring” to destroy her foetus. She explained her situation – poverty stricken with an irresponsible, alcoholic husband who made life unpleasant for the entire family. She already had 5 children, and comments that “bearing the sixth child was out of the question”. She notes the difficulty of her decision, claiming that her economic status compelled her to do it. About the stigma she faced, she notes that her act was called “shameless, immoral and inhuman”. Thalagala (2010a) reports that 87% of respondents noted the difficulty of the decision, yet as Wickramagamage (2016) notes, many trivialise the ambivalence, guilt, and very real pain of the woman who must make the decision to abort.

We witness how opponents to legalisation trivialise women’s plights in statements such as Fr. Augustine Fernando’s, in which he refers to abortions as what women seek when a pregnancy becomes an “inconvenience”, and claims that abortions are the “easy and short but crooked way out” for “conscienceless men and women” (Fernando, 2017). As opposed to a mere “inconvenience”, pregnancy has long-lasting implications and affects a woman and her entire life trajectory (Wickramagamage, 2016; Samararatne, 2017; Rajasingham, 2017). Many of the women who seek abortions have been compelled to do so by the lack of means necessary to provide for children (Handunnetti, 1994; Meyler, 2018). Whereas many moral arguments have been posed by opponents, Meyler argues that the real moral argument lies in the fact that it is “morally wrong to force a woman to raise a child without the necessary resources to give them a lifestyle she deems adequate”.

Regarding the economic cost of pregnancy, Wickramagamage notes that “a foetus once born must be fed, clothed, sheltered and educated” yet that societal arrangements do not support women in their task of rearing children. She notes that women working in Export Processing Zones, for example – as a group that faces high rates of unwanted pregnancies – are not given maternity benefits (paid leave, nursing intervals, day-care centers), and “employers do not consider motherhood a legitimate and valued part of their lives as employees”. Considering these economic and social realities, the “right to life of the foetus” argument becomes just a technical, abstract philosophy that ignores the realities that women face (Rajasingham, 2017).



Gender Equality

The decriminalisation of abortion has been framed as a means of achieving social justice by assuring a level of health equity and eliminating a form of gender-based discrimination (Gunesekera and Wijesinghe, 2001; Kumar, 2011; Samararatne, 2017). Munasinghe (2017) supports this stance, stating that abortion is “as real and as necessary as any other medical procedure but the difference is, it is required only by women”. Wickramagamage (2016) cites

Articles 12 (1) and 12 (2) of the Constitution, which stipulate that no person can be discriminated against on the basis of gender. She notes that because the constitution recognises, in principle, the right to equal treatment – or non-discrimination on the basis of gender – it would be a powerful and effective basis on which to advocate for liberalisation of the law.



Patriarchal State Coercion

Wijesiriwardena (2017), Munasinghe (2017), Rajasingham (2017), Dalvie et al. (2010) and Perera (2017) call into question the “coercive power of the law” (as Rajasingham puts it) when it comes to the criminalisation of abortion. Wijesiriwardena (2017) and Perera (2017) note the way in which the law serves to enforce a reality in which women are considered reproductive vessels, “who belong not to themselves but to their husbands, their families, communities and finally, to the state” as stated by the former, and where “women are wearily aware that their bodies are public property” as stated by the latter. Although these advocates note the importance of framing the debate on abortion around the concept of rights, many such advocates claim that although the current proposals for reform are not adequate, their formalisation would be an important step towards the ultimate goal of ensuring access to abortion as a woman’s right.

Meyler (2018) cites Director of Advocacy at the Family Planning Association, Sonali Gunasekera, who states that “the full campaign should focus on the woman’s right to choose, up to 12 weeks, however, if a compromise has to be reached, whereby abortion is legalised as per the medical requests (in cases of rape, incest and severe foetal deformities), this itself will be a win for women in Sri Lanka”. Wijesiriwardena (2017) also notes the importance of being realistic and strategic, claiming that “what is important at this juncture is to be able to push the conversations about amendments to the law forward, in the way that they are being proposed now, but to also always be able to bring the conversation back to what is easily invisibilised: patriarchal systems of control”. The statement made by human rights defenders and women’s groups also “urge[s] the state strongly, to allow the proposed amendments to existing abortion legislation, so that abortion may be made legal under [the given] conditions and to continue working to decriminalise it without limitation.” Kumar (2013) notes that much broader legal and policy reform is required to address unsafe abortion in a comprehensive way, yet she also agrees that the current push is indeed important, as at least a small group of women will have access to legal abortion services.

Resistance to Legalising Abortion

Religious Opposition, Reluctance of Decision Makers, and Misogynistic Mindsets

Religious factions have been extremely vocal in their opposition to amending abortion laws, and there has been a trend of decision-makers consulting them prior to pushing forward further discussion on the topic. Decision-makers themselves have been criticised for their inaction and their failure to push such a pressing issue forward in the policy making process, and this reluctance can be attributed, in large part, to the fact that they anticipate severe backlash. Among the arguments against liberalising abortion law, we also witness the role that stereotypes of the ideal women play in Sri Lankan society, with many opponents to legal reform citing the breakdown of the family institution, and the inappropriateness of pre-marital sex and sex for any reason other than reproduction as reasons not to push forward the abortion debate.

“Right to Life” Arguments

During the 1995 consultation, Abeysekera (1997) notes that a number of ministers made statements against liberalising abortion in the name of religion. John Amaraturunga claimed that any attempt to legalise abortion “will be strongly opposed by all sections of society,” not only Christians but also Buddhists, Muslims, Hindus and “all who believed in the supremacy of life would oppose such a proposal”. He was reported as having claimed that the attempt to legalise would affect “the fundamentals of social life and cultural life of the people of this country”. Similarly, Ms Pulendran of the UNP was reported as having said that the Hindu religion forbade the taking of life, and MP Azwer was reported as saying that abortion is “against our traditions and our culture. All our religions are opposed to this”.

The difficulty of attempting to appease notions of religion and tradition while pushing forth the abortion agenda proved, ultimately, impossible, with the Minister of Justice claiming, ‘it is difficult to conceive of absolute norms or principles which cut across cultural distinctions. It sometimes becomes necessary to recognise different standards and values applicable to different sections of the community. That is a part and parcel of life in Sri Lanka.... It is not possible to emulate uncritically legal development in other countries. We have to take into account the cultural realities in our own countries”.


An important feature of Sri Lankan society is the one of its multi-ethnic, multi-religious nature. Wickramagamage (2016) and Abeysekera (1997) note the way in which the 1978 Constitution assures the right of different communities to practice their religious and customary laws as well as the right of the individual (concerning women here) to be free of discrimination. They note that these rights and laws can often conflict, and Abeysekera (1997) states that “religious and customary laws may be invoked to impinge on women's rights”.

As moves to legalise abortion have moved forward since 1995, similar voices of dissent have continued to stem the agenda. Fonseka (2017) notes that the Catholic Bishops Conference of Sri Lanka overwhelmingly condemned the government's potential decision to legalise, with President Rt. Rev. Dr. J. Winston S. Fernando saying, "we say no to abortion under any circumstances. We believe that the precious life of a human being starts at the very moment of conception and is sacred." He also underscored the fact that no one had the right to tamper with human life in any way.

The Catholic Bishops Conference released a Pastoral Letter in which they condemned attempts to legalise abortion based on the abovementioned 3 circumstances. They stated, "whatever these special situations be, for the Church abortion even of a foetus resulting from rape, incest or of a defective nature is blue murder of a voiceless and defenseless innocent human being and is morally wrong. And the position justifying such elimination of life cannot be held by any sane thinking human being let alone by the Catholic faithful". They called upon the Catholic faithful to "express their disapproval of it to the people that matter, to pray and offer acts of mortification and penance in order to ensure that this murder of innocents does not become a plague in our beloved motherland".

The argument of the right to life of the foetus has been a central one given by opponents, both secular and religious, to amending Sri Lanka's stance on abortion. Sekaram (2018) notes that the President of the Bishop's Conference, Winston Fernando, and Venerable Bellanwila Wimalarathana Thero are reported to have referred to the Christian and Buddhist doctrines, claiming that "conception begins at life" and "abortion constitutes the taking of a human life". Similarly, Abeysekera (1997) notes that during the 1995 proposal, MP Azwer (UNP) invoked the Quran and the Bible in his opening statement, claiming, "that is God's work...we have no business to interfere".

Shocking, shameful (2018) refers to abortion as a "massacre of the innocents" and a "ruthless form of terrorism" and Rajasingham (2017) notes that abortion "involves another person, and it is a basic, uncontroversial, principle of law and morality that our rights may be restricted to protect the right of another to live". Jayasuriya et al. (2012) note that, "there are two lives when a woman gets pregnant. We have to respect both lives equally. One has no right over the other. Any interference with the fertilised ovum is equal to murder". Wickramaratne (2012) also refers to abortion as a "violent death for the child" claiming that "induced abortion is the deliberate destruction of an innocent, defenseless human being".



Adoption as a Solution

Many of the religious leaders who have voiced strong opposition to legalising abortion have suggested the option of adoption as a solution to unwanted pregnancies. Malcolm Cardinal Ranjith has been the principal advocate for those with unwanted pregnancies going through with the pregnancy and then giving the child up for adoption. Sekaram (2018), Tharmakulasingham (2018), and Pothmulla (2017) cite him as stating – during the August 2017 press conference held by the SLCOC – that in the case of pregnancies resulting from rape and incest, the Church would institutionalise those children in their orphanages and care homes. Jayasuriya et al. (2012) support this argument, stating that abortion is immoral and "what is

immoral should not be legalised”. They refer to the “hundreds of married couples who cannot have a baby,” commenting that “these couples are very happy to adopt.” They advocate proper counseling services for victims of rape, yet they claim that such victims should still go through pregnancies with the help of the Catholic Church, which has opened convents to “cater to the needs of the two lives”. Similarly, the author of **Where the womb becomes the tomb** (2012) refers to Mother Terea’s Sisters – an institution for teenage girls that have been raped by drunken fathers – as a solution, with their message condemning the abortion of the foetus and supporting the birthing of the child to ultimately give it to this institution to be looked after. They claim that they care for the child until good foster parents are found, while the young mother can go out and begin a new life. The article claims that such movements are working in Sri Lanka and that before “kill[ing] an innocent baby” abortion seekers should contact these movements.

Whereas those arguing for continuation of unwanted pregnancies and putting the babies up for adoption make it sound like the most logical answer, many note the practical difficulties of such a solution. Wickramagamage (2016) notes that these proponents, “forget the commitment of the pregnant woman to make the foetus viable and the resulting bond between pregnant woman and foetus that might make it hard for a woman to give a newborn up for adoption”. Furthermore, she notes that the reality of the situation in Sri Lanka is that adoption is not widely practiced and unwanted children “generally end up in sub-standard children’s homes”. Kumar et al. (2012) note that requiring pregnant women to be “cloistered in convents till they complete their pregnancies” could mean the end of their education, loss of support from their families, and a precarious future. Furthermore, they argue that this solution does not provide relief to these women.

There are other practical factors that this proposed solution does not taken into account, for instance those relating to young girl enrolled in school who becomes pregnant. Perera (2018) provides his opinion as a medical practitioner, suggesting that an abortion (if done in safe conditions, such as those that are existent in Singapore) would “safeguard...the parents and the child, who can get back to school within one week as if nothing has happened” rather than sending the child to an institution where “unwed mothers are looked after for nine months and the child is given up for adoption after delivery”. The loss of education opportunities is therefore an important aspect that proponents of adoption in place of termination do not consider to the full extent.

Rather than making an argument based on the practicality of adoption as a solution, Soysa (2015) takes more of a rights-based stance, claiming that a woman shouldn’t have to go through a pregnancy if it will affect her physical, mental, emotional or social well-being.

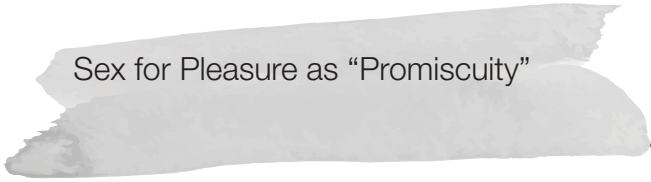
Gendered Norms and Expectations:
Woman as a Mother,
Sex for Reproduction

As has already been explored above, gendered roles and expectations are often the underlying reasons behind opponents’ arguments against legalising abortion. Many who oppose liberalising abortion laws have noted the threat that it would pose to the institution of the family. Fr. Augustine Fernando notes the obligation that parents have to look after their children until they are self-sufficient, and children to look after their parents when they are “in their need and

old age". Even for the case of foetal deformities, Malcolm Cardinal Ranjith, as cited in **Should abortion be legalized?** (2017), refutes claims that parents suffer due to deformed children, claiming instead that "the unfortunate, suffering child binds the mother and the father together".

Perera (2017) notes how motherhood and pregnancy are still extolled as things that all women should want, and how they are expected to put their dreams on hold so that they can sustain another human. Similarly, Wickramagamage (2016) describes the naturalisation and glorification of motherhood and the way in which it is made synonymous with sacrifice. She identifies the assumption that, "women are without sexual drive and desires and sex is for procreative purposes only." This is evidenced by a comment made by Tyrone Fernando during the 1995 discussions – that: "the primary objective of marriage is procreation", and by the The Pastoral Letter released by the Catholic Bishops' Conference, which locates the "value of sexuality [in the fact that it is] a God given means for the transmission of life". It celebrates the "sacredness of married life and its relationship to the generation of love and life", therefore restricting sex within marriage and for the purpose of procreation.

Wickramagamage (2016) comments on the way in which Sri Lankan society "instills duties, rather than rights in the minds of its members", advancing "community rather than individual interests as the path to social good". This phenomenon is reflected in the words of opponents regarding the importance of the family institution and sex as a tool of reproduction. This expectation pins women as mothers and wives above all else, condemning them when they fail to adopt and enact these expected roles.



Sex for Pleasure as "Promiscuity"

Opponents to amending abortion laws cite "promiscuity" as a reason for unwanted pregnancies that result in abortions, as well as a potential consequence of liberalising the abortion law.

Father Augustine Fernando's 2017 article, **How should we consider abortion?** notes that abortion is an "easy way out of a problem resulting from errant behaviour in which many individuals may indulge in". Abeysekera (1997) notes that during the 1995 discussion, MPs presented opinions of women as promiscuous and conniving, with one comment made that "women have a natural tendency to be promiscuous and would 'run wild' given the opportunity." She further comments on how MP Azwer refers to "culture" and "something called a decent upbringing", and how abortion signals "indecent women [and] indecent girls" whose indecency we should not be protecting by advocating for abortion laws to be amended. Rajapakse and De Silva (2000) also comment on the conviction that many hold – that freely available abortion services may increase sexual promiscuity and sex among married youth, and Kumar (2013) notes that reasons of "promiscuity" and "indiscriminate use of abortion services" have motivated politicians and policy makers to restrict the push for abortion reform to circumstances under which women are perceived to be "blameless".

Hesitancy by Politicians – “Controversial” Matter

Criticism has been leveled against decision makers in the country for evading the important issue of unsafe abortions in Sri Lanka due to its controversial nature. As Thalagala (2010a) notes, in a predominantly Buddhist country like Sri Lanka, “no politician would dare to touch a policy move such as legalising abortion as it would certainly be used against his political campaign by his opponents”. Similarly, Senanayake and Willatgamuwa (2009) note that addressing abortion law is “sensitive and perilous for policy makers” and cite a minister as stating that “changing Sri Lankan laws on abortion would be similar to stoning a hive of vicious bees”. We witness how the moral and religious arguments against abortion attain a political dimension, which has repeatedly prevented abortion laws from being amended (Dalvie et al., 2010).

Not only do the responsible authorities prevent amendment of laws but they also prevent education and expression on the issue. As Sekaram (2018) notes, a performance centered on the conversation on abortion reforms and the Roman Catholic Church’s stance on the issue, which was produced by the Grassrooted Trust, was rejected by the Censor Board with the explanation that it was “not the right time” to be produced.

The official forums and discussions that have thus far taken place have been criticised on account of being undemocratic and dominated by religious leaders and men, to the exclusion of the women most affected. Perera (2017), Mudalige (2017), Rajasingham (2012), de Silva (2017), and Balachandran (2009) criticise the power that religious leaders and religious sentiments have over the abortion debate, with Rajasingham claiming that whereas religious opinion has its place in public discourse, it cannot be a “knock down” argument for or against the law. Furthermore, Pothmulla (2017) has leveled criticism against the disproportionate representation at the doctors’ and religious leaders’ consultation, in which not a single female representative was present. This factor indicates how the debate in official circles is overrun by those that are least affected by the issue.

Abeysekera (1997) and Kumar (2011) note the way in which women’s advocacy groups and NGOs are excluded in the decision-making process, with the former noting that the 1995 Bill presented in parliament did not reflect the discussion that many NGOs had been involved in, and the latter commenting that the 2010 Misoprostol decision was the result of a “closed process with little input from nonmedical experts” in which “the public has little access to information on who and how these decisions are made”.

The Feminist Catholic Network – taking a stand against the monopoly that conservative male Catholic representatives hold on the abortion discussion – expresses its views as representatives of the Catholic faith. Members have issued a statement in support of amending Penal Code No. 2 of 1883 and Code of Criminal Procedure Act No. 15 of 1979 for purposes of extending permitted instances of medical termination of pregnancy, and have repeatedly called out religious leaders on misrepresenting their faith and what it stands for. Given the proportion of religious leaders and men, in general, who dominate conversations on the abortion debate, Kumar (2012) and Wikramagamage (2016) have called for a wider range of stakeholders to be represented during decision making processes on abortion reform.

The former states that women and communities affected by the consequences of unsafe abortion need to be involved in these efforts and the latter states that this is an issue that requires the urgent attention and intervention of all policy planners, family planning service providers, health care professionals, and women's rights activists. Aside from involving a wider group of stakeholders in consultation processes, it is also important to tackle the issue of stigma, borne of patriarchal gender norms, that have been entrenched in the minds of men and women, service providers and service seekers alike, which would deter women from seeking safe and satisfying services even if they were made legal.

Moving Forward:

Framing Advocacy Messaging for the Liberalisation of Abortion Laws, and Tackling Stigma

Although the legalisation of abortion is often framed as an issue of women's rights, Wickramagamage (2016) notes the impracticality of asserting a strong rights-based argument because, "[the] woman's right to reproductive autonomy argument works only if women can be visualised as freely thinking and freely choosing agents who make such reproductive decisions without cultural/familial pressure". Aside from family pressures, internalised patriarchal attitudes, which are often deeply entrenched in attitudes and norms, affect individual behaviour to a great extent (Wickramagamage, 2016; Senanayake, 2009; Suranga et al. 2017). This is very important to consider, given that these internalised patriarchal attitudes are reflected by a number of studies in which women themselves – many of whom have experienced abortions – have claimed that they would not support abortion as a fundamental woman's right, primarily due to religious and ethical reasons.

Religious and moral beliefs, over and above concerns about legality, affected women's attitudes regarding the legalisation of abortion (Arambepola and Rajapakse, 2014; Suranga et al., 2017; Aplan, 2018, Thalagala, 2010a). Arambepola and Rajapakse (2014) note that 42.7% of respondents considered undergoing an abortion yet they continued with their unwanted pregnancies due to the religious belief that abortion was a "sin", and 12% of controls portrayed abortion as a socially unacceptable event. Aplan (2018) noted that typical remarks made by participants were: "abortion is a sin", "society is not allowing abortion", "this is a murder case, it is a crime, our culture is not to allow abortions". Similarly, Suranga et al. (2017) note that 93% of females and 70% of males claimed that induced abortion is against cultural and moral values, with 46% stating that the providers who provide illegal abortion services have no ethical or moral values. Similarly, Thalagala (2010a) finds that compared with the women who considered their religious devotedness as "high," those who considered it as "ordinary" had a two times higher likelihood of having an abortion. Suranga et al. (2017) note that among 743 respondents, 65% agreed to legalise abortion for rape, 55% did so for incest, and 53% did so for lethal fetal abnormalities. Less than 7% however agreed to legalise induced abortion for other reasons, such as contraceptive failure, bad economic conditions, or else on request. Abeyasinghe et al. (2009) showed that 38.3% thought abortion should be legal when the mother's life was in danger, 21.4% when there were fetal anomalies, 18.2% in maternal psychiatric disorders and 17.6% in pregnancy following rape and incest. These statistics indicate that support for the proposed amendments to legal reform would be stronger than those based on a rights basis, alone.

Internalised Misogyny

A number of studies suggest that stereotypes of gendered roles and expectations influence attitudes regarding the legalisation of abortion services: who should have access, when, and for what reason.

Rajapakse and De Silva (2000) note that less than half of abortion seekers felt that abortion services should be available on demand, especially for unmarried women. Among the 45.9% who approved the liberalisation of the abortion law, only 27% were reported as having approved such liberalisation for both married and unmarried women. Thalagala (2010a) notes that 25.4% of women who had undergone an abortion and 11.5% who had gone through with unwanted pregnancies said that abortion should be legalised on demand of the couple, irrespective of the reason. Of those who had undergone an abortion, 29% were reported to have stated that legalising abortion would encourage promiscuity and raise the incidence of pre-marital sex. Suranga et al. (2017) note that 15% of females and 5% of males were reported as having given “increases in promiscuous behaviours” as the primary reason for not accepting the liberalisation of abortion law in Sri Lanka.

Therefore, what becomes clear is that legal amendments alone will not be enough to change the mental and physical traumas that women are susceptible to when accessing abortion services. Amendments to the legal status alone will not be enough to ensure safe services (Mudalige, 2017; Gunesekera and Wijesinghe, 2001; Arambepola et al., 2014). Rather, ensuring accepting and supportive attitudes of health care workers and professionals in state hospitals, as well as those of service seekers, are all necessary to legitimise abortion. If the element of stigma is not tackled, the services could very well remain under-used. Furthermore, it is important that youth-friendly sexual and reproductive health services are provided non-judgmentally to anyone seeking them (Perera, 2017; Soysa, 2015).

The Necessity of Comprehensive Sexuality Education

Considering the statistics of sexual and reproductive knowledge, it becomes apparent that Comprehensive Sexuality Education (CSE) is direly in need of in order to prevent unwanted pregnancies amongst youth – information which will guide them into adulthood and affect rates of unwanted pregnancies and abortion rates in adults as well.

De Silva et al. (2007) find in their study that 75% of respondents were unaware of the fertility period of their menstrual cycle. Suranga et al. (2017) find that around 31% of females and 57% of males were equally unaware of this fertility period. Hewageegana et al. (2015) note that less than a quarter of respondents knew that it was possible to get pregnant or acquire an STI at first intercourse (with 57% using contraception at first intercourse). Similarly, Perera and Reece (2006) note that low rates of condom use and condom access represent areas needing attention to promote sexual health among Sri Lanka’s young adults.

Furthermore, the lack of knowledge regarding emergency contraception (or the “morning after pill” as it is commonly referred to) indicates the potentially high proportion of avoidable pregnancies that occur due to a lack of information. De Silva et al. (2007) note that only 25% of non-users (of contraception) and a third of traditional method users knew of Postinor as a method of emergency contraception, and Suranga et al. (2017) note, from their study, that 51% of women were aware of emergency contraceptives.

Implementing CSE in schools across the country is necessary to ensure that children grow up equipped with the knowledge and attitudes to engage in safe sex and prevent unwanted pregnancies (Samararatne, 2017; Perera, 2018; Kumar, 2011; de Silva, 2015). However, De Silva et al. (2007) note the lack of qualified teachers to conduct CSE programs, and Gunasekera and Wijesinghe (2001) point to an important attitude – one that considers sex to be embarrassing, disapproved of, and potentially dangerous, which often results in parents and teachers feeling uncomfortable to talk openly about it.

Education limited to information on contraceptive use is not sufficient to address the attitudes that consider sex for pleasure and pre-marital sex shameful. Soysa (2015) and the Feminist Catholic Network (2018) assert the importance of, not only sexuality education, but also relationship education, which includes gender-sensitive, compassionate, non-judgmental support networks for people seeking guidance, and psychosocial support in reproductive healthcare. Furthermore, education regarding respect and consent will also be vital to ensure that sexual violation and violence is reduced, and ideally, eliminated.

அறிமுகம்

மகப்பேற்று மற்றும் குழந்தைகள் சுகாதாரத்தில் இலங்கை அடைந்துள்ள வளர்ச்சி மெச்சத்தக்கதாகும். எனினும் கணிப்புகள் பெருமளவிலான கருக்கலைப்புகள் இன்னும் இலங்கையில் நடைபெறுகின்றன எனக்கூறுகின்றன. சட்டவிரோதக் கருக்கலைப்புகள் மற்றும் அதனால் ஏற்படும் சிக்கல்கள் இந்நாட்டின் சுகாதாரப் பராமரிப்புத்திட்டத்திற்குச் சமையாய் இருந்து வந்துள்ளன.

கணிப்புகள் இலங்கையில் ஒரு நாளைக்குக் கிட்டத்தட்ட 650 கருக்கலைப்புகள் இடம்பெறுகின்றன எனக்கூறுகின்றன. இது ஒருவருடத்திற்கு 250,000 கருக்கலைப்புகள் எனும் தொகையைக் காட்டுகிறது. திருமணமாகிக் குழந்தைகள் பெற்றிருந்த பெண்களிடையேயும், கிராமப்புறங்களில் வாழ்ந்த பெண்கள் மத்தியிலும், மற்றும் குறைவான சமூக பொருளாதரச் சூழலில் வாழ்ந்த பெண்கள் மத்தியிலும் கருக்கலைப்பு வீதம் அதிகமாகக் காணப்பட்டது. அபிவிருத்தியடைந்து வரும் நாடுகளில் 56 வீதமான கருக்கலைப்புகள் பாதுகாப்பற்றவையாகும் இது அபிவிருத்தியடைந்த நாடுகளில் 6 வீதமாக உள்ளது.

சுகாதார அமைச்சு கருக்கலைப்பிற்குப் பின்னரான சேவைகளைப் பார்க்கும் போது, கருக்கலைப்பை நாடும் 82% ஆன பெண்கள் திருமணமானவர்களாவர். இவர்களின் சராசரி வயது 31 ஆகும், 40% ஆனோர் வேலை செய்வோராயும் 32% ஆனோர் உயர்க்கல்வித்தகைமை கொண்டோராயும் இருக்கின்றனர். வயதான பெண்களுக்குத் திருமணமாகி, பெரிய பிள்ளைகள் இருக்கும் வேளைகள், பூரணமான குடும்ப அளவினை அடைந்து முடிந்தாயிற்று, சமூகப் பொருளாதாரச் சிக்கல்கள் மற்றும் கடைசிக்குழந்தை மிகவும் குறைந்த வயதாய் இருத்தல் போன்றவை பெண்கள் கருக்கலைப்பை நாடக் காரணிகளாய் அமைகின்றன.

கருக்கலைப்பை நாடும் 16% பெண்கள் மட்டுமே குடும்பத்திட்டமிடல் முறைகள் பயன்படுத்தியுள்ளதாகத் தெரியவந்துள்ளது. இலங்கையில் வாழும் அதிகமான தம்பதியினர் நவீன குடும்பத்திட்டமிடல் முறைகளுடன் ஒப்பிடுகையில் பாரம்பரிய முறைகளையே அதிகமாகப் பயன்படுத்துகின்றனர். குடும்பத்திட்டமிடலுக்கான மொத்தத் தேவை 72% அடையாளம் காணப்பட்டுள்ளது, இதில் 65% திருப்தியாக்கப்பட்ட தேவைகள். 7.5% - குடும்பத் திட்டத் தேவையிருந்து திருப்தி செய்யப்படாத தேவைகள் ஆகும். (DHS survey 2016)

பெண்கள் மீண்டும் மீண்டும் கருக்கலைப்புச் செய்துகொள்வதனைத் தடுக்க அவர்களுக்குக் குடும்பத்திட்டமிடல் சேவைகள் வழங்கப்பட வேண்டும். கருக்கலைப்பிற்குப் பின்னரான குடும்பத்திட்டமிடல் சேவைகள், சேவை நாடுவோரின் தேவைக்கமைய மற்றும் பயன்படுத்தும் முறையின் பலனளிக்கும் விகிதத்திற்கமையவும் வழங்கப்பட வேண்டும், உதாரணம்: நிரந்தரமான முறைகள், நீண்ட கால எனினும் மீள் சீரமைக்கக்கூடிய முறைகள் போன்றவை அதிக பலனளிக்கக்கூடிய முறைகள். குடும்பத்திட்டமிடல் முறைகளின் பாவனை அதிகரித்தல் கருக்கலைப்புகளைக் குறைக்கின்றன என்பது பொதுவாகத் தெரிந்ததொரு விடயமாகும்.

பாடசாலைகளில் பூரண பாலியல் கல்வி வழங்குதல், இளம் வயதினர் மற்றும் வயது வந்தவர்கள் வாழ்வில் முன்செல்ல உதவும் என்பது அனைவரும் அறிந்த விடயமாகும். துல்லியமான மற்றும் வயதிற்கேற்ற தகவல்கள், அணுகுமுறை மற்றும் திறன்களை மேம்படுத்தல், மனித உரிமைகள் மரியாதை போன்ற சிறந்த பண்புகளை வளர்த்தல், பால்நிலை சமத்துவம் மற்றும் பல்வகைமை, பாதுகாப்பான மற்றும் ஆரோக்கியமான உறவுகளை மேற்கொள்வதற்கான மனப்பாங்கு மற்றும்

திறன்களை வளர்த்தல் போன்றவற்றிற்குப் பூரண பாலியல் கல்வி வழி வகுக்கிறது. ஆகவே பூரண பாலியல் கல்வி இளம் வயதினரை, பாதிக்கக்கூடிய HIV & AIDS எய்ட்ஸ் மற்றும் பாலியல் தொற்றுக்கள், திட்டமிடாத கர்ப்பங்கள், பால்நிலை சார் வன்முறை போன்றவற்றிலிருந்து பாதுகாப்பான, ஆக்கபூர்வமான மற்றும் திருப்தியான வாழ்வு வாழத் தயார்ப்படுத்துகிறது. பூரண பாலியல் கல்வி சிறுவர்கள் தம் பாலியல் சார் மற்றும் உறவுமுறை சார் தெரிந்த தெரிவுகளைச் சுதந்திரமாகப் பொறுப்புணர்வுடன் எடுக்கப் பலப்படுத்துகின்றது.

இவ்வெளியீட்டில் உள்ள இலக்கிய ஆய்வு மற்றும் உண்மைச்சம்பவங்களின் தொகுப்பினைத் தயாரிக்க அயராது உழைத்த அவந்தி அரசகுலரத்னவிற்கு நான் எனது நன்றிகளைத் தெரிவிக்கிறேன். இவ்வெளியீட்டில் உள்ள அநேகமான உண்மைச்சம்பவங்களை எமக்கு வழங்கிய YAN SL நிறுவனத்திற்கும், எம்முடன் கதைக்க உடன்பட்ட கருக்கலைப்புச் செய்துகொண்ட பெண்களை இனங்கண்டு தந்தமைக்கு அபிமானி நிறுவனத்தைச் சேர்ந்த குசும் அவர்களுக்கும், பிரஜா திரிய பதனமவைச்சேர்ந்த இந்திராணி அவர்களுக்கும், மாறியபாலினர் வலையமைப்பைச்சேர்ந்த சக்குணி அவர்களுக்கும், இதனைச் சிங்களம் மற்றும் தமிழ் மொழிகளில் மொழிபெயர்த்த ஆதில் சுராஜ் மற்றும் பிரிஸ்கிலா அருள்பிரகாசம் ஆகியோருக்கும், பெண்கள் கல்வி ஆய்வு நிறுவனத்தைச் சேர்ந்த ஷிராணி மில்ஸ், ஜெயமாலா சிவச்செல்வம் ஆகியோருக்கும் வரைபடங்கள் மற்றும் அட்டைகளை வடிவமைத்த சஹரா தாவுதுபோய் அவர்களுக்கும் மற்றும் இதனை ஒருங்கிணைக்க முழுமூச்சாய் உழைத்த துவார மனோஜ் அவர்களுக்கும் எனது மனமார்ந்த நன்றிகளைத் தெரிவித்துக்கொள்கிறேன்.

சொனாலி குணசேகர

**பகுதி ஒன்று:
பெண்களின்
கதைகள்**

“கருக்கலைப்பு வேதனைக்குரியதாக இருந்தும் எனக்கு வேறெந்த வழியும் இருக்கவில்லை. கருக்கலைப்புச் செய்தமை சரியான தெரிவு என்றே நினைக்கிறேன்”

எனக்கு 16 வயதிருக்கும்போது காதலித்த நபருடன் வீட்டை விட்டு ஓடி வந்தேன். நாங்கள் குடும்பத்திலிருந்து பிரிந்து தனியான வாழ்க்கை வாழ முடிவெடுத்தோம். சில காலங்களின் பின்னர் எங்கள் இருவருக்குமிடையே சண்டைகள் ஏற்பட்டன. ஒருநாள் என்னோடு வாழ விருப்பமின்றி என்னைத் தனியே விட்டுச்சென்றுவிட்டார். நான் ஒரு அரச சார்பற்ற நிறுவனத்தை நாடி எனது நிலையைக் கூறினேன். அவர்கள் என்னை சிலாபத்தைச் சேர்ந்த ஹோட்டல் நடாத்தும் பெண் ஒருவருடன் தொடர்பை ஏற்படுத்தித் தந்தனர். அந்த ஹோட்டலில் எனக்கு வேலை கிடைக்கும் என்று கூறினார்கள். உண்மை என்னவென்றால் அந்த ஹோட்டல் ஒரு விபச்சார விடுதியாகும். அங்கே சென்றதும், மிகவும் தாமதாக்கிவிட்டது. எனக்குச் செல்வதற்கு வேறு இடமின்றித் தத்தளித்தேன். இறுதியாக அந்த விபச்சார விடுதியில் பாலியல் தொழிலாளியாக மாறினேன்.

அங்கு பாலியல் தொழிலில் ஈடுபட்டபோது கர்ப்பமடைந்தேன். ஆணுறை வெடித்ததின் விளைவாகவே கர்ப்பமடைய நேரிட்டது. நான் தொடர்ச்சியாக அரச ஆஸ்பத்திரிக்கு மருத்துவப் பரிசோதனைக்குச் செல்வதனால் எனக்குப் பல பாலியல் சார்ந்த நோய்கள் இருப்பதை அடையாளம் கண்டுகொள்ள முடிந்தது. எனக்குச் சட்டவிரோதக் கருக்கலைப்புச் செய்யும் இரண்டு இடங்கள் பற்றி அறியக்கிடைத்தது. ஒன்று குருநாகலிலும், மற்றையது மஹவையிலும் இருந்தது. குருநாகலில் இருந்த இடத்தில் ரூபா 10000 உம் மஹாவாயில் ரூபா 15000 உம் செலவாகும். விபச்சார விடுதி நடாத்தும் பெண் என்னை மஹாவாயிலுள்ள இடத்திற்குக் கூட்டிச்சென்றார். கருக்கலைப்பானது மிகுந்த வலிமிக்கதாயினும் எனக்கு வேறு வழி இருக்கவில்லை. கருக்கலைப்புச் செய்வதற்கு எடுத்த முடிவு பற்றி நான் அப்போது மனம் வருந்தவில்லை, இப்போதும் இல்லை. இந்த அனுபவம் என்னை மிகவும் நடுங்கச்செய்தது, காரணம் எனது தோழி ஒருத்தி கருக்கலைப்புச் செய்யச் சென்று கிளிநிக் நிலையத்திற்கு முன்னாலுள்ள கடையில் தேநீர் குடிக்கச் சென்றபோது திடீர் சோதனை செய்து உள்ளிருந்த அனைவரையும் கைது செய்து பொலிஸ் நிலையத்திற்கு அழைத்துச்சென்றனர். எனது தோழி கைது செய்யப்படுவதிலிருந்து தப்பித்துக்கொண்டது மிகத் திகிலூட்டும் அனுபவமாகவிருந்தது.

நான் தற்போது திருமணமாகி நான்கு பிள்ளைகளோடு சந்தோசமாக வாழ்கிறேன். நானும் எனது கணவரும் முதன்முதலாக விபச்சார விடுதியிலேயே சந்தித்துக்கொண்டோம். அவர் என்னுடைய வாடிக்கையாளர். நான் இனிமேல் ஒருபோதும் அந்தப் பாலியல் தொழில் வாழ்க்கைக்குச் செல்ல மாட்டேன். நான் இப்போது சந்தோசமான, நிம்மதியான வாழ்க்கை வாழ்கின்றேன்.

“இரண்டு கருக்கலைப்புக்களையும் அவர் பாதுகாப்பான சுத்தமான முறையில் செய்து முடித்தார்”

எனக்கு மூன்று சிறு பிள்ளைகள் இருந்ததால் நான் 2 தடவை கருக்கலைப்புச் செய்தேன். நான் திருமணமாகி சந்தோசமான வாழ்க்கையில் பூர்த்தியடைந்து விட்டேன். எனக்கு மேலதிகமாகப் பிள்ளைகள் பெறுவதில் விருப்பமில்லை. எனக்கு மூன்று முறை பிரசவம் பார்த்த எனது மகப்பேற்று மருத்துவர் மூலமாகத் தேவையான செயல்முறைகளைச் செய்து கொண்டேன். அவர் கருக்கலைப்பையும் செய்து பாதுகாப்பான சுத்தப்படுத்தல் முறைகளையும் மேற்கொண்டார். எனக்கு நன்றாகத் தகவல் தரப்பட்டமையினாலும், வசதியாக இருந்தபடியாலும், எனக்கு எந்தவித கவலைகளும் இருக்கவில்லை. கருக்கலைப்புச் செய்தமை பற்றி எனக்கு மனவருத்தம் எதுவுமில்லை.

“எங்களுக்கு வேறு வழியெதுவும் இல்லாத பட்சத்தில் கடன் வாங்கி, இந்த மாத்திரைகளைப் பெற்றுக் கொண்டோம்”

எனக்கு 36 வயது, நான் ஹம்பாந்தோட்டையில் வசிக்கிறேன். எனது கணவர் ஒரு நிரந்தர வருமானமற்ற தொழிலாளி. சில நாட்களில் தொழில் இல்லாததால் அடுத்த நாட்களுக்குச் செலவுக்குப் பணமிருக்காது. நான் இடியப்பம் சுட்டு அருகிலுள்ள கடைகளுக்கு விற்பனை செய்து வருமானம் ஈடுகின்றேன். அத்தோடு தையல் வேலையிலும் ஈடுபடுகிறேன். எனக்கு மூன்று பிள்ளைகள் உள்ளனர், அவர்களுக்கான கல்விச்செலவை இந்த வருமானங்கள் மூலம் ஓரளவு ஈடுசெய்கின்றேன். நான் கர்ப்பமாக இருப்பதை அறிந்து கொண்டதும் இன்னொரு பிள்ளைக்குரிய செலவுகளை என்னால் ஈடு செய்ய முடியாது என்பது புரிந்தது. நானும் எனது குடும்பமும் ஏற்கனவே பொருளாதாரக் கஷ்டத்தில் இருக்கின்றோம், இன்னொரு பிள்ளையை நிச்சயமாக எங்கள் இருவராலும் சமாளிக்க முடியாது. நானும், கணவரும் கருக்கலைப்புச் செய்ய ஒரு மருத்துவரைச் சந்தித்தோம். ஆனால் அந்தச் செலவை எங்களால் ஈடு செய்ய முடியவில்லை. பின்னர் கருக்கலைப்பு மாத்திரை பற்றிக் கேள்விப்பட்டோம், ஆனாலும் அதற்கான செலவையும் எங்களால் ஈடுசெய்ய முடியவில்லை. இறுதியாக, வேறு வழியின்றிக் கடன் எடுத்து மாத்திரைகளை வாங்கிக்கொண்டோம்.



“அதிக செலவாகும் என்பதால் நண்பர்கள், தெரியாதோர் எல்லோரிடமும் கடன் வாங்கிப் பெருங்கஷ்டத்துடன் இதனைச் செய்ய நேரிட்டது”

நான் பாலியல் வன்புணர்விற்கு உட்பட்டபோது எனக்கு 21 வயது. நான் வேண்டாமென மறுத்தபோதிலும் சில நிமிடங்களில் நடந்து முடிந்தது. நான் ஒரு இந்தியப் பிராமண இந்துப்பெண். சிறு வயதிலேயே பெற்றோரைப் பிரிந்து தாத்தா, பாட்டியுடன் மலையகத்தில் வசித்தேன். எனது அம்மா இந்தியாவிலும் அப்பா அமெரிக்காவிலும் வசித்தனர். அவர்கள் இருவருடனும் சிறுவயதிலிருந்தே எனக்கு நெருக்கமான தொடர்புகள் இருக்கவில்லை. 18 வயதில் பள்ளிப்படிப்பை முடித்தவுடன் எனது தாத்தா பாட்டி எனக்குத் திருமணம் செய்ய முடிவு செய்தனர். அவ்வளவு சிறிய வயதில் திருமணம் முடிக்க நான் விரும்பவில்லை. எனக்கு அதிகமான கனவுகள் இருந்தன. திருமணத்திற்கு முன்னர் மேற்படிப்பை மேற்கொள்ள வேண்டும், நல்ல வேலைக்குச் செல்ல வேண்டுமென ஆசைகள் இருந்தன. அதனால் எனக்குத் தாத்தா பாட்டியிடமிருந்து விலகியிருப்பதைத் தவிர வேறு எந்தவொரு வழியும் தோன்றவில்லை. ஆகையால், எனக்கு விரும்பிய வாழ்க்கையை வாழக் கொழும்பிற்குச் சென்றேன். கொழும்பில் தனியாக ஒரு புதிய வாழ்க்கையை ஆரம்பித்தேன். அதிஷ்டவசமாகக் குறுகிய காலத்தில் நல்ல சம்பளத்துடன் வேலை கிடைத்தமையால் மேற்படிப்பைத் தொடர முடிந்தது. எனது நண்பியுடன் ஒன்றாகத் தங்கினேன்.

வேலை நிமித்தமாக ஒரு நிகழ்வில் கலந்துகொள்ள வேண்டியிருந்தது. அங்கே தான் ருத்ராவை முதன்முதலாகச் சந்தித்தேன். ருத்ரா என்னுடைய நண்பரின் நண்பர். வேலை நிமித்தமாக அடிக்கடி சந்தித்துக்கொள்ள முடிந்தது. என்மீது அவருக்கு விருப்பம் இருந்த போதிலும் நான் ஆர்வம் காட்டவில்லை. சிறிது காலத்தின் பின்னர் எனக்கும் அவர்மீது ஆர்வம் ஏற்பட்டது. சிறிது காலம் பழகிய பின்னர் ருத்ரா மீது எனக்குக் காதலும் ஆர்வமும் படிப்படியாக அதிகரித்தது.

ஒரு நாள் இருவரும் கடற்கரை சென்றோம். கடற்கரையில் ஒன்றாக விளையாடியதால் எனது உடை முழுவதும் நனைந்து விட்டது. நனைந்த ஆடையுடன் பயணிக்க முடியாததால் ஆடை மாற்ற வேண்டுமென்று அவரிடம் கூறினேன். கடலுக்கு அண்மையிலுள்ள கடையொன்றுக்குச் சென்று உடைகள் வாங்கிக்கொண்ட பின்னர் எங்கே சென்று உடையை மாற்றிக்கொள்வது என யோசித்தேன். தனக்குத் தெரிந்த இடமொன்று உள்ளது எனக்கூறி அறைகள் உள்ள ஒரு இடத்துக்கு ருத்ரா என்னை அழைத்துச் சென்றார். அங்கு அவர்கள் எங்களைப் பதிவு செய்யக்கூடக் கேட்காதது ருத்ரா அடிக்கடி இங்கு வந்து செல்பவர் என்ற எண்ணத்தைத் தோற்றுவித்தது. நான் அறைக்குள் சென்று ஆடை மாற்றிக்கொண்டு வரும்வரை அவரை வெளியே காத்திருக்கச் சொன்னேன். ஆனால், அவர் அதனைக் கேட்காமல் உள்ளே நுழைந்து எனது விருப்பங்களுக்கு மாறாக நடந்து கொண்டார். இவை அனைத்தையும் ஆரம்பத்திலிருந்து முடியும்வரைக்கும் திட்டமிட்டே செய்துள்ளார் என்று எனக்குப் பின்னரே புரிந்தது.

அதன்பிறகு எங்களது உறவு முன்னையது போன்று இருக்கவில்லை. சில மாதங்கள் மாதவிடாய் ஏற்படாதபோதே நான் கர்ப்பமடைந்திருப்பதை அறிந்து கொண்டேன். அப்போது 4 மாதங்கள் கடந்துவிட்டன. என்ன செய்வதென்று தெரியாமல் நிரக்கதியானேன். நான் ருத்ராவைத் தொடர்பு கொண்டு விடயத்தைக் கூறி எனக்குக் கருக்கலைப்பு மாத்திரை வாங்கி வரக் கஷ்டப்பட்டுப் பணம் திரட்டிக்கொடுத்தேன். ஆனால், அவனோ பணத்தை வாங்கிக்கொண்டு காணாமல் போய்விட்டான். பாலியல் வன்புணர்வினால் உண்டான அந்தக் கருவை நான் சுமக்க விரும்பவில்லை. இந்த நகரத்தில் உதவியின்றித் தனியே தவித்தேன். எனது தங்கச்சங்கிலியை விற்று மீண்டும் கருக்கலைப்பு மாத்திரை வாங்கிய போதும் அது எனக்குப் பயனளிக்கவில்லை. நான் மனதளவில் உடைந்துபோனேன், மன அழுத்தத்துக்கு உள்ளானேன். எனக்குத் தெரிந்த நபர்களினூடாக இறுதியாக எனது கருவைக் கலைக்க இடமொன்றைக் குறித்துத் தெரிந்துகொண்டேன். கருக்கலைப்புக்கு மிக அதிகமான செலவு ஏற்பட்டதால் எனது நண்பர்களிடமும், தெரிந்தவர்களிடம் உதவி கேட்டேன். எனக்குப் பயமாக இருந்தது. பாதுகாப்பற்ற நிலையில் இருப்பதாக உணர்ந்தேன். இருந்தாலும் எனக்கு வேறு வழி இல் லாமையால் ஆபத்தான விடயத்தைச் செய்தேன்.

அதன்பிறகு எனக்கு உடல்ரீதியாகப் பல பிரச்சினைகள் ஏற்பட்டன. அதுமட்டுமல்லாது ரூத்ரா செய்த காரியங்களால் மனரீதியாகவும் கடுமையாகப் பாதிக்கப்பட்டேன். இவை அனைத்துமே எதிர்பார்க்காததும் விரும்பாததுமாகவே இருந்தன. நான் மிகுந்த மன அழுத்தத்துக்கு உள்ளாகி சில நேரங்களில் செத்துவிடலாமென யோசித்துள்ளேன். ஆனால், அவனோ என் வலிகள் பற்றி சிறிதளவேனும் சிந்திக்காமல் அவனுடைய அன்றாட வாழ்க்கையைச் சாதாரணமாக வாழ்ந்து கொண்டிருப்பதைக் கண்டேன். தூய்மை இல்லாமல் பாவத்தைச் சுமந்து கொண்டு கோவிலுக்கு அவன் வருவதையும் கண்டேன். என்னைப்பற்றி மற்றையவர்கள் தப்பாக நினைத்துவிடுவார்கள் என்பதற்காக நான் இவை பற்றி யாரிடமும் பகிர்ந்து கொள்ளவில்லை. அவர்கள் எனது நிலைமைக்கு நானே காரணம் என்று பழி சுமத்துவார்கள். எனது தாத்தா பாட்டியை விலகியமை, திருமணத்தை ஏற்றுக்கொள்ளாமை, கொழும்பில் தனியாக வசித்தமை, காதல் தொடர்பு இருந்தமை, அவனோடு வெளியிடங்களுக்குச் சென்றமை, எனக்குப் பிடித்த ஆடைகளை அணிந்தமை தான் நான் பாலியல் வன்புணர்விற்கு உட்பட்டுக் கருக்கலைப்பு வரை சென்றமைக்குக் காரணமென என்மீது பழி சொல்லுவார்கள்.

எனது குடும்பம், சமூகம், கலாச்சாரம், மதம், சட்ட நடைமுறைகள் மற்றும் ஆணாதிக்கம், ஒடுக்குமுறை என்பன நானே பிழை செய்துள்ளேன் என்ற உணர்வைத் தருகின்றன.

இன்னொரு ஆணை நம்புவதற்கும், எனக்கு நடந்தவைகளை மறப்பதற்கும் வருடங்களாகும் என நினைக்கின்றேன். உண்மையைச் சொன்னால் அதனை மறக்க முடியுமா எனத் தெரியவில்லை. பாலியல் வன்புணர்விற்கு உட்பட்ட போதிலும் முறைப்பாடு செய்வதற்கு வழி இருக்கவில்லை. எனக்கு விருப்பமில்லாத கருவைச் சுமக்க நேரிட்டது. இறுதியாகச் சட்டத்தினால் நான் பாதிக்கப்பட்டவளானேன்.

“இலவசமாகப் பாதுகாப்பான, நல்ல சூழலில் இதனை அவர்கள் செய்தார்கள்”

நான் களுத்துறையில், எனது கணவர் மற்றும் மூன்று குழந்தைகளுடன் வசித்து வருகிறேன். என்னுடைய குழந்தைகள் அனைவரும் ஆண் குழந்தைகள் என்பதால், நானும் எனது கணவரும் ஒரு பெண் குழந்தைக்காகக் காத்திருந்தோம். ஆனால், ஒவ்வொருமுறை நான் கர்ப்பம் தரிக்கும்போதும், எனக்கு ஒரு விதமான சிக்கல் ஏற்படுவதால் நான் விசேட சிகிச்சைகள் பெறுவதுண்டு. என்னுடைய மற்றும் என் கணவருடைய இரத்த வகையினால் இந்த நிலைமை ஏற்பட்டிருக்கலாம் என்று வைத்தியர்கள் கூறினார்கள். என்னுடைய இரத்த வகை A+ மற்றும் என் கணவருடைய இரத்த வகை O+. என்னுடைய மூன்றாவது குழந்தை கர்ப்பமாக உருவாகி இரண்டு மாதங்களில் நான் அதிகமான இரத்தப்போக்கிற்கு ஆளாகினேன். நானும் எனது கணவரும் ஒரு அரச மருத்துவமனைக்குச் சென்றோம். நான் ஸ்கேன் செய்யப்பட்டேன். என்னுடைய கரு அது வளர்ந்திருக்க வேண்டிய விதத்தில் வளர்ந்திருக்கவில்லை என அவர்கள் சொன்னார்கள். பிறக்கும் குழந்தை குறைபாட்டுடன் (குறைந்த நிறையுடன் அதன் முக்கிய அங்கங்கள் நன்கு வளர்ச்சி இல்லாமல்) பிறக்கும் என வைத்தியர்கள் கூறினார்கள். ஆனால் அவர்கள் குழந்தையைப் பெற்றுக்கொள்ள ஊக்குவித்ததுடன், எனக்கு விட்டமின்கள் மற்றும் சிகிச்சை அளிப்பதாகக் கூறினார்கள். இருப்பினும் எங்களுக்கு ஆரோகியமான குழந்தை பிறக்கும் என அவர்கள் உறுதிபடக் கூறவில்லை. நானும் எனது கணவரும் மிக நீண்ட உரையாடலின் பின் அந்தக்கருவைக் கருக்கலைப்புச் செய்து கொள்வது எங்களின் பிறக்காத குழந்தைக்கு நன்மையாக இருக்குமென முடிவு செய்தோம். நாங்கள் கருக்கலைப்புக்கு ஒத்துக்கொள்வதாக ஒப்புதல் அளித்ததன் பின் எனக்கு இலவசமாகவும், பாதுகாப்பாகவும் கருக்கலைப்புச் செய்தார்கள். கருக்கலைப்பின் பின்னர் எந்தவித சிக்கல்களும் ஏற்படவில்லை. கருக்கலைப்பின் பின் ஒரு வருடத்தில் எங்களது மூன்றாவது குழந்தையை நாங்கள் பாதுகாப்பாகப் பெற்றெடுத்தோம்.

“எனக்குத் தொடர்ச்சியாக இரத்தோட்டமும், காய்ச்சலும், வயிற்றோட்டமும் காணப்பட்டது.”

எனக்கு 15 வயதிருக்கும்போது 19 வயது இளைஞனுடன் எனது முதல் காதல் மலர்ந்தது. எங்களுடைய பாதுகாப்பற்ற பாலியல் உறவால் நான் கர்ப்பமடைந்தேன். கிராமத்தவர்களும், எனது குடும்பத்தவர்களும் நான் பாலியல் தொழிலில் ஈடுபட்டதால் தான் கர்ப்பமடைந்தேன் என்று பழி சுமத்தினர். எனது காதலனும் என்னை நம்பாமல் இத்தாலி சென்றுவிட்டார். இதிலிருந்து தப்பிக்க குடும்பத்தைப் பிரிந்து ரயிலில் மருதானை வந்து சேர்ந்தேன். எனது கருவைக் கலைக்கப் பல வகையில் முயற்சிகள் செய்தேன். பாதுகாப்பற்ற கருக்கலைப்பு முறைகளான அன்னாசிப்பழங்களையும், எனது கிராமத்தவர்களால் செய்யப்பட்ட மாத்திரைகளையும் உட்கொண்டேன், பின்னர் சிறிது நாட்களில் நிறுத்திக்கொண்டேன்.

நான் கருக்கலைப்புச் செய்வதற்கு முன்னர் மருதானையில் ஒரு பெண்ணைச் சந்தித்தேன். அவர் என்னைப் பாலியல் தொழிலுக்குப் பயன்படுத்தினார். இறுதியாக, 1985 இல் ஐந்து மாத கர்ப்பமாகவிருக்கும்போது ஒரு கிளிநிக் நிலையத்தில் கருக்கலைப்புச் செய்ய முடிந்தது. அழுக்கான இயந்திரத்தை கொண்டு வைத்தியர் கருக்கலைப்புச் செய்தனர். அவருக்கு ரூபா 2000 செலுத்தினேன். அதன்பிறகு, எனக்குத் தொடர்ச்சியான இரத்தப்போக்கு, கடுமையான காய்ச்சல், வாந்தி மற்றும் வயிற்றுப்போக்கு ஏற்பட்டன. அந்தப் பெண் பாலியல் தொழிலாளி என்னைப் பொது வைத்தியசாலையில் சேர்த்தார். நான் சட்டவிரோதமான கருக்கலைப்புச் செய்துள்ளமையினால் வைத்தியர்கள் என்னை அனுமதிக்க மறுத்துவிட்டனர் . ஆனால், நான் கருக்கலைப்புச் செய்யவில்லை என்றும் கர்ப்பமாகவிருக்கும்போது கழிவறையில் விழுந்தமையினால் கரு கலைந்துவிட்டது எனக் கூறினேன். என்னைப் பரிசோதித்த பின்னர் வைத்தியர்கள் அனுமதிக்க மறுத்துவிட்டார்கள். எனது குடும்பமும், சமூகமும் எவ்வாறு கடுமையாக நடந்துகொண்டார்களோ அதுபோலவே மருத்துவர்களும், ஊழியர்களும் என்னை விபச்சாரி என அழைத்து மோசமாக நடந்துகொண்டார்கள். எனக்கு இரத்தப்போக்கு இருந்ததால் பாலியல் தொழிலில் என்னை மீண்டும் சேர்த்துக்கொள்ளவில்லை. வேறு வழியில்லாமல் மீண்டும் வீட்டுக்குச் சென்றேன். எனது அம்மா என்னைக் கஷ்டப்பட்டுக் கவனித்துக்கொண்டார் .இரண்டு வாரங்கள் உயிருக்குப் போராடித் தப்பிப்பிழைத்தேன்.

நான் பாலியல் தொழிலில் ஈடுபட்டபோது சந்தித்த நபரொருவரைப் பின்னர் திருமணம் செய்து கொண்டேன். அதிலிருந்து வாடிக்கையாளர்களுடன் வைத்துக்கொண்ட பாதுகாப்பற்ற பாலியல் உறவினால் இரண்டு முறை கருக்கலைப்புச் செய்துள்ளேன். நீர்கொழும்பில் கருக்கலைப்புச் செய்வதானால் அதிக செலவாகும், அது ரூபா 10000 தொடக்கம் ரூபா 80000 வரை செல்லும்.



“இதற்காக எனது குடும்பம் கடனெடுக்க நேரிட்டது. 15 வருடங்கள் கழித்தும் இன்னும் நாம் அந்தக் கடனைக் கட்டி முடிக்கவில்லை”

எனக்கு 15 வயதிருக்கும்போது என் ஆண் நண்பரினால் நான் கர்பமடைந்தேன். இந்த விடயம் அவருக்குத் தெரிந்தவுடன் அவர் என்னை விட்டுச் சென்றுவிட்டார். நான் 3 மாதக் கர்ப்பமாக இருக்கும்போது என் தாயார் என்னை ஜா-எலயில் உள்ள ஒரு சிறிய மருத்துவமனைக்கு அழைத்துச் சென்றார். அங்கு 2 பெண் வைத்தியர்களும், இன்னுமொரு ஆணும் இருந்தனர். கருக்கலைப்புக்காக என் தாயார் 20,000 ரூபா செலுத்தினார். அந்த இடம் மிகவும் சுத்தமாக இருந்தது. வைத்தியர்கள் கையுறைகள் அணிந்திருந்தனர். அனைத்து வேலைகளும் சிறப்பாக நடந்தது. எனக்கு ஒரு ஊசி ஏற்றப்பட்டது. அதற்குப் பிறகு என்ன நடந்தது என்பது எனக்கு தெரியவில்லை. கருக்கலைப்பின் பின்னர் நாங்கள் வீடு செல்ல அனுமதிக்கப்பட்டிருந்தாலும், இரத்தப்போக்கு ஏற்படும் என்ற காரணத்தினால் நான் அதிகமாக நடக்கக் கூடாதென எச்சரிக்கப்பட்டிருந்தேன். 3 நாட்களாக இரத்தப்போக்கு இருந்தது. அத்துடன் வயிற்றில் கடுமையான வலி இருந்தது. சில நாட்களாக வீட்டில் ஓய்வு எடுத்ததன் பின், நிம்மதியாக உணர்ந்தேன். என்னுடைய குடும்பத்தினர் என்னுடன் மிகவும் கோபமாக இருந்தார்கள். அவர்கள் என்னை ஏசினார்கள். பிறகு அவசரமாக எனக்கு திருமணம் செய்து வைத்தார்கள். இந்தக் குழந்தை எனக்கு வேண்டும் என்று நான் விரும்பாததால் எனக்கு நிம்மதியாக இருந்தது. என்னுடைய குடும்பத்தினர் என்னுடைய கருக்கலைப்புக்காகவும், மற்றும் நாளாந்த செலவுகளுக்காகவும் வாங்கிய கடனை 15 வருடங்கள் கழிந்த பின்னரும் நாங்கள் இன்னும் செலுத்திக்கொண்டிருக்கிறோம்.

“பலோப்பியன் (fallopian) குழாயில் எனது கரு உள்ளதென்றும் குழந்தை வளர, குழாய் வெடித்துப் போகுமென்றும் கூறினர்”

என்னுடைய 30 வது வயதில் கருப்பைக்கு வெளியே கருக்கட்டியதால் கருக்கலைப்புச் செய்ய வேண்டியேற்பட்டது. திருமணமாகி எனக்கு ஒரு 4 வயது பிள்ளை இருந்தது. ஒரு நாள் இரவுப் கடுமையான வயிற்றுவலி ஏற்பட்டது. அருகிலுள்ள வைத்தியசாலையில் அனுமதிக்கப்பட்டேன். எனக்கு என்ன பிரச்சினை என்று தெரியாததால் அதிக பயம் ஏற்பட்டது. அவர்கள் என்னை ஸ்கேன் செய்தார்கள், அன்றிரவு வைத்தியசாலையிலேயே தங்கினேன். அவர்கள் எனது பலோப்பியன் குழாயில் கருக்கட்டியுள்ளதால் அது தொடர்ச்சியாக வளர்ச்சியடைந்தால் பலோப்பியன் குழாய் வெடித்துவிடும் என்று கூறினார்கள். எனக்கு மயக்க மருந்து கொடுத்துச் சத்திரசிகிச்சை நடந்தது. அதை எப்படிச் சொல்லலாமென்றால் சிசேரியன் போலிருந்தது. அதற்குப்பிறகு மருந்துகள் பெற்று வீடு திரும்பினேன். இன்னொரு பிள்ளை பெற வேண்டாமென வைத்தியர் ஆலோசனை தந்தார். வைத்தியசாலையில் என்னை மிகவும் அன்பாகவும், மரியாதையாகவும் கவனித்துக்கொண்டனர். எனக்குத் தேநீர் கொடுத்து செயல்முறைகளைத் தெளிவுபடுத்தினர். அரச வைத்தியசாலையென்பதால் மருத்துவச் செலவுகள் ஏற்படவில்லை. வைத்தியசாலைக்கு வெளியே வாங்கிய மருந்துகளுக்கு மாத்திரம் செலவுகள் ஏற்பட்டன.

“நான் கருக்கலைப்புச் செய்வதற்காக எதுவும் செய்யத் தயாராக இருந்தேன்”

நான் கர்ப்பமடைந்தபோது எனக்கு 18 வயது. நான் ஒரு இளைஞனுடன் காதல் தொடர்பில் இருந்தேன். ஒரு நாள் பாடசாலை செல்லும் வழியில் சந்தித்த இருவரும் காதல் வயப்பட்டோம். இறுதியாக இருவரும் அடுத்த கட்டத்துக்குச் செல்லலாமென முடிவெடுத்தோம் . சில மாதங்களின் பின்னர் நான் கர்ப்பமடைந்திருப்பதை உணர்ந்தேன். எனது பெற்றோரிடம் இதுபற்றிச் சொல்ல முடியாதென்பதால் காதலனிடம் கூறினேன். கருத்தடை முறைகள் மற்றும் மருத்துவ கருக்கலைப்புத் தொடர்பான தகவல் வழங்குமொரு இடத்தைக் கண்டுகொண்டோம்.

அவர்கள் நான் 12 வார கர்ப்பிணி என்று கூறினார்கள். நாங்கள் இருவரும் இன்னும் குடும்ப வாழ்க்கைக்குத் தயாரில்லை என்பதனால் கருக்கலைப்புச் செய்வதற்கு நான் எதையும் செய்யத் தயாராகவிருந்தேன். பின்னர் எவ்வாறு கருக்கலைப்பு மாத்திரைகளைப் பயன்படுத்த வேண்டுமென்று அறிவுறுத்தினார்கள். செயல்முறைகள் மற்றும் அறிகுறிகள் சம்பந்தமான தகவல்களைப் பெற்றுக்கொண்டேன். மட்டுமல்லாது அவர்கள் இதைச்செய்யும் போது நம்பிக்கையான ஒருவரை அருகில் வைத்திருப்பதன் அவசியத்தைக் கூறினர். என்னால் மற்றவர்கள் மீது தங்கியிருக்க முடியாமையால் தனியாகவே குறித்த செயல்முறைகளைச் செய்தேன். தனியாகவே செய்துகொண்டாலும் இறுதியாகக் கருக்கலைப்புச் செய்தமையினால் சந்தோஷமடைந்தேன்.



“நான் ஓர் மஞ்சள் நிற மாத்திரையைத் தொடர்ச்சியாகப் பத்து நாட்களும், பின் மண்ணிற மாத்திரையை இரண்டு நாட்களும் எடுத்தேன்”

எனக்குத் தற்போது 18 வயதாகிறது, 1 வயதுடைய ஆண்பிள்ளைக்குத் தாயாக இருக்கிறேன். எனது கணவர் ஒரு கூலித்தொழிலாளி. நான் ஒரு இல்லத்தரசியாக இருக்கின்றேன். எனக்கு 8 வயதாகவிருக்கும்போது அயலவரினால் கதிர்காமத்திற்குக் கூட்டி செல்லப்பட்டு 47 வயது அன்னாசிப்பழ வியாபரிக்கு விற்கப்பட்டேன். எனது அப்பாவிற்கும் அயலவர்களுக்கும் இடையே காணப்பட்ட பிரச்சினையே இதற்குக் காரணமென நினைக்கின்றேன். நானும் அவர்களது மகளும் அடிக்கடி சேர்ந்து விளையாடுவோம். நான் விற்கப்பட்ட நபர் மீது ஏற்கனவே 15 பாலியல் வன்புணர்வு வழக்குகள் உள்ளன என்று பின்னர் அறிந்து கொண்டேன். அந்த நபர் என்னை 6 மாதங்கள் பிடித்து வைத்திருந்தார். பின்னர் என்னைக் கடத்தியவர்கள் என்னை ஒன்றன் பின் ஒன்றாக வெவ்வேறு ஆண்களிடம் கை மாற்றினர். என்னை வைத்து அவர்கள் பணம் சம்பாதிக்கிறார்கள் என சந்தேகப்பட்டேன். இந்த வேளையில் எனது அம்மா பொலிஸில் புகார் கொடுத்து எனது புகைப்படத்துடன் மற்றும் தொடர்பு எண்ணுடன் எல்லா இடங்களிலும் போஸ்டர்கள் காணப்பட்டன. அவர்கள் நான் அந்த இலக்கத்திற்குத் தொலைபேசி அழைப்பு எடுத்தால் எனது பெற்றோரைக் கொன்றுவிடுவோமென்று பயமுறுத்தினர். வருடங்கள் கடந்த பின்பு 13 வயதில் அங்கிருந்து தப்பித்து எனது வீட்டுக்கு சென்றேன். நான் தனியாகப் போகும் வழியில் பஸ்ஸில் அழுதுகொண்டே சென்றேன். ஒரு பெண்மணி எனக்கு என்ன பிரச்சினை என்று கேட்டார். நான் எனக்கு நடந்தவற்றையும், எனது நிலைமையையும் விளக்கினேன். அவர் என்னை மாவனெல்லையிலுள்ள அவரது வீட்டில் வந்து தங்கிப் பின்னர் செல்லுமாறு கூறினார். அங்கு அவர் என்னைச் சிறுநீரகப் பரிசோதனைக்கு அழைத்துச் சென்றார். நான் கர்ப்பமாகவிருப்பது கண்டுபிடிக்கப்பட்டது. ஆனால், எவ்வளவு காலம் என எனக்குச் சரியாகத் தெரியவில்லை. அந்தப் பெண்மணி மருந்தகத்திலிருந்து சில மருந்துகள் வாங்கி வந்தார். மஞ்சள் நிற மாத்திரைகளைப் பத்து நாளைக்கு உட்கொண்டேன் பின், இரண்டு நாளைக்கு பிரவுன் நிற மாத்திரையை உட்கொண்டேன். எனக்குக் கட்டியாக இரத்தப்போக்கு ஏற்பட்டது. மிகுந்த இரத்தப்போக்கு மற்றும் வலியால் மாத்திரை உட்கொள்வதை நிறுத்தினேன். நான் வேறு எந்தப் பிரச்சினைக்கும் முகம் கொடுக்கவில்லை. என் வயிற்று வலி குணமான பின்னர், வெள்ளவத்தைக்கு வீட்டைத் தேடிப் புறப்பட்டேன். எனது அம்மா முன்பு வசித்த இடத்தில் வசிக்கவில்லை. நான் பொலிஸ் நிலையத்திற்குச் சென்று இரட்சணிய சேனை பெண்கள் காப்பகத்தில் வைக்கப்பட்டேன். பின்னர் என் அம்மா என்னை அழைத்துச் செல்ல வந்தார். அம்மா ஏற்கனவே புகார் செய்திருந்ததாலும், அவர் என்னைப்பற்றித் தொடர்ந்து விசாரித்து வந்ததாலும் அவரை இலகுவாகத் தொடர்பு கொள்ள முடிந்தது. நான் தற்போது என்னை விட மிக அதிக வயதுடைய ஒருவரைத் திருமணம் செய்துள்ளேன். எமக்கு ஒரு குழந்தையும் உள்ளது.

“எனக்கு ஓர் ஊசியைப் போட்டார்கள் அதன் பின் என்ன நடந்ததென்று அறியேன்”

எனக்கு 39 வயதாகிறது. நான் தற்போது ஒரு 16 வயது பிள்ளையுடன் வீட்டில் இருக்கிறேன். எனக்கு 20 வயதாக இருக்கும்போது, வீட்டுப்பணிப் பெண்ணாக ஜோர்தான் சென்றேன். அங்கே பாபா (வீட்டிலுள்ள ஆண்) என்னைப் பாலியல் வன்புணர்விற்கு உட்படுத்தினார். நான் கர்ப்பமடைந்தது தெரியவந்ததை அடுத்து 2 மாதங்களில் என்னை இலங்கைக்குத் திருப்பி அனுப்பிவிட்டார். எனக்கு ஒரு ஊசி ஏற்றப்பட்டது. அதன் பின் என்ன நடந்தது என்பது எனக்கு நினைவில்லை. அந்த செயல்முறையின் பின்னர், எனக்கு ஒரு நாள் முழுவதும் இரத்தப்போக்கு இருந்தது. 2 நாட்கள் வைத்தியசாலையில் அனுமதிக்கப்பட்டிருந்தேன். மூன்றாவது நாள் வீடு திரும்பினேன்.

“சட்டத்துக்கு விரோதமாகவும் பாதுகாப்பற்ற முறையிலும் இதனைச் செய்ய வேண்டியிருந்ததைக் குறித்து நான் அதிகம் பயம் கொண்டிருந்தேன்

நான் கொழும்பில் வசிக்கிறேன். எனக்கு 24 வயது. ஒன்றரை மாதக் கர்ப்பமாக இருக்கும்போது கர்ப்பமாக இருப்பதை நான் ஊகித்துக்கொண்டதால் மிகுந்த மன உளைச்சலுக்கு உள்ளானேன், அந்த மன உளைச்சல் என்னில் பாரிய பாதிப்பை ஏற்படுத்தியது. என்னால் அன்றாட வாழ்க்கையைச் சரிவரக் கொண்டுசெல்ல இயலவில்லை மட்டுமல்லாது அது எனது திறன்களிலும் பாதிப்பை ஏற்படுத்தியது. எனது காதலன் இதுபற்றிப் பெரிதாகக் கண்டுகொள்ளாததால் நான் அவனுக்கு அழுத்தங்களைக் கொடுக்க முயற்சித்தேன். நாங்கள் இருவரும் இளவயதினர். நாங்கள் கல்வியைத் தொடர்வதனால் இப்போது திருமணம் செய்யும் எண்ணம் இருவருக்குமில்லை. எங்களுக்கு என்ன செய்வதென்று புரியவில்லை, ஆனால் கருக்கலைப்புச் செய்வதற்கு வழி இருந்தது. இந்த முறையானது பாதுகாப்பற்றது மற்றும் சட்டவிரோதமானது என்பதனால் எங்களுக்குப் பயமிருந்தது. வலைத்தளங்களில் தேடிய பின்னர் மருத்துவக் கருக்கலைப்பானது சிறந்த முறை என்பதை அறிந்துகொண்டோம். இந்தக் கருக்கலைப்புச் செயல்முறையில் எனது காதலன் உறுதுணையாக இருந்ததில் நான் மிக்க மகிழ்ச்சியடைகின்றேன்.



“நான் என்ன செய்வதென்று அறியாது திகைத்தேன். எனது தாயாருக்கு இதைக்குறித்துச் சொல்வதைத் தவிர வேறு வழி எதுவும் எனக்குத் தெரியவில்லை”

நான் குடிகாரத் தகப்படலும், வறிய தாயுடனும் வாழ்ந்தேன். நான் தரம் 3 வரைக்கும் பாடசாலை சென்றேன். 13 வயதில் அனூராதபுரத்தில் நீதவான் ஒருவரிடம் வீட்டுப் பணிப்பெண்ணாகச் சேர்க்கப்பட்டேன். அங்கேதான் நான் நீதவானால் பாலியல் துன்புறுத்தலுக்கு உள்ளாக்கப்பட்டேன். நான் சம்மதம் கொடுக்கவில்லை, ஆனாலும் அவர் அதனைப் பொருட்படுத்தவில்லை. இந்தத் தாங்க முடியாத நிலமைகளால் நான் வீடு திரும்பினேன். வீடு திரும்பிய நான் பாலியல் தொழிலாளியாக எனது கிராமத்தில் வாழக்கையை நடத்த ஆரம்பித்தேன்.

எனக்கு 25 வயதிருக்கும்போது நான் ஒரு ஆண் நண்பருடன் பழகினேன். எனக்குக் குடும்பத் திட்டமிடல் பற்றி எந்த அறிவும் இருக்காத நிலையில், நாங்கள் எந்தவித பாலியல் பாதுகாப்பு முறையையும் பாவிக்கவில்லை. நான் கர்ப்பமடைந்த போது, நாம் என்ன செய்யப் போகிறோம் என்பது பற்றி என் ஆண் நண்பரிடம் கேட்டேன். இதற்கு தான் பொறுப்பேற்க முடியாது என்று கூறி அவர் என்னைக் கைவிட்டுச் சென்றுவிட்டார். 3 மாதக் கர்ப்பமாயிருந்த நிலையில், என் தாயாரிடம் இதனைச் சொல்வதைத் தவிர எனக்கு வேறு வழி தெரியவில்லை. நான் மிகவும் பயப்பட்டேன். என்ன செய்வதென்றே தெரியவில்லை. என் தாயார் என்னைக் கொழும்பிலுள்ள ஓரிடத்திற்கு அழைத்து சென்றார். அங்கு வைத்தியரிடம் பேசினார். எனக்கு என்ன நடக்கின்றது என்பதே புரியவில்லை. எனது கருப்பை வாசலில் ஒரு ஊசி போடப்பட்டது. 30 நிமிடங்களில் அனைத்தும் முடிந்துவிட்டது. ஊசி போட்டதனால் எனக்கு எந்தவிதமான வலியும் இருக்கவில்லை. நான் நிம்மதியடைந்தேன்.

“உதவியின்றி ஒரு குழந்தையைப் பெற்றெடுத்து அதனைப் பராமரிக்க எனக்கு ஒரு வழியும் இருக்கவில்லை”

நான் ஒரு பெண்ணுடன் பல வருடங்களாக உறவில் இருந்த வேளை அவள் இரண்டாம் முறையாக கர்ப்பமடைந்தாள். முதன் முறையாக, நான் வைத்தியரிடம் சென்ற வேளை மிக உயர்ந்த விலைக்கு மருத்துவக் கருக்கலைப்பு மாத்திரைகளைப் பெற்றுக்கொள்ள முடிந்தது. இரண்டாவது தடவை அதற்கான வசதி என்னிடம் இருக்கவில்லை. மருத்துவக் கருக்கலைப்புப் பற்றி அறிந்தவொரு நபரிடம் ஆலோசனை பெற்றேன். அந்நபர் பின்பற்ற வேண்டிய செயற்பாடுகளை எனக்கும் என் காதலிக்கும் விளக்கினார். நாம் அதனைச் செய்தோம். என் காதலி சிறிய ஒவ்வாமைகளுக்கு முகம் கொடுத்தாள். எல்லாம் நன்றாகத் தோன்றியது. அந்த நபர் எல்லாம் சரியாக நடந்தது என உறுதிசெய்ய மீண்டும் ஒரு ஸ்கேன் பரிசோதனை செய்துகொள்ளுமாறு எங்களிடம் கூறினார். இந்தச் சமையைச் சுமக்கவேண்டிய தேவை இல்லை என்பதையெண்ணி நாம் நிம்மதியடைந்தோம். எமக்கு கருத்தடை முறைகள் பற்றியும் அதைப் பாவிப்பதன் அவசியம் பற்றியும் விளக்கமளிக்கப்பட்டது. ஆணுறைகள் இன்பத்தை குறைக்குமென்பதால் நாம் அவசரக் கருத்தடை மாத்திரைகளை மீண்டும் மீண்டும் பாவித்து வந்தோம். அந்நபர் அவசரக்கருத்தடை மாத்திரைகளை அடிக்கடி பாவிப்பதனால் ஏற்படும் ஆபத்துக்களை விளக்கினார். ஆணுறைகள் இன்பத்தை இல்லாமல் செய்கிறது எனினும் நாம் இவ்வாறு தொடர்ச்சியாகச் செய்ய முடியாது.

“நான் இச்சிகிச்சையை ரூபா 4,500 கொடுத்து 1998 ம் ஆண்டு செய்தேன். ஒரு இயந்திரத்தையும், வால்வையும் கொண்டு இதனைச் செய்தனர்”

நான் 1998 இல் கட்டார் நாட்டுக்கு வீட்டுப் பணிப்பெண்ணாகச் சென்றேன். நான் தரம் 9 வரையே கல்வி கற்றேன். மேலதிகமாகப் படிக்க முடியவில்லை. வீட்டுப்பணிப்பெண்ணாக ஒரு வீட்டில் அமர்த்தப்பட்டு மூன்று பிள்ளைகளையும் ஏனைய வீட்டு வேலைகளையும் செய்வேன். ஆறு மாதங்கள் இவ்வீட்டில் வேலை செய்த பிறகு, ஒரு நாள் எனது முதலாளி அவரது மனைவியின் சம்மதத்தோடு என்னைப் பாலியல் வன்புணர்விற்கு உட்படுத்தினார். அதன்பிறகு ஒவ்வொரு நாளும் என்னை அவரது பாலியல் துணையாக்கிக்கொண்டார். சில மாதங்களுக்குப் பிறகு, நான் கர்ப்பமாக இருப்பதை அறிந்து கொண்டேன். கட்டார் நாட்டில் ஒரு ஆண் தனது மனைவியைத் தவிர இன்னொரு பெண்ணுடன் உறவு வைத்துக்கொள்வது குற்றமாகும். மதத்தின் அடிப்படையில் பாவமாகும். அது முதலாளி மற்றும் தொழிலாளி இருவருக்குமே தண்டனைக்குரிய குற்றமாகும்.

நான் கர்ப்பமாய் இருப்பதைத் தெரிந்து கொண்டதும் எனது முதலாளி எனக்குக் கொஞ்சம் மேலதிக பணம் தந்து இலங்கைக்குத் திரும்புவதற்கான ஏற்பாடுகளைச் செய்து தந்தார். நான் நாடு திரும்பியதும் என்னைக் கட்டாருக்கு அனுப்பிய முகவர் நிலையத்துக்குச் சென்று எனக்கு நடந்த விடயங்களையும் கூறினேன். அவர்கள் கொட்டாஞ்சேனையிலுள்ள ஒரு கிளினிக் நிலையத்துக்கு அனுப்பிக் கருக்கலைப்புச் செய்வதற்கான ஏற்பாடுகளைச் செய்தனர். நான் 1998 ஆம் ஆண்டில் ரூபா 4500 செலவு செய்து இந்தச் செயல்முறையை மேற்கொண்டேன். அவர்கள் ஒரு ரப்பர் வால்வையும் கருவியையும் பயன்படுத்திக் கருக்கலைப்பைச் செய்தனர்.

பின்னர் 2001 இல் நான் குவைத் நாட்டிலிருக்கும்போது மீண்டும் கர்ப்பமானேன். நான் என்னுடைய முதலாளியின் மச்சானோடு பாலியல் உறவு வைத்துக்கொண்டிருந்தேன். முன்னர் போலவே நான் இலங்கைக்குத் திரும்பி அதே இடத்தில் கருக்கலைப்புச் செய்ய வேண்டியிருந்தது. இந்த முறை மருத்துவ முறை அல்லாமல் நானே கருக்கலைப்புச் செய்ய முயன்றதால் கஷ்டமாய் இருந்தது. இறுதியாக வேறு வழியின்றி கிளினிக் நிலையத்திற்குச் சென்றேன். கரு 5 மாதமாக வளர்ந்து விட்டதனால் வைத்தியரும், ஏனைய ஊழியர்களும் என்னை நிறையத் திட்டினார்கள். வைத்தியர் அவரது கையின் மூலமாகவே கருக்கலைப்பைச் செய்தார். சில வருடங்களுக்குப் பிறகு எனது கருப்பையில் காயங்கள் உண்டானதால் பிரச்சினைகள் ஏற்பட்டன. எனது அனுபவங்களின் பிரதிபலிப்பைப் பார்த்தால் நான் போதிய அறிவின்மை, சமூகத்தின் மீதுள்ள பயம், உள்ளார்ந்த, புறத்தாழ்வு மனப்பான்மை மற்றும் பொருளாதார கஷ்டங்கள் போன்ற காரணங்களே என்னைப் பாதுகாப்பற்ற முறையில் கருக்கலைப்புச் செய்வதற்கு இட்டுச்சென்றது.



“அதிக நோவை நான் அனுபவித்தேன்”

நான் திருமணமாகி 2 பிள்ளைகளுடன் வாழ்கின்றேன். எங்களுக்கு இன்னொரு பிள்ளை பெறுவது விருப்பமில்லாதால் நான் கர்ப்பமடைந்ததைத் தெரிந்து கொண்டதும் நானும் எனது கணவரும் மிகுந்த பதட்டத்துக்குள்ளானோம். நாங்கள் இருவரும் கேள்விப்பட்ட கொழும்பிலுள்ள ஒரு சிகிச்சை நிலையத்திற்குச் சென்றோம். அது ஒரு வைத்தியரும், ஒரு தாதியொருவரும் உள்ள தனியார் சிகிச்சை நிலையமாகும். அங்கு நிறையப் பெண்கள் தங்களது கணவர்களோடு வந்திருந்தனர். இந்த நிலையத்தில் கருக்கலைப்புச் செய்ய வேண்டுமானால் கணவரோடு தான் வர வேண்டும். தாயுடனோ, சகோதரியுடனோ, நண்பருடனோ வர முடியாது. கட்டாயம் கணவர் வந்தே ஆகவேண்டும். நான் கர்ப்பமடைந்து எவ்வளவு காலம் என்று கேட்டனர். நான் ஒன்றரை மாதம் என்று கூறினேன். அவர்கள் இரு மாதங்கள் வரை கர்ப்பமாக இருப்பவர்களுக்கே கருக்கலைப்பு செய்வதாவும் மூன்று மாதமானால் செய்வதில்லை எனவும் கூறினர். என்னிடம் ரூபா 8,000 அறவிட்டார்கள். பைசிகல் பம்பு போன்ற ஒரு கருவியைப் பயன்படுத்தினார்கள். அதனை உள்ளே புகுத்தி மேலே எதையோ அழுத்தினார்கள். கீழே உள்ள குழாய் ஊடாக இரத்தம் வெளியேறுவதை என்னால் காணக்கூடியதாகவிருந்தது. இது மிகவும் கடுமையான வலிமிக்கதாக இருந்தது, எனக்கு எந்த மருந்துகளும் தரப்படாததால் வலி தாங்க முடியாததாகவிருந்தது. எனக்கு மயக்கமாகவிருந்தது, என்னால் எழும்ப முடியவில்லை. என்னை எழுப்புவதற்காக வைத்தியர் என்னுடைய முகத்தில் சில தடவைகள் அறைந்தார். அவர் எனக்கு 2 வெள்ளை நிற மாத்திரைகள் கொடுத்தார், நான் 30 நிமிடங்கள் படுக்கையில் இருந்தேன். எனக்கு மயக்கமாக இருந்ததனால் என்னைப் படுத்துக்கொள்ளுமாறு கூறினார். சிறிது நேரத்தின் பின்னர் சரியானது. ஆனால், வயிறு அதிகமாக வலித்தது. எனக்கு இன்னும் 3 நாட்களுக்கு இரத்தப்போக்கு இருக்கும், அது சாதாரணமானது என்று கூறினார். 3 நாட்களுக்கு அதிகமாக இருந்தால் மீண்டும் சந்திக்குமாறு கூறினார். எனக்கு 2 நாட்கள் அதிகமான இரத்தப்போக்குக் காணப்பட்டது. மூன்றாம் நாள் குறைந்தது, நான்காம் நாள் மொத்தமாக நின்றுவிட்டது. ஒரு வாரத்திற்கு நாள் ஒன்றிற்கு 3 மாத்திரைகள் உட்கொண்டேன். எனக்கு 3 மாதங்களுக்கு மாதவிடாய் ஏற்படவில்லை. பின்னர் வழமைபோல் சீரானது. எல்லாம் நல்லபடியாக நடந்தது. சிலருக்கு எனக்கு இருந்ததை விட அதிகமான இரத்தப்போக்குக் காணப்படும் என்று எனக்குத்தெரியும். ஏனெனில் அவர்கள் கருக்கலைப்புச் செய்யும் நேரத்தில் கத்துவதினால் வைத்தியர் முழுமையாக அதை முடிக்க மாட்டார். இதனால் கருவின் சில பாகங்கள் உள்ளே இருக்கும். அத்தோடு அதிக காலத்திற்கு இரத்தப்போக்கு இருக்கும். வலியைப் பொறுத்துக்கொண்டு இருந்தால் நீண்ட கால விளைவுகள் ஏற்படாது.

“எமது தோளிலிருந்து மிகப்பெரிய சுமை அகற்றப்பட்டது”

நான் தோட்டப்புறத்தில் வசித்து வருகிறேன், எனக்கு சுவாசக்கோளாறினால் அவதியுறும் 3 குழந்தைகள் இருக்கின்றனர். நான் மீண்டும் கர்ப்பமடைந்ததும் ஒரு பிரபலமான நிறுவனத்துடன் தொடர்புள்ளதொரு வைத்தியரைச் சந்தித்தேன். அவர் எனக்கு மிலோபிரோஸ்டோல் மாத்திரைக்கான மருந்துச்சீட்டைத் தந்து அதை மருந்தகங்களில் வாங்கமுடியுமெனக்கூறினார். நான் பல மருந்தகங்களுக்கு அத்தனைத் தேடி அலைந்தேன். அந்த மருந்து இருக்குமொரு மருந்தகத்திற்கு நான் வழிநடத்தப்பட்டேன். தோட்டப்புறத்தில் பல பெண்கள் அதனை வாங்கிப் பாவித்துள்ளனர். அதனைப் பாவித்து நான் ஒரு வெற்றிகரமான கருக்கலைப்பிற்குள்ளாகச் சென்றேன். அந்த மருந்துச்சீட்டு இப்போது பல பெண்களிடம், அவர்களுக்கும் இந்த மருந்து கிடைக்கக் கூடியதாயிருக்கப் பகிர்ந்துகொள்ளப்படுகிறது. இது தோட்டப்புறத்திலுள்ள அநேகமான பெண்களுக்கு நிவாரணமாய் அமைந்த போதிலும், அதனைப் பெற்றுக்கொள்ளும் அனைத்துப் பெண்களுக்கும் அதை எப்படிப் பாவிப்பதென்ற தகவல்கள் மற்றும் அதனால் ஏற்படக்கூடிய சிக்கல்கள் குறித்த தெளிவு இருக்கின்றதா என்பது எனக்குத்தெரியாது. தோட்டப்புறத்திலுள்ள வைத்தியர்கள் பொதுவாகக் கருணையுள்ளவர்கள். அவர்கள் பெண்கள் பாதுகாப்பற்ற கருக்கலைப்பிற்குள்ளாகச் சென்று சிக்கல்களைச் சந்திப்பதை விரும்புவதில்லை. எனவே அவர்கள் மாத்திரைகள் சட்டவிரோதமான போதிலும் அவற்றைப் பரிந்துரை செய்கின்றனர். மாத்திரைகள் பொதுவாக அணுகக்கூடிய விதத்தில் உள்ளன. அதிலும் பெண்களுக்குச் சரியான தகவல்கள் வழங்கப்படவில்லையெனில் அது ஆபத்தாக முடியலாம் எனக்கூறினார்.



“எனக்குச் சொல்லாமல் கட்டாயக் கருக்கலைப்புச் செய்யப்பட்டது”

நான் முஸ்லிம் சமூகத்தைச் சேர்ந்தவள். எனக்கு 22 வயதில் கட்டாயக் கருக்கலைப்பு நடந்தது. நான் காதலித்த நபரை 21 வயதில் திருமணம் செய்து கொண்டேன். அது பொதுவாக எங்களது சமூகத்தில் நடைபெறுவதில்லை. நான் திருமணம் செய்து கொண்டதை எனது பெற்றோர்கள் ஏற்றுக்கொள்ளாததால் நாங்கள் தொடர்பு கொள்வதைத் தவிர்க்க என்னைப் பக்கத்து ஊரிலுள்ள மாமியின் வீட்டுக்கு அனுப்பி வைத்தனர். எனது மாமி அவரது வீட்டு வேலைகள் அத்தனையையும் என்னைச் செய்ய வைத்தார். எனக்கு மாமியோடு இருக்கப் பிடிக்கவில்லை. அங்கே இருக்கும்போது நான் கர்ப்பமடைந்திருப்பதை அறிந்துகொண்டேன். எனக்குக் கருத்தடைக் கருவிகள் பற்றிய அறிவு இருக்கவில்லை. ஒரு நாள் என்னைக் கடைக்குக் கூட்டி செல்வதாய்க் கூறிக் கிளிநிக் நிலையத்திற்கு அழைத்துச் சென்றார். எனக்கு அங்கு என்ன நடந்தது என்பதே தெரியாது. சுய நினைவு திரும்பியதும் எனக்கு இப்போது வயிற்றில் பிள்ளை இல்லையென்று கூறினார்கள். என்னைத் தந்திரமாக ஏமாற்றிக் கருவைக் கலைத்ததால் எனக்கு அதிக கோபம் ஏற்பட்டது. நான் எனது கணவரிடம் மீண்டும் ஓடிச்சென்றேன். நாங்கள் ஏழையாக இருந்தபோதிலும் சந்தோஷமாகவே வாழ்ந்தோம். எனக்குத் தெரியாமல் நடந்த கருக்கலைப்பை நினைத்து நான் மிகவும் மனம் வருந்துகின்றேன். அது பெண்பிள்ளையாக இருந்திருக்கக்கூடும் என உணருகிறேன். எனக்கு இப்போது நான்கு ஆண் பிள்ளைகள் உள்ளனர்.

“ஆற்றொணா நிலமையில் விலையுயர்ந்த மாத்திரைகளை வாங்கினார்”

நான் தற்போது எனது உயர் கல்வியைத் தொடர்ந்து வருகின்றேன். நான் ஒருவரைச் சில காலமாகக் காதலித்து வருகிறேன். நான் இப்போது ஒன்றரை மாதக் கர்ப்பினியாக இருக்கிறேன். எனது அம்மா மிகவும் வெளிப்படையானவர், விடயங்களைப் புரிந்து கொண்டு உதவி செய்பவர். அம்மாவிற்கு எனது நிலை நன்றாகப் புரிந்தது. இணையத்தளங்களின் ஊடாக கருக்கலைப்பு பற்றி நான் அறிந்துகொண்டதுடன் கருக்கலைப்பு மாத்திரைகளைப் பயன்படுத்த முடிவு செய்தேன். ஆனால் அவை எப்போது வந்து சேரும் என அச்சப்பட்டேன். நான் மட்டுமல்ல எனது அம்மாவும், காதலனும் பதட்டமடைந்தனர். எனது அம்மா ஒரு மருந்துக் கடைக்காரர் ஊடாக ரூபா 80,000 திற்குக் கருக்கலைப்பு மாத்திரையை வாங்கி வந்தார். ஏனெனில் நாம் செய்வதறியாத சூழலில் இருந்தோம். ஆனால் பின்னர் அது நேபாளில் ரூபாய் 400 ற்கு விற்பனை செய்யப்படுவதை அறிந்துகொண்டேன்.

“என்னால் ஒரு உதவி இல்லாமல் குழந்தையை வளர்க்க முடியாதென நான் நினைத்தேன்.”

எனக்கு 5 வயதாக இருந்த போது என்னுடைய தாயார் எங்களை விட்டுச் சென்றார். பின்னர் என்னுடைய தந்தை தனியாக 8 குழந்தைகளின் பொறுப்பை ஏற்றுக்கொண்டார். 8 பிள்ளைகளில் நான் தான் கடைசிப் பிள்ளை. என்னுடைய குழந்தைப் பராயம் மிகவும் துன்பமானது. நான் ஒரு வருடம் மாத்திரமே பாடசாலைக்குச் சென்றேன். பின்னர் எனது தந்தை என்னை முத்திரைகள், சங்கிலிகள், பழங்கள் போன்ற பொருட்களை வீதியில் விற்பதற்காக அனுப்பிவிட்டார். சில காலங்களின் பின் என்னுடைய தாய் அவரின் புதிய துணையுடன் திடீரென வந்து நின்றார். அவர் என்னை அவருடன் வருமாறு கூறியவுடன், நான் எதுவும் யோசிக்காமல் அவருடன் எம்பிலிபிட்டியவில் ஒரு புதிய வாழ்க்கையைத் தொடங்குவதற்காகச் சென்றேன். இந்த முடிவு மிகவும் தவறானது என நான் பின்னர் உணர்ந்தேன். என்னுடைய தாயின் கணவரினால் நான் பல கஷ்டங்களை அனுபவித்தேன். பின்னர் அந்த வீட்டை விட்டுச் செல்ல முடிவெடுத்தேன். எனக்கு 15 வயதாக இருந்த போது என்னை நேசிக்கும் ஒருவரை நான் கண்டேன். அவருக்கு 17 வயது. ஆனால் குடும்பப் பொறுப்புக்களை ஏற்றுக்கொள்ளும் அளவுக்கு முதிர்ச்சி இருக்கவில்லை. எவ்வாறிருப்பினும், நங்கள் வீட்டை விட்டு வந்து கடுவலையில் உள்ள அவரின் நண்பரின் வாடகை அறையில் தங்கினோம். நாங்கள் திருமணம் செய்துகொள்ளவில்லை, ஆனால், நாங்கள் எங்களுடைய வாழ்க்கையை ஒன்றாக வாழத் தொடங்கினோம். என்னுடைய பெற்றோர் எங்களைக் கண்டுபிடித்து, அவரைப் பொலிஸிடம் ஒப்படைத்தனர். பின்னர் என்னை இரட்சணிய சேனை பெண்கள் காப்பகத்திற்கு அனுப்பிவிட்டனர். அங்குள்ள சிறிய பெண் பிள்ளைகளைப் பார்த்துக்கொள்ளும் பொறுப்பு என்னிடம் ஒப்படைக்கப்பட்டது. அந்த இடத்தில் ஒரு பெண் பிள்ளையைச் சந்தித்தேன். அவளிடம் நன்கு நெருங்கி பழகினேன். ஒரு நாள் நாங்கள் அந்தக் காப்பகத்திலிருந்து தப்பியோடி, ராகமையில் உள்ள அவளது வீட்டுக்குச் சென்றோம். அவளின் வீட்டுக்கு சென்ற நேரம், அவளது மூத்த சகோதரன் என்னைப் பாலியல் வன்புணர்விற்கு உட்படுத்தினான். எனது நண்பியால் அவனுக்கு எதிராக எதுவும் செய்ய முடியவில்லை. அவள் ஒரு பாலியல் தொழிலாளியாக இருந்தாள் என்பது பின்னர் தான் எனக்குத் தெரிய வந்தது. அவளும் அவளுடைய சகோதரனும் என்னையும் பாலியல் தொழிலுக்கு அழைத்தார்கள். ஆனால் நான் மறுத்துவிட்டேன். இரண்டு மாதங்களின் பின்னர் என்னுடைய உடலில் ஏதோ ஒரு மாற்றத்தை உணர்ந்தேன். ஆனால் அது என்ன என்பது பற்றி எனக்கு எந்த விளக்கமும் இருக்கவில்லை. என்னுடைய நண்பியும், என்னை பாலியல் வன்புணர்வு செய்தவனும் நான் கர்ப்பமாக இருக்கலாம் எனச் சொன்னார்கள். அந்த நேரத்தில் என்னைப் பாலியல் வன்புணர்வு செய்தவன் போதைப்பொருள் கடத்தலுக்காகக் கைது செய்யப்பட்டான். இனி என்னால் எந்த உதவியும் இல்லாமல் ஒரு குழந்தையை வளர்க்க முடியுமென நான் நினைக்கவில்லை. என்னுடைய நண்பி என்னைக் கருக்கலைப்புச் செய்யுமாறு சொன்னாள். அதனை நான் பல தடவைகள் மறுத்து வந்தேன். இறுதியில் கருக்கலைப்புச் செய்வதென நான் ஒத்துக்கொண்டேன். அது ஒரு அறுவைச் சிகிச்சை முறையான கருக்கலைப்பு. ஜா-எல் பகுதியில் உள்ள ஒரு மருத்துவமனையில் கருக்கலைப்பு நடந்தது. அதற்காக நான் 2000 ரூபாவைக் கடனாக வாங்கினேன்.

பகுதி இரண்டு:
இலங்கையில்
கருக்கலைப்பின்
சட்ட, மருத்துவ
மற்றும்
சமூக-கலாச்சாரச்
சூழல்

இப்பகுதியானது கடந்த 3 தசாப்தங்களில் (1990 - 2018 வரை) கருக்கலைப்பின் நிலை அது தொடர்பான விவாதங்களை முன்வைத்து வெளியிடப்பட்ட இலக்கியங்களின் பகுப்பாய்வாகும். அரச சார்பற்ற நிறுவனங்களினால் வெளியிடப்பட்ட அறிக்கைகள், சஞ்சிகைகள், ஊடக அறிக்கைகள் மற்றும் தேசிய அமைச்சுக்களினால் வெளியிடப்பட்ட ஆவணங்கள் போன்றவற்றின் மூலம் கருக்கலைப்புத் தொடர்பான சட்ட, மருத்துவ மற்றும் சமூகக் கலாச்சாரச் சூழ்நிலையை இப்பகுதி ஆராய்கிறது.

கருக்கலைப்பை நாடுவோர் தொடர்பான புள்ளி விபரங்கள், சட்ட விரோதக் கருக்கலைப்புச் சேவைகளின் நிலை, ஆராயப்பட்ட தலைப்புக்களில், இந்நாட்டில் தண்டனைக்குரிய குற்றமாய்க்காணப்படும் கருக்கலைப்பு, தொடர்பான சட்டத்தைத் தளர்த்துவதற்கோ அதனைச் சட்ட பூர்வமாக்குவதற்கோ சார்பாக மற்றும் எதிராக உள்ளவர்கள் மற்றும் அவர்கள் முன்வைக்கும் வாதங்கள் மற்றும் பிரதிவாதங்கள் போன்றவை இப்பகுதியில் ஆராயப்படும் தலைப்புகளாகும். இதில் ஆய்வு செய்யப்பட்ட இலக்கியங்கள் யாவும் ஆங்கில மொழியில் வெளியிடப்பட்டவையாய் இருந்த போதிலும், கருக்கலைப்புத் தொடர்பான விவாதத்தில் முக்கிய பங்காற்றும் காரணிகள் மற்றும் அதில் பங்குவிக்கும் நபர்களைக் குறித்து அறிந்து கொள்ள விரும்புமொருவருக்கு இது விளக்கமான தகவல்களையும் தெளிவையும் வழங்கும் வண்ணம் உள்ளது. மேலும் இது சில சமூக சாரார் குடும்பத் திட்டமிடல் சேவைகள் தொடர்பான போதிய அளவு தகவல்கள் பெற்றுக்கொள்ளாமை, பாடசாலைப் பாடத்திட்டத்தில் பூரண பாலியல் கல்வி போதிய அளவில் சேர்க்கப்படாமை தொடர்பாகவுள்ள பிரச்சனைகள் பற்றியதான தகவல்களையும் கொண்டுள்ளது.

கருக்கலைப்புத் தொடர்பான சட்டச் சூழ்நிலை

அறுவைச் சிகிச்சை மூலமான கருக்கலைப்பு, மருத்துவக் கருக்கலைப்பு மாத்திரைகள் மற்றும் கருக்கலைப்பிற்குப் பின்னரான பராமரிப்பு

இலங்கையின் தண்டனைச் சட்டக் கோவையில் பிரிவு 3, 4, 5 மற்றும் 6 ல் (பின் இணைப்பைப்பார்க்கவும்) கருக்கலைப்புச் சட்டரீதியாக எந்நிலையில் உள்ளதென்பதை விளக்குகிறது. தற்போது இலங்கையில் கருக்கலைப்புப் பின்வரும் சந்தர்ப்பத்தில் மாத்திரமே சட்டபூர்வமாக்கப்பட்டுள்ளது: “பெண்ணின் உயிரைக்காக்கும் நல்லெண்ணத்தில் மாத்திரமே கருக்கலைப்புச் செய்யலாம்” அதைத்தவிரந்த வேறெந்த காரணங்களுக்காகவும் செய்யப்படும் எனின் கருக்கலைப்பை நாடுவோர் மற்றும் சேவையை வழங்குவோர் இருவரும் குற்றவியல் சட்டத்தின் அடிப்படையில் அபராதம் செலுத்தவோ அல்லது 3-20 வருடங்கள் வரையான சிறைத்தண்டனைக்குள்ளாகவோ நேரிடும்.

அறுவைச்சிகிச்சை மூலமான கருக்கலைப்பு மாத்திரமல்ல, மாத்திரைகள் மூலம் செய்யப்படும் மருத்துவக் கருக்கலைப்பும், ‘மிஸோபிரோஸ்டோல்’ (Misoprostol) மற்றும் ‘மிபேபிரிஸ்டோன்’ (Mifepristone) எனும் கருக்கலைப்பிற்குப் பாவிக்கப்படும் மாத்திரைகள் “இவ்விரண்டையும் சேர்த்துப் பாவிக்கும் போது சிறப்பான பலன் கிடைக்கும்” - இவை இலங்கையில் இதற்குப் பதிவு செய்யப்படாத மருந்து வகைகளாய் இருக்கின்றன. (Apland, 2018)

அறுவைச்சிகிச்சை மூலமான மற்றும் மாத்திரைகள் மூலமான மருத்துவக்கருக்கலைப்பு மேற்குறிப்பிட்ட ஒரு சந்தர்ப்பத்தைத் தவிர, மற்ற எல்லாச் சந்தர்ப்பங்களிலும் சட்டவிரோதமாயிருக்கும் போதிலும் கருக்கலைப்பிற்குப் பின்னரான பராமரிப்பு எல்லா அரச மற்றும் தனியார் வைத்தியசாலைகளிலும்

அடிப்படைச் சுகாதாரப் பராமரிப்புச் சேவைகளில் ஒன்றாகக் காணப்படுகிறது (2018). கருக்கலைப்பிற்குப் பின்னரான பராமரிப்பானது, கருக்கலைப்புச் செய்து கொண்ட பின் மருத்துவச் சிக்கல்களை எதிர்கொள்ளும் பெண்ணொருவருக்கு வழங்கப்படும் மருத்துவச் சிகிச்சைகளாகும். அத்தோடு அவர்களுக்கான உளவளத்துணை ஆலோசனை, கல்வி மற்றும் எதிர் காலத்தில் தேவையற்ற கர்ப்பங்களைத் தவிர்க்கக் குடும்பத்திட்டமிடல் சேவைகளும் இதில் உள்ளடங்கும். சுகாதாரம், ஊட்டச்சத்து மற்றும் உள்நாட்டு மருத்துவ அமைச்சினால் வெளியிடப்பட்ட, கருக்கலைப்பிற்குப் பின்னரான சேவைகளுக்கான தேசிய வழிகாட்டி, இரண்டாம் பதிப்பில், “சட்டவிரோதமான கருக்கலைப்புச் செய்துகொள்ளும் எந்தவொரு பெண்ணும், மருத்துவச் சிக்கல்கள் ஏற்படும் சந்தர்ப்பங்களில் எந்தவொரு அரசு மருத்துவ சேவை வழங்கும் நிலையத்திலும் விசாரிக்கப்படுவதற்கு அஞ்சாது மருத்துவ சேவைகளை அணுகிப் பெற்றுக்கொள்ள முடியும்” (Senanayake 2015). இவ்வழிக்காட்டி மேலும் “தெரிவு செய்யப்பட்ட சில அரசு வைத்தியசாலைகள் பகுதியளவில் கருக்கலைப்பு நிகழ்ந்திருக்கும் சந்தர்ப்பங்களில் மிஸோபிரோஸ்டோல் பாவிக்கலாம்” என்றும் கூறுகிறது.

முன்பு பெண்களுக்குச் சிகிச்சை வழங்குகையில் அவர்கள் பாதுகாப்பற்ற கருக்கலைப்பைச் செய்துகொண்டிருக்கிறார்கள் எனச் சந்தேகம் எழும் பட்சத்தில் மருத்துவ ஊழியர்கள் அதனைப் பொலிஸாரிடம் அறிவிக்க வேண்டுமென்ற தேவை இருந்தது என்று “பாதுகாப்பற்ற கருக்கலைப்பு முறை - தீர்மானிக்கும் காரணிகள் மற்றும் தாக்கங்கள்” எனும் ஆய்வில் தலகல குறிப்பிட்டுள்ளார் (Thalagala 2010). 2015ம் ஆண்டின் சட்டத் திருத்தம் இந்தத் தேவையை ரத்துச் செய்தது, தற்போது சுகாதாரச் சேவை வழங்குநர்கள் ஒரு பெண் பாதுகாப்பற்ற கருக்கலைப்பு செய்துகொண்டிருக்கிறாள் எனக் கண்டுபிடித்தாலோ, சந்தேகித்தாலோ இச்சம்பவங்களை அறிவிக்க வேண்டிய அவசியம் இல்லை எனும் நிலை இருக்கும் போதிலும், இது பொலிஸாருக்கு அறிவிக்கப்படும் என்ற பயத்தினால் பல பெண்கள் கருக்கலைப்பிற்குப் பின்னரான பராமரிப்பைப் பெறத் தயங்குகின்றனர் (Apland, 2018).

சட்டத்தில் மாற்றங்கள் ஏற்பட்டிருக்கும் போதிலும், மக்கள் மத்தியில் காணப்படும் தயக்கம் இன்னும் இருந்து வருகிறதெனக் கசின்ஸ் (2017) கூறுகிறார். அவர் மேலும் கூறுகையில் யாழ்ப்பாணத்தில் பணிபுரியுமொரு பெண்ணோயியலாளர் (அவர் தன் பெயரைக் குறிப்பிட விரும்பவில்லை), “கருக்கலைப்புச் செய்துகொண்ட பெண்கள் வைத்தியசாலைக்கு வரும்போது அதனைப் பொலிஸாருக்கு அறிவிப்போம், அதன் பின்னர் பொலிஸார் வைத்தியசாலைக்கு வந்து நோயாளிகளை மிரட்டி லஞ்சம் கேட்பார்கள்”. பொலிஸாருக்குப் பயப்படுவதினால் இன்னும் பெண்கள் இந்தச் சேவைகளை நாடத் தயங்குகின்றனர், “தற்போது நாம் எந்த சம்பவங்களையும் பொலிஸாருக்கு அறிவிப்பதில்லை. எனினும் எவ்வித பயமுமின்றி வரலாம் எனப் பெண்களுக்குத் தெரியாது”. கருக்கலைப்பு மற்றும் கருக்கலைப்பிற்குப் பின்னரான சேவைகளை நாடும் பெண்கள் மத்தியில் களங்கமும், பாகுபாடும் செலுத்தும் தாக்கம் இந்த இலக்கிய ஆய்வின் அடுத்து வரும் பகுதிகளில் முக்கியமானதொரு விடயமாக ஆராயப்படும்.

கருக்கலைப்பைத் தடுக்க அதனைக் குற்றச்செயலாக்குதல் தோல்வியடைந்தவொரு செயற்பாடாகும்.

இலங்கையில் சட்ட விரோதக் கருக்கலைப்பின் வீதம்.

நீங்கள் சட்டப்பூர்வமான கருக்கலைப்பை ஆதரிக்கவில்லையெனில், சட்டவிரோதமான கருக்கலைப்பை ஆதரிக்கிறீர்கள். பேராசிரியர் அருள்குமரன் மகப்பேற்று மற்றும் பெண்ணோயியலாளர்களுக்கான ரோயல் கல்லூரியின் முன்னாள் தலைவர்.

தரவுகளின் படி இலங்கையின் இறுக்கமான கருக்கலைப்புத் தொடர்பான சட்டங்கள், பெண்கள் கருக்கலைப்பை நாடுவதைத் தடுப்பதில்லை எனக்கூறுகின்றன. அவர்களால் அதனைச் சட்டப்பூர்வமாகச் செய்யமுடியாத சந்தர்ப்பங்களில் அவர்கள் அதனைச் சட்டவிரோதமாகச் செய்கின்றனர். அதிகாரபூர்வமான மற்றும் அதிகாரபூர்வமற்ற தகவல்கள் ஒரு நாளில் 500 - 1000 கருக்கலைப்புகள் இடம்பெறுவதாகக் குறிப்பிடுகின்றன (விக்ரமகமகே, 2016). அவ்வண்ணமே பல ஊடகக் கட்டுரைகள் 2016ம் ஆண்டில் சுகாதார அமைச்சினால் வெளியிடப்பட்ட தரவான ஒரு நாளில் 658 சட்டவிரோதக் கருக்கலைப்புகள் நடைபெறுகின்றன என்பதனை மேற்கோள் காட்டியிருக்கின்றன (ஸ்ரீ லங்கா மிரரின் கருக்கலைப்புச் சட்டப்பூர்வமாக்கப்பட வேண்டுமா? நியூஸ் பர்ஸ்ட் ஒருநாளில் 650 க்கும் மேற்பட்ட கருக்கலைப்புகள் நடைபெறுகின்றன எனச் சுகாதார அமைச்சு விளக்குகிறது. மற்றும் மேய்லர்ஸ், கருக்கலைப்பு - இலங்கை இக்கலந்துரையாடலில் எங்குள்ளது?)

வேறு ஆதாரங்களின் படி, முடுகமுவ (2011) மற்றும் 2018ம் ஆண்டு டெய்லி மிற்றர் பத்திரிகையில் இவ்வாறான செய்தி வெளியாகியிருந்தது: அதிர்ச்சிகரமானது, வெட்கத்துக்குரியது இலங்கையில் ஒரு நாளைக்கு ஏறக்குறைய 1000 கருக்கலைப்புகள் இடம்பெறுகின்றன என புள்ளிவிபரங்களின் உயர் எல்லை குறிப்பிடுகிறது. “இருக்கும் புள்ளிவிபரங்களை” “நம்பத்தகுந்த வட்டாரத் தகவல்களும்” நாடுமுழுவதும் நாளொன்றுக்கு ஏறக்குறைய 1000 கருக்கலைப்புகள் இடம் பெறுவதாகக் கூறுகின்றன.

இந்த வரையறைக்குள்ளான இலக்கங்கள் அதிகமாகக் குறிக்கப்படுகின்ற போதிலும் சில தரப்பினர் குறைந்த பெறுமானத்திலும் குறைவானவையே இடம்பெறுகின்றனவென்றும், வேறு சிலர் கூடிய பெறுமானத்தை விட அதிகமானவை இடம்பெறுகின்றனவென்றும் கூறுகின்றனர். சுகாதார அமைச்சின் மனநல சுகாதாரப்பிரிவின் வைத்தியர் சித்ரமாலி டி சில்வா வருடமொன்றில் 15,000 பெண்கள் சட்டவிரோதக் கருக்கலைப்புகளை நாடுகின்றனர் எனக்கூறுவதாக குணதிலக (2016) கூறுகிறார். 1997ல் இலங்கையில் கருக்கலைப்பின் வழக்கம் எனும் ஆய்வில் 16 சில்வா அவர்களும், 2016ம் ஆண்டு கருக்கலைப்பு மற்றும் அதன் சட்டங்கள் தொடர்பான வயது வந்தவர்களின் மனப்பாங்கு - இலங்கையின் கொழும்பு நகர்ப்புறச் சமூக அடிப்படையிலான ஆய்வில் சுரங்க, சில்வா மற்றும் சேனநாயக்க ஆகியோர் ஓர் ஆண்டில் 125,000 - 175,000 வரையிலான கருக்கலைப்புகள் இடம்பெறுகின்றன எனக்கூறுகின்றனர்.

இலங்கையில் கருக்கலைப்பைச் சட்ட பூர்வமாக்குதலுக்கு எதிராக நடத்தப்பட்ட விழிப்புணர்வூட்டும் நிகழ்வொன்றின் பின் கரிடாஸ் இணையத்தளத்தில் வெளியான ஒரு கட்டுரையில் சமூகச் சுகாதார சேவைகளின் தகவல்களின் படி நாளொன்றுக்கு 1000க்கும் மேற்பட்ட சட்ட விரோதக் கருக்கலைப்புகள் இடம்பெறுவதாக கோதாகொட குறிப்பிடுகிறார். அத்தோடு வருடந்தோறும் 365,000 கருக்கலைப்புகள் என்ற அதிர்ச்சியூட்டும் எண்ணிக்கையைக் குறிப்பிடுகிறது.

ஆய்வுகள் மற்றும் ஆய்வுக்கட்டுரைகள் குறிப்பிடுவதைக் கொண்டு பார்க்கும் போது கருக்கலைப்புத் தொடர்பாகக் குறிப்பிடப்பட்டுள்ள எண்ணிக்கைகள் ஒன்றுக்கொன்று வேறுபடுகின்றன. நாடு முழுவதிற்குமானதொரு தீர்மானமான மற்றும் உறுதியான எண்ணிக்கையைக் கூற எந்தவொரு ஆதாரமும் இல்லை. மிகவும் அண்மையான மற்றும் அதிகமாகக் குறிப்பிடப்படுகிறதமான ஆவணம் - இலங்கையின் நகர்ப்புறம் மற்றும் கிராமப்புறங்களில் இடம்பெறும் கருக்கலைப்புகளின் கணிப்பு - இவ் ஆய்வானது ஐக்கிய நாடுகளின் சனத்தொகை நிதியத்தின் ஆதரவில் லலானி சிராஜபக்ச அவர்களினால் முன்னெடுக்கப்பட்டது. அவரின் ஆய்வின் அடிப்படையில் அவ்வாண்டில் ஒரு நாளில் ஏறக்குறைய 650 கருக்கலைப்புகள் இடம்பெற்றதாகக் குறிப்பிட்டுள்ளார்.

அதிகமான இடங்களில் சுட்டிக்காட்டப்படும் ஆய்வு இது என்ற போதிலும், ராஜபக்ச அவர்களின் கருத்துப்படி தற்போது இந்த ஆய்வின் கண்டுபிடிப்புகளைப் பயன்படுத்துவது பொருத்தமானதல்ல, ஏனெனில் இது 1997ம் ஆண்டில் கணிக்கப்பட்டதாகும் ஆகவே இது தற்காலத்திற்குப் பொருத்தமானதல்ல.

நம்பத்தகுந்த புள்ளிவிபரங்களைப் பெற்றுக்கொள்வதிலுள்ள சிரமம்

சட்டவிரோதமானதால் மற்றும் களங்கம் காரணமாக சம்பவங்கள் பதிவுசெய்யப்படாமை மற்றும் தவறாக வகைப்படுத்தப்படல்.

பல காரணங்களால் நம்பத்தகுந்த புள்ளிவிபரங்களைப் பெற்றுக்கொள்ளச் சிரமங்கள் காணப்படுகின்றன. இதற்கான காரணங்களாகப் பின்வருவனவற்றை ஆய்வுக்கட்டுரைகள் மற்றும் ஆய்வுகள் சுட்டிக்காட்டுகின்றன. சேவை வழங்குநர்கள் பதிவுசெய்யாமை மற்றும் தவறாக வகைப்படுத்தல், கருக்கலைப்பை நாடுவோர் சம்பவங்களைப் பதிவுசெய்யாமை மற்றும் சம்பவங்களைப் பதிவு செய்ய ஒரு முறையான கட்டமைப்பு முறைமை இல்லாத காரணத்தினால் ஆவணங்களின் குறைபாடு.

2010ம் ஆண்டு தலகல அவர்களினால் 2 ஆய்வுகள் முன்னெடுக்கப்பட்டன. இலங்கையில் பாதுகாப்பற்ற கருக்கலைப்புகளின் பொருளாதாரக் கண்ணோட்டம் (தலகல 2010) மற்றும் இலங்கையில் பாதுகாப்பற்ற கருக்கலைப்புகள் - உண்மைகள் மற்றும் ஆபத்துக்கள் தொடர்பான விபரங்கள் (தலகல 2010) - இவ் ஆய்வுகள் “இத்தலைப்பின் உணர்திறன்மிக்க தன்மையும் சட்ட வரையறைகளும்” இத்தலைப்பிலான ஆய்வுகளில் பங்குபற்றச் சம்மதம் தெரிவித்து முன்வரும் மக்களைக் கண்டுகொள்வதிலுள்ள சிரமங்களைக் குறித்துக் கூறுகிறது. மேலும் நாம் பார்க்கையில் அதிகமான பெண்கள் கருக்கலைப்புச் செய்துகொள்வதைச் சட்டத்திற்கு முன் கொண்டுவரப்பட்டுத் தண்டிக்கப்படுவர் எனும் பயத்தினால் மறுக்கின்றனர் (சேனநாயக்க மற்றும் வில்லட்கமுவ, 2009).

கருக்கலைப்புச் சேவைகளை வழங்குவோர் மீது சுமத்தப்பட்டுள்ள குற்றவியல் தண்டனைகள் பின்வரும் நிலைமைகளுக்கு வழிவகுக்கின்றன, “பெண்கள் கருக்கலைப்பைச் செய்துகொண்டுள்ளேன் எனக் கூறும் சந்தர்ப்பங்களிலும் அதிகமான வைத்தியர்களோ மருத்துவ சேவை வழங்குவோரோ அப்பெண் மிகவும் ஆபத்தான நிலையில் அல்லது மறுக்கமுடியாத ஆதாரங்களுடனோ இருந்தாலொழிய வேறு சந்தர்ப்பங்களில் அதனைப் பொலிஸாருக்கு அறிவிக்கவோ அதனைப் பதிவு செய்யவோமாட்டார்கள்” (சேனநாயக்க மற்றும் பலர் 2009). மேலும் ஹந்துன்நெத்தி (1994) கூறுகையில் கொழும்பு தேசிய வைத்தியசாலையின் அறுவைச்சிகிச்சை நிபுணர் ஒருவர் கூறுகையில் “நாம் கருக்கலைப்புகள் நடைபெறுகின்றன என்பதை மறுக்க மாட்டோம். எனினும் கருக்கலைப்பைப் பெற்றுக்கொண்டோர் சட்டவிரோதச் சேவை நிலையங்கள் இனங்காணப்படும் எனும் பயத்தினால் தகவல்களை வெளிப்படுத்த

மறுக்கின்றனர்”. குற்றவியல் தண்டனைக்கு முகம் கொடுக்க வேண்டிய அச்சுறுத்தல் இருப்பது கருக்கலைப்புச் சேவைகளை நாடுவோர் மற்றும் சேவை வழங்குவோர் இருவருமே இச்சம்பவங்களைச் சரியாகப் பதிவு செய்யாமை அல்லது பதிவு செய்யாதிருக்கும் நிலை ஏற்படும். அத்தோடு சேவை வழங்குநர்கள் இதனை வேறு சட்ட பூர்வமான மருத்துவ சேவையாக வகைப்படுத்துகின்றனர் (ஹேவகே, 2003). கருக்கலைப்பைச் சட்ட பூர்வமான மருத்துவச் சேவைகளுடன் வகைப்படுத்துவது தொடர்பில் ஐயவர்தன (1994) கூறுகையில், “கருக்கலைப்பு கொழும்பு மற்றும் அதை அண்மித்த பகுதிகளில் காணப்படும் மருத்துவ நிலையங்களில் ஒரு சாதாரண மருத்துவச் செயற்பாடாகக் காணப்படுகிறது. இது வைத்தியசாலைப் பதிவுகளில் “டீ அண்ட் சீ” சிகிச்சையாக வரையறுக்கப்படக்கூடும்” அது போலவே “மாதவிடாய் சீர்செய்தல்” என்ற படிமுறைகளின் படியும் இது செய்யப்படக்கூடும் (குமார், 2011).

இதுவரை சேகரிக்கப்பட்ட ஆதாரங்கள் அதிகமான சட்டவிரோதமான பதிவு செய்யப்படாத கருக்கலைப்புகள் நாடு பூராகவும் நடைபெறுகின்றன என்பதைக் காட்டுகின்றன. சுகாதார அமைச்சின் சுகாதாரக் கல்விப் பணியகத்தின் மருத்துவ அதிகாரி வைத்தியர் உத்பலா பி. எம். டி. அமரசிங்க 2011ம் ஆண்டில் கூறியபடி, சரியாகப் பதிவு செய்யாமை, தவறாக வகைப்படுத்தல் மற்றும் கருக்கலைப்புகளைப் பதிவு செய்ய சரியான மற்றும் ஒழுங்குபடுத்தப்பட்டதொரு பொறிமுறை காணப்படாமை போன்ற காரணிகளால் “நாட்டில் இடம் பெறும் கருக்கலைப்புகளின் உண்மையான எண்ணிக்கை பதிவுசெய்யப்படுபவைகளை விட மிகவும் அதிகமாக இருக்கலாம்” (குமார், 2011).

வெவ்வேறான கருக்கலைப்புச் சேவைகள்

பாதுகாப்பான மற்றும் தேர்ச்சி பெற்ற ஒருவரால் சுகாதாரமான சூழலில் செய்யப்படுபவை

சட்டவிரோதக் கருக்கலைப்புச் சேவைகள் நாடுபூராகவும் காணப்படுகின்றன. இத்தலைப்பில் செய்யப்பட்ட ஆய்வுகள் சட்டவிரோத கருக்கலைப்புச் சேவைகள் வழங்கப்படும் சூழல்களில் உள்ள வேறுபாடுகள் மற்றும் இதனை நடத்துவோரின் தகைமைகள் மற்றும் நிபுணத்துவத் தேர்ச்சியில் உள்ள வேறுபாடுகளையும் சுட்டிக்காட்டுகின்றன.

உயர்தர மற்றும் சிறந்த சூழல்களில் சரியானதொரு நபரினால் செய்யப்படும் கருக்கலைப்புகள் பற்றி குறிப்பிடத்தக்க அளவான ஆய்வுகள் காணப்படுகின்றன. மற்ற நாடுகளுடன் ஒப்பிடும் பொழுது பாதுகாப்பற்ற கருக்கலைப்புகளினால் ஏற்படும் மருத்துவச்சிக்கல்கள் குறைவாக ஏற்படும் உயர்தர சேவைகள் இலங்கையில் காணப்படுகின்றன. இதனால் சில ஆய்வாளர்கள் “சட்டவிரோதமான சூழலில் இடம்பெறும் பாதுகாப்பான கருக்கலைப்புகள்” எனும் சொற்றோடரைப் பாவிக்கின்றனர் (டி சில்வா, 1997). தலகல (2010) உடனான நேர்காணலில் ஒரு அரசு மருத்துவ அதிகாரி, வெவ்வேறு தேர்ச்சிமட்ட-ததையுடைய சேவைவழங்குனர் வெவ்வேறான தரத்திலான கருக்கலைப்புச்சேவைகளை வழங்குகின்றனர் எனக்கூறியுள்ளார். குமார் மற்றும் பலர் (2012) இலங்கையில் 40 வீதத்திற்கும் அதிகமான கருக்கலைப்புகள் மருத்துவ ரீதியாக தகுதியுடையவர்களால் செய்யப்படுகிறது - 21 வீதம் பெண் நோயியலாளர்களினாலும், 23 வீதம் எம்.பி.பி.எஸ் தகுதியுள்ள மருத்துவர்களாலும் செய்யப்படுகிறது எனக் கூறும் 1993ம் ஆண்டு குடும்பத்திட்டமிடல் சங்கத்தின் வெளியீட்டைச் சுட்டிக்காட்டுகின்றனர்.

அவ்வாறு தேர்ச்சிபெற்றவொரு வைத்தியர் தான் எவ்வாறு “வக்யும் எக்ஸ்ட்ராக்டர்” எனும் உரிந்தெடுக்கும் கருவியைப் பாவிக்கிறார் எனக் கூறுகையில் தான் சேவை வழங்கிய பெண்கள் எந்தவொரு சிக்கல்களுக்கும் முகம்கொடுக்கவில்லை எனக்கூறுகிறார். அவர் அத்தோடு கருக்கலைப்பை நாடுவோரைச் சில மணிநேரங்கள் வைத்திருந்து அவதானித்த பின், வேறெந்தச் சிக்கல்களும் இல்லையென உறுதி செய்த பின்னரே அனுப்புவதாகக் கூறுகிறார். ஏதேனும் சிக்கல்கள் ஏற்படும் பொழுது அவர்களை வைத்தியசாலைக்கு அனுப்ப ஒரு வாகனத்தையும் வைத்திருப்பதாகக் கூறினார். இச்சேவைகளைப் பெற்றுக்கொண்டோர் இவ்வாறான மனச்சான்றின்படி செயற்படும் சேவை வழங்குநர்கள் இருப்பதாகக் கூறியுள்ளனர், இச்சேவையைப் பெற்றுக்கொண்டவொரு பெண் கூறுகையில் தான் சரியான “சேவை வழங்குநர் - சேவை பெறுநர் நெறிமுறைகளின்” படி நடத்தப்பட்டதாகக் கூறுகிறார். அவர் விபரிக்கையில் முதலில் தன்னை ஒரு பெண் கவனித்ததாகவும் அடுத்ததாக ஒரு மருத்துவர் அவரது மருத்துவ வரலாற்றைப் பெற்றுக்கொண்டதாகவும், அவரைப் பரிசோதித்த பின் கருக்கலைப்புச் செய்யப்படும் விதத்தை விளங்கப்படுத்தியதாகவும். பின்னர் கருக்கலைப்பு நிறைவடைந்த பின் ஏதேனும் சிக்கல்கள் ஏற்படும் பட்சத்தில் தொடர்புகொள்ள வேண்டியதொரு தொலைபேசி இலக்கமும் கொடுக்கப்பட்டதாகக் கூறினார். (தலகல, 2010).

2017ம் ஆண்டு, டி சில்வா, தயானந்த மற்றும் பெரேரா நடத்திய, “இலங்கையில் கருக்கலைப்பை நாடுவோரிடையே கருத்தடை முறைகள் பாவிக்கும் பழக்கம்” எனும் ஆய்வில், கருக்கலைப்பை நாடுவோரின் சுய கௌரவம் பாதிக்காத விதத்தில் கொள்கைகள் அமுலில் இருக்கும் சிகிச்சை நிலையங்கள் உள்ளதாகக் குறிப்பிடுகின்றனர். கருக்கலைப்பை நாடிய 306 பெண்களிடமிருந்து சேகரித்த தகவல்களிலிருந்து 2 சிகிச்சை நிலையங்கள் இனம்காணப்பட்டன - கொழும்பில் ஒன்று, ஜா எல பிரதேசத்தில் ஒன்று - அவர்களின் கண்டுப்பிடிப்பின்படி, “கருக்கலைப்பை நாடும் எல்லாப் பெண்களுக்கும் சேவைகள் வழங்கப்படும் மற்றும் எந்தவொரு பெண்ணிடமும் வழமையான குடும்பச் சுகாதாரக் கேள்விகளைத் தவிர்ந்த வேறெந்த அச்சுறுத்தும் கேள்விகளையும் கேட்பதில்லை” என்பதனையொரு கொள்கையாக இந்நிலையங்கள் கொண்டுள்ளது.

இந்த மட்டுப்படுத்தப்பட்ட சூழலிலும் உயர்தரச் சேவைகள் காணப்படுவதனை இந்த உதாரணங்கள் காண்பிக்கின்றன. குறைவான தரத்திலான சேவைகளை நோக்கும் போது, அவற்றில் ஒன்றிற்கும் மேற்பட்ட காரணிகள் காணப்படுகின்றன: சுகாதாரமற்ற சூழல், தேர்ச்சியற்ற சேவை வழங்குநர், சேவை வழங்குநர் - சேவை பெறுநர் நெறிமுறைகள் இல்லாமை, அத்தோடு சில சமயங்களில் பாலியல் துன்புறுத்தல்களும் இடம்பெறக்கூடும்.

பாதுகாப்பற்ற மற்றும் நிபுணத்துவமற்றவர்களால் சுகாதாரமற்ற சூழல்

இலங்கையில் கருக்கலைப்பு சட்டவிரோதமாக இருப்பது, பெண்கள் தரமற்ற சேவைகளை மறைவான, போதிய மருத்துவ வசதிகளற்ற மற்றும் சுகாதாரமற்ற விதத்தில் பெற்றுக்கொள்ளும் சூழலை உருவாக்கியுள்ளது (தலகல 2010).

2014ம் ஆண்டு ஆரம்பப்பொல மற்றும் ராஜபக்ச நடத்திய இலங்கையில் பாதுகாப்பற்ற கருக்கலைப்புகள் தொடர்பான தீர்மானங்கள் மேற்கொள்ளல்: கட்டுப்படுத்தப்பட்ட தனிநபர் ஆய்வில் பாதுகாப்பற்ற கருக்கலைப்புகளுக்கான உந்துதல் மற்றும் விலகுதல் காரணிகளை ஆராய்தல், எனும் ஆய்வில் பாதுகாப்பற்ற கருக்கலைப்பிற்கு முகம் கொடுத்த 171 பெண்களும் தேவையற்ற அல்லது திட்டமிடாது கருத்தரித்த 600 பெண்களும் நேர்காணல் செய்யப்பட்டனர். இந்த ஆழமான நேர்காணல்கள் மற்றும் வினாக்கொத்துக்களில் இருந்து கிடைக்கப்பெற்ற தகவல்களின் படி

கருக்கலைப்பைப் பெற்றுக்கொண்ட பெண்கள் கூறுகையில் அவர்கள் அச்சேவையை எந்தவொரு உதவியாளரும் இன்றி ஏதேனும் ஒரு கடையின் பின்னுள்ள ஒரு அறையிலோ, தங்கள் வீடுகளிலோ, ஏதேனும் ஒரு உறவினர் வீட்டிலோ, அல்லது சேவையை வழங்குபவர் வீட்டிலோ பெற்றுக்கொண்டனர். கருக்கலைப்புச் சேவைகள் சட்டவிரோதமாகக் காணப்படுவதனாலும், அதைப் பரிசோதனை செய்ய எந்தவொரு நடைமுறையும், பொறுப்புக்கூறும் தன்மையும் இல்லாததனாலும், இது தேர்ச்சிபெற்ற அல்லது நிபுணத்துவம் கொண்ட ஒருவரால் மாத்திரமே செய்யப்பட வேண்டும் என்ற கட்டாயம் இல்லாதிருக்கிறது.

“இலங்கையில் கருக்கலைப்புகளைச் செய்து வருவோரில் 95 வீதமானவர்கள் போலிகளாவார்கள்” எனக் குருநாகல் போதனா வைத்தியசாலையின் பெண்ணோயியல் மருத்துவர் வைத்தியர் நீல் செனிவிரத்தன கூறுகிறார் என பாலச்சந்திரன் (2009) சுட்டிக்காட்டுகிறார். மற்றும்மாக தலகல (2010) தான் நேர்காணல் செய்த, கருக்கலைப்புச் செய்துகொண்ட 665 பெண்களில் சுமார் 58 வீதமானோர் கருக்கலைப்புச் செய்வதற்கான அடிப்படை மருத்துவ பயிற்சியற்றவர்களிடம் - போலி வைத்தியர்கள், ஆயுர்வேத மருத்துவம் செய்பவர்கள், மருத்துவ உதவியாளர்கள் (மருந்தாளர்கள் போன்றவர்கள்), மற்றும் பாரம்பரிய குணப்படுத்துபவர்கள் மூலம் கருக்கலைப்புச் சேவையைப் பெற்றுள்ளனர்.

சேனநாயக்க மற்றும் விலக்கமுறவின் கண்டுபிடிப்புகளுக்கு மாறாக, பதிலளித்தவர்களில் 18 வீதமானவர்கள் தாம் ஒரு அரசு மருத்துவ அதிகாரியின் தனியார் சிகிச்சை நிலையத்தில் கருக்கலைப்புச் சேவையைப் பெற்றுக்கொண்டதாகக் கூறியுள்ளனர் என தலகல (2010) கூறுகிறார். பதிலளித்தவர்களில் 24 வீதமானவர்களுக்கு அவர்களின் சேவை வழங்குனரின் பெயர் விபரங்கள் தெரிந்திருக்கவில்லை. இது அரம்பேபோல மற்றும் ராஜபக்ச 2014ம் ஆண்டு நடத்திய ஆய்வின் - 36.1 வீதமானோர் தாம் கருக்கலைப்பு நிபுணர்கள் எனத் தாமாகவே கூறிக்கொண்டிருந்தனர், 26.2 வீதமானோர் தம் தகைமைகளை வெளியிடவில்லை எனும் கண்டுபிடிப்புகளை ஒத்திருந்தது. மேலும் தலகல (2010) பதிலளித்தவர்களில் 27 வீதமானோருக்கு மட்டுமே என்ன விதமான செயல்முறையின் மூலம் கருக்கலைப்புச் செய்யப்படும் எனும் தெளிவுபடுத்தல் வழங்கப்பட்டது எனக் குறிப்பிடுகிறார்.

போதிய தகவல்களைப் பெற்றுக்கொள்வதில் உள்ள குறைபாடு

பதிலளித்தவர்கள் தமக்கான கருக்கலைப்புச் சேவை வழங்கியவர்களின் தொழிற்தகைமையை அறிந்திருக்கவில்லை என்பது, சேவைகள், சேவை வழங்குநர்கள் மற்றும் நடைமுறைகள் மற்றும்மாக கருக்கலைப்புகளைச் செய்வதிலுள்ள அதிக ஆபத்துக்கள் தொடர்பான சரியான தகவல்கள் இல்லாமை மிகவும் பெரிய மற்றும் பயங்கரமானதொரு போக்கினைக் காண்பிக்கிறது.

2017ம் ஆண்டு சுரங்க, சில்வா மற்றும் சேனநாயக்க ஆகியோர், கருக்கலைப்புத் தொடர்பான தகவல்களை அணுகல் மற்றும் மனப்பாங்கு: இலங்கையின் கொடும்பு நகர்ப்புறத்தை சேர்ந்த வயது வந்தவர்களின் சமூகத்தை அடிப்படையாகக்கொண்ட ஆய்வு. 743 பேரிடமிருந்து ஆய்வாளர்கள் தகவல்களைச் சேகரித்தனர். இவ்வாய்வின் கண்டுபிடிப்புகளின்படி மிகவும் பொதுவாகக் காணப்பட்ட தகவல் பெறும் மூலம் முறைசாரா கலந்துரையாடல்களாகக் காணப்படுகின்றன. அதற்கடுத்தபடியாக வெகுஜன ஊடகம் காணப்படுகிறது. அதற்கொத்ததாக தலகலவின் (2010) ஆய்வில் பங்குபற்றியோருள் 69 வீதமானவர்கள் சேவைவழங்குமொருவரைக்குறித்த தகவல்களை நண்பர் ஒருவர் மூலமோ அல்லது உறவினர் மூலமோ பெற்றுக்கொண்டதாகக் கூறியுள்ளனர். மற்றும் அரம்பேபோல

மற்றும் ராஜபக்ச (2014) 65.6 வீதமானோர் தொலைக்காட்சி மற்றும் பத்திரிகைகள் மூலம் தகவல்களைப் பெற்றுக்கொண்டதாகவும் 30.4 வீதமானோர் நண்பர்கள், அயலகத்தார் மற்றும் குடும்பத்தினர் மூலம் தகவல்களைப் பெற்றுக்கொண்டதாகவும் அறியப்பட்டது. இவ்வாய்வறிக்கையின் படி பெண்கள் மற்றப் பெண்களின் அனுபவங்களில் இருந்து ஆலோசனை பெறுவதில் தங்கி இருந்தனர், இந்நிலையானது தகவல்களை அணுகுவதிலுள்ள குறைபாடுகளை வெளிச்சமிட்டுக்காட்டுகிறது.

கருக்கலைப்பு முறைகள்

பல சந்தர்ப்பங்களில் ஏற்பட்ட மருத்துவச் சிக்கல்கள் காரணமாக, கருக்கலைப்புச் செய்யப் பாவிக்கப்பட்ட முறைகள் பயங்கரமானவைகளாகக் கருதப்பட்டன. அரம்பேபொல மற்றும் ராஜபக்ச (2014) ஆகியோரின் ஆய்வின் கண்டுபிடிப்புகளின் படி கருக்கலைப்புச் செய்ய அதிகமாகப் பாவிக்கப்பட்ட முறைகள் யோனிவழியில் ஏதேனும் கம்பிகளைச் செலுத்தல் அல்லது ஊசி மூலம், எந்தவொரு வலி நீக்கும் மருந்துகளையும்வழங்காமல் செய்யப்படுவதை ஆகும். ஆமணக்கு எண்ணெய் உள்ள மரக்கிளை ஒன்றை உட்செலுத்தியதன் பின் ஒரு பெண் மயங்கி விழுந்தது அவர்கள் பதிவு செய்த சம்பவங்களில் மிகவும் மோசமான சம்பவமாக இருந்ததாகக் கூறுகின்றனர் இதற்கு அவர் 30,000 ரூபாய் செலுத்தியுள்ளார். தலகல (2010) இதைக்குறித்துக் கூறுகையில் பொதுவாக அதிகமாகச் செய்யப்படுவது ஏதேனும்பொரு பொருளை யோனியினுள் உட்செலுத்துவதாகும். (இது அடி வயிற்றிற்கு அதிக வலியை ஏற்படுத்தும்), அத்தோடு யோனியில் மருந்துகளை செலுத்தல் மற்றும் வாய்மூல மருந்துகள் மட்டுமல்லாது ஊசி மருந்துகளும் பாவிக்கப்படுகின்றன. இச்சந்தர்ப்பங்களில் தாய் மரணம் அடைவது மட்டுமல்ல, கருப்பையில் ஏற்படும் காயங்களினால் மலட்டுத்தன்மையும் ஏற்படக்கூடுமென குருநாகல் போதனா வைத்தியசாலையைச் சேர்ந்த பெண்ணோடியியல் வைத்தியர் நீல் செனிவிரத்ன கூறுவதை பாலச்சந்திரன் (2009) குறிப்பிடுகிறார். இவ்வாறானவற்றை உட்செலுத்துவதனால் ஏற்படும் பெரிய ஆபத்துக்களைப் பெரேரா (2010) விளக்கும் போது அறுவைச்சிகிச்சை மூலமான கருக்கலைப்பில் கருப்பையில் கீறல்கள் காரணமாக மலட்டுத்தன்மை ஏற்படலாம் எனக்கூறுகிறார்.

வர்க்க வேறுபாடுகள்

இலங்கையில் பாதுகாப்பற்ற கருக்கலைப்புகளைக் குறித்துப் பார்க்கும் போது வர்க்க வேறுபாடுகளையும், உயர்தர சேவைகள் பெற்றுக்கொள்வதில், ஒருவரின் சமூக அந்தஸ்து எந்தளவில் பங்கு வகிக்கின்றதென்பதையும் கவனித்தல் முக்கியமானதாகும் (Apland 2018). பெரேரா (2015) கூறுவது போலும் மேற்குறிப்பிடப்பட்டிருப்பவை போலவும், இலங்கையின் கடுமையான சட்டச் சூழலின் மத்தியிலும் சிறப்பான கருக்கலைப்புச் சேவைகள் காணப்படுகின்றன. எனினும் இதன் முக்கிய அம்சமாக நாம் பார்க்க வேண்டியது கருக்கலைப்பை நாடும் எல்லாப் பெண்களுக்கும் இவ்வாறான சேவைகளைப் பெற்றுக்கொள்வதற்கான வசதி இருக்கிறதா என்பதே.

நாம் சமூக அந்தஸ்து என்பதை வைத்துப் பார்க்கும் பொழுது, அநேகமானோர் இலங்கையில் வசதி படைத்த வர்க்கத்தைச் சேர்ந்த மக்களுக்குக் காணப்படும் தெரிவுகளைக் குறித்துப் பேசியுள்ளனர். பொன்சேக்கா (2017), வசதி படைத்தவர்கள் கருக்கலைப்புச் சட்டப்பூர்வமாக இருக்கும் சிங்கப்பூர் போன்ற நாடுகளுக்குச் சென்று அதனைப் பெற்றுக்கொள்ள முடியுமெனக் கூறுகிறார். ஒரு பெண் தான் விரும்பாத ஒரு கர்ப்பத்தைச் சுமந்து பெறுவதை விட சிங்கப்பூர் சென்று கருக்கலைப்புச் செய்துகொள்வதை வசதி படைத்தவர்கள் விரும்புகின்றனர் எனப் பேராசிரியர் வில்பெர்ட் பெரேரா (2018) கூறியுள்ளார்.

சிலருக்கு வெளிநாடுகளுக்குச் சென்று கருக்கலைப்புச் செய்துகொள்ளும் தெரிவு இருப்பது மட்டுமல்லாது மேலும் பல வசதி படைத்தவர்களுக்கு இங்கேயே தனியார் வைத்தியசாலைகளில் பாதுகாப்பான விலையுயர்ந்த சேவைகளைப் பெற்றுக்கொள்ளக்கூடியதாகவுள்ளது (Apland, 2018 Kumar 2011). ஆய்வில் பங்குபற்றியவர்கள், இளம் வயதினர் சேவைகளை அணுகிய போது எதிர்கொண்ட சவால்களை அரசு மற்றும் தனியார் சிகிச்சை நிலையங்களுக்கிடையில் காணப்பட்ட வேறுபாட்டைக் குறித்துக் கூறுகையில் தனியார் சிகிச்சை நிலையங்கள் சிறப்பானவை எனக்கூறினர் (குறிப்பாக இரகசியத்தன்மை பேணுவதில்) என அபலன்ட் கூறுகிறார். அவர் மேலும் கூறுகையில் அரசு வைத்தியசாலைகள் சுதந்திரமாக இயங்காமை, நிறுவன ரீதியான கட்டுப்பாடுகள் காணப்படுதல், அரசியல், சமூக விழுமியங்கள் அங்கு தாக்கம் செலுத்துதல் போன்ற காரணிகள், வசதிபடைத்தவர்கள் கருக்கலைப்பை நாடுகையில் அவர்களுக்குப் பாதுகாப்பு ரீதியாகவும், தொழில்முறை ரீதியாக செயற்படுவதிலும் இருக்கும் சலுகையை காட்டுகிறது.

குமார் (2013) கூறுகையில், சர்வதேச அரசு சார்பற்ற நிறுவனமான மாரி ஸ்டோப்ஸ் இன்டர்நேஷனல், வசதி குறைந்த ஒரு மக்கள் குழுவிற்கு பாதுகாப்பான கருக்கலைப்புச் சேவைகளை 2009ம் ஆண்டில் அவர்கள் அந்நிறுவனத்தை மூடும் வரை வழங்கி வந்தனர், அதோடு கருக்கலைப்பு சட்டவிரோதமாக்கப்படுதல் அதிகமாக ஏழைப்பெண்களையே பாதிக்கும் எனக்குறிப்பிடுகிறார். டேவிட் மற்றும் பலர் இந்தக் கூற்றை ஆமோதிக்கின்றனர். பொன்சேக்கா (2017), குணசேகர மற்றும் விஜேசிங்க (2001), பெரேரா (2010), விசக்ரமகமகே (2016), மற்றும் பேத்தியாகொட ஆகிய அனைவரும், கருக்கலைப்புச் சட்டவிரோதமாக்கப்படுதல் பாதுகாப்பான சேவைகளைப் பெற மிகவும் குறைவான தெரிவுகள் இருப்பதனால் அதிகமாகப் பாதுகாப்பற்ற சேவைகளை நாடும் ஏழைப்பெண்களையே அதிகமாகப் பாதிக்கின்றது எனக்கூறுகின்றனர்.

கருக்கலைப்பு சட்டவிரோதமாகக் காணப்படுவது, அச்சேவைகள் மூலம் இலாபம் சம்பாதிப்போர் பெண்களை ஏமாற்றவோ, சுரண்டவோ கூடியதொரு நிலையை ஏற்படுத்தியுள்ளது. பாலச்சந்திரன் (2009), குமார் (2013) மற்றும் அரம்பேபொல மற்றும் ராஜபக்ச (2014) ஆகியோர், மருத்துவர்கள் சேவைகளை வழங்க மிகவும் உயர்ந்த கட்டணங்களை அறவிடக்கூடிய நிலை ஏற்பட்டுள்ளது எனக்கூறுகின்றனர். சட்டவிரோதமாக்குதல் போலிகள் அதிக தொகைப் பணத்தை வசூலிக்க வழி வகுக்கிறதெனவும், இதனைச் சட்டப்பூர்வமாக வழங்கும் பட்சத்தில் வைத்திய சாலைகளில் பாதுகாப்பாகவும், இலவசமாகவும் பெற்றுக்கொள்ள முடியுமெனவும் பேராசிரியர் வில்பெர்ட் பெரேரா கூறுவதை மெய்லர் (2018) சுட்டிக்காட்டுகிறார்.

ஒருவரின் சமூக வர்க்கம் அல்லது அந்தஸ்து ஒருவருக்கு கிடைக்கக்கூடிய சேவையின் தரத்தை நிர்ணயிப்பது மட்டுமல்லாது, அது கருக்கலைப்பைச் செய்து கொள்வதா இல்லையா எனும் தீர்மானமெடுத்தலிலும் ஓர் பெரும்பங்கை வகிக்கிறது. எவ்வாறெனில் பொருளாதார ரீதியாக ஒருவர் உறுதியற்ற நிலையில் இருப்பாரெனில் அவரால் குழந்தையை வளர்க்க முடியாத சூழல் காணப்படுவதனால் கருக்கலைப்பை நாடுகின்றார்.

கருக்கலைப்பை நாடுவோரின் விபரங்கள் மற்றும் கருக்கலைப்புச் செய்வதற்கான காரணங்கள்.

கல்வி, தொழில் நிலை

ஆய்வுகளின் கண்டுபிடிப்புகளின் படி அதிகமான நேரங்களில் கல்வி மட்டத்தில் குறைந்தவர்களும், பொருளாதார ரீதியாகக் கீழ் நிலையில் உள்ளவர்களுமே கருக்கலைப்பை நாடுகின்றனர்.

29.5 வீதமான சந்தர்ப்பங்களில் பொருளாதாரப் பிரச்சினைகளினால் கருக்கலைப்பைத் தெரிவு செய்கின்றனர், அதில் 71.7 வீதமானோர் வேலைவாய்ப்பில்லாதவர்களாக இருக்கின்றனர் என அரம்பேபோல மற்றும் ராஜபக்ச (2014) கூறுகின்றனர். ராஜபக்ச (1999) கூறுகையில் கருக்கலைப்பு நாடுவோரின் விகிதம் கல்வி நிலையுடன் ஒப்பிடுகையில் கல்வி நிலை கூடும் போது கருக்கலைப்பு விகிதம் குறைவதாகவும் கல்வி நிலை குறைகையில் கருக்கலைப்பு விகிதம் அதிகரிக்கும் ஒரு போக்கைக் காட்டுவதாகக் கூறுகிறார். இதன் அதிக விகிதம் (86/1000) கல்வித்தகைமையற்ற அல்லது ஆரம்பக்கல்வி மட்டுமே பெற்றிருந்த பெண்களிடையில் பதிவு செய்யப்பட்டது. அதேபோல் அரம்பேபோல மற்றும் பலர் (2016) பாதுகாப்பற்ற கருக்கலைப்புகளினால் ஏற்படும் ஆபத்து, கல்வியறிவற்ற அல்லது திறனற்ற அல்லது திறன் குறைந்த தொழில் துறையில் பணிபுரியும் பெண்கள் மத்தியில் அதிகமாகக் காணப்படுவதாகக் கூறுகின்றனர். ஆரம்பக்கல்வி மாத்திரம் பெற்ற அல்லது கல்வியறிவற்ற பெண்கள் கருக்கலைப்புச் செய்யும் சந்தர்ப்பம், உயர்கல்வி வரை கற்ற பெண்களை விட 5.7 மடங்கு அதிகமாகக் காணப்பட்டதெனவும் 23 வீதமான பெண்கள் பொருளாதாரப் பிரச்சினைகள் காரணமாக கருக்கலைப்பை நாடியதாகவும் தலகல (2010) குறிப்பிடுகிறார். அதோடு அவர் முடிவாகத் தம் வருமானம் போதுமானதல்ல என எண்ணியவர்கள் கருக்கலைப்பை நாடும் வாய்ப்பு 12.3 மடங்காக இருந்தது எனக் கூறுகிறார்.

2003ம் ஆண்டு ஹேவகே கொழும்பு மாவட்டத்தில் கருக்கலைப்பை நாடுவோரின் விபரங்களை மற்றும் அதற்கான காரணிகளைக் குறித்துச் செய்த ஆய்வில், கருக்கலைப்பை நாடிய 50 வீதமான பெண்கள் தொழில் புரியாதவர்களாயிருந்தனர். 2012ம் ஆண்டு பான் டி.ஜே, கிம் ஜே மற்றும் டி சில்வா - இலங்கையில் கருக்கலைப்புகள்: யார் கருக்கலைப்பை நாடுகின்றனர்? எனும் ஆய்வில் கொழும்பில் கருக்கலைப்பை நாடியோர் 356 பேரின் இனவிருத்தி வரலாற்றைக்குறித்து நேர்காணல் செய்ததில், கிட்டத்தட்ட எல்லாப் பெண்களும் முறைசார் கல்வியைக் கற்றிருந்தனர். மற்றும்மாக அதில் 20 வீதமானவர்கள் மாத்திரமே வீட்டிற்கு வெளியே தொழில் புரிந்தனர். இதற்கு மாறாக டி சில்வா மற்றும் பலர் (2007) கூறுகையில் அதிகமானோர் உயர் கல்வித்தகைமையை கொண்டிருந்ததாகவும் அதில் 32 வீதமானோர் தம் வீட்டிற்கு வெளியே வேலை செய்தாகவும் கூறியுள்ளனர்.

இதற்கொப்பாக 2009ல் அபயசிங்க, வீரசந்தர, ஜெயவர்தனே மற்றும் சோமரத்ன, இலங்கையில், கொழும்பில் ஒரு சிகிச்சை நிலையத்தில் கருக்கலைப்பை நாடிய பெண்கள் மத்தியில் சட்டம் தொடர்பான விழிப்புணர்வு மற்றும் கருத்து மற்றும் கருக்கலைப்புச் செய்வதற்கான காரணங்களை அறிய நடத்திய ஆய்வில் 313 பெண்களிடம் கருக்கலைப்புச் சட்டம் மற்றும் அது தொடர்பான அவர்களின் கருத்துக்களை அறிய நேர்காணல் செய்தனர். அதில் 46.6 வீதமானோர் சாதாரண தர பரீட்சையைப் பூர்த்தி செய்திருந்ததாகவும் மேலும் 29.4 வீதமானோர் உயர்கல்வித்தகைமை கொண்டிருந்ததாகவும் கூறினார். அதோடு அவர்களில் 11.4வீதமானோர் பொருளாதாரக்காரணிகளினால் கருக்கலைப்பை நாடியதாகக் கூறி இருந்தனர்.

சமரர்தன் (2017) அவர்களின் அறிக்கையொன்றில் வீட்டு பணிப்பெண்ணாக வேலை செய்தவொருவர் இரண்டாம் முறையாகக் கருத்தரித்த போது இன்னுமொரு குழந்தையை வளர்க்கத் தனக்குப் பொருளாதார வசதி இல்லாததாலும் அதன்பின் தனக்கு வேலைக்குச் செல்ல இயலாது போகும் என்பதனாலும் கருக்கலைப்பை நாடியதாகக் கூறியுள்ளார். அதுபோலவே ஆடைத்தொழிற்சாலைகளில் வேலை செய்யும் பெண்கள் மற்றும் மத்தியகிழக்கு நாடுகளில் வேலை செய்யும் பெண்கள், குறைந்த வருமானம் பெறும் காரணத்தினால் பாலியல் வன்புணர்வு காரணமாக கருத்தரிக்க நேரிடுகின்றது என ஒரு சிரேஷ்ட சட்டத்தரணி கூறுவதை டல்வி மற்றும் பலர் சுட்டிக்காட்டுகின்றனர். ராஜபக்ச மற்றும் டி சில்வா 2009ம் ஆண்டு கருக்கலைப்பை நாடும் பெண்களின் விபரங்கள் எனும் ஆய்வில் கருக்கலைப்பை நாடும் 26 வீதமானோர் ஆடைத்தொழிற்சாலைகளில் வேலை செய்கின்றனர் என அடையாளம் கண்டுள்ளார், அதோடு அவர் கூறுகையில் சுதந்திர வர்த்தக வலயங்களில் வேலை செய்யும் பெண்கள், பாலியல் தொழிலாளர்கள், மற்றும் இடம்பெயர்ந்துள்ள பெண்கள் பாதுகாப்பற்ற கருக்கலைப்பினால் பாதிக்கப்படக்கூடியவர்களாய் உள்ளனர். கரீம் (1999) தொழிற்சாலைகளில் பணிபுரியும் பெண்கள் மத்தியில் கருக்கலைப்பு அதிகரித்து வருவதாகக் கூறி இதனை ஆமோதிப்பதோடு பெண்கள் பல காரணங்களுக்காகக் கருக்கலைப்பை நாடுகின்றனர் அவற்றில் வசதி குறைந்தவர்களாய் இருப்பது அல்லது வயது குறைந்தவர்களாய் இருப்பதும் அடங்கும் என இலங்கைக் குடும்பத்திட்ட மிடல் சங்கத்தின் வைத்தியர் சிராணி பஸ்நாயக்க கூறுவதைச் சுட்டிக்காட்டுகிறார்.

திருமணமான அல்லது திருமணமாகாத நிலை

அதிகமான ஆய்வுக்கண்டுப்பிடிப்புகளின் படி அதிகமாகத் திருமணமான பெண்களே கருக்கலைப்பை நாடுகின்றனர்.

கருக்கலைப்புக்கள் திருமணமான தம்பதிகளிடத்தில் மிகவும் பரவலாக இருந்ததாக ராஜபக்ச (1999) குறிப்பிடுகிறார், மொத்தக் கருக்கலைப்புகளில் இது 94 வீதமாகும். ராஜபக்ச மற்றும் டி சில்வா 2000ம் ஆண்டு கொழும்பு, கம்பஹா மற்றும் குருநாகல் பிரதேசங்களில் கருக்கலைப்புச் செய்துகொண்ட பெண்களிடையே ஆய்வு செய்து, “கருக்கலைப்பை நாடும் பெண்களின் விபரங்கள்” எனும் தலைப்பில் எழுதிய ஆய்வுக்கட்டுரையில் கருக்கலைப்பை நாடும் அதிகமான பெண்கள் நகர்ப்புற மற்றும் புறநகர்ப்பகுதிகளைச் சேர்ந்த 25 - 30 வயதிற்குட்பட்ட திருமணமான 2 அல்லது அதற்கு மேற்பட்ட குழந்தைகளுடைய பெண்களாவர் எனச் சுட்டிக்காட்டியுள்ளனர். இதேபோல் அரம்பேபொல மற்றும் ராஜபக்ச (2014) இரண்டு குழுக்களிலும் அதிகமான பெண்கள் 25 - 29 வயதிற்குட்பட்டவர்களாயும் திருமணமானவர்களாயும் இருந்தனர் எனக் கண்டுகொண்டனர். அவர்களின் 2017 ஆய்வில் அவர்கள் 94.6 வீதமான பெண்கள் திருமணமானவர்கள் எனக்கண்டுகொண்டுள்ளனர். ஹேவகே (2003) கண்டுபிடித்ததின் படி கருக்கலைப்பை நாடும் 3/4 பெண்கள் திருமணமானவர்கள் அத்தோடு 50 வீதத்திற்கும் அதிகமானோர் 21 - 30 வயதிற்குட்பட்டிருந்தனர் மற்றும் அவர்களில் அதிகமானோர் நகர்ப்புறங்களில் வசிப்பவர்களாய்க் காணப்பட்டனர்.

ஆய்வினில் பங்குபற்றிய அதிகமானோர் (சுமார் 90 வீதம்) திருமணமான பெண்களாய் இருந்தனர் என டி சில்வா மற்றும் பலர் (2007) கூறுகின்றனர், அவர்களில் பலர் 0 -7 குழந்தைகள் பெற்றிருந்தனர் (சராசரி வயது 2 ஆகக் காணப்பட்டது). கருக்கலைப்பை நாடும் பெண்களில் அதிகமானோர் திருமணமானவர்களாய் இருந்தனர் எனவும் அவர்களின் கடைசிக் குழந்தை சிறுவயதாய் இருந்ததனால் (1/3 பதிவு செய்யப்பட்ட சந்தர்ப்பங்கள்) கருக்கலைப்பை நாடியதாகக் கூறியுள்ளனர். 23 வீதமானோர் தாம் எதிர்பார்த்த குடும்ப அளவை எட்டியதால் கருக்கலைப்புச் செய்ததாகக் கூறியுள்ளனர். 90.1 வீதமானோர் திருமணமான 31 மற்றும் 35 வயதிற்குட்பட்டவர்களாய் இருந்தனர், அத்தோடு 34 வீதமானோர் தாம் எதிர்பார்த்த குடும்ப அளவை அடைந்து, வயது வந்த பிள்ளைகள் இருந்ததனால்

நேரம் பொருத்தமாக இல்லை எனக்கருதினர். அதே வேளை 15.7 வீதமானோர் இன்னுமொரு சிறிய குழந்தையைக் கவனிக்க வேண்டியதனால் எனக்கூறினார்கள் என அபேயசிங்க மற்றும் பலர் (2009) குறிப்பிடுகின்றனர். பான் டி.ஜே மற்றும் பலர் (2002) செய்த ஆய்வின் கண்டுபிடிப்புகளின் படி 95 வீதமானோர் திருமணமானவர்களாய் இருந்தனர், அதில் பாதிக்கும் (1/2) மேற்பட்டவர்கள் 30 வயது அல்லது அதை விட வயது கூடியவர்களாக இருந்தார்கள். மற்றும் 2/3 பங்கினருக்கு ஒன்று அல்லது இரண்டு குழந்தைகள் இருந்தன. “ஒரு குழந்தை பிறந்த பின் மிக விரைவில் அடுத்த குழந்தை வேண்டாம்” மற்றும் “இதற்கு மேல் குழந்தைகள் வேண்டாம்” என்பன அவர்கள் கூறிய முதன்மைக் காரணிகளாய் இருந்தன.

அதிகமான திருமணமான பெண்கள் இதற்கு மேல் குழந்தைகள் வேண்டாம் எனும் காரணத்தினால் கருக்கலைப்பை நாடுவது, பெண்கள் எந்த அளவிற்குக் கருக்கலைப்பை குடும்பத்திட்டமிடல் முறையாகப் பயன்படுத்துகிறார்கள் என்பதைக் காண்பிக்கிறது. (விஜேதாச, 2016 குமார், 2013 ராஜபக்ச, 1999). அபேயகோன் (2012) முடிவாகக் கூறுகையில் கொழும்பு மாவட்டத்தில் அதிகமாகப் பாவித்த கருத்தடை முறை பலனளிக்கவில்லை என்பதனால் கருக்கலைப்பை நாடினார்கள், எனினும் மட்டக்களப்பு திருகோணமலைப் பகுதிகளில் தேவையான கருத்தடை முறைகளைப் பெற்றுக்கொள்வதில் இருந்த சிரமங்களாலும், அதனைப் பாவிக்கப் காட்டிய தயக்கத்தினாலும் பெண்கள் கருக்கலைப்பை நாடினர் என்கிறார்.

பின்வரும் காரணிகளான: கருத்தடை முறை பலனளிக்காமை, நவீன கருத்தடை முறை பாவிப்பதில் தயக்கம், கருத்தடை முறைகளை அணுகப் போதுமான அளவு சேவைகள் மற்றும் தகவல்கள் இல்லாமை அனைத்தும் தேவையற்ற கர்ப்பங்களுக்கு வழிவகுக்கிறது. அத்துடன் இதன் பலனாகக் கருக்கலைப்பை நாடவேண்டிய தேவை ஏற்படுகிறது. கருக்கலைப்புச் சேவைகள் தேவைப்படும் வேளைகளில் பாதுகாப்பான நிலைமைகளில் கிடைப்பதை உறுதிப்படுத்துவதுடன் இவ்விடயங்களையும் கருத்திற்கொண்டு நடவடிக்கை எடுப்பது முக்கியமானதாகும்.

கருத்தடை முறைகளை அணுகுவதில் உள்ள சிக்கல்கள் மற்றும் அவற்றைப் பாவிப்பதற்குத் தயங்குதல்.

கருத்தடை முறைகள் பாவனையில் உயர்ந்த கருத்தடைப் பரவல் விகிதம் காணப்படுமொரு நாடாக இலங்கை காணப்படுகிறது (இனப்பெருக்க வயதினுள் (15-44) உள்ள 52.5வீதமான பெண்கள் நவீன கருத்தடை முறைகளைப் பாவிக்கின்றனர்) (தி ஐலண்ட், 2016). அரசு வைத்திய சேவை நிலையங்களில் குடும்பத்திட்டமிடல் சேவைகள் இலவசமாக வழங்கப்படுவதனால் இது புரிந்துகொள்ளத்தக்கதொன்றாக உள்ளது. எனினும் இலங்கையின் தேசிய குடும்பத்திட்டமிடல் நிகழ்ச்சித்திட்டங்களில் உள்வாங்கப்படாதவொரு சமூகத்தரப்பினருக்குள் கருத்தடைப் பாவனை குறைவாக மற்றும் அவற்றை அணுகுவதில் சிக்கல்களும் காணப்படுகின்றன.

பான் மற்றும் பலர் (2002), விக்ரமசிங்க (2016), டி சில்வா மற்றும் பலர் (2007), தலகல (2010) மற்றும் அபேயசிங்க மற்றும் பலர் (2009) ஆகியோர் கூறுகையில் அநேகமான தம்பதியினர் கருத்தரித்த வேளையில் எந்தவொரு கருத்தடை முறைகளையும் பாவிக்கவில்லையெனக் குறிப்பிடுகின்றனர். பங்குபற்றியவர்களில் 2/3 பங்கினர் கருவுற்ற வேளையில் கருத்தடை முறைகள் பாவிக்க வில்லை என பான் மற்றும் பலர் (2002) கூறுகின்றனர். பாலியல் ரீதியாக உறவில் ஈடுபடுவோரில் 24 வீதமானோர் மாத்திரமே ஆணுறைகள் பாவித்திருந்தனர் என விக்ரமகமகே (2016) கூறுகிறார். 70.3 வீதமானோர் கருவுற்ற வேளையில் கருத்தடை முறைகள் எதுவும் பாவிக்கவில்லையென தலகல (2010) கூறியுள்ளார். அத்தோடு டி சில்வா மற்றும் பலரின் (2007) ஆய்வின் கண்டுபிடிப்புகளின் படி

89வீதமானோர் பலனளிக்காத முறைகளான மாதவிடாய்ச் சக்கர முறை மற்றும் விந்து வெளியேறுமுன் யோனியில் இருந்து ஆணுறுப்பை வெளியே எடுத்தல் போன்றவற்றைக் கருத்தடை முறைகளாகப் பாவித்தனர்.

தேவையற்ற கர்ப்பங்கள் ஏற்படுவதற்கான காரணிகள்

“இலங்கையில் கருத்தடை முறைகள் பிரபலமாகவுள்ளதோடு விலை குறைவாகவும் காணப்படுகிறது. சமூகத்தவர் குடும்பத்திட்டமிடலுக்குப் பொறுப்பாகவிருக்க வேண்டும். மக்கள் தம் குடும்பத்தைத் திட்டமிடுவதில் கவனம் செலுத்த வேண்டும்” என அப்போதைய சிறுவர் மற்றும் பெண்கள் விவகார அமைச்சர் கூறியதைக் கோடாகொட (2012) சுட்டிக்காட்டுகிறார். தேவையற்ற கர்ப்பங்களைத் தடுப்பதற்கான பொறுப்புப் பெண்கள் மற்றும் தம்பதியர் மீது செலுத்தப்படுவது பொதுவாகக் காணப்படுகிறது. எனினும் பல நேரங்களில் குடும்பத்திட்டமிடல் தொடர்பான தகவல்களும் சேவைகளும் இலகுவில் அணுகிப்பெற்றுக்கொள்ளக்கூடியவை அல்ல.

மேலும் சில கருத்தடை முறைகள் அணுகக்கூடியவையாய் உள்ள போதிலும் அதனைக் கையாள முடியாத பல பெண்களுக்கு பொருத்தமாகக் காணப்படவில்லை. கருத்தடை முறைகள் தொடர்பான விழிப்புணர்வு அதிகமாகக் காணப்பட்டபோதிலும், பங்குபற்றியோரில் 11 வீதமானோர் மாத்திரமே அவற்றைப் பாவிக்க விரும்பினர், எனக் குணசேகர மற்றும் விஜேசிங்க (2001) கூறுகின்றனர். டி சில்வா மற்றும் பலர் (2007) மற்றும் அரம்பேபொல மற்றும் ராஜபக்ச (2017) கூறுகையில் அதிகமான பெண்கள் பக்கவிளைவுகள் ஏற்படும் என்பதால் கருத்தடை முறைகளைப் பாவிக்கத்தயங்குகின்றனர் என்கின்றனர். பங்குபற்றியோருள் 71 வீதமானோர் நவீன கருத்தடை முறைகள் பாவிப்பதால், புற்று நோய் ஏற்படும் ஆபத்து, எடை குறைதல், எடை கூடுதல் மற்றும் தலை வலி போன்ற பக்கவிளைவுகள் உண்டாகும் எனக்கூறியதாக டி சில்வா மற்றும் பலர் (2007) கூறுகின்றனர். மேலும் கருக்கலைப்பை நாடிய 33 வீதமானோர் கருக்கலைப்பிற்குப் பின்னரான பராமரிப்பின் போது வழங்கப்பட்ட கருத்தடை முறைகளை ஏற்றுக்கொள்ளவில்லையெனக் கூறியுள்ளனர். இது தலகலவின் (2010) ஆய்வின் முடிவுகளான, 34/44 பங்குபற்றியோர் வைத்தியசாலையில் இருந்து விடுவிக்கப்பட்டு 15.2 மாதங்களில் நடத்தப்பட்ட தொடர்ச்சியான அடுத்த நேர்காணலின் போதும் இன்னும் எந்தவொரு கருத்தடை முறைகளையும் பாவிக்கவில்லை. அவர்கள் அதையொரு தேவையாகக் கருதவில்லை என்பதனை ஒத்திருந்தது.

மல்வென்னம் மற்றும் குணரத்ன (2016) ஆகியோரின் ஆய்வில், 36.2 வீதமான பங்குபற்றியோர் நவீன கருத்தடை முறைகளினால் ஏற்படும் பக்கவிளைவுகளுக்குப் பயப்படுவதாகக் கூறினர். அதற்கொத் ததாக, கரீம் (1999) கூறுகையில் திருமணமான தம்பதிகள் நவீன கருத்தடை முறைகளால் ஏற்படக் கூடிய பாதகமான பக்கவிளைவுகள் குறித்து வதந்திகளைக் கேள்விப்பட்டதனால் அதனைப் பாவிக்கா- திருக்கின்றனர். அரம்பேபொல மற்றும் ராஜபக்ச (2017) அவர்களின் கண்டுபிடிப்புகளின்படி பக்க விளைவுகள் காரணமாக அநேகமான பெண்கள் கருத்தடை முறைகளை இடைநடுவில் கைவிடுகின்ற- னர், முக்கியமாக ஹோர்மோன் மூலமான கருத்தடை முறைகளான ஊசிமூலமான மற்றும் வாய்மூல கருத்தடை மாத்திரைகள்.

நவீன கருத்தடை முறைகள் தொடர்பாக நிலவும் தப்பிப்பிராயங்கள் மற்றும் அதைப் பாவிப்பதில் உள்ள தயக்கம் சிறப்பான குடும்பத்திட்டமிடலுக்குத் தடைகளாய் உள்ளன. ஆகவே நாட்டின் சுகாதார அமைப்பு தொடர்ச்சியாகப் பெண்களின் கருத்தடை முறைகளுக்கான தேவைகளைக் கண்காணிப்பது முக்கியமானதாகும் என அரம்பேபொல மற்றும் ராஜபக்ச (2017) கூறுகின்றனர். அவர்களின் கண்டுபிடிப்புகளின் படி பெண்கள் கருத்தடை முறைகளைப் பாவிக்கத்தொடங்குவதில் அல்லது சரியா- கப் பாவிப்பதை விட அதனைத் தொடர்ந்து பாவிப்பதிலே சிக்கல்களை எதிர்கொள்கின்றனர்.

கருத்தடை முறைகள் பாவிக்க ஆண் துணைவர் தயங்குதல் அல்லது பாவிக்க மறுத்தல்

தேவையற்ற கர்ப்பங்களுக்கு வழிவகுக்கும் இன்னுமொரு காரணி ஆண் துணைவர் கருத்தடை முறைகள் பாவிப்பதில் தயக்கம் காட்டுதல் அல்லது பாவிக்க மறுத்தல் ஆகும். இது இலங்கைச் சமூகத்தில் பரவலாக மேலோங்கிக்காணப்படும் ஆணாதிக்கத்தையும் ஆண்கள் தாம் விரும்பும் எதையும் செய்யலாம் எனும் போக்கையும் காட்டுகிறது.

ஹந்துன்நெத்தி (1994) 6வது முறையாக கருவுற்றுக் கருக்கலைப்பை நாடிய ரத்னாவின் (உண்மையான பெயர் அல்ல) கதையைக் கூறுகிறார். அவர் அதை விளக்குகையில் “கருத்தடை முறைகள் பாவிப்பதா என்ற கேள்விக்கு இடமே இல்லை. கிராமப்புறங்களில் உள்ள பெண்களில் அநேகர் இதை ஒத்துக்கொள்வர், கணவன்மார் இந்த விடயத்தை பிடிவாதமாக எதிர்ப்பார்கள். ஒரு நாளின் முடிவில் என் கணவன் நன்றாக குடித்துவிட்டு வீடு வரும் போது, அவர் என் ஆலோசனைகளைக் கேட்கும் மனநிலையில் இருக்க மாட்டார்”. மேலும் விக்ரமகமகே (2016) கூறுகையில் குடும்ப அளவு, இலங்கை போன்றதொரு ஆணாதிக்கச் சமூகத்தில், திருமணத்திற்குள் பாலியல் உறவுகள் மற்றும் கருத்தடை முறைகள் பாவித்தல் போன்றவற்றில் பெண்களுக்கு சுதந்திரம் எந்தளவிற்கு இருக்கிறது என்பது கேள்விக்குறியானதாகும். அவர் கூறுகையில் கருத்தடை முறைகளைக் கணவன் பாவிக்கத் தவறுதல் அல்லது பாவிக்க விரும்பாமை மற்றும் அக ஆண் துணைவர் கருத்தடை முறைகளைப் பாவிக்க ஒத்துழைக்காமை தேவையற்ற கர்ப்பங்களுக்கு முக்கியமானதொரு காரணமாகும்.

விக்ரமகமகே (2016) கூறுகையில் பெண்கள் உயர் ஒழுக்க விழுமியங்களை கட்டிக்காக்க வேண்டுமெனவும் இனப்பெருக்க விடயங்களில் பொறுப்பேற்க வேண்டுமெனவும் எதிர்பார்க்கப்படுகின்றனர். அதேவேளை ஆண்கள் இவ்விடயத்தில் திருமணத்திற்கு வெளியிலான உறவுகளில் பொறுப்புக்கூறவேண்டியவர்களாகவோ இதில் பங்குள்ளவர்களாகவோ சமூக மற்றும் ஒழுக்க விழுமிய ரீதியில் எதிர்பார்க்கப்படவில்லை. ஆணாதிக்கத்தை ஏற்றுக்கொள்ளும் சமூக மனப்பாங்குகளுக்கான தீர்வுகளை ஆராய்ந்து பார்க்கையில், குணசேகர மற்றும் விஜேசிங்க (2001) கூறுவது யாதெனில் ஆண்களின் இனவிருத்திச் சுகாதாரம் தொடர்பான அறிவினை மேம்படுத்த, ஆண்களை இலக்கு வைத்து நடவடிக்கைகள் எடுக்க வேண்டும். அவர்கள் இது ஆண்களின் மத்தியில் இனவிருத்திச் சுகாதாரத் தெரிவுகள் தொடர்பான விழிப்புணர்வினை ஏற்படுத்தி ஆண்கள் பாவிக்கக் கூடிய கருத்தடை முறைகளை நாடுவதனை ஊக்குவிக்கும் என விவாதிக்கின்றனர். பால்நிலை தொடர்பான சமூக விதிமுறைகளும் அவை கருக்கலைப்புத் தொடர்பான விவாதங்களில் வகிக்கும் பங்கு குறித்தும் அடுத்துவரும் பகுதிகளில் விரிவாக ஆராயப்படும்.

இனவிருத்திச் சுகாதாரத் தெரிவுகள் தொடர்பான விழிப்புணர்வினைப் பெண்கள் மற்றும் ஆண்களுக்கிடையில் ஏற்படுத்துவது முக்கியமானதொரு விடயமாய் அமைந்த போதிலும், இளைஞர்களுக்கு இவற்றை அணுகிப் பெற்றுக்கொள்வதற்கான சூழலை ஏற்படுத்துவதும் முக்கியமானதொன்றாகும். இது அதிகமான வேளைகளில் இலங்கையில் புறக்கணிக்கப்பட்டதொன்றாக அமைகிறது.

**போதுமான அளவு கருத்தடை முறைகள்
தொடர்பான தகவல்கள் மற்றும் சேவைகள்
இளைஞர்களுக்குக் கிடைக்காமை.**

குணசேகர மற்றும் விஜேசிங்க (2001), டல்வி மற்றும் பலர் அத்தோடு பான் மற்றும் பலர் (2002) பின்வருமாறு கூறுகின்றனர். திருமணமாகாத இளைஞரின் கருத்தடை முறைகளுக்கான தேவை அரசு குடும்பத்திட்டமிடல் வேலைத்திட்டத்தினால் சந்திக்கப்படவில்லை. கருத்தடை முறைகளைப் பாவித்துக் கர்ப்பமடைதலைத் தவிர்த்துக்கொள்ளும் பொறுப்புப் பெண்களின் மீது சுமத்தப்பட்ட போதிலும், யதார்த்த சூழலில் கருத்தடை முறைகள் தொடர்பில் காணப்படும் களங்கமும் இளைஞருக்குச் சார்பான நட்பான சுகாதார மையங்கள் இல்லாமையும் இதற்குச் சவாலாய் அமைகிறது (சொய்சா 2015). இளைஞருக்கான குடும்பத்திட்டமிடல் மற்றும் இனவிருத்திச் சுகாதாரம் தொடர்பான சேவைகள் திருமணமானோருக்கு மட்டுமே கிடைக்கக்கூடியவையாய் உள்ளன. அத்தோடு 19 வயதிற்குக் குறைந்தவர்கள் திருமணமாகாதவர்கள் மற்றும் பாலியல் ரீதியான உறவில் ஈடுபடாதவர்கள் எனக் கருதப்படுகிறனர். (டி சில்வா மற்றும் பலர், (2003) சுரங்க மற்றும் பலர், 2017).

இலங்கையில் இளம் வயதினரிடையே பாலியல் நடத்தைகள் மற்றும் ஆணுறைப் பாவனை முறைகள் பற்றியுள்ள ஆய்வுகள் குறைவாகக் காணப்படுவதனால், பெரேரா மற்றும் ரீஸ் 2006ம் ஆண்டு “இலங்கையில் இளம் வயதினரின் பாலியல் நடத்தைகள்: எச்.ஐ.வி தடுப்பிற்கான வழிமுறைகள்” எனும் ஆய்வினை நடத்தினர் அதில் 6 மாவட்டங்களைச் சேர்ந்த 3,134 உயர்நிலைப்பள்ளி மாணவர்களிடம் (தரம் 12 மற்றும் 13) தரவுகளைச் சேகரித்தனர். அதில் அவர்கள் 1/2 மேலான அளவு ஆண்களும் கிட்டத்தட்ட 1/3 பெண்களும் பாலியல் ரீதியான உறவு கொள்வதாகக் கண்டுகொண்டுள்ளனர்.

ஹேவகே, பியர்சி, சல்வே மற்றும் சமரகே 2015ம் ஆண்டு நடத்திய - இலங்கையில் பாடசாலை செல்லும் கட்டிளமைப்பருவத்தினரின் பாலியல் மற்றும் இனவிருத்தி தொடர்பான அறிவு, மனப்பாங்கு மற்றும் நடத்தைகள் எனும் ஆய்விற்காக, பதுளை மாவட்டத்தை சேர்ந்த 5 வட்டாரங்களில் 16 - 19 வயதிற்குட்பட்ட 2020 மாணவர்களிடம் தரவுகளைச் சேகரித்தனர். அவர்கள் குறிப்பிடுகையில் இது களங்கம் மற்றும் உணர்ந்திறன் உள்ள ஒரு விடயமானதால் இளம் வயதினரிடையே பாலியல் உறவு குறித்துச் சேகரித்த தரவுகளில், விசேடமாக பெண் பிள்ளைகளிடம் சேகரித்த தரவுகளின் புள்ளிவிபரங்கள் உண்மையான அளவினைக்காட்டிலும் கூடுதலாக இருக்கக்கூடும் என்பதை நாம் மனதில் கொள்ள வேண்டும் என்கின்றனர். எனினும் சேகரித்த புள்ளிவிபரங்களும் பெருமளவிலான இளம் வயதினர் பாலியல் உறவில் ஈடுபடுகின்றனர் என்பதனையே காட்டுகிறது.

பாலியல் உறவில் ஈடுபட்டதற்கான சராசரி வயது ஆண்பிள்ளைகளுக்கு 15.3 ஆகவும் பெண் பிள்ளைகளுக்கு 14.4 ஆகவும் உள்ளதாக ஹேவகே மற்றும் பலர் (2015) நடத்திய ஆய்வின் கண்டுபிடிப்புகள் கூறுகின்றன. பெரேரா மற்றும் ரீஸ் (2006) நடத்திய ஆய்வின் படி 26.5வீதமான ஆண்களும், 10வீதத்திற்கும் குறைவான பெண்களுமே யோனி மூலமான, குத வழி மூலமான அல்லது வாய் மூலமான பாலியல் உறவின் பொது ஆணுறை பாவித்ததாகக் கூறியுள்ளனர். பாலியல் உறவில் ஈடுபடும் இளம் வயதினரின் விகிதத்தைக் கவனிக்கும் போது, கருத்தடை முறைகள் குறித்தான தகவல்களோ சேவைகளோ இவர்களுக்குக் கிடைக்கக்கூடியதாய் இல்லை என்பது தெளிவாகிறது, இது இளம் வயதினர் தேவையற்ற கர்ப்பங்களினால் பாதிக்கப்படக்கூடிய சந்தர்ப்பங்களை உருவாக்குகின்றது.

டி சில்வா 2015ம் ஆண்டு தன்னுடைய பெண்கள் மற்றும் ஊடக கூட்டமைப்பின் வெளியீடான “உலகளாவிய பாலியல் மற்றும் இனவிருத்தி உரிமைகளின் அணுகல் நாட்டின் விபரங்கள்: இலங்கை”. இதில் இவர் இலங்கையில் பதிவு செய்யப்படும் கர்ப்பிணித்தாய்மார்களில் 5.3வீதமானவர்கள் பதின்

வயதினராவர் எனும் குடும்ப சுகாதாரப் பணியகத்தின் 2014ம் ஆண்டின் புள்ளி விபரத்தைக் குறிப்பிட்டுள்ளார். பெரோ (2010) சட்டவிரோதக் கருக்கலைப்பை நாடுவோரில் சுமார் 10வீதமானோர் திருமணமாகாத இளம் பெண்கள் என மதிப்பீடு செய்துள்ளார். மற்றும் சுகாதார அமைச்சின் மனநலப் பிரிவின் வைத்தியர் சித்ரமாலி டி சில்வா இலங்கையில் ஒவ்வொரு வருடமும் சுமார் 24,000 இளவயதில் கர்ப்பமடைந்த தாய்மார் இருக்கின்றனர் எனக்கூறியதை குணதிலக (2016) குறிப்பிடுகிறார். எனினும் பதிவு செய்யப்படாத கர்ப்பிணித்தாய்மாரின் எண்ணிக்கையைப் பார்க்கும் போது உண்மையான தொகை இதனிலும் பார்க்க அதிகமாய் இருக்கலாம். கட்டாயமாக பாலியல் உறவில் ஈடுபடுத்தப்பட்ட பெண்களோ அவர்களின் பெற்றோரோ திருமணத்திற்கு முன்னதான பாலியல் உறவு தொடர்பில் காணப்படும் களங்கத்தினால், எந்தவொரு சட்ட ரீதியான மருத்துவ வழக்கினையும் பொலிசாரிடம் பதிவு செய்ய விரும்பவில்லை.

ஹேவகே மற்றும் பலர் (2015) செய்த ஆய்வு ஆண்களும் பெண்களும் தம் பாலியல் அனுபவங்களைப் பகிர்ந்துகொண்ட விதத்தினையும் அது எவ்வாறு பால்நிலை சார் சமூகக் கட்டுப்பாடுகளுக்கமைய வேறுபட்டது என்பதுடன், திருமணத்திற்கு முன்னரான பாலியல் உறவு தொடர்பான மனப்பாங்கினையும் வெளிக்கொணர்ந்தது. 53வீதமான ஆண்கள் தம் முதல் பாலியல் உறவு நடந்ததையிட்டு மகிழ்ச்சியடைவதாயும் அது நடக்கவேண்டுமென்று அவர்கள் விரும்பியதாகவும் கூறினர். அதற்கு மாறாக எந்தவொரு பெண்ணும் தான் அது நடந்ததை விரும்பியதாகக் கூறவில்லை, 2 பெண்கள் தாம் விருப்பு வெறுப்பற்ற நிலையில் இருந்ததாகக் கூறினர் 3 பெண்கள் அது தமது சம்மதமின்றி நடந்ததாகக் கூறினர். அவர்கள் மேலும் கூறுகையில் திருமணத்திற்கு முன்னரான பாலியல் உறவு ஏற்றுக்கொள்ளக்கூடியது என அவர்களில் அநேகமானோர் கருதவில்லை. எனினும் இக்கருத்து உறுதியாகப் பெண்களால் நம்பப்பட்டதோடு ஆண்களை விடப் பெண்களுக்கு விதிக்கப்பட்டிருந்தது. பதிலளித்த பெண்களில் 53 வீதமானோர் ஆண்களும் திருமணத்தின் போது கன்னித்தன்மையுடன் இருக்கவேண்டுமென உறுதியாகக் கூறினர். இதை ஆண்களுடன் ஒப்பிடுகையில் 83வீதமானோர் பெண்கள் கன்னித்தன்மையுடன் இருக்கவேண்டுமெனக் கூறினர். அதேபோல் பதிலளித்த ஆண்களில் 44வீதமானோர் ஆண்களும் திருமணத்தின் போது கன்னித்தன்மையுடன் இருக்க வேண்டுமென உறுதியாகக் கூறினர், பெண்களோடு ஒப்பிடுகையில் 66வீதமான பெண்கள் கன்னித்தன்மையுடன் இருக்கவேண்டுமென நம்பினர்.

ஆண்களைவிடப் பெண்களுக்கு ஏன் சமூகத்தில் அதிகமான கடுமையான தடைகள் காணப்படுகின்றது என்பதைக் கருத்தில் கொள்ளும்போது, தாய்மை மற்றும் குடும்பப்பொறுப்பு ஆகியவை பெண்கள் மீது செலுத்தப்பட்டுள்ளது என்பதைக் கருத்தில் கொள்வது அவசியம்.பாகுபாடான அடையாளங்கள் மற்றும் நியமிக்கப்பட்டுள்ள வகிபாகம் அதோடு தாய்மையே பெண்ணின் பிரதான நோக்கம் என்பவை பெண்ணின் பாலியல், இவற்றை அடைவதே என வகுத்துள்ளது, அப்பலன்ட் (2018), ஹேவாகீகனகே மற்றும் பலர் (2015) மேற்குறிப்பிடப்பட்ட கண்டுபிடிப்புகளை உறுதிப்படுத்துகின்றனர். அதோடு அப்பலன்டின் அவதானிப்பான திருமணத்திற்கு வெளியே குழந்தை பெறுவது அதிகமான களங்கத்தையுடையதொன்றாகும் என்பதனை ஆமோதிக்கின்றனர். அப்பலன்ட் கூறுகையில் கருக்கலைப்பைச் சட்டவிரோதமாக்குதல் “இளம் வயதினரிடையே பாலியல் நடவடிக்கைகளை வெட்கத்துக்குரிய ஒன்றாகவும் பேசத்தகாத விடயமாகவும் உறுதிப்படுத்துகிறது” எனக்கூறுகிறார்.

கருக்கலைப்பைச் சட்டப்பூர்வமாக்கல் அல்லது சட்டத்தைத் தளர்த்துவதற்கு எதிரான விவாதங்களை முன்வைக்கையில் பாலச்சந்திரன் (2009) அரசியலில் செல்வாக்குச் செலுத்துமொரு புத்த பிக்கு கருக்கலைப்பு எதிர்ப்புச் சட்டத்தைத் தளர்த்துவது “பொறுப்பற்ற பாலியல் நடத்தைகளுக்கும் ஒழுக்கச் சீர்கேட்டிற்கும் வழிவகுக்குமெனவும் அது குடும்பத்தை உடைத்துவிடுமெனவும்” கூறுவதைச் சுட்டிக்காட்டுகிறார். இக்காரணிகள் எவ்வாறு, பாலியல் உறவு ஒழுக்கச் சீர்க்கேட்டினை பிரதிபலிக்கின்றதெனவும், கர்ப்பமடையும் நோக்கமற்ற அல்லது குடும்பத்தைக் கட்டியெழுப்பும் நோக்கத்தில் நடத்தப்படாத பாலியல் உறவு வெட்கத்துக்குரியதெனவும் இவை இணைக்கப்பட்டுள்ள விதத்தினைக் கவனிப்பது முக்கியமானதாகும். இதுபோல பெண்கள் தாய்மையடைவதைத் தெரிவு செய்யாதிருத்தல் எவ்வாறு சமூகத்தின் இருப்பிற்கு அச்சுறுத்தலாய்க் காணப்படுகிறது என விக்கிரமகமகே (2016) கூறுகிறார்.

பால்நிலை சார் வகிபாகங்களைப் புரிந்து கொள்ள இளைஞர்கள் எவ்வாறு பழக்கப்படுத்தப்பட்டுள்ளனர் என்பதைக் கவனிப்பது அவசியமானதாகும். ஏனெனில் கலாச்சார ரீதியான பேசக்கூடாத தன்மை, பாலியல் சார் விடயங்கள் தலைமுறைகளிடையே கலந்துரையாடப்படுவதைத் தடுக்கும் காரணியாக அமையாதிருக்கக் கல்வி மற்றும் வழிகாட்டலின் முக்கியத்துவத்தை இது எடுத்துக்காட்டுகிறது (ஹேவாகீகனகே மற்றும் பலர் 2015).

இளைஞர்கள் பாதுகாப்பான பாலியல் உறவில் ஈடுபட்டு, தேவையற்ற கர்ப்பங்களுக்கு முகம்கொடுக்காதிருக்கத் தடைகளாய் இருக்கும் முக்கிய காரணிகள் குறைவான அளவிலான கருத்தடை முறைகளின் பாவனை, தகவல்கள் போதிய அளவு கிடைக்காமை மற்றும் குடும்பத்திட்டமிடல் முறைகளை அணுகுவதில் சவால்கள் என்பவையாகும். எனினும் குடும்பத்திட்டமிடல் குறித்த தகவல்கள் மற்றும் சேவைகளை மேம்படுத்தல், மற்றும் பாகுபாடான பால்நிலை சார் சமூகக் கருத்துக்களைக் கையாளுதல், இளைஞர்களுக்குக் கருத்தடை முறைகள் மற்றும் பாதுகாப்பான பாலியல் உறவு குறித்த அறிவினை வழங்குதல் உறுதிசெய்யப்படுதல் முக்கியமானதாயினும், இவை உறுதிசெய்யப்பட்டாலும் பாதுகாப்பான கருக்கலைப்புச் சேவைகளுக்கான தேவைக்குத் தீர்வாக இது அமையாது.

குமார் மற்றும் பலர், (2012), குணசேகர மற்றும் விஜேசிங்க (2001), சேனநாயக்க - 2009ம் ஆண்டு நடத்திய ஆசிய ஓசியானியா பிராந்தியத்தில் பாதுகாப்பற்ற கருக்கலைப்புகளைத் தடுத்தல் எனும் ஆய்விலும் மற்றும் இலங்கைக் குடும்பத்திட்டமிடல் சங்கத்தின் (2010), இலங்கைக் குடும்பத்திட்டமிடல் சங்கத்தின் கொள்கை: கருக்கலைப்புப் பாத்திரத்தில், பெண்களுக்கெதிரான வன்முறையைக் கையாளக் கல்வி மற்றும் சேவைகள் கிடைக்கப்பெறுவதை மேம்படுத்தல், கருக்கலைப்பிற்கான தேவையை இல்லாமல் செய்யாது எனக்கூறப்பட்டுள்ளது. குமார் மற்றும் பலர் (2012) கருத்தடை முறைகளின் பலனளிக்கத் தவறும் வீதம் (உலக சுகாதார ஸ்தாபனத்தின் 2003ன் புள்ளி விபரத்தைக் குறிப்பிடுகிறார்) ஆணுறைகள் 14வீதம் மற்றும் மாத்திரைகள் 5வீதம் மனித தவறுகளினால் தேவையற்ற கருத்தரிப்புகள் ஏற்பட வாய்ப்புகள் உள்ளன. தர்மகுலசிங்கம் (2018) அபேயகோன் (2012) இருவரும் இதனை ஆதரிக்கின்றனர். அவர்கள் குறிப்பிடுகையில் கருத்தடை முறைகள் பலனளிக்கத் தவறுதல் தேவையற்ற கர்ப்பங்களுக்கு வழிவகுப்பதுடன் அதன் காரணமாக பெண்கள் கருக்கலைப்பை நாடுகின்றனர்.

மேலும் வேறு சந்தர்ப்பங்களான பாலியல் வன்புணர்வுகளின் போது மற்றும் குறைகளுடைய அல்லது ஊனமுற்ற கரு உருவாகும் வேளைகள் - (இது இன்னும் விபரமாகக் கீழ்வரும் பகுதிகளில் ஆராயப்படும். பாதுகாப்பான கருக்கலைப்புத் தேவைகளுக்கான தேவை அவசியமாகிறது.)

சட்டவிரோதமான கருக்கலைப்புகளினால் ஏற்படக்கூடிய ஆபத்துக்கள்

தாய் மரணங்கள் மற்றும் கருக்கலைப்பிற்குப் பின்னரான குணப்படுத்த முடியாத நீண்ட கால விளைவுகள்

குமார் (2013) கூறுகின்றபடி, வைத்தியசாலைகளில் அனுமதிக்கப்படும் பெண்களில் சுமார் 7% - 16% மானவர்கள் பாதுகாப்பற்ற கருக்கலைப்புகளினால் ஏற்படும் சிக்கல்களினால் அனுமதிக்கப்படுகின்றனர் எனச் சுகாதார அமைச்சின் மதிப்பீடுகள் கூறுகின்றன. சுரங்க மற்றும் பலர் (2010) 13.5%மான தாய் மரணங்கள் கருக்கலைப்புச் சம்பந்தமான சிக்கல்களினால் ஏற்படுகின்றன, இது நாட்டில் தாய் மரண வீதத்தின் இரண்டாவது பொதுக் காரணியாக இருக்கிறதெனக் கூறுகின்றனர். எனினும் இப்பெண்களின் கதைகளும் சூழ்நிலைகளும் பதிவுகளில் தவறி மறைந்தே போய் விடுகின்றன என குமார் மற்றும் பலர் (2012) கூறுகின்றனர். கரீம் (1999) கூறுகையில் இரகசியமாகக் கருக்கலைப்புச் செய்துகொண்ட பெண்கள் மௌனமாகப் பாடுபட வேண்டிய நிலையில் உள்ளனர் சிலர் தம் உயிரை

இழப்பதோடு வேறு சிலர் நிரந்தரமான பக்க விளைவுகளினால் ஊனப்படுகின்றனர். அதற்கொத்ததாக முதலிகே (2017) கருக்கலைப்புச் செய்வதைச் சுற்றியுள்ள இரகசியத்தன்மையினால் அதனால் இறந்த அல்லது பாதிக்கப்பட்ட பெண்கள் பற்றிய சரியான தகவல்களைப் பெறுவது கடினமாகவுள்ளதெனக் கூறுகிறார். ஆகவே மரணவீதம் பாதுகாப்பற்ற கருக்கலைப்புகளினால் ஏற்பட்ட எல்லா மரணங்களையும் உள்ளடக்கவில்லை. மரணத்தைத் தவிர பாதுகாப்பற்ற கருக்கலைப்பினால் வேறு அதிக சிக்கல்களும் ஏற்படக்கூடும், பல வேளைகளில் அதன் தாக்கங்கள் குணப்படுத்த முடியாதவையாகவும், நீண்ட கால விளைவுகளைக் கொண்டதாயும் அமையக்கூடும்.

2014ம் ஆண்டு அரம்பேபொல, ராஜபக்ச மற்றும் கலவடுகே ஆகியோர் நடத்திய “வழமையான வைத்தியசாலைப் பராமரிப்புடன் ஒப்பிடுகையில் கருக்கலைப்பிற்குப் பின்னான பராமரிப்பு: இலங்கையிலொரு கட்டுப்படுத்தப்பட்ட விடய ஆய்வு” என்பதில் பாதுகாப்பற்ற கருக்கலைப்புச் செய்துகொண்ட பெண்கள் 171, கட்டுப்படுத்தப்பட்ட தற்செயலாய்க் கருக்கலைப்பு ஏற்பட்ட சந்தர்ப்பங்கள் 638 மற்றும் திட்டமிடாத கருத்தரிப்பின் பின் பிரசவித்த சந்தர்ப்பங்கள் 600 ஐ ஆய்வு செய்தனர். இவ்வாய்வின் கண்டுபிடிப்புகளின்படி 60.8%மான பாதுகாப்பற்ற கருக்கலைப்புகள் செய்யப்பட்ட சந்தர்ப்பங்களில் நோய்த்தொற்று ஏற்பட்டதற்கான உறுதியான மருத்துவ அறிகுறிகள் காணப்பட்டன. 12.3% மான நேரங்களில் உறுப்புகள் செயலிழந்த நிலை காணப்பட்டன. 1.25%மான சந்தர்ப்பங்களில் (2 நபர்கள்) மருத்துவச்சிக்கல்கள் காரணமாக உயிரிழக்க நேரிட்டது.

தலகல (2010) கூறுகையில் ஆய்வு செய்யப்பட்ட 87% மான பெண்கள் வெவ்வேறு அளவிலான கடுமையான இரத்தப்போக்கை எதிர்க்கொண்டனர், அதில் 8% மானோருக்கு இரத்தமாற்றம் உள்ளடக்கிய மருத்துவப் பராமரிப்புத் தேவைப்பட்டது. பங்குபற்றியோரில் 39% மானவர்கள் கடுமையான வலி ஏற்பட்டதாகவும் அவர்களுக்குச் சரியான பராமரிப்புக் கிடைக்கவில்லையெனவும் கூறினர், 35% மானோர் தலைச் சுற்று மற்றும் சோர்வினை எதிர்கொண்டனர், 11% மானோர் காய்ச்சலையும் மற்றும் 5% மானோர் யோனியில் திரவ வெளியேற்றத்தையும் (நோய்த்தொற்றுக் காணப்படக் கூடியதற்கான அறிகுறி) அனுபவித்தனர். இவற்றில் சில அறிகுறிகள் எதிர்பார்க்கப்பட்டவையாய் இருந்த போதிலும் மற்றவை பாதுகாப்பாகச் செய்யப்பட்ட கருக்கலைப்பின் குணவியல்புகள் அல்ல, பாதுகாப்பற்ற கருக்கலைப்பின் பின்விளைவுகள் பின்வருவனவற்றை உள்ளடக்கும்: கடுமையான இரத்தப்போக்கு, நோய்த்தொற்று, இனப்பெருக்கத் தொகுதியின் உறுப்புக்கள் மற்றும் அடி வயிற்றில் உள்ள ஏனைய உறுப்புக்களில் வேதனை ஏற்படுதல், மலட்டுத்தன்மை, இடுப்புப்பகுதியில் வீக்கங்கள், கருப்பைக்கு வெளியில் கருக்கட்டல் ஏற்படுதல், குறை மாதப் பிரசவம், மற்றும் அடுத்து வரும் கர்ப்பத்தின் போது தற்செயலான கருக்கலைப்பு ஏற்படுதல். ஆய்வு செய்த 56 சந்தர்ப்பங்களுள் 30 சந்தர்ப்பங்களில் நோய்த்தொற்று அறிகுறிகள் காணப்பட்டதாகவும் மேலும் 8 சந்தர்ப்பங்களில் கருக்கலைப்பு பலனளிக்கவில்லை மற்றும் 2 சந்தர்ப்பங்களில் உடலுறுப்புகள் சேதமடைந்ததினால் வைத்தியசாலையில் அனுமதிக்கப்பட்டனர் எனவும் தலகலவின் (2010) ஆய்வுக் கண்டுபிடிப்புகள் கூறுகின்றன. ஊவா மாகாணத்தில் ஸ்வர்ணா (பெயர் மாற்றப்பட்டுள்ளது) பாதுகாப்பற்ற கருக்கலைப்பின் பின் உறுப்புக்கள் சேதமடைந்ததனால் மாகாண வைத்தியசாலை ஒன்றின் தீவிர சிகிச்சைப் பிரிவில் அனுமதிக்கப்பட்டு 2 வாரங்கள் அங்கே சிகிச்சை பெற்றார் என குமார் (2011) கூறுகிறார்.

கொழும்பில் இரண்டாவது முறையாக கருத்தரித்து கருக்கலைப்பை நாடியவொரு பெண்ணை நேர்காணல் செய்த போது, அவள் நாடிய வயதான ஒருவர் அவளுக்குச் சாப்பிட எதையோ கொடுத்ததாகக் கூறினார். மேலும் அவள் தன் கணவன் போதைப்பொருட்களுக்கு அடிமையாய் இருப்பதாகவும் எந்தவொரு வருமானமும் அவருக்கு இல்லையெனவும் கூறினாள். அவள் சாப்பிட்ட அந்தப் பொருளினால் அவளுக்குப் பிரசவத்தின் போது கடுமையான வலி ஏற்பட்டது. அத்தோடு அந்த வலி ஒரு வருடத்திற்கு நீடித்தது. அதன் பின் அவள் அறுவை சிகிச்சை மூலமான கருக்கலைப்பை நாடினாள். அது அவளின் வலது பக்க பலோப்பியன் குழாயில் பாதிப்பை ஏற்படுத்தியதென அப்பலன்ட் (2018) கூறுகிறார்.

மருத்துவக் கருக்கலைப்பு மாத்திரைகளில் உள்ள ஆபத்துக்கள்.

சட்டவிரோதமான சூழலில் ஆபத்தாக இருப்பது அறுவை சிகிச்சை மூலமான கருக்கலைப்பு மாத்திரமல்ல, மருத்துவக் கருக்கலைப்புகளும், கட்டுப்படுத்தப்படாத மற்றும் சரியான வழிகாட்டல் இன்றி மருத்துவக் கருக்கலைப்பு மாத்திரைகளும், - ஆபத்தான பிரதி விளைவுகளை ஏற்படுத்தக்கூடும். சட்டவிரோதமாக இருக்கும் பட்சத்திலும் மருத்துவக்கருக்கலைப்பு மாத்திரைகள் கறுப்புச்சந்தையில் கருக்கலைப்பை நாடும் பெண்களுக்கு விற்கப்படுகின்றன என ஆய்வுகள் கூறுகின்றன.

மருத்துவ வட்டாரத்தகவல்களின் படி, மிபெபிரிஸ்டோன் மற்றும் மிஸோபிரோஸ்டோல் பதிவு செய்யப்படாத மருந்து வகைகளாய் இருக்கும் போதிலும் நாடுமுழுவதிலும் மருந்தகங்களில் இரகசியமாக விற்கப்படுகின்றன. (பெரேரா, 2008). அது தனியார்துறையில் பரவலாகப் பாவிக்கப்படுகிறது (குமார், 2011). இந்தியாவிலிருந்து வரும் பயணிகளின் பயணப்பொதிகளில் இவை நாட்டிற்குள் கடத்தப்படுவதாகத் தெரிவிக்கப்படுகிறது (பெரேரா, 2010). இந்த மாத்திரைகள் அதிகூடிய விலைக்கு விற்பனை செய்யப்படுவது மாத்திரமன்றி, இவை கட்டுப்பாடின்றி சட்டவிரோதமாக விற்பனை செய்யப்படுவதனால் இதனைப் பாதுகாப்பாகப் பாவிக்கும் முறை தொடர்பான போதிய தகவல்களும் கிடைக்கப்பெறுவதில்லை. பெரேரா (2008) கூறுகையில் மருத்துவ ஆலோசனை இன்றி மிபெபிரிஸ்டோன் பாவிக்கும் பட்சத்தில் அது அதிகமான இரத்தப்போக்கை ஏற்படுத்த இடமுண்டு என்கிறார், மற்றும் குமார் (2011) கூறுகையில் சரியான தகவல்கள் இன்றி பிழையான அளவில் மருந்தினைப் பாவிக்கும் போது அது அதிக பகுதியளவிலான கருக்கலைப்புகள், கலைக்கப்படாத கருவில் ஊனம் அல்லது குறைபாடுகள் ஏற்படுத்தல் மற்றும் தாய் மரணம் போன்ற எதிர்மறையான பிரதி விளைவுகளை ஏற்படுத்தக்கூடும் என்கிறார்.

சட்டவிரோதக் கருக்கலைப்புகளினால் மருத்துவ ஆபத்துகள் மட்டுமன்றி, பாலியல் துன்புறுத்தல் மற்றும் சுரண்டல் போன்ற விடயங்களும் இடம்பெறுவதைக் கருத்திற்கொள்ள வேண்டும். குமார் (2013) பெண்கள் எவ்வாறு “சேவை வழங்குநர்களினால் அவமானப்படுத்தப்பட்டுப் பாதிப்படையக்கூடிய நிலைக்குத் தள்ளப்படுகின்றனர்” என்பதைக்குறித்துக் கவனம் செலுத்துகிறார். சேவை வழங்குவோர் மீதான பாலியல் துன்புறுத்தல் சம்பவங்கள் மிகவும் குறைவாகக் காணப்பட்ட போதிலும், தலகல (2010) அவரின் ஆய்வில் பங்குபற்றியோருள் மூவர் தாம் கருக்கலைப்பை செய்துகொள்ளும் முன், சேவை வழங்குனரின் பாலியல் முன்னேடுப்புகளுக்கு சம்மதிக்க வேண்டி இருந்ததெனக் கூறியுள்ளனர்.

கருக்கலைப்புக்கள் சட்டவிரோதமான செயலாகக் கருதப்படுவதால் பெண்கள் பாதுகாப்பற்ற சேவைகளை நாட உந்தப்படுகிறார்கள்.

அதிகமான ஆய்வுகள், ஊடகக்கட்டுரைகள் - குணசேகர மற்றும் விஜேசிங்க (2001), தலகல (2010), அரம்பேபொல மற்றும் ராஜபக்ச (2014), குமார் (2012), பெர்னாண்டோபுள்ளே (2017), சமரரத்தன் (2017), ஜெயசிங்க (2018), விக்ரமகமகே (2016), இலங்கைக் குடும்பத்திட்டமிடல் சங்கம் (2010), பெரேரா (2015) மற்றும் பாலச்சந்திரன் (2009) - கருக்கலைப்புகள் சட்டவிரோதமாகக் காணப்படும் தன்மை பெண்கள் கருக்கலைப்பை நாடுவதைத் தடுக்காது, எனும் தலைப்பில் மேற் கூறிய ஆய்வுகள், இது பெண்கள் சேவைகளை நாடுவதைத் தடுப்பதற்கு மாறாக, குற்றமாக்கப்பட்டுள்ள தன்மை

சேவைகளினால் பாதிக்கப்படக்கூடிய தன்மைக்கும், பொருளாதாரச் சுரண்டலுக்கு முகம்கொடுக்கும் சூழ்நிலைகளுக்கும் தள்ளியுள்ளதென குமார் மற்றும் பலர் (2012) கூறுகின்றனர்.

தலகல (2010) கூறுகையில், பங்குபற்றியோரில் 84%மானோர் கருக்கலைப்பு ஆபத்தானது மற்றும் உயிர் அச்சுறுத்தல் உள்ள பிரதிவிளைவுகளை ஏற்படுத்தக்கூடும் என்று தெரிந்தும் கருக்கலைப்புச் செய்யும் தீர்மானத்தை எடுத்தனர். ஆழமான நேர்காணலின் மூலம் பங்குபற்றியோர் எதிர்மறையான விளைவுகளை எண்ணி மிகவும் பயந்தனர். எனினும் தேவையற்ற கர்ப்பமொன்றிற்கு முகம் கொடுக்க நேர்ந்தது கருக்கலைப்பினால் ஏற்படக்கூடிய ஆபத்துக்கள் குறித்த பயத்தினை பார்க்கிலும் மேலோங்கி நின்றதாகக் கூறினர். அபேயசிங்க மற்றும் பலர் (2009) மற்றும் சுரங்க மற்றும் பலர் (2017) ஆகிய இருவரின் கண்டுபிடிப்புகளின் படி ஒருங்கே 11.2%மானோரும் 11%மானோரும் மாத்திரமே இலங்கையில் கருக்கலைப்புச் சட்டப்பூர்வமாய் இருக்கும் சந்தர்ப்பங்கள் குறித்து அறிந்திருந்தனர், எனினும் சட்டத்தைக்குறித்து அறியாதவர்களுடன் ஒப்பிடுகையில் இவர்கள் கருக்கலைப்பை நாடியதற்கான காரணத்தில் எந்த வேறுபாடும் காணப்படவில்லை. அரம்பேபொல மற்றும் ராஜபக்ச (2014) ஆகியோரின் கண்டுபிடிப்பின் படி 4% மானோரின் கருக்கலைப்புத் தொடர்பான முடிவு மத மற்றும் ஒழுக்க நெறிமுறைகளுடன் ஒப்பிடுகையில் சட்ட வரையறையைப் பொறுத்தே காணப்பட்டது.

சட்டவிரோதமாக்கல் பெண்கள் கருக்கலைப்புச் சேவைகளை நாடுவதனைத் தடுக்காது. சேகரம் (2018) குறிப்பிடுவது போல் “தேவையற்ற ஒரு கர்ப்பத்தை நிறைவு செய்யத் தீர்மானித்தவொரு பெண்ணை இதுவரை நிறைவேற்றப்பட்ட எந்தவொரு சட்டமோ, இதற்குப்பின் நிறைவேற்றப்படப்போகும் எந்தவொரு சட்டமோ தடுக்க முடியாது. சமூகமும் வைத்தியசாலைகளும் இந்த விடயத்தில் ஒரு பெண்ணை பாதுகாக்க அவர்கள் வகிக்க வேண்டிய பங்கினை ஏற்றுக்கொள்ள வேண்டும்”.

ஆரம்பப்பகுதியில் சுருக்கமாகக் கூறப்பட்டபடி, பெண்கள் மீது சுமத்தப்பட்டிருக்கும் குற்றவியல் சட்டங்கள், ஆபத்தானதொரு செயல்முறையின் பின் பெண்கள் வைத்தியசாலைப் பராமரிப்பை நாடுவதனைத் தடுக்கின்றன. அத்தோடு முக்கியமாக, பெண்கள் பராமரிப்பை நாடுவதனைத் தவிர்ப்பது சட்டவிரோதத்தன்மை குறித்து இருக்கும் பயம் மாத்திரமல்ல களங்கம் மற்றும் பாகுபாடுடன் நடத்தப்படும் பயமும் பெண்களைத் தடுக்கிறது. அரம்பேபொல மற்றும் ராஜபக்ச (2014), குமார் (2011), தலகல (2010) மற்றும் டி சில்வா (2017) ஆகியோர் கூறுவதற்கமையக் கருக்கலைப்பு சட்டவிரோதமாகக் காணப்படுவது அநேக பெண்கள் தேவையற்ற கர்ப்பத்தைத் தொடர்ந்து தகுதியான நபர்களிடம் தகவல்கள் மற்றும் உதவி பெறுவதனைத் தடுக்கிறது. அத்தோடு அவர்கள் தண்டனை பெறுவோம் எனும் பயத்தினால் தம் ஆபத்தான கருக்கலைப்பு அனுபவங்களைப் பகிர்ந்துகொள்வதையும் தடுக்கிறது.

பெண்கள் சட்டத்திற்குப் பயப்படுவதனாலும் களங்கம் காரணமாகவும் கருக்கலைப்பிற்குப் பின்னரான பராமரிப்பைப் பெறத்தயங்குகின்றனர். (முனசிங்க, 2017: கசின்ஸ், 2017 குடும்பத்திட்டமிடல் சங்கம், 2010 அபலன்ட், 2018 குமார், 2013), தலகல (2010) மற்றும் அரம்பேபொல மற்றும் பலர் (2014) கூறுகையில் பெண்கள் கருக்கலைப்பிற்குப் பின்னரான பராமரிப்பை நாடியபோது களங்கம் மற்றும் பாகுபாடு காட்டப்படும் சந்தர்ப்பங்களுக்கு முகம் கொடுத்தனர். குமார் 56 பெண்களில் 10 வீதமானோர் அரசு வைத்தியசாலைகளில் கருக்கலைப்பிற்குப் பின்னரான பராமரிப்பை நாடிய வேளையில் வைத்தியசாலை ஊழியர்களால் வாய்மொழித் துஷ்பிரயோகத்திற்கு உள்ளானதாகக் கூறினர் எனக்கூறுகிறார். தலகல கூறுகையில் கருக்கலைப்புத் தொடர்பான பிரச்சனைகளுடன் அனுமதிக்கப்படுவோர் சரியாக நடத்தப்படுவதில்லையெனவும் வைத்தியசாலை ஊழியர்கள் வாய்மொழித் துஷ்பிரயோகம் செய்வார்கள் எனவும் அவர்கள் நம்பியதால் 40/56 பெண்கள் வைத்தியசாலைக்குச்செல்லப் பயந்தனர். இந்த 40 பெண்களில், 30 பெண்கள் தாம் மற்றவர்களைப்பார்க்கிலும் பாகுபாடுடன் நடத்தப்பட்டதாகவும், வலி வேதனைகளின் போது குறைந்த கவனிப்பைப் பெற்றதாகவும், தமக்குக் குறைந்த முன்னுரிமை வழங்கப்பட்டதாகவும் தம்முடன் கடுமையாக நடந்துகொண்டதாக உணர்ந்ததாகக் கூறினர். மேலும் அவர்கள் கூறுகையில் அவர்களுக்குக் கொடுக்கப்பட்ட தகவல்களும் தம் கேள்விகளுக்கான, பிரச்சனைகளுக்கான பதில்கள் குறைவாக இருந்ததாகவும் கூறுகின்றனர். அரம்பேபொல மற்றும் பலர் (2014) கூறுகையில் பங்குபற்றியவர்களுள் 57.9 வீதமானோர் சுகாதார ஊழியர்களின் வாய்மொழித் துன்புறுத்தல் காரணமாக

அவர்கள் வைத்தியசாலையில் தங்கிய வேளையில் கிடைத்த ஒட்டுமொத்தக் கவனிப்பு அதிருப்தி-கரமாய் இருந்ததாகக் கூறியுள்ளனர்.

சமூகத்தில் சில விடையங்கள் குறித்த பேசக்கூடாத தன்மை எவ்வாறு இரகசியத்தன்மையை உருவாக்கியுள்ளன என கரீம் (1999) கூறுகிறார். அநேக பெண்கள் இதனைக் கவனத்தில் கொண்ட ஒன்றாக கூறியுள்ளனர் விசேடமாகக் கருக்கலைப்புச் சேவை வழங்குமொருவரை நாடும் வேளையில். தலகல (2010) கூறுகையில், கருக்கலைப்புச் செய்துகொண்டதனை மற்றவர்களிடமிருந்து மறைப்பது கருக்கலைப்பை நாடுவோர் கவனத்தில் கொண்டவொரு முக்கிய விடயமாகவிருந்தது. இது அவர்களுக்குக் குறிப்பிடத்தக்க போக்குவரத்து மற்றும் பொருளாதாரத் தடைகளை உருவாக்கியது. இரகசியத்தன்மை பேணப்படவேண்டியதன் அவசியம் 84 வீதமானோரை தம் வீட்டிலிருந்து தொலைவானதொரு இடத்தில் இருக்குமொரு சேவை வழங்குனரை நாட வழிவகுத்தது, இது அவர்கள் பிந்திய கருக்கலைப்பைச் செய்யக்கூடிய ஆபத்தை அதிகரித்தது. 34வீதமானோர் சரியான நேரத்தில் பொருத்தமானதொரு சேவை வழங்குனரைக் கண்டுகொள்ள முடியாமல் போனதாகத் தெரிவித்தனர். (தலகல 2010). களங்கம் மீண்டும் இந்த விடயங்களைக் கையாளுவதற்கு ஒரு முக்கிய தடையாய் அமைகிறது. ஒரு தீர்வு - பூரண பாலியல் கல்வி மற்றும் உறவுமுறைகளைக் கையாளுதல் தொடர்பான கல்வி - மேலும் விரிவாகக் கீழ்வரும் பகுதிகளில் ஆராயப்படும்.

கருக்கலைப்பைச் சட்டப்பூர்வமாக்கவும் கருக்கலைப்புச் சட்டத்தைத் தளர்த்தவும் முன்மொழிவுகள்

சுகாதார அடிப்படையான அணுகுமுறை

1995 தொடக்கம் கருக்கலைப்புச் சேவைகளைச் சில சந்தர்ப்பங்களில் சட்டப்பூர்வமாக்கப் பல முன்மொழிவுகள் மற்றும் அரங்கங்கள் முன்னெடுக்கப்பட்டுள்ளன. எனினும் இதில் எந்தவொரு முன்மொழிவும் பலனளிக்கவில்லை. மற்றும் அவை ஆலோசனைச் செயற்பாட்டில் கேள்விக்குரிய சில போக்குகளைக் காட்டுகின்றன - கருக்கலைப்புத் தொடர்பில் தீர்மானமெடுக்கும் விடயத்தில் யார் பங்குவகிக்கின்றனர். யாருடைய கருத்து அல்லது குரல் மேலோங்கி நிற்கிறது?

1995ம் ஆண்டு, நீதி அமைச்சு குற்றவியல் சட்டத்தின் சில பிரிவுகளுக்கு ஒரு திருத்தச் சட்டமூலத்தை உருவாக்கியது. அந்தச் சட்டமூலம் கருக்கலைப்புத் தொடர்பில் இருந்த கடுமையான தடையைப் பாலியல் வன்புணர்வு இரத்த உறவுகள் மூலம் பாலியல் வன்புணர்விற்கு உள்ளாக்கப்படல் மற்றும் குறைபாடுள்ள அல்லது ஊனமுற்ற கரு உருவாகும் சந்தர்ப்பங்களில் தளர்த்தக் கோரிக்கையிடப்பட்டது. அபேயசேகர (1997) கூறுவதன் படி இந்த முன்மொழிவிற்கு ரேணுகா ஹேரத் (ஐ.தே.க), டி மெல் (ஐ.தே.க), சமல் ராஜபக்ச (மக்கள் முன்னணி), வீரகோன்(LSS), திருச்செல்வம் (TULF) போன்ற சில அமைச்சர்கள் தம் இணக்கத்தைத் தெரிவித்தனர். டி மெல் இலங்கையில் நடக்கும் அதிகளவிலான சட்டவிரோத மற்றும் பாதுகாப்பற்ற கருக்கலைப்புகளைக் குறித்துப் பேசினார். மற்றும் ராஜபக்ச, வீரகோன் மற்றும் திருச்செல்வம் ஆகியோர் இந்தக் கடுமையான சட்டத்தைப் பாதுகாப்பற்ற கருக்கலைப்புகளினால் அதிகம் பாதிக்கப்பட்ட ஏழைப்பெண்களின் நலனுக்காகத் தளர்த்துவதற்கு ஆதரவளித்தனர். இந்த உணர்ச்சிகள் நீண்டகாலத்திற்கு முன்னிருந்தே காணப்படுகின்றன. டல்வி மற்றும் பலர் 1976ம் ஆண்டு வைத்தியர்கள் மற்றும் சட்டத்தரணிகள் மத்தியில் நடத்தப்பட்ட ஒரு ஆய்வைச் சுட்டிக்காட்டிக் கூறுகையில், 10வீதத்திற்கும் குறைவானவர்கள் மாத்திரமே தற்போதுள்ள சட்டத்தில் திருப்தியடைந்தனர். பெரும்பான்மையானோர் கருக்கலைப்புச் சேவைகள் ஏழைப்பெண்களுக்குக் கிடைக்கப்பெறுவதற்கு ஆதரவளித்தனர்.

இதில் மிகவும் முற்போக்கான கருத்துக்கள் ஜி.எல். பீரிஸ் மற்றும் திருச்செல்வம் அவர்களிடமிருந்து வந்தன. ஜி.எல். பீரிஸ் கூறுகையில் “கருக்கலைப்பைச் சட்டபூர்வமாக்கல் உலகின் பல பாகங்களிலும் மாறிவரும் நீதிக் கட்டமைப்பின் ஒரு பண்பாகும். ஆகவே இலங்கை ஏன் இந்த அபிவிருத்தியில் இருந்து விலகியிருக்க வேண்டுமென்பதற்கு நான் எந்தவொரு காரணத்தையும் காணவில்லை” மற்றும் மிகவும் திருச்செல்வம் மட்டுமே இதைப் பால்நிலைச் சமத்துவத்தின் ஒரு அம்சமாகச் சுட்டிக்காட்டினார். எனினும் இறுதியாக மத ரீதியான எதிர்ப்புகளினாலும் விவாதங்களினாலும், பழமைவாதக் கலாச்சாரக் கருத்துக்களும் மேலோங்கியதனால், இந்த முன்மொழிவு முன்கொண்டுசெல்லப்படவில்லை. 2010ம் ஆண்டு ஒரு மருந்தக நிறுவனம் தேசிய ஓளடதங்கள் கட்டுப்பாட்டு அதிகார சபைக்கு மிஸோபிரோஸ்டோல் மாத்திரைகளைப் பதிவுசெய்ய விண்ணப்பப்படிவத்தை முன்வைத்தனர். குமார் (2011) இந்த முன்மொழிவு ஏன் அங்கீகரிக்கப்படவில்லை எனினும் பின்தள்ளப்பட்டது என்பதற்கு விளக்கமளிக்கிறார். அவர் கூறுவதாவது ஒரு மருந்தின் பதிவை அங்கீகரிப்பது தேசிய ஓளடதங்கள் கட்டுப்பாட்டு அதிகார சபையின் ஓளடதப் பரிசீலனை உபகுழுவின் கையில் இருக்கிறது. இந்த உபகுழுவில் வெவ்வேறு மருத்துவத்துறைசார் நிபுணர்கள், மருந்தாளர்கள் அங்கம் வகிக்கின்றனர். மிஸோபிரோஸ்டோல் நாடுமுழுவதிலுமுள்ள மருந்தகங்களில் இருப்பது தெரிந்திருந்ததனால், கட்டுப்பாட்டுக் காரணங்களுக்காகவும், தர நிர்ணயத்திற்காகவும் இதனைப் பதிவு செய்யத் தேசிய ஓளடதங்கள் கட்டுப்பாட்டு அதிகார சபை ஆதரவளித்தது. பெரேரா (2010) சில துறைசார் அதிகாரிகள் கூறுவதைச் சுட்டிக்காட்டுகையில், ஆசிய நாடுகளில் இயங்கிவரும் சில பிரபலமற்ற நிறுவனங்களில் இருந்து இறக்குமதி செய்யப்படும் மருந்துகள் பலனளிக்கக் கூடியவையல்ல எனக்கூறித் தேசிய ஓளடதங்கள் கட்டுப்பாட்டு அதிகார சபையின் நிலைப்பாட்டினை ஆதரித்தனர். இலங்கை மகப்பேற்று மற்றும் பெண்ணோயியலாளர்களுக்கான கல்லூரியின் ஆலோசனையும் இதுதொடர்பில் பெறப்பட்டது. அவர்களும் மிஸோபிரோஸ்டோல் சில பொதுத்துறையில் மட்டும் பாவிக்கக்கூடியதான சில கட்டுப்பாடுகளுடன் இதனைப் பதிவு செய்யுமாறு பரிந்துரை செய்தனர். எனினும் உபகுழுவிலும் இதனை அனுமதிக்கப் போதுமான அளவு ஒருமித்த ஆதரவு இருக்கவில்லை ஏனெனில் சிலர் இதற்கு எதிர்ப்புத் தெரிவித்திருந்தனர். இதனால் இந்தத் தீர்மானத்தை நிலுவை நிலையில் வைத்திருக்கத் தீர்மானிக்கப்பட்டது.

மனித உரிமைகளுக்கான தேசிய செயற்திட்டம், 2011 -2016 கருக்கலைப்பைப் பாலியல் வன்புணர்வு மற்றும் பாரிய குறைபாட்டுடன் கரு உருவாகும் சந்தர்ப்பங்களில் சட்டபூர்வமாக்க முயற்சிகளெடுக்கப்பட்டது. மற்றும் இலங்கைச் சட்ட ஆணைக்குழு 2013ம் ஆண்டு கருக்கலைப்புச்சட்டங்களைப் பாலியல் வன்புணர்வு (இரத்த உறவுகளினால் செய்யப்படும் வன்புணர்வுகளும் பெண் பாதிக்கப்பட்டவராக இருக்கும் பட்சத்தில் இந்தப் பிரிவில் உள்ளடங்கும்) மற்றும் குறைபாடுள்ள கரு உருவாகும் சந்தர்ப்பங்களில் தளர்த்த முன்மொழிவுகளைக்கொண்டு வந்தது. சட்ட ஆணைக்குழு இலங்கை மருத்துவச் சபை, இலங்கை மகப்பேற்று மற்றும் பெண்ணோயியலாளர்களுக்கான கல்லூரி மற்றும் இலங்கை உளவியல் நிபுணர்களின் கல்லூரி ஆகியவற்றின் பிரதிநிதிகளுக்கு இந்தச் சட்டத்திருத்தத்தை வரைவதற்கான கலந்துரையாடல்களை நடத்த அழைப்பு விடுத்திருந்தது.

நீதவான் அலுவலிஹார சிறப்புக்குழுவினால் 2017ல் தயாரிக்கப்பட்ட சட்ட வரைவுப் பாலியல் வன்புணர்வுகள் மற்றும் இரத்த உறவுகளால் பாலியல் வன்புணர்வுகள் நடைபெறும் சந்தர்ப்பங்களில் குறைபாடுள்ள கரு உருவாகும் சந்தர்ப்பங்களில் மற்றும் 16 வயதிற்குக் குறைவான ஒரு பெண் கர்ப்பமடையும் சந்தர்ப்பங்களிலும் கருக்கலைப்புச் சட்டபூர்வமாக்கப்பட வேண்டுமெனக் கோரியது. மற்றும் கடைசியாக முன்வைக்கப்பட்ட முன்மொழிவு இலங்கை பெற்றினேட்டல் சொசைட்டியினால் முன்வைக்கப்பட்டது. இதில் பாலியல் வன்புணர்வின் பின் கர்ப்பமடையும் சந்தர்ப்பங்கள், குறைபாடுள்ள கரு உருவாகும் சந்தர்ப்பங்கள் மற்றும் தாயின் அனுமதியுடன் செய்யப்படுகையில் கருக்கலைப்புச் சட்டபூர்வமாக்கப்பட வேண்டுமெனக் கேட்டுக்கொள்ளப்படுகிறது.

ஜனாதிபதி மைத்திரிபால சிறிசேன நீதவான் அலுவலிஹார சிறப்புக்குழுவினால் தயாரிக்கப்பட்ட சட்ட வரைவு பற்றி மதத்தலைவர்களுடன் கலந்துரையாடல் நடத்த விருப்பம் தெரிவித்தார்.

மதத்தலைவர்கள் இந்தச் சீர்த்திருத்தத்திற்குக் கடுமையான எதிர்ப்பினை வெளிப்படுத்தினர். பிரதமர் ரணில் விசும்பசிங்க கருக்கலைப்புச் சட்டப்பூர்வமாக்கப்படாது எனும் உறுதியை வழங்கினார் எனக் கிறிஸ்தவ மத விவகாரங்களுக்கான அமைச்சர் ஜோன் அமரதுங்க கூறியதாக அறிவிக்கப்பட்டது (சேகரம் 2018).

2017 ஆகஸ்ட் 14ம் திகதி சுகாதார அமைச்சினைப் பிரதிநிதித்துவப்படுத்தும் வைத்தியர்கள் எந்த தெந்தச் சூழ்நிலைகளின் கீழ் இந்தச் சீர்த்திருத்தங்கள் மேற்கொள்ளப்படும் என்பதைக் குறித்து விளக்கவும் இதன் மருத்துவக் கண்ணோட்டத்தைக் குறித்து விளக்கவும் மதத்தலைவர்களை ஸ்ரீ சம்போதி மகா விகாரையில் சந்தித்தனர். பொதுமுள்ள (2017) இது குறித்து கூறுகையில், வணக்கத்துக்குரிய இட்டபண்ண தாம்மாலங்கார தேரர், மருத்துவ கண்ணோக்கினை விளக்கிய வைத்தியர்களுக்குத் தனது நன்றியைத் தெரிவித்து மதத்தலைவர்களும் வைத்தியர்களும் வெவ்வேறான கருத்துக்களைக்கொண்டுள்ளனர் என முடிவாகக் கூறினார்.

இதுவரை முன்மொழியப்பட்ட எல்லாச் சட்டத்திருத்தங்களும் தோல்வியைச் சந்தித்துள்ள போதிலும், கருக்கலைப்புத் தொடர்பான சட்டங்களைத் தளர்த்த பெருமளவிலான ஆதரவு காணப்படுகிறது.

கருக்கலைப்புச் சட்டத்திருத்தங்களுக்கான ஆதரவு

ஹேவகே (2003) நேர்காணல் செய்த 92.43 வீதம் சுகாதார நிபுணர்கள் தம் பனிக்காலத்தில் கருக்கலைப்புச் செய்துகொண்ட நபர்களைச் சந்தித்திருக்கின்றனர். அவ்வாறான பல நிபுணர்கள் கருக்கலைப்பைச் சில சந்தர்ப்பங்களின் கீழ் சட்டப்பூர்வமாக்க நடவடிக்கைகள் எடுக்கும் முயற்சிகளை முன்னெடுத்துள்ளனர். மற்றும் பலர் இதற்காகத் தம் குரலை உயர்த்தியுள்ளனர்.

குறைபாடுள்ள கரு உருவாகும் சந்தர்ப்பங்கள் பற்றி வுத்மண் (2017) வைத்தியர் கபில ஜெயரத்தன கூறுவதைக் குறிப்பிடுகிறார் “நாம் தினமும் பெண்கள் பாதிக்கப்பட்டுத் துன்பப்படுவதைக் காண்கிறோம். அத்தோடு அது குழந்தையையும் பாதிக்கிறது. குழந்தை கருப்பையில் துன்பப்படுகிறது. பிறந்த பின்னரும் துன்பப்படுகிறது. ஒரு வாரத்தின் பின் குழந்தை இறக்கிறது, இது குடும்பத்திற்கும் சமூகத்திற்கும் மற்றுமொரு வேதனையைக் கூட்டுகிறது.” வைத்தியர் கபில கூறுகையில் கருக்கலைப்பு என்று சொல்லும் போது இருக்கும் களங்கம் காரணமாகத் தான் கருக்கலைப்பு என்ற சொல்லைப் பாவிக்க விரும்பவில்லை எனக்கூறுகிறார். மருத்துவ ரீதியாகத் தானும் தன்னுடன் சேர்ந்த ஏனைய மருத்துவர்களும் இந்த விவாதத்தை மனதாபிமானக் கண்ணோக்கில் மக்களைப் பாதிக்கும் துன்பப்படுத்தும் பக்கத்தைப் பார்க்க விரும்புகின்றனர். இது தாய்க்கு மட்டுமான துன்பமல்ல கரு பிரசவிக்கப்பட்டு, ஆரோக்கியமாய் வாழ அடிப்படை உடலுறுப்புக்கள் இன்றி வளரும் பட்சத்தில், அந்த நபரும் வாழ் நாள் முழுவதும் துன்பத்தை அனுபவிப்பார்.

பொத்துமுள்ள (2017) பேராசிரியர் சுஜீவ அமரசேன ரூஹனு பல்கலைக்கழகத்தின் குழந்தைகள் மருத்துவப் பேராசிரியரைச் சுட்டிக்காட்டிக்கூறுகையில் அவர்கள் குழந்தை பிறந்தாலும் உயிர்பிழைக்க வாய்ப்பற்ற 30 சந்தர்ப்பங்களை மரபணு ரீதியான பிரச்சனைகள் உட்பட இனம்கண்டுள்ளதாகக் கூறியுள்ளார். அவர் மேலும் கூறுகையில், “சில சந்தர்ப்பங்களில் கருக்கலைப்பைச் சட்டப்பூர்வமாக்கல் தாயின் உயிரை ஆபத்தில் தள்ளும் சட்டவிரோதக் கருக்கலைப்புகள் குறைவடையக்கூடும். வெவ்வேறு சந்தர்ப்பங்களில் கருக்கலைப்புச் சட்டப்பூர்வமாக இருக்கும் நாடுகளின் சுகாதாரத்துறையில் சிறப்பான பலன்களைக் காணக்கூடியதாய் உள்ளது. நாம் இதே பலன்களை இலங்கையிலும் காணக்கூடுமென உறுதியாகக் கூற முடியாத போதிலும், இதன் விளைவுகள் சிறப்பானவையாக இருக்கும்” என்கிறார்.

குணதிலக (2017) பெண்ணோயியல் மருத்துவர் வைத்தியர் யூ.டி.பி. ரத்னசிறி கூறுவதைச் சுட்டிக்காட்டுகிறார். அவர் கருக்கலைப்புச் சட்டத்திருத்தத்தைக் குறித்துக் கூறுகையில் அது அநேகமான தாய்மாரின் கஷ்டத்தை முடிவிற்குக் கொண்டுவர அவசியமானதாக இருக்கிறது. எல்லாத் தாய்மாரும் வலி மற்றும் வேதனையிலிருந்து விடுபட்டிருக்கும் உரிமையை உடையவர்களாய் இருக்கின்றனர்” என்கிறார். பாலியல் வன்புணர்வினால் கருத்தரித்தல் மற்றும் குறைந்த வயதில் கருத்தரித்தல் போன்ற சந்தர்ப்பங்களில், விஜேதாச (2016) வைத்தியர் கிஹான் அபேயவர்தன குருநாகல் போதனா வைத்தியசாலையின் மனநல மருத்துவர் கூறுவதைச் சுட்டிக்காட்டுகிறார். தான் பல ஆண்டுகளாய்ச் சட்ட ரீதியான மாற்றங்களுக்காய்ப் பரிந்துரை செய்து வருவதாகக் கூறுகிறார். ஏனெனில் ஒவ்வொரு மாதமும் பாலியல் வன்புணர்வு, இரத்த உறுவுகளினால் பாலியல் வன்புணர்விற்குட்படுத்தப்பட்டவர்கள் பலர் அவரிடம் கொண்டுவரப்படுவதாகக் கூறுவதுடன் மனநலம் பாதிக்கப்பட்ட சிறுமிகளும், பெண்களும் பாலியல் வன்புணர்விற்குட்படுத்தப்பட்டு அதனால் கர்ப்பமடையும் சம்பவங்கள் அதிகரித்து வருவதாகவும் கூறுகிறார். “நான் குருநாகல் மற்றும் மாத்தளை இரண்டு இடங்களிலும் குறிப்பிடத்தக்க எண்ணிக்கையிலான பெண்களைச் சந்தித்துள்ளேன். ஒரு மாதத்திற்கு 2 அல்லது 3 பேருக்கு அதிகமானோர் கர்ப்பமடைந்து எம்மிடம் வருகின்றனர். சிலர் கர்ப்பமடையவில்லை. இது சற்றுக் கடினமான சூழல் ஏனெனில் இலங்கையில் பாலியல் உறவு கொள்ளச் சம்மதம் தெரிவிக்கும் வயது 16. இந்தப் பெண்கள் 16 வயதிற்கு மேற்பட்டவர்களாய் இருப்பினும் அவர்களின் உள் வயது சிறியவர்கள் வயதை ஒத்திருக்கிறது.” அண்மையில் ஓர் 20 வயது மனநலம் பாதிக்கப்பட்டவொரு பெண் அவரிடம் கொண்டுவரப்பட்டாள். அவள் பாடசாலை சென்றதில்லை எழுதவோ, வாசிக்கவோ அவளுக்குத் தெரிந்திருக்கவில்லை. அவள் தன் பெற்றோருடன் வீட்டில் வசித்து வந்தாள். அவர் கருவைச்சுமக்கக் கட்டாயப்படுத்தப்பட்டபோது அவரது கரு 12 வாரத்திற்கும் அதிகமாய் இருந்தது. விஜேதாச கூறுகையில் அவர் கதைத்த அநேகமான வைத்தியர்கள் கூறுகையில் ஒவ்வொரு மாதமும் 3 முதல் 4 வரையான கருக்கலைப்புச் செய்துகொள்ள விரும்பும் பெண்கள் அவர்களை நாடினர்.

கசின்ஸ் (2017) கொழும்பு காசல் வீதி பெண்கள் வைத்தியசாலையின் மகப்பேற்று மற்றும் பெண்ணோயியலாளர் வைத்தியர் சனத் லென்றொல் அவர்கள் “நான் பாலியல் வன்புணர்வினால் கர்ப்பமடைந்த அநேகமான பெண்களைப் பார்த்துள்ளேன். இந்தச் சட்டத்திருத்தம் பெண்களின் வாழ்க்கைத்தரத்தில் பெரியளவில் மாற்றங்கள் கொண்டுவரக்கூடும்” எனக்கூறுவதைச் சுட்டிக்காட்டுகிறார். அவர் மேலும் பபிட்டா (பெயர் மாற்றப்பட்டுள்ளது) எனும் பெண்ணின் கதையைக் கூறுகிறார். அவள் தன் காதலனினால் பாலியல் வன்புணர்விற்குட்படுத்தப்பட்டுக் கர்ப்பமடைந்த 7 மாதங்களின் பின் கருக்கலைப்பை நாடியுள்ளார். அவள் மருந்தகத்தில் சட்டவிரோதமாக மிலோபிரோஸ்டோல் மற்றும் மிப்பேபிரிஸ்டோல் வாங்கியதாகவும், எனினும் அதனைப் பாவிக்கக்கூடிய காலம் கடந்து இருந்ததனால் அது பலனளிக்காததினால் அவள் 35,000 ரூபாய் அறவிட்டவொரு வைத்தியரைக் கண்டுபிடித்து 2 மாதங்களுக்கு முன் குறைமாதமாகப் பிரசவித்துள்ளார். அவள் கூறுகையில் பிறந்து 20 நிமிடங்களில் அக்குழந்தை இறந்ததெனவும் பல நாட்களுக்கு அவள் சிறிய அளவிலான இரத்தப்போக்கு மற்றும் வலியினால் கஷ்டப்பட்டதாகவும் கூறியுள்ளார். இதன் மூலம் அவர் பாலியல் வன்புணர்விற்கு உள்ளான பல பெண்கள் சந்திக்க நேரிடும் கஷ்டங்களை எடுத்துரைத்தார்.

2017ம் ஆண்டின் டெய்லி மிரர் பத்திரிகையின் ஒரு கட்டுரையின் படி இலங்கைச் சிறுவர்கள் பாதுகாப்பு அதிகாரசபையின் நிறுவுனர் மற்றும் தலைவர் வைத்தியர் ஹிரந்தி விஜேமான்னே கூறுகையில் 13 அல்லது 14 வயதான சிறுமிகள் குடும்ப அங்கத்தவர்களினால் பாலியல் வன்புணர்விற்கு உட்படுத்தப்படும் சந்தர்ப்பங்கள் அநேகம் இருக்கின்றன. அவ்வாறான சந்தர்ப்பங்களில் கருக்கலைப்புச் செய்வதற்கான அனுமதி வழங்கப்பட வேண்டும் என்கிறார். 2012ம் ஆண்டில் டெய்லி மிரர் பத்திரிகையின் ஒரு கட்டுரை பாலியல் வன்புணர்விற்குள்ளானோரின் கஷ்டங்களைக் குறித்துக் கூறுகிறது, ஒரு குறைந்த வயதுள்ள சிறுமி பாலியல் வன்புணர்விற்குள்ளாகிக் கர்ப்பமடையும் போது அதிகமான வேளைகளில் வன்புணர்வைச் செய்த நபர் தப்பித்து விடுகிறார் ஒன்றுமறியாத அப்பெண் குடும்பத்தாலும் சமூகத்தாலும் ஒதுக்கப்பட்டுக் கஷ்டங்களை அனுபவிக்க வேண்டிய நிலை ஏற்படுகின்றது. அப்பெண் பாடசாலை செல்ல முடியாது போவது மட்டுமன்றித் தன் முகத்தை வெளியில் காட்டக்கூட முடியாத நிலை ஏற்படுகிறது. இப்படியான பெண்களுக்குப் பாலியல்

தொழிலில் ஈடுபடுவது அல்லது தற்கொலை செய்துகொள்ளல் போன்ற தீர்வுகளே காணப்படுகின்றன. பாலியல் வன்புணர்வு செய்யப்பட்டவொரு பெண் திருமணத்திற்கு வெளியில் கர்ப்பமடைதல் இரண்டு மடங்கு கடினமான சூழ்நிலையை உருவாக்கும். ஏனெனில் கருவைக் கலைப்பதையோ, சுமப்பதையோ இரண்டையும் இச்சமூகம் ஏற்றுக்கொள்ளாது. அபலன்ட் (2018) அவரின் ஆய்வில் பங்குபற்றியோர் எவ்வாறு திருமணம் அல்லது தற்கொலை இவையே இச்சந்தர்ப்பங்களில் சிறந்த தீர்வாகக் காணப்படுகின்றது எனக்கூறினர் என்பதைக் குறிப்பிடுகிறார்.

கருக்கலைப்புக் குறித்துக் கொண்டுவரப்பட்ட சட்டத்திருத்தங்களுக்கு மருத்துவ நிபுணர்கள் மட்டுமல்லாது, சில மதத்தலைவர்களும் (மிகச்சிறிய பகுதியினரின் கருத்தாயிருக்கிறது) தம் ஆதரவினை வழங்கியுள்ளனர். பொத்துமுள்ள (2017) இஸ்லாமியப் போதனைகளும் பொதுவாகக் கருக்கலைப்பிற்கு எதிராயிருக்கும் போதிலும் மூன்று சந்தர்ப்பங்களில் மாத்திரம் கருக்கலைப்பு அங்கீகரிக்கப்பட்டுள்ளதாகவும் அவை: தாயின் உயிர் ஆபத்தில் இருக்கும் பொழுது, அப்பெண் பாலியல் வன்புணர்விற்குப்படுத்தப்பட்டுக் கர்ப்பமடைந்து அக்குழந்தை வேண்டாம் என்று கருதினால் 40 நாட்களுக்குள், கரு பாரிய குறைபாடுள்ளது எனக்கண்டு பிடித்தால் 120 நாட்களுக்கு முன், இவையனைத்தும் கண்டிப்பான மேற்பார்வையின் கீழ் இடம்பெற வேண்டும் என செய்க் பாசில் பஷ்ருக் கூறுவதாக அறிவிக்கப்பட்டதெனக் குறிப்பிடுகிறார். மேலும் 2016 ல் வெளியான த ஐலண்ட் பத்திரிகை கட்டுரையான, “மீண்டும் கருக்கலைப்புச் சூடான விவாதத்தில்” வணக்கத்திற்குரிய தேரோ “கரு பாரிய குறைபாடுகளுடன் உருவாகியிருந்து ஆரோக்கியமான வாழ்க்கை வாழக்கூடாத நிலையில் இருக்குமெனில் பெற்றோர் எதிர்க்கொள்ளும் துன்பங்களை மனதில் கொள்கையில், அச்சந்தர்ப்பங்களில் கருக்கலைப்புச் செய்ய இடமளிப்பது கருத்திற்கொள்ளக்கூடியதொன்றாகும்” எனக்கூறியுள்ளார். எனினும் வணக்கத்திற்குரிய தேரோ மேலும் கூறுகையில் மற்ற இரண்டு சந்தர்ப்பங்களான பாலியல் வன்புணர்வு மற்றும் இரத்த உறவுகளினால் பாலியல் வன்புணர்விற்கு உட்பட்ட சந்தர்ப்பங்களில் - “நிச்சயமாகக் கருக்கலைப்பு வரவேற்கப்படமாட்டாது”. அவர் குறிப்பிடு கையில் இவை ”முதல் சந்தர்ப்பத்திற்கு மாறாக சமூகப் பிரச்சினைகளாய் இருக்கின்றன. சமூகப் பிரச்சினைகள் சமூகச் சூழலில் தீர்க்கப்படவேண்டும் மருத்துவச் சூழலில்லல்” என்கிறார். இவ்வாறான கருக்கலைப்பிற்கு எதிரான விவாதங்கள் மேலும் பின்வரும் பகுதிகளில் ஆராயப்படும்

சட்ட பூர்வமாக்கலுக்குச் சார்பான பொருளாதார கண்ணோக்கிலான விவாதங்கள்

மருத்துவ நிபுணர்களினால் முன்வைக்கப்பட்ட சுகாதாரக் காரணிகளைக் கருத்தில் கொள்ளும் விவாதங்களுக்கு மேலதிகமாகப் பாதுகாப்பற்ற கருக்கலைப்பின் பின் மருத்துவச் சிக்கல்களுடன் வரும் பெண்களுக்குக் கருக்கலைப்பின் பின்னரான பராமரிப்பை வழங்குவதில் இருக்கும் தேசிய செலவு-களைக் காரணமாய்க்கொண்டு கருக்கலைப்புகள் சட்டப்பூர்வமாக்கப்பட வேண்டும் என்ற விவாதங்களும் முன்வைக்கப்பட்டுள்ளன.

பெத்தியகோட (2018), சுகாதார அமைச்சின் 2001, வருடாந்த சுகாதாரச் சஞ்சிகையினைச் சுட்டிக்காட்டி அரசு வைத்தியசாலைகளில் அனுமதிக்கப்படும் 7-16 வீதமான பெண்கள் பகுதியளவிலான கருக்கலைப்பு அல்லது அதுசார் சிக்கல்கள் காரணமாக அனுமதிக்கப்படுகின்றனர். இது வருடம் தோறும் 100,000 க்கும் அதிகமான வைத்தியசாலை அனுமதிகளாகும். இதன் சுகாதாரச் செலவைப் பொருளாதாரச் செலவிலிருந்து வேறுபடுத்திப் பார்க்கையில் இது தேசிய சுகாதார வரவுசெலவுத்திட்ட ஒதுக்கீட்டில் ஒரு பெரிய தொகைச் செலவை ஏற்படுத்துகிறது. ஜெயவர்தன (1994) இலங்கை மருத்துவச் சஞ்சிகையில் ஒருநாளில் சராசரியாக 3 பெண்கள் கருக்கலைப்பிற்குப் பின்னரான மருத்துவச்சிக்கல்களுடன் வைத்தியசாலைகளில் அனுமதிக்கப்படுவதாகக் கூறுவதைச் சுட்டிக்காட்டுகிறார். இந்த ஆய்வின் முடிவுகளின் படி சுமார் 20வீதமான வைத்தியசாலைகளின் மகப்பேற்றுப் பிரிவின் கட்டில்கள் இவ்வாறான பெண்களுக்குக் கொடுக்கப்படுகின்றன என்கிறார். டல்வி மற்றும் பலர் கூறுகையில் வைத்தியசாலைகள்

இலவசமான சிகிச்சை வழங்குவதனால் இவ்வாறான கட்டில்களில் உள்ள ஒவ்வொரு பெண்ணுக்கும் குறைந்த பட்சம் 35 அமெரிக்க டொலர்கள் அரசினால் செலவிடப்படுகின்றன. மற்றும் தலகல (2010) கூறுகையில் சுகாதாரத் திட்டத்தினால் செலவிடப்படும் 79 வீதமான தொகை நோயாளிகளுக்கு மருந்துகள் வழங்குவதற்கும், மருத்துவப் பொருட்கள் வழங்கவும், பரிசோதனைகளுக்கான செலவீனங்களாகவும் மற்றும் அறுவைச் சிகிச்சை செயற்பாடுகளுக்காகவும், உணவு, தங்குமிடம் மற்றும் ஏனைய வசதிகளுக்காகவும் செலவிடப்படுகின்றன என்கிறார்.

மேலும் முதலிகே (2017) மகப்பேற்று மற்றும் பெண்நோயியல் வைத்தியர் ஐயந்த சிறிசேன கூறுவதைச் சுட்டிக்காட்டுகையில் கருக்கலைப்பிற்குப் பின்னான பராமரிப்பு, ஏற்கனவே அதிக சுமையுடன் காணப்படுமொரு சுகாதாரத்திட்டத்தின் மீது மேலும் சுமையை ஏற்றுவதாய் அமைவதுடன், ஆரோக்கியமானதொரு தேசத்தை உருவாக்கும் தேசிய குறிக்கோளுக்குச் சவாலாய் அமைகிறது. கோடாகோட (2012) பொருளாதாரத்தில் பெண்களை ஈடுபடுத்துவதன் முக்கியத்துவத்தைக் குறித்துக் கூறுகின்றார். இது இவ்வாறான சுகாதார ஆபத்துக்களைச் சந்திக்கும் பெண்களின் விகிதத்தைக் குறைப்பதற்கான மாற்று யோசனைகளைக் கொண்டுவர வழிவகுக்கும்.

பெண்களுக்காகச் செலவிடப்படும் தொகையைக் கருத்தில் கொண்டு, தலகல (2010) சட்டவிரோதக் கருக்கலைப்பை நாடும் பெண்கள் சேவைவழங்குனருக்கு, மருந்து வகைகளுக்கு, போக்குவரத்து போன்றவற்றிற்குச் செலவிடும் தொகை மிகவும் அதிகமெனக்கூறுகிறார். மற்றும் பெரோ (2010) கருக்கலைப்புச் சேவைகளை வழங்குவோர் ஏழைப்பெண்கள் கஷ்டப்பட்டுச் சம்பாதித்த பணத்தைச் சுரண்டித் தங்கள் வர்த்தகத்தை நடத்துகின்றனர்.

இவ்வாறான காரணங்களினால் பலர் கருக்கலைப்புச் சட்டத்திருத்தங்களை ஆதரிக்கின்றனர். எனினும் முன்மொழியப்பட்டுள்ள இச்சட்டத்திருத்தங்கள் கடுமையான கட்டுப்பாடுகளின் கீழ் செய்யப்பட்டுள்ளன.

**கருக்கலைப்புச் சட்ட திருத்தங்களுக்கான ஆதரவு:
கடுமையான கட்டுப்பாடுகளின் கீழ்
சேவை, இடம் மற்றும் வழங்குநர்**

இலங்கைச் சட்ட ஆணைக்குழுவின் முன்மொழிவுகள் மற்றும் வைத்தியர் மங்கள டிஸ்சாநாயக்க, வைத்தியர் கபில ஜயரத்ன மற்றும் பேராசிரியர் சுஜீவ அமரசேன ஆகியோர் கருக்கலைப்புக் கொடுக்கப்பட்டுள்ள சந்தர்ப்பங்களின் கீழ் சம்பந்தப்பட்ட நிபுணர்களின் குழுவின் பரிந்துரையைத் தொடர்ந்து (பெண்நோயியல் மருத்துவர் மாறும் சில சமயங்களில் மனநல மருத்துவர் மற்றும் சட்ட மருத்துவ அதிகாரி) அரச வைத்தியசாலைகளில் அரச வைத்தியர் ஒருவரினால் செய்யப்பட வேண்டும், எனக்கூறியதை நியூஸ்.எல்.கே (2016), குணாதிலக (2017) மற்றும் பொதுமுள்ள ஆகியோர் ஒருங்கே சுட்டிக்காட்டுகின்றனர்.

சட்டத்திருத்தங்களுக்கு எதிராகத் தம் கருத்துக்களை முன்வைத்தவர்கள், கருக்கலைப்பைச் சட்டப்பூர்வமாக்குதல் நாட்டில் கருக்கலைப்பு நாடப்படும் விகிதத்தை அதிகரிக்கும் எனக்கூறுகின்றனர். ஜோன் அமரதுங்க 1995ம் ஆண்டின் கலந்துரையாடல்களின் போது (அபேயசேகர 1997 கூறுவதன் பிரகாரம்) மற்றும் குரு பெர்னாண்டோ (2017) சட்டப்பூர்வமாக்கல் அது பெருமளவில் இடம்பெற வழிவகுக்குமெனக்கூறுகின்றனர். எந்தவொரு குற்றவியல் நிபந்தனையும் இல்லையெனில் “அணைக்கதவுகளைத் திறந்துவிட்டது போல்” என ஜான் அமரதுங்க கூறியுள்ளார். குணசேகர மற்றும் விஜேசிங்க (2001) கருக்கலைப்புச் சட்டங்களைத் தளர்த்துதல் கருக்கலைப்பு விகிதத்தினை அதிகரிக்காதெனவும் இதற்கு நெதர்லாந்து கருக்கலைப்புச் சட்டத்தினால் கட்டுப்படுத்தப்படாத மற்றும்

உலகிலேயே குறைவான கருக்கலைப்பு விகிதத்தையுடைய ஒரு நாடாகவும் காணப்படுவது ஆதாரமாயுள்ளதெனக் கூறுகின்றனர்.

சட்டத்திருத்தத்திற்கு ஆதரவாயுள்ள மருத்துவ நிபுணர்கள் எதிரானோரைச் சம்மதிக்க வைக்கக் கட்டுப்பாடுகள் அமைப்புமுறைகள் துஷ்பிரயோகம் செய்யப்படுவதைத் தடுக்குமெனக்கூறுகின்றனர். பொத்துள்ள (2017) கூறுகையில் பேராசிரியர் சுஜீவ அமரசேன இம் முன்மொழிவு முன்வைக்கப்பட்ட போது வந்திருந்த மத்தலைவர்களுக்கு ”இந்தச் சட்டங்களைத் துஷ்பிரயோகம் செய்ய முடியாது இவை கடுமையாக நடைமுறைப்படுத்தப்படும் மற்றும் இது வர்த்தகமயப்படுத்தி ஊக்குவிக்கப்பட முடியாதவையெனவும் அறுவைச் சிகிச்சைகள் அரசு வைத்தியசாலைகளில் மாத்திரமே இடம்பெறும்” எனும் உறுதியை அளித்துள்ளார்.

பாலியல் வன்புணர்விற்கு உட்படுத்தப்பட்ட சந்தர்ப்பங்களில் ஆதாரம் தேவைப்படுதல்

1995ம் ஆண்டின் கலந்துரையாடல்களின் போது, திரு பெர்னாண்டோ அவர்கள் பாலியல் வன்புணர்வு தொடர்பான குற்றச்சாட்டுகள் முன்வைக்கப்படும் பட்சத்தில் அது தகுந்த ஆதாரங்களினால் பலப்படுத்தப்பட, ஆதாரக் கட்டளைச் சட்டத்தினையும் திருத்தக் கோரியதாக அபேயசேகர (1997) குறிப்பிடுகிறார். அவர் கூறுகையில் பெண்கள் ஆண்களை அவமானப்படுத்தி அவர்கள் மீது பொய்க்குற்றச்சாட்டுகளைச் சுமத்த இந்தச் சட்டத்தினைப் பயன்படுத்தக்கூடும் என்கிறார்.

அதுபோல இதை எதிர்க்கும் பலர் பாலியல் வன்புணர்வுச் சம்பவங்களின் போது கருக்கலைப்பைச் சட்டப்பூர்வமாக்கல் பிரச்சனைக்குரியதாயிருக்குமெனக் கூறுகின்றனர். முதலிகே (2017) ”இது சம்மதத்துடன் நிகழ்ந்த பாலியல் உறவுகளையும், பாலியல் வன்புணர்வெனக் கூறப் பெண்களையும் குடும்பங்களையும் தூண்டக்கூடுமோ” வெனக் கேள்வி எழுப்புகிறார். மற்றும் விக்ரமரத்ன த ஜலண்டிற்சுக்கு எழுதிய ”கருக்கலைப்பிற்கு எதிரான வழக்கு” எனும் கட்டுரையில் நோர்மா மக்கொர்வேயை (ஜேன் ரோ) ஆதாரம் காட்டிக் கூறுகையில், அமெரிக்காவில் முக்கியமாகப் பேசப்பட்ட ரோ மற்றும் வேட் வழக்கில் அவள் பின்னதாகத் தன் சட்டத்தரணியிடம் தான் பாலியல் வன்புணர்விற்கு உட்படுத்தப்பட்டதாகப் பொய் சொன்னதாகப் பின்னர் தெரிவித்துள்ளார். அவர் கூறுகையில் ”பாலியல் வன்புணர்வு மற்றும் இரத்த உறவுகளிற்கிடையிலான பாலியல் வன்புணர்வு என்பவை அறியாமையின் விளைவாகும் - பாலியல் வன்புணர்வினை விளக்குதல் கடினம் அதுபோல இரத்த உறவுகளினால் செய்யப்படும் பாலியல் வன்புணர்வுகளை நிரூபிப்பது கடினம்” என்கிறார்.

1995ம் ஆண்டின் கலந்துரையாடல்களில் பல அமைச்சர்கள் கருக்கலைப்பைப் பாலியல் வன்புணர்வுகளின் போது சட்ட பூர்வமாக்குவது குறித்து ஐயம் தெரிவித்தனர். டிரோன் பெர்னாண்டோ இது குறித்துக் கருத்துத்தெரிவிக்கையில் ”எந்தவொரு பெண்ணும் நீதிமன்றக்கூண்டில் ஏறித் தான் பாலியல் வன்புணர்விற்குட்பட்டதாகக் கூறலாம்” மற்றும் ”இக்கதைகளில் பாதி எடுத்துக்கட்டிக் கூறப்படுபவை என்பதை நாம் நன்கறிவோம்” என்கிறார் (அபேயசேகர, 1997). மஹிந்த சமரசிங்க (ஐ.தே.க) ”ஒருவரைப் பாதிப்புள்ளாக்கவோ, பழிவாங்கவோ பொய்யான குற்றச்சாட்டுக்களை (பெண்கள்) முன்வைப்பதைத் தடுக்க” ஏதேனும் மருத்துவ ஆதாரங்கள் முன்வைப்பதற்கு ஆதரவாக விவாதித்தார். பா.உ அஸ்வர் கூறுகையில் ”சில சமூகங்களில் பாலியல் வன்புணர்வாகக் கருதப்படுவது வேறு சில சமூகங்களில் அப்படிப் பார்க்கப்படுவதில்லை” என்கிறார்.

பாலியல் வன்புணர்வுச் சம்பவங்களின் பொதுச் சட்டப்பூர்வமாக்கல் எதிர்விவாதங்களை மட்டுப்படுத்த, இச்சந்தர்ப்பங்களை நிரூபிக்க ஆதாரங்கள் தேவையெனக் கூறப்பட்டுள்ளது. சட்ட ஆணைகுழு

கூறுவதன் படி “பொலிஸ்நிலையத்தில் புகார் செய்தல் கட்டாயமானதாகும் பிந்திப் புகார் செய்யும் பட்சத்தில் விசாரணைக்குமுவிற்கு மருத்துவ ஆதாரங்கள் கிடைக்காது. எனவே பொலிஸ் விசாரணை பிரயோஜனமாயிருக்கும்”. மேலும் பேராசிரியர் சுஜீவ அமரசேன, “பாலியல் வன்புணர்வுக்குட்படும் சந்தர்ப்பங்களில் பொலிசாரிடம் புகார் மேற்கொள்ளப்பட வேண்டும்” எனப் பரிந்துரை செய்கிறார். எனினும் “உண்மையில் மேற்கூறிய சில சந்தர்ப்பங்களில், விசாரணைக்குமு போதிய ஆதாரங்கள் இல்லாத பட்சத்தில், உண்மையாகவே அப்பெண் பாதிக்கப்பட்டிருப்பினும் கருக்கலைப்பைப் பரிந்துரை செய்ய முடியாது போகும்” எனக்கூறுகிறார்.

கால எல்லை

த ஸ்ரீ லங்கா மிரர் (2017) இலங்கைச் சிறுவர் பாதுகாப்பு அதிகார சபையின் ஸ்தாபகர் மற்றும் தலைவர் வைத்தியர் ஹிரந்தி விஜேமான, கருத்தரித்து முதல் மூன்று மாதங்களுக்குள் கருக்கலைப்புச் செய்ய அனுமதிக்கப்பட வேண்டுமெனப் பரிந்துரை செய்தார் எனக்குறிப்பிட்டுள்ளது.

விக்ரமகமகே (2016) கூறுகையில் சட்டத் திருத்தங்களுக்காகப் பரிந்துரை செய்பவர்கள் ஒரு “வெற்றுக்காசோலையைக் கோருவது போன்றதோர் அபிப்பிராயத்தைக் காண்பிக்கக்கூடாது” எனினும் “ஒரு நியாயமான கால அவகாசம் முன்வைக்கப்பட வேண்டும்” கருத்தரித்து 14 - 18 வாரங்கள் ஒரு நியாயமான கால எல்லை எனக்குறிப்பிடுகிறார். அவர் இதில் சம்பந்தப்பட்ட நபர்கள் மற்றும் குழுக்கள் ஓர் முன்கூட்டிய எல்லையுடன் உடன்படுவதன் மூலம் “மனித உயிருக்கான மதிப்பை ஒன்றாகப் பேணுவதுடன் பெண்ணின் சுகாதார ஆரோக்கியத்தையும் கருத்தில் கொள்ள முடியும்” என்கிறார்.

த ஐலண்ட் 2016ல் “கருக்கலைப்பு மீண்டும் சூடான விவாதம்” எனும் கட்டுரையில் மேற்கோள் காட்டப்பட்டுள்ள படி, மகப்பேற்று மருத்துவர் வைத்தியர் மங்களா டிஸாநாயக்க, இலங்கை மகப்பேற்று மற்றும் பெண்நோயியலாளர்களின் கல்லூரி ஏனைய பங்குதாரரான குடும்ப சுகாதாரப் பணியகம் மற்றும் இலங்கைக் குடும்பத்திட்டமிடல் சங்கத்துடன் இணைந்து தயாரித்த வரைவுத்திட்டத்தைக் குறிப்பிட்டுக்கூறுகையில் “முன்வரைவு குறைபாடுள்ள கரு உருவாகும் சந்தர்ப்பங்களை 22 வாரங்களில் கருக்கலைப்புச் செய்யலாம் எனவும் மற்ற 2 சந்தர்ப்பங்களிலும் 20 வாரங்களுக்குள் செய்யப்படவேண்டுமென” கூறுகிறது.

கடுமையான கட்டுப்பாடுகளுடன் சட்டதிருத்தங்கள் கொண்டுவரக் காணப்படும் வரவேற்பின் மத்தியிலும், அதற்கான எதிர்ப்பு மிக அதிகமாகக் காணப்படுகிறது. இதனால் இலங்கையில் கருக்கலைப்புச் சட்டம் மாற்றப்படாது இன்னும் தண்டனைக்குரிய குற்றமாகக் காணப்படுகிறது.

குறிக்கப்பட்ட சில சந்தர்ப்பங்களில் மாத்திரம் சட்டப்பூர்வமாக்குதல் போதுமானதா?

மேற்குறிப்பிடப்பட்டுள்ள சில சந்தர்ப்பங்களில் மாத்திரம் கருக்கலைப்பைச் சட்டப்பூர்வமாக்கல் இலங்கையில் ஒரு பெரிய சாதனையாக இருக்கும் போதிலும். இந்தச் சந்தர்ப்பங்களில் மாத்திரம் சட்டப்பூர்வமாக்கலினால் பல பின்னடைவுகள் காணப்படுகின்றன.

பாலியல் வன்புணர்வு, இரத்த உறவுகளினால் செய்யப்படும் பாலியல் வன்புணர்வு மற்றும் குறைபாடுள்ள கரு உருவாகும் சந்தர்ப்பங்களில் மாத்திரம் கருக்கலைப்புச் சட்டப்பூர்வமாக்கப்படுவது, தற்போது காணப்படும் சட்டவிரோதக் கருக்கலைப்புகள் தொகையைக் குறைக்காது. (சரங்க மற்றும் பலர் 2017) ஏனெனில் அதிகமான கருக்கலைப்புகள் இந்தக் காரணங்களுக்காகச் செய்யப்படவில்லை.

இந்தச் சட்டத் திருத்தங்கள் கருக்கலைப்புத் தொடர்பான பொதுச் சுகாதாரப் பிரச்சனைகளைத் தீர்க்கப்போதாது. இது பல பிரச்சனைகளை அணுகாமல் விட்டுவிடும் (குமார் 2013 பாலச்சந்திரன், 2009). ஆகவே இது ஒரு முக்கியமான முன்னேற்றமாயிருந்து, சிறிய தொகையானோரின் பிரச்சனைகளுக்குத் தீர்வாய் அமைந்த போதிலும், இது கருக்கலைப்பை நாடும் பெரும்பாலானோர் எதிர்நோக்கும் ஆபத்துக்களைக் கணிசமான அளவு குறைக்க வழிவகுக்காது.

பாதுகாப்பற்ற கருக்கலைப்புத் தொடர்பான பிரச்சனைகளைத் தீர்க்க மற்றும் மரண வீதத்தைத் தவிர்க்க வேறு கொள்கை ரீதியான தலையீடுகளும் அவசியமாகின்றன என இலங்கைச் சட்ட ஆணைக்குழுவின் முன்மொழிவுகளில் (2013) கூறப்பட்டுள்ளது. ஏனெனில் அதிகமான சட்ட விரோதக் கருக்கலைப்புகளைச் செய்வோர் அதனைச் செய்யத் தகுதியானவர்கள் அல்ல.

இவ்வித செயற்பாடுகள் “பெண்கள் தம் உரிமைகளை முழுமையாய் அனுபவிப்பதை உறுதி செய்ய இது மிகவும் சிறிய நடவடிக்கையே எனினும் இது போதுமானதல்ல” என்பது உரிமைகள் சார் ஆர்வலர்களினால் முன்வைக்கப்படும் மற்றுமொரு விவாதமாகும் (டெய்லி எப்.டி, 2017).

பெண்ணின் உரிமையாகக் கருக்கலைப்பு

கருக்கலைப்புப் பெண்ணின் உரிமை என்ற பார்வையில் சட்டத்தின் முன் வருவோரும், முன்மொழியப்பட்டிருக்கும் சட்டத்திருத்தங்கள் பெரிய மாற்றங்களைக் கொண்டுவராதென நம்புவோர் கூறுவது போன்ற கருத்துக்களை முன் வைக்கின்றனர். கருக்கலைப்புக் குறித்தான சட்டத்திருத்தங்கள் தனிநபர் தெரிவினையும் ஒரு பெண் தன் உடலின் மீது கொண்டிருக்கும் உரிமையையும் மையமாகக்கொண்டமைய வேண்டும். (சேகரம், 2018 விஜேசிறிவர்தன, 2017 சமரரத்ன, 2017). உரிமைகள் எனும் கட்டமைப்பினுள் பால்நிலை சமத்துவம், வெவ்வேறான உரிமைகள் சார் விவாதங்கள் (இரகசியம் காக்கப்படுவதற்கான உரிமை, தன் சார் தீர்மானங்களைத் தானாக எடுப்பதற்கான உரிமை, சித்தரவதைக்கு உட்படுத்தப்படாமல் இருப்பதற்கான உரிமை) மற்றும் ஆணாதிக்க சமூகம் என்பவை அடங்கும்.

மனித உரிமைகள்

மனித உரிமைகள் பாதுகாவலர்களாலும் பெண்கள் குழுக்களாலும் வெளியிடப்பட்டவொரு அறிக்கையானது கருக்கலைப்பைச் சட்டப்பூர்வமாக்கக் கோருகிறது. ஏனெனில் “பெண்கள் பலப்படுத்தும் உடல் சார் தீர்மானங்களை எடுக்கக்கூடிய சமமான பிரஜைகளாய் வாழ அது ஒரு பெரிய தடையாய்க் காணப்படுகிறது” எனக்கூறுகிறது. அவர்களின் கருத்தின்படி கருக்கலைப்புச் சட்டவிரோதமாகக் காணப்படல் “முக்கியமானதொரு பெண்களின் உரிமை சார் பிரச்சினையாகும்” - இது பெண்களின் உரிமைகள், சுகாதாரம் மற்றும் நல்வாழ்விற்குப் பாதகமாய் அமைகிறது. இதற்கு ஆதரவளிப்போர் “எந்தவொரு சந்தர்ப்பத்திலும் தேவையற்றதொரு கர்ப்பத்தைக் கருக்கலைப்புச் செய்வது ஒரு அடிப்படை மனித உரிமையாகும்” என்றும் “எல்லா அரசாங்கங்களும் பெண்கள் தம் ஆரோக்கியம் மற்றும் நல்வாழ்வு - உளநல மற்றும் உணர்வுகள் தொடர்பாகத் தம் உடலின் மீது உள்ள உரிமையை எந்த நிபந்தனைகளும்மின்றி ஏற்றுக்கொள்ள வேண்டுமென வலியுறுத்துகின்றோம்” எனக்கூறுகின்றனர். இலங்கைக்குடும்பத்திட்டமிடல் சங்கம் (2010) இதையொத்ததாகக் கருக்கலைப்பு எல்லாப் பெண்களினதும் மற்றும் தம்பதியரினதும் உரிமையென வரையறுக்கின்றனர், அவர்கள் இதைக்குறித்துப் பின்வருமாறு கூறுகின்றனர், “கருத்தரித்தல் தொடர்பான எல்லாத்தீர்மானங்களும் கட்டாயப்படுத்துதல் இன்றி சுயவிருப்பதுடன் எடுக்கப்படவேண்டும்: எந்தவொரு பெண்ணும் ஒருகருவை

கருக்கலைப்புச் செய்யவோ கட்டாயப்படுத்தப்படக்கூடாது”. சமரர்த்ன (2017) மற்றும் முனசிங்க (2017) ஆகியோரும் கருக்கலைப்பைச் சட்டவிரோதமாக்கல் “ஒரு பெண்ணின் இரகசியம் காக்கப்பட வேண்டிய உரிமையை மீறுமொன்றாகும்” எனக்கூறுகின்றனர். சமரர்த்ன (2017) அதனை அது சித்தரவதைக்கு உட்படுத்தப்படாமல் இருப்பதற்கான (உளரீதியான சித்தரவதை உட்பட) உரிமை மீறலாகுமெனவும், முனசிங்க (2017) அதனை அரசு பெண்களைக் கொடுமான மனிதாபிமானமற்ற மற்றும் இழிவான முறையில் நடத்துதல் ஆகும் எனவும், அது தேவையற்றதொரு கருவைச் சுமந்து பெற்று வளர்க்க நேர்வதினால் அல்லது சட்ட விரோதக் கருக்கலைப்புச் செய்து கொள்வதால் ஏற்படும் மன அழுத்தம் மற்றும் தற்கொலைச் சம்பவங்கள் போன்றவற்றினால் நிரூபணமாகிறதெனவும் கூறுகிறார். விஜேசிநிவர்தன (2017) கூறுகையில் தற்போதைய சட்டத்திருத்த முன்மொழிவுகள் “பெண்கள் தம் முழு மனித உரிமைகளை அனுபவிக்குமுன் முதலில் பாதிக்கப்பட்டிருக்க வேண்டுமெனும் கருத்தினை உறுதிப்படுத்துகின்றது” எனக்கூறுகிறார்.

எம் தேசியக் கருக்கலைப்புச் சட்டத்துடன் முரண்பாடாயுள்ள பல சர்வதேசச் சட்டங்களுக்கு இலங்கைக் கையொப்பதாரியாக இருக்கிறது (அபெய்சேகர, 1997 டி சில்வா, 2015 பெரேரா, 2015 இலங்கைக் குடும்பத்திட்டமிடல் சங்கம் 2010). இந்த சர்வதேச சாசனங்கள் பெண்களை வலுவூட்டுதல், பால்நிலை சார் வன்முறைகளை எதிர்த்தல், பெண்களின் மற்றும் சிறுமிகளின் ஆரோக்கியத்தை மற்றும் நல்வாழ்வினை மேம்படுத்தல் போன்றவற்றைத் தீர்க்க மற்றும் பால்நிலை சமத்துவத்தை உறுதிப்படுத்த முற்படுகின்றன (டி சில்வா, 2015). டி சில்வா பின்வரும் சர்வதேச சாசனங்களைச் சுட்டிக்காட்டுகிறார். சனத்தொகை மற்றும் அபிவிருத்திச் செயற்பாடுகளுக்கான சர்வதேச மாநாடு (1994ம் ஆண்டு தாபிக்கப்பட்டது) பெண்களுக்கெதிரான எல்லாவிதமான வன்முறைகளையும் இல்லாதொழிப்பதற்கான ஐக்கிய நாடுகளின் மாநாடு (1981ம் ஆண்டு அங்கீகரித்து ஏற்கப்பட்டது) மற்றும் அதன் மேலதிக மரபொழுங்கு (2002ல் இணங்கப்பட்டது) சிவில் மற்றும் அரசியல் உரிமைகளுக்கான சர்வதேச மாநாடு (1980ல் இணங்கப்பட்டது) துன்புறுத்தல், கொடுமான, மனிதாபிமானமற்ற விதத்தில் நடத்தப்படல் அல்லது தண்டிக்கப்படலுக்கு எதிரான சமவாயம் (1994ல் அங்கீகரித்து ஏற்கப்பட்டது) பெண்களுக்கெதிரான வன்முறையை இல்லாதொழிப்பதற்கான வியன்னாப் பிரகடனம் மிலேனியம் பிரகடனம்: ஐக்கிய நாடுகளின் புலம் பெயர்ந்த தொழிலாளர்களையும் அவர்களின் குடும்ப அங்கத்தவர்களையும் பாதுகாப்பதற்கான சமவாயம் (1996 ல் இணங்கப்பட்டது) மற்றும் தற்போது அண்மையில் வந்த நீடித்த அபிவிருத்தி இலக்குகள் (2015), இத்தோடு இலங்கைக் குடும்பத்திட்டமிடல் சங்கம் (2010) சிவில் மற்றும் அரசியல் உரிமைகளுக்கான சர்வதேச சமவாயம் பொருளாதார, சமூக மற்றும் கலாசார உரிமைகளுக்கான சர்வதேச சமவாயம் 4வது பெண்கள் மாநாட்டின் செயற்பாட்டிற்கான தளம் மற்றும் மபுடோ செயற்பாட்டு நடவடிக்கை என்பவற்றைச் சேர்த்துள்ளது.

உளச் சுகாதாரம் மீதான அழுத்தம்.

தேவையற்ற கர்ப்பங்களையும், சட்டவிரோதமாகச் செய்யப்படும் பாதுகாப்பற்ற கருக்கலைப்புக்களையும் எடுத்து நோக்கும் போது உளச்சுகாதாரம் முக்கியமானது, எனினும் அலட்சியப்படுத்தப்பட்ட விடயமாகக் காணப்படுகிறது. துன்புறுத்தப்படாதிருக்கும் அல்லது சித்தரவதைக்கு உட்படாதிருக்கும் உரிமை, உளரீதியான துன்புறுத்தல் சித்தரவதை உட்பட, ஒரு பெண் கொடுமான மனிதாபிமானமற்ற மற்றும் இழிவான விதத்தில் நடத்தப்படுவதிலிருந்து காக்கப்படும் உரிமை என்பதற்குள் இதனை வகைப்படுத்தலாம்.

புள்ளிவிபரங்கள் தெளிவாகக் காணப்படாத போதிலும், பெண்கள் பாதுகாப்பற்ற கருக்கலைப்பினால் ஏற்படும் சிக்கல்கள் மற்றும் தேவையற்றதொரு கருவினைச் சுமந்து பெற்றெடுப்பதனால் நீண்ட கால உளப்பிரச்சினைகளினால் துன்புறுக்க கூடும்.(முனசிங்க, 2017 குமார், 2012இ விஜேதாச 2016). ராஜசிங்கம் (2017) கூறுகையில் கருக்கலைப்பு ஒரு தாய்க்குப் பாதகமான உடல் மற்றும் உள விளைவுகளை ஏற்படுத்தும் (அவர் உடல் செயற்பாடுகளில் ஏற்படும் தடை மற்றும் மன உளைச்சலைச்

சட்டிக்காட்டி இவ்வாறு கூறுகிறார். தலகல (2010) கண்டுபிடித்ததன் படி கருக்கலைப்பினால் ஏற்படும் உளத்தாக்கம் குறைவானதாகவும் அது அநேகமாகக் களங்கத்தினால் ஏற்படும் வெட்கத்துடன் தொடர்புடையதாகவும் இருந்ததாகக் கூறுகிறார். மேலும் மெய்லர் (2018) குறிப்பிடுகையில்” கருக்கலைப்பிற்கும் மன உளைச்சலுக்கும் உறுதிப்படுத்தப்பட்ட எந்தத் தொடர்பும் இல்லை. ஆகவே ஒருவர் பின்னால் அதையெண்ணி வருந்தக்கூடும் என்பது கருக்கலைப்பைச் சட்டவிரோதமாக்கப் போதுமானதொரு அடிப்படையல்ல” என்கிறார்.

ஹந்துன்நெத்தி (1994) (இரத்தமலானையில் உள்ள ஒரு தொழிற்சாலையில் பணிபுரிந்தவொரு பெண்ணின் கதையைக்கூறுகையில், முழுக்கிராமமும் அவள் தன் கருவினைக்கலைக்கத் துணிந்ததற்காக அவளைச் சபித்ததாகக் கூறினாள். அவள் தன் நிலையை விளக்குகையில் அவள் வறுமையில் வாடுவதாகவும் பொறுப்பற்ற குடிகாரக்கணவன் அவளின் வாழ்வை மேலும் கடினமாக்கியதாகவும் தனக்கு ஏற்கெனவே 5 குழந்தைகள் இருந்ததால் “ஆறாவது குழந்தையை பெற்று வளர்ப்பது முடியாதகாரியம்”. அவள் அந்தத் தீர்மானம் எவ்வளவு கஷ்டமாக இருந்ததெனவும், தன் பொருளாதார சூழலின் காரணமாகவே தான் அந்த முடிவினை எடுத்ததாகவும் கூறினாள். அவள் முகம் கொடுத்த களங்கத்தைக் குறித்துக் கூறுகையில், தான் செய்ததை அனைவரும் வெட்கமற்ற, ஒழுக்கமற்ற, மனிதாபிமானமற்ற செயலெனக் கூறியதாகக் கூறினாள். தலகல (2010), பதிலளித்தோரில் 87வீதமானோர் அந்தத் தீர்மானம் எவ்வளவு கஷ்டமாயிருந்ததென கூறியுள்ளனர். எனினும் விக்ரமகமகே (2016) பலர் கருக்கலைப்பைச் செய்துகொள்ளும் பெண்ணின் இரண்டு மனதுடன் தீர்மானமெடுத்தல், குற்ற உணர்வு மற்றும் உண்மையான வலி போன்றவற்றை அநேகர் அலட்சியப்படுத்துகின்றனர்.

நாம் அத்தோடு கருக்கலைப்பைச் சட்டப்பூர்வமாக்குதலுக்கு எதிராக இருப்போர் எவ்வாறு பெண்களின் நிலையைத் தம் கருத்துக்களில் அலட்சியப்படுத்துகின்றனர் எனக்காண்கிறோம், இவ்வாறானதொரு கருத்தினை முன்வைக்கும் குரு அகஸ்டின் பெர்னாண்டோ, பெண்கள் கர்ப்பம் தமக்கொரு “இடையூறாகும்” சந்தர்ப்பங்களில் கருக்கலைப்பை நாடுகின்றனர் எனவும் கருக்கலைப்பு ஓர் “சுலபமான விரைவான தீர்வு எனினும், இது சந்தர்ப்பத்திலிருந்து தப்பிக்க மனசாட்சியற்ற ஆண்களும் பெண்களும் நாடும் குறுக்கு வழி” எனக்கூறுகிறார். ஒரு இடையூறு எனக்கூறுவதற்கு மாறாகக் கர்ப்பம் ஒரு பெண்ணின் வாழ்வுப்பாதை முழுவதிலும் நீண்டகாலமாக இருக்கக்கூடிய விளைவுகளை ஏற்படுத்தும். (விக்ரமகமகே, 2016 சமரரத்ன, 2017 ராஜசிங்கம், 2017) பெரும்பாலான பெண்கள் இத்தீர்மானத்தை எடுக்கக் கட்டாயப்படுத்தும் காரணியாய் அமைவது குழந்தையைப் பராமரிக்க வழி இல்லாதிருப்பதனால் ஆகும் என்பது கருத்தில் கொள்ளப்பட வேண்டும் (ஹந்துன்நெத்தி, 1994 மெய்லர்,2018). கருக்கலைப்பைச் சட்டப்பூர்வமாக்கல் தொடர்பான பல ஒழுக்க விழுமிய விவாதங்கள் முன்வைக்கப்பட்டுள்ள சூழலில், மெய்லர் “தேவையான வளங்கள் இன்றி ஒரு சிறப்பான வாழ்க்கைத்தரத்தை ஏற்படுத்திக் கொடுக்க முடியாத நிலையில் ஒரு பெண்ணைக் குழந்தையொன்றைப் பெற்று வளர்க்கக் கட்டாயப்படுத்துவது ஒழுக்க விழுமியமல்ல” என விவாதிக்கிறார்.

கர்ப்பமொன்றின் பொருளாதாரச் சமையைக்குறித்துப் பார்க்கையில், விக்ரமரத்ன கூறுவதாவது “ஒரு கரு பிறந்த பின், உணவளித்து, உடையளித்து, உறைவிடமளித்து மற்றும் கல்வி வழங்கப்பட்டுக் காக்கப்பட வேண்டும்” எனினும் எமது சமூகக்கட்டமைப்புப் பெண்களுக்குக் குழந்தைகளை வளர்க்கும் விடயத்தில் எந்தவொரு ஆதரவும் வழங்குவதில்லை. அவர் மேலும் கூறுகையில் உதாரணமாக சுதந்திர வர்த்தக வலயங்களில் வேலை செய்யும் பெண்கள் இப்பெண்கள் குழுக்கள் அதிகமான தேவையற்ற கர்ப்பங்களைச் சந்திக்கின்றனர் . அத்தோடு பேறுகாலச் சலுகைகளும் இவர்களுக்கு வழங்கப்படுவதில்லை (சம்பளம் வழங்கப்பட்ட விடுமுறை, குழந்தைக்கு பால் கொடுப்பதற்கான இடைவேளை, குழந்தைப் பராமரிப்பு நிலையங்கள்), மற்றும் “தொழிலாளர்கள் தாய்மையைத் தம் தொழில் வாழ்வில் மதிக்கப்படுமொரு விடயமாகக் கருதவில்லை”. இவ்வாறான சமூக யதார்த்தத்தைக் கருத்தில் கொள்கையில் “கருவின் உயிர் வாழ்வதற்கான உரிமை” விவாதம் பெண்கள் முகம் கொடுக்கும் உண்மை நிலையை அலட்சியம் செய்யும் ஒரு தத்துவக் கோட்பாடாகக் காணப்படுகிறது (ராஜசிங்கம், 2017).

கருக்கலைப்பைச் சட்டப்பூர்வமாக்கல் சமூக நீதியை அடையச் சுகாதாரச் சமத்துவத்தை உறுதிப் படுத்திப் பால்நிலை சார் பாகுபாட்டை இல்லாதொழிக்குமொரு கட்டமைப்பாகச் சித்தரிக்கப்படுகிறது (குணசேகர மற்றும் விஜேசிங்க, 2001 குமார், சமரரத்ன 2017). முனசிங்க (2017) கருக்கலைப்பு “வேறு எந்தவொரு மருத்துவச் சிகிச்சையையும் போன்று சாதாரணமான மற்றும் அவசியமானதுமாகும். எனினும் அதில் உள்ள வேறுபாடு இது பெண்களுக்குத் தேவைப்படும் ஒன்றாகும்” எனக்கூறி இக் கருத்தினை ஆதரிக்கிறார். விக்ரமகமகே (2016) இலங்கை அரசியலமைப்பின் பிரிவு 12 (1) மற்றும் 12 (2)னை மேற்கொள் காட்டி எந்தவொரு நபரும் பால்நிலை காரணமாகப் பாகுபாட்டுடன் நடத்தப்படக் கூடாது எனக்கூறுகிறார். அவர் குறிப்பிடுகையில் அரசியலமைப்புச் சமமாக நடத்தப்படுவதை அங்கீகரிக்கிறது - அல்லது பால்நிலை காரணமாகப் பாகுபாட்டுடன் நடத்தப்படக்கூடாதெனக்கூறுகிறது - இதன் அடிப்படையில் சட்டப்பூர்வமாக்கலுக்காகப் பரிந்துரை செய்தல் ஒரு பலமானதாக மற்றும் பயனுள்ளதாக அமையும்.

கட்டாயப்படுத்தப்பட்ட ஆணாதிக்கச் சமூகம்

விஜேசிநிவர்தன (2017), முனசிங்க (2017), ராஜசிங்கம் (2017) டல்வி மற்றும் பலர் மற்றும் பெரேரா (2017) ஆகியோர் கருக்கலைப்புச் சட்டவிரோதமாக்கப்படுதலை எடுத்து நோக்கும் போது “கட்டாயப்படுத்தப்பட்ட சட்டத்தின் அதிகாரத்தைக்” குறித்து கேள்வி எழுப்புகின்றனர் (ராஜசிங்கம் கூறுவது போல்) விஜேசிநிவர்தன (2017) மற்றும் பெரேரா (2017) ஆகியோர் கூறுவது போல, சட்டம் எவ்வாறு பெண்கள் தமக்கு சொந்தமில்லாதவர்கள், அவர்கள் தம் கணவனுக்கு மற்றும் அவர்களின் குடும்பங்கள், சமூகங்கள் இறுதியில் அவர்களின் நாடுகளுக்குச் சொந்தமான இனப்பெருக்கம் செய்யும் இயந்திரங்கள் எனும் யதார்த்த நிலையைத் திணிக்கப் பயன்படுகிறது எனக்குறிப்பிடுகின்றனர். என விஜேசிநிவர்தன கூறுகிறார். “தமது உடல் ஒரு பொதுச்சொத்தென்பது பெண்களுக்குத்தெரிந்து சலித்த விடயமாகும்” என பெரேரா கூறுகிறார். இவ்வார்வலர்கள் கருக்கலைப்புக் குறித்தான விவாதத்தை உரிமைகள் சார் கட்டமைப்பில் அணுகுவதன் அவசியத்தை வலியுறுத்தி, தற்போதைய சட்டத்திருத்தம் போதுமானதல்ல எனக்குறிப்பிட்ட போதிலும் அவர்கள் இது இறுதி இலக்கை அடைய முக்கியமானதொரு படியாகும் எனக்குறிப்பிடுகின்றனர்.

மெய்லர் (2018) இலங்கைக் குடும்பத்திட்டமிடல் சங்கத்தின் பரிந்துரைப்பிரிவின் பணிப்பாளர் சோனாலி குணசேகரவை மேற்கோள் காட்டிக்கூறுகையில் “பரிந்துரைப் பிரச்சார நடவடிக்கைகள் தெரிவை எடுக்க 12 வாரங்கள் வரை பெண்ணுக்கு இருக்கும் உரிமையை மையமாகக்கொண்டிருக்க வேண்டும், எனினும் ஒரு சமரச நிலையை அடைய மருத்துவக் காரணிகளுக்காக (பாலியல் வன்புணர்வு, இரத்த உறவுகளினால் செய்யப்படும் பாலியல் வன்புணர்வுகள் மற்றும் பாரிய குறைபாட்டுடன் கரு உருவாகும் சந்தர்ப்பங்களில்), மாத்திரமெனும் சட்டப்பூர்வமாக்குதல் இலங்கைப்பெண்களுக்கு ஒரு பெரிய வெற்றியாக அமையும்” என்கிறார். விஜேசிநிவர்தனவும் (2017) “இக்கட்டத்தில் முக்கியமானது யாதெனில், எமது ஆணாதிக்கச் சமூகத்தில் இலகுவில் மறைந்து போகக்கூடியக் கருக்கலைப்புத் தொடர்பான சட்டத்திருத்தம் குறித்த கலந்துரையாடல்களை முன்கொண்டுசெல்லலாகும்” எனக் கோரிக்கைகளை முன்வைக்கும் போது யதார்த்த நிலையை அறிந்து மூலோபாயத்துடன் செயற்பட வேண்டியதன் அவசியத்தைக்குறித்துக் கூறுகிறார். மனித உரிமைகள் ஆர்வலர்கள் மற்றும் பெண்கள் குழுக்கள் முன்வைத்துள்ள அறிக்கை “எவ்வித நிபந்தனைகளின்றி கருக்கலைப்பைச் சட்டப்பூர்வமாக்கத் தொடர்ந்து பணிகளை முன்னெடுக்க முதலில் தற்போது முன்வைக்கப்பட்டுள்ள, கருக்கலைப்புச் சட்டம் இரு நிபந்தனைகளின் கீழ் சட்டப்பூர்வமாக்கப்படலாம் என்பதை அரசு ஏற்றுக்கொள்ள வேண்டுமென வலியுறுத்துகிறோம்” எனக்கூறுகிறது. குமார் (2013) கூறுகையில் பாதுகாப்பற்ற கருக்கலைப்புகளை முழுமையாகக் கையாள இன்னும் விரிவான சட்ட மற்றும் கொள்கைச் சீர்த்திருத்தங்கள் தேவைப்படுகின்றன, எனினும் அவர் தற்போதைய உந்துதலும் அவசியமானதெனவும் இதன் மூலம் பெண்களில் ஒரு சிறிய பகுதியினருக்கேனும் சட்டப்பூர்வமான கருக்கலைப்பை நாடக்கூடிய சந்தர்ப்பம் கிடைக்குமெனக் கூறுகிறார்.

கருக்கலைப்பைச் சட்டபூர்வமாக்குவதற்குள்ள எதிர்ப்பு

மத ரீதியான எதிர்ப்புகள், அதிகாரிகள் காட்டும் தயக்கம் மற்றும் பெண்களுக்கெதிரான கலாச்சார எண்ணக்கருக்கள்

கருக்கலைப்புச் சட்டத்திருத்தங்களுக்கெதிரானதொரு பலமான எதிர்ப்புக்குரலாகக் காணப்படுவோர் மத சார் குழுவினராவர். அத்தோடு அதிகாரம் படைத்தவர்களும் தாம் இவ்விடயம் தொடர்பான தீர்மானங்களை எடுக்குமுன் மதத்தலைவர்களின் ஆலோசனையை நாடும் போக்குக் காணப்படுகிறது. இவ்வாறானதொரு முக்கியமான பிரச்சனைக்கான தீர்வை முன்கொண்டுசெல்ல நடவடிக்கை எடுக்கத் தவறியமை குறித்துக் கொள்கை வகுப்போர் அதிகமாக விமர்சிக்கப்பட்டுள்ளனர். அத்தோடு இந்தத் தயக்கத்தின் காரணம் அதிகமாக அவர்கள் எதிர்கொள்ள வேண்டி ஏற்படும் பின்விளைவுகளாகக் காணப்படுகின்றன. கருக்கலைப்பைச் சட்டபூர்வமாக்குவதற்கு எதிரான விவாதங்களில் மற்றுமொன்று இலங்கைச் சமூகத்தில் பெண்களுக்குக் கலாச்சாரப் பண்பாட்டு ரீதியாக ஏற்படுத்தப்பட்டுள்ள பழமைவாத வகிபாகங்கள். இதனை எதிர்க்கும் அதிகமானோர் குறிப்பிடுவது குடும்பக்கட்டமைப்பு உடையு மெனும் கருத்தாகும். மற்றும் திருமணத்திற்கு முன்னரான பாலுறவு அல்லது இனப்பெருக்கத்தைத் தவிர வேறெந்தக் காரணத்திற்காகவும் மேற்கொள்ளும் பாலுறவு தவறானது அல்லது தகாதது எனும் கருத்துக்கள் கருக்கலைப்புச் சட்டபூர்வமாக்கப்படுவதற்கு எதிராய் முன்வைக்கப்படும் விவாதங்களாகும்.

மத ரீதியான எதிர்ப்பு – “உயிர் வாழ்வதற்கான உரிமை” சார் விவாதங்கள்

1995ம் ஆண்டின் ஆலோசனையின் போது, அபேயசேகர (1997) கூறுவதன்படி, கருக்கலைப்புச் சட்டத்தைத் தளர்த்துவதற்கு மத ரீதியான கருத்துக்களின் பேரில் எதிர்ப்பை முன்வைத்தனர். ஜோன் அமரதுங்க, கருக்கலைப்பைச் சட்டபூர்வமாக்குதல் “சமூகத்தின் அனைத்துச் சாராரினாலும் கடுமையாக எதிர்க்கப்படும்” கிறிஸ்தவர்களால் மட்டுமல்ல, பௌத்தர்கள், முஸ்லிம்கள், ஹிந்துக்கள் மற்றும் “ஓர் உயிரின் மேன்மையை உணரும் நம்பும் அனைவரும் இவ்வாறானதொரு முன்மொழிவினை எதிர்ப்பர்” எனக்கூறினார். அவர் மேலும் சட்டபூர்வமாக்குதல் “இந்நாட்டு மக்களின் சமூக மற்றும் கலாச்சார வாழ்வின் அடிப்படையைப் பாதிக்கும்” எனக்கூறியதாகக் கூறப்பட்டுள்ளது. அதற்கொப்பாக ஐ.தே.கவைச் சேர்ந்த திருமதி புலேந்திரன் ஹிந்து மதம் ஓர் உயிரை அழிப்பதனைத்தடை செய்துள்ளதாகக் கூறினார். மற்றும் பா.உ. அஸ்வர் தெரிவிக்கையில் இது “எம் பண்பாட்டிற்கும் கலாச்சாரத்திற்கும் எதிரானது எல்லா மதங்களும் இதை எதிர்க்கின்றன” என்றார்.

கருக்கலைப்புச் சட்டத்திருத்தத்தை முன்னெடுத்துச் செல்லும் சமயத்தில் மத மற்றும் பண்பாடு சார் கருத்துக்களின் ஆதரவினைப் பெற முயல்வது இறுதியில் சாத்தியமற்றதெனக் காணமுடிந்தது. நீதி அமைச்சர் கூறுகையில், “கலாச்சார வரம்புகளைக் கடந்து செல்லும் நெறிகள் அல்லது கொள்கைகளைக் கருத்தில் கொள்வது கடினமான விடயம். சமூகத்தின் பல்வேறு பிரிவுகளுக்குப் பொருந்தக் கூடிய வெவ்வேறு நெறிமுறைகளை அடையாளம் காண்பது தேவையான ஒன்றாக அமைகிறது. இது

முன்னேற்றங்களை நாம் மேற்கொள்ள முடியாது. எம் நாட்டின் கலாச்சார உண்மைகளை நாம் கருத்தில் கொள்ள வேண்டும்” என்கிறார்.

இலங்கைச் சமூகத்தின் ஒரு முக்கிய அம்சம் பல இன மற்றும் பல மத மக்கள் வாழும் சூழலாகும். விக்ரமரத்ன (2016) மற்றும் அபேயசேகர (1997) 1978ம் ஆண்டின் அரசியலமைப்பு வெவ்வேறு சமூகத்தவர்களும் தம் மத மற்றும் மரபு வழியான சட்டங்களைப் பின்பற்ற மற்றும் தனிநபர்கள் பாசுபாடாய் நடத்தப்படாதிருப்பதற்கான உரிமையை (பெண்களை இங்கு கருத்தில் கொள்கிறோம்) எவ்வாறு உறுதிப்படுத்துகின்றதெனக் குறிப்பிடுகின்றனர். அவர்கள் இந்தச் சட்டங்கள் மற்றும் உரிமைகள் சில வேளைகளில் ஒன்றுக்கொன்று முரண்படலாம் எனக்கூறுகின்றனர். மற்றும் அபேயசேகர (1997) கூறுகையில் “மத மற்றும் மரபு வழிச்சட்டங்கள் பெண்களின் உரிமைகளைப் பாதிக்கக்கூடிய விதத்தில் செயற்படுத்தப்படக்கூடும்” என்கிறார்.

1995ம் ஆண்டு தொடக்கம் கருக்கலைப்பைச் சட்டப்பூர்வமாக்க நடவடிக்கைகள் எடுக்கப்பட்டு வந்த போதிலும், இவ்வாறான எதிர்ப்புக்குரல்கள் இதனைக் கட்டுப்படுத்தியுள்ளன. பொன்சேகா (2017) பின்வருமாறு குறிப்பிடுகிறார். இலங்கைக் கத்தோலிக்கப் பேராயர் மாநாட்டில் கருக்கலைப்பைச் சட்டப்பூர்வமாக்க அரசாங்கமெடுத்த நடவடிக்கைகள் வெகுவாகக் கண்டிக்கப்பட்டன, அதன் தலைவரான குருவானவர் கலாநிதி ஜே. வின்ஸ்டன் எஸ். பெர்ணான்டோ, “எந்தவொரு சந்தர்ப்பத்தின் கீழும் கருக்கலைப்புச் செய்யக்கூடாதென நாம் கூறுகிறோம். விலைமதிப்பற்ற மனித உயிர் கருத்தரிக்கப்பட்ட நேரத்திலிருந்து ஆரம்பிக்கின்றதெனவும் அது புனிதமானதெனவும் நாம் நம்புகிறோம்.” எனக்கூறியுள்ளார். எந்தவொரு விதத்திலும் மனித உயிரைத் தடுக்க எவருக்கும் உரிமை இல்லை என்பதனை அவர் வலியுறுத்தினார்.

கத்தோலிக்க பேராயர் மாநாடு அரசு கருக்கலைப்பை மேற்குறிப்பிடப்பட்ட மூன்று சந்தர்ப்பங்களில் சட்டப்பூர்வமாக்கக் கொண்டுவந்த முன்மொழிவைக் கண்டித்து ஒரு ‘ஆயர் கடிதத்தை’ வெளியிட்டது. அதில் “இந்த விசேட சந்தர்ப்பங்கள் எதுவாக இருப்பினும் எமது சபைக்குப் பாலியல் வன்புணர்வினால் உருவாகும் கருவோ, இரத்த உறவுகளினால் செய்யப்படும் பாலியல் வன்புணர்வுகள் மூலம் உருவாகும் கருவோ அல்லது பாரிய குறைபாட்டுடன் உருவாகும் கருவோ இவற்றைக் கலைப்பது எம்மைப்பொறுத்தவரை வாயில்லா அப்பாவி உயிரைக் கொலை செய்வதாகும். அத்தோடு இது ஒழுக்க ரீதியாகவும் தவறானதாகும். இவ்வாறானதொரு உயிரை அழித்தலை நியாயப்படுத்தல் எந்தவொரு மனச்சான்றுள்ள மனிதனாலும் எந்தவொரு விசுவாசமுள்ள கத்தோலிக்கராலும் சகிக்கப்படாது” எனக்கூறப்பட்டுள்ளது. அவர்கள் கத்தோலிக்க விசுவாசிகள் “இதைக்குறித்த தம் அதிருப்தியைச் சம்பந்தப்பட்டவர்களுக்கு வெளிப்படுத்த வேண்டும். அப்பாவினைக் கொலை செய்யும் இவ்விதமான கொள்ளைநோய் எம் அன்பான தாய் நாட்டைப் பாதிக்காத்திருக்க ஜெபம் மூலமும் நேர்த்திகள் மூலமும் வேண்டுகள்” என்று கோருகிறது.

கருவின் உயிர் வாழும் உரிமை விவாதமே இலங்கையின் கருக்கலைப்புச் சட்டத்தைத் திருத்துவதற்கு எதிராக மத சார் மற்றும் மதம் சாராத இரு சாராராலும் முன்வைக்கப்படும் முக்கிய விவாதமாகும். சேகரம் (2018) கூறுகையில், பேராயர் மாநாட்டின் தலைவர் வின்ஸ்டன் பெர்ணான்டோ மற்றும் வணக்கத்திற்குரிய பெல்லன்வில விமலரத்ன தேரர் ஆக்கிரோர் கிறிஸ்தவ மற்றும் பௌத்தக் கோட்பாட்டை ஆதாரம் காட்டி “மனித வாழ்க்கை கருக்கட்டலில் ஆரம்பிக்கிறது” எனவும் “கருக்கலைப்பு மனித உயிரை அழிப்பதற்கு ஒப்பானதாகும்” எனக்கூறுகின்றனர். அதுபோலவே 1995 முன்மொழிவின் போது பா.உ. அஸ்வர் (ஐ.தே.க) தன் உரையின் ஆரம்பத்தில் குரானையும், வேதாகமத்தையும் ஆதாரம் காட்டி “இது கடவுளின் வேலை... இதில் தலையிட எமக்கு உரிமை இல்லை” எனக்கூறியதாக, அபேயசேகர (1997) கூறுகிறார்.

2018ம் ஆண்டு டெயிலி மிரர் பத்திரிகையின் ஒரு கட்டுரை கருக்கலைப்பு, “அப்பாவினைப் படுகொலை செய்தல்” மற்றும் “பயங்கரவாதத்தின் இரக்கமற்ற வடிவம்” எனக்கூறுகிறது. மற்றும் ராஜசிங்கம் (2017) கருக்கலைப்பு “இன்னொரு நபரையும் சம்பந்தப்பட்டதொன்று எனவும் அது மிகவும் அடிப்படையான, சர்ச்சைகளைதுவற்ற, சட்ட மற்றும் ஒழுக்க நெறி சார்ந்ததெனவும். இன்னுமொருவ

ரின் வாழும் உரிமையைப் பாதுகாக்க எம் உரிமைகள் மட்டுப்படுத்தப்படும் சந்தர்ப்பம்” எனக்கூறுகிறார். ஐயசூரிய மற்றும் பலர் (2012) கூறுகையில் “ஒரு பெண் கர்ப்பமடையும் போது இரண்டு உயிர்கள் இருக்கின்றன. நாம் இரண்டு உயிர்களையும் சமமாக மதிக்க வேண்டும். ஒரு உயிருக்கு இன்னொன்றின் மேல் உரிமை இல்லை. உருவாகிய கருவின் உயிரில் தலையிடுதல் கொலைக்குச் சமமாகும்” என்கிறார். விக்ரமரத்னவும் (2012) கருக்கலைப்பு “ஒரு குழந்தையைக் கொடுமாப்கக் கொல்லுதல்” எனக்கூறுகிறார். மேலும் அவர் வேண்டுமென்று செய்யப்படும் கருக்கலைப்பு நிராயுதபாணியான அப்பாவி உயிரை அழிக்கும் செயலாகும்” எனக்கூறுகிறார்.

இதற்குத் தீர்வாகத் தத்தெடுத்தலை முன்வைத்தல்.

கருக்கலைப்பிற்கு எதிராகக் குரலெழுப்பிய அநேக மதத்தலைவர்கள், தேவையற்ற கர்ப்பங்களுக்குத் தீர்வாகத் தத்தெடுத்தலை முன்வைத்துள்ளனர். தேவையற்ற கர்ப்பங்களுக்கு முகம் கொடுப்போர், குழந்தையைப் பெற்றெடுத்துத் தத்தெடுக்கக் கொடுத்தலுக்குப் பரிந்துரைப் பிரச்சாரம் செய்யும் முக்கிய நபராக மல்கம் கருதினால் ரஞ்சித் இருந்து வந்துள்ளார். இவர் ஆகஸ்ட் 2017இல் இலங்கை மகப்பேற்று மற்றும் பெண்ணோயியலாளர்களுக்கான கல்லூரியில் நடைப்பெற்ற ஊடகச் சந்திப்பொன்றில் பாலியல் வன்புணர்வினால் மற்றும் இரத்த உறவுகளினால் செய்யப்படும் பாலியல் வன்புணர்வுகள் மூலம் கர்ப்பமடைந்தால் சபை இக்குழந்தைகளைத் தம் அநாதை இல்லங்களில் சேர்த்துக்கொள்ளும் எனக்கூறியதாக சேகரம் (2018), தர்மகுலசிங்கம் (2018) மற்றும் பொதுமுள்ள (2017) ஆகியோர் குறிப்பிடுகின்றனர்.

ஐயசூரிய மற்றும் பலர் (2012) கருக்கலைப்பு ஒழுக்கமற்றதெனவும், “ஒழுக்கமற்ற செயல் சட்டபூர்வமாக்கப்படக்கூடாதெனவும்” கூறி இந்த விவாதத்திற்கு ஆதரவளிக்கின்றனர். அவர்கள் குழந்தை பெற்றுக்கொள்ள முடியாத நூற்றுக்கணக்கான தம்பதியினரைக் குறிப்பிட்டுக்கூறுகையில் “இத்தம்பதியினர் இக்குழந்தைகளைத் தத்தெடுக்க மிகவும் ஆவலாய் உள்ளனர்” என்கிறார். பாலியல் வன்புணர்வினால் பாதிக்கப்பட்டோருக்குச் சரியான உளவளத்துணை வழங்கப்பட அவர்கள் பரிந்துரை செய்கின்றனர். எனினும் அவர்கள் இவ்வாறு பாதிக்கப்பட்டவர்கள் கத்தோலிக்க சபையின் உதவியுடன், “இரண்டு உயிர்களினதும் தேவைகளைச் சந்திக்க” திறக்கப்பட்டுள்ள மடங்களில் அவர்கள் பிரசவம் வரை கருவைச் சுமந்து பெற வேண்டும். இதுபோல 2012 டெய்லி மிரர் பத்திரிகையில் வெளியான வொரு கட்டுரையில் அன்னை தெரசா கன்னியர் மடம் குடிபோதையில் இருந்த தந்தையரால் பாலியல் வன்புணர்விற்குட்பட்ட பதின்வயது பிள்ளைகளுக்கானதொரு நிறுவனம் குறித்துக் கூறப்பட்டது .அதில் அவர்களின் செய்தி கருக்கலைப்புச் செய்யவேண்டாம் அந்தக்குழந்தையைப் பராமரிக்கப்பட அவர்களிடம் கொடுக்குமாறு கேட்டுக்கொண்டிருந்தனர். அவர்கள் நல்ல வளர்ப்புப் பெற்றோர் கிடைக்கும் வரை அந்தக் குழந்தையைப் பராமரிப்பர். இளம் தாய் அதன் பின் அங்கிருந்து சென்று புதிய வாழ்வொன்றைத் தொடங்கலாம் எனக்கூறப்பட்டிருந்தது. அக்கட்டுரையில் இவ்வாறான நிறுவனங்கள் இலங்கையில் இயங்கி வருகின்றனவென்றும், கருக்கலைப்பை நாடுவோர் அப்பாவிக்க “குழந்தையை” கொல்லுமுன் தம்மைத் தொடர்புகொள்ள வேண்டுமெனக் கோரி இருந்தனர்.

தேவையற்ற கர்ப்பங்களின் போது, குழந்தையைப் பெற்றுத் தத்தெடுக்கக் கொடுப்பதனை ஒரு தீர்வாக முன்வைத்து வாதிடும் பலர் இதனை ஒரு சிறந்த பதிலாகக் காட்ட முனைகின்ற போதிலும், இதில் பல யதார்த்தப் பிரச்சினைகள் காணப்படுகின்றன. விக்ரமமகே (2016) கூறுகையில் இந்த முன்மொழிவை முன்வைப்போர் “கர்ப்பிணிப்பெண் அந்தக் கருவினை வாழக்கூடிய நிலைக்கு வளர்க்கக் கொடுக்க வேண்டிய அர்ப்பணிப்பு அதனால் அப்பெண்ணுக்கும் கருவிற்கும் ஏற்படக்கூடிய பிணைப்பையும் இதனால் அப்பெண் அக்குழந்தையைத் தத்தெடுக்கக் கொடுப்பதில் அவளுக்குக் கஷ்டம் ஏற்படலாம் என்பதனை மறந்துவிடுகின்றனர்” என்கிறார். அவர் மேலும் கூறுகையில் இலங்கையில் தத்தெடுத்தல் அதிகமாக பின்பற்றப்படும் ஒன்றல்ல, “இவ்வாறான குழந்தைகளில் அதிகமானோர் பொதுவாக இச்சிறுவர் இல்லங்களிலேயே தொடர்ந்தும் இருக்க நேரிடுகிறது” என்கிறார். குமார் மற்றும் பலர் (2012)

“கர்ப்பிணிப்பெண்கள் குழந்தைப் பேறு வரை மடங்களில் வைத்திருத்தல்” என்பது அவர்களின் கல்வி முடிவிற்கு வரும் நிலை, அவர்கள் தம் குடும்பத்தின் ஆதரவினை மற்றும் தம் நிலையான எதிர்காலத்தை இழத்தல் போன்றவற்றை உருவாக்கும். மேலும் இத்தீர்வு இப்பெண்களுக்கு நிவாரணமாய் அமையாதெனவும் வாதிடுகின்றனர்.

இதில் கருத்தில் கொள்ளப்படப்படாத வேறு யதார்த்தக் காரணிகளும் காணப்படுகின்றன. முக்கியமாகக் கருவுற்ற பெண் இன்னும் பாடசாலையில் கற்குமொரு மாணவியாக இருப்பாரெனில் பெரேரா (2018) ஒரு மருத்துவ சேவை வழங்குநராக இது குறித்த தனது கருத்தைக் கூறுகையில், ஒரு பிள்ளையை “தேவையற்ற கருவைச் சுமக்கும் தாய்மாரைப் பராமரிக்குமொரு நிறுவனத்தில் ஒன்பது மாதங்கள் வரையும், பிரசவத்தின் பின்னர் குழந்தை தத்தெடுக்கப்பட்டுக் கொடுக்கப்படும் வரையும்” வைத்திருப்பதை விடக் கருக்கலைப்புச் செய்யலாம். (சிங்கப்பூரில் காணப்படுவது போன்ற பாதுகாப்பான முறையில் செய்யப்படுமாயின்) அது “பிள்ளையையும், பெற்றோரையும் பாதுகாக்கும். அவர்கள் எதுவும் நடந்ததாக காட்டிக்கொள்ளாமல் ஒரு வாரத்திலேயே பாடசாலை செல்ல முடியும்” என்கிறார். தத்தெடுக்கக் கொடுப்பதை ஊக்குவிப்போர் முக்கியமான விடயமான ஒரு பிள்ளையின் கல்வி வாய்ப்புகள் தொலைவதனைக் கருத்தில் கொள்ள மறுக்கின்றனர்.

தத்தெடுக்கக் கொடுப்பதைத் தீர்வாக முன்வைப்போருக்கு நடைமுறை யதார்த்தம் அடிப்படையில் ஒரு வாதத்தை முன்வைக்காது, சோயிஸா (2015) ஒரு உரிமைகள் அடிப்படையிலான நிலைப்பாட்டை முன்வைக்கிறார். அவர் கூறுகையில் அந்தக் கர்ப்பம் ஒரு பெண்ணின் உடல், உள, சமூக நல்வாழ்வை பாதிக்குமெனில் அப்பெண் அதனுடாகச் செல்லக் கட்டாயப்படுத்தப்படக் கூடாதென்கிறார்.

பால்நிலை சார் விதிமுறைகள் மற்றும் எதிர்ப்பார்ப்புகள்: பெண்கள் தாய்மாராக, பாலுறவு, இனவிருத்திக்காக.

மேற்கண்ட பகுதிகளில் ஆராயப்பட்டவாறு, அநேகமான வேளைகளில் பால்நிலை சார் விதிமுறைகளும் எதிர்பார்ப்புகளும் கருக்கலைப்பைச் சட்டப்பூர்வமாக்குவதற்கு எதிராக முன்வைக்கப்படும் விவாதங்களுக்கான அடிப்படையாகக் காணப்படுகின்றன.

கருக்கலைப்பைச் சட்டப்பூர்வமாக்க அல்லது சட்டத்தினைத் தளர்த்துவதற்கு எதிராகவிருப்போர் அது குடும்பக்கட்டமைப்பிற்கு ஆபத்தை விளைவிக்கக்கூடுமெனக் கூறுகின்றனர். குரு அகஸ்டின் பெர்னாண்டோ, பிள்ளைகள் தம் சொந்தக்காலில் நிற்கும் வரை அவர்களைப் பராமரிப்பது பெற்றோரின் கடமையாகும் அதுபோலவே பிள்ளைகளும் தம் பெற்றோர் “முதிர்வயதை அடைந்தபின் அவர்களின் தேவைகளில்” அவர்களைப் பராமரிப்பது கடமையாகும், எனக்கூறுகிறார். மல்கம் கருதினால் ரஞ்ஜித் குறைபாட்டுடன் கரு உருவாகும் சந்தர்ப்பங்களில் அதனால் பெற்றோர் துன்புறுக்கின்றனர் என்பதை ஏற்க மறுக்கிறார் அதைவிடுத்துத் துன்பப்படும் குழந்தை தாய் மற்றும் தந்தைக்கு இடையிலான உறவைப் பலப்படுத்துகின்றதெனக் கூறுவதாக 2017ம் ஆண்டு ஸ்ரீ லங்கா மிரர் பத்திரிகை குறிப்பிடுகிறது.

பெரேரா (2017) எவ்வாறு தாய்மை மற்றும் கர்ப்பம் இன்னும் அனைத்துப் பெண்களும் விரும்ப வேண்டியதொன்றாகவும் பெண்களுக்குப் பெருமை எனவும் சமூகத்தில் காணப்படும் எண்ணம், பெண்கள் தம் கனவுகளை நிறுத்தி இன்னுமொரு உயிரைச் சுமக்க வேண்டும் எனும் எதிர்பார்ப்புக் காணப்படுகிறது எனக்கூறுகிறார். இதுபோல விக்ரமகமகே (2016) தாய்மையைச் சாதாரணப்படுத்தல் மற்றும் பெருமைப்படுத்தல் என்பதை விளக்குகிறார். அது ஒரு தியாகமாகக் கருதப்படுகிறது. “பெண்கள் பாலியல் நாட்டங்களற்றவர்களாகவும், பாலியல் உறவு உயிரைப் பிறப்பிக்கும் காரணங்களுக்காக மட்டுமே” எனும் எண்ணக்கரு சமூகத்தில் காணப்படுகிறது என்பதை அவர் நினைவு கூறுகிறார். இது 1995ம் ஆண்டு ஒரு கலந்துரையாடலில் டிரோன் பெர்னாண்டோ தெரிவித்த

“திருமணத்தின் பிரதான நோக்கம் இனப்பெருக்கமாகும்” எனும் கருத்தின் மூலம் நிருபணமாகிறது. மற்றும் கத்தோலிக்கப் பேராயர் மாநாட்டில் வெளியிடப்பட்ட ஆயர் கடிதம் “இறைவன் மனித உயிரை உருவாக்க மதிப்புள்ள பாலியல்பை ஏற்படுத்தியுள்ளார்”. மேலும் அக்கடிதம் “திருமணமும் அதன் உறவும் அன்பு மற்றும் வாழ்விற்காகப் புனிதப்படுத்தப்பட்டுள்ளது” எனக்கூறுகிறது, இதன்மூலம் இது பாலியல் உறவை திருமண உறவுக்குள் மட்டுப்படுத்தி அது இனவிருத்திக்காக மட்டுமே எனக்கூறுகிறது.

விக்ரிமகமகே (2016) இலங்கைச் சமூகம் எப்படித் தன் “அங்கத்தவரின் மனதில் உரிமைகளை விடுத்துக் கடமைகளைத் திணிக்கிறது” அது “தனிநபர்விருப்பங்களை முன்னேற்றுவது சமூக நன்மைக்கான வழி என்பதை விடுத்துச் சமூகத்தை விருத்தி செய்வதில் கவனம் செலுத்துகிறது” என்பதைக்குறித்துக் கூறுகிறார். இந்தக்கருத்துச் சட்டத்திருத்தத்தை எதிர்ப்போர் குடும்பக்கட்டமைப்பின் அவசியத்தைக்குறித்துக் கூறுவது மற்றும் பாலியல் உறவு இனப்பெருக்கத்திற்கான கருவியெனக் கருதி வெளியிடும் வார்த்தைகளில் தெளிவாகிறது. இவ் எதிர்பார்ப்புகள் பெண்களைத் தாய்மாராக, மனைவிகளாக மட்டுப்படுத்துகிறது. அத்தோடு இவ் எதிர்பார்ப்புகளைப் பூர்த்தி செய்ய மறுக்கும் பெண்களைக் கண்டிக்கவும் செய்கிறது.

இன்பத்திற்காகப் பாலியல் உறவில் ஈடுபடுதல் “ஒழுக்கமின்மை” ஆகும்.

கருக்கலைப்பை எதிர்ப்போர், “ஒழுக்கமின்மை” கருக்கலைப்பில் முடியும் தேவையற்ற கர்ப்பங்களுக்குக் காரணமாகுமெனக் கூறுகின்றனர். அத்தோடு கருக்கலைப்புச் சட்டங்களைத் தளர்த்துவதன் விளைவும் “ஒழுக்கமின்மையாக” இருக்கும் எனக்கூறுகின்றனர்.

குரு அகஸ்டின் பெர்னாண்டோ 2017ம் ஆண்டு எழுதிய கட்டுரையான, நாம் கருக்கலைப்பை எப்படிக்கருத வேண்டும்? என்பதில் கருக்கலைப்பு “தவறான செயல்கள் செய்வதால் ஏற்படும் பிரச்சினையிலிருந்து விடுபட இலகுவானதொரு வழியாகும்” என்கிறார். அபேயசேகர (1997), 1995 கலந்துரையாடல்களில் பாராளுமன்ற உறுப்பினர்கள் வெளிப்படுத்திய கருத்துக்களைச் சுட்டிக்காட்டிக் கூறுகையில், பெண்கள் ஒழுக்கமற்ற மற்றும் ஒருவரை இலகுவில் ஒத்துழைக்க வைக்கக்கூடியவர்கள், “இயற்கையாகவே பெண்கள் ஒழுக்கமற்றிருக்கக்கூடியவர்கள் அவர்களுக்குச் சந்தர்ப்பம் கிடைக்கும் பட்சத்தில் “வரம்பு மீறி” செல்லக்கூடியவர்கள்” எனக்கூறப்பட்டுள்ளது மேலும் பா.உ. அஸ்வர் “கலாச்சாரம்” குறித்தும் “ஒழுக்கமாக வளர்க்கப்படுதல் என்று ஒன்றுள்ளதெனவும்” கருக்கலைப்பு ஒருவரை ஒழுக்கமற்ற பெண் எனக் காட்டுகிறது. அவர்களின் ஒழுக்கமற்ற தன்மையை நாம் கருக்கலைப்புச் சட்டம் திருத்தப்படப் பரிந்துரை செய்து பாதுகாக்கக்கூடாதெனக் கூறியுள்ளார். ராஜ பக்ச மற்றும் டி சில்வா (2000), அநேகமானோர் முன்வைக்கும் குற்றச்சாட்டான - கருக்கலைப்புச் சேவைகள் தாராளமாய்க் காணப்பட்டால் பாலியல் ஒழுக்கச் சீர் கேடும் திருமணமான இளைஞர் களிடையே பாலியல் உறவும் அதிகரிக்கும் என்பது குறித்துக் கருத்து வெளியிட்டுள்ளனர், மற்றும் குமார் (2013) “ஒழுக்கமின்மை”, “கருக்கலைப்புச் சேவைகள் தாராளமாகக் காணப்படுதல்” போன்ற காரணிகள் அரசியல் வாதிகள் மற்றும் கொள்கை வகுப்போர் பெண்கள் மீது “குற்றமில்லை” எனும் சந்தர்ப்பங்களைத் தவிர மற்றச் சந்தர்ப்பங்களில் கருக்கலைப்புச் சட்டத்திருத்தத்தை முன்கொண்டு செல்வதைத் தடுத்துள்ளது.

அரசியல்வாதிகளிடையே காணப்படும் தயக்கம் - சர்ச்சைக்குரிய விடயம்

இலங்கையில் பாதுகாப்பற்ற கருக்கலைப்புகள் போன்றதொரு முக்கியமான விடயத்தை அதன் சர்ச்சைக்குரிய தன்மை காரணமாகக் கருத்தில் கொள்ளாமல் இருப்பது குறித்து நாட்டின் கொள்கை வகுப்போர் மீது குற்றம் சாட்டப்பட்டுள்ளது. தலகல (2010) கூறுவது போல் இலங்கை போன்றதொரு பௌத்த பெரும்பான்மையுள்ளதொரு நாட்டில் “எந்தவொரு அரசியல்வாதியும் கருக்கலைப்பைச் சட்டப்பூர்வமாக்குதல் எனும் கொள்கை மாற்றத்தைத் தொடர் துணிய மாட்டார்கள். ஏனெனில் அது அவர்களின் அரசியல் எதிராளிகளினால் அவர்களின் அரசியல் பிரச்சாரங்களுக்கு எதிராகப் பாவிக்கப்படும்”. இதற்கொப்பாக சேனநாயக்க மற்றும் விலக்கமுவ (2009) கூறுகையில் கருக்கலைப்புச் சட்டத்தைத் திருத்துதல் “கொள்கை வகுப்போருக்கு உணர்திறனுள்ள மற்றும் பயங்கரமானதொன்றாகும்” அவர் பின்வருமாறு கூறியதொரு அமைச்சரை மேற்கோள் காட்டுகிறார் “இலங்கையில் கருக்கலைப்புச் சட்டத்தில் மாற்றம் ஏற்படுத்துவது தேனீக்களின் கூட்டில் கல்லெறிவதற்குச் சமமாகும்”. எவ்வாறு கருக்கலைப்பிற்கு எதிரான ஒழுக்கம் மற்றும் மத ரீதியான விவாதங்கள் அரசியல் கோணத்தை அடைகின்றன என்பதை நாம் காணக்கூடியதாயுள்ளது. இந்த விடயம் மீண்டும் மீண்டும் கருக்கலைப்புச் சட்டம் திருத்தப்படுவதைத் தடுத்துள்ளது (டல்வி மற்றும் பலர்).

இது சட்டத்திருத்தத்தை மட்டுமல்லாது இப்பிரச்சினை தொடர்பான கல்வி மற்றும் வெளிப்பாடுகளையும் தடுக்கிறது. சேகரம் (2018) கூறுவது போல், ரோமன் கத்தோலிக்க சபையின் கருக்கலைப்புத் தொடர்பான நிலை மற்றும் கருக்கலைப்புச் சட்டத்திருத்தங்கள் தொடர்பாக க்ராஸ்ரூட்டட் டிரஸ்ட் நிறுவனத்தினால் இயற்றப்பட்டதொரு நாடகம் இலங்கை சென்சர் குழுவினால் நிராகரிக்கப்பட்டது. அவர்கள் இதைத் தயாரிக்க “இது சரியான நேரமல்ல” எனக்கூறினர்.

இதுவரை முன்னெடுக்கப்பட்ட அதிகாரபூர்வமான கலந்துரையாடல்களும், மன்றங்களும் இக்காரணங்களால் அதிகம் பாதிக்கப்படும் பெண்களை விடுத்து மதத்தலைவர்களின் மற்றும் ஆண்களின் ஆதிக்கமுள்ளதாயும் ஜனநாயகமற்ற முறையில் முன்னெடுக்கப்பட்டதென விமர்சனத்துக்குள்ளாகியது. பெரேரா (2017), ராஜசிங்கம் (2012), டி சில்வா (2017) மற்றும் பாலச்சந்திரன் (2009) ஆகியோர் மதத்தலைவர்கள் மற்றும் மத நம்பிக்கைகள் கருக்கலைப்பு விவாதத்தில் அதிகாரம் செலுத்துவதைக் கண்டிக்கின்றனர். ராஜசிங்கம் கூறுகையில் பொதுக் கலந்துரையாடல்களில் மத நம்பிக்கை சார் கருத்துக்களுக்கு இடமுண்டு எனும் போதிலும், அது சட்டத்திற்குச் சாதகமான அல்லது எதிரான தீர்மானங்களைச் செயலிழக்கப்பண்ணும் விவாதங்களாய் அமையக்கூடாது. மேலும் பொத்துமுள்ள (2017) வைத்தியர்கள் மற்றும் மதத்தலைவர்களுக்கிடையிலான கலந்துரையாடலின் போது ஒரு பெண் பிரதிநிதியும் அந்த இடத்தில் இருக்கவில்லை எனக் குற்றம் சுமத்தியுள்ளார். இவ்விவாதம் அதிகாரபூர்வமான வட்டங்களில் எவ்வாறு இதனால் மிகக்குறைவாகப் பாதிக்கப்படுவோரால் ஆதிக்கம் செலுத்தப்படுகிறது என்பதைக் காட்டுகிறது. அபேயசேகர (1997) மற்றும் குமார் (2011) இருவரும் எவ்வாறு இதற்காகப் பரிந்துரை செய்யும் பெண்கள் குழுக்களும் அரசு சார்பற்ற நிறுவனங்களும் தீர்மானமெடுக்கும் செயற்பாட்டில் சேர்த்துக்கொள்ளப்படவில்லை என்பதைச் சுட்டிக் காட்டுகின்றனர். அபேயசேகர கூறுகையில் 1995ம் ஆண்டில் பாராளுமன்றத்தில் முன்வைக்கப்பட்ட பிரேரணை அரசு சார்பற்ற நிறுவனங்களினால் முன்னெடுக்கப்பட்ட கலந்துரையாடல்களைப் பிரதிபலிக்கவில்லை எனக்கூறுகிறார். மற்றும் குமார் கூறுகையில் 2010ல் மிலோபிரோஸ்டோல் குறித்தான தீர்மானம் “யார் தீர்மானமெடுக்கிறார் மற்றும் எவ்வாறு இத்தீர்மானங்கள் எடுக்கப்படுகின்றன எனும் தகவல்களைப் பொதுமக்கள் குறைவாக அணுகி பெற்றுக்கொள்ளக்கூடிய” முறையில் “மருத்துவத்துறை சாரா நிபுணர்களின் குறைவான பங்களிப்புடன் செய்யப்பட்ட ஒரு மூடப்பட்ட செயற்பாடாகும்” என்கிறார்.

பெண்ணியத்திற்கான கத்தோலிக்க வலயமைப்பு - பழமைவாத ஆண் மத்தலைவர்கள் கருக்கலைப்பு விவாதத்தில் செலுத்தும் ஏகோபித்தமான அதிகாரத்திற்கு எதிராக ஒரு நிலைப்பாட்டை எடுத்தல் - இவர்கள் மத சார் பிரதிநிதிகளாக தம் கருத்துக்களை வெளியிடுகின்றனர். அவர்கள் குற்றவியல் சட்டத்தின் 1883 ஆண்டின் 2ம் பிரிவையும் குற்றவியல் சட்டம் 1979ன் பிரிவு 15 ஐயும் சில சந்தர்ப்பங்களுக்கு மருத்துவ அனுமதியுடன் கருக்கலைப்புச் செய்யக்கூடிய வகையில் திருத்த, தம் ஆதரவை வெளிப்படுத்தி அறிக்கை ஒன்றினை வெளியிட்டுள்ளனர். அத்தோடு அவர்கள் மதத்தலைவர்கள் தம் மத நம்பிக்கையைத் தவறாகப் பிரதிபலிப்பதையும் கண்டித்துள்ளனர்.

கருக்கலைப்பு விவாதத்தில் மேலாதிக்கம் செலுத்தும் மதத்தலைவர்கள் மற்றும் ஆண்களின் வீதத்தைக் கண்டு, குமார் (2012) மற்றும் விக்ரமகமகே (2016) ஆகியோர் விரிவானதொரு பங்காளர் குழு கருக்கலைப்புச் சட்டத்திருத்தம் தொடர்பான தீர்மானமெடுக்கும் செயற்பாடுகளில் பிரதிநிதித்துவப்படுத்தப்பட வேண்டுமெனக் கோருகின்றனர். பெண்களும், பாதுகாப்பற்ற கருக்கலைப்புகளினால் பாதிக்கப்பட்ட சமூகங்களும் இந்தச் செயற்பாடுகளில் உள்ளடக்கப்பட வேண்டும் எனக் குமார் கூறுகிறார். விக்ரமகமகே கூறுகையில் இது கொள்கை வகுப்போர் குடும்பத்திட்டமிடல் சேவை வழங்குவோர், சுகாதார ஊழியர்கள் மற்றும் பெண்கள் உரிமைகள் ஆர்வலர்களின் உடனடியான தலையீடு தேவைப்படுமொரு பிரச்சினையாகும் என்கிறார். விரிவான பங்காளர் குழுவினை ஆலோசனைச் செயற்பாடுகளில் ஈடுபடுத்துவதோடு, ஆணாதிக்கச் சமூகத்தில் கருக்கலைப்புச் சட்டப்பூர்வமாக்கப்படும் போதிலும், பெண்கள் பாதுகாப்பான சேவைகளை நாடத் தடையாக விளங்கக்கூடிய, பால்நிலை சார் விதிமுறைகள் மற்றும் அதனால் உண்டாகும் களங்கம் போன்றவற்றை ஆண்கள் பெண்கள் மத்தியிலும், சேவைவழங்குனர், சேவை நாடுவோர் மத்தியிலும் தீர்ப்பது முக்கியமானதாகும்.

முன்செல்லல்: கருக்கலைப்புச் சட்டப்பூர்வமாக்கப்படுதலை வரையறுத்தல் மற்றும் களங்கத்தைக் கையாளுதல்

கருக்கலைப்பைச் சட்டப்பூர்வமாக்கல் ஒரு சுகாதாரப் பிரச்சனையாக மற்றும் பெண்கள் உரிமைகள் சார் பிரச்சினையாகவும் வரையறுக்கப்படும்போதிலும், விக்ரமகமகே (2016) உறுதியானதொரு உரிமைகள் சார் விவாதத்தை முன்னிலைப்படுத்துவத்திலுள்ள யதார்த்தமற்ற தன்மையைக் குறிப்பிடுகிறார். ஏனெனில் “பெண்கள் சுதந்திரமாகச் சிந்தித்து, கலாச்சாரக் குடும்பத்தின் அழுத்தம் இல்லாமல் இத்தகைய இனப்பெருக்க முடிவுகளை எடுக்கும் ஒருவராகக் காணப்பட்டால் மாத்திரமே பெண்ணுக்கிருக்கும் இனவிருத்திச் சுதந்திரம் தொடர்பான கருத்துப் பலனளிக்கும்”. குடும்ப அழுத்தங்களை மட்டுமன்றி மக்கள் மனதில் ஆழமாகப் பதிந்துள்ள ஆணாதிக்க எண்ணக்கரு மற்றும் பால்நிலை சார் விதிமுறைகள் ஒரு தனிநபரின் நடைமுறையில் பெருமளவிலான தாக்கத்தை ஏற்படுத்தும் (விக்ரமகமகே, 2016 சேனாநாயக்க, 2009 சுரங்க மற்றும் பலர் 2017). இது ஒரு ஆழமான மற்றும் முக்கியமாகக் கருத்தில் கொள்ளவேண்டியதொரு அறிக்கையாகும், ஏனெனில் அதிகமான ஆய்வுகளில் இந்த ஆழமாகப் பதிந்த ஆணாதிக்க எண்ணக்கரு பிரதிபலிக்கப்பட்டிருக்கிறது - பெண்கள் தாமாகவே - இதில் கருக்கலைப்புச் செய்துகொண்டுள்ள பெண்கள் பலரும் அடங்குவர் - அவர்கள் கூறுகையில் தாம் மத மற்றும் ஒழுக்க விழுமியம் சார் காரணிகளினால் கருக்கலைப்பை ஆதரிக்கமாட்டோம் எனக்கூறியுள்ளனர்.

மத மற்றும் ஒழுக்க விழுமியக்கருத்துக்கள் சட்டம் சார் விடயங்களை விடவும், பெண்கள் கருக்கலைப்பைச் சட்டப்பூர்வமாக்கல் தொடர்பில் கொண்டுள்ள மனப்பாங்கில் தாக்கம் செலுத்துகின்றன (அரம்பேபோல மற்றும் ராஜபக்ஷ 2014 சுரங்க மற்றும் பலர் 2017 அபலன்ட், 2018 தலகல, 2010). அரம்பேபோல மற்றும் ராஜபக்ஷ (2014) பதிலளித்தோரில் 42.7வீதமானோர் கருக்கலைப்பைச் செய்ய எத்தனித்தனர் எனினும் பின் கருக்கலைப்பு “பாவம்” என்ற மத நம்பிக்கையினால் தேவையற்ற கர்ப்பத்தை சுமந்து பெற முடிவு செய்தனர் மற்றும் 12வீதமான கட்டுப்படுத்தப்பட்ட பங்குபற்றினர்கள்

கருக்கலைப்புச் சமூக ரீதியாக ஏற்றுக்கொள்ள முடியாததொன்றாகச் சித்தரித்தனர். அபலன்ட் (2018) கூறுகையில் பங்குபற்றியோர் வழக்கமாக வழங்கிய பதில்கள் “கருக்கலைப்பு ஒரு பாவம்”, “சமூகம் கருக்கலைப்பை ஏற்றுக்கொள்வதில்லை”, “இது ஒரு கொலைக் குற்றச்செயலாகும், எமது கலாசாரம் அதனை ஏற்றுக்கொள்ளாது” என்பவையாகும். இதற்கொப்பாக சுரங்க மற்றும் பலர் (2017), நடத்திய ஆய்வில் பங்குபற்றியோருள் 93வீதமான பெண்களும் 70வீதமான ஆண்களும் கருக்கலைப்புக் கலாச்சார மற்றும் ஒழுக்க விழுமியங்களுக்கு எதிரானதெனக் கூறியுள்ளனர். அதோடு 46வீதமானோர் சட்ட விரோதக் கருக்கலைப்புச் சேவை வழங்குவோருக்கு எவ்வித ஒழுக்க விழுமியமும் இல்லையெனக் கூறியுள்ளனர். இதுபோல தலகல (2010), தன் மத நம்பிக்கை அர்ப்பணிப்பு “அதிகம்” எனக் கருதிய பெண்களுடன் ஒப்பிடுகையில் “சாதாரணமானது” எனக்கருத்திய பெண்கள் கருக்கலைப்புச் செய்துகொள்ள 2 மடங்கு அதிகமான வாய்ப்புக் காணப்பட்டது எனக் கண்டுபிடித்துள்ளார்.

சுரங்க மற்றும் பலர் (2017) கூறுகையில் 743 பங்குபற்றினர்களில், 65வீதமானோர் பாலியல் வன்புணர்வின் போது கருக்கலைப்பைச் சட்டப்பூர்வமாக்கச் சம்மதித்தனர், 55வீதமானோர் இரத்த உறவுகளினால் செய்யப்படும் பாலியல் வன்புணர்வினைப் பொதுச் சட்டப்பூர்வமாக்கச் சம்மதித்தனர் மற்றும் 53வீதமானோர் குறைபாடுள்ள கரு உருவாகும் சந்தர்ப்பங்களில் சட்டப்பூர்வமாக்கச் சம்மதித்தனர். 7வீதத்திற்கும் குறைவானோர் வேறு காரணிகளான கருத்தடை முறை பலனளிக்காமை, பொருளாதாரச் சூழல் அல்லது ஒரு பெண் அதைக் கோரும் பட்சத்தில் சட்டப்பூர்வமாக்கச் சம்மதித்தனர். அபேயசின்க மற்றும் பலர் (2009) கண்டுபிடித்ததன் படி 38.3வீதமானோர் தாயின் உயிருக்கு ஆபத்து ஏற்படும் வேளைகளில் கருக்கலைப்புச் சட்டப்பூர்வமாக்க வேண்டுமென நம்பினர். 21.4வீதமானோர் குறைபாடுள்ள கரு உருவாகும் வேளைகளில் சம்மதித்தனர். 18.2வீதமானோர் மகப்பேற்று உளநலப் பிரச்சனைகள் ஏற்படும் வேலைகளுக்குச் சம்மதித்தனர். மற்றும் 17.6வீதமானோர் பாலியல் வன்புணர்வினால் அல்லது இரத்த உறவுகளினால் செய்யப்படும் பாலியல் வன்புணர்வுகளினால் உருவாகும் கர்ப்பங்களுக்குக் கருக்கலைப்பைச் சட்டப்பூர்வமாக்கச் சம்மதித்தனர். இந்தப் புள்ளிவிபரங்களின் படி பார்க்கும் போது தற்போது முன்வைக்கப்பட்டிருக்கும் திருத்தங்களுக்கான ஆதரவு உரிமை அடிப்படையில் சட்டப்பூர்வமாக்கக் கூறுதலை விட வலுவாக இருக்கும்.

ஆழமாகப் பதிந்துள்ள பெண்களுக்குகெதிரான வாதங்கள்

பல ஆய்வுகள் பால்நிலை சார் வகிபாகங்களின் விதிமுறைகள் மற்றும் எதிர்பார்ப்புகள் கருக்கலைப்பைச் சட்டப்பூர்வமாக்குவதில் தாக்கம் செலுத்துகின்றன எனக்கூறுகின்றன: யார் சேவைகளை நாட முடியும், எப்பொழுது மற்றும் என்ன காரணிகளுக்காக?

ராஜபக்ச மற்றும் டி சில்வா (2000) கூறுவதன் படி கருக்கலைப்புச் சேவையை நாடியோருள் அரைவாசிக்கும் குறைவானவர்களே கருக்கலைப்புச் சேவைகள் பெண்களுக்கு வரைமுறையின்றி கேட்டுக்கொள்வதன் பிரகாரம் வழங்கப்படவேண்டுமென நம்பினர். விசேடமாகத் திருமணம் ஆகாத பெண்களுக்குக் கருக்கலைப்புச் சட்டத்தைத் தளர்த்த இணக்கம் தெரிவித்த 45.9வீதமானோருள் 27வீதமானோர் மட்டுமே இந்தத் தளர்த்தல் திருமணமான மற்றும் திருமணமாகாத பெண்கள் இருவருக்கும் வழங்கப்பட வேண்டுமென நம்பினர். தலகல (2010) கூறுகையில் கருக்கலைப்புச் செய்துகொண்ட 25.4வீதமானோரும் தேவையற்ற கர்ப்பங்களுக்கு முகம்கொடுத்த 11.5வீதமானோரும் கருக்கலைப்புத் தம்பதிகளுக்குத் தேவைப்படும் போது, அது என்ன காரணமாய் இருப்பினும் சட்டப்பூர்வமாக வழங்கப்பட வேண்டுமெனக்கூறியுள்ளனர். கருக்கலைப்பிற்கு முகம்கொடுக்க 29வீதமானோர் கருக்கலைப்புச் சட்டப்பூர்வமாக்கப்படல் ஒழுக்கமின்மையை ஊக்குவித்து, திருமணத்திற்கு முன்னரான பாலியல் உறவுகளை அதிகரிக்குமெனக்கூறியுள்ளனர். சுரங்க மற்றும் பலர் (2017) கூறுகையில் 15வீதமான பெண்களும் 5வீதமான ஆண்களும் இலங்கையில் கருக்கலைப்புச் சட்டத்திருத்தத்திற்கு ஆதரவளிக்காததற்கான காரணமாக ஒழுக்கமற்ற செயல்கள் அதிகரிக்குமெனக் கூறி இருந்தனர்.

ஆகவே தெளிவாக நாம் காணக்கூடியது யாதெனில், சட்டத்திருத்தங்கள் மட்டுமே கருக்கலைப்பை நாளும் பெண்கள் எதிர்நோக்கக்கூடிய உள் மற்றும் உடல் வேதனைகளை மாற்றக்கூடியவையாய் அமையாது. சட்டத்திருத்தங்கள் மாத்திரமே பாதுகாப்பான சேவைகளை உறுதிசெய்யப் போதுமானதாய் அமையாது. (முதலிகே, 2017 குணசேகர மற்றும் விஜேசிங்க, 2001 அரம்பேபொல மற்றும் பலர், 2014). அரசு வைத்தியசாலைகளில் பணிபுரியும் சுகாதாரப் பணியாளர்களின் மற்றும் தொழில்சார் நிபுணர்களின் ஏற்றுக்கொள்ளும், ஆதரிக்கும் மனப்பாங்கு, அத்தோடு சேவை நாடுவோரின் மனப்பாங்கு, இவையனைத்துமே கருக்கலைப்பைச் சட்டப்பூர்வமாக்க அவசியமானவையாகும். களங்கம் கையாளப்படவில்லையெனில் சேவைகள் சரியான முறையில் பாவிக்கப்படமாட்டா. அதுமட்டுமல்லாது இளைஞருக்கு ஏற்ற நட்பான பாலியல் மற்றும் இனவிருத்திச் சுகாதார சேவைகள் பாகுபாடின்றி அதை நாளும் எவருக்கும் வழங்கப்பட வேண்டும். (பெரேரா, 2017 சொய்சா, 2015).

பூரண பாலியல் கல்வியின் அவசியம்

பாலியல் மற்றும் இனவிருத்திச் சுகாதார அறிவுமட்டத்தைக் காட்டும் புள்ளிவிபரங்களைப் பார்க்கையில், இளம் வயதினரிடையே தேவையற்ற கர்ப்பங்களைத் தடுக்க, பூரண பாலியல் கல்வியின் தேவை தெளிவாகத் தெரிகிறது. - அவர்களை அடுத்த பருவத்தை நோக்கி வழிநடத்த இத்தகவல்கள் உதவுவதோடு தேவையற்ற கர்ப்பங்களின் வீதத்தில் மற்றும் கருக்கலைப்பு வீதத்திலும் இது தாக்கம் செலுத்தும்.

டி சில்வா மற்றும் பலர் (2007) தம் ஆய்வில் 75வீதமான பங்குபற்றுனர்ர்கள் மாதவிடாய்ச் சக்கரத்தில் கருவுறக்கூடியதான காலகட்டத்தை குறித்து அறிந்திருக்கவில்லை எனக்கூறுகின்றனர். சுரங்க மற்றும் பலர் (2017) கண்டுபிடித்ததின் படி 31வீதமான பெண்களும் 57வீதமான ஆண்களும் இந்த கருத்தரிக்கக்கூடிய காலம் குறித்து அறிந்திருக்கவில்லை. ஹேவாகீகன மற்றும் பலர் (2015) கூறுகையில் பங்குபற்றியோரில் 1/4க்கும் குறைவானவர்களே முதல் பாலியல் உறவின் போது கர்ப்பமடையவோ பாலியல் தொற்றுக்கு உள்ளாகவோ முடியுமென அறிந்திருந்தனர் (57வீதமானோர் முதல் பாலியல் உறவின் போது கருத்தடை முறைகள் பாவித்திருந்தனர்). இதுபோல பெரேரா மற்றும் ரீஸ் (2006) கூறுகையில் குறைவான ஆணுறைப் பாவனை மற்றும் ஆணுறை இளைஞர்களுக்கு கிடைப்பதில் உள்ள குறைபாடு ஆகியவை இலங்கையின் இளைஞர் மத்தியில் பாலியல் சுகாதார பழக்கங்களை ஊக்குவிக்க வேண்டியதன் தேவையை வெளிப்படுத்துகிறது.

மேலும் அவசரக் கருத்தடை மாத்திரைகள் தொடர்பான போதிய அறிவின்மையும், அதிகளவிலான தவிர்க்கக்கூடிய கர்ப்பங்கள் தகவல் போதாமையினால் ஏற்படுகின்றன எனச் சுட்டிக்காட்டுகின்றனர். டி சில்வா மற்றும் பலர் கூறுகையில் கருத்தடை முறைகளைப் பாவிக்காத 25வீதமானோரும், பாரம்பரிய முறைகளைப் பாவிக்கும் 1/3வர் மாத்திரமே பொஸ்டினைர் எனும் அவசரக் கருத்தடை மாத்திரை குறித்து அறிந்திருந்தனர். சுரங்க மற்றும் பலர் (2017) தம் ஆய்வில் 51வீதமான பெண்கள் அவசரக் கருத்தடை மாத்திரைகள் குறித்து அறிந்திருந்தனர் எனக்குறிப்பிடுகின்றனர்.

பிள்ளைகள் சரியான தகவல்களைப்பெற்று சரியான மனப்பாங்குடன் பாதுகாப்பான பாலியல் உறவில் ஈடுபடவும் தேவையற்ற கர்ப்பங்களைத் தடுக்கவும் நாடளாவிய ரீதியில் உள்ள பாடசாலைகளில் பூரண பாலியல் கல்வி வழங்கப்படுதல் அவசியம் (சமரர்தன, 2017 பெரேரா, 2018 குமார், 2011 டி சில்வா, 2015). எனினும் டி சில்வா மற்றும் பலர் (2007) பூரண பாலியல் கல்வி வழங்கத் தேர்ச்சி பெற்ற ஆசிரியர்கள் பற்றாக்குறை காணப்படுகின்றது எனக்கூறுகின்றனர். குணசேகர மற்றும் விஜேசிங்க (2001) பாலியல் உறவு வெட்கத்துக்குரியதாகவும், கண்டனத்துக்குரியதாகவும், ஆபத்தானதாகவும் இருக்கிறது

எனும் மனப்பாங்கை அவர் சுட்டிக்காட்டுகிறார், இது அநேக நேரங்களில் பெற்றோர் மற்றும் ஆசிரியர் இது குறித்துப் பிள்ளைகளுடன் வெளிப்படையாகப் பேசத் தயங்கும் சூழலை ஏற்படுத்தியுள்ளது.

கருத்தடை முறைகள் பாவனைக்கு மட்டும் மட்டுப்படுத்தப்பட்ட கல்வி, இன்பத்திற்கான பாலியல் உறவு மற்றும் திருமணத்திற்கு முன்னான பாலியல் உறவு வெட்கத்திற்குரியது எனும் மனப்பாங்கினைக் கையாளப் போதுமானதல்ல. சொய்சா (2015) மற்றும் பெண்ணியத்திற்கான கத்தோலிக்க வலயமைப்பு (2018) பாலியல் கல்வி மட்டுமல்ல உறவுமுறைக்கல்வியின் அவசியத்தையும் கூறுகின்றனர். இது இனவிருத்திப் பராமரிப்பு தொடர்பான உள சமூக வழிக்காட்டலைத்தேடுவோருக்குப் பால்நிலை சமத்துவமுள்ள உணர்த்திறனான, கரிசனையுள்ள, ஒருவரின் செயல்களை நியாயம் தீர்க்காத ஆதரவுக் குழுக்களை உள்ளடக்கியதாகும். மேலும் மரியாதை மற்றும் சம்மதம் தெரிவித்தல், சம்மதம் கேட்டல் தொடர்பான கல்வியும் பாலியல் துன்புறுத்தல் மற்றும் வன்முறைகள் குறைய முக்கியமானதாக அமையும்.

හැඳින්වීම

මාතෘ හා ළමා සෞඛ්‍යය සම්බන්ධයෙන් ශ්‍රී ලංකාව ලබා ඇති ජයග්‍රහණ ඉතා පැහැදිලි යුතු මට්ටමක පවතී. කෙසේ නමුත් තොරතුරු මගින් වාර්තා වන පරිදි ශ්‍රී ලංකාව තුළ විශාල ප්‍රමාණයෙන් අනාරක්ෂිත ගර්භනී භාවය අවසන් කිරීම් සිදුවේ. මෙමගින් ඇතිවන සෞඛ්‍යමය ගැටළු ශ්‍රී ලංකාවේ සෞඛ්‍ය සේවා පද්ධතියට විශාල බරක් ඇති කර තිබේ. වාර්තා වන තොරතුරු මත පදනම්ව දිනකට ශ්‍රී ලංකාව තුළ ගර්භනී භාවය අවසන් කිරීම් 650ක් පමණ සිදු වේ යැයි පැවසෙන අතර එය වසරකට 250,000 ක් පමණ විශාල ප්‍රමාණයකි. ශ්‍රී ලංකාව තුළ ගර්භනී භාවය අවසන් කිරීම සම්බන්ධයෙන් ඉතා දැඩි හිතී පවතින නිසා එම නිත්‍යනුකූල රාමුවෙන් පිටත සිටීමේ වගවීම් භාවයක් නොමැතිව ගර්භනී භාවය අවසන් කිරීම් සිදුවේ.

ආරක්ෂිතව ගර්භනී භාවය අවසන් කිරීම සම්බන්ධ ක්‍රියාකාරීන්ගේ එකතුව යනු අධිවාචන මට්ටමින් වැඩ කරන ශ්‍රී ලංකාවේ සිවිල් සමාජ සංවිධාන හා ග්‍රාමීය මට්ටමේ සංවිධානවල එකතුවකි මෙම කෘතිය මගින් ආරක්ෂිතව ගර්භනී භාවය අවසන් කිරීම සම්බන්ධ ක්‍රියාකාරීන්ගේ එකතුව උත්සාහ දරා ඇත්තේ ශ්‍රී ලංකාව තුළ සිදුවන ගර්භනී භාවය අවසන් කිරීම සම්බන්ධයෙන් කාන්තාවන්ගේ අත්දැකීම් රැගත් සිද්ධි සම්බන්ධ දැනුමක් හා ඒ හා සම්බන්ධ ගැටුම්කාරී හා සංස්ථාපනීය පර්යාලෝකයක් පාඨකයා තුළ ඇති කිරීමයි.

මෙම කෘතියේ පළමු කොටස මගින් ශ්‍රී ලංකා තරුණ අධිවාචන ජාලය (YANSL) හා ශ්‍රී ලංකා පවුල් සංවිධාන සංගමයේ අධිවාචන ඒකකය විසින් එකතු කරන ලද සිද්ධි අධ්‍යයන දක්වා ඇත. එම සිද්ධි මගින් ගර්භනී භාවය අවසන් කිරීමට කාන්තාවන් විසින් ගනු ලැබ ඇති උත්සාහයන් සිංහල, දෙමළ හා ඉංග්‍රීසි භාෂාවලින් පරිවර්තනය කර ඇති අතර, එවා මගින් අදාළ විත්‍ය හැකි තාක් දුරට පරිපූර්ණ ලෙස ඉදිරිපත් කිරීමට උත්සාහ දරා ඇත. මෙම සිද්ධි අධ්‍යයනවලට අනුව ගර්භනී භාවය අවසන් කිරීමට අදාළව ලංකාවේ පවතින නීතිය කුමක් වුව ද, දරුවෙකු සෑදීමට හැකියාවක් නොමැති කාන්තාවන් ආරක්ෂිත ක්‍රමවේදයක් රහිතව හෝ ගර්භනී භාවය අවසන් කිරීමට උත්සාහ දරා ඇති බව පෙනී යයි.

මෙම කෘතියේ දෙවැනි කොටස මගින් ශ්‍රී ලංකාවේ සිදුවන ගර්භනී භාවය අවසන් කිරීමට අදාළ නීතිමය, වෛද්‍යමය හා සමාජ සංස්කෘතික පර්යාලෝකය සම්බන්ධයෙන් පරිපූර්ණ සාහිත්‍ය විමර්ශනයක් එකතු කර ඇත. එමගින් පසුගිය වසර 30ක් පමණ කාලයක් තිස්සේ ගර්භනී භාවය අවසන් කිරීම සම්බන්ධයෙන් සිදුවී ඇති ශාස්ත්‍රීය මැදිහත් වීම් සංග්‍රහයට ලක් කර ඇත. ඒවායේ ඇති සංඛ්‍යා දත්ත වලට අනුව ශ්‍රී ලංකාවේ වැඩිපුරම ගර්භනී භාවය අවසන් කිරීම සිදු කරන්නේ ග්‍රාමීය ප්‍රදේශ වල ජීවත් වන විවාහක, දරුවන් සිටින කාන්තාවන් බව පැහැදිලි වේ. තවත් දරුවෙකු බිහි කිරීමට වියපත් වැඩි වීම, ඒ වන විටත් අවශ්‍ය දරුවන් ප්‍රමාණය සමග සම්පූර්ණ පවුලක් තිබීම, ආසන්නතම දරුවා බොහෝ ලාබාල කෙනෙක් වීම හා තවත් දරුවෙකු නඩත්තු කිරීමට තරම් සමාජ ආර්ථික වත්කමක් නොමැති වීම යනාදී කරුණු මත විවාහක, ග්‍රාමීය කාන්තාවන් ගර්භනී භාවය අවසන් කිරීමට හැඹුරු වෙන බව පෙනේ. අනාරක්ෂිත ආකාරයෙන් සිදුවන ගර්භනී භාවය අවසන් කිරීම නිසාවෙන් කුඩා දරුවන්ට තමන්ගේ මව අහිමි වීම, බොහෝ පවුල් අසංවිධිත වීම හා අනවශ්‍ය දරුවන් නිසා පවුලක් තුළ දරුවන්ට ලැබිය යුතු ආදරය හා රැකවරණය අහිමි වීම යනාදිය සිදු විය හැකිය. මෙම කොටස මගින් ඉදිරිපත් කරන තොරතුරු වලට අනුව ගර්භනී භාවය අවසන් කිරීමට අවස්ථාව සොයන අය අතුරින් ඉතා සුළු ප්‍රමාණයක් පමණක් නවීන පවුල් සැලසුම් ක්‍රම භාවිතා කරන අතර, බොහෝ ප්‍රමාණයක් පවුල් තවමත් භාවිතා කරන්නේ සාම්ප්‍රදායික පවුල් සැලසුම් ක්‍රමයි.

පවුල් සැලසුම් සේවාවන් විධිමත්ව ලබා දීම මගින් පිට පිටම සිදුවන ගර්භනී භාවය අවසන් කිරීමට දරනු ලබන උත්සාහයන් වැළැක්වීම අත්‍යවශ්‍යයෙන්ම සිදු කළ යුතුව තිබේ. එමෙන්ම ගර්භනී භාවය

අවසන් කළ පසු පවුල් සැලසුම් ක්‍රමවලට ප්‍රවේශය ඇති කිරීම සේවා ලාභියාගේ රැකවත්වය හා ප්‍රයෝජන වත් බව සලකා බලමින් සිදු කළ යුතුව ඇත. ඒවා නිරන්තරයෙන්ම ස්ථිර හා බොහෝ කාලයක් පුරා ක්‍රියාත්මකව පවතින ක්‍රම බවට පත් කර ගැනීමට වග බලා ගත යුතුය. පවුල් සැලසුම් සේවාවන් වැඩි දියුණු කිරීම මගින් ගර්භනී භාවය අවසන් කිරීමේ ප්‍රමාණය අවම වන බව බොහෝ අය පිළිගන්නා කරුණකි.

මෙම ප්‍රශ්නය කෙරෙහි සලකා බැලිය යුතු අනෙකුත් කරුණු අතර පාසල් මට්ටමේ සිට පරිපූර්ණ ලිංගික අධ්‍යාපනය ලබාදීමේ අත්‍යවශ්‍ය භාවය ප්‍රමුඛ ස්ථානයක් ගනී. පරිපූර්ණ ලිංගික අධ්‍යාපනයක් පාසල් ළමයින්ට ලබාදීම මගින් ඔවුන් තුළ තමන්ගේ වයසට ගැලපෙන ආකල්ප හා කුසලතා සම්බන්ධ දැනුමක් ඇති වීම, මානව හිමිකම්, ස්ත්‍රී පුරුෂ සමාජභාවීය සමානත්වය සම්බන්ධව ගරුත්වයක් ඇති වීම, ආරක්ෂාව සම්බන්ධයෙන් හා විවිධත්වය සම්බන්ධයෙන් ආකල්ප හා කුසලතා වර්ධනය වීම, සෞඛ්‍යවත් හා ධනාත්මක සම්බන්ධතා ඇතිවීම යනාදිය සිදු වේ. ඒ අනුව පරිපූර්ණ ලිංගික අධ්‍යාපනය වී.අයි.වී හා ඒඩ්ස් වැනි සම්ප්‍රේෂිත රෝග හා ලිංගිකව සම්ප්‍රේෂණය වන වෙනත් රෝග වලින් ආරක්ෂා වීමට, අනවශ්‍ය ගැබ් ගැනීම් වළක්වා ගැනීමට හා ලිංගික හා ස්ත්‍රී පුරුෂ සමාජභාවීය වශයෙන් සිදුවන හිංසන වළක්වා ගැනීම යනාදියට අවශ්‍ය ආරක්ෂිත, වලදායී ප්‍රවේශය නිර්මාණය කරයි. එමෙන්ම පරිපූර්ණ ලිංගික අධ්‍යාපනය මගින් තමන්ගේ ලිංගිකත්වය හා සම්බන්ධතා සම්බන්ධව දැරුවන් තුළ පාලනයක් මෙන්ම තොරතුරු වලින් සන්නද්ධ හිදුනස් හා වගකීම් සහගත භාවයක් ඇති කරවයි.

මෙම කෘතියට අවශ්‍ය සාහිත්‍ය විමර්ශනය සිදුකරමින් හා සිද්ධි අධ්‍යයන සංවර්ධනය කරමින් විශාල උත්සාහයක් දැරූ අවන්ති අර්සකුලරත්නට ස්තූති වන්න වෙමි. එමෙන්ම බොහෝ සිද්ධි අධ්‍යයන ප්‍රමාණයක් විචනු ලැබූවාට තරුණ අධ්‍යාපන ජාලය (YANSL) ට ස්තූතිවන්න වෙමි. ගර්භනීභාවය අවසන් කිරීම සම්බන්ධ අත්දැකීම් පැවති කාන්තාවන් සම්බන්ධ කර දීමෙන් හා අප සමග සාකච්ඡා කිරීමට ඔවුන් තුළ විශ්වාසය ඇති කරමින් උපකාර කළ අභිමානී ආයතනයේ කුසුම්, ප්‍රජා දිරිය පදනමේ ඉන්ද්‍රානි හා ජාතික සංක්‍රාන්ති සමාජභාවීය ජාලයේ සකුණි ට විශේෂ ස්තූතියක් පළ කළ යුතුය. සිංහල භාෂාවට මෙම කෘතිය පරිවර්තනය කළ සුරාජී විමුක්ති බණ්ඩාර හා දෙමළ භාෂාවට පරිවර්තනය කළ ශ්‍රීස්කිලා අරුල්ප්‍රසාගමිට මෙන්ම කෘතියට අලංකාර කවරයක් හා ඇතුළත චිත්‍ර නිර්මාණය කළ සහරා ඩවුඩ්බෝයි ට ද ස්තූති වන්න වෙමි. අවසානයේදී මෙම කෘතිය යථාර්ථයක් කර ගැනීම වෙනුවෙන් වෙනස වූ තුෂාර මනෝජී ට ද ස්තූති වන්න විය යුතුය.


අප විශ්වාස කරන ආකාරයට මෙම කෘතිය මගින් තමන්ගේ මවුවරුන් අහිමි වූ ලාබාල දරුවන්, නීත්‍යනුකූල නොවන ආකාරයෙන් ගර්භනී භාවය අවසන් කිරීමට තැත් කිරීම නිසා මිය ගිය බොහෝ කාන්තාවන් මෙන්ම පශ්චාත් ගබ්සා රැකවරණය ලබා ගැනීමට සෞඛ්‍ය සේවාවන් වෙත ප්‍රවේශ වන කාන්තාවන් ඇතුළත් පවුල් සම්බන්ධ සැබෑ යථාර්ථය ප්‍රතීයමාන වනු ඇත. මෙම කරුණු මත පදනම්ව ආරක්ෂිතව ගර්භනී භාවය අවසන් කර ගැනීම කාන්තාවට ඇති අයිතියක් ලෙස සලකා ඒ වෙනුවෙන් අධ්‍යාපන කටයුතු සිදු කිරීම අපගේ වගකීමක් නොවන්නේද? ප්‍රසව හා නාර්වේදය සම්බන්ධ රාජකීය ආයතනයේ හිටපු සභාපති මහාචාර්ය අරුල් කුමාරන් පවසන පරිදි " ඔබ ආරක්ෂිත ගර්භනී භාවය අවසන් කිරීමකට සහයෝගය ලබා නොදෙනවා යනුවෙන් අදහස් වන්නේ ඔබ අනාරක්ෂිත ආකාරයෙන් සිදුවන ගර්භනී භාවය අවසන් කිරීම කෙරෙහි සහාය දක්වන බවයි."

සොනාලි ගුණසේකර

ශ්‍රී ලංකාවේ ආරක්ෂිතව ගර්භනී භාවය අවසන් කිරීම සම්බන්ධ ක්‍රියාකාරීන්ගේ චකතුව

මෙම කෘතිය තුළ සිද්ධි අධ්‍යයනවලදී ගබ්සාව. යන වචනය වෙනුවට ගර්හනී භාවය අවසන් කිරීම. යනුවෙන් යොදා තිබේ. එහෙත් සාහිත්‍යමය මූලාශ්‍රවලදී භාවිතා කර තිබූ වචනය 'ගබ්සාව' වන නිසා ඒ ආකාරයෙන්ම ඉදිරිපත් කර ඇති බව සලකන්න.

සාහිත්‍ය විමර්ශනය : අවන්ති අර්සකුලරත්න
පරිවර්තනය : ඒ. සුරාජී විමුක්ති බණ්ඩාර
සංස්කරණය : තුෂාර මනෝජී



පළමු කොටස
කාන්තාවන්ගේ අත්දැකීම් සහිත සිද්ධි

මට වෙනත් විකල්පයක් තිබුණේ නැත. ගර්භනී භාවය අවසන් කිරීමේ සැත්කම බොහෝ වේදනාකාරී විය. එහෙත් එම තීරණය පිළිබඳ මා පසුතැවිලි වන්නේ නැත.

මට වයස අවුරුදු 16 දී මගේ පෙම්වතා සමග පැන ගියෙමි. පවුලේ අය, සමාජය සියල්ල අතහැර දමා ඔහු සමග ගියේ ඔහු සම්බන්ධ විශ්වාසයෙනි. නැවත පවුල සමග සම්බන්ධ වීමට අපට අවශ්‍ය නොවීය. එහෙත් ටික කාලයකින් අපගේ සම්බන්ධතාවයට කණ කොකා හැඳුවේය. එක් දිනක් ඔහු පැවසුයේ තවදුරටත් මා සමග ජීවත් වීමට ඔහුට අවශ්‍ය නොවන බවයි. මගේ ජීවිතය එහෙමී පිටින්ම කඩා වැටුණු අතර, ඔහු මා අතහැර දමා ගියේය. ඉන් පසුව මා දන්නා මිතුරෙකුගේ මාර්ගයෙන් රාජ්‍ය නොවන සංවිධානයක පිහිට පැතු වෙමි. එම රාජ්‍ය නොවන සංවිධානය මා හට උදවු කිරීමට හැකියාවක් ඇති වෙනත් කාන්තාවකට මා හඳුන්වා දුන්නේය. ඇය විසින් මනව ප්‍රදේශයේ පවත්වාගෙන යන හෝටලයකට මා රැගෙන ගියේ එහි රැකියාවක් ලබා දෙන බවට පොරොන්දු වෙමිනි. එහෙත් එය හෝටලයක් මුළාවෙන් ඇය විසින් පවත්වා ගෙන යනු ලබන ගණිකා මධ්‍යස්ථානයකි. වෙනත් විකල්පයක් මා හට නොතිබුණ නිසා ලිංගික ශ්‍රමය සපයන කාන්තාවක් වශයෙන් රැකියාව කිරීමට මම හිත හදාගත්තෙමි. එහෙත් ලිංගාශ්‍රිතව බෝවෙන රෝග හා උපත් පාලන කොපු සම්බන්ධයෙන් මා බොහෝ සේ දැනුවත් ව තිබූ නිසා නිසි පරිදි එම උපදෙස් පිළිපදින ලදී. එහෙත් සේවාවලාභියෙකු පැළඳගෙන සිටි උපත් පාලන කොපුවක් පවුලේ වීමේ ප්‍රතිඵලයක් වශයෙන් ගැබ් ගැනීමකට ලක් වුවාය. නිවාසයේ අයිතිකාරිය විසින් ගර්භනී භාවය අවසන් කිරීමේ ස්ථාන දෙකක් පිළිබඳ මා දැනුවත් කළ අතර, එකක් රුපියල් 10.000 කට ගර්භනී භාවය අවසන් කරන කුරුණෑගල ප්‍රදේශයේ මධ්‍යස්ථානයක් වූ අතර අනෙක රුපියල් 15.000 ක් අය කරන මනව ප්‍රදේශයේ මධ්‍යස්ථානයකි. නිවාසයේ අයිතිකාරිය විසින් මා මනව මධ්‍යස්ථානයට රැගෙන ගියාය. මාගේ ගර්භනී භාවය අවසන් කිරීම බොහෝ වේදනාකාරී එකක් වූ අතර. රුධිරය වහනය වීම හා වෙනත් අපහසුතාවලින් පීඩා වින්දෙමි. මෙම ක්‍රියාවලිය ඉතා භයානක හා මානසික වශයෙන් වධ දෙන එකක් වූ අතර, එය වඩාත් තීව්‍ර වූයේ මාගේ මිතුරියක විසින් පැවසූ කතාවක් නිසාය. එක් දිනක් මාගේ මිතුරිය ගර්භනී භාවය අවසන් කරගැනීමක් සිදුකර ගැනීම සඳහා මධ්‍යස්ථානයට යාමට පෙරාතුව ඒ අසල පිහිටි ආපන ශාලාවකට ගොස් තේ පානය කරමින් සිටියදී, එම මධ්‍යස්ථානය හා එහි රැඳී සිටි අයවලන් පොලිස් අත් අඩංගුවට පත් වෙනු දැක තිබුණි. ඇය බේරුනේ අනු නවයෙන් බව පැවසුවාය. මෙය තරමක් දුරට මා බියට පත් කළාය.

දැන් මා විවාහ වී දරුවන් සිවු දෙනෙකුගේ මවක වන අතර, මට මාගේ සැමියා මුණගැසුනේ ද ගණිකා නිවාසය තුළදීය. ඔහු හා විවාහ වූ පසු එම ජීවිතයට මා සම්පූර්ණයෙන්ම සමු දුන් අතර ස්වාමි පුරුෂයා හා දරුවන් සමග සතුටින් ජීවත් වේ.

එය බොහෝ කරදරකාරී අත්දැකීමකි. එහෙත් සියල්ලට වඩා මා ලබන සැනසීම අතිමහත්ය.

මම ගෘහ සේවිකාවකි. වයස අවුරුදු 40. දරුවන් පස් දෙනෙකු සිටිනවා. අනපේක්ෂිත ආකාරයෙන් මම නැවත වතාවක් ගැබ් ගත්තා. මම බොහෝ සෙයින් කළබලයට පත් වුණා. මොකක්ද කරන්නේ කියලා මට හිතාගන්න බැරිවුණා. තවත් දරුවෙකු පෝෂණය කිරීමට හෝ බලාගැනීමට මට හැකියාවක් තිබුණේ නැත. මට කරන්න දෙයක් හිතාගන්න ම බැරි තැන මම මගේ සේවා යෝජකයාට මේ බව පැවසුවා. ගර්භනී භාවය අවසන් කරන සමහර ස්ථාන පිළිබඳ මම දැනගෙන හිටියත් එම ස්ථානවලින් අයකරන මිල ගණන් මට දරාගන්න අමාරුයි. කොළඹ ප්‍රදේශයේදී ගර්භනී භාවය අවසන් කිරීම වෙනුවෙන් ඔවුන් රුපියල් ලක්ෂයේ සිට එක්ලක්ෂ අසූ දහසක් පමණ මුදලක් අය කරනවා. මගේ සේවා යෝජකයා මට පැවසුවා ගර්භනී භාවය අවසන් කර ගත හැකි පෙනී වර්ග සම්බන්ධයෙන්. එහෙත් ඒවා සොයා ගන්න මට බැරි වුණා. මා දන්නා කෙනෙකුගේ මාර්ගයෙන් මාතර පැවති එක් මධ්‍යස්ථානයකදී රුපියල් 40,000 ක මුදලකට මම ගර්භනී භාවය අවසන් කරගත්තා. මෙය මට බොහෝ කරදරකාරී අත්දැකීමක් වුණත් විශාල සහනයක් ද වුණා. මට තවදුරටත් දරුවන් හදන්න බැහැ. ඒ නිසා නැවත වතාවක් ගැබ් ගැනීම වළක්වා ගන්න මම පියවර ගනිමින් සිටිනවා.

වෛද්‍යමය ගර්භනීභාවය අවසන් කිරීම - අනාරක්ෂිත ලිංගික සම්බන්ධතාවක් නිසා ඇති වූ අනවශ්‍ය ගැබ් ගැනීමක්.

මගේ වයස අවුරුදු 19 දී ආදර සම්බන්ධතාවයක ප්‍රතිඵලයක් වශයෙන් 20 හැවිරිදි තරුණයෙකු සමග විවාහ වීම්. අප දෙදෙනා පුත්තලම ප්‍රදේශයේ ජීවත් වූහ. අපට නිශ්චිත ආදායම් මාර්ගයක් නොතිබුණ අතර, දෛනිකව ලැබෙන දෙයකින් ජීවත් වීමට සිදු විය. අපි කිසිදු විධිමත් උපත් පාලන ක්‍රමයක් ද අනුගමනය නොකළ අතර, ඔහු සමහර අවස්ථාවලදී උපත් පාලන කොපුවක් භාවිතා කළ නමුත් ශුක්‍රාණු පිට වීමට පෙර අතර මගදී විය ගලවා ඉවත් කරයි. මෙහි ප්‍රතිඵලයක් ලෙස මා ගැබ්ගත් අතර අප දෙදෙනා අතර බොහෝ අඬ දබර ඇති විය. අපගේ විවාහ ජීවිතයට මෙය බොහෝ ප්‍රශ්නයක් වූ අතර, ඒ වන විට දරුවෙකු නඩත්තු කිරීමට තරම් සුදානමක් අපට තිබුණේ නැත. අනාරක්ෂිතව ලිංගික සම්බන්ධතා පැවත්වීම හා උපත් පාලන ක්‍රමයක් අනුගමනය නොකිරීම සම්බන්ධයෙන් අප බොහෝ සෙයින් කණස්සල්ලට පත්ව සිටි අතර, මේ නිසා මා බොහෝ සෙයින් බිය වූයේ ඔහු මාව හැර දා යා වි ය යන්න සිතූණු හෙයිනි. එසේ වුවහොත් මට නැවත මාගේ දෙමව්පියන් ළඟට යාමට සිදුවේ. වෙළෙඳ කලාපයේ වැඩ කරන මිතුරියක් මට පැවසූයේ නිවසේදීම ගර්භනී භාවය අවසන් කිරීම සිදුකරගත හැකි ආකාරයේ බෙහෙත් වර්ගයක් ඇති බවයි.

වෛද්‍යමය ගර්භනීභාවය අවසන් කිරීමට සොයා බැලීම

මම ගම්පහ ප්‍රදේශයේ පදිංචිකාරියක වන අතර, මා ළමා කාලයේදී ම මගේ මව මිය ගියාය. ඉන් පසුව ගත වූ කාල සීමාව තුළ මම ලිංගික වශයෙන් සක්‍රීය වූ අතර, එහි ප්‍රතිඵලයක් වශයෙන් ගැබ් ගැනීමකට ලක් වූවාය. මේ පිළිබඳ මාගේ පෙම්වතාට පැවසූ නමුත්, ඔහු මාව බාර ගැනීමට හෝ දරුවෙකු සෑදීමට සුදානම්ව නොසිටි අතර, ඔහු වෙනුවෙන් බලාපොරොත්තු තබා ගත නොහැකි මට්ටමක් උදාවිය. මගේ පෙම්වතාට වෙනත් සම්බන්ධතා ද පවතින බව මා දැනගත් අතර, ඔහු නිසා තවත් කාන්තාවන් ද ගැබ් ගෙන ඇති බව දැනගන්නට ලැබුණි. මම බොහෝ වික්ෂිප්ත වූ අතර, කිසිවෙකුගේ සහාය අවශ්‍ය විය. එහෙත් එවැනි උදවුවට කෙනෙකු නොසිටි අතර, මේ තත්ත්වය මාගේ මිතුරියක සමග පැවසීමි. එහිදී ඇය බෙහෙත් මාර්ගයෙන් සිදුකරගත හැකි ගර්භනී භාවය අවසන් කිරීම සම්බන්ධයෙන් මා දැනුවත් කළ අතර, එය මට උදව්වක් විය.



ශ්‍රී ලංකාවේ සිදුවන ගර්භනීභාවය අවසන් කිරීම සම්බන්ධ සිද්ධි වකතුවක් පිටුව 120

බලහත්කාර විවාහයකට බියෙන් කොළඹට පැන යාම, දූෂණයට ලක්වීම හා අනපේක්ෂිත ගැබ් ගැනීම

මම වයස අවුරුදු 21 දී දූෂණයකට ලක්වීමි. මාව දූෂණය කරන්නට එපා යැයි මම ඔහුට පාපොච්චාරණය කළ ද, සියල්ල සුළු මොහොතකින් අවසන් විය.

මා ඉන්දීය බ්‍රාහ්මණ භික්ෂු පවුලකින් පැවත එන අතර, එහෙත් මගේ දෙමව්පියන්ගෙන් වෙන්ව උඩරට සිටි මාගේ ආච්චි හා සීයා සමග නැවතීමට එන්නට සිදුවිය. මාගේ මව ඉන්දියාවේ ජීවත් වූ අතර, පියා ඇමෙරිකාවේ ජීවත් විය. ඔවුන් සමග කිසිදු කුළුපග සම්බන්ධතාවක් මට නොපැවති අතර, මාගේ සියලුම සම්බන්ධ පැවතුණේ ආච්චි හා සීයා සමගය. වයස අවුරුදු 18 දී ඉගෙන ගැනීම නතර කළ අතර, මාව විවාහ කර දීමට ඔවුන්ට අවශ්‍ය විය. එහෙත් මේ තරම් තරුණ වයසේදී විවාහ වීමට මට කිසිදු වුවමනාවක් නොපැවති අතර, මට අවශ්‍ය වූයේ හොඳින් ඉගෙන ගැනීමයි. ඉන් පසුව විවාහයට පෙර රැකියාවක් කිරීමයි. මාගේ ආච්චි හා සීයා අතහැර දමා යාම හැර වෙනත් විකල්පයක් මට නොපැවති අතර, වෙනස් ජීවිතයක් ලබාගැනීමේ අපේක්ෂාවෙන් කොළඹ බලා පිටත්වීමි.

කොළඹට පැමිණි පසු මට තනියම ජීවිතය ආරම්භ කිරීමට සිදුවූ අතර, එය නව ආරම්භයක් විය. වාසනාවන්ත ලෙස ඉතා ඉක්මණින් රැකියාවක් සොයාගැනීමට මට හැකි වූ අතර, මගේ වියදම් හා අධ්‍යාපන කටයුතු ඉදිරියට කරගෙන යාමට එයින් ලැබෙන මුදල ප්‍රමාණවත් විය. තවත් මිතුරෙකු සමග බෝඩිං කාමරයක ජීවත් වීමට ආරම්භ කළ මම හොඳින් ජීවත් වූණෙමි.

මාගේ රාජකාරිවල ස්වභාවය අනුව මා හට විවිධ උත්සව අවස්ථාවන්වලට සහභාගී වීමට සිදුවේ. මෙවැනි අවස්ථාවකදී මාගේ මිතුරෙකුගේ මිතුරෙකු වන රුද්‍රා හමුවිය. ඉන් පසු රාජකාරි වශයෙන් පැවති විවිධ අවස්ථාවලදී මා හට ඔහු හමුවිය. ඔහු මා පිළිබඳ උනන්දු බව මට වැටහුණු අතර, එහෙත් මාගේ පිළිතුරක් හෝ ඒ සම්බන්ධ කැපවීමට හෝ මා එක් වරම සිතුවේ නැත. යම් කාලයක් ගතවීමත් සමග මට ඔහු සම්බන්ධයෙන් කැමැත්තක් ඇති වූ අතර, එය ප්‍රේම සම්බන්ධතාවක් දක්වා වර්ධනය විය.

එක් දිනක් අපි මුහුදු වෙරළට ගිය අතර, එහිදී වතුර ගසා ගනිමින් බොහෝ වේලාවක් විනෝද වූයෙමු. මා ඇඳගෙන සිටි ඇඳුම් තෙමුණ අතර, පොදු ප්‍රවාහන සේවයක යාමට නොහැකි තත්ත්වයක් උදා විය. රුද්‍රා අමතමින් මම ප්‍රකාශ කළේ ඇඳුම් මාරුකරගැනීමට අවශ්‍ය බවයි. අපි ඇඳුම් සාප්පුවකට ගිය අතර, එහිදී ඇඳුම් කිහිපයක් මිලදී ගත්තෙමු. ඉන්පසු ඇඳුම් මාරු කරගැනීමට අවශ්‍ය වූ අතර, රුද්‍රා පැවසූයේ ඔහු දන්නා ස්ථානයක් පවතින බවයි. අපි එම ස්ථානයට ගිය අතර, එහි කාමර විශාල ප්‍රමාණයක් තිබුණි. අඩුම තරමේ අපගේ හැඳුනුම්පත් පරීක්ෂාවක් හෝ සිදු නොවූ අතර, රුද්‍රා එහි හැසිරුණේ එම ස්ථානය නොඳන් දන්නා ආකාරයෙනි. අප කාමරයට ගිය පසු මා රුද්‍රාට පැවසූයේ මා ඇඳුම් මාරු කරගන්නා තෙක් ඔහුට කාමරයෙන් පිටත සිටින ලෙසයි. එහෙත් එළියේ සිටීමට ඔහු ප්‍රතික්ෂේප කළ අතර, ටිකෙන් ටික මා හට අවබෝධ වූයේ මේ සියල්ල ඔහු විසින් සැලසුම් කරන ලද බවයි. ඔහු හිතාමතාම මාගේ ඇඟට වතුර ගැසූ බවයි. අවසානයේ ඔහු මාව දූෂණය කළේය.

ඉන්පසු අප අතර සම්බන්ධතාවය ටිකෙන් ටික දුරස් වූ අතර, මාස ගණනාවකට පසු මාගේ මාස් ශුද්ධිය සිදු නොවූ බව අවබෝධ කරගත්තෙමි. ඒ වන විට මා ගර්භනී වී සිටි අතර කළලයට මාස 4ක් පසු වී තිබුණි. මා සම්පූර්ණයෙන් ම අකර්මණ්‍ය වූ අතර, උදවුවට කිසිවෙකු නොවීය. කළ යුත්තේ කුමක්දැයි අවබෝධයක් මට තිබුණේ නැත. නැවත වතාවක් මා රුද්‍රා ඇමතු අතර, ඔහු ප්‍රකාශ කළේ ගර්භනී භාවය අවසන් කිරීමට අවශ්‍ය පෙති වර්ගය ඔහු සොයාගෙන පැමිණෙන බවයි. මා අපහසුවෙන් මුදල් සොයාගෙන ඔහුට දුන් අතර, එම මුදල් රැගෙන ඔහු අතුරුදහන් වූවා විනා උදවු කළේ නැත. මෙම කළලය මට පිහිටියේ දූෂණයක වීමක ප්‍රතිඵලයක් නිසා දැරුවේ සෑදීමට තරම් තත්ත්වයක් මා හට තිබුණේ නැත. කිසිදු හවිහරණක් නොමැතිව නගරයක තනි වී සිටි මා අවසානයේ මාගේ රතූ මාලය මුදල් කොට ගර්භනී භාවය අවසන් කිරීමේ පෙති ලබාගෙන පරිහරණය කළද, නිසි පරිදි ගර්භනීභාවය අවසන් වීම සිදුවූයේ නැත. මා තනි වූ අතර, විෂාදයෙන් හා අසරණකමින් පෙළුනි.

අන්තර්ජාලයෙන් සිදුකර ගත් සම්බන්ධතාවයක් අනුව, ගර්භ නිභාවය අවසන් කිරීම සිදු කර ගත හැකි ස්ථානයක් පිළිබඳ තොරතුරක් ලැබුණ අතර, එය බොහෝ මිල අධික වූ අතර, අවසානයේ මගේ

මිතුරන්ගෙන් පමණක් නොව කවදාවත් නොදන්නා පුද්ගලයින්ගෙන් පවා මුදල් ඉල්ලීමට පෙළඹුනෙමි. මා සම්බන්ධව බොහෝ බයක් මට තිබුණු අතර, තනිකම, අසරණකම, අනාරක්ෂිත භාවය හිසා කෙසේ හෝ ගර්හනී භාවය අවසන් කිරීමට මාගේ ජීවිතය පරදවට තැබීමට සිතුවෙමි. ගර්හනී භාවය අවසන් කර ගැනීමෙන් පසුව බොහෝ ශාරීරික අපහසුතාවන්ට මුහුණ දීමට මට සිදුවූ අතර, දැඩි මානසික වේදනාවකින් හා ආතතියකින් පෙළීමට ද සිදුවිය. රුද්‍රා සම්බන්ධව දැඩි වෛරයක්, හා පිළිකුලක් ඇති වූ අතර, මට අනවශ්‍ය ගැබක් ලබාදී මාගේ ජීවිතය අනතුරේ හෙළා ඔහු ඔහුගේ සාමාන්‍ය ජීවිතය ගත කිරීම කොතරම් නම් අපහසුත්මක ද? මේ හිසාම මා විවිධ කෝවිල් වලට ගොස් සහනය බලාපොරොත්තු වෙමින් කන්නලවු කළෙමි.

මාගේ කතාව කිසිදු පුද්ගලයෙකු සමග බෙදාගැනීමට මට අවශ්‍ය නොවීය. මන්ද මගේ කතාවේ යම් යම් කොටස් අල්ලාගෙන ඔවුන් මාව විනිශ්චයට භාජනය කිරීම මට ඉවසිය නොහැකිය. මෙම තත්ත්වයට මාව ඇඳ ගත්තේ මා විසින්මයි යනුවෙන් ඔවුන් මට දෙස් නගනු ඇත. ආච්චි සීයා අතහැර කොළඹට පැමිණීම, විවාහයට කැමති නොවීම, පෙම්වතෙකු සොයාගැනීම, ඔහු සමග චිලියට යාම, ඇඳුම් තෙමා ගැනීම, දූෂණය වීම, ගර්හනී භාවය අවසන් කර ගැනීම යනාදී සියල්ලට දෝෂා රෝපණයට ලක් විය හැකි විය. මාගේ පවුල, සමාජය, සංස්කෘතිය, ආගම, නීතිමය තත්ත්වය, පුරුෂාධිපත්‍යය යනාදී සියල්ල මගින් තීරණය කරන තත්ත්වයන් සමගින් මම අපරාධ කරුවෙක් ය යන හැඟීම මා තුළ නිරන්තරව ඇති කරවන්නට විය. විශ්වාස කළ හැකි පිරිමියෙකුට ළංවීමට මා හට බොහෝ කල් ගත වූ අතර, තවමත් මාගේ ජීවිතයේ මුහුණ දුන් සිදුවීම් අමතක කිරීමට අපහසු අතර, එය අමතක කිරීමට හැකිවේ දැයි නොදනිමි. මම දූෂණය වීමි. එය වාර්තා කිරීමට මට හැකියාවක් නොලැබුණි. නීතියේ වින්දනයෙකු බවට පත්වීමි.

නොමිලයේ හා උසස් ප්‍රමිතියකින් යුතුව ගර්හනීභාවය අවසන් කිරීම

මම දරුවන් තිදෙනෙකු හා සැමියා සමග කළුතර ප්‍රදේශයේ ජීවත් වෙමි. මාගේ දරුවන් සියලු දෙනාම පිරිමි ළමුන් වූ අතර, අපට ගැහැණු දරුවෙකුගේ අවශ්‍යතාව තිබූ හිසා නැවත වතාවක් දරුවෙකු සෑදීමට තීරණය කළෙමු. එහෙත් මා ගැබ් ගත් සෑම අවස්ථාවකදීම විවිධ අපහසුතාවන් හා සංකීර්ණතා වලට මුහුණ පෑමට සිදුවිය. මට විශේෂ රැකවරණය හා පරීක්ෂණ වලට භාජනය වීමට සිදුවිය. වෛද්‍යවරුන් පැවසුවේ මීට හේතුව මාගේ හා මගේ සැමියාගේ රුධිර වර්ගවල පවතින වෙනස්කම හිසා විය හැකි බවයි. මාගේ රුධිර වර්ගය ඒ නෙගටිව් වූ අතර, ඔහුගේ රුධිර වර්ගය ඕ පොසිටිව් විය. උත්සාහ කිරීමෙන් පසු නැවත වතාවක් මා ගැබ් ගත් නමුත්, නොකඩවාම රුධිරය වහනය වීමෙන් පීඩා වින්දෙමි. අපි ළගම පිහිටි රජයේ රෝහලට ගිය අතර, ස්කෑන් පරීක්ෂාවකින් පසුව වෛද්‍යවරුන් පැවසුවේ කළලය හිසි ආකාරයට වර්ධනය වී නොමැති බවයි. ඔවුන් පැවසුවේ දරුවා අසම්පූර්ණ හා අසාමාන්‍ය කෙනෙකු විය හැකි බවයි. එහෙත් ඔවුන් කෙසේ හෝ දරුවා බිහි කරන ලෙසට අපව ධෛර්යවත් කළ අතර, අත්‍යවශ්‍ය විටමින් වර්ග හා විශේෂ රැකවරණයක් ලබා දිය හැකි බව පැවසූහ. එහෙත් දරුවාගේ සෞඛ්‍ය තත්ත්වය සම්බන්ධයෙන් සහතික වීමට ඔවුන්ට නොහැකි බව පැවසූහ. මේ සම්බන්ධව මා හා සැමියා අතර දීර්ඝ සාකච්ඡාවකින් පසුව ගර්හනී භාවය අවසන් කිරීමට තීරණය කළෙමු. රෝහලේ වෛද්‍යවරුන්ට පවසා, අනුමැතිය හා අවසරය ලබාගන්නා පත්‍රිකාවක් පිරවීමෙන් පසුව රෝහල තුළදීම ආරක්ෂිත ආකාරයෙන් ගර්හනී භාවය අවසන් කිරීමේ සැත්කමට මුහුණ දීමට මට හැකි විය.

රජයේ රෝහලක මගින් කාරුණික හා ආරක්ෂිත ආකාරයෙන් රැකවරණය ලබා දීම.

ඒ වන විට මා විවාහ වී එක් දරුවෙකුගේ මවක් වී සිටියෙමි. දෙවැනි වතාවේදී මා ගැබ් ගත් පසු ඇති වූ තත්ත්වය මාගේ ජීවිතය අනතුරේ හෙළන්නක් විය. වෛද්‍යවරුන් පැවසූ ආකාරයට කළලය පිහිටා තිබුණේ පැලෝපිය නාල තුළය. එක් දිනක් රාත්‍රියේදී මාගේ යටි බඩ පෙදෙසින් තදබල වේදනාවක් ඇති වූ අතර, එදිනම ඒ ආසන්නයේ පිහිටි රජයේ රෝහලකට ඇතුළත් වීමි. මට සිදුවන්නේ කුමක්ද යන්න සම්බන්ධයෙන් කිසිදු අවබෝධයක් නොතිබූ අතර, මම බොහෝ බියට පත්වීමි. රාත්‍රියක් පුරා මා රෝහලේ නතර කරවාගෙන ඔවුහු මා ස්කෑන් පරීක්ෂාවකට ලක් කළහ. පරීක්ෂණ වලින් අනතුරුව ඔවුන් මට පැවසූයේ කළලය පිහිටා ඇත්තේ පැලෝපිය නාලය ඇතුළත වන හිසා කළලය වැඩෙන විට එය පුපුරා යා හැකි බවයි.

නිවෙසට පැමිණි මම මේ සම්බන්ධව මාගේ සැමියා සමග සාකච්ඡා කර ගර්භනී භාවය අවසන් කර ගැනීමට තීරණය කළෙමි. රෝහලට ඇතුළත් වූ පසු ඔවුන් ප්‍රසව හා නාරිවේද අංශයට මා යොමු කළ අතර, පෙර අවස්ථාවේදී මා පරීක්ෂා කළ වෛද්‍යවරයා විසින් ඉතා ආරක්ෂිතව හා වේදනාවකින් තොරව ගර්භනී භාවය අවසන් කිරීම සිදු කරනු ලැබීය. වෛද්‍යවරුන් හා නිලධාරීන් බොහෝ කාරුණික වූ අතර, ඔවුන් හේ කෝප්පයක් පවා පිළිගන්වමින් සියලු දේ පැහැදිලි කළ නිසා කිසිදු බියකින් තොරව විශ්වාසයෙන් යුතුව ගබ්සාව සිදු කර ගැනීමට මට අවස්ථාව ලැබුණි. එමෙන්ම රජයේ රෝහලක මෙය සිදු කළ නිසා කිසිදු වියදමක් දැරීමට මට සිදු නොවීය.

අවදානම්කාරී හා වේදනාකාරී ගර්භනීභාවය අවසන් කිරීම - දිළිඳු, ලිංගික ශ්‍රමය සපයන, හුදෙකලා තරුණියකගේ කතාව

මගේ පියා මත්ද්‍රව්‍යවලට තදින් ඇබ්බැහි වූවෙකු වන අතර, මව ඉතා දිළිඳු තත්ත්වයක ජීවත් වූවාය. බොහෝ අවස්ථාවන්හිදී අපගේ නිවස පැවතියේ අඩු දඩර මධ්‍යයයේය. මට වයස අවුරුදු 13 පමණ වන විට මාගේ මව මා අනුරාධපුරයේ විනිශ්චයකරුවෙකුගේ නිවසෙහි මෙහෙකාර සේවය සඳහා ගෙනැවිත් දැමුවාය. මා පළමු ලිංගික අත්දැකීම ලැබුවේ එහිදීය. එම විනිශ්චයකාරවරයා විසින් මාගේ අකමැත්ත ගණනකට ගත්තේ නැත. ඉන්පසුව මගේ මවට පණිවිඩයක් යවා නැවතත් අනුරාධපුරයෙන් ගමට පැමිණි මම උළු මෝලක රැකියාවට ගියාය.

මට වයස අවුරුදු 15 දී මගේ පළමු පෙම්වතා හමුවිය. දෙමව්පියන් ඇතුළු පවුලේ බොහෝ ප්‍රශ්න හමුවේ, ඔහු මගේ ජීවිතයට බොහෝ සෙයින් සම්ප විය. අප අතර ඉතා කිට්ටු සම්බන්ධතාවක් ඇතිවිය. එහි ප්‍රතිඵලයක් ලෙස මා ගැබ් ගත්තාය. එහි වගකීම ධාර ගැනීමට ඔහු අකමැති වූ අතර, මා සම්බන්ධ බොහෝ හරක කටකතා හා ඕපාදූප ගම පුරා පැතුරුණි. ඔහු ගමෙහි යම්තාක් දුරට පොහොසත් කෙනෙකු වූ අතර, මෙම සිදුවීමෙන් කෙටි කාලයකට පසුව ඉතාලියට පැන ගත්තේය. නිවසෙන් හා ගමෙන් මට ගණිකාව යැයි නමක් පට බැඳුණි. ගමෙහි සිටීමට අපහසුම තත්ත්වයක් උදා විය. මේ වන විට මම ගර්භනී භාවය අවසන් කළ යුතු යැයි තේරුම් ගෙන තිබුණි. එහෙත් එය කරගන්නේ කෙසේදැයි දැනුමක් මට තිබුණේ නැත. ඒ වෙනුවෙන් කිසිදු සහායක් ලැබුණේද නැත. මම අන්තාසි ගැට කෑවෙමි. ගමේ අය විසින් පැවසූ විවිධ අත් බෙහෙත් වර්ග පරිහරණය කළෙමි. එහෙත් කළලය විනාශ වූයේ නැත. අවසානයේ දුම්රියට නැඟුණු මම මරදානට පැමිණියෙමි. මා හඳුනන කිසිවෙකු මරදානේ නොසිටී අතර, දින ගණනාවක් පුරා මරදානේ එහේ මෙහේ සංචාරය කළෙමි. එහිදී මරදාන ප්‍රදේශයේ ලිංගික ශ්‍රමය සපයන කාන්තාවක් විසින් ඇය විසින් පවත්වාගෙන යනු ලබන නිවාසයක මට නවාතැන් ලබා දුන් අතර, ඇයගේ උදවුවෙන් ගර්භනී භාවය අවසන් කර ගැනීම සිදුකරගතිමි. ඒ 1985 වර්ෂය වන අතර එවකට රජයේ 2000 ක මුදලකට එය කරගත හැකි විය. එහෙත් එය පවත්වාගෙන ගිය ස්ථානය, භාවිතා කළ උපකරණ බොහෝ කිඵටු ඒවා වූ අතර, මාස පහක් පමණ මේරු කළලයක් නැති කිරීම හේතුවෙන් රුධිරය අධික ලෙස වහනය වූ අතර, උණ, වමනය යාම හා බඩේලිය යාමෙන් මම පීඩා වින්දෙමි. ලිංගික ශ්‍රමය සපයන නිවාසයේ අය මා ජාතික රෝහලට ගෙන ගිය නමුත් මට ප්‍රතිකාර කිරීම වෛද්‍යවරුන් විසින් ප්‍රතික්ෂේප කරන ලදී. වැසිකිළියට ගොස් පැමිණෙද්දී ලිස්සා වැටී මෙය සිදුවූ බව පැවසුවත් මා ගණිකාවක බවත්, ගර්භනී භාවය අවසන් කර ගැනීමේ ප්‍රතිඵලයක් ලෙස මෙලෙස සිදුවී ඇති නිසා රෝහලට ඇතුළත් කරගත නොහැකි බවත් ඔවුන් පවසන ලදී. මාගේ ගමේදී මට ලැබුණු සැලකිල්ල හා සමාන සැලකිල්ලක් රෝහලේදී ලැබුණි. නැවත වතාවක් නිවාසයට ගිය ද, මා ධාර ගැනීම ඔවුන් ප්‍රතික්ෂේප කළ අතර, අවසානයේදී මරණයට අත වනමින්ම මම නැවත වතාවක් ගමට ගියෙමි. සති දෙකක කාලයක් පුරා මගේ මව විසින් මා මැරෙන්නට නොදී කෙසේ හෝ රැක ගත්තාය.



නීත්‍යානුකූල නොවන ලෙස විකුණන ගර්භනීභාවය අවසන් කිරීමේ පෙති වර්ග හා අසාධාරණ මුදලක් අය කිරීම

මම දැනට උසස් අධ්‍යාපන පාඨමාලාවක් හදාරමින් සිටිනවා. මට පෙම්වතෙක් සිටින අතර මීට පෙර ද පෙම්වතෙකු සිටියා. ඒක අවස්ථාවකදී අප ගේ ලිංගික ඒක විමක ප්‍රතිඵලයක් වශයෙන් මා ගැබ් ගත්තා. එය දැන ගන්න විට මාස එකහමාරක් පමණ ගතවෙලා තිබුණා. මගේ අම්මා බොහොම විවෘත කාන්තාවක්. එමෙන්ම ඇය මාව තේරුම් ගත් හා උදවු කරන කෙනෙක්. ඇය මගේ තත්ත්වය හොඳින් තේරුම්ගත්තා. ඒ වන විට මම ගර්භනීභාවය අවසන් කරන ආකාරය පිළිබඳ අන්තර්ජාලය කියවමින් සිටියා. වෛද්‍යමය වශයෙන් සිදුකරන ගර්භනී භාවය අවසන් කිරීම මෙන්ම පෙති මාර්ගයෙන් සිදුකරන ගර්භනී භාවය අවසන් කිරීම සම්බන්ධයෙන් මම දැනගත්තා. මටත් අවශ්‍ය වුණා එම පෙති වර්ගය සොයාගන්න. එහෙත් එම පෙති වර්ගය ඇහවුම් කළ පසු ලබා ගැනීමට කොතරම් කාලයක් ගත වේවිද, ඇණවුම අනුව කටයුතු සිදු වේවිද යන්න පිළිබඳ මම කණස්සල්ලෙන් සිටියා. ඒ වගේම මම බොහෝම බයෙන් හා මානසික පීඩනයෙන් සිටියේ. මගේ අම්මා සහ පෙම්වතා නිරන්තරයෙන් මාව අස්වැසුවා. ගර්භනී භාවය අවසන් කිරීම සිදුකිරීමට අදාළ පෙති වර්ගය ලබාදිය හැකි ඖෂධ වේදිනියක් සම්බන්ධයෙන් මගේ අම්මාට තොරතුරු ලැබුණා. ඇය හමු වුවාට පසුව එම පෙති සඳහා රුපියක් 80,000 ක මුදලක් ඇය ඉල්ලා සිටියා. එම අවස්ථාවේදී අප සිටි තත්ත්වය අනුව එම මුදල ගෙවා පෙති ලබාගත්තා. එහෙත්, හේපාලයේ මෙයට වියදම් වන්නේ රුපියල් 400 ක් පමණ මුදලක් බව මම දැනගත්තා.

වෛද්‍යමය ගර්භනීභාවය අවසන් කිරීම - පරිපූර්ණ ලිංගික අධ්‍යාපනයේ අවශ්‍යතාවය

මම ගර්භනියක් බවට පත් වෙන්නේදී මට අවුරුදු 12යි. පාසල් යන එන අතරතුර හමු වූ පිරිමි ළමයෙකු සමග මම සම්බන්ධතාවයක් පටන් ගතිමි. මුලදී සාමාන්‍ය සම්බන්ධතාවක් ලෙස පැවතුණාද. පසුකාලීනව මෙම සම්බන්ධතාවය තරමක් දුර දිග ගිය අතර, එහි ප්‍රතිඵලයක් ලෙස මාස ගණනාවකට පසු මම ගර්භනී භාවයට පත්වීමි. මේ තත්ත්වය මම මාගේ දෙමව්පියන්ට නොපැවසූ අතර, පෙම්වතාට පැවසීමි. ඉන්පසු උපත්පාලන ක්‍රම හා වෛද්‍යමය තොරතුරු ලබාදෙන ස්ථානයක් අපි සොයාගතිමු.

එම අවස්ථාවේදී ඔවුන් අපට දැනුම් දුන්නේ මා සති දොළහක ගැබ්ණියක් බවයි. ඒ අවස්ථාවේදී ඕනෑම දෙයක් කිරීමට මා සූදානම්ව සිටි අතර, මාගේ අධ්‍යාපන කටයුතු හා පෙම්වතාගේ අධ්‍යාපන කටයුතු අඩාල

කරගැනීමට අපට අවශ්‍ය නොවීය. එමෙන්ම අපට පවුලක් හැදීමේ වාතාවරණයක් තිබුණේ නැත. ගර්භනී භාවය අවසන් කිරීමේ ක්‍රියාවලිය සම්බන්ධයෙන් මා දැනුවත් කළ අතර, අතුරු අධ්‍යයන සිදුවිය හැකි ආකාරය දැනුවත් කෙරුණි. එමෙන්ම මෙම ක්‍රියාවලිය අතරතුරදී විශ්වාස කළ හැකි අයෙකුගේ උදව් ලබා ගන්නා ලෙස දැනුවත් කෙරුණි. මේ අවස්ථාවේදී කිසිවෙකු විශ්වාස කළ හැකි මට්ටමේ හෝ කිසිවෙකු මත යැපීමට නොහැකි වූ අතර, ගර්භනී භාවය අවසන් කිරීමේ ක්‍රියාවලියට මම තනිවම මුහුණ දුන්නෙමි. එම ක්‍රියාවලියද සාර්ථකව සිදු කෙරුණි.

වෛද්‍යමය ගර්භනීභාවය අවසන් කිරීමක් - සැලසුම් නොකළ, අවශ්‍ය නොවූ ගැබ් ගැනීමක්

මම කොළඹ ප්‍රදේශයේ ජීවත් වෙන වයස අවුරුදු 24 ක තැනැත්තියකි. මා ගැබ් ගෙන ඇති බව දැනගත්තේ කළලයට මාස එකහමාරක් ගත වූ පසුවය. මෙය දැනගත් අවස්ථාවේදී මම බොහෝ සෙයින් කළබල වූ අතර, මානසික ව්‍යාධියකටද ලක්විය. දෛනිකව සිදුකරන කිසිදු කාර්යයක් කිරීමට නොහැකි වූ අතර එලදායිතාවය අඩුවිය. මට පැවති ජීවිතය මාගේ පෙම්වතා වෙත මුදා හැරීමට මා විසින් උත්සාහ කළේ ඔහු මේ කාරණය බරපතල ලෙස නොසැලකූ බැවිණි. අප දෙදෙනාම ඉගෙන ගනිමින් සිටින හා බොහෝ තරුණ දෙදෙනෙකු වූ අතර, විවාහ වීමට හෝ දරුවන් සෑදීමට සුදුසු පරිසරයක සිටියේ නැත. කළ යුත්තේ කුමක්දැයි අප දෙදෙනාම නොදැන සිටි අතර, ගත හැකි හොඳම විකල්පය ගර්භනී භාවය අවසන් කරගැනීම බව දැන සිටියෙමි. එම අවස්ථාවේ අපි බොහෝ බිය වී සිටි අතර, ගර්භනී භාවය අවසන් කරගැනීම නීතියට පටහැනි දෙයක් බවද, අනාරක්ෂිත දෙයක් බවද අපි දැන සිටියෙමු. අන්තර්ජාලයෙන් සිදුකළ තොරතුරු සොයා බැලීමේදී අපට තේරුම් ගියේ ඖෂධ භාවිතයෙන් සිදුකරන ගර්භනී භාවය අවසන් කිරීම මේ සඳහා ඇති හොඳම විසඳුම බවයි. සතුටට කාරණය නම් මාගේ පෙම්වතා ද මෙම ක්‍රියාවලියේදී බොහෝ ආකාරයෙන් සහයෝගය දැක්වීමයි.

වෛද්‍යමය ගර්භනීභාවය අවසන් කිරීමක් - ආර්ථිකමය සාධක වල බලපෑම

මට වයස අවුරුදු 36 ක් වන අතර මගේ සැමියා කුලී වැඩ කරමින් පවුල රක්ෂා කරයි. ඔහුගේ රැකියාව ස්ථිර එකක් නොවන අතර, ආර්ථික වශයෙන් අපි බොහෝ අනාරක්ෂිතය. මම ඉඳි ආප්ප සාදා අසල තිබෙන කඩවල් වලට දමා අමතර මුදලක් උපයා ගනිමි. එමෙන්ම අමතර ආදායමක් ලෙස ඇඳුම් මැසීම ද සිදු කරමි. මට දරුවන් තිදෙනෙකු සිටින අතර, අමතර ආදායම් ලෙස උපයා ගන්නා මුදල් දරුවන්ගේ අධ්‍යාපන කටයුතු වෙනුවෙන් වියදම් කිරීමට හැකි වේ. මට තවත් දරු ගැබක් පිහිටා ඇති බව දැනගත් පසු, මට තේරුම් ගියේ තවත් දරුවෙකු වෙනුවෙන් වියදම් කිරීමට හෝ තවත් දරුවෙකු නඩත්තු කිරීමට තරම් වත්කමක් අපට නොමැති බවයි. ඒ වනවිටත් අපේ පවුල ආර්ථික ප්‍රශ්නවලට මුහුණ දෙමින් සිටි අතර, කිසිසේත්ම තවත් දරුවෙකු හැදීමේ හැකියාවක් අපට නැති බව තේරුම් ගියේය. දැන් පමණක් නොව අනාගතයේදී ද විය විලෙසමය. මගේ සැමියා සමග සාකච්ඡා කිරීමෙන් පසුව, අපි වෛද්‍යවරයෙකු මුණ ගැසී ගර්භනී භාවය අවසන් කිරීම සිදුකරගන්නා ආකාරය පිළිබඳ විමසූ නමුත්, විය සාර්ථක වූයේ නැත. ගබ්සාවක් සිදුකර ගැනීමට හැකි පෙනී වර්ගයක් සම්බන්ධයෙන් අප දැනගත් නමුත්, ඒවා ඉතා මිල අධික වූ අතර, ලබාගැනීමද අපහසු විය. එහෙත්, ණය මුදලක් සොයා ගත් අපි කෙසේ හෝ එම බෙහෙත් වර්ගය මිලදී ගත්තෙමු.

සායනික ගර්භනී භාවය අවසන් කිරීම වෙනුවට නවීන පෙනී වර්ග භාවිතා කිරීම

මම වතුකරයේ ජීවත් වන කාන්තාවක වන අතර, ශ්වසන ආධ්‍යාතවලින් පෙළෙන දරුවන් තිදෙනෙකු ගේ මවක ද වෙමි. මා නැවත වතාවක් ගර්භනී භාවයට පත් වූ පසු ශ්‍රී ලංකාවේ ප්‍රසිද්ධ ආයතනයක සේවය කරන වෛද්‍ය වරයෙකු නමුත්මේ අවස්ථාව ලදිමි. ඔහු මට පෙනී වර්ගයක් ලියා දුන් අතර, ඒවා ඔසු සලකින් මිලදී ගත හැකි බව පැවසීය. ඔසු සලවල් ගණනාවකින් විපරම් කර බැලූවද එම ඖෂධය සොයාගැනීමට නොහැකි වූ අතර, වතුකරයේ කාන්තාවන් විසින් මෙම පෙනී වර්ගය මිලදී ගන්නා ඔසු සලකට ගොස් මිලදී ගත්තෙමි. එම පෙනී වර්ගය පරිහරණය කිරීමෙන් පසුව කිසිදු අපහසුවකින් තොරව ගර්භනී භාවය අවසන් වීම සිදුවිය. විශේෂයෙන් වතුකරයේ ජීවත් වන කාන්තාවට මෙම පෙනී වර්ගය විශාල සහනයක් ලබා දෙන අතර, අප ප්‍රදේශයේ සිටින වෛද්‍යවරුන් ඉතා කරුණාවන්ත වන අතර, කාන්තාවන් අනාරක්ෂිත ගර්භනී භාවය අවසන් කිරීමට පෙළඹීම නිසා ඇතිවන ශාරීරික අපහසුතා

දන්නා නිසාම ඔවුහු මෙම බෙහෙත් වර්ගය නිර්දේශ කරති. එහෙත්, ගර්භනී භාවය අවසන් කර ගැනීමට අවශ්‍ය සියලුම දෙනාට එම ඖෂධ වර්ගය මිලදී ගත හැකිද යන්න සම්බන්ධයෙන් විශ්වාසයක් මා තුළ නැත. ඒවා පරිහරණය සම්බන්ධයෙන් ඔවුන් තුළ නිවැරදි දැනුමක් ඇතැයි යන්න මා විශ්වාස කරන්නේද නැත. එහෙත් පවුල් සෞඛ්‍ය සේවිකාව අපට තරවටු කරමින් කියා සිටින්නේ මේ සම්බන්ධ නිවැරදි තොරතුරු ඇයට ලබා දිය යුතු බවයි. එසේ නැති වුවහොත් භයානක තත්ත්වයන් වලට මුහුණ පෑමට අපට සිදු වනු ඇති බවයි.

ගර්භනීභාවයට ලක්වීම කාන්තාවන්ගේ ජීවිතවලට හානියක් වන අවස්ථාවලදී - රජයේ රෝහලක් මගින් කාරුණික හා ආරක්ෂිත ආකාරයෙන් රැකවරණය ලබා දීම.

ඒ වන විට මා විවාහ වී එක් දරුවෙකුගේ මවක වී සිටියෙමි. දෙවැනි වතාවේදී මා ගැබ් ගත් පසු ඇති වූ තත්ත්වය මාගේ ජීවිතය අනතුරේ හෙළන්නක් විය. වෛද්‍යවරුන් පැවසූ ආකාරයට කළලය පිහිටා තිබුණේ පැලෝපියා නාල තුළය. එක් දිනක් රාත්‍රියේදී මාගේ යටි බඩ පෙදෙසින් තදබල වේදනාවක් ඇති වූ අතර, එදිනම ඒ ආසන්නයේ පිහිටි රජයේ රෝහලකට ඇතුළත් වීමි. මට සිදුවන්නේ කුමක්ද යන්න සම්බන්ධයෙන් කිසිදු අවබෝධයක් නොතිබූ අතර, මම බොහෝ බියට පත්වීමි. රාත්‍රියක් පුරා මා රෝහලේ නතර කරවාගෙන ඔවුහු මා ස්කෂන් පරීක්ෂාවකට ලක් කළහ. පරීක්ෂණ වලින් අනතුරුව ඔවුන් මට පැවසූයේ කළලය පිහිටා ඇත්තේ පැලෝපියා නාලය ඇතුළත වන නිසා කළලය වැඩෙන විට එය පුපුරා යා හැකි බවයි. නිවෙසට පැමිණීම මම මේ සම්බන්ධව මාගේ සැමියා සමග සාකච්ඡා කර ගර්භනී භාවය අවසන් කර ගැනීමට තීරණය කළෙමි. රෝහලට ඇතුළත් වූ පසු ඔවුන් ප්‍රසව හා නාර්වේද අංශයට මා යොමු කළ අතර, පෙර අවස්ථාවේදී මා පරීක්ෂා කළ වෛද්‍යවරයා විසින් ඉතා ආරක්ෂිතව හා වේදනාවකින් තොරව ගර්භනී භාවය අවසන් කරනු ලැබීය. වෛද්‍යවරුන් හා නිලධාරීන් බොහෝ කාරුණික වූ අතර, ඔවුන් තේ කෝප්පයක් පවා පිළිගන්නවමින් සියලු දේ පැහැදිලි කළ නිසා කිසිදු බියකින් තොරව විශ්වාසයෙන් යුතුව ගර්භනී භාවය අවසන් කිරීම සිදු කර ගැනීමට මට අවස්ථාව ලැබුණි. එමෙන්ම රජයේ රෝහලක මෙය සිදු කළ නිසා කිසිදු වියදමක් දැරීමට මට සිදු නොවීය.

සම්පූර්ණ පවුලක් - අධික රුධිර වහනයක් සිදු වූ වේදනාකාරී ගැබ්සා අත්දැකීමක්

මා විවාහක අතර, මාගේ සැමියා සහ දරුවන් දෙදෙනා සමග ජීවත් වෙමි. මා නැවත වතාවක් ගැබ් ගෙන ඇති බව දැනගත් පසු මාගේ සැමියා සහ බොහෝ පීඩනයකට පත් වූ අතර, එම අවස්ථාව වන විට අප දෙදෙනාට තවත් දරුවෙකු සැදීමට තරම් වත්කමක් තිබුණේ නැත. සාකච්ඡා කිරීමෙන් පසු ඔහු මාව කොළඹ නගරයේ පිහිටි එක් පෞද්ගලික සායනයකට රැගෙන ගිය අතර, එහි එක් වෛද්‍යවරයෙකු හා හෙදියක සිටියහ.

එම සායනයේ කාන්තාවන් විශාල ප්‍රමාණයක් සිටි අතර, සියලු දෙනාම පැමිණ සිටියේ තමන්ගේ ස්වාමි පුරුෂයින් සමගය. තමන්ගේ මව සමග හෝ වෙනත් අය සමග එම සායනයට පැමිණීම තහනම් වූ අතර, ඔබට ගර්භනී භාවය අවසන් කර ගැනීමට අවශ්‍ය නම් ඔබගේ ස්වාමි පුරුෂයා සමග පැමිණීම අනිවාර්ය බවට දැනුම් දේ. ඒ වන විට මාගේ කළලයට කොපමණ කාලයක්ද යන්න ඔහු අසා සිටි අතර, මාස එකහමාරක් බව මම පැවසීමි. ඔහු පැවසූ පරිදි ඔහු ගර්භනී භාවය අවසන් කරන්නේ කළලයට මාස දෙකකට වඩා අඩු වයසක් සහිතව පැමිණෙන අය බවයි. මාස තුන හෝ වයට වඩා වැඩි කාන්තාවන් ප්‍රතික්ෂේප වේ. ගර්භනී භාවය අවසන් කිරීම සඳහා ඔහු රුපියල් 8000ක් ලබා ගත්තේය.

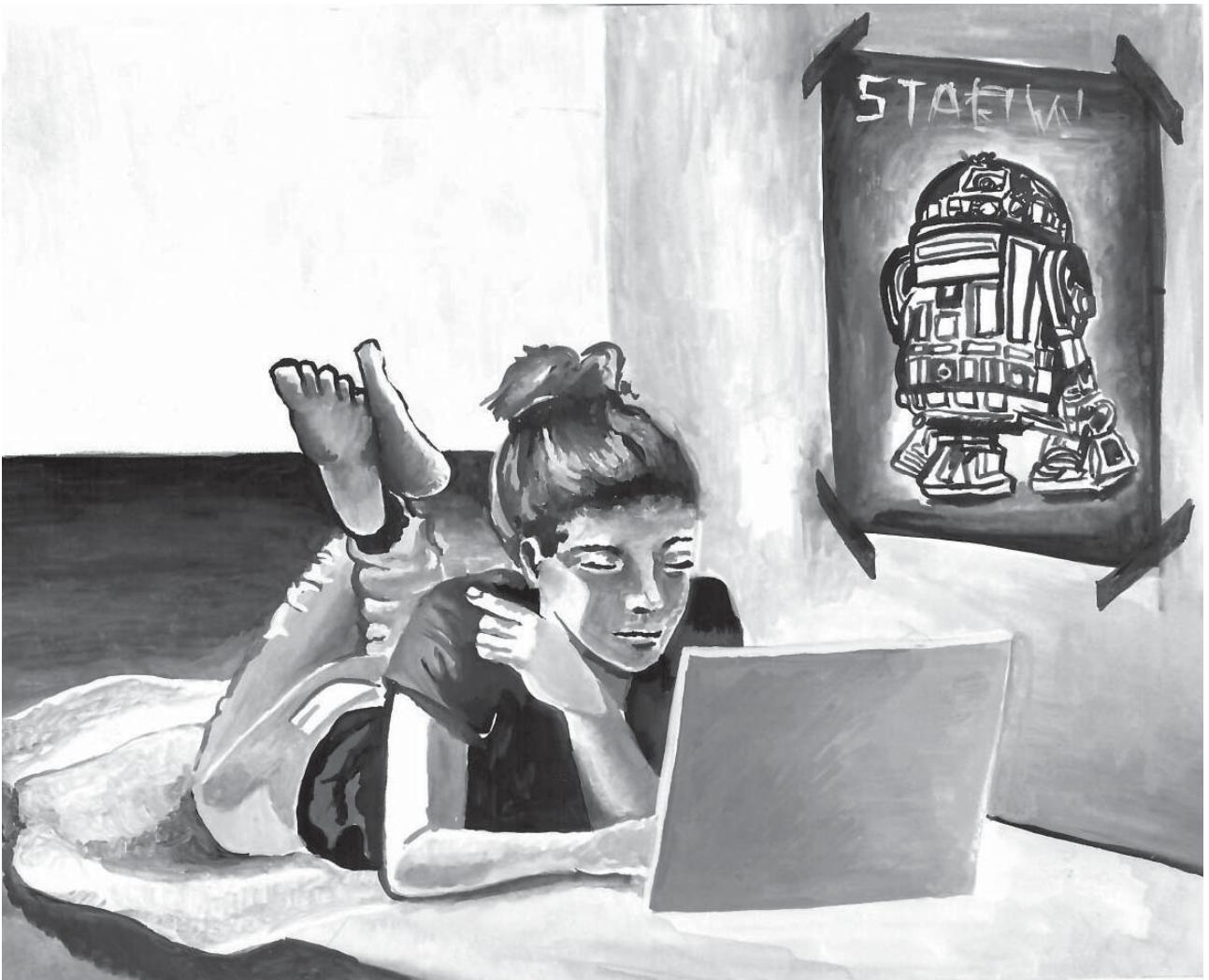
ගර්භනී භාවය අවසන් කිරීම සඳහා ඔහු පාවිච්චි කළේ බයිසිකලයකට හුළං ගසන පොම්පයක් වැනි දෙයකි. එහි කෙළවර රබර් ටියුබ් එකක් වැනි දෙයක් තිබූ අතර, ඔහු එය මාගේ යෝනි මාර්ගයට ඇතුළු කළේය. ඉන්පසුව එහි අනෙක් කෙළවරේ ඇති යම් දෙයක් තද කරන්නට හා ඔබන්නට පටන් ගත්තේය. එම නාලය දිගේ රුධිරය ගලා වන ආකාරය මා දුටු අතර, එම අවස්ථාවේදී ඉතා තදබල වේදනාවකින් මම පෙළුනෙමි. මට කිසිදු ඖෂධ වර්ගයක් ලබා නොදුන් අතර, ගර්භනී භාවය අවසන් කිරීම සිදු කරන අවස්ථාවේදී ඇති වූ වේදනාව දුරා ගත නොහැකි විය. එම අවස්ථාවේදී මා ක්ලාන්ත වූ අතර, අවසානයේදී එහි තිබූ ඇඳක මා හාන්සි කළේය. සිහි නැති විය. නැවත නැවත නැගිටින වාරයක් පාසා මට තදබල නිදිමතක් දැනුණි. වෛද්‍යවරයා මාගේ මුහුණට කිහිප වරක් තට්ටු කර මට සිහිය ගැනීමට උත්සාහ

කළේය. එහෙත් මට තවදුරටත් තදබල හිඳිමතක් දැනුණි. ඔහු මට සුදු පැහැති පෙති දෙකක් දුන් අතර, තවත් විනාඩි 30ක් පමණ මම ඇදේ හාන්සි වී සිටියෙමි. දිගටම හාන්සි වී සිටින ලෙස ඔහු මට උපදෙස් දුන්නේය. ටික වේලාවකින් මට යම් තරමක සුවයක් දැනුණි. එහෙත් බඩේ වේදනාව නොනවත්වාම තිබුණි. වෛද්‍යවරයා පැවසුවේ දින තුනක පමණ කාලයක් මට රුධිරය පිටවිය හැකි බවයි. එහෙත් කිසිදු කලබල වීමක් හෝ බියට පත්වීමක් සිදු නොවිය යුතු බවට ඔහු මට අවවාද කළේය. නැවත පැමිණෙන ලෙස ඔහු පැවසීය.

දින දෙකක් පුරා ඉතා අධික ලෙස රුධිරය පහ වූ අතර, තුන්වන දිනය වන විට එය සාමාන්‍ය තත්ත්වයට පත්විය. හතරවැනි දිනයේදී නැවත මා සාමාන්‍ය තත්ත්වයට පත්විය. ඔහු ලබා දුන් පෙති තුනක් දිනපතා සතියක කාලයක් තිස්සේ පරිහරණය කළෙමි. ඉන් පසු මාස තුනක් පමණ කාල සීමාවක් මට මාසික ඔසප් වීම සිදු නොවුණු අතර පසුව සාමාන්‍ය තත්ත්වයට පත්විය. ගර්භනී භාවය අවසන් කර ගැනීමෙන් පසු මටත් වඩා අධික ලෙස රුධිරය වහනය වූ අය පිළිබඳ මම අසා ඇත්තෙමි. වෛද්‍යවරුන් බොහෝ අවස්ථාවලදී ගර්භනී භාවය අවසන් කිරීම සම්පූර්ණයෙන් සිදු කරන්නේ නැත. එමෙන්ම ඔවුන් කළලයේ සමහර කොටස් ගර්භාෂය ඇතුළේ ඉතිරි වෙන්නට හරයි. ඒවා විවිධ අවස්ථාවලදී පිටවීමත් සමග අධික වේදනාවක් ඇති වේ.

වයස අවුරුදු 08 දී විකුණා දැමීම හා වයස අවුරුදු 13 දී ගැබ් ගැනීම

මම දැන් වයස අවුරුදු 18 ක් වන එක් දරු මවක වන අතර, තවත් දරුවෙකු ලැබීමට බලාපොරොත්තුවෙන් සිටින්නෙමි. මාගේ සැමියා කම්කරුවෙකු වන අතර, මා නිවසේ කාලය ගත කරමි. මට අවුරුදු 8ක් පමණ වන විට මාගේ අසල් වැසියන් විසින් මා පැහැර ගනු ලැබූ අතර කතරගම ප්‍රදේශයට රැගෙන ගියහ. එහිදී ඔවුහු අන්තාසි විකුණන වයස අවුරුදු 47ක් පමණ පුද්ගලයෙකුට මා විකුණා දැමූහ. ඔවුන් මා විකුණා දැමූ පුද්ගලයාට කාන්තාවන් හා ගැහැණු ළමුන් අපවාරයට ලක් කිරීමේ චෝදනා 15 ක් පමණ තිබූ බව මට පසුව දැනගන්නට ලැබුණි. ඔහු සමග මා මාස හයක් පමණ ජීවත් වූ අතර, ඉන් පසු මා පැහැරගත් පුද්ගලයින් විසින් විටින් විට විවිධ මිනිසුන්ට මා විකුණා දමන ලදී. එම කාලය තුළදී මා සොයා දෙන ලෙස ඉල්ලා මාගේ මව විසින් පොලීසියට කළ දැනුම් දීම් වලට අනුව, බොහෝ ස්ථානවල මාගේ රූප සහිත පෝස්ටර්ස් අලවා තිබුණි. මා පැහැරගත් අය මේ සම්බන්ධ කවුරුන් හෝ සමග පැවසුවහොත් මාගේ දෙමව්පියන් මරා දමන බවට තර්ජනය කළහ. වයස අවුරුදු 13 දී මා සිටි ස්ථානයෙන් පැන ගිය අතර, කොළඹ බලා යන බස් රථයකට නැග්ගෙමි. එහෙත් වසර ගණනාවකට පසු කිසිවක් නොදන්නා අයෙකු සේ කොළඹ බලා යාම මා තිගැස්සීමට ලක් කර තිබූ අතර, එය දුටු මා අසල සිටි තැනැත්තියක් තොරතුරු ඇසුවාය. ඇය සමග සියල්ල පැවසූ පසු, ඇය පැවසුවේ නිවසට යාමට පෙර සියලු දේ නිවැරදිව සකසා ගත යුතු බවයි. මට උදවු කිරීමට ඇය කැමති වූ අතර, ඇයගේ නිවෙස පිහිටි මාවතැල්ල ප්‍රදේශයට මා රැගෙන ගියාය. ඉන් පසුව මා මුත්‍රා පරීක්ෂාවක් සඳහා යොමු කළ අතර, එයින් කියැවුණේ මා ගැබ් ගෙන ඇති බවයි. එහෙත් කිසිදු දෙයක් ගැන මා දැන සිටියේ නැත. ඉන්පසුව එම කාන්තාව ඔසුසලකට ගොස් පෙති වර්ග දෙකක් ගෙනත් දුන්නාය. දින 10 ක් පුරා ගත යුතු කහ පාට පෙත්තක් සහ දින දෙකක් ගත යුතු දුඹුරු පැහැති පෙත්තක් එහි විය. කහ පැහැති පෙත්ත බොහෝ පටන්ගත් පසු අධික බඩේ වේදනාවක් සමග රුධිරය නොනවත්වා පහ වන්නට පටන් ගත්තේය. දින 10 න් පසුව ගත යුතු පෙති වර්ගය මා පරිහරණය නොකළ අතර, ඉන් පසුව යථා තත්ත්වයට පත්විය. පසුව මා විසින් මාගේ මව සොයාගත් අතර, ඇයගේ ද මැදිහත්වීමෙන් යුතුව මට වඩා තරමක් වැඩිමහල් මිනිසෙකු සමග විවාහ වූවාය.



උපත් පාලන ක්‍රම සම්බන්ධව නොදැනුවත්කම, පෙම්වතා හැර ගිය 25 හැවිරිදි තරුණියක්

මට වයස අවුරුදු 25 දී පමණ තරුණියෙකු සමග ප්‍රේම සම්බන්ධතාවක් පැවැත්වූ අතර, ඔහු සමග සමීප සම්බන්ධතාවක් පවත්වාගෙන ගියාය. උපත් පාලන ක්‍රමවේද සම්බන්ධ දැනුමක් මා සතු නොවූ අතර, ලිංගික සම්බන්ධතාවන්හි ප්‍රතිඵලයක් ලෙස මා ගැබ් ගත්තාය. මේ බව මාගේ පෙම්වතාට පැවසූ පසු එහි වගකීම ධාර ගැනීම ඔහු ප්‍රතික්ෂේප කළා පමණක් නොව පළා ගියේය. කළලයට මාස තුනක් යන තෙක් මෙය සඟවා ගෙන සිටි මම විකල්පයක් නොමැති නිසා මේ බව මාගේ මවට දැනුම් දුනිමි. කරන්නේ කුමක්දැයි මා නොදැන සිටි අතර බොහෝ බියට පත්ව සිටියෙමි. එක් දිනක් මාගේ මව විසින් කොළඹ ප්‍රදේශයේ පිහිටි එක්තරා සායනයකට මා රැගෙන ගිය අතර, ඒ යන්නේ කුමකටදැයි මා දැන සිටියේ නැත. වෛද්‍යවරයා කරන්නේ කුමක්දැයි මට අවබෝධයක් නොතිබූ අතර, ඔහු මාගේ යටි බඩ ප්‍රදේශයට එන්නතක් ලබාදුන් අතර, ඉන්පසුව සිදුවූ කිසිවක් මා දන්නේ නැත. මිනිත්තු තිහක් ඇතුළත සියල්ල අවසන් වූ අතර, ලබාදුන් එන්නත නිසා මට විශාල වේදනාවක් දැනුණේ නැත. එම අවස්ථාවේදී මා හට වෙනත් කිසිදු විකල්පයක් නොතිබූ නිසා ගර්භනී භාවය අවසන් කර ගැනීම විශාල අස්වැසිල්ලක් විය.

ගෘහ සේවිකාවක් වශයෙන් මැද පෙරදිග රැකියාවට යාම හා දූෂණය විමක ප්‍රතිඵලයක් වශයෙන් අනවශ්‍ය ගැබ් ගැනීමක් සිදුවීම

මම 1998 වර්ෂයේදී ගෘහ සේවිකාවක් වශයෙන් කටාර් රාජ්‍යයට රැකියාව සඳහා ගියෙමි. මා අධ්‍යාපනය ලැබුවේ 9 ශ්‍රේණිය දක්වා පමණි. මා රැකියාව සඳහා ගිය නිවසේ දරුවන් තිදෙනෙකු බලා ගැනීමට සිදුවූ අතර, නිවසේ පැවති සියලුම කටයුතු සිදු කළ යුතු විය. වැඩ කිරීමට පැමිණ මාස 6 කට පසුව, එක් දිනයකදී මාගේ ස්වාමි දුවගේ පෙළඹවීම හා අනුදැනුම මත නිවසේ ප්‍රධානියා බලහත්කාරයෙන් මාව දූෂණය කළේය. එයින් පසුව දින පතා ඔහු මාව දූෂණය කළ අතර, නිවසේ වැඩ සිදුකිරීමට අමතරව ඔහුගේ අනියම් භාර්යාව වශයෙන් මාව තබා ගත්තේය. මාස කිහිපයකට පසුව මා ගැබ් ගෙන ඇති බව මට අවබෝධ වූ අතර, කටාර් රාජ්‍යයේ නීතිවලට අනුව මට පමණක් නොව, ඔහුට ද නීතියෙන් දඩුවම් ලැබිය හැකි වරදක් වූ විය ඔවුන්ගේ ආගමෙන්ද අපරාධයක් ලෙස සලකනු ලබන වරදකි.

මා ගැබ් ගෙන ඇති බව පැවසූ පසු, ඔවුහු බලහත් කාරයෙන් මාව යලිත් ලංකාවට එවූහ. ඒ සඳහා වැටුපට අමතරව සුළු මුදලක් ද ඔවුන් මට ලබා දුණි. මා ලංකාවට පැමිණි පසු කරන්නේ කුමක්දැයි මට නොතේරෙන අතර මාව රැකියාවට යැවූ විදේශ සේවා කාර්යාලය වෙත පැමිණ මට සිදුවූ අසාධාරණය පිළිබඳ පැමිණිලි කළෙමි. ඔවුන් විසින් කොටහේන ප්‍රදේශයේ පිහිටි ප්‍රසිද්ධ නීත්‍යනුකූල නොවන ගර්භනී භාවය අවසන් කිරීමේ මධ්‍යස්ථානයකට මා යැවූ අතර, 1998 වර්ෂයේදී රුපියල් 4500 ක මුදලකට ගර්භනී භාවය අවසන් කර ගැනීම සිදුකර ගත්තෙමි. ඔවුහු කිසියම් යන්ත්‍රයක් හා රබර් බටයක් යොදා ගනිමින් එය සිදු කළහ. 2001 වර්ෂයේදී ද නැවත වතාවක් මා ගැබ් ගත් අතර, ඒ අවස්ථාවේදී මා කුවේට්හි රැකියාව කරමින් සිටියාය. මා සේවය කළ නිවසේ ස්වාමියාගේ නෑදෑයෙකු වන පුද්ගලයෙකු විසින් එම අවස්ථාවේදී මා දූෂණය කළ අතර, ඉන් පසුව ඔහු සමග ලිංගික සම්බන්ධතාවක් පවත්වාගෙන යාමට මම ද කැමති වූවාය. පෙර පරිදිම මා ගැබ්ගත් අතර, එහිදී නැවත ලංකාවට පැමිණීමට බොහෝ කල් ගත විය. මාගේ ස්වාමි වරුන් විසින් මේ අවස්ථාවේදී මා හට කිසිදු අමතර මුදලක් හෝ නියමිත වැටුප ලබා නොදුන් අතර, ශ්‍රී ලංකාවට පැමිණ විවිධ අත් බෙහෙත් කරමින් ගර්භනී භාවය අවසන් කිරීමට උත්සාහ කළෙමි. ඉන් ප්‍රතිඵලයක් නොලැබුණ නිසා මුදල් සොයාගෙන පෙර පරිදිම කොටහේන මධ්‍යස්ථානයට ගොස් එය කර ගැනීමට සිදුවිය. එම අවස්ථාව බොහෝ අනාරක්ෂිත වූ අතර ඒ වනවිට කළලයට මාස පහක් ගත වී තිබුණි. එම මධ්‍යස්ථානයේ සිටි වෛද්‍යවරයා මා හට බැන වැදුණ අතර, මාගේ බලවත් ප්‍රයත්නය හේතුවෙන් ඔහු ගර්භනී භාවය අවසන් කිරීමට එකඟ විය. එම අවස්ථාවේදී වෛද්‍යවරයා විසින් මාගේ යෝනි මාර්ගයට ඔහුගේ දෑත යවනු පවා මට දැනුන අතර, ගර්භනී භාවය අවසන් කර ගැනීමෙන් පසුව බොහෝ රුධිරය වහනය වී, උණ හා වෙනත් ශාරීරික අපහසුතා වලින් පීඩා විඳීමට සිදුවිය. වසර පහකට පමණ පසුව නැවත වතාවක් මා බඩ කොර වීමේ හා ගර්භාෂය ඇතුළත වේදනාවකින් පීඩා විඳි අතර, පසුව සිදුකළ පර්යේෂණවලින් හෙළි වූයේ මාගේ ගර්භාෂයේ ඉතිරි වූ යම් යම් දේවල් නිසා මෙලෙස බඩේ තුවාල ඇති වන බවයි. පසුව රෝහලකට ඇතුළත් වූ මා හට ගර්භාෂය සෝදා ගැනීමට හෙවත්, පිරිසිදු කර ගැනීමකට සිදුවිය. මා විසින් අත්විඳි මෙම ඉතා භයානක හා අනතුරු දායක දේවල් නැවත සිහි කිරීමේදී මට දැනෙන්නේ අඩු දැනුම, සමාජයට ඇති බිය, අභ්‍යන්තර හා බාහිර හිතකා හා ආර්ථික අපහසුතාවන් මේ සියල්ලට හේතු වූ බවයි.



බලහත්කාරයෙන් ගර්භනී භාවය අවසන් කිරීමක් සිදුකිරීම - අඩු ආදායම් අත්දැකීම

මම මුස්ලිම් ජාතික කාන්තාවක වන අතර, වයස අවුරුදු 22 දී බලහත්කාරයෙන් ගර්භනී භාවය අවසන් කර ගැනීමක් සිදු කර ගැනීමට සිදුවිය. මා විවාහ වූයේ මගේ තනි කැමැත්තට අනුව වයස අවුරුදු 21 දීය. අපගේ ජාතියට අනුව විය අසාමාන්‍ය දෙයක් වන නමුත්, මම මගේ කැමැත්තට අනුව විවාහ විය. මගේ දෙමව්පියන් විසින් විවාහය අනුමත නොකළ අතර, ඔවුන් දුර බැහැරව සිටි මාගේ නැන්දා කෙනෙකුගේ ගෙදර මාව නතර කරන ලදී. එහිදී මාගේ නැන්දා ඇයගේ නිවසෙහි සියලු වැඩ මා ලවා කරවා ගත් අතර, මා එහි සිටියේ සතුටින් නොවේ. ඊක කාලයක් ගතවෙත්දී මා ගැබ්ගෙන ඇති බව තේරුම්ගිය අතර, උපත් පාලනය සම්බන්ධව කිසිදු දැනුමක් හෝ අත්දැකීමක් මට තිබුණේ නැත. මේ බව මාගේ නැන්දා සමග පැවසූ පසු එක් දිනක් බඩු වගයක් ගැනීමට නගරයට යමු යැයි කියා ඇය මා රැගෙන ගියේ ගර්භනී භාවය අවසන් කිරීම සිදු කරන මධ්‍යස්ථානයකටය. සිදුවන්නේ කුමක්දැයි මා නොදැන සිටි අතර, එහිදී මා පළා යාමට උත්සාහ කළද එය සාර්ථක වූයේ නැත. ඇය විසින් උපක්‍රමශීලීව මගේ අකමැත්තෙන් ගර්භනී භාවය අවසන් කිරීම සිදුකළ අතර, මා බොහෝ සෙයින් කම්පාවට පත්වීම්. ඔවුන් ජයග්‍රාහීව පැවසුවේ දැන් බබෙක් නැති බවයි. මේ සිදුවීම මා බොහෝ සෙයින් කම්පාවට පත් කළ අතර, ඊක කාලයකට පසුව ඔවුන්ගෙන් මිදී මාගේ ස්වාමී පුරුෂයා වෙත ගියාය. අප දෙදෙනා බොහෝ දුප්පත් වුවද, පිරිමි දරුවන් සිවු දෙනෙකු සමග අද සතුටින් ජීවත් වේ. මට තවමත් සිතෙන්නේ ගර්භනී භාවය අවසන් කළ කළලය ගැහැණු දරුවෙකු විය හැකි බවයි.



දෙවන කොටස

**ගර්භනී භාවය අවසන් කිරීම පිළිබඳ
ශ්‍රී ලංකාවේ නීතිමය, වෛද්‍ය සහ
සමාජ සංස්කෘතික පර්යාලෝකය.**

**ගර්භනීභාවය අවසන් කිරීම පිළිබඳ
ශ්‍රී ලංකාවේ නීතිමය, වෛද්‍ය සහ
සමාජ සංස්කෘතික පර්යාලෝකය.**

මෙම කොටසින් ශ්‍රී ලංකාව තුළ ගබ්සා කිරීම පිළිබඳ පසුගිය දශක තුන පුරා (1990 සිට 2018 දක්වා) ඉදිරිපත් කරන ලද සාහිත්‍ය කෘතීන් විශ්ලේෂණය කරනු ඇත. ගබ්සා කිරීම් පිළිබඳ මෙම විවාද ශීලි විෂයයට ශ්‍රී ලංකාවේ නීතිමය, වෛද්‍ය සහ සමාජ සංස්කෘතික වටපිටාව විමර්ශනය කිරීම සඳහා රාජ්‍ය නොවන සංවිධාන මගින් විශ්ලේෂණය කරන ලද වාර්තාවන්, ශාස්ත්‍රීය ප්‍රකාශන හා මාධ්‍ය වාර්තාවන්, ජාතික අමාත්‍යාංශ මගින් නිකුත් කරන ලද ලේඛන යනාදිය විශ්ලේෂණය කරනු ඇත.

අධ්‍යයනය කළ සංඛ්‍යා ලේඛන අතර ගබ්සා කිරීමට සොයන්නන්, නීති විරෝධී ගබ්සා කිරීමේ සේවා තත්ත්වය, ගබ්සාව පිළිබඳ රටේ පවතින නීතිය, දඬුවම් හා ගබ්සාව නීත්‍යානුකූල කිරීම, නීති ලිහිල් කිරීම පිළිබඳ විරුද්ධ මත හා මානව හිතවාදී මත සමග ඔවුන් ඉදිරිපත් කරන තර්ක හා ප්‍රති තර්ක ඇතුළත් වේ. වලෙස විමර්ශනය කරන ලද සියලුම දත්ත ඉංග්‍රීසි භාෂාවෙන් ලියන ලද ඒවා වන අතර, ආශ්‍රිත මූලාශ්‍ර නාමාවලියක් දක්වා ඇත. එය ගබ්සාව පිළිබඳ වැඩිදුර තනිව අධ්‍යයනය කරන අයවලුන් සඳහා මාර්ගෝපදේශ හා තොරතුරු ලෙස භාවිතා කළ හැකිය. තව ද, එය අතිරේක ගැටලු සඳහා ද තොරතුරු සපයන අතර පවුල් සංවිධාන තොරතුරු හා සේවා සැපයීමේ හිඟකම, පාසල් විෂය මාලාවේ පුළුල් ලිංගික අධ්‍යාපනයක් ඇතුළත් නොවීම වැනි කරුණු ද විශ්ලේෂණය කරයි.

**ගබ්සාව සම්බන්ධ නීතිමය තත්ත්ව
සායනික ගබ්සාව, වෛද්‍යමය ගබ්සා
පෙති වර්ග හා පශ්චාත් ගබ්සා රැකවරණය**

ගබ්සාව සම්බන්ධයෙන් ශ්‍රී ලංකාව තුළ ඇති නීතිමය තත්ත්වය නිරූපණය වන්නේ දණ්ඩ නීති සංග්‍රහයේ 303, 304, 305, 306, 307 වගන්ති මගිනි. වර්තමානයේදී, ශ්‍රී ලංකාව තුළ ගබ්සාව නීත්‍යානුකූල වන්නේ එක් කාරණාවකදී පමණි. ඒ "කාන්තාවගේ ජීවිතයට හානියක් වන අවස්ථාවකදී, යහපත් චේතනාවක් අරමුණු කරගෙන සිදුකිරීමක් වශයෙනි". ඒ හැර වෙනත් කිසිදු හේතුවක් මත සිදුකරනු ලබන ඕනෑම ගබ්සාවක්, එවැනි සේවා ලබා දෙන ඕනෑම පුද්ගලයෙක් නීති විරෝධී වන අතර අපරාධයක් වශයෙන් සලකා වසර 3 සිට 20 දක්වා වන සිර දඬුවමක් හා දඩයකට යටත් කළ හැකිය.

සායනික වශයෙන් සිදුකරනු ලබන ගබ්සාවන් පමණක් නොව පෙති වර්ග භාවිතා කිරීමෙන් සිදු කර ගත හැකි වෛද්‍යමය ගබ්සාව පවා නීතියෙන් තහනම්ය. "වෛද්‍යමය ගබ්සාවන් සඳහා වඩාත් ඵලදායක වන" මිසප්‍රොස්ටෝල් හා මිෆෙප්‍රිස්ටෝන් යන පෙති වර්ග පවා මෙම අපරාධමය කරුණ නිසා විකිණීම හා බෙදා හැරීම තහනම් වන අතර, ශ්‍රී ලංකාව තුළ ලියාපදිංචි නොමැත (අප්‍රේල් 2017). එමෙන්ම කළලය නිසා කාන්තාවගේ ජීවිතයට හානියක් වන අවස්ථාවේදී හැර වෛද්‍යමය වශයෙන් හෝ සායනික වශයෙන් සිදුකරනු ලබන ඕනෑම ගබ්සාවක් මගින් මුදල් ඉපැයීම නීත්‍යානුකූල නොවන අතර, පශ්චාත් ගබ්සා රැකවරණය ශ්‍රී ලංකාවේ රජයේ හා පෞද්ගලික රෝහල් වල මූලික සෞඛ්‍ය රැකවරණයේ කොටසක් වශයෙන් සලකා නිදහසේ සපයනු ලබයි. පශ්චාත් ගබ්සා රැකවරණය යනුවෙන් තේරුම් ගත හැක්කේ ගබ්සා ක්‍රියාවලිය තුළ දී කාන්තාවන් විසින් මුහුණ පාන සංකූලතා වලට අදාළ උපදේශනය, අධ්‍යාපනය, හා පවුල් සැලසුම් සේවාවන් සැපයීම මගින් අනාගතයේදී සිදුවිය හැකි අනවශ්‍ය ගැබ් ගැනීම් වලින් වළක්වා ගැනීමට පියවර ගැනීමයි.

මින් පෙරදී පැවතියේ කිසියම් කාන්තාවක් අනාරක්ෂිත ගබ්සාවක් සිදු කර ගැනීමෙන් අනතුරුව හෝ චලෙස යැයි සැක කරන අවස්ථාවකදී වෛද්‍යවරයා විසින් එම සිදුවීම පොලීසියට පැමිණිලි කළ යුතුය යන්නයි (තලගල, 2010). 2015 වර්ෂයේදී සිදු කළ සංශෝධනයට අනුව පොලීසියට වාර්තා කිරීම අවශ්‍ය නොවන අතර, වර්තමානයේදී චලෙස පොලීසියට වාර්තා කිරීමෙන් තොරව වෛද්‍යවරුන් විසින් අවශ්‍ය ප්‍රතිකාර ලබාදීම සිදුකරයි. මෙයට හේතුව වූයේ ගබ්සාවක් සිදු කිරීමට දරනු ලැබූ උත්සාහයක් හෝ එවැනි සැක කිරීමක් පොලීසියට දන්වනු ඇතැයි බිය නිසා පශ්චාත් රැකවරණය සඳහා කාන්තාවන් යොමු නොවීමයි (අප්ලූන්ඩ්, 2017).

කසින්ස් (2017) දක්වන ආකාරයට මෙම නීති වෙනස් වුව ද, තවමත් ගබ්සාවන් සම්බන්ධයෙන් පොලීසියට වාර්තා කිරීම සිදු වේ. ඇය වාර්තා කරන ආකාරයට යාපනයේ සිටින ප්‍රසව හා නාර්වේද වෛද්‍යවරුන් විසින් (හම් ප්‍රකාශ කිරීම ප්‍රතික්ෂේප කරන ලදී) පොලීසියට පැමිණිලි කරනු ලබන අතර, ඉන් පසුව පොලීසිය පැමිණ දෙමව්පියන් බිය වද්දමින් විවිධ අල්ලස් ඉල්ලා සිටින බව වාර්තා වී ඇත. මෙමගින් සිදුවන්නේ අනාරක්ෂිත ගබ්සාවක් සිදු කර ගැනීමෙන් පසුව ඇති වන විවිධ සංකූලතා සම්බන්ධයෙන් පශ්චාත් රැකවරණය ලබා ගැනීමට කාන්තාවන් රෝහල් තුළට නොපැමිණීමයි. සමහර වෛද්‍යවරුන් විසින් පොලීසියට පැමිණිලි නොකර අවශ්‍ය උපකාර කිරීමට සූදානම්ව සිටින නමුත්, ගබ්සාවන් සිදු කරගත් අය විය නොදන්නා නිසා ප්‍රතිකාර ලබා ගැනීමට පැමිණෙන්නේ නැත. මේ නිසා පශ්චාත් ගබ්සා රැකවරණය සාකච්ඡාවට ලක් කිරීමට අවශ්‍යම මාතෘකාවක් බවට පත් වී තිබේ.

ගබ්සාවක් සිදුකරගැනීමට සොයන්නන්ට නීතිය බාධාවක් නොවේ.

ශ්‍රී ලංකාවේ සිදුවන නීත්‍යනුකූල නොවන ගබ්සාවන් ප්‍රමාණය

“ඔබ ගබ්සාව නීත්‍යනුකූල කිරීමට චරෙහි වන්නේ නම්, එයින් අදහස් වන්නේ නීත්‍යනුකූල නොවන ලෙස සිදුකරන ගබ්සාවන්ට ඔබ සහයෝගය දක්වන බවයි”. - මහාචාර්ය සභාරත්නම් අරුල්කුමාරන්, ප්‍රසව හා නාර්වේදය සම්බන්ධ රාජකීය ආයතනයේ හිටපු සභාපති.

සංඛ්‍යා දත්ත පෙන්වා දෙන ආකාරයට ගබ්සාවට චරෙහිව ශ්‍රී ලංකාවේ පවතින නීතිය මගින් කිසිසේත්ම ගබ්සාවක් කරගැනීම සඳහා කාන්තාව ප්‍රවේශවීම නතර කරන්නේ නැත. ගබ්සාව නීත්‍යනුකූල නොවන තරමටම ඔවුහු විය අනාරක්ෂිත ලෙස නීත්‍යනුකූල නොවන ලෙස සිදු කරති. සංඛ්‍යා ලේඛනවලින් පෙනී යන්නේ දිනකට ශ්‍රී ලංකාව තුළ නීත්‍යනුකූල නොවන ආකාරයෙන් ගබ්සාවන් 500 ත් 1000 ත් අතර ප්‍රමාණයක් සිදු වන බවයි (වික්‍රමගමගේ, 2016). මාධ්‍ය වාර්තා වලට අනුව මෙම සංඛ්‍යා දත්ත වල සුළු වෙනස්කම් පැවතිය හැකි නමුත් එයින් සම්පූර්ණ විත්‍රය වෙනස් වන්නේ නැත. සෞඛ්‍ය අමාත්‍යාංශය උපුටා දක්වමින් දිනකට නීත්‍යනුකූල නොවන ගබ්සාවන් 658 ක් සිදුවන බව එක් මාධ්‍ය වාර්තාවක (Sri Lanka Mirror’s —Should abortion be legalized 2017) දැක්වෙන අතර, නිවුස් ෆස්ට් දක්වන ආකාරයට දිනකට සිදුවන ගබ්සාවන් ප්‍රමාණය 650 ඉක්මවයි. ඒ අනුව ශ්‍රී ලංකාව තුළ ගබ්සාව විශේෂ අවධානයක් යොමු කළ යුතු සමාජ ප්‍රශ්නයක් බවට පත්වී තිබේ. මුදුගමුව (2011) ට අනුව 2018 වර්ෂයේදී ඩේලි මිරර් ලිපියකින් දක්වන ආකාරයට “ ශ්‍රී ලංකාවේ දිනපතා සිදුවන 1000ක් පමණ වන නීත්‍යනුකූල නොවන ගබ්සාවන් සම්බන්ධයෙන් පවතින්නේ ලැප්පා සහගත හා කම්පනයකට ලක් විය යුතු තත්ත්වයකි” මෙය සංඛ්‍යා දත්ත වලින් හමු වූ විශාලතම ප්‍රමාණය වන අතර, “පවත්නා දත්ත” හා “ අදාළ තොරතුරු” මගින් පෙන්වා දෙන්නේ දිවයින පුරා දිනකට ගබ්සාවන් දහසක් පමණ සිදු කරන බවයි.

මෙම සංඛ්‍යා ලේඛන හා දත්ත විවිධාකාරයෙන් හා විවිධ පරාසයන් යටතේ වෙනස් විය හැකිය. සමහර මූලාශ්‍ර වලට අනුව ඉහතින් දැක්වූ සංඛ්‍යා ලේඛනවලට වඩා අඩු අගයකින් ශ්‍රී ලංකාව තුළ ගබ්සාව සිදුවේ. ගුණතිලක (2016) ට අනුව සෞඛ්‍ය අමාත්‍යාංශයේ මානසික සෞඛ්‍ය ඒකකයේ අධ්‍යක්ෂිකා වෛද්‍ය

වන්දමාලි ද සිල්වා 1997 දී කළ අධ්‍යයනයකට අනුව වසරකට නීත්‍යානුකූල නොවන ආකාරයෙන් සිදුකරන ගබ්සාවන් ප්‍රමාණය 15,000 ක් පමණ වේ. සුරංග, සිල්වා හා සේනානායක යන අයවලන් විසින් 2016 දී සිදු කරන ලද " ගබ්සාව සම්බන්ධ නීති හා නීතිමය පේරණ සම්බන්ධයෙන් වැඩිහිටියන්ගේ ආකල්ප - ශ්‍රී ලංකාවේ කොළඹ නගරය ආශ්‍රිත ප්‍රජා පාදක අධ්‍යයනයක්" ට අනුව ශ්‍රී ලංකාව තුළ වසරකට සිදුවන ගබ්සාවන් ප්‍රමාණය දළ වශයෙන් 125,000 - 175,000 ක් අතර වේ.

කෝදාගොඩ (2012) විසින් ප්‍රජා සෞඛ්‍ය සේවා තොරතුරු අනාවරණය කරමින් දිනකට නීත්‍යානුකූල නොවන ගබ්සා කිරීම් 1000ක් පමණ වන බව Caritas වෙබ් අඩවිය ඇසුරින් පෙන්වා දේ. ගබ්සා කිරීම නීත්‍යානුකූල කිරීම සම්බන්ධයෙන් පැවති දැනුවත් කිරීමේ වැඩසටහනක් අනුගමනය කරමින්, වසරකට සිදුවන ගබ්සා අනුපාතය 3,65,000 ක අති විශාල සංඛ්‍යාවක් බව උපුටා දක්වයි.

පර්යේෂකයන් හා මාධ්‍යවේදීන් යෝජනා කර ඇති පරිදි ගබ්සා කිරීම් ගණන හා සංඛ්‍යා ලේඛන වෙනස් වන අතර මුලු රටේම ගබ්සා පිළිබඳ ඇති සංඛ්‍යා ලේඛන නිවැරදි බවට සාක්ෂි නොමැත. නමුත් මෑත කාලීන ජාතික මට්ටමේ අධ්‍යයනයන් හා සමාලෝචනය කළ හැකි ලිය කියවිලිවල ගබ්සාව පිළිබඳ පුළුල් ලෙස සඳහන් කර ඇත. ශ්‍රී ලංකාවේ ග්‍රාමීය හා නාගරික ප්‍රදේශයන්හි ගබ්සාවන් පිළිබඳ ඇස්තමේන්තු සඳහා UNFPA ආයතනය අනුග්‍රහය ලබා දී ඇති අතර එම වසරේදී දිනකට ගබ්සාවන් 650 ක් පමණ සිදු වන බව ලලනි සී රාජපක්ෂ මහත්මිය පෙන්වා දේ. බොහෝ අධ්‍යයනවල එසේ පෙන්වා දුන්න ද එම සංඛ්‍යා ලේඛන ගත කිරීමට අපොසත් වී ඇත්තේ 1997 දී නිබු තත්ත්වය අද කාලයට අදාළ කරගත නොහැකි බැවිනි. එම සංඛ්‍යා යාවත්කාලීන විය යුතුය.

විශ්වාසනීය සංඛ්‍යාලේඛන ලබා ගැනීමේ අපහසුතා නීති විරෝධී බව හා අපකීර්තිය නිසා ඇතිවන වාර්තා කිරීමේ දෝෂ

හේතු ගණනාවක් නිසා විශ්වාසනීය සංඛ්‍යා ලේඛන ලබා ගත නොහැක. විශ්ලේශනය හා අධ්‍යයනය කර ඇති ලිපි මගින් තොරතුරු සපයන්නන්ගේ නොසැලකිලිමත් භාවය, ගබ්සා පිළිබඳ සොයන්නන්ගේ හිගකම, සිද්ධි වාර්තා කිරීම සඳහා විධිමත් ව්‍යුහාත්මක යාන්ත්‍රණයක් නොමැතිකම හේතුවෙන් ලියකියවිලි හිඟය යනාදිය පිළිබඳව ද අවධානය යොමු කරයි.

2010 වර්ෂයේදී තලගල විසින් සිදු කරන ලද අධ්‍යයනයන් දෙකකි. ශ්‍රී ලංකාව තුළ අනාරක්ෂිත ගබ්සා කිරීම්වල ආර්ථික පර්යාලෝකය (තලගල, 2010 ඒ) සහ ශ්‍රී ලංකාව තුළ අනාරක්ෂිත ගබ්සා කිරීමේ කරුණු හා අවදානම් පැතිකඩ (තලගල, 2010 බී). මෙම අධ්‍යයනයන් දෙකේදී ම ඔහු ප්‍රකාශ කරන්නේ ගබ්සාවට එරෙහිව පවතින නීති තත්ත්වය නිසා පර්යේෂණවලට තොරතුරු සැපයීමට ඉදිරිපත් වන පිරිස සොයා ගැනීම ඉතා අපහසු බවයි. තවද, ඇතැම් කාන්තාවන් නීතිය ඉදිරියේ පෙනීසිටීමට සිදුවේයැයි බිය වී ගර්භණී වීමෙන් වැළකී සිටීමට ඇති අවශ්‍යතාවය ප්‍රකාශ කිරීමෙන් වැළකී සිටින බවයි.

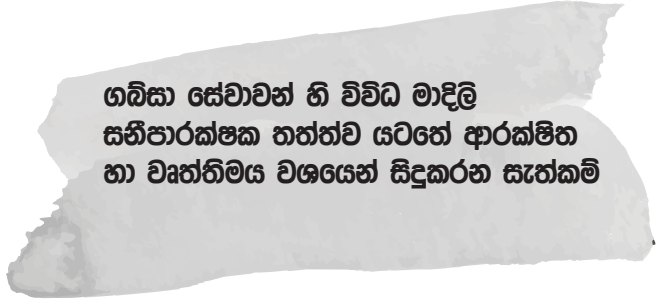
අපරාධ චෝදනා මූලික කොටගත් නෛතික පසුබිම් මත ගබ්සා සේවය සපයන්නන් වෙත බලපෑම් සිදුවීමට ඉඩ ඇති හෙයින්, "බහුතරයක් වෛද්‍යවරු හා සේවා සපයන්නෝ, ගබ්සාවක් සිදු කරගත් තැනැත්තිය අසාධ්‍ය මට්ටමින් රෝගාතුරව සිටින හෝ මඟ නොහැරිය හැකි පරිදි ආගන්තුක ද්‍රව්‍යයක් ගර්භාශයේ හෝ යෝනි මාර්ගය ආශ්‍රිතව සිරවී පවතින්නේ හෝ හැරුණු විටක, ගබ්සාවක් සිදුකර ඇති බවට සාක්ෂි හමු වුවද මෙවන් තත්ත්වයන් පොලීසියට වාර්තා කිරීමෙන් හෝ ලේඛනගත කිරීමෙන් වැළකී සිටිති" (සේනානායක, 2009).

එමෙන්ම, හඳුන්වන්නී (1994) කොළඹ මහ රෝහලේ ශල්‍ය වෛද්‍යවරයකු පිළිබඳ සඳහන් කර සිටින

අතර, එම වෛද්‍යවරයා පවසන්නේ, “ගබ්සාවන් සිදුනොවන බවට අප නොපවසන්නෙමු. එහෙත් නීතිය ඉදිරියේ සායන නීති විරෝධී යැයි අර්ථකථනයක් ලබා දීමේ අවදානමක් පවතින හෙයින් ගබ්සා සේවාව ලබාගත් සේවාදායකයෝ තම තොරතුරු ලබා දීමෙන් වැළකී සිටිති” යනුවෙනි. කරුණු වසන් කිරීම හෝ කරුණු සැපයීමෙන් වැළකී සිටීම යන කරුණු වලට යටත්ව අපරාධ චෝදනා මූලික කොටගත් නෛතික පසුබිම් සේවාදායකයා මෙන්ම සේවා සපයන්නා හටද බලපෑමක් වීමට ඉඩ ඇති අතර, ඇතැම්හු මෙය වෙනත් නීති පටිපාටි වලට අනුකූල යැයි වැරදි අර්ථකථනය ලබාදෙති” (හේවගේ, 2003).

ගබ්සාව වෙනත් නීතිපටිපාටි වලට අනුකූල යැයි ලබාදෙන වැරදි අර්ථකථන සම්බන්ධව ජයවර්ධන (1994), “ගබ්සාව යනු කොළඹ ප්‍රදේශයේ බොහෝ හෙද නිවාස වල සිදුකෙරෙන සාමාන්‍ය ශල්‍ය වෛද්‍යමය ක්‍රියාදාමයකි. එමෙන්ම ඔවුන්ගේ තොරතුරු ඇතැම් විට වාර්තා කරනු ලබන්නේ යෝනිමාර්ගය ආශ්‍රිත ඩයිලේෂන් හා කියුරටේජී (D&C) සැත්කමකට භාජනය කළ කාන්තාවක් යනුවෙනි” යැයි සඳහන් කරයි. තවද, ඔවුන්ගේ වෛද්‍යමය ක්‍රියා පටි පාටිය “ආර්තව නියාමනය” යනුවෙන් ද වාර්තා කරනු ලබයි (කුමාර්, 2011).

මෙතෙක් ගොනුකොට ගත් සාක්ෂි සලකා බැලීමේදී ශ්‍රී ලංකාව තුළ තවමත් නීති විරෝධී, එහෙත් වාර්තාකරණයෙන් වැළකී සිටි, ගබ්සාවන් විශාල වශයෙන් සිදුවන බව පෙනී යයි. කරුණු වසන් කිරීම, වැරදි අර්ථකථන ලබාදීම හා නිසි ක්‍රියා පටි පාටියකට අනුව ගබ්සාවන් සිදුවන ස්ථාන හඳුනා නොගැනීම හා පරීක්ෂාවට ලක් නොකිරීම ආදිය සම්බන්ධයෙන් සෞඛ්‍ය අමාත්‍යාංශයේ සෞඛ්‍ය අධ්‍යාපන කාර්යාංශයේ වෛද්‍ය නිලධාරී වෛද්‍ය උත්පල පී.එම්.ටී. අමරසිංහ මහතා 2011 දී පවසා ඇත්තේ, “වාර්තාගත සිදුවීම් වලට වඩා ඉතා බහුල වශයෙන් ගබ්සා සැත්කම් සිදුවේ” ය යන්නයි (මුදුගමුව, 2011).



ගබ්සා සේවාවන් හි විවිධ මාදිලි සහිතාරක්ෂක තත්ත්ව යටතේ ආරක්ෂිත හා වෘත්තීමය වශයෙන් සිදුකරන සැත්කම්

නීත්‍යානුකූල නොවන ලෙස දිවයින පුරාම ගබ්සාවන් සිදුවෙමින් පවතී. පර්යේෂණ අධ්‍යයන මගින් ගබ්සාවන් සිදුකරන විවිධ ආකාර මොනවාද යන්න සහ එම ගබ්සාවන් සිදුකරන වෛද්‍යවරුන් හෝ වෙනත් තැනැත්තන් හා එම සේවාවන් සපයන ආයතනවල ප්‍රමිතිය හා සුදුසුකම් යනාදිය පිළිබඳවද අවධානය යොමු කර ඇත.

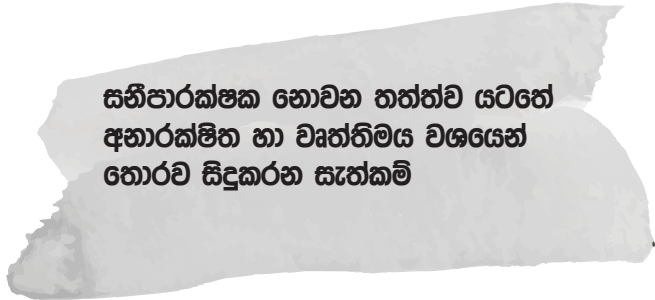
ඉතා ඉහළ තත්ත්ව යටතේ ඉහළ වෘත්තික හා සුදුසුකම් ලත් පුද්ගලයින් යටතේ ගබ්සා සේවාවන් සිදුවන බවට බොහෝ අධ්‍යයන වාර්තා සාක්ෂි දරනු ලබයි. “නීතිවිරෝධී රාමුවක් තුළ සිදුවන ආරක්ෂිත ගබ්සා සැත්කම්” (ද සිල්වා, 1997) යනුවෙන් භාවිතා කරමින් ඇතැම් පර්යේෂකයින් අර්ථ දක්වන්නේ ශ්‍රී ලංකාව තුළ පැතිර පවතින ගබ්සා සැත්කම් හොඳ තත්ත්වයේ පසුවන හා වෙනත් රටවලට සාපේක්ෂව අනාරක්ෂිත බව සම්බන්ධයෙන් ඇතිවන සංකීර්ණතා අතින් අවම තත්ත්වයේ පසුවන බවයි. තලගල (2010 ඒ) පවසන අන්දමට රජයේ වෛද්‍ය නිලධාරියෙකු හා පැවැත්වූ සම්මුඛ සාකච්ඡාවකදී එම වෛද්‍යවරයා පවසා ඇත්තේ “ගබ්සා සැත්කම් වල ගුණාත්මක භාවය එම සැත්කම් සිදුකරන පුද්ගලයින්ගේ අත්දැකීම්, වෘත්තීය මට්ටම හා සුදුසුකම් මත රඳා පවතී” යනුවෙනි. කුමාර් (2012) 1993 වර්ෂයේ සම්පාදිත පවුල් සංවිධාන සංගමයේ (FPA) වාර්තාවක් උදාහරණයට ගනිමින් පවසා සිටින පරිදි, ශ්‍රී ලංකාව තුළ සිදුවන 40% ට අධික ගබ්සා සැත්කම් සිදුකරනුයේ වෛද්‍ය සුදුසුකම් ලත් පුද්ගලයන් විසිනි. එයින් 21% ප්‍රසව හා නාර්වේදීන් මගින් හා 23% MBBS උපාධිධාරී වෛද්‍යවරුන් විසිනි.

එවන් වෛද්‍ය නිලධාරියකු මෙම සැත්කමේදී තමා ඊක්තක නිස්සාරකයක් (vacuum extractor) භාවිත කරන අයුරුත්, එමඟින් තමා සේවාව ලබාදුන් කාන්තාවකට බලපෑමක් වීලීම නොවන බවත් පහදා දෙයි.

විමෝචන, ප්‍රතිකාරයෙන් පසු පැය කිහිපයක් යන තුරු තම සේවා ලාභියා රඳවා තබාගන්නා බවත්, කිසිදු ගැටළුවක් මතු නොවන්නේ නම් පමණක් මුදාහරින බවත් මෙම වෛද්‍ය නිලධාරියා සඳහන් කළ බවට වාර්තා වෙයි. අවශ්‍ය වූ විටක සේවාලාභියා රෝහලකට රැගෙන යාම සඳහා තමා සතුව ගිලන් රථයක් ද ඇති බව ඔහු පෙන්වා දෙයි. කෙසේ වෙතත්, මීට සමාන සේවා සපයන්නන් පිළිබඳ වික්තරා සේවාලාභියෙකු පවසන අන්දමට, ඇයට සේවාව ලබා දී ඇත්තේ “දුර්වල සේවා සැපයුම්-සේවාදායක ආචාරධර්ම” පද්ධතියක් තුළය. ඇ පවසන පරිදි, පළමුව ඇ කැටුව ගොස් ඇත්තේ කාන්තාවක විසින් වන අතර, පසුව වෛද්‍ය නිලධාරියෙකු ඇගේ රෝග ඉතිහාසය ලබාගෙන පරීක්ෂා කර ප්‍රතිකාර සිදුකරනා අයුරු පහදා දී ඇත. ප්‍රතිකාර ලබා ගත් පසු යම් අපහසුතාවක් මතුවන්නේ නම් සම්බන්ධ කර ගැනීමට ඇ හට දුරකතන අංකයක්ද ලබා දී ඇත (තලගල, 2010 ඒ).

ද සිල්වා, දයානන්ද හා පෙරේරා විසින් 2007 දී සම්පාදිත ගබ්සා ප්‍රතිකාර සොයන්නන්ගේ ගර්භනී භාවය වැළැක්වීමේ වර්ග අධ්‍යයනයට අනුව, සායන වල ප්‍රතිපත්ති හා ආචාර ධර්ම පද්ධතිය ගබ්සා ප්‍රතිකාර සොයන්නන්ගේ ආත්ම ගරුත්වය රැක දීමට මුල්තැනක් ලබා දෙන්නේ නැත. කොළඹ හා ජා-ඇල සායන දෙකකින් ගබ්සා ප්‍රතිකාර සොයන්නන් 306 ක් ගේ දත්තවලට අනුව, එක සායනයක ප්‍රතිපත්ති වල සඳහන් වන්නේ “ගබ්සා ප්‍රතිකාර සොයන සියලුම කාන්තාවන් හට සේවාවන් සපයන” බව වුවත්, ඔවුන් පවුලේ තොරතුරු වලට අමතරව අසන ප්‍රශ්න මගින් අවිවාහක තරුණියන් අපහසුතාවයට පත්වූ බවයි.

මෙම උදාහරණ මගින් සේවාවන් හි පවතින ඉහළ ගුණාත්මක භාවය තරමක් දුරට පිළිබිඹු කරන අතර පහළ ගුණාත්මක භාවයක් ඇති කරන සාධක කිහිපයක් කෙරෙහි ද අවධානය යොමු කළ යුතුවෙයි. ඒවා නම්, අපිරිසිදු තත්ත්ව, සුදුසුකම් නොලත් පුද්ගලයන්, සේවා සැපයුම් සේවාදායක ආචාර ධර්ම වල පවතින දුර්වලතා, සහ ලිංගික අධික්ෂණයට සිදු කිරීමට ඇති සම්භාවිතාව ආදිය වේ.



2014 වර්ෂයේදී අරඹිපොළ හා රාජපක්ෂ විසින් සිදු කරන ලද ශ්‍රී ලංකාවේ සිදුවන අනාරක්ෂිත ගබ්සාවන් පිළිබඳ තීරණ ගැනීම - සිද්ධි පාලිත අධ්‍යයනය මගින් ඔවුන් සොයනු ලැබුවේ අනාරක්ෂිත ගබ්සාවන් සිදු කිරීමට අදාළව සහාය ලබාදෙන හා වළක්වන සාධක මොනවාද යන්නයි. එහිදී ඔවුන් ගබ්සාවන් සිදු කරන ලද කාන්තාවන් 171 දෙනෙකු හා අනවශ්‍ය ගැබ් ගැනීම්වලට ලක්වූ කාන්තාවන් 600 දෙනෙකු පර්යේෂණයට යොදා ගන්නා ලදී. ප්‍රශ්නාවලී හා ගැඹුරු සම්මුඛ සාකච්ඡා ඇසුරින් ඔවුන් සොයා ගනු ලැබුවේ බොහෝ ගබ්සා මධ්‍යස්ථාන අපිරිසිදු ස්ථාන බවයි. විමෝචන කිසිදු සහායකයෙකු රහිතව සිදු කරන ස්ථාන, තමන්ගේම නිවසේ ගබ්සා මධ්‍යස්ථානයක් පවත්වා ගෙන යාම හෝ තමන්ගේ නෑදෑයෙකුගේ නිවසේ පවත්වා ගෙන යාම සිදු කරන බවයි. නීත්‍යනුකූල නොවන ලෙස මෙවැනි ගබ්සා මධ්‍යස්ථාන පවත්වා ගෙන යාම නිසා ඒවා පරීක්ෂා කිරීමට, වගකීමක් දැරීමට හෝ ඒවායේ ප්‍රමිතිය සහ ගබ්සාවක් සිදු කරන පුද්ගලයාගේ සුදුසුකම් පරීක්ෂා කිරීමක් සිදු නොවේ.

බාලවන්දන් (2009) පවසන පරිදි, කුරුණෑගල ශික්ෂණ රෝහලේ ප්‍රසව හා නාර්වේද වෛද්‍ය නිල සෙනෙවිරත්න පෙන්වා දෙන්නේ “ශ්‍රී ලංකාව තුළ සිදුවන ගබ්සා සැත්කම් 95%ක් ම නිහඬ වාතාවරණයක් තුළ සිදුවන” බවයි. විමෝචන තලගල (2010 සී) පවසන පරිදි, ඔහුට හමුවූ අනාරක්ෂිත ගබ්සා සම්බන්ධ රෝග ඉතිහාසයක් පවතින කාන්තාවන් 665ක ගෙන් 58% දෙනෙක්ම සැත්කම් සිදු කොට ඇත්තේ ආරක්ෂිත අන්දමින් ගබ්සා සැත්කමක් සිදුකිරීම සඳහා අවශ්‍ය මූලික වෛද්‍ය පුහුණුව වත් නොමැති ආයුර්වේද වෛද්‍යවරුන්, අතුරු වෛද්‍යවරුන් (ඖෂධ වේදීන් වැනි) හෝ සම්ප්‍රදායික රෝග සුවපත් කරන්නන් විසිනි.

සේනානායක හා විල්ලන්ගමුව ගේ සොයා ගැනීම් වලට පටහැනි පරිදි, තලගලගේ (2010 සී) සොයා ගැනීම් පෙන්නුම් කරන්නේ ඔහුට ප්‍රතිචාර දැක්වූ කාන්තාවන් ගෙන් 18% ක්ම වාර්තා කරන ආකාරයට, ඔවුන්ගේ ගබ්සා සැත්කම් සිදුකොට ඇත්තේ රජයේ වෛද්‍ය නිලධාරියකු විසින් ඔවුන්ගේ පෞද්ගලික සායන තුළදී බවයි. එමෙන්ම 24% ක ප්‍රතිශතයකට මේ පිළිබඳ අදහසක් නොපවතින බව ඔහු පෙන්වා දෙයි. මෙය අරඹිපොල හා රාජපක්ෂ ගේ 2014 අධ්‍යයන වාර්තාවට සමානකමක් දක්වන අතර, එහිදී පෙන්වා දී තිබෙන්නේ යටත් සිදුවීම් අතුරින් 36.1% කදීම ගබ්සා වේදීන් යැයි හඳුන්වා දුන් පුද්ගලයින් හරහා මෙම සැත්කම් සිදුවී තිබෙන බවත්, යටත් සිදුවීම් ගෙන් 26.2% ක දීම තම සුදුසුකම් හෙළි නොකළ බවත් ය.

නිවැරදි තොරතුරු සඳහා ප්‍රවේශය මඳ වීම

සැත්කම් වලට භාජනය වූවන් තම සේවා සපයන්නන්ගේ වෘත්තීය මට්ටම නොදැන සිටීම මෙම ප්‍රශ්නයෙහි බරපතල කම පිළිබිඹු කරන ඉතා වැදගත් කරුණක් වෙයි. එනම් ගබ්සා සැත්කම් අපේක්ෂා කරන්නන් හට පවතින සේවාවන් හි නිවැරදි තොරතුරු සඳහා ඇති ප්‍රවේශය, සේවා සපයන්නන් පිළිබඳ විස්තර, ප්‍රතිකාර ලබාගැනීම පිළිබඳ තොරතුරු වල දුබල බවක් පැවතීමත්, එමගින් අවදානම් කාරී සැත්කම් කෙරෙහි සේවා දායකයින් යොමු වීමේ වැඩි ප්‍රවණතාවක් පවතින බවත් ය.

සුරංග, සිල්වා හා සේනානායක විසින් 2017 වර්ෂයේ සම්පාදිත ගබ්සා සැත්කම් ආශ්‍රිත තොරතුරු ප්‍රවේශය හා ආකල්ප : ශ්‍රී ලංකාවේ කොළඹ නගරයේ වාසය කරන වැඩිහිටි ප්‍රජාව අතර සිදු කරන ලද ප්‍රජා-මූලික අධ්‍යයන වාර්තාවට අනුව, පර්යේෂකයන් ප්‍රතිචාර දැක්වූවන් 743 ගෙන් තොරතුරු ගොනුකොට ඇති අතර, බහුතරයක් ගබ්සා සිදුවීම් සම්බන්ධ තොරතුරු වාර්තා වී ඇත්තේ ජනමාධ්‍ය විසින් සිදු කළ අවිධිමත් සාකච්ඡා ඔස්සේය. මීට සමානව, තලගල (2010 ඒ) පවසන්නේ ප්‍රතිචාර දැක්වූවන්ගෙන් 69% ක්ම තොරතුරු එක්රැස් කොට ගෙන ඇත්තේ මිතුරෙකු හෝ ඥාතියකු මාර්ගයෙන් බවයි. එමෙන්ම අරඹිපොල හා රාජපක්ෂ (2014) පවසන ආකාරයට එක්රැස් කොට ගත් තොරතුරු 65.6% ක්ම රූපවාහිනියෙන් හා පුවත්පත් වාර්තාකරණයෙන්ද, 30.4% ක්ම මිතුරන්, අසල්වාසීන් හා පවුලේ සාමාජිකයන් ගෙන් ද වෙයි. ඔවුන් පෙන්වා දෙන ආකාරයට, බොහෝ කාන්තාවන් මෙම සැත්කම් සාර්ථකව සිදුකොට ගත්තේ යැයි පවසන කාන්තාවන් අන්ධ ලෙස විශ්වාස කිරීමට හැඹුරුතාවක් දක්වා ඇති අතර, එමගින් හැඟවෙන්නේ නිවැරදි තොරතුරු වෙත ප්‍රවේශ වීමට ඇති අඩු ඉඩකඩ වේ.

ගබ්සා කිරීමේ ක්‍රමවේද

ගබ්සා කිරීම සඳහා යොදාගන්නා ක්‍රමවේද අනතුරුදායක බවට වාර්තා වූ බොහෝ සිදුවීම් මඟින් තහවුරු වී ඇත. අරඹිපොල හා රාජපක්ෂ (2014) පෙන්වා දෙන ආකාරයට, ගබ්සා කිරීම සඳහා බහුලවම යොදාගන්නා ක්‍රමවේදය වන්නේ ට්‍රාන්ස්වැජයිනල් ඉන්සර්ෂන් (trans-vaginal insertion) ක්‍රමවේදය සහ සිරිත්ප භාවිතයයි. මෙහිදී කළලය හැකි කිරීම සඳහා කිසිදු වේදනා කළමනාකරණ ක්‍රමවේදයක් අනුගමනය කරනු නොලබයි. ඔවුන් පවසන අන්දමට, පර්යේෂණයේ ගුණාත්මක විශ්ලේෂණයේදී හෙලිදරව් වූ බරපතලම සිදුවීම වන්නේ රු. 30,000 කට යටත් ව කාන්තාවකගේ කළලය විනාශ කිරීම සඳහා යෝනි මාර්ගය වෙත එඬරු ශාඛ හැරීම් ඇතුළු කිරීම නිසා ඇ සිහිසුන්ව ඇඳ වැටීමයි. තලගල (2010 ඒ) පෙන්වා දෙන පරිදි ගබ්සා කිරීම සඳහා බහුලවම යොදාගන්නා ක්‍රමවේදය වන්නේ සයෝපික නිෂ්පාදන සමඟ ආගන්තුක ද්‍රව්‍යයක් ගර්භාශයට ඇතුළු කිරීම (මෙමගින් උදරයටද බලපෑම් ඇතිවේ) වන අතර, ඒ අතර මෞඛ හා චිත්තත් ඖෂධ ලබා දීම ද සිදුවේ. මව බිලිගත් වෛද්‍යරා (Dr. the death of the mother) කෘතිය උපුටා ගනිමින් බාලවන්දන් (2009) පවසන ආකාරයට, ගර්භාශය සිදුරු කිරීම නිසරු බව ඇති

කිරීමට හේතු වේ. කුරුණෑගල ශික්ෂණ රෝහලේ ප්‍රසව හා නාර්වේද වෛද්‍ය නිලී සෙනෙවිරත්න පෙන්නා දෙන පරිදි, පෙරේරා (2010) ගේ සොයා ගැනීම් වලට අමතරව, මෙවන් සිදුරු කිරීම් පාදක වූ ගබ්සා කිරීම් මත ද්විතීයික හිසරු බව ඇතිවීමේ අවදානමක් පවතින අතර, මෙය සිදුවන්නේ විමගින් ගර්භාශයේ අභ්‍යන්තර ප්‍රදේශයේ සම්බන්ධක පටක වලට හානි ඇති වීම නිසාය.

පත්තිමය වෙනස්කම්

අනාරක්ෂිත ගබ්සා සැත්කම් සිදුවීම සඳහා ශ්‍රී ලංකාවේ පත්ති-ප්‍රාන්තර විචලනය හා ඉහළ තත්ත්වයෙන් යුතු සේවා ලබා ගැනීමට ඇති වරප්‍රසාද මට්ටම බලපාන බවට සොයාගෙන තිබේ (අප්‍රේල්, 2018) හා පෙරේරා (2015) සඳහන් කරන ආකාරයට පෙර කී පරිදි, නීති මගින් සීමා පනවා තිබියදී පවා විශේෂඥ ගබ්සා සේවාවන් ලබා ගැනීමේ හැකියාව පවතී. කෙසේ වෙතත්, වැදගත්ම කරුණ වන්නේ මෙරට වාසය කරන ගබ්සාවක් අපේක්ෂා කරන සියලු කාන්තාවන් හට මෙම විශේෂඥ සේවාවන් ලබා ගැනීමේ වරප්‍රසාදය පවතින්නේ ද යන්නයි.

වරප්‍රසාද පිළිබඳ සලකා බලන විට, බොහෝ දෙනා පවසන ලද පොදු කරුණක් වනුයේ ශ්‍රී ලංකාවේ වාසය කරන ඉහළ ආර්ථික මට්ටමක් ඇති ජන කාණ්ඩ හට මෙම සේවා ලබා ගැනීම පහසු බවයි. ෆොන්සේකා (2017) පවසන ආකාරයට, මෙරට ජීවත් වන ඉහළ ආර්ථික මට්ටමක් ඇති ජන කාණ්ඩ හට සිංගප්පූරුව වැනි ගබ්සාව නීතිගත කර ඇති රටවලට සංචාරය කොට පහසුවෙන් මෙම සේවාවන් ලබා ගත හැක. මහාචාර්ය විල්ග්‍රැඩ් පෙරේරා (2018) ද පවසන ආකාරයට මෙම වරප්‍රසාදය පවතින ප්‍රජාව අතර ජීවත් වන අනවශ්‍ය ගැබ් ගැනීමකට ලක් වූ කාන්තාවකට සැත්කම් සිදු කරගැනීමට වඩාත් ම සුදුසු වන්නේ සිංගප්පූරුවෙනි.

ඇතැමෙකුට මෙම සේවාව විදේශීය රටක නීත්‍යානුකූල හා ආරක්ෂිත අන්දමින් ලබාගත හැක්කේ පමණක් නොව, ආර්ථික මට්ටමින් ඉහළ බොහෝ පුද්ගලයන් හට වැඩි මුදලක් වැයකොට ආරක්ෂිත අන්දමින් පෞද්ගලික රෝහලකදී ද මෙම සේවාවන් ලබා ගත හැකිය (අප්‍රේල්, 2018; කුමාර්, 2011). අප්‍රේල් පවසන පරිදි, තරුණ ප්‍රජාව මෙම සේවාවන් රජයේ හා පෞද්ගලික සායන වලින් ලබා ගැනීම අතර විෂමතාවයක් පවතින අතර, විමගින් පෞද්ගලික සේවාවන් වල ඇති ගුණාත්මක භාවය (පෞද්ගලිකත්වය ආරක්ෂා කිරීම වැනි කරුණු අතින්) ඉහළ බවට තහවුරු වී ඇත. මේ සඳහා හේතු වශයෙන් ඇය පෙන්නා දෙනු ලබන්නේ රජයේ රෝහල් ආයතනික රෙගුලාසි වලින් ස්වාධීන බවක් නොපෙන්වීමත්, වී සඳහා දේශපාලනික, සමාජීය සම්මතයන් බලපාන බවත්ය. විමගින් ආර්ථික මට්ටමින් ඉහළ පුද්ගලයන් හට පමණක් වාසිදායක පරිසරයක් නිර්මාණය කරමින් ඉහළ ගුණාත්මක භාවයකින් යුත් ගබ්සා සේවාවන් ලබා ගැනීමට ඉඩ සකසා දෙන බව ඇය පෙන්නා දෙයි.

කුමාර් (2013) පෙන්නා දෙන ආකාරයට, මර් ස්ටෝප්ස් ඉන්ටර්නැෂනල් නැමති ගෝලීය මට්ටමින් පවත්වාගෙන යනු ලැබූ රාජ්‍ය නොවන සංවිධානය, 2009 වර්ෂයේදී වසා දමන තෙක්ම, සාපේක්ෂව ආරක්ෂිත ගබ්සා සේවාවන් ආර්ථික මට්ටමින් පහළ කාන්තාවන්ට ලබා දුන් අතර, මෙ මගින් පෙන්නුම් කරනු ලබන්නේ තමා සාපාරාධීකරණයට ලක්වූයේ යැයි ඇතිවන හැඟීම බොහොමයක් ඇතිවන්නේ දුප්පත් කාන්තාවන් හට බවයි. ඩැල්වි ඇතුළු පිරිස, ෆොන්සේකා (2017), ගුණසේකර හා විජේසිංහ (2001), පෙරේරා (2017), වික්‍රමගමගේ (2016) සහ පෙතිගොඩ වැනි බොහෝ පර්යේෂකයන් විකඟ වන පරිදි, ගබ්සා කිරීම සාපාරාධීකරණය කිරීමේ ඵලවිපාක විඳවන්නේ ආරක්ෂාව හා ගුණාත්මක බවින් වැඩි සායනික සේවාවන් ලබා ගැනීමට වරප්‍රසාද නොමැති දුප්පත් කාන්තාවන් ය.

ගබ්සාව නීතිවිරෝධී වීම ආයුධයක් කර ගන්නා ඇතැම් අක්‍රමවත් ව්‍යාපාර මගින් කාන්තාවන් අවහාරිත කිරීම ද සිදුවනු සුලබය. බාලවන්දන් (2009), කුමාර් (2013), සහ අරඹෙපොළ හා රාජපක්ෂ (2014) පෙන්නා දෙන පරිදි, ඇතැම් වෛද්‍යවරුන් අසාමාන්‍ය ලෙස ඉහළ ලාභ උපයා ගැනීම මෙමගින් සිදුවේ. මේලර් (2018) මහාචාර්ය විල්ග්‍රැඩ් පෙරේරා උපුටා ගනිමින්, ගබ්සාව නීතිමය වශයෙන් තහනම් වීම

මෙලෙස හිඟධව අසාමාන්‍ය ලෙස ඉහළ ලාභ උපයා ගැනීමට ඉඩ සලසා දී තිබෙන බව සඳහන් කරන අතර, මෙවන් සේවාවන් “නීත්‍යානුකූලව හා නොමිලේ අපගේ රෝහල් පහසුකම් තුළ ලබා ගැනීමට හැකියාව පවතින” බවද පෙන්වා දෙයි.

පන්තිමය වෙනස්කම් හැමති සාධකය සේවාවන් හි පවතින ගුණාත්මක භාවය ඉස්මතු කරන්නේ පමණක් නොව, එය දරුවකු හැදීමට ආර්ථික වශයෙන් අස්ථාවර බවක් ඇත්තේ යැයි හැඟෙන කාන්තාවකගේ ගැබ් ගත් කළලයක් විනාශ කළ හැක්කේ ද යන්න හමුවේද පුළුල් භූමිකාවක් රඟ දක්වයි.

ගබ්සාවන් සඳහා අවස්ථාව සෙවීම හා ගැබ් ගැනීම හැවැත්වීම සම්බන්ධ විනය අධ්‍යාපනික/ වෘත්තීමය තත්වය

පර්යේෂකයින්ට අනුව ගබ්සාවන් සිදු කර ගැනීමට පෙළඹෙන අයගෙන් බහුතරයක් අඩු අධ්‍යාපන මට්ටමක් හා ස්වාධීන ආර්ථික හැකියාවක් නොමැති අය වේ. අරඹේපොළ හා රාජපක්ෂ (2014) දක්වන ආකාරයට ගබ්සාවන් සිදු කර ගැනීමේ අත්දැකීම් සහිත කාන්තාවන්ගෙන් 29.5% ක් ම ආර්ථික වශයෙන් අස්ථාවර අය වේ. එයින් 71.7% දෙනෙක් රැකියා විරහිත අය වේ. රාජපක්ෂ (1999) දක්වන ආකාරයට ගබ්සාවන් සිදුකර ගත් අයගෙන් බහුතරයක් කිසිදු පාසල් නොගිය හෝ ප්‍රාථමික අධ්‍යාපනයක් හෝ නොලැබූ කාන්තාවන් වන අතර අරඹේපොළ ඇතුළු පිරිස (2016) දක්වන ආකාරයට අනාරක්ෂිත ගබ්සාවන් සිදුකරගත් කාන්තාවන් අතර සුවිශේෂී තත්ත්වයක් වන්නේ අඩු අධ්‍යාපන මට්ටමක් ලබා තිබීම, රැකියා විරහිත වීම, හෝ නුපුහුණු, අවිධිමත් වෘත්තීයවල නිරත වන අය බහුතරයක් වීමයි. තලගල (2010) ප්‍රකාශ කරන ආකාරයට ආර්ථික අපහසුතා හිසා ගබ්සාවන් සිදු කර ගන්නා කාන්තාවන් අතරින් ද්විතීයික අධ්‍යාපන සුදුසුකම් ලැබූ කාන්තාවන් 23% ක් පමණ වන අතර කිසිදු අධ්‍යාපනයක් නොලැබූ හෝ ප්‍රාථමික අධ්‍යාපනය පමණක් ලැබූ කාන්තාවන්ගේ ප්‍රමාණය ඔවුන්ට වඩා 5.7 ගුණයක් තරම් විශාල වේ. එමෙන්ම ඔහු දක්වන ආකාරයට කිසිදු ආර්ථික ශක්‍යතාවක් නොමැති කාන්තාවන් ආර්ථික ශක්‍යතාවක් ඇති කාන්තාවන් හා සසඳන කල 12.3 ගුණයකින් ගබ්සාවන් සිදු කර ගැනීමට පෙළඹේ.

ගබ්සාවන් සිදු කර ගැනීමට කාන්තාවන් පෙළඹෙන හේතු සම්බන්ධයෙන් කොළඹ දිස්ත්‍රික්කය ආශ්‍රය කරගෙන හේවගේ 2003 වර්ෂයේදී සිදු කරන ලද අධ්‍යයනකට අනුව ඇය පෙන්වා දෙන්නේ විවැනි උත්සාහයන් දැරූ කාන්තාවන්ගෙන් 50%ක් පමණ දෙනා රැකියාවන් නොකරන අය බවයි. බැන් ඩී. ජේ, කිම්.ජේ හා දි සිල්වා යන අය 2002 වර්ෂයේදී සිදු කරන ලද ශ්‍රී ලංකාවේ ගබ්සා සිදු කිරීමේ ප්‍රවණතාව : ගර්භනීභාවය අවසන් කිරීම සඳහා සේවා සපයන්නන් සොයා ගන්නේ කවුරුන්ද ? යන අධ්‍යයනය මගින් කොළඹ දිස්ත්‍රික්කයේ ගබ්සාවන් සඳහා සේවාවන් සොයා ගිය කාන්තාවන් 356 දෙනෙකු ගේ ප්‍රජනන සෞඛ්‍ය ඉතිහාසය අධ්‍යයනය කර ඇත. ඔවුන්ට අනුව අධ්‍යයනයට ලක් වූ කාන්තාවන් සියලු දෙනා පාහේ යම් ආකාරයක විධිමත් අධ්‍යාපනයක් ලබා තිබෙන අතර ඔවුන්ගෙන් 20% දෙනෙකු පමණක් නිවසින් පිටත ස්ථානයක සිට රැකියාව කරති. දි සිල්වා සහ පිරිස (2007) විසින් සිදු කරන ලද අධ්‍යයනයට අනුව ගබ්සාවන් සිදු කර ගැනීමට සේවාවන් සොයා ගිය කාන්තාවන්ගෙන් බහුතරයක් උසස් අධ්‍යාපන මට්ටමක් ලබා ඇති අතර, ඔවුන්ගෙන් 32%ක් පමණ නිවසින් පිටත රැකියාවන් කරන අය වේ.

මේ හා සමානවම තොරතුරු අබේසිංහ, වීරසුන්දර, ජයවර්ධන හා සෝමරත්න යන අය විසින් 2009 දී කරන ලද “ගර්භනී භාවය අවසන් කිරීම පිළිබඳ නීතිමය දැනුවත් භාවය හා මතභේද” සම්බන්ධයෙන් කොළඹ සායනයකට ඇතුළත් වන කාන්තාවන් 313 දෙනෙකු යොදා ගෙන කරනු ලැබූ අධ්‍යයනය මගින් ද සනාථ වේ. ගබ්සාව සම්බන්ධ නීතිය පිළිබඳ ඔවුන්ගේ දැක්ම හා අවබෝධය ඇති කිරීම සම්බන්ධයෙන් සිදු කරනු ලැබූ මෙම අධ්‍යයනයට අනුව ඔවුන්ගෙන් 46.6% ක් දෙනා අධ්‍යාපන පොදු සහතික පත්‍ර සාමාන්‍ය පෙළ විභාගයට පෙනී සිටි අය වූ අතර, එයින් 29.4% ක් දෙනා උසස් අධ්‍යාපනය ලැබූ අය වූහ. කෙසේ නමුත් ඔවුන්ගෙන් 11.4% ක් දෙනා ගබ්සාවන් කිරීම සඳහා යොමු වී තිබුණේ ආර්ථිකමය අපහසුතා හිසාය. සමරත්න (2017) විසින් ගෘහ සේවිකාවකගේ අත්දැකීම් වාර්තා කරමින් දක්වන්නේ ඇය දෙවැනි වතාවට

ගැබ් ගත් පසු, ගර්භනී භාවය අවසන් කිරීමට තීරණය කළ බවයි. වියට හේතුව ලෙස ඇය පැවසුවේ ඇය නැවත වතාවක් දරු ප්‍රසූතයකට ගියහොත් එම නිසා ඇයගේ රැකියාව අහිමි විය හැකි බව හා තවත් දරුවෙකු බලා ගැනීමට තරම් ආර්ථික ශක්තියක් ඇයට නොමැති බවයි. බැල්වි සහ පිරිස දක්වන ආකාරයට ඔවුන් සමග ජ්‍යෙෂ්ඨ නීතිඥයෙකු පවසා තිබුණේ ඇගේම කාර්යාලයට වල සේවය කරන කාන්තාවන් හා මැද පෙරදිග රැකියාවල නිරත වන කාන්තාවන් ලිංගික වශයෙන් අපයෝජනයට ලක් වන නිසා එහි ප්‍රතිඵලයක් ලෙස ගැබ් ගැනීමට ලක් වන බවයි. විය අපයෝජනයක් සම්බන්ධ කාරණාවක් වන නිසා සිදු වූවක් වන අතර ආර්ථික කාරණයක් නොවේ. රාජපක්ෂ සහ සිල්වා විසින් 2000 වර්ෂයේදී සිදු කරනු ලැබූ අධ්‍යයනයකට අනුව ගබ්සා කිරීම සඳහා යොමු වන කාන්තාවන්ගෙන් 26% දෙනෙකු ඇගේම කාර්යාලයට සේවය කරන අය වේ. එමෙන්ම ගබ්සාවන් සඳහා යොමු වන පිරිස අතර, ඇගේම කාර්යාලයට වල සේවය කරන පිරිස හා ලිංගික වෘත්තියේ යෙදෙන කාන්තාවන් ප්‍රමුඛත්වය ගන්නා නිසා ඔවුන් සම්බන්ධ අවධානය යොමු කිරීමේ වැදගත්කම ඔවුන් කියා සිටී. කර්මී (1999) ද මෙම අදහස සනාථ කරමින් ශ්‍රී ලංකා පවුල් සංවිධාන සංගමයේ සභාපතිනී ශිරාණි බස්නායක උපුටා දක්වමින් දක්වන්නේ නිදහස් වෙළෙඳ කලාපය තුළ සිදුවන ගබ්සා ප්‍රමාණය වැඩි බවයි. ඉතා තරුණ නිසා, ආර්ථික ප්‍රශ්න නිසා යනාදී ලෙස විවිධ හේතු නිසා මෙලෙස ගබ්සාවන් සිදු කර ගැනීමට පෙළඹෙන බවයි.

විවාහක තත්වය

බොහෝ අධ්‍යයන වලින් පැවසෙන පරිදි ගබ්සාවන් සිදු කර ගැනීමට උත්සාහ කරන බොහෝ කාන්තාවන් විවාහ වූවන් වේ. රාජපක්ෂ (1999) ඇයගේ අධ්‍යයනය මගින් දක්වන්නේ විවාහ වූ යුවළවල් අතර ගබ්සාවන් සිදු කිරීම වැඩි ප්‍රවණතාවක් ගන්නා බවයි. ඇයට අනුව සමස්ත ගබ්සා උත්සාහයන් ගෙන් 94%ක් පමණ විවාහ වූ කාන්තාවන් වේ. 2000 වර්ෂයේදී කොළඹ, ගම්පහ හා කුරුණෑගල යන දිස්ත්‍රික්කවල සිදු කළ සමීක්ෂණයකට අනුව, රාජපක්ෂ සහ සිල්වා දක්වන්නේ ගබ්සාවන් සඳහා උත්සාහ කරන බොහෝ කාන්තාවන් නාගරික හා අර්ධ නාගරික ප්‍රදේශවල ජීවත් වන, දරුවන් දෙදෙනෙකු හෝ ඊට වැඩි ප්‍රමාණයක් සිටින වයස අවුරුදු 25 න් 30 අතර වයසේ පසුවෙන විවාහක අය බවයි. අරඹේපොල හා රාජපක්ෂ (2014) දක්වන ආකාරයට ගබ්සාවන් සිදු කර ගැනීමට උත්සාහ කරන කාන්තාවන්ගෙන් බහුතරය වයස අවුරුදු 25 න් 29 න් අතර වයසේ පසුවෙන විවාහක අය වේ. 2017 වර්ෂයේදී ඔවුන් විසින් කරනු ලැබූ අධ්‍යයනයකට අනුව ගබ්සාවන් සිදුකරන අයගෙන් 94.6% ක් විවාහක අය වේ. හේවගේ (2003) ට අනුව, ගබ්සාවන් සඳහා ප්‍රවේශ වන කාන්තාවන්ගෙන් බහුතරයක් විවාහක අය වන අතර, ඔවුන්ගෙන් 50% ක් පමණ දෙනා වයස අවුරුදු 21 න් 30 න් අතර අය වන අතර බහුතරයක් දෙනා නාගරික ප්‍රදේශවල ජීවත් වන අය වේ.

දී සිල්වා ඇතුළු පිරිස (2007) සොයාගෙන ඇති ආකාරයට, ප්‍රතිචාරකයින්ගෙන් “නොතකා හැරිය නොහැකි තරමේ බහුතරයක්” (90% ක් පමණ) විවාහ වූ අය වන අතර, ඔවුන්ගෙන් බොහෝ දෙනෙකුට වයස අවුරුදු 0 සිට 7 දක්වා වූ (සාමාන්‍ය අගය වයස අවුරුදු 2) දරුවන් සිටී. තලගල (2010 ඒ) දක්වන්නේ ගබ්සාවන් සඳහා යොමු වන බහුතරයක් විවාහක වන අතර, ගබ්සාවක් කර ගැනීමට ඔවුන් පෙළඹී ඇති පොදු කාරණය වන්නේ ඔවුන් ගැබ් ගන්නා විට ඔවුන්ගේ කුඩාම දරුවා ඉතා අඩු වයසක පසුවීමයි. ඒ අතරින් 23%ක් පමණ ප්‍රතිශතයක් පැවසුවේ ඒ වන විටත් ඔවුන්ගේ පවුලට අවශ්‍ය සාමාජිකයින් ප්‍රමාණය සිටින බවයි. අබේසිංහ සහ පිරිස (2009) දක්වන ආකාරයට ගබ්සාවන් සඳහා යොමු වන කාන්තාවන්ගෙන් 90.1% ක් විවාහක අය වන අතර වයස අවුරුදු 31 න් 35 න් අතර වයසේ පසුවෙන අයවලින් වේ. එයින් 34% ක් පමණ දෙනා මේ වන විට තමන්ගේ පවුලට සිටිය යුතු සාමාජිකයින් සංඛ්‍යාව සම්පූර්ණ කරගෙන ඇති අතර, සමහර අයට වැඩිමහල් දරුවන් ද සිටී. එමෙන්ම තවත් අයට එම කාලය කිසි සේත්ම තවත් දරුවෙකු වෙනුවෙන් කැප කිරීමට හැකියාවක් නොමැති කාලයක් වේ. 15.7% ක් පමණ ප්‍රතිචාරකයින්ට අනුව තවදුරටත් දරුවෙකු වෙනුවෙන් වියදම් කිරීමට හා නඩත්තු කිරීමට ඔවුන් තුළ හැකියාවක් නොමැති නිසා ගබ්සාවක් සිදු කර ගැනීමට උත්සාහ කර තිබේ. මෙයට සමානම සොයා ගැනීමක් කරන බැන් සහ පිරිස (2002) දක්වන ආකාරයට ගබ්සාවන් සිදුකර ගැනීමට සේවාවන් සෙවූ

අයගෙන් 95%ක් පමණ දෙනා විවාහක අතර, වයස අවුරුදු 30 ට වැඩි අය වේ. එමෙන්ම ඔවුන්ගෙන් 2/3 ක ප්‍රමාණයකට දරුවන් දෙදෙනෙකු වත් මේ වන විට සිටී. ප්‍රතිචාරකයින් දැක්වූ අදහස් වල ප්‍රාථමිකම තත්ත්වය වූයේ "පෙර ප්‍රසූතියෙන් පසු ඉතා ඉක්මණින්ම නැවත වතාවක් ගර්භනී භාවයට පත්වීම ගබ්සාවක් සිදු කර ගැනීමට හේතු වූ බවයි".

ගබ්සාවන් සඳහා ප්‍රවේශ වන කාන්තාවන්ගෙන් විශාල බහුතර ප්‍රමාණයක් පවසන ආකාරයට තවත් දරුවෙකු වෙනුවෙන් ඔවුන් තුළ හැකියාවක් නොමැති අතර, ගබ්සාවන් සඳහා වන උත්සාහයන් පවුල් සැලසුම් ක්‍රම පිළිබඳ සාකච්ඡාව තිබූ කරමින් සිටී (විජේදාස, 2016, කුමාර්, 2013, රාජපක්ෂ, 1999). අබේකෝන් (2012) ඔහුගේ අධ්‍යයනය මගින් සාරාංශ කරන්නේ කොළඹ දිස්ත්‍රික්කය තුළ සිදුවන ගබ්සා උත්සාහයන් පවුල් සැලසුම් ක්‍රම වල අසාර්ථක තාවය මත හෝ පවුල් සැලසුම් ක්‍රමයක අවශ්‍යතාවක් මත සිදු වන බවයි. එහෙත් මඩකලපුව හා ත්‍රිකුණාමලය වැනි ප්‍රදේශවල මෙම තත්ත්වය වෙනස් වන්නේ එම ප්‍රදේශවල උපත් පාලන ක්‍රමවේද හා ඒ සම්බන්ධ දැනුම අඩු වීමයි.

මෙම සියලුම සාධක : පවුල් සැලසුම් ක්‍රම අසාර්ථක වීම, නවීන පවුල් සැලසුම් ක්‍රම භාවිතයට ඇති අකමැත්ත හා උපත් පාලන සේවාවන් වලට ඇති ප්‍රවේශයේ අඩුපාඩු හා දුර්වලතා සියල්ල මගින් පෙන්නා දෙන්නේ නවීන උපත් පාලන ක්‍රම පිළිබඳ මිනිසුන් දැනුවත් කිරීමේ ඇති වැදගත් කමයි. එමගින් අනවශ්‍ය ආකාරයෙන් ඇතිවන ගැබ් ගැනීම් වළක්වා ගත හැකි වන අතර, ගබ්සාවන් සිදු කර ගැනීමට දරන උත්සාහයන් ද අවම කිරීමක් වේ. මේ නිසා ආරක්ෂිත ක්‍රමයක් යටතේ ගබ්සාවන් සිදු කරගැනීමට හා සේවාවන් ලබාදීමේ ප්‍රශ්නයට ආමන්ත්‍රණය කිරීමේ අවශ්‍යතාව මතු වී තිබේ.

**අනවශ්‍ය ගැබ් ගැනීම් වලට හේතු
උපත් පාලන ක්‍රමවේදවලට ප්‍රවේශය
අඩු කම / උපත් පාලන ක්‍රමවේද භාවිතයට
අකමැති වීම**

උපත් පාලන ක්‍රමවේද භාවිතය සම්බන්ධයෙන් ශ්‍රී ලංකාව සැලකෙන්නේ ඉහළ භාවිතයක් ඇති රටක් ලෙසයි. වයස 15 - 44 ත් අතර වයසේ කාන්තාවන්ගෙන් 52.5% පමණ නවීන පවුල් සැලසුම් ක්‍රම භාවිතා කරයි (දි අයිලන්ඩ්, 2016). රජයේ රෝහල් වල පවා වර්තමානයේදී නොමිලයේ පවුල් සැලසුම් ක්‍රම සම්බන්ධ තොරතුරු හා අවශ්‍ය සේවාවන් ලබා දෙන නමුත් බොහෝ අධ්‍යයන වලින් පෙන්වා දෙන්නේ සමාජයේ සමහර විශේෂ කොටස් මෙම පවුල් සැලසුම් ක්‍රම භාවිතා කිරීමට නොපෙළඹෙන බවයි. ඔවුන් ශ්‍රී ලංකාවේ පවුල් සැලසුම් වැඩසටහන් වලින් බහිෂ්කරණයට ලක්ව ඇති බවයි.

බැන් ඇතුළු පිරිස (2002), වික්‍රමගමගේ (2016), දි සිල්වා සහ පිරිස (2007), තලගල (2010 ඒ) සහ අබේසිංහ ඇතුළු පිරිස (2009) දක්වන ආකාරයට සමීප ලිංගික සම්බන්ධතා පවත්වන බොහෝ යුවලවල් කිසිදු ආකාරයක උපත් පාලන ක්‍රමවේදයක් අනුගමනය කරන්නේ නැත. බැන් සහ පිරිස (2002) දක්වන ආකාරයට ගර්භනී භාවයට පත්වන අයගෙන් 2/3 ක් පමණ ප්‍රමාණයක් කිසිදු දිනක උපත් පාලන ක්‍රමවේදයක් අනුගමනය කර නැත. වික්‍රමගමගේ (2016) ට අනුව ලිංගිකව සක්‍රීය වන පුද්ගලයින්ගෙන් 24% ක් පමණක් දෙනා උපත් පාලන කොපු භාවිතා කරයි. තලගල (2010 ඒ) දක්වන්නේ ගබ්සාවන් සඳහා ප්‍රවේශ වන අයගෙන් 70.3% ක් දෙනා කිසිදු ආකාරයක උපත් පාලන ක්‍රමයක් අනුගමනය කිරීමට උත්සාහ දරා නොමැති බවයි. දි සිල්වා ඇතුළු පිරිස (2007) සොයාගෙන ඇති කරුණු වලට අනුව, ගබ්සාවන් සඳහා ප්‍රවේශ වූ අයගෙන් 89% ක් පමණ ප්‍රතිචාරකයින් උපත් පාලනය ලෙස යොදාගෙන ඇත්තේ මාස් ශුද්ධිය ඇති වෙන දින ගණන් ගණනය කිරීමෙන් පසුව ලිංගිකව එක්වීම, ශුක්‍රාණු බැහැර කිරීමේ උත්සාහයන් වැනි ඵලදායීතාවයෙන් අඩු, අදාළ නොවන ක්‍රමවේදයන්ය.

කෝදාගොඩ (2012) එවකට සිටි කාන්තා හා ළමා කටයුතු ඇමතිවරයාගේ ප්‍රකාශයක් මෙලෙස උපුටා දක්වයි. " ශ්‍රී ලංකාව තුළ උපත් පාලන ක්‍රමවේද බොහෝ ප්‍රචලිත හා විශදම් අඩු වීවා වේ. තමන්ගේ

පවුල සැලසුම් කිරීම ප්‍රජාවේ වගකීමක් වන අතර, ඒ සම්බන්ධ ශික්ෂණයක් ඔවුන් තුළ තිබිය යුතුය". බොහෝ විට දැකිය හැකි වන්නේ ගැබ් ගැනීම් සම්බන්ධ වගකීම එක්කෝ කාන්තාවට හෝ එම යුවලට පැවරීමයි. ගැබ් ගැනීම වළක්වා ගැනීමේ ක්‍රමවේදයක් අනුගමනය කිරීමේ වගකීම පැවරෙන්නේ ඔවුන්ටය. කෙසේ නමුත්, අවශ්‍ය සෑම අවස්ථාවකදීම පවුල් සැලසුම් සම්බන්ධ උපදෙස් හා ක්‍රමවේද වලට ප්‍රවේශ වීමට සියලු දෙනාටම හැකියාවක් හැක.

තවදුරටත්, උපත් පාලන ක්‍රමවේද පැවතියද, සමහර කාන්තාවන් නවීන උපත්පාලන ක්‍රම වේදවලින් සමහර ඒවා භාවිතා කිරීමට බියක් හා අකමැත්තක් දක්වයි. ගුණාසේකර හා විජේසිංහ (2001) දක්වන ආකාරයට ඔවුන්ගේ අධ්‍යයනයට හසුවූ කාන්තාවන්ගෙන් 11% ක පමණ ප්‍රමාණයකට පමණක් නවීන උපත් පාලන ක්‍රමවේද භාවිතා කිරීමට කැමැත්තක් හා ඒ සම්බන්ධ අවබෝධයක් පැවතුණි. දී සිල්වා ඇතුළු පිරිස, (2007) සහ අරඹේපොල හා රාජපක්ෂ (2017) දක්වන ආකාරයට බොහෝ කාන්තාවන් උපත් පාලන ක්‍රමවලට යොමු වීම ප්‍රතික්ෂේප කරන්නේ ඒවා භාවිතා කිරීමෙන් පසුව ඇතිවන විවිධ අතුරු ආබාධ නිසාය. දී සිල්වා ඇතුළු පිරිස (2007) දක්වන්නේ නවීන උපත් පාලන ක්‍රමවේද භාවිතා කළ කාන්තාවන්ගෙන් 71%ක් පමණ විවිධ අතුරු ආබාධ වලින් පීඩා විඳ ඇති බවයි. පිළිකා ඇතිවීමේ අවදානම, ශරීරයේ බර අඩුවීම, ශරීරයේ බර වැඩිවීම, අධික හිසරදය වැනි අසාමාන්‍යතා වලට මුහුණ දුන් බවයි. තවදුරටත් දක්වන්නේ නම් ගබ්සාවන් සිදුකරගත් අයගෙන් 33%ක් පමණ දෙනා ගබ්සාව කර ගැනීමෙන් පසුව එම සායනයෙන් ලබාදුන් පශ්චාත් ගබ්සා ඖෂධ වර්ග ලබාගැනීම ප්‍රතික්ෂේප කර ඇත. මේ හා සමානවම ප්‍රතිඵලයක් සොයාගනු ලැබ ඇති තලගල (2010) දක්වන ආකාරයට ප්‍රතිචාර දක්වන්නන්ගෙන් 33/44ක් දෙනා සායනයෙන් ඉවත්ව ගිය පසු මාස 15.2 ක කාලයක් ගතවී තිබුණද, කිසිදු පවුල් සැලසුම් ක්‍රමයක් භාවිතා කර නොමැත. ඔවුන් විය අවශ්‍ය දෙයක් යැයි සලකන්නේ නැත. මල්වැන්නම් සහ ගුණරත්න (2016) කළුතර දිස්ත්‍රික්කයේ සිදුකළ අධ්‍යයනයක් ඇසුරින් පෙන්වා දෙන්නේ ප්‍රතිචාරකයින්ගෙන් 36.2% ක් පමණ අතුරු ආබාධවලට ඇති බිය නිසා නවීන උපත් පාලන ක්‍රමවේද අනුගමනය කිරීමට බියක් දක්වන බවයි. මේ හා සමානව අදහස් දක්වන කර්මී (1999) පවසන්නේ විවාහක යුවලවල් විසින් ඔවුන් අසා ඇති විවිධ කටකතා වලට බියෙන් නවීන උපත් පාලන ක්‍රමවේද වලට යොමු නොවන බවයි. අරඹේපොල හා රාජපක්ෂ (2017) ද සොයා ගෙන ඇත්තේ අතුරු ආබාධ වලට ඇති බිය උපත් පාලන ක්‍රම දිගින් දිගට භාවිතා කිරීම අධෛර්යවත් කරන බවයි. විශේෂයෙන් එන්නත් හා පෙති වර්ග වශයෙන් ලබා දෙන හෝමෝනමය ක්‍රම භාවිතා කිරීමට බියක් දක්වන බවයි.

විධිමත් පවුල් සැලසුම් ක්‍රියාවලියක් ඇති කිරීමට විශාලතම බාධාවක් වී ඇත්තේ මෙලෙස නවීන උපත් පාලන ක්‍රමවේද භාවිතා කිරීම සම්බන්ධයෙන් ඇති ප්‍රතිරෝධීතාවයක් ආකල්පයයි. මේ නිසා අරඹේපොල හා රාජපක්ෂ (2017) දක්වන්නේ කාන්තාවන්ගේ උපත් පාලන අවශ්‍යතාවන් නිරන්තරයෙන් අධීක්ෂණය කරන අත්‍යවශ්‍ය සෞඛ්‍ය රැකවරණ ක්‍රමවේදයක් පැවතිය යුතු බවයි. ඔවුන්ගේ අධ්‍යයනවල සොයාගැනීම් වලට අනුව බොහෝ කාන්තාවන්ට ප්‍රශ්නයක් වන්නේ උපත් පාලන ක්‍රමවේද ආරම්භ කිරීම හෝ නිවැරදිව භාවිතා කිරීම නොවේ. ඒවා දිගින් දිගට භාවිතා කිරීමයි.

සහකරුවන් විසින් උපත් පාලන ක්‍රම භාවිතා කිරීමට අකමැති වීම

අනවශ්‍ය ගැබ් ගැනීම් සම්බන්ධයෙන් බලපෑම් කරනු ලබන අතින් කරුණා වන්නේ පුරුෂ සහකරුවන් විසින් උපත් පාලන ක්‍රමවේද අනුගමනය කිරීමට අකමැත්තක් දැක්වීමයි. මෙම ප්‍රජාවේ විසින් කියා දෙන්නේ ශ්‍රී ලංකාවේ ලිංගික කරුණු සම්බන්ධයෙන් පවතින පුරුෂ මූලිකත්වය හා කාන්තාවක් ගැබ් ගැනීම සම්බන්ධයෙන් ඔවුන් ප්‍රතිවිපාක නොලැබීමේ බේදුවාවකයයි.

හඳුන්නෙත්ති (1994) රත්නා (අන්වර්ථ නාමයකි) නමැති කාන්තාවකගේ අත්දැකීමක් මෙලෙස විස්තර කරයි. "මම හයවැනි වතාවටත් ගැබ් ගත්තා. උපත් පාලනය කියන එක මගේ ප්‍රශ්නයෙන් බොහෝම අනෙක හියෙන දෙයක් ". බොහෝ ග්‍රාමීය කාන්තාවන් උපත් පාලන ක්‍රමවේද අනුගමනය කිරීම කැමැත්ත දක්වන

නමුත් ඔවුන්ගේ ස්වාමි පුරුෂයින්ගෙන් ඊට ඉඩක් ලැබෙන්නේ නැත. උපත් පාලනය සම්බන්ධයෙන් කතා කරන විට ස්වාමි පුරුෂයින් ගෝරනාඩු කරන බවත්, දවස අවසානයේදී බීමත්ව නිවසට පැමිණෙන සැමියා සමග උපත් පාලනය ගැන කතා කිරීම ඔහුට විනිච්චකට හේතුවක් සොයා දීම බවත් ඔවුහු පවසති. තව දුරටත් අදහස් දක්වන විකුමගමගේ (2016) ට අනුව පවුලේ ප්‍රමාණය තීරණය කිරීමේදී ලා කාන්තාවට ඇති අයිතියත්, ලිංගික සම්බන්ධතාවන් හා උපත් පාලනය සම්බන්ධ අයිතියත් ශ්‍රී ලංකාවේ විවාහ සංස්ථාව තුළ කාන්තාවට නිදහසේ තීරණය කළ හැක්කක් නොවේ. ඇයට අනුව උපත් පාලන ක්‍රම අනුගමනය කිරීමට පුරුෂයින් තුළ ඇති අකමැත්ත හා අසාර්ථක භාවය අනවශ්‍ය ගැබ් ගැනීම් ඇති වීමේලා බලපාන ප්‍රධානතම සාධකයක් ලෙස සැලකිය යුතුය.

විකුමගමගේ (2016) දක්වන ආකාරයට ලිංගික සම්බන්ධතාවන්හි සදාචාරාත්මක භාවයත්, ප්‍රජනන ක්‍රියාකාරකම් හි වගකීම් දැරීමත් කාන්තාවගේ කාර්ය භාරයකි. සමාජ සම්මත රාමුවෙන් පිටතදී සිදුවන කිසිම ආකාරයක සම්බන්ධතාවකදී හෝ ගැබ් ගැනීමකදී හෝ ඒ සම්බන්ධ වගකීම පුරුෂයාට නොපැවරෙන අතර කාන්තාවගෙන් ඉතා උසස් මට්ටමේ ජීවන ප්‍රමිතියක් අපේක්ෂා කරයි. මෙම පුරුෂ ආධිපත්‍යය කෙරෙහි බලපෑම් කරනු ලබන සමාජ ආකල්ප වලට විසඳුම් සෙවීමේදී ගුණසේකර හා විජේසිංහ (2001) යෝජනා කරන්නේ ප්‍රජනන සෞඛ්‍ය ප්‍රශ්න සම්බන්ධයෙන් අවධානය යොමු කරනු වස් පුරුෂයින් ඉලක්ක කරගනිමින් දැනුවත් කිරීමේ වැඩසටහන් වැඩි කළ යුතු බවයි. ඔවුන් තර්ක කරන්නේ මෙවැනි දැනුවත් කිරීමේ ව්‍යාපෘති මගින් පුරුෂයින් තුළ ප්‍රජනන සෞඛ්‍ය සම්බන්ධ අවබෝධය වැඩි වනවා පමණක් නොව පුරුෂයින් විසින් කළ යුතු උපත් පාලන ක්‍රමවේද සම්බන්ධ අවබෝධයක් ද ඇති කරන බවයි. ස්ත්‍රී පුරුෂ සමාජභාවීය ධර්මතා, සහ ගබ්සාව සම්බන්ධ විවාදයට ඔවුන් දායක කරගන්නා ආකාරය විමසීම ව්‍යාප්ත කරගනු හැකි වනු ඇත.

ප්‍රජනන සෞඛ්‍යය සම්බන්ධ තෝරා ගැනීම සම්බන්ධයෙන් කාන්තාවන් හා පුරුෂයින් දැනුවත් කිරීම පමණක් නොව, තවත් වැදගත් කරුණක් වන්නේ ශ්‍රී ලාංකේය සමාජයේ නොසලකා හැරීමට ලක් කර ඇති තරුණ ප්‍රජාවට ද ලිංගික හා ප්‍රජනන සෞඛ්‍යය සම්බන්ධ දැනුම ලබා දීමයි.

තරුණ ප්‍රජාවට උපත් පාලනය සම්බන්ධ තොරතුරු හා සේවාවන් ප්‍රමාණවත් නොවීම

ගුණසේකර හා විජේසිංහ (2001), ඩැල්වි ඇතුළු පිරිස හා බැන් ඇතුළු පිරිස (2002) දක්වන පරිදි රජය මගින් සිදුකරන පවුල් සැලසුම් වැඩසටහන් මගින් අවිවාහක තරුණ ප්‍රජාවගේ උපත් පාලන අවශ්‍යතාවන් පුරුණය වන්නේ නැත. එමෙන්ම ගැබ් ගැනීම වැළැක්වීම සඳහා උපත් පාලන ක්‍රමවේද භාවිතා කිරීම කාන්තාවට බාර දී ඇති අතර එමෙන්ම උපත් පාලන උපකරණ හා ක්‍රමවේදවලට ප්‍රවේශ වීම සම්බන්ධයෙන් පවතින සමාජ අපකීර්තිය හා යථාර්ථය මගින් පෙන්නුම් කෙරෙන්නේ රට තුළ තරුණ ප්‍රජාවට හිතවත් සෞඛ්‍ය ප්‍රතිපත්තියක් හා සේවාවක් නොමැති වීමේ ප්‍රශ්නයයි (සොයිසා 2015). එමෙන්ම තරුණ ප්‍රජාව සම්බන්ධයෙන් පවතින තවත් ගැටළුවක් නම් උපත් පාලන ක්‍රමවේද භාවිතා කළ යුත්තේ විවාහ වූ අය බවත් වයස අවුරුදු 19 වැනි තරුණ පිරිස විවාහ වී නොමැති බවත් , ලිංගිකව සක්‍රීය අය නොවන බවත්, එම නිසා ඔවුන් උපත් පාලන ක්‍රමවේද භාවිතා නොකළ යුතු බවටත් පවුල් සැලසුම් හා ප්‍රජනන සෞඛ්‍ය සේවාවන් මගින් සිදු කරන උපකල්පනයයි (දි සිල්වා ඇතුළු පිරිස, 2003, සුරංග ඇතුළු පිරිස, 2017).

පෙරේරා සහ ඊස් 2006 වර්ෂයේදී සිදු කරන ලද ශ්‍රී ලංකාවේ නව යෞවනයින්ගේ ලිංගික හැසිරීම : වචි. අයි.වී වලින් ආරක්ෂා වීම සඳහා ප්‍රතියමාන වන දේවල් සම්බන්ධ අධ්‍යයනයේදී ඔවුහු ශ්‍රී ලංකාවේ දිස්ත්‍රික්ක හයක ද්විතීයික අධ්‍යාපනය ලබමින් සිටින පාසල් සිසුන් 3134 ක් සම්බන්ධයෙන් පහත තොරතුරු ඉදිරිපත් කරති. මෙම නව යොවුන් වියේ සිටින අය අතුරින් බොහෝ ප්‍රමාණයක් ලිංගික ක්‍රියාකාරකම් වල නිරත වන අය වේ.

හේවාගීගන, පරිසර, සැලවේ සහ සමරගේ යන අය විසින් 2015 වර්ෂයේදී ශ්‍රී ලංකාවේ පාසල් යන වයසේ සිටින අවුරුදු 16-19 ත් අතර වයසේ පසුවන ශිෂ්‍යයින්ගේ ලිංගික හා ප්‍රජනන දැනුම, ආකල්ප හා වර්ගවත් සම්බන්ධ අධ්‍යයනයක් සිදු කර ඇත. ඒ සඳහා ඔවුන් බදුල්ල දිස්ත්‍රික්කයේ කලාප පහක් නියෝජනය කරන ශිෂ්‍ය ශිෂ්‍යයාවන් 2020 දෙනෙකු යොදාගෙන ඇති අතර, ඔවුන් අතුරින් ප්‍රතිචාර දැක්වීමට ඉදිරිපත් වූ ගැහැණු ළමයින් ප්‍රමාණය අධුය. මෙවැනි මාතෘකා සාකච්ඡා කිරීම සම්බන්ධයෙන් සමාජය තුළ පවතින අපකීර්තිමත් භාවය මෙයට හේතු විය හැකි නමුදු, අධ්‍යයනයට සම්බන්ධ වූ අය විසින් ලබාදුන් තොරතුරු වලට අනුව ඔවුන් අතරින් විශාල ප්‍රමාණයක් ලිංගිකව සක්‍රීය අය වේ.

හේවාගීගන ඇතුළු පිරිස (2015) සොයාගෙන ඇති ආකාරයට ලිංගික සංසර්ගයක හිරත වූ වයසේ සාමාන්‍ය අගය පිරිමි ළමයින්ගේ අවුරුදු 15.3 වන අතර, ගැහැණු ළමයින්ගේ වයස අවුරුදු 14.4 වේ. පෙරේරා සහ රිස් (2006) දක්වන ආකාරයට ඔවුන්ගේ පර්යේෂණයට ලක් වූ පුරුෂයින්ගෙන් 26.5% ක් හා කාන්තාවන් 10% ක් පමණ යෝනි මාර්ග, මුඛ හෝ ගුද සංසර්ගයේදී එක් වතාවක් හෝ උපත් පාලන කොපුවක් භාවිතා කර තිබේ. ලිංගිකව ක්‍රියාකාරී තරුණ ප්‍රජාවට උපත් පාලනය සම්බන්ධව නිවැරදි දැනුම හා සේවාවන් නොමැති වීම නිසා යොවුන් වියේදීම ඔවුන් අනවශ්‍ය ගැබ් ගැනීම් වලට මුහුණ දීමේ තත්ත්ව නිර්මාණය වේ.

ලිංගික හා ප්‍රජනන සෞඛ්‍යය අයිතිය පිළිබඳ විශ්ව ප්‍රවේශය : රට පිළිබඳ පැතිකඩ යනුවෙන් 2015 වසරේදී කාන්තාව හා මාධ්‍ය සාමූහිකයේ ප්‍රකාශනයකට අදහස් දක්වන දි සිල්වා, ශ්‍රී ලංකා පවුල් සෞඛ්‍ය කාර්යාංශයේ 2014 වර්ෂයේ සංඛ්‍යා ලේඛන උපුටා දක්වමින් ප්‍රකාශ කරන්නේ ශ්‍රී ලංකාව තුළ ගර්භනී භාවය ලියාපදිංචි කළ කාන්තාවන්ගෙන් 5.3% ක් නව යොවුන් වියේ සිටින අය බවයි. පෙරේරා (2010) ගණනය කරන ආකාරයට නීත්‍යනුකූල නොවන ගබ්සාවන් සිදු කරගන්නා කාන්තාවන්ගෙන් 10% ක් පමණ අවිවාහක තරුණ අය බවයි. ගුණතිලක (2016) සෞඛ්‍ය අමාත්‍යාංශයේ මානසික සෞඛ්‍ය ඒකකයේ අධ්‍යක්ෂිකා වෛද්‍ය චිත්‍රමාලි ද සිල්වා උපුටා දක්වමින් පවසන්නේ ශ්‍රී ලංකාව තුළ වසරකට ළමා මව්වරුන් 24,000 ක් පමණ හමු වන බවයි.

ලියාපදිංචි නොකළ ගැබ්ණි මව්වරුන්ගේ ප්‍රමාණය සලකා බලන කල්හි එය පවත්නා තත්ත්වය ඉක්මවා යා හැකි බව උපකල්පනය කළ හැකිය. කර්මි (1999) දක්වන ආකාරයට බොහෝ විට ගැහැණු ළමයින් දූෂණය වීමකින් හෝ වෙනත් සම්බන්ධතාවක ප්‍රතිඵලයක් වශයෙන් ගැබ් ගැනීමකට ලක් වුවහොත්, ඔවුන්ගේ දෙමව්පියන් ඒ සම්බන්ධව පොලිසියට හෝ සෞඛ්‍ය අංශවලට දැනුවත් නොකර සිටින්නේ විවාහයට පෙර පවත්වනු ලබන ලිංගික සම්බන්ධතා සම්බන්ධයෙන් ශ්‍රී ලංකාව තුළ පවතින අපකීර්තිය නිසාය.

විවාහයට පෙර පවත්වන ලිංගික සම්බන්ධතා, ස්ත්‍රීන් හා පුරුෂයින් තමන් පැවැත්වූ ලිංගික සම්බන්ධතාවල අත්දැකීම්, එම සම්බන්ධතාවලට ස්ත්‍රී පුරුෂ සමාජභාවය මත පදනම්ව පැවති විවිධ බාධක යනාදිය කෙරෙහි සමාජ ආකල්ප පර්යේෂණයට ලක් කළ හේවාගීගන ඇතුළු පිරිස (2015) වාර්තා කරන ආකාරයට පර්යේෂණයට සහභාගී වූ පුරුෂයින්ගෙන් 53% දෙනෙකු ඔවුන්ගේ පළමු ලිංගික සංසර්ගය සම්බන්ධයෙන් අදහස් දක්වමින් කියා ඇත්තේ ඔවුන්ට එය අවශ්‍ය වූ දෙයක් හා එය කිරීම සම්බන්ධයෙන් සතුටට පත් වන බවයි. මෙයට ප්‍රතිවිරුද්ධ වශයෙන් ගැහැණු ළමයින් ප්‍රකාශ කළේ ඔවුන්ගෙන් කිසිදු අයෙකුට මෙම ලිංගික සම්බන්ධතා පැවැත්වීම අවශ්‍ය නොවූ බවයි. එයින් ගැහැණු ළමයින් දෙදෙනෙකුට අනුව ඔවුන් එය කළේ කුතුහලයෙන් වන අතර, තිදෙනෙකු ප්‍රකාශ කළේ ඔවුන්ගේ අනුදැනුමකින් තොරව එය සිදු කළ බවයි. එමෙන්ම ප්‍රතිචාර දැක්වූවන් ගෙන් බහුතරයක් දෙනා විවාහයට පෙර පවත්වනු ලබන ලිංගික සම්බන්ධතා අනුමත කළේ ද නැත. කෙසේ නමුත් මෙලෙස සිතන අයගෙන් බහුතරයක් ගැහැණු ළමයින්ය. ගැහැණු ප්‍රතිචාරකයින්ගෙන් 53% දෙනෙකු එකඟ වූයේ හෝ දැඩි ලෙස එකඟ වෙමින් ප්‍රකාශ කළේ පිරිමි ළමුන් විවාහයට පෙර ලිංගික සම්බන්ධතා නොපැවැත්විය යුතු බවයි. එමෙන්ම ගැහැණු ප්‍රතිචාරකයින්ගෙන් 83% දෙනෙකු ප්‍රකාශ කළේ ගැහැණු ළමයින්ගේ කන්‍යාභාවය පැවතිය යුතු බවයි. පිරිමි ප්‍රතිචාරකයින්ගෙන් 44% ක් ප්‍රකාශ කළේ විවාහයට පෙර පුරුෂයින් විසින් ලිංගික සම්බන්ධතා නොපැවැත්විය යුතු බවයි. ඔවුන්ගෙන් 66%ක් ප්‍රකාශ කළේ ගැහැණු ළමයින් විවාහයට පෙර ලිංගික සම්බන්ධතා නොපැවැත්විය යුතු බවයි.

ලිංගික හා ප්‍රජනන ක්‍රියාකාරකම් සම්බන්ධයෙන් සමාජය බලාපොරොත්තු වෙන දේවල් වලදී පුරුෂයින්ට වඩා කාන්තාවන්ට සමාජය තුළින් සම්බාධක වැඩි ඇතිද යන්න සොයා බලන විට හමුවන වැදගත් සංකල්පයක් වන්නේ "මාතෘත්වයයි". මාතෘත්වය හා ගෘහස්ත කාර්යභාරයන් සම්බන්ධයෙන් කාන්තාවට ඇති තත්වය සමග වෙනස් කොට සැලකීමේ අනන්‍යතාවන් හා භූමිකාවන් සම්බන්ධ වී තිබේ. පුද්ගලයෙකු වශයෙන් කාන්තාව මනින ප්‍රාථමිකම ඒකකයක් වන්නේ ඇයගේ ලිංගිකත්වය වන නිසා සමාජය තුළින් ඇයට වන බාධාවන් පුරුෂයාට සාපේක්ෂව බොහෝ වැඩිය. අප්‍රේන්සි (2018), හේවාගිගන ඇතුළු පිරිස (2015) ද මෙම අදහස පෝෂණය වන ආකාරයේ තොරතුරු ඔවුන්ගේ පර්යේෂණ වලින් ඉදිරිපත් කරන අතර, අප්‍රේන්සිට අනුව විවාහ සංස්ථාවෙන් පිටත දරුවෙකු සෑදීම සමාජ අපහාසය හා අපකීර්තිය සමග සෘජුවම බැඳී පවතී. තවද, පර්යේෂණයේ තොරතුරු මත පදනම්ව අප්‍රේන්සි දක්වන්නේ ගබ්සාව නීති විරෝධී දෙයක් කර තිබීම මගින් "තරුණ ප්‍රජාව අතර සිදුවන ලිංගික ක්‍රියාකාරකම් සමග සම්බන්ධ වන අපහාසාත්මක භාවය හා තහංචි තවදුරටත් සවිමත් වීම සිදුවන බවයි".

ගබ්සාව සම්බන්ධ නීති නිදහස් කිරීම/ ලිහිල් කිරීමට චරෙහිව ඉදිරිපත් කරන විවිධ කරුණු අතර ප්‍රධාන ස්ථානයක් ආගමික නායකයින්ට ලැබෙන බව බාලවන්දන් (2009) දක්වයි. දේශපාලන පක්ෂ හා සම්බන්ධ බලවත් බෞද්ධ භික්ෂූන් වහන්සේ කෙනෙකු දක්වන අදහස් වලට අනුව ගබ්සාවන් සම්බන්ධ නීති ලිහිල් කිරීම මගින් "වගකීම් රහිත, අවදානම්කාරී ලිංගික වර්ගාවන්වල නිරත වීමට මිනිසුන් පෙළඹිය හැකි අතර, සමාජ සදාචාරය වෙනුවට දුරාවාරය ඇති විය හැකිය, පවුල පිළිබඳ පැවතිය යුතු සදාචාරාත්මක භාවය විනාශ විය හැකිය". මෙහිදී අවධාරණය කළ හැකි වැදගත් යමක් වන්නේ මෙම සියලු කරුණු මගින් ලිංගිකත්වය යනු සදාචාරය සම්බන්ධ දෙයක් බවත්, විවාහයට පෙර පවත්වන ලිංගික සම්බන්ධතා හෝ ගබ්සා කිරීමට උත්සාහ කිරීම යනාදිය දුරාවාරී ක්‍රියාවන් ලෙස සැලකීමට මෙන්ම විවැහි දෙයක් සිදුකර ගැනීම පවුලක් අපහාසයට හා අපකීර්තියට පත් වන හේතුවක් බව දැක්වීමට ආගම් ඇතුළු විවිධ පාර්ශව උත්සාහ දරන ආකාරයයි. වික්‍රමගමගේ (2016) මේ හා සමානවම අදහසක් දක්වමින් කියා සිටින්නේ කිසියම් මවක විසින් දරුවන් නොසෑදීමට තීරණය කළහොත්, විය ඇයට සමාජය තුළ රැඳී සිටීමට බාධාවක් මෙන්ම අනතුරු දායක දෙයක් ද විය හැකිය.

ස්ත්‍රී පුරුෂ සමාජභාවීය භූමිකා පිළිබඳව තරුණ ප්‍රජාව දැනුම හා ආකල්ප ලබාගන්නා ආකාරය හා ඒවාට ඇති කොන්දේසි සම්බන්ධ දේවල් මගින් පෙන්නුම් කෙරෙන්නේ ලිංගික අධ්‍යාපනයේ ඇති වැදගත් කමයි. එමගින් ඔවුන්ට පරම්පරාවෙන් පරම්පරාවට ලිංගිකත්වය සම්බන්ධයෙන් පවතින සංස්කෘතිකමය තහංචි තේරුම් ගැනීමට හැකි වනු ඇත (හේවාගිගනගේ ඇතුළු පිරිස, 2015).

ආරක්ෂිත ලිංගික සම්බන්ධතා හා අනවශ්‍ය ගැබ් ගැනීම්වලට නිරාවරණය වීමට අදාළව තරුණ ප්‍රජාවට ඇති ප්‍රශ්නවලට බලපෑම් කරනු ලබන ප්‍රධානතම බාධාවන් වන්නේ උපත් පාලන ක්‍රමවේද භාවිතය අඩුවීම, තොරතුරුවල අප්‍රමාණවත් භාවය හා පවුල් සැලසුම් ක්‍රම කෙරෙහි ප්‍රවේශය අඩු වීමයි. එසේ වුවත් පවුල් සැලසුම් සම්බන්ධ තොරතුරු වැඩි දියුණු කළ ද, ස්ත්‍රී පුරුෂ සමාජභාවීය භූමිකාවලට අදාළව සමාජය තුළ පවතින සම්බාධක නිසි ආකාරයෙන් ආමන්ත්‍රණය කළ ද, තරුණ ප්‍රජාවට ලිංගික හා ප්‍රජනන සෞඛ්‍යය සම්බන්ධයෙන් දැනුම ලබා දුන්න ද, ඒවා නිසා පරිදි ක්‍රියාත්මක වේද යන්න තහවුරු කළ යුතුය. ඒවා තහවුරු කළ ද, තරුණ ප්‍රජාව නව පවුල් සැලසුම් ක්‍රමවලට අවතීර්ණය කරනු පිණිස දිරි ගැන්වීම් වැඩසටහන් ක්‍රියාත්මක කළ යුතුය.

කුමාර ඇතුළු පිරිස (2012), ගුණසේකර හා විජේසිංහ (2001), සේනානායක, ඔහුගේ ආසියානු සාගර කලාපය තුළ සිදුවන ආරක්ෂිත ගබ්සාවලින් වැළකීම පිළිබඳ අධ්‍යයනය (2009) සහ ශ්‍රී ලංකා පවුල් සංවිධාන සංගමයේ ප්‍රතිපත්ති : ගබ්සාව සම්බන්ධ පර්යේෂණ පත්‍රිකාව (2010) දක්වන්නේ ගබ්සාව සම්බන්ධ ප්‍රශ්න තුරන් කිරීම සඳහා අධ්‍යාපන ක්‍රමයේ වැඩි දියුණුව, සේවාවන් වලට ප්‍රවේශය, කාන්තාවට චරෙහිව සිදුවන ප්‍රවණ්ඩත්වයට අදාළ ප්‍රශ්න කෙරෙහි අවධානය යොමු කිරීම පමණක් ප්‍රමාණවත් නොවන බවයි. උපත් පාලන භාවිතය අඩුවීම, කුමාර් ඇතුළු පිරිස (2012) ලෝක සෞඛ්‍ය සංවිධානයේ 2003 දත්ත පදනම් කරගෙන පවසන ආකාරයට ලිංගිකව සක්‍රීය වන පුද්ගලයින්ගෙන් 14% ක් පමණ උපත් පාලන කොපු භාවිතා කිරීම හා 5%ක් පමණ ප්‍රමාණයක් උපත් පාලන පෙති භාවිතා කිරීම, මිනිසුන් විසින් කරනු ලබන විවිධ අවභාවිතාවන් යනාදිය අනවශ්‍ය ගැබ් ගැනීම්වලට හේතු වී ඇති බවයි. ධර්මකුලසිංහම් (2018) හා අබේකෝන් (2012) යන දෙදෙනාම මෙම අදහස සනාථ කරමින් දක්වන්නේ අනවශ්‍ය ගැබ්

ගැනීම හා එහි ප්‍රතිඵලයක් ලෙස ගබ්සාවන් සිදු කිරීමට සෙවීම යනාදියට බලපාන ප්‍රධානතම හේතුව උපත් පාලන ක්‍රමවේද භාවිතයේ අසාර්ථක භාවයයි. අවශ්‍ය අවස්ථාවලදී ආරක්ෂිත ගබ්සාවක් සඳහා ප්‍රවේශ වීමට අවශ්‍යම හේතු ලෙස දැක්විය හැකි ස්ත්‍රී දූෂණයක් නිසා හටගත් කළලයක් හා කළල විකෘති භාවයක් යනාදී අවස්ථා සම්බන්ධව ද තව දුරටත් සාකච්ඡා කළ යුතුය.

අනාරක්ෂිත ගබ්සාවන් සිදු කර ගැනීමේ හයානක භාවය

මාතෘ මරණ හා අනාරක්ෂිත ගබ්සාවන් සිදු කිරීම නිසා ඇතිවන පශ්චාත් අතුරු ආබාධ හා නිදන්ගත රෝගාබාධ

කුමාර් (2013) විසින් සෞඛ්‍ය අමාත්‍යාංශයේ තොරතුරු මත පදනම්ව දක්වන්නේ රජයේ රෝහල්වලට ඇතුළත් වන සමස්ත කාන්තාවන්ගෙන් 7% - 11% ත් අතර ප්‍රමාණයක් අනාරක්ෂිත ගබ්සාවන් සිදුකර ගැනීම නිසා සිදුවූ පශ්චාත් තත්ත්වයන් වන බවයි. සුරංග ඇතුළු පිරිසට අනුව (2010) මාතෘත්වය සම්බන්ධයෙන් සිදුවන මරණ අතරින් 13.5% ක් සිදුවන්නේ ගබ්සාවන් සිදු කර ගැනීමෙන් පසු ඇතිවන පසු තත්ත්වයන් නිසාය. එය ශ්‍රී ලංකාවේ මාතෘ මරණ සිදුවීමට බලපාන හේතු අතර දෙවැනි ප්‍රධානතම හේතුවයි.

කෙසේ නමුත් බොහෝ කාන්තාවන් හා ඔවුන්ගේ කතා සහ තත්ත්ව, ඒ සම්බන්ධ වාර්තා සැඟවී ඇති අතර, ඒවා පිටතට පැමිණෙන්නේ නැත. කුමාර් ඇතුළු පිරිස (2012), කර්මී (1999) දක්වන ආකාරයට බොහෝ කාන්තාවන් විසින් හොර රහසේ සිදු කරගනු ලබන අනාරක්ෂිත ගැබ් ගැනීම් හා පසු තත්ත්වයන් වලට “නිහඬව වේදනා විඳීමින්” දරා ගැනීමට සිදුව තිබේ. මේ නිසාම සමහරු ගබ්සාවෙන් පසු තත්ත්වය නිසා මිය යන අතර තවත් සමහරු සදාකාලිකව ආබාධිත භාවයට පත්වේ. මුදලිගේ (2017) මීට සමානව අදහස් දක්වමින් කියා සිටින්නේ අනාරක්ෂිත ගබ්සාවන් හොර රහසේ සිදු කිරීම නිසා කොපමණ කාන්තාවන් ප්‍රමාණයක් මිය යන්නේද, කොපමණ ප්‍රමාණයක් ආබාධිත භාවයට පත් වන්නේ ද යන්න නිශ්චිතව ගණනය කළ නොහැකි බවයි. මේ නිසා අනාරක්ෂිත ගබ්සාවන් හේතුවෙන් ඇති වූ මාතෘ මරණ ලෙස මෙම තොරතුරු සංඛ්‍යා ලේඛන වලට පැමිණෙන්නේ නැත. එහෙත් ගබ්සාව සිදුකිරීම අපරාධයක් කොට සලකන තාක් කල් අනාරක්ෂිත ගබ්සාවන් සිදු කිරීමට යාම නිසා කාන්තාවන් හොර රහසේම නිහඬව වේදනා විඳීමින් මිය යාම සිදු වේ.

අරඹිපොල, රාජපක්ෂ හා ගලවඩුගේ විසින් 2014 වර්ෂයේදී සිදුකළ අනාරක්ෂිත ගබ්සාවන්වලට අදාළව සිදුවන සාමාන්‍ය රෝහල් රැකවරණයට චිරෙහිව පශ්චාත් ගබ්සා රැකවරණය : ශ්‍රී ලංකාවේ සිද්ධි පාලන අධ්‍යයනයක් යන පර්යේෂණය මගින් ඔවුන් අනාරක්ෂිත ගබ්සාවන් සිදුකළ කාන්තාවන් 171 දෙනෙකු, නිතැතින්ම ගබ්සාවන් සිදු වූ කාන්තාවන් 638 දෙනෙකු හා අපේක්ෂා නොකළ ගැබ් ගැනීම් ඇති වුවද ප්‍රසූතිය සිදුකළ කාන්තාවන් 600 දෙනෙකුගේ සිද්ධි අධ්‍යයනය කර ඇත. ඒ මගින් ඔවුන් සොයාගෙන ඇත්තේ අනාරක්ෂිත ගබ්සාවන් සිදුකළ අයගෙන් 60.8% දෙනෙකු විවිධ ආසාදන වලට නිරාවරණය වී ඇති බවත්, 12.3% ක පිරිසගේ ශරීර අවයව වලට හානි වී ඇති බවත් හා 1.25% නැතහොත් දෙදෙනෙකු ගබ්සාවෙන් පසු ඇති වූ අසාත්මික තාවයන් හා අනතුරු නිසා මිය ගොස් ඇති බවයි.

තලගල (2010 ඩී) පෙන්නුම් කරන ආකාරයට ඔහු විසින් අධ්‍යයනයට ලක් කළ සිද්ධි අතරින් අනාරක්ෂිත ගබ්සාවන් සිදු කළ කාන්තාවන්ගෙන් 87%ක් පමණ නොනවත්වා රුධිරය වහනය වීමෙන් පීඩාවට පත්ව ඇත. ඔවුන්ගෙන් 8% දෙනෙකු අධික ලෙස රුධිරය වහනය වීම හේතුවෙන් වෛද්‍ය ප්‍රතිකාර ලබා ගැනීමට ඉදිරිපත්ව ඇත. ඔහු දක්වන ආකාරයට ප්‍රතිචාර දැක්වූවන්ගෙන් 39% දෙනෙකු ගබ්සාව සිදු කර ගැනීමෙන් පසුව බඩ කොරවීම හා යෝනි මාර්ගය ආශ්‍රිත වේදනාවන් ගෙන් දින ගණනාවක් පීඩා විඳ ඇති අතර, ප්‍රතිචාරකයින්ගෙන් 35% දෙනෙකු අධික නිදිමත හා ක්ලාන්ත භාවයෙන් පීඩා විඳ ඇත. 11% දෙනෙකු අධික උණ වැළඳීමෙන් පීඩාවට ලක් වී ඇති අතර, 5% දෙනෙකු යෝනි මාර්ගයේ තුවාල හා යෝනිය ආශ්‍රිත තැලීම් නිසා වෙනත් විෂබීජ ආසානවලට ලක්විය හැකි ආකාරයට අවදානමට නිරාවරණය වී ඇත.

විමෝච අනාරක්ෂිත ගබ්සාවන් නිසා ඇතිවන සමහර ලක්ෂණ බලාපොරොත්තු විය හැකි වුවද, බොහෝ ඒවා ගබ්සාව ආරක්ෂිතව හා සෞඛ්‍ය ප්‍රමිතීන් අනුව සිදු නොකිරීම නිසා ඇති වූ හයානක ප්‍රතිඵල වේ. විශේෂයෙන් ගර්භාෂය ආශ්‍රිතව ඇති අනෙකුත් ශරීර අවයව වලට සිදුවන බරපතල හානි, ශරීර අංග විකලතාවයට පත්වීම, සර්තාවය අඩුවීම, ශ්‍රෝණිය ආශ්‍රිත ප්‍රදේශවලට ඇතිවිය හැකි හානි, අසාමාන්‍ය ආකාරයෙන් ගැබ් ගැනීමට හැකි වීම, නොවැඩුණු ශරීර සහිතව දරු උපන් සිදුවිය හැකිවීම සහ ස්වභාවිකව/ නිතරේ ගබ්සා සිදුවිය හැකි වීම යනාදිය අනාරක්ෂිත ගබ්සාවක් සිදු කර ගැනීමෙන් පසුව මුහුණ දිය හැකි පසු ආපදා අවස්ථාවන් විය හැකිය. තලගල (2010 බී) සොයාගෙන ඇති ආකාරයට ඔහු විසින් සිදුකළ සිද්ධි අධ්‍යයන 56න් 30 ක්ම අනාරක්ෂිත ගබ්සාවක් සිදු කර ගැනීමෙන් අනතුරුව ඇති වූ විවිධ සංකූලතා නිසා පීඩාවට පත්ව ඇති අතර, ඒ අතරින් 8 දෙනෙකුම ගබ්සාවක් සිදු කිරීමට දරු උත්සාහය අසාර්ථකව ඇත. මේ හේතුව නිසා ශරීර අවයව වලට හානි සිදුවී රෝහල්ගත කිරීමට පවා සිදුව ඇත. කුමාර් (2010) විසින් සිදු කළ අධ්‍යයනයකට අනුව උග්‍රව ප්‍රදේශයේ ස්වර්ණා (අන්වර්තිත නාමයකි) නමැති කාන්තාවක් අනාරක්ෂිත ගබ්සාවක් සිදු කර ගැනීමේ ප්‍රතිඵලයක් ලෙස ශරීර අවයව විශාල ප්‍රමාණයකට හානි සිදුවී රජයේ රෝහලක දැඩි සත්කාර ඒකකයේ සති දෙකක පමණ කාලයක් නේවාසිකව ප්‍රතිකාර ලබාගෙන ඇත.

අප්‍රේල් 2018 වාර්තා කර ඇති ආකාරයට ඔහු විසින් සම්මුඛ සාකච්ඡාවට ලක් කළ එක් කාන්තාවක් ප්‍රකාශ කර ඇත්තේ ඇය දෙවෙනි වතාවට ගැබ් ගත් පසු, එය අනවශ්‍ය ගැබ් ගැනීමක් නිසා ගබ්සාවක් සිදු කර ගැනීමට අවශ්‍ය වූ බවයි. වැඩිහිටියන් විසින් ඇයට විවිධ දේවල් ආහාරයට ගැනීමට දී ඇත්තේ ගබ්සාව නිවසේදීම සිදු කර ගැනීමටය. ඇයගේ සැමියා දැඩි ලෙස මත් ද්‍රව්‍යවලට ඇබ්බැහි වූවෙකු වන අතර, කිසිදු ආදායමක් උපයන කෙනෙකු නොවේ. මෙම හේතු නිසා ගබ්සාවක් කර ගැනීමට ඇයට සිදු වූ අතර, විවිධ අත් බෙහෙත් හා ආහාර වර්ග ගැනීම නිසා දරුණු ප්‍රසූත වේදනාවකින් ඇය පීඩා විඳ ඇති අතර, කෙසේ හෝ සායනයකට ඇතුළත් වී ගබ්සාවක් කර ගැනීමේ අවශ්‍යතාවය තදින්ම ඇති වී ඇත. එයට හේතුව වී ඇත්තේ ඇයගේ පැලෝපිය නාලයේ දකුණු පස කොටස තුවාල වී ආසාදනයට ලක්ව තිබීමයි. ඇය පවසන ආකාරයට ගබ්සාව සිදු කර ගැනීමෙන් පසුව ද වසරක පමණ කාලයක් ඇය ශාරීරික වේදනාවෙන් පීඩා විඳ ඇත.

වෛද්‍යමය ගබ්සා පෙති වර්ග වල ඇති හානි දායක බව.

නීතිමය නොවන තත්ත්වයන්හි දී සිදුකරන සායනික ගබ්සාවන් පමණක් අවදානම් බව පැවසිය නොහැකිය. නිසි උපදෙස් හා නිසි පරිසරය නොමැතිව සිදුකරනු ලබන වෛද්‍යමය ගබ්සාවන්හි ද අවදානම සැඟවී තිබේ. විශේෂයෙන් නිසි ප්‍රමිතියක් හෝ වෛද්‍ය උපදෙස් වලින් තොරව ලබාගන්නා ගබ්සා පෙති වර්ගවල ද අවදානමක් තිබේ. අධ්‍යයනවලින් සොයාගෙන ඇති පරිදි නීතිමය වශයෙන් පවතින තහංචිය කෙසේ වුවද, වෛද්‍යමය ගබ්සා පෙති වර්ග කළු වෙළෙඳපොළ තුළ විවිධාකාර මිල ගණන් වලට අලෙවි වේ.

වෛද්‍යමය මූලාශ්‍ර සඳහන් කරන ආකාරයට ලියාපදිංචි නොකළ මිග්‍රේස්ටෝන් සහ මිසප්‍රොස්ටෝල් නීත්‍යනුකූල නොවන ආකාරයෙන් විවිධ මිල ගණන් යටතේ ලංකාව පුරා විහිදී ඇති සමහර ඔසුසලවල් වලින් විකුණනු ලැබේ (පෙරේරා 2008). එය පෞද්ගලික වෙළෙඳපොළ තුළද නිදහසේ විකිණනු ලබයි (කුමාර් 2011). මෙම ඖෂධ වර්ග ඉන්දියාවේ සිට මෙරටට පැමිණෙන අය විසින් ඔවුන්ගේ ගමන් මඟවල සඟවා ගෙන ගෙන විකුණු ලබයි (පෙරේරා 2010). ඒවා වෙළෙඳපොළ තුළ විවිධ මිල ගණන් වලට අසාධාරණ ලෙස අලෙවි කරනවා පමණක් නොව, පරිහරණය කරන්නේ කෙසේද? දින ගණන් හෝ දිනකට කී වතාවක්ද යනාදී තොරතුරු නොමැති වීම නිසා ගබ්සාවන් සිදු කර ගැනීමට සොයමින් සිටින කාන්තාවන්ගේ ජීවිත දරුණු ලෙස අවදානමට ලක් කරයි. පෙරේරා (2008) දක්වන ආකාරයට වෛද්‍ය නිර්දේශයක් හෝ උපදෙස් නොමැතිව මිග්‍රේස්ටෝන් භාවිතා කිරීම මගින් අධික රුධිරය වහනය වීම සිදුවිය හැකි අතර, කුමාර් (2011) දක්වන්නේ කිසිදු තොරතුරක් හෝ උපදේශයක් නොමැතිව නිසි ප්‍රමාණයට වඩා භාවිතා කිරීම මගින් රුධිරය වහනය වීම වැඩිවීම හා වෙනත් අතුරු ආබාධ ඇති විය හැකි අතර, ජීවිතය පවා

අවදානමට ලක්වේ. එමෙන්ම නියමිත මාත්‍රාව නොගැනීම නිසා ගබ්සාව නිසි ආකාරයෙන් සිදු නොවීම හා කළල විකෘතිතා ඇති වීම සිදු විය හැකිය. බොහෝ විට මෙවැනි අවදානම් අවසන් වන්නේ මාතෘ මරණයක් සිදු වීම මගිනි.

අතාරක්ෂිත ගබ්සාවන් සිදු කිරීමේ සේවාව ලබා ගැනීම මගින් ඇති විය හැකි භයානක කමට අමතරව, ලිංගික වශයෙන් සිදුවන විවිධ අපචාර හා සුරාකෂම් ද සලකා බැලිය යුතුය. කුමාර් (2013) පවසන ආකාරයට "ගබ්සාවක් සිදුකර ගැනීමට කාන්තාවක් විසින් තමන්ගේ ජීවිතය අනතුරේ හෙළන ප්‍රමාණය හා සමානවම ඇය ලිංගික හිරිහැර වලට හා සුරා කෂමටද නිරාවරණය වේ".

ගබ්සාවන් සිදු කිරීමේ සේවාවන් සපයන්නන් විසින් කරනු ලබන ලිංගික හිරිහැර සම්බන්ධ තොරතුරු වල නිගයක් පවතින නමුත්, තලගල (2010 සී) සොයාගෙන ඇත්තේ ඔහුගේ අධ්‍යයනයට සම්බන්ධ වූ අයගෙන් තිදෙනෙක් පැවසුයේ ගබ්සාව සිදු කර ගැනීමට පෙර ගබ්සා මධ්‍යස්ථානයේ සිටි අයගේ ලිංගික ආශාවන් සැපිරීමට ඔවුන්ට සිදු වූ බවයි. සේවා සපයන්නන් විසින් විලෙස ඉල්ලා සිටින බවයි.

ගබ්සා නීතිය සංශෝධනය කිරීමට සහයෝගය දැක්වීම

හේවගේ (2003) සොයාගෙන ඇති ආකාරයට ඔහු විසින් අධ්‍යයනයේදී සාකච්ඡා කළ වෛද්‍ය වෘත්තිකයින්ගෙන් 92.43% දෙනෙකු ඔවුන්ගේ ජීවිත කාලය තුළ එක් වතාවක් හෝ ගබ්සාවක් සිදු කරන ආකාරය දැක තිබේ. ඒ අතුරින් වෛද්‍ය වෘත්තිකයින් බොහෝ ප්‍රමාණයක් සමහර කරුණු වලට අදාළව ගබ්සාව හිතිගත කළ යුතු බවට අදහස් ඉදිරිපත් කරමින් ඒ සම්බන්ධයෙන් වැඩ කරති. ඊට අමතරව බොහෝ වෛද්‍යවරුන් ප්‍රමාණයක් වාචිකව තම සහයෝගය දක්වා ඇත.

කළල විකෘතිතා අවස්ථාවන් සම්බන්ධ සිද්ධි පිළිබඳ වෛද්‍ය කපිල ජයරත්න මහතා ගේ අදහස් වත්මනේ (2017) උපුටා දක්වන්නේ මෙසේය. "දිනපතා කාන්තාවන් විඳවමින් සිටින ජීවිත සම්බන්ධයෙන් අපි සාක්ෂි දරන්නෙමු. එමෙන්ම එය දරුවාට ද විශාල විඳවීමක්. දරුවා කාලයක් තිස්සේ ගර්භාෂයේ පීඩා විඳිමින් සිටිනවා. ඉන් පසුව උපත ලබන අවස්ථාවේදී මව හා සමානවම වේදනාවන් විඳිනවා. උපත ලබා සතියක් වැනි කාලයකදී අවසනාවන්ත ලෙස මිය යනවා. මෙය පවුලකට වගේම සමාජයට ද අනවශ්‍ය ආකාරයෙන් එකතු කරන කම්පනයක්". වෛද්‍ය කපිල ජයරත්න පවසන ආකාරයට ඔහු ගබ්සාව යන වචනය පවා භාවිතා කිරීම සම්බන්ධයෙන් කැමැත්තක් නොදක්වන අතර, එම වචනයේ පවා අපකීර්තියක් හා අපහාසයක් ගැබ්ව තිබේ. මෙම ප්‍රශ්නය සම්බන්ධයෙන් ඔහු සහ ඔහුගේ වෘත්තීමය සගයින් බලන්නේ වෛද්‍යමය පැතිකඩටත් වඩා මානව අයිතිවාසිකම් පර්යාලෝකයකිනි. එම පර්යාලෝකය මගින් ඔවුන් මිනිස් ජීවිතවල විඳවීමේ පැතිකඩ සම්බන්ධයෙන් අවධානය යොමු කරයි. එම විඳවීම මව පමණක් සම්බන්ධ වන එකක් නොවේ. එහි කළලය සම්බන්ධ විඳවීමක්, උපත ලබන විට ඇති වන වේදනාව හා කම්පනයන්, උපත ලැබූ පසු නිසි ආකාරයට වර්ධනය නොවූ ශරීර අවයව සමග බොහෝ කාලයක් ජීවත්වීමට සිදුවීමේ තත්ත්වය යනාදී සියල්ල පිළිබඳ අවධානය යොමු කළ යුතුය.

පොත්මුල්ල (2017) රුහුණ විශ්ව විද්‍යාලයේ වෛද්‍ය පීඨයේ මහාචාර්ය සුජීව අමරසේන මහතා උපුටා දක්වමින් සඳහන් කරන්නේ කළල විකෘති අවස්ථාවන් වලට උදාහරණ 30 ක් පමණ ඔවුන් විසින් සොයාගෙන ඇති බවයි. එම විකෘති වූ කළල අතර ඉපදීමට ලක් වුවහොත් ජීවත්වීමට අවස්ථාවක් නොලැබී යා හැකි ආකාරයේ ජාන විකෘතිතාවයට ලක් වූ ඒවා ද තිබී ඇති බවයි. අදහස් දක්වමින් ඔහු කියා සිටින්නේ " සමහර අවස්ථාවන් සලකා බලමින් ගබ්සාවන් සිදු කිරීමට අවසර ලබා දීම මගින් මෙම ප්‍රමාණයන් (නීත්‍යනුකූල නොවන ගබ්සාවන් කාන්තාවගේ ජීවිතයට අවදානමක් ඇති කරන නිසා) අඩු කර ගත හැකි බවයි. ලෝකයේ වෙනත් රටවල් වල සුවිශේෂී තත්ත්වයන් මත පදනම්ව ගබ්සාව හිතිගත කර තිබීම මගින් සෞඛ්‍ය ක්ෂේත්‍රය තුළ ධනාත්මක ප්‍රතිඵල පෙන්වා දී ඇත. ශ්‍රී ලංකාව තුළ එම තත්ත්වය විලෙසම සිදුවේ යැයි අපට පැවසිය නොහැකි වුව ද බොහෝ විට සාර්ථක විය හැකිය".

ප්‍රසවවේද වෛද්‍ය විශේෂඥ යු.ඩී.පී රත්නසිරි මහතා උපුටා දක්වමින් ගුණතිලක (2017) විසින් දක්වන අදහස්වලට අනුව, ගබ්සාව සම්බන්ධයෙන් පවතින නීතිය සංශෝධනයට ලක් කිරීම "බොහෝ මව්වරුන් විසින් විඳවනු ලබන දෙයක් අවසන් කිරීමකි. සියලුම මව්වරුන්ට වේදනාවෙන් හා සන්තාපයෙන් මිදීමට ඇති අයිතිය ලබා දිය යුතුය".

දූෂණයකට ලක්වීමකින් හා අඩු වයසින් ගර්භනී භාවයට පත්වීම, විජේදාස (2016) විසින් කුරුණෑගල ශික්ෂණ රෝහලේ මානසික වෛද්‍ය විශේෂඥ ගිහාන් අබේවර්ධන උපුටා දක්වමින් පවසන්නේ ගබ්සාව නීති ගත කිරීම සම්බන්ධව ඔහු බොහෝ උත්සාහයන් ගෙන ඇති බවයි. විශේෂයෙන් ගබ්සාව නීතිමය වශයෙන් අපරාධයක් බවට පත් කර තිබීම වෙනස් කිරීම සඳහා සාධනීය තොරතුරු ඔහු විසින් ඉදිරිපත් කරයි. මාසයක් ඇතුළත දූෂණයට ලක් වූ හා ව්‍යතිචාරයට හසුවූ කාන්තාවන් හා ළමයින් බොහෝ ප්‍රමාණයක් ඔහු වෙත පැමිණෙන බවත්, දූෂණය වීම නිසා සහ අඩු වයසින් ව්‍යතිචාරයට හසුවීම හෝ වෙනත් හේතුවක් නිසා ගැබ්ගත් කාන්තාවන් හා දියණිවරුන් විශාල මානසික පීඩනයකින් යුතුව මානසික ප්‍රතිකාර ලබා ගැනීමට ඔහු වෙත පැමිණෙන බවයි. ලිංගික අපයෝජන නිසා ගැබ් ගත් හෝ ගැබ් නොගත් කාන්තාවන්ගේ පැමිණීමේ යම් වර්ධනයක් පෙන්නුම් කරන බව පවසන ඔහු ලිංගික ක්‍රියාකාරකම්වල නිරතවීමේ අවම වයස අවුරුදු 16 වීමත් ඊට වඩා අඩු වයසේ ගැහැණු ළමයින් කිසියම් හේතුවක් නිසා ගැබ් ගැනීමත් අතර පවතින පරතරය පිළිබඳව අවධානය යොමු කළ යුතු බව දක්වයි. සමහර විට ඔවුන් විවාහ වන වයසේ සිටියද දරුවෙකු බිහි කිරීමට තරම් පිරුණු මානසික තත්ත්වයකින් යුතු අය නොවන බවට ඔහු අදහස් ඉදිරිපත් කරයි. උදාහරණයක් වශයෙන් මෑත කාලීනව ඔහු වෙත විවෘත ලැබූ වයස අවුරුදු 20 ක පමණ තරුණියක් දැඩි මානසික බිඳ වැටීමකින් සිටි අතර ඒ වන විටත් කළලයට සති දොළහක් පමණ වී තිබුණි. ඇතුරු ලිවීමට හෝ කියවීමට හැකියාව නැති ඇය දෙමව්පියන් සමග නිවෙසට වී කාලය ගත කළ කෙනෙකු වන අතර කළලය ගබ්සාවක් නොකර පවත්වාගෙන යාමට දෙමව්පියන් විසින් බලපෑම් සිදු කර තිබුණි. විජේදාස දක්වන ආකාරයට ප්‍රතිචාර දැක්වූ වෛද්‍යවරුන් විසින් ඔහු සමග පවසා ඇත්තේ මාසයකට කාන්තාවන් 4-5 දෙනෙකුගෙන් පමණ අනවශ්‍ය ගැබ් ගැනීම නවතා දීම හෙවත් ගබ්සාවක් සිදු කර දෙන ලෙස ඉල්ලීම් ලැබෙන බවයි.

කොළඹ කාසල් විදියේ කාන්තා රෝහලේ ප්‍රසව හා නාර්වේද විශේෂඥ සහන් ලැහරෝල් උපුටා දක්වන කසින්ස් (2017) වෛද්‍යවරයාගේ අදහස් මෙලෙස ඉදිරිපත් කරයි. " දූෂණය වීමක් නිසා සිදුවූ ගැබ් ගැනීම් බොහෝ ප්‍රමාණයක් මම දැක තිබෙනවා. නීති සංශෝධන මගින් කාන්තාවන්ගේ ජීවිතවල ඇති ගුණාත්මක භාවය වැඩි දියුණු කරනු ඇති". තවදුරටත් අදහස් දක්වන පබ්තා (අන්වර්ථ නාමයකි) නම් කාන්තාවකගේ සිද්ධියක් ඉදිරිපත් කරන්නීය. පබ්තා ඇයගේ පෙම්වතා අතින් දූෂණය වීමකට ලක්ව මාස හතක කළලයක් දරා සිටි ගැබ්ණියක වූ අතර, නීත්‍යනුකූල නොවන ලෙස ඔසුසලකින් විකුණනු ලැබූ මිසප්‍රොස්ටෝල් හා මිෆ්‍රිස්ටෝල් මිලදී ගෙන පරිහරණය කර තිබේ. එහෙත් කළලයට බොහෝ කල් ගත වී පරිහරණය කිරීම නිසා එම පෙති වර්ග නිසි පරිදි ක්‍රියාත්මක වී නොමැති අතර, ඉන්පසුව ඇය විසින් පෞද්ගලික ස්ථානයක නීත්‍යනුකූල නොවන ලෙස ගබ්සාවක් සිදුකරන වෛද්‍යවරයෙකු හමු වී ඇති අතර ඔහු විසින් රුපියල් 35,000 ක මුදලකට මාස 8 ක් පමණ වන කළලය ගබ්සා කිරීමට එකඟ වී තිබේ. දරුවා ඉපදී විනාඩි විස්සක පමණ කාලයක් ඇතුළත මිය ගිය අතර, රුධිර වහනය හා මස් පිඩු තදවීමේ වේදනාවලින් ඇය බොහෝ කාලයක් පීඩා විඳ තිබේ. මෙයින් අවධාරණය වන්නේ දූෂණයකට ලක් වූ දුප්පත් කාන්තාවන්ගේ සැබෑ ඉරණමයි.

2017 වර්ෂයේදී ඩේලි මිරර් පුවත්පත ශ්‍රී ලංකා ළමා රක්ෂණ අධිකාරියේ ආරම්භක සභාපතිනී වෛද්‍ය හිරන්ති විජේමාන්න උපුටා දක්වමින් සඳහන් කරන්නේ පවුලේ සාමාජිකයින් අතින් දූෂණයට ලක්වන වයස අවුරුදු 13- 14 වයසේ පසුවෙන ගැහැණු ළමයින් සම්බන්ධ උදාහරණ බොහෝ ප්‍රමාණයක් තිබෙන බවත් විවැනි අවස්ථාවලදී තත්ත්වය සලකා බලා ගබ්සාවක් සිදු කිරීමට අවස්ථාව ලබා දිය යුතු බවත්ය.

2012 වර්ෂයේදී ඩේලි මිරර් පුවත්පතේ පළවූ එක් ලිපියකට අනුව, දූෂණයකට ලක් වූ වින්දිතයෙකුට මුහුණ දීමට සිදුවන තත්ත්වයන් සුළුපටු නොවේ. අඩු වයසේ දියණියක් දූෂණයකට ලක්ව ගැබ් ගන්නාට පසුව බොහෝ විට සිදුවන්නේ දූෂකයා පැන යාමයි. එහිදී දූෂණයට ලක්වූ ගැහැණු දරුවාට අමතර පීඩනයක් දැරීමට සිදුවන්නේ පවුලේ අයගෙන් , අසල් වැසියන්ගෙන් හා සමාජයෙන් චල්ල වන විවිධ නින්දා හා අපහාස වලට මුහුණ දීමට සිදුවන නිසාය. ඇයට සමාජයට තම මුහුණ පෙන්වීමට නොහැකි වන අතර,

පාසල් යාමට නොහැකි වේ. පාසල් ගිය ද ඇයට සිදුවන්නේ හුදෙකලා වීමටය. බොහෝ අවස්ථාවලදී මෙවැනි අහිංසක දියණිවරුන්ට වෙනත් විකල්ප නොමැති අතර, ලිංගික ශ්‍රමය සපයන කාන්තාවක් බවට පත්වීම හෝ සිය දිවි නසා ගැනීම ඔවුන් සතුව ඇති විකල්ප බවට පත්වේ.

දූෂණයකට ලක් වූ වින්දිතයෙකුගේ තත්ත්වය ඉතා බරපතල වන්නේ විවාහයට පරිබාහිරව පවත්නා ලිංගික සම්බන්ධතා හා ගැබ් ගැනීම් සමාජය විසින් අනුමත නොකරන නිසාය. එහිදී සමාජය එම කළලය ඉපැද්දවීම හෝ ගබ්සා කිරීම යන දෙකෙන් එකක් වත් අනුමත කරන්නේ නැත. අප්‍රේල් 2018 දක්වන්නේ ඇයට ප්‍රතිචාර දැක්වූ අය මෙවැනි තත්ත්වයකදී එක්කෝ විවාහ වීම හෝ එසේත් නොමැති නම් සිය දිවි නසා ගැනීම හෝ හොඳම විකල්ප ලෙස දැක්වූ බවයි.

නීති ලිහිල්කරණය කිරීමට සහාය දක්වන ආර්ථික මතවාදය

සෞඛ්‍ය තත්ත්ව සැලකිල්ලට ගනිමින් වෛද්‍ය වෘත්තිකයින් විසින් ගබ්සා නීති ලිහිල්කරණය කිරීමට අදාළව දැක්වූ අදහස් වලට අමතර ජාතික වියදම පිළිබඳ සැලකිල්ලට ගනිමින් ගබ්සාව නීතිගත කිරීමේ අවශ්‍යතාවය පිළිබඳ විවාදයක් ද සිදු කළ හැකිය. විශේෂයෙන්ම ගබ්සාවක් සිදු කරගැනීමෙන් පසුව සිදුවන විවිධ පසු තත්ත්වයන් සඳහා පශ්චාත් ගබ්සා රැකවරණය වෙනුවෙන් වියදම් වන ජාතික ධනය සම්බන්ධයෙන්ද අවධානය යොමු කළ යුතු බවට ආර්ථික ක්ෂේත්‍රය තර්ක ඉදිරිපත් කරමින් සිටී.

පෙනියාගොඩ (2018) විසින් 2001 වර්ෂයේදී සෞඛ්‍ය අමාත්‍යාංශයේ වාර්ෂික ලුහුඬු වාර්තාව උපුටා දක්වමින් පවසන්නේ රජයේ රෝහල් වලට ඇතුළත් වන කාන්තාවන්ගෙන් 7-16% ක අතර ප්‍රමාණයක් ඇතුළත් වන්නේ සම්පූර්ණ ලෙස සිදු නොකරන ලද ගබ්සාවන් නිසා ඇති වූ අතුරු ආබාධවලට ප්‍රතිකාර ගැනීමටය. සෑම වසරකටම පශ්චාත් ගබ්සා රැකවරණය අපේක්ෂාවෙන් කාන්තාවන් 100,000 ක පමණ ප්‍රමාණයක් රෝහල් ගත වේ. සමාජමය හා සෞඛ්‍යමය පිරිවැය අමතක කර පශ්චාත් ගබ්සා රැකවරණය සඳහා වන ආර්ථික පිරිවැය ගණනය කළහොත් එය ජාතික සෞඛ්‍ය සේවා අයවැයට විශාල බරක් ලෙස දැක්විය හැකිය. ජයවර්ධන (1994) සිලෝන් මෙඩිකල් ජර්නලය විසින් ඉදිරිපත් කළ සංඛ්‍යා දත්ත මත පදනම් වෙමින් දක්වන්නේ පශ්චාත් ගබ්සා රැකවරණය ලබා ගැනීම වෙනුවෙන් දිනකට සාමාන්‍ය වශයෙන් කාන්තාවන් තිදෙනෙකු වත් රෝහල්වලට පැමිණෙන බවයි. මෙම සංඛ්‍යා ලේඛන වලට අනුව රජයේ රෝහලක ස්ත්‍රී වාර්ථවක ඇති ඇඳුන් වලින් 20%ක් වත් ගබ්සාවන් කරගත් පසු ඇති වූ ආබාධ නිසා පැමිණෙන කාන්තාවන් වෙනුවෙන් යොදා ගැනීමට සිදුවේ. ඩැල්වි ඇතුළු පිරිස දක්වන ආකාරයට රජයේ රෝහල් වලින් නොමිලයේ බෙහෙත් වර්ග හා රැකවරණය සපයන නිසා ඔවුන් රෝහල් වෙත පැමිණිය ද, එක් ඇඳුක සිටින රෝගියෙකු වෙනුවෙන් ඇමෙරිකන් ඩොලර් 35 ක් පමණ වැය කිරීමට රජයට සිදුවේ. තලගල (2010 අ) දක්වන ආකාරයට මේ අතුරින් 79%ක් පමණ පිරිවැයක් සෞඛ්‍ය ක්ෂේත්‍රය විසින් දරනු ලැබේ. ඖෂධ වර්ග ලබාදීම, වෛද්‍යමය සැපයුම්, විමර්ශන පිරිවැය හා සායනික ක්‍රියාවලිය, ආහාර, නවාතැන් හා වෙනත් පහසුකම් සපයීම වෙනුවෙන් බොහෝ වියදමක් දැරීමට රජයට සිදු වේ.

තවදුරටත්, මුදලිගේ (2017) විසින් ප්‍රසව හා නාර්වේද වෛද්‍ය ජයන්ත සිරිසේන උපුටා දක්වමින් ප්‍රකාශ කරන්නේ ගබ්සාවන් සිදු කර ගැනීමෙන් පසු ඇති වූ පසු ආබාධ වලට සෞඛ්‍ය රැකවරණය සැපයීම දැනටමත් අධික බරක් පවතින සෞඛ්‍ය ක්ෂේත්‍රයට තවත් අමතර බරක් එකතු කිරීමක් බව මෙන්ම නිරෝගී ශ්‍රම බලකායක් බිහි කිරීමේ රජයේ වුවමනාවට තදබල බාධාවක් ද වන බවයි. කෝචාගොඩ (2012) දක්වන ආකාරයට රටේ ආර්ථිකයට ක්‍රියාකාරීව සම්බන්ධ වීමට කාන්තාවට ඇති ඉඩකඩ මෙවැනි දේවල් නිසා ඇතිරී යන අතර, එවැනි සෞඛ්‍ය අවදානම් වලට ලක්වන කාන්තාවන්ගේ අනුපාතය අඩු කිරීමට විකල්ප යෝජනාවක අවශ්‍යතාවක් පැන නැගී ඇත.

ගබ්සාවක් සිදුකර ගැනීමට කාන්තාවක් විසින් දැරිය යුතු පිරිවැය පිළිබඳ ලැයිස්තුවක් ඉදිරිපත් කරන තලගල (2010 අ) ට අනුව ඖෂධ සඳහා යන වියදම, ප්‍රවාහන වියදම් යනාදිය ඉතා ඉහළ අගයක් ගන්නා

අතර, පෙරේරා (2010) ට අනුව කාන්තාවන් විසින් හෝ වෙන යම් කෙනෙකු විසින් ඉතා අපහසුවෙන්, දුක් මහන්සියෙන් උපයන මුදල් සුරා ගැනීමට ගබ්සාව සිදු කරන තැනැත්තා සමත් වේ.

බොහෝ හේතු අතර පවතින මෙවැනි හේතු මත පදනම්ව ගබ්සාව සම්බන්ධ හිනි ලිහිල් කිරීම හා සංශෝධනය කිරීමට බොහෝ පිරිසක් සහාය දක්වමින් සිටී. කෙසේ නමුත් යෝජනා කර ඇති සංශෝධන තවමත් සැලකිල්ලට භාජනය කර නොමැති අතර විවිධ කොන්දේසි හා දැඩි ප්‍රතික්ෂේප කිරීම් මධ්‍යයයේ සාකච්ඡාවට ලක්වෙමින් පවතී.

**ගබ්සාව සම්බන්ධ හිනි සංශෝධනය කිරීමට
සහයෝගය දැක්වීම - දැඩි කොන්දේසි පැනවීම
සේවා සපයන ස්ථාන හා පුද්ගලයින්**

ගබ්සාවට එරෙහිව පවතින හිනි සංශෝධනය කිරීමට අදාළව හිනි කොමිසම වෙත යෝජනා කෙරුණු පත්‍රිකාව විමර්ශනයට ලක් කළ කමිටුමේ සිටි වෛද්‍ය මංගල දිසානායක, වෛද්‍ය කපීල ජයරත්න හා මහාචාර්ය සුජීව අමරසේන ඉදිරිපත් කළ නිර්දේශ පිළිබඳ කරුණු ඉදිරිපත් කරන නිවුස් ඩොටී. එල් කේ (2016) ගුණතිලක (2017) හා පොත්මුල්ල (2017) ට අනුව පිළිගත හැකි සුවිශේෂී තත්ත්වයන්ට යටත්ව ගබ්සාවක් සිදුකිරීමට අවශ්‍ය හිනිමය සංශෝධන සිදු විය යුතු බවත්, ගබ්සාවක් රජයේ රෝහලක් තුළදී රජයේ වෛද්‍යවරයෙකු විසින් සිදු කළ යුතු තත්ත්වයේ ප්‍රමිතියක් ඇති කළ යුතු බවට නිර්දේශ කර තිබේ.

ගබ්සාවට අදාළ හිනි ලිහිල්කරණයට එරෙහිව අදහස් දක්වන අයගේ තර්කය වන්නේ ගබ්සාව හිනිගත කළ හොත් එමගින් රට තුළ සිදුවන ගබ්සාවන් ප්‍රමාණය ඉහළ යා හැකි බවයි. ජෝන් අමරතුංග 1995 පැවති පාර්ලිමේන්තු විවාදයේදී (අබේසේකර, 1997) සහ ප්‍රනාන්දු පියතුමා (2017) වර්ෂවලදී ඉදිරිපත් කළ අදහස් වලට අනුව ගබ්සා හිනි ලිහිල් කිරීම යනු ඒවා විශාල පරිමාණයෙන් සිදු කිරීමට සහයෝගය දැක්වීමකි. හිනිමය බාධාවක් නොමැති වීම ඔවුන් සමාන කරන්නේ මෝය කට ඇරයාක් මෙන් රට තුළ ගබ්සා සිදු වීමට අවශ්‍ය වාතාවරණය සැකසීමක් වශයෙනි. ගුණසේකර හා විජේසිංහ (2001) තර්ක කරන පරිදි ගබ්සාවට එරෙහි හිනිය ලිහිල් කිරීම අත්‍යවශ්‍ය වශයෙන්ම ගබ්සා සිදු කර ගැනීමට උත්තේජනයක් නොවේ. නෙදර්ලන්තය උදාහරණයට ගන්නා ඔවුන්ට අනුව ගබ්සාවක් සිදු කර ගැනීමට කිසිදු හිනිමය තහනමක් නොමැති රටක් වුවද, ලෝකයේ අඩුම ප්‍රමාණයකින් ගබ්සාවන් සිදු කරන රට නෙදර්ලන්තයයි. ගබ්සාවට එරෙහි හිනිය සංශෝධනය කිරීමට සහාය දක්වමින් අදහස් ප්‍රකාශ කරන වෛද්‍ය විද්‍යාත්මකයින්, ඔවුන්ගේ උත්සාහය හා සමානවම මෙයට විරුද්ධ අදහස් ප්‍රකාශ කරන්නන්ට සත්‍ය තත්ත්වය ඒත්තු ගැන්වීමට ද උත්සාහ දරා තිබේ. පොතුඇල්ල (2017) වාර්තා කරන ආකාරයට මහාචාර්ය සුජීව අමරසේන විසින් නිර්දේශ ඇතුළත් යෝජනාවේදී පූජ්‍ය පක්ෂයට සහතික වී ඇත්තේ “සුවිශේෂී තත්ත්වයන් යටතේ ගබ්සාවකට හිතානුකූල ඉඩ ලබාදෙන හිනිය අවහානිත කිරීමට කිසිදු අවස්ථාවක ඉඩ නොතැබෙන බවයි. ඉහතින් දැක්වූ ආකාරයට නිවැරදි ක්‍රමවේද යටතේ රජයේ රෝහලක, රජයේ වෛද්‍යවරයෙකු විසින් ගබ්සාව සිදු කරන හිසා එය වානිජ්‍යකරණය වීමට ඉඩක් නොතැබෙන බවයි”.

**දූෂණයක් සිදුවූ අවස්ථාවක් සම්බන්ධයෙන්
සාක්ෂි ඉල්ලා සිටීම**

1995 දී පැවති පාර්ලිමේන්තු විවාදය සම්බන්ධව වාර්තා කරන අබේසේකර (1997) දක්වා ඇත්තේ ටීරෝන් ප්‍රනාන්දු මන්ත්‍රීවරයා විසින් ගබ්සා හිනි සංශෝධනය කිරීමට පෙර ස්ත්‍රී දූෂණයක් සාක්ෂි මත පදනම්ව තහවුරු කරගන්නා ආකාරය සාකච්ඡා කළ යුතු බවට අදහස් දක්වා ඇති බවයි. එයට හේතුව වශයෙන් ඔහු දක්වන්නේ එසේ නොමැති වුවහොත් පිරිමින් අපහසු තාවයට ලක් කිරීමට කාන්තාවන් විසින් ඔවුන්ට එරෙහි අවියක් ලෙස දූෂණ චෝදනාවක් පැටවිය හැකි බවයි.

මේ හා සමානව ගබ්සාව නීත්‍යානුකූල කිරීමට එරෙහි බොහෝ විරුද්ධවාදීන් ප්‍රකාශ කර ඇත්තේ ස්ත්‍රී දූෂණයක් නිසා හටගන්නා කළලයක් ගබ්සා කිරීමට අවසර ඉල්ලා සිටීම ප්‍රශ්නකාරී විය හැකි බවයි. මුදලිගේ (2017) ප්‍රශ්න කරන ආකාරයට මෙවැනි නීතියක් මගින් කැමැත්ත ඇතුළු සිදු කරන ලද ලිංගික ක්‍රියාකාරකමක් පවා දූෂණයක් ලෙස ඒත්තු ගැන්වීමට අදාළ කාන්තාව හෝ ඇයගේ පවුල විසින් පියවර ගත හැකි බවයි. වික්‍රමනායක (2012) ඇයගේ දී අයිලන්ඩ් පුවත්පතේ “ ගබ්සාවට එරෙහි නඩුව” ලිපිය මගින් නෝමා මැක්කොර්වි (ජේන් රෝයි) ගේ ප්‍රසිද්ධ වේඩ් ට එරෙහි රෝයි ඇමෙරිකානු නඩුව උපුටා දක්වමින් ප්‍රකාශ කරන්නේ පසුකාලීනව ජේන් රෝයි විසින් තමන් දූෂණයකට ලක් වූ බව නීතිඥවරයාට පැවසුවේ බොරුවක් බව පිළිගත් බවයි. ඒ අනුව ඇය ප්‍රකාශ කරන්නේ “ දූෂණය හා ව්‍යතිචාරය නිරන්තරයෙන්ම නොසලකා හැරීම් වල ප්‍රතිඵලයක් වන අතර දූෂණය යනු කුමක්දැයි නිර්වචනය කිරීමට අපහසු නමුත්, ව්‍යතිචාරය ඔප්පු කිරීමට අපහසු දෙයක් වන බවයි”.

1995 දී පැවති පාර්ලිමේන්තු විවාදයට සම්බන්ධ වූ බොහෝ ඇමතිවරුන් ප්‍රකාශ කළේ දූෂණ සිදුවීමකට අදාළව ගබ්සාවක් සඳහා අවසර ලබාදීම සැකය මත පදනම් විය හැකි ප්‍රශ්නකාරී එකක් වන බවයි. ටීරෝන් ප්‍රනාන්දු ඇමතිවරයාට අනුව “ඕනෑම ගැහැණියකට සාක්ෂි කුඩුවකට නැඟ තමන් දූෂණයකට ලක් වූ බව පැවසිය හැකිය. එමෙන්ම මේ කතා බොහෝමයක් ගොතනු ලැබූ ඒවා වන බව ඔවුන් දන්නා බවයි” (අබේසේකර, 1997). එක්සත් ජාතික පක්ෂයේ මහින්ද සමරසිංහ තර්ක කළේ ස්ත්‍රී දූෂණයක් සම්බන්ධයෙන් සලකා බැලීමේදී වෛද්‍යමය සාක්ෂි අත්‍යවශ්‍ය වන බවයි. එමගින් කාන්තාව විසින් අසත්‍ය චෝදනා හඟනවාද යන්න සහ වූදිනසා සාප්පුවම එම වරදට සම්බන්ධ ද යන්න සොයාගත හැකි වනු ඇති බවයි. අස්චර් මන්ත්‍රීවරයාට අනුව දූෂණයක් යනු කුමක්ද යන්න නිර්වචනය කිරීම සමාජයෙන් සමාජයට වෙනස් විය හැකිය.

ස්ත්‍රී දූෂණයක ප්‍රතිඵලයක් මත හටගත් කළලයක් ගබ්සා කිරීමට අදාළව නීතිය ලිහිල් කරණය කිරීමට එරෙහිව ඇති මතවාද වල ප්‍රබලත්වය දුබල කිරීම සාක්ෂි මත පදනම් වීම මගින් සිදුකළ හැකි වනු ඇත. නීති කොමිසමේ යෝජනාවලට අනුව “ දූෂණයක් සිදු වූ අවස්ථාවේදී පොලිසියට පැමිණිල්ලක් සිදු කර තිබීම මෙවැනි අවස්ථාවලදී අත්‍යවශ්‍ය වේ, පැමිණිල්ල සිදු කිරීම ප්‍රමාද වීම මගින් පොලිස් පරීක්ෂණ සිදු කිරීම මෙන්ම අධිකරණ වෛද්‍යවරුන් මණ්ඩලයට කාන්තාව පරීක්ෂා කර බලා සාක්ෂි සටහන් කර ගැනීම ද සිදු කිරීමට නොහැකි වනු ඇත”. තවදුරටත් අදහස් දක්වන මහාචාර්ය සුජීව් අමරසේන නිර්දේශ කරන්නේ “ ලිංගික අපවාරයක් සිදුවූ අවස්ථාවකදී පොලිස් අපරාධ විමර්ශන ඒකකයකට පැමිණිල්ලක් සිදු කර තිබීම අනිවාර්ය වේ”. ය යන්නයි. කෙසේ නමුත් මෙවැනි අවස්ථාවලදී අවශ්‍ය තරමේ සාක්ෂි, පැමිණිල්ල ඉදිරිපත් කර තිබීම යනාදිය සම්පූර්ණ කර නැත්නම් පැමිණිල්ල විමර්ශනය කරන වෛද්‍ය කමිටුවට සත්‍ය වශයෙන් දූෂණයක් සිදු වී ඇති අවස්ථාවකදී පවා උපකාර කිරීමට අපහසු විය හැකිය.



කාල සීමාව

ශ්‍රී ලංකා මර්ච (2017) විසින් ශ්‍රී ලංකා ළමා රක්ෂණ අධිකාරියේ ආරම්භක සභාපතිනී ආචාර්ය නිරන්ති විජේමාන්න උපුටා දක්වමින් වාර්තා කර ඇත්තේ ගබ්සාවක් සිදු කිරීමට අවසර ලබාදීමේදී සැලකිය යුතු කාලය උපරිම වශයෙන් කළලය මාස තුනක් දක්වා පමණක් විය යුතු බවයි.

වික්‍රමගමගේ (2016) දක්වන ආකාරයට ගබ්සාව සම්බන්ධ නීති ලිහිල් කරණය සම්බන්ධයෙන් අධිවාචනය සිදු කිරීමේදී “එමගින් හිස් වෙක් පතකට අත්සනක් ඉල්ලා සිටින්නාක් මෙන් හැඟීමක් ඇති නොකළ යුතු බව” පෙන්වා දෙයි. එහෙත් “ යුක්ති සහගත ආකාරයේ කාල සීමාවක් යෝජනා කළ යුතුය”. කළලයට සති 14-18 ක කාල සීමාවක් සම්බන්ධයෙන් සලකා බැලීම ඇයට අනුව වඩා මානුෂීය වේ. ඇය ප්‍රකාශ කරන පරිදි ගබ්සාව සම්බන්ධ නීති ලිහිල් කරණය සම්බන්ධයෙන් ඉල්ලා සිටින තනි පුද්ගලයින් හා කණ්ඩායම් සමග මූලික මට්ටමෙන්ම එකඟතාවක් ඇති කර ගැනීම මගින් “ මානව ජීවිතයක් සම්බන්ධයෙන් ඇති සාමූහික ගරුත්වය මෙන්ම ගර්භනී කාන්තාවකගේ සෞඛ්‍යය සම්බන්ධයෙන්ද අවධානය යොමු කළ හැකිය”.

දී අයිලන්ඩ් පුවත් පත මගින් 2016 දී දක්වන ආකාරයට ගබ්සාව සම්බන්ධ මාතෘකාව නැවත වතාවක් උණුසුම් කතිකාවක් ඇති කිරීමට සමත් වී තිබේ. ප්‍රසව වෛද්‍ය විශේෂඥ මංගල දිසානායක දක්වන ආකාරයට ශ්‍රී ලංකා ප්‍රසව හා නාර්වේද විද්‍යාතනය විසින් පවුල් සෞඛ්‍ය කාර්යාංශය හා පවුල් සංවිධාන සංගමය වැනි අනෙකුත් පාර්ශව කරුවන් සමග එක්ව ඉදිරිපත් කළ යෝජනා ආකෘතියට අනුව ස්වාභාවික හේතුවක් මත සිදුවූ කළල විකෘති අවස්ථාවකදී කළලයට සති 22 ක කාල සීමාවක් ද, දූෂණය හා ව්‍යතිචාරය සම්බන්ධ සිදුවීමකදී සති 20 කාල සීමාවක් ද අවධානයට යොමු කළ යුතු බව යෝජනා කර තිබේ.

ගබ්සාවක් සිදු කිරීමට අදාළ හේතු තිබියදීත් එය නීත්‍යානුකූල කිරීමට එරෙහිව තවමත් බොහෝ විරුද්ධ මත ප්‍රකාශ වන අතර, නීති සංශෝධනවලට ඉතා දැඩි කොන්දේසි පනවා තිබෙනු දැකිය හැකිය. එහෙත් එම විරුද්ධත්වයන්ට අදාළ ප්‍රති උත්තර දැක්වීම් ද සිදුවෙමින් පවතී. එහෙත් ගබ්සාවට විරුද්ධ නීති තවමත් එලෙසම පවතී.

නියම කරන ලද තත්ත්ව සඳහා පමණක් ගබ්සාව නීතිගත කිරීම ප්‍රමාණවත්ද ?

ඉහත සඳහන් කර ඇති නියම කරන ලද හේතූන් සඳහා පමණක් ගබ්සා නීති නීතිගත කිරීම ශ්‍රී ලංකාවට විශාල ජයග්‍රහණයක් වූවත්, මෙම කරුණු මත පමණක් පදනම්ව එය නීතිගත කිරීමෙහි අවාසි ද ඇත.

ලිංගික අතවර, ව්‍යතිචාරය සහ කළලයේ පවතින අසාමාන්‍යතා වැනි අවස්ථාවන්ට අදාළ වන පරිදි ගබ්සාව නීතිගත කිරීම, වර්තමානයේ පවතින නීති විරෝධී ගබ්සාවන් ප්‍රමාණය සැලකිය යුතු අන්දමකින් අඩු නොකරනු ඇත (සුරංග සහ පිරිස 2017). ගබ්සාවන් වලින් බහුතරයක් මෙකී නම් කරන ලද හේතූන් නිසාවෙන් සිදුකරන ඒවා නොවන බැවින්, ගබ්සාව සම්බන්ධයෙන් ශ්‍රී ලංකාව තුළ පවතින වඩාත් පුළුල් සෞඛ්‍යමය කරුණු සම්බන්ධයෙන් කටයුතු කිරීම සඳහා මෙම සංශෝධන ප්‍රමාණවත් නොවනු ඇති අතර, එමනිසා බොහෝ ගැටළු ගණනාවකට අවධානය නොලැබී යයි (කුමාර්, 2013; බාලවන්දන්, 2009). ඒ නිසා, එය වැදගත් ඉදිරි පියවරක් වන මුත්, සහ පවතින ගැටලුවලින් සුළු ප්‍රතිශතයක් සම්බන්ධව කටයුතු කිරීමට අවශ්‍ය මග පාදන මුත්, ගබ්සාවන් සිදු කර ගැනීමට යොමුවන බහුතරයක් විසින් මුහුණ පාන ගැටළු සැලකිය යුතු අන්දමකින් පහළ හෙළීමට දායක නොවනු ඇත.

නීතිවිරෝධී ගබ්සා සිදු කරගැනීමට යොමුවන බහුතරයක් දෙනා නියම කරන ලද නිර්ණායක වලට අදාළ නොවන බැවින්, අනාරක්ෂිත ගබ්සා සහ මරණ අනුපාතිකය යන ගැටළු සම්බන්ධයෙන් අවශ්‍ය කටයුතු කිරීමට අනෙකුත් ප්‍රතිපත්තිමය මැදිහත් වීම්ද අවශ්‍ය වනු ඇති බව ශ්‍රී ලංකා නීති කොමිසමේ යෝජනා (2013) වල සඳහන් කොට ඇත.

අයිතිවාසිකම් මත පදනම් වූ අධිවාචිකයින් විසින් මතුකරන තවත් තර්කයක් වන්නේ, එවැනි ප්‍රතිපාදන "කාන්තාවන්ට තම අයිතිවාසිකම් භුක්ති විඳීමට ඇති හැකියාව තහවුරු කිරීමට ගත් කුඩා, එහෙත් ප්‍රමාණවත් නොවන පියවරක්" බවයි (ඩේලි වෑට්, 2017).

ගබ්සාව කාන්තා අයිතිවාසිකමක් ලෙස

මේ දක්වා ඉදිරිපත් කර ඇති යෝජනා සැලකිය යුතු තරමක ධනාත්මක බලපෑමක් සිදු කරනු ඇතැයි විශ්වාස නොකරන පිරිස් මෙන්ම, කාන්තා අයිතීන් පිළිබඳ වන දැක්මකින් යුතුව ගබ්සාව හිතිගත කිරීමට සහය දක්වන පිරිස්, ගබ්සා හිති සංශෝධනය සම්බන්ධයෙන් ඉදිරිපත් කර ඇති යෝජනා හරහා තෝරා ගැනීම යන සංකල්පය සහ කාන්තාවන්ගේ ස්වාධීනත්වය හා අයිතීන් කේන්ද්‍රගත කළ යුතු බව පවසයි (සේකරම්, 2018; විජේසිරිවර්ධන, 2017; සමරරත්න, 2017). මෙම අයිතිවාසිකම් තුළ, ස්ත්‍රී-පුරුෂ සමාජභාවී සමානාත්මතාවය යන සංකල්පය, අයිතීන් පිළිබඳ සංකල්ප ගණනාවක් (පෞද්ගලිකත්වයට ඇති අයිතිය, ස්වාධීනත්වයට ඇති අයිතිය, වධහිංසාවට ලක් නොවී සිටීමට ඇති අයිතිය) සහ පීතෘමූලික රාජ්‍යයක් පිළිබඳ සංකල්පය පවතී.

මානව අයිතිවාසිකම්

ගබ්සාව සම්බන්ධයෙන් පවතින තත්ත්වය “සමාන පුරවැසියන් ලෙස, බලාත්මක වූ සහ ස්වාධීන තීරණ ගැනීමට කාන්තාවන්ට ඇති අයිතියට දැඩි බාධාවක්” බව වාර්තා වී ඇති හෙයින්, මානව හිමිකම් ක්‍රියාකාරීන් සහ කාන්තා සංවිධාන විසින් සිදුකරන ලද ප්‍රකාශ හරහා, ගබ්සාව සාපරාධී බවින් තොර කිරීමට බල කර සිටී. ගබ්සාව සාපරාධීකරණය කිරීම, කාන්තාවන්ගේ අයිතීන්ට, සෞඛ්‍යයට සහ යහ පැවැත්මට අර්බුදයක් වී ඇති “බරපතල කාන්තා අයිතීන් පිළිබඳ ගැටළුවක්” ලෙස ඔවුන් හඳුන්වයි. “කුමන තත්වයක් මත හෝ, අනවශ්‍ය ගැබ් ගැනීමක් අවසන් කිරීම තීරණය කිරීමට ඇති අයිතිය මූලික මානව හිමිකමක්” බව, සහ තම ශරීරය, සෞඛ්‍ය සහ කායික හා මානසික යහ පැවැත්ම පිළිබඳ සීමා විරහිතව, ස්වාධීන තීරණ ගැනීමට සෑම කාන්තාවකටම ඇති අයිතිය පිළිගන්නා ලෙස, ඔවුන් අප රජයට දැඩි ලෙස බල කරන බව සිග්නිස් අවධාරණය කරයි. ඒ හා සමානවම, “ගැබ් ගැනීම සම්බන්ධ සියලුම තීරණ ස්වේච්ඡා තීරණ මිස බලහත්කාරයෙන් ගන්නා තීරණ නොවිය යුතුයි: ගැබ් ගැනීමක් නියමිත කාලයම දරා සිටීමට හෝ ගබ්සාවක් සිදුකර ගැනීමට කිසිදු කාන්තාවක් බලපෑම්වලට ලක් නොවිය යුතුය” යන අදහස දක්වමින්, එල් පී ඒ (2010) ද ගබ්සාවක් සිදුකර ගැනීමට ඇති හැකියාව කාන්තාවන්ට සහ යුවලවල් වලට ඇති අයිතියක් ලෙස දකියි. ගබ්සාව සාපරාධීකරණය කිරීම “කාන්තාවකගේ පෞද්ගලිකත්වයට ඇති අයිතිය උල්ලංඝනය කිරීමක්” බව සමරරත්න (2017) සහ මුණසිංහ (2017) ද පෙන්වා දෙයි. එය, මානසික වධහිංසාව ඇතුළු වධහිංසාවට ලක් නොවී සිටීමට ඇති අයිතිය උල්ලංඝනය කිරීමක් ලෙස සමරරත්න විසින් වැඩිදුරටත් හඳුනාගන්නා අතර, මුණසිංහ එය දකින්නේ, අකමැත්තෙන් දරුවකුට උපත ලබාදීමට සිදුවීම සහ හදා ගැනීමට සිදුවීම හෝ අවදානම් සහ හිතී විරෝධී ගබ්සාවක් සිදුකර ගැනීමට සිදුවීමේ පීඩනය හේතුවෙන් ඇතිවන විෂාදය සහ සියදිවි නසාගැනීමේ සිද්ධි හරහා තහවුරු කර ඇති පරිදි, රාජ්‍යය විසින් කාන්තාවන්ව කුරිරු සහ අමානුෂික ලෙස පහත්කොට සැලකීමට ලක් කිරීමක් ලෙසයි. විජේසිරිවර්ධන (2017) පවසන පරිදි, “කාන්තාවක තම මානව අයිතීන් පූර්ණ වශයෙන් භුක්ති විඳීමට නම්, පළමුව ඇය අප්‍රසන්න සිද්ධියකට ගොදුරු විය යුතුයි” යන අදහස හිතී සංශෝධන සඳහා ඇති වර්තමාන යෝජනා තුළින් ඇතිකරයි.

ජාතික ගබ්සා හිතිය සමග ගැටෙන ජාත්‍යන්තර හිතී ගණනාවකට ශ්‍රී ලංකාව අත්සන් තබා ඇත (අබේසේකර, 1997; ද සිල්වා, 2015; පෙරේරා, 2015; එල් පී ඒ, 2010). කාන්තාවන් සවිබල ගැන්වීම, ස්ත්‍රී-පුරුෂ සමාජභාවය මත පදනම්වූ ප්‍රවණ්ඩත්වය මඟ පැවැත්වීම, කාන්තාවන්ගේ සහ ගැහැණු දරුවන්ගේ සෞඛ්‍ය සහ යහපැවැත්ම වැඩි දියුණු කිරීම, සහ ස්ත්‍රී-පුරුෂ සමාජභාවී සමානාත්මතාවය

තහවුරු කිරීම සම්බන්ධයෙන් කටයුතු කිරීමට මෙම ජාත්‍යන්තර ප්‍රඥප්ති මගින් ප්‍රයත්න දරයි. ජනගහණ සහ සංවර්ධන වැඩසටහන පිළිබඳ ජාත්‍යන්තර සමුළුව (1994 දී පිළිගන්නා ලදී); කාන්තාවන්ට චරෙහි සෑම ආකාරයකම වෙනස්කොට සැලකීම් අවසන් කිරීමේ චක්සන් ජාතීන්ගේ සම්මුතිය සහ එහි වෛකල්පිත මූල ලේඛනය (1981 දී වලංගු කරන ලදී); සිවිල් සහ දේශපාලනික අයිතීන් පිළිබඳ ජාත්‍යන්තර ගිවිසුම (1980 දී භාරගන්නා ලදී); වධ හිංසා සහ අනෙකුත් කුරිරු, අමානුෂික හෝ අවමන් සහගත සැලකීම් හෝ දඬුවම් වලට චරෙහි ප්‍රඥප්තිය (1994 දී වලංගු කරන ලදී); කාන්තාවන්ට චරෙහි ප්‍රවණ්ඩත්වය අවසන් කිරීම පිළිබඳ විශාල ප්‍රකාශනය; සහග්‍ර වර්ෂ ප්‍රකාශනය; සංක්‍රමණික ශ්‍රමිකයින් සහ ඔවුන්ගේ පවුල්වල සාමාජිකයින්ගේ අයිතීන් පිළිබඳ චක්සන් ජාතීන්ගේ ජාත්‍යන්තර ප්‍රඥප්තිය (1996 දී භාරගන්නා ලදී); සහ මෂකාලින තිරසර සංවර්ධන ඉලක්ක (2015), සහ එල් පී ඒ (2010) එකතු කළ සිවිල් සහ දේශපාලනික අයිතීන් පිළිබඳ ජාත්‍යන්තර ප්‍රඥප්තිය; ආර්ථික, සමාජයීය සහ සංස්කෘතිකමය අයිතීන් පිළිබඳ ජාත්‍යන්තර ප්‍රඥප්තිය; කාන්තාවන් පිළිබඳ සිවිවැනි ලෝක සමුළුවේ ප්ලැට්ෆෝම් ගෝ ඇක්ෂන් සහ මපුටෝ ප්ලැන් ඔෆ් ඇක්ෂන් යන ඒවා, ද සිල්වා විසින් සඳහන් කරයි.

මානසික සෞඛ්‍යයට එල්ලවන හානිය

අනවශ්‍ය ගැබ් ගැනීම් සහ හිනි විරෝධී හා අනාරක්ෂිත ගබ්සා සමග ඇතිවන අවදානම් සහගත තත්ත්ව අවධානයට ගැනීමේදී, මානසික සෞඛ්‍ය ද ඉතා වැදගත් නමුත් නොසලකා හැර ඇති, අවධානය යොමු කළ යුතු ගැටලුවක් වන අතර, මානසික වධ හිංසා ඇතුළු වධ හිංසාවට ලක්නොවී සිටීමට ඇති අයිතිය සහ අමානුෂික හා අවමන් සහගත සැලකීම්වලින් මිදී ජීවත්වීමට කාන්තාවන්ට ඇති අයිතිය ලෙස එය වර්ගීකරණය කළ හැකිය.

සංඛ්‍යා ලේඛන තොරතුරු ස්ථීර නොමැති මුත්, අනාරක්ෂිත ගබ්සා හේතුවෙන් ඇතිවන මානසික කම්පනය සහ සංකුලතා හේතුවෙන් මෙන්ම, අනවශ්‍ය ගැබ්ගැනීම් නියමිත කාලය පුරා දරා සිටීම හේතුවෙන් කාන්තාවන් දීර්ඝකාලීන මානසික පීඩාවලින් පෙළීමට හැකිය (මුණසිංහ, 2017; කුමාර්, 2012; විජේදාස, 2016).

ගබ්සාව මව කෙරෙහි හානිදායක ශාරීරික සහ මානසික බලපෑම් (ශාරීරික ක්‍රියාකාරකම් අධිපණ වීම සහ මානසික කම්පනය) ඇති කරන බව රාජසිංහ (2017) පවසද්දී, ගබ්සාවෙන් පසු ඇතිවන මනෝවිද්‍යාත්මක හානි අවම බව සහ බොහෝ අවස්ථාවලදී එම ක්‍රියාව සම්බන්ධව ඇතිවන කොන්කිරීම හේතුවෙන් ඇතිවන ලැජ්ජාවට සීමා වූ බව තලගල (2010) දකියි. තවද, මේලර් (2018) පවසන පරිදි, "ගබ්සාව සහ මනෝවිද්‍යාත්මක කම්පනය අතර තහවුරු කරන ලද සම්බන්ධයක් නොමැති අතර, එහිසා, පසුතැවීමට ඇති සම්භාවිතාව ගබ්සාව නීතිගත කිරීමට තරම් ප්‍රමාණවත් පදනමක් නොවේ."

තමන්ගේ කළලය විනාශ කිරීමට තරම් නිර්නය වීම හේතුවෙන් මුළු ගමේම කෝපය තමන් කෙරෙහි එල්ල වූ බව වාර්තා කළ රත්මලාන ප්‍රදේශයේ කර්මාන්ත ශාලා සේවිකාවකගේ කතාවක් හඳුන්වෙන්නී (1994) විස්තර කරයි. ඇය ඇයගේ තත්ත්වය පැහැදිලි කළාය - මුළු පවුලටම සිය ජීවිතය අප්‍රසන්න එකක් බවට පත් කළ, සුරාපානයට ඇබ්බැහි වූ, වගකීම් විරහිත සැමියෙකු සමග දුප්පත්කමින් මිරිකී ගිය ජීවිතයක් ඇය ගත කළාය. ඇයට දරුවන් 5 දෙනෙකු සිටි අතර, 6 වැනි දරුවකු බිහි කිරීම කළ නොහැකි දෙයක් බව ඇය පැවසීය. තමා ගත් තීරණය ගැනීමට තිබූ අසීරුතාව පැහැදිලි කරමින් ඇය පැවසුවේ, සිය ආර්ථික තත්ත්වය හේතුවෙන් ඇයට එය සිදු කිරීමට සිදුවූ බවයි. තමා සිදු කළ දේ "ලැජ්ජා හැනි, අශික්ෂිත සහ අමානුෂික" දෙයක් යැයි අන්‍යයන් හැඳින්වූ බව, තමා මුහුණපෑ කොන්කිරීම් පිළිබඳ අදහස් දක්වමින් ඇය පැවසුවාය. ප්‍රතිචාර දක්වන්නන්ගෙන් 87% ක් පමණ දෙනා තමන් ගත් තීරණය ගැනීමේ අපහසුතාව පිළිබඳ සඳහන් කළ බව තලගල (2010) වාර්තා කරන අතර, ගබ්සාව සිදුකිරීම සම්බන්ධ තීරණය ගැනීමට සිදුවන කාන්තාවන් අත්දකින සැකමුසු බව, වරදකාරී හැගීම සහ දැඩි වේදනාව බොහෝමයක් දෙනා විසින් සුළුකොට තකන බව විකුමගමගේ (2016) පවසයි.

ගබ්සාව යනු, ගර්භණී වීම 'කරදරයක්' යැයි දැනුණු විට කාන්තාවන් ගන්නා පියවරක්, එසේත් නැත්නම් හෘද සාක්ෂියක් නොමැති පිරිමින් සහ කාන්තාවන් විසින් අනුගමනය කරන 'පහසු, කෙටි සහ අහිසි' මාර්ගයක් බවත් පවසමින් ඔහුගේ උපදෙස් පියතුමා සිදුකළ ප්‍රකාශය වැනි ප්‍රකාශ තුළින්, ගබ්සාව හිනිගත කිරීමට විරුද්ධ වන විරුද්ධ වාදීන් කාන්තාවන්ගේ අවාසනාවන්ත තත්ත්වය හැඳුණු කරන්නේ කෙසේද යන්න අපට දක්නට ඇත. ගර්භණී භාවය යනු හුදු කරදරයක් නොව, එහි දීර්ඝ කාලීන බලපෑම් ඇති අතර, කාන්තාවකට සහ ඇයගේ සමස්ත ජීවන පටයටම බලපෑම් ඇති කරයි (වික්‍රමගමගේ, 2016; සමරරත්න, 2017; රාජසිංහම්, 2017). එසේ කරන බොහෝමයක් කාන්තාවන්ට අවශ්‍ය පහසුකම් නොමැතිව ගබ්සාව සිදු කර ගැනීමට සිදුව ඇත (හඳුන්තෙත්ති, 1994; මේලර්, 2018). විරුද්ධවාදීන් විසින් ගබ්සාව හිනිගත කිරීම සම්බන්ධයෙන් සදාචාරාත්මක තර්ක ගණනාවක් මතු කරන අතර, "දරුවකුට ප්‍රමාණවත් යැයි සිතන ජීවිතයක් ලබාදීමට අවශ්‍ය පහසුකම් නොමැතිව දරුවකු හදා වඩා ගැනීමට කාන්තාවකට බල කිරීම සදාචාරාත්මකව වැරදි" බව මෙලර් තර්ක කරයි.

"කළලය ඉපදුනු පසු, ආහාර, ඇඳුම්, වාසස්ථානයක් සහ අධ්‍යයනපනය ලබාදිය යුතුයි" නමුත්, එවැනි සමාජ විධි විධාන තුළින් කාන්තාවන්ට දරුවන් ඇතිදැඩි කිරීමේ කාර්යයට සහයක් නොලැබෙන බව, ගබ්සාව ආශ්‍රිත ආර්ථිකමය පිරිවැය සම්බන්ධයෙන් සාකච්ඡා කරමින් වික්‍රමගමගේ පවසයි. උදාහරණයක් ලෙස ගත් කල, ඉතා ඉහළ වශයෙන් අනවශ්‍ය ගැබ් ගැනීමේවලට මුහුණපාන කණ්ඩායමක් වන අපනයන සැකසුම් කලාප වල සේවය කරන කාන්තාවන්ට මාතෘ ප්‍රතිලාභ (පඩි සහිත නිවාඩු, කිරි දීමට විවේක කාලය, දිවා සුරැකුම් මධ්‍යස්ථාන) ලැබෙන්නේ නැති බවත්, "මාතෘත්වය සේවකයින්ගේ ජීවිතවල ඉතා වැදගත් අංගයක් බව සේවා යෝජකයින් සලකන්නේ නැති බවත්" වික්‍රමගමගේ පවසයි. මෙම ආර්ථිකමය සහ සමාජීය යථාර්ථයන් සැලකිල්ලට ගැනීමේදී, 'කළලයට ජීවත්වීමට ඇති අයිතිය' යන තර්කය, කාන්තාවන් මුහුණපාන යථාර්ථයන් නොසලකා හරින හුදු තාක්ෂණික සහ න්‍යායික දර්ශනයක් බවට පත්වේ.

ස්ත්‍රී-පුරුෂ සමාජභාවීය සමානාත්මතාවය

ගබ්සාව සාපරාධී බවින් තොර කිරීම, කිසියම් මට්ටමක සෞඛ්‍යමය සාධාරණත්වයක් සහතික කිරීමක්, සහ එක්තරා ආකාරයක ස්ත්‍රී-පුරුෂ සමාජභාවය මත පදනම් වූ වෙනස් කොට සැලකීමක් තුරන් කිරීම මගින් සමාජ සාධාරණත්වය ළඟා කරගැනීමේ මාර්ගයක් ලෙසත් දක්වා ඇත (ගුණසේකර සහ විජේසිංහ, 2001; කුමාර්, 2011; සමරරත්න, 2017). ගබ්සාව, "වෙනත් ඕනෑම වෛද්‍යමය ක්‍රියාවලියක් තරම්ම වැදගත් සහ අවශ්‍ය වන අතර, එකම වෙනස වන්නේ එය අවශ්‍ය වන්නේ කාන්තාවන්ට පමණක් වීමයි" යනුවෙන් පවසමින්, මුණසිංහ (2017) මෙම ස්ථාවරත්වයට සහය පළ කරයි. ස්ත්‍රී-පුරුෂ සමාජභාවය මත පදනම්ව කිසිම පුද්ගලයෙකු වෙනස්කොට සැලකීමට ලක් කළ නොහැක යනුවෙන් සඳහන් කරන, ආණ්ඩුක්‍රම ව්‍යවස්ථාවේ 12 (1) සහ 12 (2) වගන්ති වික්‍රමගමගේ (2016) විසින් උපුටා දක්වයි. ආණ්ඩුක්‍රම ව්‍යවස්ථාව හරහා නිල වශයෙන් සමාන සැලකුම් ලැබීමට ඇති අයිතිය, එසේත් නැත්නම් ස්ත්‍රී-පුරුෂ සමාජභාවය මත පදනම්ව වෙනස්කොට සැලකීමට ලක් නොවීමේ අයිතිය, පිළිගන්නා බැවින්, ගබ්සාව හිනිගත කිරීමට එය බලවත් සහ සාධනීය පදනමක් වනු ඇති බව ඇය පෙන්වා දෙයි.

පීතෘමූලික රාජ්‍ය බලපෑම

ගබ්සාව සාපරාධීකරණය කිරීම පිළිබඳව සාකච්ඡා කිරීමේදී, "නීතියේ ඇති බලකරන ස්වභාවයේ බලය" (රාජසිංහම් විසින් හැඳින්වූ පරිදි) පිළිබඳ විචේසිරවර්ධන (2017), මුණසිංහ (2017), රාජසිංහම් (2017), ඩැල්වි සහ පිරිස, සහ පෙරේරා (2107) විසින් සැක පළ කරති. විචේසිරවර්ධනට අනුව, "කාන්තාවන් යනු තමන්ට අයත් නොවන, තමන්ගේ සැමියන්ට, පවුල්වලට, ප්‍රජාවන්ට සහ අවසාන වශයෙන් රාජ්‍යයට අයත්" ප්‍රජනනය සිදුකරන තනතුරු ලෙස සලකන, සහ පෙරේරාට අනුව "තම ශරීරය මහජන දේපලක් බව කාන්තාවන් නොදැනුවත්ව සිටින" යථාර්ථයක් බලගන්වීමට, නීතිය දායක වන ආකාරය පිළිබඳ විචේසිරවර්ධන (2017) සහ පෙරේරා (2017) විසින් සඳහන් කරයි. ගබ්සාව වටා ගොඩනැගී ඇති විවාදය අයිතීන් යන සංකල්පය මත රාමුගත කිරීමේ වැදගත්කම මෙම උද්දේශකයින් මතු කළත්, බොහොමයක් විවැනි උද්දේශකයින් පවසන්නේ වර්තමාන සංශෝධන ප්‍රමාණවත් නොවුවද අවසාන ඉලක්කය වෙත යාමේදී එය වැදගත් පියවරක් වනු ඇති බවයි.

"සති 12ක කාලයකට යටත්ව කාන්තාවන්ට සිය තෝරා ගැනීම සඳහා ඇති අයිතිය පිළිබඳ සමස්ත ක්‍රියාවලියම අවධානය යොමු කළ යුතුය". කෙසේ නමුත්, වෛද්‍යමය ඉල්ලීම් (ලිංගික අතවර, ව්‍යතිචාරය සහ දැඩි ලෙස විකෘති වූ කළල තිබීම වැනි අවස්ථා) වලට අනුකූලව ගබ්සාව නීතිගත කිරීමේ කිසියම් විසඳුමකට යොමු වීමට සිදුවුව හොත්, එයම ශ්‍රී ලංකාවේ කාන්තාවන්ට ජයග්‍රහණයක් වනු ඇත," යනුවෙන් පවසා ඇති පවුල් සංවිධාන සංගමයේ අධිවාචන අංශයේ අධ්‍යක්ෂිකා සොනාලි ගුණසේකර ව මෙලර් (2018) විසින් උපුටා දක්වයි. "මේ මොහොතේදී වඩාත් වැදගත් වන්නේ, පහසුවෙන්ම අදාශ්‍යමාන කර ඇති කරුණක් වන, පාලනය කිරීමේ කරන පීතෘමූලික පද්ධතිය පිළිබඳ සංවාදය සැමවිටකම මතු කිරීමට හැකියාව පවතින පරිදි නීති සංශෝධනය පිළිබඳ පවතින සංවාදය දැනට යෝජනා කර ඇති අයුරින් ඉදිරියට ගෙන යාමයි" යැයි පවසමින් විචේසිරවර්ධන (2017) ද යථාර්ථවාදී සහ උපායශීලී වීමේ වැදගත්කම සඳහන් කරයි. මානව හිමිකම් ක්‍රියාකාරීන් සහ කාන්තා කණ්ඩායම් විසින් සිදුකරන ප්‍රකාශ තුළින්ද "දැනට පවතින ගබ්සා නීති සඳහා යෝජනා කර ඇති සංශෝධන සිදුවීමට ඉඩදෙන ලෙස රජයට බල කරන අතර, එවිට ගබ්සාව කොන්දේසි දෙකක් මත නීත්‍යානුකූල වනු ඇති බව සහ ඒ හරහා සීමා රහිතව සාපරාධී බවින් තොර කිරීමට කටයුතු කරන ලෙසද" පවසයි. අනාරක්ෂිත ගබ්සා සම්බන්ධව වඩාත් පරිපූර්ණ ආකාරයකින් කටයුතු කිරීම සඳහා, වඩාත් පුළුල් නීතිමය සහ ප්‍රතිපත්තිමය ක්‍රමයක් අවශ්‍ය බව කුමාර් (2013) සඳහන් කරයි; එසේම, අඩුම තරමින් කාන්තාවන්ගෙන් කුඩා කණ්ඩායමකට හෝ නීත්‍යානුකූල ගබ්සාවන් සිදු කරගැනීමට හැකියාව ලැබෙනු ඇති බැවින්, දැනට පවතින ක්‍රියාවලියද අතිශයින් වැදගත් බවට ඇය එකඟ වේ.

ගබ්සාව නීතිගත කිරීමට එරෙහි ප්‍රතිරෝධය ආගමික විරෝධතාවය, තීරණ ගන්නන්ගේ පසුබට වීම සහ ස්ත්‍රී විරෝධී මානසිකත්වය

ගබ්සා නීති සංශෝධනය කිරීමට විරුද්ධ වීමේදී, ආගමික කොටස් වඩාත් විවෘතව හඬ නගන අතර, මෙම මාතෘකාව පිළිබඳ වැඩිදුර සාකච්ඡා පැවැත්වීමේදී තීරණ ගන්නන් විසින් එම පාර්ශවයන් කලින් දැනුවත් කිරීමේ ප්‍රවනතාවක්ද මතුව ඇත. මෙවැනි ධර්මපතල ගැටළුවක් පිළිබඳව ප්‍රතිපත්ති සම්පාදන ක්‍රියාවලිය තුළ කටයුතු කිරීමේදී තීරණ ගන්නන් පෙන්වන අක්‍රියතාව සහ අසමත්තාවය හේතුවෙන් ඔවුන් විවේචනයට ලක්ව ඇති අතර, ඒ පසුබට භාවය වැඩි වශයෙන්ම ඇතිවන්නේ ඔවුන්ට ඉතා රළු ප්‍රතික්‍රියාවන්ට මුහුණ පෑමට සිදුවීමට ඉඩ ඇති නිසාය. ගබ්සාව නීතිගත කිරීමට එරෙහිව ඉදිරිපත් වන තර්ක අතුරින්, පවුල් සංස්ථාව බිඳවැටීම, සහ විවාහයට කලින් ඇති කරගන්නා ලිංගික ක්‍රියාකාරකම් හා ප්‍රජනනය

අරමුණු කොට නොගත් ඕනෑම ලිංගික ක්‍රියාකාරමක් නුසුදුසු ක්‍රියාවක් ලෙස සැලකීම, ගබ්සාව පිළිබඳව පවතින විවාදය ඉදිරියට ගෙන නොයාමට හේතු ලෙස ඉදිරිපත් කරමින් නීති සංශෝධන වලට වරෙහි විරුද්ධවාදීන් සහ ශ්‍රී ලාංකික සමාජය තුළ පරමාදර්ශී කාන්තාවන් රඟ දක්වන සාම්ප්‍රදායික භූමිකාව ද අපට දක්නට ලැබේ.

ආගමික විරෝධතාවය - ජීවිතයට ඇති අයිතිය පිළිබඳ තර්ක

1995 මන්ත්‍රණය අතරතුරදී ඇමතිවරු ගණනාවක් ආගම මත පදනම්ව ගබ්සාව නීතිගත කිරීමට වරෙහිව ප්‍රකාශ සිදු කළ බව අබේසේකර (1997) පෙන්වා දෙයි. ගබ්සාව නීතිගත කිරීමට ගන්නා ඕනෑම ප්‍රයත්නයකට "සමාජයේ සියලුම කොටස් වෙතින් දැඩි ලෙස විරෝධය විල්ල වනු ඇත"; ක්‍රිස්තියානි ආගමිකයින් පමණක් නොව, බෞද්ධ, මුස්ලිම්, හින්දු ආගමිකයින් සහ "ජීවිතයේ ශ්‍රේෂ්ඨත්වය පිළිබඳ විශ්වාස කරන සියලු දෙනා මෙවැනි ආකාරයේ යෝජනාවකට විරුද්ධ වනු ඇත," යනුවෙන් පෝන් අමරතුංග පැවසුවේය. ගබ්සාව නීතිගත කිරීමට ගන්නා උත්සාහයන් "මෙම රටේ ජනතාවගේ සමාජයීය ජීවිතයේ සහ සංස්කෘතිමය ජීවිතයේ පදනමට" බලපානු ඇතැයි ඔහු පවසා ඇති බවද වාර්තා වී ඇත. ඒ හා සමානවම, ජීවිතයක් නැසීම හින්දු ආගමෙන් තහනම් කර ඇති බව විජාපයේ පුලේන්ද්‍රන් මිය ද, ගබ්සාව "අප සම්ප්‍රදායට සහ සංස්කෘතියට වරෙහි ක්‍රියාවක්, හා සියලුම ආගම් ඊට විරුද්ධ බවත්" පාර්ලිමේන්තු මන්ත්‍රී අස්වර් විසින් වාර්තා කර ඇත.

සංස්කෘතිමය වෙනස්කම් වලද අදාළ වන නියත මතයන් හෝ ප්‍රතිපත්ති වටහා ගැනීම අපහසුය. ප්‍රජාවේ විවිධ කොටස් වලට අදාළ වන වෙනස් ප්‍රමිතීන් සහ ධර්මතා හඳුනා ගැනීම ඇතැම් විට අත්‍යවශ්‍ය වේ. එය ශ්‍රී ලාංකික ජීවිතයේ කොටසකි. අනෙකුත් රටවල නීතිමය සංවර්ධන අවිචාරවත් ලෙස අනුගමනය කිරීම කළ නොහැක. අප රටවල්වල පවතින සංස්කෘතික යථාර්ථයන් සැලකිල්ලට ගත යුතුය. යනුවෙන් අධිකරණ අමාත්‍යවරයා විසින් ම පවසද්දී, ගබ්සාව පිළිබඳ වැඩසටහන ඉදිරියට ගෙන යමින් ආගමික සහ සාම්ප්‍රදායික සංකල්ප සැපිරීමට උත්සාහ කිරීමේ අසීරුතාවය අවසානයේ කළ නොහැක්කක් බවට පත්ව තිබේ.

ශ්‍රී ලාංකික සමාජයේ වැදගත් අංගයක් වන්නේ එහි ඇති බහු-වාර්ගික සහ බහු-ආගමික ස්වභාවයයි. වෙනස් ප්‍රජාවන්ට සිය ආගමික සහ වාරිත්‍රමය නීතීන් අනුගමනය කිරීමට ඇති අයිතිය මෙන්ම තනි පුද්ගලයින්ට ද (මෙහිදී කාන්තාවන් පිළිබඳව) වෙනස්කොට සැලකීමට ලක් නොවී සිටීමේ අයිතිය ද 1978 ව්‍යවස්ථාව හරහා තහවුරු කරන ආකාරය පිළිබඳව වික්‍රමසිංහ (2016) සහ අබේසේකර (1997) සටහන් කරයි. මෙම අයිතීන් සහ නීතීන් බොහෝ අවස්ථාවල දී ගැටීමට හැකි බව ඔවුන් සඳහන් කරන අතර, "කාන්තා අයිතීන් මත සෘණාත්මක බලපෑමක් ඇති කිරීම සඳහා ආගමික සහ වාරිත්‍රමය නීතීන් පදනමක් ලෙස භාවිත කළ හැකි බව" අබේසේකර (1997) පවසයි.

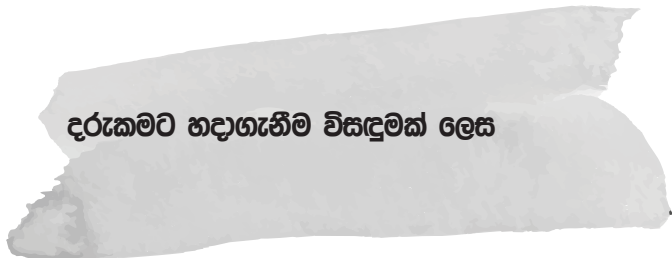
ගබ්සාව නීතිගත කිරීම සම්බන්ධව ගෙන ඇති පියවර 1995 සිට ඉදිරියට ගොස් ඇති ලෙසම, ඊට විරුද්ධ මත ද ඒ හා සමානවම මෙම වැඩසටහන වළක්වමින් සිටී. "කිසිදු වාතාවරණයක් තුළ අප ගබ්සාව අනුමත කරන්නේ නැත. මනුෂ්‍යයකුගේ උතුම් ජීවිතය පිළිසිඳ ගත් අවස්ථාවේදීම ආරම්භ වන බවත්, එය පුජනීය බවත්, අප විශ්වාස කරනවා," යැයි සභාපති ගරු වෛද්‍ය ජේ. වින්ස්ටන් විස්. ෆර්නන්ඩෝ පැවසූ අතර, ශ්‍රී ලංකා කතෝලික ඩිෂොප්වරුන්ගේ සමුළුව තුළ ද ගබ්සාව නීතිගත කිරීමට නැඹුරුව ඇති රජයේ තීරණය ද දැඩි ලෙස හෙළා දැක ඇති බව ෆොන්සේකා (2017) පෙන්වා දෙයි.

ඉහත සඳහන් කළ අවස්ථා තුනට අදාළව ගබ්සාව නීතිගත කිරීම හෙළා දැකීමින් කතෝලික ඩිෂොප්වරුන්ගේ සමුළුව ලිපියක් නිකුත් කරන ලදී. "මෙම අවස්ථා කුමක් වුවත්, ලිංගික අතවර

හේතුවෙන්, ව්‍යතිචාරය හේතුවෙන් බිහිවන කළලයක් හෝ විකෘති ස්වාභාවයකින් යුත් කළලයක් ගබ්සා කිරීම, හඬක් නොමැති හා ආරක්ෂාව සලසා ගත නොහැකි මනුෂ්‍යයෙකු අමු අමුවේ ඝාතනය කිරීමක් සහ සදාචාරාත්මකව වැරදි ක්‍රියාවක් ලෙස කතෝලික පල්ලිය දකියි. එවැනි ජීවිතයක් නැති කිරීමක් සාධාරණී කරණය කිරීම කතෝලික භක්තිකයන්ට තබා හොඳ සිහියක් ඇති කිසිදු මනුෂ්‍යයෙකුට කළ නොහැක," යනුවෙන් ඔවුහු පැවසූහ. මේ ආකාරයෙන් "අහිංසකයින්ව මරණයට පත්කිරීම අප ආදර්ශීය මව්බිමේ වසංගතයක් බවට පත්වීම වැළැක්වීමට ඊට අදාළ පුද්ගලයින්ට තම අප්‍රසාදය පළ කරන ලෙසත්, යාඥා කිරීම සහ පවි කමා කිරීම මෙන්ම පාපොච්චාරණය කිරීමට අවස්ථාව ලබාදීම කරන ලෙසත්" ඔවුහු කතෝලික භක්තිකයින්ට ආරාධනා කළහ.

ගබ්සාව පිළිබඳ ශ්‍රී ලංකාවේ ස්ථාවරය සංශෝධනය කිරීමට විරුද්ධවන ආගමික සහ අනගමික යන දෙපිරිසම ඉදිරිපත් කරන ප්‍රධානතම තර්කයක් වන්නේ කළලයට ඇති ජීවත් වීමේ අයිතියයි. "ජීවිතය ආරම්භ වන්නේ ගැබ් ගැනීමෙන්" සහ "ගබ්සාව යනු මනුෂ්‍ය ජීවිතයක් නැති කිරීමක්" යනුවෙන් පවසමින් බිෂොප්වරුන්ගේ සමුළුවේ සභාපති වින්ස්ටන් ෆර්නන්දෝ සහ පූජ්‍ය බෙල්ලන්විල විමලරතන හිමියන් ක්‍රිස්තියානි සහ බෞද්ධ ධර්ම කරුණු සඳහන් කර ඇති බව සේකරම් (2018) පෙන්වා දෙයි. ඒ ආකාරයෙන්ම, 1995 යෝජනාව අතරතුරදී පාර්ලිමේන්තු මන්ත්‍රී අස්වර් (විජාප) "ඒ දෙවියන්ගේ කාර්යයක්... ඊට අත පෙවීමට අපට හැකියාවක් නැත" යැයි පවසමින් ඔහුගේ සමාරම්භක කතාවේදී කුරානය සහ බයිබලය උපුටා දැක්වූ බව අබේසේකර (1997) පවසයි.

2018 පළවූ ඩේලි මිරර් ලිපියක් තුළ ගබ්සාව "අහිංසකයින් ඝාතනය කිරීමක්" සහ "තුස්තවාදයේ කුරිරු ආකාරයක්" ලෙස සඳහන් වන අතර, ගබ්සාවක් සිදුකිරීමේදී "විය තවත් පුද්ගලයකුට බලපාන අතර, වෙනත් අයෙකුගේ ජීවත්වීමට ඇති අයිතිය ආරක්ෂා කිරීමට අපගේ අයිතිය සීමා විය හැකිය යන්න නීතියේ පවතින මූලික, විවාදයට තුඩු නොදෙන ආචාර ධර්මයක්" බව රාජසිංහම් (2017) පෙන්වා දෙයි. "කාන්තාවක් ගර්භණී බවට පත් වීමේදී එනම් ජීවිත දෙකක් ඇත. එම ජීවිත දෙකටම අප ගරු කළ යුතුය. එක් ජීවිතයකට වඩා අනෙක් ජීවිතයට අයිතිය ලබා දිය නොහැක. එල දැරූ ඩිම්බයක් වැළැක්වීම මිනි මැරීමක් කිරීම හා සමානයි." යැයි ජයසූරිය සහ පිරිස (2012) පවසයි. වික්‍රමරත්න (2012) ද "ගබ්සාව යනු හිතාමතා සිදුකරන අහිංසක හා ආරක්ෂාව සලසා ගත නොහැකි මනුෂ්‍යයකු විනාශ කිරීමක්" ලෙස පවසන අතර, එය හඳුන්වන්නේ "දරුවාට අත්කරන සාහසික මරණයක්" ලෙසයි.



දරුවාට හදාගැනීම විසඳුමක් ලෙස

ගබ්සාව නීතිගත කිරීමට විරුද්ධව බලවත් ලෙස හඬ නගන බොහෝමයක් ආගමික නායකයින් අනවශ්‍ය ගැබ් ගැනීමේදී විසඳුමක් ලෙස දරුවන් හදා ගැනීමට දීම යෝජනා කොට ඇත. අනවශ්‍ය ගැබ් ගැනීම් දරා සිටි ඉන්පසු දරුවාව හදා ගැනීමට දෙන අයට ඒ සඳහා උපදෙස් ලබා දෙන අය අතුරින් මැල්කම් කාදිනල් රන්ජිත් පියතුමා ප්‍රමුඛ වේ. ලිංගික අතවර සහ ව්‍යාතිචාරය හේතුවෙන් ගැබ් ගැනීම් සිදුවන අවස්ථාවලදී, පල්ලිය විසින් එම දරුවන් ඔවුන්ගේ අනත් දරු නිවාස සහ භාරකාර ආයතන තුළ රඳවනු ඇති බව, SLCO මගින් 2017 අගෝස්තු මස පවත්වන ලද මාධ්‍ය සාකච්ඡාව අතරතුරදී ඔහු විසින් පැවසූ බව සේකරම් (2018), තර්මකුලසිංහම් (2018) සහ පොත්මුල්ල (2017) උපුටා දක්වති.

ගබ්සාව සදාචාරාත්මක නොවන බව සහ "සදාචාරාත්මක නොවන දෑ නීතිගත නොකළ යුතුයි" යැයි පවසමින් ජයසූරිය සහ පිරිස (2012) මෙම තර්කයට සහය පළ කරති. ඔවුන්, "දරුවන් ලැබීමට හැකියාවක් නොමැති සිය ගණනක් වන විවාහක යුවළවල්" පෙන්වා සිටින අතර, "ඒ යුවළ වල් එම දරුවන් හදා ගැනීමට බොහෝ සතුටු වනු ඇත" යැයි පවසයි. ලිංගික අතවරවලට ලක්වූ අයට නිසි මනෝ උපදේශන සේවාවක් ලබා දිය යුතු බව ඔවුහු පවසති; එහෙත්, "ජීවිත දෙකක අවශ්‍යතා සැපිරීම" සඳහා කන්‍යාරාම විවෘත කර ඇති කතෝලික පල්ලියේ ද සහය ඇතිව ඊට ලක්වූ අයට ගර්භනී භාවය දරා

ගැහිමට සිදුවේ. එසේම, 2012 අනවශ්‍ය ගැබ් ගැනීම් වලට දිගට ම ඉඩ දීමට සහ දරුවන් හදා ගැනීමට දීමට සහය පළ කරන පිරිස්, එය වඩාත්ම යුක්ති සහගත විසඳුම මෙන් හුවා දක්වන නමුත්, බොහොමයක් දෙනා එවැනි විසඳුමක ගැබ්ව ඇති ප්‍රයෝගික අපහසුතා පෙන්වා දෙයි. මෙම යෝජකයින් විසින් “ගැබ්බර මවක සිය කළලය ජීව්‍ය බවට පත්කිරීමට කරන කැපකිරීම, සහ එහි ප්‍රතිඵලයක් ලෙස කාන්තාවකට තම දරුවාව හදාගැනීමට දීම අපහසු ක්‍රියාවක් බවට පත්කරන ගැබ්බර මව සහ දරුවා අතර ඇතිවන බැඳීම අමතක කරනා බව” විකුමගමගේ (2016) පවසයි. තවද, අනවශ්‍ය ගැබ් ගැනීම්වලින් උපදින දරුවන් හදා ගැනීමට ලබා දීම ශ්‍රී ලංකාවේ සුලබ ව සිදුනොවන්නක් බව සහ එවැනි දරුවන් “සාමාන්‍යයෙන් හිසි ප්‍රමිති-යෙන් පහළ ළමා හිචාසවලට ඇතුළත් කරනු ලැබීම”, ශ්‍රී ලංකාවේ පවතින යටාර්ටය බව ඇය පෙන්වා දෙයි. “ගැබ්ණි සමය සම්පූර්ණ කරන තුරු කන්‍යාරාමවල රැඳී සිටීමට” ගැබ්බර කාන්තාවන්ට හිසම කිරීම තුළින් ඔවුන්ගේ අධ්‍යාපනය අවසන් වීම, සිය පවුලේ සහයෝගය නොලැබීම සහ අස්ථිර අනාගතයක් උරුම වීම සිදුවිය හැකි බව කුමාර් සහ පිරිස (2012) පෙන්වා දෙයි. තවද, මෙම විසඳුම තුළින් මෙම කාන්තාවන්ට සහනයක් නොලැබෙන බවත් ඔවුන් තර්ක කරයි.

ගැබ්බර වුහු දියනිය තවමත් පාසල් යන දරුවකු වීම වැනි අවධානයට ලක් නොකළ තවත් ප්‍රයෝගික කරුණු ඇත. වෛද්‍ය වෘත්තිකයෙකු ලෙස තම අදහස් සපයමින් පෙරේරා (2018) පවසන්නේ, “අවිවාහක මවුචරුවන් වාස නවයක් පුරා රැක බලාගෙන දරු ප්‍රසූතියෙන් පසු දරුවා ව දරු කමට හදා ගැනීමට ලබා දෙන” ආයතනයකට දරුවාව යොමු කිරීමට වඩා, ගබ්සාවක් කිරීම (සිංගප්පූරුවේ ඇති තත්ත්ව වැනි ආරක්ෂිත තත්ත්ව යටතේ සිදුකරන්නේ නම්) “දෙමවුපියන් සහ දරුවා ආරක්ෂා කරනු ඇති අතර කිසිවක් නොවූ පරිද්දෙන් දරුවාට සහියක් තුළ නැවතත් පාසල් යා හැකි” බවයි. එමනිසා, අධ්‍යාපන අවස්ථා අහිමි වී යාම, දරුවන් හදා ගැනීමට ලබාදීම යෝජනා කරන පිරිස් පූර්ණ ලෙස අවධානය යොමු නොකරන වැදගත් කරුණකි.

දරුවන් හදා ගැනීමට ගැනීමේ ප්‍රයෝගිකතාව පිළිබඳ තර්කයක් ගොඩ නැගීම වෙනුවට, ගර්භනී භාවය තම කායික, මානසික, අධ්‍යාත්මික හෝ සමාජීය සුභසිද්ධියට බලපෑම් ඇති කරයි නම්, කාන්තාවක් ඊට මුහුණ දිය යුතු නැතැයි පවසමින් සොයිසා (2015) වඩාත් අයිතීන් මත පදනම් වූ ස්ථාවරයක් දරයි.

ස්ත්‍රී-පුරුෂ සමාජභාවී නියමයන් සහ අපේක්ෂාවන්: කාන්තාව මවක් ලෙසත්, ලිංගිකත්වය ප්‍රජනනය ලෙසත් සැලකීම

දැනටමත් ඉහත අධ්‍යයනය කර ඇති පරිදි, බොහෝ අවස්ථා වලදී ගබ්සාව නීතිගත කිරීමට එරෙහි වන විරුද්ධ වාදීන්ගේ තර්කවල යටින් ඇති මූලික හේතූන් වන්නේ ස්ත්‍රී-පුරුෂ සමාජභාවී භූමිකා සහ අපේක්ෂාවන් යි.

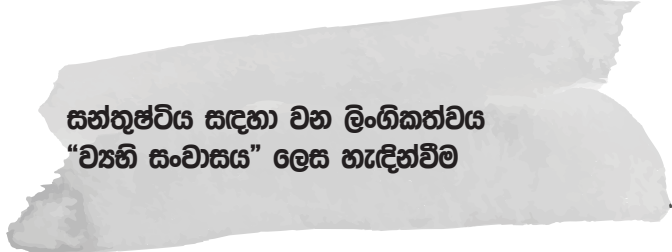
ගබ්සාව සිදුකිරීමට නිදහස ලබාදීමට, එය නීතිගත කිරීමට එරෙහි වන බොහෝ දෙනා විසින් පවුල් සංස්ථාවට ඇති විය හැකි තර්ජනය පිළිබඳ සඳහන් කොට ඇත. දරුවන් ස්වයංපෝෂිත වනතුරු ඔවුන්ව රැක බලාගැනීමට දෙමවුපියන්ට ඇති යුතුකම සහ ඔවුන් “වියපත් වූ පසු සහ සහය අවශ්‍ය වීම” ඔවුන්ව රැක බලා ගැනීමට දරුවන්ට ඇති යුතුකම පිළිබඳ ඔගස්ටින් ගර්නැන්ඩෝ පියතුමා සඳහන් කරයි. කළල විකෘතිතාවයන් පිළිබඳ කතා කිරීමේදී, 2017 ශ්‍රී ලංකා මර්ච් හි පළවූ ලිපියක සඳහන් වන පරිදි, මැල්කම් කාදිනල් රන්ජිත් “අවාසනාවන්ත, දුක් විඳින දරුවා නිසා මව සහ පියා අතර බැඳීම වර්ධනය වේ” යැයි පවසන අතර, විකෘති වූ දරුවන් නිසා දෙමවුපියන් දුක් විඳින බව ප්‍රතික්ෂේප කරයි.

මාතෘත්වය සහ ගර්භනීත්වය යනු සෑම ගැහැනියක් විසින් ම පැතිය යුතු දෙයක් ලෙසින් තවමත් වර්ණනාවට ලක්වන ආකාරය සහ, තවත් මනුෂ්‍යයකුට උපත ලබාදීමට හැකිවීම උදෙසා ඔවුන් තම සිහින අත්හැරිය යුතු යැයි අපේක්ෂා කරන ආකාරය පෙරේරා (2017) විස්තර කරයි. ඒ ආකාරයෙන්ම, මාතෘත්වය ස්වභාවික කරුණකි කිරීම, වර්ණනා කිරීම සහ එය පරිත්‍යාගයකට සමාන කොට සැලකීම පිළිබඳ

වික්‍රමගමගේ (2016) විස්තර කරයි. “ලිංගිකත්වය ඇත්තේ ප්‍රජනන කාර්යය සඳහා පමණි” යන උපකල්පනය ඇය මතුකොට පෙන්වයි.

“විවාහයේ ප්‍රමුඛතම අරමුණ ප්‍රජනනයයි” යනුවෙන් 1995 සාකච්ඡාව අතරතුර ටීරෝන් ෆ්‍රැන්කෝ විසින් සිදුකළ ප්‍රකාශය සහ, “ලිංගිකත්වය යනු දෙවියන් වහන්සේ විසින් ලබාදුන් ජීවිතය සම්ප්‍රේෂණය කරන ක්‍රමයක්” යනුවෙන් සඳහන් කරමින් කතෝලික ඩිෂොප්ටරයේ සමුළුව විසින් නිකුත් කරන ලද ලිපිය මීට සාක්ෂි ඉදිරිපත් කරයි. “විවාහ ජීවිතයේ ප්‍රජනීය බව, සහ ආදරයේ සහ ජීවිතයේ පරම්පරාව සමග ඊට ඇති සම්බන්ධතාව” පිළිබඳ විභි සඳහන් වේ; ඒ නිසා, ලිංගිකත්වය විවාහයට සහ ප්‍රජනන කාර්යයට සීමාකරයි.

“සමාජයීය යහපත උදෙසා පුද්ගල අවශ්‍යතා වලට වඩා ප්‍රජා අවශ්‍යතා” සමග ඉදිරියට යමින්, ශ්‍රී ලාංකික සමාජය “විභි සාමාජිකයින්ගේ මනස තුළට අයිතීන්වලට වඩා යුතුකම් ඇතුළු කිරීම” පිළිබඳව වික්‍රමගමගේ (2016) අදහස් දක්වයි. පවුල් සංස්ථාවේ වැදගත්කම සහ ලිංගිකත්වය ප්‍රජනනය කිරීමේ මෙවලමක් ලෙස සැලකීම සම්බන්ධව විරුද්ධවාදීන් නගන හඬ තුළ මෙම ප්‍රජනන ප්‍රදර්ශනය වේ. මෙම අපේක්ෂාව, කාන්තාවන් ව මවුවරුන්, භාර්යාවන් ලෙස තබන අතර, ඊටත් වඩා, වම භූමිකාවන්ට සරිලන තත්ත්වයකට පත්වීමට නොහැකි වූ විට ඔවුන්ව කොන් කරයි.



**සත්‍යවිෂය සඳහා වන ලිංගිකත්වය
“ව්‍යති සංවාසය” ලෙස හැඳින්වීම**

ගබ්සාව සම්බන්ධ නීති සංශෝධනයට එරෙහි විරුද්ධවාදීන් “ව්‍යති සංවාසය” අනවශ්‍ය ගැබ්ගැනීම් වලට හේතුවක් ලෙස, සහ විය ගබ්සාවට මුල පුරන බව පෙන්වා දෙන අතර, ගබ්සාව සම්බන්ධ නීති ලිහිල් කිරීම ඊට හේතුවිය හැකි බව ද පවසයි.

අප ගබ්සාව දෙස බැලිය යුත්තේ කෙසේද? නම් ඔගස්ටින් ෆ්‍රැන්කෝ පියතුමාගේ 2017 ලිපිය තුළ, ගබ්සාව යනු “බොහෝ පුද්ගලයින් සම්බන්ධ වන වැරදි සහගත හැසිරීමක ප්‍රතිඵලයක් ලෙස ඇතිවන ගැටලුවෙන් ගැලවීමේ ලෙහෙසි ක්‍රමයක්” යැයි සඳහන් වේ. 1995 ඇතිවූ සාකච්ඡාව අතරතුරදී පාර්ලිමේන්තු මන්ත්‍රීවරුන්, කාන්තාවන් අවිභාගි සහ වරදට ඉඩ දෙන අය බවට මත ඉදිරිපත් කළ බව සහ, “කාන්තාවන්ට ඊට ස්වභාවික හැඹුරුවාවක් ඇති බව හා අවස්ථාව ලැබුණු විට හිතමතේ ක්‍රියාකරනු ඇති බව” එක් අයකු පැවසූ බව, අබේසේකර (1997) පෙන්වා දෙයි. පාර්ලිමේන්තු මන්ත්‍රී අස්වර් “සංස්කෘතිය” සහ “ශිෂ්ට ලෙස ඇති දැඩිකිරීම යැයි හැඳින්වූ දෙයක්” පිළිබඳ කතා කළ ආකාරය සහ, ගබ්සා නීති සංශෝධනය කිරීමට සහය පළ කිරීම තුළින් අප ආරක්ෂා නොකළ යුතු ආකාරයේ අවිනිත බවක් සතු “අවිචාරවත් කාන්තාවන් සහ ගැහැණු ළමුන්” ට ගබ්සාව තුළින් රුකුල් ලැබෙන්නේ කෙසේදැයි පැහැදිලි කළ ආකාරය පිළිබඳව ද ඇය තවදුරටත් අදහස් දක්වයි. නොමිලේ ලබාදෙන ගබ්සා සම්බන්ධ සේවාවන් හේතුවෙන් ව්‍යති සංවාසය සහ විවාහක තරුණ පිරිස් අතර ලිංගික ක්‍රියාකාරකම් වැඩි විය හැකි යැයි බොහෝදෙනෙකු විසින් දරන මතය පිළිබඳව රාජපක්ෂ සහ ද සිල්වා (2000) අදහස් පළ කරයි; එමෙන්ම, “ව්‍යති සංවාසයට” සහ “වග විභාගයක් නොමැතිව ගබ්සා සම්බන්ධ සේවාවන් ලබාගැනීමට” බලපාන හේතු හරහා ගබ්සාව සම්බන්ධ සංශෝධන ක්‍රියාවලිය ඉදිරියට ගෙනයාම කාන්තාවන් “වරදකාරී නැති” යැයි පෙනී යන අවස්ථාවලට පමණක් සීමා කිරීමට දේශපාලකයින් සහ ප්‍රතිපත්ති සම්පාදකයින් දිරිමත් කිරීමක් සිදුකර ඇති බව කුමාර් (2013) පෙන්වා දෙයි.

**දේශපාලකයින්ගේ පසුගාමීත්වය -
“මහජනදායක” කාරණය**

ගබ්සාව යන මාතෘකාවේ ඇති මත භේදාත්මක ස්වභාවය හේතුවෙන්, අනාරක්ෂිත ගබ්සාවන් යන වැදගත් ගැටලුව මගහැර යාම නිසා රට තුළ සිටින තීරණ ගන්නන්ට විරුද්ධව විවේචන චල්ල වි ඇත. තලගල (2010 ඒ) පවසන පරිදි, ප්‍රධාන වශයෙන්ම බෞද්ධ රටක් වන ශ්‍රී ලංකාව වැනි රටක “විරුද්ධවාදීන් විසින් දේශපාලනික කටයුතුවලට තමන්ට ඵලදායී නිසැකවම යොදා ගනු ඇති නිසා, ගබ්සාව නීතිගත කිරීම වැනි ප්‍රතිපත්තිමය වෙනසකට මුල පිරීමට කිසිදු දේශපාලකයකු පියවර නොගනු ඇත.” ඒ ආකාරයෙන්ම, ගබ්සා නීති පිළිබඳ කටයුතු කිරීම “ප්‍රතිපත්ති සම්පාදකයින්ට සංවේදී සහ අනතුරුදායක” වනු ඇති බව සහ, “ගබ්සාව සම්බන්ධ ශ්‍රී ලංකාවේ නීති වෙනස් කිරීම දරුණු මිමැස්සන් සිටින මි වදයකට ගල් ගැසීමකට සමාන වනු ඇති” බව, ඇමරිකාවරයෙකු පැවසූ බව සේනානායක සහ විල්ලන්ගමුව (2009) සඳහන් කරයි. ගබ්සාවට ඵලදායී සඳාචාරාත්මක සහ ආගමික තර්කයන් දේශපාලනික මානයකට ප්‍රවිෂ්ට වන බව සහ, එය ගබ්සා නීති සංශෝධනය වීම නැවත නැවතත් වැළැක්වීමට බලපෑ තත්ත්වයක් බව අප දකිමු (බැල්වි සහ පිරිස).

ඔවුන් නීති සංශෝධන වළක්වනවා පමණක් නොව, මෙම ගැටලුව පිළිබඳ ඉගෙනීම සහ අදහස් දැක්වීම ද වළක්වයි. සේකරම් (2018) පෙන්වා දෙන පරිදි, ගබ්සාව සම්බන්ධ සංශෝධන පිළිබඳ පවතින සංවාදය සහ මෙම ගැටලුව සම්බන්ධයෙන් රෝමානු කතෝලික පල්ලියේ ස්ථාවරය කේන්ද්‍ර කොටගෙන ග්‍රාස්රෂට්ට් ට්‍රස්ට් නිෂ්පාදනය කළ ඉදිරිපත් කිරීමක්, මෙම නිෂ්පාදනය සඳහා මෙය “සුදුසු කාලය නොවේ” යන හේතුව දක්වමින් වාරණ මණ්ඩලය ප්‍රතික්ෂේප කරන ලදී.

මේ දක්වා පවත්වා ඇති නිල සංවාද සහ සාකච්ඡා ප්‍රජාතන්ත්‍රවාදී නොවීම සහ ආගමික නායකයින් හා පුරුෂයින් විසින් බලපැවැත්වීම මත පදනම්ව, වඩාත් බලපෑමට ලක්වූ කාන්තාවන් ඉන් බැහැර කර තිබීම හේතුවෙන් විවේචනයට ලක්ව ඇත. ගබ්සාව පිළිබඳ විවාදය කෙරෙහි ආගමික නායකයින්ට සහ ආගමික හැඟීම්වලට ඇති බලය පෙරේරා (2017), මුදලිගේ (2017), රාජසිංහම් (2012), ද සිල්වා (2017) සහ බාලවන්දන් (2009) විවේචනය කරන අතර, මහජන සංවාදය තුළ ආගමික මතයට හිමි ස්ථානය ලැබෙන නමුත් එය නීතියට පක්ෂව හෝ ඊට විරුද්ධව පවතින සියල්ල පරාජය කළ හැකි තර්කය නොවිය යුතු බව රාජසිංහ ප්‍රකාශ කරයි. තවද, වෛද්‍යවරුන්ගේ සහ ආගමික නායකයින්ගේ සාකච්ඡාව තුළ එකඟ කාන්තා නියෝජනයක්වත් නොතිබීම හා ඉන් කාර්යයාලීය කව තුළ මෙම ගැටලුවෙන් වඩාත්ම අඩුවෙන් බලපෑමට ලක්ව ඇති අය විසින් මෙම විවාදය පාලනය කිරීමක් දර්ශනය වීම පොත්මුල්ල (2017) විවේචනය කරයි. කාන්තාවන්ගේ උද්දේශන කණ්ඩායම් තීරණ ගැනීමේ ක්‍රියාවලියෙන් බැහැර කොට ඇති ආකාරය අබේසේකර (1997) සහ කුමාර් (2011) පෙන්වා දෙන අතර, 1995 දී පාර්ලිමේන්තුවට ඉදිරිපත් කළ පනත තුළින් බොහොමයක් රාජ්‍ය නොවන ආයතන සම්බන්ධව සිටි සංවාදය නියෝජනය නොවූ බව අබේසේකර සඳහන් කරයි. එමෙන්ම, 2010 මිසොප්‍රොස්ට්ලි පිළිබඳ තීරණය, “සම්බන්ධ වූවන් කවුරුන්ද යන්න හෝ තීරණ ගන්නේ කෙසේද යන්න පිළිබඳ අඩු තොරතුරු ප්‍රමාණයක් මහජනයාට ලබාදුන්”, “වෛද්‍යමය නොවන විශේෂඥයින්ගේ අදහස් ඉතා අඩුවෙන් ලබාගනිමින් සිදු කළ, සංවෘත ක්‍රියාවලියක” ප්‍රතිඵලය බව කුමාර් පවසයි.

ගබ්සාව පිළිබඳ සංවාදය තුළ ගතානුගතික පිරිමි ආගමික නායකයින් විසින් අත්පත් කරගෙන සිටින ඒකාධිකාරයට විරුද්ධව නැගී සිටිමින්, කාන්තා වාදී කතෝලික ජාලය ආගමික නියෝජිතයින් ලෙස සිය මතය ඉදිරිපත් කර සිටී. වෛද්‍යමය ආකාරවලින් ගර්භනී භාවය නැති කිරීමට අවසර දී ඇති අවස්ථා ගණන පුළුල් කිරීමේ අරමුණ ඇතිව 1883 දුණ්ඩ නීති සංග්‍රහයේ අංක 2 සහ අපරාධ නඩු විධි විධාන සංග්‍රහ පනතේ 1979 අංක 15 සංශෝධනය කිරීමට සහය පළ කරමින් ඔවුන් ප්‍රකාශයක් නිකුත් කර ඇති

අතර, ඔවුන්ගේ විශ්වාසය සහ ඔවුන් හැඟී සිටින්නේ කුමක් වෙනුවෙන්ද යන්න වැරදි ලෙස අර්ථ දැක්වීම හේතුවෙන් ආගමික නායකයින්ට විරුද්ධව නැවත නැවතත් හඬ නගා ඇත.

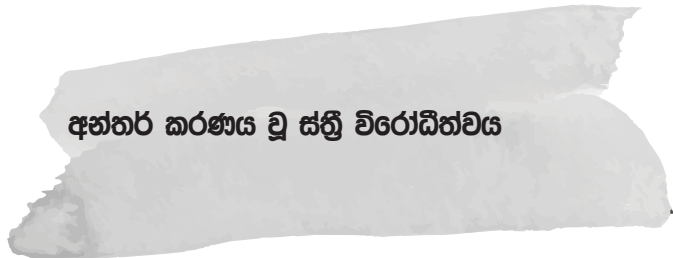
ගබ්සාව පිළිබඳව පවතින විවාදය ගැන ඇති සංවාද බල පවත්වන ආගමික නායකයින් සහ පුරුෂයින් අතර ඇති සමානුපාතය සලකමින්, ගබ්සාව පිළිබඳ යෝජිත සංශෝධන සම්බන්ධයෙන් තීරණ ගැනීමේ ක්‍රියාවලිය තුළ පුළුල් පරාසයක දායකයින් ගණනාවකගේ නියෝජනය තිබිය යුතු බව කුමාර් (2012) සහ වික්‍රමගමගේ (2016) පවසයි. අනාරක්ෂිත ගබ්සාවල ප්‍රතිඵල හේතුවෙන් බලපෑමට ලක්ව ඇති කාන්තාවන් සහ ප්‍රජාවන් මෙම ක්‍රියාවන්වලට සම්බන්ධ කරගත යුතු බව කුමාර් පවසන අතර, මෙය ප්‍රතිපත්ති සැලසුම් කරුවන්, පවුල් සැලසුම් සේවා සපයන්නන්, සෞඛ්‍ය සේවා වෘත්තිකයින් සහ කාන්තා අයිතීන් ක්‍රියාකාරීකරණය යන සියල්ලගේම කඩිනම් අවධානය සහ මැදිහත්වීම අවශ්‍ය ගැටළුවක් බව වික්‍රමගමගේ පවසයි. සාකච්ඡා ක්‍රියාවලියට පුළුල් පරාසයක පාර්ශව සම්බන්ධ කරගැනීමට අමතරව, ගබ්සාව නීතිගත කළත් කාන්තාවන්ට ආරක්ෂිත සහ තෘප්තිමත් සේවා ලබාගැනීමට ඇති හැකියාවට බාධා කිරීමට ඉඩ ඇති, කාන්තාවන්ගේ හා පිරිමින්ගේ, සේවා සපයන්නන්ගේ සහ සේවා පතන්නන්ගේ හිත් තුළ එක ලෙස දැකීම තැන්පත් කර ඇති ජීනාමුලික ස්ත්‍රී-පුරුෂ සමාජභාවී නියමයන් හේතුවෙන් ඇති වෙන්කොට සැලකීම යන ගැටලුව විසඳා ගැනීම ද වැදගත් වේ.

ඉදිරි පියවර: ගබ්සාව නීතිගත කිරීම සහ කොන්කිරීම මඳ පැවැත්වීමට අවධානය

ගබ්සාව නීතිගත කිරීම වෛද්‍යමය කාරණයක් සහ කාන්තා අයිතීන් පිළිබඳ ගැටළුවක් ලෙස හඳුනා ගත්තද, “ප්‍රජනන ස්වාධීනතාවට කාන්තාවට ඇති අයිතිය පිළිබඳ තර්කය ප්‍රතිඵලදායක වන්නේ, කාන්තාවන් යනු සංස්කෘතිකමය, පවුලේ ජීවිතය නොමැතිව ප්‍රජනනය පිළිබඳව තනි තීරණ ගන්නා, නිදහසේ සිතන සහ තෝරා ගැනීම් කරන පුද්ගලයින් බව පෙන්වා දීමට හැකිනම් පමණක්” වන නිසා, අයිතීන් මත පදනම් වූ ශක්තිමත් තර්කයක් ඉදිරිපත් කිරීම ප්‍රායෝගික නොවන බව පිළිබඳව වික්‍රමගමගේ (2016) සඳහන් කරයි. පවුලේ ජීවිතය හැරෙන්නට, අදහස්වල සහ නියමයන්වල ඉතා ගැඹුරු ලෙස තැන්පත් කර ඇති අන්තර්කරණය වූ ජීනාමුලික අදහස්ද පුද්ගල හැසිරීම් වලට විශාල දුරකට බලපායි (වික්‍රමගමගේ, 2016; සේනානානසක, 2009; සුරංග සහ පිරිස, 2017). ආගමික සහ සදාචාරාත්මක හේතූන් නිසා ගබ්සාවට සහය පළ නොකරන බව කාන්තාවන් කියා ඇති අධ්‍යයනයන් ගණනාවකින් මෙම අන්තර් කරණය වූ ජීනාමුලික අදහස් මතුකර තිබීම සලකා බැලීමේදී, මෙය තියුණු ප්‍රකාශයක් වන අතර සිතා බැලීමට ඉතා වැදගත් වේ.

නීතිමය කරුණු වලටත් වඩා, ආගමික සහ සදාචාරාත්මක විශ්වාස ගබ්සාව නීතිගත කිරීම සම්බන්ධයෙන් කාන්තාවන්ගේ අදහස් වලට දැඩි ලෙස බලපා ඇත (අරඹේපොළ සහ රාජපක්ෂ, 2014; සුරංග සහ පිරිස, 2017; අප්ලන්ඩ්, 2018; තලගල, 2010 ඒ). ගබ්සාවක් සිදුකරගැනීම පිළිබඳ ප්‍රතිචාර දක්වන්නන්ගෙන් 42.7% ක් සලකා බලා තිබූ නමුත් ගබ්සාව පවත් යැයි පවතින ආගමික විශ්වාසය නිසා අනවශ්‍ය ගැබ් ගැනීම දිගටම නඩත්තු කළ බවත්, 12% ක් දෙනා ගබ්සාව සමාජමය වශයෙන් අනුමත කළ නොහැකි දෙයක් ලෙස දුටු බවත්, අරඹේපොළ සහ රාජපක්ෂ (2014) සඳහන් කරයි. “ගබ්සාව පවත්” “සමාජය ගබ්සාවට ඉඩ දෙන්නේ නැතැ” “මෙය මිනීමැරීමක්, මෙය අපරාධයක්, අප සංස්කෘතිය ගබ්සාවට ඉඩ දෙන්නේ නැතැ” වැනි අදහස් සහභාගී වුවත් විසින් සුලබව පළ කරන ලද බව අප්ලන්ඩ් (2018) පෙන්වා දෙයි. ඒ ආකාරයෙන්ම, ගබ්සාවක් කෘතීමව සිදු කර ගැනීම සංස්කෘතිකමය සහ සදාචාරාත්මක සාරධර්ම වලට විරුද්ධ බව කාන්තාවන්ගෙන් 93% ක් සහ පුරුෂයින්ගෙන් 70% ක් පැවසූ බව සහ නීති විරෝධී ගබ්සා සේවාවන් සපයන්නන් තුළ ආචාර ධර්මීය හෝ සදාචාරාත්මක සාරධර්ම නොමැති බව 46% ක් දෙනා පැවසූ බව, සුරංග සහ පිරිස (2017) සඳහන් කරයි. ඊට සමානවම, සිය ආගමික ලැදියාව “ඉහළ” මට්ටමක ඇති බව සිතන කාන්තාවන් හා සසඳන කල, එම ලැදියාව “සාමාන්‍ය” යැයි සලකන කාන්තාවන් ගබ්සාවක් සිදුකර ගැනීමේ ඉඩකඩ දෙගුණයකින් වැඩි බව තලගල (2010 ඒ) පෙන්වා දෙයි.

ප්‍රතිචාර දක්වන්නන් 743 ක් අතුරින්, ලිංගික අතවර සඳහා ගබ්සාව හීනිගත කිරීමට 65%ක්, ව්‍යතිචාරය සඳහා 55%ක්, සහ මාරාන්තික කළල අසාමාන්‍යතාවන් සඳහා 53%ක් එකඟ වූ බව සුරංග සහ පිරිස (2017) පෙන්වා දෙයි. කෙසේ නමුත්, උපත් පාලනයන් නිසි ලෙස ක්‍රියා නොකිරීම, අයහපත් ආර්ථික තත්ත්ව හෝ ඉල්ලීමක් සිදුකිරීම වැනි වෙනත් හේතූන් මත ගබ්සාවන් සිදුකිරීම හීනිගත කිරීමට 7%කට අඩු පිරිසක් එකඟ වී ඇත. මවගේ ජීවිතයට අනතුරක් වුවුවද අවස්ථාවල දී ගබ්සා සිදුකිරීම හීනිගත විය යුතු යැයි 38.3% කුත්, මාරාන්තික විෂමතා ඇති අවස්ථාවලදී ගබ්සා සිදුකිරීම හීනිගත විය යුතු යැයි 21.4% කුත්, මවගේ මානසික අසමබරතාවක් ඇති අවස්ථාවල දී ගබ්සා සිදුකිරීම හීනිගත විය යුතු යැයි 18.2% කුත්, සහ ලිංගික අතවර හා ව්‍යතිචාරය වූ අවස්ථාවලදී ගබ්සා සිදුකිරීම හීනිගත විය යුතු යැයි 17.6% කුත් පමණ දෙනා සිතූ බව අධේසිංහ සහ පිරිස (2009) පෙන්වා දෙන ලදී. හීනිමය සංශෝධන සඳහා ඉදිරිපත් කර ඇති යෝජනා වලට ලැබෙන සහාය, හුදෙක් අයිතීන් මත පදනම්ව ගබ්සාව හීනිගත කිරීමට වඩා ශක්තිමත් වනු ඇති බව මෙම සංඛ්‍යා ලේඛන පෙන්වයි.



අන්තර් කරණය වූ ස්ත්‍රී විරෝධීත්වය

ස්ත්‍රී-පුරුෂ සමාජභාවී භූමිකා සහ අපේක්ෂාවන්, ගබ්සාව සඳහා වන සේවාවන් හීනිගත කිරීම සම්බන්ධ ආකල්ප වලට, එනම් කවුරුන්, කොයි අවස්ථාවේදී සහ කුමන හේතුවට වී සේවාවන් ලබාගනී ද යන කරුණු වලට, බලපෑම් ඇති කරන බව අධ්‍යයන ගණනාවක් තුළින් පෙන්වා දී ඇත.

විශේෂයෙන්ම විවාහ නොවූ කාන්තාවන් සඳහා, ගබ්සා සේවාවන් අවශ්‍ය වූ විටක ලබා ගැනීමට හැකි විය යුතු බව ගබ්සාවන්ට යොමු වන පිරිසෙන් අධිකට අඩු පිරිසකට දැනී තිබුණු බව රාජපක්‍ෂ සහ ද සිල්වා (2000) සඳහන් කරයි. ගබ්සාව සම්බන්ධ හීනි ලිහිල් කිරීම අනුමත කරන 45.9% ක් පමණ වන පිරිස අතුරින්, විවාහක සහ අවිවාහක කාන්තාවන් යන දෙපිරිසටම එම ලිහිල් කිරීම ලබාදීම අනුමත කරන බව වාර්තා වූයේ 27% ක් දෙනාගෙන් පමණි. හේතුව කුමක් වුවත්, යුවලගේ අවශ්‍යතාව මත ගබ්සාව හීනිගත කිරීම කළ යුතු බව ගබ්සාවක් සිදුකරගෙන තිබූ කාන්තාවන්ගෙන් 25.4% ක් සහ අනවශ්‍ය ගැබ් ගැනීමකට මුහුණපා තිබූ කාන්තාවන්ගෙන් 11.5% ක් පමණ පැවසූ බව තලගල (2010 ඒ) පෙන්වා දෙයි. ගබ්සාව හීනිගත කිරීම තුළින් ව්‍යති සංවාසයට රුකුල් ලැබෙනු ඇති බව සහ විවාහයට පෙර ලිංගික ක්‍රියාකාරකම් සිදු වීම වැඩිවනු ඇති බව ගබ්සාවක් සිදු කරගෙන තිබූ කාන්තාවන් අතුරින් 29% ක් පමණ දෙනා පවසා ඇත. ශ්‍රී ලංකාවේ ගබ්සාව සම්බන්ධ හීනි ලිහිල් කිරීමට මේ මොහොතේ සහය දැක්වීමට ප්‍රධානතම හේතුව වන්නේ, තවකාලික ලිංගික හැසිරීම්වල වැඩිවීම බව කාන්තාවන්ගෙන් 15% ක් සහ පිරිමින්ගෙන් 5% ක් පමණ දෙනා පවසා ඇති බව සුරංග සහ පිරිස (2017) පෙන්වා දෙයි.

එම නිසා, ගබ්සාව පිළිබඳ සේවාවන් ලබා ගැනීමේදී කාන්තාවන් මුහුණ පාන මානසික සහ කායික ගැටළු වෙනස් කිරීමට හීනිමය සංශෝධන පමණක් ප්‍රමාණවත් නොවනු ඇති බව පැහැදිලි වේ. හීනිමය තත්ත්වය සංශෝධනය කිරීම තුළින් පමණක් ආරක්ෂිත සේවා ලැබෙනැයි තහවුරු කළ නොහැක (මුදලිගේ, 2017; ගුණසේකර සහ විජේසිංහ, 2001; අරඹේපොළ සහ පිරිස, 2014). ඊටත් වඩා, සේවා අපේක්ෂා කරන්නන් සතු ආකල්ප මෙන්ම රජයේ රෝහල්වල සෞඛ්‍ය සේවා සපයන නිලධාරීන් සහ වෘත්තිකයින් සතු යහපත් සහ සහයෝගය දක්වන සුළු ආකල්ප සියල්ලම ගබ්සාව හීනිගත කිරීමට වැදගත් වේ. කොන්කිරීම යන ගැටලුව විසඳන්නේ නැත්නම්, එම සේවා අඩුවෙන් භාවිතා වනු ඇත. තවද, විනිශ්චය කිරීමකින් තොරව ඕනෑම අයකුට සේවා සපයන තරුණ නිතෙන්නී ලිංගික සහ ප්‍රජනන සේවා පැවතීම ද වැදගත් වේ (පෙරේරා, 2017; සොයිසා, 2015).

පරිපූර්ණ ලිංගික අධ්‍යාපනයේ ඇති අවශ්‍යතාව

තරුණ ප්‍රජාව තුළ අනවශ්‍ය ගැබ් ගැනීම් ඇති වීම වැළැක්වීම සඳහා පරිපූර්ණ ලිංගික අධ්‍යාපනය වැඩියෙන් අවශ්‍ය බව ලිංගික සහ ප්‍රජනන සෞඛ්‍ය සම්බන්ධයෙන් පවතින දැනුම පිළිබඳ සංඛ්‍යා ලේඛන සැලකිල්ලට ගැනීමේදී පැහැදිලි වන අතර, එම දැනුම ඔවුන් වැඩිහිටියන් බවට පත්වීමේදී මඟ පෙන්වනවා පමණක් නොව, වැඩිහිටියන් අතර සිදුවන අනවශ්‍ය ගැබ් ගැනීම් සහ ගබ්සා සංඛ්‍යාවටද බලපානු ඇත.

තමන්ගේ ඔසප් වකුයේ සරු කාලය පිළිබඳව ප්‍රතිචාර දක්වන්නන්ගෙන් 75% ක් පමණ දෙනා නොදැන සිටි බව ද සිල්වා සහ පිරිස (2007) ඔවුන්ගේ අධ්‍යයනය තුළින් සොයාගෙන ඇත. මෙම සරු කාලය පිළිබඳව කාන්තාවන්ගෙන් 31% සහ පිරිමින්ගෙන් 57%ක් පමණ එක හා සමාන ලෙස නොදැන සිටි බව සුරංග සහ පිරිස (2017) පෙන්වා දෙයි. පළමු ලිංගික හැසිරීමෙන්ම ගැබ් ගත හැකි බව සහ ලිංගිකව සම්ප්‍රේෂණය වන රෝග වැළඳිය හැකි බව (57% ක් පමණ දෙනා ප්‍රථම ලිංගික හැසිරීමේදී උපත්පාලන භාවිත කර...) දැනසිටියේ ප්‍රතිචාර දක්වන්නන්ගෙන් අඩු ප්‍රමාණයක් බව හේවාගිගන සහ පිරිස (2015) සඳහන් කරයි. ඒ ආකාරයෙන්ම, අඩු උපත් පාලන කොපු භාවිතය සහ ඒවා ලබා ගැනීමට ඇති හැකියාව තුළින් ශ්‍රී ලංකාවේ තරුණ වැඩිහිටියන් අතර ලිංගික සෞඛ්‍ය පිළිබඳ දැනුවත් භාවය ඇතිකිරීම සඳහා අවධානය යොමු විය යුතු කරුණු/ අංශ මොනවාදැයි පෙනී යන බව පෙරේරා සහ රීස් (2006) පෙන්වා දෙයි.

තවද, හදිසි ගැබ් ගැනීම් වැළැක්වීමේ උපක්‍රම (බහුලව හඳුන්වන පරිදි, "පසුදා උදේ පෙත්ත") පිළිබඳ ඇති දැනුම මඳ කම තුළින් පෙනෙන්නේ, වළක්වා ගැනීමේ හැකියාව තිබියදී දැනුම මදිකම නිසාවෙන්ම සිදුවන ඉහළ ගැබ් ගැනීම් ප්‍රමාණය යි. පොස්ට්නෝර් යනු හදිසි උපත් පාලන ක්‍රමයක් බව, උපත් පාලන ක්‍රම භාවිත නොකරන පිරිසෙන් 25% ක් පමණ, සහ සාම්ප්‍රදායික ක්‍රම භාවිත කරන්නන්ගෙන් 1/3 ක් පමණ පමණක් දැන සිටි බව ද සිල්වා සහ පිරිස (2007) පෙන්වා දෙන අතර, කාන්තාවන්ගෙන් 51% ක් පමණක් හදිසි උපත් පාලන ක්‍රම පිළිබඳ දැන සිටි බව ඔවුන්ගේ අධ්‍යයනය තුළින් සුරංග සහ පිරිස (2017) පෙන්වා දෙයි.

ලිංගිකව හැසිරීම සම්බන්ධයෙන් නිවැරදි දැනුම සහ ආකල්ප සමග දරුවන් වැඩෙන බව තහවුරු කිරීම සඳහා සහ අනවශ්‍ය ගැබ් ගැනීම් වැළැක්වීම සඳහා රට පුරා පාසැල් තුළ පරිපූර්ණ ලිංගික අධ්‍යාපනය ඉගැන්වීම අත්‍යවශ්‍ය වේ (සමරරත්න, 2017; පෙරේරා, 2018; කුමාර්, 2011; ද සිල්වා, 2015). පරිපූර්ණ ලිංගික අධ්‍යාපනය සම්බන්ධ වැඩසටහන් පැවැත්වීම සඳහා සුදුසුකම් ලත් ගුරුවරුන් ගේ මදිකම ද සිල්වා සහ පිරිස (2007) පෙන්වා දෙන අතර, දෙමවුපියන්ට සහ ගුරුවරුන්ට ලිංගිකත්වය පිළිබඳ විවෘතව කතා කිරීම අපහසු ක්‍රියාවක් බවට පත් වීමට හේතු වන, ලිංගිකත්වය යනු අපහසුතාවයට පත් කරන සුලු, නොපිළිගත් සහ භයානක විය හැකි දෙයක් බවට පවතින ආකල්ප පිළිබඳ ගුණාසේකර සහ විජේසිංහ (2001) සඳහන් කරයි.

වින්දනය සඳහා ලිංගිකව හැසිරීම සහ විවාහයට පෙර ලිංගිකව හැසිරීම ලැජ්ජා සහගත යැයි සලකන ආකල්ප සම්බන්ධයෙන් කටයුතු කිරීම සඳහා, උපත් පාලන ක්‍රම පිළිබඳ තොරතුරු වලට පමණක් සීමාවූ අධ්‍යාපනය ප්‍රමාණවත් නොවේ. ලිංගික අධ්‍යාපනයේ වැදගත් කම පමණක් නොව, ප්‍රජනන සෞඛ්‍ය සේවා සම්බන්ධ මඟ පෙන්වීම සහ මනෝ සමාජීය සහය බලාපොරොත්තු වන පුද්ගලයින් වෙනුවෙන් ස්ත්‍රී-පුරුෂ සමාජභාවය පිළිබඳ සංවේදී, කාරුණික, විනිශ්චය නොකරන සහය ජාල පිළිබඳ දැනුම ඇතුළත් සබඳතා පිළිබඳ අධ්‍යාපනයේ ඇති වැදගත්කම ද සොයිසා (2015) සහ කාන්තාවාදී කතෝලික ජාලය (2018) අවධාරණය කරයි. තවද, ලිංගික ප්‍රවණ්ඩත්වය සහ ප්‍රවණ්ඩත්වය අඩුවන බව තහවුරු කිරීමට, ගෞරව කිරීම සහ සම්මුතිය පිළිබඳ අධ්‍යාපනය ලබා දීමද අත්‍යවශ්‍ය වනු ඇත.

අරමුණුම

වගන්තිය 303

“දරුවකු සහිත කාන්තාවකගේ ජීවිතය බේරාගැනීමේ යහපත් අරමුණින් හැර, එම දරුවා ගබ්සා වීමට ස්වේච්ඡාවෙන් ම හේතු වන ඕනෑම අයෙකු අවුරුදු තුනක් දක්වා වන ඕනෑම එක් ආකාරයක සිර දඬුවමකට හෝ ඒ දෙකටම යටත් කරනු ඇත; කළලය සෙලවීමට පටන් ගෙන තිබීණි නම්, අවුරුදු හතක් දක්වා වන ඕනෑම එක් ආකාරයක සිර දඬුවමකට සහ දඩයකටද යටත් කරනු ඇත.”

වගන්තිය 304

“කළලය සෙලවීමට පටන්ගෙන තිබුණත් හැතත්, පෙර වගන්තියේ අර්ථ දක්වා ඇති වරද, අදාළ කාන්තාවගේ කැමැත්තෙන් තොරව සිදුකරන ඕනෑම අයකු අවුරුදු විස්සක් දක්වා වන ඕනෑම එක් ආකාරයක සිර දඬුවමකට යටත් කරනු ඇති අතර, දඩයකටද යටත් කරනු ඇත.”

වගන්තිය 305

දරුවකු සහිත කාන්තාවකගේ ගබ්සා වීමට හේතු වීමේ චේතනාව සහිතව එවැනි කාන්තාවගේ මරණයට හේතුවන කුමන හෝ ක්‍රියාවක් සිදුකරන ඕනෑම අයෙකු අවුරුදු විස්සක් දක්වා වන ඕනෑම එක් ආකාරයක සිර දඬුවමකට යටත් කරනු ඇති අතර, දඩයකටද යටත් කරනු ඇත.

වගන්තිය 306

ඕනෑම දරුවෙකුගේ උපතට පෙර එම දරුවා පණපිටින් උපත ලැබීම වැළැක්වීමේ චේතනාව ඇතිව හෝ උපතින් පසුව එම දරුවාගේ මරණයට හේතුවන මොහයම් හෝ ක්‍රියාවක් සිදුකරන, සහ එවැනි ක්‍රියාවකින් දරුවෙකු පණපිටින් උපත ලැබීමේ වළක්වන, හෝ උපතින් පසුව දරුවාගේ මරණයට හේතුවන, ඕනෑම අයකු එම ක්‍රියාව දරුවාගේ මවගේ ජීවිතය බේරා ගැනීමේ යහපත් අරමුණින් නොකරන්නේ නම්, අවුරුදු දහයක් දක්වා වන ඕනෑම එක් ආකාරයක සිර දඬුවමකට හෝ දඩයකට හෝ, එසේත් නැත්නම්, ඒ දෙකට ම යටත් කරනු ඇත.

References

- Abeyasinghe, N.L., Weerasundera, B.J., Jayawardene, P.A., Somarathna, S.D. (2009) Awareness and views of the law on termination of pregnancy and reasons for resorting to an abortion among a group of women attending a clinic in Colombo, Sri Lanka. *Journal of Forensic and Legal Medicine*, 16(3), pp.134-137.
- Abeysekera, S. (1997). Abortion in Sri Lanka in the Context of Women's Human Rights. *Reproductive Health Matters*, 5(9), pp.87-93.
- “ABORTION - IS MURDER OF A VOICELESS AND DEFENCELESS INNOCENT HUMAN BEING AND IS MORALLY WRONG’ PROTECT THE UNBORN CHILDREN AND ENSURE CHILDREN'S RIGHT TO LIFE” (2012, October 30). Retrieved from <https://www.tcnlnet.com/archdiocese-of-colombo.html>.
- Apland, K. (2018). Overprotected and Underserved: The Influence of Law on Young People’s Access to Sexual and Reproductive Health in Sri Lanka. *Family Planning Association of Sri Lanka*, pp.303-315.
- Arabepola, C., Rajapakse, L. C. (2014) Decision making on unsafe abortions in Sri Lanka: a case-control study. *Reproductive Health*, 11(91), pp.1-8.
- Arambepola, C., Rajapakse, L.C., Galwaduge, C. (2014) Usual hospital care versus post-abortion care for women with unsafe abortion: a case control study from Sri Lanka. *BMC Health Services Research*, 14(470), pp.1-9.
- Ban, D.J., Kin, J., De Silva, W.I. (2002). Induced abortion in Sri Lanka: who goes to providers for or pregnancy termination?. *US National Library of Medicine*, 34(3), pp.
- Careem, Z. (1992, May 2). Unplanned pregnancies put others’ lives at risk. *The Island*.
- Cousins, S. (2017, December 11). Sri Lankan Women Too Scared to Seek Legal Post-Abortion Care. *News Deeply Women*.
- Dalvie et al. (2010). A Study of Knowledge, Attitudes and Understanding of Legal Professionals about Safe Abortion as a Women’s Right, *Asia Safe Abortion Partnership*, p.1-10.
- “Decriminalise abortion in Sri Lanka: Statement by human rights defenders and women’s groups”. (2017, September 13). Retrieved from <http://www.ft.lk/opinion/Decriminalise-abortion-in-Sri-Lanka--Statement-by-human-rights-defenders-and-women-s-groups/14-639448>.
- De Silva, E. 2015. Country Profile on Universal Access to Sexual and Reproductive Rights: Sri Lanka. *Women and Media Collective*.
- De Silva, W. I. (1997). The practice of induced abortion in Sri Lanka. *Harvard School of Public Health*

- De Silva, W. I. , Dayananda, R. A., Perera, NW. (2007). Contraceptive behaviour of abortion seekers in Sri Lanka. *Asian Population Studies*, 2(1), pp.3-18.
- Fonseka, P. (2017, August 26). Changing abortion law: Catholic Church says No. *Daily Mirror*.
- Gunasekera, PC. and Wijesinghe, PS. 2001. Reducing abortions is a public health issue. *Ceylon Medical Journal*, 46(2), pp.41-44.
- Gunatilleke, N. (2017, August 23). Bill to allow aborting foetus on two counts. *Daily News*.
- Handunnetti, D. (1994, September 18). Is Abortion Illegal? *Sunday Island*.
- Hewage, P. (2003). Profile of abortion seekers in the Colombo District and reasons for having induced abortions. Department of Geography, Faculty of Humanities and Social Sciences, University of Ruhuna, Matara, Sri Lanka, pp.69-90.
- Kodagoda, A. (2012, January 8). Abortion rules should be relaxed to suit medical needs – Minister Tissa Karaliyadda. *Sunday Observer*.
- Kumar, R. (2011, August 2). Misoprostol and women’s health in Sri Lanka. *The Island*.
- Kumar, R., Kumar, S., Sivamohan, S., Karunayake, D., Fernando, N. (2012, May 13). Abortion laws: Another view. *The Island*.
- Kumar, R. (2013). Abortion in Sri Lanka: The Double Standard. *American Journal of Public Health*, 103(3), pp.400-404.
- Mudugamuwa, M. (2011, November 25). Nearly 300,000 abortions per year in Sri Lanka – Health ministry. *The Island*.
- Perera. L. (2015, May 28). Why do Sri Lankan women need access to safe, legal and affordable abortion services?? [Blog post]- Retrieved from <http://asap-asia.org/blog/why-do-sri-lankan-women-need-access-to-safe-legal-and-affordable-abortion-services/#sthash.D98S1dTC.dpbs>.
- Perera, S. (2008, April 6). Deadly drugs: Two illegal abortion pills widely used in Sri Lanka. *The Island*.
- Perera. S. (2010, October 9) Mifepristone and Misoprostol sold on the sly Use of banned abortion drugs in Sri Lanka cause concern in medical circles. *The Island*.
- Perera, S. (2017 October 16). Medical Paternalism: The Price to Pay for Women’s Reproductive Autonomy? [Blog post]. Retrieved from <http://resurj.org/blog/Medical-Paternalism-The-Price-to-Pay-for-Womens-Reproductive-Autonomy>.
- Pothmulla, L. (2017, August 15). Abortion: Medical doctors brief religious leaders. *Daily Mirror*.
- Rajapakse, L. (1999). Estimates of induced abortions in urban and rural Sri Lanka. Faculty of Medicine, University of Colombo.

- Rajapakse, L., de Silva, I. (2000). Profile of women seeking abortion. University of Colombo.
- Samararatne, D. (2017, September 13). The Abortion Debate: Mismatched and Misplaced. Groundviews.
- Sekaram, S. (2018, May 3). PART I: Where are We Now in the Abortion Debate: The Sri Lankan Spectrum. Bakamoono.
- Senanayake, L. (2009). Prevention of unsafe abortion in Asia Oceania Region. Asia Oceania Federation of Obstetrics and Gynecology.
- Senanayake, L., Hemapriya, S., Pathiraka, R., Lanerolle, S. Ministry of Health, Nutrition and Indigenous Medicine Sri Lanka (2015). National Guidelines of Post Abortion Care (Second Edition).
- Senanayake, L., Willatgamuwa, S. (2009). Reducing the Burden of Unsafe Abortion in Sri Lanka. Family Planning Association of Sri Lanka, pp.3-61.
- “Should abortion be legalized?” (2017, September 9). Retrieved from <https://srilankamirror.com/news/4803-should-abortion-be-legalized>
- Suranga, MS., Silva, KT., Senanayake, L. (2016). Attitudes of Adults Concerning Induced Abortion and Abortion Law – A Community Based Study in Colombo City of Sri Lanka, Asia Pacific Conference on Reproductive and Sexual Health and Rights, Myanmar, February.
- Suranga, MS., Silva, KT., Senanayake, L. (2017). Gender differences in knowledge and attitudes concerning induced abortion in Sri Lanka: a community based study in the Colombo City. Sri Lanka Journal of Social Sciences, 40(2), pp.93-102.
- Thalagala, N. (2010). Economic Perspectives of Unsafe Abortions in Sri Lanka. Family Planning Association of Sri Lanka.
- Thalagala, N. (2010). Process, Determinants, and Impact of Unsafe Abortions in Sri Lanka. Family Planning Association of Sri Lanka, pp.1-83.
- Thalagala, N. (2010). Unsafe abortions in Sri Lanka –facts and risk profile. Journal of The College of Community Physicians of Sri Lanka, 15(1), pp.1-12.
- Tharmakulasingham, V. (2018, September 19). SRI LANKA – “If you are not in favour of legal abortion, then you are in favour of illegal abortion.”
- “Where the womb becomes the tomb”. (2012, November 8) Retrieved from <http://www.daily-mirror.lk/opinion/172-opinion/23345-where-the-womb-becomes-the-tomb-.html>.
- Wickramagamage, C. (2016). “Her Body, Her Right”?: Interrogating the Discourse on Abortion in Sri Lanka. Sri Lanka Journal of Social Sciences, 27(1), pp.17–59.
- Wijedasa, N. (2016, May 15). Abortions: No accurate figures because it is underground. The Sunday Times.

World Health Organization (2015) Health worker roles in providing safe abortion care and post-abortion contraception. Geneva: WHO.

Wuthmann, W. (2017, September 8). Should abortion be legalized in case of rape? Daily News.

“ ඔබ ආරක්ෂිත ගර්භනී භාවය අවසන් කිරීමකට සහයෝගය ලබා නොදෙනවා යනුවෙන් අදහස් වන්නේ ඔබ අනාරක්ෂිත ආකාරයෙන් සිදුවන ගර්භනී භාවය අවසන් කිරීම කෙරෙහි සහාය දක්වන බවයි.”

“නිங்கள் සட்டක් කරුණකලාප්පුකු ආරවක ඉල්ලාච්ඨාල්, නිங்கள் සඨච්චරොඨ කරුණකලාප්පුකු ආරවක උළුආර්කල්.”



bakamoono.lk