

වයස්ගතවීම කෙරෙහි බලපාන ප්‍රජා විද්‍යාත්මක සහ සමාජීය සාධක

ප්‍රජා වෛද්‍ය විශේෂඥ දීපති පෙරේරා

වැඩිහිටි ලෙස සැලකෙන වයස් කාණ්ඩයට අයත් ජනගහනයේ අනුපාතය ඉහළ යමින් පවතින බැවින් ශ්‍රී ලංකාව දැන් වයස්ගත වන ජනගහනයක් සහිත රටක් ලෙස සැලකෙයි. (1 වන වගුව බලන්න). ශ්‍රී ලංකාවේ විශ්‍රාම යාමේ වයස රාජ්‍ය සහ පෞද්ගලික අංශය යන දෙකටම පොදු වන සේ අවුරුදු 55-60 යන්න පදනම් කර ගෙන වයස අවුරුදු 60ට වැඩි පුද්ගලයන් වැඩිහිටියන් ලෙස සලකනු ලබයි.

මෙරට සාඵලාතාව සහ මර්ත්‍යතාව පහළ යෑම හේතු කොට වැඩිහිටි පුද්ගලයන්ගේ අනුපාතය ඉහළ ගොස් ඇත. සෞඛ්‍ය සත්කාරය, පවුල් සැලසුම් සේවා, අධ්‍යාපනය, පෝෂණය, සනීපාරක්‍ෂාව යනාදියෙහි දියුණුව සහ ආර්ථිකමය යහපැවැත්ම ආදී සාධක රැසක් සාඵලාතාව සහ මර්ත්‍යතාව පහත හෙළීම සඳහා දායක වී ඇත. අනෙක් දකුණු ආසියානු රටවල් සමඟ සන්සන්දනය කරන විට ශ්‍රී ලංකාවේ වැඩිහිටි ජනගහනයේ අනුපාතය ඉහළය (එක්සත් ජාතීන්ගේ ලෝක ජනගහන අපේක්‍ෂා, 2004 සමාලෝචනය).

වයස හා ලිංගිකත්ව ව්‍යුහය

ජනගහනයේ වයස සහ ලිංගිකත්ව ව්‍යුහය (ගණනින් හෝ අනුපාත හෝ ලෙස) ප්‍රස්තාරයක සටහන් කළ විට වයස් පිරමිඩයක් තැනේ. පිරමිඩයෙහි පාදය මගින් බාලම වයසේ ජනගහන කොට්ඨාසය දක්වන අතර ඉහළම කොටස වයස්ගතම ජනගහනයට අයත් කොට්ඨාසය දක්වයි. මෙම ව්‍යුහය තුළ විවිධ වයස් කණ්ඩායම් සතු අනුපාතය ජනගහන වර්ධනය කෙරෙහි හේතුකාරක වන සාධක-එනම් මර්ත්‍යතාව, සාඵලාතාව සහ සංක්‍රමණය-බලපෑම හේතු කොට වෙනස් වීම්වලට ලක් වෙයි.

2007 දී ද සිල්වා ඉදිරිපත් කළ ප්‍රක්ෂේපණ අනුව ඉදිරි දශක වල දී ශ්‍රී ලංකා ජනගහනයේ මෙම වයස් ව්‍යුහය ප්‍රධාන වෙනස්කම් ගණනාවකට ලක් වනු ඇත. 2001 වර්ෂය සඳහා වන ජනගහන පිරමිඩයට අනුව වයස අවුරුදු 15ට අඩු (<අවු 15) ළමා ජනගහනය එම වර්ෂයේ වැඩිහිටි ජනගහනයට (අවු 60+) වඩා වැඩි බව දක්වයි. එසේම වැඩ කරන වයසේ ජනගහන අනුපාතය (අවු. 15-59), එම වර්ෂයේ වයස අවුරුදු 15ට අඩු (<අවු. 15) ළමා ජනගහනය සහ වයස අවුරුදු 60 (60+) ට වැඩි වැඩිහිටි ජනගහන අනුපාත සංයුක්ත කර ගත් ප්‍රමාණයට ද වඩා ඉහළය. එමගින් වර්ෂ 2001 දී මුළු යැපෙන්නන් ගේ ප්‍රමාණය අවම මට්ටමක පැවතී බව පෙනී යයි. මෙම ශතවර්ෂය අවසාන වන විට ජනගහන ව්‍යුහයේ පිරමිඩාකාර හැඩය සැලකිය යුතු තරමින් දක්නට නොලැබී ගොස් වැඩිහිටි වයස් කණ්ඩායම් වැඩි ප්‍රමාණයක් හිමි කරගන්නා ඉහළ යැපීම් රටාවක් දක්නට ලැබෙනු ඇත. වර්ෂ 2001, 2020, 2026, 2051, 2101 සඳහා වන ජනගහන ව්‍යුහ දක්වන 1 වන රූ සටහන මගින් මෙම තත්වය වඩාත් පැහැදිලි කර ගත හැකිය.

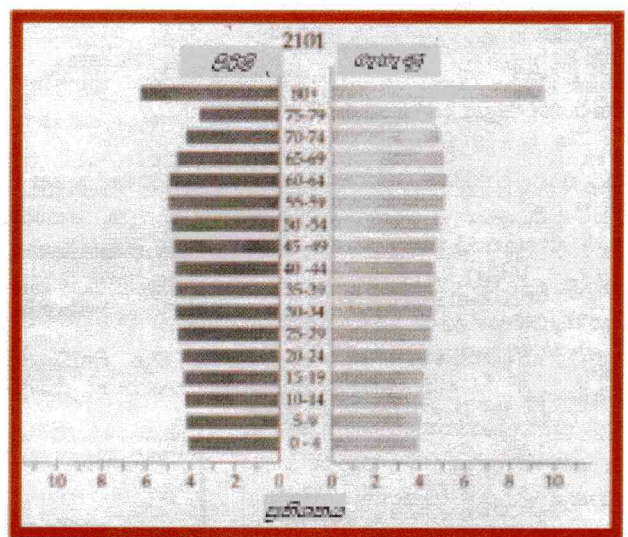
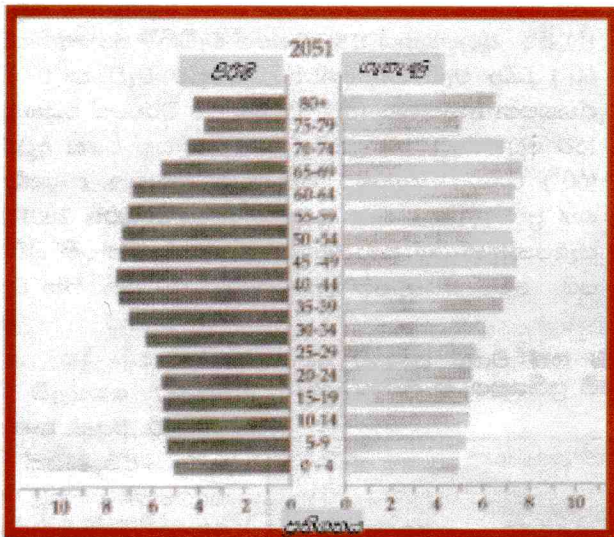
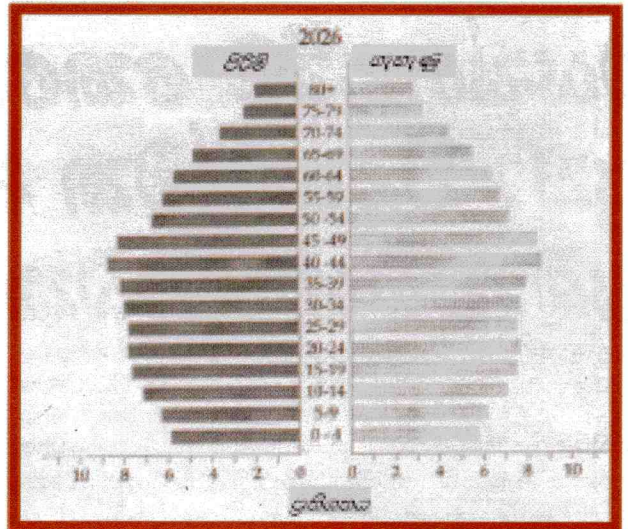
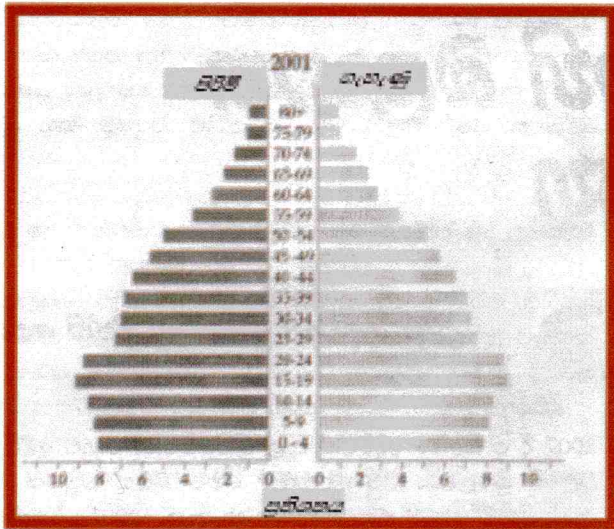
1 වන වගුව: තෝරා ගත් වයස් කාණ්ඩ අනුව ජනගහනය බෙදී යෑමේ ප්‍රතිශතය, ශ්‍රී ලංකාව 1971-2071.

වසර	වයස් කාණ්ඩය			එකතුව
	<අවු. 15	අවු.15-59	අවු.60+	
1971	39.0	54.7	6.3	100
1981	35.2	58.2	6.6	100
2001	26.3	64.5	9.2	100
2011*	22.8	64.7	12.5	100
2021*	19.4	63.9	16.7	100
2031*	16.1	63.2	20.7	100
2041*	15.2	60.0	24.8	100
2051*	14.9	56.3	28.8	100
2061*	14.4	54.3	31.3	100
2071*	14.7	52.0	33.3	100

මූලාශ්‍රය: 1971-2001 අතර දත්ත, සංගණන සහ සංඛ්‍යාලේඛන දෙපාර්තමේන්තුවෙහි. 2011-2071 සඳහා දත්ත, ද සිල්වා (2007) ප්‍රක්ෂේපිත දත්ත වලිනි.

පුළුල් වයස් කාණ්ඩ අනුව ජනගහනය

ඩබ්. අයි ද සිල්වා (2007) නිශ්චිත වයස් කණ්ඩායම් අනුව සිදු කළ ජනගහන විශ්ලේෂණය කෙරෙහි අවධානය යොමු කිරීම තුළින් වයස්ගතවන ජනගහනයේ අනාගත ප්‍රවණතාව විශ්ලේෂණය කළ හැකිය.



1 වන රූ සටහන: වර්ෂ 2001, 2026, 2051 සහ 2101 සඳහා වන ජනගහනයේ වයස් ලිංගිකතාවය පිළිබඳ ප්‍රක්ෂේපිත වෙනස්කම්
 මූලාශ්‍රය: ද සිල්වා ඩබ්. අයි. ශ්‍රී ලංකාව සඳහා ජනගහන ප්‍රක්ෂේපිතය (2007) සෞඛ්‍ය ප්‍රතිපත්ති පිළිබඳ ආයතනය, ශ්‍රී ලංකාව

ළමා ජනගහනය (<අවු. 15)

වසරින් වසරම ළමා ජනගහනයේ (<අවු. 15) ප්‍රමාණය පහත බසිනු ඇත. වර්ෂ 1971 දී ජනගහනයෙන් 39.0% ක් වූ මෙය වර්ෂ 2001 වන විට 26.3% දක්වා පහත වැටී ඇත. එය තව දුරටත් ක්‍රම ක්‍රමයෙන් පහළ බසිනු ඇතැයි අපේක්ෂා කෙරේ.

වැඩ කරන වයසේ ජනගහනය (අවු. 15-59)

ළමා ජනගහනය මෙන් නොව, වැඩ කරන වයසට අයත් ජනගහන කාණ්ඩය වර්ෂ 2026 වන තුරු සංඛ්‍යාත්මකව ඉහළ ගොස් ඉන් ඉක්බිතිව පහළ වැටීම අරඹනු ඇත. කෙසේ වෙතත් ප්‍රතිශතයක් ලෙස ගත් කල එහි උපරිමය වර්ෂ 2006 දී ඇති වූ අතර ක්‍රමයෙන් පහළ බසිනු ඇතැයි අපේක්ෂිතය.

වැඩිහිටි ජනගහනය (අවු. 60+)

වයස අවුරුදු 15ට අඩු ළමා ජනගහනයේ පහළ යාමත් සමගම වැඩිහිටි ජනගහනය සැලකිය යුතු ලෙස ඉහළ යාමක් සිදුවනු ඇතැයි අපේක්ෂිතය. 2001 වර්ෂයේ ජන සංගණනය අනුව මිලියන 1.7ක් ලෙස සංගණිත වූ වැඩිහිටි ජනගහනය වර්ෂ 2021 වන විට මිලියන 3.6 දක්වා ඉහළ යනු ඇතැයි අපේක්ෂිතය. ඉන් පෙනෙනුයේ මිලියන වසර 20ක කාලය තුළ දී වැඩිහිටියන් සංඛ්‍යාව දෙගුණ වන බවකි. සාප්ප්‍රායතාව සහ මර්ත්‍යතාවය දක්වන පහළ බැසීමේ ප්‍රවණතාවයෙහි ප්‍රතිඵලයක් ලෙස එළඹෙන වසර වල දී විශේෂයෙන්ම වර්ෂ 2031 සහ 2061 යන කාලපරිච්ඡේද සමයන්හි දී වැඩිහිටියන්ගේ සංඛ්‍යාව පිළිවෙළින් මිලියන 4.5ක් සහ මිලියන 6.3ක් වනු ඇත. වර්ෂ 2041 වන විට ශ්‍රී ලංකාවේ ජනගහනයෙන් සෑම

4 දෙනෙකුගෙන්ම එක් අයෙක් වැඩිහිටි පුද්ගලයෙකු වනු ඇතැයි අපේක්ෂිතය. ශ්‍රී ලංකාවේ ජනගහනයේ වයස් ගත වීම දිගටම පැවතියත් වර්ෂ 2021 දී පවා ළමා ජනගහනයේ අනුපාතය වැඩිහිටි ජනගහනයේ අනුපාතය ඉක්මවා යයි.

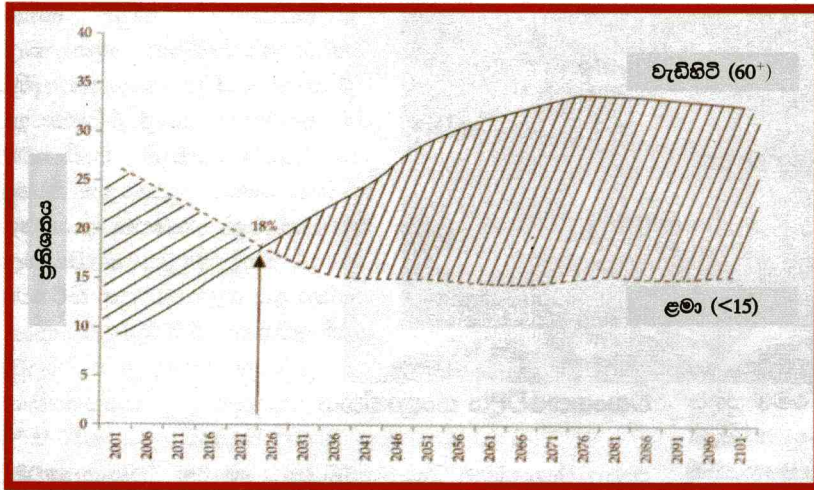
මෙහි පහත දැක්වෙන 2 වන රූ සටහන අනුව ශ්‍රී ලංකාවේ ජනගහනය වර්ෂ 2024 දී ළමා (<අවු. 15) සහ වැඩිහිටි (අවු. 60+) ජනගහනයේ ප්‍රතිශතය 18%ක් වශයෙන් එක හා සමාන වනු ඇත. කෙසේ වුවත් වර්ෂ 2024ත් පසුව වැඩිහිටි ප්‍රතිශතය සැලකිය යුතු ලෙස ඉහළ යනු ඇති අතර වැඩිහිටියන් සහ ළමයින් අතර පවත්නා ප්‍රතිශත පරතරය වැඩිහිටියන්ට වාසි සහගත වන සේ පුළුල් වනු ඇත.

වර්ෂ 2041 වන විට ශ්‍රී ලංකාවේ ජනගහනයෙන් සැම 4 දෙනෙකුගෙන්ම එක් අයෙක් වැඩිහිටි පුද්ගලයෙකු වනු ඇතැයි අපේක්ෂිතය. ශ්‍රී ලංකාවේ ජනගහනයේ වයස් ගත වීම දිගටම පැවතියත් වර්ෂ 2021 දී පවා ළමා ජනගහනයේ අනුපාතය වැඩිහිටි ජනගහනයේ අනුපාතය ඉක්මවා යයි.

ජනගහනයේ මධ්‍යන වයස

ජනගහන මධ්‍යනයන්හි දී, ජනගහනයේ මධ්‍යනය හෝ මධ්‍යස්ථ වයස ඉහළ යාම, ජනගහනය වයස්ගත වීමක් ලෙස සැලකෙයි. ජනගහනයේ මධ්‍යස්ථ වයස ශීඝ්‍රයෙන් ඉහළ යාම ජනගහනය වයස්ගත වීමේ රටාව විදහා දක්වන වැදගත් ලක්ෂණයක් වනවා මෙන්ම ශ්‍රී ලංකාවේ අනාගත ජනගහන ප්‍රවණතාවය ද පෙන්නුම් කරයි. වර්ෂ

2001 දී මෙරට ජනගහනයේ මධ්‍යස්ථ වයස අවුරුදු 27.9 ක් වූ අතර ඉන් පෙන්නුම් කරනුයේ ජනගහනයේ අඩක් එම වයසට වඩා අඩු වයස සහිත වූවන් බවය. සාඵලයතාව සහ මර්ත්‍යතාව ශීඝ්‍රයෙන් පහළ බැසීම, හේතු කොට වර්ෂ 2031 වන විට ශ්‍රී ලංකා ජනගහනයේ මධ්‍යස්ථ වයස අවුරුදු 39.6 දක්වා ඉහළ යනු ඇතැයි ප්‍රක්ෂේපිතය.



2 වන රූ සටහන: 2001-2101 අතර ළමා (<අවු. 15) සහ වැඩිහිටි (අවු. 60+) ජනගහනයේ ප්‍රක්ෂේපිත සාපේක්ෂ ප්‍රමාණය.

මූලාශ්‍රය: ද සිල්වා ඩබ්. අයි. ශ්‍රී ලංකාව සඳහා ජනගහන අපේක්ෂිතය (2007) ශ්‍රී ලංකාවේ සෞඛ්‍ය ප්‍රතිපත්ති ආයතනය

වයස්ගත වීමේ ප්‍රජා විද්‍යාත්මක, සාමාජීය සහ ආර්ථිකමය ගමයන්

සංවර්ධිත රටවල වයස අවුරුදු 60+ට වැඩි ජනගහන කාණ්ඩයේ අනුපාතය දෙගුණ වීමට වසර 100ක කාලයක් ගත වූන ද ශ්‍රී ලංකාව තුළ එම වෙනස සිදුවන්නේ අවුරුදු 25ක් තරම් කෙටි කාලයක් තුළදීය. එනිසා අනිවාර්යයෙන්ම වයස්ගතවීම නිසා ආර්ථිකයට සිදුවන බලපෑම ප්‍රබලය. සෞඛ්‍යමය සත්කාර අවශ්‍යතා සහ වෙනස්වන සාමාජීය අවශ්‍යතා ඇතුළු වයස්ගත වීමේ පල විපාක වලට හැඩ ගැසීමට සහ සුදානම් වීමට ඇත්තේ ඉතා සුළු කාලයකි. එසේම

මෙම වෙනස්වීම් සිදු කර ගැනීමට සිදු වනු ඇත්තේ ද අප සතු සීමිත සම්පත් තුළට සීමාවය (ලෝ. සෞ.සං., 2002 සක්‍රීය වයස්ගත වීම ප්‍රතිපත්තිමය පාදක ව්‍යුහය). වයස්ගත වීමත් සමග සමාජ සේවාවන් වෙත ඇති කරන ඉල්ලුම සපුරාලීම සඳහා වයස්ගත ජනගහනයේ වයස, ලිංගිකත්වය සහ විවාහක-අවිවාහක යන විචල්‍යයන් සැලකිල්ලට ලක් කළ යුතු බව, ද සිල්වා, බෝයගොඩ හා රත්ගලගේ (2007) දී සිදු කළ අධ්‍යයනයන් මගින් නිරීක්ෂණය කර ඇත.

ප්‍රජා විද්‍යාත්මක පාරිභෝගිකය

2007 දී අබේකෝන් සහ සඳරත්න යන දෙපළ තම අධ්‍යයන තුළින් පෙන්වා දී ඇති පරිදි ජනගහන වයස් ව්‍යුහයෙහි ඇති

පුම්හිර බව පිළිබඳ දර්ශනය

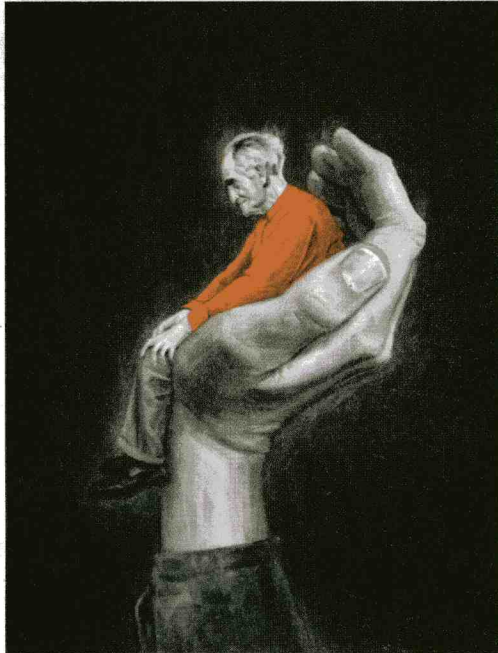
වැඩිහිටි වයස් කණ්ඩායමහි ස්ත්‍රී අනුපාතය, ඒවායෙහි පුරුෂ අනුපාතයට වඩා සැලකිය යුතු ලෙස ඉහළ මට්ටමකින් පවතිනු ඇත. වර්ෂ 2001 දී ශ්‍රී ලංකාවේ විසූ ස්ත්‍රීන් 100 කට සිරි පිරිමි සංඛ්‍යාව 98ක් පමණය. එලඹෙන දශකයන් හි දී ද ස්ත්‍රී හිතකර ලිංගික අනුපාතය තව දුරටත් ඉහළ යනු ඇත. එයට ප්‍රධානම හේතුව වනුයේ පුරුෂ ජීවිතාපේක්ෂණ කාලයට වඩා වැඩි දියුණුවක් ස්ත්‍රී ජීවිතාපේක්ෂණ කාලයට හිමිව තිබීමය. සම්මත ප්‍රක්ෂේපණ දක්වන පරිදි වර්ෂ 2031 දී ශ්‍රී ලංකාවේ ජනගහනය එහි උපරිමයට සමීප වූ විට මෙරට ලිංගික අනුපාතය වනු ඇත්තේ ස්ත්‍රීන් 100 කට පුරුෂයන් 94.4 කි.

වූ වෙනස්කම් ජනගහනය තුළ නව යෞවන හා තරුණ කණ්ඩායම්හි ඉහළ අනුපාතයක් ද හිමි කර ඇත. දැනට, මෙතෙක් ශ්‍රී ලංකාවේ ප්‍රජා විද්‍යාත්මක ඉතිහාසයේ කවදාවත් නොසිටි තරම් වූ තරුණ ජනගහනයක් ශ්‍රී ලංකාවේ වෙසෙති. මෙය, එක් වතාවක් පමණක් හිමිවන පාරිතෝෂිකයක් වන අතර එය ප්‍රජා විද්‍යාත්මක පාරිතෝෂිකය ලෙස හැඳින්වෙයි.

ශ්‍රී ලංකාවේ වර්තමාන ප්‍රජාවිද්‍යාත්මක ව්‍යුහය, ආර්ථික ව්‍යාප්තිය සඳහා යෝග්‍ය වන පරිසරයක් සකසයි. එසේම යැපෙන්නන්ගේ අනුපාතය ද වර්තමානයේ පවතින්නේ පහළම මට්ටමේ බව සැලකිල්ලට ගැනීම වැදගත්ය. ජනගහනය වයස්ගත වීමත් සමග එය ද අනාගතයේ දී නැවතත් ඉහළ යනු ඇත. පසුගිය දශක පහ තුළ දී මානව සංවර්ධනයෙහි ලා ශ්‍රී ලංකාව අතිවිශාල ආයෝජනයක් කර ඇති බැවින් මෙම අවස්ථාවෙන් අප ප්‍රයෝජන ගත යුතුය. ශිෂ්‍ය ආර්ථික වර්ධනයක් සඳහා අවශ්‍ය වන්නා වූ උචිත ආර්ථික ප්‍රතිපත්ති තහවුරු කිරීමට අතපසු වුවහොත්, ප්‍රජා විද්‍යාත්මක “පාරිතෝෂිකය” මගින් හිමි කර ඇති අවස්ථා අපතේ යැවීමක් සිදු වනු ඇත. එනිසා මිළඟට එළඹෙන දශක දෙක දැකිය යුත්තේ ප්‍රජා විද්‍යාත්මක සංක්‍රාන්තියෙහි යථාර්ථයන්ට ගැළපෙන හෝ ආර්ථික හා සාමාජික ගැළපීම් සිදු වන හෝ යුගයක් ලෙසය. මෙම යුගය අධ්‍යාපන හා සෞඛ්‍ය සේවාවන් හි ගුණාත්මක දියුණුවක් ඇති කිරීමේ සහ ආර්ථික සංවර්ධනය සඳහා සම්පත් මෙහෙයවීම සඳහා අවස්ථා උදා කරන යුගයක් ලෙස ද දැක්වීමට පුළුවන. එසේම මෙය ජනගහනය වයස් ගත වීම හේතු කොට ඇති වන, නව අභියෝග යන්ට සූදානම් වීමට සහ මුහුණ දීමට හැකි ගැසිය යුතු කාලය ද වෙයි.

‘තරුණ’-‘මහලු’ සහ ‘මහලු’-‘මහලු’

වයස්ගත වූවන් ප්‍රභේද දෙකකට වර්ගීකරණය කෙරේ. එනම් ‘තරුණ’-‘මහලු’ (වයස අවු. 60-74) ‘මහලු’-‘මහලු’ (වයස අවු. 75+) ලෙසය. සාඵලයනා සහ මර්ත්‍යනා අනුපාත වසරින් වසර පහළ බැසීම හේතු කොට ‘මහලු’-‘මහලු’ අනුපාතය ද ඉහළ යනු ඇත.



‘මහලු’-‘මහලු’ (අවු. 75+) කණ්ඩායම විශේෂයෙන් ම දෘෂ්ටි, ශ්‍රවණ සහ සවලත්ව දුබලතා වලට නතු වෙති. එසේම ඔවුන් පර්වප්‍රදාහය (ආතරයිටිස්), අස්ථි ක්ෂීණතාව (ඔස්ටියෝපොරෝසිස්) කැඩුම් බිඳුම් සහ ආසාන (අංශභාග) තත්වයන් හේතු කොට ඇති වන කායික දුබලතා වල බලපෑමට ද වැඩි වැඩියෙන් ලක්ව සිටීමට ඉඩ ඇත. එසේම ඔවුන් ඇල්ෂයිමර් ගේ රෝගය, වික්ෂේපය ආදී, සත්කාර සපයන අයගේ අවධානය වැඩිපුර අවශ්‍ය වන මානසික රෝග තත්වයන්ට ගොදුරුවීමට ද වැඩි ඉඩක් පවතියි. එනිසා මෙම උප කණ්ඩායම් අවශ්‍යතා වෙන් කර හඳුනා ගැනීම අවශ්‍ය වන්නේ, ඔවුන්ගේ අවශ්‍යතා මුළු මනින්ම සපුරාලීමට පවුලෙන් ලැබෙන සහයෝගය ප්‍රමාණවත් නොවිය හැකි බැවිනි.

‘තරුණ’-‘මහලු’ (අවු. 60-74) කණ්ඩායමට තමන් රැක බලා ගන්නා අයගේ සුළු සහායක් ඇතිව තම අවශ්‍යතා තමන් විසින්ම ඉටු කර ගැනීමේ වැඩි හැකියාවක් පවතියි. එසේම ඔවුන්ට තම පවුලේ කුඩාවූත් සඳහා සම්පත් දායකයන් වීමටත්, මහලු-මහලු අය රැක බලා ගන්නා අය ලෙස කටයුතු කිරීමටත් හැකි වෙයි.

වසංගතවේදීය සංක්‍රාන්තිය

ප්‍රජා විද්‍යාත්මක සංක්‍රාන්තියත් සමගම වසංගතවේදීය සංක්‍රාන්තියක් ද ඇතිවේ. එහි දී බෝ වන රෝග වල සිට බෝ-නොවන රෝග දක්වා වෙනස්වීමක් සිදු වෙයි. වයස්ගත පුද්ගලයන්ගේ ජනගහනය ඉහළ යාමත් සමගම බොහෝවිට කාලීන රෝග (උදා. පර්වප්‍රදාහය (ආතරයිටිස්), දියවැඩියාව, අධි රුධිර පීඩනය, හෘදයාබාධ, ආසාතය, පිළිකා ආදී) සහ ආබාධ තත්වයන් ඇති වීමේ අනුපාතය ද ඉහළ යයි. මෙවැනි රෝග තත්වයන්ගෙන් පෙළෙන පුද්ගලයන් හට ඉදිරි ජීවිත කාලය මුළුල්ලේ ම ප්‍රතිකාර ලැබීම අවශ්‍ය වන අතර ආබාධිත-තත්වය සුව වන තුරු රෝගීන් හට නවාතැන් ගැනීම සලසන නිවාස ද අවශ්‍ය වෙයි. මෙය රජයේ සෞඛ්‍ය සේවයට අතිරේක බරක් පටවනු නිසැකය.

පසුගිය දශක පහ තුළ දී මානව සංවර්ධනයෙහි ලා ශ්‍රී ලංකාව අතිවිශාල ආයෝජනයක් කර ඇති බැවින් මෙම අවස්ථාවෙන් අප ප්‍රයෝජන ගත යුතුය. ශිෂ්‍ය ආර්ථික වර්ධනයක් සඳහා අවශ්‍ය වන්නා වූ උචිත ආර්ථික ප්‍රතිපත්ති තහවුරු කිරීමට අතපසු වුවහොත්, ප්‍රජා විද්‍යාත්මක “පාරිතෝෂිකය” මගින් හිමි කර ඇති අවස්ථා අපතේ යැවීමක් සිදු වනු ඇත.

පවුලේ සාමාජිකයන්ගේ කාර්යභාරය

සංක්‍රමණය (රට තුළ සහ රටින් පිටතට), නාගරීකරණය, ශ්‍රම බලකාය තුළ කාර්‍ය සහභාගිත්වය ඉහළ යාම ආදිය හේතු කොට වයස්ගත පුද්ගලයන් ඔවුන්ගේ පවුලේ සාමාජිකයන්ගෙන්/දරුවන්ගෙන්) දුරස්ථ වීම හෝ යම් පෙදෙස් වල තනි වීම හෝ සිදු වෙයි. නාගරීකරණය ඉහළ යාමත් සමග නාගරික නිවාසවල ජීවත් වීම සඳහා තිබෙන ඉඩ කඩ සීමාසහිත වීම නිසා වයස්ගත අයෙකුගේ අවශ්‍යතා සඳහා ඉඩ කඩ සැපයීම අසීරු තත්වයක් බවට පත්වෙයි. එනිසා අතීතයේ දී මෙන් නොව බොහෝ පවුල්වලට තම වයස්ගත සාමාජිකයින් රැක බලා ගැනීම වඩ වඩා අසීරු තත්වයට පත් වෙමින් ඇත. කෙසේ නමුත්

වයස්ගත වූවන්ගෙන් වැඩි දෙනෙක් තම දරුවන් සමග වෙසෙන බවත්, අසීරුතා මධ්‍යයේ වුව එසේ විසීමට කැමති බවත් නිරීක්ෂණය වී ඇත. එබැවින් මෙහි ඇති වැදගත්ම ප්‍රතිපත්තිමය ප්‍රස්තුතය වන්නේ වයස්ගත වූවන් හට ආර්ථිකමය සහ සමාජික සහාය ලබා දිය හැකි හොඳම ක්‍රමය කුමක් ද යන්න විමසීමය.

ව්‍යාප්ත පවුලේ සිට න්‍යෂ්ටික පවුලට සංක්‍රාන්ති වීම සහ වයස්ගතවූවන් සාම්ප්‍රදායික ලෙස රැක බලා ගන්නා අය වන ගැහැණුන්, ශ්‍රම බලකාය වෙත වැඩි වැඩියෙන් ඇතුළු වීමත් හේතු කොට එකවර යැපෙන පරම්පරා දෙකක් රැක බලා ගැනීම සඳහා ජනතාවට තිබෙනුයේ ඉතා සුළු කාලයකි (ලෝක බැංකුව, 1994). එනිසා තෝරා ගැනීමක් හෝ කැමැත්ත දක්වීමක් හෝ අවශ්‍ය වූ විට ප්‍රමුඛතාවය අනිවාර්යයෙන්ම යොමු වන්නේ බාල (කුඩා) යැපෙන්නන් වෙතය. ශ්‍රම බලකාය වෙත ස්ත්‍රී සහභාගිත්වය ඉහළ යාමත් සමග ඔවුන් රට තුළ දුර පළාත්වලට සහ රටින් පිටතට සංක්‍රමණය වීම සිදුවන බව හඳුනාගෙන ඇත. මෙ මගින් නිවෙස් ඒකක තුළ විශේෂයෙන්ම නාගරික ප්‍රදේශවල සීමිත ඉඩකඩ පැවතීමට අමතරව, ඉහළ යන ජීවන වියදම සහ වෙනස්වන ආකල්ප හමුවේ පවුල වෙත බරක් නොපටවා ගුණාත්මක බවින් උසස් ලෙස හා අභිමානවත් අන්දමින් ජීවත් වීමට වයස්ගත වූවන් හට අවස්ථාව ලබා දෙන සමාජ ආරක්‍ෂණ යාන්ත්‍රණයක් ශක්තිමත් කිරීමේ අවශ්‍යතාවය අවධාරණය කළ යුතුය.

කුලියට ගත් රැක බලා ගන්නා අය

රැක බලා ගැනීම සඳහා නිවසේ සාමාජිකයන් නොමැති

බැවින් වයස්ගත වූවන් හට නිවසේ දී බලා හදා ගනිමින් සත්කාර කිරීම සඳහා රැක බලා ගන්නා අය කුලියට ගැනීමේ අවශ්‍යතාවය ද වැඩි වෙමින් පවතී. ගිලන් වූ වයස්ගත වූවන් බලා හදා



ගන්නා පවුල්වලට රැක බලා ගැනීම සඳහා ගත් අයට කුලිය ගෙවීමට සහ ඒ අයට ඉදුම් හිටුම් ලබා දීම, වැසිකිළි පහසුකම් ලබා දීම වැනි අතිරේක පහසුකම් සැපයීම, අවශ්‍ය උපකරණ හා උපකාරක ලබා දීම, සහ ඖෂධ සඳහා වියදම් දැරීමට සිදු වීම ආදී වශයෙන් වන තවත් අතිරේක බර දැරීමටත් සිදුවෙයි. එවැනි පසුබිමක් යටතේ වයස්ගත හා පුද්ගලයන් නොසලකා හැරීමට සහ අපවාදයන්ට ලක් වීම සිදු



වීමට ද ඉඩ තිබේ.

කුලියට ගත් රැක බලා ගන්නාවූ පෞද්ගලික සාත්තු සේවකයන් ලෙස යොදා ගැනීම, වැඩිහිටි නිවාස, රෝහල් සහ, පෞද්ගලික සාත්තු නිවාසවලට ද මුහුණ දීමට සිදුව ඇති ප්‍රස්තුතයකි. මෙය පෞද්ගලික අංශයට ක්‍රියාත්මක කළ හැකි නව රැකියා උත්පාදනය කරන විභව සපිරි ක්‍ෂේත්‍රයක් බවට පත්ව ඇත. සමාජ සේවා අමාත්‍යාංශය සහ සෞඛ්‍ය අමාත්‍යාංශය මෙම රැක බලා ගන්නා අය හට නිසි පුහුණුවක් ලැබෙන බව තහවුරු කරන පියවර ගත යුතුය. එසේම රීති පැනවීම, අධීක්‍ෂණය සහ නියාමනය කුලින් අවම වෘත්තීය සම්මත අනුගමනය කරන බව තහවුරු කරන පියවර ද ගත යුතුය. මෙවැනි පියවර ක්‍රියාත්මක කරන බව ට වග බලා ගැනීම පළාත් මට්ටමට පැවරිය යුතුය.

පුහුණු රැක බලා ගන්නා අය කුලී පදනමක් මත සේවයට යොදා ගැනීමේ වැය දැරීමට ඇති හැකියාව වෙනත් ප්‍රස්තුතයකි. මෙයට විකල්පයක් ලෙස පවුලේ සාමාජිකයෙකු, කිසියම් රෝගයක් හේතුකොට ගිලන්ව සිටින වයස්ගත පුද්ගලයකු

රැක බලා ගැනීම සඳහා පුහුණු කිරීම පිරිවැය-එදහසි මෙන්ම ප්‍රායෝගික පියවරක් ලෙස සලකා බැලීමට ද අවශ්‍යය.

වැන්දඹුභාවය

වැන්දඹු බවට මුහුණ දීමට පිරිමින්ට වඩා සිදු වන්නේ කාන්තාවන්ටය. වයස අවුරුදු 60-64 කාන්තා වැන්දඹුවන්ගේ සංඛ්‍යාව එම වයසේ පිරිමි වැන්දඹුවන්ගේ සංඛ්‍යාවට වඩා 5 ගුණයකින් ඉහළය. මෙම තත්වය ස්වාමිපුරුෂයන් සාමාන්‍යයෙන් බිරියන්ට වඩා අවුරුදු කිහිපයක් වැඩිමහල් වීමත්, කාන්තාවන් හට ඉහළ ජීවිතාපේක්ෂ කාලයක් තිබීමත් හේතුවෙන් සිදුවන්නක් ලෙස සිතිය හැකිය. තනිව ජීවත් වන වැන්දඹුවන් හට ආරක්‍ෂාව, සත්කාරය සහ අල්ලාප-සල්ලාපයේ යෙදෙන හිත මිතුරන් අහිමි බව පිළිගැනීම අවශ්‍යය. එසේම නිවෙස් නඩත්තු කිරීම, බැංකු කටයුතු වල යෙදීම, සහ මාසික බිල්පත් ගෙවීම ආදී වගකීම් දැරීම තමන් උචිත වෛද්‍ය ප්‍රතිකාර ගන්නා අතරවාරයේ දී සිදු කිරීම අපහසු විය හැකිය.

නිවාස සහ වෙනත් උපයෝගීතාව

වයස්ගත වූවන් හට ස්වාධීනව හෝ අවම උදව් පදවි ඇතිව හෝ ජීවත් වීම සඳහා ඔවුන්ගේ නිවාස සහ වෙනත් පහසුකම් සඳහා පවතින අවශ්‍යතා පිළිබඳ විශේෂ අවධානයක් යොමු කළ යුතුය. රැක බලා ගන්නා අය නොමැති වීම හෝ එවැනි සේවාවක් සපයා ගත හැකි මට්ටමක නොසිටීම හෝ වැනි අවස්ථාවල දී මෙය වඩාත් වැදගත්ය. ඉහළ යන වැඩිහිටි ජනගහනයට නිවෙස් සහ ගොඩනැගිලි (විශේෂයෙන්ම කාර්යාල, සාප්පු, බැංකු, ආගමික ස්ථාන ආදී ප්‍රසිද්ධ ස්ථාන) වලට ප්‍රවේශ වීමේ පහසුකම් සැපයීම ප්‍රමුඛ අවශ්‍යතාවයකි. ගොඩනැගිලි සැලසුම් කිරීමේ දී රෝද පුටු වලට පිවිසීමට හැකි ලෙස සැලසුම් කිරීම ද සලකා බැලිය යුතුය. පදිකවේදිකා, කඳු, පල්ලම් ආදී ජීවත් වීම සඳහා අවශ්‍ය පරිසරය ද සැලකිල්ලෙන් යුතුව සැලසුම් කළ යුතුය. කුස්සියේ උපකරණ නාන කාමර උපකරණ, කරාම, දොරවල් හා ජනෙල් ආදී සියල්ල, ප්‍රවේශ වීම, සමීප වීම භාවිතය ප්‍රවර්ධනය කරන වැඩිහිටි-මිතුරු ඒවා විය යුතු දෑ මෙන්ම ආරක්‍ෂා කාරී ද විය යුතුය.

සමාජ ආරක්‍ෂණ ක්‍රම

ශ්‍රී ලංකාවෙහි ක්‍රියාත්මක සමාජ ආරක්‍ෂණ ක්‍රම කිහිපයක්ම තිබුණ ද, සෘජු ලෙසම වයස්ගත වූවන් ඉලක්ක කර ගත් සමාජ ආරක්‍ෂණ ක්‍රම ඇත්තේ සුළු ගණනකි. මෙහි දී ශ්‍රී ලංකාවේ ඇති ප්‍රධානම යාන්ත්‍රණය වන්නේ රාජ්‍ය අංශයේ සේවකයන් සඳහා වන විශ්‍රාම වැටුප් ක්‍රමය ය. සේවක අර්ථ සාධක අරමුදල, සහ සේවක භාර කාර අරමුදල යන අරමුදල් දෙක සංස්ථා සහ පෞද්ගලික අංශයේ සේවකයන් සඳහා වන ප්‍රධාන සමාජ ආරක්‍ෂණ ක්‍රම වෙයි. මෙයට අමතරව රජය විසින් ගොවීන්, ධීවරයින් සහ ස්වයං-රැකියාවල නියැලුනු වූ සඳහා ස්වේච්ඡාවෙන් දායක විය හැකි ආරක්‍ෂණ ක්‍රම කිහිපයක් ද හඳුන්වා දී ඇත. කෙසේ වෙතත් මේ හා සමාන හෝ මෙයට වඩා ඉහළ හෝ වයස් ගත වීමේ මට්ටමක් සහිත සංවර්ධිත රටවල හා සන්සන්දනය කළ හැකි අන්දමේ වයස් ගත වූවන් සඳහා වන පරිපූරණ සමාජ ආරක්‍ෂණ යාන්ත්‍රණ ශ්‍රී ලංකාවේ ඇත්තේ කිහිපයක් පමණි (ජෙනරාජසිංහම් හා



කරුණාරත්න 2007). එකඟ වූ වාරික සංඛ්‍යාවක් ගෙවීමෙන් පසු විශ්‍රාම වැටුප් ගිණිකම් ලබන විශ්‍රාම වැටුප් ක්‍රම කිහිපයක් ද බැංකු සහ රක්‍ෂණ සමාගම් මගින් ආරම්භ කර ඇත.

රාජ්‍ය සම්බන්ධීකරණ පාදක ව්‍යුහය

සමාජ සේවා සහ සමාජ සුබ සාධන අමාත්‍යාංශය යටතේ වයස්ගත වූවන් සඳහා විවිධ වැදගත් වැඩ සටහන් ගණනාවක් ක්‍රියාත්මක කර ඇත. වැඩිහිටියන් සඳහා වන ජාතික මණ්ඩලය සහ වැඩිහිටියන් සඳහා වන ජාතික ලේකම් කාර්යාලය පිහිටුවීම යනාදිය ඒ අතර වෙයි. මෙම මණ්ඩලය පිහිටුවීමේ ප්‍රධාන අරමුණ වනුයේ වැඩිහිටියන් සතු අයිතිවාසිකම් ප්‍රවර්ධනය සහ ඔවුන්ගේ ආත්ම ගෞරවය, ස්වාධීනත්වය සහ අභිමානය සුරැකෙන ලෙස ජීවත් වීමට ආධාර කිරීමත්ය. ජාතික ලේකම් කාර්යාලය පිහිටුවා ඇත්තේ ජාතික මණ්ඩලය මගින් ගනු ලබන තීරණ ක්‍රියාත්මක කිරීම සඳහාය.

දරුවන් විසින් නොසලකා හැර ඇති දෙමාපියන් විසින් කරනු ලබන නඩත්තු ඉල්ලීම් සලකා බලා නඩත්තු නිගමනය

කිරීම සඳහා නඩත්තු මණ්ඩලයක් පිහිටුවා ඇත. රාජ්‍ය සහ පෞද්ගලික ආයතන වල සේවා ප්‍රමුඛතාවයකින් යුතුව ලබා ගැනීම පහසු කිරීම වැනි ඵල ප්‍රයෝජන රාශියක් හිමි කර දෙන හැඳුනුම්පතක් වැඩිහිටියන් සඳහා නිකුත් කර ඇත. මේ අතර රාජ්‍ය ඖෂධ නීතිගත සංස්ථා ඖෂධ මිල දී ගැනීමේ දී 5% ක වට්ටමක් ද, ජාතික ඉතිරි කිරීමේ බැංකුවේ සහ කොමර්ෂල් බැංකුවේ ස්ථිර තැන්පතු සඳහා ඉහළ පොළී අනුපාතිකයක් ලබා ගැනීමේ අවස්ථාව ද වැඩිහිටියන්ට හිමි කර ඇත.

වැඩිහිටියන්ගේ සමාජ, ආර්ථික, සංස්කෘතික, සහ අධ්‍යාත්මික සංවර්ධනය සැලසීමට, ඔවුන්ගේ අයිතිවාසිකම් අහිමිවීමට, මෙන්ම ඔවුන් සඳහා වන සුබසාධන සේවා ක්‍රියාත්මක කිරීම උනන්දු කිරීමට ගම් මට්ටමේ සහ ප්‍රාදේශීය මට්ටමේ වැඩිහිටි කමිටු පිහිටුවා ඇත.

අදහස් හා මත හුවමාරු කර ගැනීමට, ස්වයං-රැකියාවන්හි නියැලීමට, විවිධ විෂය යටතේ පැවැත්වෙන දේශන සහ සාකච්ඡාවලට සහභාගිවීමට, ආගමික කාර්ය, ව්‍යායාම සහ විනෝදාත්මක කටයුතු වල සක්‍රීයව නිරත වීමට අවස්ථාව සලසමින් වැඩිහිටියන් සඳහා දිවා මධ්‍යස්ථාන පවත්වාගෙන යාම ද සිදු කෙරේ.

සෞඛ්‍ය අමාත්‍යාංශය විසින් වැඩිහිටියන් සඳහා වන ප්‍රජා සෞඛ්‍ය සත්කාර පහසුකම් නංවාලීමට සහ එම ප්‍රදේශයේ වෙනත් රාජ්‍ය හා රාජ්‍ය නොවන සංවිධාන මෙන්ම ප්‍රජා නායකයන් සමග ද සහයෝගිතාවයෙන් යුතුව වැඩ කිරීමට අවශ්‍ය ගුණාංග හිමි කර ගැනීමට පළාත් වල සේවය කරන ප්‍රාථමික සෞඛ්‍ය සත්කාර කාර්යය මණ්ඩල පුහුණු කර ඇත. වැඩිහිටියන් පෙළෙන සුලබ රෝග තත්වයන් පිළිබඳව අවබෝධය නංවාලන වැඩ සටහන් සහ ඒවා මුල් අවස්ථාවේ හඳුනා ගැනීමට සහ ප්‍රතිකාර සඳහා යොමු කිරීමට අවශ්‍ය ප්‍රජා මට්ටමේ සිදු කරන පරීක්ෂා කිරීම් තව දුරටත් ව්‍යාප්ත වීමේ අවශ්‍යතාවයක් පවතියි. සෑම දිස්ත්‍රික්කයකම අඩුවෙන් ප්‍රයෝජනයට ගන්නා රෝහලක් දීර්ඝ-කාලීන සත්කාර අවශ්‍ය වැඩිහිටියන් පුනරුත්ථාපනය සඳහා යොදා ගැනීම සෞඛ්‍ය අමාත්‍යාංශය විසින් ආරම්භ කර ඇති ඉතා වැදගත් පියවරකි.



ප්‍රජා වෛද්‍ය විශේෂඥ වෛද්‍ය දීප්ති පෙරේරා සෞඛ්‍ය අමාත්‍යාංශයේ යොවුන, වැඩිහිටි හා ආබාධිත පුද්ගලයන් පිළිබඳ අධ්‍යක්ෂවරිය වෙයි.

වයසට යන හැටි

20-30

පරිවෘත්තීය සහ සෛවීය ක්‍රියා උපරිමයෙන් සිදුවන කාලයයි. පිරිමින් සිය වයස අවුරුදු 17-26 අතර දී සිය ලිංග හෝර්මෝනය වන ටෙස්ටෝස්ටරෝන් වැඩිම ප්‍රමාණය නිපදවයි. එහෙත් එතැන් සිට අරුර්ණයෙන් අපර ගමනය. මොළය දැනටමත් සිය අවගමනය ආරම්භ කර ඇත්තේ දශකයට සිය පරමාවෙන් 2% ක් අඩුකරගනිමින් මෙන්ම බරන් අඩු කර ගනිමිනි. ජේෂ් ගන්තිය ද මැලට් යාමට පටන් ගනියි. එය බොහෝ විට වයස අවුරුදු 25 දී පමණ අපට නොදැනෙන්නට අරුර්ණයයි.

30-40

මේ වාරය කාන්තාවකට සිය ලිංගිකත්වයේ උපරිමයට ළංවන්නටය. එහෙත් ඒ හා සමගම වයස්ගත වීම පිටතට හැර වෙන ලක්ෂණ ද මතුපිටට ඒමට පටන් ගනියි. ඒ සම තුනී වීම සහ රුඳු වැටීමත් සමගය. වයස අවුරුදු 37 ක් වන විට කාන්තාවකගේ සාමාන්‍යතාව බොහෝ දුරට අහිමි වී ගොස්ය. පිරිමින්ගේ තට්ටය-පිරිමි රටාවට-පැදෙන්නට පටන් ගෙන ඇත. හතලිස් ඇඳිරිය පෙනෙන තෙක් මානයට පැමිණ ඇති නිසා ඇස් වෙදුන් සොයා යාම ද අරුර්ණයයි.

40-50

පරිවෘත්තීය සැලකිය යුතු මට්ටමකින් අඩු වීම හෝ සෙමින් සිදු වීම හෝ සිදු වෙයි. මේදය සමග සටන ද අරුර්ණයයි. ඉණ මහත්වෙයි. කලවා මහත් වී පිටතට නෙරයි. ව්‍යායාම නොකරන්නේ නම් හෘදය සහ පෙනහළුවල ශක්‍යතාව 10%කින් පමණ අඩු වේ. හෘදයාබාධ ඇතුළු පරිහානිය රෝග (දිය වැඩියාව, අධි රුධිර පීඩනය, අස්ථි ක්ෂීණතාව, සමහර පිළිකා, ආඝාතය (අංශ හාගය), පර්ව ප්‍රදාහය (ආතරයිටිස් ආදී) සඳහා ප්‍රතිකාර කරන සායන කරා ගමන් අරුර්ණයයි.

50-60

කාන්තාවන්ගේ ලිංග හෝර්මෝනය වන රස්ට්‍රජන් මට්ටම හොඳටම පහත වැටී ඔවුහු ආර්තවහරණයට පත් වෙති. තම අස්ථි වල ගැන්පත් කැල්සියම් අහිමි වී යාම නිසා සෑම කාන්තාවක් 5 දොහෙකගෙන්ම එක් අයෙක් පමණම අස්ථි ක්ෂීණතාව (ඔස්ටියෝපොරෝසිස්) වැළඳ ගනිති. පිරිමින් ද හැකිළෙයි. සම රුඳු වැටෙයි. ප්‍රොස්ටේට් ග්‍රන්ථිය ඉදිමීම නිසා ඇති වන ප්‍රතිවිපාක වලට මුහුණ දීමට ද පිරිමින්ට සිදු වෙයි.

60-100

ඉබේම මුහු පහවීම (අසංයමය), නින්ද නොයෑම සහ දුර්වල වූ ප්‍රතිශක්ති පද්ධතිය හේතු කොට රෝග ඇති වීම සුලබ ලක්ෂණයක් වෙයි. මොළයේ ප්‍රජානන හැකියා දුර්වල වීම-සම්බන්ධීකරණය සහ සුහුරුකම් පහළ වැටීම සහ මානසික අවුල්-වියවුල් බව වැඩි වීම-ද පැහැදිලිව දැකිය හැකි වෙයි. කණේරුව හැකිලීම සහ එහි හැටි පිරිහීම හේතු කොට සිරුර කොට වෙයි. අවුරුදු 65ත් පසු ඇල්ෂමියර්ගේ රෝගය වැළඳීමේ ඉඩ කඩ සෑම වසර 5 න් 5 ට වඩා වඩාත් ඉහළ යයි. මුහුණේ සමෙහි ප්‍රත්‍යස්ථතාව අඩු වීම සමග මුහුණ 'ලොමු' ගැසීමක් සිදු වන අතර ලෙළ කළුකුමකුගේ මෙන් දිගු වෙයි. කායික හා මානසික ව්‍යාධිත් එක පෙළට මතු වන අතර වයස අවුරුදු 90 ක් පමණ වන විට 'වික්ෂේපය' නම් මානසික රෝග තත්වය ඉතා වැඩි දෙනෙකු තුළින් දැකිය හැකි වෙයි.