# මන්දපෝෂණය සංහිඳවීම.

මහාචාර්ය නාරද ඩී. වර්ණසූරිය




ශරීරයට සිය සෛල සහ පටකයන්හි සෞඛ්‍යමත් භාවයත්, ඉන්ද්‍රියයන්ගේ ක්‍රියාකාරීත්වයක් මැනවින් පවත්වාගෙන යාමට තරම් අවශ්‍යවන පමණට විටමින්, ඛණිජ පෝෂක හා අනෙකුත් පෝෂක නිවැරදි ප්‍රමාණයන්ගෙන් නොලැබීයාම හේතුකොට වර්ධනය වන්නා වූ තත්වයක් ලෙසින් 'ත්‍රී' වෛද්‍ය ශබ්දකෝෂය මන්දපෝෂණය හඳුන්වා දී ඇත්තේය.

ලෝක සෞඛ්‍ය සංවිධානය, මන්දපෝෂණය එයට වඩා පුළුල් ආකාරයෙන් නිර්වචනය කරයි. මන්දපෝෂණය නිර්වචනය කර ඇත්තේ ශරීරයට පෝෂක ලැබීම ඌනවීම හෝ අධික වීම, අත්‍යවශ්‍ය පෝෂක ලැබීමේ තුල්‍යතාවයක් නොමැති වීම, පෝෂක උපයෝගීතාවයේ අඩපණවීමක් ඇතිවීම ආදී හේතු මත ඇතිවන තත්ත්වයක් ලෙසය.

මන්දපෝෂණය මුල් වී ඇති කරන දෙවැදෑරුම් විපාක ලෙස ඌන පෝෂණය සහ අධි-බර වීම ලෙස හැඳින්විය හැක. ස්ථූලතාවය එමෙන්ම ආහාර ආශ්‍රිතව ඇතිවන බෝ නොවන රෝග ද එහිම පලවිපාකයකි. පෝෂණය සඳහාවන ජීව චක්‍ර ප්‍රවේශය තුලින් මෙම තත්වයන්හී ඇති සමීප සබඳතාවය පැහැදිලිව අවබෝධ කර ගැනීමට පුළුවන.

මෙම ලිපිය මුඛ්‍යාර්ථයෙන්ම පෝෂණ ඌනතා රෝග ගැන ප්‍රමුඛතාවය දැක්වුවද, අධිබර හා ස්ථූලතාවය ආශ්‍රිත ගැටළු සම්බන්ධව ද කරුණු ගෙනහැර දක්වනු ඇත. මේ තත්වයන් හා සම්බන්ධව පවත්නා ගෝලීය පසුබිම සාරාංශව දක්වමින් ශ්‍රී ලංකාවේ පවත්නා තත්වය කෙරෙහි මූලික වශයෙන්ම අවධානය යොමු කිරීම ලිපියේ අභිලාශයකි.

සංහිඳවීම ලෙස හැඳින්වෙන්නේ වඩා තීව්‍ර හෝ උග්‍ර හෝ තත්වයක් යම් තරමකට අඩු නැතිනම් පහතට ගෙන ඒමේ ක්‍රියාවලියටයි. මන්දපෝෂණය සංහිඳවීමේ කාර්යයයේදී එය දෙයාකාරයකින් සලකා බැලිය යුතුය. එනම් පෞද්ගලික මට්ටමින් සහ ප්‍රජා (ජාතික) මට්ටම වශයෙනි. පූර්ණ තුරන් කිරීමකින් ගැන සාකච්ඡා නොකර සංහිඳවීම ඉලක්ක කරනුයේ කවර හේතුවක් නිසා ද යන්න පිළිබඳව යම් කුකුසක් ඔබ තුල ඇතිවිය හැකිය. මැලේරියාව, පෝලියෝ ව ආදී එක් ව්‍යාධිජනකයන් හේතුකොට ඇතිවන රෝග තත්වයන් හී දී එය තුරන් කිරීම පිළිබඳව අපි කතාබහ කරන්නෙමු.

පෝලියෝ ව තුරන් කිරීම දැනටමත් සාක්ෂාත් කරගෙන ඇති පසුබිමක අපි පසුවන්නෙමු. මන්දපෝෂණයට හේතුකාරක වන්නේ මෙයට වඩා බොහෝ ව්‍යාකූල වූ සංකීර්ණ තත්වයකි. ප්‍රජා මට්ටමේදී මන්දපෝෂණය තුරන් කිරීම අසීරු තත්වයක පවතියි. පෞද්ගලික මට්ටමේදී එය තුරන් කිරීමට කෙනෙකුට උත්සහ කළ හැකි වුවද එයද අසීරු කටයුත්තකි.

ශ්‍රී ලංකාවේ දක්නට ලැබෙන මහජන සෞඛ්‍යමය වැදගත් කමක් මතු කරන පෝෂණ ඌනතා තත්වයන් කිහිපයකි. ශක්ති,



රූපය 01- බෝ නොවන රෝග

ප්‍රෝටීන්, මන්දපෝෂණය, යකඩ ඌනතා, නීරක්තිය, විටමින් ඒ ඌනතාවය, අයඩීන් ඌනතාවය සහ සින්ක් ඌනතාවය ඒ අතර පවතියි. මහජන සෞඛ්‍යය පැත්තේ සිට විමසද්දී පෝෂණය හා සම්බන්ධවන තවත් ගැටළුවක් ලෙස අඩු උපත් බර ද දැක්විය යුතුය.

අධි පෝෂණය නිසා ඇතිවන ප්‍රධාන ගැටළු දෙකක් ලෙස අධිබර හා ස්ථූලතාවය හැඳින්වෙයි. එසේම දියවැඩියාව, අධික රුධිර පීඩනය, හෘදය රෝග, ආඝාතය සහ පිළිකා ආදී බෝ නොවන රෝග ලෙස සැලකෙන තවත් රෝග ගණනකට අධිබර හා ස්ථූලතාවය සෘජුවම සම්බන්ධය. වැඩිහිටියන් අතර සිදුවන මරණ වැඩි සංඛ්‍යාවකට හේතුකාරක වන්නේ ද මෙම රෝග තත්වයන්ය. ඒ හෙයින් එම රෝග පිළිබඳව ද මෙම ලිපිය සාකච්ඡා කෙරෙනු ඇත.




**රූපය 02- විවිධ පෝෂක අඩංගු ආහාර වර්ග**

කිසියම් පුද්ගලයෙකුගේ පෝෂණ මට්ටම තක්සේරු කිරීම ශාරීරික ලෙස (එනම් බාහිරව දැකිය හැකි කායික ලක්ෂණ විමසීමෙන් මානව මිතිකයන් භාවිතයෙන් හෝ ජෛව රසායනිකව හෝ සිදුකළ හැකිය.) මෙහිදී භාවිත කරනුයේ කවර මිනුම් ක්‍රමය ද යන්න නිගමනය කරනුයේ පවත්නා රෝග තත්වය මතය. ශක්ති ප්‍රෝටීන් මන්දපෝෂණය බොහෝ විට මානව මිතිකයන් භාවිතයෙන් තක්සේරු කිරීමක් සාමාන්‍යයෙන් සිදුකළත්, එහි උග්‍ර ස්වභාවයන් වන මැරස්මස් සහ ක්වෂියකෝර් යන තත්වයන් ශාරීරික වශයෙන් හඳුනා ගැනීමට පුළුවන. අධිබර හා ස්ථූල යන තත්වයන් ද මානවමිතික හරහා හඳුනාගනු ලැබේ. ඒ විටමින් ඌනතාවීම සඳහා ඇස් පෙනීම ක්‍රමාකරණය ද, අයඩීන් ඌනතාවය සඳහා ගලගණ්ඩය ක්‍රමාකරණය ද යොදා ගැනේ. කෙසේ වෙතත් සිදුකරන ලද මැදිහත් වීම් සාර්ථක වී ඇති බැවින් මෙම ඌනතා තත්වයන් දෙකෙහිම පැවැත්ම බොහෝ සෙයින් පහළ ගොස් ඇත. එහෙයින් බාහිරින් ඇසට නොපෙනෙන මෙම ඌනතාවයන් හී උප-ශාරීරික තත්වයන් ජෛව රසායනිකව තක්සේරු කෙරේ. සින්ක් ඌනතාවය විමසීම හා සම්බන්ධව ද තත්වය එසේමය. යකඩ ඌනතා නීරක්තිය උග්‍ර මට්ටමට පැමිණීමට එය ශාරීරික හඳුනාගත හැකි වුවද, එය බොහෝ විට තක්සේරු කරනු ලබන්නේ රුධිරය තුල අඩංගු හිමොග්ලොබින් (Hb) ප්‍රතිශතය තක්සේරු කිරීම මඟිනි. නීරක්තිය ඇති කිරීමට තරම් උග්‍ර තත්වයට නොපැමිණ, මඳ තත්වයේ යකඩ ඌනතාවය තක්සේරු කිරීමට වෙනත් ජෛව රසායනික ක්‍රමවේද යොදා ගැනේ.

ශ්‍රී ලංකාව ඇතුළු සංවර්ධනය වෙමින් පවතින රටවල් බොහොමයක බහුලව පවතින පෝෂණ ඌනතාවය වනුයේ කාබෝහයිඩ්‍රේට්, මේදය හා ප්‍රෝටීන් යන මහා පෝෂක ඌනතාවීම නිසා ඇතිවෙන ශක්ති-ප්‍රෝටීන් මන්දපෝෂණයයි. එය විධි දෙකක් ලෙස විද්‍යාමාන වේ. ඒ තීව්‍ර හා කාලික වශයෙනි. තීව්‍ර ශක්ති-ප්‍රෝටීන් මන්දපෝෂණය ක්ෂයවීම ඇතිකරන අතර කාලික ශක්ති ප්‍රෝටීන් මන්දපෝෂණය මිටිවීම ඇති කරයි.

මෙම තත්වයන් නිගමනය කරනුයේ මානව මිතික ක්‍රමවේදය ඔස්සේය. මානව මිතික ක්‍රමවේදයේදී උස, බර, හිසේ පරිධිය, ඉඟටියෙහි මිනුම, අතෙහි ඉහළ බාහුවෙහි මැද කොටසේ පරිධිය හා සමේ ඝනකම ආදී මිනුම් සැලකිල්ලට භාජනය කෙරේ. මෙම තනි පුද්ගල මිනුම් නිසාත් ඒවා මත පදනම් වූ දර්ශක විශාල ජනගහන අධ්‍යයන තුලින් සංවර්ධනය කළ ජනගහන පාදක සමුද්දේශ අගයයන් සමඟ සංසන්දනය කරනු ලැබේ. වර්තමානයේදී භාවිත ශ්‍රී ලංකාව සිය සම්මත සමුද්දේශ ලෙස භාවිතා කරනුයේ ලෝක සෞඛ්‍ය

සංවිධානය නිර්දේශ කළ වර්තමාන සම්මතයන් ය.

උසට බර මධ්‍යනයට වඩා පහළ -3 සම්මත අපගමනයක් දක්වන්නේ නම් එය තද බල ක්ෂයවීමේ තත්වයක් ලෙස සැලකෙයි. උග්‍ර තීව්‍ර මන්දපෝෂණය ලෙස හැඳින්වෙන්නේ මෙම තත්වයයි. සම්මත අපගමනයන් -2 සහ -3 අතර පවතී නම් එවැනි තත්වයන් මධ්‍යම තීව්‍ර මන්දපෝෂණය ලෙස ද සැලකෙයි.

වයසට බර සම්මත අපගමන මධ්‍යනයට -3 කට වඩා පහළ නම් මිටි වීමක තත්වයක් ලෙස ද එය සම්මත අපගමනයෙන් -2 සහ -3 අතර නම් මධ්‍යම මට්ටමක මිටි වීමක් ලෙස සැලකෙයි.

වයසට සරිලන පරිදි බරෙහි ඌනතාවයක් පැවතීම ඒකාබද්ධ මිනුමක් වන අතර එය තීව්‍ර හා කාලික මන්දපෝෂණ තත්වයෙන් වෙන්කර හඳුනාගැනීමක් සිදුනොකරයි. බර අඩු වීමක් ලෙස හැඳින්වෙන මෙම තත්වය ක්ෂයවීම හෝ මිටිවීම හෝ විය හැකියි. එපමණක් නොව එම දෙකෙහිම සම්බන්දයක් වූ තත්වයක් වීමට ද පුළුවන.

ළමා මන්දපෝෂණය පිළිබඳ සංඛ්‍යා ලේඛන මුළුමනින්ම පදනම් වනුයේ මෙහි සඳහන් කළ මානව මිතික පදනම් කරගෙනය.

කෙසේ වෙතත් උග්‍ර තීව්‍ර මන්දපෝෂණය ශායනික වශයෙන් ක්‍රමයෙන් දරුණුවන ලක්ෂණ තුනක් ලෙස දැක්විය හැකිය. ඒවා නම් මැරස්මස්, මැරස්මස් සහ ක්වෂියකෝර් සහ ක්වෂියකෝර් ලෙසය.

මානව මිතික නිර්ණක ක්‍රමවේද තුලින් හෙළිකරන ගිලානාය (රෝගීවීම්) සහ මර්ත්‍යතා (මරණ) අතර පවත්නා සහසම්බන්දතාව මහජන සෞඛ්‍යමය තීරණ ගැනීමට ප්‍රමාණවත් වූවද, ශාරීරික ක්‍රියාකාරීත්වයේ ඇතිවන වෙනස්කමේ ප්‍රමාණයන් තක්සේරුකර නිවැරදි කළමණාකාරීත්වයක් වෙත යෑමට නම් ශායනික තක්සේරුවක් පාදක කරගත යුතු වෙයි. මානව මිතික විනිශ්චයන් පදනම්ව ලබාදෙන, භාවිතයට සූදානම් චිකිත්සීය ආහාර ලබාදීම වැනි සාපේක්ෂ වශයෙන් පිරිවැය දිරිමත් කරන මැදිහත්වීම් පුරුද්දක් ලෙස සිදුකිරීම විද්‍යාත්මකව සාධාරණීයකරණය කළ නොහැකිය.

පසුගිය පනස් වසරක කාලය තුල වෛද්‍ය පර්යේෂණ ආයතනය මඟින් සිදුකරන ලද ජාතික සමීක්ෂණ මඟින් හෙළිකල ක්ෂය වීම, මිටිවීම සහ බර අඩුවීම වැනි මන්දපෝෂණ තත්වයන්, වයස අවුරුදු 5ට අඩු දරුවන් තුල පැවැත්ම හා ප්‍රවණතා රූපය 03 හි සාරාංශ කර දක්වා ඇත. මන්දපෝෂණ බලපෑමට තදින්ම ග්‍රහණය වී ඇති කාණ්ඩය මොවුන්වන අතර ඒවායේ බලපෑමට උග්‍ර ලෙසම නතුව ඇති කාණ්ඩයට දමන්නේ ඔවුහුමය.

මෙම තොරතුරු අනුව පෙනී යන්නේ පසුගිය කාලය තුලදී මිටිවීමේ සහ බර අඩුවීමේ තත්වයන් සැලකිය යුතු ප්‍රමාණයන්ගෙන් පහළ ගොස් තිබුණ ද ක්ෂය වීමේ ගැටළුව එම ප්‍රමාණයන්ට පැවතී ඇති බව මෙන්ම පසුගිය වසරේදී යම් ඉහළ යාමක් දක්වා ඇති බවය. මිටි වීමේ සහ බර අඩු වීමේ දත්ත ගත් කළ පූර්ව වර්ෂ 2006 සිට ඒවායේ අඩුවීමේ වේගය අඩු වී ඇති බවක් පෙනේ. කෙසේ වෙතත් නාගරික, ග්‍රාමීය සහ වතු අංශ අතර සහ විවිධ පළාත් හා දිස්ත්‍රික්ක අතර මෙම තත්වයන්හී පැවැත්ම පිළිබඳ සැලකිය යුතු වෙනස්කම් පවතියි. දරුණුම බලපෑමට ලක්ව තිබූ වතු ක්ෂේත්‍රය තුල පසුගිය වසර 20 තුලදී සැලකිය යුතු ප්‍රගතියක් දක්නට ඇත.

මන්දපෝෂණයේ බලපෑම් කෙරෙහි දරුණු ලෙසට බලපෑමට ලක්ව සිටිනුයේ වයස අවුරුදු 5ට අඩු ළමයින් කණ්ඩායම වුවද අනෙකුත් ජන කණ්ඩායම් අතර ද මෙම ග්‍රහණයට ලක්වීමේ තත්වයන් දක්නට ඇත. එවැනි කණ්ඩායම් අතරට නව යෞවනයන්/ පාසල් ශිෂ්‍ය ශිෂ්‍යාවන්, ගර්භණී කාන්තාවන් සහ ළදරුවන් තම කිරෙන් පෝෂණය කරන මවුවරු මෙන්ම වැඩිහිටි (වයස අවුරුදු 65ට ඉහළ) ප්‍රජාව ද වෙයි. කෙසේවෙතත් මෙම කණ්ඩායම් කෙරෙහි මන්දපෝෂණයේ බලපෑම මෙම ලිපියෙන් සාකච්ඡාවට ලක් නොකෙරෙනු ඇත.



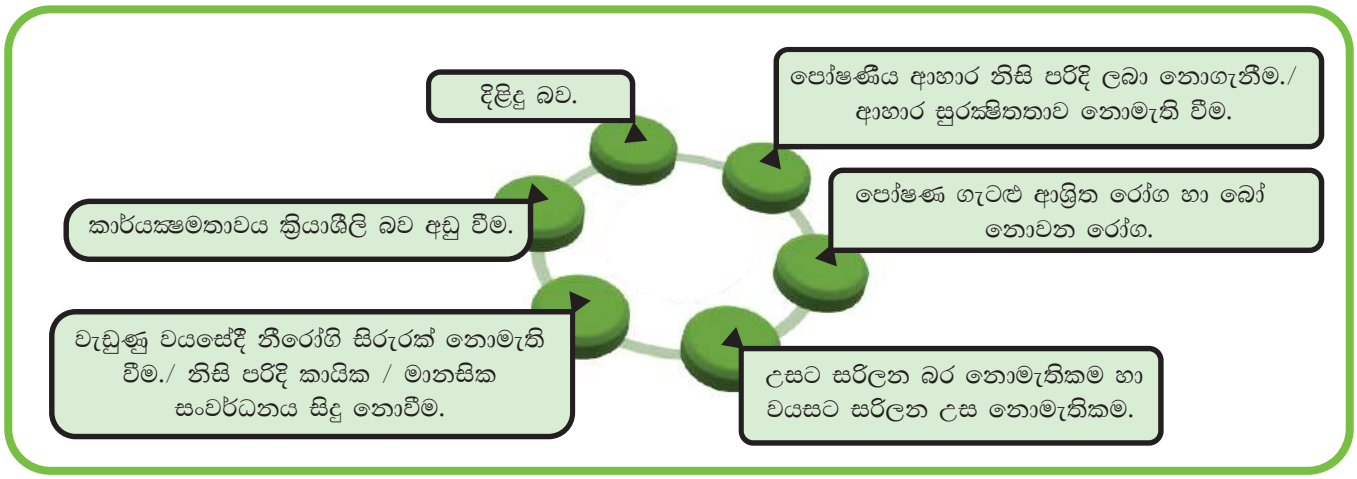

**රූපය 03- දරුවන්ගේ වර්ධන සටහන**

මෙම කණ්ඩායම් අතර සබැඳියාවක් ඇති කරන අන්තර්පරම්පරාගත විෂම චක්‍රයක් පවතියි. පහතින් දැක්වෙන රූපසටහන (රූපය 4) මඟින් ජීවන චක්‍රය පුරා මන්දපෝෂණය ඇති කරන බලපෑම දක්වයි. එසේම මෙම රූපසටහන මන්දපෝෂණයේ හානිකර තත්වයන් හුවා දැක්වීමක් ද ගෙනහැර දක්වයි. (රූපය 4)

අන්තර් පරම්පරාගත මන්දපෝෂණයේ ස්වාභාවය පිළිබඳව වැඩිදුරටත් අධ්‍යයනය කරන විට පෙනී යනුයේ මන්දපෝෂණයේ ආරම්භය දරු පිළිසිඳීම දක්වා දිවෙන බවය. එය අන්තර් ගර්භාෂ වර්ධන සමයට එනම් මවු කුස තුල වැඩෙන කාලයේදීම ඇති වී ඉපදීමෙන් පසු ගෙවන මුල් දෙවර්ෂය තුල වඩා ශීඝ්‍රයෙන් ඉහළ යාමක් දක්වයි. වර්ධනය බාලවීමේ වැඩි ප්‍රමාණයක් සිදුවන්නේ වර්තමානයේ දී 'පළමු දින දහස' ලෙස හඳුන්වන කාල වකවානුවේ දීය. මෙම සමයේදී ඇතිවන මන්දපෝෂණය ඇතිකරන අහිතකර බලපෑම වැඩිහිටි විය දක්වා පැතිරෙන බව වර්තමානයේ දී පිළිගැනෙයි. ''කලල අවධියේ ඇරඹෙන වැඩිහිටි රෝග තත්වයන්'' පිළිබඳ න්‍යාය මුලින්ම ඉදිරිපත් කරනු ලැබුවේ බේකර් නම් බ්‍රිතාන්‍ය ජාතික වසංගතවේද විද්‍යාඥයෙකු විසිනි. එම අදහස දැන් දියුණු රටවල මෙන්ම දියුණු වෙමින් පවතින රටවල ද වසංගතවේදී විද්‍යාත්මක සාක්ෂි මඟින් සනාථ කර ඇත. අඩු බරින් උපත ලද හා ජීවිතයේ මුල් කාලයේදී මිටි බවට ලක්වන දරුවන් වැඩිහිටි වියට පත් වූ විට ස්ථූලතාවයට ලක් වීමට සහ බෝ නොවන රෝගවලට නතු වීමට වැඩි නැඹුරුවක් දක්වන බව පෙනීගොස් තිබේ. ජීවිතයේ මුල් දින දහස තුලදී මන්දපෝෂණය ඇතිවීම සංසිඳවීමට හෝ වැළැක්වීමට හෝ අපගේ අවධානය තදින්ම යොමු කිරීම ඉතා වැදගත් බව හඳුනාගෙන ඇත. එනිසාම මෙම වකවානුව 'කවුළුව විවෘත නොවූ අවදියක්' ලෙස හැඳින්වෙයි.

මන්දපෝෂණයේ හානිකර බලපෑම පුද්ගලයන්ට තනිව මෙන්ම ප්‍රජාව කෙරෙහිද ඇති කරයි. එම බලපෑම අතර වර්ධනය බාලවීම, ප්‍රජානන (මොළයේ) වර්ධනය පසුබෑම, ප්‍රතිශක්තිය හීන වීම නිසා රෝග ආසාදන වීම පහසුවෙන් ගොදුරු වීම, ආසාදන හේතුවෙන් සිදුවන මරණ සංඛ්‍යාව ඉහළ යෑම, කායික සහ මානසික යන දෙඅංශයේම ඵලදායීතාව පහළයෑම යනාදිය වෙයි. වැඩිහිටියන් තුල ස්ථූලතාවය (තරබාරුව) පැවැත්ම සහ බෝ නොවන රෝග ඇතිවීමේ ප්‍රවණතාවය ඉහළ දැමීමටත් එය සමත් වෙයි. මෙසේ මානව සම්පත් දුර්වලතාවයට පත් කිරීම තුලින් සමාජ සහ ආර්ථික සංවර්ධනයට දැඩි ලෙස අහිතකර බලපෑමක් ඇති කිරීමටත්, ගිලානාභය (රෝගී වීම්) සහ මර්ත්‍යතා (මරණ) සංඛ්‍යාවන් ඉහළ නංවාලීමටත් සමත්ව ඇත.

යකඩ, අයඩීන්, 'ඒ' විටමිනය සහ සින්ක් ආදී ක්ෂුද්‍රපෝෂක ඌනතාවයන් ද ඉතා උග්‍ර මට්ටමේදී හැරුණ විට බරපතල සායනික ලක්ෂණ නොපෙන්නුව ද මහජන සෞඛ්‍යය ගැටළු ලෙස සැලකෙයි. ජෛව-රසායන ඌනතා තත්වයන් හී පැවැත්ම සැලකිල්ලට ලක්විය යුත්තේ තත්වය වඩා නරක අතට හැරුනහොත් ඒවා පෞද්ගලික මට්ටමෙන් මෙන්ම ප්‍රජා මට්ටමෙන් ද නැවත මතුවීමේ තර්ජනයක් පවතින බැවිනි. 'ඒ' විටමින ඌනතාවය සහ සින්ක් ඌනතාවය යන තත්වයේ ද්විතීයික ප්‍රතිශක්ති ඌනතා ඇති කරන බව පිළිගැනේ. එමඟින් ශ්වසන හා ආමාශ ආන්ත්‍රික රෝග තත්ව හේතුකොට වැඩි මරණ සංඛ්‍යාවක් ඇති කිරීමට දායක වෙයි. ළදරු වියේ ඇතිවන යකඩ සහ සින්ක් ඌනතා තත්වයන්




**රූපය 04- ජීවන චක්‍රය පුරා මන්දපෝෂණය ඇති කරන බලපෑම**

ජීවිතයේ පසුකාලයේදී ප්‍රජානන වර්ධනයේ බාල කිරීම් ඇති කිරීමට සමත්වන බව ද පිළිගැනේ. එසේම ක්ෂයවීම (තිව්‍ර ශක්ති ප්‍රෝටීන් මන්දපෝෂණය) ද ආසාදන රෝගවලට මඟ හෙළි කරන සාධකයකි. ආසාදන හේතුකොට මරණය ඇතිවීමට පවත්නා ඉඩකඩ ඉහළ දමයි. එක්සත් ජාතීන්ගේ ළමා අරමුදලේ ඇස්තමේන්තුව අනුව ලෝකයේ සිදුවන ළමා මරණ වලින් අඩුතරමින් 1/3 කට තරම්වත් පසුබිමේ පවත්නා හේතුව මන්දපෝෂණය වෙයි. තීව්‍ර හා උග්‍ර ශක්ති ප්‍රෝටීන් මන්දපෝෂණය ප්‍රජානන සංවර්ධනය බාල කිරීමට හේතුවන බව පිළිගැනේ. ගැහැණු ළමුන්ගේ මිටිවීම හේතු කොට ඔවුන් මිටි වැඩිහිටි ගැහැණුන් එනම් සෙ.මී. 145 කට වඩා අඩු උසින් යුත් ගැහැණු අය බවට පත් කරයි. එවැනි මිටි මවුවරුන් උපත් බර අඩු දරුවන් බිහිකිරීමට හේතුකාරකයකි. මන්දපෝෂණයේ විෂම චක්‍රය ඇතිවන්නේ ඒ ආකාරයෙනි.

මන්දපෝෂණයේ ප්‍රතිඵල සහ අන්තර් පාරම්පරික වශයෙන් එය ඇති කරන බලපෑම සාකච්ඡාවට ලක්කිරීමෙන් පසු එවැනි තත්වයක් ඇති කිරීමට මුල්වන හේතු සලකා බැලීම ද අවශ්‍යය. මෙයට පෙර සඳහන් කළ පරිදිම එය ඉතා සංකීර්ණ සහ විවිධ පැතිකඩ දක්වන තත්වයකි. ළමා පෝෂණ ඌනතාවයකට මුල්වන හේතු පිළිබඳව 1998 දී එක්සත් ජාතීන්ගේ ළමා අරමුදල සංකල්පිත රාමු ව්‍යුහයක් සංවර්ධනය කරනු ලැබීය. මෙහි අවසාන ප්‍රතිඵලය ලෙස දැක්වෙනුයේ මන්දපෝෂණය සහ ඉහත සඳහන් කළ එබැවින් ඇතිවන හානිකර තත්වයනුත්ය. මෙහි ආසන්නම හේතු ලෙස අවශ්‍ය තරම් ආහාර නොගැනීම සහ සමහර රෝග තත්වයන් ඇතිවීම දැක්වීමට පුළුවන. ඒ කුඩා දරුවන් තුල ඇතිවන ආසාදන තත්වයන් සහ සමීපව සම්බන්ධය. සමහර අවස්ථාවලදී එය දියවැඩියාව හෝ පිළිකාව ආදී වෙනත් රෝග තත්වයක් වීමට ද පුළුවන. මන්දපෝෂණය සහ ආසාදන අතර පවත්නා අන්තර් සම්බන්ධතාවය බෙහෙවින් පිළිගැනෙන්නකි. මන්දපෝෂණය සිරුරේ ප්‍රතිශක්තිය දුර්වල කිරීමට හේතුවෙයි. එමඟින් ආසාදන ඇතිවීමට පවත්නා ඉඩකඩ විවර කරයි. ආසාදන ඇතිවීම තුළින් ආහාර සඳහා වන රුචිය අඩු කරනවා පමණක් නොව ආහාර ජීරණය, පෝෂක අවශෝෂණය සහ ඒවායේ උපයෝගීතාවය දුර්වල කිරීමට ද සමත්ය. එය ශරීරයේ වර්ධනයට සහ ශාරීරික ක්‍රියාකාරකම්වලට හානිකර ලෙස බලපායි. අනෙකුත් රෝග තත්වයන් ක්‍රියා කරන්නේ ද එය පරිද්දෙන්මය. නිවෙස් හෝ පවුල් මට්ටමේ දී දැකිය හැකි දුප්පත්කම හේතුකොට ප්‍රමාණවත් ආහාර ලබා ගැනීමට නොහැකිවීම හෝ මිලදී ගැනීමට ආහාර නොතිබීම, මත්පැන්, දුම්පානය හෝ ගංජා භාවිතය වැනි ඇබ්බැහිවීම්වලට හුරුව සිටීම, නිසි පෝෂණය සහ ළමයි හදාවඩා ගැනීමේදී දරුවන්ට මවු කිරි නොදීම වැනි අයහපත් ආපදාවලට යොමුවීම, පරිපූර්ණ ආහාර ලබා දීම නිසි ලෙස සිදු නොකිරීම, ආහාර තෝරා ගැනීමේදී වැරදි පුරුදු අනුගමනය, වර්ධන විමසුම හෝ ප්‍රතිශක්තිකරණ එන්නත් ලබා දීම වැනි මහජන සෞඛ්‍යය සේවා වෙත නොගොස් සිටීම, අවශ්‍ය අවස්ථාවන්හිදී සෞඛ්‍යය සේවාවන්හී ප්‍රතිකාර හා උපදෙස් නොගැනීම, නිවාස, සනීපාරක්ෂක හා ජල හා සෞඛ්‍යය පහසුකම් වෙත ලඟා වීමේ දුෂ්කරතා වැනි තත්වයන් ගණනාවක් මෙහි අතරමැදි හේතූන් ලෙස දැක්විය හැකිය.

සමාජ, ආර්ථික සහ දේශපාලන පද්ධතිය මඟින් නිගමනය කරනු ලබන අවසන් හෝ මූලික හෝ සමාජයීය හේතුව වනුයේ දුප්පත්කම හෝ මෙම සේවාවන්ට එක හා සමාන ලෙස ලඟා වීමේ හැකියාව නොපැවතීමය. සෞඛ්‍යය සඳහා වන සමාජ නිර්නායකයක් ලෙස මේ සාධක භූගෝලීය පදිංචි ස්ථානය, අයත් සමාජ පන්තිය, ආගම, ජන වර්ගය ආදී හේතු කිසිවක් නොසළකා රටේ සෑම පුරවැසියෙකුටම සමාන වූ පරිද්දෙන් හා සාධාරණව ලැබීමට සැලැස්වීම සමස්ථ ප්‍රජාවේම සහ රජයේ වගකීමයි. එවැනි තත්වයක් උදා කිරීමට සමත් වූ රාජ්‍යයන් මානව සංවර්ධන දර්ශක ඉහළින්ම දක්වන රටවල් ලෙස සැලකෙයි. මවිසින් අත්දකින ලද එක් රෝගී දරුවෙකුගේ ඉතිහාසයක් මෙම තත්වය තවත් තහවුරු කිරීම සඳහා ඉදිරිපත් කිරීමට කැමැත්තෙමි.

කොළඹ නාගරික මුඩුක්කු නිවසක ජීවත් වූ මාස 10 ක් වයසැති පිරිමි ළමයා රෝහලට පැමිණියේ අධික උණ, කැස්ස හා හුස්ම ගැනීමේ අපහසුව සහිතවය. ඔහු 21 වියැති, 5 වන ශ්‍රේණිය දක්වා පමණක් උගත්, අර්ධකාලීන වශයෙන් නිවෙසක අත් උදව් සපයන කාන්තාවකගේ දරුවෙකි. දරුවන්ගේ 30 හැවිරිදි පියා තුන්වන ශ්‍රේණියේදී පාසැල් අධ්‍යාපනය අත්හැර දැමූ සනීපාරක්ෂක කම්කරුවෙකි. ඔහු මත්පැන් පානය කරන අතරම ගංජා ද භාවිත කරන්නෙකි. සිය ආදායමෙන් වැඩි කොටසක් ඔහු ඒ සඳහා වැය කරයි. මව ඉතා මිටි සහ කෙට්ටු කාන්තාවක් වූ අතර නාගරික සභාව විසින් පවත්වාගෙන ගිය පූර්ව ප්‍රසව සායනයන්ට ක්‍රමානුකූලව සහභාගී වූ අයෙකු ද නොවූවාය. එසේ වුවද ඇයට ඉඳහිට සායනයෙන් ත්‍රීපෝෂ ලැබී තිබිණි. ගර්භණී සමයේදී ඇයගේ බර වැඩි වී තිබුණේ කිලෝග්‍රෑම් 7කින් පමණය. දරු ගැබට සති 38ක් පිරුණු පසු ඇයව මාතෘ නිවාසයකට ප්‍රසූතිය සඳහා ඇතුළත් කරනු ලැබුයේ ප්‍රසව

වේදනාව ද සමඟය. එහිදී ඇය මෙම පිරිමි දරුවා ප්‍රසූත කළ අතර ළදරුවාගේ උපත් බර කිලෝග්‍රෑම් 2.0 ක් විය. අලුත උපන් සමයේදී සංකූලතා කිසිවක් නොපැවතින. දෙවන දිනයේදී මව සහ ළදරුවා මාතෘ නිවාසයෙන් පිටත් කරනු ලැබුයේ බී.සී.ජී. එන්නත ද ලබා දීමෙන් පසුවය. මුලදී ගැටලු කිහිපයක් ඇති වුවද සිය බිළිඳු මවුකිරෙන් පෝෂණය කිරීම මව සිදු කළාය. ඇයගේ දෙමව්පියන් දුර ප්‍රදේශයක වාසය කළ නිසා දරුවා රැක බලා ගැනීම සඳහා ඇයට උදව් කිරීමට කිසිවෙකු නොසිටියේය. එසේ වුවද අසළ වෙනත් මුඩුක්කු නිවසක විසූ මහළු කාන්තාවක් ඇයට උදව් පදව් කළාය.

දරු උපත සිදු වී සත්වන දිනයේ දී පැමිණි පවුල් සෞඛ්‍යය සේවා නිලධාරිනිය ඇයට මවු කිරි දීම සඳහා අවශ්‍ය උපදෙස් ලබා දුන් අතර සති 4 දී ප්‍රදේශයේ ළමා සායනයට පැමිණෙන ලෙසට ඇයට ඇරයුම් ද කළාය.

පවුලේ වියදම් සඳහා පියාගේ මුදල් ලබාදීම ප්‍රමාණවත් නොවීම හේතුවෙන් දරුවාට සති 6 ක් ගතවෙන විටම සිය රැකියාව යළි ඇරඹීමට මවට සිදුවිය. මවට ලැබුණ ආදායම ඉතා සීමිත වූ නිසා ඇයට මිල දී ගත හැකිවූයේ මසකට එක් කිරි පැකැට්ටුවක් පමණි. මව නැති අතරතුර සුළු මුදලකට දරුවා බලා ගැනීමේ වගකීම අසල්වැසි කාන්තාවක බාර ගත්තාය. ඇය සිය නිවසේදී කිරි සකස් කිරීම සිදු කරනු ලැබීම, ජලය හා ඉන්ධන සීමා සහිත වූ නිසා සනීපාරක්ෂක පිළිවෙත් අනුග මනය ප්‍රශස්ත නොවීය. මවුකිරි දීම රාත්‍රී කාලයට පමණක් සීමා විය. දරුවා ඉඳහිට ප්‍රාදේශීය ළමා සුභ සාධන සායනයට ගෙන ගිය ද වර්ධන විමසුම මෙන්ම ප්‍රතිශක්තිකරණ එන්නත් ලබා දීම ද ක්‍රමානුකූලව සිදුනොවිණ. පිළිවෙලින් වයස මාස තුනේදී සහ හයේ දී රෝගී වූ දරුවා රෝහල් ගත කිරීම අවශ්‍ය විය. දෙවරම දරුවාව ආහාර මාර්ග යේ රෝගී තත්වයන් (අජීර්ණ) ඇති ව තිබූ අතර විජලනය හේතුකොට අන්තර් ශිරා මාර්ග යෙන් තරල ලබා දීම අවශ්‍ය විය. දරුවාට සහල්, පරිප්පු, එළවළු සහ කුඩු කළ වියළි හාල්මැස්සන් ගේ මිශ්‍රණයක් ගෙදර සකස් කර ලබා දෙන ලෙස සායනයේ දී මවට උපදෙස් ලැබුණ ද, මුදල් හා කාලය නොමැතිකම නිසා නිරතුරුව එම සිදු කිරීමට මව අසමත් වූවාය. ඇයට දරුවාට ලබා දීම සඳහා ත්‍රිපෝෂ පැකට් කිහිපයක් ලැබුණ ද එය ද නිරතුරුව සකස් කර දීමට ඇය අසමත් වූවාය. මෙවර දරුවා රෝහලට ඇතුළත් කරන විට දරුවාගේ වර්ධන සටහනේ ඇති මධ්‍යයන වර්ධන රේඛාවට ගැළපෙන ලෙස බර රේඛාව ඉහළ නොගොස් සමාන්තරව පැවතීමත් දක්නට ලැබුණේ ආසාදන හේතුකොට ඇති විය හැකි පහළ වැටීම් තැන තැන සටහන්ව තිබීමත් සමඟය. පරීක්ෂා කිරීමේ දී පෙනී ගියේ දරුවා තදින්ම ක්ෂය වීමට ලක්ව ඇති බවත් දරුවාගේ උසට සරිලන බර අනතුරුදායක රතු කලාපයට දක්වා පහත වැටී ඇති බවකුත්ය. දරුවා තුලින් නියුමෝනියාව සහිතව මැරස්මස් තත්වයෙන් පෙලෙන බවය.

මෙම රෝග ඉතිහාසයට විශ්ලේෂනය කරන ඔබට මෙම දරුවාගේ මන්දපෝෂණය ඇති වීම අදියර තුනකින් හඳුනාගත හැකිය. මෙහි ඉහත දක්වා ඇති සංකල්පිත රාමුව උපයෝගී කරගෙන ඔබට එය අභ්‍යාසයක් ලෙස සිදු කරන ලෙස ඉල්ලා සිටීමට කැමැත්තෙමි. එමඟින් මන්දපෝෂණය සංහිඳවීම වැළැක්වීම සිදු කළ යුතු මූලධර්ම ඔබටම වටහා ගත හැකිවේවි. හේතුකාරක පිළිබඳ මගේ විශ්ලේෂනය මෙහි පළමු ඇනවුමෙහි දක්වා ඇත. මන්දපෝෂණය සංහිඳවීම සඳහා ශ්‍රී ලංකාව ප්‍රජා මට්ටමින් ගෙන ඇති පියවර එනම් මැදිහත්වීම් කවරේද යන්න විමසා බැලීම දැන් අවස්ථාවයි.

මෙම මැදිහත්වීම් දෙයාකාරයකට වර්ගීකරණය කළ හැකිය. එනම් සෘජු මැදිහත් වීම් (පෝෂණ නිශ්චිත) සහ වක්‍ර මැදිහත් වීම් (පෝෂණ සංවේදී) ලෙසය. සෘජු මැදිහත් වීම් මන්දපෝෂණය ඇතිවීමේ සමීප හේතු ආමන්ත්‍රණය කරයි. නිවෙස් තුල ආහාර සුරක්ෂිතතාව නංවාලීම සහ රෝග තත්වයන් වැළැක්වීමට ක්‍රියා කිරීම එයට උදාහරණයකි. වක්‍ර මැදිහත් වීම් මන්දපෝෂණයට පසුබිම් විය හැකි හේතු ආමන්ත්‍රණය කරයි. දුප්පත්කම තුරන් කිරීම, කෘෂිකාර්මික නිශ්පාදනය ඉහළ නංවාලීම, ජලය සපයා ගැනීමට ඇති හැකියාව සමඟ සනීපාරක්ෂක පහසුකම්




**රූපය 05- පෝෂණ ගැටළු අවම කිරීමට රජය විසින් ගෙන ඇති පියවර**

වැඩි දියුණු කිරීම ඒ සඳහා උදාහරණය. සෘජු මැදිහත් වීම් නිශ්චිත කණ්ඩායම් වෙත හෝ සමස්ථ ජනගහනය වෙත ඉලක්ක කළ හැකිය.

පරිපූරක ආහාරයක් ලෙස ත්‍රීපෝෂ ලබාදීම, මවු කිරි දීම සහ නිසි ආකාරයෙන් අතිරේක ආහාර ලබාදීම ප්‍රවර්ධනය කරන සෞඛ්‍ය අධ්‍යයන වැඩසටහන් ක්‍රියාත්මක කිරීම, ළමා සංවර්ධන කාඩ්පත උපයෝගී කරගෙන දරුවන්ගේ වර්ධනය විමසීම යනාදිය සෘජු මැදිහත් ගණයේ ලා සැලකිය හැකිය. මෙහිදී ත්‍රීපෝෂ ලබාදීමේ වැඩසටහන, පාසල් දිවා ආහාරය සැපයීම, ගර්භණී මවුවරුන් හට පෝෂණ මල්ලක් සැපයීම යනාදිය නිශ්චිත කණ්ඩායම් ඉලක්ක කරගත් සෘජු මැදිහත් වීම් ලෙස ද සාමාන්‍ය ලුණු අයඩීන් අයඩීන්කරණ වැඩසටහන සාමාන්‍ය ප්‍රජාවම ඉලක්ක කරගත් සෘජු මැදිහත් වීමක් ලෙස ද සැලකිය හැකිය.

දිවි නැගුම/ සමෘද්ධි වැනි දුප්පත්කම තුරන් කිරීම සඳහා ක්‍රියාත්මක කරන වැඩසටහන් ජල යෝජනා ක්‍රම සහ කෘෂිකර්මාන්තය සඳහා සහන සැපයීමේ වැඩසටහන් වක්‍ර මැදිහත් වීම්ය.

මෙම මැදිහත්වීම්වල ප්‍රතිඵල ගැඹුරින් විශ්ලේෂනය කිරීමක් මෙම ලිපිය තුලින් සිදු නොකළ ද, යම් ආකාරයක සාර්ථක ප්‍රතිඵල හිමිකර දී ඇති මැදිහත්වීම් සමහරක් හඳුනාගත හැකිය.

ගෝලීය ලුණු අයඩීන්කරණ වැඩසටහන 1986 වර්ෂයේදී ඇරඹූ අතර එමඟින් ජානපදිත ගලගණ්ඩය සහ කෙටිනිසම් රෝගී තත්වය (Cretinism) අඩුවීමේ සැලකිය යුතු අඩුවීමක් දක්නට හැකිය. කෙසේ වෙතත් ඕනෑම සර්ව මැදිහත්වීම් බොහොමයකදී යම් සෘණාත්මක බලපෑම් ඇතිවීම් දැකිය හැකිය. ලුණු අයඩීන්කරණ වැඩසටහන ක්‍රියාත්මක වූ කාලයේදී ජනගහනයේ සමහර කොටස් තුල ස්වයං-ප්‍රතිශක්තිමය ගලගණ්ඩ රෝගය ඇතිවීමේ සුළු ඉහළ යාමක් දක්නට ලැබිණ. වෛද්‍ය සේවා මඟින් මෙම තත්වයක් සමීපව විමර්ශනය කිරීම අවශ්‍ය අතර එම සටහනින් ලද ප්‍රතිලාභ ඉන් ලැබුණ අවාසිදායක තත්වයන් ඉක්මවාලීමට විශාල වශයෙන් සමත් විය. ලුණු අයඩීන්කරණ වැඩසටහන් තාක්ෂණික පැත්ත දෙස ද සමීප විමර්ශනයක යෙදීම අවශ්‍යය.

වර්ධන නිසි පරිදි අධීක්ෂණය කිරීමේ ළදරු සහ කුඩා ළමයින් සඳහා ආහාර ලබාදීමේ මාර්ගෝපදේශ අනුගමනය කරමින් සිදුකරන මවුකිරි දීමේ සහ අතිරේක ආහාර ලබාදීමේ වැඩසටහන සැලකිය යුතු සාර්ථකත්වයක් හිමිකරගෙන ඇත. මවුකිරෙන් පමණක්ම ළදරුවන් පෝෂණය කිරීම සහ අතිරේක ආහාර ලබාදීම තුලින් මැරස්මස් හා ක්වෂියකෝර් යන තීව්‍ර මන්දපෝෂණය තත්වයන්හී උග්‍රතාවය අඩු කිරීමට උපකාරී විය. එහෙත් මෙම තත්වයන් හා සම්බන්ධව තවත් යා යුතු දුර බොහෝය.

ඒ විටමිනය අධි මාත්‍රාවෙන් ලබාදීමේ වැඩසටහන සමඟ සමගාමීව ක්‍රියාත්මක කළ බීටා කැරොටීන් සුලබව අඩංගු එළවළු හා පළතුරු පරිභෝජනය ඉහළ නැංවීමේ පෝෂණ අධ්‍යාපන වැඩසටහන හේතු කොට ඒ විටමින් ඌනතාවය නිසා ඇතිවන අක්ෂි රෝග සැළකිය යුතු තරමින් පහළ ගිය නමුත්, උප ශායනික ඒ විටමින් ඌනතාවය තවමත් පවතියි.

ලෝක සෞඛ්‍ය සංවිධානය ජීව චක්‍ර ප්‍රවේශය භාවිතා කරමින් මන්දපෝෂණය සංහිඳවීම සඳහා පෝෂණීය මැදිහත්වීම් ලැයිස්තුවක් සකස් කර ඇත.

විවිධ මට්ටම්වල සාර්ථකත්වය සහිතව මෙම මැදිහත්වීම් වලින් බොහොමයක් ශ්‍රී ලංකාව තුල දැනටමත් ක්‍රියාත්මක කර ඇත. තාක්ෂණික කාර්යක්ෂමතාව නැංවීම සහ වඩා නිවැරදි ලෙස ඉලක්කගත කිරීම ප්‍රතිඵල ඉහළ දැමීමට සමත් වනු ඇති බවත් පෙනේ. ප්‍රමාණවත් තරම් මූල්‍ය ප්‍රතිපාදන වෙන් නොකිරීම, මෙම වැඩසටහන් ගැන මහජන අවබෝධය නොමැතිවීම, වැඩසටහන් ක්‍රියාත්මක කිරීමට තරම් ප්‍රමාණවත් මානව සම්පත් නොමැතිවීම ආදී සාධක මෙම වැඩසටහන් හී සාර්ථකත්වයට බාධා එල්ල කර ඇත. මන්දපෝෂණය ඇතිවීමට මුල්වන හේතු පිළිබඳව මෙන්ම ඒවා සංහිඳවීම කළ හැක්කේ කෙසේද යන්න පිළිබඳව පොදු ජනතාවගේ අවබෝධය නංවාලීම තුලින්, මෙම මැදිහත්වීම්වල සාර්ථකත්වය සඳහා ධනාත්මක බලපෑමක් සිදු කළ හැකිය.

ස්ථූලතාවය/ අධිබර සහ දියවැඩියාව, අධික රුධිර පීඩනය, හෘදයා බාධ, ආඝාතය සහ සමහර වර්ගවල පිළිකා ආදී ආහාර ආශ්‍රිත රෝග තත්වයන් සංහිඳවීම/ වැළැක්වීම සඳහා සාපේක්ෂ වශයෙන් ඉහළ පෞද්ගලික මූලාරම්භයක් තිබීම අවශ්‍යය. එසේ වුවත් රාජ්‍ය/ ප්‍රජා මැදිහත්වීම් මඟින් සමාන හා ඔරොත්තු දිය හැකි මට්ටමින් වැළැක්වීමේ හා ප්‍රතිකාර කිරීමේ උත්සාහයන් සිදු කිරීම අවශ්‍යය. එසේම පැණි රස බීම, සිසිල් බීම, ෆාස්ට් ෆුඩ් ආහාර, දුම්වැටි ඇතුළු දුම්කොළ නිෂ්පාදන, මත්පැන් සහ අනෙකුත් ආඝාත්මිකතාමය ද්‍රව්‍ය ආදී ස්ථූලතාවයට සහ බෝ නොවන රෝග ඇති වීමට හේතුකාරකවන නිෂ්පාදන නිපදවන හා

අලෙවිකරන කර්මාන්ත හා ආයතන නියාමනය සඳහා ද රාජ්‍ය මැදිහත් වීම් පැවතිය යුතුය.

ස්ථූලතාවය සහ බෝ නොවන රෝග ඇතිවීමට මුල්වන හේතු ද සංකීර්ණය. එහෙත් එම තත්වයන් බොහෝ දුරට අවබෝධ කර ගැනීමට දැන් හැකියාව ලැබී ඇත. උපත් බර අඩුවීම සහ මුල් ළමා වියේදී මිටි වීමට ලක් වීම වැනි බලපෑම් මෙහිදී වැදගත්ය. ස්ථූලතාවය ගත් කල ඒ සඳහා වන පවුල් සම්බන්දතාවය පැහැදිලිය. ස්ථූලතාවයට අර්ධ වශයෙන් ජානමය සම්බන්ධතාවක් සහ අර්ධ වශයෙන් පරිසරමය සම්බන්ධතාවක් පවතියි. ස්ථූලතාවය සඳහා වන ප්‍රධානතම අවදානම් සාධක දෙක වනුයේ, ශක්ති ඝනත්වය ඉහළ ආහාර පාන වැඩි වැඩියෙන් පරිභෝජනය සහ කායික ව්‍යායාමයන්හි නොයෙදීමත්ය. බෝ නොවන රෝග ඇතිවීමට හේතුකාරකවන අනෙකුත් අවදානම් සාදක වනුයේ අධික ලෙස ලුණු හා සංතෘප්ත මේද භාවිතය, දුම්පානය හා අනෙකුත් දුම්කොළ නිෂ්පාදන භාවිතය සහ මත්පැන් පානයන්ය.

අධිබර හා ස්ථූලතාවය පැවැතීම ශ්‍රී ලංකාව තුල ඉතා සීඝ්‍රයෙන් ඉහළ යමින් පවතියි. එය ධනවතුන්ට පමණක් සීමා වූ බවක් පෙනීම මවිත කරවන සුළු වුවත් දුප්පතුන් කෙරෙහි එහි බලපෑමක් පවතියි. ළමාවියේ ස්ථූලතාවයද ඉහළ යමින් පවතින ප්‍රවනතාවක් දක්වයි. ස්ථූල දරුවන් බොහෝ විට ස්ථූල වැඩිහිටියන් බවට පත්වෙයි. දැනටමත් බෝ නොවන රෝග වැඩිහිටියන් ගේ අකර්මන්‍යතාවයට සහ මරණවලට බලපාන ඉතා වැදගත් හේතුකාරකය බවට පත්ව ඇත. මේ සඳහා දායක වන ආහාරමය සහ ජීවන රටා වෙනස්කම් හදිසියේ පැන නැගුන තත්වයන් නොවේ. එසේ සිදුවන්නේ ජනමාධ්‍ය, සමාජ මාධ්‍ය සහ අනෙකුත් සමාජයීය



**රූපය 06- අහිතකර ආහාර පුරුදු**

අන්තර්ක්‍රියා තුලින් සෞඛ්‍යයට අහිතකර ක්‍රියාකාරකම් සහ නිශ්පාදන ලද සක්‍රීය ප්‍රවර්ධනය හේතුවෙනි. නීතිමය සහ වෙනත් පියවර තුලින් මෙම තත්වයන් නියාමනය කිරීමේ වගකීමක් රජයට සහ සමාජයට තිබුණද, මෙම තත්වය මැඩලීම සඳහා ගතහැකි ඉතාම වැදගත් පියවර වනුයේ ජනතාව ස්ථූලතාවයද ඇතුළුව මන්දපෝෂණය ඇතිවීමට මුල්වන හේතුවන ඒවා වැළැක්වීමට ගත හැකි පියවර පිළිබඳව දැනුවත් කර ඔවුන් සබුද්ධිමත් හා බලාරෝපිත ජනතාවක් බවට පත්කිරීමය.

අදාළ ගැටළු ආමන්ත්‍රණය කිරීම සඳහා රජය විසින් මේ දක්වා ගෙන ඇති පියවර කිහිපයක් මෙසේය.

- සියළු ප්‍රාථමික සෞඛ්‍ය සත්කාර ඒකක තුළ ස්ථූලතාවය සහ බෝ නොවන රෝග සොයාගැනීම සහ කළමණාකරණය සඳහා වන වෛද්‍යමය සහ රසායනාගාර සේවා පහසුකම් සහිත සුවැති දිවි මධ්‍යස්ථාන පිහිටුවීම.
- ස්ථූලතාවය සහ අනෙකුත් ආශ්‍රිත බෝ නොවන රෝග කළමණාකරණය සහ පසුවිපරම් පහසුකම් සහිත වෛද්‍ය පර්යේෂණ සායන සෑම මූලික/ පළාත් රෝහල් තුළ පිහිටුවීම. මෙම සායන සඳහා පෝෂණය පිළිබඳ විශේෂඥ පුහුණුව ලත් වෛද්‍යවරුන් පත් කිරීම.
- සමහර ආහාර වර්ග සඳහා මාර්ග සංඥා පදනම් කරගත් ලේබල් ක්‍රමවේදයන් බලාත්මක කිරීම සඳහා හැකිවන පරිදි ආහාර නියාමනය සහ ආහාර ලේබල්කරණය මෙරට ප්‍රචාරණය සඳහා වන මාර්ගෝපදේශ ශක්තිමත් කිරීම සහ මාධ්‍ය/සමාජ මාධ්‍ය සඳහා ළමයින් ඉලක්ක කර ආහාර පිළිබඳ දැන්වීම් පළකිරීම තහනම් කිරීම.
- පාරිභෝගික ආරක්ෂණ අධිකාරිය යටතේ විශේෂිත ප්‍රවර්ග ආමන්ත්‍රණය කරන පාරිභෝගික ආරක්ෂණ සමත් පිහිටුවාලීම උනන්දු කරවීම.
- දුම්පානය සහ මත්ද්‍රව්‍ය පානය පාලනය කිරීම සඳහා වන ගෝලීය රාමුව තදින්ම ක්‍රියාත්මක කිරීම සඳහා ජාතික මත්පැන් හා දුම්වැටි නියෝජිත ආයතනයක් පිහිටුවීම.

මෙම ලිපිය තුළින් මන්දපෝෂණය ශ්‍රී ලංකාව තුළ බහුලව පවතින ගැටළුවක් බව අපි දැනගත්තෙමු. මන්දපෝෂණය ඇතිවීම කොතරම් සංකීර්ණ ක්‍රියාදාමයක් වුවත් එය පසුබිමේ පවතින සාධක පහසුවෙන් හඳුනාගත හැකිය. මුල්ම හේතුකාරකවන්නේ දුගීබව සහ නොසැලකිලිමත්කමය. පෞද්ගලික සහ ප්‍රජා මට්ටම යන දෙකෙහිම මෙම සාධක සංහිඳවීමට අපට ක්‍රියා කළ හැකිය. ඒ සඳහා සබුද්ධිමත් රට වැසියන්ගේ දැනුවත් බව සහ පූර්ණ සහභාගීත්වය පැවතීම අත්‍යවශ්‍යය.



**මහාචාර්ය නාරද ඩී. වර්ණසූරිය**
ළමා රෝග පිළිබඳ
සම්මානිත මහාචාර්ය