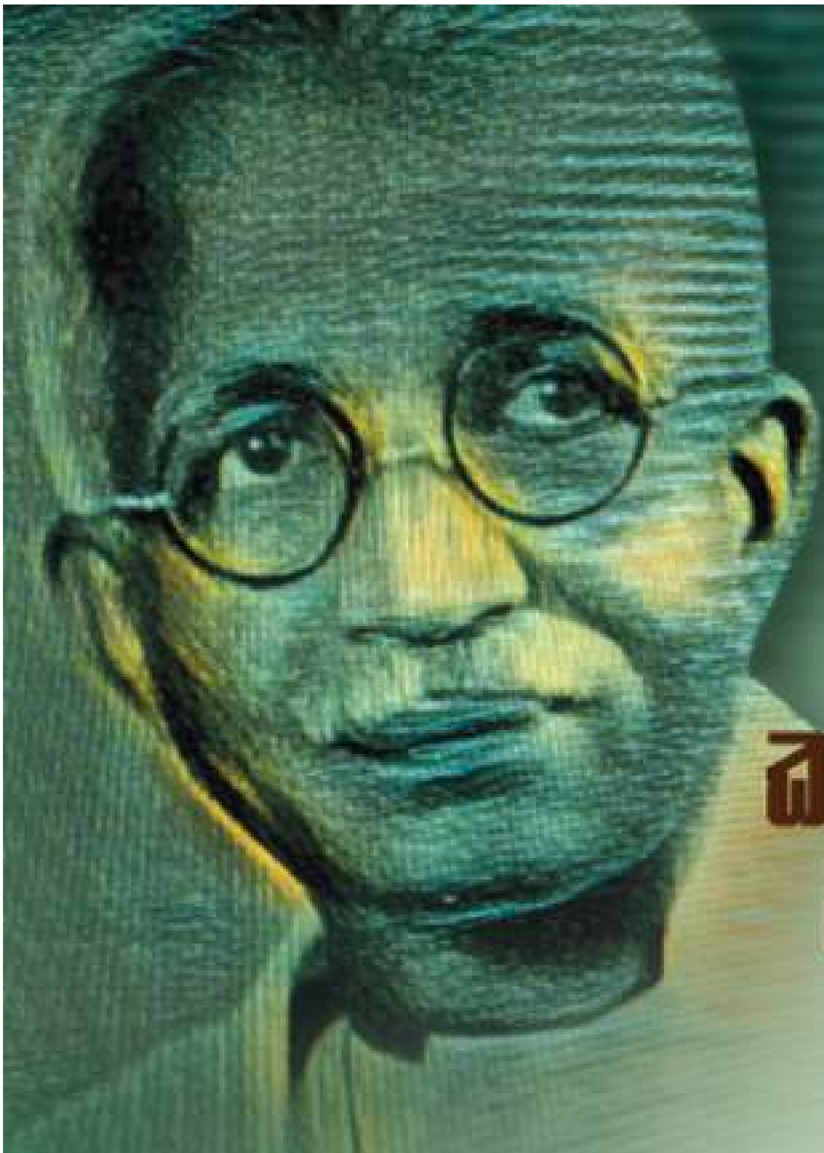


ආචාර්ය
සී. ඩබ්ලිව්. ඩබ්ලිව්.

කන්නන්ගර අනුස්මරණ දේශනය 28

"වෛද්‍ය අධ්‍යාපනය සහ කන්නන්ගර දර්ශනය"

රුහුණු විශ්වවිද්‍යාලයේ වෛද්‍ය පීඨයේ
ළමාරෝගවේද්‍ය පිළිබඳ විශේෂඥ වෛද්‍ය
ජ්‍යෙෂ්ඨ මහාචාර්ය සුජීව අමරසේන

2017 ඔක්තෝබර් 13

ආචාර්ය සී. ඩබ්ලිව්. ඩබ්ලිව්. කන්නන්ගර
අනුස්මරණ දේශනය - 28

වෛද්‍ය අධ්‍යාපනය සහ කන්නන්ගර දර්ශනය

ජ්‍යෙෂ්ඨ මහාචාර්ය සුජීව අමරසේන

2017 ඔක්තෝබර් 13

පර්යේෂණ හා සංවර්ධන දෙපාර්තමේන්තුව
ජාතික අධ්‍යාපන ආයතනය
මහරගම

ආචාර්ය සී. ඩබ්ලිව්. ඩබ්ලිව්. කන්නන්ගර අනුස්මරණ දේශනය - 28

වෛද්‍ය අධ්‍යාපනය සහ කන්නන්ගර දර්ශනය

ප්‍රථම මුද්‍රණය - 2017

© ජාතික අධ්‍යාපන ආයතනය

මුද්‍රණය : මුද්‍රණාලය
ජාතික අධ්‍යාපන ආයතනය
මහරගම
www.nie.lk
Tel: 011 7601601

වෛද්‍ය අධ්‍යාපනය සහ කන්නන්ගර දර්ශනය

දූරදර්ශී නායකයකු, දේශපාලනඥයකු, දාර්ශනිකයකු සහ අධ්‍යාපනඥයකු වූ දිවංගත ආචාර්ය සී. ඩබ්ලිව්. ඩබ්ලිව්. කන්නන්ගරයන් අනුස්මරණය කිරීම සඳහා පැවැත්වෙන දේශන මාලාවෙහි 28 වැනි අනුස්මරණ දේශනය පැවැත්වීම සඳහා මා වෙත කරන ලද ආරාධනය මට කරන ලද මහත් වූ ගෞරවයක් හා මා ලද වරප්‍රසාදයක් සේ මට හැඟෙන බව ප්‍රකාශ කරන්නේ නිහතමානී ව ය. මේ අනුස්මරණ දේශනය පැවැත්වීම සඳහා මට ආරාධනා කළ ජාතික අධ්‍යාපන ආයතනයේ අධ්‍යක්‍ෂ ජනරාල්තුමිය හා පර්යේෂණ දෙපාර්තමේන්තුවේ නිලධාරීන් මම විශේෂයෙන් අගයමි. මට අ.පො.ස. සාමාන්‍ය පෙළ විභාගය සමත් වීමට උපකාරක වූ ගණිත පොත්වල කතුවරයා වූ මහාචාර්ය ජේ. ඊ. ජයසූරියගෙන් පටන්ගෙන, පසුගිය වසර 27 තුළ මේ දේශනය පැවැත්වූ දේශකයන්ගේ නාමාවලිය කියවන විට, 2017 වර්ෂයේ මේ දේශනය පැවැත්වීමට වඩාත් ම සුදුස්සා මා ද යන අවිනිශ්චිතතාව මා තුළ ඇති වේ. යටත් පිරිසෙයින් අනෙකුත් දේශකවරුන්ගෙන් දෙදෙනෙක් වත් වෛද්‍ය විද්‍යාලයේ දී, නොඑසේ නම් ළමා රෝග විශේෂඥයකු වීම සඳහා මා ලද පශ්චාත් උපාධි පුහුණුවේ දී මාගේ ගුරුවරුන් වූවෝ වෙති. තවත් සමහරුන් මගේ ළමා වියේ දී මා ආදරය කළ අධ්‍යාපන ක්ෂේත්‍රයේ විශිෂ්ටයන් ය. මගේ ශාස්ත්‍රීය හා වෘත්තීය ජීවිතයෙහි මෙතෙක් මා මුහුණ පෑ වඩාත් ම දුෂ්කර කටයුත්ත වන්නේ දිවංගත ආචාර්ය කන්නන්ගර වැනි උත්තුංග පුද්ගලයකුට හා සියලු අතීත දේශකයන්ට සාධාරණත්වය ඉටු කිරීමයි. කෙසේ වෙතත් ඉදිරි පැය තුළ එය ඉටු කිරීමට මම උත්සාහ දරන්නෙමි. එහි ලා මා ඔබට ආරාධනය කර සිටින්නේ මගේ විනිශ්චයකරුවකු වෙමින් මා අද සිටින තත්ත්වයට පැමිණීමට මට නිසැක ව ම උපකාරයක් වූ තැනැත්තා වන මේ ශ්‍රේෂ්ඨ මිනිසාට මා යුක්තිය ඉටු කරත් දැයි විමසා

බලන ලෙස ය. අද මා කතා කිරීමට බලාපොරොත්තු වන තේමාවට ප්‍රවේශයක් ලෙස මේ දේශනය ආරම්භයේ දී දිවංගත කන්නන්ගර මහත්මාගේ ජීවිතයෙන් නිදසුන් කිහිපයක් ගෙන හැර දක්වීමට කැමැත්තෙමි. කාලීන සන්දර්භයට බෙහෙවින් අදාළ වූ "වෛද්‍ය අධ්‍යාපනය හා කන්නන්ගර දර්ශනය" යනු මා විසින් තෝරා ගෙන ඇති තේමාව වේ.

ම විසින් මේ මාතෘකාව තෝරා ගන්නා ලද්දේ මේ ආරාධනය පිළිගන්නා ලද අවස්ථාවෙහි මේ රටෙහි රාජ්‍ය වෛද්‍ය විද්‍යාල අටක වෛද්‍ය අධ්‍යාපනය හා වෛද්‍ය වෘත්තිය මාස කිහිපයක් පුරා අවුල් කර දමන ලද ගැටුමකින් වෙළාගෙන ඇති විටෙක ය. වර්තමානයේ එය නොපෙනෙන අන්තයක් සහිත ව මාස 8ක කාලයක් තිස්සේ දිග්ගැස්සී ඇත්තේ 1987 - 1990 සමයෙහි සිදු වූ තුන් අවුරුදු බිඳ වැටීම සිහි ගන්වමිනි. මේ සමස්ත ගැටුමෙහි බලපෑම මූල්‍ය අගය අනුව තක්සේරු කළ නොහැකි ය. එසේ වුව ද සෞඛ්‍ය පද්ධතියට හා විශ්ව විද්‍යාල අධ්‍යාපනයට ඉන් ඇති වන බලපෑම විස්තර කළ හැකි ය.

නොවැම්බරය වන විට සීමාවාසී වෛද්‍යවරුන් නොමැත. මෙය රටේ ග්‍රාමීය හා ඌනසේවිත ප්‍රදේශ කෙරෙහි අහිතකර ලෙස බලපායි. පශ්චාත් උපාධි පුහුණුව බිඳ වැටේ. 1987 සිට 1990 දක්වා වූ කාලය තුළ ද මේ සියල්ල සිදු විය.

උපාධි අපේක්ෂක පාඨමාලාවෙහි රැඳී සිටින කාල සීමාව නිසා වැඩි වන්නේ වැඩෙන් තොර කාල පරිච්ඡේදයයි. මෙය පෞද්ගලික සේ ම ශ්‍රී ලංකා රාජ්‍ය පිරිවැය ද වැඩි කරලයි. ඔවුනට දීර්ඝතර කාලයකට මහපොළ ශිෂ්‍යත්වය අහිමි වී යෑමෙන් පවුල්වල ආර්ථික දුෂ්කරතා ඇති වේ. මෙය වෛද්‍ය ශිෂ්‍යයන්ට මහ පරිමාණයෙන් නීතිවිරෝධී පෞද්ගලික වෛද්‍ය සේවාවෙහි නිරත වීමට මඟ පෑදී ය.

මේ වියවුල 2017 ඔක්තෝබරයෙන් ඔබ්බට ද දිග්ගැස්සුණ හොත් වෛද්‍ය විද්‍යාලවලට ඇතුළත් කර ගැනීම සැලකිය යුතු තරමින් ප්‍රමාද වේ. වර්තමාන සෞඛ්‍ය සේවාවෙහි නිරත සියලු වෛද්‍ය වෘත්තිකයෝ මෙය අත්දැක ඇති අතර එහි පසුවිපාක පිළිබඳ ව හොඳින් දනිති.

පැහැදිලි ව ම මෙය සෞඛ්‍ය සේවාවෙහි සත්කාරයෙහි ගුණාත්මය කෙරෙහි බලපාන්නේ ය. මින් සෞඛ්‍ය සේවාවෙහි නව වර්ධන ප්‍රමාද වන්නේ ය. වඩාත් වැදගත් කරුණ වන්නේ, පුරෝගාමී සංවිධානවල "ජනරාල්වරුන්" යටතේ සයිටම් (SAITM) විරෝධී සටනෙහි යෙදෙන "සෙබලුන්ගේ" ක්ෂනික මානසික තත්ත්වය ද මතු එළඹෙන දීර්ඝ කාලාන්තරයකට සෞඛ්‍ය සේවා සත්කාරයෙහි ගුණාත්මක බව කෙරෙහි බලපෑම ය.

පවත්නා තත්ත්වය නිසා උද්ගත වූ තවත් කනගාටුදායක අතුරු විපාකයක් නම් කොළඹ, පේරාදෙණිය හා කැලණිය යන වෛද්‍ය විද්‍යාල තුනෙහි අධ්‍යයන කටයුතුවල නිරත වෙමින් සිටි භූතාන සිසුන් 120 දෙනකු ඔවුන්ගේ වැඩිහිටි හා උසස් අධ්‍යාපන දෙපාර්තමේන්තුව (DAHE) විසින් ආපසු සියරට කැඳවා ගැනීම ය. මෙය එක් ශිෂ්‍යයෙකු වෙනුවෙන් වසරකට පීඨ තුනට ඇමරිකන් ඩොලර් 10 000ක් පමණ ලැබුණු, දෙරටක් අතර ක්‍රියාත්මක රාජ්‍ය අනුග්‍රහය ලත් වැඩපිළිවෙළකි. මීට අදාළ ව ශ්‍රී ලංකාවට කෙරෙන ගෙවීම් අත්හිටුවා ඇත. ජාත්‍යන්තර බැඳීම්වලට අනුගත වීමට නොහැකි නිසා අපේ ජාත්‍යන්තර කීර්තිය පළුදු වී ඇත.

මෙසේ සිදු වන්නේ යටත් පිරිසෙයින් තරමක් දුරට හෝ කන්නන්ගර දර්ශනය වරදවා වටහා ගැනීම නිසා යැයි මම විශ්වාස කරමි. ආචාර්ය කන්නන්ගරයන්ගේ දැක්මට අනුව ඊනියා "නිදහස් අධ්‍යාපනය" සුරැකීම සඳහා ගෙන යනු ලබන වර්තමාන සටනෙහි පරස්පරතාව විස්තර කිරීමට යෑමට පෙරාතුව මිනිස් වර්ගයා සහ මනුෂ්‍යත්වය වෙනුවෙන් ඔහු

විසින් ඉටු කරන ලද විශිෂ්ට සේවාව හා එය මට අනුග්‍රහයක් වූ ආකාරය පැහැදිලි කරමි.

මේ අවස්ථාවේ දී, ශ්‍රී ලාංකික ජාතිය සම්බන්ධයෙන් ඔහුගේ දැක්ම ගොඩනඟා ගැනීමට දායක වී යැයි සිතිය හැකි, ඔහුගේ ජීවිතයේ යම් යම් අංග හඳුන්වා දීමට මම කැමැත්තෙමි. ක්‍රිස්ටෝපර් විලියම් විජේකෝන් කන්නන්ගර උපන්නේ 1884.10.13 දින ය. අද ඔහුගේ 133 වැනි ජන්ම සංවත්සරයයි. ඔහු ජන්මයෙන් ක්‍රිස්තු භක්තිකයකු වූයේ ඔහුගේ දෙමාපියන්ගේ විවාහය සිදු වන අවස්ථාවේ දී ඔවුන් අතර ඇති වූ එකඟතාවකට අනුව ය. ඔහුගේ පියා විවාහය වෙනුවෙන් තම ආගම වෙනස් කිරීමට කිසි සේත් කැමති නොවූ බව කියැවේ. සිය ජීවිතයේ මුල් අවධියේ දී ම ඔහුට තම ජෛව මව අහිමි වූයේ නවජ මරණයකට පාත්‍ර වූ ඔහුගේ බාල සහෝදරයාගේ උත්පත්තියට පසු ඇය මාතෘ මරණයකට පත් වූ නිසා ය. ඔහුගේ පියාට පළමු විවාහයෙන් දරුවෝ පස් දෙනෙක් ද දෙවැනි විවාහයෙන් දරුවෝ සිව් දෙනෙක් ද වූහ. නව දෙනෙකුගෙන් යුත් පවුලක ඔහු තුන් වැනියා විය. ඒ සියලු දෙනා හොඳින් රැක බලා ගත්තේ ඔහුගේ ආදරය නොමඳ ව ලද ඔහුගේ කුඩම්මා විසිනි.

හෙතෙම අම්බලන්ගොඩ වෙස්ලියන් විද්‍යාලයේ දීප්තිමත් ශිෂ්‍යයෙක් විය. ත්‍රෛ වාර්ෂික ත්‍යාග ප්‍රදානෝත්සවයේ දී ඔහු දක්ෂ ගණිත ගුරුවරයකු වූ ද එවක ගාල්ලේ රිච්මන්ඩ් විද්‍යාලයේ විදුහල්පති වූ ද ජේ. ඩබ්ලිව්. ඩැරල් පියතුමාගේ නිරීක්ෂණයට ලක් විය. එහි දී "ඔබට ඔබ දිනාගත් තෑගි ගෙදර ගෙන යෑමට බර කරත්තයක් ගෙනෙන්නට වෙයි." යනුවෙන් ඩැරල් පියතුමා විසින් ප්‍රකාශ කරන ලදැයි කියවේ. ඩැරල් පියතුමා විසින් වෙස්ලියන් විද්‍යාලයේ විදුහල්පතිගෙන් ඉල්ලා සිටින ලද්දේ පසුකාලීන ව කන්නන්ගර ශිෂ්‍යයා විසින් දිනාග න්නා ලද, රිච්මන්ඩ් විද්‍යාලයේ විවෘත තරගකාරී ශිෂ්‍යත්වයට ඔහු සූදානම් කරන ලෙස ය. රිච්මන්ඩ් විද්‍යාලයෙන් නොමිලේ අධ්‍යාපනය, ආහාරපාන හා නවාතැන් පහසුකම් ලැබුණේ

වී නමුදු, තිස් අවුරුදු සේවා කාලයකට පසු ඔහුගේ පියාට විශ්‍රාම වැටුප ද සමග රැකියාව අහිමි වීම නිසා ඔහුට බොහෝ ආර්ථික දුෂ්කරතාවලට මුහුණ පෑමට සිදු විය. ඔහු ඒවා යටපත් කර ගත්තේ වෙහෙසී වැඩ කිරීමෙන් හා ආගම, ගණිතය ආදී විෂයයන් සඳහා පැවතිය හැකි හැම ත්‍යාග යක් ම දිනා ගැනීමෙනි. එක ම පාසල, සමාජ පංති තුනකට අයත් වූ ශිෂ්‍යයන්ට, සැපයුණු අහාරපානවල පටන්, විදුහල්පති හා ගුරුවරුන් පැවැත්වූ සම්බන්ධතාව දක්වා හැම අතින් ම එකිකෙනට වෙනස් ලෙස සැලකීම කෙතරම් නම් අවමානයක් දැයි හෙතෙම තම නේවාසික ජීවිතයේ දී අවබෝධ කර ගත්තේ ය.[1] කේම්බ්‍රිජ් සීනියර් විභාගය ඔහු සමත් වූයේ බ්‍රිතානය පාලනය යටතේ වූ එම විභාගය පවත්වන ලද සියලු රටවල් අතරින් ගණිතයෙන් ප්‍රමුඛයා වෙමිනි. කෙසේ වුව ද විභාග යට පෙනී සිටීම සඳහා සූදානම් කරන ලද සිසුන් 12 අතරින් කුසලතා අනුපිළිවෙළ අනුව සත් වැනියා වීම නිසා ලන්ඩන් විශ්වවිද්‍යාලයට ඇතුළත් වීම සඳහා තිබූ එක ම ශිෂ්‍යත්වය ඔහුට අහිමි විය. නීතිය හැදෑරීමට ඔහු තීරණය කළ නමුත් පාසලෙහි රැඳෙමින් ගණිත ගුරුවරයකු ලෙස තම විදුහල් මාතාවට සේවය කිරීමට ඩැරල් පියතුමා විසින් ඔහු කැමති කරවා ගනු ලැබිණ. රිච්මන්ඩ් විද්‍යාලයේ කෙටි වෘත්තීය ජීවිතයට මෙය ඔහුට මඟ විවර කළේ තම විදුහල් මෑණියන්ට තිබූ ණය ගෙවා දැමීමේ වැදගත්කම ඉගැන්වීමට ඩැරල් පියතුමන්ට අවස්ථාව සලසමිනි.

පැතිරී ගිය උණසන්නිපාත රෝගයත් සමඟ සිදු වූ ඩැරල් පියතුමාගේ අකල් මරණයෙන් පසු ව හෙතෙම නීතිය හැදෑරීම පිණිස පාසල හැර යාමට තීරණය කළේ ය. ආර්ථික වශයෙන් තම ජීවනෝපාය සලසා ගැනීම පිණිස පාසල් කිහිපයක අර්ධකාලීන ලෙස ගණිතය ඉගැන්වීමෙහි යෙදුණු ඔහු නීති අධ්‍යාපනය අවසන් කර ගාලු උසාවියේ නීතිඥයකු ලෙස කටයුතු කිරීම ආරම්භ කළේ ය. කීර්තිමත් නීතිඥයෙකු බවට පත් වූ හේ අනතුරු ව සමාජ සේවා කටයුතුවලට සම්බන්ධ වීමට තීරණය ලදු ව 1923 දී පළමු ව දකුණු පළාත් නියෝජිතයෙකු ලෙස

හා පසු ව ගාලු දිස්ත්‍රික් නියෝජිතයෙකු ලෙස ව්‍යවස්ථාදායක සභාවට ඇතුළු විය. මේ වකවානුවේ දී පවා ඔහු අධ්‍යාපන පද්ධතිය වෙනස් කිරීමටත් ගුරුවරුන්ගේ තත්ත්වය වැඩි දියුණු කිරීමටත් දැඩි ලෙස සටන් කළේ ය.

කෙසේ වුව ද 1931 සිට 1947 දක්වා කාලය තුළ ගාල්ලෙන් ඡන්දයෙන් තේරී පත් වූ නියෝජිතයා ලෙස ඔහු කැබිනට් අමාත්‍ය ධුර හතෙන් එකක් වූ අධ්‍යාපන ඇමති ධුරය දැරුයේ ද අධ්‍යාපනය පිළිබඳ කාරක සභාවෙහි සභාපති බවට පත් වූයේ ද රාජ්‍ය මන්ත්‍රණ සභාවෙහි ය. හෙතෙම තම ආධාරකරුවන් ද සමඟ අඛණ්ඩ ව 16 වසරක් තිස්සේ රාජ්‍ය මන්ත්‍රණ සභාව තුළත් ඉන් පිටතත් අධ්‍යාපනයේ විප්ලවීය ප්‍රතිසංස්කරණය වෙනුවෙන් නොනැවතුණු අරගලයක යෙදෙමින් නිදහස් ශ්‍රී ලංකාවේ ඉතිහාසය හා අනාගත දිශානතිය වෙනස් කළේ ය. එහි අවසන් ප්‍රතිඵලය වූයේ අධ්‍යාපන ආඥාපනත සංශෝධනය වීම හා පසුකාලීන ව අධ්‍යාපනය පිළිබඳ විශේෂ කමිටු වාර්තාව සහ නිදහස් අධ්‍යාපන පනත ය. 1931 සිට 1947 දක්වා වූ 16 වසරක කාල පරිච්ඡේදයක් තුළ, සමස්ත සංවර්ධනය වෙමින් පවතින ලෝකයේ වෙනත් කිසිදු ජාතියක් සිතීමක් පවා නොකළ එවන් මැදිහත්වීම් අද සැලකිය හැක්කේ ප්‍රාතිහාර්ය ලෙස ය. රාජ්‍ය මන්ත්‍රණ සභාවේ දී ඔහු විසින් පවත්වන ලද දිර්ඝතම දේශනයට සවන් දුන් ඉන්දීය රජයේ නියෝජිත එච්. එස්. ආනේ "සී. ඩබ්ලිව්.ඩබ්ලිව්. කන්නන්ගර මහතා ඉන්දියාවේ උපත ලද්දේ නම් ඉන්දියානු ජනයා ඔහු දෙවියෙකු ලෙස පූජ්‍යත්වයට පත් කරනු ඇත."[1] යනුවෙන් ප්‍රකාශ කිරීමෙන් ඔහු ඇගයීමට පාත්‍ර කරන ලද්දේ එහෙයිනි.

කරුණු එසේ වුව ද ඔහුගේ අධ්‍යාපන ප්‍රතිසංස්කරණවලට විරුද්ධ වූ එක්සත් ජාතික පක්ෂයේ බලවේග එම ප්‍රතිසංස්කරණවලට සහයෝගය දුන් සමාජවාදී වාමාංශය ද සමඟ ඒකාබද්ධ වෙමින් 1947 දී පවත්වන ලද ප්‍රථම පාර්ලිමේන්තු ඡන්දයෙන් ඔහු පරාජය කරන ලදී. 1952 දී නැවත පාර්ලිමේන්තු

මන්ත්‍රීවරයකු ලෙස ඡන්දයෙන් තේරී පත් වූ ඔහු ගරු පළාත් පාලන අමාත්‍යවරයා ලෙස පත් කරනු ලැබිණ. ඔහුට දෙසැත්තෑ විය සපිරෙන විට, එනම් 1956 වර්ෂයේ දී ඔහු දේශපාලනයෙන් විශ්‍රාම ගත් අතර ජාතික අධ්‍යාපන කොමිසමෙහි සාමාජිකයකු වශයෙන් ද සේවය කළේ ය. 1923 නීතිඥයෙකු ලෙස වෘත්තීය ජීවිතය ආරම්භ කොට දේශපාලනයට පැමිණෙන අවස්ථාව වන විට ආර්ථික වශයෙන් ඔහු සෑහෙන පමණ සමෘද්ධිමත් වූවකු විය. එහෙත් අමාත්‍යවරයෙකු ලෙස ගත කළ 20 අවුරුදු කාලය හා දේශපාලනයේ නිරත වෙමින් මහජන සේවයේ යෙදුණු 40 අවුරුදු කාලය තුළ ඔහු ඉපැයූ දෑ බොහොමයක් වැය වී තිබිණ. ශ්‍රී ලංකා රජය 1963 දී ඔහුගේ යැපීම සඳහා එක් වරක් පමණක් පිරිනැමෙන රුපියල් 10 000 ක දීමනාවක් ගෙවී ය. ඔහු විසින් කරන ලද අභියාචනයක් සලකා බලමින් පාර්ලිමේන්තුව යළි 1965 නොවැම්බරයේ දී විශේෂයෙන් ඔහුගේ සෞඛ්‍යාරක්ෂක කටයුතු වෙනුවෙන් රුපියල් 500ක මාසික ජීවනාධාරයක් අනුමත කළේ ය. පසුව එය රුපියල් දහස දක්වා වැඩි කෙරිණි. මේ ශ්‍රේෂ්ඨ ශ්‍රී ලාංකේය පුත්‍රයා ජාතියේ වැඩි අවධානයක් නොලබා ම 1969.09.29 දින අභාවප්‍රාප්ත විය.

මේ රටේ දුප්පත්කම දුරලීම සඳහා වැඩියෙන් ම ඵලදායී වූ දීර්ඝකාලීන, තිරසාර, සමාජ සුභසාධන මැදහත්වීම උදෙසා වක්තෘවරයෙකු ලෙස දුෂ්කර කාර්යයේ නිරත වූ, විසි වැනි සියවසේ අධ්‍යාපන ප්‍රතිසංස්කරණවල අප ශ්‍රේෂ්ඨ නායකයා සිහිපත් කරනු වස් දුෂ්කරතා මධ්‍යයේ මේ අනුස්මරණ දේශනය සංවිධානය කරන ජාතික අධ්‍යාපන ආයතනයේ ප්‍රයත්න දැකිය යුත්තේ හා අගය කළ යුත්තේ යට කී පසුබිම තුළ ය. එකී ප්‍රතිසංස්කරණවල ප්‍රතිඵල ලෙස දරිද්‍රතාව අද පවත්නා මට්ටම වන ජනගහනයෙන් 8%[2] (ලෝක බැංකුව) යන මට්ටමට අඩු වූවා පමණක් නොව, සෞඛ්‍ය රැකවරණය වැනි ජන ජීවිතයේ අනෙකුත් අංශ කෙරෙහි ද මහත් බලපෑමක් ඇති කර ඇත. විශාල බහුතරයක් තුළ එම බලපෑම් දක්නට ලැබෙන්නේ එක් පරම්පරාවකට පසු ව බව තේරුම් ගැනීම ඉතා වැදගත් ය.

ඇත්තෙන් ම මේ රටේ ගැහැනු ළමයින්ගේ සාර්ව හා අනිවාර්ය අධ්‍යාපනය, මාතෘ හා ළමා මර්ත්‍යතාව හා රෝගවලින් මරණයට පත් වීම අඩු කර ඔවුන්ගේ සෞඛ්‍යය වැඩි දියුණු කිරීමට දායක වූ බව විශ්වාස කෙරේ.

අද හැම දේශපාලන පක්ෂයක් ම, අධ්‍යාපනයට සම්බන්ධ හැම සංවිධානයක් ම, රාජ්‍ය හෝ පෞද්ගලික අංශයේ හැම වෘත්තිය සමිතියක් ම හා යම් අධ්‍යාපනයක් ලැබූ හැම පුද්ගලයෙක් ම නිදහස් අධ්‍යාපනය සමාජ සුභසාධන මැදිහත්වීමක් සේ සලකමින් එය සුරැකීමට පෙරමුණ ගෙන සිටී. සමස්ත වශයෙන් රටත් දේශපාලන පක්ෂ හා ඒවාට සම්බන්ධ ශිෂ්‍ය ව්‍යාපාරත් නිදහස් අධ්‍යාපනය පිළිබඳ ව කතා කරමින් කාල සෝෂා නංවන්නේ ආචාර්ය කන්නන්ගර නම් වූ පුරාවෘත්තය ඒ සංවාදයේ ඊට හිමි තැන නොතබමිනි. ආචාර්ය කන්නන්ගරයන්ගේ උපන් දිනයෙහි දී ඔහු අනුස්මරණය කරන කිසිදු විශ්වවිද්‍යාලයක් හෝ ශිෂ්‍ය සංවිධානයක් ගැන මා දැක හෝ අසා හෝ නැති නමුත් ඔවුහු සියල්ලෝ ම නිදහස් අධ්‍යාපනය ආරක්ෂා කරන්නා වූ සෝෂාකාරී සටන්කරුවෝ වෙති. එහෙයින් කේ. එච්. එම්. සුමතිපාල මහත්මා ඔහුගේ History of Education in Sri Lanka 1796 - 1965[1] කෘතියේ සඳහන් කරන පරිදි අද ආචාර්ය සී. ඩබ්ලිව්. ඩබ්ලිව්. කන්නන්ගර අමතක ව ගිය පුද්ගලයෙකි. මම ඒ ප්‍රකාශයට මේ කොටස ද එක් කිරීමට කැමැත්තෙමි. "අද ඔහු අමතක කරන ලද පුද්ගලයකු වනවා පමණක් නොව නිදහස් අධ්‍යාපනයේ දරුවන් විසින් ඔහුගේ දැක්ම අපාර්ථවත් කොට, විකෘති කොට, දුර්දිශානත කොට සහ අඩ වශයෙන් විනාශ කොට ඇත්තේ ය."

ආචාර්ය කන්නන්ගරට අධ්‍යාපනය පිළිබඳ පුළුල් දෘෂ්ටියක් තිබිණ. එමගින් ඔහු දැනුම හා කුසලතා පාදක ආර්ථිකයකට මග පෑදෙන පරිදි සමාජ සාධාරණත්වයෙන් යුත් ශ්‍රී ලාංකික ජාතියක් ගොඩනැඟීමටත්, විෂමතා යටපත් කරමින් විරැකියාව

අඩු කොට ආර්ථික බලගතුකරණයක් සිදු කිරීමටත් 1940 ගණන්වල අපේක්ෂා කළේ නූතන ලෝකයේ මේ සංකල්පය බිහි වීමට බොහෝ කලකට පෙර ය. නිදහස් අධ්‍යාපනය පිළිබඳ ඔහුගේ දර්ශනය හුදෙක් පාසල්වල හා විශ්වවිද්‍යාලවල පාඨමාලා සඳහා ගාස්තු ගෙවීමෙන් නිදහස් වීම යන සරල අර්ථයට සීමා නොවී ය. අප සමාජයට දිගු කාලීන ප්‍රතිඵල අත්කර දෙන ප්‍රතිසංස්කරණ යෝජනා කිරීමට තරම් වූ ඉදිරි දැක්මක් ඔහුට තිබුණු අතර එය ශ්‍රී ලාංකික ජාතියක් ගොඩනැංවීම හා ප්‍රතිසංවිධානය සඳහා වූ කන්නන්ගර දැක්ම තුළ ස්ථාපිත වන්නේ අධ්‍යාපනය මගින් දුප්පත්කම දුරලීමේ හා එක්සත් ශ්‍රී ලංකාවක් බිහි කිරීමේ නිෂ්ඨාවන් ද සමඟිනි.

කෙනෙකු සැබෑ ලෙස ම ඔහුගේ චරිතාපදානය විශ්ලේෂණය කරත් නම්, සමස්ත ලෝකයේ ම තමාගේ කාලයට වඩා බොහෝ ඉදිරියෙන් සිටි නායකයෙකු හා අධ්‍යාපනඥයෙකු ලෙස තම පසුකාලීන දැක්ම ගොඩනංවා ගැනීම සඳහා ස්වකීය ජීවිත අත්දැකීම් හා ජීවන පුවත් ඔහු විසින් උපයෝගී කර ගන්නා ලද ආකාරය ඔහුට වටහා ගත හැකි වනු ඇත. පරිණත වැඩිහිටියන් හා වෘත්තිකයන් ලෙස තම අනාගත භූමිකාවල දී අපගේ ගැටලු සඳහා සියත් විසඳුම් හා මැදිහත්වීම් යෝජනා කළ හැකි නිර්මාණාත්මක, නිදහස් චින්තන තටාක බවට පත් වන පරිදි ජීවිතයට ශක්තිමත් අඩිතාලමක් දමා ගනු පිණිස අප අපගේ ම සංස්කෘතියෙන්, ජීවිත සිද්ධිවලින් හා අත්දැකීම්වලින් උගත යුතු යැයි අප අපේ ශිෂ්‍යයන්ට ඉගැන්විය යුතු බව, ඒ සඳහා ඔවුන් පුහුණු කළ යුතු බව මෙයින් දැඩි ලෙස ගම්‍යමාන වේ. දිවංගත ආචාර්ය කන්නන්ගරයන්ගේ ජීවිතය හා දර්ශනය ඇසුරෙන් අප සමාජය මේ බව අවබෝධ කරගෙන තිබේ ද? මා සිතන්නේ නොමැති බවයි.

නිදසුන් ලෙස ජීවිතයේ විවිධ අවස්ථාවල දී දරිද්‍රතාව, ජීවිතයේ සාර්ථකත්වය ළඟා කර ගැනීමේ තරුණයකු සතු විභව්‍යතාව කඩා බිඳ දමන්නේ කෙසේ දැයි ඔහු විසින්

අවබෝධ කරගෙන තිබෙන්නට ඇත. වියපැහැදම් කිරීමේ හැකියාව කුමක් වුව ද තම ජීවිතයේ දී තමාට හැකි උපරිමය තෙක් ගමන් කිරීමේ විභවය සහිත හැම දරුවකුට ම අවස්ථාව සැලසීමට ඔහු අධිෂ්ඨානයක් පිහිටුවා ගන්නට ඇත. ඔහුගේ මේ ජනප්‍රිය උදාන වාක්‍යය එහි ප්‍රතිඵලයකි. "මේ රටේ ප්‍රභූ පන්තිය සහ ධනවතුන්ගේ පරවේණි භුක්තියක් ව පැවති අධික මිල ගෙවා ලබා ගත යුතු වූ අධ්‍යාපනය මේ රටේ අනාගතයේ උපදින හැම දුප්පත් දරුවකුට ම අඩු මිලකින් අත්පත් කර ගත හැකි අයිතියක් බවටත් මුද්‍රා තබන ලද කංචුකයකින් යුක්ත ව වසා තැබූ ග්‍රන්ථයක් ලෙස අප විසින් දක්නා ලද අධ්‍යාපනය ජාතිය, ආගම, සමාජ පංතිය, කුලය ආදී අනේකවිධ භේදවලින් තොර ව හැමට කියවිය හැකි විවෘත ලිපියක් බවටත් පත් කළ හැකි වී යැයි මේ ගෞරවනීය සභාවට ප්‍රකාශ කළ හැකි නම් ඊට "ගඩොලින් ගොඩනැංවූ රෝමය කිරිගරුඬින් නිමාවට පත් කරන ලද්දේ"[1] යැයි පැවසූ ඔගස්ටස් අධිරාජයාට ද වඩා ආඩම්බර විය හැක්කේ ය.

1 රූපය : ආචාර්ය සී.ඩබ්ලිව්. ඩබ්ලිව්. කන්නන්ගර හා ඔහුගේ පවුලේ සාමාජිකයෝ. (ඡායාරූප අනුග්‍රහය - සංජය සෙනෙවිරත්න මහත්මා, ාචාර්ය සී.ඩබ්ලිව්. ඩබ්ලිව්. කන්නන්ගරගේ මුනුබුරු)

ගෝලීය දැනුම අත්පත් කර ගැනීම හා සන්නිවේදනය සඳහා සියල්ලන් විසින් ඉංග්‍රීසි භාෂාව ඉගෙනීමේ වැදගත්කම අවධාරණය කරන අතර ම නිර්මාණාත්මක හා චින්තන කුසලතා සංවර්ධනය උදෙසා ප්‍රාථමික අධ්‍යාපනය සඳහා මවු බස යොදා ගැනීම හා ක්‍රිස්තියානි ආගම හා ඉංග්‍රීසි අධ්‍යාපනය ලත් ප්‍රභූ පැලැන්තිය පදනම් කරගනිමින් යටත් විජිත පාලන තන්ත්‍රය විසින් ප්‍රවර්ධනය කරන ලද සමාජ පන්ති දෙක අතර වූ පරතරය මකා දැමීම සම්බන්ධ ඔහුගේ ස්ථාවරය ඔහුගේ ම අත්දැකීම් මත විකාශ විය. පවුලෙන් වෙන් ව ශිෂ්‍ය නිවාසයේ සිටීම නිසා පළමු ව ලා බාල දරුවකු ලෙස ද පසු ව වැඩිහිටියකු හා අධ්‍යාපන ඇමතිවරයා ලෙස ද ඔහු දරුවකු පවුල සමඟ සිටීමේ අගය වටහා ගෙන තිබෙන්නට ඇත. අධ්‍යාපනය පිළිබඳ විශේෂ කමිටු වාර්තාවේ නිර්දේශ කර ඇති පරිදි නිවසට ප්‍රමාණවත් තරම් දුරකින් පාසල් පිහිටුවීම සඳහා ප්‍රබල සටනක් කිරීමට මෙය ඔහුට බලපෑවා විය හැකි ය. ඒ ආකාරයට ම පිරිමි ළමයින් සේ ම ගැහැනු ළමයින් ද අධ්‍යාපනික කිරීමේ වැදගත්කම ඔහු අවබෝධ කළා විය යුතු ය. වෙනස් ලෙස සලකනු ලැබීම පිළිබඳ අමිහිරි අත්දැකීම් රාජ්‍ය මන්ත්‍රණ සභාවේ දී ඔහු විසින් විස්තර කොට ඇත්තේ ඔහුගේ ජීවිතය හැඩගස්වා ගැනීමට ඉවහල් වූ අත්දැකීම් ලෙස ය. ශිෂ්‍යත්වය සඳහා තිබූ අඩු අවස්ථා, ශිෂ්‍යත්ව වැඩසටහන් පුළුල් කරනු පිණිස ප්‍රතිපාදන වැඩිකර ගැනීමට සටන් කිරීමට සේ ම විශ්වවිද්‍යාල අධ්‍යාපනයට ප්‍රවේශය ලබනු පිණිස ද්විතීයික අධ්‍යාපනය සඳහා දක්ෂ සිසුන් විශාල සංඛ්‍යාවකට ඇතුළත් විය හැකි පරිදි මධ්‍ය මහා විද්‍යාල පිහිටුවීම සංකල්ප ගත කර ගැනීමට ද ඔහු පොලඹවන්නට ඇත. වඩාත් ම වැදගත් කරුණ වන්නේ ඔහු සමාජයට වෛර නොකිරීමට ඉගෙනීමත් ඒ වෙනුවට දුප්පතුන් බලවන්ත කිරීම පිණිස පද්ධතිය වෙනස් කිරීමට අධිෂ්ඨානයක් ඇති කර ගැනීමත් ය. තව ද ඔහුගේ ආයතික වෘත්තීය ජීවිතයේ දී පැහැදිලි ව දක්නා ලද සමබර පෞරුෂය, නොපසුබට උත්සාහය හා නොසෙල්වෙන බව

ඔහුට උරුම වූයේ ඇතැම් විට ඔහුගේ පාසල් අධ්‍යාපනයෙන් විය හැකි ය. එහි දී ඔහු බොහෝ ක්‍රීඩාවලට සහභාගී වූ අතර ක්‍රිකට් හා පාපන්දු කණ්ඩායම්වල නායකත්වය දැරී ය. ඒ අතර නාට්‍යවල රඟ පෑවේ ය; විවාද කණ්ඩායමේ සාමාජිකයකු විය. මේ සියල්ල ඔහුගේ එම අධිෂ්ඨානයට උපස්ථම්භක වන්නට ඇත.

අධ්‍යාපනය පිළිබඳ විශේෂ කමිටු වාර්තාව

අධ්‍යාපනය පිළිබඳ විශේෂ කමිටු වාර්තාව 1943 මැද භාගයේ දී සභාගත කරන ලද අතර එය පාර්ලිමේන්තුවෙන් සම්මත වූයේ 1947.05.27 දින ය. එහි සමස්ත අරමුණ වූයේ හැම සමාජ පසුබිමකට ම අයත් හැම දරුවෙකුට ම කිසිදු බාධාවකින් තොරව ප්‍රාථමික හා ද්විතීයික අධ්‍යාපනයට ප්‍රවේශ වීමේ අවස්ථා තහවුරු කිරීම ය.[3] 1905 දී සාක්ෂරතා අනුපාතය 5%ක් විය. 1947 දී එය 46%ක් වූ අතර ගැහැනුන්ගේ සාක්ෂරතාව පිරිමින්ගේ සාක්ෂරතාවට වඩා අඩු විය. අද එය 96%ට වඩා වැඩි වී ඇත්තේ ගැහැනුන්ගේ සාක්ෂරතාවෙහි වැඩි වීම ද සමගිනි.

ද්විතීයික අධ්‍යාපනය ලබන්නන්ට අනාගතයේ දී පිහිටුවනු ලබන විශ්වවිද්‍යාලයක සීමාසහිත ව වෘත්තීය පුහුණුව සහ උසස් අධ්‍යාපනය සඳහා අවස්ථා සැපයීමට ද ඉන් අදහස් කෙරිණි. සමාජයේ ප්‍රභූ පන්ති සාමාජිකයන්ට ලන්ඩන් විශ්වවිද්‍යාලයට ඇතුළත් ව උසස් අධ්‍යාපනය හා පශ්චාත් උපාධි අධ්‍යාපනය ලැබීමට අවස්ථා සපයා තිබිණ. එහෙත් ජනගහනයෙන් බහුතරයකට ප්‍රාථමික හා ද්විතීයික අධ්‍යාපන අවස්ථා අහිමි වූ කල විශ්වවිද්‍යාලවල උසස් අධ්‍යාපනය පිළිබඳ ව කතා කිරීම අර්ථ විරහිත ය. දරිද්‍රතාවෙන් පීඩිත බොහෝ සමාජ ස්තර හා හා ප්‍රජාවන් වෙනුවෙන් එය හඳුන්වා දෙන ලද්දේ සාපේක්ෂ වශයෙන් අඩු සාක්ෂරතාවක් ඇති පසුබිමක ය. මේ කාලයේ දී පවා ගෙවීමේ පදනම යටතේ ප්‍රභූ සමාජ පංති බ්‍රිතාන්‍ය ආදර්ශ පාසල් අධ්‍යාපන ක්‍රමය යටතේ අධ්‍යාපන අවස්ථා ලබමින් සිටියහ.

දැන් මම අද මා සිටින තත්ත්වයට පැමිණීමට නිදහස් අධ්‍යාපනය උපකාරී වූ ආකාරය කෙටියෙන් පැහැදිලි කරමි. කළුතර දිස්ත්‍රික්කයේ බේරුවල මැතිවරණ කොට්ඨාසයේ 19 වැනි සියවසේ අග භාගයේ නැති නම් 20 වැනි සියවසෙහි මුල් භාගයේ සත තුනට මිනිසෙකු මැරිය හැකි ගමක් ලෙස හඳුනාගෙන තිබූ මාගල්කන්ද ග්‍රාමයේ ඉපිද 14 අවුරුද්දක් එහි ම හැදී වැඩුණු මම සමාජ හිණි පෙතෙහි ඉහළට ගමන් කර අද සිටින තැනට පැමිණියෙමි. ඇත්තෙන් ම සත් වැනි ශ්‍රේණියේ දී ජාතික නවෝදය ශිෂ්‍යත්වයක් ලැබ මා කොළඹ රාජකීය විද්‍යාලයට ඇතුළත් වීමෙන් පසු මගේ දෙමාපියන් ගමෙන් පිටවීමට තීරණය කරන තෙක් ම හැම සිංහල අළුත් අවුරුද්දක ම පාහේ මම අපේ ගමේ සිදු වූ මිනී මැරුම් දැක ඇත්තෙමි. කොළඹ රාජකීය විද්‍යාලයට ඇතුළත් ව මුළු පාසල් අධ්‍යාපන කාලය තුළ ශිෂ්‍ය නිවාසයේ රැදී සිටීමටත්, නිදහස් අධ්‍යාපනය ලැබීමටත් හොඳින් ඉගෙනීමේ යෙදෙමින් ශිෂ්‍ය නායක තනතුරු දරමින් යම් ඉගෙනුම් අවස්ථා ලැබීමටත්, හැම තැන ම ටියුෂන් පංති පැවැති, නොඑසේ නම් ටියුෂන් බෙහෙවින් ජනප්‍රිය බවට පත් වූ සැත්තෑව දශකයේ පසු භාගයේ ටියුෂන් පංතියක් ඇසට හෝ නොදැක වෛද්‍ය විද්‍යාලයට ඇතුළත් වීමටත් මට හැකි විය. ඔබ සියල්ලන් ම නැත හොත් ඔබ අතරින් බොහොමයක් දෙනා සේ ම මම ද කන්නන්ගර මැතිතුමා විසින් හඳුන්වා දෙන ලද නිදහස් අධ්‍යාපනයේ ප්‍රතිලාභියෙක් වෙමි. මගේ දෙමාපියෝ ගුරුවරු වූහ. තිබූ දුෂ්කරතා කරණ කොට, දරුවන්ගේ හා ඔවුන්ගේ බාල සොයුරු - සොයුරියන්ගේ අධ්‍යාපනයට උර දෙමින් හොඳ ජීවන තත්ත්වයක් පවත්වා යෑම ඔවුනට අමාරු කටයුත්තක් විය. මගේ දෙමාපියන් හා මා ලද නිදහස් අධ්‍යාපනය දිළිඳු බවින් එතෙර වීමට අපට උපකාර විය. නිදහස් අධ්‍යාපනය හඳුන්වා ලෙද ලද අවධියේ එහි ප්‍රතිලාභ එය ලත් පහළ සමාජ පන්තිවල දරිද්‍රතාව පරම්පරා දෙකක කාලයක් තුළ දුරලීමට උපකාරී විය. එබැවින් එය ශ්‍රී ලංකාවේ දුප්පත්කම නැති කිරීමේ නැතහොත් අඩු කිරීමේ වඩාත් පිරිවැය ඵලදායී,

තිරසාර, දීර්ඝකාලීන සුබ සාධන මැදිහත් වීම වන්නේ ය. අපි අපේ ජීවිත කාලය තුළ වෙනස් වන රටක සමාජ සචලතාව හා පහළ සමාජ පන්ති පරිවර්තනයට ලක් කරමින් සිදු වන දරිද්‍රතා ප්‍රතිශතයේ අඩු වීම අත්දැක ඇත්තෙමු. දැන් පවා දුප්පත්කම දුරලීමේ කේවල සාධකයක් ලෙස අධ්‍යාපනයේ දායකත්වය අධ්‍යයනයට ලක් කිරීම වටනේ ය.

නිදහස් අධ්‍යාපනය අද

ආචාර්ය කන්නන්ගරයන්ගේ අධ්‍යාපන දර්ශනයට විෂය වූයේ වරප්‍රසාද නොලද ජනයා රැකියා නියුක්තියට අවශ්‍ය දැනුමින් හා කුසලතාවලින් සන්නද්ධ කොට සමාජ සචලතාව ඇති කරන්නා වූත් ජාතික සංවර්ධනයට හා ආර්ථිකයට දායක වන්නා වූත් අධ්‍යයන ශාස්ත්‍රවලින් නිදහස් වූ සියලු පාසල්වලට පොදු තනි අධ්‍යාපන ක්‍රමයකි. ජාතිය, ආගම, පංතිය, කුලය ආදිය පදනම් වූ වෙනස්කමකින් තොර ශ්‍රී ලාංකික ජාතියක් වෙනුවෙන් වූ දැක්මක් ද ඊට ඇතුළත් විය. ගෝලීයකරණයේ අභියෝගවලට සිසුන් සූදානම් කරන, එසේ ම ඇති හැකි පුද්ගලයන්ට ඊනියා "හොඳ පාසල්වලට" ඇතුළත් වීමට නොහැකි වීමෙන් ඇති වූ පරතරය පුරවාලන, ලන්ඩන් සාමාන්‍ය පෙළ හා උසස් පෙළ විභාග සඳහා ඉගැන්වීමේ හා සූදානම් කිරීමේ යෙදෙන, ආගන්තුක සංස්කෘතික යෙදවුම් හා ඇගයුම් පද්ධති සහිත ජාත්‍යන්තර පාසල් සිය ගණනක ආගමනයත් සමඟ මෙය තවදුරටත් වලංගු වන්නේ නැත. දැන් ටියුෂන් සංස්කෘතිය හාත්පස පැතිරී ඇත්තේ තම ඉගැන්වීම සඳහා ඇති කැපවීම පරදුවට තබන පාසල් ගුරුවරුන් ද ඊට ගොදුරු කර ගනිමිනි. එය ආචාරධර්මී හා සදාචාරාත්මක ගැටලුවකට තුඩු දෙන්නේ ගුරුවරයාගේ පන්තියේ ඉගෙනුම ලබන ශිෂ්‍යයන් ද ඔහුගේ ටියුෂන් පන්තියට පැමිණීම නිසා ය. ඇතැම් විට එම පන්තියට පැමිණෙන ලෙස ඉල්ලා සිටින්නේ ද එකී ගුරුවරයා / ගුරුවරිය මය. විශේෂයෙන් ම අ.පො. ස. උසස් පෙළෙහි දී රාජ්‍ය විශ්වවිද්‍යාලවලට ඇතුළත් වනු සඳහා සාමාන්‍ය

ජනයා වැය කරන්නේ අති මහත් වූ මුදල් සම්භාරයකි. 1940 ගණන්වල පවා ආචාර්ය කන්නන්ගර මේ ටියුෂන් සංස්කෘතියට සම්පූර්ණයෙන් ම එරෙහි ව සිටියේ ය. ඔහු ඊට සම්පූර්ණයෙන් ම විරුද්ධ වූයේ අධ්‍යාපනික හේතු නිසා ය. එය ළමයාගේ නිර්මාණශීලී බව විනාශ කරන අතර විභාගවල දී වැමැරීම සඳහා දැනුම වනපොත් කරවයි; ස්වයං ඉගෙනුමට හා විෂය බාහිර ක්‍රියාකාරකම්වලට ඇති කාලය උදුරා ගනී; ගෙදර පරිසරයෙන් හා ක්‍රියාකාරකම් ඇසුරින් ඉගෙනීමට ඇති අවස්ථා වළකයි. එහෙත් අප දරුවන් වෙනුවෙන් මෙය කරන අපි සියල්ලෝ ම ඊට වරදකරුවෝ වන්නෙමු. වර්තමාන ආකෘතිය තුළ ටියුෂන් විසින් ඉටු කෙරෙනුයේ අධ්‍යාපනයේ පෞද්ගලීකරණයේ අභිමතාර්ථ ය. එහෙත් එක ම දේශපාලනඥයෙක් වත් ශිෂ්‍ය ව්‍යාපාරයක් වත් ඊට එරෙහි ව සටන් නො කරයි.

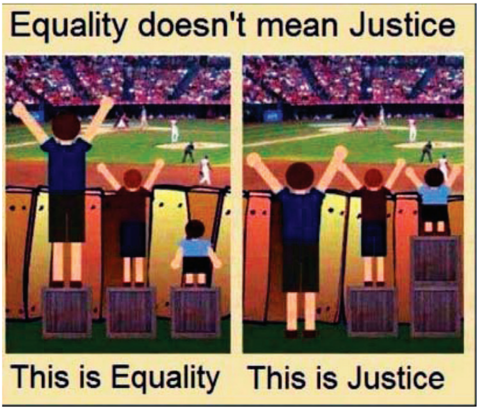
අද නිදහස් අධ්‍යාපනය අපට නොමිලේ පාසලට ඇතුළත් වීමේ අවසරය ද ඩෙස්ක් එකක් හා පුටුවක් ද දෙයි. විෂය බාහිර ක්‍රියාකාරකම් සඳහා ගෙවිය යුතු නාමික පාසල් ගාස්තුව හැරුණු විට ටියුෂන් හෝ ගුරුවරුන්ගේ සේවය හෝ ශාස්ත්‍රීය ඉගෙනුම් හෝ වෙනුවෙන් ගාස්තු අයකිරීමක් නැත. අප ඒවාට ගෙවීමක් නොකළ අතර අද ළමයි හෝ ඔවුන්ගේ මාපියෝ හෝ එකී සේවා සඳහා ගෙවීමක් නො කරති. ඒවා ඔවුන්ට ලැබෙන්නේ පුද්ගල පිරිවැයකින් තොර ව ය. එය නිදහස් බව මින් තේරුම් යන්නේ ද? ගුරුවරුන්ගේ හා කාර්ය මණ්ඩලයේ වැටුප් කිසිවෙකු විසින් ගෙවනු ලබන බවට විවාදයක් නැත. එසේ ම පොත්පත්, ලී බඩු, නිල ඇඳුම්, ගොඩනැගිලි නඩත්තුව, විදුලිය, ජලය හා නශ්‍ය ද්‍රව්‍ය ආදිය සඳහා යන පිරිවැය ද යමෙකු විසින් දරනු ලැබේ. ළමයි ගෙවීම් නො කරති. දෙමවුපියෝ ද සෘජු ව මේ වියදම් නො දරති. රජයේ පාසල්වල එය සැපයෙනුයේ ශ්‍රී ලංකා රජයේ අරමුදල්වලිනි; නැත හොත් පාසල් සංවර්ධන සමිතියේ හෝ ආදි ශිෂ්‍ය සංගමයේ අරමුදල්වලිනි. මේ සියල්ල සඳහා බදු ගෙවන්නෝ ගෙවීම් කරති.

පෞද්ගලික පාසල් හා ජ්නියා ජාත්‍යන්තර පාසල් ද වේ. ඒවායේ මේ සියලු සේවා සඳහා මාපියෝ ගෙවති. මෙහි පෞද්ගලික පාසල්, භාණ්ඩ හා සේවා වෙළඳාමෙහි යෙදෙන අතර ඒ සේවාව භාවිත කරන ජනතාව හෝ දරුවන්ගේ දෙමවුපියෝ ඒ සඳහා ගෙවීම් කරති. නිදහස් අධ්‍යාපනය ද ඒ ආකාරයෙන් අර්ථකථනය කළ හොත්, රජය භාණ්ඩ හා සේවා සැපයුම්කරුවන්ට මුදල් ගෙවීමෙන් පසු ඒවා ජනතාව වෙනුවෙන් මිලට ගනී. පද්ධතිය හා ගුණාත්මය අතින් හැරුනු කොට මේ අවස්ථා දෙකේ දී ම එය වෙළෙඳ භාණ්ඩයක් වනවා මිස වෙනත් වෙනසක් නැත.

කෙසේ වුව ද ආචාර්ය කන්නන්ගර ඔහුගේ දර්ශනය තුළ කිසි විටෙකත් පෞද්ගලික පාසල් අහෝසි කිරීමට යෝජනා නො කළේ ය. එහෙත් පෞද්ගලික පාසල් ද ඇතුළු සමස්ත අධ්‍යාපනය ම දැඩි නියාමනයකට යටත් කළ යුතු යැයි විශ්වාස කළේ ය. දෙමාපියන්ට මේ පාසල්වලට තම දරුවන් යැවීමට අවශ්‍ය නම් ඒ තෝරා ගැනීම කිරීමට ඔවුනට ඉඩ දිය යුතු බව හෙතෙම පැහැදිලි ව ප්‍රකාශ කළේ ය. අධ්‍යාපනය සඳහා වියපැහැදම් කිරීමේ හැකියාව පොහොසතුනට ඇති බව තේරුම් ගත් ඔහු එයට ඉඩ දුන්නේ ය. අධ්‍යාපනය වෙනුවෙන් මුදල් යෙදවීම ප්‍රධාන ගැටලුවක් ව පැවති එසමයෙහි සියලු පාසල් නිදහස් අධ්‍යාපනය දෙන රජයේ පාසල් බවට පත් කිරීම අර්බුදයකට තුඩු දෙන බව හා එහි දී ඇතැම් පාසල් වල අධ්‍යාපනයේ ගුණාත්මක බව පිරිහිය හැකි බව ඔහු තේරුම් ගෙන තිබෙන්නට ඇත. ඒ වෙනුවෙන් එන විවේචන මඟහැරීමට ඔහුට වුවමනා වන්නට ඇත. නමුත් සැබැවින් ම ඔහු ඒ පිළිබඳ විවෙචනයට පාත්‍ර විය. ඒ කාලයේ පවා රජයට බරක් නොවෙමින් තම දරුවන්ගේ අධ්‍යාපනය වෙනුවෙන් වියදම් කළ හැකි ධනවත් පිරිසක් සිටිය හැකි බව සමහර විට ඔහු වටහාගෙන සිටින්නට ඇත.

කෙසේ වුව ද මහජන හා පෞද්ගලික යන පාසල් පද්ධති දෙකක් ඔස්සේ බෙදුණු ජාතියක් හා සමාජ පංති දෙකක් බිහි කිරීමට තුඩු දෙන, උප සංස්කෘති දෙකක් හා ඇගයුම් පද්ධති දෙකක් සහිත අධ්‍යාපන ක්‍රම දෙකක පැවතීම ඔහු පිළිගත්තේ නැත. ඔහුට අවශ්‍ය වූයේ බෞද්ධාගම හා අනෙකුත් ආගම් හා ඊට අනුබද්ධ වූ සංස්කෘතිය විසින් ප්‍රතිෂ්ඨාපිත චිරස්ථායි පදනමකින් යුත් වසර දෙදහසකට වැඩි ශ්‍රී ලාංකික ඉතිහාසය පදනම් කොට ගොඩනගන ලද එක් ඇගයුම් පද්ධතියකි. ආගමික පාසල්වල එවක පැවති, එක් ආගමකින් තවත් ආගමකට හරවා ගැනීම පිළිබඳ ව දැඩි සේ සංශයවාදී වූ හෙතෙම ආගමික අධ්‍යාපනයෙහි ප්‍රබල ආධාරකරුවෙක් විය. ව්‍යාප්ත වෙමින් පවතින ජාත්‍යන්තර හා පෞද්ගලික පාසල් සමඟ වර්තමානයේ ශ්‍රී ලංකාව තුළ සිදු වෙමින් පවතින්නේ කුමක් ද?

කන්නන්ගර ප්‍රතිසංස්කරණවලින් 74 වසරකට පසු නිදහස් අධ්‍යාපනය විසින් ඇතැම් ප්‍රජාවල විපුල වෙනස්කම් සිදු කර ඇති විටෙක හා වතු කම්කරුවන්ගේ දරුවන් හා නාගරික පැල්පත්වාසීන් වැනි දුප්පතුන් අතර ද අන්ත වූ දිළින්දන් නිදහස් ප්‍රාථමික හා ද්විතීයික අධ්‍යාපනයේ ප්‍රතිලාභ පවා නොලබන, ඔවුන් හා සමාජයේ සෙසු කොටස් අතර පරතරය වැඩි වෙමින් පවතින කලෙක, අප මේ පරතර පියවීමට කළ යුත්තේ කුමක් ද? අප මේ අධ්‍යාපන ප්‍රතිසංස්කරණවලින් 74 අවුරුද්දකට පසු ව ද අපේ රට මේ ප්‍රශ්නයට පිළිතුරු දී නැත. පිළිතුරු නොලද මේ පැනයට එකතු වන තවත් පැනයක් වේ. සුවිශේෂී ඉලක්ක කණ්ඩායම්වල සුබසාධනය වැඩි කිරීම සඳහා අප වරප්‍රසාද ලත් පංතියෙහි යම් යම් සුබසාධන පිළිවෙත් කපා හරිමින් පුළුල් ජන සමූහයක් වෙනුවෙන් සපයා ඇති වර්තමාන සුබසාධන වැඩපිළිවෙළ වෙනස් කළ යුතු ද? (2 රූපය).



2 රූපය : සමානාත්මතාව යනු සාධාරණත්වය හෝ යුක්තිය නොවේ
(අනුග්‍රහය - අන්තර්ජාලය)

පාසල් නොයන, නැත හොත් 14 විය සපිරීමට පෙර පාසලින් ඇදහැළුණු දරුවන් සිටින දුප්පත් පවුලක් සමඟ කටයුතු කිරීමට සිදු වන හැම අවස්ථාවක ම මේ ප්‍රශ්නය මා සිත් තුළ යළි යළිත් පැන නැගේ.

2011 කන්නන්ගර අනුස්මරණ දේශනය පැවැත්වූ මහාචාර්ය ඒ. වී. සුරවීර[4] විසින් ද විස්තර කර ඇත්තේ පාසල්වලින් දීමට අපේක්ෂිත නිදහස් අධ්‍යාපනයේ ගුණාත්මය හා සරිය පරිහානියට පත් වීමට විකල්පයක් ලෙසත් විශ්වවිද්‍යාලයට ඇතුළත් වීම සඳහා පවතින තරගකාරීත්වයට පිළියමක් ලෙසත් පෞද්ගලික ටියුෂන් සංස්කෘතිය ප්‍රසාරණය කිරීමයි. මෙහි ප්‍රතිඵලය වී ඇත්තේ රාජ්‍ය විශ්වවිද්‍යාලවල ශාස්ත්‍ර විරහිත උසස් අධ්‍යාපන අවස්ථා සඳහා ඇති තරගයට මුහුණ දෙනු වස් දෙමාපියන් විසින් අති මහත් මුදල් සම්භාරයක් පෞද්ගලික ටියුෂන් සඳහා වැය කිරීම ය. තව ද මෙය අප රටේ දුප්පත් සමාජ පංති අතර මේ පෞද්ගලික සේවය ලබා ගැනීම සඳහා යෙදවිය හැකි පිරිවැය සම්බන්ධ විෂමතාවක් නිර්මාණය කර ඇත්තේ ය. අද වෙසෙසින් වෛද්‍ය විද්‍යාලවල මේ අවස්ථා වැඩියෙන් ම ලබාගන්නේ

වරප්‍රසාද ලත් පන්තියයි. දත්තවලින් පෙන්නුම් කෙරෙන පරිදි 5 වසර ශිෂ්‍යත්වලාභීන්ගෙන් 65%ක් ද වෛද්‍ය විද්‍යාලයට ඇතුළත් වන්නන්ගෙන් 70%ක් පමණ ද පහළ මධ්‍යම පන්තියට හෝ ඊට ඉහළ සමාජ පන්තිවලට අයත් වූවන් ය. 1940 ගණන්වල දී පවා ආචාර්ය සී. ඩබ්ලිව්. ඩබ්ලිව්. කන්නන්ගර අධ්‍යාපනයේ මේ ස්වරූපයට සම්පූර්ණයෙන් විරුද්ධ විය.

අධ්‍යාපනයේ පෞද්ගලීකරණය යනු කුමක්ද?

පෞද්ගලීකරණය යන මේ වචනය අප සමාජයේ දේශපාලනඥයන්ටත්, වෘත්තීය සමිති, ශිෂ්‍ය ව්‍යාපාර හා තවත් බොහෝ අය විසින් මා අපාර්ථකථනයට ලක් කර ඇත්තේ ය.

පෞද්ගලීකරණය යන්න අර්ථ දක්වා ඇත්තේ "දැනට ආණ්ඩුව හෝ රාජ්‍යය හෝ විසින් දරනු ලබන නැත හොත් ඉටු කරනු ලබන (අධ්‍යාපනයට සම්බන්ධ) වත්කම්, කළමනාකරණය, කාර්යයන් හා වගකීම් පෞද්ගලික ක්‍රියාකාරිකයන්ට පවරා දීම ය."[5] මේ අර්ථදැක්වීම ඉතා පැහැදිලි ය. තව ද එය අධ්‍යාපනයේ පෞද්ගලීකරණයෙහි වාසි හා අවාසි ඇති බව පවසයි. සංස්කාරකයන් එකඟත්වය පළ කරන එක් කරුණක් නම් වෙසෙසින් උසස් අධ්‍යාපනය ඇතුළු අධ්‍යාපනයේ හැම මට්ටමක් තුළ ම පෞද්ගලීකරණය අධ්‍යාපනය සඳහා ඇති අවස්ථා වැඩි කරන බවයි.

උක්ත නිර්වචනයට අනුව රෝහලක, පාසලක, හෝ විශ්වවිද්‍යාලයක අර්ථදක්වන ලද සිව් වැදැරුම් ක්ෂේත්‍රවල එබඳු ආකාර පවරා දීමක් සිදු වේ නම් එය පෞද්ගලීකරණයකි. එසේ වුව ද, පෙර රජය බාරයේ නොතිබුණු නව සේවාවක්, පාසලක්, රෝහලක්, හෝ විශ්වවිද්‍යාලයක් පිහිටුවීම පෞද්ගලීකරණය නො වේ. එසේ ම ගුරුවරයෙකු පාසල් පන්ති කාමරයක ඉගැන්වීමක් නොකර, සියලු ශිෂ්‍යයන්ට ඉගෙනීම සඳහා ඔහුගේ/ඇයගේ පෞද්ගලික ටියුෂන් පන්තියට පැමිණෙන ලෙස ඉල්ලා සිටිත් නම් එය පෞද්ගලීකරණයයි. පාසලක විශ්වවිද්‍යාලයක හෝ

3 රූපය : ගාල්ල වෛද්‍ය පීඨයේ නේවාසිකාගාර

4 රූපය : ගාල්ල වෛද්‍ය පීඨයේ නව නේවාසිකාගාරය

රෝහලක කළමනාකරණය පෞද්ගලික අංශයට පවරනු ලැබේ නම් එය පෞද්ගලීකරණයයි. රජයේ රෝහලක ඇති කාන්දු පෙරීම වැනි සේවාවක් පෞද්ගලික රෝහලකට පවරා දෙනු ලැබේ නම් එය පෞද්ගලීකරණයයි.

එහෙත් මේ නිර්වචනයට අනුව බොහෝ ශිෂ්‍ය ව්‍යාපාර ප්‍රකාශ කරන පරිදි මාසික නේවාසික ගාස්තුව රු. 15/= සිට රු. 30/= දක්වා 100% කින් වැඩි කිරීම හෝ පාසලක පහසුකම් ගාස්තුව රු.10/= සිට රු.20% දක්වා වැඩි කිරීම හෝ පෞද්ගලීකරණය නො වේ. ඒ අතර සෞඛ්‍ය පහසුකම් ලබා ගැනීම සඳහා මුද්දරයක් වෙනුවෙන් ශත පනහක් අය කිරීම වැනි පෙර නොමිලේ සපයන ලද සේවාවක් සඳහා මුදල් අය කිරීම පෞද්ගලීකරණය නො වේ.

මේ අනුව පෞද්ගලික අංශය විසින් නව විශ්වවිද්‍යාලයක් පිහිටුවීම පෞද්ගලීකරණය යටතට නොගැනෙන බව පැහැදිලි ය. එහෙත් එය උසස් අධ්‍යාපනය සඳහා සුදුසුකම් ලැබූ, වියදම් කළ හැකි වුව ද අවස්ථා නොතිබීම නිසා ඊට ප්‍රවේශ විය නොහැකි වූවන්ට උසස් අධ්‍යාපනය ලැබීමේ අවස්ථා වැඩි කරයි.

ශ්‍රී ලංකාවේ උසස් අධ්‍යාපනය දෙස බැලිය යුත්තේ හා එය විශ්ලේෂණය කළ යුත්තේ මේ පසුබිම තුළ ය.

උසස් අධ්‍යාපනය හා වෛද්‍ය අධ්‍යාපනය

ආචාර්ය කන්නන්ගර විසින් සභාගත කරන ලද විශේෂ කමිටු වාර්තාව ඇත්තෙන් ම එම යුගයේ මේ රටේ උසස් අධ්‍යාපනයේ අනාගත දිශානතීන් සවිස්තර ව දැක්වීමක් නො කරයි. පෙර දේශනයක දී මහාචාර්ය ගාමිණී සමරනායක විසින් සඳහන් කර ඇති පරිදි එය අන්තර්ජාතික වූ බව මම විශ්වාස කරමි. විශ්වවිද්‍යාල ප්‍රතිපාදන කොමිෂන් සභාවේ හිටපු සභාපතිවරයා මේ සඳහා හේතු දෙකක් දක්වයි.[6] පළමු ව, මේ රට පටන් ගනිමින් සිටියේ රටේ ජනගහනයෙන් බහුතරය ප්‍රාථමික හා ද්විතීයික අධ්‍යාපනයට ප්‍රවේශයක් නොලබන තැනකිනි. ඊට විසඳුම් සෙවීම ප්‍රමුඛතාවක් විය. එබැවින් විශ්වවිද්‍යාල අධ්‍යාපනය පිළිබඳ කමිටුව තුළ සාකච්ඡා කිරීම නිෂ්ඵල දෙයක් වූ අතර වාර්තාවේ ඡේද කිහිපයකට පමණක් සීමා වූ එය තවත් දිනකට ඉතිරි විය. ඔහු යෝජනා කරන දෙවැනි හේතුව නම්, විශේෂ කමිටු වාර්තාව රාජ්‍ය මන්ත්‍රණ සභාවට ඉදිරිපත් කිරීමට පෙර 1942 දී විශ්වවිද්‍යාලය රටේ ස්ථාපිත කොට තිබීමත් අවුරුදු ගණනක් තිස්සේ ඇදෙමින් තිබූ ඊට අදාළ භූමිය පිළිබඳ මතභේදය ඒ වන විට නිරාකරණය වී තිබීමත් ය.

කෙසේ වුව ද මීට අදාළ තුන් වැනි හේතුවක් ද වූ බව මම සිතමි. විශේෂ කමිටු වාර්තාවෙන් ශ්‍රී ලංකාවේ ප්‍රාථමික හා පශ්චාත් ප්‍රාථමික අධ්‍යාපනය පිළිබඳ ඉතා පැහැදිලි නිර්දේශ ඉදිරිපත් විණි. අධ්‍යාපනය ලබන්නන්ගෙන් 80%ක් අවුරුදු 3-5ක ද්විතීයික අධ්‍යාපනයෙන් පසු රැකියාවකට යොමු කෙරෙන සාමාන්‍ය අධ්‍යාපනයක් හා 15%ක් තාක්ෂණික විද්‍යාල හා විශේෂ පුහුණු පාසල් (ජ්‍යෙෂ්ඨ පාඨශාලා සහතිකය සහිත) ඔස්සේ පුහුණුකරුවන් හා ගුරුවරුන් බවට පත් විය හැකි, රැකියා නියුක්තියට අදාළ උසස් තාක්ෂණික අධ්‍යාපනයක් ලැබිය යුතු බවත්, ඉතිරි 5% ජ්‍යෙෂ්ඨ පාඨශාලා සහතිකයෙන් පසු තවත් අමතර දෑවුරුදු ද්විතියික අධ්‍යාපනයක් ලබා උසස් පාඨශාලා සහතිකය ලැබ වෘත්තීය අධ්‍යාපනය සඳහා විශ්වවිද්‍යාලයට

ඇතුළත් විය යුතු බවත් එහි ඉතා පැහැදිලි ව ප්‍රකාශිත ය. උපත් ඇණියෙන් 5%ක් පමණක් වෘත්තීය රැකියා නියුක්තිය සඳහා උසස් අධ්‍යාපනය ලැබීම ඔහුගේ අපේක්ෂාව විය. එක ම විශ්වවිද්‍යාලයෙන් එය ප්‍රමාණවත් ව සිදු වෙතැයි ඔහු බලාපොරොත්තු වී යැයි මම සිතමි. එහෙයින් වාර්තාව ශ්‍රී ලංකාවේ උසස් අධ්‍යාපනයෙහි දිශානතිවලට පමණක් සීමා විය. ශිෂ්‍යත්ව මගින් උසස් අධ්‍යාපනය සඳහා සිසුන් බ්‍රිතාන්‍යයට යැවීමට ද ප්‍රතිපාදන විය.

එබැවින් එය සමකාලීන ඉතිහාසය විසින් ඇති කරන ලද හේතු නිසා නිර්දේශවලින් හිතාමතා ම මකා දමන ලද නොනිමි න්‍යාය පත්‍ර අංකයක් විය. ඉංජිනේරු හා වෛද්‍ය අධ්‍යාපනය සහ තාක්ෂණික අධ්‍යාපනය/ විද්‍යාල මගින් දක්ෂ සිසුන් ලන්ඩන් විශ්වවිද්‍යාල විභාග සඳහා සූදානම් කිරීම වැනි යම් සුවිශේෂ නිර්දේශ එහි තිබිණ. එම කාලයෙහි ද්විතීයික අධ්‍යාපනය සම්පූර්ණ කර විශ්වවිද්‍යාල ප්‍රවේශය සඳහා සුදුසුකම් ලබන විශාල සංඛ්‍යා පිළිබඳ ව පූර්ව දැක්මක් නො තිබිණ. එබැවින් ප්‍රතිලාභීන් විසින් ඉදිරියට ගෙන යෑම සඳහා ඉතිරි කර තබන ලද කන්නන්ගර උරුමයේ නුදුටු න්‍යායපත්‍රය ලෙස මම එය පිළිනම් කරමි.

වර්තමාන තත්ත්වය

පෙර මේ දේශනය පැවැත්වූ දේශකයන්ගෙන් අඩු ම තරමින් දෙදෙනෙකු වත්, එනම් 2010 හා 2009 මේ දේශනය කළ මහාචාර්ය ගාමිණී සමරනායක හා මහාචාර්ය නාරද වර්ණසූරිය උසස් අධ්‍යාපනයට අදාළ තේමා ගැන කතා කර ඇත. අප දන්නා පරිදි ඔවුන් ශ්‍රී ලංකාවේ උසස් අධ්‍යාපනයට අදාළ ප්‍රස්තුත මීට පෙර අවධාරණය කර ඇත.[7]

ඒවා මෙසේ කැටි කර දැක්විය හැකි ය.

1. උසස් අධ්‍යාපන අවස්ථා නොමැතිකම
අභ්‍යන්තර ශික්ෂණලාභීත්වය ලබමින් උසස් අධ්‍යාපනය හැදෑරීමට අවස්ථාව ලබන්නේ උපත් ඇණියෙන් 8%ක් හා අපේක්ෂකයන්ගෙන් 21%ක් පමණි.

2. ආධාර දෙන ආයතන හා සිවිල් සමාජය ඇතුළු පාර්ශ්වකරුවන් විසින් උසස් අධ්‍යාපනයේ ගුණාත්මක බව ප්‍රශ්න කිරීමට ලක් කර තිබීම

3. උසස් අධ්‍යාපනයේ යුක්තිය හා සාධාරණත්වය

4. ලෝක මට්ටමේ ආයතනවලට සාපේක්ෂ ව ශ්‍රී ලංකාවේ උසස් අධ්‍යාපනයේ ප්‍රමිති

5. උසස් අධ්‍යාපනය වෙනස් කිරීමට හා ප්‍රතිසංස්කරණය කිරීමට නොහැකි වීම

මින් සමහරක් ම විසින් වෛද්‍ය අධ්‍යාපනය සඳහා උපයෝගී කොට ගෙන ඇත. එහි දී මට ද එම ගැටලු ම හඳුනා ගන්නට ලැබී ඇති අතර ඒ සඳහා යම් යම් විසඳුම් යෝජනා කිරීමට සැලසුම් කරමින් සිටිමි. මෙය ආරම්භ කිරීම සඳහා මේ රටේ වෛද්‍ය අධ්‍යාපනය ගැන ඓතිහාසික පර්යාලෝකයකින් අවබෝධයක් ලැබීම වැදගත් ය.

වෛද්‍ය විද්‍යාල

විකිපීඩියාවට[8] අනුව වෛද්‍ය විද්‍යාල යනු වෛද්‍ය ක්ෂේත්‍රයේ විශේෂඥතාව ලබන පුද්ගලයන් වෙනුවෙන් ස්ථාපිත අධ්‍යාපන ආයතන හෝ වෛද්‍ය උපාධියක් සඳහා වූ අධ්‍යයන පාඨමාලාවක් පවත්වන උපාධි පාඨශාලා ය.

ලෝකය පුරා ම මෙය අතිශය තරගකාරී ක්ෂේත්‍රයකි. ඇතුළත් වීමේ නිර්ණායක, පාඨමාලා ව්‍යූහය, පාඨමාලා අන්තර්ගතය, ඉගැන්වීමේ ක්‍රම හා පාඨමාලා කාලය සැලකිය යුතු තරමින් වෙනස් වේ. මෙය අධික ලෙස තරගකාරී ක්ෂේත්‍රයක් බැවින්

ඇතුළත් කර ගැනීමේ ක්‍රියාවලිය පටු කරගනු පිණිස රටවල් අ.පො.ස උසස් පෙළ, MCAT හා UKAT වැනි ඇතුළත් වීමේ විභාග යොදා ගනියි. ඇතැම් රටවල උපාධිධාරී ප්‍රවේශ වැඩසටහන් වේ. ඇමරිකා එක්සත් ජනපදයේ හා කැනඩාවෙහි හැම පාඨමාලාවක් ම පාහේ උපාධිධාරී ප්‍රවේශකයන් සඳහා වේ. පාඨමාලා කාලය අවුරුද 4 1/2 සිට අවුරුදු 7 දක්වා වෙනස් වේ. සාම්ප්‍රදායික හා ගැටලු - පාදක ආදී වශයෙන් විවිධ විෂයමාලා ආකෘති පවතින අතර ඒවායේ වාසි සේ ම අවාසි ද වේ. දීර්ඝ කාලීන ව මේ වෙනස්කම්වලට උපාධිධාරීන්ගේ ගුණාත්මයෙහි වෙනසක් පෙන්වීමට හැකි වී නැත.

සියලු විෂයමාලාවල මාරුවෙන් මාරුවට පැවැත්වෙන ආරම්භක මූලික විද්‍යා පාඨමාලාවක් හා සායනික විද්‍යා පාඨමාලාවක් වේ. ලබා ගත හැකි පුහුණු පහසුකම් අනුව ඒවායේ අන්තර්ගතය බෙහෙවින් වෙනස් වේ. මෙය නේවාසික රෝගී, බාහිර රෝගී, ප්‍රජා හා විඩම්බිත පරිස්ථිති තුළ සිදු වේ. සංකලන අනුපාත, කාල පරාසය, සහභාගීත්වයේ ප්‍රමාණය හා සිදු කිරීමට ඇති කාර්යයන් වෛද්‍ය විද්‍යාලයෙන් විද්‍යාලයට වෙනස් වන අතර පරමාදර්ශය කුමක් දැයි තවමත් නො දනී. ඒ පිළිබඳ පර්යේෂණ නොමැත. හදිසි අනතුරු පිළිබඳ පුහුණුව විශේෂයෙන් සිදු කෙරෙනුයේ ඩිඩම්බනය මාර්ගයෙනි. විවිධ සෞඛ්‍ය පද්ධතිවල උපාධි ප්‍රදාන මට්ටම හා උපාධි පිරිනැමීමේ දී පැවරෙන වගකීම් ද එකිනෙකට වෙනස් වේ. සීමාවාසී කාලයේ දී වැඩිදුර පුහුණුවක අවශ්‍යතාව මෙමගින් නිර්ණය වේ. නිදසුනක් ලෙස, 2014 නොවැම්බර් මස, සෞඛ්‍ය අමාත්‍යාංශයේ මා ද සාමාජිකත්වය දරන හදිසි අනතුරු හා හදිසි අවස්ථා පුහුණු කමිටුව විසින් පූර්ව සීමාවාසිකයන්ට හදිසි අවස්ථා සඳහා පුහුණුවක් ආරම්භ කරන ලදී. මෙය රටේ අවශ්‍යතාවක් වන අතර රටේ අවශ්‍යතාව අනුව සීමාවාසී පුහුණුව වෙනස් වන්නේ ය.

ඉහත සඳහන් පරිදි පෞද්ගලික වෛද්‍ය විද්‍යාල (සයිටම්) විරෝධී ප්‍රස්තුතය තුළ විවාදයට තුඩු දී ඇති ඇතුළත් වීමේ

නිර්ණායක, සායනික පුහුණුව, ඇඳන් ප්‍රමාණය, හා සායනික පුහුණුව සඳහා අවශ්‍ය රෝගීන් සංඛ්‍යාව වැනි බොහෝ මතභේදාත්මක කරුණු විද්‍යාත්මක සාක්ෂ්‍ය මත පදනම් නොවුණු පැහැදිලි පිළිතුරක් නොමැති ඒවා බව වටහා ගැනීම වැදගත් ය. ශ්‍රී ලංකාවේ අනාගත වෛද්‍ය අධ්‍යාපනය සඳහා සුදුසු ක්‍රම කවරේ දැයි අවබෝධ කර ගැනීමට වෙන් වෙන් ප්‍රවේශ උපකාරී වෙතැයි මම සිතමි. ජනරාල් ශ්‍රීමත් ජෝන් කොතලාවල ආරක්ෂක විශ්වවිද්‍යාලයේ වෛද්‍ය පීඨයේ ස්ථාපිත ආකෘතිය අනුසාරයෙන් මම මේ පිළිබඳ ව තව දුරටත් විස්තර කොට දක්වන්නෙමි.

උපාධි ලැබීමෙන් පසු සියලු වෛද්‍ය උපාධිධාරියකු ම පාහේ වෘත්තියේ නියැලීම සඳහා බලපත්‍රයක් ලබාගත යුතු ය. සාමාන්‍යයෙන් මෙය රජයකින් හෝ ප්‍රාදේශීය රාජ්‍ය නියාමක අධිකාරියෙන් ප්‍රදානය කෙරේ. බොහෝ නියාමක අධිකාරී විසින් චරිත සහතික, යොමු, අපරාධ හෝ විනය සම්බන්ධ පසුබිම ආශ්‍රිත පරීක්ෂණ වාර්තා, ගාස්තු ගෙවීම් ඉල්ලා සිටිනු ලබන අතර සමහර විට අධිකාරී පත්‍ර පිරිනැමීමේ විභාගයකින් සමත් වීම හා අවුරුදු එකක් හෝ දෙකක් තව දුරටත් පුහුණුව ලැබීම (සීමාවාසිකත්වය) අවශ්‍යතාවක් සේ සලකනු ලැබේ. ශ්‍රී ලංකාවේ වරප්‍රදාන අධිකාරිය වන්නේ ශ්‍රී ලංකා වෛද්‍ය සභාවයි. අපේ රටේ මේ සියලු පිරික්සුම් පටිපාටි දුර්වල ය. ඒ අතින් පද්ධතිය ජනතාවට වග විය යුත්තක් බවට පත් කිරීම අවශ්‍ය ය. එය සම්පූර්ණ ප්‍රතිසංස්කරණයකට භාජන කිරීම අවශ්‍ය ය.

මේ තත්ත්ව සහතික කිරීමේ ක්‍රියාවලිය සම්පූර්ණ කිරීම පිණිස කෙටි කාලීන හා දීර්ඝ කාලීන ගුණාත්ම, නිපුණතා හා විශේෂඥතා ලබා ගැනීමේ වේගය වැනි නිමැවුම් අනාවරණය කර ගත යුතු වේ. ඒ සඳහා වෘත්තීය තත්ත්වය, පශ්චාත් උපාධි ලබා ගැනීම හා උපාධිධාරීන්ගේ ගුණාත්මක බව පිළිබඳ විමසුම්ශීලී විය යුතු ය. මෙය දුෂ්කර ය. නමුත් කොතලාවල

ආරක්ෂක විශ්වවිද්‍යාලයේ සීමාවාසිකත්වය අඛණ්ඩ ව විමසුමට භාජන වේ.

ලෝකයේ වෛද්‍ය විද්‍යාල පිළිබඳ තොරතුරු වෛද්‍ය අධ්‍යාපන සහ පර්යේෂණ සංවර්ධනය සඳහා වූ අන්තර්ජාතික ෆෙඩරේෂනයේ (FAIMER)[9] හා අවසන් වරට 2015 දී යාවත්කාලීන කරන ලද ලෝක වෛද්‍ය විද්‍යාල නාමාවලියෙහි (WDMS)[10] ඇතුළත් ය. මේ මොහොත වන විට ජනරාල් ශ්‍රීමත් ජෝන් කොතලාවල ආරක්ෂක විශ්වවිද්‍යාලයේ වෛද්‍ය පීඨය (FOMKDU) හා තාක්ෂණය හා වෛද්‍ය කර්මය පිළිබඳ දකුණු ආසියාතික ආයතනය (SAITM) ලෝක වෛද්‍ය විද්‍යාල නාමාවලියෙහි ඇතුළත් නො වේ.

ශ්‍රී ලංකාවේ වෛද්‍ය අධ්‍යාපනය

ශ්‍රී ලංකාවේ ප්‍රථම බටහිර වෛද්‍ය වෘත්තිකයා වන්නේ 1840 යාපනයේ වෛද්‍ය වෘත්තිය ආරම්භ කළ ඇමරිකා එක්සත් ජනපදයේ වෛද්‍ය සැමුවෙල් ග්‍රීන් ය. ඔහු යාපනයේ හා නැගෙනහිර පළාතේ වෛද්‍ය වෘත්තියේ යෙදිණ. 1848 දී ඔහු යාපනයේ වෛද්‍ය විද්‍යාලයක් ආරම්භ කළ නමුත් එය ස්වාභාවික මරණයකට ගොදුරු විය. ග්‍රීන් අනුස්මරණ රෝහල අදටත් එහි පවතින්නේ එහි ලාංඡනයක් ලෙස ය. 1980 ගණන්වල ස්ථාපනය කරන ලද උතුරු ලංකා වෛද්‍ය විද්‍යාල (North Lanka Medical College) නම් පෞද්ගලික වෛද්‍ය විද්‍යාලයක් ද එහි වූ නමුත් එය ද ස්වාභාවික මරණයකට පාත්‍ර විය.

මේ රටේ ප්‍රථම රාජ්‍ය වෛද්‍ය විද්‍යාලය 1870 කොළඹ පිහිටුවන ලදී. එහි අරමුණ වූයේ පෞද්ගලික වෛද්‍ය වෘත්තියේ යෙදීමට හෝ රජයේ වෛද්‍ය වෘත්තියේ යෙදීමට නැත හොත් සෞඛ්‍යාරක්ෂක කටයුතු පවත්වා ගැනීම සඳහා රෝහල්වල පහළ මට්ටම්වල සේවයේ යෙදවීමට වෛද්‍යවරුන් බිහිකිරීම ය. මෙය ආරම්භ වූයේ තුන් අවුරුදු පාඨමාලාවක් ලෙස ය.

එහි විෂයමාලාවට ප්‍රධාන කොට ම ඇතුළත් වූයේ සාමාන්‍ය වෛද්‍යය හා සාමාන්‍ය ශල්‍යය පිළිබඳ ප්‍රායෝගික කුසලතා හා න්‍යායික දැනුමයි. මින් ලත් සුදුසුකම LMCP වූ අතර එය ඩිප්ලෝමාවක් සේ සැලකිණි. සිව් වසරකට පසු 1874 දී පාඨමාලා කාලය අවුරුදු හතරකට දීර්ඝ කරන ලදී. 1884 දී එයට එඩින්බර්ග් හා ඩබ්ලින් හි රාජකීය ශල්‍ය වෛද්‍ය විද්‍යාලයේ (RCS) පිළිගැනීම ලැබුණු අතර එතැන් සිට පුහුණු කාලය පස් අවුරුද්ද දක්වා වැඩි කෙරිණ.

මින් කෙටි කලකට පසු 1887 දී මහා රාජිනියගේ ප්‍රකාශයකින් ලංකාව ද ඇතුළත් වන පරිදි වෛද්‍ය ආඥාපනතේ II වන කොටසෙහි ප්‍රතිපාදන පුළුල් කෙරිණ. ඉන් පසු ව මේ වෛද්‍ය විද්‍යාලයෙන් සුදුසුකම් ලබන වෛද්‍යවරුන්ට මහා බ්‍රිතාන්‍යයේ ද වෛද්‍ය වෘත්තියේ යෙදීමට අවසර ලැබිණ. 1888 දී සුදුසුකම LMS ලෙස වෙනස් කරන ලද අතර ලංකා වෛද්‍ය විද්‍යාලය පූර්ණ සුදුසුකම් සහිත වෛද්‍යවරුන් බිහි කරන ආයතනයක් බවට පත් විය. කෙසේ වුව ද වෛද්‍ය ආඥාපනතෙහි මේ වෙනසට ශ්‍රී ලංකාවේ අග්‍රාණ්ඩුකාරතුමාගේ අත්සන ලබා ගැනීමට තවත් සත් අවුරුද්දක් ගත වූ අතර එතෙක් එය ක්‍රියාත්මක නො කෙරිණ.

1942 ලංකා විශ්වවිද්‍යාලය ස්ථාපිත කරන තෙක් තවත් අවුරුද 50ක් පද්ධතිය මේ ආකාරයට ම ක්‍රියාත්මක වූ අතර ඉන් පසු ව එම වෛද්‍ය විද්‍යාලය විශ්වවිද්‍යාලයේ කොටසක් බවට පත් විය. එය එම්. බී.බී. එස් උපාධිය පිරිනැමීම ආරම්භ කළේ ය. 1962 දී පේරාදෙණිය වෛද්‍ය පීඨය ස්ථාපිත කෙරිණ. තදනන්තර ව යාපනය (1977), රුහුණ (1978), කැලණිය (1990), ශ්‍රී ජයවර්ධනපුර (1990), රජරට හා අග්නිදිග (2005) පීඨ ආරම්භ වෙමින් හැම වර්ෂයක ම ශිෂ්‍යයන් 1300කට ප්‍රවේශය සලසන අද අප සතු රාජ්‍ය වෛද්‍ය විද්‍යාල අට බිහි වූයේ ය. විශ්වවිද්‍යාල ප්‍රතිපාදන කොමිසමෙන් පරිබාහිර ව 2009 දී කොතලාවල ආරක්‍ෂක විශ්වවිද්‍යාලය විසින් සුවිශේෂ ව හමුදාමය

අවශ්‍යතා ඉටු කරනු පිණිස තවත් රාජ්‍ය වෛද්‍ය විද්‍යාලයක් පිහිටු වන ලද අතර එහි ආරම්භක පීඨාධිපති වූයේ මා ය.

රටේ ග්‍රාමීය ප්‍රදේශවල සේවය කිරීමට සහකාර වෛද්‍ය වෘත්තිකයින් හෙවත් සහකාර වෛද්‍ය නිලධාරීන් පුහුණු කිරීම සඳහා අවුරුදු 126කට ආසන්න කාලයක් ක්‍රියාත්මක වූ වැඩසටහනක් ද වූ අතර එය 1995 දී නවතා දමන ලදී. එසේ වුව ද ග්‍රාමීය ප්‍රදේශවල වෛද්‍ය නිලධාරීන්ගේ හිගය සෞඛ්‍ය සේවයෙහි ගැටලුවක් ලෙස පවතින්නේ ය.[11]

රුහුණු විශ්වවිද්‍යාලයේ වෛද්‍ය පීඨය

1979 දී රුහුණේ වෛද්‍ය පීඨයෙහි දෙවැනි කණ්ඩායමට තේරුණු මම 1979 ජූනි මස දෙ වැනි එම්.බී.බී.එස්. පාඨමාලාව හැදෑරීම සඳහා කොළඹ වෛද්‍ය විද්‍යාලයට ඇතුළත් වීමි. ඒ වන විට පළමු ශිෂ්‍ය කණ්ඩායම කොළඹ හා පේරාදෙණියේ දෙ වැනි එම්. බී. බී. එස්. පාඨමාලාව හදාරමින් සිටියහ. මෙයට පසුබිම් වූ කතාවක් වේ. යාපනය විශ්වවිද්‍යාලය ස්ථාපිත කරන ලද්දේ 1974 දී ය. විශ්වවිද්‍යාල ප්‍රවේශය සඳහා ප්‍රමිතිකරණයක් වූ අතර දෙමළ ජනයා ඊට එරෙහි වූහ. එය වෙනස් ලෙස සැලකීමක් බව ඔවුන්ගේ හැඟීම විය. 1977 මහ මැතිවරණයේ දී බලය සඳහා ඇස ගසාගෙන සිටි එක්සත් ජාතික පක්ෂය ඔවුන් ප්‍රමිතිකරණය අහෝසිකරණ බව ප්‍රසිද්ධියේ කියා සිටියේ ය. මෙය සිදු කරන ලද අතර එහි ප්‍රතිඵලයක් ලෙස වෛද්‍ය විද්‍යාල දෙකට ඇතුළත් වන දෙමළ මාධ්‍ය ශිෂ්‍ය ප්‍රතිශතය වැඩි විය. යමක් කළ යුතු විය. 1978 දී යාපනය විශ්වවිද්‍යාලයේ වෛද්‍ය විද්‍යාලයක් ස්ථාපනය කරන ලද අතර එය බොහෝ දුරට දෙමළ ශිෂ්‍යයන් සඳහා පමණක් වෙන් වූවක් විය. දකුණේ මැතිවරණ කොට්ඨාස සම්බන්ධ ව මෙය දේශපාලන සිය දිවි නසා ගැනීමක් වූ බැවින් දකුණෙහි ද විශ්ව විද්‍යාලයක් ඇරඹීමේ තීරණයක් ගන්නා ලදී. මේ ව්‍යාපාරයේ නියමුවා වුයේ රොනී ද මැල් මහතා ය. මාතර ප්‍රධාන විශ්වවිද්‍යාලයක් පිහිටුවීම මෙහි

ප්‍රතිඵලය විය. උපාධි අපේක්ෂක වැඩසටහන් සතරක් සහිත ව එය ආරම්භ කරන ලද්දේ විශ්වවිද්‍යාල මණ්ඩපයක් ලෙස ය.

1978 පිහිටුවන ලද රුහුණු විශ්වවිද්‍යාල මණ්ඩපයට උපාධි ප්‍රදානය කිරීමේ බලය නො තිබිණ. එහෙයින් එක් එක් උපාධි පාඨමාලාව ස්ථාපිත විශ්වවිද්‍යාලයකට අනුබද්ධ කෙරිණ. නිදසුනක් ලෙස කෘෂි විද්‍යාවේදී උපාධිය ජයවර්ධනපුර විශ්වවිද්‍යාලයටත්, මානව ශාස්ත්‍ර හා සමාජ විද්‍යා ශාස්ත්‍රපති උපාධිය කැලණිය විශ්වවිද්‍යාලයටත්, එම්. බී. බී. එස්. උපාධිය කොළඹ විශ්වවිද්‍යාලයටත් අනුබද්ධ කෙරිණ. මුල් කණ්ඩායම් පහේ ශිෂ්‍යයන් එක් අඩකට 40ක් වන පරිදි දෙකට බෙදා දෙවැනි එම්. බී. බී. එස් පාඨමාලාව හැදෑරීම සඳහා පේරාදෙණිය හා කොළඹ විශ්වවිද්‍යාලවල වෛද්‍ය පීඨවලට යවන ලදී. ඔවුන් තුන් වැනි වසරෙහි සිට තුන් වැනි එම්. බී. බී. එස්. පාඨමාලාව රුහුණෙහි හැදෑරිය යුතු විය. මේ ප්‍රවේශය සාර්ථක වූ අතර ප්‍රායෝගික ව නිර්වචනය කරන කල්හි පස් අවුරුදු කාලයකට රුහුණේ එම්.බී.බී.එස්. පාඨමාලාව ද්විත්ව උපාධි පාඨමාලාවක් විය. එහෙත් 1984 වන තුරු ශ්‍රී ලංකා වෛද්‍ය සභාවේ පිළිග ැනීම රුහුණට නො ලැබිණ. රුහුණෙහි වෛද්‍ය පීඨය සඳහා ස්ථානයක් තෝරා ගැනීම කාර්යමණ්ඩලයකට පැවරිණ. මේ වන විට වෛද්‍ය විද්‍යාලයට බඳවා ගෙන තිබූ සීමාසහිත කාර්යමණ්ඩලය ගාල්ලට කැමති වූහ. මේ තෝරා ගැනීම සඳහා හේතු දෙකක් ඉදිරිපත් කරන ලදී. ගාල්ලේ මහ රෝහල (6 රූපය), මාතර මූලික රෝහලට වඩා විශාල වීම පළමු හේතුවයි. දෙවැන්න කාර්යමණ්ඩලයේ දරුවන්ට වඩා හොඳ පාසල් ගාල්ලේ තිබීමයි. මේ කාලය වන විට මහමෝදර පිහිටා තිබූ ගාලු මහ රෝහල, එවක 'ජරාපිටිය' යන "ජනප්‍රිය" නාමයෙන් හැඳින්වුණු කරාපිටියට ගෙන යෑමට තීරණය කර තිබිණ. එබැවින් එය කරාපිටියට පැමිණියේ ය. ඇත්තෙන් ම ඊට 1974 දී මුල් ගල තබන ලද්දේ එවක සෞඛ්‍ය ඇමතිනිය වූ ගරු ශිවා ඔබේසේකර මැතිනිය විසිනි (7 රූපය).

6 රූපය : මහමෝදර රෝහලේ දේශන ශාලාව

7 රූපය : කරාපිටිය රෝහලේ මුල්ගල, 1979

8 රූපය : කරාපිටිය ශික්ෂණ රෝහල, 2017

මගේ පාඨමාලාවේ ඉතිරි කොටස සම්පූර්ණ කරනු වස් මම 1981 දී ගාල්ලට ඇතුළු වන විට පීඨය සුදානම් ව නො තිබිණ. වෛද්‍ය විද්‍යාලයක් සඳහා එහි පැවතියේ අවම පහසුකම් ය. කාර්ය මණ්ඩලයේ පූර්ණකාලීන සාමාජිකයන් සිටියේ සය දෙනෙකු පමණි. එහෙත් අප එහි අධ්‍යාපනය හැදෑරූ අතර ගාල්ල වෛද්‍ය පීඨයෙන් සමහර දීප්තිමත් වෛද්‍යවරු ද බිහි වූහ. ස්ථාපනය සඳහා බලපෑ හේතු දේශපාලනික හා විවාදාපන්න වන්නේ වී නමුදු මෙසේ බිහි වූ වෛද්‍ය පීඨය අවසාන වශයෙන් වෛද්‍යවරුන් 3800ක් බිහි කර ඇති අතර ඔවුන්ගේ බහුතරය මාතෘ භූමියට සේවය කරනු ඇත. රුහුණු

විශ්වවිද්‍යාලයේ වෛද්‍ය පීඨය 2015 දෙසැම්බර් වන විට උපාධිධාරීන් 3609ක් බිහි කර ඇති අතර ඉන් අති බහුතරය මේ රටට සේවය කරති. අද ඇත්තේ වෙනස් යුගයකි. එහි දී අපි ඉල්ලුම, අවශ්‍යතාව, ගුණාත්මය, ප්‍රමිති, නියාමන මඬුලු, පෞද්ගලික - රාජ්‍ය හවුල් ව්‍යාපාර, ලාබ දිශානතිය, අයිතිය, නිදහස් අධ්‍යාපනය හා ඉගෙනීමේ නිදහස හා උසස් අධ්‍යාපන අවස්ථා පුළුල් වීම ආදිය ගැන කතා කරමු.

දුෂ්කරතා මධ්‍යයේ වුව ප්‍රාදේශීය සංවර්ධනය ඉහළ නැංවීමේ දී මේ විමධ්‍යගත ප්‍රවේශය පෙන්වන සාර්ථකත්වය ගැන සඳහන් කිරීමට මට ද අවශ්‍ය ය. මා ශිෂ්‍යයකු ව සිටි 1981 - 1985 අවධියේ වනාන්තරයක් ව තිබූ කරාපිටිය අද විසල් ආර්ථික සංවර්ධනයකින් යුත් සම්පූර්ණයෙන් වෙනස් නගරයකි. එබැවින් දේශයේ ආර්ථික ආකෘතිය මේ සංකල්පයට අද ද උපස්ථම්භක විය යුතු ය (8, 9, 10, 11, 12, රූප).

9 රූපය :
කරාපිටිය කඩමණ්ඩිය, 1979

10 රූපය : කරාපිටිය වෛද්‍ය පීඨ පරිශයය, 1979

11 රූපය : කරාපිටිය වෛද්‍ය පීඨය

12 රූපය : කලබලකාරී කරාපිටිය නගරය

කැලණියේ වෛද්‍ය විද්‍යා පිඨය හා ශ්‍රී ජයවර්ධනපුර වෛද්‍ය විද්‍යා පීඨය

කැලණියේ වෛද්‍ය පිඨය පිහිටුවන ලද්දේ සම්පූර්ණයෙන් ම වෙනස් වූ හේතු නිසා ය. පළමු ව එය උතුරු කොළඹ වෛද්‍ය විද්‍යාලය හෙවත් මේ රටේ ස්ථාපනය කරන ලද පළමු වැනි පෞද්ගලික වෛද්‍ය විද්‍යාලය විය. මහජන හා ශිෂ්‍ය විරෝධතා නිසා එය ජනසතු කර කැලණිය විශ්වවිද්‍යාලයට

අනුබද්ධ කරන ලදී. ශ්‍රී ජයවර්ධනපුර විශ්වවිද්‍යාලයේ වෛද්‍ය විද්‍යා පීඨය පිහිටුවන ලද්දේ ද වෛද්‍ය අධ්‍යාපනය සඳහා අවස්ථා පුළුල් කිරීමත් ඊට අනුබද්ධ සම සෞඛ්‍ය විද්‍යාවට අදාළ උසස් අධ්‍යාපන අවස්ථා හා උපාධි පාඨමාලා සඳහා අවස්ථා සපයා දීමත් යන දේශපාලන තීරණය අනුව ය. ඊට ඒ නම යොදන ලද්දේ ද එහෙයිනි. කොළඹට අමතර ව වෛද්‍ය නිලධාරීන්ගේ අවශ්‍යතාව පෙරදැරි කරගනිමින් පේරාදෙණිය හා ශ්‍රී ජයවර්ධනපුර වෛද්‍ය පීඨ ස්ථාපිත කරන ලද අතර යාපනය හා රුහුණු පීඨ පිහිටුවන ලද්දේ දේශපාලන හේතු නිසා ය.

රජරට විශ්වවිද්‍යාලයේ වෛද්‍ය පීඨය හා අග්නි දිග විශ්වවිද්‍යාලයේ සෞඛ්‍ය විද්‍යා පීඨය පිහිටුවීමට පිටු දුන් හේතු වෙනස් ය. මේවා ස්ථාපිත කරන ලද්දේ විභාග දෙපාර්තමේන්තුවේ පරිගණක දෝෂයක් නිසා තෝරා ගැනීම්වල ඇති වූ කුටිකතාව හේතුවෙනි. මෙය බදුල්ල වැනි සමහර දිස්ත්‍රික්කවල සිසුන් කෙරෙහි බලපෑ අතර එය එවැනි දිස්ත්‍රික්කවලින් වෛද්‍ය විද්‍යාව සඳහා තෝරා ගැනෙන ශිෂ්‍ය සංඛ්‍යාව අඩු වීමට හේතු විය. බලපෑමට ලක් වූ දිස්ත්‍රික්කවලින් ඇති වූ මහජන උද්ඝෝෂණය නිසා එය පාර්ලිමේන්තුවේ ප්‍රශ්න කරනු ලැබ සමීක්ෂණයට භාජන විය. පරිගණක දෝෂය හඳුනා ගැනිණ. එය නිවැරදි කිරීමේ දී පෙර නොතිබුණ තත්වයක් උද්ගත විය. මෙහි ප්‍රතිඵලය වූයේ වෙනත් දිස්ත්‍රික්කවලින් වෛද්‍ය විද්‍යාව සඳහා තෝරාගෙන සිටි සිසුන් විශාල සංඛ්‍යාවකට එම අවස්ථා අහිමි වීම ය. මේ වෙනුවෙන් උසාවි තීන්දුවක් අපේක්ෂා කළ අතර එය දේශපාලන ප්‍රස්තුතයක් බවට ද පත් විය. මේ නිසා ශ්‍රී ලංකා රජය පළමු ව, පවත්නා වෛද්‍ය විද්‍යාලවලට ඇතුළත් කර ගැනෙන ශිෂ්‍ය සංඛ්‍යාව වැඩි කළ නමුත් සියලු ශිෂ්‍යයන්ට ඒවායේ ඉඩකඩ ප්‍රමාණවත් නොවූයෙන් රජරට හා අග්නිදිග විශ්වවිද්‍යාලවල වෛද්‍ය විද්‍යාල ආරම්භ කිරීමට තීරණය කෙරිණ. මේ තීරණ, අවශ්‍යතා හෝ ශක්‍යතා පදනම් වූ ඒවා නොව එදිනෙදා මතු වන ගැටලුවලට මුහුණ දීමට ගන්නා ලද දේශපාලන තීරණ බව

ඉතා පැහැදිලි ය. අද වන විට ද මේ වෛද්‍ය පීඨ ස්ථිර බඳවා ගැනීම් හා යටිතල පහසුකම් සපයා ගැනීම සඳහා අරගලයක යෙදී සිටී (විශ්වවිද්‍යාල ප්‍රතිපාදන කොමිසමේ තත්ත්ව සහතිකකරණ උපමානවලට අනුව කාර්යමණ්ඩල අනුපාතය 1:7 විය යුතු අතර රජරට එය 1:42 වේ). යම් දිනෙක මේවා විසඳෙනු ඇත. එහෙත් ඒ සඳහා දශක එකක් හෝ දෙකක් ගත විය හැකි ය. පරිගණක දෝෂයේ වග වීම කිසිවෙකුටත් නො පැවරිණ. සත්‍යය නම් මෙය කිසි විටෙකත් සිදු නොවිය යුතු ව තිබූ වරදක් බවත් ඉන් විභාග දෙපාර්තමේන්තුව කෙරෙහි තිබූ විශ්වාසය පළුදු වීම පිළියමකින් තොර ව ඒ වූ පරිදි දිගට ම පැවැතෙමින් තිබෙන බවත් ය. වසරක් පාසා ම මේ අවිශ්වාසය වඩාත් නරක අතට හැරෙන්නේ ඊනියා සංවර්ධිත දිස්ත්‍රික්කවල සිසුන් ඌන සංවර්ධිත දිස්ත්‍රික්කවලින් අ.පො.ස උසස් පෙළ විභාගයට පෙනී සිටීම වැනි වංචාකාරී උපක්‍රම වඩ වඩා හෙළිදරව් වෙමින් පවතින බැවිනි. 2017 රසායන විද්‍යා ප්‍රශ්න පත්‍රය පිළිබඳ සිදු වීම නිසා මේ ගැටලුව යළිත් ඉස්මතු වී ඇත. හෙළිදරව් වීමකින් තොර ව තවත් මෙවැනි දෑ කොතෙකුත් සිදු ව ඇද්ද යන සැකය මෙහි දී මතු වේ. අ.පො.ස උසස් පෙළ විභාගයේ දී කොපි කිරීම පිළිබඳ වත් උසස් පෙළ විභාග ලකුණු හා ස්ථාන වෙනස් කිරීම සඳහා විභාග දෙපාර්තමේන්තු සේවකයන්ට අල්ලස් දීම් වැනි දූෂණ සම්බන්ධ වත් පැතිරී ගිය ආරංචි වේ. මේ සම්බන්ධ ව රුහුණු විශ්වවිද්‍යාලයේ වෛද්‍ය පීඨයේ යළි යළිත් විභාග අසමත් වුණු වෛද්‍ය ශිෂ්‍යයෙකු පිළිබඳ ව පෞද්ගලික අත්දැකීමක් මා සතු වේ. ඔහුට උපදේශන සේවා සැපයූයේ ප්‍රකට උපදේශන මනෝවෛද්‍ය ඩී.වී.ජේ. හරිස්චන්ද්‍ර මහතා ය. යට කී ශිෂ්‍යයා අවසානයේ ඔහු වෙනුවෙන් වෙනත් අයෙකු අ.පො.ස. උසස් පෙළ විභාගයට පෙනී සිටි බව පිළිගත්තේ ය. වෛද්‍ය හරිස්චන්ද්‍ර මෙය වෛද්‍ය පීඨ සභාවට වාර්තා කළේ ය.

මෙහි වඩාත් නරක පැත්ත නම්, අද පවා ශ්‍රී ලංකාවේ විභාග දෙපාර්තමේන්තුව විසින් පවත්වනු ලබන මෙම ජාතික

විභාග ක්‍රියාවලිය තුළ මේ වැරදි, වංචා හා දූෂණ සිදු නොවීමට සහතිකයක් නොමැති වීමයි. පාරදෘශ්‍ය ආකාරයෙන් අපි මේ සිදුර වසා දමා නොමැත්තෙමු.

අප නව වෛද්‍ය විද්‍යාල පිහිටුවිය යුත්තේ රටේ අවශ්‍යතාව හා ශක්‍යතාව පදනම් කරගනිමිනි. එම තීරණය ගත යුත්තේ දේශපාලන බලධාරීන් විසින් පමණක් නො වේ. නිදසුනක් ලෙස වයඹ, මොරටුව හා සබරගමුව වෛද්‍ය පීඨ ස්ථාපනය වන විට කාර්යමණ්ඩලයේ අභ්‍යන්තර බුද්ධි ගලනය නිසා වඩාත් පීඩාවට පත් වන්නේ රජරට හා අග්නිදිග වෛද්‍ය විද්‍යාල බවට ප්‍රබල අදහසක් විය. මේ බලපෑම ශාක්‍යතා වාර්තාවල තක්සේරු කර නො තිබිණ. මේ වන විට සාපේක්ෂ වශයෙන් ප්‍රබල තත්ත්වයට පත්ව ඇති අනෙකුත් වෛද්‍ය විද්‍යාලවලට නව කාර්යමණ්ඩලයක් ආකර්ෂණය කර ගනිමින් ඊට මුහුණ දිය හැකි වුව ද ඒවාට ද එය සිදු විය හැක්කේ ය. ඉන් වන හානිය සැලකිය යුතු තරම් එකකි. කොළඹට තදාසන්න නගරවල ස්ථාපිත නොකරන ලද්දේ නම් රුහුණේ සිදු වූවාක් මෙන් ඒවාට නව වෛද්‍ය විද්‍යාලවලට අවශ්‍ය ප්‍රමිතිවලින්, ගුණාත්මයෙන් හා අවුරුදු 20 - 25ක් පමණ කාලයක් සඳහා වූ කාර්යමණ්ඩලයකින් සංයුක්ත ව තහවුරු වීම සඳහා අති දීර්ඝ, දුෂ්කර කාල පරිච්ඡේදයක් ගත කළ යුතු වේ.

කෙසේ වෙතත් විද්‍යාත්මක ඇගයුමකට අනුව රටට වඩාත් වෛද්‍ය විද්‍යාල හා වෛද්‍යවරුන් අවශ්‍ය බවක් පෙනී යතොත් ආර්ථිකයේ හා සංවර්ධනයේ ප්‍රතිලාභ කොළඹට හා තදාසන්න නගරවලට සීමා නොවී ශ්‍රී ලංකාවේ දිළිඳු ජනතාව වෙතට ද ගලා යන පරිදි ඒවා පළාත් බද නගරවල පිහිටුවීමේ සංකල්පයට මම එකඟත්වය පළ කරමි (දිළිඳුකම හා සංවර්ධනය පිළිබඳ දර්ශකවලට අනුව ශ්‍රී ලංකාව නැමති එක රට තුළ තවත් රටවල් තුනක් පිහිටා ඇති බව ප්‍රකාශිත ය).

සෞඛ්‍ය සේවාවේ මානව සම්පත් අවශ්‍යතා තක්සේරුව

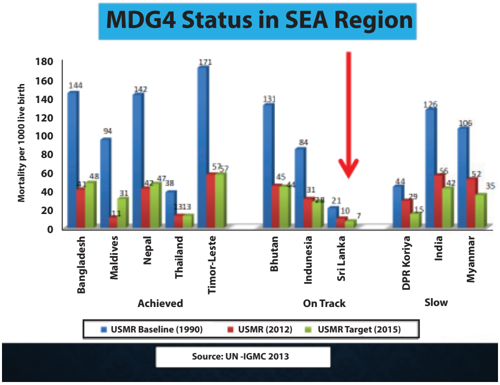
සෞඛ්‍යාරක්ෂක ඇණියක අවශ්‍යතා තක්සේරු කළ හැකි අතර එය කිරීමේ විද්‍යාත්මක ක්‍රමයක් වේ. මේවා කෙටි කාලීන හා දිගු කාලීන සැලසුම් අනුව සිදු කෙරේ. ලෝක බැංකුව වැනි ආයතනවලින් පවා දිගු කාලීන සැලසුම් සකස් කෙරෙනුයේ උපරිම වශයෙන් වසර 10ක කාලයකට වන අතර ඉන් ඔබ්බට ඇති විය හැකි වෙනස්කම් පුරෝකථනය කළ නොහැකි ය.

මෙය සිදු කිරීමට සාධක විශාල සංඛ්‍යාවක් සැලකිල්ලට ගත යුතු ය. ජනගහන වර්ධනය වැනි ජන විභාග හා වසංගත රෝග ආශ්‍රිත වෙනස්කම් සුවිශේෂී ව වැඩිහිටියන් හා නොමේරූ දරුවන් වැනි අවදානම් පිරිස්වල වර්ධනයේ වෙනස්කම්, නව ඒකක හා රෝහල් පිහිටුවීම හා රෝහල් වැඩි දියුණු කිරීම වැනි සෞඛ්‍ය පද්ධතියේ වෙනස්කම් හා අනාගත දිශානතිය, BREXIT, ආර්ථික වර්ධනය හා පෞද්ගලික අංශයේ වර්ධනය වැනි පාරිභෝගික ප්‍රවණතා, පර්යේෂණ හා වෙනස් වන ප්‍රතිපත්ති පදනම් කරගත් කාර්යමණ්ඩල අනුපාතවල වැඩි වීම් හා කාර්යමණ්ඩල ක්ෂය හා විශ්‍රාම යෑම මීට අයත් ය. අනතුරු ව එම තොරතුරු විශ්වවිද්‍යාල හා හෙද පාසල් වැනි පුහුණු කිරීමේ ආයතන හා සම්පත් දායකයන් වෙත ලබා දිය යුත්තේ සෞඛ්‍ය, අධ්‍යාපන හා ආර්ථික ප්‍රතිපත්ති රටේ මානව සම්පත් අවශ්‍යතා සමඟ ගළපා ගනු පිණිස ය. මේ සියලු ගණනය කිරීම්වල දී 10%ක විචලනයකට ඉඩ තිබිය යුතු ය.

පසුගිය සැත්තෑ වසර තුළ ප්‍රතිපත්තිවල, වැඩසටහන්වල හා මුදල් ප්‍රතිපාදනයේ බරපතල වැරදීම් හා අප්‍රමාණවත් ගැළපුම් අප රටට අහිතකර ලෙස බලපෑවේ ය. පහත දැක්වෙන්නේ එක් උදාහරණයකි.

සියලු රටවලට සහශ්‍රක සංවර්ධන අරමුණු පවරන විට පිළිගෙන ක්‍රියාත්මක කිරීම සඳහා ඒවාට පොදු ඉලක්ක සමූහයක් ද දෙන ලදී. ශ්‍රී ලංකාව ද එය පිළිගතතේ ය. නිදසුනක් ලෙස

ජීව උපත් 1000ට, 2%ක් ව තිබූ අවුරුදු 5න් පහළ ළමා මර්ත්‍යතා අනුපාතය, 2015.12.31 වන විට ජීව උපත් 1000ට 7ක් දක්වා අඩු කළ යුතු විය (13 රූපය). මෙය සාධනය කරනු පිණිස මූල්‍යාධාර යොදා ගනිමින් සාමාන්‍ය වැඩසටහන් ක්‍රියාත්මක කරන ලදී. සැලකිය යුතු පරතරයක් ද සහිත ව අපට එය සාධනය කර ගත නොහැකි විය. ඉලක්ක ගත දිනය වන විට අප අනුපාතය ජීව උපත් 1000ට 9.9ක් විය. මෙය සිදු වූයේ ඇයි? වසංගත රෝග රටාව අතින් ශ්‍රී ලංකාව අනෙකුත් අග්නිදිග ආසියාතික රටවලට වඩා වෙනස් බව අවබෝධ කර ගැනීම වැදගත් ය. වයස 5න් පහළ මරණවලින් 70%ක් ම සිදු වෙමින් පැවතියේ උපතින් පසු පළමු දින 28 තුළ ය. ප්‍රජාව තුළ යහපත් ප්‍රතිශක්තිකරණ ආවරණය, හෙදි සෞඛ්‍යාරක්ෂණ පිළිවෙත හා කාර්යක්ෂම සෞඛ්‍ය අවේක්ෂණ පද්ධතිය නිසා පශ්චාත් නවජ මර්ත්‍යතාව අඩු විය. සෙසු අග්නිදිග ආසියාතික රටවල තත්ත්වය මෙය නොවී ය. ප්‍රතිශක්තීකරණ වැඩසටහන් සඳහා මුදල් යෙදවීම ප්‍රතිශක්තීකරණ ආවරණය පහළ මට්ටමක තිබූ රටවලට ගැළපුණ නමුත් ශ්‍රී ලංකාව කෙරෙහි එහි බලපෑමක් නො තිබිණ.



රූපය 13

නවජ සෞඛ්‍යය වෙනුවෙන් මුදල් යෙදවී නම් අපට නවජ මර්ත්‍යතා අනුපාතය අඩු කර පහසුවෙන් සහශ්‍රක සංවර්ධන ඉලක්කය සාධනය කර හැකි ව තිබිණ. එහෙත් සිදු වූයේ එය නොවේ. 2007-2009 කාලයේ දී අප මෙය අවබෝධ කරගත් එකකි. අලුත උපන් දරුවන් හා මාතෘ සෞඛ්‍ය සම්බන්ධ ව බාහිර ව කරන ලද සමාලෝචනයකින් පසු මේ තත්ත්වය වෙනස් කිරීමට පියවර කිහිපයක් ගනු ලැබිණ. ඊට ප්‍රමාද වැඩි වූ බැවින් එහි ප්‍රතිඵල ඉතා අල්ප විය. උදාහරණයක් ලෙස අප නවජ මර්ත්‍යතා අනුපාතයට වැඩිපුර ම නොමේරු දරු උපත් ද ඊළඟට සහජ අසාමාන්‍යතා ද හේතු වෙයි. ආසාදන හා ශ්වාසරුද්ධය ඊට දායක වූයේ අඩුවෙනි. නොමේරු මරණ උදෙසා යමක් කළ යුතු ව තිබූ අතර එය පිරිවැය අධික කටයුත්තකි. මාරක සහජ විකෘති වළකනු පිණිස අප විසින් ගප්සාව නීත්‍යනුකූල කළ යුතු ව තිබිණ.

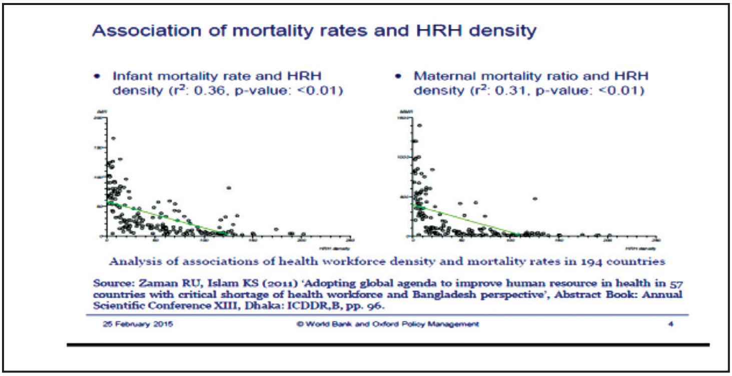
මෙය අප රටේ හා සෙසු අග්නිදිග ආසයාතික රටවල ජන විභාගය හා වසංගත රෝග සම්බන්ධ සංක්‍රාන්තියේ වෙනස්කම්වලට එක් නිදසුනකි. නව ප්‍රතිපත්ති හා වැඩසටහන් යෝජනා කරන විට ද අවශ්‍යතා සමීක්ෂණ සිදු කරන විට ද රටේ මේ වෙනස සැලකිල්ලට ගත යුතු ය. අධ්‍යාපනය විෂයයෙහි ද අප එය සිදු කළ යුතු ය.

අවශ්‍යතා සමීක්ෂණය

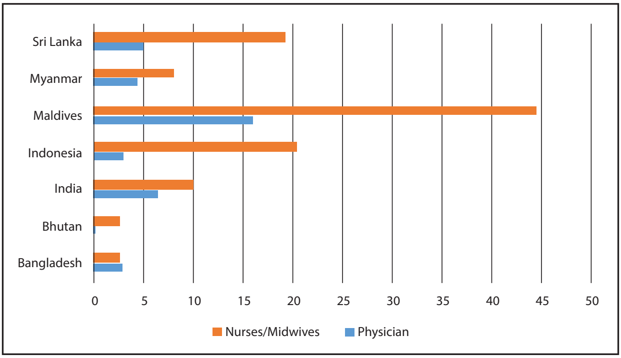
අද එක්සත් රාජධානියේ 22 : 1000 යන අනුපාතයෙන් මිලියන 61ක ජනගහනයට මිලියන 1.3ක් සෞඛ්‍ය සේවකයෝ සිටිති. සෞඛ්‍ය සේවක ඇණියෙහි දරුණු හිඟයක් පවතින බවත් තක්සේරු කරන ලද පරිදි ලොව පුරා එම හිඟය මිලියන 4.3ක් බවත් ප්‍රකාශිත ය[12] (14 රූපය). රටවලින් 57%ක 2.3/1000කට වඩා අඩු පුහුණු සෞඛ්‍ය සේවක - ජනගහන අනුපාතයක් වේ. තව ද ලෝකයේ රටවලින් 44%ක වෛද්‍ය ඝනත්ව ජනගහන අනුපාතය 1/1000ට වඩා අඩු ය. ලෝකයේ රටවල සෞඛ්‍ය සේවක ඇණිය හා 5න් පහළ මාතෘ මර්ත්‍යතා අනුපාතය අතර

සම්බන්ධතාව 15 රූපයේ දැක්වේ[12]. සංඛ්‍යාත්මක හිඟයට අමතර ව සෞඛ්‍ය සේවකයන්ගේ දැනුමෙහි හා නිපුණතාවල බරපතල අඩුපාඩු පවතී. මෙය දුප්පත් හා සංවර්ධනය වෙමින් පවතින රටවල් වඩාත් පීඩාවට පත් කරන ලෝක ව්‍යාප්ත අර්බුදයකි. පුහුණු සෞඛ්‍ය සේවකයන්ගේ හිඟය ගෝලීය ගැටලුවක් ලෙස පවතිනු ඇත. දැන් ම පිළියම් නොයෙදුව හොත්, සේවක හිඟය ආර්ථික සංක්‍රමණය සඳහා පෙලඹුම් කාරකයක් වෙමින් ශ්‍රී ලංකාව ඇතුළු ලෝකයේ සියලු සංවර්ධනය වෙමින් පවතින රටවලට බලපානු ඇත. ප්‍රබල අධ්‍යාපන පද්ධතිය කරණ කොට ශ්‍රී ලංකාව අනෙකුත් සියලු දකුණු ආසියාතික රටවලට වඩා ඊට මුහුණ දිය හැකි රටක් වේ. එහෙත් ඒ ඒකල නොහොත් කතිපයාධිකාරී සේවා දායක පාර්ශ්ව, වෘත්තීය සමිති හා ශිෂ්‍ය ව්‍යාපාර ආදිය එකිනෙකා සමඟ කෝලාහල කර ගැනීම නැවැත්වුව හොතිනි.

රූපය 14



රූපය 15



Sourse WHS 2012

රූපය 16 - සාක් රටවල ජයගහණය 10 000කට වෛද්‍ය සහ හෙදි/වින්නඹු අනුපාතය

අග්නිදිග ආසියාවේ හෙදියන්ගේ හා වෛද්‍යවරුන්ගේ තත්ත්වය 16 රූපයේ දක්වේ. සමස්ත කලාපය ම ඉල්ලුම හා සැපයුම අතර පරතරය පිරවීමේ අරගලයක යෙදී සිටියි.

ශ්‍රී ලංකාවේ ජනගහනයට එරෙහිව වෛද්‍ය ඝනත්වය පිළිබඳ වර්තමාන තතත්වය

මේ අවස්ථාව වන විට රටේ සිටින වෛද්‍යවරුන් සංඛ්‍යාව, පංච විධ සෞඛ්‍යාරක්ෂක සේවා සපයන්නන් යටතට ගොනු කර 1 වගුවෙහි දක්වා ඇත.

1 වගුව : සිටින වෛද්‍යවරුන් සංඛ්‍යාව පිළිබඳ තොරතුරු

සේවා සපයන්නා	සංඛ්‍යාව	ද්විත්ව රැකියා නියුක්තිය	දායකත්වය	50%	එකතුව
වෛද්‍ය නිලධාරීහු	17960	60%	10800	5400	23360
උපදේශකවරු	2100	93%	1953	977	2077
විශ්වවිද්‍යාල කාර්යමණ්ඩලය	625	72%	450	225	850
පූර්ණකාලීන සාමාන්‍ය වෘත්තිකයෝ	3090			3090	3090
ආරක්ෂක හමුදා	320	60%	192	96	416
එකතුව	24095		13395	9788	29793

(පෞද්ගලික ව සපයන ලද දත්ත සෞඛ්‍ය හා දේශීය වෛද්‍ය අමාත්‍යාංශයේ වෛද්‍ය දිලිප් ද සිල්වා මහත්මාගේ කාරුණික අනුග්‍රහයෙනි).

ලෝක සෞඛ්‍ය සංවිධානයේ නිමානය පරිදි අවශ්‍ය වෛද්‍ය ඝනත්ව - ජනගහන අනුපාතය 1:400කි. 1:500 යන අනුපාතය පදනම් කර ගනිමින් කරන ලද ගණනයට අනුව මිලියන 21ක ජනගහනයට අවශ්‍ය වෛද්‍ය නිලධාරී අවශ්‍යතාව 42000කි. වෛද්‍ය ඝනත්ව - ජනගහන අනුපාතය සම්බන්ධ ව 12000කට මදක් වැඩි පරතරයක් පියවීමට ඇත. සාමාන්‍ය වශයෙන් රාජ්‍ය වෛද්‍ය විද්‍යාල වසරකට උපාධිධාරීන් 1280ක් බිහි කරයි. විදේශීය උපාධිධාරීන් 760, අවසර ලදොත් සයිටම් උපාධිධාරීන්

188 සහ කොතලාවල ආරක්ෂක විශ්ව විද්‍යාල උපාධිධාරීන් 60 ද ඇතුළු ව වසරකට බිහි වන මුළු උපාධිධාරීන් සංඛ්‍යාව 2288කි. මෙය දළ ගණනය කිරීමකි. එය එක් එක් වතාවේ දී ඇතුළත් කර ගන්නා ශිෂ්‍ය සංඛ්‍යාව, සමත් වීමේ අනුපාතය, විදේශීය උපාධිධාරීන්ගේ ආපසු පැමිණීම හා ඒ ඒ වර්ෂයේ විදේශීය උපාධිධාරීන්ගේ ලියාපදිංචි කිරීමේ විභාගයේ ERPM සාමර්ථ්‍යතා අනුපාතය අනුව වෙනස් වේ.

2 වගුව : ඉදිරි පස් අවුරුදු කාලය තුළ උපාධි ලැබීමට අපේක්ෂිත වෛද්‍ය උපාධි අපේක්ෂක සංඛ්‍යාව

ආයතනය	සංඛ්‍යාව
රාජ්‍ය	6395
විදේශ	3800
කොතලාවල ආ.වි.වි.	300
සයිටම්	942
එකතුව	11437

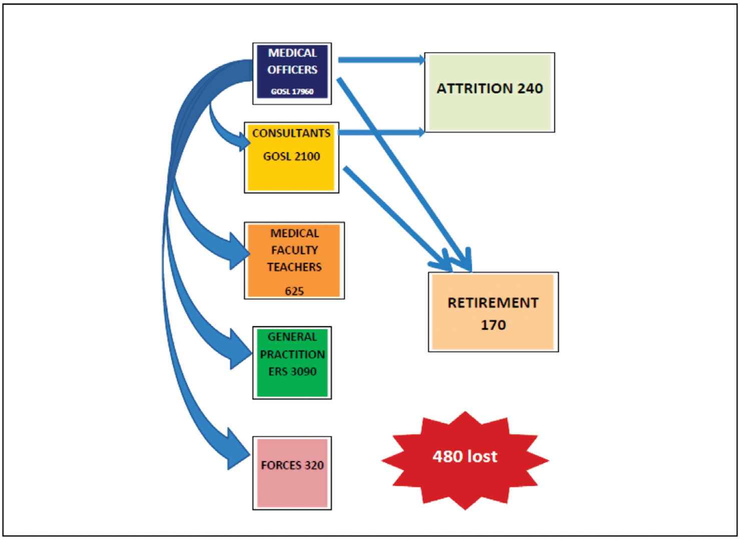
3 වගුව : පෙරයන ලද වෛද්‍ය සේවා ඇණි හානිය

ප්‍රවර්ගය	2017	2019	2024	2040
විශ්‍රාම යෑම	170	365	725	1000
සවලතාව	70	70	70	70
සේවය හැර යෑම	240	240	240	240
එකතුව	480	675	1035	1310
		UOR	UOK	UORJ
		UOJ	UOSJ	EUSL

ශ්‍රී ලංකාවේ හැම වසරක් පාසා ම වෛද්‍යවරු 480 දෙනෙක් සේවාවට අහිමි වෙති. විශේෂඥ වෛද්‍යවරුන්ගේ බැහැර වීම වෙන් ව ගණන් නො ගැනේ. ඉහත දත්ත පදනම් කර ගනිමින් හා ගණනයේ දී 10%ක විචලනයක් සඳහා ඉඩ තැබූ විට වෛද්‍යවරුන් බිහි වීමේ හා ක්ෂය වීමේ වර්තමාන වේගයට අනුව 1:500 යන සංතෘප්ත වෛද්‍ය - ජනගහන අනුපාතය ළඟා කර ගැනීමට ශ්‍රී ලංකාවට අවුරුදු 12ක් ගත වේ. ඒ 2029 දී ය. කෙසේ වුව ද පහත දැක්වෙන සාධක මේ ජවනිකාව වෙනස් කරලනු ඇත.

ජනගහන වර්ධනයේ ප්‍රවණතා, නොමේරූ දරුවන් පවා නොනැසී ජීවත් වීම නිසා උපත් සංඛ්‍යාව 10%කින් පමණ වැඩි වීම, මේ කාණ්ඩ දෙකෙහි රෝග රටාව වෙනස් වීම, බෝ නොවන රෝග, සෞඛ්‍ය සේවාවේ නව වර්ධන, BREXIT, පහළ මධ්‍යම ආදායම් ලබන රටක පෞද්ගලික අංශයේ 12%ක ආර්ථික වර්ධනය, සෞඛ්‍ය අංශයේ සංවර්ධනය, ලියාපදිංචි වෛද්‍ය නිලධාරීන් 1900ක් ප්‍රතිස්ථාපනය කිරීම හා පුරෝකථනය කරන ලද වේගයට වඩා වැඩි ක්ෂයවීම ද මේ ගණනය කෙරෙහි බලපාන්නේ ය. දැන් මේ වෙනස්කම් වටහා ගනිමින් සෞඛ්‍ය සේවයේ මානව සම්පත් අවශ්‍යතා හඳුනා ගනිමින් හා ඒ අවශ්‍යතා වෙනුවෙන් ක්‍රියාත්මක වෙමින් විසඳුම් දිය යුතු ය. අවුරුදු 5 - 7 අතර කාලයකට අතිරේක වෛද්‍ය විද්‍යාල පිහිටුවීමෙන් හෝ බඳවා ගැනීම් වැඩි කිරීමෙන් හෝ බලපෑමක් සිදු නො වේ. අවශ්‍ය අනුපාතය 1:400 නම් මිලියන 21ක ජනගහනයට වෛද්‍ය අවශ්‍යතාව 52500 දක්වා ඉහළ යනු ඇත.

මේ ගණනය කිරීම් සාමාන්‍ය වෛද්‍යවරුන්ගේ අවශ්‍යතාව සම්බන්ධයෙන් මිස විශේෂඥ වෛද්‍යවරුන්ගේ අවශ්‍යතාව පිළිබඳ ව නො වේ. වර්තමානයේ බොහෝ දෙනෙකුගේ අවබෝධයට හා පිළිගැනීමට ලක් වී ඇති කරුණක් නම් මූලික වෛද්‍ය - ජනහගන අනුපාතය, සෞඛ්‍ය සේවයේ මානව



රූපය 17 - විශ්‍රාම යෑම සහ සේවය හැර යෑම නිසා අහිමි වන වෛද්‍යවරු

සම්පත්වල අවශ්‍යතාව හා ප්‍රමාණවත් බව මැනීමේ දර්ශකයක් ලෙස ඉතා අවිශ්වාසදායක බවයි. කෙසේ වුව ද යමකු ඒ ගණනය සිදු කිරීමට අපේක්ෂා කරත් නම් වර්තමානයේ සිටින 30 000ට අමතර ව වෛද්‍යවරුන් 50 000ක් අවශ්‍ය වනු ඇත. ඉහත විස්තර කරන ලද දත්තවලට අනුව මෙය ඉටු කිරීමට අවුරුදු 20කට වැඩි කාලයක් ගත වනු ඇත.

අප වෛද්‍ය විද්‍යාල උපාධිධාරීහු සෞඛ්‍ය අමාත්‍යාංශය විසින් පළමු ව සීමාවාසිකත්වය සඳහා ද අනතුරු ව ශ්‍රේණිධාරී වෛද්‍ය නිලධාරීන් ලෙස ද බඳවා ගැනෙනි. පවතින බඳවා ගැනීමේ පටිපාටිය සංකීර්ණ වන අතර එහි දී සියලු උසස් පෙළ සමාන්තර කණ්ඩායම් එක වර රැකියාවේ නියුක්ත කෙරේ. සෞඛ්‍ය අමාත්‍යාංශය තුළ ජ්‍යෙෂ්ඨත්වය නිර්ණය කෙරෙනුයේ මෙසේ පත්වීම් ලද දිනය අනුව ය. කණ්ඩායමක් ඇතුළත ජ්‍යෙෂ්ඨත්වය තීරණය කෙරෙනුයේ අවසන් එම්. බී. බී. එස්. විභාගයේ බහුවරණ ලකුණු හා එම විභාගයේ සායනික

සංරචකයේ Z ලකුණ පදනම් කරගනිමින් විශ්වවිද්‍යාල ප්‍රතිපාදන කොමිසම විසින් පිළියෙල කර ඇති තරා කිරීමේ අනුක්‍රමය අනුව ය. වෛද්‍යවරුන්ගේ හිඟයක් ඇති රටක මෙහි ප්‍රතිඵලය වන්නේ උපාධිය ලැබීමෙන් පසු මාස 6 - 12 අතර කාලයක් රැකියා අපේක්ෂාවෙන් කල් ගෙවීම ය. මෙයට විසඳුමක් දිය හැකි නම් අවුරුදු කිහිපයක් කලින් හිඟයට පිළියම් යෙදිය හැකි ය. සරල විසඳුම්වලින් මෙය සිදු කළ හැක්කේ ය.

වර්තමාන වෛද්‍ය අවශ්‍යතාව හා වෛද්‍යවරුන් බිහි කිරීමේ වේගය අතර ඇති මේ පරතරය පිරවීමට එක්කෝ අපි වසරකට වෛද්‍යවරුන් 4000ක් බිහි කළ යුතු වෙමු. නැත හොත් ආනයනය කළ යුතු වෙමු. රාජ්‍ය වෛද්‍ය විද්‍යාල අටේ හෝ නවයෙහි වාර්ෂික ඇතුළත් කර ගැනීම දෙගුණයටත් වඩා වැඩි කිරීම අවශ්‍ය ය. යම් පමණකින් වැඩි කිරීමක් කළ හැකි වුවත් හැම වෛද්‍ය විද්‍යාලයක ම එය දෙගුණයක් කිරීම කළ නොහැක්කකි. සංඛ්‍යාවල වර්තමාන වැඩි වීම් විසින් ගුණාත්මයෙහි ඉහළ නැංවීමක් සහතික නොකෙරෙන නමුත් ප්‍රමාණවත් සංඛ්‍යාවලින් තොර ව අපේ සෞඛ්‍ය සේවයේ පරිවර්තනයක් කිරීම හෝ එහි ගුණාත්මය වැඩි දියුණු කිරීම කළ නොහැකි ය. මෙයට ශ්‍රේණිධාරී වෛද්‍ය නිලධාරීන් පමණක් නොව, විශේෂඥයින්, වඩාත් සුවිශේෂ ලෙස තාක්ෂණික වශයෙන් නිපුණ කාර්යමණ්ඩලයක් හා හෙදහෙදියන්, වෛද්‍ය විද්‍යාගාර තාක්ෂණ ශිල්පීන්, ඖෂධවේදීන් වැනි සම සෞඛ්‍ය සේවකයන් අවශ්‍ය ය.

සංවර්ධිත රටවල ද සෞඛ්‍ය සේවකයන්ගේ හිඟයක් ඇත. රටක් ලෙස අප අපේ ආර්ථික, සංවර්ධන හා උසස් අධ්‍යාපන ප්‍රතිපත්ති නිසි පරිදි දිශානුගත කරමින් ඒ සඳහා මූල්‍ය ප්‍රතිපාදනය සිදු කරතොත් මෙය, අපේ ලොකු ම විදේශ විනිමය උපයන්නන් වන නුපුහුණු ශ්‍රමිකයන් පිටරට යැවීමෙන් තොර ව, අපට දියුණු කර ගත හැකි ක්ෂේත්‍රයකි. මෙයට අමතර ව එක් ශිෂ්‍යයකුට වසරකට මිලියන දෙකක් වශයෙන් ශිෂ්‍යයන් 3800ක්

වෙනුවෙන් (මහ බැංකුවේ ආචාර්ය දිලිප් ද සිල්වා විසින් සපයන ලද දත්ත) අවම වශයෙන් එතෙර වෛද්‍ය අධ්‍යාපනය සඳහා වසරකට වැය වන මුදල රුපියල් බිලියන අටකි. එසේ වුව ද මෙය බිලියන අටට වඩා වැඩි බව (බිලියන 14) ඇස්තමේන්තු කර ඇත. කොතලාවල ආරක්‍ෂක විශ්වවිද්‍යාලයේ ගොඩනැගිලි ඉදිකිරීම සඳහා වියදම රුපියල් බිලියන 1.5ක් පමණ විය.

ශ්‍රී ලංකාවේ වෛද්‍ය අධ්‍යාපන පිරිවැය

විශ්වවිද්‍යාල ප්‍රතිපාදන කොමිසමේ සංඛ්‍යා ලේඛනවලට අනුව 2016 වර්ෂයේ ඇතැම් උපාධි අපේක්‍ෂක පාඨමාලාවල පිරිවැය 4 වගුවේ දැක්වේ.

4 වගුව : උපාධි අපේක්‍ෂක පාඨමාලා කිහිපයක පිරිවැය

පාඨමාලාව	පිරිවැය ශ්‍රී ලංකා රු.
දන්ත වෛද්‍ය	819970.00
වෛද්‍ය	484426.00
ඉංජිනේරු	341447.00
නීති	145503.00
හෙද (NTS)	508381.00

පිරිවැය ගණනයට ඇතුළත් ව ඇත්තේ පුනරාවර්තන වියදම් පමණක් වන අතර ඊට ප්‍රාග්ධන වියදම් හා ආවස්ථික වියදම් ඇතුළත් කර නැත. රෝහල් තුළ ඉගැන්වීම වැනි ආවස්ථික පිරිවැයට හේතු වන දෑ මුදල් ගෙවීමකින් තොර ව සිදු කෙරෙන මුත් ඉන් සෞඛ්‍ය සේවය රෝගියා වෙනුවෙන් යොදවන කාලයේ අඩු වීමක් සිදු වන බැවින් එය වක්‍ර පිරිවැයකි.

නව වෛද්‍ය විද්‍යාල බිහි වීමත් සමග වෛද්‍ය අධ්‍යාපනයට ඇති අවස්ථා පුළුල් වීමක් සිදු වුව ද ඉල්ලුමෙහි අඩු වීමක් සිදු වී නොමැති බවත් ඒ වෙනුවට එය වර්ධනය

වෙමින් පවතින බවත් මේ දත්තවලින් පැහැදිලි වේ. මේ පසුබිම යටතේ අප ලෝකයේ ජනගහන - වෛද්‍ය විද්‍යාල අනුපාතය අධ්‍යයනය කිරීම අවශ්‍ය ය (5 වගුව).

5 වගුව : ඇතැම් රටවල වෛද්‍ය - ජනගහන අනුපාතය හා වෛද්‍ය විද්‍යාල සංඛ්‍යාව

රට	ජනගහනය මිලියන	වෛද්‍ය/ ජනගහන අනුපාතය	වෛද්‍ය විද්‍යාල සංඛ්‍යාව	අනුපාතය
ශ්‍රී ලංකාව	21	0.1:1000	8 + 1without SAITM	1:0.4
කියුබාව	11	6.5:1000	11	1:1
නේපාලය	29	0.3/1000	22	1:0.8
එක්සත් රාජධානිය	58	2.5/1000	31	1:0.5
ඇ.එ.ජනපදය	350	2.8/1000	147+30	1:0.5
කැරිබියන් දූපත්	31	0 . 2 - 0.4/1000	59(30+29)	1:2
කෙන්යාව	48	0.2/1000	4+1	1:0.1
කොලොම්බියා	49	1.5/1000	50	1:1
යුක්රේනය	44	3.0/1000	19	1:0.4
ඕස්ට්‍රේලියාව	21	2.8/1000	19	1:0.9

තොරතුරු දැනගැනීම උදෙසා මම රටවල් කිහිපයක වෛද්‍ය - ජනගහන අනුපාතය හා ඒවායේ වෛද්‍ය විද්‍යාල සංඛ්‍යාව ගෙන හැර දක්වමි. මේ සංඛ්‍යාව ශූන්‍යයේ (මාලදිවයින, භූතානය) සිට 1:1 දක්වා රටේ අවශ්‍යතා හා ප්‍රතිපත්ති අනුව විශාල ලෙස වෙනස් වේ. සැලකිය යුතු කරුණක් නම් කැරිබියන් දූපත්වල එතෙර වෛද්‍ය විද්‍යාල 30ක් තිබීම ය. ඒවා පළමු දෙවසර පාඨමාලා ස්වදේශීය ව පවත්වන අතර තුන් වැනි වසරෙහි සිට සායනික පුහුණුව සඳහා සිසුන් ඇමරිකා එක්සත් ජනපදයට

යවයි. එසේ වුව ද බොහෝ සංවර්ධිත රටවල වෛද්‍යවරුන්ගේ හිගයක් පවතී.

ඉහත සියලු හේතු අනුව ශ්‍රී ලංකාවට යටත් පිරිසෙයින් තවත් වෛද්‍ය විද්‍යාල 4 - 5ක අවශ්‍යතාවක් ඇත. ආර්ථික හේතුවලට අමතර ව අධ්‍යාපනික හේතු නිසා මෙය සිදු කිරීමත් විශේෂයෙන් ප්‍රශස්ත මට්ටමට වඩා අඩු සායනික පුහුණුව සහිත විදේශ රටවල වෛද්‍ය අධ්‍යාපනය අවම කිරීමත් රටක් ලෙස අප විසින් කළ යුත්තකි. මෙය සියලු පාර්ශ්වකරුවක්ගේ දායකත්වය හා එකඟත්වය මත ගත යුතු ප්‍රතිපත්තිමය තීරණයකි. මේ තීරණය ගැනීමේ එක ම බලය සහිත ශ්‍රී ලංකා රජය, රජයේ වෛද්‍ය නිලධාරීන්ගේ සංගමය හෝ අන්තර් විශ්වවිද්‍යාල ශිෂ්‍ය බලමණ්ඩලය වැනි සංවිධානයක් හෝ ආයතනයක් හෝ නො තිබිය යුතු ය. එකී වෛද්‍ය විද්‍යාල රාජ්‍ය ද, පෞද්ගලික ද, රාජ්‍ය පෞද්ගලික හවුල් ව්‍යාපාර ද නො එසේ නම් සංයුක්ත ආයතන ද, ඒවා ලාබ ලබන තිරසාර බවින් යුත් ඒවා ද යනාදී කරුණු සම්මුතියෙන් විසඳා ගත යුත්තේ ය. සහතික ලෙස ම මේ ප්‍රස්තුත, ඒකාධිකාරී වෘත්තීය සංගම් හා රාජ්‍ය බලය අතර ආධිපත්‍යය සඳහා කෙරෙන බල අරගලයකින් සංවර්ධනාත්මක ලෙස විසඳා ගත නොහැක්කේ ය.

වෛද්‍ය විද්‍යාලවලට ඇතුළත් වීමේ ක්‍රමය

ශ්‍රී ලංකාවේ අ.පො.ස උසස් පෙළ විභාගය අතිශය තරගකාරී විශ්වවිද්‍යාල ප්‍රවේශ විභාගයකි. කුසලතා පදනම අනුව තෝරා ගැනීම කෙරෙන කලා හා කළමනාකරණ විෂයධාරාවල මෙන් නොව වෛද්‍ය විද්‍යාලවලට ඇතුළත් කර ගැනීම කෙරෙනුයේ පංගු (quota) ක්‍රමයක් අනුව ය. ඇතුළත් කිරීම්වලින් 40%ක් කුසලතා පදනමින් ද, 55%ක් දිස්ත්‍රික් පංගු ක්‍රමය අනුව ද සිදු කෙරේ. දිස්ත්‍රික් කුසලතා අනුක්‍රමයට පදනම් වී ඇත්තේ ජන අනුපාතයයි. 5%ක් රටේ පරිපාලන දිස්ත්‍රික්ක 25න් අවාසිසහගත දිස්ත්‍රික්ක 16ක් සඳහා වෙන් වේ. මේවා අවවරප්‍රසාදිත දිස්ත්‍රික්ක ලෙස හඳුනා ගන්නා ලද ආකාරය සහ දිස්ත්‍රික්ක 25න් 16ක්

ඇතුළත් වූයේ මන් දැයි යන්න අවිනිශ්චිත ය. හොඳාකාර ව දන්නා දේ නම් මේ අවවරප්‍රසාදිත දිස්ත්‍රික්කවල මෙන් ම කොළඹ දිස්ත්‍රික්කයේ ද ජෛවීය විද්‍යා / ගණිත විෂයධාරා ඉගෙනීමට පහසුකම් හෝ ගුරුවරුන් නොමැති පාසල් ඇති බවත් කොළඹ හෝ මහනුවර දිස්ත්‍රික්කයේ ඇති හොඳ පාසල් වැනි ම හොඳ පාසල් මේ අවවරප්‍රසාදිත දිස්ත්‍රික්කවල ඇති බවත් ය.

ක්‍රීඩා වැනි ක්ෂේත්‍රවල විශිෂ්ට දක්ෂතා දැක්වූ ශිෂ්‍යයින් සහ තානාපති සේවාවල නියුක්ත වූවන්ගේ දරුවන් වැනි අල්ප වූ ශිෂ්‍ය සංඛ්‍යාවක් විශේෂ ප්‍රවර්ගය යටතේ වෛද්‍ය විද්‍යාලයට ඇතුළත් කර ගැනේ. දූන් විදේශ පංගුවක් හා විදේශීය ශිෂ්‍ය පංගුවක් ද වේ.

සත්‍ය ලෙස ම මෙම ක්‍රමයෙන් අ.පො.ස උසස් පෙළ විභාගයේ දී ඉහළ ප්‍රතිඵල පෙන්වන කොළඹ හා මහනුවර වැනි දිස්ත්‍රික්කවල සිසුන්ට මහත් අසාධාරණයක් සිදු වේ. මේ තෝරා ගැනීමේ ක්‍රමය අනුව 2009 උසස් පෙළ විභාගයේ දී A සාමර්ථ්‍ය තුනක් ලද හා A සාමර්ථ්‍ය දෙකක් හා B සාමර්ථ්‍යයක් සමඟ වෙනත් දිස්ත්‍රික්කවල වඩා ඉහළ Z අගයක් ලද ශිෂ්‍යයින් 164කට වෛද්‍ය විද්‍යාලයට ඇතුළත් වීමේ වරම් නො ලැබිණ[13]. එයින් සමහරෙක් දන්ත වෛද්‍ය විද්‍යා, පශු විද්‍යා, කෘෂි විද්‍යා, ජෛවීය විද්‍යා ආදි ධාරාවන්ට පමණක් නොව සම සෞඛ්‍ය ධාරාවන්ට පවා යති. තමාගේ ප්‍රථම තෝරා ගැනීම නොවූ විෂය ධාරාවක් හැදෑරීමට බල කරන ලද ඔවුහු එම විශ්වවිද්‍යාලයේ ම තමනට වඩා අඩු Z අගයක් හා උසස් ප්‍රතිඵල ලද වෙනත් ශිෂ්‍යයින් වෛද්‍ය විද්‍යාව හදාරනු දකිති. තවත් සමහරෙක් තමාගේ වෛද්‍ය සිහිනය සබෑ කරගනු වස් එතෙර වෛද්‍ය විද්‍යාලයකට හෝ දැනට මතභේදයට තුඩු දී ඇති 'සයිටම්' ආයතනයට ඇතුළත් වෙති.

දිස්ත්‍රික් පංගු ක්‍රමය අවුරුදු 40කට වඩා පැවතුණු එකකි. වෛද්‍ය හිගය හැරුණු විට අප රටේ ශාස්තෘ අය කරන වෛද්‍ය

විද්‍යාලයක් ඇරඹීමට ඇති අවශ්‍යතාව සමර්ථනය කරන ප්‍රබල ම කරුණ නම් දිස්ත්‍රික් පංගු ක්‍රමය නිසා සිදු වී ඇති මේ පැහැදිලි ව පෙනෙන විචයනයයි. දිස්ත්‍රික් පංගු ක්‍රමය අවවරප්‍රසාදිත පංති හා අවාසිසහගත ප්‍රජාවල ආරක්ෂාව සඳහා වූ ප්‍රතිජානක පිළිවෙතකි. අසල්වැසි ඉන්දියාව (විශ්වවිද්‍යාල ප්‍රවේශය සඳහා කුලය පාදක වූ පංගු ක්‍රමය - මණ්ඩල් කොමිෂන් සභා වාර්තාව)[14] හා ඇමරිකා එක්සත් ජනපදය වැනි බොහෝ රටවල ඊට සමාජ ප්‍රතිජානක පිළිවෙත් වේ. ප්‍රතිජානක පිළිවෙත් උදෙසා ෆෙඩරල් ව්‍යවස්ථා සම්පාදනයට අනුගත වෙමින් කළු සිසුන් ඇතුළත් කර ගැනීම ප්‍රවර්ධනය කරනු පිණිස කැලිෆෝනියා ඩේවිස් විශ්වවිද්‍යාලය උසස් පාසල්වල ඉහළ ම කාර්යසාධනයක් පෙන්වන ශිෂ්‍යයන්ගෙන් 4%ක් ඇතුළත් කර ගත්තේ ය[15]. ශ්‍රී ලංකාවේ විවිධ දිස්ත්‍රිකත්කවල අධ්‍යාපන පහසුකම්වල අසමානතාව පදනම් කර ගනිමින් 1974 දී මේ දිස්ත්‍රික් පංගු ක්‍රමය නම් ප්‍රතිජානක පිළිවෙත සූත්‍ර ගත කරන ලද්දේ අවාසිසහගත ශිෂ්‍යයින්ගේ අවශ්‍යතා පූරණය වෙනුවෙනි. එබඳු ප්‍රතිජානක පිළිවෙත් හැම විට ම තාවකාලික වන නමුත් කාලයක් සමඟ වෙනස් කිරීම අපහසු ය[15].

කුසලතා පාදක තේරීම් ක්‍රමයක දී 60%ක දිස්ත්‍රික් පංගු ක්‍රමය ඇතැම් දිස්ත්‍රික්කවල සිසුන් සම්බන්ධයෙන් සාධාරණ නොවෙතියි යන්න සමඟ උසස් අධ්‍යාපනයේ සියලු පාර්ශ්වකරුවෝ පාහේ එකඟ වෙති. ඒ සමඟ ඔවුන් එය සම්පූර්ණයෙන් බැහැර කිරීමට එකඟ නොවන්නේ යම් අවාසිසහගත ප්‍රජාවලට ඉන් පිහිටක් වන හෙයිනි. එය සංශෝධනය වීමේ අවශ්‍යතාව ද ඔවුහු පිළිග නිති. එහෙත් මේ වෙනසට ආරම්භයක් දීමට කිසිවෙක් ඉදිරිපත් නො වෙති.

දිස්ත්‍රික් පංගු ක්‍රමයට එරෙහි ව නැගෙන තර්ක ඉතා ප්‍රබල ය. සමාජ විද්‍යා හා මානව විද්‍යා අංශ හැරුණු විට විශ්වවිද්‍යාලවල අනෙක් සියලු අධ්‍යයන පාඨමාලාවලට 60%ක් ම පාහේ තෝරා ගනු ලබන්නේ එමගිනි. රටේ සමාජ - ආර්ථික

තත්ත්වයේ වෙනස්කම්, වෙනස් වන දරිද්‍රතා ප්‍රතිශත, රටේ පර්යන්තයේ සිදු වූ අධ්‍යාපන ප්‍රමිතිවල දියුණුව, රටේ කුමන කෙළවරක හෝ සිටින හැම ජනප්‍රිය ටියුෂන් ගුරුවරයෙකු ම පාහේ හමු වීමට හැකි ආකාරයේ දියුණු ප්‍රවාහන පහසුකම් ද සමග පුළුල් ව පැතිරී ගිය ටියුෂන් සංස්කෘතිය, 80% පැමිණීමේ නියෝගය සපිරීමෙන් පසු පාසල් නොපැමිණීමේ වැඩි වීම[4] හා පාසල් මට්ටමින් ටියුෂන් ප්‍රවර්ධනය කිරීම සහ වංචනික ක්‍රියා වැළැක්වීම සඳහා විභාග දෙපාර්තමේන්තුව හා විශ්වවිද්‍යාල ප්‍රතිපාදන කොමිෂන් සභාව විසින් ගනු ලබන දැඩි උත්සාහයන් හමුවේ වුව සිදු වන, අයුතු වාසියක් ලබා ගනු පිණිස අ.පො.ස උසස් පෙළ විභාගයට පෙනී සිටි දිස්ත්‍රික්කය වෙනස් කිරීම වැනි ප්‍රයෝග යනාදිය මධ්‍යයේ එය 44 අවුරුද්දක් වෙනසකට භාජන නොවී ඒ වූ ලෙස ම පවතී. පරිපාලන දිස්ත්‍රික්ක 25න් 16ක් අවාසි සහගත සේ සැලකීමට තාර්කිකයක් නොමැති වීම නිසා තත්ත්වය වඩාත් නරක අතට හැරේ. ජාතික අධ්‍යාපන ආයතනයේ දත්තවලට අනුව වඩා හොඳ නගරබද ජාතික පාසල්වලට සංක්‍රමණය වීමෙන් පසු ව ද විශ්වවිද්‍යාලයට ඇතුළත් වන්නේ 5 වසර ශිෂ්‍යත්වය සමත් වූ ශිෂ්‍යයින්ගෙන් 30%ක් පමණ බව අවබෝධ කර ගැනීම වැදගත් ය. දිස්ත්‍රික් පංගු ක්‍රමය නිසා ඔවුහු ද වෙනස්කමට ලක් වෙති. 1980 පළමු පෞද්ගලික වෛද්‍ය විද්‍යාලය ස්ථාපනය කිරීමේ දී ද මේ තර්ක ම ඉදිරිපත් කරනු ලැබිණ. එම උතුරු කොළඹ වෛද්‍ය විද්‍යාලය ජනසතු කිරීමෙන් වසර 27කට පසු ව ද ගැටලුව එසේ ම පවතින්නේ ය.

සමාජ ගැටලුවලට තාවකාලික ව ඉදිරිපත් කෙරෙන විසඳුම් කල් යෑමේ දී ප්‍රධාන වශයෙන් ම දේශපාලන පීඩන හේතු කොටගෙන වෙනස් කිරීමට අපහසු බව අප හොඳින් දන්නා කරුණකි.[16] වඩාත් නරක දෙය නම් අවශ්‍ය ප්‍රතිසංස්කරණය සම්බන්ධ සංවාදයක් ආරම්භ කිරීමේ උත්සාහයක් පවා අඩ සියවසක් තිස්සේ නොගෙනීම ය. මෙහි අර්ථය නම් අවසානයේ හුදෙක් භූගෝලීය වාසිය (මෙය තෝරා ගැනීම

සඳහා ශාස්ත්‍රීය නිර්ණායකයක් නො වේ) නිසා තමාට අවශ්‍ය පාඨමාලාවට ඇතුළත් වන ශිෂ්‍යයන්ට වඩා ඉහළ Z ලකුණු හිමි කරගත් සිසුනට ඔවුන්ගේ අභිමතය පරිදි අධ්‍යයන පාඨමාලා හැදෑරීමේ අවස්ථාව වළකා ඔවුන් ඉච්ඡාභංගත්වයට පත් කරන, අවිවාදයෙන් ම අසාධාරණ වූ මේ ක්‍රමය දේශපාලන හේතු නිසා සුරක්ෂිත ව පවත්වා ගෙන යන බවයි.

මේ අනර්ථය, ගාස්තු අය කරන උසස් අධ්‍යාපනයට මඟ විවෘත කරන අතර එහි ප්‍රතිඵලය වන්නේ එහි බලපෑමට යටත් වූ සමාජ කණ්ඩායම්වලට අවස්ථාව සපයනු පිණිස පෞද්ගලික වෛද්‍ය විද්‍යාල, ඉංජිනේරු විද්‍යාල හා වෙනත් උසස් අධ්‍යාපන ආයතන ස්ථාපිත වීම ය. මේ පසුබිම යටතේ ව්‍යාපාරික චිත්තයෙන් යුත් ආයෝජකයන් මේ අවස්ථාව ඩැහැ ගනු ඇත. මේ ක්‍රියාවලිය කළමනාකරණය කිරීමේ දී ආචාර්ය කන්නන්ගරයන්ගේ දැක්ම හා සංකල්පය සුරැකීම අනිවාර්ය වේ. එවක පෞද්ගලික විශ්වවිද්‍යාල රටෙහි නොතිබූ නමුදු 1943 දී කන්නන්ගර මැතිතුමා රටේ තිබූ පෞද්ගලික පාසල් විශාල සංඛ්‍යාවක් අහෝසි කිරීමට යෝජනා නො කළේ ය. තම දරුවන්ට අධ්‍යාපනය දීමට පෞද්ගලික පාසලක් තෝරා ගැනීම දෙමාපියන්ගේ අවශ්‍යතාව නම් ඊට අවස්ථාව තිබිය යුතු බව ඔහු පැහැදිලි ව ප්‍රකාශ කළේ ය. එහෙත් අධ්‍යාපන ක්‍රම දෙකක් පැවතීමට හෙතෙම විරුද්ධ විය. ශ්‍රී ලාංකික ජාතියේ අනාගතය ගොඩනැගීමට ඔහුට අවශ්‍ය වූයේ එක අධ්‍යාපන ක්‍රමයකි.

මෙය වෛද්‍ය විද්‍යා උසස් අධ්‍යාපන අවස්ථාවල උග්‍ර ඌනතාවක් ඇති වර්තමාන සන්දර්භය හා ගළපාලුව හොත්, කන්නන්ගරයන් මෙසේ ප්‍රකාශ කරතැයි සිතිය හැකි ය. "ඇති හැකි නමුත් පවත්නා ක්‍රමය නිසා ඇතුළත් වීමට නොහැකි වූවන් සඳහා පෞද්ගලික වෛද්‍ය විද්‍යාල හා විශ්වවිද්‍යාල පිහිටුවීමට ඉඩ දෙන්න. එහෙත් වෛද්‍ය හා උසස් අධ්‍යාපනයේ ප්‍රමිතිය සුරැකෙන සේ පොදු විෂයමාලාවක් අනුගමනය කරමින් රටේ ඌනසේවිත ප්‍රදේශවලට උපකාර කරනු සඳහා බිම් මට්ටමේ

වැඩ කළ හැකි වෛද්‍යවරුන් හා උපාධිධාරීන් බිහි කරන්න.”

අධ්‍යාපනය පිළිබඳ විශේෂ කමිටු වාර්තාවේ යෝජනා ක්‍රියාත්මක කිරීමට වසර 15 - 20 අතර කාලයක් ගත වනු ඇතැයි පෙරැයූ කන්නන්ගර මහත්මා බෙහෙවින් ප්‍රායෝගික වූ අතර යථාර්ථය හොඳාකාර ව අවබෝධ කරගත් අයෙක් ද විය. එහෙත් 1947 දී ආරම්භයක් ගැනීමට ඔහුට අවශ්‍ය විය. ඇත්තෙන් ම අධ්‍යාපන ඇමතිවරයා ලෙස 1961 - 1965 කාලය තුළ මේ රටට අවශ්‍ය සියලු පාසල් පිහිටුවීමේ කර්තව්‍යය සම්පූර්ණ කළේ දිවංගත බද්උද්දීන් මොහොමඩ් මහතා ය. ප්‍රතිසංස්කරණ සම්පූර්ණ වීමට කාලයක් ගත වන බවත්, එසේ වුව ද ඒවා යමකු විසින් ආරම්භ කළ යුතු බවත් අප සමාජය දිවංගත ආචාර්ය කන්නන්ගරයන්ගේ ජීවිතයෙන් උගත්තේ දැයි සැක සහිත ය.

එලෙස ම උසස් අධ්‍යාපනය පිළිබඳ ආචාර්ය කන්නන්ග රයන්ගේ නොනිමි හා නොදුටු න්‍යායපත්‍රය දැන් අප සම්පූර්ණ කළ යුතු ය. අ.පො.ස උසස් පෙළ යෝග්‍යතා පරීක්ෂණයෙන් සමත් වන, උසස් අධ්‍යාපන පාඨමාලාවක් හැදෑරීමේ හැකියාව ඇති හැම ළමයෙකුට ම යෝග්‍යතාව හා හැකියාව පදනම් කරගනිමින් ඔහුගේ / ඇයගේ අභිලාෂය පරිදි අවස්ථාව සැපයීමට අපට නොහැකි ය. මෙය ශ්‍රී ලංකා රජයේ නොහැකියාවක් නම්, 75 වසරකට පෙර හඳුන්වා දෙන ලද නිදහස් අධ්‍යාපන ප්‍රතිපත්තියෙහි සෘජු ප්‍රතිඵලයක් ලෙස වෙනස් වූ රටක් ලෙස, වියදම් දැරිය හැකි අයට ගාස්තු ගෙවා ඉගෙනීමේ අවස්ථා සම්පාදනය කළ යුතු ය. එය කන්නන්ගරයන්ගේ දැක්මට එරෙහි වීමක් නො වේ. එසේ ම යම් ශිෂ්‍යයෙකු කිසියම් වැඩසටහනක් තමාට නොගැළපෙන බව අවබෝධ කර ගත් විට අධ්‍යයන පාඨමාලාව වෙනස් කර ගැනීමේ නිදහස ඔහුට / ඇයට තිබිය යුතු ය. 1940 කන්නන්ගරයන් යෝජනා කළ පරිදි ඔහු / ඇය ද්විතීයික අධ්‍යාපනයට සම්බන්ධ කර ගත යුතු ය. 1940 - 1943 කාලයේ විශේෂ කමිටුව විසින් පිළිගන්නා ලද අධ්‍යාපන

ප්‍රතිසංස්කරණ සම්බන්ධ ව සිදු වූ පරිදි මේ සම්බන්ධ ව ද සමාජ සංවාදයක් ආරම්භ විය යුතු ය.

උතුරු කොළඹ වෛද්‍ය විද්‍යාලය

ශ්‍රී ලංකා රජය පෞද්ගලික වෛද්‍ය විද්‍යාලයක් සඳහා අවසර දීමට තීරණය කළේ මගේ ශිෂ්‍ය අවධියේ දී ය. කොළඹ වෛද්‍ය පීඨයේ එම්. බී. බී. එස්. උපාධිය පිරිනමනු සඳහා එය කොළඹට අනුයුක්ත කිරීම සිදු කරනු ලද්දේ වංචනික ලෙස ය. ඔබ දන්නා පරිදි තදනුගාමී ව විවේචනයට පාත්‍ර ව අනතුරු ව උතුරු කොළඹ පෞද්ගලික වෛද්‍ය විද්‍යාලයේ මරණයට හේතු වූයේ ආපසු හැරුණු, විනිවිදභාවයෙන් තොර මේ යෝජනාවයි.

පළමු ව සටනෙහි අදියර හතරක් විය. 1980 සිට 1981 අවසානය දක්වා උතුරු කොළඹ වෛද්‍ය විද්‍යාලය හෙවත් පෞද්ගලික වෛද්‍ය විද්‍යාලය ස්ථාපනය කිරීමට ආසන්න ම කාලයේ වූයේ සටනෙහි පළමු අදියරයි. ඒ රටේ පෞද්ගලික වෛද්‍ය විද්‍යාල පිහිටුවීමට, එම සංකල්පයට හා එමගින් රජයේ වෛද්‍ය විද්‍යාල, නිදහස් අධ්‍යාපනය හා නිදහස් සෞඛ්‍යය කෙරෙහි ඇති වන බලපෑමට විරුද්ධ ව ය.

දෙ වැනි අදියර, උතුරු කොළඹ වෛද්‍ය විද්‍යාලයට එරෙහි ව වෛද්‍ය සිසුන් විසින් ගන්නා ලද අධිකරණ ක්‍රියාමාර්ගයයි. එහි දී ආචාර්ය කොල්වින් ආර්. ද සිල්වා හා බැටී වීරකෝන් මහතා වෛද්‍ය සිසුන් වෙනුවෙන් පෙනී සිටියහ. මෙය අධිකරණය විසින් ප්‍රතික්ෂේප කරන ලදී. කෙසේ වෙතත් මෙය සිදු වූ කාල වකවානුව 1983 ජූලි කලබල කාලය වූ බැවින් අවධානයට ලක් නොවී යටපත් වී ගියේය.

තුන් වැන්න නිහඬ අදියරකි. එහි දී ශිෂ්‍ය සංඛ්‍යාව හා බඳවා ගැනීම් වැඩි කරමින් ද විභාග පවත්වමින් ද උතුරු කොළඹ වෛද්‍ය විද්‍යාලය තත්ත්වයෙන් වර්ධනය විය. විශ්වවිද්‍යාලයේ සියලු ශිෂ්‍යයෝ කොළඹ විශ්වවිද්‍යාලයේ වෛද්‍ය පීඨය විසින්

පවත්වන ලද විභාගවලට පෙනී සිටියහ. මෙවක සිදු වූ සැලකිය යුතු සිද්ධියක් නම් ස්නායු ශල්‍යය හැදෑරීම සඳහා ශ්‍රී ලංකා ජාතික රෝහල වෙත පැමිණ සිටි උතුරු කොළඹ වෛද්‍ය විද්‍යාලයේ සිසුන්ට කොළඹ විශ්වවිද්‍යාලයේ වෛද්‍ය පීඨ සිසුන් විසින් පහර දීම ය.

සිව් වන අදියර ආරම්භ වූයේ 1987 ජූලි මස මා රජයේ වෛද්‍ය නිලධාරීන්ගේ සංගමයේ උපලේකම් ලෙස කටයුතු කරන අවධියේ ය. එවක කොළඹ වෛද්‍ය පීඨයේ වෛද්‍ය ශිෂ්‍ය සංගමයේ සභාපති වූයේ වෛද්‍ය ආනන්ද විජේවික්‍රම ය. වෛද්‍ය අජිත් අමරසිංහ ලේකම් විය. ඔවුහු මේ උපාධිධාරීන්ට කොළඹ එම්. බී. බී. එස්. උපාධිය ප්‍රදානය කිරීම නැවැත්වීමට අරගලයක් ආරම්භ කළහ. ජෙනරාල් ශ්‍රීමත් ජෝන් කොතලාවල ආරක්ෂක විද්‍යා පීඨය 1981 දී ආරක්ෂක අමාත්‍යාංශය යටතේ උපාධි පිරිනමන ආයතනයක් බවට පරිවර්තනය කරන ලදී. ඊට පසුව 1987 දී ඇති වූ උතුරු කොළඹ වෛද්‍ය විද්‍යාල විරෝධී සටනට මෙය පූර්වාදර්ශයක් විය. 1987 - 1988 කාලය තුළ වෛද්‍ය ශිෂ්‍ය සංගමය, රජයේ වෛද්‍ය නිලධාරීන්ගේ සංගමය හා වෙනත් සිවිල් සංවිධාන, උතුරු කොළඹ වෛද්‍ය විද්‍යාලය උපාධි ප්‍රදානය කරන ආයතනයක් බවට පත් කිරීමත් කොළඹ එම්. බී. බී. එස්. උපාධිය සිසුනට ප්‍රදානය කිරීමටත් සටන් කළේ ය.

උතුරු කොළඹ වෛද්‍ය විද්‍යාලය පැවතිය යුතු බව අපි පිළිගත්තෙමු. අප සටන් කළේ උතුරු කොළඹ වෛද්‍ය විද්‍යාලය කොළඹ විශ්වවිද්‍යාලයේ වෛද්‍ය පීඨයෙන් වෙන් කොට එය උපාධි පිරිනමන ආයතනයක් බවට පත් කිරීමට මිස එය අහෝසි කිරීම හෝ ජනසතු කිරීම පිණිස හෝ නො වේ. අද පවා මෙය ඉතා යුක්තිසහගත ඉල්ලීමක් බව මම සිතමි.

1988 සැප්තැම්බරය තෙක් මේ සටන ඇදී ගියේ ය. මේ අතර අලුතින් පත් කරන ලද උසස් අධ්‍යාපන අමාත්‍ය ඒ. සී. එස්. හමීඩ් මහතා සමඟ සාකච්ඡා කොට උතුරු කොළඹ වෛද්‍ය විද්‍යාලය කොළඹ විශ්වවිද්‍යාලයේ වෛද්‍ය පීඨයෙන්

වෙන් කිරීමේ සම්මුතියකට එළඹීමට අපට හැකි විය. කෙසේ වුව ද දේශපාලන තත්ත්වය වෙනස් විය. 1987 ඉන්දු ලංකා ගිවිසුම පිළිබඳ සටනින් පරාජයට පත් වූ ජනතා විමුක්ති පෙරමුණ විශ්වවිද්‍යාලවලට පැමිණ සටන ඔවුන්ගේ අතට ගත්තේ ය. කොළඹ වෛද්‍ය පීඨය තුළ බැනර ප්‍රදර්ශනය කරමින් ශිෂ්‍ය ව්‍යාපාරයේ නායකයන්ට ඉවත් වන ලෙස බල කළ ඔවුහු සටන් පාඨය ජනසතු කිරීම ලෙස වෙනස් කළහ. වැඩ ආරම්භ කිරීමට පුලපුලා බලා සිටි සිසුනට ආපසු හැරිය නොහැකි ලක්ෂ්‍යයක් විය. කෙසේ වුව ද 1990 ජනතා විමුක්ති පෙරමුණේ නායකත්වය අවසන් කර දමන තෙක් ම එය සිදු කෙරුණේ නැත. අතිගරු ආර්. ප්‍රේමදාස මහත්මා ජනාධිපති පදවිප්‍රාප්ත වීමෙන් පසු ඔහුගේ නායකත්වය යටතේ පැවති නව රජය උතුරු කොළඹ වෛද්‍ය විද්‍යාලය ජනසතු කොට එය කැලණිය විශ්වවිද්‍යාලයේ වෛද්‍ය පීඨය බවට පත් කිරීමට තීරණය කළේ ය. 1988 සැප්තැම්බරයේ අවසන් වීමට තිබූ සටන 1990 දක්වා ඇදී ගියේ එසේ ය. ජනතා විමුක්ති පෙරමුණ විසින් මහාචාර්ය ස්ටැන්ලි විජේසුන්දර ඝාතනය කිරීමෙන් පසු උතුරු කොළඹ වෛද්‍ය විද්‍යාල බලධාරීහු භීතියට පත් වූහ. විය යුතු වෙනස සම්බන්ධ ශිෂ්‍ය ව්‍යාපාරයේ සැබෑ නායකත්වය හා රජයේ වෛද්‍ය නිලධාරීන්ගේ සංගමය විසින් ඉදිරිපත් කරන ලද සාධාරණ ඉල්ලීම්වලට ද ඔවුහු ඇහුම්කන් නො දුන්හ. ඔවුන් විසින් උතුරු කොළඹ වෛද්‍ය විද්‍යාලය සඳහා කොළඹ එම්. බී. බී. එස්. උපාධිය ප්‍රදානය කිරීමේ අවශ්‍යතාව තරයේ කියා සිටීම නවත්වන ලද්දේ නම් අද පවා එය හොඳ පෞද්ගලික වෛද්‍ය විද්‍යායතනයක් ලෙස පවතිනු ඇත්තේ ය.

1989 අවසාන භාගය හා 1990 මුල් භාගය සෞඛ්‍ය පද්ධතිය අර්බුදයකට ලක් වූ කාලයක් විය. ඒ කොළඹින් අවුරුදු තුනක් තිස්සේ උපාධිධාරී වෛද්‍යවරුන් පිට නොවීමත් අනෙකුත් සියලු වෛද්‍ය පීඨවලින් අවසන් එම්. බී. බී. එස්. උපාධිය සම්පූර්ණ කළ එක් කණ්ඩායම බැගින් සිටීමත් හේතුවෙනි. ඒ වෛද්‍ය විද්‍යාලවල උපාධිධාරීහු රැකියා ලැබීමට සූදානම් ව සිටියහ.

ඒ අතර දෙවැනි ලෝක යුද්ධ සමයේ සිදු කළේ යැයි උපුටා දක්වනු ලබන ආකාරයේ පුදුම එළවන සුළු මෙහෙයුමක් මගින් සෞඛ්‍ය අමාත්‍යාංශය විසින් කොළඹ අවසන් වසර වෛද්‍ය ශිෂ්‍යයන් ද සමඟ පේරාදෙණියේ, රුහුණේ හා යාපනයේ උපාධිධාරීහු සීමාවාසී වෛද්‍යවරුන් ලෙස සේවයේ පිහිටවනු ලැබූහ. ඒ අනෙකුත් වෛද්‍ය විද්‍යාලවලින් විභාග අසමත් වූ ශිෂ්‍යයන් ද සමඟ ය. මේ තීරණය ගැනීමේ දී ප්‍රමිතිය, එම්. බී. බී. එස්. උපාධි සහතිකය හෝ දැනුම සලකා නො බැලිණි. මේ දෙබිඩි පිළිවෙත ශ්‍රී ලංකාවේ වෛද්‍ය වෘත්තියේ බොහෝ කාලයක් තිස්සේ පැවතිණ. ශ්‍රී ලංකා වෛද්‍ය සභාව ද මෙයට සහාය දැක්වී ය.

වෛද්‍ය අධ්‍යාපනයේ අවම ප්‍රමිතිය පිළිබඳ ලේඛනයක් හෝ ඒ පිළිබඳ සාකච්ඡාවක් හෝ නො තිබිණ. එය 16 පනත විභාගය (Act 16 examination) පැවැත්වීමෙන් තොර ව විදේශ උපාධිධාරීන්ට කෙටි කාලීන හුරු කිරීමකින් පසු සීමාවාසික පත්වීම් පමණක් නොව පශ්චාත් සීමාවාසික ස්ථිර පත්වීම් පවා දුන් යුගයක් විය. ඔවුන්ගෙන් සමහරෙක් Act 16 විභාගය හෝ ERPM විභාගය සමත් වීමෙන් තොර ව දැනටමත් සෞඛ්‍ය අමාත්‍යාංශයේ සේවය කරති.

වෛද්‍ය අධ්‍යාපනයේ ගැටලු

වර්තමානයේ විසඳිය යුතු ගැටලු විශාල සංඛ්‍යාවක් වෛද්‍ය අධ්‍යාපනයේ තිබේ. විෂයමාලාව ඉගැන්වීමේ ක්‍රමවේද සහ පුහුණු ප්‍රවේශ වෙනස් කිරීමෙන් මේවා විසඳීමට බොහෝ වෛද්‍ය විද්‍යාල උත්සාහ ගනිමින් සිටින බැවින් මේ සියල්ල පිළිබඳ ව සාකච්ඡා කිරීමට මම බලාපොරොත්තු නො වෙමි.

ප්‍රස්තුත තුනක් පමණක් මම සාකච්ඡාවට ගනිමි. ඒ ඒවා වර්තමාන සන්දර්භය තුළ ඉතා වැදගත් යැයි මා සිතන බැවිනි. ඒවා නම්,

1. මහජනයාට හා වෛද්‍ය අධ්‍යාපනයට මුල්‍යාධාර සපයන්නන්ට වෛද්‍ය වෘත්තියේ වගවීම
2. රටේ සෞඛ්‍ය පද්ධතිය විසින් සැපයෙන සෞඛ්‍යාරක්ෂණයේ ගුණාත්මක බව
3. වෛද්‍ය විද්‍යාලවලට තෝරා ගැනීම යුක්ති සහගත හෝ සාධාරණ හෝ නොවීම

මේ ගැටලු තුන වෛද්‍ය වෘත්තිය එහි අභ්‍යන්තරයෙන් බාදනය කරතැ යි මම විශ්වාස කරමි.

I. වගවීම

උපාධි අපේක්ෂක ශිෂ්‍යයන් තුළ ඔවුන්ගේ අධ්‍යාපනය සඳහා මුදල් වැය කරන පද්ධතිය හා එම මූල්‍ය සැපයුම්කරුවන් වන පොදු මහජනතාව කෙරෙහි වගවීමක් නොමැතිකම මින් පළමු ගැටලුවයි. මෙය විවිධාකාරයෙන් පිළිබිඹු වේ. සෞඛ්‍ය අමාත්‍යාංශ සංඛ්‍යා ලේඛනවලට අනුව වාර්ෂික ව සාමාන්‍යයෙන් වෛද්‍යවරු 300ක් රට හැර යති. බොහොමයක් විදෙස් ගත වන අතර සුළු සංඛ්‍යාවක් පෞද්ගලික අංශයට බැඳෙති. ග්‍රාමීය හා ගමනාගමන දුෂ්කරතා ඇති ප්‍රදේශවල සේවයට වෛද්‍යවරුන් තුළ ඇති අකමැත්තෙන් ද මෙය ප්‍රතීයමාන ය. පැමිණීම හා පිටවීම අත්සන් නොකරන ස්වයං නියාමන රාජකාරී පරිසරයක, වැඩ පිළිබඳ ආචාරධර්මවලට අනුගත නොවීමෙන් ද මෙය පෙනී යන්නේ ය. මෙය වෙනස් කිරීමට ගන්නා උත්සාහයක් වෙතොත් ප්‍රබල ඒකාධිකාරී වෘත්තීය සංගම් එයට විරුද්ධ ව නැගී සිටිති. වග වීම ගැන සැලිකිල්ලකින් තොර ව නිරන්තර ව ගන්නා වෘත්තීය සමිති ක්‍රියාමාර්ගවලින් ඇති වන සේවා අවහිරතා මෙහි තවත් පිළිබිඹුවකි. විෂයමාලා නවීකරණය හැරුණු විට මේ රටේ කිසිදු වෛද්‍ය විද්‍යාලයකට නව උපාධිධාරීන්ගේ මේ ආකල්ප වෙනස් කිරීමට හැකි වී නැත.

2. උපාධිධාරීන්ගේ හා සෞඛ්‍යාරක්ෂණයේ ගුණාත්මය

දෙ වැනි ගැටලුව වන්නේ රටේ කවර හෝ වෛද්‍ය විද්‍යාලයකින් බිහි කරනු ලබන වෛද්‍ය උපාධිධාරීන්ගේ ගුණාත්මයයි. වෛද්‍යවරුන්ගේ දුර්වල සන්නිවේදන කුසලතා හා ධනාශාව ආශ්‍රිත සාමාන්‍ය චර්යාව පදනම් කරගනිමින් සිවිල් සමාජය ඔවුන්ගේ ගුණාත්මයේ හීන බවක් සංජානනය කරයි. බොහෝ වෛද්‍ය විද්‍යාල උපාධිය පිරිනැමීමට පෙර තම ශිෂ්‍යයින්ගේ නිපුණතා තක්සේරු කරන බැවින් ඇතැම් විට මෙයට පදනම් වී ඇත්තේ හර නිපුණතාවල ඌනතාවක් නොවිය හැකි ය. වර්තමාන වෛද්‍යවරයෙකුගෙන් අපේක්ෂිත කරුණාව, තදනුභූතිය, ආචාරශීලීත්වය, චර්යාව, ආචාර සමාචාරය හා සමාජ වගකීම ඔවුන් නොපෙන්වන බවට බොහෝ විද්වත්හු එකඟ වෙති. මෙය මෙසේ වන්නේ මන් දැයි යන්න ශාස්ත්‍රවන්ත ප්‍රජාව තුළ සංවාදයට බඳුන් වෙමින් තිබේ. එය, අ.පො.ස උසස් පෙළ ප්‍රතිඵල හා Z ලකුණ යන එක ම නිර්ණායකය පදනම් කරගනිමින් ඔවුන් තෝරා ගැනීම නිසා සිදු වන්නක් බව බොහෝ දෙනාගේ විශ්වාසයයි. වෛද්‍ය විද්‍යාලවල දෙන පුහුණුවෙන් මෙය වෙනස් කිරීමට කිසිවෙකුටත් හැකි වී නැත. අයිස් කන්දෙහි තුඩ දිසි මානයට ලක් කෙරෙන සිද්ධි කිහිපයක් මේ ය.

මීගමුව රෝහලේ දී ඇගලුම් කම්හල් සේවිකාවක් දූෂණය කොට මරණයට පත් කිරීම පිළිබඳ චෝදනාවකට ලක් වූ වෛද්‍ය නිලධාරියා කැලණිය විශ්වවිද්‍යාලයේ උපාධිධාරියෙකි. ඔහු රටේ හොඳම ජාතික පාසලක අධ්‍යාපනය ලද්දෙකි. තවත් වෛද්‍යවරයෙකුට එරෙහි ව නඩුවක් ගොනු කිරීමට මම සම්බන්ධ වීමි. ඔවුගේ බිරිය වයස නවයක ගැහැනු ළමයකු ගෘහ සේවිකාව ලෙස තබාගෙන සිටියා ය. දරුණු කායික අපයෝජනයට ලක් වී සිටි ඒ දැරිය තමා 18 මසක් සිටි රෝහල් නිල නිවාසයෙන් පැන ගියා ය. එම භාර්යාව වැරදිකාරිය වූ අතර ඇය පස් අවුරුදු අත්හිටවූ සිර දඬුවමකට යටත් විය. නඩුව සමථයකට

පත් වූයේ රුපියල් පන්ලක්ෂයක වන්දියක් ගෙවීමෙනි. නීතිපති, වෛද්‍යවරයා චෝදනාවෙන් නිදහස් කළේ ය. වෛද්‍යවරයා කොළඹ වෛද්‍ය විද්‍යාලයේ උපාධිධාරියෙකු වන අතර රටේ හොඳම පාසලේ ආදිශිෂ්‍යයෙක් ද වෙයි. ගෘහ සේවිකාවක් දූෂණය කළ තවත් කොළඹ වෛද්‍ය විද්‍යාල උපාධිධාරියෙකු ගැන මම දනිමි. ඒ නඩුව ඇසෙමින් පවතින අතර ඒ පුද්ගලයා සෞඛ්‍ය අමාත්‍යාංශයේ විශේෂඥ වෛද්‍යවරයෙකුගේ ජංගම දුරකථනයක් සොරකම් කිරීමේ චෝදනාවට ද ලක් වූ අයෙකි.

මවු කිරි දීම කළමනාකරණය පිළිබඳ ඩිප්ලෝමා පාඨමාලාවක් හදාරමින් සිටි ගැබිණි හෙදියක් ද ඇතුළු හෙදියන් හා වින්නඹුවන් කණ්ඩායමකට වෛද්‍ය සිසුන් විසින් පහර දීමේ කරාපිටිය සිද්ධිය ඇතැම් විට ඔබට මතක තිබෙනවා විය හැකි ය. ඒ සියලු දෙනා උපාධි ලැබ දූන් වෛද්‍යවරුන් ලෙස සේවය කරති. එක්සත් ජාතික පාක්ෂිකයකු වීම නිසා රෝහල් අධීක්ෂකවරයෙකු මරා දැමූ අප පීඨයේ උපාධිධාරියෙකු ගැන මම දනිමි. 1989 දී ආරක්ෂක හමුදා විසින් එම වෛද්‍යවරයා ද ඝාතනය කරනු ලැබී ය.

කුලියාපිටියේ එක්තරා රසායනාගාරයක වාර්තා පිළිගැනීම සඳහා අල්ලස් ගත් විශේෂඥ වෛද්‍යවරයෙක් කරාපිටිය වෛද්‍ය පීඨයේ කණ්ඩායම් ප්‍රමුඛයා විය. එම සිද්ධියට දින කිහිපයකට පෙර ශ්‍රී ලංකා වෛද්‍ය සභාව ඔහුගේ ලියාපදිංචිය හය මසකට අත්හිටුවා තිබුණේ පූර්ව අවකල්ක්‍රියාවක් නිසා ය. දශකයකට අධික කාලයක් පුරා හෙතෙම වෘත්තීය අවකල්ක්‍රියා සඳහා කුප්‍රකට ව සිටියෙක් විය. ඔහුගේ කණ්ඩායම් සගයන් පවසන පවසන පරිදි ශිෂ්‍ය අවධියේ ඔහු ඉතා යහපත් අයෙක් විය. ඔහු වෙනස් වී ඇත්තේ උපාධිය ලැබීමෙන් පසු ව ය.

මේ සම්බන්ධයෙන් වෛද්‍යවරුන් කාණ්ඩ දෙකක් වෙන් වෙන් ව හඳුනා ගත හැක්කේ ය. එක් කණ්ඩායමක් වෛද්‍ය විද්‍යාලයට ඇතුළු වීමට පෙර පටන් මෙවැනි අයහපත් නැඹුරුතාවලින් යුක්ත අය වෙති. ඇතුළත් වීමෙන් හෝ උපාධිය

ලැබීමෙන් හෝ පසු වෙනස් වූවෝ අනෙක් කණ්ඩායමට අයත් වෙති. පළමු කාණ්ඩයේ බහුතරයක් හොඳ තෝරා ගැනීමේ ක්‍රමයකින් හඳුනා ගත හැකි ය. උසස් පෙළ ප්‍රතිඵලවලින් හා Z ලකුණෙන් පමණක් එය කළ නොහැකි ය.[17]

අනෙක් වැදගත් කරුණ නම් වෛද්‍ය / විශ්වවිද්‍යාල ශිෂ්‍යයන්ගේ වංචාකාරී හැසිරීම් ය. මෙය යම් ගැඹුරකට ලෝකයේ බොහෝ විශ්වවිද්‍යාල විසින් අධ්‍යයනය කර ඇත.[18, 19] පුමිතිරි බව, සමාජ පන්තිය, රට හෝ තෝරා ගැනීමේ ක්‍රමය අනුව එය වෙනස් වන්නේ නැත. පැහැදිලි ව ම පෙනී ගොස් ඇත්තේ දඬුවම් ද ඇතුළු ප්‍රතිකාර්ය හා ශෝධන ක්‍රියාමාර්ග නොගත හොත් වංචා දිගට ම සිදු කෙරෙන බවයි. ගත යුතු පියවර සම්බන්ධ පර්යේෂණවලින් පෙනී ගොස් ඇති පරිදි විද්වතුන්ගෙන් බහුතරයක (41%) නිර්දේශය වන්නේ වංචනිකයන් පාඨමාලාවෙන්/විශ්වවිද්‍යාලයෙන් නෙරපා හැරීම ය. උපදේශනය, උපාධ්‍යායනය හා අපවාද කිරීම වැනි ප්‍රතිකාර්ය පිළිවෙත්වලට ලැබී ඇත්තේ අඩු එකඟතාවකි.[20]

මේ අනුව වෛද්‍ය උපාධිධාරීන්ගේ තත්ත්ව සහතිකකරණය යනු තෝරා ගැනීමේ, පුහුණුවේ හා නියාමනයේ සිට පාරිභෝගිකයන්ගෙන් හා සෞඛ්‍යාරක්ෂණ කර්මාන්තයෙන් ලැබෙන ප්‍රතිපෝෂණ ද සහිත දීර්ඝ කාලීන උපාධිධාරී විමසුම් පටිපාටියක් දක්වා වූ සාධක විශාල සංඛ්‍යාවක් මත රැඳී පවත්නා ක්‍රියාවලියකි. ලෝකය පුරා වූ වෛද්‍ය විද්‍යාල, ගුණාත්මය වැඩිදියුණු කිරීමේ අරගලයක යෙදී සිටී.

3. සාධාරණත්වයෙන් හා යුක්තියෙන් තොරව තෝරා ගැනීම

විවෘත තරග විභාගයක් පැවැත්වීමෙන් පසු ශාස්ත්‍රීය නොවන නිර්ණායකයක් පදනම් කර ගනිමින් 60%ක් වෛද්‍ය විද්‍යාලවලට ඇතුළත් කර ගැනීම පැහැදිලි ව ම වෙනස් ලෙස සැලකීමකි. උසස් පෙළ විභාගයේ දී A සාමර්ථ්‍ය තුනක් ලබමින්

ඇතුළත් වීමේ වරම් නොලබන ශිෂ්‍ය සංඛ්‍යාව විශ්වාස කළ නොහැකි තරම් ඉහළ ය. මෙය ප්‍රතිජනනාත්මක පිළිවෙතක් ලෙස 44 අවුරුද්දක් තිස්සේ ක්‍රියාත්මක වෙමින් පවතින අතර ඌන පහසුකම් සහිත පාසල් ඇතැම් දිස්ත්‍රික්කවලට පමණක් සීමා වෙතැයි යන මතය අද පිළිගත නොහැකි ය. මේ නිසා දක්ෂ සිසුන් ප්‍රධාන කොට ම එක් වෛද්‍ය විද්‍යාලයකට පමණක් සීමා වන අතර ඉන් තරගකාරීත්වය ඉහළ නැංවෙතැයි යන්න ප්‍රශ්නකාරී ය. තව ද මිනිස් ජීවිත සමග කටයුතු කරන උපාධිධාරීන් බිහි කරන වෛද්‍ය විද්‍යාලවලට තෝරා ගැනීම හුදෙක් අ.පො.ස උසස් පෙළ Z ලකුණ පදනම් කර ගනිමින් සිදු කිරීම අනාගතය සඳහා නිවැරදි ප්‍රවේශය නොවන බවට විද්වතුන් තුළ පැතිරී ගිය විශ්වාසයක් වේ. මෙහි ලා අභියෝගතා පරීක්ෂණයක් අවධානයට ලක් වී ඇත.[21] වෙනස් කරනු ලැබීමට ඇති හැකියාව වර්තමාන ක්‍රමයේ ද ඇති බව පිළිගන්නා අතර ම Z අගය එසේ ම පවත්වා ගැනීමට පක්ෂ ව ද තර්ක ඉදිරිපත් වේ. ඉන් එකක් නම් සම්මුඛ පරීක්ෂණය වැනි අනෙකුත් ක්‍රම Z අගයට වඩා අගති සහගත විය හැකි බව ය. කෙසේ වෙතත් අපට තෝරා ගැනීමේ ක්‍රමයෙහි වෙනසක් සිදු කිරීමට හැකි වන තුරු, පාසල් හා දිස්ත්‍රික්ක අතර විෂමතා හා පරතර පියවීම සඳහා අවුරුදු 8-10 ප්‍රමාණවත් කාලයක් දේශපාලන හා අධ්‍යාපන බලධාරීන්ට දෙමින් හා කුසලතා පංගුව එක් වසරකට සියයට 4-5කින් වැඩි කරමින් අවසානයේ එය 40% සිට 80% දක්වා වැඩි කළ හැකි ය. කිසිදු සංවිධානයකට එබඳු යෝජනාවකට විරුද්ධ විය නොහැකි ය.

ආකෘතිය වෙනස් කිරීම සඳහා සාක්ෂ්‍ය අප සතු ද?

රටක් ලෙස, තෝරා ගැනීමේ ක්‍රමය හා ශාස්ත්‍රීය කාර්යසාධනය පිළිබඳ පර්යේෂණ පදනම් වූ සීමාසහිත තොරතුරු අප සතු ව ඇති නමුත් දීර්ඝ කාලීන නිමැවුම් සම්බන්ධ තොරතුරු අප සතු නො වේ. මේ සම්බන්ධයෙන් මහාචාර්ය ලලිතා මෙන්ඩිස්, නිලන්ති ද සිල්වා, එස්. පී. ලමාබදුසූරිය, ඒ.

පත්මේශ්වරන් හා එස්. එන්. හේවගේ විසින් ප්‍රකාශයට පත් කරන ලද පර්යේෂණ ප්‍රකාශන විශාල සංඛ්‍යාවක් වේ. [22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 80, 31, 32, 33, 34, 35, 36]

කාර්යසාධනය අතින් ප්‍රථම ප්‍රයත්නයෙන් වෛද්‍ය විද්‍යාලයට ඇතුළත් වන ශිෂ්‍යයන් දෙ වැනි ප්‍රයත්නයෙන් ඇතුළත් වන ශිෂ්‍යයනට වඩා හොඳ බව ද, දෙ වැනි ප්‍රයත්තයෙක් ඇතුළත් වන්නන් තෙවැනි ප්‍රයත්නයෙන් ඇතුළත් වන්නන්ට වඩා හොඳ බව ද මහචාර්ය ලමාබඳුසූරිය හා සෙස්සෝ අනාවරණය කරති. වසර පහකට පසු අත් කර ගන්නා එම්. බී. බී. එස්. ප්‍රතිඵල අවම වන්නේ තුන් වැනි ප්‍රයත්තයෙන් ඇතුළත් වූවන්ගේ ය. එම්. බී. බී. එස්. උපාධිය සඳහා ඇතුළත් වීමේ ප්‍රයත්ත ගණන දෙකකට සීමා කළ යුතු බව ඔවුහු යෝජනා කරති. 1994/95 හා 2006/2007 ඇතුළත් කරගන්නා ලද්දන් ඇසුරින් කරන ලද අධ්‍යයන මගින් ඉහත සඳහන් සෙසු අය මෙය සනාථ කරති. මෙය මේ අධ්‍යයනවල සංස්ථායී අනාවරණයකි. තවත් වැදගත් අනාවරණයක් නම්, ස්ථාපන පරීක්ෂණයේ දී ඉංග්‍රීසිවලට වැඩි ලකුණු ගන්නා සිසුන්ගේ එම ලකුණු හා ඔවුන්ගේ අ.පො.ස උසස් පෙළ ඉංග්‍රීසි ප්‍රතිඵල අතර ඍජු සම්බන්ධතාවක් පවත්නා බවයි. ශාස්ත්‍රීය ක්ෂේත්‍රයේ දී ඔවුහු වැඩි සාධනයක් පෙන්වති. තුන් වැනි අනාවරණය නම් වෛද්‍ය විද්‍යාලයට ඇතුළත් වූ 1994/95 කොහෝටයේ ඉහළ සමාහාර ලකුණු තිබූ සිසුන්ගේ හා 2006/2007 කොහෝටයේ ඉහළ Z ලකුණක් තිබූ සිසුන්ගේ කාර්යසාධනය වඩා හොඳ බවයි.

2004 මහාචාර්ය නන්දදාස කෝදාගොඩ අනුස්මරණ දේශනය පැවැත්වූ මහාචාර්ය ලලිතා මෙන්ඩිස් දිස්ත්‍රික් පංගු ක්‍රමය සම්පූර්ණයෙන් කුසලතා පාදක ක්‍රමයක් බවට පත් කිරීමේ බලපෑම විස්තර කළා ය. කුසලතා පංගුව 80% දක්වා වැඩි කළ හොත්, හොඳ උසස් පෙළ ප්‍රතිඵල ඇතත් වෛද්‍ය විද්‍යාල ප්‍රවේශ වරම් නොලද සිසුන් ද සමග දිස්ත්‍රික් කුසලතා අනුක්‍රමය අනුව ඇතුළත් වීමේ සුදුසුකම් ලබන සියලු ම ශිෂ්‍යයන් වෛද්‍ය

විද්‍යාලයට ඇතුළත් කර ගත හැකි වන බව ඕ පෙන්වා දෙයි.[37] මේ අනුව කුසලතා පංගුව ක්‍රමයෙන් 80% දක්වා වැඩි කිරීම යුක්තියුක්ත ය.

මේ අනාවරණ හා අන්තර්ජාතික සැසඳුම් ද සමග ඉහත පර්යේෂකයෝ නිර්දේශ කිහිපයක් ඉදිරිපත් කරති. මේ අධ්‍යයනවල එක ම වරද පර්යේෂකයන් ශාස්ත්‍රීය සාධනය පදනම් කර ගනිමින් ඵලය සඳහා හොඳ වෛද්‍යවරුන් යන්න භාවිත කිරීමයි. ඒ සඳහා ජාතික වශයෙන් හෝ ජාත්‍යන්තර වශයෙන් එකඟතාවක් නැත. මැනීමට ලක් වන්නේ පළමු දෙ වැනි හා අවසන් විභාගවල සමර්ථ වීම, ගෞරව සාමර්ථ්‍යය හා අසමත් වීම් යනා දී ලෙස කාර්යසාධනයයි. හොඳ කාර්යසාධනයෙන් වෛද්‍යවරයා හොඳ ද නරක ද යන්න ගම්‍ය නො වේ. කෙසේ වුව ද වෛද්‍යවරයකුට ශාස්ත්‍රීය නිපුණත්වයක් නොමැති නම් ඔහුට/ඇයට හොඳ වෛද්‍යවරයකු බවට පත් වීමේ ඉඩකඩ අඩු ය. උපාධිය ලැබීමෙන් පසු ශාස්ත්‍රීය නිපුණතාවලට වඩා වෛද්‍යවරයාගේ හොඳ බව තීරණය වන්නේ අනෙකුත් පුද්ගල ගුණාංග අනුව ය. හොඳ ශිෂ්‍යයින් තෝරා ගැනීමේ දී මේ ගුණාංග මැනීමට අපට ඇති නොහැකියාව, ඒ සඳහා ශාස්ත්‍රීය ප්‍රජාවට හා සිවිල් සමාජයට පිළිගත හැකි විශ්වාසදායක උපකරණ නොමැති වීම. වෙනසක් ක්‍රියාත්මක කිරීමේ හා වෙනස් වන ක්‍රමයක් කළමනාකරණය කිරීමේ දුෂ්කරතා හා එම ක්‍රියාවලිය කළමනාකරණය කිරීමට ධෛර්යසම්පන්න නායකත්වයක් නොමැතිකම අපට ඇති අභියෝග වේ.

වෙනත් ආකෘතියක්; කොතලාවල ආරක්ෂක විශ්වවිද්‍යාලය

දැන් මම අප විසින් නිර්මාණය කරන ලද දේශීය ආකෘතියක් වෙත අවතීර්ණ වෙමින් එය වෙනස් ආකාරයකින් ක්‍රියාත්මක වන්නේ කෙසේ දැයි සවිස්තර ව සාකච්ඡා කරමි. ආකස්මික දෙයින් ඉතිහාසය නිර්මාණය වන ආකාරය පුදුම සහගත ය.

කොතලාවල ආරක්ෂක විද්‍යාලයේ ප්‍රාරම්භක පීඨාධිපති ලෙස එය ගොඩනැංවීමට මම දායක වීමි. ත්‍රිවිධ හමුදාවල වෛද්‍ය නිලධාරි හිගය මගහරවා ගැනීම සඳහා වෛද්‍ය විද්‍යාලයක් පිහිටුවීමට සහාය හා උපදෙස් පතමින් කොතලාවල ආරක්ෂක විශ්වවිද්‍යාලයේ උපකුලපති මේජර් ජෙනරාල් මිලින්ද පීරිස් usp, vsp, ndc, psc විසින් පීඨාධිපති වෙත ලිපියක් එවා තිබිණ. උපකුලපති මගින් ලිපිය ඉදිරිපත් කොට තිබුණ අතර යුද හමුදාවේ ශල්‍ය වෛද්‍යවරයකු ලෙස සේවය කර තිබූ වෛද්‍ය රන්ජන සෙනෙවිරත්න සමග ඒ සම්බන්ධ පූර්ව සාකච්ඡා පවත්වා තිබිණ. ඔහු විසින් හමුවක් ද සංවිධානය කර තිබිණ. කොතලාවල කණ්ඩායම හා දෙපාර්තමේන්තු ප්‍රධානීන් අතර රැස්වීමක් පැවැත්විණ. එවක දෙපාර්තමේන්තු ප්‍රධානියකු නොවූ මට රැස්වීම සඳහා ඇරයුම් නො කෙරිණ.

පාඨමාලා හා ආයතන සංවර්ධනය සම්බන්ධ ව මට බොහෝ අත්දැකීම් තිබූ බැවින් වැඩිමනත් තොරතුරු සපයා ගැනීම පිණිස ඊට මගේ සහභාගීත්වය ද වැදගත් වනු ඇතැයි රුහුණු විශ්වවිද්‍යාලයේ වෛද්‍ය පීඨයේ මහාචාර්ය තිලක් වීරසූරිය සිතී ය. රුහුණු විශ්වවිද්‍යාලයේ වෛද්‍ය පීඨයේ සංවර්ධන කටයුතු සම්බන්ධ ව මට බොහෝ අත්දැකීම් තිබිණි. මේ වන විට මම ගාලු වෛද්‍ය පීඨයේ සම සෞඛ්‍ය විද්‍යා උපාධි වැඩසටහනෙහි (AHSDP) ප්‍රධාන සම්බන්ධීකාරක ලෙස ද කටයුතු කරමින් සිටියෙමි. ස්ථාපනයේ මුල් අවුරුදු කිහිපය තුළ මම ඉතා සාර්ථක ලෙස එහි සංවර්ධනය සඳහා දායකත්වය දුනිමි. දිවා ආහාරය සඳහා නිවෙසට යමින් සිටි මට ලැබුණු අනපේක්ෂිත දුරකථන ඇමතුමකින් කොතලාවල ආරක්ෂක විශ්වවිද්‍යාල කණ්ඩායම සමග දිවා භෝජන වේලාවේ නොවිධිමත් ව පැවැත්වෙන සාකච්ඡාවකට සහභාගි වන ලෙස ඇරයුම් කෙරිණ. එහි දී මට කොතලාවල විශ්වවිද්‍යාලයේ උපකුලපති, නියෝජ්‍ය උපකුලපති (ශාස්ත්‍රීය කටයුතු), ලේඛකාධිකාරී හා නියෝජ්‍ය ලේඛකාධිකාරී සහ වෛද්‍ය රන්ජන සෙනෙවිරත්න මුණගැසුණහ. අපි

කොතලාවල ආරක්ෂක විශ්වවිද්‍යාලයේ වෛද්‍ය විද්‍යාලයක් පිහිටුවීම පිළිබඳ ව සාකච්ඡා කළෙමු.

මේ ආරම්භක රැස්වීමේ දී ඉස්මතු වූ කරුණු මෙසේ ය. 1950 සිට ම නොපුරවන ලද පුරප්පාඩු හේතුවෙන් ත්‍රිවිධ හමුදා වෛද්‍ය සේවාවල වෛද්‍ය නිලධාරීන්ගේ උග්‍ර හිඟයක් වේ. ඔවුන් වෙනුවෙන් වන සෞඛ්‍ය සේවාව ද මහජන සෞඛ්‍ය සේවාව මත රැඳී පවතී. යුද්ධය අවසාන වීමෙන් පසු හමුදා පිරිස්වලට හා ඔවුන්ගේ පවුල්වලට සිවිල් ජනතාවට වඩා වැඩි ප්‍රමුඛතාවක් ඉල්ලා සිටීම දුෂ්කර ය. සියලු හමුදා භටයන්ට හා ඔවුන්ගේ පවුල්වලට ස්වාධීන සෞඛ්‍ය සේවාවක් තිබිය යුතු ය. යුද භටයන් සම්පූර්ණයෙන් රාජකාරිය සඳහා කැප වන්නේ එවිට ය. තව ද එක්සත් ජාතීන්ගේ රාජකාරි ද ඔවුනට පැවරෙන අතර 1000ක හමුදා භට කණ්ඩයකට වෛද්‍ය නිලධාරීන් සිවු දෙනකු හා එක් විශේෂඥ වෛද්‍යවරයකු සිටිය යුතු ය. පාබල හමුදාවට සිටින්නේ වෛද්‍යවරුන් 20 දෙනකු පමණකි. ගුවන් හා නාවික හමුදාවල තත්ත්වය ඊට වඩා නරක අතර ඒවා සේවය සලසා ගන්නේ ස්වේච්ඡා නිලධාරීන්ගෙනි. මහජන සෞඛ්‍ය සේවාවෙන් හමුදාවට බඳවා ගැනීමේ ප්‍රයත්නය 40 අවුරුද්දක් තිස්සේ අවසනාවන්ත ලෙස අසාර්ථක වී තිබේ. වෛද්‍ය ශිෂ්‍යයන් බඳවා ගැනීමට ගන්නා ලද උත්සාහයන් ද අසාර්ථක ය. වරින්වර සෞඛ්‍ය අමාත්‍යාංශය පාබල හමුදාවේ, ගුවන් හමුදාවේ හා නාවික හමුදාවේ සේවය සඳහා වෛද්‍යවරුන් නිදහස් කර ඇත. එහෙත් කැපවීම හා විනය පිළිබඳ ගැටලු මතු වී ඇත. ගැටලු විසඳීම සඳහා ඇත්තේ සීමාසහිත විකල්ප ක්‍රියමාර්ග ය. එබැවින් මේ හිඟය මගහරවා ගැනීම පිණිස ආරක්ෂක අමාත්‍යාංශයේ ඉහළ ධූරාවලිය විසින් වෛද්‍ය විද්‍යාලයක් පිහිටුවීමේ ප්‍රතිපත්තිමය තීරණයක් ගෙන ඇත. ගණනය කිරීම්වලට අනුව ඒ වකවානුවේ ත්‍රිවිධ හමුදා සඳහා වෛද්‍යවරුන්ගේ අවශ්‍යතාව 600කි. වර්තමාන බඳවා ගැනීමේ වේගය අනුව මේ අවශ්‍යතාව සම්පූර්ණ කිරීමට අවුරුදු 60ක්

ගත වේ. ඉන්දියාවට, පාකිස්තානයට, බංග්ලාදේශයට පමණක් නොව ඇෆ්ගනිස්ථානයට ද හමුදා වෛද්‍ය විද්‍යාල ඇත.

ත්‍රිවිධ හමුදාවල 300 000ක පමණ ශ්‍රම බලකායක් සිටින අතර යුද්ධයක් නොමැති රටක ඔවුන් නඩත්තු කිරීම ආර්ථික අතින් බරකි. මීට අමතර ව ත්‍රිවිධ හමුදා ඔවුන්ගේ පවුල්වල සාමාජිකයන්ගේ සෞඛ්‍ය රැකවරණය ද හමුදාවලින් අපේක්ෂා කරති. මේ නිසා සෞඛ්‍ය සේවා සැපයිය යුතු මුළු පිරිස මිලියනයක් පමණ වේ.

එක්සත් ජාතීන්ගේ සාමසාධක හමුදා සඳහා වැඩි ම භට කණ්ඩායම් යවා ඇති රට බංග්ලාදේශයයි. හමුදාව නඩත්තු කිරීමට අවශ්‍ය පිරිවැයින් විශාල ප්‍රතිශතයක් ලැබෙන්නේ මේ ආදායමිනි. ඔවුනට විශාල හමුදාවක් නඩත්තු කළ හැකි ය. එක්සත් ජාතීන්ගේ සාමසාධක මෙහෙයුම්වල දී හැම පුද්ගලයකු හා හැම අයිතමයක් වෙනුවෙන් ම ගෙවීමක් කෙරෙන බැවින් එය සැලකිය යුතු ආදායමකි. හැරත්, අතීතයේ දී සාමාරක්ෂණයට වඩා ශ්‍රී ලංකා හමුදාවලින් ඉල්ලා සිටිනු ලැබූයේ සාමය බලාත්මක කිරීමේ කටයුත්තයි. එහි ගෙවීම් මට්ටම ද ඉහළ විය. අදාළ අවශ්‍යතා සම්පූර්ණ කිරීමෙන් තොර ව එක්සත් ජාතීන්ගේ මෙහෙයුම් සඳහා භට පිරිස් යැවිය නොහැකි අතර එහි දී එක් භට කණ්ඩායමක වෛද්‍ය බලකායක් සිටීම අත්‍යවශ්‍ය ය. ඒ අවශ්‍යතාව සිවිල් වෛද්‍යවරුන්ගෙන් සම්පූර්ණ කළ නොහැකි ය. එබැවින් පාබල, ගුවන් හා නාවික හමුදා සඳහා විශේෂයෙන් පුහුණු කරනු ලැබූ වෛද්‍යවරුන් අවශ්‍ය ය. ඔවුන්ගේ යෝජනාව වුයේ 2010 සිට වෛද්‍ය කැඩෙට්වරුන් 25 දෙනෙකු දැවුරුදු පුහුණුව සඳහා රුහුණු විශ්වවිද්‍යාලයේ වෛද්‍ය පීඨයට යවා 2012 දෙවැනි එම්. බී. බී. එස්. විභාගය සම්පූර්ණ කරන තෙක් එහි පුහුණුව දීමයි. රුහුණු විශ්වවිද්‍යාලයේ වෛද්‍ය පීඨය ස්ථාපිත කළාක් මෙන් ඒ අතර කොතලාවල ආරක්ෂක විශ්වවිද්‍යාලයේ වෛද්‍ය විද්‍යාලයක් ස්ථාපනය කර තුන් වැනි වසර පාඨමාලාවට ඔවුන් අවශෝෂණය කරනු ලැබේ.

කොතලාවල ආරක්ෂක විශ්වවිද්‍යාලයේ වෛද්‍ය පීඨය විසින් මේ ඉල්ලීම ප්‍රතික්ෂේප කරනු ලැබී ය.

අපි සියල්ලෝ ම යෝජනාවට එකඟ වීමු. සැලැස්මක් ද යෝජනා කරන ලදී. මුල් තීරණය වූයේ 2010 දී 25ක කැඩෙට් කණ්ඩායමක් ඇතුළත් කර ගෙන අවුරුදු දෙකක පුහුණුව සඳහා ඔවුන් රුහුණු විශ්වවිද්‍යාලයේ වෛද්‍ය පීඨය වෙත යැවීමයි. මේ කාලය තුළ කොතලාවල ආරක්ෂක විශ්වවිද්‍යාලය ගොඩනැගෙනු ඇත. කොළඹ හා ත්‍රිවිධ හමුදා රෝහල්වල සායනික පුහුණුව ලැබීම සඳහා කැඩෙට්වරුන් කොතලාවල ආරක්ෂක විශ්වවිද්‍යාලයට ආපසු පැමිණෙනු ඇත. කල් තබා මම මේ සැලැස්මේ අනතුර දිටිමි. ඊට මගේ ක්ෂණික ප්‍රතිචාරය මෙසේ විය.

''නෑ. ඔබට මෙය කිරීමට අවශ්‍ය නම් හමුදා ඉතා ජනප්‍රිය වී තිබූ 2009 ජූලියේ මෙය සිදු කරන්න. එවිට ඕනෑ ම ඉල්ලීමක් ලැබෙනු ඇත. 2010 ජූලි මස වන විට මේ ජනාදරය අඩු වී ගොස් දේශපාලන තත්ත්වය ද වෙනස් වනු ඇත. එවිට මීට සහයෝගය දැක්වීම අපහසු ය.''

කණ්ඩායමම එය පිළිගත්හ. තිබුණේ සීමාසහිත කාලයකි. කඩිනමින් මම රුහුණු විශ්වවිද්‍යාලයේ උපකුලපතිට යැවීම සඳහා ලිපියක් සකස් කළෙමි. ඔහු එය පීඨාධිපතිට හා පීඨ මණ්ඩලයට ඉදිරිපත් කරනු ඇත. ආරක්ෂක අමාත්‍යාංශයේ ලේකම් විසින් අත්සන් කරන ලද ලිපිය දිනක් ඇතුළත දී යවනු ලැබිණ. කොතලාවල ආරක්ෂක විශ්වවිද්‍යාලයට වෛද්‍ය පීඨයක අවශ්‍යතාව පිළිබඳ ව නගන ලද ප්‍රශ්න කිහිපයක් හැරුණු කොට කිසිදු විරෝධයකින් තොර ව ඊළඟ පීඨ මණ්ඩල රැස්වීමේ දී ලිපිය අනුමත විය. අනතුරු ව එය රුහුණු විශ්වවිද්‍යාලයෙන් අනුමත වූ අතර රුහුණ විශ්වවිද්‍යාලය හා කොතලාවල ආරක්ෂක විශ්වවිද්‍යාලය අතර අවබෝධතා ගිවිසුමක් ද අත්සන් කෙරිණි. 2009.09.30 දින ශිෂ්‍යයෝ වෛද්‍ය පීඨයට ඇතුළත් කර ගන්නා ලද හ.

කොතලාවල ආරක්ෂක විශ්වවිද්‍යාලයේ වෛද්‍ය පීඨයේ ආරම්භක පීඨාධිපති ලෙස මා පත් වූ අතර සප්ත වාර්ෂික නිවාඩුව ලබමින් මම සේවා ස්ථානය වෙනස් කළෙමි. වෛද්‍ය පීඨය ස්ථාපිත විය. යට කී පරමාර්ථය උදෙසා සැලසුම් කරන ලද නවීන සායනික කුසලතා විද්‍යාගාරයකින් ද සමන්විත හොඳ ම වෛද්‍ය විද්‍යාලවලින් එකක් කොතලාවල ආරක්ෂක විශ්වවිද්‍යාලයේ ගොඩනැංවිණ. අතිරේක වැටුපකින් තොර ව සුළු දීමනාවක් පමණක් ලබමින් මම මගේ සප්ත වාර්ෂික නිවාඩුව එහි ගත කළෙමි. දෙවසරකට පසු මා ඉන් ඉවත් වන විට, නිසි අවස්ථාවේ දී තුන් වැනි කණ්ඩායමේ පළමු වසර සිසුන් ඇතුළත් කර ගැනීම සඳහා පළමු ගොඩනැගිල්ල සූදානම් ව තිබිණ. මේ කාලයේ දී මම ද මගේ පෞද්ගලික සේවාවෙන් විශාල සරියක් මේ ව්‍යාපෘතිය වෙනුවෙන් කැප කළෙමි. පිටත් ව යෑමට පෙර කොතලාවල ආරක්ෂක විශ්වවිද්‍යාලයේ ශික්ෂණ රෝහල පිළිබඳ ව්‍යාපෘති යෝජනා මම සම්පූර්ණ කළෙමි. ඇඳන් 704කින් යුත් මෙය දිවයිනේ හොඳ ම සැලසුම් ගත ශික්ෂණ රෝහලකි.

කොතලාවල ආරක්ෂක විශ්වවිද්‍යාලයට වෛද්‍ය ශිෂ්‍යයන් බඳවා ගැනීම

කොතලාවල ආරක්ෂක විශ්වවිද්‍යාලයට කැඩෙට් නිලධාරීන් තෝරා ගැනීම සඳහා ඇත්තේ සම්පූර්ණයෙන් වෙනස් ක්‍රමයකි. වෛද්‍ය කැඩෙට් නිලධාරීන් බඳවා ගැනීම සඳහා යම් සංශෝධන සහිත ව මේ ක්‍රමය භාවිතයට ගෙන ඇත.[38] පළමු ව දිවයිනේ වෛද්‍ය විද්‍යාව සඳහා තිබිය යුතු අවම z ලකුණට (සාමාන්‍යයෙන් 0.7, කිලිනොච්චිය) ඉහළ z ලකුණක් හා වෙනත් කායික ලක්ෂණ සහිත සුදුසුකම් ලත් අපේක්ෂකයන්ගෙන් අයදුම් පත් කැඳවනු ලැබේ. අනතුරු ව මගේ මට්ටමේ දී මම 1.0ට වැඩි z ලකුණක් සහිත සිසුන් පමණක් කෙටි ලේඛන ගත කරමි. අනතුරු ව ලේඛකාධිකාරී මට්ටමේ දී අවශ්‍ය කායික ලක්ෂණවලින් (උස/ පපුවේ වට ප්‍රමාණය) තොර අපේක්ෂකයන්

ඉවත් කෙරේ. වෛද්‍ය පරීක්ෂණයක් ද පැවැත්වෙන අතර ප්‍රථම සම්මුඛ පරීක්ෂණයේ දී උස, බර හා පපුවේ ප්‍රමාණය මැනීමෙන් පසු තවත් කොටසක් ඉවත් කෙරේ.

ඊට පසු z ලකුණ (20), ඉංග්‍රීසි භාෂා ප්‍රවීණතාව (10), ක්‍රීඩා දක්ෂතා (20), නායකත්ව කුසලතා/විෂය බාහිර ක්‍රියාකාරකම් (20), ශිෂ්‍ය භට සාජන්/ජනාධිපති බාලදක්ෂ (10), සම්මුඛ පරීක්ෂණ කාර්යසාධනය (20) (සාමාන්‍ය දැනීම (05), පෞරුෂය හා දරා ගැනීම (10), ඉදිරිපත් වීම (05) පදනම් කර ගනිමින් සවිස්තර තක්සේරුවක් සිදු කෙරේ. ඉහළ ම ලකුණු ලබා ගත් අපේක්ෂකයන් දෙ වැනි පරීක්ෂණය සඳහා කැඳවනු ලැබේ.

දෙවැන්න නිලධාරීන් ලෙස සුදුසුකම් ලැබීමේ පරීක්ෂණයකි (OQT). ඉංග්‍රීසි විෂයයේ න්‍යායික හා ප්‍රායෝගික පරීක්ෂණයක්, සාමාන්‍ය දැනීම, මනෝවිද්‍යාත්මක සමත් - අසමත් පරීක්ෂණයක්, බුද්ධි ඵල පරීක්ෂණයක් හා විෂය සුවිශේෂී (ජීව විද්‍යා හා ගණිත) පරීක්ෂණයක් ඊට අයත් ය. ඒ සමඟ ශාරීරික අභ්‍යාස පරීක්ෂණය, නිරීක්ෂණ මනෝමිතික පරීක්ෂණය ඒකල හා සමූහ නායකත්ව කුසලතා පරීක්ෂණ හා ක්ෂණික කථා යන ප්‍රායෝගික පරීක්ෂණ ද වේ.

දෙදින වැඩි ම සමස්ත ලකුණු අනුව තෝරා ගන්නා ලද කණ්ඩායම, ආරක්ෂක ලේකම්, ත්‍රිවිධ හමුදාපතිවරුන්, රාජ්‍ය පරිපාලන අමාත්‍යාංශ නියෝජිතයෙකු, උපකුලපති, පීඨාධිපති හා ලේඛකාධිකාරී යන අයගෙන් සමන්විත සම්මුඛ පරීක්ෂණ මණ්ඩලයක් විසින් සම්මුඛ පරීක්ෂණයට භාජන කෙරේ. සම්මුඛ පරීක්ෂණය පදනම් කරගනිමින් ද ලකුණු ප්‍රදානය කෙරේ. කොතලාවල ආරක්ෂක විශ්වවිද්‍යාලයේ වෛද්‍ය පාඨමාලාව හැදෑරීම සඳහා තෝරා ගැනෙනුයේ දින තුනේ ම ඉහළ ම ලකුණු ලබා ගන්නා අපේක්ෂකයන් ය. සිසුන් පිළිබඳ ව බුද්ධි අංශ විසින් සොයා බැලීමක් ද සිදු කෙරෙන අතර ඇපකරුවන් දෙදෙනෙකු රුපියල් මිලියන පහක බැඳුම්කරයක් ආරක්ෂක අමාත්‍යාංශය සමඟ අත්සන් කළ යුතු ය.

අපි අ.පො.ස. උසස් පෙළ සුදුසුකම් ලත් රුහුණු විශ්වවිද්‍යාලයේ ස්වේච්ඡා ශිෂ්‍ය කණ්ඩායමක්, කොතලාවල ආරක්ෂක විශ්වවිද්‍යාලයේ පළමු කණ්ඩායමේ කැඩෙට්වරුන් 25 දෙනෙකු සමඟ සසඳමින් අධ්‍යයනයක් කළෙමු. අ.පො.ස. උසස් පෙළ Z ලකුණින් හා ඉංග්‍රීසි දැනුමෙන් රුහුණේ ශිෂ්‍යයෝ ඉහළට පැමිණියහ. එහෙත් සාමාන්‍ය දැනීමෙන්, බුද්ධි ඵලයෙන් හා ක්ෂණික කථාවෙන් ඔවුන් ලබාගත් ලකුණු අඩු විය. වෙනස-කම් වෙසෙසි විය.[39]

පුහුණු කාලයේ දී සියලු හමුදා වෛද්‍ය ශිෂ්‍යයෝ වෛද්‍ය පාඨමාලා වැඩවලට අමතර ව හමුදා නිලධාරීන්ගේ හා උපදේශකවරුන්ගේ අධීක්ෂණය යටතේ කඳවුර තුළ දැඩි කාලසටහනකට අනුව ශාරීරික අභ්‍යාසවල, යුද පුහුණුවේ හා ඉංග්‍රීසි ඉගෙනීමෙහි යෙදෙති. උදෑසන 5.00ට අවදි වූ තැන් පටන් රාත්‍රි ආහාරය දක්වා ඔවුනට විනයානුකූල දෛනික ආකාරිකයක් හා වෘත්තිකභාවය වර්ධනය කිරීමට අවශ්‍ය සියලු පහසුකම් සහිත අධීක්ෂිත ඉගෙනුම් පරිසරයක් යටතේ අධ්‍යයන කටයුතු සඳහා වෙන් වූ අනිවාර්ය කාලයක් ද වේ. අප බොහෝ දෙනෙකු මවිතයට පත් කළ එක් සිද්ධියක් නම් රුහුණු විශ්වවිද්‍යාලයේ වෛද්‍ය පීඨයේ ශිෂ්‍යයන් බොහෝ දෙනෙකුට වඩා අඩු Z ලකුණක් ගත් කොතලාවල ශිෂ්‍යයකු ප්‍රථම පංති සාමර්ථ්‍යයක් හා විශිෂ්ට සාමර්ථ්‍ය තුනක් ලබා ගනිමින් කණ්ඩායමේ ප්‍රමුඛයා වීම ය. ඒ වර්ෂයේ රුහුණු විශ්වවිද්‍යාල වෛද්‍ය පීඨයට සාපේක්ෂ ව කොතලාවල සිසුහු වැඩි ගෞරව සාමර්ථ්‍ය අනුපාතයක් හා සාමර්ථ්‍යතා අනුපාතයක් පෙන්වූහ. මේ වෙනසට හේතුව තෝරා ගැනීම හා විනය බව මම විශ්වාස කරමි.

කොතලාවල ආරක්ෂක විශ්වවිද්‍යාලයේ වෛද්‍ය කැඩෙට් නිලධාරීන් රැකියාවේ ස්ථාපිත කෙරෙනුයේ ඒ ඒ හමුදා විසිනි. ඔවුනට යුද හමුදාවේ උපලුතිනන් තනතුරට නොහොත් අනෙකුත් හමුදාවල ඒ හා සමාන නිලයන්ට හිමි වැටුප ගෙවනු

ලැබේ. ඔවුනට පුහුණුව හා අධ්‍යාපනය ද පරිගණක, නිල ඇඳුම් හා ආහාර පාන ද ලැබේ. කෙසේ වුව ද ටියුෂන් හැරුණු විට දෙන ලද පරිගණක, ආහාරපාන ආදී සියලු දෑ සඳහා වැය වූ මුදල වැටුපෙන් අඩු කර ගනු ලැබේ. ඔවුන් කැඩෙට් නිලධාරී කාලය තුළ අවුරුදු පහක් ද උපාධිය ලැබීමෙන් පසු අවුරුදු 12ක් ද යන පරිදි 17 අවුරුදු බැඳුම්කරයකට යටත් ය. දොළොස් අවුරුදු සේවා කාලයක් සම්පූර්ණ කිරීමෙන් පසු ව වුව ද සේ-වයෙන් ඉවත් වීමට ඔවුනට හමුදාපතිවරුන්ගේ අවසරය අවශ්‍ය ය. හමුදාවල ජීවන රටාවට හැඩ ගැසුණු විට හා එම පුහුණුවේ හා රැකියාවේ නිරත කාලය තුළ ලබන විනයට අනුගත වූ විට ඔවුන් 12 වසරකට පසු ව වුව ද සේවයෙන් ඉවත් වීමට ඇති නැඹුරුව අඩු යැයි උපකල්පනය කෙරේ. ඒ කාලය තුළ පශ්චාත් උපාධි අධ්‍යයන කටයුතුවල නිරත වෙත් නම් බැඳුම්කර කාලය දික් කෙරේ. ඒ ක්‍රියාවලියේ දී ත්‍රිවිධ හමුදා ඔවුන්ගේ සේවය සඳහා සුදුසු වෛද්‍යවරුන් ලබා ගනී.

කොතලාවල ආරක්ෂක විශ්වවිද්‍යාලය මේ වන විට එක් කණ්ඩායමක 25 බැගින් දෑනට හමුදාවල සේවයේ යෙදෙන වෛද්‍ය කණ්ඩායම් තුනක් බිහි කර ඇති අතර එමගින් වෛද්‍ය නිලධාරීන්ගේ හිගයෙන් පෙළුණු ත්‍රිවිධ හමුදාවලට ලැබී ඇත්තේ විශාල සහනයකි. කොතලාවල ආරක්ෂක විශ්වවිද්‍යාලය සෞඛ්‍ය සේවයේ විශේෂඥ වෛද්‍යවරුන්ගෙන් ලැබෙන ප්‍රතිපෝෂණ උපයෝගී කර ගනිමින් සීමාවාසිකත්වයක් ලෙස තම උපාධිධාරීන්ගේ ගුණාත්මය ඇගයීමට ලක් කර ඇත. රටේ මෙවැන්නක් සිදු කරන එක ම වෛද්‍ය විද්‍යාලය මෙයයි.[40] ආකල්ප, කාලඥ බව, චර්යාව, ආචාරශීලි බව හා තදනුභූතිය සම්බන්ධ ප්‍රතිපෝෂණ විශිෂ්ට ය. සුළු වශයෙන් පහළ ශ්‍රේණිය ලැබී ඇති එක ම ක්ෂේත්‍රය හදිසි අනතුරු පුහුණුව ය. මෙය සියලු වෛද්‍ය විද්‍යාලවල දක්නට ලැබෙන දුර්වලතාවක් වන අතර ඒ සඳහා සෞඛ්‍ය අමාත්‍යාංශය පිළියම් සොයමින් සිටී.

තාක්ෂණය හා වෛද්‍යය පිළිබඳ දකුණු ආසියාතික ආයතනය (සයිටම් - SAITM)

සයිටම් ආයතනය ආරම්භ වුයේ තාක්‍ෂණය හා කළමනාකරණය පිළිබඳ දකුණු ආසියාතික ආයතනය (South Asian Institute of Technology and Management) ලෙස ය. එය එහි විෂය පථය යටතේ ශාස්ත්‍ර අය කරන වෛද්‍ය විද්‍යාලයක් ස්ථාපිත කිරීමෙන් පසු කළමනාකරණය (Management) යන්න වෛද්‍යය (Medicine) ලෙස වෙනස් කළේ ය. මෙය සිදු කරන ලද්දේ එවක බලයේ සිටි රජයේ පූර්ණ අනුග්‍රහය යටතේ ය. ආයතනය පිහිටුවන ලද්දේ තනි හිමිකරුවෙකුගේ මූල්‍ය දායකත්වයෙනි. 2008 වර්ෂයේ ආරම්භ වූ ඇතුළත් කර ගැනීම් 2017 දක්වා ම සිදු වෙමින් තිබේ. විවිධ හේතු නිසා රාජ්‍ය වෛද්‍ය විද්‍යාලවල වෛද්‍ය ශිෂ්‍ය සංගම්, රජයේ වෛද්‍ය නිලධාරීන්ගේ සංගමය හා අන්තර් විශ්වවිද්‍යාලයීය ශිෂ්‍ය බලමණ්ඩලය එය ආරම්භයේ සිට ම ඊට විරෝධය පළ කරන්නේ ය. කෙසේ වුව ද එක ම රාජ්‍ය විශ්වවිද්‍යාල වෛද්‍ය පීඨයක් හෝ එක ම වෛද්‍ය පීඨ ගුරු සංගමයක් හෝ 2017 ජනවාරිය වන තෙක් ඊට විරෝධතාවක් දැක්වූයේ නැත. සුළු පරිමාණ ශිෂ්‍ය විරෝධතා පැවතිය ද ඉන් ඔවුන්ගේ අධ්‍යාපනයට බාධා එල්ල වූයේ නැත. රජයේ වෛද්‍ය නිලධාරීන්ගේ සංගමය විරෝධය දැක්වූයේ ද මහජන සෞඛ්‍ය සේවා බිඳ වැටෙන වර්ජනවලින් තොර ව ය. මෙය ඉහළ මට්ටමකට පැතිරී ගියේ 2017 ජනවාරි මස සිට රජයේ වෛද්‍ය විද්‍යාල අටේ ම ශිෂ්‍යයන් විරෝධය දැක්වීම සඳහා පන්ති වර්ජනය කිරීමත් සමඟ ය. කෙසේ වුව ද මෙය 1987 සිදු වීම්වලට හාත්පසින් ම විරුද්ධ ය. 1987 දී කොළඹ වෛද්‍ය පීඨයේ ශිෂ්‍යයින් පන්ති වර්ජන තීරණයකට එළඹුනේ රහස් ඡන්දයකිනි. එයට එක ම ශිෂ්‍යයෙක් වත් විරුද්ධ නො වී ය. ඉල්ලීම වූයේ උතුරු කොළඹ වෛද්‍ය විද්‍යාලය, කොළඹ විශ්වවිද්‍යාලයේ වෛද්‍ය පීඨයෙන් වෙන් කිරීම ය. එහෙත් මෙවර සිදු වී ඇත්තේ අන්තර් විශ්වවිද්‍යාලයීය ශිෂ්‍ය බලමණ්ඩලයේ නායකයන් විසින් වර්ජනය කිරීමට ශිෂ්‍යයන්ට බලකිරීම ය.

කිසිදු ශිෂ්‍යයකුට ඊට විරුද්ධ ව වචනයක් හෝ කතා කිරීමට ඉඩ නො ලැබේ.

2017 ජනවාරි මාසයේ සිට රජයේ වෛද්‍ය නිලධාරීන්ගේ සංගමය වරින් වර දැඩි වෘත්තීය සමිති ක්‍රියාමාර්ගවලට එළඹියේ ය. මුල දී ඔවුන්ගේ ඉල්ලීම් වෙනස් විය. වෛද්‍ය ශිෂ්‍ය සංගම්වල හා අන්තර් විශ්වවිද්‍යාලීය ශිෂ්‍ය බලමණ්ඩලයේ ඉල්ලීමක් වූයේ 'සයිටම්' ජනසතු කිරීම හෙවත් අහෝසි කිරීමයි ; එනම් වසා දැමීමයි. ඔවුන් පන්ති වර්ජනය ආරම්භ කළේ 2017.01.31 දින අභියාචනාධිකරණ තීන්දුව ලැබීමට ඉතා ආසන්නයේ දී ය. රජයේ වෛද්‍ය නිලධාරීන්ගේ ඉල්ලීම වූයේ අභියාචනාධිකරණ තීන්දුව කුමක් වුව ද තාවකාලික ලියාපදිංචිය නොදිය යුතු බවයි. මීට පදනම් වූ ප්‍රධාන කරුණ වූයේ 'සයිටම්' හි සායනික පුහුණු පහසුකම් ප්‍රමාණවත් නොවන බවත් එනයින් ප්‍රමිති පහළ බවත් ශ්‍රී ලංකා වෛද්‍ය සභාවේ පරීක්ෂණ කණ්ඩායම විසින් වාර්තා කර තිබීම ය. මෙයට අමතර ව 'සයිටම්' බලධාරීන් විසින් වෛද්‍ය විද්‍යාලයක් ස්ථාපිත කිරීම සඳහා අනුගමනය කර තිබූ ක්‍රමවේද ඔවුනට පිළිගත නොහැකි විය. දැන් රජයේ වෛද්‍ය නිලධාරීන්ගේ සංගමය හා ශ්‍රී ලංකා වෛද්‍ය සභාව අභියාචනාධිකරණ තීන්දුව නිෂ්ප්‍රභ කරන ලෙස ඉල්ලා උපරිමාධිකරණයට අභියාචනයක් ඉදිරිපත් කර ඇත.

වෛද්‍ය අධ්‍යාපනයේ අර්බුදය කුමක් ද?

මා අදහස් කරන පරිදි අද වෛද්‍ය අධ්‍යාපනයේ අර්බුදය වන්නේ කන්නන්ගර ප්‍රතිසංස්කරණ පිළිබඳ ව ඉන් ප්‍රතිලාභ ලැබූ උගතුන් තුළ ඇති අනවබෝධයයි. මේ ගැටුම අප රටේ වර්තමාන හා අනාගත උසස් අධ්‍යාපන ප්‍රතිපත්තිය සම්බන්ධ විවාද කේන්ද්‍ර කර ගත් එකකි. ඔබට දකින්නට හැකි පරිදි එය, මේ රජයේ කොයියම් ආකාරයක හෝ පොදු එකඟතාවකින් තොර අධ්‍යාපන, සෞඛ්‍ය හා ආර්ථික ප්‍රතිපත්තිවල බොහෝ ක්ෂේත්‍ර පුරා අතු ඉති විහි දී ගිය ඉතා සංකීර්ණ ප්‍රස්තුතයකි. අප

එකඟතාවකට පැමිණිය යුතු එක ම ප්‍රතිපත්තිමය තීරණය ශ්‍රී ලංකාවේ උසස් අධ්‍යාපනයේ පෞද්ගලික අංශ හවුල්කරුවන්ගේ භූමිකාව පිළිබඳ ව වූවකි. අද රාජ්‍ය විශ්වවිද්‍යාලවලට වඩා රාජ්‍ය නොවන, ගාස්තු අය කරන උසස් අධ්‍යාපන ආයතනවල සිටින ශිෂ්‍ය සංඛ්‍යාව (75 000ට) වැඩි හෙයින් එය ''භූමිකාවක් නැත'' යනු විය නොහැකි ය. සත්‍ය වශයෙන් ම අන්තර් විශ්විද්‍යාලයීය ශිෂ්‍ය බලමණ්ඩලයේ හා වෛද්‍ය ශිෂ්‍ය සංගම්වල මත ගැටුම වෛද්‍ය අධ්‍යාපනය විෂයයෙහි පමණක් පවතින අතර වෙනත් විෂයයන් සම්බන්ධයෙන් භූමිකාව පිළිගැනීමට ලක් වී ඇත. මේ සම්බන්ධ රජයේ වෛද්‍ය නිලධාරීන්ගේ සංගමයේ ස්ථාවරය පැහැදිලි නැත.

අනෙකුත් සියලු මතභේදාත්මක සාධක විවාදාපන්න කරුණු වේ. ඒ පිළිබඳ ව ලෝකයෙන් ලැබෙන විද්‍යාත්මක සාක්ෂ්‍ය පදනම් වූ සම්මුතියක් හෝ පොදු එකඟතාවක් හෝ නොමැත්තේ ය. මෙයට අන්තර්ගත වන ඇතුළත් වීමේ නිර්ණායක ගෝලීය වශයෙන් බෙහෙවින් වෙනස් වෙයි. එහෙත් ශ්‍රී ලංකාවේ ඒවා ස්ථාවර ව පවතින්නේ අවිද්‍යාත්මක දේශපාලන පදනම නිසා ය. වෛද්‍ය අධ්‍යාපනය පිළිබඳ ලෝක සංසදය (World Federation of Medical Education) විසින් අර්ථදක්වන ලද අවම ප්‍රමිතිවලට පරාසයක් ඇතුළත් වන අතර එය ස්ථාවර නීති විසින් නොව මූලධර්ම විසින් මෙහෙයවනු ලබයි. වර්තමාන 'සයිටම්' විරෝධී සටන කරලියට ගෙන ඒමට පදනම් කරගෙන ඇති ඇඳන් සංඛ්‍යාව හා රෝගීන් සංඛ්‍යාව වැනි සාධකවලට ලෝකයේ එකඟතාවක් නැත. ඇතැම් දියුණු රටවල හා නැගෙනහිර යුරෝපයේ ඉතා හොඳ වෛද්‍ය විද්‍යාල ඇත. ඒවායේ සැබෑ රෝගීන් ඇසුරින් කෙරෙන පුහුණුවට වඩා ඇත්තේ විඩම්බනය මගින් කෙරෙන පුහුණුව ය. ඊට හේතුව එම රටවල රෝගීන්ගේ පෞද්ගලිකත්වය, ස්වාධීනත්වය හා අයිතිවාසිකම් හේතුවෙන් ඔවුන් වෙත ප්‍රවේශ වීමට නොහැකි වීමයි. මින් සමහරක් ශ්‍රී ලංකා වෛද්‍ය සභාව විසින් හඳුනා ගනු ලැබ ඇත. ඉන්දියන් වෛද්‍ය සභාව වාර්ෂික ව ශිෂ්‍යයින් 150

දෙනෙකු ඇතුළත් කර ගැනීම සඳහා ආරම්භයේ දී 70%ක යහන් ගත රෝගී අනුපාතයකින් යුත් ඇඳන් 300ක රෝහලක් නිර්දේශ කරන අතර ශිෂ්‍යයන් 100ක් සඳහා ඇඳන් 470 දක්වා වැඩි කිරීමට යෝජනා කරයි. ප්‍රමාණවත් යහන්ගත රෝගී සංඛ්‍යාවක් සහිත ඇඳන් 500ක රෝහලක් මැලේසියන් වෛද්‍ය සභාවේ නිර්දේශය වේ. ගෝලීය පසුබිම යටතේ වර්තමාන 'සයිටම්' විරෝධී අරගලය මතු වීමට හේතු වූ ප්‍රස්තුත විවාදයට තුඩු දෙන ඒවා බව ද, ශ්‍රී ලංකාවේ හැරුණු විට ගාස්තු අය කර වෛද්‍ය අධ්‍යාපනය දීමේ රාජ්‍ය නොවන අංශයේ භූමිකාව පිළිබඳ ව ගෝලීය වශයෙන් පොදු සම්මුතියක් තිබෙන බව ද කෙනෙකුට පෙනී යනු ඇත.

කෙසේ වුව ද මේ රටේ වෛද්‍ය අධ්‍යාපනය පිළිබඳ තීරණ ගැනීමේ අයිතිය පාර්ශ්වකරුවන් එක් අයෙකුට හෝ දෙදෙනෙකුට පැවරිය හැකි නො වේ. එම ක්‍රියාවලිය දේශපාලනීකරණය කිරීමෙන් සිදු වන්නේ අද දකින්නට ලැබෙන පරිදි රට විනාශයේ මාවත ඔස්සේ ගමන් කිරීමයි. එහිදීර්ඝ කාලීන ප්‍රතිඵලය වන්නේ අප රට මානව සංවර්ධන දර්ශක අතින් ආපස්සට ගමන් කිරීමයි. සයිටම් සටනෙහි නිරත සියලු පාර්ශ්ව මෙය අවබෝධ කරගත යුතු ය.

වෛද්‍ය විද්‍යාව හැදෑරීමට එතෙර යන විශාල ශිෂ්‍ය සංඛ්‍යාවට එක ද විරෝධතාවක් වත් නොදක්වෙන බැවින් මේ රටේ රාජ්‍ය නොවන අංශයේ හවුල්කරුවන්ට තනි ව වෛද්‍ය අධ්‍යාපනයේ භූමිකාවක් දැරිය නොහැකි ය යන්න යෝජනාවක් ලෙස සනාථ කළ නොහැකි ය. මේ ශිෂ්‍යයන්ට ශ්‍රී ලංකාව තුළ දේශීය පරිසරයක මනා ව නියාමනය කරන ලද පුහුණු වැඩසටහනක් යටතේ වෛද්‍ය විද්‍යාව හැදෑරීම ඊට වඩා බොහෝ හොඳ ය. අග්නිදිග ආසියාවේ බොහෝ රටවලට වඩා හොඳ අධ්‍යාපන ක්‍රමයක් ඇති ශ්‍රී ලංකාව ඒ සඳහා වඩා හොඳ අධ්‍යාපනික මධ්‍යස්ථානයක් ද වන අතර එය විදේශ විනිමය උපයා ගැනීමේ ද මාර්ගයකි. එහෙත් අප වසරකට රුපියල්

බිලියන ගණනක් වැය කරමින් ඉහළ පිරිවැයකට ශිෂ්‍යයින් ඉන්දියාව, බංග්ලාදේශය, පාකිස්ථානය, නේපාලය වැනි රටවලට යවන්නෙමු. අප කැමති වුවත් නැතත් මේ සන්දර්භය තුළ අ.පො.ස උසස් පෙළ යෝග්‍යතා පරීක්ෂණයෙන් ඉගෙනීමේ හැකියාව ප්‍රදර්ශනය කරතත් රාජ්‍ය විශ්වවිද්‍යාලවල ඊට අවස්ථාව නොලබන මුදල් වියදම් කිරීමේ හැකියාව ඇත්තන්ට අධ්‍යාපනය භාණ්ඩයක් ලෙස ලබා ගත හැකි විය යුතු ය. ඉගෙනීමේ හැකියාව ඇති එහෙත් ඊට අවස්ථාව නොමැති, වියපැහැදම් කිරීමේ හැකියාව ද නොමැති, අයට පළමු ව මිල දී ගෙන පසු ව ගෙවීමේ බැංකු ණය වැනි වෙනත් මූල්‍යාධාර දීමේ යන්ත්‍රණ ගැන සාකච්ඡා කොට තීරණය කර ගත හැකි ය. අද මා දුප්පතෙකු නොවී සිටින්නේ පැහැදිලි ව ම උසස් අධ්‍යාපනය නිසා බැවින් දුප්පත්කම හා බඩගින්න දුරලීම සඳහා උසස් අධ්‍යාපනයේ අවශ්‍යතාව මම තේරුම් ගෙන සිටිමි. අද දිවංගත ආචාර්ය සී. ඩබ්ලිව්. ඩබ්ලිව්. කන්නන්ගර විසින් නිර්මාණය කරන ලද නිදහස් අධ්‍යාපන වැඩසටහන දුප්පත් ජනයාගේ දුප්පත්කම හා බඩගින්න දුරලීමේ ''ශිෂ්ටාචාරයක්'' බවට පත් ව ඇත්තේ බඩගින්න දුරලීම සඳහා අතීත ශ්‍රී ලංකාවේ තිබූ වාරිමාර්ග පද්ධතිය ලෙසිනි.

මේ සම්බන්ධ ව සම්මුතියකට එළඹීමටත් සම්මුතියෙන් ඔබ්බට ක්‍රියාත්මක වීමටත්, සියලු පාර්ශ්වකරුවන් කේවල් කිරීමේ බලය භාවිත කිරීමෙන් තොර ව සමාන හවුල්කරුවන් ලෙස ප්‍රස්තුත කරුණු පිළිබඳ ව ඔවුනොවුන් සමඟ ගිවිසගත යුතු අතර සංවර්ධනාත්මක සංවාදයක් ගොඩනංවනු වස් විද්‍යාත්මක දත්ත භාවිත කළ යුතු ය. මෙහි ලා ශ්‍රී ලංකා රජය, ශ්‍රී ලංකා වෛද්‍ය සභාව, විශ්වවිද්‍යාල වෛද්‍ය පීඨ, තෝරා පත් කර ගන්නා ලද ශිෂ්‍ය සංගම් සාමාජිකයින්, දේශපාලන පක්ෂ නියෝජිතයින්, වෘත්තීය සමිති හා විද්වතුන් සේ ම උනන්දුවක් දක්වන මහජන කණ්ඩායම් පාර්ශ්වකරුවන් / හවුල්කරුවන් විය යුතුය. කිසියම් සංවිධානයකට මේ පිළිබඳ තීරණ ගැනීමේ සුවිශේෂී අයිතියක් නොතිබිය යුතු අතර කිසිවෙකුටත් නිෂේධ

බලයක් නොතිබිය යුතුය. හැම හවුල්කරුවෙකුගේ භූමිකා පැහැදිලි විය යුතු ය. නිදසුනක් ලෙස ශ්‍රී ලංකා වෛද්‍ය සභාව වැනි නියාමන සංස්ථාවක් රජයට ප්‍රතිපත්ති නිර්දේශ නොකළ යුතු අතර රාජ්‍ය හා පෞද්ගලික අංශ සඳහා එක ම මිනුම් දඬු භාවිත කරමින් වෛද්‍ය අධ්‍යාපන ආයතනවල ප්‍රමිතිය පවත්වා ගන්නා ආකාරය සම්බන්ධ උපදෙස් දීම කළ යුතු ය.

කූනම් (Coonam) ප්‍රකාශ කළාක් මෙන් මෙය පෞද්ගලීකරණයක් නොවන අතර අවස්ථා නොලබන්නන්ට අවස්ථා නිර්මාණය කිරීමක් පමණි. තව ද ඉන් දිස්ත්‍රික් පංගු ක්‍රමය හා අවවරප්‍රසාදිත පංගුව පදනම් කර ගත් විචයනය වැනි නිෂේධාත්මක අංග ද ආමන්ත්‍රණය වේ.

මේ පිළිබඳ ව කන්නන්ගරයන් විසින් උගන්වන ලද වැදගත් ම පාඩම කුමක් ද?

ධෛර්ය සම්පන්න ව දශක දෙකක් තිස්සේ අරගල කරමින් ද, වෙනස්කම් යෝජනා කරමින් හා අධ්‍යාපන ඇමතිවරයා ලෙස යටත් විජිත රජයේ හා එහි සුදු නිලධාරීන්ගේ සියලු කෙනහිලිකම්වලට, පුද්ගල අවශ්‍යතා පදනම් වූ ආගමික විරෝධතාවලට සහ නිදහස් අධ්‍යාපනයට එරෙහි වූ ආදි ශිෂ්‍ය සංගම්වලට ප්‍රතිපක්ෂ ව වෙනස ක්‍රියාත්මක කරමින් හා කළමනාකරණය කරමින් ද, ජාතියේ උන්නතිය වෙනුවෙන් අප අසල්වැසියන් පසු කොට ඉදිරි ගමනක යෙදීමට හැකි වන පරිදි රටේ සමස්ත අධ්‍යාපන පද්ධතියේ විපර්යාසයක් කිරීමට කන්නන්ගර මැතිඳුන්ට හැකි විය. එසේ කිරීමේ දී රාජ්‍ය මන්ත්‍රණ සභාවේ අති ප්‍රබල සාමාජිකයින් සමඟ උපක්‍රමශීලී ලෙස සටන් කිරීමට ඔහුට සිදු විය. විශිෂ්ට සන්නිවේදන උපකරණ සහිත මේ දැනුම් මූලික සමාජයේ අප ද ඇතුළු අප නායකයන් අතරින් කිහිප දෙනෙකුට හෝ ඔහුගේ ධෛර්යයෙන් හා අප්‍රතිහත කැපවීමෙන් අඩක් හෝ තිබිණි නම් 21 වැනි

සියවසේ අධ්‍යාපන පද්ධතියේ අවශ්‍ය වෙනස්කම් ඇති කිරීමට මීට වඩා වෙනස් ආකාරයකින් අප ක්‍රියාත්මක වනු ඇත්තේ ය.

වර්තමාන අර්බුදය පිළිබඳ මගේ අර්ථකථනය

'සයිටම්' යනු රෝගයක් නොවන බවත් රෝගය අධ්‍යාපන පද්ධතිය බවත් දැන් ඔබට වැටහෙනු ඇත. සයිටම් යනු අධ්‍යාපන ක්‍රමය නමැති රෝගයේ සායනික ලක්ෂණයක් පමණි. 1980 සිට හෝ ඊට පෙර සිට 40 වසරකට ආසන්න කාලයක් තිස්සේ පෞද්ගලික වෛද්‍ය අධ්‍යාපනය නම් ප්‍රස්තුතය විවාදයට භාජන කර ඇත. "පොහොසතුනට උරුමයෙන් ලැබෙන දේපළක් ව පැවති අධ්‍යාපනය හැමට කියවිය හැකි විවෘත ලිපියක් බවට පත් කළෙමි" යන කන්නන්ගරයන්ගේ ජනප්‍රිය කියමන ප්‍රකාශයට පත් වූ තැන් සිට අධ්‍යාපනය ව්‍යාප්ත වෙමින් තිබේ. නිදහස් අධ්‍යාපනය හා නිදහස් විශ්වවිද්‍යාලීය අධ්‍යාපනය හඳුන්වා දුන් තැන් සිට එය ඉදිරියට ගොස් ඇත. ප්‍රාථමික හා ද්විතීයික අධ්‍යාපන අවස්ථා වේගයෙන් ප්‍රසාරණය වී ඇති අතර එහි ප්‍රතිඵලයක් ලෙස අවශ්‍යතාව ඇත්තන්ට උසස් අධ්‍යාපන සේවාව සැපයීමේ අසමතුලිතතාවක් උද්ගත ව ඇත. කන්නන්ගර දැක්ම රාජ්‍ය මන්ත්‍රණ සභාවේ සභා ගත කර 74 වසරකට පසු එය ප්‍රතිසේවයන කිරීමෙන් මීට විසඳුම් සෙවිය යුතු ය. කන්නන්ගර දර්ශනය විකෘති වන පරිදි අපි ඔහුගේ දැක්ම වරදවා වටහාගෙන ඇත්තෙමු; මෙහෙවර ප්‍රකාශනයට වැරදි අර්ථකථන දී ඇත්තෙමු; වැඩසටහන් හා ක්‍රියාමාර්ග වැරදි ලෙස මෙහෙයවා ඇත්තෙමු. කනගාටුදායක කරුණ නම් එය සිදු කරන්නේ ඔහුගේ ම අධ්‍යාපන ප්‍රතිසංස්කරණවල ප්‍රතිලාභ ලත්, නොඑසේ නම් ප්‍රතිලාභ ලබමින් සිටින දරුවන් විසින් වීමයි. ඔවුහු එම ප්‍රතිසංස්කරණ වඩාත් ම අවශ්‍ය ජන කොටස්වල අනර්ථය පිණිස, අධ්‍යාපනය නැවතත් සී. ඩබ්ලිව්. ඩබ්ලිව්. කන්නන්ගර මහතා නිසා ම පොහොසත් වූ ධනවතුන්ගේ හා වරප්‍රසාද ලද්දවුන්ගේ නව පරපුරෙහි පරවේණි උරුමයක් බවට පත් කරමින් සිටිති. නිත්‍ය ලෙස ම දැන් උගත්, පොහොසත්

නව ප්‍රභූ පරපුර ප්‍රභූ පන්තිය වෙනුවෙන් වැඩි පංගුවක් ඉල්ලා සිටිමින් උසස් අධ්‍යාපනය වෙනුවෙන් මුදල් වැය කළ හැකි පොහොසතුන් එසේ කිරීමෙන් වළකා ලත් නම් හා එමගින් සාධාරණත්වය උදෙසා වතු කම්කරුවන් හා පැල්පත්වාසී ප්‍රජාව වැනි තෝරා ගත් ඉලක්ක කණ්ඩායම් කරා සුබසාධනය ව්‍යාප්ත කිරීම වක්‍ර ලෙස වළකත් නම් එය එසේ වනු ඇත. 'සයිටම්' විරෝධී සටන සම්බන්ධ මගේ කියවීම හා අවබෝධය එය වේ.

එබැවින් එය පෞද්ගලීකරණය යැයි කියමින් සියලු වරද 'සයිටම්' හා එහි අනුග්‍රාහකයන් වෙත පැවරීමෙන් තොර ව ප්‍රතිසංස්කරණ ආකාරයෙන් අධ්‍යාපන පද්ධතියේ රෝගවලට විසඳුම් යෝජනා කළ යුතු ය. නැතහොත් අප සියල්ලන්ගේ ම බලාපොරොත්තු කඩ කරමින් මේ රටේ අධ්‍යාපන පද්ධතිය පරිහානියට පත් වනු ඇත. එවිට අපි අපේ දරුවන්ට හා මුණුබුරන්ට වෙනත් අධ්‍යාපන ක්‍රමයක් සොයන අතර දුප්පතුන් පිරිහුණු, යල්පැනගිය අධ්‍යාපන පද්ධතියකින් පීඩා විඳිනු ඇත. ආචාර්ය කන්නන්ගරයන්ට නිදහස් අධ්‍යාපනයෙන් ආරක්ෂාව සැලසීමට හා දියුණු කිරීමට අවශ්‍ය වූ අප සමාජයේ පිරිස ඔවුන් ය.

සයිටම් විරෝධී සටනෙහි ජයග්‍රහණයේ වඩාත් ම බියකරු ප්‍රතිඵලය නම් දිවංගත ආචාර්ය කන්නන්ගරගේ විප්ලවයෙන් සිය වසකට පසු ශ්‍රී ලංකාවේ 21 වැනි සියවසට යෝග්‍ය අධ්‍යාපන පද්ධතියකට ගැළපෙන ප්‍රතිසංස්කරණවල අවශ්‍යතාව පිළිබඳ සංවාදයක් ඇති වීම වැළකීමයි.

යෝජනා

1. වැඩ ඇණි අවශ්‍යතා ද ඇතුළු ජාතික සෞඛ්‍ය සේවය හා සම්බන්ධ සියලු අංශවල ප්‍රතිසංස්කරණයට අවශ්‍ය සාක්ෂ්‍ය ජනනය හා රැස් කිරීම සඳහා ජාතික සෞඛ්‍ය කොමිෂන් සභාව මගින් ජාතික අධ්‍යාපන ආයතනය වැනි ව්‍යවස්ථාපිත

ආයතනයක් ඇති කළ යුතු ය. යටත් පිරිසෙයින් දස වසරකට වරක් ප්‍රතිසංස්කරණ ඇති කිරීමට මෙය උපකාරී වේ. නැත හොත් සෞඛ්‍ය පද්ධතිය යල් පිනූ එකක් බවට පත් වනු ඇත. මෙය සෞඛ්‍යය හා ආර්ථික විද්‍යාව ඇතුළු බහුවිධ විෂය සම්බන්ධ වෘත්තිකයන්ගෙන් සමන්විත ස්වාධීන ආයතනයක් විය යුතු ය. එය ඍජු ව ම රජයට හා පාර්ලිමේන්තුවට වගකිව යුතු ය. රෝගීන්ගේ අයිතිවාසිකම් වෙනුවෙන් පෙනී සිටින කණ්ඩායම් ඇතුළු සියලු පාර්ශ්වකරුවන්ට මෙය නියෝජනය කළ හැකි ය.

2. නූතන යුගයට ගැළපෙන පරිදි වරප්‍රදාන ක්‍රියාවලිය සහ වෛද්‍ය විද්‍යාල හා වෛද්‍ය වෘත්තිය අඛණ්ඩ ව නියාමනය කිරීම ශක්තිමත් කිරීමටත් එක්සත් රාජධානියේ රජයේ වෛද්‍ය සභාවට (GMC) සමාන්තර ව පුළුල් පදනමකින් යුත් නියෝජනයක් ඇති කිරීමටත් 1926 ස්ථාපිත කරන ලද ශ්‍රී ලංකා වෛද්‍ය සභාව ප්‍රතිසංවිධානය කළ යුතු ය.

3. මේ ක්‍රියාවලිය ක්‍රමවත් කිරීමේ දී සියලු වෛද්‍ය විද්‍යාලවල සියලු වෛද්‍ය උපාධිධාරීන්ගේ ගුණාත්මය හා ප්‍රමිතිය තහවුරු කිරීමට ශ්‍රී ලංකා වෛද්‍ය සභාව එක ම මිනුම් දඬු යොදා ගත යුතු ය. අධික ලාභාපේක්ෂාව ගුණාත්මය කෙරෙහි බලපාන බව මා පිළිගන්නා නමුදු එය රජය, විදේශීය බව, පෞද්ගලික බව හෝ ලාභාපේක්ෂාව පදනම් කර ගනිමින් වෙනස් නොකළ යුතු ය.

4. තත්ත්ව සහතිකකරණයට හා ප්‍රමිති තක්සේරුවට අදාළ පොදු නිර්ණායක කුලකයකට ශ්‍රී ලංකා වෛද්‍ය සභාව හා විශ්වවිද්‍යාල ප්‍රතිපාදන කොමිෂන් සභාව යන නියාමන ආයතන එකඟත්වය පළ කළ යුතු ය. උසස් පෙළ ප්‍රමිති, අවම ප්‍රතිඵල, Z ලකුණු යනාදී වශයෙන් ප්‍රමිතිය හා තත්ත්වය තක්සේරු කිරීමට ආයතන දෙක භාවිත කරන එකිනෙකට වෙනස් නිර්ණායක ගැටුම්වලට තුඩු දෙයි. ප්‍රමිති භාවිතය සියලු වෛද්‍ය විද්‍යාලවලට සමාන විය යුතු ය.

5. වර්තමානයේ පවත්නා සාක්ෂ්‍ය පදනම් කරගනිමින් අනාගතයේ සුවිශේෂී අවස්ථාවක දී වෛද්‍ය විද්‍යාලවලට ඇතුළත් කර ගැනීම සඳහා නව ක්‍රමයක් නිර්මාණය කළ යුතු ය. නිශ්චිත ව ම එයට සම්මුඛ පරීක්ෂණයක්, අභියෝග්‍යතා පරීක්ෂණයක් සහ මනෝමිතික තක්සේරුවක් ඇතුළත් විය යුතු ය. ඒ සඳහා අපට එකඟත්වයකට පැමිණිය නොහැකි නම් සාක්ෂ්‍ය සෙවීමට හෝ අපේක්ෂා සහගත නව ක්‍රමයක් සෙවීමට හෝ පර්යේෂණ කළ යුතු ය. හදිසි අවශ්‍යතාවක් වන්නේ වී නමුදු එක් රැයකින් වෙනසක් සිදු කළ නොහැකි ය; නමුත් ක්‍රියාවලියක් ආරම්භ කිරීම හදිසි අවශ්‍යතාවකි. අගතියෙන් තොර වීම ඉතා වැදගත් වන අතර එය සිදු කළ හැකි ය.

6. පහත දැක්වෙන පරිදි කොතලාවල ආරක්ෂක විශ්වවිද්‍යාල හෙද පුහුණු පාසල් ආකෘතියේ සාධනීය ලක්ෂණ රාජ්‍ය වෛද්‍ය විද්‍යාලවලට ඇතුළත් කර ගත යුතු ය.

   6.1 දිස්ත්‍රික් පංගු ක්‍රමය ද ඇතුළුව දැනට ඇති ක්‍රියාවලියට අනුව ශිෂ්‍යයන් තෝරා ගත යුතු ය. වෙනසක් හෝ විරෝධයක් අනපේක්ෂිත ය.

   6.2 ශිෂ්‍ය හෙද/හෙදියන් මෙන් ඔවුන් ද ඇතුළත් වීමේ දී ශිෂ්‍ය වෛද්‍යවරුන් ලෙස සෞඛ්‍ය අමාත්‍යාංශයේ රැකියාවට බඳවා ගත යුතු ය. ඒ සේවා කාලය ද විශ්‍රාම වැටුපට ගණන් ගන්නේ නම් වඩා හොඳ ය. විරෝධතාවක් අනපේක්ෂිත ය. යමකු රැකියාවට නොබැඳී පවත්නා ක්‍රමය තුළ සිටීමට කැමති වෙත් නම් ඊට ඉඩ තිබිය යුතු ය. කෙසේ වුව ද සෞඛ්‍ය අමාත්‍යාංශයේ සේවයට බැඳීමේ දී ඔවුහු කනිෂ්ඨයන් බවට පත් වෙති.

   6.3 වෛද්‍ය විද්‍යාල සඳහා උසස් අධ්‍යාපන අමාත්‍යාංශයට වෙන් කෙරෙන මුදල සෞඛ්‍ය අමාත්‍යාංශයට මාරු කළ යුතු ය. මේ මුදල් ද ශ්‍රී ලංකා රජයේ මුදල් බැවින් විරෝධතාවක් අනපේක්ෂිත ය.

6.4 මේ වන විට ශ්‍රී ලංකා රජය එක් වෛද්‍ය ශිෂ්‍යයකුගේ වෛද්‍ය අධ්‍යාපනය වෙනුවෙන් වසරකට රුපියල් 4 80 000.00ක් පමණ වැය කරයි. මහපොළ වර්ෂයකට රුපියල් 60 000.00කි. හැම ශිෂ්‍යයකු සඳහා ම රාජ්‍ය බැංකුවක ගිණුමක් විවෘත කෙරෙන අතර සෞඛ්‍ය අමාත්‍යාංශය මසකට රුපියල් 45 000.00ක් ගිණුමෙහි තැන්පත් කරයි. ඉන් රුපියල් 40 000.00ක් අඩු කර ශිෂ්‍ය අධ්‍යයන ගාස්තු වෙනුවෙන් විශ්වවිද්‍යාල ගිණුමෙහි බැර කිරීමට ස්ථාවර නියෝගයක් වෙයි. අවශ්‍ය නම් මේ දීමනා සංරචකය සෞඛ්‍ය අමාත්‍යාංශය විසින් වැඩි කළ හැකි ය.

6.5 ශිෂ්‍ය වෛද්‍යවරු සේවා කාලයක් සඳහා බැඳුම්කරයකට ඇතුළත් විය යුතු ය. සේවය කරනු මිස ආපසු ගෙවීම් කළ නොහැකි ය. ඈත ප්‍රදේශවල සේවය කරත් නම් සේවා කාලය කෙටි විය හැකි ය. යමකුට සේවයෙන් ඉවත් වීමට අවශ්‍ය නම් බැඳුම්කර මුදල ගෙවා ඉවත් විය හැකි ය. යමකු ක්‍රියා පටිපාටියෙන් බැහැර වීමට කැමති වෙත් නම් ඔවුන් රැකියාවට බැඳෙන අවස්ථාවෙහි කනිෂ්ඨයන් වනු ඇත. බැඳුම්කර කාලය අවුරුදු පහක් හෝ සේවා අවශ්‍යතාව අනුව තීරණය කරන පරිදි හෝ විය හැකි ය. පශ්චාත් උපාධි පුහුණුව සඳහා එය වඩා දීර්ඝ විය හැකි ය.

6.6 මේ නිසා බාහිර බුද්ධි ගලනය අඩු වන අතර ඔවුන් වියදම් දරන සංස්ථාව වන ශ්‍රී ලංකා රජයට නොහොත් මහජනතාවට වග වනු ඇත.

6.7 පූර්ව නිර්ණිත ක්‍රමයකට අනුව උපාධි ප්‍රදානයෙන් පසු සීමාවාසීභාවය විෂයමාලාවට ඇතුළත් විය යුතු අතර ප්‍රතිඵල නිකුත් වූ වහා ම වෛද්‍ය විද්‍යාල සඳහා නියම කරන ලද රෝහල්වල සීමාවාසී කාලය ආරම්භ කළ යුතු ය. මෙය වහා ම ක්‍රියාවට නැංවීම සඳහා සියලු වෛද්‍ය විද්‍යාලවල එකඟතාවක් නොමැත්තේ නම් පස් අවුරුද්දක්

කල් ඇති ව දැනුම් දීමක් කළ යුතු ය. මේ නිසා නීති විරෝධී පෞද්ගලික ප්‍රතිකාරය වළකින අතර ලියාපදිංචියක් නොමැති වෛද්‍යවරයකු ලෙස මුදල් ඉපයීමට ඇති අවස්ථාව ද අවම වේ. පළාතකින් එක් වෛද්‍ය විද්‍යාලයකට යම් පංගුවක් වෙන් කිරීමේ ක්‍රමයක් මෙහි ලා භාවිතයට ගත හැකි ය.

7. තරා අනුක්‍රමයේ විශ්ලේෂණයක් හා පසුගිය වසර 5 - 10 අතර කාලයේ උපාධිධාරීන්ගේ කැමැත්ත පදනම් කර ගත් පංගු ක්‍රමයක් භාවිත කර එක් එක් වෛද්‍ය පීඨයට පූර්ව නිර්ණිත රෝහල්වලට සීමාවාසී පත්වීම් දිය යුතු ය. තරා අනුක්‍රමය පදනම් කර ගත් පශ්චාත් සීමාවාසී පත්වීම් දීම පවත්වා ගත යුතු ය.

8. අවශ්‍යතාව හේතු කොට ගෙන, මුදල් අය කරන වෛද්‍ය විද්‍යාල ද ඇතුළු ව රටේ වැඩිපුර වෛද්‍ය විද්‍යාල තිබිය යුතු ය. නිදහස්, උසස් අධ්‍යාපනයට සීමිත අවස්ථා ඇති, උසස් පෙළ සුදුසුකම් ලබන ඇතැමුන් විසින් විකල්ප සොයා යා යුතු, ජාතික ආර්ථිකය බාදනය කරන එතෙර උසස් අධ්‍යාපනයට සීමා මායිම් නැති රටක පෞද්ගලික - රාජ්‍ය සංවාදය නිෂ්ඵල විවාදයකි.

9. කාලයාගේ ඇවෑමෙන් පර්යේෂණ සාක්ෂ්‍ය පදනම් කර ගත් නව තෝරා ගැනීම් ක්‍රමයක් විකාශ වන තුරු කුසලතා පංගුව 80% වන තෙක් එය වසරකට 5% බැගින් වැඩි කළ යුතු අතර අනෙක් සියලු අවාසිසහගත කණ්ඩායම්වල විශේෂ වර්ගයේ ඇතුළත් වීම් සඳහා 20%ක් තබා ගත යුතු ය. ශ්‍රී ලංකාවට ගැළපෙන පරිදි සකසා ගත් කැලිෆෝනියා විශ්වවිද්‍යාලයීය ඩේවිස් ක්‍රමය භාවිතයට ගනිමින් දිස්ත්‍රික් පංගු ක්‍රමය අහෝසි කළ යුතු ය. පළමු ව අ.පො.ස. උසස් පෙළ විද්‍යාව හා ගණිතය විෂයධාරා සහිත පාසල් හඳුනා ගත යුතු ය. දෙවනු ව ඒවායින් නිතිපතා වෛද්‍ය විද්‍යාවට හා ඉංජිනේරු විද්‍යාවයට සිසුන් යවන සියලු පාසල් බැහැර කළ

යුතු ය. ඉතිරිය වර්ග දෙකකට බෙදනු ලැබේ. එක් වර්ගයක් වෙනත් විද්‍යා උපාධි පාඨමාලාවලට නිතිපතා සිසුන් යවන පාසල් වේ. අනෙක් වර්ගය පසුගිය පස් වසර තුළ කිසිදු විශ්වවිද්‍යාල විෂයධාරාවක් සඳහා සිසුන් නොයවන ලද පාසල් වේ. මේ තුන් වර්ගයේ ම පාසල් පරිපාලන දිස්ත්‍රික්ක 25හේ ම ඇත. මින් තුන් වැනි වර්ගයේ පාසල්වලට ඒවායේ ඉහළ ම කාර්යසාධනය පෙන්වන කිහිප දෙනා (1 - 5) වෛද්‍ය හා ඉංජිනේරු පාඨමාලාවලට හැර අනෙක් සියලු පාඨමාලාවලට ඇතුළත් කිරීමට අවස්ථාව දිය යුතු ය. දෙ වැනි වර්ගයේ පාසල්වලට ඉහළ ම කාර්යසාධනය පෙන්වන ශිෂ්‍යයා/ශිෂ්‍යයාව (1) වෛද්‍ය විද්‍යාව හෝ ඉංජිනේරු විද්‍යාව හැදෑරීම සඳහා යොමු කිරීමට අවස්ථාව දිය යුතු ය. සහනශීලී ව ක්‍රියාත්මක වීම පිණිස මෙය ඇතුළත් විය යුත්තේ අවාසිසහගත කණ්ඩායම සඳහා වෙන් වූ 20% හි ය. හැම දිස්ත්‍රික්කයේ ම අවාසි සහගත පාසල්වලට මේ 20% න් පංගුවක් වෙන් කිරීමෙන් ද මෙය කළ හැකි ය. මෙය ක්‍රියාත්මක නොකරන ලද එක් අ.පො.ස. උසස් පෙළ ශිෂ්‍ය කොහෝටයක් ආශ්‍රිත දත්ත පර්යේෂණාත්මක පදනමකින් විශ්ලේෂණය කිරීමෙන් මෙහි බලපෑම දැක ගත හැකි වනු ඇත.

10. නායකත්ව පුහුණු වැඩසටහන යළි හඳුන්වා දිය යුතු ය. මෙය පෙර රජය විසින් හොඳින් හිතා මතා නිර්මාණය කරන ලද වැඩසටහනකි. හමුදා යෙදවුම් ද සහිත ව කොතලාවල ආරක්ෂක විශ්වවිද්‍යාලයේ දී එය සංවර්ධනය කරන ලද්දේ විශ්වවිද්‍යාල විද්වතුන් විසිනි. එහි මොඩියුල දෙකකට මම ද දායක වීමි. 'නවක වදයට මුහුණ දෙන ආකාරය හා ශිෂ්‍ය සංගම් සමග කටයුතු කිරීම' යන්න ම විසින් තනි ව පිළියෙල කරන ලද අතර අන්තර්පුද්ගල සම්බන්ධතා සම්බන්ධ අනෙක මහාචාර්ය චාන්දනී හේවගේ සමඟ එක් ව සම්පාදනය කළෙමි. ප්‍රේම සම්බන්ධතා, මිත්‍ර අපයෝජනය සහ මනස් චිකිත්සක හා පෞරුෂ ගැටලු

සහිත සගයන් සම්බන්ධ තුන් වැන්න ඉතා ජනප්‍රිය විය. ස්වාධීන කණ්ඩායමක් විසින් එම වැඩසටහන අගයන ලද අතර 90%කට වැඩි ශිෂ්‍ය ප්‍රතිශතයක් එය හොඳ නැත හොත් විශිෂ්ට වැඩසටහනක් සේ ප්‍රකාශ කර තිබිණ. මම කන්නන්ගර මහත්මා ගැන මෙපමණ දන සිටියේ නම් නිසැක ව ම සී. ඩබ්ලිව්. ඩබ්ලිව් කන්නන්ගර හා නිදහස් අධ්‍යාපනයේ ඉතිහාසය යන මැයෙන් තවත් මොඩියුලයක් හඳුන්වා දීමට ඉඩ තිබිණි. එය මොඩියුලයක් ලෙස පාසල් විෂයමාලාවට සේ ම හැම විශ්වවිද්‍යාල පාඨමාලාවකට ම අවශ්‍යයෙන් ම හඳුන්වා දිය යුත්තකි.

සමාප්තිය

වඩා යහපත් තත්ත්වයක් වෙනුවෙන් පද්ධතියක් වෙනස් කළ හැකි ය. එහෙත් ඒ සඳහා අපට දැක්මකින්, නොපසුබස්නා බවින් හා නිර්මාපණ ශක්තියෙන් යුත් නායකයන් අවශ්‍ය ය.

References

1. History of education in Sri Lanka 1796-1965, KHM Sumathipala, Education publication Department.
2. Poverty has fallen in Sri Lanka but Fiscal, Growth, and Inclusion challenges Need to Be Tackled to Sustain Progress; World Bank Report on Sri Lanka, February 2016.
3. Report of the Special Committee on Education, Ceylon: November 1943 Ceylon Government Press, Colombo.
4. CWW Kannangara commemorative lecture, AV Suraweera 2011.
5. Coomans & Hallo de Wolf, ‘Privatization of Education and the Right to Education’ in de Feyter & Gomez, Privatization and Human Rights in the age of Globalisation, 2005.
6. Problems and challenges of University education in Sri Lanka : Prof Gamini Samaranayaka CWW Kannangara commemorative lecture 2010.
7. Legacy of Kannangara in the current context : Role of the state in higher education; Prof Narada Warnasuriya, CWW Kannanagara commemorative lecture 2008.

8. Medical school, Wikipedia, the free encyclopedia Wikipaedia https://en.wikipedia.org/wiki/Medical_school.
9. **FAIMER** | International Medical Education Programshttp://www.faimer.org/research/programs.html
10. **World Directory of Medical Schools** http://www.wdoms.org
11. The assistant medical officer in Sri Lanka : midlevel health worker in decline; Vijitha de Silva et al Journal of Interprofessional Care, http://informahealthcare.com/jic.ISSN 1356-1820, published on line 9th May 2013.
12. Initial findings of health workers survey in Timor Leste Xia Ohui Hou and Rashid Zaman : Oxford policy management unit and World bank, 2015
13. UGC Admission Division.
14. Mandal Commission; https://en.wikipedia.org/wiki/Mandal_Commission
15. Affirmative action: Psychological data and the policy debates. FJ Crosby, A Iyer, S Clayton, RA Downing - American Psychologist, 2003.
16. Kalev A, Dobbin F, Kelly E. Best practices or best guesses? Assessing the efficacy of corporate affirmative action and diversity policies. American sociological review. 2006 Aug;71(4):589-617.
17. Glick SM. Cheating at medical school: Schools need a culture that simply makes dishonest behaviour unacceptable. BMJ: British Medical Journal. 2001 Feb 3;322(7281):250.
18. Batool S, Abbas A, Naeemi Z. Cheating behavior among undergraduate students. International Journal of Business and Social Science 2011;2(3):246-54.
19. Glick SM. Cheating at medical school: Schools need a culture that simply makes dishonest behaviour unacceptable. BMJ: British Medical Journal. 2001 Feb 3;322(7281):250.
20. Marsden H, Carroll M, Neill JT. Who cheats at university? A self□report study of dishonest academic behaviours in a sample of Australian university students. Australian Journal of Psychology. 2005 May 1;57(1):1-0.
21. Mendis L, Ponnamperuma G. Selection criteria towards competent and caring doctors. Ceylon Medical Journal. 2011 Mar 28;56(1).

22. De Silva NR, Pathmeswaran A, De Silva HJ. Selection of students for admission to a medical school in Sri Lanka. Ceylon Medical Journal. 2011 Aug 12;49(3).

23. De Silva NR,Pathmeswaran A, de Silva N, et al. Admission to medical school in Sri Lanka: Predictive validity of selection criteria. *Ceylon Medical Journal 2006*; **51:**17-21.

24. Rajapaksa L. Selection for admission to medical school in Sri Lanka. Ceylon Medical Journal 2004; **49:**147.

25. Mettananda DS, Wickramasinghe VP, Kudolugoda J, Lamabadusuriya SP, Ajanthan R, Kottahachchi D. Suitability of selection criteria as a measure of outcome of medical graduates: University of Colombo. Ceylon Journal of Medical Science. 2008 Oct 23;49(1).

26. McManus IC, Powis DA, Wakeford R, Ferguson E, James D, Richards P. Intellectual aptitude tests and A levels for selecting UK school leaver entrants for medical school. Bmj. 2005 Sep 8;331(7516):555-9.

27. Julian ER. Validity of the Medical College Admission Test for predicting medical school performance. Academic Medicine. 2005 Oct 1;80 (10):910-7.

28. McManus IC, Powis DA, Wakeford R, Ferguson E, James D, Richards P. Intellectual aptitude tests and A levels for selecting UK school leaver entrants for medical school. Bmj. 2005 Sep 8;331(7516):555-9.

29. Prediction of students performance on Licensing examination Using Age .Race , Sex, Undergraduate GPAS, and MCAT Scores: Veloski A jon, Academic Medicne: October 2000 Vol 75 Issue 10 pp. 28 -30.

30. The ability of the multiple mini-interview to predict preclerkship performance in medical school Eva KW Reiter HI Rosenfield J Norman GR.

31. The interview in the admission process Edwards JC Johnson EK Molidor JB.

32. Undergraduate Institutional MACT scores as predictors of USMLE Step 1 Performance.

33. Predicting clinical performance: Does the Medical College Admission Test Predict clinical reasoning skills? A longitudinal study employing the medical council of Canada clinical reasoning examination, Academic Medicine vol 80 No 10 October supplement 2005.

34. Factors associate with success in medical school : a systematic review of

the litereature E Ferguson et al BMJ 2002 324 ; 952-957.

35. Validity of the medical college admission test for predicting medical school performence.

36. A new seletion system to recruit general practice registrras ; preliminary finding s froma validation studyBMJ 2005 330;711.

37. Prof Nandadasa Kodagoda Oration; Lalitha Mendis; 2004.

38. Cadet officer selection scheme KDU.

39. Comparison of admission criteria between military cadet students and civilian medical students in Sri Lanka: Amarasena TSD, Peiris MP, Jayawardena AJPM Published in abstract in international medical education conference IMU Malaysia 2011.

40. Analysis of feedback on KDU medical graduates from supervising consultants Unpublished personal communication, Dr Namal Wijesinghe, KDU.

ස්තූතිය

1. ජාතික අධ්‍යාපන ආයතනයේ අධ්‍යක්ෂ ජනරාල් ආචාර්ය ටී. ඒ. ආර්. ජේ. ගුණසේකර මහත්මියට හා පර්යේෂණ හා සංවර්ධන දෙපාර්තමේන්තුවේ කාර්ය මණ්ඩලයට

2. දේශනය දෙමළට හා සිංහලට පරිවර්තනය කළ එම්. එච්. එම්. යාකුත් මහත්මාට හා එම්. ඒ. පී. මුණසිංහ මහත්මාට

3. සම්බන්ධීකරණයෙන් හා අවශ්‍ය ලේඛන හා පුස්තකාල පහසුකම් සපයාදීමෙන් සහාය වූ දිල්හානි හෙට්ටිගේ මහත්මියට

4. කේ. එච්. එම්. සුමතිපාල මහතාගේ "History of Education in Ceylon from 1979 to 1965" යන ග්‍රන්ථය ඇතුළු පොතපත සපයා දුන් වෛද්‍ය වසන්ත දේවසිරි මහත්මාට

5. කොළඹ, සෞඛ්‍ය අමාත්‍යාංශයේ පවුල් සෞඛ්‍ය කාර්යාංශයේ ප්‍රජා දන්ත ශල්‍ය වෛද්‍ය විශේෂඥ හා සෞඛ්‍ය අර්ථ ශාස්ත්‍රඥ දිලිප් ද සිල්වා මහත්මාට

6. දිවංගත කන්නන්ගර මැතිදුන්ගේ පවුලේ ඡායාරූප හා වෙනත් ලේඛන සපයා දුන් සංජය සෙනෙවිරත්න මහත්මාට

7. විශ්වවිද්‍යාලවලට ඇතුළත් වීම සම්බන්ධ තොරතුරු සපයා දීම වෙනුවෙන් මහාචාර්ය මොහාන් ද සිල්වා මහත්මාට

8. අත් පිටපත පිරික්සූ මහාචාර්ය සුසිරිත් මෙන්ඩිස් මහත්මාට

9. පරිගණක භාවිතයෙන් උපකාර කළ වෛද්‍ය ඉමල්කා කාන්කනආරච්චි මහත්මියට

10. පිටු සැකසුම කළ දර්ශන මහත්මාට

11. දුන් සහාය වෙනුවෙන් ළමාරෝගවේද දෙපාර්තමේන්තුවේ කේශනී ගම්ලත් මහත්මියට, වෛද්‍ය එරන්දි ජයතිලක, වෛද්‍ය කාවින්දි ධර්මසිරි, වෛද්‍ය ගයනි ශානිකා යන ප්‍රදර්ශිකාවන්ට හා අනෙකුත් සහෝදර නිලධාරීන්ට

12. පැරණි කරාපිටියේ වටිනා ඡායාරූප සපයා දුන් මහාචාර්ය සනත් පී. ළමාබදුසූරිය මහත්මාට හා

13. පසුගිය මාස කිහිපයේ දී දුන් සහයෝගය වෙනුවෙන් මගේ පවුලේ සාමාජිකයන්ට

C.W.W. Kanangara Memorial Lectures in the Series

01. Prof. J. E. Jayasooriya (1988). Democratization of Education: Contribution of Dr. C.W.W. Kannangara

02. Prof. Swarna Suraweera (1989). Extension of Educational Opportunity – The Unfinished Task

03. Prof. K.W. Gooawardena (1990). Dr. C.W.W. Kannagara's Vision of the Past- Education, Religion, Culture and Society under Colonial Rule

04. Deshabandu Bogoda Premaratne (1991). Free Education Redefined: Education in Defense of Freedom

05. Dr. Ananda W. P. Guruge (1992). Control of Education: Implications for Quality and Relevance

06. Prof. G.L. Peiris (1993). The Kanangara Reforms: A Foundation for National Development

07. Prof. Lakshman Jayathillake (1994). Education for Freedom – Issues of Development, Individual Goals and Social Priorities

08. Prof. W. Ariyadasa de Silva (1995). The Concept of National System of Education

09. Prof. Chandra Gunawardena (1996). Education in Sri Lanka: A Tool for Empowerment or an Instrument of Society Mobility

10. Mr. D. A. perera (1997). The Freedom to Teach and the Freedom to Learn

11. Ms. Sivanandiri Duraiswamy (1998). Hindu Perspectives on Education and Dr. Kannangara's Educational Philosophy

12. Dr. Premadasa Udagama (2001). Colonialism, Globalization and Education

13. Prof. J. B. Dissanayake (2002). A Language at the Crossroads: The Case of Sinhala

14. Prof. A. V. D. De S. Indraratna (2003). Education and Development Role of C.W.W. Kannangara

15. Susil Siriwardana (2004). The Kannangara Legacy- As Source Text for Re-Constructing Sri Lanka Society and State

16. Mr. M. C. Pant (2005). Open Schooling Concept, Evolution Application (Indian Perspective)

17. Deshamanya H. L. de Silva (2006) Envisioning a Sri Lankan Identity in a Multicultural Society

18. Dr. A.G. Hussain Ismail (2007) Equal Opportunity in Education between Communities A Vision Of Kannangara. Some Reflections on the Education of the Muslim Community in Sri Lanka

19. Prof. Narada Warnasuriya (2008). The Kannangara Legacy in Today's Context: The Role of the State in Higher Education

20. Prof. Carlo Fonseka (2009). Reforming Education: Finishing the Unfinished Task

21. Prof. Gamini Samaranayake (2010). Problems and Challenges in University Education in Sri Lanka: An Overview

22. Prof. A.V. Suraweera (2011). Dr. Kannangara's Fee Education Proposals in relation to the subsequent expansion of the Tuition Industry

23. Dr. G.B. Gunawardene (2012). Kannangara vision: Challenge in Reforming Education

24. Prof. A. K. W. Jayawardane (2013). Towards knowledge Hub and Citizen Attributes Aimed Education through Education Reforms

25. Mr. R. S.Medagama (2014). A Review of Educational Reforms in the post Kannangara Era

26. Prof. S. Sandarasegaram (2015). Dr. Kannangara's Reforms and Emerging Knowledge Economy in Sri Lanka

27. Dr. Upali M. Sedere (2016). Educational Reforms Beyond Kannangara for the 21st Century

ලේඛකයා පිළිබඳ...

මහාචාර්ය සුජීව දේශප්‍රිය අමරසේන දැනට රුහුණු විශ්වවිද්‍යාලයේ ළමාරෝගවේදය පිළිබඳ ජ්‍යෙෂ්ඨ මහාචාර්යවරයකු ලෙසත් සම සෞඛ්‍ය විද්‍යා උපාධි වැඩසටහනේ ප්‍රධාන සම්බන්ධීකාරක ලෙසත් සේවය කරන්නේ ය.

මාගල්කන්ද බෞද්ධ විද්‍යාලයෙන් හා කලුතර වේලාපුර විද්‍යාලයෙන් ප්‍රාථමික අධ්‍යාපනය ලද හෙතෙම ද්විතීයික අධ්‍යාපනය ලැබුයේ කොළඹ රාජකීය විද්‍යාලයෙනි. 1985 දී රුහුණු විශ්වවිද්‍යාලයේ වෛද්‍ය පීඨයෙන් හෙතෙම දෙ වැනි පංති (ඉහළ පෙළ) ගෞරව සාමර්ථ්‍යයක් හා ළමාරෝගවේදය සඳහා විශිෂ්ට සාමර්ථ්‍යයක් ද සහිත ව උපාධිය ලැබුයේ ළමාරෝගවේදය සඳහා පළමු සී. ආර්. ද සිල්වා රන් පදක්කම ද දිනා ගනිමිනි. 1990 දී ඔහු කොළඹ විශ්වවිද්‍යාලයෙන් ළමාරෝගවේදය පිළිබඳ MD උපාධිය ද ළමා සෞඛ්‍යය පිළිබඳ ඩිප්ලෝමාව ද ලබා ගත් අතර අනතුරු ව ඕස්ට්‍රේලියාවේ සිඩ්නි විශ්වවිද්‍යාලයෙන් ළමා සෞඛ්‍යය පිළිබඳ ඩිප්ලෝමාව ද හිමි කර ගත්තේ ය.

1991 දී ආසියා පැසිපික් කලාපයේ රටවල් 14න් එක් අයකුට පමණක් හිමි වන Australian College of Paediatrics Travelling Fellowship (APSEAR award) ත්‍යාගය දිනාගත් ඔහු ඕස්ට්‍රේලියාවේ මෙල්බර්න් හි මොනෑෂ් වෛද්‍ය මධ්‍යස්ථානයේ ද සිඩ්නි නුවර රෝයල් ඇලෙක්සැන්ඩ්‍රා ළමා රෝහලේ ද රෝගාතුර නවජ දරුවන්ගේ ආරක්ෂාව හා ප්‍රවාහනය සම්බන්ධ වැඩි දුර පුහුණුව ලැබී ය. තව ද නවජ සුරක්ෂණය පිළිබඳ දැනුම ප්‍රවර්ධනය කර ගැනීම සඳහා ඔක්ස්ෆර්ඩ් හි ජෝන් රෙඩ්ක්ලිෆ් රෝහලෙන් ද වෛද්‍ය අධ්‍යාපනය පිළිබඳ පුහුණුව සඳහා ස්කොට්ලන්තයේ ඩන්ඩී රෝහලෙන් ද ඔහු වෙත සාමාජිකත්ව ප්‍රදානය කෙරිණ. 1990 සිට හෙතෙම උපාධි අපේක්ෂයන්ගේ ගුරුවරයකු හා පුහුණුකරුවකු වශයෙන් ද 1994 පශ්චාත් උපාධි අපේක්ෂකයන්ගේ පුහුණුකරුවකු හා පරීක්ෂකවරයකු වශයෙන් ද කටයුතු කරයි.

රුහුණු විශ්වවිද්‍යාල වෛද්‍ය පීඨයේ සම සෞඛ්‍ය සංවර්ධන උපාධි වැඩසටහන නිර්මාණය කිරීමට පුරෝගාමී වූ මහාචාර්ය අමරසේන 2008 සිට 2009 දක්වා එහි ආරම්භක ප්‍රධාන සම්බන්ධීකාරක විය. 2009 සිට 2011 දක්වා කාලය තුළ ඔහු ජෙනරාල් ශ්‍රීමත් ජෝන් කොතලාවල ආරක්ෂක විශ්වවිද්‍යාලයේ වෛද්‍ය පීඨයේ ආරම්භක පීඨාධිපති වූයේ ය.

ළමයින්, සාමය හා මානව අයිතීන් සම්බන්ධ ඔහුගේ දායකත්වය වෙනුවෙන් 1999 දී විශිෂ්ටතම තරුණයන් දස දෙනා වෙනුවෙන් (TOYP) පිරිනැමෙන ත්‍යාගවලින් එකක් ඔහු වෙත ප්‍රදානය කෙරිණ. වැඩිදුර පුහුණුව සඳහා බොහෝ රටවලින් ඔහුට සාමාජිකත්ව පිරිනමන ලද අතර බොහෝ ජාතික හා ජාත්‍යන්තර සම්මන්ත්‍රණවල දේශකයකු ලෙස හේ ආරාධනා ලද්දේ ය.

මවු කිරි දීම, ළමා අපයෝජනය, නවජ ආවරණය හා නවජ මර්ත්‍යතා අවකරණය ඔහුගේ පර්යේෂණවලට හා ප්‍රකාශනවලට ඉලක්ක වූ ක්ෂේත්‍ර වේ. සංජානීය මන්දතයිරොයිඩතාව නිසා දරුවන්ගේ ඇතිවන මන්ද මානසිකත්වය වැළැක්වීම පිණිස ඉන් පෙළෙන නවජයන් හඳුනා ගැනීම දියුණු කිරීමටත් එය ව්‍යාප්ත කිරීමටත් 2010 සිට හේ ප්‍රබල ලෙස දායක විය.

මහාචාර්ය අමරසේන 2007/2008 ශ්‍රී ලංකා පරිජන්ම සංගමයේ (Perinatal Sociey) සභාපති වූ අතර 2014/2015 ශ්‍රී ලංකා ළමාරෝගවේද විද්‍යාලයේ සභාපති පදවිය දැරී ය. මේ වන විට හෙතෙම ලෝක සෞඛ්‍ය සංවිධානයේ අග්නිදිග ආසියා කලාපයේ ප්‍රාදේශීය අධ්‍යක්ෂවරයා වෙනුවෙන් නවජ හා මාතෘ සෞඛ්‍යය පිළිබඳ තාක්ෂණික උපදේශක කණ්ඩායමේ සාමාජිකයකු ලෙස සේවය කරයි. ඒ අතර ඔහු ආසියා - පැසිෆික් ළමාරෝගවේද සංගමයේ හා දකුණු ආසියා ළමාරෝගවේද සංගමයේ විධායක කමිටු සාමාජිකයෙක් ද වේ.

වෛද්‍ය වෘත්තියේ ඔහු වෙනස් ව සිතන කෙළින් කතා කරන දිරිය පුද්ගලයකු ලෙස ප්‍රකට ය.