



පියයුරු පිළිකා පිළිබඳ කාන්තාවන්ගේ දැනුවත්භාවය හා ඊට බලපාන සාධක පිළිබඳ සංඛ්‍යානාත්මක අධ්‍යයනයක් (රත්නපුර දිස්ත්‍රික්කයේ මලංගම ග්‍රාමසේවා නිලධාරී වසම ඇසුරින්)

එම්. ජී. කේ. එච්. ගුණසිංහ<sup>1</sup> සහ එච්. පී. ටී. එන්. සිල්වා<sup>2</sup>

<sup>1,2</sup> සමාජ සංඛ්‍යාන අධ්‍යයනාංශය, ශ්‍රී ජයවර්ධනපුර විශ්වවිද්‍යාලය

[keshigunasinghe0715@gmail.com](mailto:keshigunasinghe0715@gmail.com)

සංකේපය

පියයුරු පිළිකා යනු කාන්තාවන්ට බලපාන වඩාත්ම සුලභ පිළිකාව වන අතර සිදුවන පිළිකා මරණ සඳහා තෙවන ප්‍රධාන හේතුවද පියයුරු පිළිකාවයි. එමෙන්ම ලොව පුරා වාර්ෂිකව පියයුරු පිළිකා මරණ මිලියනයකට අධිකව සිදුවේ. පියයුරු පිළිකා පිළිබඳ ශ්‍රී ලාංකික කාන්තාවන්ගේ දැනුවත්භාවය හා ඊට බලපාන සාධක අධ්‍යයනය කිරීම මෙම අධ්‍යයනයේ ප්‍රධාන අරමුණ වේ. රත්නපුර දිස්ත්‍රික්කයේ වයස අවුරුදු 20 හෝ ඊට වැඩි සියලුම කාන්තාවන් කුලකය මෙම අධ්‍යයනයේ සංගහනය වියග රත්නපුර දිස්ත්‍රික්කයේ මලංගම ග්‍රාමසේවා නිලධාරී වසම තුළ කාන්තාවන් වයස අනුව කාණ්ඩ වලට ස්තෘතකරණය සිදු කර ස්තෘත සසම්භාවී නියැදීම මගින් 299 ක නියැදියක් මෙම අධ්‍යයනය සඳහා යොදා ගන්නා ලදී. අධ්‍යයනයේ අරමුණ අනුව සකස් කරන ලද ප්‍රශ්නාවලියක් හා පෞද්ගලික සම්මුඛ සාකච්ඡා ක්‍රමය මගින් අවශ්‍ය දත්ත රැස් කරගන්නා ලදී. විස්තරාත්මක දත්ත විශ්ලේෂණය හා ව්‍යුහගත සමීකරණ ආකෘතිය (Structural Equation Modelling-SEM) යන විශ්ලේෂණ ක්‍රම උපයෝගී කර ගනිමින් මෙහිදී දත්ත විශ්ලේෂණය කරන ලදී. පියයුරු පිළිකා අවදානම් සාධක පිළිබඳ හා පියයුරු පිළිකා රෝග ලක්ෂණ පිළිබඳ දැනුවත්භාවය යන උප කොටස් දෙක ඔස්සේ පියයුරු පිළිකා පිළිබඳ දැනුවත්භාවය මිනුම් කරන ලදී. අධ්‍යයනයෙන් ලද ප්‍රතිඵල අනුව පියයුරු පිළිකා පිළිබඳ කාන්තාවන්ගේ දැනුවත්භාවයේ සාමාන්‍ය මට්ටම 63.48% ක් ලෙස හඳුනා ගැනිණි. පියයුරු පිළිකා සම්බන්ධව ශ්‍රී ලාංකික කාන්තාවන්ගේ පවුලේ සාමාජිකයන්ගෙන් හෝ ඥාතියකුගෙන් ලැබෙන අත්දැකීම් ඔවුන්ගේ පියයුරු පිළිකා පිළිබඳ දැනුවත්භාවයට සෘජුවම බලපෑම් කර ඇත. කාන්තාවන්ගේ වර්ගය ඔවුන්ගේ දැනුවත්භාවය සඳහා බලපෑමක් ඇති නොකරන බව මෙම අධ්‍යයනය තුළින් හඳුනාගත හැකි විය. එලෙසම ජනමාධ්‍ය, සමාජමාධ්‍ය, රජයේ රෝහල් හරහා පියයුරු පිළිකා පිළිබඳව සිදුකර ඇති දැනුවත්භාවය හරහා කාන්තාවන්ගේ පියයුරු පිළිකා පිළිබඳ දැනුවත්භාවය සංඛ්‍යානාත්මකව වෙනසක් සිදුවී නොමැති බව තවදුරටත් හඳුනාගන්නා ලදී. 72.57% ක් පියයුරු වල හැඩය හා ප්‍රමාණය වෙනස් වීම පියයුරු පිළිකාවක රෝග ලක්ෂණයක් විය හැකි බව නොදැන සිටියහ. ඒ අනුව ජනමාධ්‍ය, සමාජමාධ්‍ය, රජයේ රෝහල් හරහා සාමාන්‍ය ජනතාවට පියයුරු පිළිකා පිළිබඳ දැනුවත්භාවය වැඩි කර ගැනීමට ඉඩ ප්‍රස්ථාවන් තව දුරටත් පුලුල් කළ යුතු බව අධ්‍යයන ප්‍රතිඵල අනුව නිගමනය කෙරිණි.

මුඛ්‍ය පද: ශ්‍රී ලාංකික කාන්තාව, පියයුරු පිළිකා, දැනුවත්භාවය, පියයුරු පිළිකා අවදානම් සාධක, පියයුරු පිළිකා රෝග ලක්ෂණ

හැඳින්වීම

වර්තමානයේ ශ්‍රී ලාංකීය ජනතාව අතර බෝනොවන රෝගවල සීඝ්‍ර වර්ධනයක් දක්නට ලැබේ. ශ්‍රී ලංකා රජයේ සෞඛ්‍ය අමාත්‍යාංශය මගින් ප්‍රතිපත්ති සම්පාදනය, ක්‍රමෝපාය මාර්ග සැකසීම හා බෝනොවන රෝග පාලනය ආශ්‍රිත ක්‍රියාකාරකම් සඳහා ප්‍රමුඛත්වය ලබා දී ඇත. බෝ නොවන රෝගවලින් ප්‍රධාන ස්ථානයක් පිළිකා රෝගය සඳහා හිමිවන අතර බහුලම පිළිකාව වන්නේ පියයුරු

පිළිකාවයි. විශ්ලේෂිත ජාතික පිළිකා ලේඛනයේ දත්තවලට අනුව 1986 - 2006 දක්වා දශක දෙක තුළ පියයුරු පිළිකාවල කැපී පෙනෙන වර්ධනයක් දක්නට ලැබෙන අතර 1985 වර්ෂයේ දී පිළිකා රෝගීන්ගේ දත්ත වලට අනුව පියයුරු පිළිකා රෝගීන් 531 ක් අලුතින් සොයාගෙන ඇති අතර 2006 වර්ෂය වන විට එය 2102 දක්වා වැඩි වී ඇත. විවිධ වයස් කාණ්ඩයට අනුව පියයුරු පිළිකා අලුතින් හඳුනා

ගැනීම ගත් විට ද මෙම වැඩිවීම මනාව පෙන්වුම් කරයි. සියළුම පිළිකා වර්ග අතරින් වැඩිම කාන්තාවන් ප්‍රතිශතයක් මිය යාමට හේතු වී ඇත්තේ ද පියයුරු පිළිකාවයි. මෙම තත්වය පාලනය කිරීම සඳහා පියයුරු පිළිකා කලින් හඳුනා ගැනීමේ, නිර්ණය කිරීමේ හා ප්‍රතිකාර ලබා දීමේ ක්‍රමවේදයන් ශක්තිමත් කළ යුතුව ඇත. පියයුරු පිළිකා කලින් හඳුනාගෙන ප්‍රතිකාර සඳහා යොමු වීමෙන් වඩා ක්‍රමවත් ශල්‍යකර්ම මගින් පිළිකාව ඉවත් කර පියයුරු නැවත සැකසීම වැනි වඩාත් ඵලදායී ප්‍රතිකාර කිරීමට හැකි වන අතර එමගින් පිළිකා රෝගයෙන් රෝගියා පත් වන අපහසුව අවම කළ හැක.

ලෝක සෞඛ්‍ය සංවිධානයේ සංඛ්‍යානමය දත්ත අනුව, 2021 වර්ෂය වන විට ලොව පුරා කාන්තාවන් හට වැළඳෙන පිළිකාවන් අතර ප්‍රමුඛතම පිළිකාව පියයුරු පිළිකාව වන අතර ලොව පුරා ඇති නව වාර්ෂික පිළිකා රෝගීන්ගෙන් 12% ක් පියයුරු පිළිකා ලෙස වාර්තා වේ. ලොව පුරා වාර්ෂිකව පියයුරු පිළිකා රෝගීන් හඳුනා ගැනීම් මිලියනයකට අධිකව සිදුවේ. 2020 වර්ෂයේදී පියයුරු පිළිකාවෙන් පෙළෙන කාන්තාවන් මිලියන 2.3 ක් සහ ගෝලීය වශයෙන් 685,000 ක් මියගොස් ඇත.

ගෝලීය පිළිකා සංඛ්‍යාලේඛන මාර්ගගත දත්ත ගබඩාවක් වන GLOBOCON ට අනුව ශ්‍රී ලංකාව තුළ ගත්විටද කාන්තාවන් අතර බහුලව දක්නට ලැබෙන පිළිකාව පියයුරු පිළිකාවයි. ලියාපදිංචි දත්ත වලට අනුව එම සංඛ්‍යාව වැඩිවෙමින් පවතින අතර, සෑම වසරකම ආසන්න වශයෙන් නව රෝගීන් 3000 ක් හඳුනා ගැනේ. ඒ අනුව පියයුරු පිළිකා අවදානම් සාධක, ඒවා කලින් හඳුනා ගැනීමේ ක්‍රම සහ එහි වැදගත්කම පිළිබඳ ජනතාව සතු දැනුවත්භාවය තක්සේරු කිරීම අධ්‍යයනය කළ යුතු ගැටලුවක් වන බවට හඳුනාගන්නා ලදී. ඒ අනුව පියයුරු පිළිකා, ඒවා කලින් හඳුනා ගැනීමේ ක්‍රම පිළිබඳ ශ්‍රී ලාංකික කාන්තාවන්ගේ දැනුවත්භාවය තක්සේරු කිරීම මෙම අධ්‍යයනයේ මූලික අරමුණ විය.

**සාහිත්‍ය විමර්ශනය**

සංවර්ධනය වෙමින් පවතින රටක් වන ශ්‍රී ලංකාවේ පියයුරු පිළිකා ඇතිවීමේ ප්‍රවණතා පිළිබඳ සිදුකළ පර්යේෂණයකින් ශ්‍රී ලංකාවේ කාන්තා පියයුරු පිළිකා වයස් ප්‍රමිතිගත සිදුවීම් 2001 දී 100,000 කට 17.3 (95% විශ්වසනීය පරතරය 16.5-18.2) සිට 2010 දී 100,000 කට 24.7 (95% විශ්වසනීය පරතරය

23.7-25.7) දක්වා වැඩි වී ඇති බව පෙනේ. වයස අවුරුදු 60 ත් 64 ත් අතර වයස් කාණ්ඩයේ කාන්තාවන් අතර පියයුරු පිළිකා ඇතිවීම මෙම කාල සීමාව තුළ 100,000 කට 68.1 සිට 100.2 දක්වා වැඩි වී ඇත. මෙහි ඇස්තමේන්තුගත වාර්ෂික ප්‍රතිශත වෙනස (EAPC) (EAPC 4.6% 95% විශ්‍රමිත ප්‍රාන්තරය 3.9-5.7, P<0.001). වයස අවුරුදු 50 ට වැඩි කාන්තාවන් අතරද පියයුරු පිළිකා සැලකිය යුතු වැඩි වීමක් දක්නට ලැබේ. (100,000 ට 50.4 සිට 76.9 දක්වා; (EAPC 5.5, 95% විශ්‍රමිත ප්‍රාන්තරය 4.1-7.0, p<0.05) අවුරුදු 50 ට අඩු කාන්තාවන් (EAPC 30.60 සිට 30.60 දක්වා. 2.3, 95% විශ්‍රමිත ප්‍රාන්තරය 1.1-3.5, p<0.05). ප්‍රතිපායන විශ්ලේෂණය භාවිතයෙන් තවදුරටත් මෙම අධ්‍යයනයේ සිදුකළ සොයා ගැනීම් වලින් පෙනී යන්නේ ශ්‍රී ලංකාව තුළ කාන්තා පියයුරු පිළිකා ඇතිවීමේ ක්‍රමානුකූල නමුත් සැලකිය යුතු වැඩි වීමක් දක්නට ලැබෙන බව වාර්තා කර ඇත. එලෙසම පශ්චාත් ආර්තවහරණයෙන් පසු කාන්තාවන් අතර පියයුරු පිළිකා ඇතිවීමේ ශීඝ්‍ර වැඩිවීමක් මෙම වැඩිවීමට ප්‍රධාන වශයෙන් දායක වන බව වැඩි දුරටත් දක්වා ඇත. ශ්‍රී ලංකාවේ අනාගත පිළිකා මර්දන ප්‍රයත්නයන් සඳහා උපකාර විය හැකි වැඩිදුර පර්යේෂණ අවශ්‍ය වන බව පෙනේ (ප්‍රනාන්දු සහ වෙනත් අය, 2018).

මහ්මෝද් සහ වෙනත් අය, (2002) වර්ෂයේදී ටෙහ්රාන් ඉරාන්හි ස්ත්‍රී සෞඛ්‍ය රැකවරණ සේවිකාවන් අතර පියයුරු ස්වයං පරීක්ෂාව (Breast Self Examination) පිළිබඳ දැනුම, ආකල්ප සහ පුරුදු පිළිබඳව සිදුකළ හරස්කඩ අධ්‍යයනයක් සඳහා සෞඛ්‍ය මධ්‍යස්ථාන හතකින් කාන්තාවන් 410 ක් යොදා ගෙන ඇත. මෙම දත්ත විශ්ලේෂණය කිරීම සඳහා විස්තරාත්මක සංඛ්‍යානය හා කයි වර්ග පරීක්ෂාව යොදා ගෙන ඇත. එයින් හෙළි වූයේ ස්ත්‍රීන් 75% ක් පියයුරු පිළිකා පැතිරීම පිළිබඳ දැනුවත් නමුත් පියයුරු වේදනාව පියයුරු පිළිකා රෝග ලක්ෂණයක් නොවන බව දැන සිටියේ 27% ක් පමණි. පියයුරු පිළිකා වැළඳී ඇති අයෙකු ආශ්‍රය කිරීම පියයුරු පිළිකා වර්ධනය වීමට හේතුවන සාධකයක් නොවන බව ස්ත්‍රීන් 27% ක් දැන සිටියේ නැත. එලෙසම අවදානම් සාධක පිළිබඳ ප්‍රතිචාරකයින්ගේ දැනුම එතරම් සතුටුදායක නැත. පියයුරු ස්වයං පරීක්ෂාව පිළිබඳ ස්ත්‍රීන්ගේ ආකල්ප පිළිබඳව අවධානය යොමු කළහොත් බහුතරයක් විශ්වාස කළේ එය එතරම් අමාරු කාර්යයක් නොවන නමුත් කාලය කා දමන කරදකාරී දෙයක් බවයි.(63% සහ



72% පිළිවෙළින්). ප්‍රතිචාරකයින් 63% ක් තමන්ගේ පියයුරු පරීක්ෂා කිරීමට දන්නා නමුත් මාසිකව පියයුරු ස්වයං පරීක්ෂාව සිදු කර ඇත්තේ 6%ක ප්‍රමාණයක් පමණි. පියයුරු ස්වයං පරීක්ෂාව සඳහා වයස ( $P=0.01$ ) අධ්‍යාපන මට්ටම ( $P<0.0001$ ) පියයුරු ගැටලු පිළිබඳ පුද්ගලික ඉතිහාසය ( $P<0.0001$ ) හා පියයුරු පරීක්ෂා කරන ආකාරය පිළිබඳ දැනුම ( $P<0.0001$ ) සමග සැලකිය යුතු ලෙස සම්බන්ධ විය. මෙම අධ්‍යනය තුළදී තවදුරටත් සිදුකළ සොයා ගැනීම් වලින් පෙනී යන්නේ පියයුරු පිළිකා සම්බන්ධයෙන් ස්ත්‍රී සෞඛ්‍ය රැකවරණ සේවිකාවන්ගේ දැනුම හා හැසිරීම සාපේක්ෂව දුර්වල බවත් එය වැඩිදියුණු කළ යුතු බවත්ය. සෞඛ්‍ය වර්ධනය සාමාන්‍ය ජනතාව වෙත සන්නිවේදනය කිරීමේදී සෞඛ්‍ය සේවකයින් විසින් ඉටු කළ හැකි කාර්යයභාරය සැලකිල්ලට ගනිමින් මෙම කාන්තා කණ්ඩායම සඳහා සෞඛ්‍ය අධ්‍යාපන මැදිහත්වීම් සැලසුම් කිරීම අත්‍යවශ්‍ය බව ඔහුන් පවසයි.

රමිච්චි සහ වෙනත් අය, (2002) එක්සත් රාජධානියේ කාන්තාවන්ගේ පියයුරු පිළිකා පිළිබඳ දැනුම හා විශ්වාසයන් සම්බන්ධයෙන් සිදුකළ සමීක්ෂණය සඳහා නියැදි තරම ලෙස කාන්තාවන් 996 දෙනෙකු යොදා ගෙන ඇත. මෙමගින් ලද සොයා ගැනීම් වලින් හෙළි වී ඇත්තේ පියයුරු පිළිකා ආශ්‍රිත රෝග ලක්ෂණ හා අවදානම් සාධක පිළිබඳ සීමිත දැනුමක් ඔවුන් සතුව තිබී ඇති බවයි. දස දෙනෙකුගෙන් එක් අයෙකුට පියයුරු පිළිකා සංවර්ධනය වීමට අවස්ථාවක් ඇති බව නිවැරදිව පෙන්වා දී ඇත්තේ 23% ක් පමණි. විය හැකි අවදානම් සාධකයක් ලෙස වයස්ගත වීම හඳුනාගෙන ඇත්තේ තුනෙන් එකකටත් අඩු පිරිසකි. නියැදියෙන් 70% කට වඩා වැඩි ප්‍රමාණයක් වේදනා රහිත පියයුරු ගැටිත්ත, කිහිල්ල යට ගැටිත්ත, තනපුඩු විසර්ජනය විභව රෝග ලක්ෂණ බව හඳුනාගෙන ඇත. මෙම සොයා ගැනීම් සිදු කිරීම සඳහා යොදාගත් දත්ත විශ්ලේෂණ ක්‍රමවේදයන් ලෙස ප්‍රචර්ගයන් හා ආකල්පමය ප්‍රතිචාර විශ්ලේෂණය කිරීමට කයි වර්ග පරීක්ෂාව යොදා ගෙන ඇත. පරිමාණ දත්ත වලට ප්‍රතිචාර දැක්වූ කණ්ඩායම් වල වෙනස පරීක්ෂා කිරීමට බහු විචල විචලතා විශ්ලේෂණය යොදා ගෙන ඇත.

බොවුලේස් සහ සාලි (2013) ඊජිප්තුවේ විශ්ව විද්‍යාලයක කාන්තා සිසුන් අතර සිදු කළ පියයුරු පිළිකා පිළිබඳ දැනුවත්භාවය සම්බන්ධ අධ්‍යනයක නියැදි තරම වූයේ කාන්තා සිසුන් 543 කි. එහිදී ලද

නිගමනයන් ලෙස අධ්‍යනයට සහභාගි වූවන්ගෙන් බොහෝ පිරිසකට පියයුරු පිළිකා අවදානම් සාධක පිළිබඳ අඩු දැනුමක් තිබුණි. සිසුන් විසින් වඩාත් පුළුල්ව දන්නා වූ අවදානම් සාධකය වූයේ දුම්පානය (66.9%) වන අතර ඉන්පසු පපුටට විකිරණ ඇල්ලීම (63.7 %) හා ජානමය සාධක (63.7%) වේ. බොහෝ සිසුන් පිරිසක් (81.6%) පියයුරු ගැටිත්තක් තිබීම පියයුරු පිළිකා සඳහා රෝග ලක්ෂණයක් ලෙස හඳුනාගෙන ඇත. රූපවාහිනිය, ගුවන් විදුලිය වැනි ජන මාධ්‍ය පියයුරු පිළිකා හඳුනා ගැනීමේ ප්‍රධාන මූලාශ්‍රය ලෙස සිසුන්ගෙන් 89.1% ක් සහ ඥාතීන්ගෙන් 39.2% ක් හඳුනාගෙන ඇත. සිසුන්ගෙන් 8.8% ක් පමණක් ස්වයං පියයුරු පරීක්ෂාව සිදු කිරීමට සුදුසු කාලය නිවැරදිව හඳුනාගෙන ඇති අතර 1.3% ක් සෑම මසකම එය නිතිපතා සිදු කරන බව වාර්තා වී ඇත. ස්වයං පියයුරු පරීක්ෂාව සිදු නොකිරීමට වඩාත් පොදු හේතු වූයේ එය සිදු කරන ආකාරය නොදැන සිටීම (47.7%) හා එය සිදු කිරීමට ඇති අඩු කැමැත්තයි. (35%) මෙම නිගමනයන්ට එළඹීම සඳහා යොදා ගෙන ඇති දත්ත විශ්ලේෂණ ක්‍රමවේදයන් ලෙස නාමික විචලනයන් විස්තර කිරීමට සංඛ්‍යාන වගු හා ප්‍රස්තාර සටහන් භාවිතා කර ඇති අතර සන්නික විචලනයන් ව්‍යාප්තීන්, මධ්‍යන්‍ය හා සම්මත අපගමනය භාවිතයෙන් විස්තර කර ඇත. මෙම අධ්‍යනයේ යෝජනාවක් ලෙස කාන්තාවන් ඉලක්ක කර ගනිමින් ඵලදායී පියයුරු පිළිකා පිළිබඳ දැනුවත්කිරීමේ සෞඛ්‍ය වැඩසටහන් සකස් කළ යුතු බව සොයාගෙන ඇත.

මදනාත් සහ මෙරිල්, (2002) අම්මාන් ජෝදාන් හි ස්ත්‍රී ගුරුවරුන් හා හෙදියන් අතර කළ පියයුරු පිළිකා අවදානම් සාධක පිළිබඳ පර්යේෂණයකින් සහවිචලතා විශ්ලේෂණයකින් පෙන්වුම් කලේ පවුල් ඉතිහාසය සාමාන්‍ය පියයුරු පිළිකා දැනුවත්භාවය සමග සම්බන්ධ වන බවයි. මෙම අධ්‍යනය මගින් පියයුරු පිළිකා පිළිබඳ මානයන් 2ක් තීරණය කිරීම සඳහා අම්මාන් හි සමීක්ෂණය කරන ලද හෙදියන් 163 දෙනෙකු හා ගුරුවරුන් 178 දෙනෙකුගේ දත්ත භාවිතා කර ඇත. රැකියාව, වයස හා පවුල් ඉතිහාසය අතිශයින්ම සැලකිය යුතු ප්‍රමාණයකින් පියයුරු පිළිකා පරීක්ෂා කිරීමේ දැනුවත්භාවයට බලපෑම් කර ඇත. හෙදියන් සඳහා සකස් කළ සාමාන්‍ය දැනුවත් බවේ අගය ගුරුවරුන් සඳහා සකස් කළ අගයෙන් සැලකිය යුතු ප්‍රමාණයකින් වෙනස් වී නොමැත. ( $P=0.8470$ ) හෙදියන්, ගුරුවරුන්ට වඩා පියයුරු පිළිකා පරීක්ෂා කිරීමේ වැදගත්කම හා එහි තාක්ෂණය පිළිබඳ දැනුවත්ව ඇත. හෙදියන් සඳහා

සකස් කළ මධ්‍යයන පරීක්ෂා කිරීමේ දැනුවත් බව 88.3% ක් වූ අතර ගුරුවරුන් සඳහා එම අගය 73.1% ක් විය. ( $P < 0.0001$ ) මෙම අධ්‍යයනයේ සාමාන්‍ය පියයුරු පිළිබඳ දැනුවත්භාවය, රෝගයට සම්බන්ධ අවදානම් සාධක පිළිබඳ දැනුම හා පියයුරු පිළිකා පිළිබඳ දැනුවත්භාවය ලෙස අර්ථ දක්වා ඇත. පියයුරු පිළිකා පරීක්ෂා කිරීමේ දැනුවත්භාවය, ස්වයං පියයුරු පරීක්ෂාව හා මැමෝග්‍රැෆි ලෙස අර්ථ දක්වා ඇත. මෙහිදී කුඩා නියැදි සහිත ප්‍රවර්ගයන් සඳහා ෆිෂර්ගේ නියත පරීක්ෂාවක් කයි වර්ග පරීක්ෂාවක් , පියයුරු පිළිකා පිළිබඳ දැනුවත්භාවය හා පියයුරු පරීක්ෂාව කෙරෙහි ජන විකාශන විචල්‍යයන්ගේ බලපෑම ඇගයීමට සහවිචල්‍යා විශ්ලේෂණයක්, විශ්ලේෂණ ක්‍රමවේදයන් ලෙස යොදා ගෙන ඇත. මෙම සියලු පරීක්ෂාවන් 0.05 ක වෙසෙසි මට්ටමක් යටතේ සිදු කර ඇත. මෙම අධ්‍යයනයේ ප්‍රතිඵල ජ්‍යෙෂ්ඨයන්ගේ කාන්තා හෙදියන් සහ ගුරුවරුන් අතර පියයුරු පිළිකා පිළිබඳ දැනුවත් කිරීමේ මට්ටම පිළිබඳ වැදගත් තොරතුරු සපයන අතර අනාගත පියයුරු පිළිකා වැළැක්වීම වැළැක්වීමේ හා පරීක්ෂණ අධ්‍යාපන වැඩසටහන් සංවර්ධනය කිරීමටද ප්‍රයෝජනවත් විය හැකි බව ඔවුන් පෙන්වා දී ඇත.

ඔඩිසන්යා සහ ටායෝ (2001) නයිජීරියාවේ රෝහලක හෙදියන්ගේ පියයුරු පිළිකා පිළිබඳ දැනුම, ආකල්ප සහ පුරුදු පිළිබඳව සිදු කරන ලද අධ්‍යයනයක් සඳහා හෙදියන් 280 ක නියැදියක් යොදා ගන්නා ලදී. එහිදී ලද නිගමනයන් ලෙස රෝග ලක්ෂණ, රෝග විනිශ්චය කිරීමේ ක්‍රම සහ ස්වයං පියයුරු පරීක්ෂාව පිළිබඳ දැනුම සාමාන්‍යයෙන් ඉතා හොඳ මට්ටමක තිබුණි. කෙසේ නමුත් පසුගිය වසර තුන තුළ සායනික පියයුරු පරීක්ෂාවකට ලක්ව ඇත්තේ 30% ක් සහ මැමෝග්‍රැෆි පරීක්ෂාවකට ලක්ව ඇත්තේ 8% ක් පමණි. පිළිකා පරීක්ෂා කිරීමේ ක්‍රම භාවිතය විෂය පිළිබඳ දැනුම සමග සැලකිය යුතු ලෙස සම්බන්ධ විය. ( $p=0.03$ ) ප්‍රතිචාරකයන්ගෙන් 28% ක් පිළිකා අවදානම තක්සේරු කරන්නේ කෙසේදැයි නොදන්නා අතර 61% ක් තමන් අවදානමට ලක් නොවන බව විශ්වාස කළහ. හෙදියන්ට පියයුරු පිළිකා පිළිබඳ ප්‍රමාණවත් දැනුමක් ඇති නමුත් ඔවුන්ට පියයුරු පිළිකා අවදානම තක්සේරු කිරීම පිළිබඳ වැඩිදුර තොරතුරු අවශ්‍ය බව හෙළි විය. මෙහිදී දත්ත විශ්ලේෂණය කිරීම සඳහා ප්‍රමාණාත්මක විචල්‍යයන් කණ්ඩායම් 2 ක් සඳහා T පරීක්ෂාව යොදා ගන්නා අතර කණ්ඩායම් 3 ක් හෝ වැඩි ගණනක් සඳහා විචල්‍ය විශ්ලේෂණය යොදා ගන්නා ලදී. ගුණාත්මක විචල්‍යයන් හා සමානුපාතිකයන් සංසංදනය කිරීමට

කයි වර්ග පරීක්ෂාව යොදා ගන්නා ලදී. මෙහිදී සියලු පරීක්ෂාවන් 0.05 ක වෙසෙසි මට්ටමක් යටතේ සිදුකර ඇත. මෙම අධ්‍යයනය මගින් තව දුරටත් නිර්දේශ කරනුයේ පියයුරු පිළිකා අවදානම් සාධක හා පියයුරු පිළිකා අවදානම තක්සේරු කිරීම සම්බන්ධයෙන් අඛණ්ඩ අධ්‍යාපනය හා පුහුණුව ලබාදිය යුතු බවත් සියලුම කාන්තාවන්ට ස්වයං පියයුරු පරීක්ෂාව හා සායනික පියයුරු පරීක්ෂාවෙහි වැදගත්කම හෙදියන් විසින් අවධාරණය කළයුතු බවයි.

**අධ්‍යයන ක්‍රමවේදය**

මෙම අධ්‍යයනය ප්‍රමාණාත්මක මෙන්ම ගුණාත්මක වශයෙන් දත්ත එක් රැස් කරමින් විස්තරාත්මකව සහ විශ්ලේෂණාත්මකව සිදු කරනු ලැබූ අධ්‍යයනයකි. පියයුරු පිළිකා පිළිබඳ කාන්තාවන්ගේ දැනුවත්භාවය හා ඊට බලපාන සාධක මොනවා ද යන්න අධ්‍යයනය කිරීම මෙම අධ්‍යයනය හරහා සිදු කෙරෙන බැවින් ඊට සංගහනය වශයෙන් රත්නපුර දිස්ත්‍රික්කයේ වයස අවුරුදු 20 සිට ඉහළට සිටින සියලුම කාන්තාවන් හඳුනාගන්නා ලදී. රත්නපුර දිස්ත්‍රික්කය තුළ ඇති ග්‍රාමසේවා නිලධාරී වසම් ගණන 53 කි. ඒ අතුරින් වැඩිම ජන සංඛ්‍යාවක් වාර්තා වන ග්‍රාමසේවා නිලධාරී වසම් 5 අතුරින් එකක් ලෙසත් විවිධ වූ අධ්‍යාපන මට්ටම් වලින් යුක්ත වූ ,විවිධ වූ රැකියා ක්ෂේත්‍රයන්හි නියැලෙන්නා වූ හා විවිධ වූ ජන වර්ගයන්ට අයත් වූවන් සම්මිශ්‍රව සිටින ග්‍රාමසේවා නිලධාරී වසමක් ලෙස මලංගම ග්‍රාමසේවා නිලධාරී වසම හඳුනාගත හැකිය. එම නිසා ඉලක්ක සංගහනය වශයෙන් රත්නපුර දිස්ත්‍රික්කයේ රත්නපුර ප්‍රාදේශීය ලේකම් කොට්ඨාසයේ මලංගම ග්‍රාමසේවා නිලධාරී වසම තුළ වයස අවුරුදු 20 සිට ඉහළට සිටින ඡන්ද නාම ලේඛනයට අයත් සියලුම කාන්තාවන් තෝරා ගන්නා ලදී. මලංගම ග්‍රාමසේවා නිලධාරී වසම තුළ වයස අවුරුදු 20 සිට ඉහළට සිටින ඡන්ද නාම ලේඛනයට අයත් සියලුම කාන්තාවන් ගණන 1345 කි. Krejcie සහ Morgan වගුව භාවිතයෙන් නියැදි තරම ගණනය කරගන්නා ලදී. එම වගුවට අනුව සංගහනය 1300 සඳහා නියැදි තරම 297 ක් ලෙස දක්වා තිබුණි. ඒ අනුව අධ්‍යයනයේ සංගහනය වන 1345 සඳහා නියැදි තරම 299 ක් යොදා ගන්නා ලදී.

ඒ අනුව එක් එක් වයස් කාණ්ඩයන් යටතේ රත්නපුර දිස්ත්‍රික්කයේ මලංගම ග්‍රාමසේවා නිලධාරී වසම තුළ වයස අවුරුදු 20 සිට ඉහළට සිටින ඡන්ද නාම ලේඛනයට අයත් සියලුම කාන්තාවන් වයස අනුව කාණ්ඩ කිරීම මගින් ස්ත්‍රී-පුරුෂ සමාජභාවය පිළිබඳව

ඉන්පසු එක් එක් වයස් කාණ්ඩය යටතේ නියැදියට ලබාගත යුතු නියැදි ඒකක ගණන තීරණය කිරීම සඳහා සමානුපාතික විභේදනය භාවිතා කරන ලද අතර එමගින් එක් එක් වයස් කාණ්ඩය සඳහා කාන්තාවන් අහඹු ලෙස තෝරා ගන්නා ලදී. ඒ සඳහා පහත සූත්‍රය භාවිතා කරන ලදී.

$$n_i = (N_i \div N) * n$$

මෙහි,

$n_i$  = එක් එක් වයස් කාණ්ඩය සඳහා වෙන් කරන ලද සමානුපාතය

$N_i$  = එක් එක් වයස් කාණ්ඩය යටතේ සිටින කාන්තාවන් ගණන

$N$  = ඉලක්ක සංගහනය = රත්නපුර දිස්ත්‍රික්කයේ රත්නපුර ප්‍රාදේශීය ලේකම් කොට්ඨාසයේ මලංගම ග්‍රාමසේවා නිලධාරී වසම තුළ වයස අවුරුදු 20 සිට ඉහළට සිටින ඡන්ද නාම ලේඛනයට අයත් සියලුම කාන්තාවන් = 1345

$n$  = නියැදි තරම = 299

ඒ අනුව නියැදිය ඒකක 299 ක් ස්තෘත සසම්භාවී නියැදි ක්‍රමය මගින් තෝරාගන්නා ලදී. අධ්‍යයනයේ අරමුණුවලට අදාළ දත්ත රැස් කිරීම සඳහා ප්‍රශ්නාවලියක් සකස් කරන ලද අතර සම්මුඛ සාකච්ඡා ක්‍රමවේදය ඔස්සේ ප්‍රශ්නාවලියට අදාළව දත්ත එක් රැස් කිරීම සිදු කරනු ලැබීය.

දත්ත විශ්ලේෂණයේ දී මූලික විස්තරාත්මක සංඛ්‍යාන විචරණයක් වගු සටහන් හා තීරු සටහන් වැනි රූප සටහන් ක්‍රම උපයෝගී කරගනිමින් ලැබී ඇති ප්‍රතිචාරයන් හි ස්වභාවය සම්බන්ධයෙන් සිදු කරන ලදී. එහි දී ප්‍රතිචාරකයින්ගේ ප්‍රජා විද්‍යාත්මක ලක්ෂණ සහ ප්‍රතිචාරකයින්ගේ පියයුරු පිළිකා පිළිබඳ දැනුවත්භාවය සම්බන්ධව ප්‍රතිගතාත්මකව හා සංඛ්‍යාත්මකව විස්තරාත්මක විචරණයක් සිදු කර ඇත. ඒකවිචල විශ්ලේෂණය යටතේ එක් එක් විචලයන් හි ව්‍යාප්තිය සම්බන්ධයෙන් විශ්ලේෂණ ප්‍රතිඵල ඉදිරිපත් කොට ඇත.

අධ්‍යයනයේ පරායත්ත විචලය වනුයේ පියයුරු පිළිකා පිළිබඳ දැනුවත්භාවයයි. එය උප කොටස්

දෙකක් ඔස්සේ මිනුම් කරන ලදී. එනම් පියයුරු පිළිකා අවදානම් සාධක පිළිබඳ දැනුවත්භාවය හා පියයුරු පිළිකා රෝග ලක්ෂණ පිළිබඳ දැනුවත්භාවය යන කොටස් දෙක ඔස්සේ වේ. එහිදී එක් එක් කොටස් සඳහා ලකුණු ලබා දී එම කොටස් දෙක සඳහා ලබාගත් ලකුණු ප්‍රතිගතයක් ලෙස ගැනීමෙන් පරායත්ත විචලය මිනුම් කර ඇත. ඒ අනුව අධ්‍යයනයේ පරායත්ත විචලය ප්‍රමාණාත්මක විචලයකි. මූලිකව දත්ත උගුණනය කිරීම සඳහා දත්තවල යෝග්‍ය බව හා වලංගුභාවය පරීක්ෂා කිරීම සිදු කරනු ලැබීය. යෝග්‍යය යැයි පරීක්ෂා කිරීමට ක්‍රොන්බාක් ඇල්ෆා අගය යොදාගත් අතර නියැදීම ප්‍රමාණවත් යැයි පැවසීමට KMO අගය යොදා ගන්නා ලදී. පරීක්ෂාවේ ප්‍රතිඵල අනුව දත්ත සඳහා යෝග්‍ය බව සහ වලංගු බව තෘප්ත විය. ජාර්ක්-බේරා පරීක්ෂාවේ ප්‍රතිඵල අනුව දැනුවත්භාවය ප්‍රමතබව ද තෘප්ත කරනු ලැබීය.

වර්යාත්මක සාධක, පවුල හා සම්බන්ධ අත්දැකීම් හා දැනුවත්භාවය ලබා ගැනීමට ඇති පොදු අවස්ථා යන සාධක ලිකර්ට් පරිමාණයෙහි අයිතමයන්ගෙන් මිනුම් කිරීම හේතුවෙන් එම විචලයන් දැනුවත්භාවය කෙරෙහි ඇති කරනු ලබන බලපෑම හඳුනා ගැනීම සඳහා ව්‍යුහාත්මක සමීකරණ ආකෘතියට යටත්ව (Structural Equation Modelling-SEM) රැස් කරගනු ලැබූ දත්ත විශ්ලේෂණය සිදු කිරීම ඔස්සේ දැනුවත්භාවය මත සෘජුවම බලපෑමක් ඇති කරනු ලබන විචලය හඳුනාගැනීම සිදු කරනු ලැබීය (සනායි සහ සනෙයිසන්, 2013).

**ප්‍රතිඵල හා සාකච්ඡා**

අධ්‍යයනයට අනුව මලංගම ග්‍රාමසේවා නිලධාරී වසම තුළ වයස අවුරුදු 20 සිට ඉහළට සිටින සියලුම කාන්තාවන්ගෙන් ස්තෘත සසම්භාවී නියැදීමෙන් තෝරා ගන්නා ලද කාන්තාවන් සඳහා සම්මුඛ සාකච්ඡා ක්‍රමවේදය ඔස්සේ යොමු කරන ලද ප්‍රශ්නාවලියක් හරහා ලබාගත් සමස්ත ප්‍රතිචාර සංඛ්‍යාව 299 කි. එනම් අධ්‍යයනයේ අපේක්ෂිත නියැදි තරම සඳහාම ප්‍රතිචාර ලබාගත හැකි වූ බැවින් ලැබූ සමස්ත ප්‍රතිචාර ප්‍රමාණය 100% කි. ප්‍රතිචාර දක්වා ඇති කාන්තාවන්ගේ වයස අවුරුදු 20 සහ අවුරුදු 80 අතර පිහිටයි. මධ්‍යන්‍යය වයස අවුරුදු 45 කි.

වගුව 1 : ප්‍රතිචාරකයින්ගේ ප්‍රජා විද්‍යාත්මක ලක්ෂණ

විචල්‍ය	සංඛ්‍යාතය	ප්‍රතිශතය
<b>ජන වර්ගය</b>		
සිංහල	236	78.93
දෙමළ	37	12.37
මුස්ලිම්	26	8.70
<b>විවාහක අවිවාහක බව</b>		
අවිවාහක	24	8.03
විවාහක	265	88.63
දික්කසාද වී ඇත	5	1.67
වැන්දඹු	5	1.67
<b>රැකියාවක නිරත වන්නේද යන වග</b>		
ඔව්	149	49.83
නැත	150	50.17
<b>ඉහළම අධ්‍යාපන මට්ටම</b>		
අ.පො.ස සාමාන්‍ය පෙළ ( O/L ) ට වඩා පහළ	1	0.33
අ.පො.ස සාමාන්‍ය පෙළ ( O/L ) දක්වා	20	6.69
අ.පො.ස උසස් පෙළ ( A/L ) දක්වා	125	41.81
අ.පො.ස උසස් පෙළ ( A/L ) ට වඩා ඉහළ	153	51.17

වගුව 1 ට අනුව වැඩිම ප්‍රතිචාරකයින් ප්‍රමාණයක් (78.93%) සිංහල කාන්තාවන් වන අතර අඩුම ප්‍රතිචාරකයින් ප්‍රමාණයක් (8.70%) මුස්ලිම් කාන්තාවන් වේ. ප්‍රතිචාරකයින්ගෙන් වැඩි ප්‍රමාණයක් (88.6%) විවාහක කාන්තාවන් වන අතර රැකියාවක නිරත නොවන

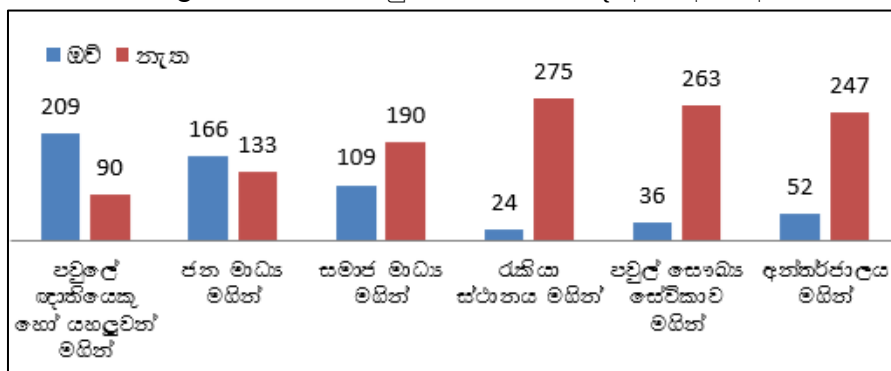
කාන්තාවන් (150) වැඩි ප්‍රමාණයක් ප්‍රතිචාරකයින් අතර වේ. ප්‍රතිචාර දක්වූ කාන්තාවන්ගෙන් වැඩිම ප්‍රමාණයක (153) ඉහළම අධ්‍යාපන මට්ටම අ.පො.ස උසස් පෙළ (A/L) ට වඩා ඉහළ වේ.

මෙයින් අදහස් කරනුයේ නියැදියේ ප්‍රතිචාරකයින්ගෙන් වැඩි ප්‍රමාණයකට ඉහළ අධ්‍යාපනයක් ඇති බවයි.

**ප්‍රතිචාරකයින්ගේ පියයුරු පිළිකා පිළිබඳ දැනුවත්භාවය සම්බන්ධ විස්තරාත්මක විශ්ලේෂණය**

අධ්‍යයනයට සහභාගි වූ සියලුම ප්‍රතිචාරකයින් (299) පියයුරු පිළිකා පිළිබඳ අසා දැනුවත් වී ඇත.

රූපය 1: ප්‍රතිචාරකයින් පියයුරු පිළිකා පිළිබඳ අසා ඇති ආකාරය



රූපය 1 හි දැක්වෙන තොරතුරුවලට අනුව අධ්‍යයනයට සහභාගි වූ කාන්තාවන් අතරින් බහුතරයක් (209) පවුලේ ශෝකියෙකු හෝ යහලුවන් මගින් පියයුරු පිළිකා පිළිබඳ අසා ඇත. එලෙසම ප්‍රතිවාරකයන්ගෙන් 55% ක් ජනමාධ්‍ය මගින් පියයුරු පිළිකා පිළිබඳ යම් අවබෝධයක් ලබාගෙන ඇත. අසා ඇති මූලාශ්‍ර අතරින් අවම මූලාශ්‍රය වූයේ රැකියා ස්ථානය මගින් මේ සම්බන්ධයෙන් දැනුවත්වීම් ඉතා අවම මට්ටමක පැවතුණි (8%).

වගු අංක 2 හි දැක්වෙන තොරතුරුවලට අනුව අධ්‍යයනයට සහභාගි වූ කාන්තාවන් සියලුම දෙනා (299) කාන්තාවක් වීම යන්න පියයුරු පිළිකා අවදානම් සාධකයක් බව දැන සිටියහ. කාන්තාවන් අඩුම ප්‍රමාණයක් (31.77%) දන්නා පියයුරු පිළිකා

අවදානම් සාධකය වූයේ කලින් ඔසප් වීම හෝ ප්‍රමාද ආර්තවහරණය යන්නයි. පළමු ප්‍රසූතිය වයස අවුරුදු 30 න් පසුව සිදු වීම අවදානම් සාධකයක් බව කාන්තාවන් 33.11% ක් පමණක් දැන සිටි කරුණක් විය. වයස අවුරුදු 35-55න් අතර පසුවීම පියයුරු පිළිකා අවදානම් සාධකයක් බව දැන සිටියේ කාන්තාවන් 41.8% ක් පමණි. පියයුරු පිළිකා පවුල් ඉතිහාසයක් තිබීම පියයුරු පිළිකා අවදානම් සාධකයක් බව කාන්තාවන් 95% කට වඩා දන්නා කරුණක් විය. විකිරණ සඳහා නිරාවරණය වීම පියයුරු පිළිකා අවදානම් සාධකයක් බව කාන්තාවන් 70% කට ආසන්න ප්‍රමාණයක් දන්නා නමුත් හෝමෝන ප්‍රතිස්ථාපන ප්‍රතිකාර දිගින් දිගටම ලබා ගැනීම පියයුරු පිළිකා අවදානම් සාධකයක් බව දැන සිටියේ කාන්තාවන් 40% කට අඩු ප්‍රමාණයකි.

වගුව 2: පියයුරු පිළිකා අවදානම් සාධක පිළිබඳ දැනුවත්භාවය

අවදානම් සාධකය	ඔව්	නැත
කාන්තාවක් වීම	299 (100%)	-
වයස අවුරුදු 35-55න් අතර පසුවීම	125 (41.80%)	174 (58.20%)
පියයුරු පිළිකා පවුල් ඉතිහාසයක් තිබීම	285 (95.32%)	14 (4.68%)
තරබාරු බව	110 (36.79%)	189 (63.21%)
මධ්‍යසාර භාවිතය	198 (66.22%)	101 (33.78%)
විකිරණ සඳහා නිරාවරණය වීම	209 (69.90%)	90 (30.10%)
පළමු ප්‍රසූතිය වයස අවුරුදු 30 න් පසුව සිදු වීම	99 (33.11%)	200 (66.89%)
හෝමෝන ප්‍රතිස්ථාපන ප්‍රතිකාර දිගින් දිගටම ලබා ගැනීම	108 (66.89%)	191(63.88%)
දීර්ඝ කාලයක් දිගටම උපත් පාලන පෙති ලබා ගැනීම	146 (48.83%)	153 (51.17%)

වගුව 3: පියයුරු පිළිකා රෝග ලක්ෂණ පිළිබඳ දැනුවත්භාවය

රෝග ලක්ෂණය	ඔව්	නැත
පියයුරු ආශ්‍රිත සම ඝන වීම	205 (68.56%)	94 (31.44%)
පියයුරු මතුපිට වල ගැසීම	247 (82.60%)	52 (17.40%)
තනපුඩු වලින් ලේ හෝ සැරව සහිත සුවයක් පිටවීම	255 (85.28%)	44 (14.72%)
පියයුරු වල ප්‍රමාණය හෝ හැඩය වෙනස් වීම	82 (27.42%)	217 (72.58%)
පියයුරු මතුපිට සමේ වර්ණය වෙනස් වීම	154 (51.50%)	145 (48.50%)
පියයුරු වල තද ගැටිති තිබීම	167 (55.85%)	132 (44.15%)
තනපුඩු ගිලා බැසීම	188 (62.88%)	111 (37.12%)
පියයුරු මතුපිට තුවාලයක් හෝ දදයක් තිබීම	240 (80.27%)	59 (19.73%)
පියයුරු ඉදිමීම හෝ වේදනාකාරී බව	83 (27.76%)	216 (72.24%)
පියයුරු වල සම මතුපිට දොඩම් ලෙල්ලක් වැනි ස්වාභාවයක් ගැනීම	110 (36.79%)	189 (63.21%)

වගු අංක 3 හි දැක්වෙන තොරතුරුවලට අනුව අධ්‍යයනයට සහභාගි වූ කාන්තාවන් අතරින් බහුතරයක් (255) දන්නා වූ පියයුරු පිළිකා රෝග ලක්ෂණය වූයේ තනපුඩු වලින් ලේ හෝ සැරව සහිත සුවයක් පිටවීම වන අතර කාන්තාවන් අඩුම ප්‍රමාණයක් (82) දන්නා පියයුරු පිළිකා

රෝග ලක්ෂණය වූයේ පියයුරු වල ප්‍රමාණය හෝ හැඩය වෙනස් වීම යන්නයි. පියයුරු ඉදිමීම හෝ වේදනාකාරී බව පියයුරු පිළිකා රෝග ලක්ෂණයක් බව දැන සිටියේ කාන්තාවන් 27.76% ක් පමණි. පියයුරු ආශ්‍රිත සම ඝන වීම පියයුරු පිළිකා රෝග ලක්ෂණයක් බව කාන්තාවන් 68.56% ක්

දන්නා කරුණක් විය. පියයුරු මතුපිට සමේ වර්ණය වෙනස් වීම, පියයුරු වල තද ගැටිති තිබීම සහ තනපුඩු ගිලා බැසීම පියයුරු පිළිකා රෝග ලක්ෂණ බව කාන්තාවන් 50% කට වඩා වැඩි ප්‍රමාණයක්

දන්නා බව වාර්තා විය. පියයුරු මතුපිට තුවාලයක් හෝ දදයක් තිබීම පියයුරු පිළිකා රෝග ලක්ෂණ බව කාන්තාවන් 80% කට වඩා වැඩි ප්‍රමාණයක් දන්නා පියයුරු පිළිකා රෝග ලක්ෂණයක් විය.

වගුව 4: පියයුරු පිළිකා පිළිබඳ දැනුවත්භාවයට අදාළ විස්තරාත්මක විශ්ලේෂණය

මිනුම	අගය	මිනුම	අගය
මධ්‍යන්‍යය	63.48	කුටිකතාව	-0.20
මධ්‍යස්ථය	66	වක්‍රීමය	2.80
උපරිම අගය	91	ඡාර්ක්-බෙරා	2.48
අවම අගය	35	සම්භාවිතාව	0.28
සම්මත අපගමනය	11.02	නිරීක්ෂිත	299

පියයුරු පිළිකා පිළිබඳ දැනුවත්භාවයේ මට්ටම ලකුණු 35% (අවම අගය) සහ 91% (උපරිම අගය) අතර පිහිටයි. සාමාන්‍ය පියයුරු පිළිකා පිළිබඳ දැනුවත්භාවයේ මට්ටම (මධ්‍යන්‍යය) 63.48% ක් වන අතර එය සාමාන්‍යයෙන් 11.03% (සම්මත අපගමනය) කින් අපගමනය වේ. ඡාර්ක්-බෙරා පරීක්ෂාවට අනුව සලකා බලන විචලනය ප්‍රමත ව්‍යාප්තියක පවතින බව උපකල්පනය කරන අතර, වෙසෙසියා මට්ටමට වඩා කුඩා p අගයන් මගින් එම කල්පිතය ප්‍රතික්ෂේප කරනු ලබන බව දක්වනු ලැබේ. මෙහිදී සියලුම පරීක්ෂාවන් සඳහා වෙසෙසියා මට්ටම 0.05 කි. එම නිසා, පියයුරු පිළිකා පිළිබඳ

දැනුවත්භාවය යන විචලනය ( $JB=2.48, p=0.288$ ) ප්‍රමතව ව්‍යාප්ත වේ. සාහිත්‍ය විමර්ශන ඇසුරින් පියයුරු පිළිකා පිළිකා පිළිබඳ දැනුවත්භාවය සම්බන්ධ ප්‍රධාන සාධක ලෙස වර්ගාත්මක සාධක, පවුල හා සම්බන්ධ අත්දැකීම් හා දැනුවත්භාවය ලබාගැනීමට ඇති පොදු අවස්ථා අධ්‍යයනය කර ඇත. මෙම අධ්‍යයනයේදී එම සාධක පියයුරු පිළිකා සම්බන්ධ දැනුවත්භාවයට සෘජුවම බලපාන්නේ දැයි බැලීමට ව්‍යුහගත සමීකරණ ආකෘතිය (SEM) භාවිතා කරන අතර ඊට පෙර එම විචලන දත්තයන්හි වලංගුභාවය පරීක්ෂා කර ඇති අතර වගු අංක 5න් එහි ප්‍රතිඵල දැක්වේ.

වගුව 5: දත්ත යෝග්‍ය බව සහ වලංගු බවට අදාළ පරීක්ෂාවන්හි ප්‍රතිඵල

මිනුම	කොන්බ්‍රාක් ඇල්ෆා අගය	KMO අගය	බාට්ලට්ගේ පරීක්ෂාවේ p අගය
වර්ගාත්මක සාධක	0.992	0.891	0.000
පවුල හා සම්බන්ධ අත්දැකීම්	0.946	0.909	0.000
දැනුවත්භාවය ලබා ගැනීමට ඇති පොදු අවස්ථා	0.914	0.828	0.000

වර්ගාත්මක සාධක, පවුල හා සම්බන්ධ අත්දැකීම් හා දැනුවත්භාවය ලබා ගැනීමට ඇති පොදු අවස්ථා යන සාධක සඳහා කොන්බ්‍රාක් ඇල්ෆා අගයන් පිළිවෙළින් (0.992), (0.946) සහ (0.914) වන අතර ඒවා පිළිගත් මට්ටම (0.7) ට වඩා වැඩි වේ. එමෙන්ම එම සාධකයන්ට අදාළ KMO අගයන් පිළිවෙළින් (0.891), (0.909) සහ (0.828) වන අතර ඒවා පිළිගත් මට්ටම (0.8) ට වඩා වැඩි වේ. අවසාන වශයෙන් එම සාධකයන්ට අදාළ බාට්ලට්ගේ පරීක්ෂාවේ p අගයන් පිළිවෙළින් (0.000), (0.000) සහ (0.000) වන අතර ඒවා වෙසෙසියා මට්ටම (0.05) ට වඩා කුඩා බැවින් බාට්ලට්ගේ පරීක්ෂාවද

වෙසෙසි වේ. එබැවින් මෙම දත්ත යෝග්‍ය බව සහ වලංගු බව තෘප්ත වේ.

ප්‍රධාන සංරචක ක්‍රමය යොදාගනිමින් දත්ත උග්‍රණය සිදුකොට ඇත. දත්ත එක් සංරචකයක් සඳහා උද්ධරණය කොට ඇත. (විස්තර කරනු ලබන මුලු විචලතාව 0.5 ට වඩා විශාල බැවින් එය පිළිගත් මට්ටමක ඇත.

**මිනුම් ආකෘතිය (Measurement Model)**

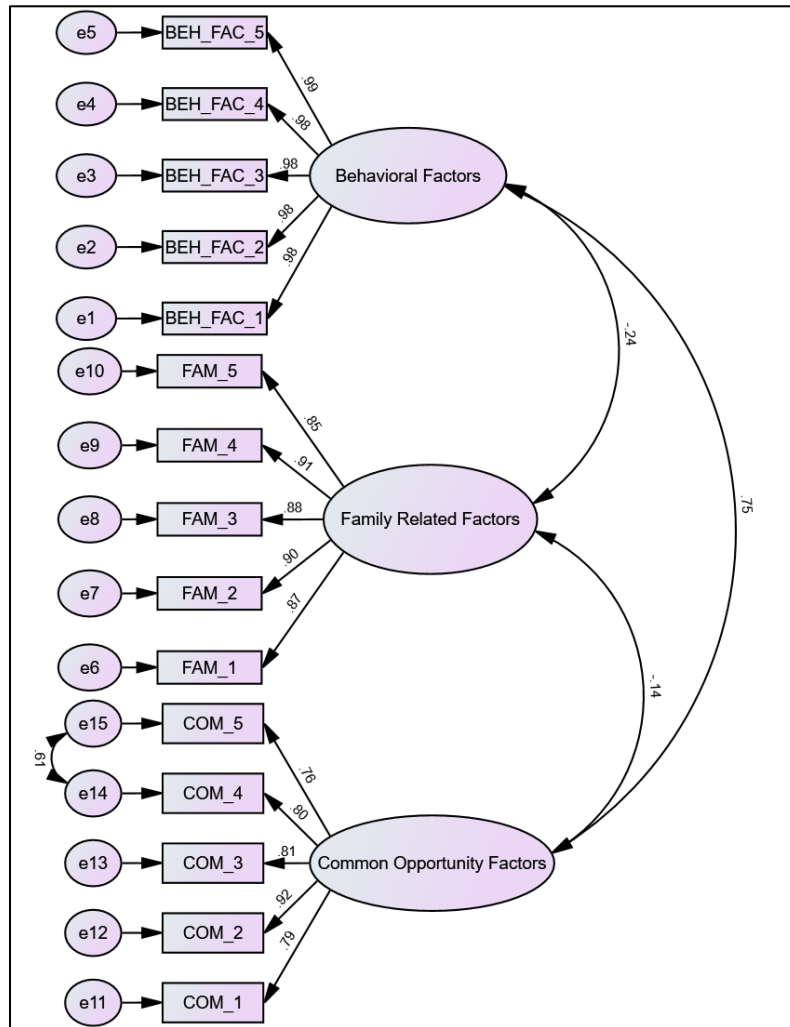
මිනුම් ආකෘතිය හරහා එක් එක් විචලනය සඳහා දර්ශක නියම කරන අතර ආකෘතියෙහි වලංගුබව තක්සේරු කිරීමේ හැකියාව ලබා දේ. රූප සටහන 2 මගින් ආරම්භක මිනුම් ආකෘතිය නිරූපණය කෙරේ.



සලකා බලන ලද විචල්‍යයන් 15 ක් ඔස්සේ ප්‍රධාන සාධක 3 වන චර්යාත්මක සාධක, පවුල හා සම්බන්ධ

අත්දැකීම් හා දැනුවත්භාවය ලබාගැනීමට ඇති පොදු අවස්ථාවලට අදාළව දත්ත එකතුකර ඇත.

රූපය 2: මිනුම් ආකෘතිය



මිනුම් ආකෘතියෙහි අනුසිහුමේ හොඳකම පරීක්ෂා කිරීමට අදාළ ප්‍රතිඵල පහත වගුව 6 යටතේ දැක්වේ.

වගුව 6: මිනුම් ආකෘතියෙහි අනුසිහුමේ හොඳකම පරීක්ෂා කිරීමට අදාළ ප්‍රතිඵල

අනුසිහුමේ හොඳකම සඳහා දර්ශක	නිරීක්ෂිත අගය	පිළිගත් අගය	
Absolute fit indices	CMIN/DF	2.929	<3
	GFI	0.905	0-1
	AGFI	0.867	0-1
	RMSEA	0.080	<0.1
Incremental fit indices	TLI	0.968	0-1
	CFI	0.974	0-1
	RFI	0.953	0-1
	NFI	0.961	0-1
Parsimony fit indices	PGFI	0.648	0-1
	PRATIO	0.819	0-1
	PNFI	0.787	0-1
	PCFI	0.798	0-1

වගුව 6 ට අනුව CMIN/DF අගය (2.929) 3 ට වඩා අඩු අගයක් ගනියි. RMSEA අගය (0.080) 0.1 ට වඩා අඩු අගයක් ගන්නා අතර අනෙකුත් අනුසිහුමේ හොඳකම සඳහා අදාළ දර්ශක 1 ට ආසන්න අගයක් ගෙන ඇත. එබැවින් සමස්තයක් ලෙස මිනුම් ආකෘතියෙහි අනුසිහුමේ හොඳකම තහවුරු වී ඇත.

**මිනුම් ආකෘතියේ වලංගුභාවය ඇගයීම**  
මිනුම් ආකෘතියේ වලංගුභාවය තක්සේරු කිරීම සඳහා Convergent validity සහ Discriminant validity සම්බන්ධයෙන් පරීක්ෂණ සිදු කරන ලදී. සම්මතකෘත සාධක පැවරීම, සාමාන්‍ය විචලනා උද්ධරණ අගය සහ Composite Reliability යන නිර්ණායක තුන ඔස්සේ Convergent validity ඇගයීමට ලක් කරන ලදී.

වගුව 7: Convergent validity පරීක්ෂාවේ ප්‍රතිඵල

විචල්‍යය	අයිතම ගණන	සම්මතකෘත සාධක පැවරීම		සාමාන්‍ය විචලනා උද්ධරණ අගය	Composite Reliability
		අවම	උපරිම		
වර්යාත්මක සාධක	5	0.976	0.987	0.963	0.992
පවුල හා සම්බන්ධ අන්දැකීම්	5	0.853	0.912	0.781	0.947
දැනුවත්භාවය ලබා ගැනීමට ඇති පොදු අවස්ථා	5	0.760	0.922	0.671	0.910

Convergent validity යටතේ මිනුම් ආකෘතියේ වලංගුභාවය පරීක්ෂාවේදී එක් එක් විචල්‍යයට අදාළ සාමාන්‍ය විචලනා උද්ධරණ අගයන් 0.5 හෝ 0.7 ඉක්මවා යා යුතුය. වගු අංක 7 ට අනුව සියලු සම්මතකෘත සාධක පැවරීම 0.7 ට වඩා වැඩි බැවින් 5% ක වෙසෙසියා මට්ටමකදී සම්මතකෘත සාධක පැවරීම වෙසෙසි වන බව නිගමනය කළ හැකිය. තව දුරටත් සියලුම සාමාන්‍ය විචලනා උද්ධරණ අගයන් 0.6 ට වඩා වැඩි වන අතර Composite Reliability මිනුම් 0.7 ට වඩා වැඩි වේ. එබැවින් Convergent validity අවශ්‍යතාවයේ ගැටලුවක් නොපවතින බව නිගමනය කළ හැකිය.

**Discriminant Validity ඇගයීම** සඳහා එක් එක් විචල්‍යයන් අතර වර්ග කරන ලද අන්තර් විචල්‍ය සහසම්බන්ධතා ඇස්තමේන්තු අගයන්, එක් එක් විචල්‍යයන්හි සාමාන්‍ය විචලනා උද්ධරණ අගයන් සමඟ සංසංදනය කිරීමක් සිදු කරයි. සියලුම විචල්‍යයන්හි සාමාන්‍ය විචලනා උද්ධරණ අගයන් එම විචල්‍යය හා අනෙකුත් විචල්‍යයන් අතර වර්ග කරන ලද අන්තර් විචල්‍ය සහසම්බන්ධතා ඇස්තමේන්තු අගයන්ය ට වඩා වැඩි විය යුතුය.

වගුව 8: සාමාන්‍ය විචලනා උද්ධරණ අගය සමඟ වර්ග කරන ලද අන්තර් විචල්‍ය සහසම්බන්ධතා ඇස්තමේන්තු අගයන් සංසංදනය

	වර්යාත්මක සාධක	පවුල සම්බන්ධ අන්දැකීම්	දැනුවත්භාවය ලබා ගැනීමට ඇති පොදු අවස්ථා
වර්යාත්මක සාධක	0.981		
පවුල හා සම්බන්ධ අන්දැකීම්	-0.237	0.884	
දැනුවත්භාවය ලබා ගැනීමට ඇති පොදු අවස්ථා	-0.144	0.747	0.819

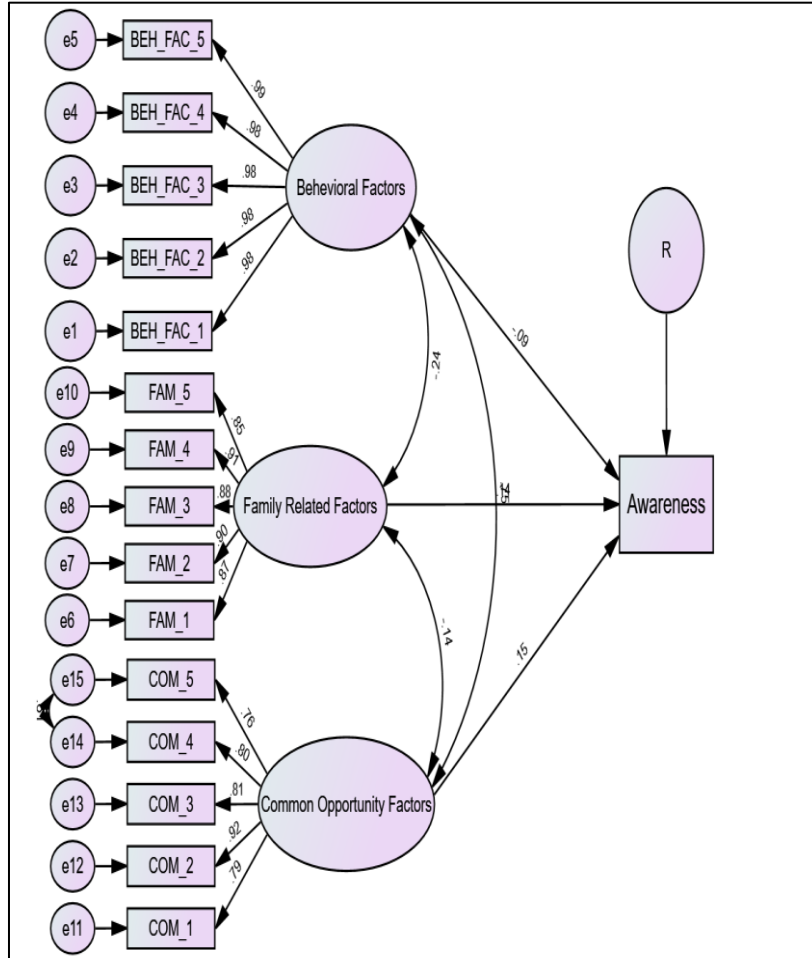
වගුව 8 මගින් සියලුම විචල්‍යයන් සඳහා සාමාන්‍ය විචලනා උද්ධරණ අගය සමඟ වර්ග කරන ලද අන්තර් විචල්‍ය සහසම්බන්ධතා ඇස්තමේන්තු අගයන් සංසංදනය කර ඇත. විකර්ණ ඇතුළත් කිරීම්

මගින් (වගු අංක 8 හි තද කලු පාවිච්චි ඇති ) සියලුම විචල්‍යයන් සඳහා සාමාන්‍ය විචලනා උද්ධරණ අගය පෙන්නුම් කරයි. විකර්ණ නොවන ඇතුළත් කිරීම් මගින් විචල්‍යයන් අතර වර්ග කරන ලද අන්තර්

විචල්‍ය සහසම්බන්ධතා ඇස්තමේන්තු අගයන් පෙන්වුම් කරයි. වගු අංක 8 මගින් එක් එක් විචල්‍යයේ සාමාන්‍ය විචලන උද්ධරණ අගය, එම විචල්‍යය හා අනෙකුත් විචල්‍යයන් අතර වර්ග කරන

ලද අන්තර් විචල්‍ය සහසම්බන්ධතා ඇස්තමේන්තු අගයන් ට වඩා විශාල වේ. එබැවින් Discriminant Validity හි ගැටලුවක් නොපවතින බව නිගමනය කළ හැකිය.

රූපය 3: ව්‍යුහාත්මක ආකෘතිය



ව්‍යුහාත්මක ආකෘතියෙහි අනුසිහුමේ හොඳකම පරීක්ෂා කිරීමට අදාළ ප්‍රතිඵල පහත වගුව 9 යටතේ දැක්වේ.

වගුව 9: මිනුම් ආකෘතියෙහි අනුසිහුමේ හොඳකම පරීක්ෂා කිරීමට අදාළ ප්‍රතිඵල

අනුසිහුමේ හොඳකම සඳහා දර්ශක	නිරීක්ෂිත අගය	පිළිගත් අගය	
Absolute fit indices	CMIN/DF	2.708	<3
	GFI	0.907	0-1
	AGFI	0.871	0-1
	RMSEA	0.076	<0.1
Incremental fit indices	TLI	0.968	0-1
	CFI	0.974	0-1
	RFI	0.950	0-1
	NFI	0.959	0-1
Parsimony fit indices	PGFI	0.654	0-1
	PRATIO	0.817	0-1
	PNFI	0.783	0-1
	PCFI	0.795	0-1

වගුව 9 ට අනුව CMIN/DF අගය (2.708) 3 ට වඩා අඩු අගයක් ගනියි. RMSEA අගය (0.076) 0.1 ට වඩා අඩු අගයක් ගන්නා අතර අනෙකුත් අනුසිතුවම්

හොඳකම සඳහා අදාළ දර්ශක 1 ට ආසන්න අගයක් ගෙන ඇත. එබැවින් ව්‍යුහාත්මක ආකෘතිය ඉදිරි විශ්ලේෂණයන් සඳහා වලංගු බව කිව හැකිය.

වගුව 10: පියයුරු පිළිකා පිළිබඳ දැනුවත්භාවයට සෘජු බලපෑමක් ඇති කරන සාධක හඳුනා ගැනීම

සම්බන්ධතාවය	සම්බන්ධතාවයේ ස්ඵභාවය	සම්බන්ධතාවයේ සංගුණකය	සම්මතකෘත සම්බන්ධතා සංගුණකය	p අගය
දැනුවත්භාවය- සාධක	වර්ගාත්මක සෘජු සම්බන්ධතාවයකි.	-3.897	-0.239	0.333
දැනුවත්භාවය- පවුල හා සම්බන්ධ අත්දැකීම්	සෘජු සම්බන්ධතාවයකි.	0.484	0.027	0.032
දැනුවත්භාවය- දැනුවත්භාවය ලබා ගැනීමට ඇති පොදු අවස්ථා	සෘජු සම්බන්ධතාවයකි. සෘජු සම්බන්ධතාවයකි.	0.107	0.000	0.103

ව්‍යුහගත සමීකරණ ආකෘතිය (SEM) මගින් සිදුකරන ලද විශ්ලේෂණයට අනුව ගොඩනගන ලද වගුව 10 මගින් නිරූපිත තොරතුරු වලට අනුව, පියයුරු පිළිකා පිළිබඳ දැනුවත්භාවයට වර්ගාත්මක සාධක, පවුල හා සම්බන්ධ අත්දැකීම් හා දැනුවත්භාවය ලබා ගැනීමට ඇති පොදු අවස්ථා යන සාධක ඇති කරනු ලබන සෘජු බලපෑම දක්වා ඇත. තව දුරටත් වගුව 10 ට අනුව වර්ගාත්මක සාධක පියයුරු පිළිකා පිළිබඳ දැනුවත්භාවය සමඟ වෙසෙසි නොවන සෘණ සම්බන්ධතාවයක් දක්වයි. ( $\beta = -0.239, P = 0.333$ ) එමගින් වර්ගාත්මක සාධක පියයුරු පිළිකා පිළිබඳ දැනුවත්භාවය මත සෘණ බලපෑමක් ඇති කරනු ලැබුවද එම සම්බන්ධතාව වෙසෙසි නොවන බව නිගමනය කළ හැකිය. පවුල හා සම්බන්ධ අත්දැකීම් පියයුරු පිළිකා පිළිබඳ දැනුවත්භාවය සමඟ වෙසෙසි වන ධන සම්බන්ධතාවයක් දක්වන බව ඉහත වගු අංක 10 මගින් දක්වයි. ( $\beta = -0.027, P = 0.032$ ) ඒ අනුව පවුල හා සම්බන්ධ අත්දැකීම් පියයුරු පිළිකා පිළිබඳ දැනුවත්භාවය මත ධන බලපෑමක් ඇති කරනු ලබන බව නිගමනය කළ හැකිය. එසේම දැනුවත්භාවය ලබා ගැනීමට ඇති පොදු අවස්ථා පියයුරු පිළිකා පිළිබඳ දැනුවත්භාවය සමඟ සම්බන්ධතාවයක් නොදක්වන බව ඉහත වගුව 10 මගින් දක්වයි ( $\beta = 0.000, P = 0.103$ ).

**නිගමන**

අධ්‍යයනය සඳහා සහභාගි වූ සියලුම කාන්තාවන් පියයුරු පිළිකා පිළිබඳ අසා තිබූ බවත්, පවුලේ ශෝකයෙකු හෝ යහලුවන් මගින් යන්න බහුතර කාන්තාවන් පිරිසක් (69.9%) පියයුරු පිළිකා පිළිබඳ

අසා ඇති මූලාශ්‍රය බව අනාවරණය විය. අවම කාන්තාවන් පිරිසක් (8.03%) පියයුරු පිළිකා පිළිබඳ අසා ඇති මූලාශ්‍රය ලෙස රැකියා ස්ථානය මගින් යන්න සඳහන් කර තිබුණි. පියයුරු පිළිකා පවුල් ඉතිහාසයක් ඇති කාන්තාවන් හතරෙන් එකකටත් වඩා අඩු පිරිසක් අධ්‍යයනයට සහභාගි වී ඇති අතර පියයුරු පිළිකාවක් කලින් හඳුනාගත හැකි බව දන්නා කාන්තාවන් 82.61% ක් සිටි අතර පියයුරු පිළිකාවක් කලින් හඳුනා ගැනීමේ ක්‍රම පිළිබඳ දැනුවත්භාවයක් ඇති කාන්තාවන් 29.43% ක් සිටි බව අනාවරණය විය.

අධ්‍යයනයට සහභාගි වූ කාන්තාවන් 45.48% කට පියයුරු පිළිකා අවදානම් සාධක පිළිබඳ හොඳ දැනුවත්භාවයක් තිබී ඇති අතර කාන්තාවන් 54.52% කට පියයුරු පිළිකා අවදානම් සාධක පිළිබඳ දුර්වල දැනුවත්භාවයක් තිබී ඇති බවත්, කාන්තාවන් 48.49% කට පියයුරු පිළිකා රෝග ලක්ෂණ පිළිබඳ හොඳ දැනුවත්භාවයක් තිබී ඇති අතර කාන්තාවන් 51.51% කට පියයුරු පිළිකා රෝග ලක්ෂණ පිළිබඳ දුර්වල දැනුවත්භාවයක් තිබී ඇති බවත් අනාවරණය විය.

නියැදිගත කාන්තාවන් අතර පොදුවේ දන්නා පියයුරු පිළිකා අවදානම් සාධකය වූයේ කාන්තාවක් වීම වන අතර පියයුරු පිළිකා පවුල් ඉතිහාසයක් තිබීම අවදානම් සාධකයක් බව නියැදිගත කාන්තාවන්ගෙන් 75%කට වඩා දන්නා කරුණක් බවත්, අවම වශයෙන් දන්නා අවදානම් සාධකය ලෙස පළමු ප්‍රසූතිය වයස අවුරුදු 30 න් පසුව සිදු වීම වන බවත් අනාවරණය වූ අතර නියැදිගත කාන්තාවන් අතර

පොදුවේ දන්නා පියයුරු පිළිකා රෝග ලක්ෂණය වූයේ තනපුඩු වලින් ලේ හෝ සැරව සහිත ප්‍රාවයක් පිටවීම වන අතර අවම වශයෙන් දන්නා රෝග ලක්ෂණය වනුයේ, පියයුරු වල ප්‍රමාණය හෝ හැඩය වෙනස් වීම වන බව අනාවරණය විය.

නියැදිගත කාන්තාවන් පියයුරු පරීක්ෂාවක් සිදුකර නොමැති වීමට හේතුව ලෙස පොදුවේ දක්වා ඇති කරුණ නම් පියයුරු පිළිකා කලින් හඳුනා ගැනීමේ ක්‍රම පිළිබඳ ඇති නොදැනුවත්භාවය වන අතර ස්වයං පියයුරු පරීක්ෂාව සිදු කරන ආකාරය පිළිබඳ දැනුවත්භාවයක් නොමැති කාන්තාවන් නියැදිය තුළ අන්තර්ගත වී ඇත්තේ 50% කට වඩා අඩු පිරිසක් බවක් අනාවරණය විය.

සමස්තයක් ලෙස ගත්විට පියයුරු පිළිකා පිළිබඳ දැනුවත්භාවයේ මට්ටම ලකුණු 35% ත් 91% ත් අතර අගයක පිහිටන බව අනාවරණය විය.

වයස, ජන වර්ගය, විවාහක අවිවාහක බව, ඉහළම අධ්‍යාපන මට්ටම, රැකියාවක නිරත වන්නේද යන වග සහ රැකියාව අයත් අංශය යන ප්‍රජා විද්‍යාත්මක සාධක අතුරින් පියයුරු පිළිකා පිළිබඳ දැනුවත්භාවය සඳහා වෙසෙසියාත්මක බලපෑමක් සිදුකර ඇති සාධක ලෙස අධ්‍යාපන මට්ටම සහ රැකියාවක නිරත වන්නේද යන වග අනාවරණය වූ අතර රැකියාව අයත් අංශය පියයුරු පිළිකා පිළිබඳ දැනුවත්භාවය සඳහා වෙසෙසියාත්මක බලපෑමක් සිදුකර නොමැති බව අනාවරණය විය.

වර්ගාත්මක සාධක, පවුල හා සම්බන්ධ අත්දැකීම් හා දැනුවත්භාවය ලබා ගැනීමට ඇති පොදු අවස්ථා යන සාධක අතුරින් පියයුරු පිළිකා පිළිබඳ දැනුවත්භාවය කෙරෙහි වෙසෙසියාත්මක බලපෑමක් සිදුකර ඇත්තේ පවුල හා සම්බන්ධ අත්දැකීම් පමණක් බව අනාවරණය විය.

අධ්‍යයනයට සහභාගි වූ කාන්තාවන් සමග පැවැත්වූ සම්මුඛ සාකච්ඡාවෙන් අනාවරණය වූ කරුණු කිහිපයකි. ඔහුන්ගේ පියයුරු වල වෙනසක් ඇත්නම් ඔහුන් අනුගමනය කරන පියවරයන් ලෙස බහුතරයක් ලබා දුන් පිළිතුර වූයේ වෛද්‍යවරයෙකු හමුවට ගොස් ප්‍රතිකාර කරා යොමුවීම යන්න වන අතර සුදු පිරිසක් ස්වයං පියයුරු පරීක්ෂාව සිදු කිරීම ලෙස පිළිතුරු ලබා දුනි. පියයුරු පිළිකා රෝගියෙකුට දෙන අවවාද සඳහා පිළිතුරු ලබා දුන් කාන්තාවන් අතරින් බහුතරයක් ලබා දුන් පිළිතුරු අතර පොදුවේ දක්විය හැකි කරුණක් වූයේ පියයුරු පිළිකා පවුල්

ඉතිහාසයක් ඇත්නම් පියයුරු වල යම් අසාමාන්‍ය වෙනසක් ඇත්නම් වහාම වෛද්‍යවරයෙකු හමුවට ගොස් ප්‍රතිකාර කරා යොමුවිය යුතු යන්නයි.

තෝරාගත් ග්‍රාම නිලධාරී වසම තුළ සිටින කාන්තාවන් අතර පියයුරු පිළිකා පිළිබඳ දැනුවත්භාවය සම්බන්ධයෙන් ගැටලුවක් පවතින බව නිගමනය කළ හැකිය. පියයුරු පිළිකා අවදානම් සාධක සහ පියයුරු පිළිකා රෝග ලක්ෂණ පිළිබඳව ඇති දැනුවත්භාවය හොඳ මට්ටමක ඇති කාන්තාවන් 50% කට වඩා අඩු ප්‍රමාණයක් නියැදිය තුළ අන්තර්ගත වීමෙන් එය තව දුරටත් ප්‍රත්‍යක්ෂ වේ.

**යෝජනා**

මෙම අධ්‍යනයේදී සමීක්ෂණයට ලක් කරන ලද කාන්තාවන් අතර පියයුරු පිළිකා අවදානම් සාධක සහ පියයුරු පිළිකා රෝග ලක්ෂණ පිළිබඳ ඇති දැනුවත්භාවය සාපේක්ෂව දුර්වල බැවින් ග්‍රාමීය මට්ටමින් පියයුරු පිළිකා පිළිබඳ දැනුවත් කිරීමේ වැඩසටහන් සහ පිළිකා මර්ධන වැඩසටහන් ක්‍රියාත්මක කිරීමේ අවශ්‍යතාවය මතුව ඇත.

සාමාන්‍ය ජනතාව ඉලක්ක කර ගනිමින් රූපවාහිනිය, ගුවන් විදුලිය සහ පුවත්පත වැනි ජන මාධ්‍ය හරහා පියයුරු පිළිකා පිළිබඳ වැඩසටහන් , වාර්තාවන් වැනි දෑ ඉදිරිපත් කිරීම පිළිබඳ අවධානය යොමු කිරීම කාලීනව යෝග්‍ය යැයි යෝජනා කළ හැකිය.

වර්තමානය වනවිට තරුණ ප්‍රජාව තුළ මෙන්ම මැදි වයසේ සිට ඉහළට සිටින ප්‍රජාව අතරද සමාජ මාධ්‍ය ප්‍රචලිත වීම සිදු වී ඇති බැවින් සමාජ මාධ්‍ය හරහා පියයුරු පිළිකා පිළිබඳ දැනුවත් කිරීම් සිදු කිරීමද කාලීනව යෝග්‍ය යැයි යෝජනා කළ හැකිය.

මේ වන විට රට තුළ පිළිකා වළක්වා ගැනීම හා පාලනය පිළිබඳ ප්‍රතිපත්තිමය රාමුවක් පැවතුණ ද එය නිසි පරිදි ක්‍රියාත්මක වන්නේද යන්න සහ සෑම ප්‍රදේශයකම එක හා සමාන පරිදි එය ක්‍රියාත්මක කළ හැකිද යන්න ගැටලුවකි. එම නිසා සෞඛ්‍ය අමාත්‍යාංශය සහ වගකිව යුතු අනෙකුත් ආයතන ඒකාබද්ධ නීතිමය රාමුවක් තුළ කටයුතු කිරීමේ අවශ්‍යතාවය මතුව ඇත.

අධ්‍යාපන මට්ටම පියයුරු පිළිකා පිළිබඳ දැනුවත්භාවය සඳහා ප්‍රබල බලපෑමක් සිදුකරන බව නිගමනය කළ හැකි වූ බැවින් පාසල් මාර්ගෝපදේශය තුළද පියයුරු පිළිකා පිළිබඳ අන්තර්ගත කිරීම දැනුවත්භාවය වර්ධනය කර

ගැනීමට මහත් ලෙස ඉවහල් වනු ඇතැයි යෝජනා කළ හැකිය.

මෙම අධ්‍යයනය රත්නපුර මලංගම ග්‍රාම නිලධාරී වසමට අදාළව පමණක් සිදුකර ඇති අධ්‍යයනයක් වන බැවින් සංඛ්‍යාත අනුමිතීන් මෙම ග්‍රාම නිලධාරී වසමට පමණක් වීම මෙම අධ්‍යයනයේ හඳුනාගත් එක් සීමාවකි. එම නිසා මේ සඳහා ශ්‍රී ලංකාවෙහි කාන්තා ජනගහනයෙන් වැඩි ප්‍රමාණයක් නිරූපණය වන පරිදි නියැදියක් තෝරාගෙන මෙම අධ්‍යයනය තවදුරටත් පුළුල් ලෙස සිදු කිරීම කාලීනව යෝග්‍ය යැයි ඉදිරි පර්යේෂකයින්ට යෝජනා කළ හැකිය.

#### ආශ්‍රිත ග්‍රන්ථ

Bernard W, S. and paul K. (n.d.). *World Cancer Report* (pp. 156–193). IARC press.

Donnelly, T. T., Al Khater, A.-H., Al-Bader, S. B., Al Kuwari, M. G., Al-Meer, N., Malik, M., Singh, R., & Jong, F. C.-D. (2013). Arab women’s breast cancer screening practices: A literature review. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention, 14*(8), 4519–4528.

Fernando, A., Jayarajah, U., Prabashani, S., Fernando, E. A., & Seneviratne, S. A. (2018). Incidence trends and patterns of breast cancer in Sri Lanka: An analysis of the national cancer database. *BMC Cancer, 18*(482).

Gupta, R., Gupta, S., Mehrotra, R., & Sodhani, P. (2020). Risk factors of breast cancer and breast self-examination in early detection: Systematic review of awareness among Indian women in community and health care professionals. *Journal of Public Health, 42*(1), 118–131.

Hala Madanat & Ray M. Merrill. (2002). *Breast Cancer Risk-factors and Screening Awareness among women Nurses and Teachers in Amman, Jordan. 25*(4).

Khan, T. M., Leong, J. P. Y., Ming, L. C., & Khan, A. H. (2015). Association of knowledge and cultural perceptions of Malaysian women with delay in diagnosis and treatment of breast cancer: A systematic review. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention, 16*(13), 5349–5357.

Madanat, H., & Merrill, R. M. (2002). Breast cancer risk-factors and screening awareness among women

nurses and teachers in Amman, Jordan. *Cancer Nursing, 25*(4), 276–282. <https://doi.org/10.1097/00002820-200208000-00003>

Mahmoodi, M. H.-, Montazeri, A., Jarvandi, S., Ebrahimi, M., Haghighat, S., & Harirchi, I. (2002). Breast self-examination: knowledge, attitudes, and practices among female health care workers in Tehran, Iran. *The Breast J, 8*(4), 222–225.

Ojewusi, A. A., Obembe, T., Arulogun, O. S., & Olugbayela, T. (2016). Breast cancer awareness, attitude and screening practices in Nigeria: A systematic review. *Clinical Reviews and Opinions, 7*(2), 11–25.

Olayide, A. S., Halimat, A. J., Samuel, O. A., Ganiyu, R. A., & Soliu, O. A. (2017). Level of awareness and knowledge of breast cancer in Nigeria. A systematic review. *Ethiopian Journal of Health Sciences, 27*(2), 163–174.

Parsa, P., Kandiah, M., Abdul Rahman, H., & Mohd Zulkefli, N. (2006). Barriers for breast cancer screening among Asian women: A mini literature review. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention, 7*(4), 509–514.

PARVANI, Z. (2011). Breast self examination: Breast awareness and practices of systematic review. *The Professional Medical Journal, 18*(02), 336–339.

Protani, M., Coory, M., & Martin, J. H. (2010). Effect of obesity on survival of women with breast cancer: Systematic review and meta-analysis. *Breast Cancer Research and Treatment, 123*(3), 627–635.

sung, H., Ferlay, J., Seigel, R., Laversanne, M., soerjomataram, isabelle, lemal, A., & Bray, F. (2021). Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 countries. *A Cancer Journal for Clinicians, 71*(3), 209–249. <https://doi.org/10.3322/caac.21660>

Tokosi, T. O., Fortuin, J., & Douglas, T. S. (2017). The impact of mHealth interventions on breast cancer awareness and screening: Systematic review protocol. *JMIR Research Protocols, 6*(12), e8043.