

# වයස්ගතවූවන්ගේ සියදිවි නසාගැනීමේ පූර්ව ලක්ෂණ සහ උපකාර සෙවීමේ වර්යාව පිළිබඳ ගුණාත්මක අධ්‍යයනයක්

## සුසන්ත රස්නායක

### 1. හැඳින්වීම

සියදිවි නසාගැනීම ගෝලීය නමුත් වළක්වා ගත හැකි මහජන සෞඛ්‍යය ගැටලුවකි. වාර්ෂික ව ලොව පුරා මිලියනයක් පමණ මිනිසුන් සියදිවි නසාගැනීම් හේතුවෙන් මිය යන බවට ගණන් බලා ඇති අතර පසුගිය වසර 45 තුළ ලොව පුරා සියදිවි නසාගැනීම් අනුපාතය සියයට 60 කින් වැඩි වී ඇත (WHO, 2020). සියදිවි නසා ගැනීම වයස අවුරුදු 15-44 වයස් කාණ්ඩයේ මර්ත්‍යතාවට බලපාන තෙවන ප්‍රධාන හේතුව වේ (WHO, 2020). නව යොවුන්වියේ පසුවන්නන් සහ තරුණයන් අතර සියදිවි නසාගැනීම් බහුලව සිදු වුව ද ලෝකයේ බොහෝ රටවල වයස්ගත ජනගහනයේ සියදිවි නසාගැනීමේ අනුපාතය කැපී පෙනෙන ලෙස ඉහළ මට්ටමක පවතී (Bilsen, 2018; WHO, 2017). මෙමගින් වයස්ගත කාණ්ඩය ඉලක්ක කර ගනිමින් සියදිවි නසාගැනීම් වැළැක්වීමේ පියවර ගැනීමේ වැදගත්කම පෙන්නුම් කරයි. ගෝලීය සන්දර්භය තුළ මෙම යථාර්ථයෙන් ශ්‍රී ලංකාව බැහැර කළ නොහැකි ය. නිදසුනක් වශයෙන් 2015 දී වයස අවුරුදු 15-24 කාණ්ඩයේ සියදිවි නසාගැනීමේ අනුපාතය ජනගහනය 100,000 කට 0.41 ක් වූ අතර 65-74 කාණ්ඩයේ එම අගය 0.55 ක් විය. විශේෂයෙන් ම වයස අවුරුදු 75 හෝ ඊට වැඩි කාණ්ඩයේ 0.67 ක් වශයෙන් එම අගය වාර්තා විය (Registrar General Office, 2015).

ගෝලීය වශයෙන් ගත්කල වයස්ගත ජනගහනයේ වේගවත් වර්ධනයත් සමග තවදුරටත් වැඩිහිටි සියදිවි නසාගැනීමේ ගැටලුව තීරණාත්මක අභියෝගයක් දක්වා ඉදිරියේ දී වර්ධනය වනු ඇත. මේ හේතුවෙන් වැඩිහිටි සියදිවි නසාගැනීම් පිළිබඳ විද්‍යාත්මක පර්යේෂණ සහ සුදුසු වැළැක්වීමේ යාන්ත්‍රණ සංවර්ධනය කිරීම කාලීන අවශ්‍යතාවකි. එසේ වුවත් සාහිත්‍ය විමර්ශනයෙන් පැහැදිලි වන්නේ ශ්‍රී ලංකාවේ සියදිවි නසාගැනීම් පිළිබඳ සමාජවිද්‍යාත්මක උනන්දුව තවමත් නොදියුණු මට්ටමක පවතින බවයි. විශේෂයෙන් ම වයස්ගතවූවන් අතර සියදිවි නසාගැනීම් පිළිබඳ පර්යේෂණ අතිශය වීරල ය. පවතින අධ්‍යයන මඟින් ද වැඩිපුර උනන්දු වී ඇත්තේ සියදිවි නසා ගැනීමට බලපාන සාධක විග්‍රහ කිරීමට ය. සියදිවි නසාගැනීම අවම කිරීමේ දී පුද්ගලයාගේ වයස, ස්ත්‍රී පුරුෂ භාවය, සමාජ මට්ටම හෝ වෙනත් මනෝසමාජීය ගතිකයන්ගෙන් තොර ව උපකාර සෙවීමේ වර්යාව (Help-seeking behavior) අතිශයින් වැදගත් වන බවට කිසිදු සැකයක් නැත. අවධානම් සාධකවල ස්වරූපය කුමක් වුවත් වයස්ගත ජනගහනයේ සියදිවි නසාගැනීම් වැළැක්වීම සඳහා ඔවුන්ගේ උපකාර සෙවීමේ වර්යාව පිළිබඳ වඩා හොඳ අවබෝධයක් පැවතී ම මහජන සෞඛ්‍ය අංශවලට සහ සමාජ වැඩ වෘත්තීය ක්ෂේත්‍රයට ඉතා වැදගත් වේ. මෙම පසුබිම යටතේ මෙම ලිපිය වැඩිහිටි සියදිවි නසාගැනීම් පිළිබඳ කරනු ලැබූ ගුණාත්මක අධ්‍යයනයක ප්‍රතිඵලයක් වන අතර ලිපියේ ප්‍රධාන අරමුණ වන්නේ සියදිවි නසාගැනීමට පූර්ව කාලය තුළ වැඩිහිටි පුද්ගලයින් විසින් ප්‍රදර්ශනය කරන ලද සියදිවි නසාගැනීමේ පූර්ව අනතුරු ඇඟවීම් සහ ඔවුන්ගේ උපකාර සෙවීමේ වර්යාව දුර්වල කිරීමට බලපෑ සාධක පරීක්ෂා කිරීම ය.

## 2. සාහිත්‍ය විමර්ශනය

සියදිවි නසාගැනීම පිළිබඳ නිර්වචන වෛද්‍ය, මනෝවෛද්‍ය, ආගම සහ ආචාරවිද්‍යාව වැනි බහුවිධ අංශ ගණනාවකින් සංවර්ධනය වී ඇති නිසා ඒ පිළිබඳ විශ්ලීය නිර්වචනයක් ඉදිරිපත් කිරීම පහසු කාර්යයක් නොවේ. සියදිවි නසා ගැනීම පිළිබඳ සමාජවිද්‍යා සාහිත්‍යයේ පුරෝගාමියා වන එම්ල් ඩුර්කයිම්ට අනුව පුද්ගලයාගේ ධනාත්මක හෝ නිශේධනාත්මක ක්‍රියාවක් නිසා සෘජු ව හෝ වක්‍ර ව සිදුවන සෑම මරණයක් ම සියදිවි නසාගැනීමක් වන අතර මෙහි දී පුද්ගල ක්‍රියාව නිසා නිශ්චිතව මරණය සිදුවන බව පුද්ගලයා දැනී<sup>1</sup> (Durkheim, 1951, p. 44). ඒ අනුව ඩුර්කයිම්ට අනුව රෝගයක දී අවශ්‍ය ප්‍රතිකාරවලින් වැළකී සිටීම හේතුවෙන් සිදුවන මරණයන් වෙඩිතබා ගැනීමකින් සිදුවන මරණයන් යන දෙකම සියදිවි නසාගැනීම ගණයට අයත්වේ. ඩුර්කයිම්ගේ මෙම නිර්වචනයට විවේචන පැවතියත් සියදිවි නසාගැනීම සංකල්පීයකරණයේ දී ඔහුගේ මැදිහත්වීම සෘජු බලපෑමක්කර ඇති බව පෙනේ. පර්යේෂකයන් සරලව සියදිවි නසා ගැනීම නිර්වචනයකර ඇත්තේ පුද්ගලයා සිය උවමනාවෙන් ම ප්‍රාණය තොරකරගැනීම හෝ සාතනය කරගැනීම වශයෙනි (“the act of intentionally taking own life” or “killing oneself”).

සියදිවි නසාගැනීම හා සමානව ම ‘උපකාර සෙවීමේ වර්ෂාව’ (help-seeking behaviour) පිළිබඳ සංකල්පය විස්තර කිරීමට ද පොදු නිර්වචනයක් හෝ මැනීමට යොදාගනු ලබන දර්ශක පිළිබඳ විශ්ලීය එකඟතාවක් නොමැත (Filiatreau et al., 2021; Rickwood & Thomas,

---

<sup>1</sup> Suicide is applied to all cases of death resulting directly or indirectly from a positive or negative act of the victim himself, which he knows will produce this result (Durkheim, 1951, p. 44)

2012). උපකාර සෙවීමේ වර්යාව සංකල්පයේ මූලයන් 1951 දී ටැල්කොට් පාර්සන්ස් විසින් ඉදිරිපත්කරන ලද 'රෝගී භූමිකාව' (Sick role) පිළිබඳ සංකල්පය හා සම්බන්ධ වන බව පෙනේ. පාර්සන්න්ට අනුව රෝගියෙකු සුවවීමට අවශ්‍ය සහාය පැතීම රෝගියාගෙන් අපේක්ෂා කරන සමාජ භූමිකාවකි (Parsons,1951). පාර්සන්ගේ මෙම රෝගී වර්යාව පිළිබඳ පැහැදිලි කිරීම සංකල්පීයකරණය පදනම ලෙස භාවිත කරන Mechanic (1995) 'රෝගී වර්යාව' (Illnes behavior) නිර්වචනය කළේ 'වේදනාවක්, අපහසුතාවයක් හෝ වෙනත් ඉන්ද්‍රිය අක්‍රියවීමේ ලක්ෂණ ඇති පුද්ගලයෙකු විසින් එම රෝග ලක්ෂණ වටහා ගෙන ඇගයීමට ලක්කරන සහ ඒ අනුව ක්‍රියාකරන ආකාරය වශයෙනි' (p.1208). මෙහි දී රෝග ලක්ෂණ විනිශ්චය කර ගැනීම සහ ප්‍රතිකාර සඳහා යොමුවීමේ දී අනිවාර්යයෙන් ම ඒ සඳහා බාහිර සහය පැතීම අත්‍යවශ්‍ය කොන්දේසියකි. රෝගී වර්යාව පිළිබඳ Mechanic ගේ මෙම නිර්වචනය මගින් රෝගාබාධ සඳහා පුද්ගලයා දක්වන ප්‍රතික්‍රියාව පිළිබඳ ක්ෂුද්‍ර සමාජ විද්‍යාත්මක පැහැදිලි කිරීමක් සපයන අතර එය පසුගිය දශක කිහිපය තුළ සංස්කෘතික, මනෝසමාජ, ආර්ථික, ප්‍රජාවිද්‍යාත්මක, ව්‍යුහාත්මක, භූගෝලීය සහ සංවිධානාත්මක මානයන් සමග සම්බන්ධ ව අසනීප සඳහා පුද්ගලයාගේ ප්‍රතික්‍රියාව වටහා ගැනීමට නවීකරණය සහ පුළුල්කර ඇත (Young, 2004. p. 2). මේ අනුව සමකාලීන ව සමාජ වැඩ සහ සෞඛ්‍ය විද්‍යාවේ දී බහුල ව භාවිත වන උපකාර සෙවීමේ වර්යාව සංකල්පය වෛද්‍ය සමාජ විද්‍යාවෙන් ව්‍යුත්පන්න වී ඇතිබව පෙනේ. Umubyeyi සහ තවත් අය (2015) ට අනුව උපකාර සෙවීමේ වර්යාව යනු 'රෝගී අවස්ථාවක සෞඛ්‍ය සේවාවලින් හෝ ප්‍රජාවේ විශ්වාසවන්ත පුද්ගලයන්ගෙන් උපකාර ලබාගැනීමේ ක්‍රියාවලිය වන අතර එහි දී රෝගී හෝ ආතතිමය තත්ත්වයන්ට මුහුණ දෙන විට උපකාරය අවශ්‍ය

තැනැත්තාට අවබෝධය, මඟ පෙන්වීම, ප්‍රතිකාර සහ සාමාන්‍ය සහාය ලබා දීම සිදු වේ (p. 21). ඒ අනුව උපකාර ලැබිය හැකි ප්‍රධාන අංශ දෙකක් ඇත. ඉන් පළමු වැන්න වන්නේ වෘත්තීය අංශය නැතහොත් වෛද්‍ය වෘත්තීකයන් ය. දෙවැන්න වන්නේ වෘත්තීය නොවන කණ්ඩායම් නැතහොත් පවුල, මිතුරන්, අසල්වාසීන් හෝ ආගමික නායකයන් වැනි ප්‍රජාවට සම්බන්ධ අවිධිමත් අංශයයි (Brown et al., 2014). ඒ හා සමානව Scales, Streeter සහ Cooper (2013) විසින් උපකාර සෙවීමේ වර්යාව ප්‍රධාන උපඅංශ හතරකට වර්ග කර ඇත. ඒවා නම් ස්වයං උපකාර සෙවීම (self-care), සමාජ ජාල (social networks), සහායකයින් (helpers) සහ මෙහෙය වන්නන් (gatekeepers) ය. කෙසේ වෙතත් මෙම අධ්‍යයනයේ දී උපකාර සෙවීමේ වර්යාව ස්වයං උපකාර සෙවීම සහ වැඩිහිටියන්ට ඉතා සමීප පවුල හා ඥාතීන්ගේ මැදිහත්වීමෙන් සිදුවන උපකාර සෙවීමේ වර්යාව යන ප්‍රධාන අංශ දෙකකට පමණක් අවධානය යොමු කළේ ය. ඊට හේතුව තවදුරටත් ලංකා සමාජයේ වැඩිහිටි රැකවරණය තීරණය වීමේ දී පවුල සහ ඥාතීන්ට වැඩි භූමිකාවක් පැවරෙන නිසා ය.

පොදුවේ ගත් කල අනෙකුත් ගැටලු මෙන් නොව මානසික ආබාධ සහ සියදිවි නසා ගැනීමේ මානසිකත්වය ඇති පුද්ගලයින්ගේ විධිමත් උපකාර සෙවීමේ වර්යාව පහළ ය. ඊට හේතු වන්නේ මානසික සෞඛ්‍ය සේවා කෙරෙහි ඇති නිශේධනාත්මක ආකල්ප සහ මානසික ප්‍රතිකාරවලට යොමුවීම සමාජ අපවාදයට (stigma) ලක්වීම ය. විශේෂයෙන් ම සියදිවි නසාගැනීමේ මානසිකත්වයෙන් පෙළෙන පුද්ගලයින් අතර ස්වයං උපකාර සෙවීමේ වර්යාව දුර්වල මට්ටමක පවතී. ඊට හේතුව සියදිවි නසාගැනීම ඔවුන්ට ඇති ප්‍රශ්නයට විසඳුම වශයෙන් දකින නිසා ය (Batterham, Calear & Randall, 2018). HomIan,

Stanley සහ Joiner (2015) ගේ පර්යේෂණයට අනුව සියදිවි නසා ගැනීමේ මානසිකත්වයෙන් පෙළෙන අයගෙන් ආසන්න වශයෙන් 29.5% ක් පමණක් තමා මුහුණ දී සිටින අර්බුදකාරී අවස්ථාවට විසඳුම් සෙවීම සඳහා මානසික සෞඛ්‍ය සේවාවල සහාය ලබා ගැනීමට පෙළඹේ. ඔවුන් පෙන්වා දෙන පරිදි අර්බුදකාරී අවස්ථාවේ අර්බුදය ස්වයං කළමනාකරණයට ඇති කැමැත්ත, රෝහල්ගත වීමට ඇති බිය සහ ව්‍යුහාත්මක සාධක (උදා: කාලය, මුදල්) වෘත්තීය මානසික සෞඛ්‍ය සේවාවන් වෙත ළඟාවීමේ ප්‍රධාන බාධක ලෙස ක්‍රියා කරයි. මේ අතර ඔවුන්ගේ පවුලේ අය සහ මිතුරන් අවිධිමත් ආධාර සැපයීමේ දී වැදගත් භූමිකාවක් ඉටුකරන බව Arria සහ තවත් අයගේ (2012) අදහසයි. මොවුන් පෙන්වාදෙන වැදගත් කරුණක් වන්නේ තරුණ සහ නව යොවුන් වියේ සියදිවි නසා ගැනීමට උත්සාහ කරන්නන්ගේ විධිමත් උපකාර සෙවීමේ වර්ගව ඔවුන්ට පුළුල් සමාජ ජාලයක් ඇති බැවින් සහ උපකාර සේවාවන් වෙත ප්‍රවේශවීමට ඇති ඉහළ විභවතාව නිසා සාපේක්ෂ ව ඉහළ මට්ටමක පවතින බව යි. විශේෂයෙන් තරුණ සහ නව යොවුන්වියේ අයගේ සියදිවි නසා ගැනීම් පිළිබඳ පූර්ව අනතුරු ඇඟවීම් සාපේක්ෂව ඉහළ මට්ටමක පවතින නිසා එය අර්බුදකාරී අවස්ථාවක දී උපකාර සෙවීමේ වර්ගව වැඩි කරයි (King, Rebecca & Vidourek, 2012). තවද දෙමාපියන්, පවුලේ සාමාජිකයන්, ගුරුවරුන් සහ මිතුරන් මානසික අවපීඩනයේ මුල් ලක්ෂණ, කනස්සල්ලට පත්වන හැසිරීම් සහ සියදිවි නසාගැනීමේ මානසිකත්වය පිළිබඳ වැඩි අවධානයෙන් සිටින්නේ අවදානමට ලක්වන පුද්ගලයා තරුණ හෝ නව යොවුන් වියේ නම් පමණි. වැඩිහිටිවියේ පුද්ගලයන්ට එතරම් අවධානයක් නොලැබේ (King, Rebecca & Vidourek, 2012).

පූර්ව පර්යේෂණ මඟින් වැඩිහිටියන් සියදිවි නසාගැනීමට බලපාන අවධානම් සාධක පිළිබඳව ද පුළුල් ලෙස සාකච්ඡා කර ඇත. ඒ අනුව අධ්‍යයන මඟින් අවධානම් සාධක ප්‍රධාන තේමා තුනක් යටතේ වර්ගීකරණය කර ඇත. එනම් මානසික රෝග, කායික රෝග සහ සමාජ ගැටලු ය. ඒ අතර වැඩිහිටි විශේෂී සියදිවි නසා ගැනීමට මානසික ආබාධ, මානසික අවපීඩනය සහ අනෙකුත් ජීවිත ආතතීන්ගේ දායකත්වය ප්‍රධාන වශයෙන් බලපාන බව පූර්ව පර්යේෂණ මඟින් වැඩිපුර ඉස්මතු කරඇත (Beautrais, 2002; Conwell et al., 1996; Czyn et al., 2013; De Leo & Ormskerk, 1991; Harwood et. al, 2001; Henriksson et al., 1995; Lawrence et al. 2000; Waern, Runeson, et al., 2002). Harwood සහ තවත් අය (2001) විසින් එංගලන්තයේ කරන ලද අධ්‍යයනයකින් පෙන්වුම් කළේ සියදිවි නසාගත් වැඩිහිටි පුද්ගලයින්ගෙන් 77% ක් සියදිවි නසාගැනීමේ ක්‍රියාව සම්පූර්ණ කිරීමට පෙර කිසියම් මානසික ආබාධයකට ගොදුරු ව සිටි බවයි. එමෙන් ම Cattel (2000) විසින් එක්සත් රාජධානියේ කරන ලද තවත් අධ්‍යයනයකින් පෙන්වා දුන්නේ වැඩිහිටි ජනගහනයෙන් 60% සිට 90% දක්වා ප්‍රමාණයක් සියදිවි නසා ගැනීමට පෙර මානසික අවපීඩනයෙන් හා වෙනත් මානසික ආතතීන්වලින් පෙළඹී බවයි. Quan සහ තවත් අය (2002) විසින් සොයා ගන්නා ලද පරිදි හෘද රෝග, නිදන්ගත පෙනහළු රෝග, ආමාශයික කුඩාල, පුරස්ථි ග්‍රන්ථි ආබාධ, මානසික අවපීඩනය සහ වෙනත් මානසික රෝගවලින් පෙළෙන වැඩිහිටි පුද්ගලයින් අතර සියදිවි නසාගැනීමේ ඉහළ අවදානමක් පවතී. තව ද සමහර බරපතල රෝගාබාධ, නිදන්ගත රෝග සහ වැඩිහිටි විශේෂී සමාජ හුදකලාවට සහ තනිකමට ගොදුරු වීමේ ඉහළ අවදානම විසින් මානසික සෞඛ්‍ය ගැටළු සහ සියදිවි නසාගැනීමේ මනෝභාවයන් ඇතිවීමේ අවදානම වැඩි කරයි (Heuser & Howe, 2019; WHO, 2017). මේ අනුව වැඩිහිටි විශේෂී සියදිවි

නසාගැනීම් වළක්වා ගැනීමේ දී නිසි මානසික සෞඛ්‍ය රැකවරණයක් ලැබීම අතිශයින් වැදගත් බව නිගමනය කළ හැකිය. එසේ වුවද අවදානම් පුද්ගලයින්ට අවශ්‍ය වන මානසික සෞඛ්‍ය සේවාවන් ලබා ගැනීම සාධක කිහිපයක් මත තීරණයවේ. මානසික සෞඛ්‍යය සේවාවන් ස්ථීරිත ව පැවතීමේ ප්‍රමාණය සහ උපකාර සෙවීමේ වර්යාව අතර පවතින පරතරය ඉන් ප්‍රධාන වේ (Filiatreau et al., 2021; Stanhope & Henwood, 2014). උපකාර සෙවීමේ වර්යාව තීරණය වන තවත් වැදගත් කරුණක් වන්නේ මානසික සෞඛ්‍යය සාක්ෂරතාවයි (mental health literacy). ඉන් සරලව අදහස් වන්නේ මානසික රෝග හඳුනාගෙන ප්‍රතිකාර කරන ආකාරය කෙරෙහි බලපාන විශ්වාසය සහ ආකල්පය (Farrer et al., 2008). තවදුරටත් පර්යේෂකයන් දක්වන්නේ උපකාර සෙවීමේ දී පුද්ගලික සමාජීය සහ සංස්කෘතික ලක්ෂණත් පුද්ගල ධාරිතාව සහ අභිප්‍රේරණයත් රෝග ලක්ෂණවල බරපතලකමත් සහ පෙර උපකාර සෙවීමේ අත්දැකීම් මතත් එය තීරණය විය හැකි බවයි (Culph et al., 2015).

වැඩිහිටි මානසික ආබාධ සහ සියදිවි නසා ගැනීමේ සන්දර්භය තුළ උපකාර සෙවීමේ වර්යාව පිළිබඳ ව ද සීමාසහිත වූ පර්යේෂණ ප්‍රමාණයක් හඳුනාගත හැකි ය. Ono සහ තවත් අය (2002) ප්‍රතිචාරකයින් 358 දෙනෙකුගෙන් සමන්විත නියදියක් භාවිත කරමින් ජපානයේ නාගරික ප්‍රජාවක වැඩිහිටියන් අතර සියදිවි නසා ගැනීමේ සිතුවිලි සහ උපකාර සෙවීමේ වර්යාවන් අධ්‍යයනය කළ අතර සහභාගී වූවන් 44 දෙනෙකු අතර මරණය පිළිබඳ සිතුවිලි හෝ සියදිවි නසා ගැනීමේ මනෝභාවයන් පැවති බව සොයා ගෙන ඇත. ඔවුන්ගෙන් 12 දෙනෙකුට සති දෙකක් පුරා සියදිවි නසා ගැනීමේ සිතුවිලි දිගටම පැවත ඇත. කෙසේ වෙතත් සියදිවි නසාගත් වැඩිහිටියන් 44 දෙනාගෙන් 15 දෙනෙකු පමණක් ඔවුන්ගේ ගැටළු පිළිබඳව යමෙකුගෙන් උපදෙස් ලබාගෙන ඇත. තව ද මෙම අධ්‍යයනයෙන් බොහෝ වැඩිහිටියන් මරණය පිළිබඳ



පුනරාවර්තන සිතුවිලි හෝ සියදිවි නසාගැනීමේ මනෝභාවයන් සමඟ මානසික අවපීඩන රෝග ලක්ෂණ ද ප්‍රකාශකර ඇත. පවුලේ සාමාජිකයන්, වෘත්තිකයන් හෝ වෙනත් අයගෙන් උපදෙස් ලබාගෙන ඇත්තේ වැඩිහිටියන් කිහිප දෙනෙකු පමණි. Kjøseth, Ekeberg සහ Steihaug (2010) විසින් මියගිය පුද්ගලයා හොඳින් දන්නා පුද්ගලයින් 23 දෙනෙකු සමඟ කළ සම්මුඛ සාකච්ඡා මඟින් සියදිවි නසාගත් වැඩිහිටි පුද්ගලයින් සෞඛ්‍යය සේවය සමඟ පවත්වා ඇති සම්බන්ධතාව අධ්‍යයනය කර ඇත. මෙම අධ්‍යයනයේ සොයා ගැනීම් අනුව බොහෝ වැඩිහිටියන් සෞඛ්‍යය සේවයේ සහාය ලබා ගැනීමට පසුබට වන්නේ ඔවුන්ට අඛණ්ඩ ව එවැනි උපකාර සේවා මත යැපීමට සිදුවුවහොත් ඔවුන්ගේ නිදහස අහිමි වනු ඇතැයි යන බිය නිසා ය. සේවා ලැබීම පිළිබඳ ඔවුන්ගේ පෙර අත්දැකීම් සම්බන්ධයෙන් ගත් කල බොහෝ දෙනෙකුට අර්බුදකාරී අවස්ථාවන්හි දී අපේක්ෂිත උපකාර නොලැබී ඇති අතර එමඟින් ඔවුන් සෞඛ්‍ය සේවාවන් අවිශ්වාස කිරීමට පෙළඹී ඇත. එමෙන් ම ඔවුන් සහ උදවුකරුවන් අතර හොඳ සන්නිවේදනයක් ගොඩ නැගී නැතිබව ද නිරීක්ෂණය විය. ඒ අතර ම වැඩිහිටියන් අතර ප්‍රධාන මානසික රෝගය ලෙස විශාදය හඳුනාගෙන ඇති අතර (Polacsek, Boardman & McCann, 2018) සහ මෙම වයස් කාණ්ඩයේ සියදිවි නසා ගැනීමට එය මූලික හේතුව වශයෙන් හඳුනාගෙන ඇතත් (Conwell et al., 1996) අවශ්‍ය අවස්ථාවන් හි දී උපකාර සෙවීම නිතර ම ප්‍රමාද වේ (Polacsek, Boardman & McCann, 2018). මානසික අවපීඩනයන් පෙළෙන වැඩිහිටි පුද්ගලයින් සඳහා අවශ්‍ය අවස්ථාවේ දී විධිමත් උපකාර පැතීම සක්‍රීයව සිදුවීම හෝ වැළකීයෑම රඳාපැවතීම කරුණු කිහිපයක් මත තීරණය වේ. මානසික ලෙඩ සම්බන්ධයෙන් සමාජයේ ඇති අපකීර්තිය, ස්වයං අභිප්‍රේරණය, අවශ්‍ය විධිමත් උපකාරක

සේවාවන්වන්ට ප්‍රවිශ්ටවීමේ හැකියාව, වයස් මට්ටම, සෞඛ්‍ය සාමාජිකයින්ගෙන් ලැබෙන සහය සහ මානසික සෞඛ්‍ය සාක්ෂරතාවය එම සාධකය (Polacsek, Boardman & McCann, 2018). පූර්ව පර්යේෂණවල පොදු නිගමනයක් වන්නේ වැඩිහිටියන්ගේ මානසික ආබාධ සහ සියදිවි නසාගැනීම් වැළැක්වීම සඳහා මානසික සෞඛ්‍ය සේවා අතිශයින් වැදගත්වන බවයි. ඇත්ත වශයෙන් ම මානසික ගැටලුවලට බලපාන සාධක සහ වැඩිහිටියේ දී විවිධ ආකෘතිය තත්ත්වයන් සමඟ කටයුතු කිරීමට අවශ්‍ය උපකාර ලබා ගැනීම මනෝ සමාජීය, බලය, සංස්කෘතික, ආගමික සහ විවිධ සන්දර්භමය සාධක මත රඳා පවතී. මෙම සාධක සංස්කෘතියෙන් සංස්කෘතියට වෙනස් වීමට වැඩි ඉඩක් පවතී.

### 3. ක්‍රමවේදය

මෙය ගුණාත්මක අධ්‍යයනයකි. 2015 සිට 2020 දක්වා සියදිවි නසාගත් වැඩිහිටියේ පුද්ගලයින් තිස් දෙනකු පිළිබඳ ඔවුන්ගේ පවුල්වල සමීප සාමාජිකයන් සමඟ පැවැත් වූ සම්මුඛ සාකච්ඡා මෙම අධ්‍යයනය සඳහා භාවිත කරයි. අධ්‍යයනයේ දී වැඩිහිටියේ පුද්ගලයින් වශයෙන් නිර්වචනය කරන්නේ වයස අවුරුදු 60ට හෝ ඊට වැඩි ස්ත්‍රී පුරුෂ දෙපිරිසය. සම්මුඛ සාකච්ඡා සඳහා සහභාගීවූවන් තෝරාගැනීමේ දී පර්යේෂකයාගේ සමාජ ජාලය භාවිත කළේය. එබැවින් අධ්‍යයනය සඳහා පහසු නියැදීම ඔස්සේ තෝරාගත් කුඩා නියැදියක් භාවිත කළ බැවින් අධ්‍යයනයේ සොයාගැනීම් සාමාන්‍යකරණය කිරීමට උත්සාහ නොකරයි. සත්‍ය වශයෙන් ම මෙම පර්යේෂණ ලිපිය පරිශීලනය කළ යුත්තේ ශ්‍රී ලංකාවේ වැඩිහිටි ජනගහනයේ සියදිවි නසාගැනීම් පිළිබඳ පර්යේෂණ උනන්දුව ඇතිකරන්නක් වශයෙනි. පර්යේෂණ මාතෘකාවේ සංවේදීතාව හේතුවෙන් අධ්‍යයනයේ දී පහසු නියැදීම් ක්‍රමය භාවිත කරන ලදී. සම්මුඛ

සාකච්ඡාවන්ට සහභාගී වූවන් සියදිවි නසාගත් පුද්ගලයා සමඟ පැවති සම්බන්ධතාවය සහ ඔහුට හෝ ඇයට සියදිවි නසාගැනීමේ සිදුවීමේ ඉතිහාසය විස්තර කිරීමට ඇති හැකියාව යන සාධක අධ්‍යයනයට සහභාගීවූවන් තෝරා ගැනීමේ නිර්ණායක ලෙස භාවිත කරන ලදී. මීට අමතරව කලාපීය මට්ටමින් වැඩිහිටි රැකවරණය සහ සුභසාධනය සඳහා සෘජුවම සම්බන්ධ වන වැඩිහිටි අයිතිවාසිකම් ප්‍රවර්ධන නිලධාරීන් (05) සහ මනෝ උපදේශකයන් (03) සමඟ සුම් (Zoom) තාක්ෂණය ඔස්සේ පවත්වන ලද සාකච්ඡා ගුණාත්මක දත්ත රැස්කිරීම සඳහා භාවිත කරන ලදී. වැඩිහිටි අයිතිවාසිකම් ප්‍රවර්ධන නිලධාරීන් සහ උපදේශකවරුන් සමඟ කණ්ඩායම් සාකච්ඡා පැවැත්වීමේ අරමුණ වූයේ සියදිවි නසාගත් පුද්ගලයින්ගේ පවුලේ අය සමඟ කළ සම්මුඛ සාකච්ඡා මගින් රැස් කරගත් දත්ත හරස් පරීක්ෂාවට ලක්කිරීමයි. විශේෂයෙන් වැඩිහිටි අයිතිවාසිකම් ප්‍රවර්ධන නිලධාරීන් වැඩිහිටියන් මුහුණ දෙන සුබසාධන සහ සෞඛ්‍යය ගැටලු පිළිබඳව හොඳින් දන්නා බැවින් ඔවුන් සමඟ සාකච්ඡා කරන ලදී. වැඩිහිටි සියදිවි නසාගැනීම්වලට බලපාන වැඩිහිටිවිය හා සම්බන්ධ සමස්ත ගැටලු තේරුම් ගැනීමට මෙම සාකච්ඡා වැදගත් විය. තව ද සියදිවි නසාගැනීමට ලක්වූවන් සමඟ කළ සම්මුඛ සාකච්ඡාවලින් මනුෂ්‍ය හැකි මානසික අවපීඩන රෝග ලක්ෂණවලට අදාළ දත්තවල වලංගුභාවය පරීක්ෂාකිරීම සඳහා මනෝ උපදේශකවරුන් සමඟ කළ සාකච්ඡා ඉවහල් විය. එසේ ම වැඩිහිටියන් සඳහා පවතින මානසික සෞඛ්‍යය සේවා සහ ඒවායේ ඵලදායීතාව පිළිබඳ ව දැන ගැනීමට උපදේශකවරුන් සමඟ කළ සම්මුඛ සාකච්ඡා වැදගත් විය. දත්ත විශ්ලේෂණයේ දී පටිගත කරන ලද සම්මුඛ සාකච්ඡා පිටපත් කරන ලද අතර ඒවා තේමාකරණය ඔස්සේ විශ්ලේෂණය කරන ලදී. දත්ත ඉදිරිපත් කිරීමේ දී සම්මුඛ සාකච්ඡා මගින් ලබාගත් දත්ත සිද්ධි අධ්‍යයනයන් වශයෙන් ගොඩනගා නිදර්ශන වශයෙන් මෙම ලිපියේ දී ඇතැම්

අවස්ථාවල ඉදිරිපත්කර ඇත. තවද අධ්‍යයනයේ ආචාර ධාර්මික පදනම මත සම්මුඛ සාකච්ඡා ආරම්භ කිරීමට පෙර අධ්‍යයනයට සහභාගිවන්නාගේ කැමැත්ත ලබා ගැනීමට පියවර ගත්තේ ය. එපමණක් නොව සියදිවි නසාගැනීම් පිළිබඳ මෙම ලිපියේ දී සඳහන් කරන විට විකල්ප නම්ගම් භාවිත කරමින් ආචාර ධාර්මික පදනම ආරක්ෂා කිරීමට ද පියවර ගෙන ඇත.

**3 අධ්‍යයන සොයාගැනීම් සහ සාකච්ඡාව**

අධ්‍යයනයට භාවිත කළ සියදිවි නසා ගැනීමේ සිදුවීම් 30 න් 24 (80%) වැඩිහිටි පිරිමි වූ අතර 6 (20%) වැඩිහිටි කාන්තාවන් වූහ. සියදිවි නසා ගැනීමේ වයස අනුව අවුරුදු 60-70 අතර 3 (10%) සහ 16 (53.3%) වයස අවුරුදු 71-80 අතර ද 11 (36.6%) වයස අවුරුදු 80 ට වැඩි කාණ්ඩයට අයත් වූහ. සියදිවි නසා ගත් වැඩිහිටියන්ගේ මධ්‍යන්‍ය වයස අවුරුදු 77.9 කි. ඔවුන්ගේ ආගම සලකා බලන විට 28 (93.3%) බෞද්ධයන් වූ අතර 2 (6.6%) බෞද්ධ නොවන අය වූහ. වැඩිදෙනෙක් [(17) 54%] සියදිවි නසා ගැනීමේ ක්‍රමය ලෙස වස පානය භාවිත කර ඇති අතර 7 (23%) ක් එල්ලීම භාවිත කර ඇත. ඉතා සුළු පිරිසක් ඖෂධ අධිමාත්‍රා ලෙස පානය කිරීම, ඇසිඬු පානය කිරීම, ගැඹුරු ජලයට පැනීම සහ තියුණු කැපුම් තල භාවිත කිරීම වැනි ක්‍රම භාවිත කර ඇත. මේ අතර සියදිවි නසා ගැනීම් සිදුවීමට පෙර වැඩිහිටියන් 12 (40%) කගේ කාලත්‍රයා මිය ගොස් සිට ඇති අතර 18 (60%) ප්‍රමාණයක කාලත්‍රයා ජීවත් ව සිට ඇත. විශේෂයෙන් ම සියදිවි නසාගත් සියලු ම වැඩිහිටි කාන්තාවන්ගේ කාලත්‍රයා සිය දිවි නසාගැනීමට පෙර මිය ගොස් සිට ඇත. ඔවුන්ගේ පදිංචිය සම්බන්ධයෙන් ගත් කල සියදිවි නසා ගැනීම තීරණය කරන විට වැඩිහිටියන් 18 (60%) ක් තම පුතාගේ හෝ දියණියගේ නිවසේ ජීවත් ව සිට ඇති අතර 12 (40%) ක් කාලත්‍රයා සමඟ ඔවුන්ට අයිති නිවෙස්වල

ජීවත් වූහ. සියදිවි නසා ගන්නා විට වැඩිහිටියන් 5 දෙනෙකු (16.6%) ඔවුන්ගේ නිවසේ තනි ව ජීවත්ව ඇත. වැඩිහිටියන් 17 (56.6%) ආර්ථික වශයෙන් ඔවුන්ගේ දරුවන්ගෙන්, ශ්‍රේණි ගෙන් හෝ රජයේ සුභසාධන සහ සමාජ ආරක්ෂණ වැඩසටහන් මත යැපෙන්නන් වූහ. විශ්‍රාම වැටුපක් හෝ අර්ථසාධක අරමුදලේ ශේෂයෙන් ප්‍රතිලාභ ලැබුවන් ප්‍රමාණය 3 (10%) ක් වූ අතර පුද්ගලයන් 10 දෙනෙකු (33.3%) ගොවිතැන, ස්වයං රැකියා සහ කුලීවැඩ වැනි ආදායම් උපයන ක්‍රියාකාරකම්වල නියැලී සිට ඇත.

### 3.1 'වියහැකි' මානසික අවපීඩන රෝග ලක්ෂණ

Rainey (2020) පවසන ආකාරයට සියදිවි නසා ගන්නා පුද්ගලයින්ට අවශ්‍ය වන්නේ මැරෙන්නට නොව ඔවුන්ගේ වේදනාව අවසන් කිරීමට ය. එමනිසා වේදනාවේ සලකුණු කල්තියා හඳුනා ගැනීම සහ කලින් මැදිහත් වීම මගින් ඕනෑම වයස් කාණ්ඩයක සියදිවි නසාගැනීමේ අවදානම අඩු කළ හැකි ය. මෙම අධ්‍යයනයේ එක් අරමුණක් වූයේ මිය යෑමට පෙර වැඩිහිටියන් අත්විඳි 'වියහැකි' මානසික අවපීඩන රෝග ලක්ෂණ සහ සියදිවි නසාගැනීමේ අනතුරු ඇඟවීම් හඳුනා ගැනීම යි. මෙම අධ්‍යයනයේ දී 'වියහැකි' යන යෙදුම භාවිත කරන්නේ සියදිවි නසා ගැනීමට පූර්වයෙන් ඔවුන් ප්‍රකාශ කරන ලද රෝග ලක්ෂණ නිසි සායනික පරීක්ෂණයකින් තොර ව නිශ්චිත ව මානසික අවපීඩන රෝග ලක්ෂණ ලෙස විනිශ්චය කිරීමට අපහසු බැවිනි. ඊට හේතුව අධ්‍යයනයේ දී එවැනි සායනික වාර්තා සොයා ගැනීමට නොහැකි වූ අතර ම මියගිය පුද්ගලයා හොඳින් දන්නා ද්විතියික පුද්ගලයෙකුගේ මාර්ගයෙන් ගබාගත් දත්ත මත යැපීමට අපට සිදු වීම ය. මේ අනුව, අපගේ තර්කය ඉදිරියට ගෙන යාමට මෙම යෝජිත යෙදුම වන 'වියහැකි' (possible) වඩා සුදුසු වනු ඇත. සියදිවි නසා ගැනීමට

අවම වශයෙන් සති දෙකේ සිට වසරක් දක්වා සැලකිය යුතු කාල පරාසයක් තුළ සියලු ම වැඩිහිටියන් දැඩි හෝ මධ්‍යස්ථ මානසික අවපීඩන රෝග ලක්ෂණ පෙන්නුම් කර ඇති බව අධ්‍යයනයෙන් සොයාගැනීමට හැකි විය. සියදිවි නසාගත් වැඩිහිටියන් අත්විඳි වියහැකි මානසික අවපීඩන රෝග ලක්ෂණ වගු අංක 01න් දැක් වේ. මෙම රෝග ලක්ෂණ සම්මුඛ සාකච්ඡාවන්හි දී අසන ලද සියදිවි නසා ගත් පුද්ගලයාගෙන් යම් ආකාරයක හැසිරීම් සහ/හෝ මනෝභාවයන්හි වෙනසක් ඔබ නිරීක්ෂණය කළේ ද ඔව් නම් ඒවා මොනවා ද යන ප්‍රශ්නයට ලැබුණ පිළිතුරු මනෝවිද්‍යාත්මක ව විශ්ලේෂණය කර ඉදිරිප කර ඇත.

**වගු 01: වියහැකි මානසික අවපීඩන ලක්ෂණ**

වියහැකි මානසික අවපීඩන ලක්ෂණ	අධ්‍යයනයට සහභාගීවූවන්ගේ අදහස්		
	දක්නට ලැබුණි (N=30)	දක්නට නොලැබුණි (N=30)	ඒ පිළිබඳ අදහසක් නැත (N=30)
කණගාටුව/හිස්බව/ බලාපොරොත්තු රහිතබල	16 (62%)	5(18%)	6(20%)
සුළු කරුණක දී පවා කෝප ගැනීම	25 (83%)	2(7%)	3(10%)
නින්ද නොයෑම	22 (73%)	2 (7%)	6(20%)
ආහාර අරුවිය/ ආහාර ප්‍රතිකෂේප කිරීම	15 (50%)	7 (23%)	8 (27%)
හුදෙකලා බව හෝ කතාබහ අඩුකිරීම	24 (80%)	4 (13%)	2 (7%)
ජීවිතය තේරුමක් නැත යන හැඟීම	22 (73%)	2 (7%)	6 (20%)
පැහැදිලි කළ නොහැකි ශාරීරික වේදනා	13 (43%)	8 (27%)	9 (30%)

ඒ අනුව සුළු කරුණක දී පවා කෝපයට පත්වීම, නින්දා නොයාම, හුදකලා වීම හෝ අන්අය සමඟ කතා කිරීම අඩු කිරීම සහ ජීවිත්වීම තේරුමක් නැති දෙයක් වශයෙන් සිතීම සියදිවි නසාගැනීමට පෙර වැඩිහිටියන් අත්විඳි වියහැකි මානසික අවපීඩන රෝග ලක්ෂණ අතර ප්‍රධාන වේ. තව ද එක් එක් පුද්ගලයා අවම වශයෙන් රෝග ලක්ෂණ දෙකකට වඩා වැඩි ගණනකින් පීඩා විඳ ඇති බව වගුවෙන් පැහැදිලි වේ. ශ්‍රී ලංකාවේ සියදිවි නසාගැනීම් පිළිබඳ කර ඇති අධ්‍යයන බොහොමයකින් පෙන්වාදීමට උත්සාහ ගෙන ඇති ප්‍රධාන කරුණක් වන්නේ බටහිර රටවල මෙන් ශ්‍රී ලංකාවේ සියදිවි නසාගැනීම්වලට මානසික අවපීඩනය ප්‍රධාන සාධකයක් නොවන බවයි. (Kodituwakku, 2016; Hewamanne, 2010; Marecek 2006). De Silva (2003) ට අනුව සියදිවි නසාගැනීම සංස්කෘතියට බද්ධ ව ඇත්තේ ඵ්දිනෙදා ජීවිතයේ ඇතිවන ගැටුම්/ප්‍රශ්න නිරාකරණය කිරීමේ ක්‍රමයක් වශයෙනි. පූර්ව පර්යේෂණ ඉදිරිපත් කරන මෙම නිගමනවලට එළඹී ඇත්තේ බොහෝවිට තරුණ හෝ වයස අවුරුදු 30-55 දක්වා වයස් කාණ්ඩයම්වල සියදිවි නසාගැනීම් සම්බන්ධයෙන් සිදු කළ පර්යේෂණ මඟිනි. වැඩිහිටි විශේෂ සියදිවි නසාගැනීම් එවැනි පර්යේෂණවලට භාජනය වී නොමැති තරම් ය. එහෙයින් ඉහත නිගමන වැඩිහිටි කාණ්ඩයේ සියදිවි නසාගැනීම් සම්බන්ධයෙන් කොතෙක් දුරට සත්‍යවේදැයි නිවරදි ව ප්‍රකාශ කළ නොහැකි ය. කෙසේ වෙතත් අපගේ අධ්‍යයනයෙන් පැහැදිලි වූ ආකාරයට වැඩිහිටි සියදිවි නසාගැනීම් සම්බන්ධයෙන් මානසික අවපීඩනය (වියහැකි) අවධානම් සාධකයක් වශයෙන් වැදගත් වන බවට ඉහත වගුව සාක්ෂ්‍ය සපයයි. වැඩිහිටි සියදිවි නසාගැනීමට වියහැකි මානසික අවපීඩනය සම්බන්ධතාවයක් ඇති බව පෙනීයයි. එහෙත් සම්මුඛ සාකච්ඡාවලින් හෙළි වූ පරිදි අර්බුදයෙන් මිදීමට ඔවුන් කිසිවකුත් වෘත්තීය මානසික සෞඛ්‍ය සේවාවක සහාය පැතීමක් හෝ පවුලේ

සාමාජිකයන්, මිතුරන් හෝ ඥාතීන්ගෙන් සහාය පැතීමක් හෝ සහාය ලැබීමක් සිදුවී නොමැත. ඒ අනුව මියගිය වැඩිහිටියන්ගේ ස්වයං උපකාර සෙවීමේ වර්යාව මෙන් ම සමබන්ධතා ජාලය මඟින් සිදුවන උපකාර සෙවීමේ වර්යාව යන දෙකම ක්‍රියාත්මක වී නොමැත. වැඩිහිටියන් දෙදෙනෙකු පමණක් ආහාර රුචිය සහ පැහැදිලි කළ නොහැකි ශාරීරික වේදනාවන් හේතුවෙන් බාහිර රෝගී අංශය වෙත (OPD) යොමු කර ඇති අතර එහි දී වෛද්‍යවරුන් උපදෙස් දී ඇත්තේ බාහිර රෝගී අංශයෙන් ලැබෙන ප්‍රතිකාර අඛණ්ඩ ව ගන්නා ලෙසත් විවේකී ව සිටීමටත් ය. මෙම සිදුවීම් දෙක සංඛ්‍යාත්මක ව සැලකිය යුතු අගයක් නොවූව ද රෝග විනිශ්චය සම්බන්ධයෙන් වෛද්‍යවරුන්ගේ මැදිහත්වීම වැදගත් විශ්ලේෂණයකට මඟ පාදයි. එනම් සෞඛ්‍යය සේවා සපයන්නන් පවා රෝග විනිශ්චය කිරීමේ දී වයස්ගතවීමේ ශාරීරික දුර්වලතාකෙරෙහි වැඩි අවධානයක් යොමු කළත් ශාරීරික රෝග ලක්ෂණවලට හේතු වන මානසික රෝග ලක්ෂණ ඔවුන්ට මඟහැරීමට ඇති ඉඩ වැඩි බව මෙමඟින් පැහැදිලි වේ. ඒ නිසා වැඩිහිටියන්ගේ කායික රෝග ලක්ෂණ ඇතිවීමට බලපාන මනෝවිද්‍යාත්මක හේතූන් පිළිබඳව සෞඛ්‍යය සේවා සපයන්නන්ගේ වැඩි අවධානය යොමු කිරීම සහ මානසික සෞඛ්‍යය සේවා වෙත එවැනි වැඩිහිටියන් යොමු කිරීම වැඩිහිටි යහපැවැත්ම (elderly well-being) වැඩි කිරීම සඳහා වැදගත් වන බව පෙනේ.

එක් සම්මුඛ සාකච්ඡාවකට සහභාගී වූ දියණියක් තම මවගේ සියදිවි නසාගැනීමේ අත්දැකීම මෙසේ පැහැදිලි කළාය.

මෙම සිදුවීමට මාස හතරකට විතර කලින් ඉදන් අම්ම කිව්වා ඇයට නින්ද යන්නෙ නෑ කියලා. කොන්දෙ සහ උරහිස්වල වේදනාවක් දිගටම පවතින බවත් හැමවෙලාවෙම තෙහෙට්ටුවක් දැනෙන බවක්. අපි හොස්පිටල් ගිහින් බෙහෙත් ටිකක් ගත්තා. ඩොක්ටර් කිව්වේ එය සාමාන්‍ය දෙයක් නිසා ලබා දෙන බෙහෙත්ටික දිගටම ගන්න කියලා.



අම්මා ඒ බෙහෙත් දිගටම ගන්නා ඒත් අඩුවක් උනේ නෑ. එයා ඒ බෙහෙත්වලට එතරම් කැමැත්තක් දැක්කුවෙ නෑ. අහන හැම අවස්ථාවක ම කිවුවේ අඩුවක් නැහැ කියලා. සමහර දවස්වලට මුළු රැම නින්දක් නොමැති ව ගත කළා. නමුත් අපිත් ඒ ගැන එතරම් බැරෑරුම්ව හිතු වේ නෑ. අපි අම්මට කිව්වෙ හිත සැහැල්ලුවෙන් ඉන්ඩ. මල්පහන් කියලා පිරිත් අහලා ඉන්ඩ කියලා. ඒත් දැන් මට හිතෙනවා අපි අම්මගෙ තත්ත්වෙ හරියට තේරුම් අරන් තිබුණෙ නෑ කියල. දැන් තමයි තේරෙන්නෙ අම්ම මනෝ වෛද්‍යවරයෙකුටයි පෙන්නන්න තිබ්බෙ කියලා (සියදිවි නසාගත් වැඩිහිටි කාන්තාවකගේ දියණියක් සමඟ කළ සම්මුඛ සාකච්ඡාව” අවධාරණය එකතු කර ඇත)

මෙම පර්යේෂණයේ සන්නිවේදනය වන්නේ මියගිය මව තම මානසික අර්බුදයෙන් ගොඩ ඒම සඳහා ස්වයං හෝ බාහිර උපකාර සෙවීමේ වර්යාවෙන් ඇත් ව සිට ඇති අතර ම තම සාමාජිකයන්ගේ ඕනෑම සෞඛ්‍ය අර්බුදයක දී බාහිර උපකාර ලබා ගැනීමට ක්‍රියාකාරී භූමිකාවක් ඉටු කරන පවුලට ද මවගේ අර්බුදයට සුදුසු විසඳුමක් සොයා ගැනීමට නොහැකි වී ඇති බවයි. ඊට ප්‍රධාන හේතුව වශයෙන් පෙනෙන්නේ වැඩිහිටි විශේෂී දී ඇති වන කාංසාව, මානසික අවපීඩනය සහ වෙනත් ආතතිමය රෝග ලක්ෂණ පිළිබඳ ව පවුලේ අයට නිසි දැනුමක් නොමැතිකමයි. බොහෝ සම්මුඛ සාකච්ඡාවලින් පෙන්වුම් කළ කරුණක් වන්නේ පවුලේ සාමාජිකයන් එවැනි රෝග ලක්ෂණ සාමාන්‍ය තත්ත්වයන් ලෙසත් වැඩිහිටි විශේෂී සිටින සෑම කෙනෙකුටම පොදු ලක්ෂණ ලෙසත් එවැනි රෝග ලක්ෂණ අර්ථකථනය කරන බවත් ය. තව ද මීට ඉහත දී සඳහන් කළ පරිදි ‘ඩොක්ටර් කිවුවේ ‘එය සාමාන්‍ය දෙයක්’ යන්නෙන් ප්‍රකාශවන අර්ථය වන්නේ ද වැඩිහිටිවිශේෂී රෝග නිශ්චය කිරීමේ දී වෛද්‍ය වෘත්තිකයන් පවා ශාරීරික දුර්වලතා පිළිබඳ වැඩි අවධානයක් යොමු කළ ද ශාරීරික රෝග ලක්ෂණ සඳහා බලපාන

මානසික රෝග ලක්ෂණ කෙරෙහි අඩු අවධානයක් යොමු කිරීම නිසා වෛද්‍ය වෘත්තිකයන්ටත් වැඩිහිටියන් තුළ ඇති විය හැකි මානසික අවපීඩන රෝග ලක්ෂණ මඟ හැරීමට ඉඩ ඇති බවයි. මීට ප්‍රධාන හේතුව වන්නේ සමාජයේ වැඩිහිටි මානසික සෞඛ්‍ය සාක්ෂරතාව පහළ මට්ටමක පැවතීමයි. ශ්‍රී ලංකා සමාජයේ නව යොවුන් වියේ සහ කාරුණ්‍යයේ මානසික ගැටලු පිළිබඳව මහජන සෞඛ්‍ය සේවාවන්වල වැඩි අවධානයක් යොමු වුවත් ප්‍රධාන මානසික සෞඛ්‍ය කතිකාවෙන් වැඩිහිටි මානසික ආබාධ බැහැර කර ඇති බව පෙනෙන්නට තිබේ.

වැඩිහිටියන්ගේ මානසික අවපීඩනයේ මුල් ලක්ෂණ පිළිබඳ ව පවුලේ සාමාජිකයන් එතරම් අවධානයක් යොමු නොකිරීමට බලපෑ තවත් හේතුවක් වශයෙන් අධ්‍යයනයෙන් මතු වූ වැදගත් සාධකයක් වන්නේ වයස්ගත දෙමාපියන් සහ දරුවන් අතර පවතින පරම්පරා දුරස්ථතාවය යි (generation gap). සමහර සම්මුඛ සාකච්ඡාවලින් පෙනී ගියේ වැඩිහිටි දෙමාපියන් තම දරුවන් සමඟ වැඩිපුර කතා කිරීමට අකමැති සහ ස්වාධීන ව ජීවත්වීමට කැමති වන අතර ඔවුන් ඉතා දුරස්ථ සම්බන්ධතාවක් දරුවන් සමඟ පවත්වා ගෙන ගොස් ඇත. ඒ නිසාම දූ දරුවන්ට ද තම දෙමාපියන් ව පාලනය කිරීමට හෝ ඔවුන්ගේ තීරණවලට බලපෑමක් කිරීමට හැකියාවක් නොලැබෙන වටපිටාවක් නිර්මාණය වේ. විශේෂයෙන් ම ශ්‍රී ලංකා සමාජයේ ක්‍රියාත්මක පීතෘමූලික සමාජ ක්‍රමය තුළ මෙම ලක්ෂණය වඩාත් හොඳින් දැකිය හැකි ය. පවුලේ සම්බන්ධතා ධුරාවලිය තුළ දෙමාපියන් සහ දරුවන් අතර පවතින දුරස්ථ සම්බන්ධතාව එකිනෙකාට සමීප අදහස් හුවමාරුවකට ඇති ඉඩකඩ අහුරාලයි. මෙම තත්ත්වය වැඩිහිටි කාන්තාවන්ට වඩා වැඩිහිටි පිරිමින් අතර පවතින බව පෙනේ. සාම්ප්‍රදායික ශ්‍රී ලංකා සමාජය තුළ සාමාන්‍යයෙන් මව්වරුන් මෙන් නොව පියවරුන් තම දරුවන් සමඟ කතා කළේ අල්ප වශයෙනි. එයින් පෙන්නුම් කරන්නේ පවුල තුළ

පියාගේ අධිකාරී භූමිකාවයි. සමාජ නවීකරණයන් සමඟ මෙය බොහෝ සෙයින් වෙනස් වී ඇතත් ශ්‍රී ලාංකික සමාජයේ විශේෂයෙන් ග්‍රාමීය සමාජය විශ්ලේෂණය කිරීමේ දී පරම්පරා පරතරය තව දුරටත් වලංගු සංකල්ප ගත කිරීමක් වශයෙන් ක්‍රියාත්මක වේ. එවැනි පවුල් පරිසරයක් තුළ දරුවන් තම වැඩිහිටි දෙමාපියන්ගේ හැසිරීම් හෝ මනෝභාවමය වෙනස්වීම් පිළිබඳ ව දෙමාපියන් සමඟ සාකච්ඡා කිරීමට හෝ සමීප ව නිරීක්ෂණය කිරීමට මැලි වෙති. එබැවින් මෙම පරම්පරා පරතරය නිසා දෙමාපිය දූදරු සම්බන්ධතා දුරස්ථකරනවා මෙන් ම එය පවුලේ වැඩිහිටි පුද්ගලයන්ගේ සමාජශීලීභාවය අඩුවීමටත් එය පෙරලා ඔවුන් මුහුණපාන යම් අර්බුදකාරී අවස්ථාවල දී උපකාර සෙවීමේ වර්ගාව දුර්වල කිරීමටත් හේතුවන බව පෙනේ. Ekeberg සහ Steihaug (2010) දක්වන්නේ සියදිවි නසා ගැනීමේ මානසිකත්වයෙන් පෙළුණු වැඩිහිටියන් සහ උපකාරකයන් අතර දුර්වල සන්නිවේදනයක් පවතින බවයි. ඉහතින් සඳහන් කළ පරම්පරා පරතරය සම්බන්ධ ගැටලුව මඟින් පෙනෙන්නේ ද සියදිවි නසා ගැනීමට පෙලඹුණ වැඩිහිටියන් සහ ඔවුන්ගේ ප්‍රධාන උපකාරක භූමිකාව ඉටුකරන පවුල අතර දුරස්ථ සම්බන්ධතාවක් පැවත ඇති බවයි.

### 3.2 පූර්ව සංඥා පිළිබඳ සමීපතමයින්ගේ අවබෝධය හා ප්‍රතිචාර

සියදිවි නසාගැනීම් වලක්වා ගැනීමේ දී සියදිවි නසාගැනීම් අනතුරු ඇඟවීම් අවබෝධ කර ගැනීම සහ හැකි ඉක්මනින් මැදිහත්වීම ඉතා වැදගත් වේ. ලෝක සෞඛ්‍ය සංවිධානය (2014) අවධාරනය කරන්නේ පුද්ගලයාට අවශ්‍ය රැකවරණය ලැබෙන බව සහතික කිරීම සඳහා පූර්ව හඳුනා ගැනීම සහ ඵලදායී කළමනාකරණය ප්‍රධාන වන බවයි (පි.9). එමෙන් ම පර්යේෂණවලින් පෙනී යන්නේ සියදිවි නසාගැනීමේ මනෝභාවයන් ඇති පුද්ගලයන්ගෙන් බහුතරයක් අනතුරු ඇඟවීමේ සංඥා ප්‍රකාශ කරන බවයි. Kim සහ තවත් අයගේ (2021)

සොයාගැනීම්වලට අනුව සියදිවි නසාගත් අයගෙන් 93% ක් අනතුරු ඇඟවීමේ සලකුණු පෙන්නුම් කර ඇත. විශේෂයෙන් ම මානසික ආබාධ සහිත අය අතර අනතුරු ඇඟවීම ඉහළ බව හඳුනා ගෙන ඇත. ඒ අනුව මරණය හෝ සියදිවි නසාගැනීම් ගැන කතා කිරීම සහ උදාසීන හැසිරීම වඩාත් පොදු අනතුරු ඇඟවීමේ සංඥාවන් වශයෙන් හඳුනාගෙන ඇත. අපගේ අධ්‍යයන සොයාගැනීම් සාකච්ඡා කිරීම සඳහා Kim සහ තවත් අයගේ සොයාගැනීම් යොදාගැනීමට යම් සීමාවන් තිබිය හැක. ඊට හේතුව මෙම අධ්‍යයනයේ දී අප විශ්ලේෂණය කිරීමට යොදාගන්නා වැඩිහිටියන්ට මානසික ආබාධ පිළිබඳ රෝග විනිශ්චය කළ සායනික වාර්තා නොමැතිවීමයි. කෙසේ වෙතත් මෙම අධ්‍යයනයට අනුව වැඩිහිටියන් අට දෙනෙකු පමණක් (8/30) මිය යාම හෝ සියදිවි නසාගැනීම් ගැන කතා කිරීම වැනි අනතුරු ඇඟවීම් සෘජුව ප්‍රකාශ කර ඇත. ඊට වඩා බොහෝ දෙනෙක් පෙර වගුවෙන් පෙන්වා දී ඇති පරිදි විසඟකි මානසික අවපීඩනයට අදාළ වර්යාත්මක වෙනස්කම් ප්‍රදර්ශනය කර ඇත. සමහර විට වැඩිහිටි අය පූර්ව අනතුරු ඇඟවීම් ප්‍රකාශකර ඇතත් එවැනි පූර්ව අනතුරු ඇඟවීම් පිළිබඳව පවුලේ අයගේ නොදැනුවත්භාව නිසා ඒවා හඳුනාගැනීම මඟහැරුණාවිය හැකි ය. පූර්ව අනතුරු ඇඟවීම් නිරූපණය කළ අය සම්බන්ධයෙන් වුවද පවුලේ සාමාජිකයින්ට ද එවැනි සංඥා නිවැරදි ව හඳුනා ගැනීමට නොහැකි වී ඇත. එමඟින් වැඩිහිටියන් පත් ව සිටි මානසික අර්බුදයට අවශ්‍ය උපකාරක සේවාවන් වෙත ළඟා වීමේ අවස්ථාව මග හැරී ඇත. සම්මුඛ සාකච්ඡාවක දී මතුකළ ඔහුගේ/ඇයගේ මිය යාමට පෙර පෙන්නුම් කරන ලද හැසිරීම් සහ මනෝභාවමය වෙනස්වීම් වලට ඔබ ප්‍රතිචාර දැක්වූයේ කෙසේදැයි ඇසූ ප්‍රශ්නයට ලැබුණ ප්‍රතිචාර කිහිපයක් නිදර්ශන වශයෙන් පහත දැක් වේ.

එයා මේ වගේ දෙයක් කරගනීවි කියලා අපි කවදාවත් හිතුවේ නෑ. සාමාන්‍යයෙන් එයා ඉක්මනින් කේන්ති ගන්න කෙනෙක්. වයසට යන කොට කේන්ති එන එක සාමාන්‍ය දෙයක්නෙ. ඒ නිසා අපි එයාගෙ හැසිරීම් ගැන බැරෑරුම්ව හිතුවෙ නෑ. මැරෙන්න දින කිහිපයකට පෙර එයා මායි වැඩිමල් පුතා එක්කයි සෑහෙන්න රණ්ඩු කරගත්ත. එතන දී එයා කිව්වා අපිට පේන්න තවදුරටත් ජීවත් වෙන්නෙ නෑ කියා. අපි හිතුවෙ එයා අපිව හයකරන්න එහෙම කියන්නෙ කියා. මොකද එයා එහෙම කලින් කියා තියෙනවා. ඒත් දැන් හිතෙනවා කොහොමහරි එයා ඩොක්ටර් කෙනෙක්ට පෙන්නුව නම් සමහරවිට අපිට එයා බෙරගන්න තිබුණා. එත් එයා ඒකට නම්මා ගන්න එක ලේසි නෑ (සියදිවි නසාගත් අයෙක්කෙගේ බිරිඳ සමග කළ සම්මුඛ සාකච්ඡාව. අවධාරණය එකතු කර ඇත).

අම්මගෙ හැසිරීම පෙරට වඩා වෙනස් වී ඇති බව අපි දැක්කා. නමුත් අපි කවදාවත් හිතුවේ නෑ අම්මා ජීවිතය නැතිකර ගනීවි කියලා. එයා ආගමට ගොඩක් බර කෙනෙක්. සාමාන්‍යයෙන් අම්මා කැමති තනියම පාඩුවේ ඉන්න. කතා කරන්නේ බොහොම අඩුවෙන්. මෙම සිදුවීමට මාස දෙක තුනකට කලින් ඉදන් අම්මා එයාට තිබුණ ලෙඩ ගැන නිතරම කලකිරීමෙන් හිටියේ. වෙනත් කෙනෙකුගෙන් යැපෙන්න විමට සිදුවීම ගැන අම්මා නිතරම කනස්සල්ලෙන් හිටියේ. කාටවත් බරක් වී ජීවත් වීම තේරුමක් නෑ කියා නිතරම කියන්න ගත්ත. නමුත් අපි හිතුවා අම්මා මේ වගේ දේවල් නිකන් කියනවා කියලා. (සියදිවි නසාගත් වැඩිහිටි කාන්තාවකගේ දියණිය සමග කළ සම්මුඛ සාකච්ඡාව. අවධාරණය එකතු කර ඇත)

මේ සිද්ධියට දවස් දෙකකට කලින් සීයා මට කතා කරලා කිව්වා මම ටවුන් එක පැත්තෙ ගියොත් පළිබෝධනාශක බෝතලයක් ගෙනත් දෙන්න කියලා. සීයා එළවලු වචන නිසා මම හිතුවේ වගාවට කියලා.

මම එකක් ගෙනැල්ලා දුන්නා. ඒකට මම ගෙවපු ගානත් එයා මට ආපහු දුන්නා. මේක බොන්න එපා කියලත් මම විහිළුවක් කලා. ඒත් සීයා කිව්වා භාගයක් එළවළුවලට භාගයක් එයාට කියලා. මේ සිද්ධියෙන් පස්සේ තමයි මං දැනගත්තෙ සීයා ආව්වි එක්ක රණ්ඩු වෙලා එයාව වරද්දන්න තමයි වස බිව්වෙ කියලා. (සියදිවි නසාගත් වැඩිහිටි පිරිමියෙකුගේ මුණුපුරෙකු සමඟ කළ සම්මුඛ සාකච්ඡාව. අවධාරණය එකතු කර ඇත).

ඉහත උද්ධෘත තුනෙන් ම පැහැදිලි වන්නේ වින්දිතයින් සියදිවි නසාගැනීමේ අනාගත තීරණය පිළිබඳ ව යම් ස්වයං ප්‍රකාශනයක් කර ඇති බවයි. පළමු උද්ධෘතයේ දැක්වෙන ‘එයා කිව්වා අපිට ජේන්න තවදුරටත් ජීවත් වෙන්න නෑ’, දෙවන උද්ධෘතයට අනුව ‘කාටවත් බරක් වී ජීවත්වීම තේරුමක් නෑ කියා නිතරම කියන්න ගත්ත’ සහ තුන්වන උද්ධෘතයේ දැක්වෙන ‘භාගයක් එළවළුවලට භාගයක් මට’ වැනි ප්‍රකාශන නියත වශයෙන් ම අනාගත සියදිවි නසාගැනීමේ තීරණය පිළිබඳ පූර්ව සංඥා වශයෙන් තේරුම් ගත හැකි ය. නමුත් එවැනි ප්‍රකාශන සහ වර්යාත්මක වෙනස්කම් නිවරදි ව තේරුම් ගැනීමට සම්පතමයින්ට නොහැකි වී ඇති බව මෙම උපුටා ගැනීම් සන්නිවේදනය කරයි. අප කලින් සඳහන් කර ඇති පරිදි සියදිවි නසාගැනීමේ පූර්ව අනතුරු ඇඟවීම් පිළිබඳ සම්බන්ධතා ජාලයට ඇති අඩු දැනුම සහ එවැනි අනතුරු ඇඟවීම් මහලු විශේ සාමාන්‍ය ලක්ෂණ ලෙස වටහා ගැනීම නිසා උපකාරක සේවාවන් වෙතට යොමුවීම මඟහැරී ඇති බව පෙනේ. නිදසුනක් වශයෙන් මහලු විශේ දී ‘කෙන්නි ගන්න එක සාමාන්‍ය දෙයක්’ වශයෙන් තේරුම් ගැනීමෙන් පැහැදිලි වෙන්නේ වැඩිහිටි විශේ මානසික සෞඛ්‍ය ගැටලු එතරම් ගනන් නොගතයුතු දෙයක් වශයෙන් සාමාන්‍යකරණය වී ඇති ආකාරය යි. තවද අධ්‍යයනයෙන් පැහැදි වූ ආකාරයට ‘වැඩි දුර ජීවත්වීම තේරුමක් නෑ’, ‘මගේ මරණය එනතුරු මන් බලා ඉන්නෙ’, ‘මට ජීවත්වෙන එක එපාවෙලා තියෙන්නෙ’, ‘මට

දැන් මැරෙන්න ඕන', සහ මම කවුද කියලා පෙන්නලා දෙන්නම්' වැනි ප්‍රකාශන හෝ ඉඟි සියදිවි නසාගැනීමේ අදහස් පූර්වයෙන් ප්‍රකාශ කිරීමට වැඩිහිටියන් විසින් භාවිත කර ඇති අනතුරු ඇඟවීම් කිහිපයකි. ඇත්ත වශයෙන් ම මෙම ප්‍රකාශන ශ්‍රී ලංකා සමාජයට ආගන්තුක සන්නිවේදනයන් නොවේ. මන්ද බොහෝ වැඩිහිටියන් ඔවුන්ගේ මහලු විශේෂ දුක් වේදනා, ශාරීරික දුෂ්කරතා, නිදන්ගත රෝග සහ තවත් කෙනෙක් මත යැපීමට ඇති අකමැත්ත ප්‍රකාශ කිරීමට මෙවැනි ප්‍රකාශ බහුල ව භාවිත කරයි. තවද බෞද්ධ සම්ප්‍රදායේ දෘෂ්ටි කෝණයෙන් බලන විට ඉහත ස්වයං ප්‍රකාශන සියල්ල (මම කවුදැයි කියා දෙන්නම් හැර) බෞද්ධ ඉගැන්වීම් වන කර්මය සහ දුබ මූලධර්මවල සංකේතාත්මක නිරූපණයන් වේ. එයින් අදහස් කරන්නේ තව තවත් දුක් වේදනාවෙන් ජීවත් වීම අර්ථ ශූන්‍ය දෙයක් වන අතර මරණය සැපතක් වශයෙන් දැකීමයි. අනෙක් අතට ශ්‍රී ලංකා සමාජයේ 'මට නම් ජීවත් වෙන එක ඇතිවෙලා තියෙන්නේ' හෝ 'මැරෙන්න ඕනෙතවා' වැනි ප්‍රකාශන එතරම් බැරෑරුම් ව නොසිතන ඵදිනෙදා ජීවිතයේ මුහුණපාන ගැටලුකාරී අවස්ථාවල අසන්නට ලැබෙන සාමාන්‍ය ව්‍යවහාරයන්ය.

Marecek (1998) දක්වන්නේ ශ්‍රී ලංකාවේ සියදිවි නසාගැනීම් වින්දිතයන්ගේ ඵදිනෙදා ජීවිතයෙන් විසුක්ක කළ නොහැකි සමාජ ජීවිතයේ ගැටලු වලට දක්වන ප්‍රතිචාරයක් වශයෙනි. ඉන් පෙනෙන්නේ සියදිවි නසාගැනීම හෝ මරණය ප්‍රශ්නවලට ඇති විසඳුමක් වශයෙන් සාමාන්‍යකරණය වී ඇති ආකාරයයි. මියයාම පිළිබඳ මෙවැනි නිශේධනාත්මක සාමාන්‍යකරණයන් වැඩිහිටි විශේෂී ප්‍රබල ව ක්‍රියාත්මක වීමේ සම්භාවිතාව වැඩිපුර ඇත්තේ වැඩිහිටි විශේෂී සිදුවන කායික මානසික හා සමාජ ආර්ථික පිරිහීම් නිසා ය. ඒ ආකාරයෙන් ජීවත්වීම කර්ම පලිසන්දීම නැතහොත් කරුමය වශයෙන් සිතීම තුළ මරණය

විසඳුම වශයෙන් තෝරාගනී. ඒ නිසා මානසික අර්බුදකාරී අවස්ථාවල උපකාර සෙවීමේ වර්යාවෙන් බැහැර වේ.

Joiner සහ තවත් අය (2010) විසින් ඉදිරිපත් කළ ‘සියදිවි නසාගැනීමේ අන්තර් පුද්ගල-මනෝවිද්‍යාත්මක න්‍යාය’ (The Interpersonal Theory of suicide) හරහා වැඩිහිටි සියදිවි නසාගැනීම් සංකල්ප ගත කිරීමට ඉහත උපුටා ගැනීම් අපගේ අවධානය යොමු කරයි. මෙම න්‍යාය මඟින් තර්ක කරන්නේ ප්‍රබල සියදිවි නසාගැනීමේ අවදානම සාධක තුනක අන්තර් ක්‍රියාකාරීත්වයේ ප්‍රතිඵලයක් වන බවයි. එනම් (1) තනිකම/හුදකලාව පිළිබඳ පුද්ගලයාගේ අත්දැකීම (the individual’s experience of loneliness/isolation “thwarted belongingness”), (2) අන් අයට බරක් වීම පිළිබඳ පුද්ගල සංජානනය (the Individual’s perception of being a burden on others-“perceived burdensomeness”) සහ (3) පූර්ව සියදිවි නසාගැනීමේ හැසිරීම්, වෙනත් අවදානම් හැසිරීම් හෝ ශාරීරික හානිකර ක්‍රියාවන් මගින් ජීවිතය නැති කර ගැනීමට අත්පත් කරගෙන ඇති හැකියාව (the individual’s habituation to self-harm by prior non-suicidal self-injury, suicidal behavior, or other risk behaviors- “acquired capability”) (Barzilay et al., 2015, pp. 68-69). මෙම කරුණු තුනෙන් තුන්වන සාධකය හැර අනෙකුත් සාධක දෙක වැඩිහිටි සියදිවි නසාගැනීම් සමඟ ඉතා සම්ප ව සම්බන්ධ වේ. ඒ අනුව තනිකම/හුදකලාව සහ තමන් අන්අයට බරක් වශයෙන් සිතීම වැඩිහිටියන් මුහුණ දෙන මානසික අර්බුදයේ ප්‍රධාන මානයන් බවට පත් වේ. වැඩිහිටි විශේෂී කායික මානසික හා ආර්ථික ස්වාධීනත්වය ගිලිහී යෑම නිසා මෙම අර්බුදයට ලක්වීමේ අවධානම ඉහළ ය. මෙම න්‍යායට අනුව මේ ආකාරයෙන් වන වැරදි මානසික ගණනය කිරීම් නිසා පුද්ගලයා අන් අයට බරක් වශයෙන් සිතන අතර



මරණය අත් අයට තම ජීවිතයට වඩා වටිනා බවත් සිතයි. මේ තත්ත්වය නිසා ජීවිත බලාපොරොත්තු රහිත බවක් ඇති කරයි. අවසාන වශයෙන් මෙවැනි වැරදි මානසික විනිශ්චයන් ඇති පුද්ගලයින් එවැනි සිතුවිලි සියදිවි නසාගැනීමේ හැසිරීමක් බවට පරිවර්තනය කරයි. අවසාන වශයෙන් මෙම වැරදි මානසික විනිශ්චයන් ඇති පුද්ගලයන් එවැනි සියදිවි නසාගැනීමේ හැසිරීමක් බවට පරිවර්තනය කරයි. එවැනි තත්ත්වයක් තුළ සියදිවි නසාගැනීමේ මනෝභාවයෙන් පෙළෙන්නෙකුගෙන් බාහිර උපකාර සෙවීමේ හැසිරීමක් අපේක්ෂා කළ නොහැකි ය. ඊට හේතුව ඔවුන් දක්න්නේ අත් අයගෙන් උපකාර ලබා ගැනීම අසාර්ථක වීමක් හෝ දුර්වලකමක් ලෙස ය. නැතහොත් බාහිර ආධාර නොමැති ව තම ගැටලු විසඳීමට ඔවුන්ට හැකි විය යුතු ය යනුවෙනි. ඔවුන්ගේ ස්ථාවරය වන්නේ මරණය ඔවුන් පෙළෙන අර්බුදයට ප්‍රශස්ථ විසඳුම වන අතර එම ආකල්පය අර්බුදය කළමනාකරණය කිරීම සඳහා බාහිර සහායක අවශ්‍යතාව පිළිබඳ ස්වයං අවබෝධය අතිශයින් අඩු කරයි (Curtis, 2010; Gair & Camilleri, 2003).

### 3.3 දුර්වල සම්බන්ධතා ජාලය

සමාජ සහාය (social support) සහ සමාජ සම්බන්ධතා ජාලය (social network) පුද්ගලයන්ට කායික ව හා මානසික ව සෞඛ්‍යය සම්පන්නව සිටීම සඳහා වටිනා කාර්යභාරයක් සපයයි. අධ්‍යයනවලින් පෙන්වා දෙන්නේ සමාජ සම්බන්ධතා ජාලය සමඟ සමීප සබඳතා ඇති පුද්ගලයන් විවිධ ජීවන ආතතීන් සහ කම්පන තත්ත්වයන් වඩා හොඳින් කළමනාකරණය කරගන්නා අතර ම (Amati et al., 2018) වඩා හොඳ මානසික හා ශාරීරික සෞඛ්‍ය තත්ත්වයක් පවත්වා ගෙන යන බවයි (IOM, 2001). Tsai සහ තවත් අය (2014) පෙන්වා දෙන්නේ ඉහළ සමාජ

ජාල සන්නවයක් ඇති පුද්ගලයන්ට වඩා අඩු මට්ටමේ සමාජ ජාල සන්නවයක් ඇති පුද්ගලයින් අතර සියදිවි නසාගැනීමේ චේතනාව තුන් ගුණයකින් වැඩි වන අතර සමාජ ඒකාබද්ධතාව වැඩි කිරීම සියදිවි නසාගැනීමේ අවදානම අඩු කිරීමට උපකාරී වන බවයි. එමෙන් ම පර්යේෂකයන් පෙන්වා දෙන්නේ ක්‍රමයෙන් වැඩිහිටිවියට පත්වීමේ දී පුද්ගලයාගේ සමාජ සම්බන්ධතා ජාලය හැකිලී යන බවයි.

ශ්‍රී ලංකාව තුළ ඉතා වැදගත් ද්විතීයික වැඩිහිටි සත්කාරක යාන්ත්‍රණයක් ඇති අතර එය ප්‍රධාන වශයෙන් ආයතනික රැකවරණ, සමාජ ආරක්ෂණ වැඩසටහන් සහ පොදු සුභසාධන සෞඛ්‍යය සේවා පද්ධතියකින් සමන්විත වේ. නමුත් වැඩිහිටියන් රැකබලා ගැනීමේ ප්‍රධාන කාර්යභාරය තවමත් පවුල ඉටු කරයි. දරුවන් සහ දෙමාපියන් අතර පවතින සංස්කෘතික හා අධ්‍යාත්මික බැඳීම හේතුවෙන් වැඩිහිටි දෙමාපියන්ගේ රැකවරණය සහතික කිරීම දරුවන්ගේ අනිවාර්ය කාර්යයක් ලෙස සංස්කෘතික ව පැවතීම මෙයට ප්‍රධාන හේතුවයි. ආයතනික රැකවරණය සම්බන්ධයෙන් ගත් කල වසර 2000 දී ජාතික වැඩිහිටි මහලේකම් කාර්යාලය පිහිටුවීම වැඩිහිටියන්ගේ ආරක්ෂාව සහ සුඛසාධනය තහවුරු කිරීම සම්බන්ධයෙන් සන්ධිස්ථානයක් වන අතර එමඟින් වැඩිහිටියන් සඳහා සක්‍රීය සහ සහායක පරිසරයන් සහතික කිරීම සඳහා විවිධ වැඩසටහන් ක්‍රියාත්මක කරයි. ඒ යටතේ ඵලදායී මහලුවියක් ප්‍රවර්ධනය කිරීමේ රාජකාරිය භාර ගැනීම සඳහා වැඩිහිටි හිමිකම් ප්‍රවර්ධන නිලධාරී තනතුර ස්ථාපිත කර ඇත. වැඩිහිටි සමීනි පිහිටුවීම, වැඩිහිටි දිවා නිවාස ස්ථාපිත කිරීම සහ විවිධ සුඛසාධන වැඩසටහන් ක්‍රියාත්මක කිරීම වැඩිහිටි අයිතිවාසිකම් ප්‍රවර්ධන නිලධාරියාගේ ප්‍රධාන රාජකාරී අතර වේ. නිසැක වශයෙන් ම වැඩිහිටි ප්‍රජාවේ සමාජ යහපැවැත්ම වැඩි කිරීම සඳහා මෙවැනි මැදිහත්වීම් ධනාත්මක කාර්යභාරයක් ඉටුකරයි. මෙම අධ්‍යයනයේ දී සියදිවි නසාගත්

වැඩිහිටියන්ගේ සමාජ ජාලය අවබෝධ කර ගැනීමේ එක් දර්ශකයක් ලෙස එවැනි වැඩසටහන් සඳහා ඔවුන්ගේ ඵලදායී සහ සක්‍රීය සහභාගීත්වයක් පැවතියේදැයි සොයා බලන ලදී. අධ්‍යයන සොයාගැනීම් වලට අනුව පෙනී ගියේ 60-75 වයස් කාණ්ඩයේ වැඩිහිටියන් එවැනි සමාජ සම්බන්ධතා සහ ප්‍රවර්ධන වැඩසටහන් සඳහා සක්‍රීය ව සහභාගී වුව ද වයස අවුරුදු 75 ට වැඩි වයස් කාණ්ඩයට අයත් වැඩිහිටියන් ඔවුන්ගේ ශාරීරික අපහසුතා හේතුවෙන් එවැනි ක්‍රියාකාරකම් සඳහා අඩු සහභාගීත්වයක් පෙන්නුම් කරයි. වැඩිහිටි අයිතිවාසිකම් ප්‍රවර්ධන නිලධාරීන් සමග කළ සාකච්ඡාවන්ගෙන් පැහැදිලි වූයේ මෙම වයස් කාණ්ඩයට අයත් වැඩිහිටියන් මහලුවිය හා සම්බන්ධ වඩාත් අවධානම් සහගත කණ්ඩායම බවට පත්වන බවයි. ඒ සඳහා ඔවුන්ගේ කායික හා මානසික පිරිහීම ප්‍රධාන වශයෙන් හේතු වන බව ඔවුන්ගේ අදහස යි.

අධ්‍යයනයට අනුව සියදිවි නසාගැනීමේ සිද්ධීන් 30 න් 26 (86.6%) ක් වයස අවුරුදු 75 ට වැඩි කාණ්ඩයට අයත් වේ. එබැවින් වයස 75 ට වැඩි වයස් කාණ්ඩයම සමාජ සම්බන්ධතා ජාලයෙන් බහිෂ්කරණය වීම හේතුවෙන් ඔවුන් අතර සමාජ හුදකලාව සහ මානසික ආබාධවලට ගොදුරු වීමේ අවදානම වැඩිවේ යැයි සිතීම සාධාරණ ය. වැඩිහිටි අයිතිවාසිකම් ප්‍රවර්ධන නිලධාරීන්ගේ අදහස වූයේ සමාජ සම්බන්ධතා ප්‍රවර්ධන ක්‍රියාකාරකම්වලට සහභාගී වන වැඩිහිටි පුද්ගලයන් එවැනි ක්‍රියාකාරකම් පිළිබඳ සතුටු වන අතර රැස්වීම්, ආගමික කටයුතු, ප්‍රජා වැඩ සහ විවිධ ස්වේච්ඡා ක්‍රියාකාරකම් වලට සහභාගී වන විට ඔවුන්ගේ මහලුවිය සම්බන්ධයෙන් ඔවුන් තුළ ධනාත්මක සිතිවිල්ලක් පවතින බවයි. තව ද එවැනි අවස්ථාවන් ඔවුන්ට ඔවුන්ගේ අත්දැකීම් හා විවිධ දුක්ගැනවිලි එකිනෙකා අතර බෙදාහදා ගැනීමට, සෞඛ්‍ය සහ ප්‍රකාර සේවාවන් පිළිබඳ තොරතුරු ලබා ගැනීමට සහ යම් යම් රෝගාබාධ හෝ දුෂ්කර අවස්ථාවන්හි දී ඔවුන්ට උපකාර ලබා ගත හැකි මාධ්‍යයන් ලෙස

ක්‍රියා කරයි. මේ අනුව එවැනි වැඩිහිටියන් තුළ සමාජ අන්තර්ග්‍රහණය පිළිබඳ හැඟීම සහ අයිතිවාසිකම් පිළිබඳ හැඟීමක් ඇති කරනවා පමණක් නොව ඔවුන් වටා ශක්තිමත් ආධාරක ජාලයක් ද නිර්මාණය වේ.

තව ද මෙම අධ්‍යයනයේ දී සියදිවි නසාගත් වැඩිහිටියන්ගේ සමාජ ජාලය පිළිබඳ තවදුරටත් අධ්‍යයනය කිරීම සඳහා ඔවුන් විවිධ පෞද්ගලික හා සමාජ ක්‍රියාකාරකම්වල හා වගකීම්වල නියැලුණ ආකාරය අධ්‍යයනය කළේ ය. ඒ අනුව පෙනී යන්නේ සියදිවි නසාගත් වැඩිහිටියන් වැඩිදෙනෙක් එලදායි සමාජ වගකීම් හෝ ක්‍රියාකාරකම්වල නිරත ව නොමැති බවයි

වගුව 2: සියදිවි නසාගත් වැඩිහිටියන්ගේ සමාජ ක්‍රියාකාරකම් හා වගකීම්වල නිරතවීමේ ස්වභාවය

ක්‍රියාකාරකම/වගකීම	නියැලීමේ ප්‍රමාණය		
	නිරතුරුව (n=30)	කලාතුරකින් (n=30)	නිරතවීමක් නැත (n=30)
මුණුබුරු/මිනිබිරියන් රැකබලා ගැනීම	4(13.4%)	10 (33.3%)	16 (53.3%)
ගෘහීය කටයුතුවල නියැලීම	19 (63.4%)	9 (30%)	2 (6.6%)
ආගමික ස්ථාන හා සහසම්බන්ධවීම	4 (13.4%)	10 (33.3%)	16 (53.3%)
ප්‍රජා ක්‍රියාකාරකම්වල නිරතවීම	2 (6.6%)	9 (30%)	19 (63.4%)
ඥාතීන් අසල්වැසීන් හා මිතුරන් සමඟ සම්බන්ධවීම	6 (20%)	9 (30%)	15 (50%)
වෙනත් ඕනෑම එලදායි ක්‍රියාවක නිරතවීම	5 (16.6%)	7 (23.4%)	18 (60%)

වගුවට අනුව සියදිවි නසාගැනීමෙන් මිය ගිය වැඩිහිටියන්ගේ එක් එක් සමාජ ක්‍රියාකාරකම් හා වගකීම්වල නියැලීම සැලකිය යුතු ලෙස පහළ මට්ටමක පවතින බව පෙනේ. ගෘහාශ්‍රිත ක්‍රියාකාරකම් සඳහා ඔවුන්ගේ සහභාගීත්වය සාපේක්ෂ ව ඉහළ මට්ටමක පැවතිය ද වෙනත් ක්‍රියාකාරකම් සඳහා කලාතුරකින් සහභාගීවීමේ ප්‍රමාණය සියයට 23% සිට 33% දක්වා වන අතර සෑම ක්‍රියාකාරකමක් සඳහා ම (ගෘහීය කටයුතු හැර) නිරත ව නැති ප්‍රමාණය 53% සිට 63% දක්වා වේ. මියගිය වැඩිහිටියන්ගේ සමාජ සම්බන්ධතා පිළිබඳ ස්ථීරව ප්‍රකාශකිරීමට මෙම වගුවේ තොරතුරු ප්‍රමාණවත් නොවූව ද සියදිවි නසාගත් වැඩිහිටියන්ගේ සමාජ සම්බන්ධතා ජාලයේ පටු බව නැතහොත් වැඩිහිටි විශේෂ සමාජයෙන් සිදුවන බහිෂ්කරණය තේරුම් ගැනීමට සැලකිය යුතු ඉඹි ලබා දීමක් මෙමගින් පෙනෙන බව ප්‍රකාශකළ හැකි ය. තව ද අප කලින් සාකච්ඡා කළ පරිදි වයස 75 ට වැඩි වයස් කාණ්ඩයට අයත් වැඩිහිටියන්ගේ ශාරීරික සහ සෞඛ්‍ය දුර්වලතා හේතුවෙන් එවැනි සමාජීය කටයුතුවල සහ වගකීම්වලට සහභාගී වීම පැහැදිලිව ම දුර්වල වන බව සැලකිල්ලට ගත යුතු ය. එපමණක් නොව සම්මුඛ සාකච්ඡාවලින් පෙන්නුම් කරනු ලැබූ ආකාරයට ගොවිතැන සහ ගෙවතු වගාවන් වැනි ආර්ථිකමය වශයෙන් ඵලදායී කටයුත්තක නියැලීම යන කරුණ හැර අනෙකුත් බොහෝ සමාජ ක්‍රියාකාරකම් හා වගකීම් සඳහා වයස්ගත පිරිමින්ට වඩා වයස්ගත කාන්තාවන්ගේ සහභාගීත්වය ඉහළ මට්ටමක පැවතුණි. සමස්තයක් වශයෙන්ගත් විට සියදිවි නසාගත් වැඩිහිටියන්ට දුර්වල සමාජ ජාලයක් පැවති බවට තර්ක කළ හැකිය. එය සියදිවි නසාගැනීමේ මානසිකත්වය ඇතුළු විවිධ ආතීමය තත්ත්වයන් සමඟ කටයුතු කිරීමේ දී ඔවුන්ගේ උපකාර සෙවීමේ වර්යාව දුර්වල වීමට හේතු විය හැකියැයි සිතිය හැකි ය. මෙම තර්කය ඉදිරියට ගෙන යාමට පහත සිද්ධි අධ්‍යයනය නිදර්ශනයක් ලෙස යොදාගත හැකි ය.

පෙරේරා 2018 දී සියදිවි නසා ගන්නා විට 76 වැනි වියේ පසුවිය. පෙරේරා සහ ඔහුගේ බිරිඳ ජීවත් වූයේ මාරස්සන නම් ගම්බද ප්‍රදේශයක ඔහුගේ බිරිඳට අයත් නිවසක ය. ඔහුට විවාහක පුතුන් දෙදෙනකු සිටින අතර ඔවුන් පදිංචිව සිටින්නේ කොළඹය. පෙරේරා සාමාන්‍යයෙන්යෙන් නිහඩ කලබල නැති පුද්ගලයෙකි. ඔහු තම බිරිඳට බොහෝ සෙයින් බැඳී සිටි අතර ඔවුන්ට ආර්ථික දුෂ්කරතා හෝ වෙනත් ගැටලු නොමැති බැවින් ඔවුන් ඉතා සතුටින් ජීවත් වූහ. ඔහුට ශෝකීන් හා ප්‍රජාව සමඟ තිබුණේ ඉතා අඩු සබඳතාවයක්ය. කෙසේ වෙතත් ඔහුගේ බිරිඳ 2017 දී පිළිකා රෝගයෙන් මිය ගියා ය. පසුව පෙරේරාට ඔහුගේ පුතුන් කොළඹ ඔවුන් සමඟ රැඳී සිටින ලෙස ඉල්ලා සිටියහ. නමුත් පෙරේරා පුතාලා සමඟ කොළඹ නවතින්නට අකමැති වූ අතර සමහර ශෝකීන් අවට ප්‍රදේශවල පදිංචිව සිටින බැවින් තමා නිවසේ ම සිටින බව කීවේ ය. මේ අතර පුතුන් නිතර පියා බැහැරැකීමට නිවසට ආගිය අතර නිතර නිතර දුරකථනයෙන් පවා ඔහු සමඟ සම්බන්ධ වූහ. කෙසේ වෙතත් ඔහු තම බිරිඳ මිය ගොස් වසරක් ගත වුව ද ඇයගේ වියෝව ගැන කනස්සල්ලට පත් ව සිටියේ ය. ඔහු තම බිරිඳ ජීවත්ව සිටියදී නිතර නිතර බිරිඳත් සමඟ පන්සල් යෑමට පුරුදු ව සිටියමුත් බිරිඳගේ මරණයෙන් පසු ඔහු එය නතර කළේ ය. මේ අතර වෙනදාට වඩා ක්ෂණික කෝපයක් ඇතිවීම වැනි පියාගේ හැසිරීම්වල යම් යම් වෙනස්කම් ඔහුගේ පුතුන් දැක ඇති නමුත් ඔහු තවමත් තම බිරිඳගේ මරණය ගැන කනස්සල්ලට පත්ව සිටින නිසා එවැනි තත්වයක් ඇතිවිය හැකියැයි සිතූ දරුවෝ කාලයත් සමඟ ඔහු සාමාන්‍ය තත්වයට පත්වනු ඇති බවට සිතූහ. මේ අතර පුතුන් විසින් කොළඹට එනලෙස පියාට ඇවිටිලි කළ ද පෙරේරා එය දැඩිව ප්‍රතික්ෂේප කළේ තමන් පුතුන් ළඟ නැවතීම ඔවුන්ට අමතර බරක් වන බව පවසමින්ය. ඒ නිසා එම යෝජනාව ඔහු දැඩි ලෙස ප්‍රතික්ෂේප කළේ ය. මෙම යෝජනාව මඟහැරීමට අවශ්‍ය නිසා ඔහු සමහර අවස්ථාවල තම

පුතුන්ගෙන් ලැබෙන දුරකථන ඇමතුම්වලට පිළිතුරු දීමෙන් පවා වැළකීමට උත්සාහ කළේ ය. පෙරේරාගේ වැඩිමහල් පුතා පැවසූ පරිදි පෙරේරා ගෙල වැළලාගෙන මිය යෑමට දින කිහිපයකට පෙර ඔහු අසල්වාසියෙකුට පවසා ඇත්තේ බිරිඳට කලින් තමා මැරුණා නම් හොඳයි කියා ය. එතරම් ම බිරිඳගේ මරණය ඔහුට වේදනාකාරී අත්දැකීමක් වී ඇති බව ඔහු පවසා ඇත.

පෙරේරාගේ සිද්ධි අධ්‍යයනය මගින් පෙනී යන්නේ ඔහු තම බිරිඳගේ විශේෂවෙන් පසු මානසික අවපීඩනයෙන් හා කම්පනයෙන් පෙළුණු බව ය. පර්යේෂණවලට අනුව පුද්ගලයෙකුට තමාට සමීප සම්බන්ධතාවයක් සහිත කෙනෙකුගේ අනපේක්ෂිත මරණයක් වැඩි කම්පනයකට තුඩු දෙයි. එය ජීවත්වන්නා තුළ මානසික අවපීඩනය සහ විවිධ මානසික ආබාධ ඇතිවීමේ අවදානම වැඩිකරයි (Keyes et al., 2014). පෙරේරාගේ සිද්ධි අධ්‍යයනයෙන් හෙළි වන්නේ ද ඔහු තම බිරිඳගේ විශේෂවෙන් පසු දැඩි කම්පන සහගත අත්දැකීමකට මුහුණ දුන් බවයි. තව ද පෙරේරාට බොහෝ දුරට ඔහුගේ පවුලට එයින් වඩාත් ම බිරිඳට සීමා වූ සමාජ සම්බන්ධතා සහිත පටු ජාලයක් පැවත ඇත. එය ඔහුගේ වේදනාකාරී කම්පන සහගත අත්දැකීම සියදිවි නසාගැනීමේ අදහසක් දක්වා වර්ධනය වීමට හේතු වූවා විය හැකි අතර අනෙක් අතට පෙරේරාට තම බිරිඳගේ විශේෂවෙන් ඇති වූ මානසික කම්පනයේ නිශේධනාත්මක වර්ධනය පිළිබඳ දැරුවන්ට පුළුල් අවබෝධයක් නොමැතිකම හේතුවෙන් කම්පන සහගත අත්දැකීම්වලින් මිදීමට ඔහුට අවශ්‍ය උපකාර සෙවීමේ වර්ධනවත් ඔවුන් තුළින් ප්‍රදර්ශනය නොවී ඇති බව ද මෙම සිද්ධි අධ්‍යයනයෙන් පෙනේ.

### 3.4 වැඩිහිටිවියේ සංස්කෘතිය සහ උපකාර සෙවීමේ වර්යාව

අධ්‍යයනයෙන් පෙනීගිය වැදගත් කරුණක් වූයේ වැඩිහිටි වියේ සංස්කෘතිය හා සම්බන්ධ සමහර විශ්වාස සහ හැසිරීම් නිසා සියදිවි නසාගත් වැඩිහිටියන්ට තම මානසික කම්පන සහ විවිධ ආතීමය අත්දැකීම්වලින් මිදීම සඳහා අවශ්‍ය බාහිර උපකාර ලබාගැනීමට පැවති උවමනාව දුර්වල කර ඇති බවයි. ඒ ඒ සංස්කෘතික සන්දර්භයන් මත පදනම් ව පුද්ගලයන් වයස සමඟ සංස්කෘතික වටිනාකම් අභ්‍යන්තරීකරණය කරගනී. එවිට මෙම අභ්‍යන්තරීකරණය වූ අගයන් මත පුද්ගල හැසිරීම හැඩගස්වයි (Fung, 2013). වැඩිහිටි සංස්කෘතිය සම්බන්ධයෙන් ගත් කළ ඔවුන් ජීවිතාවබෝධය හා සමාජ අත්දැකීම් මත බොහෝ පරිණත වී ඇති බැවින් ඔවුන් යමෙකුගේ මඟ පෙන්වීමට, සවන් දීමට, කීකරු වීමට සහ අනුගමනය කිරීමට පසුබට වෙති. අනෙක් අය ඔවුන්ගේ මඟ පෙන්වීම අනුගමනය කළ යුතුයැයි සිතති. අවසානයේ දී මෙම ස්වියන් ව ගැටුම (self conflict) අර්බුදකාරී අවස්ථාවේ දී බාහිර උපකාර ගැනීමේ අවශ්‍යතාව ඇති පුද්ගලයා සහ ආධාරක ජාලය අතර ගැටුමක් දක්වා වර්ධනය වේ. විශේෂයෙන් ම ශ්‍රී ලංකාව වැනි පීතෘමූලික සහ ජෝෂ්ඨත්වය මත ස්ථරීකරණය වූ සමාජයක මහලු වියේ දී පවුල තුළ බලය සහ අධිකාරිය දියාරු වීම පෞරුෂ ගැටුම් සහ මානසික ආබාධවලට තුඩු දෙනු ඇත. මෙම තර්කය ඉදිරියට ගෙන යාමට සිල්වාගේ සියදිවි නසාගැනීම පිළිබඳ සිද්ධි අධ්‍යයනය භාවිත කළෙමි. සිල්වා 2017 දී සියදිවි නසා ගන්නා විට 78 වැනි වියේ පසුවිය. ඔහු තම පවුලේ සාමාජිකයන්ට සහ ඥාතීන්ට අධිකාරීමය බවක් පෙන්වීය. ඔහු වෘත්තියෙන් ගොවියෙකු වූ අතර වැඩිහිටි කාලයේ ඔහුට වැඩිපුර යැපීමට සිදු වූයේ දරුවන්ගේ ආදායමෙනි. ශාරීරික නොහැකියාව නිසා ඔහුගේ ගොවිතැන තතර කිරීමෙන් පසු ඔහු මත්පැන් වලට ඇබ්බැහි වූ අතර වරින් වර අසනීප විය. ඔහුගේ පරිණත දරුවන් සහ බිරිඳ ඔහුට උපදෙස්



දුන්නේ එය නතර කර ඔහුගේ හැසිරීම වෙනස් කරගෙන ආගමික ජීවිතයක් ගත කරන ලෙසයි. කෙසේ වෙතත් ඔහු එවැනි ඉල්ලීම් තරයේ ප්‍රතික්ෂේප කළ අතර බිරිඳට සහ දරුවන්ට දොස් පවසමින් නිතර නිතර ප්‍රකාශ කර ඇත්තේ තමා හැසිරිය යුතු ආකාරය ඉගැන්වීමට කවුරුත් කියාදිය යුතු නැති බවයි. 'හැමෝම එනවා මාව පාලනය කරන්න' යනු එවැනි අවස්ථාවල ඔහු බහුල ව භාවිත කළ පිළිතුරයි. සියදිවි නසා ගැනීමට වසරකට පමණ පෙර සිට සිල්වා ඉතා හුදකලා හැසිරීමක් පෙන්නුම් කර ඇති අතර බිරිඳ සහ දරුවන් සමඟ ඉතා අඩු සම්බන්ධතාවක් පවත්වා ගෙන ගොස් ඇත. ඔවුන් සමඟ වැඩි යමක් කතා කළේ නැත. සමහර විට ඔහු ආහාරපාන පවා ප්‍රතික්ෂේප කළ අතර බොහෝ විට නිදා ගැනීමට හෝ නිවසින් පිට ව ජීවත්වීමට කැමති විය. සමහර අවස්ථාවල සතියක් දෙකක් වුව ද නිවසට නොපැමිණ සිටී. ක්‍රමයෙන් සිල්වාගේ මෙම හැසිරීම පවුලේ සෑම කෙනෙකුටම මානසික වශයෙන් ගැටලුකාරී පරිසරයක් නිර්මාණය කළ අතර එහි ප්‍රතිඵලයක් ලෙස සිල්වා සහ ඔහුගේ පවුලේ සාමාජිකයන් අතර ඉතා දුර්වල සම්බන්ධතාවක් වර්ධනය විය. මේ අතර ඔහු තම පවුලට නොවැදගත් පුද්ගලයෙකු වී ඇති බැවින් ඔහුගේ මරණය අපේක්ෂාවෙන් ඔහු ජීවත්වෙන බව ඔහු මියයෑමට ටික දිනකට පෙර ඥාතියෙකු සමඟ ප්‍රකාශ කර ඇතිබව ඔහුගේ දෙවන දියණිය සමඟ කළ සම්මුඛ සකච්ඡාවේ දී අනාවරණය විය.

මෙම සිද්ධි අධ්‍යයනය මගින් පෙනෙන්නේ මහලු විශේ දී පවුල තුළ බලය, ආධිපත්‍යය සහ ගෞරවය අහිමි වීම ක්‍රමයෙන් පෞරුෂ ගැටලු සහ මානසික ආබාධවලට තුඩු දෙන බවයි. Pavkov (1982) විස්තර කළේ මහලු විශේ දී ස්වයං-අන්‍යතාවය සහ ආත්ම අභිමානය අඩුවීම අසතුට සහ ස්වයං-වෛරය වැඩිකිරීමට හේතුවන බවයි. Seligman (1976) ට අනුව නම් ජීවිතයේ අවසාන භාගයේ පුද්ගලයාට තම ජීවිතයේ

වැදගත් සිදුවීම් පාලනය කිරීමට නොහැකි වීම සියලු මානසික අවපීඩනයට මූලික මාර්ගය යි. විශේෂයෙන් ම මහලු වියේ අවසාන භාගයේ ආර්ථික යැපීම සහ ශාරීරික දුර්වලතා මානසික දුර්වලතා ඇතිවීමේ අවදානම වැඩි කරයි. සිල්වාගේ සියදිවි නසා ගැනීමේ සිද්ධිය පැහැදිලි කිරීමට මෙම සියලු න්‍යායික සංකල්පීකරණයන් වැදගත් වන බව පෙනේ. ඒ අතර ම පවුලේ සාමාජිකයන් විසින් සිල්වා වෘත්තීය මානසික සෞඛ්‍යය සේවා සපයන්නෙකු වෙත යොමු නොකළේ මන්දැයි ඇසිය යුතු වැදගත් ප්‍රශ්නයකි. එක් අතකින් වැඩිහිටි වියේ මානසික ගැටලු පිළිබඳ පවුලේ සාමාජිකයන්ගේ අඩු දැනුම නිසා මෙය සිදු විය හැකි යැයි නැවත නැවත ප්‍රකාශ කළ හැකි අතර අනෙක් අතට සිල්වාගේ අධිකාරී සහ මුරණ්ඩු ගති ස්වභාවය නිසා පවුලේ අය ඔහු බාහිර උපකාර සෙවීමට යොමු කිරීමට පසුබට වන ගැටුම්කාරී පරිසරයක් පවුල තුළ නිර්මාණය වීමට හේතු වී ඇති බව පෙනේ. මෙම සිද්ධි අධ්‍යයනයෙන් හෙළි වන තවත් වැදගත් කරුණක් වන්නේ මහලු වියේ ඇතැම් හැසිරීම් සහ විශ්වාස තරුණ පිරිස් ප්‍රශ්න කරන හෝ නොපිළිගන්නා හෝ ප්‍රතිලෝම ව භාරගන්නා පරිසරයක් හෙවත් පරම්පරා ගවිඨනය අර්බුදකාරී අවස්ථාවන් වල දී උපකාර සෙවීමේ වර්යාව දුර්වල වීමට හේතු වන බවයි. පෙරේරා සහ දරුවන් අතර පැවති ගැටුම එවැනි පරම්පරා දෙකක සංස්කෘතික ගැටුමක් වශයෙන් පෙනේ.

බලාපොරොත්තු සුන්වීම හෝ අර්ථ විරහිතභාවය වැඩිහිටිවිය සමඟ සම්බන්ධ වන තවත් සංඛ්‍යාත්මක සාධකයකි. එය ඔවුන් මුහුණපාන යම් අර්බුදකාරී අවස්ථාව, අවශ්‍ය උපකාර සෙවීමේ වර්යාව සීමා කරයි. සංස්කෘතියට අනුව ජීවිතයේ විවිධ අර්ථ සෙවීම සහ ඒවා පවත්වා ගැනීම මූලික මිනිස් අවශ්‍යතාවලින් එකකි. උපතේ සිට ම පුද්ගලයන් තමන්ට වැදගත්වන දේවල් සොයා ගැනීමටත් නොවැදගත් දේවල් ඇත්කොට තැබීමටත් උනන්දු වේ. පාසල් යාම, රැකියාවක් කිරීම,

පවුල් ජීවිතයක් ගතකිරීම වැනි කාර්යයන් පුද්ගලයා තම ජීවිතයට බද්ධ කර ගන්නේ ඒ ඔස්සේ තමාට වටිනාකමක් සහ ජීවත්වීමට උත්තේජනයක් එමඟින් ලැබෙන නිසා ය. ඒවා නොලැබී යන විට ජීවිතය කොතෙක් අර්ථවන්ද්‍යයි ගැටලු ඇතිකරයි. Pavkov (1982) වැඩිහිටි විශේෂී මානසික අවපීඩනයට සහ සියදිවි නසා ගැනීමට දායක වන ප්‍රධාන මනෝවිද්‍යාත්මක හා කායික සාධක තුනක් හඳුනා ගෙන ඇත. අවාසනාව (haplessness), අසරණභාවය (helplessness) සහ බලාපොරොත්තු විරහිත බව (hopelessness) ඒ අතර වේ. වැඩිහිටි විශේෂී සියදිවි නසා ගැනීමේ වර්ගව සහ අර්ථ විරහිතභාවය අතර ඇති සම්බන්ධය තේරුම් ගැනීමට මෙම මෙම සංකල්පීයකරණය වඩාත් අදාළ වන බව පෙනේ. අධ්‍යයනයට අනුව සමහර වැඩිහිටි පුද්ගලයන් විශේෂයෙන් ම වයස අවුරුදු 75 ට වැඩි අය තවදුරටත් ජීවත්වීම තමන්ට මෙන් ම පවුලටත් බරක් යැයි සිතීම වැනි නිශේධාත්මක ආකල්ප දරා ඇති බව පැහැදිලි විය. ඔවුන්ගේ අදහස වී පැවතියේ තවදුරටත් ජීවත්වීම බේදවාචකයක් වන බව යි. ඔවුන්ට කායික දුෂ්කරතා සහ නිදන්ගත රෝග ඇති විට පැවැත්ම පිළිබඳ තවදුරටත් මෙවැනි නිශේධනාත්මක සිතීම් එකතු වේ (Frankl, 2020). අධ්‍යයනයට අනුව සියදිවි නසාගත් වැඩිහිටියන් 30න් 11 ක් සෘජුව හෝ වක්‍ර ව තවදුරටත් ජීවත්වීම දුක්බිත දෙයක් වශයෙන් දැකීමටත් මරණය දුක් විදීම වැළැක්වීමට ඇති විසඳුම වශයෙන් විශ්වාස කර ඇත. ඒ නිසා ඔවුන්ගේ ජීවිතය ඉක්මනින් අවසන් කළ යුතු බවට ඔවුන් නිරන්තරයෙන් ප්‍රකාශ කර ඇත. එබැවින් අධ්‍යයනය කළ වැඩිහිටි සියදිවි නසාගැනීම් සඳහා ප්‍රධාන සාධකයක් ලෙස පැවැත්මේ හිස්බව හෝ නියුරෝසිස් තත්ත්වය බලපා ඇතිබව පෙනේ. ජීවත්වීම පිළිබඳ මෙම නිශේධාත්මක චින්තනය ජීවිතයේ ඉතිරි කාලය වටිනාකමක් සහිත ව ජීවත්වීමේ අගය එකතු කිරීමකට හෝ එවැනි තත්ත්වයන්ට පාඩා පමුණු වන ආතතීමය තත්ත්වයන්ගෙන්

මිදීමට අවශ්‍ය උපකාර සෙවීමේ වර්යාව දුර්වලකරන බව පෙනේ. මෙම අධ්‍යයනයේ දී සාකච්ඡා කරනු ලබන සියදිවි නසා ගත් වැඩිහිටියන් බොහෝ දෙනෙකු (28) බුදුදහම නියෝජනය කරන බැවින් ඔවුන්ගේ සියදිවි නසා ගැනීම පැහැදිලි කිරීමට සියදිවි නසා ගැනීම පිළිබඳ බෞද්ධ පැහැදිලි කිරීම හා විශ්වාසය මෙහි දී වැදගත් වනු ඇත. මූලික වශයෙන් ම සියදිවි නසා ගැනීමට තීරණය කිරීම බෞද්ධ ජීවන ධර්මයට පටහැනි ය. ජීවිතය පැහැරගැනීම අකුසල කර්මයක් බවත් මරණයෙන් දුක කෙළවර නොවන බවත් බුදුදහමේ ඉගැන්වීමයි. David Rosen උපුටා දක්වමින් Wolfson (2009) විසින් මෙය මනාව විස්තර කර ඇත. ‘යමක් මිය යාමට අවශ්‍යයයි. නමුත් එය ඔබ නොවේ. දුරු විය යුතු යම් දුකක් මෙහි ඇත. නමුත් දුරු විය යුත්තේ මම නොවේ’ (පිටුව 2). යනු ඉතා ගැඹුරු බෞද්ධ චින්තනයකි. ඒ අනුව නැතිවිය යුත්තේ දුක මිස පුද්ගලයා නොවේ ය යන්න එහි සරල අදහස වේ. තවද බෞද්ධ සංස්කෘතික හා ආධ්‍යාත්මික දෘෂ්ටිකෝණයෙන් බලනවිට යමෙක් තම ජීවිතය තමන් විසින් ම නැතිකරගැනීම තම පුනරුත්පත්තියට නිශේධනාත්මක ව බලපානවා ය යන්න බෞද්ධ සංස්කෘතික විශ්වාසය යි. ඒ අනුව සියදිවි නසාගැනීම බෞද්ධ සංස්කෘතිය තුළ අයහපත් මරණයක් වශයෙන් විග්‍රහ වේ. මේ අනුව බුදුදහම සියලු ආකාරයේ ආතතීන් සහ දුක් වේදනා නැතිකිරීමේ යාන්ත්‍රණය ලෙස භාවනාව යෝජනා කරයි. එබැවින් වැඩිහිටි සංස්කෘතිය හා බද්ධ වන අර්ථ විරහිතභාවය සහ දුක් වේදනා පිළිබඳ සංකල්ප මූලික වශයෙන් බෞද්ධ ඉගැන්වීමට එරෙහි වන බව පෙනේ.

### 3.5 උදව් සෙවීමේ වර්යාව සහ ප්‍රතිකාර පර්යාවලෝකයන්හි ගැටුම

සමාජ විද්‍යාඥයන් සහ මානව විද්‍යාඥයන් විශ්වාස කරන්නේ සෞඛ්‍ය සහ රෝගාබාධ සම්බන්ධ සංජානනය, අර්ථකථන, විශ්වාස සහ

හැසිරීම් ඇතුළු ව සෞඛ්‍ය සහ රෝගාබාධවල සෑම අංශයකම දීම සංස්කෘතිය වැදගත් කාර්යභාරයක් ඉටු කරන බවයි. මානව විද්‍යාඥයින් ට අනුව මිනිසුන් පීඩාව විසඳා ගැනීමට උපකාර සෙවීම සංස්කෘතිය විසින් පීඩාව නිර්වචනය කරන ආකාරය මත පදනම් වේ (Pool & Geissler, 2005; Arnault, 2009). Arnault (2009) දක්වන්නේ මනෝසමාජීය සහ ශාරීරික දුක් වේදනා පිළිබඳ සංස්කෘතිකමය අත්දැකීමක් මත සෞඛ්‍ය ප්‍රවර්ධනය හෝ සුවතාවය තීරණය විය හැකිය. ඒ අනුව රෝගීබව හෝ සුවවීම පුද්ගලයා සහ සංස්කෘතිය අර්ථ නිරූපණය කරන ආකාරය අනුව බහු සංස්කෘතික මුහුණුවරක් ගනු ලැබිය හැකි අතර ඒ සම්බන්ධයෙන් ඒකමිතියක් යෝජනා කළ නොහැකිය. Arnault තවදුරටත් දක්වන්නේ නිරෝගීකම හෝ රෝග පීඩාව නිර්වචනය කළයුතු වන්නේ ශාරීරික, චිත්තවේගී සහ අන්තර් පුද්ගල හැඟීම් දැනීම් හා අත්දැකීම්වල එකතුවක් වශයෙන් ගොඩනැගී ඇති අවබෝධය මගින්වන බවයි. මෙම අධ්‍යයනයෙන් පැහැදිලි වූ සුවිශේෂත්වයක් වූයේ විවිධ ආකෘතිමය තත්ත්වයන්ගෙන් පෙළුන වැඩිහිටියන්ගේ උපකාර සෙවීමේ වර්ගවට රෝගාබාධ සහ දුක් වේදනා පිළිබඳ පෞද්ගලික අවබෝධය සහ අර්ථ සැහෙන බලපෑමක් කර ඇති බවයි. එමෙන් ම සමහර සියදිවිනසාගැනීමේ සිද්ධීන් මගින් පැහැදිලි වන්නේ මියගිය පුද්ගලයාගේ අසනීප පිළිබඳ පුද්ගලික දෘෂ්ටිකෝණය සහ පවුලේ සාමාජිකයන්ගේ දෘෂ්ටිකෝණය අතර ඇති වූ පරස්පරතාවයක් නිසා හටගත් ගැටුමේ ප්‍රඵල වශයෙන් සිදුව ඇති බවයි. මෙම තර්කය ඉදිරියට ගෙන යාමට මම පහත උදාහරණය භාවිත කරමි.

ප්‍රේමවතී 2019 වසරේ දී සියදිවි නසා ගන්නා විට ඇයට වයස අවුරුදු 82 කි. ඇය වසර දහයකට වැඩි කාලයක් උදරාබාධයකින් පෙළෙමින් සිටි නිසා විවිධ ප්‍රතිකාරවලට යොමු වූවා ය. 2015 වසරේ දී ඇයගේ පවුලේ සාමාජිකයන් ඇය ව විශේෂඥ වෛද්‍යවරයකු වෙත

යොමු කර ඇති අතර එහි දී ඇය ගැස්රයිට්ස් රෝගයෙන් පෙළෙන බව හඳුනා ගෙන ඇති අතර එහි ප්‍රතිඵලයක් ලෙස උදරයේ දැඩි වේදනාවක් ඇති වන බව වෛද්‍ය නිගමනය විය. අඛණ්ඩ ව ප්‍රතිකාර ගන්නා අතරතුර වේදනාව දිගු කාලීනව පාලනය කිරීම සඳහා ඇතැම් ආහාර හා හැසිරීම් පාලනය කිරීමටත් ඇයට උපදෙස් දෙන ලදී. කෙසේ වෙතත් ඇය දිගටම වෛද්‍ය ප්‍රතිකාර කිරීම සහ සායනවලට යාම දැඩි ලෙස ප්‍රතික්ෂේප කළේ මියගිය ඥාතියෙකුගේ බලපෑමක් නිසා ඇයට මෙම වේදනාව ඇති වන බව ඇය අර්ථකථනය කළ නිසා ය. ඇය සමීප ව අශ්‍රය කළ තවත් වැඩිහිටියන් කිහිප දෙනෙකු ද එය විශ්වාස කළ අතර ඔවුන් ඇයට ප්‍රකාශ කළේ යකඳුරෙකු හෝ දේවලයක් මගින් සුව කිරීමේ පිළිවෙත් අනුගමනය කරන ලෙසයි. ඉන්පසුව පවුලේ උදවිය ඇයව එවැනි සුව කිරීමේ ක්‍රම සිදු කරන ස්ථාන කිහිපයකට රැගෙන ගිය නමුත් තාවකාලික මානසික තෘප්තියක් මිස ඇය වේදනාවෙන් මිදෙන බවක් පෙනෙන්නට නොතිබුණි. කෙසේ වෙතත් මෙම යකඳුරන්ගේ හා දේවලවල ප්‍රතිකාර විද්‍යාත්මක නොවන ප්‍රතිකාර ක්‍රමයක් මෙන්ම මුදල් නාස්ති කරන දෙයක් බව පවුලේ අය තේරුම් ගත්හ. මේ නිසා පවුලේ සාමාජිකයන් එවැනි ප්‍රතිකාර අතහැර හැර වෛද්‍ය ප්‍රතිකාර සඳහා පමණක් ඇයව උනන්දු කළ නමුත් ඇය වෛද්‍ය ප්‍රතිකාර අනුගමනය කිරීම නැවත නැවතත් ප්‍රතික්ෂේප කළා ය. මේ අතර ඇය ඉක්මන් කෝපය, ඇතැම්විට ආහාර ප්‍රතික්ෂේප කිරීම සහ හුදකලා වීම වැනි වර්යාත්මක වෙනස්කම් කිහිපයක් ද පෙන්නුම් කර ඇත. නමුත් පවුලේ අය මෙවැනි වෙනස්ම් වටහා ගත්තේ ඇය බලාපොරොත්තු වන ප්‍රතිකාර මධ්‍යයන් සඳහා ඔවුන් උනන්දු නොවන නිසා ඊට ප්‍රතිචාර නිසා ඇතිවන තත්ත්වයක් වශයෙනි. කෙසේ වෙතත් මෙම ගැටුම අවසන් වූයේ නිවසේ වැසිකිළිය අසල සඟවා තිබූ පළිබෝධනාශක පානය කිරීමෙන් පසු ඇති වූ ඇයගේ සියදිවි නසා ගැනීමෙන් ය.

මෙම සිද්ධි අධ්‍යයනය පුද්ගලික අර්ථකථනයෙන් හෝ මනෝ විශ්ලේෂණාත්මක සහ කථිකාවේ දෘෂ්ටිකෝණයෙන් උපකාර සෙවීමේ හැසිරීම න්‍යායික ව විමසා බැලීමට අපට ආරාධනා කරයි. ප්‍රේමාවකීගේ පෞද්ගලික දෘෂ්ටිකෝණයෙන් ඇයගේ වේදනාවට හේතුව මියගිය ඥාතියෙකුගේ අදාෂ්‍යමාන බලපෑමයි. ඇය එම විශ්වාසය ගැඹුරින් අභ්‍යන්තරීකරණය කරගෙන තිබූ අතර වේදනාවෙන් මිදීම සඳහා යකඳුරන්ගේ ප්‍රතිකාර අනුගමනය කිරීමට අවශ්‍ය විය. පුද්ගලික දෘෂ්ටි කෝණයෙන් බලනකල ප්‍රේමාවකී විසින් ප්‍රදර්ශනය කරන ලද පසුකාලීන වර්ගාත්මක වෙනස්කම් Obeysekere (1981) ට අනුව නම් තේරුම්ගත යුත්තේ ඇයගේ බලාපොරොත්තු සුන්වීමේ පුද්ගලික සංකේත ලෙස හෝ සංස්කෘතික සන්දර්භය තුළ පුද්ගලයාගේ අත්දැකීම් ස්ථානගත කිරීමක් ලෙස ය. කථිකාවේ දෘෂ්ටි කෝණයෙන් බලනකල වෛද්‍ය විශ්ලේෂණය වඩාත් වෛෂයික හෝ විද්‍යාත්මක ලෙස සලකනු ලබන අතර අනෙකුත් අධ්‍යාත්මික සුවකිරීම් විද්‍යාත්මක නොවන ලෙස සැලකේ. මේ අනුව විකල්ප රෝග විනිශ්චය හෝ ප්‍රතිකාරවල පැවැත්ම අධිපති කතිකාව විසින් අනුමත නොකරයි (Healy, 2005). ප්‍රමුඛ කතිකාව විකල්ප නොපිළිගැනීම නිසා අර්බුදයක දී උදව් සෙවීමේ වර්ගාව විකල්ප ඔස්සේ සංවර්ධනය වීමක් අපේක්ෂා කළ හොහැකි ය. එයට හේතුව උදව් සෙවීම සහ ඒවායේ උපයෝගීතාව පිළිබඳ පරස්පරයක් ගොඩනැගෙන නිසයි. මෙම පරස්පරය විශේෂයෙන් ම බටහිර වෛද්‍ය ක්‍රම පමණක් නොව දේශීය ඇතුළු විවධ ප්‍රතිකාර ක්‍රම අන්තර්ගත බහුත් ව වෛද්‍ය ක්‍රමයක් පවතින විට ඇති වීමට වැඩි ඉඩක් තිබේ.

**4 නිගමනය**

අධ්‍යයනයෙන් හෙළි වූයේ මහලු වියේ කායික, මානසික සහ සමාජීය දුර්වලතාවයන් නිසා ඇතිවන යැපුම් බව ඔවුන්ගේ වියහැකි

මානසික අවපීඩනය සහ සියදිවි නසාගැනීමේ අවදානම සමඟ සම්බන්ධ වී ඇති බවයි. එමෙන් ම ජීවිතයේ අර්ථ විරහිතභාවය පිළිබඳ ආකල්පය වැඩිහිටි සියදිවි නසා ගැනීමට දායක වී ඇති බව පෙනේ. මෙහි ඇති වැදගත්කම වන්නේ වැඩිහිටි සියදිවි නසාගැනීම් පිළිබඳ අධ්‍යයනයන් මනෝවිද්‍යාත්මක අර්ථයෙන් පමණක් නොව සංස්කෘතික, ආගමික සහ අධ්‍යාත්මික දෘෂ්ටි කෝණයකින් ගවේෂණය කිරීමට අපට ආරාධනා කිරීමයි. කෙසේ වෙතත් මෙම අධ්‍යයනය ඉතා සීමා සහිත සිද්ධි ප්‍රමාණයක් වෙත පමණක් අවධානය යොමුකළ අධ්‍යයනයක් වන නිසා වැඩිහිටි සියදිවි නසාගැනීම් හා සම්බන්ධ වන මානසික හෝ සමාජ සංස්කෘතික සාධක අතර පවතින සම්බන්ධතාව නිවරදි ව ප්‍රකාශ කළ නොහැකි ය. නමුත් වයස්ගත වූවන්ගේ සියදිවි නසා ගැනීම් පිළිබඳ ඉදිරි අධ්‍යයනයන් සඳහා මෙම අධ්‍යයනයේ සොයා ගැනීම් මාර්ගෝපදේශ වශයෙන් යොදා ගැනීමට ඇති හැකියාව වැඩිකරන බව අපගේ විශ්වාසයයි. සියදිවි නසා ගැනීම් හේතුවෙන් මිය ගිය වයස්ගතවූවන් සැලකිය යුතු කාල පරාසයක් තුළ වියහැකි මානසික අවපීඩන රෝග ලක්ෂණ සහ සියදිවි නසාගැනීමේ අනතුරු ඇඟවීම් ප්‍රකාශකර ඇතත් පුද්ගලික සහ පාරිසරික සාධකවල බලපෑම හේතුවෙන් ඔවුන්ට අර්බුදය කළමනාකරණය කරගැනීම සඳහා අවශ්‍ය වෘත්තීය මානසික සෞඛ්‍ය රැකවරණය ගලිහී ගොස් ඇත. දුර්වල සමාජ ජාලය, සමීපතමයින්ට සියදිවි නසාගැනීමේ පූර්ව සලකුණු අවබෝධකර ගැනීමට පැවති නොහැකියාව, මහලුවිය හා සම්බන්ධ සංස්කෘතික විශ්වාස, හැසිරීම් හා නිශේධනාත්මක ආකල්ප සහ ප්‍රතිකාර පිළිබඳ පුද්ගලික පර්යාවලෝකය සහ පවුලේ අයගේ පර්යාවලෝකය අතර ඇති වූ ගැටුම නිසා අර්බුදකාරී අවස්ථාවේ එය කළමනාකරණය කර ගැනීම සඳහා අවශ්‍ය උපකාර සෙවීමේ වර්යාව දුර්වල කර ඇති බව පෙනේ.



සමහර විට වෛද්‍ය වෘත්තිකයන් පවා වැඩිහිටිවියේ රෝග විනිශ්චයේ දී කායික ලක්ෂණ කෙරෙහි වැඩි අවධානය යොමුකිරීම නිසා කායික රෝග සඳහා බලපාන මානසික හේතු ඔවුන් අතින් ගිලිහීයාමට ඇති ඉඩකඩ වැඩිබව ද මෙම අධ්‍යයනයෙන් පැහැදිලි වේ. ශ්‍රී ලංකාවේ මහජන සෞඛ්‍ය කතිකාව තුළ වයස්ගත වූවන්ගේ මානසික ගැටලු මහලු වියට ආවේනික, එතරම් සැලකිය යුතු නැති තත්ත්වයක් වශයෙන් බැහැරකොට තැබීම නිසා වැඩිහිටි මානසික සෞඛ්‍ය සාක්ෂරතාව පහළ මට්ටමක පැවතීම අර්බුදකාරී අවස්ථාවන්වල දී ඔවුන්ගේ උපකාර සෙවීමේ වර්යාව දුර්වල වීම සඳහා ව්‍යුහාත්මක ව හේතුවී ඇතිබව පෙනේ. එක් අතකින් ප්‍රධාන මානසික සෞඛ්‍ය කතිකාවෙන් වයස්ගත වූවන් බැහැර කර ඇති අතර අනෙක් අතට මහලුවියේ දී ජීවිතය සහ මරණය පිළිබඳ පවතින ඇතැම් නිශේධනාත්මක ආකල්ප හේතුවෙන් ද වයස්ගත වූවන් ප්‍රධාන මානසික සෞඛ්‍ය කතිකාවෙන් බැහැර වී ඇති බව පෙනේ. එබැවින් වැඩිහිටි මානසික සෞඛ්‍යය සාක්ෂරතාව වැඩි කිරීම සහ වැඩිහිටි ප්‍රජාව සඳහා මානසික සෞඛ්‍ය සේවා ප්‍රවර්ධනය කිරීම වැඩිහිටි සියදිවි නසාගැනීම් අවම කිරීම සඳහාත් ඔවුන්ගේ යහපැවැත්ම වර්ධනය කිරීම සඳහාත් ඵලදායී උපාය මාර්ගයක් වනු ඇත. විශේෂයෙන් ම වයස්ගත වූවන්ගේ රැකවරණය තවදුරටත් පවුලේ උපකාරය මත බොහෝ සෙයින් තීරණය වන නිසා මෙම සියලු වැළැක්වීමේ ප්‍රයත්නයන්හි දී පවුල කේන්ද්‍රීය සමාජ ආයතනය ලෙස බලගැන්විය යුතු ය.

## ආශ්‍රිත ග්‍රන්ථ

Abbey, A., & Andrews, F.M. (1985). Modeling the psychological determinants of life quality. *Social Indicators Research*, 16(1), 1-34.

Amati, V., Meggiolaro, S., Rivellini, G., & Zaccarin, S. (2018). Social relations and life satisfaction: the role of friends. *Genus*, 74(1), 7  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5937874/>

Arnault, D.S. (2009). Cultural Determinants of Help Seeking: A model for research and practice. *Res Theory Nurs Pract*, 23(4), 259–278

Arria, A.M., Winick, E.R., Garnier-Dykstra, L.M., Vincent, K.B., Caldeira, K.M., Wilcox, H.C., & OGrady, K.M. (2012). Help-Seeking and Mental Health Service Utilization among College Students with a History of Suicide Ideation. *Psychiatr Serv*, 62(12), 1510–1513. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.005562010>

Bilsen, J. (2018). Suicide and Youth: Risk Factors. *Front. Psychiatry*, 09, 1-5. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2018.00540>

Brown, J.S., Evans-Lacko, S., Aschan, L. Henderson, M.J., Hatch, S.L., & Hotopf, M. (2014). Seeking informal and formal help for mental health problems in the community: a secondary analysis from a psychiatric morbidity survey in South London. *BMC Psychiatry*, 14, 275. <https://doi.org/10.1186/s12888-014-0275-y>

Breslow, L. A. (1972). Quantitative approach to the World Health Organization definition of health: physical, mental and SWB. *International Journal of Epidemiology*, 1, 347–55

Carbonell, D.M., Reinherz, H.Z., & Giaconia, R.M. (1998). Risk and resilience in late adolescence. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 15(4), 251-272

Cattell, H. (2000). Suicide in the elderly. *Advances in Psychiatric Treatment*, 6 (2), 102-108. <https://doi.org/10.1192/apt.6.2.102>

Conejero, I. (2018). Suicide in older adults: current perspectives. *Clinical Interventions in Aging*, 13, 691–699. <https://doi.org/10.2147/CIA.S130670>

Conwell, Y., Duberstein, P.R., Cox, C., Herrmann, J.H., Forber, N.T., & Caine, E.D., (1996). Relationship of age and Axis I diagnoses in victims of completed suicide: A psychological autopsy study. *Am. J. Psychiatry*, 153, 1001-1008

Curtis, C. (2010). Youth perceptions of suicide and help-seeking: “They’d think I was weak or “mental”” *J. Youth Stud*, 13,699–715. <https://doi.org/10.1080/13676261003801747>

De Leo, D., & Ormskerk, S. C. (1991). Suicide in the elderly: General characteristics. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 12(2), 3–17

De Silva, I. (2013). The Age Structure Transition and the Demographic Dividend: An Opportunity for Rapid Economic

Take-off in Sri Lanka. *Sri Lanka Journal of Advanced Social Studies*, 2(1), 4-45. <https://doi:10.4038/sljass.v2i1.5117>

Department of Census and statistics. (2002). *Social Conditions of Sri Lanka*. [www.statistics.gov.lk](http://www.statistics.gov.lk)

Durkheim, E. (1951). *Suicide*. New York: Free Press.

Ewa, K., Czyz, M.S., Adam, G., Horwitz, B.A., & Daniel, E.(2013). Self-reported Barriers to Professional Help Seeking Among College Students at Elevated Risk for Suicide. *Journal of American College Health*, 61:7, 398-406, <https://doi:10.1080/07448481.2013.820731>

Farrer, L., Leach, L., Griffiths, K.M., Christensen, H., & Jorm, A.F. (2008). Age differences in mental health literacy. *BMC Public Health*, 8, 1-8. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-8-125>

Frankl, V.E. (2020). *Yes to Life: In Spite of Everything*. Boston: Beacon Press.

Gair S., Camilleri P. (2003). Attempting suicide and help-seeking behaviours: Using stories from young people to inform social work practice. *Aust. Soc. Work*, 56, 83–93. <https://doi:10.1046/j.0312-407X.2003.00064.x>.

Gunnell, D., Fernando, R., Hewagama, M., Priyangika, W.D., Konradsen, F., & Eddleston, M. (2007). The impact of pesticide regulations on suicide in Sri Lanka. *International journal of epidemiology*. 36(6), 1235-42. <https://doi:10.1093/ije/dym164>

Han, J., Batterham, P. J., Calear, A. L., & Randall, R. (2018). Factors influencing professional help-seeking for suicidality: A systematic review. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 39(3), 175–196. <https://doi:10.1027/0227-5910/a000485>

Harwood, D., Hawton, K., Hope, T., & Jacoby, R. (2001). Psychiatric disorder and personality factors associated with suicide in older people: a descriptive and case-control study. *Int J Geriatr Psychiatry*, 16(2), 155-65. [https://doi:10.1002/1099-1166\(200102\)16:2<155::aid-gps289>3.0.co;2-0](https://doi:10.1002/1099-1166(200102)16:2<155::aid-gps289>3.0.co;2-0).

Helene, H. F. (2013). Aging in Culture. *The Gerontologist*, 53(3), 369–377. <https://doi:10.1093/geront/gnt024>

Heuser, C., & Howe, J. (2019). The relation between social isolation and increasing suicide rates in the elderly. *Quality in Ageing and Older Adults*, 20(1), 2-9. <https://doi:10.1108/QAOA-06-2018-0026>

Hewamanne, S. (2010). Suicide narratives and in-between identities among Sri Lanka's factory workers. *Ethnology*, vol. 49, no. 1, 1–22

Homlan, M.A., Stanley, H., & T.E (2015). Evaluating factors and interventions that influence help-seeking and mental health service utilization among suicidal individuals: A review of the literature. *Clinical Psychology Review*, 40, 28-39. <https://doi:10.1016/j.cpr.2015.05.006>

IOM (Institute of Medicine). (2001). *Health and Behavior: The Interplay of Biological, Behavioral, and Societal Influences*. Washington, DC: National Academy Press

Joiner, T.E., Va- Orden, K.A., Witte, T.K., Selby, E.A., Ribeiro, J.D., Lewis. R., & Rudd, M.D. (2009). Main predictions of the interpersonal–psychological theory of suicidal behavior: empirical tests in two samples of young adults. *J Abnorm Psychol*, 118, 634-46

Keyes, C. L. M. (1998). Social Well-being. *Social psychology quarterly*, 61(2), 121-140

King, K. A., & Vidourek, R.A. (2012). Teen depression and suicide: effective prevention and intervention strategies. *The Prevention Researcher*, 19(4), 15-17

Kjølsetha, I., Ekebergbc, Ø., & Steihaug, S. (2010). Elderly people who committed suicide – their contact with the health service. What did they expect, and what did they get? *Aging & Mental Health*, 14(8), 938–946

Kodituwakku, K. (2016). Tackling the Burden of Suicide in Sri Lanka. *Colombo Telegraph*.  
<https://www.Colombotelegraph.com/Index>

Lawrence, D., Almeida, O.P., Hulse, G.K., Jablensky, A.V., & Holman, C.D. (2000). Suicide and attempted suicide among older adults in Western Australia. *Psychological Medicine*, 30, 813–821

Marecek, J. (2006). Young Women's Suicide in Sri Lanka: Cultural, Ecological, and Psychological Factors *Asian Journal of Counselling*, 2006, Vol. 13 No. 1, 63–92

Mechanic, D. (1995). Sociological dimensions of illness behavior. *Social Science and Medicine*, 41(9), 1207–16

Mokhtari, M.A. (2019). The epidemiology of suicide in the elderly population in Southern Iran, 2011–2016, *Asian Journal of Psychiatry*, 4, 90-94. <https://doi:10.1016/j.ajp.2019.07.027>

Nasbaum, M.C. (1999). *Sex and Social Justice*. New York: Oxford University Press Inc.

Nasbaum, M.C. (2011). *Creating capabilities: the human development approach*. Cambridge, Massachusetts: The Belknap Press of Harvard University Press

Obeyskere, G. (1981). *Chicago: Medusa's Hair: An Essay on Personal Symbols and Religious Experience*. University of Chicago Press

Ono. Y., Tanaka. E., Oyama, H., Toyokawa, K., Koizumi, T., Shinohe, K., Satoh, K., ... Yoshimura, K. (2001). Epidemiology of suicidal ideation and help-seeking behaviors among the elderly in Japan. *Psychiatry Clin Neurosci*, 55(6), 605-610. <https://doi:10.1046/j.1440-1819.2001.00912.x>

Pavkov, J. (1982). Suicide in the Elderly. *Ohio 's Health*, 34( 1 ), 2 1-22

Pool, R., & Geissle, W. (2005). *Medical Anthropology*. England: Open University Press.

Polacsek, M., Boardman, G.H., McCann., & T.V. (2018). Help-seeking experiences of older adults with a diagnosis of moderate depression. *International Journal of Mental Health Nursing*, 28(1), 278-287. <https://doi.org/10.1111/inm.12531>

Punova, M., Navratil, P., & Navratilova, J. (2020). Capabilities and well-being of child and adolescent social services clients in the Czech Republic. *Children and Youth Services Review*, Volume 117, 1-9. <https://doi:10.1016/j.childyouth.2020.105280>

Quan, H., Arboleda-Flórez, J., Fick, G.H., Stuart, H.L., & Love, E.J. (2002). Association between physical illness and suicide among the elderly. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 37, 190–197. <https://doi:10.1007/s001270200014>

Rickwood, D., & Thomas, K. (2012). Conceptual measurement framework for help-seeking for mental health problems. *Psychol Res Behav Manag*, 5(default), 173–183. <https://doi:10.2147/PRBM.S38707>

Rainey, J. (2020). Suicidal Thoughts: Symptoms and Risks of Suicidal Depression. <https://www.webmd.com/>

Scales, T.L., Calvin, L., Streeter, H., & Cooper, C. (2013). *Rural Social Work: Building and Sustaining Community Capacity*, US: John Wiley & Son.



Seligman, M. E. P. (1976). Learned Helplessness and Depression in Animals and Men. In J. T. Spence, R. C. Carsen & J. E. Thibaut, (Eds.), *Behavioral Approaches to Therapy* (pp.83-113). Morristown, N.J.: General Learning Press

Senanayake, M., & De Silva, V. (2012). Age and sex specific suicide rates in Sri Lanka from 1995-2011. *Sri Lanka Journal of Psychiatry*, 3 (2), 7-11

Senevirathne, C. (2020). Demographic characteristics of suicides in Sri Lanka from 2006 to 2018. *Population and Sustainable Development*, Conference Proceedings 2020, retrieved from: <https://www.researchgate.net/publication/341900360>

Singh, A., & Misra, N. (2009). Loneliness, depression and sociability in old age. *Industrial Psychiatry Journal*, 18 (1), 51-55. <https://doi.org/10.4103/0972-6748.57861>

De Silva, D. (2003). Suicide Prevention Strategies in Sri Lanka: the role of socio-cultural factors and health services. *Ceylon Medical Journal*, vol. 48, No.3 68-70

Sri Lanka Medical Association (2019). *Suicide Prevention in Sri Lanka: Recommendations for Action*. Colombo: The Sri Lanka Medical Association.

Stanphone, V., & Henwood, B.F. (2014). Activating people to address their care needs: Learning from people with lived experience of chronic illness. *Community Mental Health Journal*, 50, 656-663. <https://doi.org/10.1007/s10597-013-9686-3>

Tsai, A.C., Lucas, M., Sania, A., Kim, D., & Kawachi, I. (2014). Social integration and suicide mortality among men: 24-year cohort study of U.S. health professionals. *Annals of Internal Medicine*, 161(2), 85-95

Umubyeyi, A., Mogren, I., Ntaganira, J., & Krantz, G. (2015). Help-seeking behaviours, barriers to care and self-efficacy for seeking mental health care: a population-based study in Rwanda. *Social Psychiatry Psychiatric Epidemiology*, 51, 81–92.  
[https://doi: 10.1007/s00127-015-1130-2](https://doi.org/10.1007/s00127-015-1130-2)

WHO. (2014). *Preventing suicide: A global imperative*. World Health Organization, Geneva

WHO, (2017). *Suicide fact sheet*. WHO.  
[www.who.int/mediacentre/factsheets/fs398/en/](http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs398/en/)

Widger, T. (2014). *Suicide in Sri Lanka: Understanding the Crisis*. In Forum for Suicide and Culture Research.  
<https://suicideandculture.wordpress.com/2014/05/28/suicide-in-sri-lanka->

Wolfson, I. (2009). Suicide – The Buddhist Perspective.  
[http://www/sprc.org/sites/sprc.org/files/library/faith\\_dialogue.pdf](http://www/sprc.org/sites/sprc.org/files/library/faith_dialogue.pdf)

Youn, J.T. (2004). Illness behaviour: a selective review and synthesis. *Sociology of Health & Illness*, 26(1)1–31