

# සාමාන්‍යතාව, නිර්දාරකභාවය සහ නිර්දාරකභාවයට බලපාන සාධක

## සමන් හඳුරාගම

වර්තමාන සමාජ සන්දර්භය තුළ නිරන්තර සාකච්ඡාවට ලක් වී ඇති මාතෘකාවක් ලෙස ජනගහනය හඳුනා ගත හැකිය. ජනගහනය රටක සංවර්ධන ක්‍රියාවලියට එලඳායි ලෙස යොදා ගත හැකි අතර, දරාගත නොහැකි අධික ජනගහනය රටක උග්‍ර සංවර්ධන භාවයට ද හේතු වේ. ජනගහනය වැඩි වීම හෝ අඩු වීම කෙරෙහි උපත් අනුපාතය සෘජුවම බලපානු ලබයි. දළ උපත් අනුපාතිකය අඩු වීම කෙරෙහි නිර්දාරකභාවය හේතු වේ. ඒ අනුව නිර්දාරකභාවය ප්‍රජා විද්‍යා විෂය ක්ෂේත්‍රය තුළ නිරන්තර සාකච්ඡාවට ලක් විය යුතු අත්‍යවශ්‍ය මාතෘකාවකි. මෙම අවශ්‍යතාව සඳහා නිර්දාරකභාවය, නිර්දාරකභාවයට බලපාන සාධක, සාමාන්‍යතාව සහ වන්ධ්‍යතාව පිළිබඳව සාකච්ඡා කිරීම වැදගත් වේ.

### වන්ධ්‍යතාව

යුවලකට සජීවී දරු උපත් නිෂ්පාදනය කිරීමට ඇති නොහැකියාව ලෙර්ඩන් විසින් "වන්ධ්‍යතාව" ලෙස හඳුන්වයි (1977 : 96). එසේම බෝකිරීමේ හෝ ප්‍රජනනය කිරීමේ ශක්තිය නොමැතිකම වන්ධ්‍යතාව ලෙස සිංහල ශබ්ද කෝෂය විසින් හඳුන්වා දී ඇත (1991:128). වන්ධ්‍යතාව යනු ස්ත්‍රීන්ට පමණක් අදාළ දෙයක් නොවන අතර එය ස්ත්‍රී පුරුෂ දෙපක්ෂයටම බලපාන සාධකයකි. වෙනත් ලෙසකින් ප්‍රකාශ කරන්නේ නම් කාන්තාවන් මෙන්ම පුරුෂයන් ද වන්ධ්‍යතාවෙන් යුක්ත විය හැකිය (ලෙර්ඩන් 1977 : 96). නමුත්, සාමාන්‍යයෙන් ව්‍යවහාරික සමාජයේ දී "වද ස්ත්‍රීය" යනුවෙන් හඳුන්වාලමින්

තාත්තාව පමණක් වැරදියෙන් යුක්ත බව  
 ප්‍රකාශ කිරීමට අප සමාජය පෙළඹී ඇත. මෙහිදී  
 තේරුම් ගත යුතු නවත් කාරණයක් ඇත. එනම්,  
 වන්ධ්‍යාකරණයයි. මෙය හුදෙක් ස්වාභාවික  
 සංසිද්ධියක් නොව සහකරුවන් විසින් සෑ අභිමතය  
 පරිදි දැරුවත් බිහි වීම වළක්වා ගැනීමේ,  
 විසංග්‍රාහකත්වයේ ස්ඵර ස්වරූපයක් ලෙස රෝගී  
 වන්ධ්‍යාකරණය හඳුන්වාලයි. වන්ධ්‍යාකරණය  
 ස්ත්‍රීයව පමණක් අදාළ කාරණයක් නොවේ. ඉ  
 ස්ත්‍රී වන්ධ්‍යාකරණය සහ පුරුෂ වන්ධ්‍යාකරණය  
 ලෙස වර්ග කළ හැකිය (1982 බී:622-624). මේ  
 වන්ධ්‍යාකරණ මගින් ද විචල්‍යතාව ඇති වේ. එහි  
 ප්‍රතිඵලය වන්නේ නිර්දාරකභාවයයි.

විචල්‍යතාව සඳහා සෑදුම් ම තාත්තා වන්ධ්‍යතාව  
 බලපායි. තාත්තා වන්ධ්‍යතාව, ප්‍රාථමික වන්ධ්‍යතාව  
 සහ ද්විතීයික වන්ධ්‍යතාව යනුවෙන් ප්‍රධාන ස්වරූප  
 දෙකකින් හඳුනාගත හැකිය (ගුප්ත 1990: 73).

**ප්‍රාථමික වන්ධ්‍යතාව සහ ද්විතීයික වන්ධ්‍යතාව**

සරළ වශයෙන් සලකා බලන්නේ නම් තාත්තාවතාව  
 කිසිදා දැරුවත් නොලැබීමේ තත්ත්වය ප්‍රාථමික  
 වන්ධ්‍යතාව නම් වේ. දැරුවකු හෝ දැරුවන් සමඟ  
 දෙනෙකු බිහි වූ පසු ව දේමවිසියන් තවත් දැරුවන්  
 බිහි කිරීමට රූපිකත්වයක් දැක්වුව ද එසේ තම  
 අභිමතය පරිදි වෙනත් දැරුවන් ලැබීමට ඇති නො  
 හැකියාව ද්විතීයික වන්ධ්‍යතාව නම් වේ. ගුප්තට  
 අනුව ආරක්ෂා රහිත බහුලව. කෙරෙන ලිංගික  
 සංසර්ගය සමඟ වසර තුනක් යනතුරු ගර්භනී  
 භාවයට පත් නො වීම ප්‍රාථමික වන්ධ්‍යතාව නම්  
 වේ (1990 : 73). උපත් පාලන විධි භාවිත නො  
 කරන ජනගහනයක අවුරුදු 05 ක් වැනි  
 කාලසීමාවක් දැරුවත් නො ලැබී සිටින විවාහක  
 යුවලක් වන්ධ්‍ය යයි සැලකේ. මුල් අවුරුදු 05 තුළ

ඇති වන්ධ්‍යතාව ප්‍රාථමික වන්ධ්‍යතාව ලෙසත්, සජීවී දරු උත්පත්තියකට පසු අවුරුදු 05 තුළ ඇති වන වන්ධ්‍යතාව ද්විතීයික වන්ධ්‍යතාව ලෙසත් සැලකේ. මෙහි සඳහන් දෙවන අවස්ථාවේ දී යුවල අවුරුදු 35 ට වඩා වැඩි නම් අවුරුදු 05 කාල සීමාව ඊට වඩා වැඩි විය යුතුය. ද්විතීයික වන්ධ්‍යතාවේ දී සැලකිල්ලට ගත යුතු කරුණක් වන්නේ කාන්තාවකට වන්ධ්‍යතාවට පත් වීමට පෙර සජීවී දරු උපත් 01 ක් හෝ ඊට වැඩි ගණනක් සිදු වී තිබීමයි. අලුතින් වන්ධ්‍යතාවට පත් වීමේ අවදානම දැනට සිටින ළමයින් සංඛ්‍යාව මත බල නොපාන බව ලෙට්ටන් දක්වයි (1977 : 98-100).

වර්තමාන සමාජ සන්දර්භය තුළ සාමාන්‍යයෙන් වන්ධ්‍යතාවේ දෙවන අංශය වන ද්විතීයික වන්ධ්‍යතාව එතරම් සමාජ හා පුද්ගල ජීවිතයට බලපාන සාධකයක් නොවේ. එසේ ම ස්වභාවිකය පරිදි උපත් පාලන ක්‍රමයක් මගින් හෝ වෙනත් ස්ථිර වන්ධ්‍යාකරණ ක්‍රමයක් මගින් හෝ ප්‍රජනන ක්‍රියාවලිය තාවකාලිකව හෝ ස්ථිරව නතර කර තිබීම ද ගැටළුකාරී තත්ත්වයක් නොවේ. විවාහ වූ යුවලක් සාමාන්‍යයෙන් සාධාරණ කාලයක් තුළ දරු උපතක් ලබා ගැනීමට අපේක්ෂා කිරීම පිළිගෙන ඇත. තවද කාන්තාවක් ගැහැණු ළමයින් පමණක් ම බිහි කිරීම ද ඇය මානසිකව පීඩාවට පත් කරන සාධකයකි. මක් නිසා ද ඇතැම් විට ඇයව ඥාතීන් පමණක් නොව සිය ස්වාමි පුරුෂයා පවා පිළිනොගන්නා සහ ගරු නොකරන තත්ත්වයකට පත් වන නිසාය. එවැනි ක්‍රියාවලීන් පවතින සමාජ සන්දර්භයක් තුළ කිසිම ලෙසකින් දරුවකු ප්‍රසූත නොකිරීම දැඩි මානසික ආතතියකට පත් වන කාරණයකි.

සමාජය විසින් ම විවාහක කාන්තාවකට අනිවාර්යයෙන් ම මවක් විය යුතුය යන කොන්දේසිය පනවා ඇති බව සමකාලීන සමාජීය

පුද්ගල ආකල්ප විමර්ශනය කරන විට දැක ගත හැකි ලක්ෂණයකි (හඳුරාගම 1997).

එපමණක් නොව එසේ දරුවන් ප්‍රසූත නො කරන කාන්තාවන් ඇතැම් සංස්කෘතීන්වල දී පිළි නොගන්නා තත්ත්වයක් උද්ගතවී ඇත. එසේ ම සමහර රටවල වන්ධ්‍යතාව දික්කසාද සඳහා ද වර්තමානයේ දී හේතු වී ඇත (ගුප්ත 1990 : 73, සෙනෙවිරත්න 1994 : 1). මෙම සාධක දෙකම ශ්‍රී ලංකා සමාජ සන්දර්භය තුළ පවා දැකගත හැකි අතර, එම හේතුව නිසා ම කාන්තාව වඩ වඩා මානසික අතෘප්තිකර තත්ත්වයකට පත් වන බව පෙනෙන්නට ඇත්. ඇතැම් විට පුරුෂයා ගේ වන්ධ්‍යතාව හේතුවීමෙන් දරුවන් ප්‍රසූත නො කරන කාන්තාව ම, එම පුරුෂයාගේ බලපෑම්වලට ද මුහුණ දෙන අවස්ථා තිබිය හැකිය. එපමණක් නොව බොහෝ විට පුරුෂයා ද මෙම ස්වභාවය මත මානසික ආතතීන්ගෙන් පෙළිය හැකිය. ලෝක සෞඛ්‍ය සංවිධානය (1946) පෙන්වා දුන් ආකාරයට, "සෞඛ්‍යය යනු හුදු රෝග තත්ත්වයක් හෝ අපහසුතාවක් නොමැති වීම පමණක් නොව පූර්ණ විශයෙන් කායික, මානසික සහ සමාජීය විශයෙන් හොඳ ජීවිතයක් ගත කරන තත්ත්වයකි" (නානායක්කාර, 1992/93 : 63). මෙවැනි වාතාවරණයක් තුළ ප්‍රාථමික හෝ ද්විතීයික වන්ධ්‍යතාවෙන් පෙළෙන බොහෝ පුද්ගලයන්, මානසික ආතතීන්ගෙන් යුක්ත බව පෙන්වා දිය හැකිය.

**සාඵලතාව**

"සාඵලතාව" යන්නෙහි අර්ථයන් ලෙස සඵල භාවය, සාර්ථකභාවය, සරු බව සහ ඵල සහිත බව යන සමානාර්ථ පදයන් ගණනාවක් සිංහල ශබ්ද කෝෂය මගින් ඉදිරිපත් කර ඇත (1992 : 641). එසේම රෝස් දක්වන ආකාරයට ජනගහනයක

යුවලකට හෝ කාන්තාවකට සජීවී දරු උපතක් ප්‍රජනනය කිරීමේ සත්‍යතාව සාඵලයතාව නම් වේ (1982 ඒ:240).

ගැහැණු ළමයකු වැඩි වියට පත් වීමත් සමග ම ඇය සාඵලයතාවට පත් වේ. වැඩි වියට පත් වීම ප්‍රථම ඔසප් වීම තුළින් සංකේතවත් කෙරෙන අතර, වයස 20-30 කාල අන්තරය තුළ කාන්තාවකගේ සාඵලයතා හැකියාව ඉහළ මට්ටමක රඳා පවතී (ගුප්ත 1990: 39). කාන්තාවකගේ ප්‍රජනන කාල පරිච්ඡේදය වයස අවුරුදු 15 සිට 45 දක්වා පවතී (අභයරත්න 1992:46). එසේ නිශ්චිත කාල පරිච්ඡේදයක් දක්වනු ලැබුව ද එහි යම් යම් වෙනස්කම් සිදුවිය හැකිය. සත්‍යවශයෙන් ම කාන්තාවක ගේ වැඩිවියට පත් වීමේ සිට ඔසප් වීම නතර වනතුරු මෙම කාල පරිච්ඡේදය ක්‍රියාත්මක ව පවතී. ඒ අනුව ආසන්න වශයෙන් අවුරුදු 15 ට පෙර හෝ පසු ප්‍රජනන කාලය ආරම්භ වී ආසන්න වශයෙන් වයස අවුරුදු 45 ට පෙර හෝ පසු දක්වා ප්‍රජනන කාල පරිච්ඡේදය පවතින බව පෙනේවා දිය හැකිය (හදරාගම 1997). කාන්තාවන්ගේ පමණක් නොව පුරුෂයින්ගේ ද සාඵලයතා කාලයක් වේ. සාමාන්‍යයෙන් වෘෂණ ග්‍රන්ථි තුළ ශුක්‍යානු සෛල නිර්මාණයත් සමඟ පිරිමි ළමයකු සාඵලයතාවයට පත් වේ. පුරුෂ සාඵලයතාවේ කාල සීමාව ස්ත්‍රී සාඵලයතාවේ කාල සීමාවට වඩා දීර්ඝ වේ. නමුත් මධ්‍යම වයසෙන් පසුව ඔවුන් ගේ ද සාඵලයතාව අඩු වන බව ගුප්ත ප්‍රකාශ කරයි (ගුප්ත 1990 : 39).

සාඵලයතාව පිළිබඳව සාකච්ඡා කරන විට ඒ සමඟ සම්බන්ධ වැදගත් සාධකයක් ලෙස ජනක ශක්තිය හඳුන්වා දිය හැකිය. සජීවී දරුවන් බිහි කිරීමේ හැකියාව වන සාඵලයතාව සඳහා ජනක ශක්තිය තිබිය යුතුය. ජනක ශක්තිය ඇති කාන්තාවක් යැයි තීරණය කිරීම සඳහා ඇය අනිවාර්යයෙන් ම

දරුවකු බිහි කළ යුතුය. ඒ අනුව සජීවී දරුවකු උත්පාද කිරීමට එක් පුද්ගලයකුට හෝ යුවලකට ඇති ජීව විද්‍යාත්මක හැකියාව ජනක ශක්තිය. ලෙස හැඳින්විය හැකිය (රෝස් 1982 ඒ:240).

සාඵලයතාවේ ප්‍රතිවිරුද්ධ ස්වභාවය විඵලයතාවයෙන් පෙන්නුම් කරයි. ඒ අනුව විඵලයතාව යනු සජීවී දරුවන් බිහි කිරීමට ඇති නො හැකියාවයි. දරුවන් ලැබීමේ කැමැත්තෙන් සිටින බොහෝ විවාහක ස්ත්‍රී පුරුෂයන්ට එසේ දරුවන් නො ලැබීම තදබල පෞද්ගලික ප්‍රශ්නයක් වී ඇත. විඵලයතා ප්‍රශ්නය ඇති සැලකිය යුතු තරම් කාන්තා ප්‍රතිශතයක් පවුල් සැලසුම් ආයතනවලට හා සෞඛ්‍ය සායනවලට උපදෙස් ලබා ගැනීමට සහ සුවය ලබා ගැනීමට පැමිණෙති. ලෝකයේ ම විවාහක පුද්ගලයන් අතරින් දළ වශයෙන් 10 ක් පමණ විඵලයතා නැඹුරුවකින් යුක්ත වේ (සෙනෙවිරත්න 1994:1). ප්‍රමාද වී විවාහකත්වයට පත් වීම මත ජනක ශක්තිය සහ සම්පූර්ණ සාඵලයතාවේ අඩු වීමක් සිදු වේ. එසේ ම දරුවන් ලැබිය හැකි ප්‍රජනන කාල සීමාව ද කෙටි වේ (විසංග්‍රාහක පැවතුම් සම්කෂණය 1982:35). තුලනාත්මකව විමසා බලන විට ඉක්මනින්, විවාහ වූ කාන්තාවන්ට වඩා ප්‍රමාද වී විවාහ වූ කාන්තාවන් නිර්දාරක භාවයෙන් යුක්ත වේ (සෙනෙවිරත්න 1994:7).

### **නිර්දාරකභාවය**

විඵලයතාව මත ඇති වන නිර්දාරකභාවය ස්වේච්ඡා සහගත නිර්දාරකභාවය සහ ස්වේච්ඡා සහගත නොවන නිර්දාරකභාවය වශයෙන් ප්‍රධාන කොටස් දෙකකි.

ස්වේච්ඡා සහගත නිර්දාරකභාවය සඳහා උපත් පාලන ක්‍රම භාවිතය හා වත්ධ්‍යාකරණය හේතු වේ. වත්ධ්‍යාකරණය ද ප්‍රධාන අංශ දෙකකි. එනම්

පුරුෂ වත්ධ්‍යාකරණය සහ ස්ත්‍රී වත්ධ්‍යාකරණයයි (හඳුරාගම 1997). ස්වේච්ඡා සහගත නොවන නිර්දාරකභාවයට ප්‍රාථමික වත්ධ්‍යතාව හෝ ද්විතීයික වත්ධ්‍යතාව සෑදීම බලපානු ලබයි. මේ අනුව විවාහක යුවලකට දරුවන් නොමැතිකම, නිර්දාරකභාවය, ලෙස හැඳින්විය හැකිය. සමස්තයක් වශයෙන් සලකන්නේ නම් ලෝක සාඵලයක සමීක්ෂණයට (අංක 7) අනුව ලෝකයේ විවාහ වූ වයස අවුරුදු 45 වන කාන්තාවන් අතරින් 2% ක් පමණ නිර්දාරකභාවෙන් යුක්ත වේ (1978:4). විවාහක කාන්තාවන් නිර්දාරකභාවයෙන් යුක්ත වීම හුදෙක් එම කාන්තාවන්ට පමණක් බලපාන සාධකයක් නොවේ. විශේෂයෙන් ම කාන්තාවන් සමඟ විවාහ වී සිටින පුරුෂයින්ට ද බලපාන සාධකයකි. සමාජයේ ජීවත් වන බහුතර පිරිසක් විවාහකත්වය ට පත් වන නිසා දළ වශයෙන් සලකා බලන්නේ නම් ලෝක ජනගහනයෙන් 2% කට පමණ මුහුණ දීමට සිදු වී ඇති පෞද්ගලික ප්‍රශ්නයක් ලෙස නිර්දාරකභාවය හඳුනා ගත හැකිය (හඳුරාගම 1997).

නිර්දාරකභාවයේ ස්වභාවය පෙන්වීම කරන නිර්ණායකයන් ලෙස උපත අනුපාතික හඳුනාගත හැකිය. "ලෝක සංවර්ධන වාර්තාවට" අනුව ජනගහනයෙන් 1000 කට දළ උපත 21 ක් 1992 දී ශ්‍රී ලංකාවෙන් වාර්තා විය. එය 1970 සමඟ සසඳන විට පැහැදිලි අඩු වීමකි. එනම් 1970 දී එහි අගය 29 ක් විය. ඇමරිකා එක්සත් ජනපදයේ 1992 දී දළ උපත සංඛ්‍යාව 16 ක් වූ අතර, එක්සත් රාජධානියේ එහි අගය 14 ක් විය. තවත් නිර්ණායකයක් ලෙස ශ්‍රී ලංකාවේ මුළු සාඵලයක අනුපාතිකය 1992 වසරේ 2.5 ක් විය. 2000 දී එම අගය 2.1 දක්වා පහත යනු ඇතැයි ප්‍රක්ෂේපණය කර ඇත. 1970 වර්ෂයේ දී ශ්‍රී ලංකාවේ මුළු සාඵලයක අනුපාතිකය 4.3 දක්වා පැවතිණි. මේ අනුව දිනෙන් දින ශ්‍රී ලංකාවේ මුළු

සාඵලයකා අනුපාතිකය අඩු වීම මත අඩු උපයෝගී සංඛ්‍යාවක් සිදු වීම නො වැලැක්විය හැකි කරුණකි. (1994:212-213).

එසේම යම්කිසි හුගෝලීය ප්‍රදේශයකින් වෙනත් හුගෝලීය ප්‍රදේශයකට ද නිර්දාරකභාවය සංඛ්‍යාත්මක අගය වෙනස් වේ. සෙනෙවිරත්න දක්වන ආකාරයට ඇතැම් සංවර්ධනය වෙමින් පවතින රටවලට සාපේක්ෂව ශ්‍රී ලංකාවේ නිර්දාරකභාවයේ ප්‍රමාණය ඉහළ අගයක් ගෙන ඇත. (1994:1).

1987 ප්‍රජා විද්‍යාත්මක සහ සෞඛ්‍ය සමීක්ෂණයට අනුව ශ්‍රී ලංකාවේ අවුරුදු 35-39 වයස් ප්‍රාන්තරයේ සිටින විවාහ වූ කාන්තාවන් අතරින් 4.5% නිර්දාරකභාවයෙන් යුක්තයි. 40-44 වයස් ප්‍රාන්තරයේ දී එම අගය 2.8% වන අතර 45-49 වයස් ප්‍රාන්තරයේ දී නිර්දාරක ප්‍රතිශතය 3.3% ක් වේ. (1987:42). ලෝක සාඵලයකා (ශ්‍රී ලංකා 1975 සමීක්ෂණයට අනුව විවාහ වූ අවුරුදු 45-49 වයස් ප්‍රාන්තරයේ සිටින නිර්දාරක කාන්තාවන්ගේ ප්‍රතිශතය 3.2 ක් විය (1978:264). 1982 ශ්‍රී ලංකා විසංග්‍රාහක පැවතුම් සමීක්ෂණයට අනුව විවාහ වූ 45-49 වයස් ප්‍රාන්තරයේ සිටින කාන්තාවන්ගෙන් 2.8% කට දැරුවන් නො සිටියේය. (සෙනෙවිරත්න 1994:1). මෙහිදී විශේෂයෙන් ම 45-49 වයස් ප්‍රාන්තරය ප්‍රජා විද්‍යාත්මකව සැලකිල්ලට ගන්නා භාජනය කිරීමට හේතුව නම් එම වයස් කාන්තාවන් නැවත කිසිවිටක ගර්භනිභාවයට පැමිණීමට නොහැකිවීමයි. 45-49 වයස් ප්‍රාන්තරය සමීක්ෂණයට භාජනය කිරීම වඩා ඵලදායී සහ අර්ථාන්විත වේ. මෙම දත්ත උපයෝගී කර ගෙන පහත සඳහන් පරිදි වගුවක් නිර්මාණය කළ හැකිය. (හඳුරාගම 1997).



# 1 වගුව

විවාහ වූ වයස 45 - 49 වයස් කාණ්ඩයේ ශ්‍රී ලංකාවේ නිර්දාරක කාන්තා ප්‍රතිශතය.

අංකය	සමීක්ෂණය	වසර	ප්‍රතිශතය %
(1)	ලෝක සාඵලයක සමීක්ෂණය	1975	3.2
(2)	ශ්‍රී ලංකා විසංග්‍රාහක පැවතුම් සමීක්ෂණය	1982	2.8
(3)	ප්‍රජා විද්‍යාත්මක හා සෞඛ්‍ය සමීක්ෂණය	1987	3.3

මේ අනුව 1975 සිට 1982 දක්වා නිර්දාරකභාවය සුළු වශයෙන් අඩු වී ඇතත්, 1987 වන විට එම අගය 1975 අගයටත් වඩා ඉහළ ගොස් ඇති බව පෙනෙයි.

## නිර්දාරකභාවයට බලපාන සාධක

නිර්දාරකභාවයට ස්වේච්ඡා සහ ස්වේච්ඡා නො වන සාධක බලපෑ හැකිය. ස්වේච්ඡා සාධක යනු විවාහක සහකරුවන් ඔවුන්ගේ ස්ව අභිමතය පරිදි නිර්දාරක භාවයට රුචිකත්වය දැක්වීමයි. එනම් සහකරුවන් අනාගතයේ දී දරුවන් ලැබීම ස්ථිර හෝ තාවකාලික හෝ උපත් පාලන ක්‍රම මගින් වළකා ගන්නේ නම් එය ස්වේච්ඡා නිර්දාරකභාවය වේ.

මෙම ශත වර්ෂයේ මුල් කාල පරිච්ඡේදය තුළ හා ඊට පෙර නිර්දාරකභාවය බොහෝ විට ස්වේච්ඡා නොවන සාධක මත පදනම් විය. අතීතයේ දී සමාජය විසින් නිර්දාරකභාවයට සහයෝගය දැක්වූයේ හෝ ධෛර්යමත් කිරීමක් හෝ නොවූණි. විවාහක පුද්ගලයන්ගෙන් දරුවන් අතිවාර්යයෙන් ම

අපේක්ෂා කරන ලදී (සෙනෙවිරත්න 1994). තම පරම්පරාව පවත්වා ගෙන යාමටත්, දේපල උරුමය පවරා දීමටත් දරුවන් බිහිකිරීම අත්‍යවශ්‍ය විය. ඒ අතරින් විශේෂයෙන් ම පිරිමි දරුවකු අපේක්ෂා කරන ලදී. මෙම අදහස් පසුගාමී චින්තනයක් පවතින වර්තමාන සමාජ වල පවා දැක ගත හැකිය. මෙම අංශය කෙරෙහි උපන් පාලන ක්‍රමයන්ගේ දියුණුව සහ සුලබතාව වඩා පහසු කර ඇත.

එසේම කාන්තා වැඩ රටාවල වැන්නිය, ස්වාමියාගේ සහ බිරිඳගේ අධ්‍යාපනය, ජනවාර්ගිකත්වය, ආගම සහ වෙනත් සමාජ, ආර්ථික සාධක නිර්දාරකභාවයට හේතු වන බව සෙනෙවිරත්න දක්වයි (1994 :1). දරු උපතක් සහකරුවන් විසින් පාපේක්ෂ කාලයක් ප්‍රමාද කළ ද, ජීවිතයේ කුමන කාල පරාසයක දී හෝ දරුවකු හෝ කීප දෙනෙකු ලබා ගැනීමට ඔවුන් උත්සුක විය හැකිය. නමුත් ඔවුන් දරු උපතක් අපේක්ෂා කරන කාලය වන විට ඇතැම් විට ඔවුන් ජනක ශක්තියෙන් හිත අවදියක පිටිය හැකි නිසා වන්ධ්‍යතාවට පත් විය හැකිය.

නිර්දාරකභාවයේ දෙවන ස්වරූපය ස්වේච්ඡා නොවන නිර්දාරකභාවයයි. මෙම අංශය සඳහා අවධානය යොමු කරන විට පැහැදිලිවම පෙනෙන්නේ ස්වේච්ඡා සහගත නොවන නිර්දාරකභාවයෙන් විවාහක පුද්ගලයන් මානසික ආතතීන්ගෙන් පෙලන බවයි (හඳුරාගම 1997). සජීවී දරු කළලයක් නිර්මාණය කිරීම සඳහා පුරුෂ සහකරුවා විසින් ලිංගික සංසර්ගයේ දී නිරෝගිමත් ශුක්‍රාණු ගර්භාණු තුළ තැන්පත් කළ යුතුය. අසම්පූර්ණ හෝ ඉතා අඩු සංඛ්‍යාවකින් යුත් ඔහුගේ ශුක්‍රාණු ගර්භාණු තුළ තැන්පත් කිරීමකින් කාන්තාව සාප්ලයතාවයට පත් කළ නො හැක (ගුප්ත 1990:40). සෙනෙවිරත්න දක්වන ආකාරයට ක්ෂය රෝගය, මැලේරියාව!

ලාදුරු, සමාජ රෝග, වසූරිය සහ බරවා රෝගය ප්‍රධාන ලෙස ම ගබ්සාවට සහ වන්ධ්‍යතාවට ඉහළ අවදානමක් ඇති වීමට බලපන හේතු කාරක වේ. කාන්තාවන්ගේ පැලෝපිය නාල හා සම්බන්ධ රෝග සහ ගර්භාෂගත ගෙඩි ද නිර්දාරකභාවය හා සම්බන්ධ වේ. ඇතැම් බැක්ටීරියා ආසාදනයන් සහ රෝගයන්, අධික උණ, අධි රුධිර පීඩනය, වකුගඩු රෝග සහ දියවැඩියාව ආදී රෝගයන් ද ගබ්සාවීම් වලට බලපායි. බොහෝ ජනගහනයක විචල්‍යතාවයට ගොතෝරියා රෝගය බලපායි. නිර්දාරකභාවයට පුරුෂ විචල්‍යතාවය ද බලපාන බව පෙරදී ද සඳහන් කෙරුණි. පුරුෂ විචල්‍යතාවට සරල පරිසරාත්මක කරුණු ද බලපායි. දුම්බීම, අධික බර, දුම්කොළ සහ මද්‍යසාර භාවිතය ද බලපානු බව පෙනේ. රුධිර අසමානතාවලට (අව සහ අධි රුධිර පීඩනය) ප්‍රතිකාර කිරීම සඳහා දෙපක්‍ෂය විසින් ම භාවිත කෙරෙන කෝටිකොස්ටෙරොයිඩල සල්ෆසලසින්, වැනි ප්‍රතිරුධිර පීඩන ඖෂධ මිනිසාගේ සෛල වලට අහිතකර වේ. එමෙන් ම ආසාදිත රෝග විශාල සංඛ්‍යාවක් පිරිමි සහ ගැහැණුන්ගේ විචල්‍යතාව ඇති කිරීම සඳහා හේතු වේ. මෑත කාලීනව සමාජ රෝග විශාල වශයෙන් ශ්‍රී ලංකාවේ ව්‍යාප්ත විය. නමුත් එම රෝග බොහොමයක් ඖෂධ මගින් සුව කර ගැනීමට හැකි වුව ද, විචල්‍යතාවයට එම රෝග බලපෑ හැකිය (සෙනෙවිරත්න 1994:1-36). එසේම සමකාලීන සමාජ සන්දර්භය තුළ විශාල වශයෙන් ගබ්සාවන් කර ගැනීමේ ප්‍රවණතාවක් ද පෙන්නුම් කරයි. එසේ අනවශ්‍ය කළලයක් ගබ්සා කර ගත් කාන්තාවකට නැවත කළලයක් හට නො ගැනීමට ද ශාරීරික හේතු බලපෑ හැකිය. කළලයක් නිර්මාණය වීමට පැහැදිලිව ම නිරෝගිමත් සහ සාර්ථක ශුක්‍රාණු සෛල සහ ඩිම්බ සංසේචනය විය යුතුය. නමුත් ඉහත දක්වන ලද ඖෂධ සහ අනෙකුත් විෂ ද්‍රව්‍ය භාවිතය මත ශුක්‍රාණු සෛල

ගුණත්වයෙන් හිත වන්නේ නම් කළලයක් හට නොගනු ඇත.

විඵලාභතාවයට බලපාන ඇතැම් රෝග ශ්‍රී ලංකාවේ ජනගහනයෙන් 100,000 ක ප්‍රමාණයක් අතරේ ව්‍යාප්ත වී ඇති ආකාරය පහත වගුවෙන් ඉදිරිපත් කෙරෙයි.

**2 වගුව**  
විඵලාභතාවයට බලපාන රෝග

අංකය	රෝගය	ජනගහනයෙන් 100,000 ක ප්‍රමාණය සඳහා
1.	ආසාදිත සහ පරපෝෂිත රෝග	2382.5
2.	මැලේරියාව	678.9
3.	රුධිර රෝග සහ ඇට මිදුල රෝග	168.0
4.	ලිංගාශ්‍රිත හා මුත්‍ර පද්ධතියේ රෝග	666.1

මූලාශ්‍රය: (සෞඛ්‍යවිරක්ත 1994 : 36).

මෙම රෝගී තත්වයන් විඵලාභතාවයට හේතුවන අතර, නිර්දාරකභාවය කෙරෙහි විඵලාභතාව සෑදීමට බලපායි.

**සාරාංශය**

ස්වේච්ඡා සහගත නිර්දාරකභාවය ස්වේච්ඡා සහගත නොවන නිර්දාරකභාවය වශයෙන් නිර්දාරකභාවය ප්‍රධාන කොටස් දෙකකි. ස්වේච්ඡා සහගත නිර්දාරකභාවයට වන්ධ්‍යාකාරණය හා උපත්පාලන ක්‍රම භාවිතය හේතු වේ. වන්ධ්‍යාකාරණය ද පුරුෂ

වන්ධ්‍යාකාරණය සහ ස්ත්‍රී වන්ධ්‍යාකාරණය වශයෙන් කොටස් දෙකකි.

ස්වේච්ඡා සහගත නොවන නිර්දාරකභාවය වන්ධ්‍යතාව නිසා ඇති වේ. ප්‍රාථමික සහ ද්විතීක වශයෙන් වන්ධ්‍යතාව ද කොටස් දෙකකි. වන්ධ්‍යතාව ඇතිවීම සඳහා විවිධ ශාරීරික රෝගී තත්ත්වයන් සහ සමාජමය සාධක බලපායි.

## ආශ්‍රිත ග්‍රන්ථ සහ ලිපි ලේඛන

1. Abhyarathne, Anoma S.P. (1992). "Factors Influencing Reproductive Choices of Women in a Rural Area in Sri Lanka. "In, K.T. Silva, H.A. Aponso and R. Peters Ed., Feedback from Health Social Science Research in Sri Lanka. Peradeniya : CICHS.
2. Gupta, L.C. (1990). Sex Education. New Delhi: Jaypee Brothers
3. හඳුරාගම, සමන් (1997). ව්‍යවස්ථාපිත, නිර්දාරකභාවය සහ යාතුකර්ම, මුද්‍රණය නොකරන ලද බී.ඒ. පර්යේෂණ නිබන්ධය, කොළඹ: කොළඹ විශ්වවිද්‍යාලය,
4. Leridon Henri (1977). Human Fertility. Chicago: The University of Chicago Press,
5. නානායක්කාර, විජිත (1992/93). "වෛද්‍ය රෝගී සම්බන්ධතාවය, ශ්‍රී ලංකාවේ බටහිර වෛද්‍ය ක්‍රමය ආශ්‍රිත විමසීමක්" සමාජ විමසුම 1992/93 අංක 8 කලාපය පේරාදෙණිය.
6. Population Statistics of Sri Lanka - (1992). Population Information Centre. Population Division. Colombo : Ministry of Health and Women Affairs
7. Ross, J.A. (1982) (A). International Encyclopedia of Population. Volume One. New York: Macmillan Publishing Co.
8. Ross, J.A. (1982) (B). International Encyclopedia of Population. Volume Two. New York: Macmillan Publishing Co.
9. Seneviratne, D.D.G.A. (1994). Correlates of Childlessness in Sri Lanka, A Study Submitted as a Partial Fulfillment of the

**Requirement for the Diploma in Population Studies University of Colombo. (Unpublished Dissertation).**

10. සිංහල ශබ්ද කෝෂය (1991). 23 වන කාණ්ඩය හෙවත් 43 වන භාගය. කොළඹ: සංස්කෘතික දෙපාර්තමේන්තුව.
11. සිංහල ශබ්ද කෝෂය (1992). 25 වන කාණ්ඩය හෙවත් 45 වන භාගය. පළමුවන කොටස කොළඹ: සංස්කෘතික දෙපාර්තමේන්තුව.
12. **Sri Lanka Contraceptive Prevalence survey Report. (1982). – Colombo: Department of Census and Statistics of the Ministry of Plan Implementation and Westinghouse Health System.**
13. **Sri Lanka Demographic and Health Survey-1987. (1988). – Colombo: Department of Census and Statistics. Ministry of Plan Implementation.**
14. **World Development Report. (1994). New York: Oxford University Press. For the World Bank.**
15. **World Fertility Survey. (1978) (No. 7) Netherlands: International Statistical Institute.**
16. **World Fertility Survey - Sri Lanka, 1975. (1978). Colombo: Department of Census and Statistics. Ministry of Plan Implemen-tation.**

## පාරිභාෂිත ශබ්ද මාලාව

1. ගබ්සාව = Abortion
2. නිර්දාරකභාවය = Childlessness
3. විසංග්‍රහණය = Contraception
4. කෝටිකෝස්ටෙරොයිඩ් = Corticosteroids
5. ප්‍රජා විද්‍යාව = Demography
6. ජනන ශක්තිය = Fecundity
7. සාප්‍රයතාව = Fertility
8. හූණ මරණය = Foetal Death
9. විඵලතාව = Infertility
10. මර්තනතාව = Mortality
11. ප්‍රාථමික වන්ධනතාව = Primary Sterility
12. ද්විතීයික වන්ධනතාව = Secondary Sterility
13. වන්ධනතාව = Sterility
14. වන්ධනකාරණය = Sterilization
15. සල්ෆසලසින් = Sulphasalazine
16. ආතතිය = Tension