

## දියවැඩියා රෝගය හා එම රෝගය ව්‍යාප්ත වීම සඳහා බලපාන සාධක අධ්‍යයනය (සාහිත්‍ය විමර්ශනය ඇසුරින්)

එච්.එම්.යූ.පී හේරත්<sup>1</sup>

### සංක්ෂේපය

රටක සංවර්ධනය සඳහා පදනම් වන වැදගත් සාධකයක් ලෙස එම රටේ නිරෝගී ප්‍රජාවක් වාසය කිරීම සැලකිය හැකිය. මෑතකාලීනව වසංගත රෝග තත්ත්වයක් ලෙසින් දියවැඩියා රෝගය ව්‍යාප්ත වීම නිසා සෑම රටකම ජන සමාජයන් තුළ සමාජ ආර්ථික වශයෙන් දැඩි බලපෑමක් ඇති කරයි. දියවැඩියා රෝගය ලෝකය මෙන්ම ශ්‍රී ලංකාව තුළ ද සීඝ්‍රයෙන් පැතිර යන බෝ නොවන රෝගයකි. මෙම රෝග තත්ත්වය ආහාර රටාවේ ඇති අසමතුලිත බව, ශාරීරික ව්‍යායාම අඩුවීම වැනි හේතූන් රැසක් නිසා ඇතිවේ. දියවැඩියා රෝගයට ප්‍රතිකාර කිරීම සඳහා රජයක් වශයෙන් රජයක් හා පෞද්ගලික වශයෙන් විශාල මුදලක් වැය කිරීමට සිදුවීම නිසා කුටුම්භයේ පරිභෝජන රටාවට සැලකිය යුතු බලපෑමක් සිදු වේ. දියවැඩියා රෝගය ව්‍යාප්ත වීම සඳහා බලපාන සාධකයන් මොනවාද යන්න හඳුනා ගැනීම මෙම පර්යේෂණයෙහි අධ්‍යයන ගැටලුව වේ. එමෙන්ම මෙම පර්යේෂණයේ අධ්‍යයන අරමුණ වන්නේ දියවැඩියා රෝගය ව්‍යාප්ත වීම සඳහා බලපාන ප්‍රධාන සාධකයන් රාශියක් පවතින බව පෙන්වා දීමයි. මෙය සාහිත්‍ය විමර්ශන අධ්‍යයනය තුළින් සිදු කරන ලදී. එහිදී පර්යේෂණ ලිපි පනහක් යොදා ගත් අතර එමගින් අධ්‍යයන අරමුණ සඳහා නොගැලපෙන ලිපි විස්සක් ඉවත් කරන ලදී. මෙහිදී පර්යේෂකයන් විසින් යෝග්‍ය පර්යේෂණ ක්‍රම වේදයන් අනුගමනය කර ඇත. සරල සසම්භාවී ව තෝරා ගන්නා ලද රෝගීන් අතුරින් පර්යේෂණ බොහොමයක් සිදු කර ඇත. ප්‍රාථමික දත්ත රැස්කිරීමේ ක්‍රමය යොදා ගැනීමත් ඒ සඳහා ප්‍රශ්නාවලි ක්‍රමය, සම්මුඛ සාකච්ඡා ක්‍රමය අනුගමනය කරමින් දත්ත රැස් කිරීමත් බොහෝ පර්යේෂණ තුළ දී සිදුව ඇත. එමෙන්ම දත්ත විශ්ලේෂණ කාර්යය සඳහා විස්තරාත්මක සංඛ්‍යානමය ක්‍රමවේදයන් යොදා ගෙන ඇත. මෙහිදී දියවැඩියා රෝගය ව්‍යාප්ත වීම සඳහා ප්‍රධාන වශයෙන් ආහාර රටාවේ පවතින විෂමතාවය, නාගරීකරණය සහ කාර්මීකරණය වැනි සමාජ ආර්ථික සාධකයන් හේතුවන බව පර්යේෂකයින්ගේ අවධානයට ලක්ව ඇත.

**මුඛ්‍ය පද :** දියවැඩියා රෝගය, රෝග ව්‍යාප්තිය, සමාජ ආර්ථික සාධක

### 1. හැඳින්වීම

වර්තමානය වන විට බෝ නොවන රෝග ලෝකයේ සෑම රටකම පාහේ සීඝ්‍රයෙන් පැතිර යන තත්වයකට පත් වී ඇත. බෝ නොවන රෝග ලෙස හැඳින්වෙන්නේ පුද්ගලයන්ගෙන් පුද්ගලයන්ට බෝ නොවන දිගු කාලයක් පවතින හා සාමාන්‍යයෙන් අඩු වර්ධනයක් පවතින රෝග වේ. මේවා නිදන්ගත රෝග ලෙස ද හැඳින්වේ (ලෝක සෞඛ්‍ය සංවිධානය, 2009). ශ්‍රී

<sup>1</sup> සමාජ සංඛ්‍යාන අධ්‍යයන අංශය, කැලණිය විශ්වවිද්‍යාලය  
udithapriyankara9525@gmail.com

ලංකාවේ නිදහස් සෞඛ්‍ය සේවාව සඳහා ආයෝජනය කරනු ලබන ජාතික ධනයෙන් විශාල ප්‍රමාණයක් වැයවන්නේ බෝ නොවන රෝග සඳහා ප්‍රතිකාර කිරීමටය (ජයසිංහ, 2010). බාල මහළු, ස්ත්‍රී පුරුෂ භේදයකින් තොරව වර්තමානයේ ජීවත්වන බොහෝ පිරිසකට පැන නැගී ඇති සෞඛ්‍ය ගැටළු අතරින් සීඝ්‍රයෙන් හිස ඔසවමින් හා ව්‍යාජන වෙමින් පවතින බෝ නොවන රෝග අතරින් ප්‍රධානතම රෝගී තත්වය ලෙස දියවැඩියා රෝගය සැලකිය හැකිය. ලෝකයේ වාර්ෂික මරණ වලින් 75% ක් ම සිදුවන්නේ බෝ නොවන රෝග වලින් වන අතර ඉන් 4%ක් දියවැඩියා රෝගය හේතුවෙන් සිදු වන මරණ වේ (ලෝක සෞඛ්‍ය සංවිධානය, 2014). එමෙන්ම සෑම විනාඩි හතකට වරක් එක් අයෙකු ලෝකයේ දියවැඩියා රෝගී තත්වයක් හේතුවෙන් මිය යයි (දියවැඩියා සංගමය, 2014). දිනෙන් දින දියවැඩියා රෝගීන් ඉහළ යාම ලෝක ආර්ථිකයට මෙන්ම සංවර්ධනය වෙමින් පවතින ශ්‍රී ලංකාව වැනි රටවලට ද බලවත් හානියකි. ලෝක සෞඛ්‍ය සංවිධානය (2014), ට අනුව දියවැඩියා රෝගයෙන් මිය යන 80% පිරිස අඩු හා මධ්‍යම ආදායම් ලබන රටවල් වලින් වාර්තා වේ. මෙවැනි තත්වයන් සැලකිල්ලට ගෙන බෝ නොවන රෝග හා දියවැඩියා රෝගය පිළිබඳව විවිධ මට්ටමේ පර්යේෂණ ජීව විද්‍යා ක්ෂේත්‍රයේ මෙන්ම සමාජ විද්‍යා ක්ෂේත්‍රයන් තුළ ද පවත්වා ඇත. ඒ තුළින් දියවැඩියා රෝගය සඳහා බලපාන ජීව විද්‍යාත්මක හා සමාජ ආර්ථික සාධක සොයා බැලීම සිදු කෙරේ. බොහෝ සමීක්ෂණ වාර්තා වලින් දියවැඩියා රෝගයට බලපාන හේතු සාධක සොයාගෙන ඇත. එම සාධකයන්ගෙන් බොහෝ සාධක ශාරීරික, සමාජ, ආර්ථික හා ජන විද්‍යාත්මක සාධක ලෙස වර්ගීකරණය කළ හැක. දියවැඩියා රෝගය ශ්‍රී ලංකාවේ ව්‍යාප්ත වීම සඳහා බලපානු ලබන සාධකයන් සහ දියවැඩියා රෝගය වැළඳීම සඳහා ප්‍රධාන වශයෙන් හේතු වන සාධක පිළිබඳව අධ්‍යයනය කිරීම මෙම පරිච්ඡේදය මගින් සිදුවේ.

**1.1. දියවැඩියා රෝගයේ න්‍යායාත්මක පසුබිම**

දියවැඩියා රෝගය හෙවත් මධුමේහය ලෙසින් හැඳින්වෙන මෙම රෝගී තත්වය වෛද්‍ය ක්ෂේත්‍රය තුළ ඩයබිටීස් මෙලයිටස් (Diabetes Mellitus) ලෙස හඳුන්වනු ලැබේ. නිදන්ගත රෝගයක් ලෙස හැඳින්වෙන දියවැඩියා රෝගය අභ්‍යන්තරය තුළ ප්‍රමාණවත් තරම් ඉන්සියුලින් නිපද නොවීම නිසාත් අභ්‍යන්තරය තුළ නිපදවෙන ඉන්සියුලින් එලදායී ලෙස ශරීරය තුළ ක්‍රියාත්මක නොවීම නිසාත් දියවැඩියා රෝගය හට ගනී. ඉන්සියුලින් යනු හෝමෝනයකි. ඉන් ග්ලූකෝස් සාන්ද්‍රණය පාලනය සිදු කරනු ලබයි. දියවැඩියා රෝගය හේතුවෙන් ශරීරයේ අභ්‍යන්තර ඉන්ද්‍රියයන්ට හානි සිදු වේ. විශේෂයෙන් ස්නායු පද්ධතියට හා රුධිර නාල වලට බරපතල බලපෑමක් එමගින් ඇති කරයි (ඔස්ට්‍රේලියානු දියවැඩියා සංගමය, 2014).

දියවැඩියා රෝගය ප්‍රධාන වශයෙන් කාණ්ඩ තුනකට වර්ගීකරණය කර දැක්විය හැකිය. එනම්, පළමු වර්ගයේ දියවැඩියාව, දෙවන වර්ගයේ දියවැඩියාව, හා ගර්භණී සමයේ ඇති වන දියවැඩියාව වශයෙනි. ඉන්සියුලින් මත යැපෙන දියවැඩියාව පළමු වර්ගයේ දියවැඩියාව ලෙස හඳුන්වනු ලැබේ. මෙහිදී අභ්‍යන්තරය තුළ ඉන්සියුලින් නිපදවීම අක්‍රීය වීම නිසා රුධිරගත ලූකෝස් සාන්ද්‍රණය ඉහළ යයි. මෙවැනි රෝගී තත්වයකදී බාහිරින් ඉන්සියුලින් ලබා දීමට සිදු වේ. බොහෝ විට පළමු වර්ගයේ දියවැඩියාව ප්‍රවේණීය මගින් සංක්‍රාන්ති වීම සිදු විය හැකිය (කටුලන්ද, 2015).

දෙවන වර්ගයේ දියවැඩියාව ඉන්සියුලින් මත යැපීමක් නොවන දියවැඩියාව ලෙස හැඳින්වේ. මෙහිදී අග්න්‍යාශය නිසියාකාරව ක්‍රියා කර ඉන්සියුලින් ප්‍රමාණවත් තරම් නිපදවීම සිදු නොවන අතරම නිපදවන ඉන්සියුලින් නිසි පරිදි ක්‍රියාත්මක නොවීමෙන් ඉන්සියුලින් ප්‍රතිරෝධ තත්වයක් ඇති වේ. දියවැඩියා රෝගීන්ගෙන් බහුතර පිරිසට වැළඳී ඇත්තේ දෙවන වර්ගයේ දියවැඩියා තත්වයයි (කටුලන්ද, 2015).

ගර්භණී සමයේ ඇතිවන දියවැඩියාව, දියවැඩියා වර්ගීකරණයේ අනෙක් කාණ්ඩය වේ. මෙහිදී දරුවා බිහිකිරීමට පෙර රුධිරගත ග්ලූකෝස් ප්‍රමාණය වැඩිවීම ගර්භණී සමයේ ඇතිවන දියවැඩියාව ලෙස සැලකේ. දරු ප්‍රසූතියෙන් පසුව මෙම තත්වය සාමාන්‍ය මට්ටමට පත් වුව ද පසුකාලීනව දෙවන වර්ගයේ දියවැඩියා රෝගයට ගොදුරු වීමේ අවදානමක් පවතී (කටුලන්ද, 2015).

දියවැඩියා රෝගී තත්වයක් නොවූව ද පූර්ව දියවැඩියා තත්වය දියවැඩියා තත්වයක් දක්වා වර්ධනය වීමේ අවදානමක් පවතී. රුධිරගත ග්ලූකෝස් මට්ටම සාමාන්‍ය මට්ටමට වඩා වැඩි මට්ටමක පැවතීම පූර්ව දියවැඩියා තත්වයක් ලෙස සලකනු ලැබේ. සාමාන්‍යයෙන් නිරෝගී පුද්ගලයෙකුගේ රුධිරයේ අඩංගු විය යුතු ග්ලූකෝස් ප්‍රමාණය විය යුත්තේ, නිරාහාරව සිටි ලබා ගන්නා රුධිර සාම්පලය ඩෙසී ලීටරයට මිලිග්‍රෑම් 70-100 විය යුතුය. මෙය පැය අටක් නිරාහාරව සිටීමෙන් පසු ලබා ගන්නා රුධිර සාම්පලයේ අගය වන අතර ආහාර ගැනීමෙන් පැය දෙකකට පසුව ගන්නා රුධිර සාම්පලයේ විය යුතු අගය වන්නේ ඩෙසී ලීටරයට මිලිග්‍රෑම් 80-140 අතර විය යුතුය. දියවැඩියා රෝගය පරීක්ෂා කිරීම සඳහා පරීක්ෂණ වර්ග කිහිපයකි. එනම්,

- i. ප්‍රධාන ආහාර වේලකින් පැය දෙකකට පසුව රුධිරයේ සීනී මට්ටම මැන බැලීමේ පරීක්ෂණ (PPBS-Post Prandial Blood Sugar)
- ii. නිරාහාරව සිටි රුධිරයේ සීනී මට්ටම මැන බැලීමේ පරීක්ෂණය (FBS-Fasting Blood Sugar)
- iii. අහඹු ලෙස රුධිරයේ සීනී මට්ටම පරීක්ෂා කර මැන බැලීමේ පරීක්ෂණ (RBS-Random Blood Sugar)
- iv. ග්ලූකෝස් දරා ගැනීමේ පරීක්ෂණ (OGTT-Oral Glucose Tolerance Test)

දියවැඩියා රෝගය වැළඳීම තුළින් අතුරු ආබාධ රැසක් පැන නගී. අක්ෂි ආබාධ, වකුගඩු ආබාධ, ස්නායු ආබාධ හා ධමනිගත රෝගී තත්වයන් ආදී රෝගී තත්වයන් මතු වේ (කටුලන්ද, 2015). මෙහිදී දියවැඩියා රෝගයේ අතුරු ආබාධ ඇතිවීමේ අවදානම් තත්වයන්ගේ ප්‍රතිශතාත්මක අගයන් මෙසේ ය. අන්ධභාවය 46% කින් ද, හෘදයාබාධ 24% ද, වකුගඩු ආබාධ 17% ද, පාද අහිමි වීමේ ප්‍රමාණය 7% ද, ලිංගික ශක්තිය හීන වීම 3% ද ආදී වශයෙනි (ගමගේ, 1999).

**1.2. දියවැඩියා රෝගය වැළඳීම සඳහා බලපාන සාධක**

දියවැඩියා රෝගය වැළඳීම සඳහා සාධක රාශියක් බලපානු ලබයි. විවිධ පර්යේෂකයන් විසින් දියවැඩියා රෝගයට බලපානු ලබන ජීව විද්‍යාත්මක හා සමාජ ආර්ථික සාධක පිළිබඳව විවිධ

පර්යේෂණ මඟින් දක්වා ඇත. මධුමේහය හෙවත් දියවැඩියා රෝගයට පසුබිම් වන හේතු සාධක කිහිපයක්ම පවතී. ඒ අතරින් ලෝකයේ සෑම රටකටම පාහේ අදාළ වන සාධකයන් වන වයස් මට්ටම, ස්ත්‍රී පුරුෂභාවය, තරබාරුව හා ශරීර ස්කන්ධ දර්ශකය වැඩි වීම, ප්‍රවේණිය, ශරීර ක්‍රියාකාරකම්වල අඩු බව, අයහපත් සෞඛ්‍ය රටාවන්, හා සමාජ ආර්ථික සාධකයන් දියවැඩියා රෝගය වැළඳීම සඳහා බලපාන ප්‍රධාන සාධකයන් ලෙස හඳුනා ගත හැකිය.

### **1.3. දියවැඩියා රෝගය වැළඳීම සඳහා වයස් මට්ටමෙහි බලපෑම**

දියවැඩියා රෝගය ඇති වීම කෙරෙහි වයස් මට්ටම සෘජුවම බලපෑම් එල්ල කරනු ලබයි. වයස දියවැඩියා රෝගය වැළඳීම සඳහා ප්‍රධාන වශයෙන්ම හේතු වේ (HuY, Teng w, Liu L, Chen K, Liu L, Hua R, et al., 2014). එමෙන්ම දියවැඩියා රෝගය හේතුවෙන් ඇති වන ස්නායු ආබාධ පිළිබඳ සිදු කරන ලද පර්යේෂණයකදී අනාවරණය වී ඇත්තේ වයස දියවැඩියා රෝගය වැළඳීමට හේතු පාදක වන බවයි (Wang, Bakholmah Hu, frank & Alzaharani, 2014). වයසට පත් වීමත් සමග ක්‍රියාශීලීත්වය අඩු වී යාම නිසා දියවැඩියාව පිළිබඳ අවධානමක් මතු වේ. අවුරුදු 70 හෝ ඊට වැඩි වයස් කාණ්ඩ අතර දියවැඩියා රෝගී තත්ත්වය නාගරික ප්‍රදේශවල 42.5% හා ග්‍රාමීය ප්‍රදේශ වල 18.5% වශයෙන් ව්‍යාප්ත වීමක් දැකිය හැකිය. එහෙත් මෙම පර්යේෂණය තුළ දියවැඩියා රෝගය සඳහා බලපාන සමාජ, ආර්ථික සාධක පිළිබඳව අධ්‍යයනයට භාජනය කර නොමැත (කටුලන්ද, 2009). සමාජයේ ජීවත්වන පිරිස් දිනෙන් දින වයසට යාම ස්වාභාවිකය. එහෙත් ඒ සමග දියවැඩියාව වැනි බෝ නොවන රෝග වලට ගොදුරු වීමේ අවධානමට ලක් වේ. වයසට පත් වීම දියවැඩියා රෝගයට සෘජුවම බලපානු ලැබේ (දියවැඩියා සංගමය, 2011). වයස අවුරුදු 40ට වැඩි වීම දියවැඩියා රෝගයට මූලිකම සාධකයක් වේ (කටුලන්ද, 2015). ජනවාර්ගික වශයෙන් වෙනස් වූ සමාජයක වෙසෙන පුද්ගලයන්ගේ වයස දියවැඩියා රෝගයට පාදක වේ (රාමචන්ද්‍රන්, ලතා, කපුරු, විජේ, මොහාන්, දාස්, රාම්. රනිල්, සහ අන් අය, 2001). වයසට යාමත් සමග ශරීරයේ ක්‍රියාකාරීත්වය අඩු වීමට ලක් වීම තුළින් දියවැඩියා රෝග තත්ත්වය වැළඳීමේ ප්‍රවණතාවයක් පවතී.

### **1.4. ස්ත්‍රී පුරුෂ භාවයෙහි බලපෑම**

දියවැඩියා රෝගය වැළඳීම සඳහා බලපානු ලබන ප්‍රධාන සාධකයන් ලෙස ස්ත්‍රී පුරුෂභාවය හැඳින්විය හැකිය. දකුණු ආසියාතික රටක් වන චීනය තුළ සිදු කරන ලද පර්යේෂණයකදී දියවැඩියා රෝගය වැළඳීම සඳහා ස්ත්‍රී පුරුෂභාවය බලපෑමක් ඇති කරනු ලබන බව දක්වා ඇත (Hu Y, Teng w, Liu L, Chen K, Liu L, Hua R, et al., 2014). බොහෝ සංවර්ධනය වෙමින් පවතින රටවල් තුළ දියවැඩියා රෝගය වැනි බෝ නොවන රෝග ශීඝ්‍රයෙන් ව්‍යාප්ත වෙමින් පවතී. එම රටවල් තුළ දියවැඩියා රෝගය වැළඳීමට බලපෑම් සිදු කරන ප්‍රධානතම සාධකයක් ලෙස දියවැඩියා රෝගය සැලකිය හැකිය. ජෛවමයකව වැනි සංවර්ධනය වෙමින් පවතින රටවල ස්ත්‍රී පුරුෂභාවය දියවැඩියා රෝගය වැළඳීමට හේතු වී ඇත. ජෛවමයකව තුළ 58.6% ගැහැණු හා 41.4% ක් පිරිමින් දෙවැනි වර්ගයේ දියවැඩියාවෙන් පෙළෙමින් සිටී (Mowatt, 2013). එමෙන්ම දියවැඩියා රෝගය ඉතා කෙටි කාලයකින් පිරිමි පාර්ශවයට සුව

කර ගත හැකි අතර ගැහැණු පාර්ශවයට පිරිමි පාර්ශවයට සාපේක්ෂව දියවැඩියා රෝගය වැළඳීමේ ප්‍රවණතාවය වැඩිය (Mehlsen, Erlandsen, Poulsen, Bek, 2011; ප්‍රදීපා, අනිකා, මොහාන්, ගන්සන්, මා, 2008; කටුලන්ද, රණසිංහ, ජයවර්ධන, කොන්ස්තන්තීන්, ඡෙරිල්, මැතිවිස්, 2012). මේ අනුව සලකා බලන විට දියවැඩියා රෝගය කාන්තා පාර්ශවයට වැළඳීමේ වැඩි අවධානමක් පවතී. මෙහිදී ස්ත්‍රී පුරුෂභාවය දියවැඩියා රෝගයට බලපාන ප්‍රධාන සාධක අතුරින් එක සාධකයක් ලෙස දැක්විය හැකිය.

**1.5. තරබාරුව හා ශරීර ස්කන්ධ දර්ශකය වැඩි වීමෙහි බලපෑම**

දියවැඩියා රෝගයට බලපාන සාධක කාලීන වශයෙන් වර්ධනය වීමක් දක්නට ලැබුණ ද දියවැඩියා රෝගය සඳහා බලපාන පොදු සාධක කිහිපයක් පිළිබඳව විවිධ පර්යේෂණ තුළින් තහවුරු කර ඇත. උදරීය තරබාරුව හා තරබාරුව දියවැඩියා රෝගය හා සාප්‍ර ලෙසම සම්බන්ධයක් දක්වන සාධක ලෙස සැලකිය හැකිය (Wang, Bakhonah, Tiu'frank, Alzaharani, 2014). ආසියානු කලාපයේ සහ ලෝකයේ සෑම රටකම නිදහස් වෙළෙඳපොළක් නිර්මාණය කිරීම හේතුවෙන් අධික සීනී සහ ලුණු සහිත ආහාර රටාවන්ට හුරු වීම අධික තරබාරුවට සාප්‍රවම හේතු වේ (එක්සත් ජාතීන්ගේ සංවිධානය, 2013). ලෝකය තුළ දියවැඩියාව වසංගත රෝග තත්වයක් ආකාරයෙන් වේගයෙන් පැතිරීමට තරබාරුව ප්‍රධාන වශයෙන්ම බලපාන බව පෙන්වා දිය හැක. ශ්‍රී ලංකා දියවැඩියා සංගමය හා ලන්ඩන් කිංග්ස් විද්‍යාලය එක්ව දියවැඩියා රෝගය වැළඳීමට ප්‍රධාන වශයෙන් බලපානු ලබන ශරීර ස්කන්ධ දර්ශකය හා උදරීය තරබාරුව ආදී කරුණු වයස් ව්‍යුහය මත පදනම්ව සිදු කරන ලද අධ්‍යයනයකදී පහත තොරතුරු අනාවරණය විය. මෙහිදී ශරීර ස්කන්ධ දර්ශකය (BMI) වැඩි වීම අවුරුදු 10ක් 14ක් අතර වයස් කාණ්ඩයේ පසුවන පිරිසගේ ප්‍රමාණය 19.7% කි. එමෙන්ම අවුරුදු 15ක් 20ක් අතර වයස් මට්ටමේ පසු වන ශරීර ස්කන්ධ දර්ශකය ඉහළ පිරිස් ප්‍රමාණය 15.3% ක් වේ. එසේම ශරීර ස්කන්ධ දර්ශකය ඉහළ අවුරුදු 20-40 අතර වයස් මට්ටමේ පසු වන පිරිස් ප්‍රමාණය 24.6% වේ (ශ්‍රී ලංකා දියවැඩියා සංගමය, 2014).

**2. ප්‍රවේණිය දියවැඩියා රෝගය වැළඳීමට බලපාන ආකාරය**

දියවැඩියා රෝගයට බලපාන සාධක පිළිබඳව අධ්‍යයනයේදී දියවැඩියාවේ පවුල් ඉතිහාසයට හිමි වන්නේ වැදගත් ස්ථානයකි. දියවැඩියා රෝගයේ පවුල් ඉතිහාසය පළමු වර්ගයේ දියවැඩියා රෝගයට මෙන්ම දෙවන වර්ගයේ දියවැඩියාව සඳහා ද බලපෑම් එල්ල කරනු ලබයි. දියවැඩියාවේ පවුල් ඉතිහාසය ද දියවැඩියා රෝගය වැළඳීම සඳහා ප්‍රධාන වශයෙන්ම හේතු වේ (It Y, Teng W, Liu L, Chen K, Lit L, Hua R.et al, 2014). ශ්‍රී ලංකාවේ ජනගහනය තුළ දියවැඩියා රෝගය ප්‍රචලිත වීමට බලපාන සාධකයක් ලෙස දියවැඩියාවේ පවුල් ඉතිහාසය සැලකිය හැකිය. එහෙයින් දියවැඩියා රෝගය ප්‍රවේණිය මත තීරණය වේ (කටුලන්ද සහ අන් අය, 2009). ප්‍රවේණිය දියවැඩියා රෝගය වැළඳීමට හේතු වන ආකාරය පිළිබඳව සිදු කරනු ලබන අධ්‍යයන වලදී අනාවරණය වූයේ පවුලේ ලේ ඥාතීන්ට දියවැඩියා රෝගය වැළඳී ඇත්නම් පවුලේ අනෙක් සාමාජිකයන්ට ද දියවැඩියා රෝගය වැළඳීමට ඇති සම්භාවිතාවය වැඩි බවයි (කටුලන්ද, 2015).

**2.1. සෞඛ්‍ය සම්පන්න නොවන ආහාර පරිභෝජනය කිරීම**

දියවැඩියා රෝගය දියුණු වෙමින් පවතින රටවල හා දියුණු රටවල ඉතා සීඝ්‍රයෙන් ව්‍යාප්ත වීමට විවිධ හේතු රාශියක් බලපානු ලැබූව ද ආහාර රටාව හා ජීවන රටාව දියවැඩියා රෝගය ව්‍යාප්ත වීමට ප්‍රබල වශයෙන් බලපා ඇත. වර්තමාන බහුවිධ සමාජ ක්‍රමයේ පවතින සංකීර්ණත්වය හේතුවෙන් සෞඛ්‍ය සම්පන්න ආහාර පරිභෝජනයට ගැනීම අවම මට්ටමක පවතී. ලවණ අධික, සීනි සහිත, සන්තෘප්ත මේද අම්ල අධිකව ඇති ආහාර සෞඛ්‍ය සම්පන්න නොවන ආහාර ලෙස හැඳින්විය හැකි ය. පලතුරු සහ එළවළු වැඩියෙන් අනුභව කිරීම වඩා යහපත් සෞඛ්‍ය තත්වයකට බෙහෙවින් හේතු වන්නේ ය. ශ්‍රී ලංකාවේ පාරම්පරික වැඩිහිටියන්ගේ ප්‍රධාන ආහාරය සඳහා එළවළු පාදක කර ගත්තේ වුව ද, වැඩිහිටියන්ගෙන් වැඩි ප්‍රමාණයක් (82%) ප්‍රමාණවත් එළවළු ආහාරයට නොගනිති. ශ්‍රී ලංකාවේ විවිධ වර්ගයේ පලතුරු විශාල වශයෙන් තිබුණ ද සාමාන්‍ය පලතුරු අනුභවය අවශ්‍ය ප්‍රමාණයට වඩා පහළ මට්ටමක පවතී. ශ්‍රී ලාංකිකයින් අතර මේද ආහාරයට ගැනීම සාමාන්‍ය ප්‍රමාණයේ (15%-18%) පැවතියේ වුව ද අසන්තෘප්ත මේද හා සමග සසඳා බැලීමේ දී ආහාර වේලට සන්තෘප්ත මේද වැඩි ප්‍රමාණයක් ඇතුළත් කෙරෙන බැව් පෙනේ. ආහාර රටා පිළිබඳ සිදු කරන ලද පර්යේෂණ අධ්‍යයනයක දී ශ්‍රී ලාංකිකයන්ගේ දිනකට ලවණ හා සීනි භාවිතය ලෝක සෞඛ්‍ය සංවිධානයේ නිර්දේශිත මට්ටමට වඩා ඉහළ අගයක් ගන්නා බව අනාවරණය විය. ලෝක සෞඛ්‍ය සංවිධානයේ නිර්දේශ අනුව දිනකට ලවණ ග්‍රෑම් 10 බැගින් ද, එකතු කරන ලද සීනි ග්‍රෑම් 60 බැගින් ද ආහාරයට ගැනීම සෞඛ්‍යට හිතකර වේ (සෞඛ්‍ය දෙපාර්තමේන්තුව, 2009). මෙවැනි සෞඛ්‍ය සම්පන්න නොවන ආහාර රටාවන්ට හුරු වීම, දියවැඩියාව වැනි බෝ නොවන රෝග ශ්‍රී ලංකාව තුළ ශීඝ්‍රයෙන් ව්‍යාප්ත වීමට හේතු වී ඇත.

**2.2. ශාරීරික ව්‍යායාම්වල අඩු වීම**

නාගරීකරණයේ වර්ධනය හා කාර්මීකරණයේ නැගී ඒමත් සමඟ මිනිසාගේ ඵ්දනෙදා ක්‍රියාකාරකම් සීමා සහිත මට්ටමක් කරා ළඟා විය. යන්ත්‍ර සූත්‍රවල හා පරිගණක භාවිතයේ ව්‍යාප්තියත් සමඟ මිනිසාගේ සාමාන්‍ය ශාරීරික ක්‍රියාකාරකම්වල අඩු වීමක් පසුගිය දශක කිහිපය තුළ දක්නට ලැබුණි. සාමාන්‍ය මට්ටමේ ශාරීරික ක්‍රියාකාරකම්වල යෙදීම, බෝ නොවන නිදන්ගත රෝග බොහොමයකින් ආරක්ෂණය වීම සඳහා හේතුවක් වෙයි. ශ්‍රී ලාංකිකයෝ වැඩි දෙනෙක් (78%) ශාරීරික ක්‍රියාකාරකම්වල යෙදෙන්නේ සාමාන්‍ය මට්ටමකින් හෝ ඊට වඩා වැඩි මට්ටමකිනි. පිරිමින් හා සසඳන කල්හි කාන්තාවෝ කැපී පෙනෙන ලෙස ශාරීරික ක්‍රියාකාරකම්වල යෙදීම අතින් අඩු බවක් පෙන්නුම් කරති. එය පිරිමින්ගේ 19% ක් ද කාන්තාවන්ගේ 30% ක් ද ලෙස වෙයි. මෙය පිරිමින්ගේ අඩු ශරීර ස්කන්ධ දර්ශකයෙන් සනාථ වෙයි (ශ්‍රී ලංකා සෞඛ්‍ය දෙපාර්තමේන්තුව, 2009). දිනපතා ශරීර ව්‍යායාම් වල යෙදීම මගින් දියවැඩියා රෝගය වැළඳීමේ අවධානය අඩු කර ගත හැකිය. ආහාර වක්‍රය මගින් ශරීරයට අවශ්‍යය ශක්තිය ප්‍රමාණයට වඩා ගැනීම තුළින් හා එම ලබා ගත් ශක්තිය වැය වන ආකාරයට ශාරීරික ක්‍රියාකාරකම් නොකිරීම අධික තරබාරුව හා අධි බර වැනි තත්වයන්ට හේතු සාධක වේ. ආදායම් වැඩි වීම ශරීර ව්‍යායාම් අවම කිරීමට පාදක වේ. එමෙන්ම ශාරීරික ක්‍රියාකාරකම් අවම වීම ස්ත්‍රී පුරුෂ වශයෙන් ද වෙනස් වේ. සාමාන්‍යයෙන් පිරිමි පාර්ශවයට සාපේක්ෂව ගැහැණු පාර්ශව ශරීරය වෙහෙසා වැඩ කිරීමේ අඩු බවක් දක්වයි. එමෙන්ම ශාරීරික සුවතා කිරීම, ඇවිදීම හා විවිධ ක්‍රීඩාවන්හි නිරත වීමට ආසියානු කලාපයේ කාන්තාවන් මැලිකමක්

දක්වයි. ඒ හේතුවෙන් කාන්තාවන්ගේ ශාරීරික ව්‍යායාම්වල අඩු බවක් දක්නට ලැබේ (එක්සත් ජාතීන්ගේ සංවිධානය, 2013). ශාරීරික ක්‍රියාකාරකම් වල අඩු වීම දියවැඩියා රෝගයට සාප්ප සම්බන්ධයක් දක්වයි. ශාරීරික වශයෙන් ක්‍රියාකාරී නොවීම දියවැඩියා රෝගය වැළඳීමට හේතු වන බව දැක්විය හැකිය (ජාත්‍යන්තර දියවැඩියා සංගමය, 2011). ශ්‍රී ලංකා දියවැඩියා සංගමය හා ලන්ඩන් කිංග්ස් විද්‍යාලය එක්ව, වයස් මට්ටම් අනුව ශාරීරික ක්‍රියාකාරකම් වල අඩු බව දියවැඩියා රෝගය වැළඳීමට හේතු වන ආකාරය පිළිබඳව අධ්‍යයනය කරන ලදී. එහිදී, අවුරුදු 10-14 අතර ශාරීරික ව්‍යායාම් අඩු 27.2% ප්‍රමාණයක් ද, අවුරුදු 15-20 අතර 35.9%ක මට්ටමක් ද , අවුරුදු 20-40 අතර ශාරීරික ක්‍රියාකාරකම් අඩු වීම 52%ක මට්ටමක පැවතිණි (දියවැඩියා සංගමය, 2014).

### 3. සමාජ ආර්ථික සාධක

දියවැඩියා රෝගය පිළිබඳව බොහෝ පර්යේෂකයන් විවිධ පර්යේෂණයන් සිදු කරමින් දියවැඩියා රෝගයට හේතුවන අන්‍යන්තර හා බාහිර සාධක පිළිබඳව සමාජය දැනුවත් කෙරේ. බොහෝ සමීක්ෂකයින් දියවැඩියාව සඳහා බලපාන සාධක පිළිබඳව අධ්‍යයනයන් සිදු කළ ද දියවැඩියා රෝගය වැළඳීමට බලපාන ප්‍රධාන සමාජ ආර්ථික සාධක පිළිබඳව සොයාගෙන නොමැත. එහෙත් ග්‍රාමීය ප්‍රදේශ වල ජීවත් වන සැලකිය යුතු පිරිසකට දියවැඩියා රෝගය වැළඳී ඇති අතර ඔවුන්ගෙන් බහුතර පිරිසකට ස්නායු ආබාධ වැළඳී ඇත. මෙහි විශේෂත්වය වන්නේ එම ග්‍රාමීය ප්‍රදේශ වල ජීවත් වන දියවැඩියා රෝගය වැළඳුණු බහුතර පිරිසෙහි මාසික ආදායම රුපියල් 12000 ට අඩු වීම වේ (කටුලන්ද, 2009). මෙහිදී දියවැඩියා රෝගය වැළඳීම සඳහා කුටුම්භ ආදායම ප්‍රධානම සාධකය නොවන බව ඇතැම් පර්යේෂණ වාර්තා මගින් දක්වා ඇත. එහෙත් දියවැඩියා රෝගය වැළඳීමට කුටුම්භ ආදායම ප්‍රමාණවත් හේතු සාධකයක් වන බව දියවැඩියා රෝගය සඳහා බලපානු ලබන සාධක පිළිබඳව සිදු කරනු ලබන අධ්‍යයන වලදී පැහැදිලි වේ. දකුණු ආසියානු කලාපයේ ජීවත් වන ජනතාවට දියවැඩියාව වැළඳීමේ අවධානම වැඩි වේ. පවුලේ ආදායම, අධ්‍යාපන මට්ටම හා කාර්යාල පදනම් කර ගත් රැකියාවල නිරත වීම වැනි සමාජ, ආර්ථික සාධක ද දියවැඩියාව වැළඳීම කෙරෙහි හේතු වන බව දැක්විය හැක. එමෙන්ම දියවැඩියාව සඳහා පාරිසරික සාධක ද ප්‍රාථමික වශයෙන් බලපෑම් එල්ල කරනු ලැබේ. ආහාර, ශාරීරික ක්‍රියාශීලී මට්ටම, ජාන ලක්ෂණ ආදිය මීට උදාහරණ ලෙස දැක්විය හැකිය (රාජලක්ෂම්මි, අමුකා, රංජනී, උණික්‍රිෂ්ණන්, අංජන, නාරායන්, මොහාන්, 2013). ජනවාර්ගිකත්වය දියවැඩියා රෝගය වැළඳීමට බලපෑම් ඇති කරනු ලැබේ (ජාත්‍යන්තර දියවැඩියා සංගමය, 2011). දියවැඩියා රෝගය වැළඳීම සඳහා අඩු අධ්‍යාපන මට්ටම හේතු වන බව දක්වා ඇත (Wild, Roglie, Green, Sigree, King, 2004). මෙහිදී අධ්‍යාපන මට්ටම, ආර්ථික තත්වය යනාදී සමාජ ආර්ථික සාධකයන් ද දියවැඩියා රෝගය සඳහා විවිධ මට්ටමින් බලපෑම් ඇති කරනු ලැබේ (Wang, Bakhomah, Hu'frank, Alzaharani, 2014). එමෙන්ම දියවැඩියා රෝගය සඳහා ආදායම, රැකියාව, ජීවත්වන පරිසරය හා ජනවාර්ගිකත්වය යන සාධක සෘජුවම බලපෑම් ඇති කරනු ලැබේ (Wild, Roglie, Green, Sigree, King, 2004). පුද්ගල ආදායම් මට්ටම හා අධ්‍යාපන මට්ටම දියවැඩියා රෝගයට දැඩි බලපෑමක් එල්ල කරයි. උදාහරණයක් වශයෙන් මිනිසුන් සතුව හොඳ අධ්‍යාපනයක් පවතින විට ඔවුන්ගේ පරිභෝජන රටාව තර්කානුකූලව හා

පෝෂණය පිළිබඳව යම් අවබෝධයකින් යුතුව තම පරිභෝජන රටාවන් මෙහෙයවයි. එමෙන්ම ආදායම් මට්ටම වැඩි වූ විට ගුණාත්මක ආහාර, ශාරීරික ව්‍යායාම් සඳහා ඉඩ ප්‍රස්ථාව තිබීම වැනි සියලුම ශරීරයට හිතකර සාධකයන්ට ළඟා වීමට ඉඩ සැලසේ (Polskey, Weyman, Creatore, Tynan, simpkin, Gozdyra, Dunn, Glazier, Booth, 2006).

මෙහිදී දියවැඩියා රෝගය සඳහා බලපාන ජීව විද්‍යාත්මක, සමාජ, ආර්ථික, ජන විද්‍යාත්මක සහ පාරිසරික සාධක පිළිබඳව අධ්‍යයනය තුළින් පෙනී යන්නේ දියවැඩියා රෝගය සඳහා බලපාන සාධක රැසක් විවිධ පැතිකඩයන් ඔස්සේ පැතිර පවත්නා බවයි. එහෙත් ප්‍රධාන වශයෙන් දියවැඩියා රෝගය සඳහා බලපාන සාධක කිහිපයක් හඳුනාගත හැකිය. ස්ථූලතාවය, ආහාර පරිභෝජන රටාවේ විෂම බව, වයස, ක්‍රියාශීලීත්වයේ අඩුවීම හා ප්‍රවේණිය යන සාධක වේ. මෙම අධ්‍යයනය තුළින් දියවැඩියා රෝගය සඳහා බලපාන ප්‍රධාන සාධකයන් කිහිපයක් වන වයස, ස්ත්‍රී පුරුෂභාවය, අධ්‍යාපන මට්ටම, දියවැඩියාවේ පවුල් ඉතිහාසය, විවාහක අවිවාහක බව ආදී කරුණු පිළිබඳව සාකච්ඡා කෙරේ.

#### 4. දියවැඩියා රෝගයේ ව්‍යාප්තිය

දියවැඩියා රෝගයට බලපාන ජීව විද්‍යාත්මක සමාජ ආර්ථික හා පාරිසරික සාධක පිළිබඳව විවිධ පර්යේෂණ සිදු කරමින් තොරතුරු අනාවරණය කළ ද දියවැඩියා රෝගය ව්‍යාප්ත වීම දිනෙන් දින වර්ධනය වීමක් දක්නට ලැබේ. ලෝකයේ දියවැඩියා රෝගීන් මිලියන 425ක් වාර්තා වී ඇති අතර 2045 වසර වන විට මිලියන 629ක් වන බවට අපේක්ෂා කරනු ලබයි (ජාත්‍යන්තර දියවැඩියා සංගමය, 2017). 2011 වසරේදී ලෝකයේ දියවැඩියා රෝගය 8.3%කින් ව්‍යාප්ත වී ඇත (ශ්‍රී ලංකා දියවැඩියා සංගමය, 2014). දියවැඩියා රෝගය හේතුවෙන් වසරකට මිලියන 4.6 දියවැඩියා රෝගීන්ගේ මරණ වාර්තා වේ (Leone, Coast, Narayan, Aikins, 2014). දකුණු ආසියාතික කලාපයේ මෙන්ම යුරෝපීයානු කලාපය තුළ ද දියවැඩියා රෝගය වැළඳීමේ වැඩි ප්‍රවණතාවක් දක්නට ලැබේ. දකුණු ආසියානු කලාපයේ රටවල් වන බංගලාදේශය, ඉන්දියාව, මාලදිවයින, නේපාලය, පකිස්ථානය හා ශ්‍රී ලංකාව යන රටවල දියවැඩියා රෝගයේ ව්‍යාප්තිය පිළිබඳ පර්යේෂණයක් සිදු කරන ලදී. එහිදී බංගලාදේශය තුළ 2005-2006 කාලය තුළ පූර්ව දියවැඩියා රෝගීන් 4.7%ක් සහ දියවැඩියා රෝගීන් 8.5% වාර්තා වී ඇත. 2007 වර්ෂයේ ඉන්දියාවේ ග්‍රාමීය ප්‍රදේශවල පූර්ව දියවැඩියා රෝගීන් 4.6% හා දියවැඩියා රෝගීන් 12.5% දී ජීවත් වේ. මාලදිවයිනේ 2004 වසරේදී පූර්ව දියවැඩියා හා දියවැඩියා රෝගීන් පිළිවෙලින් 3% , 3.7% වේ. 2007 වසරේදී නේපාලයේ නාගරික ප්‍රදේශ තුළ දියවැඩියා හා පූර්ව දියවැඩියා රෝගීන් පිළිවෙලින් 19.5% හා 9.5% වේ. පකිස්ථානයේ ග්‍රාමීය ප්‍රදේශවල 2002 වසරේ පූර්ව දියවැඩියා රෝගීන් 3% හා දියවැඩියා රෝගීන් 7.2% වාර්තා වේ. ශ්‍රී ලංකාව තුළ 2005 වසරේ පූර්ව දියවැඩියා රෝගීන් 11.5% සහ දියවැඩියා රෝගීන් 10.3% වාර්තා වේ (ජයවර්ධන, රණසිංහ, බ්‍රයින්, සෝරස්, කටුලන්ද, හිස්, 2012). 2014 වර්ෂය තුළ ලෝකයේ, අග්නිදිග ආසියාවේ (SEA) හා ශ්‍රී ලංකාව තුළ දියවැඩියා රෝගයෙහි ව්‍යාප්තිය වයස් මට්ටම අනුව දක්වා ඇත (ජාත්‍යන්තර දියවැඩියා සංගමය, 2014).

දියුණු වෙමින් පවතින රටවල දියවැඩියා රෝගය ව්‍යාප්තකාරී ලෙස පැතිරී යාමක් දක්නට ලැබේ. එය 1995 සිට 2025 කාලවකවානුව තුළ දියවැඩියා රෝගය 122% වර්ධනයක් ළඟා



කර ගනිමින් පවතී. එමෙන්ම ඉදිරි කාලය තුළ 170% ක වර්ධනයක් අපේක්ෂා කෙරේ (ඉලංගස්කර, රම්බඩගල්ල, තෙන්නකෝන්, 2002). ශ්‍රී ලංකාව තුළ පූර්ව දියවැඩියාව ඉහළ මට්ටමක පවතින අතර 2009 වසරේදී දියවැඩියා රෝගීන්ගේ ප්‍රතිශතය 167 ක් වූ අතර 2014 වසරේදී 202 දක්වා වර්ධනය වී ඇත (කටුලන්ද, 2015). එමෙන්ම, ලෝකයේ දියවැඩියා රෝගීන්ගෙන් 802ක්ම ජීවත් වන්නේ දියුණු වෙමින් පවතින රටවලය. එසේම ශ්‍රී ලංකාවේ ජනවාර්ගික මට්ටමින් ද දියවැඩියාව වැළඳීමේ ප්‍රවණතාවක් පවතී. ශ්‍රී ලාංකීය දෙමළ දියවැඩියා රෝගීන් (22.1%) වාර්තා වන අතර, ශ්‍රී ලාංකීය මුස්ලිම් (21.4%) කට දියවැඩියා රෝගය වැළඳී ඇත. ඉන්දීය දෙමළ ජනතාව වතු අංශයේ ජීවත්වන නිසා ඔවුන්ට දියවැඩියා රෝගය වැළඳීමේ ප්‍රවණතාව අඩු මට්ටමක පවතී (කටුලන්ද, රත්නපාල, ෂෙරිෆ්, මැතිවිස්, 2011). එමෙන්ම, ශ්‍රී ලංකාව තුළ දියවැඩියා රෝගීන් මිලියන 4ක් ජීවත් වෙන ලෝකයේ දියවැඩියා රෝගීන්ගෙන් පහෙන් එකක් දකුණු ආසියානු කලාපයේ ජීවත් වේ (ශ්‍රී ලංකාවේ දියවැඩියා සංගමය, 2015). 1945 වසර තුළ ශ්‍රී ලංකාවේ දියවැඩියා රෝගීන්ගේ ප්‍රතිශතය 0.4% කි (රණන්ඵලිය, අනුරංග, බ්‍රොයර්ලි, ඇල්වලගෙදර, අබේකෝන්, බාලසුන්දරම්, දල්පදාතු, 2010). පොදුවේ ගත් කළ 1960 වන විට ශ්‍රී ලංකාවේ දියවැඩියා ව්‍යාප්තිය 2.01%ක් වූ අතර වසර දහයක් තුළ එය 6.5ක් දක්වා තුන් ගුණයකින් ඉහළ ගොස් ඇත (කටුලන්ද, 2015). ශ්‍රී ලංකාවේ සෑම පුද්ගලයන් පස් දෙනෙකුගෙන් එක් අයෙකු පූර්ව දියවැඩියා තත්වයෙන් පෙළෙමින් සිටී (ශ්‍රී ලංකා දියවැඩියා සංගමය, 2010). දියවැඩියා රෝගය වර්තමානය වන විට වසංගත රෝගයක් ලෙස ශ්‍රී ලංකාව තුළ ව්‍යාප්ත වීමක් දක්නට ලැබේ. 1996 සිට 2008 කාල වකවානුව තුළ ශ්‍රී ලංකාවේ නාගරික ප්‍රදේශවල ජීවත් වන දියවැඩියා රෝගීන්ගේ ප්‍රතිශතය 12.1% සිට 16.4% දක්වා ඉහළ ගොස් ඇත. 2005, 2006 වර්ෂයෙන් තුළ ශ්‍රී ලංකාවේ අවුරුදු විස්සට වැඩි (>20) පිරිසෙන් 10.3% දියවැඩියා රෝගය වැළඳී ඇත. ශ්‍රී ලංකාවේ දියවැඩියා රෝගය වැළඳීමේ ප්‍රවණතාවය වයස් මට්ටමින් වයස් මට්ටමට වෙනස් වේ. අවුරුදු 70ට වැඩි පිරිසට දියවැඩියා රෝගය වැළඳීමට වැඩි ප්‍රවණතාවක් පවතින බව දැක්විය හැකිය (කටුලන්ද, 2015). අවුරුදු 20-29 අතර දියවැඩියා රෝගය ව්‍යාප්ත වීමේ ප්‍රතිශතය 1.3% ක් වේ. එමෙන්ම අවුරුදු 30-39, 40-49, 50-59, 60-69 යන වයස් කාණ්ඩ අතර සිටින දියවැඩියා රෝගීන්ගේ ව්‍යාප්තිය පිළිවෙළින් 6.4%, 12.4%, 17.4%, 21.2%, 23.5% වේ (ශ්‍රී ලංකා දියවැඩියා සංගමය, 2015).

දියවැඩියා රෝගය ග්‍රාමීය ප්‍රදේශ වලට සාපේක්ෂව නාගරික ප්‍රදේශවල වැඩි වශයෙන් ව්‍යාප්ත වීම දැකිය හැකිය. ශ්‍රී ලංකාවේ නාගරික ප්‍රදේශවල ජීවත්වන පිරිසෙන් 16.4%ක් දියවැඩියා රෝගයෙන් පෙළෙන අතර ග්‍රාමීය ප්‍රදේශවල ජීවත් වන පිරිසෙන් 8.7% දියවැඩියා රෝගයෙන් පෙළෙමින් සිටී (කටුලන්ද, 2015). උභව පළාතට සාපේක්ෂව බස්නාහිර පළාත තුළ දියවැඩියා රෝගීන්ගේ වර්ධනයක් දැකිය හැකිය. ශ්‍රී ලංකාව තුළ පළමු වර්ගයේ දියවැඩියා රෝගීන් 4.4% ක් පමණ වාර්තා වේ. දියවැඩියා රෝගයට ගොදුරු වූ කාන්තාවන් 10.9% ක් ශ්‍රී ලංකාව තුළ ජීවත්වන අතර දියවැඩියා රෝගය වැළඳුණු පිරිමින් 9.8%ක් වාර්තා වීම සැලකිය යුතු වේ (කටුලන්ද, රත්නපාල, ෂෙරිෆ්, මැතිවිස්, 2011). දියවැඩියා රෝගය ශ්‍රී ලංකාව තුළ 1988 සිට 2008 දක්වා කාල පරාසය තුළ ග්‍රාමීය හා නාගරික වශයෙන් ව්‍යාප්ත වී ඇති ආකාරය විවිධ සමීක්ෂණ තුළින් ලබා ගත් දත්තවල සංමිච්ච ප්‍රස්තාර සටහනකින් දැක් වේ. 1988 ග්‍රාමීය ප්‍රදේශයන්හි දියවැඩියා රෝගීන්ගේ ප්‍රමාණය 2.01%කි. දියවැඩියා රෝගයේ සමස්ත ව්‍යාප්තිය 2.5%ක් වන අතර 1994 වනවිට එහි ව්‍යාප්තිය 5.08% කින් ඉහළ ගොස් ඇත. 1994

සිට 1995 දක්වා වසරක කාල සීමාව තුළ දියවැඩියා රෝගය 8.1%කින් ව්‍යාප්ත වී ඇත. 1995 දී නාගරික ප්‍රදේශ තුළ දියවැඩියා රෝගය 12.7% ව්‍යාප්තියක් ගෙන ඇති අතර ග්‍රාමීය ප්‍රදේශ තුළ 7.7%ක ව්‍යාප්තියක් දැකිය හැකිය. 2000 වසරේ සමස්ත දිවයිනේම දියවැඩියා රෝගීන්ගේ ප්‍රමාණය 6.5%ක් වූ අතර එහිදී දියවැඩියා රෝගීන්ගේ ව්‍යාප්තියේ අඩුවීමක් දක්නට ලැබේ. 2004 වන විට දියවැඩියා රෝගීන්ගේ ව්‍යාප්තිය 8.5% වූ අතර 2008 වසරේ සමස්ත දිවයිනේ දියවැඩියා රෝගීන්ගේ ප්‍රමාණය 10.8% විය. 2008 වසරේ දී නාගරික ප්‍රදේශවල දියවැඩියා රෝගීන්ගේ ප්‍රතිශතය 16.4%ක්ද ග්‍රාමීය ප්‍රදේශවල 8.7%ක් දක්වා දියවැඩියා රෝගය ව්‍යාප්ත වී ඇත (දියවැඩියා සංගමය, 2015). දියවැඩියා රෝගයේ ව්‍යාප්තිය ග්‍රාමීය ප්‍රදේශවල මන්දගාමීව වර්ධනය වන අතර නාගරික ප්‍රදේශවල සීඝ්‍ර වර්ධනය වීමක් පසුගිය දශක කිහිපය තුළ දියවැඩියා රෝගයේ ව්‍යාප්තිය පිළිබඳව අධ්‍යයනය කිරීමේදී පැහැදිලි වේ.

### 5. දියවැඩියා රෝගය ව්‍යාප්තිය සඳහා බලපාන සාධක

දියවැඩියා රෝගය ලෝකයේ දියුණු නොදියුණු සෑම රටකම පාහේ ශීඝ්‍රයෙන් ව්‍යාප්ත වී යාම දැකිය හැකිය. දියුණු වෙමින් පවතින ශ්‍රී ලංකාව වැනි රටවල ආර්ථික හා සමාජීය වශයෙන් බලපෑම් එල්ල කිරීමට දියවැඩියා රෝගය සමත් වී තිබේ. මෙසේ දියවැඩියා රෝගය ලෝකයේ මෙන්ම ශ්‍රී ලංකාව තුළ ද ව්‍යාප්ත වීමට හේතු වූ සාධක රැසක් පවතී. ශ්‍රී ලංකාවේ ග්‍රාමීය ප්‍රදේශයන්හි සහ නාගරික ප්‍රදේශයන්වල දියවැඩියා රෝගය ව්‍යාප්ත වීමට බලපා ඇති සාධක කිහිපයකි.

#### 5.1. ආහාර රටාවේ පවතින විෂමතාවය

දියවැඩියා රෝගය ශ්‍රී ලංකාව තුළ සීඝ්‍රයෙන් ව්‍යාප්ත වීමට සමාජ ආර්ථික සාධක රැසක් හේතු වී ඇත. කාර්මීකරණයේ නැගී ඒමත් සමග සමාජ ක්‍රමය තුළ වෙනස්කම් රාශියක් සිදු විය. ආහාර රටාව හා ජීවන රටාව තුළ සිදු වූ විශාල වෙනස්වීම් දියවැඩියා රෝගය ව්‍යාප්ත වීමට ප්‍රධාන වශයෙන් හේතු වී ඇත. කාබෝහයිඩ්‍රේට් බහුලවම පවතින පිෂ්ඨමය ආහාර පරිභෝජනය කිරීම තුළින් දියවැඩියා රෝගය ග්‍රාමීය ප්‍රදේශවල මෙන්ම නගරය තුළද ව්‍යාප්ත වීමට හේතු වී ඇත (කටුලන්ද, රත්නපාල, ෂෙරිෆ්, මැතිවිස්, 2011). සංකාප්ත මේද අඩංගු ආහාර, රසකාරක යෙදූ ආහාර, නැවත සකස්කළ ආහාර, අධික සීනි, ලුණු සහිත ආහාර, අධික සීනි යෙදූ බීම වර්ග, පරිභෝජනය නිසා දියවැඩියා රෝගය වැළඳීමට බලපානු ලබයි. පළතුරු ආහාරයට ගැනීම අවම වීමත් කෘත්‍රීම ආහාර පරිභෝජනයට එක් කර ගැනීමත් නිසා දියවැඩියා රෝගය වර්ධනය වීම දැකිය හැකිය. 2010 වර්ෂය තුළ පළතුරු පරිභෝජනය පිළිබඳ කරන ලද සමීක්ෂණයකින් අනාවරණය වූයේ පළතුරු පරිභෝජනය කරන 50% කට වැඩි පිරිස කාන්තාවන් වන බවත් පිරිමි පාර්ශවය පළතුරු ආහාරයට ගැනීමේ ප්‍රමාණය අඩු බවත් දක්වයි (එක්සත් ජාතීන්ගේ සංවිධානය, 2013). මෙහිදී ආහාර රටාව තුළ සිදු වූ වෙනස්කම් සඳහා සමාජ ආර්ථික වෙනස්වීම් හේතු වී ඇත. කාර්මීකරණ ක්‍රියාවලිය තුළ ආහාර පරිභෝජන රටාවේ සුවිශේෂී වෙනස්කම් රැසක් සිදු වූණි (ජයසිංහ, 2010). නාගරික ප්‍රදේශවල මෙන්ම ග්‍රාමීය ප්‍රදේශවල ද දියවැඩියා රෝගය ව්‍යාප්ත වීමට බලපාන ප්‍රධාන සාධකය වන්නේ ආහාර රටාවේ පවතින අසමතුලිතතාව වේ. ආහාර ගැනීමේ දී ආහාර වල ප්‍රමිතිය, ප්‍රමාණය හා ආහාර ගන්නා වේලාව පිළිබඳව සැලකිලිමත් විය යුතුය. අක්‍රමවත්

ආහාර වේලේ තුළින් පාසැල් යන ළමුන් අතර දියවැඩියා රෝගය බහුල වශයෙන් ව්‍යාප්ත වීමට හේතු වී ඇත (ඉරිදා ටයිම්ස් පුවත්පත, 2012). ක්ෂණික ආහාර කුඩා ළමුන් අතර ඉතා ජනප්‍රිය අංගයක් බවට පත් වී ඇත්තේ එහි රස පෙනුම හා විලාසිතාවන් ද පදනම් කර ගනිමිනි. ක්ෂණික ආහාර භාවිතය තුළින් ළමා ආහාර වක්‍ර විකෘති වීමකට ලක් වන අතර ඉන් කුඩා ළමුන් අතර ස්ථූල භාවය වර්ධනය වේ (ජයසිංහ, 2010).

වර්තමානය වන විට දියවැඩියා රෝගය ව්‍යාප්ත වීමට සුවිශේෂ කරුණක් මුල් වී ඇත. එනම් ගැබ්ණී සමය තුළදී මවගේ පෝෂණ උගුණතා හේතුවෙන් බිහිවන අඩු බරක් සහිත දරුවන් මවු කිරි වලින් පසුව අතිරේක ආහාර ලබා දෙන කාල සීමාව තුළදී සීනි තෙල් වැනි කොටස් අවශ්‍ය ප්‍රමාණයට වඩා දරුවාගේ ආහාර වේලට එකතු කිරීම නිසා ළමා විශේෂ සිටම ස්ථූලතාවයෙන් පෙළීම නිසා දියවැඩියා රෝගය ඇති වීමට හේතු වේ (කටුලන්ද, 2015). මේ අනුව ආහාර රටාවේ විෂමතාවය දියවැඩියා රෝගය ව්‍යාප්ත වීමට ප්‍රධාන වශයෙන් බලපෑම් සිදු කරන බව පැහැදිලි වේ.

### 5.2. නාගරීකරණය

විද්‍යාව හා තාක්ෂණයේ ඇති වූ ශීඝ්‍ර වර්ධනය හා යටත් විජිතවාදයත් සමග ලෝකයේ සෑම රටකම පාහේ නාගරීකරණය වීම ආරම්භ විය. රැකි රක්ෂා වලට මෙන්ම නගරය වටා සංකේන්ද්‍රණය වන සම්පත් පරිභෝජනය සඳහා ගමේ සිට නගරයට ජනතාව ඇදී ඒම තුළින් නාගරීකරණය සිදුවේ. නාගරීකරණය විශාල වශයෙන් ඉහළ යාම තුළින් සමාජ ප්‍රශ්න රැසක් මතු වේ. ඒ තුළ ඇතිවන මානසික ආතති සෞඛ්‍ය ගැටලු රාශියකට හේතු වී ඇත. විශේෂයෙන් කුඩා ළමුන් අතර අධ්‍යාපනය සඳහා තරගකාරීත්වයක් ග්‍රාමීය ප්‍රදේශවලට සාපේක්ෂව නාගරික ප්‍රදේශවල දක්නට ලැබේ. දැඩි තරගකාරීත්වය නිසා ඇතිවන මානසික ආතති නිසා වර්තමාන ළමා පරපුර දියවැඩියා රෝගය විසින් ගොදුරු කර ගැනීමේ තත්වයක් දක්නට ලැබේ. ළමුන් අතර දියවැඩියා රෝගය ව්‍යාප්ත වීමට බලපානු ලබන සාධකයක් ලෙස මානසික ආතතිය හැදින්විය හැකි වේ. නවීන ජීවන රටාව අනුව ජීවත් වීමේ දී අධික බලාපොරොත්තු තබා ගැනීමත් ඒවා අසාර්ථක වීමත් නිසා මානසික ආතතිය ඇති වේ. පාසල් වැඩ කටයුතුවලට අමතරව පන්තිවලට සහභාගී වීම හේතුවෙන් ඇතිවන මානසික ආතතිය දියවැඩියා රෝගයට පසුබිම් වේ (විජේසූරිය, 2012). දියවැඩියා රෝගය ව්‍යාප්ත වීම කෙරෙහි ශාරීරික ව්‍යායාම්වල අඩු බව මානසික ආතතිය වැනි සාධක ද බලපෑම් සිදු කරන බව උක්ත කරුණු අධ්‍යයනය කිරීමේ දී ගම්‍ය වේ. නාගරීකරණය ශාරීරික ව්‍යායාම්වල හිතකම ආහාර පරිභෝජන රටාවේ වෙනස්කම් හා මානසික ආතතිය වැනි සියලුම හේතූන් දියවැඩියා රෝගය වැළැඳීමටත් ව්‍යාප්ත වීමටත් හේතු වේ. එමෙන්ම ගමෙන් නගරය වෙත සංක්‍රමණය වීම දියවැඩියා රෝගය ව්‍යාප්තවීම කෙරෙහි ප්‍රධාන වශයෙන් බලපානු ලබයි (කුන්, 2015). එමෙන්ම ශීඝ්‍ර නාගරීකරණය නිසා සාම්ප්‍රදායික ජීවන ක්‍රමය වෙනස් වීම තුළ දියවැඩියා රෝගය වසංගත රෝගයක් ලෙස පැතිරීමට හේතු විය (එක්සත් ජාතීන්ගේ සංවිධානය, 2013).

ශ්‍රී ලංකාවේ ග්‍රාමීය ප්‍රදේශවල හා නාගරික ප්‍රදේශයන්වල දියවැඩියා රෝගය ව්‍යාප්ත වීමට බලපා ඇති සාධකයක් ලෙස ගමේ සිට නගරයට සංක්‍රමණය වීම නිසා ක්‍රියාකාරකම්වල අඩු වීම යන හේතු සාධකය දැක්විය හැකිය (කටුලන්ද, රත්නපාල, ෂෙරිෆ්, ශාරීරික මැතිවිස්, 2011). ශ්‍රී ලංකාවේ දිය වැඩියා රෝගය ව්‍යාප්ත වීම ග්‍රාමීය ප්‍රදේශවලට සාපේක්ෂව නාගරික

ප්‍රදේශවල ඉහළ ය. ශ්‍රී ලංකාව මැදි ආදායම් ලබන රටක් වේ. මිලියන 20.7 ක ජනගහනයක් ජීවත් වන අතර නාගරික ග්‍රාමීය ලෙස ජන විද්‍යාත්මක හා සමාජය වශයෙන් එකිනෙකට වෙනස් සමාජ තල දෙකක් පවතී. ග්‍රාමීය සමාජය සමග සැසඳීමේ දී නාගරික සමාජය ඉහළ ආදායම් ලබන වඩාත් බටහිරකරණයට නැඹුරු වූ ජීවන රටාවක් අනුගමනය කරන පිරිස් වේ. ග්‍රාමීය ජන සමාජය කෘෂිකාර්මික ජීවන මාර්ග හා ජීවන රටාවන් අනුගමනය කරන නාගරික සමාජයට වඩා අඩු ආදායම් ලබන පිරිසක් වේ. එහෙයින් ශ්‍රී ලංකාවේ නාගරික ප්‍රදේශයන්ට සාපේක්ෂව ග්‍රාමීය ප්‍රදේශවල දියවැඩියා රෝගය ව්‍යාප්ත වීම අඩු මට්ටමක පවතී (කටුලන්ද, රත්නපාල, ඡෙරිල්, මැතිවිස්, 2011).

### 5.3. කාර්මීකරණය

කාර්මීකරණයේ ප්‍රතිඵලයක් වශයෙන් නාගරීකරණය බිහි වූවද කාර්මීකරණය නිසා මිනිසාගේ ඵදිනෙදා වැඩ කටයුතු කාර්යක්ෂමව සිදු කර ගැනීමට හැකි වී ඇත. කාර්මීකරණයේ අතුරු ඵලයක් ලෙස බෝ නොවන රෝගවල ව්‍යාප්තිය ඉහළ ගොස් ඇත. යන්ත්‍ර සූත්‍ර වල ආගමනය සමග කය වෙහෙසා සිදු කරන කටයුතු අවම වීම තුළින් තරබාරුව වැනි සෞඛ්‍ය ගැටලු නිර්මාණය වී ඇත. දියවැඩියා රෝගය විශාල වශයෙන් වර්ධනය වීමට එම තත්වය හේතු වී ඇත (කටුලන්ද, 2009). මෙහිදී, ශ්‍රී ලංකාවේ ඌව පළාතට සාපේක්ෂව බස්නාහිර පළාත තුළ දියවැඩියා රෝගීන්ගේ වර්ධනයක් දැකිය හැකිය. ශ්‍රී ලංකාව තුළ පළමු වර්ගයේ දියවැඩියා රෝගීන් 4.4%ක් පමණ වාර්තා වේ. ශ්‍රී ලංකාව තුළ දියවැඩියා රෝගයට ගොදුරු වූ කාන්තාවන් 10.9%ක් ජීවත් වන අතර දියවැඩියා රෝගය වැළඳුණු පිරිමි ප්‍රමාණය 9.8% වේ (කටුලන්ද, 2015). ශ්‍රී ලංකාව වැනි පෙරදිග රටවල් තුළ කාන්තාව පිරිමින්ට සාපේක්ෂව කය වෙහෙසා වැඩ කිරීම අවම මට්ටමක පැවතීම මෙම තත්වයට හේතු වී ඇත. එමෙන්ම ආසියානු කලාපයේ වෙසෙන පුද්ගලයින්ට දියවැඩියා රෝගය වැළඳීම කෙරෙහි බලපාන අනෙක් සාධකය ලෙස තරබාරුකම හැඳින්විය හැකිය. කාර්මීකරණයේ ශීඝ්‍ර වර්ධනයත් සමග කෘෂිකර්මාන්තය තුළ ද කාර්මික ඌහංග භාවිතයට ගැනීම තුළින් ශරීරය වෙහෙසා කටයුතු කිරීම අවම විය. එමෙන්ම රූපවාහිනිය හා පරිගණක ග්‍රාමීය අංශ වෙත ළඟා වීම තුළින් ඵදිනෙදා ජීවිතයේ ක්‍රියාකාරකම් එක් රාමුවකට සීමා වීම වැනි කරුණු දියවැඩියා රෝගය ශීඝ්‍රයෙන් වර්ධනය වීමට හේතු විය (කුන්, 2015).

දියවැඩියා රෝගය නාගරික ප්‍රදේශවල මෙන්ම ග්‍රාමීය ප්‍රදේශවල ද ව්‍යාප්ත වීමට විවිධ කරුණු රැසක් බලපානු ලබයි. මෙහි දී දියවැඩියා රෝගය ව්‍යාප්ත වීම සඳහා ආහාර රටාවේ පවතින මෙන්ම නාගරීකරණ හා කාර්මීකරණය නිසා ඇති වූ තත්වයන් ද හේතුවන බව පැහැදිලි වේ.

### 6. දත්ත විශ්ලේෂණය

සාහිත්‍ය විමර්ශනය මගින් සොයා ගනු ලැබූ දියවැඩියා රෝගය වැළඳීම සඳහා බලපානු ලබන සාධක හා දියවැඩියා රෝගය ව්‍යාප්ත වීම සඳහා බලපානු ලබන සාධකයන් පිළිබඳව විශ්ලේෂණාත්මක විග්‍රහයක් ඉදිරිපත් කිරීම මෙහිදී සිදු කරනු ලබයි. එහි දී මෙම සාධකයන් පිළිබඳව අන්තර්ගත සාහිත්‍ය විමර්ශනයන් විශ්ලේෂණය කරමින් ඒ තුළ අන්තර්ගත ගත දත්ත ඉදිරිපත් කිරීම සිදු වේ. ඒ ඇසුරින් එම සාධකයන් තහවුරු කිරීම සිදු වේ.

**6.1. දියවැඩියා රෝගය වැළඳීම සඳහා බලපාන සාධකයන් විශ්ලේෂණය**

වගුව 1. දියවැඩියා රෝගය වැළඳීම සඳහා බලපාන සාධක

වර්ෂය/ කර්තෘ	සාධක						
	1	2	3	4	5	6	7
HuY, et al. 2014	√	√					
Wang, et al. 2014	√		√				
කටුලන්ද, 2009	√			√			√
දියවැඩියා සංගමය, 2011	√					√	
කටුලන්ද, 2015	√			√			
රාමවන්දන්, සහ අන් අය, 2001	√						
Mowatt, 2013		√					
Mehlsen, et al., 2011		√					
ප්‍රදීපා, අනිතා, සහ අන් අය., 2008		√					
කටුලන්ද, රණසිංහ, සහ අන් අය., 2012		√					
එක්සත් ජාතීන්ගේ සංවිධානය, 2013			√			√	
ශ්‍රී ලංකා දියවැඩියා සංගමය, 2014			√			√	
It Y, Teng W.et al., 2014				√			
සෞඛ්‍ය දෙපාර්තමේන්තුව, 2009					√	√	
රාජලක්ෂම්මි, සහ අන් අය., 2013							√
Wild, Roglie, et al., 2004							√
Polskey, et al., 2006							√

මූලාශ්‍රය : සාහිත්‍ය විමර්ශනය (2018)

1. වයස් මට්ටමෙහි බලපෑම
2. ස්ත්‍රී පුරුෂ භාවයෙහි බලපෑම
3. කර්මාරූච හා ශරීර ස්කන්ධ දර්ශකය වැඩි වීමෙහි බලපෑම
4. ප්‍රවේනියෙහි බලපෑම
5. සෞඛ්‍ය සම්පන්න නොවන ආහාර පරිභෝජනයෙහි බලපෑම

6. ශරීර ව්‍යායාම වල අඩු වීම

7. සමාජ ආර්ථික සාධක

වගු අංක 1 ට අනුව සලකා බැලීමේදී පැහැදිලි වන්නේ 2001-2015 දක්වා කාල සීමාව තුළදී ඉදිරිපත් වී ඇති බොහොමයක් සාහිත්‍ය විමර්ශනයන් තුළ වයස් මට්ටමේ බලපෑමක් දියවැඩියා රෝගයට හේතු වී ඇති බව දක්වා ඇත. 2008-2013 කාලය තුළදී පමණක් ස්ත්‍රී පුරුෂ භාවයේ බලපෑම පිළිබඳව තොරතුරු ඉදිරිපත් කර ඇත. තරබාරුව හා ශරීර ස්කන්ධ දර්ශකය වැඩි වීමෙහි බලපෑම සාකච්ඡා වන්නේ 2013-2014 සාහිත්‍ය විමර්ශනයන් තුළින් පමණි. දියවැඩියාව රෝගය සඳහා ප්‍රවේණියෙහි බලපෑම පිළිබඳව කටුලන්ද විසින් ඔහුගේ 2009 සහ 2015 යන වසරවලදී කරන ලද පර්යේෂණවලින් තහවුරු කර ඇත. සෞඛ්‍ය සම්පන්න නොවන ආහාර පරිභෝජනයෙහි බලපෑම දියවැඩියා රෝගය සඳහා බලපෑම් කරන බව සෞඛ්‍ය දෙපාර්තමේන්තුව 2009 වසරේ දී තහවුරු කර ඇත. 2009-2014 දක්වා කාලය තුළදී ශරීර ව්‍යායාම වල අඩු වීම දියවැඩියා රෝගය සඳහා බලපෑම් කරන බව හඳුනාගෙන ඇත. සමාජ ආර්ථික සාධකයන්ගේ ද සැලකිය යුතු බලපෑමක් දියවැඩියා රෝගය සඳහා ඇති බව 2004-2013 දක්වා ඉදිරිපත් වූ සාහිත්‍ය විමර්ශනයන්හි අන්තර්ගත ය.

වගුව 2. දියවැඩියා රෝගය ව්‍යාප්තිය සඳහා බලපාන සාධක

වර්ෂය/කර්තෘ	සාධක		
	ආහාර රටාවේ පවතින විෂමතාවය	නාගරීකරණය	කාර්මීකරණය
කටුලන්ද, රත්නපාල, ෂෙරිෆ්, මැතිවිස්, 2011	√	√	
එක්සත් ජාතීන්ගේ සංවිධානය, 2013	√	√	
ජයසිංහ, 2010	√		
ඉරිදා ටයිම්ස් පුවත්පත, 2012	√		
කටුලන්ද, 2015	√	√	√
විජේසූරිය, 2012			
කුන්, 2015		√	√
කටුලන්ද, 2009			√

මූලාශ්‍රය : සාහිත්‍ය විමර්ශනය (2018)

වගුව 2 ට අනුව සලකා බැලීමේදී පැහැදිලි වන්නේ 2010-2015 දක්වා කාල සීමාව තුළදී ඉදිරිපත් වී ඇති බොහොමයක් සාහිත්‍ය විමර්ශනයන් තුළ ආහාර රටාවේ පවතින විෂමතාවයේ බලපෑමක් දියවැඩියා රෝගය ව්‍යාප්ත වීමට හේතු වී ඇති බව දක්වා ඇත. දියවැඩියා රෝගය ව්‍යාප්ත වීමට නාගරීකරණයේ බලපෑමක් ඇතිබව 2011-2015 දක්වා සාහිත්‍ය විමර්ශනයන් තුළ අන්තර්ගත ය. 2009-2015 දක්වා කාලය තුළ ඉදිරිපත් වී ඇති

සාහිත්‍ය විමර්ශනයන් තුළ කාර්මිකරණයේ බලපෑමක් දියවැඩියා රෝගය ව්‍යාප්ත වීමට ඇති බව තහවුරු කරයි.

## 7. සාරාංශය

දියවැඩියා රෝගය ශ්‍රී ලංකාව තුළ ශීඝ්‍ර වර්ධනයක් පෙන්නුම් කරන බෝ නොවන රෝගයකි. දියවැඩියා රෝගය පිළිබඳව සහ එම රෝගය වැළැදීමට බලපාන සාධක පිළිබඳව මෙන්ම දියවැඩියා රෝගයේ ව්‍යාප්තිය මෙන්ම දියවැඩියා රෝගය ව්‍යාප්තියට බලපාන සාධකයන් කවරේදැයි අධ්‍යයනය කිරීම සිදු කරන ලදී. දියවැඩියා රෝගය ලෝක ආර්ථිකයට විශාල වශයෙන් බලපෑම් සිදු කරන අතර කුටුම්භ ආර්ථිකයට ද විශාල බලපෑමක් ඉන් සිදු වේ. මේ පිළිබඳව මීට පෙර සිදු කරන ලද පර්යේෂණ ඇසුරින් කරුණු ඉදිරිපත් කිරීම සිදු වේ.

## ආශ්‍රිත මූලාශ්‍ර

කටුලන්ද, පී. (2015). දියවැඩියා රෝගය පාලනය කර ගනිමු. බොරැල්ල: සී/ස සදීපා ප්‍රකාශකයෝ.

ගමගේ, යූ. ඒ. (1999). මට දැන් දියවැඩියාව සුවයි. මොරටුව: සුරත ප්‍රකාශකයෝ.

ගමගේ, යූ. ඒ. (1997). රජෙක් උනත් ලෙඩෙක් උනොත්. මොරටුව: සුරත ප්‍රකාශකයෝ.

Illangasekara. u., Rambadagalla.S., T. S. (2002). Increasing Prevalence of Diabetes Mellitus in a Rural Sri Lankan Community. *Journal of the Ceylon College of Physiand*, 54-55. Retrieved October 5, 2018, from <http://dl.nsf.ac.lk/bitstream/handle/1/10063/JCCP35%281-2%29-54.pdf?sequence=2&isAllowed=y>

Jayawardena, R., Ranasinghe, P., Byrne, N. M., Soares, M. J., Katulanda, P., & Hills, A. P. (2012). Prevalence and Trends of the Diabetes Epidemic in South Asia: A Systematic Review and Meta-Analysis. *12(1)*, 380. Retrieved October 5, 2018, from <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/12/380>

Katulanda, P., Ranasinghe, P., Jayawardena, R., Constantine, G. R., Sheriff, M. H., & Matthews, D. R. (2012). The Prevalence, Patterns and Predictors of Diabetic Peripheral Neuropathy in a Developing Country. *Diabetology & Metabolic Syndrome*, 4(1), 21. Retrieved October 5, 2018, from <http://www.dmsjournal.com/content/4/1/21>

Katulanda, P., Rathnapala, D., Sheriff, R., & Matthews, D. (2011). Province and Ethnic Specific Prevalence of Diabetes among Sri Lankan Adults. *Sri Lanka Journal of Diabetes Endocrinology and Metabolism*, 1(1), 2-7. Retrieved October 5, 2018, from <http://sjdem.sljol.info/article/download/4180/3425>

Ministry of Health, Sri Lanka. (2009). The National Policy & Strategic Framework for Prevention and Control of Chronic Non-Communicable Diseases Ministry of Health. Ministry of Healthcare and Nutrition Sri Lanka. Retrieved October 5, 2018, from <http://www.health.gov.lk/en/NCD/temp/NCD%20Policy%20English.pdf>

Wijesuriya. M. (2012). Diabetes: Srilanka's silent epidemio, The Island, November 13, 2012. Retrieved October 5, 2018, from [www.island.lk/index.php?page\\_cat=article\\_details&page=article-details&code\\_title=65977](http://www.island.lk/index.php?page_cat=article_details&page=article-details&code_title=65977)

Wild, S., Roglic, G., Green, A., Sicree, R., & King, Hi. (2004). Prevalence of Diabetes: Estimates for the year 2000 and Projections for 2030. *Diabetes Care*, 27(5). Retrieved October 5, 2018, from <http://www.who.int/diabetes/facts/en/diabcare0504.pdf>

World Health Organization. (2009). *World Health Statistics, 2009*. Geneva. Retrieved from <http://www.who.int/whosis/whostat/2009/en/>

World Health Organization. (2010). *Progress on the Health related Millenium Development Goals*. *World Health Statistics, 2010*. Retrieved October 5, 2018, from <http://www.who.int/whosis/whostat/2010/en/>

World Health Organization. (2011). *prevalence of Diabetes*. *World Health Statistics, 2011*. Retrieved October 5, 2018, from [http://www.who.int/gho/publications/world\\_health\\_statistics/EN\\_WHS2011\\_Full.pdf](http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/EN_WHS2011_Full.pdf)