● സംഭാഷണം

ഡോ. അബ്ദുല്ല മണിമ
/ ഷബീർ രാരങ്ങോത്ത്

പാലിയേറ്റീവ് കെയർ എന്നാൽ സാമൂഹിക സുരക്ഷാ ശൃംഖലയാണ്

ആതുരശുശ്രൂഷാരംഗത്ത് മലപ്പുറം മോഡൽ പാലിയേറ്റീവ് കെയർ എന്നൊരു പ്രയോഗം തന്നെയുണ്ട്. രോഗീപ്രധാനമായ പദ്ധതികളാണ് അവർ മുന്നോട്ടുവെക്കുന്നതെന്നതും അതിലുള്ള ജനകീയ പങ്കാളിത്തവുമൊക്കെയാണ് മലപ്പുറം മോഡൽ ശ്രദ്ധേയമാക്കുന്നത്? 30 വർഷം പിന്നിടുന്ന കേരളത്തിലെ പാലിയേറ്റീവ് സംവിധാനം ഇപ്പോൾ എങ്ങനെയാണ് സഞ്ചരിക്കുന്നതെന്നും എങ്ങനെയാകുന്നതാണ് അഭികാമ്യമെന്നും *ശബാബു*മായി സംവദിക്കുകയാണ് ഡോ. അബ്ദുല്ല മണിമ.

? സമൂഹത്തിൽ ആതുരശുശ്രൂഷാരംഗത്ത് പേരെടുത്തതാണ് പാലിയേറ്റീവ് കെയർ സംവിധാനം. 1993 മുതൽ 2023 വരെ എത്തിനിൽക്കുന്ന അതിന്റെ സേവനവഴികളെ എങ്ങനെ കാണുന്നു.

ആധുനിക കാലത്ത് വളരെ ചരിത്രപ്രധാനമായ ഒരു ഘട്ടത്തിലാണ് പാലിയേറ്റീവ് കെയർ ആരംഭിച്ചത്. കോഴിക്കോട് പാലി

യേറ്റീവ് കെയർ ആരംഭിക്കുന്ന സമയത്ത് പ്രധാനമായും കാൻസർ കെയറിൽ ആയിരുന്നു ഊന്നൽ. അന്ന് അതിനു തുടക്കമിട്ട ആളുകൾ പെയിൻ മാനേജ്മെന്റിൽ കൂടി താല്പര്യമുള്ള ആളുകളായിരുന്നതിനാൽ കാൻസറല്ലാത്ത ചില കഠിനമായ വേദനകൾ, പുകയില രോഗങ്ങൾ കൊണ്ടുള്ള വേദനകൾ പോലുള്ള ദീർഘകാല വേദനകൾ കൂടി അവരുടെ പരിഗണനയിൽ ഉണ്ടായിരുന്നു.

അവിടന്നിങ്ങോട്ട് ഒരു പത്തുമുപ്പതു വർഷം കഴിയുമ്പോൾ കമ്മ്യൂണിറ്റി ബേസ്ഡ് പാലിയേറ്റീവ് കെയറുകളിൽ വന്ന ഒരു മാറ്റം, കാൻസർ എന്ന രോഗത്തിൽ നിന്ന് മറ്റു ദീർഘകാല രോഗങ്ങളിലേക്കുകൂടി പരിചരണത്തിന്റെ ഫോക്കസ് വ്യാപിപ്പിച്ചു എന്നതാണ്. കാൻസറിൽ തന്നെ 30 വർഷം കൊണ്ട് വളരെ വിപ്ലവാത്മകമായ ചികിത്സാമാറ്റം സംഭവിച്ചിട്ടുണ്ട്. പണ്ടുകാലത്ത് കാൻസർ എന്നത് ഏതാണ്ടൊക്കെ മരണം എന്നതിനു പര്യായം തന്നെയായിരുന്നു. രോഗവിമുക്തി വളരെ ചെറിയൊരു ശതമാനം ആളുകൾക്കു മാത്രമേ സാധ്യമായിരുന്നുള്ളൂ. പക്ഷേ, ഇന്ന് കാൻസറിന്റെ സ്വഭാവമേ അങ്ങനെയല്ല. വലിയ ഒരു ശതമാനം ആളുകളിൽ രോഗവിമുക്തി കണ്ടുവരുന്നു. ചില സാഹചര്യങ്ങളിൽ അത് 70 ശതമാനം വരെയാകുന്നു.

പത്തുമുപ്പതു വർഷം കൊണ്ട് മനുഷ്യന്റെ ആയുസ്സിലും വർധനവ് സംഭവിച്ചിട്ടുണ്ട്. അതു മുഖേന പല രോഗങ്ങളും അധികരിച്ചിട്ടുണ്ട്, നാഡീരോഗങ്ങൾ, ഡിമെൻഷ്യ പോലുള്ള അസുഖങ്ങൾ, മോട്ടോർ ന്യൂറോൺ ഡിസീസുകൾ തുടങ്ങി പലവിധ രോഗങ്ങൾ. ആന്തരിക അവയവങ്ങളെ ബാധിക്കുന്ന അസുഖങ്ങൾക്ക് ചികിത്സ കുറേക്കൂടി നല്ല രീതിയിൽ ലഭിക്കുന്നതിനാൽ തന്നെ മനുഷ്യന്റെ ആയുസ്സ് വർധിച്ചിട്ടുണ്ട്. സ്വാഭാവികമായും അവർക്കെല്ലാം തന്നെ ഒരു ഘട്ടത്തിൽ അല്ലെങ്കിൽ മറ്റൊരു ഘട്ടത്തിൽ പാലിയേറ്റീവ് കെയർ ആവശ്യമായി വരും. 1993ൽ നിന്ന് 2023ൽ എത്തുമ്പോഴുള്ള പ്രധാനപ്പെട്ട ഒരു മാറ്റം കാൻസർ പാലിയേറ്റീവ് കെയറിൽ നിന്ന് ദീർഘകാല രോഗാവസ്ഥകളെ മുഴുവൻ ശ്രദ്ധിക്കുന്ന രീതിയിലേക്ക് പാലിയേറ്റീവ് കെയർ മാറി എന്നതാണ്.

മറ്റൊരു വ്യത്യാസം എനിക്ക് പ്രകടമായി തോന്നിയിട്ടുള്ളത് പാലിയേറ്റീവ് കെയർ,

അന്ന് അതിനു തുടക്കമിട്ട ആളുകൾ പെയിൻ മാനേജ്മെന്റിൽ കൂടി താല്പര്യമുള്ള ആളുകളായിരുന്നതിനാൽ കാൻസറല്ലാത്ത ചില കഠിനമായ വേദനകൾ, പുകയില രോഗങ്ങൾ കൊണ്ടുള്ള വേദനകൾ പോലുള്ള ദീർഘകാല വേദനകൾ കൂടി അവരുടെ പരിഗണനയിൽ ഉണ്ടായിരുന്നു. അവിടന്നിങ്ങോട്ട് ഒരു പത്തുമുപ്പതു വർഷം കഴിയുമ്പോൾ കമ്മ്യൂണിറ്റി ബേസ്ഡ് പാലിയേറ്റീവ് കെയറുകളിൽ വന്ന ഒരു മാറ്റം, കാൻസർ എന്ന രോഗത്തിൽ നിന്നും മറ്റു ദീർഘകാല രോഗങ്ങളിലേക്കുകൂടി പരിചരണത്തിന്റെ ഫോക്കസ് വ്യാപിപ്പിച്ചു എന്നതാണ്.

ഇൻസ്റ്റിറ്റ്യൂഷനുകൾ കേന്ദ്രീകരിച്ചാണ് തുടക്കത്തിൽ വന്നത്. കേരളത്തിന്റെയും ഇന്ത്യയുടെയും പ്രത്യേക സാഹചര്യത്തിൽ കോസ്റ്റ് ഇഫക്റ്റീവ് ആയി ചെയ്യുന്നതിനു വേണ്ടി നിലവിലെ വീട്ടുസാഹചര്യങ്ങൾ ഉപയോഗപ്പെടുത്തണമെന്ന ധാരണ തുടക്കം മുതലേ വന്നതിൽ നിന്ന് മലപ്പുറം ജില്ല പോലുള്ള പ്രദേശങ്ങളിൽ പാലിയേറ്റീവ് മുഴുവനായും ഏതാണ്ട് വീടുകൾ കേന്ദ്രീകരിച്ചുള്ള പരിചരണത്തിലേക്കു മാറി എന്നതാണ്. പിന്നെ നാം കാണുന്ന പ്രകടമായ മാറ്റം, കേരളത്തിൽ ദേശീയ പ്രസ്ഥാനത്തിനു ശേഷം ജനങ്ങളുടെ പങ്കാളിത്തം വലിയ തോതിൽ ഉണ്ടായ ഒരു സാമൂഹിക മുന്നേറ്റമായി പാലിയേറ്റീവ് കെയർ മാറിയിട്ടുണ്ട് എന്നതാണ്. പൂർണമായി മാറി എന്ന അർഥത്തിലല്ല. ഒരു സുരക്ഷാ സംവിധാനം എന്ന നിലയിൽ ജനകീയ പങ്കാളിത്തം വലിയ തോതിൽ ഉണ്ടായിട്ടുണ്ട്. അത് അത്തരമൊരു പൂർണത കൈവരിക്കാവുന്ന സാധ്യതയുള്ള സാഹചര്യത്തിലേക്ക് മാറിയെന്നതാണ്.

മൂന്നു പ്രധാന കാര്യങ്ങൾ അടിസ്ഥാന യൂണിറ്റുകളായി കമ്മ്യൂണിറ്റി പാലിയേറ്റീവ് അംഗീകരിക്കുന്ന സ്ഥിതിയിലേക്ക് വന്നു. ഒന്ന്, കവറേജാണ്. ആർക്കാണ് പാലിയേറ്റീവ് കെയർ വേണ്ടത്, പാലിയേറ്റീവ് കെയറിന് അർഹരായിരിക്കുന്ന എല്ലാ തരം ആളുകളും, അത് ഏത് രോഗം എന്നില്ല, ഏത് അവസ്ഥ എന്നില്ല, അവർക്കെല്ലാവർക്കും പാലിയേറ്റീവ് കെയർ ലഭ്യമാക്കുക. അവർക്ക് ലഭ്യമാക്കുക എന്നത് നമുക്ക് സാഹചര്യങ്ങൾ ഒരുങ്ങുന്ന സമയത്തു ലഭ്യമാക്കുക എന്നതിൽ നിന്നു മാറി, തുടർച്ചയായി അവരെ ഫോളോഅപ്പിൽ ഇടാൻ കഴിയുക. ഇടമുറിയാത്ത പരിചരണം നൽകുക, അതാണ് രണ്ടാമത്തേത്. കണ്ടിന്യൂയിറ്റി. മൂന്നാമത്തേത് ക്വാളിറ്റി.

മൂന്നു പ്രധാന കാര്യങ്ങൾ അടിസ്ഥാന യൂണിറ്റുകളായി കമ്മ്യൂണിറ്റി പാലിയേറ്റീവ് അംഗീകരിക്കുന്ന സ്ഥിതിയിലേക്ക് വന്നു. ഒന്ന്, കവറേജാണ്. ആർക്കാണ് പാലിയേറ്റീവ് കെയർ വേണ്ടത്, പാലിയേറ്റീവ് കെയറിന് അർഹരായിരിക്കുന്ന എല്ലാ തരം ആളുകളും, അത് ഏത് രോഗം എന്നില്ല, ഏത് അവസ്ഥ എന്നില്ല, അവർക്കെല്ലാവർക്കും പാലിയേറ്റീവ് കെയർ ലഭ്യമാക്കുക. അവർക്ക് ലഭ്യമാക്കുക എന്നത് നമുക്ക് സാഹചര്യങ്ങൾ ഒരുങ്ങുന്ന സമയത്തു ലഭ്യമാക്കുക എന്നതിൽ നിന്നു മാറി, തുടർച്ചയായി അവരെ ഫോളോഅപ്പിൽ ഇടാൻ കഴിയുക. ഇടമുറിയാത്ത പരിചരണം നൽകുക, അതാണ് രണ്ടാമത്തേത്. കണ്ടിന്യൂയിറ്റി. മൂന്നാമത്തേത് ക്വാളിറ്റി.

പാലിയേറ്റീവ് ജോലി ചെയ്യുന്ന പ്രൊഫഷണലായാലും നടത്തിപ്പുകാരായാലും അവരുടെ ഭാഗത്തുനിന്ന് വരുന്ന ഒരു കമന്റുണ്ട്. ‘ഇന്ന് എത്ര രോഗികളെ കണ്ടു? നമ്പർ ഇത്ര കുറഞ്ഞുപോയോ? അവിടെ എന്തായിരുന്നു ഉണ്ടായിരുന്ന പ്രശ്നം? മൂത്രത്തിന്റെ ട്യൂബ് മാറ്റാനുണ്ടായിരുന്നോ? ഇല്ല. മുറിവ് കെട്ടാൻ ഉണ്ടായിരുന്നോ? ഇല്ല. എനിമ എന്തെങ്കിലും കൊടുക്കാൻ ഉണ്ടായിരുന്നോ? ഇല്ല. മൂക്കിൽ ട്യൂബ് ഇടാനോ മറ്റോ ഉണ്ടായിരുന്നോ? ഇല്ല. അങ്ങനെയാണെങ്കിൽ അവിടെ പോകേണ്ട ആവശ്യമുണ്ടായിരുന്നോ? അവിടെ എന്തിനാണ് അത്രയധികം സമയം ചെലവഴിച്ചത്?’ ഈ രീതിയിലുള്ള ചോദ്യങ്ങൾ പലപ്പോഴും ഡോക്ടർമാർക്കും നഴ്സുമാർക്കും നടത്തിപ്പിന്റെ ആളുകൾക്കും ഉണ്ടാകാറുണ്ട്. പലപ്പോഴും എണ്ണത്തിലാണ് ശ്രദ്ധ എന്ന്! ചില പ്രത്യേക സംവിധാനങ്ങളിൽ ഒക്കെ ഒരു ദിവസം ഇത്ര രോഗികളെ കണ്ടോളണം എന്നുണ്ട്. ചില കമ്മ്യൂണിറ്റി പാലിയേറ്റീവ് കെയറുകൾ പോലും അങ്ങനെ നിഷ്കർഷിക്കുന്നുണ്ട്. രോഗികളുടെ എണ്ണം കുറച്ചു കാണുക എന്നത് വലിയ രീതിയിലല്ല ഞാൻ പറയുന്നത്. മറിച്ച് ഓരോ രോഗിക്കും എത്ര സമയമാണ് ആവശ്യമുള്ളത്, യഥാർഥത്തിൽ കിടപ്പിലായ രോഗികൾക്ക് നഷ്ടപ്പെടുന്നത് എന്താണ് എന്ന് നമ്മൾ മനസ്സിലാക്കേണ്ടതുണ്ട്.

സ്വാതന്ത്ര്യം, ആത്മാഭിമാനം ഇങ്ങനെ പലതും അവർക്ക് നഷ്ടമാകുന്നുണ്ട്. അതോടൊപ്പം ശ്രദ്ധിക്കേണ്ട മറ്റൊന്ന് അനന്തമായ നീണ്ടുപോകലുകളാണ്. പലപ്പോഴും പ്രാഥമികമായ ആവശ്യങ്ങൾ പോലും നീട്ടിവെക്കപ്പെടുന്നു. പല്ലുതേക്കൽ, കുളിക്കൽ, ഭക്ഷണം കഴിക്കൽ എല്ലാം മാറ്റിവെക്കപ്പെടേണ്ടിവരുന്നു. എന്റെ ഒരു സുഹൃത്തായ നഴ്സ് പറഞ്ഞതുപോലെ, താൻ ഭക്ഷിച്ച ഭക്ഷണപ്പാത്രം എപ്പോഴാണ് തന്റെ കിടക്കയിൽ നിന്ന് എടുത്തുമാറ്റപ്പെടുക എന്നു പോലും അവർക്ക് അറിയാൻ വഴിയില്ല. സ്വന്തമായി എഴുന്നേറ്റു മൂത്രമൊഴിക്കാൻ പോലും സാധ്യമല്ലാത്ത ഇവർ, വട്ടപ്പാത്രത്തിൽ ഒഴിച്ചുവെച്ച മൂത്രം ഏത് സമയത്താണ് തന്റെ അടുത്തുനിന്ന് മാറ്റപ്പെടുക എന്നു പോലും അറിയാത്ത ആളുകളാണ്. വീട്ടിലുള്ള ആളുകളുടെ സ്വാഭാവികമായ തിരക്കുകൾ കൊണ്ടാണ് ഇതു സംഭവിക്കുന്നത്. അവർ മനഃപൂർവം രോഗികളെ അവഗണിക്കുന്നതല്ല. ഇത്രയേറെ ബദ്ധപ്പാടിൽ ജീവിക്കുന്ന ഒരു സമൂഹത്തിൽ നിശ്ചലനായിപ്പോവുക എന്നു പറഞ്ഞാൽ ആ സമൂഹത്തിന്റെ ഗതിയിൽ നിന്ന് ഏറെ പിറകിലായിപ്പോകുന്നു എന്നാണ് അർഥം. സഞ്ചരിച്ചുകൊണ്ടിരിക്കുന്ന ഒരു തീവണ്ടിക്കു പിറകിൽ കെട്ടിവെക്കപ്പെടുന്ന ഒരാൾ എന്തു മാത്രം യാതന അനുഭവിക്കേണ്ടിവരുമോ, അത്രയും യാതന

രോഗികൾ അനുഭവിക്കേണ്ടിവരുന്നുണ്ട്. ക്വാളിറ്റി പരിചരണം ആവശ്യപ്പെടുന്നത് ഈ ഇടങ്ങളിലാണ്.

? അത്യാധുനിക യന്ത്ര സഹായങ്ങളോട് കൂടിയ പരിചരണം ക്വാളിറ്റി വർധിപ്പിക്കില്ലേ?

അത് വേണ്ടെന്നല്ല. 'ലോ ടെക് ആന്റ് ഹൈ ടച്ച്' എന്ന് പാലിയേറ്റീവ് കെയറിനെ കുറിച്ച് പറയാറുണ്ടെങ്കിലും പാലിയേറ്റീവ് കെയറും സാമാന്യം ഹൈടെക് ആയിക്കൊണ്ടിരിക്കുകയാണ്. പല പാലിയേറ്റീവ് യൂണിറ്റുകളും പരിചരണം സുഗമമാക്കുന്ന യന്ത്ര ഉപകരണ സംവിധാനങ്ങൾ വീടുകളിൽ ലഭ്യമാക്കുക എന്നതിൽ ഫോക്കസ് ചെയ്തിരിക്കുകയാണ്. പലപ്പോഴും ഗുണമേന്മ അളക്കുന്നത് ഇത്തരം കാര്യങ്ങളിലാണ് എന്നിടത്താണ് പ്രശ്നം. ഈയടുത്ത കാലത്ത് നാലഞ്ചു പാലിയേറ്റീവ് കെയർ യൂണിറ്റുകളിൽ നടത്തിയ ലഘുപഠനത്തിൽ, 130ലധികം രോഗികൾ രജിസ്റ്റർ ചെയ്തിട്ടുള്ള ഈ യൂണിറ്റുകളിൽ 20%ൽ താഴെയാണ് മൂത്രത്തിന്റെ ട്യൂബ് മാറ്റാനോ അതുപോലുള്ള പ്രൊസീജ്യറുകൾ ചെയ്യേണ്ടതായ രോഗികളുള്ളത് എന്നു മനസ്സിലാക്കാനായി. ബാക്കി ബഹുഭൂരിപക്ഷം ആളുകൾക്കും അവരുടെ അടിസ്ഥാനപരമായ കുളി, പല്ലുതേക്കുക, നഖം വെട്ടുക, ഗുഹ്യരോമം നീക്കുക, ശരീരത്തിന്റെ പ്രാഥമികമായ വൃത്തിസംവിധാനങ്ങൾ സാധിക്കുക, റൂമിന്റെ ഇരുട്ടിൽ നിന്ന് വെളിച്ചം കാണാവുന്ന സ്ഥലത്തേക്ക്, പുറത്തേക്ക് വരിക, മുറ്റവും കോലായയും ഒക്കെ കാണാൻ കഴിയുക പോലുള്ള ആവശ്യങ്ങളാണ് ഉള്ളത്.

നിലവിലുള്ള പാലിയേറ്റീവ് കെയറിന്റെ ഓട്ടപ്പാച്ചിലുകൾക്കിടയിൽ ഒരു ഡ്യൂ ഉണ്ടാവേണ്ടിവരുന്നു. എല്ലാ രോഗികളിലേക്കും എത്താൻ ദിവസം ഇത്ര രോഗികൾ എന്ന കണക്ക് സൂക്ഷിക്കേണ്ടിവരുന്നു. ഈ

ഓട്ടപ്പാച്ചിലുകൾക്കിടയിൽ ഒരു രോഗിക്ക് ലഭിക്കുന്ന ക്വാളിറ്റി ഉറപ്പുവരുത്തുന്നതിൽ യൂണിറ്റുകൾക്ക് സാധിക്കുന്നുണ്ടോ എന്നതാണ് ചോദ്യം.

? ഒരു രോഗിയുടെ കൂടെ തന്നെ കൂടുതൽ സമയം ചെലവഴിക്കണമെന്നാണോ പറഞ്ഞുവരുന്നത്?

രോഗിയുടെ അടുത്ത് കുറേ നേരം ഇരുന്നതുകൊണ്ട് ക്വാളിറ്റി ഉണ്ടാകുമെന്ന് അഭിപ്രായമില്ല. പല കാര്യങ്ങളും രോഗിയോടൊപ്പം ചെലവഴിക്കുന്ന സമയത്തിൽ നിന്നുതന്നെയാണ് ലഭ്യമാകുക എന്നു മനസ്സിലാകും.

ഉദാഹരണത്തിന്, അടുത്ത കാലത്ത് ഒരു രോഗിയുടെ കുളി, പല്ലുതേപ്പ്, പ്രാഥമികമായ കാര്യങ്ങൾ എങ്ങനെയാണ് എന്ന് ചോദിച്ചു മനസ്സിലാക്കാനുള്ള ശ്രമത്തിനിടയിൽ മൂത്രത്തിന്റെ കാര്യം ചോദിച്ചപ്പോൾ വളരെ നന്നായി മൂത്രം പോകുന്നുണ്ട് എന്നു പറഞ്ഞു. 'മൂത്രം ജാസ്തിയാണ് ഡോക്ടറെ' എന്ന കമന്റ് വന്നു. കുറച്ചുകൂടി സൂക്ഷ്മമായി ചോദിച്ചു: 'രാത്രി എത്ര തവണ മൂത്രമൊഴിക്കാറുണ്ട്?' 'അഞ്ചും ആറും തവണയൊക്കെ പോകുന്നുണ്ട്, നല്ലോണം പോകുന്നുണ്ട്' എന്നൊരു പൊതു അഭിപ്രായവും വീട്ടുകാർ പറഞ്ഞു. രോഗി അധികം സംസാരിക്കുന്ന ഒരാളല്ല. രാത്രി ഒരു തവണയിലും കൂടുതൽ മൂത്രം പോകുന്നുണ്ടെങ്കിൽ നമ്മൾ അതിനെക്കുറിച്ച് കരുതിയിരിക്കണം എന്നത് നമുക്ക് അറിയാവുന്ന കാര്യമാണ്. ഈ വിവരം കിട്ടിയതുകൊണ്ടു തന്നെ രോഗിയെ വേഗം മൂത്രമൊഴിപ്പിച്ച് ട്യൂബ് ഇട്ടുനോക്കി. സാധാരണഗതിയിൽ മൂത്രം ഒഴിച്ചുകഴിഞ്ഞാൽ 20 മില്ലിലിറ്റർ മൂത്രത്തിൽ കൂടുതൽ മൂത്രസഞ്ചിയിൽ ബാക്കി ഉണ്ടാവാൻ പാടില്ല എന്നാണ്. 240 മില്ലിലിറ്റർ മൂത്രമാണ് അപ്പോൾ മൂത്രമൊഴിച്ചുവന്ന ആ രോഗിയുടെ മൂത്രസഞ്ചിയിൽ നിന്ന് പിന്നീട് എടുക്കുന്നത്. അത്രയേറെ മൂത്രം ആറു മാസം ഒക്കെ മൂത്രസഞ്ചിയിൽ നിൽക്കുക എന്നത് കിഡ്നി രോഗങ്ങളിലേക്ക് വഴിവെക്കാൻ സാധ്യത കൂട്ടുന്നതാണ്. പറഞ്ഞുവന്നത് ഇത്രമാത്രമാണ്: പൊതുവിൽ കുഴപ്പമില്ല എന്ന് വീട്ടുകാർ വിചാരിക്കുന്ന പല കാര്യങ്ങളിലും കുഴപ്പമാണെന്നു മനസ്സിലാക്കാൻ അതിൽ അനുഭവവും ചോദിച്ചറിയാനുള്ള സാവകാശവും ഉണ്ടെങ്കിൽ സാധിക്കും.

ഒരു ശരാശരി രോഗിയുടെ അടുത്തുചെന്ന് കാര്യങ്ങൾ ചോദിച്ചറിഞ്ഞ് മനസ്സിലാക്കി ആവശ്യമായ ഇടപെടലുകൾ നടത്തി അത് എഴുതി വരുമ്പോഴേക്കും ഒന്ന് ഒന്നര മണിക്കൂറോളം എടുക്കും. ഒരു ദിവസം നമുക്ക് ആറു മണിക്കൂർ

പാലിയേറ്റീവ് കെയറിനെ സർക്കാർ പാലിയേറ്റിവ് കെയർ, സർക്കാർ ഇതര പാലിയേറ്റീവ് കെയർ എന്നിങ്ങനെ കാണുന്നതിൽ വലിയ കാര്യമുണ്ടെന്നു തോന്നുന്നില്ല. രോഗിയുടെ ആവശ്യങ്ങളൊക്കെ ഒന്നാണ്. രോഗിയുടെ ആവശ്യങ്ങളാണ് രണ്ടു കൂട്ടരും ശ്രദ്ധിക്കുന്നതെങ്കിൽ ഒരു ഏറ്റുമുട്ടലിന്റെ ആവശ്യമില്ല. മനുഷ്യരാണ് ഇത് രണ്ടും നടത്തിക്കൊണ്ടുപോകുന്നത് എന്നതുകൊണ്ടും, പലപ്പോഴും മനുഷ്യരുടെ സ്വഭാവസവിശേഷതകൾ ഈ നടത്തിപ്പിനെയും സ്വാധീനിക്കാം എന്നതുകൊണ്ടും ചില നാടുകളിലെങ്കിലും സംവിധാനങ്ങൾ തമ്മിൽ ഏകോപനം ഇല്ലാതെപോകുന്നത് സാധാരണമാണ്.

ഒക്കെയാണ് ഹോം കെയർ ലഭിക്കുക. അവയിൽ അത്യാവശ്യമുള്ള ഓട്ടവും ഭക്ഷണ-വിശ്രമങ്ങളും ഒക്കെ കഴിഞ്ഞു കിട്ടുക മൂന്നരയോ നാലോ മണിക്കൂർ മാത്രമാകും. ഈ ഓട്ടത്തിനിടയിൽ ഒരു ദിവസം എട്ടു രോഗികളെ കാണുക എന്നു പറയുന്നത് ഈയൊരു രോഗിക്കു വേണ്ടി ചെലവഴിക്കേണ്ടിവരുന്ന സമയത്തിൽ നിന്ന് കവർന്നെടുക്കേണ്ടി വരികയാണ്. പറഞ്ഞുവന്നത്, നമ്പർ കൂടുന്നത് ഒരു മോശം സംവിധാനമായിട്ടല്ല. എന്നാൽ, നമ്പർ കൂടുക, ഒരു ദിവസം കൂടുതൽ രോഗികളെ കാണുക എന്നത് മികവായി കാണുന്നത് ശരിയാണോ എന്ന ചോദ്യമാണ്.

അത്യാധുനിക സംവിധാനങ്ങൾ വീട്ടിൽ തന്നെ ഒരുക്കുക പോലുള്ളവ ചൂണ്ടിക്കാട്ടി, അതാണ് ക്വാളിറ്റി എന്ന് മനസ്സിലാക്കുന്നുണ്ട് ചിലരെങ്കിലും. അത് ക്വാളിറ്റിയുടെ ഭാഗമാണെങ്കിൽ കൂടി, അതു മാത്രമാണ് ക്വാളിറ്റി എന്നു കരുതുന്നത് ശരിയല്ല. രോഗിയുടെ പ്രാഥമിക ആവശ്യങ്ങൾ നിവൃത്തിക്കുക എന്നതുകൂടിയാണ് ക്വാളിറ്റി എന്നതിലേക്ക് കാര്യങ്ങൾ വരേണ്ടതുണ്ട്. വ്യാപകമാവുക എന്നത് പാലിയേറ്റീവ് കെയറിനെ കുറിച്ച് നല്ല കാര്യമാണെങ്കിൽ പോലും വ്യാപകമാകുന്നത് മത്സരസ്വഭാവത്തിലേക്ക് പോവുക എന്നത് അഭിലഷണീയമല്ല. അത് ഭാവിയിൽ ഈ സംവിധാനത്തെ തന്നെ ഇല്ലായ്മ ചെയ്യുന്നതിലേക്കാവും നയിക്കുക. 2060ഓടുകൂടി മലപ്പുറം ജില്ലയിൽ മാത്രം 15 ലക്ഷം ആളുകൾ 65 വയസ്സ് കഴിഞ്ഞവരായിരിക്കുമെന്ന വിവരം നമ്മുടെ മുമ്പിലുണ്ട്. ഈ 65 വയസ്സു കഴിഞ്ഞ 15 ലക്ഷം ആളുകൾ എന്നത് എന്തൊരു സാമൂഹിക ഭാരമായിരിക്കും! ഏതാണ്ട് 35,000നും 45,000നും ഇടയ്ക്ക് രോഗികളെയാണ് ഇന്ന് മലപ്പുറം ജില്ല കണ്ടുകൊണ്ടിരിക്കുന്നത്. അതിന്റെ അനേകമനേകം മടങ്ങ് ആളുകളാണ് ഈ പറയപ്പെടുന്ന ആളുകൾ. അവരൊക്കെ കിടപ്പിലാകും എന്ന അർഥത്തിലല്ല.

***?** സർക്കാർ സംവിധാനം വഴിയും പാലിയേറ്റീവ് കെയറുകൾ പരിരക്ഷ എന്ന പേരിൽ നടക്കുന്നുണ്ട്. ഇത്തരമൊരു സാഹചര്യത്തിലും കമ്മ്യൂണിറ്റി പാലിയേറ്റീവ് കെയറുകൾ പ്രവർത്തിക്കുന്നുണ്ട്. ഈ സാഹചര്യത്തിലും കമ്മ്യൂണിറ്റി പാലിയേറ്റീവ് കെയർ സംവിധാനങ്ങളുടെ പ്രസക്തിയെന്താണ്, എങ്ങനെയാണ് ഈ രണ്ടു സംവിധാനങ്ങളും ചേർന്നു പോകുന്നത്, എവിടെയാണ് എതിരിടുന്നത്.*

പാലിയേറ്റീവ് കെയറിനെ സർക്കാർ പാലിയേറ്റിവ് കെയർ, സർക്കാർ ഇതര പാലിയേറ്റീവ് കെയർ എന്നിങ്ങനെ കാണുന്നതിൽ വലിയ കാര്യമുണ്ടെന്നു തോന്നുന്നില്ല. രോഗിയുടെ ആവശ്യങ്ങളൊക്കെ ഒന്നാണ്. രോഗിയുടെ ആവശ്യങ്ങളാണ് രണ്ടു കൂട്ടരും ശ്രദ്ധിക്കുന്നതെങ്കിൽ ഒരു ഏറ്റുമുട്ടലിന്റെ ആവശ്യമില്ല. മനുഷ്യരാണ് ഇത് രണ്ടും നടത്തിക്കൊണ്ടുപോകുന്നത് എന്നതുകൊണ്ടും, പലപ്പോഴും മനുഷ്യരുടെ സ്വഭാവസവിശേഷതകൾ ഈ നടത്തിപ്പിനെയും സ്വാധീനിക്കാം എന്നതുകൊണ്ടും ചില നാടുകളിലെങ്കിലും സംവിധാനങ്ങൾ തമ്മിൽ ഏകോപനം ഇല്ലാതെപോകുന്നത് സാധാരണമാണ്. അതുതന്നെയും കേരളത്തിലെ വടക്കു മുതൽ തെക്കു വരെയുള്ള ഭാഗങ്ങളിൽ ഒരേപോലെ ആയിക്കൊള്ളണമെന്നില്ല. ഈ രണ്ടു സംവിധാനങ്ങളും സുശക്തമായി പോകുന്ന സ്ഥലങ്ങളിൽ വേണ്ടത്ര ഏകോപനം ഇല്ലെങ്കിൽ ചില പ്രശ്നങ്ങളൊക്കെ ഉണ്ടാകാൻ സാധ്യതയുണ്ട്. ഒരു വീട്ടിൽ രാവിലെ ഒരു കൂട്ടർ വരുകയും അതേ വീട്ടിൽ ഉച്ചയ്ക്കു ശേഷം മറ്റേ കൂട്ടർ വരുകയും വിവരങ്ങൾ അന്വേഷിക്കുകയും പോവുകയും ഒക്കെ ചെയ്യുന്നത്, പാലിയേറ്റീവ് കെയർ ഒരു അനുഗ്രഹമാണെങ്കിൽ കൂടി ചില സമയങ്ങളിൽ എങ്കിലും വീട്ടുകാർക്ക് ദുരിതമായി മാറാം എന്നതിന്റെ ഒരു കാഴ്ചയാണ്.

മറ്റൊരു കാര്യം, ആരാണോ ആ സംവിധാനം നടത്തിക്കൊണ്ടുപോകുന്നത്, ഗവൺമെന്റായാലും അല്ലെങ്കിലും ആ നടത്തിപ്പുകാരുടെ രീതികളും സവിശേഷതകളും ഒക്കെ പ്രസ്തുത സംവിധാനത്തെയും സ്വാധീനിക്കും. ഗവൺമെന്റ് സംവിധാനങ്ങളിൽ സ്വാഭാവികമായും ചില മാർഗനിർദേശങ്ങളൊക്കെ ഉണ്ടാകും. ചിലതൊക്കെ കാലോചിതമായി പരിഷ്കരിക്കപ്പെടാത്ത പ്രയാസങ്ങൾ സൃഷ്ടിക്കുന്നവയുമായിരിക്കും. പലപ്പോഴും പോളിസി രൂപപ്പെടുത്തുന്ന ആളുകൾ പ്രായോഗിക മേഖലയുമായി അകന്നുനിൽക്കാൻ സാധ്യതയുള്ളതുകൊണ്ടും പ്രായോഗിക മേഖലയിൽ പ്രവർത്തിക്കുന്ന ആളുകൾ പോളിസി മേക്കി

ങ്ങിലേക്ക് വരാത്തതുകൊണ്ടും രണ്ടു കൂട്ടരും തമ്മിൽ ചില പ്രശ്നങ്ങളും ബുദ്ധിമുട്ടുകളുമൊക്കെ ഉണ്ടാകാൻ ഇടയുണ്ട്.

താഴേത്തട്ടിൽ നിന്നുള്ള എല്ലാ ഫീഡ്ബാക്കുകളും ഉൾക്കൊള്ളാൻ ചിലപ്പോൾ പോളിസി മേക്കിംഗിൽ സാധിച്ചുകൊള്ളണമെന്നില്ല. 80 ശതമാനം ആളുകളെ കണ്ടുകൊണ്ടുള്ള, 80% ആളുകളുടെ 80% പ്രശ്നങ്ങൾക്ക് പരിഹാരം നിർദേശിച്ചുകൊണ്ടുള്ള പോളിസി മേക്കിങ് ആയിരിക്കും മിക്കവാറും നടക്കുക. ഇത് പലപ്പോഴും പ്രാദേശികമായ ആവശ്യങ്ങളോട് നീതി പുലർത്തിക്കൊള്ളണം എന്നില്ല. ഇതേ പരിമിതി കമ്മ്യൂണിറ്റി പാലിയേറ്റീവ് കെയർ നടത്തിക്കൊണ്ടു പോകുന്ന ആളുകളുടെ ആറ്റിറ്റ്യൂഡ് കൊണ്ടും അത്തരം സംവിധാനങ്ങളിൽ സംഭവിക്കാവുന്നതാണ്.

സ്ഥാപനവത്കരണം ഒരു പരിധി കഴിഞ്ഞ് പോയിക്കഴിഞ്ഞാൽ ദുരന്തമായിത്തീരും എന്നുതന്നെയാണ് കരുതുന്നത്. എന്നു കരുതി, കെട്ടിടങ്ങൾ ഉള്ളവരെല്ലാം മോശക്കാർ എന്നോ കെട്ടിടങ്ങൾ ഉപയോഗപ്പെടുത്താൻ പാടില്ല എന്നോ അല്ല. പരിശീലന പദ്ധതികൾ ഉണ്ടാക്കുന്നതിനു വേണ്ടി, പോളിസി മേക്കിങിനു വേണ്ടി ആളുകൾക്ക് കൂടിയിരിക്കാൻ പറ്റിയ സംവിധാനങ്ങൾ എന്ന നിലയിലൊക്കെത്തന്നെ സ്ഥാപനങ്ങളും ചില കെട്ടിടങ്ങളും ഒക്കെ പ്രയോജനപ്പെട്ടേക്കാം, പക്ഷേ, സ്ഥാപനസംവിധാനങ്ങൾ നിലനിർത്തേണ്ടതിന്റെ ആവശ്യകതയിലേക്ക് പാലിയേറ്റീവ് കെയർ ഫോക്കസ് മാറുമ്പോൾ അവഗണിക്കപ്പെടുക രോഗികൾ തന്നെയാണ്.

? രോഗിയാണ് പ്രധാനം എന്നതിൽ നിന്നാണല്ലോ ഹോം കെയർ സംവിധാനങ്ങളുടെ ഉയിർപ്പ്. ഇപ്പോൾ പാലിയേറ്റീവ് സംവിധാനങ്ങൾ കൂടുതൽ സ്ഥാപനകേന്ദ്രിതമാകുന്നു എന്നൊരു ആരോപണമുണ്ട്. അതിനെ എങ്ങനെ കാണുന്നു.

മൂല്യശോഷണം എന്നത് ഒരു ആഗോള പ്രതിഭാസമാണ്. ഇത് എങ്ങനെ നേരിടും എന്നത് എല്ലായ്പോഴും പ്രശ്നം തന്നെയാണ്. പ്രസിദ്ധമായ കട്ടൻചായയും പരിപ്പുവടയും ഗ്ലോറിഫൈ ചെയ്യപ്പെടണം എന്നല്ല. എങ്കിലും വളർച്ചയ്ക്ക് അനുസരിച്ച് നടത്തിപ്പുകാരുടെ നിലപാടുകൾക്ക് അനുസരിച്ച് കാണാവുന്ന, ദൃശ്യമായ ചില കാര്യങ്ങളൊക്കെ സ്ഥാപിച്ചുവെക്കുക എന്നതും, യാതൊരു ആലോചനകളും ഇല്ലാതെ എത്ര ആസ്തിയുണ്ട് എന്നത് വിലയിരുത്തിയാണ് വളർച്ച കണക്കാക്കുന്നത് എന്നതുകൊണ്ടും സ്ഥാപനവത്കരണം സംഭവിക്കാനുള്ള സാധ്യത വളരെ കൂടുതലാണ്. സ്ഥാപനവത്കരണം തന്നെ രണ്ടു തരത്തിലാവാം.

ഒന്ന് കെട്ടിടവത്കരണമാവാം. മറ്റൊന്ന് സംവിധാനങ്ങളുടെ തന്നെ സ്ഥാപനവത്കരണമാണ്. ഇപ്പോൾ പാലിയേറ്റീവ് കെയർ നടത്തിപ്പുകളിലേക്ക് ചില തിക്കും തിരക്കും ഒക്കെ നടക്കുന്നുണ്ടെങ്കിലും മുമ്പുകാലത്ത് അങ്ങനെയായിരുന്നില്ല. ആരും ഏറ്റെടുക്കാൻ ഉണ്ടായിരുന്നില്ല. അത്രയധികം താല്പര്യമെടുത്ത് ആരും മുന്നോട്ടുവരാത്ത ഒരുകാലത്ത്, കുറഞ്ഞ ആളുകൾ താല്പര്യമെടുത്ത് ചെയ്തിരുന്ന ഒരു സംവിധാനമായിരുന്നു ഇത്. സ്വാഭാവികമായും കുറേക്കാലം ഒരു സംവിധാനം നടത്തിക്കൊണ്ടുപോകുന്ന സമയത്ത് പുതിയ ആളുകൾ വരുമ്പോൾ അവരുടെ രീതികൾ ഇക്കൂട്ടർക്ക് പിടിക്കാതെ പോവുകയോ അല്ലെങ്കിൽ നമ്മൾ അപ്രസക്തമാകുന്നു എന്ന തോന്നലിൽ നിന്നോ ചില വിമത നിലപാടുകൾ ആളുകളുടെ അടുത്ത് ഉണ്ടാകാം. അങ്ങനെ സംവിധാനങ്ങൾ സ്ഥാപനവത്കരിക്കപ്പെടാം.

സ്ഥാപനവത്കരണം ഒരു പരിധി കഴിഞ്ഞ് പോയിക്കഴിഞ്ഞാൽ ദുരന്തമായിത്തീരും എന്നുതന്നെയാണ് കരുതുന്നത്. എന്നു കരുതി, കെട്ടിടങ്ങൾ ഉള്ളവരെല്ലാം മോശക്കാർ എന്നോ കെട്ടിടങ്ങൾ ഉപയോഗപ്പെടുത്താൻ പാടില്ല എന്നോ അല്ല. പരിശീലന പദ്ധതികൾ ഉണ്ടാക്കുന്നതിനു വേണ്ടി, പോളിസി മേക്കിങിനു വേണ്ടി, കൂടുതൽ ആളുകളെ കണ്ടെത്തുന്നതിനും മറ്റുമായുള്ള ആലോചനകൾക്കു വേണ്ടി, ആളുകൾക്ക് കൂടിയിരിക്കാൻ പറ്റിയ സംവിധാനങ്ങൾ എന്ന നിലയിലൊക്കെത്തന്നെ സ്ഥാപനങ്ങളും ചില കെട്ടിടങ്ങളും ഒക്കെ പ്രയോജനപ്പെട്ടേക്കാം, പക്ഷേ, സ്ഥാപനസംവിധാനങ്ങൾ നിലനിർത്തേണ്ടതിന്റെ ആവശ്യകതയിലേക്ക് പാലിയേറ്റീവ് കെയർ ഫോക്കസ് മാറുമ്പോൾ അവഗണിക്കപ്പെടുക രോഗികൾ തന്നെയാണ്.

എന്റെ ഒരു സുഹൃത്ത് പല പ്രാവശ്യം പറഞ്ഞതുപോലെ, ആവശ്യങ്ങൾക്കുവേണ്ടി ഒരു തരത്തിലും ഒരു ഓഫീസിനു മുന്നിലും വന്നിരിക്കാൻ സാധ്യതയില്ലാത്ത ആളുകളായതു കൊണ്ടുതന്നെ രോഗികളുടെ ഭാഗത്തുനിന്ന് മറ്റേതെങ്കിലും മേഖലയിൽ കാണുന്നതുപോലെ ഒരു ഡിമാൻഡ്, ആവശ്യ സമരം ഉണ്ടാകുമെന്ന് പ്രതീക്ഷിക്കാൻ കഴിയില്ല. ഉണ്ടാവില്ല. സ്വാഭാവികമായും നമ്മുടെ തന്നെ കണ്ടറിയലുകളിൽ നിന്നാണ് അവരുടെ ആവശ്യങ്ങൾ പൂർത്തീകരിക്കപ്പെടുക. അപ്പോൾ ആ കണ്ടറിയലിന് ഈ സംവിധാനങ്ങൾ ഒരുപക്ഷേ തടസ്സമായി വരാം.

എങ്കിലും ‘ഞങ്ങളുടെ നാ

ട്ടിൽ പ്രശ്നമൊന്നുമില്ല, കണ്ടില്ലേ ഞങ്ങളിപ്പോൾ പുതിയ കെട്ടിടം ഉണ്ടാക്കി, കൂടുതൽ വാഹനങ്ങൾ ഉണ്ട്' എന്നൊക്കെ പറയുന്നത് പ്രത്യക്ഷത്തിൽ പാലിയേറ്റീവ് കെയർ എത്രത്തോളം വളർന്നു എന്നതിന്റെ സൂചനയായി കാണാവുന്നതാണ്. പക്ഷേ, അതേ സംവിധാനം എത്ര ഹോം കെയർ യൂണിറ്റുകൾ ഓപ്പറേറ്റ് ചെയ്യുന്നു, ഓരോ ഹോം കെയർ യൂണിറ്റുകളിലും എത്ര രോഗികൾ അതിനകത്ത് സംതൃപ്തരാണ്?

? കേരളത്തിൽ പാലിയേറ്റീവ് കെയർ അതിന്റെ മുപ്പതാം വർഷത്തിലേക്കാണ് പ്രവേശിക്കുന്നത്. വിപുലമായൊരു സോഷ്യൽ ഓഡിറ്റ് സാധ്യമാണോ?

അതൊരു വലിയ കാര്യം തന്നെയാണ്. മുപ്പതാമത്തെ വർഷമാണ് ഇത് കേരളത്തിൽ പാലിയേറ്റീവ് കെയറിന്. കത്തിനിൽക്കുന്ന യുവത്വം എന്നൊക്കെ നമുക്ക് വേണമെങ്കിൽ പറയാം. യുവത്വം എപ്പോഴും ജനങ്ങളെ അഭിമുഖീകരിക്കാൻ വളരെ ധൈര്യമുള്ള ഒരു പ്രായമാണല്ലോ. അപ്പോൾ യുവാക്കൾ സ്വാഭാവികമായും ജനങ്ങളെ അഭിമുഖീകരിക്കും. നമുക്ക് പാലിയേറ്റീവ് കെയറിന്റെ കാര്യത്തിൽ ചോദിക്കാനുള്ളത്, പാലിയേറ്റീവ് കെയറിന് ഈ ധൈര്യം ഉണ്ടോ എന്നതാണ്.

ഈ അടുത്ത് ക്വാളിറ്റി അസസ്മെന്റിന്റെ ഭാഗമായി ഒരു ക്ലിനിക്ക് രോഗികൾക്ക് ആരെന്നോ എന്തെന്നോ വ്യക്തമാക്കാതെ അഭിപ്രായങ്ങൾ എഴുതി അറിയിക്കാനുള്ള സംവിധാനം ഒരുക്കുന്നതിനെ കുറിച്ച് ആലോചിക്കുകയുണ്ടായി. ഷോപ്പുകളിലും പൊതുസ്ഥലങ്ങളിലും ഒക്കെ ബാലറ്റ് പെട്ടികൾ പോലെ പെട്ടികൾ വെച്ചുകൊണ്ട്, തങ്ങൾ ആരെന്ന് അറിയിക്കാതെ തന്നെ ക്ലിനിക്കിന്റെ സേവനങ്ങൾ ലഭ്യമാകുന്ന രോഗികൾക്ക് ആ സേവനങ്ങളിൽ അവർ തൃപ്തരാണോ എന്ന് അറിയിക്കാനുള്ള സംവിധാനമൊരുക്കുകയാണവർ. ആരാണ് ഇട്ടതെന്ന് ഒന്നും ഒരിക്കലും തിരിച്ചറിയാൻ പോകുന്നില്ല. അതിനു വേണ്ടി തയ്യാറാക്കിയ ചോദ്യങ്ങളിൽ ചില ചോദ്യങ്ങൾ കോളം-1 ൽ നോക്കുക.

ഈ ചോദ്യങ്ങൾ ചോദിക്കാനുള്ള ധൈര്യം നമുക്കായോ? ഇപ്പോഴുള്ള എത്ര പാലിയേറ്റീവുകൾക്ക് ഈ ചോദ്യം അനോണിമസായി ഉത്തരം ചെയ്യാനുള്ള തരത്തിൽ ചോദിക്കാൻ സാധിക്കും? അങ്ങനെ പൊതുസമൂഹത്തെ എത്ര യൂണിറ്റുകൾക്ക് അഭിമുഖീകരിക്കാൻ സാധിക്കും? അത് വളരെ പ്രമാദമായ ഒരു ലിറ്റ്മസ് ടെസ്റ്റ് ആയിരിക്കും എന്നാണ് ഞാൻ കരുതുന്നത്. അപ്പോഴാണ് നമുക്ക് യഥാർഥമായ ഒരു ഫീഡ്ബാക്ക് ലഭിക്കുക. നമ്മൾ എത്ര ഹോം കെയർ പോയെന്നതോ കെട്ടിടങ്ങൾ ഉണ്ടാക്കി എന്നതോ നമ്മൾ എത്ര രൂപ ചെലവഴിച്ചു എന്നതോ ഒന്നുമല്ല. അതൊക്കെ പ്രധാനമാണെങ്കിൽ കൂടിയും അതിലും പ്രധാനമായിട്ടുള്ളത് ഒരു രോഗിയും അയാളുടെ ബന്ധുവും തൃപ്തരാണോ എന്നതാണ്. എന്ത് കിട്ടിയാലും ആളുകൾ തൃപ്തിപ്പെടും. അതിൽ സംശയമൊന്നുമില്ല. പക്ഷേ, മനസ്സറിഞ്ഞ് ഒരു രോഗിക്ക് അല്ലെങ്കിൽ ഒരു ഗുണഭോക്താവിന് അല്ലെങ്കിൽ ഗുണഭോക്താവ് ആകാൻ പോകുന്ന ഒരാൾക്ക്, 'ഇല്ല, എനിക്ക് ധൈര്യമുണ്ട്, ഞാൻ കിടന്നുപോയാൽ ഒറ്റപ്പെടില്ല, എന്റെ നാട്ടിലെ പാലിയേറ്റീവ് കെയർ എന്നെ സംരക്ഷിച്ചു കൊള്ളും' എന്ന് ഒരു രോഗിക്ക് ആത്മവിശ്വാസത്തോടെ, അല്ലെങ്കിൽ ഒരാൾക്ക് ആത്മവിശ്വാസത്തോടെ പറയാവുന്ന ഒരു അവസ്ഥയിലേക്ക് ഈ 30 വർഷം കൊണ്ട് മാറിയിട്ടുണ്ടോ എന്നതുതന്നെയാണ് കാര്യമായ ലിറ്റ്മസ് ടെസ്റ്റ്.

? പാലിയേറ്റീവ് സംവിധാനങ്ങളിലേക്ക് യുവതലമുറ ആത്മാർഥമായ ശ്രദ്ധ നല്കുന്നില്ല എന്ന തോന്നലുണ്ടോ.

നിലവിൽ ഞാൻ പ്രവർത്തിക്കുന്ന പരിസരത്തെ വെച്ചുകൊണ്ട് പറയുകയാണെങ്കിൽ, യുവാക്കൾ തന്നെയാണ് പാലിയേറ്റീവ് കെയർ ശക്തിയായി വരുന്നത്. ആദ്യ തലമുറ ഏതാണ്ട് പ്രധാനപ്പെട്ട ആളുകളൊക്കെത്തന്നെ സ്ഥലം ഒഴിഞ്ഞുകൊടുത്തു എന്നുതന്നെയാണ് ഞാൻ കരുതുന്നത്. ഒന്നാം തലമുറ അവിടെ ഏതാണ്ട് പത്തോ മുപ്പതോ വർഷമായി ഫീൽഡിൽ ഉള്ളവരാണ്. അവരുടെ ഒരു യുവത്വ കാലഘട്ടത്തിലാണ്, 30-35 വയസ്സുള്ള സമയത്താണ് പലരും ഈ പാലിയേറ്റീവ് കെയറിനെ ഏറ്റെടുത്തിട്ടുള്ളത്. അവരിൽ പലരും വാർധക്യത്തിലേക്കോ ശാരീരിക അവശതകളിലേക്കോ മാറിക്കഴിഞ്ഞിട്ടുണ്ട്. അല്ലാതെത്തന്നെ അവർ ബോധപൂർവം പല സ്ഥലങ്ങളിലും പുതിയ തലമുറയെ കൊണ്ടുവ

ഈ അടുത്ത് ക്വാളിറ്റി അസസ്മെന്റിന്റെ ഭാഗമായി ഒരു ക്ലിനിക്ക് രോഗികൾക്ക് ആരെന്നോ എന്തെന്നോ വ്യക്തമാക്കാതെ അഭിപ്രായങ്ങൾ എഴുതി അറിയിക്കാനുള്ള സംവിധാനം ഒരുക്കുന്നതിനെ കുറിച്ച് ആലോചിക്കുകയുണ്ടായി. ഷോപ്പുകളിലും പൊതു സ്ഥലങ്ങളിലും ഒക്കെ ബാലറ്റ് പെട്ടികൾ പോലെ പെട്ടികൾ വെച്ചുകൊണ്ട്, തങ്ങൾ ആരെന്ന് അറിയിക്കാതെ തന്നെ ക്ലിനിക്കിന്റെ സേവനങ്ങൾ ലഭ്യമാകുന്ന രോഗികൾക്ക് ആ സേവനങ്ങളിൽ അവർ തൃപ്തരാണോ എന്ന് അറിയിക്കാനുള്ള സംവിധാനമൊരുക്കുകയാണവർ. ആരാണ് ഇട്ടതെന്ന് ഒന്നും ഒരിക്കലും തിരിച്ചറിയാൻ പോകുന്നില്ല.

ഖത്തറിൽ ഫുട്ബോൾ മേള നടക്കുമ്പോൾ അതിന് കാണിക്കുന്ന അത്രതന്നെ ആവേശത്തോടെ, നാളെ ഞാനോ എന്റെ മാതാപിതാക്കളോ കിടപ്പിലാവുമ്പോൾ സംരക്ഷിക്കാനുള്ള സംവിധാനം എന്നത് ഇതാണ്, ഇതൊരു വലിയ സോഷ്യൽ സെക്യൂരിറ്റിയാണ് എന്ന തിരിച്ചറിവോടുകൂടി ഇതിൽ എത്ര യുവാക്കൾ പങ്കെടുക്കുന്നു എന്ന് ചോദിച്ചു കഴിഞ്ഞാൽ, നിലവിൽ ഉള്ള ഫുട്ബോൾ–ക്രിക്കറ്റ് ഫാൻസിന്റെ 10% പോലും പാലിയേറ്റീവ് ഫാൻസ് ഉണ്ടാകുമെന്ന് എനിക്ക് തോന്നുന്നില്ല.

രാനുള്ള താൽപര്യത്തിന്റെ ഭാഗമായിത്തന്നെ മാറിനിൽക്കുകയും മിക്കവാറും പ്രദേശങ്ങളിലൊക്കെത്തന്നെ യുവാക്കളാണ് കൈകാര്യം എന്ന രീതി വരുകയും ചെയ്തിട്ടുണ്ട്. എത്ര ബോധത്തോടു കൂടിയാണ് ഈ ഉൾച്ചേരലെന്നു ചോദിച്ചാൽ, പങ്കെടുക്കുന്ന ആളുകളൊക്കെ നല്ല ബോധത്തിലാണ് എന്നതിൽ സംശയമില്ല.

എങ്കിലും ഖത്തറിൽ ഫുട്ബോൾ മേള നടക്കുമ്പോൾ അതിന് കാണിക്കുന്ന അത്രതന്നെ ആവേശത്തോടെ, നാളെ ഞാനോ എന്റെ മാതാപിതാക്കളോ കിടപ്പിലാവുമ്പോൾ സംരക്ഷിക്കാനുള്ള സംവിധാനം എന്നത് ഇതാണ്, ഇതൊരു വലിയ സോഷ്യൽ സെക്യൂരിറ്റിയാണ് എന്ന തിരിച്ചറിവോടുകൂടി ഇതിൽ എത്ര യുവാക്കൾ പങ്കെടുക്കുന്നു എന്ന് ചോദിച്ചു കഴിഞ്ഞാൽ, നിലവിൽ ഉള്ള ഫുട്ബോൾ ക്രിക്കറ്റ് ഫാൻസിന്റെ 10% പോലും പാലിയേറ്റീവ് ഫാൻസ് ഉണ്ടാകുമെന്ന് എനിക്ക് തോന്നുന്നില്ല. അതൊരു വിമർശനമായി പറയുകയാണോ എന്ന് ചോദിച്ചാൽ, പാതി വിമർശനമായി തന്നെയാണ്.

ഈയടുത്ത കാലത്ത് നടന്ന ഒരു സംഭാഷണം ഓർമ വരുന്നു. ഒരു പ്രദേശത്ത് പാലിയേറ്റീവ് കെയർ ഹോം കെയറിനിടയിൽ ചായക്കടയിൽ ചായ കഴിക്കാൻ ഇരുന്നപ്പോൾ, മുമ്പ് ആ പ്രദേശത്തെ പാലിയേറ്റീവ് കെയർ സംവിധാനത്തിൽ സജീവമായിരുന്ന പ്രായമുള്ള ഒരാൾ ഇപ്പോഴത്തെ പാലിയേറ്റീവ് കെയറിനെ കുറിച്ച് ചില അഭിപ്രായങ്ങൾ പറഞ്ഞു. അദ്ദേഹത്തിന്റേതായ ചില അഭിപ്രായങ്ങൾ പറയുകയും യുവാക്കളെ വേണ്ടത്ര കൊണ്ടുവരുന്നില്ല എന്നൊരു അഭിപ്രായം പറയുകയും ചെയ്തു. അതിന് അദ്ദേഹം പറഞ്ഞത് ഇപ്പോഴത്തെ നേതൃത്വത്തിന്റെ പോരായ്മയാണ് അത് എന്ന രീതിയിൽ തന്നെയായിരുന്നു. കൂടെയുണ്ടായിരുന്ന ഒരു വോളന്റിയർ ഈ കാരണവരെ എതിരിട്ടു ചോദിച്ചു:

ഖത്തറിലെ പന്തുകളി കാര്യമായി നടക്കുന്ന സമയമാണ്. ആര് പ്രചോദിപ്പിച്ചിട്ടും ആര് ബോധവത്കരിച്ചിട്ടുമാണ് പാതിരാത്രി ഉറക്കമിളച്ച് മൂന്നു മണിക്കു പോലും എഴുന്നേറ്റു ചെറുപ്പക്കാർ ടിവി സ്ക്രീനിനു മുമ്പിൽ ഇരിക്കുന്നത്? അത് ആരെങ്കിലും പ്രത്യേക ശ്രമം നടത്തിയതിന്റെ ഭാഗമായിട്ടാണോ? ഏതാണ്ട് പത്തിരുപത്തഞ്ചു കോടി രൂപ ഒരാളുടെയും പ്രേരണയില്ലാതെ തന്നെ കേരളത്തിലെ ഫ്ളക്സ് ബോർഡുകളായി തന്നെ കേരളത്തിൽ ചെലവഴിക്കപ്പെട്ടിട്ടുണ്ട്. ആ അർഥത്തിൽ ആലോചിക്കുകയാണെങ്കിൽ, അതത്ര ആശാവഹമാണെന്നു പറഞ്ഞുകൂടാ.

? *രോഗീപരിചരണത്തിന്റെ പേരിൽ രോഗികളെ പ്രദർശനവസ്തുവാക്കുകയും അവരുടെ ആത്മാഭിമാനം കച്ചവടം ചെയ്ത് ഫണ്ട് കണ്ടെത്തുകയും ചെയ്യുന്ന പ്രവണത ചിലപ്പോഴെങ്കിലും കണ്ടുവരുന്നുണ്ട്. എങ്ങനെയാണ് അതിനെ കാണുന്നത്.*

യാതൊരു സംശയവും വേണ്ട, രോഗികളെ പ്രദർശനവസ്തുവാക്കി വെക്കുക എന്നത് അങ്ങേയറ്റം നിന്ദ്യമായ ഒരു കാര്യമാണ്. അതു മാത്രമല്ല, വളരെ പ്രാദേശികമായ ഒരു വിമർശനം എന്ന നിലയിൽ പറയുകയല്ല, നമ്മുടെ വഴിവക്കുകളിലൊക്കെത്തന്നെ രോഗികൾക്കു വേണ്ടിയുള്ള പണപ്പിരിവുകൾ നടക്കുന്ന പാട്ടുവണ്ടികൾ കാണാറുണ്ട്. ചില സുഹൃത്തുക്കളെങ്കിലും അതിലൊക്കെ ആശങ്കയും പറഞ്ഞുകേട്ടിട്ടുണ്ട്.

അതിൽ കുറച്ചൊക്കെ ശരി ഉണ്ടാവാനുള്ള സാധ്യതയുമുണ്ട്. ഓരോ നാടിനും അവരവരുടെ അവശരായ ആളുകളെ നോക്കാനുള്ള ഒരു സംവിധാനം നമ്മൾ രൂപപ്പെടുത്തുകയാണെങ്കിൽ, അവരിൽ ആലംബശൂന്യരായ ആളുകളെ തൊട്ടടുത്ത പള്ളികളിലോ അല്ലെങ്കിൽ അമ്പലങ്ങളുമായി ബന്ധപ്പെട്ടിട്ടോ അല്ലെങ്കിൽ പാർട്ടി ഓഫീസുകളുമായി ബന്ധപ്പെട്ടോ ഒക്കെത്തന്നെ സംരക്ഷിക്കാനുള്ള സംവിധാനത്തിലേക്ക് നമ്മൾ പോവുകയാണെങ്കിൽ, ഒരു വിശ്വാസക്കുറവിന്റെ പ്രശ്നവും എവിടെയും ഉണ്ടാകാൻ പോകുന്നില്ല.

രോഗികളെ പ്രദർശനവസ്തുക്കളാക്കിവെക്കേണ്ട ആവശ്യവും വരുന്നില്ല. പക്ഷേ, പ്രദർശന സ്വഭാവത്തിന്റെ കാര്യത്തിൽ, മറ്റു പല മേഖലകളിലും ഉള്ളതുപോലെ ഈ മേഖലയിൽ പ്രവർത്തിക്കുന്ന ആളുകൾ സമൂഹത്തിന്റെ പരിച്ഛേദം തന്നെയാണെന്നതിനാൽ, സ്വാഭാവികമായും പാലിയേറ്റീവ് കെയർ മാത്രം ഒരു ഐസൊലേറ്റഡ് വിശുദ്ധിയുടെ ഒരു മേഖലയായി മാറിനിൽക്കാനുള്ള സാധ്യതയില്ല. നമ്മുടെ സമൂഹത്തിൽ കാണുന്ന എല്ലാ പോരായ്മകളും ഒരു പരിധി വ

സെൽഫ് അസസ്മെന്റിന്റെ ഭാഗമായി ഒരു ക്ലിനിക് നൽകിയ ചോദ്യങ്ങൾ

- നിങ്ങൾക്ക് കിട്ടുന്ന പാലിയേറ്റീവ് കെയർ സേവനത്തിൽ നിങ്ങൾ തൃപ്തനാണോ?
  (തൃപ്തിയാണ് /ഏറെക്കുറെ തൃപ്തിയാണ് /തൃപ്തനല്ല)

- രണ്ടാഴ്ചയിൽ ഒരിക്കലെങ്കിലും നഴ്സിന്റെ സേവനം മുറതെറ്റാതെ നിങ്ങൾക്ക് കിട്ടുന്നുണ്ടോ?
  (ഉണ്ട് /ഏറെക്കുറെ/ ഇല്ല)

- മാസത്തിൽ ഒരിക്കലെങ്കിലും പാലിയേറ്റീവ് ഡോക്ടറുടെ സേവനം നിങ്ങൾക്ക് കിട്ടുന്നുണ്ടോ?
  (ഉണ്ട് /ഏറെക്കുറെ/ ഇല്ല)

- ഞായറാഴ്ചകളിൽ പാലിയേറ്റീവ് സേവനം നിങ്ങൾ ആഗ്രഹിച്ചിട്ടു കിട്ടാതെ പോയിട്ടുണ്ടോ?
  (ബാധകമല്ല/ ഉണ്ട്/ ചിലപ്പോൾ/ പലപ്പോഴും/ ഇല്ല)

- വൈകുന്നേരം 5നും കാലത്ത് 9നുമിടയിൽ പാലിയേറ്റീവ് സേവനം നിങ്ങൾ ആഗ്രഹിച്ചിട്ടു കിട്ടാതെ പോയിട്ടുണ്ടോ?
  (ബാധകമല്ല/ഉണ്ട് /ചിലപ്പോൾ /പലപ്പോഴും /ഇല്ല)

- അടിയന്തര സാഹചര്യങ്ങളിൽ പാലിയേറ്റീവ് സേവനം നിങ്ങൾ ആഗ്രഹിച്ചിട്ടു കിട്ടാതെ പോയിട്ടുണ്ടോ?
  (ബാധകമല്ല/ ഉണ്ട് /ചിലപ്പോൾ /പലപ്പോഴും /ഇല്ല)

- മരണാസന്നനായി നിങ്ങളുടെ രോഗി പ്രയാസപ്പെട്ട സാഹചര്യങ്ങളിൽ പാലിയേറ്റീവ് സേവനം നിങ്ങൾ ആഗ്രഹിച്ചിട്ടു കിട്ടാതെ പോയിട്ടുണ്ടോ?
  (ബാധകമല്ല/ ഉണ്ട് / ചിലപ്പോൾ / പലപ്പോഴും/ ഇല്ല)

- ഒന്നോ രണ്ടോ ദിവസത്തേക്കെങ്കിലും നിങ്ങളുടെ രോഗിയെ പരിചരിക്കാൻ ഒരാൾ സഹായം വേണമെന്ന് തോന്നിയപ്പോൾ പാലിയേറ്റീവുകാരുമായി സംസാരിച്ചുനോ

(കോളം-1)

രോഗികളെ പ്രദർശനവസ്തുക്കളാക്കേണ്ട ആവശ്യമില്ല. പക്ഷേ, മറ്റു പല മേഖലകളിലുമെന്ന പോലെ, ഈ മേഖലയിൽ പ്രവർത്തിക്കുന്നവരും സമൂഹത്തിന്റെ ഒരു പരിച്ഛേദമായതിനാൽ, സ്വാഭാവികമായും പാലിയേറ്റീവ് കെയർ മാത്രം ഒരു ഐസൊലേറ്റഡ് വിശുദ്ധിയുടെ ഒരു മേഖലയായി മാറിനിൽക്കാനുള്ള സാധ്യതയില്ല. നമ്മുടെ സമൂഹത്തിൽ കാണുന്ന എല്ലാ പോരായ്മകളും ഒരു പരിധി വരെ പാലിയേറ്റീവ് കെയറിലും പ്രതിഫലിക്കും. സ്വാഭാവികമാണത്.

രെ പാലിയേറ്റീവ് കെയറിലും പ്രതിഫലിക്കും. സ്വാഭാവികമാണത്. ഇങ്ങനെയൊരു സംവിധാനത്തെ ചെറുക്കേണ്ടത് അതിനകത്ത് നടക്കേണ്ട ആത്മവിമർശനപരമായ, പരിഷ്കരണപരമായ ഇടപെടലുകളിലൂടെയാണ്. അതിനു മറ്റു കുറുക്കുവഴികൾ ഒന്നുമില്ല. ഏതൊരു കേഡർ പാർട്ടികളിലും നടക്കാവുന്നതിലേറെ വിമർശനപരമായ സമീപനങ്ങൾ പാലിയേറ്റീവ് കെയർ സംവിധാനത്തിൽ ഇപ്പോഴും സജീവമാണ്.

? 2023 ജനുവരി 15ലെ പാലിയേറ്റീവ് കെയർ ദിന സന്ദേശം 'എന്റെ നാളേക്ക്, എന്റെ പരിചരണത്തിന്' എന്നതാണല്ലോ. ഈ സന്ദേശത്തെക്കുറിച്ച്.

നമ്മുടെ ജീവിതത്തിന്റെ പ്രൊഫൈൽ തന്നെ മാറിക്കൊണ്ടിരിക്കുകയാണ്. സാമൂഹിക സാഹചര്യങ്ങൾ മാറി. ആയുർദൈർഘ്യം വല്ലാതെ വർധിച്ചുകൊണ്ടിരിക്കുന്നു. അഞ്ചാം വയസ്സിൽ മരിച്ചുപോകുന്ന ഒരു പെൺകുട്ടിക്ക് ആർത്തവം ഉണ്ടാകാറില്ല എന്നതുപോലെ, പതിനഞ്ചാം വയസ്സിൽ മരിച്ചുപോകുന്ന ഒരു ആൺകുട്ടിക്ക് ഒരുപക്ഷേ ഡിമൻഷ്യയും വരാറില്ല. പക്ഷേ അയാൾ ഒരു 90 വയസ്സിലേക്കോ നൂറു വയസ്സിലേക്കോ ജീവിക്കുമ്പോൾ ഒരു ഡിമൻഷ്യ കാൻഡിഡേറ്റാണ്. ആയുർദൈർഘ്യം കൊണ്ടുവരുന്ന ഒരുപാട് രോഗങ്ങളുണ്ട്.

അതുപോലെ സാമൂഹിക സാഹചര്യങ്ങളിൽ കേരളത്തിലെ മുഴുവൻ ജില്ലകളും പോപുലേഷൻ വൈസ് സ്റ്റെബിലൈസ് ചെയ്തുകഴിഞ്ഞിട്ടു

ക്കാമെന്നോ/ അവരെ സമീപിക്കാൻ പറ്റുമെന്നോ നിങ്ങൾക്ക് തോന്നിയിട്ടുണ്ടോ?
(ബാധകമല്ല/ ഉണ്ട്/ ചിലപ്പോൾ/ പലപ്പോഴും/ ഇല്ല). ഇക്കാര്യം ഒന്ന് വിശദീകരിച്ച് എഴുതാമോ

- നിങ്ങളുടെ രോഗിയെ ഒന്ന് കുളിപ്പിക്കാനോ വീടിനു പുറത്തുകൊണ്ടുപോകാനോ ആഗ്രഹിക്കുകയും അക്കാര്യത്തിൽ പാലിയേറ്റീവ് സേവനം ആവശ്യപ്പെടാമെന്നോ/ ആവശ്യപ്പെടാനോ നിങ്ങൾക്ക് തോന്നിയിട്ടുണ്ടോ?
(ബാധകമല്ല/ ഉണ്ട്/ ചിലപ്പോൾ/ പലപ്പോഴും/ ഇല്ല). ഇക്കാര്യം ഒന്ന് വിശദീകരിച്ച് എഴുതാമോ?

- മനസ്സു വല്ലാതെ പ്രയാസപ്പെട്ട ഏതെങ്കിലും അവസരത്തിൽ പാലിയേറ്റീവുകാരുമായി സംസാരിച്ചുനോക്കാമെന്നോ/ അവരെ സമീപിക്കാൻ പറ്റുമെന്നോ നിങ്ങൾക്ക് തോന്നിയിട്ടുണ്ടോ?
(ബാധകമല്ല/ ഉണ്ട്/ ചിലപ്പോൾ/ പലപ്പോഴും/ ഇല്ല) ഇക്കാര്യം ഒന്ന് വിശദീകരിച്ച് എഴുതാമോ?

- ട്യൂബ് മാറുക, മുറിവ് കെട്ടുക, മരുന്നു കിട്ടുക തുടങ്ങിയ ചികിത്സാകാര്യങ്ങൾക്കപ്പുറം കുടുംബത്തിൽ സാമ്പത്തികമോ മറ്റേതെങ്കിലും കാര്യത്തിലോ പാലിയേറ്റീവുകാരുമായി സംസാരിച്ചുനോക്കാമെന്നോ/ അവരെ സമീപിക്കാൻ പറ്റുമെന്നോ നിങ്ങൾക്ക് തോന്നിയിട്ടുണ്ടോ?
(ബാധകമല്ല/ ഉണ്ട്/ ചിലപ്പോൾ/ പലപ്പോഴും/ ഇല്ല) ഇക്കാര്യം ഒന്ന് വിശദീകരിച്ച് എഴുതാമോ?

- തുടർച്ചയായ ശ്രദ്ധ നിങ്ങൾ ആഗ്രഹിച്ചിട്ട്, പാലിയേറ്റീവുകാരിൽ നിന്ന് അത് കിട്ടാതെപോയതായി നിങ്ങൾക്ക് അനുഭവപ്പെട്ടിട്ടുണ്ടോ?
(ബാധകമല്ല/ ഉണ്ട്/ ചിലപ്പോൾ/ പലപ്പോഴും/ ഇല്ല) ഇക്കാര്യം ഒന്ന് വിശദീകരിച്ച് എഴുതാമോ?

- രോഗി കിടപ്പിലാവുകയും പാലിയേറ്റീവ് സേവനം സ്വീകരിച്ചു തുടങ്ങുകയും ചെയ്ത ശേഷം രോഗിയുടെ ആവശ്യങ്ങൾക്ക് പാലിയേറ്റീവ് സേവനം മതിയാകാതെ പാലിയേറ്റീവുകാരുടെ നിർദേശമില്ലാതെ തന്നെ മറ്റു ചികിത്സാസൗകര്യങ്ങൾ നോക്കി പോകേണ്ടിവന്നിട്ടുണ്ടോ?
(ബാധകമല്ല/ ഉണ്ട്/ ചിലപ്പോൾ/ പലപ്പോഴും/ ഇല്ല) ഉണ്ടെങ്കിൽ എന്തിനാണെന്ന് പറയാമോ?

ള്ള നാടുകളാണ്. ഇനിയങ്ങോട്ട് ഡിക്ലൈനാണ് പോപുലേഷന്റെ കാര്യത്തിൽ സാധ്യതയുള്ളത്. നേരത്തേ അഞ്ചും ആറും മക്കൾ ഉണ്ടായിരുന്ന കുടുംബങ്ങൾ നാം രണ്ട് നമുക്ക് രണ്ട്, നാം രണ്ട് നമുക്ക് ഒന്ന്, നാം ഒന്ന് നമുക്കെന്തിന് എന്നതിലേക്ക് പോകാനുള്ള സാധ്യത വിദ്യാഭ്യാസ-സാമൂഹിക സാഹചര്യങ്ങൾ കൊണ്ട് ഉണ്ടാകാൻ ഇടയുണ്ട്. പ്രകൃതിയിലെ ഒരു നിർധാരണ പ്രക്രിയയുടെ ഭാഗമാണത്. ജനിക്കുന്ന കുട്ടികളിൽ പകുതിയും മരിച്ചുപോകുമെങ്കിൽ കൂടുതൽ കൂടുതൽ കുട്ടികളെ ജനിപ്പിച്ചുകൊണ്ടേയിരിക്കും. ജനിക്കുന്ന മുഴുവൻ കുട്ടികളും ബാക്കിയാവുകയാണെങ്കിൽ ജനനനിരക്ക് കുറയും. ഇത് സ്വാഭാവികമായ ഒരു പ്രക്രിയയാണ്. അതിന്റെ ഭാഗമായി തന്നെ കേരളത്തിൽ മിക്കവാറും എല്ലാ ജില്ലകളിലും വെസ്റ്റേൺ രാജ്യങ്ങളുടേതിനു സമാനമായ സംവിധാനങ്ങളിലേക്ക് പോവുകയാണ്. പാലിയേറ്റീവ് കെയറിന്റെ ആദ്യകാല പ്രണയികളിലൊരാളായിരുന്ന യാൻ സ്റ്റേൺസ്വാഡ് അദ്ദേഹത്തിന്റെ പുസ്തകത്തിൽ ഇങ്ങനെ എഴുതുകയുണ്ടായി: "പ്രായ

പൂർത്തിയാകുന്ന ഒരു ചെറുപ്പക്കാരൻ അച്ഛൻ വഴിക്കും അമ്മ വഴക്കും ഏതാണ്ട് മൂന്നു തലമുറകളെ, ആറു പേരെ സംരക്ഷിക്കേണ്ട ഒരു ബാധ്യതയിലേക്ക് യൂറോപ്പ് പ്രവേശിച്ചുകഴിഞ്ഞു.”

അത് അധികം വൈകാതെ ഇന്ത്യയിലും സംഭവിക്കാൻ പോകുന്ന ഒരു സാഹചര്യമാണ്. അച്ഛൻ, അമ്മ, അച്ഛന്റെ അച്ഛൻ, അമ്മയുടെ അച്ഛൻ, അച്ഛന്റെ അമ്മ, അമ്മയുടെ അമ്മ എന്നിങ്ങനെ അഞ്ചോ ആറോ ആളുകൾ 30 വയസ്സായ ഒരു ചെറുപ്പക്കാരന്റെ ഉത്തരവാദിത്തമായി വരാവുന്ന ഒരു സാധ്യതയിലേക്കാണ് നമ്മൾ പൊയ്ക്കൊണ്ടിരിക്കുന്നത്. ഇവരിൽ പലരും തന്നെ വിദ്യാഭ്യാസം നേടി തങ്ങൾ ജനിച്ചു വളർന്ന നാടുകളിൽ അവസരം കുറവാണെന്നതിനാൽ തന്നെ മറ്റ് നാടുകളിലേക്ക് ചേക്കേറുക എന്നത് വളരെ സ്വാഭാവികമായ ഒരു സാധ്യതയാണ്. കുട്ടികൾ നോക്കുന്നില്ല എന്നു പരാതിപ്പെടുന്നത് ശരിയായ നയവും നിലപാടും ആയിരിക്കില്ല. അത് അസാധ്യമാകുന്ന ഒരു സാഹചര്യത്തിലേക്കാണ് നമ്മൾ പൊയ്ക്കൊണ്ടിരിക്കുന്നത്.

സ്വാഭാവികമായും ‘എന്റെ നാളേക്ക്, എന്റെ പരിചരണത്തിന്’ എന്ന മുദ്രാവാക്യത്തിന് വലിയ പ്രസക്തിയുണ്ട്. നമുക്ക് ഇന്ന് ആവതുള്ള കാലത്ത് നമുക്കുവേണ്ടി ഒരു സംരക്ഷണ സംവിധാനം, ഒരു സുരക്ഷാ പദ്ധതി, ഒരു സാമൂഹിക സുരക്ഷാ നെറ്റ്വർക്കിങ് പാലിയേറ്റിവ് കെയറിന്റെയോ മറ്റെന്തിന്റെയോ പേരിലാണെങ്കിലും സ്ഥാപിക്കാൻ പറ്റുകയാണെങ്കിൽ, അതായിരിക്കും ഏതൊരാൾക്കും ഭാവിയിൽ ഏറ്റവും വലിയ ഒരു സുരക്ഷാ ഗ്യാരണ്ടി. വളരെ ചെറുപ്പത്തിൽ സഞ്ചയികയിൽ നിക്ഷേപിക്കാനും അതുപോലെ സാമ്പത്തിക സുരക്ഷ നേടാനുമാണ് പറഞ്ഞതെങ്കിൽ, അടുത്ത ഒരു നൂറ്റാണ്ട് കാലം സാമൂഹിക സുരക്ഷയിലേക്ക് നമ്മൾ മാറിച്ചിന്തിക്കേണ്ടതുണ്ട്. അതിനുള്ള കാര്യങ്ങളൊക്കെ ഏതെങ്കിലും രീതിയിൽ വന്നുകൊണ്ടിരിക്കും.

ഓൾഡേജ് ഹോമുകളുടെ ഒരു കാലത്താണ് നമ്മൾ ജീവിക്കുന്നത്. അവിടേക്ക് എത്തിപ്പെടുന്ന ആളുകൾ വിദ്യാഭ്യാസപരമായും സാമ്പത്തികപരമായും പ്രയാസപ്പെടുന്ന ആളുകളൊന്നുമല്ല. അവരുടെ മക്കൾ വിദേശത്താണ്. അവർക്കൊന്നും അമ്മമാരെയും അച്ഛന്മാരെയോ വന്നു നോക്കാനുള്ള സാഹചര്യം ഇല്ലാത്തതാണ്. അവരുടെ സാമൂഹിക സാഹചര്യങ്ങൾ അങ്ങനെയാണ്. അതിന് സാധിക്കാത്ത വിധത്തിലാണ്.

ആ സാഹചര്യത്തിൽ ഇവരെ സംരക്ഷിക്കാൻ വേണ്ടിയാണ് ഓൾഡേജ് ഹോം പോലുള്ള സംവിധാനങ്ങൾ കടന്നുവന്നത്. പക്ഷേ, അവയ്ക്കൊക്കെ താങ്ങാവുന്നതിൽ അപ്പുറമാണ് ഇനി വരാനുള്ള ഭാരം എന്നറിഞ്ഞുകൊണ്ടുതന്നെ, അത്യന്തം പ്രസക്തമായ ഒരു മുദ്രാവാക്യമാണ് ഇപ്രാവശ്യത്തെ ജനുവരി 15നോട് അനുബന്ധമായി മലപ്പുറം ജില്ലയിലെ പാലിയേറ്റീവ് കെയർ പ്രവർത്തകർ ഉയർത്തിക്കൊണ്ടുവന്നിരിക്കുന്നത്. ‘എന്റെ നാളേക്ക് എന്റെ പരിചരണത്തിന്’ എന്ന മുദ്രാവാക്യം. അതൊരു മുദ്രാവാക്യമായി ഒരു കൊല്ലത്തേക്ക് ഒതുക്കാതെ, ജീവിക്കുന്ന ഇടങ്ങളിലൊക്കെ ശ്രദ്ധയിൽ കൊണ്ടുവരേണ്ട പ്രസക്തമായ മുദ്രാവാക്യമാണ് അതെന്നാണ് കരുതുന്നത്. ●