PAIN
AND
PALLIATIVE
CARE SOCIETY

Reaching Out

tenth
anniversary
special

2007

ശ്രീബുദ്ധൻ ആളവി എന്ന ഗ്രാമത്തിൽ തങ്ങുന്ന കാലം. ഗ്രാമവാസികൾ അദ്ദേഹത്തെ ഭിക്ഷയ്ക്കു ക്ഷണിച്ചു. ഊണിനുശേഷം ധർമ്മപ്രഭാഷണം പതിവാണ്. ഗ്രാമത്തിലെ ഒരു സാധുകർഷകൻ അത് കേൾക്കാൻ വളരെ ആഗ്രഹിച്ചു. പക്ഷേ അന്ന് അയാളുടെ ഒരു കാള കൂട്ടംതെറ്റി പോയിരുന്നു. കാളയെ കണ്ടുപിടിച്ചശേഷം പ്രഭാഷണത്തിനു പോകാമെന്നു തീരുമാനിച്ച് അയാൾ കാളയെ അന്വേഷിച്ചു പോയി. തിരിച്ചെത്താൻ വളരെ വൈകി. കാളയെ കൂട്ടത്തിലാക്കി തന്റെ വിശപ്പുമാറ്റാൻ കൂടി നിൽക്കാതെ കൃഷിക്കാരൻ പ്രഭാഷണ സ്ഥലത്തേയ്ക്കു ചെന്നു. ശ്രീബുദ്ധനെ വന്ദിച്ച് ഒതുങ്ങി ഇരുന്നു. അത്രയും നേരം ശ്രീബുദ്ധൻ തന്റെ പ്രഭാഷണം ആരംഭിക്കാതെ കൃഷിക്കാരനുവേണ്ടി കാത്തിരിക്കുകയായിരുന്നു. “ഭക്ഷണമെന്തെങ്കിലും ബാക്കിയിരിപ്പുണ്ടോ” ശ്രീബുദ്ധൻ കാര്യസ്ഥനോട് അന്വേഷിച്ചു. ഉണ്ടെന്നറിഞ്ഞപ്പോൾ കൃഷിക്കാരനെ ഊണുകഴിപ്പിക്കാൻ നിർദ്ദേശിച്ചു. കൃഷിക്കാരൻ ഊണു കഴിച്ചുവന്ന ശേഷം ശ്രീബുദ്ധൻ തന്റെ പ്രഭാഷണം ആരംഭിച്ചു.

തിരിച്ചുപോകും വഴി ശ്രീബുദ്ധൻ ശിഷ്യന്മാരോടു പറഞ്ഞു: “വിശന്നുപൊരിയുന്നവനോടു ധർമ്മം ഓതിയാൽ അയാൾക്കതു മനസ്സിലാക്കാൻ കഴിയില്ല. വിശപ്പിലും വലിയ വിഷമമില്ല.”

പശിതന്നെ പരം രോഗം,
കർമ്മശേഷിപ്പു ദുഃഖവും.
ഇതു നന്നായറിഞ്ഞാകിൽ
നിർവാണം പരമം സുഖം

(ധർമ്മപദം: അദ്ധ്യായം രണ്ട്: ഗാഥ 11– വിവ: മാധവൻ അയ്യപ്പത്ത്)

THRISSUR

Pain and Palliative Care Society
tenth anniversary special 2007

വേദനയും ശമനവും

പി. മോഹനൻ

പെയിൻ ആന്റ് പാലിയേറ്റീവ് കെയർ സൊസൈറ്റി,

റജി. നമ്പർ 591/97, പഴയ ജില്ലാ ആസ്പത്രി കെട്ടിടം, തൃശൂർ-680 001

ഫോൺ: 0487 232212

രജി.ഓഫീസ്: 'മഞ്ജിത്ത്, ചെമ്പൂക്കാവ്, തൃശ്ശൂർ 680 020

വെബ്സൈറ്റ്: www.painandpalliativecarethrissur.org ഇ.മെയിൽ: ppcs.thrissur@gmail.com

ചെയർമാൻ: ഡോ.എ.കെ. ഉണ്ണികൃഷ്ണൻ

സിക്രട്ടറി: ഡോ. സി. സതീഷ്കുമാർ

ജോയിന്റ് സിക്രട്ടറി: പി.കെ. മുരളീധരൻ രാജാ

ട്രഷറർ: ഡോ. കെ. അരവിന്ദാക്ഷൻ

REACHING OUT

എഡിറ്റർ: ഡോ. കുമുദം ഉണ്ണി

സുവനീർ (പരസ്യം കോ-ഓഡിനേറ്റർ: സി.ഡി. സ്കറിയ

അംഗങ്ങൾ: സീന, റീത്ത, മോളി, കെ.പി. അച്ചുതൻ, ശശികുമാർ രാജ, മുരളീധരൻ രാജാ, ഇന്ദിര, എൽസി,. ഡോ. പ്രഭാകരൻ, പരമേശ്വരൻ, ഹെലൻ, മീനാക്ഷി, എം.രാധ, ഉഷ സ്കറിയ, എൻ.ഗീത, കേരളവർമ്മ

എഡിറ്റോറിയൽ ഏകോപനം: ഷീബ അമീർ, എൻ.എൻ. ഗോകുൽദാസ്, ഭാഗ്യലക്ഷ്മി, ശ്യാമള, ഗീത

ഗതാഗതം: വിജയൻ, ജേക്കബ്ബ്

ഓഫീസ് നിർവ്വഹണം: ഷീല, മോഹിനി, മീര

Pain and Palliative Care Society tenth anniversary special 2007

ആയിരത്തിതൊള്ളായിരത്തി തൊണ്ണൂറ്റിയേഴ് നവംബറിൽ തൃശ്ശൂർ കേന്ദ്രമാക്കി രൂപപ്പെട്ട സാന്ത്വന ചികിത്സാകേന്ദ്രം പത്തുകൊല്ലം പിന്നിടുന്നതിന്റെ ഒരടയാളമാണ് ഈ സുവനീർ. ഇക്കാലത്തിനിടയിൽ ഇവിടെയെത്തിയ വേദനിക്കുന്ന മനുഷ്യരാണ്, സുവനീറിലുൾച്ചേർന്നിട്ടുള്ള അന്വേഷണങ്ങളുടെ അടിസ്ഥാനം. അവർ അനുഭവിക്കുന്ന ശാരീരികവും ആത്മീയവും മാനസികവും സാമൂഹ്യവുമായ വേദനകൾ, വിവിധ കോണുകളിൽനിന്ന് നോക്കിക്കാണുവാനുള്ള ശ്രമം സുവനീറിലു്, അപൂർണ്ണമായെങ്കിലും. പരസ്യം തന്നു സഹകരിച്ച വ്യക്തികൾക്കും സംഘടനകൾക്കും നന്ദി. എഴുത്തുകാർക്കും. തൃശൂർ സാന്ത്വനചികിത്സാ കേന്ദ്രത്തിലെ ഓരോ വ്യക്തിയും നിസ്വാർത്ഥമായി സുവനീറിനുവേി പ്രവർത്തിച്ചിട്ടു്. അവരുടെ ആത്മാംശം ഓരോ അക്ഷരത്തുടുപ്പിലും സചേതനമാണ്.

Reaching out

Quarterly of Pain and Palliative Care Soceity
thrissur
tenth anniversary special issue 2007

Edited, printed and published by Dr. Kumudam Unni on behalf of Pain and Palliative Care Society, Old District Hospital, Thrissur 680 001. Designed and produced by Goodlook, Thrissur. For private circulation only.

PART - I

ഉള്ളടക്കം

1	വേദനയും ശമനവും	- പി. മോഹനൻ	4
2	എഡിറ്റോറിയൽ / ഉള്ളടക്കം	-	5
3	ആശംസ	- അമ്പാടി വേണു	7
4	List of Doctors & Para Med.Staff	-	16
5	സംഘടനാരൂപം	-	17
6	വേണം സാന്ത്വനത്തിനു പുതിയ മുഖം	- പി.ആർ.വർഗീസ് മാസ്റ്റർ	18
7	The story so far	- Dr. Kumudam Unni	19
8	തൃശ്ശൂർ പെയിൻ ആന്റ് പാലിയേറ്റീവ് കെയർ സൊസൈറ്റിയുടെ ചരിത്രം	- ഡോ. ഇ. ദിവാകരൻ	21
9	The Pain Enigma	- Dr. A.K. Unnikrishnan	26
10	സാന്ത്വന ശുശ്രൂഷ: ഒരു മനുഷ്യാവകാശ വീക്ഷണം	- എൻ.എൻ.ഗോകുൽദാസ്	28
11	സാന്ത്വന ചികിത്സാ പ്രസ്ഥാനം (അഭിമുഖം)	- ഡോ. സുരേഷ്കുമാർ/ എ. സുരേഷ്.	31
12	വേദന, സാമൂഹ്യത, ആത്മീയത	- ഇന്ദിര, ഭാഗ്യലക്ഷ്മി	36
13	സാന്ത്വന ചികിത്സ, ആയുർവേദത്തിൽ	- ഡോ. സുരേഷ്	40
14	സാന്ത്വനം രോഗിക്കും കുടുംബത്തിനും	- ഡോ. സതീശ് കുമാർ	42
15	സാന്ത്വനചികിത്സയുടെ മാനസികതലങ്ങൾ	- ഡോ. പിഷാരോടി ചന്ദ്രൻ	44

AMBADIU VENU
President
District Panchayath,
Thrissur

Ambadi House
Metha
P.O. Kodungallur
Ph.Office: 0487 2360251
0487 2360455
Res: 0480 2604370
Mob: 9447488251

പെയിൻ ആന്റ് പാലിയേറ്റീവ് കെയർ സൊസൈറ്റിയുടെ പത്താം വാർഷികത്തോടനുബന്ധിച്ചിറക്കുന്ന റീച്ചിങ്ങ് ഔട്ട് വിശേഷാൽ പതിപ്പിന് ഭാവുകങ്ങൾ. സൊസൈറ്റിയുടെയും ജില്ലാ പഞ്ചായത്തിന്റെയും സംയുക്ത സംരംഭമായ സാന്ത്വന ചികിത്സാ കേന്ദ്രത്തിന്റെ പ്രവർത്തനങ്ങൾക്ക് തുടർന്നും ജില്ലാ പഞ്ചായത്തിന്റെ സഹായസഹകരണങ്ങൾ ഉായിരിക്കും.

ആശംസകളോടെ,

അമ്പാടി വേണു
പ്രസിഡന്റ്

GOVERNMENT OF KERALA

Health & Family Welfare (j) Department
Thiruvvanthapuram, Dated: 6.10.98

No. 43592/J3/98/H&FWD

From

The secretary to Government.

To

The Director of Health Services (in name cover)

Sir,

Sub: Starting a palliative care service at Thrissur

Ref: 1. Representation dated 10.9.98 received from Dr. E. Divakaran, M.D. Student in Anaesthesiology, Medical College, Kozhikode.

2. Lr. dated 24.9.98 of Dr. N.R. Rajagopal, Chairman, Pain and Palliative Care Society, Calicut.

I am directed to forward herewith a copy of the representation cited Ist and to request you to post Dr. E.Divakaran, Assistant Surgeon after completion of his M.D. course, in the District Hospital Thrissur, so that he can run the Pain clinic in conjunction with Medical College, Thrissur

Yours faithfully,

M.K. Ravindran,
Under Secretary
for secretary to Government.

December 3, 1998

Sri V. Vijayachandran, IAS,
Secretary to Government,
Health & Family Welfare Department,
Thiruvananthapuram.

Dear Sir,

Thank you for what you conveyed during our telephone conversation on 1-12-98. We have had some preliminary discussions and shall presently proceed with preparation of a project proposal.

We have also had a discussion with Dr. E. Divakaran of Thrissur District Hospital. On return to Thrissur, he will hold local discussions and plan the starting of a clinic at District Hospital/Medical College. I shall keep you posted.

Yours sincerely,

(Dr. M.R. Rajagopal)
Chairman

o. D1-14016/98 District Medical Office, Thrissur
Dated, 11-5-99.

From
The District Medical Officer of Health,
Thrissur
To
Sri. V. Vijayachandran, I.A.S.
Secretary to Govt.,
Health & F.W. Department,
Trivandrum.

Sir,
Sub: Pain and palliative care clinic at Thrissur District
Ref: 1. No. 17353/J3/99/H&FWD (J) Dept., Tvm dt. 8-4-99.
2. G.O. (Rt) 745/99/H&FWD Tvm dt. 10.3.99.

Action were taken to start a pain and palliative care Clinic at Medical college Hospital, Thrissur in collaberation with Medical College, District Hospital and Pain and Palliative care Society, Thrissur.

A preliminary discussion was made on 26.5.99 at Medical college, Thrissur. Representatives from Medical College, District Hospital, Thrissur and pain and palliative care clinic as follows.

Chair person	- Dr. A.K. Unnikrishnan
Vice Chair Person	- Dr. T.D. Beaty, DMOH Thrissur
Secretary	- Dr. E. Divakaran, Dist. Hospital, Tcr.
Treasurer	- Dr. K. Aravindakshan

Administrative Commiettee with the following members.

Dr. Madan Mohan, Principal, M.C.H. Thrissur
Dr. M.L. Dathan, Superitendent, MCH, Thrissur
Dr. P.R. Sasindran, Prof. of Radiotheraphy, MCH, Thrissur
Mrs. Lekaa Sreenivasan, Karuna Inc, USA.
Dr. C.D. Joseph, Omeologist, Amala Cancer Hospital, Thrissur
Sri. E.T. Somasundram, President, Lion’s Janatha Pharmacy, Tcr.
Mr. C.R. Parameswaran
Mr. N.N. Gokuldas

Panel of Consultants:
Chaired by Palliative Care consultant with the following members

1. Prof. of Anaesthesiology
2. “ Omcology
3. “ Surgeory
4. “ Gynaeocology
5. “ Orthopaedics
6. “ E.N.T.
7. “ Physical Medicine

contd.... in next page

It is also decided in the meeting to start the pain and palliative care clinic at the outpatient block of Medical College Hospital, Thrissur from 2 p.m. to 6 p.m. The being with twice weekly ie. on wednesdays and saturdays and to increase the number of days gradnally, We expect to start the Clinic to function from 14th May '99 onwards.

The Hon'able Minister for Health Sri. A.C. Shanmugha Das has kindly consented to inaugurate the function at 10 A.M. on 14.5.99.

Yours faithfully,

District Medical officer of Health

Copy to:

1) Dr. K.S. Nair, Addi. Director of Health Services i/c., (Medi) D.H.S. Thiruvananthapuram 695637

2) Dr. Raichel Cherian Kozhy,

Asst. Prof. in-charge of palliative care project Regional Cancer Centre, Thiruvananthapuram 695011

3) The Superintendent, District Hospital, Thrissur/ Medical College Hospital, Thrissur/ Medical College Chest Hospital, Mulankunnathukavu.

The Principal, Medical College, Mulankunnathukavu, Thrissur.

Dr. Sudheendran, Deputy DMDH, Thrissur

File/-

Department of Anaesthesia,
Medical College Hospital,
Thrissur, Dt. 22-12-1998

From
The Secretary to Government,
Ministry of Health & F.W.
(Through Proper channel)

Sir,
Sub: Anesthesia-MCH Starting a Pain and Palliative Care Clinic in Medical College Thrissur

I submit here with a propoal for starting the Pain and Palliative Care Clinic in Medical College Hospital, Thrissur in collaboration with

a. District Hospital, Thrissur and
b. Pain and Palliative Care Society, Thrissur

I request that orders may be issued giving permission to start the clinic.

Thanking you,

Yours faithfully,

Professor & HOD.

Project proposal for starting Pain and Palliative Care Clinic in Medical College, Thrissur in Collaboration with District Hospital, Thrisur and Pain and Palliative Care Society, Thrissur

Venue: The Clinic is proposed to be starting at the outpatient department of Medical College Hospital, Thrissur. The space will be available in the after noon hours.

Date:- If sanction is given, the clinic can start functioning on the Ist week of February, 1999.

Time: To start with, it may be on twice a week basis, in the afternoon 2 to 6 p.m. increased later according to requirment.

Personnel: a. The following trained people are available:-

1. Dr. E. Devakaran, Secretary, P.P.C.S. Thrissur
2. Dr. Sathee Devi P., Lecturer in Anesthesiology.
3. Dr. Amminikutty, Lecturer in Anesthesiology.
4. Dr. Usha Devi, Asst. Prof. of Anesthesiology

b. The Lecturer who is occupying the post intended for Pain Clinic

1. Dr. Ravi K.R.

They Lecturer who is occupying the post intended for pain clinic

1. Dr. Ravi K.R.

They can (and are willing to) perform their function without detriment to their routine work.

What is require now

1. Formal permission to start the clinic
2. Permission for the above Doctors and any other willing employees to work in the clinic without detriment to their routine work.
3. Permission for the Medical College Hospital, Thrissur to procure the required drugs through the proper channel.

Dr. Geetha Devi
Prof. & HOD in Anesthesiology,
Medical College Hospital, Thrissur.

Government of Kerala
Abstract

Health & Family welfare Department - Starting of a pain and palliative care clinic at Medical College Hospital Thrissur - sanction accorded - orders issued.

....

Health & Family Welfare (J) Department
G.O. (Rt) 745/99/H&FWD Dated, Thirubananthapruam, 10.3.199

Read: 1. Lr. No. F4/1977/99/DME dated 17-2-00 of Director of Medical Education, Thiruvananthapuram.

2. Lr. No. E5-17507/98/MC TCR dated 21.1.00 CE Principal Medical College, Thrissur.

Order

In the circumsatnces reported by Director of Medical Education in the letter read above Government are pleased to accord sanction to start a pain and palliative care clinic at Medical College Hospital Thrissur in colleboration with District Hospital Thrissur and Pain and Palliative care society Thrissur subject to the specific condition that no additional expenditure in this regard will be met by Government.

2. The new pain and palliative Care Clinic at Thrissur will start a community programme by enlisting volunteers for giving home care on the model of pain and paliative care society Kozhikode, who will be asked to assist.

By order of the Governor,

P.P. Gopi
Additional Secretary.

To

1. The Director of Medical Education, Thiruvananthapuram.
2. The Director, Regional cancer Centre, Thriruvananthapuram.
3. Principal, Medical College, Thrissur, Kottayam, Malappuram, Kozhikode and Kannur.
4. The Secretary, pain and paliative care Society, Kozhikode.
5. The Accountant General (Audit/A&E) Thiruvananthapuram.
6. SF/Oc.

Forwarded/ By Order

Section Officer.

Government of Kerala

No. 38662/J3/99/H&FWD
Health & Family Welfare (J) Department Thiruvananthapuram, Deated 20.8-99.

From
The secretary to Government

Sir,
Sub: Providing drugs to pain and palliative care society Thrissur - Reg.
Ref: Lr. dated 27.7.99 from Dr. E.Divakaran, Secretary, pain and palliative care society, Thrissur

I am directed to forwardherewith a copy of the letter cited and to request you to supply drugs to pain and falliateive care society, Thrissur from your stores as this is port of Health & Family welfare Department activity.

Yours faithfully,

T. Chellappan,
Joint Secretary
For Secretary to Govt.

Approved for issue

Section Officer.

നം. ബി3-4303/05/ജി. എച്ച്.

ജില്ലാശുപത്രി
തൃശൂർ

തീയതി: 24-2-2006.

പ്രേക്ഷിതൻ

സൂപ്രണ്ട്

സ്വീകർത്താവ്

ഡോ. ഇ. ദിവാകരൻ
സെക്രട്ടറി
പെയിൻ ആന്റ് പാലിയേറ്റീവ് കെയർ സൊസൈറ്റി
തൃശൂർ

സർ,

വിഷയം: - ജില്ലാശുപത്രി - പെയിൻ ആന്റ് പാലിയേറ്റീവ് കെയർ സൊസൈറ്റി - സംബന്ധിച്ച്

സൂചന - 14-2-2006ന് ജില്ലാശുപത്രിയിൽ കൂടിയ ആശുപത്രി വികസന സമിതി യോഗത്തിന്റെ മിനിറ്റ്സ്.

തൃശൂർ ജില്ലാശുപത്രിയുടെ വികസനസമിതിയുടെ 14-2-06ലെ യോഗതീരുമാനത്തിന്റെ അടിസ്ഥാനത്തിൽ താഴെ പറയുന്ന കാര്യങ്ങൾ താങ്കളെ അറിയിക്കുന്നു.

1. പെയിൻ ആന്റ് പാലിയേറ്റീവ് പഴയ ആശുപത്രി കെട്ടിടത്തിൽ 1-ാം വാർഷിക താൽക്കാലിക സംവിധാനത്തിൽ തുടരുവാൻ അനുവദിച്ചിരിക്കുന്നു.
2. സ്ഥിരമായ നിർമ്മാണ പ്രവർത്തനങ്ങൾ അനുവദിക്കുന്നില്ല.
3. താൽക്കാലിക നിർമ്മാണ പ്രവർത്തനങ്ങൾക്ക് ആശുപത്രി വികസനസമിതിയുടെ മുൻകൂർ അനുവാദം വാങ്ങേണ്ടതാണ്.

വിശ്വസ്തതയോടെ

സൂപ്രണ്ട്

പകർപ്പ്
1. എം.ഒ.
2. നഴ്സിങ്ങ് സൂപ്രണ്ട്
3. ലേ സെക്രട്ടറി ആന്റ് ട്രഷറർ

LIST OF DOCTORS AND OTHER PARA MEDICAL STAFF INTERSTED IN THE PAIN AND PALLIATIVE CARE CLINIC

DOCTORS

1. Dr. E. Divakaran	District Hospital, Thrissur
2. Dr. P.V. Govindan Nair	"
3. Dr. Chandran Pisharody	"
4. Dr. P.D. George	"
5. Dr. Thulasy	"
6. Dr. Padmam	"
7. Dr. V.K. Subhadra	"
8. Dr. Lekha	"
9. Dr. Sdheendran	Dy. Dist. Medical officer of Health, Thrissur
10. Dr. Adbdul Azeez	Medical College, Thrissur
11. Dr. Geetha	"
12. Dr. Kairali	"
13. Dr. Mubrak	"
14. Dr. Ravi	"
15. Dr. Amminikutty	"
16. Dr. Mukundan	"
17. Dr. Sathi	"
18. Dr. Dathan	"
19. Dr. Swaminathan	"
20. Dr. Rajalakshmi	"
21. Dr. Mahadevan	"
22. Dr. Sasindran	"
23. Dr. A.K. Unnikrishnan	Private Hospital
24. Dr. C.N. Parameswaran	"
25. Dr. M.R. Govindan	"
26. Dr. V. Govindankutty	"
27. Dr. Sudheeran	"

STAFF NURSES

1. K.K. Usha	Dist. Hospital, Thrissur
2. K.O. Leenva	"
3. P.N. Jayasree	"
4. E.A. Lilly	"
5. M. Santhakumari	"
6. T.A. Baby	"
7. M.T. Resly	"
8. P.P. Sheeja	"
9. Cini Chacko	"
10. Sasikala	"
11. Pushpam. A.A	"
12. Saramma John	"
13. P.V. Annie	"
14. Radhamani T.B.	"
15. Anice. C.C.	"
16. Ambujam. K.K.	"
17. P.R. Remadevi	"
18. N.P. Remadevi	"
19. A.V. Geetha	"
20. A.A. Lisy	"

PHARMACIST

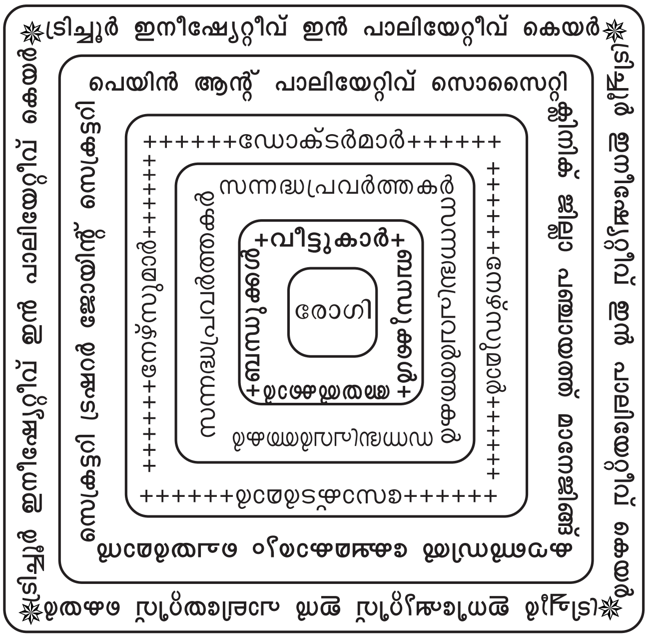
V. Sarojini

Sd/- Distrcti Medical Officer of Health,
Thrissur

BACK TO INDEX

പെയിൻ ആന്റ് പാലിയേറ്റീവ് സൊസൈറ്റി, തൃശ്ശൂർ

സംഘടനാ രൂപം



വർഷം തോറും കൂടുതൽ പേർ സാന്ത്വന ചികിത്സ തേടിയെത്തുന്നു. 1977 നവംബറിലാണ് ക്ലിനിക്കാരംഭിക്കുന്നത്. 1997,98 വർഷങ്ങളിൽ ഇവിടെയെത്തിയ രോഗികളുടെ കണക്കുകൾ, ഞങ്ങളുടെ കൈവശമില്ല. ഡോക്യുമെന്റേഷനിലുള്ള അപാകതയായി ഞങ്ങൾ കുറ്റം സമ്മതിക്കുന്നു. ശേഷമുള്ള വർഷങ്ങളിലെ രോഗികളുടെ വർദ്ധന താഴെ കാണുന്ന പട്ടിക വിശദീകരിക്കുന്നു.

വർഷം	**രോഗികൾ**
1997 നവംബർ, ഡിസംബർ	കണക്കുകൾ ലഭ്യമല്ല
1998	കണക്കുകൾ ലഭ്യമല്ല
1999	195
2000	195
2001	409
2002	402
2003	506
2004	784
2005	802
2007	916

2003-07- വർഷങ്ങളിലെ രോഗികളെ സംബന്ധിച്ച വിവരം

വർഷം	ആൺ			പെൺ			ആകെ		
	കാൻസർ	മറ്റുള്ളവ	ആകെ	കാൻസർ	മറ്റുള്ളവ	ആകെ	കാൻസർ	മറ്റുള്ളവ	ആകെ
2003	324	25	349	149	8	157	473	33	506
2004	429	32	461	305	18	323	734	50	784
2005	430	41	471	307	24	331	737	65	802
2006	465	28	493	362	14	376	827	42	869
2007	508	38	546	339	31	370	847	69	916

തയ്യാറാക്കിയത് - എൻ.എൻ. ഗോകുൽദാസ്, ഇ. ശശികുമാരൻ രാജാ, കെ.പി. അച്ചുതൻ

വേണം, സാന്ത്വനത്തിനു പുതിയ മുഖം

പി..ആർ. വർഗീസ് മാസ്റ്റർ
(ചെയർമാൻ, സ്റ്റാൻഡിംങ്ങ് കമ്മിറ്റി – ആരോഗ്യം – വിദ്യാഭ്യാസം
ജില്ലാ പഞ്ചായത്ത്)

കുറവുകളേറെ ഉണ്ടെങ്കിലും പൊതുജനാരോഗ്യ രംഗത്ത് ഇന്ത്യയിലെ മറ്റു സംസ്ഥാനങ്ങളെ അപേക്ഷിച്ച് ഉയർന്ന നിലവാരം പുലർത്തുന്ന സംസ്ഥാനമാണ് കേരളം. സാക്ഷരതയിൽ ഒന്നാം സ്ഥാനം. ആയുർ ദൈർഘ്യവും ഏറ്റവും കുറഞ്ഞ ശിശു ജനന – മരണനിരക്കും കേരളത്തിനു സ്വന്തം. ശുചിത്വബോധം – വ്യക്തിശുചിത്വത്തിൽ കൂടുതലും സമൂഹശുചിത്വത്തിന്റെ കാര്യത്തിൽ കുറവും. പുതിയ ലോകക്രമം സൃഷ്ടിച്ചെടുത്ത സാമ്പത്തിക വ്യവസ്ഥയെന്ന കാട്ടുനീതി, പണമുള്ളവൻമാത്രം ജീവിച്ചാൽ മതി എന്ന സന്ദേശമാണു നൽകുന്നത്. പണമുള്ളവനു ഭക്ഷണം. വിദ്യാഭ്യാസവും ചികിത്സയും പണമുള്ളവനുമാത്രം. അതിനു പാകത്തിൽ പഞ്ചനക്ഷത്രഹോട്ടലുകളും നക്ഷത്രമുദ്രകളുള്ള ആസ്പത്രികളും. പ്രൈമറി വിദ്യാഭ്യാസത്തിനു പ്രതിമാസം ഒരു ലക്ഷം രൂപ ഒരു കുട്ടിക്ക് ചെലവിടാൻമാത്രം വളർച്ച നേടിയ ഭാഗ്യശാലികൾ ജീവിക്കുന്ന നാട്. എന്നാൽ സാധാരണക്കാരന്റെ ആരോഗ്യരക്ഷയ്ക്കു കാരണ മായതും ആയുർദൈർഘ്യം പടിപടിയായി ഉയർത്തി ക്കൊണ്ടുവരാൻ മണ്ണൊരുക്കിയതും അടി വളമിട്ടതും ആ പഞ്ചനക്ഷത്രസ്ഥാപനങ്ങളല്ല; പനിക്കും ചുമയ്ക്കും കാലുവേദനയ്ക്കും ഒരേ കുപ്പിയിൽനിന്നു മിക്സറും വട്ടത്തിലുള്ള വെളുത്ത ഗുളികകളും നൽകുന്നു എന്ന് ആരോപിക്കപ്പെട്ടിരുന്ന സർക്കാർ ധർമ്മാശുപത്രികളാണ്. ഇന്ന് വെള്ളക്കാരൻ ചവച്ചുതുപ്പി കുപ്പത്തൊട്ടിയി ലെറിഞ്ഞ മൾട്ടി നാഷണലുകളുടെ വിഷഹാരിയായ ഔഷധങ്ങൾ അന്ന് ധർമ്മാസ്പത്രി കളിൽ വിതരണം ചെയ്തിരുന്നില്ല. പുതിയ ക്രമത്തിന്റെ പിറവി പൊതു ജനാരോഗ്യകേന്ദ്രങ്ങളെ തകർക്കാനുള്ള തായിരുന്നു.

ഔഷധങ്ങളുടെ തീ പിടിച്ച വില ഇന്ത്യക്കാർക്ക് പൊതുവേ അനുഭവപ്പെട്ടിരുന്നില്ല. ഔഷധനിർമ്മാണ രംഗത്തെ പേറ്റന്റ് കുറഞ്ഞ വിലയ്ക്കു മരുന്നുകൾ ലഭ്യമായിരുന്ന ഇന്ത്യൻ ഔഷധവിപണിക്കു തീ പിടിക്കാനിടയാക്കി. ചിലയിടങ്ങളിൽ ഡോക്ടർമാരും മറ്റു ആരോഗ്യപ്രവർത്തകരും സേവനമനുഷ്ഠിക്കാൻ വിമുഖത കാട്ടുന്നു. ഇക്കാരണങ്ങളാൽ ഗ്രാമീണ ജനതയ്ക്കു നീതി നിഷേധിക്കപ്പെടുന്നു. പൊതു ജനാരോഗ്യരംഗത്തു ജനകീയമായ ഇടപെടൽ ഉണ്ടാവുകയും പ്രതിരോധപ്രവർത്തനങ്ങളെയും പരിസരശുചീകരണത്തെയും ചിട്ടപ്പെടുത്തുകയും വേണം. രോഗചികിത്സയ്ക്കാവശ്യമായ ആധുനിക സംവിധാനങ്ങളും ഔഷധങ്ങളും സാധാരണക്കാരനു കുറഞ്ഞ ചെലവിൽ ലഭ്യമാക്കുകയും അവ ഉപയോഗ പ്പെടുത്തുന്നുവെന്ന് ഉറപ്പാക്കുകയും വേണം. ബ്യൂറോക്രസിയുടെ കാലഹരണപ്പെടേണ്ട പഴഞ്ചൻ രീതിശാസ്ത്രങ്ങളും ഇച്ഛാശക്തിയുടെ അഭാവവും എത്രയേറെ പ്രതിബന്ധങ്ങൾ രൂപപ്പെടുത്തിയാലും അധികാരവികേന്ദ്രീകരണവും വികേന്ദ്രിതാസൂത്രണവും ഈ മേഖലയിൽ ജനകീയ ഇടപെടലിന്റെ അളവു വർദ്ധിപ്പിച്ചിട്ടുണ്ട്. സൃഷ്ടിപരമായ നിർദ്ദേശങ്ങളിലൂടെ, ശക്തമായ ഇടപെടലുകളിലൂടെ ഈ രംഗം സംശുദ്ധമാക്കാനും കാര്യക്ഷമമാക്കാനും കഴിയണ മെന്നാണു ജനപക്ഷം. ആതുര ശുശ്രൂഷാരംഗത്തു സർക്കാർ – സ്വകാര്യമേഖലകളിൽ ഒട്ടനവധി സ്ഥാപനങ്ങൾ നമ്മുടെ ജില്ലയിൽ പ്രവർത്തിക്കുന്നുണ്ട്. തൃശ്ശൂർ ഗവ. മെഡിക്കൽ കോളേജ് ആശുപത്രി, അമല – ജൂബിലി മെഡിക്കൽ കോളേജുകളുമായി ബന്ധപ്പെട്ട ആശുപത്രികൾ, ജില്ലാ – അലോപ്പതി, ആയുർവേദ ഹോമിയോ ആസ്പത്രികൾ, അഞ്ചു താലൂക്കാശു പത്രികൾ, ബ്ലോക്കുതലത്തിലുള്ള കമ്മ്യൂണിറ്റി ഹെൽത്ത് സെന്ററുകൾ, പഞ്ചായത്തു തലങ്ങളിലെ പിഎച്ച്സികൾ, ഇവയ്ക്കൊക്കെപ്പുറമേ നൂറുകണക്കിന് ചെറുതും വലുതുമായ സ്വകാര്യരംഗത്തെ ചികിത്സാകേന്ദ്രങ്ങൾ.

ആരോഗ്യരംഗത്ത് ഇത്രയും വിപുലമായ സംവിധാനങ്ങളുണ്ടായിട്ടും അശരണരും വേദന തിന്നു ജീവിക്കുന്നവരുമായ പരശ്ശതം മനുഷ്യർ നമ്മുടെ ഇടയിലുണ്ട്. പ്രായാധിക്യം മൂലമുള്ള ബുദ്ധിമുട്ടുക ളുള്ളവർ, കാൻസർ രോഗികൾ, പക്ഷാഘാതം ബാധിച്ചവർ, മറ്റു പല കാരണങ്ങളാൽ തളർന്നു കിടപ്പായവർ, ദീർഘകാല ചികിത്സ ആവശ്യമുള്ള പ്രമേഹരോഗികൾ, അപസ്മാരരോഗികൾ, ദീർഘ കാലമായി മാനസിക രോഗമുള്ളവർ തുടങ്ങി സ്ഥിരമായി ചികിത്സയും പരിചരണവും ആവശ്യമുള്ള ഒട്ടനവധി പേരുണ്ട്. കുടുംബങ്ങളിലെ കൊടും പട്ടിണി കൂടിയാകുമ്പോൾ അവരനുഭവിക്കുന്ന നരകയാതനകൾ വാക്കുകൾകൊണ്ട് അവതരിപ്പിക്കാ നാവില്ല. വേദനയും പട്ടിണിയും ഒത്തുചേരുമ്പോൾ അതിജീവന കരുത്തില്ലാത്തവർ എന്തുചെയ്യുമെന്ന് ഊഹിക്കാമല്ലൊ. നമ്മുടെ സമൂഹം കൂടുതൽ ചിന്തിക്കുകയും സാധ്യതകൾ കണ്ടെത്തി വലിയ സഹായസൗകര്യങ്ങളൊരുക്കി സാന്ത്വനവും ചികിത്സയും നടത്തേണ്ട ഒരു മേഖലയാണിത്. സംസ്ഥാപന വ്യാപകമായി സാന്ത്വനപ്രവർത്തനങ്ങൾ നടത്താൻ തയ്യാറായി മുന്നോട്ടു വരുന്ന ഉദാരമതികളായ വ്യക്തികളും സ്ഥാപനങ്ങളുണ്ടെന്നതു മനുഷ്യത്വത്തിന്റെ നീർച്ചാലു കൾ വറ്റിവരണ്ടിട്ടില്ലെന്നതിന്റെ സാക്ഷ്യം. തൃശ്ശൂർ കേന്ദ്രമായി പ്രവർത്തിക്കുന്ന പെയിൻ ആന്റ് പാലിയേറ്റീവ് കെയർ സൊസൈറ്റി ഈ മേഖലയിൽ നിശ്ശബ്ദമായി സേവനമനുഷ്ഠിക്കുന്ന ഒരു മഹദ് സംരംഭമാണെന്നു നിസ്സംശയം പറയാം. നൂറുകണക്കിനു നിരാലംബരായ

രോഗികൾക്കു പരിചരണങ്ങളും മരുന്നും പട്ടിണിക്കാർക്കു ഭക്ഷണവും നൽകിവരുന്ന ഈ സൊസൈറ്റി തൃശ്ശൂർ ജില്ലാ ആശുപത്രിയോടനുബന്ധിച്ചു പ്രവർത്തിക്കുന്നു. അശരണരും വേദനകൊണ്ടു തീ തിന്നുന്നവരുമായ രോഗികളെ വീട്ടിൽ ചെന്നു ശുശ്രൂഷിക്കുന്നു, മരുന്നുകൾ നൽകുന്നു. യാത്ര ചെയ്യാനാകാത്തവർക്കു സാന്ത്വന കേന്ദ്രത്തിൽവെച്ചു ശുശ്രൂഷകളും മരുന്നും നൽകി സമാശ്വസിപ്പിക്കുന്ന ഇതിന്റെ പ്രവർത്തകർ മഹത്തരമായ ജീവിത ദൗത്യമാണു നിർവഹിക്കുന്നത്. പ്രവാസികളും ഡോക്ടർമാർ, വ്യവസായികൾ, ബാങ്ക് ഉദ്യോഗസ്ഥർ, കലാ സാംസ്കാരികരംഗങ്ങളിൽ പ്രവർത്തിക്കുന്നവർ, മാധ്യമസുഹൃത്തുക്കൾ, സർവോപരി പൊതു പ്രവർത്തകർ – അവരാരുംതന്നെ പേരും പ്രശസ്തിയും ആഗ്രഹിക്കാത്തവരായതുകൊണ്ട് – അവരുടെ പേരുകളൊന്നും തന്നെ ഇവിടെ പരാമർശിക്കുന്നില്ല. അവശത അനുഭവിക്കുന്നവരുടെ പ്രശ്നങ്ങളിൽ ഭൂരിഭാഗവും സാമൂഹ്യപ്രശ്നങ്ങളാണ്. മരണത്തോടെ മാത്രം അവസാനിക്കുന്ന മാറാവ്യാധികൾ പിടിപ്പെട്ട രോഗികൾക്ക് ആവശ്യമായ പരിചരണവും സാന്ത്വനവും നൽകാൻ ഔദ്യോഗിക ഏജൻസികൾക്കാവില്ലയെന്നുത് പ്രശ്നത്തെ കൂടുതൽ സങ്കീർണ്ണമാക്കുന്നു. സമഗ്രവും ശാസ്ത്രീയവുമായ ഒരു ലോകപരിവർത്തനത്തിന്റെ വർത്തമാനം സൃഷ്ടിക്കപ്പെടുന്നതുവരെ, വേദനകൊണ്ട് പുളയുന്ന, പട്ടിണികൊണ്ടു മരിച്ചു ജീവിക്കുന്ന അവശരെയും ആർത്തരെയും പരിരക്ഷിക്കേണ്ട ബാദ്ധ്യത ജീവനുള്ള ആ സമൂഹത്തിനുണ്ട്.

• • • • • • • • • • • • • • •

BACK TO INDEX

THE STORY SO FAR

Dr. Kumudam Unni (Editor - Reaching Out)

A few years ago, I was asked by a friend as to how I came to be working in Palliative Care. At that time, Palliative Care (PC) used to synonymous with terminal cancer care. In all innocence, I replied that cancer facinates me. She was shocked and horrified to hear this. Moving a relative afflicted with cancer , she had enough by way of experience of walking the length and breadth of cancer institutes, seeing the disease ravage young or old , rich or poor, with all its ramifications. 'Facinate' was not a word to be used with cancer, as far as my friend was concerned.

Besides her very humanistic experiences, my limited cancer experience of seeing cancer cells in the laboratory paled in comparison. In the laboratory, growing under controlled conditions, the way a cancer cell behaves is vastly different from how a normal cell behaves and that is facinating. But this aspect, when transplanted into a living human being evokes fear, revulsion, pity, sympathy and whole gamut of emotions in a layman. Some would not even think of offering support to cancer patient. Many are people who have asked me whether I do n't feel depressed seeing so much suffering, I do n't, nor have I heard anybody in this field complain about being depreesed. Perhaps because we feel there 's so much to be done for the patients. After getting trained as a volunteer, the outlook towards the patient is positive. There is always something that can be done to improve the situation a patient faces which is what PC is all about.

This is one reason why we decided to bring out a regular, news letter. To educate the public about palliative care, to inform our well wishers about the activities of our society and in between, to include some general articles on cancer and treatment methods.

Nowadays PC has come to encompass all chronically ill and bedridden patients. People with Periphereal Vascular Diseases (PVD) arising out of smoking, Paraplegic patients due to a fall or accident, patients with kidney disorders, patients with mental ill health, infact anybody who is chronically ill and/ or bedridden, unable to take part in normal human activities. For such patients, what a conventional doctor / sister can do is very limited, it is upto the general society and people encompassing it to lessen their distress and suffering. To this end, I have tried to include in the editorials in Reaching Out issues some points to think about.

Choosing one's attitude in any given set of circumstances the pride of place. According to Viktor Frankl's Logo therapy, choosing one's attitude is the last of freedoms available to man which nobody can take away. And in any given situation, choosing to remain positive helps to face the situation tremendously.

Christine Clifford and her cancer club comes next. Christine Cliford is a cancer survivor and a few days into knowledge about her cancer she 'discovered' the piower of laughter. The mental picture was so powerful, she has written whole books on the subject complete with cartoons for better effect. One such book is ' Cancer Has its Privilege: Stories of Hope and Laughter' written by Christine. Read on and you will discover that laughter is noy only the best medicine, it is the sunny side of existence. But it is important that

it is the patient who has to admit that timing is right for laughter to be admitted into his/her life.

The Staine's story that hit headlines gave another piece to be included in the editorial. By forgiving her family's killers so unreservedly Gladys Staines has demonstrated the power of healing under the act of forgiveness not only to our enemies, but also to ourselves. So many of our patients have an underlying anger in them - why me ? attitude. Where we are directly responsible for our condition or not, it is essential that we first and foremost forgive ourselves and allow healing to take place.

If we can talk to others about our anger, our negative feelings, that can also help. Towards this end, patient forums serve to bring a feeling of closeness. Such a patient forum was organized in 2004, bringing in people from all walks of life, for a day, to be spent in the company of our patients and a close relative. For many of the patients, it was a first time experience to share their thoughts and voice their concerns. It certainly was an emotionally charged day.

What most patients want is to have their pain relieved, avoid being a burden to their family and maintain a sense of control and dignity. The answer for this seems to lie in hospice care. Hospice meant for terminally ill patients living in a home which has all facilities for their care. In situations where a cure is no longer possible., a change in focus to giving them maximum possible comfort is needed. Hospices fulfill this criteria. To acknowledge the role of hospices and PC Day generally falls on Oct. 8. individual PC units can arrange programs either as awareness drive for fund raising on this day. What is special about this ocassion is that PC volunteers the world over are unified on this day.

The Road Ahead

With PC now encompassing all clinically ill patients, it is natural that a shift in focus from cancer is required. Problems faced by bedridden will be stressed,so also possible solutions. The identity crisis faced by the so disabled when they are suddenly faced with inability to work is a case in point. Who we are and what we do are two very different things, but very often, these two overlap and what we do, often identifies totally with our being. And when suddenly faced with a debilitating illness, plus the loss of job leading to financial insecurity, the patient often gropes in the dark, as to who they are, in essence. It will take a while to be on firm ground.

Spiritual care in a journey that involves helping people to come to terms with the fact that their life will end sooner, than later. We should explore with the patients what they want and need and allow the patients " to be". There is also scope to help the patients identify their own coping mechanism and direct care to support them.

Those people who are denied physical intimacy and tenderness due to mutilating surgery and chronic disease are extremely vulnerable to depression. Likewise the partner of the patient might need support and help to explore new ways of expressing love and affection. Patients who are seriously ill have depleted energy reserves. The normal tasks of eating, grooming and excreting become onerous and difficult. However, research has shown that patients do enjoy being hugged and cuddled, even when seriously ill or dying. We owe it to the dying to enable them to make the best of the life that is left and to the partners who will soon be bereaved, we owe the opportunity for cherished memories.

Society's attitude towards death may have a significant influence on bereavment outcome. So long as death is seen as a totally negative experience, to be avoided at all costs and pushed into the background, the process of grief will be seen as something to fear and avoid. If death can have a more central place , perhaps, the process of grief can be better understood and accepted. This would allow the bereaved to have some time and space to move at their own pace and in their own way through their grief.

Quality doesn't happen by accident. There needs to be carefull planning to ensure consistent quality in PC. For this, both research and audit is essential. There are six dimensions to illuminate quality in health care.

Appropriateness: that the service is what the population needs.

Accessibility: that the services are accessible.

Effectiveness: that the service is achieving the intended benefit for both the individual and population.

Acceptability: that the services are provided such as to satisfy the reasonable expectations of patients.

Efficiency: that resources are not wasted on one service to the detriment of another.

Equity: that there is a fair share for the population.

Research is concerned with covering the right thing to do ; audit with ensuring that it is done right. Research is aimed at primarily concerned with improving standards of care. Audit and research are interdependent.

• • • • • • • • • • •

BACK TO INDEX

തൃശ്ശൂർ പെയ്ൻ ആന്റ് പാലിയേറ്റീവ് കെയർ സൊസൈറ്റിയുടെ ചരിത്രം

ഡോ. ഇ. ദിവാകരൻ
(ഡയറക്ടർ, ഇൻസ്റ്റിറ്റ്യൂട്ട് ഓഫ് പാലിയേറ്റീവ് കെയർ, തൃശ്ശൂർ)

ആധുനിക വൈദ്യശാസ്ത്രരംഗത്തെ സമീപകാലത്തുണ്ടായ ഏറ്റവും ശ്രദ്ധേയമായ ഒരു സംഭവം പാലിയേറ്റീവ് കെയർ എന്ന ശാസ്ത്രശാഖയുടെ ആവിർഭാവമാണെന്നു പറയാം. കാൻസർ രോഗികളുടെ ജീവിതാന്ത്യം ക്ലേശരഹിതമാക്കുക എന്ന വളരെ പരിമിതമായ ലക്ഷ്യത്തിൽ തുടങ്ങിയ പാലിയേറ്റീവ് കെയർ ഇന്ന് ആധുനിക വൈദ്യശാസ്ത്രത്തിന്റെ കാഴ്ചപ്പാടിലും പ്രയോഗത്തിലും കാതലായ മാറ്റമുളവാക്കിക്കൊണ്ട് ഒരു ബഹുജനപ്രസ്ഥാനമായി വളർന്നു കഴിഞ്ഞിരിക്കുന്നു.

1967 – ലാണ് സിസിലിസോണ്ടേഴ്സ് ആദ്യത്തെ പാലിയേറ്റീവ് കെയർ സെന്ററായ "സെന്റ് ക്രിസ്റ്റോഫേഴ്സ് ഹോസ്പീസ്" ലണ്ടനിൽ തുടങ്ങുന്നത്. തുടർന്ന് വളരെ വേഗംതന്നെ യൂറോപ്പിന്റെ മറ്റു ഭാഗങ്ങളിലും അമേരിക്കയിലും ഇത്തരം ഹോസ്പിസുകൾ ഉണ്ടാവുകയും ചെയ്തു. എന്നാൽ ഇന്ത്യയിൽ പാലിയേറ്റീവ് കെയർ പ്രചാരത്തിലാവുന്നത് പിന്നെയും വളരെ കഴിഞ്ഞിട്ടാണ്. ഇതിനുകാരണം പാലിയേറ്റീവ് കെയർ നടപ്പാക്കിയിരുന്ന രീതിയായിരുന്നു. ലോകത്തിൽ 3-ൽ 2 രോഗാതുരരും ജീവിക്കുന്നത് ഇന്ത്യയെപ്പോലുള്ള വികസ്വരരാജ്യങ്ങളിലാണ്. ഇവിടത്തെ വിഭവശേഷിയാകട്ടെ ലോകത്തിന്റെ മൊത്തം വിഭവശേഷിയുടെ 5 ശതമാനമേ വരൂ. ഈ സാഹചര്യത്തിൽ പാശ്ചാത്യമാതൃകയിലുള്ള ഹോസ്പിസുകൾ വഴി നമ്മുടെ നാട്ടിലെ പാലിയേറ്റീവ് കെയർ ആവശ്യങ്ങൾ നിവർത്തിക്കാനാവില്ലതന്നെ. ഈ ഒരു തിരിച്ചറിവാണ് കോഴിക്കോട്ടെ പെയ്ൻ ആന്റ് പാലിയേറ്റീവ് കെയർ സൊസൈറ്റിയെ ഒരു പുതിയ മാതൃക പരീക്ഷിക്കാൻ പ്രേരിപ്പിച്ചത്. നിലവിലുള്ള സർക്കാർ സ്ഥാപനങ്ങളുടെ സൗകര്യങ്ങൾ പരമാവധി പ്രയോജനപ്പെടുത്തുക, രോഗപരിചരണത്തിൽ വീട്ടുകാരെയും സന്നദ്ധപ്രവർത്തകരെയും പങ്കാളികളാക്കുക, പോരായ്മകൾ സമൂഹത്തിൽനിന്നു വിഭവസമാഹരണം നടത്തി പരിഹരിക്കുക എന്നതൊക്കെയാണ് ഈ മാതൃകയുടെ സവിശേഷതകൾ. മൂന്നാം ലോകരാജ്യങ്ങൾക്കൊക്കെ മാതൃകയാക്കാവുന്ന ഒന്നാണിതെന്നു മനസ്സിലാക്കിയ ലോകാരോഗ്യസംഘടന കോഴിക്കോട്ടെ ഈ കേന്ദ്രത്തെ ഒരു 'ഡെമോൺട്രേഷൻ പ്രോജക്ട്" ആയി അംഗീകരിച്ചു. തുടർന്നുണ്ടായ സംഭവങ്ങൾ, പ്രത്യേകിച്ച് 'Neighourhood Network in Palliatin care' എന്ന സംരംഭവും മറ്റും ആതുര ശുശ്രൂഷാരംഗത്ത് ആരോഗ്യകരമായ ജനകീയ ഇടപെടലിനുള്ള ഭൂമിക ഒരുക്കാൻ പര്യാപ്തമായി.

ഈ പശ്ചാത്തലത്തിൽ 10 വർഷം പിന്നിടുന്ന തൃശ്ശൂരിലെ പെയ്ൻ ആന്റ് പാലിയേറ്റീവ് കെയർ സൊസൈറ്റിയുടെ ഉത്ഭവവും വളർച്ചയും ഒന്നവലോകനം ചെയ്യുന്നത് നന്നായിരിക്കുമെന്ന് തോന്നുന്നു. 1995–ലാണ് ഞാൻ കോഴിക്കോട് മെഡിക്കൽ കോളേജിൽ അനസ്തീസിയ വിഭാഗത്തിൽ ഉപരിപഠനത്തിനായി ചേരുന്നത്. അനസ്തീയ വിഭാഗത്തിന്റെ തണലിൽ (അനസ്തീസിയ പ്രൊഫസർ ഡോ. എം.ആർ. രാജഗോപാൽ ആയിരുന്നു സൊസൈറ്റിയുടെ സ്ഥാപക ചെയർമാൻ) രണ്ടു വയസ്സുപോലും തികയാത്ത പെയ്ൻ ആന്റ് പാലിയേറ്റീവ് കെയർ ക്ലിനിക് എന്നെ വളരെ പെട്ടെന്നുതന്നെ ആകർഷിച്ചു. ഡോ. രാജഗോപാലും ഡോ. സുരേഷ്കുമാറും, ലിസി, മീന എന്നീ വളണ്ടിയർമാരും ചേർന്നു നടത്തിയിരുന്ന ക്ലിനിക് എല്ലാ അർത്ഥത്തിലും പുതിയൊരനുഭവമായിരുന്നു. രോഗപരിചരണത്തിൽ എനിക്ക് മൂല്യവത്തായി തോന്നിയ പല ഘടകങ്ങളും, സ്വന്തം practiceൽ അനുഭവിക്കാൻ സാധിക്കാതെ പോയത്, എല്ലാംതന്നെ വളരെ സമൃദ്ധമായി അവിടെ കാണാൻ കഴിഞ്ഞു. രോഗത്തിന്റെ ലേബലുകൾക്കപ്പുറത്ത് രോഗിയുടെ രോഗാനുഭവത്തെ അഭിസംബോധന ചെയ്യുന്ന രീതി, പ്രൊഫഷനൽ രഹസ്യാത്മകതയെ പൊളിച്ചുകൊണ്ട് രോഗിയുമായുള്ള തുറന്ന സമീപനം, രോഗിയോടും ഉറ്റവരോടുമുള്ള പെരുമാറ്റത്തിലെ ആർജ്ജവം, രോഗിയും ബന്ധുക്കളും ഡോക്ടർമാരും നഴ്സുമാരും സന്നദ്ധപ്രവർത്തകരും പങ്കുവെയ്ക്കുന്ന ഹൃദ്യമായ പാരസ്പര്യം എല്ലാംതന്നെ എന്നെ അത്യധികം ആകർഷിച്ചു.

കോഴിക്കോട്ടെ എന്റെ ഉപരിപഠനം കഴിയുന്നതിനു മുമ്പുതന്നെ തൃശ്ശൂരും ഇത്തരമൊരു പാലിയേറ്റീവ് കെയർ സെന്റർ ഉണ്ടാക്കിയെടുക്കുവാനുള്ള ശ്രമമായി പിന്നെ. ഒരു സഹായത്തിന് എനിക്ക് ആശ്രയിക്കുവാൻ ഒരേ ഒരാൾ മാത്രമേ അന്ന് തൃശ്ശൂരിലുണ്ടായിരുന്നുള്ളൂ. തൃശ്ശൂർ മെഡിക്കൽ കോളേജിലെ അനസ്തിനിയ പ്രൊഫസറായിരുന്ന ഡോ. എ.കെ. ഉണ്ണികൃഷ്ണൻ oxford ലെ Internatinal School for Cancer Care - ൽനിന്നു പാലിയേറ്റീവ് കെയർ പരിശീലനം സിദ്ധിച്ച അദ്ദേഹം അനസ്തിസിയ വിഭാഗത്തിൽ ഒരു Pain clinic നടത്തിയിരുന്നു. ഒരു പാലിയേറ്റീവ് കെയർ സംരഭത്തിന് പ്രൊഫഷനലുകൾമാത്രം പോരല്ലോ. രോഗത്തെക്കുറിച്ചും കഷ്ടപ്പാടിനെക്കുറിച്ചും ചിന്തിക്കുകയും പ്രതികരിക്കയും ചെയ്യുന്ന നല്ല സംവേദനക്ഷമതയുള്ള സാധാരണക്കാരുടെ ഒരു കൂട്ടായ്മവേണം. ആരോഗ്യരംഗത്തെ പൊരുത്തക്കേടുകളെക്കുറിച്ച് വേവലാതിപ്പെടുകയും ബദലുകൾക്കായി അന്വേഷിക്കുകയും ചെയ്യുന്ന ഒരു സമൂഹം അന്ന് തൃശ്ശൂരിൽ സജീവമായിരുന്നു. മാനസി, ജനാരോഗ്യ എന്നീ സംഘടനകൾ ഈ ദിശയിൽ ഉണ്ടായിവന്ന മുൻകയ്യുകളായിരുന്നു. ഈ സമൂഹത്തിൽനിന്നും സമാന ചിന്താഗതിയുള്ള കുറച്ചു പേരെ കണ്ടെത്തുകയായിരുന്നു ആദ്യപടി. സാഹിത്യകാരനും ജാഗ്രത്തായ രാഷ്ട്രീയാവബോധമുള്ളയാളുമായ സി.ആർ. പരമേശ്വരൻ, എഴുത്തുകാരനായ കെ. അരവിന്ദാക്ഷൻ, ആരോഗ്യമേഖലയിലും മനുഷ്യാവകാശപ്രസ്ഥാനങ്ങളിലും സജീവമായി പ്രവർത്തിക്കുന്ന കോളേജ് അദ്ധ്യാപകനായ ഗോകുൽദാസ്, മനോരോഗവിദഗ്ദ്ധനും നല്ലൊരു ഗായകനുമായ ഡോ. പിഷാരോടി ചന്ദ്രൻ, സാമൂഹ്യപ്രതിബന്ധതയുള്ള ഡോ. സി.എൻ. പരമേശ്വ

രൻ എന്നിവരെ ചേർത്താണ് 1997-ൽ തൃശ്ശൂരിലെ പെയ്ൻ ആന്റ് പാലിയേറ്റിവ് കെയർ സൊസൈറ്റി രൂപീകരിക്കുന്നത്. ഡോ. എ.കെ. ഉണ്ണികൃഷ്ണൻ ചെയർമാനും ഞാൻ സിക്രട്ടറിയും അരവിന്ദാക്ഷൻ ട്രഷറും മറ്റു നാലുപേർ ഗവേണിങ്ങ് കൗൺസിൽ മെമ്പർമാരുമായി സൊസൈറ്റി റജിസ്റ്റർ ചെയ്തു.

കോഴിക്കോട് മാതൃകയിൽ ഇവിടെയും മെഡിക്കൽ കോളേജിൽ ക്ലിനിക്ക് ആരംഭിക്കാനായിരുന്നു പരിപാടി. എന്നാൽ അപ്പോഴേക്കും ഡോ. ഉണ്ണികൃഷ്ണൻ കോളേജ് വിട്ട് വെസ്റ്റ് ഫോർട്ട് ആശുപത്രിയിലേക്കു മാറിയിരുന്നു. കോഴിക്കോട്ടെ എന്റെ ഉപരിപഠനമാകട്ടെ കഴിഞ്ഞിരുന്നുമില്ല. അതുകാരണം ഒരു താൽക്കാലിക സംവിധാനമെന്ന നിലയിൽ 1992 നവമ്പറിൽ വെസ്റ്റ് ഫോർട്ട് ആശുപത്രിയിൽ ക്ലിനിക്ക് തുടങ്ങി. പാലിയേറ്റീവ് കെയർ ഇന്ത്യയിൽ പ്രചരിപ്പിക്കുന്നതിൽ മുൻപന്തിയിലായിരുന്ന മിസ്. ജില്ലി ബേൺ ആണ് ക്ലിനിക്കിന്റെ ഉദ്ഘാടനം നിർവ്വഹിച്ചത്. ഒന്നരവർഷത്തോളം പാലിയേറ്റീവ് കെയർ ക്ലിനിക്ക് അവിടെ പ്രവർത്തിച്ചു.

1998-ൽ എന്റെ ഉപരിപഠനം കഴിഞ്ഞ് തൃശ്ശൂരിൽ തിരിച്ചെത്തിയതോടെ ക്ലിനിക്ക് മെഡിക്കൽ കോളേജിലേക്കു മാറ്റാനുള്ള ശ്രമവും ആരംഭിച്ചു. ഡോ. എം.ആർ. രാജഗോപാലും അന്നത്തെ ഹെൽത്ത് സെക്രട്ടറി ശ്രീ. വി. വിജയചന്ദ്രൻ ഐ.എ.എസ്സും ഇതിനായി കാണിച്ച ഉത്സാഹം പ്രത്യേകം സ്മരിക്കപ്പെടേണ്ടതാണ്.(1) അന്നത്തെ തൃശ്ശൂർ ജില്ലാ മെഡിക്കൽ ഓഫീസർ ഡോ. ടി.സി. ബെറ്റിയും തൃശ്ശൂർ മെഡിക്കൽ കോളേജ് അനസ്തീസിയ പ്രൊഫസറായിരുന്ന ഡോ. എൻ. ഗീതയും ഇതിനായി ഗവണ്മേണ്ടിലേക്കു നിർദേശങ്ങൾ അയച്ചു. (2) തൃശ്ശൂർ മെഡിക്കൽ കോളേജും ജില്ലാശുപത്രിയും പെയ്ൻ ആന്റ് പാലിയേറ്റീവ് കെയർ സൊസൈറ്റിയും സംയുക്തമായി ഒരു പാലിയേറ്റീവ് കെയർ ക്ലിനിക്ക് തൃശ്ശൂർ മെഡിക്കൽ കോളേജിൽ തുടങ്ങുവാനായി സർക്കാർ ഉത്തരവിറക്കി (3) 1999 മെയ് പതിനാലിന് അന്നത്തെ ബഹു. ആരോഗ്യ മന്ത്രി ശ്രീ. എ.സി. ഷൺമുഖദാസ്, പാലിയേറ്റീവ് കെയർ ക്ലിനിക്കിന്റെ ഔപചാരികമായ ഉദ്ഘാടനം നിർവ്വഹിച്ചു. ഒരു സർക്കാർ സ്ഥാപനത്തിൽ പ്രവർത്തിക്കുന്ന ക്ലിനിക്ക് എന്ന നിലയിൽ അതിന്റെ കാര്യനിർവ്വഹണ സമിതിയിൽ അനുയോജ്യമായ മാറ്റങ്ങൾ വരുത്തുകയുണ്ടായി. ജില്ലാ മെഡിക്കൽ ഓഫീസറെ വൈസ് പ്രസിഡണ്ടായി ഉൾപ്പെടുത്തി, മെഡിക്കൽ കോളേജ് പ്രിൻസിപ്പാളെയും ജില്ലാശുപത്രി സുപ്രണ്ടിനേയും administration committee യിൽ ചേർത്ത് ഭരണസമിതി വിപുലീകരിച്ചു. അക്കാലത്ത് സി.എം.ഓ മാരായിരുന്ന ഡോ. ടി.ഡി. ബെറ്റി, ഡോ. രാജേശ്വരി എന്നിവരും, മെഡിക്കൽ കോളേജ് അനസ്തീസിയ വിഭാഗം മേധാവി ഡോ. എൻ. ഗീതയും, ഡോ. വിജയദേവിയും സൊസൈറ്റിയുടെ പ്രവർത്തനങ്ങളിൽ സജീവ താൽപര്യം കാണിച്ചിരുന്നു. ആ കാലഘട്ടത്തിൽതന്നെ സൊസൈറ്റിയിലേക്കു വന്നവരാണ് ലയൺ ജനതാ ഫാർമസി പ്രസിഡണ്ടായ ലയൺ ശ്രീ. ഇ.ടി. സോമസുന്ദരം, തൃശ്ശൂർ വെറ്റിനറി കോളേജിൽനിന്നു Public Health പ്രൊഫസറായി വിരമിച്ച ഡോ. പ്രഭാകരൻ, ബയോ കെമിസ്ട്രിയിൽ ഡോക്ടറേറ്റ് എടുത്ത ഡോ. മാലതി കുമുദം എന്നിവർ. ഇ.ടി. സോമസുന്ദരം ക്ലിനിക്കിനെ കൂടുതൽ കാഴ്ചവെട്ടത്ത് കൊണ്ടുവരുവാൻ സഹായിച്ചു. ഡോ. പ്രഭാകരൻ അന്നു മുതൽ ഇന്നുവരെ ഒരിക്കൽപ്പോലും വീഴ്ചപറ്റാത്ത തരത്തിൽ ഉറപ്പായി ആശ്രയിക്കാവുന്ന ഒരു പ്രവർത്തകനായി വർത്തിക്കുന്നു. ഡോ. മാലതി കുമുദമാകട്ടെ സൊസൈറ്റിയുടെ ജിഹ്വയായ Reacting out എന്ന New letter ന്റെ പത്രാധിപരുമായി.

ഒരുപാട് പരിമിതികളിൽനിന്നുകൊണ്ടാണ് അക്കാലത്ത് ക്ലിനിക്ക് പ്രവർത്തിച്ചിരുന്നത്. തിങ്കൾ, ബുധൻ, ശനി ദിവസങ്ങളിൽമാത്രം സ്വന്തമായി സ്ഥലമില്ലാതിരുന്നതുകൊണ്ട് സർജറി ഒ.പി. കെട്ടിടത്തിൽ സർജറി ഒ.പി. കഴിഞ്ഞ് ഉച്ചയ്ക്ക് ശേഷം മാത്രമെ ക്ലിനിക്ക് പ്രവർത്തിച്ചിരുന്നുള്ളൂ. ഞാനും ഡോ. പിഷാരൊടി ചന്ദ്രനും ഇ.എസ്.ഐ. ഒളരിയിലെ ഡോ. സതീഷ്കുമാറുമായിരുന്നു ക്ലിനിക്കിൻ സ്ഥിരമായി വന്നിരുന്നത്. ജില്ലാ നഴ്സിങ്ങ് ഓഫീസറായി വിരമിച്ച ശ്രീമതി എം. രാധ നഴ്സിങ്ങിന്റെ ചുമതല ഏറ്റെടുത്തതോടെ ക്ലിനിക്കിന്റെ പ്രവർത്തനം സുഗമമായി ക്ലിനിക്കിനോടൊപ്പം പാലിയേറ്റീവ് കെയർ അവബോധത്തിൽ വളർന്ന ശ്രീമതി രാധ അവരുടെ നിരവധി നഴ്സ് സുഹൃത്തുക്കളെ ക്ലിനിക്കിന്റെ പ്രവർത്തനത്തിൽ പങ്കാളികളാക്കി. അങ്ങനെ വന്നെത്തിയവരാണ് ശ്രമതി ഗ്ലാസിഡ, മീനാക്ഷി, ദേവകി എന്നിവർ

അക്കാലത്തെ പ്രധാനപ്പെട്ട ഒരു വെല്ലുവിളി മോർഫീന്റെ ലഭ്യതയായിരുന്നു. മോർഫീൻ ലഭ്യമാക്കുന്നതിനായി Excise permit കിട്ടുവാൻ നിരവധി വൃഥാസാഹസങ്ങൾ നടത്തിയിട്ടുണ്ട്. ആയിടയ്ക്കാണ് കേന്ദ്രഗവൺമേണ്ട് എല്ലാ സംസ്ഥാന ഗവൺമേണ്ടുകളോടും മോർഫീൻ ലഭ്യത ഉറപ്പാക്കുവാനായി നാർക്കോട്ടിക്ക് ആക്ടിൽ ഉചിതമായ മാറ്റം വരുത്തുവാനായി നിർദ്ദേശിച്ചത്. കേരളത്തിലാണ് ഇതനുസരിച്ചുള്ള മാറ്റം ആദ്യമായി നടപ്പാവുന്നത്. ഡോ. എം.ആർ. രാജഗോപാൽ, ഡോ. കെ. സുരേഷ്കുമാർ, ഡോ. ഡേവിഡ് ളോറാൻസൺ എന്നിവരുടെ ശ്രമഫലമാണ് ഈ നേട്ടം. പുതിയ നാർക്കോട്ടിക് ആക്ട് പ്രകാരം തൃശ്ശൂരിലെ ക്ലിനിക്ക് ഒരു Recognised Medical Institution Excise permit ആയി പ്രഖ്യാപിച്ചതോടെ നമുക്കും മോർഫിൻ ലഭ്യമാക്കാനുള്ള ലൈസൻസായി.

ക്ലിനിക്കിന്റെ പ്രവർത്തനം കാര്യക്ഷമമാക്കുന്നമുറയ്ക്ക് രോഗികളുടെ വരവും കൂടി. ഇത് സൊസൈറ്റിയെ കടുത്ത സാമ്പത്തിക പ്രതിസന്ധിയിലാക്കി. ഈ പ്രസന്ധിയിൽനിന്നും സൊസൈറ്റിയെ കരകയറ്റിയത് ഒരു ഗവൺമെണ്ട് ഓഡറും രണ്ടു അസാമാന്യ വ്യക്തികളുമാണ്. സർക്കാർ ആശുപത്രികളിലെ സ്റ്റോറിൽനിന്നു ക്ലിനിക്കിനാവശ്യമായ മരുന്ന് ക്ലിനിക്കിനു നൽകാനാണ് ഗവ. ഓർഡർ (4). ആശുപത്രി സ്റ്റോറിൽനിന്നു കിട്ടാവുന്ന മരുന്നുകൾക്കു പരിമിതിയുണ്ടായിരുന്നു. എങ്കിലും അന്നത്തെ കാലത്ത് അത് വലിയൊരു സഹായമായി. ബാങ്കിൽനിന്നും വളണ്ടറി റിട്ടയർമെന്റ് എടുത്തു വന്ന മിസ്റ്റർ മുരളിധരൻ രാജയും, പ്രയോഗികതയും ഹൃദയയാലുത്വവും ഒത്തുചേർന്ന ഒരപൂർവ്വ വ്യക്തിത്വത്തിനുടമയായ ശ്രീമതി ഷീബാ അമിറുമായിരുന്നു ആ രണ്ടു വ്യക്തികൾ. തികഞ്ഞ അർപ്പണബോധത്തോടെ സൊസൈറ്റിയുടെ ദൈനം ദിന പ്രവർത്തനങ്ങളിൽ ആമഗ്നനായ ശ്രീ മുരളീധരൻ രാജ പാവപ്പെട്ടവർക്കുള്ള Social support തുടങ്ങി സംവിധാനങ്ങൾക്കു തുടക്കം കുറി

ച്ചു. പിൽക്കാലത്ത് അദ്ദേഹം സൊസൈറ്റിയുടെ ജോയന്റ് സെക്രട്ടറിയുടെ ചുമതലകൂടി ഏറ്റെടുത്തു. ഷീബ അമീർ സ്വതസ്സിദ്ധമായ നർമ്മബോധവും പ്രസരിപ്പുംകൊണ്ട് ക്ലിനിക്കിന്റെ അന്തരീക്ഷംതന്നെ മാറ്റിമറിച്ചു. വളരെ വലിയ ഒരു സുഹൃദ് വലയമുണ്ടായിരുന്ന അവർ സൊസൈറ്റിയുടെ ഒരുപാട് വികസനങ്ങൾക്കു വഴിയൊരുക്കി. അക്കാലത്ത് ഗൃഹസന്ദർശനം (Home care) നടത്തിയിരുന്നത് ജില്ലാശുപത്രിയുടെ Family planning വാഹനത്തിലായിരുന്നു. പ്രസ്തുത വാഹനത്തിന്റെ ഡ്രൈവർമാരായിരുന്ന ആന്റണി, ടി.എൽ. ജേക്കബ്ബ് എന്നിവർ ഒരു സാധാരണ സർക്കാർജീവനക്കാരന്റെ ഔദ്യോഗിക കൃത്യനിർവ്വഹണത്തിൽനിന്നും വിട്ട് ഇക്കാര്യത്തിൽ ആത്മാർത്ഥമായ താൽപര്യംതന്നെ കാണിച്ചിരുന്നു. എന്നാൽ പല ദേശീയ ആരോഗ്യ പരിപാടികൾക്കും മറ്റുമായി എപ്പോഴും ആവശ്യമായിരുന്നതുകൊണ്ട് ഈ വാഹനം നമുക്ക് അത്യാവശ്യമുള്ള പല അവസരങ്ങളിലും ലഭിക്കാതെ പോയിരുന്നു. ഈ സന്ദർഭത്തിലാണ് ശ്രീമതി ഷീബാ അമീർ അവരുടെ സുഹൃത്തുക്കൾ വഴി Hindustan Petroleum Corporation - ൽനിന്ന് ഒരു വാഹനം നേടിയെടുത്തത്.

ക്ലിനിക്കിന്റെ പ്രവർത്തനം മുന്നോട്ടു കൊണ്ടുപോകാൻ കൂടുതൽ ഡോക്ടർമാരും നഴ്സുമാരും ആവശ്യമായിരുന്നു. 10 ഡോക്ടർമാരെയും 10 നഴ്സുമാരെയും പാലിയേറ്റീവ് കെയറിൽ പരിശീലനം നൽകാനുള്ള ഒരു പദ്ധതി ജില്ലാ പഞ്ചായത്ത് അംഗീകരിച്ചു. എന്നാൽ 6 ആഴ്ച ദൈർഘ്യമുള്ള ഈ course ന് 6 ഡോക്ടർമാരും 2 നഴ്സുമാരും മാത്രമെ മുന്നോട്ടുവന്നുള്ളൂ. പദ്ധതിയിൽ മിച്ചം വന്ന തുക ഹോം കെയർ വാഹനച്ചിലവിനായി ഉപയോഗിക്കാൻ പഞ്ചായത്ത് അനുവാദം തന്നു. ഡോക്ടർമാരുടെയും നഴ്സുമാരുടെയും ദൗർല്ലഭ്യം പ്രശ്നമായിത്തന്നെ തുടർന്നു. വ്യാപകമായ തോതിൽ ബോധവൽക്കരണ ക്ലാസുകളും ഹ്രസ്വകാല Foundation course കളും നടത്തി പരിഹരിക്കാനുള്ള ശ്രമമായിപിന്നെ.

തൃശ്ശൂർ ക്ലിനിക്കിലെ രോഗികളുടെ ബാഹുല്യം ഒഴിവാക്കാൻ ഏറ്റവും നല്ലത് മറ്റു പ്രദേശങ്ങളിൽ ലിങ്ക് സെന്ററുകൾ ഉണ്ടാക്കിയെടുക്കുക എന്നതാണ്. അങ്ങനെ, 2003 ഒക്ടോബർ 15ന് വാടാനപ്പള്ളി പ്രാഥമികാരോഗ്യകേന്ദ്രത്തിൽ സൊസൈറ്റിയുടെ ആദ്യത്തെ ലിങ്ക് സെന്റർ തുടങ്ങി. പഞ്ചായത്ത് ഓഫീസിൽനിന്നു വിരമിച്ച ശ്രീ ധർമ്മരാജനാണ് ഇതിനായി മുൻകൈ എടുത്തത്. തുടർന്ന് ജില്ലയുടെ പല ഭാഗങ്ങളിലും ഇത്തരം ലിങ്ക് സെന്ററുകൾ തുടങ്ങി. കുന്നംകുളം, വടക്കെക്കാട് പുതുക്കാട് എന്നിവിടങ്ങളിലാണ് ജില്ലാ ആരോഗ്യസ്ഥാപനങ്ങളുമായി ചേർന്ന് സൊസൈറ്റി ക്ലിനിക്ക് നടത്തുന്നത്.

ക്ലിനിക്കിന്റെയും സൊസൈറ്റിയുടെയും പ്രവർത്തനങ്ങൾ കൂടുതൽ കാര്യക്ഷമമാക്കാൻ മുഴുസമയ ജോലിക്കായി ഒരാളെ നിയമിക്കുന്നതതു നന്നായിരിക്കുമെന്ന് സൊസൈറ്റിയുടെ സുഹൃത്തായ ശ്രീ നൂറുദ്ദീനാണ് സൂചിപ്പിച്ചത്. ഓഫീസുകാര്യങ്ങളെല്ലാം ചിട്ടയൊടെ നടത്തുന്നതിന് ഒരാളെ നിയമിക്കുകയാണെങ്കിൽ മാസം 1000 രൂപ ഈ ഇനത്തിലേക്കു സംഭാവന ചെയ്യാൻ അദ്ദേഹം തയ്യാറായി. അങ്ങനെ 2003-ൽ ആദ്യമായി സൊസൈറ്റിയിൽ വേതനം പറ്റുന്ന ഒരു പ്രവർത്തക ഉണ്ടായി. ആ സ്ഥാനത്തേക്കു പിന്നീടു വന്ന ശ്രീമതി ഷീല സ്തുത്യർഹമായ തരത്തിൽ തന്റെ പ്രവർത്തനം കാഴ്ചവച്ചു. ഈ ഒരു office staff ന് പുറമെ ഒരു ഡ്രൈവറും ഒരു നഴ്സും മാത്രമെ സൊസൈറ്റിയിൽ വേതനം പറ്റുന്നവരായിട്ടുള്ളൂ. സൊസൈറ്റിയുടെ പ്രവർത്തനങ്ങളിലെ ഭൂരിഭാഗം കാര്യങ്ങളും നടത്തിക്കൊണ്ടുപോകുന്നത് സന്നദ്ധ പ്രവർത്തനത്തിലൂടെയാണ്.

സൊസൈറ്റിയുടെ പ്രവർത്തനം തൃശ്ശൂർ പാലിയേറ്റീവ് കെയർ കേന്ദ്രത്തിന്റെ നടത്തിപ്പിൽമാത്രം ഒതുങ്ങിയിരുന്നില്ല. അന്തർദേശീയതലത്തിലും ദേശീയതലത്തിലും പ്രാദേശികതലത്തിലും നടന്നുകൊണ്ടിരിക്കുന്ന പാലിയേറ്റീവ് കെയർ പ്രവർത്തനങ്ങളുമായി ഇതിനെ ഇണക്കാനുള്ള എല്ലാ ശ്രമങ്ങളും നടത്തിയിരുന്നു. 2000 ഒക്ടോബർ 8നു ബി.ടി. വൊയ്സസ് ഫോർ ഹോസ്പീസ് എന്ന ആഗോള സംഗീതപരിപാടിയിൽ ശ്രീ. ഫിലിപ് വി. ഫ്രാൻസിസ് സംഘവും അവതരിപ്പിച്ച ഫ്രഡറിക്ക് ഹെകലിന്റെ മിശിഹ എന്ന സംഗീത ശില്പത്തിലൂടെ നാം ലോകസമൂഹവുമായി കൈകോർത്തു. 2003 ഒക്ടോബർ 4 നു നടന്ന വേൾഡ് ഹോസ്പീസ് ആന്റ് പാലിയേറ്റീവ് കെയർ ഡെയ്ക്ക് ബോംബെയിൽനിന്നുള്ള വൈശാലി പാട്കർ, ആരതി പരഞ്ച്വേ എന്നിവരുടെ കഥക് നൃത്ത അവതരണത്തിലൂടെ ഈ നേതൃത്വത്തിൽ ഗാനമേള അവതരിപ്പിക്കുകയുണ്ടായി.

Indian Association of Palliative care - ന്റെ കേരള സംസ്ഥാന ഘടകം രൂപീകരിക്കുന്നത് തൃശ്ശൂർ സൊസൈറ്റിയുടെ മുൻകയ്യിലായിരുന്നു. 2002 ജനുവരി 20ന് തൃശ്ശൂരിലെ എലൈറ്റ് ഇന്റർനാഷനലിൽ വച്ചു നടത്തിയ സമ്മേളനത്തിൽ ഡോ. എം.ആർ. രാജഗോപാൽ Indian Association of Palliative care - ന്റെ കേരള സംസ്ഥാന ഘടകം രൂപീകരിച്ചതായി ഔദ്യോഗികമായി പ്രഖ്യാപിച്ചു. സംസ്ഥാന ഘടകത്തിന്റെ ആദ്യ പ്രസിഡണ്ടായി ഞാനും സിക്രട്ടറിയായി ഡോ. അബുബക്കറും ട്രഷററായി ഡോ. പി. രാംകുമാറും തിരഞ്ഞെടുക്കപ്പെട്ടു. Kerala State Branch -ന്റെ അടുത്ത പ്രസിഡണ്ടായി തിരഞ്ഞെടുക്കപ്പെടുന്നത് തൃശ്ശൂർ യൂണിറ്റിലെത്തന്നെ ഡോ. സി. സതീഷ് കുമാറാണ്. ഈ കാലഘട്ടത്തിലാണ് തൃശ്ശൂർ സൊസൈറ്റിക്കു കരുത്തരായ രണ്ടു പ്രവർത്തകരെകൂടി കിട്ടുന്നത്. ശ്രീ ശശിരാജയും ശ്രീ അച്ചുതനും. ശശിരാജ IAPC Kerala State Branch - ന്റെ ജോയന്റ് സിക്രട്ടറിയും പിന്നീട് Thrissur Initiative in palliative care - ന്റെ സിക്രട്ടറിയായും സ്തുത്യർഹമായ സേവനം കാഴ്ചവച്ചു. ഇൻകം ടാക്സ് ഡിപ്പാർട്ട്മെന്റിൽനിന്നു പിരിഞ്ഞു വന്ന ശ്രീ അച്ചുതനാകട്ടെ സൊസൈറ്റിയുടെ ദൈനംദിന പ്രവർത്തനങ്ങളിൽ കർമ്മോത്സുകനായി പ്രവർത്തിച്ചുകൊണ്ടിരിക്കുന്നു.

കേരളത്തിലെ വിവിധ പാലിയേറ്റീവ് കെയർ കേന്ദ്രങ്ങളിൽനിന്നുള്ള സന്നദ്ധ പ്രവർത്തകരെ പങ്കെടുപ്പിച്ചുകൊണ്ട് ആദ്യത്തെ വളണ്ടിയർ സംഗമം തൃശ്ശൂരിലാണു നടത്തിയത്. 2003 മാർച്ച് 29, 30 തിയ്യതികളിലായി സാഹിത്യ അക്കാദമിയിൽവച്ച് വിവിധ യൂണിറ്റുകളിൽനിന്നു വന്നവർ അവരവരുടെ അനുഭവം പങ്കിടുക, അതുവഴി കാര്യക്ഷമത വർദ്ധിപ്പിക്കുക എന്നതായിരുന്നു ഉദ്ദേശ്യം. അനൗപചാരികതയും മാനുഷികമായ ഊഷ്മളതയുംകൊണ്ട് ശ്രദ്ധേയമായ ആ സമ്മേളനത്തിനു വന്നവർ അന്തിയുറങ്ങിയത് ഇവിടത്തെ സന്നദ്ധ പ്രവർത്തക

രുടെ വീടുകളിലായിരുന്നു. പിന്നീട് എല്ലാ വർഷവും നടത്തുന്ന വളണ്ടിയർ സംഗമങ്ങളിലാണു കേരളത്തിലെ പാലിയേറ്റീവ് പ്രവർത്തന ശൈലി രൂപപ്പെടുത്തുന്നതിനു സഹായകമായ പല തീരുമാനങ്ങളും ഉണ്ടായിവന്നത്.

2003, 2004 കാലഘട്ടം ഏതാണ്ട് സുസ്ഥിരതയുടെ കാലഘട്ടമെന്നു വിശേഷിപ്പിക്കാം. പ്രവർത്തന മേഖലയുടെ വ്യാപ്തിയും പ്രവർത്തകരുടെ എണ്ണവും ഏതാണ്ട് ഒത്തുപോയിരുന്ന ഒരു കാലഘട്ടം. സേവനത്തിൽ സംതൃപ്തരായ രോഗികളും ഉറ്റവരും, രോഗികളോടും ഉറ്റവരോടും സൊസൈറ്റി പ്രവർത്തകർക്കുള്ള ഊഷ്മളമായ ബന്ധം, ഇത്തരം പ്രവർത്തനത്തിലൂടെ ഉരുത്തിരിഞ്ഞു വരുന്ന ആത്മീയാനുഭവം എന്നിവകൊണ്ട് സമ്പന്നമായ ആ കാലഘട്ടത്തെ അടയാളപ്പെടുത്തുന്ന ഒരു സംഭവമാണ് സ്നേഹസംഗമം. 14.3.2004 ന് തൃശ്ശൂർ ജവാഹർ ബാലഭവനിൽവച്ച് രോഗികളുടെയും ഉറ്റവരുടെയും ഒരു ഒത്തുചേരൽ സ്നേഹസംഗമം എന്ന പേരിൽ സംഘടിപ്പിച്ചു. ഒരു പകൽ എല്ലാവരുമൊത്ത് അനൗപചാരികമായി ഒത്തുചേരുക എന്നതായിരുന്നു പ്രധാന ലക്ഷ്യമെങ്കിലും സൊസൈറ്റിയുടെ പ്രവർത്തനത്തിന്റെ ഒരു ഫീഡ് ബാക്ക് കിട്ടുക എന്ന ഒരു ഉദ്ദേശ്യംകൂടിയുണ്ടായിരുന്നു. നിരവധി രോഗികളും അവരുടെ ബന്ധുജനങ്ങളും അന്ന് ഹൃദയം തുറന്നു സംസാരിച്ചു. നമ്മുടെ ദിശതെറ്റിയിട്ടില്ലെന്ന ആത്മവിശ്വാസം തരുന്നതായിരുന്നു ആ സ്നേഹസംഗമം. സ്വന്തം കവിതയുമായി സ്നേഹസംഗമത്തിനു തിരിച്ച ശ്രീ. തങ്കപ്പന് രോഗം മൂർച്ഛിച്ച കാരണം വരാൻ പറ്റിയില്ല. അദ്ദേഹം തന്റെ കവിത ഭാര്യ വശം കൊടുത്തയച്ചു. തന്റെ രോഗാതുരതയുടെ പശ്ചാത്തലത്തിൽ ലോകത്തെ നോക്കിക്കാണുന്ന ആ കവിതകൾ ഡോ. പിഷാരൊടി ചന്ദ്രൻ അനുനാസികം കലർന്ന തന്റെ ഘനഗംഭീര ശബ്ദത്തിൽ ആലപിച്ചത് ഇന്നും കാതുകളിൽ മുഴങ്ങുന്നു!

2005 - 2006 കാലഘട്ടം പെയ്ൻ ആന്റ് പാലിയേറ്റീവ് കെയർ സൊസൈറ്റിയുടെ ചരിത്രത്തിൽ പെട്ടെന്നുള്ള വളർച്ചയുടെയും വിപുലീകരണത്തിന്റെയും കാലഘട്ടമാണ്. സൊസൈറ്റിയുടെ പ്രവർത്തനം അധികാരികളുടെ പ്രശംസകൾക്കും പ്രോത്സാഹനത്തിനും കാരണമായി. സ്ഥല പരിമിതിയായിരുന്നല്ലോ അന്നത്തെ മുഖ്യപ്രശ്നം. 20-9-2005-ൽ തൃശ്ശൂർ ജില്ലാ പഞ്ചായത്ത് വിളിച്ചുചേർത്ത മീറ്റിങ്ങിൽവച്ച് തൃശ്ശൂർ ജില്ലാശുപത്രി കോംപൗണ്ടിൽ 5 സെന്റ് സ്ഥലം സൊസൈറ്റിക്കു സ്വന്തം ചിലവിൽ കെട്ടിടം നിർമ്മിക്കാനായി അനുവദിച്ചു തന്നു. (5) എന്നാൽ ആ സമയം ഒരു മാറ്റത്തിന്റെ കാലഘട്ടമായിരുന്നു. മെഡിക്കൽ കോളേജ് മുളങ്കുന്നത്തുകാവിലേക്കു മാറ്റുന്നതോടൊപ്പം ജില്ലാശുപത്രി ആ കെട്ടിടത്തിലേക്കു മാറുമെന്നും അപ്പോൾ ജില്ലാശുപത്രി പ്രവർത്തിച്ചിരുന്ന കെട്ടിടത്തിൽ ധാരാളം സ്ഥലം ഉണ്ടാവുമെന്നും അതുകാരണം അനാവശ്യമായി കെട്ടിടം പണിത് സ്ഥലവും പണവും നഷ്ടപ്പെടുത്തേണ്ടെന്നും തീരുമാനിച്ചു.

24-2-2006ന് തൃശ്ശൂർ ജില്ലാ പഞ്ചായത്തിന്റെ നിർദ്ദേശാനുസരണം പഴയ ജില്ലാശുപത്രി കെട്ടിടത്തിൽ പാലിയേറ്റീവ് കെയർ ക്ലിനിക് പ്രവർത്തിപ്പിക്കുന്നതിനുള്ള അനുവാദം ജില്ലാശുപത്രി സൂപ്രണ്ട് സൊസൈറ്റിക്കു നൽകി. അന്നത്തെ സ്പീക്കറും എം.എൽ.എയുമായ അഡ്വ. തേറമ്പിൽ രാമകൃഷ്ണൻ അനുവദിച്ചുതന്ന ഫണ്ടുപയോഗിച്ച് നിർമ്മിതികേന്ദ്രം ക്ലീനിക്കിനുവേണ്ട അടിസ്ഥാന സൗകര്യമൊരുക്കിത്തന്നു. 2006 ജൂലായ് 3-ാം തിയ്യതി പുതിയ ക്ലിനിക്കിന്റെ ഉദ്ഘാടനം ശ്രീ തേറമ്പിൽ രാമകൃഷ്ണൻ എം.എൽ.എ. നിർവ്വഹിച്ചു. പോയ വർഷത്തെ ജില്ലാ പഞ്ചായത്ത് ഹെൽത്ത് സ്റ്റാന്റിങ്ങ് കമ്മിറ്റി ചെയർപേഴ്സൺ ശ്രീമതി തങ്കം ടീച്ചർ, ഇപ്പോഴത്തെ ഹെൽത്ത് സ്റ്റാന്റിങ്ങ് കമ്മിറ്റി ചെയർപേഴ്സൺ ശ്രീ പി.ആർ. വർഗ്ഗീസ് മാസ്റ്റർ, ജില്ലാ പഞ്ചായത്ത് പ്രസിഡണ്ടുമാരായ ശ്രീ. കെ. ശ്രീകുമാർ, ശ്രീ. അമ്പാടി വേണു എന്നിവരുടെ ഉൾക്കാഴ്ചയും കർമ്മ സ്ഥിരതയുമാണ് ഇത് സാദ്ധ്യമാക്കിയത്.

ഇതേ കാലത്തുതന്നെയാണ് ക്ലിനിക്കിനെ ഒരു പരിശീലന ഗവേഷണ കേന്ദ്രമാക്കി ഉയർത്തേണ്ടതിന്റെ ആവശ്യകത തിരിച്ചറിഞ്ഞു തുടങ്ങിയത്. ക്ലിനിക്ക് പ്രവർത്തിക്കുന്ന കെട്ടിടത്തിന്റെ മുകൾഭാഗം ഇതിനായി അനുവദിച്ചു കിട്ടി. പരിശീലന ഗവേഷണ കേന്ദ്രം തയ്യാറാക്കാനുള്ള ഒരു പദ്ധതി റോട്ടറി ക്ലബ്ബ് തൃശ്ശൂർ സെന്ററിനു സമർപ്പിച്ചു. ഡെന്റൽ സർജനായ റോട്ടേറിയൻ ഡോ. സുരേഷ്കുമാറിന്റെ ഉത്സാഹത്തിൽ Matching grant പദ്ധതിയിൽ ഉൾപ്പെടുത്തി ഏഴു ലക്ഷത്തോളം രൂപ വില വരുന്ന പഠനോപകരണങ്ങളും പുസ്തകങ്ങളും സൊസൈറ്റിക്കു ലഭിച്ചു. ക്ലിനിക്ക് ഉദ്ഘാടനം ചെയ്ത 2006 ജൂലായ് 3-ാം തിയ്യതിതന്നെ അന്നത്തെ ജില്ലാ മെഡിക്കൽ ഓഫീസർ ഡോ. വി.വി. മോഹൻ ഇൻസ്ടിട്യൂട്ട് ഓഫ് പാലിയേറ്റീവ് കെയറിന്റെ ഉദ്ഘാടനവും നിർവ്വഹിച്ചു.

കഴിഞ്ഞ ഏഴെട്ടു വർഷക്കാലത്തെ താൽക്കാലിക സംവിധാനങ്ങളിൽ ഞെരുങ്ങിക്കഴിഞ്ഞിരുന്ന സൊസൈറ്റി പ്രവർത്തകർ പുതിയ സംവിധാനത്തിന്റെ വിശാലതയിൽ ആഹ്ലാദിച്ചു.

സൊസൈറ്റിയുടെ പ്രവർത്തനം വിപുലമാവുകയായി. കോഴിക്കോട്ടെ Institute of Palliative Medicine നുമായി സഹകരിച്ച് ഡോക്ടർമാക്കുള്ള Basic certificate course in palliative Medicine - BCCPM - Course തുടങ്ങി. പ്ലസ് 2 കഴിഞ്ഞ പെൺകുട്ടികൾക്ക് പാലിയേറ്റീവ് നഴ്സിങ്ങ് പരിശീലനം നൽകുന്നതിനായി Auxillary Nursing Training in Palliative care തുടങ്ങി. ദേശീയതലത്തിൽ നടത്തുന്ന Certificate course in Essential of Palliative care ന് ഇതൊരു പരിശീല കേന്ദ്രമായി അംഗീകരിക്കപ്പെട്ടു. Institute of Palliative care ന്റെ പ്രവർത്തനം സുഗമമാക്കാൻ ഒരു ഡയറക്ടർ വേണമല്ലോ. അതിനാൽ എന്നെ ഡയറക്ടറുടെ ചുമതല ഏൽപിക്കുകയും സൊസൈറ്റിയുടെ സിക്രട്ടറിയായി ഡോ. സതീശനെ തിരഞ്ഞെടുക്കുകയും ചെയ്തു.

സൊസൈറ്റിയുടെ രണ്ടു ഗവേണിങ്ങ് കൗൺസിൽ മെമ്പർമാരായ അരവിന്ദാക്ഷന്റെയും ഗോകുൽദാസിന്റെയും സജീവ സാന്നിദ്ധ്യമാണ് ഈ കാലഘട്ടത്തിലെ ശ്രദ്ധേയമായ മറ്റൊരു കാര്യം. ബാങ്കിൽനിന്നു വളണ്ടറി റിട്ടയർമെന്റ് എടുത്തു വന്ന അരവിന്ദാക്ഷനും അദ്ധ്യാപനജീവിതത്തിൽനിന്ന് ഔദ്യോഗികമായി വിരമിച്ച ഗോകുൽദാസും സൊസൈറ്റിയുടെ പ്രവർത്തനങ്ങളിൽ സജീവമായി ഇടപെട്ടുതുടങ്ങി. സൊസൈറ്റിയുടെ വളർച്ചയിൽ കൗമാര ദശയായി വിശേഷിപ്പിക്കാവുന്ന ഈ കാലഘട്ടത്തിൽ ആവശ്യം വേണ്ട ദിശാബോധവും സംഘടനാപരമായ അച്ചടക്കവും സൊസൈറ്റിക്ക് കൈവരുത്തുവാൻ ഇവരുടെ പ്രവർത്തനം സഹായിച്ചു.

പത്തുവർഷം മുമ്പ് വിരലിലെണ്ണാവുന്ന കുറച്ചുപേർ

ചേർന്ന് ആരംഭിച്ച പെയ്ൻ ആന്റ് പാലിയേറ്റീവ് കെയർ സൊസൈറ്റി ഇന്ന് നിരവധിപേരുടെ നിസ്വാർത്ഥ സേവനത്തിന്റെ ഫലമായി ഒരു മഹാപ്രസ്ഥാനമായി മാറിയിരിക്കുന്നു. സഹജീവികളോടുള്ള സ്നേഹവും ഉത്തരവാദിത്തബോധവുംകൊണ്ട് പ്രചോദിതമാവുന്ന സന്നദ്ധപ്രവർത്തനം തന്നെയാണ് ഇവിടത്തെ പ്രവർത്തനത്തിന്റെ കാതൽ. പ്രാദേശിക സ്വയംഭരണസ്ഥാപനങ്ങളും സർക്കാർ ആശുപത്രികളും ഗവൺമേണ്ടുമായും സഹകരിച്ചു പ്രവർത്തിക്കുന്ന ഈ സ്ഥാപനം പൊതുസമൂഹത്തിൽനിന്നാണ് ഊർജം ഉൾക്കൊള്ളുന്നത്.

• • • • • • • • • • • • • • •

BACK TO INDEX

ഒരിക്കൽ ഒരു ഭിക്ഷുവിന് അതിസാരം പിടിപെട്ടു. സ്വന്തം വിസർജ്ജ്യത്തിൽതന്നെ അയാൾ വീണു കിടന്നു.

ആനന്ദനോടൊപ്പം ഭിക്ഷുക്കളുടെ പാർപ്പിടങ്ങൾ സന്ദർശിച്ച ബുദ്ധൻ രോഗിയായ ഭിക്ഷുവിന്റെ അറയിലും ചെന്നു.

സ്വന്തം മലമൂത്രാദികളുടെ മേൽ കിടന്നിരുന്ന ഭിക്ഷുവിന്റെ അടുത്തുചെന്നു ബുദ്ധൻ ചോദിച്ചു: "സഹോദരാ, നിനക്കു സുഖമില്ലേ?"

"എനിക്കു വയറിളക്കം പിടിപെട്ടു പ്രഭോ."

"നിന്നെ ശുശ്രൂഷിക്കാനാരുമില്ലേ സഹോദരാ?"

"ആരുമില്ല പ്രഭോ"

"അതെന്തു സഹോദരാ? മറ്റു ഭിക്ഷുക്കൾ നിന്നെ ശുശ്രൂഷിക്കാൻ മടിക്കുന്നതെന്ത്?"

"എന്നെക്കൊണ്ട് ഭിക്ഷുസംഘത്തിന് ഒരു പ്രയോജനവുമില്ല പ്രഭോ. അതുകൊണ്ടാണ് അവർ എന്ന ഗൗനിക്കാത്തത്."

"ആനന്ദാ, പോയി കുറച്ചു വെള്ളം കൊണ്ടുവരൂ. ഈ സഹോദരന്റെ ശരീരം ഞാൻ കഴുകി വൃത്തിയാക്കാം."

"അങ്ങനെയാകട്ടെ പ്രഭോ," എന്നു പറഞ്ഞ് ആനന്ദൻ വെള്ളം കൊണ്ടുവന്നു. ഭഗവാൻ വെള്ളം ഒഴിച്ചു കൊടുത്തു. ആനന്ദൻ ഭിക്ഷുവിനെ തേച്ചു കുളിപ്പിച്ചു. എന്നിട്ട്, ബുദ്ധൻ തലയ്ക്കലും ആനന്ദൻ കാൽക്കലും പിടിച്ച് അയാളെ എടുത്തു കിടക്കയിൽ കിടത്തി. തുടർന്ന്, സംഘത്തിലുള്ളവരെയെല്ലാം വിളിച്ചുകൂട്ടി ബുദ്ധൻ ചോദ്യം ചെയ്തു.

"സഹോദരന്മാരേ, നിങ്ങളുടെയിടയിൽ രോഗബാധിതരായ ആരെങ്കിലുമുണ്ടോ?"

"ഉണ്ട് പ്രഭോ."

"എന്താണ് ആ സഹോദരന്റെ അസുഖം?"

"ആ സഹോദരന് അതിസാരമാണ് പ്രഭോ."

"പക്ഷേ അയാളെ ശുശ്രൂഷിക്കാനാരെങ്കിലുമുണ്ടോ?"

"ആരുമില്ല പ്രഭോ."

"അതെന്താണ് ആ സഹോദരനെ ആരും ശുശ്രൂഷിക്കാത്തതെന്ത്?"

"സംഘത്തിന് ആ സഹോദരനെക്കൊണ്ടു പ്രയോജനമില്ല പ്രഭോ. അതുകൊണ്ടാണയാളെ ശുശ്രൂഷിക്കാത്തത്."

"സഹോദരന്മാരെ, നിങ്ങളെ ശുശ്രൂഷിക്കാൻ അച്ഛനമ്മമാരില്ല. അതുകൊണ്ടു പരസ്പരം ശുശ്രൂഷിക്കുകയല്ലേ വേണ്ടത്? എന്നെ പരിചരിക്കാൻ തയാറാകുന്നവർ ആ സഹോദരനെയും ശുശ്രൂഷിക്കണം."

"അയാൾക്ക് അധ്യാപകനുണ്ടെങ്കിൽ, ആ അധ്യാപകൻ രോഗം ഭേദമാകുന്നതുവരെ സഹോദരനെ ശുശ്രൂഷിക്കട്ടെ അല്ലെങ്കിൽ ശിഷ്യനോ സഹചാരിയോ സഹപ്രവർത്തകനോ ആ ചുമതല ഏറ്റെടുക്കണം. ആരും അയാളെ ശുശ്രൂഷിക്കാതിരിക്കുന്നത് അപരാധമായി പരിഗണിക്കപ്പെടും."

ഡോ.അംബേദ്കർ സമ്പൂർണ്ണ കൃതികൾ-
പുസ്തകം 22, ബുദ്ധനും ബുദ്ധധർമ്മവും.)

THE PAIN ENIGMA

Dr. A.K. Unnikrishnan

Pain is one of the most common causes of human suffering. In fact, it is said that the science of medicine originated when a person approached another and said, 'I have a pain. Please do something'. Even in modern times, the most common reason that makes people seek medical help is probably pain. In earlier times, when medical science was in its infancy, medical treatment was aimed at alleviating symptoms like pain. But with advances in our knowledge about the causes of the diseases, the main thrust got directed to rooting out the cause of the disease. In the bargain controlling symptoms like pain was pushed to the background. Fortunately, in recent times, there has been a realization that treating symptoms like pain is as important for giving a good quality of life to the patient.

What is PAIN ?

Everybody, even a child, knows what is meant by Pain. But if you ask a person to define Pain, he will find it difficult. This was the problem with medical science also till The International Association for Study of Pain (IASP) in 1979 came out with a satisfactory definition. It says: "Pain is an unpleasant sensory and emotional experience produced by actual or potential tissue damage or described in terms of such damage." So it has an emotional component apart from the physical aspect. The emotional angle often leads to difficulties in understanding the pain and also complicates its management.

In simpler terms one can say that, 'Pain is a warning sign to the body that some part of it is being damaged.' It is not easy to say exactly what is meant by pain because there are so many different aspects to it. Just think of a toothache, a broken bone, a scald on the skin or a heart attack. Each pain is different and has its own special features. Each pain will be recognized by the person as different when it recurs.

Why PAIN ?

The question may arise, pain being a curse and a cause for suffering, then why has nature endowed all living creatures with this curse? But the fact is that Pain has a definite role in the survival of the organism. Let us see what is likely to happen if the symptom of Pain is not present. There are very rare instances of babies born without the ability to appreciate Pain. You may think that this is a good thing. But these babies, because they cannot appreciate pain will repeatedly injure themselves and will die before they reach the teen age! What happens in leprosy is a similar phenomenon. Since leprosy destroys the nerves in the feet and hands that carry pain impulses, they fail to feel pain and repeatedly injure themselves and gradually loosing fingers and toes. But warning us of external or internal threat, Pain protects our body.

The protective role of Pain is well recognized and Pain is an essential component for continuation of life. But in many instances, what unfortunately happens is that, after giving us warning about the bodily injury, which is its prime function, the Pain goes on and on and does not disappear. Here it is not serving any purpose. In this situation it is called a 'Chronic' or 'Intractable Pain '. A good example of this is seen in cancer patient. In these patients Pain does not serve any purpose and becomes a curse. Migraine, Trigeminal Neuralgia (recurring pain occurring on one side of face), Post herpetic neuralgia are some other examples of chronic intractable pain.

How The Body Appreciates Pain ?

Pain is ultimately appreciated and acted upon by the brain. To inform the brain about injuries happening in the various parts of the body, there exists a very elaborate communication system, the nervous system. When body is damaged in any manner, information is sent to the brain in the form of electrical impulses along the nervous pathways. There are specialized sense organs all over the body, called receptors, to pick up the offending information. These are naturally plentiful in the skin because it is the organ coming directly in contact with the surroundings. The receptors pick up information about changes occurring in the body and send impulses to the brain. The receptors can tell the brain whether it is a gentle stroke, a pressure, if it is cold or hot, if it is a cut or a prick etc. Those that give information about damage to the body are termed Pain Receptors. Pain receptors themselves are of different types 'thermoreceptors, Mechanoreceptors, Non specific receptors etc. Between them they respond to all forms of Pain.

Let us say you get a sharp prick on your hand. You feel a sharp, excruciating pain and suddenly, in a

split second withdraw your hand from the offending agent. How does this happen? The prick stimulates the pain receptors, which in turn sends electrical impulses via the spinal cord to the brain. The brain recognizes the exact point of the prick and recognizes it as a threat to the body. It sends information to the motor area, which is concerned with motor function or movement and orders that part to withdraw from the danger. All this feeling of pain and its response is over in milliseconds. This type of sharp pain is transmitted by specialized nerve fibres called Adelta fibres. The sharp pain usually disappears soon and is followed by a dull aching pain. The sharp prick has damaged the tissue, which result in release of certain pain chemicals called kinins, prostaglandins etc. These chemicals stimulate pain receptors to produce the dull ache. These impulses are carried by another group of nerve fibres called C fibres. Drugs like aspirin relieve pain by blocking the activity of chemicals like prostaglandins.

Body's Pain Control System

Very often we find that body responds to apparently painful conditions in different ways. Body has means to modify the transmission of impulses to the brain in certain situations. This is probably important for survival. Seriously injured persons may sometimes move or even run away from a danger area oblivious of the pain to save their life. Body suppresses pain in these instances to save life. In religious frenzies when people walk on fire or deliberately cut their body, the pain suppressed. The brain releases certain chemicals endorphins, encephalins etc. which lock the transmission of pain impulses to the brain. The result is that pain is not felt by the individual. Another interesting fact is that there is a gate at the spinal cord level. Normally the pain impulses pass through this gate. When a child, for example falls and injured himself, what do we do immediately? We gently stroke the body around the injured area. The gentle strokes stimulate another type nerve fibres called A beta fibres. This in turn closes the gate at the spinal cord to block transmission of pain impulses to the brain. This relieves the pain to some extent. The point is that body can appreciate pain to ward off injury and under certain circumstances ignore pain also.

Pain Measurement

One problem in pain management is the fact that there is no simple, reliable means to measure pain - like the ones we have for checking body temperature, blood pressure etc. The pain threshold, the level at which one appreciates pain, varies in individuals. Even in the same individual, it varies at different times. There is a racial difference also. Asians are said to tolerate pain better than westerners.

A simple method of measuring pain is what is known as Visual Analogue scale. This is a 10 cm. scale. One end denotes no pain and the other end stands for the most intense imaginable pain. The patient notes the intensity of his pain at the appropriate level on the scale. This can be used in a patient to assess the effectiveness of the pain therapy. The drawback of this method is that it cannot compare pain between two patients. There are more elaborate systems like the McGill Pain Questionnaire but they are too complicated to be of any use in a clinical set up.

Ultimately we depend on the patient to assess his pain. If a person says he has pain, you have no right to contest it, whether there is an obvious cause for the pain or not. PAIN IS WHAT THE PATIENT SAYS HURTS.

Pain & The mind

Appreciation of pain is altered by the mental makeup of the individual. Anxiety can affect perception of pain. When a person is anxious from any cause, pain is exaggerated. Again, when one cannot explain the cause of the pain and also when its control is ineffective, pain gets exaggerated. In these situation relieving the anxiety using drugs can help in the control of pain.

Depression. Pain and depression are interlinked. Depression is a feature of most long-standing painful conditions. It is postulated that pathways of chronic pain and depression, located in a part of the brain called the brainstem, may overlap to some extent and thus respond to same type of drugs. This is how antidepressants are effective in chronic pain.

Acute & Chronic Pain

Acute pain, as when it occurs from an injury, is essential for survival as it warns of damage to the body. However, when that lasts longer than needed as a warning, in other words it has become long standing or chronic, it turns out to be a burden for the individual. Acute pain and chronic pain have important implications for the patient and also from a treatment angle. These differences are not necessarily concerned with the severity of the pain. For example toothache is said to be very severe pain. But the attitude of the patient to toothache is entirely different from that of

another patient with say, cancer pain. The cancer pain may indeed be less severe than toothache. In the former, the patient knows that the pain is going to be relieved if the tooth is removed and anyway the pain is going to be short lived. On the other hand, the cancer patient knows that the future is bleak and all that he can look forward to is death. This complicates his attitude to his pain and also makes the management of his pain difficult. Thus we can see that the difference between acute and chronic pain is not simply of their duration but the attitude of the patient to his pain.

Cancer Pain

The mention of cancer always brings to the mind the chance of severe pain. Not all cancers produce pain. But majority of cancer patients at some point in the course of their illness will suffer chronic intractable pain. Pain in cancer is produced either by the cancerous growth irritating the pain receptors, in which case it is termed nociceptive pain or the cancerous process may invade the nerve producing what we call a neuropathic pain. Nociceptive pain can be treated with common analgesics including morphine. Neuropathic pain is not controlled with morphine but needs another group of drugs called anticonvulsant.

As mentioned earlier, cancer pain has many different aspects and understanding these is important for successfully managing these types of pain. The pain in cancer is said to be "TOTAL PAIN". The physical aspect of pain is well understood. Apart from the <u>physical</u>, there are <u>psychological</u>, <u>social</u> and <u>spiritual</u> aspects which together goes to make it "TOTAL PAIN". The patient is often depressed, as he knows that death is not far off. Depression makes the physical pain more intense. There is a social aspect as the person gradually realises that his role in the family and society is getting eroded. He often has a spiritual problem, as he cannot understand why he has been chosen to suffer this? Why God has been so cruel with me? All these different aspects complicate the management of these patients. Addressing each of these different aspects is important for the successful management of these types of patients.

Though pain is one of the most common symptoms of disease, it is an enigma, poorly understood. We know that pain is a protective phenomenon and that life cannot be sustained without it. Why should the pain be sustained if it is not serving any purpose? This is quite perplexing. As our knowledge grows and our understanding of this enigma gets clearer, let us hope that we can live in a pain free world.

• • • • • • • • • • • • •

BACK TO INDEX

സാന്ത്വന ശുശ്രൂഷ: ഒരു മനുഷ്യാവകാശ വീക്ഷണം

എൻ.എൻ. ഗോകുൽദാസ്

സ്വത്വം കേവലമല്ല; ആപേക്ഷികമാണ്. ചുറ്റുമുള്ള ചരാചരങ്ങൾക്ക് അതീതനാണ് താൻ അഥവാ തന്റെ സ്വത്വം എന്ന് ധരിച്ചുവശായി സ്വയം ഊതിവീർപ്പിക്കുന്ന വികലമനോഭാവം വിനാശം വിതയ്ക്കുന്നു. ചുറ്റുപാടുകളെ ശുചിയാക്കുന്നവൻ സ്വന്തം ശരീരത്തെയും മനസ്സിനെയും കളങ്കരഹിതമാക്കുന്നു. ഈ അടിസ്ഥാനതത്വത്തെ ഉൾക്കൊണ്ടു നാൾക്കുനാൾ വികസിപ്പിച്ചെടുക്കുന്ന നിസ്വാർത്ഥത ബോധോദയത്തിലേയ്ക്കു നയിക്കുന്ന മാർഗ്ഗങ്ങളിലൊന്നാണ്. ആരും ബുദ്ധനായി പിറക്കുന്നില്ല; പക്ഷേ ഏവർക്കും ബുദ്ധനാകാൻ കഴിയും. അതുകൊണ്ട് "ഭിക്ഷുക്കളേ സ്വർഗ്ഗത്തെക്കുറിച്ച് ചർച്ച ചെയ്യാതിരിക്കുക. ഭൂമിയിലെ യാഥാർത്ഥ്യങ്ങളെ നേർക്കുനേർ കാണുക. മരണാനന്തര ജീവിതമെന്നത് യഥാർത്ഥ ജീവിതത്തിൽനിന്നുള്ള ഒളിച്ചോട്ടമാണ്. നിങ്ങളുടെ കൺമുമ്പിലെ രോഗിയെ കാണുക; അയാളെ ശുശ്രൂഷിക്കുക; ആകാശത്തിലെ ദർശനമല്ല യാഥാർത്ഥ്യം; ഭൂമിയിലെ വാസം തന്നെയാണ്. ജീവിതം ദുഃഖമയമാണ് എന്നറിയുക. മരവിച്ച ശീലങ്ങളിൽനിന്ന് ഉണരുക. ആകാശത്തേയ്ക്കു നോക്കിയുള്ള പ്രാർത്ഥന അവസാനിപ്പിക്കുക. ദുഃഖകാരണമായ തൃഷ്ണയെ ഒഴിവാക്കുക. സ്വന്തം ഹൃദയവിശുദ്ധിയെ വളർത്തുക. മനുഷ്യന്റെ മുകളിൽ പറക്കുന്ന തത്വശാസ്ത്രത്തെ കൈവെടിയുക. ഈ രോഗിയെ ഒന്നുകൂടി കാണുക. ഇതാണ് മനുഷ്യനോടൊപ്പം ചരിക്കുന്ന യാഥാർത്ഥ്യം. ആ രോഗിക്കു സാന്ത്വനമരുളുക. അത് മോചനമാർഗ്ഗമാണ്; രോഗിക്കും ശുശ്രൂഷകനും. രോഗിയെ ശുശ്രൂഷിക്കുമ്പോൾ നീ നിന്റെ നീതിബോധത്തെ ശരണം പ്രാപിക്കുന്നു." ക്രിസ്തുവിന് ആറു നൂറ്റാണ്ടുമുമ്പ് ഭാരതത്തിൽ മുഴങ്ങിക്കേട്ട വാക്കുകളാണിവ!

ദേഹത്തിൽ നിന്ന് വേറിട്ട് ഒരു ദേഹിയോ

വയറിളക്കം മൂലം വിഷമിക്കുന്ന ഭിക്ഷുവിനെ ശുശ്രൂഷിക്കാൻ അനുയായികൾ മടിച്ചുനിന്നപ്പോൾ ബുദ്ധൻ ആ കൃത്യം സ്വയം ഏറ്റെടുത്തു. ഭിക്ഷുക്കളോട് അദ്ദേഹം പറഞ്ഞു: "അന്യർക്കെന്തനുശാസിക്കുമതുപോൽ താനുമാകണം."(മറ്റുള്ളവർ നിന്നോടു ചെയ്യാൻ ആഗ്രഹിക്കുന്നതുപോലെ നീയും ചെയ്യുക എന്ന ക്രിസ്തുവചനത്തിന്റെ ഉദ്ഭവസ്ഥാനം ഏതാണ്?) ദേഹമാസകലം പൊട്ടിയൊലിക്കുന്ന വ്രണവുമായി കഷ്ടപ്പെടുന്ന ഭിക്ഷുവിന്റെ വ്രണങ്ങൾ ബുദ്ധൻ കഴുകി വൃത്തിയാക്കി. വെറുപ്പു പ്രകടിപ്പിച്ചുകൊണ്ട് മറ്റൊരു ഭിക്ഷു ചോദിച്ചു: "അങ്ങ്

എന്താണ് ചെയ്യുന്നത്?" താൻ ധർമ്മം ഉപദേശിച്ചു കൊണ്ടിരിക്കുന്നുവെന്നായിരുന്നു, ബുദ്ധന്റെ മറുപടി. നശ്വരമായ ശരീരത്തെ അത്ര ഗൌനിക്കേണ്ടതില്ലെന്നും ആത്മാവിനെക്കുറിച്ചാണു വ്യാകുലപ്പെടേണ്ടതെന്നും വാദിച്ച ഭിക്ഷുവിനോട് തന്റെ വിശ്വാസം ബുദ്ധൻ വ്യക്തമാക്കി: "ദേഹത്തിൽനിന്ന് വേറിട്ട് ഒരു ദേഹി ഇല്ല."

സർവേഷു പ്രാണിഷു സംയമ:

സന്താനങ്ങളെ മാതാപിതാക്കളും വൃദ്ധരായ മാതാപിതാക്കളെ സന്താനങ്ങളും ശുശ്രൂഷിക്കുന്നതുപോലെ അധ്യാപകർ വിദ്യാർത്ഥികളെയും വിദ്യാർത്ഥികൾ അധ്യാപകരെയും ശുശ്രൂഷിക്കണം. ഭിക്ഷുക്കൾ പരസ്പരം ശുശ്രൂഷിക്കണം. രോഗികളെയും അനാഥരെയും അശരണരെയും സമൂഹം ശുശ്രൂഷിക്കണം. മറക്കരുത്: വേദനയിൽനിന്നുള്ള മോചനം ഏതൊരാളുടെയും അവകാശമാണ്. സാന്ത്വനം നമ്മുടെ ധർമ്മവും." ഈ ധർമ്മോപദേശം ലോകത്തിലെ ആദ്യത്തെ മനുഷ്യാവകാശപ്രഖ്യാപനംകൂടിയായിരുന്നു.

ശുശ്രൂഷകരോട് ബുദ്ധൻ വിശദീകരിച്ചു: മൂന്നു വിഭാഗത്തിൽപെട്ട രോഗികളുണ്ട്. ചികിത്സ കൂടാതെ തന്നെ സുഖം പ്രാപിക്കുന്നവർ, ചികിത്സിച്ചാൽ മാത്രം രക്ഷപ്പെടുന്നവർ; ചികിത്സിച്ചാലും മരണത്തിലേക്ക് വഴുതിവീണുകൊണ്ടിരിക്കുന്നവർ. ഏവർക്കും സാന്ത്വനം വേണം. മറക്കാതിരിക്കുക: ശ്വസിക്കുന്ന ഏതൊന്നിനോടും കരുണവേണം.'' സർവേഷു പ്രാണിഷു സംയമ: എന്ന അശോകന്റെ ഒമ്പതാം ശിലാശാസനത്തിലെ സന്ദേശം ബുദ്ധൻ പാലിഭാഷയിൽ ചെയ്ത പ്രബോധനത്തിന്റെ വിവർത്തനം മാത്രമായിരുന്നു! ശുശ്രൂഷകരോട് ബുദ്ധൻ പറഞ്ഞു: "നിങ്ങൾ അറിവുനേടിയാൽ മാത്രം പോരാ; ജ്ഞാനികളായിത്തീരണം. അറിവു നിങ്ങളെ പണ്ഡിതരാക്കിത്തീർക്കും. ജ്ഞാനം നിങ്ങളെ നിഷ്കളങ്കർ കൂടിയാക്കിത്തീർക്കും. ആത്യന്തികമായ ജ്ഞാനമാണ് പ്രജ്ഞ. പ്രജ്ഞ വേർതിരിവുകളെ മാച്ചുകളയും."

മനുഷ്യാവകാശങ്ങൾ വിവാദങ്ങൾക്ക് അതീതം

ലോകമസാധാനം, നീതിബോധം എന്നിവയുടെ അടിസ്ഥാനം ബഹുമാനത്തിൽ കുടികൊള്ളുന്നു. മനുഷ്യാവകാശങ്ങൾ ജന്മസിദ്ധവും വേർപെടുത്താനാവാത്തവയും വിവാദങ്ങൾക്ക് അതീതവുമാകുന്നു. ഓരോ മനുഷ്യന്റെയും അവകാശം മറ്റുള്ളവരുടെ ധർമ്മമാണ്. 'രക്ഷന്തിസ്മ പരസ്പപരം' എന്ന ഭീഷ്മവാക്യത്തിന്റെ സാരം ഇതു തന്നെയത്രെ! ദീർഘകാലരോഗികളുടെയും മാറാരോഗങ്ങളുള്ളവരുടെയും അത്യാസന്നനിലയിലുള്ളവരുടെയും എന്നു വേണ്ടാ, വേദനിക്കുന്ന ഏതൊരാളുടെയും അവകാശമായ സാന്ത്വന ചികിത്സ ഉറുപ്പുവരുത്തി അവരുടെ ജന്മസിദ്ധമായ അന്തസ്സ് പരിപോഷിപ്പിക്കുകയെന്നത് മനുഷ്യാവകാശ പ്രവർത്തനം തന്നെയാണ്.

ഇന്ത്യൻ ഭരണഘടനയുടെ ഇരുപത്തിയൊന്നാം അനുച്ഛേദം അനുശാസിക്കുന്ന, ജീവിക്കാനുള്ള പൗരന്റെ അവകാശം വെറും നിലനിൽപിനുള്ള അവകാശമല്ലെന്നും ചൈതന്യവത്തായ ആഹാരം, വസ്ത്രം, പാർപ്പിടം, ആരോഗ്യസംരക്ഷണം, മാലിന്യവിമുക്തവും സ്വച്ഛവുമായ പരിസ്ഥിതി എന്നിവ ഉറപ്പുവരുത്തിക്കൊണ്ട് അന്തസ്സോടെ ജീവിക്കാനുള്ള അവകാശമാണെന്നും പരമോന്നത നീതിപീഠം വ്യാഖ്യാനിച്ചിട്ടുണ്ട്. ഏതൊരാളും പിറന്നുവീഴുന്നത് മാതാവടക്കമുള്ള സമൂഹത്തിന്റ താങ്ങു കൂടാതെ നിലനിൽക്കാൻ കഴിയാത്ത അവസ്ഥയിലാണ്. അതുപോലെ രോഗഗ്രസ്തനാകുമ്പോഴും വാർദ്ധക്യം മൂലം കഷ്ടപ്പെടുമ്പോഴും ഏതൊരാൾക്കും സമൂഹത്തിന്റെ സജീവപിന്തുണ വേണം. ഈ യാഥാർത്ഥ്യത്തിനെതിരെ മുഖം തിരിച്ച് ജീവിതത്തെ മതാനുഷ്ഠാനങ്ങളിലൊതുക്കിക്കളയുന്നവർ മനുഷ്യനെന്നെഴുതി കൈയൊപ്പിടുന്നത് ആത്മവഞ്ചനയാണ്.

ദീർഘായുസ്സിന്റെ മറുവശം

ചികിത്സയില്ലാതിരുന്ന പലരോഗങ്ങളെയും പ്രതിരോധിക്കാനും ചികിത്സിച്ചു ഭേദമാക്കാനും നിയന്ത്രിക്കാനും ഇന്ന് നമുക്ക് കഴിയുന്നത് ആധുനിക വൈദ്യശാസ്ത്രത്തിന്റെ സഹായംകൊണ്ടാണ്. ആധുനിക വൈദ്യസാങ്കേതികസംവിധാനങ്ങളുടെ സഹായത്തോടെ അത്യാസന്നനിലയിലുള്ളവരുടെ മരണം നീട്ടിക്കൊണ്ടുപോകാനും കഴിയുന്നു. പക്ഷേ ഇതിന് ഒരു മറുവശം കൂടിയുണ്ട്. ആദ്യം നഷ്ടപ്പെടുന്നത് രോഗിയുടെ അന്തസ്സാണ്. മരണത്തിലേക്ക് നീങ്ങിക്കൊണ്ടിരിക്കുന്നയാളിന്റെ സ്വയം നിർണയാവകാശവും ജീവിതഗുണനിലവാരവും ശാരീരികവും മാനസികവും ആദ്ധ്യാത്മികവുമായ അവകാശങ്ങളും അവഗണിക്കപ്പെടുന്നു. ബന്ധുമിത്രാദികളുടെ സാമീപ്യവും സാന്ത്വനവും നിഷേധിക്കപ്പെട്ടു തീവ്രപരിചരണ വിഭാഗത്തിലെ യന്ത്രങ്ങളാൽ ബന്ധിക്കപ്പെട്ടും യാന്ത്രിക സമീപനം പുലർത്തുന്നവരുടെ മേൽനോട്ടത്തിൽ നിസ്സഹായനാക്കപ്പെട്ടും അവസാനകാലം പീഡനകാലം മാത്രമായിത്തീരുന്നു. ഇവിടെയാണ് പാലിയേറ്റീവ് ശുശ്രൂഷ എന്നറിയപ്പെടുന്ന സാന്ത്വന പരിചരണത്തിന്റെ പ്രസക്തി. ദീർഘകാല രോഗികളുടെയും മാറാരോഗങ്ങളുള്ളവരുടെയും ഇനി ജീവിതത്തിലേയ്ക്ക് തിരിച്ചുവരില്ലെന്ന് ഉറപ്പായ അത്യാസന്നനിലയിലുള്ളവരുടെയും ജീവിതദൈർഘ്യം കൂട്ടുന്നതിനെക്കാൾ അവരുടെ ശേഷിച്ച ഓരോ ദിവസവും ഓരോ നിമിഷവും അന്തസ്സുള്ളതാക്കി മാറ്റി മരണസമയത്തുപോലും ശാന്തി ഉറപ്പുവരുത്തുകയെന്നതാണ് ലക്ഷ്യം. അതുകൊണ്ടുതന്നെയാണ് മനുഷ്യാവകാശപ്രവർത്തകർ ഈ മേഖലയെ രണ്ടു കൈകളുമുയർത്തി അഭിവാദ്യം ചെയ്യുന്നത്.

പ്രശ്നങ്ങൾ, വെല്ലുവിളികൾ

ദീർഘകാല രോഗികളുടെയും മാറാരോഗങ്ങളുള്ളവരുടെയും പ്രശ്നങ്ങൾ സാന്ത്വന ചികിത്സാരംഗത്തു പ്രവർത്തിക്കുന്നവർ തിരിച്ചറിയുന്നു. അവഗണന, ഒറ്റപ്പെടൽ, താൻ മറ്റുള്ളവർക്ക് ഭാരമാണെന്ന തോന്നൽ, സഹിക്കാൻ വയ്യാത്ത വേദന, ശ്വാസതടസ്സം, സാമ്പത്തികശേഷിയില്ലാത്തതിനാൽ തുടർചികിത്സ സാധ്യമല്ലാത്ത ദുരവസ്ഥ, പുറംലോകം തന്നെ പുച്ഛിക്കുന്നോ എന്ന ശങ്ക, മാനസികവും സാമൂഹികവും ആത്മീയവുമായ ആവശ്യങ്ങൾ പരിഗണിക്കപ്പെടാത്തതിലുള്ള വ്യഥ, വിവാഹപ്രായമെത്തിയ പെൺമക്കൾ, വൃദ്ധരായ മാതാപിതാക്കൾ, എപ്പോൾ

വേണമെങ്കിലും നിലം പതിച്ചേയ്ക്കാവുന്ന കുടിൽ, മരണാനന്തര ജീവിതത്തെക്കുറിച്ചു മതങ്ങൾ അടിച്ചേല്പിച്ച അന്ധവിശ്വാസങ്ങൾ – പ്രശ്നങ്ങളുടെ പട്ടിക തീരുന്നില്ല. ബാല്യം വിടാത്ത മക്കൾ യാചിക്കുന്നതായി പേടിസ്വപ്നം കണ്ട് ഞെട്ടിയുണർന്നു വിലപിച്ച ഒരു പിതാവിനെ ഇതെഴുതുന്നയാൾക്കു പരിചയമുണ്ട്! അയാളുടെ ചികിത്സയ്ക്ക് പണമുണ്ടാക്കാനാണത്രെ മക്കൾ യാചന തുടങ്ങിയത്!! ആത്മഹത്യ ചെയ്യാൻപോലും ശേഷിയില്ലാത്ത തന്നെ കൊന്നുതരണമെന്നായിരുന്നു അദ്ദേഹത്തിന്റെ അപേക്ഷ! എല്ലാം മുൻജന്മപാപഫലമാണെന്ന് ചിലർ വിശ്വസിക്കുമ്പോൾ മറ്റു ചിലർ ഈ ജീവിതത്തിലെ തെറ്റുകളെയോർത്ത് തന്റെ ജീവിതം പാഴ്വേലയായിരുന്നോ എന്ന് രാവണവിലാപം നടത്തുന്നു. സാന്ത്വന ചികിത്സാരംഗത്ത് നിലവിൽവന്നുകൊണ്ടിരിക്കുന്ന അയൽക്കണ്ണികളിലെ (Neighbourhood Network of Palliative Care-NNPC) പ്രവർത്തകന്റെ സാന്ത്വനസ്പർശം അയാൾക്ക് ആശ്വാസമാകുന്നു. ഭയവും ശേഷിയില്ലായ്മയും പാപബോധവും നീതിബോധവും തനിക്കു ശേഷം കുടുംബത്തിന്റെ ഭാവിയെക്കുറിച്ച് ഓർക്കുമ്പോഴുള്ള ആശങ്കകളുമൊക്കെ നിന്നെപ്പോലെ നിന്റെ അയൽക്കാരനെയും സ്നേഹിക്കുക എന്ന ക്രിസ്തുവചനമുൾക്കൊണ്ട സാന്ത്വന ശുശ്രൂഷകന്റെ സ്നേഹസമസൃണമായ സ്പർശനത്തിലൂടെ തീർത്തും മാറിപ്പോകില്ലെങ്കിലും ചെറിയ ആശ്വാസമെങ്കിലും പ്രദാനം ചെയ്യുമെന്ന് ഉറപ്പാണ്. വേദനാ സംഹാരികളായ ഗുളികകൾക്ക് ചെയ്യാൻ കഴിയാത്തതിനെക്കാൾ വലിയ കാര്യങ്ങൾ അയൽക്കാരന് ചെയ്യാൻ കഴിയും. അന്ത്യം അത്യാസന്നമെങ്കിലും കൃത്രിമമായി മരണം നീട്ടിക്കൊണ്ടുപോകുന്ന സംവിധാനങ്ങൾ തന്റെ സ്വയം നിർണയാവകാശത്തിന് നേരെ പല്ലിളിക്കുന്ന ദൈന്യാവസ്ഥയെയും ഏറ്റവും പ്രിയപ്പെട്ടവരുടെ സാമീപ്യത്തിൽ വേദനാസംഹാരികളായ ഔഷധങ്ങളുടെ പിന്തുണയോടെതന്നെ ശാന്തമായി ദു:ഖങ്ങളിൽനിന്ന് മോചനം തേടി അന്തസ്സോടെ നൈസർഗ്ഗികമായി ലോകത്തോട് വിടപറയുന്ന അവസ്ഥയെയും താരതമ്യം ചെയ്യുക. സാന്ത്വന ശുശ്രൂഷ മരണത്തെ അംഗീകരിക്കുന്നു. മരണത്തെ ത്വരിതപ്പെടുത്തുന്നില്ല; നീട്ടിവെയ്ക്കുന്നുമില്ല. അന്ത്യകാലത്ത് കൂടുതൽ ദിനങ്ങൾ കൂട്ടിച്ചേർക്കുന്നതിനുപകരം അന്ത്യദിനങ്ങൾ അന്തസ്സോടെതന്നെ ചെലവഴിക്കാൻ വ്യക്തിയെ സഹായിക്കുന്നു. അതുകൊണ്ടുതന്നെ സാന്ത്വന ശുശ്രൂഷാരംഗത്ത് പ്രവർത്തിക്കുന്ന ഡോക്ടറും നഴ്സും സന്നദ്ധ പ്രവർത്തകനും മനുഷ്യാവകാശ പ്രവർത്തകർ തന്നെയാണ്.

ദീർഘകാലരോഗികളുടെ കുടുംബവും തീരാദുഃഖവും പേറുന്നു. ഒന്നിലേറെ ദീർഘകാല രോഗികളുള്ള കുടുംബങ്ങൾ അനുഭവിക്കുന്ന യാതനകൾ വിവരണാതീതമാണ്. കുടുംബത്തിന്റെ സുഗമമായ നടത്തിപ്പിന്റെ നെടുംതൂണായ വ്യക്തി രോഗഗ്രസ്തനാകുമ്പോൾ അയാളെ ശുശ്രൂഷിക്കാനായി ഇണ തൊഴിൽ വിടുന്നു. മക്കളുടെ വിദ്യാഭ്യാസവും പോഷകാഹാരലഭ്യതയും തകരാറിലാകുന്നു. ആദ്യഘട്ടത്തിൽ സഹതാപവും സഹായവും നൽകിയ ബന്ധുമിത്രാദികൾ ക്രമേണ പിന്മാറുന്നു. കടംവാങ്ങിയും വിറ്റു തുലച്ചും കിടപ്പാടം പണയപ്പെടുത്തിയും തകർന്ന കുടുംബത്തോടു ഇനി തങ്ങൾക്ക് ഒന്നും ചെയ്യാനില്ലെന്ന് ഡോക്ടർ മൊഴിയുന്നു. ആശുപത്രിയിൽവെച്ച് അന്ത്യം സംഭവിച്ചാൽ ശവം വിട്ടുകൊടുക്കണമെങ്കിൽ പണമടയ്ക്കണമെന്ന് പറഞ്ഞ് ഷൈലോക്കുകൾ ഗർജ്ജിക്കുന്നു. കുടുംബം ആത്മഹത്യയ്ക്ക് തയ്യാറെടുക്കുന്നു. അല്പം നാട്ടുവെളിച്ചം പോലും ബാക്കിവെയ്ക്കാതെ ഇരുട്ട് നമ്മെ വിഴുങ്ങുന്നു. വേണ്ട സമയത്ത് ഒരു തരി വെളിച്ചവുമായി സാന്ത്വന ചികിത്സാ പ്രവർത്തകർ എത്തിയാൽ ഇത്രയും ദുരന്തങ്ങൾക്ക് തടയിടാൻ കഴിയും.

വേദനയിൽനിന്നുള്ള മോചനം എന്ന മനുഷ്യാവകാശം

എൺപതു ശതമാനം കാൻസർ രോഗികളുടെയും ഏറ്റവും വിലയ പ്രശ്നം വേദനയാണ്. പുകയില ജന്യരോഗങ്ങൾ, എയ്ഡ്സ് എന്നിവ ബാധിച്ചവർക്കും വേദന സഹിക്കാനാവുന്നില്ല. അപകടങ്ങളിൽ പെട്ട് കൈകാലുകൾ തളർന്നവർ, മസ്തിഷ്ക്കാഘാതംമൂലം ഒരു വശം തളർന്നവർ തുടങ്ങിയവരും വേദന അസഹ്യമെന്ന് പരാതിപ്പെടുന്നു. ഇവരുടെ ശാരീരികവും മാനസികവും ആത്മീയവുമായ വേദനകളകറ്റാൻ ഗുളികകൾ മാത്രം പോരാ. പക്ഷേ കറുപ്പിൽനിന്ന് ഉല്പാദിപ്പിക്കുന്ന ഔഷധങ്ങളുടെ പ്രയോഗം ഒരു ഘട്ടം കഴിഞ്ഞാൽ അവശ്യം ആവശ്യം തന്നെയാണ്. ഇവ സാന്ത്വനശുശ്രൂഷയിൽ പരിശീലനം സിദ്ധിച്ച ചികിത്സകന്റെ നിർദ്ദേശാനുസരണം നൽകുകയും വേണം. വേദന മാറ്റാത്ത ചികിത്സ അധാർമ്മികവും മനുഷ്യാവകാശങ്ങളോടുള്ള വെല്ലുവിളിയുമാണ്. മോർഫിൻ എന്നു കേൾക്കുമ്പോൾ തന്നെ അഡിക്ഷൻ എന്ന് കൂട്ടി വായിക്കരുത്. വേദനിക്കുന്നവൻ ചികിത്സയുടെ ഭാഗമായി മോർഫിൻ കഴിക്കുമ്പോൾ അത് വിധേയത്വത്തിലേയ്ക്കോ അടിമത്തത്തിലേയ്ക്കോ നയിക്കുന്നില്ല. ദൌർഭാഗ്യകരമെന്നു പറയട്ടെ, നമ്മുടെ ഇടയിൽ ഒരുതരം ‘ഓപിയോ ഫോബിയയോ’ ‘ഓപിയോ നിരക്ഷരതയോ’ നിലവിലുണ്ട്. ഇത് വേദനിക്കുന്ന രോഗിയുടെ മനുഷ്യാവകാശ സംരക്ഷണത്തിന് വിലങ്ങുതടിയാകുന്നു. നിയന്ത്രിത വേദനാസംഹാരികൾ രോഗിക്ക് കൃത്യമായ അളവിൽ വേണ്ട സമയത്ത് ലഭ്യമാക്കുകതന്നെ വേണം. സാർവദേശീയ മനുഷ്യവകാശ പ്രഖ്യാപനത്തിന്റെയും വിവിധ അന്താരാഷ്ട്ര മനുഷ്യാവകാശ ഉടമ്പടികളുടെയും സത്ത ഉൾക്കൊണ്ട് ആരോഗ്യപ്രവർത്തകർ അന്താരാഷ്ട്ര പാലിയേറ്റീവ് ശുശ്രൂഷാ വർഷമോ കഴിയുമെങ്കിൽ സാന്ത്വന ശുശ്രൂഷാദശകം തന്നെയോ ആചരിക്കാനായി ആഹ്വാനം ചെയ്യാൻ ലോകാരോഗ്യസംഘടനയോട് ആവശ്യപ്പെടുന്നു.

നിയമപരവും സാമൂഹികവുമായ സംരക്ഷണം

സാന്ത്വന ശുശ്രൂഷ സംബന്ധിച്ച് കൗൺസിൽ ഓഫ് യൂറോപ്പിന്റെ പാർലിമെന്ററി യോഗം നടത്തിയ

ചർച്ചയുടെ അവസാനത്തിൽ ദീർഘകാലരോഗികൾ നേരിടുന്ന പ്രശ്നങ്ങളിൽനിന്ന് അവർക്ക് സംരക്ഷണം നൽകാൻ വേണ്ട നയം രൂപീകരിക്കാനും നിയമം നിർമ്മിക്കാനും അംഗരാഷ്ട്രങ്ങളോട് ആഹ്വാനം ചെയ്യുകയുണ്ടായി. സാന്ത്വന ശുശ്രൂഷ വ്യക്തിയുടെ നിയമപരമായ അവകാശമാണെന്ന് ഉറപ്പുവരുത്തണം. എല്ലാ ആശുപത്രികളിലും സാന്ത്വന ശുശ്രൂഷാ സംവിധാനങ്ങൾ വേണം. വീട്ടിൽവെച്ച് സാന്ത്വന പരിചരണം ലഭിക്കാനാഗ്രഹിക്കുന്നവർക്ക് അതിനുതകുന്ന മൊബൈൽ യൂണിറ്റുകളുടെ സംരക്ഷണം ലഭ്യമാക്കണം. മരണത്തിന്റെ വേഗത കൂട്ടാൻ ശ്രമിച്ചുകൂടാ. ദയാവധത്തിന് സാന്ത്വനശുശ്രൂഷയിൽ യാതൊരു സ്ഥാനവുമില്ല.

ഭാവിയിൽ വൃദ്ധനോ ദീർഘകാലരോഗിയോ ആയി കിടപ്പിലാകുകയും തന്റെ അഭിപ്രായം വ്യക്തമായി പ്രകടിപ്പിക്കാൻ ശേഷിയില്ലാതാകുകയും ചെയ്താൽ തനിക്ക് തീവ്രപരിചരണവിഭാഗത്തിലെ ചികിത്സയും മൂക്കിലൂടെ കുഴൽകടത്തിയുള്ള പോഷകാഹാരം നൽകൽപോലും ആവശ്യമില്ലെന്ന് രേഖപ്പെടുത്തിവെയ്ക്കാനുള്ള അവകാശം (Right to Register Living Will) ഏതൊരാൾക്കും വേണമെന്ന് ചില ധർമ്മശാസ്ത്ര വിശാരദന്മാർ അഭിപ്രായപ്പെടുന്നു. പക്ഷേ കിടപ്പിലായ ആൾക്ക് തീരുമാനമെടുക്കാനുള്ള ശേഷിയില്ലെങ്കിൽ, അദ്ദേഹം മുൻതീരുമാനം രജിസ്റ്റർ ചെയ്തിട്ടില്ലെങ്കിൽ ഏറ്റവും അടുത്ത ബന്ധുവിന്റെ സമ്മതത്തോടെ ജീവൻ നിലനിർത്താനുള്ള യത്നം തുടരാൻ ചികിത്സകർക്ക് അവകാശമുണ്ടായിരിക്കണം. അയാൾക്ക് സാന്ത്വനചികിത്സ ഉറപ്പുവരുത്തുകയും വേണം.

കുട്ടികൾക്ക് സാന്ത്വനചികിത്സ നൽകുമ്പോൾ

കാൻസർ അടക്കമുള്ള ദീർഘകാല രോഗങ്ങളോ ജനിതക വൈകല്യങ്ങളോ ഉള്ള കുട്ടികളുടെ സാന്ത്വനപരിചരണം പ്രത്യേക പരിഗണനയർഹിക്കുന്നു. കുട്ടികളുടെ അവകാശങ്ങൾ സംബന്ധിച്ച അന്താരാഷ്ട്ര ഉടമ്പടിയെ മാനിച്ചുകൊണ്ട് മാത്രമേ എന്തു നടപടിയും കൈക്കൊള്ളാൻ പാടുള്ളൂ. കുട്ടികളിലെ ചില കാൻസർ രോഗങ്ങൾ ചികിത്സിച്ചു ഭേദപ്പെടുത്താവുന്നവയാകയാൽ അതിനുതകുന്ന നടപടികൾ കൈക്കൊള്ളാൻ വേണ്ട സാഹചര്യങ്ങളൊരുക്കാൻ സമൂഹത്തിന് ബാദ്ധ്യതയുണ്ട്. കളിപ്പാട്ടങ്ങളുടെ ലഭ്യതയും കൂട്ടുകാരുടെ സാന്നിദ്ധ്യവും വീട്ടിലെ ഓമന മൃഗങ്ങളുടെ ചങ്ങാത്തവുമൊക്കെ അനുവദിക്കാമോ എന്നതു സംബന്ധിച്ച് ഡോക്ടറുടെ അഭിപ്രായം നിർണ്ണായകംതന്നെ. പക്ഷേ രക്ഷിതാക്കൾക്കുകൂടി പ്രാതിനിധ്യമുള്ള ധർമ്മശാസ്ത്രസമിതി(Ethical Committee)യെ കാര്യങ്ങൾ ബോദ്ധ്യപ്പെടുത്താൻ ഭിഷഗ്വരന് ബാദ്ധ്യതയുണ്ട്. അകാലത്തിൽ പൊലിഞ്ഞുപോയ ക്ലിന്റിനെപ്പോലെ പ്രതിഭയുള്ള കുട്ടികളെ ചിത്രരചനയിൽനിന്നോ കവിതയെഴുത്തിൽനിന്നോ പിന്തിരിപ്പിച്ചുകൂടാ. എയ്ഡ്സ് അണുബാധിതരായ കുട്ടികളെ സ്കൂളിൽ ചേർക്കരുതെന്ന് ശഠിച്ച നിഷ്ഠൂര കേരളീയസമൂഹത്തിന് തക്കശിക്ഷ നൽകുന്നത് മനുഷ്യാവകാശക്കമ്മീഷന്റെ പരിഗണനയിൽ വരേണ്ട വിഷയമാണ്.

ശുശ്രൂഷയുടെ രാഷ്ട്രീയം

സാന്ത്വന ശുശ്രൂഷ വെറും കാരുണ്യപ്രവർത്തനമല്ല. ജാഗ്രതയോടെയുള്ള കാരുണ്യ പ്രവർത്തനമാണ്. അതാണ് സാന്ത്വന ശുശ്രൂഷയുടെ അടിസ്ഥാനരാഷ്ട്രീയം. ഓരോ മനുഷ്യന്റെയും അന്തസ്സ് ഉറപ്പുവരുത്തുവാനുള്ള സംവിധാനങ്ങളുടെ ആവശ്യഘടകമാണ് സാന്ത്വന ശുശ്രൂഷ. അതുകൊണ്ടുതന്നെ സാന്ത്വനശുശ്രൂഷ മനുഷ്യാവകാശ പ്രവർത്തനമാണ്. ശ്വസിക്കുന്ന ഏതൊന്നിനും കാരുണ്യം ഉറപ്പുവരുത്തുന്ന ഔന്നത്യത്തിലേയ്ക്ക് സാന്ത്വന ശുശ്രൂഷാമേഖല ഉണരുമ്പോൾ ഈ പ്രവർത്തനങ്ങളിലേർപ്പെടുന്നവർ ആത്യന്തികമായ ജ്ഞാനത്തിന്റെ അഥവാ പ്രജ്ഞയുടെ ആനന്ദം അനുഭവിക്കും. ഏതൊരു പ്രവർത്തകനും ബുദ്ധനായിത്തീരാനുള്ള യത്നത്തിലാണ്. ഇത് ഉൽകൃഷ്ടമായ രാഷ്ട്രീയ പ്രവർത്തനം തന്നെയാണ്.

• • • • • • • • • • • •

BACK TO INDEX

അഭിമുഖം

സാന്ത്വന ചികിത്സാപ്രസ്ഥാനം

ഡോ.സുരേഷ് കുമാർ, കോഴിക്കോട്/എ.സുരേഷ്

കേരളത്തിൽ പെയിൻ ആന്റ് പാലിയേറ്റീവ് കെയർ ചികിത്സാരംഗത്തെ ബഹുജനപങ്കാളിത്തത്തോടെ സാമൂഹിക പ്രസ്ഥാനമാക്കി വളർത്തിയെടുക്കുന്നതിൽ മാതൃകാപരമായ പ്രവർത്തനങ്ങൾ നടത്തിക്കൊണ്ടിരിക്കുന്ന കോഴിക്കോട് പെയിൻ ആന്റ് പാലിയേറ്റീവ് കെയർ സൊസൈറ്റിയുടെ സ്ഥാപകപ്രവർത്തകനും പ്രശസ്ത ചികിത്സകനുമായ ഡോ. സുരേഷ് കുമാറുമായുള്ള സംഭാഷണം

ചോദ്യം: ആശുപത്രി കേന്ദ്രിത ചികിത്സയിൽനിന്നു വ്യത്യസ്തമായി പാലിയേറ്റീവ് കെയർ ചികിത്സ, ചുരുങ്ങിയതു മലബാറിലെങ്കിലും ഒരു സാമൂഹിക പ്രസ്ഥാനമായി വളർന്നു കഴിഞ്ഞിരിക്കുന്നു. ഇങ്ങനെയൊരു മാറ്റം സാധ്യമാകുന്നതിന്റെ പശ്ചാത്തലം എങ്ങനെയാണ്?

ഉത്തരം: പാലിയേറ്റീവ് കെയർ മൂവ്മെന്റ് വളരെ സ്വാഭാവികമായി രൂപപ്പെട്ടതാണെന്നു പറയാം. കേരളത്തിൽ ഇതിനുമുമ്പ് ഉണ്ടായിട്ടുള്ള സാമൂഹിക പ്രസ്ഥാനങ്ങളുടെ തുടർച്ചയിലാണിതു കണ്ണിചേർക്കപ്പെടുന്നത്. 1993 ലാണ് കോഴിക്കോട് പെയിൻ ആന്റ് പാലിയേറ്റീവ് കെയർ സൊസൈറ്റി രജിസ്റ്റർ ചെയ്യുന്നത്. അന്ന് ഏതെങ്കിലും തരത്തിൽ ഇവിടുത്തെ സാമൂഹിക പ്രസ്ഥാനങ്ങളുമായി ബന്ധപ്പെട്ടു പ്രവർത്തിച്ചവരായിരുന്ന ഇതിന്റെ പിന്നണിയിലുണ്ടായിരുന്നത്. ക്ലിനിക് കേന്ദ്രീകരിച്ചാണ് പാലയേറ്റീവ് കെയർ പ്രവർത്തനം തുടങ്ങിയതെങ്കിലും സാമൂഹികമായാണതു സംഘടിപ്പിക്കപ്പെട്ടിരുന്നത്. പാലിയേറ്റീവ്

കെയറിനെപ്പറ്റി അന്ന് വേണ്ടത്ര ധാരണ രൂപപ്പെട്ടിരുന്നില്ല. എങ്കിലും പാശ്ചാത്യ പാരമ്പര്യത്തിലുള്ള ക്ലിനിക്കൽ പാലിയേറ്റീവ് കെയറിൽനിന്നു നമ്മുടേതു തുടക്കത്തിൽതന്നെ വ്യത്യസ്തമായിരുന്നു. പടിഞ്ഞാറൻ നാടുകളിലെ ഹോസ്പീസുകളിൽ കാണുന്നതരത്തിൽ സ്ഥാപനത്തിലൂന്നിയുള്ള പരിചരണമായിരുന്നില്ല നമ്മുടേത് എന്നർത്ഥം. ഹോസ്പീസുകൾ താരതമ്യേന ആധുനിക കാലത്തുണ്ടായതാണ്. ഇംഗ്ലണ്ടിൽ അറുപതുകളിലാണ് ഇത്തരം സോഷ്യൽ ഹോസ്പീസുകൾ വരുന്നത്. 'ഹോസ്പീസ്' എന്നത് ക്രിസ്ത്യൻ പശ്ചാത്തലമുള്ള വാക്കാണ്. കൂറെക്കൂടി മനുഷ്യത്വപരമായ പരിചരണം എന്നതിനു പ്രാധാന്യം കൊടുക്കുന്ന കേന്ദ്രങ്ങളായിരുന്നു അത്.

പക്ഷേ പാലിയേറ്റീവ് കെയർ ഒരു പുതിയ സംഗതിയല്ല. ബുദ്ധകാലഘട്ടത്തിൽ ഇന്ത്യയിലും മറ്റും ഇത്തരം ആതുരാലയങ്ങൾ ഉണ്ടായിട്ടുണ്ടെന്നു കാണാം. ബുദ്ധിമുട്ടുന്ന ഒരാൾക്ക് ആശുപത്രികൾപോലെയല്ലാതെ, വീടിനു തുല്യമായി പരിചരണം നൽകുന്ന കേന്ദ്രങ്ങൾ അശോക ചക്രവർത്തിയുടെ കാലത്ത് ശ്രീലങ്കയിലും മറ്റും ഉണ്ടായിരുന്നു. സാമൂഹികമായി പരിചരണം നൽകുക എന്നതിനു കൂടുതൽ വലിയ ഒരു പാരമ്പര്യം നമുക്കുണ്ടായിരുന്നു എന്നാണിതു കാണിക്കുന്നത്. കേരളത്തിലെ പാലിയേറ്റീവ് പ്രസ്ഥാനത്തിന്റെ കാര്യത്തിലും അറിയപ്പെടുന്നവരും അറിയപ്പെടാത്തവരുമായ എത്രയോ മനുഷ്യരുടെ സേവനങ്ങൾ ഉണ്ടായിരുന്നു. ഇവരിൽ പലരും സാമൂഹിക രാഷ്ട്രീയ രംഗങ്ങളിൽ സജീവമായി പ്രവർത്തിച്ച് അനുഭവങ്ങളുള്ളവരായിരുന്നു എന്നതാണ് ഇതിനെ ജനകീയമാക്കാൻ സഹായിച്ചത്. ആശുപ്രതികളെയും ഡോക്ടർമാരെയും മാത്രം ആശ്രയിച്ചായിരുന്നെങ്കിൽ ഇന്ത്യയുടെ മറ്റുഭാഗങ്ങളിലെ പോലെ പാലിയേറ്റീവ് കെയർ ഇവിടെയും ക്ലിനിക്കുകളിൽ ഒതുങ്ങിപ്പോകുമായിരുന്നു.

ചോ: ക്ലിനിക്കുകളിൽനിന്നു പുറത്തേക്ക് പാലിയേറ്റീവ് പരിചരണം വരുന്നത് എപ്പോഴായിരുന്നു?

ഉ: ആറുവർഷത്തോളം വേണ്ടിവന്നു സ്ഥാപനത്തിൽനിന്ന് ഇതിനു പുറത്തുകടക്കാൻ. 2000 ത്തോടെയാണ് മഞ്ചേരിയിൽ ആദ്യത്തെ ഉപകേന്ദ്രം വരുന്നത്. അവിടെയും സ്ഥാപനം കേന്ദ്രീകരിച്ചാണു സ്വാന്തനചികിത്സ നടന്നത്. സന്നദ്ധസേവകരാവാൻ താല്പര്യമുള്ളവർക്കു പരിശീലനം നൽകി. സ്ഥാപനങ്ങളിൽവെച്ചു രോഗികളെ പരിചരിച്ചു തിരിച്ചയയ്ക്കുന്നതിലെ പരിമിതി സന്നദ്ധപ്രവർത്തകർക്കു തിരിച്ചറിയാനായി. കാൻസർ രോഗികൾ, മാരകമായ വീഴ്ചകളോ അസ്ഥിസംബന്ധമായ ഒടിവുകളോ സംഭവിച്ചവർ, മാറാവ്രണങ്ങൾ ബാധിച്ചവർ തുടങ്ങിയവരാണ് സാന്ത്വന ചികിത്സാകേന്ദ്രങ്ങളിൽ എത്തുന്നത്. ഒ.പി.യിൽ വരുന്ന ഇത്തരം രോഗികൾക്കു പരിചരണവും ചികിത്സയും നല്കി അവരെ വീട്ടിലേക്കുതന്നെ തിരിച്ചയയ്ക്കുന്നതിലെ നീതികേട് പരിശീലന ക്ലാസുകളിലും ചർച്ചകളിലും ഉത്തരം തേടുകയായിരുന്നു. ഇത്തരത്തിൽ മാറാരോഗികളോ ദീർഘകാല ചികിത്സ ആവശ്യമുള്ളവരോ വീട്ടിൽ തിരിച്ചുചെല്ലുമ്പോൾ ഇവർക്ക് എന്തുസംഭവിക്കുന്നുവെന്നതു മനസ്സിലാക്കാവുന്നതാണ്. ഈ ആലോചനകളിൽനിന്നാണു കുറച്ചുകൂടി മുന്നോട്ടുപോകാനുള്ള സാധ്യതകൾ തുറന്നുകിട്ടുന്നത്. സന്നദ്ധസേവകരുടെ പരിസരങ്ങളിൽതന്നെയാണ് ഈ രോഗികകളും പ്രയാസപ്പെട്ടു ക്ലിനിക്കുകളിലെത്തുന്നത്. അപ്പോൾ രോഗികളും അവരെ സഹായിക്കാൻ തയ്യാറുള്ളവരും ഒരേ ചുറ്റുപാടിൽതന്നെയുള്ളവരാണെന്നു മനസ്സിലാക്കാൻ കഴിയുന്നു. ഇരുകൂട്ടരും സ്ഥാപനത്തിലെത്തി തിരിച്ചുപോകുകയും ക്ലിനിക്കിലെത്തുമ്പോൾമാത്രം പരിചരണം ലഭിക്കുകയും ചെയ്യുകയെന്നതിൽനിന്നു മാറി, ബുദ്ധിമുട്ടുന്ന രോഗികൾക്കു വീടുകളിൽ പോയി എന്തുകൊണ്ടു പരിചരണം നല്കിക്കൂടാ എന്ന ആശയം ഇങ്ങനെയുണ്ടായതാണ്. 2000 – 2001 ആകുമ്പോഴേക്കും ആയിരക്കണക്കിനു സന്നദ്ധ പ്രവർത്തകർ മലപ്പുറം ജില്ലയിൽമാത്രം ഉണ്ടായിരുന്നു. ഒറ്റയ്ക്കും കൂട്ടായുമുള്ള ഇവരുടെ പ്രവർത്തനങ്ങളെ ഏകോപ്പിക്കുകയെന്ന ലക്ഷ്യത്തോടെയാണ് 2001 –ൽ സ്വാന്തനമേകാൻ അയൽക്കണ്ണികൾ എന്ന ജനകീയ പാലിയേറ്റീവ് കെയർപ്രസ്ഥാനം ആരംഭിക്കുന്നത്. മലപ്പുറത്തെ ഡോ. മാത്യൂസ് നമ്പേലി, ഡോ. അബ്ദുള്ള മണിമ തുടങ്ങി, പരമ്പരാഗത ചികിത്സാസമ്പ്രദായത്തിൽനിന്നു മാറി ചിന്തിക്കുന്ന യുവ ഡോക്ടർമാർ മുന്നോട്ടുവരാൻ തയ്യാറാവുകയും ചെയ്തിരുന്നു. ഇവിടെ ഡോക്ടർമാരുടെ പങ്ക് ചെറുതാണെന്നും, ഇത്തരമൊരു ആശയത്തോടു താല്പര്യം പുലർത്തുന്ന സമൂഹത്തിനുതന്നെയാണ് ഇതിൽ കൂടുതൽ ചെയ്യാനുള്ളതെന്നും പരിശീലന ക്ലാസുകളിൽ ബോധ്യപ്പെടുത്താൻ ശ്രദ്ധിച്ചിരുന്നു. ഇത്തരത്തിൽ ഒരു നിർബന്ധത്തിലൂടെയുമല്ലാതെ വളരെ സ്വാഭാവികമായിതന്നെ രൂപപ്പെട്ടുവരികയായിരുന്നു പാലിയേറ്റീവ് കെയർ മൂവ്മെന്റ്. ഇന്ന് നാലായിരത്തിലേറെ സന്നദ്ധ പ്രവർത്തകർ ഈ രംഗത്തു പ്രവർത്തിക്കുന്നുണ്ട്.

ചോ. എൻ. എൻ. സി.ക്ക് മുൻമാതൃകകൾ ചൂണ്ടിക്കാണിക്കാമോ? പ്രത്യേകിച്ച് സാമൂഹിക പ്രവർത്തനരംഗങ്ങളിൽനിന്ന് ആളുകൾ അകന്നു നില്ക്കുന്ന കാലത്ത് ഇങ്ങനെയൊരു കൂട്ടായ്മ എങ്ങനെയാണ് യാഥാർഥ്യമായിത്തീരുന്നത്?

ഉ. ഇത്തരമൊരു പ്രസ്ഥാനം പുതിയതാണെങ്കിലും മറ്റു പലതിന്റെയും തുടർച്ചയിലാണ് നിൽക്കുന്നത്. നേരത്തെയുണ്ടായിരുന്ന സാക്ഷരതാ പ്രസ്ഥാനം, ജനകീയാസൂത്രണം തുടങ്ങിയവയെ സാധ്യമാക്കിയ ഒരു സാമൂഹിക പശ്ചാത്തലം ഇവിടെയുണ്ട്. എൻ.എൻ.പി.സി രംഗപ്രവേശം ചെയ്യുമ്പോൾ ഇവയിൽ പലതും മന്ദീഭവിച്ചു നില്ക്കുന്ന കാലമായിരുന്നു. അതുകൊണ്ടുതന്നെ എന്തെങ്കിലും ചെയ്തുകൊണ്ടിരിക്കുകയും ചെയ്യുന്ന കാര്യങ്ങളിൽ തൃപ്തിയില്ലായ്മ അനുഭവപ്പെടുകയും ചെയ്യുന്ന കുറെപേർ നമ്മുടെ സാമൂഹിക രാഷ്ട്രീയ രംഗത്തുണ്ടായിരുന്നു. നല്ല സംഘാടനശേഷിയും സന്നദ്ധതയുമുള്ളവരായിരുന്നു ഇവരിൽ പലരും. അവരുടെ ഊർജം തൃപ്തികരമായ മറ്റെന്തിലെങ്കിലും വിനിയോഗിക്കാനും അവർ തയ്യാറായിരുന്നു. ഇക്കൂട്ടത്തിൽ ചിലരാണ് പാലിയേറ്റീവ് കെയർ രംഗത്തേക്കു കടന്നുവന്നത്. മറ്റു ആക്ടിവിറ്റികളിൽ പങ്കെടുക്കുന്നവർക്കും ഇതിൽ ഇടപെടാൻ അവസരമുണ്ടായിരുന്നു. ഡോക്ടർമാരുടെയും നഴ്സുമാരുടെയും പ്രാമുഖ്യം കുറയ്ക്കാൻ ഇതിലൂടെ കഴിഞ്ഞു. പാലിയേറ്റീവ് കെയറിൽ താല്പര്യമുള്ള ഒരു ആക്ടിവിസ്റ്റ് ഗ്രൂപ്പാണ് ഇതിനെ സാമൂഹിക പ്രസ്ഥാനം എന്ന നിലയിലേക്കു വളർത്തിയെടുത്തത്, പാലിയേറ്റീവ് കെയറിൽ ഊന്നിയുള്ള സാമൂഹിക പ്രസ്ഥാനമാക്കിയത്.

ചോ. മറ്റു സാമൂഹിക രാഷ്ട്രീയ രംഗങ്ങളിലെ ആക്ടിവിറ്റികളിൽനിന്നു വ്യത്യസ്തമല്ലേ ഇത്? വേദന, മരണം, പരാശ്രയത്വം തുടങ്ങിയ മനുഷ്യന്റെ അടിസ്ഥാനപരമായ പ്രശ്നങ്ങളെ നേർക്കുനേരെ അഭിമുഖീകരിക്കുന്ന സ്വാന്ത്വന ശുശ്രൂക്ഷ സന്നദ്ധ പ്രവർത്തനത്തെക്കാൾ പ്രാധാന്യമർഹിക്കുന്നതല്ലേ?

ഉ. ശരിയാണ്. ഇതിന് മൂർത്തമായിട്ടുള്ള ഒരു തലമുണ്ട്. കുടിവെള്ളം സംരക്ഷിക്കാനോ പരിസ്ഥിതി മലിനീകരണം തടയാനോ നടത്തുന്ന പ്രവർത്തനങ്ങളെക്കാൾ സമൂർത്തമാണിത്. അവിടെയെല്ലാം അല്പം അവ്യക്തതയെങ്കിലുമുണ്ടാകും. പക്ഷേ ഇവിടെ ഓരോ മനുഷ്യർക്കും ചെയ്യാവുന്ന കൃത്യമായ ഒരു കാര്യമുണ്ട്. അതിനു ഫലവും കാണാനാവും.

രോഗം രോഗിയുടേയോ അയാളുടെ കുടുംബത്തിന്റെയോ മാത്രം ബാധ്യതയാകരുത്. അത് ഒരു സമൂഹത്തിന്റെ മൊത്തം ഉത്തരവാദിത്വമാണ്. ഒരു രോഗിയെ സംരക്ഷിക്കുക എന്നത് ശരിയാണെന്ന് തോന്നിയാൽ ഒരാൾക്ക് നേരിട്ട് ഇവിടെ പ്രവർത്തിക്കാനാവും. കാരണം നമ്മുടെ അയൽവക്കത്ത് രോഗികളുണ്ട്. നിങ്ങൾക്കു താല്പര്യമുണ്ടെങ്കിൽ അയാളെ സഹായിക്കാം. പരിസ്ഥിതി പ്രസ്ഥാനത്തിന്റെയും മറ്റും രംഗത്താണെങ്കിൽ വ്യക്തിയുടെ പ്രവർത്തനത്തെക്കാൾ ഗ്രൂപ്പിന്റെ പ്രവർത്തനങ്ങളാണ് പ്രായോഗികമാവുക. പ്രവർത്തിക്കുന്ന വ്യക്തിക്ക് ഒരുപാട് സ്വാതന്ത്ര്യം ഇവിടെയുണ്ട്. എന്റെ അടുത്തവീട്ടിൽ രോഗിയായി കിടക്കുന്ന ഒരാളെ ചെന്നു കാണാനും അയാളെ സാന്ത്വനിപ്പിക്കാനും ഏതെങ്കിലും തരത്തിൽ സഹായിക്കാനും തയ്യാറാകുന്നതിൽനിന്ന് എന്നെ ഒന്നും തടയുന്നില്ല. ഒരു ഗ്രൂപ്പിന്റെയും ഭാഗമാകാതെ എനിക്കത് ചെയ്യാം. പക്ഷേ ഇങ്ങനെ ചെയ്യുന്നവരുടെ സംഘമുണ്ടാകുമ്പോൾ പ്രവർത്തനങ്ങളെ കുറെക്കൂടി മെച്ചപ്പെടുത്താനും കഴിയും.

ഇത്തരമൊരു പ്രസ്ഥാനം എങ്ങനെ മുന്നേറുന്നു എന്നതിന്റെ പ്രശ്നങ്ങളാണു തുടർന്ന് ഉണ്ടാകുന്നത്. എങ്ങനെ വ്യാഖ്യാനിക്കപ്പെടുന്നു എന്നതിന്റെയും. സാമൂഹികമായ ഇടപെടലിന്റെ അടിസ്ഥാന മൂല്യം ഇവിടെയാണ് കടന്നുവരുന്നത്. എങ്ങനെ വ്യാഖ്യാനിച്ചാലും സ്വാന്ത്വനം കിട്ടുന്ന ഒരു മനുഷ്യനും അതു കൊടുക്കുന്ന ഒരു മനുഷ്യനും തമ്മിലുള്ള ബന്ധം ശക്തമായി നിലനിൽക്കുന്നു. നൈബർഹുഡ് നെറ്റ്‌വർക്ക് എന്നതുകൊണ്ട് ഉദ്ദേശിക്കുന്നതും ഇതുതന്നെയാണ്. ഇതിൽ തല്പരരായ എത്രയോ പേർ ഈ രംഗത്തു പ്രവർത്തിക്കുന്നുണ്ട്. ഇതെന്തു പ്രതിഫലനമാണ് സൃഷ്ടിക്കുന്നത് എന്നതൊക്കെ മറ്റൊരുതലത്തിൽ ചർച്ചചെയ്യേണ്ടതാണ്.

ചോ. സാമൂഹിക മനുഷ്യനെന്ന നിലയിലുള്ള ശരിയായ തിരിച്ചറിവാണോ അതല്ല, സേവനത്തിന്റെയും ത്യാഗത്തിന്റെയും ഭൗതികമോ പാരത്രികമോ ആയ നേട്ടത്തെക്കുറിച്ചുള്ള വ്യാമോഹമാണോ ഇത്തരം പ്രവർത്തനങ്ങൾക്ക് പ്രചോദനവും പ്രേരണയാവുകുന്നത്?

ഉ. സാന്ത്വന ചികിത്സാ പ്രവർത്തനങ്ങളിൽ ഏർപ്പെടുന്നതുകൊണ്ട് ആരെങ്കിലും പ്രത്യേകിച്ച് എന്തെങ്കിലും നേട്ടം കാംക്ഷിക്കുന്നുണ്ടോ എന്ന ചോദ്യമാണത്. ഇത്തരം വിഷയങ്ങളും ക്യാമ്പുകളിൽ ചർച്ച ചെയ്യപ്പെട്ടിട്ടുണ്ട്. പലതരം പ്രചോദനങ്ങളും പ്രേരണകളും ഈ രംഗത്തു വരുന്നവരിലുണ്ടാവും.ക്യാമ്പുകളിൽ ചർച്ച ചെയ്യപ്പെട്ടിട്ടുണ്ട്. ചിലർ തങ്ങളുടെ ഒഴിവു സമയം മറ്റാർക്കെങ്കിലും ഉപകാരമാവട്ടെ എന്നു വിചാരിക്കുന്നവരാവും. വേറെ ചിലർ നല്ലകാര്യങ്ങളെന്തെങ്കിലും ചെയ്തു രാത്രി സമാധാനത്തോടെ കിടന്നുറങ്ങാമല്ലോ എന്നാവും വിചാരിക്കുന്നത്. മറ്റു ചിലർക്ക് ആളുകൾ നല്ല വാക്കു പറയുന്നത് കേൾക്കാനായിരിക്കും ഇഷ്ടം. സാന്ത്വന ചികിത്സാരംഗത്തു പ്രവർത്തിക്കുന്ന പലരും പറയുന്നത് ഇപ്പോൾ മനസ്സമാധാനം കിട്ടുന്നുവെന്നാണ്. രാഷ്ട്രീയ പാർട്ടി ബന്ധമുള്ളവർ തെരഞ്ഞെടുപ്പിൽ കൂടുതൽ വോട്ടുകിട്ടുമെന്നു പ്രതീക്ഷിച്ചാവാം ഇത്തരം പ്രവർത്തനങ്ങളിൽ ഇടപെടുന്നത്. മതവിശ്വാസമുള്ളവരുമായി സംസാരിച്ചിട്ടുണ്ട്. അവർ ചിലപ്പോൾ പ്രതിഫലം സ്വർഗത്തിൽ കിട്ടുമെന്നായിരിക്കും ആശിക്കുന്നത്. ഇവരുടെയെല്ലാം പ്രവർത്തനംകൊണ്ട് രോഗിക്കു ഗുണം കിട്ടുന്നുവോ എന്നതാണ് കാര്യം. ശുശ്രൂഷയിൽ അവർ വെള്ളം ചേർക്കുന്നില്ലെങ്കിൽ, അതു കൃത്രിമല്ലാതിരിക്കുന്നുവെങ്കിൽ ഇതൊന്നും പ്രശ്നമാകുന്നില്ല. ആരോടും വിയോജിക്കേണ്ടതില്ല.

പാലിയേറ്റീവ് പരിചരണ രംഗത്തു പ്രവർത്തിച്ചവർ പിന്നീട് അവരുടെ ജീവിതത്തിൽതന്നെയുണ്ടായ മാറ്റങ്ങളെപ്പറ്റി പറയുന്നത് കേട്ടിട്ടുണ്ട്. വളരെ അവ്യക്തവും അമൂർത്തവുമായ ആശയങ്ങളുമായി വന്നവർ വളരെ വ്യക്തവും ഉറച്ചതുമായ ചില തിരിച്ചറിവുകളിലേക്കു ക്രമേണ മാറുന്നതായി പറയുന്നുണ്ട്.

ചോ. സന്നദ്ധ സംഘടനാ പ്രവർത്തനത്തിന്റെയോ കാരുണ്യ പ്രവർത്തന (ചാരിറ്റി)ത്തിന്റെയോ മനുഷ്യത്വവിരുദ്ധമായ സമീപനം ഇതിൽ നിഴലിക്കുന്നില്ലേ?

ഉ. ഇതിനെയൊരു ചാരിറ്റിയായി കാണുന്നവർ സന്നദ്ധപ്രവർത്തകരുടെ ഇടയിൽ വളരെ കുറവാണ്. അത് മുൻവിധി പുലർത്തുന്ന കേരളത്തിലെ മധ്യവർഗത്തിന്റെ മനോഭാവമാണ്. ഇതിൽ ഇറങ്ങിക്കഴിയുന്നവർക്ക് ഇങ്ങനെ ഉയരത്തിൽനിന്നു താഴേക്ക് നോക്കിക്കാണാനാവില്ല. അതാണ് എൻ.എൻ.പി.സി.യുടെ അനുഭവം. പാലിയേറ്റീവ് കെയർ രംഗത്തെ പ്രവർത്തകരിലധികവും ഇടത്തരക്കാരും സാധാരണക്കാരുമാണ്. അവർ നൽകുന്ന ചെറിയ സംഭാവനകളാണ് പാലിയേറ്റീവ് കേന്ദ്രങ്ങളുടെ പ്രവർത്തന മൂലധനം. വൻതുക സ്പോൺസർ ചെയ്യാൻ തയ്യാറാവുന്നവരുണ്ടെങ്കിലും അതു സ്വീകരിക്കാറില്ല. ഓരോ എൻ.എൻ.പി.സി.യുടെയും സാമ്പത്തിക ചെലവ് അതാത് പ്രദേശത്തുനിന്നുതന്നെയാണു കണ്ടെത്തുന്നത്. അത് മനുഷ്യർക്കിടയിലുള്ള പരസ്പര ബന്ധമാണ്. തന്റെ അയൽക്കാരനെക്കുറിച്ച് അത്തരത്തിലുള്ള ബോധം അവർക്കുണ്ട്. ഒരു ദീനാനുകമ്പയായി ഇതിനെ കാണുന്നവർ വളരെ ചെറിയൊരു ശതമാനം മാത്രമായിരിക്കും. ഏതെങ്കിലും തരത്തിൽ സാമൂഹികപ്രവർത്തനം കൈമുതലായുള്ളവർ ഇതിനെ ഒരു പൊതുപ്രശ്നമായാണു കാണുന്നത്. മലയാളിക്ക്, മലയാളിയെപ്പറ്റിയുള്ള സിനിസിസം മാറ്റിനിർത്തിയാൽ ഇതാണ് കാണാനാവുക. ഇവരുടെ ഇടയിൽ പ്രവർത്തിക്കുന്ന ഞങ്ങൾ ഡോക്ടർമാർക്കും വളണ്ടിയർമാർക്കും നഴ്സുമാർക്കുമെല്ലാം പ്രതീക്ഷാവഹമായ അനുഭവങ്ങളാണുള്ളത്. മലയാളിയുടെ സാമൂഹിക ബോധത്തെക്കുറിച്ചു സിനിക്കലായ സമീപനം യാഥാർത്ഥ്യമായിരിക്കില്ല. പാലിയേറ്റീവ് കെയർ പ്രസ്ഥാനം പുതിയ തലങ്ങളിലേക്കുകൂടി വളരു

ന്നത് അതുകൊണ്ടാണ്.

ചോ. ഒരു കാലത്ത് സജീവമായിരുന്ന പല സാമൂഹിക പ്രസ്ഥാനങ്ങളും കേരളത്തിൽ സമീപകാലത്ത് ഇല്ലാതാവുകയോ അല്ലെങ്കിൽ മതപ്രസ്ഥാനങ്ങൾക്കും ആൾദൈവ പ്രസ്ഥാനങ്ങൾക്കും വഴിമാറുകയോ ആണ്. ഇത്തരമൊരു സാഹചര്യത്തിൽ സാന്ത്വന ചികിത്സാപ്രവർത്തനം എങ്ങനെയാണ് സ്വീകാര്യമായിത്തീരുന്നത്?

ഉ. കേരളത്തിന്റെ സാമൂഹിക - സാംസ്കാരിക മണ്ഡലങ്ങളിൽ ഒരു ശൂന്യതയുണ്ടായിട്ടുണ്ടെന്നതു ശരിയാണ്. ശാസ്ത്ര സാഹിത്യ പരിഷത്തുപോലുള്ള സാമൂഹിക കൂട്ടായ്മകൾ സായാഹ്ന പ്രസ്ഥാനങ്ങളായി മാറുകയായിരുന്നു. ഒറ്റപ്പെട്ട ചിലതെല്ലാം വ്യത്യസ്തമായിട്ടുണ്ടാകാമെങ്കിലും ഒരു പിൻവലിയൽ പൊതുവേ സംഭവിച്ചിട്ടുണ്ട്. ഒന്നും ചെയ്യാനാവാതെ മാറിനില്ക്കേണ്ടിവരുന്ന ചിലർക്കെങ്കിലും എന്തെങ്കിലും ചെയ്യണമെന്ന തോന്നലുള്ളവരുമാണ്. നവ ആത്മീയ പ്രസ്ഥാനങ്ങളിലേക്കും ചിലരെല്ലാം മാറിയിട്ടുണ്ടാവാം. പക്ഷേ പൊതുവേ അതല്ല സാന്ത്വനചികിത്സാ രംഗത്തെ അനുഭവം. എന്തെങ്കിലും ഗൗരവമായി ചെയ്യണം എന്ന വിചാരമുള്ളവരെയാണ് ഇവിടെ കാണാൻ കഴിയുന്നത്. ഏതെങ്കിലും തരത്തിലുള്ള ഒഴിച്ചുനിർത്തൽ പാലിയേറ്റീവ് പരിചരണ രംഗത്ത് ഇല്ലാത്തതുകൊണ്ടാവണം പലതരം വിശ്വാസങ്ങളിൽപെട്ടവർക്കും ഇതിലേക്കു കടന്നുവരാൻ സാധിക്കുന്നത്. ഇത് സാമൂഹിക നീതിയെ സംബന്ധിച്ച ഒരു പൊതുവിഷയമായതിനാൽ പരസ്പരം യോജിക്കാത്ത പ്രസ്ഥാനങ്ങൾക്കും പാലിയേറ്റീവ് പരിചരണ രംഗത്ത് ഒരുമിച്ചു പ്രവർത്തിക്കാൻ കഴിയുന്നുണ്ട്.

വയനാട്ടിലെ ഒരു പാലിയേറ്റീവ് സെന്റർ വിവേകാനന്ദന്റെ പേരിലുള്ളതാണ്. വളണ്ടിയർമാർ പ്രധാനമായും ഹൈന്ദവ സംഘടനയിൽപ്പെട്ടവരാണ്. അതേസമയം മലപ്പുറം ജില്ലയിൽ ഗ്രൂപ്പുകൾ പലതും മുസ്ലീം സംഘടനകളുമായി ബന്ധപ്പെട്ടതാണ്. കോഴിക്കോട് ജില്ലയിലെ സെന്ററുകൾ പലതും ഇടതുപക്ഷ പ്രവർത്തകരുടെ സജീവ പങ്കാളിത്തമുള്ളതാണ്. പ്രചോദനമെന്തായാലും ഒരു പൊതുഘടകം പാലിയേറ്റീവ് രംഗത്തു പുലരുന്നത് എന്നാണ് ഞങ്ങളുടെ അനുഭവം. പൊതുവായി സാമൂഹിക നീതിയെ സംബന്ധിച്ച ഒരു സ്പിരിറ്റ് സ്വീകാര്യമായിത്തീരുന്നുണ്ട്. ഇതു കേരളത്തിന്റെ പ്രത്യേകതയാവാം. വലതുപക്ഷത്തിനുപോലും ഇവിടെ പുരോഗമനപരമായ നിലപാടുകളുണ്ടായിരുന്നു. മലപ്പുറം ജില്ലയിൽ മദ്രസകളിൽ പങ്കെടുക്കുന്ന വളണ്ടിയർമാർക്കു പ്രദേശത്തെ മാറാരോഗികളുടെ

കണക്കു തയ്യാറാക്കിക്കുന്നതിലും ആരോഗ്യമേഖലയ്ക്കുള്ള വിഹിതങ്ങൾ നീക്കിവെപ്പിക്കുന്നതിലും ഇടപെടാൻ കഴിഞ്ഞിരുന്നു. ഈ വിജയത്തിന്റെ പിൻബലത്തിലാണ് കോഴിക്കോട്ടും വയനാട്ടിലുമെല്ലാം ഇതിനെ സജീവമായി മുന്നോട്ടുകൊണ്ടുപോകാൻ സാധിച്ചത്.

ചോ. മുഖ്യധാരാ ചികിത്സാരംഗം സാന്ത്വന ചികിത്സാ പ്രസ്ഥാനത്തോട് എന്തു സമീപനമാണ് പുലർത്തുന്നത്? ചികിത്സ ചെലവേറിയ വ്യവസായമാവുമ്പോൾ രോഗിയുടെ അവകാശം അംഗീകരിക്കപ്പെടാതെ പോവുകയല്ലേ?

ഉ. നിലനില്ക്കുന്ന ആരോഗ്യ സംവിധാനം കൂടുതൽ ശക്തവും നമ്മൾ വളരെ ദുർബലരുമായതുകൊണ്ട് അവർക്ക് എതിർനിൽക്കേണ്ട ആവശ്യമില്ല. പാലിയേറ്റീവ് കെയർ പ്രവർത്തകർ പറയുന്നത് മൊത്തം ആരോഗ്യത്തെക്കുറിച്ചാണെങ്കിൽക്കൂടി നമ്മൾ പ്രത്യേകമായി ശ്രദ്ധിക്കുന്നത് മറ്റ് ആരോഗ്യ സംവിധാനങ്ങളിൽനിന്നെല്ലാം പിന്തള്ളപ്പെട്ട രോഗികളെയാണ്. അവർ മാറാരോഗികളാണ്. കിടപ്പിലായ ആളുകൾ. ഇവരുടെ കാര്യത്തിൽ സാമ്പ്രദായിക ആരോഗ്യ സംവിധാനത്തിനു താല്പര്യം പൊതുവേയില്ല. ഇത്തരക്കാരെക്കൊണ്ടു ഗുണം കിട്ടുന്ന ഓങ്കോളജിസ്റ്റിനും പറയത്തക്ക നഷ്ടം പാലിയേറ്റീവ് കെയർ രംഗത്തേക്കു വരുന്നവരെക്കൊണ്ട് ഉണ്ടാകില്ല. മറ്റ് പ്രതിവിധികളൊന്നുമില്ലാതെ വരുന്നവരാണ് സാന്ത്വന ചികിത്സയെ പ്രധാനമായും ആശ്രയിക്കുന്നത്. ഇവരെക്കൊണ്ട് ആർക്കാണ് പ്രയോജനം.?

പൗരന്റെ ആരോഗ്യം ഭരണകൂടത്തിന്റെ ഉത്തരവാദിത്തംതന്നെയാണ്. ആ നിലയ്ക്കു സമൂഹത്തിന്റെ മൊത്തം ഉത്തരവാദിത്വവും കൂടിയാണ്. ദീർഘകാല രോഗികളാകുന്നവരുടെ കാര്യത്തിൽ ഈ ഉത്തരവാദിത്വത്തിന്റെ പ്രാധാന്യം വർദ്ധിക്കുകയാണ്. താഴ്ന്ന വരുമാനക്കാരും ദീർഘകാല ചികിത്സ ലഭിക്കേണ്ടവരുമായവരുടെ എണ്ണം കൂടിവരുന്നു. സർക്കാർ ആരോഗ്യരംഗത്തുനിന്നു പിൻമാറിക്കൊണ്ടിരിക്കുമ്പോൾ ചികിത്സാ ചെലവ് താങ്ങാനാവതാവുകയാണ്. ആരോഗ്യരംഗത്തെ ഇത്തരമൊരു മോശമായ കാലാവസ്ഥയിൽ പാലിയേറ്റീവ് കെയർ രംഗത്തെ കൂട്ടായ്മയുടെ പ്രസക്തി വർദ്ധിക്കുകയാണ്. ഇത് എൻ.ജി.ഒ.വൽക്കരണത്തെ പ്രോത്സാഹിപ്പിക്കുകയോ സർക്കാർ സംവിധാനങ്ങളെ പാടെ നിരാകരിക്കുകയോ ചെയ്യുന്ന സമീപനമല്ല. അധികാര വികേന്ദ്രീകരണത്തിലൂടെയും ജനകീയാസൂത്രണത്തിലൂടെയും മറ്റും കൈവന്ന സാധ്യതകളെ കൃത്യമായി ഉപയോഗപ്പെടുത്തിക്കൊണ്ടുള്ള ഇടപെടലുകൾ നടത്താനുള്ള ശ്രമമുണ്ടായിരുന്നു. എൻ.എൻ. പി.സി. സജീവമായ സ്ഥലങ്ങളിൽ ആരോഗ്യ രംഗത്തെ പദ്ധതികളുമായി ബന്ധപ്പെട്ട് പാലിയേറ്റീവ് കെയർ ചികിത്സയ്ക്കുള്ള സർക്കാർ വിഹിതം കൂടുതലാവുകയാണ് ചെയ്തത്. പല പദ്ധതികളും പുതുതായി മുന്നോട്ടു വെയ്ക്കപ്പെട്ടു. സർക്കാരിനെക്കൊണ്ടു പറ്റില്ല. അതുകൊണ്ട് നമ്മൾ ഏറ്റെടുക്കുക, അല്ലാതെ സർക്കാർ ചെയ്തിട്ടു കാര്യമില്ല എന്ന നിലയിലല്ല ഇതിനെ കാണുന്നത്. സർക്കാർ സ്ഥാപനങ്ങൾ എഴുതിത്തള്ളേണ്ടതല്ലെന്നും, അവ ജനങ്ങളുടെ പണംകൊണ്ട് ഉണ്ടാക്കിയിട്ടുള്ളതും അവർക്ക് അവകാശപ്പെട്ടതുമാണെന്ന കാഴ്ചപ്പാടോടുകൂടിയാണ് അവയിൽ ഇടപെടുന്നത്. സർക്കാരിനെതിരെ സമരം ചെയ്യുമ്പോഴും ദീർഘകാല ലക്ഷ്യത്തോടെയുള്ള ഇത്തരം സമീപനങ്ങളും ആവശ്യമല്ലേ? പാർശ്വവൽക്കരിക്കപ്പെടുന്ന രോഗിയുടെ അവകാശത്തിന്റെ പ്രശ്നംതന്നെയാണിത്.

ചോ. ഇത്തരത്തിൽ രോഗത്തിന്റെ സാമൂഹിക സാമ്പത്തിക പ്രശ്നങ്ങൾക്കപ്പുറത്ത് മാറാരോഗികളായി വേദനയനുഭവിച്ചു കഴിയുന്ന മനുഷ്യരുടെ ഏകാന്തതയും ആത്മപീഡകളും (സഫറിംഗ്) അനുഭവത്തിൽ സാന്ത്വന ചികിത്സകർ അഭിമുഖീകരിക്കേണ്ടിവരുന്നില്ലേ?

ഉ. ശാരീരിക വേദനയാണെങ്കിൽ പാലിയേറ്റീവ് ചികി

ത്സയ്ക്കു വളരെ വേഗം അതു പരിഹരിക്കാനാവും. ആധുനിക വൈദ്യശാസ്ത്രത്തിന് ഇന്ന് ലഭ്യമായിട്ടുള്ള മരുന്നുകളും സംവിധാനങ്ങളുംകൊണ്ട് ശാരീരിക വേദനകളെ നല്ലൊരളവിൽ ശമിപ്പിക്കാൻ കഴിയും. എന്നാൽ ശാരീരിക വേദനയല്ല ഇത്തരക്കാരുടെ കാര്യത്തിൽ മിക്കപ്പോഴും പ്രധാനമായി വരുന്നത്. അതിനെക്കാൾ പ്രയാസമേറിയതും സങ്കീർണവുമായതുമായ സഫറിംഗിന്റെ പ്രശ്നമാണ്. സഫറിംഗിന് ഒരുപാട് അനുഭവതലങ്ങളുണ്ട്. അത് ഓരോ വ്യക്തിയിലും വ്യത്യസ്തമായിട്ടായിരിക്കും. രോഗത്തിന്റെ പശ്ചാത്തലം, കുടുംബപ്രശ്നങ്ങൾ, സാമ്പത്തിക പ്രശ്നങ്ങൾ ഇങ്ങനെ പലതും ഇതിൽ ഘടകങ്ങളായിട്ടുണ്ടാവും. ഈ സഫറിംഗ് പലപ്പോഴും പ്രത്യേക അർത്ഥത്തിലുള്ളതുമല്ല. ഒരു കാര്യത്തിലും വേണ്ടിയുമല്ലാതെ, നിരർത്ഥകമായി സ്വയം സഹിക്കേണ്ടിവരുന്ന വേദിയാണത്. ഒരു ആവശ്യവുമില്ലാതെ, കാരണരഹിതമായി അടിച്ചേൽപ്പിക്കപ്പെടുന്ന സഫറിംഗ്. അതാണ് രോഗിയെ ഇത്രയധികം നിസ്സഹായനും വ്യഥിതനുമാക്കുന്നത്. അതിൽനിന്ന് ഇവരെ എങ്ങനെ മുക്തിയിലേക്ക് കൊണ്ടുവരാമെന്നത് പ്രയാസകരമായ സംഗതിയാണ്. അങ്ങനെ വരുമ്പോഴാണ് ഇവിടെ നല്കാവുന്ന മരുന്നിനും മറ്റും വിശേഷിച്ച് ഒരു ഫലവുമില്ലാതായിപോകുന്നത്. മരുന്നു കഴിച്ചപ്പോൾ ഇന്നലത്തെക്കാൾ ഇന്നെനിക്ക് കൈ അല്പം പൊക്കുവാൻ കഴിയുന്നുണ്ടെന്ന് രോഗി പറയുമായിരിക്കും. പക്ഷേ അതയാളുടെ ജീവിതത്തെ ഒരുതരത്തിലും വ്യത്യാസപ്പെടുത്തിയിട്ടില്ലെന്നും നമുക്കറിയാം.

രോഗി അനുഭവിക്കുന്ന ഈ സഫറിംഗ് നിരവധി ചേരുവകൾ അടങ്ങിയിട്ടുള്ളതാണ്. ഇതിൽ ആദ്യം ചിലപ്പോൾ ശരീരവേദിനയായിരിക്കും അയാളെ പീഡിപ്പിക്കുന്നത്. പക്ഷെ, ഇതു കുറയുമ്പോഴും മറ്റുള്ളവ അവിടെ ബാക്കിയാവുകയാണ്. ഈ മുൻഗണനകൾ അയാളിൽ മാറിക്കൊണ്ടിരിക്കുകയും ചെയ്യും. ഇത് പ്രധാനപ്പെട്ട പ്രശ്നമാണ്. സാമൂഹികമായ ഒറ്റപ്പെടലിന്റെ വേദനയുടെ പല വശങ്ങൾ ഇതിൽ അടങ്ങിയിട്ടുണ്ട്. സാന്ത്വനചികിത്സാ രംഗത്തു ഇന്നു നടക്കുന്ന ഇടപെടുലുകൾ പലതും ഇതിനെ അഭിമുഖീകരിക്കുകയെന്ന ഉദ്ദേശത്തോടെ തന്നെയുള്ളതാണ്. സഫറിംഗ് എന്നത് അതനുഭവിക്കുന്ന വ്യക്തിയുടെ സ്വന്തമാണ്. പുറത്തുനിന്ന് ഇതിന്റെ കാരണങ്ങൾ അന്വേഷിച്ച് എത്ര ചെന്നാലും നിങ്ങൾക്ക് അയാളുടെ അനുവഭവതലത്തിലേക്കു കടന്നു ചെല്ലാനാവില്ല. ഓരോ വ്യക്തിയും കടന്നുവന്ന വഴികളും അവരുടെ പ്രതീക്ഷകളും വ്യത്യസ്തമാണ്. അതുകൊണ്ടുതന്നെ ഓരോ വ്യക്തിയുടേയും സഫറിംഗിന്റെ സ്വഭാവവും വ്യത്യസ്തമായിരിക്കും. രോഗം മാറിയവർ പലപ്പോഴും പാലിയേറ്റീവ് കെയർ വളണ്ടിയർമാരായി മാറുന്നത് ഇത്തരമൊരു തിരിച്ചറിവ് രോഗിക്ക് ഉണ്ടാവുന്നതുകൊണ്ടുകൂടിയയാരിക്കും.

ചോ. സാന്ത്വന ചികിത്സകൾ ഇതിനെ എങ്ങനെയാണ് തരണം ചെയ്യുന്നത്? രോഗിയിൽ വിശ്വാസത്തെയും പ്രതീക്ഷയേയും തിരിച്ചെത്തിക്കുക സ്വാഭാവികമാണോ? അതിനെ സ്വാധീനിക്കുക സാധ്യമാണോ?

ഉ. നമ്മളുടെ പ്രവർത്തനത്തിനും രോഗിയുടെ പ്രതീക്ഷയ്ക്കും ഇടയിലൊരു വിടവുണ്ട്. അതിനുസരിച്ചായിരിക്കണം പ്രവർത്തനങ്ങൾ എന്ന കാര്യം സന്നദ്ധപ്രവർത്തകരുടെ ചർച്ചകളിൽ വരാറുണ്ട്. രോഗിയുടെ പ്രതീക്ഷയും അയാളുടെ ഇപ്പോഴത്തെ അവസ്ഥയും തമ്മിലുള്ള അകൽച്ച അയാളുടെ സഫറിംഗുമായി ബന്ധപ്പെട്ട മറ്റൊരു വിഷയമാണ്. അപൂർവം വ്യക്തികളിൽ ഈ സഫറിംഗ് കുറയുന്നതിനു കാരണം അവർ ഈ യാഥാർത്ഥ്യത്തെ തിരിച്ചറിയുകയും എവിടെയാണ് പിഴവെന്നു കണ്ടെത്തുകയും ചെയ്യുന്നുവെന്നതാണ്. റിയാലിറ്റിയും ഹോപ്പും തമ്മിലുള്ള വിടവ് എല്ലാവരിലും എല്ലാകാലത്തുമുണ്ടാകാറുള്ളതുതന്നെയാണ്. പക്ഷേ ഇതിന്റെ അകലം വർദ്ധിക്കുംതോറും മാനസിക പീഡകൾ കൂടിക്കൊണ്ടിരിക്കും. ഇതു കുറച്ചുകൊണ്ടുവരാൻ കഴിയുന്നവരാണു വിജയിക്കുന്നത്. ശരാശരി മനുഷ്യരെ സംബന്ധിച്ച് ഈയൊരുവസ്ഥ ആത്യന്തികമായ ഒരു പരീക്ഷണഘട്ടമാണ്. ജീവിതത്തിൽ ഇതുവരെ കൊണ്ടുനടക്കുന്ന എന്തൊക്കെ നമുക്ക് ഉപകരിക്കുന്നു, എന്തൊക്കെ ഉപേക്ഷിക്കേണ്ടിവരുന്നു എന്നെല്ലാം ഇവിടെയാണ് തീരുമാനിക്കപ്പെടുന്നത്. നാളെ മരിക്കാൻ പോവുകയാണെന്ന ഉത്തമബോധ്യമുള്ള ഒരാൾക്ക്, യഥാർത്ഥമല്ലെന്ന് തോന്നുന്ന എന്തെങ്കിലും കൊണ്ടുനടക്കേണ്ട ആവശ്യമില്ല. ആരെയും പ്രീതിപ്പെടുത്താൻവേണ്ടി അയാൾക്ക് എന്തെങ്കിലും ചെയ്യേണ്ടതില്ല.

ചോ. എന്താണ് ഇത്തരമൊരവസ്ഥയിൽ പിടിച്ചുനിൽക്കാൻ രോഗികയെ കരുത്തനാക്കുന്നത്, അവനെ തുണയ്ക്കുന്നത്?

ഉ. ഇത് പ്രായമോ മറ്റെന്തെങ്കിലും യോഗ്യതയുമായോ ബന്ധപ്പെട്ടതല്ല. എന്തോ കാരണത്താൽ ചിലർക്കത് കഴിയുന്നുണ്ട്. ചില വിശ്വാസങ്ങൾ ചിലരെ സഹായിക്കുന്നുണ്ട്. ഇത് മതവിശ്വാസമാവാം. രാഷ്ട്രീയ വിശ്വാസമാവാം. വിശ്വാസമേതായാലും അതിനു തീവ്രത ആവശ്യമാണ്. അതിൽ ശങ്കകളുണ്ടായിരിക്കരുത്. സംശയം വന്നാൽ പിടിച്ചു നില്ക്കാനാവില്ല. ഇതു ചിലപ്പോൾ അന്ധവിശ്വാസവുമായി തോന്നാം. രോഗിയുടെ സഫറിംഗ് കുറക്കുന്നതിൽ ഇതു നിർണായക പങ്കുവഹിക്കുന്നതായി കാണുന്നുണ്ട്. ഈ വിശ്വാസം ആൾ ദൈവങ്ങളിലോ പ്രത്യയശാസ്ത്രത്തിലോ ഒക്കെയാവാം. ഒരുപാടു വിശ്വാസങ്ങളുടെ തകർച്ചയാണ് ഇത്തരമൊരു ഘട്ടത്തിൽ പലരെയും കൂടുതൽ അലട്ടുന്നത് എന്നതാണ് യാഥാർത്ഥ്യം. ഇത് അയാളുടെ സഫറിംഗിനെ തീവ്രമാക്കുന്നതിൽ വലുതായി കാരണമാകുന്നുണ്ട്. അങ്ങനെയല്ലാത്തവരെയും കിട്ടുന്നുണ്ട്. രോഗിയിൽ ഈ വിശ്വാസം ഉണ്ടാക്കുന്നതിൽ പുറത്തുള്ള ഒരാൾക്ക് സഹായിച്ചുകൊണ്ട് പരിഹരിക്കാൻ എളുപ്പമല്ല. നമുക്ക് അയാളുടെ വിശ്വാസങ്ങളുടെ കൂടെ നിൽക്കാം. പക്ഷേ വളരെ കഠിനമായ, അന്ധമായ വിശ്വാസം രോഗിയെ രക്ഷിക്കുമെന്നു ചികിത്സകൻ തിരിച്ചറിഞ്ഞാലും ഇത്തരമൊരു വിശ്വാസം രോഗിയിൽ ഉമ്ടാക്കാൻ കഴിയില്ല. ഇതാണ് മരുന്നെന്നു മനസ്സിലാക്കിയാലും അത് പുറത്തുനിന്നു നിർമ്മിച്ചുകൊടുക്കാൻ പരിചരിക്കുന്ന ആൾക്കു കഴിയില്ല. ഈ സഫറിംഗ് വ്യക്തിയുടെ സ്വന്തമാണെന്നു പറയുമ്പോലെ അതിനിന്ന് പുറത്തേക്കുള്ള വഴിയും അയാളുടെ സ്വന്തമാണ്. ഇതിൽ അസാധാരണ നേട്ടം കൈവരിക്കുന്ന വെറും സാധാരണക്കാരായ മനുഷ്യരെ കിട്ടുന്നുണ്ട്. പാലിയേറ്റീവ് ചികിത്സകൾ എന്ന നിലയിൽ ചെയ്യുന്ന ജോലിയുടെ ഭംഗി അനുഭവിക്കാൻ കഴിയുന്നത് അപ്പോഴാണ്.

• • • • • • • • • • • •

BACK TO INDEX

വർത്തമാനം

വേദന, സാമൂഹ്യത, ആത്മീയത

(2007 ഡിസംബർ ഏഴിന്, തൃശ്ശൂർ സാന്ത്വന ചികിത്സാകേന്ദ്രം പരിശീലനശാലയിൽ വെച്ച്, സാന്ത്വന ചികിത്സാകേന്ദ്രത്തിലെ അംഗങ്ങൾ നടത്തിയ വർത്തമാനങ്ങൾ)

തയ്യാറാക്കിയത്: **ഇന്ദിര, ഭാഗ്യലക്ഷ്മി**

അരവിന്ദാക്ഷൻ: എന്താണ് വേദനയെന്നതുകൊണ്ട് നാം മനസ്സിലാക്കുന്നത്, മറ്റുള്ളവരുമായി പങ്കിടുന്നത്..?

ഡോ. എ.കെ. ഉണ്ണികൃഷ്ണൻ: വേദനയെന്തെന്ന് എല്ലാവർക്കുമറിയാം. വേദനയെന്തെന്നു പറയാൻ പ്രയാസമാണ്. വൈദ്യശാസ്ത്രത്തിലും വൈദ്യശാസ്ത്രത്തിൽ ഒരുപാട് നിർവ്വചനങ്ങളുണ്ട്. എന്തിനാണ് വേദന? ശാരീരികവ്യവസ്ഥിതിയിൽ നമ്മുടെ സംരക്ഷണത്തിനുള്ളതാണ്. നമ്മുടെ സംരക്ഷണത്തിനുള്ളതാണ്. നമ്മുടെ ശാരീരിക വ്യവസ്ഥിതിയിൽ എന്തെങ്കിലും തകരാറുണ്ടെന്നു വേദന സൂചിപ്പിക്കുന്നുണ്ട്. വേദന തിരിച്ചറിയാൻ കഴിയാത്ത കുട്ടികൾ എട്ടുവയസ്സിൽ കൂടുതൽ ജീവിച്ചിരിക്കില്ല. പക്ഷേ മനുഷ്യനെ കാൻസറിൽനിന്നു രക്ഷിക്കാൻ വേദനയ്ക്കാവില്ല. ഇവിടെ വേദന ശാപമായിത്തീരുന്നു.

ഡോ.ദിവാകരൻ: നമ്മുടെ പ്രവൃത്തിയിൽ ഒരാത്മീയ തലമുണ്ട്. വേദനയെയും ആത്മീയതയെയും സാമൂഹ്യതയെയും വേർതിരിച്ചു ചർച്ച ചെയ്യാനാവില്ല. ഒന്ന് മറ്റൊന്നുമായി ബന്ധപ്പെട്ടതാണ്.

മുരളീധരൻ രാജാ: വേദന സമഗ്രമാണ്, ശാരീരികം, മാനസികം, ആത്മീയം...

റീത്ത: ശാരീരിക വേദനയെക്കാളേറെ മാനസികമായ വേദന നമ്മെ കഷ്ടപ്പെടുത്താറുണ്ട്. കാൻസറുള്ള ഒരു വ്യക്തി അഭിമുഖീകരിക്കുന്നത് ശാരീരിക വേദനയുടെ കാഠിന്യം മാത്രമല്ല. കുടുംബ പ്രശ്നങ്ങൾ. വൈകീട്ടത്തെ അരി എങ്ങനെ വാങ്ങാം? മകളെ എങ്ങനെ കെട്ടിച്ചയയ്ക്കാം? പഠിപ്പിക്കാം? ശാരീരിക വേദനയ്ക്കു ചില മരുന്നുകൾ കൊടുക്കാം. മറ്റുള്ളവയ്ക്കോ?

ഇന്ദിര: ഇതിനെപ്പോലെത്തന്നെ പ്രധാനമല്ലേ, നാം തീർത്തും അവഗണിക്കപ്പെടുന്നതായുള്ള വേദന, സ്നേഹിക്കാനാരുമില്ല, നോക്കാനാരുമില്ല, അനാഥത്വത്തിന്റെ, നിരാലംബത്തിന്റെ വേദന. സാന്ത്വന കേന്ദ്രത്തിലെ ഡോക്ടർക്കോ സന്നദ്ധസേവകർക്കോ ഈ വേദനയ്ക്ക് എന്തു പരിഹാരമാണ് കൊടുക്കാനാവുക? മൊത്തം സമൂഹം ഉണർന്നില്ലെങ്കിൽ...

രാധ: പാവപ്പെട്ടവരുടെ വേദനയെ മാത്രം അഭിസംബോധന ചെയ്താൽ പോരാ. ഇടത്തട്ടുകാരുടെയും അതിനു മേലുള്ളവരുടെയും വേദന. മക്കൾ വിദേശത്ത്. വൃദ്ധരായ മാതാപിതാക്കൾ അവഗണിക്കപ്പെടുന്നതിന്റെ വേദന....

നിജ: വേദനയനുഭവിക്കാത്തവരായി ആരുമില്ല. ശാരീരിക വേദനയേക്കാൾ തീവ്രമാണ് മാനസിക വ്യഥ.

റോസിലി ജോർജ്ജ്: എല്ലാ അവയവങ്ങളും (Systems) പ്രവർത്തിക്കുന്നുയെന്നതിന്റെ തെളിവാണോ വേദന....

മുരളീധരൻ രാജാ: എന്തുകൊണ്ട് വേദന എന്നത് പ്രധാനമാണ്...

ഡോ. ഉണ്ണികൃഷ്ണൻ: കുട്ടിക്ക് ചെയ്ത തെറ്റിന് സ്കൂളിലും വീട്ടിലും ശിക്ഷ കിട്ടാറുണ്ട്. അത് വേദനയാണ്. പതിനാറ് വയസ്സുള്ള ഗീത എല്ല് കാൻസറായി എത്തുന്നു. അവൾക്ക് കൊടിയ വേദന. അവൾ നിത്യവും രണ്ടുനേരം അമ്പലത്തിൽ പോകാറുണ്ട്. പ്രാർത്ഥിക്കാറുണ്ട്. അവൾ ചോദിക്കുന്നു, എന്തിന് ഞാൻ ശിക്ഷിക്കപ്പെടുന്നു?

ഡോ.ദിവാകരൻ: വേദനയ്ക്ക് അർത്ഥമെന്ത്? വേദന ശിക്ഷയല്ല. സാന്ത്വനചികിത്സ മറ്റൊരു സവിശേഷ വൈദ്യശാസ്ത്ര ശാഖയല്ല. സഹനത്തിനു പിന്നിലെ അവസ്ഥ ആരായലാണ്. രോഗിയുടെ കൂടെ വൈകാരികവും മാനസികവുമായ അനുയാത്രയിലൂടെയേ വേദനയുടെ എല്ലാതരം അർത്ഥങ്ങളും തെളിഞ്ഞുവരൂ. വേദന മനുഷ്യന്റെ സ്ഥായിയായ ഭാവമാണ്. എന്നാൽ സഹനത്തിൽ എന്തർത്ഥമാണുള്ളത്?

സ്കറിയാ: വേദനയില്ലായിരുന്നെങ്കിൽ....

മുരളീധരൻ രാജാ: വേദനയിൽനിന്നും ചിലത് പഠിക്കാനുണ്ട്...

അരവിന്ദാക്ഷൻ: Pain and suffering ന് അതേ അനുഭവം പങ്കിടുന്ന വാക്കുകൾ മലയാളത്തിലില്ല. ഏകദേശം ഇങ്ങനെ പറയാം– വേദനയും പീഡാനുവവും. പക്ഷേ അത് കാര്യങ്ങൾ മുഴുവനായി സംക്രമിപ്പിക്കുന്നില്ല. ക്രിസ്തുവിന്റെ പീഡാനുഭവത്തിൽനിന്നാണ് പെയിൻ ആന്റ് സഫറിങ്ങുണ്ടാകുന്നത്... വേദനയുടെ തീക്ഷ്ണത വ്യക്തിഗതമാണ്.

മുരളീധരൻ രാജാ: രോഗിയുടെ വിശ്വാസം അയാളുടെ രക്ഷയ്ക്കെത്തുന്നു. നമ്മുടെ അഭിപ്രായമല്ല. രോഗിയുടെ മാനസികനിലയും വിശ്വാസവും സർവപ്രധാനമാണ്. വേദന സാമൂഹികമായ അന്തരീക്ഷത്തിനനുസരിച്ചും വ്യത്യാസപ്പെട്ടിരിക്കുന്നു. ആത്മീയതയും പ്രധാനമാണ്.

റോസിലി: രോഗിയുടെ വ്യക്തിത്വം, വിശ്വാസം, ആത്മീയത എന്നിവ പ്രധാനം. രോഗിയുടെ മതം ഏതോ അത് നിർണ്ണായകമാണ്.

അരവിന്ദാക്ഷൻ: മതമെന്നതുകൊണ്ട് മതത്തിനുള്ള ആചാരാനുഷ്ഠാനങ്ങളല്ല അർത്ഥമാക്കേണ്ടത്. മതത്തിന്റെ അന്തർധാര. അത് മനുഷ്യനെ മനുഷ്യനാക്കുന്ന സംസ്കാരത്തിന്റെ ഒരു ധാതുവാണ്. വേദനയിൽ അത് പ്രധാനമാണ്.

തമ്പി കൊള്ളന്നൂർ: മനക്കരുത്ത് കാൻസറിന്റെ വേദന നേരിടാൻ പരിഹാരമാണോ? ദൈവവിശ്വാസം രക്ഷപ്പെടുത്തുമോ?

ഡോ. ഉണ്ണികൃഷ്ണൻ: എനിക്കൊരു ദൈവത്തെ കണ്ടുപിടിക്കാം. ദൈവം ചിലർക്ക് ഊന്നു

വടി ആവശ്യമാണ്. ചിലർക്ക് വേണ്ട. ചില സമയങ്ങളിൽ ഊന്നുവടി വേണ്ടിവരും. കടുത്ത ദൈവവിശ്വാസിയായ ഒരു രോഗി എന്റെ കൈപിടിച്ചുകൊണ്ട് എനിക്കെന്തുകൊണ്ട് കടുത്ത വേദനയുള്ള ഈ കാൻസർ രോഗം ദൈവം തന്നു എന്ന് ചോദിച്ചാൽ മറുപടിയില്ല. മറുപടി പറയാൻ കഴിയുമായിരുന്നെങ്കിൽ നമുക്കവരെ ഒരുപാട് ആശ്വസിപ്പിക്കാമായിരുന്നു.

സ്കറിയാ: ഒരാളുടെ രണ്ട് കാലും രണ്ട് കയ്യും നഷ്ടപ്പെട്ടിട്ടും അയാൾ തൃപ്തിയായി ജീവിക്കുന്നു. യാതൊരു പ്രശ്നവുമില്ല. എന്നാൽ ഒരു കൈ നഷ്ടപ്പെട്ടവൻ അതിന്റെ പേരിൽ ദൈവത്തെ നിഷേധിക്കുന്നു.

റോസിലി: ഒരാൾ ജനിച്ചാൽ മരണം നിശ്ചയം. അതിനിടയിലുള്ള വേദനയാണ് ജീവിതം. അതെങ്ങനെ ജീവിക്കത്തക്കതാക്കാം, അതാണ് എന്റെയും നിങ്ങളുടെയും പ്രശ്നം, ഉത്തരവാദിത്തം...

ഭാഗ്യലക്ഷ്മി: പ്രകൃതിയിലെ പ്രപഞ്ചരഹസ്യങ്ങൾ ഇന്നുവരെ പൂർണ്ണമായി തെളിയിക്കപ്പെട്ടിട്ടില്ല. അതിന് ശ്രമിക്കുന്നതും വിഡ്ഢിത്തമാണ്. ജനനം കൃത്യസമയം പ്രവചിക്കാൻ വയ്യ. മരണവും അതുപോലെത്തന്നെ. ഒരു പാത്രത്തിൽ അതിൽ കൊള്ളാവുന്നതിൽ കൂടുതൽ നിറഞ്ഞു കഴിഞ്ഞാൽ പുറത്തേയ്ക്ക് ഒഴുകിപോയേ പറ്റൂ. അതുപോലെ ഓരോ മനുഷ്യന്റെയും ശരീരത്തിൽ നശിക്കേണ്ടതു നശിച്ചുപോയേ പറ്റൂ. അത് പ്രകൃതി നിയമമാണ്, ദൈവശിക്ഷയല്ല. പ്രകൃതിയിൽ ജീവിക്കുന്ന എല്ലാറ്റിനും വേദനയുണ്ട്. മനുഷ്യൻ തുറന്ന് പറയുന്നു, അതിനുള്ള കഴിവുള്ളതിനാൽ, വേദനയുടെ തീവ്രത അളക്കുക എന്നത് പ്രായോഗികമല്ല. കണ്ണു കാണാത്ത വിദേശിയുടെ മുമ്പിൽ പാൽപായസം വെച്ചിട്ട് വെളുത്തതാണ്, മധുരമുള്ളതാണ് എന്ന് പറഞ്ഞാൽ മനസ്സിലാവില്ല. വേദനയും അങ്ങനെയല്ലേ? തലവേദന, കാൽതട്ടി മുട്ടിയ വേദന ഒക്കെ നമ്മൾ അറിയുന്നുണ്ട്. ദൈവം, അല്ലാഹു, അയ്യപ്പൻ, ഈശോ നമ്മുടെ മുമ്പിൽ പ്രത്യക്ഷപ്പെടുന്നത് കുരിശിലോ മരുഭൂമിയിലോ പുലിപ്പുറത്തോ അല്ല. നമ്മുടെ രൂപത്തിലാണ്, കാരുണ്യം, സേവനം, സ്നേഹം എന്നീ രൂപങ്ങളിൽ. അങ്ങനെയാണ് സാന്ത്വനചികിത്സാ ഉണ്ടാകുന്നത്. വേദനയെ അളക്കണ്ട. ദൈവസ്നേഹം തിരക്കണ്ട. പ്രപഞ്ചരഹസ്യം ചോദ്യം ചെയ്യണ്ട. ഉത്തരമില്ല. അന്വേഷണമേ ഉള്ളൂ. വേദന തർക്കിക്കേണ്ട വിഷയമല്ല.

ഡോ. സതീശൻ: ദൈവം ഉണ്ടോ എന്നു ചോദിച്ചാൽ! ഒരു പാട് രോഗികളെ കണ്ടിട്ടുണ്ട്. വളരെ കുറച്ചു പേരേ ദൈവത്തെപ്പറ്റി ചോദിച്ചിട്ടുള്ളൂ. "കണ്ണ് തുറക്കാത്ത ദൈവങ്ങളെ, കരയാൻ അറിയാത്ത, ചിരിക്കാൻ അറിയാത്ത കളിമൺപ്രതിമകളെ," എന്ന പാട്ടാണ് ഓർക്കുക.

ഗോകുൽദാസ്: എനിക്ക് രോഗികളെ കാണുമ്പോൾ സിമ്പതിയാണ് തോന്നുക. ദയനീയാവസ്ഥ പങ്കുവയ്ക്കുന്നില്ലെങ്കിലും വിഷമം മനസ്സിലാകാറുണ്ട്. എന്തുകൊണ്ടാണ് എന്നറിയില്ല. ഞാൻ ആ സ്ഥാനത്ത് വന്നാൽ എന്ന ചിന്ത കൊണ്ടല്ല. ശ്വസിക്കുന്ന എല്ലാറ്റിനോടും കാരുണ്യം, അതാണ് മുന്നിട്ടു നിൽക്കാറ്. അതായത് കരുണ. എമ്പതിയല്ല. എന്റെ വീട്ടിലെ പട്ടിക്കുട്ടിയുടെ അവസാന നിമിഷം ഞാനതിന്റെ കൂടെ ഉണ്ടായിരുന്നു. വേദനകൊണ്ട് അത് ഒരു മനുഷ്യനെപ്പോലെ കരഞ്ഞിരുന്നു. അതിനെ പതുക്കെ പുറത്തു തലോടിയിരിക്കുമ്പോൾ കരച്ചിൽ നിറുത്തും. ഇടയ്ക്ക് ഞാനൊന്നു മയങ്ങിയപ്പോൾ അത് വീണ്ടും കരഞ്ഞു. തൊട്ടിരുന്നപ്പോൾ കരച്ചിൽ നിറുത്തി. എങ്ങനെയാണ് അതിനാശ്വാസം കിട്ടുന്നത്? അറിയില്ല. നാളെ ഞാൻ പട്ടിയുടെ രോഗാവസ്ഥയിൽ എത്തും എന്നൊന്നും ചിന്തിച്ചിട്ടില്ല. എന്നിൽ കരുണ ഉണ്ടായിരിക്കണം. അതുകൊണ്ടായിരിക്കും ഇങ്ങനെ സംഭവിച്ചത്. കാരുണ്യം ഏറെ എന്നിൽ ഉള്ളതുകൊണ്ടാണ്, ഞാൻ പാലിയേറ്റീവിൽ വന്നതും. എല്ലാ പ്രവർത്തനങ്ങൾക്കും കാരണം, അതിൽ എനിക്ക് ആത്മസുഖം ഉണ്ട്.

രാധ: സിമ്പതിയും എമ്പതിയും പറഞ്ഞല്ലോ. ഈയടുത്ത ദിവസം ഒരു കാര്യം ഉണ്ടായി. കേച്ചേരിയിൽ. നളിനി എന്ന രോഗി. രണ്ടുമൂന്ന് ചെറിയ കുട്ടികളുണ്ട്. നളിനിയുടെ ഭർത്താവ് പറഞ്ഞു, "കുട്ടികൾക്ക് അമ്മയായി അവൾ കുറച്ച് ദിവസം കൂടി ഉണ്ടായിരുന്നെങ്കിൽ..." രണ്ട് ദിവസത്തിനുശേഷം അങ്ങേർ വിളിച്ചു പറഞ്ഞു, നളിനിക്ക് അസുഖം കൂടുതലാണ്, ഒന്ന് വന്ന് നോക്കണം. ചെല്ലാം എന്നു പറഞ്ഞെങ്കിലും എനിക്ക് സുഖമില്ലായിരുന്നതിനാൽ പോകാനായില്ല. പിറ്റേന്നാൾ രോഗി മരിച്ചതായി അറിവ് കിട്ടി.(രാധ വാക്കുകൾ തൊണ്ടയിൽ കുരുങ്ങി തേങ്ങി...) രോഗിയുടെ മരണം എനിക്ക് വളരെ വിഷമം തന്നെയാണ്. അവിടെ എമ്പതിയൊന്നുമില്ല.

(വർത്തമാനം രോഗിയുമായി ഇടപെടുമ്പോഴത്തെ അനുഭവത്തിലേയ്ക്ക് നീങ്ങി)

റോസിലി: ഒരു രോഗിക്ക് സാന്ത്വനസ്പർശം വളരെ പ്രധാനമാണ്. ഒരാളും മരിക്കാൻ ഇഷ്ടപ്പെടുന്നില്ല. രോഗിയുടെ കൂടെ ഇരിക്കാൻ തോന്നും. വളരെ അധികം സ്നേഹവും കാരുണ്യവും തോന്നും.

എൽസി: പണി ചെയ്യാൻ പറ്റാത്ത സാമ്പത്തിക ബുദ്ധിമുട്ടുള്ള ഒരാളെയാണ് ഞാൻ കാണുന്നത്. എങ്കിൽ എന്ത് ചെയ്യണം എന്നാലോചിക്കും. ഒരു കുട്ടിയാണെങ്കിൽ കലാപരമായി എന്തൊക്കെ ചെയ്തുകൊടുക്കാൻ പറ്റും എന്ന് ചിന്തിക്കും.

ഇന്ദിര: ഒരു രോഗിയെ കാണുമ്പോൾ എനിക്ക് സങ്കടം വരാറുണ്ട്. പക്ഷേ പുഞ്ചിരിയോടെയാണ് രോഗികൾ എന്നോട് സംസാരിക്കാറ്. അവരെ തൊട്ട് നമ്മൾ സംസാരിക്കുന്നതോടെ അവരുടെ മുഖം സന്തോഷമാകുന്നു. റോസിലി എന്ന സ്ത്രീ നിരങ്ങി നിരങ്ങിയാണു മുന്നോട്ട് നീങ്ങുന്നത്. എന്നിട്ടും അവർ ചിരിച്ചുകൊണ്ടാണ് ക്ലിനിക്കിലെത്തുന്നത്. "വയ്യെങ്കിൽ ഇവിടെ വരണ്ട, മരുന്നുകളും സാധനങ്ങളും വീട്ടിലെത്തിക്കാം" എന്ന് ഞാൻ പറയുമ്പോൾ, നിങ്ങളെയൊക്കെ ഒന്ന് നേരിട്ട് കാണാലോ. എന്നേക്കാൾ വേദനയുള്ളവർ ഇല്ലേ, ചേച്ചി," അവർ ചോദിക്കും. ഇത് എനിക്കൊരു പാഠമാണ്.

സീന: ഒരു രോഗിയെക്കാണുമ്പോൾ നാളെ ഈ അവസ്ഥയിൽ ഞാനെത്തിയാൽ എന്ത് ചെയ്യും

എന്ന് ചിന്തിക്കാറുണ്ട്. ഇവരുടെ ആ ധൈര്യം എനിക്ക് കിട്ടുമോ?

ഹെലൻ: രോഗിയെ സമീപിക്കുമ്പോൾ കരുണയാണ് എന്നിൽ.

മീനാക്ഷി: വരുന്ന രോഗിയെക്കാൾ കൂടുതൽ വേദനിക്കുന്ന രോഗികളെ കാണുമ്പോൾ അതിൽ ആശ്വാസം നിഴലിക്കുന്നത് കാണാം, തനിക്കിത്രയല്ലേ ഉള്ളൂ, എന്നേക്കാൾ വേദനിക്കുന്നവരുണ്ടല്ലോ.

തമ്പി: ദാരിദ്ര്യത്തിന്റെ വേദനയെക്കുറിച്ചാണ് ഞാൻ കൂടുതൽ ചിന്തിക്കാറ്.

അച്ചുതൻ: ഹോംകെയർ പോകുമ്പോഴും റജിസ്റ്ററിൽ Expired എന്ന് എഴുതുമ്പോഴും വിഷമം തോന്നാറുണ്ട്.

ശശികുമാർ രാജ: ചെറിയ ചെറിയ വേദനകളിൽ ജീവിക്കുന്ന രോഗികളെ കാണുമ്പോൾ പോലും എനിക്ക് വേദനിക്കാറുണ്ട്.

റോസിലി: വേദനിക്കുന്നവരെ വാക്കുകൊണ്ടും തലോടൽകൊണ്ടും ഞാൻ ആശ്വസിപ്പിക്കാറുണ്ട്.

റീത്ത: രോഗികളെ കാണുമ്പോൾ ഇങ്ങനെ എനിക്കും വന്നാലോ എന്ന് ആലോചിച്ചു പോകും. "ഞങ്ങളുടെ വേദന നിങ്ങളറിയുന്നുണ്ടല്ലോ"യെന്ന് പല വീട്ടുകാരും പറയാറുണ്ട്. ദൈവം വന്നപോലെ തോന്നുന്നു എന്നും.

ദീപ്തി: ഇങ്ങനെ പ്രവർത്തിക്കുന്ന കുറച്ചാളുകൾ ഉണ്ടല്ലോ.

നിജ: സാമൂഹ്യസേവനത്തിന് എന്നെ വിട്ടത് നന്നായി, അമ്മ പറയും. അച്ഛനെ ആസ്പത്രിയിൽ കിടത്തിയപ്പോൾ, പണം കടം വാങ്ങേണ്ടിവന്നു. എന്നാലും തൊട്ടടുത്ത കട്ടിലിലെ കുഞ്ഞിന്റെ ആൾ പണമില്ലാതെ വിഷമിക്കുമ്പോൾ കടം വാങ്ങിയത് എടുത്തുകൊടുക്കാൻ തുനിഞ്ഞിട്ടുണ്ട്. അമ്മയാണ് തടയുക... ബസ് സ്റ്റോപ്പിലെ രോഗിയെയും ആശ്വസിപ്പിക്കാൻ നിൽക്കാറുണ്ട്. എനിക്ക് അസുഖമുണ്ടായാൽ, ബന്ധുക്കൾ കാണാൻ വരണം എന്നാഗ്രഹിക്കും.

ഗീത: കരുണയാണ് ഭാവം.

ഭാഗ്യലക്ഷ്മി: രോഗിയുടെ മുമ്പിൽ രജിസ്ട്രേഷൻ നേരത്ത് അവർ പറയുന്നത് ശ്രദ്ധയോടെ കേൾക്കും. വേദന അറിയും; രോഗത്തെക്കുറിച്ച് ചോദിക്കും. വേദനയില്ലാതെ ജീവിക്കാൻ അവസരം എല്ലാവർക്കും വേണ്ടതാണ്. അതിൽ കൂടുതൽ ചിന്തിച്ചിരിക്കാറില്ല. കാരണം പതിനാല് ബന്ധുക്കൾ എന്റെ വീട്ടിൽ കാൻസറായി മരിച്ചിട്ടുണ്ട്. പലരേയും പരിചരിക്കാനും ആശ്വസിപ്പിക്കാനും പണം കണ്ടെത്താനും ഞാൻ തന്നെ വേണ്ടിവന്നിട്ടുണ്ട്. അമ്മ രണ്ടരവർഷമായി രോഗിയായി കിടന്നപ്പോൾ, ഇനിയും കഷ്ടപ്പെടുത്താതെ രക്ഷിച്ചൂടെ എന്ന് പ്രാർത്ഥിച്ചിട്ടുണ്ട്. മരുന്നിൽ നരകിച്ച് മുന്നോട്ട് പോകേണ്ടതുണ്ടോ? ഇപ്പോൾ കാൻസറായി മരിച്ചു എന്നു കേട്ടാലും ഒന്നും തോന്നാറില്ല. വേദനയിൽനിന്നും മോചിപ്പിക്കപ്പെട്ടല്ലോ.

ഡോക്ടർ സതീശൻ: ഒരു ഡോക്ടറെന്ന നിലയിൽ വേദന മാറ്റാൻ പ്രവർത്തിക്കണം എന്നാണ് തോന്നുക. സാധാരണ മനുഷ്യനായി ചിന്തിക്കുമ്പോൾ നിസ്സഹായവസ്ഥയിൽ വിഷമവും.

മുരളീധരൻ രാജാ: ഇത്രയൊക്കെ ചെയ്യാൻ പറ്റുന്നുള്ളൂ എന്ന സങ്കടമാണധികവും ഒരു പാട് വേദനയുടെ ലോകത്ത്.

ഡോ.ഉണ്ണികൃഷ്ണൻ: രോഗിയെ കാണുമ്പോൾ, ഒരു വെല്ലുവിളിയാണ്. മനസ്സിൽ ആദ്യം തോന്നുക. രാധേടത്തിയെപ്പോലെ അതിവൈകാരികത നൂറ് ശതമാനം ശരിയല്ല. അത് പിന്നീട് ജീവിതത്തിൽ പല പ്രശ്നങ്ങൾക്കും കാരണമാകും.

ഡോ. ദിവാകരൻ: രോഗിയുടെ രോഗം മാറ്റിയെടുക്കണം എന്ന ചിന്തയാണാദ്യം. ശ്വാസം കിട്ടാത്ത അവസ്ഥയെപ്പറ്റി ചിന്തിക്കുന്നതേ വേദനാകരം. മരണത്തെപ്പറ്റി ചിന്തിക്കുമ്പോൾ, ശ്വാസം കിട്ടാതെ പിടയുന്നതോർക്കും. തീയിൽ മരിക്കാൻ ഭയമില്ല. പക്ഷേ വെള്ളത്തിൽ കിടന്ന് മരിക്കാൻ....ശ്വാസം കിട്ടാതെ വരുന്ന രോഗികളുടെ കാര്യത്തിൽ കൂടുതൽ ശ്രദ്ധിക്കാറുണ്ട്. സ്വകാര്യ ആസ്പത്രിയിൽ ജോലി ചെയ്യുമ്പോൾ പിരിമുറുക്കം കുറവാണ്. ഇവിടെ ക്ലിനിക്കൽ രോഗികളുമായി ഇടപെടുമ്പോൾ, നിസ്സഹായവസ്ഥ അറിയുമ്പോൾ ക്ഷീണിതനാകുന്നു. എനിക്ക് എന്തെങ്കിലും ചെയ്യണം എന്നത് എന്റെ വ്യക്തിത്വത്തിന്റെ ഭാഗമാണ്.

സ്കറിയ: ഹോം കെയറിന് പോകുമ്പോഴും രോഗികളുമായി ഇടപെടുമ്പോഴുമാണ് ഞാനെത്ര ചെറുതാണ്' എന്ന് മനസ്സിലാകുക. എന്റെ ചിന്തയും പ്രവർത്തനവും എത്ര നിസ്സാരം. എന്നെ മാറ്റിപ്പണിയുന്നതിന് ഇത് കാര്യമായ പങ്ക് വഹിച്ചിട്ടുണ്ട്.

ഉഷ: വേദിനിക്കുന്ന രോഗിയെ കാണുമ്പോൾ അവർക്കുവേണ്ടി എന്ത് ചെയ്യാൻ എനിക്കു കഴിയും എന്നാണ് ചിന്തിക്കുക.

ഡോ. ദിവാകരൻ: വേദന, സാമൂഹ്യത, ആത്മീയത ഇവയുമായി ബന്ധപ്പെട്ട് ക്ലിനക്കിൽ പ്രവർത്തിക്കുന്നവരുടെ അനുഭവങ്ങളാണ് നമ്മൾ സംസാരിച്ചത്. വേദനയ്ക്ക് ആത്മീയതയുമായി ബന്ധമുണ്ട്; അത് നടക്കുന്നത് ഒരു സാമൂഹിക പശ്ചാത്തലത്തിലാണ് എന്നും ചർച്ചയിൽ പങ്കെടുത്തവർക്കെല്ലാം ഉണ്ട്. ആത്മീയത, നിർവചിക്കാൻ എളുപ്പമല്ല. ഓരോരുത്തർക്കും ഓരോ കാഴ്ചപ്പാടാണ്. കോഴിക്കോട് വളണ്ടിയർ മീറ്റിൽ ഒരനുഭവം. ചർച്ച കഴിയാറായപ്പോൾ സന്ധ്യയായി. ഇനി ആത്മീയതയെപ്പറ്റിയാകാം എന്ന് പറഞ്ഞപ്പോൾ ഒരാൾ പറഞ്ഞു, അയ്യോ ഇപ്പോൾ വേണ്ട. എനിക്ക് രാത്രി ഉറങ്ങാൻ പേടിയാകും. ആത്മീയത അത്രയും അപകടം പിടിച്ചതാണ് പലർക്കും. ആത്മീയതയ്ക്ക് ഒരു പൊതുവായ കാഴ്ചപ്പാട് ഉണ്ടാകാൻ എളുപ്പമല്ല. ഓരോരുത്തരുടെയും വിശ്വാസവും കാഴ്ചപ്പാടും വ്യത്യസ്തമാണ്. അതുകൊണ്ട് ഒരു രോഗിയുമായി ആത്മീയകാര്യത്തിൽ സംസാരിക്കുമ്പോൾ നമ്മുടെ കാഴ്ചപ്പാട് കടന്നുവരാതെ ശ്രദ്ധിക്കണം. മതപരമായ ചിഹ്നങ്ങൾ ഉപയോഗിക്കാതിരിക്കാൻ നോക്കണം. ഒരു രോഗിയുടെ വിശ്വാസം, അനുഭവം, അതിൽ നിന്നുണ്ടാകുന്ന നിഗമനങ്ങൾ പൊതുവായി എടുക്കവയ്യ. എനിക്ക് ഒരു വേദനയുണ്ടായപ്പോൾ ഞാൻ ചുവന്നരത്ത കഷായം കുടിച്ചു. അത് വളരെ ആത്മാർത്ഥമായി വേറൊരാളോട് പറഞ്ഞാൽ

ദോഷമാകും. സാധാരണക്കാരന് ഉത്തരവാദിത്വം ഉണ്ടാകണമെന്നില്ല. ഒരു ഫിസിഷ്യനാകുമ്പോൾ ഉത്തരവാദിത്വത്തോടുകൂടിവേണം. ഇത് സാന്ത്വന ചികിത്സാരംഗത്തുള്ള പ്രവർത്തകർക്കും ബാധകമാണ്. അതിന്റെ നിയമാവലികൾ പാലിക്കാൻ ബാധ്യസ്ഥം. രോഗി തന്റെ രോഗം ശിക്ഷയാണെന്നു പറഞ്ഞാൽ ഖണ്ഡിക്കേണ്ട കാര്യമില്ല. അയാൾക്ക് അത് സ്വയം അന്വേഷിക്കാനുള്ള (explore) വഴിയായി കാണണം.

മുരളീധരൻ രാജാ: ശിക്ഷയാണ് എന്ന് ഒരു രോഗി പറയുമ്പോൾ അയാൾ അങ്ങനെ പറയാനുള്ള കാരണം എന്താണ് എന്ന് ചോദിക്കണം. അയാളുടെ വിശ്വാസമോ അനുഭവമോ ആയിരിക്കും അങ്ങനെ പറയിപ്പിക്കുന്നത്. കൂടുതൽ സംസാരിച്ച് അയാളുടെ ചിന്തകളുടെ സഹയാത്രികനാകുക. അപ്പോൾ അയാൾക്ക് നമ്മൾ സഹായമായേക്കും.

ഇന്ദിര: അമ്പലത്തിൽ പോകാറില്ല, വഴിപാട് കഴിക്കാറില്ല അതിന്റെ ശിക്ഷയാകുമോയെന്ന് ചോദിച്ചാൽ അതൊന്നുമല്ല പ്രധാനം, ഈ പ്രപഞ്ചം മുഴുവൻ നിയന്ത്രിക്കുന്ന ഒരു ശക്തിയുണ്ട്, ദൈവം, അതിൽ ഉറച്ചുവിശ്വസിക്കണം, നിങ്ങളെ ശിക്ഷിക്കുകയില്ല, എന്നെല്ലാം പറഞ്ഞ് സമാധാനിപ്പിക്കാമോ രോഗിയെ?

മുരളീധരൻ രാജാ: നമ്മുടെ വിശ്വാസങ്ങളൊന്നും അടിച്ചേൽപ്പിക്കാതെ, അവരെ സ്വതന്ത്രമായി സംസാരിക്കാൻ അനുവദിക്കുമ്പോൾ, രോഗിക്ക് ഉടനെ ആശ്വാസം കിട്ടിയില്ലെങ്കിലും, വീട്ടിൽ ചെന്ന് ഒറ്റയ്ക്കിരുന്ന് ആലോചിക്കുമ്പോൾ ആശ്വാസം കിട്ടിയേക്കും.

ഡോ. ദിവാകരൻ: രോഗി രോഗം ശിക്ഷയാണോയെന്ന് ചോദിക്കുമ്പോൾ അതയാളുടെ സുചിന്തമായ ഒരു തീരുമാനമല്ല. അയാളുമായി സംസാരിച്ച് ഉൾക്കാഴ്ച ഉണ്ടാക്കാൻ ശ്രമിക്കാം.

ചോദ്യം: താരതമ്യം നല്ലതാണോ?

ഡോ. ദിവാകരൻ: അത് വേണ്ട. അത് രോഗിയുടെ പ്രാധാന്യത്തെ നിസ്സാരവൽക്കരിക്കുന്നപോലെ തോന്നും. എന്റെ കാര്യം അത്ര പ്രധാനമല്ല, എന്നേക്കാൾ പ്രാധാന്യം മറ്റൊരാൾക്കാണ് എന്ന ചിന്തയുണ്ടാകും. രോഗിയിൽ സ്വന്തം ഉൾക്കാഴ്ച ഉണ്ടാക്കാൻ പ്രേരകമാകണം. വാഗ്വാദങ്ങൾ, കാര്യകാരണബന്ധങ്ങൾ ഒന്നും ഗുണം ചെയ്യില്ല. നമുക്ക് ഒരു എളുപ്പമായ വഴിയില്ല. പ്രാർത്ഥനയുടെ കാര്യത്തിലും ഇതു തന്നെ. അതുപോലെ ഒരു രോഗിയോട്, അവരുടെ ബന്ധുക്കളോട് നന്നായി പ്രാർത്ഥിക്കൂ എന്ന് പറയുന്നത് ശരിയല്ല. അവർ അവരുടെ രീതിയിൽ പ്രാർത്ഥിക്കുന്നുണ്ടാകും. അതു ശരിയല്ല, അതു പോരാ എന്ന രീതിയിൽ സംസാരിക്കാൻ പാടില്ല.

ഗോകുൽദാസ്: ആത്മീയതയെക്കുറിച്ചുള്ള എല്ലാ ചർച്ചയിലും നമ്മൾ ദൈവത്തെ കൊണ്ടുവരുന്നു. സങ്കടങ്ങളും പ്രശ്നങ്ങളും വരുമ്പോൾ ദൈവത്തോടടുക്കുന്നു. എന്റെ കാര്യത്തിൽ എനിക്ക് സന്തോഷമുള്ളപ്പോഴാണ് ദൈവത്തോട് അടുപ്പം. സങ്കടം വരുമ്പോൾ കടുത്ത കോപമാണ് തോന്നുക.

ഡോ. ഉണ്ണികൃഷ്ണൻ: രോഗി പ്രാർത്ഥന കൊണ്ടോ ധ്യാനം കൊണ്ടോ സുഖം കിട്ടുന്നു എന്നു പറയുമ്പോൾ അതിനെ ഖണ്ഡിക്കേണ്ടതില്ല. അയാളുടെ വളരെക്കാലത്തെ അനുഭവത്തിന്റെ വിശ്വാസമായിരിക്കും. അതിനോട് നമുക്ക് വിയോജിപ്പുണ്ടാകാം; പ്രകടിപ്പിക്കേണ്ട കാര്യമില്ല.

മുരളീധരൻ രാജാ: എന്റെ ഇവിടുത്തെ അഞ്ചുവർഷത്തെ അനുഭവത്തിൽ രോഗികളിൽ ഭൂരിഭാഗവും ദൈവവിശ്വാസികളാണ്. ഈശ്വരവിശ്വാസിക്കും നിരീശ്വരവാദിക്കും സഹിക്കാനുള്ള കഴിവ് വ്യത്യസ്തമായി തോന്നാറുണ്ട്. നിരീശ്വരവാദികളിൽ പലരും പ്രതിസന്ധികളിൽ ദൈവവിശ്വാസികളാകുന്നുണ്ട്. ആത്മബലം കൂടുതൽ വിശ്വാസിക്കാണ്.

ഗോകുൽദാസ്: മുരളി പറയുന്നതിനോട് യോജിക്കാൻ പ്രയാസമാണ്. നിരീശ്വരവാദിക്ക് ആത്മീയതയുണ്ട്. ചരിത്രത്തിലുടനീളം നിരീശ്വരവാദികൾ എത്രമാത്രം സഹിച്ചിട്ടുണ്ട്, യഥാർത്ഥ്യങ്ങളെ നേരിട്ടിട്ടുണ്ട്. ഗൗതമബുദ്ധനെയെടുക്കൂ. അദ്ദേഹത്തിന് വേദമില്ല, ദൈവമില്ല, ആത്മാവില്ല, പുനർജന്മമില്ല, മുജ്ജന്മമില്ല... വേദനിക്കുമ്പോൾ സ്വന്തം ഉള്ളിലേയ്ക്ക് നോക്കാനും മറ്റുള്ളവരുമായി പങ്കിടാനുമാണ് പറഞ്ഞത്. ഉള്ളിലേയ്ക്ക് നോക്കുന്നതാണ് ബുദ്ധം ശരണം. മറ്റുള്ളവരുമായി പങ്കിടുന്നതാണ് സംഘം ശരണം. അംബേദ്കർക്കും ദൈവമുണ്ടായിരുന്നില്ല. ബുദ്ധന്റെ ആത്മീയതയേക്കാൾ ഉദാത്തമായ ആത്മീയത മനുഷ്യചരിത്രത്തിൽ ഉണ്ടായിട്ടുണ്ടോ?

ഡോ. ഉണ്ണികൃഷ്ണൻ: ഗോകുൽദാസ് വ്യത്യസ്തമായി ചിന്തിക്കുന്നു. നല്ലത്. പക്ഷേ വിശ്വാസികളെ അവിശ്വാസികളാക്കാൻ ശ്രമിക്കുന്നു. അത് ശരിയല്ല. രാഷ്ട്രീയ പാർട്ടികൾ അങ്ങനെയാണ്. എന്തൊക്കെ പറഞ്ഞാലും ലോകത്തിലെ ഭൂരിഭാഗവും ദൈവവിശ്വാസികളാണ്. ദൈവവിശ്വാസം ഒരൂന്നുവടിയാണ്, എനിക്കിപ്പോൾ ഊന്നുവടി ആവശ്യമില്ല. ആവശ്യം വന്നേയ്ക്കാം.

ഗോകുൽദാസ്: ഞാനിത്രയേ പറയുന്നുള്ളൂ. ആത്മീയത ദൈവത്തിന്റെ കുത്തകയല്ല.

സ്കറിയാ: നിങ്ങൾ ചെയ്യുന്ന കർമ്മത്തിനു തിക്തഫലമാണ് കിട്ടുന്നതെങ്കിലും നിങ്ങൾ തുടർന്നും കർമ്മം ചെയ്യുന്നുവെങ്കിൽ നിങ്ങളാണ് ദൈവവിശ്വാസി.

ഗോകുൽദാസ്: എന്റെ വിയോജനക്കുറിപ്പ് രേഖപ്പെടുത്തുന്നു. ഞാൻ ദൈവവിശ്വാസിയാണ്. ഞാൻ ഒരു ദൈവത്തെ സൃഷ്ടിച്ചിട്ടുണ്ട്. എന്റെ ഉള്ളിലുള്ള വിളക്കാണ് എനിക്ക് ദൈവം.

രാധ: സാധാരണ ആളുകൾ എനിക്ക് നന്നാവണേയെന്നാണ് പ്രാർത്ഥിക്കാറ്. ഞാൻ മറിച്ചാണ്.

ഡോ. ദിവാകരൻ: രാധേടത്തി തുടങ്ങിയത് 'ലോകാ സമസ്തോ സുഖിനോ ഭവന്തു" എന്നാണല്ലോ.

രാധ: എന്റെ അനുഭവമാണ് കാരണം. അമ്പലത്തിൽ പോകുമ്പോൾ നിസ്സംഗഭാവമാണ്. മറ്റുള്ളവർക്കു വേണ്ടി പ്രാർത്ഥിക്കുമ്പോൾ അവരുടെ വേദനയുടെ പങ്ക് എനിക്കും ഇരിക്കട്ടെ എന്ന് ദൈവം കരുതുന്നുണ്ടാവും. എനിക്കതിഷ്ടമാണ്.

അരവിന്ദാക്ഷൻ: രാധേടത്തിയെപ്പോലുള്ളവർ ഒരു തരം ദിവ്യമായ ഉന്മാദത്തിലാണ്. അവർ രക്ത

സാക്ഷികളാകാൻ ഇഷ്ടപ്പെടുന്നു. നമുക്ക് നമ്മുടെ വർത്തമാനം അവസാനിപ്പിക്കേണ്ട സമയമായി. എല്ലാവരും പറഞ്ഞതിൽനിന്ന് ഒരു കാര്യം വ്യക്തമാണ്. വേദനയ്ക്കോ ആത്മീയതയ്ക്കോ എളുപ്പമാർഗ്ഗങ്ങളില്ല. നാം നിസ്സാരരായ അന്വേഷകരാണ്, എന്താണ് വേദന, ആത്മീയത എന്ന് നാം ചോദിക്കുന്നു. രോഗികൾക്കൊപ്പം സഹായത്രികരായി അവരുടെ വേദന കുറയ്ക്കാൻ ശ്രമിക്കുന്നു, ആത്മീയതയിൽ പങ്കുചേരുന്നു. ഇത്രയൊക്കെ പറയുമ്പോഴും എനിക്ക് തോന്നുന്നു, അടിസ്ഥാനപരമായി മനുഷ്യൻ ക്രൂരനല്ലേ? അല്ലെങ്കിൽ ഭൂമിയിൽ ഇത്ര ദുരിതങ്ങളും വേദനകളും ഉണ്ടാകുമോ?

(ഈയവസരത്തിൽ എല്ലാവരും അരവിന്ദാക്ഷൻ പറഞ്ഞത് തെറ്റാണെന്നും മനുഷ്യൻ കാരുണ്യവാനാണെന്ന് അർത്ഥശങ്കക്കിടയില്ലാത്തവിധം സമർത്ഥിക്കുകയും ചെയ്തു.)

• • • • • • • • • • • •

BACK TO INDEX

സാന്ത്വനചികിത്സ, ആയുർവേദത്തിൽ

രോഗിയോടും രോഗത്തോടുമുള്ള ആയുർവ്വേദത്തിന്റെ സമഗ്രദർശനം

ഡോ. സുരേഷ്, സീനിയർ ഫിസിഷ്യൻ
വൈദ്യരത്നം നഴ്സിങ്ങ് ഹോം, തൈക്കാട്ടുശ്ശേരി

അടിസ്ഥാനപരമായി, ശാരീരികവും മാനസികവുമായ ദോഷങ്ങളുടെ അസന്തുലനാവസ്ഥകൊണ്ടാണ് രോഗമെന്ന അവസ്ഥ സംജാതമാകുന്നത് എന്ന കാഴ്ചപ്പാടാണ് ആയുർവ്വേദത്തിനുള്ളത്. വാതപിത്തകഫങ്ങൾ ശാരീരികദോഷങ്ങളും രജസ്തമസ്സുകൾ മാനസികദോഷങ്ങളുമെന്ന് അറിയപ്പെടുന്നു.

ഇതിൽ വാതപിത്തകഫങ്ങളുടെ ചികിത്സയ്ക്കായി ബാഹ്യകർമ്മങ്ങളായ പഞ്ചകർമ്മചികിത്സകളും ആന്തരിക ഉപയോഗത്തിനു പയോഗിക്കുന്ന ദ്രവ്യചികിത്സകളും പറയപ്പെടുന്നു. അപ്രകാരം മനോദോഷങ്ങളായ രജസ്തമസ്സുകളുടെ നിവൃത്തിക്കായി സത്യാസത്യങ്ങളെ ഉള്ളവണ്ണം തിരിച്ചറിഞ്ഞു മനോനിലയെ ക്രമീകരിച്ചുനിർത്തുകയും ബുദ്ധി, ധൈര്യം എന്നിവയുടെ പിൻബലത്താൽ മനഃശാന്തിക്കായി ചെയ്യുന്ന പ്രവൃത്തികളും ഫലപ്രാപ്തിയെ ചെയ്യുന്നു.

"ധീധൈര്യാത്മാദി വിജ്ഞാനം മനോദോഷൗഷധം പരം" എന്ന ശാസ്ത്രഭാഗം ഇത് വിശദമാക്കുന്നു.

"സ്വസ്മിൻ സ്ഥീയതേ ഇതി സ്വസ്ഥ". അതായത് ശരീരമനസ്സുകളും അവയുടെ വിവിധ ഭാവങ്ങളും അതാതിന്റെ സ്വന്തം നിലയിൽ അവികൃതമായിരിക്കുമ്പോൾ ഉാകുന്ന സുഖവിശേഷത്തെയാണ് സ്വാസ്ഥ്യം എന്ന് ആയുർവ്വേദത്തിൽ വിവക്ഷിക്കപ്പെടുന്നത്.

സ്വാസ്ഥ്യമുള്ളവൻ സ്വസ്ഥൻ അഥവാ രോഗമൊന്നുമില്ലാത്തവൻ എന്ന് ചുരുക്കം.

രോഗത്തെ ചികിത്സിക്കുന്ന വൈദ്യൻ എങ്ങനെയുള്ളവനാകണം, സമൂഹത്തിൽ എപ്രകാരം പെരുമാറണം, മറ്റ് നിലയ്ക്ക് വൈദ്യന്റെ കടമകൾ എന്തൊക്കെ എന്നതിനെക്കുറിച്ചും മറ്റും വളരെ വിശദമായി മറ്റൊരു ചികിത്സ ശാസ്ത്രത്തിലും പ്രതിപാദിച്ചിട്ടില്ലാത്തവിധം ആയുർവ്വേദ ഗ്രന്ഥങ്ങളിൽ പ്രതിപാദിച്ചിട്ട്. മേൽപ്പറഞ്ഞവയെക്കുറിച്ചു ചുരുക്കത്തിലിവിടെ പ്രതിപാദിക്കട്ടെ.

നിത്യവൃത്തിക്കു വകയില്ലായ്കകൊും രോഗംകൊും മറ്റ് ദുഃഖത്താലും ആർത്തരായവരെ തന്റെ ശക്തിക്കു് തക്കവണ്ണം സഹായിക്കുവാനും, പുഴു, എറുമ്പ് മുതലായ ക്ഷുദ്രജന്തുക്കളെപ്പോലും എപ്പോഴും തന്നെപ്പോലെയെന്ന കാണണം. അതുപോലെ എന്തെങ്കിലും അപേക്ഷിച്ചു വരുന്നവരെ വൈദ്യൻ വെറുതെ മടക്കി അയയ്ക്കരുത്, സമ്പത്തിലും ആപത്തിലും ഒരേ മനസ്സോടു കൂടിയിരിക്കണം, ഏകനായിട്ടൊരിക്കലും സുഖത്തെ അനുഭവിക്കരുത്. ജനങ്ങളുടെ മനോഗതിയെ നല്ലവണ്ണം നോക്കി അറിഞ്ഞിട്ട് എപ്രകാരമായാൽ ഒരാൾ സന്തോഷിക്കുന്നുവോ ആവിധത്തിൽതന്നെ ആനുകൂലമായി പ്രവർത്തിക്കണം എന്നെല്ലാം വിവരിക്കുന്നു്. താഴെ കുറിക്കുന്ന ശാസ്ത്രഭാഗം പറയുന്നതതാണ്.

"അവൃത്തിവ്യാധി ശോകാർത്താന നുവർത്തേത ശക്തിഃതേ

ആത്മവൽ സതതം പശ്യേദപി കീടപിപീലികം

അർച്ചയേദ്ര് ദേവഗോവിപ്ര വൈദ്യവൃദ്ധ നൃപാതിഥീൻ"

ഇപ്രകാരം വേറൊരിടത്ത്: 'ആർദ്രസന്താനതാ ത്യാഗ: കായ വാക്ക് ചേതസാം ദമഃ

സ്വാർത്ഥബുദ്ധി: പരാർത്ഥോഷ്ഠ പര്യാപ്തമിതി സദ്വ്രതം എന്നും മതിയായ സദാചാരത്തെപ്പറ്റി പറയുന്നു.

പരസ്പര സഹവർത്തിത്വത്തിന്റെയും ഭൂതദയയുടെയും പ്രധാന്യത്തെപ്പറ്റി ഇനിയും വളരെ വിശദമായി പലയിടത്തും അനുശാസിക്കുന്നു്.

കൂടാതെ, ബുദ്ധികൊും അറിവുകൊും വൈദ്യൻ രോഗത്തെ എന്നപോലെ രോഗിയുടെ അന്തർഗതത്തെ മനസ്സിലാക്കുകയും ബന്ധുക്കളെയും മറ്റ് സ്വന്തക്കാരെയും ഉപേക്ഷിച്ച് തന്നെ ശരണം പ്രാപിച്ചിരിക്കുന്ന രോഗിയെ സ്വന്തം പുത്രനെപ്പോലെ കണക്കാക്കി ചികിത്സിക്കണമെന്നും അഷ്ടാംഗഹൃദയം, ചരകം തുടങ്ങിയ ഗ്രന്ഥങ്ങളിൽ പ്രതിപാദിക്കുന്നു. താഴെ പറയപ്പെടുന്ന ശാസ്ത്രഭാഗങ്ങളിൽനിന്നു അത് ബോധ്യപ്പെടാവുന്നതാണ്.

"ജ്ഞാന ബുദ്ധി പ്രദിപേന
യോ നാവിശ്യതി തത്വവിന്
ആതുരസ്യ അന്തരാത്മാനം
ന സ രോഗാൽ ചികിത്സതി"

വേറൊന്നുകൂടി ഇവിടെ പ്രതിപാദ്യയോഗ്യമാണ്. കേവലം ആയുസ്സിനെ വർദ്ധിപ്പിക്കലല്ല വൈദ്യന്റെ കടമ. വ്യാധിയെക്കുറിച്ചറിഞ്ഞ് വേദനയെ നിഗ്രഹിക്കുക എന്നതിലാണ് വൈദ്യൻ ഏറ്റവും ശ്രദ്ധിക്കേത് എന്ന് ഭേളസംഹിതയിൽ പറയുന്നു്. ശാസ്ത്രഭാഗം താഴെ കൊടുക്കുന്നു.

"വ്യാധേ സ്തത്വപരിജ്ഞാനം
വേദനായാശ്ച നിഗ്രഹ
ഏതത് വൈവ്വസ്യ വൈദ്യത്വം

നവൈവ്വ പ്രപുരായുഷഃ"

അപ്രകാരം തന്നെ രോഗിയുടെ മാനസികവും ശാരീരികവുമായ അവസ്ഥയെ കറിഞ്ഞ് രോഗത്തിനെ കുറിക്കുവാനുതകുന്നതും ഒരു കാരണവുശാലും വർദ്ധിപ്പിക്കാൻ ഇടവരുത്താത്ത ആഹാരവിഹാരാദികൾ നിർദ്ദേശിക്കേ കടമയും വൈദ്യന്റേതാണ്. താമസിക്കുന്ന സ്ഥലത്തിന്റെ ഭൂമിശാസ്ത്രപരമായ സവിശേഷതകൾ, കാലാവസ്ഥ എന്നിവ കണക്കിലെടുത്തു വേണം ആഹാരക്രമം നിർദ്ദേശിക്കേത്. ഓരോ ഭക്ഷണവും തത്തുല്യമായ ശാരീരിക മാനസിക ഭാവങ്ങൾ നമ്മിലുണർത്തുന്നുണ്ട്. അതുകൊണ്ട് ഒരാളുടെ വികാര,ചിന്തകളിൽ മാറ്റമുണ്ടാക്കാൻ അയാളുടെ ഭക്ഷണരീതിയിൽ മാറ്റം വരുത്തിയാൽ മതിയാകും. ഭക്ഷണത്തിലെ മാറ്റം ആദ്യം പ്രകടമാകുന്നത് ശരീരത്തിലും തുടർന്ന് മനസ്സിലുമാണ്; നാം ഭക്ഷിക്കുമ്പോൾ സമാധാനചിത്തരായി ഭക്ഷണം കഴിക്കണം, ക്രോധം, ദുഃഖം, സംഘർഷം എന്നീ മനോഭാവത്തിൽ ഇരുന്നു കഴിക്കുന്ന ഭക്ഷണം അനാരോഗ്യകരമാണ്, വിഷമയഭാവം വരുത്തുന്നതാണ്. ഇതൊക്കെ കണക്കിലെടുത്തു വേണം അറിവുള്ള വൈദ്യൻ രോഗിയെ ചികിത്സിക്കേണ്ടത് എന്നുവരെ ശാസ്ത്രത്തിൽ വിവക്ഷിക്കുന്നുണ്ട്.

മേൽപറഞ്ഞ ചുരുക്കം കാര്യങ്ങളിൽനിന്നുതന്നെ ആയുർവ്വേദശാസ്ത്രത്തിന്റെ രോഗത്തോടും രോഗിയോടുള്ള സമഗ്രദർശനം വളരെ സൂക്ഷ്മവും സമ്പന്നവുമാണെന്ന് മനസ്സിലാക്കാമല്ലോ.

സാന്ത്വനചികിത്സ – അനുഭവങ്ങൾ

ഈ കാലഘട്ടത്തിലെ സർവ്വസാധാരണമായ ചികിത്സാരീതിയിൽനിന്നു വ്യത്യസ്തമായ കാഴ്ചപ്പാടോടെ രോഗിക്കും അതുവഴി സമൂഹത്തിനും സമ്പൂർണ്ണമായ ആശ്വാസം കണ്ടെത്താൻ ശ്രമിച്ചുകൊണ്ടിരിക്കുന്ന ഒരു ചികിത്സാ പ്രസ്ഥാനമായാണ് സാന്ത്വന പരിചരണവിഭാഗം ഇന്ന് കേരളത്തിൽ അറിയപ്പെടുന്നത്. ചികിത്സകൊണ്ട് മുഴുവനായി സുഖപ്പെടുത്താൻ കഴിയാത്തതും കാലപ്പഴക്കമേറിയതുമായ രോഗങ്ങൾക്കു പ്രതിവിധിയായി ഇതിനെ കണക്കാക്കാം. പൊതുവേ അധുനിക ചികിത്സാവിഭാഗത്തോടൊപ്പം പ്രവർത്തിച്ചുകൊണ്ടിരിക്കുന്ന ഈ വിഭാഗത്തിലിന്ന് ആയുർവ്വേദവിഭാഗവും ചെറിയതോതിൽ പ്രവർത്തിക്കുന്നുണ്ട്.

ഉദാഹരണമായി തൃശൂർ പെയ്ൻ & പാലിയേറ്റീവ് സൊസൈറ്റിയുടെ അനുബന്ധ യൂണിറ്റായി ഒല്ലൂർ വൈദ്യരത്നം ആയുർവ്വേദ ഫൗണ്ടേഷന്റെ കീഴിൽ ഒരു സാന്ത്വന പരിചരണവിഭാഗം പ്രവർത്തിക്കുന്നു. ഇതിനുവേണ്ടി ഇത്തരം രോഗികളെ കിടത്തി ചികിത്സിക്കുന്നതിനും ഒ. പി. ചികിത്സയ്ക്കുമായി (സൗജന്യമായി) സൗകര്യങ്ങൾ നിലവിലുണ്ട്. ഈ വിഭാഗത്തിൽ വിട്ടു മാറാത്ത നടുവേദന, മറ്റു സന്ധി വാതരോഗങ്ങൾ, പക്ഷാഘാതം, ചില വാർദ്ധക്യ ജന്യരോഗങ്ങൾ എന്നിവയ്ക്കു ചികിത്സ തേടി രോഗികൾ എത്തുന്നുണ്ട്. ചികിത്സിച്ചു പ്രയോജനം ലഭിച്ച 2 രണ്ടുകേസുകളുടെ സാമാന്യവിവരങ്ങൾ താഴെ കൊടുക്കുകയാണ്.

കേസ് 1

ഇരുപത്തിയഞ്ചു വയസ്സുള്ള യുവാവ്. പേര് പ്രകാശ് (യഥാർത്ഥപേരല്ല). അവിവാഹിതൻ , തൃശൂർ സ്വദേശി. ഒരു വർഷം മുമ്പ് (2006 ഒക്ടോബർ) റോഡപകടത്തിൽപെട്ട് തലയ്ക്കു ക്ഷതമേറ്റു നടക്കാൻ വയ്യാത്ത അവസ്ഥയിൽ പൂർണ്ണമായും കിടക്കയിൽ കിടപ്പുതന്നെ.

ഇവിടെ വരുന്നതിനു മുമ്പ് അലോപ്പതി ചികിത്സ കൊണ്ട് അപകടാവസ്ഥ തരണം ചെയ്തിരുന്നു. എങ്കിലും മേൽപ്പറഞ്ഞ അവസ്ഥയിലായിരുന്നു.

Investigation Report Details

* Cerebral oedema
* Right Thalami haemorrhagic Contusion
* Left Temporal lobe haematoma

കൂടാതെ കിടന്ന കിടപ്പിൽത്തന്നെ അറിയാതെ മൂത്രമലാദികൾ പോകുകയും ശരീരത്തിന്റെ വലതുഭാഗത്തെ ചലനശേഷി വളരെയധികം നഷ്ടപ്പെട്ട അവസ്ഥയും ഉണ്ടായിരുന്നു. Tracheostomy ചെയ്തിട്ടുണ്ടായിരുന്നു. ശരീരത്തിൽ ബലകുറവും കൂടുതൽ അനുഭവപ്പെട്ടിരുന്നു.

ആദ്യമേതന്നെ രോഗശാന്തിക്കു വേണ്ടിവരുന്ന സമയദൈർഘ്യം, രോഗി അതിനായി ചെയ്യേണ്ട മാനസിക തയ്യാറെടുപ്പ് എന്നിവയെപ്പറ്റി ഇവിടുത്തെ ഡോക്ടർമാരും സ്റ്റാഫും വിശദമായി പറഞ്ഞു കഴിയുന്നത്ര ആത്മവിശ്വാസവും ധൈര്യവും പ്രതീക്ഷയും രോഗിക്കു നൽകുവാൻ നിരന്തരം ശ്രമിച്ചുകൊണ്ടിരുന്നു. ഇതെല്ലാം രോഗിയിൽ വളരെയേറെ ഗുണം ചെയ്തതായി ഞങ്ങൾക്ക് ബോധ്യപ്പെട്ടിരുന്നു. കൃത്യമായൊരു സമയപരിധി പറയാൻ കഴിയാത്ത ഇത്തരം രോഗാവസ്ഥകളിൽ രോഗിയും കുടുംബവും ക്ഷമയോടെ തയ്യാറായാൽ ആയുർവ്വേദ ചികിത്സയ്ക്കു് വളരെയേറെ ചെയ്യാൻ കഴിയുമെന്നുറപ്പുണ്ട്. മേൽപ്പറഞ്ഞ രോഗിയെ ഞങ്ങളുടെ യൂണിറ്റിൽ 2 തവണകളായി 6 ആഴ്ച കിടത്തി ചികിത്സിച്ചു.

Ist cousrse 06/04/07 മുതൽ 26/04/07 വരെ

ശിരസ്സിനേറ്റ ക്ഷതം കണക്കിലെടുത്ത് ശിരസ്സിൽനിന്നു തന്നെ ചികിത്സ തുടങ്ങി.

അപ്രകാരം പിടിച്ച (ശിരസ്സിൽ, പ്രത്യേകം നിർദ്ദേശിക്കപ്പെട്ട തൈലത്തിൽ തുണി മുക്കി നിശ്ചിതസമയം വയ്ക്കുന്ന രീതി)

ശിരോധാര (രോഗത്തിന് അനുയോജ്യമായ തൈലംകൊു ശിരസ്സ്, നെറ്റി പദേശം എന്നിവിടങ്ങളിൽ നിശ്ചിതസമയം ധാരയായി വീഴ്ത്തുന്ന പ്രത്യേക ചികിത്സ), മാത്രാവസ്തി (Oil enema), കഷായവസ്തി (medicated decotion based enema), അഭ്യംഗം (massage) എന്നിവയെല്ലാം ആദ്യത്തെ 3 ആഴ്ചകൊു ചെയ്യുകയുായി. കൂടാതെ രോഗത്തിനനുസരിച്ചു ഉള്ളിലേയ്ക്കും അവസ്ഥാനുസാരേന്ന ആയുർവ്വേദമരുന്നുകൾ കൊടുത്തിരുന്നു. മൂന്നാമത്തെ ആഴ്ചയിൽതന്നെ രോഗിയുടെ വലതുഭാഗത്ത് ബലം ലഭിച്ചതായി പറഞ്ഞിരുന്നു. കൂടാതെ വലതുകാൽ, കൈ എന്നിവ ചെറുതായി ചലിപ്പിക്കുവാനും തുടങ്ങി.

ചലനശേഷി തിരിച്ചുകിട്ടിയതുമുതൽ ഫിസിയോതെറാപ്പി ചെയ്തുതുടങ്ങി. മൂന്ന് ആഴ്ച കഴിഞ്ഞ് രോഗിയെ ഡിസ്ചാർജ്ജു ചെയ്ത് 6 മാസത്തിനുള്ളിൽ 2–ാമത് ഒന്നുകൂടി ചികിത്സയ്ക്കായി ഉപദേശിക്കുകയും ചെയ്തു. (ഈ 5 1/2 മാസത്തെ കാലയളവിൽ രോഗി കൃത്യമായി ഉള്ളിലേയ്ക്കുള്ള മരുന്നുകൾ മുടങ്ങാതെ കഴിച്ചിരുന്നു)

IInd cousrse

പിന്നീട് രോഗി 17/9/07 ന് വീും ഇവിടെ അഡ്മിറ്റ് ചെയ്യപ്പെട്ടു

ആദ്യ കോഴ്സിലെ ചികിത്സകൾതന്നെ ചെറിയ ചെറിയ വ്യത്യാസത്തോടെ പ്രയോഗിക്കകയാണുായത്. 2-ാം തവണ ചികിത്സ കഴിഞ്ഞുപോകുമ്പോൾ താഴെ പറയുന്ന അവസ്ഥയിൽ രോഗി എത്തിയിട്ടുായിരുന്നു എന്ന് സന്തോഷപൂർവ്വം പറയട്ടെ.

1) Walker ഇല്ലാതെ തന്നെ സാവധാനം തനിയെ നടക്കുന്നു.

2) കുറേ സമയം വലിയ പ്രയാസമില്ലാതെ നടക്കാനും നിൽക്കാനും സാധിക്കുന്നു്.

3) കാലിനും കൈയ്ക്കും ബലം തോന്നുന്നു.

4) മലമൂത്രാദികൾ യഥാസമയം സ്വനിയന്ത്രണത്തിലായി തീർന്നു.

കേസ് 2

35 വയസ്സുള്ള യുവാവ്. പേര് ഇസ്മായിൽ.വിവാഹിതൻ.മലപ്പുറം സ്വദേശി. മാറഞ്ചേരി ദേശത്ത് - പെയ്ൻ & പാലിയേറ്റീവ് യൂണിറ്റിന്റെ നിർദ്ദേശത്താൽഞങ്ങളുടെ യൂണിറ്റിൽ ആയുർവ്വേദ ചികിത്സയ്ക്കായി എത്തി.

10 വർഷമായി ശരീരം തളർന്നു കിടക്കുന്നു

Present Complaint

10 വർഷം മുമ്പ് ഒരു ദിവസം രാവിലെ തലയുടെ പിൻഭാഗത്തുായ ശക്തിയായ വേദനയ്ക്ക് വേി ചെയ്ത ഒരു ഇൻഞ്ചക്ഷന്റെ ഫലമായി ശരീരം തളർന്ന് പോയി. മുന്ന് മാസത്തെ അലോപ്പതി ചികിത്സയ്ക്കുശേഷം വലതു കാലും കയ്യും ചെറിയതോതിൽ ചലിപ്പിക്കാമെന്നായി. എങ്കിലും സ്വയം എഴുന്നേറ്റിരിക്കാനോ നിൽക്കാൻ പോലുമോ പറ്റിയിരുന്നില്ല. മലവും മൂത്രവും അറിയാതെ പോയിരുന്നു. മൂന്നു മാസത്തെ അലോപ്പതി ചികിത്സയ്ക്കുശേഷം വലതുകാലിന്റെയും കയിന്റെയും ചലനശേഷി ചെറിയതോതിൽ തിരിച്ചുകട്ടി.

ഇവിടെ വരുമ്പോൾ മേൽപ്പറഞ്ഞ ബുദ്ധിമുട്ടുകളുടെ കൂടെ ഉറക്കം, വിശപ്പ്, ശോധന എന്നിവ വളരെ കുറവായിരുന്നു. കൂടാതെ ചെറിയ യലറ്വീൈല ഉായിരുന്നു.

ഈ കേസിനും 2 തവണയായിട്ടായിരുന്നു ചികിത്സ നടത്തിയത്.

Ist cousrse 28/11/06 മുതൽ 29/12/06 വരെ ചെയ്തു.

മൊത്തം ശരീരത്തിന്റെ ചലനശേഷിക്കുറവ്, ക്ഷീണം, നിയന്ത്രണശേഷിക്കുറവ് എന്നിവ കണക്കിലെടുത്ത് അനുയോജ്യമായ തൈലം കൊ് തലയ്ക്കെണ്ണയും, പിഴിച്ചിലും (രോഗത്തിന് നിർദ്ദേശിയ്ക്കപ്പെട്ട തൈലം കൊ് ചെറുചൂടോടെ കഴുത്തിന് കീഴ്പ്പോട്ട് മൊത്തം ശരീരത്തിൽ നിശ്ചിത ഉയരത്തിൽ നിന്നും ധാരയായി വീഴ്ത്തുന്ന രീതി) അതിന് ശേഷം വസ്തി (ങലറശരമലേറ ലിലാല)നവരക്കിഴി, (പ്രത്യേകം തയ്യാർ ചെയ്ത മരുന്നുകളാൽ കിഴിയുാക്കി ദേഹത്ത് തടവുന്ന രീതി) ഉപനാഹം (ാലറശരമലേറ ുമൗഹശേരല/യമിറമഴല) എന്നിവയും ചെയ്യുകയുായി.

IInd cousrse 05/07/07 മുതൽ 31/07/07 വരെ ചെയ്തു

മുൻപ് പറഞ്ഞ ചികിത്സകൾതന്നെയാണ് ഇവിടെയും പ്രധാനമായി ചെയ്തത്. ഇതോടൊപ്പം ഉള്ളിലേക്കു പ്രത്യേകം

നിർദ്ദേശിക്കപ്പെട്ട മരുന്നുകൾ കഴിക്കുന്നുണ്ടായിരുന്നു.

ഡിസ്ചാർജ്ജ് സമയത്തെ രോഗവിവരങ്ങൾ

ഇടത് കയ്യിന്റെയും കാലിന്റെയും ചലനശേഷി തിരിച്ചു കിട്ടി.

- മൊത്തത്തിലുള്ള തരിപ്പ് കുറഞ്ഞു
- ഉറക്കം, വിശപ്പ്, ശോധന എല്ലാം നോർമൽ ആയി.
- ഇരിക്കാൻ കഴിയുന്നുണ്ട്. Walker ഉപയോഗിച്ച് പതുക്കെ പതുക്കെ മറ്റൊരാളുടെ സഹായത്തോടെ നടക്കാൻ ശ്രമിക്കന്നു ഇപ്പോഴും രോഗി മരുന്നകൾ തുടരുന്നുണ്ട്.

കൂടുതൽ ദീർഘിപ്പിക്കുന്നില്ല. ആയുർവ്വേദ ചികിത്സ കൊണ്ട് പലർക്കും ഇത്തരത്തിൽ പ്രയോജനം ലഭിച്ചുവരുന്നുണ്ടെന്ന വിവരം അറിയിക്കുന്നതോടൊപ്പംതന്നെ ഇതിന് അവസരം തന്ന തൃശൂർ പെയ്ൻ & പാലിയേറ്റീവ് സൈസൈറ്റിയോടുള്ള അതിരറ്റ നന്ദിയും അറിയിച്ചുകൊള്ളട്ടെ.

• • • • • • • • • • • •

BACK TO INDEX

സാന്ത്വനം രോഗിക്കും കുടുംബത്തിനും

ഡോ. സതീശ് കുമാർ
സെക്രട്ടറി, പെയ്ൻ & പാലിയേറ്റിവ് കെയർ സൊസൈറ്റി, തൃശ്ശൂർ

രോഗം രോഗിയുടെ മാത്രം പ്രശ്നമല്ല. രോഗിയുടെ പ്രശ്നം രോഗം മാത്രവുമല്ല. ദീർഘകാല രോഗങ്ങളും മാറാരോഗങ്ങളും ഇനി സാധാരണ ജീവിതത്തിലേയ്ക്കു മടങ്ങിവരാൻ സാദ്ധ്യതയില്ലാത്ത ആരോഗ്യപ്രശ്നങ്ങളും വൈകല്യങ്ങളും മൂലം വേദനയനുഭവിക്കുന്ന വ്യക്തികളോടും അവരുടെ കുടുംബങ്ങളോടും ബന്ധുമിത്രാദികളും അയൽക്കാരും നാട്ടുകാരുമടങ്ങുന്ന സമൂഹത്തിന്റെ ചുമതല പ്രകാശനം കൈവരിക്കുന്ന നിയമാധിഷ്ഠിതവും സദാചാരനിഷ്ഠവുമായ ഏതു പ്രവർത്തനവും സാന്ത്വനചികിത്സയുടെ നിർവചനപരിധിക്കുള്ളിൽ വരുന്നു. രോഗിയുടെ ശാരീരികവും മാനസികവും സാമൂഹികവും ആദ്ധ്യാത്മികവുമായ പ്രശ്നങ്ങൾ ലഘൂകരിക്കണമെങ്കിൽ രോഗിയുടെ കുടുംബസാഹചര്യങ്ങൾ കൂടി മനസ്സിലാകണം. പ്രശ്നങ്ങൾ മനസ്സിലാക്കാനും മുൻഗണനാക്രമത്തിൽ പരിഹാരമാർഗ്ഗങ്ങൾ തേടാൻ രോഗിയെയും കുടുംബത്തെയും സഹായിക്കാനും സന്മനസ്സുള്ള ഏവർക്കും പെയിൻ & പാലിയേറ്റിവ് കെയർ സൊസൈറ്റിയുടെ വാതിൽ തുറന്നിട്ടിരിക്കുന്നു.

രോഗിക്ക് വേദനാസംഹാരികൾ നൽകുന്നതും ഗൃഹപരിചരണം ഉറപ്പുവരുത്തുന്നതും വളരെ പാവപ്പെട്ട രോഗികൾക്കും കുടുംബത്തിനും ആഹാരസാധനങ്ങളും വസ്ത്രവും നൽകുന്നതും മുടങ്ങിപ്പോയ വിദ്യാഭ്യാസം തുടരാൻ രോഗിയുടെ കുട്ടികളെ സഹായിക്കുന്നതും രോഗഗ്രസ്തരായ കുട്ടികളുടെ മാതാപിതാക്കൾക്കും കൂടപ്പിറപ്പുകൾക്കും ആശ്വാസമരുളുന്നതും രോഗിയുടെ ആവശ്യത്തിന് വാട്ടർ ബെഡും വീൽചെയറും നൽകുന്നതും രോഗിയുടെ വീഴാറായ വീട് വാസയോഗ്യമാക്കുന്നതും കടത്തിൽ മുങ്ങിത്താഴുന്ന കുടുംബത്തിന്റെ ഹൃദയഭാഗത്തുനിന്നുതന്നെ മാംസം മുറിച്ചെടുക്കാൻ വരുന്ന ഷൈലോക്കിനോട് 'മാ നിഷാദാ' എന്ന് മന്ത്രിക്കുന്നതും

സർവോപരി രോഗിയുടെയും കുടുംബത്തിന്റെയും അന്തസ്സ് ഉറപ്പുവരുത്തുന്ന ഏത് പ്രവർത്തനങ്ങളിലും പങ്കാളിയാകുന്നതും സാന്ത്യന ശുശ്രൂഷയുടെ അവിഭാജ്യഘടകങ്ങളാണ്. പെയിൻ & പാലിയേറ്റിവ് കെയർ സൊസൈറ്റിയുടെ കീഴിൽ പ്രവർത്ത്ിക്കുന്ന ഇൻസ്റ്റിറ്റ്യൂട്ട് ഇതിനായി ഡോക്ടർമാർക്കും നഴ്സുമാർക്കും സന്നദ്ധപ്രവർത്തകർക്കും പരിശീലനം നൽകുന്നു. ഒരു നല്ല അയൽക്കാരനാകാൻ പരിശീലനം വേ ദുരവസ്ഥയിലേയ്ക്കു നമ്മുടെ സമൂഹം വഴുതിവീണുകൊിരിക്കുകയാണല്ലൊ!

ജില്ലയിലെ വിവിധ സാന്ത്വനശുശ്രൂഷാസംരംഭങ്ങളുടെ പ്രവർത്തനം ഏകോപിപ്പിക്കുന്ന തൃശ്ശൂർ ഇനീഷ്യേറ്റീവ് ഇൻ പാലിയേറ്റീവ് കെയർ എന്ന പ്രസ്ഥാനം കേരളത്തിലെ മറ്റു ജില്ലകളിലെ സമാന സംരംഭങ്ങളുമായി കൈകോർത്തു പ്രവർത്തിക്കുന്നു; ഇന്ത്യൻ അസോസിയേഷൻ ഓഫ് പാലിയേറ്റിവ് കെയറുമായും അതുവഴി അന്താരാഷ്ട്ര സാന്ത്വന ചികിത്സാ സംരംഭങ്ങളുമായും സഹകരിക്കുന്നു. എങ്കിലും പുൽവേരുതലത്തിൽ വേത്ര ചലനവുാക്കാൻ തൃശ്ശൂർ പെയ്ൻ & പാലിയേറ്റീവ് കെയർ സൊസൈറ്റിക്കു കഴിഞ്ഞിട്ടില്ല. സാന്ത്വനമേകാൻ അയൽക്കണ്ണികൾ (Neighbourhood Network for Palliative Care - NNPC) എന്ന പേരിൽ നാൾക്കുനാൾ മലപ്പുറം ജില്ലയിലും മറ്റു വടക്കൻ ജില്ലകളിലും വേരുപിടിച്ചു വളരുന്ന പ്രസ്ഥാനം തൃശ്ശൂരിലെ വളരെ ചുരുക്കം സ്ഥലങ്ങളിൽ മാത്രമേ പ്രാരംഭഘട്ടപ്രവർത്തനങ്ങൾ തുടങ്ങിവെച്ചിട്ടുള്ളു. വർഗ്ഗീയതയും ജാതിഭ്രാന്തും ഉച്ചനീചത്വവുമൊക്കെ കാൻസർ കോശങ്ങളെപ്പോലെ പെരുകിയും പുകയില ജന്യരോഗങ്ങളെപ്പോലെ പൊള്ളിച്ചും എയ്ഡ്സ് അണുക്കളെപ്പോലെ പ്രതിരോധപ്രവർത്തനങ്ങളെ ക്ഷയിപ്പിച്ചും. അപകടങ്ങളെപ്പോലെ കൈകാലുകളെ തളർത്തിയും അരങ്ങുതകർക്കുന്ന നമ്മുടെ സാമൂഹിക രാഷ്ട്രീയ മണ്ഡലങ്ങളിൽ സാന്ത്വന പരിചരണസംരംഭങ്ങൾ നാട്ടുവെളിച്ചം ബാക്കിയുന്ന് നമ്മെ മനസ്സിലാക്കിത്തരുന്നു.

ആശയ്ക്കു വകയു്. രാഷ്ട്രീയ നേതൃത്വവും പ്രദേശിക ഭരണകൂടങ്ങളും അവസരത്തിനൊത്ത് ഉയരുന്നു. തൃശ്ശൂരിലെ പെയ്ൻ & പാലിയേറ്റിവ് സൊസൈറ്റിക്കു ജില്ലാ ആശുപത്രിയിൽ സ്ഥലമനുവദിച്ചു തരാൻ ജില്ലാ പഞ്ചായത്തിനു രു തവണ ആലോചിക്കേിവന്നില്ല; യാതൊരു വിയോജനക്കുറിപ്പുമുായില്ല! ജില്ലാ പഞ്ചായത്ത് ആരോഗ്യകാര്യ സ്റ്റാൻഡിംങ്ങ് കമ്മിറ്റി ചെയർമാൻ വർഗീസ് മാസ്റ്റർക്കും മുൻ പ്രസിഡ് ശ്രീ ശ്രീകുമാറിനും പുതിയ പ്രസിഡ് അമ്പാടി വേണുവിനും മറ്റു അംഗങ്ങൾക്കും നന്ദി.

രോഗികളെ കിടത്തി ചികിത്സിക്കേിവരാമെന്നു സൂചിപ്പിച്ചപ്പോൾ സ്ഥലം അനുവദിച്ചുതരാമെന്ന് ഉടൻ മറുപടിയുായ കാര്യം പ്രത്യേകം എടുത്തുപറയുന്നു. ഹിന്ദുസ്ഥാൻ പെട്രോളിയം, റോട്ടറി ഇന്റർനാഷനൽ (തൃശ്ശൂർ സെൻട്രൽ), ബാങ്കുകൾ, ബിസിനസ് സ്ഥാപനങ്ങൾ, ആരോഗ്യവകുപ്പ്, ഗവ. മെഡിക്കൽ കോളേജ്, മറ്റു ആരോഗ്യസ്ഥാപനങ്ങൾ, വ്യക്തികൾ തുടങ്ങിയവർ നൽകുന്ന സംഭാവനകൾ വളരെ വലുതാണ്. യാതൊരു പ്രതിഫലവും പറ്റാതെയാണ് ഒരു ഡസനിലേറെ ഡോക്ടർമാരും നഴ്സുമാരും അമ്പതോളം സന്നദ്ധപ്രവർത്തകരും ഈ പ്രസ്ഥാനത്തിൽ പങ്കുചേർന്നത്. ഓരോ മാസവും ഒരു ലക്ഷം രൂപയോളം ചെലവുവരുന്നു. എല്ലാം സംഭാവനകൾകൊ് നടന്നുപോകുന്നു. ഇൻ പേഷ്യന്റ് വിഭാഗംകൂടി നിലവിൽവരുമ്പോൾ ചെലവ് ഇരട്ടിയാകും. പണം സമൂഹം നൽകുമെന്ന് ഞങ്ങൾ ഉറച്ചു വിശ്വസിക്കുന്നു. ഓരോ ചെറിയ തുകയും ചെലവഴിക്കുന്നതിനു മുമ്പ് ഞങ്ങൾ ഒരു ചോദ്യം സ്വയം ഉന്നയിക്കും. പ്രത്യക്ഷമായോ പരോക്ഷമായോ രോഗിക്കോ കുടുംബത്തിനോ ഇതുകൊ് ഗുണമുാകുമോ? ഇത് പണം ചെലവു ചെയ്യുന്നതിനു മുമ്പ് ചെയ്യുന്ന അമ്ലപരിശോധനയാണ്! എന്തുകൊണ്ടെന്നാൽ, സമൂഹം ഞങ്ങളെ ഏല്പിച്ച ഓരോ രൂപയ്ക്കും ഞങ്ങൾ കണക്കുപറയാൻ ബാദ്ധ്യസ്ഥരാണ്. ജില്ലാ പഞ്ചായത്തു പ്രസിഡിന്റെ കീഴിലുള്ള ഒരു ഉന്നതാധികാരസമിതി സൊസൈറ്റിയുടെ പ്രവർത്തനം വിലയിരുത്തുന്നു. ധർമ്മശാസ്ത്രവിശാരദരും നിയമവിദഗ്ദ്ധരും സാമൂഹികശാസ്ത്രജ്ഞരും പൊതുപ്രവർത്തകരും ഭിഷഗ്വരന്മാരും പത്രപ്രവർത്തകരും എഴുത്തുകാരും അടങ്ങുന്ന ഒരു നൈതിക സമിതി ഞങ്ങൾക്കു മാർഗനിർദ്ദേശം നൽകുന്നു; മൂല്യങ്ങളെ മുറുകെപ്പിടിക്കാൻ ഞങ്ങൾക്കു വേണ്ട ഊർജം നൽകുന്നു.

നടന്നു നീങ്ങാൻ വഴിയേറെയുണ്ട്. ഒരു ഇൻ പേഷ്യന്റ് വിഭാഗമാരംഭിച്ചാൽ മാത്രം പോരാ. ജില്ലയിലെ മറ്റു സാന്ത്വന കേന്ദ്രങ്ങളെ ശക്തിപ്പെടുത്തുകയും സ്വതന്ത്രരാക്കുകയും സ്വയംഭരണ ശേഷിയുള്ളവരാക്കി മാറ്റുകയും വേണം. പ്രവർത്തകരുടെ അയൽക്കണ്ണികൾ വാർഡുകൾ തോറും നിലവിൽ വരണം. പഞ്ചായത്തുകളിലും മുനിസിപ്പാലിറ്റികളിലും ക്ലിനിക്കുകൾ വേണം. വിദ്യാഭ്യാസ സ്ഥാപനങ്ങളിൽ സാന്ത്വനശുശ്രൂഷയുടെ സന്ദേശമെത്തിക്കുന്ന ജോലി കൂടുതൽ ഊർജിതമാക്കണം. നാട്ടിലെ ഒരു രോഗിക്കും സ്വാന്ത്വന ശുശ്രൂഷ ലഭിക്കാതിരുന്നുകൂടാ. നമ്മുടെ നീതി ബോധം അതിന് നമ്മെ അനുവദിക്കില്ല.

• • • • • • • • • • •

BACK TO INDEX

സാന്ത്വന ചികിത്സയുടെ മാനസിക തലങ്ങൾ

ഡോ. പിഷാരടി ചന്ദ്രൻ

(സൈക്ക്യാട്രിസ്റ്റ്, സാന്ത്വന ചികിത്സാ കേന്ദ്രം, തൃശൂർ)

ചോദ്യം: (1) ഒരു മനോരോഗ വിദഗ്ദ്ധനെന്ന നിലയിൽ സാന്ത്വന ചികിത്സാരംഗത്ത് താങ്കൾക്ക് പ്രത്യേകമായി എന്തെല്ലാം ചെയ്യാൻ കഴിയുന്നു?

ഉത്തരം: ആദ്യമായി കേൾവിക്കാരനാകാൻ ക്ഷമയോടെ സാധിക്കുന്നു. അത് എന്റെ ജോലിയിൽ അത്യാവശ്യമാണ്. അതുകൊ് എനിക്ക് ധാരാളം വിവരം കിട്ടുന്നു. രോഗിയുടെ അസുഖത്തെപ്പറ്റിയും ചുറ്റുപാടിനെപ്പറ്റിയും ഒരു മനുഷ്യന്റെ ഏറ്റവും പ്രധാനമായ ആശങ്കകളും പ്രത്യാശകളും എന്താണെന്നും അറിയാൻ കഴിയുന്നു. പിന്നെ മാനസികമായി എന്ത് അവസ്ഥയാണിപ്പോൾ ആ മനുഷ്യൻ തരണം ചെയ്യുന്നത്, അയാളുടെ ഉറ്റവരുടെ മനോനില, ഭാവം എന്നിവയും ഏറെക്കുറെ പിടികിട്ടുന്നു. മാത്രമല്ല, മാനസികരോഗം മറ്റു കാര്യങ്ങളിലേക്കും വെളിച്ചം വീശാനാവുന്നു. വെറും മാനസികരോഗംകൊ് മാരകരോഗം ഉന്നെ ധാരണയുള്ളവരെയും കുമുട്ടുന്നു. ഇങ്ങനെ കിട്ടുന്ന വിവരം വച്ച് രോഗിയെയും കുടുംബത്തെയും പങ്കാളികളാക്കി പരിഹാരകാര്യങ്ങൾ നിർദ്ദേശിക്കാനും സഹായകമാകുന്നു.

ചോദ്യം: (2) പുകവലി മൂലം ഞാൻ ശ്വാസകോശ കാൻസർരോഗിയായിരിക്കുന്നു. ഇതേ രോഗം മൂലം ഭാര്യയും ക്ലേശിക്കുന്നു. സഹചാരിയായ ഭാര്യയുടെ രോഗത്തിനും കാരണം എന്റെ പുകവലിതന്നെ എന്റെ തൊഴിൽ രഹിതനായ ഏകമകൻ ഞങ്ങളെ ശുശ്രൂഷിച്ചു കഴിയുന്നു. ഈ രോഗിയോടും അയാളുടെ രോഗിയായ ഭാര്യയോടും ശുശ്രൂഷകനായ മകനോടും എങ്ങനെ ഒരു സന്നദ്ധ പ്രവർത്തകൻ സംസാരിച്ചു തുടങ്ങണം?

ഉത്തരം: ചോദ്യത്തിലെ ആദ്യ ഭാഗം ശ്രദ്ധിക്കുക. തൊഴിലില്ലെങ്കിലും അച്ഛനമ്മമാരെ നോക്കണമെന്ന മകന്റെ മനസ്സ്. ഏത് മഴമുകിലിനും ഒരു വെള്ളിക്കസവു്. ഏത് കാര്യവും നെഗറ്റീവോ പോസറ്റീവോ ആയി കാണാം എന്ന് നമുക്കറിയാമല്ലോ. മകൻ ചെയ്യുന്ന ഉൽകൃഷ്ട പ്രവൃത്തിയെ എടുത്ത് കാട്ടി ശ്ലാഘിക്കുക. അവന് അത് പ്രോത്സാഹനമായിരിക്കും. മാത്രമല്ല മാതാപിതാക്കൾക്കും അത് ശരിയാണെന്ന് ബോദ്ധ്യപ്പെടും പുകവലി, രോഗകാരണമാകാം. എന്നാൽ പുകവലിക്കാത്തവർക്കും രോഗം വരുന്നുല്ലോ? എന്ന് ചൂിക്കാട്ടാം. മറിച്ചും. വലിക്കുന്നവർക്ക് വരാതെയുമിരിക്കാം. കുറ്റബോധം കുറയുകയുംഡിപ്രഷനിലേക്കുള്ള വാതിലിന്റെ പഴുത്തെല്ലൊന്ന് ചെറുതാക്കുകയും ചെയ്യും. അതിനുശേഷം ഭൂതകാലത്തിന്റെ ഭൂതത്തിന്റെ ആലിംഗനത്തിൽനിന്ന് പുറത്തു വന്ന് ഇന്നത്തെ അവസ്ഥയിൽ ചെയ്യേതായ കാര്യങ്ങളെക്കുറിച്ചു ചർച്ചചെയ്യുകയാണാവശ്യം. കഴിഞ്ഞത് ഹേതുവാണെന്നാകിലും അതെക്കുറിച്ചിപ്പോൾ തലപുകഞ്ഞിട്ടു പ്രയോജനമൊന്നുമില്ലല്ലോ. ഞങ്ങളാലാവതെല്ലാം മരുന്നായും വൈകാരിക താങ്ങായും അർത്ഥമായും (ഉദാ:റൈസ് കിറ്റ്) സഹായിക്കാൻ തയ്യാറാണ്. ഇത്തരം പാലിയേറ്റീവ് കാര്യങ്ങൾ നിലവിലുള്ള കാലഘട്ടത്തിന്റെ പ്രയോജനം സ്വീകരിക്കാനവരെ പ്രേരിപ്പിക്കും.

ചോദ്യം (3) തന്റെ മുൻജന്മ പാപമാണ് മകന്റെ രോഗകാരണം എന്ന് വിലപിക്കുന്ന പിതാവിനോട്/ മാതാവിനോട് എന്തുപറയണം? അന്ധവിശ്വാസികളായ ഇവരെ എങ്ങനെ ആശ്വസിപ്പിക്കണം?

ഉത്തരം: മുൻജന്മപാപമാണെന്ന വിവക്ഷ ദേശകാലാധിഷ്ഠിതമായ ഒന്നാകയാൽ അതിനെ ഖണ്ഡിക്കുന്നതിന് ഊർജ്ജം പാഴാക്കേതില്ല. രൂഢമൂലമായ വിശ്വാസങ്ങളെ ചോദ്യം ചെയ്യുന്നവരെ അല്പം ശങ്കയോടെ വിക്ഷിക്കാനതിടയാക്കുകയം അവിടന്നങ്ങോട്ട് കാര്യങ്ങൾ മുന്നോട്ടു കൊുപോകാനുള്ള ഒരു ഇരുപ്പുവശം കിട്ടാനത് ഉതകുകയില്ല. പ്രത്യുത ഏത് ഉദാഹരണസഹിതം, അനുഭവമോ, പുരാണമോ അടിസ്ഥാനപ്പെടുത്തി അവരെ ബോദ്ധ്യപ്പെടുത്താം. അസുഖം പിടിപ്പെട്ടിട്ടുങ്കെിൽ, ഈശ്വരനതിന് താൽക്കാലികമോ ശ്വാശ്വതമോ ആയ പരിഹാരവും കാണിച്ചുതരുന്നുന്നെതും പറഞ്ഞുകൊടുക്കാം.

ചോദ്യം (4) കാൻസറിനോടൊപ്പം തന്നെ ബീഡിരോഗം എന്നറിയപ്പെടുന്ന കൂടിയുള്ള രു രോഗികളെങ്കിലും നമുക്കു്. ഒരാൾ ഇപ്പോഴും മദ്യവും ബീഡിയും ആവശ്യപ്പെടുന്നു. സന്നദ്ധ പ്രവർത്തകൻ എന്തുപറയണം?

ഉത്തരം: ബീഡി പ്രശ്നം. ആത്യന്തികമായി അവനവന് എന്ത് വേണമെന്നതു നിശ്ചയിക്കേത് ആ വ്യക്തിതന്നെയാണ്. ബീഡി നിർത്തിയാൽ ഏറെക്കുറെ ഇന്നത്തെ അവസ്ഥയിൽ നിൽക്കാമെന്നും അല്ലാത്തപക്ഷം അവയവങ്ങളോരോന്നായി വെട്ടിമുറിക്കേിവരുമെന്നും (എന്റെ നാട്ടിലെ കൊമ്പൊടി മുഹമ്മദ് തന്നെ ദൃഷ്ടാന്തം) പറഞ്ഞു മനസ്സിലാക്കണം. വേണമെങ്കിൽ നിർത്താമെന്നത് അവർക്ക് സാധിക്കുമെന്നും അവർക്കേ

അതു സാധിക്കൂ എന്നും മനസ്സിലാക്കിക്കണം. എന്തായാലും ആ വ്യക്തി ഇത് ചെവികൊള്ളാതെ പഴയപടി തുടർന്ന് രോഗം വഷളാകുന്ന പക്ഷം, പറഞ്ഞതനുസരിക്കാത്തതിന്റെ വൈരാഗ്യം വച്ച് നാം അയാളെ കയ്യൊഴിയില്ലെന്നും ആവുന്നത്ര സഹായം ചെയ്തുകൊടുക്കുമെന്നും ഉറപ്പായി പറയണം.

ചോദ്യം (5) തന്റെ ഭാര്യ പ്രസവിച്ച തന്റേതല്ലാത്ത മകൾ ശുശ്രൂഷിക്കുന്ന ഒരു രോഗി നമുക്കു്. ഭാര്യ അദ്ദേഹത്തെ ഉപേക്ഷിച്ചുപോയി ശുശ്രൂഷിക്കുന്ന പെൺകുട്ടിയെ രോഗി 'അസുരവിത്ത്' എന്നാണ് വിളിക്കുന്നത്. സന്നദ്ധ പ്രവർത്തകന് എങ്ങനെ ഇടപെടാൻ കഴിയും?

ഉത്തരം: അസുരവിത്ത് – രോഗിയുടെ ഭാര്യയ്ക്ക് മറ്റൊരാളിലുായ സന്താനം എന്തായാലും മനുഷ്യനന്മയ്ക്കുദാഹരണമാണ് (അയാളുടെ സ്വന്തം മക്കളെവിടെ? അനുഷംഗികമായി ചോദിക്കുന്നു.) അയാളെ സ്ഥൂലമായ ഒരു ബന്ധത്തിന്റെ പേരിലായാലും ശുശ്രൂഷിക്കാൻ തയ്യാറുള്ള ആ കുട്ടിയെ അസുരവിത്ത് എന്ന് വിളിച്ചധിക്ഷേപിക്കുന്ന അയാളെക്കുറിച്ചും നമുക്കൊട്ടാകെ മനസ്സിലാകുന്നു. ഇവിടെ പ്രധാന പ്രശ്നം ശുശ്രൂഷിക്കുന്ന വ്യക്തിക്ക് ഈ വിളി കാലക്രമേണ, അതിൽനിന്നു പിന്മാറാനുള്ള പ്രേരണയാകാമെന്നതാണ്. അതോടെ രോഗി നിരാലംബനാകയും ചെയ്യും എന്ന നിലയിൽ നമ്മുടെ പരമമായ ധർമ്മം ഈ രോഗിയുടെ അവസാന ആശ്രയം നഷ്ടപ്പെടുന്നതൊഴിവാക്കുകയാണ് അതിനാൽ നാം ശ്രദ്ധിക്കേത് ആ കുട്ടിയുടെ പ്രവർത്തനം അംഗീകരിക്കുകയും ആ കുട്ടിയെ അവൾ ചെയ്യുന്ന മഹത്തരമായ കാര്യത്തെപ്പറ്റി ബോധവതിയാക്കുകയും. അതിന് പിന്തുണയും പ്രോത്സാഹനവുമേകുകയും ചെയ്യുന്നതിലാണ്. അയാളെന്തുകൊ് ആ കുട്ടിയെ 'അസുരവിത്ത്' എന്ന് വിളിക്കുന്നു എന്ന് നയത്തിൽ ചോദിച്ചറിയണം. എന്നിട്ടു അയാളുടെ ദുഖത്തിൽ ഏക തണൽ ഈ 'അസുരവിത്ത്' " "മാത്രമേ ഉള്ളു എന്ന് മനസ്സിലാക്കി കൊടുക്കണം. കൂട്ടത്തിൽ നമ്മെ പോലെ അയാളുടെ പരിരക്ഷണം ചെയ്യുന്നവരെല്ലാം തന്നെ ആ ന്യായം വച്ച് അസുരവിത്തുക്കളായ് കണക്കാക്കേ തല്ലെ എന്നും. ഇത്തരം കുസൃതിച്ചോദ്യം സ്നേഹപൂർവ്വം ചിലപ്പോളയാളുടെ കണ്ണുതുറന്നെന്നു വരും.

ചോദ്യം (6) രക്ഷിതാക്കളുടെയും ബന്ധുക്കളുടെയും എതിർപ്പിനെ അവഗണിച്ചുകൊുതന്നെ അയൽവാസിയും കാൻസർ രോഗിയുമായ വൃദ്ധയെ പരിചരിക്കുന്ന കോളേജ് വിദ്യാർത്ഥി നമ്മെ ചെറുതാക്കിക്കളഞ്ഞുവല്ലൊ. ഈ വിദ്യാർത്ഥിയുടെ ഊർജ്ജം എങ്ങനെയാണ് ഒരു സന്ദേശമാക്കി മാറ്റാൻ കഴിയുക?

ഉത്തരം: കോളേജ് വിദ്യാർത്ഥിയുടെ ഊർജ്ജം: നമ്മൾ ആ കുട്ടി പഠിക്കുന്ന കോളേജിൽ പോകണം. ആ കുട്ടി ചെയ്യുന്ന കാര്യങ്ങൾ അദ്ധ്യാപക/വിദ്യാർത്ഥി സമൂഹത്തെ ബോദ്ധ്യപ്പെടുത്തണം. ഒരു ഠീൃഹററുമഹഹശമഹശ്ല ഉമ്യ ക്കോ മറ്റോ ആ വിദ്യാർത്ഥിയുടെ കൂട്ടുകാരുടെയും, ബന്ധുക്കളുടെയും, ഗുണഭോക്താക്കളായ കുടുംബക്കാരുടെയും സഹകരണത്തോടെ ആ കുട്ടിയെ ആദരിക്കണം. സന്നദ്ധ സംഘടനകളുടെ ശ്രദ്ധയിൽ ഈ കുട്ടിയെ കൊുവരണം. ആ കുട്ടിയുടെ ജീവിതപ്രശ്നങ്ങൾ (ഉദാഹരണം പഠനത്തിനുള്ള സാമ്പത്തികം മുതലായവ) പരിഹരിക്കാൻ ശ്രമിക്കണം. ആ കുട്ടിയുടെ ആത്മബലം വർദ്ധിക്കും. ആ കുട്ടി മാതൃകയാകും. അതനുസരിക്കാൻ കൂടുതൽ പേർ വരും. വീട്ടുകാർക്ക് പയ്യന്റെ പ്രവൃത്തി ശരിയായിരുന്നുവെന്ന് ബോദ്ധ്യപ്പെടും.

ചോദ്യം (7) രോഗികളായ പുരുഷന്മാരുടെ പൂർവ്വകാല ജീവിതം ഭാര്യമാരും പെൺമക്കളും പലപ്പോഴും ചുരുൾ നിവർത്താറു്. എല്ലാവരും മദ്യപാനത്തെക്കുറിച്ചും അതു വരുത്തിവെയ്ക്കുന്ന പ്രശ്നങ്ങളെക്കുറിച്ചും വിലപിക്കുന്നു. സമൂഹത്തോട് ഈ പ്രശ്നത്തെക്കുറിച്ച് ഗിരിപ്രഭാഷണ ശൈലിയിലല്ലാതെ എങ്ങനെ സംവാദം തുടങ്ങിവെയ്ക്കാം?

ഉത്തരം: നമ്മൾ ഈ കാര്യത്തിൽ കാര്യമായൊന്നും ചെയ്യേതില്ല. അവർ പറയുന്നത് കേൾക്കുക. എന്നിട്ട് അതെല്ലാം കഴിഞ്ഞതും നമുക്കിനിയങ്ങോട്ട് ചെയ്യേതെന്ന് എന്ന് ആലോചിക്കാം എന്ന് പറയുക. ബോധവൽക്കരണവും സംവാദവും നടത്താൻ ധാരാളം പേർ ഉ്. മേൽ പറഞ്ഞ കുത്തഴിഞ്ഞ ജീവിത ശൈലിക്കാർക്കും, മറ്റുള്ളവർക്കും എല്ലാം കാര്യങ്ങൾ വേത്ര ഗ്രാഹ്യമു് എന്നിരുന്നാലും ചിലർ താന്തോന്നികളായി നടക്കുന്നു. അത്രമാത്രം.

ഭാര്യന്മാരുടെയും പെൺമക്കളുടെയും മനോഭാവം ഇക്കൂട്ടർക്കെതിരെയാണെങ്കിൽ അസുഖം ബാധിച്ചയാൾ ഇപ്പോൾ രോഗിയാണെന്നും, ആ പരിഗണന മാത്രമെ ഇപ്പോൾ കൊടുക്കാവൂ എന്നും പറഞ്ഞു മനസിലാക്കാൻ ശ്രമിക്കാം. മുൻകാലത്തെ മുൻധാരണകൾ പകപോക്കാൻ വീണുകിട്ടിയ അവസരമായി അയാളുടെ രോഗാവസ്ഥയെ കാണരുതെന്നും പറയാം. ഇത്തരത്തിൽ നടക്കാത്തവർക്കും മാരകരോഗങ്ങൾ വന്നുകൂടായ്കയില്ലെന്നും ബോദ്ധ്യപ്പെടുത്തണം.

• • • • • • • • •

BACK TO INDEX