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. കുറെക്കൂടി 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 സന്നദ്ധ പ്രവർത്തകരുടെ ഇടയിൽ വളരെ കുറവാണ്. അത് മുൻവിധി പുലർത്തുന്ന കേരളത്തിലെ മധ്യവർഗത്തിന്റെ മനോഭാവമാണ്. ഇതിൽ ഇറങ്ങിക്കഴി

യുന്നവർക്ക് 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 വളരുന്നത് 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. സർക്കാരി

നെക്കൊണ്ടു 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 മാറോരോരോഗികളായി വേദനയനുഭവിച്ചു കഴിയുന്ന മനുഷ്യരുടെ ഏകാന്തതയും ആത്മപീഡകളും (സഫറിംഗ്) അനുഭവത്തിൽ സാന്ത്വന ചികിത്സകൾ അഭിമുഖീകരിക്കേണ്ടിവരുന്നില്ലേ?

ഉ. ശാരീരിക വേദനയാണെങ്കിൽ പാലിയേറ്റീവ് ചികിത്സയ്ക്കു 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, കൂടുംബപ്രശ്നങ്ങൾ, 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 ശരീരവേദനയായിരിക്കും 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. അതുകൊണ്ടു തന്നെ 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 പ്രത്യയ ശാസ്ത്രത്തിലോ 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, അന്ധ

മായ 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.

• • • • • • • • • • • • • • •