ഏപ്രിൽ, മെയ് & ജൂൺ 2024 പുസ്തകം 16 ലക്കം 4, 5 & 6

സഹയാത്ര

പാലിയേറ്റീവ് കെയർ മാസിക

ഞാനുമുണ്ട്
പരിചരണത്തിന്...

ഇന്ത്യൻ അസോസിയേഷൻ
ഓഫ് പാലിയേറ്റീവ് കെയർ
കേരള

ഐ എ പി സി (കേരള) ക്ക് വേണ്ടി പാലിയം ഇന്ത്യ പ്രസിദ്ധീകരിക്കുന്നു.

DA2
www.favouritehomes.com
+91 98959 94000
FAVOURITE HOMES
Home; a relationship for life
Leading the way in living spaces
All projects registered with RERA
Projects at the most prominent locations in the city
On-time delivery
Sterling track record of over 23 years
23
MEMBER

WE ARE HIRING
PALLIUM INDIA
RESEARCH COORDINATOR (TRIVANDRUM)
Master of Public Health with 0-2 years of experience
DOCTORS (TRIVANDRUM/ WEST BENGAL)
MBBS with 0-2 years of experience
STAFF NURSE (TRIVANDRUM)
BSC Nursing/GNM with 0-2 years of experience
ASSISTANT MANAGER - SOCIAL WORK (TRIVANDRUM)
MSW/Post Graduate in Healthcare or related field with 5-10 years of experience
PROJECT MANAGER (WEST BENGAL)
MBBS, Certification in Palliative Medicine is desirable with 5-10 years of experience
PAEDIATRICIAN (TRIVANDRUM)
Post-Graduate Degree (MD/DCH/DNB) Pediatrics with 1-3 years of experience
Apply to
career@palliumindia.org

എഡിറ്റർ
ഡോ. എം.ആർ. രാജഗോപാൽ
(Responsible for selection of News under PRB Act)

മാനേജിംഗ് എഡിറ്റർ
എം. പ്രതീപ്

ചീഫ് എഡിറ്റർ
അബ്ദുൽ കരീം എ.കെ. വാഴക്കാട്

കോപ്പി എഡിറ്റർ
മജീദ് മാസ്റ്റർ

അസോസിയേറ്റ് എഡിറ്റർമാർ
സുനിൽ മാങ്ങാട്ടിടം
ബിനി എൻ.എം
ഡോ. അതുൽ ജോസഫ് മാന്യുവൽ
ഡോ. അജയൻ തിരുവനന്തപുരം
സർജൻ കമാൻഡർ ഡോ. സുധാദേവി എസ്.

പബ്ലിസിറ്റി
സക്കറിയ കോട്ടയം
ജി.വി. വിനേഷ്

ഫൈനാൻസ്
രാമകൃഷ്ണൻ നായർ

ഇല്ലസ്ട്രേഷൻ
ജൈൽസ് ഫ്രാൻസിസ്

രൂപകൽപ്പന
സജൻ കെ സൈമൺ

ഏകോപനം
കെ.കെ. ബഷീർ എറണാകുളം
സാലിഹ് വളാഞ്ചേരി
എം.ജി. പ്രവീൺ

ഉപദേശകസമിതി
ഡോ. എം.ആർ. രാജഗോപാൽ
ഡോ. സുരേഷ് കുമാർ
ഡോ. ഇ. ദിവാകരൻ
ഡോ. രാജശ്രീ
ഡോ. അനിൽ പാലേരി
ഡോ. അബ്ദുല്ല മണിമ
ഇ. അബ്ദുൽ മജീദ്
നാരായണൻ പുതുക്കുടി
ഗഫൂർ തനേരി
ആർ.എസ്. ശ്രീകുമാർ

ജൂൺ 2024 പുസ്തകം 16 ലക്കം 6

സഹയാത്ര

പാലിയേറ്റീവ് കെയർ മാസിക

താളുകൾ മറിക്കുമ്പോൾ

എഡിറ്റോറിയൽ	4
പാലിയേറ്റീവ് കെയറിൽ 'നിസ്സാരവൽക്കരണം'	5
'ഞാനുമുണ്ട് പരിചരണത്തിന്'	7
പാലിയേറ്റീവ് കെയർ കേവല വൈദ്യപരിചരണമോ? സമഗ്ര വൈദ്യശാസ്ത്ര സമീപനരീതിയോ?	13
കള്ളം പറയണം (കവിത)	16
ജനകീയ പാലിയേറ്റീവ് പരിചരണം: നയ നിലപാടുകൾ	17
പാലിയം ഇന്ത്യ	20
കോഴിക്കോട് ഇനിഷ്യേറ്റീവ് ഇൻ പാലിയേറ്റീവ് കെയർ പ്രവർത്തനങ്ങൾ	22
IPM കോഴ്സുകളും ട്രെയിനിംഗുകളും	24
ഹോം കെയറുകൾ പാലിയേറ്റീവ് കെയറിന്റെ നട്ടെല്ല്	25
വഴിവിളക്ക്	26

IAPC KERALA

ഇന്ത്യൻ അസോസിയേഷൻ ഓഫ് പാലിയേറ്റീവ് കെയർ – കേരള
സഹയാത്ര അഡ്മിനിസ്ട്രേറ്റീവ് ഓഫീസ്
ഷെൽട്ടർ, പി.ഒ. പെരുമണ്ണൂർ, ചാലിശ്ശേരി 679536, പാലക്കാട്
ഫോൺ: 7012405830, 6235963520
Facebook: Indian Association of Palliative Care Kerala – IAPC Kerala

യാത്രയുടെ പുതിയ അദ്ധ്യായം

30 വർഷം പിന്നിട്ട കേരളത്തിലെ പാലിയേറ്റീവ് കെയർ പ്രവർത്തനങ്ങളെ കൂടുതൽ ജനകീയവും ശാസ്ത്രീയവുമാക്കി മാറ്റുക എന്ന ലക്ഷ്യം മുൻനിർത്തി കേരളത്തിലെ പാലിയേറ്റീവ് കെയർ വോളന്റിയർമാരുടെ പൊതുവേദിയായ ഇന്ത്യൻ അസോസിയേഷൻ ഓഫ് പാലിയേറ്റീവ് കെയർ കേരള അതിന്റെ മുഖമാസികയായി സഹയാത്ര ഈ ലക്കം മുതൽ നിങ്ങളിലേക്ക് സമർപ്പിക്കുകയാണ്.
ജീവിതത്തെ പിടിച്ചുലക്കുംവിധം രോഗമോ അവശതകളോ വന്ന വ്യക്തിയും കുടുംബവും അഭിമുഖീകരിക്കുന്ന നിരവധി സങ്കീർണ്ണ പ്രശ്നങ്ങൾ കേൾക്കുകയും കരുണാർദ്രമായ ഇടപെടലിലൂടെ ജീവിത ഗുണനിലവാരം മെച്ചപ്പെടുത്തുകയും ചെയ്യുക എന്നതാണ് നാം ഏറ്റെടുത്ത ദൗത്യം. രോഗിയുടെയും കുടുംബത്തിന്റെയും അന്തസ്സും അഭിമാനവും മുൻനിർത്തി മികച്ച പരിചരണ ആസൂത്രണം നിർവ്വഹിക്കാൻ സമൂഹത്തെ ശാക്തീകരിച്ച് സജ്ജമാക്കാനും, ചെറിയ ചെറിയ പ്രദേശങ്ങളിൽ വോളന്റിയർമാരുടെ നേതൃത്വത്തിൽ മെഡിക്കൽ നഴ്സിങ് കെയറോട് കൂടിയുള്ള പാലിയേറ്റീവ് കെയർ സംവിധാനങ്ങളെ ഏകോപിപ്പിക്കാനും സഹയാത്ര ലക്ഷ്യം വെക്കുന്നു.
ഗുണമേന്മയുള്ള ശാസ്ത്രീയത ചോർന്ന് പോവാത്ത പരിചരണം ഉറപ്പു വരുത്താൻ പഠനങ്ങളും അന്വേഷണങ്ങളും വിലയിരുത്തലുകളും ആവശ്യമാണ്. ആയതിനാൽ ജില്ലാ സമിതികളിലൂടെ മെഡിക്കൽ നഴ്സിങ് കമ്മ്യൂണിറ്റി എംപവർമെൻറ് ഉദ്ദേശിക്കുന്നു.
സഹയാത്ര നിങ്ങളുടെ മുന്നിലേക്ക് സമർപ്പിക്കുന്നത് പ്രൊഫഷണൽ ടീംവർക്കോടു കൂടിയല്ല. കേരളത്തിലെ സാമൂഹ്യാധിഷ്ഠിത പാലിയേറ്റീവ് കെയർ രംഗത്ത് പ്രവർത്തിക്കുന്ന സാധാരണക്കാരുടെ പ്രതിനിധികൾ തന്നെയാണ് സഹയാത്രയും തയ്യാറാക്കുന്നത്. വിലപ്പെട്ട ലേഖനങ്ങൾ തന്നും വ്യത്യസ്ത ചിന്താ ആശയങ്ങൾക്കും ചർച്ചകൾക്കും വേദിയൊരുക്കിയും നമുക്ക് മുന്നോട്ട് പോവേണ്ടതാണ്. വാർഷിക വരിക്കാരെ ചേർത്തും പരസ്യങ്ങൾ ശേഖരിച്ചും എല്ലാ പാലിയേറ്റീവ് കെയർ പ്രവർത്തകരും കൂടെ ഉണ്ടാവണം. ഊർജ്ജിതമായി വരിചേർക്കൽ നടന്നു കൊണ്ടിരിക്കുന്നു. ജില്ലാ സമിതികളാണ് നേതൃത്വം നൽകുന്നത്. എല്ലാ യൂണിറ്റുകളും ഭാരവാഹികളും വോളന്റിയർമാരും സഹയാത്രയുടെ സംഘാടകരാണ്.
നിർദ്ദേശങ്ങളും അഭിപ്രായങ്ങളും വിമർശനങ്ങളും അതാത് സമയത്ത് അറിയിക്കണേ. അകമഴിഞ്ഞ പിന്തുണ അഭ്യർത്ഥിക്കുന്നു.

സ്നേഹപൂർവ്വം,
മാനേജിങ് എഡിറ്റർ
സഹയാത്ര

പാലിയേറ്റീവ് കെയറിൽ 'നിസ്സാരവൽക്കരണം'

ഡോ. എം.ആർ. രാജഗോപാൽ

'സാന്ത്വനപരിചരണം – ദർശനം , ജീവിതദൗത്യം" എന്ന തന്റെ പുസ്തകത്തിൽ പാലിയേറ്റീവ് കെയറിൽ മൂന്ന് ദശാബ്ദത്തോളം പ്രവർത്തിച്ച തൃശ്ശൂരിലെ ഡോക്ടർ ഇ. ദിവാകരൻ ചോദിക്കുന്നത് ശ്രദ്ധിക്കൂ. "പാലിയേറ്റീവ് കെയർ വ്യാപകമായി എന്നത് നല്ലകാര്യം തന്നെ, എന്നാൽ അതിനോടൊപ്പം പരിചരണത്തിന്റെ ഗുണമേന്മ ഉറപ്പുവരുത്താനായോ?"

മുൻ ചീഫ് സെക്രട്ടറി ശ്രീ. എസ്. എം. വിജയാനന്ദിനെ ഉദ്ധരിച്ച് ഡോ. ദിവാകരൻ തുടരുന്നു. "കേരളത്തിലെ പാലിയേറ്റീവ് കെയർ രംഗം നേരിടുന്ന വെല്ലുവിളികളിൽ മുഖ്യമായ ഒന്ന് നിസ്സാരവത്കരണത്തിന്റേതാണ് (trivialisation). കാര്യങ്ങൾക്ക് അവ അർഹിക്കുന്ന ഗൗരവം കൊടുക്കാതെ, വന്നപാട് ചന്തം എന്ന നിലയിൽ നമ്മുടെ പ്രവർത്തനം പോകുന്നത് പരിചരണത്തിന്റെ ഗുണനിലവാരം മോശമാക്കാൻ ഇടയാക്കിയിട്ടുണ്ട്."

സാമാന്യം എല്ലാ പാലിയേറ്റീവ് കെയർ സ്ഥാപനങ്ങളും മറ്റുള്ളവർക്ക് നന്മ ചെയ്യണം എന്ന ഒറ്റ ആഗ്രഹത്തിൽ തുടങ്ങിയവയാണ്. പലയിടങ്ങളിലും പാലിയേറ്റീവ് കെയർ പരിശീലനം ലഭിച്ച ഡോക്ടർ ഇല്ല. വിളിച്ചാൽ വരും എന്ന മട്ടിൽ മൂന്ന് നാല് ഡോക്ടർമാർ ഉണ്ടായേക്കാം. ആ ഡോക്ടർമാരിൽ ഒരാൾക്ക് പോലും പാലിയേറ്റീവ് കെയറിൽ പരിശീലനം ഇല്ലായെന്നത് നടത്തിപ്പുകാർക്കോ ആ ഡോക്ടർമാർക്കോ ഒരു പ്രശ്നമായി തോന്നുന്നില്ല എന്നതാണ് ദുഃഖകരമായ സത്യം.

നാളത്തെ നിങ്ങളുടെ ഒരു രോഗി എന്ന നിലയിൽ ഞാൻ ഒന്ന് ചോദിക്കട്ടെ. എനിക്ക് ചെയ്തുതരാൻ പോകുന്ന സഹായങ്ങൾക്ക് വളരെ നന്ദി. പക്ഷേ എനിക്ക് ഒന്നറിയണം. നിങ്ങൾ എനിക്ക് വേണ്ടി ചെയ്യുന്നത് എന്റെ അവകാശമായി നിങ്ങൾ കാണുന്നുവോ, അതോ ഔദാര്യമായി കാണുന്നുവോ? ഔദാര്യമായിട്ടാണ് കാണുന്നതെങ്കിൽ എന്ത് ചെയ്താലും തരക്കേടില്ല എന്ന നിങ്ങൾക്ക് തീരുമാനിക്കാം. പക്ഷേ ശുശ്രൂഷ എന്റെ അവകാശമാണ് എന്ന് നിങ്ങൾ സ്വീകരിക്കുന്നെങ്കിൽ എനിക്ക് കിട്ടുന്ന സേവനത്തിന് ഒരു നിശ്ചിത ഗുണനിലവാരമെങ്കിലും ഉണ്ടാകണം.

പാലിയേറ്റീവ് കെയറിൽ എന്തിനാണ് ഡോക്ടർ എന്നു ചോദിച്ച്, പാലിയേറ്റീവ് കെയറിൽ ഡോക്ടറുടെ ആവശ്യമൊന്നുമില്ല എന്ന് മറുപടിയും പറയുന്ന പാലിയേറ്റീവ് കെയർ പ്രവർത്തകർ ചുരുക്കമെങ്കിലുമുണ്ട്. അവർ പറയുന്നതിന്റെ കാതൽ ഇങ്ങനെയാണ്. "രോഗികളുടെ പ്രശ്നം പ്രധാനമായും മാനസികവും സാമൂഹികവും ഒക്കെയാണ്. രോഗചികിത്സ കഴിഞ്ഞവർക്ക് പിന്നെ ഒരു ഡോക്ടറുടെ ആവശ്യമില്ല. മുറിവുകളുണ്ടെങ്കിൽ വച്ചുകെട്ടാനോ ഒരു ട്യൂബിൽ കൂടി ഭക്ഷണം കൊടുക്കാനോ ഒക്കെ ഒരു നഴ്സ് വേണം. അത്രയും മതി. അതല്ല, വേറെ വല്ല പ്രശ്നവുമുണ്ടെങ്കിൽ നമുക്ക് ആശുപത്രിയിൽ കൊണ്ടുപോകാമല്ലോ."

ഈ കാഴ്ചപ്പാടിന്റെ പ്രധാന കുഴപ്പം, ഞാൻ എന്ന രോഗി അനുഭവിക്കുന്ന പല പ്രശ്നവും – ക്രൂരമായ വേദനയോ, ശ്വാസംമുട്ടോ കുടലിലെ അടവോ ഒക്കെയാവാം – ചികിത്സിക്കാൻ സാധാരണ ഡോക്ടർമാർക്ക് മിക്കവാറും കഴിയില്ല എന്നതാണ്. അടുത്തകാലം വരെ, ഡോക്ടർമാരുടെ പാഠ്യപദ്ധതിയിൽ പാലിയേറ്റീവ് കെയർ ഉണ്ടായിരുന്നില്ല. അതുകൊണ്ട് തന്നെ മേൽപ്പറഞ്ഞ പ്രശ്നങ്ങൾ ചികിത്സിക്കേണ്ട രീതിയിൽ ചികിത്സിക്കാൻ സാധാരണ ഡോക്ടർമാർ പഠിച്ചിട്ടില്ല എന്ന് മാത്രമല്ല, അറിയില്ല എന്നതു പോലും തിരിച്ചറിയുന്നില്ല. ഇത് മറ്റുള്ളവരെ കുറ്റപ്പെടുത്താൻ പറയുന്നതല്ല. നാൽപ്പതു വയസ്സുവരെയെങ്കിലും ഇത്തരം കാര്യങ്ങൾ അറിയില്ല എന്നെനിക്ക് അറിവില്ലായിരുന്നു – പാലിയേറ്റീവ് കെയർ പഠിക്കാൻ അവസരമുണ്ടാകുന്നത് വരെ. അതൊക്കെ തന്നെയാണ് പൊതുവെ സംഭവിക്കുന്നത്.

ഒരുദാഹരണം: ശ്വാസംമുട്ടുള്ളവർക്ക് കൊടുക്കാനേ പാടില്ലാത്ത മരുന്നാണ് മോർഫിൻ എന്നാണ് എംബിബിഎസ് ചെയ്യുമ്പോൾ പഠിച്ച പാഠം. കാൻസറും ആസ്ത്മയും ഉൾപ്പെടെ പല രോഗാവസ്ഥകളും സാധാരണ ചികിത്സയ്ക്ക് വിധേയമാകാത്തപ്പോൾ, പ്രത്യേകിച്ചും ജീവിതാന്ത്യത്തിൽ, ആശ്വാസം നല്കാൻ ഏറ്റവും പറ്റിയ മരുന്നാണ് മോർഫിൻ എന്നത് പാലിയേറ്റീവ് കെയറും കൂടി പഠിച്ച ഡോക്ടർമാർക്കെ അറിവുണ്ടാകൂ. വേദന ചികിത്സിക്കുമ്പോൾ

പോലും പലതരം വേദനകൾക്ക് ഉചിതമായ മരുന്നുകളുടെ ചേരുവ സാധാരണ ഡോക്ടർമാർക്ക് അറിവുണ്ടാകാൻ സാദ്ധ്യതയില്ല.

ഇനി, ശാരീരികപ്രശ്നങ്ങൾ പരിഹരിക്കാനായില്ലെങ്കിലും മാനസികമായും സാമൂഹികമായും വേണ്ടത് ചെയ്യാമല്ലോ എന്നാണെങ്കിൽ, ഞാൻ എന്ന രോഗിക്ക് അത് പോരാ എന്ന് ഞാൻ തീർത്തു പറയും. ശാരീരികപ്രശ്നം എന്റെ മനസ്സിനെ ആകെ മൂടിയിട്ടുണ്ടാകും. അത് പരിഹരിക്കാതെ മറ്റൊന്നും പ്രയോജനപ്പെട്ടില്ല എന്ന് വരാം.

മാത്രമല്ല; ശരിയായ ദിശയിലല്ലാതെ യാത്ര തുടങ്ങിയാൽ പിന്നീട് പാത മാറാൻ എളുപ്പമല്ല.

2006-ൽ പാലിയം ഇന്ത്യയുടെ നേതൃത്വത്തിൽ സന്നദ്ധപ്രവർത്തകരും ആരോഗ്യവിദഗ്ദ്ധരും ഭാരതത്തിന്റെ വിവിധ ഭാഗങ്ങളിൽ നിന്ന് ഒത്തു ചേർന്ന് ഉണ്ടാക്കിയ ഒരു മാർഗ്ഗരേഖയുണ്ട് - പാലിയേറ്റീവ് കെയറിൽ അവശ്യം വേണ്ട ഗുണനിലവാരത്തെപ്പറ്റി. അടുത്തകാലത്ത് ഐ.എ.പി.സി ഇതിനെ പരിഷ്കരിച്ചിട്ടുമുണ്ട്. അതനുസരിച്ച് ഏതു പാലിയേറ്റീവ് കെയർ സ്ഥാപനത്തിനും കുറഞ്ഞപക്ഷം താഴെപ്പറയുന്നവ എങ്കിലും ഉണ്ടായിരിക്കണം.

1. വേദനയുടെ അവസ്ഥ മനസ്സിലാക്കാൻ വേണ്ട assessment, documentation and management - കുറഞ്ഞപക്ഷം ബോഡി ചാർട്ടും പെയിൻ സ്കെയിലും ഉപയോഗിക്കുകയും രേഖപ്പെടുത്തിയിരിക്കുകയും വേണം.
2. മറ്റ് രോഗലക്ഷണങ്ങൾക്കും ഇതുപോലെ assessment, documentation and management.
3. മാനസിക സാമൂഹിക പ്രശ്നങ്ങൾ മനസ്സിലാക്കാനും വേണ്ടത് ചെയ്യാനും Assessment, documentation and management, ഫാമിലി ട്രീ ഉൾപ്പെടെ.
4. ആത്മീയ പ്രശ്നങ്ങൾക്ക് assessment, documentation and management.
5. മോർഫിൻ ഉൾപ്പെടെ മൂന്നാം പടിയിലുള്ള ഒപ്പിയോയിഡ് മരുന്നുകളുടെ ഇടതടവില്ലാതെയുള്ള ലഭ്യത.
6. പാലിയേറ്റീവ് കെയറിന് ആവശ്യമുള്ള മറ്റു മരുന്നുകളുടെ ലഭ്യത.
7. മോർഫിൻ ഉൾപ്പെടെ മൂന്നാം പടിയിലുള്ള ഒപ്പിയോയിഡ് മരുന്നുകൾ സ്റ്റോക്കിൽ എടുക്കുന്നത് മുതൽ രോഗിക്ക് കൊടുക്കുന്നത് വരെ ആവശ്യമായ രേഖകൾ കൃത്യമായി സൂക്ഷിക്കുക.
8. കുറഞ്ഞപക്ഷം പത്തു ദിവസത്തെ ക്ലിനിക്കൽ പരിശീലനം ലഭിച്ച ഒരു ഡോക്ടറുണ്ടാവണം.
9. കുറഞ്ഞപക്ഷം പത്തു ദിവസത്തെ ക്ലിനിക്കൽ പരിശീലനം ലഭിച്ച ഒരു നഴ്സ് ഉണ്ടാവണം.
10. മാനസിക, സാമൂഹിക, ആത്മീയ പ്രശ്നങ്ങൾ കൈകാര്യം ചെയ്യാൻ പരിശീലനമുള്ള സംഘാംഗങ്ങൾ ഉണ്ടാവണം.
11. സമൂഹത്തിന്റെ പങ്കാളിത്തം ഉറപ്പുവരുത്തുന്നു എന്നതിന് തെളിവുകളുണ്ടാവണം.
12. മറ്റ് ആരോഗ്യപ്രവർത്തകർ പാലിയേറ്റീവ് കെയറിൽ പങ്കാളികളാകുന്നു എന്നുറപ്പു വരുത്തുന്നതിന് തെളിവുകൾ ഉണ്ടാവണം.
13. കുറഞ്ഞപക്ഷം മാസത്തിൽ ഒരിക്കൽ പാലിയേറ്റീവ് കെയർ സംഘാംഗങ്ങളുടെ അവലോകന മീറ്റിങ് നടക്കണം.
14. ആവശ്യമുള്ളപ്പോഴെല്ലാം രോഗികൾക്ക് വീട്ടിൽ ചികിത്സ കിട്ടുന്നു എന്നുറപ്പു വരുത്തണം.
15. രോഗി മരണപ്പെടുമ്പോൾ കുടുംബാംഗങ്ങൾക്ക് ആവശ്യമായ ശ്രദ്ധ തുടർന്നും കിട്ടുന്നുവെന്ന് ഉറപ്പു വരുത്തണം.

മേൽപ്പറഞ്ഞവയെല്ലാം നിർബന്ധമായും ഉണ്ടായിരിക്കേണ്ടവയാണ്. അതുകൂടാതെ മെച്ചപ്പെടുത്താൻ ശ്രമിക്കേണ്ട മറ്റ് ഇരുപത്തിയൊന്ന് മേഖലകളെപ്പറ്റിയും ഈ രേഖയിൽ പറയുന്നുണ്ട്.

ഇത് ഇവിടെ എടുത്ത് പറയുന്നത് മനഃപൂർവ്വമാണ്. സന്നദ്ധപ്രവർത്തകരും സോഷ്യൽ വർക്കർമാരും നഴ്സമാരും ഡോക്ടർമാരും ചേർന്നിട്ടുള്ള വിദഗ്ദ്ധസംഘമാണ് ഈ രേഖ സൃഷ്ടിച്ചത്.

സാധാരണ ഉണ്ടാകാറുള്ള ഒരു പ്രശ്നം ഉണ്ട്. ഏതെങ്കിലും ഒരു രീതിയിൽ തുടങ്ങിക്കഴിഞ്ഞാൽ അതേ രീതിയിൽ തുടർന്നു പോകാൻ മനുഷ്യസഹജമായ ഒരു പ്രവണത ഉണ്ടാവാം. ഇതിനെതിരെ ജാഗ്രത പുലർത്തണം. കൊടുക്കുന്ന ചികിത്സയുടെ ഗുണനിലവാരം മെച്ചപ്പെടുത്താനും അവശ്യമെന്ന് പറഞ്ഞ 15 കാര്യങ്ങളും ഇപ്പോൾ ഇല്ലായെന്നുണ്ടെങ്കിൽ ഉണ്ടാക്കിയെടുക്കാനും ശ്രമിച്ചുകൊണ്ടേയിരിക്കണം.

ഞാൻ വീണ്ടും ഓർമ്മിപ്പിക്കട്ടെ; രോഗിയെന്ന നിലയിൽ ശുശ്രൂഷ ഔദാര്യമായി എനിക്ക് കിട്ടിയാൽ പോരാ. എന്റെ അവകാശമാണ് അതെന്ന് തിരിച്ചറിഞ്ഞ് അത് അവശ്യമായ ഗുണനിലവാരത്തോടു കൂടിത്തന്നെ എനിക്ക് നൽകാൻ പാലിയേറ്റീവ് കെയർ ദാതാക്കൾക്ക് കടമയുണ്ട്. സൗജന്യമായാണോ അല്ലയോ എന്നതിന് ഇക്കാര്യത്തിൽ പ്രസക്തിയില്ല. സൗജന്യമായി തരുന്നതിന് നന്ദി. പക്ഷേ സൗജന്യമായത് കൊണ്ട് എന്തെങ്കിലും ചെയ്താൽ മതിയെന്ന് 'നിസ്സാരവൽക്കരിക്കാൻ' പാടില്ല.

ഈ വിഷയം എല്ലാ പാലിയേറ്റീവ് കെയർ സംഘടനകളും കൂടുതൽ ചർച്ച ചെയ്യുമെന്നും, ഐ.എ.പി.സി കേരളയുടെ ആഭിമുഖ്യത്തിൽ എല്ലാ പാലിയേറ്റീവ് കെയർ സ്ഥാപനങ്ങളുടെയും ഗുണനിലവാരം മെച്ചപ്പെടുത്താൻ വേണ്ട നടപടികൾ എടുത്തുകൊണ്ടേയിരിക്കുമെന്നും നാളെ നിങ്ങളുടെ രോഗി ആയേക്കാൻ സാധ്യതയുള്ള ഒരു വ്യക്തി എന്ന നിലയിൽ ആഗ്രഹിച്ചോട്ടെ?

'ഞാനുമുണ്ട് പരിചരണത്തിന്'

ഐ.എ.പി.സി (കേരള) ഒരു വർഷം നീണ്ടുനിൽക്കുന്ന വ്യാപന പ്രചാരണ പരിപാടിയുടെ മൊഡ്യൂൾ – മാർച്ച് 3 ന് തൃശ്ശൂർ കോസ്റ്റ് ഫോർഡ് ഓഡിറ്റോറിയത്തിൽ നടന്ന ശില്പശാല അംഗീകരിച്ചത്. ഏറ്റവും താഴെത്തട്ടിൽ ചർച്ച ചെയ്യേണ്ടതും നടപ്പാക്കേണ്ടതുമായ ഈ രേഖ യൂണിറ്റുകൾ / ജില്ലാസമിതികൾ ചർച്ച ചെയ്ത് പ്രവർത്തന രൂപരേഖ തയ്യാറാക്കേണ്ടതാണ്.

കാസർഗോഡ്, വയനാട്, എറണാകുളം, തൃശ്ശൂർ, ആലപ്പുഴ ജില്ലകളിലെ വോളന്റിയർമാർ തയ്യാറാക്കിയതാണ് ഈ മൊഡ്യൂൾ.

I. യൂണിറ്റുകളുടെ എണ്ണം വർദ്ധിപ്പിക്കുക

ജില്ലാ സമിതികൾ മാർച്ച്, ഏപ്രിൽ മാസത്തെ മീറ്റിങ്ങുകളിൽ ജില്ലയിലെ എല്ലാ ഗ്രാമപഞ്ചായത്തുകളിലും മുനിസിപ്പാലിറ്റികളിലും സന്നദ്ധപ്രവർത്തകരുടെ കൂട്ടായ്മകൾ രൂപീകരിക്കാനും ചിട്ടയായ 3 ദിവസത്തെ പരിശീലനം സംഘടിപ്പിക്കാനും ആവശ്യമായ നടപടികൾ സ്വീകരിക്കുക. ഇതിനായി നിലവിലുള്ള യൂണിറ്റുകൾ ഒന്നിലധികം പഞ്ചായത്തുകളിൽ പ്രോഗ്രാം ചെയ്യുന്നുവെങ്കിൽ തങ്ങളുടെ പ്രദേശത്തെ ഓരോ പഞ്ചായത്തിലും ക്ലിനിക്കുകൾ പ്രത്യേകം പ്രത്യേകം തുടങ്ങാൻ ആവശ്യമായ ഇടപെടലുകൾ ആരംഭിക്കുക.

തീരെ വോളന്റിയർമാർ ഇല്ലാത്ത പഞ്ചായത്തുകളിലും മുനിസിപ്പാലിറ്റികളിലും ജില്ലാസമിതി നിശ്ചയിക്കുന്ന ടീം സന്ദർശനം നടത്തി യൂണിറ്റ് രൂപീകരണ സാധ്യതകൾ ആരായുക. എല്ലാ ജില്ലാസമിതി മീറ്റിങ്ങിലും പ്രവർത്തപുരോഗതി വിലയിരുത്തുക. ജില്ലാതലത്തിൽ വ്യാപനത്തിനായി സമിതിയെ നിശ്ചയിക്കുക.

II. നിലവിൽ നഴ്സസ് ഹോം കെയർ (NHC) തുടങ്ങിയിട്ടില്ല, എന്നാൽ വോളന്റിയർ കൂട്ടായ്മകൾ രൂപപ്പെട്ട സ്ഥലങ്ങളിൽ നഴ്സസ് ഹോം കെയർ തുടങ്ങുക.

ഇതിനായി ഇങ്ങനെയുള്ള ജില്ലയിലെ യൂണിറ്റുകളെ വിളിച്ച് ചേർത്ത് ഭാരവാഹികൾക്ക് പരിശീലനവും ആവശ്യമായ പ്രവർത്തന പ്ലാനും തയ്യാറാക്കുക. ഇതേ ലക്ഷ്യം മുൻനിർത്തി പ്രസ്തുത പ്രദേശങ്ങളിൽ നിന്നും കമ്മ്യൂണിറ്റി നഴ്സുമാരെ കണ്ടെത്തി 4 മാസത്തെ പരിശീലന പരിപാടി ജില്ലാസമിതി മുൻകൈ എടുത്ത് നടപ്പാക്കുക. ഈ പ്രവർത്തനങ്ങളുടെ ഏകോപനത്തിന് ജില്ലാസമിതിയിൽ നിന്നും ഒരു സമിതി രൂപീകരിക്കുക.

III. നിലവിൽ നഴ്സസ് ഹോം കെയറുള്ള ക്ലിനിക്കുകളിൽ ഹോം കെയർ എണ്ണം വർദ്ധിപ്പിക്കുന്നതിന്റെ ആവശ്യകത.

മുപ്പതിനായിരം ജനസംഖ്യയുള്ള ഒരു ഗ്രാമപഞ്ചായത്തിൽ നഴ്സസ് ഹോം കെയർ ആവശ്യമുള്ള 750 പേരെങ്കിലുമുണ്ടാവുമെന്നാണ് ശൈലി ആപ്പിലൂടെ നടന്ന പഠനത്തിൽ നിന്നും നാം മനസ്സിലാക്കുന്നത്. അങ്ങനെ എങ്കിൽ എത്ര നഴ്സസ് ഹോം കെയർ വേണ്ടിവരും? മാസത്തിലൊരിക്കലെങ്കിലും രോഗിക്ക് ഹോം കെയർ കിട്ടണമെങ്കിൽ നമ്മുടെ പഞ്ചായത്തിൽ എത്ര ഹോം കെയർ യൂണിറ്റ് വേണ്ടി വരും.

ആഴ്ചയിൽ 6 ദിവസം ഹോം കെയറുള്ള ഒരു ക്ലിനിക്ക് ഒരു ഹോം കെയറിൽ 4 രോഗികളെ കാണുന്നുവെന്ന് വെക്കുക. 6x6x4 = 144 പേരെ ഒരു മാസം കാണുന്നു. 750/144 അങ്ങനെയെങ്കിൽ ഈ പഞ്ചായത്തിൽ മുഴുവൻ രോഗികളെയും കാണാൻ 5 നഴ്സസ് ഹോം കെയറുകൾ 6 ദിവസവും പ്രവർത്തിക്കേണ്ടി വരും. ഇത് സൂചിപ്പിക്കുന്നത് 5 മുതൽ 7 വരെ വാർഡുകൾക്ക് ഒരു സന്നദ്ധ പാലിയേറ്റീവ് കെയർ വേണ്ടിവരുമെന്നാണ്. ഇനി എത്ര ഇടവേളകളിൽ കിടപ്പിലായ രോഗികളെ നഴ്സ് സന്ദർശിക്കണം. 10 ദിവസം കൂടുമ്പോൾ പൂർണ്ണമായും കിടപ്പിലായ രോഗികളെ സന്ദർശിക്കുകയും പരിചരണം നൽകുകയും ജീവിതാന്ത്യത്തിലൂടെ കടന്ന് പോകുന്നവർക്ക് ദിനേനയോ ഒന്നിടവിട്ട ദിവ

സങ്ങളിലോ പരിചരണം നൽകേണ്ടി വരുകയും ചെയ്യുന്നു. ഇത് കൂടി പരിഗണിച്ചാൽ നമ്മുടെ നഴ്സസ് ഹോം കെയർ എണ്ണം എത്ര കൂട്ടേണ്ടി വരുമെന്ന് ഊഹിക്കാവുന്നതേയുള്ളൂ.

IV. നഴ്സസ് ഹോം കെയർ ലക്ഷ്യം കേവല ശാരീരിക പരിചരണം മാത്രമല്ല, രോഗിയെയും പരിചാരകരെയും കുടുംബത്തെയും ശാക്തീകരിച്ച്, താഴ്ന്ന് പോയ ജീവിത ഗുണനിലവാരം ഉയർത്തിക്കൊണ്ട് വരിക എന്നതാണ്.

അതിനായി രജിസ്റ്റർ ചെയ്ത രോഗിയുടെ ആദ്യത്തെ NHC ഒരു പരിശീലന തുടക്കമാണ്. രോഗിക്ക് ചില പരിശീലനങ്ങൾ വേണ്ടിവരും. പരിചരിക്കുന്ന പരിചാരകർക്ക് രോഗീപരിചരണത്തിൽ പരിശീലനം നൽകണം. മാസത്തിൽ ഒരു തവണ സന്ദർശനം നടത്തിയാൽ ട്രെയിനിങ് ലക്ഷ്യങ്ങൾ പൂർത്തീകരിക്കാൻ കഴിയില്ല. രജിസ്റ്റർ ചെയ്ത ദിവസങ്ങളിൽ തുടർച്ചയായ ഹോം കെയറുകൾ വേണ്ടിവരും. കൂടാതെ രോഗീപരിചരണത്തിൽ മുഴുവൻ അടുത്ത ബന്ധുക്കളെയും പങ്കാളികളാക്കുന്നതിന് ഫാമിലി ട്രെയിനിങ് കൂടി നടത്തേണ്ടതുണ്ട്. പരിചരണ ദൗത്യം വീട്ടിലെ ഒന്നോ രണ്ടോ പേരുടെ മാത്രം ഉത്തരവാദിത്തമല്ല, മറിച്ച് എല്ലാവരുടേതുമാണ് എന്നത് ഫാമിലി ട്രെയിനിങ്ങിലൂടെ കൈവരിക്കണം. ഇതിന് രജിസ്റ്റർ ചെയ്ത എല്ലാ കുടുംബങ്ങളിലും ചിട്ടയായ പരിശീലനം കൂടി ഹോം കെയറുകളിൽ ഊന്നൽ നൽകണം.

V. നഴ്സസ് ഹോം കെയറുകളുടെ ഗുണനിലവാരം ഉറപ്പുവരുത്തൽ

നിലവിൽ പ്രവർത്തിച്ചു കൊണ്ടിരിക്കുന്ന നഴ്സസ് ഹോം കെയറുകളുടെ ഗുണമേന്മ വർദ്ധിപ്പിക്കാനും പാലിയേറ്റീവ് കെയർ ശാസ്ത്ര അറിവുകൾ കാലാനുസൃതമായി പഠിച്ചെടുക്കാനും നഴ്സുമാർക്ക് അഡ്വാൻസ് ട്രെയിനിങ് അക്കാഡമിക് സെഷനുകൾ ഒരുക്കി കൊടുക്കേണ്ടതാണ്. ഇതിനായി എല്ലാ ജില്ലകളിലും നഴ്സുമാർക്കായി മാസാന്ത പഠന സെഷനുകൾ നടത്തേണ്ടതാണ്.

VI. വോളന്റിയർ ഹോം കെയർ (VHC)

ഒരു രോഗിയെ രജിസ്റ്റർ ചെയ്താൽ അദ്ദേഹത്തെ നിലവിൽ സപ്പോർട്ട് ചെയ്ത് കൊണ്ടിരിക്കുന്ന സുഹൃത്തുക്കൾ, അയൽവാസികൾ എന്നിവരുടെ വിവരങ്ങൾ ശേഖരിച്ച്, ഫോണിൽ അവരുമായി ബന്ധപ്പെട്ട് കമ്മ്യൂണിറ്റി വോളന്റിയർ എന്ന രീതിയിൽ അവരെ കണ്ട്, നിശ്ചിത ഇടവേളകളിൽ രോഗിയെ സന്ദർശിക്കാനാവശ്യപ്പെട്ട്, രോഗിയുടെ കുടുംബത്തിന്റെ സകല പ്രശ്നങ്ങളും ഘട്ടം ഘട്ടമായി മനസ്സിലാക്കി പരിഹാര ശ്രമങ്ങൾ നടത്തുന്നതിനെയാണ് വോളന്റിയർ ഹോം കെയർ എന്ന് പറയുന്നത്. ഇങ്ങനെ കമ്മ്യൂണിറ്റി വോളന്റിയർമാരായി കണ്ടെത്തിയവർക്ക് 3 ദിവസത്തെ വോളന്റിയർ പരിശീലനം നൽകേണ്ടതാണ് . പരിശീലനത്തിന്റെ ദിവസവും സമയവും വോളന്റിയർമാർക്ക് അനുയോജ്യമായ രീതിയിൽ ആയിരിക്കണം.

VII. സൈക്കോ സോഷ്യൽ ഹോം കെയർ

കമ്മ്യൂണിറ്റി വോളന്റിയർമാർ, നഴ്സുമാർ, ഡോക്ടർമാർ എന്നിവരുടെ ഹോം കെയറുകളിൽ നിന്നും നിർദ്ദേശിക്കപ്പെടുന്ന സൈക്കോ സോഷ്യൽ പ്രശ്നങ്ങൾ ആഴത്തിൽ മനസ്സിലാക്കാൻ പ്രത്യേക പരിശീലനം കിട്ടിയ വോളന്റിയർമാർ ചിട്ടയോടെ ചെയ്യുന്ന ഹോം കെയറാണ് സൈക്കോ സോഷ്യൽ ഹോം കെയർ. 3 ദിവസ പരിശീലനത്തിന് പുറമേ വോളന്റിയർമാർക്ക് (ACTIVE COMPASSIONATE LISTENING) ട്രെയിനിങ് നടത്തേണ്ടതാണ്. കൂടാതെ ഘട്ടം ഘട്ടമായി ആശയവിനിമയത്തിലെ സങ്കീർണ്ണതകളെ കുറിച്ചുള്ള ചർച്ചകളും വർക്ക് ഷോപ്പുകളും നിലവിലുള്ള വോളന്റിയർമാർക്കായി നടത്തേണ്ടതാണ്.

നഴ്സസ് ഹോം കെയർ എങ്ങനെ ശാസ്ത്രീയമായി നടത്തുന്നുവോ അതേപോലെ ചിട്ടയായി പ്ലാൻ ചെയ്ത് നടത്തേണ്ടതാണ് സൈക്കോ സോഷ്യൽ ഹോം കെയർ. NHC പ്രോട്ടോകോൾ പോലെ സൈക്കോ സോഷ്യൽ പ്രോട്ടോകോൾ തയ്യാറാക്കണം.

VIII. ട്രെയിനിങ്

എല്ലാ പാലിയേറ്റീവ് കെയർ യൂണിറ്റുകളും മികച്ച പരിശീലന കേന്ദ്രങ്ങളായി മാറണം. ഇതിനായി നടത്തിപ്പുകാരും വോളന്റിയർമാരും നഴ്സുമാരും അവരുടെ അറിവുകൾ നവീകരിക്കേണ്ടതും കാലാനുസൃതമാക്കേണ്ടതുമുണ്ട്.

നടത്താവുന്ന ട്രെയിനിങ്ങുകൾ ചുവടെ ചേർക്കുന്നു.

(a) ഭാരവാഹികൾക്കും എക്സിക്യൂട്ടീവ് അംഗങ്ങൾക്കുമുള്ള ഏകദിനപരിശീലനം

ഭാരവാഹികളും എക്സിക്യൂട്ടീവ് അംഗങ്ങളും 3 ദിവസത്തെ പരിശീലനം പൂർത്തിയാക്കി എന്നുറപ്പ് വരുത്തേണ്ടതാണ്. നിലവിലുള്ള എക്സിക്യൂട്ടീവ് അംഗങ്ങൾ വർഷത്തിൽ ഒരു ദിവസം അഡ്വാൻസ് ട്രെയിനിങ് സെഷൻ സംഘടിപ്പിക്കേണ്ടതാണ്.

വിഷയങ്ങൾ:

· പാലിയേറ്റീവ് കെയർ ഫിലോസഫി
· നൈതികത തത്വവും പ്രയോഗവും
· ചിട്ടയായ സംഘാടനം
· ആശയവിനിമയം - കരുണാദ്രമായ കേൾവിക്കാരനാവൽ

(b) പുതിയ വോളന്റിയർമാർക്കുള്ള 3 ദിവസത്തെ പരിശീലനം. മാസത്തിൽ 20 - 50 വരെ ആളുകളെ കണ്ടെത്തി ഓരോ ബാച്ച് ട്രെയിനിങ് സംഘടിപ്പിക്കുക.

വിഷയങ്ങൾ:

ആദ്യ ദിവസം. സെഷൻ I
· എന്താണ് പാലിയേറ്റീവ് കെയർ
· ആർക്കൊക്കെ പാലിയേറ്റീവ് കെയർ
· രോഗിയും കുടുംബവും അനുഭവിക്കുന്ന പ്രശ്നങ്ങൾ
എന്നിവ ഉൾപ്പെടുത്തി 2 1/2 മണിക്കൂർ (Introduction to Palliative Care)

സെഷൻ II
കിടപ്പിലായവരെ വീടുകളിൽ എങ്ങനെ പരിചരിക്കണം. പരിചരിക്കുമ്പോൾ ശ്രദ്ധിക്കേണ്ട കാര്യങ്ങൾ (നഴ്സാണ് ഈ സെഷൻ കൈകാര്യം ചെയ്യേണ്ടത്)
രണ്ടാം ദിവസം: എല്ലാവരും നഴ്സസ് ഹോം കെയറിൽ പങ്കെടുത്ത് ഫീൽഡ് ട്രെയിനിങ്.
മൂന്നാം ദിവസം :- Active Compassionate Listening (സജീവവും കരുണാർദ്രവുമായ കേൾക്കൽ) എന്ന വിഷയം 4 മണിക്കൂർ (communication). ഫീൽഡ് ട്രെയിനിങ് ചർച്ച ഒരു മണിക്കൂർ. കൂടാതെ ഒരു രോഗിയുടെ കമ്മ്യൂണിറ്റി വോളന്റിയർ ചാർജ്ജ് കൊടുത്ത് എല്ലാവരോടും VHC പ്ലാൻ ചെയ്യിക്കണം.
(c) ഫാമിലി ട്രെയിനിങ്:
പുതുതായി രജിസ്റ്റർ ചെയ്യുന്ന രോഗിയുടെ പരിചാരകർക്ക് ഹോം കെയറുകളിൽ തന്നെ പ്രത്യേക ലക്ഷ്യം മുൻനിർത്തി (ഉദാഹരണം ടോട്ടൽ കെയർ) വീടുകളിൽ തന്നെ പരിശീലനം നൽകുന്ന രീതി. കിടപ്പിലായ രോഗിയെയാണ് രജിസ്റ്റർ ചെയ്യുന്നതെങ്കിൽ ഈ ട്രെയിനിങ് 2 ആഴ്ചക്കുള്ളിലും അല്ലാത്ത രോഗികളുടെ ബന്ധുക്കൾക്ക് ഒരു മാസത്തിനുള്ളിലും ട്രെയിനിങ് പൂർത്തിയാക്കണം. ഇതിനായി ക്ലിനിക്കിന് പ്രത്യേക പ്ലാൻ ഉണ്ടായിരിക്കണം.

IX. ഡോക്ടർമാർ, നഴ്സുമാർ, ഫിസിയോതെറാപ്പിസ്റ്റുകൾ എന്നിവരെ കണ്ടെത്തുകയും പരിശീലനം നൽകുകയും രോഗീപരിചരണത്തിൽ പങ്കാളികളാക്കുകയും ചെയ്യുക.
ഓരോ ക്ലിനിക്കുകളും തങ്ങളുടെ പ്രദേശത്തെ മെഡിക്കൽ പ്രൊഫഷണലുകളെ കണ്ടെത്തി പരിശീലന കേന്ദ്രങ്ങളിലെത്തിച്ച് അനുയോജ്യമായ ട്രെയിനിങ്ങുകൾ ലഭ്യമാക്കിയാൽ മാത്രമേ മികച്ച പരിചരണം വീടുകളിൽ ഉറപ്പ് വരുത്താൻ കഴിയൂ. എല്ലാ ജില്ലകളിലും ട്രെയിനിങ് സെന്ററുകൾ ആരംഭിക്കാൻ ശ്രമിക്കണം. ഇതിനായി BCCPM കഴിഞ്ഞ ഡോക്ടർമാർ, BCCPN കഴിഞ്ഞ നഴ്സുമാർ എന്നിവരെ കണ്ടെത്തണം. ഈ ഉത്തരവാദിത്തം ജില്ലാസമിതികൾ നിർവ്വഹിക്കണം.
നിലവിൽ പാലിയേറ്റീവ് കെയർ യൂണിറ്റുകൾ - ജില്ലാ സമിതികൾ നേരിടുന്ന പ്രശ്നങ്ങൾ

1. വോളന്റിയർ പരിശീലനത്തിന്റെ കുറവ്.
2. നടത്തിപ്പുകാരുടെ മടുപ്പ്, അറിവില്ലായ്മ.
3. ഇത്രയൊക്കെ മതി എന്ന ധാരണ.
4. വർഷങ്ങളായി ഒരേ നടത്തിപ്പുകാർ.
5. യുവാക്കളുടെ പങ്കാളിത്തക്കുറവ്.
6. സാമ്പത്തിക പ്രതിസന്ധി.
7. പരിശീലനം കിട്ടിയ നഴ്സുമാരെ കിട്ടാത്തത്.
8. ഡോക്ടർമാരുടെ കുറവ്.
9. രാഷ്ട്രീയ, മത, സ്ഥാപന താല്പര്യങ്ങൾ സംഘാടനത്തിൽ കടന്ന് വരുന്നത്.
10. പ്രവർത്തനങ്ങൾ വികേന്ദ്രീകരിച്ച് നൽകാത്തത്.
11. ഭാരവാഹികളും വോളന്റിയർമാരും രണ്ടു തട്ടിൽ ആയിപ്പോകുന്നത്.

മേൽപ്പറഞ്ഞ പ്രശ്നങ്ങൾ പരിഹരിക്കുന്നതിന് ജില്ലാ സമിതികൾ ജില്ലാതലത്തിലും ഏരിയാ തലത്തിലും യൂണിറ്റ് തലത്തിലും ചർച്ചകളും പ്രശ്നപരിഹാര ശ്രമങ്ങൾക്കായി വർക്ക് ഷോപ്പുകളും സംഘടിപ്പിക്കേണ്ടതാണ്.
എന്റെ നാളേക്ക് എന്റെ പരിചരണത്തിന് പാലിയേറ്റീവ് കെയർ വേണ്ടി വരുമെന്ന തിരിച്ചറിവിൽ മികച്ച പാലിയേറ്റീവ് കെയർ എങ്ങനെയായിരിക്കണമെന്ന് ഓരോ നടത്തിപ്പുകാരും മനസിലാക്കുകയും അതിനടിസ്ഥാനത്തിൽ നവീകരിക്കപ്പെടുകയും വേണം.

തിരുവനന്തപുരം, കോട്ടയം, കണ്ണൂർ, കൊല്ലം ജില്ലകളിലെ പ്രവർത്തകർ തയ്യാറാക്കിയതാണ് ഈ മൊഡ്യൂൾ.

I. വ്യാപനം
ഗുരുതര രോഗപീഢ അനുഭവിക്കുന്ന മുഴുവൻ രോഗികൾക്കും അവരുടെ കുടുംബത്തിനും പാലിയേറ്റീവ് കെയർ ലഭ്യമാക്കുന്നതിന് ഗവ. സംവിധാനങ്ങൾക്ക് പുറമേ സാമൂഹ്യ പങ്കാളിത്തത്തോടെയുള്ള പാലിയേറ്റീവ് കെയർ നമ്മുടെ ജില്ലകളിൽ ഇപ്പോഴുള്ളതിന്റെ മൂന്നിരട്ടിയെങ്കിലും യൂണിറ്റുകൾ വർദ്ധിപ്പിക്കേണ്ടതുണ്ട്.

1. ഇതിനായി ഒരു പഞ്ചായത്തിൽ 2 CBO (കമ്മ്യൂണിറ്റി ബേസ്ഡ് ഒർഗനൈസേഷൻ) യൂണിറ്റുകളെങ്കിലും തുടങ്ങുന്നതിന് ആവശ്യമായ ഇടപെടൽ തുടങ്ങണം.
2. സപ്പോർട്ട് ഗ്രൂപ്പുകളുടെ പങ്കാളിത്തം ഉറപ്പ് വരുത്തുകയും സപ്പോർട്ട് ഗ്രൂപ്പുകളെ പുതിയ CBO ആയി പരിവർത്തിപ്പിക്കുകയും ചെയേണ്ടതാണ്.
3. ക്ലബ്ബുകൾ, വായന ശാലകൾ, കുടുംബശ്രീ യൂണിറ്റുകൾ, ADS, CDS സംവിധാനങ്ങൾ, സാമൂഹിക സാമുദായിക സംഘടനകൾ എന്നിവിടങ്ങളിൽ പാലിയേറ്റീവ് കെയർ ബോധവൽക്കരണവും ട്രെയ്നിങ്ങുകളും സംഘടിപ്പിക്കണം. ഇതിനായി സമഗ്ര പ്ലാനിങ് എല്ലാ ജില്ലാസമിതികളും രൂപീകരിക്കണം.
4. എല്ലാ ഹയർസെക്കന്ററികളിലും കോളേജുകളിലും ടെക്നിക്കൽ ഇൻസ്റ്റിറ്റ്യൂട്ടുകളിലും സ്റ്റുഡൻസ് ഇനിഷ്യേറ്റീവ് ഇൻ പാലിയേറ്റീവ് കെയർ (SIPC) യൂണിറ്റുകൾ ആരംഭിക്കുകയും ചിട്ടയായ പ്രവർത്തനങ്ങൾ ആരംഭിക്കുകയും ചെയേണ്ടതാണ്. നിരന്തരമായ അവലോകനവും തുടർപരിപാടികളും നടത്തേണ്ടതാണ്.
5. വാർഡ് തലങ്ങളിലും പ്രാദേശിക തലങ്ങളിലും ബോധവൽക്കരണ ക്ലാസുകൾ സംഘടിപ്പിച്ച്

കൂടുതൽ വോളന്റിയർമാരെ നിരന്തരമായി തയ്യാറാക്കേണ്ടതാണ്. വോളന്റിയറാവാൻ തയ്യാറുള്ളവർക്ക് പരിശീലനക്ലാസുകൾ സംഘടിപ്പിക്കേണ്ടതാണ്. ഇത് ഓരോ യൂണിറ്റുകളും ഉറപ്പുവരുത്തേണ്ടതാണ്.

6. നഴ്സുമാർ, മറ്റ ആരോഗ്യപ്രവർത്തകർ എന്നിവർക്ക് വേണ്ട ട്രെയ്നിംഗുകൾ പ്ലാൻ ചെയ്യേണ്ടതാണ്.
7. കമ്മ്യൂണിറ്റി നഴ്സുമാരെ കൂടുതൽ കണ്ടെത്തി പരിശീലനം നൽകിയാൽ മാത്രമേ പുതിയ CBO യൂണിറ്റുകൾ ആരംഭിക്കാനും പുതിയ ഹോം കെയർ യൂണിറ്റുകൾ നിലവിലുള്ള സെന്ററുകളിൽ വർദ്ധിപ്പിക്കാനും സാധിക്കുകയുള്ളൂ.

II. ലിങ്ക് സെന്ററുകളെ സ്വതന്ത്ര യൂണിറ്റുകളാക്കുക

നിലവിൽ പാലിയേറ്റീവ് കെയർ സ്ഥാപനങ്ങളുടെ ലിങ്ക് സെന്ററുകളായി പ്രവർത്തിക്കുന്ന സെന്ററുകളെ സ്വതന്ത്ര യൂണിറ്റുകളായി മാറ്റുകയും സ്വതന്ത്ര ഹോംകെയർ പ്രവത്തനങ്ങൾ നടത്തുകയും ചെയ്യുക.

1. നിലവിലുള്ള വോളന്റിയർക്ക് അപ്ഡേഷൻ ട്രെയ്നിംഗുകൾ സംഘടിപ്പിക്കുക.
2. പുതിയ വോളന്റിയർമാരെ കണ്ടെത്താൻ പ്രാദേശിക മീറ്റിങ്ങുകളും ബോധവത്ക്കരണ പ്രോഗ്രാമുകളും സംഘടിപ്പിക്കുക.
3. കമ്മ്യൂണിറ്റിയിൽ നിന്ന് തന്നെ സാമ്പത്തിക വിഭവസമാഹരണം, മൈക്രോ ഫണ്ടിംഗ് എന്നിവ നടത്തുക.
4. മനുഷ്യവിഭവശേഷി രോഗീ പരിചരണ പ്രവർത്തനങ്ങളിൽ ഏകോപിപ്പിക്കുക.

III. നഴ്സസ് ഹോം കെയറുകളുടെ എണ്ണം വർദ്ധിപ്പിക്കൽ

1. ആഴ്ചയിൽ 4 ദിവസമെങ്കിലും എല്ലാ യൂണിറ്റുകളും നഴ്സസ് ഹോം കെയർ നടത്തണം.
2. തീരെ ഹോം കെയർ തുടങ്ങാത്ത സ്ഥലങ്ങളിൽ നഴ്സസ് ഹോം കെയർ ആരംഭിക്കണം.
3. നഴ്സസ് ഹോം കെയറിന് പുറമേ ആഴ്ചയിൽ ഒരു ദിവസമോ / മാസത്തിൽ രണ്ട് തവണയെങ്കിലുമോ ഡോക്ടേഴ്സ് ഹോം കെയർ നടത്തണം.
4. നഴ്സസ് ഹോം കെയർ ഇല്ലാത്ത ദിവസങ്ങളിൽ ചിട്ടയായ സൈക്കോ-സോഷ്യൽ ഹോം കെയർ പ്ലാൻ ചെയ്യേണ്ടതാണ്. ഇതിനായി വോളന്റിയർമാർക്ക് പ്രത്യേക പരിശീലനം സംഘടിപ്പിക്കേണ്ടതാണ്.
5. ജില്ലാസമിതികളുടെ നേതൃത്വത്തിൽ കമ്മ്യൂണിറ്റി നഴ്സുമാരെ കണ്ടെത്തി പരിശീലനം നൽകി യൂണിറ്റുകളിലേക്ക് ലഭ്യമാക്കാൻ ശ്രമിക്കണം.
6. പുതുതായി തുടങ്ങുന്ന യൂണിറ്റുകൾക്ക് ദിവസവേതന അടിസ്ഥാനത്തിൽ ജില്ലാ സമിതിയുമായി സഹകരിക്കാൻ തയ്യാറുള്ള നഴ്സുമാർ, ഡോക്ടർമാർ എന്നിവരെ ജില്ലാതലത്തിൽ വിളിച്ച് ചേർത്ത് ഫാക്കൽറ്റി പൂൾ തയ്യാറാക്കേണ്ടതാണ്. ജില്ലാസമിതികൾ നൽകിയാൽ തുടക്കക്കാർക്ക് നഴ്സിനെ കണ്ടെത്തേണ്ട ബുദ്ധിമുട്ട് ഒഴിവാക്കാനും ആഴ്ചയിൽ ചുരുങ്ങിയത് രണ്ട് ഹോംകെയറെങ്കിലും ഈ ഘട്ടങ്ങളിൽ പുതിയ യൂണിറ്റുകൾ തുടങ്ങുകയാണെങ്കിൽ ആ ദിവസത്തെ നഴ്സിന്റെ ചാർജ്ജ് ജില്ലാസമിതിക്ക് നൽകിയാൽ മതിയാവും. ഇങ്ങനെ വെയ്ക്കുന്ന നഴ്സിന് 3 യൂണിറ്റുകളിലെങ്കിലും ഹോം കെയർ നല്കാൻ കഴിയും.
7. 100 രോഗികൾക്ക് ഒരു ഹോം കെയർ യൂണിറ്റും ഈ ഹോം കെയർ യൂണിറ്റ് ആഴ്ചയിൽ 5 ദിവസവും ഹോം കെയർ നടത്തേണ്ടതാണ്. 200 രോഗികൾക്ക് രണ്ട് ഹോം കെയർ യൂണിറ്റ്. 200 രോഗികളിൽ കൂടുതൽ ഉണ്ടെങ്കിൽ പ്രസ്തുത സെന്റർ 2 CBO സെന്ററുകളാക്കി വികേന്ദ്രീകരിക്കാൻ ശ്രമിക്കേണ്ടതാണ്.
8. ആഴ്ചയിൽ 7 ദിവസവും രോഗികൾക്ക് പരിചരണം കിട്ടുന്നതിന് തൊട്ടടുത്ത രണ്ടോ മൂന്നോ യൂണിറ്റുകൾ സഹകരിച്ച് പ്ലാൻ തയ്യാറാക്കാവുന്നതാണ്.
9. NHC ഗുണനിലവാരം ഉറപ്പ് വരുത്തുന്നതിന് മാസത്തിൽ ഒരു ദിവസം അക്കാദമിക് ദിവസമായി ജില്ലാസമിതികൾ പ്ലാൻ ചെയേണ്ടതാണ്. ഇതിന് വരുന്ന ചെലവ് വിഹിതം ഓരോ യൂണിറ്റുകളും എടുക്കേണ്ടതാണ്.
10. ജില്ലാ സമിതിയുമായി സഹകരിക്കാൻ തയ്യാറുള്ള നഴ്സുമാർ, ഡോക്ടർമാർ എന്നിവരെ ജില്ലാതലത്തിൽ വിളിച്ച് ചേർത്ത് ഫാക്കൽറ്റി പൂൾ തയ്യാറാക്കേണ്ടതാണ്.

IV. വോളന്റിയർ ഹോം കെയർ (VHC)

1. പൂർണ്ണമായി കിടപ്പിലായവർ (Cat A), വീട്ടിൽ നിന്ന് പുറത്തിറങ്ങാൻ കഴിയാത്തവർ (Cat B) എന്നിവർക്കും ഗുരുതരമായ മാനസിക / സാമൂഹിക ആത്മീയ പ്രശ്നങ്ങൾ അനുഭവിക്കുന്നവർക്കും അവരുടെ പ്രദേശങ്ങളിലുള്ള സന്നദ്ധപ്രവർത്തകരെ കണ്ടെത്തി ചുമതല നൽകി ആഴ്ചയിൽ കുറച്ച് സമയം രോഗിയെ സന്ദർശിച്ച് വിവരങ്ങൾ അറിയുന്ന പ്രവർത്തനങ്ങൾ ചിട്ടയായി ഓരോ യൂണിറ്റുകളും പ്ലാൻ ചെയ്യേണ്ടതാണ്. ഇതിനായി ഓരോ യൂണിറ്റിലും VHC പ്ലാനിങ് ഫോളോഅപ് കോ-ഓഡിനേറ്റർമാരെ നിശ്ചയിക്കേണ്ടതാണ്.
2. രോഗിയെ നിലവിൽ സഹായിച്ചു കൊണ്ടിരിക്കുന്നവരെ കണ്ടെത്തി (സുഹൃത്തുക്കൾ, അയൽവാസികൾ) കമ്മ്യൂണിറ്റി വോളന്റിയറാക്കി മാറ്റുകയും അവരിൽ നിന്ന് രോഗിയുടെ വിവരങ്ങൾ ശേഖരിക്കുകയും ഫോളോ അപ് നടത്തുകയും ചെയ്യേണ്ടതാണ്.

V. സൈക്കോ സോഷ്യൽ ഹോം കെയർ

(ഇത് സംബന്ധിച്ച് വിശദമായി പേജ് എട്ടിൽ ഉണ്ട്)

VI. ജില്ലാസമിതികൾ പരിശീലന കേന്ദ്രമാക്കുക – പരി

"മക്കളെ! താഴോട്ടു നോക്കി നടക്കണേ !"

മുക്കം ഭാസി

കുഞ്ഞുനാളിൽ എല്ലാ പെറ്റമ്മമാരും മക്കളോട് പറയുന്ന ഒരു ഉപദേശമുണ്ട്. "മക്കളെ താഴോട്ടു നോക്കി നടക്കണേ...."വല്ല കല്ലിലോ, മുള്ളിലോ കാൽ തട്ടി അപകടം വരാതിരിക്കാൻ വേണ്ടിയാണ് ഈ ഉപദേശം എന്നാണ് നാമൊക്കെ ധരിച്ചുവെച്ചിരിക്കുന്നത്. എന്നാൽ അത് മാത്രമാണോ ഈ ഉപദേശത്തിന്റെ പൊരുൾ. അല്ലേ അല്ല.

സമൂഹത്തിൽ നമ്മേക്കാൾ കഷ്ടപ്പാട് അനുഭവിക്കുന്നവർ ധാരാളമുണ്ട്. രോഗബാധിതർ, ദരിദ്രർ, അശരണർ, ആലംബഹീനർ തുടങ്ങിയവർ. സ്വാർത്ഥലോലുപനായ മനുഷ്യന് ഇവരെയൊന്നും കാണാനുള്ള കണ്ണില്ല . അവന്റെ നോട്ടം എപ്പോഴും മേലോട്ട് തന്നെ.

സമ്പാദിക്കണം, ഏത് അധാർമ്മിക പ്രവർത്തിയിലൂടെയും. തനിക്ക് മാത്രം പോരാ, തന്റെ മക്കൾക്കും, മക്കളുടെ മക്കൾക്കും, തലമുറകൾക്കും! അതിനവർ കാട്ടിക്കൂട്ടുന്ന അഭ്യാസങ്ങൾ! അധികാരത്തിലേറിയവരുടെപോലും അഴിമതികൾ വാർത്താമാധ്യമങ്ങളിലെ കണ്ണാടിക്കാഴ്ചകളാണല്ലോ.

മാതൃകകൾ നഷ്ടപ്പെട്ട ഒരു സമൂഹത്തിന്റെ മാപ്പുസാക്ഷികളായി മാറിയിരിക്കുന്നു നാമെല്ലാം. പാവം ഗാന്ധിജിയുടെ പ്രതിമയുണ്ടാക്കി വെടിവെച്ചു രസിക്കുന്ന ഒരു ദൃശ്യം ടി.വി.യിൽ കണ്ടതായി ഓർക്കുന്നു. അർദ്ധഫക്കീറായ ആ മഹാത്മാവിനെ വെടിവച്ച് വീഴ്ത്തിയ ഗോഡ്സെയെ പുകഴ്ത്താനും നമ്മുടെ നാട്ടിൽ വിദ്യാസമ്പന്നരായ ആളുകളുണ്ടായി എന്നുള്ളതും നാം കേട്ടുകൊണ്ടിരിക്കുന്നു!

ഡോക്ടർമാരെല്ലാം ഭൂമിയിലെ ദൈവങ്ങളായിരുന്നു. എന്നാൽ സ്വകാര്യ ആശുപത്രികളിലെ ഇന്നത്തെ പല ഡോക്ടർമാരും രോഗികളെ കൊള്ളയടിക്കുന്ന അനുഭവങ്ങളും പറഞ്ഞു കേൾക്കുന്നു. വലിയ ശമ്പളം വാങ്ങുന്ന അവർ ആശുപത്രി ഉടമകൾക്ക് കൊള്ള ലാഭം ഉണ്ടാക്കാൻ രോഗികളെ പിഴിയുന്ന വാർത്ത പലതും പറഞ്ഞുകേട്ടിട്ടുണ്ട്. സർക്കാർ ആശുപത്രികളിലും കാണും ചിലരൊക്കെ. അനാവശ്യമായ പരിശോധനകൾ, ശസ്ത്രക്രിയകൾ തുടങ്ങിയവ അവയിൽ പെടുമത്രേ!

സമൂഹത്തെ മൊത്തം ഗ്രസിച്ചിരിക്കുന്ന ഈ മൂല്യച്യുതി. ഉദ്യോഗസ്ഥരിൽ, രാഷ്ട്രീയത്തിൽ, ഭരണരംഗത്ത് എന്നുവേണ്ട സർവ്വമേഖലയിലും,അന്ധകാരത്തിൽ വഴികാട്ടിയാകുന്ന മിന്നലൊളി പോലെ ചില സന്നദ്ധസാമൂഹിക പ്രവർത്തകരും നമ്മുടെ ഇടയിൽ ഉണ്ടെന്നുള്ളതും വിസ്മരിച്ചുകൂടാ. പാലിയേറ്റീവ് പ്രവർത്തകരെ അക്കൂട്ടത്തിൽ ഞാൻ കാണുന്നു.

സ്വന്തം മാതാവിന്റെ ഉപദേശത്തെ അന്വർത്ഥമാക്കിയവർ - താഴോട്ട് നോക്കി നടന്നവർ - അവരെ ഞാൻ മനസ്സാ പ്രണമിക്കുന്നു.

ഒരു കവിവാക്യം കൂടി ഉദ്ധരിച്ചുകൊണ്ട് ഞാനീ കുറിപ്പിന് പൂർണ്ണവിരാമം ഇടുന്നു.

"തന്നാൽ കരേറേണ്ടുന്നവർ എത്രപേരോ
താഴത്ത് പാഴ് ചേറിലമർന്നിരിക്കെ
താനൊറ്റയിൽ ബ്രഹ്മപദം കൊതിക്കും
തപോനിധിയ്ക്കെന്തൊരു ചാരിതാർഥ്യം!

അതിനാൽ പ്രിയരെ, ഇനിയെങ്കിലും താഴോട്ടു നോക്കി നടക്കൂ!

ശീലന സെന്ററുകളുടെ നിലപാടുകൾ

1. രോഗികളുടെയും കുടുംബത്തിന്റെയും പരിചരണത്തിൽ പാലിയേറ്റീവ് കെയർ നൈതികത മറക്കാതിരിക്കാൻ പരിശീലന പരിപാടികളിൽ എത്തിക്സിന് ഊന്നൽ നൽകണം.
2. ഡോക്ടർമാർ, നഴ്സമാർ, വോളന്റിയർമാർ എന്നിവർക്ക് ചിട്ടയായ പരിശീലന പരിപാടികൾ ജില്ലാസമിതിക്ക് കീഴിൽ ആരംഭിക്കേണ്ടതാണ്.
3. വിദ്യാർത്ഥികൾക്ക് / വോളന്റിയർമാർക്ക് രണ്ടോ മൂന്നോ യൂണിറ്റുകൾ സംയുക്തമായി പരിശീലന പരിപാടികൾ സംഘടിപ്പിക്കാവുന്നതാണ്. ഇതിനായി ജില്ലാ സമിതികൾ പ്ലാൻ തയ്യാറാക്കേണ്ടതും ആവശ്യമായ പിന്തുണ നൽകേണ്ടതുമാണ്.
4. പ്രവർത്തന സൗകര്യത്തിനായി ജില്ലാസമിതികളെ 3-4 ഏരിയ സമിതികളാക്കി പ്രവർത്തനങ്ങൾ വികേന്ദ്രീകരിക്കാവുന്നതാണ്

ഹൃദ്യ - പരിപാടി അടുത്തറിയാം ഭാഗമാകാം

സാലിഹ് വളാഞ്ചേരി

സാന്ത്വന പരിചരണ രംഗത്ത് കുടുംബശ്രീ, പാലിയേറ്റീവ് കെയർ, പരിരക്ഷ പദ്ധതികൾ സംയോജിച്ചു പ്രവർത്തിക്കുന്നതിനും ജില്ലയിൽ പാലിയേറ്റീവ് പരിചരണരംഗത്ത് 3000 കുടുംബശ്രീ വനിതകൾക്ക് പരിശീലനം നൽകുന്നതിനും പാലിയേറ്റീവ് എക്സിക്യൂട്ടീവുകളെ കണ്ടെത്തി പരിശീലനം നൽകി അവരുടെ സേവനം കൂടി ലഭ്യമാക്കുന്നതിനായി കുടുംബശ്രീ ആവിഷ്കരിച്ച് പാലിയേറ്റീവ് കെയർ, തദ്ദേശസ്ഥാപനങ്ങൾ, ആരോഗ്യവകുപ്പ് എന്നിവയുടെ സഹായത്തോടെ നടപ്പാക്കുന്ന പദ്ധതിയാണ് 'ഹൃദ്യ'.

കിടപ്പിലായ രോഗികൾ, ഭിന്നശേഷിക്കാർ, വയോജനങ്ങൾ എന്നീ വിഭാഗങ്ങൾക്ക് സാന്ത്വനപരിചരണം മാനസിക- സാമൂഹ്യപിന്തുണ പുനരധിവാസം, ഉപജീവനം മറ്റു സേവനങ്ങൾ തുടങ്ങിയവ ലഭ്യമാക്കുന്നതിന് കുടുംബശ്രീ പാലിയേറ്റീവ് കെയർ, പരിരക്ഷ എന്നീ പദ്ധതികൾ ഏകോപിപ്പിക്കുന്നതിനുമായി ബ്ലോക്ക് തലത്തിലും പഞ്ചായത്ത് തലത്തിലും മീറ്റുകൾ നടന്ന അഡ്ഹോക്ക് കമ്മിറ്റികൾ രൂപീകരിച്ചു വരികയാണ്. അതിൽ സന്നദ്ധ പാലിയേറ്റീവ് ക്ലിനിക്ക് പ്രതിനിധികൾ പങ്കെടുക്കുന്നു.

പ്രധാനലക്ഷ്യങ്ങൾ

1. പാലിയേറ്റീവ് കെയറുമായി ബന്ധപ്പെട്ട ഹൃദ്യയും പാലിയേറ്റീവ് കെയറും പരസ്പരം സഹകരണത്തിന് നടപ്പിലാക്കുവാൻ ശ്രദ്ധിക്കുക. കുടുംബശ്രീ വളണ്ടിയർമാരെ ഉൾപ്പെടുത്തുക.
2. കുടുംബശ്രീ അയൽക്കൂട്ടയോഗങ്ങളിൽ പരിസരത്തുള്ള പാലിയേറ്റീവ് രോഗികളുടെ പരിചരണം ഉറപ്പുവരുത്തുന്നതിനുള്ള പ്രവർത്തനങ്ങൾ ഏറ്റെടുത്ത് നടത്തുക.
3. കൈതാങ്ങ് ഫണ്ട് സ്വരൂപിക്കുക. അത് ഉപയോഗപ്പെടുത്തി പാലിയേറ്റീവ് പ്രവർത്തനവും ഉപജീവന പ്രവർത്തനവും നടത്തുക.

ഹൃദ്യ എന്ന കുടുംബശ്രീ പാലിയേറ്റീവ് സംയുക്ത പരിപാടി വലിയ അംഗീകാരമാണ് മലപ്പുറം ജില്ലയിൽ ഉണ്ടായിയിട്ടുള്ളത്. പാലിയേറ്റീവ് കെയർ സംവിധാനത്തിലൂടെ സാന്ത്വനപരിചരണ രംഗത്തെ തൊഴിൽ സാധ്യത ഉപയോഗപ്പെടുത്തുക. കൂടുതൽ ഇടപെടലുകൾ നടത്തി പരിചരണമേഖല കാര്യക്ഷമമാക്കുക. വയോജന പരിപാലനം മേഖലയിൽ വിദഗ്ദ പരിശീലനം നേടിയ ടീമിനെ രൂപീകരിക്കുക. ഒരു കുടുംബത്തിലെ ഒരു അംഗത്തിന് എങ്കിലും പരിചരണരംഗത്ത് അറിവ് നൽകുക, പ്രാഥമിക പരിചരണ രീതിയെ സംബന്ധിച്ച് അവബോധം സൃഷ്ടിക്കുക എന്ന ലക്ഷ്യം മുൻനിർത്തി ജില്ലയിലെ പാലിയേറ്റീവ് കെയർ സംവിധാനങ്ങൾ പരിശീലനം നൽകിക്കൊണ്ടിരിക്കും. 60 ദിവസത്തെ സർട്ടിഫിക്കറ്റ് കോഴ്സാണ് നൽകുന്നത്. കെയർ ഗിവർമാരായി കോഴ്സ് കഴിഞ്ഞാൽ പ്രവർത്തിക്കാം

പാലിയേറ്റീവ് കെയർ കേവല വൈദ്യപരിചരണമോ? സമഗ്ര വൈദ്യശാസ്ത്ര സമീപനരീതിയോ?

അബ്ദുൽ കരീം വാഴക്കാട്

ജീവിതം മനോഹരമാക്കുന്നതിനും അർത്ഥപൂർണ്ണമാക്കുന്നതിനും സന്തോഷകരമാക്കുന്നതിനുമാണ് നാം ഓരോരുത്തരും ശ്രമിക്കുന്നത്. സന്തോഷത്തിന്റെ വലിയ ലോകം തീർക്കുക എന്ന ലക്ഷ്യത്തിലേക്കാണ് നാം ഓടിക്കൊണ്ടിരിക്കുന്നത്. പനിയോ, വയറുവേദനയോ, തലവേദനയോ വന്നാൽ 'സുഖമില്ല' എന്നാണ് നാം പറയുന്നത്. സുഖമില്ലാതായാൽ സുഖം കിട്ടാൻ നാം വൈദ്യശാസ്ത്രത്തെ സമീപിക്കുന്നു. പക്ഷേ എത്ര ഡോക്ടറെ കാണിച്ചിട്ടും ചികിത്സിച്ചിട്ടും അസുഖം മാറുന്നില്ലെങ്കിൽ വിദഗ്ധ പരിശോധന. പിന്നീട് റിസൾട്ട് - ഡയഗ്നോസിസ് വന്നു. ജീവിതത്തെ തകർക്കുന്ന വിധം രോഗനിർണ്ണയം നടത്തുന്നുവെങ്കിൽ അല്ലെങ്കിൽ ഗുരുതര രോഗപീഢ അനുഭവിച്ച് ശിഷ്ടകാലം കഴിക്കേണ്ടിവരുന്ന എങ്കിൽ ആ വ്യക്തിക്കും കുടുംബത്തിനും നൽകുന്ന സമഗ്രമായ വൈദ്യശാസ്ത്ര പരിചരണ ചികിത്സാ സമീപന രീതിയാണല്ലോ പാലിയേറ്റീവ് കെയർ.

വർത്തമാനകാലവും ലോകവും ഏറെ ചർച്ച ചെയ്യുന്നത് മിക്കപ്പോഴും ചികിത്സിച്ചുമാറ്റാൻ കഴിയുന്ന രോഗങ്ങളുടെ മേഖലയിലാണ്. എന്നാൽ കേരളം പോലുള്ള ഒരു സംസ്ഥാനത്ത് മികച്ച ആരോഗ്യപരിപാലന ലക്ഷ്യം കൈവരിച്ചുവെന്ന് അവകാശപ്പെടുമ്പോഴും രോഗം മൂലം ദുരിതത്തിലായ പാർശ്വവത്കരിക്കപ്പെടുകയും തിരസ്കരിക്കപ്പെടുകയും ചെയ്യുന്നവരുടെ എണ്ണം അനുദിനം വർദ്ധിച്ചു വരികയാണ്. മൂന്ന് ദശാബ്ദത്തോളമായി കേരളത്തിൽ പാലിയേറ്റീവ് കെയർ പ്രസ്ഥാനം ഇവർക്ക് വേണ്ടി പ്രവർത്തിക്കുകയും ശബ്ദിക്കുകയും ചെയ്തു കൊണ്ടിരിക്കുന്നു. ഈ പ്രവർത്തനങ്ങളെ കോവിഡിന് മുമ്പും ശേഷവും എന്ന രീതിയിൽ വിലയിരുത്തുകയും ചർച്ച ചെയ്യപ്പെടുകയും വേണമെന്ന് തോന്നുന്നു. സന്നദ്ധസേവന മേഖലകളിൽ ഉയർച്ച താഴ്ചകൾ സംഭവിച്ച ഘട്ടമായിരുന്നു ഇത്. ആശുപത്രികളും പരിചരണ കേന്ദ്രങ്ങളും സന്നിദ്ധ ഘട്ടത്തിൽ ഉപേക്ഷിക്കപ്പെടുന്ന സാഹചര്യത്തിൽ ഇത്തരം മനുഷ്യരെ ചേർത്ത് പിടിക്കുകയും സകലമാന പ്രശ്നങ്ങളും മനസ്സിലാക്കി പ്രശ്നപരിഹാര ശ്രമങ്ങൾ ആസൂത്രണം ചെയ്യുകയും ചെയ്യുക എന്ന ദൗത്യമാണ് സന്നദ്ധപ്രവർത്തകരും, നഴ്സുമാരും, ഡോക്ടർമാരും പാലിയേറ്റീവ് കെയറിലൂടെ നിർവഹിച്ചത്.

പതിനായിരം മനുഷ്യർക്കിടയിൽ കിടപ്പിലായിപ്പോയവരും വീട്ടിൽ അകപ്പെട്ട് പോയവരുമായി 200 മുതൽ 250 വരെ പേരുണ്ടാവുമെന്ന് ശൈലി ആപ്പിലൂടെ ശേഖരിച്ച വിവരങ്ങൾ നമ്മെ ബോധ്യപ്പെടുത്തുന്നു. കേവലമായ ശാരീരിക ബുദ്ധിമുട്ടുകൾ മാത്രമല്ല മറിച്ച് ശാരീരികവും, മാനസികവും, സാമൂഹികവും, വൈകാരികവും, ആത്മീയവും, സാമ്പത്തികവും, കുടുംബപരവുമായ ഒട്ടനവധി പ്രശ്നങ്ങളിലൂടെ രോഗിയും കുടുംബവും കടന്നുപോകുന്നുണ്ട്. ഓരോ ദിവസവും അനവധി നിരവധി പ്രശ്നങ്ങളെ നേരിടേണ്ടി വരുന്നു. നല്ല ഭക്ഷണം,
മികച്ച ചികിത്സ, പരിചരണം, മക്കളുടെ പഠനം, കുടുംബത്തിന്റെ സംരക്ഷണം, ആശുപത്രി വാസം, കൂടെ നില്ക്കാൻ ആളില്ലാത്തത്, ഒറ്റപ്പെടൽ, ഭയം, ആശങ്ക ഇതെല്ലാം നിത്യ കാഴ്ചകളാണ്.

എന്തുണ്ട് പരിഹാരം

രോഗം മൂലം ദുരിതത്തിലായ വ്യക്തിക്കും കുടുംബ ത്തിനും ചുറ്റും അവരുടെ വക്താവും സഹായിയും സഹയാത്രികനുമായ കുറെയേറെ പേർ ഉണ്ടാവുക എന്നത് തന്നെയാണ് പ്രധാനം. പ്രത്യേക പരി ശീലനം കിട്ടിയ ഡോക്ടർമാർ, നഴ്സുമാർ, ആരോഗ്യ പ്രവർത്തകർ, ജനപ്രതിനിധികൾ, ആശമാർ, കുടും ബശ്രീ അംഗങ്ങൾ, വിദ്യാർത്ഥികൾ, സാമൂഹ്യ പ്ര വർത്തകർ മുതലായവരുടെ യോജിച്ചുള്ള പ്രവർത്ത നങ്ങളാണ് വേണ്ടത്. എല്ലായ്പ്പോഴും ചികിത്സാകേ ന്ദ്രത്തിലേക്ക് വരിക എന്നത് ദുഷ്കരമായ കാര്യമാ ണെന്നും രോഗ തീവ്രത കൂടുന്നതിനനുസരിച്ച് അത് കൂ ടുമെന്നും മനസ്സിലാക്കിയാണ് ഡോക്ടേഴ്സ് ഹോം കെ യറുകളാണ് OP കളേക്കാൾ വേണ്ടതെന്നതിലേക്ക് നാം എത്തിയത്. OP കൾ തീരെ നടത്താത്ത ഡോ ക്ടേഴ്സ് ഹോം കെയറുകൾക്ക് മുഖ്യ പ്രാധാന്യം നൽ കുന്ന ഒരുപാട് യൂണിറ്റുകൾ ഇന്ന് സംസ്ഥാനത്തുണ്ട്.

ഭിഷഗ്വരന്റെ വേഷം (Role of Doctors)

പാലിയേറ്റീവ് കെയർ പരിചരണത്തിൽ രജിസ്റ്റർ ചെയ്ത രോഗിയുടെ പരിചരണ പ്ലാൻ തയ്യാറാക്കുന്ന തിലെ സുപ്രധാന ചുമതല ഡോക്ടർക്കുണ്ട്. വന്ന് ചേരാൻ സാധ്യതയുള്ള സകലമാന ശാരീരിക പ്രശ്ന ങ്ങളെയും മനസ്സിലാക്കി പ്രതിരോധ നിർദ്ദേശങ്ങൾ, ചികിത്സകൾ തുടങ്ങുന്നിടത്ത് നിന്ന് ഇത് ആരംഭിക്കു ന്നു. ഇനി സമ്പൂർണ്ണമായും പാലിയേറ്റീവ് കെയർ പരി ചരണത്തിലുള്ള രോഗിയാണെങ്കിൽ ആദ്യാവസാന ചികിത്സകളിൽ ഡോക്ടറുടെ നിർദ്ദേശങ്ങളും മേൽ നോട്ടവുമുണ്ടായിരിക്കണം. കൂടാതെ രോഗീപരിചര ണത്തിന് പ്രവർത്തിക്കുന്ന നഴ്സുമാരുടെ അക്കാഡമിക് വളർച്ചയും ഹോം കെയറുകളുടെ ഗുണനിലവാരം ഉയർ ത്താൻ ആവശ്യമായ ഇടപെടലുകളും ഡോക്ടർമാർ നിർവ്വഹിക്കണം.

നഴ്സിന്റെ കർത്തവ്യം

രോഗിയെ രജിസ്റ്റർ ചെയ്താൽ രോഗം വന്നത് മുതൽ ഇത് വരെയുള്ള അവരുടെ രോഗചരിത്രവും ചികിത്സാ ഘട്ടങ്ങളും പാലിയേറ്റീവ് പരിചരണത്തിലേക്ക് എത്താൻ വന്ന സാഹചര്യങ്ങളും രേഖപ്പെടുത്തു കയും കുറ്റമറ്റ വിശകലനത്തിന് വിധേയമാക്കുകയും ചെയ്യണം. പാലിയേറ്റീവ് കെയറിൽ പ്രത്യേക പരി ശീലനം കിട്ടിയ നഴ്സുമാർ പ്രത്യേക പ്രോട്ടോകോൾ സ്വീകരിച്ചാണ് ഇത് നിർവ്വഹിക്കേണ്ടത്. ആഴ്ചയിൽ എല്ലാ ദിവസവും ഹോം കെയറുകൾ നടത്തുമ്പോ ഴാണ് മികച്ച നഴ്സിങ് കെയർ ആവശ്യമുള്ള നിശ്ചിത ഇടവേളകളിൽ രോഗികൾക്ക് നൽകാൻ കഴിയുക. പരിചരണത്തിന്റെ ആസൂത്രകരും കോ-ഓഡിനേറ്റർ മാരുമാണ് ഓരോ നഴ്സുമാരും. ഡോക്ടറുടെ മേൽനോ ട്ടത്തിലും നിർദ്ദേശത്തിലും രോഗികളുടെ ശാരീരിക, മാനസിക, സാമൂഹിക, ആത്മീയ കാര്യങ്ങളിലെ ബുദ്ധിമുട്ടുകൾ ഹോം കെയറിൽ മനസ്സിലാക്കുകയും അതിനുള്ള പരിഹാരമാർഗ്ഗങ്ങൾ മുഖ്യകർമ്മിയായി നിർവ്വഹിക്കുകയും ചെയ്യുന്നത് നഴ്സുമാരാണ്.

രജിസ്റ്റർ ചെയ്യുന്നതിനായി നടത്തുന്ന NHC എങ്ങനെ യായിക്കണം

രോഗിയെ രജിസ്റ്റർ ചെയ്യാനോ / രജിസ്റ്റർ ചെയ്ത രോഗിയുടെ വീട്ടിലേക്ക് ആദ്യമായി നടത്തുന്ന നഴ്സസ് ഹോം കെയർ രോഗിയുടെയും പരിചാരകന്റെയും പരി ശീലന തുടക്കമായിരിക്കണം. ഈ ഹോം കെയറിൽ രോഗിയുടെ സംശയങ്ങളും ആശങ്കകളും ചർച്ച ചെയ്യ പ്പെടണം, പാലിയേറ്റീവ് കെയർ എന്താണ്, എന്തല്ല എന്നതിന്റെ പ്രാഥമിക ചിത്രം രോഗിക്കും പരിചാ രകർക്കും നാം പറഞ്ഞ് കൊടുക്കണം. രോഗി ചെ യ്യേണ്ട കാര്യങ്ങളും മരുന്ന് അറിവുകളും ഈ ഹോം കെയറിൽ രോഗിയിലുണ്ടാക്കണം.

പരിചരിക്കുന്നവരുടെ പ്രശ്നങ്ങൾ ചോദിച്ചറിയാനും അവരുടെ സംശയങ്ങളും ആശങ്കകളും തീർക്കാനും കഴിയണം. രോഗീപരിചരണം ഹെഡ് ടു ഫൂട്ട് കെയർ സംവിധാനം രോഗിയെ കാണിച്ച് കൊടുക്കണം. എല്ലാ ദിവസവും ഇത് ചെയേണ്ടതിന്റെ പ്രാധാന്യം ചർച്ച ചെയ്യണം. അങ്ങനെയെങ്കിൽ ആദ്യത്തെ നഴ്സസ് ഹോം കെയർ ഒരു വീട്ടിൽ രണ്ടര മുതൽ മൂന്നര വരെ മണിക്കൂറുകൾ വേണ്ടി വരും. ആദ്യ ദിവസം പറഞ്ഞു കൊടുത്തതും കാണിച്ച് കൊടുത്തതുമായ കാ ര്യങ്ങൾ വീണ്ടും ഓർമ്മിപ്പിക്കാനും ചെയ്ത് കാണിച്ച് പരിശീലിപ്പിക്കാനും അധികം വൈകാത്ത ദിവസ ങ്ങളിൽ (2-4 ദിവസം) രണ്ടാമത്തെ ഹോം കെയറും നടത്തേണ്ടതായിട്ട് വരും. ടോട്ടൽ കെയർ പരിശീ ലിപ്പിക്കുന്നതിന് സമയം വിനിയോഗിക്കുന്നതിന് രോഗീപരിചരണം മികച്ചതാക്കി മാറ്റാൻ കഴിയുന്ന ഏറ്റവും പ്രധാനപ്പെട്ട ഇടപെടലാണ്.

നഴ്സസ് ഹോം കെയറിന്റെ ഇടവേള

ആക്ടിവിറ്റി I : രോഗി പറ്റെ കിടപ്പിലാണ്, എല്ലാ ത്തിനും പരസഹായം വേണം. ഇത്തരം രോഗികൾ ക്ക് മികച്ച പരിചരണം ലഭ്യമാക്കുന്നതിനും പരിചാ രകർക്ക് പരിചരണം പരിശീലിപ്പിക്കുകയും ബുദ്ധിമുട്ട കളുടെ അടിസ്ഥാനത്തിലും ആഴ്ചയിൽ ഒരു തവണയോ രണ്ട് ആഴ്ചയിൽ ഒരു തവണയോ നെഴ്സസ് ഹോം കെയർ കിട്ടണം. 3 - 4 തവണ നെഴ്സിന്റെ സന്ദർശനം കഴിഞ്ഞാൽ നിർബന്ധമായും അത്യാവശ്യഘട്ടങ്ങ ളിലും DHC ആവശ്യമാണ്. ഫാമിലി ട്രെയിനിങ് 1,2,3 എന്നിവ നടത്തേണ്ടതാണ്. ആഴ്ചയിൽ ഒരിക്കൽ VHC യും ആവശ്യമുള്ളപ്പോൾ സൈക്കോ സോഷ്യൽ ഹോം കെയറും നടത്തേണ്ടതാണ്.

ആക്ടിവിറ്റി II : കിടപ്പിലാണ്, എന്നാൽ ആഹാരം, പല്ലുതേപ്പ് മുതലായ കാര്യങ്ങൾ കിടക്കയിൽ ഇരു

ത്തിയാൽ സ്വയം ചെയ്യാം. ഇത്തരം രോഗികൾക്ക് 15 ദിവസത്തിലൊരിക്കലോ ഏറിയാൽ 3 ആഴ്ചയ്ക്കുള്ളിലോ നഴ്സസ് ഹോം കെയർ കിട്ടിയിരിക്കണം. ഇവിടെയും 3 നെഴ്സിന്റെ സന്ദർശനം കഴിഞ്ഞാൽ DHC കൊടുക്കണം. ആഴ്ചയിൽ ഒരു ദിവസം VHCയും ആവശ്യമുള്ളപ്പോഴൊക്കെയും സൈക്കോ സോഷ്യൽ ഹോം കെയറും കൊടുക്കണം.

ആക്റ്റിവിറ്റി III : പരസഹായത്തോടെ വീടിനകത്ത് സഞ്ചരിക്കാൻ, നീങ്ങാൻ കഴിയും. മാസത്തിൽ ഒരിക്കലെങ്കിലും ഇത്തരം രോഗികൾക്ക് നഴ്സസ് ഹോം കെയർ വേണം. മറ്റു ഡോക്ടർമാരെ സ്ഥിരമായി കൺസൾട്ട് ചെയ്യുന്നല്ലെങ്കിൽ നിശ്ചിത ഇടവേളകളിൽ DHC യും ലഭ്യമാകണം.

ആക്റ്റിവിറ്റി IV : പരസഹായമില്ലാതെ തന്നെ വീട്ടിനകത്ത് നീങ്ങാൻ കഴിയും. മാസത്തിലൊരിക്കൽ നഴ്സിന്റെ ഗൃഹസന്ദർശനവും പരിചരണ മോണിറ്ററിങ്ങും. മറ്റു ഡോക്ടർമാരുടെ കൺസൾട്ടേഷൻ ഇല്ലെങ്കിൽ 3 മാസത്തിലൊരിക്കൽ എങ്കിലും ഡോക്ടർ കൺസൾട്ടേഷനും ഉറപ്പു വരുത്തുക.

ആക്റ്റിവിറ്റി V : വീടിനു പുറത്ത് പരസഹായമില്ലാതെ പോവാൻ കഴിയുമെങ്കിലും ഗുരുതരരോഗ പീഢകൾ അനുഭവിക്കുകയും അതിനായി ചികിത്സ എടുക്കുകയും ചെയ്യുന്നു. ഇവർക്ക് വോളന്റിയർ സന്ദർശനവും സൈക്കോ സോഷ്യൽ സപ്പോർട്ട് ഹോം കെയറും ഉറപ്പു വരുത്തുക. അൺസ്റ്റേബിൾ ആയ രോഗിക്ക് അവരുടെ ബുദ്ധിമുട്ടിനനുസരിച്ച് നഴ്സസ് ഹോം കെയർ ലഭ്യമാക്കുമ്പോഴാണ് നാം ഏറ്റെടുക്കുന്ന ദൗത്യം അർത്ഥപൂർണ്ണമാകുന്നത്.

പാലിയേറ്റീവ് കെയർ നാം മറികടക്കേണ്ട കടമ്പകൾ

1. എല്ലാ പഞ്ചായത്തുകളിലും സന്നദ്ധപ്രവർത്തകരുടെ നേതൃത്വത്തിലുള്ള പാലിയേറ്റീവ് കെയർ.
2. ഓരോ പഞ്ചായത്തിലും നൂറുകണക്കിന് ആളുകൾ നമ്മുടെ പരിചരണം ആവശ്യപ്പെട്ട് രജിസ്റ്റർ ചെയ്തിട്ടുണ്ട്. ആവശ്യകത അനുസരിച്ച് രണ്ടാഴ്ചയിൽ ഒരിക്കലെങ്കിലും നഴ്സിന്റെ ഗൃഹസന്ദർശനം.
3. 100 രോഗികൾക്ക് ഒരു നഴ്സസ് ഹോം കെയർ യൂണിറ്റ് എന്ന അനുപാതത്തിൽ പരിചരണ വ്യാപനം.
4. ഇപ്പോൾ ഒരു പഞ്ചായത്തിൽ പ്രവർത്തനം നടത്തുന്ന യൂണിറ്റുകൾക്ക് പതിനായിരം ജനസംഖ്യക്ക് ഒരു സന്നദ്ധ സംഘടന എന്ന രീതിയിലേക്ക് വികേന്ദ്രീകരണം.
5. ജനകീയ പങ്കാളിത്തത്തോടെ നടക്കുന്ന യൂണിറ്റുകളിൽ സാമ്പത്തിക വിഭവസമാഹരണ സ്രോതസുകൾ മൈക്രോഫണ്ടിംഗ് രീതികളും പ്രാദേശിക സംഘാടനത്തിൽ വിപുലപ്പെടുത്തുക.
6. ഓരോ വീട്ടിലും രോഗീപരിചരണത്തിൽ പ്രത്യേക പരിശീലനം നേടിയിട്ടുള്ള ഒരാളെങ്കിലും ഉണ്ടാവുക എന്ന ലക്ഷ്യത്തോടെ ട്രെയിനിങ്
7. കൈകൊണ്ട് ജോലിയെടുക്കാൻ പറ്റുന്നവർ, മാനസിക വെല്ലുവിളികൾ നേരിടുന്നവർ, ജന്മനാ ശാരീരിക മാനസിക വെല്ലുവിളികൾ നേരിടുന്നവർ എന്നിവർക്ക് വിപുലവും വിശാലവുമായ തൊഴിൽ പുനരധിവാസം ഉറപ്പ് വരുത്തി അന്തസ്സും തൊഴിലും വരുമാനവും അംഗീകാരവും ഉറപ്പ് വരുത്തുക.

(തുടരും)

With best compliments ....
Kaaizeen....
Close to your heart.
Product Range:
TERUMO
Boston Scientific
Guidant Model Pacemakers & Devices
COVIDIEN
Cardiac Sutures
Edwards
Tissue Heart Valves & RMI Cannulae
Medtronic
Endovascular & Peripheral
zimmer
Recon
Kaaizeen Meditech Pvt Ltd. Door No: 5/206 B1&B2,
Kailas Nagar, Thrikkakara, Kochi-682 021
Tel: 0484 - 2576277 & 6504502

കള്ളം പറയണം

ഷിഫാന ഷെറിൻ

വർഷങ്ങളോളം വേദനയോട് മല്ലടിച്ച മരണത്തിനു കീഴടങ്ങിയ ഒമ്പതാം ക്ലാസുകാരി ഷിഫാന ഷെറിൻ ഈ ഭൂമിയിൽ നിന്ന് പോകും മുമ്പ് എഴുതിയ വാക്കുകൾ. ജീവിതത്തെ മുഴുവൻ അറിയാനുള്ള വഴിയായിരുന്നു അവ. വാത്സല്യവും സ്നേഹവും സൗഹൃദവും പ്രണയവും പ്രതീക്ഷയും ദുഃഖവും ഇച്ഛാശക്തിയും എല്ലാം ഒരുപോലെ തിരയടിക്കുന്നവയാണ് ഷിഫാന എഴുതിവച്ചുപോയ വരികൾ.

ഷിഫാനയുടെ കവിതകൾ വിതുമ്പലോടെയാണ് പലരും കേട്ടത്. പ്രായത്തിൽ കവിഞ്ഞ പക്വതയോടെയുള്ള കവിതകളായിരുന്നു ഒട്ടുമിക്കതും. ഷിഫാനയുടെ തൂലികയിലൂടെ ഇനി അക്ഷരങ്ങൾ ജന്മമെടുക്കില്ലെങ്കിലും... നക്ഷത്രമായ്, നിലാവായ്, മഞ്ഞായ്, മഴയായ്, വെയിലായ് ഇരുട്ടിൽ മിന്നാമിനുങ്ങിൻ നറുങ്ങുവെട്ടമായ് അവൾ നമ്മളിൽ എന്നും, എപ്പോഴും... അകാലത്തിൽ പൊഴിഞ്ഞ ഷിഫാന ഷെറിയുടെ ഒരു കവിത നമുക്ക് വായിക്കാം.

കള്ളം പറയണം
കള്ളം പറയാൻ നമ്മൾ പഠിക്കണം.

കൊതിയോടെ കഴിക്കാൻ വെച്ച മധുരം
കൂടപ്പിറപ്പ് ചോദിച്ചാൽ
എനിക്ക് വേണ്ട എന്ന് കള്ളം പറയണം

സ്നേഹമുള്ളവർ വേദനിപ്പിക്കുംവിധം സംസാരിച്ച്
പിന്നീട് വിഷമമായോ
എന്ന് ചോദിക്കുമ്പോൾ
ഇല്ല എന്ന് കള്ളം പറയണം

ഒരുപാട് തിരക്കുള്ള സമയത്ത്
ഇഷ്ടമുള്ളവർ വിളിച്ചാൽ
തിരക്കാണോ എന്നതിന്
അല്ല എന്ന് കള്ളം പറയണം.

മനസ്സിൽ തിരയടിക്കുമ്പോഴും
എതിരെ വന്നയാൾ സുഖമാണോ
എന്ന് ചോദിച്ചാൽ
അതെ എന്ന് കള്ളം പറയണം.

എല്ലാം കഴിഞ്ഞു ആ ദിവസത്തേക്ക്
തിരിഞ്ഞു നോക്കുമ്പോൾ
ഒരു സത്യം പറയാൻ മറക്കരുത്
എന്റെ വേദനകളെ ഞാൻ അതിജീവിച്ചു എന്ന്

ജനകീയ പാലിയേറ്റീവ് പരിചരണം: നയ നിലപാടുകൾ

ഇ. അബ്ദുൽ മജീദ്, മഞ്ചേരി

കേരളത്തിൽ പാലിയേറ്റീവ് കെ യർ പ്രവർത്തനങ്ങൾ ആരംഭിച്ചിട്ട് മൂന്ന് പതിറ്റാണ്ടിനടുത്തായി. ഈ കാലയവിൽ പരിചരണ രംഗത്തും സംഘാടന രംഗത്തും അനവധി മാറ്റങ്ങളും തിരുത്തലുമുണ്ടായിട്ടുണ്ട്. ഇന്ന് കേരളത്തിൽ വിപുലമായ ജനപങ്കാളിത്തമുള്ള ഏറ്റവും വലിയ ജനകീയ ആരോഗ്യ സംവിധാനമാണ് സാമൂഹ്യാധിഷ്ഠിത പാലിയേറ്റീവ് കെയർ പ്രസ്ഥാനം. ഈ പ്രസ്ഥാനം കേരളീയ സമൂഹത്തിന്റെ ഇടയിൽ ഇത്രമാത്രം സ്വീകാര്യമായത് അത് അനുവർത്തിച്ചു പോന്ന നയ നിലപാടുകൾ കൊണ്ടായിരുന്നു.

സാമ്പ്രദായിക ജീവകാരുണ്യ സന്നദ്ധ സംഘടനാ (എൻ.ജി.ഒ) പ്രവർത്തന രീതികളിൽനിന്ന് വിഭിന്നമായി ചില അടിസ്ഥാന നയനിലപാടുകളിൽ ഊന്നിനിന്നു സാമൂഹ്യ ഉടമസ്ഥതയിൽ പ്രവർത്തിക്കുന്ന (സി.ബി.ഒ) പ്രസ്ഥാനമാണത്. പരിചരണം ഒരു ഔദാര്യമല്ല; അവകാശമാണ് എന്നതാണ് അതിന്റെ അടിസ്ഥാന നിലപാട്. രോഗം രോഗിയുടെയും കുടുംബത്തിന്റെയും മാത്രം പ്രശ്നമല്ല, അത് സമൂഹത്തിന്റേതു കൂടിയാണ് എന്ന ബോധം സമൂഹത്തിൽ സൃഷ്ടിക്കാൻ ഈ പ്രസ്ഥാനം ശ്രമിക്കുന്നു. അതോടൊപ്പം തന്നെ അന്തസ്സുറ്റ പരിചരണം വീടുകളിൽ തന്നെ എന്ന പ്രഖ്യാപിത നിലപാടിൽ ഊന്നിയായിരുന്നു അത് മുന്നോട്ട് പോകുന്നത്.

ദയ, കാരുണ്യം, സേവനം, അലിവ് മുതലായ ഔദാര്യത്തിന്റെ സൂചകങ്ങളേയും സമവാക്യങ്ങളെയും മാറ്റിനിർത്തി രോഗിയുടെ അന്തസ്സിനു ഒരു പോറലുമേൽപ്പിക്കാതെയുള്ള പരിചരണ രീതിയാണത് മുന്നോട്ട് വെക്കുന്നത്. കൊടുക്കുന്നവനും വാങ്ങുന്നവനും എന്ന രീതിയിലുള്ള സാമ്പ്രദായിക കാരുണ്യപ്രവർത്തനത്തിൽ നിന്ന് ഭിന്നമായുള്ള പരസ്പര പങ്കുവയ്പാണ് അതിന്റെ രീതി. സൂക്ഷ്മാർത്ഥത്തിൽ സാമൂഹ്യ പാലിയേറ്റീവ് കെയർ പ്രസ്ഥാനം ഒരു സ്വയം സഹായ സംഘത്തെപ്പോലെയാണ് ഏതൊരു സമയത്തും നൽകപ്പെടുകയും സ്വീകരിക്കപ്പെടേണ്ടി വരികയും ചെയ്യേണ്ടി വരാവുന്ന ഒരു പരിചരണ സംവിധാനം. അത് കൊണ്ടു തന്നെ സംഘാടനത്തിലും പ്രവർത്തന രീതികളിലും നാം ശീലിച്ചു പോന്ന സന്നദ്ധ പ്രവർത്തന രീതികളിൽ ഭിന്നമായ ചില അടിസ്ഥാന നിലപാടുകൾക്ക് അത് ഊന്നൽ നൽകുന്നു. പ്രവർത്തകർ, സംഘടന, ഫണ്ട്, പ്രചരണം, പരിചരണം എന്നിവയിൽ ജനകീയ പാലിയേറ്റീവ് കെയർ പ്രസ്ഥാനത്തിന് അതിൻറേതായ ഒരു കാഴ്ചപ്പാടുണ്ട്.

സന്നദ്ധ പ്രവർത്തകർ അനുവർത്തിക്കേണ്ട നിലപാടുകൾ:

രോഗം ദുരിതമായിത്തീർന്ന മനുഷ്യരുമായി ദൈനംദിനം ബന്ധപ്പെടുന്നവരാണ് പാലിയേറ്റീവ് പ്രവർത്തകർ. രോഗിയും കുടുംബവും അവരുടെ എല്ലാ അവശതകളും നിസ്സഹായതയും നമ്മോട് പങ്കുവെക്കുന്നു. അങ്ങേയറ്റം സത്യസന്ധവും ആത്മാർത്ഥവുമായ പെരുമാറ്റവുമാണ് രോഗിയും കുടുംബവും ഓരോ പാലിയേറ്റീവ് പ്രവർത്തകരിൽ നിന്നും പ്രതീക്ഷിക്കുന്നത്. അവരുടെ സ്വകാര്യത, ആത്മാഭിമാനം, അന്തസ്സ് എന്നിവ കാത്തു സൂക്ഷിക്കാൻ ഓരോ വളണ്ടിയർമാരും ബാധ്യസ്ഥരാണ്. താൻ ചെയ്യുന്നത് ഒരു ഔദ്യാര്യമല്ലെന്നും തന്റെ ബാധ്യതയാണെന്നുമുള്ള ബോധം പ്രവർത്തകർക്കുണ്ടാവണം. ഈ പ്രവൃത്തി മൂലം സാമൂഹ്യ അംഗീകാരങ്ങളും പ്രശംസയും ആഗ്രഹിക്കരുത്. തന്റെ പ്രവർത്തനങ്ങൾ സമൂഹ മദ്ധ്യത്തിൽ എടുത്തു പറയുകയോ, താനില്ലെങ്കിൽ ഇതൊന്നും നടക്കുകയില്ലെന്ന തോന്നലോ ഉണ്ടാവരുത്. സന്നദ്ധ പ്രവർത്തനം ഒരു തൊഴിലായി സ്വീകരിക്കുകയോ കേവല ചാരിറ്റി പ്രവർത്തനമായി മാറ്റുകയോ ചെയ്യരുത്. സാമ്പത്തിക രംഗത്ത് സൂക്ഷ്മത പാലിക്കണം. തന്റെ സന്നദ്ധ പ്രവർത്തനങ്ങൾക്ക് ഏതെങ്കിലും രീതിയിൽ പ്രതിഫലം പറ്റരുത്. തന്റെ വ്യക്തിപരമായ പ്രശസ്തിക്കോ, താൻ ഉൾപ്പെടുന്ന ഏതെങ്കിലും സംഘടനയുടെയൊ വളർച്ചക്കോ, പാലിയേറ്റീവ് പ്രവർത്തനങ്ങൾ ഉപയോഗപ്പെടുത്തരുത്. ചുരുക്കത്തിൽ,

ഓരോ പാലിയേറ്റീവ് പ്രവർത്തകരും തങ്ങളുടെ പ്രവൃത്തികളിൽ സത്യസന്ധരും നിസ്വാർത്ഥരുമായിരിക്കണം. തങ്ങളുടെ നിലപാടുകളിൽ വ്യതിയാനങ്ങൾ വരുന്നുണ്ടോ, സ്വാർത്ഥത കടന്നുകൂടുന്നുണ്ടോ എന്ന് സ്വയം വിമർശനങ്ങളും തിരുത്തലുകളും നിരന്തരം നടത്തിക്കൊണ്ടിരിക്കണം.

പാലിയേറ്റീവ് സംഘങ്ങളുടെയും സ്ഥാപനങ്ങളുടേയും നയങ്ങൾ:

സാമൂഹ്യ പാലിയേറ്റീവ് കെയർ പ്രസ്ഥാനം നമ്മുടെ നാട്ടിൽ പ്രവർത്തിച്ച് വരുന്നത് സമൂഹത്തിന്റെ പൊതു ഉടമസ്ഥതയിലാണ്. അതിന്റെ സംഘാടനത്തിലും നേതൃത്വത്തിലും രോഗീപരിചരണത്തിൽ പങ്കാളികളാകുന്നവർ മാത്രമായിരിക്കണം. പാലിയേറ്റീവ് കൂട്ടായ്മകൾ സംഘടനകളായി മാറുന്നതിലും വലിയ നേതാക്കൾ രൂപപ്പെട്ടു വരുന്നതിലും ജാഗ്രത പുലർത്തണം. ഏതെങ്കിലും പാർട്ടികളുടെയൊ സംഘടനകളുടെയോ മതത്തിന്റെയോ വളർച്ചക്കും പ്രചരണത്തിനും പാലിയേറ്റീവ് കൂട്ടായ്മകളെ ഉപയോഗപ്പെടുത്തരുത്. പദ്ധതികൾ പുതുമക്കോ പ്രവർത്തകരുടെ മടുപ്പ് മാറ്റുന്നതിനോ വേണ്ടിയുള്ളതാകരുത്. അത് രോഗിയുടെയും കുടുംബത്തിന്റെ ക്ഷേമം മാത്രം മുന്നിൽ കണ്ടുള്ളതായിരിക്കണം. പാലിയേറ്റീവ് പരിചരണത്തിലുള്ള രോഗിയുടെയും കുടുംബത്തിന്റെയും പ്രശ്നങ്ങൾ പരിഹരിക്കപ്പെടാനുള്ളതായിരിക്കണം. കേന്ദ്രീകൃത പ്രവർത്തനങ്ങൾക്ക് പകരം പ്രാദേശികമായി വിഭജിക്കപ്പെടുകയും നേതൃത്വം ചെറു സംഘങ്ങളിലേക്ക് കൈമാറപ്പെടുകയും വേണം.

നേതൃസ്ഥാനങ്ങൾ സമയാസമയങ്ങളിൽ മാറിക്കൊണ്ടിരിക്കണം. ആജീവനാന്ത പ്രസിഡൻറ്, സെക്രട്ടറി, ഭാരവാഹികൾ ഉണ്ടായിക്കൂടാ. കൃത്യമായ കാലവധികളിൽ കമ്മിറ്റി തെരഞ്ഞെടുപ്പ് നടത്തുകയും ഭാരവാഹികൾ മാറുകയും വേണം. സംഘത്തിലെ അംഗത്വത്തിന്റെ മാനദണ്ഡം രോഗീ പരിചരണത്തിലെ പങ്കാളിത്തമായിരിക്കണം. സംഘം മീറ്റിങ്ങുകളിൽ വിശദമായ ചർച്ചക്കും അഭിപ്രായ പ്രകടനങ്ങൾക്കും അവസരമുണ്ടായിരിക്കണം. സംഘത്തിൽ നിന്ന് ഏതെങ്കിലും വിധത്തിൽ ശമ്പളമൊ മറ്റു സാമ്പത്തിക ആനുകൂല്യങ്ങളൊ പറ്റുന്നവർ കമ്മറ്റികളിലേക്ക് തെരഞ്ഞെടുക്കപ്പെടരുത്.

പരിചരണം – ആസൂത്രണവും മുൻഗണനാ ക്രമവും:

സാമൂഹിക പാലിയേറ്റീവ് പരിചരണം നമ്മുടെ നാട്ടിൽ വൻ സ്വീകാര്യത നേടിയത് രോഗികളെ വീടുകളിൽ ചെന്ന് പരിചരിക്കുന്ന ഹോം കെയർ സംവിധാനങ്ങൾ വഴിയാണ്. പണ്ട് ഡോക്ടറും നഴ്സും വീടുകളിൽ ചെന്ന് രോഗിയെ ശുശ്രൂഷിച്ചിരുന്ന ഒരു കാലമുണ്ടായിരുന്നു. എന്നാൽ മോഡേൺ മെഡിസിനും ആശുപത്രി സംവിധാനങ്ങളും വിപുലമായതോട്ടു കൂടി വീടുകളിൽ ചെന്നുള്ള ശുശ്രൂഷ അന്യമായിത്തിർന്നു. ഈ ഒരു വിടവിലേക്കാണ് 1993-ൽ പാലിയേറ്റീവ് ഹോംകെയറുകൾ കടന്നു വരുന്നത്.

ജനങ്ങൾക്ക് ഏറെക്കുറെ അപരിചിതമായിത്തീർന്നതും എന്നാൽ കിടപ്പിലായ രോഗികകൾക്ക് വളരെ അത്യാവശ്യവുമായിരുന്ന വീടുകളിൽ ചെന്നുള്ള ഈ പരിചരണരീതിക്ക് വൻ സ്വീകാര്യതയാണ് ലഭിച്ചത്. തുടക്കത്തിൽ ഒന്നോ രണ്ടോ ജില്ലകൾക്ക് ഒരു ഹോം കെയർ യൂണിറ്റ് എന്ന തോതിൽ മാത്രമുണ്ടായിരുന്ന ഒരവസ്ഥയിൽ നിന്ന് ഇപ്പോൾ പല സ്ഥലങ്ങളിലും മൂന്നോ നാലോ ഗ്രാമപഞ്ചായത്തു വാർഡുകൾക്ക് ഒരു ഹോം കെയർ യൂണിറ്റ് എന്ന നിലയിൽ വ്യാപകമായത്. സർക്കാർ പാലിയേറ്റീവ് ഹോം കെയർ സംവിധാനങ്ങൾക്ക് പുറമെയാണ് ഇത്. 2008 മലപ്പുറം ജില്ലയിൽ പാലിയേറ്റീവ് ക്ലിനിക്കുകളിൽ നടന്നിരുന്ന ഓ.പി സംവിധാനം നിർത്തലാക്കുകയും സമ്പൂർണ്ണ ഹോം കെയർ പദ്ധതികൾ നടപ്പാക്കുകയും ചെയ്തത് ഈ രംഗത്ത് വമ്പിച്ച മാറ്റങ്ങളാണുണ്ടാക്കിയത്.

പിന്നീട് ഈ രീതി മറ്റിടങ്ങളിലും നടപ്പാക്കുകയും പാലിയേറ്റീവ് കെയർ എന്നാൽ ഹോം കെയർ ആണെന്ന അവസ്ഥയിൽ എത്തുകയും ചെയ്തു. അങ്ങനെ കിടപ്പിലായ രോഗികളെ വീടുകളിൽ ചെന്ന് പരിചരിക്കുന്ന ഒരു സംവിധാനമായി കമ്മ്യൂണിറ്റി പാലിയേറ്റീവ് കെയർ മാറുകയുണ്ടായി. ഇതോടൊപ്പം തന്നെ 1996-1997 കാലത്ത് മലപ്പുറം, പാലക്കാട്, ഗൂഡല്ലൂർ ജില്ലകളിൽ മഞ്ചേരി പാലിയേറ്റീവ് ക്ലിനിക്കിൽ നിന്നാണ് ഹോം കെയർ പോയിരുന്നത്. അതിൽ പങ്കാളിയായിരുന്ന ഒരാളെന്ന നിലക്ക് എനിക്ക് ഇപ്പോൾ മഞ്ചേരി പാലിയേറ്റീവ് ക്ലിനിക്ക് മഞ്ചേരി മുനിസിപ്പാലിറ്റിയിൽത്തന്നെ നാലു സൊസൈറ്റികളായി വിഭജിച്ച് സ്വതന്ത്രമായി പ്രവർത്തിച്ചു വരുന്നതും പത്തോളം ഹോം കെയർ യൂണിറ്റുകളായി കിടപ്പിലായ രോഗികളെ വീടുകളിൽ ചെന്ന് പരിചരിക്കുകയും ചെയ്യുന്ന കാഴ്ച അവിശ്വസനീയമായി തോന്നാറുണ്ട്. ഈ രീതിയിലുള്ള വ്യാപനം സാധ്യമായത് പാലിയേറ്റീവ് പരിചരണത്തിന്റെ അടിസ്ഥാനം വികേന്ദ്രീകൃതമാക്കി, വലിയ പാലിയേറ്റീവ് ഇൻസ്റ്റിറ്റ്യൂട്ടുകൾക്ക് പകരം ചെറിയ ചെറിയ യൂണിറ്റുകളായി വിഭജിക്കപ്പെട്ടതു കൊണ്ടാണ്.

ഓരോ വീട്ടിലും ഒരു പാലിയേറ്റീവ് വളണ്ടിയർ, പരിചരണത്തിനു അയൽപക്ക കൂട്ടായ്മകൾ, അന്തസ്സുറ്റ പരിചരണം വീടുകളിൽ തന്നെ മുതലായ ജനവരി 15 പാലിയേറ്റീവ് ദിന കാമ്പയ്നുകൾ വഴി നൽകപ്പെട്ട സന്ദേശങ്ങളും തുടർ പ്രവർത്തനങ്ങളുമായിരുന്നു. അതോടൊപ്പം തന്നെ ഈ വികേന്ദ്രീകരണം വഴി കൂടുതൽ ആളുകളിലേക്ക് പരിചരണം എത്തുകയും വിവിധതരം രോഗങ്ങൾ ബാധിച്ചവരെ കൂടി പാലിയേറ്റീവ് പരിചരണത്തിൽ ഉൾക്കൊള്ളിക്കുകയും ചെയ്തു. ജനകീയ പങ്കാളിത്തത്തിൽ സാമൂഹ്യ പാലിയേറ്റീവ്

പ്രവർത്തനങ്ങൾ ആർംഭിക്കുന്ന കാലത്ത് ആരോഗ്യ രംഗത്ത് ഇതിന് മുൻ മാതൃകകളൊന്നുമുണ്ടായിരു ന്നില്ല. ചില സന്നദ്ധ സംഘടനകളും സ്വകാര്യ ആശു പത്രികളും പാവപ്പെട്ട രോഗികൾക്കായി സൗജന്യ ക്ലി നിക്കുകൾ നടത്തിയിരുന്നെങ്കിലും അതെല്ലാം പരിമി തപ്പെട്ടവർക്കേ ലഭ്യമായിരുന്നുള്ളൂ. സംഘടനാ നേതാ ക്കളുടെയൊ സ്ഥാപന അധികൃതരുടെയൊ ശുപാർശ ലഭിക്കുന്ന ചുരുക്കം ആളുകൾക്കേ ഇതു പ്രാപ്യമായി രുന്നുള്ളൂ. എന്നാൽ പാലിയേറ്റീവ് പ്രസ്ഥാനത്തിന്റെ തുടക്കം തൊട്ടേ ഇത്തരം രീതികളിൽ നിന്ന് ഭിന്ന മായി രോഗം മൂലം ദുരിതം അനുഭവിക്കുന്ന ഏതൊ രാൾക്കും നേരിട്ട് ആശ്രയിക്കാവുന്ന ഒന്നായിരുന്നു പാലിയേറ്റീവ് ക്ലിനിക്കുകൾ. ഇതിന്റെ തുടക്കക്കാരിൽ ഒരാളെന്ന നിലക്ക് ആ കാലത്ത് ആവശ്യക്കാരുടെ എണ്ണത്തിന്റെ ബാഹുല്യം താങ്ങാനാവുമൊ എന്ന ആശങ്ക ധാരാളമുണ്ടായിരുന്നു. എന്നാൽ പ്രവർത്ത നങ്ങൾ വികേന്ദ്രീകരിക്കുക വഴി കൂടുതൽ ആളുകളും കൂടുതൽ യൂണിറ്റുകളും ഉണ്ടായിത്തീർന്നതാണ് ഇത് വിജയകരമായി തീർന്നത്.

ഒരു പാലിയേറ്റീവ് ക്ലിനിക്കിൽ 50-60 രോഗികൾ ക്ക് ഓരോ ഹോം കെയർ യൂണിറ്റ് ഉണ്ടായിരിക്കണം. ഓരോ യൂണിറ്റും ആഴ്ചയിൽ 5 ഹോം കെയറുകൾ നട ത്തണം. ഇത്തരം മൂന്നിൽ കൂടുതൽ യൂണിറ്റുകൾ വരുന്ന മുറയ്ക്ക് ആ ക്ലിനിക്ക് വിഭജിക്കപ്പെടുകയും മറ്റൊരു സ്വത ന്ത്ര ക്ലിനിക്കായി അടുത്ത പ്രദേശത്ത് ആരംഭിക്കുകയും വേണം. ഇതു പല സ്ഥലങ്ങളിലും പ്രാവർത്തികമാക്കു കയും വിജയിക്കുകയും ചെയ്തതാണ്. ഇങ്ങനെ വിഭ ജിക്കുകയും വികേന്ദ്രീകരിക്കപ്പെടുകയും ചെയ്യുന്നത് വഴി പാലിയേറ്റീവ് പരിചരണം ആവശ്യമായ കൂടുതൽ പേരെ കണ്ടെത്താനാകും. അതോടൊപ്പം തന്നെ കൂടുതൽ വളണ്ടിയർമാർ ഉണ്ടായിത്തീരുകയും ചെയ്യും. ആയിരം ജനസംഖ്യയിൽ പാലിയേറ്റീവ് പരിചരണം ആവശ്യമായ 20-25 ആളുകൾ ഉണ്ടെന്നാണ് നമ്മുടെ നാട്ടിലെ കണക്ക്. ആയുർ ദൈർഘ്യവും രോഗാതുര തയും വർദ്ധിക്കുന്നതിനനുസരിച്ച് അത് ഇനിയും കൂ ടിവരികയാണ് ചെയ്യുക.

സാമ്പത്തിക സമാഹരണവും പ്രചാരണ രീതികളും:

സാമ്പത്തിക സമാഹരണ-വിനിയോഗ രംഗങ്ങളിലും പ്രചരണ രീതികളിലും പാലിയേറ്റീവ് യൂണിറ്റുകൾ അനുവർത്തിച്ചു വരുന്ന നിലപാടുകളാണ് അതിന് സാമ്പത്തിക സുസ്ഥിരത നൽകിയതും നൂറു കണ ക്കിന് പാലിയേറ്റീവ് യൂണിറ്റുകൾ പല ജില്ലകളിലും രൂപപ്പെട്ടതും. സാമ്പത്തിക സമാഹരണത്തിൽ അടി സ്ഥാനമായി മൈക്രൊ ഫണ്ടിംഗ് രീതികളും പ്രചര ണത്തിന്റെ അടിസ്ഥാനം കോലാഹലങ്ങളില്ലാത്ത പ്രവർത്തനങ്ങളുമായിരുന്നു. സാമൂഹ്യ പാലിയേറ്റീവ് പ്രചരണത്തിന്റെ ഏറ്റവും വലിയ മാധ്യമം ഹോം കെയർ യൂണിറ്റുകളായിരുന്നു. തങ്ങളുടെ പ്രദേശത്ത് കിടപ്പിലായ രോഗികളെ വീടുകളിലെത്തി പരിചരി ക്കുന്ന ഒരു സംവിധാനമുണ്ടെന്ന് നാട്ടുകാർ അറിയു കയും അതിലേക്ക് ആകൃഷ്ടരാകുകയും ചെയ്തു. പുതുമ യുള്ളതും ഏറ്റവും അനിവാര്യവുമായിരുന്ന ഈ സം വിധാനത്തിലേക്ക് കൂടുതൽ ആളുകൾ കടന്നു വന്നു. ഈ പരിചരണ രീതിയുടെ അനിവാര്യത മനസ്സി ലക്കിയവർ തങ്ങളുടെ സമയവും പണവും നൽകി ഇതിന്റെ വാഹകരായിത്തീർന്നു. അങ്ങനെ സാമൂഹ്യ പങ്കാളിത്തവും മൈക്രൊ ഫണ്ടിംഗ് രീതികളും വി നിയോഗത്തിലെ മുൻഗണനാ ക്രമങ്ങളും സുതാര്യ തയും അതിന്റെ അടിസ്ഥന നിലപാടുകളായി. ഈ നിലപാടുകൾക്ക് ഭംഗം വരുന്ന രീതിയിലുള്ള സാമ്പ ത്തിക സമാഹരണ രീതികളും പ്രചരണ പരിപാടി കളും ഒഴിവാക്കി. ദൈനം ദിന പ്രവർത്തനങ്ങൾക്കുള്ള ഫണ്ട് പ്രാദേശികമായി സ്വരൂപിക്കുക വഴിയേ പ്ര വർത്തനങ്ങളുടെ തുടർച്ച സാധ്യമാകുകയുള്ളൂ. കോർ പറേറ്റ്, വിദേശ, വ്യക്തി കേന്ദ്രീകൃത ധനാഗമന മാർ ഗങ്ങൾ സ്ഥായിയായിരിക്കില്ല എന്നതു മാത്രമല്ല, അതുവഴി കടന്നുവരുന്ന കാണാച്ചരടുകൾ പാലിയേ റ്റീവ് പ്രവർത്തനങ്ങളുടെ സുതാര്യതക്കും നിലപാടുകൾ ക്കും ഹാനികരമായിത്തീരുകയും ചെയ്യും. വൈകാരി കവും നാടകീയ സ്വഭാവം പുലർത്തുന്നതുമായ സാമ്പ ത്തിക സമാഹരണ-പ്രചരണ രീതികൾ, ഈവൻറ് മാനേജ്മെൻറ് രീതിയിൽ നടത്തപ്പെടുന്ന വളഞ്ഞ വഴിക്കുള്ള മെഗാ ഫണ്ടിംഗ് മേളകൾ, രോഗികളുടെ ദൈന്യത പ്രദർശിപ്പിച്ചുകൊണ്ടുള്ള പിരിവുകൾ, പ്രച രണങ്ങൾ എന്നിവ സ്ഥായിയായ മാർഗങ്ങളല്ല എന്ന തിനപ്പുറം അത് രോഗികളുടെയും കുടുംബത്തിന്റെയും ആത്മാഭിമാനത്തെ ഹനിക്കുന്നതുമാണ്. ആളുകളിലേ ക്ക് നേരിട്ട് ഇറങ്ങിച്ചെല്ലുകയും അവരോട് ആവശ്യ ങ്ങൾ അവതരിപ്പിക്കുകയും ചെയ്താൽ തന്നെ പാലി യേറ്റീവ് പ്രവർത്തനങ്ങളെ സഹായിക്കാൻ ധാരാളം ആളുകളുണ്ട്. ഇതിനാവശ്യമായി വരുന്നതു പ്രവർത്ത കരുടെ പങ്കാളിത്തമാണ്.

ഒരു പാലിയേറ്റീവ് യൂണിറ്റിലേക്ക് സന്നദ്ധപ്രവർ ത്തകരെ ആകർഷിക്കുന്നത് അത് അനുവർത്തിക്കുന്ന നിലപാടുകളായിരിക്കും. ആളുകളെ ഉൾക്കൊള്ളാനും ഉത്തരവാദിത്തങ്ങൾ പങ്കിട്ടുനൽകാനും സന്നദ്ധരാ യിരിക്കണം. കാലാകാലങ്ങളിൽ നേതൃത്വം കൈമാ റപ്പെടണം. താനില്ലെങ്കിൽ ഇതൊന്നും നടക്കില്ലെന്ന രീതിയിലേക്ക് സ്വയം എത്തുകയോ, ആളുകൾ കരു തുകയോ ചെയ്യുന്ന നിലപാടുകളെടുക്കരുത്. സാമ്പ ത്തിക സമാഹരണത്തിനും പ്രചരണത്തിനും കുറുക്കുവ ഴികൾ സ്വീകരിക്കേണ്ടി വരുന്നത് സന്നദ്ധ പ്രവർത്ത കരുടെ പങ്കാളിത്തം പരിമിതമാകുന്നതു കൊണ്ടാണ്. പാലിയേറ്റീവ് പ്രവർത്തനങ്ങൾ കേവല ചാരിറ്റി പ്ര വർത്തനങ്ങളായി മാറുന്നതിനെയും പ്രവർത്തകർ നന്മ മരങ്ങളായി തീരുന്നതിനെയും പറ്റി നിതാന്ത ജാഗ്രത പുലർത്തണം ●

പാലിയം ഇന്ത്യയുടെ രുചിമേള

ജി. ബാലചന്ദ്രൻ

ഇക്കഴിഞ്ഞ മാർച്ച് 1, 2 തീയതികളിൽ തിരുവനന്തപുരം സ്പെൻസർ ജംഗ്ഷനിലെ കാനറാ ബാങ്ക് സർക്കിൾ ഓഫീസ് അങ്കണം, പാലിയം ഇന്ത്യ പതിവായി (കോവിഡ് കാലയളവൊഴികെ) സംഘടിപ്പിക്കുന്ന ഭക്ഷ്യമേളയുടെ അരങ്ങായി മാറി. പാലിയം ഇന്ത്യയിലെ സന്നദ്ധപ്രവർത്തകർ, ജീവനക്കാർ, അഭ്യുദയകാംക്ഷികൾ എന്നവർ, കൃത്രിമ കൂട്ടുകൾ പൂർണ്ണമായി ഒഴിവാക്കി, തങ്ങളുടെ വീടുകളിൽ തയ്യാറാക്കുന്ന രുചികരമായ തനത് ഭക്ഷണ വിഭവങ്ങൾ – പ്രാതൽ, ഉച്ചഭക്ഷണം, വ്യത്യസ്തമായ കട്‌ലറ്റ്, സമോസ, ഉണ്ണിയപ്പം, കേക്ക്, വിവിധതരം പായസങ്ങൾ, അച്ചാറുകൾ, ശീതളപാനീയങ്ങൾ, കറിക്കൂട്ടുകൾ – മേളയെ ശ്രദ്ധേയമാക്കി. പാലിയം ഇന്ത്യയുടെ ജീവകാരുണ്യ പ്രവർത്തനങ്ങൾക്കും, സാമൂഹ്യക്ഷേമ ദൗത്യങ്ങൾക്കുമായി പണം സ്വരൂപിക്കുന്നതിനോടൊപ്പം, സാന്ത്വന പരിചരണത്തെക്കുറിച്ചുള്ള അവബോധം കൂടുതലാളുകളിൽ എത്തിക്കാനും നമുക്ക് കഴിയുന്നുണ്ടെന്ന്, മേളയിലേക്ക് ഒഴുകിയെത്തിയ ജനാവലി സാക്ഷ്യപ്പെടുത്തുന്നു. സമൂഹത്തിന്റെ എല്ലാ തുറയിലുൾപ്പെട്ടവരുടെ സാന്നിദ്ധ്യവും അകമഴിഞ്ഞ സഹകരണവും മൂലം നമ്മൾ പ്രതീക്ഷിച്ച ലക്ഷ്യം കൈവരിക്കാനായി എന്നതിൽ ചാരിതാർത്ഥ്യമുണ്ട്.

മാർച്ച് മാസം ഒന്നാം തീയതി രാവിലെ 10 മണിക്ക്, കേരളത്തിന്റെ പ്രിൻസിപ്പൽ അക്കൗണ്ടന്റ് ജനറൽ (ആഡിറ്റ്) ശ്രീ. സുനിൽ രാജ്, കാനറാ ബാങ്ക് സർക്കിൾ ഹെഡ്ഡും, ജനറൽ മാനേജരുമായ ശ്രീ. പ്രേംകുമാർ, പാലിയം ഇന്ത്യയുടെ സ്ഥാപക ചെയർമാൻ ഡോ. എം. ആർ. രാജഗോപാൽ, ചെയർമാൻ ശ്രീ. ബിനോദ് ഹരിഹരൻ, മുതിർന്ന സന്നദ്ധ പ്രവർത്തകയായ ശ്രീമതി. രമാ രാമപ്രസാദ് എന്നിവർ ഭദ്രദീപം തെളിയിച്ച് കൊണ്ട് മേളയുടെ ഉദ്ഘാടനം നിർവ്വഹിച്ചു.

തുടർന്നുള്ള രണ്ട് ദിവസങ്ങളിലും, നഗരവാസികൾ, മേള ഏറ്റെടുത്തതിന്റെ സന്തോഷവും സംതൃപ്തിയും പാലിയം ഇന്ത്യയുടെ സന്നദ്ധപ്രവർത്തകരിലും ജീവനക്കാരിലും പ്രകടമായിരുന്നു. മനം നിറഞ്ഞ് നമ്മുടെ വിഭവങ്ങൾ ആസ്വദിക്കുന്നതിലും, ഉള്ളു നിറഞ്ഞ അവരുടെ സന്തോഷം അറിയിക്കുന്നതിലും മേള സന്ദർശിച്ച മിക്ക ആളുകളും തയ്യാറായി എന്നതും തുടർന്ന് നടത്താനുള്ള സ്നേഹമസൃണമായ പ്രേരണയും നമ്മുടെ ലക്ഷ്യം ഫലം കണ്ടുവെന്നതിന്റെ തെളിവാണ്. നമ്മുടെ പ്രതീക്ഷയ്ക്ക് അനുസൃതമായ തരത്തിലുള്ള വരുമാനവും മേളയിലൂടെ നമുക്ക് ആർജ്ജിക്കാൻ കഴിഞ്ഞു. അർഹരായവർക്കെല്ലാം സാന്ത്വന പരിചരണത്തിന്റെ ഗുണഫലങ്ങൾ കാലവിളംബം കൂടാതെ ലഭ്യമാക്കുകയെന്ന ഉദാത്ത ലക്ഷ്യത്തിനായി സ്വയം സമർപ്പിക്കാനുള്ള അവസരമായി, ഇപ്രകാരമുള്ള യത്നങ്ങളെ നമുക്ക് കണക്കാക്കാം ●

തിരുവനന്തപുരം ഇൻസ്റ്റിറ്റ്യൂട്ട് ഓഫ് പാലിയേറ്റീവ് സയൻസസ് (ടിപ്സ്), പാലിയം ഇന്ത്യയുടെ കോഴ്സുകൾ

Sl No	Name of the course	Duration	Mode	Bacth Intake
1	Global Fellowship in Palliative medicine	01 Year	Hybrid	40
2	Foundation Course in Palliative medicine	20 sessions	Online	100
3	Foundation Course in Palliative nursing	18 sessions	Online	100-125
4	Foundation Course in Palliative care-psychosocial interventions(basics)	16 sessions	Online	50-75
5	Foundation Course in Palliative care for CHOs	13 sessions	Online	100
6	Refresher Course in Palliative Medicine	19 sessions	Online	50
7	Essentials of Palliative Medicine for Pulmonologists	11 sessions	Online	50
8	Respiratory Master class for Palliative Care Physicians	09 sessions	Online	30
9	Web-based Pain Management Education Program for Oncologists	09 sessions	Online	30
10	Essentials of Palliative Care for Physiotherapists	18 sessions	Online	30
11	Essentials of Palliative care-India (Doctors)	04 months	Online	NA
12	Essentials of Palliative care-India (Nurses)	04 months	Online	NA
13	Integrated Basic and advanced course in Palliative medicine	03 months	Online	30
14	Foundation Course in Pain & Palliative medicine	10 days	onsite	20
15	Foundation course in Palliative Nursing	10 days	onsite	20
16	Six weeks Certificate Course in Pain & Palliative Medicine	6 weeks	onsite	10
17	Six weeks Certificate Course in Palliative Nursing	6 weeks	onsite	10
18	Certificate Course in Community Palliative Nursing	4 months	onsite	20

കൂടുതൽ വിവരങ്ങൾക്ക് - education@palliumindia.org. Ph : 8589998760

കോഴിക്കോട് ഇനിഷ്യേറ്റീവ് ഇൻ പാലിയേറ്റീവ് കെയർ പ്രവർത്തനങ്ങൾ

ദീർഘകാല രോഗങ്ങൾ കൊണ്ട് യാതന അനുഭവിക്കുന്ന രോഗികൾക്കും, അവരുടെ കുടുംബാംഗങ്ങൾക്കും ആശ്വാസമേകുക എന്ന ലക്ഷ്യത്തോടെ രോഗീ പരിചരണത്തിന് പ്രാദേശിക സമൂഹത്തെ പ്രാപ്തരാക്കുന്നതിന് വേണ്ടി കോഴിക്കോട് ജില്ലയിൽ പ്രവർത്തിച്ച് വരുന്ന 81 പാലിയേറ്റീവ് യൂണിറ്റുകളുടെ ജില്ലാതല കൂട്ടായ്മയാണ് 2004 ൽ സൊസൈറ്റീസ് പ്രകാരം രൂപീകൃതമായ കോഴിക്കോട് ഇനീഷ്യേറ്റീവ് ഇൻ പാലിയേറ്റീവ് കെയർ (KIP) അഥവാ കിപ്പ്. പ്രാദേശിക സാന്ത്വന പരിചരണ കേന്ദ്രങ്ങളുടെ പരിചരണത്തിന്റെ മേന്മ വർദ്ധിപ്പിക്കുന്നതിനാവശ്യമായ പ്രവർത്തനങ്ങൾ ഏകോപിപ്പിക്കുകയും അതിനാവശ്യമായ കർമ്മപദ്ധതികൾ ആവിഷ്കരിച്ച് മാർഗ്ഗനിർദ്ദേശങ്ങൾ ലഭ്യമാക്കുകയും, യൂണിറ്റുകൾ തമ്മിലുള്ള കൊടുക്കൽ വാങ്ങലുകൾക്ക് ഇടനിലക്കാരായി പ്രവർത്തിക്കുകയും, സർക്കാർ സർക്കാരിതര ഏജൻസികളുടെ സാന്ത്വന പരിചരണ പ്രവർത്തനങ്ങളെ ഏകോപിപ്പിക്കുകയും ചെയ്യുന്നതിനാണ് KIP മുൻഗണന നൽകിയിട്ടുള്ളത്.

KIP ൽ അഫിലിയേറ്റ് ചെയ്തിട്ടുള്ള യൂണിറ്റുകളിൽ സ്ഥിരമായി NHC യും DHCയും VHCയും ഒ.പിയും നടക്കുന്നുണ്ട്. കൂടാതെ ചില യൂണിറ്റുകളിൽ IP, Physiotherapy Centre, Psychiatry Day care, Rehabilitation Centre പോലുള്ള സംവിധാനങ്ങളും നിലവിലുണ്ട്. രോഗികൾക്കാവശ്യമായ സൈക്കോസോഷ്യൽ സപ്പോർട്ടും നൽകി വരുന്നുണ്ട്.

2023-25 കാലയളവിലേക്കായി 17 അംഗങ്ങളുള്ള പുതിയ ഭരണസമിതി രൂപീകരിച്ചു. ഭാരവാഹികളായി അബ്ദുൾ മജീദ് നരിക്കുനി (ചെയർമാൻ), ശശി കൊളോത്ത് (വൈസ് ചെയർമാൻ), നിസാർ അഹമ്മദ് ബിജുമോൻ (ജന. സെക്രട്ടറി), സുഹാസ് നമ്പാത്ത് (സെക്രട്ടറി), മറിയാമ്മ ബാബു (സെക്രട്ടറി), ഒ.ടി. സുലൈമാൻ (ട്രഷറർ) എന്നിവരെ തെരഞ്ഞെടുത്തു.

KIP ൽ രജിസ്റ്റർ ചെയ്ത യൂണിറ്റുകളുടെ എണ്ണം വർദ്ധിച്ചതിനാൽ യൂണിറ്റ് കേന്ദ്രീകരിച്ചുള്ള പ്രവർത്തനം സുഗമമാക്കുന്നതിനായി 11 ഏരിയകളാക്കി പുനഃക്രമീകരിച്ചു. കിപ്പിൽ നിന്നുള്ള നിർദ്ദേശങ്ങൾ യൂണിറ്റുകളിൽ അറിയിക്കുന്നതിനും, പ്രവർത്തനങ്ങൾ വിലയിരുത്തുന്നതിനുമായി ഏരിയ കമ്മറ്റി രൂപീകരിക്കുകയും ചെയർമാൻ, സെക്രട്ടറി എന്നിവരെ തെരഞ്ഞെടുത്ത് ചുമതലകൾ ഏൽപ്പിക്കുയും ചെയ്തു. യൂണിറ്റുകളിൽ രജിസ്റ്റർ ചെയ്യപ്പെട്ട മുഴുവൻ രോഗികൾക്കും 'Total Care' ഉറപ്പ് വരുത്തുക എന്ന ലക്ഷ്യത്തോടെ കൃത്യമായ മൊഡ്യൂൾ തയ്യാറാക്കി യൂണിറ്റ്, ഏരിയ തല ശില്പശാലകൾ നടത്തി വരുന്നു. ഇതിന്റെ ഭാഗമായി എല്ലാ യൂണിറ്റുകളിലും ഒരു ഏകീകൃത കേസ് ഷീറ്റ് തയ്യാറാക്കി പ്രാവർത്തികമാക്കി.

പരിശീലകർക്കായി KIP ഒരു പരിശീലന കൈപ്പു

സ്തകം തയ്യാറാക്കി. ഇതിന്റെ രണ്ടാം പതിപ്പ് 17 ഫെബ്രുവരി 2024 ന് കോഴിക്കോട് മെഡിക്കൽ കോളേജ് പ്രിൻസിപ്പാൾ ഡോ.അശോകൻ പ്രകാശനം ചെയ്തു. യൂണിറ്റുകളിലെ വളണ്ടിയർമാർക്ക് കൃത്യമായി പരിശീലനം നൽകുന്നതിനായി സോണൽ തലത്തിൽ പരിശീലകരെ കണ്ടെത്തി പരീശീലനം നൽകി വരുന്നു. രോഗീ പരിചരണത്തിൽ കുടുംബാംഗങ്ങളെ ശാക്തീകരിക്കുക എന്ന ലക്ഷ്യത്തോടെ തലമുടി മുതൽ കാല്പാദം വരെ എങ്ങനെ പരിചരിക്കാം എന്ന് വിശദമാക്കുന്ന "ഗൃഹകേന്ദ്രീകൃത പരിചരണം" എന്ന പേരിൽ കൈപുസ്തകം പ്രസിദ്ധികരിച്ചു. ജീവനക്കാരുടെ സാമ്പത്തിക സുരക്ഷ ലക്ഷ്യമാക്കി ഇൻഷുറൻസ് പരിരക്ഷ, ഗ്രൂപ്പ് ഡെപ്പോസിറ്റ് സ്കീം എന്നിവ ഏർപ്പെടുത്തി.

കിപ്പ് നിലവിൽ ലക്ഷ്യമാക്കുന്നത് "സാന്ത്വന പരിചരണത്തിന് സാമൂഹ്യ പങ്കാളിത്തം" എന്ന ലക്ഷ്യത്തിലേക്ക് വരുന്നതിനുള്ള പ്രവർത്തനങ്ങളാണ് പ്ലാൻ ചെയ്ത് വരുന്നത്. രജിസ്റ്റർ ചെയ്ത എല്ലാ രോഗികൾക്കും നിലവിലുള്ളതിനേക്കാൾ കൂടുതൽ മെച്ചപ്പെട്ട പരിചരണം ലഭ്യമാക്കുന്നതിന് ആവശ്യമായ പരിശീലന പരിപാടികളും, ഹോംകെയർ ശാക്തീകരണം പോലുള്ള പ്രവർത്തനങ്ങളുമാണ് നടത്തികൊണ്ടിരിക്കുന്നത്. അതിന്റെ ഭാഗമായാണ് നിലവിൽ "പരിചരണവും പരിശീലനവും ഗുണമേന്മയോടെ" എന്ന ക്യാംപയിൻ യൂണിറ്റുകൾ ശില്പശാലകളായി നടത്തി വന്നിട്ടുള്ളത്. 2020-21 ൽ കിപ്പിന് കീഴിലുള്ള യൂണിറ്റുകളിൽ അനുവർത്തിക്കേണ്ട നയനിലപാടുകളും, മാർഗനിർദ്ദേശങ്ങളും സംബന്ധിച്ച് മാർഗരേഖ തയ്യാറാക്കി പ്രസിദ്ധീകരിച്ചിട്ടുണ്ട്. ഈ മാർഗരേഖ അടിസ്ഥാനമാക്കിയുള്ള പ്രവർത്തനങ്ങളാണ് യൂണിറ്റുകൾ നടത്തേണ്ടതെന്നുള്ളത് ജില്ലാ സമിതി കൃത്യമായി നിരീക്ഷിച്ച് വരുന്നുണ്ട്. ജില്ലാ സമിതി ഏരിയാസമിതി വഴി നിർദ്ദേശിക്കുന്ന കാര്യങ്ങൾ യൂണിറ്റുകളിൽ നടപ്പിലാക്കുന്നു എന്നുള്ളത് കൃത്യമായി ശ്രദ്ധിക്കാറുണ്ട്.

സമൂഹത്തിലുള്ള എല്ലാ പാലിയേറ്റീവ് കെയർ സംവിധാനങ്ങളും, നമ്മുടെ പാലിയേറ്റീവ് കെയർ രോഗികൾക്ക് ഗുണപ്രദമായി മാറുന്ന രീതിയിലുള്ള സമീപനമാണ് കിപ്പ് സ്വീകരിച്ചിട്ടുള്ളത്. പ്രത്യേകമായ ജാതിയോ, രാഷ്ട്രീയമോ മതപരമായ താല്പര്യങ്ങളുള്ള സംവിധാനങ്ങൾ കിപ്പിൽ രജിസ്റ്റർ ചെയ്യാതിരിക്കാൻ പ്രത്യേകം നിഷ്കർഷ പുലർത്തി വരുന്നു.

അബ്ദുൾ മജീദ് നരിക്കുനി (ചെയർമാൻ)

നിസാർ അഹമ്മദ് ബിജുമോൻ (ജന. സെക്രട്ടറി)

ഇൻസ്റ്റിറ്റ്യൂട്ട് ഓഫ് പാലിയേറ്റീവ് മെഡിസിൻ (IPM)

കോഴ്സുകളും ട്രെയിനിംഗുകളും

S.No	Name of Course	Duration	Course Fee	Mode	Batch Intake
1	Fellowship in Palliative Care	6 Months	9000	Online	210+
2	Foundations of Palliative Care	24 hours	2400	Online	70+
3	National Fellowship in Palliative Medicine	1 Year	40000	Online+20 Days Clinical posting	60+
4	National Fellowship in Palliative Nursing	1 Year	20000	Online+20 Days Clinical posting	3-8
5	Basic Certificate Course in Palliative Medicine	42 days	10000	Hybrid	12+
6	Basic Certificate Course in Palliative Nursing	42 days	7500	Hybrid	5-7
7	Basic Certificate Course in Palliative Auxiliary Nursing	6 Months	10000	Offline	9
8	Footprints Rehabilitation Camp	3 days	NIL	Offline	10-20
9	Samvedanam	3 Hours	NIL	Offline	30-40
10	TOT	20 hours	500	Offline	30-40
11	Foundation Course in Psycho social Support	6 Months	NIL	Offline	40-50
12	Foundation Course in Palliative Medicine	13 days		Hybrid	10-20
13	Foundation Course in Palliative Nursing	13 days		Hybrid	10-20
14	Bereavement Companionship Programme	2 Days	300	Offline	20+
15	Death Cafe	2-3 hours	100	Offline	15+
16	Living Well Dying Well	1 Day		Offline	20-30
17	Communication Workshop(Volunteers and Staff)	3 days	NIL	Offline	20-30
18	Visiting Delegate Orientation	2- 3 hours	NIL	Offline	
19	Bruce Davis Gold Medal Examination	December	NIL	Hybrid	5 (Final Examination)
20	Emotional Well-being (Volunteers)	5 days	NIL	Offline	20-25
21	SIPC Orientation	1 hour	NIL	Offline	
22	Master Class - Fellowship in Palliative Care	5 days		Offline	70+
23	Internship		500 for 7 days	Offline	
24	Observership (For medical professionals)	10 days	1000	Offline	
25	House surgency posting (MBBS, BDS, Bsc Nursing)	6 -10 days		Offline	

ഹോം കെയറുകൾ പാലിയേറ്റീവ് കെയറിന്റെ നട്ടെല്ല്

ബിനി എം.എൻ.

ദീർഘകാല ദുരിതമനുഭവിക്കുന്ന വ്യക്തിക്കും കുടുംബത്തിനും രോഗപീഡകൾ തീർത്ത ശാരീരിക പ്രയാസങ്ങൾക്ക് ആശ്വാസമാവാനും രോഗം കുടുംബത്തിൽ വിതച്ച സാമ്പത്തിക, സാമൂഹിക, ആത്മീയ, മാനസിക പ്രയാസങ്ങൾക്ക് ഒരു പരിധിവരെയെങ്കിലും ആശ്വാസമായി, രോഗം വന്ന വ്യക്തിയുടെയും കുടുംബത്തിന്റെയും ജീവിത ഗുണനിലവാരം മെച്ചപ്പെടുത്തുന്നതിനും പാലിയേറ്റീവ് ഹോം കെയർ സംവിധാനങ്ങൾ വളരെയധികം പ്രാധാന്യമർഹിക്കുന്നു.

ഒരു വ്യക്തിക്ക് അസുഖം കണ്ടുപിടിച്ചതു മുതൽ വ്യക്തിയുടെയും കുടുംബത്തിന്റെയും കൂടെ തുടക്കം മുതലുള്ള സഹയാത്രയാണല്ലോ പാലിയേറ്റീവ് കെയർ. വ്യക്തിയുടെ ജീവിതത്തിലേക്കുള്ള തിരിച്ചു വരവിനായാലും ചില മഹാമാരി കൊണ്ട് മരണത്തിലേക്കായാലും, പാലിയേറ്റീവ് സഹയാത്ര വരാൻ പോകുന്ന കുറെ പ്രയാസങ്ങളെ നേരത്തേ മനസിലാക്കി കുറച്ചു കൊണ്ടുവരാൻ സഹായിക്കുന്നു.

പാലിയേറ്റീവ് പരിശീലനം ലഭിച്ച ടീമാണ് ഹോം കെയറിൽ പങ്കെടുക്കുന്നത്. ഡോക്ടർമാർ, നഴ്സുമാർ, വളണ്ടിയർമാർ, ഫിസിയോതെറാപ്പിസ്റ്റുമാർ തുടങ്ങി വിദഗ്ധ പാലിയേറ്റീവ് പരിശീലകർ വീടുകളിലേക്ക് എത്തുന്നു. ആശയവിനിമയത്തിൽ പോലും പരിശീലനം ആർജിച്ചവരാണ് നമ്മുടെ ടീമിൽ ഉള്ളത്.

രോഗപീഡകൾ അനുഭവിക്കുന്ന വ്യക്തിക്കും കുടുംബത്തിനും ഹോം കെയറുകളിൽ അവരുടെ മനസ്സ് തുറക്കാനും പ്രയാസങ്ങൾ മുൻഗണനാടിസ്ഥാനത്തിൽ പരിഹരിച്ചു കൊടുക്കാനും കഴിയുന്നു. കൂടാതെ, ആശുപത്രിയിലേക്കുള്ള ദുരിതപൂർണ്ണമായ യാത്രകളും കിടത്തിച്ചികിത്സയും പരമാവധി കുറയ്ക്കാൻ സാധിക്കുന്നു എന്നതാണ് ഹോം കെയർ കൊണ്ടുണ്ടാവുന്ന ഗുണങ്ങൾ.

ഓരോ വ്യക്തിയും ദീർഘകാല ആശുപത്രി വാസം കഴിഞ്ഞ് വീട്ടിലേക്ക് വരുമ്പോൾ കൂടെ ഒരുപാട് ശാരീരിക പ്രശ്നങ്ങളുമായിട്ടാണ് വരുന്നത്. കിടപ്പിലായതു കൊണ്ടു വരുന്ന മുറിവുകൾ, മലമൂത്ര വിസർജ്ജന പ്രയാസങ്ങൾ, പലതരം ട്യൂബുകൾ, പരിചരണ അറിവില്ലായ്മ, അടിസ്ഥാന പരിചരണക്കുറവ് ഇങ്ങനെ നീളുന്നു. ശാരീരിക പ്രശ്നങ്ങൾക്ക് പുറമെയുള്ള മറ്റു പ്രശ്നങ്ങൾ, പ്രയാസങ്ങൾ, ഒറ്റപ്പെടൽ, ആൾബലക്കുറവ്, എല്ലാറ്റിനും പരിഹാരമാവുന്ന, സ്ഥാപന ചികിത്സകൾ പലപ്പോഴും പല പരിമിതികൾ മൂലം വ്യക്തി, കുടുംബപരമായ കാര്യങ്ങളിൽ വേണ്ടത്ര ശ്രദ്ധ ചെലുത്താൻ കഴിയുന്നില്ല; എന്നാൽ വീടുകളിൽ ഒരു ഹോം കെയർ ടീം എത്തുമ്പോൾ തങ്ങൾക്ക് ആരൊക്കെയോ ഉണ്ടെന്ന തോന്നലുണ്ടാവുന്നു. അനുതാപപൂർവ്വമായ പരിചരണം പാലിയേറ്റീവ് ഹോം കെയറിന്റെ മുഖമുദ്രയാണ്.

വിവിധ തരം ഹോം കെയറുകൾ:

1. നഴ്സസ് ഹോം കെയർ
2. ഡോക്ടർ ഹോം കെയർ
3. വളണ്ടിയർ ഹോം കെയർ
4. ഫിസിയോതെറാപ്പി ഹോം കെയർ

(അടുത്ത ലക്കം: നഴ്സസ് ഹോം കെയർ)

വഴിവിളക്ക്

ഫൈസൽ ഇടക്കര

വിവിധതരം രോഗങ്ങൾ ബാധിച്ചും വൈകല്യം സംഭവിച്ചും ദീർഘകാലം വിലകൂടിയ മരുന്നുകൾ കഴിച്ചും ജീവിതകാലം മുഴുവൻ യാതന അനുഭവിക്കേണ്ടിവരുന്ന ഒട്ടേറെ രോഗികളും കുടുംബവുമാണ് പാലിയേറ്റീവ് കെയർ യൂണിറ്റുകൾ വഴി രജിസ്റ്റർ ചെയ്തിരിക്കുന്നത്. സാധാരണ ജീവിതം ദുരിതപൂർണമായി തീരുന്ന രോഗികളെയും അവരുടെ കുടുംബങ്ങളെയും സഹായിക്കുന്നതിന് സർക്കാർ കാലാകാലങ്ങളായി പലതരത്തിലുള്ള ചികിത്സാ പദ്ധതികളും സഹായങ്ങളും ആവിഷ്കരിച്ച് നടപ്പിലാക്കുന്നുണ്ട്.

എന്നാൽ ഈ ആനുകൂല്യങ്ങൾ ലഭിക്കുന്നതിന് അപേക്ഷാഫോറം എവിടെ നിന്ന് ലഭിക്കും, അപേക്ഷ സമർപ്പിക്കേണ്ടത് എവിടെയാണ്, അപേക്ഷയോടൊപ്പം എന്തെല്ലാം രേഖകളാണ് ഹാജരാക്കേണ്ടത്, എന്നിങ്ങനെ ഒട്ടേറെ കാര്യങ്ങളിൽ വ്യക്തമായ അറിവില്ലാത്തതിനാൽ അർഹരായ പലർക്കും ഇവ ലഭിക്കാതെ പോകുന്നു. ഒരു പാലിയേറ്റീവ് പ്രവർത്തകൻ എന്ന നിലയിൽ, അർഹരായവർക്ക് അത് ലഭ്യമാക്കുക എന്നത് ഓരോരുത്തരുടെയും ഉത്തരവാദിത്വമാണ്. ഇത്തരം പ്രശ്നങ്ങൾക്ക് കഴിയുന്നത്ര പരിഹാരം ഉണ്ടാകണം എന്ന ലക്ഷ്യത്തോടെയാണ് ഈ പംക്തി ആരംഭിക്കുന്നത്.

ക്യാൻസർ പെൻഷൻ

(സാമ്പത്തികമായി പിന്നോക്കം നിൽക്കുന്ന ക്യാൻസർ രോഗികൾക്കുള്ള സാമ്പത്തിക സഹായ പദ്ധതി)

ക്യാൻസർ രോഗത്തിന് സംസ്ഥാനത്തെ ആശുപത്രികളിൽ നിലവിൽ ചികിത്സിച്ചു കൊണ്ടിരിക്കുന്നവരും കുടുംബത്തിന്റെ വാർഷിക വരുമാനം ഒരു ലക്ഷം രൂപയ്ക്ക് താഴെ ഉള്ളതുമായ രോഗികൾക്കാണ് ഈ സഹായ പദ്ധതിക്ക് അർഹതയുള്ളത്. അപേക്ഷ സമർപ്പിക്കുന്ന തീയതിക്ക് കേരളത്തിൽ ഒരു വർഷത്തിൽ കൂടുതൽ സ്ഥിരതാമസം ഉള്ളവരിൽ നിർധനരായ എല്ലാ കാൻസർ രോഗികൾക്കും ഈ പദ്ധതി അനുസരിച്ചുള്ള സഹായത്തിന് അപേക്ഷ സമർപ്പിക്കാവുന്നതാണ്.

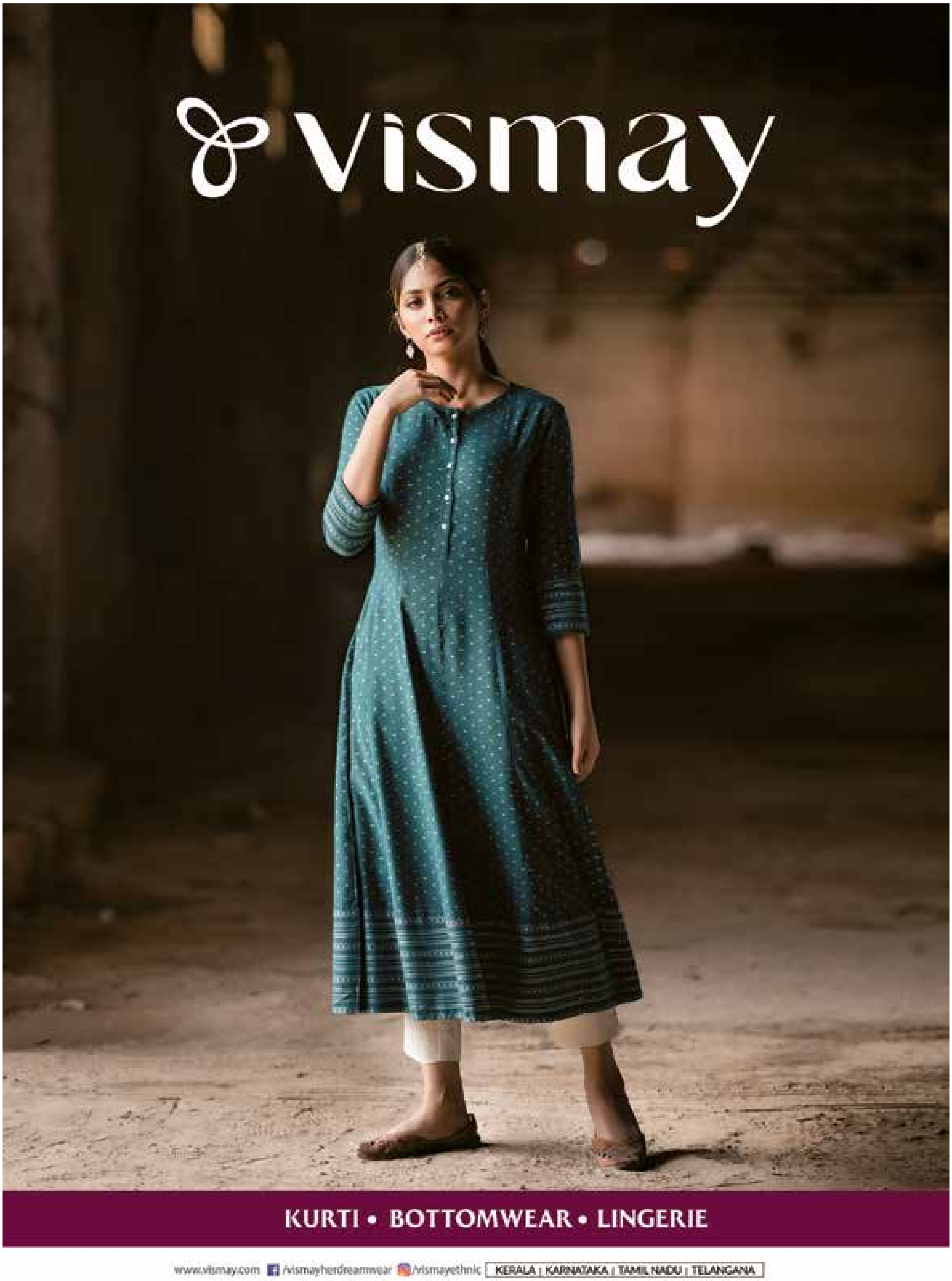
അപേക്ഷയോടൊപ്പം സമർപ്പിക്കേണ്ട രേഖകൾ:

1. വില്ലേജ് ഓഫീസിൽ നിന്നും വാർഷിക വരുമാനം ഒരു ലക്ഷം രൂപയ്ക്ക് താഴെ എന്ന് തെളിയിക്കുന്ന വരുമാന സർട്ടിഫിക്കറ്റ്.
2. നിശ്ചിത ഫോമിൽ അസിസ്റ്റന്റ് സർജൻ പദവിയിൽ താഴെയല്ലാത്ത മെഡിക്കൽ ഓഫീസറുടെ വ്യക്തി ക്യാൻസർ രോഗിയാണെന്നും ആറു മാസത്തേക്ക് എങ്കിലും ചികിത്സ ആവശ്യമാണെന്നും ഉള്ള സർട്ടിഫിക്കറ്റ്.
3. റേഷൻ കാർഡ്, ആധാർ കാർഡ്, ബേങ്ക് പാസ്ബുക്കിന്റെ പകർപ്പ് എന്നിവ സഹിതം അക്ഷയ കേന്ദ്രങ്ങളിലൂടെ വില്ലേജ് ഓഫീസർക്ക് അപേക്ഷ സമർപ്പിക്കണം. പന്ത്രണ്ടാം മാസം അപേക്ഷ പുതുക്കി നൽകണം.
4. പൂരിപ്പിച്ച അപേക്ഷയോടൊപ്പം അപേക്ഷകന്റെ ഫോൺ നമ്പർ കൂടി ലഭ്യമാക്കണം.
5. പ്രതിമാസം ആയിരം രൂപയാണ് സാമ്പത്തിക സഹായമായി ലഭിക്കുന്നത്.
6. അപേക്ഷ ഫോറം അക്ഷയ സെന്ററിൽ ലഭ്യമാണ്

നമ്മൾ ചെയ്യുന്നതെന്തും
വിലപ്പെട്ടതാണ്
വരിക്കാരാവുക വരിചേർക്കുക
സഹയാത്ര
o പാലിയേറ്റീവ് കെയർ ആരംഭിക്കുന്നവർക്ക് വഴികാട്ടി
o മൂല്യവത്തായ സംഘാടനം
o ഗുണമേന്മയുള്ള പരിചരണം
o നഴ്സസ് ഹോം കെയർ പഠനം
o സൈക്കോ സോഷ്യൽ സപ്പോർട്ട് പഠനം
o IAPC കേരളയുടെ മുഖ മാസിക
ബാങ്ക് അക്കൗണ്ട് വിവരങ്ങൾ
A/c. No.: 67035882869 / IFSC : SBIN0070165
Indian Association of Palliative Care
State Bank of India, Thrissur Round South Branch
വരിസംഖ്യ
ഒറ്റ കോപ്പി 30 രൂപ
ഒരു വർഷത്തേയ്ക്ക് 300 രൂപ മാത്രം
തുക അക്കൗണ്ടിലേക്ക് അയച്ച് അഡ്രസ്സ്, പിൻകോഡ് സഹിതം 70124 05830 എന്ന നമ്പറിലേക്ക് വാട്സ്അപ് ചെയ്യുക.

Sahayatra Monthly,
Published June 5, 2024
വില 30 രൂപ

RNI.No.KERMAL/2009/30023
Registered KL/TV(N)/657/2024-26
Licensed to post WPP KL/TV(N)/WPP/242/2024-26



Printed & Published by Dr. M.R Rajagopal on behalf of IAPC, Kerala and printed at St. Joseph's Press,Vazhuthacaud, Thiruvananthapuram - 695014 for Chasimar, Convent Lane, G.H. Junction, Thiruvananthapuram – 695001 and published at TC 14/603, Santhi, PJRRA-65, Pothujanam Lane, Kumarapuram, Medical College P.O, Thiruvananthapuram – 695 011. Editor: Dr. M.R. Rajagopal.