സഞ്ചിക
1

കേരളം
INTERNATIONAL CONGRESS ON KERALA STUDIES

അഞ്ചാം അന്താരാഷ്ട്ര കേരള പഠനകോൺഗ്രസ്

കേരളത്തിലെ ആരോഗ്യമേഖല

ദ്വിദിന സെമിനാർ

2024 ആഗസ്റ്റ് 25-26 • സി.എം.എസ്. കോളേജ് • കോട്ടയം

ടി.കെ. സ്മാരക പഠനഗവേഷണകേന്ദ്രം, കോട്ടയം
എ.കെ.ജി. പഠനഗവേഷണകേന്ദ്രം • തിരുവനന്തപുരം

മുഖ്യമന്ത്രിയുടെ സംരംഭക വികസന പദ്ധതി

KFC കേരള ഫിനാൻഷ്യൽ കോർപ്പറേഷൻ
we finance your dream

ചെറുകിട ഇടത്തര വ്യവസായ സംരംഭകർക്ക് 2 കോടി വരെ

5%

പലിശ നിരക്കിൽ വായ്പ

പദ്ധതി ചിലവിന്റെ 90% വരെ വായ്പ

സ്റ്റാർട്ടപ്പുകൾക്ക് 5.6% നിരക്കിൽ വായ്പ

നോർക്കയുടെ പ്രവാസി വായ്പ 2% നിരക്കിൽ

കൂടുതൽ വിവരങ്ങൾക്ക്

ടോൾ ഫ്രീ നമ്പർ : 1800 425 8590

Apply online at www.kfc.org

ഫോൺ നമ്പർ :+91 471 2737 566 / 500
email:cmedp@kfc.org

Head Office: Vellayambalam
Thiruvananthapuram
Kerala- 33, India

INTERNATIONAL
CONGRESS ON
KERALA STUDIES

അഞ്ചാം അന്താരാഷ്ട്ര
കേരള പഠനകോൺഗ്രസ്
2024 ആഗസ്റ്റ് 25-26 • കോട്ടയം

കേരളത്തിലെ ആരോഗ്യമേഖല
ദ്വിദിന സെമിനാർ

പ്രസിദ്ധീകരണം
എ.കെ.ജി. പഠനഗവേഷണകേന്ദ്രം
തിരുവനന്തപുരം
കാട്ടായിക്കോണം വി ശ്രീധർ പഠനഗവേഷണ കേന്ദ്രം
തിരുവനന്തപുരം

കവർ ഡിസൈൻ & ലേ-ഔട്ട്
ഗോഡ്ഫ്രെയ്സ് ഗ്രാഫിക്സ്

കോപ്പി: 500

അച്ചടി
ടൈം ഓഫ്സെറ്റ് പ്രിന്റേഴ്സ്, തിരുവനന്തപുരം

സഞ്ചിക
1

INTERNATIONAL
CONGRESS ON
KERALA STUDIES

അഞ്ചാം അന്താരാഷ്ട്ര കേരള പഠനകോൺഗ്രസ്

കേരളത്തിലെ ആരോഗ്യമേഖല

ദ്വിദിന സെമിനാർ

2024 ആഗസ്റ്റ് 25-26 • സി.എം.എസ്. കോളേജ് • കോട്ടയം

ടി.കെ. സ്മാരക പഠനഗവേഷണകേന്ദ്രം, കോട്ടയം
എ.കെ.ജി. പഠനഗവേഷണകേന്ദ്രം • തിരുവനന്തപുരം

മുഖവുര

എകെജി പഠന ഗവേഷണ കേന്ദ്രത്തിന്റെ നേതൃത്വത്തിൽ അഞ്ചാമത് കേരള അന്താരാഷ്ട്ര പഠന കോൺഗ്രസ് നടത്താൻ തീരുമാനിച്ചിട്ടുണ്ട്. കേരളം വിവിധ മേഖലകളിൽ നേടിയ നേട്ടങ്ങളും അതിന്റെ ഭാഗമായി നമുക്കുണ്ടായ അനുഭവങ്ങളും വിശകലനം ചെയ്തു മുന്നോട്ടുള്ള പ്രയാണത്തിൽ കേരളം നേരിടുന്ന പ്രശ്നങ്ങളും അവ അഭിമുഖീകരിക്കേണ്ടത് എങ്ങനെയെന്നുള്ള അന്വേഷണവും നിരന്തരമായി നടക്കേണ്ടതുണ്ട്. കൂട്ടായ ശ്രമങ്ങളിലൂടെ നാം നേടിയ നേട്ടങ്ങൾ നിലനിർത്താനും കൂടുതൽ മെച്ചപ്പെടുത്താനും പരിമിതികൾ കണ്ടെത്തി മറികടക്കാനും വിപുലവും വിശാലവും ആഴത്തിലുള്ളതുമായ അന്വേഷണങ്ങൾ നടക്കേണ്ടതുണ്ട്. അത്തരം അന്വേഷണങ്ങൾക്കായുള്ള തുറന്ന സംവാദവേദിയാണ് പഠനകോൺഗ്രസ്.

1994, 2005, 2011, 2015 വർഷങ്ങളായി 4 പഠന കോൺഗ്രസ്സുകൾ നടന്നുകഴിഞ്ഞു. രാഷ്ട്രീയ സമൂഹവും അക്കാദമിക സമൂഹവും ഒരുമിച്ചിരുന്നു ഉള്ളുതുറന്ന ചർച്ചകളിലൂടെ ഇന്നലെകളിലേയും ഇന്നിന്റെയും യാഥാർഥ്യങ്ങളെ വിശകലനം ചെയ്തു നാളെക്കായി ഉള്ള ആശയങ്ങൾ രൂപപ്പെടുത്തുകയാണ് പഠന കോൺഗ്രസ്സുകൾ ചെയ്യുന്നത്.

5-ാമത് കേരള പഠന കോൺഗ്രസിന്റെ മുന്നോടിയായി 20 വ്യത്യസ്തങ്ങളായ വിഷയങ്ങൾ ആഴത്തിൽ ചർച്ച ചെയ്യാൻ ആഗ്രഹിക്കുന്നു. ഇതിന്റെ ഭാഗമായിട്ടാണ് കേരളത്തിന്റെ ആരോഗ്യ മേഖലയെക്കുറിച്ച് രണ്ട് ദിവസത്തെ സെമിനാർ 2024 ആഗസ്റ്റ് 25, 26 തീയതികളിൽ കോട്ടയത്തുവച്ച് ടി.കെ. രാമകൃഷ്ണൻ പഠന ഗവേഷണ കേന്ദ്രവുമായി സഹകരിച്ച് നടത്തുന്നത്.

ഈ സെമിനാറിൽ അവതരിപ്പിക്കുന്ന 198 പ്രബന്ധങ്ങളുടെ സംഗ്രഹ സമാഹാരങ്ങൾ രണ്ട് സഞ്ചികളായി സമാഹരിച്ചിരിക്കുന്ന ഒന്നാം സഞ്ചികയാണിത് . അവയെല്ലാം സമ്മേളനങ്ങളുടെ അടിസ്ഥാനത്തിൽ തരംതിരിച്ചാണ് ഉൾക്കൊള്ളിച്ചിട്ടുള്ളത്. ഇത് വിവിധ സെഷനുകളിലെ പ്രബന്ധങ്ങൾ കണ്ടുപിടിക്കാൻ പ്രതിനിധികൾക്കു സഹായകരമായിരിക്കും.

നിയോലിബറൽ നയങ്ങളുടെ വെല്ലുവിളി

ഈ സെമിനാർ നടക്കുന്നത് പൂർണ്ണമായും നിയോലിബറൽ കാഴ്ചപ്പാടിനനുസരിച്ച് ദേശീയ ആരോഗ്യ നയം 2017-ൽ ബിജെപി അഴിച്ചുപണിതതിന്റെ പശ്ചാത്തലത്തിലാണ്. ഇതോടൊപ്പം കണക്കിലെടുക്കേണ്ടുന്ന ഒന്നാണ് നീതി ആയോഗ് ആരോഗ്യ മേഖലയെ

1:25

ക്കുറിച്ച് തയ്യാറാക്കിയിട്ടുള്ള കുറിപ്പുകൾ. ഇവ കേരളത്തിന്റെ ആരോഗ്യ മേഖലയെക്കുറിച്ച് നമ്മൾ മുന്നോട്ടുവയ്ക്കുന്ന കാഴ്ചപ്പാടുകൾക്ക് വിരുദ്ധമാണ്.

- സർക്കാരിന്റെ ആരോഗ്യ ചെലവുകൾ ഗണ്യമായി ഉയർത്തുന്നതിനെക്കുറിച്ച് പുതിയ രേഖയിൽ പ്രതിപാദിക്കുന്നുണ്ട്. പുതിയ ആരോഗ്യ നയം 2025 ആകുമ്പോൾ ജിഡിപിയുടെ 2.5 ശതമാനമായി ആരോഗ്യ ചെലവ് ഉയർത്താൻ ലക്ഷ്യമിടുന്നു. പക്ഷേ, ഇപ്പോഴും ഈ തോത് ഏതാണ്ട് 1 ശതമാനം മാത്രമാണ്.
- പൊതു ആരോഗ്യ മേഖലയെ ശക്തിപ്പെടുത്തുക വഴി സാർവ്വത്രിക ആരോഗ്യ പരിരക്ഷ ലക്ഷ്യമിട്ടിരുന്ന പഴയ ആരോഗ്യ നയത്തിനു പകരം ഇൻഷുറൻസിന്റെ അടിസ്ഥാനത്തിൽ ആരോഗ്യ പരിരക്ഷ കൂടുതൽ കൂടുതൽ സ്വകാര്യമേഖലയിലേക്ക് നീക്കുന്നതിനാണ് പുതിയ രേഖകൾ ലക്ഷ്യമിടുന്നത്.
- ആരോഗ്യവ്യവസായത്തിന്റെ സാധ്യതകളെയാണ് പുതിയ കാഴ്ചപ്പാട് തേടുന്നത്. ഹീൽ ഇന്ത്യ പദ്ധതിയുടെ ഭാഗമായി വ്യവസായമേഖലയിലെ സ്പെഷ്യൽ ഇക്കോണമിക് സോണുകളുടെ മാതൃകയിൽ ആശുപത്രികളും ഹോട്ടലുകളും ഫിറ്റ്നെസ് സെന്ററുകളും മറ്റും സ്ഥാപിക്കാൻ ലക്ഷ്യമിടുന്നു. വിദേശമൂലധന നിക്ഷേപവും സ്വാഗതം ചെയ്യപ്പെടുന്നു.
- ഔഷധ വ്യവസായം ആരോഗ്യമേഖലയെ സ്വാധീനിക്കുന്ന പ്രധാന ഏജൻസികളിൽ ഒന്നായി മാറിക്കഴിഞ്ഞു. പൊതുമേഖലാ ഔഷധ നിർമ്മാണ കമ്പനികളെല്ലാം അടച്ചുപൂട്ടപ്പെട്ടു. വിദേശ മരുന്നുകമ്പനികൾക്ക് ഔഷധ പരീക്ഷണങ്ങൾ നടത്താൻ ഇന്ത്യയിലേക്ക് ആകർഷിക്കാനുള്ള ശ്രമവുമുണ്ട്.
- സ്വകാര്യ സഹായത്തോടെ ജില്ലാ ആശുപത്രികളെ മെഡിക്കൽ കോളേജുകളാക്കി മാറ്റുകയെന്നതാണ് മറ്റൊരു പരിഷ്കാരം. ഫലത്തിൽ സെക്കണ്ടറി സെക്ടറിലുള്ള പൊതു ആരോഗ്യ സ്ഥാപനങ്ങൾ സ്വകാര്യ നിയന്ത്രണത്തിലേക്കു നീങ്ങും. സ്വാഭാവികമായും ചികിത്സയ്ക്ക് ഉയർന്ന ഫീസും വരും.

നാം പിന്നോട്ട്

മാതൃ-ശിശുമരണ നിരക്ക്, ജീവിതായുസ്, തുടങ്ങിയ ആരോഗ്യ മാനദണ്ഡങ്ങളെല്ലാം മെച്ചപ്പെട്ടിട്ടുണ്ടെന്നാണ് ബിജെപിയുടെ അവകാശവാദം. എന്നാൽ മറ്റു രാജ്യങ്ങളിലുണ്ടായ ആരോഗ്യ പുരോഗതികൂടി നോക്കുമ്പോൾ നാം മുന്നോട്ടല്ല പുറകോട്ടാണ് പോയിട്ടുള്ളത് എന്നു കാണാൻ കഴിയും. ഉദാഹരണത്തിന് ബ്ലൂംബർഗ് രാജ്യങ്ങളുടെ ആരോഗ്യനിലയുടെ സൂചിക പ്രസിദ്ധീകരിക്കാറുണ്ട്. 2015-ൽ ഇന്ത്യയുടെ റാങ്ക് 103 ആയിരുന്നു. 2019-ൽ ഇന്ത്യ ബംഗ്ലാദേശിനും ശ്രീലങ്കയ്ക്കും നേപ്പാളിനും താഴെ 120-ലേക്ക് വീണു. ഇതിനു മുഖ്യകാരണം മോദി അധികാരത്തിൽ വന്നശേഷം ജീവിതായുസിന്റെ വർദ്ധന നാമമാത്രമായതാണ്.

നിയോലിബറൽ കാലത്തെ ആരോഗ്യ നയങ്ങളോടുള്ള ഏറ്റവും നിശിതവിമർശനം കോവിഡ് കാലത്തെ അനുഭവമാണ്. അന്തർദേശീയമായും രാജ്യത്തിനുള്ളിൽ അന്തർസംസ്ഥാനീയമായുമുള്ള താരതമ്യ പഠനങ്ങൾ അടിവരയിട്ട ഒരു കാര്യമുണ്ട് - മെച്ചപ്പെട്ട പൊതു ആരോഗ്യ സംവിധാനങ്ങളുള്ള രാജ്യങ്ങൾക്കും പ്രദേശങ്ങൾക്കും മാത്രമാണ് കോവിഡിനെ ഫലപ്രദമായി പ്രതിരോധിക്കാൻ കഴിഞ്ഞത്. കേരളവും ഇന്ത്യയും തമ്മിലുള്ള താരതമ്യ പഠനങ്ങളും ഇതിലേക്കാണ് വിരൽചൂണ്ടുന്നത്. കേരളത്തിന്റെ കോവിഡ് പ്രതിരോധം ലോകപ്രശസ്തമാണ്. ഇന്ത്യയുടേത് ഏറ്റവും കുപ്രസിദ്ധവും.

അക്കാദമിക് കമ്മിറ്റി വളരെ ചർച്ച ചെയ്ത് പരിശോധിച്ചാണ് പ്രബന്ധങ്ങൾ അച്ചടിയോഗ്യമാക്കിയത്. ഇതുസംബന്ധിച്ച് അക്കാദമിക് കമ്മിറ്റി ചെയർമാന്റെയും കൺവീനറുടെയും പ്രത്യേക കുറിപ്പുണ്ട്. സമാഹാരത്തിന്റെ അച്ചടി വി.ജി. മനമോഹൻ, ശിവരാമകൃഷ്ണൻ, പി. കൃഷ്ണൻ, എസ്. സഞ്ജയൻ എന്നിവരടങ്ങുന്ന എകെജി പഠന ഗവേഷണ കേന്ദ്രത്തിലെ പഠന കോൺഗ്രസ് സെക്രട്ടേറിയറ്റാണ് നിർവ്വഹിച്ചത്.

എസ്. രാമചന്ദ്രൻപിള്ള
ചെയർമാൻ

ടി.എം. തോമസ് ഐസക്
സെക്രട്ടറി

അക്കാദമിക് സമിതി, അഞ്ചാമത് കേരള പഠന കോൺഗ്രസ്
എകെജി പഠന ഗവേഷണ കേന്ദ്രം

മുഖകുറിപ്പ്

മാനുഷിക വികസന സൂചികയിൽ ഒരു നിർണ്ണായക ഘടകമാണ് ആരോഗ്യം. ആരോഗ്യരംഗത്ത് കേരളം, ദേശീയതലത്തിൽ മറ്റു സംസ്ഥാനങ്ങളേക്കാൾ വളരെയേറെ മുന്നിലാണെന്നുമാത്രമല്ല, അന്തർദേശീയ തലത്തിലും പല വികസിത രാജ്യങ്ങൾക്കൊപ്പമാണ്. താരതമ്യേന മെച്ചപ്പെട്ട ഒരു ആരോഗ്യ സംവിധാനം നമുക്ക് ഉണ്ടെങ്കിൽ പോലും അതിസങ്കീർണ്ണമായ ഈ കാലഘട്ടത്തിൽ, ഇതുവരെ കൈവരിച്ച നേട്ടങ്ങൾ നിലനിർത്തി കൂടുതൽ ഗുണമേന്മയുള്ള സേവനങ്ങളും സംവിധാനങ്ങളും നടപ്പിലാക്കി ഒരു നവകേരള സൃഷ്ടിക്ക് നാം ഏറെ മുന്നോട്ട് പോകേണ്ടിയിരിക്കുന്നു. ലോകാരോഗ്യ സംഘടനയുടെ നിർവചനം അനുസരിച്ച് കേരളത്തിലെ ആബാലവൃദ്ധം ജനങ്ങളുടേയും ശാരീരിക, മാനസിക, സാമൂഹിക ആരോഗ്യം ഉറപ്പുവരുത്തുക എന്നത് ഈ രംഗത്ത് പ്രവർത്തിക്കുന്ന ഓരോ വ്യക്തികളുടെയും കടമയാണ്.

പതിറ്റാണ്ടുകളായി നേരിട്ടുകൊണ്ടിരിക്കുന്ന ആരോഗ്യ പ്രശ്നങ്ങൾക്കു പുറമെ വളരെ ഏറെ പുതിയ വെല്ലുവിളികൾ ആണ് ഇന്ന് കേരളം അഭിമുഖീകരിച്ചുകൊണ്ടിരിക്കുന്നത്. ഒരു പക്ഷേ, മൂന്നു പതിറ്റാണ്ടുകൾക്ക് മുൻപ്, കേരളത്തിലെ ജീവിതശൈലി രോഗങ്ങളുടെ ഇന്നത്തെ തോത് ഇത്രയും ഭയാനകമാകുമെന്നത് നമുക്ക് ഊഹിക്കാൻ പോലും സാധിച്ചില്ലാ എന്നത് വാസ്തവമാണ്. ഇന്ന് നമ്മുടെ സംസ്ഥാനത്ത് ഏതെങ്കിലും ഒരു ജീവിതശൈലി രോഗമോ അല്ലെങ്കിൽ അത് പിടിപെടാനുള്ള

ഉയർന്ന സാധ്യതയോ ഇല്ലാത്ത കുടുംബങ്ങളെ കണ്ടെത്തുക അപൂർവമായിരിക്കുകയാണ്. 2016-17 ൽ നടത്തിയ വിപുലമായ പഠനം സൂചിപ്പിക്കുന്നത് 18 നും 64 നും വയസ്സിനിടയിൽ ഉള്ള മലയാളികളിൽ 82.2% ആളുകളിലും ജീവിതശൈലിരോഗങ്ങൾ വരാനുള്ള ഒരു അപകട സൂചന എങ്കിലും ഉണ്ട് എന്നതാണ്. 30% പേർക്ക് ഉയർന്ന രക്ത സമ്മർദ്ദവും 20% പേർക്ക് പ്രമേഹവും ഉണ്ടെന്നും ഇവരിൽത്തന്നെ 40% പേർക്ക് ഉയർന്ന രക്തസമ്മർദ്ദവും പ്രമേഹവും രണ്ടും ഒന്നിച്ചുണ്ട് എന്നും കണ്ടെത്തിയിട്ടുണ്ട്. രോഗം കണ്ടെത്തിയാൽ പോലും 80% പേരും രോഗം നിയന്ത്രിച്ചു നിർത്തുന്നതിൽ പരാജയപ്പെടുന്നു. അതുകൊണ്ടുതന്നെ സങ്കീർണ്ണാവസ്ഥയിലേക്ക് നീങ്ങുകയും വിലയേറിയ ചികിത്സാ സംവിധാനങ്ങളായ കാത്തുലാബുകൾ, ഡയാലിസിസ് കേന്ദ്രങ്ങൾ, ഇന്റൻസീവ് കെയർ യൂണിറ്റുകൾ, പക്ഷാഘാത ചികിത്സാ സംവിധാനങ്ങൾ തുടങ്ങിയവ നടപ്പിലാക്കേണ്ട ബാദ്ധ്യത സംസ്ഥാനത്തിന് ഉണ്ടാവുകയുമാണ്. ഇതോടൊപ്പം തന്നെ മറ്റ് ജീവിതശൈലി രോഗങ്ങളായ ക്യാൻസർ, മാനസിക രോഗങ്ങൾ, ദീർഘകാല ശ്വാസകോശ രോഗങ്ങൾ, സന്ധിവാത രോഗങ്ങൾ തുടങ്ങിയവയും വർദ്ധിക്കുകയാണ്. മദ്യപാനം, ലഹരി ഉപയോഗം, ഇന്റർനെറ്റ് അടിമത്തം, കൂടിയ ആത്മഹത്യാനിരക്ക്, അപകടങ്ങൾ എന്നിവയും പുതിയ വെല്ലുവിളികളിൽ പെടുന്നു.

പഴയകാല പകർച്ചവ്യാധികളായ ക്ഷയരോഗം, കുഷ്ഠരോഗം, മലേറിയ, ടൈഫോയ്ഡ്, കോളറ, വയറിളക്ക രോഗങ്ങൾ എന്നിവയ്ക്ക് പൂർണ്ണ നിയന്ത്രണം നേടാൻ ഇതുവരെ കഴിഞ്ഞിട്ടില്ല. ഈ സാഹചര്യത്തിലാണ് പുത്തൻ പ്രാണിജന്യ-വായുജന്യ-ജന്തുജന്യ രോഗങ്ങൾ- ഡെങ്കി, ചിക്കുൻഗുനിയ, സിക്ക, ജപ്പാൻ

ജ്വരം, എച്ച്1എൻ1, കോവിഡ്, നിപ്പ, പക്ഷിപ്പനി, ചെള്ളുപനി, എലിപ്പനി തുടങ്ങി ഒട്ടനവധി പകർച്ച വ്യാധികളെ നാം നേരിടേണ്ടി വരുന്നത്.

ഉയർന്ന വിദ്യാഭ്യാസം, മെച്ചപ്പെട്ട ജീവിത നിലവാരം, ജനസംഖ്യാനിയന്ത്രണം, ആരോഗ്യ അവബോധം, ചികിത്സാ ലഭ്യത, തൊഴിൽ തേടിയുള്ള പ്രവാസ ജീവിതം എന്നിവയുടെ എല്ലാം ബാക്കിപത്രമാണ് നമ്മുടെ ജനസംഖ്യാ വ്യതിയാനം. അക്ഷരാർത്ഥത്തിൽ കേരളം പ്രായമേറിയവരുടെ നാടായി മാറുകയാണ്. മുതിർന്ന പൗരന്മാരുടെ ആരോഗ്യാവശ്യങ്ങൾ ഫലപ്രദമായി നിർവഹിക്കുന്നുണ്ടോ എന്ന് നാം വിലയിരുത്തേണ്ടതാണ്. ആളോഹരി ചികിത്സാ ചെലവ് ഏറ്റവും കൂടിയ സംസ്ഥാനമാണ് കേരളം. ഇതിൽ 60% ത്തിൽ അധികം തുക സ്വന്തം പോക്കറ്റിൽ നിന്നും നൽകപ്പെടുന്നു.

കാലാവസ്ഥാ വ്യതിയാനംമൂലം കാലം തെറ്റി വരുന്ന അതിതീവ്രമഴ, വെള്ളപ്പൊക്കം, കൊടുംവരൾച്ച, പ്രകൃതി ദുരന്തങ്ങൾ തുടങ്ങിയ ആഗോളതാപനത്തിന്റെ ആഘാതങ്ങൾ നിത്യേനയെന്നോണം നാം അനുഭവിച്ചുകൊണ്ടിരിക്കുന്നു. പാർശ്വവത്ക്കരിക്കപ്പെട്ട ജനവിഭാഗങ്ങളായ ആദിവാസികൾ, തീരദേശവാസികൾ, പട്ടികജാതി കോളനി നിവാസികൾ, നഗരചേരി പ്രദേശവാസികൾ, ഭിന്നശേഷിക്കാർ, ഭിന്നലിംഗക്കാർ, അതിഥി തൊഴിലാളികൾ, അസംഘടിത മേഖലാ തൊഴിലാളികൾ, അതിദരിദ്രർ തുടങ്ങിയ ജനവിഭാഗങ്ങളുടെ ആരോഗ്യ പ്രശ്നങ്ങൾ പ്രത്യേകം ശ്രദ്ധ അർഹിക്കുന്നു. അതുപോലെ തന്നെ സ്ത്രീകളുടെ ആരോഗ്യ പ്രശ്നങ്ങൾക്ക് വേണ്ടത്ര ശ്രദ്ധ നൽകാൻ കഴിഞ്ഞിട്ടില്ല. ഗർഭിണികൾക്കും മുലയൂട്ടുന്ന അമ്മമാർക്കും പരിരക്ഷ ലഭിക്കുന്നുണ്ടെങ്കിലും പ്രായമായ സ്ത്രീകൾ, വിധവകൾ, ഗാർഹിക പീഡനത്തിന് ഇരയായവർ, ലൈംഗിക അതിക്രമങ്ങൾക്ക് ഇരയായവർ തുടങ്ങി സമൂഹത്തിന്റെ നാനാതുറകളിലുമുള്ള സ്ത്രീകളുടെ മാനസിക ശാരീരിക ആരോഗ്യ പ്രശ്നങ്ങൾ പ്രത്യേകമായി കൈകാര്യം ചെയ്യേണ്ടതാണ്.

മേൽ സൂചിപ്പിച്ച ആരോഗ്യവെല്ലുവിളികൾ നേരിടാൻ നമ്മുടെ സംവിധാനത്തിന്റെ പ്രാപ്തി പരിശോധിക്കുമ്പോൾ വളരെ വ്യക്തമായി മനസ്സിലാക്കാൻ കഴിയുന്ന ഒന്നാണ്, കാലഘട്ടത്തിന്റെ ആരോഗ്യാവശ്യങ്ങൾക്ക് അനുസൃതമായി സംസ്ഥാനത്തിന് ഉയരാൻ കഴിഞ്ഞിട്ടില്ല എന്നത്. ജനസംഖ്യാനുപാതികമായി ഭൗതിക സാഹചര്യങ്ങളും യോഗ്യതയും നൈപുണ്യവും ഉള്ള മനുഷ്യവിഭവശേഷിയും ഇനിയും ശക്തിപ്പെടുത്തേണ്ടതുണ്ട്. ത്രിതല സംവിധാനത്തിന്റേയും വികേന്ദ്രീകൃത ആസൂത്രണത്തിന്റേയും ഉത്തമ ഉദാഹരണമാണ് ആരോഗ്യരംഗം. പ്രാഥമിക, ദ്വിതീയ ആരോഗ്യ സംവിധാനങ്ങൾ തദ്ദേശസ്വയംഭരണ സ്ഥാപനങ്ങളുടെ നേതൃത്വത്തിൽ ഏറെ ഗുണപരമായ മാറ്റങ്ങൾ ഉണ്ടായിട്ടുണ്ട്. എങ്കിൽ പോലും സാർവത്രിക പ്രാഥമിക ആരോഗ്യ പരിരക്ഷ സമൂഹത്തിലെ മുഴുവൻ വ്യക്തികൾക്കും ഒരുപോലെ ലഭ്യമാക്കാൻ നമുക്ക് കഴിഞ്ഞിട്ടില്ല എന്നും സമ്മതിക്കേണ്ടി വരും. ത്രിതീയ തലത്തിലുള്ള വൈദ്യവിദ്യാഭ്യാസ രംഗം, വൈദ്യ ഗവേഷണങ്ങൾ, മരുന്ന്, വാക്സിൻ, ഉപകരണങ്ങൾ എന്നിവയുടെ ഉല്പാദനം, വിപണനം, വിലനിയന്ത്രണം തുടങ്ങിയവയിലും നാം ശ്രദ്ധിക്കേണ്ടതുണ്ട്.

ഒന്നാം പിണറായി സർക്കാരിന്റെ കാലത്തു നിലവിൽ വന്ന "ആർദ്രം മിഷൻ" ആരോഗ്യ രംഗത്ത് ഒരു നിശ്ശബ്ദ വിപ്ലവം തന്നെ സൃഷ്ടിച്ചിട്ടുണ്ട്. പ്രാദേശിക തലത്തിൽ തദ്ദേശസ്വയംഭരണ സ്ഥാപനങ്ങളുടെ ആഭിമുഖ്യത്തിൽ വിവിധ വകുപ്പുകളുടേയും മിഷനുകളുടേയും ഏജൻസികളുടേയും പൊതുജനങ്ങളുടേയും ഏകോപനത്തോടുകൂടി ആരോഗ്യ പ്രശ്നങ്ങളും ആരോഗ്യ അനുബന്ധ സാമൂഹിക ഘടകങ്ങളും പരിഹരിക്കാൻ ഒരു പരിധി വരെ ശ്രമിച്ചിട്ടുണ്ട്. സമഗ്ര ആരോഗ്യ പരിരക്ഷയിലേക്ക് എത്താൻ ഈ സംവിധാനത്തിന് തീർച്ചയായും കഴിയും. ചികിത്സാ രംഗത്ത് സർക്കാർ സംവിധാനം സ്വകാര്യമേഖലയോട് യോജിച്ചുകൊണ്ട് എല്ലാ ജനവിഭാഗങ്ങൾക്കും സൗജന്യമോ അല്ലെങ്കിൽ താങ്ങാൻ കഴിയുന്ന നിരക്കിലോ ചികിത്സ ലഭ്യമാക്കേണ്ടതാണ്. ചികിത്സാഭാരം മൂലം ആരും ദരിദ്രരാകാൻ പാടില്ല. ഇതിന് നിലവിലുള്ള സംവിധാനങ്ങൾ ശക്തിപ്പെടുത്തുകയും നൂതന പദ്ധതികൾ രൂപീകരിക്കുകയും ചെയ്യേണ്ടതാണ്. ചുരുക്കത്തിൽ നവകേരള സൃഷ്ടിക്ക് ആരോഗ്യ രംഗത്തിന്റെ പങ്ക് വളരെ വലുതാണ്. ജനകീയ ആരോഗ്യ നയം പ്രാവർത്തികമാക്കാൻ ആരോഗ്യ പ്രവർത്തകരോടൊപ്പം സമൂഹത്തിലെ ഓരോ വ്യക്തിയും അണിചേരേണ്ടതുണ്ട്. "നമ്മുടെ ആരോഗ്യം നമ്മുടെ ഉത്തരവാദിത്വം"

കേരളത്തിന്റെ ആരോഗ്യരംഗത്തെ ഒരു പരിചേതമാണ് പഠന കോൺഗ്രസിൽ പങ്കെടുക്കുന്നത്. ഏകദേശം 150ഓളം പ്രബന്ധങ്ങൾ അവതരിക്കപ്പെടും. പൊതുജനാരോഗ്യ വിദഗ്ധർ, നഴ്സിംഗ്, ഫർമസി, ആയുഷ്, ഡെന്റൽ മേഖകളിലെ പ്രമുഖർ, തദ്ദേശ സ്വയംഭരണ സ്ഥാപനങ്ങളുടെ പ്രതിനിധികൾ തുടങ്ങിയവരാണ് പ്രബന്ധങ്ങൾ അവതരിപ്പിക്കുന്നത്. കേരളം ആരോഗ്യ രംഗത്ത് ഇനിയും മുന്നേറാൻ വ്യക്തമായ കാഴ്ചപ്പാട് നൽകാൻ ഈ പഠന കോൺഗ്രസിന് കഴിയും. ഇതിൽ ഉരുത്തിരിയുന്ന ആശയങ്ങൾ ഭാവി സർക്കാരുകൾക്ക് ഒരു മുതൽക്കൂട്ടാകും.

ഡോ. പി.കെ. ജമീല
കൺവീനർ, കേരളത്തിലെ ആരോഗ്യ മേഖല സെമിനാർ

ഉള്ളടക്കം

	കേരളത്തിന്റെ പൊതുജനാരോഗ്യ മേഖല; വെല്ലുവിളികൾ, ഇടപെടലുകൾ, സാദ്ധ്യതകൾ **വീണാ ജോർജ്**	1
	കേരള ആരോഗ്യമേഖല വെല്ലുവിളികളും പരിഹാരങ്ങളും **ഡോ. ബി. ഇക്ബാൽ**	9
	ആരോഗ്യ കേരളം-കേരള പഠന കോൺഗ്രസുകളിലൂടെ **ഡോ. ടി.എം. തോമസ് ഐസക്**	19
പ്രാഥമിക ആരോഗ്യതലം		
1.	ആരോഗ്യസംസ്കാരം ജനകീയാരോഗ്യ കേന്ദ്രങ്ങളുടെ ശാക്തീകരണത്തിലൂടെ **അജിത് കെ.എസ്.**	25
2.	കേരളത്തിലെ പൊതുജനാരോഗ്യ സംവിധാനങ്ങളുടെ വളർച്ചയിൽ ആർദ്രം മിഷന്റെ പ്രസക്തിയും പാഠങ്ങളും **ഡോ. സി.കെ. ജഗദീശ്**	26
3.	കേരളത്തിലെ ഉയർന്ന രോഗാതുരത നിയന്ത്രണം - പകർച്ചവ്യാധികൾ **പി.കെ. പ്രദീപ്**	27
4.	ആർദ്രം മിഷൻ രണ്ടാം ഘട്ട പ്രവർത്തനങ്ങൾ **ഡോ. മഹേഷ് എൻ.**	28
5.	വാർഷിക ആരോഗ്യ പരിശോധന **ഡോ. മഹേഷ് എൻ.**	29
6.	സുസ്ഥിര കേരളത്തിന് സാംക്രമികരോഗ നിയന്ത്രണത്തിന്റെ പ്രസക്തിയും പരിഹാരങ്ങളും **ഡോ. എ.എസ്. പ്രദീപ് കുമാർ**	30

7.	ആർദ്രം മിഷൻ കുടുംബാരോഗിക കേന്ദ്രങ്ങൾ സജ്ജമാക്കുന്നതിൽ സംഘ പരിശീലനത്തിന്റെ പങ്ക് **ഡോ. ദിവ്യ എസ്. സോമശേഖരൻ നായർ**	**31**
8.	ജനകീയ ആരോഗ്യകേന്ദ്രം സമഗ്ര ആരോഗ്യ പരിചരണത്തിനായിട്ടുള്ള പുതിയ ചുവടുവെപ്പ് **ഷിബുമോൻ ബി.**	**32**
9.	Has Family Health Centres improved access to primary care in Kerala? Reflections from the field **Jaison Joseph, Hari Sankar D., Gloria Benny, Surya Surendran, Santosh Sharma & Devaki Nambiar**	**34**
10.	ആർദ്രം... പ്രതിബദ്ധതയുടെ ഗാഥകൾ... **സി.പി. സുരേഷ് ബാബു**	**35**
11.	പ്രാഥമിക ആരോഗ്യ രംഗത്തെ വികസനപ്രവർത്തനങ്ങളിൽ ആർദ്രം മിഷന്റെയും വികേന്ദ്രീകരണാസൂത്രണത്തിന്റെയും സാധ്യതകൾ **ഡോ. ദഹർ മൊഹമ്മദ് വി.പി.**	**37**
12.	ജീവിതശൈലി രോഗങ്ങൾ വർധിക്കുന്നു; പോലീസ് തൊഴിൽ സേനയ്ക്ക് പ്രത്യേക ആരോഗ്യ പദ്ധതികൾ വേണ്ടതുണ്ട് **ഡോ. ജയകൃഷ്ണൻ ടി. & ഡോ. അപർണ്ണ പദ്മനാഭൻ**	**38**
13.	Is Asha Necessary For Kerala Health Sector? **Dr. Siseena J.**	**39**
14.	സ്കൂൾ ഹെൽത്ത് പ്രൊജക്റ്റ് അനുഭവം സംക്ഷിപ്ത പരിപ്രേക്ഷ്യം **ഡോ. രാഹുൽ ആർ.**	**40**
15.	An Assessment of Urban Health Projects under PPC in Kerala: Lessons from the Field **T V Thilakan and Jos Chathukulam**	**42**
16.	ജീവിതശൈലീ രോഗങ്ങൾ പ്രതിരോധിക്കുന്നതിനുള്ള നിർദ്ദേശങ്ങൾ **ഡോ. ബിപിൻ ഗോപാൽ**	**42**
17.	Quality Assessment of Urban Public Health in Keralausing 'Donabedian Framework' **Rekha V. & Jos Chathukulam**	**44**
18.	Effectiveness of Granular Containment as an Epidemic Control Strategy: Experience of Kerala, India **Hariprasad Thazhathedath Hariharan**	**45**
ആരോഗ്യ സർവകലാശാല, ആരോഗ്യ വിദ്യാഭ്യാസം, വർദ്ധിച്ചു വരുന്ന സാഹചര്യങ്ങൾ		
19.	ആരോഗ്യസർവ്വകലാശാല **ഡോ. ദിലീപ് കെ.ജെ.**	**47**
20.	Changes and challenges of Medical Education in India **Dr. Jayaprakash R.**	**48**
21.	Perception of first year medical graduate students on "Family Adoption Program" in the curriculum. A qualitative Study **Dr. Jayasree A.K, Dr. Mary Linu, Dr. Smrithi P. & Dr. Sneha Ganga P.V.**	**48**

22.	ഫാർമസി വിദ്യാഭ്യാസവും നവകേരളത്തിന്റെ സാദ്ധ്യതകളും: ഒരു വിശകലനം **ഡോ. മനോജ് കെ.**	**49**
23.	മെഡിക്കൽ കോളേജുകളിൽ ഫലപ്രദമായ ഗവേഷണം : പ്രശ്നങ്ങൾ, പോംവഴികൾ **ഡോ. വി.വി. ഉണ്ണിക്കൃഷ്ണൻ**	**51**
24.	ആരോഗ്യ സർവ്വകലാശാല - തൊഴിലധിഷ്ഠിത അനുബന്ധ കോഴ്സുകളും ആയുർവേദത്തിന്റെ സാധ്യത വർധിപ്പിക്കുന്ന മറ്റു മുന്നേറ്റങ്ങളും **ഡോ. ജീന എൻ.ജെ.**	**51**
25.	Master of Public Health training in Kerala: Current situation and way forward **Rajamohanan K and Swapna G.**	**52**
ജനസംഖ്യ വ്യതിയാനവും, മുതിർന്ന പൗരന്മാരുടെആരോഗ്യ പ്രശ്നങ്ങളും		
26.	Responding to the Silver Tsunami: Assessing and Addressing Morbidity and Falls among Ageing Persons in Kerala **Dr. Rekha M. Ravindran & Dr. Aravind Chandru B.**	**54**
27.	Attitudinal Change – Fighting Ageism, Ensuring Respect, Acceptance and Inclusion **Dr. Sherin Susan Paul N.**	**54**
28.	Exploring the Dynamics of Elder Abuse and its Health Consequences among Older Adults in India: a literature review **Vishnu B. Menon**	**55**
29.	Health Issues of the Elderly **Dr. Anu Elizabeth Augustine**	**56**
30.	Health Issues Faced by Older Population	**57**
31.	Healthy Ageing **Jeeva J.R. & Jagajeevan N.**	**58**
32.	Skill and Knowledge Bank for Senior Citizens: A Path to Societal Development **Divya S. & Jagajeevan N.**	**59**
33.	Minimum Standards for institutions for Elderly care **Dr. Rajmohanan K.**	**60**
34.	Prevalence of elder abuse in a rural community in Ernakulam District **Raneesh A.M., Sreelakshmi Mohandas, Reshma Chandran, Riya Rachel Jacob, Rijin Raj R., Rithy Dikum, Rony Mathew, Aswathy S. & Ankitha Jose**	**64**
35.	വനിതാവയോധികർക്കുള്ള പരിരക്ഷാ സംവിധാനങ്ങൾ ഒരുക്കുമ്പോൾ **ഡോ. ജയശ്രീ ഏ.കെ.**	**64**
36.	വയോജന സൗഹൃദ നിലമ്പൂർ **കെ. അരുൺ കുമാർ**	**66**
37.	Convergence of Resources and Services: Building an Age-Inclusive Society **Dr. Praveen G. Pai**	**67**
38.	Proposed Geriatric Health Care in The Three Tier Healthcare System In Kerala **Dr. Divyamol K.S.**	**69**

39.	System preparedness for Dementia Prevention **Dr. Thomas Iype**	72
	പാർശ്വവൽകരിക്കപ്പെട്ടവരുടെ ആരോഗ്യ സംരക്ഷണം	
40.	അട്ടപ്പാടിയിലെ ശിശുമരണങ്ങൾ എങ്ങനെ പരിഹരിക്കാം **ഡോ: ഷിനോജ്, ഡോ: രമ്യ, ഡോ: ധന്യ, ഡോ: ശെൽവരാജ്, പി.കെ. പ്രദീപ് & സി.ആർ. മണികണ്ഠൻ.**	74
41.	IMHANS Tribal Mental Health Project **Vivyn Mathew, Praveenkumar K., Sonia Chacko, Adithya Manoj, Jobin Tom, Shibukumar T.M., Anish P.K. & P. Krishnakumar**	76
42.	ഗർഭിണി-സൂതിക പരിചരണം അട്ടപാടി ആദിവാസി വിഭാഗങ്ങളിൽ **എം. ശ്രീരാഗ്**	76
43.	പട്ടികവർഗ്ഗ സമൂഹത്തിലെ അരിവാൾ രോഗവും പ്രതിസന്ധികളും **ഡോ. പി.വി. മിനി**	77
44.	An Umbrella Review on Health Determinants in India's Scheduled Tribes Areas after Seventy-Five years of independence: Significance for the shift in development paradigm **Prasanth M.K. & Dilip Diwakar G.**	78
45.	ട്രാൻസ്ജെൻഡർ മനുഷ്യരുടെ ആരോഗ്യ സേവന ലഭ്യതയും പ്രാപ്യതയും - 2015 നയത്തിന്റെ പശ്ചാത്തലത്തിൽ **ഡോ. ജയശ്രീ ഏ.കെ.**	79
46.	ട്രാൻസ് ജെൻഡർ മനുഷ്യരിലെ സാംക്രമികേതര രോഗങ്ങൾ **ഡോ. ഭവ്യ ഫെർണാണ്ടസ്**	80
47.	ട്രാൻസ് ജെൻഡർ സമൂഹത്തിന്റെ മാനസിക ആരോഗ്യസംരക്ഷണം-ഒരു ആയുർവേദ സമീപനം **ഡോ. എം. സുഭാഷ്**	81
48.	കേരളത്തിലെ ഇന്റർസെക്സ് കമ്മ്യൂണിറ്റികൾക്കിടയിലെ ആരോഗ്യ സംരക്ഷണ ആവശ്യങ്ങളും ആരോഗ്യ പരിപാലനത്തെക്കുറിച്ചുള്ള കാഴ്ചപ്പാടുകളും: ഒരു രൂപീകരണ പഠനം **ഡോ. മഞ്ജു മാധവൻ & ഡോ. വി. ജിതേഷ്**	81
49.	Migrants in Kerala: Health Status, Challenges and way forward **Dr. Betsy A. Jose**	82
50.	Social Issues of Gaps in Transgender Health Care Facility in State Sponsored Medical Insitutes in Kerala: An analysis of Kerala Health Care with a Gender Lens **Anagh**	84
51.	ലൈംഗിക ന്യൂനപക്ഷങ്ങളിൽ COVID-19 ലോക്ക്ഡൗണിന്റെ പ്രഭാവം: ഇന്ത്യയിൽ ഒരു പൈലറ്റ് സർവേ പഠനം **Bishurul Hafi, N.A. Uvais, V. Rabeeh, Arjun P.C., Rickel Tonjam & S.M. Yasir Arafat**	85
52.	ലൈംഗിക ചായ്വ് പരിവർത്തനം ആരോഗ്യ മേഖലയിൽ **Dr. Sreya Mariyam Salim, Dr. Lallchand Anilal & Dr. Anil Prabhakaran**	86

53.	Transgender and Diverse Population and Mental Health... An update **Dr. Dinesh R.S.**	**87**
54.	സാമൂഹ്യ പിന്തുണയും ട്രാൻസ്ജെൻഡർ വ്യക്തികളും **ജിഷിത കെ.പി., സഫ്‌വാന പി., ഫസ്ന പൊക്കാരി, ഡോ. രാഗേഷ് ജി. & ഡോ. ജയശ്രീ എ.കെ.**	**88**
55.	Persisting Marginalization of the Coastal Population in Kerala: A Review of Health Status Since 2015 **Dr. Jayalakshmi Rajeev**	**89**
56.	അതിഥി തൊഴിലാളികളുടെ ആരോഗ്യ പ്രശ്നങ്ങൾ **ഡോ. ജീന എൻ.ജെ.**	**90**
57.	മത്സ്യ തൊഴിലാളികളുടെ ആരോഗ്യം **ജോസ് വിമൽരാജ്**	**90**
മാനസിക ആരോഗ്യം		
58.	Community Mental Health in Kerala: Where Do We Go from Here? **Dr. Chinchu C.,**	**91**
59.	UNARV*: A district Model for Adolescent School Mental Health Program in Kerala, India (Mental Health Session) **Dr. Jayaprakash R.**	**92**
60.	Caring for the Mental Health of the elderly **Dr. Vidhukumar K.**	**92**
61.	Prevalence of Cognitive Impairment Disorders among the Elderly **Dr. Vishakan A.S., Dr. Pallavi Mohan, Dr. Priya Vijayakumar & Dr. Aswathy S.**	**93**
62.	Exploring Mild Cognitive Impairment and its Associated Factors in South India: A Literature Review **Vishnu B. Menon**	**94**
63.	വാർദ്ധക്യത്തിലെ സാമൂഹ്യ മാനസിക ആരോഗ്യംജീവിത അവലോകന തെറാപ്പിയുടെ പ്രാധാന്യം **മിനിമോൾ കെ. ജോസഫ്**	**95**
64.	Prevalence of Depression among People Aged above 60 Years in the Rural Field Practice Area of Sutams, Trivandrum **Dr. Siji V.S.**	**96**
65.	Recovery Facilitation Service for Person with Mental Illness: An Indigenous Model of Day Care **Arsharani P.T., Reshma T., Leeshama P., Arshina P.K., Shyja, Jobin Tom, Anish P.K., Shibukumar T.M. & Krishnakumar P.**	**97**
66.	ഗ്രാമാന്തരങ്ങളിലേക്ക് മാനസികാരോഗ്യത്തിന്റെ പുതുവഴികൾ **ഡോ. മാത്യു ആർ. ജോൺ**	**98**
67.	സ്കൂൾ ഹെൽത്ത് പ്രൊജക്റ്റ് - അനുഭവം **ഡോ. രാഹുൽ ആർ.**	**99**

68.	Impact of Covid-19 on Mental Health: A Study on Common Mental Disorders among Women in Kerala, India **Dr. Jayalakshmi Rajeev, Dr. Snehaja P. & Dr. Laxmi**	**101**
വൈദ്യഗവേഷണം, പുത്തൻ ഗവേഷണ സാധ്യതകളും		
69.	Assistive Devices for Older Adults – The Smarter Way to Age in Kerala **Dr. Jino Joy**	**110**
70.	Determinants of Poor Outcome of Conduct Disorder among Children and Adolescents: A One Year Follow up Study **Dr. Jayaprakash R., Dr. Sharija, Dr. Anil Prabhakar & Dr. Rajamohanan**	**111**
71.	An Exploratory Study on Dyslexia: The Narikkunnu U P School Model and its Importance **Thomas M.V.**	**112**
72.	സ്തനാർബുദചികിത്സ സ്വീകരിക്കുന്നതിനുള്ള കാലതാമസവും അതിന്റെ കാരണങ്ങളും: തൃതീയതല ആശുപത്രി കേന്ദ്രീകരിച്ചു നടത്തിയ പഠനത്തെക്കുറിച്ചുള്ള വിശകലനം **ആതിരാറാണി എം.ആർ. & ശ്രീക്കുട്ടി എസ്.ജെ.**	**113**
73.	Nipah Encephalitis: The Key Learnings from Kerala, India **Anish T.S., Aravind R. & Chandni R.**	**114**
74.	ക്ഷയ മുക്തി - 2024 അരിക്കുളം കുടുംബാരോഗ്യ കേന്ദ്രം Analysis of sputum samples of Vulnerable group of TB in connection with World TB day on 24 March 2024 in selected persons of Arikkulam Family health center Area of Kerala state **Mujeeb Rahman**	**115**
75.	Role of Life Style Modification & Diet Implicated in the Improvement of Liver Function in the Selected Persons of Arikkulam Grama Panchayath of Kerala State **Mujeeb Rahman**	**118**
76.	Analysis of Water Sample Quality of Wells and Social Interventions to Improve the Quality of Drinking Water in Arikkulam Grama Panchayath Area of Kerala state **Mujeeb Rahman**	**123**
77.	Effective Referrals- A Record-Based Study of Referrals to Anti Rabies Clinic at a Tertiary Care Center in North Kerala **Praseetha Chandran**	**127**
ഡിജിറ്റൽ ഹെൽത്ത്		
78.	Innovation in Health using Emerging Technology Solutions: An Approach by K-DISC **Dr. P.V. Unnikrishnan*, Deepthy Mohan & Dr. Nimmy J.S.**	**128**
79.	Digital Literacy and Access to Technology among the Elderly **Deepa S.**	**129**
80.	Comparative Analysis of Face-to-Face and Online Training for Comprehensive Primary Health Care under the Aardram Mission **Dr. Divya V.S.**	**130**

81.	Characteristics of e-Sanjeevani Utilization: A Comprehensive Analysis **Dr. Divya Valsala Somasekharan Nair**	**132**
82.	A Comparative Analysis of Telehealth Systems: Evaluating e-Sanjeevani in India and Epic Telehealth **Dr. Divya V.S.**	**133**
83.	ആർട്ടിഫിഷ്യൽ ഇന്റലിജൻസ് ആരോഗ്യ മേഖലയിൽ (ഔഷധ/ മെഡിക്കൽ ഡിവൈസസ് നിർമാണ മേഖലയിൽ) **ഡോ. ദിലീപ് കെ.ജെ.**	**134**
84.	2020 ജൂൺ മുതൽ 2021 ഓഗസ്റ്റ് വരെ കേരളത്തിലെ ജില്ലകളിൽ കോവിഡ്-19 കാലത്ത് ഇ-സഞ്ജീവനി ടെലിമെഡിസിന് സേവനങ്ങളുടെ ഉപയോഗം **Dr. Divya V.S.**	**135**
85.	Comorbidity Analysis on COVID 19 Death cases in Kerala using Unsupervised Machine Learning Algorithm **Anjana S.**	**136**
ആരോഗ്യ നയങ്ങൾ, ആസൂത്രണവും, ഭരണപ്രക്രിയയും		
86.	ആരോഗ്യരംഗത്ത് ഭരണപരമായ പരിഷ്കാരങ്ങളും ഇടപെടലുകളും ആവശ്യമുള്ള മേഖലകൾ **ഡോ. സി.കെ. ജഗദീശ്**	**137**
87.	Setting up of Kerala Centre for Disease Control and Prevention (K-CDC) **Dr. S.A. Hafiz**	**138**
88.	Hospital Development Societies (HDS) in the Contemporary Health System Transformation Phase in Kerala: Suggestions based on an Explorative Study **Rajamohanan K. & Vijaya Kumar K.**	**139**
89.	സമഗ്രാരോഗ്യാസൂത്രണവും ആർദ്രകേരള പുരസ്കാരവും **സിബി അഗസ്റ്റിൻ**	**140**
ദന്താരോഗ്യം		
90.	Dental Care For Children with Special Needs **Dr. Chitra Bose**	**143**
91.	Dental Education Sector in Kerala – Current challenges **Dr. Prasanth Soman**	**147**
92.	A Nodal Centre for Digital Dentistry – in Pursuit to “Navakeralam” **Dr. Baiju R.M.**	**148**
93.	Oral Healthcare Provisions of Rural Kerala under DHS **Dr. Smitha K.B. & Dr. Resmi K. Raman.**	**149**
94.	"Mandahasam Project: Insights and Future Opportunities" **Dr. Vivek Narayan**	**150**
95.	Oral Health Care Provision of Rural Kerala under DHS **Dr. Smitha K.B. & Dr. Resmi K. Raman**	**151**

96.	Developing a Kerala Model in Orofacial Health - Future Perspectives **Anitha Gopinathan**	**152**
97.	ആരോഗ്യവകുപ്പിലെ ഡെന്റൽ സ്പെഷ്യാലിറ്റി **ഡോ. രശ്മി കെ. രാമൻ & ഡോ. രാഹുൽ കെ.**	**152**
98.	"Tobacco and Oral Health: A Growing Concern for Kerala's Migrant Laborers" **Dr. Ashish R.**	**153**
99.	*Smile Bright in Kerala* : Where Quality Meets Affordability **Dr. Nirmal George Saibu MDS**	**154**
100.	"Unemployment Surge Among Dentists: A Critical Issue" **Dr. Prasanth Soni Soman**	**155**

കേരളത്തിന്റെ പൊതുജനാരോഗ്യ മേഖല; വെല്ലുവിളികൾ, ഇടപെടലുകൾ, സാദ്ധ്യതകൾ

വീണാ ജോർജ്
ആരോഗ്യ വനിത ശിശുവികസന വകുപ്പ് വകുപ്പ് മന്ത്രി

ആമുഖം

ആഗോള തലത്തിൽ തന്നെ പൊതുജനാരോഗ്യ രംഗത്ത് തനതായ മുഖമുദ്ര പതിപ്പിച്ച ഇടമാണ് കേരളം. സ്വാതന്ത്ര്യം കിട്ടുന്ന സമയത്ത് ഭാരതത്തിന്റെ ഇതരഭാഗങ്ങളേക്കാൾ ഒട്ടൊക്കെ മെച്ചമായിരുന്നു നമ്മുടെ, പ്രത്യേകിച്ചും തിരുവിതാംകൂറിന്റെ, പൊതുജനാരോഗ്യ സൂചികകൾ എങ്കിലും ലോകത്തിലെ വികസിത സമൂഹങ്ങളുമായി തട്ടിച്ചു നോക്കുമ്പോൾ നാം വളരെ പിന്നാക്കാവസ്ഥയിൽ ആയിരുന്നു. സ്വാതന്ത്ര്യാനന്തരം ഐക്യകേരള സംസ്ഥാനം രൂപീകൃതമായതിനും ശേഷമാണ് നമ്മുടെ സമൂഹം പൊതുജനാരോഗ്യ നേട്ടങ്ങളുടെ കാര്യത്തിൽ ഒരു കുതിച്ചുചാട്ടം ഉണ്ടാക്കിയത്. അതിൽ കേരളത്തിലെ ആദ്യ ജനാധിപത്യ സർക്കാർ ഭൂമിയുടെ മേലുള്ള അവകാശത്തിലും, സാർവ്വത്രിക സൗജന്യ വിദ്യാഭ്യാസത്തിലും മറ്റും നടത്തിയ ഇടപെടലുകളുടെ സ്വാധീനം എടുത്തുപറയേണ്ടതാണ്. കേരളത്തിന്റെ ആദ്യകാല പൊതുജനാരോഗ്യ നേട്ടങ്ങൾ എല്ലാം തന്നെ നമ്മുടെ നാട്ടിലുണ്ടായ സാമൂഹിക രാഷ്ട്രീയ മുന്നേറ്റങ്ങളുടെ ഭാഗമായിരുന്നു എന്ന് കാണാവുന്നതാണ്.

പൊതുജനാരോഗ്യത്തിന്റെ സാമൂഹിക നിർണയഘടകങ്ങളിൽ ഉണ്ടായ ഗുണപരമായ മാറ്റം പകർച്ചവ്യാധി സാധ്യതകളെ ഗണ്യമായി കുറച്ചു. അതോടൊപ്പം ഭക്ഷണലഭ്യത ഉറപ്പുവരുത്തിക്കൊണ്ടും, അമ്മമാരുടെയും കുഞ്ഞുങ്ങളുടെയും കാര്യത്തിൽ സവിശേഷമായ ശ്രദ്ധ നൽകിക്കൊണ്ടും നാം പൊതുജനാരോഗ്യത്തിന്റെ കാര്യത്തിൽ വളരെ മുന്നോട്ടു പോയി. ഐക്യകേരളം രൂപീകരിക്കപ്പെട്ടതിനുശേഷം ഏതാണ്ട് 30 വർഷത്തിനുള്ളിൽ നാം നേടിയ പൊതുജനാരോഗ്യ നേട്ടങ്ങളാണ് പൊതുവിൽ പൊതുജനാരോഗ്യത്തിന്റെ കേരള മാതൃക എന്ന പേരിൽ അറിയപ്പെടുന്നത്. പ്രാഥമികാരോഗ്യ സംരക്ഷണത്തിനാണ് ഈ കാലഘട്ടത്തിൽ നാം ഊന്നൽ നൽകിയത്. സർക്കാർ ആശുപത്രികളോടൊപ്പം സന്നദ്ധ സംഘടനകളും സഹകരണ മേഖലയും നടത്തുന്ന ആതുരാലയങ്ങളും ചെറുകിട സ്വകാര്യ ആശുപത്രികളും മിതമായ ചെലവിൽ രോഗ ചികിത്സ നൽകുന്നതിൽ ഒരുമിച്ച് നിൽക്കുന്നുവെന്നതാണ് കേരള മാതൃകയുടെ മറ്റൊരു സവിശേഷത. എന്നാൽ 1990 കളുടെ തുടക്കത്തോടെ ഒട്ടേറെ പുത്തൻ പ്രശ്നങ്ങൾ നാം അഭിമുഖീകരിക്കാൻ തുടങ്ങിയതായി കാണാം.

ജീവിതശൈലി രോഗങ്ങളുടെ കടന്നുവരവാണ് അവയിൽ ഏറ്റവും പ്രധാനമായിട്ടുള്ളത്. ജനസംഖ്യ വ്യതിയാനം മൂലം പ്രായാധിക്യമുള്ള ആളുകളുടെ ശതമാനവും വർധിക്കാൻ തുടങ്ങി. ഇതിനിടയിൽ ആരോഗ്യരംഗത്ത് ചില സർക്കാരുകൾ കൊണ്ട് വന്ന നയപരമായ മാറ്റങ്ങളും ആഗോളവൽക്കരണവും ആതുരശുശ്രൂഷാ മേഖലയിൽ കുത്തകകളുടെ സാന്നിധ്യം വർദ്ധിപ്പിച്ചു. അതോടൊപ്പം പുത്തൻ പകർച്ചവ്യാധികളുടെ കടന്നുവരവ് കൂടിയായപ്പോൾ കേരളത്തിന്റെ പൊതുജനാരോഗ്യ മേഖല ഒരു പ്രതിസന്ധിയെ നേരിടാൻ തുടങ്ങി എന്ന് കാണാൻ കഴിയും. എന്നാൽ ഇടതുപക്ഷ സർക്കാരുകൾ മുൻകൈയെടുത്തു നടത്തിയ ജനകീയാസൂത്രണം പോലെയുള്ള പദ്ധതികൾ, ദേശീയ ആരോഗ്യ ദൗത്യം പോലെയുള്ള പദ്ധതികളുടെ ക്രിയാത്മകമായ നിർവ്വഹണം, ആരോഗ്യമേഖലയ്ക്ക് ഊന്നൽ കൊടുക്കുന്ന ആർദ്രം പദ്ധതി, അതിന്റെ ഇപ്പോൾ നടന്നുവരുന്ന രണ്ടാംഘട്ടം തുടങ്ങിയ പദ്ധതികൾ തളർന്നുനിന്ന കേരളത്തിന്റെ ആരോഗ്യ മേഖലയ്ക്ക് പുത്തൻ ഊർജ്ജം പകരുന്നതായിട്ടാണ് പിന്നീട് നാം കണ്ടത്.

അനിയന്ത്രിതമായ രോഗാതുരത, വർദ്ധിച്ചുവരുന്ന ചികിത്സാ ചെലവ്, ആഗോളതാപനവും കാലാവസ്ഥ വ്യതിയാനവും ഉയർത്തുന്ന പുത്തൻ വെല്ലുവിളികൾ തുടങ്ങിയവയെയും ചെറുത്തുതോൽപ്പിച്ച് നമ്മുടെ പൊതുജനാരോഗ്യ മേഖലയെ മുന്നോട്ട് നയിക്കുക എന്നതാണ് ഇന്ന് നാം നേരിടുന്ന പ്രധാന വെല്ലുവിളി. നമ്മുടെ നാട്ടിലെ ഭൂരിഭാഗം ആളുകളും രോഗപ്രതിരോധ സേവനങ്ങൾക്ക് മാത്രമല്ല രോഗചികിത്സക്കും ഇന്ന് സർക്കാർ മേഖലയെ ആശ്രയിക്കുന്നു. രോഗനിർണയവും ചികിത്സയും അത് എത്ര ചെലവുള്ളതാണെങ്കിലും സൗജന്യ നിരക്കിൽ സർക്കാർ ആശുപത്രികളിൽത്തന്നെ ലഭ്യമാക്കാനാണ് നാം ശ്രമിക്കുന്നത്. കാലാവസ്ഥാ വ്യതിയാനം ഉണ്ടാക്കുന്ന പുത്തൻ വെല്ലുവിളികൾ പൊതുജനാരോഗ്യ വെല്ലുവിളികൾ ആകാതിരിക്കാൻ ശ്രമിക്കുന്നതിനോടൊപ്പം പകർച്ചവ്യാധികൾ കഴിയുന്നത്ര വേഗത്തിൽ കണ്ടെത്തി വേണ്ട പരിഹാരനടപടികൾ സ്വീകരിക്കാൻ സർക്കാരിനെയും പൊതുജനങ്ങളെയും പ്രാപ്തരാക്കുന്നതിലും ആരോഗ്യവകുപ്പ് ബദ്ധശ്രദ്ധരാണ്.

വെല്ലുവിളികൾ

കോവിഡിന്റെ രണ്ടാം തരംഗത്തിന്റെ തുടക്കത്തിലാണ് രണ്ടാം പിണറായി വിജയൻ സർക്കാർ ചുമതലയേൽക്കുന്നത്. അന്ന് കോവിഡ് ബാധിച്ചവർക്ക് ആവശ്യമായ ഓക്സിജൻ ലഭ്യമാക്കുന്നതിനുള്ള നെട്ടോട്ടത്തിലായിരുന്നു രാജ്യത്തിന് അകത്തും പുറത്തുമുള്ള ആരോഗ്യ സംവിധാനങ്ങൾ. എന്നാൽ നമ്മുടെ സംസ്ഥാനത്ത് ഒരു കിടക്കയിൽ പോലും ഓക്സിജൻ എത്താത്ത സാഹചര്യം ഉണ്ടായില്ല. എന്ന് മാത്രമല്ല, കോവിഡ് പ്രതിരോധത്തിനായി നാം ഒരുക്കിയ രോഗനിർണയ സംവിധാനങ്ങളുടെ ശൃംഖലയും ഗ്രാമഗ്രാമാന്തരങ്ങളിൽ വരെ രൂപംകൊണ്ട ദ്രുതകർമ്മ സേനകളുമൊക്കെ നാളെ മറ്റൊരു മഹാമാരിയുടെ ആഘാതത്തിൽ നിന്നും ഒരു പരിധി വരെ നമ്മെ സംരക്ഷിച്ചുപിടിക്കാൻ പോന്നതാണ്. കോവിഡിനോടൊപ്പം നിപ, മങ്കിപോക്സ്, സിക തുടങ്ങിയ പകർച്ചവ്യാധികളും പകർച്ചേതരവ്യാധികളുടെ ആധിക്യവും കൂടി ചേർന്ന് സമാനതകളില്ലാത്ത വെല്ലുവിളികളാണ് ഈ കാലയളവിൽ പൊതുജനാരോഗ്യ രംഗത്ത് സൃഷ്ടിച്ചത്. ആ വെല്ലുവിളികളെ സുശക്തമായി നേരിട്ട് മികച്ച മുന്നേറ്റം നടത്താൻ സംസ്ഥാന ആരോഗ്യ വകുപ്പിന് കഴിഞ്ഞിട്ടുണ്ട്.

മികവിന്റെ അംഗീകാരമെന്നോണം ഈ കാലഘട്ടത്തിൽ ആരോഗ്യ വനിതാ ശിശുവികസന വകുപ്പിന് ദേശീയ തലത്തിൽ 26ലധികം ദേശീയ അന്തർദേശീയ പുരസ്കാരങ്ങളും ബഹുമതികളുമാണ് ലഭിച്ചത്. ഈ കഴിഞ്ഞ മൂന്ന് വർഷങ്ങളിലും ഏറ്റവും കൂടുതൽ സൗജന്യ ചികിത്സ നൽകിയ സംസ്ഥാനത്തിനുള്ള ദേശീയ പുരസ്കാരം കേരളത്തിനാണ്. ആരോഗ്യ സേവനങ്ങൾ പ്രദാനം ചെയ്യുന്നതിലും പൊതുജനാരോഗ്യ സൂചികകളെ മുന്നോട്ട് നയിക്കുന്നതിലും വികസിത രാജ്യങ്ങളുടെ നിലവാരത്തിലേക്കുയരാൻ നമുക്കായി. ദേശീയ ഭക്ഷ്യ സുരക്ഷാ സൂചികയിൽ ചരിത്രത്തിൽ ആദ്യമായി കേരളത്തിന് ഒന്നാം സ്ഥാനം ലഭിച്ചു. ദേശീയ നീതി ആയോഗ് ആരോഗ്യ സുസ്ഥിര വികസന സൂചികയിൽ കേരളം ഈ മൂന്ന് വർഷങ്ങളിലും ഒന്നാം സ്ഥാനത്ത് തുടരുകയാണ്.

രാജ്യത്ത് ഏറ്റവും കുറവ് മാതൃ, ശിശുമരണനിരക്കുകളുള്ള സംസ്ഥാനമാണ് എന്നത് മാത്രമല്ല, പ്രസ്തുത നിരക്കുകൾ പ്രതിവർഷം മെച്ചപ്പെടുത്തിക്കൊണ്ടേയിരിക്കുന്നു. പാലിയേറ്റീവ് കെയർ രംഗത്ത് ലോകത്തിന് മാതൃകയാണ് കേരളത്തിന്റേത് എന്ന് ലോകാരോഗ്യ സംഘടനയും അതേപ്പറ്റി പഠിച്ച ലാൻസറ്റ് കമ്മീഷൻ വിദഗ്ധ സംഘവും (ലാൻസെറ്റ് കമ്മീഷൻ ഓൺ വാല്യൂ ഓഫ് ഡെത്ത്) സാക്ഷ്യപ്പെടുത്തുന്നു. ആർദ്രം മിഷന്റെ ഒന്നാം ഘട്ടത്തിൽ കുടുംബാരോഗ്യ കേന്ദ്രങ്ങളിലെയും പൊതുമേഖലയിലെ ആശുപത്രികളിലെയും അടിസ്ഥാന സൗകര്യ വികസനത്തിനാണ് പ്രാധാന്യം നൽകിയതെങ്കിൽ രണ്ടാം ഘട്ടത്തിൽ സമൂഹത്തിലെ രോഗാതുരത കുറയ്ക്കാനുള്ള പ്രവർത്തനങ്ങൾക്കാണ് പ്രാധാന്യം നൽകികൊണ്ടിരിക്കുന്നത്.

ജനകീയ പങ്കാളിത്തത്തോടെയും തദ്ദേശ സ്ഥാപനങ്ങളുടെ സഹകരണത്തോടെയും പകർച്ചവ്യാധികളെ പ്രതിരോധിക്കാനായി വലിയ പ്രയത്നമാണ് നാം നടത്തി വരുന്നത്. പക്ഷേ അതിനെ തമസ്കരിക്കുന്നതിനുള്ള ശ്രമങ്ങൾ വ്യാപകമായി ഉണ്ടാകുന്നുണ്ട്. ഉദാഹരണത്തിന് ഡെങ്കിപ്പനി വ്യാപകമായി റിപ്പോർട്ട് ചെയ്യാറുള്ള മലേഷ്യ, ഫിലിപ്പീൻസ്, സിംഗപ്പൂർ, വിയറ്റ്നാം, ശ്രീലങ്ക തുടങ്ങിയ കിഴക്കൻ ഏഷ്യൻ രാജ്യങ്ങളോടൊപ്പവും ബ്രസീൽ പോലെയുള്ള ലാറ്റിനമേരിക്കൻ രാജ്യങ്ങളോടൊപ്പവും കഴിഞ്ഞ രണ്ടു വർഷത്തോളമായി ഡെങ്കിപ്പനി ബാധയുടെ ഭീഷണിയിലാണ് നാം. എന്നാൽ ഡെങ്കിപ്പനി പോലെയുള്ള പകർച്ചവ്യാധികൾ റിപ്പോർട്ട് ചെയ്യാൻ ശേഷി കുറവുള്ള ഇതര സംസ്ഥാനങ്ങളുമായിട്ടാണ് പലരും പലപ്പോഴും കേരളത്തെ താരതമ്യപ്പെടുത്തുന്നത്. എന്നാൽ ഈ രണ്ടു വർഷങ്ങൾക്കിടയിൽ ഒരിക്കൽ പോലും നമ്മുടെ ആരോഗ്യരക്ഷാ സംവിധാനങ്ങൾക്ക് ഭീഷണിയാകുന്ന രീതിയിൽ രോഗം വ്യാപിച്ചിട്ടില്ല എന്നു മാത്രമല്ല വളരെ നേരത്തെ രോഗനിർണയം നടത്തുന്നതിലൂടെ ഒട്ടനവധി മരണങ്ങൾ തടയുന്നതിനും നമുക്ക് കഴിഞ്ഞിട്ടുണ്ട്.

ഡെങ്കിപ്പനി ചിക്കൻഗുനിയ പനി തുടങ്ങിയ കൊതുകുജന്യ രോഗങ്ങൾ ഒരു ഹ്രസ്വമായ കാലയളവിൽ വളരെ കൂടുതൽ പടർന്നുപിടിച്ച് ആരോഗ്യ സംവിധാനങ്ങളെ പ്രതിരോധത്തിലാക്കുന്ന മുൻകാല അനുഭവങ്ങളിൽ നിന്നും വ്യത്യസ്തമായ ഒന്നാണ് നാമിപ്പോൾ കേരളത്തിൽ കാണുന്നത്. നമുക്കെല്ലാം അറിയാവുന്നതുപോലെ പകർച്ചവ്യാധിയുടെ കാരണങ്ങൾ പൂർണമായും നിയന്ത്രിക്കാൻ ആരോഗ്യവകുപ്പിനോ സർക്കാരിനോ കഴിയില്ല. കാലാവസ്ഥാ വ്യതിയാനവും പകർച്ചവ്യാധികൾക്ക് വർഷംതോറും ഉണ്ടാകുന്ന ഗതി വിഗതികളുമൊക്കെ അതിനെ സ്വാധീനിക്കും. കേരളത്തിന് സമാനമായ ഭൂപ്രകൃതിയും ഉഷ്ണമേഖല കാലാവസ്ഥയും ഉള്ള എല്ലാ പ്രദേശങ്ങളിലും വ്യാപകമായി പകർച്ചവ്യാധികൾ ഉണ്ടാകാൻ സാധ്യതയുണ്ട്.

ഡെങ്കിപ്പനിയുടെ കാര്യം തന്നെ എടുത്താൽ വളരെ കുറച്ചു മാത്രം കേസുകൾ റിപ്പോർട്ട് ചെയ്യുന്ന ഇതര സംസ്ഥാനങ്ങളെക്കാൾ യഥാർത്ഥത്തിൽ പനിയുടെ വ്യാപനം കേരളത്തിൽ കുറവാണ് എന്ന് ഐ സി എം ആർ നാഷണൽ ഇൻസ്റ്റിറ്റ്യൂട്ട് ഓഫ് എപ്പിഡമിയോളജി ദേശീയ തലത്തിലും തിരുവനന്തപുരം മെഡിക്കൽ കോളേജ് കമ്മ്യൂണിറ്റി മെഡിസിൻ വിഭാഗം സംസ്ഥാനതലത്തിലും നടത്തിയ പഠനങ്ങൾ സാക്ഷ്യപ്പെടുത്തുന്നു. അതുപോലെ ഡെങ്കിപ്പനിബാധ സാധ്യത ഏറ്റവുമധികമുള്ള തെക്കു കിഴക്കൻ കിഴക്കൻ, ഏഷ്യൻ രാജ്യങ്ങളുടേതുമായി താരതമ്യം ചെയ്താൽ കേരളത്തിനേക്കാൾ താഴ്ന്ന സീറോ പ്രിവലൻസ് സിംഗപ്പൂരിൽ മാത്രമാണ് ഉള്ളത്. അതായത് കോവിഡ് 19 പോലെയുള്ള രോഗങ്ങളിൽ നാം നേരത്തെ തന്നെ കണ്ടറിഞ്ഞിട്ടുള്ള, രോഗം കൂടുതൽ കണ്ടെത്തുകയും എന്നാൽ സത്യത്തിൽ രോഗവ്യാപനം കുറയുകയും ചെയ്തിട്ടുള്ള ഇടമാണ് ഡെങ്കിപ്പനിയുടെ കാര്യത്തിലും കേരളം.

പകർച്ചവ്യാധി സാധ്യതകളെ നമ്മുടെ ആരോഗ്യ സംവിധാനം എത്ര വേഗത്തിലാണ് തിരിച്ചറിയുന്നത് എന്നതിന് അമീബിക് മസ്തിഷ്‌ക ജ്വരത്തിൽ ഇപ്പോൾ വന്നിരിക്കുന്ന വർദ്ധനവ് തന്നെയാണ് നല്ല ഉദാഹരണം. ജലോപരിതലത്തിലെ ഊഷ്മാവുമായി നേരിട്ട് ബന്ധമുള്ള അമീബോയ്ഡ് അണുജീവികളുടെ സാന്നിധ്യം നമ്മുടെ ജലാശയങ്ങളിൽ വർദ്ധിക്കുന്നത് കാലാവസ്ഥാ വ്യതിയാനം എത്രത്തോളം രോഗാണുബാധ സാധ്യതകളെ വർദ്ധിപ്പിക്കുന്നു എന്നതിന്റെ പ്രത്യക്ഷ ഉദാഹരണമാണ്. പ്രാഥമിക അമീബിക് മസ്തിഷ്കജ്വരം പോലെയുള്ള രോഗികളെ പോലും മരണ വക്ത്രത്തിൽ നിന്നും രക്ഷിച്ചെടുക്കാൻ അവ നേരത്തെ കണ്ടെത്തുന്നതിലൂടെ ഇന്ന് നമുക്ക് കഴിയുന്നുമുണ്ട്. ആരോഗ്യവകുപ്പിന് നേരിട്ട് ചെയ്യാൻ കഴിയുന്ന രോഗനിർണയവും ചികിത്സയും കഴിയുന്നത്ര ശാക്തീകരിക്കുകയും മറ്റു വകുപ്പുകളും ആയും പൊതുജനങ്ങളുമായും ചേർന്ന് ചെയ്യാൻ കഴിയുന്ന രോഗപ്രതിരോധം ഏകാരോഗ്യ സമീപനത്തിൽ ഊന്നി പൊതുവായി നടപ്പിൽ വരുത്തുകയും ചെയ്യുക എന്നതാണ് പകർച്ചവ്യാധി നിയന്ത്രണത്തിൽ നാം കൈക്കൊള്ളുന്ന സമീപനം. പക്ഷിമൃഗാദികളുടെ ആരോഗ്യവും, പ്രകൃതിയുമായുള്ള ആരോഗ്യകരമായ സഹവർത്തിത്വവും, കാലാവസ്ഥാ വ്യതിയാനമുയർത്തുന്ന വെല്ലുവിളികളുമൊക്കെ പകർച്ചവ്യാധി പ്രതിരോധവുമായി കൂട്ടിയിണക്കാനാണ് ശ്രമിക്കുന്നത്. ഉദാഹരണത്തിന് പകർച്ചവ്യാധി പ്രതിരോധത്തിനായി വിവിധ വകുപ്പുകൾ ചേർന്ന് പ്രവർത്തിക്കുന്ന കമ്മിറ്റികൾ പ്രാദേശിക തലം മുതൽ സംസ്ഥാന തലം വരെ നിലവിൽ വന്നു കഴിഞ്ഞു. പകർച്ചവ്യാധികളുടെ ഉറവിടം കണ്ടെത്തുക, അവ നിയന്ത്രിക്കുക, അവയുമായി ബന്ധപ്പെട്ട നിയമ നടപടികൾ സ്വീകരിക്കുക തുടങ്ങിയ പ്രവർത്തനങ്ങളിലെല്ലാം തന്നെ ഏകാരോഗ്യ സമീപനമാണ് സ്വീകരിക്കുന്നത്.

പകർച്ചേതരവ്യാധികളുടെ കാര്യത്തിൽ ഡിജിറ്റൽ സാങ്കേതികവിദ്യയുടെ സഹായത്തോടെ ശൈലി ആപ്പ് വഴി പ്രാദേശിക തലത്തിൽ തന്നെ രോഗികളെ സംവിധാനവുമായി കൂട്ടിയിണക്കുകയും ചികിത്സ ഉറപ്പാക്കുകയും ചെയ്യുന്നു. ആരോഗ്യവകുപ്പ് ഇന്ന് ഏറ്റവുമധികം പണം ചെലവിടുന്നത് സംസ്ഥാനത്ത് അധികരിച്ചുവരുന്ന ജീവിതശൈലി രോഗങ്ങളെ പ്രതിരോധിക്കുന്നതിനും അവയെ കാലവിളംബം കൂടാതെ കണ്ടെത്തുന്നതിനും ചികില്സിക്കുന്നതിനുമാണ്. രോഗനിർണ്ണയത്തിനും ചികിത്സയ്ക്കുമുള്ള സംവിധാനങ്ങളെ ശക്തിപ്പെടുത്തുന്നതിനായി കഴിഞ്ഞ മൂന്ന് വർഷങ്ങളിൽ ജനങ്ങളോട് ഏറ്റവും അടുത്ത്, ജനകീയ ആരോഗ്യ കേന്ദ്രങ്ങളിൽ സേവനം ലഭിക്കത്തക്കരീതിയിൽ മിഡിൽ ലെവൽ ആരോഗ്യദായകരായി നഴ്സുമാരുടെ ഒരു ശൃംഖലതന്നെ ഒരുക്കിയിട്ടുണ്ട്.

ആരോഗ്യ രംഗത്ത് മിക്ക മേഖലകളിലും ഇപ്പോൾ മുന്നിലുള്ള കേരളം ആ സ്ഥാനങ്ങൾ കൂടുതൽ മെച്ചപ്പെടുത്തുകയും ആഗോളതലത്തിൽ തന്നെ മെച്ചപ്പെട്ട സൂചികകളിലേക്ക് എത്താൻ ശ്രമിക്കുകയുമാണ് ചെയ്യുന്നത്. കേരളത്തിന്റെ രോഗപ്രതിരോധ, രോഗ നിർണയ, ചികിത്സാ രംഗങ്ങളെ നിർമ്മിത ബുദ്ധി, മെഷീൻ ലേണിംഗ് തുടങ്ങിയ ആധുനിക സംവിധാനങ്ങളുടെ സഹായത്തോട് കൂടി കൂടുതൽ മികവുറ്റതും ജനകീയമാക്കുന്നതിനുമുള്ള പരിശ്രമങ്ങൾക്ക് ഈ കാലഘട്ടത്തിൽ തുടക്കമിട്ടിട്ടുണ്ട്. റോബോട്ടിക് സർജറി, പൂർണമായി ചലന ശേഷി നഷ്ടപ്പെട്ടവർക്ക് ചലന ശേഷി വീണ്ടെടുക്കാൻ സഹായിക്കുന്ന ജി ഗൈറ്റർ, ബ്ലഡ് ബാഗ് ട്രേസബിലിറ്റി എന്നിവ ഇതിന്റെ ഉദാഹരണങ്ങളാണ്. കരൾ മാറ്റിവയ്ക്കൽ ശസ്ത്രക്രിയ, അപൂർവ രോഗങ്ങൾക്കുള്ള സൗജന്യ മരുന്ന് വിതരണം തുടങ്ങിയവ യാഥാർത്ഥ്യമാക്കി. സ്റ്റേറ്റ് വൺ ഹെൽത്ത് സെന്റർ, കെ സിഡിസി, നിപ പഠനത്തിനും പ്രതിരോധത്തിനുമായുള്ള ഏകാരോഗ്യകേന്ദ്രം തുടങ്ങിയവയുടെ പ്രവർത്തനങ്ങൾക്ക് തുടക്കമിട്ടു.

ലോകം ഭീതിയോടെ ഉറ്റുനോക്കുന്ന രോഗാണുക്കളുടെ 'ആന്റിബിയോട്ടിക് അതിജീവനം' എന്ന പ്രതിഭാസത്തെ പ്രതിരോധിക്കുന്നതിന് നാം നടത്തിവരുന്ന പ്രവർത്തനങ്ങൾ രാജ്യത്തിന് മാതൃകയായാണ്. ഏതാണ്ട് ആയിരം കോടി രൂപയ്ക്കുള്ള ആന്റിബയോട്ടിക് ദുരുപയോഗം ഇതുമൂലം തടയാൻ കഴിഞ്ഞു എന്നാണ് ഏകദേശം കണക്ക്. സർക്കാർ, സർക്കാർ അനുബന്ധ മേഖലയിൽ 15 നഴ്സിംഗ് കോളേജുകൾ ആരംഭിച്ചു. ആദ്യമായി ദേശീയ റാങ്കിംഗ് പട്ടികയിൽ തിരുവനന്തപുരം മെഡിക്കൽ കോളേജും ദന്തൽ കോളേജും ഉൾപ്പെട്ടു. മെഡിക്കൽ, നഴ്സിംഗ് സീറ്റുകൾ ഗണ്യമായി വർധിപ്പിച്ചു. മികച്ച സംവിധാനങ്ങൾ ഒരുക്കിയതിന്റെ ഫലമായി സർക്കാർ ആശുപത്രികളിൽ ചികിത്സ തേടുന്നവരുടെ എണ്ണം പലമടങ്ങ് വർധിച്ചു. എല്ലാ ആരോഗ്യ സ്ഥാപനങ്ങളിലും സേവനങ്ങളുടെ വൈപുല്യത്തിലും ഗുണനിലവാരത്തിലും പ്രകടമായ മാറ്റം ഇന്ന് ദൃശ്യമാണ്.

ചികിത്സാരംഗത്ത് ചരിത്രമുന്നേറ്റം

ആരോഗ്യ ചെലവുകൾ കുറയ്ക്കാനായി ഈ സർക്കാർ ക്രിയാത്മകമായ ഇടപെടലുകളാണ് നടത്തിയത്. മൂന്ന് വർഷങ്ങൾ കൊണ്ട് 16.28 ലക്ഷം പേർക്കായി ആകെ 4697 കോടി രൂപയുടെ സൗജന്യ ചികിത്സ നൽകി. ഈ കാലയളവിൽ കേരള മെഡിക്കൽ സർവീസ് കോർപ്പറേഷൻ വഴി സൗജന്യമായി നൽകിയത് 2100 കോടിയിലധികം രൂപയുടെ മരുന്നുകളാണ്. സംസ്ഥാനമെമ്പാടുമായി വിന്യസിക്കപ്പെട്ടിരിക്കുന്ന 75 കാരുണ്യ ഫാർമസികൾ വഴി ഗുണനിലവാരമുള്ള ജനറിക് മരുന്നുകൾ തീരെ ചെറിയ വിലയിൽ വിതരണം ചെയ്യുന്നുണ്ട്. അർബുദ ചികിത്സക്ക് ആവശ്യമായ മരുന്നുകളുടെ ഭീമമായ വില കണക്കിലെടുത്ത് അത്തരം രോഗങ്ങളുടെ മരുന്നുകൾക്ക് അനുവദിച്ച തുക മൂന്നിരട്ടിയായി വർധിപ്പിച്ചു. നാൽപ്പത് ലക്ഷത്തോളം രൂപ ചെലവുവരുന്ന കരൾ മാറ്റിവയ്ക്കൽ ശസ്ത്രക്രിയകൾ സർക്കാർ മെഡിക്കൽ കോളേജുകളിൽ യാഥാർത്ഥ്യമാക്കി. സർക്കാർ മേഖലയിൽ ആദ്യമായി റോബോട്ടിക് സർജറി അർബുദ ചികിത്സക്ക് ഉപയുക്തമായ രീതിയിൽ റീജിയണൽ ക്യാൻസർ

സെന്ററിലും മലബാർ കാൻസർ സെന്ററിലും സജ്ജമാക്കി. മെഡിക്കൽ കോളേജ് ആശുപത്രികളിലും കോർപറേറ്റ് സ്വകാര്യ ആശുപത്രികളിലും മാത്രം ലഭ്യമായിരുന്ന ഹൃദയ ശസ്ത്രക്രിയകൾ, ഹൃദയം തുറക്കാതെ വാൽവ് മാറ്റിവയ്ക്കൽ ശസ്ത്രക്രിയ, വൃക്ക മാറ്റിവയ്ക്കൽ ശസ്ത്രക്രിയ എന്നിവ രാജ്യത്ത് ആദ്യമായി ഒരു ജില്ലാതല ആശുപത്രിയിൽ, എറണാകുളം ജനറൽ ആശുപത്രിയിൽ ആരംഭിച്ചു. താമസിയാതെ മറ്റ് ആശുപത്രികൾക്കും ഈ മാതൃക പിന്തുടരാനാകും. ഗുരുതരമായി പരിക്ക് പറ്റിയവരെ സംസ്ഥാനത്തിന്റെ ഏതൊരുകോണിൽ നിന്നും ഒരു മണിക്കൂറിനുള്ളിൽ എത്തിക്കാൻ കഴിയുന്ന തരത്തിൽ ട്രോമാ കെയർ സംവിധാനങ്ങളുടെ ഒരു ശൃംഖല ഒരുക്കാനുള്ള ശ്രമത്തിലാണ് നമ്മൾ. കനിവ് 108 ആംബുലൻസ് സേവനത്തിന് മൊബൈൽ ആപ്പ് ഇതിനകം തന്നെ സജ്ജമാക്കിയിട്ടുണ്ട്.

രാജ്യത്ത് ആദ്യമായി ന്യൂറോ കാത്ത്ലാബ് ഉൾപ്പെട്ട സമഗ്ര സ്ട്രോക്ക് യൂണിറ്റ് തിരുവനന്തപുരം മെഡിക്കൽ കോളേജിൽ സാധ്യമാക്കി. കൂടാതെ അധികദൂരം യാത്ര ചെയ്യാതെ അവരുടെ ജില്ലകളിൽ തന്നെ സൗജന്യ സ്ട്രോക്ക് ചികിത്സ ലഭ്യമാകുന്ന സംവിധാനം 10 ജില്ലകളിൽ യാഥാർത്ഥ്യമാക്കി. ആശുപത്രികളിൽ എത്താതെ രോഗികൾക്ക് വീട്ടിൽ തന്നെ സൗജന്യമായി ഡയാലിസിസ് ചെയ്യാൻ കഴിയുന്ന പെരിറ്റോണിയൽ ഡയാലിസിസ് പദ്ധതി എല്ലാ ജില്ലകളിലും ആരംഭിച്ചു. ആരോഗ്യ മേഖലയിൽ നിർമ്മിത ബുദ്ധി യാഥാർത്ഥ്യമാക്കികൊണ്ട് ജി ഗൈറ്റർ സ്ഥാപിക്കുന്ന ഇന്ത്യയിലെ ആദ്യ ജില്ലാതല ആശുപത്രിയായി തിരുവനന്തപുരം ജനറൽ ആശുപത്രി മാറി. നിർമ്മിത ബുദ്ധിയുടെ സഹായത്തോടെ ലോകോത്തര നിലവാരത്തിലുള്ള ആധുനിക ന്യൂറോ റീഹാബിലിറ്റേഷൻ ചികിത്സ ഉറപ്പാക്കുന്നു. സ്ട്രോക്ക്, സ്പൈനൽ കോർഡ് ഇഞ്ചുറി, അപകടം, പാർക്കിൻസൺസ് രോഗം തുടങ്ങിയ നിരവധി കാരണങ്ങൾ മൂലം ചലനശേഷി നഷ്ടമായവരെ വീണ്ടും ചലിക്കാനും നടത്താനും സഹായിക്കുന്ന റോബോട്ടിക് സാങ്കേതികവിദ്യയാണ് നടപ്പിലാക്കിയത്.

പ്രാദേശികതലത്തിൽ തന്നെ ഗുണനിലവാരമുള്ള ആരോഗ്യസേവനം ഉറപ്പുവരുത്തുന്നതിനായി 5415 ജനകീയ ആരോഗ്യ കേന്ദ്രങ്ങൾ സ്ഥാപിച്ചു. കൂടാതെ 93 നഗര പ്രദേശങ്ങളിലായി 380 നഗര ജനകീയാരോഗ്യ കേന്ദ്രങ്ങൾ പുതുതായി ആരംഭിച്ചു. ലബോറട്ടറികൾ ആരംഭിക്കാൻ കഴിയാത്ത ചെറിയ കേന്ദ്രങ്ങളിൽ നിന്നും സാമ്പിളുകൾ ശേഖരിച്ച് അടുത്തുള്ള താരതമ്യേന വലിയ ആശുപത്രികളിൽ ടെസ്റ്റ് ചെയ്ത് ഫലം സമയബന്ധിതമായി ലഭ്യമാക്കുന്നതിനായി ഹബ് ആന്റ് സ്പോക്ക് മോഡൽ ലാബ് നെറ്റുവർക്ക് ഉടൻ യാഥാർത്ഥ്യമാകും. കഴിഞ്ഞ മൂന്നുവർഷങ്ങളിലും ഏറ്റവും അധികം ആരോഗ്യസ്ഥാപനങ്ങൾ ഗുണനിലവാരത്തിനുള്ള സാക്ഷ്യപത്രങ്ങൾ നേടിയതും കേരളത്തിൽ നിന്നുതന്നെ ആയിരുന്നു. ഇതിൽ 176 ആരോഗ്യ സ്ഥാപനങ്ങൾ നേടിയ ദേശീയ ക്വാളിറ്റി അക്രെഡിറ്റേഷൻ സ്റ്റാൻഡേർഡ് അവാർഡും 11 ആശുപത്രികൾ നേടിയ ദേശീയ ലക്ഷ്യ സർട്ടിഫിക്കേഷനും ഉൾപ്പെടും. ഒരു തീവ്രയജ്ഞമെന്ന നിലയിൽ ആരോഗ്യസ്ഥാപനങ്ങളുടെ ഡിജിറ്റലൈസേഷൻ നടക്കുകയാണ്, 607 സ്ഥാപനങ്ങളിലാണ് ഈ കാലയളവിൽ ഇ ഹെൽത്ത് യാഥാർത്ഥ്യമായത്. സംസ്ഥാനത്തെ ദന്തൽ മേഖലയ്ക്കും ദേശീയ തലത്തിൽ അംഗീകാരം ലഭിക്കുകയുണ്ടായി. പല സംസ്ഥാനങ്ങളും ഇന്ന് ദന്തസംരക്ഷണമേഖലയിലെ കേരള മാതൃക പിന്തുടരുന്നുണ്ട്. താലൂക്ക്, ജില്ല, ജനറൽ ആശുപത്രികളിൽ സൂപ്പർ സ്പെഷ്യാലിറ്റി സേവനങ്ങൾ ലഭ്യമാക്കുകയും സംസ്ഥാനത്തെ എല്ലാ താലൂക്ക് ആശുപത്രികളിലും ദന്തൽ യൂണിറ്റ് ആരംഭിക്കുകയും ചെയ്തിട്ടുണ്ട്.

പാർശ്വവൽക്കരിക്കപ്പെട്ട ജനവിഭാഗങ്ങളുടെ ആരോഗ്യം

നമ്മുടെ സംസ്ഥാനത്തിന്റെ പൊതുജനാരോഗ്യ നേട്ടങ്ങൾ കൂടുതൽ അവശസമൂഹങ്ങളിൽ എത്തിക്കുന്നതിൽ പരിശ്രമം തുടരുന്നു. നമ്മുടെ ആദിവാസി സഹോദരങ്ങൾ അതിൽ മുന്തിയ പരിഗണന അർഹിക്കുന്നു. ആദിവാസി മേഖലയിൽ സമഗ്ര ആരോഗ്യ പരിപാടിയ്ക്ക് നാം തുടക്കമിട്ടിട്ടുണ്ട്. ഇടുക്കിയിലെ ഇടമലക്കുടി, ചട്ടമൂന്നാർ എന്നീ ആശുപത്രികളിൽ തസ്തിക അനുവദിച്ച് പ്രവർത്തനമാരംഭിച്ചു. കോട്ടത്തറ ട്രൈബൽ സ്പെഷ്യാലിറ്റി ആശുപത്രിയെ താലൂക്ക് ആസ്ഥാന ആശുപത്രിയായി ഉയർത്തി. വയനാട് മെഡിക്കൽ കോളേജിൽ സിക്കിൾ സെൽ അനീമിയ രോഗിയ്ക്ക് ഇടുപ്പ് മാറ്റിവയ്ക്കൽ ശസ്ത്രക്രിയ വിജയകരമായി നടത്താൻ കഴിഞ്ഞത് ഒരു നാഴികക്കല്ലായിട്ടാണ് കാണുന്നത്. നമ്മുടെ നാട്ടിലെ ആദിവാസികളിൽ, പ്രത്യേകിച്ചും വയനാട് ജില്ലയിൽ വളരെ വ്യാപകമാണ് അരിവാൾ രോഗം എന്ന് പേരുള്ള വിളർച്ച (സിക്കിൾ സെൽ അനീമിയ). അവർക്ക് ആവശ്യമായ സേവനങ്ങൾ അവരുടെ വാസസ്ഥലങ്ങൾക്കടുത്ത് നൽകുന്നതിന് സർക്കാർ പ്രതിജ്ഞാബദ്ധമാണ്. സംസ്ഥാനത്തെ മറ്റൊരു പിന്നാക്ക ജില്ലയിലെ മെഡിക്കൽ കോളേജായ കാസർഗോഡ് സർക്കാർ മെഡിക്കൽ കോളേജിൽ ഇദംപ്രഥമമായി ന്യൂറോളജിസ്റ്റുകളുടെ തസ്തിക സൃഷ്ടിച്ച് സേവനം ലഭ്യമാക്കിയിട്ടുണ്ട്. ഇവിടെ ആദ്യമായി കാർഡിയോളജിസ്റ്റ് അനുവദിച്ച് കാത്ത് ലാബും പ്രവർത്തന സജ്ജമാക്കി ആൻജിയോപ്ലാസ്റ്റി ചികിത്സ ആരംഭിച്ചതും ഈ കാലയളവിലാണ്.

പൊതുവായ രോഗപ്രതിരോധ/ചികിത്സാ സംവിധാനങ്ങളിൽ പെടാതെപോകുന്ന, അപൂർവരോഗങ്ങളുടെ ചികിത്സക്കായി സംസ്ഥാന സർക്കാർ നടത്തിയ ചുവടുവയ്പ്പ്, 'കേരള യുണൈറ്റഡ് എഗൈൻസ്റ്റ് റെയർ ഡിസീസസ്' (കെയർ) ഒരു മാതൃക പദ്ധതിയാണ്. തിരുവനന്തപുരം മെഡിക്കൽ കോളേജിലെ എസ്.എ.ടി. ആശുപത്രിയെ അപൂർവ രോഗങ്ങളുടെ ചികിത്സക്കുള്ള സെന്റർ ഓഫ് എക്സലൻസ് ആക്കി ഉയർത്തി. ഇതിൽ ഉൾപ്പെടുത്തി ആദ്യമായി സ്പൈനൽ മാസ്ക്കുലാർ അട്രോഫി (എസ്.എം.എ) എന്ന കുട്ടികളിൽ കാണുന്ന തീവ്ര ശാരീരിക വൈകല്യത്തെ

ചികിത്സിക്കുന്നതിനായി ഒരു ക്ലിനിക് തിരുവനന്തപുരം എസ്എടി ആശുപത്രിയിൽ ആരംഭിച്ചു. എസ്.എം.എ. രോഗികളുടെ സ്പൈൻ സർജറിക്ക് സംവിധാനമൊരുക്കുകയും വളരെ ഉയർന്ന ചെലവുവരുന്ന മരുന്നുകൾ ഉൾപ്പെടെയുള്ള ചികിത്സ സൗജന്യമായി നൽകുകയും ചെയ്യുന്ന രാജ്യത്തിലെ ആദ്യ സംരംഭമാണ് നമ്മുടേത്. കുഞ്ഞുങ്ങളുടെ ആരോഗ്യവും ജീവിതനിലവാരം ഉയർത്തുന്നത്തിനായി ശ്രവണവൈകല്യമുള്ള കുട്ടികൾക്ക് കോക്ലിയർ ഇമ്പ്ലാന്റ് പോലെയുള്ള മാർഗ്ഗങ്ങളിലൂടെ കേൾവിശക്തി ഉറപ്പാക്കാനുള്ള ശ്രുതിതരംഗം പദ്ധതി ആരോഗ്യ വകുപ്പ് ഏറ്റെടുത്ത് അർഹരായ എല്ലാ കുട്ടികൾക്കും സേവനം ഉറപ്പാക്കി എന്നത് ഊന്നി പറയേണ്ടതുണ്ട്.

പൊതുജനാരോഗ്യ ഇടപെടലുകളും ഊർജ്ജിതയജ്ഞ പരിപാടികളും

മറ്റ് സംസ്ഥാനങ്ങളുമായും ദേശീയ ശരാശരിയുമായും തട്ടിച്ചുനോക്കിയാൽ മെച്ചമാണെങ്കിലും നമ്മുടെ നാട്ടിൽ, പ്രത്യേകിച്ചും അമ്മമാർക്കും കുഞ്ഞുങ്ങൾക്കുമിടയിൽ വിളർച്ച വളരെ വ്യാപകമാണ് എന്നാണ് ദേശീയ കുടുംബാരോഗ്യ സർവേകളിൽ നിന്നുമുള്ള വിവരം. ഈ പശ്ചാത്തലത്തിൽ വിളർച്ച മുക്ത കേരളത്തിന് വിവ (വിളർച്ചയിൽ നിന്നും വളർച്ചയിലേക്ക്) കേരളം കാമ്പയിൻ നടപ്പിലാക്കി. ജന്തുജന്യ രോഗങ്ങളുടെ പ്രതിരോധത്തിന് ഇന്ത്യയിൽ ആദ്യമായി ഏകാരോഗ്യ (വൺ ഹെൽത്ത്) പദ്ധതി നടപ്പിലാക്കിയത് ആമുഖത്തിൽ തന്നെ സൂചിപ്പിച്ചിട്ടുണ്ട്. ഈ പദ്ധതിയിൻകീഴിൽ പമ്പ ഒഴുകുന്ന നാല് ജില്ലകളിലായി രണ്ടര ലക്ഷത്തോളം വോളണ്ടിയൻമാർക്ക് പരിശീലനം നൽകുകയും അവർ വഴിയായി പ്രാദേശികതലത്തിൽ രോഗപ്രതിരോധ പ്രവർത്തനങ്ങൾ നടത്തുകയും ചെയ്തുകൊണ്ടിരിക്കുന്നു. ഏകാരോഗ്യ പ്രവർത്തനങ്ങളുടെ അവിഭാജ്യഘടകമാണ് രോഗാണുക്കൾ ആർജ്ജിക്കുന്ന ആന്റിബയോട്ടിക് അതിജീവനത്തെ പ്രതിരോധിക്കുക എന്നത്. നമ്മുടെ സംസ്ഥാനത്ത് അണുബാധകളുമായി ആശുപത്രികളിൽ എത്തുന്ന ആളുകളിൽ രോഗാണുക്കളുടെ ആന്റിബയോട്ടിക് അതിജ്ജീവനം എത്രത്തോളം ഉണ്ട് എന്ന് തുടർച്ചയായി നിരീക്ഷിക്കുന്നതിനും അതിലുണ്ടാകുന്ന അനാരോഗ്യ പ്രവണതകൾ നേരത്തെ കണ്ടറിഞ്ഞ് പ്രതിരോധിക്കുന്നതിനുമായി 'ആന്റി ബയോഗ്രാം' എന്ന രേഖ വർഷംതോറും പുറത്തിറക്കുന്നു. നിലവിൽ സംസ്ഥാന വ്യാപകമായി ഈ പ്രവർത്തനം നടത്തുന്ന ഒരേയൊരു ഇടമാണ് കേരളം. ഇതിലൂടെ ഭാവിയിൽ ഉണ്ടാകാനിടയുള്ള വലിയ ആരോഗ്യ പ്രശ്നങ്ങളെ നേരിടാനുള്ള മുന്നൊരുക്കമാണ് നാം നടത്തുന്നത്.

2023 സെപ്റ്റംബറിൽ ഉണ്ടായ നിപ ബാധ സർക്കാർ പൊതുജനാരോഗ്യ സംവിധാനം തന്നെ, മനുഷ്യർക്കിടയിൽ ഉണ്ടായ ആദ്യ രോഗപ്പകർച്ചയിൽത്തന്നെ കണ്ടെത്തുകയും സമയബന്ധിതമായ രോഗനിർണയ-ചികിത്സാ സംവിധാനങ്ങൾ ഒരുക്കി മരണനിരക്ക്, 33% എന്ന നിലയിലേക്ക് താഴ്ത്താൻ കഴിയുകയും ചെയ്തു. നമ്മുടെ നാട്ടിൽ കാണപ്പെടുന്ന നിപ രോഗത്തിന്റെ വകഭേദത്തെ പ്രത്യേകമായി ലക്ഷ്യം വച്ച് രോഗപ്രതിരോധവും ചികിത്സയും നല്കാൻ കഴിയുന്ന 'മോണോക്ലോണൽ ആന്റിബോഡികൾ' പൊതുമേഖലയിൽ തന്നെ ഉത്പാദിപ്പിക്കാനുള്ള പ്രവർത്തനങ്ങൾ നടന്നുവരുന്നു. നിപയെയും മഹാമാരിയാകാൻ സാധ്യതയുള്ള മറ്റ് അണുബാധകളെയും പ്രതിരോധിക്കുന്നതിന് സംസ്ഥാനത്തിന് ആവശ്യമായ അക്കാദമിക പിന്തുണ ഒരുക്കുന്നതിനായി കേരള വൺ ഹെൽത്ത് സെന്റർ ഫോർ നിപ റിസർച്ച് ആൻഡ് റേസിലിൻസ് എന്ന പേരിൽ ഒരു ഏകാരോഗ്യകേന്ദ്രം കോഴിക്കോട് മെഡിക്കൽ കോളേജിൽ സ്ഥാപിച്ചു. 2024ൽ മലപ്പുറത്ത് ഉണ്ടായ നിപ അണുബാധയെയും നാം ഫലപ്രദമായി പ്രതിരോധിച്ചു. ജില്ലയിൽ വീട് വീടാന്തരം നടത്തിയ സർവ്വേ പ്രവർത്തനങ്ങളും വവ്വാൽ റൂസ്റ്റ് ചെയ്യുന്ന മരങ്ങളുടെ സർവ്വേയും ഒക്കെ രാജ്യത്തിന് തന്നെ മാതൃകയാണ്. അണുബാധ കണ്ടെത്തി ദിവസങ്ങൾക്കുള്ളിൽ തന്നെ അതിന് ഹേതുവായ വൈറസിന്റെ ഭാഗിക ജനിതക നിർദ്ധാരണം ഇൻസ്റ്റിറ്റ്യൂട്ട് ഓഫ് അഡ്വാൻസ്ഡ് വൈറോളജി കണ്ടെത്തുകയും വവ്വാലുകളിൽ വ്യാപകമായിട്ടുള്ള ആന്റിബോഡി സാന്നിധ്യം നാഷണൽ ഇൻസ്റ്റിറ്റ്യൂട്ട് ഓഫ് കണ്ടെത്തുകയും ചെയ്തു.

ആമുഖത്തിൽ സൂചിപ്പിച്ചതുപോലെ കേരളത്തിൽ സ്വതവേ കണ്ടുവരുന്ന പകർച്ചവ്യാധികളെയും മഹാമാരികൾ ആകാൻ സാധ്യതയുള്ള പുത്തൻ പകർച്ചവ്യാധികളെയും ഒന്നുപോലെ പ്രതിരോധിക്കാൻ കഴിയുന്ന സംവിധാനമാണ് നാം രൂപപ്പെടുത്തിക്കൊണ്ടിരിക്കുന്നത്. പകരാ രോഗങ്ങളുടെ കാര്യത്തിൽ നേരത്തെ സൂചിപ്പിച്ച സ്ക്രീനിങ്, ചികിത്സ പരിപാടികൾക്ക് പുറമെ നഴ്സിംഗ് യോഗ്യതയുള്ള എം എൽ എസ് പി മാർ ഫീൽഡ് വിസിറ്റ് നടത്തി ഉറവിടത്തിൽ തന്നെ രോഗം പ്രതിരോധിക്കുകയും രോഗസാധ്യതകൾ കണ്ടെത്തുകയും ചെയ്തുകൊണ്ടിരിക്കുന്നു.

കാൻസർ / ജീവിതശൈലി രോഗങ്ങളുടെ ചികിത്സ

ജീവിതശൈലീ രോഗങ്ങളേയും കാൻസറിനേയും നേരത്തെ കണ്ടെത്തി ചികിത്സിക്കുന്നതിനായി ഈ സർക്കാർ ആർദ്രം ജീവിതശൈലി രോഗനിർണയ കാമ്പയിൻ ആരംഭിച്ചു. 30 വയസിന് മുകളിലുള്ള 1.54 കോടിയിലധികം പേരുടെ സ്ക്രീനിംഗ് നടത്തി. 46,000ത്തോളം പേരെ കാൻസർ പരിശോധനയ്ക്ക് വിധേയമാക്കി. കാൻസർ കണ്ടെത്തിയവർക്ക് വിദഗ്ധ ചികിത്സ ഉറപ്പാക്കി. രണ്ടാം വർഷത്തെ സ്ക്രീനിംഗ് പ്രോഗ്രാം ആരംഭിച്ചു. സർക്കാർ മേഖലയിൽ ആദ്യമായി കാൻസറിന് റോബോട്ടിക് സർജറി ആരംഭിച്ചകാര്യം പ്രസ്താവിച്ചിരുന്നല്ലോ. ഇതിനായി 60 കോടി രൂപ ആദ്യഘട്ടത്തിൽ ചെലവിടുകയും തിരുവനന്തപുരം മെഡിക്കൽ കോളേജിൽ റോബോട്ടിക് സർജറിക്ക് 29 കോടി രൂപ അനുവദിക്കുകയും ചെയ്തിട്ടുണ്ട്. കാൻസർ കണ്ടെത്താൻ സ്പെഷ്യൽ ക്യാമ്പുകൾ നടത്തിക്കൊണ്ടിരിക്കുന്നു. അർബുദ രോഗങ്ങളുടെ ചികിത്സ നടന്നുകൊണ്ടിരുന്ന പ്രധാന ആശുപത്രിക

ൾക്ക് പുറമേ മറ്റ് 25 ആശുപത്രികളിൽ കൂടി കാൻസർ ചികിത്സയ്ക്കുള്ള സൗകര്യം കഴിഞ്ഞ മൂന്ന് വർഷങ്ങളിൽ ഒരുക്കിയിട്ടുണ്ട്.

മലബാർ കാൻസർ സെന്ററിനെ, 562.25 കോടി രൂപയുടെ കിഫ്ബി ഫണ്ട് ഉപയോഗിച്ച് പോസ്റ്റ് ഗ്രാജ്വേറ്റ് ഇൻസ്റ്റിറ്റ്യൂട്ട് ഓഫ് ഓങ്കോളജി സയൻസ് ആന്റ് റിസർച്ച് ആയി ഉയർത്തി. എല്ലാ ആശുപത്രികളിലും ആഴ്ചയിൽ ഒരു ദിവസം കാൻസർ പ്രാരംഭ പരിശോധനാ ക്ലിനിക്കുകൾ ആരംഭിക്കാൻ നടപടി സ്വീകരിച്ചു. ആർസിസിയിലും എംസിസിയിലും നൂതന ചികിത്സാ സംവിധാനങ്ങളൊരുക്കിക്കൊണ്ടിരിക്കുന്നു. കുട്ടികളിലെ കണ്ണിന്റെ, റെറ്റിനോ ബ്ലാസ്റ്റോമയടക്കമുള്ള അർബുദ ബാധകർക്ക് എംസിസിയിൽ വിദഗ്ധ ചികിത്സ ആരംഭിച്ചു. അർബുദ ചികിത്സക്കായി ആർസിസിയിൽ സർക്കാർ മേഖലയിലെ ആദ്യ ലുട്ടീഷ്യം ചികിത്സ ആരംഭിച്ചു. സ്ത്രീകളിൽ ഗർഭാശയഗള കാൻസർ കണ്ടെത്തുന്നതിനുള്ള 'സെർവിസ്കാൻ' ആർസിസി ഈ കാലയളവിൽ വികസിപ്പിച്ചു. സെർവിക്കൽ കാൻസറിന് പ്രധാനകാരണം ഹ്യൂമൻ പാപ്പിലോമാ വൈറസ് എന്ന വൈറസ് ബാധയാണെന്നും ഈ അണുബാധ വാക്സിനേഷനിലൂടെ തടയുകവഴി ഗുരുതരമായ ഈ അർബുദബാധ തടയാൻ കഴിയുകയും ചെയ്യും എന്ന ശാസ്ത്രീയ കണ്ടെത്തലുകളുടെ അടിസ്ഥാനത്തിൽ എച്ച്.പി.വി. വാക്സിനേഷൻ പ്ലസ് വൺ, പ്ലസ് ടു തലത്തിലെ പെൺകുട്ടികൾക്ക് നൽകുന്നതിന് സർക്കാർ തീരുമാനമെടുത്തിട്ടുണ്ട്.

മെഡിക്കൽ കോളേജുകൾ

മെഡിക്കൽ കോളേജുകളിൽ വലിയ വികസന പ്രവർത്തനങ്ങളാണ് നടന്നു വരുന്നത്. രണ്ട് സർക്കാർ മെഡിക്കൽ കോളേജുകളും (ഇടുക്കിയിലും പത്തനംതിട്ടയും) 8 നഴ്സിംഗ് കോളേജുകളും (കാസർഗോഡ്, വയനാട്, ഇടുക്കി, പാലക്കാട്, മഞ്ചേരി പത്തനംതിട്ട മെഡിക്കൽ കോളേജുകളുമായി ചേർന്നത് ഉൾപ്പെടെ) സർക്കാർ അനുബന്ധ മേഖലയും കൂടി ചേർത്ത് 15 നഴ്സിങ് കോളേജുകളും ഈ കാലയളവിൽ പുതുതായി പ്രവർത്തനം ആരംഭിച്ചിട്ടുണ്ട്. 2021-ൽ 478 ബി.എസ്.സി. നഴ്സിംഗ് സീറ്റുകളാണ് സർക്കാർ മേഖലയിൽ മാത്രം ഉണ്ടായിരുന്നത്, ഇന്നത് 1090 സീറ്റുകളാക്കി, ഇരട്ടിയിൽ അധികമായി വർധിപ്പിച്ചിട്ടുണ്ട്. സർക്കാർ അനുബന്ധ മേഖലകളും കൂടിചേർത്ത് കഴിഞ്ഞ വർഷം 1020 ബി.എസ്.സി. നഴ്സിംഗ് സീറ്റുകളാണ് വർധിപ്പിച്ചത്. അതേസമയം സ്വകാര്യ മേഖലയും കൂടി ചേർത്ത് മൊത്തം ബി.എസ്. സി. നഴ്സിങ് സീറ്റുകൾ 9821 ആയി ഉയർന്നു. 80 മെഡിക്കൽ പിജി സീറ്റുകൾക്ക് പുതുതായി അനുമതി നൽകുകയും തിരുവനന്തപുരത്തും ആലപ്പുഴയിലും എറണാകുളത്തും എം.എസ്.സി. മെന്റൽ ഹെൽത്ത് നഴ്സിംഗ് കോഴ്സ് ആരംഭിക്കുകയും ചെയ്തു.

മെഡിക്കൽ കോളേജുകളുടെ ഉന്നമനത്തിനായി മാസ്റ്റർ പ്ലാനുകൾ തയ്യാറാക്കി അവയെ മികവിന്റെ കേന്ദ്രങ്ങളാക്കി മാറ്റുന്നതിനുള്ള യജ്ഞം പുരോഗമിക്കുന്നു. മെഡിക്കൽ കോളേജുകളുടെ സേവന നിലവാരം മെച്ചപ്പെടുത്തുന്നതിന് ക്വാളിറ്റി ഇംപ്രൂവ്മെന്റ് ഇനിഷ്യേറ്റീവ് എന്ന പദ്ധതിക്ക് തുടക്കം കുറിച്ചു. ആദ്യമായി കഴിഞ്ഞ വർഷവും ഈ വർഷവും ദേശീയ റാങ്കിംഗ് പട്ടികയിൽ കേരളത്തിലെ സർക്കാർ മെഡിക്കൽ കോളേജുകൾ ഉൾപ്പെട്ടു. സംസ്ഥാനത്ത് ആദ്യമായി ക്രിറ്റിക്കൽ കെയർ, ജനറ്റിക്സ്, ജെറിയാട്രിക്, ഇന്റർവെൻഷണൽ റേഡിയോളജി, റുമറ്റോളജി, പീഡിയാട്രിക് ഗ്യാസ്ട്രോ വിഭാഗങ്ങൾ ആരംഭിച്ചു. വിവിധ മെഡിക്കൽ കോളേജുകളിൽ 42 പുതിയ സൂപ്പർ സ്പെഷ്യാലിറ്റി വിഭാഗങ്ങൾ ആരംഭിച്ചു. തിരുവനന്തപുരം മെഡിക്കൽ കോളേജും ദന്തൽ കോളേജുമാണ് ആദ്യ റാങ്കുകളിൽ ഉൾപ്പെട്ടത്. ഗ്രാമീണ മേഖലയിൽ ആദ്യമായി പിജി ഡോക്ടർമാരുടെ സേവനം (റസിഡൻസി പ്രോഗ്രാം) കരിക്കുലത്തിന്റെ ഭാഗമായിത്തന്നെ ലഭ്യമാക്കിയതും ഈ കാലയളവിൽ ആണ്. നാഷണൽ ബോർഡ് നടത്തിയ സൂപ്പർ സ്പെഷ്യലിറ്റി മെഡിക്കൽ എൻട്രൻസ് പരീക്ഷയിൽ ഒന്നിലധികം സ്പെഷ്യലിറ്റികളിൽ ഒന്നാം റാങ്ക് സംസ്ഥാനത്തെ മെഡിക്കൽ കോളേജുകളിൽ പഠനവും ഉപരിപഠനവും പൂർത്തിയാക്കിയ വിദ്യാർത്ഥികൾക്കായിരുന്നുവെന്നത് നമ്മുടെ മെഡിക്കൽ കോളേജുകളിലെ അധ്യയന മികവിന്റെ സാക്ഷ്യപത്രമാണ്.

ആരോഗ്യ മേഖലയിൽ ഗവേഷണത്തിനുള്ള പ്രാധാന്യം മനസിലാക്കി സ്റ്റേറ്റ് ബോർഡ് ഓഫ് മെഡിക്കൽ റിസേർച്ചിനെ ശക്തിപ്പെടുത്താൻ വലിയ ഇടപെടലുകൾ നടത്തി. ആരോഗ്യ ഗവേഷണത്തിനായി ഒരു നയം തന്നെ ഇന്ന് നിലവിലുണ്ട്. ആരോഗ്യ ഗവേഷണ പ്രബന്ധങ്ങളുടെ പ്രധാന ഡാറ്റാബേസ് ആയ മെഡ്ലൈനിൽ കഴിഞ്ഞ മൂന്നുവർഷങ്ങളിൽ സംസ്ഥാനത്തിനകത്തുള്ള ഗവേഷകർ പങ്കെടുത്ത 8000 അധികം പ്രബന്ധങ്ങളാണ് പ്രസിദ്ധീകരിച്ചിട്ടുള്ളത്. ഇത് മുൻ വർഷങ്ങളിലേതിനേക്കാൾ വളരെ കൂടുതലാണ്. ആന്റിബയോട്ടിക് പ്രതിരോധത്തെ ചെറുക്കുന്ന പ്രവർത്തനങ്ങളുടെ ഭാഗമായി കഴിയുന്നതും സുരക്ഷിതമായ ആന്റിബയോട്ടിക്കുകൾ മാത്രം ഉപയോഗിക്കുന്നതിനായി ലോകാരോഗ്യ സംഘടന നിഷ്കർഷിച്ച അവയർ മെട്രിക്സ് പ്രകാരം കൾച്ചർ റിപ്പോർട്ടിംഗ് ഫോർമാറ്റ് വികസിപ്പിച്ച് ലോകത്ത് ആദ്യമായി നടപ്പിലാക്കിയത് കേരളത്തിലാണ് (തിരുവനന്തപുരം ഗവൺമെന്റ് മെഡിക്കൽ കോളേജിൽ) ഇത് ഒരു അന്താരാഷ്ട്ര ജേണലിൽ പ്രസിദ്ധീകരിച്ചിട്ടുണ്ട്. കേരള വൺ ഹെൽത്ത് സെന്റർ ഫോർ നിപ റിസർച്ച് കോഴിക്കോട് മെഡിക്കൽ കോളേജിൽ സ്ഥാപിച്ച കാര്യം പ്രസ്താവിച്ചിരുന്നല്ലോ. കേരളം നിപയെ തുടർച്ചയായി പ്രതിരോധിച്ച രീതി അക്കാദമികമായി പഠിച്ച് സഹോദര സമൂഹങ്ങൾക്ക് കൂടി ഉപയുക്തമായ രീതിയിൽ പ്രസിദ്ധീകരിക്കാനുള്ള ശ്രമങ്ങൾ നടന്നു വരുന്നു.

പാലിയേറ്റീവ് കെയർ രംഗം

കേരളത്തിലെ സാമൂഹികാധിഷ്ഠിത പാലിയേറ്റീവ് പരിചരണ പ്രവർത്തനങ്ങൾ ഇന്ത്യയിൽ മാത്രമല്ല, വികസ്വര രാജ്യങ്ങളിലും ഒരു വിജയകരമായ മാതൃകയായി അംഗീകരിക്കപ്പെട്ടിരിക്കുകയാണ്. മരണ

മെന്ന പ്രതിഭാസത്തിന് ആഗോളവ്യാപകമായി തന്നെ വിവിധ സമൂഹങ്ങൾ നൽകുന്ന പരിഗണനയും നില വിലുള്ള സംവിധാനങ്ങളും പഠിക്കുന്നതിനും മികച്ചവ കണ്ടെത്തി റിപ്പോർട്ട് ചെയ്യുന്നതിനുമായി വിഖ്യാത മെഡിക്കൽ ജേർണൽ ആയ ലാൻസെറ്റ് 'ലാൻസെറ്റ് കമ്മീഷൻ ഓൺ വാല്യൂ ഓഫ് ഡെത്ത്' എന്ന പേരിൽ ഇതുമായി ബന്ധപ്പെട്ട മേഖലകളിൽ പ്രവർത്തിക്കു ന്ന ശാസ്ത്രജ്ഞന്മാരുടെയും ഡോക്ടർമാരുടെയും സാമൂഹ്യപ്രവർത്തകരുടെയും ഒരു പഠനസംഘം രൂപീകരിച്ചിരുന്നു. അവരുടെ റിപ്പോർട്ടിൽ കേരള ത്തിലെ സാമൂഹ്യാധിഷ്ഠിത പാലിയേറ്റീവ് കെയർ മാതൃകയെ ലോകത്തിലെ തന്നെ ഏറ്റവും മികച്ചതാ യിട്ടാണ് വിലയിരുത്തിയിട്ടുള്ളത്. ആർദ്രം മിഷന്റെ പത്ത് പ്രധാന പ്രവർത്തന മേഖലകളിലൊന്നാണ് പാലിയേറ്റീവ് കെയർ. ഇതിന്റെ ഭാഗമായി സമഗ്ര പാലിയേറ്റീവ് കെയർ ആക്ഷൻ പ്ലാൻ നടപ്പിലാക്കി വരുന്നു. സാന്ത്വന പരിചരണത്തിന് വിശദമായ പ്രവ ർത്തന മാർഗരേഖ പുറത്തിറക്കി. കിടപ്പിലായ ഓരോ രോഗിയുടെയും സമീപ പ്രദേശത്ത് പരിശീലനം ലഭിച്ച ഒരു സന്നദ്ധ പ്രവർത്തകന്റെ സാന്നിധ്യം ഉറപ്പാക്കി വരുന്നു. ആർദ്രം ജീവിതശൈലീ കാമ്പയിനിലൂടെ കിടപ്പ് രോഗികളുടെ വാർഡ് അടിസ്ഥാനത്തിലുള്ള വിവരങ്ങൾ ശേഖരിച്ച് പരിചരണം ഉറപ്പാക്കി. ആയുഷ് മേഖലയിലും ചിട്ടയായ പാലിയേറ്റീവ് കെയർ പ്രവ ർത്തനങ്ങൾ നടന്നു വരുന്നു. മേൽപ്പറഞ്ഞ പ്രവർത്തന ങ്ങളെ ഏകോപിപ്പിക്കുന്നതിനായി എല്ലാ ജില്ലകളിലും പാലിയേറ്റീവ് പരിശീലന കേന്ദ്രങ്ങൾ ആരംഭിച്ചു.

സുപ്രധാന നിയമ നിർമ്മാണങ്ങൾ

കോവിഡ് ഉൾപ്പെടെയുള്ള പകർച്ചവ്യാധികളുടെ വെല്ലുവിളികൾക്കിടയിലും 4 സുപ്രധാനങ്ങളായ നിയമ നിർമ്മാണമാണ് ഈ മൂന്ന് വർഷ കാലയള വിനുള്ളിൽ ആരോഗ്യ വകുപ്പ് നടത്തിയത്. 2023ലെ കേരള പൊതുജനാരോഗ്യ ആക്ട്, 2021ലെ കേരള സാംക്രമിക രോഗങ്ങൾ ആക്ട്, 2021ലെ കേരള സംസ്ഥാന മെഡിക്കൽ പ്രാക്ടിഷണേഴ്സ് ആക്ട്, 2023ലെ കേരള ആരോഗ്യരക്ഷാ സേവന പ്രവർത്ത കരും ആരോഗ്യരക്ഷാ സേവന സ്ഥാപനങ്ങളും (അക്രമവും സ്വത്തിനുള്ള നാശവും തടയൽ) ഭേദഗതി ആക്ട് തുടങ്ങിയ നിയമങ്ങളാണ് അവ. ആരോഗ്യ പ്രവ ർത്തകരുടെ സുരക്ഷയ്ക്കായുള്ള കോഡ് ഗ്രേ പ്രോട്ടോ കോൾ രാജ്യത്ത് ആദ്യമായി നടപ്പിലാക്കി എന്നതും സവിശേഷ പരാമർശം അർഹിക്കുന്നു.

മറ്റുചില ചുവടുവെയ്പ്പുകൾ

മാതൃശിശു സൗഹൃദ ആശുപത്രി ഇനിഷ്യേറ്റീവ് രാജ്യത്ത് ആദ്യമായി നടപ്പിലാക്കി. ഹൃദ്യം പദ്ധതിയി ലൂടെ 7,500ലധികം കുഞ്ഞുങ്ങൾക്ക് സൗജന്യ ഹൃദയ ശസ്ത്രക്രിയ നടത്തി. ആദ്യമായി പീഡിയാട്രിക് ഹൃദയ ശസ്ത്രക്രിയ തിരുവനന്തപുരം എസ്.എ.ടി. ആശുപത്രിയിൽ ആരംഭിച്ചു. പകർച്ചവ്യാധി-പകർച്ചേ തരവ്യാധി പ്രതിരോധത്തിനും ഗവേഷണത്തിനുമായി കേരള സെന്റർ ഫോർ ഡിസീസ് കൺട്രോൾ ആന്റ് പ്രിവെൻഷൻ അഥവാ കേരള സിഡിസി യാഥാർത്ഥ്യമാ ക്കി വരുന്നു. കേരള ആരോഗ്യ സർവകലാശാലയുടെ സ്കൂൾ ഓഫ് പബ്ലിക് ഹെൽത്ത് തിരുവനന്തപുര ത്ത് പ്രവർത്തനമാരംഭിച്ചു. കണ്ണൂരിലെ അന്താരാഷ്ട്ര ആയുർവേദ ഗവേഷണ കേന്ദ്രം ആദ്യഘട്ടം പൂർത്തി യാകുന്നു. മാനസികാരോഗ്യ ചികിത്സയ്ക്ക് മെന്റൽ ഹെൽത്ത് റിവ്യൂ ബോർഡുകൾ യാഥാർത്ഥ്യമാക്കി. ടെലി മെഡിസിൻ സംവിധാനമായ ഇ സഞ്ജീവനി സേവനം കൂടുതൽ ശക്തിപ്പെടുത്തുകയും ഇ സഞ്ജീ വിനിയിൽ സ്പെഷ്യാലിറ്റി ഡോക്ടർമാരുടെ സേവനങ്ങൾ ലഭ്യമാക്കുകയും ചെയ്തിട്ടുണ്ട്. രക്തം ശേഖരിക്കുന്നത് മുതൽ രക്തം ഒരാൾക്ക് നൽകുന്നത് വരെ നിരീക്ഷി ക്കാൻ കഴിയുന്ന അത്യാധുനിക ബ്ലഡ് ബാഗ് ട്രേസബി ലിറ്റി സംവിധാനം സംസ്ഥാനത്തെ 42 സർക്കാർ ബ്ലഡ് ബാങ്കുകളിലും 57 ബ്ലഡ് സ്റ്റോറുകളിലും നടപ്പിലാക്കി വരുന്നു. ഇങ്ങനെ സമഗ്രവും സർവ്വതലസ്പർശിയുമായ നിരവധി വികസന പ്രവർത്തനങ്ങളാണ് സംസ്ഥാന ത്ത് ആരോഗ്യ മേഖലയിൽ നടന്നു വരുന്നത്.

വയനാട് ദുരന്തം ഉണ്ടാക്കിയ സങ്കടങ്ങൾക്കിട യിലാണ് നാം ഇപ്പോൾ നിൽക്കുന്നത്. എന്നാൽ നമ്മുടെ ഒത്തൊരുമിച്ചുള്ള ജീവരക്ഷാ പ്രവർത്തന ങ്ങളുടെ മാത്രമല്ല പൊതുജനാരോഗ്യ രംഗത്തിന്റെ മേന്മയുടെയും പല സൂചകങ്ങളും വയനാട് നമ്മുടെ മുൻപിൽ കാട്ടിത്തരുന്നു. ദുരന്തത്തിനുശേഷം പല സമയത്തായി ലഭിച്ച മൃതശരീരങ്ങളുടെയും ശരീരഭാ ഗങ്ങളുടെയും പരിശോധനയും ജനിതക പരിശോധ നയ്ക്കുള്ള സാമ്പിൾ ശേഖരണവും നമ്മുടെ ഉദ്യോഗ സ്ഥരുടെയും സന്നദ്ധ പ്രവർത്തകരുടെയും ആത്മാ ർപ്പണത്തിന്റെ നേർകാഴ്ച ആയിരുന്നു. ഉറ്റവരെയും ഉടയവരെയും പാർപ്പിടവും നഷ്ടപ്പെട്ടു ക്യാമ്പുകളിൽ കഴിയുന്ന ആയിരങ്ങൾക്ക് മാനസികമായ പിന്തുണ ഉറപ്പാക്കുന്നതിലും ആരോഗ്യ രംഗം സ്തുത്യർഹമായ സേവനം നടത്തി. സാധാരണ ഗതിയിൽ ദുരന്തങ്ങ ൾക്ക് ശേഷം വ്യാപകമായി ഉണ്ടാകാൻ സാധ്യതയുള്ള പകർച്ചവ്യാധികളെ തടഞ്ഞുനിർത്തുന്നതിലും നാം വളരെയധികം വിജയിച്ചു എന്ന് വേണം കരുതാൻ. വയനാട് പോലുള്ള സ്ഥലത്ത് പൊതുജനാരോഗ്യ ഭീഷണികളെ തടഞ്ഞു നിർത്താൻ കഴിഞ്ഞത് നമ്മുടെ പൊതുജനാരോഗ്യ മേഖലയുടെ ഗുണനിലവാരത്തി ന്റെ അളവുകോലാണ്.

കേരള ആരോഗ്യമേഖല വെല്ലുവിളികളും പരിഹാരങ്ങളും

ഡോ. ബി. ഇക്ബാൽ

എകെജി പഠന ഗവേഷണ കേന്ദ്രത്തിന്റെ നേതൃത്വത്തിൽ അഞ്ചാമത് കേരള അന്താരാഷ്ട്ര പഠന കോൺഗ്രസ് സംഘടിപ്പിക്കുന്നതിന്റെ മുന്നോടിയായിട്ടാണു ഇപ്പോൾ കോട്ടയത്ത് വച്ച് ആഗസ്റ്റ് 25, 26 തീയതികളിലായി ആരോഗ്യമേഖല നേരിടുന്ന സവിശേഷ പ്രശ്നങ്ങൾ പരിശോധിക്കാനും പരിഹാരം കണ്ടേത്താനുമുള്ള സെമിനാർ സംഘടിപ്പിച്ചിട്ടുള്ളത് 1994, 2005, 2011, 2015 വർഷങ്ങളായി നടന്ന പഠന കോൺഗ്രസ്സുകളെ തുടർന്നാണ് 1996, 2006, 2016, അധികാരത്തിൽ വന്ന ഇടത് മുന്നണി സർക്കാരുകൾ ആരോഗ്യമേഖലയിൽ വമ്പിച്ച പരിവർത്തനം വരുത്തിയ നയങ്ങൾ നടപ്പിലാക്കിയതും 2021 ൽ അധികാരമേറ്റ സർക്കാർ നടപ്പിലാക്കിവരുന്നതും

ആരോഗ്യമേഖലയിൽ വമ്പിച്ച നേട്ടങ്ങൾ ഇടത് സർക്കാരുകളുടെ ഇടപെടൽ മൂലം ഉണ്ടായിട്ടുണ്ട്. സാർവദേശീയ നിലവാരം പരിഗണിച്ച് വിലയിരുത്തിയാൽ പോലും ആരോഗ്യമേഖലയിൽ മികച്ച നേട്ടങ്ങൾ കൈവരിച്ച പ്രദേശമാണ് കേരളം. അംഗീകൃത ആരോഗ്യമാനദണ്ഡങ്ങളുടെ അടിസ്ഥാനത്തിൽ നോക്കുമ്പോ വികസിത രാജ്യങ്ങൾക്ക് ഏതാണ്ട് തുല്യമായ നേട്ടങ്ങൾ കേരളം കൈവരിച്ച് കഴിഞ്ഞിട്ടുണ്ട്. പൊതുജനാരോഗ്യസംവിധാനങ്ങളുടെ ലഭ്യതയും പ്രാപ്യതയും കേരളത്തിൽ മെച്ചപ്പെട്ടതാണ്. ആരോഗ്യനിലവാരം നിർണ്ണയിക്കുന്നതിനായി ഉപയോഗിക്കാറുള്ള ഏറ്റവും പ്രധാനപ്പെട്ട സൂചികകളായ മാതൃമരണനിരക്കിലും ശിശുമരണനിരക്കിലും വികസിതരാജ്യങ്ങളോടൊപ്പം കേരളം എത്തിക്കഴിഞ്ഞിട്ടുണ്ട്. മാത്രമല്ല എല്ലാ ജനവിഭാഗങ്ങൾക്കും പ്രദേശ-സാമൂഹ്യാവസ്ഥാവ്യത്യാസമില്ലാതെ ആരോഗ്യസേവനം ലഭ്യവുമാണ്. വികസിത രാജ്യങ്ങളുമായി തട്ടിച്ച് നോക്കുമ്പോൾ കേരളത്തിലെ ആരോഗ്യചെലവ് ആപേക്ഷികമായി കുറവുമാണ്. ഇതെല്ലാം പരിഗണിച്ച് സാമൂഹ്യനീതിയിലും തുല്യതയിലും അധിഷ്ഠിതമായ ചെലവ് കുറഞ്ഞ ആരോഗ്യസംവിധാനം (Good Health at Low Cost, Good Health with Social Justice and Equity) എന്നാണ് കേരള ആരോഗ്യമാതൃകയെ അന്താരാഷ്ട്ര ഏജൻസികൾ വിശേഷിപ്പിക്കാറുള്ളത്

കേരളത്തിന്റെ നേട്ടങ്ങളിൽ സന്തോഷിക്കുമ്പോൾ തന്നെ ആരോഗ്യമേഖലയിൽ കേരളം നേരിടുന്ന വെല്ലുവിളികൾ കാണാതെ പോവരുത്. വർധിച്ച് വരുന്ന രോഗാതുരത, പ്രാന്തവൽക്കരിക്കപ്പെട്ട ജനസമൂഹങ്ങൾ നേരിടുന്ന സവിശേഷ ആരോഗ്യപ്രശ്നങ്ങൾ, പൊതുജനാരോഗ്യസംവിധാനം ശക്തിപ്പെട്ടിട്ടുണ്ടെങ്കിലും സ്വകാര്യ ആരോഗ്യചെലവിൽ ഉണ്ടായിക്കൊണ്ടിരിക്കുന്ന വർധന തുടങ്ങി നിരവധി പ്രതിസന്ധികൾ കേരളം ആരോഗ്യമേഖലയിൽ നേരിട്ട് വരികയാണ്. രോഗാതുരതയുടെ വർധന പൊതുജനാരോഗ്യമേഖലയെ വലിയ സമ്മർദ്ദത്തിന് വിധേയമാക്കും. സർക്കാരിന്റെയും പൊതുസമൂഹത്തിന്റെയും ആരോഗ്യചെലവ് വർധിക്കും. ആരോഗ്യപരിപാലനത്തിലൂടെ ആയുസ്സ് നിലനിർത്താൻ കഴിയുമെങ്കിലും രോഗാതുരത ഉയർന്ന് നിന്നാൽ ജീവിതഗുണത (Quality of Life) കുറവായിരിക്കും. ജീവിതത്തോട് പ്രായം ചേർക്കുകയല്ല പ്രായത്തോട് ജീവിതം ചേർക്കുക (Add life to years, not years to life) എന്ന ലോകാരോഗ്യസംഘടനയുടെ നിർദ്ദേശം അപ്രായോഗ്യമാവും.

പകർച്ചേതര- ദീർഘസ്ഥായി-ജീവിതശൈലി രോഗങ്ങൾ

1970 കളിൽ ഡോ പി ജി കെ പണിക്കരും ഡോ സി ആർ സോമനും നടത്തിയ പഠനത്തെ തുടർന്ന് കേരളാവസ്ഥയെ "Low Mortality High Morbidity Syndrome" (കുറഞ്ഞ മരണനിരക്ക്, കൂടിയ രോഗാതുരത) എന്ന് വിശേഷിപ്പിച്ചിരുന്നു, ആരോഗ്യമേഖലയിലെ ഗുണകരമായവശമായ മരണനിരക്ക് കുറഞ്ഞിരിക്കുമ്പോൾ തന്നെ രോഗാതുരത കൂടുതലാണെന്ന് അവർ ചൂണ്ടികാട്ടി. മരണനിരക്ക് കുറയുമ്പോൾ പ്രായാധിക്യമുള്ളവർ സമൂഹത്തിൽ വർധിക്കയും വയോജനങ്ങളെ കൂടുതലായി ബാധിക്കുന്ന പ്രമേഹം, രക്താതിമർദ്ദം, കാൻസർ തുടങ്ങിയ രോഗങ്ങൾ കൂടുകയും ചെയ്യാൻ സാധ്യതയുണ്ട്. മരണനിരക്ക് കുറച്ച് കൊണ്ടുള്ള ആരോഗ്യമേഖലയിലെ നമ്മുടെ വിജയത്തിന് കൊടുക്കേണ്ടിവരുന്ന വിലയായി വർധിച്ചുവരുന്ന ജീവിതശൈലി രോഗങ്ങൾ (Non Communicable Diseases) എന്ന് വിശേഷിപ്പിക്കപ്പെടാറുള്ള ദീർഘസ്ഥായി-പകർച്ചേതര രോഗങ്ങളെ കാണാവുന്നതാണ്. എന്നാൽ സാധാരണഗതിയിൽ പ്രതീക്ഷിക്കാവുന്നതിലും കൂടുതലാണ് കേരളത്തിൽ ഇത്തരം രോഗങ്ങളുടെ സാന്നിധ്യം

കേരളത്തിൽ ഏറ്റവും കുറഞ്ഞത് 20% പേർ പ്രമേഹ രോഗികളാണെന്ന് പല പഠനങ്ങളും സൂചിപ്പിക്കുന്നു. അറുപത്തി ആറു ശതമാനം പേർ പ്രമേഹപൂർവ്വ (Pre Diabetic State) സ്ഥിതിയിലാണ്. പ്രമേഹരോഗികളുടെ അമിതമായ വർധന മൂലം കേരളം രാജ്യത്തെ പ്രമേഹരോഗികളുടെ തലസ്ഥാനമായി കരുതപ്പെടുന്നു. മൂന്നിൽ ഒന്നു പേരും രക്താതിമർദ്ദം ബാധിച്ചവരാണ്. വർഷം തോറും 60, 000 ഓളം പേരെ വിവിധ തരത്തിലുള്ള കാൻസറുകൾ ബാധിക്കുന്നു, 2020 ൽ 57, 155 പേരിലും 2022 ൽ 59, 143 പേരിലും കാൻസർ കണ്ടെത്തിയി. ഓരേ സമയം കേരളത്തിൽ മൂന്നുലക്ഷത്തോളം കാൻസർ രോഗികളാണുള്ളത് 2016 ൽ ഒരുലക്ഷം പേരിൽ 136.3 പേർക്ക് കാൻസുണ്ടായിരുന്നത് 2022 ൽ 169 പേരായി വർധിച്ചിട്ടുണ്ട്. കാൻസർ മൂലമ്മുള്ള മരണം ഒരു ലക്ഷത്തിൽ 92 പേരാണ്. കാൻസർ മൂലം 2020 ൽ 31, 166 പേർ മർച്ചപ്പോൾ 2022 ൽ മരണമടഞ്ഞവർ 32, 271 ആയി വർദ്ധിച്ചു. അടുത്തകാലത്തായി സ്ത്രീകളിലെ അതും മധ്യവയസ്കരുടെയിടയിൽ സ്തനാർബുദം വർദ്ധിച്ച് വരുന്നുണ്ട്. ജീവിതരീതികളിൽ പിന്തുടർന്ന് വരുന്ന അനാരോഗ്യകരമായ ആഹാരരീതികൾ, വ്യായാമരാഹിത്യം തുടങ്ങിയ ജീവിതരീതികളും അമിതമായ മദ്യപാനം തുടങ്ങിയ ദുശീലങ്ങളുമാണ് പകർച്ചേതരരോഗങ്ങൾ വർധിച്ച് വരാനുള്ള പ്രധാന കാരണം. മാത്രമല്ല പകർച്ചേതര രോഗങ്ങൾക്കുള്ള ചികിത്സാ സൗകര്യങ്ങൾ വർധിച്ചിട്ടുണ്ടെങ്കിലും ഉചിതമായ ചികിത്സ സ്വീകരിച്ച് രോഗം നിയന്ത്രിക്കുന്നവർ വളരെ കുറവാണെന്നതും വലിയ വെല്ലുവിളിയായി ഉയർന്ന് വന്നിട്ടുണ്ട്. പ്രമേഹം, രക്താതിമർദ്ദം എന്നീ രോഗങ്ങൾ നിയന്ത്രിക്കപ്പെട്ടിട്ടുള്ളവർ കേവലം 15 ശതമാനത്തിൽ താഴെ മാത്രമാണെന്ന് ഒരു പഠനം വെളിപ്പെടുത്തിയിട്ടുണ്ട്. ഇതിന്റെ കാരണം കണ്ടെത്തി പരിഹാരം തേടേണ്ടതുണ്ട്.

ഉചിതമായ ജീവിതരീതി മാറ്റങ്ങളിലൂടെയും പ്രാരംഭഘട്ട ചികിത്സയിലൂടെയും പകർച്ചേതര രോഗങ്ങൾ നിയന്ത്രിക്കകയും മൂർച്ചാവസ്ഥ (Complications) തടഞ്ഞ് ഗുരുതരമാവുന്നത് ഒഴിവാക്കയും ചെയ്യേണ്ടതുണ്ട്. പ്രമേഹം, രക്താതിമർദ്ദം എന്നീ രണ്ട് രോഗങ്ങൾ നിയന്ത്രിക്കാൻ കഴിഞ്ഞാൽ തന്നെ അവയുടെ ഫലമായുണ്ടാവുന്ന ഹൃദ്രോഗം, വൃക്കരോഗം, പക്ഷാഘാതം തുടങ്ങിയ ഗുരുതരരോഗങ്ങൾ തടയാൻ കഴിയും. ബൈപാസ്- ഡയാലിസിസ് കേന്ദ്രങ്ങൾ വർധിപ്പിച്ചും അവയവമാറ്റ ശസ്ത്രക്രിയകൾ കൂടുതലായി നടത്തിയും മാത്രം നമുക്കിനി മുന്നോട്ട് പോവാനാവില്ല. രോഗപ്രതിരോധത്തിനും (Disease Prevention), ആരോഗ്യ പരിപോഷണത്തിനും (Health Promotion) ഊന്നൽ നൽകേണ്ടിയിരിക്കുന്നു. 30 വയസ്സിന് മുകളിൽ പ്രായമുള്ളവരിലെ ജീവിതശൈലിരോഗങ്ങളുടെ നിയന്ത്രണത്തിനായി “അല്പം ശ്രദ്ധ ആരോഗ്യം ഉറപ്പ് എന്നൊരു പദ്ധതി ആരോഗ്യവകുപ്പ് ആരംഭിച്ചിട്ടുള്ളത് സ്വാഗതാർഹമാണ്. ഇതിന്റെ ഭാഗമായി അരക്കോടി പേർക്ക് വീട്ടിലെത്തി ജീവിതശൈലി രോഗനിർണ്ണയ സ്ക്രീനിംഗ് നടത്തിയിട്ടുണ്ട്. സ്ക്രീനിംഗിനു വിധേയരാക്കപ്പെട്ടവരിൽ 18.89 ശതമാനം ഏതെങ്കിലും ഗുരുതര രോഗസാധ്യതയുള്ളവരാണെന്ന് കണ്ടെത്തിയിട്ടുണ്ട്. ഇവർക്കുള്ള തുടർ ചികിത്സയും പരിചരണവും മറ്റും നൽകുമെന്ന് ആരോഗ്യവകുപ്പ് അറിയിച്ചിട്ടുണ്ട്. കൂടുതൽ വിശദാംശങ്ങൾ ശേഖരിച്ച് പൊതുജനാരോഗ്യ വിദഗ്ധർ ഈ പദ്ധതിയുടെ ഫലസിദ്ധിയെ സംബന്ധിച്ച് സൂക്ഷ്മ പരിശോധന നടത്തേണ്ടതാണ്.

ജീവിതശൈലി രോഗപ്രതിരോധം മുതിർന്നവരിൽ മാത്രമായി പരിമിതപ്പെടുത്തരുത്. പ്രധാനമായും പ്രായമേറുമ്പോൾ പ്രത്യക്ഷപ്പെടുന്ന പ്രമേഹം, രക്താതിമർദ്ദം തുടങ്ങിയ ശാരീരികരോഗങ്ങളുടെയും അതോടൊപ്പം മാനസികരോഗങ്ങളുടെയും വിത്ത് വിതക്കപ്പെടുന്നത് ചെറുപ്രായത്തിലാണ്. കുറഞ്ഞത് 30 ശതമാനം കുട്ടികളെങ്കിലും ഭാരക്കൂടുതലുള്ളവരാണെന്ന് ചില പഠനങ്ങൾ സൂചിപ്പിക്കുന്നുണ്ട്. ഇവർക്ക് ഉചിതമായ ആരോഗ്യവിദ്യാഭ്യാസം നൽകേണ്ടതുണ്ട്. ഏതാണ്ട് നിലച്ച പോയ സ്കൂൾ ആരോഗ്യപദ്ധതി പുനഃരാരംഭിക്കാൻ തീരുമാനിച്ചിട്ടുള്ളത് ശുഷ്കാന്തിയോടെ നടപ്പിലാക്കണം. സ്കൂളുകൾക്ക് പുറമേ കോളേജ് തലത്തിലും ആരോഗ്യപദ്ധതി നടപ്പിലാക്കേണ്ടതാണ്. അതോടൊപ്പം വിദ്യാർത്ഥികളുടെയിടയിൽ വർധിച്ച് വരുന്ന മയക്ക് മരുന്നാസക്തി, മദ്യപാനം തുടങ്ങിയ ആരോഗ്യത്തെ മാത്രമല്ല സാമൂഹ്യ ജീവിതത്തേയും പ്രതികൂലമായി ബാധിക്കുന്ന ദുഷ് പ്രവണതകൾ തടയുന്നതിനുള്ള കർശനനടപടികളും സ്വീകരിക്കേണ്ടതാണ്. ഇത്തരം രോഗങ്ങളുടെ പ്രതിരോധം കൂടി പദ്ധതിയുടെ പരിധിയിൽ കൊണ്ടുവരേണ്ടതാണ്.

സ്തനാർബുദ പ്രതിരോധം

കേരളത്തിൽ സ്തനാർബുദമുള്ളവരുടെ എണ്ണം വർധിച്ച് വരികയാണ്. ലഭ്യമായ വിവരങ്ങളനുസരിച്ച് വർഷം തോറും 11, 000 സ്തീകളെ സ്തനാർബുദം ബാധിക്കുന്നുണ്ട്. പ്രായാധിക്യമുള്ളവരിൽ മാത്രമല്ല മധ്യവയസ്കരിലും സ്തനാർബുദ നിരക്ക് വർധിച്ച് വരുന്നുണ്ട്. ശസ്ത്രക്രിയ, ഔഷധചികിത്സ, റേഡിയേഷൻ എന്നീ മേഖലകളിൽ വന്നിട്ടുള്ള വളർച്ചമൂലം പ്രാരംഭഘട്ടത്തിൽ കണ്ടെത്തിയാൽ ഏതാണ്ട് പൂർണ്ണമായി ചികിത്സിച്ച് മാറ്റാവുന്ന രോഗമായി സ്തനാർബുദം മാറിയിട്ടുണ്ട്. ആധുനിക സ്തനാർബുദ ചികിത്സാ സൗകര്യങ്ങൾ കേരളത്തിൽ സർക്കാർ - സ്വകാര്യമേഖലകളിൽ ലഭ്യമാണ്. എന്നാൽ രോഗപ്രതിരോധത്തിനുള്ള പദ്ധതികളൊന്നും കേരളത്തിൽ നടപ്പിലാക്കിയിട്ടില്ല. ജനിതക വ്യതിയാനം, അമിതഭാരം, രക്തത്തിലെ കൊഴുപ്പിലെ വർധന, ഹോർമോൺ ചികിത്സ, മുലയൂട്ടൽ വിമുഖത തുടങ്ങി നിരവധി ഘടകങ്ങൾ സ്തനാർബുദ കാരണങ്ങളായി കണ്ടെത്തിയിട്ടുണ്ട്.

ഉചിതമായ ജീവിതക്രമീകരണത്തിലൂടെയും (വ്യായാമം, ഭക്ഷണരീതി ക്രമീകരണം), സ്തനസ്വയം പരിശോധന (Breast Self-Examination), മാമോഗ്രാഫി ടെസ്റ്റ് തുടങ്ങിയ മാർഗ്ഗങ്ങളിലൂടെ സ്തനാർബുദ സാധ്യത തടയാനും രോഗം പ്രാരംഭത്തിൽ തന്നെ കണ്ടെത്തി ചികിത്സ നൽകാനും കഴിയും ഇതിലേക്കുള്ള ഒരു സമഗ്ര സ്തനാർബുദ നിയന്ത്രണ പദ്ധതി

ആരോഗ്യ വകുപ്പ് നടപ്പിലാക്കുന്നത് പരിഗണിക്കേണ്ടതാണ്. കാൻസർ ചികിത്സകർ, സ്ത്രീരോഗ ചികിത്സകർ, പൊതുജനാരോഗ്യ വിദഗ്ദർ, എന്നിവരുമായി ചർച്ചചെയ്ത് പദ്ധതിയുടെ വിശദാംശങ്ങൾ തയ്യാറാക്കാവുന്നതാണ്.

പകർച്ചവ്യാധികൾ

പകർച്ചേതര രോഗങ്ങളോടൊപ്പം കേരളത്തിൽ നിരവധി പകർച്ചവ്യാധികളും നിലനിൽക്കുന്നു. പകർച്ചേതര-പകർച്ചാവ്യാധികളുടെ ഇരട്ട രോഗഭാരം പേറുന്ന സമൂഹമായി കേരളം മാറിയിരിക്കയാണ്. ഡങ്കി, ചിക്കുൻ ഗുനിയ, എച്ച് 1 എൻ 1. വയറിളക്ക രോഗങ്ങൾ, എലിപ്പനി (Leptospirosis), വെസ്റ്റ് നൈൽ, മസ്തിഷ്കജ്വരം (Japanese Encephalitis), സ്ക്രബ് ടൈഫസ് (Scrub Typhus), കരിമ്പനി (Leishmaniasis), കുരങ്ങ്പനി (Kyasanur Forest Disease) തുടങ്ങിയ പകർച്ചവ്യാധികൾ കേരളത്തിൽ പ്രാദേശിക രോഗമായി (Endemic) ഏറിയും കുറഞ്ഞും നിലനിൽക്കുകയും നിരവധിപേരുടെ ജീവൻ വർഷംതോറും അപഹരിച്ച് വരികയുമാണ്. നീപ, സിക തുടങ്ങിയ രോഗങ്ങളും കേരളത്തിൽ സാന്നിധ്യം അറിയിച്ചിട്ടുണ്ട്. കൊതുകുകൾ, കീടങ്ങൾ എന്നിവയാണ് ഇവയിൽ മിക്ക രോഗങ്ങളും പരത്തുന്നത്. കേരളീയർ കൂടുതലായുപയോഗിക്കുന്ന കിണർ വെള്ളത്തിലെ ജൈവമാലിന്യം വളരെ കൂടുതലാണ്. വയറിളക്ക രോഗങ്ങൾക്ക് കാരണമായ ഇ കോളൈ (Escherichia coli) കിണർ വെള്ളത്തിൽ വ്യാപകമായി കാണുന്നുണ്ട്. കക്കൂസ് നിർമ്മാണത്തിലെ അപാകതകളാണ് ഇതിനൊരു കാരണം. അടുത്തകാലത്തായി പേപ്പട്ടി വിഷബാധയും കേരളത്തിൽ വർധിച്ച് വരികയാണ്. ഭക്ഷ്യമാലിന്യങ്ങൾ പൊതുസ്ഥലത്ത് ഉപേക്ഷിക്കുന്നതാണ് തെരുവ് നായ്ക്കളുടെ വർധനക്കുള്ള പ്രധാനകാരണം.

ഇത്തരം രോഗങ്ങൾ തടയുന്നതിനായി കൊതുക് നശീകരണം, മാലിന്യനിർമ്മാർജ്ജനം, ശുദ്ധജല ലഭ്യത എന്നിവ ഉറപ്പാക്കേണ്ടതുണ്ട്. ഈഡിസ് ഈജിപ്റ്റൈ കൊതുകുകളുടെ സാന്ദ്രത കുറക്കാൻ കഴിയാത്ത സാഹചര്യത്തിൽ മാരകമായ മഞ്ഞപ്പനിയും കേരളത്തിൽ എത്താൻ സാധ്യതയുണ്ട്. കൊതുക് നശീകരണം വേണ്ടത്ര മുന്നോട്ട് കൊണ്ട് പോവാൻ നമുക്കിതുവരെ കഴിഞ്ഞിട്ടില്ല. പ്രാണീജന്യ രോഗങ്ങൾ വർധിക്കുന്ന സാഹചര്യത്തിൽ ആരോഗ്യ-തദ്ദേശ സ്വയം ഭരണ വകുപ്പുകൾ സംയുക്തമായി വെക്ടർ കണ്ട്രോൾ പ്രോഗ്രാം ഫലവത്തായി നടപ്പിലാക്കേണ്ടതുണ്ട്. അധികം പേരെ ബാധിക്കാതെയാണെങ്കിലും ആവർത്തിച്ച് പ്രത്യേക്ഷപ്പെട്ടുകൊണ്ടിരിക്കുന്ന പനി, സ്ക്രബ് ടൈഫസ്, കരിമ്പനി, കുരങ്ങ്പനി എന്നിവ നിയന്ത്രിക്കുന്നതിനായി അതത് രോഗങ്ങളുടെ സവിശേഷ രോഗഉറവിട വ്യാപനരീതികൾ പരിഗണിച്ച് ഉചിതമായ പൊതുജനാരോഗ്യ നടപടികൾ സ്വീകരിക്കേണ്ടതാണ്.

ഫ്ലൂ വാക്സിനും രോഗം ബാധിച്ചാൽ ചികിത്സക്കായുള്ള ആന്റി വൈറൽ മരുന്നും ലഭ്യമാണെങ്കിലും എച്ച് 1 എൻ 1 മൂലം വർഷം തോറും കുറഞ്ഞത് അൻപത് പേരെങ്കിലും മരണമടയുന്നത് ഒഴിവാക്കപ്പെടേണ്ടതാണ്. ഫ്ലൂ പ്രതിരോധത്തിനുള്ള വാക്സിനേഷൻ പ്രോത്സാഹിപ്പിക്കേണ്ടതാണ്. ഇതേപോലെ രോഗപ്രതിരോധത്തിനും ചികിത്സക്കും മരുന്ന് ലഭ്യമായ എലിപ്പനിമൂലമുള്ള മരണങ്ങളും തടയേണ്ടതാണ്. എലികളെ നിയന്ത്രിച്ചും പാടത്തും കന്നുകാലിതൊഴുത്തിലും മറ്റും ജോലിചെയ്യുന്നവർ ഷൂസും കൈയുറയും ധരിച്ചും എലിപ്പനി പ്രതിരോധിക്കാൻ ശ്രമിക്കേണ്ടതാണ്.

പകർച്ച-പകർച്ചേതര രോഗങ്ങൾ ഒരു വിഷമവൃത്തം പോലെ അന്യോന്യം രോഗമൂർച്ഛയ്ക്കും കാരണമാവുകയും പകർച്ചവ്യാധികൾ പ്രമേഹം പോലുള്ള രോഗങ്ങളെ മൂർച്ചിപ്പിക്കയും ചെയ്യും. പകർച്ചേതര അനുബന്ധ രോഗമുള്ളവരിലാണ് കോവിഡ് പോലുള്ള പകർച്ചവ്യാധികൾ മരണത്തിനും ഗുരുതരാവസ്ഥകൾക്കും കാരണമാവുന്നത്, കേരളത്തിലെ പകർച്ച-പകർച്ചേതര രോഗാതുരത നിയന്ത്രിക്കുന്നതിനായി വ്യക്തമായ കാര്യപരിപാടികൾ ആസൂത്രണം ചെയ്ത് ബ്രഹത്തായ കർമ്മപദ്ധതി ആവിഷ്കരിച്ച് നടപ്പിലാക്കേണ്ടിയിരിക്കുന്നു.

ശിശുമരണനിരക്ക്, ആയുർദൈർഘ്യം തുടങ്ങിയ അംഗീകൃത മാനദണ്ഡങ്ങളുടെ അടിസ്ഥാനത്തിലാണ് കേരളം ആരോഗ്യമേഖലയിൽ വികസിതരാജ്യങ്ങൾക്ക് ഏതാണ്ട് തുല്യമായ സ്ഥാനം നേടിയതായി കരുതപ്പെടുന്നത്. എന്നാൽ വികസ്വരരാജ്യങ്ങളിൽ നിന്നും ആരോഗ്യമേഖലയിൽ മികച്ച് നിൽക്കുന്ന ക്യൂബ, നിക്കാരഗ്വ, ശ്രീലങ്ക തുടങ്ങിയ വികസ്വരരാജ്യങ്ങളിൽ നിന്നും തുടച്ച് നീക്കപ്പെടുകയോ പൂർണ്ണമായി നിയന്ത്രിക്കപ്പെടുകയോ ചെയ്തിട്ടുള്ള പകർച്ചവ്യാധികൾ പലതും കേരളത്തിൽ കാണപ്പെടുന്നു എന്നത് പ്രത്യേകം ശ്രദ്ധിക്കപ്പെടേണ്ടതാണ്. പകർച്ചവ്യാധികളുടെയും മറ്റും സാന്നിധ്യം പരിഗണിച്ച് നിഷേധ പരീഗണന (നെഗറ്റീവ് വെയ്റ്റേജ്) നൽകിയാൽ കേരളം ആരോഗ്യമികവിൽ മറ്റ് രാജ്യങ്ങളുടെ പട്ടികയിൽ പുറകിലാവാൻ സാധ്യതയുണ്ട്.

സബ് സെന്ററുകൾ ശക്തിപ്പെടുത്തുക

ആരോഗ്യമേഖലയെ വലിയ നവീകരണത്തിന് വിധേയമാക്കിയ ആർദ്രം മിഷൻ വിപൂലീകരിച്ച് രോഗാതുരത കുറച്ച് ഗുണാത്മക ആരോഗ്യമുള്ള ജനസമൂഹമായി കേരളത്തെ പരിവർത്തനം ചെയ്യുന്നതിനുള്ള പദ്ധതികൾ ആരോഗ്യ വകുപ്പ് തയ്യാറാക്കിവരുന്നുണ്ട് എന്നത് ശുഭാപ്തി വിശ്വാസം നൽകുന്നുണ്ട്. ആർദ്രം മിഷന്റെ ഭാഗമായി പകർച്ചേതര രോഗങ്ങൾ, മാനസികരോഗം, ശ്വാസകോശരോഗങ്ങൾ എന്നിവക്കായി പ്രത്യേക ക്ളിനിക്കുകൾ സ്ഥാപിച്ചും അവശ്യമരുന്നുകളെല്ലാം ലഭ്യമാക്കിയും പ്രാഥമികാരോഗ്യകേന്ദ്രങ്ങളിലെ ചികിത്സാസംവിധാനങ്ങൾ വർധിപ്പിച്ചിട്ടുണ്ട്. എന്നാൽ രോഗപ്രതിരോധത്തിനും ആരോഗ്യവിദ്യാഭ്യാസത്തിനും ആരോഗ്യപോഷണത്തിനുമായി പ്രവർത്തിക്കേണ്ട സബ്സെന്ററുകളുടെ പ്രവർത്തനം വേണ്ടത്ര മെച്ചപ്പെടുത്താൻ കഴിഞ്ഞിട്ടില്ല. ആർദ്രം മിഷന്റെ തുടർപ്രവർത്തനങ്ങളിൽ സബ്സെന്ററുകളുടെ ലക്ഷ്യങ്ങൾ സാക്ഷാത്ക്കരിക്കുന്നതിനുള്ള നടപടികൾ സ്വീകരിക്കേണ്ടതാണ്. സബ്സെന്ററുകളെ ജനകീ

യാരോഗ്യകേന്ദ്രങ്ങളാക്കുമെന്ന് സംസ്ഥാന സർക്കാർ പ്രഖ്യാപിച്ചിട്ടുണ്ട് അതേപോലെ കേന്ദ്രസർക്കാരിന്റെ പദ്ധതിയായ വെൽനസ് ക്ളിനിക്കുകൾ സബ് സെന്ററുകൾ കേന്ദ്രീകരിച്ചു നടപ്പിലാക്കുന്നതിനുള്ള പദ്ധതിയുമുണ്ട്. ഇതെല്ലാം പ്രാഥമികാരോഗ്യകേന്ദ്രത്തിന്റെ ചികിത്സാവിഭാഗങ്ങളുടെ അനുബന്ധങ്ങളായി മാറാതെ രോഗപ്രതിരോധത്തിനു കൂടുതൽ ഊന്നൽ നൽകുന്ന കേന്ദ്രങ്ങളാക്കാൻ പ്രത്യേകം ശ്രദ്ധിക്കണം.

കോവിഡാനന്തര രോഗങ്ങൾ

കോവിഡ് കാലം കഴിഞ്ഞാൽ വലിയൊരു ജനവിഭാഗം വിധേയമാവാൻ സാധ്യതയുള്ള കോവിഡാനന്തര രോഗങ്ങൾമൂലം (Post Covid Syndromes) കേരളീയരുടെ രോഗാതുരത ഇനിയും വർധിക്കാൻ സാധ്യതയുണ്ട്. ഇവർക്ക് ഉചിതമായ ചികിത്സ നൽകാൻ ഇതിനകം ആരംഭിച്ചിട്ടുള്ള ചികിത്സാകേന്ദ്രങ്ങൾ (Post Covid Clinics) കൂടുതൽ ശക്തിപ്പെടുത്തേണ്ടിവരും.

മാനസികാരോഗ്യം

കേരളസമൂഹത്തിൽ വർധിച്ച് വരുന്ന ആത്മഹത്യാപ്രവണത, മയക്ക് മരുന്ന് ആസക്തി, സ്ത്രീപീഡനം, മദ്യപാനം, ഹിംസാത്മകത, അന്ധവിശ്വാസങ്ങൾ തുടങ്ങിയ നിരവധി സാമൂഹ്യതിന്മകൾക്ക് കേരളീയരുടെ ദുർബലമായ മാനസികാരോഗ്യവും ഒരു പ്രധാന കാരണമാണ്. ഏറ്റവുമധികം ആത്മഹത്യ നടക്കുന്ന സംസ്ഥാനങ്ങളിലൊന്നാണ് കേരളം. ശാരീരികപ്രശ്നങ്ങൾ പരിഹരിക്കാൻ കാട്ടുന്ന താത്പര്യം വ്യക്തികളും സമൂഹവും മാനസികാരോഗ്യത്തിന്റെ കാര്യത്തിൽ സ്വീകരിച്ച് കാണുന്നില്ല, കേരളീയരുടെ മാനസികാരോഗ്യത്തെക്കുറിച്ച് നടത്തിയ ഒരു പഠന പ്രകാരം 2002 നും 2018 നുമിടക്ക് വലിയ വർധനയുണ്ടതായി കണ്ടെത്തിയിട്ടുണ്ട്. 2008 ൽ ആയിരം പേരിൽ 272 പേർക്കാണ്! മാനസികരോഗമുണ്ടായിരുന്നത്. 2018 ൽ മാനസികരോഗികളുടെ എണ്ണം ആയിരത്തിന് 400 ആയി വർധിച്ചു. ഇവരിൽ കുറഞ്ഞത് 12% പേർക്കെങ്കിലും ആശുപത്രിചികിത്സ ആവശ്യമായ മാനസികരോഗങ്ങളുണ്ടെന്ന് വിലയിരുത്തപ്പെട്ടിട്ടുണ്ട്. അതേയവസരത്തിൽ രാജ്യം മൊത്തമെടുത്താൽ ഇതേകാലയളവിൽ മനോരോഗികളായിരുന്നവരുടെ എണ്ണം ആയിരംപേരിൽ 105 ൽ എന്നത് 100 ആയി കുറയുകയാണുണ്ടായത്.

കുട്ടിക്കാലത്ത് തന്നെ മാനസികാരോഗ്യം മെച്ചപ്പെടുത്തുന്നതിനുള്ള പരിപാടികൾ ആവിഷ്ക്കരിക്കേണ്ടതുണ്ട്. വിദ്യാലയആരോഗ്യപദ്ധതിയിലൂടെ ശാരീരികാരോഗ്യത്തോടൊപ്പം മാനസികാരോഗ്യവും സംരക്ഷിക്കുവാനും വിദ്യാർത്ഥികൾക്ക് ആരോഗ്യവിദ്യാഭ്യാസം നൽകാനും ലക്ഷ്യമിടേണ്ടതാണ്. ഇപ്പോൾ സ്കൂൾ കോളേജ് തലത്തിൽ പ്രവർത്തിക്കുന്ന കൗൺസിലിംഗ് കേന്ദ്രങ്ങളുടെ പ്രവർത്തനം വിലയിരുത്തപ്പെടേണ്ടതുണ്ട്. ആധുനിക കാലത്തിനനുസൃതമായി അധ്യാപകർക്കും മാതാപിതാക്കൾക്കും പരിശീലനം നൽകുകയും കൗൺസിലർമാർക്ക് പുന:പരിശീലനം നൽകയും ചെയ്യേണ്ടതാണ്.

ആരോഗ്യവകുപ്പ്, മെഡിക്കൽ കോളേജുകൾ, എന്നിവയുടെ കീഴിലുള്ള മാനസികാരോഗ്യ വിഭാഗങ്ങൾ, തിരുവനന്തപുരം, കോഴിക്കോട്, തൃശ്ശൂർ എന്നിവടങ്ങളിലുള്ള മൂന്ന് മാനസികാരോഗ്യആശുപത്രികൾ, കോഴിക്കോടുള്ള ഇൻസ്റ്റിറ്റ്യൂട്ട് ഓഫ് മെന്റൽ ഹെൽത്ത് ആന്റ് ന്യൂറോസയൻസസ്, മെന്റൽ ഹെൽത്ത് അതോറിറ്റി എന്നിവയുടെ പ്രവർത്തനങ്ങൾ ഏകോപിപ്പിച്ച് ശക്തിപ്പെടുത്തേണ്ടതുണ്ട്. സ്വകാര്യമേഖലയിലും സന്നദ്ധമേഖലകളിലുമുള്ള മാനസികാരോഗ്യകേന്ദ്രങ്ങളുടെ സേവനവും പ്രയോജനപ്പെടുത്തേണ്ടാവുന്നതാണ്. അതോടൊപ്പം മാനസികാരോഗ്യചികിത്സകരുടെ എണ്ണത്തിൽ ഇപ്പോഴുള്ള കുറവും പരിഹരിക്കപ്പെടേതുണ്ട്. പതിനായിരം പേർക്ക് 3 വീതം സൈക്കിയാട്രിസ്റ്റുകളും ക്ളീനിക്കൽ സൈക്കോളജിസ്റ്റുകളും സൈക്കിയാട്രിക്ക് സോഷ്യൽ വർക്കേഴ് സും, റീഹാബിലിറ്റേഷൻ വർക്കേഴ്സും വേണ്ടസ്ഥാനത്ത് കേരളത്തിൽ യഥാക്രമം 0.12, 0.06, 0.006, 1 എന്നിങ്ങനെ മാത്രമാണുള്ളത്.. മാനസികാരോഗ്യ ചികിത്സകർക്കായി ഇപ്പോൾ നിലവിലുള്ള കോഴ് സുകളിലെ സീറ്റുകളുടെ എണ്ണം വർധിപ്പിച്ചും കൂടുതൽ കേന്ദ്രങ്ങളിൽ കോഴ് സുകൾ ആരംഭിച്ചും ഈ കുറവ് പരിഹരിക്കേണ്ടതാണ്.

വാഹനാപകടങ്ങൾ

കേരളത്തിലെ പ്രധാനപ്പെട്ട പൊതുജനാരോഗ്യപ്രശ്നമായ വാഹനാപകടങ്ങളെ തുടർന്നുണ്ടാകുന്ന മരണങ്ങളും ഗുരുതരങ്ങളായ ശാരീരിക പരിക്കുകളും കാര്യമായി കുറഞ്ഞതായി കാണുന്നില്ല. കോവിഡ് കാലത്ത് 2020 ൽ കുറഞ്ഞിരുന്ന വാഹനാപകടങ്ങൾ വീണ്ടും വർധിച്ച് പഴയ സ്ഥിതിയിൽ എത്തിയിരിക്കയാണ്. മുൻകാലങ്ങളിൽ വാഹനാപകടം മൂലം വർഷംതോറും 4000 ത്തോളം പേർ മരണമടയുകയും അതിന്റെ പത്തിരട്ടിപേർക്ക് പലതരത്തിലുള്ള പരിക്കുകൾ പറ്റുകയും ചെയ്ത് വന്നിരുന്നു നിർഭാഗ്യവശാൽ അടുത്തകാലത്ത് ആംബുലൻസ് വാഹന അപകടങ്ങളും തുടർന്ന് നിരവധി പേർക്ക് ജീവൻ നഷ്ടപ്പെടുന്നതും വർദ്ധിച്ച് വരുന്നുണ്ട്. 2019ൽ 119, 2020ൽ 156, 2021ൽ 186 എന്നിങ്ങനെ ആംബുലൻസ് അപകടങ്ങൾ നിരന്തരം വർദ്ധിച്ച് വരികയാണ്. 2018 മുതൽ 2021 വരെയുള്ള നാലു കൊല്ലത്തിൽ ആംബുലൻസ് അപകടത്തിൽ 125 പേർ മരണമടഞ്ഞു. ഇതേകാലത്ത് 746. പേർക്ക് അപകടത്തിൽ പരിക്കേൽക്കയുണ്ടായി. 2020 ൽ കോവിഡ് വ്യാപകമായിരിക്കയും ക്വാറന്റെൻ നടപ്പിലാക്കയും ചെയ്ത അവസരത്തിൽ പോലും 2929 പേർ മരണമടഞ്ഞു. 30510 പേർക്ക് പരിക്കേറ്റു. കോവ്ഡ് കുറഞ്ഞ് തുടങ്ങിയതോടെ 2021 ൽ 3262 പേർ മരണമടയുകയും 33, 296 പേർക്ക് പരിക്ക് പറ്റുകയും ചെയ്തിട്ടുണ്ട് ഇവരിൽ തന്നെ 24, 275 പേർക്ക് ഗുരുതരമായ (Grievous Injury) പരിക്കുകളാണ് സംഭവിച്ചിട്ടുള്ളത്. ഇവരിൽ പലർക്കും പിന്നീട് ജീവൻ നഷ്ടപ്പെടാൻ സാധ്യതയുണ്ട്. 2022 ഒക്ടോബർ വരെ 3526 പേരാണ് റോഡപകടത്തിൽ മരിച്ചത്. 40637 പേർക്ക് ഗൗരവമുള്ള പരിക്കും പറ്റിയിട്ടുണ്ട്.

ട്രാഫിക്ക് നിയമലംഘനം, അമിതവേഗത, മദ്യപിച്ചുള്ള വാഹനമോടിക്കൽ, വാഹനങ്ങളുടെ തകരാറ് തുടങ്ങി നിരവധി കാരണങ്ങൾ മൂലമാണ് വാഹനാപകടം ഉണ്ടാവുന്നത്. ദേശീയപാതക്കും സംസ്ഥാന പാതയേക്കാളുമേറെ അപകടം നടക്കുന്നത് മറ്റ് അനുബന്ധപാതകളിലാണെന്ന് കാണുന്നു. നമ്മുടെ ഗ്രാമീണ റോഡുകളുടെ അറ്റകുറ്റപ്പണിയും മറ്റും കാലകാലങ്ങളിൽ മുടങ്ങാതെ നടത്തി അവയെ സഞ്ചാരയോഗ്യമാക്കേണ്ടതാണ്. കേരളത്തിലെ ഒരു പ്രത്യേകത, റോഡുകളുടെ സ്ഥിതി മോശമാവുമ്പോൾ അതുമൂലവും റോഡുകൾ മെച്ചപ്പെടുമ്പോൾ അമിതവേഗത പ്രവണത മൂലവും അപകടമുണ്ടാവുന്നു എന്നതാണ്.

അപകടമുണ്ടാവുമ്പോൾ ഗുരുതരമായ പരിക്ക് പറ്റുന്നവരിൽ കൂടുതൽ പേരും ആദ്യത്തെ ഒരുമണിക്കൂറിലാവും മരണമടയുന്നത്. അത് കൊണ്ട് ഈ സമയത്തെ സുവർണ്ണ മണിക്കൂർ (Golden Hour) എന്ന് വിളിക്കാറുണ്ട്. അപകടസ്ഥലത്ത് വച്ച് തന്നെ പരിക്ക് പറ്റിയവർക്ക് പ്രാഥമിക ചികിത്സ നൽകുന്നതിലും സുവർണ്ണ മണിക്കൂറിനുള്ളിൽ ചികിത്സാസൗകര്യമുള്ള ആശുപത്രികളിൽ എത്തിക്കുന്നതിലും വീഴ്ച സംഭവിക്കുന്നത് കൊണ്ടാണ് അപകട മരണങ്ങൾ ഉയർന്ന് തന്നെ നിൽക്കുന്നതെന്ന് വേണം കരുതാൻ. ഗുരുതരമായ പരിക്ക് പറ്റിയവർക്ക് അപകടസ്ഥലത്ത് വച്ച് തന്നെ അടിയന്തിര പരിചരണം നൽകാനുള്ള സംവിധാനം ആംബുലൻസുകളിൽ ഒരുക്കേണ്ടതുണ്ട്. ആംബുലൻസ് ഡ്രൈവർമാർക്കും പരിശീലനം നൽകേണ്ടതുണ്ട്. ശ്വാസതടസ്സം നീക്കി ശ്വാസോച്ഛ്വാസം ക്രമാനുഗതമാക്കുക, ലായനികൾ ആവശ്യമെങ്കിൽ ഡ്രിപ്പ് നൽകുക തുടങ്ങിയ പ്രാഥമിക ചികിത്സകൾ വൈകാതെ നൽകിയാൽ നിരവധി ജീവൻ രക്ഷപ്പെടുത്താൻ കഴിയും. കഴുത്തിലെ കശേരുക്കൾക്ക് പരിക്ക് പറ്റിയാൽ പിന്നീട് കൈകാലുകൾ തളർന്ന് പോവാൻ സാധ്യതയുണ്ട് ഇതൊഴിവാക്കാൻ കോളറുകൾ (Cervical Collar) അവശ്യമുള്ളവർക്ക് ലഭ്യമാക്കേണ്ടതാണ്. അപകടസ്ഥാലത്ത് നിന്നും പരിക്ക് പറ്റിയവരെ ആംബുലൻസിലേക്ക് മാറ്റുന്നതിലും സൂക്ഷ്മത പാലിക്കേണ്ടതുണ്ട്. അല്ലെങ്കിൽ അപകടത്തിൽ സംഭവിച്ചതിന് പുറമേ കൂടുതൽ ഗുരുതരങ്ങളായ ശാരീരിക പ്രശ്നങ്ങളുണ്ടാവാനിടയുണ്ട്. ഇതിനെ രണ്ടാം പരിക്ക് (Second Injury) എന്ന് വിശേഷിപ്പിക്കാറുണ്ട്.

കാർ, സ്കൂട്ടർ, മോട്ടോർ സൈക്കിൾ, ജീപ്പ്, ട്രിപ്പർ ലോറികൾ എന്നിവയാണ് അപകടത്തിൽ പെടുന്ന പ്രധാനവാഹനങ്ങൾ, ഡ്രൈവ് ചെയ്യുന്നവരുമായി ബന്ധപ്പെട്ട കാരണങ്ങളാണ് കൂടുതൽ അപകടങ്ങളിലേക്കും നയിക്കുന്നത് എന്നും കണക്കുകൾ സൂചിപ്പിക്കുന്നു. ഹെൽമറ്റ് ഉപയോഗിക്കുന്നവരുടെ എണ്ണത്തിൽ ഗണ്യമായ വർധനയുണ്ടായിട്ടുണ്ടെങ്കിലും പുറകിലിരുന്ന് യാത്രചെയ്യുന്നവർ പലരും ഹെൽമറ്റ് ഉപയോഗിക്കുന്നതിൽ താത്പര്യം കാട്ടുന്നില്ല. മോട്ടോർ സൈക്കിൾ-സ്കൂട്ടർ യാത്രക്കാരിൽ അപകടത്തെ തുടർന്ന് തലക്ക് പരിക്കു പറ്റുകയും മരണമടയുകയും ചെയ്യുന്നവരിൽ കൂടുതലും പിൻഭാഗ യാത്രക്കാരാണെന്ന് (Pillion Riders) പല പഠനങ്ങളും വ്യക്തമാക്കിയിട്ടുണ്ട്. എല്ലാ തരത്തിലുള്ള വാഹനങ്ങളിലേയും ഡ്രൈവർമാർക്ക് ഇടക്കിടെ അപകട നിയന്ത്രണത്തിൽ പരിശീലനം നൽകേണ്ടതുണ്ടെന്നാണ് ഇത് സൂചിപ്പിക്കുന്നത്. അപകടസാധ്യതയുള്ള പ്രധാനവീഥികൾക്കരികിലുള്ള ആശുപത്രികളിൽ അപകടചികിത്സക്കുള്ള ആധുനിക സംവിധാനങ്ങളും ലഭ്യമാക്കേണ്ടതുണ്ട്. സ്വകാര്യ ആശുപത്രികളെയും ഇക്കാര്യത്തിൽ പങ്കാളികളാക്കേണ്ടണ്ടതാണ്.

അപകടങ്ങൾ ഒഴിവാക്കുന്നതിനും പരിക്ക് പറ്റിയവർക്ക് ചികിത്സ നൽകുന്നതിലും വിവിധ കമ്മറ്റിറിപ്പോർട്ടുകളുടെ അടിസ്ഥാനത്തിൽ പല നടപടികളും സർക്കാർ സ്വീകരിച്ച് വരുന്നുണ്ട്. കാഷ്വാലിറ്റിയിൽ പരിക്ക് പറ്റിയവരടക്കമുള്ള ഗുരുതരസ്വഭാവമുള്ളവരുടെയും ഉടനടി ചികിത്സനൽകേണ്ടവരുടെയും പരിചരണം ഉറപ്പുവരുത്തുന്നതിനായി എമർജൻസി മെഡിസിൻ വിഭാഗം ചില മെഡിക്കൽ കോളെജുകളിൽ ആരംഭിച്ച കഴിഞ്ഞിട്ടുണ്ട്. പരിക്ക്പറ്റിയവരെ സമയനഷ്ടം ഒഴിവാക്കി വേർതിരിച്ച് (Triage) സവിശേഷപരിചരണം നൽകാൻ ഇതുവഴി കഴിയുന്നതാണ്. കാഷ്വാലിറ്റിയിൽ നിന്നും അഡ്മിറ്റ് ചെയ്യപ്പെടുന്ന, തീവ്രപരിചരണം ആവശ്യമുള്ളവർക്കായി ക്രിറ്റിക്കൽ കെയർ ഐസിയുകളും ആരംഭിച്ചിട്ടുണ്ട്. മനുഷ്യവിഭവശേഷിയും അടിസ്ഥാനസൗകര്യങ്ങളും ലഭ്യമാക്കി എല്ലാം മെഡിക്കൽ കോളേജുകളിലും, ഘട്ടം ഘട്ടമായി ജില്ലാ ആശുപത്രികളിലും, എമർജൻസി മെഡിസിൻ, ക്രിട്ടിക്കൽ കെയർ മെഡിസിൻ വിഭാഗങ്ങൾ ആരംഭിക്കാൻ നടപടി സ്വീകരിക്കേണ്ടതാണ്. ഏതാനും സർക്കാർ മെഡിക്കൽ കോളേജുകളിലും സ്വകാര്യ മെഡിക്കൾ കോളേജുകളിലും മാത്രമാണ് എമർജൻസി മെഡിസിൻ, ക്രിട്ടികൽ കെയർ വിഭാഗവുമായി ബന്ധപ്പെട്ട പോസ്റ്റ് ഗ്രാഡ്വേറ്റ് കോഴ്സുകൾ ആരംഭിച്ചിട്ടുള്ളത്. എല്ലാ മെഡിക്കൽ കോളേജുകളിലും ഇവക്കുള്ള കോഴ്സുകൾ ആരംഭിക്കേണ്ടതുണ്ട്,

വാഹനാപകടങ്ങൾ ഒഴിവാക്കാനും അപകടത്തിൽ പെട്ടവർക്കു ഉചിതപരിചരണം നൽകാനും നിരവധി സംരംഭങ്ങൾ വിവിധ തലങ്ങളിലായി നടപ്പിലാക്കി വരുന്നുണ്ട്. ഇന്ത്യൻ മെഡിക്കൽ അസോസിയേഷൻ പോലുള്ള പ്രൊഫഷണൽ സംഘടനകളും ഇക്കാര്യത്തിൽ ഇടപെട്ട് തുടങ്ങിയിട്ടുള്ളത് സ്വാഗതാർഹമാണ്. എങ്കിലും അവയൊന്നും വേണ്ടത്ര ഫലവത്തായിട്ടില്ലെന്നാണ് വാഹനാപകടങ്ങളെ സംബന്ധിച്ച പോലീസ് ഡിപ്പാർട്ട്മെന്റിന്റെ കണക്കുകൾ സൂചിപ്പിക്കുന്നത്. എവിടെയൊക്കെയാണ് പഴുതുകൾ എന്ന് കണ്ടെത്തി ഉചിതമായ പരിഹാരങ്ങൾ കണ്ടെത്താൻ ശ്രമിക്കേണ്ടതാണ്. ആരോഗ്യവകുപ്പും, മോട്ടോർ വാഹന വകുപ്പും ട്രാഫിക്ക് പോലീസും മറ്റ് ബന്ധപ്പെട്ട വകുപ്പുകളും പ്രവർത്തനങ്ങൾ ഏകോപ്പിച്ച് കൂടുതൽ ഫലവത്തായി പ്രവർത്തിക്കാൻ ഒട്ടും വൈകരുത്. മാത്രമല്ല ഒരു വൻദുരന്തമുണ്ടാവുമ്പോൾ താത്കാലികമായി ചില നടപടികൾ സ്വീകരിക്കയും പിന്നീടെല്ലാം പഴയപടി

യാവുകയും ചെയ്യുന്ന സ്ഥിരംരീതി ആവർത്തിക്കാതിരിക്കാനും ശ്രദ്ധിക്കണം.

വയോജനങ്ങൾ

മരണനിരക്ക് ഗണ്യമായി കുറഞ്ഞതോടെ കേരളത്തിൽ വയോജനങ്ങളുടെ എണ്ണം സ്വാഭാവികമായി വർധിച്ച് വരികയാണ്. രാജ്യത്ത് ഇപ്പോൾ 13.8 പേരാണ് അറുപത് വയസ്സിനു മുകളിലുള്ളവർ. കേരളത്തിലത് 16.5% ശതമാനമാണ്. അതായത് 58 ലക്ഷത്തോളം പേർ. സ്ത്രീകളുടെ ആയുർദൈർഘ്യം പുരുഷന്മാരേക്കാൾ കൂടുതലായത് കൊണ്ട് പ്രായാധിക്യമുള്ളവരിൽ കൂടുതലും സ്ത്രീകളാണ്. പ്രായാധിക്യമുള്ളവരിൽ പൊതുവിൽ രോഗാതുരത കൂടുതലുമായിരിക്കും. അതെയവസരത്തിൽ പ്രായമായ സ്ത്രീകളുടെ ആരോഗ്യസ്ഥിതി പുരുഷന്മാരേക്കാൾ മോശവുമായിരിക്കും. വിവാഹപ്രായത്തിലുള്ള അന്തരവും കൂടി കണക്കിലെടുക്കുമ്പോൾ വിധവകളുടെ എണ്ണം വിഭാര്യരേക്കാൾ വളരെ കൂടുതലാണ് സംസ്ഥാനത്ത്. 60 വയസ്സിന് മുകളിലുള്ളവരിൽ 9.7 ശതമാനമാണ് വിഭാര്യരെങ്കിൽ 58.6 ശതമാനമാണ് വിധവകൾ. ഇതെല്ലാം വയോജനങ്ങളുടെ പരിചരണവുമായി ബന്ധപ്പെട്ട് പരിഗണിക്കേണ്ട വസ്തുതകളാണ്. വയോജന സംരക്ഷണത്തിനായി സർക്കാർ വിവിധ വകുപ്പുകളിലൂടെ നടപ്പിലാക്കി വരുന്ന വൃദ്ധസദനങ്ങൾ, പകൽവീട് വയോമിത്രം, വയോ അമൃതം, സായം പ്രഭ, വയോരക്ഷ തുടങ്ങിയ സർക്കാർ പരിപാടികളുടെ പ്രവർത്തനം, പ്രഖ്യാപിതലക്ഷ്യത്തിന്റെ അടിസ്ഥാനത്തിൽ വിലയിരുത്തി (സോഷ്യൽ ഓഡിറ്റിംഗ്) അപാകതകൾ പരിഹരിക്കാനുള്ള നടപടികൾ സ്വീകരിക്കേണ്ടതുണ്ട്. പഞ്ചായത്തുകളുടെ ആഭിമുഖ്യത്തിലും സന്നദ്ധസംഘടനകളുടെ നേതൃത്വത്തിലും സാന്ത്വന പരിചരണം (പാലിയേറ്റീവ് കെയർ) നല്ല നിലയിൽ നടപ്പിലാക്കിവരുന്നുണ്ട്.

മുതിർന്ന പൗരന്മാർക്ക് വാക്സിനേഷൻ.

ഇപ്പോൾ കുട്ടികളെ മാത്രമാണു സാർവത്രിക വാക്സിനേഷൻ പദ്ധതിയിൽ പെടുത്തിയിട്ടുള്ളത്. മുതിർന്ന പൗരന്മാർകൂടുതലുള്ള രാജ്യങ്ങളിൽ മുതിർന്നവർക്കും ചില വാക്സിനുകൾ നൽകി വരുന്നുണ്ട്. കേരള സർക്കാർ നിയോഗിച്ച വാക്സിൻ നയരൂപീകരണ കമ്മിറ്റി മുതിർന്നവർക്ക് നൽകേണ്ട വാക്സിനുകളെ സംബന്ധിച്ച് നിർദ്ദേശം സമർപ്പിച്ചിട്ടുണ്ട്. ഇതനുസരിച്ച് വർഷംതോറും ഫ്ലൂ വാക്സിനും (Quadrivalent In uenza vaccine) ശ്വാസകോശ രോഗാണുബാധ തടയുന്നതിനായി ഒരു വർഷം ഇടവിട്ട് ന്യൂമോകോക്കൽ വാക്സിനും (Pneumococcal vaccines 13 valent conjugate vaccine [PCV13], 23 valent polysaccharide vaccine [PPSV23] 65 വയസ്സിനു മുകളിലുള്ളവർക്കു നൽകേണ്ടതാണ്. വാക്സിനുകളുടെ വിലകൂടുലായതിനാൽ സംസ്ഥാന സർക്കാരിനു ഈ ചുമതല ഏറ്റെടുക്കാൻ ബുദ്ധിമുട്ടായിരിക്കും മുതിരുന്നവർക്കുള്ള വാക്സിനേഷൻ ദേശീയ വാക്സിൻ പദ്ധതിയിൽ പെടുത്തണമെന്ന് കേന്ദ്രസർക്കാരിനോട് ആവശ്യപ്പെടാം. അത് നടപ്പിലാക്കുന്നത് വരെ സർക്കാർ സ്വകാര്യ ആശുപത്രി സഹകരണത്തോടെ കുറഞ്ഞ വിലക്ക് വാക്സിൻ ലഭ്യമാക്കാൻ ശ്രമിക്കാവുന്നതാണ്. ഇപ്പോൾ നടപ്പിലാക്കിവരുന്ന മെഡിസെപ് ആരോഗ്യ ഇൻഷ്വറൻസ് പദ്ധതിയിൽ വാക്സിനേഷൻ കൂടി ഉൾപ്പെടുത്തുന്നത് പരിഗണിക്കാവുന്നതാണ്. സാധാരണ ആരോഗ്യ ഇൻഷ്വറൻസ് പദ്ധതികളിൽ വാക്സിനേഷൻ കൂടി ഉൾപ്പെടുത്താറില്ല. എന്നാൽ മെഡിസെപ് ഇൻഷ്വറൻസ് രീതിക്ക് പകരം അഷ്വറൻസ് രീതിയിൽ നടത്തുന്നതിനാൽ വാക്സിൻ ഉൾപെടുത്താനുള്ള അവസരമുണ്ട്.

സർക്കാർ ആശുപത്രികളിൽ എല്ലാതലത്തിലും ജീരിയാട്രിക്ക് ക്ലിനിക്കുകൾ ആരംഭിക്കേണ്ടതുണ്ട്. ഡോക്ടർമാർക്കും ആരോഗ്യപ്രവർത്തകർക്കും വയോജനപരിപാലനത്തിൽ പരിശീലനവും നൽകണം. Geriatric Medicine, എം ബി ബി എസ്, പിജി കോഴ്സ് സിലബസ്സിൽ ഉൾപ്പെടുത്തുകയും. Geriatric Medicine പിജി കോഴ്സ് കൂടുതൽ മെഡിക്കൽ കോളേജുകളിൽ ആരംഭിക്കേണ്ടതാണ്. അതോടൊപ്പം മെഡിക്കൽ കോളേജുകളിൽ Geriatric Medicine Departments സ്ഥാപിക്കയും വേണം. വിവിധ തരത്തിലുള്ള ഇടപെടലുകളിലൂടെ കേരളത്തെ വയോജന സൗഹൃദകേരളമായി പരിവർത്തനം ചെയ്യേണ്ടതാണ്

ഭിന്നശേഷിക്കാർ

ആരോഗ്യം, വിദ്യാഭ്യാസം, സാമൂഹ്യക്ഷേമം, ചൈൽഡ് ഡവലപ്പ്മെന്റ് സെന്റർ, ഐക്കോൺ, ഇംഹാൻസ്, സന്നദ്ധസംഘടനകൾ എന്നിവയുടെ നേതൃത്തിൽ ഭിന്നശേഷി പരിപാലനത്തിനായി പല പദ്ധതികളും നടപ്പിലാക്കി വരുന്നു. എന്നാൽ വിവിധ സംരംഭങ്ങൾ തമ്മിൽ ഏകോപനമില്ലാതെയാണ് നടന്ന് വരുന്നത്. ഓട്ടിസം, ലേണിംഗ് ഡിസബിലിറ്റി, സിറിബ്രൽ പ്ലൈഡ്ജീയ, മെന്റൽ റിട്ടാർഡേഷൻ തുടങ്ങിയ ആരോഗ്യപ്രശ്നങ്ങൾ കുട്ടിക്കാലത്തേ കണ്ടെത്തുന്നതിനുള്ള പരിശീലനം ബന്ധപ്പെട്ടവർക്ക് പലതലങ്ങളിലായി നൽകേണ്ടതാണ്.

പ്രാന്തവൽക്കരിക്കപ്പെട്ട ജനസമൂഹങ്ങൾ

മത്സ്യത്തൊഴിലാളികൾ, ആദിവാസികൾ തുടങ്ങിയ ജനവിഭാഗങ്ങളുടെ സവിശേഷ ആരോഗ്യപ്രശ്നങ്ങൾ പരിഹരിക്കുന്നതിനുള്ള കൂടുതൽ കാര്യക്ഷമതയുള്ള പദ്ധതികൾ നടപ്പിലാക്കേണ്ടതുണ്ട്. ആദിവാസികളുടെ കാര്യത്തിൽ ഇടക്കിടെ നവജാതശിശുമരണങ്ങൾ റിപ്പോർട്ട് ചെയ്യുമ്പോൾ ചില താത്ക്കാലിക നടപടികൾ മാത്രമാണ് സ്വീകരിച്ച് പോരുന്നത്. മത്സ്യത്തൊഴിലാളികളുടെ കാര്യത്തിൽ ചില സന്നദ്ധസംഘടനകൾ നടത്തിയിട്ടുള്ള പഠനങ്ങൾക്ക് പുറമേ കാര്യമായ ഇടപെടലുകളൊന്നും നടന്നതായി കാണുന്നില്ല. പ്രാന്തവൽക്കരിക്കപ്പെടുന്ന ജനസമൂഹത്തിന്റെ ആരോഗ്യമടക്കമുള്ള മേഖലകളിലെ ഉന്നമനത്തിനായി വളരെയേറെ പണം ചെലവഴിച്ച് നടത്തിവരുന്ന പദ്ധതികളുടെ സാമൂഹ്യ വിലയിരുത്തൽ നടത്താൻ സാമൂഹ്യ സംഘടനകൾ ശ്രമിക്കേണ്ടതാണ്.

ട്രാൻസ് ജെൻഡറുകൾ

ട്രാൻസ് ജെൻഡറുകൾ നേരിടുന്ന സാമൂഹ്യവിവേചനങ്ങൾ അവസാനിപ്പിച്ച് അവരെ സമൂഹത്തിന്റെ മുഖ്യധാരയിൽ കൊണ്ടുവരാൻ ശ്രമിക്കുന്ന സംസ്ഥാനമാണു കേരളം. ട്രാൻസ് ജെൻഡർ നയവും ട്രാൻസ് ജെൻഡർ ജസ്റ്റിസ് ബോർഡും ആദ്യമായി രൂപീകരിച്ച സംസ്ഥാനവും കേരളമാണ്, എന്നാൽ ട്രാൻസ് ജെൻഡറുകൾ നേരിടുന്ന ശാരീരികവും മാനസികവും തൊഴിൽപരവും മറ്റുമായ ഒട്ടനവധി പ്രശ്നങ്ങൾ ഇനിയും പരിഹരിക്കപ്പെടാതെ തുടരുന്നുണ്ട് എന്ന് ഇടക്കിടെ റിപ്പോർട്ട് ചെയ്യപ്പെടുന്ന ട്രാൻസ് ജെൻഡറുകളുടെ ദാരുണ മരണങ്ങൾ വ്യക്തമാക്കുന്നു. സർക്കാർ ആശുപത്രികളിൽ കോട്ടയം മെഡിക്കൽ കോളേജിൽ സംഘടിപ്പിപ്പിച്ചിട്ടുള്ള ട്രാൻസ്ജൻഡർ ക്ലിനിക്ക് മാത്രമാണ് ട്രാൻസ് ജെൻഡറുകളുടെ ആരോഗ്യസേവനത്തിനായി ഇപ്പോൾ ലഭ്യമായിട്ടുള്ളത്. ട്രാൻസ് ജെൻഡറുകൾ നേരിടുന്ന പ്രധാന ആരോഗ്യപ്രശ്നം അവർക്കാവശ്യമായ വളരെ സങ്കീർണ്ണമായ ലിംഗമാറ്റ ശസ്ത്രക്രിയക്കുള്ള സംവിധാനങ്ങളാണ്. ഇപ്പോൾ ഇവർക്ക് ശസ്ത്രക്രിയക്കായി അമിതമായ ചെലവ് വഹിച്ച് ചില സ്വകാര്യആശുപത്രികളെ സമീപിക്കേണ്ട സ്ഥിതിയാണുള്ളത്. കേരളത്തിലെ എല്ലാ മെഡിക്കൽ കോളേജുകളിലും ട്രാൻസ് ജെൻഡർ ക്ലിനിക്കുകളും തിരുവനന്തപുരം, കോഴിക്കോട് മെഡിക്കൽ കോളേജുകളിൽ ലിംഗമാറ്റശസ്ത്രക്രിയക്കുള്ള സംവിധാനങ്ങളും അധികം വൈകാതെ ആരംഭിക്കാൻ ആരോഗ്യവകുപ്പ് ഊർജ്ജിത നടപടികൾ സ്വീകരിക്കേണ്ടതാണ്.

തൊഴിൽ ജന്യരോഗങ്ങൾ

ആധുനിക വ്യവസായശാലകളിലും കയർ കശുവണ്ടി തുടങ്ങിയ പരമ്പരാഗത തൊഴിൽ മേഖലകളിലുമുള്ള തൊഴിലാളികൾക്ക് തൊഴിലുമായി ബന്ധപ്പെട്ട നിരവധി ആരോഗ്യപ്രശ്നങ്ങൾ ഉണ്ടാവുന്നുണ്ട്. എന്നാൽ കേരളത്തിൽ ഇതുവരെ തൊഴിൽജന്യരോഗ്യങ്ങൾക്ക് കാര്യമായ പരിഗണനന ലഭിച്ചിട്ടില്ല. വൈദ്യപാഠപദ്ധതിൽ പെടുത്തിയും പ്രത്യേക പരിശീലനം നൽകിയും തൊഴിൽജന്യരോഗങ്ങളെ സംബന്ധിച്ച് ഡോക്ടർമാരടക്കമുള്ള ആരോഗ്യപ്രവർത്തകർക്കുള്ള അവബോധം വർധിപ്പിക്കേണ്ടതുണ്ട്. എ എസ് ഐ ആശുപത്രികളിൽ മാത്രമായി തൊഴിൽ രോഗപരിചരണം പരിമിതപ്പെടുത്തികൂട. തൊഴിൽ രോഗങ്ങളെ വൈദ്യസേവനത്തിന്റെ മുഖ്യധാരയിലേക്ക് കൊണ്ടു വരേണ്ടതാണ്.

കാലാവസ്ഥാവ്യതിയാനവും ആരോഗ്യപ്രശ്നങ്ങളും

കാലാവസ്ഥാവ്യതിയാനവും ആഗോളതാപനവും ആഗോളതലത്തിൽ കടുത്തവരൾച്ച, വെള്ളപ്പൊക്കം, പ്രളയം, കൊടുങ്കാറ്റ് തുടങ്ങിയ പ്രകൃതിപ്രതിഭാസങ്ങൾ വരുന്നതിന് കാരണമായികൊണ്ടിരിക്കയാണ്. മനുഷ്യജീവിതത്തിനും പരിസ്ഥിതിക്കും വലിയനാശനഷ്ടങ്ങളാണ് കാലാവസ്ഥാവ്യതിയാനം സൃഷ്ടിക്കുന്നത്. വർധിച്ച് വരുന്ന പ്രകൃതിദുരന്തങ്ങൾ ഭക്ഷ്യക്ഷാമത്തിനും പോഷണക്കുറവിനും പട്ടിണിക്കും കാരണമാവുന്നു. ചൂടുകൂടുമ്പോഴുണ്ടാകുന്ന സൂര്യാഘാതം (Sun Stroke) പോലുള്ള ആരോഗ്യപ്രശ്നങ്ങൾക്ക് പുറമേ പ്രാണിജന്യരോഗങ്ങൾ, മലിനജലത്തിലൂടെ പകരുന്ന രോഗങ്ങൾ എന്നിവയെല്ലാം വർധിക്കുന്നു. മാനസികാരോഗ്യത്തേയും പാരിസ്ഥിതിയഘടകങ്ങൾ പ്രതികൂലമായി ബാധിക്കുന്നുണ്ട്. കേരളത്തിലും കഴിഞ്ഞ ഏതാനും വർഷങ്ങളായി കാലാവസ്ഥാവ്യതിയാനവും അതിന്റെ പ്രത്യാഘാതങ്ങളും അനുഭവപ്പെട്ട് തുടങ്ങിയിരിക്കയാണ്. 2017 ലെ ഓഖിക്കും 2018-2020 കാലത്ത് വലിയ പേമാരിക്കും വെള്ളപ്പൊക്കത്തിനും കേരളം വിധേയമായി 2018 ലെ വെള്ളപ്പൊക്കത്തിൽ 483 പേർ മരണമടയുകയും 14 ലക്ഷപേരുടെ വീടുകൾ തകർന്ന് പോവുകയും ചെയ്തു. ജലമാലിന്യം കൂടുന്നതിനാൽ ജലജന്യരോഗങ്ങൾ വർധിക്കുന്നു പ്രാണികളും രോഗാണുക്കളും പെരുകുന്നതിനാൽ ഡങ്കി തുടങ്ങിയ പകർച്ചവ്യാധികൾ വർധിക്കുന്നു. വെള്ളപ്പൊക്കത്തോടൊപ്പം കാലം തെറ്റിയെത്തുന്ന ചൂടും വരൾച്ചയും കേരളത്തിൽ കണ്ടു തുടങ്ങിയിട്ടുണ്ട്. കേരളത്തിലെ രോഗാതുരത കൂടുതൽ വർധിക്കുന്നതിന് കാലാവസ്ഥാവ്യതിയാനം കാരണമായികൊണ്ടിരിക്കയാണ്. കാലാവസ്ഥാവ്യതിയാനം സൃഷ്ടിക്കുന്ന ആരോഗ്യപ്രശ്നങ്ങൾ പഠനവിഷയമാക്കി ഉചിതമായ പരിഹാരനടപടികൾ കണ്ടെത്തേണ്ടിയിരിക്കുന്നു.

വർധിച്ച് വരുന്ന ആരോഗ്യ ചെലവ്

ദേശീയ ഹെൽത്ത് അകൗണ്ട്സ് കണക്കനുസരിച്ച് രാജ്യത്ത് പ്രതിശീർഷ ആരോഗ്യചെലവ് ഏറ്റവും കൂടുതലുള്ള സംസ്ഥാനമാണ് കേരളം എന്ന് കാണുന്നു. 2018-19 ലെ കണക്കനുസരിച്ച് മൊത്തം ആരോഗ്യചെലവ് 34, 548 കോടി രൂപയാണെന്ന് കണക്കാക്കിയിട്ടുണ്ട്.. ഇത് സംസ്ഥാനവരുമാനത്തിന്റെ (Gross State Domestic Product), 1.1 % വും പൊതുചെലവിന്റെ (General Government Expenditure) 7.4% വും വരും. എന്നാൽ ഇതിൽ സർക്കാർചെലവ് 8, 676 കോടി മാത്രമാണ് 25.11%. 68.60 ശതമാനം വരുന്ന 23, 702 കോടി രൂപ ജനങ്ങളുടെ ഭാഗത്ത് നിന്നുള്ള സ്വകാര്യചെലവാണ് (Out Of Pocket Expenditure: OOPE). അതായത് മൊത്തം പ്രതിശീർഷചെലവ് 9871 രൂപയാണെങ്കിലും. ഇതിൽ 2479 രൂപമാത്രമാണ് സർക്കാർ ചെലവ് ശേഷം 6, 772 രൂപയും ജനങ്ങളുടെ സ്വകാര്യചെലവാണ്. ആരോഗ്യമേഖലയിൽ മികച്ച നേട്ടങ്ങൾ കൈവരിച്ച് തമിഴ് നാടിന്റെ 2018-19 ലെ മൊത്തം ആരോഗ്യചെലവ് 32, 767 കോടിയും അതിൽ 46.9% ശതമാനം സർക്കാർ ചെലവുമാണ്. തമിഴ് നാട്ടിലെ പ്രതിശീർഷ സ്വകാര്യആരോഗ്യചെലവ് 1, 909 രൂപയാണ് 44.3%. കേരളത്തിൽ 68.6% വരുന്ന 6, 772 രൂപയും.

2013-14 ലെ കണക്കനുസരിച്ച് സംസ്ഥാനത്തിന്റെ മൊത്തം ആരോഗ്യചെലവ് 25, 000 കോടി രൂപയായിരുന്നു ഇതിൽ 6000 കോടി യായിരുന്നു സർക്കാർ ചെലവ് (24%). ഈ കാലയളവിൽ പ്രതിശീർഷ ചെലവ് 7636 രൂപ ആയിരുന്നപ്പോൾ സർക്കാർ ചെലവ് 1765 മാത്രമായിരുന്നു. അതായത് 76 ശതമാനത്തോളമായി

രുന്നു സ്വകാര്യചെലവ്. 2013-14 മായി തട്ടിച്ച് നോക്കുമ്പോൾ കേരളത്തിൽ ആരോഗ്യമേഖലയിലെ സർക്കാർ ചെലവ് വർധിക്കയും സ്വകാര്യചെലവ് കുറയുകയും ചെയ്തിട്ടുണ്ടെങ്കിലും രാജ്യത്ത് ആരോഗ്യമേഖലയിൽ ഏറ്റവുമധികം സ്വകാര്യചെലവുള്ള സംസ്ഥാനമായി കേരളം ഇപ്പോഴും തുടരുകയാണ്.

1996ൽ നടപ്പിലാക്കിയ ജനകീയാസൂത്രണത്തിന്റെ ഭാഗമായി സ്വയംഭരണസ്ഥാപനങ്ങൾക്ക് താഴെത്തട്ടിലുള്ള ആരോഗ്യസ്ഥാപനങ്ങളുടെ ചുമതല നൽകിയതോടെ ഉയർന്ന തലത്തിലുള്ള മെഡിക്കൽ കോളേജുകളിലും മറ്റ് സ്ഥാപനങ്ങളിലും ശ്രദ്ധ കേന്ദ്രീകരിക്കാൻ ആരോഗ്യവകുപ്പിനു കഴിഞ്ഞു. ഒരേസമയം ആരോഗ്യവകുപ്പിന്റെ കീഴിൽ മുകൾതട്ടിലുള്ള ആശുപത്രികളും അനുബന്ധ സ്ഥാപനങ്ങളും പഞ്ചായത്തുകളുടെ മേൽനോട്ടത്തിൽ താഴെതട്ടിലുള്ള ആരോഗ്യ സ്ഥാപനങ്ങളും മെച്ചപ്പെടാൻ തുടങ്ങി. 2006 ലെ സർക്കാരിന്റെ കാലത്ത് സർക്കാർ ആശുപത്രികളിലെ അടിസ്ഥാന സൗകര്യങ്ങളിൽ വലിയ വർധനയുണ്ടായി. കാത്ത് ലാബുപോലുള്ള സാങ്കേതിക വിദ്യകൾ ജില്ലാതലത്തിലും ഡയാലിസിസി സംവിധാനം താലൂക്ക് തലത്തിലും ലഭ്യമാക്കി. സ്പെഷ്യാലിറ്റി സൂപ്പർ സ്പെഷ്യാലിറ്റി തലത്തിൽ ഡോക്ടർമാരുടെയും മറ്റ് അനുബന്ധ ജീവനക്കാരുടെയും ലഭ്യതയിൽ വലിയ വർധനയുണ്ടായി. ഏത് സ്വകാര്യ സൂപ്പർ സ്പെഷ്യാലിറ്റി ആശുപത്രികളോടും കിടപിടിക്കുന്ന തരത്തിൽ സർക്കാർ മെഡിക്കൽ കോളേജുകൾ ആധുനികചികിത്സാ ലഭ്യതയുടെ കാര്യത്തിൽ വികസിച്ചു. 2016 ൽ ആരംഭിച്ച ആർദ്രം മിഷൻ സർക്കാർ ആശുപത്രികൾ അടിസ്ഥാന സൌകര്യങ്ങളും മനുഷ്യവിഭവശേഷിയും കൂടുതൽ മെച്ചപ്പെടുത്തി.

ഇതോടൊപ്പം കാരുണ്യ ആരോഗ്യ സുരക്ഷ ആരോഗ്യ ഇൻഷ്വറൻസ് പദ്ധതി (കാസ്പ്) പ്രകാരം സംസ്ഥാനത്തെ ദരിദ്രരും സർക്കാർ ആശുപത്രികളിലോ സർക്കാർ എംപാനൽ ചെയ്ത സ്വകാര്യ ആശുപത്രികളിലോ ചികിത്സക്കായി ഓരോ വർഷവും അർഹതപ്പെട്ട കുടുംബങ്ങൾക്കു അഞ്ച് ലക്ഷം രൂപ വരെയുള്ള ചികിത്സ ലഭ്യമാക്കിയിട്ടുണ്ട്. കാൻസർ തുടങ്ങിയ ഗുരുതര രോഗങ്ങളുള്ളവർക്കായി പ്രത്യേക സാമ്പത്തിക സഹായ പദ്ധതികളും നടപ്പിലാക്കിവരുന്നു. സർക്കാർ ജീവനക്കാർക്കും പെൻഷൻകാർക്കും അവരുടെ ആശ്രിതരായവർക്കുമുള്ള മെഡിസെപ് ((MEDISEP: Medical Insurance for State Employees and Pensioners) ആരോഗ്യ ഇൻഷ്വറൻസ് പദ്ധതി നടപ്പിലാക്കിതുടങ്ങിയിട്ടുണ്ട്. ഇതിലൂടെ ജീവനക്കാരും പെൻഷൻകാരുമടങ്ങിയ പത്ത് ലക്ഷംപേർക്കും അവരുടെ ആശ്രിതരായ ഇരുപത് ലക്ഷംപേർക്കും ആരോഗ്യപരിരക്ഷ ലഭിക്കും ബി പി എൽ വിഭാഗത്തിൽ പെട്ട 41 ലക്ഷം കുടുംബംഗങ്ങൾക്ക് കാസ്പ് (KASP: Karunya Arogya Suraksha Padhathi) പദ്ധതിയിലൂടെ ആരോഗ്യ ഇൻഷ്വറൻസ് നടന്ന് വരുന്നുണ്ട്. മെഡിസെപ്പും കാസ്പും ചേർന്ന് ഏതാണ്ട് രണ്ടു കോടിയിലേറെ പേർക്കാണ് ആരോഗ്യ ഇൻഷ്വറൻസ് പരിരക്ഷ ലഭിക്കാൻ പോകുന്നത്. സ്വകാര്യ ആശുപത്രികളുടെ സഹകരണത്തോടെയാണ് രണ്ട് പദ്ധതികളും നടപ്പിലാക്കുന്നത്. സർക്കാർ മേഖലയെ സ്വകാര്യവൽക്കരണത്തിലേക്ക് നയിക്കുന്ന സർക്കാർ-സ്വകാര്യ പങ്കാളിത്തത്തിന്റെ (Public Private Participation: PPP) സ്ഥാനത്ത് പൊതുജനാരോഗ്യമേഖലയെ ശക്തിപ്പെടുത്തി സാധാരണക്കാർക്ക് ചികിത്സ ഉറപ്പാക്കുന്ന സർക്കാർ-സ്വകാര്യ സഹകരണത്തിന്റെ (Public Private Co-Operation) മികച്ച മാതൃകകളാണ് ഈ പദ്ധതികൾ.

1996 ലെ ജനകീയാസൂത്രണം, 2006 ലെ അടിസ്ഥാന സൗകര്യ-മാനുഷികവിഭവ വികസനം, 2016 ലെ ആർദ്രം മിഷൻ എന്നിങ്ങനെ വിവിധ സംരംഭങ്ങളിലൂടെ സർക്കാർആരോഗ്യമേഖലയിൽ വലിയ കുതിച്ച് ചാട്ടം നടന്നിട്ടുണ്ട്. ഇതിന്റെയെല്ലാം ഫലമായി 1990 കളിൽ ൽ കേവലം 28% ജനങ്ങൾ സർക്കാർആശുപത്രികളിൽ ചികിത്സക്ക് പോയിരുന്നത് ഇപ്പോൾ 60-70 ശതമാനമായി വർധിച്ചിട്ടുണ്ട്. രാജ്യത്ത് ഏറ്റവും മികച്ചനിലയിൽ പ്രവർത്തിക്കുന്ന ആരോഗ്യഇൻഷ്വറൻസ് പദ്ധതി നടപ്പിലാക്കിയിട്ടുള്ളതും കേരളത്തിലാണ്. എന്നിട്ടും എന്തുകൊണ്ടാണ് കേരളത്തിൽ സ്വകാര്യആരോഗ്യചെലവ് വളരെ ഉയർന്ന് നിൽക്കുന്നതെന്നത് ഗൗരവമായ പഠനത്തിന് വിഷയമാക്കുകയും പരിഹാരം മാർഗ്ഗങ്ങൾ കണ്ടെത്തുകയും ചെയ്യേണ്ടതാണ്.

കേരളത്തിലെ ഉയർന്ന രോഗാതുരത. സ്വാഭാവികമായും ചികിത്സാ ചെലവ് വർധിപ്പിച്ച് കൊണ്ടിരിക്കും. കാൻസർ തുടങ്ങിയ രോഗങ്ങൾക്കുമുള്ള രോഗനിർണ്ണയ-ചികിത്സാചെലവുകൾ വളരെ കൂടുതലാണ്. മിക്ക രോഗങ്ങൾക്കുമുള്ള ചികിത്സ ദീർഘകാലത്തേക്ക് ജീവിതാവസാനം വരെയും നടത്തേണ്ടിവരുന്നു. സ്വകാര്യ ആശുപത്രികളിലെ ചികിത്സയുടെ കാര്യത്തിൽ ചികിത്സാമാനദണ്ഡങ്ങളും പെരുമാറ്റ ചട്ടങ്ങളും വേണ്ടത്ര നിലവിലില്ല, ചികിത്സാ ഫീസുകളുടെ മേൽ യാതൊരു നിയന്ത്രണവുമില്ല ആശുപത്രിയിലെ കിടത്തി ചികിത്സ സർക്കാർ ആശുപത്രികളിൽ നിന്നും ഇൻഷ്വറൻസ് പദ്ധതി വഴിയും സൗജന്യമായി ലഭിക്കുന്നുണ്ടെങ്കിലും അതിനുശേഷമുള്ള ചികിത്സക്കും (ഒ പി ചികിത്സ) മരുന്നിനും മറ്റും ജനങ്ങൾ സ്വയം പണം മിക്കരോഗങ്ങളുടെയും കാര്യത്തിൽ ദീർഘകാലത്തേക്ക് ചെലവിടേണ്ടിവരും.

ഇതെല്ലാം പരിഗണിച്ച് ആരോഗ്യചെലവ് കുറക്കുന്നതിനായി അടിയന്തിരമായി ഏതാനും പദ്ധതികൾ നടപ്പിലാക്കേണ്ടതുണ്ട്. ചികിത്സാ ചെലവ് കുറക്കുന്നതിനായി പ്രധാനമായും ചെയ്യേണ്ടത് രോഗാതുരത കുറക്കുക എന്നതാണ്. ആരോഗ്യ വിദ്യാഭ്യാസം, രോഗ പ്രതിരോധം, ആരോഗ്യ പരിപോഷണം, പ്രാരംഭഘട്ടത്തിൽ തന്നെ രോഗങ്ങൾ കണ്ടെത്തി ചികിത്സിക്കൽ തുടങ്ങി നിരവധി ഇടപെടലുകൾ ആവിഷ്കരിക്കേണ്ടതുണ്ട്. സ്വകാര്യആശുപത്രികളിലെ ചികിത്സയുടെ കാര്യത്തിൽ രോഗികളുടെ മേൽ അമിതഭാരം ചുമത്തുന്ന സ്ഥിതി മാറ്റിയെടുക്കാൻ ചികിത്സാ മാനദണ്ഡങ്ങളും പെരുമാറ്റചട്ടങ്ങളും ആവിഷ്കരിക്കയും ചികിത്സാഫീ

സുകൾ നിശ്ചയിക്കയും വേണം. ക്ളിനിക്കൽ എസ്റ്റാബ്ളിഷ് മെന്റ് ആക്ടിൽ ഇതെല്ലാം പെടുത്താവുന്നതാണ്. ഒപി ചികിത്സ ചെലവ് കുറക്കാൻ മരുന്നുകളുടെയും മറ്റ് ആരോഗ്യ ഉല്പന്നങ്ങളും മിതമായ വിലക്ക് ലഭ്യമാക്കാൻ കൂടുതൽ ന്യായവില ഷോപ്പുകൾ ആരംഭിക്കേണ്ടതാണ്.

കെ എസ് ഡി പി ഉല്പാദനം വർധിപ്പിക്കുക

ഇന്ത്യയിൽ വിൽക്കപ്പെടുന്ന മരുന്നുകളിൽ പത്ത് ശതമാനം ജനസംഖ്യയിൽ മൂന്ന് ശതമാനം വരുന്ന കേരളത്തിലാണ് ചെലവാക്കുന്നത്. ഇത് എതാണ്ട് പതിനയ്യായിരം കോടി രൂപക്കുള്ള മരുന്നാണ്. കേരളത്തിലെ പൊതുമേഖല ഔഷധ നിർമ്മാണ സ്ഥാപനമായ കെ എസ് ഡി പി ഇപ്പോൾ ഇരുന്നൂറോളം കോടി രൂപയുടെ മരുന്ന് ഉല്പാദിപ്പിക്കുന്നുണ്ട്. കെ എസ് ഡി പി വൈകാതെ കാൻസർ മരുന്നുകൾ ഉല്പാദിപ്പിക്കാനുള്ള ഓങ്കോ പാർക്ക് ആരംഭിക്കുമെന്ന് പ്രഖ്യാപിച്ചിട്ടുണ്ട്, പേറ്റന്റ് കാലവധി കഴിഞ്ഞ മരുന്നുകളുടെ ഉല്പാദനം കഴിയുന്നത്ര വർധിപ്പിച്ച് സർക്കാർ ആശുപത്രികൾക്ക് മാത്രമല്ല ന്യായവില മരുന്നുകടകൾ വഴി പൊതുസമൂഹത്തിനും ലഭ്യമാക്കാൻ ശ്രമിക്കണം. അടുത്ത അഞ്ചു വർഷം കൊണ്ട് ആയിരം കോടി രൂപക്കുള്ള മരുന്നുല്പാദിപ്പിക്കാനുള്ള ഒരു ബ്രഹത് പദ്ധതി കെ എസ് ഡി പി നടപ്പിലാക്കേണ്ടതാണ്.

പൊതുജനാരോഗ്യ ഇടപെടലുകൾ പ്രധാനം

ചികിത്സാസൗകര്യങ്ങൾ വർധിപ്പിക്കുന്നതോടൊപ്പം പൊതുജനാരോഗ്യ ഇടപെടലുകളും കേരളം നേരിടുന്ന ആരോഗ്യപ്രതിസന്ധികൾ പരിഹരിക്കാനാവശ്യമാണ്. മെഡിക്കൽ കോളേജുകളിലെ സാമൂഹ്യാരോഗ്യവിഭാഗം, അച്യുതമേനോൻ സെന്റർ ഫോർ ഹെൽത്ത് സയൻസ് സ്റ്റഡീസ്, കാസർഗോഡ് കേന്ദ്ര സർവകലാശാലയിലെ സാമൂഹ്യാരോഗ്യവിഭാഗം ഇവിടെയെല്ലാം ലഭ്യമായ നൂറുകണക്കിനുള്ള പൊതുജനാരോഗ്യ വിദഗ്ധരുടെ തീരെ പ്രയോജനപ്പെടുത്താൻ നമുക്ക് കഴിയുന്നില്ല. കേരളം നേരിടുന്ന ആരോഗ്യപ്രതിസന്ധികളെ സംബന്ധിച്ച് കൂടുതൽ സൂക്ഷ്മപഠനങ്ങൾ നടത്തുന്നതിനും പൊതുജനാരോഗ്യ ഇടപെടലിനുമായി ഇവരുടെ സേവനം പ്രയോജനപ്പെടുത്താൻ കഴിയണം. വിവിധ ജില്ലകളിലുള്ള സർക്കാർ സ്വകാര്യ മെഡിക്കൽ കോളേജുകളും പൊതുജനാരോഗ്യ സ്ഥാപനങ്ങളും തദ്ദേശസ്വയം ഭരണ സ്ഥാപനങ്ങളുമായി ബന്ധപ്പെട്ട് ആരോഗ്യ പ്രോജക്ടും മറ്റും തയ്യാറാക്കാൻ അവരെ സഹായിക്കാനുള്ള പ്രവർത്തന പരിപാടി തയ്യാറാക്കണം.

രോഗപ്രതിരോധത്തോടൊപ്പം രോഗനിരീക്ഷണവും ഫലവത്തായി നടത്തേണ്ടതുണ്ട്. ഇതിലേക്കായി ഇപ്പോൾ തന്നെ പകർച്ചവ്യാധി പ്രതിരോധത്തിനായി പ്രവർത്തിക്കുന്ന പി ഇ ഐ ഡി സെല്ലിന്റെ PEID Cell: Prevention of Epidemic and Infectious Diseases) കൂടുതൽ കാര്യക്ഷമമാക്കേണ്ടതുണ്ട്. രോഗനിയന്ത്രണത്തിനും പ്രതിരോധത്തിനുമായി അമേരിക്കയിൽ മികവുറ്റ പ്രവർത്തനം സിഡിസി (CDC: Centers for Disease Control and Prevention) യുടെ മാതൃകയിൽ കേരളത്തിലും ഒരു കേന്ദ്രം സ്ഥാപിക്കാനുള്ള തീരുമാനം സ്വാഗതാർഹമാണ്. നിയമസഭ പാസ്സാക്കിയ പബ്ളിക്ക് ഹെൽത്ത് ആക്ട് ഗവർണരുടെ പരിഗണനയിലാണ്. ഇതിനു പുറമേ ഇതിനകം നിർദ്ദേശിക്കപ്പെട്ടിട്ടുള്ള സർക്കാർ പരിശോധനയിലുള്ള പബ്ളിക്ക് ഹെൽത്ത് കേഡർ ഉടനെ നടപ്പിലാക്കാനുള്ള നടപടികൾ സ്വീകരിക്കണം. കേരളീയർ നേരിടുന്ന സവിശേഷ ആരോഗ്യപ്രശ്നങ്ങൾ പഠനവിധേയമാക്കാനുള്ള ഗവേഷണപ്രവർത്തനങ്ങൾക്ക് ആരോഗ്യ സർവകലാശാല നേതൃത്വം കൊടുക്കാൻ ഇനിയും വൈകരുത്. കേരളത്തിലെ ഔഷധസമ്പത്തിനെയും അത് പ്രയോജനപ്പെടുത്തി ചികിത്സിക്കാവുന്ന രോഗങ്ങളെയും പറ്റിയുള്ള ഹോർത്തൂസ് മലബാറിക്കുസ് എന്ന 12 വാല്യങ്ങളുള്ള ഗ്രന്ഥസമുച്ചയം ഇതിനകം കേരളസർവകലാശാല ഇംഗ്ളീഷിലും മലയാളത്തിലുമായി പ്രസിദ്ധീകരിച്ചിട്ടുണ്ട്. ഹോർത്തൂസിൽ പരാമർശിച്ചിട്ടു ഔഷധസസ്യങ്ങളുടെ അടിസ്ഥാനത്തിൽ നവീനഔഷധങ്ങൾ കണ്ടെത്തുന്നതിനുള്ള ഗവേഷണങ്ങൾക്ക് സംസ്ഥാന ശാസ്ത്രസാങ്കേതിക പരിസ്ഥിതി വകുപ്പിന്റെ കീഴിലുള്ള ബന്ധപ്പെട്ട ഗവേഷണസ്ഥാപനങ്ങളും ആരോഗ്യസർവകലാശാലയും ശ്രമിക്കേണ്ടതാണ്.

ആരോഗ്യ കേരളം-
കേരള പഠന കോൺഗ്രസുകളിലൂടെ

ഡോ. ടി.എം. തോമസ് ഐസക്

കേരള വികസനാനുഭവത്തിന്റെ തനിമ എല്ലാവർക്കും ഉറപ്പുവരുത്തിയ വിദ്യാഭ്യാസവും ആരോഗ്യപരിരക്ഷയുമാണ്. സ്വാതന്ത്ര്യത്തിന്റെ 75-ാം വാർഷികവേളയിൽ സ്വാതന്ത്ര്യാനന്തര കാലത്തെ ഇന്ത്യയുടെ വികസനം അവലോകനം ചെയ്തുകൊണ്ട് പുലാപ്രെ ബാലകൃഷ്ണൻ, അശോക മോദി, രഘുറാം രാജൻ, കാർത്തിക് മുരളീധരൻ തുടങ്ങിയ പണ്ഡിതന്മാർ ഗ്രന്ഥങ്ങൾ പ്രസിദ്ധീകരിക്കുകയുണ്ടായി. വ്യത്യസ്ത വീക്ഷണം പുലർത്തുന്ന ഇവരെല്ലാവരും അടിവരയിടുന്ന ഒരു അടിസ്ഥാന ദൗർബല്യം വിദ്യാഭ്യാസ-ആരോഗ്യ മേഖലകളെ രാജ്യം അവഗണിച്ചതാണ്.

ലോകത്തെ അഞ്ചാമത് സാമ്പത്തികശക്തിയായി തീർന്ന ഇന്ത്യയിൽ 24 ലക്ഷം ആളുകൾ പ്രതിവർഷം ചികിത്സ ലഭിക്കാത്തതുകൊണ്ടോ ചികിത്സയുടെ ഗുണമേന്മ കുറവുകൊണ്ടോ മരണമടയുന്നു. ലാൻസെറ്റ് മാസിക ഇതു സംബന്ധിച്ച് 136 രാജ്യങ്ങളിലെ സ്ഥിതി വിശകലനം ചെയ്തപ്പോൾ ഏറ്റവും അവസാന സ്ഥാനം ഇന്ത്യക്കായിരുന്നു. ചികിത്സാ സൗകര്യം ഇല്ലാത്തതുകൊണ്ട് മരിക്കുന്നവരുടെ എണ്ണം 8.4 ലക്ഷം. അതേസമയം, ലഭിച്ച ചികിത്സയുടെ നിലവാരക്കുറവുകൊണ്ട് മരിക്കുന്നവരുടെ എണ്ണം 16 ലക്ഷമാണ്.

നാഷണൽ ക്രൈം റിക്കോർഡ് ബ്യൂറോയുടെ കണക്ക് പ്രകാരം 2001-നും 2015-നും ഇടയ്ക്ക് 3.8 ലക്ഷം ആളുകൾ ചികിത്സ ലഭിക്കാത്തതുകൊണ്ട് ഇന്ത്യയിൽ ആത്മഹത്യ ചെയ്തു. അത് ഈ കാലയളവിലെ മൊത്തം ആത്മഹത്യകളുടെ 21 ശതമാനം വരും. നാഷണൽ സാമ്പിൾ സർവ്വേ കണക്ക് പ്രകാരം 2002-നും 2012-നും ഇടയ്ക്ക് ചികിത്സയ്ക്കുവേണ്ടി എടുക്കുന്ന വായ്പാഭാരം ഇരട്ടിയായി. 23 ശതമാനം പേർക്ക് ചികിത്സയ്ക്കുള്ള പണം ഇല്ല. ഏഴ് ശതമാനം ഇന്ത്യക്കാർ ചികിത്സാ കടഭാരംമൂലം ദാരിദ്ര്യരേഖയ്ക്കുകീഴെ തള്ളപ്പെടുന്നു. അങ്ങനെ 5.5 കോടി ഇന്ത്യാക്കാരാണ് ഓരോ വർഷവും ചികിത്സാഭാരംകൊണ്ട് ദാരിദ്ര്യത്തിലേക്ക് തള്ളിവീഴ്ത്തപ്പെടുന്നത്.

1980 കൾ മുതൽ കേരളത്തിലെ പൊതു ജനാരോഗ്യ സംവിധാനം ദുർബലപ്പെട്ട് തുടങ്ങിയിരുന്നു അതേയവസരത്തിൽ രോഗാതുരത വർധിച്ച് വന്നത്. വർധിച്ചുവരുന്ന ആരോഗ്യാവശ്യങ്ങൾ തൃപ്തിപ്പെടുത്താനായി വൻകിട സ്വകാര്യ ആശുപത്രികളുടെ വലിയൊരു വളർച്ച കേരളത്തിലുണ്ടായി ഇതിന്റെ ഫലമായി ആരോഗ്യ ചെലവ് വൻതോതിൽ വർധിച്ച് തുടങ്ങി. 1986 ൽ ശാസ്ത്രസാഹിത്യപരിഷത്ത് നടത്തിയ പഠനമനുസരിച്ച് കേവലം 28% ആളുകൾ മാത്രമാണു സർക്കാർ ആശുപത്രികളുടെ സേവനം സ്വീകരിച്ചിരുന്നത്. വലിയതോതിലുള്ള സ്വകാര്യ വൽക്കരണവും സർക്കാർ മേഖലയുടെ മുരടിപ്പും മൂലം സാമൂഹ്യ സാമ്പത്തിക പിന്നാക്കാവസ്ഥയിലുള്ളവർക്ക് ആരോഗ്യസേവനം നിഷേധിക്കപ്പെടുന്ന അവസ്ഥയിലേക്ക് കേരളം എത്തിയിരുന്നു.

എന്തുകൊണ്ട് മേൽപ്പറഞ്ഞ അവസ്ഥാവിശേഷം? അതിനുള്ള ഉത്തരം സർക്കാർ ബജറ്റിൽ നിന്ന് ആരോഗ്യ മേഖലയ്ക്ക് വേണ്ടത്ര പണം നീക്കിവയ്ക്കുന്നില്ല എന്നതാണ്. ലോകാരോഗ്യ സംഘടന ജിഡിപിയുടെ അഞ്ച് ശതമാനം ആരോഗ്യപരിരക്ഷയ്ക്ക് നീക്കിവയ്ക്കണമെന്ന് നിർദ്ദേശിക്കുന്നു. നമ്മുടെ ദേശീയലക്ഷ്യം ജിഡിപിയുടെ 2.5-3 ശതമാനമാണ്. പക്ഷേ, ഏതാണ്ട് ഒരു ശതമാനം മാത്രമാണ് കേന്ദ്ര ബജറ്റുകളിൽ ആരോഗ്യമേഖലയ്ക്കു നീക്കിവയ്ക്കുന്നത്.

എന്നാൽ കേരളത്തിന്റെ വികസനാനുഭവം ഇതിനു നേർവിപരീതമാണ്. സ്വാതന്ത്ര്യത്തിനു മുമ്പു തന്നെ നമ്മൾ വിദ്യാഭ്യാസത്തിനും ആരോഗ്യത്തിനും ഊന്നൽ നൽകി. ഇതിന്റെ ഫലമായ ബഹുജനാരോഗ്യ നേട്ടങ്ങൾ ചിട്ടയായി പ്രതിപാദിച്ചത് സെന്റർ ഫോർ ഡെവലപ്പ്മെന്റ് സ്റ്റഡീസ് 1970-കളുടെ മദ്ധ്യത്തിൽ പ്രസിദ്ധീകരിച്ച 'ദാരിദ്ര്യം, തൊഴിലില്ലായ്മ, വികസന നയങ്ങൾ' എന്ന ഗ്രന്ഥമാണ്. ഇതിന്റെ തുടർച്ചയായിരുന്നു പ്രൊഫ. പിജികെ പണിക്കരും ഡോ. സി.ആർ. സോമനും കൂടി 1984-ൽ എഴുതിയ 'കേരളത്തിന്റെ ആരോഗ്യാവസ്ഥ - സാമ്പത്തിക പിന്നോക്കാവസ്ഥയും ആരോഗ്യ വികസനവും എന്ന പ്രഹേളിക' എന്ന പുസ്തകം. പ്രൊഫ. ടി.എൻ. കൃഷ്ണന്റെയും കബീറിന്റെയും മൂന്നാമതൊരു പ്രബന്ധവുംകൂടി എടുത്തു പറയേണ്ടതുണ്ട്. കേരളത്തിന്റെ ആരോഗ്യ വികസനത്തിൽ വിദ്യാഭ്യാസ മേഖലയിലെന്നപോലെ സാമൂഹ്യ പരിഷ്കരണ പ്രസ്ഥാനങ്ങളും കീഴ്ത്തട്ടിൽ നിന്നുള്ള സമ്മർദ്ദശക്തികളും വഹിച്ച പങ്കിനെ അവർ വിശദീകരിച്ചു. ഇവയ്ക്ക് പുറമേ ഡോ. ബി. ഇക്ബാൽ തുടങ്ങിയവരുടെ മുൻകൈയിൽ ജനകീയാരോഗ്യ പ്രസ്ഥാനവും

കേരളത്തിൽ രൂപംകൊണ്ടു. ഇവയുടെയെല്ലാം പശ്ചാത്തലത്തിലാണ് ആരോഗ്യ മേഖലയെ ഒന്നാം കേരള പഠന കോൺഗ്രസ് പരിശോധിച്ചത്.

ഒന്നാം കേരള പഠന കോൺഗ്രസ്

കേരളത്തിന്റെയും പിന്നീട് ജനകീയാസൂത്രണത്തിന്റെയും വലിയ അഭ്യുദയകാംക്ഷിയായിരുന്ന ഡോ. എൻ.എച്ച്. ആന്തിയയായിരുന്നു കേരളത്തിന്റെ ആരോഗ്യ മേഖലയെക്കുറിച്ച് മുഖ്യാവതരണം നടത്തിയത്. ഇന്ത്യൻ സോഷ്യൽ സയൻസ് റിസർച്ച് കൗൺസിലും ഇന്ത്യൻ മെഡിക്കൽ ഗവേഷണ കൗൺസിലും ചേർന്നു തയ്യാറാക്കിയ 'എല്ലാവർക്കും ആരോഗ്യം ഒരു ബദൽതന്ത്രം' എന്ന റിപ്പോർട്ട് തയ്യാറാക്കിയ കമ്മിറ്റിയുടെ അധ്യക്ഷൻ ജെപി നായികും, മെമ്പർ സെക്രട്ടറി ഡോ. ആന്തിയയും ആയിരുന്നു. മുകളിൽ സൂചിപ്പിച്ച മൂന്ന് രേഖകളോട് പൂർണ്ണമായും യോജിച്ചുകൊണ്ടാണ് ആന്തിയ രേഖ അവതരിപ്പിച്ചത്.

ചൈനയുടെയും ഇന്ത്യയുടെയും കേരളത്തിന്റെയും ആരോഗ്യ സൂചകങ്ങളെ താരതമ്യപ്പെടുത്തിക്കൊണ്ട് സ്വാതന്ത്ര്യം ലഭിച്ചപ്പോൾ ചൈനയിലെ ആരോഗ്യ സ്ഥിതി ഇന്ത്യയിലേതിനേക്കാളും മോശമായിരുന്നുവെന്ന് അദ്ദേഹം ചൂണ്ടിക്കാണിച്ചു. എന്നാൽ 1980-കളുടെ അവസാനം ആയപ്പോഴേക്കും ചൈനയിലെ ആരോഗ്യ നില ഇന്ത്യയേക്കാൾ വളരെ മികച്ചതായിരുന്നു. കേരളത്തിലെ ആരോഗ്യ സൂചകങ്ങൾ ചൈനയേക്കാൾ മെച്ചപ്പെട്ടവയായിരുന്നു. അദ്ദേഹത്തിന്റെ വാക്കുകളെ ഉദ്ധരിക്കട്ടെ: 'ഇന്ത്യയ്ക്ക് മാത്രമല്ല ലോകത്തിനു തന്നെയും ഒരു പ്രകാശഗോപുരമായി ആരോഗ്യ മേഖലയിൽ കേരളം ഉയർന്നു നിൽക്കുന്നു'.

ജനകീയസമ്മർദ്ദങ്ങൾമൂലം ആരോഗ്യ സേവനങ്ങളുടെ ശൃംഖലയ്ക്കു രൂപം നൽകാൻ സർക്കാർ നിർബന്ധിതരായി. എന്നാൽ മെഡിക്കൽ ഘടകങ്ങൾക്കു പുറമേ ജനങ്ങളുടെ പങ്കാളിത്തവും മെഡിക്കലേതര ഘടകങ്ങളും കേരളത്തിന്റെ ആരോഗ്യ പരിവർത്തനത്തിൽ വലിയ പങ്കുവഹിച്ചു. സ്ത്രീ വിദ്യാഭ്യാസം ആയിരുന്നു ഒരു സുപ്രധാന ഘടകം. ഡോക്ടർ + മരുന്ന് അല്ല ആരോഗ്യത്തിന്റെ സൂത്രവാക്യം. ഡോക്ടർ + മരുന്ന് + സ്ത്രീ വിദ്യാഭ്യാസം + നല്ല ഭക്ഷണം, വെള്ളം, ശുചിത്വം എന്നിവ ചേരുന്നതാണ് ആരോഗ്യം എന്ന് കേരളം കാണിക്കുന്നുവെന്ന് പ്രൊഫ. ആന്തിയ എഴുതി.

എന്നാൽ ബഹുജന ആരോഗ്യ പരിരക്ഷയിലുണ്ടായ നേട്ടങ്ങൾക്ക് തിരിച്ചടി ഏറ്റുകൊണ്ടിരിക്കുന്ന പശ്ചാത്തലത്തിലാണ് ഒന്നാം കേരള പഠന കോൺഗ്രസ് നടന്നത്. ശുചീകരണം, പോഷകാഹാരം തുടങ്ങിയ ഘടകങ്ങളിൽ ഊന്നിക്കൊണ്ടുള്ള സമഗ്രമായ പ്രതിരോധ തന്ത്രത്തിൽ നിന്ന് വ്യക്തിനിഷ്ഠവും വളരെ ചെലവേറിയതുമായ ചികിത്സാ സമ്പ്രദായത്തിലേക്കുള്ള നീക്കം വളരെ പ്രകടമായിരുന്നു. ആരോഗ്യ മേഖലയിലുള്ള ഈ പുതിയ അശാസ്ത്രീയ പ്രവണതകളെക്കുറിച്ച് ഡോ. ഇക്ബാലിനെപ്പോലുള്ള പണ്ഡിതർ അസ്വസ്ഥത പ്രകടിപ്പിച്ചു. ഡോ. കെ.പി. അരവിന്ദനും റ്റി.പി. കുഞ്ഞിക്കണ്ണനും ആരോഗ്യ ചെലവുകളെക്കുറിച്ചുള്ള ശ്രദ്ധേയമായ ഒരു പഠനം അവതരിപ്പിക്കുകയുണ്ടായി. കേരളത്തിലെ കുടുംബാരോഗ്യ ചെലവ് ദേശീയ ശരാശരിയേക്കാൾ വളരെ ഉയർന്നതായിരുന്നു. അതിന്റെ 75 ശതമാനവും മരുന്നുകളുടെ വില ആയിരുന്നു. പൊതു ആരോഗ്യ മേഖലയുടെ നിലവാരത്തകർച്ച സ്വകാര്യമേഖലയുടെ വളർച്ചയ്ക്കും ആരോഗ്യ മേഖലയുടെ വാണിജ്യവൽക്കരണത്തിലേക്കും നയിക്കുന്നുവെന്നും ഡോ. പികെആർ വാര്യർ ചൂണ്ടിക്കാണിച്ചു.

1996 ലെ ജനകീയാസൂത്രണത്തിന്റെ ഫലമായി നടപ്പിലാക്കിതുടങ്ങിയ ജനകീയാസൂത്രണത്തോടെയാണു സർക്കാർ മേഖലയുടെ വലിയൊരു വളർച്ചക്ക് തുടക്കം കുറിക്കപ്പെട്ടത്. പ്രാഥമികാരോഗ്യ കേന്ദ്രം മുതൽ ജില്ലാ ആശുപത്രികൾ വരെ തദ്ദേശസ്വയം ഭരണസ്ഥാപനങ്ങളുടെ കൈകളിലേക്ക് മാറിയതോടെ അതുവരെ അവഗണിക്കപ്പെട്ടു കിടന്നിരുന്ന താഴെത്തട്ടിലുള്ള ആരോഗ്യസ്ഥാപനങ്ങൾ മെച്ചപ്പെട്ടുതുടങ്ങി. ആരോഗ്യവകുപ്പിനു മെഡിക്കൽ കോളേജുകളിൽ കൂടുതൽ ശ്രദ്ധചെലുത്താൻ കഴിയുകയും അവയും മെച്ചപ്പെടുകയും ചെയ്തു തദ്ദേശസ്വയംഭരണ വകുപ്പുമായി ചേർന്നാണു ആരോഗ്യവകുപ്പ് രോഗപ്രതിരോധം. മാലിന്യ നിർമ്മാർജ്ജനം തുടങ്ങിയ പൊതുജനാരോഗ്യ പരിപാടികൾ നടത്തുന്നത് .

പുതിയ ജീവിതശൈലി രോഗങ്ങൾക്കൊപ്പം പകർച്ചവ്യാധികളും മറ്റും തുടർന്നപ്പോൾ കേരളത്തിന്റെ രോഗാതുരത ഉയർന്നു. താഴ്ന്ന മരണനിരക്കും ഉയർന്ന രോഗാതുരതയും ആരോഗ്യ വിദഗ്ദരുടെ മുന്നിൽ ഒരു ചോദ്യചിഹ്നമായി നിന്നു. ജനപങ്കാളിത്തത്തോടെ പൊതു ആരോഗ്യ സംവിധാനത്തെ ശക്തിപ്പെടുത്തുകയും ആരോഗ്യ അനുബന്ധഘടകങ്ങളെ ക്കൂടി ഊന്നിക്കൊണ്ടുള്ള ഇടപെടൽ താഴെത്തട്ടിൽ സൃഷ്ടിക്കുകയും വേണമെന്ന നിഗമനത്തിലാണ് പഠന കോൺഗ്രസ് എത്തിച്ചേർന്നത്. ഇതിനുള്ള മാർഗ്ഗമായിട്ടാണ് അധികാരവികേന്ദ്രീകരണത്തെ കണ്ടത്.

രണ്ടാം കേരള പഠന കോൺഗ്രസ്

പത്ത് വർഷം കഴിഞ്ഞ് 2005-ലാണ് രണ്ടാമത് കേരള പഠന കോൺഗ്രസ് നടന്നത്. ഇതിനിടയിൽ നടന്ന ഏറ്റവും വലിയ സംഭവവികാസം ജനകീയാസൂത്രണം ആയിരുന്നു. പ്രാഥമികാരോഗ്യ കേന്ദ്രങ്ങളുടെയും ജില്ലാ ആശുപത്രികളുടെയും നിയന്ത്രണം പ്രാദേശിക സർക്കാരുകൾക്ക് നൽകിയത് അതിപ്രധാനമായ ഭരണപരമായ പരിഷ്കാരമായിരുന്നു. പ്രാഥമികാരോഗ്യ കേന്ദ്രങ്ങളുടെ ഭൗതിക പശ്ചാത്തല സൗകര്യവികസനത്തിന് പ്രാദേശിക സർക്കാർ ഗണ്യമായ മൂലധന നിക്ഷേപം നടത്തി. എന്നാൽ അധികമായുണ്ടായ സൗകര്യങ്ങൾ ഉപയോഗപ്പെടുത്താൻ ആവശ്യമായ ഡോക്ടർമാരുടെയും പാരാമെഡിക്കൽ ജീവനക്കാരുടെയും സേവനം ലഭ്യമായിരുന്നില്ല.

കീഴ്ത്തട്ട് ആരോഗ്യ സ്ഥാപനങ്ങൾ, ശുചിത്വം, അങ്കണവാടി, കുടിവെള്ളം തുടങ്ങിയവ പ്രാദേശികമായി

സംയോജിപ്പിച്ച് സമഗ്രസമീപനം കൈക്കൊള്ളുന്നതിനും ആരോഗ്യ സ്ഥാപനങ്ങളെ ജനപങ്കാളിത്തത്തോടെ മെച്ചപ്പെടുത്തുന്നതിനും പുതിയ സാധ്യതകൾ തുറന്നു.

പ്രാഥമികാരോഗ്യ കേന്ദ്രങ്ങളെ പ്രാദേശിക സാംക്രമികരോഗ പ്രതിരോധ യൂണിറ്റുകളാക്കി വികസിപ്പിക്കുക. പ്രാഥമികാരോഗ്യ കേന്ദ്രങ്ങൾക്ക് കീഴിലുള്ള സബ് സെന്ററുകളുടെ പ്രവർത്തനം ഫലപ്രദമാക്കാൻ അവയെ അങ്കണവാടികളുമായി ബന്ധപ്പെടുത്തുക. അങ്കണവാടികളെ അതാത് മേഖലയിലെ വനിതാ സ്വയംസഹായ സംഘങ്ങളുമായും ബന്ധപ്പെടുത്തുക. ചുരുക്കത്തിൽ ആരോഗ്യപരിരക്ഷാ പരിപാടികൾ രൂപീകരിക്കുന്നതിലും നടപ്പാക്കുന്നതിലും സാമൂഹിക ഇടപെടൽ ഉറപ്പാക്കുന്നതായിരിക്കണം കേരളത്തിലെ പൊതുജനാരോഗ്യം പുനരുജ്ജീവന ഇടപെടലിന്റെ കേന്ദ്രബിന്ദു എന്നാണ് രണ്ടാമത് പഠന കോൺഗ്രസും അഭിപ്രായപ്പെട്ടത്. അതോടൊപ്പം താഴെപ്പറയുന്ന ചില പുതിയ നിർദ്ദേശങ്ങൾ പഠന കോൺഗ്രസ് മുന്നോട്ടു വച്ചു.

- മെഡിക്കൽ കോളേജുകൾ റഫറൽ ആശുപത്രികളാക്കുകയും സ്വകാര്യ പ്രാക്ടീസ് നിരോധിക്കുകയും ചെയ്യുക.
- മെഡിക്കൽ യൂണിവേഴ്സിറ്റിയുടെ നിർദ്ദേശം ആദ്യമായി ഇവിടെയാണ് ഉയർന്നത്.
- ഒരു മെഡിക്കൽ കോളേജിനെയെങ്കിലും എയിംസിന്റെ നിലവാരത്തിൽ വികസിപ്പിക്കണം.
- 'എല്ലാ പൗരന്മാർക്കും താങ്ങാവുന്നവിധം കുറഞ്ഞ ചെലവിൽ ആരോഗ്യപരിരക്ഷ ഉറപ്പാക്കുന്നതിന് പൊതുജനാരോഗ്യ സംവിധാനത്തിന്റെ പ്രാമാണികതയിൽ ഊന്നുന്നതിനോടൊപ്പം വിദേശരാജ്യങ്ങളിലെയും സംസ്ഥാനത്തിനു പുറത്തെയും രോഗികളെ ആകർഷിക്കത്തക്കവിധം സ്പെഷ്യലൈസ് ചെയ്ത സ്ഥാപനങ്ങളെ ഒരു പ്രത്യേക സേവന വ്യവസായമെന്ന നിലയിൽ പ്രോത്സാഹിപ്പിക്കുകയും വേണം.... ആരോഗ്യപരിരക്ഷയുടെ കാര്യത്തിൽ കേരളം കിഴക്കിന്റെ ക്യൂബ ആകാനുള്ള സാധ്യതയുണ്ട്.'

മൂന്നാം കേരള പഠന കോൺഗ്രസ്

2006-ലെ ഇടതുപക്ഷ ജനാധിപത്യ മുന്നണി സർക്കാർ മേൽപ്പറഞ്ഞ അജണ്ടയ്ക്കപ്പുറം കാര്യങ്ങൾ നിർവ്വഹിച്ചു.

- പൊതുജനാരോഗ്യ മേഖലയെ കൂടുതൽ ശക്തിപ്പെടുത്തി. ജനപങ്കാളിത്തം വർദ്ധിപ്പിച്ചു.
- മെഡിക്കൽ കോളേജുകളുടെ നവീകരണത്തിന് തുടക്കമിട്ടു.
- സ്പെഷ്യാലിറ്റി കേഡർ നടപ്പാക്കി.
- മെഡിക്കൽ സർവീസ് കോർപ്പറേഷൻ ആരംഭിച്ചു.
- യുജിസി ശമ്പളവും നോൺ പ്രാക്ടിസീംഗ് അലവൻസും നൽകിക്കൊണ്ട് മെഡിക്കൽ കോളേജിലെ അധ്യാപകരുടെ സ്വകാര്യ പ്രാക്ടീസ് അവസാനിപ്പിച്ചു.
- മെഡിക്കൽ യൂണിവേഴ്സിറ്റി സ്ഥാപിച്ചു.

കേരളത്തിലെ ആരോഗ്യമേഖലയുടെ അടിസ്ഥാനവെല്ലുവിളികൾ തുടരുന്നുവെന്ന നിഗമനത്തിന്റെ അടിസ്ഥാനത്തിലാണ് പഠന കോൺഗ്രസ് നിർദ്ദേശങ്ങൾ മുന്നോട്ടുവച്ചത്. 2006-ലെ സർക്കാരിന്റെ കാലത്ത് നടപ്പാക്കിത്തുടങ്ങിയ കാര്യങ്ങൾ കൂടുതൽ കാര്യക്ഷമതയോടെ മുന്നോട്ടുകൊണ്ടുപോവുക എന്നതായിരുന്നു പൊതുസമീപനം.

നാലാം കേരള പഠന കോൺഗ്രസ്

ഇടതുപക്ഷ ജനാധിപത്യ മുന്നണി സർക്കാരിന് 2011-ൽ തുടർച്ചയില്ലാതെ പോയത് ആരോഗ്യ മേഖലയ്ക്കും തിരിച്ചടിയായി. ജനകീയാസൂത്രണവും പ്രാദേശികാരോഗ്യ ഇടപെടലുകളും ശക്തിപ്പെട്ടെങ്കിലും കേരളത്തിന്റെ ആരോഗ്യ മേഖല പ്രതിസന്ധിയിലേക്ക് നീങ്ങുകയാണെന്ന യാഥാർത്ഥ്യത്തെ അംഗീകരിച്ചുകൊണ്ടാണ് നാലാം കേരള പഠന കോൺഗ്രസ് നയരൂപീകരണത്തിനു മുതിർന്നത്. പഠന കോൺഗ്രസിനു മുമ്പ് ആരോഗ്യ മേഖലയെക്കുറിച്ച് പ്രത്യേകമൊരു സെമിനാർ സംഘടിപ്പിക്കുകയുണ്ടായി. 68 പ്രബന്ധങ്ങളാണ് ഈ സെമിനാറിൽ അവതരിപ്പിച്ച് ചർച്ച ചെയ്തത്.

എന്തൊക്കെയാണ് ആരോഗ്യ മേഖല നേരിടുന്ന പുതിയ വെല്ലുവിളികളായി നാലാം പഠന കോൺഗ്രസ് കണ്ടത്?

2006 ലെ ഇടതു മുന്നണി ഭരണകാലത്ത് എല്ലാ തലങ്ങളിലുമുള്ള സർക്കാർ ആശുപത്രികളിലെയും അടിസ്ഥാന സൗകര്യങ്ങൾ വികസിക്കയും മാനുഷിക വിഭവശേഷി ലഭ്യത വർധിക്കയും ചെയ്തു. 2016 ലെ സർക്കാരിന്റെ കാലത്ത് പ്രാഥമികാരോഗ്യ കേന്ദ്രങ്ങൾ കുടുംബാരോഗ്യ കേന്ദ്രങ്ങളാക്കികൊണ്ടും മറ്റ് തലങ്ങളിലുള്ള ആശുപത്രികളുടെ ചികിത്സാസൗകര്യങ്ങളും മെച്ചപ്പെടുത്തികൊണ്ടും സർക്കാർ ആശുത്രികൾ വലിയ കതിച്ച് ചാട്ടം നടത്തി. ഇപ്പോൾ ഏതൊരു സൂപ്പർ സ്പെഷ്യാലിറ്റി സ്വകാര്യ ആശുപത്രികളെക്കാളും മികച്ച ആധുനിക ചികിത്സാ സൗകര്യങ്ങൾ സർക്കാർ മെഡിക്കൽ കോളേജുകളിലും ജില്ലാ ആശുപത്രികളിലും മറ്റും ലഭ്യമാക്കാൻ നമുക്ക് കഴിഞ്ഞിട്ടുണ്ട്. ഇപ്പോൾ 60-70 ജനങ്ങൾ സർക്കാർ ആശുപത്രികളിൽ നിന്നുള്ള സേവനമാണു സ്വീകരിച്ച് വരുന്നത്.

- പകർച്ചവ്യാധികൾ കൂടുതൽ കൂടുതൽ ശക്തമായി തിരിച്ചുവരുന്നു. ജലമലിനീകരണവും ശുചിത്വവീഴ്ചകളുമാണ് ഇതിന് മുഖ്യകാരണം.
- ജീവിതശൈലി രോഗങ്ങൾ വർദ്ധിക്കുന്നു. എന്നാൽ അവയ്ക്ക് ആവശ്യമായ ചികിത്സാ സൗകര്യങ്ങൾ പൊതു ആരോഗ്യ മേഖലയിൽ ഇല്ല. ഇത് കുടുംബാരോഗ്യ ചെലവിനെ ഉയർത്തുന്നു.
- ആത്മഹത്യയും അപകടമരണങ്ങളും മാനസികാരോഗ്യത്തിന്റെ പ്രശ്നങ്ങളെ മുന്നിൽ കൊണ്ടുവന്നു.
- പ്രായാധിക്യമുള്ളവരുടെ ആരോഗ്യ പ്രശ്നങ്ങൾ അവഗണിക്കാൻ കഴിയാത്ത അവസ്ഥയായി. ഭിന്നശേഷിക്കാർക്ക് വേണ്ടത്ര പരിഗണന കേരളത്തിൽ ലഭിക്കുന്നില്ല.

- ആദിവാസികൾ, മത്സ്യത്തൊഴിലാളികൾ തുടങ്ങിയ ദുർബലവിഭാഗങ്ങൾ അവഗണിക്കപ്പെടുന്നു.
- പൊതുജനാരോഗ്യ മേഖല ഇനിയും വളരെയേറെ ശക്തിപ്പെടാനുണ്ട്.

ആരോഗ്യ മേഖലയിലെ വാണിജ്യവൽക്കരണത്തെയും സ്വകാര്യവൽക്കരണത്തെയും ശക്തിപ്പെടുത്തുന്ന സമീപനമാണ് കേന്ദ്ര സർക്കാർ പിന്തുടരുന്നത്. 2018 ലെ വെള്ളപ്പൊക്കത്തെ തുടന്നുണ്ടാവാൻ സാധ്യതയുണ്ടായിരുന്ന പകർച്ചവ്യാധികൽ , പലതവണ ആവർത്തിച്ച് വ്യാപിച്ച നിപ, 2020-22 ലെ കോവിഡ് എന്നീ പൊതുജനാരോഗ്യ പ്രതിസന്ധികൾ ഫലവത്തായി നേരിടാൻ സംസ്ഥാനത്തിനു കഴിഞ്ഞത് നമ്മുടെ പൊതുജനാരോഗ്യ സംവിധാനത്തിന്റെ മികവിനെയാണു സൂചിപ്പിക്കുന്നത് .

ഈ പുതിയ വെല്ലുവിളികളെ അഭിമുഖീകരിക്കുന്നതിന് പഠന കോൺഗ്രസ് മുന്നോട്ടുവച്ച കർമ്മ പരിപാടി 2016-ലെ ഇടതുപക്ഷ ജനാധിപത്യ മുന്നണി സർക്കാർ ആവിഷ്കരിച്ച ആർദ്രം പദ്ധതിയുടെ സമീപനത്തെ ഗാഢമായി സ്വാധീനിക്കുകയുണ്ടായി.

- ശുചിത്വ പരിപാടി ഫലപ്രദമാകാതെ രോഗാതുരത കുറയ്ക്കാനാവില്ല. പുരോഗതി ഉണ്ടായിട്ടുണ്ടെങ്കിലും സമ്പൂർണ്ണ ശുചിത്വത്തിന് മുന്നോട്ടുവച്ച പരിപാടികളൊന്നും സമയബന്ധിതമായി തീർക്കാനായിട്ടില്ല. ഇപ്പോൾ കേരളം ലക്ഷ്യം നേടുന്നതിന് ഒരു അവസാനവട്ട ക്യാമ്പയിന് തയ്യാറെടുക്കുകയാണ്.
- അധികാരവികേന്ദ്രീകരണവും പ്രാദേശിക പങ്കാളിത്തവും ആരോഗ്യനയത്തിന്റെ സുപ്രധാന ഘടകങ്ങളാണ്. പ്രളയകാലത്തെയും കോവിഡുകാലത്തെയും അനുഭവങ്ങൾ തദ്ദേശഭരണ സ്ഥാപനങ്ങൾ ആരോഗ്യ കേരളത്തിന്റെ കരുത്താണെന്ന് അടിവരയിടുന്നുണ്ട്.
- ആരോഗ്യമേഖലയിലെ പൊതു ചെലവ് ഗണ്യമായി ഉയർത്തണമെന്ന് പഠന കോൺഗ്രസ് നിർദ്ദേശിച്ചു. ആരോഗ്യ മേഖലയിലെ കിഫ്ബി ചെലവ് കൂടി പരിഗണിക്കുകയാണെങ്കിൽ ആരോഗ്യ ബജറ്റിൽ ശ്രദ്ധേയമായ വർദ്ധനവ് ഉണ്ടായിട്ടുണ്ട്. ഡോക്ടർമാരുടെയും നേഴ്സുമാരുടെയും എണ്ണം ഇപ്പോഴും അപര്യാപ്തമാണെങ്കിലും ഗണ്യമായി ഉയർന്നിട്ടുണ്ട്. കുടുംബാരോഗ്യ കേന്ദ്രങ്ങൾ പ്രാഥമികാരോഗ്യ ശൃംഖലയിൽ ഗുണപരമായ മാറ്റം സൃഷ്ടിച്ചു.
- മെഡിക്കൽ കോളേജുകളുടെയും നേഴ്സിംഗ് കോളേജുകളുടെയും എണ്ണവും ഗുണനിലവാരവും ഉയർന്നിട്ടുണ്ട്. 2006-ലെ സർക്കാരിന്റെ കാലത്ത് രൂപംകൊണ്ട് ആരോഗ്യ സർവ്വകലാശാല പ്രതീക്ഷയ്ക്കനുസരിച്ച് ഉയർന്നിട്ടില്ലായെന്നത് യാഥാർത്ഥ്യമാണ്. കേവലം അഫിലിയേറ്റിംഗ് യൂണിവേഴ്സിറ്റി ആയിട്ടല്ല ഗവേഷണ-പഠന കേന്ദ്രവും കൂടിയായിട്ടാണ് അത് വിഭാവന ചെയ്തത്.
- വയോജന ആരോഗ്യ പ്രശ്നങ്ങൾക്ക് പഠന കോൺഗ്രസ് നൽകിയ ഊന്നൽ കേരളത്തിൽ പടർന്നു പന്തലിക്കുന്ന പാലിയേറ്റീവ് ശൃംഖലയിൽ പ്രതിഫലിക്കുന്നുണ്ട്. ഇതോടൊപ്പം വ്യവസ്ഥാപിത ആരോഗ്യ കേന്ദ്രങ്ങളിലും കൂടുതൽ ഊന്നൽ പ്രായമുള്ളവരുടെ രോഗങ്ങൾക്ക് നൽകേണ്ടതുണ്ട്.
- രണ്ടും മൂന്നും പഠന കോൺഗ്രസുകൾ ആരോഗ്യ ഇൻഷ്വറൻസ് സമ്പ്രദായത്തെ എതിർത്തിരുന്നു. എന്നാൽ ഇത് യാഥാർത്ഥ്യമായതിന്റെ പശ്ചാത്തലത്തിൽ പൊതു ആരോഗ്യ സംവിധാനത്തെ ശക്തിപ്പെടുത്തുന്ന രീതിയിൽ ഇൻഷ്വറൻസ് നടപ്പാക്കണമെന്ന് നിർദ്ദേശിച്ചു. കേവലം പരമദരിദ്രരിൽ ഒതുക്കാതെ വലിയൊരു വിഭാഗം സാധാരണക്കാരെക്കൂടി ഉൾക്കൊള്ളിക്കുന്നതായിരിക്കണം ആരോഗ്യ ഇൻഷ്വറൻസ്. ഈ സമീപനമാണ് കേരളത്തിൽ നടപ്പാക്കിയത്.
- കെഎസ്ഡിപി എന്ന പൊതുമേഖലാ ഔഷധ കമ്പനിയെ കേരളത്തിന്റെ ആരോഗ്യ മേഖലയ്ക്ക് ആവശ്യമായ മരുന്നുകളുടെ ഗണ്യമായ ഭാഗം ഉല്പാദിപ്പിക്കാനുള്ളശേഷി സൃഷ്ടിക്കണം. പേറ്റന്റ് കഴിഞ്ഞ ഫലപ്രദമായ മരുന്നുകൾ വലിയ തോതിൽ ഇവിടെ ഉല്പാദിപ്പിക്കണം. ഈ കാഴ്ച്ചപ്പാട് കമ്പനിയുടെശേഷി ഗണ്യമായി ഉയർത്തുന്നതിലേക്ക് എത്തിച്ചിട്ടുണ്ട്.
- പൊതു ആരോഗ്യ മേഖലയിൽ ഊന്നുന്നതോടൊപ്പം തന്നെ സ്വകാര്യ മേഖലയ്ക്ക് ആരോഗ്യ പരിപാലനത്തിനുള്ള സ്ഥാനം പഠന കോൺഗ്രസ് അംഗീകരിക്കുകയുണ്ടായി. എന്നാൽ ആരോഗ്യ ചെലവ് നിയന്ത്രിക്കാനുതകംവിധം ഉന്നത ആരോഗ്യ മേഖലയിൽ പൊതു സംവിധാനങ്ങൾ ശക്തിപ്പെടുത്തണം. സ്വകാര്യ മേഖലയിലെ മികച്ച ആരോഗ്യ സംവിധാനങ്ങളിൽ ഊന്നിക്കൊണ്ട് കേരളത്തെ ആഗോള ആരോഗ്യ സേവന കേന്ദ്രമായി ഉയർത്തുന്നതിന് ശ്രമിക്കേണ്ടതുണ്ട്.
- അവസാനമായി എല്ലാ പഠന കോൺഗ്രസുകളിലുമെന്നപോലെ നാലാം പഠന കോൺഗ്രസിലും ആയുർവേദത്തിന്റെയും ആയുഷിന്റെയും ശക്തമായ സാന്നിദ്ധ്യമുണ്ടായിരുന്നു. അലോപ്പതിയോടൊപ്പം ഈ വൈദ്യശാഖകളെ ഉൾക്കൊണ്ടുകൊണ്ടുള്ള ആരോഗ്യ സംവിധാനത്തെയാണ് പഠന കോൺഗ്രസുകൾ പിന്താങ്ങിവന്നിട്ടുള്ളത്.
- പൊതുജനാരോഗ്യ സംവിധാനം മെച്ചപ്പെടുകയും കാസ്പ്, മെഡിസെപ്പ് തുടങ്ങിയ ആരോഗ്യ ഇൻഷ്വറൻസു പദ്ധതികൾ ചില വെല്ലുവിളികൾ നേരിട്ടുകൊണ്ടാണെങ്കിലും നിലവിലുണ്ടെങ്കിലും കേരളത്തിൽ സ്വകാര്യ ആരോഗ്യ ചെലവ് വർധിച്ച് വരുന്നുണ്ട്. ഇതിനുള്ള കാരണങ്ങൾ കണ്ടെത്തി പരിഹാരം കാണേണ്ടതുണ്ട്. ചികിത്സാ ചെലവ് കുറക്കുന്നതിനായി പ്രധാനമായും ചെയ്യേണ്ടത് രോഗാതുരത കുറക്കുക എന്നതാണ്. ആരോഗ്യ വിദ്യാഭ്യാസം, രോഗപ്രതിരോധം, ആരോഗ്യ പരിപോഷണം, പ്രാരംഭഘട്ടത്തിൽ തന്നെ രോഗങ്ങൾ കണ്ടെത്തി ചികിത്സിക്കൽ തുടങ്ങി

നിരവധി ഇടപെടലുകൾ ആവിഷ്കരിക്കേണ്ടതുണ്ട്. സ്വകാര്യആശുപത്രികളിലെ ചികിത്സയുടെ കാര്യത്തിൽ രോഗികളുടെ മേൽ അമിതഭാരം ചുമത്തുന്ന സ്ഥിതി മാറ്റിയെടുക്കാൻ ചികിത്സാ മാനദണ്ഡങ്ങളും പെരുമാറ്റചട്ടങ്ങളും ആവിഷ്കരിക്കയും ചികിത്സാഫീസുകൾ നിശ്ചയിക്കയും വേണം. ക്ളിനിക്കൽ എസ്റ്റാബ്ളിഷ് മെൻറ് ആക്ടിൽ ഇതെല്ലാം പെടുത്താവുന്നതാണ്. ഒപി ചികിത്സ ചെലവ് കുറക്കാൻ മരുന്നുകളുടെയും മറ്റ് ആരോഗ്യ ഉല്പന്നങ്ങളും മിതമായ വിലക്ക് ലഭ്യമാക്കാൻ കൂടുതൽ ന്യായവില ഷോപ്പുകൾ ആരംഭിക്കേണ്ടതാണ്. മരുന്നുകളുടെയും മറ്റ് ആരോഗ്യ ഉല്പന്നങ്ങളുടെയും വിലനിയന്ത്രിക്കാനും അവ ന്യായവിലക്ക് ലഭ്യമാക്കാനും കേന്ദ്രസർക്കരിന്റെ മേൽ സമ്മർദ്ദം ചെലുത്തേണ്ടതുണ്ട്.

ആരോഗ്യമേഖലയിലുണ്ടായ പുരോഗതിയും പ്രളയ-കൊവിഡ് പ്രതിസന്ധികളുടെ കാലത്ത് ആരോഗ്യ മേഖലയിലെ ഫലപ്രദമായ ഇടപെടലും 2021-ൽ തുടർഭരണം ലഭിച്ചതിന്റെ പിന്നിലെ ഒരു പ്രധാനഘടകമാണ്. കൊവിഡുമൂലം അഞ്ചാമത് കേരള പഠന കോൺഗ്രസ് 2025-ലാണ് നടക്കുവാൻ പോകുന്നത്. ഇതിലേയ്ക്ക് നിർണ്ണായക സംഭാവനയായിരിക്കും 'ആരോഗ്യ കേരളം' ദ്വിദിന സെമിനാർ.

പ്രാഥമിക ആരോഗ്യതലം

1

ആരോഗ്യസംസ്കാരം ജനകീയാരോഗ്യ കേന്ദ്രങ്ങളുടെ ശാക്തീകരണത്തിലൂടെ

അജിത് കെ.എസ്.

ലോകത്തെതന്നെ പിടിച്ചുലയ്ക്കുന്ന തരത്തിൽ മഹാമാരികൾ നമ്മുടെ വീട്ടുമുറ്റങ്ങളിൽ എത്തി നില്ക്കുമ്പോൾ മറ്റെങ്ങോ സംഭവിക്കുന്ന ഒന്ന് എന്ന തലത്തിൽ ജാഗ്രതയില്ലാതെ ആരോഗ്യമേഖലയെ കൈകാര്യം ചെയ്യാൻ പറ്റില്ല എന്ന തിരിച്ചറിവ് നമ്മുടെ സമൂഹത്തിൽ ഉണ്ട്.

ഏത് ചെറിയ ലക്ഷണങ്ങൾക്കും സ്പെഷ്യലിസ്റ്റ് ഡോക്ടർമാരെ കാണുക എന്ന ശക്തമായ ചിന്ത നില നില്ക്കുന്ന സമൂഹത്തിൽ അവനവന്റെ ജീവിതരീതികളും ആരോഗ്യസംസ്കാരവും അടിസ്ഥാനപരമായി മാറേണ്ടിയിരിക്കുന്നു എന്ന ബോധവും പൊതുസമൂഹത്തിൽ ഉടലെടുത്തിട്ടുണ്ട്.

അധികാരവികേന്ദ്രീകരണം, വികേന്ദ്രീകൃതാസൂത്രണം എന്നീ മഹത്തായ മാറ്റങ്ങൾ നമുക്ക് മുന്നിൽ തലയുയർത്തി നില്ക്കുമ്പോൾ ആരോഗ്യമേഖലയിലും പ്രാദേശികമായ ജനകീയ ഇടപെടലുകൾ കൂടുതൽ ശക്തിപ്പെടേണ്ടിയിരിക്കുന്നു.

കുടുംബാരോഗ്യകേന്ദ്രങ്ങൾ

ഒരു കാലത്ത് രാവിലെ മുതൽ ഉച്ചവരെ മാത്രം വളരെ സജീവമായിരുന്ന പ്രാഥമികാരോഗ്യകേന്ദ്രങ്ങൾ ഇന്ന് രാവിലെ മുതൽ വൈകുന്നേരം വരെ വളരെ സജീവമായി പ്രവർത്തനങ്ങൾ നടക്കുന്ന ഒരു ഇടം ആയിമാറി. അടിസ്ഥാനപരമായി സാധാരണക്കാരന് ഫലപ്രദമായി ഉപയോഗിക്കാൻ കഴിയുന്ന ഒരു സിസ്റ്റം രൂപപ്പെട്ടു. ഡോ. കാണുന്നതിന് മുമ്പ് തന്നെ പല പ്രാഥമിക പരിശോധനകളും നടക്കുന്നു എന്നത് വലിയ മാറ്റത്തിനിടയാക്കി.

ഉപകേന്ദ്രങ്ങൾ

ഒരു പഞ്ചായത്ത് പരിധിക്കകത്ത് ഉള്ള 5-ലധികം വരുന്ന ഉപകേന്ദ്രങ്ങളാണ് യഥാർത്ഥത്തിൽ ഒരു പ്രദേശത്തിന്റെ ജീവവായു ആയി (ആരോഗ്യരംഗത്ത് മാത്രമല്ല) മാറേണ്ടത്. ജനകീയാരോഗ്യ കേന്ദ്രങ്ങളിലെ അംഗസംഖ്യ (ജീവനക്കാരുടെ) കൂടിയത് പ്രവർത്തനങ്ങളെ ശക്തിപ്പെടുത്താൻ സഹായിക്കുന്നു.

പ്രവർത്തനമികവ് ഉണ്ടാവേണ്ടത്

വിഷയാധിഷ്ഠിത ക്ലിനിക്കുകൾ ഉൾപ്പെടെ പലതരം സേവനങ്ങൾ എല്ലാവിധ ജനവിഭാഗങ്ങൾക്കും വേണ്ടി ഉണ്ടാവുന്നെങ്കിലും

- ഏകോപനം
- ഡാറ്റാകളക്ഷൻ
- രോഗസാഹചര്യനിർണ്ണയം
- പൊതുഘടകങ്ങൾ
- വിലയിരുത്തൽ
- അപഗ്രഥനം
- പരിഹാരം

എന്നീ ഘടകങ്ങളിൽ പോരായ്മയോ, പ്രവർത്തനരാഹിത്യമോ ഉള്ളതായി അനുഭവപ്പെടുന്നു. (ഉദാ: ക്ഷയരോഗബാധിതരിൽ പ്രത്യേക പ്രദേശത്ത് പോഷകാഹാര കുറവാണോ, ജീവിതശൈലീ രോഗങ്ങളാണോ കാരണം) നന്നായി കായികാധ്വാനം ചെയ്യുന്നവരിലും, ജീവിതശൈലീരോഗങ്ങൾ വരുന്നതിന്റെ തോത് ഭക്ഷണക്രമം എന്നിവയിലെല്ലാം വസ്തുതാപരമായ കണക്ക് ജനകീയാരോഗ്യകേന്ദ്രങ്ങളിൽ ഉണ്ടാവണം.

പ്രസ്തുത വിവരശേഖരങ്ങളുടെ അടിസ്ഥാനത്തിൽ പ്രാദേശികമായി പരിപാടികൾ ആസൂത്രണം ചെയ്യാനുള്ള പ്രവർത്തനം ഉണ്ടാവണം.

ജീവിതശൈലീ-ഭക്ഷണ-ആരോഗ്യസംസ്കാര മേഖലയിൽ അതത് പ്രദേശത്തെ സജീവവും ക്രിയാത്മകവുമായ ഇടപെടൽ ശേഷി ഉണ്ടാവണം ജനകീയാരോഗ്യകേന്ദ്രങ്ങൾക്ക്.

പ്രാദേശികാരോഗ്യ പ്രശ്നങ്ങളെ കുറിച്ച് കൂടി ജനങ്ങളിൽ കൂടുതൽ അവബോധം സൃഷ്ടിക്കാൻ വൈവിധ്യമാർന്നതും ഗുണപരമായതുമായ ഇടപെടൽ ഉണ്ടാവണം. സാധാരണക്കാരന് "എല്ലാവിധ ആരോഗ്യ സേവന-അറിവ്" ലഭ്യമാവുന്ന കേന്ദ്രങ്ങളായി മാറണം.

നമ്മുടെ ജനകീയാരോഗ്യകേന്ദ്രങ്ങൾ പ്രാദേശികമായ "ആരോഗ്യ ഗവേഷണ" സ്ഥാപനങ്ങളായി മാറുകയാണ് വേണ്ടത്. നിലവിൽ ജനകീയാരോഗ്യ കേന്ദ്രങ്ങളിൽ നടക്കുന്ന പ്രവർത്തനങ്ങളെ ക്രോഡീകരിച്ച് വിശകലനം നടത്താനും, പരിശോധിക്കാനും കൃത്യമായ ചുമതല നല്കാനും കഴിഞ്ഞാൽ മാത്രമേ ഇത് (HWC) വിഭാവനം ചെയ്യുന്ന രീതിയിൽ ഫലപ്രദമാവുകയുള്ളൂ.

കല്ലത്തുപറമ്പിൽ വീട്, മാഞ്ചിറ, ചിറ്റൂർ, പാലക്കാട് 678101. Ph: 9495889206. mailid : sivaramankuttyajith@gmail.com.

2

കേരളത്തിലെ പൊതുജനാരോഗ്യ സംവിധാനങ്ങളുടെ വളർച്ചയിൽ ആർദ്രം മിഷന്റെ പ്രസക്തിയും പാഠങ്ങളും

ഡോ. സി.കെ. ജഗദീശ്

ആരോഗ്യരംഗത്തെ പുതിയ കണ്ടുപിടുത്തങ്ങളും നൂതന സാങ്കേതിക വിദ്യകളുമൊക്കെ സാധാരണക്കാരായ ജനങ്ങൾക്ക് ലഭ്യമാകണമെങ്കിൽ ഫലപ്രദമായ ത്രിതല പൊതുജനാരോഗ്യ സംവിധാനത്തിന്റെ ഭാഗമായി അവ മാറണം. കേരളത്തിലെ മാറിയ രോഗാതുരതയുടെ പശ്ചാത്തലത്തിൽ ആവശ്യമായ പുതിയ സേവനങ്ങൾ പ്രൈമറി, സെക്കണ്ടറി, ടെർഷ്യറി തലങ്ങളിൽ ലഭ്യമാക്കുന്നതടക്കമുള്ള പ്രവർത്തനങ്ങളോടെ സർക്കാർ ആരോഗ്യസംവിധാനങ്ങൾ ആർദ്രം മിഷ്യന്റെ ഭാഗമായി ശക്തിപ്പെടുത്താനാരംഭിച്ചു. ആരോഗ്യ മിഷന്റേതടക്കമുള്ള ദേശീയതലത്തിൽ നിന്നുള്ള ആരോഗ്യപരിപാടികളുടെ ചുവടുപിടിച്ചു, ആരോഗ്യരംഗത്തെ പ്രവർത്തനങ്ങൾ നടത്തിവന്നിരുന്നതിൽനിന്നും വ്യത്യസ്തമായും നവഉദാരവത്കരണത്തിന്റെയും, ആഗോളവത്കരണത്തിന്റെയും, സ്വകാര്യവത്കരണത്തിന്റെയുമൊക്കെ ഇക്കാലത്തു, പ്രാഥമിക ആരോഗ്യപരിചരണവും പൊതുമേഖലാ ചികിത്സാസവിധാനങ്ങളും ശക്തിപ്പെടുത്താനെടുത്ത ആർദ്രം മിഷന്റെ നടപടികളും അതിന്റെ പ്രസക്തിയും ഈ പേപ്പറിൽ വിശദമായി പരിശോധിക്കുന്നു.

പ്രാഥമിക ആരോഗ്യ കേന്ദ്രങ്ങളെ നാടിനു ചേരുന്ന രീതിയിൽ മാറ്റി തീർത്ത് ആരോഗ്യവർദ്ധക, രോഗപ്രതിരോധ, ചികിത്സ, റിഹാബിലിറ്റേറ്റീവ്, പാലിയേറ്റീവ് ഘടകങ്ങൾക്ക് ഒരുപോലെ പ്രാധാന്യം നൽകി ശക്തിപ്പെടുത്താനാണ് ആർദ്രം മിഷൻ ലക്ഷ്യമിട്ടത്. അതോടൊപ്പം രോഗി സൗഹൃദവും ജനസൗഹൃദവുമായ ആശുപത്രി അന്തരീക്ഷവും ചികിത്സാ മാർഗ്ഗരേഖ അടിസ്ഥാനമാക്കിയുള്ള ഗുണമേന്മയുള്ള ചികിത്സാ സേവനങ്ങൾ ലഭ്യമാക്കാനുള്ള പ്രവർത്തന പരിപാടികളും ആരംഭിച്ചു.

സ്ഥാപനങ്ങൾ കെട്ടിലും മട്ടിലും ആകെ മാറി, വൃത്തിയും വെടിപ്പുമുള്ളവയായി, ആവശ്യത്തിന് ഇരിപ്പിടങ്ങൾ, കുടിവെള്ള സംവിധാനങ്ങൾ, സൗകര്യപ്രദമായ സ്വകാര്യതയുള്ള പരിശോധനാമുറികൾ, വനിത-വയോജന- ഭിന്നശേഷി സൗഹൃദ സംവിധാനങ്ങളുമൊക്കെ ഇതിന്റെ ഭാഗമായിപ്രാബല്യത്തിൽ വരികയുണ്ടായി. അധിക ഡോക്ടർമാരും നേഴ്സിങ് സ്റ്റാഫ്, ലാബ് സൗകര്യം എന്നിവയും, വൈകിട്ട് 6 മണി വരെ പ്രവർത്തന സമയം ദീർഘിപ്പിച്ചതും ജനങ്ങൾക്ക് ഏറെ പ്രയോജനപ്രദമായി. ഡോക്ടറെ കാണുന്നതിനു മുമ്പുള്ള പ്രീ ചെക്കപ്പ്, അസ്തമ, ശ്വാസംമുട്ട് ചികിത്സകൾക്കുള്ള സ്ക്രീനിങ്ങിനും ചികിത്സയ്ക്കുമുള്ള ശ്വാസ്സ് ക്ലിനിക്, വിഷാദരോഗത്തിനും മാനസികാരോഗ്യ പരിചരണത്തിനും കൗൺസിലിങ്ങിനുമുള്ള ആശ്വാസം ക്ലിനിക്, ഫീൽഡ് തലത്തിലുള്ള സമ്പൂർണ്ണ മാനസികാരോഗ്യപരിപാടി, നിത്യേനയുള്ള ജീവിതശൈലി രോഗക്ലിനിക്, പൈലറ്റ് അടിസ്ഥാനത്തിൽ റെറ്റിനോപതി സ്ക്രീനിങ്ങിനുള്ള ക്ലിനിക്കുകൾ, നഴ്സിംഗ് വിഭാഗങ്ങൾക്ക് ചികിത്സാപ്രക്രിയയിൽ കൂടുതൽ പങ്കാളിത്തവും ചുമതലകളും തുടങ്ങി കേരളത്തിലെ പ്രാഥമികാരോഗ്യ സംവിധാനങ്ങളെ പുനസംഘടിപ്പിക്കാനുള്ള (റീ എൻജിനീയറിങ്) സമഗ്രമായ പ്രവർത്തനങ്ങൾ ഇതിൽ ഉൾപ്പെടുത്തിയിരുന്നു.

ആരോഗ്യഉപകേന്ദ്രപ്രവർത്തനങ്ങൾ ശക്തിപ്പെടുത്തൽ, ഓരോ വ്യക്തിയുടെയും, കുടുംബത്തിന്റെയും, ഒരുകൂട്ടം വീടുകളുടെയും, ഓരോ വാർഡിന്റെയും ഒക്കെ ആരോഗ്യ പ്രശ്നങ്ങൾ സമഗ്രമായി പരിഹരിക്കാനുള്ള പ്രവർത്തന പരിപാടികൾ, തദ്ദേശസ്ഥാപനതലത്തിൽ ആരോഗ്യ അവലോകന റിപ്പോർട്ട് അടിസ്ഥാനമാക്കിയുള്ള പ്രവർത്തനങ്ങൾ "ഈ ഹെൽത്ത് പ്രോഗ്രാം", ആരോഗ്യ സേവനങ്ങളുടെ ഗുണമേന്മ ഉറപ്പുവരുത്താനുള്ള "എൻക്യുഎഎസ്" (നാഷണൽ ക്വാളിറ്റി അഷറൻസ് പ്രോഗ്രാം), സുസ്ഥിര വികസന ലക്ഷ്യങ്ങൾ അടിസ്ഥാനമാക്കിയുള്ള പ്രവർത്തനങ്ങൾ തുടങ്ങിയവയെല്ലാം ഇതിലേക്ക് കണ്ണിചേർത്തിരുന്നു.

ആർദ്രം മിഷന്റെ കുടുംബാരോഗ്യ കേന്ദ്ര പരിപാടി ഗ്രാമപഞ്ചായത്തുകൾക്ക് ആരോഗ്യരംഗത്തെ ഇടപെടലുകൾക്ക് കുറേക്കൂടി വ്യക്തമായ ദിശാബോധം നൽകുകയുണ്ടായി.

ആർദ്രംമിഷന്റെ ഭാഗമായി ജില്ലാ -താലൂക്ക് ആശുപത്രികളിലെയും, മെഡിക്കൽ കോളേജ് ആശുപത്രികളിലെയും ഓ പി വിഭാഗം രോഗി സൗഹൃദം ആക്കുന്ന പ്രവർത്തനങ്ങളും ജില്ലാ- താലൂക്ക് ആശുപത്രികളെ നിശ്ചിത മാനദണ്ഡങ്ങളോടെ സൗകര്യങ്ങൾ ക്രമീകരിക്കാനുള്ള പ്രവർത്തനങ്ങളും ആരംഭിക്കുകയുണ്ടായി. കിഫ്ബി സഹായത്തോടെ ആരോഗ്യ മെഡിക്കൽ വിദ്യാഭ്യാസ വകുപ്പുകളിലെ ആശുപത്രികളിൽ മാസ്റ്റർ പ്ലാൻ അടിസ്ഥാനമാക്കിയുള്ള അടിസ്ഥാന സൗകര്യ വികസന പ്രവർത്തനങ്ങളും നടന്നുവരികയാണ്. ജില്ലാതല ആശുപത്രികളിൽ കാത്ത് ലാബ്, കാർഡിയോളജി ചികിത്സ സംവിധാനങ്ങളും മറ്റ് മൂന്നു സൂപ്പർ സ്പെഷ്യാലിറ്റി ചികിത്സകളും ഫലപ്രദമായ രീതിയിൽ നടപ്പിലാക്കാൻ ആരംഭിച്ചു.

റിട്ട. ഡെപ്യൂട്ടി ഡി. എച്ച്. എസ് & മുൻ ആർദ്രം സ്റ്റേറ്റ് നോഡൽ ഓഫീസർ (ഒന്നാം ഘട്ടം)

3

കേരളത്തിലെ ഉയർന്ന രോഗാതുരത നിയന്ത്രണം - പകർച്ചവ്യാധികൾ

പി.കെ. പ്രദീപ്

പകർച്ചവ്യാധികളുടെ കാര്യത്തിൽ കേരളത്തിൽ രോഗതുരത വർദ്ധിക്കുന്നുണ്ടോ? ഇന്ത്യയിലെ മറ്റ് സംസ്ഥാനങ്ങളിലെ ജനങ്ങളിൽ നിന്നും വ്യത്യസ്ഥ മായി കേരളത്തിലെ ജനങ്ങളിൽ രോഗം പെട്ടെന്നു വരുവാനുള്ള എന്തെങ്കിലും പ്രത്യേക സാഹചര്യം നില വിലുണ്ടോ? കേരളത്തിലെ ജനങ്ങളിൽ രോഗാതുരത വർദ്ധിക്കുന്നു എന്നത് കേവലം പ്രചാരണം മാത്രമാണോ? ഈ മൂന്നു കാര്യങ്ങളും വിശദമായി പരിശോധിക്കേണ്ടത് അത്യാവശ്യമാണ്. IDSP റിപ്പോർട്ട് പ്രകാരം 2017-ൽ കേരളത്തിൽ 4018878 പേർ സാംക്രമിക രോഗബാധിതരാവുകയും, 454 പേർ മരണമടയുകയും ചെയ്തു. 2018-ൽ 3545280 ഉം 2019-ൽ3505539 ഉം പേർ സാംക്രമിക രോഗബാധിതരായി. 2020-ലും, 2021-ലും സാംക്രമിക രോഗബാധിതരുടെ എണ്ണത്തിൽ ഗണ്യമായ കുറവു സംഭവിച്ചു. കോവിഡ് കാലമായതിനാൽ നിസ്സാര രോഗങ്ങൾക്ക് ആശുപത്രി യിൽ പോകുവാൻ ജനങ്ങൾ മടിക്കുന്നതും, ആശുപ ത്രിയിലെത്തുന്നവരെ RT-PCR ടെസ്റ്റിനു വിധേയമാ ക്കുമെന്ന ഭയവും രോഗികളുടെ എണ്ണത്തിൽ വലിയ കുറവിനു കാരണമായി. കേരളത്തിലെ ഫീൽഡ് പ്രവർത്തനം കോവിഡിൽ മാത്രം കേന്ദ്രീകരിച്ചതും രോഗികളുടെ എണ്ണം കുറയുന്നതിനു കാരണമായി. 2017 മുതൽ 2021 വരെയുള്ള അഞ്ച് വർഷക്കാല ത്തെ സാംക്രമിക രോഗങ്ങളുടെ വിശദവിവരം ടേബിൾ ഒന്നിൽ ചേൽ ചേർത്തിരിക്കുന്നു.

വർഷം	ആകെ രോഗികൾ		പനി ബാധിതർ		കൊതുകുജന്യ രോഗം		ജലജന്യ രോഗം		വായുജന്യ രോഗം		മറ്റുള്ളവ	
	രോഗികൾ	മരണം	രോഗികൾ	മരണം	രോഗികൾ	മരണം	രോഗികൾ	മരണം	രോഗികൾ	മരണം	രോഗികൾ	മരണം
2017	4018878	454	3527942	76	23193	173	464688	34	1490	81	2973	92
2018	3545280	308	2995610	63	5108	49	542335	17	846	51	3460	112
2019	3505539	234	2922455	51	5497	24	545703	13	30468	67	2627	79
2020	1555632	105	1284661	00	3548	27	251270	03	15093	06	2099	69
2021	1725001	158	1475975	00	3931	29	238372	03	3461	02	3007	113

സാംക്രമിക രോഗ ബാധിതരുടെ മൊത്തം എണ്ണത്തിൽ 85% ത്തിലധികവും പനി ബാധിതരാണ്. പനി ബാധിതരും, വയറിളക്ക രോഗ ബാധിതരും ചേർന്നാൽ ആകെയുള്ള രോഗബാധിതരുടെ 99% ത്തിലധികം വരും. എന്നാൽ മൊത്തം മരണത്തിന്റെ 25%-ൽ താഴെ മാത്രമാണ് ഈ രണ്ട് രോഗങ്ങൾ മൂലമുള്ള മരണം. മൊത്തം മരണത്തിന്റെ 75% ത്തിലധികം പനിയും വയറിളക്കവും ഒഴികെയുള്ള ഒരു ശതമാനത്തിൽ താഴെ മാത്രം വരുന്ന രോഗങ്ങൾ മൂലമാണ്. കഴിഞ്ഞ പത്ത് വർഷക്കാലത്തെ രോഗങ്ങളുടെ സ്ഥിതിവിവരം ചുവടെ ചേർത്തിരിക്കുന്നു.

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
പനി ബാധിതർ	86.5%	87.6%	85.7%	85%	83.8%	87.75	78.8%	83%	82.5%	85.6%
പനി മരണ ങ്ങൾ	12.9%	22%	22.6%	17.9%	15.7%	16.7%	20%	21.7%	00	00

പനിയും വയറിളക്കവും	99.4%	99.5%	99.6%	99.6%	99.5%	99%	99.7%	98.8%	98.7%	999.4%
പനി, വയറിളക്കം മൂലമുള്ള മരണങ്ങൾ	22%	24%	26.5%	20.6%	28%	18.5%	24%	24%	0.95%	1.89%
ഡെങ്കിപ്പനിയും, എലിപ്പനിയും	0.17%	0.10%	0.11%	0.16%	0.28%	0.58%	0.17%	0.16%	0.24%	0.28%
ഡെങ്കിപ്പനിയും, എലിപ്പനിയും മൂലമുള്ള മരണം	34%	61%	43.7%	49.6%	49%	53.9%	42.5%	30%	66.6%	78.4%

എന്തുകൊണ്ട് കേരളത്തിൽ പനിബാധിതരുടെ എണ്ണം ക്രമാതീതമായി വർദ്ധിക്കുന്നു? സമ്പൂർണ്ണ ODF പ്രഖ്യാപിച്ചിട്ടും എന്തുകൊണ്ട് വയറിളക്ക രോഗങ്ങൾ കുറയുന്നില്ല? പനി ബാധിതരുടെയും, വയറിളക്ക രോഗ ബാധിതരുടെയും എണ്ണം വെച്ചുകൊണ്ട് കേരളത്തിൽ രോഗാതുരത വർദ്ധിക്കുന്നു എന്ന വാദം ശരിയോ?

പ്രശ്നങ്ങൾക്ക് പരിഹാരം:

(1) "S" ഫോമിലെ അവ്യക്തത രോഗബാധിതരുടെ എണ്ണത്തിൽ വർദ്ധനവിനു കാരണമാകുന്നു. (2) ടാർജറ്റ് ഓറിയന്റഡ് വർക്കുകൾ രോഗികളുടെ എണ്ണം വർദ്ധിപ്പിച്ചു കാണിക്കുന്നതിന് കാരണമാകുന്നു. (3) അശാസ്ത്രീയമായ റിവ്യു മീറ്റിംഗുകൾ. (4) പ്രതിരോധ പ്രവർത്തനങ്ങളിലെ ഏകോപനമില്ലായ്മ. (5) NMEP യിലെ MF2 റിപ്പോർട്ടിലെ അവ്യക്തത. (6) ജീവനക്കാരുടെ കുറവ്. മറ്റ് സംസ്ഥാനങ്ങളിൽ രോഗം റിപ്പോർട്ട് ചെയ്യുന്നതിന് തടസ്സമാകുന്നു. എന്നാൽ കേരളത്തിൽ റിപ്പോർട്ടിംഗ് കൃത്യമായി നടക്കുന്നു.

റിട്ടയേർഡ് ഹെൽത്ത് ഇൻസ്പെക്ടർ. ഫോൺ: 9496535401

4

ആർദ്രം മിഷൻ രണ്ടാം ഘട്ട പ്രവർത്തനങ്ങൾ

ഡോ. മഹേഷ് എൻ.

ആമുഖം

എല്ലാവർക്കും പ്രാപ്യവും സമഗ്രവും ഗുണനിലവാരമുള്ളതുമായ ആരോഗ്യസേവനങ്ങൾ ലഭ്യമാക്കുന്നതിലൂടെ ചികിത്സാ ചിലവ് കുറയ്ക്കുകയും സുസ്ഥിര വികസന ലക്ഷ്യങ്ങൾ കൈവരിക്കുകയുമാണ് ആർദ്രം മിഷന്റെ ലക്ഷ്യങ്ങൾ. ആശുപത്രികളുടെ ജനസൗഹൃദ പരിവർത്തനമുൾപ്പെടെയുള്ള അടിസ്ഥാന സൗകര്യ വികസനത്തിനാണ് മിഷന്റെ ഒന്നാം ഘട്ടത്തിൽ ഊന്നൽ നൽകിയത്. ഈ പ്രവർത്തനങ്ങളുടെ പൂർത്തീകരണത്തോടൊപ്പം ആരോഗ്യകരമായ ജീവിതം കൈവരിക്കുന്നതിനുള്ള പ്രവർത്തനങ്ങൾ ജനപങ്കാളിത്തത്തോടെ നടത്തുവാനാണ് രണ്ടാം ഘട്ടത്തിൽ ലക്ഷ്യമിടുന്നത്.

പ്രവർത്തനങ്ങൾ

ആർദ്രം മിഷന്റെ ലക്ഷ്യങ്ങൾ കൈവരിക്കുവാനായി പത്ത് പ്രധാന പദ്ധതികളാണ് നടപ്പിലാക്കുന്നത്. ആർദ്രം ഒന്നാം ഘട്ടത്തിന്റെ തുടർച്ചയായുള്ള ആശുപത്രികളുടെ പരിവർത്തനം, ജീവിതശൈലീ രോഗങ്ങൾ പ്രാരംഭഘട്ടത്തിൽ കണ്ടെത്താനുള്ള വാർഷിക ആരോഗ്യ പരിശോധന, കാൻസർ സുരക്ഷാ പദ്ധതി, വയോജന-സാന്ത്വന പരിചരണം, ഐസോലേഷൻ വാർഡുകളുടെ നിർമ്മാണം, ഏകാരോഗ്യം, നിർണ്ണയ ലാബ് നെറ്റുവർക്ക്, രോഗനിവാരണം, ഗവേഷണ പ്രവർത്തനങ്ങളുടെ ശാക്തീകരണം, ആരോഗ്യകരമായ ജീവിതശൈലി പ്രോത്സാഹിപ്പിക്കുന്നതിനുള്ള ക്യാമ്പയിനുകൾ എന്നിവയാണ് പ്രധാന പദ്ധതികൾ.

ഇതോടൊപ്പം ഉപകേന്ദ്രങ്ങളെ ജനകീയ ആരോഗ്യ കേന്ദ്രങ്ങളായി പരിവർത്തനം ചെയ്തു കൊണ്ട് വാർഡ് തലം മുതലുള്ള ആരോഗ്യസംവിധാനങ്ങളെ ശാക്തീകരിക്കുവാനുള്ള പ്രവർത്തനങ്ങളും നടന്നു വരുന്നു.

നിരീക്ഷണങ്ങൾ

ആർദ്രം മിഷന്റെ ഭാഗമായി 688 കുടുംബാരോഗ്യ കേന്ദ്രങ്ങൾ, 67 ബ്ലോക്ക് കുടുംബാരോഗ്യ കേന്ദ്രങ്ങൾ, 14 ജില്ലാ/ജനറൽ ആശുപത്രികൾ, 14 താലൂക്ക് ആശുപത്രികൾ എന്നിവിടങ്ങളിലെ പരിവർത്തനം പൂർത്തിയായി. വാർഷിക ആരോഗ്യ പരിശോധനയുടെ ഭാഗമായി 1, 54, 26, 116 വ്യക്തികളുടെ സർവ്വേ നടത്തിയതിൽ 27, 91, 006 (18%) പേർക്ക് ജീവിതശൈലീരോഗ സാധ്യതയുള്ളതായും 9, 13, 479 (5.9%) പേർക്ക് ക്യാൻസർ സാധ്യതയുള്ളതായും കണ്ടെത്തി. കിടപ്പ് രോഗികളായ 1, 09, 322 (0.7%) പേരുടേയും ഹോം ബൗണ്ടായ 1, 91, 108 (1.2%) വ്യക്തികളുടേയും 46, 22, 747 (30%) വയോജനങ്ങളുടേയും ആരോഗ്യ വിവരങ്ങൾ ശേഖരിച്ചു സേവനങ്ങൾ ഉറപ്പാക്കാനുള്ള നടപടികൾ സ്വീകരിച്ചു. 50 ഐസൊലേഷൻ വാർഡുകളുടെ നിർമ്മാണം പൂർത്തിയായി. എകാരോഗ്യം പദ്ധതി റീബിൽഡ് കേരളയുടേയും ലോക ബാങ്കിന്റെയും സഹായത്തോടെ പത്തനംതിട്ട, ആലപ്പുഴ, കോട്ടയം, ഇടുക്കി ജില്ലകളിൽ നടന്നു വരുന്നു. നിർണ്ണയ ലാബ് നെറ്റുവർക്ക് സംവിധാന പ്രകാരമുള്ള പ്രവർത്തനങ്ങൾ എല്ലാ ജില്ലകളിലും ആരംഭിച്ചു. എസ്.എച്ച്.എസ്.ആർ.സിയുടെ ആഭിമുഖ്യത്തിൽ ആരോഗ്യ വകുപ്പിൽ ഗവേഷണ പ്രവർത്തനങ്ങൾ ശാക്തീകരിക്കുവാനുള്ള പ്രവർത്തനങ്ങളും നടന്നു വരുന്നു. വാർഡ് തലം മുതലുള്ള ആരോഗ്യസംവിധാനങ്ങളെ ശാക്തീകരിക്കുവാൻ ലക്ഷ്യമിട്ട് കേരളത്തിലെ എല്ലാ ആരോഗ്യ ഉപകേന്ദ്രങ്ങളേയും ജനകീയ ആരോഗ്യ കേന്ദ്രങ്ങളായി പരിവർത്തനം ചെയ്തു ഭൗതിക സാഹചര്യങ്ങളും സേവനങ്ങളും മെച്ചപ്പെടുത്താനുള്ള പ്രവർത്തനങ്ങളും നടന്നു വരുന്നു.

ആർദ്രം മിഷൻ രണ്ടാം ഘട്ടത്തിന്റെ ഭാഗമായ പ്രവർത്തനങ്ങൾ പൂർണ്ണതയിൽ എത്തുന്നതോടെ ആശുപത്രികളുടെ നിലവാരം മെച്ചപ്പെടുത്തുവാനും സമഗ്ര പ്രാഥമികാരോഗ്യ പരിരക്ഷ ഉറപ്പാക്കാനും സാധിക്കും. ജനകീയ ആരോഗ്യ കേന്ദ്രങ്ങൾ കൂടി ശാക്തീകരിക്കുന്നത് വഴി കൂടുതൽ സേവനങ്ങൾ ജനങ്ങളിലേക്കെത്തിക്കുവാനും രോഗാതുരതയും ചികിത്സാ ചിലവുകളും കുറയ്ക്കുവാനും സാധിക്കും.

5

വാർഷിക ആരോഗ്യ പരിശോധന

ഡോ. മഹേഷ് എൻ.

ആമുഖം

കേരളത്തിലെ ആരോഗ്യരംഗം നേരിടുന്ന പ്രധാനപ്പെട്ട വെല്ലുവിളികളിലൊന്ന് ജീവിതശൈലീരോഗങ്ങളുടെ വർദ്ധിച്ചു വരുന്ന പ്രാചുര്യമാണ്. കേരളത്തിൽ 33% പേർക്ക് രക്താതിമർദ്ദവും 20% പേർക്ക് പ്രമേഹവും ഉള്ളതായിട്ടാണ് പഠനങ്ങൾ സൂചിപ്പിക്കുന്നത് (1). ജീവിതശൈലീരോഗങ്ങൾ പ്രാരംഭഘട്ടത്തിൽ കണ്ടുപിടിക്കാനും ചികിത്സ ഉറപ്പാക്കാനും ലക്ഷ്യമിട്ടാണ് ആർദ്രം മിഷന്റെ ഭാഗമായി വാർഷിക ആരോഗ്യ പരിശോധന നടപ്പിലാക്കുന്നത്. മുപ്പത് വയസ്സിലധികം പ്രായമുള്ള എല്ലാ വ്യക്തികളേയും സ്ക്രീൻ ചെയ്യുന്നതിലൂടെ ജീവിതശൈലീരോഗങ്ങൾ പ്രാരംഭഘട്ടത്തിൽ തിരിച്ചറിഞ്ഞ് ചികിത്സ ഉറപ്പാക്കുകയെന്നതും ജീവിതശൈലീരോഗങ്ങളുടെ രജിസ്ട്രി തയ്യാറാക്കുക എന്നതുമാണ് പദ്ധതിയുടെ പ്രധാന ലക്ഷ്യങ്ങൾ. തദ്ദേശ സ്വയംഭരണ സ്ഥാപനങ്ങളുടെ നേതൃത്വത്തിൽ ഒരു ജനകീയ ക്യാമ്പയിനായിട്ട് കൂടിയാണ് ഈ പദ്ധതി നടപ്പിലാക്കുന്നത്.

പ്രവർത്തനങ്ങൾ

ആശാ പ്രവർത്തകർ വീടുകളിലെത്തി ശൈലി ആപ്പിലൂടെ സർവ്വേ നടത്തി രോഗസാധ്യതയുള്ളവരെ കണ്ടെത്തി തുടർപരിശോധനകൾക്കായി ജനകീയ ആരോഗ്യ കേന്ദ്രങ്ങളിലേക്ക് റഫർ ചെയ്യുന്നു. തുടർ പരിശോധനകൾ നടത്തി ജീവിതശൈലീ രോഗങ്ങൾ പ്രാരംഭഘട്ടത്തിൽ തന്നെ കണ്ടെത്തുന്നതിലൂടെ സങ്കീർണ്ണതകൾ ഒഴിവാക്കാൻ സാധിക്കും. ജീവിതശൈലീ രോഗ സാധ്യതയുള്ളവർക്ക് വ്യായാമമുൾപ്പെടെയുള്ള ജീവിതശൈലീ മാറ്റങ്ങൾ വഴി രോഗങ്ങൾ പ്രതിരോധിക്കാനും സാധിക്കും.

നിരീക്ഷണങ്ങൾ

വാർഷിക ആരോഗ്യ പരിശോധനയുടെ ഒന്നാം ഘട്ടം പൂർത്തിയായപ്പോൾ 1, 54, 26, 116 വ്യക്തികളിൽ 27, 91, 006 (18%) പേർക്ക് ജീവിതശൈലീരോഗ സാധ്യതയുള്ളതായി കണ്ടെത്തിയിട്ടുണ്ട്. നിലവിൽ രക്താതിമർദ്ദമുള്ള 22, 81, 959 (15%) പേരുടേയും പ്രമേഹമുള്ള 19, 63, 933 (12.8%) പേരുടേയും പ്രമേഹവും രക്താതിമർദ്ദവുമുള്ള 6, 26, 552 (4.1%) പേരുടേയും രോഗവിവരങ്ങൾ ശേഖരിച്ചിട്ടുണ്ട്. ഇതോടൊപ്പം 9, 13, 479 (5.9%) പേർക്ക് ക്യാൻസർ സാധ്യതയും 4, 38, 450 (2.8%) പേർക്ക് ശ്വാസകോശരോഗ സാധ്യതയും 1, 13, 029 (0.7%) പേർക്ക് ക്ഷയരോഗ സാധ്യതയും കണ്ടെത്തിയിട്ടുണ്ട്. സർവ്വേയുടെ ഭാഗമായി കിടപ്പ്

രോഗികളായ 1, 09, 322 (0.7%) പേരുടേയും ഹോം ബൗണ്ടായ 1, 91, 108 (1.2%) വ്യക്തികളുടേയും 46, 22, 747 (30%) വയോജനങ്ങളുടേയും ആരോഗ്യ വിവരങ്ങൾ ശേഖരിച്ചിട്ടുണ്ട്.

വാർഷിക ആരോഗ്യ പരിശോധനയിലൂടെ കണ്ടെത്തിയ വിവരങ്ങളുടെ അടിസ്ഥാനത്തിൽ ജീവിതശൈലീ രോഗങ്ങൾക്കെതിരെ പ്രതിരോധ പ്രവർത്തനങ്ങൾ നടപ്പിലാക്കണം. ജീവിതശൈലീരോഗ സാധ്യതയുള്ളവർ കൂടുതലായിട്ടുള്ള പ്രദേശങ്ങൾ കേന്ദ്രീകരിച്ചും ലഹരി ഉപയോഗം കൂടുതലായി കണ്ടെത്തിയ പ്രദേശങ്ങളിലും ക്യാമ്പയിനുകൾ നടപ്പിലാക്കേണ്ടതാണ്. ഇത്രയും പ്രാധാന്യമർഹിക്കുന്ന വിവരങ്ങൾ ശൈലി സർവേയിലൂടെ കണ്ടെത്താൻ കഴിഞ്ഞിട്ടുണ്ടെങ്കിലും തദ്ദേശസ്വയംഭരണസ്ഥാപന തലത്തിലും വാർഡ് തലത്തിലും ജീവിതശൈലീരോഗ പദ്ധതികൾ ആസൂത്രണം ചെയ്യുന്നതിനും പ്രതിരോധപ്രവർത്തനങ്ങൾ ശാക്തീകരിക്കുന്നതിനും ഈ വിവരങ്ങൾ ഉപയോഗപ്പെടുത്തുന്നതിനുള്ള സാഹചര്യം പരിശോധിക്കേണ്ടതാണ്.

Reference

AMCHSS Research Team, KERALA STATE HEALTH SERVICES DEPARTMENT. Prevention and Control of Non-Communicable Diseases in Kerala. Trivandrum: Achutha Menon Center for Health Science Studies, Sree Chithra Tirunal Institute for Medical Sciences and Technology; 2016 p. 257. Shaili Report Portal [Internet]. [cited 2024 Jun 24]. Available from: https://shaili.ehealth.kerala.gov.in/dashboard/ReportsCatPublic/shaili_surveystatus

6

സുസ്ഥിര കേരളത്തിന് സാംക്രമികരോഗ നിയന്ത്രണത്തിന്റെ പ്രസക്തിയും പരിഹാരങ്ങളും

ഡോ. എ.എസ്. പ്രദീപ് കുമാർ

കേരളത്തിൽ പലവിധ പകർച്ചവ്യാധികൾ ഇപ്പോഴും ആരോഗ്യജീവിതത്തിന് ഭീഷണി ആയികൊണ്ടിരിക്കുന്നു. ഡെങ്കിപ്പനി, എലിപ്പനി, എച്ച്1എൻ1പനി, ചെള്ളുപനി, ചിക്കുൻഗുനിയ, മലമ്പനി, മഞ്ഞപ്പിത്തം, വയറിളക്കരോഗങ്ങൾ എന്നിവക്കെതിരെ നിതാന്ത ജാഗ്രത തുടരേണ്ടതുണ്ട്. ഇവക്കുപുറമെ നിപ്പ, കുരങ്ങുപനി, വെസ്റ്റ് നൈൽ, ജപ്പാൻജ്വരം എന്നിവയും പ്രാദേശികമായി ശ്രദ്ധിക്കപ്പെടേണ്ടതാണ്. കഴിഞ്ഞ 10 വർഷത്തിനിടയിൽ ഏറ്റവും കൂടുതൽ ഡെങ്കിപ്പനി ബാധിച്ചത് 2017 ലും (21993) എലിപ്പനി ബാധിച്ചത് 2022 ലും (2482) ആണ്. അതിനുശേഷം എലിപ്പനിയുടെ എണ്ണത്തിൽ വലിയ വർദ്ധനവുണ്ടായില്ലെങ്കിലും ഡെങ്കിപ്പനിയുടെ എണ്ണം 2022-നെ (4468) അപേക്ഷിച്ചു 2023-ൽ (16595) നാലിരട്ടിയായി വർദ്ധിക്കുകയുണ്ടായി. 2023ൽ തൃശ്ശൂരിലും മലപ്പുറത്തും ഏകദേശം 2000-പേർക്കും തിരുവനന്തപുരത്തും കൊല്ലത്തും ഏകദേശം 2500-പേർക്കും എറണാകുളത്ത് ഏകദേശം 4000-പേർക്കും ഡെങ്കിപ്പനി ബാധിച്ചിട്ടുണ്ട്. ഇത് മുൻ വർഷങ്ങളെ അപേക്ഷിച്ചു 3 മുതൽ 10 ഇരട്ടി വരെ കൂടുതലാണ്. പത്തു ജില്ലകളിലും ഏകദേശം 200 ഓളംപേരെ എലിപ്പനി ബാധിച്ചിരിക്കുന്നതും, 2022 ൽ ഏറ്റവും കൂടുതൽ (424) ബാധിച്ചത് ജനസംഖ്യ കുറഞ്ഞ വയനാട് ആണെന്നതും പ്രത്യേകം പരിഗണിക്കേണ്ടതാണ്. ചെള്ളുപനിയുടെ കാര്യത്തിൽ മൂന്നിൽ രണ്ടു കേസുകളും തിരുവനന്തപുരത്താണ്. വയറിളക്കരോഗങ്ങൾ വർഷംതോറും ഏകദേശം രണ്ടരലക്ഷം ഉണ്ടായിരുന്നത് 2022-ലും 2023-ലും നാലരലക്ഷത്തിൽ കൂടുതലായി. മരണത്തിന്റെ കാര്യത്തിൽ എലിപ്പനി തന്നെയാണ് മുന്നിൽ. 2023-ൽ ഡെങ്കിപ്പനി, എലിപ്പനി, എച്ച്1എൻ1പനി, ചെള്ളുപനി, മഞ്ഞപ്പിത്തം എന്നിവ മൂലം മരിച്ചവരുടെ എണ്ണം യഥാക്രമം 55, 103, 57, 16, 20 ആണ്. എന്നാൽ സംശയാസ്പദമായ ഡെങ്കിപ്പനി (118), എലിപ്പനി (180), എച്ച്1എൻ1പനി (20), ചെള്ളുപനി (2), ജപ്പാൻജ്വരം (21) മൂലമുള്ള മരണങ്ങളും ഇതിനോട് ചേർത്ത് കാണേണ്ടതാണ്. 2021-22 ൽ ഇല്ലാതിരുന്ന കോളറയും വളരെ കുറവായിരുന്ന ടൈഫോയിഡും (30) 2023-ൽ യഥാക്രമം 71-ഉം 1340-ഉം (സംശയാസ്പദമായതുൾപ്പെടെ) ആയത് ആശങ്കയുണ്ടാക്കുന്നതാണ്. പേവിഷബാധമൂലമുണ്ടായ 25 മരണങ്ങളും (സംശയാസ്പദമായതുൾപ്പെടെ) ശ്രദ്ധിക്കപ്പെടേണ്ടതാണ്.

രോഗപകർച്ച കുറക്കുന്നതിന് നിരീക്ഷണം, പ്രതിരോധം, നിയന്ത്രണം എന്നിവ ശക്തമായും തുടർച്ചയായും നടത്തേണ്ടതുണ്ട്. സബ്സെന്റർ തലത്തിൽ വീടുകൾ കേന്ദ്രീകരിച്ചു മനുഷ്യർക്കൊപ്പം ജന്തുക്കൾക്കുമുള്ള രോഗബാധ, മരണം എന്നിവ നിരീക്ഷിക്കണം. പനി, മഞ്ഞപ്പിത്തം, വയറിളക്കം എന്നിവയുടെ എണ്ണവും അനുബന്ധ വിവരങ്ങളും ആരോഗ്യ സ്ഥാപനങ്ങളിൽനിന്നും നിത്യേന ശേഖരിച്ചു നിരീക്ഷിക്കണം. തുടർന്ന് രോഗപകർച്ച തുടക്കത്തിലേ കണ്ടെത്താനും പ്രതിരോധിക്കാനും കഴിയണം. പ്രാണിനിരീക്ഷണം ശാക്തീകരിക്കുകയും ഇവയിലെ രോഗാണു സാന്നിത്യം, സാന്ദ്രതാസൂചകങ്ങൾ, ബയോണോമിക്സ് തുടങ്ങിയവ പഠിച്ചു രോഗപകർച്ചാ സാധ്യത മനസ്സി

ലാക്കി നടപടികൾ സ്വീകരിക്കേണ്ടതാണ്. രോഗാണുവാഹികളായ മറ്റു ജീവികളിലെയും രോഗാണു സാന്നിത്യം, മരണ വിശകലനം, പാരിസ്ഥിതിക സ്ഥിതി എന്നിവ പഠിച്ചു രോഗപ്രതിരോധം ഉർജ്ജിതമാക്കണം.

വീടുകളിലും, സ്ഥാപനങ്ങളിലും പൊതുസ്ഥലങ്ങളിലും തോട്ടങ്ങളിലും ആഴ്ചതോറും കൊതുകുകളുടെ ഉറവിട നശീകരണം ശീലമാക്കണമെന്നതും അത് അവിടങ്ങളിലെ താമസക്കാർ/ സ്ഥാപനമേധാവികൾ/ ഉദ്യോഗസ്ഥർ/ തൊഴിലാളികൾ എന്നിവരുടെ ഉത്തരവാദിത്യമാണെന്നതും നിർബന്ധമാക്കണം. ഭക്ഷണശാലകളിലും സദ്യാലയങ്ങളിലും വിദ്യാലയങ്ങളിലും കുടിവെള്ള ശുചിത്വവും ഭക്ഷണ ശുചിത്വവും നടത്തിപ്പുകാർ കർശനമായി പാലിക്കേണ്ടതും അത് ആരോഗ്യ-ഭക്ഷ്യസുരക്ഷാ ഉദ്യോഗസ്ഥർ പരിശോധിച്ചു ഉറപ്പു വരുത്തേണ്ടതും ആണ്. ശുദ്ധമായ കുടിവെള്ള ലഭ്യത ഉറപ്പാക്കാൻ, യഥാവിധിയായി ശുദ്ധീകരിക്കുകയും മാനദണ്ഡങ്ങൾ പാലിച്ചുമാത്രം വിതരണം ചെയ്യുകയും വേണം. ശരിയായ മാലിന്യ നിർമ്മാർജ്ജന പ്രവർത്തനങ്ങൾ വീടുകളിലും, വിദ്യാലയങ്ങളിലും, ആരോഗ്യകേന്ദ്രങ്ങളിലും, സ്ഥാപനങ്ങളിലും, പൊതുസ്ഥലങ്ങളിലും ഉണ്ടാകേണ്ടതാണ്. പൊതുജനാരോഗ്യനിയമം അനുസരിച്ച് ആരോഗ്യ വകുപ്പിന്റെയും ഭക്ഷ്യസുരക്ഷാ മിഷന്റെയും ത്രിതല പഞ്ചായത്തിന്റെയും നേതൃത്വത്തിൽ പരിശോധനകളും തിരുത്തൽ / ശിക്ഷാ നടപടികളും സ്വീകരിക്കേണ്ടതാണ്.

ആരോഗ്യജാഗ്രതാ പ്രവർത്തനരൂപരേഖ, "ഏകാരോഗ്യം" എന്ന കാഴ്ചപ്പാടിൽ, മുൻകൂട്ടി തയ്യാറാക്കി മഴക്കാലപൂർവ്വശുചീകരണം ബന്ധപ്പെട്ട വകുപ്പുകളുടെ പങ്കാളിത്തത്തോടെ ഊർജിതമായി നടപ്പാക്കേണ്ടതാണ്. നഗരങ്ങൾ, നഗരചേരികൾ, തീരപ്രദേശം, ട്രൈബൽ പ്രദേശം, ജലദൌർല്ലഭ്യ പ്രദേശങ്ങൾ, അതിഥി തൊഴിലാളികളുടെ വാസസ്ഥലങ്ങൾ, ദുരന്ത ബാധിത പ്രദേശങ്ങൾ തുടങ്ങിയ ഇടങ്ങളിൽ പ്രത്യേക കർമ്മപരിപാടി ഉണ്ടാകണം. വിവിധ തലങ്ങളിൽ ഇന്റർസെക്ടറൽ യോഗങ്ങൾകൂടി പ്രവർത്തനപുരോഗതി വിലയിരുത്തി ആവശ്യമായ ഭേദഗതികൾ വരുത്തുകയും വേണം.

7

ആർദ്രം മിഷൻ കുടുംബാരോഗിക കേന്ദ്രങ്ങൾ സജ്ജമാക്കുന്നതിൽ സംഘ പരിശീലനത്തിന്റെ പങ്ക്

ഡോ. ദിവ്യ എസ്. സോമശേഖരൻ നായർ

ഉദ്ദേശലക്ഷ്യങ്ങൾ

ആർദ്രമിഷിന്റെ ഭാഗമായി പ്രാഥമിക ആരോഗ്യ കേന്ദ്രങ്ങളെ കുടുംബാരോഗ്യ കേന്ദ്രങ്ങളായി പരിവർത്തനം ചെയ്യുന്ന പ്രക്രിയയിൽ പരിശീലനങ്ങൾ വലിയ പങ്കു വഹിക്കുകയുണ്ടായി. ഈ സമഗ്ര പരിശീലന രീതി വളരെ സവിശേഷമായ രീതിയിലാണ് നടപ്പിലാക്കിയത്. ഈ പഠനത്തിലൂടെ ഇവയുടെ ഗുണഫലങ്ങൾ പോരായ്മകൾ എന്നിവ തിരിച്ചറിയാനും രേഖപ്പെടുത്താനും അനുഭവങ്ങൾ വിശദീകരിക്കാനും ലക്ഷ്യമിടുന്നു.

പഠനരീതി

പൂർണ്ണമായും നിരീക്ഷണ രീതിയിലൂടെയുള്ള അപഗ്രഥനം. 2016 മുതൽ 2021 വരെ കുടുംബാരോഗ്യ കേന്ദ്രങ്ങളുടെ പ്രവർത്തനക്ഷമത ഉറപ്പാക്കാനും പ്രവർത്തനങ്ങളിലേക്ക് നയിക്കാനും ആയി വിവിധതരം പരിശീലനങ്ങൾ നടപ്പിലാക്കിയിരുന്നു അവയിൽ ഏറ്റവും പ്രാധാന്യമർഹിച്ചത് രണ്ടെണ്ണമാണ് ഇവ തൃശൂർ Kila, പാലക്കാട് ഐ.ആർ.ടി.സി., തിരുവനന്തപുരം എസ്.എച്ച്.എസ്.ആർ.സി. എന്നീ സ്ഥാപനങ്ങൾ കേന്ദ്രീകരിച്ച് നടന്നുവന്നിരുന്നു. കേരള സർക്കാർ ആരോഗ്യവകുപ്പിന്റെയും തദ്ദേശസ്വയംഭരണ വകുപ്പിന്റെയും സഹകരണത്തോടുകൂടിയാണ് ഈ പരിശീലനങ്ങൾ മുന്നോട്ടു കൊണ്ടുപോയത്.

സംഘ പരിശീലനം

സംഘ പരിശീലനം വഴി ലക്ഷ്യമിട്ടത് തദ്ദേശസ്വയംഭരണ സ്ഥാപനത്തിന്റെ മേധാവികളെയും അതത് തദ്ദേശസ്വയംഭരണ സ്ഥാപനത്തിലെ കുടുംബാരോഗ്യ കേന്ദ്രങ്ങൾ ആവാൻ പോകുന്ന പ്രാഥമിക ആരോഗ്യ കേന്ദ്രങ്ങളുടെ പ്രധാന ജീവനക്കാരെയും ഉൾപ്പെട്ട ഓരോ പഞ്ചായത്തിൽ നിന്നും വരുന്ന 14 അംഗങ്ങൾ അടങ്ങിയ ടീമിനെ ഒരുമിച്ച് പരിശീലിപ്പിക്കുക എന്നുള്ളതായിരുന്നു ആദ്യഘട്ട പ്രഖ്യാപിത കുടുംബാരോഗ്യ കേന്ദ്രങ്ങളിൽ എല്ലാ പഞ്ചായത്തുകളും പരിശീലിപ്പിക്കാൻ കഴിഞ്ഞു എന്നുള്ളതാണ് ഈ പരിപാടിയുടെ വിജയം. മാത്രവുമല്ല രണ്ടാംഘട്ട പദ്ധതിയിൽ 600 പരം പഞ്ചായത്തുകൾ ഈ പരിശീലനത്തിൽ പങ്കെടുപ്പിക്കാൻ കഴിഞ്ഞു. സംഘപരിധി ശീലനത്തിന്റെ അനുഭവങ്ങൾ പല പഞ്ചായത്ത് തല ആരോഗ്യ തദ്ദേശ സ്വയംഭരണ ജീവനക്കാരെയും ജനപ്രതിനിധികളെയും ഒരു കുടക്കീഴിൽ കൊണ്ടുവരാനും സഹകരിച്ചുള്ള പ്രവർത്തനം ഉറപ്പുവരുത്താനും പഞ്ചായത്തുകൾക്ക് സ്ഥാപനങ്ങളിലേക്ക് കൂടുതൽ തുക വിനിയോഗിക്കുന്നതിന് ഉപയോഗം മനസ്സിലാക്കാനും നല്ലൊരു പരിധിവരെ സാധിച്ചു.

വെളിയം പുഴനാട് തുടങ്ങിയ നിരവധി പഞ്ചായത്തുകളിൽ നിന്നുള്ള അനുഭവസാക്ഷ്യം സംഘപരിശീ

ലനം നേടിയ ആൾക്കാർക്ക് ആശയ പരിശീലനവും നൈപുണ്യ പരിശീലനവും ലഭ്യമാക്കുക എന്നൊരു രീതിയാണ് ഈ പ്രക്രിയയിൽ വിഭാവനം ചെയ്തിരുന്നത് ആശയ പരിശീലനവും നൈപുണ്യ പരിശീലനവും ജില്ലാതലത്തിൽ തന്നെ നടത്തിയിരുന്നെങ്കിലും സംഘ പരിശീലനം സംസ്ഥാനതലത്തിൽ ഒരു ആഘോഷം പോലെ ഒരു ഉത്സവ സമാനമായ രീതിയിലാണ് നടത്തിയിരുന്നത് പരിശീലനത്തിന്റെ അവസാന ദിവസത്തിൽ ജീവനക്കാർക്കും ജനപ്രതിനിധികൾക്കും ആരോഗ്യവകുപ്പിന്റെയും തദ്ദേശസ്വയംഭരണ വകുപ്പിന്റെയും സംസ്ഥാനതല ഉദ്യോഗസ്ഥരോടും മന്ത്രിമാരോടും ഒക്കെ ആശയവിനിമയം ചെയ്യാനുള്ള ഒരു അവസരവും ഒരുക്കിയിരുന്നു.

ഗുണഫലങ്ങൾ

1. മേൽ പരിശീലനങ്ങളിൽ ആകെ 5000-രത്തിൽ പരം പരിശീലനാർത്ഥികൾ പങ്കെടുക്കുകയും, പൊതുവായ ഒരു കൂട്ടായ്മയുടെ ഭാവം ജനിപ്പിക്കാൻ സാധിക്കുകയും ചെയ്തിരുന്നു.
2. സംസ്ഥാനതല പരിശീലനം ആയതിനാൽ തന്നെ സംസ്ഥാനത്തുനിന്ന് ആർദ്രത്തിന്റെ ഭാഗമായി പുതുതായി നിലവിൽ വന്ന ഉത്തരവുകൾ, ഗൈഡ് ലൈനുകൾ പരിശീലന സഹായികൾ എന്നിവ എല്ലാ സ്ഥാപനങ്ങളിലേക്കും എത്തിക്കാൻ ഇവ സഹായിച്ചു.
3. ചില പ്രദേശങ്ങളിലെ പ്രത്യേക പ്രശ്നങ്ങൾ മേൽ ഉദ്യോഗസ്ഥരുടെ ശ്രദ്ധയിൽ കൊണ്ടുവരാൻ ഈ പരിശീലനത്തിന്റെ അവസാന ഭാഗത്തുള്ള കൂട്ടായ്മകളും കൂടിച്ചേരലുകളും സഹായിച്ചു. എല്ലാ പരിശീലനവും ആക്ടിവിറ്റി ഓറിയന്റഡ്, സ്വയം പ്രശ്നപരിഹാരം കണ്ടെത്തുന്ന രീതി അവലംബിച്ചതിനാൽ, പല തദ്ദേശസ്വയംഭരണ സ്ഥാപനങ്ങളും ജീവനക്കാരും ഒരുമിച്ച് ചർച്ച ചെയ്തത് അവരുടെ പഞ്ചായത്തുകളിലെ നിലനിൽക്കുന്ന പ്രശ്നങ്ങൾ തന്നെയായിരിക്കുകയും അവയുടെ പരിഹാരം അവിടെവച്ച് തന്നെ കണ്ടെത്തി പരിശീലനം പൂർത്തിയാക്കുകയും ചെയ്യുന്ന ഒരു സാഹചര്യം ശ്രദ്ധയിൽപ്പെട്ടു.
4. പലതരം കൂട്ടായ്മകളിലൂടെ പരിശീലനത്തിന്റെ ഇടയിൽ ഒരേ പഞ്ചായത്തിൽ നിന്ന് വന്നു സുഹൃത്തുക്കളായി മാറിയവരും, പിണക്കങ്ങൾ അകന്നു പോകുന്നവരെയും കാണാൻ സാധിച്ചു.
5. ഇനി എന്തൊക്കെ പരിശീലനങ്ങൾ എന്തൊക്കെ അറിവുകൾ എവിടേക്ക് ആവശ്യമുണ്ട് എന്ന് ജീവനക്കാരുടെയും ജനപ്രതിനിധികളുടെയും ഭാഗത്തുനിന്ന് നേരിട്ട് സംസ്ഥാനതല ഉദ്യോഗസ്ഥർക്ക് അറിയാൻ സാധിച്ചു.

ഉപസംഹാരം

വ്യത്യസ്തമായ മേൽപ്പറഞ്ഞ പരിശീലന രീതി കുടുംബാരോഗ്യ കേന്ദ്രങ്ങളായി പരിവർത്തനം ചെയ്യുന്നതിൽ പ്രാഥമികല ആരോഗ്യകേന്ദ്രങ്ങളെയും ആരോഗ്യവകുപ്പിനെയും തദ്ദേശ സ്ഥാപനം നിങ്ങളെയും വളരെയധികം സഹായിച്ചു. ജീവനക്കാരിലും ജനപ്രതിനിധികളിലും ഒരു കൂട്ടായ്മ ജനിപ്പിക്കാനും പഞ്ചായത്തുകൾക്ക് കുടുംബാരോഗ്യ കേന്ദ്രത്തിന്റെ വികസനത്തിൻ മേലുള്ള താൽപര്യം കൂട്ടാനും പ്രവർത്തനങ്ങളെ കൂടുതൽ കുറ്റമറ്റ രീതിയിൽ ജനങ്ങൾക്ക് ലഭ്യമാകുന്ന രീതിയിൽ ഒരുക്കാനും, സേവനങ്ങളുടെ ഗുണമേന്മ ഉറപ്പുവരുത്താനും പരിശീലനങ്ങൾ സഹായിച്ചു.

8

ജനകീയ ആരോഗ്യകേന്ദ്രം സമഗ്ര ആരോഗ്യ പരിചരണത്തിനായിട്ടുള്ള പുതിയ ചുവടുവെപ്പ്

ഷിബുമോൻ ബി.

ഏതൊരു നാട്ടിലെയും ആരോഗ്യ പരിചരണ സംവിധാനങ്ങളുടെ നെടുംതൂണായി കണക്കാക്കുന്നത് പ്രാഥമിക ആരോഗ്യ സംവിധാനങ്ങളാണ്.

പ്രാഥമിക ആരോഗ്യ കേന്ദ്ര പ്രവർത്തനങ്ങളും അതിനു താഴെയുള്ള ആരോഗ്യ ഉപകേന്ദ്രങ്ങളും ഫീൽഡ് തല പ്രവർത്തനങ്ങളും അടങ്ങുന്ന സംവിധാനമാണിത്. 2016-ൽ കേരളത്തിൽ നിലവിൽ വന്ന ഗവണ്മെന്റ് തുടക്കം കുറിച്ച നവകേരള മിഷന്റെ ഭാഗമായ ആർദ്രം പദ്ധതിയിലൂടെ പ്രാഥമികാരോഗ്യ കേന്ദ്രങ്ങളെ സമഗ്ര പ്രാഥമിക ആരോഗ്യ പരിചരണത്തിനുള്ള കുടുംബാരോഗ്യ കേന്ദ്രങ്ങൾ ആക്കി വിപുലപ്പെടുത്താനുള്ള പ്രവർത്തനങ്ങൾ ആരംഭിക്കുകയും വലിയ തോതിൽ അക്കാര്യങ്ങൾ മുന്നോട്ടു പോവുകയും ചെയ്യുകയുണ്ടായി.

രണ്ടാംഘട്ടമായാണ് ആരോഗ്യ ഉപകേന്ദ്രങ്ങളെ ജനകീയ ആരോഗ്യ കേന്ദ്രങ്ങൾ ആക്കി വിപുലപ്പെടുത്തി സമഗ്ര പ്രാഥമിക ആരോഗ്യ പരിചരണത്തിനുള്ള പ്രവർത്തനങ്ങൾ ആരംഭിച്ചത്. ഉപ കേന്ദ്രങ്ങൾ മുൻകാലങ്ങളിൽ ഉണ്ടായിരുന്നെങ്കിലും അവിടെ കുടുംബക്ഷേമ പ്രവർത്തനങ്ങൾക്കും പ്രതിരോധ കുത്തിയിരിപ്പുകൾക്കും പകർച്ചവ്യാധി നിയന്ത്രണ പ്രവർത്തനങ്ങൾക്കുമായിരുന്നു മുൻതൂക്കം.

സബ്സെന്റർ ജനകീയ ആരോഗ്യ കേന്ദ്രങ്ങൾ ആകുന്നതിലൂടെ സമഗ്ര ആരോഗ്യ സേവനം അതിന്റെ പരിധിയിലുള്ള എല്ലാ ജനങ്ങൾക്കും എത്തിക്കുവാൻ കഴിയും.

ജനകീയ ആരോഗ്യ കേന്ദ്രം തുറന്നുവക്കുന്ന പുതിയ സാധ്യതകൾ*

പുതിയ കാലഘട്ടത്തിലെ ആരോഗ്യ ആവശ്യങ്ങൾ നിറവേറ്റാൻ ഉതകുന്നവിധമാണ് ജനകീയ ആരോഗ്യ കേന്ദ്രങ്ങൾ വിഭാവനം ചെയ്തിരിക്കുന്നത്. 5000 ജനസംഖ്യക്ക് ഒന്ന് എന്ന തോതിലുള്ള ജനകീയ ആരോഗ്യ കേന്ദ്രങ്ങളിൽ നിലവിലുള്ള ജൂനിയർ ഹെൽത്ത് ഇൻസ്പെക്ടർ, ജൂനിയർ പബ്ലിക് ഹെൽത്ത് നേഴ്സ്, എന്നിവരോടൊപ്പം അധികമായി ഒരു സ്റ്റാഫ് നേഴ്സിന്റെ (MLSP) സേവനവും ലഭ്യമാക്കിയിട്ടുണ്ട്. ഇവരോടൊപ്പം ആശാ പ്രവർത്തകരും ചേരുന്ന ഔദ്യോഗിക സംവിധാനമാണ് പ്രവർത്തനങ്ങൾക്ക് നേതൃത്വം നൽകുന്നത്.

എല്ലാ ദിവസവും രാവിലെ 9 മണി മുതൽ വൈകുന്നേരം 4 മണി വരെ ജനകീയ ആരോഗ്യകേന്ദ്രം ടീം ആരോഗ്യ പ്രവർത്തനം നടത്തുന്നതാണ്. ജനകീയ ആരോഗ്യ കേന്ദ്രം ക്ലിനിക്കുകൾ ഫിക്സഡ് ഡേ ഫിക്സഡ് സൈറ്റ് സെഷൻ ആയി ജനകീയ ആരോഗ്യ കേന്ദ്രത്തിന്റെ കീഴിലുള്ള ഓരോ വാർഡിലെയും മുൻ നിശ്ചയിച്ച കേന്ദ്രങ്ങളിൽ നടത്തിവരുന്നു. രാവിലെ 9 മണി മുതൽ ഉച്ചയ്ക്ക് ഒരു മണിവരെ ആയിരിക്കും ക്ലിനിക്കുകൾ പ്രവർത്തിക്കുന്നത്.

ചൊവ്വാഴ്ച : സ്ത്രീകൾ കുട്ടികൾ കൗമാരക്കാർക്കുള്ള ക്ലിനിക്ക്

വ്യാഴം : ജീവിതശൈലി രോഗികൾ വയോജനങ്ങൾ എന്നിവരുടെ ക്ലിനിക്കുകൾ

തിങ്കൾ ബുധൻ : മുൻഗണന ഗൃഹ സന്ദർശനം

വെള്ളി ശനി : വിഷയാധിഷ്ഠിത ക്ലിനിക്കുകൾ

എന്നിങ്ങനെയാണ് പ്രവർത്തനങ്ങൾ നടന്നുവരുന്നത്.

ജനകീയ ആരോഗ്യ കേന്ദ്രങ്ങളിലൂടെ എല്ലാവർക്കും സമഗ്ര സേവനങ്ങൾ ഉറപ്പുവരുത്തുന്നതോടൊപ്പം ക്ലിനിക്കുകൾ വിഷയാധിഷ്ഠിത ക്യാമ്പയിനുകൾ ആരോഗ്യമേളകൾ എന്നിവയിലൂടെ കൂടുതൽ ജനശ്രദ്ധ ആകർഷിക്കാൻ കഴിയുന്നുണ്ട്.

ക്ലസ്റ്റർ തല ഇടപെടൽ ആരോഗ്യ സേവനങ്ങളുടെ കൃത്യത ഉറപ്പുവരുത്തുന്നു*

ആശാ പ്രവർത്തകർ തങ്ങളുടെ ചുമതലയുള്ള വാർഡിനെ 50 വീടുകൾ അടങ്ങിയ ക്ലസ്റ്ററുകൾ ആക്കി തിരിച്ച് ഓരോ മാസവും അവിടെ സന്ദർശനം നടത്തി വരുന്നുണ്ട്.

ക്ലസ്റ്ററുകളുടെ സ്ഥിതി വിവരക്കണക്കുകൾ സമാഹരിച്ച് വാർഡ് തലത്തിൽ കൃത്യതയുള്ള ആരോഗ്യ സ്ഥിതി വിവരക്കണക്കുകൾ ലഭിക്കുന്നു. ഇതിൽനിന്ന് തയ്യാറാക്കുന്ന പ്രശ്നപ്പട്ടികകളുടെ അടിസ്ഥാനത്തിൽ ആ വാർഡിന്റെ ആരോഗ്യ അവസ്ഥ റിപ്പോർട്ട് തയ്യാറാക്കാൻ കഴിയും.

വാർഡ് തല ആരോഗ്യവസ്ഥാ റിപ്പോർട്ടിന്റെയും ആശാ പ്രവർത്തന റിപ്പോർട്ടിന്റെയും, IHIP റിപ്പോർട്ടുകളുടെയും അടിസ്ഥാനത്തിൽ JHI, JPHN, MLSP മാർ നടത്തുന്ന മുൻഗണന സന്ദർശനവും തദ്ദേശ സ്വയംഭരണ സ്ഥാപനങ്ങളുടെയും വിവിധ വകുപ്പുകളുടെയും സഹകരണത്തോടെ ജനപ്രതിനിധികളുടെ നേതൃത്വത്തിൽ നടക്കുന്ന ജനകീയ പ്രവർത്തനങ്ങളും ജനകീയ ആരോഗ്യ കേന്ദ്രത്തിന്റെ പുത്തൻ പ്രവർത്തന സമീപനമാണ്.

മികച്ച ആരോഗ്യമെന്നത് 80% വും ആരോഗ്യ അനുബന്ധ മേഖലയിലെ ഇടപെടലിനെ ആണ് ആശ്രയിച്ചിരിക്കുന്നത്. കുടിവെള്ളം ശുചിത്വം ഭക്ഷണം മാലിന്യ സംസ്കരണം മാനസികാരോഗ്യം ആവാസ വ്യവസ്ഥ വ്യായാമം തുടങ്ങി ഒട്ടനവധി കാര്യങ്ങളിൽ മികവ് ഉണ്ടാകുമ്പോഴാണ് അവിടെ ആരോഗ്യകരമായ അന്തരീക്ഷം നിലനിൽക്കുന്നത്. കേരളത്തിൽ നിരവധി മാതൃകകൾ മുകളിൽ സൂചിപ്പിച്ച ഓരോ കാര്യങ്ങളിലും ഉണ്ട്. ഈ മാതൃകകളെ എല്ലാം ഒരുമിച്ച് ഒരു വാർഡിൽ അവതരിപ്പിച്ച് ആരോഗ്യ ഗ്രാമങ്ങളെ സൃഷ്ടിക്കുന്നതിന് ജനകീയ പിന്തുണ ഉണ്ടാകേണ്ടതുണ്ട്.

ജനകീയ പിന്തുണ ജനകീയ ആരോഗ്യ കേന്ദ്രത്തിന് അനിവാര്യം

ജനകീയ പിന്തുണയുടെ അനേകം മാതൃകകൾ ദൃശ്യമായ നാടാണ് കേരളം ജനകീയാസൂത്രണ പ്രവർത്തനങ്ങൾ നിപ്പാ നിയന്ത്രണ പ്രവർത്തനങ്ങൾ പ്രളയ അതിജീവനം മഹാമാരിയെ അതിജീവിച്ച പ്രവർത്തനങ്ങൾ ഉദാഹരണങ്ങൾ ഏറെയാണ്.

ജനസൗഹൃദ സ്ഥാപനമായി ജനകീയ ആരോഗ്യ കേന്ദ്രങ്ങളെ മാറ്റുന്നതിന് വേണ്ടി ഭൗതിക സാഹചര്യം ഒരുക്കുന്നതിലും സേവനതലം വിപുലപ്പെടുത്തുന്നതിനും സർക്കാരിന്റെയും വകുപ്പിന്റെയും ഇടപെടലിനോടൊപ്പം സമൂഹം ഒന്നാകെ കണ്ണി ചേരേണ്ടതുണ്ട്. ഭൗതിക സാഹചര്യമൊരുക്കുന്നതിനും ഉപകരണങ്ങൾ സാധനസാമഗ്രികൾ വാങ്ങുന്നതിനും സർക്കാർ ആരോഗ്യവകുപ്പ്, എൻ.എച്ച്.എം. തദ്ദേശ സ്വയം ഭരണ സ്ഥാപനങ്ങൾ എന്നിവ വിവിധതരം പദ്ധതികളിലൂടെ ഫണ്ട് ഉറപ്പുവരുത്തിയിട്ടുണ്ട് ഇതിനോടൊപ്പം ജനകീയ പിന്തുണ സംവിധാനം ഒരുങ്ങുമ്പോൾ ജനകീയ ആരോഗ്യ കേന്ദ്രങ്ങളുടെ മികച്ച മാതൃകകൾ സൃഷ്ടിക്കാനാവും.

ജനകീയ ആരോഗ്യ കേന്ദ്രത്തിനായി ജനകീയ കൂട്ടായ്മകൾ

തദ്ദേശസ്വയംഭരണ സ്ഥാപന തലത്തിലും, വാർഡ് തലത്തിലും, പ്രാദേശികമായും ജനകീയ പിന്തുണ സംവിധാനം ഒരുക്കുക എന്നതിനാണ് പ്രഥമ പരിഗണന. ത്രിതല തദ്ദേശസ്വയംഭരണ പ്രതിനിധികൾ രാഷ്ട്രീയപാർട്ടികൾ വിവിധ വകുപ്പുകൾ മതസാമുദായിക സംഘടനകൾ കോർപ്പറേറ്റ് സ്ഥാപനങ്ങൾ സന്നദ്ധ സംഘടനകൾ പ്രാദേശിക കൂട്ടായ്മകൾ സ്വയം

സഹായ സംഘങ്ങൾ പിന്തുണയേകുന്ന വ്യക്തികൾ എന്നിവരുടെ കൂട്ടായ്മയിൽ ജനകീയ ആരോഗ്യകേന്ദ്രം എന്ന ആശയം അവതരിപ്പിക്കുക എന്നതാണ് ആദ്യപടി. നിലവിൽ ലഭ്യമായ ഭൗതിക സൗകര്യങ്ങളെയും സേവനങ്ങളെയും പട്ടികപ്പെടുത്തി അവതരിപ്പിക്കുന്നതോടൊപ്പം ഭൗതികതലത്തിലും സേവന തലത്തിലും നേടിയെടുക്കാവുന്ന മാതൃകകളും ജനകീയ കൂട്ടായ്മയിൽ അവതരിപ്പിക്കേണ്ടതുണ്ട്.

ഓരോ വിഭാഗത്തിനും ഏറ്റെടുക്കാവുന്ന പ്രവർത്തനങ്ങളും വിഭവ സമാഹരണവും നിശ്ചയിക്കുകയും അവ ലഭിച്ചു എന്ന് ഉറപ്പുവരുത്തുകയും വേണം. ജനകീയ ആരോഗ്യ കേന്ദ്രം അനുഭവിക്കുന്ന വെല്ലുവിളികളെ ഓരോന്നായി മുറിച്ചു കടക്കാൻ ഇതിലൂടെ കഴിയും. ജനകീയ പിന്തുണ ജനസൗഹൃദ ഭൗതിക സാഹചര്യം ഒരുക്കുന്നതിൽ മാത്രമല്ല സേവനതലം വിപുലപ്പെടുത്തുന്നതിനും ലഭ്യമാക്കാൻ പ്രത്യേകം ശ്രദ്ധിക്കണം.

സമൂഹത്തിൽ നിലനിൽക്കുന്ന എല്ലാ കൂട്ടായ്മകളെയും ആരോഗ്യപ്രവർത്തനത്തിൽ അണിനിരത്തുക എന്ന ദൗത്യമാണ് ജനകീയ ആരോഗ്യ കേന്ദ്രങ്ങൾക്കും മുമ്പിലുള്ളത്.

വിവിധ വിവരങ്ങൾ (Informations) ഉടനടി ലഭ്യമാക്കുക, പ്രവർത്തനങ്ങൾക്കുള്ള മനുഷ്യ വിഭവശേഷി ലഭ്യമാക്കുക, വിഭവ സമാഹരണത്തിനുള്ള സംഘമായി പ്രവർത്തിക്കുക, നവമാധ്യമ ഇടപെടൽ വർധിപ്പിക്കുക, സാമൂഹിക പിന്തുണ സംവിധാനം ഒരുക്കുക, ജനകീയ ആരോഗ്യ കേന്ദ്രത്തിലൂടെ സമഗ്ര സേവനം ഒരുക്കുന്ന ജനകീയ സംഘം രൂപപ്പെടുത്തുക എന്നിവ ജനകീയ കൂട്ടായ്മയിലൂടെ കഴിയും.

ജനകീയ ആരോഗ്യ കേന്ദ്രത്തിന് സാമൂഹിക പിന്തുണ ലഭിക്കുന്നതിൽ മാധ്യമങ്ങളുടെ/ നവമാധ്യമങ്ങളുടെ പങ്ക്*

ജനകീയ ആരോഗ്യ കേന്ദ്രങ്ങളിൽ ഉണ്ടാവുന്ന മാറ്റങ്ങളുടെ ഓരോ നിമിഷവും മാധ്യമങ്ങളിലൂടെയും വാട്സ് ആപ്പ് ഫെയ്സ് ബുക്ക് മുതലായ നവമാധ്യമങ്ങളിലൂടെയും ജനശ്രദ്ധയിൽ കൊണ്ടുവരേണ്ടതുണ്ട്.

സമൂഹത്തിൽ നിന്ന് ലഭിക്കുന്ന പിന്തുണയും കേന്ദ്രത്തിൽ നിന്നും പുതുതായി നൽകുന്ന സേവനങ്ങളുടെ വൈപുല്യവും നിരന്തരമായി ജനശ്രദ്ധയെ ആകർഷിക്കുന്നവിധം അവതരിപ്പിക്കുന്നതിലൂടെ ജനകീയ പിന്തുണ വർദ്ധിക്കും എന്നത് അനുഭവ പാഠമാണ്.

കലാവിഷ്കാരങ്ങളിലൂടെ രൂപപ്പെടുന്ന ജനകീയത

വിവിധതരം കലാവിഷ്കാരങ്ങളിലൂടെ ജനകീയ ആരോഗ്യ കേന്ദ്രങ്ങളിലെ മാറ്റം ജനശ്രദ്ധയിലേക്ക് കൊണ്ടുവരാൻ കഴിയും ലഘുനാടകങ്ങൾ ഗാനങ്ങൾ, സ്കിറ്റുകൾ, റീൽസ്, ചിത്രരചന കൂട്ടായ്മകൾ വിവിധ കലാരൂപങ്ങൾ മുതലായവയെ ഇതിനുവേണ്ടി ഉപയോഗിക്കാൻ കഴിയും.

- എല്ലാവർക്കും സമഗ്ര പ്രാഥമികാരോഗ്യ പരിരക്ഷ ഉറപ്പുവരുത്തുന്ന മാതൃകാ ജനകീയ ആരോഗ്യ കേന്ദ്രങ്ങൾക്ക് വേണ്ടി സ്വപ്നങ്ങൾ കാണുക വിഭാവനം ചെയ്യുക നിരന്തരം ആശയ വ്യക്തതയോടെ അതിനുവേണ്ടി സംസാരിക്കുകയും പ്രവർത്തിക്കുകയും ചെയ്യുക*
- മാതൃകാ ജനകീയ ആരോഗ്യ കേന്ദ്രങ്ങൾ എല്ലായിടത്തും സാധ്യമാണ്*

9

Has Family Health Centres improved access to primary care in Kerala? Reflections from the field

Jaison Joseph, Hari Sankar D., Gloria Benny, Surya Surendran, Santosh Sharma & Devaki Nambiar

Background

The healthcare system in Kerala has undergone significant changes in recent years, with a focus on strengthening primary health care services through Family Health Centres (FHCs). As part of a health system study in Kerala, we undertook a qualitative study to explore the enablers, barriers, and recommendations of recent primary health reforms in Kerala, India. This study sheds light on the factors that have improved access to primary care, as well as the challenges faced and potential recommendations for improvement.

Methods

We conducted In-depth interviews with 80 participants from four districts of Kerala from July to October 2021. Participants included elected local self-government members, medical

and public health staff, as well as community leaders. Further from March to August 2022, we conducted 34 FGDs with identified vulnerable community members. Following written informed consent, the participants were asked to share perspective on the recent Aadram reforms, barriers, and enablers in accessing primary care and their recommendations to improve it. Recordings were transliterated into English and analysed thematically by a team of researchers using ATLAS.ti 9.1 software.

Results

Our study identified several enablers that improved access to primary health in Kerala, which include strong political commitment, multi-sectoral collaboration, investment in infrastructure and technology, active community engagement, and increased human resource for health. Participants also mentioned barriers like geographical access to health facilities, long waiting time and lack of focus on preventive care. The recommendations include investment in diagnostic facilities, round the clock primary care service availability and allocation of yearly maintenance grant for FHC upkeep.

Conclusion

Our study found the reforms in general have improved access to primary care among the population it caters. Even though the focus was largely on curative care. Challenges in accessing public facilities remain especially in vulnerable populations which needs to be addressed.

George Institute for Global Health, India

10

ആർദ്രം... പ്രതിബദ്ധതയുടെ ഗാഥകൾ...

സി.പി. സുരേഷ് ബാബു

കുറഞ്ഞ ചെലവിൽ മെച്ചപ്പെട്ട ആരോഗ്യം എന്ന ലക്ഷ്യം നേടാനായതിലൂടെ ലോക ശ്രദ്ധ നേടിയ കേരള ആരോഗ്യ മാതൃക ആർദ്രം മിഷൻ പ്രവർത്തനങ്ങൾ വഴി ഏറെ മെച്ചപ്പെട്ട സ്ഥിതിയിലേക്ക് ഉയർന്നു.

2016 ൽ കേരളാ ആരോഗ്യ വകുപ്പ് സമഗ്ര ആരോഗ്യ പരിരക്ഷ ഉറപ്പാക്കുക എന്ന ലക്ഷ്യത്തോടെ പഞ്ചായത്തുകളിലും നഗരസഭകളിലും ഇടപെട്ടുകൊണ്ടാണ് ആർദ്രം പ്രവർത്തനങ്ങൾ ആരംഭിക്കുന്നത്. പൊതുജനാരോഗ്യ സ്ഥാപനങ്ങളെ ശക്തിപ്പെടുത്തുന്നതിനും ചികിത്സാ സംവിധാനങ്ങൾ വിപുലപ്പെടുത്തുന്നതിനും മികച്ച സേവന ഗുണനിലവാരം ഉറപ്പാക്കുന്നതിനും രോഗപ്രതിരോധ പ്രവർത്തനങ്ങൾ ശക്തിപ്പെടുത്തുന്നതിനും എല്ലാം ലക്ഷ്യമിട്ടുകൊണ്ട് ഉള്ള പ്രോജക്ട് ആശയങ്ങൾ എത്തിക്കുന്നതിനുള്ള ഇടപെടലാണ് ആദ്യം ആരംഭിച്ചത്.

ഇതിനായി പ്രത്യേക പരിശീലന സഹായികൾ തയ്യാറാക്കുകയും ഓരോ തലത്തിലുമുള്ള തദ്ദേശഭരണ സ്ഥാപനങ്ങൾക്ക് പ്രത്യേകമായി പരിശീലനങ്ങൾ നൽകുകയും ചെയ്തു.

സ്വയം സന്നദ്ധരായ ഒരു സംഘം ആരോഗ്യ പ്രവർത്തകർ SHSRC യുടെ നേതൃത്വത്തിൽ നടത്തിയ ഇടപെടലുകൾ ഏറെ മാതൃകാ പരമായിരുന്നു. തദ്ദേശ സ്വയംഭരണ സ്ഥാപനങ്ങൾ ഈ പ്രവർത്തനത്തെ സ്വാഗതം ചെയ്തു.

തദ്ദേശസ്വയംഭരണ സ്ഥാപനങ്ങൾക്ക് അവരുടെ ഹെൽത്ത് സ്റ്റാറ്റസ് റിപ്പോർട്ട് എങ്ങനെ തയ്യാറാക്കാമെന്നും അതിന്റെ കൂടി അടിസ്ഥാനത്തിൽ ഓരോ തദ്ദേശഭരണ സ്ഥാപനവും ആരോഗ്യ രംഗത്ത് അവർ നേടാൻ ലക്ഷ്യമിടുന്ന എസ് ഡി ജി ലക്ഷ്യങ്ങൾ തയ്യാറാക്കുന്നതിനും പ്രാദേശിക തലത്തിൽ അതിന്റെ അടിസ്ഥാനത്തിൽ ഏതെല്ലാം പ്രോജക് ടുകൾ മുൻഗണനാടിസ്ഥാനത്തിൽ തയ്യാറാക്കാമെന്നതിനും ഊന്നൽ നൽകിയാണ് പരിശീലനങ്ങൾ നടന്നത്.

നവകേരളം കർമ്മ പരിപാടിയുടെ ഭാഗമായി ആരംഭിച്ച നാല് വികസന മിഷനുകളിൽ ഒന്നായി ആർദ്രം മിഷൻ തുടർന്ന് പ്രവർത്തനമാരംഭിച്ചപ്പോൾ നിഴൽ പോലെ ഗ്രാമതലം തൊട്ട് സംസ്ഥാനതലം വരെ സാക്ഷരത പ്രസ്ഥാനത്തിലും ജനകീയ ആസൂത്രണ പ്രസ്ഥാനത്തിനും സന്നദ്ധപ്രവർത്തകർ അണിനിരന്നതുപോലെ വലിയ ഒരു സംഘം ആരോഗ്യപ്രവർത്തകരും ഈ മിഷൻ പ്രവർത്തനത്തിൽ പങ്കാളികളായി.

പ്രാഥമിക ആരോഗ്യ കേന്ദ്രങ്ങളെ കുടുംബാരോഗ്യ കേന്ദ്രങ്ങൾ ആക്കി മാറ്റുന്നതിനുള്ള പ്രവർത്തനങ്ങളിൽ നാളിതുവരെ കാണാത്ത വിധം ജനങ്ങളുടെ

സജീവമായ പങ്കാളിത്തവും ഇടപെടലുകളും ദൃശ്യമായിരുന്നു.

സർക്കാർ ആദ്യഘട്ടത്തിൽ 170 കുടുംബാരോഗ്യ കേന്ദ്രങ്ങളാണ് പ്രഖ്യാപിച്ചിരുന്നത്. അതിന് ആവശ്യമായ തുകയുടെ ഒരു ഭാഗവും തസ്തികകളും അനുവദിച്ചു.

നാളിതുവരെ ഇല്ലാത്ത തരത്തിൽ വൈകുന്നേരം ആറുമണിവരെ സ്ഥാപനങ്ങളെ പ്രവർത്തിപ്പിക്കുന്നതിനും മാറിയ സാഹചര്യത്തിൽ ജന സൗഹൃദമായി എങ്ങനെ പ്രവർത്തിക്കാം എന്നും മാനസികാരോഗ്യം, ശ്വാസ കോശ സംബന്ധമായ അസുഖങ്ങളുടെ ചികിത്സ, കൗൺസിലിംഗ്, തുടങ്ങിയ സേവനങ്ങൾ കൂടി എങ്ങിനെ ദൈനംദിന പ്രവർത്തനങ്ങളുടെ ഭാഗമാക്കാം തുടങ്ങിയവയെല്ലാം ജീവനക്കാരെയും തദ്ദേശസ്വയംഭരണ സ്ഥാപനങ്ങളെയും പരിശീലിപ്പിക്കുക എന്നതായിരുന്നു ആദ്യ ലക്ഷ്യം.

ഇതിനായി ഗ്രാമ പഞ്ചായത്ത് പ്രസിഡണ്ട്, ആരോഗ്യ സ്റ്റാന്റിംഗ് കമ്മറ്റി ചെയർമാൻ, മെഡിക്കൽ ഓഫീസർ തുടങ്ങിയവരുടെ നേതൃത്വത്തിൽ ഉദ്യോഗസ്ഥരും ജനപ്രതിനിധികളുമായി 13 അംഗങ്ങടങ്ങിയ ടീമിനെ ആണ്പരിശീലിപ്പിച്ചത്. ഇത്തരത്തിൽ ഒരു ടീം ട്രെയിനിങ് തദ്ദേശഭരണ സ്ഥാപനങ്ങളുടെ അനുഭവത്തിൽ ആദ്യമായിട്ടാണ് നടന്നത്.ഈ പരിശീലനങ്ങൾക്ക് നേതൃത്വം നൽകിയ 100 ഓളം വരുന്ന സന്നദ്ധ ആരോഗ്യ പ്രവർത്തകരുടെ ഇടപെടലാണ് യഥാർത്ഥത്തിൽ തദ്ദേശ സ്വയംഭരണ സ്ഥാപനങ്ങൾ കുടുംബാരോഗ്യ കേന്ദ്രങ്ങളെ ഏറെ ആവേശത്തോടെ ഏറ്റെടുക്കാൻ സഹായകരമായത്. തൃശ്ശൂർ കില, പാലക്കാട് ഐആർടിസി, SHSRC, എന്നിവിടങ്ങളിലായിരുന്നു പരിശീലനം. രണ്ടാം ഘട്ടത്തിൽ സർക്കാർ 500 കുടുബാരോഗ്യ കേന്ദ്രങ്ങൾ കൂടി പ്രഖ്യാപിച്ചപ്പോഴും ഇതേ തരത്തിലുള്ള പരിശീലനങ്ങളാണ് തുടർന്നത്. ടീം പരിശീലനം പരിശീലനാർത്ഥികളിൽ വലിയ ആവേശവും പ്രതീക്ഷയും സൃഷ്ടിച്ചു.

പരിശീലത്തിനായി പങ്കാളിത്ത പഠനരീതിയിൽ വികസിപ്പിച്ചെടുത്ത മോഡ്യൂളും പഠന സാമഗ്രികളും കൈപുസ്തകവും ദിവസങ്ങൾ നീണ്ട പ്രക്രിയയിലൂടെ SHSRC യിൽ നിന്നും വിദഗ്ദരും സന്നദ്ധ പ്രവർത്തകരുമായ സന്നദ്ധ ആരോഗ്യ പ്രവർത്തക സംഘം വികസിപ്പിച്ചെടുത്തു.

ഈ പരിശീലനങ്ങളുടെ തുടർച്ചയായിവിവിധ വിഭാഗം ജീവനക്കാർക്ക് ആയി പ്രത്യേകം മോഡ്യൂളുകളും കൈപുസ്തകങ്ങളും വികസിപ്പിക്കുകയും അതിന്റെ അടിസ്ഥാനത്തിൽ അതത് മേഖലയിലെ വിദഗ്ധരായ ആളുകളെ പങ്കാളിത്ത പഠനരീതിയിലുള്ള മാസ്റ്റർ ട്രെയിനർമാരായി പരിശീലിപ്പിച്ചെടുക്കുകയും അവരുടെ നേതൃത്വത്തിൽ സംസ്ഥാനതലത്തിലും തുടർന്ന് ജില്ലാ അടിസ്ഥാനത്തിലും പരിശീലനങ്ങൾ ആരംഭിച്ചു. ഇത് ജീവനക്കാർക്കിടയിൽ വലിയ ആവേശവും സ്വീകാര്യതയും ഉണ്ടാക്കി..

കുടുംബാരോഗ്യ കേന്ദ്രങ്ങൾക്ക് കീഴിലായി രോഗപ്രതിരോധ പ്രവർത്തനങ്ങൾക്ക് ഊന്നൽ നൽകി പ്രവർത്തിക്കുന്ന ജനകീയ ആരോഗ്യ കേന്ദ്രങ്ങൾ ശാക്തീകരിക്കുന്നതിനുള്ള പ്രവർത്തനങ്ങളും ഇതോടൊപ്പം ആരംഭിച്ചു.മറ്റൊരു പ്രത്യേകത കുടുംബാരോഗ്യ കേന്ദ്ര പ്രദേശത്തുള്ള വ്യത്യസ്ത സ്ഥാപനങ്ങൾ സന്ദർശിച്ച് ആരോഗ്യ സേവനങ്ങൾ അവിടങ്ങളിൽ ലഭ്യമാക്കുന്നതിനുള്ള പുതിയ ഒരു ശ്രമവും ആർദ്രം പദ്ധതിയുടെ ഭാഗമായി ആരംഭിച്ചു.

വിവിധ വിഭാഗം ജനങ്ങൾ സഹകരിച്ചുകൊണ്ട് കുടുംബാരോഗ്യ കേന്ദ്രങ്ങളും ജനാരോഗ്യ കേന്ദ്രങ്ങളും പ്രവർത്തന സജ്ജമായി. ആർദ്രം മിഷൻ ലക്ഷ്യമിടുന്ന താലൂക്ക് ആശുപത്രി ജില്ലാ ആശുപത്രി മെഡിക്കൽ കോളേജ് എന്നിവിടങ്ങളിലെ അടിസ്ഥാന വികസന പ്രവർത്തനങ്ങളും സേവന വിപുലീകരണ പ്രവർത്തനങ്ങളും ഇതോടൊപ്പം സംസ്ഥാന അടിസ്ഥാനത്തിൽ മുന്നോട്ട് പോയി.

കോവിഡ് കാലത്ത് ജനങ്ങൾക്ക് വേണ്ട എല്ലാവിധ ആരോഗ്യ സേവനങ്ങളും നൽകാൻ ആരോഗ്യപ്രവർത്തകരെയും തദ്ദേശസ്വയംഭരണ സ്ഥാപനങ്ങളെയും സജ്ജമാക്കുന്നതിൽ സർക്കാറിന്റെ ഇച്ഛാശക്തിയോടെയുള്ള ഇടപെടലിനൊപ്പം കുടുംബാരോഗ്യ കേന്ദ്രങ്ങളും, നമ്മുടെ പരിശീലനങ്ങളിൽ പങ്കെടുത്തവരും നേതൃത്വം നൽകിയവരുമായ ആയിരക്കണക്കിന് ആരോഗ്യപ്രവർത്തകർ വഹിച്ച റോളും വളരെ പ്രധാനപ്പെട്ടതായിരുന്നു.

ആരോഗ്യ വളണ്ടിയർമാരും തദ്ദേശ സ്വയംഭരണ സ്ഥാപനപ്രതിനിധികളും ജനങ്ങളുമായി കൈ കോർത്തുകൊണ്ട് ഏറെ ശ്രദ്ധിക്കപ്പെട്ട തരത്തിൽ നടത്തിയ പ്രവർത്തനങ്ങൾ ആർദ്രം പദ്ധതിയുടെ ഭാഗമായി ഉണ്ടാക്കിയ സന്നദ്ധ പ്രവർത്തനത്തിന്റെ കൂടി ഭാഗമാണ് എന്നത് ഏറെ അഭിമാനകരമാണ്.

മൂന്നാംഘട്ടത്തിൽ മുഴുവൻ പ്രാഥമിക ആരോഗ്യ കേന്ദ്രങ്ങളെയും കുടുംബാരോഗ്യ കേന്ദ്രങ്ങളായി മാറ്റികൊണ്ട് ഉത്തരവിറക്കിയിരുന്നു. എന്നാൽ അവിടങ്ങളിലെ പരിശീലനം മേൽ സൂചിപ്പിച്ച രീതിയിലേക്ക് പൂർത്തീകരിച്ചെടുക്കാൻ സാധ്യമായിട്ടില്ല.

മാത്രവുമല്ല പുതിയ സർക്കാർ നിലവിൽ വന്നപ്പോൾ ആർദ്രം ഫെയ്സ് 2 എന്ന പേരിൽ ആരംഭിച്ച യജ്ഞം ആദ്യഘട്ടത്തിൽ നിന്നും അല്പം വിഭിന്നവും ആയിരുന്നു. 10 ഏരിയ ഫോക്കസ് ചെയ്തുകൊണ്ടുള്ള പ്രത്യേക ക്യാമ്പയിൻ ആണ് ഡിസൈൻ ചെയ്തിരുന്നത്.

ആദ്യ ഘട്ടത്തിലെ സന്നദ്ധ പ്രവർത്തകരെ വേണ്ട രീതിയിൽ പ്രയോജനപ്പെടുത്തി കൊണ്ട് ഒരു ക്യാമ്പയിൻ സംഘടിപ്പിക്കുന്ന രീതി ദൃശ്യമല്ല. കേവലം സർക്കാർ പരിപാടിയായി ചുരുങ്ങി പോയിരിക്കുന്നു എന്ന് പറയാതെ വയ്യ.

ജനങ്ങളെ വിശ്വാസത്തിലെടുത്ത് ആർദ്രം ഒന്നാം ഘട്ടത്തിൽ നിന്നും പാഠങ്ങൾ ഉൾകൊണ്ടു കൊണ്ട് പുതിയ കാലത്തെ വെല്ലുവിളികൾ നേരിടാൻ കഴിയേണ്ടതുണ്ട്.

സാരംഗ്, ചെമ്രക്കാട്ടൂർ, റിട്ട. HS, കേരള ശാസ്ത്ര സാഹിത്യ പരിഷത്ത്

11

പ്രാഥമിക ആരോഗ്യ രംഗത്തെ വികസനപ്രവർത്തനങ്ങളിൽ ആർദ്രം മിഷന്റെയും വികേന്ദ്രീകരണാസൂത്രണത്തിന്റെയും സാധ്യതകൾ

ഡോ. ദഹർ മൊഹമ്മദ് വി.പി.

പാഠം 1. നൂൽപ്പുഴ കുടുംബാരോഗ്യ കേന്ദ്രം

കേരളത്തിലെ പിന്നോക്ക ജില്ലയായ വയനാട്ടിലെ കർണാടക തമിഴ്നാട് സംസ്ഥാനങ്ങളുമായി അതിർത്തി പങ്കിടുന്ന ഗ്രാമമാണ് നൂൽപ്പുഴ. നൂൽപ്പുഴയെക്കുറിച്ച് പറയുകയാണെങ്കിൽ ആകെ വിസ്തൃതിയുടെ മൂന്നിൽ രണ്ട് ഭാഗവും വനപ്രദേശത്താൽ ചുറ്റപ്പെട്ടു കിടക്കുന്നതാണ്. കേരളത്തിലെ ഏറ്റവും വലിയ രണ്ടാമത്തെ വലിയ ഗോത്ര ജനസംഖ്യയുള്ള പഞ്ചായത്തായ നൂൽപ്പുഴയിലെ ആകെ ജനസംഖ്യയുടെ 45 ശതമാനത്തോളം വിവിധ ആദിവാസി ഗോത്ര വിഭാഗങ്ങളിൽപ്പെടുന്നവരാണ്. നൂൽപ്പുഴ ഗ്രാമപഞ്ചായത്തിലെ സർക്കാർ മേഖലയിലെ ഏക മോഡേൺ മെഡിസിൻ ചികിത്സ ലഭ്യമായിട്ടുള്ള ആരോഗ്യ സ്ഥാപനമാണ് നൂൽപ്പുഴ കുടുംബാരോഗ്യ കേന്ദ്രം. നൂൽപ്പുഴയിലെയും പരിസര പ്രദേശങ്ങളിലെയും ആളുകൾ ചികിത്സയ്ക്കായി ആശ്രയിക്കുന്നത് നൂൽപ്പുഴ കുടുംബാരോഗ്യ കേന്ദ്രത്തെയാണ്. ഇങ്ങനെയൊക്കെയാണെങ്കിൽ കൂടിയും 2016 വരെ വയനാട് ജില്ലയിലെ ഏറ്റവും പിന്നോക്കം നിൽക്കുന്ന ആരോഗ്യ സ്ഥാപനങ്ങളുടെ പട്ടികയിൽ ഉൾപ്പെടുന്ന ആരോഗ്യ സ്ഥാപനങ്ങളിൽ ഒന്നായിരുന്നു ഇത്. അടിസ്ഥാന സൗകര്യങ്ങളുടെ അഭാവവും മരുന്നുകളുടെയും മറ്റും ലഭ്യതക്കുറവും മൂലം രാവിലെ 9.00 മുതൽ മുതൽ ഉച്ചയ്ക്ക് 1.00 മണി വരെയുള്ള ഒ പി യിൽ പ്രതിദിനം ചികിത്സയ്ക്കായി എത്തിച്ചേർന്നിരുന്നത് വിരലിലെണ്ണാവുന്ന ആളുകൾ മാത്രമായിരുന്നു.

ആർദ്രം മിഷന്റെ ഭാഗമായി നൂൽപ്പുഴ പ്രഥമികാരോഗ്യ കേന്ദ്രത്തെ കുടുംബാരോഗ്യ കേന്ദ്രമാക്കി മാറ്റിയതോടെയാണ് നൂൽപ്പുഴയുടെ ആരോഗ്യ രംഗത്ത് ഇന്നത്തേത് പോലുള്ള മാറ്റങ്ങൾക്ക് നാന്ദികുറിച്ചത്. മികച്ച നിലവാരത്തിലുള്ള കെട്ടിടങ്ങളും മറ്റ് അനുബന്ധ സൗകര്യങ്ങളുമായി രാജ്യത്തെ തന്നെ മറ്റേത് ആരോഗ്യ സ്ഥാപനത്തിനും മാതൃകയാക്കാവുന്ന രീതിയിലുള്ള സംവിധനങ്ങളോടെയാണ് ഇന്ന് നൂൽപ്പുഴ കുടുംബാരോഗ്യ കേന്ദ്രം പ്രവർത്തിച്ചു വരുന്നത്. ആശുപത്രിയുടെ ബൗദ്ധിക സാഹചര്യങ്ങൾ മെച്ചപ്പെടുത്തിയത്തോടൊപ്പം തന്നെ ആശുപത്രിയിൽ നിന്നും ലഭിക്കുന്ന സേവനങ്ങളുടെ ഗുണനിലവാരത്തിലും അവ ഏറ്റവും താഴെതട്ടിൽ നിൽക്കുന്ന ഗുണഭോക്താക്കളിൽ എത്തിക്കുന്നകാര്യത്തിലും പ്രകടമായ പുരോഗതി കൊണ്ടുവരാനും അത് നിലനിർത്താനും സാധിച്ചു എന്നതാണ് മറ്റ് ആരോഗ്യ സ്ഥാപനങ്ങളിൽ നിന്നും നൂൽപ്പുഴയെ വ്യത്യസ്തമാക്കുന്നത്. കേവലം കുടുംബാരോഗ്യ കേന്ദ്രങ്ങൾക്കായി നിഷ്കർഷിച്ചിട്ടുള്ള സേവനങ്ങൾ മാത്രം നടപ്പിലാക്കി ഒതുങ്ങിക്കൂടുന്നതിന് പകരമായി ഫിസിയോ തെറാപ്പി യൂണിറ്റ്, ഡെന്റൽ യൂണിറ്റ്, സ്പീച്ച് തെറാപ്പി സേവനം, ആദിവാസി ഗരഭിണികൾക്കായി പ്രസവ പൂർവ്വ പാർപ്പിടങ്ങൾ, ഓട്ടിസം ബാധിതരായ കുട്ടികളുടെ ചികിത്സയ്ക്കായി ഓട്ടി കെയർ സംവിധാനം, ഫിറ്റ്നസ് സെന്ററും ജിംനേഷ്യവും എന്നിങ്ങനെ ഒട്ടനവധി ജനോപകാരപ്രദമായ പദ്ധതികൾ നൂൽപ്പുഴയിൽ നടപ്പിലാക്കി വരുന്നു. വിവിധ വിഭാഗങ്ങളിലായി ദിവസേന ചികിത്സയ്ക്കായി എത്തിച്ചേരുന്ന രോഗികളുടെ എണ്ണത്തിലുമുണ്ട് കാര്യമായ വർദ്ധനവ്. ആർദ്രം മിഷന്റെ അന്തസത്ത പൂർണ്ണമായും ഉൾക്കൊണ്ടുകൊണ്ട് കുട്ടികൾ മുതൽ വയോജനങ്ങൾവരെയുള്ള സമൂഹത്തെ പൂർണമായും പരിഗണിച്ചുകൊണ്ടാണ് നൂൽപ്പുഴയിലെ ഓരോ നിർമ്മിതികളും ഓരോ പദ്ധതികളും തയ്യാറാക്കപ്പെട്ടിട്ടുള്ളത് എന്നത് കൂടെ ചേർത്ത് വായിക്കുമ്പോഴേ നൂൽപ്പുഴ പ്രാവർത്തികമാക്കിയിട്ടുള്ള കാര്യങ്ങളെ പറ്റി പൂർണ്ണ ബോധ്യം വരികയുള്ളൂ.

നൂൽപ്പുഴ കുടുംബാരോഗ്യ കേന്ദ്രത്തിൽ ഉണ്ടായിട്ടുള്ള മാറ്റങ്ങളെ കുറിച്ച് ചർച്ച ചെയ്യുമ്പോൾ ഒഴിച്ചു കൂടാനാവാത്ത അനവധി കാര്യങ്ങൾ ഉണ്ട്. ഗ്രാമ പഞ്ചായത്ത് ഭരണ സമിതികളുടെ ആത്മാർഥമായ അകമഴിഞ്ഞ സഹകരണവും നിസ്തുലമായ പിന്തുണയും, ആർദ്രം മിഷനിലൂടെ മുന്നോട്ട് വെച്ച കാര്യങ്ങൾ, ആരോഗ്യ രംഗത്തെ മെച്ചപ്പെടുത്തുന്നതിനായുള്ള നൂതന പദ്ധതികൾ നടപ്പിലാക്കിയത് ഇതിലെലെല്ലാം ഉപരിയായി വിവിധ തലങ്ങളിൽ ഇവയെല്ലാം കോർത്തിണക്കി ഒറ്റക്കെട്ടായി മുന്നോട്ട് കൊണ്ടുപോകുന്ന ധൈര്യമുള്ള നേതൃത്വം എന്നിവയെല്ലാം നൂൽപ്പുഴയുടെ നേട്ടങ്ങൾക്ക് കാരണമാണ്. എല്ലാവരുടെയും ഒത്തൊരുമിച്ചുള്ള പ്രായത്നങ്ങളുടെ ഫലമായി nqas, ആർദ്ര കേരള പുരസ്കാരം, കായകൽപ് അടക്കം ഒട്ടനവധി പുരസ്കാരങ്ങളാണ് പോയ വർഷങ്ങളിൽ നൂൽപ്പുഴയെ തേടിയെത്തിയത്.

നൂൽപ്പുഴ കുടുംബാരോഗ്യ കേന്ദ്രം രാജ്യമെങ്ങുമുള്ള ആരോഗ്യ സ്ഥാപനങ്ങൾക്ക് ഒരു മാതൃകയാണ്. വികേന്ദ്രീകരണ ആസൂത്രണത്തിന്റെ സാധ്യതകളെ എങ്ങനെ ഉപയോഗപ്പെടുത്താമെന്നത്തിന്റെയും ആർദ്രം മിഷൻ പോലൊരു മഹത്തായ പദ്ധതിയുടെ സകല സാധ്യതകളെയും എങ്ങനെ പ്രാവർത്തികമാക്കാമെന്നത്തി

ന്റെയും ചില പാഠങ്ങൾ നൂൽപ്പുഴ നമ്മെ പഠിപ്പിക്കുകയാണ്. വികേന്ദ്രീകരണ ആസൂത്രണത്തിന്റെ സാധ്യതകളെ പരമാവധി പ്രയോജനപ്പെടുത്തി നൂൽപ്പുഴയിൽ നിന്നും പാഠങ്ങൾ ഉൾക്കൊണ്ടുകൊണ്ട് പദ്ധതികൾ രൂപീകരിച്ചു നടപ്പിലാക്കുകയാണെങ്കിൽ രാജ്യത്തിന്റെ ഏതൊരു കോണിലും പ്രാഥമിക ആരോഗ്യ രംഗത്ത് ജനകീയമായ വികസനം സാധ്യമാണ് എന്ന് അടിവരയിടുകയാണിവിടെ.

Medical Officer, FHC Noolpuzha, Mob:- 9995065121, Email: dr.dahar.vp@gmail.com

12

ജീവിതശൈലി രോഗങ്ങൾ വർധിക്കുന്നു; പോലീസ് തൊഴിൽ സേനയ്ക്ക് പ്രത്യേക ആരോഗ്യ പദ്ധതികൾ വേണ്ടതുണ്ട്

ഡോ. ജയകൃഷ്ണൻ ടി.[1] & ഡോ. അപർണ്ണ പദ്മനാഭൻ[2]

ഒരു സ്ഥലത്തെ ക്രമസമാധാനത്തിനും നിയമപാലനത്തിനും പോലീസ് സേനയുടെ സേവനം അത്യന്താപേക്ഷിതമാണ്. അത് കൊണ്ട് തന്നെ ശാരിരിക ആരോഗ്യവും കായികക്ഷമതയും പരിശോധിച്ച് വേണ്ട പരിശീലനങ്ങൾ നൽകിയാണ് പോലീസ് സേനയിലേക്ക് ആളുകളെ റിക്രൂട്ട് ചെയ്ത് ജോലിയിൽ വിന്യസിക്കുന്നത്. എന്നാൽ ജോലിയുടേയും ഡ്യൂട്ടി സമയത്തിന്റേയും പ്രത്യേകതകൾ മൂലം ഈ സേനയിലെ അംഗങ്ങൾക്ക് അവരുടെ ആരോഗ്യപരിപാലനം വേണ്ട വിധത്തിൽ ശീലിക്കാനാവത്തതിനാൽ ഇവർക്കിടയിൽ നേരത്തെ തന്നെ ജീവിതശൈലി രോഗങ്ങൾ കൂടിവരുന്നതായി പഠനങ്ങളുണ്ട്. ഈ പാശ്ചത്തലത്തിൽ കേരളത്തിൽ ആദ്യമായി കോഴിക്കോട് സിറ്റി പരിധിക്കുള്ളിലെ പോലീസ് സേനാ ങ്ങൾ ക്കിടയിൽ പത്തുവർഷത്തെ ഇടവേളകളിൽ 2010 ലും 2021 ലും നടത്തപ്പെട്ട ആരോഗ്യ പഠനത്തിന്റെ വിശകലനമാണ് ഈ പേപ്പറിൽ വിവരിക്കുന്നത്.

ഡോക്ടർ മാരുടെ നേതൃത്തത്തിൽ വ്യക്തി ഗതമായ ചോദ്യാവലി ഉപയോഗിച്ച് നേരിട്ട് വിവരങ്ങൾ ശേഖരിച്ചും, പരിശോ ധനകൾ നടത്തിയും, രക്ത സാമ്പിളുകൾ ശേഖരിച്ചു ലാബ് ടെസ്റ്റുകൾ നടത്തിയുമാണ് ഡാറ്റ ശേഖരണം നടത്തിയത്. 2010 ൽ 1200 പേരിൽ നടത്തിയ പഠനത്തിൽ 65% പേരിൽ അമിതഭാരവും 38% പേരിൽ അമിത രക്തസമ്മർദം 7% പേരിൽ പ്രമേഹരോഗം കണ്ടെത്തിയിരുന്നു. ഇവരിൽ 48% പേർ മദ്യം ഉപയോഗിക്കുന്നവരും 10% പേർ പുകവലി ശീലം ഉള്ളവരായിരുന്നു. 42 %. കായികമായി വ്യായാമം ചെയ്യാത്തവരാണ്.

2021ൽ നടത്തപ്പെട്ട പഠനത്തിൽ 630 പേർ പങ്കെടുത്തു.പുതിയ പഠനത്തിൽ അമിത ഭാരമുള്ളവർ 67% പേരും 16.7% പേർ അമിത രക്തസമ്മർദ്ദം ഉള്ളവരും 9% പേർ പ്രമേഹ രോഗികളുമാണ്. ഇവരിൽ 25% മദ്യം ഉപയാഗിക്കുന്നവരും 17% പേർ പുകവലി ശീലമുളവരുമാണ്. 43% പേരിൽ രക്തത്തിലെ കൊള്സ് ൾ നില അധികമാണ്. 47% പേരും കായികമായി വ്യായാമം ചെയ്യാത്തവരാണ്.

രണ്ടു പഠനത്തിലും 20% ത്തോളം പേർക്ക് തൊഴിൽ പരമായി പരിക്കുകളോ അപകടങ്ങളോ പറ്റിയിട്ടുണ്ട്. സമയബന്ധിതമല്ലാതെ ജോലി എടുക്കുന്നതിനാലും ഇവർക്കിടയിലെ മാനസിക സമ്മർദ്ദ നിരക്ക് കൂടുതലാണ്.

കഴിഞ്ഞ പത്തു വർഷത്തിനിടയിൽ ഇവർക്കിടയിലെ മെറ്റബോളിക്ക് സിൻഡ്രോം രോഗാവസ്ഥ 16.8% ത്തിൽ നിന്ന് 45.1% മായി വർദ്ധിച്ചിട്ടുണ്ട്. ശരാശരി കൊളസ്ട്രോൾ നിരക്ക് 9 യൂനിറ്റ് കൂടിയിട്ടുണ്ട്.

വകുപ്പ് തലത്തിൽ ആരോഗ്യ പരിപാലനത്തിനും, ചികിതസക്കും ഇവർക്ക് പ്രത്യേക പരിപാടികൾ / സ്കീമുകൾ ഒന്നും നിലവിൽ ഇല്ല. ആരോഗ്യമുള്ള ഔ ഒരു പോലീസ് സേന സംസ്ഥാനത്തിന്റെ ആവശ്യമാണ്. അതിനാൽ ജീവിത ശൈലി രോഗനിയന്ത്രണത്തിനായി ഇവർക്കായി ലൈഫ് സ്റ്റൈൽ മോഡിഫിക്കേഷനും, ആരോഗ്യ പരിപാലനത്തിൽമായി പ്രത്യേകം പദ്ധതികൾ ആവിഷ്ക്കറിച്ച് നടപ്പിലാകേണ്ടതുണ്ട്.

1 പ്രൊഫെസർ, വകുപ്പ് മേധാവി കമ്മ്യൂണിറ്റി മെഡിസിൻ വിഭാഗം, കെ എംസിടി: മെഡിക്കൽ കോളേജ്, കോഴിക്കോട്.

2 അസിസ്റ്റന്റ് പ്രൊഫസർ, കമ്മ്യൂണിറ്റി മെഡിസിൻ വിഭാഗം, പി.കെ. ദാസ് മെഡിക്കൽ മെഡിക്കൽ കോളേജ്. പാലക്കാട്

13

Is Asha Necessary For Kerala Health Sector?

Dr. Siseena J.

An Accredited Social Health Activist (ASHA) is a community health worker employed by the Ministry of Health and Family Welfare as a part of India's National Health Mission from 2008. ASHA in the community who create awareness on health and its social determinants and mobilize the community towards local health planning and increased utilization and accountability of the existing health service.Their tasks include:

- Motivating women to give birth in hospitals,
- Bringing children to immunization clinics,
- Encouraging family planning (e.g., surgical sterilization),
- Treating basic illness and injury with first aid,
- Keeping demographic records
- Improving village sanitation.

The Indian state of Kerala is known for its high social model of development and social democratic governance especially in health and education sector, in world our state's place in health indicators is same as the developed countries. This paper aims to check is ASHA is necessary for Kerala heath sector? To analyses this the following chart should examine – is there any remarkable change in health indicators of Kerala after the posting of ASHA in 2010.

Table: 1

Indicators	Kerala 2010	Kerala 2020	India 2020
Birth rate (per 1, 000 population	15.75	13.2	19.5
Death rate (per 1, 000 population)	6.88	7	6
Infant mortality rate (per 1, 000 population)	7.42	6	28
Maternal Mortality Rate	0.3	0.9	97

Data from SRS

We can also find out that our state become the capital of communicable and non-communicable diseases.

Table: 2
COMMUNICABLE DISEASES
January - December 2022

Disease	Reported	Death
Dengue Fever	17823	69
H1N1	94	11
leptospirosis	5315	290
Food Poisoning	1504	1
hepatitis	2618	10
Diarrhoea	466211	2
Rabies	27	27

Data from D H S

Table: 3
Non Communicable Diseases cases in Kerala

Diseases	Urban (%)	Rural (%)
Total Diabetics	24.7	23
Hypertension	44.6	44
Hypercholesterolemia	51.7	49.1
Hyperglyceridemia	30.9	30.7
Low HDLCholestrol	73.6	69.3
Generalised Obesity	47.5	42
Abdominal Obesity	62	56.6
Physical Inactivity Level	72.4	70.2

Data from The Hindu 10/06/2023

From the above tables we can find out that the preventive diseases (Non Communicable Diseases) number is very high level.

Every ASHA is posted for 1000 population in their same locality, and they receives Rs 6, 000 as honorarium from state government Rs 2, 000 as fixed plus work related incentive from the Centre government per month. But the improvement in health indicators are not in an appreciation level.

As a field staff the researcher should submit certain recommendations:

- Ensure each field staff have (J H I/J P H N) have 5000 population.
- As a Programme it helps to women empowerment but it is necessary to make certain rules to remove the ASHA from the service by their work evaluation by their authorized J P H N.
- Make a retirement rules for ASHA after 60 years of age.
- Ensure that the ASHA do not engaged other works like MGNREGA.
- Ensure that the ASHA do not receive any other security scheme funds.

Jr. P. H.N, F.H C Sakthikulangara.

14

സ്കൂൾ ഹെൽത്ത് പ്രൊജക്റ്റ് അനുഭവം സംക്ഷിപ്ത പരിപ്രേക്ഷ്യം

ഡോ. രാഹുൽ ആർ.

1.Campaign for Healthy Adolescent Nurturing Kozhikode - CHANK

കൗമാരക്കാരെ ചേർത്തു നിർത്തിക്കൊണ്ട് കോഴിക്കോട് ജില്ലാ പഞ്ചായത്തിന്റെ ചങ്ക് (CHANK - Campaign for Healthy Adolescence Nurturing, Kozhikode) പദ്ധതി.

ഹൈസ്കൂൾ ക്ലാസ്സുകളിലെ കുട്ടികളെയും അധ്യാപകരെയും മാതാപിതാക്കളെയും - കൗമാരപ്രശ്നങ്ങൾ, ആരോഗ്യം, വിദ്യാഭ്യാസം സൈബർ സുരക്ഷ എന്നിവയെപ്പറ്റി ബോധവൽക്കരിക്കാനും ഇതു വഴി കൗമാരക്കാർ നേരിടുന്ന പ്രശ്നങ്ങളെ പരിഹരിക്കാനും കോഴിക്കോട് ജില്ലാ പഞ്ചായത്ത് എഡ്യുകെയർ പദ്ധതിയുടെ ഭാഗമായി വിപുലമായ മുഖാമുഖ പരിശീലന പരിപാടി 2021-22 അധ്യയന വർഷത്തിൽ നടപ്പാക്കി.

ചങ്ക് (CHANK -Campaign for Healthy Adolescence Nurturing, Kozhikode) എന്ന പദ്ധതിയുടെ ഉദ്ദേശലക്ഷ്യങ്ങൾ ഇവയായിരുന്നു.

- കൗമാരപ്രായക്കാരായ കുട്ടികളുടെ പെരുമാറ്റ പ്രശ്നങ്ങൾ തിരിച്ചറിയുന്നതിനും പരിഹാര മാർഗ്ഗങ്ങൾ നടപ്പാലാക്കുന്നതിനും രക്ഷിതാക്കളെയും കുട്ടികളെയും പ്രാപ്തരാക്കുക
- സുരക്ഷിത കൗമാരത്തിനാവശ്യമായ നൈപുണികൾ സ്വായത്തമാക്കന്നതിന് സഹായിക്കുക.
- കൗമാര ആരോഗ്യം, ഭക്ഷണശീലങ്ങൾ, ദിനചര്യ, വ്യായാമം, തുടങ്ങിയ ആരോഗ്യ ശീലങ്ങൾ പ്രയോഗികമായി പ്രയോജനപ്പെടുത്തുന്നതിനു സാധ്യമാക്കുക.
- ഓൺലൈൻ വിദ്യാഭ്യാസം ഓഫ് ലൈൻ വിദ്യാഭ്യാസത്തിലേക്ക്
- മാറുമ്പോൾ ഉണ്ടാകുന്ന ബുദ്ധിമുട്ടുകൾ തരണം ചെയ്യാൻ കുട്ടികളെയും രക്ഷിതാക്കളെയും പ്രാപ്തരാക്കുക.
- കുട്ടികളുടെ പരീക്ഷയും പഠനവും അത് സംബന്ധിച്ച് ബുദ്ധിമുട്ടുകളും പ്രയാസങ്ങളും പരിഹരിക്കുന്നതിന് ആവശ്യമായ മാർഗ്ഗ നിർദ്ദേശങ്ങൾ നൽകി പിന്തുണയ്ക്കുക.

അധ്യയനവും അധ്യാപനവും ഓൺലൈനിൽ മാത്രമായപ്പോൾ തന്റെ സൗഹൃദവും സ്വാതന്ത്ര്യവും വീടുകളിലേക്ക് ഒതുക്കേണ്ടി വന്ന കൗമാരപ്രായക്കാർ പറഞ്ഞറിയിക്കാനാവാത്ത മാനസിക സമ്മർദ്ദങ്ങളിലൂടെയാണ് കടന്നുപോവേണ്ടി വന്നത്. ഇത്തരം പിരിമുറുക്കങ്ങൾ സൃഷ്ടിച്ച മുറിവുകൾ ഉണങ്ങാതെ അവശേഷിക്കുന്നുണ്ട് പല കുട്ടികളിലും. ക്ലാസുകൾ ഓൺലൈനിൽ നിന്നും ഓഫ്ലൈനിലേക്കു മാറുമ്പോൾ അത്തരക്കാരെ പ്രത്യേക കരുതലോടെ ചേർത്തുപിടിക്കുകയെന്നത് അനിവാര്യതയാണ്.

കോഴിക്കോട് ജില്ലാ പഞ്ചായത്തിന് കീഴിലുള്ള 114 സ്കൂളുകൾ (എയഡ് സ്ഥാപനങ്ങൾ ഉൾപ്പെടെ) കേന്ദ്രീകരിച്ച് ഡോക്ടർമാർ, കൗൺസിലർമാർ, മനശ്ശാസ്ത്ര

വിദഗ്ദർ എന്നിവരുടെ നേതൃത്വത്തിൽ ഒരോ വിദ്യാലയ ത്തിലും നവംബർ 14 മുതൽ ജനുവരി 31 വരെ നീണ്ടു നിൽക്കുന്ന രീതിയിലാണ് പരിപാടി നടപ്പിലാക്കിയത്.

കൗമാര വിദ്യാഭ്യാസ മേഖലയിലെ വിദഗ്ദർ തയ്യാറാ ക്കിയ 4 മൊഡ്യൂളുകളാണ് പദ്ധതിയുടെ ഭാഗമായി കുട്ടികൾക്കും രക്ഷകർത്താക്കൾക്കും നൽകിയത്.. ക്ലാസ്സുകൾക്ക് പുറമെ കുട്ടികൾക്ക് അവരുടെ പ്ര ശ്നങ്ങൾ മെന്റർമാരുമായി പങ്ക് വെക്കുന്നതിനായി ഓൺലൈൻ - സാമൂഹ്യ മാധ്യമ സംവിധാനവും പ്ര യോജനപ്പെടുത്തിയിരുന്നു.

ഓരോ വിദ്യാലയത്തിലേയും എട്ട്, ഒൻപത് ക്ലാസുക ളിലെ ഓരോ ഡിവഷനുകളിൽ നിന്നായി തെരെഞ്ഞെ ടുത്ത CHANK അഡോളസന്റ് ബ്രിഗേഡുകൾക്കായി സ്കൂൾ മെന്ററർമാർ 3 മോഡ്യൂളുകളിലും ട്രെയിനിംങ് നൽകി. പിന്നീട് ഈ ബ്രിഗേഡുകളിലൂടെ ചിട്ടയായ ഏകോപനം വഴി ഓരോ ക്ലാസ് മുറികളിലും മോഡ്യൂ ളുകൾ അവതരിപ്പിക്കപ്പെട്ടു. നാലാമത്തെ മോഡ്യൂൾ മെന്റർമാർ സ്കൂളുകളിൽ വിളിച്ചു ചേർക്കപ്പെട്ട രക്ഷ കർതൃ കൂട്ടായ്മയ്ക്കു മുൻപാകെ അവതരിപ്പിക്കുകയും ചെയ്തു.

ചിട്ടയായ മുന്നൊരുക്കത്തിലൂടെയും അവതരണത്തി ലൂടെയും കുട്ടികളിലും രക്ഷിതാക്കളിലും അനുഭവ വേദ്യമായ മാറ്റങ്ങൾ സൃഷ്ടിക്കാൻ കഴിഞ്ഞ CHANK പദ്ധതിയിലെ മുഴുവൻ മെന്ടർമാരെയും കോഴിക്കോട് ജില്ലാപഞ്ചായത്ത് അനുമോദിക്കുകയുണ്ടായി

ഓൺലൈൻ ക്ലാസുകളിലേക്കും വീടകങ്ങളിലേക്കും ഒതുങ്ങിപ്പോയ കൗമാരക്കാരുടെ മാനസിക-സാമൂ ഹിക പ്രശ്നങ്ങൾ രക്ഷിതാക്കൾക്കും നിരവധിയായ ആശങ്കയുളവാക്കിയിരുന്നു. സമകാലിക കൗമാര വളർ ച്ചയിലും വികാസത്തിലും മൊബൈൽ ഫോൺ അമി തോപയോഗവും, മൊബൈൽ ഗെയിം ആസക്തിയും, വലിയ വെല്ലുവിളിയാവുകയാണ്. വീടുകളിൽ കുട്ടികൾ അനുവർത്തിച്ചു വരുന്ന വികലമായ ജീവിത ശൈലിയും, വൻ ആരോഗ്യപ്രശ്നങ്ങളുയർത്തുന്നു ണ്ട്. പെരുമാറ്റ പ്രശ്നങ്ങളുടെയും ഗാഡ്ജെറ്റ് അഡി ക്ഷന്റെയും ലഹരി ഉപയോഗത്തിന്റെയും രക്തസാക്ഷി കളായി കൊഴിഞ്ഞു പോയ കൗമാര ജീവിത കഥകൾ മാധ്യമങ്ങളിൽ നിറയുകയാണ്.

വിദ്യാലയവും വീടും ഒത്തിണങ്ങുന്ന ആശയ രൂപീക രണങ്ങളിലൂടെയും വിനിമയങ്ങളിലൂടെയുമാണ് പരി ക്കേൽക്കാതെ കൗമാര ജീവിതങ്ങളും യൗവ്വനത്തിലേ ക്ക് ചേക്കേറേണ്ടത്. ഈ ആശയം മുൻനിർത്തിക്കൊ ണ്ട് തന്നെ ഇത്തരം കൗമാര ആരോഗ്യ പദ്ധതികൾ എല്ലാ അധ്യയന വർഷങ്ങളിലും തുടരുന്നത് കുട്ടിക ളുടെ മാനസിക സാമൂഹിക ശാരീരിക വികാസത്തിന് കാതലായ കരുതലും സഹായവും ആവുമെന്ന് അനു ഭവങ്ങൾ സാക്ഷ്യപ്പെടുത്തുന്നു.

2. നല്ലറിവു കൂട്ടം. (2018-19, 2019-20 അധ്യയന വർഷം

എഡ്യു കെയർ (ജില്ലാ പഞ്ചായത്ത് കോഴിക്കോട്)- ഭാരതീയ ചികിത്സാ വകുപ്പ്, നാഷണൽ ആയുഷ് മിഷൻ, ആയുർവേദ മെഡിക്കൽ അസോസിയേഷൻ ഓഫ് ഇന്ത്യ എന്നിവയുടെ സംയുക്താഭിമുഖ്യത്തിൽ കോഴിക്കോട് ജില്ലയിലെ വിദ്യാലയങ്ങളിൽ നടപ്പാ ക്കിയ പദ്ധതി

ആറ്, ഏഴ്, എട്ട്, ഒൻപത് ക്ലാസ് വിദ്യാർത്ഥികൾക്കാ യുള്ള ആരോഗ്യ ബോധവൽക്കരണ പരിപാടിയായി രുന്നു..

ജില്ലയിൽ മുഴുവൻ യു.പി., ഹൈസ്കൂൾ വിദ്യാലയങ്ങ ളിലും നടപ്പിലാക്കി. വിഷയം-ആറ്, ഏഴ് ക്ലാസുക ളിൽ ആരോഗ്യ ശീലങ്ങളും ആഹാര രീതിയും എട്ട്, ഒൻപത് ക്ലാസുകളിൽ-കൗമാര ആരോഗ്യവും ജീവിത ശൈലിയും.

BRC ബ്ലോക്ക് റിസോഴ്സ് സെന്ററുകളുടെ നേതൃത്വ ത്തിലായിരുന്നു വിദ്യാലയതല ഏകോപനം.

പദ്ധതി ലക്ഷ്യം വച്ചത് ഒരു വിദ്യാലയത്തിന് ഒരു ഡോക്ടർ സങ്കൽപ വിഭാവനമായിരുന്നു.

ഡോക്ടർമാർക്കും BRC അധ്യാപകർക്കും ട്രെയിനിംങ് ജനുവരി 10 രാവിലെ 9 മുതൽ വൈകിട്ട് 4 വരെ കോഴിക്കോട് ജില്ലാ ആയുർവേദ ആശുപത്രി ഹാളിൽ വച്ച് വിപുലമായ രീതിയിൽ സംഘടിപ്പിച്ചു.

പദ്ധതിയിൽ 110 ഓളം ആയുർവേദ ഡോക്ടർമാർ വിവിധ വിദ്യാലയങ്ങളിൽ മേൽ സൂചിപ്പിച്ച വിഷയങ്ങ ളിൽ ക്ലാസുകൾ നൽകി. പദ്ധതിയുടെ ഇടപെടൽ കുട്ടി കളിലെ ആഹാര ആരോഗ്യ ചിന്തകളിൽ വരുത്തിയ മാറ്റങ്ങളെ കുറിച്ചും, കൗമാര കാലഘട്ടത്തിലെ ശാരീരിക മാനസിക സാമൂഹിക തലങ്ങളിലെ മാറ്റ ങ്ങളെ തിരിച്ചറിയാനും സ്വീകരിക്കാനും വരുത്തിയ കാഴ്ചപ്പാടുകളെ കുറിച്ചും അധ്യാപകരും രക്ഷിതാക്ക ളും പല വേദികളിലായി അഭിപ്രായപ്പെടുകയുണ്ടായി.

രണ്ടു വർഷമായി നടത്തിയ പദ്ധതിയുടെ പരിപൂർണ റിപ്പോർട്ട് ആ വർഷത്തെ ജില്ലാ പഞ്ചായത്ത് പ്രസിഡ ണ്ടിന് കൈമാറിയിട്ടുണ്ടായിരുന്നു. അതേ വേദിയിൽ പദ്ധതിയിലെ മുഴുവൻ ഡോക്ടർമാരെയും ജില്ലാ പഞ്ചാ യത്ത് ആദരിക്കുകയും ചെയ്തു.

ഉപസംഹാരം

വിദ്യാലയങ്ങളിലെ അധ്യയനവും ഭൗതിക സാഹച ര്യങ്ങളും മികവിന്റ പാതയിലാണെന്ന് നിസംശയം പറയാം. അവനവനിലെ ശാരീരികവും മാനസിക വുമായ ഉത്തമാംശങ്ങളുടെ ആവിഷ്കാരമാണ് വിദ്യാ ഭ്യാസം എന്ന് നിർവചിച്ചു വയ്ക്കുമ്പോൾ അറിവുകളേ ക്കാൾ പ്രാധാന്യമേറുകയാണ് തിരിച്ചറിവുകൾക്ക് അത്തരം തിരിച്ചറിവുകൾ കുട്ടികളിൽ വിദ്യാഭ്യാസ കാലത്ത് തന്നെ രൂപപ്പെടുത്തിയെടുക്കുവാൻ ക്രിയാ ത്മകമായ വിദ്യാലയാരോഗ്യ പദ്ധതികൾക്ക് കഴിയും എന്ന വിശ്വാസത്തോടെ സംക്ഷിപ്ത പരിപ്രേക്ഷ്യം സവിനയം സമർപ്പിക്കുന്നു.

ഫിസിഷ്യൻ (ആയുർവേദ) & കൺസൾട്ടന്റ് സൈക്കോളജിസ്റ്റ് & ജില്ലാ കോർഡിനേറ്റർ, നല്ലറിവു കൂട്ടം, CHANK സ്കൂൾ ഹെൽത്ത് പ്രോജക്റ്റ്സ്, എജു കെയർ - കോഴിക്കോട്. ഫോൺ: 9446834311

15

An Assessment of Urban Health Projects under PPC in Kerala: Lessons from the Field

T V Thilakan and Jos Chathukulam

In 1996, a massive exercise of decentralized planning under People's Plan Campaign (PPC) took place in Kerala and it streamlined the devolution of funds, functions and functionaries to the rural and urban local governments in the state. This also facilitated the decentralization of healthcare systems by transferring public health institutions to local governments. Despite slow economic growth and low per capita income, Kerala has attained notable achievements in the field of education and health. However, there are still sectors and areas where the state needs to improve particularly in terms of urban healthcare and its delivery and particularly in the context of post COVID governance. Kerala is a rapidly urbanizing society and urban public health can no longer be neglected.

The urban local governments in the state have no dearth when it comes to urban health projects but its implementation often moves at a snail's pace. A governance deficit is seen while engaging the functionaries of local government and medical professionals. Based on the empirical studies done in the selected municipalities, this paper looks into progress and outcomes of the urban health projects. This article further looks into the reasons that are leading to the poorer implementation of urban health projects with special emphasis to the utilization of funds including the recent health grants. The question is whether the system needs a different level of capacity to administer the health projects. The paper also offers a comprehensive analysis of the urban health projects in the selected municipalities by incorporating the perspectives of elected functionaries, health workers, doctors, para medical staff and other officials and the citizens. The paper suggests to strengthen mechanisms of communication, partnerships, governance, integration and intersectoral convergence to leverage the smoother implementation of urban health projects.

1 TV Thilakan, Senior Researcher at the Centre for Rural Management (CRM), Kottayam Kerala. Email: thilanthro@gmail.com

2 Jos Chathukulam, Former Professor, Ramakrishna Hegde Chair, Institute for Social and Economic Change (ISEC), Bengaluru & Director Centre for Rural Management (CRM), Kottayam Kerala. E-mail. joschathukulam@gmail.com

16

ജീവിതശൈലീ രോഗങ്ങൾ പ്രതിരോധിക്കുന്നതിനുള്ള നിർദ്ദേശങ്ങൾ

ഡോ. ബിപിൻ ഗോപാൽ

ജീവിതശൈലീ രോഗങ്ങൾ മുൻകൂട്ടി കണ്ടെത്തുന്നതിനും ചികിത്സിക്കുന്നതിനുമായി സംസ്ഥാനത്ത് പ്രാഥമികാരോഗ്യ കേന്ദ്രങ്ങൾ, സാമൂഹികാരോഗ്യ കേന്ദ്രങ്ങൾ, സബ്സെന്ററുകൾ, ജനറൽ, താലൂക്ക് ആശുപത്രികൾ എന്നിവിടങ്ങളിൽ ജീവിതശൈലീ രോഗനിയന്ത്രണ ക്ലിനിക്കുകൾ പ്രവർത്തിച്ചു വരുന്നു. രോഗികൾക്ക് ചികിത്സയും മരുന്നുകളും സൗജന്യമായാണ് ഈ കേന്ദ്രങ്ങളിലൂടെ നൽകി വരുന്നത്. ഗുരുതര ശ്വാസകോശ രോഗമായ സി.ഓ.പി.ഡി നിർണ്ണയിക്കുന്നതിനും നിയന്ത്രിക്കുന്നതിനും ചികിത്സിക്കുന്നതിനും വേണ്ടി ശ്വാസ് (SWAAS- Step Wise Approach for Airway Disease) എന്ന പേരിൽ സി.ഓ.പി.ഡി നിയന്ത്രണ പദ്ധതി ആരംഭിച്ചിട്ടുണ്ട്. 172 കുടുംബാരോഗ്യകേന്ദ്രങ്ങളിൽ ഡയബറ്റിക് റെറ്റി

നോപ്പതി കണ്ടെത്തുന്നതിനുള്ള നോൺ-മിട്രിയാട്രിക് ക്യാമറകൾ സ്ഥാപിക്കുകയുണ്ടായി. ഡയബെറ്റിസ്, രക്താതിമർദ്ദം എന്നിവ നിയന്ത്രണ നിരക്കിൽ എത്തിക്കുന്നതിനുള്ള ഐ. എച്ച്.സി. ഐ. എന്ന പരിപാടി 14 ജില്ലകളിലും ആരംഭിച്ചിട്ടുണ്ട്. ആശാ പ്രവർത്തകർ ഗൃഹസന്ദർശനത്തിലൂടെ 30 വയസ്സിനുമുകളിൽ പ്രായമുള്ള എല്ലാ ജനങ്ങളുടെയും ജീവിതശൈലീരോഗ ഹേതുക്കളുടെ ഒരു പര്യവേഷണം ഇ-ഹെൽത്ത് തയ്യാറാക്കിയ "ശൈലീ" എന്ന ആപ്ലിക്കേഷനിലൂടെ നടപ്പിലാക്കുകയുണ്ടായി. ജീവിത ശൈലീ രോഗങ്ങൾ വരാതെ ജനങ്ങളെ സംരക്ഷിക്കുന്നതിന് ആവശ്യമായ വ്യായാമം പ്രോത്സാഹിപ്പിക്കുതിന് ഓപ്പൺ ജിം എല്ലാ ജില്ലകളിലും ആരംഭിക്കുന്നതിന് നടപടി സ്വീകരിച്ചിട്ടുണ്ട്.

കീമോതെറാപ്പി ഉൾപ്പെടെയുള്ള ക്യാൻസർ ചികിത്സാ സൗകര്യങ്ങൾ 25 ആശുപത്രികളിലേയ്ക്ക് വികസിപ്പിച്ചിട്ടുണ്ട്. വീടുകളിൽ വച്ച് തന്നെ ഡയാലിസിസ് ചെയ്യാൻ സാഹചര്യം ഒരുക്കുന്ന പെരിറ്റോണിയൽ ഡയാലിസിസ് പദ്ധതി സംസ്ഥാന ആരോഗ്യ വകുപ്പ് 14 ജില്ലകളിലും ആരംഭിച്ചു. പക്ഷാഘാതം നിർണ്ണയിക്കുന്നതിനും ചികിത്സിക്കുന്നതിനും സംസ്ഥാനത്തെ പ്രധാന ആശുപത്രികളിൽ. സ്ട്രോക്ക് യുണീറ്റുകൾ പ്രവർത്തന സജ്ജമായിട്ടുണ്ട്.

ജീവിതശൈലീ രോഗങ്ങൾ നിയന്ത്രിക്കുന്നതിനായി സ്വീകരിക്കേണ്ട നടപടികൾ:

1. ജനസംഖ്യാധിഷ്ഠിതം
2. പ്രാഥമികതലം
3. സെക്കണ്ടറിതലം
4. ടെറിഷറിതലം

1. ജനസംഖ്യാധിഷ്ഠിതം:- ജനങ്ങളുടെ ജീവിതശൈലിയിൽ വന്ന മാറ്റമാണ് ജീവിതശൈലിയിലേക്ക് നയിച്ചത്. അതുകൊണ്ടുതന്നെ ജീവിതശൈലീരോഗങ്ങൾ കുറയ്ക്കുന്നതിനും, ജീവിതചര്യയിൽ മാറ്റങ്ങൾ സൃഷ്ടിക്കുന്നതിനും വ്യക്തികൾക്കും, സമൂഹത്തിനും ഒരു വലിയ പങ്ക് വഹിക്കാനുണ്ട്. അവയിൽ ചിലത് ചുവടെ ചേർക്കുന്നു:

- ജനങ്ങളിൽ വ്യായാമശീലം വളർത്തുന്നതിന് തദ്ദേശസ്വയംഭരണ സ്ഥാപനങ്ങൾക്ക് ഒരു വലിയ ഉത്തരദിത്വമുണ്ട്. നടപ്പാതകൾ നിർമ്മിക്കുക, കളിസ്ഥലങ്ങൾ തയ്യാറാക്കുക, സ്കൂളുകളുടേയും മറ്റ് വിദ്യാഭ്യാസ സ്ഥാപനങ്ങളുടേയും കളിസ്ഥലങ്ങൾ പൊതുജങ്ങൾക്ക് തുറന്നു നൽകുക, നീന്തൽകുളങ്ങൾ നിർമ്മിക്കുക, പഞ്ചായത്ത് തലത്തിൽ ജനപങ്കാളിത്തത്തോടെയുള്ള മത്സരങ്ങൾ നടത്തുക, യോഗ തുടങ്ങിയ വ്യായാമമുറകൾ പരിശീലിപ്പിക്കുക എന്നീ പ്രവൃത്തികൾ പഞ്ചായത്തിന്റെ നേതൃത്വത്തിൽ നടത്തുവാൻ സാധിക്കുന്നതാണ്.
- പുകയില തുടങ്ങിയ ലഹരിവസ്തുക്കളുടെ വിപണനത്തിനും വിതരണത്തിനുമുള്ള ലൈസൻസുകൾ, കർശന നിബന്ധനകൾക്ക് വിധേയമാക്കി നൽകുന്നതിനും കാലാകാലങ്ങളിൽ പരിശോധനകൾക്കും വിധേയമാക്കേണ്ടതാണ്.
- പ്രമേഹം, രക്താതിമർദ്ദം തുടങ്ങിയ രോഗികളുടെ കൂട്ടായ്മ സൃഷ്ടിക്കുകയും, ചിട്ടയായ ജീവിതശൈലി നിയന്ത്രണവും ചികിത്സയും ഉറപ്പാക്കുന്നതിനും നടപടി സ്വീകരിക്കാവുന്നതാണ്.
- വിഷരഹിത പച്ചക്കറികളും, പഴങ്ങളും തദ്ദേശീയമായി കൃഷി ചെയ്യുന്നതിനും വിപണനം ചെയ്യുന്നതിനും പ്രോത്സാഹനം നൽകേണ്ടതാണ്.
- സ്കൂളുകളിൽ കുട്ടികൾക്ക് വ്യായാമം ചെയ്യുന്നതിനുള്ള ഗ്രൗണ്ട്കളും, കളിക്കോപ്പുകളും നിർബന്ധമായും ഉണ്ടാവേണ്ടതാണ്. സ്കൂൾ ക്യാന്റീനുകളിൽ ജങ്ക്ഫുഡ് ഒഴിവാക്കുന്നതിനും ആരോഗ്യപരമായ ഭക്ഷണങ്ങൾ വിതരണം ചെയ്യുന്നതിനും സ്കൂൾ അധികൃതർക്ക് നിർദ്ദേശം നൽകേണ്ടതാണ്.
- തൊഴിലിടങ്ങളിൽ വ്യായാമത്തിലും, വിനോദത്തിനും പ്രാധാന്യം നൽകേണ്ടതാണ്. തൊഴിലിടങ്ങളിൽ ജിംനേഷ്യം, മറ്റ് മത്സര വിനോദങ്ങൾക്കുള്ള സൗകര്യം എന്നിവ സജ്ജമാക്കുന്നത് ഉചിതമായിരിക്കും.
- പൊതുസ്ഥലങ്ങളിൽ പുകയില മുക്തമാക്കുന്നതിന് നിയമനടപടികൾ ശക്തമാക്കണം.
- കുടുംബശ്രീ, അംഗൻവാടി തുടങ്ങിയ സന്നദ്ധ പ്രവർത്തകർ എന്നിവരിലൂടെ ജീവിതശൈലീ രോഗങ്ങളെക്കുറിച്ചും അവ തടയുന്നതിനുമുള്ള മാർഗ്ഗങ്ങളെക്കുറിച്ചും ആരോഗ്യ ബോധവത്ക്കരണം നടത്തേണ്ടതാണ്.

2. പ്രാഥമികതലം:- കുടുംബക്ഷേമ ഉപകേന്ദ്രങ്ങളും, പ്രഥമികാരോഗ്യകേന്ദ്രങ്ങളും ജീവിതശൈലീരോഗ നിയന്ത്രണത്തിന്റെ പ്രധാന സേവന കേന്ദ്രങ്ങളായി പ്രവർത്തിക്കേണ്ടതാണ്.

- കൃത്യമായ മരുന്നുവിതരണവും, ചികിത്സയും ഉറപ്പാക്കുന്നതിനോടൊപ്പം ഭക്ഷണത്തെക്കുറിച്ചും, വ്യായാമത്തെക്കുറിച്ചുമുള്ള ആരോഗ്യ ബോധവത്ക്കരണവും, ശീലവത്ക്കരണവും പ്രോത്സാഹിപ്പിക്കേണ്ടതാണ്.
- ജീവിതശൈലീരോഗങ്ങളുടെ നിയന്ത്രണ നിരക്ക് ഉയർത്തുന്നതിന് പ്രാഥമിക ആരോഗ്യ കേന്ദ്രങ്ങൾ പ്രത്യേക ശ്രദ്ധ ചെലുത്തേണ്ടതാണ്.
- ജീവിതശൈലീരോഗങ്ങളോടൊപ്പം അവയുടെ മൂർദ്ധന്യരോഗങ്ങളായ വൃക്കരോഗം, ഹൃദ്രോഗം, കരൾരോഗം എന്നിവ നേരത്തെ കണ്ടെത്തുന്നതിനുള്ള പ്രാഥമിക പരിശോധന ഉറപ്പാക്കണം.
- മാനസിക ആരോഗ്യം ഉറപ്പാക്കുന്നതിനുള്ള ക്ലിനിക്കുകൾ എല്ലാ പ്രാഥമിക കേന്ദ്രങ്ങളിലും പ്രവർത്തിക്കേണ്ടതാണ്.

- വൃദ്ധജങ്ങൾക്ക് ആശുപത്രികളിൽ പ്രത്യേക പരിഗണന ഉറപ്പാക്കുക. ആശുപത്രികളിൽ വയോജന സൗഹൃദ സൗകര്യങ്ങൾ തയ്യാറാക്കേണ്ടതാണ്.

3. സെക്കണ്ടറിതലം:- താലൂക്ക് ജില്ലാതല ആശുപത്രികളിൽ ജീവിതശൈലീ രോഗങ്ങൾക്കുള്ള 360 ഡിഗ്രി മെറ്റബോളിക് സെന്ററുകൾ ആരംഭിക്കേണ്ടതാണ്.

- പക്ഷാഘാത ക്ലിനിക്ക്, ഡയാലിസിസ് യൂണിറ്റ്, കാത് ലാബുകൾ, ഐ.സി.യു. തുടങ്ങിയ പ്രത്യേക ക്ലിനിക്കുകൾ സെക്കണ്ടറിതല ആശുപത്രികളിൽ സജ്ജമാക്കേണ്ടതാണ്.
- ഗുരുതര ശ്വാസകോശരോഗങ്ങൾക്കുള്ള സി.ഓ.പി.ഡി. ക്ലിനിക്കുകൾ എല്ലാ ആശുപത്രികളിലും സജ്ജമാക്കേണ്ടതാണ്.
- ഡി-അഡിക്ഷൻ ക്ലിനിക്കുകൾ മാനസികരോഗ വിദഗ്ധന്റെ പോസ്റ്റ് നിലവിലുള്ള എല്ലാ ആശുപത്രികളിലും സജ്ജമാക്കേണ്ടതാണ്.

4. ടെറിഷറി കെയർ: ക്യാൻസർ സെന്ററുകൾ, അപെക്സ് ട്രോമാ കെയർ സെന്ററുകൾ ജീവിതശൈലീരോഗങ്ങൾക്കുള്ള സെന്റർ ഓഫ് എക്സലൻസ് എന്നിവ ടെറിഷറി കെയർ സംവിധാനത്തിൽ ഉറപ്പാക്കേണ്ടതാണ്.

17

Quality Assessment of Urban Public Health in Kerala using 'Donabedian Framework'

Rekha V.[1] & Jos Chathukulam[2]

Kerala is one among the rapidly urbanizing states in India and close to 50 per cent of its population are living in urban areas. As a result, the improvement of public health system requires much thrust and care on urban areas as well. This paper examines the quality and efficiency of the health system in a selected municipality in Kerala and uses a comprehensive method adapted from Donabedian framework for capturing the strengths and deficits within the system. 'Donabedian model' is a conceptual framework for examining public health services and evaluating the quality of health care and it does so through three parameters: (i)structure, (ii)process and (iii)outcomes. This paper critically evaluates the structure, the process of healthcare delivery and its outcomes though the lens of Donabedian framework. The paper argues that though there is relatively a good structure for the urban public health system including better infrastructure, human resources and organizational arrangements, many deficits can be found in the delivery of healthcare and its outcomes. This paper further looks into the reasons behind these deficits and suggests policy measures to address these gaps in strengthening the urban public health in the state.

1 Fellow at the Centre for Rural Management (CRM), Kottayam Kerala. Email: rekhasunil4ever@gmail.com

2 Former Professor, Sri Ramakrishna Hegde Chair, Institute for Social and Economic Change (ISEC), Bengaluru & Director Centre for Rural Management (CRM), Kottayam Kerala. E-mail. joschathukulam@gmail.com

18

Effectiveness of Granular Containment as an Epidemic Control Strategy: Experience of Kerala, India

Hariprasad Thazhathedath Hariharan

Background

Lockdown is a time-tested methodology to cease infectious disease spread. The national and sub-national lockdown effectively reduced the spread of COVID-19 in many countries, including ours. The lockdown strategy has changed over time in our country from a pan-nation lockdown to a lockdown of containment zones at the revenue ward level. We did a descriptive analysis of the micro-containment strategy of Kerala, where the unit of lockdown was a local self-government.

As part of the study, we followed the progression of all LSGs as containment zones over the study period of ten weeks from 7th May 2020. We created survival distributions characterising the time to enter lockdown and the time to remain in lockdown for all the districts and the state after categorising them as south zone, mid zone and the north zone.

The northern districts of Kerala state had implemented the lockdown strategy more rigorously both in the time period to become a containment zone and the time period where the Lsg remain under lockdown. It was lesser for the southern districts. As a result, following the period of our study, the COVID-19 cases have increased in the southern districts

Conclusion

Implementing granular lockdown strategies can effectively control the spread of disease only if it is implemented without loosing time and for an adequate period of time. We believe our research could help governments provide insights into the years-long and never-ending battle with the pandemic.

Time point	South zone	Mid zone	North zone
At the beginning of the study	7	7	30
End of the study	311	240	259
One month	1484	873	1051
Two months	3735	2095	2729
Three months	9039	6156	7421
Four months	15379	12408	13328

Fig 1. Time to declare a lockdown

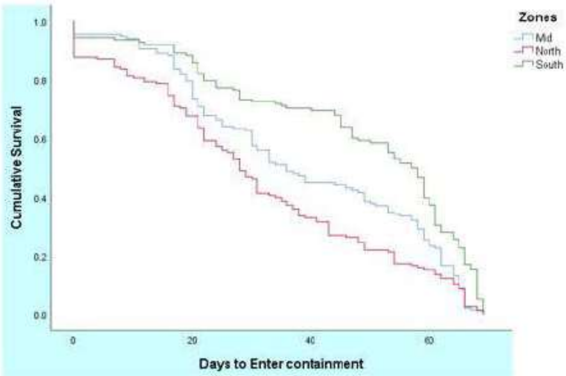


Fig 2. Time for which the LSGs remained under lockdown

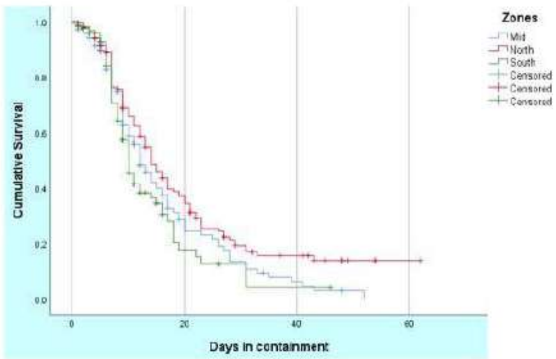


Fig 3. Cumulative incidence of COVID-19 cases before the period of granular lockdown

Fig 4. Cumulative incidence of COVID-19 cases after the period of granular lockdown

District Nodal O cer for Ardram & One Health, Idukki district
Department of Health Services, Kerala
School of Public Health, Kerala University of Health Sciences
hari.thazhathedath@gmail.com
ORCID: 0000-0001-6887-8360

ആരോഗ്യ സർവകലാശാല, ആരോഗ്യ വിദ്യാഭ്യാസം, വർദ്ധിച്ചു വരുന്ന സാഹചര്യങ്ങൾ

19

ആരോഗ്യസർവ്വകലാശാല

ഡോ. ദിലീപ് കെ.ജെ.

ഫാർമസി ഗവേഷണ സാദ്ധ്യതകൾ

ലോകത്ത് ഏറ്റവും അധികം ഗവേഷണം നടക്കുന്നതും ഏറ്റവും അധികം പണം നിക്ഷേപിക്കപ്പെടുകയും ചെയ്യുന്ന ഒരു മേഖലയാണ് ഔഷധ ഗവേഷണം.

പുതിയ ഔഷധ തന്മാത്രകൾ

ഓരോ രോഗങ്ങൾക്കും നിലവിൽ ലഭ്യമായതിനേക്കാൾ ഫലപ്രദമായതും ശക്തിയേറിയതും പാർശ്വഫലങ്ങൾ കുറഞ്ഞതുമായ ഔഷധ തന്മാത്രകളുടെ കണ്ടെത്തലും വികസനവും നിർമാണവും പ്രാധാന്യം അർഹിക്കുന്നു. കേരളത്തെ സംബന്ധിച്ച് ജീവിതശൈലീ രോഗങ്ങൾക്കും കൂടാതെ ക്യാൻസറിനും ഫലപ്രദമായ ഔഷധങ്ങളുടെ വികസനം. കേരളത്തിന്റെ തനതായ 'ഹോർത്തൂസ് മലബാറിക്കസ്' ൽ പ്രതിപാദിച്ചിരിക്കുന്ന ഔഷധങ്ങളെ അവലംബിച്ചുള്ള തന്മാത്ര വികസനത്തിനു പ്രാധാന്യം നൽകാം. പേറ്റന്റ് ലഭിക്കാവുന്ന ഈ കണ്ടെത്തലുകൾ പൊതു ഖജനാവിന് വലിയ തോതിൽ മുതൽക്കൂട്ടാവും.

ഔഷധ തന്മാത്ര വാഹക സംവിധാനങ്ങളുടെ രൂപപ്പെടുത്തലും വികസനവും

ഒരു ന്യൂക്ലീയർ ബോംബിന് ഗൈഡഡ് മിസൈൽ ഉപയോഗ്യമാവുന്നതു പോലെ ഔഷധ തന്മാത്രകളെ ലക്ഷ്യ സ്ഥാനത്തു കൃത്യതയോടെ നിക്ഷേപിക്കുന്നതിനും പാർശ്വഫലങ്ങൾ കുറക്കുന്നതിനും സാങ്കേതികത്തികവുള്ള വാഹക സംവിധാനം അനിവാര്യമാണ്. പ്രത്യേകിച്ച് ക്യാൻസർ ചികിത്സാരംഗത്ത്. ധാരാളം പേറ്റന്റുകൾ നേടാവുന്ന മേഖലയാണിത്.

ആരോഗ്യസർവ്വകലാശാലയുടെ ഫാക്കൽറ്റി ഓഫ് ഫാർമസ്യൂട്ടിക്കൽ സയൻസസിന്റെ കീഴിൽ മേൽ സൂചിപ്പിച്ച മേഖലകളിലെ ഗവേഷണം ത്വരിതപ്പെടുത്തേണ്ടതാണ്. ഈ രംഗത്ത് പ്രവർത്തിക്കുന്ന റീജിയണൽ ക്യാൻസർ സെന്റർ, ശ്രീചിത്ര ഇൻസ്റ്റിറ്റ്യൂട്ട്, ആയുർവേദ റിസർച്ച് ഇൻസ്റ്റിറ്റ്യൂട്ട് എന്നിവയുടെ പങ്കാളിത്തം നേടാവുന്നതാണ്. വിദേശ സർവകലാശാലകളുമായി സഹകരിക്കുന്നതും വിദ്യാർഥി, അധ്യാപക കൈമാറ്റങ്ങളും ഗുണകരമായിരിക്കും.

പുതിയ കോഴ്സുകൾ

സാങ്കേതിക വിദ്യയിൽ വിപ്ലവം നടക്കുന്ന ഇക്കാലത്ത് അനുയോജ്യമായ പുതിയ കോഴ്സുകൾ ആവശ്യമാണ്. 'എ ഐ, എം എൽ & റൊബോട്ടിക്സ്', 'മെഡിക്കൽ ഡിവൈസസ്', 'ക്ലിനിക്കൽ ട്രയൽസ്' എന്നിങ്ങനെ വിവിധ പോസ്റ്റ് ഗ്രാജുവേറ്റ് കോഴ്സുകൾ ഫർമസ്യൂട്ടിക്കൽ സയൻസസിൽ ആരംഭിക്കാവുന്നതാണ്.

ഭാരതത്തിലും വിദേശത്തുമുള്ള വിഖ്യാത സർവ്വകലാശാലകളുമായി സഹകരണം ഉറപ്പ് വരുത്തേണ്ടതാണ്.

ഔഷധ ഗവേഷണം

ടൂറിസം രംഗത്തേക്കാൾ റവന്യൂ ഉണ്ടാക്കുവാൻ സാധിക്കുന്ന മേഖലയാണ് ഔഷധ ഗവേഷണം. ഈ രംഗത്ത് ആവശ്യത്തിൽ ഏറെ അഭ്യസ്തവിദ്യരും വിദഗ്ധരും ഉള്ള കേരളത്തിൽ ഇതിന്റെ സാദ്ധ്യതകൾ പ്രയോജനപ്പെടുത്തുക തന്നെ വേണം.

പ്രയോജനങ്ങൾ

1. ആധുനിക സാങ്കേതിക വിദ്യകളുടെ ഉപയോഗത്തിലൂടെ അത്യാധുനിക ഗവേഷണ രീതികളുടെ ലഭ്യമാക്കൽ.
2. പുതിയ തൊഴിൽ മേഖലകളുടെ സൃഷ്ടിയും പ്രയോജനപ്പെടുത്തലും.
3. പേറ്റന്റുകളിലൂടെ സംസ്ഥാനത്തിന് റവന്യൂ വരുമാന സാധ്യത.

വെല്ലുവിളികൾ

1. മുതൽമുടക്ക്
2. ഉത്പന്ന വികസന അധിഷ്ഠിതമായ ഗവേഷണം
3. ആധുനിക ലബോറട്ടറി സൗകര്യങ്ങൾ

പ്രൊഫസ്സർ ഓഫ് ഫാർമസ്യൂട്ടിക്സ്. കോളേജ് ഓഫ് ഫാർമസ്യൂട്ടിക്കൽ സയൻസസ്, ഗവ. ടി.ഡി. മെഡിക്കൽ കോളേജ്, ആലപ്പുഴ. 9447343257

ഗവേർണിംഗ് കൗൺസിൽ അംഗം, ആരോഗ്യ സർവ്വകലാശാല ചെയർമാൻ, ബോർഡ് ഓഫ് സ്റ്റഡീസ് യു.ജി. ഫാർമസി, ആരോഗ്യ സർവ്വകലാശാല എക്സ്റ്റെർണൽ എക്സ്പെർട് ഫാർമസി, റീജിയണൽ കാൻസർ സെന്റർ മുൻ പർച്ചെസ് മാനേജർ, കേരള മെഡിക്കൽ സർവീസസ് കോർപറേഷൻ ലിമിറ്റഡ്.

20

Changes and challenges of Medical Education in India

Dr. Jayaprakash R.

Abstract

Medical education in India is in the process of undergoing paradigm shift in its concept, training and practice. Graduate medical education regulation (GMER) has been revised in 2019 and 2023 by the NMC. As per new GMER Indian Medical Graduate (IMG) have to play 7 roles in the medical field. The proposed seven roles of IMG are clinician, communicator, leader, lifelong learner, achieve professional development, critical thinker and researcher. The NMC proposed new competency based medical education (CBME) to meet this objective. CBME has been implemented from 2019 onwards in all medical colleges of India. The paradigm shift in CBME is from content to competency, knowledge acquisition to knowledge application, summative to formative and summative assessment, single subjective to multiple objective assessment and norm referenced to criterion referenced assessment. In CBME, the role of the student has changed from passive to active learner.

The new structure of CBME is Phase I, phase II and phase III part 1 and 2. Phase I, II and phase III part 1 consists of 12 months and phase III part 2 is 18 months. The new teaching/learning elements are foundation course, early clinical exposure, electives, AETCOM and learner doctor method of clinical teaching.

It is a challenge to implement the new CBME. The entire Medical College faculty has to be trained in the new curriculum program CISP (Curriculam implementation support program) and CBME. The new Basic course in medical education (BCME) aims to impart training for the entire medical college faculty in this manner. Also BCME has been made mandatory for promotion of all medical college faculties in India from 2022 onwards. The teacher and learner have to be made equally active participants in the CBME.

Professor of Paediatrics, GMCT

21

Perception of first year medical graduate students on "Family Adoption Program" in the curriculum. A qualitative Study

Dr. Jayasree A.K, Dr. Mary Linu, Dr. Smrithi P. & Dr. Sneha Ganga P.V.

Background

National Medical Commission introduced Competency based medical education from 2019. Students are encouraged to learn medical problems and care in the natural setting to develop competency addressing the health problems in the Indian context. As part of this, family adoption program is introduced from 2021. Each student is allotted five families from the community.

Students get familiar to the society from the beginning of their course, develop empathy towards people, understand problems in the setting and support throughout their course of study. It is time to assess the perception of students regarding this.

Objective

To understand the perception of first year medical graduate students on “Family Adoption Program” in the curriculum

Methodology: Qualitative approach. Interview guide was used to gather data, covering seven domains. Online format was distributed to the students. Content analysis was done. Codes and categories were developed under each domain.

Findings

Students’s concept about the program was in line with the expectation of CBME. Early interaction with community, support to community based on their needs, improving quality of health care were emphasised. These aspects were repeatedly narrated in other domains like advantages of the program, convincing families, change in students’ understanding, feeling and community acceptance and suggestions to improve. They have identified the gap between society and medical system from their field experience. They could identify problems and needs of community in their setting. They felt empathy and ownership towards their families. Majority of families accepted the program where as a few were very positive and another few did not accept. Students suggested ways to improve like more visits and giving awareness to community.

Conclusion

Medical students have reflections and appropriate perception about family adoption program.

22

ഫാർമസി വിദ്യാഭ്യാസവും നവകേരളത്തിന്റെ സാദ്ധ്യതകളും: ഒരു വിശകലനം

ഡോ. മനോജ് കെ.

ആമുഖം

ഉന്നത വിദ്യാഭ്യാസത്തിന്റെയും മനുഷ്യ വിഭവ ശേഷിയുടെയും കാര്യത്തിൽ ലോകത്തിന് മാതൃകയായ കേരളം, ആരോഗ്യപരിപാലന രംഗത്തും മഹത്തായ നേട്ടങ്ങൾ കൈവരിച്ചിട്ടുണ്ട്. ഫാർമസി മേഖലയിലെ നവീകരണങ്ങൾ കേരളത്തിൽ ധാരാളം സാദ്ധ്യതകൾ സൃഷ്ടിക്കുന്നു. ലോകത്തിന്റെ കാഴ്ച പ്പാടിനും നൂതന വികസനങ്ങൾക്കും അനുസൃതമായി ഫാർമസി വിദ്യാഭാസ മേഖലയിലും, പാഠ്യപദ്ധതിയി ലും പുതു തലമുറയെ വാർത്തെടുക്കാൻ ദീർഘവീക്ഷ ണത്തിൽ പുതിയ പരിഷ്കരണങ്ങൾ നടപ്പിലാക്കേണ്ടി യിരിക്കുന്നു. ഈ മേഖലയിൽ കേരളം കടന്നുവരുന്ന നവീകരണവും അതിന്റെ സാദ്ധ്യതകളും എങ്ങനെ കേരളത്തിന്റെ സമഗ്രമായ ആരോഗ്യപരിപാലനത്തിൽ സംഭാവന നൽകും എന്നതാണ് ഈ വിശകലനത്തിൽ പ്രതിപാദിക്കുന്നത്.

ഫാർമസി മേഖലയിലെ സാധ്യതകൾ

മരുന്നുകളില്ലാതെ ലോകത്തെ സങ്കൽപ്പിക്കാൻ പോലും കഴിയാത്ത കാലഘട്ടത്തിലാണ് നാം ജീവി ക്കുന്നത്. മരുന്നുകളുടെ ഗവേഷണം, നിർമ്മാണം, വിതരണം മുതലായ എല്ലാ ഘട്ടങ്ങളിലും ഫാർമസി സ്റ്റുകൾ അഭിവാജ്യ ഘടകങ്ങളായി മാറിയിരിക്കുന്നു. ഫാർമക്കോവിജിലൻസ്, റെഗുലേറ്ററി അഫെയർസ്, പേഷ്യന്റ് കൗൺസിലിങ്, മെഡിക്കൽ ഡിവൈസസ്, കോസ്മെറ്റിക്സ് തുടങ്ങിയ നിരവധി മേഖലയിലേക്ക് ഫാർമസി വിദ്യാഭ്യാസം വ്യാപിച്ചുകഴിഞ്ഞു.

റെഗുലേറ്ററി അഫെയർസ്: വിവിധ രാജ്യങ്ങളിലെ നിയമങ്ങൾ അനുസരിച്ച് മരുന്നുകളുടെ നിർമ്മാണം, കയറ്റുമതി എന്നിവ കൈകാര്യം ചെയ്യുകയും ചെയ്യുന്ന വിഭാഗം. കേരളം മരുന്ന് വ്യവസായ ഹബ് ആവുന്ന തിനോടൊപ്പം റെഗുലേറ്ററി വിഷയങ്ങൾ കൈകാര്യം ചെയ്യാൻ പ്രാപ്തമാവേണ്ടതുണ്ട്.

പേഷ്യന്റ് കൗൺസിലിങ്: രോഗികൾക്ക് മരുന്നുമായി ബന്ധപ്പെട്ട സംശയങ്ങൾ പരിഹരിച്ച് അവരെ ബോധ വാന്മാരാക്കുന്നതിൽ ഫാർമസിസ്റ്റുകളുടെ പങ്ക് അനി വാര്യമാണ്. എല്ലാ സ്ഥാപനങ്ങളിലും കൗൺസിലിംഗ് കേന്ദ്രങ്ങൾ ആരംഭിക്കാൻ വേണ്ട നടപടികൾ സ്വീക രിക്കുക

മെഡിക്കൽ ഡിവൈസസ്: ഫാർമസിസ്റ്റുകളുടെ സേവനം മെഡിക്കൽ ഉപകരണങ്ങളുടെ നിർമ്മാണം, വിതരണം എന്നിവയിൽ ആവശ്യമായി വന്നിരിക്കുന്നു.

ഫാർമക്കോവിജിലൻസ്: മരുന്നുകളുടെ പാർശ്വഫല ങ്ങൾ കണ്ടെത്തി റിപ്പോർട്ട് ചെയ്യുക, ഗവേഷണങ്ങൾ നടത്തുക എന്നിവയിൽ ഫാർമസിസ്റ്റുകളുടെ പങ്ക് പ്ര ധാനമാണ്.

കോസ്മെറ്റിക്സ്: സൗന്ദര്യവർദ്ധക വസ്തുക്കളുടെ ഗവേഷണം, നിർമ്മാണം എന്നിവയിലും ഫാർമസിസ്റ്റുകളുടെ പങ്ക് വർധിച്ചിരിക്കുകയാണ്.

ഗുണനിലവാര പരിശോധന കേന്ദ്രങ്ങൾ: മരുന്നുകളുടെ ഗുണനിലവാരം ഉറപ്പാക്കുന്നത് വഴി കേരളം മരുന്ന് നിർമ്മാണത്തിന്റെയും വില്പനയുടെയും ഹബ് ആക്കി മാറ്റാം

ആരോഗ്യ സർവകലാശാല

കേരള സർക്കാരിന്റെ ദീർഘവീക്ഷണത്തിന്റെ ഫലമായി എല്ലാം മെഡിക്കൽ കോഴ്സുകളും ആരോഗ്യ സർവ്വകലാശാലയ്ക്ക് കീഴിൽ കൊണ്ടുവരികയാണ് ചെയ്തത്. ഇത് ഫാർമസി വിദ്യാഭ്യാസ മേഖലയുടെ കുതിപ്പിന് കാരണമാവുകയും ചെയ്തു. ആരോഗ്യ സർവകലാശാലയ്ക്ക് കീഴിൽ പ്രവർത്തിക്കുന്ന ഫാർമസി കോളേജുകളുടെ ഗുണനിലവാരം ഉറപ്പുവരുത്തേണ്ടത് അത്യാവശ്യമാണ്. കൂടാതെ, ജോലി സാദ്ധ്യതകൾ കൂടുതലുള്ള വിവിധ പഠനവിഭാഗങ്ങൾ ആരംഭിക്കുക വഴി വിദ്യാർത്ഥികൾക്ക് കൂടുതൽ സാധ്യതകൾ ഒരുക്കണം.

സ്റ്റാർട്ടപ്പ് പരിശീലനം

പഠനം പൂർത്തിയാക്കി പുറത്തിറങ്ങുന്ന വിദ്യാർത്ഥികൾക്ക് സ്റ്റാർട്ടപ്പുകൾ തുടങ്ങുന്നതിന് വേണ്ട ബോധവൽക്കരണം, പരിശീലനം എന്നിവ നൽകാൻ നാം ശ്രദ്ധിക്കണം. പഠനാനന്തരത്തിൽ മികച്ച നിലവാരത്തിലുള്ള ഫാർമസി കമ്പനികൾ കേരളത്തിൽ സജ്ജമാക്കുന്നത് വഴി, പ്രൊഫഷണലുകൾക്ക് ഉയർന്ന നിലവാരത്തിലുള്ള തൊഴിൽ സാധ്യതകൾ നൽകാവുന്നതാണ്.

ഫാർമസി വിദ്യാഭ്യാസ മേഖല
വിദ്യഭ്യാസമേഖലയിൽ മാറ്റങ്ങളുടെ ആവശ്യം

കോവിഡാനന്തര കാലഘട്ടത്തിൽ, മരുന്നുകളുടെ ആവശ്യകതയിൽ വൻ വർധനയുണ്ടായി. ഈ സാഹചര്യത്തിൽ, ഫാർമസി വിദ്യഭ്യാസം കൂടുതൽ പ്രാധാന്യമാർന്നതായി മാറി. ലോകത്തെ മാറ്റങ്ങളിൽ നിന്നും നാം പഠിച്ച പാഠങ്ങൾ ഫാർമസി വിദ്യഭ്യാസത്തിൽ പ്രതിഫലിപ്പിക്കേണ്ടതുണ്ട്.

സർക്കാർ ഫാർമസി കോളേജുകളിൽ ആവശ്യമായ മാറ്റങ്ങൾ

സർക്കാർ ഫാർമസി കോളേജുകളുടെ നിലവാരം മെച്ചപ്പെടുത്തുന്നത് അത്യാവശ്യമാണ്.

അക്കാദമിക് അഡ്മിനിസ്ട്രേറ്റീവ് സ്വാതന്ത്ര്യം: ആഗോളതലത്തിൽ വലിയ മാറ്റങ്ങൾ സംഭവിച്ചു സംഭവിച്ചു കൊണ്ടിരിക്കുന്ന ഫാർമസി വിദ്യാഭ്യാസ മേഖല ഇന്നും സ്വന്ത്രമായ ഒരു കോളേജ് അല്ലാത്തതിനാൽ വളർച്ച മുരടിച്ച അവസ്ഥയാണ്. ഇതിൽ കാതലായ മാറ്റം അനിവാര്യമാണ്. മെഡിക്കൽ കോളേജുകളിൽ ഒരു വകുപ്പ് മാത്രം ആയി ചുരുങ്ങുമ്പോൾ ആവശ്യത്തിന് ഫണ്ടും അധ്യാപകരും ഇല്ലാതെ കിതയ്ക്കുന്ന അവസ്ഥയിലാണ് ഫാർമസി കോളേജുകൾക്ക് അക്കാദമിക് അഡ്മിനിസ്ട്രേറ്റീവ് സ്വാതന്ത്ര്യം നൽകുക. അതിലൂടെ അവ സ്വതന്ത്രമായി പ്രവർത്തിക്കുകയും, പരിഷ്കാരങ്ങൾ ആവിഷ്കരിക്കുകയും ചെയ്യാനാകും.

എല്ലാ സർക്കാർ മെഡിക്കൽ കോളേജുകളിലും ഫാർമസി കോഴ്സുകൾ:

ഫാർമസി കോഴ്സുകൾക്ക് മികച്ച ജോലി സാധ്യതയുള്ളതിനാൽ, സർക്കാർ മെഡിക്കൽ കോളേജുകളിൽ എല്ലാം ഫാർമസി കോഴ്സുകൾ ആരംഭിക്കുക ഉചിതമാണ്. തൃശൂർ, മഞ്ചേരി, എറണാകുളം മെഡിക്കൽ കോളേജുകളിൽ ഫാർമസി കോഴ്സുകൾ തുടങ്ങുക.

തൃശൂർ മെഡിക്കൽ കോളേജിലെ സാധ്യത

ആരോഗ്യ സർവകലാശാല പ്രവർത്തിക്കുന്ന ക്യാമ്പസ് ആയ തൃശൂർ മെഡിക്കൽ കോളേജിൽ ഫാർമസി കോഴ്സ് ഒഴികെയുള്ള മറ്റെല്ലാ മെഡിക്കൽ കോഴ്സുകളും പ്രവർത്തിക്കുന്നുണ്ട്. സർവ്വകലാശാലയുടെ പ്രവർത്തനത്തിനും മെഡിക്കൽ കോഴ്സുകളുടെ ഏകോപനത്തിനും ഫാർമസി വിദ്യാഭ്യാസമേഖലയുടെ ആദ്യഘട്ട വികസനം എന്ന രീതിയിൽ തൃശൂർ മെഡിക്കൽ കോളജിൽ സർക്കാർ ഫാർമസി കോളേജ് തുടങ്ങേണ്ടതാണ്. അദ്ധ്യാപന സ്ഥാപനങ്ങൾക്കായി, ആരോഗ്യ സർവകലാശാലയുടെ കേന്ദ്രമായി പ്രവർത്തിക്കുന്ന തൃശൂർ മെഡിക്കൽ കോളേജിൽ ഫാർമസി കോഴ്സുകൾ ഉൾപ്പെടുത്തുന്നതിലൂടെ, കേരളത്തിലെ ഫാർമസി വിദ്യാഭ്യാസം കൂടുതൽ വികസിപ്പിക്കാനും പുതിയ തലങ്ങളിലേക്ക് ഉയർത്താനും കഴിയും.

എല്ലാ സർക്കാർ മെഡിക്കൽ കോളേജുകളിലും പിജി കോഴ്സുകൾ

സർക്കാർ മേഖലയിൽ അഞ്ച് ഫാർമസി കോളേജുകൾ പ്രവർത്തിക്കുന്നുണ്ട്. ഇതിൽ തിരുവനന്തപുരം, കോഴിക്കോട്, കണ്ണൂർ മെഡിക്കൽ കോളേജുകളിലെ ഫാർമസി വിഭാഗങ്ങളിൽ മാത്രമാണ് പോസ്റ്റ് ഗ്രാജുവേറ്റ് കോഴ്സായ എം ഫാം ഉള്ളത്. ഫാർമസി കോഴ്സിന് നിലവിൽ മികച്ച ജോലി സാധ്യതകളാണ് ഉള്ളത്, ഗവേഷണ സാദ്ധ്യതകൾ പരമാവധി പ്രയോജനപ്പെടുത്താൻ വേണ്ടി എല്ലാ മെഡിക്കൽ കോളേജിലെയും ഫാർമസി വിഭാഗത്തിൽ ഫാർമസി പിജി കോഴ്സ് ആരംഭിക്കുക. കോളേജുകളിൽ പിജി വിഭാഗം ആരംഭിക്കുമ്പോൾ അവിടെയുള്ള ബിരുദവിദ്യാർത്ഥികൾക്കടക്കം ഇതിന്റെ പ്രയോജനം ലഭിക്കുന്നു.

ഉപസംഹാരം

ഫാർമസി വിദ്യാഭ്യാസം നവകേരളത്തിന്റെ സ്വപ്ന സാക്ഷാത്കാരത്തിനുള്ള ഒരു പ്രധാന പാതയാണ്. ഫാർമസിസ്റ്റുകളുടെ വൈദഗ്ധ്യം ആരോഗ്യപരിപാലനത്തിലെ അനിവാര്യ ഘടകമായി മാറുന്നതിനാൽ, ഫാർമസി വിദ്യാഭ്യാസത്തിലെ ആവശ്യമായ മാറ്റങ്ങൾ കൊണ്ടുവരുന്നത് അവശ്യമാണ്. നൂതന പഠനവിഭാഗങ്ങൾ, മരുന്നുകൾ/ ഫോർമുലേഷൻ നിർമ്മിക്കുന്ന

തിനുള്ള കമ്പനികൾ ആരംഭിക്കൽ, ഉന്നത ഗുണനിലവാരം ഉറപ്പാക്കൽ, സർക്കാർ ഫാർമസി കോളേജുകൾക്ക് അക്കാദമിക് അഡ്മിനിസ്ട്രേറ്റീവ് സ്വാതന്ത്ര്യം, സ്റ്റാർട്ടപ്പ് പരിശീലനം എന്നിവയിലൂടെ, ഫാർമസി മേഖലയുടെ സമഗ്രവികസനം ലക്ഷ്യമിടുന്നത് കേരളത്തിന് സമഗ്ര ആരോഗ്യരംഗത്തെ നൂതന നേട്ടങ്ങളിലേക്ക് കൈപിടിച്ചുനടത്തും.

സെനറ്റ് മെമ്പർ - കേരള ആരോഗ്യ സർവകലാശാല, അസിസ്റ്റന്റ് പ്രൊഫസർ ഓഫ് ഫാർമസി, ഗവ മെഡിക്കൽ കോളേജ്, കോഴിക്കോട്-673008, Phone: 9995828456, manoj4880@gmail.com

23

മെഡിക്കൽ കോളേജുകളിൽ ഫലപ്രദമായ ഗവേഷണം : പ്രശ്നങ്ങൾ, പോംവഴികൾ

ഡോ. വി.വി. ഉണ്ണിക്കൃഷ്ണൻ

സംഗ്രഹം :

കേരളത്തിലെ മെഡിക്കൽ കോളേജുകളിൽ സർക്കാരും ജനങ്ങളും വിഭാവനം ചെയ്യുന്ന തരത്തിൽ മികച്ച തരം ഗവേഷണ പ്രവർത്തനങ്ങൾ നടക്കുന്നുണ്ടോ എന്ന് ആഴത്തിൽ അന്വേഷിക്കുമ്പോൾ പ്രധാനമായും ആറു പ്രശ്നങ്ങളാണ് കാണാവുന്നത്:

1. ഗവേഷണ സംസ്കാരത്തിന്റെ അപര്യാപ്തത
2. മെഡിക്കൽ അദ്ധ്യാപകരുടെ ജോലികൾ സർക്കാർ നിർവചിച്ചിട്ടില്ലാത്തതുമൂലം ഗവേഷണത്തെ ആവശ്യമേഖലയായി കാണാത്തത്.
3. കേവലം ഉദ്യോഗക്കയറ്റത്തിനു വേണ്ടി മാത്രം നിർമ്മിക്കപ്പെടുന്ന നിലവാരം കുറഞ്ഞ പ്രബന്ധങ്ങൾ
4. ആരോഗ്യ സർവകലാശാലയുടെ ഗവേഷണ മേഖലയിലെ ഉദാസീനത.
5. അടിസ്ഥാന സൗകര്യങ്ങളുടെ അഭാവം
6. പ്രോത്സാഹനങ്ങളുടെ കുറവ്

ഇവയുടെ സമഗ്രമായ പരിഹാരത്തിനായി വ്യക്തികൾക്കും സ്ഥാപനങ്ങൾക്കും സർക്കാരിനുമടക്കം വിവിധ തലങ്ങളിൽ നടപ്പാക്കാവുന്ന ചില നിർദ്ദേശങ്ങളാണ് ഈ പ്രബന്ധം മുന്നോട്ടു വയ്ക്കുന്നത്.

ഫിസിയോളജി വിഭാഗം പ്രൊഫസർ, വൈസ് പ്രിൻസിപ്പൽ, ഗവ. മെഡിക്കൽ കോളേജ്, തൃശൂർ - 680596, ഫോൺ : 9447407042. ഇ മെയിൽ : drvuk@gmail.com

24

ആരോഗ്യ സർവ്വകലാശാല - തൊഴിലധിഷ്ഠിത അനുബന്ധ കോഴ്സുകളും ആയുർവേദത്തിന്റെ സാധ്യത വർധിപ്പിക്കുന്ന മറ്റു മുന്നേറ്റങ്ങളും

ഡോ. ജീന എൻ.ജെ.

ആരോഗ്യമേഖലയിലെ എല്ലാ കോഴ്സുകളും ഒരു കുടക്കീഴിലാക്കി, കേരളത്തിൽ ആരോഗ്യ സർവ്വകലാശാല ആരംഭിച്ചിട്ട് 13 വർഷമായി. ആയുർവേദ മേഖലയിൽ BAMS, MD (AY), MS (AY), PhD, MPhil കോഴ്സുകൾ ഇപ്പോൾ നടന്നു വരുന്നു. നിലവിൽ പല മേഖലകളിലുള്ള പോലെ തന്നെ സ്വാശ്രയ കോളേജുകൾ കേരളത്തിനകത്തും പുറത്തും വർദ്ധിച്ചു വരുന്ന സാഹചര്യത്തിലാണ് നാം ഉള്ളത്. ഇത് പഠിച്ചു പുറത്തിറങ്ങുന്നവരുടെ ജോലി സാധ്യത കുറയ്ക്കുന്നു എന്നുള്ളതിൽ സംശയമില്ല. യുവ ഡോക്ടർമാരുടെ കഴിവുകൾ വർദ്ധിപ്പിക്കുന്ന തരത്തിൽ Skill Development Programmes, സർവ്വകലാശാല തരത്തിൽ ആരംഭിക്കുന്നത് ഈ കുറവ് ഒരു പരിധി വരെ പരിഹരിക്കുന്നതിന് ഗുണം ചെയ്യും. മറ്റു സംസ്ഥാനങ്ങളിൽ നിന്ന് പഠിച്ചിറങ്ങുന്നവരെക്കാൾ, ഒരു പടി മുന്നിൽ നിൽക്കാവുന്ന തരത്തിൽ വിദ്യാർത്ഥികളെ വാർത്തെടുക്കാൻ സഹായിക്കുന്ന ചില Internship Programmes വിഭാവനം ചെയ്യേണ്ടതുണ്ട്.

ആയുർവേദ അനുബന്ധ കോഴ്സുകളായ നഴ്സിങ്, ഫാർമസി, മാസ്സിയർ കോഴ്സുകൾ നിലവിൽ സർവ്വകലാശാലയുടെ കീഴിൽ തുടങ്ങുന്നത് ഏറെ ഗുണകരമായിരിക്കും. നിലവിൽ DAME യുടെ കീഴിൽ ആവശ്യാനുസരണം മാത്രം നടത്തുന്ന Certificate കോഴ്സുകൾ ആണ് ഇവ. സ്വദേശത്തും വിദേശത്തും അനവധി ജോലിസാധ്യതകൾ ഉള്ള പഞ്ചകർമ്മ തെറാപ്പിസ്റ്റ് കോഴ്സുകൾ പോലുള്ളവ ആരംഭിക്കുന്നത് കേരളത്തിലെ വിദ്യാർത്ഥികൾക്ക് ഏറെ ഗുണകരമായിരിക്കും.

പ്രൊഫസ്സർ, വി.പി.എസ്.വി ആയുർവേദ കോളേജ്, കോട്ടക്കൽ.

25

Master of Public Health training in Kerala: Current situation and way forward

Rajamohanan K and Swapna G.

Professional Public health education has two streams i.e. M D Community Medicine and Master of public health (MPH). The diploma in public health (DPH) has been phased out now. Master of Public health course had a purposeful origin and is showing prudent survival.

Early developments and institutions offering the course:

There are distinctive justifications for the MPH program. Though there are overlaps, the course objectives are different from that of MD Community medicine. The course is being conducted to target placements like program managers, epidemiological data analysts and leaders at community-oriented health programs. The content of epidemiology and biostatistics as well as the hands-on experience on programs at community are evident for that.

Institutions conducting course: AMC HSS, Central university Kasargodu, and Global Institute of Public Health Ananthapuri, and AIMS, Cochi are the institutions running the MPH Course.

The takers of the course: This is a postgraduate course which is targeted to those all committed to public health career. This can be also considered as a stepping stone for PhD aspirants in public health.

Comparative account of the course content and conduct of the course.

A model curriculum recommended by GOI is available in the open domain. Across the globe different models of MPH training are available. Few centres conduct it as fully online also. The difference in curricular content is mostly in the areas of support disciplines like clinical medicine, Health informatics, health administration, Health economics and health social sciences. The core public health content including Epidemiology and Biostatics is almost same in most of the institutions. The means of skill transfer vary across different institutions.

In Kerala the centres are following different models especially course and syllabus of eminent institutions. This paper critically looks in to the difference in curse content and curriculum and also field postings between the MPH Course conducted by AIMS, Central university, KUHS and AMCHSS, SCTIMST. A review of central(GOI) guidelines and need for local context adaptations also is presented.

Debating issues and Future challenges:

Course content and curriculum: How overlap is possible and do w need strict standardization or adherence to a uniform prescribed syllabus is a debating point. Public health education across the world is now being provided as increasingly demand oriented or ground contextualized satisfying the diverse needs for the particular country. So flexibility in course content is naturally expected.

The MPH is more practical oriented and less pedantic compared to MD and hence flexibilities without compromising on the core competencies of public health training are important. How far skill transfer can be achieved through practical, field training and hands on is the issue. The debate is on the duration of clinical postings.

Eligibility criteria for MPH course are currently a contentious matter. Whether internship is needed and if needed the structure is another debated issue.

Conclusions

The MPH course at the centres mentioned are utilizing freedom of catering to the diverse needs they have identified to be included in the curriculum and modifications in the pedagogy and field training programs.

On the whole, for program is found to be having high academic standards imparted by reasonably competent faculty and committed administration. However, unification of the course conduct and curriculum is needed.

Suggestions

1. Sharing of all possible learning resources across the different institutions is desirable.
2. Common faculty programs like combined review meetings, participation in journal club, seminar, assignment presentations etc.
3. Semester and credit-based system is found need to be completely implemented for all the institutions.
4. The weak elements like involvement of district program managers in teaching programs need to be more strengthened. Partnership with LSG and district administration is suggested.
5. The learning modules showed difference even in the core elements of public health. However, there are insufficient coverage of many vital areas
   - Public health legislations
   - Health care safety issues including Bio-medical waste management
   - Principles of health management, planning and administration
6. The involvement in research and outreach is appreciable. There is more scope for collaborations and responsibility sharing.

26

Responding to the Silver Tsunami: Assessing and Addressing Morbidity and Falls among Ageing Persons in Kerala

Dr. Rekha M. Ravindran[1] & Dr. Aravind Chandru B.[2]

Background: The State Health Systems Resource Centre - Kerala is conducting several studies on falls in the elderly and the National Programme for Health Care of Elderly, alongside initiatives like agefriendly panchayats by other stakeholders. A survey of health issues of the elderly in Thiruvananthapuram, Kerala was conducted to support these studies.

Methods: A cross-sectional survey was conducted using interview schedules to gather socio-demographic information, comorbidities, and fall-related aspects among the community living elderly population. We interviewed 127 participants attending local neighborhood group initiatives in two panchayats in Thiruvananthapuram district and computed proportions and 95% confidence intervals (CI).

Results: More women (84, 66.1%) than men responded. Majority were aged 60-69 years (81, 63.8%) and 49 (36.6%) were fully dependent financially. Most (110, 86.6%, 95% CI 79.6%-91.5%) have at least one chronic health condition, with hypertension (71, 55.9%, 95% CI 47.2%-64.4%) being the commonest. Fifty-eight (45.7%, 95% CI 36.9%-54.7%) participants had at least one fall in the last two years; 43 participants (33.9%, 95% CI 26.2%-42.5%) almost never exercised and 46 (36.2%, 95% CI 28.4%-44.9%) hardly ever consumed animal protein.

Conclusions: Multiple morbidities and falls are very common, but a lot of elderly persons do not have protective exercise or dietary behaviors. Continued research, and policy development along with community participation is needed to improve the health and standard of living of aging people.

1 Department of Health and Family Welfare, and Health Action by People Thiruvananthapuram.

2 Research, Officer, State Health Systems Resource Centre – Kerala

27

Attitudinal Change – Fighting Ageism, Ensuring Respect, Acceptance and Inclusion

Dr. Sherin Susan Paul N.

Sciences and Research Centre,
Thiruvalla, Kerala

With the demographic transition that the State of Kerala is witnessing, one of the issues that is gaining momentum among policy makers is the concept called Ageism. What is ageism? According to World Health Organisation Ageism is "the stereotypes (how we think), prejudice (how we feel) and discrimination (how we act) towards others and oneself based on age." It can affect any age group, but is predominantly biased towards older population. Right from our

childhood we are being culturally ingrained with how we should act, re-act, behave and execute in a way that is appropriate to each age. This plays a very important role in how we perceive ourselves, often leading to even self-directed ageism.

When we look at already marginalised groups in a society, such as the extremes of ages, it will become evident that ageism further creates a dent that will prove detrimental to their dignified existence in the society. This was more glaring during COVID_19 pandemic where, ironically, the trauma and discrimination suffered by older people stemmed from the very effort that was made with the intention to protect them. It often creates a barrier that secludes people in the society thereby creating social isolation and loneliness. Many a times they are forced to leave their job, or stay discriminated in their workplace or are unable to find a decent source of income causing greater financial insecurity. Besides, negative stereotypes severely affect physical and cognitive health, that it significantly declines recovery from major illnesses and longevity of an older person. There are many reports that suggest that these challenges have cost society billions through their health and welfare measures which these societies are obliged to introduce as remedial measures. These societal costs are mainly deduced from the data from high income countries and we are yet to recognise the figures from low-middle income countries such as India. It is also worth mentioning that ageism often find intersection with other forms of neglect based on race, gender, disability etc. making them more vulnerable to its effects.

We as a society should recognise the diversity the exists within the umbrella term 'older adult', and celebrate their contributions as leaders, volunteers, caregivers and nation builders. A three-pronged strategy is currently being propagated as a method to combat ageism which include:

1. Policy and law: Strengthening existing rules and regulations will address inequality and human rights issues and can be modified to address age discrimination. Besides, multilevel monitoring bodies and enforcement mechanisms are required to ensure effective implementation
2. Educational Interventions: These activities should include those that develop empathy, reduce age misconceptions and prejudices and should be incorporated at the primary level itself.
3. Intergenerational contact interventions: This should focus on developing those activities that will increase greater dialogue and interactions between age groups which will prove to be mutually beneficial.

Ageism is an issue that has far reaching consequences and building a conversation around it is the first step towards changing the narrative about age and ageing.

Professor, Community Medicine, Pushpagiri Institute of Medical

28

Exploring the Dynamics of Elder Abuse and its Health Consequences among Older Adults in India: a literature review

Vishnu B. Menon

Elder abuse is a complex and multifaceted social issue with serious implications for the health and well-being of older adults. This literature review synthesizes findings from a range of studies conducted in India to comprehensively examine the prevalence, risk factors, and health outcomes associated with elder abuse in community-dwelling older adults.

The review incorporates research from multiple cross-sectional and longitudinal studies, employing diverse methodologies to capture the nuances of elder abuse. The studies underscore

the pervasive nature of elder abuse in India, shedding light on its various forms, including physical, psychological, and financial abuse, as well as neglect and abandonment. The prevalence of elder abuse reported across studies varies, with rates influenced by geographical settings, socio-economic factors, and cultural norms.

Several factors emerge as significant predictors of elder abuse. The studies consistently highlight the role of socio-demographic variables such as age, gender, marital status, and socio-economic status in influencing the risk of abuse. Furthermore, the association between elder abuse and various health-related factors is extensively examined. Multimorbidity, functional limitations, and disability are identified as predisposing factors for elder abuse, highlighting the interplay between health status and vulnerability to mistreatment.

Importantly, the review explores the link between elder abuse and adverse health outcomes. Psychological distress, psychiatric morbidity, and overall mental health are consistently found to be compromised in older adults who have experienced abuse. The association between elder abuse and negative mental health outcomes suggests the need for targeted interventions to mitigate the long-term effects of mistreatment.

The studies also illuminate the role of community and neighborhood factors in elder abuse prevention. Protective effects of community cohesion, social support, and community awareness initiatives are identified as crucial components in preventing elder abuse.

In conclusion, this literature review provides a comprehensive synthesis of research on elder abuse in India, highlighting its prevalence, risk factors, and health consequences among community-dwelling older adults. The findings underscore the importance of a multi-faceted approach to addressing elder abuse, including raising awareness, enhancing community support, and developing tailored interventions to safeguard the well-being of this vulnerable population.

29

Health Issues of the Elderly

Dr. Anu Elizabeth Augustine

Elderly represent 8% of Indian population. Their healthcare demands atmost interest and has to be dealt with great importance. There are a lot of health issues which are unique to the elderly population

1) physical issues..
   Visual impairment (88%)
   Hearing impairment
   Abnormal or loss of sensations
   Locomotor problems
   Cognitive issues
   Chronic diseases like IHD, cancer, diabetes
   Accidents
2) psychological issues
   Loneliness
   Social maladjustments
   Depression
   Suicides

National programme for health care of elderly aims to tackle the health care needs of the elderly. We have special clinics for elderly care from family health centrelevel.

Majority of beneficiaries of the NCD control programme are above the age group of 60 years. Through this programme we screen, follow up those with diabetes, hypertension, cancer and other chronic diseases.Drugs are given free of cost for them including insulin.

This has greatly reduced the out of pocket expenditure of the elderly, most of whom are dependents.Vayomithram clinics in urban areas cater to the health of the urban elderly.

The issue some of them face is that they find it difficult to reach the health institution.Poor eyesight, muscular instability, lack of people to take care of them aggrevates the situation.Some have to hire private vehicles which contribute to indirect cost in health expenditure.

This situation can lead to nonadherence to medication finally leading to complications.

Community support of the elderly is the need of the hour.For the disadvantaged elderly, provisions for delivery of drugs at doorstep need to be considered via community volunteers / ASHA.Monthly meetings of the peer group may reduce the psychological issues of depression and boredom.

Many of the elderly are enrolled in the palliative programme too.Drug dispensation during visit may be done by the inclusion of pharmacist in the palliative team.

Care for the elderly is the need of the hour. Rather than a moral responsibility, it is a duty of the younger generation to support their elders.

Assistant Surgeon, FHC Brahmamangalam, Kottayam

30

Health Issues Faced by Older Population

The past years have seen the world's population on its transition path from a state of high birth and death rates to that of low birth and death rates due to unprecedented increase in human longevity. The natural outcome of this phenomenon is the growth in the number of older persons. The population over the age of 60 years has tripled in last 50 years in India. This trend is predicted to continue into the coming centuries with the prevailing demographic characters.

India is going to be the home to the second largest number of older persons in the world. Studies suggest that the number of 60+ in India will increase to 198 million in 2030. (United Nations Population Fund and HelpAge India)

The special features of the elderly population in India are :

(a) majority (80%) of them are in the rural areas,

(b) majority of the elderly population constituting women,

(c) increase in the number of the older-old (persons above 80 years); and

(d) large percentage (30%) of the elderly below poverty line.

For older adults, good health ensures independence, security, and productivity as they age. But, millions are facing challenges such as chronic diseases, falls, physical inactivity, oral health concerns etc., all of which can severely impact quality of life. Older adults are crucially affected by chronic conditions, like diabetes, arthritis, and heart disease. Nearly 95% percent have at least one chronic condition. Fall also contributes to the death rate of older adults, through its fatal and non fatal injuries. Fear of falls lead to physical inactivity, which may lead to depression and social isolation. This, in turn leads to reduced quality of life. Some portion of them residing by the poverty line are faced by malnutrition, with nobody to look after. Alcoholism is one of the major causes in this regard.

Another major social problem is the loneliness factor that is being faced by aging population. More than 95% of the currently aged populations

were reared through a joint family system. Along with the conveniences of nuclear family system and emigration, which were products of social and demographic changes world over, there came the problem of lonely fathers and mothers. These aged population who are yet to fit in to the formulas of nuclear family system, and who are hesitant to adjustments in life, are a matter of concern. Changes in world order have given their children wings, and they flew to foreign lands to find their food, leaving their parents behind, alone at their homes. They need care in their lonely life. Social interventions through many government programmes and NGOs try to address their problems, but fail somewhere between the source and target.

Despite availability of many effective measures, older people are becoming a suffering lot due to social and cultural conditions. Many of them are not receiving the care they need. This issue is something to be addressed more seriously.

31

Healthy Ageing

Jeeva J.R.[1] & Jagajeevan N.[2]

1. Introduction:

The project aims to promote healthy ageing and improve the well-being of older adults in our community. With an increasing global population of older individuals, it is essential to address the unique challenges they face and ensure they can lead fulfilling and healthy lives. This project will focus on implementing interventions and initiatives that support physical, mental, and social well-being, enabling older adults to age gracefully and maintain their independence.

2. Objectives:

- Enhance physical health: Implement programs that promote regular physical activity, healthy eating, and access to healthcare services specifically tailored to older adults. This objective aims to prevent and manage chronic conditions, improve mobility, and enhance overall physical well-being.

- Foster mental well-being: Develop initiatives that address cognitive health, provide mental health support, and promote active engagement in stimulating activities. This objective aims to reduce the risk of cognitive decline, combat loneliness and depression, and enhance the overall quality of life for older adults.

- Encourage social participation: Establish programs that encourage older adults to engage in social activities, foster intergenerational connections, and create a sense of belonging. This objective aims to combat social isolation, strengthen social networks, and promote overall mental and emotional well-being.

- Support age-friendly environments: Collaborate with local authorities and organizations to create age-friendly communities, ensuring accessible infrastructure, transportation, and services. This objective aims to create environments that promote independent living, safety, and inclusion for older adults.

- Raise awareness and advocate for healthy ageing: Conduct educational campaigns, workshops, and seminars to raise awareness about healthy ageing and advocate for policies that support older adults' needs. This objective aims to challenge ageism, promote positive attitudes towards ageing, and drive societal change.

3. Target Beneficiaries:

The project will primarily target older adults aged 60 and above living in our community. Additionally, it will involve their families, caregivers, healthcare providers, local authorities, and community organizations working in the field of gerontology.

4. Implementation Strategies:

- Needs assessment: Conduct surveys and interviews to identify the specific needs, challenges, and preferences of older adults in our community.

- Program development: Design evidence-based programs and interventions that address the identified needs, ensuring they are tailored to the physical, mental, and social capabilities of older adults.

- Collaborative partnerships: Form partnerships with local healthcare providers, community organizations, and local authorities to leverage their expertise, resources, and support for program implementation.

- Training and capacity building: Provide training and capacity-building workshops for healthcare professionals, caregivers, and community volunteers to enhance their knowledge and skills in supporting healthy ageing.

- Evaluation and monitoring: Regularly assess the effectiveness of implemented programs, gather feedback from participants, and make necessary adjustments to improve outcomes and ensure long-term sustainability.

5. Expected Outcomes:

- Improved physical health and reduced prevalence of chronic conditions among older adults.

- Enhanced cognitive function and mental well-being, leading to a lower risk of cognitive decline.

- Increased social participation, reduced social isolation, and improved overall social connections.

- Creation of age-friendly environments that promote independent living and inclusion.

- Increased awareness and understanding of healthy ageing within the community, leading to reduced ageism and improved attitudes towards ageing.

6. Conclusion:

The project on healthy ageing aims to empower older adults to age in a healthy and dignified manner. By addressing their unique physical, mental, and social needs, we strive to create a community that values and supports older adults, promoting their overall well-being and active participation in society.

1 Health Action by People, Trivandrum, Kerala

2 Grameena Padana Kendram, Karakulam, Trivandrum.

32

Skill and Knowledge Bank for Senior Citizens: A Path to Societal Development

Divya S.[1] & Jagajeevan N.[2]

Rationale:

Kerala, renowned for its literacy and education achievements, acknowledges the significance of harnessing the expertise of senior citizens for societal enhancement. With extensive experience gained over decades of work, retiring individuals possess practical knowledge that remains untapped. Establishing a Skill and Knowledge Bank presents an opportunity to utilize this vast resource for the betterment of both society and retirees. While programs like the Labor Management Information System exist, there's a dearth of platforms dedicated to employing the skills of the elderly. A well-planned, participatory, and inclusive approach can bridge this gap.

Objectives:

The Skill and Knowledge Bank initiative targets individuals aged 56 and above, focusing on economic and health aspects. It strives to

demonstrate the practical value of channeling retirees' skills for societal development, local progress, and service-oriented contributions. The overarching goal is to create a system that facilitates the re-employment of senior citizens in public and private sectors, without hindering youth employment, ultimately fostering intergenerational skill development.

Methods:

Beneficiaries are categorized into three groups:

- those seeking financial stability post-retirement,
- those experiencing isolation and willing to contribute in exchange for certain facilities,
- those eager to utilize their expertise for societal betterment.

For the first group, re-employment opportunities matching skills are explored. The second group offers their services in exchange for specific amenities. The third group contributes to community development based on competence and respect. The program aims to align job offerings with the psychological needs of participants, especially the physically challenged, thereby creating a holistic approach to reintegration.

Expected Outcome:

By aligning the Skill and Knowledge Bank with local self-government bodies and societal engagement, a seamless interaction between retirees, institutions, and society is ensured. A Managing Committee supervises this initiative, fostering collaboration between local government, society, and the public. The endeavor aspires not only to provide employment but also to connect retirees with organizations working toward social advancement. A comprehensive digital database compiled by local governments aids in effective implementation.

Conclusion:

The concept of a Skill and Knowledge Bank for senior citizens in Kerala arises from the need to tap into the expertise of retirees for societal development. This initiative acknowledges the practical wisdom amassed by those leaving the workforce and endeavors to bridge the gap between their skills and societal needs. By leveraging the experience of retirees, the project envisions a harmonious integration between generations, contributing to personal growth, skill development, and overall societal progress. The Skill and Knowledge Bank serves as a testament to Kerala's commitment to education, community, and intergenerational collaboration.

1 Health Action by People, Medical College, Trivandrum.

2 Grameena Padana Kendram, Karakulam, Trivandrum.

33

Minimum Standards for institutions for Elderly care

Dr. Rajmohanan K.

Preamble

Elderly is now becoming the fastest-growing age group in number. Kerala is special by early demographic transition, remarkable mortality reduction, and the high levels of morbidity burden in the background of high ranking in developmental indicators. Accumulation of the elderly is an important social and health issue to be addressed. The government is implementing policies and programs for the aged population with an added zeal of enthusiasm.

It is in this context that we are framing this guideline.

Elderly is a big mix with diverse needs, untapped resources and relentless maturity of wisdom. This warrants team of multi-skilled caregivers

and skill mix for care. Many memorable models of institutional care are in existence but scale-up is a challenge because many of the success stories may be context specific. Hence the minimum standards are only general guidelines and customization to the context specific needs for detailed micro plan preparation is perhaps the first step.

Structure of this minimum standards

These minimum standards have 20 inclusion standards and 5 sector-specific standards (as per the needs of the elderly already defined.)

Scope of the standards

These standards cover all the relevant institutions providing support and care with residential care services, accommodation and support and coming under the control of Local Self Government. These minimum standards are developed based on the right based approach.

Definitions

• Institutional care of elderly

Institutional care is provided with in a collective living establishment to meet structured functional, medical, social, personal and housing needs of individuals with varying extent of physical mental and developmental challenges.

• **Elderly**

This is not a matter of age defined differently in a defined context the purpose here definition as per Elderly policy of govt of Kerala

• **Carer:** those who care for the elderly and give support

• **Authority:**

The formal establishment constituted by the govt / company/ governing council of NGOs

• **Needs of elderly**

Physical Needs

1. Nutritional
2. Medication
3. Regular exercise, lighter movements
4. Sleep & rest, entertainment and leisure
5. hygiene
6. Regular health checkup
7. Social or relationship needs
8. Needs to get engaged at personally or socially productive activities like gardening, craft, tailoring etc.
9. Need to due follow up of personal liabilities and bank or financial transactions.
10. To be safe and secure.

• **Geriatric care Models**

Acute care of Elderly

Institutional Care:

- Home based :Formal and informal
- Open shelter
- **Supporting principles for care**
  - Non discrimination
  - Meaningful access
  - Principled humanitarian action
  - Respect for diversity
  - Person-centered care and support
  - Privacy dignity and self fulfillment
  - Health & Well being

When to be institutionalized (Indications for institutional admission)

A) State will set up old age homes with assisted living facilities for abandoned citizens in every district with adequate budgetary support. (Refer item 14, State policy for the elderly, GOK)

B) Any case of elderly with dementia, for physiotherapy or for Healthy ageing

C) As per national program for health care of elderly and referring to constitution of India (Article….41, 47) facilities need to be provided for poor and destitute older.

General tips

- Providing high quality coordinated care is the purpose.
- care transition to care at home needs to be smooth Continuity of care

- Preventing hospital admissions
- Coordinated
- Enabling social inclusiveness
- Up to date on latest technology
- Addressing care giver burden
- Mindful communication
- Create a safe environment,
- individualized need assessment
- Statement of purpose and transparency
- Opportunity to come and be visited
- Informed and and to have a right to make choice
- helping with intermediate care to maximize their independence.
- Written consent.
- Individual level care plan will be developed and maintained.

Specific standards

- Physical requirements: (As per the national building code NBC)
- Ambience of inferior
- Surroundings and courtyard, compound wall & fencing
- Special service.
- Landscaping
- Parking
- Facility entrance
- Disabled friendly access
- Circulation areas, corridor and Ramp (as per NDMA guidelines)
- Kitchen, Dining hall, Recreation Hall, Toilet and wash rooms, Swimming pool/Exercising place, Ground for Walking walk- way, Drugs and medical, prayer hall & Chapel, Library and reading room.

Procedures to be kept at time of receival

Every individual need to be received by the person in charge of the institution and necessary undertaking and documents need to be signed with contact numbers and address.

The receiving person needs to satisfy the identity of the guest and get documented.

The details of the type of stay, personal preferences, financial belongings are to be cleared and documented.

Medication Needs

Daily routine(Suggested)

- Wake up bell/alarm
- Measuring-walk/light exercise, personal hygiene activity-bath, shaving
- -garden activity
- Prayer (optional)
- Physical exercise, yoga optional
- Breakfast
- Medication compliance check
- Reading/leisure
- Collective/Group activity like craft/ embroidery
- Lunch
- Snap
- Collective activities-educational class, vocational
- Hobby, Television watching 10 pm to bed

Special programs

- Visit by celebrities
- Group singing
- Manner of dealing with unexpected behavior
- Making the person understand (communicating)
- Discussing on motive & available planning
- Warming
- Forte, use privileges (going for preferred activity, other engagements)
- Exceptional good behavior and positive stroke/Meantime.
- Safety considerations

Prohibited articles

- Intoxicants-substance abuse drugs
- Arms

- Explosives
- Obscene matter/porno
- Unnecessary articles like rope, chain, and any sharp item
- Playing cards
- Tobacco items
- Non-prescribed drugs, jewelry and excess cash

Case record/Individual file keeping

- Photo ID
- Past history, including any crime committed
- Psychosocial profiling and consulting history
- Heath status report
- Personal belongings
- Exceptional behavior& out source
- Police correspondence escort order etc.
- Records of visitors and date.

Procedures at the Event of Death

- Attended by medical officer
- Inquest/post mortem insisted in abnormal circumstances of national death details of medical attention documented.
- Death certificate kept(Copy).
- Inform guardians or relatives and written information to the nearest police station immediately. Report prepared and signed by institutional head.

Maintenance of registers

- Admission & Discharge Register
- Individual place and case file of each inmate
- Opinion can feed bulk book
- Handing over charges, registers, Housekeeping and sanitation log books.
- Legal service register
- Counseling register
- Group meeting book
- Cash book, stock register, visitor diary etc.
- Recreation & follow up
- Waste management and satisfy plan
- Governance & office management
- Constitution of committees
- Internal review committees
- Public Relations
- Networking and coordinating with civil society organizations aftercare facilities & entrepreneurship. Follow up on police cases, participation in community events

Financial matters

o Compliance of residential & Grievance cell.
o Special &
o Sponsorship policy
o Procedures on missing/elopement/ absconding.
o Details of savings and ATM card use

Other concerns to be addressed

- Procedures to be followed at the time of acute medical emergency: Contact number to be exhibited at medical assistance corner.
- Waste management principles to be followed both hazardous waste as well as municipal common waste.
- Public relations: Letters, phone calls, public relations, social networking
- Complaint redressal and grievance reporting
- Sponsorship policy
- Procedures at time of missing or absconding
- Legal rights need to be protected.
- Caregiver capacity building program needs to be planned.
- Shared partnership model to be introduced
- Complaint and feedback to be collected and implemented.

34

Prevalence of elder abuse in a rural community in Ernakulam District

Raneesh A.M., Sreelakshmi Mohandas, Reshma Chandran, Riya Rachel Jacob, Rijin Raj R., Rithy Dikum, Rony Mathew, Aswathy S. & Ankitha Jose

Introduction:

According to WHO, globally, around 1 in 6 elders experienced one or the other form of abuse. Hence, we aimed to estimate the prevalence of elder abuse and its risk factors among a rural community in Ernakulam district of Kerala.

Materials and Methods:

A community based cross-sectional study was carried out among the elderly (60 – 85 years) residing in Njarakkal panchayath. Based on the study by Sebastian et al, the minimum calculated sample size with 95% confidence and 20% error was 67. After attaining their written informed consent, a semi structured questionnaire containing the Elder Abuse Suspicion Index (EASI) and HWALEK-SENGSTOCK ELDER ABUSE SCREENING TEST (HS-EAST) was administered by a face-to-face interview.

Result:

Among the 157 participants enrolled, the prevalence of abuse was found to be 35% with 8% at high risk of abuse and 27% at low risk of abuse using the HS EAST questionnaires. The factors associated with abuse were religion, education, living status, type of family and pension status. There were no significant associations with age, sex, socio-economic status and current occupation to the prevalence of elder abuse.

Conclusion:

Individuals aged 60- 69 years, particularly females, those who were presently unemployed, those residing below the poverty threshold, and those who solely relied on their pension, face a higher likelihood of experiencing abuse. This research emphasizes the importance of raising public awareness, educating caregivers, and improving policies to safeguard the elderly population while highlighting the various elements linked to abuse in the rural area of a metropolitan city.

Keywords: Elder abuse, Ernakulam, HS-EAST, prevalence, Elder Abuse Suspicion Index

Dept. of Community Medicine, Amrita Institute of Medical Sciences

35

വനിതാവയോധികർക്കുള്ള പരിരക്ഷാ സംവിധാനങ്ങൾ ഒരുക്കുമ്പോൾ

ഡോ. ജയശ്രീ എ.കെ.

കേരളത്തിൽ വനിതാ വയോധികരുടെ എണ്ണം കൂടുതലാണെന്നതും വീണ്ടും വർദ്ധിച്ചു വരികയാണെന്നതും തിരിച്ചറിയപ്പെട്ട വസ്തുതയാണ്. അവരിൽ തന്നെ നല്ലൊരു വിഭാഗം വിധവകളും സഹായത്തിന് ആളുകൾ ഇല്ലാത്തവരുമാണ്. ശാരീരികമായ ആരോഗ്യപ്രശ്നങ്ങൾക്ക് പുറമേ സാമൂഹ്യവും വൈകാരികവുമായ ഒറ്റപ്പെടലും പലരും അനുഭവിക്കുന്നുണ്ട്. ഈ പ്രശ്നങ്ങൾ അഭിമുഖീകരിക്കാൻ വേണ്ടത്, പ്രശ്നങ്ങളെ അടുത്ത് അറിയുകയും നമുക്ക് ലഭ്യമായ വിഭവങ്ങളും സാദ്ധ്യതകളും വിലയിരുത്തുകയും അവയെ ഏറ്റവും യോജിച്ച തരത്തിൽ വിന്യസിക്കുകയുമാണ്. വ്യക്തി തലത്തിലും കുടുംബ തലത്തിലും സാമൂഹ്യ തലത്തിലും ഇടപെടൽ ആവശ്യമായി വരും. കിടപ്പു രോഗികളായ സ്ത്രീകൾക്ക് ആവശ്യമായ പരിചരണവും പരിഗണിക്കേണ്ടതുണ്ട്.

പ്രായമായവരിൽ പൊതുവേ കാണുന്ന രോഗങ്ങളായ രക്താതിമർദ്ദം, പ്രമേഹം, ക്യാൻസർ, ഹൃദ്രോഗം എന്നിവക്ക് പുറമേ സ്ത്രീകൾക്ക് മാത്രമായുള്ള ആരോഗ്യ പ്രശ്നങ്ങളുമുണ്ട്. പ്രത്യുത്പാദനവ്യവസ്ഥയുമായി ബന്ധപ്പെട്ട് പ്രായം ചെന്ന സ്ത്രീകളിൽ പല പ്രശ്നങ്ങളും നില നിൽക്കുന്നുണ്ട്. അത് കുടുംബാംഗങ്ങളോടോ ആരോഗ്യപ്രവർത്തകരോടോ പറയാൻ പലരും മടികാട്ടാറുമുണ്ട്. മൂത്രാശയവുമായി ബന്ധപ്പെട്ട പേശികൾക്കും വാൽവുകൾക്കും, ബലം കുറയുന്നതിനാൽ, നിയന്ത്രണമില്ലാതെ മൂത്രം പോവുന്നത് (Incontinence) സാധാരണമാണ്. ചുമക്കുമ്പോഴും തുമ്മുമ്പോഴും ഇതുണ്ടാകാം. ആലോചിക്കുമ്പോഴേക്കും, പെട്ടെന്ന് മൂത്രം പോകുന്ന അവസ്ഥയും(Urge incontinence) ഉണ്ടാകാറുണ്ട്. ഇതിന് പരിഹാരം കാണുകയോ ആ അവസ്ഥയോട് പൊരുത്തപ്പെടുകയോ ചെയ്യാൻ സാധാരണ സ്ത്രീകൾക്ക് അറിവോ പരിചരണമോ ലഭിക്കാറില്ല. പകരം, പുറത്ത് പോകാതെയും യാത്ര ചെയ്യാതെയും കഴിച്ചു കൂട്ടാനാണ് സ്ത്രീകൾ ശ്രമിക്കുന്നത്. മൂത്രാശയത്തിൽ പഴുപ്പുണ്ടാകുക, യോനി വരണ്ട് പോവുക, യോനിക്കും ചുറ്റു ഭാഗങ്ങളിലും ചൊറിച്ചിലുണ്ടാവുക എന്നിവയൊക്കെ സാധാരണയാണ്. പോഷകാഹാരക്കുറവ് പല പ്രശ്നങ്ങളും ഉണ്ടാക്കും. ധാതുക്കളുടെ കുറവും തേയ്മാനവും അസ്ഥികളുടെ ക്ഷമതയെ ബാധിക്കാം. എല്ലുകൾക്ക് കട്ടി കുറയുന്നത് മൂലം വീഴ്ചകൾ ഉണ്ടാകാനുള്ള സാദ്ധ്യതയും കൂടുതലാണ്. കാഴ്ച്ചക്കുറവ്.കേൾവിക്കുറവ്, രൂപത്തിൽ വരുന്ന മാറ്റങ്ങൾ, ചലനശേഷിയിൽ ഉണ്ടാകുന്ന കുറവ് എന്നിവയൊക്കെ വയോധികമാരെ മനസികവിഷമത്തിൽ പെടുത്താറുണ്ട്. സ്തനാർബുദവും ഗർഭാശയ ഗള ക്യാൻസറും നേരത്തേ കണ്ടെത്തിയാൽ സുഖപ്പെടുത്താവുന്നതാണ്.

നൽകേണ്ട സേവനങ്ങൾ

ആരോഗ്യകരമായ വാർദ്ധക്യം ആസ്വദിക്കാനാവശ്യമായ സേവനങ്ങളാണ് വയോധികമാർക്കാവശ്യം. പ്രായം കൂടി വരും തോറും ആവശ്യങ്ങളും മാറി വരും. ഉദാഹരണത്തിന് എൺപത് വയസ്സൊക്കെ കഴിയുമ്പോൾ ഒറ്റക്ക് പുറത്ത് സഞ്ചരിക്കാനും പുറമെ നിന്ന് സേവനങ്ങൾ ലഭ്യമാക്കാനും ബുദ്ധിമുട്ടായിരിക്കും.

പോഷകഗുണമുള്ള ആഹാരം അംഗൻവാടി വഴി നൽകാവുന്നതാണ്. ഇത് നമ്മുടെ നാട്ടിലെ പ്രായമുള്ള സ്ത്രീകൾക്ക് സാധാരണ കാണാറുള്ള പോഷകാഹാരക്കുറവ് പരിഗണിച്ചുള്ളതാകണം. പകർച്ച വ്യാധികൾ പ്രായമുള്ളവരിലേക്ക് പകരാതിരിക്കാൻ ചെറുപ്പക്കാർ ശ്രദ്ധിക്കണം. പകർച്ചേതര രോഗങ്ങൾക്ക് ഇന്ന് ലഭ്യമായിട്ടുള്ള ക്ലിനിക്കുകളിൽ നിന്ന് ചികിത്സ ലഭ്യമാക്കാം. ഇതുറപ്പ് വരുത്താൻ ഓരോരുത്തർക്കും ആരോഗ്യ പ്രവർത്തകരോ കുടുംബാംഗങ്ങളോ സന്നദ്ധപ്രവർത്തകരോ ഉണ്ടാകണം. ഡോട്ട്സ് മാതൃക സ്വീകരിക്കാവുന്നതാണ്. ഓരോരുത്തരുടെയും താൽപ്പര്യവും ശാരീരികാവസ്ഥയും കണക്കിലെടുത്തു കൊണ്ട് ആയുഷ് സ്ഥാപനങ്ങളുടെ സഹകരണത്തോടെ വ്യായാമവും വിനോദ പ്രവർത്തനങ്ങളും ചെയ്യാനുള്ള സാഹചര്യം ഒരുക്കണം. ഇത് വീടുകളിലോ ജനകീയാരോഗ്യ ക്ലിനിക്കുകളിലോ പകൽ വീടുകളിലോ ഒക്കെ ആകാം. രോഗം മൂലം ശാരീരിക പരിമിതി ഉണ്ടായിട്ടുള്ളവർക്ക് പുനരധിവാസ പരിശീലനവും ഇവിടങ്ങളിൽ തന്നെ നൽകാം. പാലിയേറ്റീവ് കെയറിന് ഇപ്പോഴുള്ള സംവിധാനങ്ങൾ മതിയാകും. അതിന്റെ ലഭ്യത ഉറപ്പാക്കാൻ പഞ്ചായത്ത് തലത്തിൽ സംവിധാനമുണ്ടാകണം. അംഗപരിമിതികൾക്കുള്ള എയ്ഡുകൾ എല്ലാവർക്കും ലഭ്യമാണെന്ന് ഉറപ്പു വരുത്തണം.

പെട്ടെന്ന് മൂത്രം ഒഴിച്ചു പോകുമോ എന്ന ഭയം ചിലപ്പോൾ പ്രായമായവരിൽ കാണാറുണ്ട്. ഇതു മൂലം പുറത്തിറങ്ങാൻ മടിക്കുന്നവരുമുണ്ട്. സ്വകാര്യഭാഗത്തുണ്ടാകുന്ന പ്രശ്നങ്ങളൊക്കെ മക്കളോട് പോലും പറയാൻ മടിക്കുന്നവരുണ്ട്. ഇവ മൂലവും അല്ലാതെയും മനഃപ്രയാസം അനുഭവിക്കുന്നവർക്ക് അടുത്തിട പഴകാൻ പരിശീലനം കിട്ടിയ ഹെൽത്ത് വോളന്റിയർമാരുണ്ടായാൽ നല്ലതാണ്. അഞ്ചോ ആറോ അമ്മമാർക്ക് ആഴ്ചയിൽ ഒരു ദിവസം സന്ദർശിക്കുന്ന ഒരു വോളണ്ടിയർ ഉണ്ടായാൽ മതി. അവരോടൊത്ത് അടുപ്പത്തോടെ കുറച്ച് സമയം ചെലവാക്കുകയും അവർ പറയുന്നത് കേൾക്കുകയും പ്രശ്നങ്ങൾ മനസ്സിലാക്കി വേണ്ട പരിഹാര നിർദ്ദേശങ്ങൾ നല്കുകയുമാകണം ഇവരുടെ ജോലി. പുറത്തിറങ്ങി നടക്കാൻ കഴിയുന്നവരെ സാമൂഹ്യമായ കൂട്ടായ്മകളിൽ പങ്കെടുപ്പിക്കുന്നത് മാനസികാരോഗ്യം മെച്ചപ്പെടുത്തും.

ധാരാളം മരുന്നുകൾ കഴിക്കേണ്ടി വരുകയും എന്നാൽ അവ സമയാസമയം ഓർത്ത് കഴിക്കാൻ പ്രയാസവുമുണ്ടാകും എന്നതിനാൽ അത്തരം ആവശ്യങ്ങൾ നിറവേറ്റാൻ ആരെങ്കിലും ഉണ്ടെന്നത് ഉറപ്പ് വരുത്തേണ്ടതുണ്ട്.

വൃദ്ധമന്ദിരങ്ങളിൽ താമസിക്കുന്നവരുടെ ആരോഗ്യപരിരക്ഷ ഉറപ്പു വരുത്തുന്നതിന് പ്രാദേശിക ഭരണകൂടം തങ്ങളുടെ പരിധിയിൽ വരുന്ന ആരോഗ്യ സ്ഥാപനങ്ങൾ വഴിയായി പ്രവർത്തനങ്ങൾ ഏകോപിപ്പിക്കണം.

അനുകൂല സാഹചര്യങ്ങൾ

കേരളത്തിലെ വികേന്ദ്രീകൃതാസൂത്രണവും പാലിയേറ്റീവ് കെയർ സംവിധാനവും ഈ വിഷയത്തിൽ മുന്നോട്ടുള്ള പോക്കിന് നല്ല പ്രതീക്ഷ നൽകുന്നുണ്ട്. അടുത്തിടെ രൂപപ്പെട്ട ജനകീയാരോഗ്യ കേന്ദ്രങ്ങളും ഈ പ്രവർത്തനങ്ങൾ കേന്ദ്രീകരിക്കുന്നതിന് ആവശ്യമായ ഇടം നൽകുന്നു.

സംഘാടനവും പരിശീലനവും

ഓരോ പ്രദേശത്തിന്റെയും സാഹചര്യമനുസരിച്ച് പഞ്ചായത്ത് ഓഫീസ്, ജനകീയാരോഗ്യ കേന്ദ്രം, ഡേ കെയർ സെന്റർ, അംഗൻ വാടി തുടങ്ങി ഏതെങ്കിലും സ്ഥാപനം, ലഭ്യമായിട്ടുള്ള വിവിധ സേവനങ്ങൾ ഏകോപിപ്പിച്ച് നൽകാനുള്ള സംവിധാനമുണ്ടാക്കണം. ഇവിടങ്ങളിലുള്ള ഒരാൾക്ക് ചുമതല നൽകിയാൽ മതി. ഈ സ്ഥാപനങ്ങളെ കേന്ദ്രീകരിച്ച് ഓരോ പ്രദേശത്തുമുള്ള ആവശ്യങ്ങളുടെ മുൻ ഗണനാ

പട്ടിക ഉണ്ടാക്കണം. അതനുസരിച്ച് പരിപാടികളുണ്ടാക്കുമ്പോൾ അതിനാവശ്യമായ തുകയും വിഭവങ്ങളും ബഡ്ജറ്റിൽ ഉറപ്പു വരുത്തണം. ഇപ്പോഴുള്ള ആരോഗ്യപ്രവർത്തകർക്കു പുറമെ, സന്നദ്ധപ്രവർത്തകരെ കണ്ടെത്താവുന്നതാണ്. അഞ്ചോ പത്തോ പേർക്ക് ആവശ്യമായ കാര്യങ്ങൾ സ്വകാര്യമായ സ്ഥലത്ത് നേരിട്ട് ഇട പെട്ട് മനസ്സിലാക്കുകയും വിവിധ സ്ഥാപനങ്ങളുമായി ബന്ധപ്പെടുത്തി പ്രാപ്യത ഉറപ്പാക്കുകയുമാണ് വോളന്റിയർമാർ ചെയ്യേണ്ടത്. ചുരുങ്ങിയത് മാസത്തിൽ ഒരു പ്രാവശ്യം സന്ദർശനമോ ഫോൺ വിളിയോ ആകാം. എൻ.സി.ഡി. ക്ലിനിക്കുകൾ, പാലിയേറ്റീവ് സെന്ററുകൾ, സ്ക്രീനിംഗ് ക്യാംപുകൾ, ആരോഗ്യ കേന്ദ്രങ്ങൾ എന്നിവിടങ്ങളിലെല്ലാം എത്തിപ്പെടാനും അവിടങ്ങളിൽ പ്രതിബന്ധങ്ങളും കാലതാമസവുമില്ലാതെ സേവനങ്ങൾ കിട്ടാനുമുള്ള സംവിധാനവുമാണ് വേണ്ടത്. അതോടൊപ്പം വീടുകളിലെത്തി ഒപ്പം സമയം ചെലവാക്കാനും ആവശ്യങ്ങൾ മനസ്സിലാക്കിയെടുക്കാനും പ്രവർത്തകർ തയാറാകണം. പ്രാദേശികമായി ജെറിയാട്രിക് ക്ലിനിക്കുകൾ, സ്ക്രീനിംഗ് ക്യാമ്പുകൾ, പോഷകാഹാര വിതരണം, കൗൺസിലിംഗ് സെഷനുകൾ, വിനോദ പരിപാടികൾ എന്നിവ പ്ലാൻ ചെയ്യണം. ഇതിൽ പ്രവർത്തിക്കുന്നവർക്കെല്ലാം ആവശ്യമായ പരിശീലനം കാലാകാലങ്ങളിൽ നൽകേണ്ടതാണ്.

അവലോകനം

ഈ പ്രവർത്തനത്തിൽ ഏർപ്പെടുന്നവർ ദിവസവും കണ്ടെത്തുന്ന കാര്യങ്ങൾ രേഖപ്പെടുത്തി വക്കുകയും കാലാകാലങ്ങളിൽ അവലോകനം ചെയ്യുകയും വേണം. അതിൽ നിന്ന് പുതിയ ആവശ്യങ്ങളും സാദ്ധ്യതകളും ഉരുത്തിരിഞ്ഞ് വരും. അതനുസരിച്ച് അടുത്ത വർഷത്തെ പദ്ധതി പ്ലാൻ ചെയ്യാം.

36

വയോജന സൗഹൃദ നിലമ്പൂർ

കെ. അരുൺ കുമാർ

എന്താണ് സമീപഭാവിയിൽ കേരളം നേരിടാൻ പോകുന്ന ഗൗരവമായ സാമൂഹിക സുരക്ഷാ പ്രശ്നം? അത് വയോജന സംരക്ഷണം ആയിരിക്കും. 1961ൽ ജനസംഖ്യയുടെ 43% കുട്ടികളായിരുന്നു. 60 വയസ്സ് കഴിഞ്ഞവർ 5% മാത്രമായിരുന്നു. ഈ സ്ഥിതി പാടെ മാറിയിരിക്കുന്നു. കുട്ടികളുടെ എണ്ണം 20% ത്തിൽ താഴെയായി കഴിഞ്ഞു. എന്നാൽ 60 വയസ്സ് കഴിഞ്ഞവരുടെ എണ്ണം 20% ത്തിലേക്ക് ഉയർന്നിരിക്കുന്നു.

1975 ൽ നമ്മുടെ രാജ്യത്ത് കുട്ടികളുടെ എണ്ണം 17 ശതമാനം ആയപ്പോഴാണ് നാം ഐ സി ഡി എസിന് തുടക്കം കുറിച്ചത്. "A gift to the world" എന്നാണ് അതിനെ വിശേഷിപ്പിച്ചത്.

വയോജനങ്ങളുടെ എണ്ണം ജനസംഖ്യയുടെ 20% കടന്നിട്ടും നമുക്ക് കൃത്യമായ വയോജനക്ഷേമ പരിപാടികൾ ഇല്ല. വയോജനങ്ങളുടെ പ്രശ്നങ്ങൾക്ക് ഏറെ പ്രത്യേകതകൾ ഉണ്ട്. ഈ പ്രശ്നങ്ങൾക്ക് വൈവിധ്യങ്ങളും സങ്കീർണ്ണതകളും ഏറെയാണ്.

വയോജന ക്ഷേമത്തിനായുള്ള ജനകീയ ഇടപെടൽ മാതൃകകൾ ഇന്ത്യയിൽ ലഭ്യമല്ല. കേരളത്തിൽ ഇന്ന് ഒരാൾ നാല് തലമുറയെ വരെ കാണുന്നു. വയോജന പ്രശ്നങ്ങൾ ആകട്ടെ പലപ്പോഴും ദൃശ്യമല്ല. പലരും പറയാൻ മടിക്കും. ഒറ്റപ്പെടലാണ് അവർ അനുഭവിക്കുന്ന പ്രധാന പ്രശ്നം.

30 ശതമാനത്തോളം പേരിൽ ഡിപ്രഷൻ കാണുന്നു. 25 ശതമാനത്തോളം പേർക്ക് മരുന്ന്, ചികിത്സ എന്നിവ ലഭ്യമാകുന്നില്ല. നമ്മുടെ പൊതുജനാരോഗ്യ സംവിധാനം ഇവരെ വേണ്ടത്ര പരിഗണിക്കുന്നില്ല. നമ്മുടെ മിക്ക മെഡിക്കൽ കോളേജുകളിലും ജെറിയാട്രിക് ഡിപ്പാർട്ട്മെന്റ് ഇല്ല. 60 വയസ്സ് കഴിഞ്ഞവരിൽ 30% ത്തോളം പേർ വീഴ്ച ഭീഷണി നേരിടുന്നു. വീഴ്ച പ്രതിരോധിക്കാനായി വീടുകളും പൊതു ഇടങ്ങളും വയോജന സൗഹൃദമാക്കേണ്ടതുണ്ട്. വയോജന സ്ത്രീകളുടെ അവസ്ഥ കുറെ കൂടി ഭയാനകമാണ്. മക്കളുടെയും മരുമക്കളുടെയും തടവിൽ കഴിയുന്ന വയോധികർ ധാരാളം ഉണ്ട്. നിയമ സംവിധാനവും വയോധികർക്കൊപ്പം അല്ല. ഇതിൽ മിക്കതിനും ഉള്ള പരിഹാരം വയോജനങ്ങളുടെ കലക്ടീവ് ആക്ടിവിറ്റിയാണ്. അവിടെയാണ് വയോജന അയൽക്കൂട്ടങ്ങളുടെ പ്രസക്തി. Years to life അല്ല Life to years ആണ് നമുക്ക് വേണ്ടത്. ആക്ടീവ് Ageing അതാവട്ടെ നമ്മുടെ ലക്ഷ്യം.

നിലമ്പൂരിലെ പരീക്ഷണം

വയോജന സൗഹൃദമാക്കാൻ നിലമ്പൂർ നഗരസഭ വയോജന സൗഹൃദ നിലമ്പൂർ എന്ന പേരിൽ ഒരു പദ്ധതി ഏറ്റെടുത്തു.കഴിഞ്ഞ രണ്ടു വർഷമായി നടപ്പിലാക്കി വരുന്ന ഈ പദ്ധതിക്ക് നഗരസഭാ ഭരണസമിതിയാണ് നേതൃത്വം നൽകുന്നത്. KILA, HAP എന്നീ സ്ഥാപനങ്ങൾ ഇതിന് ആവശ്യമായ അക്കാദമിക പിന്തുണ നൽകുന്നു. ഓരോ വ്യക്തിയുടെയും പ്രശ്നങ്ങൾക്ക് അനുസരിച്ച് സേവന പദ്ധതി ആവിഷ്കരിക്കലും നടപ്പിലാക്കലും ആണ് ഈ പദ്ധതിയിൽ ലക്ഷ്യമിടുന്നത്.

നിലമ്പൂരിൽ 33 ഡിവിഷനുകളിലായി 7000 ത്തോളം

വയോജനങ്ങളാണ് നിലവിൽ ഉള്ളത്. 4 കൗൺസിലർ മാർ ഉൾപ്പെടെ 11 പേർക്ക് 2022 ഒക്ടോബറിൽ KILA യിൽ നിന്ന് പരിശീലനം ലഭിക്കുന്നതോടെ ആണ് പദ്ധതി ആരംഭിക്കുന്നത്.

കഴിഞ്ഞ രണ്ടു വർഷത്തെ നിരന്തര പരിശീലനത്തിലൂടെയും പ്രവർത്തനങ്ങളിലൂടെയും 30 ഓളം സന്നദ്ധപ്രവർത്തകരെ നഗരസഭാതലത്തിൽ കണ്ടെത്താൻ കഴിഞ്ഞു. പങ്കാളിത്ത പഠന രീതിയിലുള്ള പരിശീലനങ്ങളും ഇടപെടലുകളും ആണ് വയോജന സൗഹൃദ പരിപാടിക്ക് ഊർജ്ജം പകർന്നത്.

അയൽക്കൂട്ടങ്ങൾ

വയോജന സൗഹൃദ നിലമ്പൂരിന്റെ ന്യൂക്ലിയസ് ആണ് അയൽക്കൂട്ടങ്ങൾ. ഓരോ അയൽക്കൂട്ടത്തിലും 20 മുതൽ 30 വരെ അംഗങ്ങളാണ് നിലവിലുള്ളത്. ശരാശരി 50 വീടുകളാണ് ഒരു അയൽക്കൂട്ട പരിധിയിൽ വരുന്നത് 85 അയൽക്കൂട്ടങ്ങൾ നിലവിൽ പ്രവർത്തനമാരംഭിച്ചിട്ടുണ്ട്. ഒരു അയൽക്കൂട്ടത്തിന് നാല് ഭാരവാഹികളാണ് നിലവിലുള്ളത്. അംഗങ്ങളെ എ, ബി, സി കാറ്റഗറികളിലായി തിരിക്കുന്നു. എ കാറ്റഗറിയിൽ കിടപ്പിലായവരും ബി കാറ്റഗറിയിൽ വീടിനുള്ളിലും പുറത്തും മാത്രം ചലനശേഷിയുള്ളവരും സി കാറ്റഗറിയിൽ പുറത്തിറങ്ങി നടക്കാൻ കഴിവുള്ളവരും ആരോഗ്യമുള്ളവരും ഉൾപ്പെടുന്നു.

അയൽക്കൂട്ട യോഗങ്ങൾ ചേരുന്നത് ഏതെങ്കിലും ഒരു അംഗത്തിന്റെ വീട്ടിലാണ്. ഒറ്റപ്പെടൽ ഒഴിവാക്കൽ, പെയിൻ ആന്റ് പാലിയേറ്റീവ് സേവനം ഉറപ്പുവരുത്തൽ, ചികിത്സ /മരുന്ന് എന്നിവ ഉറപ്പുവരുത്തൽ, അതിദാരിദ്ര്യ പരിഹാരം, തൊഴിൽ പരിശീലനം, വിനോദ പരിപാടികൾ സംഘടിപ്പിക്കൽ എന്നിവയാണ് ഇപ്പോൾ ഏറ്റെടുത്തിട്ടുള്ള അയൽക്കൂട്ട തലം ഇടപെടലുകൾ.

വയോമിത്രം

പ്രായമായവർക്ക് പൊതുവേ രോഗാതുരത കൂടുതലാണ്. പ്രമേഹം, ഹൈപ്പർ ടെൻഷൻ തുടങ്ങിയ പകർച്ചേതരവ്യാധികൾ ഈ വിഭാഗത്തിൽ കൂടുതലായി കാണുന്നു.ഇവരുടെ ചികിത്സ, മരുന്ന് എന്നിവ ഉറപ്പുവരുത്തുന്നത് വയോമിത്രം ക്യാമ്പിലൂടെ ആണ്. ഒരുമാസം നഗരസഭയുടെ വിവിധ ഭാഗങ്ങളിലായി 24 മെഡിക്കൽ ക്യാമ്പുകൾ സംഘടിപ്പിക്കുന്നു. നഗരസഭ പദ്ധതി വഴി ഉള്ള പണം ഉപയോഗിച്ച് മരുന്നും ജീവനക്കാർക്കുള്ള ഓണററിയവും ലഭ്യമാക്കുന്നുണ്ട്.

പരിശീലനങ്ങൾ

കഴിഞ്ഞ രണ്ടു വർഷത്തിനിടയിൽ നിരവധി പരിശീലനങ്ങൾ സംഘടിപ്പിച്ചു വിദഗ്ധരായ ഒട്ടേറെ പേരെ പരിശീലനവുമായി ബന്ധിപ്പിക്കാൻ സാധിച്ചു.

ഒത്തുചേരാം പ്രായത്തെ പടികടത്താം - പകൽവീട്

രണ്ട് പകൽ വീടുകളാണ് നിലവിൽ ഉള്ളത്. ടൗണിൽ തന്നെ പ്രവർത്തിക്കുന്ന സായം പ്രഭയും മയ്യന്താനിയിൽ പ്രവർത്തിക്കുന്ന പകൽവീടും. സായം പ്രഭയിൽ, ബുധൻ, ശനി ദിവസങ്ങളിൽ യോഗ പരിശീലനവും നടക്കുന്നുണ്ട്. പകൽ വീട്ടിൽ എത്തിച്ചേരുന്ന മുതിർന്നവർക്ക് ചായയും ലഘു ഭക്ഷണവും നൽകാൻ ഇവിടെ സംവിധാന മുണ്ട്.

വീഴ്ച പ്രതിരോധ പദ്ധതി

ഇതിനെതിരായി 17 ഇനം വിവിധ ലഘു വ്യായാമ മുറകൾ പഠിപ്പിക്കുന്നു. വയോമിത്രം ക്യാമ്പുകളിൽ ആണ് ഇത് പ്രധാനമായും നടന്നുവരുന്നത്.

ഒരു സമൂഹാധിഷ്ഠിത വയോജന പരിപാടി ഉണ്ടാക്കിയെടുക്കാനുള്ള ശ്രമത്തിലാണ് നിലമ്പൂർ നഗരസഭ.

ആസൂത്രണ സമിതി ഉപാധ്യക്ഷൻ, നിലമ്പൂർ നഗരസഭ

37

Convergence of Resources and Services: Building an Age-Inclusive Society

Dr. Praveen G. Pai

Introduction:

The population of older persons is rapidly increasing, particularly in Kerala, emphasizing the need for a proactive approach to address their unique challenges. Convergence of resources and services plays a vital role in creating an age-inclusive society. This article explores the importance of convergence, the facilitator role of the government, the significance of public-private partnerships, and the appreciation of grassroots efforts in promoting the well-being and dignity of older persons.

Government as a Facilitator:

In the convergence process, government departments should serve as facilitators,

ensuring that the entire society becomes age-friendly across all eight domains recommended by the World Health Organization. It is essential to develop an integrated program for the geriatric population guided by a developmental and promotional approach, embedded within the health policy. This will provide a comprehensive framework for designing programs, services, and projects that cater to the needs of older persons.

Public-Private Partnerships:

Creating ample space for public-private partnerships is crucial in successful convergence efforts. Non-governmental organizations (NGOs) and individuals working at the grassroots level bring valuable expertise, resources, and local context understanding. Collaborating with them enhances the effectiveness and reach of initiatives aimed at supporting older persons. Recognition and support of their efforts through grants, capacity building programs, and accolades further strengthen convergence.

Appreciating Grassroots Efforts:

Acknowledging and appreciating the commendable work carried out by NGOs and individuals at the grassroots level is essential. Their dedication, passion, and connection with the community are invaluable assets. Recognizing and supporting their efforts through grants, capacity building programs, and public recognition strengthen the convergence of resources and services, fostering an environment that prioritizes older persons' well-being.

Integrated Program Development:

To address the diverse needs of older persons, a comprehensive and integrated program should be developed. This program should encompass various domains such as healthcare, social support, housing, transportation, education, and recreation. Integrating efforts across these domains ensures older persons receive holistic support, enhancing their overall well-being.

Promoting Developmental and Promotional Approaches:

Developmental and promotional approaches should guide the design of programs, services, and projects for older persons. These approaches focus on not only addressing existing challenges but also promoting active and healthy aging. Emphasizing prevention, health promotion, and empowering older persons to maintain independence and active participation in society significantly enhance their quality of life.

Creating an Age-Inclusive Society:

Convergence of resources and services is crucial in creating an age-inclusive society that respects and values older persons, providing them with the necessary support. By adopting age-inclusive policies and fostering collaborations among various stakeholders, we can build an enabling environment that promotes the rights, well-being, and dignity of older persons.

Conclusion:

With the increasing population of older persons, adopting a convergence approach that brings together resources and services from various sectors becomes imperative. Government departments as facilitators must ensure the inclusion of all eight domains in an integrated program for older persons. Public-private partnerships and the appreciation of grassroots efforts enhance the effectiveness and reach of initiatives. By promoting developmental and promotional approaches, we can address the unique needs of older persons and create an age-inclusive society that respects their rights and fosters their well-being.

Convenor, IMA Care of Elderly, Kerala State

38

Proposed Geriatric Health Care in The Three Tier Healthcare System In Kerala

Dr. Divyamol K.S.

Kerala has the maximum proportion of elderly people (16.5%) compared to other Indian states and the figure is projected to reach 20.9% in 2031. Often Geriatric Care is confused with palliative care. Kerala is a potential state to set an example of creating a community without agism. Utilizing the existing healthcare system in Kerala and by implementing minor alteration, elderly care can achieve new heights. Further, training ASHA worker and Self-help groups such as Kudumbashree members can ensure elderly care at the grass root level.

A plan of care is proposed below:

Objectives	Additional equipment	Manning Plan	Training / Skills	Structural modification
Sub- Centre (SC)				
NCD screening	Nil	JPHN / ASHA/ Middle level service provider/ palliative care nurse	Short training by Geriatrician half yearly	NIL
Screening for Memory/ Depression/ Frailty/ fall risk assessment/ Elder Abuse / Functional ability/ Polypharmacy	Questionnaire based Screening tools	JPHN / ASHA/ Middle level service provider/ palliative care nurse	Short training by Geriatrician half yearly	NIL
Risk assessment for Bed sores / Aspiration pneumonia / Delirium	Questionnaire based Screening tools	JPHN / ASHA/ Middle level service provider/ palliative care nurse	Short training by Geriatrician half yearly	NIL
Home care services for bed ridden elderly cases viz., care of bladder catheter/ Ryle's tube/ tracheostomy / bed sores etc	Sterilization equipment, dressing materials	JPHN / ASHA/ Middle level service provider/ palliative care nurse	Short training by Geriatrician half yearly	NIL
External Audit of elderly care	SaQushal tool by NHSRC	Medical Officer Staff nurse MSW	Short Training / Online training available on NHSRC website	Nil

Primary Health Centre (PHC)				
All of the above		Trained Medical team consisting of :- (a) Medical Officer (b) Staff Nurse (c) Physiotherapist (d) MSW	Skilled Training by Geriatrician half yearly	Nil
Evaluation of cases referred from SC by Medical Officer.	NIL			
Referral of cases requiring specialist care to CHC / DH	NIL			
Once a month home care visit by MO and carryout skilled medical assistance including bladder catheter/ Ryle's tube/ tracheostomy / bed sores etc	Sterilization equipment, dressing materials, etc			Physiotherapy unit
Rehabilitation services	Physiotherapy unit	Qualified physiotherapist	Skilled Training by Physiotherapist experienced in Geriatric rehabilitation half yearly	
Availability of routine medications / follow up care	Medical Store	Pharmacist	Nil	Nil
External Audit of elderly care	SaQushal tool by NHSRC	Medical Officer Staff nurse MSW	Short Training / Online training available on NHSRC website	Nil

Community Health Centre (CHC)				
Evaluation of cases referred from PHC	Nil	Availability of Geriatrician / Medical Specialist trained in Geriatric care Staff Nurse MSW	Short Training of all basic specialists/ Geriatric care team on Geriatric health by Geriatricians	Nil
Conduct Geriatric camp at PHCs	Nil	Geriatrician / Medical Specialist trained in Geriatric care		Nil
Rehabilitation services	Nil	Qualified physiotherapist	Skilled Training by Physiotherapist experienced in Geriatric rehabilitation half yearly	Nil
Availability of routine medications / follow up care	Nil	Pharmacist		Nil
Earmark 2 beds for elderly patients requiring long term care / respite care	Nil	Medical Officer palliative care Nurse Skilled training by Geriatrician and palliative care specialist half yearly	Medical Officer palliative care Nurse Skilled training by Geriatrician and palliative care specialist half yearly	Nil
Conduct health awareness activities on health of elderly	Nil	Geriatrician / Medical Specialist trained in Geriatric care	Nil	Nil
Internal / External Audit of elderly care	SaQushal tool by NHSRC	Medical Officer Staff nurse MSW	Short Training / Online training available on NHSRC website	Nil

Sub District/ District Hospital (SDH/ DH)				
All of the above				
Daily Geriatric OPD services Geriatric ward	Nil	Availability of Geriatrician / Medical Specialist trained in Geriatric care Staff nurse MSW Physiotherapist Dietitian	Short Training of all basic specialists/ Geriatric care team on Geriatric health by Geriatricians	Elder friendly structure including non slippery/ reflection free floors, well ventilated and well lit rooms, hand railings in washrooms/ wards
Conduct health awareness activities on health of elderly	Nil	Geriatrician / Medical Specialist trained in Geriatric care	Nil	Nil
Internal / External Audit of elderly care	SaQushal tool by NHSRC	Medical Officer Staff nurse MSW	Short Training / Online training available on NHSRC website	Nil

MD(Geriatrics Medicine) Consultant and Officer in charge, Amrita Health Centre Shadipur, PortBlair, Andaman and Nicobar Islands

39

System preparedness for Dementia Prevention

Dr. Thomas Iype

Kerala has 12.6% of its population is 60 years and above (census of India 2011). Dementia prevalence is approximately 4.1% in India. The daily living activities of people with dementia (PLWD) are affected. Thus, most of them are dependent on caregivers. The caregivers of PLWD have a higher burden as the disease progresses with the development of wandering, Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia (BPSD), incontinence and falls. The disease can affect multiple domains; cognitive, physical, emotional, social, economic, and psychological. Hence, it is imperative to gear up the preparedness of the health system to

mitigate the effects of dementia as well as prevent progression.

At the Family Health Centre (FHC), the aim should be to control hypertension in midlife to 120mmHg and below and diastolic to 70 mm Hg and below. The control of diabetes and dyslipidemia throughout life is essential. FHCs should identify deafness and blindness and take appropriate steps to correct it. A frequent regular dental check-up is essential for PLWD. Depression is a risk factor that has to be identified and corrected.

Panchayat can encourage setting up elder self-help groups and arranging frequent meetings to improve socialization. Arranging adult education, second language training, music training, and card games will help to give optimal cognitive activity. Lifestyle modifications which require behavioral change can be more effective through peer pressure. The elder self-help groups can arrange for group aerobic exercise to improve cardiovascular health and limited exposure to sunlight to prevent vitamin D deficiency. The physically fit young-old can be taught High-Intensity Interval Training (HIIT). They require rest and adequate sleep. Avoid caffeine after 1 pm. Sleep hygiene should be taught.

Health education regarding the need for low carbohydrate meals and using locally available whole fruits with low glycemic index will help lower insulin resistance, a risk factor for dementia.

They can have fish (fatty fish) (not fried), poultry (not fried), and eggs in moderation. Optimal use of curcumin should be encouraged. Time-restricted eating patterns (12-16 hours) can be facilitated.

The social security system should be strengthened to identify social isolation, economic problems, and emotional problems so that appropriate measures can be taken. PLWD who need palliative care must be linked to the health care system. The caregiver stress is more in PLWD. Hence PLWD is more prone to elder abuse, which has to be detected. With changes in social structure and values, there is a need for day care and 24X7 care services for PLWD.

Former Professor & HOD, Department of Neurology, Govt Medical College, Trivandrum

പാർശ്വവൽകരിക്കപ്പെട്ടവരുടെ ആരോഗ്യ സംരക്ഷണം

40

അട്ടപ്പാടിയിലെ ശിശുമരണങ്ങൾ എങ്ങനെ പരിഹരിക്കാം

ഡോ: ഷിനോജ്, ഡോ: രമ്യ, ഡോ: ധന്യ, ഡോ: ശെൽവരാജ്,
പി.കെ. പ്രദീപ് & സി.ആർ. മണികണ്ഠൻ.

നിശബ്ദ താഴ്വരയെന്നറിയപ്പെടുന്ന സൈലന്റ് വാലിയോടു ചേർന്നു കിടക്കുന്ന പ്രദേശമാണ് പ്രകൃതിരമണീയമായ അട്ടപ്പാടിയെങ്കിലും ഇന്ന് അട്ടപ്പാടി ശ്രദ്ധ നേടിയിരിക്കുന്നത് ആദിവാസി ശിശുമരണത്തിലൂടെയാണ്. 2013 മുതലാണ് അട്ടപ്പാടി വാർത്തകളിലിടംപിടിക്കുന്നതും, ദേശീയ ശ്രദ്ധയിലേക്ക് വരുന്നതും, അട്ടപ്പാടിയിൽ പ്രശ്നം പരിഹരിക്കുക എന്നതിനപ്പുറം അട്ടപ്പാടിയെ വാർത്തകളിൽ സജീവമാക്കി നിർത്തുക എന്നതിനാലാണ് പലർക്കും താല്പര്യം. അതുകൊണ്ടു തന്നെ യാഥാർത്ഥ്യം മറച്ചുവെച്ചുകൊണ്ടുള്ള പ്രചാരണമാണ് അട്ടപ്പാടിയിൽ നടക്കുന്നത്. 2013-ൽ മാത്രം അട്ടപ്പാടിയിൽ 33 ശിശുമരണം നടന്നു. അതിൽ 31-ഉം ആദിവാസി വിഭാഗത്തിൽപ്പെട്ട ദമ്പതിമാരുടെ ശിശുക്കളായിരുന്നു. ഇതേ വർഷം 565 ഗർഭിണികളാണ് അട്ടപ്പാടിയിൽ രജിസ്റ്റർ ചെയ്യപ്പെട്ടത്. അതിൽ 61%-വും അപകടസാധ്യതയുള്ള ഗർഭിണികളായിരുന്നു. 932 പ്രസവം നടന്നതിൽ 358 പേർ ആദിവാസി വിഭാഗത്തിൽപ്പെട്ടവരായിരുന്നു. 2012 മുതൽ 2021 വരെയുള്ള പത്തുവർഷക്കാലത്തെ ശിശുമരണത്തിന്റെ വിശദ വിവരം ചുവടെ ചേർക്കുന്നു.

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021 Upto Oct
ആകെ ഗർഭിണികൾ	551	565	529	534	501	546	968	1005	906	817
അപകട സാധ്യതയുള്ള ഗർഭിണികൾ	196	346	359	232	241	285	343	339	480	420
ആകെ നടന്ന പ്രസവങ്ങൾ	923	932	1009	1012	878	935	876	873	913	682
ആദിവാസി വിഭാഗത്തിൽ നടന്ന പ്രസവങ്ങൾ		358	528	534	434	485	463	442	465	361
അബോർഷൻസ്	21	77	53	34	33	24	31	20	27	16
ഗർഭസ്ഥ ശിശുമരണം	10	18	06	16	08	07	07	04	04	08
ആകെ ശിശുമരണങ്ങൾ	16	33	17	16	11	16	16	10	14	02
ശിശുമരണം (Tribal)	16	31	15	14	08	14	13	07	10	02
മാതൃമരണം	01	00	01	01	00	01	01	01	00	00
അട്ടപ്പാടിയിലെ IMR	17.2	35	16.8	15.8	12.5	17.1	18.2	11.4	15.3	2.4
Tribal വിഭാഗത്തിലെ IMR		86.5	28.4	26.2	18.4	28.8	28	15.8	21.5	4.7

അട്ടപ്പാടിയിൽ 192 ഊരുകളാണുള്ളത്. കഴിഞ്ഞ പത്തുവർഷത്തിനുള്ളിൽ 80 ഊരുകളിൽ മാത്രമാണ് ശിശുമരണം നടന്നിട്ടുള്ളത്. 110 ഊരുകളിൽ ഈ കാലയളവിൽ ഒരു ശിശുമരണം പോലും നടന്നിട്ടില്ല. 50 ഊരുകളിൽ ഒരു ശിശുമരണം മാത്രമാണ് നടന്നിട്ടുള്ളത്. ഒന്നിൽ കൂടുതൽ ശിശുമരണം നടന്നത് 32 ഊരുകളിൽ മാത്രം. കഴിഞ്ഞ പത്തുവർഷക്കാലയളവിൽ ഓരോ പഞ്ചായത്തിലുമുണ്ടായ ശിശുമരണത്തിന്റെ വിവരം ചുവടെ ചേർക്കുന്നു.

അഗളി				പുതൂർ				ഷോളയൂർ			
ആകെ ശിശുമരണം	ഇരുള	മുഡുഗ	കുറുമ്പ	ആകെ ശിശുമരണം	ഇരുള	മുഡുഗ	കുറുമ്പ	ആകെ ശിശുമരണം	ഇരുള	മുഡുഗ	കുറുമ്പ
42	32	10	00	61	46	04	11	33	33	00	00

അട്ടപ്പാടിയിലെ ശിശു മരണങ്ങളിൽ ജനന സമയത്തെ നവജാത ശിശുക്കളുടെ തൂക്കം ഒരു പ്രധാന പ്രശ്നമാണ്. കഴിഞ്ഞ പത്തുവർഷക്കാലയളവിൽ നടന്നിട്ടുള്ള 136 ശിശുമരണങ്ങളിൽ 21 ശിശുക്കളുടെ ജനന സമയത്തെ തൂക്കം 1000 ഗ്രാമിൽ താഴെ മാത്രമായിരുന്നു. 2500 ഗ്രാമിൽ കൂടുതൽ തൂക്കമുള്ള 21 ശിശുക്കൾ മാത്രമായിരുന്നു. മരണമടഞ്ഞ ശിശുക്കളുടെ ജനന സമയത്തെ തൂക്കം ചുവടെ ചേർക്കുന്നു.

ആകെ ശിശുമരണം	850 ഗ്രാമിൽ താഴെ തൂക്കം	851 മുതൽ 1000 ഗ്രാം	1001 മുതൽ 1500 ഗ്രാം	1501 മുതൽ 2000 ഗ്രാം	2001 മുതൽ 2500 ഗ്രാം	2500 നും 3000 നും ഇടയിൽ	3000 ഗ്രാമിന് മുകളിൽ
136	16	05	24	42	28	18	03

അട്ടപ്പാടിയിൽ കഴിഞ്ഞ പത്തുവർഷക്കാലത്തെ ശിശുമരണങ്ങളുടെ കാരണങ്ങൾ ചുവടെ ചേർക്കുന്നു.

Total Deaths	ARDS	IUGR	SIDS	Milk Aspiration	Pre mature birth	Heart Problem & other complication	Congenital Anomaly	Pre mature & other complication	Ifection	TB	Leukemia	Sickle Cell	Other complication
136	16	06	03	13	05	12	18	27	08	04	05	02	17

പ്രശ്നങ്ങൾ

ഗർഭിണികളുടെ early registration ലെ കുറവ്, High risk ഗർഭിണികളുടെ എണ്ണത്തിലുള്ള വർദ്ധന. ഗുണമേന്മയുള്ളതും, സമയബന്ധിതവുമായ Antenata/checkup ന്റെ അപര്യാപ്തത, പ്രവർത്തനങ്ങളിലെ ഏകോപനമില്ലായ്മ, കുട്ടികളിലെയും, കൗമാരക്കാരിലെയും, ഗർഭിണികളിലെയും വിളർച്ചാരോഗം.

പരിഹാര നിർദ്ദേശങ്ങൾ

വനിത ഡോക്ടറെ ഉൾപ്പെടുത്തി Mobile Antenatal Care Unit (MACU) ആരംഭിക്കുക. സർക്കാർ സേവനങ്ങളുടെ ഏകോപനത്തിനായി അട്ടപ്പാടയി മോണിറ്ററിംഗ് സെൽ രൂപീകരിക്കുക. സെല്ലിന്റെ നിയന്ത്രണം മുഖ്യമന്ത്രിയുടെ ഓഫീസിന് കീഴിലാക്കുക, പാരാമെഡിക്കൽ ഡിഗ്രി, ഡിപ്ലോമ പാസ്സായ ആദിവാസി യുവതി യുവാക്കളുടെ സേവനം ഉപയോഗപ്പെടുത്തുക. ഗോത്ര ജനതയുടെ സഹകരണമില്ലാത്ത പരിപാടികൾ പുനഃക്രമീകരിക്കുക. ആരോഗ്യ സേവനങ്ങളുടേയും സംവിധാനങ്ങളുടെയും പോരായ്മ പരിഹരിക്കുക.

41

IMHANS Tribal Mental Health Project

Vivyn Mathew, Praveenkumar K., Sonia Chacko, Adithya Manoj, Jobin Tom, Shibukumar T.M., Anish P.K. & P. Krishnakumar

Abstract

This abstract discusses the implementation of delivering home-based health care to tribal communities in the Wayanad District of Kerala State by the Institute of Mental Health and Neuro Sciences (IMHANS), Kozhikode. Coordinating DMHP activities in Wayanad since 1985, it was realized by IMHANS, that the DMHP structure has limitations in bringing mental health services to the tribal population due to cultural, social and economic factors. The tribal mental health program for Wayanad district is planned in this context to address the identified service gap and supplement the coverage effectiveness of DMHP as a clinical service model to provide "Inclusive Mental Health Services to the tribal population" and thereby fulfil the NMHP objective of bringing mental health services to the doorstep to the tribal population.

This article explores the role of community health workers in reducing gaps in mental health treatment of mentally ill tribal populations residing in hard to access regions by using a wide array of evidence based services beginning with traditional home visits to the usage of recent telemedicine and employing culturally sensitive practices to help individuals and families to avail better outcomes in treatment for mental illness. The article also examines the challenges faced in rendering healthcare in remote communities living in the backdrop of poverty, lack of support, and belief systems based on primitive practices. This article also highlights the benefits of providing personalized care within their homes. The abstract demonstrates how home-based health care can address disparities and enhance the well-being of tribal populations, leading to better mental healthcare access and overall quality of life.

42

ഗർഭിണി-സൂതിക പരിചരണം അട്ടപാടി ആദിവാസി വിഭാഗങ്ങളിൽ

എം. ശ്രീരാഗ്

ഭാരതീയ ചികിത്സാ വകുപ്പിന്റെ നേതൃത്വത്തിൽ അട്ടപ്പാടി മേഖലയിൽ 2015 മുതൽ 2021 വരെ നടപ്പിലാക്കിയ പദ്ധതിയാണ് ക്ഷേമജനനി. അട്ടപ്പാടി മേഖലയിലെ പട്ടികവർഗ്ഗ വിഭാഗത്തിൽപ്പെട്ട ഗർഭിണികളുടെയും അമ്മമാരുടെയും പരിചരണം ആയിരുന്നു പദ്ധതിയുടെ ലക്ഷ്യം. ആദിവാസി വിഭാഗങ്ങൾക്കിടയിലെ നവജാത ശിശുമരണം, നവജാതശിശുക്കളുടെ ഭാരക്കുറവ്, അകാല പ്രസവം, ആവർത്തിച്ചുള്ള ഗർഭച്ഛിദ്രം എന്നിവ മറികടക്കുക എന്നതായിരുന്നു പദ്ധതി ലക്ഷ്യമിട്ടിരുന്നത്. വിളർച്ച, പോഷകാഹാരകുറവ്, തെറ്റായ ഭക്ഷണക്രമം, ജീവിതശൈലി എന്നിവയിലെ തിരുത്തലും പദ്ധതിയിൽ പരിഗണിച്ചിരുന്നു.

പ്രസവത്തിനു മുമ്പുള്ള അസുഖങ്ങൾ കണ്ടെത്തുന്നതിനും ഉയർന്ന അപകടസാധ്യതയുള്ള കേസുകൾ തിരിച്ചറിയുന്നതിനുമായി മൊത്തം സുഗമമായ നടത്തിപ്പിനും വിജയകരമായ പൂർത്തികരണത്തിനുമായി മാതൃ-ശിശു ആരോഗ്യവുമായി ബന്ധപ്പെട്ട വിവിധ ശാഖകളിൽ നിന്നുള്ള വിദഗ്ധർ ഉൽപ്പെടെയുള്ള വിദഗ്ദ്ധ സംഘം രൂപികരിച്ചു.

സോഷ്യോഡെമൊഗ്രാഫിക്ക്, പേഴ്സണൽ, ക്ലിനിക്കൽ എന്നിവയെക്കുറിച്ചുള്ള വിവരങ്ങൾ പ്രത്യേകം രൂപകൽപന ചെയ്ത പ്രൊഫോർമയിൽ ശേഖരിക്കുകയും രേഖപ്പെടുത്തുകയും ചെയ്തു. പരാതികൾ വിശകലനം ചെയ്യുന്നതിനും ജനനത്തിനുമുമ്പുള്ള കേസുകൾ പരി

ശോധിക്കുകയും രോഗാവസ്തകൾ കണ്ടെത്തുകയും ശരിയായി അന്വേഷിക്കുകയും ചികിത്സാ പ്രോട്ടോക്കോളുകൾ തീരുമാനിക്കുകയും ചെയ്യുന്നതിനായി ഡോക്റ്റർമാരുടെ സംഘം മെഡിക്കൽ ക്യാമ്പുകൾ നടത്തി. പ്രസവത്തിനുമുമ്പുള്ള അസുഖങ്ങൾ ചികിത്സിക്കുന്നതിനും ശരിയായ ജനനത്തിനുമുമ്പുള്ള പരിചരണം നൽകുന്നതിനുമാവശ്യമായ മരുന്നുകൾ ലഭ്യമാക്കിയിട്ടുണ്ട്.

ഗർഭിണിയായ സ്ത്രീകളെ മാസത്തിലൊരിക്കൽ ഡോക്റ്റർമാർ മെഡിക്കൽ ക്യാമ്പുകൾ വഴി നിരീക്ഷിക്കുകയും പുരോഗതി വിലയിരുത്തുകയും ചെയ്തു. ആശാവർക്കർമാർ അവരുടെ 'ഊരുകൾ' സന്ദർശിച്ച് എന്തെങ്കിലും പ്രശ്നങ്ങളുണ്ടെങ്കിൽ ഡോക്റ്റർമാരെ അറിയിച്ചു.

ചർദ്ദി, ഹൈപ്പർ അസിഡിറ്റി, യോനിയിൽ നിന്നുള്ള ഡിസ്ചാർജ്, മൂത്രാശയ പ്രശ്നങ്ങൾ, മലബന്ധം തുടങ്ങിയ ജനനത്തിനു മുമ്പുള്ള അസുഖങ്ങൾ അതിനനുസരിച്ച് ചികിത്സിക്കുകയും മാറ്റങ്ങൾ രേഖപ്പെടുത്തുകയും ചെയ്തു. ഗർഭാവസ്തയുടെ ഈ അനുബന്ധ ലക്ഷണങ്ങൾ സ്ഥിതി വിവരകണക്ക് വിശകലം ചെയ്യുകയും ഈ അവസ്തകളിൽ സ്വീകരിക്കുന്ന തെറാപ്പി വളരെ പ്രാധാന്യമർഹിക്കുന്നതായി കണ്ടെത്തുകയും ചെയ്തു.

ഗർഭാവസ്ഥയുടെ ഫലം വിലയിരുത്തുന്നതിന് ഓരോ ത്രിമാസത്തിലും അമ്മയുടെ ശരീരഭാരം, കുഞ്ഞുങ്ങളുടെ ജനന ഭാരം എന്നിവ രേഖപ്പെടുത്തി. ത്രിമാസത്തിലെ ഭാരവർദ്ധന സ്റ്റാന്റേഡ് മാനദണ്ഡങ്ങൾക്കനുശ്രുതമായി മതിയെന്ന് കണ്ടെത്തി. മിക്ക കേസുകളും ശരാശരി ജനന ഭാരം റിപ്പോർട്ട് ചെയ്യപ്പെടുന്നു. ചികിത്സക്കുശേഷം പദ്ധതി കാലയളവിൽ റിപ്പോർട്ട് ചെയ്യപ്പെട്ട നവജാത ശിശുമരണവും, ഗർഭച്ഛിദ്രവും കുറവായിരുന്നു.

43

പട്ടികവർഗ്ഗ സമൂഹത്തിലെ അരിവാൾ രോഗവും പ്രതിസന്ധികളും

ഡോ. പി.വി. മിനി

വേട്ടയാടിയും വനവിഭവങ്ങൾ ശേഖരിച്ചും ജീവിച്ചിരുന്ന കാലഘട്ടങ്ങളിൽ മനുഷ്യർക്കിടയിൽ രോഗങ്ങൾ വളരെ കുറവായിരുന്നു.സാംസ്കാരിക പരിണാമത്തിന്റെ ഓരോ ഘട്ടത്തിലും ആധുനികതയിലേക്ക് സഞ്ചരിച്ചുകൊണ്ടിരിക്കുമ്പോഴും പ്രകൃതിയിലെ മാറ്റങ്ങൾക്കനുസൃതമായി എല്ലാ പ്രതികൂലാവസ്ഥകളേയും തരണം ചെയ്ത് ജീവിക്കുന്നതിനാവശ്യമായ പ്രതിരോധ ശേഷികളും മനുഷ്യർ നേടിയെടുത്തിരുന്നു. ഭക്ഷ്യശേഖരണ സമൂഹങ്ങളായി ജീവിതം നയിച്ചിരുന്ന ജനസമൂഹങ്ങളിൽ രോഗങ്ങൾ അപൂർവ്വമായി പ്രത്യക്ഷപ്പെടുന്ന ഒന്നായിരുന്നു. കൃഷിയുടെയും കന്നുകാലി വളർത്തലിന്റെയും ആരംഭത്തോടു കൂടി സ്ഥിരതാമസം തുടങ്ങിയ മനുഷ്യർക്കിടയിൽ ജനസാന്ദ്രത വർദ്ധിക്കുകയും ആദിമ മനുഷ്യന് അന്യമായിരുന്ന പുതിയ രോഗങ്ങൾ സമൂഹത്തിൽ പ്രത്യക്ഷപ്പെടാനും വ്യാപിക്കാനും തുടങ്ങി. മലിനമായ ചുറ്റുപാടുകൾ കൊതുകുകളുടെ വ്യാപനത്തിനു സാഹചര്യമൊരുക്കുകയും തൽഫലമായി മലേറിയ പരത്തുന്ന പ്ലാസ് മോഡിയം ഫാൽസി ഫോറത്തിന്റെ വളർച്ചക്കും വർധനവിനും കാരണമായി തീരുകയും ചെയ്തു. ഈ മലമ്പനിയെ ചെറുക്കാൻ വേണ്ടി, അക്കാലത്ത് പ്രതിരോധ മരുന്നുകൾ കണ്ടുപിടിച്ചിട്ടുണ്ടായിരുന്നില്ല. അതു കൊണ്ട് തന്നെ മലേറിയ ബാധിച്ചവർ അന്ന് മരണത്തിനു കീഴടങ്ങിയിരുന്നു. എന്നാൽ മലേറിയ ബാധിത പ്രദേശങ്ങളിൽ തുടർച്ചയായി തലമുറകളായി ഇത് ബാധിച്ചവർക്ക് ജനിതക ഘടനയിൽ വന്ന മാറ്റങ്ങൾ അരിവാൾ രോഗം അഥവാ അരിവാൾ കോശ വിളർച്ച (Sickle Cell Anaemia) എന്ന ജനിതക രോഗത്തിന് കാരണമായതായി പറയപ്പെടുന്നു. ശരീരത്തിലെ ചുവന്ന രക്താണുക്കൾ രൂപം മാറി അരിവാൾ രൂപത്തിലായി ഇലാസ്തികത നഷ്ടപ്പെട്ട് ഉണ്ടാകുന്ന രോഗാവസ്ഥയാണിത്. പാരമ്പര്യമായി ഈ രോഗഘടന വഹിക്കുന്ന വ്യക്തികൾക്ക് മഴയോ, തണുപ്പോ ഏറ്റാൽ ശക്തമായ പനിയും അസഹ്യമായ വേദനയും ഉണ്ടാകുന്നു. നല്ല ആരോഗ്യവും കായിക ശേഷിയും പുറമേക്ക് തോന്നിക്കുന്നവർ പോലും ഈ രോഗം പ്രകടമായാൽ പെട്ടെന്ന് മരണപ്പെടുന്നു.

സിക്കിൾ സെൽ അനീമിയക്ക് ഇരയായവർ പ്രധാനമായും കാടുമായി ബന്ധപ്പെട്ട് ജീവിതം നയിച്ചിരുന്ന പട്ടികവർഗ്ഗ സമൂഹങ്ങളാണ്. ഏറ്റവും കൂടുതൽ പട്ടികവർഗ്ഗക്കാർ അധിവസിക്കുന്ന വയനാട് ജില്ലയിൽ മാത്രം സിക്കിൾസെൽ അനീമിയ കണ്ടെത്തിയ ആയിരത്തിലധികം പേരുണ്ട്. ഈ ജില്ലയിലെ ഒ ബി സി വിഭാഗക്കാരായ വയനാടൻ ചെട്ടിമാരുടെ ഇടയിലും അരിവാൾ രോഗികളുണ്ട്. പട്ടികവർഗ്ഗ വികസന വകുപ്പിന്റെ കണക്ക് പ്രകാരം ഇന്ന് കേരളത്തിൽ 729 പട്ടികവർഗ്ഗ കുടുബംഗങ്ങളിലായി 889 അരിവാൾ രോഗികളാണുള്ളത്. ഇവർക്ക് സാന്ത്വനമെന്ന നിലയിൽ അത്യാവശ്യം മരുന്നുകൾ, പോഷകാഹാര സാധനങ്ങൾ തുടങ്ങിയവ വാങ്ങുന്നതിനും പട്ടികവർഗ്ഗ വികസന വകുപ്പ് പ്രതിമാസം 2500 രൂപ വീതം ധനസഹായം നൽകി വരുന്നു. വയനാട്, പാലക്കാട്, മലപ്പുറം,

കോഴിക്കോട്, കണ്ണൂർ ജില്ലകളിലെ പട്ടികവർഗ്ഗക്കാരിലാണ് അരിവാൾ രോഗികൾ ഉള്ളത്. രോഗികളിൽ ചെറിയ ശതമാനം മാത്രമാണ് രോഗനിർണ്ണയം നടത്തുന്നത്. പലപ്പോഴും കൃത്യമായ പരിശോധനയും രോഗനിർണ്ണയവും തുടർ ചികിത്സയും സിക്കിൾ സെൽ രോഗികളിൽ ഉണ്ടാകാറില്ല. സർക്കാർ സംവിധാനങ്ങളിലും കൃത്യമായ കണക്കുകൾ ലഭ്യമല്ല. രോഗബാധിതർ സാമൂഹികമായി ഒറ്റപ്പെടും എന്ന കാരണത്താൽ വിവാഹത്തിനു മുമ്പ് പലരും രോഗനിർണ്ണയത്തിന് തയ്യാറാകാറില്ല. രോഗനിർണ്ണയത്തിന് വിപുലമായ സംവിധാനങ്ങൾ ഉണ്ടാകേണ്ടതുണ്ട്. സിക്കിൾസെൽ അനീമിയ ബാധിച്ച രോഗികളുടെ പുനരധിവാസം ഇന്ന് പ്രധാന വെല്ലുവിളിയാണ്. ജനിതക രോഗമായതിനാൽ ഈ രോഗത്തിന് പ്രതിരോധ മരുന്നുകൾ ലഭ്യമല്ല. രോഗത്തിന്റെ തോത് കുറച്ച് കൊണ്ടുവരുന്നതിനായി ബോധവത്കരണ പ്രവർത്തനങ്ങൾ നടത്തുകയെന്നുള്ളതാണ് ഏക പോംവഴി. നിലവിൽ നാമമാത്രമായ തൊഴിൽ പരിശീലനവും പുനരധിവാസ പദ്ധതികളുമാണ് നടപ്പിലാക്കിയിട്ടുള്ളത്. പട്ടികവർഗ്ഗ സമൂഹത്തിൽ അരിവാൾ രോഗം ബാധിച്ചവർ നിരവധി പ്രതിസന്ധികളെയാണ് അഭിമുഖീകരിക്കുന്നത്.

റിസർച്ച് ഓഫീസർ, കിർടാഡ്സ്, കോഴിക്കോട്-17, Phone: 9447113234, Email:minipv07@gmail.com

44

An Umbrella Review on Health Determinants in India's Scheduled Tribes Areas after Seventy-Five years of independence: Significance for the shift in development paradigm

Prasanth M.K.[1] & Dilip Diwakar G.[2]

Abstract

Identifying health as an indicator or synonym for development rephrased the policy approach and brought the concept of equity and universal access to health services. Portraying policy gaps in the National Health Policies in this umbrella review has been based on the framework of the inclusive development paradigm. Full-text articles in English were selected and thematically according to the key variables such as national family health surveys of India, national health policies of India, equity in distributing health services in India, tribal health and tribal sub-plans and arranged accordingly.

The review has explained that the efficiency of the minimum infrastructure and inadequate human resources were not barriers to ameliorating the persistent health issues such as being underweight, stunting and wasting in the children and developmental delays. Moreover, the review identified a decrease in the anaemic status of women and children and an increase in the utilisation of public and private healthcare facilities, including pregnancy-related services and other maternal health indicators. Yet, the review has highlighted the significance of reducing infant mortality, under-five mortality, and developmental delays in children from Scheduled tribe communities. Besides this, the significance of an intervention to reduce the mild and moderate anaemic status of scheduled tribe women has also been indicated. Hence, the review suggested a theoretical functional model for the primary health facilities that includes the prevention, promotion, curation, palliation and rehabilitative care of the Scheduled tribe population.

Keywords: Equity, Health, Social Development, National Health Policies

1 Research Scholar, Department of Social Work, Central University of Kerala, Kasaragod, emai id for correspondence: com.mkprasanth@gmail.com

2 Assistant Professor, Department of Social Work, Central University of Kerala, Kasaragod

45

ട്രാൻസ്ജൻഡർ മനുഷ്യരുടെ ആരോഗ്യ സേവന ലഭ്യതയും പ്രാപ്യതയും - 2015 നയത്തിന്റെ പശ്ചാത്തലത്തിൽ

ഡോ. ജയശ്രീ എ.കെ.

പശ്ചാത്തലം: ഇന്ത്യയിൽ ആദ്യമായി കേരളത്തിൽ ട്രാൻസ്ജെൻഡർ പോളിസി 2015 ൽ നടപ്പാക്കി. ആരോഗ്യമേഖലയിൽ അതെങ്ങനെ പ്രതിഫലിക്കുന്നു എന്നും ഇനിയും എങ്ങനെ മുന്നോട്ടു പോകണമെന്നും ചിന്തിക്കേണ്ട സമയമാണ്.

ഉദ്ദേശ്യം: 2015 നയത്തിന്റെ പശ്ചാത്തലത്തിൽ കേരളത്തിലെ ട്രാൻസ്ജൻഡർ മനുഷ്യരുടെ ആരോഗ്യ സേവന ലഭ്യതയും പ്രാപ്യതയും വിശകലനം ചെയ്യുക

രീതിശാസ്ത്രം: പോളിസി അനാലിസിസ്.

പരിശോധിച്ച ഘടകങ്ങൾ - സന്ദർഭം, പോളിസിയുടെ ഭാഗമായി നടത്തിയ പ്രശ്നപഠനം, ലക്ഷ്യങ്ങൾ, മാർഗ്ഗങ്ങൾ, ബന്ധപ്പെട്ട ജനങ്ങളും ഏജൻസികളും, ഫലങ്ങൾ, നടത്തിപ്പിലെ നേട്ടങ്ങൾ, പോരായ്മകൾ.

ഡേറ്റ സ്വരൂപിച്ച വിധം- ഡോക്കുമെന്റുകളുടെയും പ്രബന്ധങ്ങളുടെയും വിശകലനം, സാമൂഹിക മാദ്ധ്യമങ്ങളുടെ വിശകലനം, കേസ് പഠനം, ഇന്റർവ്യൂകൾ

നിരീക്ഷണഫലങ്ങൾ

കേരള ഗവണ്മെന്റ് ട്രാൻസ്ജെന്റർ നയത്തിന് മുന്നോടിയായി നടത്തിയ അവസ്ഥാ വിശകലനത്തിൽ മറ്റുള്ള സ്ഥാപനങ്ങളിലെന്ന പോലെ ആരോഗ്യ സ്ഥാപനങ്ങളിലും ട്രാൻസ്ജൻഡർ മനുഷ്യർ വിവേചനം നേരിടുന്നു എന്ന് മനസ്സിലാക്കി. 51 ശതമാനം പേരും ആരോഗ്യസ്ഥാപനങ്ങളിൽ ചികിത്സ നിഷേധിച്ച അനുഭവമുള്ളതായി റിപ്പോർട്ട് ചെയ്തു. ആരോഗ്യനിർണ്ണയ ഘടകങ്ങളായ വിദ്യാഭ്യാസം, തൊഴിൽ എന്നിവയിലും ഭൂരിപക്ഷം പേരും വിവേചനവും അവകാശലംഘനവും നേരിട്ടതായി രേഖപ്പെടുത്തി. എൺപത് ശതമാനം പേരും ശരീരത്തിൽ മാറ്റം ആഗ്രഹിച്ചു എങ്കിലും അതിൽ തൊണ്ണൂറു ശതമാനം പേർക്കും അത് സാധിച്ചില്ല. ജെൻഡർ ഐഡന്റിറ്റി മറച്ചു വെക്കേണ്ടി വരുന്നതിനാലും വീട്ടിൽ നിന്നും എല്ലാ സ്ഥാപനങ്ങളിൽ നിന്നും ബഹിഷ്കരിക്കപ്പെട്ടതു കൊണ്ടും മാനസികസംഘർഷവും ആത്മഹത്യാ പ്രവണതയും വ്യാപകമായി കണ്ടു.

നയത്തിൽ ലക്ഷ്യങ്ങൾ വ്യക്തമാക്കിയിട്ടുണ്ട്. അന്തസ്സോടെയുള്ള ജീവിതത്തിനും എല്ലാത്തരം അക്രമത്തിൽ നിന്നും വിവേചനത്തിൽ നിന്നുമുള്ള മോചനത്തിനും ആവശ്യമായ പിന്തുണ നൽകുക എന്നത് അവയിലൊന്നാണ്. ഇതിനായി പല പദ്ധതികളും നയത്തിൽ നിർദ്ദേശിക്കപ്പെട്ടിട്ടുണ്ട്.

1. ആരോഗ്യ ഇൻഷ്വറൻസ് പദ്ധതിയിൽ ട്രാൻസ്ജെൻഡർ വ്യക്തികളെ ഉൾപ്പെടുത്തുക
2. ഹെൽത്ത് ഇൻഷ്വറൻസ് കാർഡ് ലഭ്യമാക്കുക
3. സെക്സ് റീ അസൈൻമെന്റ് സർജ്ജറിക്കായി ഗവൺമെന്റ് ആശുപത്രികളിൽ ഫണ്ട് സ്വരൂപിക്കുക
4. എല്ലാ ആശുപത്രികളിലും ട്രാൻസ്ജെൻഡർ വ്യക്തികൾക്ക് രജിസ്ട്രേഷൻ, അഡ്മിഷൻ എന്നിവക്ക് പോളിസി ഉണ്ടായിരിക്കുക. അവരുടെ ആരോഗ്യപ്രശ്നങ്ങളെ കുറിച്ചും ആവശ്യമായ സേവനങ്ങളെ കുറിച്ചും എല്ലാ ആരോഗ്യപ്രവർത്തകർക്കും പരിശീലനം നൽകുക.
5. എല്ലാ ആശുപത്രികളിൽ നിന്നും യാതൊരു വിവേചനവും കൂടാതെ എല്ലാ സേവനങ്ങളും ഉറപ്പു വരുത്താനാവശ്യമായ നിർദ്ദേശം ആരോഗ്യവകുപ്പിൽ നിന്ന് സ്ഥാപനങ്ങൾക്ക് നൽകേണ്ടതാണ്.
6. ലിംഗമാറ്റശസ്ത്രക്രിയക്ക് ഉള്ള ആവശ്യകതയെ കുറിച്ചും നിലവിലുള്ള സാദ്ധ്യതകളെ കുറിച്ചുമുള്ള കൗൺസിലിംഗ്, ശസ്ത്രക്രിയക്ക് ശേഷം ആവശ്യമായ പരിചരണവും മാനസിക പിന്തുണയും നൽകണം.

നേട്ടങ്ങൾ : ആരോഗ്യ സ്ഥാപനങ്ങളിലെ വിവേചനങ്ങളിൽ നേരിയ കുറവ് ഉണ്ടായി.

സ്വകാര്യമേഖലയിൽ നിന്ന് സർജ്ജറി ചെയ്യുന്നവർക്ക് അതിന്റെ ചെലവ് സർക്കാർ വഹിക്കുന്നു.

ക്വിയർ സൗഹൃദ ആശുപത്രികൾക്ക് തുടക്കമായി

ചികിത്സാ മാനദണ്ഡങ്ങൾ നിർണ്ണയിക്കാനുള്ള പ്രാരംഭ നടപടികൾ തുടങ്ങി

ആരോഗ്യസേവന ദാതാക്കൾക്കുള്ള പരിശീലനങ്ങൾ ആരംഭിച്ചു

പോരായ്മകൾ

വിവേചനങ്ങൾ തുടരുന്നു

മാനദണ്ഡങ്ങൾ രൂപപ്പെടുത്തിയിട്ടില്ലാത്തതിനാൽ അശാസ്ത്രീയ ചികിത്സകൾ തുടരുന്നു.

പരിശീലനം മതിയാകാത്തതു കൊണ്ട് മാനസിക പിന്തുണ ലഭ്യമാക്കാനുള്ള സംവിധാനങ്ങളുടെ അഭാവം മൂലം ആത്മഹത്യകൾ തുടരുന്നു.

ട്രാൻസ് ജെൻഡർ മനുഷ്യരുടെ ജീവിതത്തിന് ഹാനികരമായ തരം ചികിത്സകൾ(conversion therapy) ഇപ്പോഴും തുടരുന്നു.

46

ട്രാൻസ് ജെൻഡർ മനുഷ്യരിലെ സാംക്രമികേതര രോഗങ്ങൾ

ഡോ. ഭവ്യ ഫെർണാണ്ടസ്

പശ്ചാത്തലം

ട്രാൻസ്ജെൻഡർ ആളുകൾ സമൂഹത്തിൽ പാർശ്വവല്ക്കരിച്ചവരാണ്.അവരുടെ ആരോഗ്യപരിരക്ഷ ലഭ്യമാക്കുന്നതിനുള്ള ബുദ്ധിമുട്ടലുകളും, സാംക്രമികേതര രോഗങ്ങൾക്കുള്ള (NCD) അപകടസാധ്യത ഘടകങ്ങളും പൊതുവെ കൂടുതലാണ്. കേരളത്തിലെ ട്രാൻസ്ജെൻഡർ കമ്മ്യൂണിറ്റി അംഗങ്ങൾ അഭിമുഖീകരിക്കുന്ന എൻസിഡി യുടെ അപകട ഘടകങ്ങളുടെയും ആരോഗ്യ പരിരക്ഷാ നേടുന്നതിനുള്ള തടസ്സങ്ങളുടെയും ആഴം വിലയിരുത്തുന്നതിനാണ് ഈ പഠനം നടത്തിയത്.

നടപടിക്രമത്തിന്റെ രീതികൾ

കേരളത്തിലെ മൂന്ന് ജില്ലകളിൽ നിന്നുള്ള 120 ട്രാൻസ്ജെൻഡർമാരിൽ ഒരു മിക്സഡ് മോഡൽ പഠനമാണ് നടത്തിയത്. ജീവിതശൈലീരോഗങ്ങൾക്കുള്ള അപകടസാധ്യത ഘടകങ്ങളും, ആരോഗ്യ സംരക്ഷണത്തിന് തടസ്സങ്ങൾ നേരിടുന്നവരുമായിട്ടുള്ളവരുടെ അനുപാതവും, ഈ തടസ്സങ്ങളെ മറികടക്കാനുള്ള അവരുടെ നിർദ്ദേശങ്ങളും ഈ പഠനം വിലയിരുത്തി.

ഫലങ്ങൾ

പുകയിലയും മദ്യവും ഉപയോഗിക്കുന്നവരുടെ അനുപാതം യഥാക്രമം 40.8 ഉം 40 ശതമാനവുമാണ്. 97.5 ശതമാനം പേർക്കും പ്രതിദിനം നിർദേശിക്കുന്ന പച്ചക്കറി, പഴങ്ങൾ എന്നിവ കുറവായിരുന്നു. 44.2 ശതമാനം പേർ ശാരീരികമായി നിഷ്ക്രിയരാണ്, 26.7 ശതമാനം അമിതഭാരമുള്ളവരും 10.8 ശതമാനം പൊണ്ണത്തടിയുള്ളവരുമാണ്. 27.5 ശതമാനം രക്തസമ്മർദ്ദമുള്ളവരും 18.3 ശതമാനം പ്രമേഹരോഗികളുമാണ്. കൂടാതെ ആരോഗ്യ സംവിധാനത്തിനകത്തും പുറത്തുമുള്ള ആരോഗ്യ പരിപാലനത്തിലെ നിരവധി തടസ്സങ്ങൾ തിരിച്ചറിഞ്ഞു. 41% പേർ കഴിഞ്ഞ ഒരു വർഷമായി ഒരു ഹെൽത്ത് കെയർ സെന്ററിൽ എങ്കിലും വിവേചനം നേരിട്ടതായി റിപ്പോർട്ട് ചെയ്തു, ട്രാൻസ്ജെൻഡറുകളെക്കുറിച്ചും അവരുടെ പ്രശ്നങ്ങളെക്കുറിച്ചും മതിയായ അറിവുള്ള ആരോഗ്യ പ്രവർത്തകരുടെ അഭാവവും ഇത് സൂചിപ്പിക്കുന്നുണ്ട്. ആരോഗ്യ സംവിധാനത്തിനുള്ളിലെ മറ്റ് തടസ്സങ്ങൾ അടിസ്ഥാന സൗകര്യങ്ങളായിരുന്നു, അപര്യാപ്തമായ ടോയ്‌ലറ്റ് സൗകര്യങ്ങളും, രെജിസ്ട്രേഷൻ ഫോമുകളും റിപ്പോർട്ട് ചെയ്യപ്പെട്ടു. കൂടാതെ പ്രോട്ടോക്കോളിന്റെ അഭാവവും അപര്യാപ്തമായ ലാബ് സൗകര്യങ്ങളും ഉണ്ട്. ആരോഗ്യ സംവിധാനത്തിന് പുറത്ത് കാണുന്ന പ്രധാന തടസം ചികിത്സ തേടുന്നതിൽ കാലതാമസം വരുത്തുന്നതാണ്. പ്രധാനമായും സാമ്പത്തിക, ഭൂമിശാസ്ത്രപരമായ തടസങ്ങൾ മൂലം കമ്മ്യൂണിറ്റി നിർദ്ദിഷ്ട സേവനങ്ങൾ നൽകുന്ന കേന്ദ്രങ്ങളുടെ കുറവുകളും ഉണ്ട്.

ഉപസംഹാരം

പൊതുവെ, കേരളത്തിലെ സിസ്ജെൻഡർ ജനസംഖ്യയുമായി താരതമ്യപ്പെടുത്തുമ്പോൾ, ഞങ്ങളുടെ സാമ്പിളിലെ ട്രാൻസ്ജെൻഡർ കമ്മ്യൂണിറ്റി അംഗങ്ങൾക്ക് ജീവിതശൈലി രോഗസാധ്യത അപകട ഘടകങ്ങൾ കൂടുതൽ ആയിരുന്നു. കൂടാതെ, രക്താതിമർദ്ദം, പ്രമേഹം തുടങ്ങിയ അനുബന്ധമായ അപകട ഘടകങ്ങൾ നേരത്തെ ആരംഭിക്കുവാനുള്ള സാധ്യതയുണ്ട്. പങ്കെടുത്തവരിൽ ഭൂരിഭാഗവും കഴിഞ്ഞ ഒരു വർഷത്തിനിടെ പ്രമേഹത്തിനും രക്തസമ്മർദ്ദത്തിനും വേണ്ടിയുള്ള പരിശോധനയ്ക്ക് വിധേയരായിട്ടുണ്ട്. ആരോഗ്യ സംവിധാനത്തിനുള്ളിലും പുറത്തും ആരോഗ്യ ചികിത്സാ പ്രവേശനത്തിന് നിരവധി തടസ്സങ്ങൾ നിലവിലുണ്ടെന്ന് കണ്ടെത്തുവാൻ കഴിഞ്ഞു. അതിനാൽ, പ്രത്യേകിച്ച് ജീവിതശൈലിയുടെ സേവനങ്ങൾ, ആരോഗ്യ സേവനങ്ങൾ എന്നിവ പൊതുവെ കൂടുതൽ വിശാലമാക്കുന്നതിനു ആരോഗ്യ സംവിധാനത്തിനകത്തും പുറത്തുമുള്ള മനോഭാവങ്ങളിൽ മാറ്റം വരുത്തേണ്ടത് വളരെ പ്രാധാന്യമാണ്.

Research Officer, SHSRC, Trivandrum

47

ട്രാൻസ് ജെൻഡർ സമൂഹത്തിന്റെ മാനസിക ആരോഗ്യസംരക്ഷണം- ഒരു ആയുർവേദ സമീപനം

ഡോ. എം. സുഭാഷ്

ആഗോള ജനസംഖ്യയുടെ 0.3% മുതൽ 0.5% വരെ ഉണ്ടെന്ന് അനുമാനിക്കപ്പെടുന്ന ട്രാൻസ് ജെൻഡർ സമൂഹം നിരവധി ശാരീരിക മാനസിക പ്രശ്നങ്ങളെ അഭിമുഖീകരിക്കുന്നുണ്ട്. 2011-ലെ സെൻസസ് വിവരങ്ങൾ അനുസരിച്ച് ഇന്ത്യയിൽ 48 ലക്ഷം ട്രാൻസ് ജെൻഡർ മനുഷ്യരുണ്ടെന്ന് കണക്കാക്കപ്പെട്ടിരിക്കുന്നു. കേരളാ സർക്കാർ 2014-ൽ നടത്തിയ സർവേ പ്രകാരം സംസ്ഥാനത്ത് ഈ വിഭാഗത്തിൽ പെടുന്ന 25000 വ്യക്തികൾ ഉള്ളതായി നിരീക്ഷിക്കപ്പെട്ടിട്ടുണ്ട്.

നിരവധി വിവേചനങ്ങളും, അവഹേളനങ്ങളും അവഗണനയും അനുഭവിക്കുന്ന ഈ ജനസമൂഹത്തിൽ വിഷാദം, അമിത, ഉത്കണ്ഠ, മാനസീക സമ്മർദ്ദം ഇവ ധാരാളമായി കാണപ്പെടുന്നു. ട്രാൻസ് ജെൻഡർ വ്യക്തികൾക്കിടയിൽ സമീപകാലത്ത് നടത്തിയ ഒരു പഠനത്തിൽ 74% പേർക്ക് വിഷാദം, 64% പേർക്ക് അമിത ഉത്കണ്ഠ, 61% പേർക്ക് ഉയർന്ന മാനസിക സമ്മർദ്ദം ഇവ കണ്ടെത്താൻ കഴിഞ്ഞു. പഠനത്തിൽ പങ്കാളികളായവരിൽ പലർക്കും ആത്മഹത്യാപ്രവണതയും ആത്മഹത്യയിലേക്ക് നയിക്കാൻ ഇടയുള്ള ചിന്തകളും ഉള്ളതായി മനസിലാക്കാൻ സാധിച്ചിട്ടുണ്ട്.

ട്രാൻസ് ജെൻഡർ മനുഷ്യരുടെ ജീവിത നിലവാരം മെച്ചപ്പെടുത്തുന്നതിനും, സാഹചര്യം അവരിലേൽപ്പിക്കുന്ന മാനസീക സമ്മർദ്ദങ്ങൾ ലഘൂകരിക്കുന്നതിനുമുള്ള ദീർഘകാല പദ്ധതികൾ ആവിഷ്കരിക്കേണ്ടത് ആവശ്യമാണെന്ന് പഠനം വെളിപ്പെടുത്തുന്നു. അതോടൊപ്പം തന്നെ, ആത്മഹത്യ പ്രവണത പോലുള്ള അടിയന്തര പ്രാധാന്യമുള്ള പ്രശ്നങ്ങളെ അതിജീവിക്കാൻ അവരെ പ്രാപ്തരാക്കുക എന്നതും പ്രാധാന്യമേറിയതാണ്. ഋണാത്മക ജീവിത സാഹചര്യങ്ങൾ സൃഷ്ടിക്കുന്ന മാനസീക സമ്മർദ്ദങ്ങളെ മറികടക്കുവാൻ യോഗ, ലഘു വ്യായാമ മുറകൾ, ശുഭാപ്തി വിശ്വാസമുറപ്പിക്കാനുള്ള കൂട്ടായ്മകൾ എന്നിവയുടെ സാധ്യത വലുതാണ്. അതിലേക്ക് പ്രാദേശികവും, സാമൂഹ്യ സാംസ്കാരിക സാഹചര്യങ്ങൾക്ക് അനുസൃതവുമായ മാനസീകാരോഗ്യ പരിശീലന പരിപാടികൾ ആവിഷ്കരിക്കുന്നതിനെക്കുറിച്ചുള്ള ചർച്ചകൾ അനിവാര്യമായിരിക്കുന്നു.

മെഡിക്കൽ ഓഫീസർ, ഭാരതീയ ചികിത്സാവകുപ്പ് & മുൻ സ്റ്റേറ്റ് പ്രോഗ്രാം മാനേജർ, നാഷണൽ ആയുഷ് മിഷൻ, കേരള

48

കേരളത്തിലെ ഇന്റർസെക്സ് കമ്മ്യൂണിറ്റികൾക്കിടയിലെ ആരോഗ്യ സംരക്ഷണ ആവശ്യങ്ങളും ആരോഗ്യ പരിപാലനത്തെക്കുറിച്ചുള്ള കാഴ്ചപ്പാടുകളും: ഒരു രൂപീകരണ പഠനം

ഡോ. മഞ്ജു മാധവൻ[1] & ഡോ. വി. ജിതേഷ്[2]

പശ്ചാത്തലം

സ്ത്രീയുടെയോ പുരുഷന്റെയോ സാധാരണ നിർവചനങ്ങൾക്ക് അനുയോജ്യമല്ലാത്ത പ്രത്യുൽപാദന/ലൈംഗിക ശരീരഘടനയുമായി ഒരു വ്യക്തി ജനിക്കുന്ന വിവിധ അവസ്ഥകളെ ഉൾക്കൊള്ളുന്ന ഒരു പദമാണ് ഇന്റർസെക്സ്. കേരളത്തിലെ ഇന്റർസെക്സ് കമ്മ്യൂണിറ്റിയുടെ ആരോഗ്യ സംരക്ഷണ ആവശ്യങ്ങൾ ഇതുവരെ അറിയപ്പെടാത്തതും പര്യവേക്ഷണം ചെയ്യപ്പെടാത്തതുമാണ്. ആരോഗ്യ പരിപാലന സംവിധാനവുമായി ഈ കമ്മ്യൂണിറ്റിയെ ശരിയായ രീതിയിൽ ബന്ധിപ്പിക്കുന്നതിന്, അവരുടെ കാഴ്ചപ്പാടുകൾ മനസ്സിലാക്കുന്നത് വളരെ അത്യന്താപേക്ഷിതമാണ്.

നടപടിക്രമത്തിന്റെ രീതികൾ

സ്നോബോൾ സാമ്പിൾ ഉപയോഗിച്ച് കേരളത്തിലെ ഇന്റർസെക്സ് വ്യക്തികളുടെ പ്രധാന ഇൻഫോർമന്റ് ഇന്റർവ്യൂകളിലൂടെ ഗുണപരമായ വിവരങ്ങൾ ശേഖരിച്ച ഒരു രൂപീകരണ പഠനമാണിത്.

ഫലങ്ങൾ

ശരീരഘടനാപരമായ വ്യതിയാനങ്ങൾ, ശരീരശാസ്ത്രപരമായ സങ്കീർണതകൾ, ജെൻഡർ തിരിച്ചറിയൽ, ലൈംഗിക ആഭിമുഖ്യം എന്നിവയെക്കുറിച്ച് ആരോഗ്യപരിപാലന വിദഗ്ധർക്കിടയിൽ ഇന്റർസെക്സ് വ്യക്തികളെക്കുറിച്ചു അറിവില്ലായ്മ ഉണ്ട്, കൂടാതെ ഈ

ജനസംഖ്യയുടെ സുരക്ഷിതവും ആരോഗ്യകരവുമായ പരിവർത്തനത്തിനുള്ള ശസ്ത്രക്രിയ/ഹോർമോൺ ചികിത്സാ ഉപദേശം എന്നിവയും അപര്യാപ്തമാണ്. ശൈശവ/ബാല്യകാല പ്രത്യുൽപാദന അവയവങ്ങളുടെ സ്ഥിതീകരണത്തിനു വേണ്ടിയുള്ള ശസ്ത്രക്രിയകളുടെ പശ്ചാത്തലത്തിൽ അതിനുള്ള സമ്മതവും വ്യക്തിഗത ലിംഗ തിരഞ്ഞെടുപ്പും ജീവിതത്തിന്റെ വിവിധ ഘട്ടങ്ങളിൽ മാനസികാരോഗ്യ സംരക്ഷണവും അനിവാര്യമായ ആവശ്യമാണ്. നിരന്തരമായ സാമൂഹ്യപ്രശ്നങ്ങൾ, ആവശ്യമായ അടിയന്തര ആരോഗ്യ സംവിധാനത്തിലെ മാറ്റങ്ങൾ, നിലവിലുള്ള നയങ്ങളുടെ കാര്യക്ഷമത, നിയമപരമായ വശങ്ങൾ തുടങ്ങിയവയെക്കുറിച്ചുള്ള വ്യകതമായ കാഴ്ച്ചപ്പാടുകൾ രേഖപെടുത്തുകയുണ്ടായി.

ഉപസംഹാരം

ഇന്റർസെക്സ് കമ്മ്യൂണിറ്റിയുടെ ആരോഗ്യ ആവശ്യങ്ങളും ആരോഗ്യ സംരക്ഷണ വെല്ലുവിളികളും പ്രത്യേക ശ്രദ്ധ അർഹിക്കുന്നു; ഇതിനെ കുറിച്ചുള്ള അറിവ് നിലവിൽ ആരോഗ്യ സംവിധാനത്തിൽ നിന്ന് വളരെ കുറവാണ്. കമ്മ്യൂണിറ്റി-നിർദ്ദിഷ്ട പ്രതിനിധീ, ഗവേഷണം, ശേഷി വർദ്ധിപ്പിക്കൽ, ജെൻഡർ സെൻസിറ്റീവ് ആശയവിനിമയം എന്നിവയ്ക്കൊപ്പം മെഡിക്കൽപ്രൊഫഷണലുകൾ/വിദ്യാർത്ഥികൾ/സർക്കാർ ആരോഗ്യമേഖലയിലെ മറ്റ് പങ്കാളികൾ എന്നിവരെ ആഴത്തിൽ ബോധവത്കരിക്കേണ്ടതുണ്ട്. കമ്മ്യൂണിറ്റിയുടെ ആവശ്യങ്ങളുടെ സംയോജനം നിലവിലുള്ള സംസ്ഥാന ആരോഗ്യ പരിപാലനത്തിലും, സാമൂഹിക വികസന സേവനങ്ങളിലും ഉൾപ്പെടുത്തുന്നത് വളരെ പ്രാധാന്യമുള്ളതായി കണക്കാക്കുന്നു.

---

1. Research Officer, State Health Systems Resource Centre-Kerala

---

2. Executive Director, State Health Systems Resource Centre-Kerala

49

Migrants in Kerala: Health Status, Challenges and way forward

Dr. Betsy A. Jose

Kerala has been a hub for both internal and international migration due to its economic opportunities and relatively high standard of living. The state has witnessed significant labor migration from states like West Bengal, Bihar, Uttar Pradesh, and Assam, as well as from neighboring countries like Nepal and Bangladesh. Migrants have been attracted to Kerala's construction, agriculture, and service sectors, contributing significantly to the state's economy.However, the health status of migrants in Kerala has been a concern due to various factors:

1. Living Conditions: Migrants often live in cramped and substandard accommodations, which can lead to poor sanitation and hygiene. Overcrowded living conditions can increase the risk of communicable diseases like scabies, Tuberculosis, Malaria
2. Access to Healthcare: Migrants, especially those from lower socio-economic backgrounds, may face barriers in accessing quality healthcare services. Language barriers, lack of awareness about local health facilities and ignorance to health and financial constraints can hinder their access to medical care.
3. Occupational Health Risks: Many migrants work in labor-intensive sectors such as construction, agriculture, and fishing. These jobs can expose them to occupational hazards such as physical injuries, exposure to harmful chemicals, and other health risks.
4. Mental Health: Migrants often live far away from their families and face social isolation. The challenges of adapting to a new environment, culture shock, and the absence of social support networks can contribute to mental health issues.
5. Infectious Diseases: Migrants moving from different regions and countries can bring with them infectious diseases. The lack of proper health screenings and awareness can lead to the spread of diseases especially HIV/AIDS, Syphilis and Leprosy

6. Maternal and Child Health: Female migrants, especially those employed as domestic workers, might face challenges in accessing proper maternal healthcare during pregnancy. Children of migrant families could also face barriers in receiving essential immunizations and healthcare services.
7. Drug Abuse: Migrants are vulnerable for usage of drugs due to social isolation, peer pressure and due to lack of social support systems
8. Sexual Violence: Migrants are involved in sexual violence. They commit heinous crimes and murders. One of the reason is some of them have a criminal background and they escape to other states for Jobs. Our state has no mechanism to track the background or real time monitoring of these migrants

The consequences of the health challenges faced by migrants in Kerala are multifaceted:

1. Public Health Concerns: The prevalence of communicable diseases among migrants can pose public health risks. Diseases can spread within migrant communities and potentially to the broader population. The incidence of HIV/AIDS, Syphilis and Leprosy are increasing in the general population.
2. Strain on Healthcare System: Overburdened healthcare facilities might struggle to provide adequate medical attention to both locals and migrants, leading to longer wait times and compromised care quality.
3. Economic Impact: Poor health among migrants can lead to absenteeism from work, decreased productivity, and increased healthcare costs. This could have repercussions on both the migrants' income and the industries they work in.
4. Social Tensions: Tensions can arise between local communities and migrant populations if there's a perception that migrants are overburdening public services or contributing to the spread of diseases.
5. Human Rights Concerns: Inadequate access to healthcare for migrants raises human rights issues, as it infringes upon their right to health and well-being. Migrants works in informal sectors and there is no social organisation for accountability
6. How can we tackle the problems related to Migrants in Kerala ?

1. Role of Governments and NGOs : Efforts should be made by both governmental and non-governmental organizations to address the health concerns of migrants in Kerala, including providing healthcare facilities, awareness campaigns, and legal protections. However, challenges persist, and a comprehensive approach involving healthcare, labor, and social policies is necessary to improve the overall health and well-being of migrant populations in the state.
2. Role of CBOs : The growing concerns of HIV/ AIDS and Syphilis can be managed with the help of active paticipations from Community Based Organisations. Some of the migrants whose family are staying in Kerala for more than 7 years can be selected as Health educators or Peer educators so that it improves the acceptability among the migrants.
3. Role of contractors: A better living conditions should be offered to them inorder to manage their well being and mental health
4. Role of LSGDs : Regular health checkups and Health education sessions needs to be arranged with the help to self government organisations.
5. Role of police departments: There should be systems to track the criminals who escape from their state and being coming here as migrants. This can be achieved with the help of police clearance from their state as well as our state inorder to get a job. That should be made mandatory.
6. Role of Government Health care facilities: A special migrant clinic can be kept so that we

can keep an account of their health aspects. A doctor and staff nurse who could manage Hindi should be preferred for the same. Even an NHM doctor who can manage Hindi language can manage this clinic.

Its high time the government and NGOs & LSGDs should take a stand and keen interests on the health and various aspects related to migrants using a holistic approach.

References :

1. Narayana, D, Venkiteswara, C. S 2013, " Domestic Migrant Labours In Kerala ", Report GIFT 2013
2. Jeejo, Nithya, 2015. "Employment Of Migrant Labourers In Establishments: A Study Of Thiruvananthapuram", Internship Programme With State Planning Board, 2015
3. Parida DJK. A study on In-migration, Informal Employment and Urbanization in Kerala.

Assistant Professor, Department of Community Medicine, Pushpagiri Institute of Medical Sciences & Research Centre, iruvalla, Mob:9495945260, Email:betsymukkathu777@gmail.com

50

Social Issues of Gaps in Transgender Health Care Facility in State Sponsored Medical Insitutes in Kerala: An analysis of Kerala Health Care with a Gender Lens

Anagh

As is well knowm, Kerala was the first state in India to come out with a transgender policy in 2015, soon after the renowned NALSA v/s Union of India judgement in 2014 which gave a legal status to transgender community in India. After the State Policy for Transgenders in Kerala, 2015 in the next government Social Justice Department of Kerala came up with various provisions for transgender individuals catering to their social, economic, educational political including reimbursement of Gender Affirmative Surgery (GAS) after the transgender individual performs the surgery in a hospital. This study is conducted with an intention to analyse the the Health Care Facilities in Kerala with a gender lens.

Methodology

The study employed gender as an analytical tool. the specific methods like ethnographic tools are used to gather different data. the study mainly used the ethnographic method with several people of the community, group work and field work, ranging from differnet transgender community the Gender Queer, Gender Non-conforming, Transsexual, Intersex and also other people of the LGBQA+ community.

Major Findings

Even after eight years of the policy implemented in Kerala and different wlefare programmes, the state sponsored medical colleges or hospitals failed to contonously function a department solely for transgender health care. Eventhough Kottayam Medical College and Kozhikode Medical College and some other hospitals tried to install a department or wing for transgender health care, they failed to function it continously for the complete welfare of the transgender community. For instance, the wing functioning at Beach Hospital, Kozhikode was shut during the course of the study. The wing performing at Kottayam Medical College which started to function at 2019 was then shut during the Covid -19 pandemonium and then restarted in 2022.

The major finding of the study is that eventhough the reimbursement facility is been organised by Department of Social Justice, Government of Kerala, no Govt Medical Colleges or any other Government Hospital has taken any step to come up with a department to indulge in GAS. Hence, the transgender persons are indugling in GAS inside or outside Kerala. The GAS costs from Rs 2, 50, 000 to Rs 5, 00, 000 depending upon their physical condition and other parameters.

The person should first arrange the money for the surgery which as a community who faces multiple oppression at different corners from sending out of their house and unemployment, is a difficult journey.

The other major finding which came out after discourses with transgender persons who have went to the clinics set at Kozhikode and Kottayam Medical Colleges is that the doctors are not trained to sensitively behave with the gender minorities or are not given any awareness on the body of a transgender person.

Projects like Idam which was implemented for the mental health support of the vulnerable community including queer and transgender persons are not effectively functioning. Many transgender persons often calls to the number provided but they don't get a positive response

Conclusion

Many of the policy which has implemented for welfare, education, economy have been successfully running in the state of Kerala but the programmes implemented for health care are still in the process of being set up and transgender individuals are struggling hard for smoother access to healthcare. This study hence tried to find the social issues that curtails a smooth life of the transgender persons due the improper implementation of health care in governemnt healthcare institutes.

Research Scholar, Mahatma Gandhi University, Email: researchpurposeanagh@gmail.com, Ph: +91 9446491723

51

ലൈംഗിക ന്യൂനപക്ഷങ്ങളിൽ COVID-19 ലോക്ക്ഡൗണിന്റെ പ്രഭാവം: ഇന്ത്യയിൽ ഒരു പൈലറ്റ് സർവേ പഠനം

Bishurul Hafi[1], N.A. Uvais[1], V. Rabeeh[1], Arjun P.C.[2],
Rickel Tonjam[3] & S.M. Yasir Arafat[4]

പശ്ചാത്തലം

COVID-19 പാൻഡെമിക് മനുഷ്യ മനസ്സിൽ നാശം സൃഷ്ടിച്ചു. ഇത് മനുഷ്യ ബന്ധങ്ങളെയും അവരുടെ ലൈംഗിക ജീവിതത്തെയും പ്രതികൂലമായി ബാധിക്കുന്നു. ലൈംഗിക, ലിംഗ ന്യൂനപക്ഷ ഗ്രൂപ്പുകളുടെ അടുപ്പമുള്ള ജീവിതം വലിയ തോതിൽ അവഗണിക്കപ്പെട്ട ഒരു മേഖലയാണ്. അതിൽ പാൻഡെമിക്കിന്റെ സ്വാധീനം പഠിച്ചിട്ടില്ല.

ലക്ഷ്യം

COVID-19 പാൻഡെമിക്കിന്റെ ലോക്ക്ഡൗൺ കാലയളവിൽ അവർക്കിടയിലെ ലൈംഗിക സ്വഭാവങ്ങൾ എങ്ങനെ മാറിയെന്ന് കാണാനാണ് നിലവിലെ പഠനം ലക്ഷ്യമിടുന്നത്.

ലൈംഗിക, ലിംഗ ന്യൂനപക്ഷ വിഭാഗത്തിലെ 39 അംഗങ്ങളിൽ നിന്ന് മുൻകൂട്ടി തയ്യാറാക്കിയ ചോദ്യാവലി ഉപയോഗിച്ച് വിവരങ്ങൾ ശേഖരിച്ചു. പഠനത്തിൽ പങ്കെടുക്കുന്നവരെ തിരഞ്ഞെടുക്കുന്നതിന് സൗകര്യപ്രദമായ സാമ്പിൾ സമീപനമാണ് പിന്തുടരുന്നത്. കൊറോണ മഹാമാരിക്ക് മുമ്പും ശേഷവും പങ്കാളികളുടെ എണ്ണം, പങ്കാളിയെ കണ്ടെത്തുന്ന രീതി, പുതിയ ലൈംഗിക സ്വഭാവം വികസിപ്പിക്കാനുള്ള കഴിവ് എന്നിവയുമായി ബന്ധപ്പെട്ട് ലൈംഗിക സംതൃപ്തിയിൽ കാര്യമായ മാറ്റങ്ങൾ രേഖപ്പെടുത്തിയിട്ടുണ്ട്. കോവിഡ് മഹാമാരിക്ക് മുൻപ് 56 ശതമാനം പേരും സോഷ്യൽ നെറ്റ് വർക്കിലൂടെ പങ്കാളികളെ കണ്ടെത്തിയിരുന്നു. ബാക്കിയുള്ളവർ കൂടുതലായും വെർച്ച്വൽ ആയുള്ള ലൈംഗികരീതികൾ പിന്തുടർന്നു. കോവിഡ് കാലത്ത് പങ്കാളികളെ കണ്ടെത്താനുള്ള സാദ്ധ്യത കുറഞ്ഞു. നേരിട്ടുള്ള ബന്ധങ്ങൾ കുറയുകയും വെർച്ച്വൽ രീതി കൂടുകയും ചെയ്തു.

നിഗമനങ്ങൾ

പല വിധത്തിലുള്ള സാമൂഹ്യ ഭ്രഷ്ട് മൂലം ജീവിതം പ്രയാസമായിരിക്കുന്ന ലിംഗ ലൈംഗിക ന്യൂനപക്ഷങ്ങൾക്ക് കോവിഡ് പാൻഡെമിക് കാലത്ത് ലൈംഗിക ജീവിതം കൂടുതൽ പ്രയാസമായി. ഭിന്ന ലൈംഗികത(heterosexual)യിൽ ജീവിക്കുന്നവരെ അപേക്ഷിച്ച്, ഇവർ കൂടുതൽ പ്രശ്നങ്ങൾ അനുഭവിച്ചു എന്നതാണ് ഈ ഗവേഷണത്തിൽ തെളിഞ്ഞത്. അത് മറ്റു മാനസികാരോഗ്യ പ്രശ്നങ്ങളിലേക്കും അവരെ നയിച്ചിട്ടുണ്ട്. ശാരീരികമായുള്ള അടുപ്പം കോവിഡ് വ്യാപനം വ്യാപിപ്പിക്കുന്നതിനാൽ പല വിദഗ്ധരും ശാരീരിക ബന്ധം

ഒഴിവാക്കാൻ നിർദ്ദേശിച്ചിട്ടുണ്ട്. അത് കൂടുതലായും ബാധിക്കുന്നത് സാമ്പ്രദായികമായ ബന്ധങ്ങൾക്ക് പുറത്തുള്ളവരെയാണ്. വീട്ടിൽ നിന്ന് പുറത്തായ വർക്ക്, അതിന് പകരമായുണ്ടായിരുന്ന പരിമിതമായ സാമൂഹ്യ ബന്ധങ്ങളുടെ ഇടവും ലോക് ഡൗൺ മൂലം നഷ്ടപ്പെട്ടു. ചുരുക്കത്തിൽ, കോവിഡ് വ്യാപനം ലിംഗ ലൈംഗിക ന്യൂനപക്ഷങ്ങളെ, മറ്റുള്ളവരെ അപേക്ഷിച്ച് കൂടുതൽ പ്രതികൂലമായി ബാധിച്ചു.

1 Consultant, IQRAA International Hospital and Research Center, Kozhikode, Kerala, India.

2 general practitioner

3 Emergency physician, Regional Institute of Medical Sciences, Imphal, Manipur, India.

4 Department of Psychiatry, Enam Medical College and Hospital, Dhaka, Bangladesh

52

ലൈംഗിക ചായ്‌വ് പരിവർത്തനം ആരോഗ്യ മേഖലയിൽ

Dr. Sreya Mariyam Salim[1], Dr. Lallchand Anilal[2] & Dr. Anil Prabhakaran[3]

പശ്ചാത്തലം

ലിംഗ ലൈംഗിക ന്യൂനപക്ഷങ്ങൾക്കിടയിൽ ലൈംഗിക ചായ്‌വ് പരിവർത്തനം എന്ന അശാസ്ത്രീയ നടപടികൾ കേരളത്തിൽ റിപ്പോർട്ട് ചെയ്യപ്പെടുന്നു. ലൈംഗിക ചായ്‌വ് പരിവർത്തന ശ്രമങ്ങൾ നടക്കുന്നതായി ഇന്ത്യയുടെ പല ഭാഗങ്ങളിൽ നിന്നും വാർത്തകൾ ഉണ്ടായിട്ടുണ്ടെങ്കിലും ഇതേപ്പറ്റി വ്യക്തമായ സ്ഥിതിവിവരക്കണക്കുകൾ ലഭ്യമല്ല. അതിനാൽ കേരളത്തിലെ ലിംഗ ലൈംഗിക ന്യൂനപക്ഷങ്ങൾക്കിടയിൽ നടക്കുന്ന ലൈംഗിക ചായ്‌വ് പരിവർത്തന ശ്രമങ്ങളും ഇതോടനുബന്ധിച്ചുള്ള മാനസികാഘാതവും അളക്കുവാൻ ഞങ്ങൾ ഒരു ഓൺലൈൻ പഠനം നടത്തുകയുണ്ടായി.

പഠന രീതി

ചോദ്യാവലി ഓൺ ലൈനിലൂടെ നൽകി. പങ്കെടുക്കുന്നവർ സ്വന്തം ഇഷ്ട പ്രകാരം സ്വയം ഉത്തരം നൽകുന്ന രീതിയാണ് അവലംബിച്ചത്.

ഇത്തരം ശ്രമങ്ങളുടെ തോത്, അതിനോടനുബന്ധിച്ച മാനസിക സമ്മർദ്ദം എന്നിവയാണ് പ്രധാനമായും പഠിച്ചത്. 130 പേരാണ് പഠനത്തിൽ പങ്കെടുത്തത്.

ഗവേഷണ ഫലങ്ങൾ

ഇവരുടെ ശരാശരി പ്രായം 26.80 ആയിരുന്നു. ഭൂരിഭാഗം പേരും അവരുടെ ജൈവികമായി നിർണയിക്കപ്പെട്ട ലിംഗവും ലിംഗതന്മയും പുരുഷൻ എന്ന് രേഖപ്പെടുത്തി. 42.3 ശതമാനം പേരും സ്വവർഗ ലൈംഗികതയോട് ചായ്‌വ് പ്രകടിപ്പിച്ചവരായിരുന്നു. പഠനത്തിൽ പങ്കെടുത്തവർക്കിടയിലെ ലൈംഗിക ചായ്‌വ് തിരുത്തൽ ശ്രമങ്ങളുടെ തോത് 47.5% ആയിരുന്നു. ഇതിൽ 28.8 ശതമാനം കൗൺസിലിംഗ് വഴി ആയിരുന്നു. 28.8 ശതമാനം ശ്രമങ്ങളിൽ ഡോക്ടർമാർ ഉൾപ്പെട്ടിരുന്നു. മതപരമായ കാര്യങ്ങളിൽ കൂടുതൽ നിഷ്കർഷത പുലർത്തുന്നവരിൽ മറ്റുള്ളവരെ അപേക്ഷിച്ച് തോത് കൂടുതലാണ്. ഇത്തരം ശ്രമങ്ങളോട് അനുബന്ധിച്ച് ഉയർന്ന മാനസിക സമ്മർദ്ദം ഉള്ളതായും പഠനത്തിൽ കണ്ടെത്തി.

നിഗമനങ്ങളും നിർദ്ദേശങ്ങളും

കേരളത്തിലെ ആരോഗ്യമേഖലയിൽ അശാസ്ത്രീയമായ ലൈംഗിക ചായ്‌വ് പരിവർത്തന ചികിത്സ നടക്കുന്നു. ഈ വിഷയത്തിൽ ആരോഗ്യമേഖലയിൽ പ്രവർത്തിക്കുന്നവർക്ക് അവബോധവും പരിശീലനവും നൽകേണ്ടതുണ്ട്. ഈ വിഷയം മെഡിക്കൽ വിദ്യാഭ്യാസത്തിൽ ഉൾപ്പെടുത്തണം. ലൈംഗിക ചായ്‌വ് തിരുത്തൽ ശ്രമങ്ങൾക്കെതിരെ ശക്തമായ നടപടികൾ എടുക്കേണ്ടതിന്റെ ആവശ്യകതയും ഈ പഠനം സൂചിപ്പിക്കുന്നു.

1 Junior Resident, Psychiatry, Govt. Medical College. Trivandrum

2 Assistant Professor, Psychiatry, Govt. Medical College. Trivandrum

3 Professor, Psychiatry, Dr. Somervell Memorial CSI Medical College

53

Transgender and Diverse Population and Mental Health... An update

Dr. Dinesh R.S.

Transgender and gender-diverse (TGD) adolescents experience increased mental health risk compared to cisgender peers. There is higher prevalence of depression, anxiety and suicidality in transgender diverse population than in general population. Higher prevalence is linked to complex trauma, societal stigma, violence and discrimination that these persons undergo.

The prevalence of probable depression was 33.3% and it was 29.6% for probable anxiety. Depressive symptoms and anxiety symptoms were significantly associated with younger age, being unemployed, worse self-rated health, and having at least one chronic disease.

Transgender identity is not a mental illness. Psychiatric symptoms present in persons with gender incongruence lessen with appropriate gender affirming medical and surgical care and with interventions that lessen discrimination and minority stress. Focusing too narrowly on mental health outcomes may serve to over-pathologize a vulnerable population who may be experiencing a normative response to pervasive discrimination, violence, and exclusion

Psychiatric illness and substance use disorder may impair an individual's ability to understand the rules and benefits of the treatment. They may also have difficulty having proper follow up treatment at primary care as well as of gender affirmative treatment. Such mental health issues may influence a person's ability to participate in the planning and perioperative care necessary for any surgical procedure. Such persons require the treatment of underlying psychiatric condition and substance use disorder. Transgender population has a higher rate of tobacco and nicotine use. Tobacco use has been associated with worse outcomes after surgical procedures.

Many transgender and diverse patients encounter discrimination in a wide range of health settings, including hospitals, mental health treatment settings and during the treatment program. When health systems fail to accommodate TGD individuals, they reinforce the longstanding societal exclusion many have experienced. Experience of discrimination in health care setting may lead to avoidance of needed health care due to anticipated discrimination. Despite the promise of medical intervention in alleviating mental health distress, access to gender confirming services remains a significant problem.

TGD and suicidality

LGBTIQ people report a higher risk of suicidality compared with their cisgender/heterosexual peers. Experience of discrimination experienced by TGD individuals is predictive of suicidal ideation. Gender minority stress associated with rejection and nonaffirmation has also been associated with suicidality. Denial of access to gender appropriate bathrooms has been associated with increased suicidality. The use of chosen names for TGD people has been associated with lower depression and suicidality. To successfully provide care, health settings must minimize the harm due to patients because of transphobia by respecting and accommodating TGD identities. Efforts need to be taken to ensure public awareness on LGBTQI mental health needs and suggest supportive strategies as well as preventive interventions (e.g. supportive programs, counselling, and destigmatizing

efforts) as parts of a tailored health-care planning aimed to reduce psychiatric morbidity and mortality in this at- risk population.

TGD and social support

TGD children can often internalize rejection from family and peers as well as the transphobia that surrounds them. Exposure to transphobia may be impactful across a person's lifespan and may be potentially acute during the adolescent years. Strong social support can help lessen the harm. The development of affirming social support is protective of mental health. Social support can act as a buffer against the adverse mental health consequences of violence, stigmatize discrimination, can assist in manging health systems and can contribute to pathological resilience in TGD people. Social support has been proposed to facilitate the development of coping mechanism and lead to positive emotional experience throughout the transition process. Psychological support may be helpful for many TGD persons during the transition process but it is not mandatory as some can cope without the psychological intervention. The use of reparative or conversion therapy or gender identity change efforts is not encouraged and is against the rights of the TGD population.

The mental health issues faced by the Transgender and diverse population needs to be addressed in an urgent manner as they are a highly vulnerable population. Addressing stigma and improving public awareness are important components of any initiative on mental health of Transgender and diverse population.

Psychiatrist, Taluq hospital Karunagappally drdineshrs@gmail.com

54

സാമൂഹ്യ പിന്തുണയും ട്രാൻസ്ജെൻഡർ വ്യക്തികളും

ജിഷിത കെ.പി.[1], സഫ്‌വാന പി.[2], ഫസ്ന പൊക്കാരി[3], ഡോ. രാഗേഷ് ജി.[4] & ഡോ. ജയശ്രീ എ.കെ.[5]

സാമൂഹിക പാർശ്വവൽക്കരണം എന്നത് വ്യക്തികളെയോ ഒരു കൂട്ടം ആളുകളെയോ സമൂഹത്തിന്റെ അതിരുകളിലേക്കുള്ള ഒതുക്കമാണ്. വ്യത്യസ്തമായ ഒരു ഗ്രൂപ്പിലെ അംഗങ്ങൾക്ക് സാധാരണയായി ലഭ്യമാകുന്ന വിവിധ അവകാശങ്ങൾ, അവസരങ്ങൾ, വിഭവങ്ങൾ എന്നിവയിൽ നിന്ന് വ്യക്തികളെ തടയുന്ന (അല്ലെങ്കിൽ പൂർണ്ണമായ പ്രവേശനം നിഷേധിക്കുന്ന) പ്രക്രിയയാണിത്. സാമൂഹിക പാർശ്വവൽക്കരണത്തിന്റെ അനന്തരഫലം ബാധിക്കപ്പെട്ട വ്യക്തികളല്ലെങ്കിൽ സമൂഹങ്ങൾ അവർ ജീവിക്കുന്ന സമൂഹത്തിന്റെ സാമ്പത്തിക, സാമൂഹിക - രാഷ്ട്രീയ ജീവിതത്തിൽ നിന്ന് പൂർണ്ണമായി പങ്കെടുക്കുന്നതിൽ നിന്ന് തടയപ്പെടുന്നു എന്നതാണ്.

പാർശ്വവൽക്കരിക്കപ്പെട്ട ഒരു ജനവിഭാഗങ്ങളിൽ ഒന്നാണ് LGBTQIA+ ഗ്രൂപ്പിൽപ്പെടുന്ന ആളുകൾ. ജൻഡർ/ലൈംഗികതയുടെ പേരിൽ അവർ ദിനവും സമൂഹത്തിൽ നിന്ന് പലവിവേചനങ്ങളും നേരിടേണ്ടിവരുന്നുണ്ട്. അതുപോലെ തന്നെ അവരുടെ പരിതഃസ്ഥിതിയിലെ പാർശ്വവൽക്കരണത്തിന്റെയും ഇരയാക്കലിന്റെയും അനുഭവങ്ങൾ കാരണം നിരവധി സമ്മർദ്ദം നേരിടുന്നുണ്ട്, പ്രത്യേകിച്ച് ട്രാൻസ് ജെൻഡർ വ്യക്തികൾ.

കാലങ്ങളായി നമ്മുടെ സമൂഹം അതിന്റെ മാനദണ്ഡങ്ങളുമായി പൊരുത്തപ്പെടാത്ത ആളുകളെ അപലപിക്കുകയും അന്യരാക്കുകയും ചെയ്തിട്ടുണ്ട്. എല്ലാ സമൂഹത്തിലും പാർശ്വവൽക്കരിക്കപ്പെട്ട, ദുരുപയോഗം ചെയ്യപ്പെട്ട, നിന്ദിതരും അവഗണിക്കപ്പെട്ടതുമായ ഒരു കൂട്ടമാണ് ട്രാൻസ് ജെൻഡേർസ്. തൊഴിലിലായാലും ജീവിതത്തിന്റെ എല്ലാ മേഖലയിലും അവർ വിവേചനം നേരിടുന്നുണ്ട്. നിയമപരമായ അംഗീകാരം, മാന്യമായ ജീവിതനിലവാരം, വിദ്യാഭ്യാസം ഉൾപ്പെടെയുള്ള സാമൂഹിക വിഭവങ്ങളിലേക്കുള്ള പ്രവേശനം തുടങ്ങി ഒട്ടനവധി വിവേചനങ്ങൾ അവർ നേരിടുന്നു.

പലപ്പോഴും ഈ വ്യക്തികൾ പ്രത്യേകിച്ച് ട്രാൻസ് ജെൻഡർ വ്യക്തികൾ സാധാരണയായി അവരുടെ കുടുംബങ്ങളിൽ നിന്നും മറ്റു സാമൂഹിക സംഘടനകളിൽ നിന്നും നിരസിക്കപ്പെടുകയും വിവിധ തരത്തിലുള്ള സാമൂഹിക ബഹിഷ്കരണവും നേരിടുകയും ചെയ്യുന്നു. കൂടാതെ പലതരത്തിലുള്ള മാനസിക സാമൂഹിക പ്രശ്നങ്ങളും അവർ നേരിടുന്നുണ്ട്. ഇത്തരം പ്രതിസന്ധികൾ അവരെ വിഷാദം, ഉത്കണ്ഠ, ആത്മവിശ്വാസകുറവ് തുടങ്ങി മാനസിക രോഗങ്ങളിലേക്ക് നയിക്കുന്നു. നിലവിൽ ട്രാൻസ് ജെൻഡർ വ്യക്തികൾക്ക് വേണ്ടിയുള്ള അനുയോജ്യമായ ആരോ

ഗ്യപരിരക്ഷയും പിന്തുണയും പരിമിതമാണ്. ഇത് അവരുടെ മൊത്തത്തിലുള്ള ക്ഷേമത്തെ പ്രതികൂല മായി ബാധിക്കുന്നുണ്ട്.

ഈ പ്രശ്നങ്ങളെ അഭിസംബോധന ചെയ്യുന്നതിനും സമൂഹത്തിൽ സ്വീകാര്യതയും ധാരണയും പ്രോത്സാ ഹിപ്പിക്കുന്നതിനും വിദ്യാഭ്യാസവും നിയമങ്ങളും നയങ്ങളുമൊക്കെ നിർണായകമാണ്. ഈ വ്യക്തി കളുടെ അവകാശങ്ങളെയും വ്യക്തിത്വങ്ങളെയും ബഹുമാനിക്കുകയും അംഗീകരിക്കുകയും ചെയ്യുന്ന ഒരു അന്തരീക്ഷം സൃഷ്ടിക്കേണ്ടത് അത്യാവശ്യമാണ്. സാമൂഹ്യ പിന്തുണ അവശ്യത്തിന് ലഭിക്കുന്നത് ഇവരുടെ അവസ്ഥ മെച്ചപ്പെടുത്താൻ വളരെയധികം സഹായിക്കും. കുടുംബാംഗങ്ങൾ, സുഹൃത്തുക്കൾ, ആരോഗ്യപ്രവർത്തകർ, സർക്കാർ, നിയമങ്ങൾ, മാധ്യമങ്ങൾ തുടങ്ങിയവയുടെ പിന്തുണ അത്യാവശ്യ മാണ്. സാമൂഹ്യപിന്തുണ എങ്ങനെ ട്രാൻസ്ജെൻഡർ ഗ്രൂപ്പിൽ പെടുന്ന ആളുകളുടെ ജീവിതത്തെ സ്വാധീനി ക്കുന്നു എന്ന് ഈ പേപ്പർ വിശദീകരിക്കുന്നു.

1. സൈക്കിയാട്രിക് സോഷ്യൽ വർക്കർ, jishithakp@gmail.com, 9746559291

2. എംഫിൽ സ്കോളർ, സൈക്കിയാട്രിക് സോഷ്യൽ വർക്ക് വിഭാഗം ഇംഹാൻസ്, കോഴിക്കോട്. safvanp99@gmail.com, 9605433519

3. എംഫിൽ സ്കോളർ, സൈക്കിയാട്രിക് സോഷ്യൽ വർക്ക് വിഭാഗം ഇംഹാൻസ്, കോഴിക്കോട്. fasimolaysha@gmail.com, 9995375519

4. സൈക്കിയാട്രിക് സോഷ്യൽ വർക്കർ, സൈക്കിയാട്രിക് സോഷ്യൽ വർക്ക് വിഭാഗം, ഇംഹാൻസ്, കോഴിക്കോട്. rageshpsw@gmail.com, 9964494585

5. akjayasree@gmail.com

55

Persisting Marginalization of the Coastal Population in Kerala: A Review of Health Status Since 2015

Dr. Jayalakshmi Rajeev

Background:

The coastal area of Kerala runs alongside the Arabian Sea, covering around 590 kilometers of land area and 25.4 million people with a high population density of 1111 people per square kilometer. This paper reviews the available studies and reports to see the distribution of morbidities and their risk factors among the coastal population in Kerala.

Methods:

I reviewed journal articles, theses, and reports (both government and non- government) published in English or Malayalam since 2015, after the adoption of Sustainable Development Goals.

Results:

The review found that the fishing community in Kerala is at risk of multiple morbidities including communicable diseases, non-communicable diseases including mental illnesses attributed to risk factors that are socially, economically, and culturally intersecting. There are widespread inequalities within the population going from the southern to the northern coast of the state. Malnutrition is highly prevalent among men, women, and children. They still lack basic facilities such as food security, housing, access to safe drinking water and sanitation, and sustainable means of income. The climatic changes in the form of extreme heat during summer and frequent tidal surges make their resilience hard.

Conclusion:

It is quite disappointing that the historical disadvantageousness of the fishing population in Kerala still persists when the state boast of its higher level human development indicators. It is important to plan interventions that take the social, economic, and cultural context of the fishing community into account rather than treating them as 'common'.

Assistant Professor, Department of Public Health and Community Medicine, Central University of Kerala, Kasaragod - 671320. Email: jayalakshmirajeev@cukerala.ac.in

57

അതിഥി തൊഴിലാളികളുടെ ആരോഗ്യ പ്രശ്നങ്ങൾ

ഡോ. ജീന എൻ.ജെ.

കേരളത്തിൽ വിവിധ തൊഴിൽ മേഖലകളിൽ അന്യ സംസ്ഥാന തൊഴിലാളികളുടെ എണ്ണം ദിനം പ്രതി വർദ്ധിച്ചുവരുകയാണ്. മുൻപ് കെട്ടിട നിർമ്മാണം, റോഡ് നിർമ്മാണം തുടങ്ങിയ മേഖലകളിൽ മാത്രമായിരുന്നു ഇവർ. ഇപ്പോൾ ഹോട്ടലുകൾ, ബ്യൂട്ടി പാർലറുകൾ, കച്ചവട കേന്ദ്രങ്ങൾ, പെട്രോൾ പമ്പുകൾ തുടങ്ങി എല്ലാ മേഖലകളിലും നിറ സാന്നിദ്ധ്യമായി മാറി കഴിഞ്ഞു. വിവിധങ്ങളായ സാമൂഹ്യ ആരോഗ്യ പ്രശ്നങ്ങൾ ഇവർ നേരിടുന്നുണ്ട്. അതിഥി തൊഴിലാളികൾക്കായി ഒരു രജിസ്ട്രേഷൻ പോർട്ടൽ തുടങ്ങി അത് കുറ്റമറ്റ രീതിയിൽ കൊണ്ട് പോവാൻ തദ്ദേശ സ്വയംഭരണ സ്ഥാപനങ്ങളെ കൂടി ഉൾപ്പെടുത്തേണ്ടതുണ്ട്. ഇവർക്ക് ജീവിതശൈലീരോഗങ്ങൾ, ചർമ്മ രോഗങ്ങൾ, Occupational diseases, അപകടങ്ങൾ മൂലമുള്ള ചെറുതും വലുതുമായ പരിക്കുകൾ തുടങ്ങി അനേകം ആരോഗ്യ പ്രശ്നങ്ങൾ ഉണ്ട്. കൃത്യമായി ഇവ കണ്ടെത്താനും ചികിത്സിക്കാനും ഉള്ള സൗകര്യം പലപ്പോഴും ലഭിക്കുന്നില്ല. അഥവാ ഉപയോഗപ്പെടുത്തുന്നില്ല എന്നത് അടിയന്തിര ശ്രദ്ധ പതിയേണ്ട ഒരു കാര്യമാണ്. ഇതിനുള്ള ഒരു പ്രത്യേക സംവിധാനം സർക്കാർ ഒരുക്കേണ്ടതുണ്ട്. പി.എച്ച്.സികൾ, ആയുർവേദ, ഹോമിയോ ഡിസ്പെൻസറികൾ, തദ്ദേശ സ്വയംഭരണ സ്ഥാപനങ്ങൾ ഇവയെല്ലാം ഉൾപ്പെടുത്തി കൊണ്ട് ഒരു സംവിധാനം കുറ്റമറ്റതായി പഞ്ചായത്ത്/ മുൻസിപാലിറ്റി തലങ്ങളിൽ പ്രാവർത്തികമാക്കാം.

പ്രൊഫസ്സർ, വി.പി.എസ്.വി. ആയുർവേദ കോളേജ്, കോട്ടക്കൽ.

56

മത്സ്യ തൊഴിലാളികളുടെ ആരോഗ്യം

ജോസ് വിമൽരാജ്

സംക്ഷിപ്തം

മത്സ്യത്തൊഴിലാളി സാമൂഹിക വികസനവുമായി ബന്ധപെട്ട ആരോഗ്യം, ശുചിത്വം, എന്ന വിഷയമാണ് ചർച്ച ചെയ്യുന്നത്.

പ്രധാനമായും മൺസൂൺ സമയത്ത് തീര പ്രദേശം പകർച്ച വ്യാധികൾക്ക് കുപ്രസിദ്ധമാണ്. ഇവിടുത്തെ ജലജന്യ രോഗങ്ങളുടെ വ്യാപനം അനാരോഗ്യത്തിന്റെയും ശുചിത്വം ഇല്ലായ്മയുടെയും സൂചനകളാണ്. ഇന്നും അൻപത് ശതമാനം വീടുകളിലും സെപ്റ്റിക് കക്കൂസുകൾ ലഭ്യമല്ല. സാമ്പത്തിക പ്രശ്നം മാത്രമല്ല. നല്ല കക്കൂസുകൾ നിർമ്മിക്കുന്നതിനുള്ള സ്ഥല പരിമിതിയും ഇവിടെ തടസ്സമാണ്. ഭൂരിഭാഗം ജനങ്ങളും ആശ്രയിക്കുന്ന കിണർ വെള്ളം ഈ-കോളിയ ബാക്റ്റീരിയാ മൂലവും ഉപ്പ് രസം മൂലവും ആരോഗ്യ പ്രശ്നങ്ങൾ സൃഷ്ടിക്കുന്നു.

ജനസംഖ്യയിലെ പ്രായ പ്രാതിനിധ്യം പരിശോധിച്ചാൽ 50 വയസ്സിനു മുകളിലുള്ളവരുടെ എണ്ണം കുറവും കുട്ടികളുടെ എണ്ണം കൂടുതലും ആണ്. പൊതു സമൂഹത്തിൽ നിന്നും വളരെ താഴ്ന്ന നിലവാരമാണ് ഈ കണക്കുകൾ സൂചിപ്പിക്കുന്നത്. സ്ത്രീ -ശിശു ആരോഗ്യ നില വളരെ ആപത്കരമാണ്. ഒട്ടനവധി സ്ത്രീകൾ അനീമിയ ബാധിതരാണ്. നാലിലൊന്ന് കുട്ടികളെങ്കിലും ജന്മനാ ഭാരം കുറഞ്ഞവരാണ്.

ഗുണമേന്മയുള്ള ആരോഗ്യ സേവനത്തിന്റെ ലഭ്യത ഇല്ലായ്മയാണ് ഈ അനാരോഗ്യത്തിന് ഒരു കാരണം. തീരപ്രദേശത്തു പലയിടത്തും പ്രൈമറി ഹെൽത്ത്സെന്ററുകൾ, സർക്കാർ ആശുപത്രികൾ, എന്നിവയുടെ ദൗർലഭ്യം മൂലം ഇവർ സ്വകാര്യ ആശുപത്രികളെ ആശ്രയിക്കേണ്ടി വരുന്നു. ഇത് കുടുംബ ബജറ്റിനെ ബാധിക്കുന്നു. വർധിച്ച മദ്യപാനസക്തി തീര ദേശത്തു വ്യാപകമാണ്. ഇതൊരു ആരോഗ്യ പ്രശ്നമായും സാംസ്കാരിക ജീർണ്ണത പ്രശ്നം ആയും വളർന്നിട്ടുണ്ട്.

ശുപാർശകൾ:

മത്സ്യ തൊഴിലാളികളുടെ സമഗ്ര ആരോഗ്യ പരിരക്ഷക്കായി ഒരു തീരദേശ ആരോഗ്യ ഇൻഷുറൻസ് പദ്ധതി ആരംഭിക്കുക.

തീര പ്രദേശങ്ങളിൽ മദ്യത്തിന്റെ ലഭ്യത കുറക്കുന്നതിനുള്ള നടപടികൾ സർക്കാർ കൈക്കൊള്ളണം.

തീര ദേശത്തു "ദേശീയ ഗ്രാമീണ ആരോഗ്യ മിഷൻ" പ്രവർത്തനങ്ങൾ ഊർജിതപെടുത്തണം

കുറഞ്ഞത് പത്തു കിടക്കകളോടെഉള്ള സാമൂഹ്യ ആരോഗ്യ കേന്ദ്രങ്ങൾ, ഓരോ തീര ദേശ പഞ്ചായത്തിലും തുറക്കേണ്ടതാണ്, ഓരോ തീരദേശ ഗ്രാമത്തിലും പ്രൈമറി ഹെൽത്ത്സെന്റർ സ്ഥാപിക്കേണ്ടതാണ്. ഇവിടെ സൗജന്യ ചികിത്സ ലഭ്യമാക്കണം. മെഡിക്കൽ സ്റ്റാഫ്, മറ്റ് സൗകര്യങ്ങളുടെ ഗുണ നിലവാരം ഈ കേന്ദ്രങ്ങളിൽ ഉറപ്പ് വരുത്തണം.

സ്ത്രീകൾ, കുട്ടികൾ എന്നിവർക്ക് വേണ്ടി സാമൂഹ്യ ആരോഗ്യ കേന്ദ്രങ്ങളോട് അനുബന്ധുച്ചു മൊബൈൽ മെഡിക്കൽ യൂണിറ്റുകൾ ആരംഭിക്കണം.

വിശദമായി പ്രബന്ധത്തിൽ പരാമർശിക്കാം.

ചവറ ബ്ലോക്ക് പഞ്ചായത്ത്ആരോഗ്യ വിദ്യാഭ്യാസ സ്ഥിരം സമിതി അധ്യക്ഷൻ. കേരളാ സ്റ്റേറ്റ് മത്സ്യ തൊഴിലാളി കോൺഗ്രസ്INTUC സംസ്ഥാന ജനറൽ സെക്രട്ടറി. 9447233878. josevimalraj391@gmail. com

മാനസിക ആരോഗ്യം

58

Community Mental Health in Kerala: Where Do We Go from Here?

Dr. Chinchu C.[1, 2]

Abstract

This paper aims to discuss potential strategies for the collective advancement of community mental health in Kerala toward better reach, equity, and sustainability. Though better than the rest of the country in many respects, Kerala faces significant challenges that need to be addressed to ensure effective and accessible mental health services for the people. Drawing on experiences from existing literature and documented experiences, the paper will delve into the key aspects including:

1. Task-Shifting, Professionalization, and Regulation: Task-shifting offers positive and practical solutions to address the existing mental health treatment gap and stigma. Professionalization and Regulation are essential components in this process of ensuring the availability and quality of services. Strategies to strike a balance between the pros and cons of task-shifting will be discussed.
2. Community Participation and Stigma Reduction: Community engagement is crucial for reducing stigma and improving access to mental health services. The paper will highlight strategies to promote community participation, including awareness campaigns, peer support, and community-based interventions based on existing literature and worldwide experiences.
3. Resource Allocation, Quality Control, and Building a Robust Ecosystem: Limited resources and a shortage of trained mental health professionals pose significant challenges. The paper will discuss strategies to address these issues, including resource mobilization, capacity building, and collaboration with academic institutions. The issue of quality control will also be mentioned.
4. Integrated Care and Advocacy: The paper will explore the need for integrated care and advocacy to address the challenge of mental health promotion and quality services. The importance of operationalizing the human rights-based approach as envisaged in the recent legislation in mental health care will also be emphasized.

Keywords: community mental health, Kerala, participation, advocacy

1 Association for Social Change, Evolution, and Transformation (ASCENT), Pathanamthitta, Kerala

2 Women's Studies Centre, Cochin University of Science and Technology, Kochi, Kerala

59

UNARV*: A district Model for Adolescent School Mental Health Program in Kerala, India (Mental Health Session)

Dr. Jayaprakash R.

Abstract

Back ground: About a half of life time cases of mental disorders start by 14 years of age. First sign of mental illness or emotional distress can emerge in school environment. So schools are to be viewed as the potential place for recognition of mental health problems, but an unexplored area. This study describes the working of a new model for district adolescent school mental health program, UNARV in Kerala.

Methods: A descriptive study of adolescents referred from schools, seen at UNARV clinic over a period of five years (2007-2012). Study sample consisted of students with behavioral and scholastic problems who were referred by trained teachers from Government and Government aided High School (8th to 10th class) and Higher Secondary School (11th and 12th class) under aegis of District Panchayath, Thiruvananthapuram, Kerala. They were evaluated and given psycho social and pharmacological interventions by child mental health expert.

Results: Total 2432 students attended UNARV clinic during the period. Most common problems observed were involvement in physical fights (38.3%), viewing and showing pornography to others (21.8%), poor scholastic performance (20.7%), skipping classes (19.1%), alcohol abuse (19%), smoking (14.2%) and engaging in love affair (8.5%). Common mental disorder diagnosed was conduct disorder (36.4%). UNARV helped in reintegration of such students back in to schools and stalled the trend of such students from being dismissed or suspended from class.

Conclusion: UNARV forms a sustainable alternative district model in a resource poor environment. School teachers were trained as primary counselors and expert intervention was ensured.

Keywords: adolescents; adolescent mental health; UNARV; adolescent mental disorders; school mental health

MeSH terms: adolescent; mental health; conduct disorder; counseling; school

60

Caring for the Mental Health of the elderly

Dr. Vidhukumar K.

Along with declining physical condition, the mental health is also likely to be compromised in the elderly for many reasons:

1. There will be degenerative and vascular changes in the brain along a spectrum of a normal retrogression to severe atrophy or avascularisation of the brain. The result may be normal decline in cognitive functions to severe conditions like dementia. In addition to impairments in memory and other intellectual functions, there may be psychiatric & behavioural symptoms lie suspiciousness, irritability, inappropriate happiness and jocularity, depressive symptoms, and anxiety.

2. The lifestyle diseases which are common in the elderly may cause trigger and accentuate the above symptoms
3. Living with physical disability, may have psychological consequences
4. Loneliness, often the result of migration or separation from the children

The common manifestations are

1. Depression
2. Anxiety
3. Insomnia
4. Paranoia & irritability

The solutions are

1. Maintaining connectivity through peer groups which will cater to the emotional needs as well as instrumental needs for sustenance.
2. Physical activities including walking and games involving mild to moderate exertion
3. Creative activities like play, songs and, also puzzles which will help in maintaining a sense of purpose
4. Taking care of the diet and medications
5. Sleep Hygiene
6. Avenues to contact children through electronic media etc.
7. Treatment of depression, anxiety and insomnia

61

Prevalence of Cognitive Impairment Disorders among the Elderly

Dr. Vishakan A.S., Dr. Pallavi Mohan, Dr. Priya Vijayakumar & Dr. Aswathy S.

INTRODUCTION

As societies around the world undergo demographic shifts with increasing life expectancies, understanding the health challenges faced by the elderly becomes of paramount importance. Advancing age is associated with changes in cognitive ability. cognitive impairment, including disorders like Alzheimer's and related dementias, becomes a prominent public health concern.

Cognitive Impairment is one of the most neglected disorders in India, it is also one of the emerging public health issues especially in geriatric age group. If left undiagnosed, it may eventually lead to Dementia, Alzheimer's disease, Psychosis and Depression.

In Kerala the percentage of people aged 60 and over has shot up from 5.1% to 16.5% — the highest proportion in any Indian state. Hence active surveillance, treatment, control and creating awareness among the community is of great importance.

OBJECTIVES

- To find the prevalence of different cognitive disorders diagnosed in geriatric patients reported at Geriatric OP at a Tertiary centre in Ernakulam district.
- To find association between gender, age and type of cognitive impairment.

METHODOLOGY

Data of patients who visited Geriatrics OPD at the tertiary centre and diagnosed with different cognitive impairments were taken for the study.

Inclusion criteria-

1) Age >/= 60 years.
2) Resident of State of Kerala.
3) Diagnosed with Cognitive impairment disorders.

Exclusion criteria-

1) Patients who are bed ridden.
2) Mentally unstable patients whose Cognitive ability cannot be elicited.

Results

Results awaited.

62

Exploring Mild Cognitive Impairment and its Associated Factors in South India: A Literature Review

Vishnu B. Menon

Mild Cognitive Impairment (MCI) is a significant concern in aging populations, particularly in South India where the prevalence of cognitive disorders is on the rise. This literature review synthesizes findings from four studies conducted in the region to gain insight into the prevalence, neuropathological comorbid conditions, and associated factors of MCI among older adults. The studies selected for this review are: (1) Paul et al. (2022), (2) Mohan et al. (2019), (3) Iype et al. (2023), and (4) Paul and Schröder-Butterfill (2022).

The first study (Paul et al., 2022) investigates neuropathological comorbid conditions in elderly patients with MCI in a tertiary care center in South India. The authors delve into the complex relationship between MCI and associated neuropathological conditions, shedding light on the potential mechanisms contributing to cognitive decline in this population.

The second study (Mohan et al., 2019) explores the prevalence and factors associated with MCI among older adults in an urban area of Kerala. This cross-sectional study examines the demographic and health-related factors contributing to MCI prevalence, emphasizing the significance of early detection and intervention strategies in managing cognitive impairment.

The third study (Iype et al., 2023) complements the previous research by assessing the prevalence of MCI in rural Kerala. The authors investigate the rural-urban divide in MCI prevalence and its potential underlying causes, offering insights into the broader geographical variations in cognitive impairment within South India.

The fourth study (Paul and Schröder-Butterfill, 2022) shifts the focus to the psychological and economic impacts of caregiving for individuals with probable dementia in rural South India. This study highlights the challenges faced by family caregivers, shedding light on the broader social and economic implications of cognitive disorders in the region.

Collectively, these studies contribute to the understanding of MCI prevalence, associated factors, and the broader impacts of cognitive impairment in South India. The findings underscore the need for targeted interventions, early detection strategies, and comprehensive support systems to address the challenges posed by MCI and related cognitive disorders in this population. As the aging population continues to grow, further research is warranted to develop holistic approaches that consider both the medical and socio-economic dimensions of MCI management in the South Indian context.

63

വാർദ്ധക്യത്തിലെ സാമൂഹ്യ മാനസിക ആരോഗ്യം ജീവിത അവലോകന തെറാപ്പിയുടെ പ്രാധാന്യം

മിനിമോൾ കെ. ജോസഫ്

സംഗ്രഹം:

ഇന്ത്യയിൽ 60 വയസ്സിന് മുകളിലുള്ളവരുടെ എണ്ണം ഏറ്റവും കൂടുതലുള്ള സംസ്ഥാനം കേരളമാണ്. നാം വളരെ ഗൗരവത്തോടെ വയോജനങ്ങളുടെ പ്രശ്നങ്ങളെ സമീപിക്കണമെന്ന് ജനസംഖ്യ കണക്കുകൾ സൂചിപ്പിക്കുന്നു.

വാർദ്ധക്യത്തിലെ മാനസിക ആരോഗ്യം

വാർദ്ധക്യത്തിലുള്ളവരുടെ ശരീരിക അവശതകൾക്കും ആശ്രയത്വത്തിനും കാരണമാകുന്നതിൽ തലച്ചോറിനെ ബാധിക്കുന്ന രോഗങ്ങൾക്കും മാനസികവും വൈകാരികവുമായ വിഷമതകൾക്കും നല്ലൊരു പങ്കുണ്ട്. 60 വയസ്സിന് മുകളിൽ പ്രായമുള്ളവരിൽ ഏകദേശം 15 ശതമാനത്തോളം പേർ മാനസികാരോഗ്യ പ്രശ്നങ്ങൾ അനുഭവിക്കുന്നു. ബുദ്ധി, ഓർമ്മ, ചിന്ത എന്നിവയെ ബാധിക്കുന്ന വിഷമതകൾ, കുടുംബാംഗങ്ങളുടെയോ മറ്റുള്ളവരുടെയും മോശം പെരുമാറ്റം, വൈകാരിക പ്രശ്നങ്ങൾ, പാരമ്പര്യം എന്നിവയാണ് മാനസികാരോഗ്യവും അതുവഴി ശാരീരികാരോഗ്യവും തകരാറിലാക്കുന്ന മുഖ്യ ഘടകങ്ങൾ. വാശി നിർബന്ധ ബുദ്ധി, ഭയം, രോഗഭീതി, സംശയ പ്രവണത, ഉറക്കക്കുറവ്, വേവലാതി, ആഹാരത്തോടുള്ള താൽപര്യമില്ലായ്മ, ദഹന പ്രശ്നങ്ങൾ ഇവയൊക്കെ മാനസികാരോഗ്യം കുറയുന്നതിന്റെ ഭാഗമായി ഉണ്ടാവാം. ആത്മഹത്യ പ്രവണത വാർദ്ധക്യത്തിൽ ഉള്ളവരിൽ മറ്റ് പ്രായക്കാരെ അപേക്ഷിച്ചു താരതമ്യേന കൂടുതലാണ്. ഇവയെല്ലാം തിരിച്ചറിയുകയും ചികിത്സിക്കപ്പെടുകയും ചെയ്യേണ്ടത് ആരോഗ്യകരമായ വാർദ്ധക്യത്തിന് അനിവാര്യമാണ്.

വാർദ്ധക്യത്തിലെ സാമൂഹ്യ ആരോഗ്യം

വ്യക്തി ചുറ്റുപാടും ഉള്ളവരുമായി എങ്ങനെ ബന്ധം പുലർത്തുന്നു എന്നതിനെ അടിസ്ഥാനപ്പെടുത്തി വാർദ്ധക്യത്തിലെ സാമൂഹ്യ ആരോഗ്യം നിർണയിക്കാൻ കഴിയും. സമൂഹവുമായി ബന്ധപ്പെടാൻ താല്പര്യം നഷ്ടപ്പെടുക, എല്ലാത്തിൽ നിന്നും ഒഴിഞ്ഞു നിൽക്കുക, താൻ മറ്റുള്ളവർക്ക് ശല്യമാണ് തന്നെ ആരും അംഗീകരിക്കുന്നില്ല എന്നിങ്ങനെയുള്ള തോന്നലുകൾ ഇവയെല്ലാം സാമൂഹ്യ ആരോഗ്യ തകരാറിലാകുന്നതിന്റെ ലക്ഷണങ്ങളാണ്.

വാർദ്ധക്യത്തിലെ വ്യക്തിത്വ വളർച്ചയുമായി ബന്ധപ്പെട്ട ഏറ്റവും ആദ്യത്തെയും പ്രധാനപ്പെട്ടതുമായ സിദ്ധാന്തമാണ് ജർമൻ മനശാസ്ത്രജ്ഞനായ എറിക് ഹോംബർഗർ എറിക്സൺ അവതരിപ്പിച്ച മാനസിക സാമൂഹ്യ വികാസ സിദ്ധാന്തം. ഫ്രോയിഡ് പറയുന്നത് പോലെ വ്യക്തിത്വ വികാസം എന്നത് ആറു വയസ്സുകൊണ്ട് അവസാനിക്കുന്നില്ല എന്നും, ജീവിതകാലം മുഴുവൻ തുടരുന്ന പ്രക്രിയ ആണെന്നും എറിക്സൺ സിദ്ധാന്തിച്ചു. ഈ സിദ്ധാന്തപ്രകാരം എട്ടാമത്തേതും അവസാനത്തേതുമായ ഘട്ടം 65 വയസ്സ് തുടങ്ങി മരണം വരെയുള്ളതാണ്. കഴിഞ്ഞകാല ജീവിതത്തെ അംഗീകരിക്കുകയും ഈ കാലത്തിലെ അനിവാര്യ മാറ്റങ്ങളെയും അനുഭവങ്ങളെയും സ്വീകരിക്കുകയും ചെയ്യുന്നവർ കൂടുതൽ മാനസിക ആരോഗ്യം ഉള്ളവരും മികച്ച വ്യക്തിത്വമുള്ളവരുമായി കാണപ്പെടുന്നു എന്ന് എറിക്സൺ പറയുന്നു.

ഇവർ തൃപ്തി (integrity) എന്ന ഗുണം ആർജ്ജിക്കുന്നു. മറിച്ച് കഴിഞ്ഞ കാലത്തെ പറ്റിയുള്ള ചിന്താഭാരവും മരണഭയവും ആണ് വ്യക്തിക്ക് ഉള്ളതെങ്കിൽ നിരാശ (Despair) ഉള്ളവരായി തീരുകയും ചെയ്യുന്നു.

വാർദ്ധക്യത്തിൽ ഉള്ളവരുടെ സാമൂഹ്യ മാനസിക ആരോഗ്യം മെച്ചപ്പെടുത്തുന്നതിനു ഗുണകരമായ ഒരു ചികിത്സാരീതിയാണ് ജീവിതാവലോകന തെറാപ്പി.

ജീവിതാവലോകന തെറാപ്പി (Reminiscence therapy, Life Review)

വ്യക്തിയുടെ കഴിഞ്ഞകാല ജീവിതാനുഭവങ്ങളെ ബഹുമാനത്തോടെയും, ജീവിതത്തിന്റെ മൊത്തം പശ്ചാത്തലത്തിലും നോക്കിക്കാണുകയും അവയെ അവലോകനം ചെയ്യുകയും ചെയ്യുന്ന ഒരു മനശാസ്ത്ര ചികിത്സാരീതിയാണ് ജീവിത അവലോകന തെറാപ്പി. വ്യക്തിക്ക് മികച്ച മാനസികാരോഗ്യം ഉറപ്പുവരുത്തുക എന്നതാണ് ഈ തെറാപ്പിയുടെ ലക്ഷ്യം.

ധാരണാശക്തി (Cognitive Ability) വർദ്ധിക്കുന്നു, വ്യക്തിബന്ധങ്ങൾ മെച്ചപ്പെടുന്നു, വിഷാദം കുറയുന്നു, സാമൂഹ്യ ബന്ധങ്ങളിൽ പുതിയ ഉൾക്കാഴ്ചയോടെ ഇടപെടുന്നു, വ്യക്തിത്വം കൂടുതൽ സമഗ്രതയുള്ളതാകുന്നു എന്നിവ ഈ തെറാപ്പിയുടെ ചില ഗുണഫലങ്ങളാണ്. ഗ്രൂപ്പുകളിലും ഈ തെറാപ്പി ചെയ്യാവുന്നതാണ്.

സോഷ്യോളജിസ്റ്റ്, കമ്മ്യൂണിറ്റി മെഡിസിൻ വിഭാഗം, ഗവണ്മെന്റ് മെഡിക്കൽ കോളേജ്, കണ്ണൂർ, പരിയാരം

64

Prevalence of Depression among People Aged above 60 Years in the Rural Field Practice Area of Sutams, Trivandrum

Dr. Siji V.S.

INTRODUCTION

The world's population is getting aged rapidly and elderly persons, those who are above 60 years of age, is estimated to double from about 12% to 22% between 2015 and 2050. Studies have shown a very rapid increase in the prevalence of depression among people above 60 years of age in the country. The prevalence of geriatric depression varies from 6% to 53% worldwide in different populations. Long-standing and untreated minor depression can lead to serious mental disorders in the future. At the same time, the diagnosis and treatment of depression among elderly is difficult as they usually do not present with classical symptoms.

OBJECTIVE:

To assess the prevalence of depression among people above 60 years of age living in the field practice area of SUTAMS, Vattappara, Trivandrum.

METHODOLOGY:

A cross sectional study was conducted in the of rural field practice area of Department of Community Medicine, SUTAMS, TRIVANDRUM, Kerala, India. The people who were aged 60 years and above who were living in the above said area and those who were willing to participate were included in the study. A sample size of 100 individuals were selected for the study. A convenient sampling method was used to collect data. Data collection tool consists of two parts: Basic socio- demographic details (age, sex, education, marital status, history of co-morbidities etc) and geriatric depression scale (short form) of Sheikh & Yesavage which contains 15 questions about their feelings and score assigned based on the answers given. After that, total score has to be calculated and a score >5 suggests depression and ≥10 indicative of depression. Data was entered in Microsoft Excel and analysed using SPSS software.

RESULTS AND CONCLUSION:

Out of 100 individuals, 43% had symptoms of depression. Among the 100 individuals, 27% of individuals had symptoms suggestive of depression and 16% had symptoms which were indicative of depression. Among the factors studied, Comorbidity was found to be a significant risk factor for the development of depression.(p value=0.012), 48% (41)with comorbidities and 13%(2)without comorbidities had symptoms suggestive of depression. Prevalence of depression was found to be more among females, BPL, living alone and with comorbidities.

SUTAMS, Vattappara

65

Recovery Facilitation Service for Person with Mental Illness: An Indigenous Model of Day Care

Arsharani P.T., Reshma T., Leeshama P., Arshina P.K., Shyja, Jobin Tom, Anish P.K., Shibukumar T.M. & Krishnakumar P.

Introduction:

Severe mental illness impairs the functioning of an individual. Yet, psychosocial rehabilitation helps empower individuals to recover the skills, confidence and support they need to live a meaningful and productive life by individualized and client centered models facilitating interventions in micro and macro aspects.

The Recovery Facilitation Service (RFS) at the Institute of Mental Health and Neurosciences (IMHANS), Kozhikode (Calicut), Kerala, South India, follows a framework for service delivery based on sound principles of psychosocial rehabilitation. RFS aims to help individuals with severe and chronic mental illness to recover from illness, to enhance their independent living skills and quality of life, and to rehabilitate and reintegrate them into the community. A multidisciplinary team of qualified mental health professionals (psychiatric social worker, clinical psychologist, placement officer and vocational trainer) is the backbone of the unit. Once a patient is referred to RFS for the first time, he or she is screened for detailed assessment. After that, an individual care plan is formulated for each individual enrolled. Later individual, group, and family interventions along with vocational training and placement services are planned and administered based on the need assessment. These interventions are carried out along with pharmacotherapy.

Outcome:

Continuous mental health interventions where explanations for experiences and training skills are crucial to success in achieving the goals. RFS is able to fulfil the objectives and assist the service users to frame and achieve their goals. Beneficiaries had a better understanding of mental illness and the importance of medication which helps to reduce the severity of symptoms and better family interaction patterns, improved insight and self esteem, and improved quality of life of the patients. Almost 80 cases were terminated from RFU and actively engaged in their livelihood and other courses related to education

Conclusion:

The process of rehabilitation and reintegration is possible by going through a steady and slow process to reach each milestone of recovery and improvement. Many of the beneficiaries are well placed in jobs or engaged in their own family chores.

66

ഗ്രാമാന്തരങ്ങളിലേക്ക് മാനസികാരോഗ്യത്തിന്റെ പുതുവഴികൾ

ഡോ. മാത്യു ആർ. ജോൺ

ആമുഖം

അത്യന്തം ആധുനികമായ ഇക്കാലത്തും മാനസിക വിഷമതകൾക്ക് ശാസ്ത്രീയ ചികിത്സ എടുക്കാനുള്ള വൈമുഖ്യം കേരളീയ സമൂഹത്തിൽ പ്രത്യേകിച്ച് ഗ്രാമങ്ങളിൽ പ്രകടമായുണ്ട്.

ദേശീയ മാനസിക ആരോഗ്യ പദ്ധതിയുടെ (NMHP) ഭാഗമായ ജില്ലാതലത്തിലുള്ള മാനസിക ആരോഗ്യ പദ്ധതി (District Mental Health Programme - DMHP) ഈ കുറവ് നികത്താനുള്ള ശക്തമായ ഒരു ശ്രമമാണ്.

ഓരോ ജില്ലയിലെയും പ്രധാനപ്പെട്ട കുടുംബാരോഗ്യ കേന്ദ്രങ്ങളിൽ മാസത്തിലൊരിക്കൽ സൈക്യാട്രിസ്റ്റ്, സൈക്കോളജിസ്റ്റ്, സോഷ്യൽ വർക്കർ മുതലായവരുടെ സേവനങ്ങൾ ഈ പദ്ധതിയിലൂടെ ലഭ്യമാക്കുന്നു. ഈ പദ്ധതിയുടെ പരിമിതികൾക്ക് ഒരു പരിഹാരമാണ് ഇ-സഞ്ജീവനി (e-Sanjeevani). നാഷണൽ ടെലി മെഡിസിൻ സേവനങ്ങളിലൂടെ നൽകപ്പെടുന്ന സൈക്യാട്രി വീഡിയോ കൺസൾട്ടേഷൻ.

ഒരു സ്മാർട്ട് ഫോണിലൂടെ ഇ-സഞ്ജീവനി ആപ്പ് മുഖാന്തരം ഈ കൺസൾട്ടേഷൻ പൂർത്തിയാക്കാവുന്നതാണ്. ആരോഗ്യപ്രവർത്തകരുടെ മേൽനോട്ടത്തിൽ നടത്തപ്പെടുന്ന ഇ-സഞ്ജീവനി ഡോക്ടർ ടു ഡോക്ടർ കൺസൾട്ടേഷനെ കുറിച്ചാണ് ഈ പ്രബന്ധത്തിൽ പ്രതിപാദിക്കുന്നത്.

നിരീക്ഷണങ്ങൾ

കോട്ടയം ജില്ലയിൽ കഴിഞ്ഞ ആറു മാസത്തിനിടയിൽ അതായത് മാർച്ച് 2023 മുതൽ ഓഗസ്റ്റ് 2023 വരെ കോട്ടയം ജില്ലാ ഹബ്ബിലെ സൈക്യാട്രിസ്റ്റ് എന്ന നിലയിൽ ഞാൻ കണ്ട ഡോക്ടർ ടു ഡോക്ടർ (Doctor to Doctor) വീഡിയോ കൺസൾട്ടേഷനുകൾ ആണ് ഈ പഠനത്തിന് ആധാരം.

നിരീക്ഷണങ്ങളിലേക്ക് കടക്കും മുമ്പ് എങ്ങനെയാണ് ഡോക്ടർ ടു ഡോക്ടർ കൺസൾട്ടേഷനുകൾ നടക്കുന്നത് എന്ന് ലഘുവായ ഒരു വിവരണം താഴെ ചേർക്കുന്നു.

കുടുംബാരോഗ്യ കേന്ദ്രങ്ങളിലേക്ക് അല്ലെങ്കിൽ സബ് സെന്ററുകളിലേക്ക് വരുന്ന രോഗികളിൽ മാനസികരോഗ ചികിത്സ ആവശ്യമുള്ളവരെ തിരിച്ചറിഞ്ഞ് ഒരു സൈക്യാട്രിസ്റ്റുമായി വീഡിയോ കൺസൾട്ടേഷൻ സാധ്യമാക്കുന്നത് മിഡ് ലെവൽ സർവീസ് പ്രൊവൈഡർ അഥവാ MLSP വിഭാഗത്തിൽപ്പെടുന്ന നഴ്സുമാരാണ്. ഇവർ ഇതിനുപുറമേ രോഗികളുടെ വീട്ടിലേക്കും സന്ദർശനങ്ങൾ നടത്തുകയും ക്യാമ്പുകൾ സംഘടിപ്പിക്കുകയും അതുവഴി ടെലി കൺസൾട്ടേഷൻ സാധ്യമാക്കുകയും ചെയ്യാറുണ്ട്.

ആശമാർ (ASHA workers) തിരിച്ചറിയുന്ന മാനസിക ബുദ്ധിമുട്ടുള്ളവരെയും MLSP നഴ്സുമാർ വീഡിയോ കൺസൾട്ടേഷന് വേണ്ടി കൊണ്ടുവരാറുണ്ട്.

ഇങ്ങനെ തിരിച്ചറിയപ്പെടുന്ന രോഗികൾക്ക് അവർ ജില്ലാ ഹബ്ബിൽ നിന്നോ സംസ്ഥാന ഹബ്ബിൽ നിന്നോ, ഒരു സൈക്യാട്രിസ്റ്റിനെ ബന്ധിപ്പിച്ചു കൊടുക്കുന്നു. തങ്ങളുടെ പ്രശ്നങ്ങൾ ഒരു വീഡിയോ കോൾ മുഖാന്തരം സൈക്യാട്രിസ്റ്റിനോട് സംസാരിക്കാവുന്ന തരത്തിൽ അവർക്ക് സ്വകാര്യതയുള്ള ഒരു അന്തരീക്ഷവും ഒരുക്കിക്കൊടുക്കുന്നു. സൈക്യാട്രിസ്റ്റ് നിർദ്ദേശിക്കുന്ന മരുന്നുകളും കൗൺസിലിംഗും അവർക്ക് ഒരു ഇ-പ്രസ്ക്രിപ്ഷൻ (e prescription) വഴി ലഭ്യമാക്കുന്നു. കൂടുതൽ വിശദമായ ചികിത്സ വേണ്ടവർക്ക് ജില്ലാ ആശുപത്രിയിലേക്കോ മെഡിക്കൽകോളേജ് സൈക്യാട്രി വിഭാഗത്തിലേക്കോ റഫറൽ നൽകുകയും ചെയ്യുന്നു.

ഇ-സഞ്ജീവനി 2.0 വേർഷനിൽ കൂടെ മാർച്ച് 2023 മുതൽ ഓഗസ്റ്റ് 2023 വരെ അഞ്ചര മാസം ഞാൻ 235 സൈക്യാട്രി കൺസൾട്ടേഷനുകൾ കാണുകയുണ്ടായി. അതിന്റെ അടിസ്ഥാനത്തിൽ താഴെപ്പറയുന്ന നിരീക്ഷണങ്ങൾ നടത്തുകയുണ്ടായി.

ആകെ കണ്ട കൺസൾട്ടേഷനുകൾ	235
തീവ്ര മാനസികരോഗം അഥവാ സൈക്കോസിസ്	48
വിഷാദരോഗങ്ങൾ അഥവാ ഡിപ്രഷൻ/ ഡിസ്തൈമിയ	22
മറവിരോഗം അഥവാ ഡിമെൻഷ്യ	13
ഉത്കണ്ഠരോഗം അഥവാ ആങ്സൈറ്റി	51
ജീവിത സംഘർഷങ്ങൾ മൂലമുള്ള സമ്മർദ്ദം അഥവാ അഡ്ജസ്റ്റ്മെന്റ് ഡിസോഡർ	24
ഉറക്കമില്ലായ്മ	28
കുട്ടികളിലെ മാനസിക പ്രശ്നങ്ങൾ	18

ഈ നിരീക്ഷണങ്ങൾ കേവലം രോഗങ്ങളുടെ ഒരു വിശകലനം ആണ്. ഇതിലും കാതലായ ഒരു കൂട്ടം നിരീക്ഷണങ്ങൾ കൂടിയുണ്ട്.

ആകെ കണ്ട കൺസൾട്ടേഷനുകൾ	235
ആത്മഹത്യ ചിന്തകൾ ഉണ്ടായിരുന്നവർ - (2 ഗർഭിണികൾ ഉൾപ്പെടെ)	29
ആത്മഹത്യാശ്രമങ്ങൾ നടത്തുകയും അതുകൊണ്ട് അഡ്മിഷൻ നിർദ്ദേശിക്കപ്പെടുകയും ചെയ്തവർ	9
70 വയസ്സിന് മുകളിലുള്ള വയോധികർ	47
കുടുംബത്തിൽ ഒരു മരണം സംഭവിച്ചത് കൊണ്ടുള്ള മാനസിക സമ്മർദ്ദം	11
തീവ്രമാനസികരോഗങ്ങളുടെ വൈകല്യ പെൻഷൻ ലഭിക്കുന്നതിനായി റഫറൽ കൊടുത്തവർ	5

നമ്മുടെ ഗ്രാമാന്തരങ്ങളിലെ വയോജനങ്ങൾ, ജീവിത സംഘർഷങ്ങൾ പല രീതിയിൽ അനുഭവിക്കുന്നവർ, ജീവിതത്തോട് പല കാരണങ്ങൾകൊണ്ടും വിരക്തി തോന്നുന്നവർ, ഗർഭിണികൾ, കുട്ടികൾ മുതലായ പ്രത്യേക വിഭാഗങ്ങൾ എന്നിവരിലേക്ക് ഇ-സഞ്ജീവനിക്ക് ചെന്നെത്താൻ കഴിയുന്നു എന്നുള്ളത് എടുത്തു പറയേണ്ടതാണ്.

നിഗമനങ്ങൾ

നമ്മുടെ ഗ്രാമാന്തരങ്ങളിലെ തിരിച്ചറിയപ്പെടാത്ത മാനസികാരോഗ്യ ആവശ്യങ്ങൾ (Hidden Need) നിറവേറ്റാൻ ഒരു പുതുവഴിയാണ് ഇ-സഞ്ജീവനി വീഡിയോ കൺസൾട്ടേഷൻ.

ഇതിൽ രണ്ടു ഘടകങ്ങളാണ് മാനസികാരോഗ്യമേഖലയെ സംബന്ധിച്ചിടത്തോളം നിർണായകമായി തോന്നുന്നത്.

1. നേഴ്സുമാർ, ആശമാർ, മറ്റ് ആരോഗ്യ പ്രവർത്തകർ എന്നിവർ ഒരു സൈക്യാട്രിസ്റ്റിനെ കാണാൻ കൊടുക്കുന്ന പ്രോത്സാഹനം. (Nudge Factor)1
2. ഒരു മൊബൈൽ ഫോണിലെ വീഡിയോ കൺസൾട്ടേഷൻ നൽകുന്ന താരതമ്യേന ലളിതവും ആയാസരഹിതവുമായ പ്രക്രിയ. ഒരു പക്ഷെ നേരിട്ട് ഒരു മാനസികരോഗ വിദഗ്ധനെ കാണുന്നതിനേക്കാൾ എളുപ്പമല്ലേ ഇത് എന്ന് ചിന്തിക്കേണ്ടിയിരിക്കുന്നു.2

അതുകൊണ്ടുതന്നെ മാനസികരോഗ ചികിത്സയെ സംബന്ധിച്ചിടത്തോളം വീഡിയോ കൺസൾട്ടേഷൻ സാധ്യതകളെ കൂടുതൽ പ്രയോജനപ്പെടുത്തുക തന്നെ ചെയ്യണം.

വൈലോപ്പിള്ളിയുടെ വരികൾ ഇക്കാലത്ത് വളരെ പ്രസക്തമാണെന്ന് തോന്നുന്നു.

"ഏതു ധൂസരസംവത്സരത്തിൽ പിറന്നാലും
ഏത് യന്ത്രവൽകൃതകാലത്ത് പുലർന്നാലും
മനസ്സിലുണ്ടാകട്ടെ ഗ്രാമത്തിൻ
വെളിച്ചവും മണവും മമതയും
ഒരിത്തിരി കൊന്നപ്പൂവും."

സൂചിക:

1. Vlaev, Ivo, King, Dominic, Dolan, Paul and Darzi, Ara, e theory and practice of 'nudging' : changing health behaviors (2016). Public Administration Review, 76 (4). pp. 550-561. ISSN 0033-3352 DOI:10.1111/puar.12564.
2. Stiens, Logan, 'Uses, Bene ts, and Future Directions of Telepsychiatry' (2019). Creative Components. 252. https://lib.dr.iastate.edu/creativecomponents/251

കൺസൾട്ടന്റ് സൈക്യാട്രിസ്റ്റ്, ജില്ലാ ഹബ്, ഇ-സഞ്ജീവനി, NHM കോട്ടയം.

67

സ്കൂൾ ഹെൽത്ത് പ്രൊജക്റ്റ് - അനുഭവം

ഡോ. രാഹുൽ ആർ.

കൗമാരക്കാരെ ചേർത്തു നിർത്തിക്കൊണ്ട് കോഴിക്കോട് ജില്ലാ പഞ്ചായത്തിന്റെ ചങ്ക് (CHANK - Campaign for Healthy Adolescence Nurturing, Kozhikode) പദ്ധതി.

ഹൈസ്കൂൾ ക്ലാസ്സുകളിലെ കുട്ടികളെയും അധ്യാപകരെയും മാതാപിതാക്കളെയും - കൗമാരപ്രശ്നങ്ങൾ, ആരോഗ്യം, വിദ്യാഭ്യാസം സൈബർ സുരക്ഷ എന്നിവയെപ്പറ്റി ബോധവൽക്കരിക്കാനും ഇതു വഴി കൗമാരക്കാർ നേരിടുന്ന പ്രശ്നങ്ങളെ പരിഹരിക്കാനും കോഴിക്കോട് ജില്ലാ പഞ്ചായത്ത് എഡ്യൂകെയർ പദ്ധതിയുടെ ഭാഗമായി വിപുലമായ മുഖാമുഖ പരിശീലന പരിപാടി 2021-22 അധ്യയന വർഷത്തിൽ നടപ്പാക്കി.

ചങ്ക് (CHANK -Campaign for Healthy Adolescence Nurturing, Kozhikode) എന്ന പദ്ധതിയുടെ ഉദ്ദേശലക്ഷ്യങ്ങൾ ഇവയായിരുന്നു.

കൗമാരപ്രായക്കാരായ കുട്ടികളുടെ പെരുമാറ്റ പ്രശ്നങ്ങൾ തിരിച്ചറിയുന്നതിനും പരിഹാര മാർഗ്ഗങ്ങൾ നടപ്പാലാക്കുന്നതിനും രക്ഷിതാക്കളെയും കുട്ടികളെയും പ്രാപ്തരാക്കുക

സുരക്ഷിത കൗമാരത്തിനാവശ്യമായ നൈപുണികൾ സ്വായത്തമാക്കന്നതിന് സഹായിക്കുക.

കൗമാര ആരോഗ്യം, ഭക്ഷണശീലങ്ങൾ, ദിനചര്യ, വ്യായാമം, തുടങ്ങിയ ആരോഗ്യ ശീലങ്ങൾ പ്രയോഗികമായി പ്രയോജനപ്പെടുത്തുന്നതിനു സാധ്യമാക്കുക.

ഓൺലൈൻ വിദ്യാഭ്യാസം ഓഫ് ലൈൻ വിദ്യാഭ്യാസത്തിലേക്ക് മാറുമ്പോൾ ഉണ്ടാകുന്ന ബുദ്ധിമുട്ടുകൾ തരണംചെയ്യാൻ കുട്ടികളെയും രക്ഷിതാക്കളെയും പ്രാപ്തരാക്കുക.

കുട്ടികളുടെ പരീക്ഷയും പഠനവും അത് സംബന്ധിച്ച് ബുദ്ധിമുട്ടുകളും പ്രയാസങ്ങളും പരിഹരിക്കുന്നതിന് ആവശ്യമായ മാർഗ്ഗ നിർദ്ദേശങ്ങൾ നൽകി പിന്തുണയ്ക്കുക.

അധ്യയനവും അധ്യാപനവും ഓൺലൈനിൽ മാത്രമായപ്പോൾ തന്റെ സൗഹൃദവും സ്വാതന്ത്ര്യവും വീടുകളിലേക്ക് ഒതുക്കേണ്ടി വന്ന കൗമാരപ്രായക്കാർ പറഞ്ഞറിയിക്കാനാവാത്ത മാനസിക സമ്മർദ്ദങ്ങളിലൂടെയാണ് കടന്നുപോവേണ്ടി വന്നത്. ഇത്തരം പിരിമുറുക്കങ്ങൾ സൃഷ്ടിച്ച മുറിവുകൾ ഉണങ്ങാതെ അവശേഷിക്കുന്നുണ്ട് പല കുട്ടികളിലും. ക്ലാസുകൾ ഓൺലൈനിൽ നിന്നും ഓഫ്ലൈനിലേക്കു മാറുമ്പോൾ അത്തരക്കാരെ പ്രത്യേക കരുതലോടെ ചേർത്തുപിടിക്കുകയെന്നത് അനിവാര്യതയാണ്.

കോഴിക്കോട് ജില്ലാ പഞ്ചായത്തിന് കീഴിലുള്ള 114 സ്കൂളുകൾ (എയ്ഡഡ് സ്ഥാപനങ്ങൾ ഉൾപ്പെടെ) കേന്ദ്രീകരിച്ച് ഡോക്ടർമാർ, കൗൺസിലർമാർ, മനശ്ശാസ്ത്ര വിദഗ്ധർ എന്നിവരുടെ നേതൃത്വത്തിൽ ഒരോ വിദ്യാലയത്തിലും നവംബർ 14 മുതൽ ജനുവരി 31 വരെ നീണ്ടു നിൽക്കുന്ന രീതിയിലാണ് പരിപാടി നടപ്പിലാക്കിയത്.

കൗമാര വിദ്യാഭ്യാസ മേഖലയിലെ വിദഗ്ധർ തയ്യാറാക്കിയ 4 മൊഡ്യൂളുകളാണ് പദ്ധതിയുടെ ഭാഗമായി കുട്ടികൾക്കും രക്ഷകർത്താക്കൾക്കും നൽകിയത്.. ക്ലാസ്സുകൾക്ക് പുറമെ കുട്ടികൾക്ക് അവരുടെ പ്രശ്നങ്ങൾ മെന്റർമാരുമായി പങ്ക് വെക്കുന്നതിനായി ഓൺലൈൻ - സാമൂഹ്യ മാധ്യമ സംവിധാനവും പ്രയോജനപ്പെടുത്തിയിരുന്നു.

ഓരോ വിദ്യാലയത്തിലേയും എട്ട്, ഒൻപത് ക്ലാസുകളിലെ ഓരോ ഡിവഷനുകളിൽ നിന്നായി തെരെഞ്ഞെടുത്ത CHANK അഡോളസന്റ് ബ്രിഗേഡുകൾക്കായി സ്കൂൾ മെന്റർമാർ 3 മോഡ്യൂളുകളിലും ട്രെയിനിംങ് നൽകി. പിന്നീട് ഈ ബ്രിഗേഡുകളിലൂടെ ചിട്ടയായ ഏകോപനം വഴി ഓരോ ക്ലാസ് മുറികളിലും മോഡ്യൂളുകൾ അവതരിപ്പിക്കപ്പെട്ടു. നാലാമത്തെ മോഡ്യൂൾ മെന്റർമാർ സ്കൂളുകളിൽ വിളിച്ചു ചേർക്കപ്പെട്ട രക്ഷകർതൃ കൂട്ടായ്മയ്ക്കു മുൻപാകെ അവതരിപ്പിക്കുകയും ചെയ്തു.

ചിട്ടയായ മുന്നൊരുക്കത്തിലൂടെയും അവതരണത്തിലൂടെയും കുട്ടികളിലും രക്ഷിതാക്കളിലും അനുഭവവേദ്യമായ മാറ്റങ്ങൾ സൃഷ്ടിക്കാൻ കഴിഞ്ഞ CHANK പദ്ധതിയിലെ മുഴുവൻ മെന്ടർമാരെയും കോഴിക്കോട് ജില്ലാപഞ്ചായത്ത് അനുമോദിക്കുകയുണ്ടായി.

ഓൺലൈൻ ക്ലാസുകളിലേക്കും വീടകങ്ങളിലേക്കും ഒതുങ്ങിപ്പോയ കൗമാരക്കാരുടെ മാനസിക-സാമൂഹിക പ്രശ്നങ്ങൾ രക്ഷിതാക്കൾക്കും നിരവധിയായ ആശങ്കയുളവാക്കിയിരുന്നു. സമകാലിക കൗമാര വളർച്ചയിലും വികാസത്തിലും മൊബൈൽ ഫോൺ അമിതോപയോഗവും, മൊബൈൽ ഗെയിം ആസക്തിയും, വലിയ വെല്ലുവിളിയാവുകയാണ്. വീടുകളിൽ കുട്ടികൾ അനുവർത്തിച്ചു വരുന്ന വികലമായ ജീവിത ശൈലിയും, വൻ ആരോഗ്യപ്രശ്നങ്ങളുയർത്തുന്നുണ്ട്. പെരുമാറ്റ പ്രശ്നങ്ങളുടെയും ഗാഡ്ജെറ്റ് അഡിക്ഷന്റെയും ലഹരി ഉപയോഗത്തിന്റെയും രക്തസാക്ഷികളായി കൊഴിഞ്ഞു പോയ കൗമാര ജീവിത കഥകൾ മാധ്യമങ്ങളിൽ നിറയുകയാണ്.

വിദ്യാലയവും വീടും ഒത്തിണങ്ങുന്ന ആശയ രൂപീകരണങ്ങളിലൂടെയും വിനിമയങ്ങളിലൂടെയുമാണ് പരിക്കേൽക്കാതെ കൗമാര ജീവിതങ്ങളും യൗവ്വനത്തിലേക്ക് ചേക്കേറേണ്ടത്. ഈ ആശയം മുൻനിർത്തിക്കൊണ്ട് തന്നെ ഇത്തരം കൗമാര ആരോഗ്യ പദ്ധതികൾ എല്ലാ അധ്യയന വർഷങ്ങളിലും തുടരുന്നത് കുട്ടികളുടെ മാനസിക സാമൂഹിക ശാരീരിക വികാസത്തിന് കാതലായ കരുതലും സഹായവും ആവുമെന്ന് അനുഭവങ്ങൾ സാക്ഷ്യപ്പെടുത്തുന്നു.

2. നല്ലറിവു കൂട്ടം. (2018-19, 2019-20 അധ്യയന വർഷം)

എഡ്യു കെയർ (ജില്ലാ പഞ്ചായത്ത് കോഴിക്കോട്)- ഭാരതീയ ചികിത്സാ വകുപ്പ്, നാഷണൽ ആയുഷ് മിഷൻ, ആയുർവേദ മെഡിക്കൽ അസോസിയേഷൻ ഓഫ് ഇന്ത്യ എന്നിവയുടെ സംയുക്താഭിമുഖ്യത്തിൽ കോഴിക്കോട് ജില്ലയിലെ വിദ്യാലയങ്ങളിൽ നടപ്പാക്കിയ പദ്ധതി

ആറ്, ഏഴ്, എട്ട്, ഒൻപത് ക്ലാസ് വിദ്യാർത്ഥികൾക്കായുള്ള ആരോഗ്യ ബോധവൽക്കരണ പരിപാടിയായിരുന്നു..

ജില്ലയിൽ മുഴുവൻ യു.പി., ഹൈസ്കൂൾ വിദ്യാലയങ്ങളിലും നടപ്പിലാക്കി.

വിഷയം-ആറ്, ഏഴ് ക്ലാസുകളിൽ-ആരോഗ്യ ശീലങ്ങളും ആഹാര രീതിയും.എട്ട്, ഒൻപത് ക്ലാസുകളിൽ-കൗമാര ആരോഗ്യവും ജീവിത ശൈലിയും.

BRC ബ്ലോക്ക് റിസോഴ്സ് സെന്ററുകളുടെ നേതൃത്വത്തിലായിരുന്നു വിദ്യാലയതല ഏകോപനം.

പദ്ധതി ലക്ഷ്യം വച്ചത് ഒരു വിദ്യാലയത്തിന് ഒരു ഡോക്ടർ സങ്കൽപ വിഭാവനമായിരുന്നു.

ഡോക്ടർമാർക്കും BRC അധ്യാപകർക്കും ട്രെയിനിംങ് ജനുവരി 10 രാവിലെ 9 മുതൽ വൈകിട്ട് 4 വരെ കോഴിക്കോട് ജില്ലാ ആയുർവേദ ആശുപത്രി ഹാളിൽ വച്ച് വിപുലമായ രീതിയിൽ സംഘടിപ്പിച്ചു.

പദ്ധതിയിൽ 110 ഓളം ആയുർവേദ ഡോക്ടർമാർ വിവിധ വിദ്യാലയങ്ങളിൽ മേൽ സൂചിപ്പിച്ച വിഷയങ്ങളിൽ ക്ലാസുകൾ നൽകി. പദ്ധതിയുടെ ഇടപെടൽ കുട്ടികളിലെ ആഹാര ആരോഗ്യ ചിന്തകളിൽ വരുത്തിയ മാറ്റങ്ങളെ കുറിച്ചും, കൗമാര കാലഘട്ടത്തിലെ ശാരീരിക മാനസിക സാമൂഹിക തലങ്ങളിലെ മാറ്റങ്ങളെ തിരിച്ചറിയാനും സ്വീകരിക്കാനും വരുത്തിയ കാഴ്ചപ്പാടുകളെ കുറിച്ചും അധ്യാപകരും രക്ഷിതാക്കളും പല വേദികളിലായി അഭിപ്രായപ്പെടുകയുണ്ടായി.

രണ്ടു വർഷമായി നടത്തിയ പദ്ധതിയുടെ പരിപൂർണ റിപ്പോർട്ട് ആ വർഷത്തെ ജില്ലാ പഞ്ചായത്ത് പ്രസിഡണ്ടിന് കൈമാറിയിട്ടുണ്ടായിരുന്നു. അതേ വേദിയിൽ പദ്ധതിയിലെ മുഴുവൻ ഡോക്ടർമാരെയും ജില്ലാ പഞ്ചായത്ത് ആദരിക്കുകയും ചെയ്തു.

ഉപസംഹാരം:-

വിദ്യാലയങ്ങളിലെ അധ്യയനവും ഭൗതിക സാഹചര്യങ്ങളും മികവിന്റെ പാതയിലാണെന്ന് നിസംശയം പറയാം. അവനവനിലെ ശാരീരികവും മാനസികവുമായ ഉത്തമാംശങ്ങളുടെ ആവിഷ്കാരമാണ് വിദ്യാഭ്യാസം എന്ന് നിർവചിച്ചു വയ്ക്കുമ്പോൾ അറിവുകളേക്കാൾ പ്രാധാന്യമേറുകയാണ് തിരിച്ചറിവുകൾക്ക്. അത്തരം തിരിച്ചറിവുകൾ കുട്ടികളിൽ വിദ്യാഭ്യാസ കാലത്ത് തന്നെ രൂപപ്പെടുത്തിയെടുക്കുവാൻ ക്രിയാത്മകമായ വിദ്യാലയാരോഗ്യ പദ്ധതികൾക്ക് കഴിയും എന്ന വിശ്വാസത്തോടെ സംക്ഷിപ്ത പരിപ്രേക്ഷ്യം സവിനയം സമർപ്പിക്കുന്നു.

നന്ദി.

68

Impact of Covid-19 on Mental Health: A Study on Common Mental Disorders among Women in Kerala, India

Dr. Jayalakshmi Rajeev[1], Dr. Snehaja P.[2] & Dr. Laxmi[3]

Background: A mixed-method study was undertaken to estimate the prevalence of Common mental disorders (CMDs) - anxiety, depression, and unexplained somatoform disorders - among women aged 18 years and above in Kerala during the COVID-19 pandemic and to identify the factors that contribute to CMDs. We also explored the facilitators and barriers faced by women with CMDs in seeking mental health care and the health system's response to the same.

Methods: In a sequential explanatory design, 610 adult women in three out of 14 districts of Kerala (Kasaragod, Kottayam, and Thiruvananthapuram) participated in the survey. Twentyfour women among them and 12 mental health care providers undertook in-depth interviews.

Results: In the present study, CMDs found in 60.7% of the participants. About 28% of women were depressive, 22% had anxiety and 57% had somatoform disorder. The risk of CMDs was higher among women aged above 45 years, who were less educated, separated/widowed/divorced, head of the family; who had any illness that restricted daily activity, taking any medication, family history of mental illness, physical or mental issues related to menstruation, mental issues related to childbearing and delivery, had problems with others/victim of abuse, had problems with family environment/ lack of time and care for self; and those who ever used any tobacco product. Denial, fear, and stigma; seeking help from other sources; COVID-19 lockdown and related financial constraints; lack of support and health system barriers were found affecting mental health care access in the interviews.

Conclusion: More than half of the women had CMDs, confirming the high burden of mental health disorders among women in Kerala. This, therefore, necessitates the timely implementation of health interventions especially at the primary level for the early diagnosis and management of CMDs and ensuring a supportive environment to ensure the peace and wellbeing of women.

Background

Common mental disorders (CMDs) are disorders that are commonly encountered in

community and primary care settings and their occurrence signals a breakdown in normal functioning. They refer to three main diagnostic categories; anxiety, depression, and unexplained somatoform disorders (Goldberg and Huxley 1991; World Health Organization 2017). There is a gender difference in the occurrence, risk factors, and management of CMDs. Depressive disorders account for nearly 42% of the disability among women compared to 29% among men (World Health Organization, 2020). The burden of stigma associated with mental illness is twice when the diseased is a woman (Silva, Loureiro, & Cardoso, 2016). The gendered disparity with respect to finance, social status, decision-making, and control over resources also causes women to be at higher risk of CMDs and affects associated health-seeking (World Health Organization, 2017).

The coronavirus disease (SARS-CoV-2 / COVID-19) is a global health crisis that the 21st century has never seen or expected. The evidence suggests that women and girls are differentially vulnerable not to contracting the disease, but to the adverse life circumstances that gender stereotypes demand. It ranges from poverty and financial dependence due to loss of job as the majority of women work in the informal sector; exponential increase in unpaid care work due to school closures and work from home; physical, psychological, and sexual abuse; compromised chances to seek sexual and reproductive health care; lack of emotional and domestic support; diminished social support and so on (Bhattacharya, 2020; Mathews, 2020; UN Women and Women Count, 2020). These issues have serious implications on their mental health given that reporting or seeking help is burdensome, especially when routine health care is diverted to manage the pandemic. This scenario necessitates assessing women's mental health status with respect to their life circumstances and understanding whether the health system is sensitized, and equipped to take care of the mental health issues of women.

The state of Kerala from where the first cases of COVID-19 in India were reported took proactive measures to address mental health issues of people during the pandemic. Ramakumar & Eapen (2022) report that the state's response to the pandemic was gender sensitive despite the increase in loss of employment, increase in domestic violence, and deterioration of women's mental health during the pandemic. The programme named "You are not alone, we are with you" (Ottakkalla, Oppamund) initiated by the Government of Kerala envisaged providing psychosocial support to the population (Ravindran et al., 2021). Given this context, Kerala is an ideal setting to place the present study to address the common mental disorders among women and the mental health services they had during the pandemic. Objectives of the study were as follows:

i. To estimate the prevalence of common mental disorders among women of age 18 years and above in Kerala?

ii. To understand the individual, familial, social and economic factors that contribute to CMDs among women of age 18 years and above in Kerala?

iii. To understand the facilitators and barriers faced by women with CMDs to seek mental health care in Kerala during COVID-19 pandemic.

iv. To understand how the health care system in Kerala perceives and responds to women's common mental disorders during COVID-19 pandemic.

Methods

The ethics clearance for the study was obtained from the Institutional Human Ethics Committee, Central University of Kerala.

The study was conducted through a mixed-method approach employing a sequential explanatory design in three out of 14 districts of Kerala (Kasaragod, Kottayam, Thiruvananthapuram) selected purposively considering the geographical (north, central and

south) and development status of Kerala to ensure maximum generalizability of the findings (**GDP Statistics of Kerala**, 2019). The first phase was quantitative which included a crosssectional survey among all women aged 18 years and above. The qualitative phase included in-depth interviews with women who presented symptoms of CMDs in the survey.

Sampling

The sample size was estimated using the formula $n = z^2pq/d^2$. The lowest prevalence of CMDs reported among women from Kerala was nine per cent (Shaji *et al.,* 2017). About 610 women, selected through multistage stratified random sampling, participated in the survey. The prospective study participants were stratified based on their age and the strata were 18-30 years (young), 31-45 years (early middle age), 46-60 years (late middle age) and above 60 years (elderly). Sampling strategy for one district is depicted in figure 1 and the same was used in other districts too.

All women of age 18 years and above were visited at their respective houses for the purpose of data collection with the help of ASHA worker/ Anganwadi worker/Ward Member.

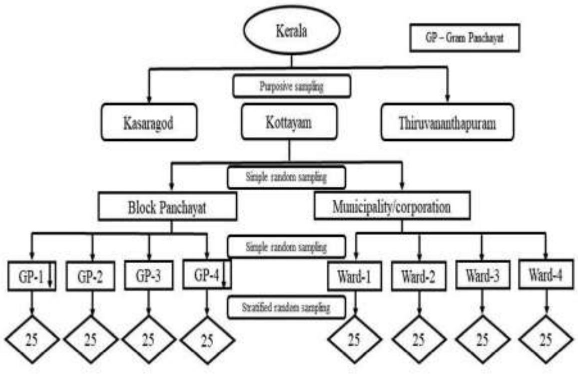


Figure 1
Sample selection procedure*

Inclusion criteria:

All women aged 18 years and above, who agreed to participate in the survey were included in this study.

Exclusion criteria:

- Women less than 18 years
- Individuals who were not willing to participate in the study.
- Migrants who cannot comprehend Malayalam
- Women who were too sick to provide information
- Containment zones and COVID positive households.

Data collection

A semi-structured questionnaire 57 items over eight sections was used for survey. It included socio-demographic and economic details, employment details, behavioural characteristics, reproductive details, life circumstances, details of partner and head of the household, and scales to measure depression, anxiety and somatic disorders. The participants were asked to respond to the questions based on their experiences during the COVID-19 pandemic. The public health questionnaire- 9 (PHQ-9), The Generalized Anxiety Disorder (GAD- 7 and the somatic symptoms scale (SSS-8) were used to measure depression, anxiety and somatoform disorders respectively.

Women who scored moderately high on any of the three tools and those who consented to participate in the qualitative phase were selected purposively. The participants represented different age groups and occupational status. The participants were probed to understand in detail their psychological wellbeing (autonomy, environmental mastery, personal growth, positive relations with others, purpose in life, and self-acceptance), sources of life stressors, understand their perceptions and appraisal of life situations as stressful, barriers in seeking mental health services, available social support, and availability of institutional resources to cater to the mental health needs of women. In-depth interviews were guided through a discussion guide given by the National Commission for Women, India. To measure the stress and psychological wellbeing,

the Perceived Stress Scale and Psychological Well-being Scale were used. Interviews were stopped once the data saturation obtained and 24 interviews were conducted.

Operational definitions

i. Common Mental Disorders (CMDs) – Women presenting with depression, anxiety or somatoform disorders

ii. Depression – Assessed using PHQ-9scale. Scores of 0-4, 5-9, 10-14, 15-19, and >=20 represented mild, moderate, moderately severe, and severe depression, respectively (Kroenke, Spitzer and Williams, 2001).

iii. Anxiety - The Generalized Anxiety Disorder (GAD- 7) scale. Score 0-4: Minimal Anxiety, score 5-9: Mild Anxiety, score 10-14: Moderate Anxiety, score greater than 15: Severe Anxiety (Spitzer **et al.**, 2006).

iv. Somatoform disorders - The somatic symptoms scale (SSS-8). The total score ranges from 0–32 with categories no to minimal (0-3 points), low (4-7 points), medium (8-11 points), high (12-15 points), and very high (16-32 points) somatic symptom burden (Gierk et al., 2014).

Data analysis

The analysis of quantitative data was done using SPSS version 27. The data was entered into Excel sheet and transferred to SPSS. Data cleaning was done for the missing values, outliers and normality. The missing variables were identified and replaced with mean for continues variable and mode for categorical variable. Descriptive statistics was done to identify the frequency and percentage for categorical variables, and mean, median, and standard deviation for continuous variables. This was followed by bivariate and multivariate analyses.

Analysis of qualitative data: The data analysis for in-depth interviews were conducted using thematic analysis guided by the framework for thematic analysis (Braun and Clark, 2006).

Both quantitative and qualitative data were mixed and discussed at the concluding section of the research.

Results

A total of 610 women, aged 18 years and above were participated in the study. They were selected through multistage stratified random sampling with a response rate of hundred percent. The mean age of the respondent was 44.9 years with a standard deviation of 16.4 years. The mean age at marriage was 21.5 years with a standard deviation of 4.2 years. Nearly all were educated up to secondary level and above. Most of them were married and nearly one-fifth of them widowed. Majority of them had independent housing and belonged to joint families. One in four women in the study were employed and most of the working women had temporary jobs and worked for meagre income (<INR 5000/- a month). Many of them had to work 4-8 hours a day. Nearly one third of the women reported to have an illness that restricts routine activities. About 7% (45) reported history of mental illness in the family, among them eight were participants themselves. Out of 42 who seek treatment, about 62% (26) seek help from government facilities. One-fourth of the women reported physical or mental issues associated with menstruation. Further, nearly one in seven women reported to have physical or mental health illness associated with childbearing and delivery. Prevalence of unhealthy behaviours such as consumption of alcohol and tobacco was less in the study.

More than half of the women reported that heads of respective households are their spouses. In most of the families, heads' education was below higher secondary and were manual labourers. The monthly income was reported to be less than Rs. 10, 000 by three-fifth of the households.

Participants were inquired about the personal and family problems they had faced in the previous six months of data collection and the results are presented below. Very few women reported to

have problems with their close relatives. Nearly 4% of the women were victims of abuse.

Nearly 16% of women reported insufficient help from family members. A substantial proportion of women reported that they lack adequate rest and sleep (26.4%); one in five are unable to attend social gathering and faced problems due to over work. One fifth of the women felt that they are not able to meet the required standards of housekeeping and one in four women were worried about issues in their parental family.

Prevalence of Common Mental Disorders

Participants who scored mild or above on any of the three tools (Patient Health Questionnaire PHQ9, the Generalized Anxiety Disorder Scale –GAD7, the Somatic Symptom Scale –SSS8) were considered as having Common Mental Disorders (CMDs). The results are given below (Table 1). Somatoform disorders were the most prevalent CMD in the study.

Table 1
Prevalence of Common Mental Disorders

Category (N=610)	Frequency (n)	Percentage (%)
Depression		
Normal	441	72.3
Mild	123	20.2
Moderate	36	5.9
Moderately severe	8	1.3
Severe	2	0.3
Anxiety		
Low	474	77.7
Mild	108	17.7
Moderate	22	3.6
Severe	6	1.0
Somatoform disorder		
Minimal	263	43.1
Low	215	35.2
Medium	79	13.0
High	33	5.4
Veryhigh	20	3.3
Common Mental Disorders		
Yes	370	60.7
No	240	39.3

Factors affecting Common Mental Disorders

Bivariate analysis using Pearson Chi-square test (Fisher's exact test wherever applicable) and multivariate analysis using binary logistic regression was performed to find out the predictors of CMDs.

Results shows that factors such as age, education, marital status, present illness that restrict activities, taking any medication, mental illness history in family, having physical or mental issues associated with menstruation, mental or physical issues associated with child bearing and delivery, being head of the family, having problems with others/being victim of abuse, and problems with family environment/lack of time and care for self are associated with CMDs among women. Whereas factors such as place of residence, type/ownership, type of family (joint/nuclear), occupation status, religion, caste and income of the family were not found affecting CMDs.

After adjusting for co-variants, a statistically significant association of CMDs was observed with age, illness that restrict daily activity, taking any medication, physical or mental issues related to menstruation, problems with others/victim of abuse and problems with family environment/ lack of time and care for self. As age increased, CMDs also increased. Women with illness that restricts daily activities had higher odds of CMDs than other women. It was found that CMDs was three times more likely to occur in participants with physical or mental issues related to menstruation than their counterparts. Participants facing problems with others/ victim of abuse and having problems with family environment/ lack of time and care for self were

more likely to have CMDs than others (Table 34).

Factors such as education, marital status, history of mental illness in the family and headship of the family were not found to affect CMDs when other covariates are held constant. However, mental issues associated with childbearing and delivery and ever use of tobacco were found to have an effect on CMDs at 90% confidence limits.

Table 2
Factors affecting Common Mental Disorders

Category	CMD Frequency (%)	P value	Unadjusted Odds Ratio	95% CI	P value	Adjusted Odds Ratio	95% CI	P value
Age								
≤45* (313)	144 (46.0)	<0.001	1	1	<0.001	**1**	**1**	**0.024**
>45(297)	226 (76.1)		3.736	2.640-5.286		**1.939**	**1.092-3.444**	
Education								
>secondary* (338)	243 (71.9)	<0.001	1	1	<0.001	1	1	0.145
≤secondary (272)	127 (46.7)		2.920	2.087-4.087		1.437	0.882-2.340	
Marital status								
Separated/widowed/divorce d* (118)	93(78.8)	<0.001	1	1		1	1	
Unmarried(61)	25(41.0)		0.187	0.095-0.367	<0.001	5.112	0.589-44.376	0.139
Married(431)	252 (58.5)		0.378	0.234-0.612	<0.001	0.839	0.423-1.664	0.615
Present illness that restricts activities								
No*(405)	203 (50.1)	<0.001	1	1		**1**	**1**	
Yes(195)	167 (81.5)		4.373	2.924-6.540	<0.001	**2.022**	**1.182-3.457**	**0.010**
Any medication								
No*(371)	179 (48.2)	<0.001	1	1		**1**	**1**	
Yes(239)	191 (79.9)		4.268	2.930-6.218	<0.001	**1.898**	**1.122-3.213**	**0.017**
Mental illness history in family								
No*(565)	333 (58.9)	0.002	1	1		1	1	
Yes(45)	37(82.2)		3.222	1.474-7.046	0.003	1.490	0.525-4.225	0.453

Physical or mental issues related to menstruation								
No*(452)	263 (58.2)	0.035	1	1		**1**	**1**	
Yes(158)	107 (67.7)		1.508	1.029-2.210	0.035	**3.059**	**1.717-5.451**	**<0.001**
Mental issues related to child bearing and delivery (N=518)								
No*(439)	264 (60.1)	<0.001	1	1		1	1	
Yes(79)	64(81.0)		2.828	1.562-5.122	0.001	1.913	0.957-3.821	0.066
Head of the family								
Others*(556)	329 (59.2)	0.016	1	1		1	1	
Self(54)	41(75.9)		2.176	1.140-4.153	0.018	2.022	0.813-5.032	0.130
Problems with others/victim of abuse								
No problems*(528)	**298 (56.4)**	<0.001	1	1		**1**	**1**	
Problems(82)	**72 (87.8))**		5.557	2.806-11.007	0.000	**3.283**	**1.374-7.844**	**0.007**
Problems with family environment/lack of time and care for self								
No problems*(193)	63(32.6)	<0.001	1	1		**1**	**1**	
Problems(417)	307 (73.6)		5.759	3.972-8.349	0.000	**3.550**	**2.169-5.810**	**<0.001**

*Referencecategory

Qualitative findings

Interviews with women presented with CMDs

In-depth interviews with women (24) revealed many barriers that prevent them from seeking mental health care services for CMDs. They are denial, fear and stigma; seeking help from other sources; COVID-19 lockdown and related financial constraints; lack of social and family support, and social and health system barriers including the attitude of health care providers. Names used are not real.

Denial, fear, and stigma

Women are conditioned with deeply rooted social constructs about mental illness. Consequent fear and stigma lead to denial or prevent them from seeking help for mental illness. It is important to break this social barrier through multiple simulative awareness programmes addressing the entire community.

"If a woman goes to a mental health center for treatment, she will be branded as a lunatic in society." (Shantha, 50, Kasaragod)

"It is not about awareness. I have attended awareness classes from school. It is about fear. I am afraid that what others would think about me if I go for a consultation. Would they judge me as I have some serious issue?" (Nikhi, 36, Thiruvananthapuram)

Seeking help from other sources

Women prefer conventional and popular means of managing mental health issues such as prayer, yoga rather than seeking professional help. This is a major barrier as it results in delayed diagnosis and treatment which might have serious consequences in their daily lives.

"I will read the Bible. I will share my problems to the god. I got my life back because I prayed to the Almighty." (Neena, 29, Kottayam)

"I found Yoga very effective. Practices like Pranayama have calmed my mind a lot. I could think of the

future. By practicing Yoga, I was able to think about future goals without thinking about the past." (Ann Maria, 25, Kottayam)

COVID-19 lockdown and related financial constraints

The COVID-19 pandemic and the subsequent lockdown have severely affected the women. It created an unforeseen circumstance in many women's lives which triggered many mental issues in them and prevented them from seeking care.

"Due to this pandemic, I am idle. I could not go anywhere. So that's why I have these kinds of thoughts. Now I feel alone in this house. Alone; it's difficult for me." (Sathi, 48, Kottayam)

Lack of Support

Talking about the problems and sharing feelings with someone who is trustworthy can reduce mental problems to a great extent. While listening to their feelings, others can suggest to seek treatment for mental health care if needed. Not being able to share their emotions creates a feeling of loneliness and subsequently leads to mental problems/worsens the existing problems. However, lack of support from family and loved ones while facing mental problems was expressed by many women. Some of them lacked support in all situations in their lives.

"I search on Google when it (feeling low) increases. I need someone to accompany me. If I say that I want to go for treatment, they (family) will ask many questions - is it necessary? You have no issues. So, I stop there to avoid such talks."(Mini, 32, Thiruvananthapuram)

Health System Barriers

Many factors from lack of awareness about the importance of seeking treatment for mental issues to the unavailability of mental health care facilities and service providers emerged from the interviews.

"Nothing is right there. Even if we go there for treatment, the doctors and nurses will make us idle. If we go there, there is no immediate consultation. We will have to wait a long time to get the treatment." (Suma, 34, Kasaragod)

"Wards are mixed there. It was difficult for sitting, to lay, and to have food in such hospitals." (Athira, 23, Thiruvananthapuram)

"The doctor's words and moral support helped me a lot." (Ann Maria, 25, Kottayam)

Discussion

In line with evidence from various parts of the world, our study also found that substantial number of women suffered from CMDs during the pandemic. The present study found a prevalence of 61% CMDs among women, i.e., three in five women in Kerala suffer from CMDs such as depression, anxiety and somatoform disorders. In 2017, one study reported 9% prevalence in general population with 1.4 times higher risk for women (Shaji et al., 2017). However, this study measured CMD using general health Questionnaire -12 (GHQ-12). In a study from Tamil Nadu, the prevalence of CMDs among women was 45%, though the tool used was Clinical Interview Schedule-Revised (CIS-R) (Nair et al., 2022). Nearly 28% of the women were depressive, 22% had GAD and 57% had the somatoform disorders. In a study on mental health problems during COVID-19 in Kerala, the self-reported prevalence of depression was 45% (Kurian et al., 2021). In a study among women from Pakistan during the pandemic, the prevalence of depression and anxiety were 77% and 69% respectively (Asim et al., 2021). There are many evidences that the risk of CMDs is high among elderly women (Shaji et al., 2017). However, studies during the pandemic report a higher prevalence of CMDs among younger age. It is attributed to the school/college closure due to lockdown and resultant idleness (Asim et al., 2021; Huang & Zhao, 2020).

There is corroborating evidence in the literature to support that factors such as having an illness that restrict daily activity and taking any medication, problems with others/victim of abuse and problems with family environment and having physical or mental issues related to menstruation increase the risk of CMDs. Asim

et al. (2021) found that there is statistically significant difference in the depression score of women with and without co-morbidities and those having a diagnosed mental illness. Another study also found that chronic illness, abuse and lack of family support increase the risk of CMDs (Nair et al., 2022). Women experiencing intimate partner violence, who were pregnant and those in post-partum had increased risk of mental health problems (Almeida et al., 2020; Archana et al., 2017; Babu et al., 2019; Panigrahi et al., 2017; Thibaut & van Wijngaarden-Cremers, 2020).

Financial constraints due to lockdown and lack of support are also reported in various studies as increasing the risk of CMDS during pandemic (Kurian et al., 2021; Nair et al., 2022; Winkler et al., 2020). Like this study, Nair et al. (2022) also found that women find peace in religious participation including prayer.

The lack of adequate mental health care in Kerala despite increasing burden mental illness is reported by Joseph et al. (2021). Women from this study also reported many shortcomings including waiting time, no separated wards and so on. Many were not aware of such facilities and lacked support to seek care.

Conclusion

More than half of the women suffered from CMDs during the COVID-19 pandemic. However, many of them were not aware of their status or were afraid to seek care due to associated stigma. Though there were proactive measures from the Government to address people's mental health issues due to lockdown and isolation, many were not reaching to the neediest. This, therefore, necessitates the proactive implementation of health interventions for these women to get adequate management. In general, primary-level interventions must be strengthened along with the provision of supporting the environment to ensure that women live healthier lives.

References

Almeida, M., Shrestha, A. D., Stojanac, D., & Miller, L. J. (2020). The impact of the COVID-19 pandemic on women's mental health. *Archives of Women's Mental Health, 23*(6), 741–748. https://doi.org/10.1007/s00737-020-01092-2

Archana, P., Das, S., Philip, S., Philip, R. R., Joseph, J., Punnoose, V. P., & Lalithambika, D.P. (2017). Prevalence of depression among middle aged women in the rural area of Kerala. *Asian Journal of Psychiatry, 29,* 154–159. https://doi.org/10.1016/j.ajp.2017.05.016

Asim, S. S., Ghani, S., Ahmed, M., Asim, A., & Qureshi, A. F. K. (2021). Assessing Mental Health of Women Living in Karachi During the Covid-19 Pandemic. *Frontiers in Global Women's Health, 1.* https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fgwh.2020.594970

Babu, A., Sreedevi, A., John, A., & Krishnapillai, V. (2019). Prevalence and determinants of somatization and anxiety among adult women in an urban population in Kerala. *Indian Journal of Community Medicine, 44*(5), 66. https://doi.org/10.4103/ijcm.IJCM_55_19

Bhattacharya, Swarnima. 2020. "What Covid-19 Teaches Us about Women's Mental Health." *Times of India Blog.* Retrieved August 18, 2020 (https://timesofindia.indiatimes.com/blogs/uterus-diaries/what-covid-19-teaches-usabout-womens-mental-health/).

Government of Kerala. 2019. *Economic Review 2019 Vol I.* Thiruvananthapuram: State Planning Board.

Gierk, B., Kohlmann, S., Kroenke, K., Spangenberg, L., Zenger, M., Brähler, E., & Löwe, B. (2014). The Somatic Symptom Scale–8 (SSS-8): A Brief Measure of Somatic Symptom Burden. *JAMA Internal Medicine, 174*(3), 399. https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2013.12179

Goldberg D, and Huxley, P. 1991. *Common Mental Disorders: A Bio-Social Model.* London ; New York: Routledge.

Institute of Mental Health and Neurosciences. 2017. *National Mental Health Survey, 2015-16: State Report -Kerala.* Kozhikode: Institute of Mental Health and Neurosciences.

Kroenke, Kurt, Robert L. Spitzer, and Janet B. W. Williams. 2001. "The PHQ-9." *Journal of General Internal Medicine* 16(9):606–13.

Kurian, S., S., A., & Raghavan, M. (2021). Depression, anxiety and stress among COVID positive pregnant women. *International Journal of Reproduction, Contraception, Obstetrics and Gynecology, 10*(3), 1057. https://doi.org/10.18203/2320-1770.ijrcog20210735

Nair, A. R., Shivanna, Y. K. G., Illimoottil, J. P., Rachana, A., Mahasampath, G. S., Abraham, S., & Kurian, S. (2022). Common mental disorders among women and its social correlates in an urban marginalized populace in South India. *International Journal of Social Psychiatry, 68*(7), 1394–1402. https://doi.org/10.1177/00207640211025556

Mathews, Rhea. 2020. "Covid-19: Why Are Women More Vulnerable to Mental Health Issues?" *Feminism In India.* Retrieved August 15, 2020 (https://feminisminindia.com/2020/05/05/covid-19-women-vulnerable-mental-healthissues/).

Panigrahi, A., Panigrahi, M., Padhy, A. P., & Das, S. C. (2017). Common mental disorder and its socio-demographic correlates among married women residing in slum areas of Bhubaneswar, India. *Women & Health, 57*(5), 521–533. https://doi.org/10.1080/03630242.2016.1181137

Ramakumar, R., & Eapen, M. (2022). The legacy of public action and gender-sensitivity of the pandemic response in Kerala State, India. *Economia Politica, 39(1)*, 271–301. https://doi.org/10.1007/s40888-021-00249-1

Ravindran, R. M., Anjali Krishnan, R., Kiran, P. S., Mohan, B., & Shinu, K. S. (2021). Psychosocial Intervention Model of Kerala, India During Pandemic COVID-19: "Ottakkalla Oppamundu (You're not alone, we're with you)." *International Journal of Health Services, 51*(4), 436–445. https://doi.org/10.1177/00207314211019240

Shaji, K. S., Raju, D., Sathesh, V., Krishnakumar, P., Punnoose, V. P., Kiran, P. S., Mini, B. S., Kumar, S., Anish, P. K., Kaimal, G. G., Gupthan, L., Sumesh, T. P., Nikhil, U. G., Cyriac, N., Vinod, M. D., Kumar, R. P., Chandran, R., Rejani, P. P., Amrutha, R., … Anand, T. (2017). Psychiatric morbidity in the community: A population based-study from Kerala. *Indian Journal of Psychiatry, 59*(2), 149–156. https://doi.org/10.4103/psychiatry.IndianJPsychiatry_162_17

Spitzer, Robert L., Kurt Kroenke, Janet B. W. Williams, and Bernd Löwe. 2006. "A Brief Measure for Assessing Generalized Anxiety Disorder: The GAD-7." *Archives of Internal Medicine* 166(10):1092–97.

Thibaut, F., & van Wijngaarden-Cremers, P. J. M. (2020). Women's Mental Health in the Time of Covid-19 Pandemic. *Frontiers in Global Women's Health, 1.* https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fgwh.2020.588372

UN Women, and Women Count. 2020. *Unlocking the Lockdown: The Gendered Effects of Covid-19 on Achieving the SDGs in Asia and the Pacific.* Bangkok, Thailand.

World Health Organization. 2017. *Depression and Other Common Mental Disorders: Global Health Estimates.* Geneva.

World Health Organization. 2019. "Mental Disorders." Retrieved August 23, 2020 (https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders).

1. Assistant Professor, Department of Public Health and Community Medicine, Central University of Kerala, Kasaragod – 671320. Email: jayalakshmirajeev@cukerala.ac.in

2. Department of Public Health and Community Medicine, Central University of Kerala, Kasaragod – 671320

3. Assistant Professor, Department of Social Work, Central University of Kerala, Kasaragod – 671320

Funding agency: National Commission for Women, Government of India. New Delhi

69

Assistive Devices for Older Adults – The Smarter Way to Age in Kerala

Dr. Jino Joy

Kerala is a state with the dubious distinction of having a large number of older adults but with very limited caregiver resources. With the current migration trends and low fertility rates, we are going to experience a shortage of young people who could take care of older adults. Due to the shrinking pool of care providers in comparison to the enlarging pool of older adults in the state who want to stay independent, new solutions are warranted to help older adults. Strategies beyond human assistance open the horizon of assistive technology in geriatric care.

Assistive technology refers to any item, piece of equipment, or product system to increase or maintain the functional capabilities of a person. They range from hearing or visual aids to advanced sensors, augmented and virtual reality devices, etc. Assistive devices contrary to popular belief are not something reserved for people with disabilities. It is for anyone who wants to make their life easier.

A 70-year-old female who has to still do cooking at home may find it much easier to have utensils in her kitchen fitted with oversized handles which are easier for gripping. Similarly, a longhandled reacher to pick things from the floor or a nail cutter with a magnifying glass could make life better for many. Grab bars and handles are quite popular in preventing falls. Mobility assistance devices including walking sticks, walkers, wheelchairs, etc. are probably the most widely recognized assistive devices.

The latest buzz is about artificial intelligence-powered devices and robotics. While there are working models of 'Android Kunjappan' like Eliq, Mario, and Kompai with advanced features including the ability to feed or even carry an older adult from bed to chair or vice versa, the smaller internet-connected devices have started their entry into the Kerala households. Devices including motion sensor lights, fall detectors, and gesture-controlled gadgets are now common in many homes. Many electronic gadgets including washing machines, televisions, air conditioners, etc. can be now managed via voice commands through an interface like Alexa or Google. Devices like 'Alexa' are even tuned to understand commands in many local languages. Wearable sensors and smart watches are now fitted with GPS trackers and fall sensors. They are considered effective for older adults who are particularly at high risk for falls or those who have cognitive impairment.

Virtual reality devices are found to be beneficial in gait training and rehabilitation. They may also help older adults to experience traveling to various parts of the globe. The peak experience one could recreate using virtual reality would be a virtual setting of the person's ancestral house or loved ones. Such use of technology could find a great deal in helping older adults fight their loneliness and even has found use in managing delirious older adults in ICU. On the other hand, augmented reality has its own particular use in cognitive impairment by helping the older person identify people, objects, and places while using a pair of smart spectacles.

With technological advances, devices have been able to substitute for human assistance in some cases. However, for most people, assistive devices supplement human help. So the question of will assistive devices replace human

assistance is something to watch out for in the long run. However, despite the availability of thousands of devices designed to enhance life for the functionally impaired elderly, assistive technology has not been fully successful yet in our state. This could be attributed to four factors: (a) inadequate training and orientation for the elderly consumer; (b) inappropriate match of assistive device to the person's need; (c) unwieldy designs; and (d) failure to realize that assistive technology involves more than just giving a person a device.

Individuals can often be given a new piece of equipment, a pair of glasses for example, and taught to use it relatively quickly. But most of the newer assistive devices may need successful training for the older adult. Opportunities to try and test them in an experience center may facilitate understanding of how the assistive devices can make their life easier. Arrangements for ongoing training and maintenance should be available for any assistive device that is introduced to an older adult.

Although elderly individuals with functional impairments can realize tremendous benefits from assistive devices, technology brings with it problems and disadvantages too. Many of the problems result from mismatches between individual needs and assistive devices. What works beautifully for one person, may be a dismal failure for another, due to the unique characteristics of the people involved. Investing in an assistive device is considered a luxury spending by many. Some discounts are given for mobility aids by many NGOs and governmental agencies but a huge chunk of other useful devices including home sensors, fall detection watches, and robotic devices come at a very high price.

Our focus in the coming years should also include developing newer and cheaper assistive devices and smart gadgets for older adults using the huge brain pool of techies we have in our midst. Let us work towards making aging a smarter experience in our state.

MD (Geriatric Medicine), Consultant and Head of the Department, Department of Geriatrics, Medical Trust Hospital, Cochin

70

Determinants of Poor Outcome of Conduct Disorder among Children and Adolescents: A One Year Follow up Study

Dr. Jayaprakash R., Dr. Sharija, Dr. Anil Prabhakar & Dr. Rajamohanan

Background: Conduct disorder (CD) is a heterogeneous disorder with variations in symptomatology and outcome. Slightly more than half of CD ceases to meet criteria for CD during late childhood or adolescence. Many studies had examined the factors which determine the outcome of CD. But limited follow up studies are available in Indian context. The present study aims to identify the factors which determine the poor outcome of CD

Setting and design: Clinic based follow up study. The study population consists of 300 consecutive children between 6-18 years of age who satisfied the International Classification of Disease-10 Diagnostic Criteria for Research guidelines for CD. Study setting was Behavioral Pediatrics Unit under tertiary care Pediatrics department.

Material and methods:

Recruited children were intervened and followed up for one year. Initial and final scores of abnormal psychosocial situation, symptom severity and functional level were assessed. Percentage of children who achieved clinically significant improvement was noticed.

Determinants of poor outcome were identified by logistic regression.

Results: Clinically significant improvement was observed among 64.51% of sample. Determinants of poor outcome were family history of single parent, alcoholism, domestic violence and psychiatric illness and duration, initial severity and type of symptoms and comorbidity.

Conclusions: CD is amenable to intervention in Indian setting. Early intervention will give good outcome. Among risk factors identified, four were socially modifiable factors.

Key words: Conduct disorder (CD); poor outcome; co morbidity; socially modifiable factors.

71

An Exploratory Study on Dyslexia: The Narikkunnu U P School Model and its Importance

Thomas M.V.

Introduction

Learning disabilities are a set of conditions found among children with low academic performance. There are three types of learning disabilities observed, Reading Disability (Dyslexia), Writing Disability (Dysgraphia) and Mathematics Disability (dyscalculia). Dyslexia or Reading Disability is not a disease but a lifelong condition. Reading Disability is the most common of the three types and the affected individuals may have problems in reading and comprehension.

Dyslexia is neurological in origin and is the most common and most studied one. The world-wide prevalence is said to have 5-10% (Knight, 2018; Al-Shidhani & Arora, 2012; Siegel 2006). The global prevalence estimates ranging from 3% to 10 % (Snowling, 2013). A number of well conducted epidemiological studies report the prevalence of dyslexia to vary between 4% and 12 % (Thambirajah, 2017). A few studies in India reported that, approximately 10% of Indian children are dyslexic, implying 28 million Indian children ages between 4 years to 14 years are dyslexic (Vasudevan & Iyer, 2015). The National Institute of Educational Planning and Administration-NIEPA reported that, 11.05 % children studying in 1st to 8th standard in Kerala are enrolled with learning disability (Biswal, 2019).

The study conducted at Narikkunnu U P school, Edacheri. The total number of children studying in the school was 1303. It is a mixed school with both Malayalam and English as medium of instruction under Kerala syllabus. Objectives. To find out the prevalence rate of dyslexia among children studying in Narikkunnu UP School and to provide remedial training for them.

Method

Design: Exploratory study using descriptive design. Participants: The children studying in Narikkunnu UP School. The sample size was 1303 children. Tools: Dyslexia Screening Checklist, Seguin Form Board, and Reading Test-Specific Learning Disability Diagnostic Tool (Alex & Kumar, 2012) Statistical Tests: Independent 't' Test, ANOVA, and Scheffe's Post hoc Test. Results: The mean mental age of the participants is 132.8 months (11.06 years) and IQ is 113.37. Even though the mental age and IQ are found normal, the mean reading score of the participants is 66.68 which is very low. The prevalence rate of reading disability of the participants in the Narikkunnu UP school is 7.13%. Conclusion: The study found that a significant number of children with reading

disability is diagnosed in Narikkunnu UP School. The earlier studies confirmed the findings of the present study. If we consider Narikkunnu UP school as a model, similar picture should be expected among various schools in Kerala. Factors such as lack of knowledge among teachers for identification and management and lack of awareness and need of management of reading disabilities among parents are important obstacles. All these hurdles should be cleared at earliest and early diagnosis and remedial training should be provided to the children with reading disabilities.

Physician & Consultant Psychologist, MIND-HOM Centre, Vadakara, Kozhikode

72

സ്തനാർബുദചികിത്സ സ്വീകരിക്കുന്നതിനുള്ള കാലതാമസവും അതിന്റെ കാരണങ്ങളും: തൃതീയതല ആശുപത്രി കേന്ദ്രീകരിച്ചു നടത്തിയ പഠനത്തെക്കുറിച്ചുള്ള വിശകലനം

ആതിരാറാണി എം.ആർ. & ശ്രീക്കുട്ടി എസ്.ജെ.

ആഗോളതലത്തിൽ സ്തനാർബുദത്തിന്റെ തോത് വർദ്ധിച്ചുകൊണ്ടിരിക്കുകയാണ്, സ്തനാർബുദത്തിൽ നേരത്തെയുള്ള രോഗനിർണയം രോഗശമനത്തിന്റെ മൂലക്കല്ലാണ്, കാലതാമസം ചികിത്സയെയും അതിജീവനത്തെയും പ്രതികൂലമായി ബാധിക്കും. കാലതാമസത്തിന്റെ കാരണങ്ങൾ കൃത്യമായി അറിയുന്നത് പ്രത്യേക പ്രതിരോധ മാർഗങ്ങൾ ആസൂത്രണം ചെയ്യാൻ സഹായിക്കും. കേരളത്തിലെ ഒരു ത്രിതീയ പരിചരണആശുപത്രിയിൽ സ്തനാർബുദ ചികിത്സയ്ക്കായി എത്തിയ മുന്നോറോളം രോഗികളിൽ ചികിത്സ സ്വീകരിക്കുന്നതിലുള്ള കാലതാമസത്തിന്റെ അനുപാതം അവയുടെ കാരണങ്ങൾ എന്നിവ കണ്ടെത്തുക എന്നതായിരുന്നു പഠനലക്ഷ്യം. പഠനത്തിന്റെ ഭാഗമായി രോഗികളിൽ നിന്നും അവരുടെ വ്യക്തിഗതവും സാമൂഹികവും രോഗവുമായി ബന്ധപ്പെട്ടതുമായ വിവരങ്ങൾ ഒരു അഭിമുഖചോദ്യാവലിവഴി ശേഖരിച്ചു. ഈ വിവരങ്ങൾ സ്റ്റാറ്റിസ്റ്റിക്കൽ വിശകലം നടത്തിയിതൽ നിന്നും കിട്ടിയ വിവരങ്ങൾ താഴെ വിശദീകരിക്കുന്നു. ചികിത്സക്കായി എത്തിയ രോഗികളുടെ ശരാശരി പ്രായം 54.7 വയസ്സായിരുന്നു, വിവാഹിതർ (86.95%), ഗ്രാമവാസികൾ (59.35%), ഹയർ സെക്കൻഡറി വിദ്യാഭ്യാസമുള്ളവർ (69.3%), തൊഴിലില്ലാത്തവർ (73%) താഴ്ന്ന സാമൂഹിക-സാമ്പത്തിക നില (81.1%). പ്രാഥമിക ചികിത്സയായി സ്തന സംരക്ഷണ ശസ്ത്രക്രിയ ഒഴികെയുള്ളവ സ്വീകരിച്ചവരെ ചികിത്സാകാലതാമസം ഉള്ളവരായി കണക്കാക്കിയപ്പോൾ 286 (86.7%) സ്ത്രീകളിൽ ചികിത്സ തേടുന്നതിൽ കാലതാമസമുണ്ടായി. ഈ പഠനത്തിൽ കാലതാമസദൈർഘ്യത്തെ നാലായി തരം തിരിച്ചു. ഒന്നാമതായി വിലയിരുത്തൽ സമയം(Appraisal time)അതായത് സ്തനത്തിൽ ഉണ്ടാകുന്ന വ്യതിയാനങ്ങൾ ഒരു സ്തനാർബുദത്തിന്റെ ലക്ഷണമായേക്കാം എന്ന് മനസ്സിലാക്കാൻ രോഗി എടുക്കുന്ന സമയം, രണ്ടാമതായി തീരുമാന സമയം (decision time) ഇതൊരു രോഗലക്ഷണമായി കണ്ട് പ്രൊഫഷണൽ വൈദ്യസഹായം തേടാൻ തീരുമാനിക്കുന്നത് വരെയുള്ള സമയം, മൂന്നാമതായി, രോഗ നിർണ്ണയ സമയം (Diagnostic time) പ്രൊഫഷണൽ വൈദ്യസഹായം തേടുന്നത് മുതൽ രോഗനിർണയം വരെയുള്ള സമയം. നാലാമതായി അനുയോജ്യ ചികിത്സാ സമയം (Appropriate treatment time) ഉചിതമായ ചികിത്സ ലഭിക്കുന്നതിനുള്ള ക്ലിനിക്കൽ രോഗനിർണയം നടത്തുന്ന സമയം. ഇതിൽ ഒന്നും രണ്ടും രോഗിയുമായി നേരിട്ടും, മൂന്നും നാലും പൊതുജനാരോഗ്യ സംവിധാനവുമായി ബന്ധപ്പെട്ടും ഇരിക്കുന്നു. പഠനത്തിൽ പങ്കെടുത്ത 25.81% സ്ത്രീകളും 1 മാസം മുതൽ 1 വർഷം വരെയുള്ള സമയത്തിലാണ് സ്തനങ്ങളിൽ കാണുന്ന വ്യതിയാനങ്ങൾ ഒരു രോഗലക്ഷണമായി മനസ്സിലാക്കുന്നത്. 41.42% സ്ത്രീകളും 1 മാസം മുതൽ 1 വർഷത്തിൽ കൂടുതൽ സമയത്തിലാണ് പ്രൊഫഷണൽ വൈദ്യസഹായം തേടാൻ തീരുമാനിക്കുന്നത്. 7.5% സ്ത്രീകളിൽ രോഗനിർണയം നടത്താൻ 1 മാസം മുതൽ 1 വർഷം വരെ വേണ്ടിവരുന്നു. 4.56% സ്ത്രീകളിൽ അനുയോജ്യമായ ചികിത്സ ലഭിക്കാൻ 1 മാസം മുതൽ 1 വർഷം വരെ വേണ്ടിവരുന്നു. നേരത്തെ സ്തനത്തിൽ മുഴയുണ്ടായിരുന്നത് OR= 2.69 (95% CI 1.06-6.83), സ്തനാർബുദത്തെക്കുറിച്ചുള്ള അറിവ് OR=3.96 (95% CI 1.37-11.42), റഫറൽ ഹോസ്പിറ്റലിന്റെ തരം OR=4.91 (95% CI 1.66-14.57), രോഗ നിർണ്ണയ സമയം (Diagnostic time) OR=2.01(95% CI 1.06- 3.81) എന്നിവ ചികിത്സാ കാലതാമസത്തിൽ പ്രാധാന്യമുള്ളവയായിരുന്നു.

സ്തനാർബുദത്തിന്റെ അതിജീവനം, മുഴയിലെ കോശങ്ങളുടെ തരം, ലിംഫ് നോഡുകളിലെ വ്യാപനം, ഹോർമോണുകളുടെ അനുപാതം എന്നിവയുമായി

വളരെ അധികം ബന്ധപ്പെട്ടിരിക്കുന്നുവെങ്കിലും നേരത്തെയുള്ള അർബുദനിയന്ത്രണം. ഏറ്റവും പ്രാധാന്യം അർഹിക്കുന്നു. കൂടാതെ സ്തനാർബുദത്തിന് ചികിത്സ തേടുന്നതിലെ കാലതാമസത്തിന് തടയാവുന്ന പല ഘടകങ്ങളുമുണ്ട്. അതിൽ പ്രധാനപ്പെട്ടത് ഓരോ സ്ത്രീകൾക്കും സ്ഥാനാർബുദ ലക്ഷ്ണങ്ങളെക്കുറിച്ച് അവബോധം സൃഷ്ടിക്കുക എന്നതാണ്, അതിനോടൊപ്പം കൃത്യമായ വൈദ്യസഹായം എവിടെ നിന്നു ലഭിക്കും എന്ന അറിവും അവർക്ക് ആവശ്യമാണ്. സ്കൂളുകൾ, കുടുംബശ്രീ, അങ്കൻവാടി, സോഷ്യൽ മീഡിയ എന്നിവ വഴി അവബോധം വളർത്താവുന്നത്. ഇടയ്ക്കിടെ സ്ത്രീകളുടെ കൂട്ടായ്മകളിലും, സ്ത്രീകൾ കൂടുതലായുള്ള തൊഴിലിടങ്ങളിലും ക്യാമ്പുകൾ സംഘടിപ്പിച്ചു ക്ലിനികൽ സ്തനപരിശോധന പരിശോധന നടത്തുന്നത് ഉപകാരപ്രദമായേക്കും.

73

Nipah Encephalitis: The Key Learnings from Kerala, India

Anish T.S., Aravind R. & Chandni R.

Background

Nipah encephalitis is an emerging infectious disease with pandemic potential and Nipah virus (NiV) is listed as one of the high-threat pathogens (HTP) by the World Health Organisation (WHO). The Kerala State of India reported four spillover incidences including two large outbreaks affecting 31 individuals and 24 deaths (overall case fatality rate of 77.4%) since 2018.

Methods

The data of the current analysis are from different sources. We reviewed all clinical cases of Nipah encephalitis as reported in the literature and analysed the reports of animal (bat) studies conducted during or following the outbreaks. We also analysed published reports on the epidemiological clinical and virological factors of Nipah encephalitis reported from Kerala (India), Bangladesh and Malaysia. Moreover, I studied the epidemiological case records of the spillovers from 2018 to 2023.

Results

The Indian variant of NiV (NiV I) isolated from human/animal samples of Kerala is distinct, but genetically close to that reported from Bangladesh (NiV B). Unless diagnosed and isolated early, primary cases developing respiratory symptoms can trigger superspreading in families and hospitals. Infection control practices at hospitals could mitigate the impact of outbreaks. The case fatality rate is high, but early initiation of antiviral treatment (ribavirin and remdesivir) and supportive care could curb the chance of death. Serological and virological investigations on the reservoir hosts revealed high rates at the time of outbreaks. Early detection of outbreaks (surveillance) and prompt response by the health system are crucial in containing the outbreaks.

Conclusion

The outbreaks in Kerala, India provide significant learning for the rest of the world on the environmental, epidemiological, virological, and clinical features of Nipah encephalitis and its control.

74

ക്ഷയ മുക്തി - 2024 അരിക്കുളം കുടുംബാരോഗ്യ കേന്ദ്രം

Analysis of sputum samples of Vulnerable group of TB in connection with World TB day on 24 March 2024 in selected persons of Arikkulam Family health center Area of Kerala state

Mujeeb Rahman

INTRODUCTION

The disease

Tuberculosis (TB), also known colloquially as the "white death", or historically as consumption, is an infectious disease usually caused by Mycobacterium, tuberculosis (MTB) bacteria. Tuberculosis generally affects the lungs, but it can also affect other parts of the body. Most infections show no symptoms, in which case it is known as latent tuberculosis. Around 10% of latent infections progress to active disease which, if left untreated, kill about half of those affected. Typical symptoms, of, active TB, are, chronic cough with bloodcontaining mucus, fever, night sweats, and weight loss. Infection of other organs can cause a wide range of symptoms. Tuberculosis is spread from one person to the next through the air when people who have active TB in their lungs cough, spit, speak, or sneeze. People with latent TB do not spread the disease. Active infection occurs more often in people with HIV/AIDS and in those who smoke. Diagnosis of active TB is based on chest X-rays, as well as microscopic examination and culture of body fluids. Diagnosis of latent TB relies on the tuberculin skin test (TST) or blood tests.

Prevention of TB involves screening those at high risk, early detection and treatment of cases, and vaccination with the bacillus Calmette-Guérin (BCG) vaccine. Those at high risk include household, workplace, and social contacts of people with active TB. Treatment requires the use of multiple antibiotics over a long period of time. Antibiotic resistance is a growing problem, with increasing rates of multiple drug-resistant tuberculosis (MDR-TB).

The world TB day

World Tuberculosis Day, observed on 24 March each year, is designed to build public awareness about the global epidemic of tuberculosis (TB) and efforts to eliminate the disease. In 2018, 10 million people fell ill with TB, and 1.5 million died from the disease, mostly in low and middle-income countries. This also makes it the leading cause of death from an infectious disease.

World TB Day is one of eleven official global public health campaigns marked by the World Health Organization (WHO), along with World Health Day, World Chagas Disease Day, World Blood Donor Day, World Antimicrobial Awareness Week, World Immunization Week, World Malaria Day, World No Tobacco Day, World Hepatitis Day, World Patient Safety Day and World AIDS Day. 24 March commemorates the day in 1882 when Dr Robert Koch astounded the scientific community by announcing to a small group of scientists at the University of Berlin's Institute of Hygiene that he had discovered the cause of tuberculosis, the TB bacillus.

Objectives of the study

1. To identify the disease at the earliest among the vulnerable group who has a high risk for developing the tuberculosis.
2. Initiate Anti tuberculosis treatment (ATT) as early as possible, to prevent further spread of

the disease in the community.

3. To eradicate Tuberculosis from India as a part of gaining sustainable development goal by 2025.
4. To create an awareness in the community especially in vulnerable group about signs, mode of transmission, treatment and prevention of Tuberculosis

METHODOLOGY

A total of 91 sputum samples from the tuberculosis vulnerable groups like been collected from all the 19 wards which is falling under Family health center area, which consists of 13 wards of Arikkulam grama pancahayath 6 wards of Naderi which is falling under Koyilandi municipality.

A training programme on TB was organized at FHC Arikkulam For Health workers & ASHA to the identify the risk group and what is the methodology and transportation of the sputum samples. The training programme was lead by Dr Navya DTO, STLS &STS on 13 march 2024.

Samples from the patients has been collected under the leadership of Public health workers of Arikkulam family health centre area with the help of ASHA works. Sputum cups were distributed 2 to 3 days earlier to the date of collection. For preventing cross infection, Masks and gloves were provided to the sample handlers. Samples were collected from 15to 30th of March to 2024in connection with world TB day. Sputum samples have been transported by maintaining cold chain system to the Laboratory of THQH Koyilandi and carried out TRUENAT and AFB analysis

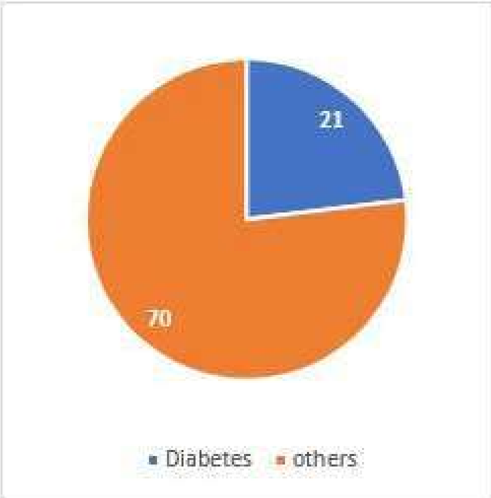
The details of the TB vulnerable group taken for the sputum analysis was as follows

Sl no	Disease	No of people
1	Hypertension more than 5 years	10
2	Diabetes more than 5 years	21
3	Cough more than 2 weeks	23
4	Previous history of TB	4
5	Smokers	9
6	COPD	11
7	Palliative patients	8
8	Dialysis patients	3
9	People with weight loss	5

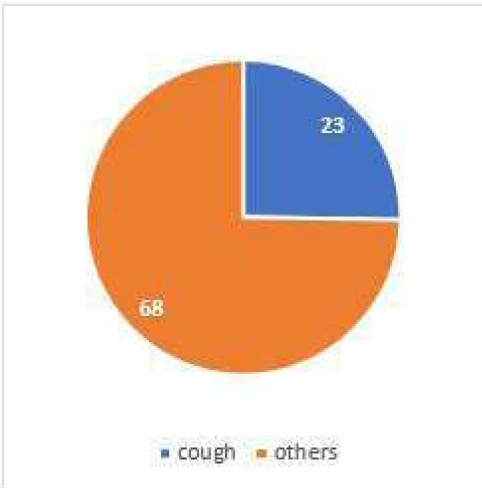
Note: A few people has 2 or more above symptoms

Results

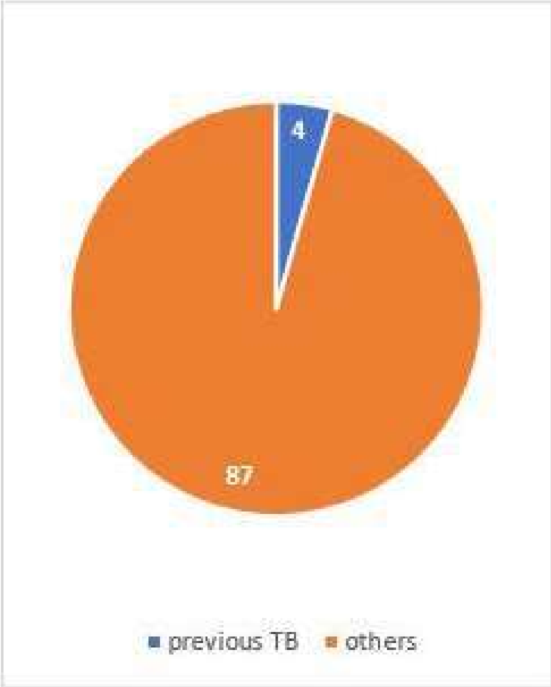
1)patients with diabetes



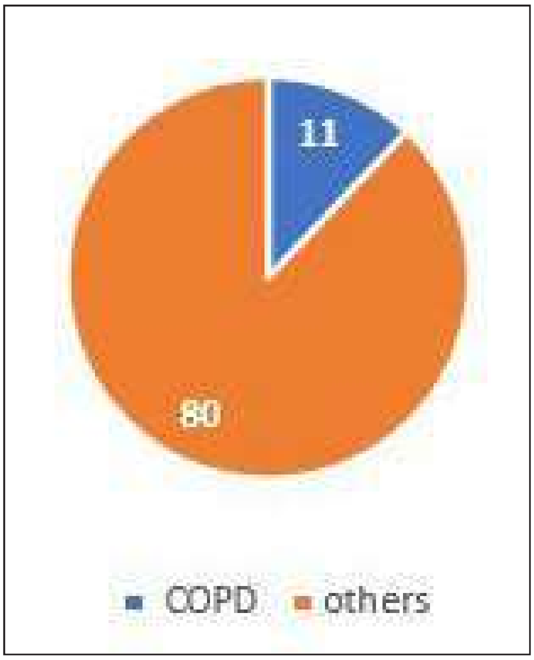
2)Patients with cough



3)**Patients with previous history of TB**



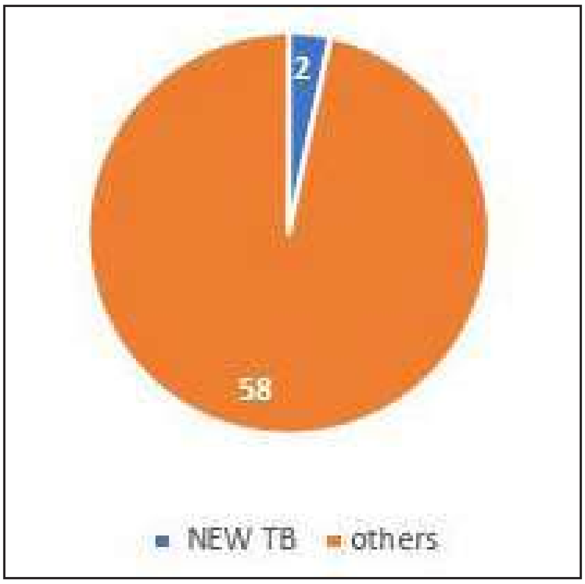
4) patients with copd



DISCUSSION

A total of 91 sputum samples from the tuberculosis vulnerable groups has been collected from all the 19 wards which is falling under Family health center area, which consists of 13 wards of Arikkulam grama panchayath and 6 divisions of Koyilandi municipality. Even though we have analysed 91 sputum samples of vulnerable group, we didn't get any sputum positive cases. Still this programme named ക്ഷയ മുക്തി – 2024 has created a very good awareness among the venerable group of TB patients and also among the public. More than 25 health awareness classes have been conducted in the various part of Arikkulam Family health center area during this period in connection with ക്ഷയ മുക്തി – 2024, which resulted in sending of more sputum samples voluntary from the people with signs and symptoms of the diseases.

As a result of this, in addition to the 91 samples we analyzed, 60 more sputum samples checked for TB.Some are samples were sent directly through the FHC and a few others were analyzed their sputum samples directly from different hospitals in March & April months of 2024.This is mainly due to the great awareness created in the public and Many persons with 4s complex and disease vulnerability went for sputum analysis and we got 2 sputum positive cases in the last of April month and beginning of May 2024



New TB patients identified

GALLERY

TRAINING

INAUGURATION OF SAMPLE TRANSPORTATION

RECEPTION OF SAMPLES AT LAB

75

Role of Life Style Modification & Diet Implicated in the Improvement of Liver Function in the Selected Persons of Arikkulam Grama Panchayath of Kerala State

Mujeeb Rahman

Background

Liver is the largest internal organ in the body. Accumulation of fat in the liver leads improper functioning of it. There is a positive correlation between Body mass index and Liver function. But not much data is available in Kerala.

Methods

We carried analysis of Serum glutamic pyruvate transaminase (SGPT) of 70 unrelated healthy persons and compared the data with their Body Mass Index (BMI).

Results

The BMI & SGPT levels of all the 70 persons under this study were analyzed. The level of SGPT gives a baseline idea about the proper functioning of the liver. The SGPT levels of 42 members were found to be normal. An elevated level of SGPT (40 TO 100) were found for 26 persons who were under study and the level of SGPT was significantly high (above 100IU/L) were in 2 individuals.

Among the 28 individuals with higher SGPT, 19 were having above normal BMI. The 28 peoples with elevated levels of SGPT had put for life style modifications including daily exercise, healthy diet, practice of Yoga and monitoring of various health parameters including BP, RBS, Weight, Height, BMI etc. Since Kozhikode district panchayath has initiated an innovative programme known as Jeevathaalam which mainly focus on control of non-communicable diseases, Monitoring and intervention of these 28 persons have been linked with above programme. The idea of 'FOOD PLATE' was also introduced to them. All the 28 individuals after 4 months of above explained life style modifications were again tested for SGPT. Among 28 people under the study, 18 came back to the normal level of the liver function test which shows remarkable significance.

Conclusions

The present study is a comprehensive study to find the correlation between the Body Mass Index and SGPT levels. The study also proved that life style modification& diet will result the decrease in BMI which will lead to a Normal SGPT levels and regain health of the liver.

Keywords: Liver, Diet, Life style modification, Food plate, Health education, Exercise, Body mass index.

Introduction

The body mass index (BMI) is considered to be one of the most important health indicators now a days. The method of calculating BMI is weight in Kg/height in meter2. Various studies proved that the higher the value of BMI there is a high risk of developing complex diseases like Cancer, Liver cirrhosis, cardiovascular diseases, type 2 diabetes, stroke, &chronic kidney diseases. Based on the value the Body Mass Index it has been classified in to underweight, normal, overweight and obese. {1-3}

Liver on the other hand is the largest Internal organ and the largest gland in the body carrying out around 500 various vital functions. It has a very special capacity to detoxify chemicals like alcohol, eliminating harmful biochemical waste products. Liver breaks down fats, conversion of glucose into glycogen, Liver produces urea and makes amino acids. It stores fat soluble vitamins (vitamins A, D, E, and K) and minerals and wonderfully maintains glucose homeostasis. It produces the cholesterol in our body. Many diseases are associated with the liver like fatty liver (various grades) hepatitis, liver cancer, and cirrhosis [4]. Hence the liver function analysis plays an important role in determining general health status of human body. The most important laboratory analyses are involved to assess is the determination of blood samples with serum glutamic pyruvic transaminase (SGPT or ALT). The SGPT is normally found largely in the liver. Significantly elevated levels of ALT (SGPT) often suggest various diseases like liver Cancer, Liver cirrhosis, cardiovascular diseases, bile duct problems& myopathy.{5}

Material and methods

Population study

In the present study, a total of 70 persons with various life style patterns, diet, exercise, profession is selected. A few are working in the Family health centre Arikkulam, Kerala, Some others are ASHA workers of the same Grama panchayath and remaining were the common people. No person under this study had any history of liver diseases and not even a single sign of liver problems. The Permission for carrying out this study were obtained by written consent of the individuals who participated in this study.

Data collection

All participants were given a health awareness class about the importance of this study and carried out personal discussion which is face to face and their personal data such as age, dietary habits, life style patterns, previous history of liver diseases were collected. The height is measured scientifically by making sure legs are straight, arms are at sides, and shoulders are level, looking straight ahead and that the line of sight is parallel with the floor. Took the measurement while the individual stands with head, shoulders, buttocks, and heels touching the flat surface and weight were measured by the help of standard digital weighing machine. The body mass index (BMI) is calculated with the method i.e., weight in Kg/ height in meter2. Their blood samples were collected by the help of registered laboratory technician for the SGPT analysis.

Biological analysis

The biological analyses of liver function test i.e. serum glutamic pyruvate transaminase (SGPT) was performed using enzymatic method in the laboratory of Family health centre Arikkulam, Kerala, India 673620.

Result

Table 1
TEST SCENARIO

TOTAL TESTS DONE				70			
GENDER		AGE		BMI		SGPT LEVEL	
MALE	27	<30 YEARS	30	NORMAL	45	NORMAL (<40)	42
FEMALE	43	30-50 YRS	25	OVER WEIGHT	17	40-100	26
TRANS GENDER	0	>50 YRS	15	OBESE	8	>100	2

Table 2
RE ANALYSIS OF SGPT OF RISK GROUP AFTER INTERVENTION AFTER 4 MONTHS

TOTAL SAMPLE SIZE	28
NORMAL	18
40-100	10
>100	0

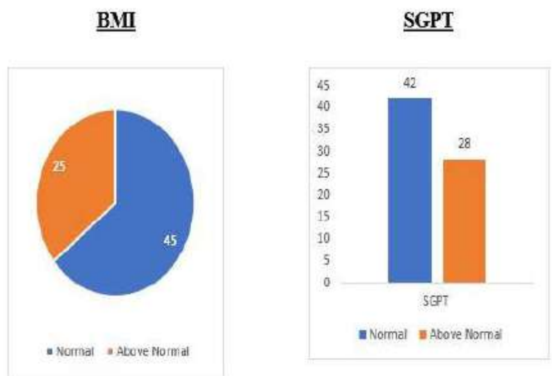


Figure 1

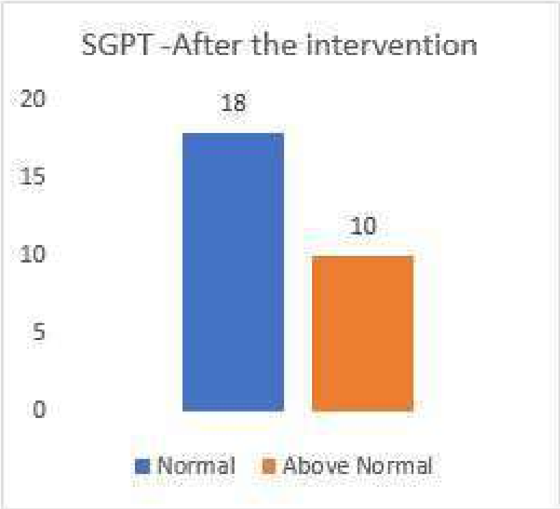


Figure 2

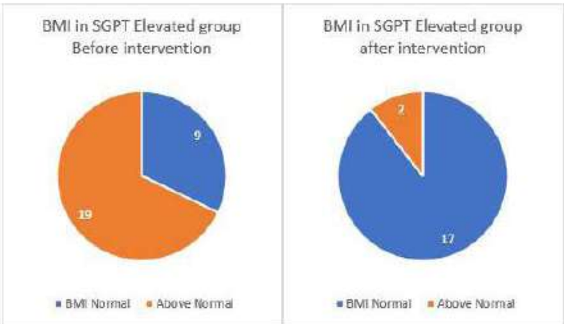


Figure 3

A total of 70 persons have been included in this study. Among the 70 persons, 27 were males and 43 were females (38% male 68% female) who are having different types of life style and professional habits. In the present study an age ranging from 24 to 72 years. There were 30 persons under 30 years of age. 25 persons age lie in between 30 &50. The age of 15 members were above 50. The BMI of all the persons under this study were analyzed. 45 members in this group were having a normal BMI. The number of overweight persons (BMI 25 TO 30) were 17. Remaining 8 people included in this study was obese (BMI above 30)(Table 1& 2). The Serum Glutamic pyruvate transaminase (SGPT) levels analyzed for all the 70 persons. The level of SGPT gives a baseline idea about the proper functioning of the liver. The normal level of SGPT is estimated to be below 40 IU/L. The SGPT levels of 42 members were found to be normal. An elevated level of SGPT (40 TO 100) were found for 26 persons who were under study and the level of SGPT were above 100IU/L)(Table1, Figure2) in 2 individuals.Among the 28 individuals with higher SGPT, 19 were having above normal BMI(67%)(Figure 3). This data explains that there is a positive correlation between higher level of BMI and elevated level of SGPT. All the 28 individuals with higher level of SGPT were given social work interventions like social Group work, social case work, health education, Behavioral change communication, group talk for life style modification including healthy diet, daily exercise for 30-45 minutes and Practising Yoga. After 4 months of above explained life style modifications were again tested for SGPT. Among 28 people under the study, 18 came back to the normal level of the liver function test which shows 64% reduction in the higher SGPT levels(Table 2&Figure 2).Among the 28 persons under the intervention 19 were having higher BMI.After the social work intervention 17 persons BMI came back to normal which shows 89% reduction in the BMI.(Figure3)

Discussion

The present study aimed to find the correlation between Body mass index and Liver function of the individuals of individuals of Arikkulam Grama panchayath with various life style and profession.Higher level of BMI definitely having a risk for the live damage{5-6}.The outcomes in participated individuals could be seen in our data on the association between BMI and liver function analysis as follows the normal weight group is likely to have mild chronic liver disease, the overweight group have comparatively higher risk chance for liver diseases, the obese group has a huge risk of development of Liver diseases, even liver Cirrhosis.{7}.This may be due to the higher accumulation of fat in the persons which results the poorer functioning of the liver which ultimately leading the level of liver function test,

SGPT. Since the liver is one of the most important vital organs in the body and maintaining a healthy liver is necessary for achieving a positive health of the individuals, the 28 peoples with elevated levels of SGPT had put for social work intervention including social case work, group work life style modifications including daily exercise, healthy diet, practice of Yoga. {8-9}. Monitoring of various health parameters including BP, RBS, Weight, Height, BMI regularly is also very important.Since Kozhikode district panchayath has initiated an innovative programme known as JEEVATHAALAM which mainly focus on control of non-communicable diseases{10-11}. Monitoring and intervention of these 28 persons have been linked with above programme. The idea of 'FOOD PLATE' was also introduced to them. Among 28 people under the study, 18 came back to the normal level SGPT levels {12-14}& After the social work intervention 17 persons BMI came back to normal which shows 89% reduction in the BMI.{15-16}.

Limitations of the study

The limitation of this study was a comparatively the small sample size It is mainly due to the limited funding and time to conduct the study. A higher sample size has to be suggested for the future study. The propagation social interventions of importance of good diet, nutrition, daily exercise, reduced or no intake of alcohol also very important to the common people. Introducing play grounds in all Grama panchayat, place for exercise for professionals with sedentary life style is also very important.

Conclusion

Our results shows a strong association between the BMI and the SGPT level which has a potential to be utilized as a bridging marker to monitor chronic liver damage in early detection. More effective interpretation on liver function analysis should require the knowledge in pathophysiology and additional laboratory investigations. The study also gives a strong picture that how social work interventions like life style modification, diet, exercise, food plate improves the Body mass index and the better Body mass index decreases the SGPT levels and regains the health of the liver

Acknowledgments

We acknowledge Hospital Development committee of Family Heath center Arikkulam for providing reagent for analyzing the blood samples.&Arikkulam Grama panchayth for supporting this study. We acknowledge Mr Salim P K of Govt Nursing college Calicut, all the staff members of Family health center Arikkulam, Kerala, India for their intense help to complete this study.

References

1. Whincup PH, Gilg JA, Papacosta O, Seymour C, Miller GJ, Alberti KG, et al. Early evidence of ethnic differences in cardiovascular risk: cross sectional comparison of British South Asian and white children. BMJ. 2002 Mar; 324(7338): 635-8
2. Rocchini AP. Obesity hypertension. Am J Hypertens. 2002 Feb; 15(2 Pt 2): 50S-2S.
3. World Health Organization [WHO]. Obesity: preventing and managing the global epidemic. WHO Technical Report Series 894. Geneva: WHO; 2000.
4. Medicine Net. Liver. [cited 2013 March 10]. Available from: http://www.medicinenet.com/liver/article.htm
5. Ramalho F. Hepatitis C virus infection and liver stenosis. Antiviral Res.2003 Oct; 60(2): 125-7.
6. Pulzi FB, Cisternas R, Melo MR, Ribeiro CM, Malheiros CA, Salles JE. New clinical score to diagnose nonalcoholic steatohepatitis in obese patients. Diabetol Metab Syndr. 2011; 3(1): 3.
7. Piton A, Poynard T, Imbert-Bismut F, Khalil L, Delattre J, Pelissier E, et al. Factors associated with serum alanine transaminase activity in healthy subjects: consequences for the definition of normal values, for selection of blood donors, and for patients with chronic hepatitis C. MULTIVIRC Group. Hepatology. 1998 May; 27(5): 1213-9.
8. Gregg EW, Gerzoff RB, Thompson TJ, Williamson DF. Intentional weight loss and death in overweight and obese U.S. adults 35 years of age and older. Ann Intern Med. 2003;138:383–389. [PubMed] [Google Scholar]
9. Andres R, Muller DC, Sorkin JD. Long-term effects of change in body weight on all-cause mortality. A review. Ann Intern Med. 1993;119:737–743. [PubMed] [Google Scholar]
10. Samaha FF, Iqbal N, Seshadri P, Chicano KL, Daily DA, McGrory J, Williams T, Williams M, Gracely EJ, Stern L. A low-carbohydrate as compared with a low-fat diet in severe obesity. N Engl J Med. 2003;324:2074–2081. [PubMed] [Google Scholar
11. Stern L, Iqbal N, Seshadri P, Chicano KL, Daily DA, McGrory J, Williams M, Gracely EJ, Samaha FF. The effects

of a low-carbohydrate versus conventional weight loss diets in severely obese adults: one-year follow-up of a randomized trial. Ann Intern Med. 2004;140:778–785. [PubMed] [Google Scholar]

12. Wadden TA, Butryn ML, Wilson C. Lifestyle modification for the management of obesity. Gastroenterology. 2007;132:2226–2238. [PubMed] [Google Scholar]

13. Brownell KD. The LEARN Program for Weight Management. Dallas TX: American Health Publishing Company; 2004. [Google Scholar]

14. Wing RR. Behavioral weight control. In: Wadden TA, Stunkard AJ, editors. Handbook of Obesity Treatment. New York, NY: Guilford Press; 2002. pp. 301–316. [Google Scholar]

15. Andersen T, Gluud C. Liver morphology in morbid obesity: a literature study. Int JObes 1984; 8: 97- 106

16. Andersen T, Christoffersen P, Gluud C. The liver in consecutive patients with morbid obesity: a clinical, morphological, and biochemical study. Int JObes 1984; 8: 107-15.

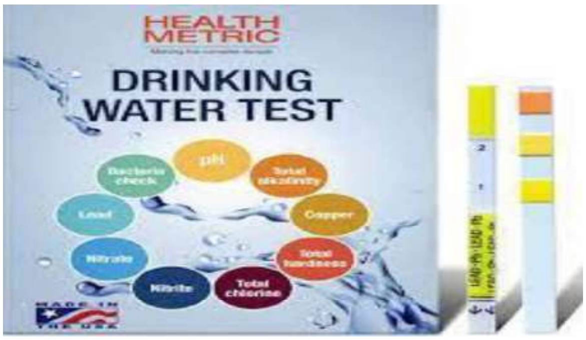
76

Analysis of Water Sample Quality of Wells and Social Interventions to Improve the Quality of Drinking Water in Arikkulam Grama Panchayath Area of Kerala state

Mujeeb Rahman

INTRODUCTION

A total of 100 water samples have been selected for studying the quality of water samples of under the Family health center area during April 2022. This includes all the well water samples of 15 schools which are falling under Family health center area. Samples of water are taken from all 13 wards of Arikkulam Grama panchayath and 6 wards of Koyilandi Municipality area with an equal distribution



REVIEW OF LITERATURE

There hasn't any scientific study about water quality analysis carried out in the Family Health center so far. This study can be considered as the first scientific study to analyze the standard of water quality of dwelling houses of Family health center Arikkulam area.

RESEARCH METHODOLOGY

All the 100 samples have been collected in sterile bottle and closed properly and send in to the Regional analytical Laboratory, Malaparamba Kozhikode within 6 hours for analysis

The following Chemical & bacterial analysis has been done in this study.

A. Chemical Parameters

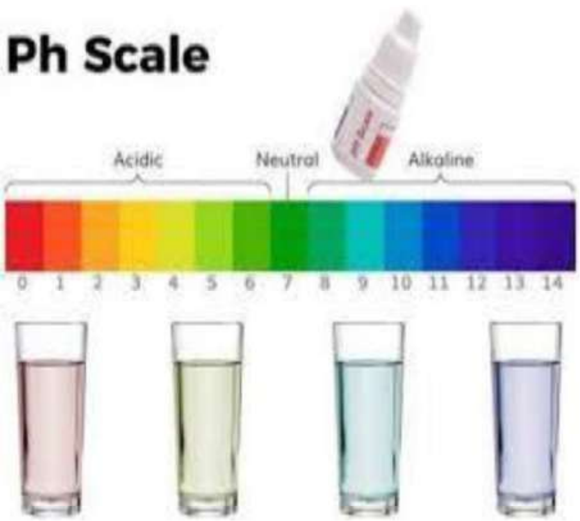
1. Ph
2. Toal alkalinity
3. Toal Hardness
4. Sulphates
5. Iron
6. Fluride
7. Chloride
8. Nitrate.
9. Ammonia
10. Total Dissolved Solids
11. Free Residual chlorine
12. Conductivity

B. Bacterial Parameters

1. Coliform
2. E coli

Among the 14 different parameters analyses only following 5 important chemical & bacterial parameters have been taken for interpretation

1. Ph
2. Irons
3. Nitrates,
4. Coli form
5. EColi



NORMAL ANALYTICAL RESULTS

Table 1

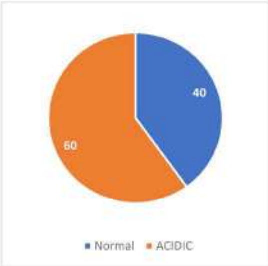
SL NO	Quality Character-istics	Nature of method of test used	Desirable limit as per IS No 10500:1991, 2012
1	PH at 25^0	IS Method-3025	6.5 to 8.5
2	Alkalinity	IS Method-3025	200mg/l
3	Total Hardness	APHA Method	200mg/l
4	Sulphate	AOAC Method	200mg/l
5	Iron	Qualitative Inorganic Analysis by Vogel	0.3mg/l
6	Fluoride	IS Method-3025	1.0mg/l
7	Chloride	IS Method-3025	250mg/l
8	Nitrite	IS Method-3025	………
9	Ammonia	IS Method-3025	0.50mg/l
10	Nitrate	APHA Method	45.0mg/l
11	Total dis-solved solids	IS Method-3025	500.0mg/l
12	Free Residual Chlorine	IS Method-3025	0.2mg/l
13	Turbidity	IS Method-3025	1.0 NTU
14	Conductivity	APHA Method	…….. ….
15	Coliform	IS Method-3025	<MP-N/100ml
16	E-Coli	IS Method-3025	Shall be absent

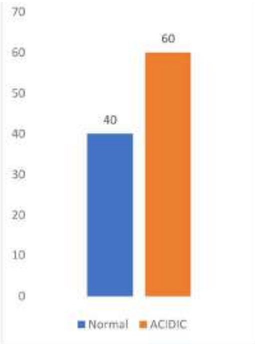
Results

Ph

Table 2

Total samples	Normal	Acidic	Basic
100	40	60	NIL



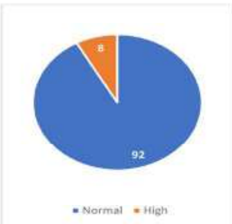


Figure

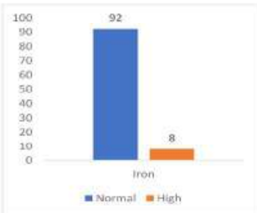
Iron

Total samples	Normal level of Iron	High	Low
100	92	8	NIL

Iron



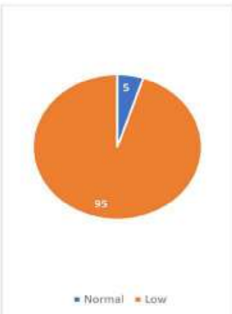
Iron



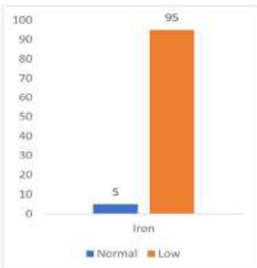
Free Residual Chlorine

Total samples	Normal level	High	Low
100	5	Nil	92

Free Residual Chlorine



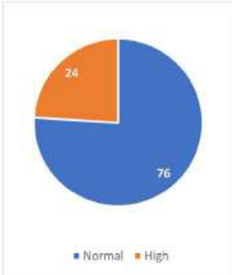
Free Residual Chlorine



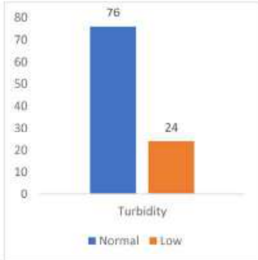
Turbidity

Total samples	Normal level	High	Low
100	76	24	nil

Turbidity



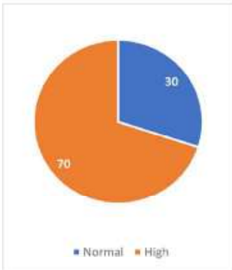
Turbidity



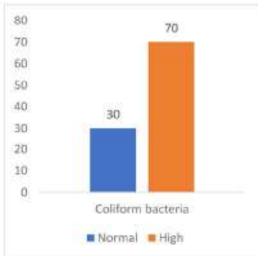
Coliform Bacteria

Total samples	Normal level	High	Low
100	30	70	nil

Coliform bacteria



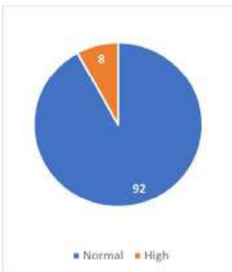
Coliform bacteria



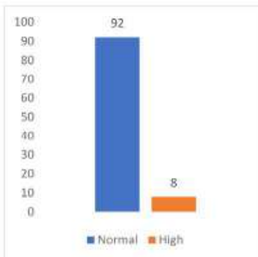
E Coli bacteria

Total samples	Normal level	High	Low
100	92	8	nil

Ecoli bacteria



Ecoli bacteria



FUTURE PLANS BASED ON THE STUDY

The present study clearly explains how important is biological & chemical parameters like Ph Value, Iron, Fluoride & coliform bacteria is present in wells of Arikkulam grama panchayath which is coming under a rural areas of Kozhikode district of Kerala state. Still the incidence of water born diseases are low in this area that we have carried out the study. On the basis of these results the Family health center has some import things that should be considered in front of Arikkulam Grama panchayath and to the public the following important points which should be considered when they construct a well and what are important things that can be followed by the public who has well water source

1. The distance between the well & that of source of contamination should be of all least 15 meters
2. The physical conditions of the wells should be properly maintained with walls and nets
3. The steps of the wells should be cleaned properly in regular intervals.
4. The wells should be constructed in such a way that sun rays could reach the well water directly. With the help of UV rays of sun disinfection will take place
5. All the well water sources for drinking should be super chlorinated in regular intervals. The proper and scientific chlorination prevents the growth & multiplication of bacteria.
6. Orthotoludine test to detect the amount of residual chlorine should be carried out randomly in all areas of Grama panchayath in frequent intervals under the leadership of public health workers
7. Boiling of drinking water at 100 degree at least for 5 minutes before drinking should ensure in all hotels and eateries of the grama panchayath area

Arikkualm Medical Officer

77

Effective Referrals- A Record-Based Study of Referrals to Anti Rabies Clinic at a Tertiary Care Center in North Kerala

Praseetha Chandran

Objective:

To understand the current state of referral system based on referrals to Anti rabies clinic, Government Medical College, Kannur from peripheral institutions in Kannur district.

Introduction

Referrals form a cornerstone of tiered healthcare systems. Occasionally referrals may be unnecessary and result from lack of proper protocols, knowledge gaps or as an attempt to shift responsibility. This can result in increased out of pocket expenditure for the patients, a delay in getting care, loss of trust in public health system and bypassing referral system. This study intends to understand the current state of referral system based on referrals to Anti rabies clinic, Government Medical College, Kannur from peripheral institutions in Kannur district.

Methodology

Study design: Record based cross sectional study.

Study setting: Anti rabies clinic, GMC Kannur

Study period: 1 month 1st – 31st July 2023

Study population: Patients presented for post exposure prophylaxis at anti rabies clinic, GMC Kannur

Result:

Over a period of one month, the total number of new animal bite cases presented to anti rabies clinic was 552. Out of the total new cases, 349 (63%) were referred from peripheral institutions. After risk assessment, 96 (27.5%) of the total referred cases were recategorized into category 1 or 2, i.e., not requiring immunoglobulin.

Conclusion:

Capacity building for proper wound categorization is required to fine tune referrals to anti rabies clinic and to reduce health care cost to patients.

78

Innovation in Health using Emerging Technology Solutions: An Approach by K-DISC

Dr. P.V. Unnikrishnan*[1], Deepthy Mohan[2] & Dr. Nimmy J.S.[3]

The term 'health care' is used broadly to include personal medical services, preventive medical services, public health measures including health and safety regulation, and certain socialsupport services for chronically ill and disabled. This paper focuses on categorizing the innovative projects curated by K-DISC under different divisions of the health care sector.

K-DISC, being a strategic think-tank focuses on a competitive and inclusive Kerala through the creation of a healthy, conducive ecosystem for transformative and bold innovations through new directions in technology, product, and process innovations. Health care is such an area of spotlight for K-DISC. In this paper the Health care innovations are categorized as: (i) Preventive (ii) Curative and (iii) Infrastructure and support. Prevention is further divided into immunisation, screening, tests and awareness; and Curative is further divided as diagnosis, treatment, surgery, and rehabilitation. K-DISC focuses on each of the above-mentioned divisions. This paper discusses about the 16 Emerging Technology-based project initiatives taken up by K-DISC and two other flagship initiatives from K-DISC, for Health Department.

In the area of prevention there are five projects, in curative there are four projects, and in infrastructure and support there are seven projects. Each of the projects is ensured to be innovative and involves emerging technology components like AI/ML, Big Data Analysis, Blockchain, Chatbots and Robotics. This paper explains in brief the objectives and scope of each of the project, as well as the benefits and expected outcomes for each of them. The major advantage of the projects taken up by K-DISC is that the Health Department is shielded from taking the risks involved during implementing such experimental or innovative projects. K-DISC takes up this challenge and the risks involved and does the proof of concept for the Health Department. Each project mentioned in this area is completed once post implementation evaluation is done and the Health Department is satisfied with the outcome with ample analysis for taking up the project for scaling up for the entire state. The Innovation Cycle in K-DISC commences with the identification of a problem statement. The problem statement is further curated through workshops and brainstorming sessions, to develop a detailed project proposal, which is reviewed and approved by the Department and the Technical Committee in K-DISC to ensure that Innovation and utilization of Emerging Technologies are incorporated. The project implementation begins after necessary approvals are obtained and is taken through the implementation process, which delivers a product/solution with Technology Readiness Level 8.0 (TRL 8.0). The entire process is monitored and regulated through industry standard project management processes and is concluded with post implementation evaluation and impact analysis. The benefit and impact assessments done by K-DISC, along with the technology partner, empower the Departments with analysis to take an informed decision on a state-wide implementation.

Keywords: Emerging Technology, Health, Health care, Health infrastructure and support, Innovation, Industry 4.0.

1. Member Secretary, Kerala Development and Innovation Strategic Council, Vazhuthacaud, Thiruvananthapuram, Kerala

2. Assistant General Manager, Kerala Development and Innovation Strategic Council, Vazhuthacaud, Thiruvananthapuram, Kerala

3. Senior Program Executive, Kerala Development and Innovation Strategic Council, Vazhuthacaud, Thiruvananthapuram, Kerala

(*Corresponding author)

79

Digital Literacy and Access to Technology among the Elderly

Deepa S.

Rationale: In today's rapidly evolving digital landscape, technology has become an integral part of daily life, shaping the way we communicate, access information, and engage with the world. However, a significant portion of the elderly population faces challenges in adapting to these technological advancements. The digital divide, characterized by disparities in technology access and digital literacy, poses barriers to elderly individuals' participation in modern society. Addressing these challenges is crucial to ensure that seniors can fully benefit from the opportunities and services offered by technology. This article aims to explore the importance of digital literacy and access to technology among the elderly, outline the objectives of promoting digital literacy, describe the methods for achieving it, and conclude with the significance of bridging the digital gap.

Objectives:

1. **Enhancing Connectivity:** The primary objective of promoting digital literacy among the elderly is to foster improved connectivity with family, friends, and communities through various digital platforms. Access to communication tools like email, video calls, and social media can help seniors overcome social isolation and maintain meaningful relationships.
2. **Empowering Information Access:** Digital literacy empowers seniors to access a wealth of information and resources available on the internet. The objective is to equip them with the skills to find credible sources, conduct online research, and stay informed about various topics, promoting lifelong learning.
3. **Promoting Independence:** By teaching the elderly how to use technology for tasks such as online shopping, banking, and appointment scheduling, the objective is to enhance their independence and enable them to manage daily activities efficiently.
4. **Stimulating Cognitive Function:** Engaging with technology, such as brain-training games and puzzles, can stimulate cognitive function and potentially reduce the risk of cognitive decline. The objective is to encourage seniors to embrace technology as a tool for mental exercise.
5. **Facilitating Health Management:** Digital literacy empowers seniors to access health-related information, track health metrics, and communicate with healthcare professionals. The objective is to enable them to take an active role in managing their health and well-being.

Methods:

1. **Digital Literacy Workshops:** Organizing workshops tailored to the needs of elderly participants, teaching them basic computer skills, internet navigation, and the use of specific applications and tools.
2. **One-on-One Training:** Providing personalized training sessions to address individual learning preferences and pace, focusing on tasks relevant to each senior's interests and needs.
3. **Technology Support Groups:** Establishing peer-led support groups where seniors can share experiences, ask questions, and learn from one another in a comfortable and supportive environment.

4. **User-Friendly Devices:** Introducing user-friendly devices with simplified interfaces, larger fonts, and voice commands, ensuring a positive and frustration-free technology experience.
5. **Online Resources:** Creating user-friendly online tutorials, guides, and video demonstrations to help seniors learn and troubleshoot common technology tasks.

Conclusion: Promoting digital literacy and access to technology among the elderly is not merely about introducing gadgets and apps; it's about empowering a generation to engage with the modern world on their terms. Bridging the digital divide is a social responsibility that enables seniors to connect, learn, and thrive in an increasingly digital society. By focusing on enhancing connectivity, fostering independence, stimulating cognitive function, and facilitating health management, we can ensure that elderly individuals reap the benefits of technology and lead fulfilling and enriched lives in their later years. Through thoughtful and inclusive methods, society can bridge the digital gap, unlocking a world of possibilities for the elderly and ensuring their active participation in the digital age.

Health Action by People, Trivandrum, Kerala

80

Comparative Analysis of Face-to-Face and Online Training for Comprehensive Primary Health Care under the Aardram Mission

Dr. Divya V.S.

Objective:

This study aims to compare the effectiveness of face-to-face training and online training through the Kerala Health Training Learning Management System (KHTLMS) in enhancing the capacity of healthcare professionals for comprehensive primary health care under the Aardram mission in Kerala. The objective is to assess the impact of these training modalities on knowledge acquisition and application, focusing on their potential to improve the quality of healthcare services in primary health centers (PHCs) and their transformation into Family Health and Wellness Centres (FHCs).

Methods:

An observational study was conducted, comparing two training approaches for healthcare professionals involved in the Aardram mission: traditional face-to-face training and online training via KHTLMS. Face-to-face training sessions were residential and interactive, aimed at different categories of healthcare staff, including Medical Officers, Nurses, Pharmacists, Lab Technicians, and Field Staff. The online training courses, conducted through KHTLMS, covered similar content and targeted the same audience.

The effectiveness of each training method was evaluated by comparing pre- and post-training test scores across seven selected courses, each tailored to specific healthcare roles. A total of 100 participants were randomly selected from each course for both face-to-face and online modalities. The analysis focused on changes in knowledge levels, participant engagement, and feedback. District-wise performance was also analyzed to understand the variation in training effectiveness.

Results:

Face-to-Face Training:

- **Engagement and Interaction:** Face-to-face training provided a highly interactive

environment, with participants actively engaging in discussions, problem-solving exercises, and team-building activities. The residential nature of the training fostered strong relationships among participants and facilitators.

- **Knowledge Improvement:** Significant improvements were observed in post-training test scores across all categories, with a large effect size (Cohen's d > 1.5) indicating substantial knowledge gains. Districts such as Ernakulam, Thrissur, and Thiruvananthapuram showed the highest improvements, attributed to effective administrative skills and robust program implementation.•
- **District-wise Distribution:**
  - Ernakulam: 20% improvement
  - Thrissur: 18% improvement
  - Thiruvananthapuram: 17% improvement
  - Lower performance was noted in districts like Idukki and Kasaragod, where administrative challenges and logistical issues impacted the training outcomes.

Online Training (KHTLMS):

- **Flexibility and Accessibility:** Online training offered greater flexibility, allowing participants to access courses at their convenience. The KHTLMS platform facilitated widespread participation, including from remote areas.
- **Knowledge Improvement:** Pre- and post-training tests showed significant knowledge gains, though the effect size was slightly lower than face-to-face training (Cohen's d ≈ 1.0). Districts with better digital infrastructure, such as Thiruvananthapuram and Ernakulam, showed higher engagement and completion rates.
- **District-wise Distribution:**
  - Thiruvananthapuram: 19% improvement
  - Ernakulam: 18% improvement
  - Malappuram: 15% improvement
  - Districts like Wayanad and Kasaragod faced digital literacy and connectivity challenges, impacting the effectiveness of online training.

Comparative Analysis:

- **Effectiveness:** Both training modalities were effective in improving knowledge and skills, with face-to-face training showing a slightly higher impact on immediate knowledge acquisition. However, online training demonstrated superior scalability and accessibility, crucial for continuous professional development.
- **Participant Feedback:** Face-to-face participants valued the direct interaction and networking opportunities, while online participants appreciated the flexibility and comprehensive coverage of the courses. Some participants in the online modality reported challenges with digital literacy and technical issues.

Conclusion:

Face-to-face training under the Aardram mission has proven to be highly effective in building capacity for comprehensive primary health care, fostering deep engagement, and providing hands-on learning experiences. Online training through KHTLMS has emerged as a valuable complement, offering scalable, accessible, and flexible learning opportunities. Integrating both modalities can enhance the overall training strategy, ensuring that healthcare professionals are well-equipped to deliver high-quality primary care and contribute to the successful transformation of PHCs into FHCs. Administrative skills and program implementation vary across districts, significantly impacting training outcomes.

Keywords: Aardram Mission, Face-to-Face Training, Online Training, Learning Management System, Comprehensive Primary Health Care, Kerala, Healthcare Training, Capacity Building, District-wise Analysis, Administrative Skills.

Clinical Researcher and Oncologist, (Junior Consultant, Health Services, Govt of Kerala), +61439778829, +919446528176, anayit@gmail.com

81

Characteristics of e-Sanjeevani Utilization: A Comprehensive Analysis

Dr. Divya Valsala Somasekharan Nair

Background:

The e-Sanjeevani telemedicine service, launched on June 10, 2020, has provided a crucial platform for remote healthcare consultation in India. This study aims to describe the characteristics of utilizations by patients and healthcare providers, stratified by service type. The focus includes age, gender, and district demographics, alongside the analysis of doctor-to-doctor consultation patterns.

Methods:

Secondary data was extracted from the e-Sanjeevani portal, encompassing all recorded interactions from June 10, 2020, to August 19, 2022. A total of 435, 881 records were analyzed to determine utilization patterns over the study period.

Results:

Utilization of e-Sanjeevani has shown a significant increase, with average daily interactions nearly doubling from 330 per day in 2020 to 652 per day in 2021, before a slight decrease to 615 per day in 2022, possibly due to a brief period of healthcare strikes. Gender analysis indicated a higher utilization rate among males (52.26%) compared to females (47.73%), with a minor but noteworthy engagement from transgender individuals (0.01%).

The age distribution of utilizers revealed a mean age of 33.33 years, with a broad range spanning from 1 to 110 years. The distribution indicated that 5% of users were over 70 years old, while the median age was 32 years, highlighting significant engagement from younger demographics.

District-wise analysis demonstrated that the highest utilizers were from Thiruvananthapuram (16.9%), Ernakulam (15.3%), and Thrissur (11.7%). Conversely, districts like Kasaragod (1.5%) and Wayanad (2%) had lower participation rates, with Kasaragod also showing the lowest utilization per 1, 000 population at 4.70, reflecting disparities in healthcare access.

The analysis of waiting and consultation times showed a median waiting time of less than a minute (22 seconds) and a median consultation time of approximately 4.5 minutes, indicating efficient service delivery.

Discussion:

The data indicates a gender disparity in e-Sanjeevani utilization, with males being predominant users. This suggests the need for initiatives to empower female users to access telemedicine services. The inclusion of transgender individuals reflects the system's progressive approach towards inclusivity. On average, e-Sanjeevani has catered to 558 patients daily, projecting an annual service potential for over 200, 000 individuals. The study highlights the platform's capacity to augment traditional healthcare services, particularly in underserved regions.

Future analysis will focus on stratifying utilization by age and gender across different outpatient departments, diagnosis variations, and waiting and consultation time discrepancies, offering a deeper understanding of the service's impact and areas for improvement.

Keywords: e-Sanjeevani, telemedicine, healthcare utilization, patient demographics, gender disparity, district analysis, healthcare access, waiting time, consultation time.

82

A Comparative Analysis of Telehealth Systems: Evaluating e-Sanjeevani in India and Epic Telehealth

Dr. Divya V.S.

Objective:

This study aims to compare the telehealth services in India, specifically the e-Sanjeevani platform, with the Epic telehealth system, focusing on their implementation, user satisfaction, and impact on healthcare accessibility and quality.

Methods:

A comparative analysis was conducted using data from the e-Sanjeevani platform in India and the Epic telehealth system, widely used in the United States and Australia. Key metrics included user demographics, service utilization, patient satisfaction, system features, and accessibility. The analysis involved a review of published reports, user surveys, and system documentation from both platforms.

Results:

Implementation and Reach:

e-Sanjeevani, India's national telehealth service, caters to diverse populations, including rural and underserved areas. It offers services through General OPDs, specialized clinics, and support for vulnerable groups. Epic's telehealth system, predominantly used US and Australia, integrates with existing healthcare infrastructure, focusing on both primary and specialized care with extensive electronic health record (EHR) capabilities.

User Demographics and Service Utilization:

e-Sanjeevani has seen significant uptake among rural populations and vulnerable groups, with a focus on general and specialized outpatient services. The platform has been particularly effective during the COVID-19 pandemic, expanding access to healthcare in remote areas. Epic's user base includes a mix of urban and rural populations, with a strong emphasis on comprehensive care management across various specialties.

Patient Satisfaction:

In India, e-Sanjeevani has reported high levels of patient satisfaction, with 93.8% of users expressing positive feedback. Users appreciated the accessibility and convenience, particularly in areas with limited healthcare infrastructure. Challenges included issues with follow-up care and digital literacy barriers. Epic's telehealth services have also received high satisfaction ratings, with users valuing the integration with EHRs and the continuity of care provided. However, challenges related to data security and system interoperability were noted.

System Features and Accessibility:

e-Sanjeevani offers teleconsultations, telepharmacy, and telediagnosis, accessible through a user-friendly interface and supported by the government. It targets a wide range of users, including those with limited digital literacy. Epic's system provides a comprehensive telehealth solution integrated with its robust EHR system, offering features such as secure messaging, video consultations, and remote patient monitoring. It is designed for seamless interaction between patients and healthcare providers.

Impact on Healthcare:

e-Sanjeevani has significantly improved healthcare access in India, particularly in underserved regions, reducing the burden on physical health facilities and promoting early intervention. Epic's telehealth services have

enhanced care coordination and management in the U.S., contributing to improved patient outcomes and efficient healthcare delivery.

Conclusion:

The comparison highlights the strengths of both telehealth platforms. e-Sanjeevani excels in extending healthcare services to rural and underserved populations in India, while Epic provides a comprehensive, integrated telehealth solution within an established healthcare framework in the U.S. Both systems demonstrate the potential of telehealth to transform healthcare delivery, though challenges such as digital literacy and system integration remain areas for further improvement.

Keywords: Telehealth, e-Sanjeevani, Epic, Healthcare Access, Patient Satisfaction, Digital Health, India, United States, Telemedicine Comparison

83

ആർട്ടിഫിഷ്യൽ ഇന്റലിജൻസ് ആരോഗ്യ മേഖലയിൽ (ഔഷധ/ മെഡിക്കൽ ഡിവൈസസ് നിർമാണ മേഖലയിൽ)

ഡോ. ദിലീപ് കെ.ജെ.

ഒരു പക്ഷേ ആരോഗ്യ മേഖലയിൽ ആർട്ടിഫിഷ്യൽ ഇന്റലിജൻസ്, മെഷീൻ ലേർണിംഗ്, റൊബോട്ടിക്സ് എന്നിവയുടെ ഏറ്റവും അധികം ഇടപെടലുകൾ ഉണ്ടാവാൻ സാധ്യതയുള്ള മേഖലകളാണ് ഔഷധ നിർമാണ സാങ്കേതിക വിദ്യയും, പുത്തൻ മരുന്ന് തന്മാത്രകളുടെയും ഔഷധ രൂപങ്ങളുടെയും കണ്ടുപിടിത്തം വികസനം എന്നിവയും, വ്യക്തിഗതമാക്കിയ മരുന്നുകൾ മെഡിക്കൽ ഡിവൈസുകൾ തുടങ്ങിയവയുടെ വികസനവും നിർമാണവും. മേൽ സൂചിപ്പിച്ച മേഖലകളിൽ എല്ലാം തന്നെ നൂതന വിപ്ലവാത്മകമായ മാറ്റങ്ങൾക്കാണ് ഇവ നാന്ദി കുറിക്കുന്നത്.

ഔഷധ ഗുണമേന്മ ഉറപ്പുവരുത്തുന്നതിലും സ്റ്റോറേജ് സംബന്ധിച്ച വിഷയങ്ങങ്ങളിലും എ ഐ സാങ്കേതിക വിദ്യ ഗുണപരമായ മാറ്റങ്ങൾ ഉണ്ടാക്കും. ഔഷധ നിർമാണ രംഗത്ത് പുതിയ പുതിയ തൊഴിൽ മേഖലകൾ സൃഷ്ടിക്കുന്നതിലും, നിലവിലുള്ളവ കാലാനുസൃതമായി ഉടച്ചു വാർക്കുന്നതിലും ഇവ പങ്കുവഹിക്കും.

സമീപഭാവിയിൽ തന്നെ പ്രചുര പ്രചാരം നേടാൻ പ്രാപ്തിയുള്ള മേഖലയാണ് വ്യക്തിഗതമാക്കിയ ഔഷധ രൂപങ്ങൾ മെഡിക്കൽ ഡിവൈസസ് എന്നിവയുടെ കണ്ടുപിടിത്തവും വികസനവും നിർമാണവും. ഈ രംഗത്ത് പേറ്റന്റ്കൾ നേടുന്നതിലൂടെ സംസ്ഥാനത്തിന് ഭീമമായ റവന്യൂ സമാഹരിക്കുന്നതിനും ധാരാളം തൊഴിൽ അവസരങ്ങൾ ഉണ്ടാക്കുന്നതിനും സാധിക്കുകയും ചെയ്യും.

ഇതിനാവശ്യമായ ലബോറട്ടറികൾ മറ്റു വിഭവശേഷികൾ എന്നിവ നിർദേശിക്കപ്പെട്ട ഫർമാ പാർക്കിൽ സ്ഥാപിക്കാവുന്നതാണ്. ആരോഗ്യ / ഡിജിറ്റൽ യൂണിവേഴ്സിറ്റി കളുടെ സഹായവും ഇതിനായി ലഭ്യമാക്കാവുന്നതാണ്.

ഈ നൂതന സാങ്കേതിക രംഗത്തെ സാദ്ധ്യതകൾ മുൻനിർത്തി ഫർമസ്യൂട്ടിക്കൽ സയൻസസിലെ വരും തലമുറയെ പ്രാപ്തരാക്കുന്നതിനും, അവസരങ്ങൾ പ്രയോജനപ്പെടുത്തുന്നതിനും ആരോഗ്യ സർവകലാശാലയിലെ ഫാക്കൽറ്റി ഓഫ് ഫർമസിയുടെ കീഴിൽ 'എ ഐ, എം എൽ & റൊബോട്ടിക്സ് ഇൻ ഫർമസ്യൂട്ടിക്കൽ സയൻസസ്' എന്ന ഒരു പോസ്റ്റ് ഗ്രാജുവേറ്റ് കോഴ്സ് ആരംഭിക്കുന്നതിനുള്ള നടപടികൾ പൂർത്തീകരിച്ചു.

പ്രയോജനങ്ങൾ

1. ആധുനിക സാങ്കേതിക വിദ്യകളുടെ ഉപയോഗത്തിലൂടെ അത്യാധുനിക ഔഷധചികിത്സാ രീതികളുടെ ലഭ്യമാക്കൽ.
2. പുതിയ തൊഴിൽ മേഖലകളുടെ സൃഷ്ടിയും പ്രയോജനപ്പെടുത്തലും.
3. പുതിയ കോഴ്സുകളുടെ തുടക്കവും, വരും തലമുറയെ പാകപ്പെടുത്തലും.
4. പേറ്റന്റുകളിലൂടെ സംസ്ഥാനത്തിന് റവന്യൂ വരുമാന സാധ്യത.

വെല്ലുവിളികൾ

ലബോറട്ടറികൾ മറ്റു വിഭവശേഷികൾ എന്നിവ സ്ഥാപിക്കുന്നതിന് ആവശ്യമായ മൂലധനം

പ്രൊഫസ്സർ ഓഫ് ഫാർമസ്യൂട്ടിക്സ്, കോളേജ് ഓഫ് ഫാർമസ്യൂട്ടിക്കൽ സയൻസസ്, ഗവ. ടി ഡി മെഡിക്കൽ കോളേജ്, ആലപ്പുഴ

ഗവേർണിംഗ് കൗൺസിൽ അംഗം, ആരോഗ്യസർവ്വകലാശാല, ചെയർമാൻ, ബോർഡ് ഓഫ് സ്റ്റഡീസ് യു ജി ഫാർമസി, ആരോഗ്യസർവ്വകലാശാല, എക്സ്റ്റേർണൽ എക്സ്പെർട് ഫാർമസി, റീജിയണൽ കാൻസർ സെന്റർ, മുൻ പർച്ചേസ് മാനേജർ, കേരള മെഡിക്കൽ സർവീസസ് കോർപറേഷൻ ലിമിറ്റഡ്, 9447343257

84

2020 ജൂൺ മുതൽ 2021 ഓഗസ്റ്റ് വരെ കേരളത്തിലെ ജില്ലകളിൽ കോവിഡ്-19 കാലത്ത് ഇ-സഞ്ജീവനി ടെലിമെഡിസിന് സേവനങ്ങളുടെ ഉപയോഗം

Dr. Divya V.S.

ആമുഖം

കോവിഡ് 19 മഹാമാരിക്കിടയിലാണ് രോഗിയെ ടെലി കൺസൾട്ടേഷൻ ചെയ്യാൻ പ്രാപ്തരാക്കുന്നതിനായി ഇസഞ്ജീവനി തുടക്കത്തിൽ ആരംഭിച്ചത്. സൗജന്യ മായി വാഗ്ദാനം ചെയ്യുന്ന ഈ ഇ-ഹെൽത്ത് സേവനം ഒരു ആശുപത്രിയിലേക്കും യാത്ര ചെയ്യാതെ തന്നെ ആളുകൾക്ക് ആരോഗ്യ സേവനങ്ങൾ പ്രയോജനപ്പെ ടുത്താൻ സൗകര്യപ്രദമാക്കി. ഇ സഞ്ജീവനി ദ്വിമുഖ ആശയവിനിമയം സാധ്യമാക്കുകയും ഒരു കുറിപ്പടി സ്ലിപ്പ് സൃഷ്ടിക്കുകയും ചെയ്യുന്നു. സൈക്യാട്രി, ഗൈനക്കോളജി, നോൺ-കമ്മ്യൂണിക്കബിൾ ഡിസീസ് (എൻസിഡി), പീഡിയാട്രിക്സ്, ഓങ്കോളജി തുടങ്ങിയ നിരവധി സ്പെഷ്യാലിറ്റി ഒപിഡികൾ ടെലിമെഡിസി നിൽ ഉൾപ്പെടുന്നു. നഗരങ്ങളിൽ സ്ഥിതി ചെയ്യുന്ന മെഡിക്കൽ സ്പെഷ്യലിസ്റ്റുകളിലേക്ക് എളുപ്പത്തിൽ പ്രവേശനം ലഭിക്കാത്ത ഗ്രാമീണ മേഖലയിലെ ആളു കൾക്ക് ഇത് വളരെ ഉപയോഗപ്രദമാണ്. ടെലിമെ ഡിസിൻ സമയവും ചെലവും ലാഭിക്കുന്നു. സേവന വ്യവസ്ഥ 2.6 ലക്ഷം ഗുണഭോക്താക്കളെ മറികടന്നു, അതിനാൽ വിശകലനം ചെയ്യുന്നത് ഈ പ്രോഗ്രാമി ന്റെ ആവശ്യങ്ങൾ, വെല്ലുവിളികൾ, മുന്നോട്ടുള്ള വഴി എന്നിവ തിരിച്ചറിയാൻ സഹായിക്കും.

ലക്ഷ്യം

1. പൊതുവായ ലക്ഷ്യം

കേരളത്തിലുടനീളം കോവിഡ് 19 കാലത്ത് ഇ-സഞ്ജീ വനി ടെലിമെഡിസിൻ പ്ലാറ്റ്ഫോമിന്റെ ഉപയോഗ നില നിർണ്ണയിക്കുക എന്നതാണ് പഠനത്തിന്റെ ലക്ഷ്യം.

2. നിർദ്ദിഷ്ട ലക്ഷ്യം

a. ഇ സഞ്ജീവനി ടെലിമെഡിസിൻ പ്ലാറ്റ്ഫോമി ന്റെ ജില്ല തിരിച്ചുള്ള ഉപയോഗം നിർണ്ണയി ക്കാൻ.

b. ഇ സഞ്ജീവനി ടെലിമെഡിസിൻ പ്ലാറ്റ്ഫോമി ന്റെ പ്രായം തിരിച്ചുള്ള ഉപയോഗം നിർണ്ണയി ക്കാൻ.

സി. ഇ സഞ്ജീവനി ടെലിമെഡിസിൻ പ്ലാറ്റ്ഫോമി ന്റെ രോഗനിർണയം തിരിച്ചുള്ള ഉപയോഗം നിർണ്ണയിക്കുക.

d. ഇ സഞ്ജീവനി ടെലിമെഡിസിൻ പ്ലാറ്റ്ഫോമി ന്റെ സ്പെഷ്യാലിറ്റി തിരിച്ചുള്ള ഉപയോഗം നിർ ണ്ണയിക്കുക.

രീതിശാസ്ത്രം

ലഭ്യമായ ഡാറ്റ പുതിയ സിദ്ധാന്തങ്ങൾ സൃഷ്ടിക്കുന്ന തിനോ ഗവേഷണ ചോദ്യങ്ങൾക്ക് ഉത്തരം നൽകുന്ന തിനോ വിമർശനാത്മകമായി വിശകലനം ചെയ്യുന്നു.

ഈ പഠനത്തിനായി സ്വീകരിച്ച രീതിശാസ്ത്രം Secondary data analysis (ഡാറ്റ വിശകലന)മാണ്. ഗവേഷണത്തിൽ ദ്വിതീയ ഡാറ്റ ഉപയോഗിക്കുന്ന സമ്പ്രദായമാണ് ദ്വിതീയ വിശകലനം. ഈ പഠനം നടത്തുന്നതിന്, ഇ-സഞ്ജീവനി ടെലിമെഡിസിൻ പ്ലാ റ്റ്ഫോമിന്റെ സംസ്ഥാന നിർദ്ദിഷ്ട പ്രധാന ഹബ്ബിൽ ശേഖരിച്ച ഡാറ്റ വിശകലനം ചെയ്യുകയും വ്യക്തിഗത സവിശേഷതകളുടെയും സ്ഥലത്തിന്റെയും അടിസ്ഥാ നത്തിൽ വ്യാഖ്യാനിക്കുകയും ചെയ്യുന്നു

ഫലങ്ങൾ

1. ടെലിമെഡിസിൻ ഗുണഭോക്താക്കളിൽ 50% 10-20 വയസും 40-80 വയസ്സും പ്രായമുള്ളവരാണ്.
2. സംസ്ഥാനത്തെ പുരുഷ ജനസംഖ്യയുടെ ഒരു ലക്ഷം പേർക്ക് 726 ഗുണഭോക്താക്കൾ.
3. സംസ്ഥാനത്തെ ഒരു ലക്ഷം വനിതാ ജനസംഖ്യയ്ക്ക് 608 ഗുണഭോക്താക്കള്.
4. സംസ്ഥാനത്തെ ട്രാൻസ്ജെൻഡർ ജനസംഖ്യയിൽ ഒരു ലക്ഷം പേർക്ക് 600 ഗുണഭോക്താക്കൾ.
5. പാലിയേറ്റീവ് കെയർ ഒപിഡി, ഡിഇഐസി ഒപിഡി, സൈക്യാട്രി ഒപിഡി, പിഎംആർ ഒപിഡി എന്നിവയ്ക്ക് ഉയർന്ന കൺസൾട്ടേഷൻ സമയമുണ്ട്.
6. കൗമാര ആരോഗ്യം, ഡിഇഐസി ഒപിഡി, സൈക്യാട്രി ഒപിഡി എന്നിവയ്ക്ക് ഏറ്റവും കുറവ് കാത്തിരിപ്പ് സമയമുണ്ട്.
7. ജനറൽ ഒപിഡി, കോവിഡ് ഒപിഡി, ഡിഇഐസി ഒപിഡി, പീഡിയാട്രിക്സ് ഒപിഡി എന്നിവയ്ക്ക് കൂടുതൽ ഗുണഭോക്താക്കളുണ്ട്.

ഉപസംഹാരം

കോവിഡ് -19 മഹാമാരിയെ നേരിടാൻ ഉപയോഗി ക്കുന്ന പ്രധാന നടപടികളിൽ സാമൂഹിക അകലം പാലിക്കൽ ഉൾപ്പെടുമ്പോൾ, സുരക്ഷിതവും കാര്യ ക്ഷമവുമായ സേവന വിതരണത്തിനുള്ള ഒരു പ്രധാന സാങ്കേതികവിദ്യയായി ടെലിഹെൽത്ത് മുന്നേറുക യാണ്. "കോവിഡ് -19 നെതിരായ ആരോഗ്യ സംവിധാ നങ്ങളുടെ പ്രതികരണം ശക്തിപ്പെടുത്തുക" നയത്തിൽ ലോകാരോഗ്യ സംഘടന അവശ്യ സേവനങ്ങളിൽ

ടെലിമെഡിസിൻ പരാമർശിച്ചു. ഈ സേവനങ്ങൾ നൽകുന്നതിലൂടെ, ഔട്ട്പേഷ്യന്റ് വിഭാഗത്തിലെ തിരക്ക് കുറയ്ക്കാനും പൊതുജനങ്ങൾക്ക് അവരുടെ വീട്ടുപടിക്കൽ സേവനങ്ങൾ എത്തിക്കാനും കഴിയും. COVID19 പകർച്ചവ്യാധിയുടെ പശ്ചാത്തലത്തിൽ ആളുകൾക്ക് അവശ്യ മെഡിക്കൽ കൺസൾട്ടേഷനുകൾ നൽകുന്നതിനുള്ള മികച്ച രീതിയായി ടെലിമെഡിസിൻ സേവനങ്ങൾ തിരിച്ചറിഞ്ഞിട്ടുണ്ട്.

85

Comorbidity Analysis on COVID 19 Death cases in Kerala using Unsupervised Machine Learning Algorithm

Anjana S.

Background

The rapid growth of COVID-19 has significantly affected life around the globe. In India, the first case of COVID-19 was reported from the state of Kerala on 30 January 2020. The state, which is top in Health Index, with its prior experience in disaster management planning and outbreak response during floods (2018) and the NIPAH outbreak (2019), was robust in using innovative approaches to deploy resources and coordinating activities to manage the situation. Identifying risk factors among the deceased is vital in taking precautions to reduce the mortality rate by managing disease, treatment, care and support. This study aims to analyse the COVID-19 death cases reported in Kerala to provide insights into the various risk factors among deceased patients.

Data and Methods

The data of deceased patients collected during the period 18 June 2021 and 28 October 2021 was used for analysis in this paper. The analysis was done based on the information given by the patients during the time of admission, by the patient's relatives and updated by the respective Hospitals in the Online Death Declaration System. Statistical analysis was performed on the age and gender data of the deceased patients. This study has also used k-means clustering algorithm to identify different clusters of comorbidities among the deceased.

Results and Discussion

Among the 15, 740 deceased patients, 55.42% were males and 44.58% were females. The age groups adversely affected were 71-80 and 61-70 with 27.27% and 26.42%, respectively. Around 75.21% had suffered from different types of co-morbidities like hypertension (HTN)(26.01%), diabetes mellitus (DM)(25.84%), coronary artery disease (CAD)(11.11%), chronic kidney disease (CKD)/Renal disease(8.34%) and chronic obstructive pulmonary disease (COPD) (4.24%).

K-means cluster analysis yielded the categorisation of comorbidities by generating seven informative clusters. The deceased patients with HTN and DM constituted the biggest cluster with 15.26%. A small percentage of them had also suffered from other diseases like CAD, COPD, stroke etc. Patients who had suffered from HTN formed the second largest cluster with 12.49%. A few of them had also suffered from CAD, CKD, etc. Another major cluster (7.92%) was formed by patients who had suffered from DM and CAD. Deceased cases with DM, HTN and CKD formed another cluster with 7.88%. The result shows that patients with HTN, DM and other diseases like CAD, CKD, COPD etc are high risk groups.

Conclusions

The implementation of the Online Death Declaration System by the Government of Kerala has helped in collecting and analysing the data to provide insights into the various risk factors among COVID-19 deceased patients. The analysis helped to identify the most vulnerable age group, gender, comorbidities and its clusters. This has helped in implementing preventive measures and reducing the mortality rate in the state.

Keywords: COVID-19, Comorbidities, Mortality

ആരോഗ്യ നയങ്ങൾ, ആസൂത്രണവും, ഭരണപ്രക്രിയയും

86

ആരോഗ്യരംഗത്ത് ഭരണപരമായ പരിഷ്കാരങ്ങളും ഇടപെടലുകളും ആവശ്യമുള്ള മേഖലകൾ

ഡോ. സി.കെ. ജഗദീശ്

ഒരു രാജ്യത്തെ അതല്ലെങ്കിൽ, സംസ്ഥാനത്തെ ആരോഗ്യഭരണസംവിധാനങ്ങൾ, നിലവിലുള്ള സാമ്പത്തിക സാമൂഹിക, രാഷ്ട്രീയ വ്യവസ്ഥകളുമായി ബന്ധപ്പെട്ടാണ് വളർന്നുവരുന്നതും മാറ്റങ്ങൾക്ക് വിധേയമാകുന്നതും. ആരോഗ്യ- ചികിത്സാ മേഖലയിലെ ബഹുവിധ ഭരണ സംവിധാനങ്ങൾ, പലകാലങ്ങളിലായി പടിപടിയായി വളർന്നു വികസിക്കുന്ന ഒന്നായതുകൊണ്ട്തന്നെ, ഇടയ്ക്കിടെ ഇവ സൂക്ഷ്മതലത്തിൽ വിശകലനവിധേയമാക്കി, ഭരണ സംവിധാനങ്ങൾക്ക് കാലോചിതമായ മാറ്റങ്ങൾ നടത്തേണ്ടതുണ്ട്. ഈ സംവിധാനങ്ങളുടെ തൃപ്തികരമായ പ്രവർത്തനങ്ങളുടെ ഫലം സാധാരണക്കാരായ ജനങ്ങൾക്ക് ലഭിക്കുന്നതിൽ ഈ പ്രക്രിയയ്ക്ക് വലിയ പങ്കുണ്ട്. അതല്ലെങ്കിൽ ഇക്കാര്യങ്ങളിൽ പൊതുമേഖലാസംവിധാനങ്ങളിലൂടെ ഉദ്ദേശിച്ച ഫലം ജനങ്ങൾക്ക് ലഭ്യമാകാതിരിക്കാനും, അതോടൊപ്പം നമ്മുടെ സംവിധാനങ്ങൾ കലഹരണപ്പെട്ടതാണെന്ന് അവ കൈകാര്യംചെയ്യുന്നവർക്ക് അനുഭവപ്പെടാനുമിടയുണ്ട്.

ഭരണപരമായ നവീകരണം ആവശ്യമുള്ള ചില പ്രധാന മേഖലകൾ താഴെ സൂചിപ്പിക്കുന്ന വിവിധ വിഭാഗങ്ങളിലായി ഈ പേപ്പർ പരിശോധിക്കുന്നു.

1. ആരോഗ്യ വകുപ്പു ഡയറക്ടറുടെയും ജില്ലാ മെഡിക്കൽ ഓഫീസർമാരുടെയും മറ്റു സ്ഥാപനമേധാവികളുടെയും ധനവിനിയോഗത്തിനുള്ള അധികാരങ്ങൾ വർധിപ്പിക്കലും മറ്റു ഭരണപരമായ വികേന്ദ്രീകരണ നടപടികളും.
2. ഡോക്ടർമാരുടെ ആശുപത്രി ഭരണ കേഡറും പബ്ലിക് ഹെൽത്ത് കേഡറും രൂപീകരിക്കൽ.
3. ആരോഗ്യവകുപ്പ്ഡയറക്ടറേറ്റും എൻഎച്ച് ഡയറക്ടറേറ്റും തമ്മിലുള്ള ഏകോപനം ശക്തിപ്പെടുത്തൽ.
4. KMSCL ലുമായുള്ള ഡയറക്ടറേറ്റുകളുടെ ഏകോപനം ശക്തിപ്പെടുത്തി ആശുപത്രി ഉപകരണങ്ങളും മരുന്നുകളും താമസം കൂടാതെ ലഭ്യമാക്കൽ.
5. മെഡിക്കൽ കോളേജുകളിലെയും ജില്ലാ, ജനറൽ, സ്പെഷ്യാലിറ്റി, താലൂക്ക് ആശുപത്രികളിലെയും സ്പെഷ്യാലിറ്റി/സൂപ്പർസ്പെഷ്യാലിറ്റി വകുപ്പുകളുടെ പ്രവർത്തന ഏകോപനത്തിനുള്ള സംവിധാനങ്ങൾ ഒരുക്കൽ.
6. നഗര പ്രാഥമിക ആരോഗ്യപരിചരണ സംവിധാനങ്ങൾ ഒരു കുടക്കീഴിൽ കൊണ്ടുവരാനുള്ള നടപടികളെടുക്കൽ.
7. വികേന്ദ്രീകൃത ആസൂത്രണഏകോപനത്തിന് ആരോഗ്യവകുപ്പിന്റെ സംസ്ഥാന- ജില്ലാതലങ്ങളിൽ പ്രതേക സെല്ലുകൾ രൂപീകരിക്കൽ.
8. വാർഡ് തല ആരോഗ്യ ശുചിത്വസമിതി ശക്തിപ്പെടുത്താനും ജനകീയ ആരോഗ്യ കേന്ദ്രങ്ങളുടെ പ്രവർത്തനം വിഭാവനം ചെയ്യുന്ന രീതിയിൽ വളർത്തിയെടുക്കാനും ഉള്ള നടപടികൾ.
9. ഭക്ഷ്യസുരക്ഷ ഉറപ്പുവരുത്താനുള്ള നടപടികൾ വിപുലപ്പെടുത്തൽ.-(ആരോഗ്യവകുപ്പിനെയും തദ്ദേശഭരണസ്ഥാപനങ്ങളെയുംകൂടി പങ്കാളികളാക്കിക്കൊണ്ട്.)
10. പൊതുമേഖല ആരോഗ്യ ഇൻഷുറൻസ് പ്രോഗ്രാമുകളുടെ ഫീൽഡ് തല ജനകീയ നിരീക്ഷണത്തിന് സംവിധാനം രൂപീകരിക്കൽ.
11. മെഡിക്കൽ റിക്രൂട്ട്മെന്റ് ബോർഡ് രൂപീ കരിക്കൽ. (ഡോക്ടർ മാരുടെയും, പാരാമെഡിക്കൽ- മറ്റു ആരോഗ്യവിഭാഗം ജീവനക്കാരുടെയും ഒഴിവുകൾ സമയബന്ധിതമായി നികത്താനായി.)
12. സർക്കാർ ആശുപത്രികളിലെയും മറ്റ് ആരോഗ്യസ്ഥാപനങ്ങളിലെയും ആശുപത്രി ഉപകരണങ്ങളുടെ അറ്റകുറ്റപ്പണികളും പീരിയോഡിക് മെയിന്റനൻസും നടത്താനുള്ള ജില്ലാതല സംവിധാനം രൂപീകരിക്കൽ - (ജില്ലാ പഞ്ചായത്തുകളും കുടുംബശ്രീയുമായി ചേർന്ന്.)
13. സംസ്ഥാന ജില്ലാതലങ്ങളിലും ആരോഗ്യ സ്ഥാപനതലത്തിലും അലോപ്പതി, ആയുർവേദം, ഹോമിയോ, യൂനാനി, സിദ്ധ നാച്ചുറോപ്പതി തുടങ്ങിയ വിവിധ ചികിത്സാ വിഭാഗങ്ങളുടെ ഏകോപിപ്പിച്ചുള്ള പ്രവർത്തനം സാധ്യമാക്കാനുള്ള നടപടികൾ.
14. ആരോഗ്യ അവകാശ നിയമം (Right to Health Act); നിയമനിർമ്മാണവും നടപ്പിലാക്കലും.
15. ജനകീയാരോഗ്യകേന്ദ്രങ്ങൾ (ആരോഗ്യഉപകേന്ദ്രം - ഹെൽത്ത് & വെൽനെസ്സ് സെന്റർ) പ്രവർത്തനസജ്ജമാക്കൽ.
16. ആശുപത്രി മാനേജ്മെന്റ് സമിതികളുടെ പ്രവർത്തനം കാര്യക്ഷമമാക്കാനുള്ള നടപടികൾ

Rtd DY DHS

87

Setting up of Kerala Centre for Disease Control and Prevention (K-CDC)

Dr. S.A. Hafiz

I) Introduction:

The Kerala model of health is renowned not only for the high health indices achieved but also for the decentralized governance model and access for citizens. Our public health strategies and mitigation measures for COVID-19 have been appreciated widely and have been considered as one of the success stories in COVID-19 pandemic control. During the COVID-19 pandemic there is a growing demand for epidemic tracking and forecasting, which would help evidence based policy making. Thus, predicting and outbreaks would improve the efficiency of functioning of health system, particularly with regard to the experience we have with COVID-19 pandemic control. The K-CDC is expected to address the gaps in the evidence based policy synthesis in all spheres of health in the state. The evidence will be generated from health tracking and surveillance, through disruptive technologies. The burden of emerging and other infectious diseases, non-communicable diseases and equity in accessing health care pose great challenges to our health system

K-CDC will act as the think tank, connecting novel discoveries and best practices around the world to innovation and development in all spheres of health care including public health in the state. K-CDC would eventually become a centre of national importance in epidemic control, disease prevention and health care, serving the needs of other states as well. The prime motto of the K-CDC would be "Think Globally and Act locally"

II) Positioning K-CDC in the health care landscape of the state: The K-CDC would act as a coordinator, facilitator and mentor institution which will network with other Research organizations and institutions in India and abroad. Effectively it would act as a "functional umbrella" to all health care, public health and academic institutions to address the health care challenges in outbreaks, epidemics, pandemics, natural calamities and normal times. K-CDC is not meant to replace any existing institutions, but would rather strengthen the systems in place by providing strategic support, increasing coordination and breaking down silos. K-CDC will work with these institutions for the greater good to the society in an inclusive manner. It would "exist everywhere" and work together with partner institutions.

K-CDC will collaborate nationally and internationally with research and academic organizations and networks

III) Objectives of KCDC are Health security, Epidemic forecasting, disease tracking, prediction of the course of the disease and disease modelling, Promoting precision Public health and precision medicine/ personalized medicine, Public Health-Operational and data management, Evidence based Policy recommendations, to foster "One Health" approach to develop a self-sustainable and financially viable operating model etc

To meet the above objectives, K-CDC will have about 12 divisions like division of health security, epidemiology and Public health, Infectious diseases, One health, advanced cellular therapies etc

IV) Execution plan: The execution plan is in a phased manner and it will have four phases, spread over five years

Phase one: With focus on Viral Communicable diseases, Phase two: Non Communicable diseases

and Maternal and Child Health, Phase Three: Focussing on other communicable diseases and Phase four: Population based genetic profiling (Population genomics). K-CDC would work on Hub and Spoke model - It would form a network of organizations and institutions in the areas of Virology, Public health, clinical care, genomics, big data analytics, artificial intelligence etc. Facilities in such centres can be optimally utilized, without plicating such machines and equipment at the proposed centre.

V) Current Status: Special Officer has been appointed for K-CDC and a functioning Office has been set up at the government Public health Training Centre, Trivandrum. MoU signed by Department of Health, Government of Kerala and Public Health Foundation of India for preparing the DPR and started the work of Detailed Project Report.

Special O cer, Kerala Centre for Diseases Control and Prevention (K-CDC), Public Health Training Centre Building, iruvananthapuram 695035. Email: specialo cer.keralaCDC@gmail.com, dr.s.a.ha z@gmail.com. Cell : 9946102616

88

Hospital Development Societies (HDS) in the Contemporary Health System Transformation Phase in Kerala: Suggestions based on an Explorative Study

Rajamohanan K. & Vijaya Kumar K.

Hospitals are essentially centres for provision of health care for the sick. Hospitals are broadly classified in to primary, secondary and tertiary level facilities. The management of hospital needs phenomenal amount of resources and the Govt. Can never provide all. Modern hospitals are complex organizational units where state of art technology, management principles and principles of public relations operate synchronously for achieving efficiency, quality and equity towards making the entire society more salubrious. Thus the more they excel in service provision; the more they become socially acceptable and accountable also. This is the direction towards the point of convergence of high standards of professionalism and participatory involvement of the clients. The high power committee on health (Popularly called Pai committee) envisioned hospital development societies as subsystem to maintain quality and achieving social accountability through creative public partnerships. Present day hospital management is faced with new challenges of resource crunches, neoliberal market intrusions, skyrocketing costs, defensive medicine practice, consumer redressal suits, ethical dilemmas and technology use problems etc. in patient management and environmental problems related to hospital waste. Local community involvement and resource mobilization are the only possible solutions and Hospital development society is assumed as an effective platform to operationalize this assumption.

Methods: Data was collected by a mixed method research approach as a part of study on decentralization and local decision making in health- The Kerala experience, Health Action by People (2023) editors: V Ramankutty and K VijayaKumar. Relevant data from this study was taken and analysed for the objectives 1. What is the relevance of Hospital development society in the changing scenario of health system transformation in Kerala 2. As per the perspectives of key stake holders like beneficiaries, administrators what are the changed expectations about Hospital development societies and suggestions for that 3. In relation to the performance of Rogi Kalyan samithies in other state what is special about Kerala.

Observations:

The key informant interviews revealed that Hospital development societies continue to contribute positively and phenomenally to the health system functions in tertiary care health institutions.

However there is tremendous variations in the functioning in all sectors like governance, logistics and beneficiary or people interface.

. During the interviews, all stakeholders said that there was no conflict between these three sources of administrative decision making like the department of health services, LSG or the HDS. In Kerala the high morbidity burden especially among the elderly and young age groups with regional variations has been demonstrated by researchers. LSG alone is not to increase equity and efficiency and availability of financial resources as the key driver has been suggested by early researchers through case studies in different countries. The major contribution of HDS was revenue generation(user fees, parking charges or visitors pass collections) and promoting community involvement. According to the expectations of people, local leaders became more accountable.

Conclusions

The three administrative establishments namely LSG, HMC (HDS)and Health service departments work in harmony and contribute to the governance which galvanized people to utilize health services and intervene creatively in a partnership mode.

User charges is said to be an effective means for income generation and considerable scope remains

The core mandates for functioning of HDS as revealed through perceptions of people are

- Community involvement, participation, ownership-improved access, equity
- Local resource mobilization and cost saving –efficiency
- Scope for extended safety-net for defending Out of pocket spending)OOPS especially in the absence of insurance
- Platform for innovative practices and alternate model to counter neoliberal market intrusions

Suggestions from study are

- Update the guidelines
- Introduce regular social audit
- Standardize price and charges
- Accreditation and quality control of laboratory services
- Insist on SOPs and Timely spending of money
- Unification of the constitution needed with 50% as members belonging to local

Health Action by People, drrajamohanank@gmail.com, phone 9447241692

89

സമഗ്രാരോഗ്യാസൂത്രണവും ആർദ്രകേരള പുരസ്കാരവും

സിബി അഗസ്റ്റിൻ

അന്താരാഷ്ട്ര തലത്തിൽ ശ്രദ്ധിക്കപ്പെട്ട ചില ആരോഗ്യ സൂചികകൾക്കപ്പുറം ഉയർന്ന രോഗാതുരതയും അനുബന്ധ പ്രശ്നങ്ങളും നമ്മുടെ ആരോഗ്യ രംഗത്തിനു ബഹുമുഖ ഭീഷണിയായി മാറിയ ഒരു കാലത്താണ് നാം ജീവിക്കുന്നത്. പുതിയതും പഴയതുമായ പകർച്ചവ്യാധികളുടെ ആധിക്യവും ജീവിതശൈലിരോഗങ്ങളുടെയും അവയുടെ സങ്കീർണ്ണതകളുടെയും ഉയർന്ന പ്രാച്ചുര്യവും അപകടങ്ങളും കാലാവസ്ഥ വ്യതിയാനംമൂലം ഉണ്ടായിക്കൊണ്ടിരിക്കുന്ന ദുരന്തങ്ങളും വന്യജീവി സംഘർഷങ്ങളും ജാഗ്രത സൈറൻ മുഴങ്ങി കഴിഞ്ഞു. ഒറ്റപ്പെട്ട വകുപ്പുതല പ്രവർത്തനങ്ങൾക്കപ്പുറം ജനകീയാസൂത്രണത്തിന്റെ വലിയ സാധ്യതകളെ നന്നായി പ്രയോജനപ്പെടുത്തികൊണ്ട് എല്ലാ തദ്ദേശസ്വയംഭരണ സ്ഥാപനങ്ങളും

ഒരുപോലെ മത്സരബുദ്ധിയോടെ സൂക്ഷ്മതല സ്പർശി യുമായതും അനിവാര്യ ചുമതലക്ക് അനുസൃതമായ തുമായ ആസൂത്രണ നിർവ്വഹണങ്ങൾ നടത്തിയാൽ മാത്രമേ ഈ പ്രതിസന്ധികൾ മറികടക്കുവാൻ കഴിയു കയുള്ളൂ. ആയതിന് താഴെ പരാമർശിക്കും വിധമുള്ള ചില തടസങ്ങൾ ഉണ്ടായിരുന്നതായും ശ്രദ്ധയിൽപ്പെ ട്ടിട്ടുണ്ട്.

1. ആസൂത്രണപരമായ പരിമിതികൾ:-

a. ആരോഗ്യ അവസ്ഥ റിപ്പോർട്ടിന്റെ അഭാവം/പരി മിതികൾ

b. വേണ്ടത്ര സജീവമല്ലാത്ത വർക്കിം ഗ്രൂപ്പുകൾ

c. അത്ര സജീവമല്ലാത്ത ആശുപത്രി വികസന സമിതികൾ

d. ആരോഗ്യാസൂത്രണത്തെക്കുറിച്ചും/മറ്റു സാധ്യതക ളെക്കുറിച്ചും ഫണ്ടുകളെക്കുറിച്ചുമുള്ള അവബോ ധകുറവ് (WHSNC, NHM)

2. നിർവ്വഹണപരമായ പരിമിതികൾ:-

a. ആസൂത്രണ മാർഗ്ഗ രേഖയിലെ പരിമിതികൾ

b. ഓഡിറ്റുമായി ബന്ധപ്പെട്ട ആശങ്കകൾ

c. മൈക്രോ സെക്ടർ കോഡുകളുടെ അഭാവം

d. അവബോധ കുറവ് - സുലേഖ, സംഖ്യ, ആസൂത്രണ പ്രക്രിയ, മാർഗ്ഗരേഖകൾ etc

3. ഏകോപനത്തിന്റെയും സംയോജനത്തിന്റെയും അഭാവം

(ആരോഗ്യ അനുബന്ധ മേഖലകൾ പരസ്പരം ചേർ ന്നുള്ള പ്രവർത്തനങ്ങളുടെ അഭാവം)

4. ജനപങ്കാളിത്തവും സർക്കാർ ആരോഗ്യ സ്ഥാപ നങ്ങളുടെ സ്വീകാര്യതയും മെച്ചപ്പെടേണ്ടതുണ്ട്

5. സമഗ്ര പ്രാഥമിക ആരോഗ്യ സേവനങ്ങളിൽ ചികിത്സ സേവനങ്ങൾക്ക് മാത്രം കൂടുതൽ പ്രാധാന്യം

6. മികച്ച മാതൃകകൾ കണ്ടെത്തി പ്രോത്സാഹിപ്പി ക്കാത്ത അവസ്ഥ

7. വിഭവ വിതരണത്തിൽ ഉള്ള അസംതുലിതാവ സ്ഥ/മനുഷ്യവിഭവശേഷി കുറവ്;

8. സമഗ്ര ആസൂത്രണ പദ്ധതിയുടെ അഭാവം

9. പദ്ധതികൾ പൂർണ്ണമായും നിർദ്ദിഷ്ട രീതിയിൽ നടപ്പിലാക്കാൻ കഴിയാതെ വരുന്നത്

സമഗ്ര ആരോഗ്യാസൂത്രണം അഥവാ കോംപ്രിഹെൻസീവ് ഹെൽത്ത് പ്ലാനിംഗ്

പരിമിതികളിൽ ഓരോന്നിലും ഘട്ടംഘട്ടമായി ഇടപെട്ടുകൊണ്ട് പടി പടിയായി സാഹചര്യം മെച്ച പ്പെടുത്തുകയെന്ന ലക്ഷ്യം മുൻനിർത്തിയാണ് സമഗ്ര ആരോഗ്യാസൂത്രണം അഥവാ കോംപ്രി ഹെൻസീവ ഹെൽത്ത് പ്ലാനിംഗ് എന്ന പ്രവർത്തനത്തിന് രൂപം കൊടുക്കുന്നത്. ആദ്യഘട്ടമായി ആരോഗ്യമേഖല യിലെ ആസൂത്രണ നിർവ്വഹണ പ്രക്രിയയുമായി ബന്ധപ്പെട്ട എല്ലാ വിഭാഗത്തിനും വിവിധ തലങ്ങ ളിൽ പരിശീലനം നൽകി; നിർവ്വഹണ ഉദ്യോഗസ്ഥർ ഭരണസമിതി അംഗങ്ങൾ, ആരോഗ്യ വർക്കിംഗ് ഗ്രൂപ്പ് അംഗങ്ങൾ, പദ്ധതി രൂപീകരണ പ്രവർത്തനങ്ങൾ, ആസൂത്രണമാർഗ്ഗരേഖ, വാങ്ങൽ മാർഗ്ഗരേഖ, ആരോ ഗ്യാവസ്ഥ റിപ്പോർട്ട് തയ്യാറാക്കുന്ന വിധം, സുലേഖ സോഫ്ട്വെയർ വാർഡ് ആരോഗ്യ ശുചിത്വ പോഷണ സമിതി, ആരോഗ്യ വർക്കിംഗ് ഗ്രൂപ്പ്, ആശുപത്രി വികസന സമിതി എന്നിവയുടെ പ്രവർത്തനം, ഓഡിറ്റ് നടപടിക്രമങ്ങൾ എന്നിവ സംബന്ധിച്ച് കിലയുടെ സഹകരണത്തോടെ സി.എച്ച്.പി. കോർടീമിന്റെ നേതൃത്വത്തിലാണ് പരിശീലനങ്ങൾ സംഘടിപ്പിക്ക പ്പെട്ടത്. സംശയ നിവാരണത്തിനായി കോർടീമിന്റെ നേതൃത്വത്തിൽ ഒരു ഹെൽപ്പ് ലൈൻ ഒരുക്കുകയും പതിനാല് ജില്ലകളിലും 153 ഗ്രാമവികസന ബ്ലോക്ക് തലങ്ങളിലുമായി സമഗ്ര ആരോഗ്യ പദ്ധതി വർക്ഷോപ് (CHP workshop) സംഘടിപ്പിച്ച് എല്ലാ തദ്ദേശ സ്വയം ഭരണ സ്ഥാപനത്തിനും അടുത്ത അഞ്ച് വർഷത്തേ ക്കുള്ള 'ഷെൽഫ് പ്രൊജക്റ്റ്സ്' തയ്യാറാക്കുകയും ചെയ്തു.

ആർദ്ര കേരള പുരസ്കാരം

ആരോഗ്യ വകുപ്പിന്റെ നേതൃത്വത്തിൽ ദേശീയ ആരോഗ്യ ദൗത്യത്തിന്റെ പിന്തുണയോടെ നടന്ന ഈ പ്രവർത്തനങ്ങളുടെയെല്ലാം ഫലമായി തദ്ദേശ സ്വയംഭരണ സ്ഥാനപങ്ങളുടെ പദ്ധതി ആസൂത്രണ ത്തിൽ ആരോഗ്യമേഖലക്കു കൂടുതൽ പ്രാധാന്യം ലഭിക്കുകയും ഇടപെടലുകൾ ഏറെ മെച്ചപ്പെടുകയും നിരവധി പദ്ധതികളും നൂതന പദ്ധതികളും ഏറ്റെ ടുക്കപ്പെടുകയും നിർവ്വഹിക്കപ്പെടുകയുമുണ്ടായി. തദ്ദേശസ്വയംഭരണ സ്ഥാപനങ്ങൾ ആരോഗ്യമേഖല യിലും ആരോഗ്യ അനുബന്ധ മേഖലയിലും മത്സര ബുദ്ധിയോടെ ഇടപെടുവാനാരംഭിച്ചത് ആരോഗ്യ മേഖലയ്ക്ക് വലിയ ഉണർവ്വ് നൽകുകയും ചെയ്തു. ഈ മികച്ച ഇടപെടലുകൾക്ക് പ്രോത്സാഹനം നൽകുന്ന തിനായി ആരോഗ്യകേരള പുരസ്കാരം എന്ന പേരിൽ ഒരു പുരസ്കാരം ഏർപ്പെടുത്തുകയും പിൽകാലത്ത് ആർദ്രം മിഷന്റെ ഘടകങ്ങൾകൂടി ചേർത്തു ആർദ്ര കേരള പുരസ്കാരമായി പുനർനാമകരണം ചെയ്തു നടപ്പിലാക്കി വരുകയും ചെയ്യുന്നു.

ആർദ്ര കേരള പുരസ്കാരം - മാനദണ്ഡങ്ങൾ

തദ്ദേശസ്വയംഭരണ സ്ഥാപനങ്ങൾ ആരോഗ്യമേഖല യിലും അനുബന്ധമേഖലയിലും നടത്തിയ പദ്ധതി ഇടപെടലുകൾ, തദ്ദേശസ്വയംഭരണ സ്ഥാപനങ്ങൾ ക്ക് വിട്ടുകിട്ടിയിട്ടുള്ള വിവിധ ആരോഗ്യ സ്ഥാപന ങ്ങളിലൂടെയുള്ള സേവനങ്ങളുടെ സ്വീകാര്യതയും ഗുണതയും, ദേശീയ സംസ്ഥാന ആരോഗ്യ പരിപാ ടികളുടെ നടത്തിപ്പ്, സമഗ്രാരോഗ്യ പ്രവർത്തനങ്ങൾ, സ്ഥാപനത്തിന് ലഭിച്ചിട്ടുള്ള ഗുണനിലവാര അംഗീകാ രങ്ങൾ, നിയമപരമായ ഇടപെടലുകൾ, പൊതുസ്ഥാ പനങ്ങളുടെ ജനസൗഹൃദ അവസ്ഥ, സമൂഹത്തിന്റെ അവബോധ നിലവാരവും സ്വഭാവ വ്യതിയാനവും, നൂതന സവിശേഷ പ്രവർത്തനങ്ങൾ, സ്ഥാപനങ്ങളി

ലെയും പൊതു ഇടങ്ങളിലെയും ശുചിത്വം മാലിന്യ പരിപാലനം, മുതിർന്ന പൗരന്മാരുടെ ആരോഗ്യം, ലിംഗ സമത്വ ഇടപെടലുകൾ, ഭിന്നശേഷിക്കാരുടെ ക്ഷേമം സാമൂഹിക ക്ഷേമ പ്രവർത്തനങ്ങൾ ആശുപത്രി വികസന സമിതി, വാർഡ് ആരോഗ്യശുചിത്വപേഷണ സമിതി, ജന ആരോഗ്യ സമിതി, വർക്കിംഗ് ഗ്രൂപ്പുകൾ എന്നിവയുടെ പ്രവർത്തന മികവ്, ഗുണഭോക്താക്കളുടെ അഭിപ്രായം തുടങ്ങി 30 മാനദണ്ഡങ്ങളെ അടിസ്ഥാനമാക്കിയുള്ള വിലയിരുത്തലിലൂടെയാണ് പുരസ്കാരം നിർണ്ണയിക്കുന്നത്. എല്ലാ വിഭാഗം തദ്ദേശ സ്വയംഭരണ സ്ഥാപനങ്ങൾക്കും സംസ്ഥാനതല പുരസ്കാരങ്ങളും ഗ്രാമ പഞ്ചായത്തുകൾക്ക് സംസ്ഥാനതല പുരസ്കാരങ്ങൾക്ക് പുറമേ ജില്ലാതല പുരസ്കാരങ്ങളും നല്കുന്നു.

പുരസ്കാര നിർണ്ണയ ഘട്ടങ്ങളും നടപടിക്രമങ്ങളും

പുരസ്കാര നിർണ്ണയത്തിനായി ആരോഗ്യവകുപ്പ് ഡയറക്ടർ അദ്ധ്യക്ഷനായും തദ്ദേശ സ്വയംഭരണ വകുപ്പ്, ആയുഷ് വകുപ്പ്, ശുചിത്വമിഷൻ, IKM, KIL Act. തുടങ്ങിയവയുടെ മേധാവികൾ എന്നിവരെ ഉൾപ്പെടുത്തിയും സംസ്ഥാന സർക്കാർ രൂപീകരിക്കുന്ന ഒരു കമ്മറ്റിയാണ് പുരസ്കാരങ്ങൾ നിർണ്ണയിക്കുന്നത്. പുരസ്കാരവുമായി ബന്ധപ്പെട്ട എല്ലാ പ്രവർത്തനങ്ങളും ഈ കമ്മിറ്റിയുടെ മേൽനോട്ടത്തിൽ ആയിരിക്കും നടക്കുക. കമ്മറ്റിക്കുവേണ്ടി തുടർ പ്രവർത്തനങ്ങളിൽ ഇടപെടുന്നതിനു ഒരു സംസ്ഥാന കോർടീമിനെയും രൂപീകരിച്ചിട്ടുണ്ട്.

പ്രധാനമായും മൂന്ന് ഘട്ടങ്ങളിലായി നടക്കുന്ന വിശദമായ വിലയിരുത്തലുകളെ അടിസ്ഥാനപ്പെടുത്തിയാണ് പുരസ്കാര നിർണയം നടത്തുന്നത്.

ഘട്ടം 1. സോഫ്റ്റ്വെയർ ഘട്ടം - സുലേഖ സോഫ്റ്റ് വെയറിന്റെ സഹായത്തോടെ മാർഗ്ഗ രേഖയെ അടിസ്ഥാനമാക്കി IKM ഒന്നാം ഘട്ട ചുരുക്ക പട്ടിക തയ്യാറാക്കുന്നു.

ഘട്ടം 2. തദ്ദേശസ്വയംഭരണ സ്ഥാപനങ്ങൾ വിവരങ്ങൾ സമർപ്പിക്കുന്നു - ചുരുക്ക പട്ടികയിൽ ഉൾപ്പെട്ട തദ്ദേശസ്വയംഭരണ സ്ഥാപനങ്ങൾ വിശദവിവരങ്ങൾ നിർദ്ദിഷ്ട ഫോറത്തിൽ അപേക്ഷയായി സമർപ്പിക്കുന്നു. നിർദ്ദിഷ്ട തീയതിക്കുള്ളിൽ പൂരിപ്പിച്ച ഫോറം സമർപ്പിക്കത്തക്ക സ്ഥാപനങ്ങളെ ഈ ഘട്ടത്തിൽ ഒഴിവാക്കുന്നു.

ഘട്ടം 3 സ്ഥാപന സന്ദർശനം - സന്ദർശന സംഘം തദ്ദേശസ്വയംഭരണ സ്ഥാപനങ്ങളിൽ നേരിട്ടെത്തി നിർദ്ദിഷ്ട ഫോറം പ്രകാരം വിവരങ്ങൾ ശേഖരിച്ചു നിജസ്ഥിതി റിപ്പോർട്ട് തയ്യാറാക്കി സമർപ്പിക്കുന്നു. കൂടാതെ സാമൂഹിക വിശകലനത്തിനായി ലഭ്യമാക്കിയിട്ടുള്ള 30 ചോദ്യങ്ങൾ അടങ്ങുന്ന ചോദ്യാവലി പ്രകാരം ഗുണഭോക്താക്കളെ നേരിൽ കണ്ടു വിവരങ്ങൾ ശേഖരിച്ചു സമർപ്പിക്കുന്നു. കൂടാതെ അവലോകന വർഷത്തിൽ ആരോഗ്യനുബന്ധമേഖലയിൽ നടത്തിയ പ്രവർത്തനങ്ങൾ സംബന്ധിച്ച് സുലേഖ സോഫ്റ്റ് വെയറിൽ നിന്നും IKM ലഭ്യമാക്കുന്ന പ്രിന്റ് ഔട്ട് ഉപയോഗിച്ചു സ്ഥലങ്ങൾ സന്ദർശിച്ചു ഫോറത്തിൽ നേരിട്ട് രേഖപ്പെടുത്തുന്നു. ഇതിനായി ആരോഗ്യ മേഖല വിദഗ്ധരും പ്രവർത്തകരും അടങ്ങുന്ന സന്ദർശന ടീമിനെ പരിശീലനം നൽകി നിയോഗിക്കുന്നു.

സന്ദർശന സംഘം സമർപ്പിച്ച വിലയിരുത്തൽ കോർ ടീം പരിശോധിച്ചു മാർക്കുകൾ രേഖപ്പെടുത്തി IKM നു തിരികെ ലഭ്യമാക്കുന്നു. IKM അന്തിമ കരടു മുൻഗണന ലിസ്റ്റ് തയ്യാറാക്കി പുരസ്കാര നിർണ്ണയ കമ്മറ്റിക്കു സമർപ്പിക്കുന്നു. കമ്മിറ്റി ആ ലിസ്റ്റ് പരിശോധിച്ച് പുരസ്കാരത്തിന് അർഹരായവരുടെ പട്ടിക സർക്കാരിനു സമർപ്പിക്കുന്നു.

സംസ്ഥാന സർക്കാരും തദ്ദേശസ്വയംഭരണ സ്ഥാപനങ്ങളും ഏറെ പ്രാധാന്യത്തോടെ കാണുന്ന ഒന്നാണ് ആർദ്ര കേരള പുരസ്കാരം. ബഹുമാനപ്പെട്ട മുഖ്യമന്ത്രിയാണ് പുരസ്കാരദാനം നിർവ്വഹിക്കുന്നത്. പുരസ്കാരം ഏർപ്പെടുത്തുക വഴി ആരോഗ്യമേഖലയിലും ആരോഗ്യ അനുബന്ധ മേഖലയിലും യാഥാർത്ഥ്യബോധത്തോടെയുള്ള ആസൂത്ര നിർവ്വഹണ പ്രവർത്തനങ്ങൾ പ്രോത്സാഹിപ്പിക്കുന്നതിനും നിർവ്വഹണ ഉദ്യോഗസ്ഥർക്ക് ആത്മവിശ്വാസം പകരാനും കഴിഞ്ഞിട്ടുണ്ട്. ആരോഗ്യ മേഖലക്കായി കൂടുതൽ വകയിരുത്തലും വിനിയോഗവും സാധ്യമാക്കുന്നതിനും കൂടാതെ ജനപങ്കാളിത്ത സംവിധാനങ്ങളുടെ കാര്യക്ഷമത മെച്ചപ്പെടുത്തുന്നതിനു നൽകിയ പ്രോത്സാഹനം വഴി സമഗ്ര പ്രാഥമിക ആരോഗ്യ സേവനങ്ങൾ ഫലപ്രദമായി ജനങ്ങളിലേക്ക് എത്തിച്ചേക്കുന്നതിനും സർക്കാർ ആരോഗ്യ സംവിധാനങ്ങൾ ജനങ്ങൾക്ക് കൂടുതൽ സ്വീകാര്യവും പ്രാപ്തവും ആക്കി മാറ്റുന്നതിനു സഹായകമായിട്ടുണ്ടെന്നതിനു തെളിവായി പുരസ്കാരത്തിന് അർഹരായ അഞ്ഞൂറിൽ അധികം സ്ഥാനപങ്ങളാണ് ഇന്ന് സംസ്ഥാനത്തു തല ഉയർത്തി നിൽക്കുന്നത്.

SIBI AUGUSTNE, Resource Person KILA, jeriljicky@yahoo.com

90

Dental Care For Children with Special Needs

Dr. Chitra Bose

Dental care plays a vital role in maintaining overall health and well-being, especially for children with special needs who often face unique challenges in oral hygiene management. This abstract aims to highlight the pressing need for specialized dental care tailored to the requirements of these exceptional youngsters. Special needs children encompass a diverse group, including those with cognitive, sensory, physical, and developmental impairments. These challenges often contribute to difficulties in practicing proper oral hygiene, leading to an increased risk of dental diseases and associated systemic complications.

This abstract underscores the significance of addressing the specific dental care needs of special kids through a multidisciplinary approach involving dentists, pediatricians, caregivers, and special educators. By recognizing the distinct challenges these children face, we can set preventive measures, treatment protocols, and oral health education to ensure that they receive appropriate and accessible dental care. Such an approach not only improves their oral health but also contributes to enhanced overall quality of life.

Through this abstract, we shed light on the existing gaps in dental care for special needs children and and also emphasize the importance of developing comprehensive strategies to overcome these disparities and also highlight the barriers in dental care for the disabled and would like to mention that the dental education institutions should integrate comprehensive training for dentists to manage children with special needs into their curriculam. By doing so, we can bridge the gap in oral healthcare, promote inclusivity, and empower future dentists to provide the highest standard of care for this deserving and often under served population. It is hoped that this will serve as a catalyst for further research, policy development, and collaboration within the healthcare community to ensure that every special needs child receives the dental care they deserve.

Assessment of oral health status of children with special needs in Delhi, India by the Department of Public Health Dentistry, (Faculty of Dentistry, Jamia Millia Islamia – New Delhi – India) finds that the Children with special needs are considered to be a high risk group for dental diseases especially dental caries and periodontal diseases. A cross sectional survey was conducted on 414 children with special needs and found that out Of the 414 children, 98.7% children required some form of dental treatment. Oral health of children with special needs was poor and urgent attention is required to plan a comprehensive dental health care programme for them.

WHO Oral Health Assessment Form for children was used for recording oral health status of the subjects. Information collected through this form included general information pertaining to study subjects like Name, Date of Birth, Age, and Gender. Clinical assessment includes recording of dentition status of child for caries and its effect like missing or filled teeth due to caries. Gingival status was assessed by recording gingival bleeding using periodontal index probe. Presence and

severity of Dental erosion, Dental fluorosis and dental trauma were also been assessed. Data were analyzed using the Statistical Package for Social Sciences (SPSS)

From the results, it can be concluded that oral health status of the children with special needs was poor with very low prevalence of treatment done and high unmet needs. So we can conclude that specially challenged kids deserve special attention in the area of oral health as reflected in this study.

Special needs children often exhibit behavioral challenges, including anxiety, sensory sensitivities, and involuntary movements. These behaviors can make it challenging for dental professionals to conduct procedures safely and efficiently. Children with special needs might have difficulty in co-operating during dental treatments due to their cognitive, developmental, or sensory issues. They may resist sitting still, opening their mouths, or tolerating certain procedures, which can prolong treatment and increase the risk of complications.

Standard dental care settings are not always equipped to address the multifaced needs of intellectually disabled children. These kids may exhibit behavioural challenges which can make traditional dental procedures overwhelming and distressing

Hence it is crutial to establish a dental care centre that foster a welcoming and supportive environment. This dental care unit should have flexible scheduling options, and accommodation for wheelchairs and assistive devices. It should offer a patient centred approach and so encourage compliance with dental treatments. Dental professionals should gain a mind set to manage these kids. They should practice behavioral management techniques such as positive reinforcement and desensitization to help alleviate anxiety and create trusting relationship with the kids. Recognizing and prioritizing the oral health of differently abled kids will not only improve their overall well being but also contribute to their overall quality of life.

Detailed analysis

The surveys on disabled kids with mixed dentition have concluded that the occurance of significantly low level of oral hygiene status and a high level of dental caries prevelance are found in disabled children compared to healthy children. This points that preventive care is not satisfactory and dental care for specially challenged is not adequetly organised.

FACTORS THAT CONTRIBUTE TO POOR ORAL HYGEINE IN SPECIALLY CHALLENGED:

Communication challenge: Many intellectually disabled kids have difficulties in verbal communication.this can make it harder for them to understand instructions or express their discomfort or pain.

- **Sensory sensitivities:** Some children with intellectual disabilities have heightened sensory sensitivities. The sensation of tooth brushes and tooth paste may be uncomfortable for them leading to avoidance of oral hygeine activities.
- **Fine motor skill difficulties:** Intellectual disabilities can affect fine motor skill making it hard for children to handle tooth brushes.This can result in inadequate cleaning of teeth
- **Behavioural challenges:** Many ID kids may exhibit challenging behaviours like resistance and aggression.This can make it difficult for the care givers to assist with oral hygiene.
- **Medication side effect:** Some medications taken by intellectually disabled kids can cause dry mouth(xerostomia) and gingival hyperplasia.
- **Dietary habits:** Childrens dietary choices can impact oralhealth.more sticky and soft foods, sleeping with milk bottles and sugary bevarages may add on to dental decay.
- **Anxiety and fear**: Dental office environment, unfamiliar equipments can cause fear and this anxiety may lead to avoidance of dental visits.

COMMON DENTAL PROBLEMS IN INTELLECTUALLY DISABLED KIDS:

• **Tooth decay**: Improper oral care, poor diet and certain medication can contribute to tooth decay

• **Gum disease:** Lack of proper oral hygiene may lead to red swollen gums, bleeding gumsand bad breath

• **Bruxism:** Most of the special kids have bruxixm ie clenching and grinding of teeth.this may lead to tooth wear, jaw pain and head ache.

• **Malocclusion:** Intellectually disability can affect growth and development of teeth and jaws, resulting in malocclusion.certain habits like tongue thrusting and lip biting can also cause mal alignment.this can cause difficulty in chewing and speaking properly

• **Dental trauma:** These kids are more prone to accidents or injuries which can result in dental trauma, fractured teeth, soft tissue injury as well as teeth loss.

His proves that dental care is essential for intellectually challenged kids.

Strategies and factors to be considered while setting a dental care centre for specially challenged :

• **Accesibility:**

Ensure that the dental care unit is essentially accessible for individuals with disabilities. consider wheelchair accessibility, ramps, elevators and wide doorways to accommodate mobility aids

• **Sensory considerations :**

Design the dental care unit with consideration for lighting, sound and other sensory stimuli to help the kids. utilise calming colours and art so as to soothen the kids mental state.

• **Visual aids :**

Incorporate pictures, visual stories to help communicate the dental procedures. This can ease fear.

• **Communication :** The dental care team should be familiar with effective communication techniques.This may include plain simple languages, pleasant and soft mode of talking, and also should use communication boards for patient who struggles with verbal communication

• **Appointment scheduling:**

Allow flexible appointment scheduling to accommodate individual needs. familiarise them with the unit before treatment.some individuals may require additional time, breaks or multiple visits to complete dental treatment

• **Rewards :**

Employ positive reinforcement techniques such as praise and rewards to encourage co-operation.

It is very essential to approach dental care for specially challenged with empathy, patience and willingness to adapt to individual needs.

The objective of this paper is to highlight the activities of the dental care unit established in National institute of physical medicine and rehabilitation centre for the benefit of special kids.

- First step of care done was the familiarization of kids with dental unit and equipments. This helped us to study their mannerisms and activities too.
- Secondly minor procedures like scaling was done with care and compassion.
- Later conducted awareness classes for care givers and provided hands on sessions for brushing and flossing.

It is heartening to witness the positive impact of the efforts on the oral health and overall well- being of the special kids. Overcoming communication barriers and behavioural challenges have not only provided dental care but also instilled confidence and trust in them.

From the experience derived it is suggested that,

1) Incorporating comprehensive training to treat special needs children within dental education curriculam is paramount to prepare dentists to provide effective and compassionate care for them.

Dental students should receive thorough education on various special needs conditions, including cognitive impairments, sensory sensitivities, physical disabilities, and developmental disorders.

Training should cover behavioral management techniques tailored to special needs children.

By incorporating these elements into dental education curriculam, future dentists will be better equipped to provide high-quality, accessible, and patient-centered care to special needs children, ultimately improving their oral and overall health.

2) Suggesting the need for noiseless dental machines in treating the intellectually disabled kids.

Noiseless dental machines address the unique sensory and psychological needs of specially challenged individuals, making dental visits less stressful, more manageable, and conducive to effective treatment. This leads to improved overall oral health and a more inclusive approach to healthcare.

The need for noiseless dental machines in treating specially challenged individuals arises from several important considerations:

1. **Sensory Sensitivity:** Many specially challenged individuals, such as those with autism, sensory processing disorders, or developmental disabilities, can be hypersensitive to sensory stimuli, including loud noises. The noise produced by traditional dental equipment can be distressing and overwhelming for these individuals, making it difficult for them to tolerate dental procedures.
2. **Reduced Anxiety:** Dental visits are often anxiety-inducing for many individuals, especially those with special needs. Loud and unfamiliar noises can significantly increase their stress levels and make the dental experience even more challenging. Noiseless dental machines can help reduce anxiety by providing a calmer and less intimidating environment.
3. **Improved Cooperation:** Specially challenged individuals might have difficulty understanding or communicating about the dental procedure. Noiseless equipment reduces the potential for triggering negative reactions, increasing the likelihood of the patient cooperating during the treatment.
4. **`Enhanced Communication:** Some dental procedures require communication between the patient and the dentist. Noiseless machines allow for easier communication as the background noise is minimal, making it easier for both parties to understand each other.
5. **Better Treatment Outcomes:** The ability to carry out dental procedures without causing distress allows for more efficient and effective treatment. Noiseless machines could potentially lead to better treatment outcomes and improved oral health for specially challenged individuals.
6. **Accessibility and Inclusion:** Providing noiseless dental equipment ensures that dental care is accessible and inclusive for everyone. It helps bridge the gap between individuals with special needs and the dental care they require.
7. **Positive Dental Experiences:** Creating positive dental experiences is crucial for specially challenged individuals. Noiseless equipment contributes to a more comfortable and positive experience, which can have long-term effects on their willingness to seek regular dental care.

Hence its suggested to modify the chair, suction unit, airotor and scalers to have a noiceless working pattern.

Let's understand the needs, limitations and challenges of dental care for special kids and together let's make a difference in the lives of these precious kids and their families.

References:

1. Government of India. Disabled persons in India. Report No. 485 (58/26/1). New Delhi: National Sample Survey Organisation, 2003.
2. McPherson M, Arango P, Fox H, Lauver C, McManus M, Newacheck PW, et al. A new definition of children with special health care needs. Pediatrics. 1998; 102:137-140.
3. United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization. Strengthening education systems. http://www.unesco.org/new/en/education/themes/strengthening-education-systems/ - accessed 21 August 2012
4. United Nations Children's Fund. Children and disability in transition in CEE/CIS and Baltic States. Florence, 2005.
5. Inclusion International. Hear our voices: a global report: people with an intellectual disability and their families speak out on poverty and exclusion. London, 2006.
6. World Health Organization. Oral health surveys: basic methods. 4th edn. Geneva: WHO, 1997. 9. Bail RK, Mathur VB, Talwar PP, Chanana HB
7. de Jongh A, van Houtem C, van der Schoof M, Resida G, Broers D. Oral health status, treatment needs, and obstacles to dental care among noninstitutionalized children with severe mental disabilities in The Netherlands. Spec Care Dentist. 2008; 28(3):

Dental consultant, National institute of physical medicine And rehabilitation centre, Kallettumkara.
Phone:9847673071. chitra.doctor@gmail.com

91

Dental Education Sector in Kerala – Current challenges

Dr. Prasanth Soman

Dental health has a physical and psychological impact on an individual's life. A person's dental health clearly affects their occupation, social interactions and quality of life. Although dental health problems are not life threatening, the associated morbidity places a huge financial burden on the family budget and the public health system.

Kerala is far ahead of other states in terms of health indices and public health system. It is something we all can be proud of that even if the per capita income is low, Kerala's health indices are at par with developed countries. The main reason for this is that the health infrastructure in Kerala is very good and there is a health system that is easily accessible to the public at all three levels. It is a worrying fact that Kerala is at the forefront of the country in terms of morbidity status despite these achievements. The main reason for this is lifestyle diseases that hesitate/delay to seek treatment. This includes dental and gum disease. Studies conducted in 2019-20 indicate that dental caries, gum disease, missing teeth and oral cancer are the major burdens on the public sector dental care system. Studies conducted by the health department indicate that 14 out of 100, 000 people in Kerala are affected by oral cancer and about 140 out of 100, 000 people have pre-cancerous conditions. Gum disease affects 90% of the population in the state. 55% of people have severe gum disease. 35% of children have misaligned teeth, which negatively affects personality development and self-esteem. Genetic problems affecting the face and mouth occur in about 2 in 1, 000 births.

Therefore, it should be recognized that the burden of dental diseases is significant and the reality that such diseases should be treated with the same care as non-communicable diseases.

Falling dental education standards and job prospects.

The once proud and glorious dental profession is now facing a devaluation. The reasons are attributed to the supply-demand imbalance created by the mushrooming of new colleges in

the private sector and the erosion of knowledge, experience and skills due to a diluted education system. Many institutions in the private sector do not have adequate infrastructure, sufficient number of teachers or sufficient number of patients for the curriculum.

At present there are 6 dental colleges in the government sector. There are colleges in Thiruvananthapuram, Kottayam, Kozhikode, Alappuzha, Trichur and Kannur districts. It has courses including Post Graduation (MDS) and Paradental courses in Thiruvananthapuram, Kottayam and Kozhikode colleges. There are 21 private dental colleges in Kerala apart from the government sector. It is noteworthy that most of these colleges do not meet high standards.

At present, about 2000 doctors complete their studies from 26 dental colleges in Kerala every year. The dentist-to-population ratio prescribed by WHO is 1:7500. Dentist-to-population ratio in Kerala is 1:2000. This supply-demand imbalance in the dental sector has resulted in an unhealthy competitive spirit among private practice dentists. It has also resulted in severe unemployment among graduates.

It is also noteworthy that there are only very few job opportunities for them in the government sector. In the medical field, there are about 14000 posts in the government sector, while there are only 277 posts in the dental sector. Fewer job opportunities are causing reluctance among students to enter the field. So often BDS-MDS seats in private dental colleges are left vacant for admission. Here one must foresee a possibility that this one profession may become irrelevant in the future.

The Dental council of India has been replaced by the national dental commission. The apex body is on the verge of implementing the reformed BDS curriculum. The competency based BDS curriculum 2022 has been developed in tune with the National Education policy 2020 is will be rolled out in the nest few academic years all over the country. The proposed changes include credit-based courses in dentistry and related subjects in order to make the undergraduate dental curriculum more flexible and holistic.

This paper highlights the imminent problems faced by the dental education sector in the state and introspects the immediate and long-term measures to be adopted so that the dental education sector can be prepared to address these challenges.

92

A Nodal Centre for Digital Dentistry – in Pursuit to "Navakeralam"

Dr. Baiju R.M.

The advancing technology of digitization has started in medicine and dentistry way back in 1970s with the introduction of computed tomography and has slowly expanded its stake to the present stage where it has almost replaced certain traditional clinical practices. Digital dentistry uses digital methods in place of traditional techniques for diagnosis and management of dental problems utilizing digital tools in place of conventional mechanical tools. Imaging, scanning, digital design and 3D printing or milling are technologies developed on their own but complement each other for treatment planning, design and delivery of advanced dental care at an affordable cost. The digital work flow has imparted an unparallelled revolution in the field of dental prosthetics, orthodontics and oral and maxillofacial surgery. The benefits to the patient are improved oral care experience and shorter and less number of appointments.

The professional is benefitted with improved and more precise clinical outcome with high efficiency and cost effectiveness.

Kerala is a state where the living standards, health indices and socio cultural milieu is regarded at par with the developed world. Several recent studies form the state had pointed to the increasing dental disease burden, unmet dental needs and their link to the alarming magnitude of the life style disease burden among the kerala population. The Government of Kerala in general and the department of health and family welfare in particular has focused its attention on curbing this menace of life style diseases that has huge public health and economic impact. Kerala has the largest penetration of primary dental care facilities among the different sections of the society in the public sector and has the widest network of specialty dental service providers in the private sector compared to other states in the country. The availability of specialty dental services in the public sector are meagre at present which needs to be addressed urgently in pursuit of building a "navakeralam"- a progressive global society. One of the most important initiatives to be included in the to do list with regard to dental care in public sector is the introduction of digital dentistry. Introduction of digital dental work flow can immensely benefit the accessibility of state of the art specialty dental care to the common man. It also reduces manual work, speeds up the process and simplify logistics thus saving time, space and cost which would be highly advantageous from a public expenditure point of view.

As a stepping stone to embark the journey of digital dentistry in the state, we suggest to set up a ***digital dentistry nodal centre*** in public sector for integrating digital dental solutions for the benefit of the dental care needs of the public. Kerala being the first in the country for several novel initiatives including starting the first digital university and declaring access to internet as a human right, can thus become the first state to embrace digital dentistry as a public sector initiative.

93

Oral Healthcare Provisions of Rural Kerala under DHS

Dr. Smitha K.B. & Dr. Resmi K. Raman.

1. Current distribution map of dental doctors under Directorate of Health Services.
2. Service provisions
   a. Current work done
   b. Future prospects
3. Distribution of para –dental work force under DHS.
4. Distribution of Specialty services in various dental units.
5. Extension of primary, secondary and tertiary care approaches to dental field.
6. Involvement of trained field workers in oral diseases screening.
7. Idea of financial independence of each dental units for sustainability.
8. SWOT Analysis in oral health sector
9. Suggestions for Improvement.

94

"Mandahasam Project: Insights and Future Opportunities"

Dr. Vivek Narayan

The "Mandahasam" project, launched by Kerala's Social Justice Department during 2016-17, is a critical initiative aimed at providing oral rehabilitation to completely edentulous senior citizens from economically disadvantaged backgrounds. Edentulism, or toothlessness, is one of the most prevalent oral health problems affecting the elderly, with a staggering 50%–80% of seniors in India suffering from this condition. In rural areas of Kerala, the problem is particularly severe, with 11.9% of the population suffering from complete edentulism and another 56.3% dealing with partial edentulism.

The consequences of edentulism are multifaceted, extending far beyond just the inability to chew food properly. Tooth loss significantly hampers eating, reduces chewing efficiency, and leads to poor nutrition. This can result in a range of health problems, particularly for seniors whose overall health is often already compromised. Proper mastication, or chewing, is essential for the proper digestion of food, and when this ability is diminished, it can lead to nutritional deficiencies that negatively impact overall health and well-being.

However, the impact of tooth loss is not only physical. It also has a profound effect on the emotional and social aspects of life. Missing teeth can deteriorate a person's appearance and speech, causing them to feel self-conscious or embarrassed. This can result in reduced self-esteem and, over time, may lead to social isolation. The ability to communicate effectively is diminished when speech is affected, making it harder to form or maintain social connections. As a result, the mental and social well-being of elderly individuals is also severely compromised by edentulism.

Prosthetic rehabilitation—fitting seniors with dentures or other dental prostheses—thus becomes essential. It not only restores their ability to chew food but also improves their appearance and speech, which can lead to better social interactions and emotional health. Dental prosthetics help seniors regain confidence, enhancing their quality of life in both tangible and intangible ways. However, despite the importance of dental care, there are significant barriers preventing many seniors, particularly those from rural and economically deprived backgrounds, from seeking prosthetic rehabilitation.

Accessibility is a major issue, especially for elderly individuals living in rural areas. Many of them depend on others for transportation and daily activities, making it difficult for them to travel to dental clinics. Additionally, many seniors in economically disadvantaged situations are unaware of the benefits of oral healthcare or lack the financial means to pursue such treatment. Furthermore, the absence of comprehensive oral health programs that cater to the elderly population leaves them without essential support in managing their oral health problems.

Recognizing these challenges, the "Mandahasam" project was created to bridge this gap. One of the notable features of the initiative is its emphasis on the involvement of local self-government institutions in both financing and implementation. This decentralized approach to healthcare delivery is a positive development, as it allows for more tailored and effective solutions at the community level. The project began with block-level programs in the Kottayam district and soon expanded to include efforts by various panchayats across the state to identify and select beneficiaries.

Despite being a statewide initiative with promising potential, the "Mandahasam" project has faced significant challenges in its implementation. Coverage has been limited and scattered, with only a fraction of the eligible

population benefiting from the project. A number of factors have hindered its success. While the program provides financial assistance for the fabrication of dentures, it has not been planned or executed in a holistic manner. The process of fabricating dentures involves multiple visits to dental clinics—sometimes as many as five appointments per patient. The involvement of dentists, particularly in rural areas, is thus critical to the project's success.

One of the key shortcomings of the "Mandahasam" project is the lack of engagement with private-sector dentists. The project has primarily been carried out by a few government dental colleges and district hospitals, but the private sector has not been adequately involved. Given that a significant portion of dental care in Kerala is provided by private practitioners, their participation is essential for the project to reach its full potential. The exclusion of private dentists limits the reach and effectiveness of the program, particularly in areas where government dental services are less accessible.

To ensure the success of the "Mandahasam" project at the grassroots level, it is crucial to involve private-sector dentists in the implementation process. This would require efforts to promote the project more actively among private practitioners and raise awareness about the role they can play in improving the oral health of elderly citizens. Additionally, the financial incentives provided for denture fabrication need to be reevaluated and increased to attract wider participation from dental professionals. It is equally important to establish quality standards for the dentures being provided, ensuring that they meet the needs and expectations of the elderly population.

Mass promotion of the project is also necessary to raise awareness among both dental professionals and potential beneficiaries. Multi-stakeholder meetings involving private and public sector dentists, dental labs, primary healthcare workers like ASHA (Accredited Social Health Activists), and other community health professionals would help in strategizing and coordinating efforts. Such collaboration could make the project more inclusive and effective, ensuring that more senior citizens benefit from the rehabilitation services provided.

In conclusion, while the "Mandahasam" project has laid an important foundation for addressing the oral health needs of elderly citizens in Kerala, there is still much work to be done. By involving a broader range of stakeholders, raising financial incentives, improving promotion, and focusing on quality standards, the program can have a far-reaching impact, enhancing the well-being and quality of life of senior citizens across the state.

95

Oral Health Care Provision of Rural Kerala under DHS

Dr. Smitha K.B. & Dr. Resmi K. Raman

അവലോകനം:

കേരളത്തിൽ ആരോഗ്യവകുപ്പിന് കീഴിൽ ദന്താരോഗ്യ മേഖല ഇതുവരെ കണ്ടതിൽ വച്ച് ഏറ്റവും വലിയ കുതിപ്പിന് സാക്ഷ്യം വഹിച്ച പതിറ്റാണ്ടാണ് കടന്നുപോകുന്നത്. ആരോഗ്യവകുപ്പിന് ഈ നേട്ടങ്ങൾ കൈവരിക്കാൻ കഴിഞ്ഞത് വെറും 250 ഓളം വരുന്ന ദന്തഡോക്ടർമാരുടെ സേവനം കൊണ്ട് ആണെന്നത് അഭിമാനിക്കാവുന്ന വസ്തുത തന്നെയാണ്. എങ്കിലും കേരളത്തിൽ വെറും 5% ജനങ്ങളിലേക്ക് മാത്രമേ സർക്കാർ തലത്തിലുള്ള ദന്താരോഗ്യ സേവനം ലഭ്യമാകുന്നുള്ളൂ. പ്രാഥമികാരോഗ്യ കേന്ദ്രങ്ങൾ മുതൽ തന്നെ അടിസ്ഥാന ദന്തരോഗ നിർണയവും അനുബന്ധ ചികിത്സകളും കൂടുതൽ ജനങ്ങളിലേക്ക് എത്തിച്ചേരേണ്ടതുണ്ട്. ലോകാരോഗ്യ സംഘടന ദന്തരോഗങ്ങളെ സംക്രമികേതര രോഗങ്ങളായി ഉൾപ്പെടുത്തിയത് മാതൃകയാക്കി സംസ്ഥാനത്തു പൊതുജനാരോഗ്യനിയമത്തിൽ ദന്തരോഗങ്ങളെയും ഉൾപ്പെടുത്തണം. ദന്തൽ സ്പെഷ്യാലിറ്റി ചികിത്സകൾ ആരോഗ്യവകുപ്പിലെ വിവിധ തലത്തിലുള്ള ആശുപത്രികൾക്ക് അനുസൃതമായി പുനർവ്വിന്യസിക്കേണ്ടതുണ്ട്. താഴെ തട്ടിലുള്ള ആശുപത്രികൾ മുതൽതന്നെ വദനാർബുദ രോഗപരിശോധനയും രോഗനിർണ്ണ യത്തിനാവശ്യമായ ടെസ്റ്റുകളും ലാബ് സൗകര്യങ്ങളും ഏർപ്പെടുത്തേണ്ടതുണ്ട്. ശൈശവം മുതൽ വാർദ്ധക്യം വരെ ഏവർക്കും സമഗ്രമായ ദന്താരോഗ്യം പ്രധാനം ചെയ്യാൻ നമ്മുടെ ആരോഗ്യമേഖല പര്യാപ്തമാവേണ്ടതുണ്ട്

96

Developing a Kerala Model in Orofacial Health - Future Perspectives

Anitha Gopinathan

Health care sector in Kerala is well renounced worldwide. We hold key positions in national health indices. Orofacial disease management and rehabilitation is in good pace in public sector in Kerala.

Most of the dental treatments are very costly around the world. In our state, socioeconomic status of patients is directly correlating to annual expenditure for dental care. Most of the patients in rural, semirural and urban areas depend on Govt. Hospitals for emergency dental care, to reduce the out of pocket expenditure. The preventive and elective treatments in dentistry are least utilised due to high cost and lack of awareness.

Developing a Kerala model in orofacial care, is definitely an attainable goal. Infrastructure development in government hospitals, under Ardram mission, is still ongoing and it changed the public attitude towards health centres in Kerala. Our tertiary care centres are overburdened and there is a delay in provision of elective treatments. It is the subcentres who should grow in manpower to support public. There must be plans and packages to improve orofacial care in dental sector.

The presentation involves

- A comparison of world's best dental health care systems with our existing system

Suggestions

- Need of dental insurance schemes.
- Cancer and precancer - detection, treatment and follow up registries.
- A common research, administration and knowledge sharing platform for all dental fraternities.
- Dental polyclinic based dental tourism and orofacial care hub development
- Assured care and follow up for Non communicable disease patients, palliative care patients and school children.
- Dental health Packages for pregnant, paediatric, geriatric care.
- Family dental health packages.
- Dental Health package for tribals and migrant workers.

Assistant dental surgeon, DHS.

97

ആരോഗ്യവകുപ്പിലെ ഡെന്റൽ സ്പെഷ്യാലിറ്റി

ഡോ. രശ്മി കെ. രാമൻ & ഡോ. രാഹുൽ കെ.

സംസ്ഥാനത്തെ ആരോഗ്യവകുപ്പിന് കീഴിൽ മേഖലയിൽ സ്പെഷ്യാലിറ്റി ചികിത്സകൾ കൊണ്ടുവരാൻ 2010ൽ ബഹുമാനപ്പെട്ട മുൻ ആരോഗ്യമന്ത്രി ശ്രീമതി ടീച്ചറുടെ കാലത്ത് സാധിച്ചിട്ടുണ്ട്. ആർദ്രം മിഷന്റെ ഭാഗമായി 5 സ്പെഷ്യാലിറ്റി തസ്തികകൾ കൂടി ലഭ്യമായി. എങ്കിലും വിവിധ അധിക ഡെന്റൽ സ്പെഷ്യാലിറ്റി സേവനങ്ങൾ കാര്യക്ഷമമായി പൊതുജനങ്ങളിലേക്ക് എത്തിക്കുന്നതിനായി കാലാനുസൃതമായ മാറ്റങ്ങൾ വരേണ്ടതായിട്ടുണ്ട്.

- നിലവിൽ തിരഞ്ഞെടുക്കപ്പെട്ട താലൂക്ക് ആശുപത്രി മുതൽ ലഭ്യമായി കൊണ്ടിരിക്കുന്ന ഡെന്റൽ സ്പെഷ്യാലിറ്റി ചികിത്സകൾ മുഴുവൻ താലൂക്ക് ആശുപത്രികളിലേക്കും വ്യാപിപ്പിക്കേണ്ടതായിട്ടുണ്ട്

- മെഡിക്കൽ വിദ്യാഭ്യാസ വകുപ്പിലെതു പോലെ ദന്ത ചികിത്സയിലെ 9 സ്പെഷ്യാലിറ്റികളും തരംതിരിച്ച് പുനർ വിന്യസിക്കേണ്ടതായിട്ടുണ്ട്
- ഒരു യൂണിറ്റിൽ ഒരു സ്പെഷലിസ്റ്റ് ഡോക്ടർ മാത്രമുള്ള ആശുപത്രികളിൽ സ്പെഷ്യാലിറ്റി ചികിത്സകൾ കാര്യക്ഷമമായി നൽകുന്നതിന് സാധ്യമല്ല. അതിനാൽ സ്പെഷ്യാലിറ്റി തസ്തികൾ ജനറൽ കേഡർ ഡോക്ടർമാരുടെ ഒപ്പം വിന്യസിക്കേണ്ടതാണ്
- മെഡിക്കൽ രംഗത്ത് സൂപ്പർ സ്പെഷ്യാലിറ്റി ചികിത്സകൾ ലഭ്യമാകുന്ന ഈ കാലത്ത് ജില്ലയിൽ ഒരു ആശുപത്രി എങ്കിലും എല്ലാ സ്പെഷ്യാലിറ്റി ദന്ത ചികിത്സകളും ലഭ്യമാകുന്ന തലത്തിലേക്ക് ഉയരേണ്ടതുണ്ട്
- സ്പെഷ്യാലിറ്റി വിഭാഗങ്ങൾ തരംതിരിച്ച് നൽകാത്തത് മൂലം ഒരു ആശുപത്രിയിൽ ഒരു പ്രത്യേക സ്പെഷ്യാലിറ്റിയുടെ തുടർ ചികിത്സ ലഭ്യമാകാത്ത സാഹചര്യമാണ് നിലവിലുള്ളത്. ഇതു പരിഹരിച്ച് പൊതുജനങ്ങൾക്ക് തുടർ ചികിത്സ ഉറപ്പുവരുത്തുന്നതിനായി സ്പെഷ്യാലിറ്റികൾ തരംതിരിച്ച് വിന്യസിപ്പിക്കേണ്ടതാണ്

98

"Tobacco and Oral Health: A Growing Concern for Kerala's Migrant Laborers"

Dr. Ashish R.

Kerala, a state in southern India, stands out for its high urbanization and unique demographic composition. With more than 50% of its 32 million residents living in urban areas, Kerala has managed to achieve a relatively low population growth rate compared to many other states. However, Kerala's workforce is heavily supplemented by migrant laborers from other Indian states, referred to as interstate migrants. It is estimated that around 2.5 million such workers contribute to Kerala's economy. Unfortunately, these migrants form a marginalized community, particularly in terms of their access to public health care. This marginalization stems from a complex mix of factors, including lack of awareness regarding available health services, poor accessibility, language barriers, cultural differences, and the nature of their work and migration patterns.

Migrant laborers in Kerala often work in demanding environments, with little time or energy left to focus on personal health. Additionally, language and cultural barriers often prevent them from effectively utilizing these services. As a result, interstate migrant workers in Kerala remain underserved in terms of health care, despite the state's significant strides in public health for its residents.

One alarming health issue among these migrant workers is their high use of tobacco and alcohol, which has had a detrimental effect on their overall health, especially oral health. Studies have revealed that 71.7% of male migrant workers in the area use smokeless tobacco products, a staggering statistic when compared to the state's male population, where only 13.1% use such products. This prevalence is even higher than in the northern states of Uttar Pradesh (35.4%) and Bihar (62.1%), from which many of the migrants originate. The use of smokeless tobacco not only harms the oral cavity but also contributes to a higher risk of oral cancers and other related diseases.

Smoking is also prevalent among interstate migrants, with 41.8% of the study participants identified as smokers. This is considerably higher than the smoking rate among males in Kerala (27.9%) and the national average (24.3%). Similarly, alcohol consumption is another significant concern, with 56.6% of migrants reporting alcohol use, a much higher percentage than their counterparts in Kerala (42.5%),

Uttar Pradesh (25.3%), and Bihar (34.9%). This combination of tobacco use, smoking, and alcohol consumption places migrant workers at heightened risk for severe oral health conditions, particularly oral mucosal lesions. According to a study, 36.3% of the male migrant workers had oral mucosal lesions, a far higher rate than the 12.1% observed among males in a study conducted in northern India.

It is worth noting that Kerala banned the sale of smokeless tobacco in May 2012 in an effort to curb its use and promote better health outcomes for its residents. However, despite this ban, the use of smokeless tobacco products remains disturbingly high among the migrant population. This persistence highlights the need for more targeted health promotion activities that specifically address the habits and health risks of these workers. Primary health workers must take the lead in promoting tobacco and alcohol cessation programs tailored to migrant communities. This can be achieved through behavior change communication (BCC) materials that are designed and distributed in the migrants' native languages, helping them to better understand the risks and take steps toward quitting these harmful substances.

In addition to preventive education, stricter enforcement of the smokeless tobacco ban is necessary to deter its use among migrant laborers. This enforcement can include cracking down on illegal sales of tobacco products, particularly in areas with high concentrations of migrant workers. IEC activities conducted by the health department need to adapt their health camps to better serve this vulnerable population. Routine health screenings for migrant workers should include oral cancer screenings and early detection efforts to prevent the escalation of oral health issues into life-threatening conditions. Dentists can play a vital role as part of the screening team as oral health problems are hugely prevalent among this marginalized group.

In summary, Kerala's interstate migrant laborers face significant health challenges, particularly related to tobacco and alcohol use. While the state has made strides in banning harmful substances and promoting public health, much work remains to be done to ensure that these marginalized workers receive the care and attention they need. Tailored health promotion campaigns, better enforcement of existing bans, and routine health screenings can go a long way toward improving the health outcomes of Kerala's vital yet vulnerable migrant workforce.

99

Smile Bright in Kerala : Where Quality Meets Affordability

Dr. Nirmal George Saibu MDS

Discover the perfect blend of affordability and world-class quality treatment in Kerala, where beautiful smiles are created. Dental tourism in Kerala is thriving, attracting international patients seeking affordable and superior dental care. With cutting-edge technology and competitive prices, Kerala has become a hub for medical vacationers. Say goodbye to expensive treatments, inadequate insurance coverage, and dissatisfaction. Embrace the new world of opportunity in Kerala, where top-notch dental care meets unparalleled value and experience the transformation.Join us in shaping the future of dental tourism

Prosthodontist, Moses Dental Care, Adoor. nirmal_saibu@yahoo.com, www.mosesdental.com

100

"Unemployment Surge Among Dentists: A Critical Issue"

Dr. Prasanth Soni Soman

Since the 1990s, dental education in India has experienced significant expansion, particularly with the rise of private, for-profit institutions and the increasing number of dental graduates over the past three decades. However, this growth has led to challenges, such as rising unemployment, low income, financial stress, debt among graduates, and a decline in the academic quality of dental education. These issues suggest that the rapid expansion of dental education has negatively impacted the professional landscape for dentists.

In Kerala, a policy change in 2002 permitted private, for-profit institutions to enter the health professional training sector, which triggered substantial growth in dental education, primarily dominated by private institutions. Presently, Kerala has 27 dental colleges, of which 21 are private. Like the rest of the country, most dental graduates in the state find employment in private dental practices. This mirrors the national trend, making Kerala's dental profession representative of the broader situation in India.

Data from the Kerala State Dental Council shows that over 33,000 dental graduates are registered in the state. Less than 3% of them hold permanent or contract positions in the public health sector, making private practice the primary employment option. Consequently, the professional and financial prospects for dentists in Kerala largely depend on the opportunities available in private practice. With the growing number of new graduates each year, it is essential to assess their current professional and financial circumstances.

A significant proportion of recent dental graduates in Kerala lack a stable income. In addition to those who are unemployed, many are working without salary as junior doctors in private dental facilities or pursuing postgraduate studies in private dental colleges without receiving a stipend. Of those earning an income, most earn ₹15,000 or less. Many graduates are also struggling to repay educational loans.

The severe unemployment and financial vulnerability among young dental graduates in Kerala have not been adequately addressed. Since dental education is just one of the health professions that expanded significantly after the economic reforms of the 1990s, these findings have critical policy implications for health professional training and regulation across India. There is a need for government-led interventions to create more employment opportunities in dentistry, particularly in the public sector. This would help alleviate the overcrowding in private dental practice and improve access to and quality of oral healthcare. The high rate of "educational and labor wastage" among dentists highlights the need for stronger regulation within the dental profession and calls for a comprehensive state-by-state assessment of dental workforce needs. This is crucial given the potential oversupply of dentists in the near future and the need to address geographic and urban-rural disparities in dental services.

KHRWS ACR Labs

ADVANCED CLINICAL AND RESEARCH LABORATORY

(fully owned by govt.of kerala)

High end Diagnostic Facilities at low rates in Medical Colleges and other Govt.Hospitals.

Ph : 0471 2528543, 9048505976 Email : acrltvm@gmail.com

24 HOURS SERVICE

EXECUTIVE CHECK UP 999/-

ACR Lab, Medical College, Trivandrum

FASTING BLOOD GLUCOSE	TSH
HbA1C	HAEMOGRAM COMPLETE
LIPID PROFILE	HB, TOTAL WBC,
CHOLESTEROL TOTAL, HDL,	NEUTROPHILS
LDL, TRIGLYCERIDES, VLDL	LYMPHOCYTES,
LFT	EOSINOPHILS, MONOCYTES
BILIRUBIN TOTAL BILIRUBIN	PLATELET COUNT, MCV, PCV
DIRECT, SGPT, SGOT	MCH, MCHC, TOTAL RBC, ESR
ALKALINE PHOSPHATASE	URINE ROUTINE
TOTAL PROTEIN, ALBUMIN	URINE ALBUMIN, URINE
RFT	SUGAR, PUS CELLS, RBC
UREA, CREATININE	EPITHELIAL CELLS, CAST,
URIC ACID	CRYSTALS, BACTERIA

OPENING SOON AT
MEDICAL COLLEGE
THIRUVANANTHAPURAM

1. Genetics, Molecular Biology And Virology Lab
2. Uro- Dynamic Lab
3. CT Scan Unit
4. Cath Lab

KHRWS

KERALA HEALTH RESEARCH AND WELFARE SOCIETY
ADVANCED CLINICAL RESEARCH LABORATORY
MEDICAL COLLEGE HOSPITAL, THIRUVANANTHAPURAM
Ph: 0471-2528543, 9048505976
Email: acritvm@gmail.com

QCI-certified for compliance with NABH-Essential Standards for Medical Laboratories

The Kerala State Homoeopathic Co-operative Pharmacy Ltd.(HOMCO)

GMP Certified

(Sponsored by Govt. of Kerala)

XII/37 to 39, Mararikulam South, Pathirappally P.O., Alappuzha, Kerala - 688 521, Ph: 0477 2258665, 2258012, Fax : 0477-2258012

E-mail : homcokerala@gmail.com, Web : www.homcokerala.com

PRODUCTS : Mother Tinctures ❖ Dilutions ❖ Triturations ❖ Biochemic ❖ Biocombinations ❖ External Oils ❖ Ointments ❖ Sundries ❖ Syrups ❖ Hair Oil

ksfe.com
കെ.എസ്.എഫ്.ഇ
പ്രീമിയം
ഗോൾഡ് ലോൺ
സ്വർണ്ണ വിലയുടെ 85% വരെ
*T&C Apply
9.90%
പലിശ നിരക്കിൽ*
@ksfeltdofficial
KSFE
(ഒരു കേരള സർക്കാർ സ്ഥാപനം)
CIN: U65923KL1969SGC002249
ദി കേരള സ്റ്റേറ്റ് ഫിനാൻഷ്യൽ എന്റർപ്രൈസസ് ലിമിറ്റഡ്
രജി. ഓഫീസ്: ' ഭദ്രത', മ്യൂസിയം റോഡ്,
പി.ബി. നമ്പർ: 510, തൃശ്ശൂർ - 680 020.
Ph: 0487 - 2332255, 0487 - 2336232, email: mail@ksfe.com
Toll-Free Helpline : 1800-425-3455

Painting, Aji Adoor

ഓണം ബമ്പർ 25 കോടി!

2ാം സമ്മാനം
₹1 കോടി
വീതം 20 പേർക്ക്
COMMON TO ALL SERIES

3ാം സമ്മാനം
₹50 ലക്ഷം
വീതം 20 പേർക്ക്, ഓരോ പരമ്പരയിലും 2 സമ്മാനം.

4ാം സമ്മാനം
₹5 ലക്ഷം
വീതം 10 പരമ്പരകൾക്ക്

5ാം സമ്മാനം
₹2 ലക്ഷം
വീതം 10 പരമ്പരകൾക്ക്

കൂടാതെ 5000, 2000, 1000, 500 രൂപയുടെ നിരവധി സമ്മാനങ്ങൾ

കേരള സംസ്ഥാന ഭാഗ്യക്കുറി

കേരള സർക്കാർ

ടി.കെ. സ്മാരക പഠനഗവേഷണകേന്ദ്രം, കോട്ടയം

എ.കെ.ജി. പഠനഗവേഷണകേന്ദ്രം • തിരുവനന്തപുരം

www.akgcentre.in