ഡോക്ടർമാർ സ്വയം ജീവനൊടുക്കുമ്പോൾ

ഒറ്റനോട്ടത്തിൽ

ആത്മഹത്യ എപ്പോഴും ഒരു സൂചകമാണ്. ഒരു വ്യക്തിയുടെ മാനസികാവസ്ഥയിൽ തുടങ്ങി കുടുംബം, തൊഴിലിടം, സമൂഹം എന്നുതുടങ്ങി വ്യക്തിയെ സ്വാധീനിക്കുന്ന പലതരം ഘടകങ്ങളിലെ തകരാറുകളുടെ പ്രതിഫലനമാണത്. എന്നാൽ ആത്മഹത്യകളുടെ കാരണം തേടിപോകുന്നവർ പലപ്പോഴും 'കുരുടൻ ആനയെ കാണുന്നതുപോലെ' ഏതെങ്കിലും ഒരു കാരണത്തിൽ ഉത്തരം കണ്ടെത്താനാണ് ശ്രമിക്കാറ്. മാധ്യമങ്ങളും സർക്കാറുകളും ഇതേ പാതതന്നെ പിന്തുടരുന്നു എന്നതാണ് മറ്റൊരു ഖേദകരമായ വസ്തുത.

മുൻകാലങ്ങളെ അപേക്ഷിച്ച് വർദ്ധിച്ചു വരുന്ന ആത്മഹത്യകളുടെ പശ്ചാത്തലത്തിൽ നിരവധി പഠനങ്ങളും പ്രതിരോധ മാർഗ്ഗങ്ങളെക്കുറിച്ചുള്ള ചർച്ചകളും വിവിധ തലങ്ങളിൽ നടക്കുണ്ടെങ്കിലും ഇതുവരെ പൊതുസമൂഹത്തിന്റെ ശ്രദ്ധയിൽ കാര്യമായ രീതിയിൽ വരാത്ത ഒരു വിഷയമാണ് 'ഡോക്ടർമാർക്കിടയിലെ ആത്മഹത്യകൾ'.

സമൂഹത്തിന്റെ ശാരീരികവും മാനസികവുമായ ആരോഗ്യം കാത്തുസൂക്ഷിക്കാൻ ചുമതലപ്പെട്ടവർ സ്വയംജീവനൊടുക്കുമ്പോൾ ബന്ധപ്പെട്ടവർ അതിനെ അതീവ ഗൗരവത്തോടുകൂടിത്തന്നെ കാണേണ്ടതുണ്ട്. എന്നാൽ പലപ്പോഴും മറ്റ് വാർത്തകളുടെ കൂട്ടത്തിൽ മുങ്ങിപ്പോകുന്ന ഒരു വാർത്ത മാത്രമായി ഒതുങ്ങിപ്പോകുകയാണ് ഈ വിഷയവും.

2010 നും 2019 നും ഇടക്ക് ഇന്ത്യയിലെ ഇംഗ്ലീഷ് പത്രങ്ങളിൽ പ്രസിദ്ധീകരിച്ച ഡോക്ടർമാരുടെ ആത്മഹത്യാ വാർത്തകൾ ആസ്പദമാക്കി നടത്തിയ പഠനമനുസരിച്ച്, ഈ കാലയളവിൽ ഇന്ത്യയിൽ 358 ഡോക്ടർമാരാണ് സ്വയം ജീവനൊടുക്കിയത്. ഇതിൽ 125 പേർ മെഡിക്കൽ വിദ്യാർത്ഥികളും 105 പേർ ഹൗസ്സർജ്ജന്മാരും 128 പേർ ഡോക്ടർമാരും ആണ്. ഇതിൽ തന്നെ 70 ശതമാനം പേരും 30 വയസ്സിന് മുമ്പായി ജീവതം അവസാനിപ്പിച്ചവരാണ് എന്നതാണ് ഞെട്ടിക്കുന്ന വസ്തുത.

ഡോ. പി.എൻ. സുരേഷ് കുമാർ
ഡയറക്ടർ
ചേതന സെന്റർ ഫോർ ന്യൂറോ സൈക്യാട്രി
കോഴിക്കോട്
ചെയർമാൻ, തണൽ ഫൗണ്ടേഷൻ ട്രസ്റ്റ് ഫോർ സൂയിസൈഡ് പ്രിവൻഷൻ
കൺവീനർ, ഐ.എം.എ കമ്മിറ്റി ഫോർ മെന്റൽ ഹെൽത്ത്
drpnsuresh@gmail.com
Mob: 9846250696

ഇവരിൽ കൂടുതൽ പേർ വനിതകളാണുമാത്രമല്ല അനസ്തേഷ്യോളജി (22.4%), ഒബ്സ്റ്റട്രിക്സ്-ഗൈനക്കോളജി (16.0%) എന്നീ വിഭാഗങ്ങളിലുള്ളവരാണ് ആത്മഹത്യയുടെ വഴിതേടിയവരിൽ കൂടുതലും.

ആത്മഹത്യകൾ എന്തുകൊണ്ട്?

കണക്കുകൾ മാറ്റിവെച്ചാൽ എന്തുകൊണ്ടായിരിക്കണം ഇത്രയും വൈദ്യശാസ്ത്ര വിദ്യാർത്ഥികളും ഹൗസ് സർജ്ജന്മാരും പരിചയസമ്പന്നാരയ ഡോക്ടർമാരുമൊക്കെ ജീവിതം ഉപേക്ഷിച്ചുപോകുന്നത് എന്നത് വളരെ വിശദമായിത്തന്നെ പരിശോധിക്കേണ്ട കാര്യമാണ്.

അത്യാവശ്യം സൗകര്യങ്ങളുള്ള വീട്, വാഹനങ്ങൾ, ഉയർന്ന നിലവാരത്തിലുള്ള ജീവിതം എന്നിവയുടെ പശ്ചാതലത്തിൽ വളരെ സന്തോഷത്തോടെയും സമാധാനത്തോടെയും ജീവിക്കുന്നവരായാണ് സമൂഹം ഡോക്ടർമാരെ പലപ്പോഴും വിലയിരുത്തുന്നത്. രോഗികളുടെ നിസ്സഹായവസ്ഥയെ ചൂഷണം ചെയ്യുന്നവരെന്നും പലവിധേനയും പണമുണ്ടാക്കുന്ന വരെന്നുമുള്ള ‘ചീത്തപ്പേരും’ ഇതോടൊപ്പം സമൂഹം തന്നെ നിരന്തരം ഡോക്ടർമാർക്ക് ചാർത്തിക്കൊടുക്കുന്നുണ്ട്.

സർക്കാർ ഡോക്ടർമാരാകട്ടെ കടുത്ത ജോലിഭാരം മൂലം വലയുമ്പോഴും പതിവായി രോഗികളുടെയും മാധ്യമങ്ങളുടെയും വിമർശനങ്ങൾക്ക് വിധേയമാകുന്നവരാണ്. 40 രോഗികളെ പരിശോധിക്കേണ്ട സമയത്തിനുള്ളിൽ 200 ഉം 300 ഉം രോഗികളെ പരിശോധിച്ച് മരുന്നുകൾ കുറിക്കേണ്ട ഗതികേടിലാണ് മിക്ക സർക്കാർ ആശുപത്രികളിലെയും ഡോക്ടർമാർ. ഇതിന് പുറമെയാണ് ഒട്ടും പരിചയമില്ലാത്ത ഭരണപരമായ ചുമതലകൾ ഏറ്റെടുക്കേണ്ടിവരുന്നത്. ആശുപത്രികളിലെ സൗകര്യമില്ലായ്മ, ജീവനക്കാരുടെ കുറവ്, രോഗികളുടെ ആധിക്യം എന്നിവ മൂലമുണ്ടാവുന്ന ചെറിയ വീഴ്ചകൾക്ക് പോലും കുറ്റവാളികളെപ്പോലെ പഴികേൾക്കേണ്ടി വരുന്നവരാണിവർ. പ്രദേശിക രാഷ്ട്രീയത്തിന്റെ ഇടപെടലുകളും സർക്കാർ ഡോക്ടർമാരിൽ സൃഷ്ടിക്കുന്ന സമ്മർദ്ദം ചെറുതല്ല. രോഗം മൂർച്ചിച്ചുള്ള മരണങ്ങൾക്കും അപ്രതീക്ഷിതമായി പെട്ടെന്ന് സംഭവിക്കുന്ന ഹൃദയാഘാതം, അലർജി തുടങ്ങിയവ മൂലമുള്ള മരണങ്ങൾക്കും ‘ചികിത്സാപിഴവ്’ എന്ന് മുദ്രകുത്തപ്പെട്ട് സമൂഹത്തിന്റെയും മാധ്യമങ്ങളുടെയും വിചാരണ നേരിടേണ്ടി വരുന്നതും നമ്മുടെ നാട്ടിൽ പതിവാണ്. ഒരു വ്യക്തി എന്ന രീതിയിൽ ഇതെല്ലാം ബന്ധപ്പെട്ട ഡോക്ടറെ നിരാശയിലേക്കും വിഷാദത്തിലേക്കും കൊണ്ടുപോകുന്ന ഘടകങ്ങളാണ്.

സ്വകാര്യ ആശുപത്രികളിൽ ജോലിയെടുക്കുന്ന ഡോക്ടർമാരാകട്ടെ രോഗികളിൽ നിന്നും ഹോസ്പിറ്റൽ മാനേജ്മെൻറിൽ നിന്നും ഒരേ സമയം സമ്മർദ്ദം നേരിടുന്നവരാണ്. ഇതിനെല്ലാം പുറമെയാണ് രോഗികളുടെ മരണവുമായി ബന്ധപ്പെട്ടും മറ്റുമുള്ള കോടതി ഡ്യൂട്ടികൾ. വൈദ്യശാസ്ത്ര

ത്തെക്കുറിച്ച് പ്രാഥമിക അറിവുകൾ പോലുമില്ലാത്ത അഭിഭാഷകരുടെ ദുഷ്ടലാക്കോടുകൂടിയ ചോദ്യങ്ങൾക്ക് പ്രതിക്കൂട്ടിൽ നിന്ന് ഉത്തരം പറയേണ്ട അവസ്ഥയും നിസ്സാരമായ വൈകാരിക സമ്മർദ്ദങ്ങളല്ല ഡോക്ടർമാരിൽ സൃഷ്ടിക്കുന്നത്.

മെഡിക്കൽ വിദ്യാർത്ഥികളും സമ്മർദ്ദങ്ങളുടെ ഇരകൾ

മെഡിക്കൽ വിദ്യാർത്ഥികളെ സംബന്ധിച്ചടത്തോളം അവരുടെ ജോലിഭാരവും തൊഴിൽ സാഹചര്യങ്ങളും അവരിൽ കടുത്ത മടുപ്പും വിഷാദവും സൃഷ്ടിക്കുന്ന തരത്തിലാണെന്നത് ഒരു സത്യം മാത്രമാണ്. 24 മണിക്കൂറിലധികം നീളുന്ന ഷിഫ്റ്റുകൾ, സീനിയർ ഡോക്ടർമാരാലും അധ്യാപകരാലും നിരന്തരം അപമാനിക്കപ്പെടൽ, സ്ഥിരമായി വഴക്ക് കേൾക്കൽ, സഹപാഠികൾക്കിടയിലെ മത്സരം, കോഴ്സ് പൂർത്തിയാക്കിയാൽതന്നെ ഇത്രയും കാലം സ്വപ്നം കണ്ട ജോലി കിട്ടുമോ എന്ന ആശങ്ക, സാമ്പത്തികമായ അരക്ഷിതാവസ്ഥ എന്നിവയെല്ലാം മെഡിക്കൽ വിദ്യാർത്ഥികൾക്കിടയിലെ ആത്മഹത്യകൾക്ക് ആക്കംകൂട്ടുന്ന ഘടകങ്ങളാണ്. മാറിമാറിവരുന്ന ഷിഫ്റ്റുകൾ മൂലമുള്ള ഉറക്കനഷ്ടവും ജോലിക്കിടയിൽ പിഴവുകൾ വരുമോ എന്ന തുടർച്ചയായ ഉത്കണ്ഠകളും മെഡിക്കൽ വിദ്യാർത്ഥികളുടെ മാനസികാരോഗ്യത്തെ പ്രതികൂലമായി ബാധിക്കുന്ന ഘടകങ്ങളാണ്.

ചികിത്സതേടാത്ത ഡോക്ടർമാർ

പഠനം പുറത്തുവിട്ട കണക്കുകൾ പ്രകാരം ജോലിഭാരത്തിനോടൊപ്പം വൈവാഹിക പിരിമുറുക്കുങ്ങൾ താങ്ങാനാവാതെ ജീവനൊടുക്കുന്നവരും കുറവല്ല. 45.2% മെഡിക്കൽ വിദ്യാർത്ഥികളും 23.1% ഹൗസ് സർജ്ജന്മാരും 26.7% ഡോക്ടർമാരും കുടുംബപ്രശ്നങ്ങൾ മൂലം ആത്മഹത്യയിൽ അഭയം പ്രാപിച്ചവരാണ്. മാനസികമായ താളപ്പിഴകളും കാര്യമായ രീതിയിൽ തന്നെ വൈദ്യശാസ്ത്രരംഗത്ത് ജോലിയെടുക്കുന്നവരെ ജീവിതമവസാനിപ്പിക്കുവാൻ പ്രേരിപ്പിക്കുന്നുണ്ട്. ഇതിൽ 24 ശതമാനം മെഡിക്കൽ വിദ്യാർത്ഥികളും 20 ശതമാനം ഡോക്ടർമാരും ഉൾപ്പെടും.

അതേസമയം സ്വയം മാനസികപ്രശ്നങ്ങൾ തിരിച്ചറിഞ്ഞാൽപോലും വിദഗ്ധ ചികിത്സ തേടുന്ന ഡോക്ടർമാരുടെ എണ്ണം വളരെക്കുറവാണ്. മാനസികപ്രശ്നങ്ങൾ മൂലം മരണത്തിന്റെ മാർഗങ്ങൾ പിൻതുടർന്നവരിൽ വെറും 13 ശതമാനം മാത്രമാണ് ശരിയായരീതിയിൽ ചികിത്സയെടുക്കാൻ തയാറായത്. ഇതിനർത്ഥം മാനസികരോഗങ്ങളുടെ ചികിത്സയോട് ഭൂരിപക്ഷം പേരും വിമുഖത കാണിച്ചു എന്നാണ്. ചുരുക്കത്തിൽ മാനസികരോഗങ്ങളോടും അതിനുള്ള ചികിത്സയോടും സമൂഹം വെച്ചുപുലർത്തുന്ന മുഖംതിരിക്കൽ മനോഭാവം അഥവാ സ്റ്റിഗ്മ (Stigma) ഡോക്ടർമാരും വെച്ചുപുലർത്തുന്നുണ്ട് എന്ന് കാണാനാവും.

മനോരോഗ വിദഗ്ധനെ സന്ദർശിക്കുന്നത് തന്റെ രോഗികൾ കണ്ടാൽ അവർ എങ്ങിനെ പ്രതികരിക്കും എന്ന ആശങ്ക

യ്ക്ക് പുറമെ മരുന്നുകൾ കഴിക്കാനുള്ള മടിയും ഡോക്ടർമാരെ ചികിത്സയിൽ നിന്ന് പിന്തിരിപ്പിക്കാറുണ്ട്.

ഡോക്ടർമാരിൽ മാനസികാരോഗ്യം കുറഞ്ഞാൽ.

ഡോക്ടർമാരുടെ മാനസികാരോഗ്യം കുറയുമ്പോൾ അത് ആദ്യം ബാധിക്കുക ചികിത്സതേടിയെത്തുന്ന രോഗികളുടെ സമൂഹത്തെയാണ്. വളരെ ശ്രദ്ധാപൂർവ്വം തന്റെ അറിവുകളെ സമന്വയിപ്പിച്ച് സമയമെടുത്ത് ചെയ്യേണ്ട ഒരു കാര്യമാണ് രോഗചികിത്സ. എന്നാൽ ഇന്നത്തെ ആശുപത്രികളിലെ മോശമായ അന്തരീക്ഷം, പരിമിതമായ സൗകര്യങ്ങൾ എന്നിവയോടൊപ്പം ഡോക്ടർമാരുടെ മാനസികനിലകൂടി തകരാറിലായാൽ അത് ചികിത്സാ സമ്പ്രദായത്തെതന്നെ പ്രതികൂലമായി ബാധിച്ചേക്കും.

അത്യാസന്നനിലയിൽ തന്റെ മുന്നിലെത്തുന്ന ഒരു രോഗിയുടെ ജീവൻ സമയം നഷ്ടപ്പെടുത്താതെ രക്ഷിക്കാൻ ശ്രമിക്കുന്നതിന് പകരം മെഡിക്കൽ കോളജ് ആശുപത്രികളിലേക്ക് റഫർചെയ്യാൻ പ്രേരിപ്പിക്കുന്നത് പലപ്പോഴും സമൂഹവും രോഗിയുടെ കുടുംബങ്ങളും ചേർന്ന് സൃഷ്ടിച്ച ഭീതിയുടെ അന്തരീക്ഷം മൂലമാണ്. വേണ്ടത്ര മാനസികസാന്നിധ്യമില്ലാത്ത ഡോക്ടർമാർ തീർച്ചയായും ഈ വഴിതന്നെ പിന്തുടരാനും സാധ്യതയുണ്ട്. ഇതിന്റെയെല്ലാം പരിണിതഫലം സമൂഹത്തിന് സംഭവിക്കുന്ന വലിയ നഷ്ടങ്ങളാണ്.

അതുകൊണ്ടുതന്നെ ഡോക്ടർമാരുടെയും മെഡിക്കൽ വിദ്യാർത്ഥികളുടെയും പ്രശ്നങ്ങൾ പഠിക്കാനും അവരുടെ മാനസികാരോഗ്യം സംരക്ഷിക്കാനും സർക്കാരുകളുടെ ഭാഗത്തുനിന്ന് അടിയന്തിരമായ ഇടപെടൽ ഉണ്ടാവേണ്ടതുണ്ട്.

നാഷണൽ മെഡിക്കൽ കമ്മീഷൻ, ഡോക്ടർമാരുടെ സംഘടനകൾ, വിവിധ സർക്കാർ സംവിധാനങ്ങൾ എന്നിവ ഡോക്ടർമാരുടെ പ്രശ്നങ്ങൾ ആഴത്തിൽ പഠിക്കുകയും ജോലിഭാരം കുറയ്ക്കുവാനും തൊഴിൽ സാഹചര്യം മെച്ചപ്പെടുത്താനുമുള്ള മാർഗ്ഗങ്ങളുമായി മുന്നോട്ടുവരാത്തടത്തോളം നിലവിലുള്ള പ്രതിസന്ധികളെ മറികടക്കാൻ പ്രയാസമാണ്.

ഭീതിപ്പെടുത്തുന്ന കണക്കുകൾ

ഇതെഴുതുന്ന ജൂൺ മാസം വരെ കേരളത്തിൽ 10 ഡോക്ടർമാരാണ് ജീവനൊടുക്കിയിരിക്കുന്നത്. അനസ്തേഷ്യ പിഴവ് മൂലം രോഗിമരിച്ചതിനെ തുടർന്ന് സാമൂഹിക മാധ്യമങ്ങൾ നടത്തിയ വിചാരണയിൽ മനംമടുത്ത് ആത്മഹത്യ ചെയ്ത ഓർത്തോ ഡോക്ടറും ജോലിനഷ്ടമായതിനെ തുടർന്ന് ജീവനൊടുക്കിയ ജൂനിയർ ഡോക്ടറും മറ്റുള്ളവർക്ക് ഭാരമാവാതിരിക്കാൻ ഒരുമിച്ച് ജീവനൊടു

ക്കിയ ഡോക്ടർ ദമ്പതികളും ഈ കണക്കിൽ ഉൾപ്പെടും.

പലപ്പോഴും ജോലിഭാരം, കുടുംബപ്രശ്നങ്ങൾ, വ്യക്തിബന്ധങ്ങളിലെ തകർച്ച, സമൂഹത്തിലെ അംഗീകാരം നഷ്ടമാവൽ തുടങ്ങി വിവിധ കാരണങ്ങളാലോ നിരവധി കാരണങ്ങൾ ചേർന്നോ സംഭവിക്കുന്ന 'ബേൺ ഔട്ട് സിൻഡ്രോം' (Burnout syndrome)ന് കിഴ്പ്പെടുന്ന ഡോക്ടർമാരിൽ പലരെയും പരാജയബോധവും ആത്മവിശ്വാസം നഷ്ടമാവലും നിസ്സഹായതയും ഒറ്റപ്പെട്ടെന്ന തോന്നലും ചേർന്ന് ഒരു പ്രത്യേക മാനസികാവസ്ഥയിലെത്തിച്ചേക്കാം. ഈ അവസ്ഥയെ മറികടക്കാൻ കഴിയാത്തവരാണ് പലപ്പോഴും മരണത്തിന്റെ വഴികൾ തേടി പോകുന്നത്.