ಭಾರತದಲ್ಲಿ ಡಿಮೆನ್ಷಿಯಾ: ಪ್ರಮಾಣ, ಪರಿಣಾಮ, ಖರ್ಚು-ವೆಚ್ಚ ಮತ್ತು ಸೇವಾ ಸೌಕರ್ಯ (2010 ರ ವರದಿ)

ಕನ್ನಡ ಅವತರಣಿಕೆ

ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಮಾನಸಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ನರವಿಜ್ಞಾನ ಸಂಸ್ಥೆ

(ಪರಿಗಣಿತ ವಿಶ್ವವಿದ್ಯಾಲಯ)

ಬೆಂಗಳೂರು – 560 029

- 2010 ರಲ್ಲಿ 37 ಲಕ್ಷ ಭಾರತೀಯರಿಗೆ ಡಿಮೆನ್ಷಿಯಾ ಇದ್ದಿರಬಹುದೆಂದು ಒಂದು ಅಂದಾಜು ಮತ್ತು ಒಟ್ಟು ಸಮಾಜದ ವೆಚ್ಚ ಸುಮಾರು 14,700 ಕೋಟಿ ರೂಪಾಯಿ.
- ಸಂಖ್ಯಾ ಪ್ರಮಾಣದಲ್ಲಿ 2030ರ ಹೊತ್ತಿಗೆ ಎರಡು ಪಟ್ಟು ಹೆಚ್ಚಾದರೆ, ಖರ್ಚು ವೆಚ್ಚದಲ್ಲಿ ಮೂರು ಪಟ್ಟು ಹೆಚ್ಚಳವಾಗುವುದು.
- ಕುಟುಂಬಗಳೇ ಮುಖ್ಯವಾಗಿ ಆರೈಕೆ ನೀಡುತ್ತಿರುವುದರಿಂದ ಮತ್ತು ಅವರಿಗೆ ಅವಶ್ಯಕವಾಗಿ ಸಹಾಯದ ಅನಿವಾರ್ಯತೆಯಿದೆ.

ಭಾರತದಲ್ಲಿ ಡಿಮೆನ್ಷಿಯಾ: ಪ್ರಮಾಣ, ಪರಿಣಾಮ, ಖರ್ಚು–ವೆಚ್ಚ ಮತ್ತು ಸೇವಾ ಸೌಕರ್ಯ
(2010 ರ ವರದಿ)

ಕನ್ನಡ ಅವತರಣಿಕೆ

ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಮಾನಸಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ನರವಿಜ್ಞಾನ ಸಂಸ್ಥೆ
(ಪರಿಗಣಿತ ವಿಶ್ವವಿದ್ಯಾಲಯ)
ಬೆಂಗಳೂರು – 560 029

Kannada Translation of the Executive Summary of The Dementia India Report: prevalence, impact, costs and services for Dementia, 2010, ARDSI, New Delhi.

Translated and printed with permission from Alzheimer's and Related Disorders Society of India, New Delhi.

Copy rights

Kannada version: NIMHANS, Bangalore, © 2011

English version: Alzheimer's and Related Disorders Society of India, New Delhi, © 2010

NIMHANS Publication number: 86

ISBN-81-86435-00-X

This report may be reproduced in full or in part for fair use doctrine with due acknowledgements. No commercial use of this content is permitted.

How to cite:

Alzheimer's & Related Disorders Society of India. The Dementia India Report: prevalence, impact, costs and services for Dementia – Executive Summary (kannada). Girish N, Manjunath S N, HCSCR Reddy, NIMHANS publication number, NIMHANS, Bangalore, 2011. ISBN-81-86435-00-X

Contact details:

Dr. N Girish
Additional Professor of Epidemiology
NIMHANS, Bangalore – 560029
Email: girishnrao@yahoo.com

ಸಂದೇಶ

ಡಾ. ಪಿ. ಸತೀಶ್‌ಚಂದ್ರ
ನಿರ್ದೇಶಕರು / ಉಪಕುಲಪತಿಗಳು
ಹಾಗೂ ನರರೋಗ ಶಾಸ್ತ್ರ ಪ್ರಾಧ್ಯಾಪಕರು
ನಿಮ್ಹಾನ್ಸ್, ಬೆಂಗಳೂರು

ಭಾರತದ ಸುಮಾರು 120 ಕೋಟಿ ಜನಸಂಖ್ಯೆಯ, ಶೇಕಡ 8 65 ವರ್ಷಕ್ಕಿಂತ ಹೆಚ್ಚಿನವರು. ದೇಶದೆಲ್ಲೆಡೆ 75 ಲಕ್ಷಕ್ಕೂ ಹೆಚ್ಚಿನ ಸಂಖ್ಯೆಯಲ್ಲಿರುವ ಹಿರಿಯರು, ಹಿಂದೆಂದೂ ಕಾಣದಂಥ ಸವಾಲನ್ನು ಎದುರಿಸಬೇಕಾಗಿದೆ. ಜೀವಿತಕ್ಕೆ ವರ್ಷಗಳನ್ನು ಸೇರಿಸುವಲ್ಲಿ ಯಶಸ್ವಿಯಾಗಿದ್ದೇವೆ, ಆದರೆ ಆ ಹೆಚ್ಚಿದ ಜೀವಿತಕ್ಕೆ ಜೀವನವನ್ನು ತುಂಬುವ ಯತ್ನದಲ್ಲೇ ಇದ್ದೀವಿ. ಭಾರತದಲ್ಲಿನ ವಯೋವೃದ್ಧರ 60ನೇ ವರ್ಷದಲ್ಲಿನ ಜೀವಿತಾವಧಿ ಮೆಚ್ಚುವಂತದ್ದೇ (ಪುರುಷರಲ್ಲಿ 15.2 ವರ್ಷ; ಮಹಿಳೆಯರಲ್ಲಿ 16.4 ವರ್ಷ) ಈ ನಿಟ್ಟಿನಲ್ಲೇ ಸಾಮಾಜಿಕ – ಆರ್ಥಿಕ ಅಭಿವೃದ್ಧಿಯಾಗಿದ್ದರೂ, ಜೀವಿತದಲ್ಲಿನ ಒಟ್ಟಾರೆ ಗುಣಮಟ್ಟ ಒಂದೇ ತೆರದಲ್ಲಿ ವೃದ್ಧಿಯಾಗಿಲ್ಲಾ. ಗ್ರಾಮೀಣ ಪ್ರದೇಶದಲ್ಲಿನ ಹೆಚ್ಚಿನವರಿಗೆ ಈ ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಮುಟ್ಟೇ ಇಲ್ಲ. ನಗರ ಪ್ರದೇಶಗಳಲ್ಲೂ ಸಹ ಈ ಬೆಳವಣಿಗೆ ಮತ್ತು ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಒಂದೇ ಸಮನಾಗಿ ಇಲ್ಲ. ದುರದೃಷ್ಟವಶಾತ್, ವಿಪತ್ತಿಗೀಡಾಗುವ ವೃದ್ಧರು ಸವಲತ್ತು ಹೀನರೂ ಸಹ ಆಗಿರುತ್ತಾರೆ. ದೇಶದ ವಿವಿದೆಡೆ ನಡೆಸಿರುವ ಹಲವಾರು ಅಧ್ಯಯನಗಳು ಹಿರಿಯರಲ್ಲಿ ಉಂಟಾಗುವ ಹತ್ತು–ಹಲವು ಖಾಯಿಲೆಗಳು ಅವರನ್ನು ಮತ್ತಷ್ಟು ಸಂಕಷ್ಟಕ್ಕೆ ದೂಡುತ್ತವೆ ಎಂದು ಪದೇ–ಪದೇ ತಿಳಿಸಿರುತ್ತದೆ. ಇದಕ್ಕೆ ನಮ್ಮ ಸುತ್ತಲಿನ 'ಪ್ರಜ್ಞಾ ಸಮಾಜ'ದ ಪ್ರತಿಕ್ರಿಯೆ ಕ್ಷೀಣವಾಗಿದೆ; ಸರ್ಕಾರದ ಪ್ರತಿಕ್ರಿಯೆಯು ಇನ್ನೂ ಬಲಿಷ್ಟವಾಗಿದ್ದು ಸಮರ್ಥವಾಗಿರಬೇಕಾಗಿದೆ.

ಈ ಆಯಾಮದಲ್ಲೇ 'ಭಾರತದಲ್ಲಿ ಡಿಮೆನ್ಷಿಯಾ – ಒಂದು ವರದಿ', ಕತ್ತಲೆಯಲ್ಲಿ ಕಂಡ ಬೆಳಕಿನ ಕಿಂಡಿಯಂತೆ ಕಂಡು ಬರುತ್ತದೆ. ವರದಿಯ ಮುಖ್ಯಾಂಶಗಳು ಗಾಬರಿ ಹುಟ್ಟಿಸುವಂತಹದ್ದು. ಹೆಚ್ಚುತ್ತಿರುವ ವಯೋವೃದ್ಧರ ಸಂಖ್ಯೆಯಾಗಲೀ, ಡಿಮೆನ್ಷಿಯಾ ಸಂಖ್ಯೆಯಾಗಲಿ ಇಲ್ಲವೇ ನ್ಯೂನತೆಯಲ್ಲಿ, ಆರೈಕೆಯ ಖರ್ಚಿನಲ್ಲಾಗುತ್ತಿರುವ ಹೆಚ್ಚಳ, ಇವೆಲ್ಲಕ್ಕಿಂತ ಮುಖ್ಯವಾಗಿ ಇಂದಿನ ಆದ್ಯತೆಗಳಲ್ಲಿನ ವ್ಯತ್ಯಯಗಳನ್ನು ಬದಲಾಯಿಸಲು ಸಿದ್ಧರಾಗಿದ್ದೀವಾ? ಎಂಬ ಕಾಳಜಿ ಸಹಜವಾಗಿ ಕಾಡುತ್ತದೆ. ಈ ವರದಿ ಪ್ರತಿ ಕುಟುಂಬವು 'ಎಂದಿನಂತೆ ಜೀವನ ಸಾಗಿಸುವ' ಪ್ರಯತ್ನದಲ್ಲಿ ತಮ್ಮ ಅಷ್ಟೂ ವ್ಯವಧಾನವನ್ನು ಬಳಸುತ್ತಿದೆ ಎಂದು ತೋರಿಸಿಕೊಟ್ಟಿದೆ. ಡಿಮೆನ್ಷಿಯಾ ವ್ಯಕ್ತಿಯ ಆರೈಕೆ ಖರ್ಚಿಗಾಗುವ ಅಂದಾಜು 43,000 ರೂಪಾಯಿ ಅತ್ಯಂತ ಕಡಿಮೆಯೇ. ಈ ನಿಟ್ಟಿನಲ್ಲಿ ARDSIಯ ಈ ವರದಿ ಮಹತ್ವಾಕಾಂಕ್ಷೆಯದ್ದೇ ಎಂದು ಹೇಳಬಹುದು. ಏಕೆಂದರೆ, ವರದಿ ಜನಾರೋಗ್ಯದ ಮಾರ್ಗೋಪಾಯ ಸೂಚಿಸುತ್ತದೆ, ತರಬೇತಿ ಮತ್ತು ತರಬೇತಿಗೊಂಡವರ ಗುಣಮಟ್ಟಕ್ಕೆ ಒತ್ತುಕೊಡುತ್ತದೆ.

ಹೊರೆ ಹೊತ್ತಿರುವ ಕುಟುಂಬಗಳಿಗೆ ಸಹಾಯಹಸ್ತ ಒದಗಿಸಬೇಕೆಂದು ಆಗ್ರಹಿಸುತ್ತದೆ. ಅಷ್ಟೇ ಅಲ್ಲಾ, ಕ್ರಿಯಾ ಯೋಜನೆ ರೂಪಿಸಲು ಸಾಕ್ಷಾಧಾರಿತ ಮಾಹಿತಿಯ ಅನಿವಾರ್ಯತೆಯ ಬಗ್ಗೆ ಗಮನಹರಿಸುತ್ತದೆ. ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆ ಅರ್ಥಭರಿತವಾಗಿ ಆಯೋಜಿಸಿ, ಅನುಷ್ಟಾನಗೊಳಿಸಿ ಮತ್ತು ಆ ಸೇವೆಯ ಪರಿಣಾಮವನ್ನು ಪರೀಕ್ಷಿಸುವಲ್ಲಿನ ಹಲವಾರು ಸವಾಲುಗಳನ್ನು ಈ ವರದಿ ಗುರುತಿಸುತ್ತದೆ. ಇದು ನೀತಿಯುಕ್ತರು–ಆರೋಗ್ಯ ನಿರ್ವಾಹಕರಿಗಷ್ಟೇ ಅಲ್ಲಾ, ಚಿಕಿತ್ಸೆ ನೀಡುವವರಿಗೂ – ಆರೈಕೆ ನೀಡುವವರಿಗೂ ಉಪಯುಕ್ತವೆನಿಸುತ್ತದೆ ಎಂಬುದರಲ್ಲಿ ಸಂಶಯವಿಲ್ಲ.

ಶ್ಲಾಘನೀಯವೆನ್ನಬಹುದಾದ ಈ ಉತ್ತಮ ಕಾರ್ಯವನ್ನು ಕೈಗೊಂಡಿರುವ ARDSI ಮತ್ತು ನಿಮ್ಹಾನ್ಸ್ ತಂಡ ನಿಜಕ್ಕೂ ಅಭಿನಂದನಾರ್ಹರು. ಈ ವರದಿಯ ನಿಜವಾದ ಒತ್ತು ಪ್ರಾಂತೀಯವಾಗಿ ರಾಜ್ಯಗಳಿಗೆ ಒಪ್ಪುವ ಒಂದು ರೂಪರೇಷೆಯನ್ನು ಸಿದ್ಧಪಡಿಸಬೇಕೆಂಬುದಾಗಿದೆ. ಈ ನಿಟ್ಟಿನಲ್ಲಿ ಇಂಗ್ಲೀಷ್ ಮೂಲದ ವರದಿಯ ಕನ್ನಡ ಭಾಷಾಂತರ ರಾಜ್ಯದಲ್ಲಿ, ಹಿರಿಯ ನಾಗರೀಕರ ಶ್ರೇಯೋಭಿವೃದ್ಧಿಗಾಗಿ ಯೋಜನೆ ರೂಪಿಸಲು ಉತ್ತಮ ಕಾಣಿಕೆ ನೀಡುತ್ತದೆ ಎಂದು ಹಾರೈಸುತ್ತೇನೆ. ಸರ್ವಾಂಗೀಣವಾದ ಕಾರ್ಯಯೋಜನೆ ವೃದ್ಧರ ಆರೋಗ್ಯವನ್ನು ಕಾಪಾಡುವುದಷ್ಟಕ್ಕೇ ಅಲ್ಲ, ಅವರಲ್ಲಿ ತಡೆಗಟ್ಟಬಹುದಾದ ಖಾಯಿಲೆಗಳನ್ನು ತನ್ನ ಗುರಿಯಾಗಿಸಿಕೊಳ್ಳಬೇಕಾಗಿದೆ. ವೃದ್ಧಾಪ್ಯ ರೋಗವಲ್ಲ, ಅದು ಒಂದು ನೈಸರ್ಗಿಕ ಕ್ರಿಯೆ, ವೃದ್ಧಾಪ್ಯವನ್ನು ಹೆಚ್ಚಿಸುವ ವಿಪತ್ತುಕಾರಕಗಳನ್ನು ಸಮರ್ಥವಾಗಿ ತಡೆಗಟ್ಟಬಹುದು – ಎಂಬುದೇ ನಮ್ಮ ಭರವಸೆಯಾಗಿರಬೇಕು.

ಅಕ್ಟೋಬರ್ 1, 2011
ಬೆಂಗಳೂರು

ಮುನ್ನುಡಿ

ಡಾ॥ ಜೆಕಬ್ ರಾಯ್
ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಅಧ್ಯಕ್ಷರು,
ಆಲ್ಝೈಮರ್ಸ್ ಅಂಡ್ ರಿಲೇಟೆಡ್ ಡಿಸಾರ್ಡರ್ಸ್ ಸೊಸೈಟಿ ಆಫ್ ಇಂಡಿಯಾ
(ಎ.ಆರ್.ಡಿ.ಎಸ್.ಐ)

ನಮ್ಮ ದೇಶದಲ್ಲಿ ಸುಮಾರು 2010ರಲ್ಲಿ 37 ಲಕ್ಷ ಜನ ಡಿಮೆನ್ಷಿಯಾ (ಮರೆಗುಳಿತನ ಮತ್ತು ನೆನಪಿನ ಶಕ್ತಿಯ ಕ್ಷೀಣತೆ) ರೋಗಕ್ಕೆ ಒಳಗಾಗಿದ್ದಾರೆಂದು ತಿಳಿದು ಬಂದಿದೆ ಮತ್ತು ಈ ಸಂಖ್ಯೆ ಕ್ರಿ.ಶ 2030ರ ವೇಳೆಗೆ ದ್ವಿಗುಣವಾಗುವುದೆಂದು ಅಂದಾಜಿಸಲಾಗಿದೆ. ಡಿಮೆನ್ಷಿಯಾ ಇರುವ ಒಬ್ಬ ವ್ಯಕ್ತಿಯ ಪಾಲನೆ, ಪೋಷಣೆಗಾಗಿ ವರ್ಷಕ್ಕೆ ಸುಮಾರು 43 ಸಾವಿರದಷ್ಟು ವೆಚ್ಚವಾಗಬಹುದು; ಅಷ್ಟೇ ಅಲ್ಲಾ, ಈ ಹಣಕಾಸಿನ ಹೊರೆಯನ್ನು ರೋಗಿಯ ಕುಟುಂಬವೇ ಭರಿಸಬೇಕಾಗಿರುವುದು ವಾಸ್ತವಿಕ ಸಂಗತಿಯೇ ಸರಿ. ಈ ಹಣಕಾಸಿನ ಹೊರೆ ಮುಂಬರುವ ದಿನಗಳಲ್ಲಿ ಹೆಚ್ಚಾಗುವುದೆ ಹೊರತು ಕಡಿಮೆಯಾಗುವ ಸಾಧ್ಯತೆ ಇಲ್ಲ. ಡಿಮೆನ್ಷಿಯಾದಿಂದ ಎದುರಾಗುವ ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಸಾಮಾಜಿಕ ಸವಾಲುಗಳು ಬಹಳ ಗಂಭೀರ, ಅದನ್ನು ಇನ್ನು ನಿರ್ಲಕ್ಷಿಸಲು ಸಾಧ್ಯವಿಲ್ಲ.

ಡಿಮೆನ್ಷಿಯಾ ಸಮಸ್ಯೆ ಇಷ್ಟು ಗಂಭೀರ ಮತ್ತು ಬೃಹತ್ ಪ್ರಮಾಣದಾಗಿದ್ದಾಗ್ಯೂ ಅದರೆಡೆಗೆ ಸಂಪೂರ್ಣ ನಿರ್ಲಕ್ಷ್ಯವಿರುವುದಲ್ಲದೆ ಡಿಮೆನ್ಷಿಯಾ ಇರುವ ವ್ಯಕ್ತಿ ಮತ್ತು ಅವರ ಕುಟುಂಬಕ್ಕೆ ಯಾವುದೇ ಸೌಲಭ್ಯಗಳು ಸಿಗದಿರುವುದು ಶೋಚನೀಯವೇ ಸರಿ. ಡಿಮೆನ್ಷಿಯಾ ಕೇವಲ ವೃದ್ಧಾಪ್ಯಕ್ಕೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ್ದಲ್ಲಾ, ಇದು ಹಲವು ಖಾಯಿಲೆಗಳ ಪರಿಣಾಮವಾಗಿ ಉಂಟಾಗುವ ಮನೋಸಂಬಂಧಿ ರೋಗವೆಂದು ಅರಿತಿದ್ದೇವೆ. ಇತ್ತೀಚಿನ ದಿನಗಳಲ್ಲಿ ಡಿಮೆನ್ಷಿಯಾ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗೆ ಹಲವು ಆಯ್ಕೆಗಳು ಲಭ್ಯವಾಗಿದ್ದು, ತಕ್ಕಷ್ಟು ನೆರವು ದೊರೆಯುವಂತಾಗುತ್ತಿರುವುದು ಸಮಾಧಾನಕರ ಸಂಗತಿ.

ಆಲ್ಝೈಮರ್ಸ್ ಅಂಡ್ ರಿಲೇಟೆಡ್ ಡಿಸಾರ್ಡರ್ಸ್ ಸೊಸೈಟಿ ಆಫ್ ಇಂಡಿಯಾ (ಎ.ಆರ್.ಡಿ.ಎಸ್.ಐ) ಅಂದರೆ ಭಾರತೀಯ ಆಲ್ಝೈಮರ್ಸ್ ಮತ್ತು ಸಂಬಂಧಿತ ಡಿಮೆನ್ಷಿಯಾ ರೋಗ ಸಂಘವು ಒಂದು ಸ್ವಯಂಸೇವಾ ಸಂಸ್ಥೆಯಾಗಿದ್ದು, ಡಿಮೆನ್ಷಿಯಾಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ಸಂಶೋಧನೆ, ನೆರವು ಮತ್ತು ಚಿಕಿತ್ಸೆಯಂತಹ ಉದಾತ್ತ ಉದ್ದೇಶಗಳನ್ನು ಹೊಂದಿ 1992ರಿಂದ ಮುಂಚೂಣಿಯಲ್ಲಿ ಶ್ರಮಿಸುತ್ತಿದೆ. ಈ ಸಂಸ್ಥೆಯು ಡಿಮೆನ್ಷಿಯಾ–ಸ್ನೇಹಿ ಸಮಾಜ ಮತ್ತು ಡಿಮೆನ್ಷಿಯಾ ಕುರಿತಂತೆ ಸಮುದಾಯದಲ್ಲಿ ಅರಿವನ್ನು ಮೂಡಿಸುವ ನಿಟ್ಟಿನಲ್ಲಿ ಸತತವಾಗಿ ಶ್ರಮಿಸುತ್ತಿದೆ. ಸಾಮಾಜಿಕ ಅರಿವು ಸಾಧ್ಯವಾಗಬೇಕಾದರೆ, ಡಿಮೆನ್ಷಿಯಾ ರೋಗವಿರುವವರಿಗೆ ಗೌರವಯುತ ಹಾಗೂ ಸಹನೀಯ ಜೀವನವನ್ನು ನಡೆಸಲು ಸಂಭವನೀಯ ಮಾರ್ಗೋಪಾಯ ಹಾಗೂ ನಿವಾರಣೋಪಾಯಗಳನ್ನು

ಹುಡುಕುವಲ್ಲಿ ಎಲ್ಲಾ ಹಂತಗಳಲ್ಲೂ ಪ್ರಾಮಾಣಿಕ ಪ್ರಯತ್ನ ಮತ್ತು ರಾಜಕೀಯ ಬದ್ಧತೆ ಇದ್ದರೇ ಮಾತ್ರ.

ಜನವರಿ–2009 ರಿಂದ ಮಾರ್ಚ್ 2010ರ ವರೆಗೆ ರಾಷ್ಟ್ರಾದ್ಯಂತ ನಡೆದ ಸರಣಿ ಸಮಾಲೋಚನಾ ಸಭೆಗಳ ಸಲಹೆ ಸೂಚನೆಗಳನ್ನು ಕ್ರೋಢೀಕರಿಸಿ ಈ ವರದಿಯಲ್ಲಿ ನಿರೂಪಿಸಲಾಗಿದೆ. ಸಮಾಲೋಚನೆಯ ನಡಾವಳಿ, 2009ರ ಜಾಗತಿಕ ಡಿಮೆನ್ಷಿಯಾ ವರದಿ, ಜಾಗತಿಕ ಡಿಮೆನ್ಷಿಯಾ ಸಂಶೋಧನೆ ಮತ್ತು ಭಾರತದಾದ್ಯಂತ ನಡೆದ ಇನ್ನಿತರ ಸಂಶೋಧನೆಗಳಲ್ಲಿ ಕಂಡುಬಂದ ಅಂಶಗಳನ್ನಾಧರಿಸಿ ಸಂಪಾದಕ ಮಂಡಳಿ ಪ್ರಸಕ್ತ ವರದಿಯನ್ನು ರೂಪಿಸಿದೆ.

ಭಾರತದಲ್ಲಿ ಡಿಮೆನ್ಷಿಯಾ ವರದಿ–2010 ಒಂದು ಮಹತ್ವಾಕಾಂಕ್ಷಿ ದೂರದರ್ಶಿ ದಾಖಲೆ. ಡಿಮೆನ್ಷಿಯಾ ಒಂದು ಅನಾರೋಗ್ಯ ಸ್ಥಿತಿ ಹಾಗೂ ಸಮಾಜ ಕಲ್ಯಾಣ ಕಾರ್ಯವೆಂದು, ಆದ್ಯತೆಯ ಮೇರೆಗೆ ಸರ್ಕಾರ ಮತ್ತು ಸಂಬಂಧ ಪಟ್ಟವರು, ಆಡಳಿತಗಾರರು ಪರಿಗಣಿಸಿ ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಡಿಮೆನ್ಷಿಯಾ ಸಮಗ್ರ ನೀತಿಯನ್ನು ರೂಪಿಸಲು ಕರೆ ನೀಡುತ್ತದೆ. ಈ ವರದಿ ನಮ್ಮ ದೇಶದಲ್ಲಿ ಜನಜಾಗೃತಿ ಮೂಡಿಸುವಲ್ಲಿ ಒಂದು ಮಹತ್ವ ಪೂರ್ಣ ಪ್ರಯತ್ನವಾಗಿದೆ. ಆಸ್ಟ್ರೇಲಿಯಾ, ಇಂಗ್ಲೆಂಡ್, ಫ್ರಾನ್ಸ್, ನಾರ್ವೆ, ನೆದರ್‌ಲ್ಯಾಂಡ್ ಮತ್ತು ದಕ್ಷಿಣ ಕೊರಿಯಾದಂತಹ ದೇಶಗಳು ಈಗಾಗಲೇ ಮರೆಗುಳಿತನ ರೋಗದ ಗಂಭೀರತೆಯನ್ನು ಮನಗಂಡು, ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ನೀತಿಯನ್ನು ರೂಪಿಸಿ ಡಿಮೆನ್ಷಿಯಾ ಸಮಸ್ಯೆಗೆ ಪೂರಕವಾಗಿ ಸ್ಪಂದಿಸಿ ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಆರೋಗ್ಯ ಆದ್ಯತೆಯನ್ನಾಗಿ ಸಹ ಪರಿಗಣಿಸಿವೆ. ಭಾರತದಲ್ಲಿ ಕಾಕತಾಳೀಯವೋ ಎಂಬಂತೆ ಕೇಂದ್ರ ಆರೋಗ್ಯ ಸಚಿವಾಲಯವು ವಯೋವೃದ್ಧರಿಗಾಗಿ ನೂತನ ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಆರೋಗ್ಯ ಯೋಜನೆಯನ್ನು ರೂಪಿಸುವ ನಿಟ್ಟಿನಲ್ಲಿ ಕಾರ್ಯೋನ್ಮುಖವಾಗಿದೆ. ಸಾಮಾಜಿಕ ನ್ಯಾಯ ಮತ್ತು ಸಶಕ್ತೀಕರಣ ಸಚಿವಾಲಯವು ವಯೋವೃದ್ಧರಿಗಾಗಿನ ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ನೀತಿಯನ್ನು ಪರಿಷ್ಕರಿಸುವ ಕಾರ್ಯವನ್ನು ಕೈಗೆತ್ತಿಗೊಂಡಿದೆ. ಈ ಪ್ರಯತ್ನಗಳು ನಮ್ಮ ದೇಶದಲ್ಲಿ ಡಿಮೆನ್ಷಿಯಾಗೆ ಅಗತ್ಯ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಮತ್ತು ಸೇವಾ ಸೌಲಭ್ಯಗಳನ್ನು ಒದಗಿಸುವ ನಿಟ್ಟಿನಲ್ಲಿ ಜವಾಬ್ದಾರಿಯುತ ಹೆಜ್ಜೆಗಳೆಂದೇ ಹೇಳಬಹುದು. ಜಿಲ್ಲಾ ಕೇಂದ್ರಗಳಲ್ಲಿ ಸ್ಮರಣ ಚಿಕಿತ್ಸಾ ಕೇಂದ್ರಗಳು ಹಾಗೂ ಇತರ ಸಂಬಂಧಿ ಸೇವಾ ಸೌಲಭ್ಯಗಳನ್ನು ಒದಗಿಸುವ ನಿಟ್ಟಿನಲ್ಲಿ ಪ್ರಯತ್ನಗಳು ನಡೆಯುತ್ತಿದೆ. ಇದೆಲ್ಲದರ ಜೊತೆಗೆ ರಾಜಧಾನಿ ದೆಹಲಿಯಲ್ಲಿ 'ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಡಿಮೆನ್ಷಿಯಾ ಕೇಂದ್ರದ ಸ್ಥಾಪನೆಗೆ ಪ್ರೇರೇಪಿಸುವಲ್ಲಿ ಈ ವರದಿಯು ಯಶಸ್ವಿಯಾಗುವುದೆಂದು ನಮ್ಮ ಮಹತ್ವದ ಆಶಯವಾಗಿದೆ. ಸರ್ಕಾರವು ಈ ವರದಿಯಲ್ಲಿನ ಶಿಫಾರಸ್ಸುಗಳನ್ನು ಗಂಭೀರವಾಗಿ ಪರಿಗಣಿಸಿ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವಾ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯಲ್ಲಿ ಮರೆಗುಳಿತನಕ್ಕೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ಸೇವಾ ಸೌಲಭ್ಯ ಒದಗಿಸಲು ಅಗತ್ಯಕ್ರಮ ಕೈಗೊಳ್ಳುವುದೆಂದು ಆಶಿಸಲಾಗಿದೆ.

ಪ್ರಗತಿಶೀಲ ದೇಶವೊಂದರಲ್ಲಿ ಪ್ರಥಮಬಾರಿಗೆ ಇಂತಹ ಮಹತ್ವಪೂರ್ಣ ಮತ್ತು ವೈಚಾರಿಕ ವರದಿಯೊಂದನ್ನು ತಯಾರು ಮಾಡಿದ ತಂಡವನ್ನು ಹೃತ್ಪೂರ್ವಕವಾಗಿ ಅಭಿನಂದಿಸುತ್ತೇನೆ. ಡಿಮೆನ್ಷಿಯಾ ಹಿತದೃಷ್ಠಿಯಿಂದ ಅಪೇಕ್ಷಿತ ಮತ್ತು ಅಗತ್ಯ ಕಾರ್ಯ ಯೋಜನೆಯನ್ನು ಕೈಗೊಳ್ಳಲು ಸರ್ಕಾರ, ಯೋಜನಾಧಿಕಾರಿಗಳು, ಆರೋಗ್ಯಾಧಿಕಾರಿಗಳು, ಕುಟುಂಬದ ಸದಸ್ಯರು, ಮತ್ತಿತರ ಸಂಘಟನೆಗಳನ್ನು ಪ್ರೋತ್ಸಾಹಿಸುವಲ್ಲಿ ಈ ವರದಿಯು ಯಶಸ್ವಿಯಾಗುವುದೆಂದು ಆಶಿಸುತ್ತೇವೆ. ಜಾಗತಿಕ ಮಟ್ಟದಲ್ಲಿ ಪ್ರತಿ ಏಳು ಸೆಕೆಂಡುಗಳಿಗೊಂದು ಹೊಸ ಡಿಮೆನ್ಷಿಯಾ ಪ್ರಕರಣ ವರದಿಯಾಗುತ್ತಿರುವ ಪ್ರಸಕ್ತ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ ಕ್ಷಿಪ್ರವಾಗಿ ಕಾರ್ಯೋನ್ಮುಖರಾಗಬೇಕಾದುದು ತತ್‌ಕ್ಷಣದ ಅಗತ್ಯವಾಗಿದೆ.

ಸೆಪ್ಟಂಬರ್ 25, 2010
ನವದೆಹಲಿ

ಭಾರತದಲ್ಲಿ ಡಿಮೆನ್ಷಿಯಾ - ಒಂದು ವರದಿ 2010

ಇಂಗ್ಲೀಷ್ ಮೂಲ ಕೃತಿಯ ಕುರಿತಾಗಿ

ಭಾರತದಲ್ಲಿನ ಡಿಮೆನ್ಷಿಯಾದ ಪ್ರಮಾಣ, ಪರಿಣಾಮ, ಖರ್ಚು ಮತ್ತು ಸೇವೆಗಳ ಕುರಿತಾಗಿನ ಇದು ಒಂದು ಸರ್ವಾಂಗೀಣವಾದ ವರದಿ. ಆಲ್ಝೈಮರ್ಸ್ ಮತ್ತು ಸಂಬಂಧಪಟ್ಟ ರೋಗಗಳ ಸಂಸ್ಥೆ 2009 ರಲ್ಲಿ ಈ ವರದಿಯ ಕುರಿತಾಗಿ ಸಂಕಲ್ಪಿಸಿ, 2009–2010ರಲ್ಲಿ ಭಾರತದ ಉದ್ದಗಲಕ್ಕೂ ಹಲವಾರು ಸಮಾಲೋಚನೆ ನಡೆಸಿದ ಫಲವೇ ಈ ವರದಿ.

ವಿಶ್ವ ಆಲ್ಝೈಮರ್ಸ್ ದಿನವಾದ ಸೆಪ್ಟಂಬರ್ 21, 2010ರಂದು ನವದೆಹಲಿಯಲ್ಲಿ ಮುಖ್ಯ ವರದಿ ಮತ್ತು ಅದರ ಸಂಕ್ಷಿಪ್ತ ವರದಿ ಪ್ರಕಟವಾಯಿತು. ಏಳು ಜನರ ಸಂಪಾದಕ ಮಂಡಳಿಗೆ ಸಹಕಾರ ಕೊಟ್ಟವರು ಡಾ. ಮಾರ್ಟಿನ್ ಪ್ರಿನ್ಸ್, ಪ್ರಾಧ್ಯಾಪಕರು ಮತ್ತು ಡಾ. ಕ್ಲಾಸಿಯಾ ಫೆರಿ, ಇನ್ಸ್ಟಿಟ್ಯೂಟ್ ಆಫ್ ಸೈಕಿಯಾಟ್ರಿ, ಲಂಡನ್ ಮತ್ತು ಅಂತರರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಆಲ್ಝೈಮರ್ಸ್ ಖಾಯಿಲೆಯ 10/66 ಡಿಮೆನ್ಷಿಯಾ ಅಧ್ಯಯನ ತಂಡ.

ಇಂಗ್ಲೀಷ್ ವರದಿಯ ಸಂಪಾದಕ ಮಂಡಳಿ

1. ಡಾ. ಶಾಜಿ ಕೆ.ಎಸ್, ಮನೋರೋಗ ಶಾಸ್ತ್ರ ಪ್ರಾಧ್ಯಾಪಕರು, ತ್ರಿಸ್ಸೂರ್ ವೈದ್ಯಕೀಯ ವಿದ್ಯಾಲಯ
2. ಶ್ರೀ ಜ್ಯೋತೀಶ್ವರನ್ ಎ.ಟಿ.ಪಿ.ಎಚ್.ಡಿ ವಿದ್ಯಾರ್ಥಿ ಪಬ್ಲಿಕ್ ಹೆಲ್ತ್ ಫೌಂಡೇಷನ್ ಆಫ್ ಇಂಡಿಯಾ, ನವದೆಹಲಿ
3. ಡಾ. ಗಿರೀಶ್ .ಎನ್, ಉಪಪ್ರಾಧ್ಯಾಪಕರು, ಎಪಿಡೆಮಿಯಾಲಜಿ ವಿಭಾಗ, ನಿಮ್ಹಾನ್ಸ್, ಬೆಂಗಳೂರು
4. ಡಾ. ಶ್ರೀಕಲಾ ಭರತ್, ಪ್ರಾಧ್ಯಾಪಕರು, ಮನೋರೋಗ ಶಾಸ್ತ್ರ ವಿಭಾಗ, ನಿಮ್ಹಾನ್ಸ್, ಬೆಂಗಳೂರು
5. ಡಾ. ಅಮಿತ್ ಡಯಾಸ್, ಸಂಘಟನಕಾರರು, ವೈದ್ಯಕೀಯ ಮತ್ತು ವೈಜ್ಞಾನಿಕ ಸಲಹಾ ಮಂಡಳಿ, ARDSI ಹಾಗೂ ಉಪನ್ಯಾಸಕರು, ನಿವಾರಣ ಮತ್ತು ಸಾಮಾಜಿಕ ವೈದ್ಯಶಾಸ್ತ್ರ, ಗೋವಾ ವೈದ್ಯಕೀಯ ವಿದ್ಯಾಲಯ
6. ಶ್ರೀಮತಿ ಮೀರಾ–ಪಟ್ಟಾಭಿರಾಮನ್, ಮಹಾಕಾರ್ಯದರ್ಶಿಗಳು, ARDSI
7. ಡಾ. ಮ್ಯಾಥ್ಯೂ ವರ್ಗೀಸ್, ಮನೋರೋಗ ಶಾಸ್ತ್ರ ಪ್ರಾಧ್ಯಾಪಕರು, ನಿಮ್ಹಾನ್ಸ್, ಬೆಂಗಳೂರು

ವಿಶೇಷ ಕಾಣಿಕೆ: ಡಾ. ನೀಲಾ ಪಟೇಲ್, ಡಾ. ಎ.ಬಿ. ಡೇ ಮತ್ತು ಡಾ. ಇ.ಎಸ್. ಕೃಷ್ಣಮೂರ್ತಿ

ಕನ್ನಡ ಭಾಷಾಂತರ

– ಡಾ. ಎನ್. ಗಿರೀಶ್, ಹೆಚ್ಚುವರಿ ಪ್ರಾಧ್ಯಾಪಕರು, ಎಪಿಡೆಮಿಯಾಲಜಿ, ನಿಮ್ಹಾನ್ಸ್, ಬೆಂಗಳೂರು
– ಡಾ. ಮಂಜುನಾಥ್ ಎಸ್ ನೇಕಾರ್, ಸಹಾಯಕ ಪ್ರಾಧ್ಯಾಪಕರು, ಸಮುದಾಯ ಆರೋಗ್ಯ ವಿಭಾಗ, ಕರ್ನಾಟಕ ವೈದ್ಯಕೀಯ ವಿದ್ಯಾಲಯ, ಹುಬ್ಬಳ್ಳಿ
– ಡಾ. ಹೆಚ್.ಸಿ. ಶ್ರೀಧರ ಚನ್ನಕೇಶವ ರಂಗಾರೆಡ್ಡಿ, ರಾಜ್ಯ ಯೋಜನಾ ಸಂಯೋಜಕರು, ಯೂನಿಸೆಫ್, ಮಹಿಳಾ ಮತ್ತು ಮಕ್ಕಳ ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ನಿರ್ದೇಶನಾಲಯ, ಕರ್ನಾಟಕ ಸರ್ಕಾರ, ಬೆಂಗಳೂರು.

ಅರಿಕೆ

ಭಾರತದಲ್ಲಿ ಡಿಮೆನ್ಷಿಯಾ ಒಂದು ವರದಿ–2010 ಇದನ್ನು ಜನಾರೋಗ್ಯದ ಒಂದು ಮೈಲಿಗಲ್ಲೆಂದೇ ಪರಿಗಣಿಸಬಹುದು. ಉತ್ತಮೋತ್ತಮ ಧ್ಯೇಯೋದ್ದೇಶಗಳನ್ನು ಹೊಂದಿರುವ ಈ ವರದಿಯು ಕನ್ನಡದಲ್ಲೂ ಇರಬೇಕೆಂಬ ನಮ್ಮ ಹಂಬಲವನ್ನು ಸಾಕಾರಗೊಳಿಸಲು ಅನುವು ಮಾಡಿಕೊಟ್ಟು ಸಹಕರಿಸಿ, ಬೆನ್ನು ತಟ್ಟಿ ಪ್ರೇರೇಪಿಸಿದ ಎಲ್ಲಾ ಮಹನೀಯರಿಗೂ ಅನಂತಾನಂತ ವಂದನೆಗಳು.

ಸದೃಡ ಸಮಾಜ ನಿರ್ಮಾಣದಲ್ಲಿ, ವೃದ್ಧಾಪ್ಯ ರೋಗವಲ್ಲಾ ಹಿರಿಯರ ಆರೈಕೆ ಕಾಳಜಿ–ಕರ್ತವ್ಯವಷ್ಟೇ ಅಲ್ಲ; ಅವರ ಸ್ವಾಸ್ಥ್ಯವೇ ಧ್ಯೇಯವಾಕ್ಯ ಎಂದು ಸಾರುವ ಜೀವನೋತ್ಸಾಹದಲ್ಲಿ ನಾವೂ ಭಾಗಿಗಳಾಗಿದ್ದೇವೆ.

ವಂದನೆಗಳೊಂದಿಗೆ

ಗಿರೀಶ್ ಎನ್, ಮಂಜುನಾಥ್ ಎಸ್ ನೇಕಾರ್ ಮತ್ತು

ಹೆಚ್ ಸಿ ಶ್ರೀಧರ ಚನ್ನಕೇಶವ ರಂಗಾರೆಡ್ಡಿ

ಕೃತಜ್ಞತೆ

1. **ವರದಿಗೆ ಕಾರಣರಾದ** ಡಾ. ಜೆಕಬ್ ರಾಯ್, ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಅಧ್ಯಕ್ಷರು ARDSI ಮತ್ತು ARDSI ತಂಡ.

2. **ಭಾಷಾಂತರಕ್ಕೆ ಪ್ರೇರಣೆ ನೀಡಿದ** ಡಾ. ಪಿ. ಸತೀಶ್ ಚಂದ್ರ, ನಿರ್ದೇಶಕರು/ಉಪಕುಲಪತಿಗಳು, ನಿಮ್ಹಾನ್ಸ್, ಬೆಂಗಳೂರು; ಡಾ. ಮ್ಯಾಥ್ಯೂ ವರ್ಗೀಸ್, ಮನೋರೋಗ ಶಾಸ್ತ್ರ ವಿಭಾಗ ಪ್ರಾಧ್ಯಾಪಕರು; ಡಾ. ಶ್ರೀಕಲಾ ಭರತ್, ಮನೋರೋಗ ಶಾಸ್ತ್ರ ವಿಭಾಗ ಪ್ರಾಧ್ಯಾಪಕರು, ನಿಮ್ಹಾನ್ಸ್, ಬೆಂಗಳೂರು.

3. **ಕರಡನ್ನು ತಿದ್ದಿ ಪರಿಷ್ಕರಿಸಿ ಬೆನ್ನು ತಟ್ಟಿದ** ಡಾ. ಸಿ.ಆರ್. ಚಂದ್ರಶೇಖರ್, ಪ್ರಾಧ್ಯಾಪಕರು, ಮನೋರೋಗ ಶಾಸ್ತ್ರ ವಿಭಾಗ, ನಿಮ್ಹಾನ್ಸ್, ಬೆಂಗಳೂರು.

4. **ಸಹಕರಿಸಿ ನಲ್ನುಡಿಯಿತ್ತ** ಶ್ರೀ ಕೆ.ಎಲ್. ಗೋಪಾಲ ಕೃಷ್ಣರಾವ್, ಮುಖ್ಯ ಸಂಪಾದಕರು, ನವಕರ್ನಾಟಕ ವಿಜ್ಞಾನ–ತಂತ್ರಜ್ಞಾನ ಪದಸಂಪದ ಮತ್ತು ಡಾ. ಎನ್. ಗೋಪಾಲಕೃಷ್ಣ, ಉಪಸಂಪಾದಕರು (ನಿವೃತ್ತ) ಪ್ರಕಟಣ ವಿಭಾಗ, ನಿಮ್ಹಾನ್ಸ್, ಬೆಂಗಳೂರು.

5. **ಪ್ರೋತ್ಸಾಹಿಸಿ ಮಾರ್ಗೋಪಾಯ ಸೂಚಿಸಿದ** ಡಾ. ಜಿ. ಗುರುರಾಜ್, ಪ್ರಾಧ್ಯಾಪಕರು ಹಾಗೂ ಮುಖ್ಯಸ್ಥರು, ಎಪಿಡೆಮಿಯಾಲಜಿ ವಿಭಾಗ, ನಿಮ್ಹಾನ್ಸ್, ಬೆಂಗಳೂರು; ಡಾ. ದತ್ತಾತ್ರೇಯ ಬಂಟ್, ಅಧ್ಯಾಪಕರು ಹಾಗೂ ಮುಖ್ಯಸ್ಥರು, ಸಮುದಾಯ ಆರೋಗ್ಯ ವಿಭಾಗ, ಕರ್ನಾಟಕ ವೈದ್ಯಕೀಯ ವಿದ್ಯಾಲಯ, ಹುಬ್ಬಳ್ಳಿ.; ಡಾ. ಕೆ. ಹೇಮಲತಾ, ಪ್ರಾಧ್ಯಾಪಕರು, ಸಮಾಜ ಕಾರ್ಯ ವಿಭಾಗ, ಕ್ರೈಸ್ಟ್ ಯೂನಿವರ್ಸಿಟಿ, ಬೆಂಗಳೂರು.

6. ಡಾ. ಹೆಚ್.ಎಸ್. ಸಿದ್ಧಮಲ್ಲಯ್ಯ, ಗ್ರಂಥಾಲಯ ಮತ್ತು ಮಾಹಿತಿ ಅಧಿಕಾರಿಗಳು, ನಿಮ್ಹಾನ್ಸ್, ಬೆಂಗಳೂರು.

7. ಬೆರಳಚ್ಚು ಮಾಡಿದ ಶೃತಿ, ಮಹಿಳಾ ಮತ್ತು ಮಕ್ಕಳ ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಇಲಾಖೆ, ಕರ್ನಾಟಕ ಸರ್ಕಾರ; ಪುಟ ವಿನ್ಯಾಸ: ಅದಿತಿ ಎಂಟರ್‌ಪ್ರೈಸಸ್, ಮುಖಪುಟ ವಿನ್ಯಾಸ: ರಾಜೀವ್, ನಿಮ್ಹಾನ್ಸ್, ಬೆಂಗಳೂರು

8. ಶ್ರೀ ಮಂಜುನಾಥ್ ಮತ್ತು ಶ್ರೀ ಲೋಕೇಶ್, ಎಪಿಡೆಮಿಯಾಲಜಿ ವಿಭಾಗ, ನಿಮ್ಹಾನ್ಸ್, ಬೆಂಗಳೂರು.

ಭಾರತದಲ್ಲಿ ಡಿಮೆನ್ಷಿಯಾ

ಹೆಚ್ಚುತ್ತಿರುವ ವೃದ್ಧರ ಸಂಖ್ಯೆ ಒಂದು ಜಾಗತಿಕ ಸಂಗತಿ; ಏಶಿಯಾ, ಲ್ಯಾಟಿನ್ ಅಮೇರಿಕಾ ಮತ್ತು ಆಫ್ರಿಕಾದಂತಹ ಕಡಿಮೆ ಆದಾಯ ದೇಶಗಳಲ್ಲಿ ಇದು ತೀವ್ರಗತಿಯಲ್ಲಿ ಏರುತ್ತಿದೆ. ಭಾರತದಲ್ಲೂ ಜನಸಂಖ್ಯೆ ಬಹುಬೇಗ ಸ್ಥಿತ್ಯಂತರವಾಗುತ್ತಿದ್ದು, ಮುಂಬರುವ ದಿನಗಳಲ್ಲಿ ಹಿರಿಯ ನಾಗರಿಕರ ಸಂಖ್ಯೆ ಗಮನಾರ್ಹವಾಗಿ ಹೆಚ್ಚಾಗಲಿದೆ. ಆರ್ಥಿಕ ಅಭಿವೃದ್ಧಿ, ತೀವ್ರಗತಿಯ ಸಾಮಾಜಿಕ ಪುನರ್ರಚನೆಯ ಜೊತೆ ಜೊತೆಯಲ್ಲಿಯೇ ಜನಸಂಖ್ಯಾ ಸಂರಚನೆಯಲ್ಲಿನ ಸ್ಥಿತ್ಯಂತರವು ನಡೆಯುತ್ತಿದೆಯೆನ್ನುವುದು ಗಮನಾರ್ಹ ಸಂಗತಿ. ಈ ಎಲ್ಲಾ ಬದಲಾವಣೆಗಳ ಮಧ್ಯೆ, ವಯೋವೃದ್ಧರ ಅಗತ್ಯಗಳ ಪೂರೈಕೆ ನಿಜಕ್ಕೂ ಒಂದು ಸವಾಲೇ ಸರಿ, ಆದರೆ, ಇದು ಅವರ ತುರ್ತು ಅಗತ್ಯವೆಂಬುದನ್ನು ಮರೆಯುವಂತಿಲ್ಲ.

2001ರ ಜನಗಣತಿಯ ಪ್ರಕಾರ ಭಾರತದಲ್ಲಿ 60 ವರ್ಷಕ್ಕಿಂತಲೂ ಹೆಚ್ಚಿನ ವಯೋಮಾನದ ಹಿರಿಯನಾಗರಿಕರ ಸಂಖ್ಯೆ ಸುಮಾರು 70 ಮಿಲಿಯನ್‌ಗಿಂತಲೂ ಜಾಸ್ತಿ; ಜನಸಂಖ್ಯೆಯ ಶೇ 7.5 ರಷ್ಟಿರುವ ಹಿರಿಯನಾಗರಿಕರು ಮುಂಬರುವ ದಶಕಗಳಲ್ಲಿ ದುಪ್ಪಟ್ಟು ಏರಿಕೆಯಾಗುವ ಸಾಧ್ಯತೆಯಿದೆ. ವೃದ್ಧರ ಸಂಖ್ಯೆಯ ಏರಿಕೆಯ ಜೊತೆಯಲ್ಲಿಯೇ ಡಿಮೆನ್ಷಿಯಾ ಸಮಸ್ಯೆಯೂ ಹೆಚ್ಚುತ್ತದೆ; ಡಿಮೆನ್ಷಿಯಾ ಇರುವ ವ್ಯಕ್ತಿಗಳ ಸಂಖ್ಯೆ ಪ್ರತಿ ಐದು ವರ್ಷದಲ್ಲಿ ದ್ವಿಗುಣಗೊಳ್ಳುತ್ತದೆ, ಹಾಗಾಗಿ ಮುಂಬರುವ ದಿನಗಳಲ್ಲಿ ಭಾರತವು ಅತ್ಯಂತ ಹೆಚ್ಚು ಡಿಮೆನ್ಷಿಯಾ ಸಮಸ್ಯೆಯುಳ್ಳ ದೇಶವಾಗಲಿದೆ — ಇದು ಆಘಾತಕಾರಿ ಬೆಳವಣಿಗೆ ಎನ್ನಬಹುದಾಗಿದೆ. ಡಿಮೆನ್ಷಿಯಾ ತೊಂದರೆಯನ್ನು ಹೊಂದಿರುವವರ ಪಾಲನೆ ಮತ್ತು ಪೋಷಣೆಯು ನಿಜಕ್ಕೂ ಒಂದು ಸವಾಲು ಎನ್ನುವ ಅರಿವು ಈಚೆಗೆ ಮೂಡುತ್ತಿರುವುದು ಸಮಾಧಾನ ಸಂಗತಿ. ಆಲ್ಜೈಮರ್ಸ್ ಡಿಮೆನ್ಷಿಯಾ ಅಂಡ್ ರಿಲೇಟೆಡ್ ಡಿಸಾರ್ಡರ್ಸ ಸೊಸೈಟಿ ಆಫ್ ಇಂಡಿಯಾ (ARDSI) ಸಂಸ್ಥೆಯು 1993ರಿಂದ ಈ ಕುರಿತಾಗಿ ಜನಜಾಗೃತಿ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳನ್ನು ನಡೆಸಿಕೊಂಡು ಬಂದಿದ್ದು, ಡಿಮೆನ್ಷಿಯಾ ಸಮಸ್ಯೆ – ಸವಾಲುಗಳ ಬಗ್ಗೆ ಭಾರತದಲ್ಲಿ ಅರಿವು ಮೂಡಿಸಲು ಶ್ರಮಿಸುತ್ತಿದೆ. ಆಲ್ಜೈಮರ್ಸ್ ಡಿಸೀಸ್ ಇಂಟರ್‌ನ್ಯಾಶನಲ್ (ADI) ಒಂದು ಅಂತರರಾಷ್ಟೀಯ ಸಂಸ್ಥೆಯಾಗಿದ್ದು ಇತರ ರಾಷ್ಟ್ರಗಳ ಡಿಮೆನ್ಷಿಯಾ ಕುರಿತಾಗಿ ಕಾರ್ಯನಿರ್ವಹಿಸುವ ಸಂಸ್ಥೆ – ಸಂಘಟನೆಗಳೊಂದಿಗೆ ಕಾರ್ಯನಿರ್ವಹಿಸುತ್ತಿದೆ. ಸಹಯೋಗದೊಂದಿಗೆ ಡಿಮೆನ್ಷಿಯಾ ಕುರಿತಾದ ಜಾಗೃತಿಯನ್ನು ಮೂಡಿಸುವ ಜೊತೆ ಜೊತೆಗೆ ಡಿಮೆನ್ಷಿಯಾ ಇರುವ ವ್ಯಕ್ತಿಯ ಪಾಲನೆ, ಅವರ ಹಕ್ಕುಗಳು ಮತ್ತು ಅವರ ಕುಟುಂಬಗಳಿಗಾಗಿ ಅಗತ್ಯ ಸೇವಾ ಸೌಲಭ್ಯ ಒದಗಿಸುವ ನಿಟ್ಟಿನಲ್ಲಿ ನಿರಂತರವಾಗಿ ಕಾರ್ಯೋನ್ಮುಖವಾಗಿದೆ.

ಡಿಮೆನ್ಷಿಯಾ, ಆಲ್ಜೈಮರ್ಸ್, ಮರೆಗುಳಿತನ ಮತ್ತು ನೆನಪಿನಶಕ್ತಿಯ ಕ್ಷೀಣತೆ ಮುಂತಾದ ಪದಗಳು ಇತ್ತೀಚೆಗೆ ಸಾಮಾನ್ಯ ಜನರಲ್ಲಿ ಹೆಚ್ಚು ಪರಿಚಿತಗೊಳ್ಳುತ್ತಿದೆ; ಸಮಸ್ಯೆಯ ತೀವ್ರತೆಯನ್ನು

ಅರ್ಥಮಾಡಿಕೊಳ್ಳುವ ವಾತಾವರಣ ನಿರ್ಮಾಣವಾಗಿದೆ. ಇಷ್ಟೆಲ್ಲಾ ಆದರೂ ಡಿಮೆನ್ಷಿಯಾ ಭಾರತದಲ್ಲಿ ಬಹುತೇಕ ಗುಪ್ತ ಸಮಸ್ಯೆಯಾಗಿಯೇ ಉಳಿದಿದೆ; ಬಡತನ ಮತ್ತು ಅನಕ್ಷರತೆಯ ಪ್ರಮಾಣ ಹೆಚ್ಚಾಗಿರುವ ಹಿಂದುಳಿದ ಭಾಗಗಳಲ್ಲಿ ಈ ಸಮಸ್ಯೆ ಬಹಳಷ್ಟು ಗಂಭೀರವಾಗಿಯೇ ಉಳಿದಿದೆ.

ಡಿಮೆನ್ಷಿಯಾ ಮತ್ತು ಅದರ ನಿರ್ವಹಣೆ

ಡಿಮೆನ್ಷಿಯಾ ಒಂದು ದೀರ್ಘಕಾಲೀನ ಸಮಸ್ಯೆ. ಇಳಿಮುಖವಾಗುತ್ತಿರುವ ಸ್ಮರಣಶಕ್ತಿ, ಬುದ್ಧಿಶಕ್ತಿ, ಕಲಿಕೆ, ಕ್ರಿಯಾಶೀಲತೆ, ಭಾಷಾಸಾಮರ್ಥ್ಯ ಮತ್ತು ಗ್ರಹಿಕೆ ಹಾಗೂ ಕ್ಷೀಣಿಸಿದ ನಿರ್ಧಾರ– ವಿವೇಚನಾಶಕ್ತಿ — ಇವು ಸಾಮಾನ್ಯ ಲಕ್ಷಣಗಳು. ಇದು ಹೆಚ್ಚಾಗಿ ವೃದ್ಧರಲ್ಲಿ ಕಂಡು ಬರುವ ಸಮಸ್ಯೆ. ಡಿಮೆನ್ಷಿಯಾ 65ನೇ ವಯೋಮಾನಕ್ಕೂ ಮೊದಲು ಕೇವಲ ಶೇ 2ರಷ್ಟು ಪ್ರಮಾಣದಲ್ಲಿ ಮಾತ್ರ ಕಂಡು ಬರುತ್ತದೆ. ಜೀವನದ ಸಂಧ್ಯಾಕಾಲದಲ್ಲಿನ ಅನೇಕ ಸಮಸ್ಯೆ ಮತ್ತು ದೌರ್ಬಲ್ಯಗಳಿಗೆ ಮನೋವೈಕಲ್ಯ ಒಂದು ಪ್ರಮುಖ ಕಾರಣವಾಗಿದೆ.

ಮೆದುಳು ರೋಗವಿಜ್ಞಾನ ಮತ್ತು ಡಿಮೆನ್ಷಿಯಾ ಲಕ್ಷಣಗಳ ನಡುವಿನ ಸಂಬಂಧ

ಡಿಮೆನ್ಷಿಯಾ ಲಕ್ಷಣವು ಮೆದುಳು ಮತ್ತು ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ಇನ್ನಿತರ ಅನೇಕ ಕಾರಣ– ಖಾಯಿಲೆಗಳೊಂದಿಗೆ ಬೆಸೆದುಕೊಂಡಿದೆ. ಶೇ 90ರಷ್ಟು ಆಲ್ಝೈಮರ್ಸ್ ಖಾಯಿಲೆ, ರಕ್ತನಾಳ ಸಂಬಂಧಿತ ಡಿಮೆನ್ಷಿಯಾ, ಲುಯಿ ಬಾಡಿ ಡಿಮೆನ್ಷಿಯಾ ಮತ್ತು ಫ್ರಾನ್ಟೋ–ಟೆಂಪೋರಲ್ ಡಿಮೆನ್ಷಿಯಾಗಳು. ಇವು ಅವನತಿ ಹೊಂದುವ ಮಿದುಳಿನ ರೋಗವಾಗಿದ್ದು ಇದರ ನಿರಂತರ ಕುಸಿತವನ್ನು ಬದಲಿಸುವುದು ಸಾಧ್ಯವಿಲ್ಲ. ಆದಗ್ಯೂ ಕ್ಷೀಣಿಸುತ್ತಿರುವ ಲಕ್ಷಣಗಳಿಗೆ ಕ್ಲಪ್ತ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಮತ್ತು ಸೂಕ್ತ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ಅಗತ್ಯ ನೆರವು ಒದಗಿಸುವುದರಿಂದ ಸಮಸ್ಯೆ ಉಲ್ಬಣಗೊಳ್ಳುವುದನ್ನು ಮುಂದೂಡಬಹುದು ಮತ್ತು ಕಿರಿಕಿರಿಯ ನಡವಳಿಕೆ ಲಕ್ಷಣಗಳನ್ನು ಸ್ವಲ್ಪಮಟ್ಟಿಗೆ ಸುಧಾರಿಸಬಹುದಾಗಿದೆ. ದೀರ್ಘಕಾಲಿಕ ಸೋಂಕು, ಮಿದುಳಿನ ಗಡ್ಡೆ, ಥೈರಾಯ್ಡ ಖಾಯಿಲೆ (Hyperthyroidism), ಮಿದುಳಿನಲ್ಲಿ ರಕ್ತ ಹೆಪ್ಪುಗಟ್ಟುವಿಕೆ (subarachnoid haemorrhage), ಸಾಮಾನ್ಯ ಒತ್ತಡದ ಹೈಡ್ರೋಸೆಫಲಸ್ (ತಲೆಯಲ್ಲಿ ನೀರು ತುಂಬುಕೊಳ್ಳುವಿಕೆ), ಉಪಾಪಚಯ (metabolic problems) ಮತ್ತು ಜೀವವಿಷಾಣು ತೊಂದರೆಗಳು, ವಿಟಮಿನ್ ಬಿ 12 ಮತ್ತು ಫೋಲಿಕ್ ಆಸಿಡ್ ಕೊರತೆ – ಇವು ಡಿಮೆನ್ಷಿಯಾದ ಕೆಲವು ಅಪರೂಪದ ಕಾರಣಗಳು. ಮುಂಚಿತವಾಗಿಯೇ ಗುರುತಿಸುವುದರಿಂದ, ಇವುಗಳಲ್ಲಿನ ಬಹುತೇಕ ಸಮಸ್ಯಗಳಿಗೆ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಅಥವಾ ಶಸ್ತ್ರ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ನೆರವನ್ನು ನೀಡಬಹುದಾಗಿದೆ. ಇದಕ್ಕೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ಲಕ್ಷಣಗಳು ಮತ್ತು ನರರೋಗನಿದಾನ ವಿಧಾನಗಳನ್ನು ಈ ಕೆಳಗೆ ಕ್ರೋಢೀಕರಿಸಲಾಗಿದೆ.

ಡಿಮೆನ್ಷಿಯಾ ಪ್ರಬೇಧಗಳು	ಆರಂಭಿಕ ಲಕ್ಷಣಗಳು	ಪ್ರಮಾಣ
ಆಲ್ಝೈಮರ್ಸ್ ಡಿಮೆನ್ಷಿಯಾ	ಸ್ಮರಣೆ ಶಕ್ತಿಯಲ್ಲಿ ಕ್ಷೀಣತೆ, ಭಾವನಾರಹಿತ್ಯ ಮತ್ತು ಖಿನ್ನತೆ ನಿಧಾನಗತಿಯ ಪ್ರಗತಿ	50–75%
ರಕ್ತ ನಾಳ ಸಂಬಂಧಿ ಡಿಮೆನ್ಷಿಯಾ	ಆಲ್ಝೈಮರ್ಸ್ ಡಿಮೆನ್ಷಿಯಾದಂತೆಯೇ ಲಕ್ಷಣಗಳಿದ್ದು ಆದರೆ ನೆನಪಿನ ಬಾಧೆ ಅಷ್ಟು ಇರುವುದಿಲ್ಲ. ಚಿತ್ತ ಚಂಚಲತೆ ಪ್ರಮುಖವಾಗಿದ್ದು ದೈಹಿಕ ದೌರ್ಬಲ್ಯ ಕ್ರಮೇಣ ಜಾಸ್ತಿಯಾಗುವುದು.	20–30%
ಲುಯಿ ಬಾಡಿಯ ಡಿಮೆನ್ಷಿಯಾ (ಡಿಎಲ್‌ಬಿ)	ಬೌಧಿಕ ಗ್ರಹಣ ಸಾಮರ್ಥ್ಯದಲ್ಲಿ ಗಮನಾರ್ಹ ಏರಿಳಿತ, ದೃಷ್ಟಿ ಭ್ರಾಂತಿ, ಪಾರ್ಕಿನ್‌ಸನಿಸಂ (ನಡುಕ ಮತ್ತು ಸೆಟೆಯುವಿಕೆ)	<5%
ಫ್ರಾನ್ಟೊ–ಟೆಂಪೋರಲ್ ಡಿಮೆನ್ಷಿಯಾ	ವ್ಯಕ್ತಿತ್ವದಲ್ಲಿ ಬದಲಾವಣೆ, ಚಿತ್ತ ಚಂಚಲತೆ ನಿಸ್ಸಂಕೋಚ ಪ್ರವೃತ್ತಿ ಮತ್ತು ಭಾಷಾ ತೊಡುಕು.	5–10%

ಡಿಮೆನ್ಷಿಯಾದಲ್ಲಿ ನಡೆವಳಿಕೆ ಮತ್ತು ಮಾನಸಿಕ ಲಕ್ಷಣಗಳ ಮಹತ್ವ: ವೈದ್ಯರು ಡಿಮೆನ್ಷಿಯಾ ರೋಗನಿಧಾನ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ ವ್ಯಕ್ತಿಯ ಸ್ಮರಣ ದೋಷ, ಬೌಧಿಕ ಗ್ರಹಣ ಸಾಮರ್ಥ್ಯ, ಸ್ವತಂತ್ರ ಜೀವನ ನಿರ್ವಹಣಾ ಕೌಶಲ್ಯಗಳ ಸಾಮರ್ಥ್ಯಗಳನ್ನು ಗುರುತಿಸಿ ಡಿಮೆನ್ಷಿಯಾದ ABC ಲಕ್ಷಣಗಳತ್ತ ಗಮನಹರಿಸುತ್ತಾರೆ: ದೈನಂದಿನ ಜೀವನದ ಚಟುವಟಿಕೆಗಳು (ADL - Activities of Daily Living) ಡಿಮೆನ್ಷಿಯಾದವರಲ್ಲಿನ ವರ್ತನೆ ಮತ್ತು ಮನೋವೈಜ್ಞಾನಕ ಲರ್ಕ್ಷಣಗಳು (BPSD - Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia) ಬೌಧಿಕ ಗ್ರಹಣ ಮತ್ತು ನೆನಪು/ಸ್ಮರಣ ದೋಷ (CMS - Cognitive and Memory Symptoms). ಡಿಮೆನ್ಷಿಯಾ ಸಂಬಂಧಿತ ವರ್ತನೆ ಮತ್ತು ಮನೋವೈಜ್ಞಾನಿಕ ಲಕ್ಷಣಗಳು ಮತ್ತು ದೈನಂದಿನ ಜೀವನ ಚಟುವಟಿಕೆ ಸಾಧಿಸುವಲ್ಲಿನ ತೊಂದರೆಗಳು, ಇವು ಡಿಮೆನ್ಷಿಯಾ ಇರುವವರಿಗೆ ಹಾಗೂ ಅವರ ಕುಟುಂಬ / ನೋಡಿಕೊಳ್ಳುವವರಿಗೆ ಹೊರೆಯಾಗಿ ತ್ರಾಸವಾಗುವುದು ಅಷ್ಟೇ ಅಲ್ಲಾ ಜೀವನದ ಗುಣಮಟ್ಟದ ಮೇಲೂ ಅಪಾರ ಪರಿಣಾಮ ಬೀರುತ್ತದೆ. ಸಮಸ್ಯೆ / ತೊಂದರೆ ಉಂಟು ಮಾಡುವ ವರ್ತನೆಗಳೆಂದರೆ ಕ್ಷೋಭೆ, ಉದ್ವೇಗ, ಆಕ್ರಮಣ ಪ್ರವೃತ್ತಿ, ನಿದ್ರಾಭಂಗ, ಅಂಡಲೆದಾಟ, ಭಾವನಾರಹಿತತೆ, ವ್ಯಾಕುಲತೆ, ಖಿನ್ನತೆ, ಭ್ರಮೆ ಮತ್ತು ಭ್ರಾಂತಿ ಮುಂತಾದುವು. ಈ ವರ್ತನೆಗಳು (BPSD) ಡಿಮೆನ್ಷಿಯಾ ಖಾಯಿಲೆಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ್ದು ಮತ್ತು ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ಡಿಮೆನ್ಷಿಯಾದ ಮಧ್ಯಾವಧಿಯಲ್ಲಿ ಸಂಭವಿಸುತ್ತದೆ. ಕುಟುಂಬದವರು ಮತ್ತು ಸುತ್ತಲಿನವರು, ಈ ವರ್ತನೆಗಳನ್ನು ಉದ್ದೇಶಪೂರ್ವಕವೆಂದು ತಪ್ಪಾಗಿ ತಿಳಿಯುತ್ತಾರೆ.

ಡಿಮೆನ್ಷಿಯಾ ಗತಿ–ವಿಧಾನ ಮತ್ತು ಪರಿಣಾಮ: ಡಿಮೆನ್ಷಿಯಾ ಪ್ರತಿವ್ಯಕ್ತಿಯಲ್ಲೂ ವಿಭಿನ್ನ ಪರಿಣಾಮವನ್ನು ಉಂಡುಮಾಡುತ್ತದೆ: ವ್ಯಕ್ತಿಯ ಡಿಮೆನ್ಷಿಯಾಗೂ ಮೊದಲಿನ ಸ್ಥಿತಿ, ಜೀವನ ಶೈಲಿ, ವ್ಯಕ್ತಿತ್ವ, ಸಂಬಂಧಗಳು ಮತ್ತು ದೈಹಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಮುಂತಾದುವುಗಳ ಮೇಲೆ ಅವಲಂಬಿಸಿರುತ್ತದೆ.

ಡಿಮೆನ್ಷಿಯಾ ಸಮಸ್ಯೆಗಳನ್ನು ಪ್ರಮುಖವಾಗಿ 3 ಹಂತಗಳಲ್ಲಿ ಗ್ರಹಿಸಬಹುದು. ಪ್ರತಿ ಹಂತದ ಕಾಲಾವಧಿಯನ್ನು ಸೂಚಕವಾಗಿ ಪರಿಗಣಿಸಬೇಕು, ಕೆಲವರಲ್ಲಿ ಅದು ತೀವ್ರಗತಿಯಲ್ಲಿ ತೋರಬಹುದು ಇತರರಲ್ಲಿ ಬಹಳ ನಿಧಾನವಾಗಿ ಉಂಟಾಗಬಹುದು.

ಆರಂಭಿಕ ಹಂತ (ಮೊದಲ 1 ಅಥವಾ 2 ವರ್ಷಗಳು): ಈ ಹಂತ ಅಷ್ಟಾಗಿ ಗಮನಕ್ಕೆ ಬರುವುದಿಲ್ಲ ಅಥವಾ ಬಹಳಷ್ಟು ಸಂದರ್ಭಗಳಲ್ಲಿ ನಿರ್ಲಕ್ಷ್ಯಕ್ಕೊಳಗಾಗಬಹುದು. ಸಂಬಂಧಿಕರು / ಸ್ನೇಹಿತರು (ಕೆಲವೊಮ್ಮ ವೃತ್ತಿ ಪರರೂ ಸಹ) ಈ ಹಂತದ ಲಕ್ಷಣಗಳನ್ನು ವೃದ್ಧಾಪ್ಯದ ಸಾಮಾನ್ಯ ಲಕ್ಷಣಗಳೆಂದು ತಿಳಿಯುತ್ತಾರೆ. ರೋಗ ತೀವ್ರತೆ ಕ್ರಮೇಣ ಹೆಚ್ಚಾಗುವುದರಿಂದ, ಯಾವಾಗ ಅದು ಆರಂಭವಾಯಿತೆಂದು ಸ್ಪಷ್ಟವಾಗಿ ತಿಳಿಯುವುದು ಸಾಧ್ಯವಾಗುವುದಿಲ್ಲ. ವ್ಯಕ್ತಿಗೆ ಮಾತಾಡಲು ತೊಂದರೆ (ಭಾಷಾ ಸಮಸ್ಯೆ), ಪರಿಚಿತ ಸ್ಥಳಗಳಲ್ಲೇ ಕಳೆದು ಹೋಗುವುದು, ನಿರ್ಧಾರ ಕೈಗೊಳ್ಳುವಲ್ಲಿ ವೈಫಲ್ಯ, ಚಿತ್ತ ಚಂಚಲತೆ, ಖಿನ್ನತೆ, ವ್ಯಾಕುಲತೆ, ಜೊತೆಗೆ ದೈನಂದಿನ ಚಟುವಟಿಕೆ ಮತ್ತು ಹವ್ಯಾಸಗಳಲ್ಲೂ ನಿರಾಸಕ್ತರಾಗಬಹುದು.

ಮಧ್ಯಮ ಹಂತ (2 ರಿಂದ 4 ಅಥವಾ 5 ವರ್ಷಗಳು): ರೋಗವು ಉಲ್ಬಣಗೊಂಡಂತೆ ಸಮಸ್ಯೆಗಳು ಸ್ಪಷ್ಟವಾಗಿ ತೊಡಕುಗಳು ಹೆಚ್ಚಾಗುತ್ತವೆ. ಡಿಮೆನ್ಷಿಯಾ ವ್ಯಕ್ತಿಯ ದೈನಂದಿನ ಚಟುವಟಿಕೆಗಳನ್ನು ಮಾಡಲು ತೊಂದರೆಯಾಗಿ, ಕುಟುಂಬ ಅಥವಾ ಇನ್ನಿತರರ ಮೇಲೆ ಕೆಲವೊಮ್ಮೆ ಸಂಪೂರ್ಣವಾಗಿ ಅವಲಂಬಿಸಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ. ವೈಯಕ್ತಿಕ ಸ್ವಚ್ಛತೆ, ಸ್ನಾನ ಮಾಡಲು, ಮಲ–ಮೂತ್ರ ವಿಸರ್ಜನೆ ಮತ್ತು ಬಟ್ಟೆ ಧರಿಸುವುದು ಮುಂತಾದ ದಿನನಿತ್ಯದ ಹಲವು ವಿಷಯಗಳಲ್ಲಿ ಮತ್ತೊಬ್ಬರ ಸಹಾಯ ಬೇಕಾಗಬಹುದು.

ಅಂತಿಮ ಹಂತ (5ನೇ ವರ್ಷ ಮತ್ತು ಆನಂತರ): ಈ ಹಂತ ಸಂಪೂರ್ಣ ಅವಲಂಬನೆ ಮತ್ತು ನಿಷ್ಕ್ರಿಯ ಸ್ಥಿತಿಯದ್ದಾಗಿರುತ್ತದೆ. ನೆನಪಿನ ತೊಂದರೆಗಳು ಬಹಳ ಗಂಭೀರವಾಗಿದ್ದು, ರೋಗದ ಭೌತಿಕ ಸ್ವರೂಪ ಸಂಪೂರ್ಣವಾಗಿ ಗೋಚರಿಸ ತೊಡಗುತ್ತದೆ. ಊಟ ಮಾಡಲು, ಓಡಾಡಲು ತೊಂದರೆ, ಮಲ ಮೂತ್ರ ವಿಸರ್ಜನೆ ನಿಯಂತ್ರಣವಿಲ್ಲದಂತಾಗಿ, ವ್ಯಕ್ತಿ ಗಾಲಿಕುರ್ಚಿ ಇಲ್ಲವೇ ಹಾಸಿಗೆಯಲ್ಲೇ ಕಾಲದೂಡಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ.

ಡಿಮೆನ್ಷಿಯಾ ನಿರ್ವಹಣೆ: ಡಿಮೆನ್ಷಿಯಾ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ಮುಖ್ಯ ಗುರಿಗಳೆಂದರೆ

- ಆರಂಭದಲ್ಲಿಯೇ ರೋಗವನ್ನು ಪತ್ತೆ ಮಾಡುವ ಪ್ರಯತ್ನ
- ದೈಹಿಕ ಆರೋಗ್ಯ, ಭೌದ್ಧಿಕ ಗ್ರಹಣ, ದಿನನಿತ್ಯದ ಚಟುವಟಿಕೆ ಮತ್ತು ಸಾಮರಸ್ಯವನ್ನು ಕಾಪಾಡಿಕೊಳ್ಳುವುದು
- ಡಿಮೆನ್ಷಿಯಾದವರಲ್ಲಿನ ವರ್ತನೆ ಮತ್ತು ಮನೋವೈಜ್ಞಾನಿಕ ಲಕ್ಷಣಗಳನ್ನು ಪತ್ತೆಮಾಡಿ ಸೂಕ್ತ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ನೀಡುವುದು

- ಆರೈಕೆ ಮಾಡುವವರಿಗೆ ಸೂಕ್ತ ತಿಳುವಳಿಕೆ ನೀಡಿ ಅವರಿಗೆ ಸಮಸ್ಯೆಯನ್ನು ನಿಭಾಯಿಸಲು ದೀರ್ಘಕಾಲೀನ ನೆರವನ್ನು ನೀಡುವುದು.

ಪ್ರಸ್ತುತ ರುಜುವಾತಾದ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗಳು

ಡಿಮೆನ್ಷಿಯಾದ ಹಲವು ಲಕ್ಷಣಗಳಿಗೆ ಭಾಗಶಃ ಪರಿಣಾಮಕಾರಿಯಾಗುವ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗಳು ಲಭ್ಯವಿದೆ. ಅಂದರೆ ಈ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಒಂದು ನಿರ್ಧಿಷ್ಟ ಸಮಸ್ಯೆ / ಲಕ್ಷಣಕ್ಕೆ ಉಪಶಮನ ನೀಡುತ್ತಾದರೂ, ಡಿಮೆನ್ಷಿಯಾ ಖಾಯಿಲೆಯ ಗತಿ ಅಥವಾ ಬೆಳವಣಿಗೆಯನ್ನು ಬದಲಾಯಿಸುವುದಿಲ್ಲ. ಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ಮುಖ್ಯ ಉದ್ದೇಶವೆಂದರೆ ಡಿಮೆನ್ಷಿಯಾದ ತುಂಬಾ ತೊಂದರೆ ಕೊಡುವ ಭೌದ್ಧಿಕ, ವರ್ತನೆ ಮತ್ತು ದೈನಂದಿನ ಚಟುವಟಿಕೆಗಳ ಸೂಕ್ತ ನಿರ್ವಹಣೆ. ಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ಎರಡು ಮುಖ್ಯ ಪ್ರಭೇಧಗಳೆಂದರೆ ಔಷಧ ನೀಡುವ ವಿಧಾನ ಮತ್ತು ಮನೋವೈದ್ಯಕೀಯ ಚಿಕಿತ್ಸಾ ವಿಧಾನ.

ಅ) *ಡಿಮೆನ್ಷಿಯಾಗೆ ಔಷಧಗಳು:* ಡಿಮೆನ್ಷಿಯಾ ನಿರ್ವಹಣೆಗೆ ಹಲವಾರು ಔಷಧಿಗಳು ಈಗ ಲಭ್ಯವಿದೆ. ಅವುಗಳಲ್ಲಿ ಡೊನೆಪೆಝಿಲ್, ರಿವಾಸ್ಟಿಗ್‌ಮೀನ್, ಗ್ಯಾಲಮೆಂಟಿನ್ ಮತ್ತು ಮೆಮೆಂಟೀನ್ ಮುಂತಾದವು ಮುಖ್ಯವಾದವು. ಈ ಎಲ್ಲಾ ಔಷಧಿಗಳೂ ಬೇರೆ ದೇಶಗಳಿಗೆ ಹೋಲಿಸಿದರೆ ಭಾರತದಲ್ಲಿ ಕಡಿಮೆ ದರದಲ್ಲಿ ಸಿಗುತ್ತವೆ; ತಿಂಗಳಿಗೆ ₹ 300 ರಿಂದ ₹ 1500 ರಷ್ಟಾಗಬಹುದು. ಈ ಔಷಧಿಗಳು ದುಬಾರಿಯಲ್ಲದ ಕಾರಣ ಇವುಗಳನ್ನು ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯ ಮುಖಾಂತರ ಇತರ ಮಾನಸಿಕ ಖಾಯಿಲೆಗಳ ಔಷಧಿಗಳಂತೆ ಉಚಿತವಾಗಿ ನೀಡುವ ಪ್ರಯತ್ನ ಆಗಬೇಕಿದೆ.

ಆ) *ಮನೋವೈದ್ಯಕೀಯ ಚಿಕಿತ್ಸೆ:* ಭೌದ್ಧಿಕ ಪ್ರಚೋದನೆ ಇಲ್ಲವೆ ಇತರೆ ಮನೋವೈಜ್ಞಾನಿಕ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗಳು ಡಿಮೆನ್ಷಿಯಾದ ಆರಂಭಿಕ ಹಂತದಲ್ಲಿ ಪ್ರಯೋಜನಕಾರಿಯೆಂದು ಸಂಶೋಧನೆಗಳು ಸಾಬೀತುಪಡಿಸಿವೆ. ಆನಂತರದ ಹಂತಗಳಲ್ಲಿ ಭೌದ್ಧಿಕ ಗ್ರಹಣ ಲಕ್ಷಣಗಳಿಗೆ ಇವು ಅಷ್ಟು ಉಪಯೋಗವಾಗುವುದಿಲ್ಲ. ಆರೈಕೆ ಮಾಡುವವರ ಮೇಲಿನ ಹೊರೆ ಕಡಿಮೆ ಮಾಡಲು ಸಾಧ್ಯವಾಗಬಹುದಾದ ಕಡಿಮೆ ವೆಚ್ಚದ ಆರೈಕೆಯ ವಿಧಾನಗಳಿವೆ. ಈ ನಿಟ್ಟಿನಲ್ಲಿ ಜಾಗತಿಕ ಮಟ್ಟದಲ್ಲಿ ವಿಪುಲ ಮಾಹಿತಿ ಲಭ್ಯವಿದ್ದು ಬಹಳಷ್ಟು ಪ್ರಯೋಜನಕಾರಿಯೆಂದು ತಿಳಿದುಬರುತ್ತದೆ.

ಡಿಮೆನ್ಷಿಯಾ ಕಾರಣಗಳು ಮತ್ತು ವಿಪತ್ತುಕಾರಕಗಳು (Risk factors): ಡಿಮೆನ್ಷಿಯಾಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ವಿಪತ್ತುಕಾರಕಗಳನ್ನು ಬದಲಾಯಿಸಬಹುದಾದ ಮತ್ತು ಬದಲಾಯಿಸಲಾಗದವು ಎಂದು ಎರಡು ವಿಧಗಳಾಗಿ ವಿಂಗಡಿಸಬಹುದಾಗಿದೆ. ಈ ಅಂಶಗಳನ್ನು ಅರ್ಥಮಾಡಿಕೊಳ್ಳುವುದು ಚಿಕಿತ್ಸಾ ಕ್ರಮ ಯೋಜಿಸಲು ಅವಶ್ಯಕವಾಗಿದೆ. ಬದಲಾಯಿಸಬಹುದಾದ ವಿಪತ್ತುಕಾರಕಗಳನ್ನು ಅರ್ಥಮಾಡಿಕೊಳ್ಳುವುದರಿಂದ ಪರಿಹಾರ ತಂತ್ರಗಳನ್ನು ನಿರ್ಧರಿಸಲು ಸಹಕಾರಿಯಾಗುತ್ತದೆ. ಬದಲಾಯಿಸಲಾಗದ ವಿಪತ್ತುಕಾರಕಗಳನ್ನು ಅರ್ಥೈಸಿಕೊಳ್ಳುವುದರಿಂದ ಹೆಚ್ಚು ಅಪಾಯ ಸಾಧ್ಯತೆ

ಇರುವ ಗುಂಪನ್ನು ಪತ್ತೆ ಹಚ್ಚಿ ಮತ್ತು ಸಾರ್ವತ್ರಿಕ ಪರಿಹಾರ ತಂತ್ರಗಳು ಲಭ್ಯವಿಲ್ಲದ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ ನಿರ್ದಿಷ್ಟ ಮುಂಜಾಗ್ರತ ಕ್ರಮಗಳನ್ನು ಕೈಗೊಳ್ಳಬಹುದು.

ಬದಲಾಯಿಸಲಾಗದ ವಿಪತ್ತುಕಾರಕಗಳು	ಬದಲಾಯಿಸಬಹುದಾದ ವಿಪತ್ತುಕಾರಕಗಳು
• ವಯಸ್ಸು	• ರಕ್ತನಾಳ ಸಂಬಂಧಿ ಖಾಯಿಲೆ
• ಕೌಟುಂಬಿಕ ಇತಿಹಾಸ	• ಅಧಿಕ ರಕ್ತದೊತ್ತಡ
• ApoE4 allele	• ಮಧುಮೇಹ
• ಲಿಂಗ (ಹೆಂಗಸರು)	• ಡಿಸ್‌ಲಿಪಿಡೇಮಿಯಾ
• ತಲೆಗೆ ಪೆಟ್ಟು	• ಅಪೌಷ್ಟಿಕತೆ (ಬಿ ವಿಟಮಿನ್)
• 1, 14, 21ರ ವಂಶವಾಹಗಳು / ವರ್ಣತಂತ್ರ ಪರಿವರ್ತನೆ	• ಧೂಮಪಾನ
	• ಮದ್ಯಪಾನ
	• ಬೊಜ್ಜು
• Downs Syndrome	• ಆಹಾರ /ಪಥ್ಯ
	• ಖಿನ್ನತೆ

ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಮುಂಜಾಗರೂಕತೆ ದೃಷ್ಟಿಯಿಂದ ವಯಸ್ಸು ಹೆಚ್ಚಾದಂತೆಲ್ಲಾ ಸ್ಮರಣ ಶಕ್ತಿ ಕುಂದಿದೆ / ನೆನಪಿನ ತೊಂದರೆಗಳಿವೆ ಎಂದ ಸಂದರ್ಭಗಳಲ್ಲಿ ವೃದ್ಧಾಪ್ಯದ ಮಾಮೂಲಿ ತೊಂದರೆಗಳೆನ್ನದೆ ಡಿಮೆನ್ಷಿಯಾ ಇಲ್ಲವೆಂದು ಖಾತ್ರಿ ಮಾಡಲು ವೈದ್ಯರು ಮುಂದಾಗಬೇಕು. ಅನುವಂಶಿಕ ಪ್ರಮಾಣವಿದ್ದು ಮತ್ತು ಹತ್ತಿರದ ಸಂಬಂಧಿಕರಲ್ಲಿ (ಕೌಟುಂಬಿಕ ಇತಿಹಾಸ) ಡಿಮೆನ್ಷಿಯಾ (ವಿಶೇಷವಾಗಿ ಶೀಘ್ರ ಪ್ರಾರಂಭದ ಪ್ರಭೇದ) ಇರುವ ಹಿರಿಯ ನಾಗರೀಕರಿಗೆ ಡಿಮೆನ್ಷಿಯಾ ಆಗುವ ಸಾಧ್ಯತೆ ಹೆಚ್ಚಿದೆ. ಇದಲ್ಲದೆ ರಕ್ತನಾಳ ಸಂಬಂಧಿ ಖಾಯಿಲೆ, ಮಧುಮೇಹ, ಧೀರ್ಘಕಾಲಿಕ ಖಿನ್ನತೆ ಮತ್ತು ತಲೆಪೆಟ್ಟಿನಂತಹ ತೊಂದರೆಗೊಳಗಾದವರಿಗೂ ಸಹ ಡಿಮೆನ್ಷಿಯಾ ಬರುವ ಸಾಧ್ಯತೆ ಹೆಚ್ಚಿದ್ದು, ಉಳಿಕೆಯ ಜೀವಿತ ಕಾಲದಲ್ಲಿ ನೆನಪಿನ ಸಮಸ್ಯೆಗಳಿಗಾಗಿ ಪರೀಕ್ಷಿಸಬೇಕಾಗಬಹುದು.

ಹೆಚ್ಚಿನ ಸಂಶೋಧನೆ ಅಗತ್ಯ

ಬಹಳಷ್ಟು ಸಂಶೋಧನೆಯ ಹೊರತಾಗಿಯೂ, ಆಲ್ಜೈಮರ್ಸ್ ಮತ್ತಿತರೆ ಡಿಮೆನ್ಷಿಯಾ ಖಾಯಿಲೆಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ಪರಿಸರ ಮತ್ತು ಜೀವನ ಶೈಲಿ ಕಾರಣಗಳು ಸಾಕಷ್ಟು ತಿಳಿದು ಬಂದಿಲ್ಲ. ಭಾರತದಂತಹ ಮುಂದುವರಿಯುತ್ತಿರುವ ಪ್ರದೇಶಗಳಲ್ಲಿ ಡಿಮೆನ್ಷಿಯಾ ಹೊರೆ (ಮುಂದುವರಿದ ರಾಷ್ಟ್ರಗಳಿಗೆ ಹೋಲಿಸಿದರೆ) ಕಡಿಮೆ ಇದೆ. ಪ್ರಾಯಶ: ಅಗತ್ಯವಿರುವ ವಿಪತ್ತುಕಾರಕಗಳು ಪರಿಸರದಲ್ಲಿ ಇಲ್ಲದೆ ಇರುವುದರಿಂದ. ವ್ಯತಿರಿಕ್ತವಾಗಿ ಕೆಲವು ವಿಪತ್ತುಕಾರಕಗಳು, ಕಡಿಮೆ ಮತ್ತು ಮಧ್ಯಮ ವರಮಾನ ದೇಶಗಳಲ್ಲಿ ಹೆಚ್ಚು ಪ್ರಚಲಿತವಾಗಿದ್ದು, ಮುಂದುವರೆದ ದೇಶಗಳಲ್ಲಿ ಅವುಗಳನ್ನು ಅಭ್ಯಸಿಸಲು

ಸಾಧ್ಯವಾಗದೆ ಹೋಗಿರಬಹುದು. ಉದಾರಹಣೆಗೆ ಪೌಷ್ಟಿಕ ಆಹಾರದ ಕೊರತೆ ಅದರಲ್ಲೂ ಸೂಕ್ಷ್ಮ ಪೌಷ್ಟಿಕಾಂಶಗಳ ಕೊರತೆಯು ಆರ್ಥಿಕವಾಗಿ ಹಿಂದುಳಿದ ಪ್ರದೇಶಗಳಲ್ಲಿ ಮತ್ತು ಬಡತನದೊಂದಿಗೆ ಹೆಚ್ಚಾಗಿ ಗುರುತಿಸಿಬಹುದಾಗಿದೆ. ಇದರಲ್ಲಿ ಫೋಲೇಟ್ (Folate) ಮತ್ತು ವಿಟಮಿನ್ ಬಿ12 ಕೊರತೆಗಳು ಗಮನಾರ್ಹ ಪರಿಣಾಮವನ್ನು ಬೀರಬಹುದಾದ ಅಂಶ. ಏಕೆಂದರೆ ಇವು ರಕ್ತಹೀನತೆ (ಅನೀಮಿಯಾ) ಏರಿದ Homocysteine ಮಟ್ಟ, ಪಾರ್ಶ್ವವಾಯು ಮತ್ತು ಹೃದಯ ರೋಗಗಳಿಗೆ ಸಹಾ ವಿಪತ್ತುಕಾರಕಗಳಾಗಿವೆ.

ಡಿಮೆನ್ಷಿಯಾ ತಡೆಗಟ್ಟಲು ಜನಾರೋಗ್ಯ ಮಾದರಿ

ಡಿಮೆನ್ಷಿಯಾ ತಡೆಯವಲ್ಲಿ ಮುಂಜಾಗ್ರತಾ ಕ್ರಮ ಮತ್ತು ತುರ್ತು ಮಾರ್ಗೋಪಾಯಗಳು ಕಂಡು ಕೊಂಡು, ಜನಾರೋಗ್ಯದ ಮಾದರಿಯನ್ನು ಬಳಸಿಕೊಳ್ಳುವ ಅಗತ್ಯ ಅನಿವಾರ್ಯವಾಗಿದೆ. ದೀರ್ಘಕಾಲೀನ ಖಾಯಿಲೆಗಳಾದ ಅಧಿಕ ರಕ್ತದೊತ್ತಡ, ಮಧುಮೇಹ (Diabetes Mellitus) ಮುಂತಾದವುಗಳ ಅಧ್ಯಯನದಿಂದ ಒಂದು ಮುಖ್ಯ ವಿಷಯ ತಿಳಿದು ಬರುತ್ತದೆ. ರಕ್ತನಾಳ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ತೊಂದರೆಗಳು ಮತ್ತು ಅದರ ವಿಪತ್ತುಕಾರಕಗಳನ್ನು ತಡೆಗಟ್ಟುವ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳಿಂದಾಗಿ ಡಿಮೆನ್ಷಿಯಾವನ್ನು ಸಹ ತಡೆಗಟ್ಟಲು ಸಹಾಯಕವಾಗಬಲ್ಲದು. ಹಾಗಾಗಿ ರೋಗಿಗಳ ಆರೈಕೆಯಲ್ಲಿ ಹೆಚ್ಚಿನ ಸಮನ್ವಯ ಮತ್ತು ದೀರ್ಘಕಾಲಿಕ ರೋಗತಡೆ ಮತ್ತು ನಿರ್ವಹಣಾ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳ ಸಮರ್ಥ ಬಳಕೆಯನ್ನು ಸೂಚಿಸಲಾಗಿದೆ. ವಿಪತ್ತುಕಾರಕಗಳ ಅಧ್ಯಯನ ಮತ್ತು ಅದನ್ನು ಹೆಚ್ಚಾಗಿ ಪತ್ತೆಹಚ್ಚುವ ಮಾರ್ಗೋಪಾಯಗಳು "ನಿಶ್ಯಬ್ದ ಸಾಂಕ್ರಾಮಿಕ"ದಂತೆ ಹರಡುತ್ತಿರುವ ಡಿಮೆನ್ಷಿಯಾ ಸಾಧ್ಯತೆಯನ್ನು ತಡೆಯುವಲ್ಲಿ ಹೆಚ್ಚು ಸಹಾಯಕವಾಗುತ್ತದೆ ಹಾಗಾಗಿ ನಮಗೆ ಒಗ್ಗುವ, ಭಾರತಕ್ಕೆ ಸರಿಹೊಂದುವ ಸಂಶೋಧನೆ ಕೈಗೊಳ್ಳುವ ಸಾಮರ್ಥ್ಯವನ್ನು ರೂಢಿಸಬೇಕು.

ಡಿಮೆನ್ಷಿಯಾ ಕುರಿತಾದ ಜಾಗೃತಿ

ಎಲ್ಲೆಲ್ಲಿ ವ್ಯವಸ್ಥಿತ ಸಂಶೋಧನೆ ಕೈಗೊಂಡಿದ್ದಾರೊ, ಆ ಎಲ್ಲಾ ದೇಶ, ಸಂಸ್ಕೃತಿ ಮತ್ತು ವಿವಿಧ ಜನಾಂಗಗಳಲ್ಲಿ ಡಿಮೆನ್ಷಿಯಾ ಸಮಸ್ಯೆ ಗಮನಾರ್ಹವಾಗಿರುವುದೆಂದು ತಿಳಿದುಬಂದಿದೆ. ಆದರೂ ಈ ಸಮಸ್ಯೆ ಕುರಿತಾದ ಅರಿವಿನ ಪ್ರಮಾಣ ದೇಶದಿಂದ ದೇಶಕ್ಕೆ, ಅಷ್ಟೇ ಏಕೆ ಒಂದೆ ದೇಶದಲ್ಲಿ ಪ್ರದೇಶದಿಂದ ಪ್ರದೇಶಕ್ಕೆ ಅಗಾಧವಾದ ವ್ಯತ್ಯಾಸವಿದೆ. ಭಾರತದಲ್ಲಂತೂ, ಡಿಮೆನ್ಷಿಯಾ ಬಗೆಗಿನ ಅರಿವು ಬಹಳ ಕಡಿಮೆ ಇದೆ. ಡಿಮೆನ್ಷಿಯಾ ಒಂದು ಮೆದುಳಿನ ಖಾಯಿಲೆ ಅಥವಾ ಇನ್ಯಾವುದೇ ದೈಹಿಕ ರೋಗದಂತೆ ಎಂಬ ಅರಿವು ಇಲ್ಲ ಎನ್ನಬಹುದು. ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆ ಸ್ಥಾಯಿಯಲ್ಲಿ ವೈದ್ಯರುಗಳು ಡಿಮೆನ್ಷಿಯಾ ಕಾಣುವುದೇ ಇಲ್ಲಾ ಏಕೆಂದರೆ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವಾ ವೃತ್ತಿಪರರಿಗೆ ಡಿಮೆನ್ಷಿಯಾ ಪತ್ತೆ ಮಾಡುವುದು, ಅದರ ನಿರ್ವಹಣೆ ಕುರಿತಾಗಿ ತರಬೇತಿಯಲ್ಲಿ ಒತ್ತು ನೀಡಲಾಗುತ್ತಿಲ್ಲ ಎನ್ನಬಹುದು. ಅಲ್ಲದೆ ಸಮೂಹ ಮಾಧ್ಯಮಗಳ ಆಸಕ್ತಿಯೂ ತೀರಾ ಕಡಿಮೆ. ಹೀಗೆ, ಸಾರ್ವತ್ರಿಕ ಜಾಗೃತಿ ಅರಿವಿನ ಕೊರತೆಯಿಂದಾಗಿ ಡಿಮೆನ್ಷಿಯಾ ಸಮಸ್ಯೆ ಇರುವ

ಕುಟುಂಬಗಳು ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆ ಪಡೆಯುವುದಿಲ್ಲಾ ಮತ್ತು ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆ ಡಿಮೆನ್ಷಿಯಾವನ್ನು ಒಂದು ಸಮಸ್ಯೆ ಎಂದು ಪರಿಗಣಿಸುವುದಿಲ್ಲಾ.

ಡಿಮೆನ್ಷಿಯಾ ಕುರಿತಾದ ಅರಿವು ಹೆಚ್ಚಿಸುವಲ್ಲಿನ ಕಾರ್ಯಯೋಜನೆಗಳು

ಮುಂದುವರಿದ ದೇಶಗಳಲ್ಲಿ ಸಮೂಹ ಮಾಧ್ಯಮಗಳ ಮಹತ್ವಪೂರ್ಣ ಪಾತ್ರದಿಂದಾಗಿ ಡಿಮೆನ್ಷಿಯಾ ಕುರಿತಾದ ಜಾಗೃತಿ ತ್ವರಿತಗತಿಯಲ್ಲಿ ಹೆಚ್ಚಾಗುತ್ತಿದೆ. ಯುನೈಟೆಡ್ ಕಿಂಗ್‌ಡಮ್ ಮತ್ತು ಆಸ್ಟ್ರೇಲಿಯಾ ಆಲ್ಝೈಮರ್ಸ್ ಅಸೋಸಿಯೇಶನ್‌ನ ಇತ್ತೀಚಿನ ಸಾಕ್ಷ್ಯಾಧಾರಿತ ವರದಿಗಳು ಮಾಧ್ಯಮಗಳ ಗಮನವನ್ನು ಗಮನಾರ್ಹವಾಗಿ ಸೆಳೆದಿರುವುದಲ್ಲದೆ ಈ ಎರಡೂ ದೇಶಗಳಲ್ಲಿ ಡಿಮೆನ್ಷಿಯಾ ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಪ್ರಾಮುಖ್ಯತೆಯ ವಿಷಯವನ್ನಾಗಿ ಮಾಡುವಲ್ಲಿ ಯಶಸ್ವಿಯಾಗಿದೆ. ಕಡಿಮೆ ಮತ್ತು ಮಧ್ಯಮ ವರಮಾನದ ದೇಶಗಳಲ್ಲಿ ಈ ಕುರಿತಾದ ಜಾಗೃತಿ ತೀರಾ ಕಡಿಮೆಯಿದ್ದು ಎಲ್ಲೋ ಕೆಲವು ಮಾಧ್ಯಮಗಳು ಮಾತ್ರ ಅಪರೂಪಕ್ಕೆನ್ನುವಂತೆ ಡಿಮೆನ್ಷಿಯಾ ಮತ್ತು ವೃದ್ಧಾಪ್ಯ ಕುರಿತಾದ ವಿಚಾರಗಳಿಗೆ ಗಮನ ನೀಡುತ್ತಿವೆ. ಭಾರತದಲ್ಲಿ ಇತ್ತೀಚಿನ ದಿನಗಳಲ್ಲಿ, ಮಾಧ್ಯಮಗಳು, ಡಿಮೆನ್ಷಿಯಾ ಬಗ್ಗೆ ಹೆಚ್ಚು ಕಾಳಜಿ ತೋರಿಸುತ್ತಿವೆ ಹಾಗೆಯೇ ಸಾಮಾಜಿಕ ಜಾಗೃತಿಯ ಅಂಗವಾಗಿ ಪ್ರೇರಣಾತ್ಮಕ ಚರ್ಚೆಗಳು ಮತ್ತು ಮಾಹಿತಿ ನೀಡಿಕೆ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮ ಹಮ್ಮಿಕೊಳ್ಳುತ್ತಿದ್ದು ಜನ ಸಮುದಾಯದಲ್ಲಿ ವೃದ್ಧಾಪ್ಯ ಮತ್ತು ಡಿಮೆನ್ಷಿಯಾ ಕುರಿತಾದ ವಾಸ್ತವಾಂಶಗಳ ಅರಿವಿಗೆ ಯತ್ನಿಸುತ್ತಿವೆ. ಇದರೊಟ್ಟಿಗೆ ಡಿಮೆನ್ಷಿಯಾ ಕುರಿತಾಗಿ ವರದಿ ತಯಾರಿಸುವಲ್ಲಿ, ಸಂಶೋಧನಾ ಫಲಿತಾಂಶ ಪ್ರಚಾರ ಪಡಿಸಲು ಅವರ ಸಾಮರ್ಥ್ಯಹೆಚ್ಚಿಸಬೇಕಾಗಿದೆ. ಆರೋಗ್ಯ ವೃತ್ತಿಪರರು, ವೃದ್ಧರಿಗೆ ಉಂಟಾಗುವ ಸಾಮಾನ್ಯ ಆರೋಗ್ಯ ಸಮಸ್ಯೆಗಳನ್ನು ನಿರ್ವಹಿಸುವಲ್ಲಿ ಹೆಚ್ಚಿನ ಕೌಶಲ್ಯಗಳನ್ನು ಹೊಂದಿರುವುದು ಅಗತ್ಯವಾಗಿದೆ. ವೈದ್ಯಕೀಯ ತರಬೇತಿ ವಯೋವೃದ್ಧರ ಆರೋಗ್ಯ ಸಂಬಂಧಿ ಅಗತ್ಯಗಳನ್ನು ಪೂರೈಸುವ ನಿಟ್ಟಿನಲ್ಲಿ ಬದಲಾಯಿಸಿಕೊಳ್ಳಬೇಕಾದುದು ತೀರಾ ಅಗತ್ಯವೆನಿಸಿದೆ.

ಈ ವರದಿಯ ಹಿನ್ನೆಲೆ

ದ ಆಲ್ಝೈಮರ್ಸ್ ಮತ್ತು ರಿಲೇಟೆಡ್ ಡಿಸಾರ್ಡರ್ಸ್ ಸೊಸೈಟಿ ಆಫ್ ಇಂಡಿಯಾವು (ARDSI) 2009ರಲ್ಲಿ ಡಿಮೆನ್ಷಿಯಾ ಕುರಿತಾದ ಒಂದು ವೈಜ್ಞಾನಿಕ ವರದಿಯನ್ನು ತಯಾರಿಸಲು ನಿಶ್ಚಯಿಸಿತು. ಈ ಮಹತ್ತರ ಉದ್ಧೇಶಕ್ಕಾಗಿ, ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವಾವೃತ್ತಿನಿರತರು, ಯೋಜನಾ ನಿರೂಪಕರು, ಡಿಮೆನ್ಷಿಯಾ ಸೇವಾ ಸೌಲಭ್ಯ ಒದಗಿಸುವ ಸಂಸ್ಥೆಗಳು ಮತ್ತು ಪಾಲಕರೊಂದಿಗೆ ಹಲವು ವಿಭಾಗೀಯ ಮಟ್ಟದ ಸಮಾಲೋಚನಾ ಸಭೆಗಳನ್ನು ನಡೆಸಿತು. ಈ ಸರಣಿಯ ಮೊದಲ ಸಭೆ ಜನವರಿ 2009 ರಲ್ಲಿ ನವದೆಹಲಿಯಲ್ಲಿ ನಡೆಯಿತು. ಅನಂತರ ಮುಂಬೈ, ಕೊಯಂಬತ್ತೂರು, ಬೆಂಗಳೂರು, ಕೊಲ್ಕೊತ್ತಾಗಳಲ್ಲಿ ಹೀಗೆ ಒಟ್ಟು ಐದು ಕಡೆ ಪ್ರತ್ಯೇಕ ಸಮಾಲೋಚನೆ ಆಯೋಜಿಸಿ, ಅಂತಿಮ ಸಭೆಯನ್ನು ಮಾರ್ಚ್ 2010ರಲ್ಲಿ ತಿರುವನಂತಪುರದಲ್ಲಿ ಆಯೋಜಿಸಲಾಯಿತು. ಆ ನಂತರ ನವದೆಹಲಿಯಲ್ಲಿ ಮಾರ್ಚ್ 2010ರಲ್ಲಿ ಮಹತ್ವಪೂರ್ಣ ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಸಮಾಲೋಚನಾ ಸಭೆಯನ್ನು ಸಹಾ ಆಯೋಜಿಸಿತು. ಇದರಲ್ಲಿ, ಅನೇಕ ಸರ್ಕಾರೇತರ ಸಂಘ ಸಂಸ್ಥೆಗಳಲ್ಲಿ (NGO) ವೃತ್ತಿ ನಿಪುಣರು, ಆರೈಕೆ ನೀಡುವವರು

ಮತ್ತು ಡಿಮೆನ್ಷಿಯಾ ಕಾರ್ಯಕ್ಷೇತ್ರದಲ್ಲಿ ಈಗಾಗಲೇ ತೊಡಗಿಸಿಕೊಂಡಿರುವ ಅಮೇರಿಕ, ಯುನೈಟೆಡ್ ಕಿಂಗ್‌ಡಮ್ ಹಾಗೂ ಫ್ರಾನ್ಸ್ ದೇಶಗಳಲ್ಲಿನ ಪ್ರತಿನಿಧಿಗಳು ಮತ್ತು ಕೇಂದ್ರ ಸರ್ಕಾರದ ಸಾಮಾಜಿಕ ನ್ಯಾಯ ಮತ್ತು ಸಶಕ್ತೀಕರಣ ಸಚಿವಾಲಯದ ಪ್ರತಿನಿಧಿಗಳು ಭಾಗವಹಿಸಿದ್ದರು. ಪ್ರಾದೇಶಿಕ ಮತ್ತು ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಸಮಾಲೋಚನೆ ಸಭೆಗಳಲ್ಲಿ ಚರ್ಚಿಸಲಾದ ಗಣನೆಗೆ ಬಂದ ಅಂಶಗಳನ್ನು ಕ್ರೋಢೀಕರಿಸಿ ಏಪ್ರಿಲ್ 2010ರಲ್ಲಿ ಡಿಮೆನ್ಷಿಯಾ ಕುರಿತಾದ ರಾಷ್ಟ್ರ ಮಟ್ಟದ ವರದಿಯನ್ನು ತಯಾರಿಸುವ ಜವಾಬ್ದಾರಿಯನ್ನು ಪರಿಣಿತರ ತಂಡವೊಂದಕ್ಕೆ ವಹಿಸಲಾಯಿತು. ಹೀಗೆ ಸಿದ್ಧವಾದ ವರದಿಯನ್ನು ಕ್ಷೇತ್ರದಲ್ಲಿನ ಅನೇಕ ಪರಿಣಿತರಿಗೆ, ಸಮಾಲೋಚನಾ ಸಭೆಗಳಲ್ಲಿ ಪಾಲ್ಗೊಂಡವರಿಗೆ ಮತ್ತು ಆಯ್ದ ಅನ್ಯದೇಶೀಯ ಸಂಘಟನೆಗಳಿಗೆ ಕಳುಹಿಸಿ ಕೊಡಲಾಯಿತು.

ಭಾರತದಲ್ಲಿ ಡಿಮೆನ್ಷಿಯಾ 2010 ವರದಿ ಡಿಮೆನ್ಷಿಯಾ ಸಮಸ್ಯೆಯನ್ನು ಒಂದು ಆರೋಗ್ಯ ಸಮಸ್ಯೆಯಾಗಿ ವಿಶ್ಲೇಷಿಸಿ, ಸಂಬಂಧಪಟ್ಟ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಮತ್ತು ಮಾನಸಿಕ–ಸಾಮಾಜಿಕ ನಿರ್ವಹಣೆಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ಸಾಕ್ಷಿಭೂತವಾದ ವಿಧಿ–ವಿಧಾನಗಳನ್ನು ಕ್ರೋಢೀಕರಿಸುವಲ್ಲಿ ಯಶಸ್ವಿಯಾಗಿದೆ. ಜಾಗೃತಿ ಮೂಡಿಸುವಲ್ಲಿ ಮತ್ತು ಭಾರತದಲ್ಲಿ ಈ ರೋಗ ತಡೆಗಟ್ಟುವಲ್ಲಿ ಕೈಗೊಳ್ಳಬಹುದಾದ ಮುಂಜಾಗ್ರತಾ ಮತ್ತು ಸುರಕ್ಷತಾ ಮಾರ್ಗೋಪಾಯಗಳನ್ನು ಕುರಿತು ಚರ್ಚಿಸಲಾಗಿದೆ. ಈ ವರದಿಯಲ್ಲಿ ಪ್ರಪ್ರಥಮ ಬಾರಿಗೆ ಭಾರತದ ವಿವಿಧ ಪ್ರದೇಶಗಳಲ್ಲಿ ಡಿಮೆನ್ಷಿಯಾಗೆ ಒಳಗಾಗಿರುವವರ ಅಂಕಿ ಅಂಶಗಳನ್ನು ಅಂದಾಜು ಮಾಡಿ, ಮುಂಬರುವ ದಿನಗಳಲ್ಲಿ ರೋಗಪ್ರಮಾಣ ಕುರಿತಾದ ವಿವರ ನೀಡಲಾಗಿದೆ. ಅಷ್ಟೇ ಅಲ್ಲದೆ ವ್ಯಕ್ತಿ, ಅವರ ಕುಟುಂಬ, ಸಮಾಜ ಮತ್ತು ಒಟ್ಟಾರೆ ದೇಶದ ಮೇಲೆ ಡಿಮೆನ್ಷಿಯಾ ಬೀರುವ ಪರಿಣಾಮಗಳತ್ತಲೂ ಗಮನಹರಿಸಿದೆ. ಡಿಮೆನ್ಷಿಯಾ ವ್ಯಕ್ತಿಯ ಆರೈಕೆದಾರರು ಎದುರಿಸುವ ಸಮಸ್ಯೆಗಳು ಮತ್ತು ಅದಕ್ಕೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ಮಾರ್ಗೋಪಾಯಗಳನ್ನು ಈ ವರದಿ ಸೂಚಿಸುತ್ತದೆ. ಕಡೆಯ ಭಾಗದಲ್ಲಿ ಭಾರತದಲ್ಲಿ ಡಿಮೆನ್ಷಿಯಾಗೆ ಲಭ್ಯವಿರುವ ಸೇವಾಸೌಲಭ್ಯಗಳು, ಅವುಗಳ ಸಧ್ಯದ ಸ್ಥಿತಿಗತಿಯನ್ನು ವಿವರಿಸುತ್ತದೆ. ಭಾರತದಂತಹ ರಾಷ್ಟದಲ್ಲಿನ ಸಂಪನ್ಮೂಲಗಳ ಇತಿಮಿತಿ ಮತ್ತು ಸಂಭವನೀಯತೆಗಳನ್ನು ಗಣನೆಗೆ ತೆಗೆದುಕೊಂಡು ಈ ವರದಿಯನ್ನು ತಯಾರಿಸಲಾಗಿದೆ.

ಜನಾರೋಗ್ಯ ಮಾರ್ಗೋಪಾಯ ಬಳಸಿ ಡಿಮೆನ್ಷಿಯಾ ಒಡ್ಡಿರುವ ಸವಾಲುಗಳು ಮತ್ತು ಅವನ್ನು ಯಶಸ್ವಿಯಾಗಿ ಎದುರಿಸುವಲ್ಲಿ ಕೈಗೊಳ್ಳಬೇಕಾದ ಕ್ರಮಗಳನ್ನು ಈ ವರದಿಯಲ್ಲಿ ಮುಂದಿಡಲಾಗಿದೆ. ನಿರೋಧಕ ಕ್ರಮಗಳು, ಆರಂಭದಲ್ಲೆ ಪತ್ತೆಹಚ್ಚುವುದು, ಸರಳ ಪರಿಣಾಮಕಾರಿ ನಿವಾರಣೋಪಾಯಗಳು, ಮುಂಜಾಗರೂಕತೆ ತಂತ್ರಗಳು — ಇವುಗಳ ಪ್ರಾಮುಖ್ಯತೆಯನ್ನು ವಿವರಿಸಲಾಗಿದೆ. ದೇಶದಾದ್ಯಂತ ಯಶಸ್ವಿಯಾಗಿ ಕಾರ್ಯಗತಗೊಳಿಸಬಹುದಾದ ಮಾರ್ಗೋಪಾಯಗಳು ಮತ್ತು ಕ್ರಿಯಾಯೋಜನೆಗಳನ್ನು ಕಂಡುಕೊಳ್ಳುವಲ್ಲಿ ಈ ವರದಿ ಕಾರ್ಯೋನ್ಮುಖವಾಗಿದೆ. ಸಾಕ್ಷ್ಯಾಧಾರಿತ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ವೈಜ್ಞಾನಿಕವಾಗಿ ವಿಶ್ಲೇಷಿಸಿ ಮತ್ತು ಲಭ್ಯವಿರುವ ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಸಂಪನ್ಮೂಲನಗಳನ್ನು ಗಮನದಲ್ಲಿಟ್ಟುಕೊಂಡು, ಡಿಮೆನ್ಷಿಯಾ ವಿರುದ್ಧದ ಹೋರಾಟ 'ಕಾರ್ಯಯೋಜನೆಗೆ ಕರೆ' ಸಹ ಈ ವರದಿ ನೀಡಿದೆ. ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಡಿಮೆನ್ಷಿಯಾ ನಿವಾರಣೋಪಾಗಳನ್ನು ಅಭಿವೃದ್ಧಿಪಡಿಸುವ ನಿಟ್ಟಿನಲ್ಲಿ ಒಂದು ವಿಶಾಲ ವೇದಿಕೆಯನ್ನು ನಿರ್ಮಿಸಿ ಕಾರ್ಯೋನ್ಮುಖವಾಗುವ ಆಶಯವನ್ನು ಹೊಂದಿದೆ.

ಡಿಮೆನ್ಷಿಯಾ ಪ್ರಮಾಣ ಅಂಕಿ - ಸಂಖ್ಯೆ

ಕಳೆದ ಹತ್ತು ವರ್ಷಗಳಲ್ಲಿ ಡಿಮೆನ್ಷಿಯಾ ಇರುವವರ ಸಂಖ್ಯೆ ಗಣನೀಯವಾಗಿ ಹೆಚ್ಚಿದೆ. ಭಾರತದಾದ್ಯಂತ ಎಂಟು ಕೇಂದ್ರಗಳಲ್ಲಿ 42,000ಕ್ಕೂ ಹೆಚ್ಚಿನ ವೃದ್ಧರನ್ನು ಒಳಗೊಂಡ ಅಧ್ಯಯನ ನಡೆಸಲಾಗಿದೆ. DSM 4 ಅಥವಾ ICD 10 ಮಾನದಂಡದ ಪ್ರಕಾರ ಡಿಮೆನ್ಷಿಯಾ ಗ್ರಾಮೀಣ ಪ್ರದೇಶಗಳಲ್ಲಿ 0.6% ರಿಂದ 3.5% ಮತ್ತು ನಗರ ಪ್ರದೇಶಗಳಲ್ಲಿ 0.9% ರಿಂದ 4.8%ರ ವ್ಯಾಪ್ತಿಯಲ್ಲಿದೆ. ಈ ಮಾಹಿತಿಯಲ್ಲಿ ಗಮನಾರ್ಹ ವ್ಯತ್ಯಾಸವಿರುವುದು ಕಂಡುಬಂದಿದೆ. ಕಾರಣಗಳು ಹಲವಿರಬಹುದು: ಸೂಕ್ಷ್ಮ ಮತ್ತು ಸ್ಥಳೀಯ ಮಾಪನಗಳ ಕೊರತೆ, ಅಧ್ಯಯನಗಳ ವೈಧಾನಿಕ ವ್ಯತ್ಯಾಸಗಳು ಮತ್ತು ಹಲವಾರು ವಂಶವಾಹಿ, ಸಾಮಾಜಿಕ – ಸಾಂಸ್ಕೃತಿಕ ಮತ್ತು ಪರಿಸರಕ್ಕೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ವ್ಯತ್ಯಯಗಳು. ಡಿಮೆನ್ಷಿಯಾ ಕುರಿತ ಆರು ಅಧ್ಯಯನಗಳು ದಕ್ಷಿಣ ಭಾರತದಲ್ಲಿ ಕೈಗೊಳ್ಳಲಾಗಿದೆ. ಆದರೆ ಭಾರತದ ಇತರೆ 3 ಭಾಗದಲ್ಲಿ (ಪಶ್ಚಿಮ, ಪೂರ್ವ ಮತ್ತು ಉತ್ತರ ಭಾರತ) ತಲಾ ಒಂದೊಂದು ಅಧ್ಯಯನ ಮಾತ್ರ ಕೈಗೊಳ್ಳಲಾಗಿದೆ. ಹಲವು ಪ್ರಾಂತ್ಯಗಳಲ್ಲಿ ಯಾವುದೇ ಆಧ್ಯಯನ ನಡೆದಿಲ್ಲಾ. ಕೆಲ ವರದಿಗಳಲ್ಲಿನ ಅಂದಾಜಿನಲ್ಲಿ ಗಮನಾರ್ಹ ವ್ಯತ್ಯಾಸಗಳು ಕಂಡುಬಂದಿದೆ. ದಕ್ಷಿಣ ಭಾರತದ ಮಟ್ಟಿಗೆ ಸಾಕ್ಷಾಧಾರಿತ ಅಂಕಿ–ಅಂಶ ಧೃಡವಾಗಿದ್ದರೂ, ಉತ್ತರ ಭಾಗದ ಅಧ್ಯಯನಕ್ಕೆ ಹೋಲಿಸಿದಾಗ ಬಹಳಷ್ಟು ಏರುಪೇರು ಕಂಡುಬರುತ್ತದೆ. ಹೀಗಾಗಿ, ಇಡೀ ದೇಶಕ್ಕೆ ಹೊಂದುವಂತಹ ಸಮರ್ಪಕ ಹಾಗೂ ಸ್ಥಿರ ಪ್ರಮಾಣ ನೀಡುವಲ್ಲಿ ಅನೇಕ ಸಂಕಷ್ಟಗಳು ಎದುರಾಗುತ್ತವೆ. ಲಭ್ಯವಿರುವ ಸಾಕ್ಷ್ಯಾಧಾರಿತ ದತ್ತಾಂಶಗಳನ್ನು ಉಪಯೋಗಿಸಿಕೊಂಡು, ಒಂದು ಸಮನ್ವಯ ಪ್ರಮಾಣವನ್ನು ನಿರ್ಧರಿಸಿ, ನಮ್ಮ ದೇಶದಲ್ಲಿನ ಡಿಮೆನ್ಷಿಯಾ ಇರುವ ವ್ಯಕ್ತಿಗಳ ನಿಖರ ಸಂಖ್ಯೆಯನ್ನು ತಿಳಿಯುವ ಅಗತ್ಯವಿದೆ.

ಡಿಮೆನ್ಷಿಯಾ ಸಮನ್ವಯ ಪ್ರಮಾಣದ ಲೆಕ್ಕಾಚಾರ ಕಾರ್ಯವಿಧಾನ

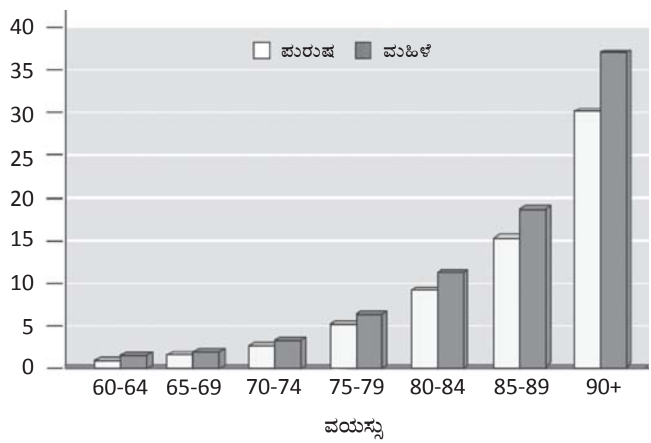
Medline, EMBASE ಮತ್ತು PSYCINFO ಮುಂತಾದ ಅಂತರ್ಜಾಲ ಆಧಾರ ದತ್ತಾಂಶಗಳಲ್ಲಿ ಭಾರತದಲ್ಲಿ ಡಿಮೆನ್ಷಿಯಾ ಕುರಿತು ನಡೆಸಿದ ಎಲ್ಲಾ ಅಧ್ಯಯನಗಳನ್ನು ಪರಿಶೀಲಿಸಲಾಯಿತು. ಫಲಸ್ವರೂಪವಾಗಿ ಸುಮಾರು 86 ಸಮೀಕ್ಷಾ ವರದಿಗಳು ಪ್ರಕಾಶಿತಗೊಂಡಿವೆ ಎಂದು ತಿಳಿದು ಬಂದಿತು. ಪೂರ್ವನಿರ್ಧಾರಿತ ಆಧಾರದ ಮೇಲೆ ಎಲ್ಲಾ ಅಧ್ಯಯನಗಳನ್ನು ಅವುಗಳ ವಿನ್ಯಾಸ ಮತ್ತು ಗುಣಗಳಿಗನುಗುಣವಾಗಿ ವ್ಯವಸ್ಥಿತವಾಗಿ, ನಿರ್ದಿಷ್ಟ ಸಂಕೇತಗಳನ್ನು ನೀಡಿ ಕ್ರೋಢೀಕರಿಸಲಾಯಿತು. ಮಾನದಂಡದ ಪ್ರಕಾರ ಪ್ರಕಟಿತ ಅರ್ಹ ಆರು ಅಧ್ಯಯನಗಳನ್ನು ಮುಂದಿನ ಪರಿಶೀಲನೆ ಮತ್ತು ಹೆಚ್ಚಿನ ವಿಶ್ಲೇಷಣೆಗೆ ಕೈಗೆತ್ತಿಕೊಳ್ಳಲಾಯಿತು.

ಭಾರತದಲ್ಲಿ ಡಿಮೆನ್ಷಿಯಾ ಪ್ರಸಕ್ತ ಸ್ಥಿತಿ ಮತ್ತು ಭವಿಷ್ಯದಲ್ಲಿ ಅಂದಾಜು

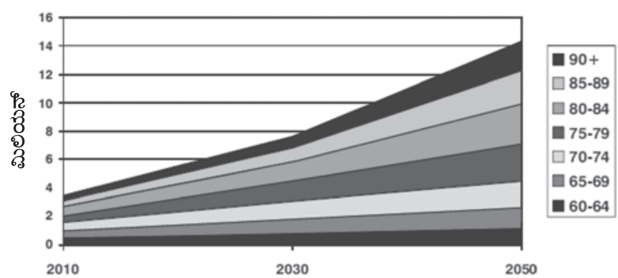
ವರ್ಷ 2010ರಲ್ಲಿ ಭಾರತದಲ್ಲಿ 60 ವರ್ಷ ಮೇಲ್ಪಟ್ಟ ವಯೋಮಾನದವರಲ್ಲಿ ಸುಮಾರು 3.7 ಮಿಲಿಯನ್ ವ್ಯಕ್ತಿಗಳಿಗೆ (2.1 ಮಿಲಿಯನ್ ಮಹಿಳೆಯರು ಮತ್ತು 1.5 ಮಿಲಿಯನ್ ಗಂಡಸರು) ಡಿಮೆನ್ಷಿಯಾ ಇರಬಹುದು ಎಂದು ಅಂದಾಜಿಸಲಾಗಿದೆ. ವಯಸ್ಸು ಹೆಚ್ಚಾದಂತೆಲ್ಲಾ ಡಿಮೆನ್ಷಿಯಾ

ಪ್ರಮಾಣ ಸಹ ಹೆಚ್ಚಾಗುವುದು ಮತ್ತು ಪುರುಷರಿಗಿಂತ ವೃದ್ಧ ಮಹಿಳೆಯರಲ್ಲಿ ಪ್ರಮಾಣ ಹೆಚ್ಚು ಇರುವುದಾಗಿ ಕಂಡು ಬರುತ್ತದೆ. ಪ್ರಾಯಶ: ಭಾರತದಲ್ಲಿ ಮಹಿಳೆಯರ ಜೀವಾವಧಿ ಪುರುಷರಿಗಿಂತ ಹೆಚ್ಚಿರುವುದರಿಂದ ಇದು ಕಂಡು ಬರುತ್ತಿರಬಹುದು. ಹಿರಿಯ ಮಹಿಳೆಯರು ಮತ್ತು ಪುರುಷರ ನಡುವೆ ವಯೋಮಾನ ನಿರ್ದಿಷ್ಟ ಘಟನೆ (Age Specific Incidence) ರೀತಿ ಅಂತಹ ಗಮನಾರ್ಹ ವ್ಯತ್ಯಾಸವೇನೂ ಕಂಡುಬಂದಿಲ್ಲ. ಹೀಗಾಗಿ, ಆಲ್ಝೈಮರ್ಸ್, ಡಿಮೆನ್ಷಿಯಾ ಮತ್ತು ಇತರೆ ಡಿಮೆನ್ಷಿಯಾ ಸಮಸ್ಯೆಗೆ ವ್ಯಕ್ತಿಯ ಲಿಂಗವು ವಿಪತ್ತುಕಾರಕವಿದ್ದಂತೆ ಕಂಡು ಬರುವುದಿಲ್ಲಾ. ಮುಂಬರುವ ದಿನಗಳಲ್ಲಿ ಕಿರಿಯ–ಹಿರಿಯರಲ್ಲಿ (60–75 ವರ್ಷ) ಡಿಮೆನ್ಷಿಯಾ ಗಣನೀಯವಾಗಿ ಹೆಚ್ಚಾಗುವ ಸಾಧ್ಯತೆ ಇದೆ. 2030ರ ನಂತರ 75 ವರ್ಷಕ್ಕೂ ಮೇಲ್ಪಟ್ಟವರಲ್ಲಿ ಡಿಮೆನ್ಷಿಯಾ ತೀವ್ರತರದಲ್ಲಿ ಹೆಚ್ಚಾಗಬಹುದು.

ಚಿತ್ರ 1: ಡಿಮೆನ್ಷಿಯಾ ಪ್ರಮಾಣ: ವಯಸ್ಸು ಮತ್ತು ಲಿಂಗ ಭೇದ



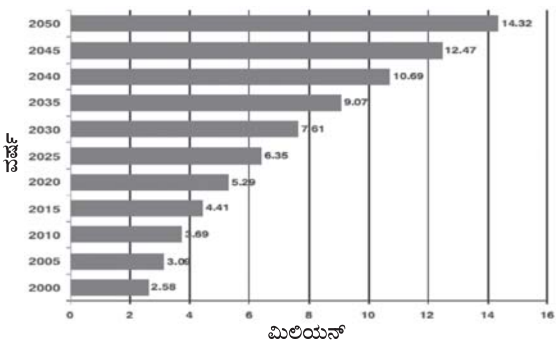
ಚಿತ್ರ 2: 2010-2050ರಲ್ಲಿ ಡಿಮೆನ್ಷಿಯಾ ಅಂದಾಜು



ಭವಿಷ್ಯದಲ್ಲಿ ಡಿಮೆನ್ಷಿಯಾ ಅಂಕಿ-ಸಂಖ್ಯೆ ಅಂದಾಜು

ಭವಿಷ್ಯದಲ್ಲಿ ಡಿಮೆನ್ಷಿಯಾ ಇರುವವರ ಸಂಖ್ಯೆ ಅಂದಾಜು ಮಾಡುವಲ್ಲಿ ಇಂದಿನ ಪ್ರಮಾಣವೆ ಬದಲಾವಣೆಯಿಲ್ಲದೆ ಮುಂದುವರೆಯುತ್ತದೆ ಎಂದು ಊಹಿಸಲಾಗಿದೆ. ಆದರೆ ಈ ಊಹೆ ಸರಿ ಇಲ್ಲದೆ ಇರಬಹುದು. ಹೆಚ್ಚುತ್ತಿರುವ ಜೀವಿತಾವಧಿಯಿಂದಾಗಿ ವೃದ್ಧರ ಸಂಖ್ಯೆ ಹೆಚ್ಚಾದಲ್ಲಿ, ಇಲ್ಲವೆ ಡಿಮೆನ್ಷಿಯಾ ಘಟನೆಯಲ್ಲಿ ಹೆಚ್ಚಳ ಕಂಡು ಬಂದಲ್ಲಿ ಡಿಮೆನ್ಷಿಯಾ ಪ್ರಮಾಣ ಖಂಡಿತ ಹೆಚ್ಚಾಗುತ್ತದೆ. ಉದಾಹರಣೆಗೆ ಭಾರತದಲ್ಲಿ ಹೆಚ್ಚುತ್ತಿರುವ ವಯೋವೃದ್ಧರ ಸಂಖ್ಯೆಗೆ ಅನುಗುಣವಾಗಿ ಜೀವಿತಾವಧಿಯಲ್ಲಿನ ಸ್ಥಿರ ಏರಿಕೆಯಿಂದಾಗಿ 2030ರ ಹೊತ್ತಿಗೆ ಎರಡು ಪಟ್ಟು ಮತ್ತು 2050ರ ಹೊತ್ತಿಗೆ ಮೂರು ಪಟ್ಟು ಡಿಮೆನ್ಷಿಯಾ ಹೆಚ್ಚಾಗುವುದೆಂದು ಅಂದಾಜಿಸಲಾಗಿದೆ.

ಚಿತ್ರ 3: ಭಾರತದಲ್ಲಿ 60 ವರ್ಷಕ್ಕೂ ಮೇಲ್ಪಟ್ಟವರಲ್ಲಿ ಡಿಮೆನ್ಷಿಯಾ ಅಂದಾಜು 2000-2050



ರಾಜ್ಯವಾರು ಡಿಮೆನ್ಷಿಯಾ ಮುನ್ನಂದಾಜು

2011, 2016 ಮತ್ತು 2026ರಲ್ಲಿ 65 ವರ್ಷಕ್ಕೂ ಮೇಲ್ಪಟ್ಟವರಲ್ಲಿ ಡಿಮೆನ್ಷಿಯಾ ಮುನ್ನಂದಾಜು ರಾಜ್ಯದಿಂದ ರಾಜ್ಯಕ್ಕೆ ಒಂದು ಪ್ರಾಂತ್ಯದಿಂದ ಮತ್ತೊಂದಕ್ಕೆ ವ್ಯತ್ಯಾಸಗಳಿರುತ್ತವೆ. ವೈಜ್ಞಾನಿಕ ಉನ್ನತ ವಿಶ್ಲೇಷಣಾ ಪ್ರಮಾಣ (Meta-anlysed prevalence) ಬಳಸಿ 2001ರ ಜನಗಣತಿ ಆಧಾರದ ಮೇಲೆ ಡಿಮೆನ್ಷಿಯಾ ಇರುವ ವ್ಯಕ್ತಿಗಳ ಸಂಖ್ಯೆಯನ್ನು ಮುನ್ನಂದಾಜು ಮಾಡಲಾಗಿದೆ. ಭಾರತದ ಬೇರೆ ಬೇರೆ ರಾಜ್ಯಗಳಲ್ಲಿ ನಿರೀಕ್ಷಿತ ಸಂಖ್ಯೆಯಲ್ಲಿ ಗಮನಾರ್ಹ ವ್ಯತ್ಯಾಸವಿರುವುದರ ಜೊತೆಗೆ ಭಾರತದ ಬೇರೆ ಬೇರೆ ಪ್ರಾಂತ್ಯಗಳಲ್ಲೂ ಡಿಮೆನ್ಷಿಯಾ ಅಂದಾಜಿನಲ್ಲಿ ಗಣನೀಯ ವ್ಯತ್ಯಾಸವಿದೆ. 2026ರ ಸುಮಾರಿಗೆ 500,000ಕ್ಕೂ ಹೆಚ್ಚು ಡಿಮೆನ್ಷಿಯಾ ವಯೋವೃದ್ಧರು ಉತ್ತರ ಪ್ರದೇಶ ಮತ್ತು ಮಹಾರಾಷ್ಟ್ರದಲ್ಲಿ ಇರಬಹುದೆಂದು ನಿರೀಕ್ಷಿಸಲಾಗಿದೆ. ಇತರ ರಾಜ್ಯಗಳಲ್ಲಿ (ರಾಜಾಸ್ಥಾನ, ಗುಜರಾತ್, ಬಿಹಾರ, ಪಶ್ಚಿಮಬಂಗಾಳ, ಮಧ್ಯಪ್ರದೇಶ, ಒರಿಸ್ಸಾ, ಆಂಧ್ರಪ್ರದೇಶ, ಕರ್ನಾಟಕ, ಕೇರಳ ಮತ್ತು ತಮಿಳುನಾಡು) ಮುಂದಿನ 26 ವರ್ಷಗಳಲ್ಲಿ ಡಿಮೆನ್ಷಿಯಾ ಇರುವವರ ಸಂಖ್ಯೆ ಸುಮಾರು 20,000 ದಿಂದ 40,000 ಇರಬಹುದು ಎಂದು ಅಂದಾಜಿಸಲಾಗಿದೆ.

2006ಕ್ಕೆ ಹೋಲಿಸಿದರೆ, ಮುಂದಿನ 26 ವರ್ಷಗಳಲ್ಲಿ, ದೆಹಲಿ, ಬಿಹಾರ, ಮತ್ತು ಜಾರ್ಖಂಡ್‌ಗಳಲ್ಲಿ ಡಿಮೆನ್ಷಿಯಾ ಇರುವವರ ಸಂಖ್ಯೆಯಲ್ಲಿ ಶೇ 200ರಷ್ಟು (ಅಥವಾ ಹೆಚ್ಚು) ಏರಿಕೆ ಕಂಡುಬರಬಹುದು. ಇತರೆ ರಾಜ್ಯಗಳಲ್ಲಿ (ಜಮ್ಮು ಮತ್ತು ಕಾಶ್ಮೀರ, ಉತ್ತರ ಪ್ರದೇಶ, ರಾಜಸ್ಥಾನ, ಮಧ್ಯಪ್ರದೇಶ, ಪಶ್ಚಿಮಬಂಗಾಳ, ಅಸ್ಸಾಂ, ಛತ್ತೀಸ್‌ಗಡ, ಗುಜರಾತ್, ಆಂಧ್ರಪ್ರದೇಶ, ಹರಿಯಾಣ, ಉತ್ತರಾಂಚಲ, ಮಹಾರಾಷ್ಟ್ರ, ಕರ್ನಾಟಕ ಮತ್ತು ತಮಿಳುನಾಡು) ಡಿಮೆನ್ಷಿಯಾ ಇರುವವರ ಸಂಖ್ಯೆ ಶೇ. 100ರಷ್ಟು (ಅಥವಾ ಹೆಚ್ಚು) ಹೆಚ್ಚಾಗಬಹುದು.

ಡಿಮೆನ್ಷಿಯಾದಲ್ಲಿನ ಗಣನೀಯ ಏರಿಕೆಯು ಆಯಾ ರಾಜ್ಯದ ಮೂಲಭೂತ ಸೌಕರ್ಯ, ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವಾ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯ, ಕುಟುಂಬ ಮತ್ತು ಆರೈಕೆದಾರರ ಮೇಲೂ ಇದು ಪ್ರತಿಕೂಲ ಪರಿಣಾಮ ಬೀರುತ್ತದೆ. ಇತರ ಭಾಗಗಳಿಗೆ ಹೋಲಿಸಿದಾಗ, ದಕ್ಷಿಣ ಭಾರತದಲ್ಲಿ ಡಿಮೆನ್ಷಿಯಾ ಹೆಚ್ಚಳ ಗಣನೀಯವಾಗಿಲ್ಲದಿದ್ದರೂ, ಉಳಿದೆಡೆಗಳಿಗಿಂತ, ಇಲ್ಲಿ 65ಕ್ಕೂ ಹೆಚ್ಚಿನ ವಯೋಮಾನದವರ ಜನಸಂಖ್ಯೆ ಹೆಚ್ಚಿದೆ ಎಂಬುದನ್ನು ಗಮನದಲ್ಲಿಡಬೇಕು.

ಭಾರತಕ್ಕೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ಡಿಮೆನ್ಷಿಯಾ ಪ್ರಮಾಣ ಸಮಸ್ಯೆಯ ಅಗಾಧತೆ ಮತ್ತು ಗಂಭೀರತೆಯನ್ನು ಸ್ಪಷ್ಟವಾಗಿ ಗೋಚರಿಸುವಂತೆ ಮಾಡಿದೆ. ಅಧಿಕ ಪ್ರಮಾಣದಲ್ಲಿ ವಯೋವೃದ್ಧ ಜನಸಂಖ್ಯೆ ಇರುವ ಪ್ರದೇಶಗಳಲ್ಲಿ ಇನ್ನೂ ಹೆಚ್ಚಿನ ಅಧ್ಯಯನಗಳ ಅಗತ್ಯವಿದೆ. ಈ ಅಧ್ಯಯನಗಳು ಡಿಮೆನ್ಷಿಯಾ ಸ್ಥಿತಿಯ ಅಧ್ಯಯನದ ಜೊತೆಜೊತೆಗೆ ಪ್ರಾಂತೀಯ, ಸಾಂಸ್ಕೃತಿಕ, ಜನಾಂಗೀಯ, ಧಾರ್ಮಿಕ, ಸಾಮಾಜಿಕ, ಆರ್ಥಿಕ ಭಿನ್ನತೆಗಳನ್ನು ಮತ್ತು ಸಹ–ಸಂಬಂಧಿ ದೀರ್ಘಕಾಲೀನ ಖಾಯಿಲೆಗಳು (ಮಧುಮೇಹ ಮತ್ತು ರಕ್ತನಾಳ ಸಂಬಂಧಿ ಸಮಸ್ಯೆ) ಅಧ್ಯಯನ ಮಾಡುವುದು ಅಗತ್ಯವಾಗಿದೆ. ಇದರೊಂದಿಗೆ

ಚಿತ್ರ 4: ರಾಜ್ಯವಾರು ಡಿಮೆನ್ಷಿಯಾ ಮುನ್ನಂದಾಜು ಬದಲಾವಣೆ (2006 ಮತ್ತು 2026)

ಡಿಮೆನ್ಷಿಯಾ ವ್ಯಕ್ತಿ ಮತ್ತು ಕುಟುಂಬಗಳ ವೈಕಲ್ಯ – ನ್ಯೂನತೆ, ಆರೈಕೆ, ಅದಕ್ಕೆ ಸರಿಹೊಂದುವ ಅಗತ್ಯವಾದ ಸೇವಾ ವ್ಯವಸ್ಥೆ, ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಯ ಬಳಕೆ ಕುರಿತಾಗಿನ ಅಧ್ಯಯನಗಳು ನಡೆಯಬೇಕಿದೆ.

ಡಿಮೆನ್ಷಿಯಾ ಪರಿಣಾಮ

ಭಾರತದಲ್ಲಿನ ಡಿಮೆನ್ಷಿಯಾ ವ್ಯಕ್ತಿಗಳ ಸಂಖ್ಯಾಬಲದಿಂದ ಮಾತ್ರ ಸಮಸ್ಯೆಯ ಪರಿಣಾಮವನ್ನು ಮಹತ್ವಪೂರ್ಣ ಎನ್ನಬಹುದು, ಆದರೆ ಬರಿಯ ಅಂಕಿ–ಸಂಖ್ಯೆಗಳಿಂದ ವ್ಯಕ್ತಿಯ ಜೀವನಾನುಭವದ ಮೇಲಾಗುವ ರೋಗದ ಅಗಾಧ ಪರಿಣಾಮ ಇಲ್ಲವೇ ಇನ್ನಿತರೇ ಪರಿಣಾಮಗಳನ್ನು ಸೂಚಿಸಲು ಸಾಧ್ಯವಾಗುವುದಿಲ್ಲ.

ಡಿಮೆನ್ಷಿಯಾ ಪರಿಣಾಮವನ್ನು ಪರಸ್ಪರ ಸಂಬಂಧಿತ ಮೂರು ಹಂತಗಳಲ್ಲಿ ಅರಿಯಬಹುದು.

1. *ವೈಯಕ್ತಿಕ:* ಡಿಮೆನ್ಷಿಯಾ ವ್ಯಕ್ತಿ ಅನಾರೋಗ್ಯ, ನ್ಯೂನತೆ, ಗುಣಹೀನ ಜೀವನ ಅನುಭವಿಸುವ ಜೊತೆಗೆ ನಿರೀಕ್ಷಿತ ಜೀವಿತಾವಧಿಯಲ್ಲಿ ಕುಂದುಂಟಾಗಬಹುದು.

2. *ಕೌಟುಂಬಿಕ:* ಕುಟುಂಬದ ಒಬ್ಬ ವ್ಯಕ್ತಿಗೆ ಡಿಮೆನ್ಷಿಯಾ ಆದರೆ ಅದು ಕುಟುಂಬಕ್ಕೆ ಅಷ್ಟೇ ಅಲ್ಲಾ ಇತರೇ ಬಂಧು ಬಾಂಧವರ ಮೇಲೂ ಪರಿಣಾಮ ಬೀರುತ್ತದೆ. ಆ ವ್ಯಕ್ತಿಯ ಕುಟುಂಬ ಹೆಚ್ಚಿನ ಹೊರೆ ಅನುಭವಿಸಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ ಮತ್ತು ಸದಸ್ಯರ ಜೀವನ ಗುಣಮಟ್ಟ ಸಹ ಕುಸಿಯುತ್ತದೆ. ಕುಟುಂಬ ಡಿಮೆನ್ಷಿಯಾ ಹೊಂದಿರುವ ವ್ಯಕ್ತಿಗೆ ಆರೈಕೆ ಮತ್ತು ಸಹಾಯ ನೀಡುವುದು ಅತಿ ಮುಖ್ಯವಾಗಿ ಕುಟುಂಬವೇ ಡಿಮೆನ್ಷಿಯಾ ವ್ಯಕ್ತಿಯ ಪಾಲನೆ ಮತ್ತು ಪೋಷಣೆಯ ಸಂಪೂರ್ಣ ಜವಾಬ್ದಾರಿಯನ್ನು ಹೊರಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ.

3. *ಸಾಮಾಜಿಕ:* ಡಿಮೆನ್ಷಿಯಾ ಹೊಂದಿರುವ ವ್ಯಕ್ತಿಯ ಶುಶ್ರೂಷೆ ಮತ್ತು ಆರೈಕೆಯಲ್ಲಿ ಸಮಾಜ ನೇರವಾಗಿ (ಸರ್ಕಾರಿ ಖರ್ಚು ವೆಚ್ಚದ ಪರಿಣಾಮವಾಗಿ) ಇಲ್ಲವೇ ಪರೋಕ್ಷವಾಗಿ ಭಾಗಿಯಾಗಿರುತ್ತದೆ. ಆರ್ಥಿಕ ಉತ್ಪತ್ತಿಯ ವ್ಯತ್ಯಯವನ್ನು ಸಹ ಗಣನೆಗೆ ತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ. ಇತರೆ ಸಾಮಾಜಿಕ ಪರಿಣಾಮ ನಿಖರವಾಗಿ ಅಳೆಯುವುದರಲ್ಲಿ ಕಷ್ಟಗಳಿದ್ದರೂ ಅದು ಕಟು ಸತ್ಯ.

ಈ ವರದಿ ಭಾರತಕ್ಕೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದಂತೆ ಡಿಮೆನ್ಷಿಯಾದಿಂದುಟಾಗುವ ನ್ಯೂನತೆ, ಸಾವು, ಮತ್ತು ಅವಲಂಬನೆ ಹಾಗೂ ಸಮಾಜ ಮಟ್ಟದಲ್ಲಿನ ಖರ್ಚುವೆಚ್ಚಗಳ ಕುರಿತು ಮಾಹಿತಿ ನೀಡುತ್ತದೆ.. ಇದರ ಜೊತೆಗೆ ಡಿಮೆನ್ಷಿಯಾ ರೋಗಕ್ಕೆ ಲಭ್ಯವಿರುವ ಸೇವಾ ಸೌಲಭ್ಯಗಳ ಪ್ರಮಾಣ ಮತ್ತು ಆರೈಕೆಯ ರೀತಿ ನೀತಿ ಹಾಗೂ ಆರೈಕೆ ಮಾಡುವವರ ಮೇಲಿನ ಪರಿಣಾಮವನ್ನು ತಿಳಿಸುತ್ತದೆ.

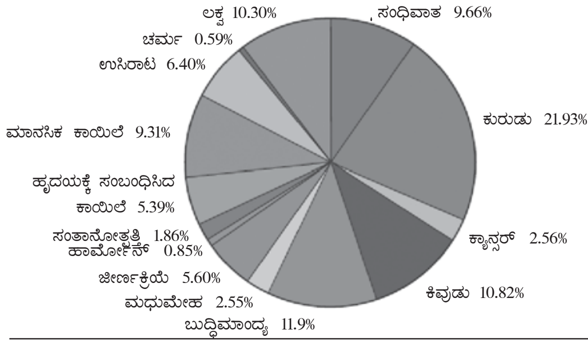
ವಿಕಲತೆ, ಅವಲಂಬನೆ ಮತ್ತು ಮರಣ ಪ್ರಮಾಣ

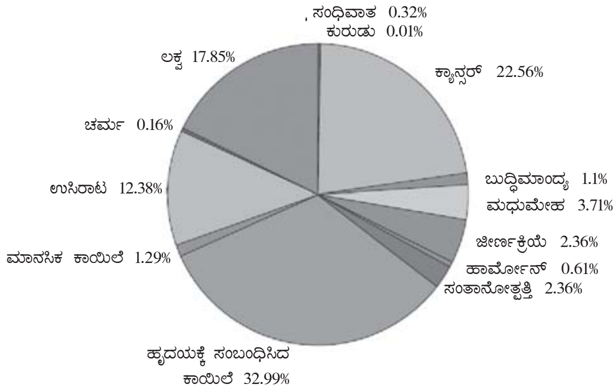
ವಿಶ್ವ ಆರೋಗ್ಯ ಸಂಸ್ಥೆ (WHO)ಯ ಜಾಗತಿಕ ಅನಾರೋಗ್ಯದ ಹೊರೆ 'ನ್ಯೂನತೆ ಸರಿಹೊಂದಿಸಿದ ಜೀವಿತಾವಧಿ' (Disability Adjusted Life Years) ಎಂಬ ಹೊಸ ಸೂಚಕವನ್ನು ಮೊದಲು 1996 ರಲ್ಲಿ ಪ್ರಕಟಿಸಿ 2004 ಪುನಃ ವಿಮರ್ಶಿಸಿತು. ಇದು ನ್ಯೂನತೆಯೊಂದಿಗಿನ ಜೀವಿತಾವಧಿ (Years Lived with Disability) ಮತ್ತು ಕಳೆದು ಹೋದ ಜೀವಿತಾವಧಿಯ (Years of Life Lost) ಮೊತ್ತ. ಆಲ್ಝೈಮರ್ಸ್ ಡಿಮೆನ್ಷಿಯಾ ಮತ್ತಿತರ ಡಿಮೆನ್ಷಿಯಾಗಳ ಜಾಗತಿಕ ವಯಸ್ಸು ಸರಿ ಹೊಂದಿಸಿದ ಮರಣ ಪ್ರಮಾಣ, ಪ್ರತಿ 1,00,000ಕ್ಕೆ ಪುರುಷರಲ್ಲಿ 6.7 ಹಾಗೂ ಮಹಿಳೆಯರಲ್ಲಿ 7.7 ಎಂದು ತಿಳಿಸುತ್ತದೆ.

ಭಾರತ ಮತ್ತು ವಿಶ್ವ ಆರೋಗ್ಯ ಸಂಸ್ಥೆಯ SEARO D ಉಪವಿಭಾಗದಲ್ಲಿ ಡಿಮೆನ್ಷಿಯಾ ಮರಣ ಪ್ರಮಾಣವು 100,000ಕ್ಕೆ ಪುರುಷರಲ್ಲಿ 13.5 ಮತ್ತು ಮಹಿಳೆಯರಲ್ಲಿ 11.1 ರಷ್ಟಿದೆ. ಇತರೇ ದೀರ್ಘಕಾಲೀನ ಅನಾರೋಗ್ಯಗಳಿಗೆ (ಹೃದಯ ಬೇನೆ, ಕ್ಯಾನ್ಸರ್, ಪಾರ್ಶ್ವವಾಯು, ಲಕ್ವ) ಹೋಲಿಸಿದರೆ ಡಿಮೆನ್ಷಿಯಾ, ಏಷ್ಯಾ ಪೆಸಿಫಿಕ್ ಪ್ರಾಂತಗಳಲ್ಲಿ, ಸಾವಿನ ನಾಲ್ಕನೆಯ ಅತಿ ದೊಡ್ಡ ಕಾರಣವಾಗಿರುತ್ತದೆ.

ಡಿಮೆನ್ಷಿಯಾ ಇರುವ ಹಿರಿಯ ವಯೋವೃದ್ಧರ ಸಾವಿನ ಗಂಡಾಂತರದಲ್ಲಿ ಹೆಚ್ಚಳ ಇರುವುದನ್ನು ಮುಂದುವರಿಯುತ್ತಿರುವ ರಾಷ್ಟ್ರಗಳಲ್ಲಿ ಕೈಗೊಂಡ ಅಧ್ಯಯನಗಳು ಸ್ಪಷ್ಟ ಪಡಿಸಿವೆ. ಬ್ರೆಜಿಲ್ ಮತ್ತು ನೈಜೀರಿಯಾಗಳಲ್ಲಿ ನಡೆದ 65 ವರ್ಷಕ್ಕೂ ಮೇಲ್ಪಟ್ಟ 6000ಕ್ಕೂ ಹೆಚ್ಚಿನ ಜನರನ್ನೊಳಗೊಂಡ ಅಧ್ಯಯನದಲ್ಲಿ, ಮರಣ ಪ್ರಮಾಣ ಡಿಮೆನ್ಷಿಯಾ ಇದ್ದವರಿಗೂ ಹಾಗೂ ಇಲ್ಲದವರಿಗೂ ಶೇ 51.3ರಷ್ಟು ಹೆಚ್ಚಿನದಾಗಿತ್ತು. ನೈಜೀರಿಯಾದಲ್ಲಿನ ಡಿಮೆನ್ಷಿಯಾ ಹೊಂದಿದ ವ್ಯಕ್ತಿ, ಖಾಯಿಲೆ ತಿಳಿದ 5 ವರ್ಷದ ಒಳಗೆ ಸಾವನ್ನಪ್ಪುತ್ತಿದ್ದರು. ಭಾರತದ ಒಂದೇ ಒಂದು ಅಧ್ಯಯನ, ಚೆನ್ನೈ ನಗರದಲ್ಲಿ ಕೈಗೊಂಡಿದ್ದು, ಸಮುದಾಯದಲ್ಲಿ ವಾಸಿಸುತ್ತಿರುವ ಹಿರಿಯರಲ್ಲಿನ ಸಾವಿನ ಕಾರಣಗಳನ್ನು ನಿರ್ಧರಿಸಲು ಪ್ರಯತ್ನಿಸಿತು. ಈ ಅಧ್ಯಯನದ ಆರಂಭಿಕ ಸಮೀಕ್ಷೆಯಲ್ಲಿ ಹಿರಿಯರಲ್ಲಿ ಡಿಮೆನ್ಷಿಯಾ ಎಂದು ಗೊತ್ತಾದವರಲ್ಲಿ ಮರಣದ ಗಂಡಾಂತರವು ಎರಡು ಪಟ್ಟು ಹೆಚ್ಚಿತ್ತು. ಈ ಗಂಡಾಂತರವು ಅರಿವಿನ ಕುಗ್ಗುವಿಕೆಯ ತೀವ್ರತೆಯೊಂದಿಗೆ ನೇರ ಸಂಬಂಧ ಹೊಂದಿತ್ತು.

ದೀರ್ಘಕಾಲೀನ ಸೋಂಕಿಲ್ಲದ ಖಾಯಿಲೆಗಳು ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಹೊಂದುತ್ತಿರುವ (ಸಬ್‌ಸಹಾರ ಆಫ್ರಿಕಾ ಹೊರತುಪಡಿಸಿ) ಪ್ರದೇಶಗಳಲ್ಲಿ ಖಾಯಿಲೆಯ ಮುಖ್ಯ ಕಾರಣವಾಗಿ ಕಂಡುಬರುತ್ತಿದೆ ಎಂಬುದು ಜಾಗತಿಕ ಅನಾರೋಗ್ಯ ಹೊರೆ ವರದಿಯ ಮುಖ್ಯಾಂಶವಾಗಿದೆ. ಆದ್ದರಿಂದ ಒಟ್ಟಾರೆ ದೀರ್ಘಕಾಲೀನ ರೋಗಗಳಿಗೆ, ಡಿಮೆನ್ಷಿಯಾದ ಕಾಣಿಕೆಯನ್ನು ಮುಖ್ಯವಾಗಿ ತಿಳಿದುಕೊಳ್ಳಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ. ಕೆಳಗಿನ ಚಿತ್ರಗಳು ನ್ಯೂನತೆಯೊಂದಿನ ಜೀವಿತಾವಧಿಗೆ 60 ವರ್ಷಕ್ಕೂ ಮೇಲ್ಪಟ್ಟ ಹಿರಿಯರಲ್ಲಿನ ಹಲವು ಮುಖ್ಯ ಧೀರ್ಘಕಾಲಿನ ಖಾಯಿಲೆಗಳ ಕಾರಣಗಳನ್ನು ತಿಳಿಸುತ್ತದೆ. ಇದನ್ನು YLD ಮತ್ತು YLL ಈ ಎರಡು ಪರಿಕಲ್ಪನೆಯನ್ನು ಆಧರಿಸಿ ನೀಡಲಾಗಿದೆ.





ಜೀವಿತದ ಕೊನೆಯ ಕಾಲದಲ್ಲಿ ಡಿಮೆನ್ಷಿಯಾ ನಿಜಕ್ಕೂ ಒಂದು ನ್ಯೂನತೆಯಾಗಿ ಕಾಡುತ್ತದೆ ಎಂಬುದನ್ನು ಜಾಗತಿಕ ಅನಾರೋಗ್ಯದ ಹೊರೆ ವರದಿ ಸ್ಪಷ್ಟವಾಗಿ ತಿಳಿದು ಬರುತ್ತದೆ. ವೃದ್ಧಾಪ್ಯದ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ ಅನೇಕ ಆರೋಗ್ಯ ಸಮಸ್ಯೆಗಳು ನಿರಂತರವಾಗಿ ಕಾಡುತ್ತವೆ. ಮಾನಸಿಕ ಹಾಗೂ ಅರಿವಿನ ತೊಂದರೆಗಳೊಂದಿಗೆ, ದೀರ್ಘಕಾಲೀನ ದೈಹಿಕ ಖಾಯಿಲೆಗಳು ವಿವಿಧ ಅಂಗಾಂಗಗಳನ್ನು ಬಾಧಿಸುತ್ತದೆ. ಈ ವಿವಿಧ ರೋಗಕಾರಕಗಳು ಜಟಿಲವಾದ ರೀತಿಯಲ್ಲಿ ಪರಸ್ಪರ ಹೊಂದಿಕೊಂಡು ಮುಖ್ಯ ಕೆಲಸ – ಕಾರ್ಯಗಳನ್ನು ನಡೆಸುವಲ್ಲಿ ತೊಂದರೆ ಉಂಟುಮಾಡುತ್ತದೆ. ಅಷ್ಟೇ ಅಲ್ಲಾ ಆರೈಕೆಯ ಅವಶ್ಯಕತೆಗಳನ್ನು ಕಂಡುಹಿಡಿಯಲು ಕಷ್ಟ ಸಾಧ್ಯವಾಗಿಸುತ್ತದೆ. ಹಾಗೆ ನೋಡಿದರೆ, ಡಿಮೆನ್ಷಿಯಾ ಸ್ವತಂತ್ರ ಜೀವನ ಸಾಗಿಸಲು ಅಸಮಂಜವಾಗಿ ಪರಿಣಾಮ ಬೀರುತ್ತದೆ.

2009ರ ವಿಶ್ವ ಆಲ್ಜೈಮರ್ಸ್ ವರದಿ, ನ್ಯೂನತೆ ಹಾಗೂ ಅವಲಂಬನೆ ಹೆಚ್ಚುವಲ್ಲಿ ಜೊತೆಗಾರ ಖಾಯಿಲೆಗಳು ಮುಖ್ಯವಾಗುತ್ತದೆ ಎಂದು ತಿಳಿಸುತ್ತದೆ. ಡಿಮೆನ್ಷಿಯಾ ಇರುವ ವ್ಯಕ್ತಿಗೆ ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ತೀಕ್ಷ್ಣ ದೈಹಿಕ ಖಾಯಿಲೆಗಳು ಸಹ ಇದ್ದು, ಅವು ನ್ಯೂನತೆ ಮತ್ತು ಆರೈಕೆಯ ಅವಶ್ಯಕತೆಯನ್ನು ಹೆಚ್ಚಿಸುತ್ತವೆ. ಕ್ಯೂಬಾ (ನಗರ ಮತ್ತು ಹಳ್ಳಿ ಪ್ರದೇಶಗಳಲ್ಲಿ), ಡೋಮಿನಿಕನ್ ರಿಪಬ್ಲಿಕ್, ವೆನೆಜುವೆಲಾ,

ಪೆರು, ಮೆಕ್ಸಿಕೋ, ಚೀನಾ ಹಾಗೂ ಭಾರತದಲ್ಲಿ ಕೈಗೊಂಡ 10/66 ಡಿಮೆನ್ಷಿಯಾ ಅಧ್ಯಯನ ತಂಡದ ಮೂರು ವರದಿಗಳು ಡಿಮೆನ್ಷಿಯಾ, ಖಿನ್ನತೆ ಹಾಗೂ ದೈಹಿಕ ಬೇನೆಗಳ, ಅವಲಂಬನೆಯ ಮೇಲಿನ ಪ್ರಭಾವವನ್ನು ವಿಶ್ಲೇಷಿಸಿದೆ. ಯಾರಿಗೆ ಆರೈಕೆ ಅವಶ್ಯಕತೆ ಇತ್ತೊ ಅವರನ್ನು ಗಮನಿಸಿದಾಗ ಅವರಲ್ಲಿ ಡಿಮೆನ್ಷಿಯಾ, ಇತರೆ ಮಾನಸಿಕ ಇಲ್ಲವೇ ದೈಹಿಕ ಖಾಯಿಲೆಗಳು ಇದ್ದವು. ಇವುಗಳ ನಡುವೆ ಡಿಮೆನ್ಷಿಯಾ, ನ್ಯೂನತೆ ಹಾಗೂ ಅವಲಂಬನೆ ಉಂಟು ಮಾಡುವ ಪ್ರಮುಖ ಕಾರಣವಾಗಿ ಹೊರಹೊಮ್ಮಿತು. ಇತರೆ ಮನೋದೈಹಿಕ ಕಾಯಿಲೆಗಳು (ಕೈಕಾಲುಗಳ ನಿಶ್ಯಕ್ತಿ, ಪಾರ್ಶ್ವವಾಯು, ಖಿನ್ನತೆ, ದೃಷ್ಠಿ ದೋಷ ಹಾಗೂ ಮಂಡಿ ನೋವು) ಇದರ ನಂತರದ ಕಾರಣಗಳಾಗಿ ಮೂಡಿಬಂದವು. ಹೃದಯ ಬೇನೆ, ಅಧಿಕ ರಕ್ತದೊತ್ತಡ ಇಲ್ಲವೇ ದೀರ್ಘಕಾಲೀನ ಪುಪ್ಪುಸದ ಖಾಯಿಲೆಗಳು ಈ ಪ್ರಮಾಣದಲ್ಲಿ ನ್ಯೂನತೆ ಇಲ್ಲವೇ ಅವಲಂಬನೆಗೆ ಕಾರಣವಾಗಿರಲಿಲ್ಲಾ. ಹಾಗಾಗಿ ಡಿಮೆನ್ಷಿಯಾ ನಿಜಕ್ಕೂ ಒಂದು ಬಹು ದೊಡ್ಡ ಸವಾಲೇ ಸರಿ.

ವರುಷಗಳಿಗೆ ಜೀವ ತುಂಬುವ ಬಗೆ: ಹಿರಿಯರಲ್ಲಿ ಕಾರ್ಯಕ್ಷಮತೆಯ ಕುಂದನ್ನು ಕಡಿಮೆಮಾಡಬಹುದೇ?

ಡಿಮೆನ್ಷಿಯಾ ವೃದ್ಧಾಪ್ಯದ ಜೀವನ ಗುಣಮಟ್ಟದ ಮೇಲೆ ಹೆಚ್ಚು ಪ್ರಭಾವ ಬೀರುತ್ತದೆ, ಅಷ್ಟೇ ಅಲ್ಲ ಇದರಿಂದಾಗುವ ನ್ಯೂನತೆ ದಿನನಿತ್ಯದ ಜೀವನ ಚಟುವಟಿಕೆಯನ್ನು ಸಾಕಷ್ಟು ಕುಂಠಿತಗೊಳಿಸುತ್ತದೆ. ಅಂದರೆ ಇನ್ನು ಹೆಚ್ಚಿದ ನ್ಯೂನತೆಯೊಂದಿಗಿನ ಜೀವಿತದ ಅವಧಿ. ನ್ಯೂನತೆಯ ಪ್ರಕ್ರಿಯೆಯನ್ನು ನಿಧಾನಗೊಳಿಸಿದರೆ ಅಥವಾ ತಡೆದರೆ, ಜೀವಿತದ ಅವಧಿಗೆ ಜೀವ ತುಂಬಿದಂತಾಗುತ್ತದೆ. ಇದು ಬಹಳ ಮುಖ್ಯ ಹಾಗೂ ಮಾಡಲು ಸಾಧ್ಯ. ಆದರೆ ನ್ಯೂನ್ಯತೆ ಕಡಿಮೆ ಮಾಡುವ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳಿಗೆ, ಅಧಿಕಾರಿಗಳಾಗಲಿ, ಆರೋಗ್ಯಕಾರ್ಯಕರ್ತರಾಗಲಿ ಅಷ್ಟಾಗಿ ಗಮನಹರಿಸುವುದಿಲ್ಲಾ. ಹಣವನ್ನು ಹೆಚ್ಚಾಗಿ ಡಿಮೆನ್ಷಿಯಾಗಿಂತ ಹೃದಯಬೇನೆ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಆರೈಕೆಗೆ ವೆಚ್ಚ ಮಾಡುತ್ತಾರೆ. ಡಿಮೆನ್ಷಿಯಾ ಅದು ಬಂದಿರುವವರಿಗೆ ಮಾತ್ರ ಅಲ್ಲಾ ಸುತ್ತಮುತ್ತಲಿನವರ ಮೇಲೂ ಪರಿಣಾಮ ಬೀರುತ್ತದೆ. ನ್ಯೂನತೆ ಉಂಟುಮಾಡುವ ಡಿಮೆನ್ಷಿಯಾ ಖಾಯಿಲೆಗಳನ್ನು ಗುರುತಿಸಿ ಅವುಗಳಿಗೆ ಒಪ್ಪುವಂತಹ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳನ್ನು ಆರಂಭಿಸಿದರೆ, ಜೀವನದ ಕಡೆಯಘಟ್ಟದಲ್ಲಿ ಹಿರಿಯರಲ್ಲಿನ ನ್ಯೂನತೆಗಳನ್ನು, ಅದರಿಂದಾಗುವ ಬಾಧೆಯನ್ನು ತಡೆಗಟ್ಟಬಹುದು. ಇದನ್ನು ರಾಜಕೀಯ ಪಕ್ಷಗಳು, ನೀತಿಯುಕ್ತರು ಹಾಗೂ ಅಧಿಕಾರಿವರ್ಗದವರು ಅತ್ಯಂತ ಜರೂರಾಗಿ ಗಮನಿಸಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ. ಕಳೆದ 10 ವರ್ಷದಲ್ಲಿ ಭಾರತದಲ್ಲಿ ಕೈಗೊಂಡ ಅಧ್ಯಯನಗಳನ್ನು ಗಮನಿಸಿದರೆ (Pubmed, Medline ಹುಡುಕಾಟ), ಒಟ್ಟಾರೆ ಕ್ಯಾನ್ಸರಿಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದಂತೆ 1426 ಅಧ್ಯಯನಗಳು, ಹೃದಯಬೇನೆ 604, ಮಾನಸಿಕ ತೊಂದರೆಗಳ ಕುರಿತು 917, ಪಾರ್ಶ್ವವಾಯು 94, ಕೀಲು ಉರಿ 119, ಹಾಗೂ ಡಿಮೆನ್ಷಿಯಾ ಸಂಬಂಧಪಟ್ಟಂತೆ 76 ಅಧ್ಯಯನಗಳು ಗೋಚರಿಸಿದವು. ಚಿತ್ರದಲ್ಲಿ ಅಧ್ಯಯನಗಳು ಮತ್ತು ಕಳೆದುಹೋದ ಜೀವಿತದ ಅವಧಿ. ಇವುಗಳ ಪರಸ್ಪರ ಸಂಬಂಧವನ್ನು ಸೂಚಿಸುತ್ತದೆ. ಡಿಮೆನ್ಷಿಯಾ ಕುರಿತಾಗಿ ಅಧ್ಯಯನ ಸಾಕಷ್ಟು ಇಲ್ಲ ಎಂದೂ ಸಹ ಇದರಿಂದ ಸ್ಪಷ್ಟವಾಗಿ ತಿಳಿದು ಬರುತ್ತದೆ. ಅಷ್ಟೇ ಅಲ್ಲ ವಿವಿಧ ದೀರ್ಘಕಾಲಿನ ಖಾಯಿಲೆಗಳಿಂದಾಗುವ ನ್ಯೂನತೆ ಮತ್ತು ಅಧ್ಯಯನಗಳ ಪರಿಶ್ರಮದಲ್ಲಿ ವೈಪರೀತ್ಯ ಸಹ ಕಂಡು ಬರುತ್ತದೆ: ನ್ಯೂನತೆ ಹೆಚ್ಚಿದರೂ, ಅಧ್ಯಯನಗಳು ಕಡಿಮೆ

ಇದೆ. ಇದಕ್ಕೆ ವ್ಯತಿರಿಕ್ತವಾಗಿ ಕಳೆದುಹೋದ ಜೀವಿತ ಅವಧಿ ಹೆಚ್ಚಾದಂತೆಲ್ಲಾ ಅದಕ್ಕೆ ಕಾರಣವಾದ ಖಾಯಿಲೆಗಳ ಮೇಲಿನ ಅಧ್ಯಯನಗಳೂ ಹೆಚ್ಚಾಗಿವೆ. ಒಳ್ಳೆಯ ಗುಣಮಟ್ಟದ ಅಧ್ಯಯನಗಳು ಮಾತ್ರ ಆರೈಕೆ ಮತ್ತು ಸೇವೆ ನೀಡುವಲ್ಲಿ ಸಲಹೆ ನೀಡಬಲ್ಲವು ಕಡಿಮೆ ವೆಚ್ಚದ ಪರಿಣಾಮಕಾರಿಯಾದ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳು ಸಮುದಾಯದಲ್ಲಿ ಕಂಡುಕೊಂಡು, ಅವುಗಳನ್ನು ವಿಸ್ತರಿಸಲು ಮಾರ್ಗದರ್ಶಿಯಾಗಬಲ್ಲವು. ರಾಷ್ಟ್ರಮಟ್ಟದಲ್ಲಿ ICMR, DBT, DST, ಮುಂದೆ ಕೈಗೊಳ್ಳಬಹುದಾದ ಡಿಮೆನ್ಷಿಯಾ ಅಧ್ಯಯನಗಳಿಗೆ ಮುತುವರ್ಜಿಯಿಂದ ಧನ ಸಹಾಯವನ್ನು ಪ್ರಮುಖವಾಗಿ ಒದಗಿಸಬೇಕು.

ಡಿಮೆನ್ಷಿಯಾ ಹೊಂದಿದವರ ಆರೈಕೆ: ಯಾರಿಗೆ ಆರೈಕೆ ಬೇಕು?

ಯಾವುದೇ ರೋಗಲಕ್ಷಣ ನಿರೂಪಕಗಳನ್ನು ಅನುಸರಿಸಿದರೂ ಡಿಮೆನ್ಷಿಯಾ ಹೊಂದಿರುವ ವ್ಯಕ್ತಿಗೆ ಸ್ವಲ್ಪ ಮಟ್ಟಿಗಾದರೂ ವ್ಯವಹಾರಿಕವಾಗಿ ನ್ಯೂನತೆ ಇದ್ದೇ ಇರುತ್ತದೆ. ಹಾಗೆಂದಾಕ್ಷಣ ಎಲ್ಲರಿಗೂ ಒಂದೇ ತೆರನಾದ ಆರೈಕೆ – ಶುಶ್ರೂಷೆ ಬೇಕು ಎಂದಲ್ಲಾ. ಆರೈಕೆ ಕುರಿತಾಗಿ ಅಧ್ಯಯನವನ್ನು ಲ್ಯಾಟಿನ್ ಅಮೇರಿಕಾ, ಭಾರತ ಹಾಗೂ ಚೀನಾ ದೇಶಗಳಲ್ಲಿ ನಡೆದ 10/66 ಡಿಮೆನ್ಷಿಯಾ ತಂಡ ಅಧ್ಯಯನ ಕೈಗೊಂಡಿತು. ಭಾರತದಲ್ಲಿನ ಅಧ್ಯಯನ ಕೇಂದ್ರಗಳಿಂದ ತಿಳಿದುಬಂದಂತೆ ಚಿತ್ರದಲ್ಲಿ ಕೊಡಲಾಗಿದೆ. ಆರೈಕೆಯ ಅವಶ್ಯಕತೆ ಯಾವುದೆ ಕೇಂದ್ರದಲ್ಲಾಗಲಿ ಶೇಕಡ 50 ರಿಂದ 70ರಷ್ಟು ಇತ್ತು ಮತ್ತು ಅಂತಹವರಲ್ಲಿ ಸಾಕಷ್ಟು ಜನರಿಗೆ 'ಹೆಚ್ಚು ಆರೈಕೆ'ಯ ಅವಶ್ಯಕತೆ ಇತ್ತು. ಆರೈಕೆಯ ಅವಶ್ಯಕತೆ, ಡಿಮೆನ್ಷಿಯಾ ತೀವ್ರತೆಯನ್ನು ಅನುಸರಿಸಿತ್ತು. ಸ್ವಲ್ಪ ಮಟ್ಟಿನ ಡಿಮೆನ್ಷಿಯಾ ಇರುವವರಲ್ಲಿ ಶೇ 30ರಷ್ಟು, ಮಧ್ಯಮ ಮಟ್ಟದವರಲ್ಲಿ ಶೇ 69ರಷ್ಟು, ತೀವ್ರತರ ಡಿಮೆನ್ಷಿಯಾ ಇರುವವರಲ್ಲಿ ಶೇ 88ರಷ್ಟು ಜನರಿಗೆ 'ಹೆಚ್ಚು ಶುಶ್ರೂಷೆಯ' ಅವಶ್ಯಕತೆ ಇತ್ತು. ನಗರ ಪ್ರದೇಶದ ಕೇಂದ್ರಗಳಲ್ಲಿ 'ಹೆಚ್ಚು ಶುಶ್ರೂಷೆ' ಬೇಕಾದವರ ಪ್ರಮಾಣ ಶೇ 78.5ರಷ್ಟಿದ್ದು ಹಳ್ಳಿ ಪ್ರದೇಶದಲ್ಲಿ ಇದು ಶೇ 33.3ರಷ್ಟಿತ್ತು.

ಡಿಮೆನ್ಷಿಯಾ: ಶುಶ್ರೂಷೆ ಮಾಡುವವರು ಯಾರು?

ಭಾರತದಲ್ಲಾದರೂ ಡಿಮೆನ್ಷಿಯಾ ಆಗಿರುವ ವ್ಯಕ್ತಿ ತಮ್ಮ ಕುಟುಂಬದೊಂದಿಗೆ ವಾಸಿಸುತ್ತಾರೆ. ಆರೈಕೆಯ ಜವಾಬ್ದಾರಿ ಕುಟುಂಬದಲ್ಲೆ ವಾಸಿಸುವ ಎಲ್ಲಾ ಹಿರಿಯರು ಸೇರಿ ವಹಿಸಿಕೊಳ್ಳುತ್ತಾರೆ. 10/66 ಡಿಮೆನ್ಷಿಯಾ ಅಧ್ಯಯನ ಭಾರತದ 6 ಕೇಂದ್ರಗಳಲ್ಲಿನ (ಬೆಂಗಳೂರು, ಚೆನ್ನೈ, ಗೋವಾ, ಹೈದರಾಬಾದ್, ತ್ರಿಶೂರ್ ಮತ್ತು ವೆಲ್ಲೂರು) 179 ಆರೈಕೆ ನೀಡುವವರಿಂದ ಮಾಹಿತಿ ಕಲೆ ಹಾಕಿತು. ಆರೈಕೆ ನೀಡುವ ಶೇ 75ರಷ್ಟು ಮಂದಿ ಮಹಿಳೆಯರು ಮತ್ತು ಸರಿಸುಮಾರು ಎಲ್ಲರೂ (98%) ಡಿಮೆನ್ಷಿಯಾ ಇರುವ ವ್ಯಕ್ತಿಯೊಂದಿಗೆ ಒಟ್ಟಿಗೆ ವಾಸಿಸುತ್ತಿರುವರಾಗಿದ್ದರು. ಬಹಳಷ್ಟು ಡಿಮೆನ್ಷಿಯಾ ಹೊಂದಿರುವ ವ್ಯಕ್ತಿ ದೊಡ್ಡ ವಿಸ್ತೃತ ಕುಟುಂಬಗಳಲ್ಲಿ ವಾಸಿಸುತ್ತಿದ್ದರು; ಸುಮಾರು ಅರ್ಧದಷ್ಟು ಮೂರು ತಲೆಮಾರಿನ ಕುಟುಂಬಗಳಾಗಿದ್ದವು (16 ವರ್ಷ ವಯಸ್ಸಿಗೂ ಕಡಿಮೆ ಮಕ್ಕಳನ್ನು ಸೇರಿಸಿ). ಆರೈಕೆ ನೀಡುತ್ತಿರುವ ಯಾರೊಬ್ಬರೂ ಯಾವುದೇ ರೀತಿಯ ಸಹಾಯಗಳನ್ನು/

ಪ್ರಯೋಜನ ಪಡೆದಿರಲಿಲ್ಲಾ. ಮುಖ್ಯವಾಗಿ ಗಮನಿಸಬೇಕಾದ ಅಂಶವೆಂದರೆ ಆರೈಕೆ ಮಾಡಲು ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ಕುಟುಂಬದ ಇತರೆ ಸದಸ್ಯರು ಇಲ್ಲವೇ ಸ್ನೇಹಿತರಾಗಿರುತ್ತಾರೆ. ಸಂಬಳ ಪಡೆದು ಡಿಮೆನ್ಷಿಯಾ ಇರುವವರಿಗೆ ಆರೈಕೆ ಮಾಡುವವರು ಭಾರತದಲ್ಲಿ ಕಂಡುಬಂದಿರಲಿಲ್ಲ. ನಗರ ಪ್ರದೇಶಗಳಲ್ಲಿ ಇಂತಹವರಿಗಾಗಿ ಹೆಚ್ಚು ಬೇಡಿಕೆ ಇದೆ. ಸಂಬಳ ಪಡೆದು ಶುಶ್ರೂಷೆ ಮಾಡುವವರಿಗೆ ಯಾವುದೇ ರೀತಿಯ ತರಬೇತಿ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳಿಲ್ಲ. ಕೆಲವು ಸಂಘ–ಸಂಸ್ಥೆಗಳು ಆರೈಕೆ ಶುಶ್ರೂಷೆ ಮಾಡುವವರನ್ನು ಕಳುಹಿಸಿಕೊಡುತ್ತಾರೆ. ಇಂತಹ ವ್ಯಕ್ತಿಗಳಿಗೆ ಕ್ಷಿಪ್ರ ತರಬೇತಿ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳ ಅವಶ್ಯಕತೆ ಇದೆ ಮತ್ತು ಇಂತಹ ಸಂಸ್ಥೆಗಳ ನೊಂದಾವಣೆ ಹಾಗೂ ನಿಯಂತ್ರಣದ ಅವಶ್ಯಕತೆ ಸಹ ಇದೆ.

ಡಿಮೆನ್ಷಿಯಾ: ಆರೈಕೆಯ ರೀತಿ

ಡಿಮೆನ್ಷಿಯಾ ಇರುವ ವ್ಯಕ್ತಿಗೆ ಅವಶ್ಯವಿರುವ ಆರೈಕೆಯನ್ನು ಮೂರು ರೀತಿಯಾಗಿ ವಿಭಾಗಿಸಬಹುದು: ದಿನನಿತ್ಯದ ವೈಯಕ್ತಿಕ ಚಟುವಟಿಕೆಗಳು (ಅಂದರೆ ಸ್ನಾನ, ಉಡುಗೆ–ತೊಡುಗೆ, ಊಟೋಪಚಾರ, ಮಲ–ಮೂತ್ರ ವಿಸರ್ಜನೆ, ಇತ್ಯಾದಿ), ಜೀವನ ಪೂರಕ ದಿನನಿತ್ಯದ ಚಟುವಟಿಕೆಗಳು (ಅಡುಗೆ, ಅಂಗಡಿ–ಮುಂಗಟ್ಟು ವ್ಯಾಪಾರ, ಬಟ್ಟೆ ಒಗೆಯುವುದು, ಮನೆಯ ಖರ್ಚು–ವೆಚ್ಚ) ಮತ್ತು ಮೇಲುಸ್ತುವಾರಿ. ತೀರಾ ಇತ್ತೀಚಿನ ಅಧ್ಯಯನಗಳಿಂದ ತಿಳಿದಿರುವ ಮಾಹಿತಿಯಂತೆ, ಆರೈಕೆ ನೀಡುವವರು ಸುಮಾರು 1.6 ಘಂಟೆ ದಿನನಿತ್ಯದ ಮುಖ್ಯ ವೈಯಕ್ತಿಕ ಚಟುವಟಿಕೆಗಳಿಗಾಗಿತ್ತು. ಜೀವನ ಪೂರಕ ದೈನಂದಿನ ಚಟುವಟಿಕೆಗಳನ್ನು ಸೇರಿಸಿದರೆ 3.7 ಘಂಟೆ ಮತ್ತು ಮೇಲುಸ್ತುವಾರಿ ಸೇರಿದರೆ ಅದು 7.4 ಘಂಟೆಗಳಾಯಿತು. 10/66 ಡಿಮೆನ್ಷಿಯಾ ಅಧ್ಯಯನ ಗುಂಪಿನ ಆರೈಕೆ ಮತ್ತು ಮೇಲುಸ್ತುವಾರಿಯ ಮಾಹಿತಿ ಕೆಳಗಿನ ಚಿತ್ರದಲ್ಲಿ ತೋರಿಸಲಾಗಿದೆ. ಇದು ಕಡಿಮೆ ಹಾಗೂ ಮಧ್ಯಮ ವರಮಾನದ ದೇಶಗಳ ಮಾಹಿತಿಯಾದರೂ, ಮುಂದುವರೆದ ದೇಶಗಳ ಮಾಹಿತಿಗೆ ಹೋಲಿಸಿದರೆ ಕಡಿಮೆಯೇನಲ್ಲ; ವೈಯಕ್ತಿಕ ಆರೈಕೆ ವಿಚಾರವಾಗಿ ಸ್ವಲ್ಪ ಹೆಚ್ಚೇ ಇರಬಹುದು. ಡಿಮೆನ್ಷಿಯಾ ತೀವ್ರತೆ ದಿನನಿತ್ಯದ ವೈಯಕ್ತಿಕ ಚಟುವಟಿಕೆಯ ಆರೈಕೆಯ ಅವಶ್ಯಕತೆಯ ಮುನ್ಸೂಚನೆ. ಸೌಮ್ಯರೀತಿಯ ಡಿಮೆನ್ಷಿಯಾಗೆ ಅಂದಾಜು 2.3 ಘಂಟೆ ಬೇಕಾದರೆ ತೀವ್ರ ರೀತಿಯ ಡಿಮೆನ್ಷಿಯಾಗೆ 7.1 ಘಂಟೆ ಆರೈಕೆ ಬೇಕಾಗಿರುತ್ತದೆ.

ಡಿಮೆನ್ಷಿಯಾ ಆರೈಕೆ ಪರಿಣಾಮ: ಆರೈಕೆ ಮಾಡುವವರ ಮಾನಸಿಕ ಹಾಗೂ ದೈಹಿಕ ಆರೋಗ್ಯ

ಆರೈಕೆ ನೀಡುವವರ ಮೇಲುಂಟಾಗುವ ಋಣಾತ್ಮಕ ಪರಿಣಾಮಗಳ ಬಗ್ಗೆ ಸಾಕಷ್ಟು ಅಧ್ಯಯನಗಳಾಗಿವೆ. ಗಮನಿಸಬೇಕಾದ ಅಂಶವೆಂದರೆ, ಆರೈಕೆ ನೀಡುವ ಕುಟುಂಬದ ಸದಸ್ಯರು ಹಾಗೂ ಮಿತ್ರರು ತಾವು ಮಾಡುವ ಆರೈಕೆ ಬಗ್ಗೆ ಹೆಮ್ಮೆಯಿದ್ದು ಗರ್ವದಿಂದ ಕಾರ್ಯನಿರ್ವಹಿಸುದಷ್ಟೇ ಅಲ್ಲಾ ಅನೇಕ ರೀತಿಯ ಉಪಯೋಗಗಳನ್ನು ಸಹ ಪಡೆದುಕೊಳ್ಳುತ್ತಾರೆ. ಆರೈಕೆ ನೀಡುವವರ ಮೇಲಿನ ಒತ್ತಡ, ಕೆಳ ಹಾಗೂ ಮಧ್ಯಮ ವರಮಾನ ದೇಶಗಳಲ್ಲಿ, ಐರೋಪ್ಯ ಪ್ರದೇಶದ ಯುರೋಕೇರ್ ಯೋಜನೆಯಲ್ಲಿ ಕಂಡುಬಂದಂತೆ ಹೆಚ್ಚೇ ಆಗಿತ್ತು. ಮನೆಯಲ್ಲಿ ನೀಡಬಹುದಾದ ಆರೈಕೆಗೆ, ಪ್ರಚಲಿತ ಅಧಿಕೃತ ಸೇವೆಗಳು ಯಾವುದೇ ರೀತಿಯ ಸಹಯೋಗ ನೀಡುತ್ತಿರಲಿಲ್ಲ. ಆರೈಕೆ ಮಾಡುವವರಿಗೆ ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ಯಾವುದೇ ರೀತಿಯ ಮಾಹಿತಿ–ಸಲಹೆಗಳನ್ನು ಪಡೆಯುವ ಅವಕಾಶಗಳಿಲ್ಲ. ವಿದ್ಯಾವಂತರೂ ಸಹ ಡಿಮೆನ್ಷಿಯಾ ಸಂಬಂಧಿ ಲಕ್ಷಣಗಳನ್ನು 'ಬೇಕೆಂದೇ ಆಡುವ ಆಟ' ಎಂದು ಭಾವಿಸುತ್ತಾರೆ. ತಕ್ಷಣದಲ್ಲಿ ಲಭ್ಯವಿರುವ ಸಹಾಯ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯೂ ಸಹ ಸಾಕಷ್ಟಿಲ್ಲ ಮತ್ತು ಇರುವಂತಹವುಗಳನ್ನು ಮತ್ತಷ್ಟು ಬಲಪಡಿಸಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ. 10/66 ಮಾರ್ಗದರ್ಶಿ ಅಧ್ಯಯನದ ಆರೂ ಕೇಂದ್ರಗಳು, ಆರೈಕೆ ನೀಡುವವರಲ್ಲಿ ಭಾರಿ ಪ್ರಮಾಣದಲ್ಲಿ ಮಾನಸಿಕ ತೊಂದರೆ ಇರುವುದರ ಬಗ್ಗೆ ತಿಳಿಸಿತು: ಸರಿಸುಮಾರು ಶೇ 40ರಿಂದ ಶೇ 72ರ ತನಕ. ಆರೈಕೆ ಮಾಡುತ್ತಿರುವ 179 ಜನರಲ್ಲಿ, ಅಂದಾಜಿನಲ್ಲಿ ಶೇ 60ರಷ್ಟು ಜನರಲ್ಲಿ ಪ್ರತಿಕೂಲ ಮಾನಸಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಉಂಟಾಗಿತ್ತು.

ಆರೈಕೆ ನೀಡುತ್ತಿರುವವರ ಮೇಲಿನ ಒತ್ತಡ: ಡಿಮೆನ್ಷಿಯಾ ಹಾಗೂ ಇತರೆ ದೀರ್ಘಕಾಲೀನ ಖಾಯಿಲೆಗಳಿಗೆ ಹೋಲಿಕೆ.

ಅವಲಂಬನೆಯಲ್ಲಿ, ಅಂದರೆ ಆರೈಕೆ ನೆವವಾಗಿ ಇನ್ಯಾವುದೇ ದೀರ್ಘಕಾಲೀನ ಖಾಯಿಲೆಗಳಿಗೆ ಹೋಲಿಸಿದರೆ, ಡಿಮೆನ್ಷಿಯಾ ಸ್ವತಂತ್ರವಾಗಿ ಬಹಳಷ್ಟು ಪರಿಣಾಮ ಉಂಟು ಮಾಡುತ್ತದೆ. ಶುಶ್ರೂಷೆ/ ಆರೈಕೆ ಅವಶ್ಯಕತೆ ಇರುವ ಹಿರಿಯರಲ್ಲಿ, ಡಿಮೆನ್ಷಿಯಾ ಹೊಂದಿದ್ದರೆ ಅವರನ್ನು ನೋಡಿಕೊಳ್ಳುವ ಜವಾಬ್ದಾರಿ ದೈಹಿಕ ಅನಾರೋಗ್ಯ ಇರುವ ಹಿರಿಯರನ್ನು ನೋಡಿಕೊಳ್ಳುವ ಜವಾಬ್ದಾರಿಗಿಂತ ಹೆಚ್ಚಾಗಿರುತ್ತದೆ. 2009ರ ವಿಶ್ವ ಆಲ್ಜೈಮರ್ಸ್ ವರದಿ, 10/66 ಅಧ್ಯಯನ ತಂಡದ ಸಮುದಾಯದಲ್ಲಿನ ಅಧ್ಯಯನಗಳನ್ನು ಮತ್ತೆ ಅಭ್ಯಸಿಸಿತು. ಜೊತೆಯಲ್ಲಿ ವಾಸಿಸುವ / ಆರೈಕೆ ಮಾಡುವವರ ಮೇಲಿನ ಮಾನಸಿಕ ಆರೋಗ್ಯಕ್ಕೆ ಡಿಮೆನ್ಷಿಯಾ, ಖಿನ್ನತೆ, ಲಕ್ವ ಮತ್ತು ದೈಹಿಕ ನ್ಯೂನತೆಯ ಸ್ವತಂತ್ರ ಪರಿಣಾಮವನ್ನು ದಾಖಲಿಸಿತು. ಅದರಂತೆ ಲಕ್ವ, ಖಿನ್ನತೆ ಹಾಗೂ ದೈಹಿಕ ನ್ಯೂನತೆಯ ಹೊರತಾಗಿಯೂ ಸಹ ಹಿರಿಯರಲ್ಲಿ ಡಿಮೆನ್ಷಿಯಾ ಇರುವುದಕ್ಕೂ ಹಾಗೂ ಆರೈಕೆ ಮಾಡುವವರ ಮೇಲಿನ ಮಾನಸಿಕ ಒತ್ತಡಕ್ಕೂ ಹೆಚ್ಚು ಸಂಬಂಧವಿರುತ್ತದೆ ಎಂದು ತಿಳಿದು ಬಂದಿದೆ. ಎಲ್ಲಾ ಕೇಂದ್ರಗಳ ಕ್ರೋಢೀಕರಿಸಿದ ಫಲಿತಾಂಶ, ಡಿಮೆನ್ಷಿಯಾ ಆರೈಕೆ ಮಾಡುವವರಲ್ಲಿ ಎರಡು ಪಟ್ಟು ಹೆಚ್ಚು ಮಾನಸಿಕ ತೊಂದರೆ ಇರುವುದು ಖಚಿತಪಟ್ಟಿದೆ.

ಡಿಮೆನ್ಷಿಯಾದ ಖರ್ಚು-ವೆಚ್ಚ

ಹೆಚ್ಚುತ್ತಿರುವ ಆರೋಗ್ಯ ಸಂಬಂಧಿ ಖರ್ಚು (ವಿಶೇಷವಾಗಿ ಸ್ವಂತ ಹಣದ ವೆಚ್ಚ), ಹೆಚ್ಚುತ್ತಿರುವ ಡಿಮೆನ್ಷಿಯಾ ಪ್ರಮಾಣದ ಜೊತೆಗೆ, ಕುಟುಂಬ ಮತ್ತು ಸಮಾಜ ಎರಡರ ಮೇಲೂ ಅಧಿಕ ಆರ್ಥಿಕ ಹೊರೆಯನ್ನುಂಟು ಮಾಡುತ್ತಿದೆ. ಡಿಮೆನ್ಷಿಯಾಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದಂತೆ ಆರೈಕೆ ಮತ್ತು ಖಾಯಿಲೆ ನಿರ್ವಹಣೆಯ ಎಲ್ಲಾ ಅಂಶಗಳಿಗೂ ಒಂದು ಹಣದ ಬೆಲೆಯನ್ನು ಕಟ್ಟುವುದರಿಂದ ಇತರೆ ಖಾಯಿಲೆಗಳೊಂದಿಗೆ ಪರಾಮರ್ಶಿಸಲು ಇಲ್ಲವೇ ಅದೇ ಖಾಯಿಲೆಯ ಸಮಯಾಂತರದಲ್ಲಿನ ವ್ಯತ್ಯಾಸ ತಿಳಿಯಲು ಉಪಯುಕ್ತವಾಗಿರುತ್ತದೆ. ಕುಟುಂಬದ ಹಿನ್ನಲೆಯಲ್ಲಿ, ಡಿಮೆನ್ಷಿಯಾ ನಿರ್ವಹಣೆಗೆ ಸೂಕ್ತವಾಗಿ ಹಾಗೂ ಒಪ್ಪುವಂತಹ ಚೌಕಟ್ಟಿನಲ್ಲಿ, ಭಾರತಕ್ಕೆ ಸರಿ ಹೊಂದುವಂತೆ ಇಲ್ಲಿ ಗಣನೆಗಳನ್ನು ಮಾಡಲಾಗಿದೆ.

ಖರ್ಚಿನ ಗಣನೆ, ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳ ಪರಿಣಾಮಗಳನ್ನು ಮಾಪನ ಮಾಡುವಾಗ ಕಂಡುಕೊಂಡಿರುವ ಖಾಯಿಲೆಯ ಖರ್ಚಿನ ಅಧ್ಯಯನಗಳ (cost –effectiveness) ವಿಶ್ಲೇಷಣೆಗಳಿಂದ ತಿಳಿದು ಬರುತ್ತದೆ. ಖಾಯಿಲೆಯ ಖರ್ಚಿನ ಅಧ್ಯಯನಗಳು ಖರ್ಚುಗಳನ್ನು ನೇರ ಖರ್ಚು, ಪರೋಕ್ಷ (ಇಲ್ಲವೆ ಸಂಬಂಧಿ) ಖರ್ಚು ಮತ್ತು ಗೋಚರವಾಗದ ಖರ್ಚುಗಳೆಂದು ವಿಭಾಗಿಸಬಹುದು. ಡಿಮೆನ್ಷಿಯಾ ಕುರಿತಾಗಿ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಮತ್ತು ಶುಶ್ರೂಷೆಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದಂತೆ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಗಳಲ್ಲಿ ವಿಧ್ಯುಕ್ತವಾಗಿ ಆಗುವ ಖರ್ಚು–ವೆಚ್ಚಗಳು ನೇರ ಖರ್ಚು; ಇವು ವೈದ್ಯಕೀಯ ಅಥವಾ ವೈದ್ಯಕೇತರ ಆಗಿರಬಹುದು. ಈ ಖರ್ಚುಗಳಲ್ಲಿ ಸಂಸ್ಥೆಗಳಲ್ಲಿನ ಆರೈಕೆ, ವೈದ್ಯರು ಹಾಗೂ ಇತರೇ ಸಿಬ್ಬಂದಿಯ ಸೇವಾ ಶುಲ್ಕ, ನರ್ಸಿಂಗ್ ಹೋಮ್, ಹಗಲು ಆರೈಕೆ ಕೇಂದ್ರ, ದೀರ್ಘಕಾಲೀನ ಆರೈಕೆ ತಾಣ, ಆಸ್ಪತ್ರೆ ಖರ್ಚು, ಔಷಧಿ, ಸಮುದಾಯದಲ್ಲಿನ ಶುಶ್ರೂಷೆ, ಮತ್ತು ಇನ್ನಿತರೆ ಸ್ವಂತ ಹಣದ ಖರ್ಚುಗಳು. ಪರೋಕ್ಷ ವೆಚ್ಚಗಳೆಂದರೆ ಕೆಲಸ ಸಂಬಂಧಿ ಉತ್ಪಾದಕತೆಯಲ್ಲಿನ ಕಡಿತ, ಗೈರುಹಾಜರಿ ಇಲ್ಲವೇ ಆರೈಕೆ ಮಾಡುವಾಗ ಉಂಟಾಗುವ ವರಮಾನ ನಷ್ಟ, ಲಾಭಾಂಶ ನಷ್ಟ, ಸಂಪನ್ಮೂಲದ ನಷ್ಟ ಮುಂತಾದ ವಿಧ್ಯುಕ್ತವಲ್ಲದ ಖರ್ಚುಗಳು.

ಭಾರತದಲ್ಲಿ ಡಿಮೆನ್ಷಿಯಾ ಖರ್ಚು: ಒಂದು ನೋಟ

2010ರಲ್ಲಿ ಸರಿಸುಮಾರು 37 ಲಕ್ಷ ಡಿಮೆನ್ಷಿಯಾ ಹೊಂದಿರುವವರಿಗೆ ಸಮುದಾಯದ ಒಟ್ಟಾರೆ ಖರ್ಚು 34 ಕೋಟಿ ಅಮೇರಿಕನ್ ಡಾಲರ್ (1.5 ಶತ ಕೋಟಿ ಭಾರತೀಯ ರೂಪಾಯಿಗಳು) ಎಂದು ಅಂದಾಜು ಮಾಡಲಾಗಿದೆ. ಸರಿಸುಮಾರು ಅರ್ಧದಷ್ಟು ವೆಚ್ಚ (ಶೇಕಡ 56ರಷ್ಟು; 89 ಕೋಟಿ ರೂಪಾಯಿಗಳು) ವಿಧ್ಯುಕ್ತವಲ್ಲದ ಶುಶ್ರೂಷೆಗಾಗಿದ್ದು, ಮೂರನೇ ಒಂದು ಭಾಗ (ಶೇಕಡ 29ರಷ್ಟು) ನೇರ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಖರ್ಚುಗಳಿಗಾಗಿತ್ತು (47 ಕೋಟಿ ರೂಪಾಯಿಗಳು). ಡಿಮೆನ್ಷಿಯಾ ಇರುವ ಪ್ರತಿ ವ್ಯಕ್ತಿಯ ಮೇಲಿನ ವ್ಯಾಪಕ ಖರ್ಚು ಸುಮಾರು 43,285 ರೂಪಾಯಿಗಳೆಂದು (USD 925) ಅಂದಾಜು ಮಾಡಲಾಗಿತ್ತು. ವಿಶೇಷವೆಂದರೆ ನಗರ ಪ್ರದೇಶಗಳಲ್ಲಿನ ವಿಧ್ಯುಕ್ತವಲ್ಲದ ಖರ್ಚು (USD 257) ಗ್ರಾಮೀಣ ಪ್ರದೇಶಗಳಿಗಿಂತ ಎರಡೂವರೆ ಪಟ್ಟು ಹೆಚ್ಚಾಗಿತ್ತು (USD 97).

ಭಾರತಕ್ಕೆ ಸಂಬಂಧಪಟ್ಟಂತೆ 2005ರಲ್ಲಿನ ಡಿಮೆನ್ಷಿಯಾ ಖರ್ಚನ್ನು 2009ರಲ್ಲಿ ಪರಿಷ್ಕರಿಸಿದರು. ಪ್ರತಿ ದಿನಕ್ಕೆ 1.6 ಗಂಟೆ ಇಲ್ಲವೆ 3.7 ಗಂಟೆ ವಿದ್ಯುಕ್ತವಲ್ಲದ ಶುಶ್ರೂಷೆಯಂತೆ, ಒಟ್ಟಾರೆ, ಸಮುದಾಯದ ಖರ್ಚು, 451 ಶತಕೋಟಿ ರೂಪಾಯಿಗಳಿಂದ 657 ಶತಕೋಟಿ ರೂಪಾಯಿಗಳಾಗಬಹುದೆಂದು ಅಂದಾಜು ಮಾಡಲಾಗಿತ್ತು. ನೇರ ಖರ್ಚು 292 ಶತಕೋಟಿ ರೂಪಾಯಿಗಳೆಂದು ತಿಳಿದು ಬರುತ್ತದೆ. ವಿದ್ಯುಕ್ತವಲ್ಲದ ಶುಶ್ರೂಷೆ ಹೆಚ್ಚಾದಂತೆಲ್ಲಾ ಖರ್ಚು ಸಹ ಶೇ. 34 ರಿಂದ 56ರಷ್ಟಾಯಿತು. 2005ನೇ ವರ್ಷದಲ್ಲಿ ಪ್ರತಿ ದಿನ 1.6, 3.7 ಅಥವಾ 7.4 ಗಂಟೆಗಳ ವಿದ್ಯುಕ್ತವಲ್ಲದ ಶುಶ್ರೂಷೆ ಎಂದು ಗಣಿಸಿದರೆ, ಖರ್ಚು 96,850 ರೂಪಾಯಿಗಳು, 1,41,386 ರೂಪಾಯಿಗಳು ಹಾಗೂ 2,63,350 ರೂಪಾಯಿಗಳೆಂದು ತಿಳಿದುಬಂದಿತು. ಡಿಮೆನ್ಷಿಯಾ ತೀವ್ರವಾದಂತೆಲ್ಲಾ, ವಿದ್ಯುಕ್ತವಲ್ಲದ ಶುಶ್ರೂಷಾ ಖರ್ಚು ಸಹ ಹೆಚ್ಚಾಗುತ್ತದೆ ಎಂದು ಗಮನಿಸಬಹುದು. ಈ ಅಂದಾಜುಗಳಿಗೆ ವಾರ್ಷಿಕ 1,98,197 ರೂಪಾಯಿಗಳ ನೇರ ವೆಚ್ಚ ಸಹ ಸೇರಿರುತ್ತದೆ.

10/66 ಡಿಮೆನ್ಷಿಯಾ ಅಧ್ಯಯನ ತಂಡ, ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಹೊಂದುತ್ತಿರುವ ದೇಶಗಳಲ್ಲಿ, ಡಿಮೆನ್ಷಿಯಾ ಸಂಬಂಧಿ ಆರೈಕೆ, ಅಂದಾಜು ಆರೋಗ್ಯದ ಖರ್ಚು ಭಾರತದಲ್ಲಿ ಸುಮಾರು 30 ರೂಪಾಯಿ ಎಂದು ತಿಳಿಸಿತು. ಸುಮಾರು ಮೂರನೇ ಒಂದು ಭಾಗ ಯಾವುದೇ ಖರ್ಚಿಲ್ಲಾ ಎಂದು ತಿಳಿಸಿದ್ದರೆ, ಸುಮಾರು ಶೇ 40ರಷ್ಟು ತಿಂಗಳಿಗೆ 17.50 ರೂಪಾಯಿಯಿಂದ 175 ರೂಪಾಯಿಗಳೆಂದು, ಇನ್ನುಳಿದ ಶೇ 24ರಷ್ಟು ಜನ 175 ರೂಪಾಯಿಗೂ ಹೆಚ್ಚೆಂದು ತಿಳಿಸಿರುತ್ತಾರೆ. ಈ ಅಧ್ಯಯನ ಖರ್ಚು ವೆಚ್ಚವನ್ನು ಗಮನದಲ್ಲಿಟ್ಟುಕೊಂಡು ಅಧ್ಯಯನ ಮಾಡಿರಲಿಲ್ಲ ಮತ್ತು ಮುಖ್ಯ ಅಧ್ಯಯನಕ್ಕಿಂತ ಮುಂಚಿನ ಅಧ್ಯಯನವಾಗಿದ್ದು 2 ಕೇಂದ್ರಗಳಿಂದ 179 ಡಿಮೆನ್ಷಿಯಾ ಹೊಂದಿರುವ ವ್ಯಕ್ತಿಗಳನ್ನು ಒಳಗೊಂಡಿತ್ತು.

ಡಿಮೆನ್ಷಿಯಾ ಆರೈಕೆಗಾಗಿ ಖರ್ಚು

ಇತರೆ ಕನಿಷ್ಟ ಹಾಗೂ ಮಧ್ಯಮ ವರಮಾನದ ದೇಶಗಳಂತೆ, ಭಾರತದಲ್ಲಿ ಸಹ, ಖಾಯಿಲೆ/ ಆರೋಗ್ಯ ಸಂಬಂಧಿ ಆರ್ಥಿಕ ಅಧ್ಯಯನಗಳು ತುಂಬಾ ಕಡಿಮೆ. ಈ ರೀತಿ ಅಧ್ಯಯನಗಳಿಗೆ ಅಷ್ಟು ಪ್ರಾಮುಖ್ಯತೆ ಇಲ್ಲದೇ ಇರುವಾಗ, ಪ್ರಸ್ತುತದಲ್ಲಿ ಜಾರಿಯಲ್ಲಿರುವ ಮತ್ತು ಲಭ್ಯವಿರುವ ಅಧ್ಯಯನಗಳು ಆರ್ಥಿಕ ವಿಶ್ಲೇಷಣೆಗೆ ವಿಶೇಷವೇನನ್ನೂ ಒದಗಿಸುತ್ತಿಲ್ಲ. ಆದ್ದರಿಂದ ಸಧ್ಯದ ವಿಶ್ಲೇಷಣೆಗೆ ಪೂರಕವಾಗಿ ಎರಡು ಹಗಲು ಆರೈಕೆ (ಡೇ–ಕೇರ್) ಕೇಂದ್ರಗಳು (ತಿರುವನಂತಪುರ ಹಾಗೂ ಬೆಂಗಳೂರು) ಎರಡು ವಸತಿ ಸಹಿತ ಕೇಂದ್ರಗಳು (ತಿರುವನಂತಪುರ ಹಾಗೂ ಗುರುವಾಯೂರು) ಮತ್ತು ಒಂದು ಆಸ್ಪತ್ರೆಯ ವೃದ್ಧರ ಕ್ಲಿನಿಕ್ (ನಿಮ್ಹಾನ್ಸ್, ಬೆಂಗಳೂರು) ರಲ್ಲಿನ ಖರ್ಚು—ವೆಚ್ಚವನ್ನು ಅಭ್ಯಸಿಸಲಾಯಿತು. ಅದರಂತೆ, ನಗರ ಪ್ರದೇಶಗಳಲ್ಲಿ ಡಿಮೆನ್ಷಿಯಾ ಹೊಂದಿರುವ ವ್ಯಕ್ತಿಗೆ ಸುಮಾರು ಮಾಸಿಕ 10,000 ರಿಂದ 14,000 ರೂಪಾಯಿಗಳ ಅವಶ್ಯಕತೆ ಕಂಡು ಬಂದಿತು.

ಮೂರು ಬೇರೆ ವ್ಯಕ್ತಿಗಳ ಖರ್ಚನ್ನು PQR ಈ ರೀತಿ ತಿಳಿಸಿದರು.

1) ನಗರದಲ್ಲಿ ವಾಸ ಮತ್ತು ಮನೆಯಲ್ಲಿ ನುರಿತ ವೃತ್ತಿನಿರತರಿಂದ ಆರೈಕೆ ಪಡೆಯುವಲ್ಲಿನ ಖರ್ಚು ಸುಮಾರು ಮಾಸಿಕ 14,000 ರೂಪಾಯಿ
2) ಚಿಕ್ಕ ಪಟ್ಟಣದಲ್ಲಿ ವಾಸ ಮತ್ತು ಅರೆನುರಿತ ಆರೈಕೆಗಾಗಿ ಸುಮಾರು ಮಾಸಿಕ 8,000 ರೂಪಾಯಿ
3) ಚನ್ನೈ ನಗರದ ವೃದ್ಧಾಶ್ರಮದಲ್ಲಿರುವ ಆಲ್ಝೈಮರ್ಸ್ ಡಿಮೆನ್ಷಿಯಾ ಹೊಂದಿರುವ ವ್ಯಕ್ತಿಗಾಗಿ ಮಾಸಿಕ 9,000 ರೂಪಾಯಿ

ಖಾಯಿಲೆಯ ಮೂರು ಹಂತದ ಖರ್ಚಿನ ವಿವರ

ಮೊದಲನೆಯ ಹಂತ (ಸೌಮ್ಯ) — ಮಾಸಿಕ 7,000 ರೂಪಾಯಿ

ಎರಡನೆ ಹಂತ (ಮಾಧ್ಯಮ) — ಮಾಸಿಕ 10,000 ರೂಪಾಯಿ

ಮೂರನೆ ಹಂತ (ತೀವ್ರ) — ಮಾಸಿಕ 14,000 ರೂಪಾಯಿ

ವೈದ್ಯರ ಮನೆ ಭೇಟಿ ಮತ್ತು ಹಲವು ಬಾರಿ ಮನೆಯಲ್ಲಿ ಮಾಡಿದ ಟೆಸ್ಟ್‌ಗಳಿಂದಾಗಿ ಖರ್ಚುಗಳು ಖಾಯಿಲೆ ಜಾಸ್ತಿಯಾದಂತೆಲ್ಲಾ ಹೆಚ್ಚಾಗುತ್ತಿತ್ತು.

ಇದರೊಟ್ಟಿಗೆ, ಡಿಮೆನ್ಷಿಯಾ ಸಂಬಂಧಿ ಮನೆಮಟ್ಟದ ಶುಶ್ರೂಷಾ ಖರ್ಚುಗಳನ್ನು ತಿಳಿಯಲು ಅಧ್ಯಯನ ಮಾಡಲಾಯಿತು. ಕುಟುಂಬಗಳು ಭರಿಸಬಹುದಾದ ನಿರ್ದಿಷ್ಟ ಖರ್ಚುಗಳನ್ನು ಹಾಗೂ ಕಳೆದುಕೊಂಡ ವರಮಾನವನ್ನು ಸಹ ಎಣಿಕೆ ಮಾಡಲಾಯಿತು. ಇವುಗಳನ್ನು ಸೌಮ್ಯ, ಮಧ್ಯಮ ಹಾಗೂ ತೀವ್ರ ರೀತಿಯ ಡಿಮೆನ್ಷಿಯಾಗೆ ಸಂಬಂಧಪಟ್ಟಂತೆ ಗುಣಿಸಲಾಯಿತು. ಜೊತೆಗೆ, ನಮ್ಮ ದೇಶಕ್ಕೆ ಸರಿಹೊಂದುವಂತೆ, ಡಿಮೆನ್ಷಿಯಾ ಆರೈಕೆಯ ಮಾದರಿಯನ್ನು ಊಹಿಸಲಾಯಿತು. ಈ ಮಾದರಿಯಂತೆ, ಡಿಮೆನ್ಷಿಯಾದ ವಿವಿಧ ಹಂತಗಳಲ್ಲಿ (ಶೇ. 1ಕ್ಕಿಂತ ಕಡಿಮೆ ಸೌಮ್ಯ ರೀತಿಯ, ಶೇ. 5ರಿಂದ 10ರಷ್ಟು ಮಧ್ಯಮ ರೀತಿಯ ಮತ್ತು ಶೇ. 1ರಿಂದ 2ರಷ್ಟು ತೀವ್ರ ರೀತಿಯ) ವ್ಯಕ್ತಿಗಳು ಪಡೆಯುತ್ತಿರುವ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯನ್ನು ಊಹಿಸಿದರೆ ಒಂದು ವರ್ಷಕ್ಕೆ ಡಿಮೆನ್ಷಿಯಾ ಹೊಂದಿರುವ ಒಬ್ಬ ವ್ಯಕ್ತಿಯ ಖರ್ಚು–ವೆಚ್ಚ ತೂಗಿಸಲು ಸುಮಾರು 42,585 ರೂಪಾಯಿಗಳು ಬೇಕಾಗಬಹುದೆಂದು ತಿಳಿದುಬಂತು. ಅರ್ಧಕ್ಕಿಂತ ಹೆಚ್ಚು (ಶೇ. 56.5) ಖರ್ಚು ವಿಧ್ಯುಕ್ತವಲ್ಲದ ಖರ್ಚುಗಳಾಗಿದ್ದವು (ಆರೈಕೆ ನೀಡುತ್ತಿರುವ ಕುಟುಂಬದಲ್ಲಿನ ವ್ಯಕ್ತಿ ತಾನು ಹೊರಗೆ ದುಡಿಯಲಾರದೆ ಗಳಿಸಲಾಗದ ಮೊತ್ತ, ಇಲ್ಲವೇ ಮನೆಯವರು ಡಿಮೆನ್ಷಿಯಾ ಇರುವ ವ್ಯಕ್ತಿಯ ಆರೈಕೆ ಮಾಡಲು ಬೇರೆಯವರಿಗೆ ಕೊಡುವ ಸಂಬಳ). ಸುಮಾರು ಮೂರನೇ ಒಂದು ಭಾಗದಷ್ಟು (ಶೇ. 31.1) ಮೊತ್ತ ನೇರ ಸಾಮಾಜಿಕ (ಸಾಗಣೆ, ಡೇಕೇರ್ ಖರ್ಚು, ವಸತಿಸಹಿತ ಶುಶ್ರೂಷೆ ಖರ್ಚು) ಮತ್ತು ಶೇ. 12.3ರಷ್ಟು ನೇರ ವೈದ್ಯಕೀಯ (ಔಷಧಿಗಳು, ವೈದ್ಯರ ಖರ್ಚು, ತಪಾಸಣೆಗಾಗಿ, ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಾಗಿ) ಖರ್ಚುಗಳಾಗಿದ್ದವು. ಖಾಯಿಲೆಯ ತೀವ್ರತೆ ಹೆಚ್ಚಾದಂತೆಲ್ಲಾ, ಖರ್ಚುಗಳು ಹೆಚ್ಚುತ್ತವೆ ಮತ್ತು ಡಿಮೆನ್ಷಿಯಾ ಹೊಂದಿರುವವರು 7 ವರ್ಷ ಬದುಕುವರೆಂದು ಊಹಿಸಿದರೆ, ನಗರ ಪ್ರದೇಶದಲ್ಲಿ ಆ ವ್ಯಕ್ತಿಯ ಒಟ್ಟಾರೆ ಖರ್ಚು ಸುಮಾರು 9.6 ಲಕ್ಷ ರೂಪಾಯಿಗಳಾಗುತ್ತದೆ.

ಮೇಲೆ ಕಾಣಿಸಿದ ಮಾದರಿಯಿಂದ ತಿಳಿದು ಬಂದ ಖರ್ಚು ಅತ್ಯಲ್ಪ ಎನ್ನಬಹುದು. ಮುಂಚೆ ತಿಳಿಸಿರುವಂತೆ, ಭಾರತದಲ್ಲಿ 2010ರಲ್ಲಿ ಡಿಮೆನ್ಷಿಯಾ ಇರುವವರು 36.9 ಲಕ್ಷ. ಇವರೆಲ್ಲರ ಆರೈಕೆಗಾಗಿ ವರ್ಷಕ್ಕೆ 42,500 ರೂಪಾಯಿನಂತೆ, ಒಟ್ಟಾರೆ ಖರ್ಚು ಸುಮಾರು 15 ರಿಂದ 16 ಶತಕೋಟಿ ರೂಪಾಯಿಗಳಷ್ಟಾಗಬಹುದು. 2030ರ ಹೊತ್ತಿಗೆ ಭಾರತದಲ್ಲಿನ ಡಿಮೆನ್ಷಿಯಾ ಹೊಂದಿರುವ ವ್ಯಕ್ತಿಗಳ ಸಂಖ್ಯೆ ದುಪ್ಪಟ್ಟಾಗಬಹುದೆಂದು ಹೇಳಲಾಗಿದೆ. ಇದರ ತಕ್ಷಣದ ಪರಿಣಾಮವೆಂದರೆ ಶುಶ್ರೂಷೆ – ಆರೈಕೆಯ ಖರ್ಚು ಎರಡು ಪಟ್ಟು ಹೆಚ್ಚುತ್ತದೆ; ವಾರ್ಷಿಕ ಶೇ. 5 ಹಣದುಬ್ಬರವನ್ನು ಪರಿಗಣಿಸಿದರೆ ಖರ್ಚು ಮೂರರಷ್ಟಾಗುವುದು. ಪ್ರಸ್ತುತದಲ್ಲಿ, ಈ ಖರ್ಚಿನ ಮೂರನೇ ಎರಡು ಭಾಗವನ್ನು ಕುಟುಂಬಗಳೇ ಭರಿಸುತ್ತಿವೆ. ಮುಖ್ಯವಾಗಿ ಗಮನಿಸಬೇಕಾದ ಅಂಶವೆಂದರೆ ಈ ಖರ್ಚು ಕೇವಲ ನಾಮಮಾತ್ರವಾಗಿದ್ದು ಡಿಮೆನ್ಷಿಯಾ ಸೇವೆಯನ್ನು ಪ್ರಾರಂಭಿಸಿ ಅಭಿವೃದ್ಧಿಪಡಿಸಲು ಬೇಕಾಗಿರುವ ಮೂಲಭೂತ ಸೌಕರ್ಯಗಳ ಖರ್ಚು ಒಳಗೊಂಡಿಲ್ಲ. ಅಷ್ಟೇ ಅಲ್ಲ, ಡಿಮೆನ್ಷಿಯಾ ಕುರಿತಾಗಿ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆ ನೀಡಬೇಕಾದವರಿಗೆ ಕೊಡಬೇಕಾದ ತರಬೇತಿಯ ವೆಚ್ಚವೇ ಹೆಚ್ಚಾಗುತ್ತದೆ.

ಕುಟುಂಬದ (ವಹಿವಾಟಿನ / ಆರ್ಥಿಕತೆಯ) ಮೇಲೆ ಖರ್ಚಿನ ಪರಿಣಾಮ

ಆರೈಕೆ ನೀಡಿಕೆ, ಭಾರತದಲ್ಲಿ ಮಾತ್ರವಲ್ಲಾ, ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಹೊಂದುತ್ತಿರುವ ಇತರ ದೇಶಗಳಲ್ಲೂ ಸಹ ಅಧಿಕ ಆರ್ಥಿಕ ಹೊರೆ ಉಂಟುಮಾಡುತ್ತದೆ. ಡಿಮೆನ್ಷಿಯಾ ಹೊಂದಿರುವ ವ್ಯಕ್ತಿಗಳ ಕುಟುಂಬವು ಆರ್ಥಿಕ ಸಂಕಷ್ಟಗಳಿಗೆ ಒಳಗಾಗುವುದು ಅತಿಶಯವೇನಲ್ಲಾ ಆದರೆ ಇದರ ಹೊಡೆತ ಬಡತನದ ರೇಖೆಯ ಕೆಳಗಿರುವ ಕುಟುಂಬಗಳ ಮೇಲೇ ತುಂಬಾ ಹೆಚ್ಚಾಗಿರುತ್ತದೆ. ಶೇ. 23ರಷ್ಟು ಆರೈಕೆ ನೀಡುವವರು (ಶೇ. 17ರಷ್ಟು ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಹಾಗೂ ಶೇ. 6 ಇತರ ಆರೈಕೆದಾರರು) ತಮ್ಮ ಕೆಲಸ ಕಾರ್ಯಗಳನ್ನು ಕುಂಠಿತಗೊಳಿಸಬೇಕಾಯಿತು ಎಂದು ಭಾರತದಲ್ಲಿನ ಅಧ್ಯಯನಗಳು ತಿಳಿಸುತ್ತದೆ. ಹಾಗೂ ಸುಮಾರು 1/4 ಭಾಗದಷ್ಟು ವ್ಯಕ್ತಿಗಳಿಗೆ ಕೆಲಸ ಮುಂತಾದ ಕರ್ತವ್ಯ ನಿರ್ವಹಿಸಲಾಗದೆ ಹಣಕಾಸಿನ ಕಡಿತ ಸಹ ಆಗಿರುವುದು ಕಂಡುಬರುತ್ತದೆ.

ಸಮಾಜದಲ್ಲಿನ ಬಡಕುಟುಂಬಗಳು ದುಬಾರಿ ಖಾಸಗಿ ಔಷಧೋಪಚಾರಗಳನ್ನು ಬಳಸುತ್ತಿದ್ದಾರೆ ಎಂದು 10/66 ಅಧ್ಯಯನ ಪ್ರಸ್ತುತ ಪಡಿಸಿತು. ಆ ಆರ್ಥಿಕ ಹೊರೆ ಅವರನ್ನು ಕಡುಬಡವರನ್ನಾಗಿಸುತ್ತದೆ. ದುರದೃಷ್ಟವಶಾತ್, ಭಾರತದಲ್ಲಿ ಲಭ್ಯವಿರುವ ಆರ್ಥಿಕ ಸಹಾಯ (ಸಾಮಾಜಿಕ ಕಲ್ಯಾಣದ ಮೂಲಕ ಇಲ್ಲವೇ ಕರವ್ಯವಸ್ಥೆಯಲ್ಲಿ ಸಿಗಬಹುದಾದ ಅನುಕೂಲಗಳು) ಅತಿ ಕಡಿಮೆ. ವಿಮೆ ಸೌಲಭ್ಯ ನಗರಗಳಿಗೆ ಸೀಮಿತವಾಗಿದ್ದು, ಕೆಲವೇ ಪ್ರಮಾಣದಷ್ಟು ವೃದ್ಧರು ಸರ್ಕಾರದ ಅಥವಾ ಔದ್ಯೋಗಿಕ ಪಿಂಚಣಿ ಪಡೆಯುತ್ತಿದ್ದಾರೆ. ಡಿಮೆನ್ಷಿಯಾ ಹೊಂದಿರುವರಿಗೆ ಇರುವ ವರಮಾನ ಭದ್ರತೆ ಕೇವಲ ನಿಮಿತ್ತ ಮಾತ್ರ.

2010ರಲ್ಲಿ ಆಗಲಿ ಇಲ್ಲವೇ ಮುಂಬರುವ ದಿನಗಳಲ್ಲಿ ಭಾರತದಲ್ಲಿನ ಡಿಮೆನ್ಷಿಯಾದ ಆರ್ಥಿಕ ಹೊರೆ ಹೆಚ್ಚು ಎಂದು ಈ ಅಧ್ಯಯನದಿಂದ ತಿಳಿದುಬರುತ್ತದೆ. ಕುಸಿಯುತ್ತಿರುವ ಕುಟುಂಬದ

ವರಮಾನ ಮತ್ತು ಹೆಚ್ಚಿದ ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚುಗಳು, ಡಿಮೆನ್ಷಿಯಾ ಆರೈಕೆ ಮೇಲೆ ದುರಿತ ಪರಿಣಾಮ ಬೀರಿ ಆರ್ಥಿಕ ದುಃಸ್ಥಿತಿಯನ್ನು ಹೆಚ್ಚಿಸುವುದಲ್ಲದೆ, ಬಡವರನ್ನು ಮತ್ತಷ್ಟು ಬಡತನಕ್ಕೆ ದೂಡುತ್ತದೆ. ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆ ನೀಡುವವರು ಹಾಗೂ ಸಂಬಂಧಪಟ್ಟವರೆಲ್ಲರೂ, ಈ ಆರ್ಥಿಕ ನಷ್ಟ ಮತ್ತು ಆರೈಕೆಯ ಬೇಕುಗಳನ್ನು ಗಮನಿಸಲೇಬೇಕಾದ ಸಮಯ ಬಹಳ ದೂರವಿಲ್ಲಾ. ವೇಗವಾಗಿ ವಯಸ್ಸಾಗುತ್ತಿರುವ ನಮ್ಮ ಜನ ಸಮುದಾಯದಲ್ಲಿ ನಮ್ಮೊಡನೆ ಡಿಮೆನ್ಷಿಯಾ ಹೊಂದಿರುವವರು ಇನ್ನೂ ಹೆಚ್ಚು ಆಗುತ್ತಾರೆ. ಇದೇ ನಾವು ಎದುರಿಸಬೇಕಾಗಿರುವ ದೊಡ್ಡ ಸವಾಲು. ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಯನ್ನು ಯೋಜಿಸಿ, ಸೌಲಭ್ಯ ನೀಡಿ, ಎಲ್ಲಾ ಹಂತದಲ್ಲಿ ಸಾಮರ್ಥ್ಯ ಹೆಚ್ಚಿಸಲು ಸೂಕ್ತ ತರಬೇತಿ ನೀಡಲು ಈ ಖರ್ಚು—ವೆಚ್ಚದ ಅಧ್ಯಯನವು ಎಚ್ಚರಿಕೆಯ ಗಂಟೆ ಎನ್ನಬಹುದು.

ಭಾರತದಲ್ಲಿ ಡಿಮೆನ್ಷಿಯಾ ಹೊಂದಿರುವವರಿಗೆ ಸೇವೆಗಳು

1992ರಲ್ಲಿ ಶುರುವಾದ ARDSI, ಭಾರತದಲ್ಲಿ ಡಿಮೆನ್ಷಿಯಾ ಸಂಬಂಧಿ ಚಟುವಟಿಕೆಗಳ ಮುಂಚೂಣಿಯಲ್ಲಿರುವ ಸರ್ಕಾರೇತರ ಸಂಸ್ಥೆ. ಇದು ಜಾಗತಿಕವಾಗಿ, ಆಲ್ಝೈಮರ್ಸ್ ಹಾಗೂ ಸಂಬಂಧಿ ತೊಂದರೆಗಳಿರುವವರಿಗೆ ಹೋರಾಡುತ್ತಿರುವ ಆಲ್ಝೈಮರ್ಸ್ ಇಂಟರ್‌ನ್ಯಾಷನಲ್ ಸಂಸ್ಥೆಯ ಮೊದಲ ಮಾನ್ಯತೆ ಪಡೆದ ಆಫ್ರೋ — ಏಷ್ಯನ್ ಸಂಸ್ಥೆಯಾಗಿದೆ. ಭಾರತದ ಉದ್ದಗಲಕ್ಕೂ, ARDSI ಯ 14 ಅಂಗ ಸಂಸ್ಥೆಗಳಿವೆ. ಇದರೊಟ್ಟಿಗೆ, ಹೆಲ್ಪೇಜ್ ಇಂಡಿಯಾ, ಡಿಗ್ನಿ ಫೌಂಡೇಷನ್, ನೈಟಿಂಗೇಲ್ಸ ಮೆಡಿಕಲ್ ಟ್ರಸ್ಟ್, ಡಿಮೆನ್ಷಿಯಾ ಸೊಸೈಟಿ ಆಫ್ ಗೋವಾ, ಸಂಗತ್, ವಾಲಂಟರಿ ಹೆಲ್ತ್ ಸರ್ವೀಸಸ್ ಮತ್ತು ಸಿಲ್ವರ್ ಇನ್ನಿಂಗ್ಸ್ ಫೌಂಡೇಶನ್ ಮುಂತಾದ ಕೆಲವು ಸಂಸ್ಥೆಗಳು ಪ್ರತ್ಯೇಕವಾಗಿ ಇಲ್ಲವೇ ARDSI ಜೊತೆಗೂಡಿ ಸೇವಾ ಸೌಲಭ್ಯಗಳನ್ನು ನೀಡುತ್ತಿದ್ದು, ಇವುಗಳಲ್ಲಿ ಹೆಚ್ಚಿನವು ದಕ್ಷಿಣ ಭಾರತದಲ್ಲಿವೆ.

ಡಿಮೆನ್ಷಿಯಾ ಸಂಬಂಧಿ ಸೇವೆಗಳ ಕುರಿತು ಮಾಹಿತಿ ಅತ್ಯಲ್ಪವಾಗಿರುವುದರಿಂದ, ARDSI ತನ್ನೆಲ್ಲಾ ಶಾಖೆ ಹಾಗೂ ಸಹವರ್ತಿ ಸಂಸ್ಥೆಗಳನ್ನು ಸಂಪರ್ಕಿಸಿ ಡಿಮೆನ್ಷಿಯಾ ಸಂಬಂಧಿ ಲಭ್ಯವಿರುವ ಸೇವೆಗಳ ಕುರಿತು ತಿಳಿಯಲು ಪ್ರಯತ್ನ ಮಾಡಿತು. ಲಭ್ಯವಿರುವ ಸೇವೆಗಳು ಭಾರತದ 37 ಲಕ್ಷ ಡಿಮೆನ್ಷಿಯಾ ಹೊಂದಿರುವವರ ಅವಶ್ಯಕತೆಗಳಿಗೆ ಹೋಲಿಸಿದರೆ ತುಂಬಾ ಕಡಿಮೆ.

ಭಾರತದಲ್ಲಿ ಡಿಮೆನ್ಷಿಯಾಗಾಗಿ ಮೀಸಲಾಗಿರುವ ಸೇವಾ ಕೇಂದ್ರಗಳು

ಸೇವಾ ಸೌಲಭ್ಯಗಳು		ಭಾರತದಲ್ಲಿ ಅಂದಾಜು ಇರಬಹುದಾದ ಸೇವಾ ಕೇಂದ್ರಗಳು
ವಸತಿ ಸೌಲಭ್ಯ ಲಭ್ಯವಿರುವ ಸೇವಾ ಕೇಂದ್ರಗಳು	ಡಿಮೆನ್ಷಿಯಾ ವ್ಯಕ್ತಿಗಳ ಕನಿಷ್ಠ ದೈನಂದಿನ ಕೆಲಸ ಕಾರ್ಯಗಳನ್ನು ನೋಡಿಕೊಳ್ಳಲು ಕಷ್ಟಪಡುತ್ತಿರುವ ಕುಟುಂಬಗಳಿಗೆ ಈ ಸೇವಾ ಕೇಂದ್ರಗಳು ಸೂಕ್ತವಾಗಿದೆ. ಈ ಶುಶ್ರುಷಾ ಕೇಂದ್ರಗಳಲ್ಲಿ ಡಿಮೆನ್ಷಿಯಾ ವ್ಯಕ್ತಿಗಳ ಕುಟುಂಬ ವರ್ಗದವರು ದೀರ್ಘಕಾಲೀನ ಸೇವಾ ಸೌಲಭ್ಯಗಳನ್ನು ಸಹ ಆಯ್ಕೆ ಮಾಡಿಕೊಳ್ಳಬಹುದಾಗಿದೆ. ಈ ಸೇವಾ ಕೇಂದ್ರಗಳಲ್ಲಿ ಕೆಲವೆ ದಿನಗಳ ತಾತ್ಕಾಲಿಕ ಆರೈಕೆ / ಶುಶ್ರುಷಾ ಸೌಲಭ್ಯಗಳು ಸಹ ಸೇರವೆ. ಇವುಗಳಿಂದ, ಕುಟುಂಬ ವರ್ಗದವರಿಗೆ ಕೆಲವು ದಿನಗಳು ಮರೆಗುಳಿತನವಿರುವ ವ್ಯಕ್ತಿಗಳ ಸೇವೆಯಿಂದ ವಿಶ್ರಾಂತಿ ದೊರೆಯುತ್ತದೆ	6
ದಿನಪೂರ್ತಿ (ಹಗಲು) ಸೇವಾ ಕೇಂದ್ರಗಳು	ಯಾವ ಡಿಮೆನ್ಷಿಯಾ ವ್ಯಕ್ತಿಗಳಿಗೆ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಆರೈಕೆ ಜೊತೆ ಮೇಲ್ವಿಚಾರಣೆ ಅವಶ್ಯಕತೆ ಇದ್ದು, ಆದರೆ ಆಸ್ಪತ್ರೆಯಲ್ಲಿ ಒಳರೋಗಿಯಾಗಿ ದಾಖಲಾತಿ ಅವಶ್ಯಕತೆ ಇರುವುದಿಲ್ಲವೊ ಆ ವ್ಯಕ್ತಿಗಳನ್ನು ಗಮನದಲ್ಲಿಟ್ಟುಕೊಂಡು ಈ ಸೇವಾ ಕೇಂದ್ರಗಳನ್ನು ರೂಪಿಸಲಾಗಿದೆ. ಈ ಸೇವಾ ಕೇಂದ್ರಗಳಲ್ಲಿ, ಕೇವಲ ಹಗಲಿನಲ್ಲಿ ಮಾತ್ರ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಹಾಗೂ ಆರೈಕೆಯ ಸೇವೆಗಳನ್ನು ನೀಡಿ ನಂತರ, ಅವರ ಮನೆಗೆ ಮರಳಿ ಕಳುಹಿಸಲಾಗುತ್ತದೆ.	10
ಗೃಹ ಆರೈಕೆ ಸೇವೆಗಳು	ಡಿಮೆನ್ಷಿಯಾ ವ್ಯಕ್ತಿಗಳಿಗೆ ಅವರ ವಾಸಸ್ಥಳದಲ್ಲಿ ಆರೈಕೆಯ ಸೌಲಭ್ಯಗಳನ್ನು ಒದಗಿಸಲಾಗುತ್ತದೆ. ಆರೈಕೆ ಕುರಿತಾಗಿನ ತರಬೇತಿ ಇಲ್ಲವೆ ವಿಧ್ಯಕ್ತ ಶುಶ್ರೂಷಾ ಸೇವೆ ಕೊಡಲಾಗುವುದು, ಹಿರಿಯ ನಾಗರಿಕರೀಕರಿಗಾಗಿ ಮನೆ ದಾದಿಯರಿಂದ ಅಥವಾ ತರಬೇತಿ ಹೊಂದಿದವರಿಂದ ಸೇವೆಗಳನ್ನು ನೀಡಲಾಗುತ್ತದೆ.	6
ಬೆಂಬಲ ನೀಡುವ ಗುಂಪುಗಳು	ಈ ಗುಂಪಿನಲ್ಲಿ, ಡಿಮೆನ್ಷಿಯಾ ಆರೈಕೆಯ ಕಠಿಣ ಸಂದರ್ಭಗಳನ್ನು ಅನುಭವಿಸದವರು ಇರುವರು. ಇವರು ತಮ್ಮ ಅನುಭವಗಳನ್ನು ಬೇರೆಯವರೊಂದಿಗೆ ಹಂಚಿಕೊಂಡು ಮತ್ತು ಈ ಕಠಿಣ ಸಂದರ್ಭಗಳನ್ನು ನಿಭಾಯಿಸುವ ಉಪಾಯಗಳನ್ನು ಪರಸ್ಪರ ಹಂಚಿಕೊಂಡು ತಮ್ಮ–ತಮ್ಮಲ್ಲಿಯೇ ಸಹಾಯ ಮಾಡಿಕೊಳ್ಳುತ್ತಾರೆ. ಈ ತರಹದ ಗುಂಪುಗಳನ್ನು ಆರೈಕೆದಾರರಿಗೆ ಶಿಫಾರಸ್ಸು ಮಾಡಲಾಗಿದೆ.	ನಿಖರ ಮಾಹಿತಿ ಲಭ್ಯವಿಲ್ಲ
ನೆನಪಿನ ಕ್ಲಿನಿಕ್ / ಕೇಂದ್ರ	ವಿಶೇಷವಾಗಿ, ಜ್ಞಾಪಕಶಕ್ತಿಯ / ನೆನಪಿನ ತೊಂದರೆ ಇರುವವರಿಗೆ ತಪಾಸಣೆ, ಬೆಂಬಲ, ಮಾಹಿತಿ ಮತ್ತು ಸಲಹೆ ಸೂಚನೆಗಳನ್ನು ಆರೈಕೆದಾರರಿಗೂ ಸಹ ನೀಡಲಾಗುತ್ತದೆ.	100
ದೂರವಾಣಿ ಸಹಾಯ	ವಿಶೇಷ ದೂರವಾಣಿ ಸಂಖ್ಯೆಗಳು, ಡಿಮೆನ್ಷಿಯಾಗೆ ಸಂಭಂದಿಸಿದ ಸಂದೇಹ / ಪ್ರಶ್ನೆಗಳನ್ನು ಉತ್ತರಿಸಲು ಮೀಸಲು. ತರಬೇತಿ ಹೊಂದಿದ ಕಾರ್ಯಕರ್ತರು ಕರೆಗಳನ್ನು ಉತ್ತರಿಸುವರು	10

ವಸತಿ ಸೌಕರ್ಯ ಇರುವ ಆರೈಕೆ ಸೌಲಭ್ಯಗಳು

ಡಿಮೆನ್ಷಿಯಾ ವ್ಯಕ್ತಿಗಳಿಗಾಗಿ ಮೀಸಲಿರುವ ವಸತಿ ಆರೈಕಾ ಕೇಂದ್ರಗಳು ಅಧಿಕೃತವಾಗಿ ನೋಂದಾಯಿಸಲ್ಪಟ್ಟ ಲಾಭರಹಿತ ಸೇವಾ ಸಂಸ್ಥೆಗಳು. ಮುಖ್ಯವಾಗಿ ದೇಣಿಗೆ ಇಲ್ಲವೆ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಚಂದಾ ಹಣ ಹಾಗೂ ಸೇವೆಗಳ ಶುಲ್ಕದಿಂದ ಇವುಗಳನ್ನು ನಿರ್ವಹಿಸುತ್ತಾರೆ. ಸುಮಾರು 5 ರಿಂದ 20 ವ್ಯಕ್ತಿಗಳು ಇರಬಹುದಾದ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯಿದ್ದು ಬಹುತೇಕ ಎಲ್ಲ ಸೇವಾ ಕೇಂದ್ರಗಳಲ್ಲಿ ಮೂವರು ವ್ಯಕ್ತಿಗಳಿಗೆ ಒಬ್ಬರು ಸಿಬ್ಬಂದಿಯಂತೆ ಕಾರ್ಯನಿರ್ವಹಿಸುತ್ತಿವೆ. ಅವುಗಳಲ್ಲಿ ಮೂರು ಕೇಂದ್ರಗಳು ದಾನ ನೀಡಿದ ವಾಹನ ಸೌಕರ್ಯ ಹೊಂದಿವೆ. ದಿನದ 24 ಗಂಟೆಗಳಲ್ಲೂ ತರಬೇತಿ ಹೊಂದಿದವರಿಂದ ಪರಿಣತ ಆರೈಕೆ ನೀಡಲಾಗುತ್ತಿದೆ. ಈ ಕೇಂದ್ರಗಳಲ್ಲಿ ನೆನಪಿನ ಸಧೃಡತೆಯ ಚಿಕಿತ್ಸೆ (Reminscence therapy), ವಿವಿಧ ಮಾಧ್ಯಮಗಳ ಮೂಲಕ ಚಿಕಿತ್ಸೆ (ಸಂಗೀತ, ಚಿತ್ರಕಲೆ, ಸಾಕುಪ್ರಾಣಿಗಳ ಒಡನಾಟ, ಮುಂತಾದವು) ಯೋಗಾಸನ ಚಿಕಿತ್ಸೆ, ಲಘು ದೈಹಿಕ ವ್ಯಾಯಾಮಗಳು ಮತ್ತು ಭೌದ್ಧಿಕ ಗ್ರಹಣ ಪ್ರಚೋದನೆ, ವಾಸ್ತವಿಕ ಅರಿವು ಹೆಚ್ಚಿಸುವ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗಳನ್ನು ನೀಡುತ್ತಾರೆ. ಈ ಸೇವಾ ಕೇಂದ್ರಗಳು ಡಿಮೆನ್ಷಿಯಾ ಬಗ್ಗೆ ಜಾಗೃತಿ ಮೂಡಿಸಲು ಸಹ ಸಹಾಯಕರವಾಗಿವೆ.

ಹಗಲು (ದಿನದ ಮಟ್ಟಿಗೆ) ಆರೈಕೆ ಸೌಲಭ್ಯಗಳು:

ದಿನದ ಮಟ್ಟಿಗೆ ಹಗಲಿನಲ್ಲಿ ಮಾತ್ರ ನಡೆಸುವ ಕೇಂದ್ರಗಳು ಡಿಮೆನ್ಷಿಯಾ ಸೀಮಿತವಾದವು 10 ಇರಬಹುದು. ಇದರೊಟ್ಟಿಗೆ, ಕೆಲವು ಹಿರಿಯ ನಾಗರಿಕ ಆರೈಕಾ ಕೇಂದ್ರಗಳಲ್ಲೂ ಡಿಮೆನ್ಷಿಯಾ ಇರುವವರನ್ನು ನೋಡಿಕೊಳ್ಳಲಾಗುವುದು. ARDSI ದೇಶದ ಪ್ರಥಮ ಹಗಲು ಆರೈಕಾ ಕೇಂದ್ರವನ್ನು ಕೊಚ್ಚಿಯಲ್ಲಿ ಸ್ಥಾಪಿಸಿ, ಕಳೆದ 14 ವರ್ಷದಿಂದ ಯಶಸ್ವಿಯಾಗಿ ನಡೆಸಿಕೊಂಡು ಬರುತ್ತಿದೆ. ಇದರ ಇತರೆ ಶಾಖೆಗಳು ಮತ್ತು ಇತರೆ ಸಂಘಟನೆಗಳಾದ ಡಿಗ್ನಿಟಿ ಫೌಂಡೇಶನ್ (ಮುಂಬಯಿ) ಮತ್ತು ನೈಟಿಂಗೇಲ್ ಟ್ರಸ್ಟ್ (ಬೆಂಗಳೂರು) ಇವರು ಸಹ ಹಗಲು ಹೊತ್ತಿನ ಆರೈಕೆ ಕೇಂದ್ರಗಳನ್ನು ಸ್ಥಾಪಿಸಿ, ಯಶಸ್ವಿಯಾಗಿ ಕಾರ್ಯನಿರ್ವಹಿಸುತ್ತಿವೆ.

ಗೃಹ ಆರೈಕೆ ಮತ್ತು ವಿಸ್ತರಣಾ (Outreach) ಸೇವಾ ಸೌಲಭ್ಯಗಳು

ಇಂತಹ 6 ಕೇಂದ್ರಗಳು ಡಿಮೆನ್ಷಿಯಾ ಇರುವವರ ಮನೆಯಲ್ಲೆ ಸೇವೆ ನೀಡುತ್ತವೆ. ಈ ಯೋಜನೆಯಲ್ಲಿ, ಅರೆಕಾಲಿಕ ಸಿಬ್ಬಂದಿ, ಸಮಾಜ ಸೇವಕರು ಅಥವಾ ಸ್ವಯಂ ಸೇವಕರು ಡಿಮೆನ್ಷಿಯಾ ಇರುವವರ ವಾಸಸ್ಥಳಕ್ಕೆ ಭೇಟಿ ನೀಡಿ, ಸಮಾಲೋಚನೆ, ಮಾರ್ಗದರ್ಶನ ಮತ್ತು ಅಗತ್ಯವಿದ್ದರೆ ಸ್ನಾನ–ವ್ಯಾಯಮಗಳನ್ನು ಮಾಡಿಸುತ್ತಾರೆ.

ಸಹಾಯ ಸಂಘಟನೆಗಳು

ನಮ್ಮ ದೇಶದಲ್ಲಿ, ಈ ರೀತಿಯ ಇಂತಿಷ್ಟೇ ಸಂಘ–ಸಂಸ್ಥೆಗಳಿವೆ ಎಂದು ಹೇಳುವುದು ಕಷ್ಟ ಆದರೆ ವ್ಯಕ್ತಿಗೆ ಹಾಗೂ ಅವರ ಕುಟುಂಬಕ್ಕೆ ತಕ್ಕಷ್ಟು ಮಟ್ಟಿಗೆ ಸಹಾಯ ನೀಡುತ್ತಾ ಬಂದಿದೆ. ಇದರಿಂದಾಗಿ ಕುಟುಂಬದ ಸದಸ್ಯರಿಗೆ ಮಾನಸಿಕ ಶಾಂತಿ–ಸಮಾಧಾನ ಸ್ವಲ್ಪಮಟ್ಟಿಗೆ ಸಿಕ್ಕಂತಾಗಿದೆ.

ನೆನಪಿನ ಶಕ್ತಿ ವೃದ್ಧಿಸುವ ಚಿಕಿತ್ಸಾ ಕೇಂದ್ರಗಳು (Memory Clinics)

ಕಳೆದ ಸುಮಾರು 8 ವರ್ಷಗಳಲ್ಲಿ ಅಂದಾಜು 100 ನೆನಪಿನ ಶಕ್ತಿ ವೃದ್ಧಿಸುವ ಚಿಕಿತ್ಸಾ ಕೇಂದ್ರಗಳು ದೇಶದಾದ್ಯಂತ ಕಾರ್ಯನಿರ್ವಹಿಸುತ್ತಿವೆ. ನರರೋಗಶಾಸ್ತ್ರ ಮತ್ತು ಮಾನಸಿಕ ರೋಗಶಾಸ್ತ್ರ ಇರುವ ಸೂಪರ್‌ಸ್ಪೆಷಾಲಿಟಿ ಸರ್ಕಾರಿ ಮತ್ತು ಖಾಸಗಿ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳು ಈ ತರಹದ ವಿಶೇಷ ಚಿಕಿತ್ಸಾ ಘಟಕಗಳನ್ನು ಇಲ್ಲವೆ ಹಿರಿಯ ನಾಗರೀಕರ ಆರೋಗ್ಯಕ್ಕಾಗಿ ಸಂಯೋಜಿಸಿರುವ ಕೇಂದ್ರಗಳಲ್ಲಿ ಸೇವೆ ನೀಡಲಾಗುತ್ತಿದೆ.

ದೂರವಾಣಿ ಸಹಾಯ (telephone helpline)

ARDSI ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಕಾರ್ಯಾಲಯ ಮತ್ತು ಅದರ ಶಾಖೆಗಳ ಸುಮಾರು 10 ದೂರವಾಣಿ ಸಹಾಯ ಕರೆಗಳ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯು ಸ್ಥಳೀಯ ಹಿರಿಯ ನಾಗರಿಕ ಅವಶ್ಯಕತೆಗಳನ್ನು ಪೂರೈಸುತ್ತಿವೆ. ಕೊಚ್ಚಿನ್, ಕೊಲ್ಕತ್ತಾ, ಮುಂಬೈ, ಬೆಂಗಳೂರು, ನವದೆಹಲಿ ಮತ್ತು ಹೈದರಾಬಾದ್‌ನಲ್ಲಿ ಈ ಸೇವೆ ಲಭ್ಯವಿದೆ. ದೇಶವ್ಯಾಪಿಯಾಗಿ ಸ್ಥಳೀಯವಾಗಿ ಈ ರೀತಿಯ ಸಹಾಯ ಬೆಂಬಲ ಲಭ್ಯವಿಲ್ಲ ಎಂಬುದು ದುರದೃಷ್ಟಕರ.

ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಗಳ ಕುರಿತ ನಡವಳಿಕೆ ಮತ್ತು ಅಗತ್ಯಗಳು

ಡಿಮೆನ್ಷಿಯಾಗಾಗಿ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಗಳನ್ನು ಅಭಿವೃದ್ಧಿಪಡಿಸುವ ಮೊದಲು ನಾವು ಅವರ ಅಗತ್ಯಗಳನ್ನು ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆ ಬಳಸುವ ರೀತಿಗಳನ್ನು ತಿಳಿಯುವುದು ಅವಶ್ಯವಾಗಿದೆ. ಈ ನಿಟ್ಟಿನಲ್ಲಿ ಹಲವಾರು ಅಧ್ಯಯನಗಳಾಗಿವೆ. 10/66 ಡಿಮೆನ್ಷಿಯಾ ಅಧ್ಯಯನ ತಂಡದವರು 4 ಅಭಿವೃದ್ಧಿಶೀಲ ರಾಷ್ಟ್ರಗಳಲ್ಲಿ, ಸಂದರ್ಶನದ ಮೂರು ತಿಂಗಳು ಮೊದಲು, ಡಿಮೆನ್ಷಿಯಾ ಇರುವ ಕುಟುಂಬದವರು ಪಡೆಯುವ ಆರೋಗ್ಯ ಸಹಾಯ / ಸೇವೆಗಳ ಕುರಿತಾಗಿ ಅಧ್ಯಯನ ಮಾಡಿದರು. ಭಾಗಶಃ ಡಿಮೆನ್ಷಿಯಾ ಇರುವ ಎಲ್ಲರಿಗೂ ನೆರವಿನ ಅವಶ್ಯಕತೆ ಇತ್ತು. ಆದರೆ ಭಾರತ ಮತ್ತು ದಕ್ಷಿಣ ಏಷಿಯಾದವರು, ಹೆಚ್ಚಾಗಿ ಖಾಸಗಿ ವೈದ್ಯರುಗಳ ಸೇವೆಯನ್ನೆ ನೆಚ್ಚಿಕೊಂಡಿದ್ದರು; ಏಷಿಯಾದಲ್ಲಿ ಶೇ. 33 ಜನರಲ್ಲಿ ಯಾವುದೇ ರೀತಿಯ ಸೇವಾ–ಸೌಲಭ್ಯಗಳು ಇರಲಿಲ್ಲ.

ಗೋವಾ ಮತ್ತು ಚೆನ್ನೈಯಲ್ಲಿ ನಡೆದ ಅಧ್ಯಯನಗಳು, ಡಿಮೆನ್ಷಿಯಾ ಮತ್ತು ಖಿನ್ನತೆ (ಹಿರಿಯ ನಾಗರಿಕರಲ್ಲಿ ಕಂಡು ಬರುವ ಮತ್ತೊಂದು ಸಾಮಾನ್ಯ ಮಾನಸಿಕ ಖಾಯಿಲೆ) ಇರುವ ಹಾಗೂ ಇಲ್ಲದಿರುವ ವೃದ್ಧರ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಗಳ ಬೇಡಿಕೆಗಳನ್ನು ಹೋಲಿಸಿ ಅಧ್ಯಯನ ಮಾಡಲಾಯಿತು. ಗೋವಾದಲ್ಲಿ 76% ಡಿಮೆನ್ಷಿಯಾ ಇರುವ ವೃದ್ಧರು ಖಾಸಗಿಯವರಲ್ಲಿ ಸಹಾಯಕ್ಕಾಗಿ ಬಯಸಿದ್ದರು; ಅಂತೆಯೇ ಮಾನಸಿಕ ಖಿನ್ನತೆ ಇರುವ ಶೇ. 43 ವ್ಯಕ್ತಿಗಳು ಸಹಾಯಕ್ಕಾಗಿ ತೆರಳಿದ್ದರೂ. ಆದರೆ ಈ ಎರಡೂ ಖಾಯಿಲೆ ಇಲ್ಲದೆ ಸಹಾಯ ಬೇಡಿದವರು ಶೇ. 24 ಮಾತ್ರ. ಚೆನ್ನೈಯಲ್ಲಿ ಇದು ಕಡಿಮೆ ಪ್ರಮಾಣದಲ್ಲಿ ಕಂಡು ಬಂದಿತು (ಶೇ. 47 ಡಿಮೆನ್ಷಿಯಾ; ಶೇ. 23 ಮಾನಸಿಕ ಖಿನ್ನತೆ ಮತ್ತು ಶೇ. 23 ಈ ಎರಡೂ ಇಲ್ಲದಿರುವವರು) ತೀರ ಇತ್ತೀಚಿನ ಚೆನ್ನೈ (ಪಟ್ಟಣ ಪ್ರದೇಶದ) ಹಾಗೂ ವೆಲ್ಲೂರ (ಗ್ರಾಮೀಣ ಪ್ರದೇಶದ) ಅಧ್ಯಯನಗಳು ಸಹ ಇದೇ ತರಹದ ಫಲಿತಾಂಶ ನೀಡಿವೆ. ವೆಲ್ಲೂರಿನ 105 ಡಿಮೆನ್ಷಿಯಾ ವ್ಯಕ್ತಿಗಳ ಪೈಕಿ ಶೇ. 45ರಷ್ಟು, ಖಾಸಗಿ ವೈದ್ಯರ ಸೇವೆಯನ್ನು ಪಡೆದಿದ್ದರು, ಆದರೆ ಶೇ. 28ರಷ್ಟು ಸರಕಾರಿ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಕ್ಕೆ ಭೇಟಿ ನೀಡಿದ್ದರು. ಪಟ್ಟಣ ಪ್ರದೇಶದಲ್ಲಿ ಕೇವಲ ಶೇ. 6.7ರಷ್ಟು ಜನ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಕ್ಕೆ ಭೇಟಿ ನೀಡಿದ್ದರು ಮತ್ತು ಶೇ. 33ರಷ್ಟು ಖಾಸಗಿ ವೈದ್ಯರನ್ನು ಭೇಟಿ ಮಾಡಿದ್ದರು.

ಡಿಮೆನ್ಷಿಯಾ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಗಳನ್ನು ಯೋಜಿಸಲು ಒಂದು ಪ್ರಸ್ತಾವ

ನಮ್ಮ ಜಾಯಮಾನಕ್ಕೆ ನಮ್ಮ ಸಂಸ್ಕೃತಿಗೆ ಹೊಂದುವಂತಹ, ಇರುವ ಸಂಪನ್ಮೂಲಗಳನ್ನು ಬಳಸಿಕೊಂಡು ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಗಳನ್ನು ಅಭಿವೃದ್ಧಿಪಡಿಸುವುದು ನಮ್ಮ ಮುಂದಿರುವ ಒಂದು ದೊಡ್ಡ ಸವಾಲು. ಸಾಂಸ್ಥಿಕ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗಿಂತ ಸಮುದಾಯ ಆರೈಕೆ, ದೀರ್ಘಕಾಲೀನ ಮಾನಸಿಕ ರೋಗದ ಪರಿಣಾಮ ಮತ್ತು ರೋಗವಿರುವವರ ಜೀವನ ಗುಣಮಟ್ಟ ಉತ್ತಮವಾಗಿದೆ ಎನ್ನುವುದನ್ನು ನಾವು ಗಣನೆಯಲ್ಲಿಟ್ಟುಕೊಳ್ಳಬೇಕು. ಈ ಎಲ್ಲಾ ವಿಷಯವನ್ನು ಗಮನದಲ್ಲಿಟ್ಟುಕೊಂಡು, ತಜ್ಞರ ಜೊತೆ ಸಮಾಲೋಚನೆ, ಹಾಗೂ ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಹೊಂದಿದ ಮತ್ತು ಅಭಿವೃದ್ಧಿಶೀಲ ದೇಶಗಳಲ್ಲಿನ ಅಧ್ಯಯನಗಳನ್ನು ಪರೀಕ್ಷಿಸಿದಾಗ ಏಳು ಮೂಲಭೂತವಾದ ತಂತ್ರೋಪಾಯಗಳು ಬೆಳಕಿಗೆ ಬಂತು. ಸದ್ಯದ ಪರಿಸ್ಥಿತಿಯಲ್ಲಿ ಇಂಥ ಆರೈಕೆ ಸೇವೆಗಳು ಇನ್ನೂ ಬಾಲ್ಯವಸ್ಥೆಯಲ್ಲಿ ಇವೆ. ಸೇವೆಗಳ ಅವಶ್ಯಕತೆ ಮತ್ತು ಅವುಗಳ ಲಭ್ಯತೆ ಇವೆರಡರ ನಡುವೆ ದೊಡ್ಡ ಕಂದರವೇ ಇದೆ. ಸರಕಾರದ ಈ ಕಂದರ ಮುಚ್ಚುವ ಹಂಬಲಕ್ಕೆ ಎಲ್ಲರ ಸಹಕಾರ ಅವಶ್ಯವಿದೆ.

ಸೇವೆ ಏನು? ಯಾವುದು?	ಹೇಗೆ ನೀಡಬೇಕು?	ಯಾರು ನೀಡಬಹುದು?	ಎಲ್ಲಿ ನೀಡಬೇಕು?
ಜನಜಾಗೃತಿ ಮೂಡಿಸುವುದು ಮತ್ತು ಸೇವೆಗೆ ಬೇಡಿಕೆ ಹೆಚ್ಚಿಸುವುದು	ಪತ್ರಿಕೆ ಮತ್ತು ಸಿನಿಮಾಗಳ ಪರಿಣಾಮಕಾರಿ ಉಪಯೋಗ, ಅಂಗವೈಕಲ್ಯತೆ ಪಿಂಚಣಿ ಸೌಲಭ್ಯ, ಕಳಂಕ ತಡೆಗಟ್ಟಲು ಹೋರಾಟ ಸೇವೆಗಳ ಗುಣಮಟ್ಟ ಹೆಚ್ಚಿಸುವುದು, ಅನಾಯಸವಾಗಿ ಸೇವೆಗಳು ದೊರೆಕುವಂತೆ ಮಾಡುವುದು.	ಸರಕಾರ, ಸರ್ಕಾರೇತರ ಸಂಸ್ಥೆಗಳು, ಆರೋಗ್ಯ ಸಿಬ್ಬಂದಿ, ಮಾಧ್ಯಮದವರು	ಸಮುದಾಯ, ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರ
ಆರೈಕೆ ನೀಡುವ ಆರೋಗ್ಯ ತಂಡಗಳ ಸಾಮರ್ಥ್ಯ ಹೆಚ್ಚಿಸುವುದು.	ಡಿಮೆನ್ಷಿಯಾ ಆರೈಕೆಗಾಗಿ ಸಿಬ್ಬಂದಿ ತರಬೇತಿ. ಆರೋಗ್ಯ ಕಾರ್ಯಕರ್ತರಿಗೆ ದೀರ್ಘಕಾಲೀನ ಆರೈಕೆ ನೀಡಲು ತರಬೇತಿ	ವೈದ್ಯರು, ದಾದಿಯರು, ಆರೋಗ್ಯ ಕಾರ್ಯಕರ್ತರು ಆಶಾ ಕಾರ್ಯಕರ್ತರು ಮತ್ತು ಇತರೆ ಸಮುದಾಯದ ಕಾರ್ಯಕರ್ತರು	ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳು ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳನ್ನು ಒಳಗೊಂಡು
ಕೈಗೆಟುಕುವ ಬೆಲೆಯ ಚಿಕಿತ್ಸೆ (ಔಷಧ, ಮನೋವೈಜ್ಞಾನಿಕ ಚಿಕಿತ್ಸೆ, ಆರೈಕೆದಾರರ ತರಬೇತಿ)	ಜಾತಿಪ್ರಬೇದದ (Generic) ಔಷಧಗಳ ಉಪಯೋಗ, ಲಭ್ಯವಿರುವ ಸಂಪನ್ಮೂಲಗಳನ್ನೆ ಆರೈಕೆಗಾಗಿ ಬಳಸುವುದು, ವೃದ್ಧರಿಗಾಗಿ ಇರುವ ಸೇವೆಗಳನ್ನು (ಆರೈಕೆ ಹಾಗೂ ಸಹಾಯ) ಯೋಜನೆಗಳನ್ನು ಏಕೀಕರಿಸುವುದು.	ತಜ್ಞರ ಸಲಹೆ ನಂತರ ಔಷಧ ಸ್ವೀಕರಿಸುತ್ತಿರುವ ಡಿಮೆನ್ಷಿಯಾ ಇರುವವರು, ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರದ ವೈದ್ಯರ ಸಲಹೆಗಳನ್ನು ಅನುಸರಿಸುವುದು. ದೀರ್ಘಕಾಲೀನ ಆರೈಕೆಗಾಗಿ ಸಮುದಾಯ ಆರೋಗ್ಯ ಕಾರ್ಯಕರ್ತರನ್ನು ತರಬೇತುಗೊಳಿಸುವುದು.	ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರ, ಸಮುದಾಯ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳು
ಸಮುದಾಯ ಆಧಾರಿತ ಯೋಜನೆಗಳ ಮೂಲಕ ಪರಿಣಾಮಕಾರಿ ದೀರ್ಘಕಾಲೀನ ಆರೈಕೆ	ಸಹಾಯಕ ಗುಂಪುಗಳ ಸ್ಥಾಪನೆ ಹಾಗೂ ವ್ಯಕ್ತಿಗಳ ಮನೆ ಭೇಟಿ ಮಾಡಲು ತರಬೇತಿ ನೀಡುವುದು	ಸಮುದಾಯದಲ್ಲಿ ವೃದ್ಧರ ಆರೈಕೆಗೆ ನಿಯುಕ್ತಿಗೊಂಡಿರುವ ಸಿಬ್ಬಂದಿ	ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಹಾಗೂ ಸಮುದಾಯ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳು

ಸೇವೆ ಏನು? ಯಾವುದು?	ಹೇಗೆ ನೀಡಬೇಕು?	ಯಾರು ನೀಡಬಹುದು?	ಎಲ್ಲಿ ನೀಡಬೇಕು?
ಗೃಹ ಆರೈಕೆ, ದಿನದ ಮಟ್ಟಿನ ಆರೈಕಾ ಸೇವಾ ಸೌಲಭ್ಯಗಳು	ತರಬೇತಿ ಹೊಂದಿದ ಸಿಬ್ಬಂದಿಗಳ ವಿಶೇಷ ಸೌಲಭ್ಯ ಸ್ಥಾಪನೆ	ಸಮುದಾಯದ ಆರೋಗ್ಯ ಸಮುದಾಯದಲ್ಲಿ ವೃದ್ಧರ ಆರೈಕೆಗಾಗಿ ವಿಶೇಷ ಸಿಬ್ಬಂದಿ	ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೈಕೆ, ಸಮುದಾಯ
ಕಾನೂನು ಸೇವೆಗಳು	ಅತ್ಯವಶ್ಯವಾಗಿ ಬೇಕಾಗಿರುವ ಕಾನೂನು ಸೇವೆಗಳು	ಸರ್ಕಾರೇತರ ಸಂಸ್ಥೆಗಳು, ಸರಕಾರ, ಕಾನೂನು ಪರಿಪಾಲಿಸುವ ಸಂಸ್ಥೆಗಳು	ಸಮುದಾಯ
ತರಬೇತಿ ಸೌಲಭ್ಯಗಳು	ವೃದ್ಧಾಪ್ಯ ಸದನಗಳ ದಾದಿಯರಿಗೆ ತರಬೇತಿ ಸಂಸ್ಥೆಗಳು ಹಾಗೂ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಸಮುದಾಯಕ್ಕೆ ತರಬೇತಿ ಕಮ್ಮಟಗಳು	ಸರಕಾರ ಹಾಗೂ ಸರ್ಕಾರೇತರ ಸಂಸ್ಥೆಗಳು	ದೇಶದ ಉದ್ದ ಅಗಲಕ್ಕೂ

ಮಾನವ ಸಂಪನ್ಮೂಲಗಳು ತರಬೇತಿ ಮತು ಅಭಿವೃದ್ಧಿ

ನಮ್ಮ ದೇಶದಲ್ಲಿ ಡಿಮೆನ್ಷಿಯಾಗಾಗಿ, ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಗಳನ್ನು ಅಭಿವೃದ್ಧಿಪಡಿಸಲು ಮಾನವ ಸಂಪನ್ಮೂಲ ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಅತಿಮುಖ್ಯ ಅಂಶವಾಗಿದೆ. ಕೆಲ ದಶಕಗಳಿಂದ ಸರಕಾರವು, ವೃದ್ಧರಿಗಾಗಿ ಆರೈಕಾ ಸೇವೆಗಳನ್ನು ಮತ್ತು ಇನ್ನಿತರ ಸೌಲಭ್ಯಗಳನ್ನು ಅಭಿವೃದ್ಧಿಪಡಿಸಿದೆ: ವೃದ್ಧರಿಗಾಗಿ ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ನೀತಿ, ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಸಲಹಾಮಂಡಳಿ, ವೃದ್ಧರ ಆರೈಕೆಗಾಗಿ ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಪ್ರೇರಣೆ. ಆದರೆ, ಎಲ್ಲವೂ ನಿರೀಕ್ಷಿತ ಫಲಿತಾಂಶ ನೀಡಿಲ್ಲ, ಕಾರಣಗಳು ಹಲವಾರು: ಸಿಬ್ಬಂದಿಗೆ ಸರಿಯಾದ ತರಬೇತಿ ಇಲ್ಲದೆ ಇರುವುದು ಮತ್ತು ಅನುಷ್ಠಾನದಲ್ಲಿನ ಲೋಪಗಳು ಮುಖ್ಯವಾದವು. ಹಿರಿಯರಿಗೆ ತಮ್ಮದೇ ಆದ ಅವಶ್ಯಕತೆ ಇದೆ; ಇದನ್ನು ಆರೋಗ್ಯ ಕಾರ್ಯಕರ್ತರು ತಿಳಿದಿರಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ ಮತ್ತು ತರಬೇತಿ ಪಡೆಯಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ.

ತರಬೇತಿ ಮತು ಮಾನವಸಂಪನ್ಮೂಲ ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಡಿಮೆನ್ಷಿಯಾ ಆರೈಕೆಯ ಮುಖ್ಯ ಆಧಾರ ಸ್ತಂಬ. ಡಿಮೆನ್ಷಿಯಾ ಆರೈಕೆ ವೃದ್ಧಾಪ್ಯದ ಆರೈಕೆ ತರಬೇತಿಯ ಭಾಗವೆಂದು ಪರಿಗಣಿಸಬೇಕು. ಆರೈಕೆದಾರರು ಮತ್ತು ಸಮುದಾಯ ಆರೋಗ್ಯ ಕಾರ್ಯಕರ್ತರು, ಈ ತರಬೇತಿ ಪಿರಾಮಿಡ್‌ನ ಕೆಳಭಾಗದಲ್ಲಿದ್ದು, ಮೇಲಿನ ಹಂತದಲ್ಲಿ ತಜ್ಞರು, ಸಮಾಜ ಸೇವಾಕಾರ್ಯಕರ್ತರು, ವೃತ್ತಿಪರರು, ದಾದಿಯರು, ಆಹಾರ ತಜ್ಞರು, ದೈಹಿಕ ತರಬೇತಿದಾರರು ಮತ್ತು ಸಾಮಾನ್ಯ ಮತ್ತು ಪರಿಣಿತ ವೈದ್ಯರುಗಳು ಇರಬೇಕು. ತರಬೇತಿ ದೀರ್ಘಕಾಲಿನ ಹಾಗೂ ಅಲ್ಪಾವಧಿ ಆರೈಕೆಗಳು ಎರಡೂ ಇರಬೇಕು.

ಅಲ್ಪಾವಧಿ ತರಬೇತಿಯ ಉದ್ದೇಶಗಳು
• ಆರೈಕೆಯ ಗುಣಮಟ್ಟವನ್ನು ಉತ್ತಮಗೊಳಿಸಲು ಈಗಿನ ಆರೋಗ್ಯ ಸಿಬ್ಬಂದಿಯ ತರಬೇತಿ. • ಸಮುದಾಯ ಆರೋಗ್ಯ ಕಾರ್ಯಕರ್ತರು ಮತ್ತು ಆರೈಕೆದಾರರನ್ನು ತರಬೇತಿಗೊಳಿಸುವ ತರಬೇತಿದಾರರನ್ನು ಸಿದ್ಧಗೊಳಿಸುವ ತರಬೇತಿ • ಸೇವೆನಿರತ ತರಬೇತಿ • ಈಗಾಗಲೇ ಸಿಬ್ಬಂದಿಗೆ ತರಬೇತಿ ನೀಡುತ್ತಿರುವ ಸಂಸ್ಥೆಗಳನ್ನು ಗುರುತಿಸುವುದು ಮತ್ತು ತರಬೇತಿಯ ಜವಾಬ್ದಾರಿಯನ್ನು ವ್ಯವಸ್ಥಿತ ರೀತಿಯಲ್ಲಿ ಸಂಸ್ಥೆಗಳಿಗೆ ನಿಯೋಜಿಸುವುದು. • ಅಂತರ್ಜಾಲ ಆಧಾರಿತ ತರಬೇತಿಯನ್ನು ನಿಯಮಿತವಾಗಿ ನೀಡುವುದರಿಂದ ಸ್ವಲ್ಪಮಟ್ಟಿಗೆ ಸಂಪನ್ಮೂಲಗಳ ಉಳಿತಾಯ ಸಾಧ್ಯ. • ಈಗ ನಡೆಯುತ್ತಿರುವ ತರಬೇತಿ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳನ್ನು ಬಲಪಡಿಸುವುದು (NISD ಆರೈಕೆದಾರರ ತರಬೇತಿ, Helpage India ಮತ್ತು ARDSI, CMAI, RCI ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳು)
ದೀರ್ಘಾವಧಿಯ ತರಬೇತಿಯ ಉದ್ದೇಶಗಳು
• ವೃತ್ತಿಪರರ ತರಬೇತಿ ಪಠ್ಯಕ್ರಮದಲ್ಲಿ ಬದಲಾವಣೆ. ಆರೋಗ್ಯ ವಿಜ್ಞಾನ ಶಿಕ್ಷಣದಲ್ಲಿ (ವೈದ್ಯಕೀಯ, ಶುಶ್ರೂಷೆ, ಇತರೆ) ಡಿಮೆನ್ಷಿಯಾ ಆರೈಕೆಯ ಪಠ್ಯ ಮತ್ತು ಪ್ರಯೋಗ ಎರಡಕ್ಕೂ ಸಮವಾಗಿ ಒತ್ತು ನೀಡುವುದು. • ತರಬೇತಿ ಪಠ್ಯಕ್ರಮವನ್ನು ಅಭಿವೃದ್ಧಿಗೊಳಿಸಲು ಭಾರತ ಮತ್ತು ಹೊರದೇಶದಲ್ಲಿರುವ ಅನುಭವ ಮತ್ತು ಪ್ರಾವಿಣ್ಯತೆ ಹೊಂದಿರುವವರ ಸಹಾಯ ಪಡೆದು ತರಬೇತಿಯ ವೇಳಾಪಟ್ಟಿಯನ್ನು ಸಿದ್ಧಗೊಳಿಸಬೇಕು. • ವಿವಿಧ ಸರ್ಕಾರ ಮತ್ತು ಸರ್ಕಾರೇತರ ಪ್ರಯತ್ನಗಳನ್ನು ಒಂದೆಡೆ ಕ್ರೋಡಿಕರಿಸುವುದು
ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಡಿಮೆನ್ಷಿಯಾ ತರಬೇತಿ ಯೋಜನೆಯ ಅಭಿವೃದ್ಧಿ
• ವಿಶೇಷವಾಗಿ, ಡಿಮೆನ್ಷಿಯಾ ಆರೈಕೆಗಿರುವ, ರಾಷ್ಟ್ರದಲ್ಲಿನ ಸಿಬ್ಬಂದಿ ಕೊರತೆ ಮತ್ತು ತರಬೇತಿಯ ಅವಶ್ಯಕತೆಗಳನ್ನು ತಿಳಿಯಲು ಸಹಕಾರ ನೀಡುವುದು. • ಎಲ್ಲ ಸ್ತರದಲ್ಲಿ ಸಮಾಜ ಎದುರಿಸುತ್ತಿರುವ ವಿಶೇಷ ಪರಿಣಿತರ ಕೊರತೆಯನ್ನು ನೀಗಲು, ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಸಂಯೋಜಿತ ಆರೋಗ್ಯ ಸಿಬ್ಬಂದಿಯ ತರಬೇತಿಗಳ ಸಹಾಯ ಸಹಕಾರ ನೀಡುವುದು.

- ಅಂತರ್ಜಾಲ ಆಧಾರಿತ ಮತ್ತು ದೂರ ಶಿಕ್ಷಣದ ತರಬೇತಿಗಳನ್ನು ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಪಡಿಸಲು ಸಂಘ ಸಂಸ್ಥೆಗಳಿಗೆ ಸಹಾಯ ಮಾಡುವುದು.
- ದೇಶದಲ್ಲಿ ಪ್ರಸಕ್ತವಾಗಿ ಡಿಮೆನ್ಷಿಯಾ ಆರೈಕಾ ಸಿದ್ಧತಾ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳ ಬಲಪಡಿಸುವುದು

ಭಾರತವು, 1982ರ ಅಂತರರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ವೃದ್ಧಾಪ್ಯ ಕಾರ್ಯಸೂಚಿಯ ಶಿಪಾರಸ್ಸುಗಳನ್ನು ಜಾರಿಗೊಳಿಸುವಲ್ಲಿ ಗಮನ ಹರಿಸಬೇಕಿದೆ.

- ಗೃಹ ಆರೈಕೆ ಅಥವಾ ಸಂಸ್ಥೆಗಳಲ್ಲಿ ಆರೈಕೆ ನೀಡುತ್ತಿರುವವರು, ಕನಿಷ್ಟ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ತರಬೇತಿಯನ್ನು ಪಡೆದಿರಲೇಬೇಕು.

- ಜಿರಾಂಟಲಜಿ ಮತ್ತು ಜಿರಿಯಾಟ್ರಿಕ್ಸ್ ವಿಷಯಗಳ ತರಬೇತಿಗಳಿಗೆ ಪ್ರೋತ್ಸಾಹ ನೀಡಬೇಕು ಮತ್ತು ಈ ತರಬೇತಿಗಳಿಗೆ ಎಲ್ಲ ಸ್ತರದ ಶೈಕ್ಷಣಿಕ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳಲ್ಲಿ ಪ್ರಾಮುಖ್ಯತೆ ನೀಡಬೇಕು.

- ಸರ್ಕಾರಗಳ ಮತ್ತು ಸರ್ಕಾರೇತರ ಸಂಘ – ಸಂಸ್ಥೆಗಳ ನಡುವೆ ವೃದ್ಧಾಪ್ಯದ ಆರೋಗ್ಯ ಆರೈಕೆಯಲ್ಲಿ ತರಬೇತಿಗೊಂಡ ಸಿಬ್ಬಂದಿಯನ್ನು ಹೆಚ್ಚಿಸಲು ದೃಢವಾದ ಹೆಜ್ಜೆಗಳನ್ನು ಇಡಬೇಕಿದೆ ಮತ್ತು ಇದರ ಬಗ್ಗೆ ವೃದ್ಧರನ್ನು ಒಳಗೊಂಡಂತೆ ಜನರಲ್ಲಿ ಮಾಹಿತಿ ಮತ್ತು ಜಾಗೃತಿ ಹರಡಲು ಸಾಧ್ಯವಾದ ಎಲ್ಲ ಪ್ರಯತ್ನಗಳನ್ನು ಮಾಡಬೇಕಿದೆ.

- ಪ್ರಾದೇಶಿಕ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳಿಗೆ ಪೂರಕವಾಗಿ ಒಂದು ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ತರಬೇತಿ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮವನ್ನು ಪ್ರಾರಂಭಿಸಬೇಕು. ಇದು ಆಯಾ ರಾಜ್ಯದ ಮತ್ತು ಪ್ರದೇಶಗಳ ವಿಶಿಷ್ಟ ಸಂದರ್ಭಗಳಿಗೆ ತಕ್ಕುದಾಗಿರಬೇಕು. (NIPP - National Institute of Public Policy ನಿರ್ವಹಿಸುತ್ತಿರುವ ಅಂಗನವಾಡಿ ಕಾರ್ಯಕರ್ತರ ಮತ್ತು ಮಕ್ಕಳ ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಅಧಿಕಾರಿಗಳ ತರಬೇತಿ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮದಂತೆ ನಡೆಸಬೇಕು)

ತರಬೇತಿ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳು

ARDSI ಮುಂದಾಳತ್ವ ವಹಿಸಿ ಡಿಮೆನ್ಷಿಯಾಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ಹಲವಾರು ತರಬೇತಿಯ ಶಿಬಿರಗಳನ್ನು ಹಮ್ಮಿಕೊಂಡಿದೆ. ಉದಾ: ಆರು ತಿಂಗಳ ಪ್ರಮಾಣ ಪತ್ರದ ತರಬೇತಿ, ಒಂದು ವರ್ಷದ ಸ್ನಾತಕೋತ್ತರ ಪದವಿ, ಸೇವೆ ನೀಡುತ್ತಿರುವ ಕೇಂದ್ರಗಳ ಸ್ವಯಂಸೇವಕರಿಗೆ ಅಥವಾ ಸಿಬ್ಬಂದಿಗಳಿಗೆ ಒಂದು ತಿಂಗಳ ಪ್ರಮಾಣ ಪತ್ರ, 5 ದಿನಗಳ ತರಬೇತಿ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮವು ವೃದ್ಧರ ಸಮಾಲೋಚನೆ. ARDSI, 1993 ರಿಂದ ಕೊಚ್ಚಿಯಲ್ಲಿ ವೃದ್ಧರ ಆರೈಕಾ ಶಾಲೆಯನ್ನು ನಿರ್ವಹಿಸುತ್ತಿದೆ.

ಭಾರತದಲ್ಲಿ ವೃದ್ಧಾಪ್ಯದ ಸೇವೆಗಳ ಅಭಿವೃದ್ಧಿ

ಡಿಮೆನ್ಷಿಯಾಗೆ ಸಂಬಂಧಪಟ್ಟಂತೆ ಸೇವೆಗಳನ್ನು ಪ್ರಾರಂಭಿಸುವಾಗ, ನಾವು ಒಟ್ಟಾರೆ ವೃದ್ಧಾಪ್ಯದ ಸೇವೆಗಳ ಬೆಳವಣಿಗೆಯನ್ನು ಪರಿಗಣಿಸಬೇಕು. ARDSIಯ ಸಮಾಲೋಚನಾ ಸಭೆಗಳಲ್ಲಿ ಭಾಗವಹಿಸಿದ ಪರಿಣಿತರೆಲ್ಲರು ಒಮ್ಮತದಿಂದ ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ವೃದ್ಧಾಪ್ಯದ ಸಂಸ್ಥೆಯನ್ನು ಸ್ಥಾಪಿಸಬೇಕೆಂದು ಆಗ್ರಹಪಡಿಸಿದರು. ವೃತ್ತಿನಿರತರು ಮತ್ತು ವೃತ್ತಿಪರ ಸಂಘಟನೆಗಳು, ರಾಜ್ಯ ಮತ್ತು ಕೇಂದ್ರ ಸರ್ಕಾರದ ಸಂಸ್ಥೆಗಳು ಮತ್ತು ಇತರೆ ಭಾಗಿದಾರ ಸಂಸ್ಥೆಗಳಾದ ARDSI, ಹೆಲ್ಪೇಜ್‌ಇಂಡಿಯಾ, NISD, ಇಂಡಿಯನ್ ಅಕಾಡೆಮಿ ಆಫ್ ಜೀರಿಯಾಟ್ರಿಕ್ಸ್, ಜೀರಿಯಾಟ್ರಿಕ್ಸ್ ಸೊಸೈಟಿ ಅಫ್ ಇಂಡಿಯಾ, ಜೀರಂಟಲಾಜಿಕಲ್ ಸೊಸೈಟಿ ಅಫ್ ಇಂಡಿಯಾ ಹಾಗೂ ಇನ್ನಿತರ ಸ್ವಯಂಸೇವಾ ಸಂಸ್ಥೆಗಳು, ಈ ಉದ್ದೇಶ ಸಾಧಿಸಲು ಒಂದು ಸಮರ್ಥ ಒಕ್ಕೂಟ ರಚಿಸಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ. ಸಾರ್ವಜನಿಕ — ಖಾಸಗಿ ಭಾಗವಹಿಸುವ ಮಾದರಿಯನ್ನು ಬಳಸಿ, ಮತ್ತಷ್ಟು ಹಿರಿಯ ನಾಗರೀಕರಿಗಾಗಿ ಚಿಕಿತ್ಸಾಲಯ ಮತ್ತು ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳನ್ನು ದೇಶದ ಉದ್ದಗಲಕ್ಕೂ ಸ್ಥಾಪಿಸಬೇಕು.

ಭಾರತದಲ್ಲಿ ಡಿಮೆನ್ಷಿಯಾ ವರದಿಯಲ್ಲಿ ಗುರುತಿಸಿರುವ ಮುಖ್ಯಾಂಶಗಳು

1. ಭಾರತದಲ್ಲಿ ಡಿಮೆನ್ಷಿಯಾ (ವ್ಯಕ್ತಿಗಳಲ್ಲಿ ಮತ್ತು ಕುಟುಂಬಗಳಲ್ಲಿ) ಸಮಸ್ಯೆಯು ತೀವ್ರವಾಗಿ ಹೆಚ್ಚಾಗುತ್ತಿದೆ.

2. ಡಿಮೆನ್ಷಿಯಾ ಕುರಿತ ಆರೈಕೆ, ನ್ಯೂನತೆ ಮತ್ತು ಆರೈಕ ಖರ್ಚುವೆಚ್ಚಗಳು ವ್ಯಕ್ತಿ, ಕುಟುಂಬ ಮತ್ತು ಸಮಾಜದ ಮೇಲೆ ಹೆಚ್ಚಿನ ಪರಿಣಾಮ ಬೀರುತ್ತವೆ.

3. ಡಿಮೆನ್ಷಿಯಾ ಇರುವ ವ್ಯಕ್ತಿ, ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಸಾಮಾಜಿಕ ಸೇವೆಗಳನ್ನು ಬಳಸುತ್ತಿಲ್ಲ.

4. ಡಿಮೆನ್ಷಿಯಾ ಆರೈಕೆ ಸೇವೆಗಳು ಸಮರ್ಪಕವಾಗಿಲ್ಲ ಮತ್ತು ಸೇವೆಗಳ ಪರಿಣಾಮವೂ ಅಷ್ಟಾಗಿ ತಿಳಿದು ಬಂದಿಲ್ಲ.

5. ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆ ಸರಿಯಿಲ್ಲವೆಂದು ಬಗೆದು, ಡಿಮೆನ್ಷಿಯಾ ಇರುವ ವ್ಯಕ್ತಿಗಳು ಮತ್ತು ಅವರ ಕುಟುಂಬದವರು, ಖಾಸಗಿ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಸೇವೆಗಳನ್ನು ಉಪಯೋಗಿಸುತ್ತಿದ್ದಾರೆ.

6. ಬೆಂಬಲ ಸೇವೆಗಳಿಗೆ ಇನ್ನೂ ಅಧಿಕ ಬೇಡಿಕೆ ಉಂಟಾಗುವ ಸಾಧ್ಯತೆಯಿದೆ.

7. ಬೆಂಬಲ ಸೇವೆಗಳ ಬೇಡಿಕೆ ಎರಡೂ ಕಾರಣದಿಂದ ಹೆಚ್ಚಾಗುತ್ತದೆ. ಮೊದಲನೆಯದಾಗಿ, ಡಿಮೆನ್ಷಿಯಾ ಇರುವವರ ಸಂಖ್ಯೆಯ ಹೆಚ್ಚಳದಿಂದಾಗಿ. ಎರಡನೆಯದಾಗಿ, ಜೀವಿತಾವಧಿಯ ಹೆಚ್ಚಳದಿಂದಾಗಿ, ಅತಿವೃದ್ಧರ ಸಂಖ್ಯೆ ಹೆಚ್ಚುತ್ತಿದೆ. ಆ ಹಿರಿಯ ವೃದ್ಧರ ಆರೋಗ್ಯ ಸ್ಥಿತಿ ಸೂಕ್ಷವಾಗಿದ್ದು ವಯೋಮಾನ ಸಹಜ ಕೃಶತೆಯಿರುತ್ತದೆ. ಜೊತೆಗೆ ಸುತ್ತಣ ಸಾಮಾಜಿಕ ಮತ್ತು ಸಮುದಾಯದ ಬೆಂಬಲಗಳ ಕೊರತೆಯಿಂದಾಗಿ ದಿನನಿತ್ಯದ ಚಟುವಟಿಕೆಗಳಿಗಾಗಿನ ಬೆಂಬಲದ ಬೇಡಿಕೆ ಸಹ ಹೆಚ್ಚಾಗುತ್ತದೆ.

8. ವೃತ್ತಿನಿರತರಲ್ಲಿ, ಕುಟುಂಬಗಳಲ್ಲಿ ಮತ್ತು ಸಮುದಾಯದಲ್ಲಿ ಮಾತ್ರವಲ್ಲ, ನೀತಿಯುಕ್ತರಲ್ಲಿ ಮತ್ತು ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಸಂಘ–ಸಂಸ್ಥೆಗಳಲ್ಲಿ, ಡಿಮೆನ್ಷಿಯಾ ಇರುವ ವ್ಯಕ್ತಿಯ ಅಗತ್ಯಗಳ ಅರಿವು ಅಷ್ಟಾಗಿಲ್ಲಾ ಮತ್ತು ಅಜ್ಞಾನ ಹೆಚ್ಚಿದೆ. ಹಾಗಾಗಿ, ಡಿಮೆನ್ಷಿಯಾ ಆರೈಕೆಯು ಲಭ್ಯವಿರುವುದಿಲ್ಲ ಅಥವಾ ಅಲ್ಪ ಸ್ವಲ್ಪವಾಗಿ ಪೂರೈಸಲಾಗುತ್ತದೆ, ಅಥವಾ ಸೇವೆ ಅಸಮರ್ಥವಾಗಿರುತ್ತದೆ.

9. ಡಿಮೆನ್ಷಿಯಾ ಇರುವ ವ್ಯಕ್ತಿಗಳ ಹಾಗೂ ಅವರ ಕುಟುಂಬದವರ ಜೀವನ ಗುಣಮಟ್ಟವನ್ನು ಹೆಚ್ಚಿಸಲು ಜಾಗರೂಕತೆಯಿಂದ ರೂಪರೇಷೆ ತಯಾರಿಸಬೇಕು ಮತ್ತು ಇನ್ನೂ ಹೆಚ್ಚಿನ ಬಂಡವಾಳ ಹೂಡಬೇಕಾಗಿದೆ. ಈ ಉದ್ದೇಶ ಈಡೇರಲು ಲಭ್ಯವಿರುವ ಸಂಪನ್ಮೂಲಗಳನ್ನು ಸಮರ್ಥ ರೀತಿಯಲ್ಲಿ ಬಳಕೆ ಮಾಡಬೇಕು.

10. ಭಾರತದಲ್ಲಿ ಡಿಮೆನ್ಷಿಯಾ ವ್ಯಕ್ತಿಗಳ ಸೇವೆಗೆ ಅಧಿಕೃತ ನಿರ್ದೇಶನಾಲಯಗಳು ಮತ್ತು ಔಷದೋಪಚಾರ ಕೇಂದ್ರಗಳ ಕೊರತೆ ಇದೆ. ಪ್ರಸ್ತುತ ಲಭ್ಯವಿರುವ ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಸಾಮಾಜಿಕ ಆರೈಕೆ ವ್ಯವಸ್ಥೆಗಳು ಡಿಮೆನ್ಷಿಯಾ ವ್ಯಕ್ತಿಗಳ ಮತ್ತು ಅವರ ಕುಟುಂಬ ವರ್ಗದವರಿಗೆ, ಬೆಂಬಲ ನೀಡುವುದರಲ್ಲಿ ಸಂಪೂರ್ಣವಾಗಿ ವಿಫಲವಾಗಿದೆ.

ಈ ಮೇಲಿನ ಅಂಶಗಳು, ಈ ವರದಿಯಿಂದ, ಸೇವೆಗಳ ಮತ್ತು ಫಲಿತಾಂಶಗಳ ವಿಮರ್ಶೆ ಮಾಡಿದಾಗ ಸ್ಪಷ್ಟಗೊಂಡಿವೆ. ಡಿಮೆನ್ಷಿಯಾದ ಸಮಸ್ಯೆ ಇಷ್ಟು ಅಗಾಧವಾಗಿದ್ದರೂ, ಆವಶ್ಯವಿರುವ ಸೇವೆಗಳು ಇನ್ನೂ ಪ್ರಾರಂಭವಾಗದೇ ಇರುವುದು ಮುಂದೆ ಪರಿಸ್ಥಿತಿ ಕಂಗೆಡುವಂತೆ ಮಾಡುತ್ತದೆ; ಭವಿಷ್ಯತ್ತಿನಲ್ಲಿ ಡಿಮೆನ್ಷಿಯಾ ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಸಾಮಾಜಿಕ ಆರೈಕೆ ಸೇವೆಗಳ ಬೇಡಿಕೆಯ ಮುಖ್ಯ ಕಾರಣವಾಗಲಿದೆ. ಆದ್ದರಿಂದ, ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ನೀತಿ ರೂಪಿಸುವಲ್ಲಿ ಮತ್ತು ಸಾಕ್ಷಾಧಾರಗಳನ್ನು ಬಲಪಡಿಸುವುದರಲ್ಲಿ ಈ ವರದಿ 8 ಶಿಫಾರಸ್ಸುಗಳು ಮಾಡುತ್ತದೆ.

ಶಿಫಾರಸ್ಸುಗಳು
1. ಡಿಮೆನ್ಷಿಯಾ ಭಾರತದ ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಆದ್ಯತೆಯಾಗಬೇಕು.
2. ಡಿಮೆನ್ಷಿಯಾ ಸಂಶೋಧನೆಗೆ ಇನ್ನೂ ಹೆಚ್ಚಿನ ಅನುದಾನ ಮತ್ತು ಪ್ರೋತ್ಸಾಹ ನೀಡಬೇಕು.
3. ಡಿಮೆನ್ಷಿಯಾ ಬಗ್ಗೆ ಜನರಲ್ಲಿ ಹೆಚ್ಚಿನ ಜಾಗೃತಿ ಮೂಡಿಸಬೇಕು.
4. ಡಿಮೆನ್ಷಿಯಾವನ್ನು ಗುರುತಿಸುವ ಹಾಗೂ ಆರೈಕೆಯ ಕೌಶಲ್ಯ-ಸಾಮರ್ಥ್ಯಗಳನ್ನು ಉತ್ತಮಗೊಳಿಸಬೇಕು.
5. ಸಮುದಾಯದ ಬೆಂಬಲ ಮತ್ತು ಮನೆಯಲ್ಲಿನ ಆರೈಕೆಯ ಸಾಮರ್ಥ್ಯವನ್ನು ಹೆಚ್ಚಿಸಬೇಕು.
6. ಆರೈಕೆದಾರರಿಗೆ ಸಹಾಯ ನೀಡುವ ಯೋಜನೆಗಳನ್ನು ಸಕ್ರಿಯಗೊಳಿಸುವುದು.
7. ಡಿಮೆನ್ಷಿಯಾ ಆರೈಕೆಯ ಹಲವು ಸರ್ವಾಂಗೀಣ ಮಾದರಿಗಳನ್ನು ಅಭಿವೃದ್ಧಿಪಡಿಸುವುದು.
8. ಡಿಮೆನ್ಷಿಯಾಗಾಗಿ ಹೊಸ ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ನೀತಿ ಮತ್ತು ಕಾನೂನುಗಳನ್ನು ಜಾರಿಗೊಳಿಸುವುದು.

ಶಿಫಾರಸ್ಸು 1: ಡಿಮೆನ್ಷಿಯಾ ಭಾರತದ ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಆದ್ಯತೆಯಾಗಬೇಕು

ಡಿಮೆನ್ಷಿಯಾಗೆ ರಾಷ್ಟ್ರಮಟ್ಟದಲ್ಲಿ ಪ್ರಧಾನ್ಯತೆ ಸಿಗಬೇಕು. ಜನಾರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಸಾಮಾಜಿಕ ಆರೈಕೆ ವಿಷಯಗಳಲ್ಲಿ ಆದ್ಯತೆಯಾಗಿ ಘೋಷಣೆಯಾಗಬೇಕು. ಅಷ್ಟೇ ಅಲ್ಲದೆ ಸೇವಾಭಿವೃದ್ಧಿ, ಸಂಶೋಧನೆ ಮತ್ತು ಸಮಾಜ ಕಲ್ಯಾಣ ವೆಚ್ಚಗಳಲ್ಲಿ ಇದು ಪ್ರತಿಫಲಿಸಬೇಕು.

ಶಿಫಾರಸ್ಸು 2: ಡಿಮೆನ್ಷಿಯಾ ಸಂಶೋಧನೆಗೆ ಇನ್ನೂ ಹೆಚ್ಚಿನ ಅನುದಾನ ಮತ್ತು ಪ್ರೋತ್ಸಾಹ ನೀಡಬೇಕು.

ತುರ್ತು ಕಾರ್ಯವೆಂಬಂತೆ, ಭಾರತದಲ್ಲಿ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಮತ್ತು ಸಾಮಾಜಿಕ ಸಂಶೋಧನೆಗಳಲ್ಲಿನ ಹಣಹೂಡಿಕೆಯನ್ನು ವಿಮರ್ಶಿಸಿ, ಮಹತ್ತರವಾದ ಆಶೋತ್ತರಗಳೊಂದಿಗೆ, ಡಿಮೆನ್ಷಿಯಾ ಕಾರಣಗಳು, ನಿವಾರಣೋಪಾಯ, ಚಿಕಿತ್ಸಾ ಕ್ರಮಗಳನ್ನು ಮತ್ತು ಆರೈಕೆಯ ಸಂಶೋಧನೆಗಾಗಿ ಹೆಚ್ಚಿನ ಧನಸಹಾಯ ನೀಡಬೇಕಿದೆ.

ಶಿಫಾರಸ್ಸು 3: ಡಿಮೆನ್ಷಿಯಾ ಬಗ್ಗೆ ಜನರಲ್ಲಿ ಹೆಚ್ಚಿನ ಜಾಗೃತಿ ಮೂಡಿಸಬೇಕು.

ಡಿಮೆನ್ಷಿಯಾದ ಮರೆಗುಳಿತನವನ್ನು ವಯೋಮಾನಕ್ಕೆ ಸಹಜ ಬದಲಾವಣೆ ಎಂದೇ ಭಾವಿಸುತ್ತಾರೆ, ಇದನ್ನು ಒಂದು ರೋಗವೆಂದು ಪರಿಗಣಿಸುವುದೇ ಇಲ್ಲ. ಈ ರೋಗವನ್ನು ಮೊದಲ ಹಂತದಲ್ಲೇ ಕಂಡು ಹಿಡಿಯಲು ಅನುವಾಗುವಂತೆ ಸಾಮಾನ್ಯ ಜನರಿಗೆ, ಆರೋಗ್ಯ ಕಾರ್ಯಕರ್ತರಿಗೆ ಹಾಗೂ ಸಮಾಜ ಸೇವಾಕಾರ್ಯಕರ್ತೆಯರಲ್ಲಿ ಅರಿವು ಯೊಜನೆಯನ್ನು ಹಮ್ಮಿಕೊಳ್ಳಬೇಕು.

ಶಿಫಾರಸ್ಸು 4: ಡಿಮೆನ್ಷಿಯಾವನ್ನು ಗುರುತಿಸುವ ಹಾಗೂ ಆರೈಕೆಯ ಕೌಶಲ್ಯ–ಸಾಮರ್ಥ್ಯಗಳನ್ನು ಉತ್ತಮಗೊಳಿಸಬೇಕು.

ಪ್ರಾರಂಭ ಹಂತದಲ್ಲೆ ಡಿಮೆನ್ಷಿಯಾವನ್ನು ಗುರುತಿಸುವ ಕೌಶಲ್ಯವನ್ನು ಮತ್ತು ಆರೈಕೆಯ ತರಬೇತಿಯನ್ನು ವೈದ್ಯಕೀಯ ಶಿಕ್ಷಣದ (ವೈದ್ಯರ, ಶುಶ್ರೂಷಕಿಯರ, ಆರೋಗ್ಯ ಮತು ಸಮಾಜಿಕ ಕಾರ್ಯಕರ್ತರ ಮತ್ತು ಇತರೆ ವೈದಕೀಯ ವೃತ್ತಿನಿರತರ) ಪಠ್ಯಕ್ರಮದಲ್ಲಿ ಸೇರಿಸಿ ಮುಖ್ಯವಾಗಿ ಭೋಧಿಸಬೇಕು. ಡಿಮೆನ್ಷಿಯಾ ಕಂಡುಹಿಡಿಯಲು, ನಿರ್ವಹಿಸಲು ಮತ್ತು ಆರೈಕೆಯ ತರಬೇತಿಗೆ ಬೇಕಾಗುವ ಕನಿಷ್ಟ ಗುಣಮಟ್ಟಗಳನ್ನು ರೂಪಿಸಬೇಕು.

ಶಿಫಾರಸ್ಸು 5: ಸಮುದಾಯದ ಬೆಂಬಲ ಮತ್ತು ಮನೆಯಲ್ಲಿನ ಆರೈಕೆಯ ಸಾಮರ್ಥ್ಯವನ್ನು ಹೆಚ್ಚಿಸಬೇಕು.

ಡಿಮೆನ್ಷಿಯಾ ವ್ಯಕ್ತಿಗಳಿಗಾಗಿ ಉತ್ತಮವಾದ ಮನೆಯಲ್ಲೇ ನೀಡಬಹುದಾದ ಆರೈಕೆಯ ಯೋಜನೆಗಳ ಅಗತ್ಯವಿದೆ. ಸ್ವಲ್ಪಮಟ್ಟಿಗೆ ಆಸರೆ ನೀಡುವುದರಿಂದ ಡಿಮೆನ್ಷಿಯಾ ಇರುವ ವ್ಯಕ್ತಿ ಸ್ವತಂತ್ರವಾಗಿ ಆತ್ಮಗೌರವದಿಂದ ಜೀವನ ನಡೆಸಬಹುದು.

ಶಿಫಾರಸ್ಸು 6: ಆರೈಕೆದಾರರಿಗೆ ಸಹಾಯ ನೀಡುವ ಯೋಜನೆಗಳನ್ನು ಸಕ್ರಿಯಗೊಳಿಸುವುದು.

ಕುಟುಂಬದಲ್ಲಿ ಡಿಮೆನ್ಷಿಯಾ ಆರೈಕೆ ಜವಾಬ್ದಾರಿಯನ್ನು ಹೊತ್ತವರಿಗೆ ಆರೈಕೆದಾರರ ಸಹಾಯ ಯೋಜನೆಗಳಿಗೆ ಯಾವುದೆ ಅಡೆ–ತಡೆ ಇಲ್ಲದೆ ಮುಕ್ತ ಅವಕಾಶವಿರಬೇಕು. ಮುಖ್ಯ ಯೋಜನೆಗಳೆಂದರೆ

1. ಮನೋವೈಜ್ಞಾನಿಕ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗಳು, ಆರೈಕೆದಾರರ ತರಬೇತಿ ಮತ್ತು ಸಹಾಯ ಗುಂಪುಗಳು.

2. ಡಿಮೆನ್ಷಿಯಾ ಇರುವ ವ್ಯಕ್ತಿಗಳಿಗೆ ಮತ್ತು ಅವರ ಆರೈಕೆದಾರರಿಗೆ ತಾತ್ಕಾಲಿಕವಾಗಿಯಾದರೂ ಪ್ರತಿದಿನದ ಆರೈಕೆಯಿಂದ ನೆಮ್ಮದಿ / ವಿಶ್ರಾಂತಿ ನೀಡುವ ಗುಣಮಟ್ಟದ ಸೇವೆ.
3. ಆರೈಕೆಯ ಖರ್ಚು ವೆಚ್ಚಗಳಿಗಾಗಿ ಪರಿಹಾರ (ಪಿಂಚಣಿ, ಆರೋಗ್ಯ ವಿಮೆ, ಇತ್ಯಾದಿ)

ಶಿಫಾರಸ್ಸು 7: ಡಿಮೆನ್ಷಿಯಾ ಆರೈಕೆಯ ಹಲವು ಸರ್ವಾಂಗೀಣ ಮಾದರಿಗಳನ್ನು ಅಭಿವೃದ್ಧಿಪಡಿಸುವುದು.

ಡಿಮೆನ್ಷಿಯಾಗೆ ಸಾಧ್ಯವಾಗುವ ಮನೆಯಲ್ಲಿನ ಆರೈಕೆ ಮತ್ತು ಆರೈಕೆಧಾಮಗಳಲ್ಲಿನ ಆರೈಕೆಗಳ ನಡುವೆ ಸಾಕಷ್ಟು ಗುಣಾತ್ಮಕ ಮತ್ತು ತಾಂತ್ರಿಕ ವ್ಯತ್ಯಯಗಳಿದ್ದು, ಅವುಗಳ ನಡುವಿನ ಅಂತರವನ್ನು ಕಡಿಮೆ ಮಾಡಲು ಸಂಪೂರ್ಣವಾದ, ಏಕೀಕೃತ ಆರೈಕೆಯ ಮಾದರಿಗಳನ್ನು ಅಭಿವೃದ್ಧಿಪಡಿಸಬೇಕಾದ ಆವಶ್ಯಕತೆಯಿದೆ.

ಶಿಫಾರಸ್ಸು 8: ಡಿಮೆನ್ಷಿಯಾಗಾಗಿ ಹೊಸ ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ನೀತಿ ಮತ್ತು ಕಾನೂನುಗಳನ್ನು ಜಾರಿಗೊಳಿಸುವುದು.

- ಡಿಮೆನ್ಷಿಯಾ ಸಲುವಾಗಿ ಹೊಸ ರಾಷ್ಟೀಯ ನೀತಿ ಮತ್ತು ಕಾನೂನುಗಳ ಅವಶ್ಯಕತೆಯಿದೆ.
- ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಹಿರಿಯ ನಾಗರೀಕರ ನೀತಿಯೊಳಗೆ, ಡಿಮೆನ್ಷಿಯಾ ಸಹ ಸೇರ್ಪಡೆಯಾಗಬೇಕು.
- ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಸಮಾಜ ಕಲ್ಯಾಣ ಇಲಾಖೆಗಳಡಿಯಲ್ಲಿ ಹಿರಿಯ ನಾಗರಿಕರೀಕರಿಗಾಗಿ ಪ್ರತ್ಯೇಕ ಇಲಾಖೆ ಇಲ್ಲವೇ ವಿಭಾಗವನ್ನು ಪ್ರಾರಂಭಿಸಬೇಕು. ಉದಾ: ವೃದ್ಧರ ಕಲ್ಯಾಣ ಇಲಾಖೆ

ಮಾನಸಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕಾಯಿದೆ ಮತ್ತು ಅಂಗವಿಕಲ ವ್ಯಕ್ತಿಗಳ ಕಾಯಿದೆಗಳ ತಿದ್ದುಪಡಿಯಲ್ಲಿ, ಡಿಮೆನ್ಷಿಯಾ ಇರುವ ವ್ಯಕ್ತಿಗಳ ಹಕ್ಕುಗಳು, ಹಿತ ಹಾಗೂ ಆಸ್ತಿಗಳ ರಕ್ಷಣೆಯನ್ನು ಗಣನೆಗೆ ತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳಬೇಕು.

ಅಂತರರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಆಲ್ಝೈಮರ್ಸ್ ಖಾಯಿಲೆ ಸಂಸ್ಥೆಯ ಜಾಗತಿಕ ಆಲ್ಝೈಮರ್ಸ್ ಖಾಯಿಲೆ ಕುರಿತಾಗಿ ಘೋಷಣೆ

ಇಂದು ನಾವು ಜನಾರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಸಾಮಾಜಿಕ ಆರೈಕೆಯ ತುರ್ತುಪರಿಸ್ಥಿತಿಯನ್ನು ಎದುರಿಸುತ್ತಿದ್ದೇವೆ, ಇದಕ್ಕೆ ತಕ್ಷಣವೇ ಒಂದು ಕ್ರಿಯಾ ರೂಪ ಬೇಕಾಗಿದೆ.

- ಖಾಯಿಲೆಯ ಬಗ್ಗೆ ಅರಿವು ಮೂಡಿಸಿ, ತಿಳುವಳಿಕೆ ಹೆಚ್ಚಿಸಿ
- ಖಾಯಿಲೆ ಇರುವವರ ಮಾನವ ಹಕ್ಕುಗಳನ್ನು ಗೌರವಿಸಿ
- ಕುಟುಂಬಗಳ ಮತ್ತು ಆರೈಕೆ ನೀಡುವವರ ಮುಖ್ಯ ಪಾತ್ರವನ್ನು ಗುರುತಿಸಿ
- ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಗೆ ಮತ್ತು ಸಾಮಾಜಿಕ ಆರೈಕೆಗೆ ಅವಕಾಶ ನೀಡಿ
- ರೋಗ ಪತ್ತೆ ಹಚ್ಚಿದ ನಂತರ ಸಮಂಜಸ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ಪ್ರಾಮುಖ್ಯತೆಯನ್ನು ಒತ್ತಿ ಹೇಳಿ
- ಜನಾರೋಗ್ಯವನ್ನು ಅಭಿವೃದ್ಧಿಪಡಿಸಿ ಖಾಯಿಲೆ ಬರದಂತೆ ತಡೆಗಟ್ಟಿ

(ಸೆಪ್ಟಂಬರ್ 2008 http:www.globalcharter.org/charter.php)