



চিকিৎসা নৈতিকতার সংকট প্রেক্ষিত বাংলাদেশ

কাজী মাহফুজা হক, সহকারী অধ্যাপক, নীতিবোধ ও সমতা বিভাগ, গণ বিশ্ববিদ্যালয়, বাংলাদেশ

Received: 18.12.2025; Accepted: 21.01.2026; Available online: 31.01.2026

©2026 The Author(s). Published by Uttarsuri. This is an open access article under the CC BY license (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>)

Abstract

Medical ethics in Bangladesh has become a complex, multi-layered challenge where universal ethical ideals repeatedly collide with local socioeconomic constraints, cultural values, and institutional limitations. This article provides a structured conceptual analysis grounded in Kantian deontological duty, Mills utilitarian reasoning in public health and resource allocation, and the World Medical Associations Declaration of Geneva as a modern professional ethical pledge. It frames the ethical crisis across three linked levels: (1) policy-level gaps between ethical rules and implementation, (2) value-level tensions between individual autonomy and family-centered decision-making shaped by cultural-religious norms, and (3) practical constraints driven by scarce resources, high patient load, weak infrastructure, and urban-rural inequities. Based on this diagnosis, the article proposes an integrated reform pathway combining institutional/legal strengthening, ethics-focused medical education and continuous training, culturally adapted consent and communication practices, improved data governance and privacy protection, and fairer mechanisms for allocating limited healthcare resources.

Keywords: Medical Ethics in Bangladesh, Deontological and Utilitarian Ethics, Healthcare Policy and Governance, Patient Autonomy and Cultural Values, Resource Allocation in Public Health

চিকিৎসা বিজ্ঞানের অগ্রগতি মানবকল্যাণের নতুন সম্ভাবনার দ্বন্দ্ব উন্মোচন করেছে, কিন্তু সেইসঙ্গে তৈরি করেছে জটিল নৈতিক সংকটের এক অদৃশ্য প্রান্তর (Kant, 1785)। বাংলাদেশের প্রেক্ষাপটে এই সংকট আরও গভীর ও বহুমাত্রিক, যেখানে সার্বজনীন চিকিৎসা নীতিশাস্ত্রের আদর্শিক কাঠামো প্রায়ই মুখোমুখি হয় স্থানীয় সামাজিক-অর্থনৈতিক বাস্তবতা, সাংস্কৃতিক মূল্যবোধ ও প্রাতিষ্ঠানিক সীমাবদ্ধতার (Kant, 1785)। বিশ্ব চিকিৎসা নৈতিকতার ভিত্তি স্থাপন করেছেন দার্শনিকরা— ইমানুয়েল কান্টের 'সূত্রনিষ্ঠ কর্তব্যজ্ঞান' (Categorical Imperative) যা চিকিৎসককে রোগীকে কখনো কেবল 'সাধন' না মনে করে, বরং 'স্বরূপ' হিসাবে সম্মান করতে নির্দেশ করে^১। অন্যদিকে জন স্টুয়ার্ট মিলের উপযোগীতাবাদ (Utilitarianism) 'সর্বোচ্চ সংখ্যকের সর্বোচ্চ মঙ্গল' নীতিতে জনস্বাস্থ্য নীতির ভারসাম্য খোঁজে (Mill, 1859)। আর জেনেভা ঘোষণা (১৯৪৮) চিকিৎসকের জন্য যে শপথবাক্য নির্ধারণ করে, তা মানবিক মর্যাদা ও পেশাদার সততার সার্বজনীন আদর্শ প্রতিষ্ঠা করে (Mill, 1861)। কিন্তু বাংলাদেশের মাটিতে এই আদর্শিক কাঠামো যখন বাস্তবতার মুখোমুখি হয়, তখন দেখা দেয় নীতিগত ফাটল স্বাস্থ্যসেবার সুবিধা-অসুবিধার বৈষম্য, সম্পদের অপ্রতুলতা, বাণিজ্যিকীকরণের চাপ, সাংস্কৃতিক বিশ্বাস ও বৈজ্ঞানিক চিকিৎসার দ্বন্দ্ব, এবং নীতিমালা প্রণয়ন ও

বাস্তবায়নের মধ্যে বিরাট ফারাক (World Medical Association, 2017)। একদিকে রয়েছে চিকিৎসকদের নৈতিক শপথ, অন্যদিকে স্বল্প সময়ে অসংখ্য রোগী, অনুন্নত অবকাঠামো এবং নৈতিক সিদ্ধান্ত গ্রহণের জন্য প্রাতিষ্ঠানিক সহায়তার অভাব (World Health Organization, 2007)। এই ভূমিকা বাংলাদেশে চিকিৎসা নৈতিকতার সেই ত্রিমাত্রিক সংকটকে চিহ্নিত করতে চায়— তত্ত্বীয় নীতি (কান্ট, মিল, জেনেভার আদর্শ), সাংস্কৃতিক মূল্যবোধ (ধর্ম, পারিবারিক কর্তব্য, সামাজিক প্রত্যাশা) এবং বাস্তবতার কঠিন ভূমি (অর্থনীতি, রাজনীতি, অবকাঠামোগত সীমাবদ্ধতা) (Mill, 1861)। এই ত্রিসন্ধি বিন্দুতে দাঁড়িয়ে বাংলাদেশের চিকিৎসা ব্যবস্থাকে কীভাবে একটি ভারসাম্যপূর্ণ, নৈতিক ও মানবিক মডেলের দিকে নিয়ে যাওয়া যায় তা এই আলোচনার কেন্দ্রীয় অনুসন্ধান (World Health Organization, 2007)।

২. চিকিৎসা নৈতিকতার দার্শনিক ভিত্তি:

২.১ ইমানুয়েল কান্টের নৈতিক দর্শন:

ইমানুয়েল কান্ট (১৭২৪-১৮০৪) তাঁর পরিণতি-মুক্ত নীতিবিদ্যা (Deontological Ethics) মাধ্যমে নৈতিকতার একটি যুক্তিসংগত, সর্বজনীন ভিত্তি প্রতিষ্ঠা করার চেষ্টা করেন। কান্টের নৈতিকতা উদ্দেশ্য বা ফলাফলের উপর নয়; বরং কর্তব্যের (Duty) উপর ভিত্তিশীল (Kant, 1785)।

২.১.২ কান্টের তিনটি মৌলিক নীতির রূপায়ণ:

(১) সর্বজনীন আইনের সূত্র (Formula of Universal Law):

“শুধু সেই সর্বোচ্চ নীতিমালা অনুযায়ী কাজ কর, যা দিয়ে তুমি একই সময়ে ইচ্ছা করতে পার যে, তা একটি সর্বজনীন আইনে পরিণত হোক।” (Groundwork of the Metaphysics of Morals, 1785)

চিকিৎসা নৈতিকতায় প্রয়োগ: “রোগীর গোপন তথ্য ফাঁস করব না” নীতি তখনই নৈতিক, যখন সকল চিকিৎসক সকল অবস্থায় এটি মেনে চলতে ইচ্ছুক হন।

মানবসত্তার সূত্র: “এমনভাবে কাজ কর যাতে তুমি মানুষত্বকে, তোমার নিজের ব্যক্তিত্বে বা অন্য কোনো ব্যক্তির ব্যক্তিত্বে, কখনো কেবলমাত্র উপায় হিসাবে নয়, বরং সর্বদা একই সঙ্গে লক্ষ্য হিসাবে ব্যবহার কর।” (Groundwork of the Metaphysics of Morals)।

চিকিৎসা নৈতিকতায় প্রয়োগ: রোগীকে কখনো শুধু গবেষণার বিষয়, আয়ের উৎস বা পেশাদারি অভিজ্ঞতা অর্জনের মাধ্যম হিসেবে ব্যবহার করা যাবে না। রোগীর স্বায়ত্তশাসন (Autonomy), মর্যাদা এবং সম্মতি (Informed Consent) এর ধারণা এখান থেকে শক্ত ভিত্তি পায় (Beauchamp & Childress, 2019)।

স্বায়ত্তশাসনের সূত্র: “প্রত্যেক যুক্তিসম্পন্ন সত্তার ইচ্ছাই সর্বজনীন আইন প্রতিষ্ঠার উৎস।” (Critique of Practical Reason, ১৭৮৮) (Kant, 1788)।

চিকিৎসা নৈতিকতায় প্রয়োগ: নীতিমালা বহিরাগতভাবে চাপিয়ে দেওয়া নয়; বরং চিকিৎসক ও রোগী উভয়ের যুক্তিসংগত স্বায়ত্তশাসনের মাধ্যমে গৃহীত হওয়া উচিত (Beauchamp & Childress, 2019)।

২.১.৩ কান্টীয় নীতিবিদ্যার মূল ভিত্তি:

ভাল ইচ্ছা: কান্টের মতে, ভাল ইচ্ছাই একমাত্র চরমভাবে ভাল জিনিস। চিকিৎসকের কাজের নৈতিকতা নির্ভর করে তার উদ্দেশ্য ও কর্তব্যজ্ঞান এর উপর, চিকিৎসার ফলাফলের উপর নয় (Kant, 1785)।

হাইপোথেটিক্যাল বনাম ক্যাটাগরিক্যাল ইম্পারেটিভ:

হাইপোথেটিক্যাল ইম্পারেটিভ: “যদি তুমি সুস্থ থাকতে চাও, তাহলে ওষুধ খাও” (শর্তযুক্ত)।

ক্যাটাগরিক্যাল ইম্পারেটিভ: “তোমার কর্তব্য পালন কর” (নিঃশর্ত, সর্বজনীন)।

চিকিৎসা নীতি মূলত শেষোক্ত নীতির উপর প্রতিষ্ঠিত (Kant, 1785)।

২.১.৪ চিকিৎসা নৈতিকতায় সরাসরি প্রয়োগ:

রোগীর স্বায়ত্তশাসন: ইনফর্মড কনসেন্ট-এর ধারণাকে শক্ত ভিত্তি দেয় (Kant, 1785)।

সত্য বলা: মিথ্যা বলা রোগীর যুক্তিসংগত সিদ্ধান্ত গ্রহণের ক্ষমতা খর্ব করে; তাই সত্য জানানো নৈতিক কর্তব্য (Kant, 1785)।

গোপনীয়তা রক্ষা: রোগীর মর্যাদা ও স্বায়ত্তশাসনের প্রতি সম্মান প্রকাশ কওে (Kant, 1785)।

ন্যায়বিচার: প্রত্যেক মানুষ সমান মর্যাদার অধিকারী; তাই বৈষম্যহীন চিকিৎসা সেবা অপরিহার্য।

২.১.৫ কান্টীয় নীতিবিদ্যার সীমাবদ্ধতা:

নমনীয়তার অভাব: ট্রায়েজ বা সংস্থান বন্টনের মতো জটিল পরিস্থিতিতে কঠোর নিয়ম মানা কঠিন (Beauchamp & Childress, 2019)।

আবেগ ও করুণার স্থান কম: চিকিৎসায় সহানুভূতি গুরুত্বপূর্ণ হলেও কান্টের যুক্তিনির্ভর দৃষ্টিভঙ্গিতে তা তুলনামূলক কম গুরুত্ব পায় (Beauchamp & Childress, 2019)।

২.১.৬ জেনেভা ঘোষণার সাথে কান্টীয় সঙ্গতি

জেনেভা ঘোষণা (২০১৭ সংশোধিত) এর বহু ধারা কান্টীয় নীতির প্রতিধ্বনি করে, যেমন রোগীর মর্যাদা, স্বায়ত্তশাসন ও গোপনীয়তা রক্ষা (World Medical Association, 2017)।

২.১.৭ বাংলাদেশের প্রেক্ষাপটে তাৎপর্য

বাংলাদেশে চিকিৎসা সম্পর্কের প্রায়ই পিতৃতান্ত্রিক চরিত্র থাকার কারণে কান্টের দর্শন রোগীর আত্মনিয়ন্ত্রণের অধিকার ও সম্মতির গুরুত্ব প্রতিষ্ঠায় শক্ত দার্শনিক ভিত্তি দেয়। তবে কান্টের সর্বজনীন নীতিকে স্থানীয় সাংস্কৃতিক প্রেক্ষাপট ও ব্যবহারিক বাধার সাথে সঙ্গতিপূর্ণ করাই বাস্তব চ্যালেঞ্জ (Beauchamp & Childress, 2019)।

২.২ চিকিৎসা নৈতিকতায় জন স্টুয়ার্ট মিলের উপযোগীতাবাদ

জন স্টুয়ার্ট মিল (১৮০৬-১৮৭৩) জেরেমি বেনথামের উপযোগীতাবাদকে প্রসারিত ও পরিমার্জিত করেন। তাঁর প্রধান রচনা Utilitarianism (১৮৬১)-এ নৈতিকতার ফলাফলভিত্তিক কাঠামো উপস্থাপিত হয় (Mill, 1861)।

২.২.২ মিলের মৌলিক নীতি

সর্বোচ্চ সুখের নীতি: “ক্রিয়াগুলি সঠিকতার অনুপাতে তারা সুখ উৎপাদনের প্রবণতা রাখে, ভুলের অনুপাতে তারা দুঃখ উৎপাদনের প্রবণতা রাখে।” (Mill, 1861)

পরিমার্জিত উপযোগীতাবাদ: “একজন অসম্ভব সন্তুষ্ট সন্তানের চেয়ে একজন সন্তুষ্ট শূকর হওয়া ভাল...” (Mill, 1861)

২.২.৩ চিকিৎসা নৈতিকতায় মিলের নীতির প্রয়োগ

(১) সংস্থান বন্টন (Resource Allocation):

লাভ-ক্ষতির বিশ্লেষণ (Cost-Benefit Analysis), জীবনমান-সমন্বিত জীবনবর্ষ (QALYs) এবং ট্রায়েজ প্রোটোকল (সীমিত সংস্থানের সর্বোত্তম ব্যবহার) (World Health Organization, 2007)।

উদাহরণ: মহামারীতে ভেন্টিলেটর বরাদ্দে সর্বাধিক জীবন রক্ষার যুক্তি।

(২) গবেষণা নীতিতে প্রয়োগ: “নিয়ম ও বাধ্যবাধকতার শেষ উদ্দেশ্য হচ্ছে মানুষের কল্যাণ।” ক্লিনিক্যাল ট্রায়ালে সীমিত ঝুঁকি বনাম বৃহত্তর জনগোষ্ঠীর লাভ। টিকা উন্নয়নে প্রাথমিক ঝুঁকি বনাম মহামারী নিয়ন্ত্রণের সুবিধা (World Health Organization, 2007)।

(৩) ক্ষতিকর নীতি: “স্বাধীনতায় হস্তক্ষেপের একমাত্র উদ্দেশ্য হবে আত্মরক্ষা।” (Mill, 1859)

চিকিৎসায় প্রয়োগ: বাধ্যতামূলক টিকাদান, কোয়ারেন্টাইন, মানসিকভাবে অক্ষম রোগীর চিকিৎসা সিদ্ধান্ত ইত্যাদি।

(৪) স্বাস্থ্য নীতির প্রণয়ন: ধূমপান নিয়ন্ত্রণ, চিনিযুক্ত পানীয় কর ইত্যাদিতে ব্যক্তিস্বাধীনতা ও গণস্বাস্থ্যের ভারসাম্য।

২.২.৪ বাংলাদেশের প্রেক্ষাপটে প্রাসঙ্গিকতা:

- জনসংখ্যা অনুপাতে সীমিত সংস্থানে সর্বাধিক কল্যাণ নিশ্চিত করার প্রশ্ন।
- প্রাথমিক স্বাস্থ্যসেবা বনাম বিশেষায়িত সেবায় বিনিয়োগের নৈতিক-অর্থনৈতিক সিদ্ধান্ত।
- টিকাদান কর্মসূচির মতো উদ্যোগে “সামান্য ঝুঁকি, ব্যাপক জনকল্যাণ” যুক্তি। (World Health Organization, 2007)

২.২.৫ সমালোচনা ও সীমাবদ্ধতা:

অধিকারের উপেক্ষা: সামগ্রিক সুখের নামে ব্যক্তির অধিকার ক্ষুণ্ণ হওয়ার ঝুঁকি।

সংখ্যালঘুর ক্ষতি: বিরল রোগ বা প্রান্তিক জনগোষ্ঠী উপেক্ষিত হতে পারে।

সুখ/কল্যাণ পরিমাপের জটিলতা: জীবন দৈর্ঘ্য, জীবনমান, উৎপাদনশীলতা ইত্যাদির মধ্যে কোনটি প্রধান হবে তা অস্পষ্ট।

২.২.৬ কান্টীয় দর্শনের সাথে পার্থক্য

কান্ট: কর্তব্য ও নীতি-কেন্দ্রিক। মিল: ফলাফল ও সামাজিক কল্যাণ-কেন্দ্রিক।

কান্ট: নিঃশর্ত নীতি। মিল: পরিস্থিতিনির্ভর (শর্তযুক্ত) সিদ্ধান্ত।

কান্ট: ব্যক্তি মর্যাদা ও অধিকারকে অগ্রাধিকার। মিল: সামষ্টিক কল্যাণকে অগ্রাধিকার।

কান্ট: উদ্দেশ্য/নীতির গুরুত্ব বেশি। মিল: ফলাফলের গুরুত্ব বেশি।

২.৩ জেনেভা ঘোষণা: মূলনীতি ও বাংলাদেশের প্রেক্ষাপট:

২.৩.১ ঐতিহাসিক প্রেক্ষাপট:

জেনেভা ঘোষণা (Geneva Declaration) বিশ্ব চিকিৎসা সমিতি (WMA) কর্তৃক ১৯৪৮ সালে গৃহীত হয়; ২০১৭ সালে সর্বশেষ সংশোধিত। এটি হিপোক্রেটিক শপথের আধুনিক রূপ। (World Medical Association, 2017)

২.৩.২ মূল নীতিসমূহ (২০১৭ সংশোধিত):

- (১) মানবজীবনের প্রতি শ্রদ্ধা।
- (২) রোগীর স্বায়ত্তশাসন ও মর্যাদা।
- (৩) গোপনীয়তা রক্ষা (মৃত্যুর পরেও)।
- (৪) পেশাদার মান ও সততা।
- (৫) বৈষম্যহীন সেবা।

২.৩.৩ বাংলাদেশের বাস্তবতা ও উদাহরণ:

ইনফর্মড কনসেন্ট: আইন/নীতিতে থাকলেও বাস্তব প্রয়োগে ভিন্নতা।

গোপনীয়তা: ওয়ার্ড-ভিত্তিক সেবা, রেকর্ড নিরাপত্তা, সামাজিক মাধ্যমে তথ্য শেয়ারের ঝুঁকি।

পেশাদার সততা: রেফারেল কমিশন, অতিরিক্ত পরীক্ষা, ফার্মাসিউটিক্যাল প্রভাবের অভিযোগ।

বৈষম্য: শহর-গ্রাম, প্রান্তিক গোষ্ঠী, ভাষাগত/সাংস্কৃতিক বাধা।

২.৩.৪ বাস্তবায়নের প্রধান চ্যালেঞ্জ:

সংস্থান সীমাবদ্ধতা: ডাক্তার-রোগী অনুপাত, ওভার ক্রাউডিং।

প্রাতিষ্ঠানিক দুর্বলতা: নৈতিক কমিটি ও প্রশিক্ষণের ঘাটতি।

সাংস্কৃতিক প্রভাব: পরিবারকেন্দ্রিক সিদ্ধান্ত, ধর্মীয় বিশ্বাসের সংঘাত।

২.৩.৫ ইতিবাচক উদ্যোগ:

BMDC কোড অফ মেডিকেল এথিক্স ২০২০ (Bangladesh Medical and Dental Council, 2020)। জাতীয় বায়োইথিক্স কমিটি (২০১০) (World Health Organization, 2007)। কিছু প্রতিষ্ঠানে ক্লিনিক্যাল এথিক্স কমিটি/ইথিকস ক্লিনিক চালুর উদ্যোগ।

৩. বাংলাদেশের চিকিৎসা নৈতিকতার সংকট: ত্রিস্তর বিশ্লেষণ

৩.১ নীতিগত স্তর: আন্তর্জাতিক নীতিমালা ও স্থানীয় বাস্তবতার বিচ্ছিন্নতা:

বাংলাদেশের স্বাস্থ্যখাতে নৈতিকতার নীতিগত ভিত্তি হিসেবে আন্তর্জাতিক কাঠামো (জেনেভা ঘোষণা, বায়োএথিক্সের চার নীতি: Autonomy, Beneficence, Non-maleficence, Justice ইত্যাদি) এবং জাতীয় পর্যায়ে BMDC কোড, জাতীয় স্বাস্থ্য নীতি, হাসপাতাল ব্যবস্থাপনা নির্দেশিকা ইত্যাদি বিদ্যমান (World Medical Association, 2017)। কাগজে-কলমে এসব নীতিমালা রোগীর মর্যাদা, সম্মতি, গোপনীয়তা, বৈষম্যহীন সেবা ও পেশাদার সততার নিশ্চয়তা দেয় (Ministry of Health and Family Welfare, 2011)। কিন্তু বাস্তব পর্যায়ে “নীতি আছে, প্রয়োগ নেই” ধরনের ফাঁক বারবার দেখা যায়। ইনফর্মড কনসেন্ট অনেক ক্ষেত্রে কেবল একটি ফর্মালিটি হয়ে দাঁড়ায়; রোগীকে ঝুঁকি, বিকল্প চিকিৎসা, খরচ, সম্ভাব্য ফলাফল ইত্যাদি বোঝানোর সুযোগ বা সময় থাকে না (Directorate General of Health Services, 2023)। একইভাবে গোপনীয়তা রক্ষার নীতি থাকলেও ওয়ার্ড-ভিত্তিক সেবা, রেকর্ড ব্যবস্থাপনার দুর্বলতা, এবং কখনও কখনও অননুমোদিতভাবে তথ্য শেয়ারের ঘটনা নীতিগত প্রতিশ্রুতিকে প্রশ্নবিদ্ধ করে (Beauchamp & Childress, 2019)। নীতিমালা প্রণয়ন ও বাস্তবায়নের এই ফারাকের কয়েকটি কাঠামোগত কারণ আছে:

জবাবদিহির দুর্বলতা: অভিযোগ ব্যবস্থাপনা, তদন্ত, এবং শাস্তিমূলক প্রক্রিয়া ধীর বা অকার্যকর হলে নৈতিক মানদণ্ড বাস্তবে কার্যকর হয় না।

প্রাতিষ্ঠানিক সক্ষমতার ঘাটতি: নৈতিকতা কমিটি, ক্লিনিক্যাল এথিক্স কনসাল্টেশন, SOP এবং প্রশিক্ষিত জনবল অনেক প্রতিষ্ঠানে অনুপস্থিত বা দুর্বল।

নীতির ভাষা বনাম মাঠ বাস্তবতা: আন্তর্জাতিক মানদণ্ড অনেক সময় স্থানীয় হাসপাতালের রোগীর চাপ, জনবল সংকট, এবং অবকাঠামোর সীমাবদ্ধতার সাথে সরাসরি খাপ খায় না; ফলে নীতি “আদর্শ” থাকে, কিন্তু “কার্যকর নির্দেশনা” হয়ে উঠতে পারে না।

তাই নীতিগত স্তরের সংকট মূলত দুটি বিষয়কে প্রকাশ করে:

(ক) নৈতিক মানদণ্ডকে কার্যকর প্রাতিষ্ঠানিক কাঠামোতে রূপ দেওয়ার ঘাটতি, এবং

(খ) নৈতিক মানদণ্ড বাস্তবায়নের জন্য পর্যাপ্ত নিয়ন্ত্রণ, প্রশিক্ষণ ও জবাবদিহির অভাব (Bangladesh Medical and Dental Council, 2020)।

৩.২ মূল্যবোধ স্তর: স্বায়ত্তশাসন বনাম পরিবারকেন্দ্রিক সিদ্ধান্ত; ধর্ম-সংস্কৃতি-প্রথার প্রভাব

আন্তর্জাতিক চিকিৎসা নৈতিকতায় রোগীর স্বায়ত্তশাসন (Autonomy) কেন্দ্রীয় ধারণা; অর্থাৎ রোগী নিজের শরীর, চিকিৎসা, ঝুঁকি গ্রহণ বা প্রত্যাহ্যান সম্পর্কে সিদ্ধান্ত নেওয়ার অধিকার রাখে (Beauchamp & Childress, 2019)।

কিন্তু বাংলাদেশের সামাজিক কাঠামো অনেক ক্ষেত্রে পরিবারকেন্দ্রিক ও সমষ্টিনির্ভর। ফলে সিদ্ধান্ত গ্রহণে রোগীর “ব্যক্তিগত ইচ্ছা” এবং পরিবারের “সামষ্টিক কর্তব্য” একসাথে কাজ করে, এবং অনেক সময় সংঘাত তৈরি করে (World Health Organization, 2007)।

এই মূল্যবোধগত দ্বন্দ্ব বিভিন্নভাবে প্রকাশ পায়:

পরিবারের কর্তৃত্ব: রোগীকে পুরো তথ্য না জানিয়ে পরিবার সিদ্ধান্ত নেয়, বিশেষ করে গুরুতর রোগ, ক্যান্সার বা মৃত্যুঝুঁকির ক্ষেত্রে।

লিঙ্গভিত্তিক সিদ্ধান্ত: নারী রোগীর ক্ষেত্রে স্বামী/শ্বশুরবাড়ি/অভিভাবকের সিদ্ধান্ত প্রাধান্য পেতে পারে, যা সম্মতি (consent) ধারণাকে দুর্বল করে।

সম্মান-লজ্জা সংস্কৃতি: কিছু রোগ (মানসিক স্বাস্থ্য, যৌন ও প্রজনন স্বাস্থ্য) নিয়ে সামাজিক সংকোচ থাকায় রোগী খোলাখুলি কথা বলতে পারেন না; চিকিৎসকও পর্যাপ্ত ইতিহাস নিতে পারেন না। ধর্মীয় বিশ্বাস ও সাংস্কৃতিক প্রথাও নৈতিক সিদ্ধান্তকে প্রভাবিত করে। কিছু ক্ষেত্রে চিকিৎসা গ্রহণে বিলম্ব, বিকল্প চিকিৎসার প্রতি ঝুঁকি, রক্তদান/রক্তগ্রহণ নিয়ে ভয়-ভ্রান্তি, অথবা “ভাগ্য/ঈশ্বর ইচ্ছা” ব্যাখ্যা রোগ নির্ণয় ও চিকিৎসার ধারাবাহিকতাকে বাধাগ্রস্ত করতে পারে।

মূল্যবোধ স্তরের সংকটের কেন্দ্রে আছে একটি বাস্তব প্রশ্ন: বাংলাদেশে নৈতিকতার “মডেল” কি সম্পূর্ণ ব্যক্তিকেন্দ্রিক হবে, নাকি পরিবার ও কমিউনিটিকে অন্তর্ভুক্ত করে “সমন্বিত সম্মতি” (shared decision-making) ধরনের কাঠামো গড়ে তুলতে হবে? এই প্রশ্নের উত্তর না খুঁজলে নীতি বাস্তবসম্মতভাবে কার্যকর হবে না।

৩.৩ বাস্তবিক স্তর: সীমিত সম্পদ, রোগীর চাপ, অবকাঠামোগত দুর্বলতা ও বৈষম্য:

বাস্তবিক স্তরের সংকট সবচেয়ে দৃশ্যমান। জনসংখ্যার তুলনায় চিকিৎসক, নার্স, টেকনিশিয়ান, শয্যা, ওষুধ, ডায়াগনস্টিক সুবিধা এবং জরুরি সেবার ঘাটতি নৈতিক সিদ্ধান্ত গ্রহণকে সরাসরি প্রভাবিত করে। যখন একজন চিকিৎসককে খুব অল্প সময়ে অনেক রোগী দেখতে হয়, তখন “সম্মতি”, “ব্যখ্যা”, “গোপনীয়তা” বা “সমতার ভিত্তিতে সেবা” আদর্শ মানা কঠিন হয়ে পড়ে।

বাস্তবিক সংকট সাধারণত চারটি রূপে দেখা যায়:

সময় সংকট ও যোগাযোগ ভাঙন: ব্যস্ততা ও দীর্ঘ লাইন রোগী-চিকিৎসক যোগাযোগ দুর্বল করে; ভুল বোঝাবুঝি, অসন্তোষ ও আস্থার সংকট বাড়ে।

অবকাঠামো ও ব্যবস্থাপনা সমস্যা: ওয়ার্ডে অতিরিক্ত রোগী, পর্যাপ্ত পর্দা/প্রাইভেসি না থাকা, রেকর্ড ম্যানেজমেন্ট দুর্বলতা গোপনীয়তা ও মর্যাদাকে ক্ষতিগ্রস্ত করে।

শহর-গ্রাম বৈষম্য: শহরে বিশেষায়িত সেবা, ডায়াগনস্টিক ও চিকিৎসক সহজলভ্য হলেও গ্রামে তা সীমিত; ফলে ন্যায্যবিচার (লংগরপব) নীতির বাস্তবায়ন বাধাগ্রস্ত হয়।

অর্থনৈতিক বাধা: চিকিৎসা ব্যয় বহনের সক্ষমতা না থাকলে রোগী বাধ্য হয়ে চিকিৎসা বন্ধ করে দিতে পারে বা নিম্নমানের সেবায় সীমাবদ্ধ থাকে; ফলে নৈতিকভাবে “সমান সুযোগ” নিশ্চিত করা কঠিন হয় (Ministry of Health and Family Welfare, 2011)। বাস্তবিক স্তরের সংকট শুধু অভাবের গল্প নয়; এটি নৈতিকতার জন্য এক ধরনের “চাপের কাঠামো” তৈরি করে। সীমিত সম্পদে কোন রোগী আগে সেবা পাবে, কোন চিকিৎসা জরুরি, কোন ক্ষেত্রে ব্যয়বহুল চিকিৎসা ন্যায্য, এবং কখন রোগীর পরিবারকে আর্থিক ধাক্কা থেকে রক্ষা করা উচিত, এগুলো প্রতিদিনের নৈতিক দ্বিধা তৈরি কবে (Ministry of Health and Family Welfare, 2011)। তাই বাস্তবিক স্তরের সংকট মূলত বলে: নৈতিকতা কেবল “নীতিবাক্য” নয়; এটি টিকে থাকে তখনই, যখন সেবার কাঠামো, জনবল, সময়, অবকাঠামো, এবং অর্থনৈতিক সুরক্ষা ন্যূনতমভাবে সহায়ক থাকে (Bangladesh Medical and Dental Council, 2020)।

৩.৪ ত্রিস্তর সংকটের পারস্পরিক সম্পর্ক:

নীতিগত ঘাটতি (প্রয়োগ দুর্বল) মূল্যবোধগত দ্বন্দ্বকে আরও জটিল করে, আর বাস্তবিক সংকট নীতিকে “অকার্যকর আদর্শে” পরিণত কবে^৫। ফলে বাংলাদেশের চিকিৎসা নৈতিকতার সংকটকে এক স্তরে সমাধান করা সম্ভব নয়; নীতি, মূল্যবোধ এবং বাস্তবতার তিন স্তরকে একসাথে ধরে সমন্বিত সমাধান কাঠামো তৈরি করাই কার্যকর পথ (World Medical Association, 2017)।

৪. বাংলাদেশের চিকিৎসা নৈতিকতার সংকট: সমাধানের পথ

বাংলাদেশে চিকিৎসা নৈতিকতার সংকটকে কেবল “চিকিৎসকদের আচরণগত সমস্যা” হিসেবে দেখলে ভুল হবে। এটি মূলত একটি কাঠামোগত সংকট, যেখানে আইন-কানুন, প্রতিষ্ঠান, প্রশিক্ষণ, সংস্কৃতি, প্রযুক্তি এবং অর্থনৈতিক বাস্তবতা একে অন্যকে প্রভাবিত করে। তাই সমাধানও হতে হবে বহুমুখী এবং স্তরভিত্তিক। নিচে একটি প্রবন্ধধর্মী কাঠামোতে সমাধানের পথগুলো তুলে ধরা হলো।

৪.১ প্রাতিষ্ঠানিক ও আইনি সংস্কার:

৪.১.১ শক্তিশালী নিয়ন্ত্রক কাঠামো: নৈতিকতা বাস্তবায়নের প্রথম শর্ত হলো কার্যকর নিয়ন্ত্রণ ও জবাবদিহি। বাংলাদেশ মেডিকেল ও ডেন্টাল কাউন্সিল (BMDC) নীতিগতভাবে এ কাজের কেন্দ্রে থাকলেও এর সক্ষমতা, স্বচ্ছতা এবং প্রয়োগক্ষমতা আরও শক্তিশালী করা জরুরি (Bangladesh Medical and Dental Council, 2020)।

প্রথমত, BMDC-কে এমনভাবে শক্তিশালী করতে হবে যাতে তারা নিয়মিত অডিট, অভিযোগ তদন্ত, দ্রুত সিদ্ধান্ত, এবং কার্যকর শাস্তিমূলক ব্যবস্থা গ্রহণ করতে পারে। দ্বিতীয়ত, নৈতিকতা বিষয়ক সিদ্ধান্ত ও গাইডলাইন তৈরির জন্য একটি জাতীয় বায়োথিক্স কর্তৃপক্ষ বা সমন্বয় কাঠামো প্রয়োজন, যেখানে চিকিৎসক, নীতি-নির্ধারক, আইনবিদ, সমাজবিজ্ঞানী এবং জনস্বাস্থ্য বিশেষজ্ঞরা একসাথে কাজ করবেন। তৃতীয়ত, প্রতিটি বড় হাসপাতাল ও মেডিকেল কলেজে হাসপাতালভিত্তিক নৈতিকতা কমিটি বাধ্যতামূলক করা দরকার, যাতে জটিল কেসে (ট্রায়েজ, লাইফ সাপোর্ট, জটিল সম্মতি, শিশু/মানসিক রোগী) দ্রুত নৈতিক পরামর্শ পাওয়া যায় এবং সিদ্ধান্ত একক ব্যক্তির ওপর নির্ভরশীল না থাকে।

৪.১.২ আইনি কাঠামো আধুনিকীকরণ:

নীতিমালা থাকলে হবে না, তার জন্য আইনগত ভিত্তিও শক্ত হতে হবে। চিকিৎসা নৈতিকতা লঙ্ঘনের ক্ষেত্রে কোন কাজ অপরাধ, কোনটি পেশাদার অসদাচরণ, কোনটি প্রশাসনিক ত্রুটি, এবং কোন ক্ষেত্রে কী ধরনের শাস্তি প্রযোজ্য, এসব বিষয়ে পরিষ্কার আইন বা বিধিমালা দরকার। একই সঙ্গে রোগীর অধিকার আইন একটি কেন্দ্রীয় পদক্ষেপ হতে পারে। এই আইনে কয়েকটি মৌলিক অধিকার সুস্পষ্টভাবে থাকতে হবে:

- রোগ নির্ণয়, ঝুঁকি, বিকল্প চিকিৎসা ও খরচ সম্পর্কে তথ্য জানার অধিকার।
- প্রয়োজন হলে দ্বিতীয় মতামত নেওয়ার অধিকার।
- সম্মতিপত্রের মানসম্মত ফরমেট এবং কীভাবে সম্মতি নেওয়া হবে তার ন্যূনতম নির্দেশনা।
- অভিযোগ দাখিলের সহজ, স্বচ্ছ ও দ্রুত প্রক্রিয়া (হাসপাতাল এবং জাতীয় পর্যায়ে উভয় স্তরে)

আইন যখন রোগীর অধিকারকে দৃশ্যমান করে, তখন নৈতিকতা “ভালো কাজ” থেকে “কর্তব্য” হয়ে ওঠে।

৪.২ শিক্ষা ও প্রশিক্ষণ পুনর্গঠন:

৪.২.১ পাঠ্যক্রম উন্নয়ন:

নৈতিকতা শেখা শুধু বই পড়ে হয় না; এটি পরিস্থিতি, কেস, এবং বাস্তব সিদ্ধান্তের মাধ্যমে গড়ে ওঠে। তাই MBBS পর্যায়ে ক্লিনিক্যাল এথিক্স বাধ্যতামূলক কোর্স হওয়া জরুরি, যেখানে কনসেন্ট, গোপনীয়তা, ট্রায়েজ, শিশু-রোগী, মানসিক স্বাস্থ্য, গবেষণা নৈতিকতা, এবং চিকিৎসক-রোগী যোগাযোগকে বাস্তব উদাহরণে শেখানো হবে। ইন্টার্নশিপ পর্যায়ে নৈতিকতা রোটেশন বা নৈতিকতা-ভিত্তিক সুপারভিশন যুক্ত করা গেলে নতুন চিকিৎসকরা প্রাথমিক থেকেই নৈতিক সিদ্ধান্তে অভ্যস্ত হবে। পাশাপাশি, বাংলাদেশ-ভিত্তিক কেস স্টাডি না থাকলে শিক্ষার্থীরা নৈতিকতার আদর্শ শিখবে, কিন্তু স্থানীয় বাস্তবতায় প্রয়োগ করতে পারবে না। তাই পাঠ্যক্রমে দেশীয় কেস স্টাডি থাকা বাধ্যতামূলক হওয়া উচিত।

৪.২.২ ধারাবাহিক পেশাদার উন্নয়ন:

নৈতিকতা চর্চা জীবনের শুরুতে শেখে শেষ হয় না। তাই লাইসেন্স বা রিনিউয়ালের সাথে বাধ্যতামূলক নৈতিকতা প্রশিক্ষণ যুক্ত করা যেতে পারে। হাসপাতালগুলোতে নিয়মিত এথিক্স গ্র্যান্ড রাউন্ড চালু করা দরকার, যেখানে বাস্তব কেস আলোচনা হবে এবং দলগতভাবে সিদ্ধান্তের মান উন্নত হবে। অনেকের জন্য উপস্থিত প্রশিক্ষণ সম্ভব নয়, তাই অনলাইন সার্টিফিকেশন/মডিউল (বাংলা ভাষায়) চালু করলে প্রশিক্ষণের বিস্তার এবং মান দুটোই বাড়বে।

৪.৩ সাংস্কৃতিক প্রেক্ষাপটে অভিযোজন:

৪.৩.১ স্থানীয়কৃত নৈতিকতা নির্দেশিকা:

বাংলাদেশের সমাজে রোগী একা নয়; তার সাথে পরিবার, সামাজিক কর্তব্য, ধর্মীয় দৃষ্টিভঙ্গি এবং “সম্মান-লজ্জা” সংস্কৃতি জড়িত। তাই নৈতিকতার আদর্শকে সরাসরি কপি-পেস্ট করলে অনেক ক্ষেত্রে বাস্তবে কাজ করবে না। প্রয়োজন স্থানীয়কৃত নৈতিকতা নির্দেশিকা, যেখানে রোগীর অধিকার অক্ষুণ্ণ রেখে পরিবারকে কীভাবে যুক্ত করা যায়, তার একটি বাস্তব সম্মত মডেল থাকবে। এখানে “ব্যক্তি ও পারিবারিক সম্মতির সমন্বিত মডেল” (shared decision-making) বিশেষ গুরুত্বপূর্ণ। গুরুতর সিদ্ধান্তে পরিবার যুক্ত হতে পারে, কিন্তু রোগীর অধিকার ও সম্মতিকে অগ্রাধিকার দেওয়ার ন্যূনতম নিয়ম পরিষ্কার থাকবে। ধর্মীয় নেতা ও কমিউনিটি স্টেকহোল্ডারদের যুক্ত করা দরকার, কারণ বহু সিদ্ধান্তে

ধর্মীয় ব্যাখ্যা প্রভাব ফেলে (রক্তদান, অঙ্গদান, জীবন-মৃত্যু সংক্রান্ত সিদ্ধান্ত ইত্যাদি)। একই সঙ্গে বাংলা ও স্থানীয় ভাষায় (চাকমা, গারো ইত্যাদি) নৈতিকতা ও রোগীর অধিকার সংক্রান্ত উপকরণ তৈরি না করলে প্রান্তিক জনগোষ্ঠী মূলধারা থেকে বাইরে থেকেই যাবে (Beauchamp & Childress, 2019)।

৪.৩.২ সম্প্রদায়ভিত্তিক পদ্ধতি:

নৈতিকতা কেবল হাসপাতালের ভেতরের বিষয় নয়। গ্রামীণ স্বাস্থ্যকেন্দ্রে নৈতিকতা চর্চা জোরদার করা, কমিউনিটিতে সচেতনতা সভা, এবং স্বাস্থ্য অধিকার বিষয়ে আলোচনা চালু করা দরকার। নারী স্বাস্থ্যকর্মীদের জন্য নৈতিকতা প্রশিক্ষণ বিশেষ জরুরি, কারণ তারা পরিবার ও কমিউনিটির সাথে ঘনিষ্ঠভাবে কাজ করেন এবং নারী রোগীদের ক্ষেত্রে গোপনীয়তা, সম্মতি এবং নিরাপত্তার প্রশ্ন বেশি সংবেদনশীল।

৪.৪ প্রযুক্তি ও তথ্য ব্যবস্থাপনা:

৪.৪.১ ডিজিটাল সমাধান:

চিকিৎসা সেবা এখন দ্রুত ডিজিটাল হচ্ছে। তাই জাতীয় ই-হেলথ নৈতিকতা গাইড লাইন দরকার, যেখানে টেলিমেডিসিন, ডিজিটাল প্রেসক্রিপশন, ডেটা শেয়ারিং এবং অনলাইন পরামর্শের নৈতিক মানদণ্ড নির্ধারিত থাকবে। রোগীর অধিকার ও অভিযোগ ব্যবস্থার জন্য একটি পোর্টাল/অ্যাপ থাকলে মানুষ সহজে তথ্য পাবে, ন্যায্য অভিযোগ করতে পারবে, এবং প্রতিষ্ঠানগুলোর ওপর স্বচ্ছতার চাপ তৈরি হবে। পাশাপাশি সম্মতিপত্রের জন্য ডিজিটাল স্ট্যান্ডার্ড টেমপ্লেট থাকলে হাসপাতালভেদে বিশৃঙ্খলা কমবে।

৪.৪.২ তথ্য সুরক্ষা

ডিজিটাল ব্যবস্থার সাথে সবচেয়ে বড় ঝুঁকি ডেটা লিক। তাই কাগজ ব্যবস্থায় গোপনীয়তা ও অ্যাক্সেস কন্ট্রোল বাধ্যতামূলক করা দরকার। কে কোন তথ্য দেখবে, কখন দেখবে, কোন পরিস্থিতিতে শেয়ার করা যাবে, এসব বিষয়ে ডেটা শেয়ারিং প্রোটোকল থাকতে হবে। একই সঙ্গে হাসপাতাল ও স্বাস্থ্যখাতে সাইবার নিরাপত্তার ন্যূনতম নির্দেশিকা না থাকলে গোপনীয়তা রক্ষার নৈতিক প্রতিশ্রুতি বাস্তবে টিকবে না।

৪.৫ অর্থনৈতিক ও সংস্থান বন্টন ন্যায্যতা:

৪.৫.১ স্বাস্থ্য অর্থনীতি পুনর্গঠন:

নৈতিকতা অনেক সময় টিকে থাকে আর্থিক সুরক্ষার ওপর। রোগী যদি চিকিৎসা ব্যয় বহন করতে না পারে, তাহলে “সমান সুযোগ” কেবল কথার মধ্যে সীমাবদ্ধ থাকে। তাই সামাজিক স্বাস্থ্য বীমা সম্প্রসারণ, সরকারি বাজেট বৃদ্ধি, এবং সরকারি সেবার মান উন্নয়ন নৈতিকতার ভিত্তিকে শক্ত করবে। প্রাইভেট সেक्टरে স্বচ্ছতা ও নিয়ন্ত্রণ জরুরি, কারণ সেখানে অতিরিক্ত পরীক্ষা, অপ্রয়োজনীয় ভর্তি, এবং কমিশন-নির্ভর ব্যবস্থার অভিযোগ নৈতিক আস্থাকে ভেঙে দেয়। ন্যূনতম মূল্য-স্বচ্ছতা, বিলিং স্ট্যান্ডার্ড, এবং রোগী তথ্য প্রদানের বাধ্যবাধকতা এখানে গুরুত্বপূর্ণ।

৪.৫.২ সংস্থান বন্টনের নীতিমালা:

সীমিত সম্পদে কার আগে চিকিৎসা হবে, কোন সেবা “অগ্রাধিকার” পাবে, এবং জরুরি অবস্থায় কীভাবে সিদ্ধান্ত নেওয়া হবে, এসব বিষয়ে জাতীয় ট্রায়াজ/প্রায়োরিটি গাইডলাইন দরকার। বিরল রোগীদের জন্য সহায়তা তহবিল থাকলে উপযোগীতাবাদী “সর্বাধিক কল্যাণ” নীতির পাশাপাশি ন্যায্যবিচারও নিশ্চিত করা সহজ হবে। আর স্বাস্থ্যকর্মী বন্টনে গ্রাম-শহর ভারসাম্য না আনলে বৈষম্য কমবে না, এবং নৈতিকতার “সমতা” নীতি বাস্তবায়িত হবে না।

৫. বাস্তবায়ন কৌশল:

প্রথম পর্যায় (১-২ বছর): দ্রুত ভিত্তি শক্ত করা

- মেডিকেল কলেজগুলোতে বায়োথিক্স ইউনিট/বিভাগ শক্তিশালী করা (ফোকাল পারসন, নিয়মিত কেস ডিসকাশন, স্ট্যান্ডার্ড মডিউল)।
- জাতীয় নৈতিকতা হেল্পলাইন/গাইডলাইন চালু করা (কনসেন্ট, গোপনীয়তা, ট্রায়াজ, শিশু/মানসিক রোগী সংক্রান্ত দ্রুত সহায়তা)।

- BMDC কোডের বাধ্যতামূলক ওয়ার্কশপ চালু করা (লাইসেন্স/রিনিউয়াল-সংযুক্ত, হাসপাতালভিত্তিক বাস্তব কেস অনুশীলন)।

দ্বিতীয় পর্যায় (৩-৫ বছর): কাঠামোগত বিস্তার ও আইন কার্যকর

- জেলা পর্যায়ে নৈতিকতা কমিটি গঠন ও কার্যকর করা (রেফারেল কেস রিভিউ, অভিযোগ ব্যবস্থাপনা, কনসাল্টেশন সাপোর্ট)।
- রোগী অধিকার আইন/প্রক্রিয়া কার্যকর করা (অভিযোগ নিষ্পত্তির সময়সীমা, কনসেন্ট স্ট্যান্ডার্ড, তথ্য জানার অধিকার)।
- হাসপাতাল র্যাঙ্কিংয়ে নৈতিকতা সূচক যুক্ত করা (কনসেন্ট অডিট, গোপনীয়তা কমপ্লায়েন্স, রোগী সন্তুষ্টি, অভিযোগ রেজোলিউশন)।

তৃতীয় পর্যায় (৫-১০ বছর): দীর্ঘমেয়াদি সংস্কৃতি-রূপান্তর

- স্কুল পর্যায়ে নৈতিকতা শিক্ষা অন্তর্ভুক্তির উদ্যোগ (স্বাস্থ্য অধিকার, দায়িত্ব, প্রাইভেসি সচেতনতা)।
- গণমাধ্যম ও কমিউনিটিতে স্বাস্থ্য নৈতিকতা প্রচার (রোগীর অধিকার, ভুয়া চিকিৎসা/ভ্রান্তি প্রতিরোধ, সচেতন সম্মতি)।
- দীর্ঘমেয়াদি সংস্কৃতি-রূপান্তর কর্মসূচি (কমিউনিটি স্টেকহোল্ডার ও ধর্মীয় নেতাদের অংশগ্রহণ, শেয়ার্ড ডিসিশন-মেকিং চর্চা)।

৬. পরিমাপযোগ্য সাফল্যের নির্দেশক:

চিকিৎসা নৈতিকতার উন্নয়ন শুধু নীতিমালা লেখা বা এক-দু'বার প্রশিক্ষণ আয়োজনের মধ্যে সীমিত থাকলে টেকসই ফল আসে না। বাস্তবে পরিবর্তন হচ্ছে কি না ধরতে হলে কিছু স্পষ্ট ও পরিমাপযোগ্য নির্দেশক দরকার। এই নির্দেশকগুলো তিন স্তরে দেখা যায়: প্রাতিষ্ঠানিক, শিক্ষাগত এবং সামাজিক।

৬.১ প্রাতিষ্ঠানিক নির্দেশক:

প্রাতিষ্ঠানিক সাফল্য মানে হলো হাসপাতাল ও নিয়ন্ত্রক প্রতিষ্ঠান নৈতিকতা বাস্তবায়নের জন্য নিয়মিত কাঠামো তৈরি করেছে এবং তা কার্যকরভাবে চালাচ্ছে। প্রথম নির্দেশক: অধিকাংশ প্রতিষ্ঠানে কার্যকর নৈতিকতা কমিটি আছে কি না। এখানে “কার্যকর” বলতে কমিটির নাম থাকাই যথেষ্ট নয়; নিয়মিত সভা, কেস রিভিউ, সিদ্ধান্ত নথিভুক্ত করা, এবং জরুরি পরিস্থিতিতে দ্রুত নৈতিক পরামর্শ দেওয়ার সক্ষমতা বোঝায়। কমিটি বছরে একবারও না বসলে বা কোনো কেস হ্যান্ডেল না করলে তা বাস্তব পরিবর্তনের নির্দেশক হবে না।

দ্বিতীয় নির্দেশক হলো ইনফর্মড কনসেন্ট ও গোপনীয়তা নীতির মানসম্মত প্রয়োগ কতটা বেড়েছে। এটি মাপা যাবে কয়েকটি দিক দিয়ে:

- রোগীকে ঝুঁকি, বিকল্প চিকিৎসা, সম্ভাব্য ফলাফল ও খরচ জানানো হচ্ছে কি না।
- সম্মতিপত্র রোগীবান্ধব কি না (বাংলা/সহজ ভাষা)।
- রেকর্ডে সম্মতির ডকুমেন্টেশন নিয়মিত হচ্ছে কি না।
- রোগীর তথ্য অ্যাক্সেস কন্ট্রোল ও রেকর্ড নিরাপত্তা মানা হচ্ছে কি না।

এসব নির্দেশক বাস্তবে মাপার জন্য অডিট, নমুনা কেস রিভিউ এবং হাসপাতালভিত্তিক রিপোর্টিং ব্যবস্থা থাকা জরুরি।

৬.২ শিক্ষাগত নির্দেশক:

নৈতিকতা টেকসই করতে হলে নতুন প্রজন্মের চিকিৎসক ও স্বাস্থ্যকর্মীদের মধ্যে নৈতিক সিদ্ধান্ত গ্রহণের দক্ষতা তৈরি করতে হবে। তাই শিক্ষাগত সাফল্যের প্রথম নির্দেশক হলো মেডিকেল শিক্ষার্থীদের নৈতিকতা সার্টিফিকেশন/মূল্যায়ন। এখানে শুধু থিওরি পরীক্ষা নয়; কেস-ভিত্তিক মূল্যায়ন বেশি অর্থবহ। যেমন:

- রোগীর সম্মতি নেওয়ার সঠিক পদ্ধতি।
- খারাপ খবর জানানোর নৈতিক ও মানবিক পদ্ধতি।
- শিশু/মানসিক রোগী/জরুরি কেসে সিদ্ধান্তের কাঠামো।
- গোপনীয়তা বনাম জনস্বার্থের দ্বন্দ্ব সিদ্ধান্ত।

দ্বিতীয় শিক্ষাগত নির্দেশক হলো প্রতি বছর উল্লেখযোগ্য সংখ্যক স্বাস্থ্যকর্মীর প্রশিক্ষণ। তবে সংখ্যার পাশাপাশি মানও জরুরি। তাই দেখা উচিত:

- কারা প্রশিক্ষণ পাচ্ছেন (ডাক্তার, নার্স, টেকনিশিয়ান, প্রশাসনিক স্টাফ)।
- প্রশিক্ষণ শেষে আচরণগত পরিবর্তন বা সেবার মান উন্নয়নের প্রমাণ আছে কি না।
- রিফ্রেশার কোর্স বা ধারাবাহিক শেখার সুযোগ আছে কি না।

৬.৩ সামাজিক নির্দেশক:

নৈতিকতা নিয়ে সবচেয়ে গুরুত্বপূর্ণ প্রশ্ন হলো রোগী ও সমাজ কি স্বাস্থ্যব্যবস্থার ওপর আস্থা পাচ্ছে? সামাজিক নির্দেশকগুলো এই আস্থা ও অভিজ্ঞতার পরিবর্তন ধরতে সাহায্য করে। প্রথম নির্দেশক রোগী সন্তুষ্টি সূচক উন্নয়ন। এখানে “ভালো ব্যবহার” ছাড়াও অন্তর্ভুক্ত থাকবে:

- চিকিৎসার তথ্য পরিষ্কারভাবে জানানো হয়েছে কি না।
- সম্মতির প্রক্রিয়া সম্মানজনক ছিল কি না।
- গোপনীয়তা বজায় ছিল কি না।
- অযথা হয়রানি, দেরি বা অতিরিক্ত খরচের অভিজ্ঞতা কমেছে কি না।

দ্বিতীয় নির্দেশক চিকিৎসক-রোগী আস্থা বৃদ্ধি। এটি বোঝা যায় নিয়মিত ফলোআপ, চিকিৎসা পরিকল্পনা মেনে চলা, এবং হাসপাতাল/চিকিৎসক সম্পর্কে ইতিবাচক ধারণা বৃদ্ধির মাধ্যমে। আস্থা বাড়লে সহিংসতা, দ্বন্দ্ব, ভুল বোঝাবুঝি ও মামলার ঝুঁকিও কমেতে পারে।

তৃতীয় নির্দেশক নৈতিক লঙ্ঘন সংক্রান্ত অভিযোগ হ্রাস। তবে এখানে সতর্ক থাকা দরকার: অভিযোগ কমা সবসময় উন্নয়ন বোঝায় না, কখনও অভিযোগ করার সুযোগ/সহজতা না থাকলেও অভিযোগ কমে। তাই একসাথে দেখতে হবে:

- অভিযোগ দাখিলের ব্যবস্থা কতটা সহজ হয়েছে।
- অভিযোগ নিষ্পত্তির গতি ও স্বচ্ছতা বেড়েছে কি না।

এই দুটো উন্নত হওয়ার পরও অভিযোগ কমে থাকলে সেটিকে নৈতিক উন্নয়নের শক্ত প্রমাণ হিসেবে ধরা যায়।

উপসংহার:

বাংলাদেশের চিকিৎসা নৈতিকতার সংকট মূলত তিনটি অভিমুখে বিস্তৃত একটি জটিল সমস্যাপুঞ্জ: প্রথমত, নীতিগত স্তরে আমরা দেখি সার্বজনীন চিকিৎসা নীতিশাস্ত্রের (কান্টের কর্তব্যবাদ, মিলের উপযোগবাদ, জেনেভা ঘোষণার মানবিক আদর্শ) সাথে স্থানীয় আইনি-প্রাতিষ্ঠানিক কাঠামোর বিচ্ছিন্নতা। বাংলাদেশে চিকিৎসা নীতির বিদ্যমান আইনি কাঠামো (BMDC কোড, মেডিকেল অ্যাক্ট) আন্তর্জাতিক মানের প্রতিফলন হলেও, এর প্রয়োগ ও বাস্তবায়নে বিশাল ফারাক রয়েছে। দ্বিতীয়ত, মূল্যবোধের স্তরে বিদ্যমান সাংস্কৃতিক দ্বন্দ্ব যেখানে পাশ্চাত্য চিকিৎসা নীতির ব্যক্তিকেন্দ্রিক স্বায়ত্তশাসনের ধারণা মুখোমুখি হয় বাংলাদেশের সমাজের সামষ্টিক, পরিবার কেন্দ্রিক সিদ্ধান্ত গ্রহণ প্রক্রিয়ার। ধর্ম, সামাজিক প্রথা ও পারিবারিক কাঠামো চিকিৎসা সিদ্ধান্তে এমন প্রভাব রাখে, যা অনেকক্ষেত্রে পাশ্চাত্য নীতিশাস্ত্রের সাথে সাংঘর্ষিক।

তৃতীয়ত, বাস্তবতার কাঠন ভূমিতে স্বাস্থ্যসেবার সীমিত সম্পদ, জনসংখ্যার চাপ, শহর-গ্রাম বৈষম্য, এবং সাংগঠনিক দুর্বলতা নৈতিক নীতিমালা বাস্তবায়নে প্রধান বাধা হিসেবে কাজ করে। একজন আদর্শবাদী চিকিৎসক যখন ৫ মিনিটে একজন রোগী দেখতে বাধ্য হন, তখন ইনফর্মড কনসেন্ট বা গোপনীয়তা রক্ষার আদর্শিক বাধ্যবাধকতা বাস্তবতার কাছে পরাভূত হয়। বাংলাদেশের জন্য চিকিৎসা নৈতিকতার প্রকৃত পরীক্ষা হবে জটিলতা মোকাবেলার ক্ষমতায়, নয় সরল সমাধানের প্রাপ্তিতে। প্রয়োজন নৈতিকতার "বাংলাদেশী মডেল" তৈরির সাহস যা ক্যান্ট, মিল ও জেনেভার আদর্শকে বাংলার মাটি ও মানুষের সাথে খাপ খাইয়ে নেবে। চিকিৎসা নৈতিকতার এই সংকট তাই শেষ পর্যন্ত বাংলাদেশের সামগ্রিক উন্নয়ন সংকটেরই অংশ। যে সংকটের মাঝেই নিহিত আছে আমাদের নিজস্ব পথ খুঁজে নেওয়ার সম্ভাবনা। সাফল্য নির্ভর করবে আমাদের ঐক্যবদ্ধ প্রজ্ঞা, নৈতিক সাহস ও সৃজনশীল অভিযোজনের উপর।

References:

১. Kant, I. *Groundwork of the Metaphysics of Morals*. Riga, Latvia: Johann Friedrich Hartknoch, 1785.
২. I. Kant, *Critique of Practical Reason*. Riga, Latvia: Johann Friedrich Hartknoch, 1788.
৩. Mill, J. S. *On Liberty*. London, U.K.: John W. Parker and Son, 1859.
৪. Mill, J. S. *Utilitarianism*. London, U.K.: Parker, Son, and Bourn, 1861.
৫. World Medical Association, "WMA Declaration of Geneva," adopted 1948, last revised 2017. Geneva, Switzerland: World Medical Association.
৬. Bangladesh Medical and Dental Council (BMDC), *Code of Medical Ethics*. Dhaka, Bangladesh: BMDC, 2020.
৭. Ministry of Health and Family Welfare (MoHFW), Government of the People's Republic of Bangladesh, *National Health Policy 2011*. Dhaka, Bangladesh: MoHFW, 2011.
৮. Directorate General of Health Services (DGHS), Ministry of Health and Family Welfare, *Bangladesh Health Bulletin 2023*. Dhaka, Bangladesh: DGHS, 2023.
৯. T. L. Beauchamp and J. F. Childress, *Principles of Biomedical Ethics*, 8th ed. New York, NY, USA: Oxford University Press, 2019.
১০. World Health Organization, *Everybody's Business: Strengthening Health Systems to Improve Health Outcomes – WHO's Framework for Action*. Geneva, Switzerland: WHO, 2007.