● ഡോ. കെ. അഹ്മദ് അൻവർ

വൈദ്യസദാചാരം മതേതരവും മതകീയവും

മുമ്പ് ഡോക്ടർമാരായിരുന്നു ആശുപത്രികളുടെയും ക്ലിനിക്കുകളുടെയും ചികിത്സാ സ്ഥാപനങ്ങളുടെയും അധിപന്മാർ. പക്ഷേ, സാങ്കേതിക മുന്നേറ്റങ്ങൾക്കനുസരിച്ച് മുതലിറക്കാൻ സർക്കാറിനോ ഡോക്ടർമാർക്കോ കഴിയാത്ത സാഹചര്യം ശരിക്കും മുതലെടുത്തത് കോർപറേറ്റ് ഭീമന്മാരായിരുന്നു. അവരുടെ വിരൽത്തുമ്പത്താണ് ഡോക്ടർമാരുടെയും മെഡിക്കൽ രംഗത്തെ ഇതര വിദഗ്ധരുടെയും 'ഹയറിംഗും ഫയറിംഗും'

നല്ലതേതോ അത് അഭിലഷണീയം, ധാർമികം; ഇതാണ് ഏത് സദാചാര സംഹിതയിലെയും തത്ത്വങ്ങളുടെ സ്വഭാവം; ഏതു തൊഴിൽ രംഗത്തും ഏതു കാലത്തും. നിയമത്തിന്റെ പിൻബലത്തോടു കൂടിയതോ, നാട്ടുനടപ്പനുസരിച്ചുള്ളതോ ആവട്ടെ, അത്തരം തത്ത്വങ്ങളെ എത്തിക്സായി കണക്കാക്കാം.

ഹിപ്പോക്രാറ്റിസ് മുതൽ (അതിന് മുമ്പുള്ള ചരിത്രാതീത കാലത്തേക്ക് കടക്കുന്നില്ല) ഐക്യരാഷ്ട്രസഭാരൂപീകരണ ശേഷമുള്ള ജനീവാ പ്രഖ്യാപനം വരെയും, തുടർന്ന് അതിനുണ്ടായ ഭേദഗതികളെയുമാണ് ആധുനിക വൈദ്യശാസ്ത്രത്തിൽ മെഡിക്കൽ എത്തിക്സ് എന്ന് വ്യവഹരിക്കുന്നത്. മാർഗനിർദേശക തത്ത്വങ്ങൾ മാത്രമായ അവയുടെ വിശദീകരണങ്ങളും വിശകലനങ്ങളുമായി വിവിധ രാജ്യങ്ങൾ തങ്ങൾക്ക് ബാധകമായ 'മെഡിക്കൽ കോഡ്സ് ഓഫ് എത്തിക്സും' ആവിഷ്കരിച്ചിട്ടുണ്ട്. ഈ നിയമങ്ങൾ നടപ്പിലാക്കാൻ ബാധ്യസ്ഥമായ അതത് രാജ്യങ്ങളിലെ മെഡിക്കൽ കൗൺസിലുകൾക്ക്, ചികിത്സകരുടെ രജിസ്ട്രേഷൻ അടക്കം റദ്ദ് ചെയ്യാനുള്ള അധികാരമുണ്ടെങ്കിലും ശിക്ഷാനടപടികൾ വളരെ അപൂർവമായേ ഉണ്ടാകാറുള്ളൂ. നടപടിക്രമങ്ങളുടെ സങ്കീർണതയും പൗരസഞ്ചയത്തിന്റെ നിസ്സംഗതയും പല തരം നിക്ഷിപ്ത താൽപര്യങ്ങളുമൊക്കെ ഈ ലാഘവത്വത്തിന് കാരണമാകാം.

സദാചാരത്തിന്റെ നിർവചനം

വൈദ്യ ഗവേഷണ രംഗത്തെ നവം നവങ്ങളായ കുതിച്ചു ചാട്ടങ്ങൾ ഒന്നിനു പിറകെ ഒന്നായി പുതിയ ധാർമിക പ്രശ്നങ്ങൾ ഉയർത്തിക്കൊണ്ടിരുന്നു. അവയവമാറ്റ ശസ്ത്രക്രിയ, ഭ്രൂണ-രോഗ പ്രതിരോധ-പരിശോധനാ സങ്കേതങ്ങൾ, കൃത്രിമ ഗർഭ സൃഷ്ടി, അനപത്യതാ ചികിത്സാമുറകൾ, ക്ലോണിംഗ്, ജനിതക എഞ്ചിനീയറിംഗ്, സ്റ്റെം സെൽ റിസർച്ച് (മൂലകോശ ഗവേഷണങ്ങൾ), എയിഡ്സ് തുടങ്ങി എന്തെല്ലാം രംഗങ്ങളിലാണ് ധാർമിക പ്രശ്നങ്ങൾ ഉയർന്നു വരുന്നത്! 1964-ലെ ഒരു *റേഡിയൻസ്* വാരികയിൽ രക്തദാനം അനുവദനീയമോ എന്ന ചർച്ച വായിച്ചതോർമയുണ്ട്. എതിർ ലിംഗത്തിൽപെട്ട രോഗിയെ പരിശോധിക്കുമ്പോഴും ചികിത്സിക്കുമ്പോഴും പാലിക്കേണ്ട മര്യാദകൾ തുടങ്ങിയ 'സാദാ മസ്അലക'ളിൽനിന്ന് വലിയ ഒരു മാറ്റമാണ് മെഡിക്കൽ എത്തിക്സിനെക്കുറിച്ച പരിചിന്തനകളിൽ ഈ സാങ്കേതിക വിദ്യകൾ വരുത്തിയത്.

എത്തിക്സിന്റെ മാനദണ്ഡമെന്തായിരിക്കണം? അടിസ്ഥാന പ്രാധാന്യമുള്ള ചോദ്യമാണിത്. ഒരു ഉദാഹരണം പറയാം. ഹിപ്പോക്രാറ്റിക് പ്രതിജ്ഞയിലും, ജനീവാ പ്രഖ്യാപനത്തിലും, തികച്ചും ന്യായീകരിക്കാവുന്ന ചുരുക്കം ചില കാരണങ്ങളാലല്ലാതെ ഭ്രൂണഹത്യ നടത്തൽ വലിയ തെറ്റായിരുന്നു. പക്ഷേ, ജനസംഖ്യാ നിയന്ത്രണ പ്രോത്സാഹനാർഥം, രണ്ട് ദശകങ്ങൾക്കു മുമ്പ് ഇന്ത്യൻ പാർലമെന്റ് മെഡിക്കൽ ടെർമിനേഷൻ ഓഫ് പ്രഗ്നൻസി ആക്റ്റ് (MTP Act) പാസ്സാക്കിയപ്പോൾ എത്രവേഗമാണ് മെഡിക്കൽ എത്തിക്സ് തകിടം മറിഞ്ഞത്! ഇത്ര ബലമേയുള്ളോ ഈ സംഹിതക്ക്? മെഡിക്കൽ എത്തിക്കൽ കോഡുകളിലെ എല്ലാ വകുപ്പുകൾക്കും അനുച്ഛേദങ്ങൾക്കും ഇങ്ങനെ അനായാസം ഭേദഗതികളാകാമോ? സ്ഥായീ ഭാവമുള്ള, കാല-ദേശാതിവർത്തിയായ ധാർമിക മൂല്യങ്ങളുടെ പിൻബലം അവയ്ക്കൊട്ടുമില്ലെന്നുണ്ടോ?

എത്തിക്കൽ മെഡിക്കൽ ഫോറം എന്ന കൂട്ടായ്മയുടെ ആഭിമുഖ്യത്തിൽ തിരുവനന്തപുരത്ത് ആറേഴ് വർഷം മുമ്പു നടന്ന ഒരു സെമിനാറിൽ ക്ഷണിതാവായി വന്ന സീനിയർ മെഡിക്കൽ കോളേജ് പ്രഫസറുടെ രോഷം സംഘടനയുടെ പേരിനോടായിരുന്നു. അത് സൂചിപ്പിക്കുന്നത്, മറ്റുള്ളവരെല്ലാം എത്തിക്സ് പാലിക്കാത്തവരാണെന്നല്ലേ? അദ്ദേഹത്തിന് നൽകിയ സംശയനിവൃത്തി മുകളിലെ ചോദ്യത്തിനുത്തരം നൽകും.

എത്തിക്സ് സെക്യുലരും അല്ലാത്തതുമുണ്ട്. ഇന്നലെ തെറ്റായിരുന്ന ഭ്രൂണഹത്യയും സ്വവർഗരതിയും ഉഭയസമ്മതത്തോടെയുള്ള വ്യഭിചാരവും മദ്യപാനവും ഇന്ന് നിയമവിധേയവും ശരിയുമാകുന്നത് സെക്യുലർ എത്തിക്സിന്. വിപണിയുടെ തേട്ടമനുസരിച്ചും കാലദേശ താൽപര്യങ്ങൾക്കനുസരിച്ചും അതിലെ ഏതു വകുപ്പും മാറിമറിയാം. സനാതന ധാർമിക മൂല്യങ്ങൾ അൽപസ്വൽപമൊക്കെ അത് പ്രതിഫലിപ്പിക്കുമെങ്കിലും, 'ഹ്യൂമനിസ'ത്തിന്റെ മാറിവരുന്ന നിർവചനമനുസരിച്ച് അവയിൽ പലതും ദൈനംദിന വ്യവഹാരങ്ങളിൽ ചെലുത്തുന്ന സ്വാധീനത്തിന് മാറ്റമുണ്ടാകാം.

അനുവർത്തിക്കേണ്ടതും, യഥാർഥത്തിൽ പ്രോത്സാഹിപ്പിക്കേണ്ടതും വേറിട്ടൊരു എത്തിക്സാണെന്നും, സക്രിയമായിത്തന്നെ അതിനെ അനുധാവനം ചെയ്യണമെന്നും കരുതുന്ന വൈദ്യശാസ്ത്ര കൂട്ടായ്മകൾ പലയിടങ്ങളിലുമുണ്ട്; അമേരിക്കയിലും യൂറോപ്പിലും ആസ്ത്രേലിയയിലും ഇങ്ങ് കേരളത്തിലും. ഭ്രൂണഹത്യക്ക് കൂട്ടുനിൽക്കാൻ ഒട്ടുംതന്നെ തയാറില്ലാത്ത കത്തോലിക്കാ ആശുപത്രികളുമുണ്ട്. സെക്യുലർ എത്തിക്സും മതകീയ ദർശനങ്ങളിൽനിന്ന് പാഠമുൾക്കൊണ്ട എത്തിക്സും ചില പോയന്റുകളിൽ യോജിക്കുന്നുണ്ടാവാം; പക്ഷേ, അവക്ക് രണ്ടിനും നിയാമകമായി വർത്തിക്കുന്ന ദർശനങ്ങൾക്ക് കാതലായ അന്തരമുണ്ട്. ഒന്നിൽ ഏതു വകുപ്പിനും ഭേദഗതിയാവാം; പലതിലും താരതമ്യേന അനായാസേന തന്നെ. മറ്റേതിൽ മാർഗനിർദേശക തത്ത്വങ്ങളായി വർത്തിക്കുന്നവക്ക് സ്ഥലകാല പരിമിതികൾക്കപ്പുറം സ്ഥായീഭാവവും സനാതനത്വവുമുണ്ട്. മാത്രവുമല്ല, ആ മാർഗനിർദേശക തത്ത്വങ്ങൾ മനുഷ്യ നിർമിതവുമല്ല. ദൈവികമായതുകൊണ്ട് അതിൽ നടത്താവുന്ന കൈ കടത്തലുകൾക്കും പരിമിതിയുണ്ട്. മുകളിൽ സൂചിപ്പിച്ച വൈകൃതങ്ങൾ എന്നും അധാർമികമായിരിക്കും; ഒരു പാർലമെന്റിനും അസോസിയേഷനും അത് മാറ്റാനാവില്ല. എയിഡ്സിനെ പ്രതിരോധിക്കാൻ ഒരു ഡിസ്പോസ്ബ്ൾ സാധനത്തെ മാത്രം ആശ്രയിക്കുക എന്ന തമാശ ആ എത്തിക്സിന് മനസ്സിലാക്കാനൊട്ടും കഴിയുകയുമില്ല.

ഈ 'മതകീയ എത്തിക്സ്', ഈ ലേഖനത്തിൽ ഇസ്‌ലാമിക എത്തിക്സ് എന്ന് വ്യവഹരിക്കുന്നു; അത് പല രംഗങ്ങളിൽ പലരൂപത്തിൽ പ്രത്യക്ഷപ്പെടുന്ന ഒന്നല്ല. അതൊരു ഏകകമാണ്; തത്ത്വങ്ങൾ പൊതുവായതും സമഗ്രവും. ഇവയുടെ പ്രായോഗിക വിശകലനങ്ങളായി വിവിധരംഗങ്ങളിൽ പല സംഹിതകളുണ്ടാവാം. മെഡിക്കൽ രംഗത്ത് ഒന്ന്, വക്കീലിനൊന്ന്, എഞ്ചിനീയർക്ക് മറ്റൊന്ന്, ആർകിടെക്റ്റിന് വേറൊന്ന്– എന്നിങ്ങനെ വിവിധങ്ങളെങ്കിലും എല്ലാം ഒന്നു തന്നെ.

ഈ എത്തിക്സിന്റെ അടിസ്ഥാനം, സെക്യുലർ എത്തിക്സ് കണക്കിലെടുക്കാൻ കൂട്ടാക്കാത്ത ചില ദൃഢവിശ്വാസങ്ങളാണ്. ദൃശ്യവും അദൃശ്യവുമായ പ്രപഞ്ചത്തിന്റെയും അതിലെ സകലതിന്റെയും സർവാധിനാഥനും സൃഷ്ടികർത്താവും ഉടമസ്ഥനും ഏക ഈശ്വരനാണ് എന്നതാണ് അതിലൊന്നാമത്തേത്. ധർമമെന്ത് അധർമമെന്ത് എന്ന് ആ ഉടമസ്ഥൻ തന്റെ ദാസ്യത്തിലുള്ള എല്ലാവരെയും, തെരഞ്ഞെടുക്കപ്പെട്ട മനുഷ്യരിലൂടെ അറിയിച്ചത് അനുധാവനം ചെയ്യൽ നമ്മുടെ ബധ്യതയാണ്. കാരണം, അന്തിമമായി നമ്മുടെ കർമങ്ങളുടെ കണക്ക് അവനു മുമ്പിലാണ് ബോധിപ്പിക്കേണ്ടത്. ഈ ത്രിത്വത്തിലടിസ്ഥാനപ്പെടുത്തിയാണ് സദാചാരസംഹിത രൂപം കൊള്ളുന്നത്. സ്ഥായീഭാവമുള്ള തത്ത്വങ്ങൾക്ക് ഭംഗം വരാത്തരീതിയിൽ ആ സംഹിതയിൽ കാലദേശ വ്യത്യാസങ്ങൾക്കനുസരിച്ച് ഖണ്ഡങ്ങളും ഉപഖണ്ഡങ്ങളും കൂട്ടിച്ചേർക്കേണ്ടി വന്നേക്കാം.

ഈ എത്തിക്സ് പഠിപ്പിക്കുന്നത്, ജീവിതവും മരണവും മനുഷ്യൻ തീരുമാനിക്കുന്നതല്ല എന്നാണ്. രണ്ടും അവ സൃഷ്ടിച്ചവന്റേതാണ്. ഇവിടുത്തെ വിഭവങ്ങളും അവന്റേതാണ്; അവസാനം അവന്റെമാത്രം അനന്തരാവകാശ സ്വത്താണ്. നാം കൈകാര്യകർത്താക്കൾ മാത്രം. നിർണിതവും അർഥശങ്കക്കിടയില്ലാത്തവിധം വ്യക്തവുമായ കാരണങ്ങളാലല്ലാതെ ഒരു മനുഷ്യജീവിയുടെയും ജീവൻ ഹനിക്കാൻ ഒരു വ്യക്തിക്കും അധികാരമില്ല; ഹനിച്ചാൽ മനുഷ്യകുലത്തെ മുഴുവൻ ഹനിച്ചതിനു തുല്യം; രക്ഷിച്ചാലോ മനുഷ്യകുലത്തെ മുഴുവൻ രക്ഷിച്ച പോലെയും.

ഡോക്ടറും രോഗിയും

ജീവനെപ്പോലെതന്നെ മരണവും പവിത്രമാണ്. എന്തു വിലകൊടുത്തും, ഏതറ്റം വരെ പോയിട്ടും ജീവൻ നിലനിർത്തണം എന്ന് സെക്യുലർ എത്തിക്സ് പാഠം. പക്ഷേ, മരണം അങ്ങനെ ഗർഹണീയമായി കണക്കാക്കേണ്ട ഒരു അശ്ലീലമല്ല; മനോഹരമായ ജീവിതത്തിന്റെ മനോഹരമായ ഇടവേള ആണത്. മനുഷ്യന്റെ മാന്യതക്കും അന്തസ്സിനും കോട്ടം തട്ടിച്ച് അനേകയന്ത്രങ്ങളുടെ സഹായത്തോടെ അനിശ്ചിതമായ കാലയളവിൽ ശ്വസന പ്രക്രിയ നിലനിർത്തി തോൽപിക്കേണ്ട വർഗശത്രുവുമല്ല മരണം. ദയാവധം തെറ്റു തന്നെ; ആത്മഹത്യയും തഥൈവ. പക്ഷേ, സ്വാഭാവിക മരണത്തിന് തടയിടാനുള്ള ശ്രമങ്ങൾ മാന്യമായ ഒരതിർത്തി വരെ മാത്രമേ വേണ്ടതുള്ളൂ. ചികിത്സാ രംഗത്ത് മരണ ചിന്തക്കും മരണത്തിനുള്ള തയാറെടുപ്പിനും സ്ഥാനം കൊടുക്കണം; അങ്ങകലെ മാറ്റി നിർത്തപ്പെടേണ്ട ദുർഭഗത അതിനില്ല.

പാശ്ചാത്യ സംസ്കൃതി ജനതയുടെ മനോഭാവത്തിലും ജീവിത വീക്ഷണത്തിലും വരുത്തിയ കുത്തിയൊഴുക്കിൽ ചില നിർമലതകളും ഒലിച്ചുപോയി; നാമറിയാതെ, നമുക്ക് ചെറുത്തു നിൽക്കാനാവാതെ. അങ്ങനെയാണ് പ്രത്യേക സദാചാര സംഹിതകൾ എഴുതിയുണ്ടാക്കേണ്ടി വന്നതുതന്നെ. പരസ്പരം ബാധ്യതകളും അവകാശങ്ങളും പൂർണമായി നിർവഹിക്കുകയും വകവെച്ചു കൊടുക്കുകയും ചെയ്യുക എന്നതാണ് നീതി. ഈ നീതി(അദ്ല്, ഖിസ്ത്) തന്നെയാണ്, മറ്റ് എത്തിക്സുകളെപ്പോലെ മെഡിക്കൽ എത്തിക്സിനെയും സമൂലം നയിക്കേണ്ട തത്ത്വം (*ഖുർആൻ*: 16:90). തന്നിഷ്ടം നയിക്കാത്ത വസ്തുനിഷ്ഠമായ നീതി (4:135), ശത്രുതാമനോഭാവം വഴി തെറ്റിക്കാത്ത നീതി (5:8); തീരുമാനങ്ങൾ നിഷ്കൃഷ്ടമാവേണ്ട നീതി (4:58); വിജ്ഞന്മാർ സാർജവം പാലിക്കേണ്ട നീതി (3:18, 4:135); ബലഹീനർക്കും ആലംബരഹിതർക്കും താങ്ങാവേണ്ടത് (4:167). അതുവഴി ആരും അതിക്രമം കാണി

ക്കില്ല; അതിക്രമവിധേയരാവേണ്ടി വരികയുമില്ല (2:279).

വിവാഹത്തെ ഖുർആൻ ബലിഷ്ഠമായ കരാറെന്ന് (4:21) വിശേഷിപ്പിച്ചു. സമാനമായ ഒരു കരാറാണ് ഡോക്ടർ-രോഗി ബന്ധവും. കരാറുകൾ പാലിക്കേണ്ടത് പാവന ബാധ്യതയാണ്. ഈ കരാറിൽ ഒരാൾ മറ്റൊരാളെ വിശ്വസിച്ചേൽപിക്കുന്നത്, അയാൾക്ക് ലോകത്തേറ്റവും വിലകൂടിയതിനെയാണ്; സ്വന്തം ജീവനെ (ഒരു പൊതുവാഹനത്തിലെ ഡ്രൈവറെ അതിലെ യാത്രക്കാർ ഏൽപിക്കുന്ന പോലെ). ശാരീരിക-മാനസിക പാരവശ്യങ്ങളാൽ സ്വയം നിർണയാവകാശവും കഴിവും കുറഞ്ഞയാളാവാം കരാറിലെ ഒരു കക്ഷി. അത് മറ്റേ കക്ഷിയുടെ ഉത്തരവാദിത്വവും ബാധ്യതയും വർധിപ്പിക്കുന്നു. വിവാഹത്തിലെന്ന പോലെ ഇവിടെയും, സമ്പൂർണ കീഴൊതുങ്ങലില്ല. ഒരു കക്ഷിയുടെ അവകാശങ്ങൾ ചവിട്ടിമെതിക്കപ്പെടുന്നു എന്നു ബോധ്യമാകുമ്പോൾ കരാറവസാനിപ്പിക്കാൻ ഇരുവർക്കും നീതിമാന്മാരായ മൂന്നാം കക്ഷികൾക്കും വഴികളുണ്ട്. ഒരാളും ദൈവതുല്യരല്ല. പരസ്പരം ബോധ്യപ്പെടുത്തേണ്ടതും പൊരുത്തപ്പെടേണ്ടതുമാണ്. ഗൂഢവും നിക്ഷിപ്തവുമായ താൽപര്യങ്ങൾ പരസ്പര വ്യവഹാരങ്ങളെ നയിക്കരുത്. പരസ്പര ചർച്ചകൾക്കും അഭിമുഖങ്ങൾക്കും വിശദീകരണങ്ങൾക്കും സംശയനിവാരണങ്ങൾക്കും സമാശ്വസിപ്പിക്കലിനും സമയം കണ്ടെത്തണം. കഴിയുന്നത്ര നേരിട്ടു തന്നെ അല്ലെങ്കിൽ പ്രതിനിധി മുഖേന. ഈ കൂടിക്കാഴ്ചക്ക് സമയം കിട്ടാത്തതാണ് ഡോക്ടർ-രോഗി ബന്ധം ഉലച്ചിൽ നേരിടാൻ കാരണം. ഇത്രയും വലിയ ഒരാത്മബന്ധം പുനഃസ്ഥാപിക്കാൻ ആവുമെങ്കിൽ പ്രശ്നങ്ങൾ തുലോം കുറവാകും.

സാമാന്യം എല്ലാ രാജ്യങ്ങളും അംഗീകരിച്ച, വിവിധ ദേശീയ മെഡിക്കൽ എത്തിക്സുകളിൽ കാണപ്പെടുന്ന, ഇസ്‌ലാമിക എത്തിക്സിനോട് വിയോജിപ്പില്ലാത്ത മാർഗനിർദേശക തത്ത്വങ്ങൾ ചുവടെ സൂചിപ്പിക്കാം:

1. ഗുണം ചെയ്യുക: കഴിയുന്നത്ര, കഴിയുന്ന പോലെ (Beneficence).

2. ദോഷം ചെയ്യരുത്; തന്റെ ചെയ്തികളും തീരുമാനങ്ങളും രോഗിക്ക് ദ്രോഹകരമായി ഭവിക്കുമോ എന്ന് എപ്പോഴും ആശങ്കവേണം (Non-maleficence). 'ചികിത്സകന്റെ പ്രാർഥന' (Physician's Prayer)യിൽ ഹച്ചിസൺ ഇത് മനോഹരമായി പ്രകടിപ്പിച്ചിരിക്കുന്നു: 'രോഗ രഹിതരെ വെറുതെ വിടാനുള്ള കഴിവില്ലായ്മയിൽനിന്നും, ചികിത്സ രോഗത്തെക്കാൾ കഠിനവും അസഹനീയവുമാകുന്നതിൽനിന്നും, രോഗികളെ വെറും കേസുകളായി കാണുന്നതിൽ നിന്നും, നല്ലവനായ ദൈവമേ, ഞങ്ങളെ രക്ഷിക്കണേ!'

3. രോഗിയുടെ സ്വയം നിർണയാവകാശം (Autonomy): തന്റെ ശരീരത്തിൽ എന്ത് ചെയ്യണമെന്ന് നിർണയിക്കാനുള്ള അന്തിമാവകാശം രോഗിയുടേതാണ്. അയാളുടെ സമ്മതമില്ലാത്ത എന്തും അതിക്രമമാണ്. സാധാരണഗതിയിൽ, ഈ സമ്മതം അന്തർലീനമാണ്, അയാൾ ഡോക്ടറെ കാണാൻ വരുമ്പോൾ തന്നെ. തൊടാനും, പരിശോധിക്കാനും, ആഴത്തിൽ ചോദ്യം ചെയ്യാനും. പക്ഷേ, ശസ്ത്രക്രിയ പോലുള്ള അവസരങ്ങളിൽ ഇത് ലിഖിതവും സ്വാഭീഷ്ടപ്രകാരവും നിർബന്ധത്തിനോ, ഭീഷണിക്കോ പ്രലോഭനത്തിനോ അടിപ്പെടാതെയുമായിരിക്കണം. വരും വരായ്കകളെക്കുറിച്ച അറിവോടെയും ലഭ്യമായേക്കാവുന്ന ഇതര ചികിത്സാവസരങ്ങളെക്കുറിച്ച് അറിഞ്ഞ ശേഷവുമായിരിക്കണം (Informed Consent). ശൈശവം, അബോധാവസ്ഥ, മാനസിക നില തെറ്റൽ തുടങ്ങിയവയുണ്ടെങ്കിൽ ഉത്തരവാദപ്പെട്ട ബന്ധുക്കളുടെ/രക്ഷാകർത്താക്കളുടെ സമ്മതമാവശ്യമാണ്. എന്നാൽ പോലും സെക്കന്റുകൾക്കുള്ളിൽ, പരസഹായമില്ലാതെ തീരുമാനങ്ങൾ ഡോക്ടർക്കെടുക്കേണ്ടി വരും. രോഗിയുടെ ഉത്തമ താൽപര്യാർഥം ഈ തീരുമാനമെടുക്കുന്ന ഡോക്ടർക്ക് 'തഖ്‌വ'യോടെയുള്ള തന്റെ മനഃസാക്ഷിയായിരിക്കും വഴി കാട്ടി.

4. നീതി നടത്തണം (മുകളിൽ സൂചിപ്പിച്ചത്).

5. രോഗി അർഹിക്കുന്ന അന്തസ്സ്, മാന്യത, സ്വാഭിമാനം ഇവ അനുവദിക്കണം. അവന്റെ/അവളുടെ സ്വകാര്യങ്ങൾ/ഉത്തമവിശ്വാസങ്ങൾ സംരക്ഷിക്കപ്പെടണം.

6. ചികിത്സകന്റെ സത്യസന്ധത.

റോബിൻ കുക്ക് തന്റെ ആദ്യനോവലായ 'കോമ' (Coma) പ്രസിദ്ധീകരിച്ചപ്പോൾ, പുലരാൻ പോകുന്ന ഒരു വൻ കരാളതയിലേക്കുള്ള എത്തിനോട്ടമായേക്കാം അതെന്ന് അധികമാരും നിനച്ചിരിക്കുകയില്ല. പക്ഷേ, വൃക്ക മാറ്റിവെക്കൽ രംഗത്ത് പിന്നീട് ദൃശ്യമായ അരുതായ്മകൾ കുക്കിനെ സാധൂകരിച്ചു. അദ്ദേഹം പിന്നീടെഴുതിയ നോവലുകളിലെല്ലാം ഇത്തരം ഭീകര സാധ്യതകൾ കാണാം. മുമ്പ് ഡോക്ടർമാരായിരുന്നു ആശുപത്രികളുടെയും ക്ലിനിക്കുകളുടെയും ചികിത്സാ സ്ഥാപനങ്ങളുടെയും അധിപന്മാർ. പക്ഷേ, സാങ്കേതിക മുന്നേറ്റങ്ങൾക്കനുസരിച്ച് മുതലിറക്കാൻ സർക്കാറിനോ ഡോക്ടർമാർക്കോ കഴിയാത്ത സാഹചര്യം ശരിക്കും മുതലെടുത്തത് കോർപറേറ്റ് ഭീമന്മാരായിരുന്നു. അവരുടെ വിരൽത്തുമ്പത്താണ് ഡോക്ടർമാരുടെയും മെഡിക്കൽ രംഗത്തെ ഇതര വിദഗ്ധരുടെയും 'ഹയറിംഗും ഫയറിംഗും.' 'ഞങ്ങൾ ഇൻഫ്രാ സ്ട്രക്ചർ നൽകാം; നിങ്ങൾ ബൗദ്ധിക സപ്പോർട്ട് തരൂ' എന്നാണീ ലിമിറ്റഡ് കമ്പനി ഡയറക്ടർമാരുടെ നിലപാട്. വൈദ്യരംഗം വ്യവസായമാണ് ഇന്ന്. എന്നിട്ടും വലിയൊരളവോളം, സംഘടിതമായ മെഡിക്കൽ സദാചാര ധ്വംസനം നടക്കുന്നില്ലെന്നു സമാധാനിക്കാം. എങ്കിലും ധനാർത്തി എന്തും വരുത്തിവെക്കാം; ആറടി മണ്ണ് മാത്രമേ അത് ശമിപ്പിക്കൂ എന്നാണല്ലോ. ■

ahdanwar@gmail.com