

# Y ĐỨC VÀ ĐẠO ĐỨC HỌC Y KHOA

## Tình hình y đức tại Việt Nam

Nhiều người có ý kiến cho rằng y đức tại Việt Nam hiện đang suy thoái. Có nhiều lý lẽ được đưa ra để lý giải sự việc này:

- kinh tế thị trường làm tha hóa quan hệ bệnh nhân-thầy thuốc, biến quan hệ này thành quan hệ dịch vụ-khách hàng thuần túy với đồng tiền chi phối tất cả;
- bệnh nhân tha hóa nhân viên y tế bằng “phong thư”, “bao bì”, “quà biếu”, “tiền bồi dưỡng” và ngược lại nhân viên y tế cho chuyện này là đương nhiên như trong các ngành nghề khác khách hàng cho người phục vụ tiền tip;
- lương cán bộ y tế quá thấp trong khi vật giá leo thang hàng ngày;
- các cơ sở y tế bị quá tải do bệnh nhân vượt tuyến khiến nhân viên y tế phải làm việc quá sức;
- đầu vào không tuyển lựa được các sinh viên có tâm huyết với ngành y vì chỉ thi có các môn lý thuyết mà không có phỏng vấn trực tiếp để biết được tâm tư, nguyện vọng của các thí sinh này;
- năng lực chuyên môn kém; đào tạo chạy theo số lượng hơn là chất lượng;
- không có dạy cho sinh viên y nha dược nghĩa vụ luận ở những năm cuối trước khi ra trường;
- không có được các hội đoàn chuyên nghiệp như y sĩ đoàn, nha sĩ đoàn, dược sĩ đoàn, nữ hộ sinh đoàn trước 1975 để tự quản lý, duy trì trật tự kỷ cương trong nội bộ giới chuyên môn;
- không có khung pháp lý để xử các trường hợp vi phạm y đức;
- các nhân viên y tế không biết cách giao tiếp với bệnh nhân và gia đình, nói năng thô lỗ, cộc cằn với bộ mặt lạnh lùng, hiếm khi có nụ cười trên môi;
- vân vân và vân vân.

Các lý giải trên, kèm theo với các bài báo và thư phản ánh, cho người trong cuộc cũng như người ngoài cuộc, một cái nhìn về tình trạng y đức tại Việt Nam, nhưng không giúp ích gì mấy cho các bác sĩ điều trị và sinh viên thực tập hướng giải quyết các xung đột về y đức xảy ra hàng ngày trong quá trình chẩn đoán bệnh tình và điều trị bệnh nhân. Câu “Lương y như từ mẫu”, thường thấy trong sách giáo khoa, diễn văn và báo chí, có lẽ là chuẩn mực được nhắc đến nhiều nhất về thái độ và hành xử mà nhân viên y tế cần phải noi theo. Rất tiếc là câu này, mặc dù rất hình tượng và ý nghĩa, lại thiếu một nội hàm hiện đại khiến cho nhân viên y tế hoang mang, lúng túng khi gặp những trường hợp cụ thể xung đột về y đức, không biết phải giải quyết như thế nào cho hợp đạo lý.

Bài viết này nhằm trình bày các khái niệm cơ bản về đạo đức học trong y khoa, nghĩa vụ của thầy thuốc đối với bệnh nhân và xã hội, nghĩa vụ của bệnh nhân đối với thầy thuốc và xã hội, nghĩa vụ của xã hội về chính sách y tế và nhất là phương pháp luận để giải quyết các xung đột về y đức. Bài viết này chủ yếu giới hạn phạm vi y đức trong lâm sàng.

### Đại cương về đạo đức học

Đạo đức học, môn học về đạo đức (morality), thường được chia thành hai ngành học: đạo đức học mô tả (descriptive ethics) và đạo đức học chuẩn mực (normative ethics). Đạo đức học mô tả mô tả quan niệm và thực hành đạo đức của cá nhân, nhóm hoặc xã hội bằng các phương pháp định tính và định lượng của xã hội học. Đạo đức học chuẩn mực nhằm trả lời một cách có lý lẽ câu hỏi “Đạo đức phải như thế nào?” (What ought morality to be?)

Đạo đức học quan tâm tới hai lãnh vực, thái độ (behavior) và đức tính (character) của mỗi người đối với người khác, đối với tổ chức, đối với xã hội. Do đó, trong lãnh vực thái độ, đạo đức học nhằm trả lời hai câu hỏi:

- Cá nhân phải tỏ thái độ của mình như thế nào đối với người khác?
- Cá nhân phải không tỏ thái độ của mình như thế nào đối với người khác?

Trong lãnh vực đức tính, đạo đức học cũng nhằm trả lời hai câu hỏi:

- Đức tính nào cần được vun trồng như là đức hạnh (virtues)?
- Đức tính nào cần tránh như là thói xấu (vices)?

Có nhiều thuyết về đạo đức, như chủ nghĩa thực dụng (utilitarianism) của Jeremy Bentham và John Stuart Mill, các tôn giáo và nghĩa vụ luận (deontologism). Bài này chỉ bàn về nghĩa vụ luận.

Một tiếp xúc lâm sàng (clinical encounter) đều có ba thành phần tham dự, tương tác lẫn nhau. Đó là bệnh nhân, thầy thuốc và cơ sở y tế trong khung cảnh của xã hội. Đã có rất nhiều bài viết về nghĩa vụ của thầy thuốc đối với bệnh nhân, nhưng rất ít bài viết về nghĩa vụ của bệnh nhân, cơ sở y tế và xã hội.

### Nghĩa vụ của thầy thuốc đối với bệnh nhân, tổ chức y tế và xã hội

Nghĩa vụ cơ bản nhất của thầy thuốc đối với bệnh nhân là nghĩa vụ luân lý làm người được ủy thác (moral fiduciary) của bệnh nhân. Nghĩa vụ này đòi hỏi người thầy thuốc phải đặt quyền lợi của bệnh nhân trên hết và trước hết, trên và trước cả quyền lợi của người thầy thuốc. Để có thể thực hiện được nghĩa vụ này, người thầy thuốc cần vun trồng bốn đức hạnh sau đây: tính quên mình (self effacement), tính hy sinh (self sacrifice), tính vị tha (compassion) và tính chính trực (integrity).

Tính quên mình có nghĩa là người thầy thuốc chỉ tập trung bảo vệ quyền lợi của bệnh nhân trong việc chẩn đoán bệnh và điều trị bệnh mà không bị sao nhãng bởi màu da, sắc tộc, tôn giáo, giới tính, sắc đẹp, tiền tài, địa vị xã hội. Nếu người thầy thuốc bị các yếu tố trên quyền rũ, chẳng hạn như dục vọng, thì trong trường hợp này người thầy thuốc đã đặt quyền lợi của mình lên trên quyền lợi của bệnh nhân.

Tính hy sinh có nghĩa là người thầy thuốc sẵn sàng hy sinh quyền lợi của mình, ngay cả khi cần thiết, luôn sinh mạng của mình như nhiều tấm gương đã được ghi vào sử sách.

Tính vị tha có nghĩa là người thầy thuốc hiểu được nỗi đau của bệnh nhân và đồng cảm với bệnh nhân.

Tính chính trực bao gồm tính chân thật (honesty) và làm những gì mình thuyết giảng (walk the way we talk). Tính này cũng có nghĩa là người thầy thuốc không làm những gì vượt quá khả năng (competence) của mình, không quảng cáo khoa trương những gì sai sự thật.

Với nghĩa vụ ủy thác luân lý của thầy thuốc đối với bệnh nhân, nghề y không phải đơn thuần là một nghề kinh doanh như các ngành nghề khác. Trong các ngành nghề kinh doanh khác, đôi bên chỉ cần tôn trọng các điều khoản trong hợp đồng thì được xem như đã làm tròn trách nhiệm của mình. Không có điều khoản nào trong hợp đồng đòi hỏi một bên phải quên mình đi, đặt quyền lợi của bên kia hơn chính quyền lợi của bản thân mình.

Nói như vậy không có nghĩa là nghĩa vụ của thầy thuốc đối với bệnh nhân là không có giới hạn. Thầy thuốc, cũng như mọi người khác, đều có những quyền lợi chính đáng (legitimate interests). Xác định thế nào là quyền lợi chính đáng của thầy thuốc và mức độ chính đáng của những quyền lợi này trong thực tế rất là khó, nhưng ít ra cũng có thể xếp các quyền lợi chính đáng này của thầy thuốc ra làm ba nhóm:

- (1) Nhóm 1 là nhóm các quyền lợi nhằm giúp thầy thuốc phục vụ bệnh nhân tốt hơn, chẳng hạn như giờ nghỉ, giờ tự trao đổi kiến thức.
- (2) Nhóm 2 là nhóm các nghĩa vụ của thầy thuốc đối với người thân, chẳng hạn lương đủ nuôi sống gia đình, thời gian với con cái.
- (3) Nhóm 3 là nhóm quyền lợi nhằm giúp thầy thuốc thăng tiến trong các lãnh vực khác của cuộc sống, chẳng hạn như tôn giáo, thể dục, thiên.

#### Nghĩa vụ của bệnh nhân đối với thầy thuốc, tổ chức y tế và xã hội

Trong khi có rất nhiều bài viết về nghĩa vụ của thầy thuốc đối với bệnh nhân thì có rất ít bài viết về nghĩa vụ của bệnh nhân đối với thầy thuốc, bệnh viện và xã hội.

Để có thể thực hành tốt nguyên tắc tôn trọng tự chủ của bệnh nhân ( principle of respect for patient autonomy), bệnh nhân cần phải tỏ ra quan tâm và lắng nghe giải thích của bác sĩ. Bệnh nhân cần yêu cầu bác sĩ giải thích tình trạng bệnh mình bằng một ngôn ngữ thích hợp với trình độ của mình. Và bệnh nhân cần hợp tác với bác sĩ trong việc trình bày các giá trị của mình mà không nên nhắm mắt buông xuôi cho bác sĩ quyết định, trừ trường hợp tối cấp cứu.

Bệnh nhân còn có nghĩa vụ đối với người thân, nhất là những bệnh nhân có bệnh kinh niên hoặc giai đoạn cuối của bệnh nan y. Đó là nghĩa vụ đối với sức khỏe của người thân, tiền bạc trong gia đình, hoặc những chuyện xảy ra sau khi mình nhắm mắt. Bệnh nhân nên bàn với người nhà trong trường hợp mình bị mất khả năng quyết định (loss of capacity to make decisions), ai sẽ là người thay thế mình để quyết định (surrogate/power of attorney), có nên tiếp tục các biện pháp trợ sinh (life support) khi không còn hy vọng sống hay không. Tất cả những điều này, trong tiếng Anh gọi là “advanced directives”.

Nghĩa vụ của bệnh nhân đối với bệnh viện và xã hội chủ yếu nằm trong việc sử dụng nguồn lực y tế (health care resources) eo hẹp một cách hiệu quả và công bằng nhất. Các nghĩa vụ này bắt nguồn từ hai nguồn cơ sở.

Nguồn cơ sở thứ nhất liên quan đến khái niệm quyền “âm tính” và quyền “dương tính”. Theo McCullough, quyền “âm tính” là quyền được để yên, không liên quan gì đến người khác. Quyền tự chủ của bệnh nhân là một thí dụ điển hình. Còn quyền “dương tính” khi có liên quan tới quyền lợi của người khác. Phần lớn các nguồn lực y tế, không ít thì nhiều, thuộc xã hội cho nên quyền tự chủ của bệnh nhân không phải là tuyệt đối.

Nguồn cơ sở thứ hai là quan niệm về việc sử dụng thận trọng các nguồn lực, cái mà McCullough gọi là “prudent saver”. Trường hợp này thường dễ thấy khi bệnh nhân có bảo hiểm y tế chi trả 100% chi phí. Bệnh nhân thường có khuynh hướng sử dụng sẵn sàng y tế nhiều hơn là mức cần thiết. Kinh tế học y tế gọi hiện tượng này là “moral hazard”.

#### Nghĩa vụ của tổ chức y tế đối với bệnh nhân, nhân viên y tế và xã hội

Đối với người bệnh, bệnh viện cũng có nghĩa vụ như là một đồng sự được ủy thác luân lý (moral co-fiduciary) cùng với thầy thuốc bởi vì các chính sách, chế độ của bệnh viện ảnh hưởng tới quan hệ bệnh nhân thầy thuốc.

Bệnh viện có trách nhiệm phải tạo mọi điều kiện thuận tiện cho người thầy thuốc phát triển mối quan hệ y đức với bệnh nhân, phải làm cho y bác sĩ ý thức về mối quan hệ này như một quan tâm hàng ngày.

Đối với xã hội, bệnh viện, dù công hay tư, cũng phải chứng tỏ rằng bệnh viện và công nhân viên đều đặt quyền lợi của bệnh nhân lên trên hết, bằng hành động,

thái độ, chính sách và quy tắc. Điều này khiến các cơ sở y tế khác các dạng kinh doanh khác.

### Nghĩa vụ của xã hội về chính sách y tế

Mọi xã hội đều quan tâm tới tính công bằng (justice). Lý thuyết về công bằng xã hội thường đề cập tới hai dạng công bằng, công bằng thủ tục hoặc quy tắc (procedural justice) và công bằng phân phối (distributive justice). Công bằng thủ tục bàn về các quy tắc cần thực hiện để có công bằng, còn công bằng phân phối bàn về ai được hưởng chăm sóc y tế và hưởng được bao nhiêu. Mọi người thường đồng ý về công bằng thủ tục mà ít khi đồng ý về công bằng phân phối. Vấn đề chính ở đây là có nhiều ý kiến khác nhau về mức độ xã hội “thiếu nợ” (due) người dân.

Có ít nhất ba ý kiến về vấn đề này:

1. Mọi người dân đều có quyền hưởng chăm sóc y tế ở một mức nào đó. Quan niệm này xem được hưởng chăm sóc y tế là một quyền cơ bản (basic right) của công dân. Nước Pháp ghi rõ quyền này trong hiến pháp, trong khi tại Mỹ không có điều khoản này trong hiến pháp. Các nhóm có quyền lợi khác nhau cũng thường không đồng ý về số lượng và loại dịch vụ y tế tối thiểu cần có.
2. Mọi người có nhu cầu y tế ngang nhau cần được chăm sóc y tế ngang nhau. Ý kiến này thoạt trong có vẻ mang tính nhân bản nhất, nhưng trong thực tế lại gây khó khăn cho hệ thống y tế. Nếu ai có làm ở khoa cấp cứu thì đều có cảm giác chán nản khi phải điều trị cho những bệnh nhân nghiện ngập hoặc bị tai nạn giao thông nhập viện hàng chục lần chỉ vì không tự chăm sóc cho chính bản thân mình, không màng tới người khác. Rõ ràng đây không có công bằng cho những người khác có cùng nhu cầu y tế vì nguồn lực y tế bị chia sẻ hoang phí.
3. Mọi người sử dụng chăm sóc y tế tùy theo vị trí trong xã hội, chính quyền hoặc tùy theo khả năng tài chính. Ở đây chăm sóc y tế được xem như là một đặc quyền (privilege), và mức độ hưởng tùy theo vị trí hoặc tài sản. Có thể xem đây là quan niệm phổ biến ở Mỹ, mặc dù hiện nay có nhiều nỗ lực nhằm chuyển sang quan niệm 1 ở trên.

Bài toán công bằng phân phối trong y tế là một bài toán khó, nhưng không có nghĩa là không có giải đáp. Tùy theo hoàn cảnh xã hội từng thời mà các chính sách y tế được hoạch định dựa trên một trong ba quan niệm trên.

### Phân tích y đức

Thường các phán đoán về y đức được đưa ra bởi người có quyền thế hoặc một vài cá nhân có uy tín mà không kinh qua một quá trình phân tích y đức nghiêm túc. Mục đích của phân tích y đức là nhằm đưa ra những quyết định về y đức có thể bảo vệ được và tránh được những quyết định tệ nhất, nhằm bảo đảm cho một công chúng đa nghi rằng tất cả các yếu tố đã được xem xét kỹ lưỡng và

quyền lợi cũng như nghĩa vụ của các bên đã được quan tâm. Một phương pháp luận tối ưu mang năm tiêu chí sau đây: rõ ràng, nhất quán, chặt chẽ, áp dụng và đầy đủ.

Tính rõ ràng (clarity) đòi hỏi từ và ý tưởng phải được định nghĩa rõ ràng, không mơ hồ. Chẳng hạn khi bàn về “sinh mạng con người” cần định nghĩa rõ cụm từ này mang tính chất sinh học, nghĩa là bao gồm thai nhi, kể cả khi nào, hay mang tính chất luật pháp, nghĩa là sinh mạng được bảo vệ bởi luật pháp hay không.

Tính nhất quán (consistency) có nghĩa là sau khi các từ và khái niệm đã được định nghĩa rõ ràng rồi thì các từ và khái niệm này phải được sử dụng cùng một nghĩa trong suốt quá trình phân tích và biện luận.

Tính chặt chẽ (coherence) đòi hỏi các tiên đề (premises) phải cho ra kết luận như là một vấn đề của lôgic. Không có tiên đề nào thừa và toàn thể các tiên đề đều cần cho kết luận.

Tính áp dụng (applicability) chỉ ra rằng phân tích y đức giúp cho ta giải quyết những vấn đề cụ thể trong lâm sàng, tổ chức và chính sách.

Tính đầy đủ (adequacy) có nghĩa là phân tích y đức và kết quả của quá trình này giúp ta trong việc giải quyết các trường hợp trong tương lai, với sửa đổi nếu cần.

Các phương pháp luận trình bày tiếp theo đây đều chú ý đến hoàn cảnh (circumstances) mà trong lâm sàng gọi là một “ca” (case) và một nhóm nguyên tắc đạo đức chủ đạo. Vấn đề y đức thường xảy ra khi hai hoặc nhiều nguyên tắc đối chọi nhau.

### Phương pháp luận Thomasma

Phương pháp luận Thomasma bao gồm sáu bước tuần tự như sau:

#### *Bước 1:*

Tìm hiểu đầy đủ các dữ kiện y khoa, kể cả những dữ kiện y khoa có thể ảnh hưởng tới tiên lượng bệnh, mặc dù không trực tiếp đến ca bệnh.

#### *Bước 2:*

Mô tả các giá trị của từng đối tượng liên quan - bệnh nhân, người nhà, thầy thuốc, nhân viên y tế, bệnh viện, bảo hiểm y tế, xã hội. Đây là bước cực kỳ quan trọng vì xung đột về y đức thường xảy ra khi có xung đột về giá trị giữa các đối tượng. Thường thì các nguyên tắc về y đức rất ít khi xung đột giữa “trắng” và “đen” một cách rõ ràng, mà thường là sự chọn lựa giữa hai cái cùng tốt như nhau.

#### *Bước 3:*

Xác định xung đột chính về giá trị. Thường ở đây có thể thấy được các phân loại về xung đột, chẳng hạn giữa nguyên tắc làm điều có lợi cho bệnh nhân (beneficence) và quyền tự chủ của bệnh nhân (patient autonomy), quyền hạn của bệnh nhân nhi và quyền hạn của cha mẹ.

**Bước 4:**

Xác định tập hợp các con đường hành động có thể có được để bảo vệ tối đa các giá trị đạo đức.

**Bước 5:**

Chọn lựa con đường hành động tốt nhất. Điều này đòi hỏi một phán đoán y đức (ethical judgement) dựa trên một hoàn cảnh lâm sàng nhất định và các giá trị đạo đức khác nhau.

**Bước 6:**

Giải thích tại sao lại chọn con đường hành động này. Đây là bước khó nhất vì phải giải bày một cách minh bạch các tiêu chuẩn chọn lựa và sự sắp xếp theo thứ tự ưu tiên các giá trị đạo đức khác nhau.

Phương pháp luận Siegler

Siegler trình bày phương pháp phân tích y đức qua bốn bước:

1. Chỉ định y khoa (Medical Indications)	2. Ý thích của bệnh nhân (Patient Preferences)
<p>Nguyên tắc làm điều tốt và nguyên tắc tránh làm điều hại (Principles of Beneficence and Nonmaleficence).</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Bệnh nhân bị bệnh gì, tiên lượng ra sao?</li> <li>2. Bệnh tình cấp tính, kinh niên, cấp cứu, hồi phục được?</li> <li>3. Mục tiêu của điều trị?</li> <li>4. Xác suất thành công?</li> <li>5. Nếu thất bại thì làm gì?</li> <li>6. Tóm lại, bệnh nhân này được lợi gì khi được điều trị và chăm sóc? Làm cách nào để tránh gây tổn hại cho bệnh nhân?</li> </ol>	<p>Nguyên tắc tôn trọng quyền tự chủ (Principle of Respect for Autonomy)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Bệnh nhân này có khả năng quyết định được không? Có dấu hiệu nào chứng tỏ bệnh nhân không có năng lực quyết định không?</li> <li>2. Nếu bệnh nhân có đủ năng lực, ý thích của bệnh nhân về các phương pháp điều trị?</li> <li>3. Bệnh nhân có ý thức được lợi, hại của các phương pháp khác nhau hay không? Bệnh nhân có đồng ý chưa?</li> <li>4. Nếu bệnh nhân mất năng lực, ai là người thay thế? Người này có xử sự như chính bệnh nhân mà mình đại diện không?</li> <li>5. Bệnh nhân này trước khi mất năng</li> </ol>

	<p>lực, có phát biểu ý thích của mình không?</p> <p>6. Bệnh nhân có chịu hợp tác với y bác sĩ không? Nếu không, tại sao không?</p> <p>7. Tóm lại, quyền được lựa chọn của bệnh nhân có được tôn trọng tối đa hay không, trong khuôn khổ đạo đức và luật pháp cho phép?</p>
3, Chất lượng cuộc sống (Quality of Life)	4. Yếu tố ngoại lai (Contextual Factors)
<p>Nguyên tắc làm điều tốt, nguyên tắc tránh làm điều hại và nguyên tắc tôn trọng quyền tự quyết (Principles of Beneficence, Nonmaleficence and Respect for Autonomy)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tiên lượng bệnh nhân trở về cuộc sống bình thường, nếu được điều trị hoặc nếu không được điều trị?</li> <li>2. Các di chứng thân thể, tâm thần hoặc xã hội nếu điều trị thành công?</li> <li>3. Y bác sĩ có thể bị lệch lạc không khi đánh giá về chất lượng sống của bệnh nhân?</li> <li>4. Dựa vào tình trạng hiện tại hoặc trong tương lai của bệnh nhân, kéo dài đời sống có ý nghĩa gì nữa không?</li> <li>5. Có lý do gì để không tiếp tục điều trị nữa không?</li> <li>6. Có kế hoạch nào để giảm đau cho bệnh nhân không?</li> </ol>	<p>Nguyên tắc trung thành và công bằng (Principles of Loyalty and Fairness)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Có vấn đề gia đình ảnh hưởng tới điều trị hay không?</li> <li>2. Có vấn đề gì về phía thầy thuốc và nhân viên y tế có thể ảnh hưởng tới điều trị?</li> <li>3. Có vấn đề tài chính hay kinh tế gì không?</li> <li>4. Có vấn đề tôn giáo hay văn hóa gì không?</li> <li>5. Có vấn đề về bảo mật thông tin (confidentiality) hay không?</li> <li>6. Có vấn đề về phân phối nguồn lực hay không?</li> <li>7. Có vấn đề liên quan tới luật pháp hay không?</li> <li>8. Có liên hệ tới nghiên cứu hoặc giảng dạy hay không?</li> <li>9. Có xung đột giữa bác sĩ và bệnh viện hay không?</li> </ol>

### Phương pháp luận Drane

Theo Drane thì có bốn giai đoạn trong phân tích y đức:

*Giai đoạn phô bày (expository phase)*

Đây là giai đoạn thu thập dữ kiện.

### A. Yếu tố y khoa

Tình trạng bệnh nhân, với chẩn đoán, tiên lượng, điều trị, là khởi điểm ban đầu và quan trọng của quá trình phân tích y đức.

### B. Yếu tố đạo đức

Đây là giai đoạn tìm hiểu giá trị của tất cả ai tham dự hoặc liên quan tới ca bệnh này - bệnh nhân, thầy thuốc, người nhà, nhân viên y tế, bệnh viện, cơ quan, bảo hiểm y tế, xã hội.

### C. Yếu tố xã hội-kinh tế

Ngày nay với những phương tiện chẩn đoán và điều trị với kỹ thuật cao, giá thành (cost) là một yếu tố cần được xem xét, nhất là khi chẩn đoán bệnh còn mơ hồ, kết quả điều trị không chắc chắn, gia đình gặp khó khăn. Giá thành còn có thể ảnh hưởng tới gia đình, bảo hiểm, xã hội.

#### *Giai đoạn lý luận (rational phase)*

Đây là giai đoạn phân tích.

### A. Phân loại y đức

Từ các dữ kiện lâm sàng, các giá trị và yếu tố xã hội, có thể phân loại vấn đề hiện tại vào trong những nhóm lớn về y đức, chẳng hạn đồng ý có ý thức (informed consent), từ chối điều trị, bệnh nhân mất năng lực phán đoán.

### B. Nguyên tắc và hướng dẫn y đức

Ở đây, nếu có một nguyên tắc đạo đức duy nhất hoạt động thì nguyên tắc này chỉ đạo hành động. Thông thường có nhiều nguyên tắc hoạt động cùng thời với nhau, gây ra xung đột, chẳng hạn xung đột giữa nguyên tắc làm điều tốt và nguyên tắc tôn trọng quyền tự quyết của bệnh nhân.

### C. Luật pháp và quy ước hành nghề

Các trường hợp y đức được giải quyết bởi toà án cũng có thể là một nền tảng để tham khảo cho vấn đề y đức hiện tại, cũng như các quy ước của ngành nghề.

#### *Giai đoạn hành động (volitional phase)*

Để đi đến một quyết định y đức chặt chẽ, có thể phản biện được, cần tiến hành các bước sau đây:

### A. Xếp hạng giá trị

Mỗi giá trị có thứ tự ưu tiên khác nhau tùy theo hoàn cảnh. Thí dụ trong trường hợp tối cấp cứu thì ý kiến chuyên môn của thầy thuốc được xem trọng hơn ý kiến của bệnh nhân. Hoặc ý bệnh nhân muốn được chết bằng cách tự tiêm thuốc hoặc qua sự giúp đỡ của bác sĩ (euthanasia) chưa chắc được chấp thuận trong một cơ sở y tế của một dòng tu vì điều yêu cầu này đi ngược lại với giáo lý của cơ sở đó.

## B. Xếp hạng nguyên tắc

Ở bước này, các nguyên tắc y đức được phân hạng dựa trên những dữ kiện đã thu thập ở trên.

## C. Quyết định

Cuối cùng, thì một hướng hành động được chọn dựa trên dữ kiện y khoa, bậc thang các giá trị và bậc thang các nguyên tắc.

### *Giai đoạn công chúng* (public phase)

Các quyết định y đức cần được công chúng xem xét tường tận.

#### A. Biến các giả định thành rõ ràng hơn

Bất cứ giả định (assumptions) nào cũng bị chi phối bởi lý lịch bản thân, quá trình đào tạo, niềm tin tôn giáo (kể cả vô thần) của người hoặc nhóm người đưa ra quyết định. Các giả định này cần được nêu lên cho công chúng biết.

#### B. Giữ tính nhất quán

Các thuật ngữ, ý tưởng cần được định nghĩa rõ ràng và sử dụng nhất quán từ đầu tới cuối.

#### C. Trình bày các lý lẽ cho công chúng xem xét

Đây là bước khó nhất vì phải giải thích vì sao quyết định này được lựa chọn mà không phải quyết định khác.

### Thí dụ

Một bệnh nhân nữ đang chuyển dạ sanh. Các bác sĩ đã hội chẩn và đi đến kết luận là đứa con cần được truyền máu ngay khi được sinh ra. Bệnh nhân và chồng thuộc giáo phái Jehovah's Witness, không đồng ý ký tên cho phép truyền máu cho con. Các bác sĩ yêu cầu tòa can thiệp trong trường hợp cấp cứu này. Quan tòa cho phép bác sĩ được truyền máu cho đứa bé. Vừa lúc đó thì người mẹ bị chảy máu tử cung nặng, gây trụy tim mạch. Các bác sĩ đề nghị cắt bỏ tử cung và truyền máu. Người chồng đồng ý cắt bỏ tử cung, nhưng không đồng ý truyền máu. Quan tòa, lần này, chấp thuận yêu cầu của người chồng. Kết quả là người mẹ chết và đứa con được cứu sống.

Thí dụ trên thường được giảng dạy tại các lớp về đạo đức học. Chúng ta thử dùng phương pháp luận Thomasma để phân tích trường hợp này.

#### *Bước 1:*

Đứa trẻ cần được truyền máu, không có biện pháp nào khác. Tiên lượng tử vong nếu không được truyền máu, có khả năng cứu sống nếu được truyền máu. Sản phụ mất máu nặng cần cắt tử cung và truyền máu. Tiên lượng xấu, có thể tử vong nếu không truyền máu.

#### *Bước 2:*

Bác sĩ muốn cứu cả con lẫn mẹ. Truyền máu là cần thiết. Vợ chồng theo đạo Jehovah's Witness, không chấp nhận máu của người khác vào trong cơ thể, vì bất kỳ lý do gì. Quan tòa, đại diện cho xã hội, phát biểu cho quyền lợi của đứa trẻ vừa mới chào đời mà quan tòa cho là tốt nhất - được sống.

Bác sĩ dựa trên nguyên tắc làm điều tốt cho bệnh nhân. Vợ chồng bệnh nhân dựa trên nguyên tắc tôn trọng quyền tự quyết của bệnh nhân. Quan tòa có thể dựa trên nguyên tắc không làm điều hại cho đứa bé .

*Bước 3:*

Xung đột chính ở đây là xung đột giữa nguyên tắc làm điều tốt cho bệnh nhân của bác sĩ và nguyên tắc tôn trọng quyền tự quyết của bệnh nhân.

*Bước 4:*

Có thể hình dung ra nhiều lựa chọn khác nhau khả dĩ thực hiện được trong y khoa. Dĩ nhiên cầu nguyện để có phép lạ xảy ra cũng là điều tốt. Trong trường hợp giả định này, điều trị đứa trẻ độc lập với điều trị người mẹ, thành ra chỉ có 4 lựa chọn mà thôi.

1. Truyền máu đứa trẻ
2. Không truyền máu đứa trẻ
3. Cắt tử cung, truyền máu người mẹ
4. Cắt tử cung, không truyền máu người mẹ

*Bước 5:*

1. Truyền máu đứa trẻ
2. Cắt tử cung, không truyền máu người mẹ

*Bước 6:*

Trong trường hợp đứa trẻ, quan tòa ra phán quyết truyền máu vì điều trị này có khả năng rất cao để đứa trẻ được cứu sống, dựa trên khuyến cáo của bác sĩ, đồng thời quan tòa cũng bảo vệ tối đa quyền lợi của đứa trẻ sơ sinh, đó là sự sống. Đối với người mẹ, quan tòa đồng ý với yêu cầu của người chồng là không truyền máu vì yêu cầu này đáp ứng đúng ý nguyện của vợ là một tín đồ của đạo Jehovah's Witness sau khi người chồng đã nghe và hiểu việc bác sĩ bàn bạc bệnh tình của vợ, phương pháp duy nhất điều trị trong trường hợp này, tiên lượng bệnh.

Giảng dạy đạo đức học y khoa

Có thể nói một cách trung thực rằng tại Việt Nam, bộ môn đạo đức học y khoa không được quan tâm đúng mức trong quá trình đào tạo bác sĩ tại trường Y, ngoài chuyện đạo đức sinh viên được đánh giá qua lắng kính chính trị mỗi năm và khi tốt nghiệp. Thái độ và hành vi đạo đức khác hẳn thái độ và hành vi chánh trị. Vấn đề đặt ra ở đây là làm thế nào để chọn được những sinh viên có các

đức hạnh cần thiết cho ngành Y, chẳng hạn tính quên mình, tính hy sinh, tính vị tha, tính chính trực? Đạo đức có thể giảng dạy cho sinh viên được không? Cần phải bố trí môi trường đại học, bệnh viện và phòng khám sao cho sinh viên có thể thực hành đạo đức tốt hơn?

Việc chỉ chọn các thí sinh vào trường Y qua kỳ thi tuyển các môn hóa-lý-sinh và ngoại ngữ không cho phép biết thí sinh nào có “tâm” với ngành Y, thí sinh nào không. Cần tổ chức thêm phỏng vấn và viết luận văn cho mỗi thí sinh để ít nhất cũng lựa chọn được những sinh viên có “tâm”, mặc dù quy trình này tốn kém hơn và mang tính chủ quan hơn.

Các nghiên cứu cho thấy suy nghĩ đạo đức (ethical thinking) của sinh viên tăng theo các năm học khi sinh viên có dịp tiếp xúc với bệnh nhân và gặp nhiều nghịch lý đạo đức (ethical dilemmas) hơn. Đạo đức học có thể được giảng dạy như môn bắt buộc hoặc môn nhiệm ý, từ những khái niệm cơ bản như các nguyên tắc đạo đức hoàn vũ (universal ethical principles), đến các vấn đề thời sự hơn như phá thai, tầm soát tiền sản (antenatal screening), đồng ý có ý thức (informed consent), năng lực phán đoán của bệnh nhân (patient competence), hoặc các ca cụ thể trong lâm sàng. Ban giảng huấn về đạo đức học không nhất thiết phải là bác sĩ, mà có thể là người ngoài ngành, như luật sư, nhà văn, triết gia.

Các khảo sát cũng như kinh nghiệm bản thân cho thấy rằng sinh viên thường hay bắt chước tác phong của một vài bác sĩ đàn anh hay của một vài vị giáo sư. Do đó, đạo đức của thành viên ban giảng huấn rất là quan trọng. Ban giảng huấn phải làm gương cho sinh viên, tránh các trường hợp xung đột quyền lợi (conflict of interest) nếu được. Nhà trường gây dựng một môi trường văn hóa đạo đức trong đó sinh viên và ban giảng huấn có thể đem các nghịch lý về đạo đức ra bàn thảo mà không ngại bị trừ dập.

### Kết luận

Y đức hiện đang là vấn đề được mọi người tại Việt Nam quan tâm. Nền tảng của quan hệ bệnh nhân - thầy thuốc dựa trên nghĩa vụ thầy thuốc là người chịu sự ủy thác luân lý của bệnh nhân. Nghĩa vụ này được xây dựng bởi bốn đức hạnh – tính quên mình, tính hy sinh, tính vị tha và tính chính trực. Khi có sự xung đột giữa các nguyên tắc đạo đức, người thầy thuốc cần vận dụng phân tích y đức bằng các phương pháp luận mang tính rõ ràng, nhất quán, liên kết, áp dụng và đầy đủ. Y đức phải được giảng dạy tại trường Y. Nhà trường và bệnh viện cần tạo điều kiện và môi trường cho y đức được phát triển.

Tháng Giêng năm 2008

Huỳnh Tấn Tài

Đại Học Illinois tại Chicago (UIC)

Chicago, Illinois

và

Ủy Ban Liên Hợp (The Joint Commission)  
Oakbrook Terrace, Illinois

### Tham khảo

1. Drane, JF: Clinical Bioethics. Theory and Practice in Medical-Ethical Decision Making. Sheed & Ward; Kansas City, MO; 1994.
2. Beauchamp, TL and Childress, JF: Principles of Biomedical Ethics. 3<sup>rd</sup> ed. Oxford University Press; New York, NY; 1989.
3. Worthley, JA: The Ethics of the Ordinary in Healthcare. Concepts and Cases. Health Administration Press; Chicago, IL; 1997.
4. Jonsen, AR, Siegler, M and Winsdale, WJ: Clinical Ethics. A Practical Approach to Ethical Decisions in Clinical Medicine. 5<sup>th</sup> ed. McGraw-Hill; New York, NY; 2002.
5. Thomasma, DC and Kissell, JL (ed): The Health Care Professional as Friend and Healer. Building on the Work of Edmund D. Pellegrino. Georgetown University Press; Washington, DC; 2000.
6. Boyle, PJ, DuBose, ER, Ellingson, SJ, Guinn, DE and McCurdy, DB: Organizational Ethics in Health Care. Principles, Cases, and Practical Solutions. Jossey-Bass; San Francisco, CA; 2001.
7. Council on Ethical and Judicial Affairs: Code of Medical Ethics. Current Opinions with Annotations. AMA; Chicago, IL; 1997.
8. McCullough, LB: Ethical Challenges of Physician Executives. ACPE; Tampa, FL; 2001.