

SỰ KHÁC BIỆT GIỮA AN TỬ VÀ TRỢ TỬ

Trước khi có thể so sánh sự khác biệt giữa an tử và trợ tử, ta cần tìm hiểu ý nghĩa của thuật ngữ “an tử”.

1. AN TỬ LÀ GÌ? ĐỊNH NGHĨA THUẬT NGỮ

Thuật ngữ “*euthanasia*” (an tử) bắt nguồn từ tiếng Hy-Lạp (*eu* là tốt hoặc cao quý, *thanatos* nghĩa là chết), hiểu sát nghĩa là “cái chết êm ái” hay “cái chết hạnh phúc,”¹ nhằm nói đến một hành vi phổ biến là tự tử cách tự nguyện nơi những người già yếu hoặc bệnh tật, những người này muốn chết êm ái bằng cách uống thuốc độc. Ý nghĩa thay đổi vào thế kỷ 17 khi thuật ngữ này chỉ những hành vi của bác sĩ để làm giảm đau đớn cho những bệnh nhân hấp hối; vì thế an tử mặc lấy ý nghĩa là trợ giúp cho cá nhân được chết sớm hơn hoặc tự tử. Giữa thế kỷ 20, an tử mang ý nghĩa tiêu cực, hậu quả của chương trình Đức Quốc Xã đã tàn sát tập thể những người già yếu, thiếu năng tâm lý và khuyết tật thể lý, tức những người được coi là không còn đáng sống nữa.² Do việc làm của Đức Quốc Xã, ý niệm về cái chết tự nguyện và cái chết không tự nguyện lúc này trở nên quan trọng cho việc định nghĩa an tử. Tuy nhiên, khi phân biệt an tử tự nguyện (voluntary euthanasia - bệnh nhân còn tỉnh táo để quyết định, nghĩa là có ý thức, đủ tuổi và cảm xúc ổn định) với cái chết không tự nguyện (involuntary death), chúng ta vướng vào vấn nạn: ai đánh giá mức tỉnh táo của bệnh nhân? Gia đình của trẻ sơ sinh (chưa có ý thức) hoặc của người lớn (bị hôn mê) có quyền quyết định từ chối điều trị chẳng? Hay bác sĩ của bệnh nhân ấy quyết định? Vụ việc nổi tiếng của Baby Doe và của Karen Quinlan đã cung cấp những thí dụ minh họa rõ ràng cho vấn đề này.³

¹ Thuật ngữ “*euthanasia*” trong tiếng Anh là do Francis Bacon (1561-1626) tạo ra ở thế kỷ 17 và nói đến cái chết hạnh phúc, nhẹ nhàng êm ái. Tuy nhiên *euthanasia* ngày nay không còn được hiểu theo nghĩa của Bacon trước kia nữa. Xem Gerald Dworkin, R. G. Frey và Sissela Bok, *Euthanasia and Physician-Assisted Suicide: For and Against*. (United Kingdom: Cambridge University Press, 1998), tr. 108.

² Xem Jeantine E. Lunshof và Alfred Simon, “Euthanasia and Assisted Suicide.” *International Journal of Bioethics* 10 (1999): 45-51.

³ Christel Manning. “Euthanasia and Its Moral Implications” trong *The Churches Speak On: Euthanasia*. (Detroit: Gale Research Inc., 1991), xiii - xiv. J. Gordon Melton chủ biên.

1.1 THUẬT NGỮ AN TỬ - NHỮNG KHÍA CẠNH LỊCH SỬ

Sự thay đổi gần đây hơn về ý nghĩa của thuật ngữ này là do đã xuất hiện nền công nghệ y khoa có khả năng duy trì mạng sống rất lâu cho các bệnh nhân vô phương cứu chữa hoặc hôn mê. Do đó trong mấy thập niên vừa qua, ý nghĩa an tử đi đến chỗ bao gồm luôn cả quyền của bệnh nhân được từ chối điều trị và hiện nay an tử thường có ý nghĩa giới hạn là “giết vì xót thương” (mercy killing) tức “an tử chủ động” (active euthanasia) trong khi an tử thụ động (passive euthanasia) có nghĩa “từ chối điều trị” hoặc “để cho chết.” Như thế, ý nghĩa của an tử đã thay đổi và ngày càng trở nên phức tạp.⁴

Thế nên, trước tiên, để tránh nhầm lẫn trong khi thảo luận, rất cần phải định nghĩa rành mạch các thuật ngữ. Vì thế, người viết xin bắt đầu bằng cách xem xét định nghĩa của an tử. Các thuật ngữ cần phải được minh định hầu có thể hiểu được các vấn đề đang bàn đến. Thứ hai, cần phải phân biệt an tử với đình chỉ điều trị, tức phải phân biệt giữa một bên là cố ý gây ra cái chết bằng cách giết bệnh nhân đau khổ (*euthanasia*) và một bên là chỉ việc để cho cái chết xảy đến bằng cách không điều trị hoặc đình chỉ điều trị kéo dài sự sống. Trong trường hợp đình chỉ, người ta không muốn hoặc không có ý gây ra cái chết mà chỉ quyết định không can thiệp hoặc quyết định cho ngưng việc điều trị, để cho quá trình tử vong diễn ra một cách tự nhiên. Tuy một số nhà bình luận gọi quyết định này là “*an tử thụ động*” (*passive euthanasia*)⁵ nhưng “an tử thụ động”⁶ lại chứa đựng cái ý là cho bệnh nhân những liều lượng lớn morphine để làm giảm đau, mặc dù rất có thể thuốc giảm đau lại gây nghẹt thở khiến bệnh nhân chết

⁴ Xin xem một bài phân tích rất hay về tính phức tạp ngữ nghĩa an tử. Xem Tom L. Beauchamp & Arnold I. Davidson, “The Definition of Euthanasia.” *Journal of Medicine and Philosophy* 4 (1979): 294-312; xem thêm Marvin Kohl, “Euthanasia” trong Lawrence C. B. Becker, chủ biên. *Encyclopedia of Ethics*, Vol. 1. (New York: Garland, 1992), tr. 335-339.

⁵ Xem Richard J. Devine, *Good Care, Painful Choice*. (New Jersey: Paulist Press, 1966), tr. 198. Tôi cũng biết có người đề nghị nên tránh dùng thuật ngữ “an tử chủ động” (active euthanasia) và “an tử thụ động” (passive euthanasia) vì ý nghĩa rất mơ hồ. Để biết thêm chi tiết, xin xem Kenneth M. Boyle và các tác giả khác, chủ biên, “Euthanasia.” *The New Dictionary of Medical Ethics*. (London: BMJ Publishing Group, 1997), tr. 90-91.

⁶ Thuật ngữ “an tử thụ động” (passive euthanasia) thường bị nhầm lẫn bởi chính các tác giả bàn về “an tử chủ động” và “an tử thụ động”: họ hiểu an tử thụ động là đình chỉ các phương tiện hỗ trợ bệnh nhân một khi các phương tiện này không còn gây ích lợi mà chỉ gây hại. Nên tránh dùng cách nói này. Xem Benedict M. Ashley và Kevin D. O'Rourke, *Healthcare Ethics*, 4th Edition. (Washington, D.C.: Georgetown University Press, 1997), tr. 417.

sớm hơn. Hành vi này được thực hiện cho các bệnh nhân vô phương cứu chữa, bị đau đớn hành hạ, hầu cái chết đến sớm hơn. Nó còn được đem áp dụng cho các bệnh nhân trong *tình trạng thực vật vĩnh viễn*, tức bị tổn thương não trầm trọng, chìm trong hôn mê, không có hy vọng phục hồi ý thức. Do đó, để tránh lẫn lộn, trong bài viết này, tôi sẽ không dùng thuật ngữ “*an tử thụ động*” (*passive euthanasia*) khi muốn nói đến việc để cho cái chết xảy ra bằng cách không điều trị hoặc đình chỉ điều trị. Trong trường hợp này, cụm từ sẽ được sử dụng chính là: “*để cho chết*” (*letting die* hoặc *allowing to die*).

3.2 ĐỊNH NGHĨA AN TỬ

Như đã nói trên, thuật ngữ “an tử” nghĩa là “cái chết dễ dàng” hoặc “cái chết êm ái.” Suốt nhiều thế kỷ, thuật ngữ này nói đến hành vi làm cho người nào đó chết một cách không đau đớn, thường để tránh đi những đớn đau thêm nữa do bệnh tật gây ra, nhất là những căn bệnh vô phương cứu chữa, hoặc để chấm dứt tình trạng hôn mê không thể phục hồi ý thức. An tử hiểu theo nghĩa này thường được gọi là “giết chết vì thương xót” hay “cái chết phẩm giá”.

Ngày nay an tử được dùng để nói đến cái chết của người bị bệnh nan y vô phương cứu chữa; thuật ngữ này ám chỉ và giả định hai điều. Một là, người kết liễu mạng sống của chính mình hay mạng sống của người khác có ý nhắm đến cái chết như mục tiêu của hành vi. Hai là, mạng sống bị kết liễu là “mạng sống của người vô tội.” Cụm từ “mạng sống của người vô tội” phân biệt hành vi an tử với hành vi tước đoạt mạng sống của một người nào đó, khi cách thức hành xử của họ là nguyên nhân gây ra sự việc hoặc chính nó là lý lẽ biện minh cho việc dùng vũ lực để kết liễu mạng sống của họ. Ví dụ, không phải là an tử khi tự vệ chống lại kẻ gây hấn bất công. Cũng không phải là an tử khi tử tội bị đem ra hành quyết. Ngược lại, trong trường hợp an tử, nạn nhân bị giết là người vô tội không hề làm điều gì đáng phải bị giết chết. Do đó, an tử chỉ hành vi chấm dứt mạng sống của người bệnh vô vọng và hành vi này được thực hiện bởi những lý do nhân đạo.

Truyền thống luân lý Công Giáo đã phân biệt khái quát một bên là “an tử chủ động” (*active euthanasia*), tức việc cố ý giết chết bệnh nhân hấp hối, thể theo yêu cầu rõ ràng và sự ưng thuận hoàn toàn của bệnh nhân, một bên là “để cho chết” (*allowing to die*), tức không điều trị hoặc đình chỉ điều trị kéo dài sự sống, và vì thế bệnh nhân sẽ chết vì bệnh hoặc vì chấn thương. Tuy nhiên, rất khó vẽ được ranh giới phân biệt giữa *giết chết* và *để cho chết*, điều này đã làm

dấy lên rất nhiều tranh cãi như chúng tôi sẽ bàn luận và đi sâu vào chi tiết ở phần sau.⁷ Và theo dòng tranh luận, thêm những phạm trù mới mẽ được nêu ra và được triển khai. Ta có thể nêu câu hỏi: tình trạng của bệnh nhân lúc này là vô phương cứu chữa (chắc chắn sẽ chết) hay chưa phải là vô phương cứu chữa (có thể sống sót về lâu về dài, tuy chất lượng cuộc sống là thấp)? Ta cũng có thể hỏi: liệu phương pháp điều trị có tính cách thông thường hay ngoại thường? Cái chết xảy đến, ấy là hiệu quả gián tiếp, phụ thuộc hay ấy là kết quả trực tiếp của sự điều trị? Tuy nhiên, như trong trường hợp mới đây của Nancy Cruzan (gia đình bệnh nhân yêu cầu ngắt ống dinh dưỡng),⁸ ngay cả những phạm trù này cũng không thể bao gồm đầy đủ.⁹ Có lẽ cũng còn những câu hỏi nữa: tình trạng thực vật vĩnh viễn có nên được coi là “vô phương cứu chữa” bởi lẽ bệnh nhân không thể sống sót mà không có phương tiện y khoa nhân tạo duy trì sự sống? Việc cung cấp dinh dưỡng cơ bản (tiếp thức ăn, tiếp nước) trong trường hợp này nên được coi là sự chăm sóc thông thường hay ngoại thường? Nếu ngưng cung cấp thức ăn và rời bệnh nhân qua đời thì cái chết này là do thiếu dinh dưỡng bất ngờ

⁷ Đã có vô số sách báo viết về đề tài này, nhưng cuộc tranh luận vẫn cứ tiếp tục. Chẳng hạn, xin xem John Paris, “Active Euthanasia.” *Theological Studies* 53 (1992): 113-126; James Rachels, “Active and Passive Euthanasia.” *New England Journal of Medicine* 292 (1975): 78-80; Richard A. McCormick, “Euthanasia or Allowing to Die: Ethical Distinctions.” Bài tham luận này của McCormick được trình bày tại hội nghị ở Hoa Kỳ cũng là hội nghị khai mạc chương trình của các tiến sĩ về Đạo Đức Sinh Học trong Truyền Thống Công Giáo tại trường đại học Saint Louis. Tên của hội nghị này là *Trợ tử: Đòi sống Công chúng và Hoạt động Công Giáo (Assisted Suicide: Public Life and Catholic Practice)*, thứ Bảy 26-04-1997; Tom L. Beauchamp và James F. Childress, *Principles of Biomedical Ethics*, 4th Edition. (New York: Oxford University Press, 1994), tr. 219-235; Luke Gormally, chủ biên, *Euthanasia, Clinical Practice and the Law*. (London: The Linacre Centre, 1994), tr. 37-50. Thật vậy, quyết định của Tòa Thánh Vatican khi đưa ra văn kiện chính thức *Tuyên ngôn về An tử* đã phản ánh sự khẩn thiết của vấn đề an tử và cho thấy Giáo Hội nhận ra rằng: những thay đổi trong công nghệ y học đã dẫn đến những vấn nạn mới mà các văn kiện trước đây của Giáo Hội chưa đề cập đến. Văn kiện cho ta thấy được mức độ phức tạp ngày càng gia tăng trong việc minh định an tử chủ động và an tử thụ động. Xem J. Gordon Melton, chủ biên, *The Churches Speak On: Euthanasia*. (Detroit: Gale Research Inc., 1991), tr. 13.

⁸ . Vụ án năm 1983, Nancy Beth Cruzan bị tai nạn xe hơi, rơi vào “tình trạng thực vật vĩnh viễn,” gia đình nạn nhân yêu cầu đình chỉ hệ thống duy trì sự sống để Nancy được chết, bệnh viện đòi phải có sự chấp thuận của tòa án. Tòa án Tối Cao Hoa Kỳ phán quyết rằng gia đình bệnh nhân không có đủ bằng chứng cho thấy Nancy không muốn duy trì sự sống. Sau đó gia đình Cruzan trình được bằng chứng ấy trước Tòa án Tối Cao Missouri và tòa đã chấp thuận vào cuối năm 1990. Việc dinh dưỡng cho Nancy được cắt đứt vào tháng 12-1990 và cô chết trong tháng ấy. Quyết định của tòa án gây ra nhiều tranh cãi về pháp lý.

⁹ Christel Manning. “Euthanasia and Its Moral Implications” trong *The Churches Speak On: Euthanasia*. (Detroit: Gale Research Inc., 1991), xiv. J. Gordon Melton chủ biên.

hay là do tai nạn/tình huống đã dẫn đến tình trạng thực vật vĩnh viễn? Những người đã từng tham gia vào các trường hợp cụ thể đều nhận thấy rằng, không dễ dàng gì để có thể trả lời cách mạch lạc những câu hỏi trên. Thế nhưng, cuộc tranh luận về luân lý tính của an tử hiện nay lại đang tập trung trong việc tìm kiếm câu trả lời cho thỏa đáng đối với những câu hỏi vô cùng phức tạp và thật sự éo le khôn tả.

Ngày nay, người ta có thể nhận ra sự thay đổi, không những nơi ý nghĩa nguyên thủy của từ “an tử” mà còn nơi sự áp dụng của nó. Sự áp dụng đã chuyển dịch từ cái chết êm ái tự nhiên sang cái chết do y khoa thực hiện để chấm dứt khổ đau cho những bệnh nhân vô phương cứu chữa. Vì thế an tử, với ý nghĩa hiện đại của nó, được định nghĩa là một hành vi cố ý giết chết những người bị bệnh hoặc bị chấn thương ở mức vô vọng, vì lý do nhân đạo.

Văn kiện “*Tuyên Ngôn Về An Tử*” khẳng định ý nghĩa tâm nguyên của *an tử*: “cái chết êm ái không đau đớn trầm trọng.” Văn kiện cũng nhìn nhận sự thay đổi về ý nghĩa thuật ngữ khi nhận định rằng: “ngày nay không ai nghĩ đến ý nghĩa khởi thủy của thuật ngữ này nữa, mà chỉ nghĩ đến một sự can thiệp nào đó của y khoa, nhờ đó những khổ đau của bệnh nhân hoặc của cơn đau trong giờ phút hấp hối được giảm bớt, nhưng đôi khi cùng lúc lại có nguy cơ làm cho sự sống bị kết liễu quá sớm.” Văn kiện phát biểu:

Cuối cùng, thuật ngữ an tử được dùng với một ý nghĩa đặc biệt hơn để nói đến việc “giết vì thương xót” nhằm làm chấm dứt nỗi đau tột độ hay giúp cho những trẻ sơ sinh bất thường, những người tâm thần và những người bệnh vô phương cứu chữa khỏi phải kéo dài, có lẽ suốt nhiều năm nữa, một cuộc sống khốn khổ, ngang đó có thể tạo nên một gánh quá nặng cho gia đình hay cho xã hội.¹⁰

Theo ý nghĩa hiện đại của thuật ngữ này, đôi khi chúng ta tự giới hạn mình để chỉ nghĩ đến an tử như một hành vi tích cực, nhằm giải thoát con người khỏi đau khổ bằng cách giết chết họ. Thế nhưng thuật ngữ an tử còn có nghĩa sâu xa hơn một hành vi can thiệp. Theo định nghĩa, nó bao gồm cả “hành động” (action) và “không hành động” (omission) (Cf. *Tuyên Ngôn về An Tử*, tr. 292). Không hành động, nhưng với ý định gây ra cái chết cho bệnh nhân thì được kể

¹⁰ Xem Thánh Bộ Giáo Lý Đức Tin, *Tuyên Ngôn Về An Tử*” trong *The Pope Speaks* 25 (1980): 292.

là an tử. Vì thế, điều cần nhấn mạnh là “ý định” và “phương tiện sử dụng.” *Tuyên Ngôn về An Tử* nêu rõ:

An tử được hiểu là hành động hoặc không hành động để do chính hành động ấy hay do ý định mà gây ra cái chết, ngõ hầu sự đau khổ được chấm dứt. Vì thế, các thuật ngữ tham chiếu về an tử phải được tìm thấy nơi ý định và nơi phương tiện sử dụng.¹¹

Cái chết được gây ra có thể do tự nguyện hay không tự nguyện. **An tử tự nguyện** (voluntary euthanasia) là tự tử có trợ giúp trong khi đang được chăm sóc y tế. Đây đúng là tự nguyện vì việc giết chết được thực hiện thể theo yêu cầu của bệnh nhân, và bác sĩ tin rằng bệnh nhân có lý do chính đáng để được kết liễu mạng sống do tình trạng tâm lý và sức khỏe hiện nay hay ở tương lai tiên liệu được.¹² **An tử không tự nguyện** (involuntary euthanasia) là khi bệnh nhân không hề bày tỏ ước muốn, cũng không hề đưa ra bất cứ bằng chứng vững chắc nào, cho thấy mạng sống của người ấy cần phải được kết liễu. Thi hành việc giết chết vì thương xót mà không có yêu cầu rõ rệt của bệnh nhân là phạm tội giết người.¹³ Khác với an tử không tự nguyện, **an tử phi tự nguyện** (non-voluntary euthanasia) nói đến việc giết chết những bệnh nhân không có khả năng hiểu được những gì đang xảy ra cho mình. Ví dụ, trẻ sơ sinh thiếu năng trầm trọng, bệnh nhân trong tình trạng thực vật vĩnh viễn.

Nhìn từ phía ngược lại, cho dù việc giết bệnh nhân đau khổ được thực hiện thể theo yêu cầu của người ấy, thì hành vi giết chết vì xót thương vẫn không thay đổi bản chất của nó.¹⁴ Đó vẫn là một hành vi của con người nhằm phá hủy điều tốt đẹp nơi mạng sống người vô tội. Theo nghĩa này, an tử là hành vi trái luân lý và không thể được đề nghị làm giải pháp kết thúc sự đau khổ của bệnh

¹¹ Xem Thánh Bộ Giáo Lý Đức Tin, Tuyên Ngôn Về An Tử” trong *The Pope Speaks* 25 (1980): 292.

¹² Xem Sissela Bok, "Euthanasia" trong Gerald Dworkin, R. G. Frey và Sissela Bok, *Euthanasia and Physician-Assisted Suicide: For and Against*. (United Kingdom: Cambridge University Press, 1998): 110-111.

¹³ Xem Kevin O'Rourke, "Value Conflicts Raised by Physician-Assisted Suicide." *Linacre Quarterly* 57 (1990): 39-40.

¹⁴ Xem Scott B. Rae và Paul M. Cox, *Bioethics: A Christian Approach in a Pluralistic Age*. (Michigan: Wm. B. Eerdmans Publishing Co., 1999), tr. 242; xem thêm Charles T. Canady, "Physician-Assisted Suicide and Euthanasia in the Netherlands: A Report to the House Judiciary Subcommittee on the Constitution." *Issues in Laws & Medicine* 14 (1988): 305-306.

nhân vô phương cứu chữa hoặc của người hấp hối. Đây là hành vi cần phải được gạt bỏ. Tuyên ngôn về an tử nêu rất rõ điểm này khi phát biểu:

Cần phải khẳng định mạnh mẽ một lần nữa, rằng không ai hoặc không điều gì bằng bất cứ cách thức nào, có thể cho phép việc giết chết con người vô tội, dù đó là phôi, thai, hài nhi, người trưởng thành, người già, người khổ đau vì bệnh nan y vô phương cứu chữa hay người hấp hối. Ngoài ra, không ai được phép yêu cầu hành vi giết người này, dù là cho chính mình hay cho người được ủy thác cho mình coi sóc. Cũng không được chấp thuận hành vi này, dù là minh nhiên hay mặc nhiên. Không một quyền bính nào được lấy pháp luật mà khuyến làm hoặc cho phép làm một hành vi như thế. Bởi lẽ đây là sự vi phạm thiên luật, là sự xúc phạm phẩm giá con người, là tội ác chống lại sự sống và là sự tấn công vào cộng đồng nhân loại.¹⁵

2. NHỮNG ĐIỂM KHÁC BIỆT GIỮA AN TỬ VÀ TRỢ TỬ

Những vấn đề luân lý liên quan đến việc bác sĩ giúp cho bệnh nhân được chết với phẩm giá con người là mối quan tâm chính yếu cho giới chuyên môn y khoa, các nhà luân lý và công chúng nói chung. Cuộc tranh luận được sôi nổi thêm bởi các vụ án như *Compassion in Dying kiện tiểu bang Washington* và *Quill kiện Vacco** trong đó an tử thụ động đã mở rộng tới an tử chủ động do bác sĩ thực hiện.¹⁶ Hiện nay nhu cầu rất khẩn thiết là phải trình bày được một cách tỷ

¹⁵ Xem Thánh Bộ Giáo Lý Đức Tin, “Tuyên Ngôn Về An Tử” trong *The Pope Speaks* 25 (1980): 292.

* *Compassion in Dying* là một tổ chức của các bác sĩ ủng hộ trợ tử. Năm 1996 họ đâm đơn kiện lên Tòa Án Liên Bang, cho rằng tiểu bang Washington nghiêm cấm bác sĩ trợ giúp bệnh nhân tự tử là vi hiến (trái hiến pháp) và vi phạm quyền của bệnh nhân vô phương cứu chữa (xin xem thêm chú thích 159). Trong vụ án kia, Timothy E. Quill và một số bác sĩ hành nghề ở Nữ Ước đứng nguyên đơn vào năm 1997 kiện Dennis C. Vacco, Chương Lý Nữ Ước. Các bác sĩ cho rằng “rất phù hợp với nghề nghiệp bác sĩ” khi chỉ định thuốc kết liễu mạng sống cho “những bệnh nhân vô phương cứu chữa, không còn khả năng trí não” và đang phải đau đớn cùng cực, thế nhưng các bác sĩ bị cản trở việc này do luật của tiểu bang Nữ Ước cấm trợ giúp tự tử.

¹⁶ Để biết thêm chi tiết về các vụ án thuộc tòa liên bang này, xin tham khảo bài viết của M. Cathleen Kaveny, “Assisted Suicide, Euthanasia, and the Law.” *Theological Studies* 58 (1997): 126-148; xem thêm Yale Kamisar, “Physician-Assisted Suicide: The Last Bridge to Active Voluntary Euthanasia” trong John Keown, chủ biên, *Euthanasia Examined: Ethical, Clinical and Legal Perspectives*. (New York, NY: Cambridge University Press, 1995), tr. 248-251.

mỉ và mạch lạc về cả hai phe của cuộc tranh luận. Vì thế trong phần này, người viết mạn phép khảo sát sâu xa thêm mối tương quan luân lý giữa **an tử** (euthanasia) và **trợ tử** (physician-assisted suicide: tự tử với sự trợ giúp của bác sĩ), và xét xem chúng liên hệ với nhau như thế nào? Chúng chỉ là một vấn đề hay là hai vấn đề khác nhau? Về mặt luân lý, chúng giống như nhau hay khác biệt nhau?

Trong cuộc tranh luận lịch sử dài hơi này, vấn đề chính về tự tử và an tử nằm ở giữa hai lập trường, một bên là những người khẳng định, dù trên nền tảng tôn giáo hay triết học, rằng chúng ta không được phép chấm dứt mạng sống của mình theo ý thích, và một bên là những người biện luận rằng: về mặt luân lý con người có quyền kiểm soát vận mạng của mình. Ví dụ, hai triết gia lỗi lạc, Gerald Dworkin và R. G. Frey, biện luận rằng trong một số hoàn cảnh thì về luân lý cũng như pháp lý, bác sĩ được phép cung cấp kiến thức và phương tiện, nhờ đó bệnh nhân có thể chấm dứt mạng sống của mình. Trái lại, Sissela Bok, một trong những nhà đạo đức học lừng danh nhất ở Hoa Kỳ, cho rằng việc hợp pháp hóa an tử và trợ tử sẽ đem lại những nguy cơ nghiêm trọng và không đáp ứng được một cách thỏa đáng nhu cầu của những người từ giã cõi đời, ít ra ở những xã hội mà bảo hiểm y tế không ở trong tầm tay của tất cả mọi người.¹⁷

Mặc dù, tự tử không còn là một tội ác nữa, nhưng trợ giúp người khác tự tử vẫn bị cấm bởi luật tập tục hay luật thành văn ở hầu hết các tiểu bang Hoa Kỳ.¹⁸ Tuy nhiên trong những năm gần đây, lý lẽ ủng hộ quyền tự quyết đã giành được thế mạnh mới về mặt luân lý cũng như pháp lý. Hai tòa án liên bang¹⁹ đã đi một

¹⁷ Xem Gerald Dworkin, R. G. Frey và Sissela Bok, *Euthanasia and Physician-Assisted Suicide: For and Against*. (United Kingdom: Cambridge University Press, 1998).

¹⁸ Hầu hết các tiểu bang khi cấm tự tử với sự trợ giúp của bác sĩ thì đều có văn bản pháp lý quy định cụ thể, trong khi đó một số tiểu bang xử lý hành vi ấy như một hình thức giết người. Xem Yale Kamisar, "Physician-Assisted Suicide: The Last Bridge to Active Voluntary Euthanasia" trong John Keown, chủ biên, *Euthanasia Examined: Ethical, Clinical and Legal Perspectives*. (New York, NY: Cambridge University Press, 1995), tr. 229. Do đó ngày nay toan tự tử không còn là tội nữa, và hầu hết các tiểu bang tại Hoa Kỳ đã hủy bỏ trách nhiệm hình sự cho hành vi toan tự tử, ngõ hầu giúp cho những người toan tự tử còn sống sót được đón nhận tâm lý trị liệu. Xem Margaret Pabst Battin, "Ethical Issues in the Physician-Assisted Suicide" trong Michael M. Uhlmann, chủ biên, *Last Rights? Assisted Suicide and Euthanasia Debated*. (Washington, D.C.: Ethics and Public Policy Center, 1998), tr. 113.

¹⁹ Brian Stoffell, "Voluntary Euthanasia, Suicide and Physician-Assisted Suicide" trong *A Companion to Bioethics*. (Great Britain: Blackwell Publishers Ltd., 1998) tr. 276, Helga Kuhse và Peter Singer chủ biên; xem thêm Charles T. Canady, "Physician-Assisted Suicide and Euthanasia in the Netherlands: A Report to the House Judiciary Subcommittee on the Constitution." *Issues in Laws & Medicine* 14 (1988): 303-305.

bước ngoặt pháp lý ngoạn mục. Trước hết là Tòa Phúc Thẩm Lưu Động Số 9 (ngày 06-03-1996) mở tại San Francisco. Tám trong mười một vị quan tòa, đồng tâm nhất trí, phán quyết rằng: mỗi cá nhân có “quyền tự do về những sở thích” được hiến pháp bảo vệ dựa trên bản Tu Chính Hiến Pháp Số 14, trong việc chọn thời điểm và cách thức từ giã cõi đời.²⁰

Một tháng sau, vào ngày 02-04-1996, Tòa Phúc Thẩm Lưu Động Số 2, mở tại New York, cũng đi đến cùng một kết luận tương tự, nhưng những lý do đưa ra có hơi khác. Dựa trên Mệnh Đề Được Bảo Vệ Như Nhau của bản Tu Chính Hiến Pháp Số 14, tòa biện luận rằng không có sự khác biệt giữa việc đình chỉ các hệ thống duy trì sự sống và việc cung cấp thuốc để gây ra cái chết. Đây là quyết định chung của ba quan tòa. Tham chiếu một cách đặc biệt đến sự kiện bệnh nhân lệ thuộc máy móc có quyền quyết định giờ chết của mình, hai trong số ba quan tòa phát biểu rằng: bệnh nhân vô phương cứu chữa “phải được tự do thực hiện việc ấy bằng cách yêu cầu bác sĩ kết liễu mạng sống của mình trong những giai đoạn cuối của căn bệnh vô phương cứu chữa.” Tuy nhiên sau đó, cả hai phán quyết này đều bị Tòa Án Tối Cao Hoa Kỳ thay đổi và vô hiệu hóa, vào ngày 28-06-1997.²¹ Dù các tòa án quyết định thế nào đi nữa, các luận cứ do Tòa Phúc Thẩm Lưu Động Số Hai và Số Chín nêu ra, có lẽ sẽ ảnh hưởng đến các cuộc thảo luận về an tử và trợ tử trong những năm sắp đến.

Ronald Dworkin, người ủng hộ an tử tự nguyện và trợ tử cho rằng: mỗi cá nhân có quyền tự quyết định cho chính mình liên quan đến cách thức và phương pháp dùng để kết liễu mạng sống. Ông ta đã dùng ngòi bút của mình để phản biện lại những lý lẽ được nhiều người khẳng định nhằm chống lại việc giới hạn quyền tự quyết đối với cái chết.²² Trong vụ án ở Tòa tối cao, *Cruzan kiện Giám*

²⁰ Phần lớn ý kiến của mười một quan tòa được dựa trên cơ sở “quyền tự do về sở thích” nơi Điều Khoản Thủ Tục Pháp Lý Công Bằng (Due Process Clause) của bản Tu Chính Hiến Pháp Số 14, rằng không tiểu bang nào được phép “tước đi mạng sống, sự tự do hay tài sản của bất kỳ người nào mà không có thủ tục pháp lý thích hợp.” Xem M. Cathleen Kaveny, “Assisted Suicide, Euthanasia, and the Law.” tr. 127-128.

²¹ Xem Scott B. Rae và Paul M. Cox, *Bioethics: A Christian Approach in a Pluralistic Age*. (Michigan: Wm. B. Eerdmans Publishing Co., 1999), tr. 43; xem thêm Michael M. Uhlmann, chủ biên, *Last Rights? Assisted Suicide and Euthanasia Debated*. (Washington. D.C.: Ethics and Public Policy Center, 1998), tr. 1; và xem thêm Cathleen Kaveny, “Assisted Suicide, Euthanasia, and the Law.” *Theological Studies* 58 (1997): 124-148, ở tr. 126-135.

²² Xem bài viết của ông: “Do We Have the Right to Die?” trong Michael M. Uhlmann, chủ biên, *Last Rights? Assisted Suicide and Euthanasia Debated*. (Washington. D.C.: Ethics and Public Policy Center, 1998), tr. 75-93.

đốc Sở Y tế Missouri, vấn đề là có thể đình chỉ hay chẳng, việc điều trị duy trì sự sống cho một bệnh nhân hôn mê, mà trong suốt mấy năm trời chỉ tỏ ra được rất ít dấu hiệu của ý thức. Cha mẹ và các bác sĩ của Nancy Cruzan đã không được phép đình chỉ việc điều trị vì không có bằng chứng “rõ ràng và thuyết phục,” như luật pháp Missouri đòi hỏi, rằng Nancy muốn được thực hiện điều đó cho mình.²³

Trong bài phân tích về phán quyết của Tòa Án Tối Cao, Dworkin nêu ra một vấn nạn triết học quan trọng: đích xác đâu là cơ sở luân lý để dựa vào đó, tiểu bang có quyền duy trì mạng sống của bệnh nhân? Lý lẽ do ngài Chánh Thẩm Rehnquist đưa ra có vẻ giả định rằng, tất cả mạng sống con người đều có một giá trị nội tại không thể cắt giảm được, nhưng Dworkin chất vấn: liệu giả định ấy có thể biện minh được trên những nền tảng ngoài tôn giáo hay chẳng? Ông cho rằng, không phải mọi mạng sống con người đều có giá trị ngang nhau, rằng cố gắng duy trì mạng sống cho Cruzan là tước đoạt mất của cô ấy, chính cái phẩm giá mà những người bảo vệ pháp luật đang ra sức gìn giữ. Dworkin nêu câu hỏi: quyền lợi của ai được phục vụ, khi pháp luật đòi phải tiếp tục sử dụng các phương tiện duy trì mạng sống cho những bệnh nhân trong tình trạng thực vật vĩnh viễn?

Trong khuôn khổ hạn hẹp những dữ kiện về Nancy Cruzan, biện luận của Dworkin có sức thu hút mạnh mẽ, nhưng phải chăng biện luận ấy chỉ áp dụng được cho các bệnh nhân trong tình trạng thực vật vĩnh viễn mà thôi? Dworkin không trực tiếp đề cập đến câu hỏi này trong phần chính của bài tiểu luận, nhưng trong phần phụ lục,²⁴ ông có lời khen rằng một phán quyết gần đây hơn của Tòa

²³ Michael M. Uhlmann, chủ biên, “Contemporary and Theological Perspectives.” *Last Rights? Assisted Suicide and Euthanasia Debated*. (Washington. D.C.: Ethics and Public Policy Center, 1998), tr. 49; M. Cathleen Kaveny, “Assisted Suicide, Euthanasia, and the Law.” tr. 128.

²⁴ Phụ Lục: Một vụ tố tụng được phán quyết ngày 03-05-1994 tại Seattle có thể trở thành vụ *Roe kiện Wade* trong lãnh vực an tử. Trong vụ *Compassion in Dying kiện Tiểu bang Washington*, thẩm phán Tòa Án Liên Bang Barbara Rothstein triệt hạ luật cấm tự-tử-có-trợ-giúp áp dụng suốt 140 năm qua của tiểu bang Washington và tuyên bố rằng bệnh nhân vô phương cứu chữa còn tỉnh táo thì có quyền yêu cầu bác sĩ trợ giúp để tự tử. Thế có nghĩa là bà phán quyết rằng: tất cả những tiểu bang nào có luật cấm trợ giúp tự tử thì luật ấy không hợp hiến. Lại một lần nữa, các tòa án trở thành trung tâm điềm cho một cuộc tranh luận có tính cách luân lý và tôn giáo. Xem Ronald Dworkin, “Do We Have the Right to Die?” trong Michael M. Uhlmann, chủ biên, *Last Rights? Assisted Suicide and Euthanasia Debated*. (Washington. D.C.: Ethics and Public Policy Center, 1998), tr. 90.

Án Liên Bang đã tuyên bố một quyền hợp hiến rộng rãi cho việc trợ tử.* Ông gợi ý bằng câu hỏi: cái gì lẽ ra phải là vấn đề trọng tâm trong vụ Cruzan nhưng đã bị che mờ đi bởi tình huống khá hạn hẹp mà vụ án phát sinh? Theo cái nhìn của Dworkin, vấn đề thật sự ở đây là quyền tự quyết cá nhân của Cruzan. Vì cô không thể tự thực thi quyền này, nên cha mẹ và các bác sĩ của cô, lẽ ra phải được ra tay thực thi cho cô. Xem ra Dworkin muốn gợi ý cho ta thấy rằng Tòa Án Tối Cao đã không đi vào đúng trọng tâm: vấn đề chẳng phải là tiểu bang có hay không có quyền bảo vệ mạng sống, nhưng là có được dùng quyền ấy hay không, để duy trì mạng sống trái với ý muốn (trong trường hợp này là ý muốn qui gán) của bệnh nhân. Ông cho rằng việc tự tử và (rộng hơn nữa là) việc trợ tử có cơ sở luân lý ở quyền tự quyết cá nhân. Trái lại, Hadley V. Arkes²⁵ biện luận rằng: về mặt luân lý, quyền tự quyết không đủ để biện minh cho việc tự tử và các hành vi khác của con người. Arkes vạch cho ta thấy, rằng khuynh hướng của thời đại ngày nay là biện minh cho hành xử của mình, trên cơ sở ý muốn và sở thích riêng tư. Tuy nhiên, theo ông, sự bất cập của khuynh hướng này lộ rõ vào giây phút ta gặp một người nói rằng: anh ta muốn và thích làm hại ta. Trong trường hợp này, ta thường mau miệng lên tiếng như sau: “làm sai là không có đúng.” Nhưng khi nói rằng người khác hành xử như thế là sai, thì lẽ dĩ nhiên, ta có bổn phận phải đưa ra được lý do, tại sao mình lại chuyển dịch từ nguyên tắc phán đoán chủ quan sang nguyên tắc phán đoán khách quan. Arkes nói: “Nếu hành vi không có cơ sở rõ ràng và chính đáng thì sự trái quấy của hành vi ấy vẫn bất di bất dịch, cho dù ta có hỏi rằng, nó được thực hiện cho người khác hay cho bản thân ta.” Nói cách khác, nếu hành vi tự nó là bất khả biện minh thì ta không được phép thực hiện, dù cho mình hay cho người khác.

Arkes áp dụng biện luận này vào hành vi tự tử và trợ tử. Theo ông, khi nại đến quyền-được-chết, người ta dựa vào định đề “rằng những nguyên tắc hạn chế việc giết người khác thì không ràng buộc kẻ tự giết mình.” Arkes gắng công chỉ ra cái vô lý của định đề này, bằng một loạt những ví dụ giả định mà ý chính là nói lên rằng, những gì luân lý giới hạn hành vi của ta đối với người khác, thì cũng giới hạn hành vi của ta đối với bản thân mình. Nếu là sai quấy khi kẻ phân

* *Roe kiện Wade*. Một phụ nữ (tòa án tạm gọi là Roe) xin được phá thai. Ngày 22-01-1973 Tòa Án Tối Cao Hoa Kỳ chấp thuận yêu cầu. Với quyết định này Tòa đã vô hiệu hóa luật của tiểu bang Texas vốn chỉ cho phép phá thai trong trường hợp mạng sống của người mẹ bị đe dọa. *Roe* được biết đến như vụ án dẫn đến việc hợp pháp hóa việc phá thai trên toàn quốc.

²⁵ Hadley V. Arkes, “The Right to Die – Again” trong Michael M. Uhlmann, chủ biên, *Last Rights? Assisted Suicide and Euthanasia Debated*. (Washington. D.C.: Ethics and Public Policy Center, 1998), tr. 95-110.

biệt chủng tộc ra tay giết người vì khác màu da, thì cũng là sai quấy khi anh ta tự giết mình, vì khám phá ra rằng tổ tiên của mình có cùng chủng tộc với người kia. Cũng vậy, nếu là trái luân lý khi giết một bệnh nhân mắc bệnh AIDS vì anh ta đau khổ quá, thì cũng là trái luân lý khi bệnh nhân tự giết mình, vì khám phá ra rằng chính mình cũng đang mắc chứng bệnh ấy. Luận cứ nghịch đảo cũng như thế: nếu là đúng khi tự giết mình vì lý do chủng tộc hay bệnh tật, thì cũng đúng, khi giết người khác cùng vì những lý do ấy. Tuy nhiên, những người ủng hộ việc hợp pháp hóa an tử tiếp tục biện luận rằng: bệnh nhân phải được quyền kết liễu mạng sống của mình, nếu họ muốn như thế, và có quyền được bác sĩ giết chết cách êm ái. Nếu ta đã chấp nhận quyền của bệnh nhân được tự do chọn cái chết bằng cách tự tử, thì có gì là sai trái khi họ thực thi quyền ấy, nhưng chọn cái chết bằng cách để người khác giết mình? Nếu con người có quyền được chết và đã đi đến quyết định kết liễu mạng sống của mình, sau khi đã cân nhắc không muốn tiếp tục sống trong đau khổ, thì có sao là sai trái khi nhờ người khác thi hành sự lựa chọn hợp pháp của mình? Hoặc có gì là sai trái cho người khác thi hành việc ấy?²⁶

Để phản biện lại lối lập luận như thế, Yale Kamisar, giáo sư Đại học Luật Michigan, cho thấy rằng đòi hỏi trên đây có chỗ lỏng lẻo.²⁷ Thông thường ta nghe nói rằng vì được “quyền” tự tử, nên tất nhiên có “quyền” tự tử với sự trợ giúp của người khác; tuy nhiên nói rằng “quyền tự tử” là không đúng. Thường con người có *khả năng* tự tử nhưng không có *quyền* tự tử. Quả là xã hội không còn phạt người tự tử hoặc toan tự tử, nhưng như thế, không có nghĩa là ta tán thành việc tự tử hoặc toan tự tử, cũng không có nghĩa là ta công nhận rằng quyền “tự định đoạt,” tức quyền “tự quyết cá nhân,” được mở rộng tới những hành vi ấy.

Sở dĩ tự tử và toan tự tử không còn bị kết tội nữa, không phải là vì tự tử được coi là “nhân quyền,” cũng không phải vì hành vi này không còn bị coi là đáng chê trách nữa. Đúng ra, ấy là người ta thấy rằng, phạt những người tự tử là xử bất công với thân nhân của họ, và vì những người tự tử hoặc toan tự tử thường là bị bệnh tâm thần thúc đẩy. Không xử phạt còn là một nỗ lực nhằm đưa

²⁶ Tham khảo thêm quan điểm đối lập, xin xem Kenneth R. Mitchell và các tác giả khác, *Bioethics and Clinical Ethics for Health Care Professionals*, 2nd Edition. (Riverwood, N.S.W: Ligare Pty Ltd., 1999), tr. 262tt.

²⁷ Xem Yale Kamisar, “Physician-Assisted Suicide: The Last Bridge to Active Voluntary Euthanasia.” tr. 225-260.

hoạt động tâm lý trị liệu đến gần hơn với những người toan tự tử còn sống sót.²⁸ Rất có thể ta phán đoán rằng, không có kiểu cách hình phạt nào có thể chấp nhận được dành cho người đã chết vì tự tử, rằng hình phạt không đủ để ngăn cản người ta tự tử, nhưng như thế không có nghĩa là con người có “quyền” tự tử, càng không có nghĩa là có thể biện minh cho việc trợ giúp người khác tự tử.

Tuy tự tử và toan tự tử không còn bị kết tội nhưng trợ giúp tự tử hoặc thúc đẩy người khác tự tử thì bị coi là trọng tội. Những lý do dẫn đến việc hủy bỏ trách nhiệm hình sự cho hành vi tự tử và toan tự tử thì không áp dụng cho hành vi “trợ giúp” người khác tự tử. Rất có thể là “vô lý về đạo đức học khi ấn định hình phạt hay quy tội cho người tự tử, vì đúng ra họ cũng là người cần được chúng ta quan tâm về mặt y tế và tâm lý trị liệu, thế nhưng tự tử vẫn là mối nguy hại cần phải tránh né, chứ không phải là một cái quyền cần được khuyến khích.” Chính vì thế, tuy tự thân hành vi tự tử không còn là một tội nhưng việc “trợ giúp” người khác tự tử - nếu “trợ giúp” nghĩa là “cố ý cung cấp phương tiện y tế” hoặc “cố ý tham gia vào hành vi y tế” để người khác nhờ đó mà tự tử - vẫn còn là một tội hình sự ở hầu hết các tiểu bang Hoa Kỳ²⁹ ngoại trừ tiểu bang Oregon.³⁰

²⁸ Magaret P. Battin, “Ethical Issues in the Physician-Assisted Suicide.” tr. 113.

²⁹ Tuy hành vi tự tử hoặc toan tự tử đã được hủy bỏ trách nhiệm hình sự khắp các tiểu bang tại Hoa Kỳ, nhưng hầu hết các pháp quyền đều tiếp tục nghiêm cấm việc trợ giúp người khác tự tử. Hiện nay, an tử chủ động tự nguyện (voluntary active euthanasia) là bất hợp pháp ở Hoa Kỳ, mặc dù đã có ít nhiều nỗ lực cải cách. Xem Tom L. Beauchamp và James F. Childress, *Principles of Biomedical Ethics*, 4th Edition. (New York: Oxford University Press, 1994), tr. 228; Yale Kamisar, “Physician-Assisted Suicide: The Last Bridge to Active Voluntary Euthanasia.” tr. 229-230; xem thêm Magaret P. Battin, “Ethical Issues in the Physician-Assisted Suicide.” tr. 113; John Paris, “Active Euthanasia.” tr. 119.

³⁰ Xem “Oregon: the Death with Dignity Act” trong John Keown, *Euthanasia Ethics and Public Policy*. (Cambridge: Cambridge University Press, 2002), tr. 167-180. Tháng 11-1994, Đạo Luật Cái Chết Phảm Giá Oregon, một sáng kiến của các công dân, được thông qua trong một cuộc trưng cầu dân ý với số phiếu sát sao: 51% thuận và 49% chống. Việc thi hành Đạo Luật bị hoãn lại vì có sự phản đối về tính hợp hiến của nó. Ngày 27-10-1997 lệnh cản việc thi hành đạo luật bị hủy bỏ bởi Tòa Phúc Thảm Liên Bang Lưu Động Số 9. Tháng 11-1997 các cử tri bỏ phiếu 60% thuận và 40% chống, đẩy lùi một kiến nghị đòi hủy bỏ Đạo Luật. Từ đó luật mới của tiểu bang Oregon bắt đầu có hiệu lực, cho phép trợ tử, tức cho phép bệnh nhân vô phương cứu chữa được nhận phương tiện y khoa để tự tử từ bác sĩ của mình, tuy nhiên an tử chủ động vẫn không được phép.

4.1 SO SÁNH, ĐỐI CHIẾU AN TỬ CHỦ ĐỘNG VÀ TRỢ TỬ

Thời gian gần đây, những cuộc tranh luận về an tử và trợ tử tăng nhanh vì những gì xảy ra ở Hà Lan, cụ thể là vào ngày 10-04-2001, khi Thượng Viện Hà Lan chấp thuận an tử và trợ tử với một số điều kiện rõ ràng minh bạch, nghĩa là các bác sĩ được phép trợ giúp bệnh nhân vô phương cứu chữa kết liễu mạng sống của mình mà không bị truy tố.³¹ Hiện tượng này là thành tích cao nhất của phong trào an tử. Vì thế, trong hai thập niên vừa qua chúng ta đã chứng kiến nhiều thay đổi nơi thái độ đối với cái chết và việc chết, nhất là việc “để cho chết.” Thế nhưng, từ trước đến nay an tử chủ động tự nguyện vẫn là hành vi giết người. Tuy đã có rất nhiều thất bại về truy tố và vô hiệu hoá trong các trường hợp này,³² luật vẫn khẳng định rõ: “Ai cố ý và chủ động giết người khác thì phải chịu trách nhiệm hình sự, cho dù thực hiện theo yêu cầu của người đã chết hay do sự thúc đẩy của lòng xót thương.”³³ Không thể gạt bỏ quyền không bị giết của con người. Tất nhiên, một số triết gia và bác sĩ đã từng lên tiếng rằng: con người có thể từ bỏ quyền không bị giết ấy, ít nhất khi còn tỉnh táo và sau khi suy xét kỹ lưỡng, quyết định rằng không còn muốn tiếp tục sống nữa, trong một số hoàn cảnh nào đó.

Triết gia kiêm luật gia Ronald Dworkin là người ủng hộ trợ tử, ở trang đầu cuốn sách của mình, *Life's Dominion* (Làm Chủ Sự Sống), đã nhận xét:

Cuộc tranh luận về an tử bỗng nhiên bùng nổ thành tin tức trên trang nhất các báo chí. Các bác sĩ nay đang thừa nhận những gì mà y khoa từng giữ

³¹ Xem Charles T. Canady, “Physician-Assisted Suicide and Euthanasia in the Netherlands: A Report to the House Judiciary Subcommittee on the Constitution.” *Issues in Laws & Medicine* 14 (1988): 301-306; Henk Jochemsen, “Legalization of Euthanasia in the Netherlands.” *Issues in Laws & Medicine* 14 (1988): 285-287; Martin McKeever, C.Ss.R., “One Last Right? The Politics and Ethics of Liberalizing Euthanasia.” *Studia Moralia* XXXIX/2 (tháng 12-2001): 555; xem thêm Roel Janssen, “The Netherlands: A New Golden Age Prosperous Dutch Face Tough Challenges.” <http://www.eurunion.org/magazine/0102/golden.htm>

³² Có bằng chứng cho thấy rằng an tử chủ động đã bị các bác sĩ Hà Lan lạm dụng. Xem Herbert Hendin, “Seduced by Death: Doctors, Patients, and the Dutch Care.” *Issues in Law & Medicine* 10 (1994): 123-168.

³³ Xem Brian Stoffell, “Voluntary Euthanasia, Suicide and Physician-Assisted Suicide” trong Helga Kuhse & Peter Singer, chủ biên, *A Companion to Bioethics*. (Malden, MA: Blackwell, 1998), tr. 277; xem thêm Martin McKeever, C.Ss.R., “One Last Right? The Politics and Ethics of Liberalizing Euthanasia.” *Studia Moralia* XXXIX/2 (tháng 12-2001): 555-556.

kín: ấy là các bác sĩ, đôi khi, có giết các bệnh nhân xin được chết, hoặc trợ giúp cho các bệnh nhân ấy tự giết mình.³⁴

Sau đó, để minh họa cho quan điểm của mình rằng hành vi an tử đã gia tăng sự tranh luận sôi nổi không những ở Hà Lan, mà còn ở Hoa Kỳ và các nơi khác nữa. Dworkin bàn đến hai trường hợp. Trường hợp thứ nhất, một bác sĩ ở Nữ Ước (New York) đã kê toa thuốc tử vong cho một bà bị bệnh bạch cầu và cho bà ta biết cần uống bao nhiêu để chết. Trường hợp thứ hai, một bác sĩ người Anh đã tiêm potassium chloride [không có tác dụng giảm đau] cho một bệnh nhân viêm thấp khớp ... nài nẵng xin được giết chết.³⁵ Cách đó 180 trang sách, giáo sư Dworkin lại bàn về vụ bác sĩ người Anh một lần nữa. Lúc này, ông đề cập đến điều mà ông gọi là một trường hợp tương tự như trường hợp tại Nữ Ước nói trên. Công bằng mà nói, Dworkin không quan tâm đến chỗ bác sĩ người Anh thực hiện an tử chủ động, trong khi bác sĩ người Mỹ chỉ trợ giúp bệnh nhân tự tử (và sự trợ giúp chỉ ở mức thấp). Dường như, điều khiến Dworkin bận tâm là bác sĩ người Anh bị kết tội cố sát trong khi bác sĩ người Mỹ, tuy tham gia vào một trường hợp tương tự lại được trắng án.³⁶

Cho dù ta tin rằng, về nguyên tắc, có sự phân biệt quan trọng giữa trợ tử và an tử chủ động tự nguyện, nhưng trên thực tế, rất khó đưa nguyên tắc ấy vào bất kỳ vụ tố tụng nào sau này và rất khó bám sát được sự phân biệt ấy.

Giả sử một bệnh nhân không thể nuốt những viên thuốc tự tử hay quá yếu sức không thể thực hiện hành vi cuối cùng để làm tròn ước muốn nhất mực là được chết. Nếu có hoặc cần phải có “quyền được trợ tử” thì cứ sao, ta từ chối không cho bà ta được hưởng quyền ấy, chỉ vì bà ta thiếu khả năng thể lý để tự thực hiện hành vi cuối cùng?

³⁴ Ronald Dworkin, *Life's Dominion: An Argument about Abortion and Euthanasia*. (London: Harper Collins Publisher, 1993), tr. 3.

³⁵ Trường hợp thứ nhất là bác sĩ Timothy Quill, quê ở Rochester thuộc New York; ông không bị truy tố vì trợ giúp tự tử, mặc dù đây là trọng tội trong tiểu bang của ông. Bác sĩ người Anh của trường hợp thứ hai là Nigel Cox, bị kết tội cố sát. Xem Dworkin, *Life's Dominion*. Sđd. tr. 184-186.

³⁶ Yale Kamisar, “Physician-Assisted Suicide: The Last Bridge to Active Voluntary Euthanasia” trong John Keown, chủ biên, *Euthanasia Examined: Ethical, Clinical and Legal Perspectives*. (New York: Cambridge University Press, 1995), tr. 232.

Bác sĩ Timothy Quill,³⁷ người đã trợ giúp một bệnh nhân kinh niên chết bằng cách tự tử, thì tin rằng có thể vẽ ra ranh giới giữa an tử chủ động và trợ tử,³⁸ thế nhưng, ông cũng thấy khó mà bám sát được sự phân biệt này. Quill đã kể lại câu chuyện gây xúc động về một bác sĩ đã kê toa thuốc barbiturate (một loại thuốc an thần) cho một bệnh nhân AIDS ở giai đoạn cuối, nhưng ông không bỏ rơi bệnh nhân của mình khi sự trợ giúp này tỏ ra không đủ:

Bệnh nhân này muốn uống những viên thuốc barbiturate mà ông đã tích góp thành một liều lớn, nhưng ông kiệt sức không tự uống thuốc được. Đối diện với giây phút sự thật này, vị bác sĩ đã giúp bệnh nhân của mình nuốt những viên thuốc kia.³⁹

Những người ủng hộ việc hợp pháp hóa trợ tử nhưng chống đối việc hợp pháp hóa an tử chủ động, vì lo ngại có lạm dụng, thì thường mau mắn chỉ ra rằng: trợ tử không phải là an tử chủ động,⁴⁰ bởi lẽ trong trợ tử có nhiều cấp độ trợ giúp. Theo những người ủng hộ, việc trợ tử gồm có: cung cấp kiến thức y khoa; kê toa thuốc: gồm các loại thuốc có khả năng gây chết người để bệnh nhân có thể dùng để tự tử; cung cấp phương tiện thiết thực: như thuốc ở liều lượng gây tử vong hoặc chính thuốc độc; và theo dõi việc trợ giúp hoặc trực tiếp trợ giúp, tỷ dụ như kiểu trợ giúp của Jack Kevorkian.⁴¹ Trái lại, Glenn Graber có quan điểm khác hẳn về những vấn đề này.⁴²

³⁷ Bác sĩ Quill là một trong những người ủng hộ trợ tử hùng biện nhất. Một trong những tác phẩm gần đây của ông là *Death and Dignity: Making Choices and Taking Charge*. (New York: W.W. Norton, 1993).

³⁸ Timothy E. Quill, *Death and Dignity: Making Choices and Taking Charge*. (New York: W.W. Norton, 1993), tr. 157-160.

³⁹ *Sđđ.*, tr. 137.

⁴⁰ Như ta đã thấy trong David Watts và Timothy Howell, “Assisted Suicide Is Not Voluntary Euthanasia.” *Journal American Geriatric Society* 40 (1992): 1043. Tuy nhiên, Beauchamp và Childress cũng chỉ ra rằng cụm từ “chết có trợ giúp” (assisted death), nhất là “trợ tử với sự trợ giúp của bác sĩ” (physician-assisted suicide) nay được sử dụng rộng rãi, nhưng có ý nghĩa mơ hồ vì trợ giúp thì có rất nhiều kiểu. Cả hai, trợ tử cũng như an tử chủ động, đều là trợ giúp để đem lại cái chết. Trong trợ tử, tác nhân cũng chính là người chết. Còn trong an tử chủ động, tác nhân cuối cùng không phải là bệnh nhân, nhưng là bác sĩ hoặc thân nhân. Xem Tom L. Beauchamp và James F. Childress, *Principles of Biomedical Ethics*, 4th Edition. (New York: Oxford University Press, 1994), tr. 228.

⁴¹ . Bác sĩ Jack Kevorkian bị truy tố vì trợ giúp một bệnh nhân vô phương cứu chữa kết liễu mạng sống. Trước khi bị kết án tù vào năm 1999 vì tội giết người, ông tuyên bố đã thực hiện

Chẳng có gì ngạc nhiên, khi những người ủng hộ trợ tử nhưng né tránh an tử chủ động, đang ra sức đặt khoảng cách càng xa càng tốt giữa hai khái niệm này, bằng cách so sánh và đối chiếu an tử chủ động với các mức độ trợ tử tương đối thấp. Khi phát biểu về trợ tử, họ thường nói đến việc cung cấp cho bệnh nhân tư liệu của Hội Hemmlock hay các kiến thức khác, việc kê toa thuốc hay bàn bạc về liều lượng thuốc cần thiết, chứ không có việc theo dõi bệnh nhân trợ tử hay cố ý cung cấp phương tiện y tế để bệnh nhân dùng mà trợ tử. Mức độ tham gia của bác sĩ nằm ở sự khác biệt giữa trợ tử và an tử chủ động: một là cung cấp toa thuốc và thuốc này sẽ gây tử vong nếu bệnh nhân dùng liều lượng lớn, hai là bác sĩ đích thân tiêm thuốc tử vong theo yêu cầu của bệnh nhân.

Ta có thể không đồng ý với lập trường cho rằng: việc cung cấp kiến thức y tế phải hay cần phải được coi là trợ tử. Theo chúng tôi được biết, chưa có vụ tố tụng nào mà công tố viên cố gắng kết tội ai đó, vì đã cung cấp cho bạn bè hay người thân những thông tin có thể giúp cho việc trợ tử, cho dù đã chứng minh được (việc chứng minh này là cực kỳ khó khăn) rằng bị cáo có ý định gây ra cái chết.

Có rất nhiều thông tin hướng dẫn trợ tử trong cuốn sách bán chạy hàng đầu của Derek Humphry xuất bản năm 1991: *Final Exit: The Practicalities of Self-Deliverance and Assisted Suicide for the Dying* (*Lối thoát cuối cùng: Hướng dẫn người hấp hối tự giải thoát và trợ tử có trợ giúp*). Thật vậy, như tác giả nói rõ trong phần Dẫn Nhập, cuốn sách này nhằm giúp dân chúng và giới chuyên khoa y tế tìm được cái chết phẩm giá cho những người muốn từ giã cõi đời. Có lẽ hàng triệu ấn bản sách này đã được bán ra và chắc chắn có nhiều người đem tặng bạn bè, người thân hoặc cho mượn. Theo chúng tôi được biết, những việc tặng và cho mượn như thế chưa hề bị cáo buộc bao giờ. Trong khi đó, hầu hết các tiểu bang tại Hoa Kỳ đều có nghiêm cấm rằng: ai biết người nào có ý định trợ tử thì không được “cố ý tham gia vào một hành vi y tế” hoặc cung cấp “phương tiện y tế” để người ấy trợ tử.⁴³ Vì thế, hầu hết mọi người đều đồng ý rằng, bác sĩ

việc này cho 130 người. Vụ Kevorkian gây chấn động và đến nay việc làm của ông vẫn còn được công luận bàn tán, mổ xẻ.

⁴² Xem Glenn Graber, “Assisted Suicide Is Not Voluntary Active Euthanasia, But It Is Awfully Close.” *Journal American Geriatric Society* 41 (1993): 88.

⁴³ Xem Brian Stoffell, “Voluntary Euthanasia, Suicide and Physician-Assisted Suicide” trong Helga Kuhse và Peter Singer, chủ biên, *A Companion to Bioethics*. Malden, MA: Blackwell, 1998, tr. 277; Yale Kamisar, “Physician-Assisted Suicide: The Last Bridge to Active Voluntary Euthanasia.” tr. 240.

khi viết toa thuốc thì không phải là cung cấp phương tiện y tế để tự tử, cũng như khi người này cho tiền người kia mua thuốc theo toa thì không kể là cung cấp phương tiện y tế được.

Quả thật, cuộc tranh luận để phân biệt trợ tử và an tử có thể trở thành một cuộc cãi vã buồn cười, bởi lẽ những người ủng hộ việc hợp pháp hóa trợ tử, đôi khi cũng đồng thời lên tiếng biện luận chống lại việc hợp pháp hóa an tử chủ động. Những người bệnh vực trợ tử thường tìm cách phân biệt trợ tử với an tử chủ động.⁴⁴ Vì thế, tiểu luận gần đây của Timothy Quill, Christine Cassel và Diane Meier⁴⁵ cũng nhắm đến sự phân biệt này và nêu ra một vài khảo sát về những hậu quả khác nhau của hai cách làm nói trên:

Trong trợ tử, hành vi cuối cùng là của một mình bệnh nhân mà thôi, và nguy cơ có sự ép buộc tinh vi từ bác sĩ, gia đình, các cơ sở và các sức mạnh xã hội khác giảm đi rất nhiều. Trợ tử có cán cân quân bình giữa bác sĩ và bệnh nhân so với an tử. Bác sĩ, vừa là người tư vấn vừa là nhân chứng, cũng như tạo mọi điều kiện thuận lợi, nhưng cuối cùng bệnh nhân phải là người thi hành hay không thi hành. Trong an tử chủ động, bác sĩ vừa cung cấp phương tiện vừa thực hiện hành vi cuối cùng, do vậy sức ép đè rất nặng về phía bệnh nhân và rất có nguy cơ xảy ra sai lầm, hay bị ép buộc và lạm dụng.⁴⁶

Luận điểm chính trong tiểu luận này là: ta có thể yên tâm mà hợp pháp hóa trợ tử vì sự khác biệt quan trọng ở chỗ, nó đặt quyền kiểm soát trong tay của bệnh nhân muốn chết. Khi các bệnh nhân là tác nhân thực hiện "hành vi cuối cùng" để kết liễu mạng sống mình, thì việc làm của họ có tính tự quyết chứ

⁴⁴ Tuy nhiên, Tom Beauchamp và James Childress đã chỉ ra một cách chí lý rằng cụm từ "assisted suicide/death" (trợ tử/chết có trợ giúp), nhất là "physician-assisted suicide" (trợ tử với sự trợ giúp của thầy thuốc) hiện được sử dụng rộng rãi nhưng có ý nghĩa mơ hồ vì trợ giúp thì có rất nhiều kiểu, như chúng tôi đã ghi nhận ở phần trên. Cả hai, trợ tử cũng như an tử chủ động, đều là trợ giúp để đem lại cái chết. Trong trợ tử, tác nhân cũng chính là người chết. Còn trong an tử chủ động, tác nhân cuối cùng là người còn lại. Xem Tom L. Beauchamp và James F. Childress, *Principles of Biomedical Ethics*, 4th Edition. (New York: Oxford University Press, 1994), tr. 228.

⁴⁵ Timothy E. Quill và các tác giả khác, "Care of the Hopelessly Ill: Proposed Clinical Criteria for Physician-Assisted Suicide." *New England Journal of Medicine* 327 (1992): 1381-1383.

⁴⁶ Sđđ.

không bị ảnh hưởng quá đáng vì áp lực bên ngoài. Quyết định tự quyết của bệnh nhân có tính cách nội tại và khó bị lạm dụng hơn.⁴⁷

Quả đúng là trong **an tử chủ động** bác sĩ thực hiện “hành vi cuối cùng,” thường là một mũi tiêm tử vong, còn trong **trợ tử** chính bệnh nhân thực hiện việc tiêm thuốc hoặc uống thuốc tử vong,⁴⁸ thế nhưng sự khác biệt về chủ thể hành động này không có tác động đáng kể nào, đối với sự kiểm soát của bệnh nhân ở cả hai tình huống. Trong an tử chủ động cũng như trong trợ tử, sự tham gia của bác sĩ tùy thuộc vào sự yêu cầu tự nguyện của bệnh nhân. Ở bất cứ thời điểm nào của tiến trình này, từ lúc bắt đầu diễn ra sự bàn bạc đến lúc bác sĩ cắm mũi tiêm tử vong, bệnh nhân vẫn được tự do thay đổi ý định và chấm dứt các bước tiến hành. Duy có một thời điểm, bệnh nhân kiểm soát được số phận của mình trong trợ tử nhiều hơn, trong an tử chủ động là khoảnh khắc mong manh, giữa khi cắm mũi kim và khi nhấn pít-tông bơm thuốc. Trong trợ tử, bệnh nhân có thể thay đổi ý định ở giây phút cuối cùng và rút kim tiêm ra trước khi thuốc được bơm xuống, hoặc nhấc ly thuốc ra khỏi miệng mà không uống. Trái lại, trong an tử chủ động, một khi bác sĩ đã cắm mũi kim, có lẽ bệnh nhân không có đủ thời gian để kêu lên “ngừng” để chấm dứt tiến trình. Tuy nhiên, không thể vì bệnh nhân có thể thay đổi ý định ở khoảnh khắc cuối cùng, mà lấy đó làm lý do quan trọng, để đề cao trợ tử hơn an tử chủ động. Vì thế, phe chống đối đã bài bác trợ tử một cách mạnh mẽ, cho đó chẳng khác gì an tử chủ động. Lý lẽ mạnh mẽ của họ là bệnh nhân có thể bị ép buộc đi đến chỗ đưa ra yêu cầu, dù trong thâm tâm họ thực sự không muốn chết; yêu cầu của bệnh nhân lúc ấy phản ánh áp lực xã hội và kinh tế hơn là nguyện vọng chính thức của họ. Những áp lực này tác hại ngang bằng nhau, cho dù bác sĩ hay bệnh nhân là người đi bước cuối cùng để gây ra cái chết cho bệnh nhân.

Có lẽ việc bệnh nhân có quyền kiểm soát nhiều hơn đem lại một ý nghĩa biểu tượng, việc bệnh nhân muốn là tác nhân trực tiếp cho cái chết của mình, cho ta thấy rõ hơn ý muốn được chết. Đây có thể là lý do mạnh mẽ để đề cao trợ tử hơn an tử chủ động, trong khi cả hai đều lệ thuộc ở sự lựa chọn, thế nhưng không thể dựa vào đó để thẳng thừng nghiêm cấm an tử chủ động, vì như thế

⁴⁷Xin xem bài phân tích rất lý thú về luận cứ của bác sĩ Quill cùng các cộng sự: Nicholas Dixon, "On the Difference between Physician-Assisted Suicide and Active Euthanasia." *Hastings Center Report* 28 (1998): 25-29.

⁴⁸ Xem Scott B. Rae và Paul M. Cox, *Bioethics: A Christian Approach in a Pluralistic Age*. (Michigan: Wm. B. Eerdmans Publishing Co., 1999), tr. 245.

nghĩa là ta bắt công loại bỏ những bệnh nhân cũng tự quyết yêu cầu được chết, nhưng không còn sức lực để tự tử với sự trợ giúp của bác sĩ.⁴⁹

Ngoài ra, những người ủng hộ trợ tử còn đưa ra một lý do thực tiễn để đề cao trợ tử hơn an tử chủ động, ấy là trợ tử giải thoát cho bác sĩ khỏi trở thành nguyên nhân trực tiếp cho cái chết của bệnh nhân; nói cách khác, cái chết của bệnh nhân được đem lại do chính hành động của bệnh nhân, tức bệnh nhân tự giết mình chứ không phải bác sĩ. Thành thử có lẽ sự phân biệt giữa trợ tử và an tử chủ động là sự khác biệt về nguyên nhân. Trong an tử chủ động bác sĩ là nguyên nhân trực tiếp cho cái chết của bệnh nhân, còn trong trợ tử thì chính bệnh nhân thực hiện “hành vi gây tử vong cho chính mình.”

Mặc dầu, luận cứ nổi tiếng của Rachel cho rằng: không có sự khác biệt luân lý nội tại giữa việc giết (killing) và việc để cho chết (allowing to die),⁵⁰ tuy nhiên vẫn có nhiều người xác định rằng: sự khác biệt về nguyên nhân là có liên quan đến luân lý.⁵¹ Sự phân biệt an tử và trợ tử khác với sự phân biệt an tử chủ động và an tử thụ động mà Rachels cùng các cộng sự tranh cãi,⁵² vì cuối cùng, trong trợ tử bác sĩ làm nhiều hơn, chứ chẳng phải là chỉ có đứng đó, ngó bệnh nhân từ từ đi vào cõi chết do căn bệnh gây ra, giống như trong trường hợp tự “để cho chết.” Trong an tử chủ động bác sĩ giữ vai trò năng động hơn trong trợ tử, tuy vậy sự khác biệt này, liệu đã đủ lý do và sức thuyết phục để đưa ra sự phân biệt giữa an tử chủ động và trợ tử hay chưa?

⁴⁹ Nicholas Dixon, “On the Difference between Physician-Assisted Suicide and Active Euthanasia.” *Hastings Center Report* 28 (1998): 27.

⁵⁰ James Rachels, “Active and Passive Euthanasia.” *New England Journal of Medicine* 292 (1975): 78-80.

⁵¹ Chẳng hạn, Germain Grisez và Joseph Boyle, Jr. *Life and Death with Liberty and Justice*. (Indiana: Notre Dame University Press, 1979), tr. 381-417; Kevin O'Rourke, “Value Conflicts Raised by Physician-Assisted Suicide.” *Linacre Quarterly* 57 (1990): 39-41; Lisa Sowle Cahill, “Representing Life and Causing Death in the Medical Context” trong Jacques Pohier và Dietmar Mieth, chủ biên, *Suicide and the Right to Die*. (Edinburgh: T&T. Clark Ltd., 1985), tr. 36; Joseph M. Boyle, “On Killing and Letting Die.” *The New Scholasticism* 51 (Mùa thu 1977): 433-452; Paul Ramsey, *Ethics at the Edges of Life*. (New Haven: Yale University Press, 1978), tr. 148-151; Tom L. Beauchamp và James F. Childress, *Principles of Biomedical Ethics*, 4th Edition. (New York: Oxford University Press, 1994), tr. 219-228; Tom L. Beauchamp, “A Reply to Rachels on Active and Passive Euthanasia” trong Tom L. Beauchamp và LeRoy Walters, chủ biên, *Contemporary Issues in Bioethics*, 3rd Edition. (Belmont, California: Wadsworth Publishing Company, 1989), tr. 248-225.

⁵² Sđd. Các sách báo trung dẫn trên đây cho ta một cái nhìn không thiên vị về những gì đã xảy ra trong cuộc tranh luận giữa an tử chủ động và an tử thụ động.

Linh mục Trần Mạnh Hùng, STD

L.J. Goody Bioethics Center

39 Jugan Street,

Glendalough, W.A. 6016

AUSTRALIA.

Email: phtran-ljgbc@iinet.net.au