

NGUYÊN TẮC SONG HIỆU

HAY CÒN GỌI LÀ NGUYÊN TẮC HIỆU QUẢ SONG ĐÔI.

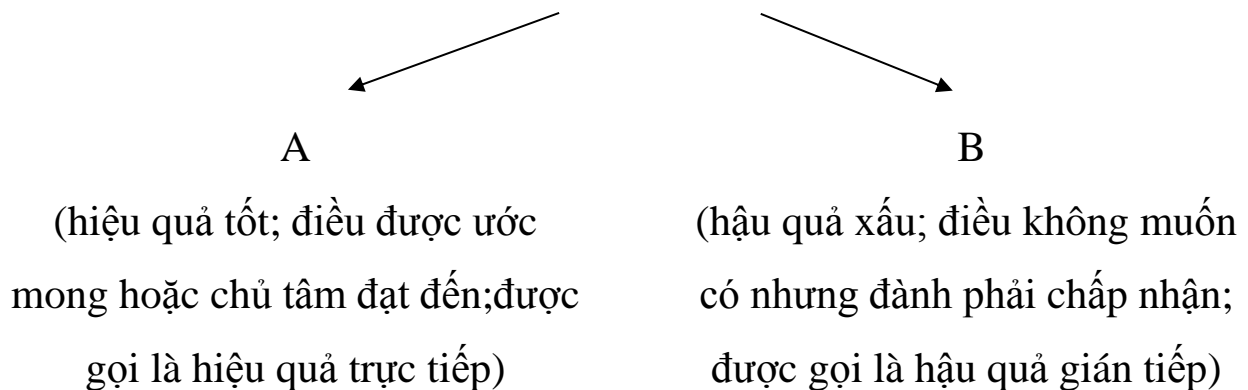
I. NHỮNG TIÊU CHÍ CỦA NGUYÊN TẮC SONG HIỆU

Nguyên tắc song hiệu được áp dụng, khi chúng ta phải đương đầu với một hành vi, được coi là đồng thời có hai hiệu quả. Mà một trong hai hiệu quả ấy, được coi là tốt và là điều chúng ta thật lòng mong muốn và chủ tâm hoàn thành, đang khi hậu quả kia là hậu quả xấu, không phải là điều chúng ta mong muốn hay có ý đạt đến, nhưng chỉ là điều đành phải chấp nhận thôi. Điều xấu ấy hoặc là hiệu quả không hay ấy, trong thực tế, là điều chúng ta muốn nó đừng xảy ra, trừ phi không còn cách nào khác.

Biểu đồ dưới đây có thể giúp minh họa cho trường hợp cần áp dụng nguyên tắc hiệu quả song đôi:

X

(hành động đầu tiên; tự nó là tốt hoặc trung tính)



Vấn đề luân lý mà nguyên tắc hiệu quả song đôi nhằm giúp giải quyết: là có được phép thực hiện hay không, một hành vi đã được suy nghĩ kỹ và đã được dự đoán, một cách rõ ràng, rằng sẽ gây ra một số hậu quả xấu không thể tránh né được. Nguyên tắc hiệu quả song đôi đưa ra những chỉ dẫn như sau: hành động được đề nghị, có thể được thực hiện với 4 điều kiện sau đây:

1. Hành động được đề nghị (X), tự nó, không phải là xấu; nó phải là hành vi tốt hoặc trung tính về phương diện luân lý;
2. Động lực hoặc ý hướng dẫn đến việc thực hiện hành vi được đề nghị phải là việc đạt được hiệu quả tốt; hậu quả xấu không được nhắm đạt tới, mà chỉ là điều đành phải chấp nhận;
3. Hiệu quả tốt nhắm đạt được (A) không phải là kết quả của hậu quả xấu; nói cách khác, hậu quả xấu không phải là phương tiện hoặc nguyên nhân của hiệu quả tốt; hiệu quả tốt phải thực sự do hành động đầu tiên được đề nghị (X) gây ra;
4. Trước tiên, phải có lý do đầy đủ hoặc cân xứng để thực hiện hành động được đề nghị (X), và do đó, cho phép hậu quả xấu xảy ra.
Sau cùng, cần ghi nhận rằng hiệu quả mong ước (A) được coi là hiệu quả trực tiếp, còn hậu quả đành chấp nhận (B) là hậu quả gián tiếp.
Để thấy nguyên tắc hiệu quả song đôi đã được áp dụng trong quá khứ như thế nào, chúng ta có thể dùng một ví dụ: liên quan đến vấn đề luân lý, trong việc kiểm soát quân sự hợp pháp vào thời chiến tranh, khi hành động tấn công được đề nghị là hành động chắc chắn sẽ gây

ra cái chết của rất nhiều người dân thường. Câu hỏi trước tiên cần phải được nêu lên, là **có thể cho phép về mặt luân lý, tỷ dụ, ném bom một nhà máy chế tạo vũ khí rất nguy hiểm, có khả năng chế tạo vũ khí nguyên tử và hạt nhân, nhưng lại nằm ở trung tâm một đô thị đông dân cư.** Điều không thể tránh khỏi là trái bom ném xuống nhà máy đó sẽ gây ra cái chết cho biết bao dân lành, mà số đông trong họ (đặc biệt là trẻ em và người già) không hề làm gì cho quân đội, cũng không thuộc số những người bảo vệ nhà máy. Về phương diện luân lý, một kế hoạch ném bom như thế có thể được phép không?

Câu trả lời về mặt luân lý sẽ là đồng ý, nếu như việc ấy thỏa mãn 4 điều kiện của nguyên tắc hiệu quả song đôi:

1. Hành động ném bom (X), tự nó, không bị coi như luôn luôn hoặc tất nhiên là xấu;
2. Ý định ở phía sau hành động ném bom phải là phá hủy hoặc là hạn chế khả năng chế tạo vũ khí của nhà máy; đó là hiệu quả tốt được dự đoán trước (A); hậu quả xấu (B) (là cái chết của dân chúng) không phải là điều mong ước hoặc cố ý làm;
3. Cả việc phá hủy hoặc làm mất khả năng phòng thủ của nhà máy lẫn sự chết chóc của đám dân lành đều do việc ném bom; sự chết chóc của dân lành không phải là cái gây ra sự ngưng hoạt động của nhà máy đó;

4. Thừa nhận rằng những người lên kế hoạch ném bom ấy là những người đang tiến hành một cuộc chiến chính nghĩa, theo đuổi một mục đích đúng đắn và chính đáng; thêm nữa, hệ thống phòng thủ của nhà máy, vì tính cách hữu hiệu của nó, là một mục tiêu quân sự không thể tấn công bằng cách thức nào khác (ví dụ phá hủy từ bên trong), đó là lý do đủ để lên kế hoạch oanh kích, dù biết rằng sẽ xảy ra sự hủy diệt mạng sống dân lành.

Tuy nhiên, một điểm cần phải cân nhắc là lợi ích của việc ném bom phá hủy nhà máy phải trội hơn sự thiệt hại về nhân mạng các thường dân vô tội.

Sự phá hủy nhà máy được gọi là hiệu quả trực tiếp và có dụng tâm của hành vi ném bom, trong khi đó, sự chết chóc của dân cư quanh vùng được coi như là hậu quả gián tiếp, đành phải chấp nhận. Nói cách khác, dân cư trong vùng bị hủy diệt một cách gián tiếp. Như chúng ta đã đề cập từ đầu trong cuộc thảo luận, truyền thống luân lý của GHCG chỉ nhấn mạnh rằng: mạng sống của người vô tội không thể bị tước đoạt một cách trực tiếp; và trong khi không thể bị đàn áp trực tiếp, mạng sống người vô tội lại vẫn có thể bị tước đoạt cách gián tiếp, nếu thực sự có lý do đầy đủ hoặc cân xứng để làm điều đó.

II. NGUYÊN TẮC SONG HIỆU TIẾP THEO

Từ ngữ “song hiệu” mà chúng ta sử dụng chính nó đã nói cho ta thấy được phần nào về nguyên tắc này. Đây chính là nguyên tắc được sử dụng để lượng giá về một hành động mà chính nó gây ra 2 hoặc nhiều

hậu quả khác nhau, bao gồm cả tốt lẫn xấu. Ví dụ cần phải cắt bỏ tử cung đã bị ung thư của một người phụ nữ đang có thai.

Lẽ đó mà câu hỏi đã được đặt ra làm thế nào để chúng ta có biện minh hoặc chấp nhận về mặt luân lý, hành động ấy có thể được thực hiện.

Nguyên tắc song hiệu được đưa ra nhằm để giải quyết và biện minh cho những trường hợp như thế, hầu ta có thể chấp nhận hành vi luân lý ấy là xứng hợp – ngay cả khi hành vi ấy kèm theo những hậu quả phụ không tốt. Để có thể chấp nhận và áp dụng nguyên tắc song hiệu, ta cần phải hội đủ những điều kiện cần thiết sau đây:

1. **Hành vi là tốt hoặc ít ra là trung tính.** Hành vi tự nó và do nó không xấu. (Tiêm morphine cho bệnh nhân đang bị cơn đau hành hạ là việc tự nó và do nó không xấu).
2. **Chủ tâm của tác nhân. Tác nhân chỉ có ý định nhắm đến hiệu quả tốt.** Hậu quả xấu có thể thấy trước nhưng không được nằm trong chủ tâm của tác nhân. (Bệnh nhân có thể bị nguy cơ tử vong, tức mạng sống bị rút ngắn, điều này có thể thấy trước như hiệu quả không thể nào tránh khỏi của việc tiêm morphine).
3. **Có phân biệt giữa phương tiện và hiệu quả.** Hiệu quả tốt không phải là kết quả của hiệu quả xấu; nói cách khác, hiệu quả xấu không phải là phương tiện để đạt được hiệu quả tốt. Tác nhân chỉ có chủ tâm nhắm đến hiệu quả tốt. (Cơn đau được xoa dịu không phải là kết quả của việc giết chết bệnh nhân; nói cách khác, không phải hành vi xấu đem lại hiệu quả tốt; đúng ra, việc tiêm morphine xoa dịu được cơn đau với cái giá phải trả là mạng sống bệnh nhân bị rút ngắn đi).

4. **Có sự tương xứng giữa hiệu quả tốt và hiệu quả xấu.** Hiệu quả tốt phải lớn hơn hiệu quả xấu. Hiệu quả xấu chỉ được chấp nhận nếu có lý do tương xứng, nhằm cho phép hậu quả xấu được xảy ra tuy đã nhìn thấy trước.
5. **Không có cách nào khác để đạt được hiệu quả tốt mà không gây ra hiệu quả xấu, thậm chí xấu hơn.**¹

Theo nguyên tắc này, việc cung cấp liều thuốc tử vong với một mục đích duy nhất là chấm dứt mạng sống của bệnh nhân đau khổ, tức là trực tiếp giết chết một con người vô tội và, theo một số truyền thống luân lý, nổi bật nhất là truyền thống Công Giáo La-mã, thì đó là hành vi bị cấm một cách tuyệt đối. Tuy nhiên, cũng theo truyền thống này, có một hình thức giết chết người vô tội (giết chính mình hay giết người khác) mà không bị cấm một cách tuyệt đối, đó là *giết chết gián tiếp* trong những tình huống *cái chết được nhìn thấy trước nhưng không có ý định gây ra*. Nói thế không phải ta được tùy ý giết chết người vô tội miễn là việc giết chết được thực hiện cách gián tiếp; đúng ra, trong một số hoàn cảnh được minh định kỹ lưỡng thì việc giết chết người vô tội cách gián tiếp có thể biện minh được. Chắc chắn cả hai cách giết (trực tiếp hoặc gián tiếp), cách nào thì người vô tội cũng đều chết như nhau, thế nhưng giết chết người vô tội cách trực tiếp (*có ý định*) bị cấm trong mọi hoàn cảnh, trong khi đó, giết chết người vô tội cách gián tiếp (*không có ý định*

¹ Richard M. Gula, *Reason Informed by Faith*. (Mahwah, N.J.: Paulist Press, 1989), tr. 270-272; Tom L. Beauchamp và James F. Childress, *Principles of Biomedical Ethics*, 4th Edition. (New York: Oxford University Press, 1994), tr. 207.

nhưng có nhìn thấy trước) lại được luân lý cho phép, trong một số hoàn cảnh được minh định kỹ lưỡng.²

Chính Đức Giáo Hoàng Piô XII đã áp dụng sự phân biệt giết chết trực tiếp và giết chết gián tiếp cùng với nguyên tắc song hiệu, để biện minh cho việc gián tiếp giết chết bệnh nhân hấp hối. Ngài biện luận rằng: nếu trong quá trình điều trị một bệnh nhân vô phương cứu chữa bị đau khổ trầm trọng, "hành vi sử dụng thuốc men đem lại hai hiệu quả riêng biệt, một là xoa dịu đau đớn, hai là rút ngắn mạng sống, thì hành vi ấy là hợp pháp."³

Ta hãy xem một ví dụ⁴ mà các nhà luân lý thường sử dụng: việc dùng morphine như một phương tiện làm giảm đau hữu hiệu. Vấn đề ở việc dùng morphine là bệnh nhân mau chóng lờn thuốc, nên đòi hỏi liều lượng thuốc ngày càng gia tăng mới đủ xoa dịu đau đớn. Cuối cùng, bệnh nhân đạt đến một liều lượng khá cao để có thể giảm bớt cơn đau, nhưng cùng lúc số lượng morphine này đồng thời đã gây tử vong cho bệnh nhân. Đây là dạng "giết chết" mà nguyên tắc song hiệu của Giáo Hội Công Giáo La-mã cho phép; thế nhưng, nguyên tắc không cho phép gia tăng liều lượng morphine quá mức định, được coi là cần thiết, để chế

² Robert N. Wennberg, *Terminal Choices: Euthanasia, Suicide, and the Right to Die*. (Michigan: William B. Eerdmans Publishing Company, 1989), tr. 102; Richard M. Gula, *Reason Informed by Faith*. (Mahwah, NJ: Paulist Press, 1989), tr. 270-272; Tom L. Beauchamp và James F. Childress, *Principles of Biomedical Ethics*, Third Edition. (New York: Oxford University Press, 1989), tr. 127-134.

³ Đức Giáo Hoàng Pi-ô XII "The Prolongation of Life" (Việc Kéo Dài Mạng Sống), diễn từ gửi Đại hội Quốc Tế Chuyên Viên Gây Mê, 24-11-1957, trong *The Pope Speaks* 4 (1957).

⁴ Xin lưu ý ví dụ này được coi là "giả định."

ngự cơn đau, bởi lẽ khi gia tăng liều lượng morphine quá mức hạn định, việc gây nên cái chết của bệnh nhân được xem là có chủ ý trực tiếp.⁵

Về phương diện này, ta thấy có khác với an tử chủ động, trong đó liều thuốc tử vong được cân đo cẩn thận nhằm bảo đảm bệnh nhân sẽ chết chắc chắn và chết ngay lập tức. Vậy ta coi việc sử dụng morphine để làm giảm đau không phải thực sự là giết chết, nhưng là xoa dịu, có kèm theo nguy cơ tử vong, tương tự như nguy cơ tử vong trong việc đưa bệnh nhân lên bàn giải phẫu với hy vọng cứu sống. Trong trường hợp morphine, ta nhận thấy nguy cơ là chính đáng, vì lúc này sự đau đớn rất mãnh liệt và cái chết đã gần kề. Và nếu morphine gây ra cái chết, ít nhất nó gây ra cái chết ở tình huống không còn cách gì để có thể chế ngự cơn đau được nữa.⁶

Nói cụ thể hơn, theo cách thiết cấu cổ điển cho nguyên tắc song hiệu, một hành vi gây ra hiệu quả xấu vẫn có thể chấp nhận về mặt luân lý, khi thoả mãn một trong những điều kiện sau đây; và tất cả hợp lại làm thành những điều kiện đủ cho hành vi hợp luân lý:⁷

1. **Hành vi là tốt hoặc ít ra là trung tính.** Hành vi tự nó và do nó không xấu. (Tiêm morphine cho bệnh nhân đang bị cơn đau hành hạ là việc tự nó và do nó không xấu).

⁵ Tom L. Beauchamp và James F. Childress, *Principles of Biomedical Ethics*, Third Edition. (New York: Oxford University Press, 1989), tr. 127-134.

⁶ Robert N. Wennberg, *Terminal Choices: Euthanasia, Suicide, and the Right to Die*. (Michigan: WM. B. Eerdmans Publishing Co., 1989), tr.105.

⁷ Các điều kiện này được các nhà luân lý học trình bày bằng các từ ngữ có hơi khác nhau. Để biết thêm chi tiết, xin xem Bernard Hoose, "Proportionalism: A Right Relationship Among Values." *Louvain Studies* 24 (1999): tr. 40-56, ở tr. 44, nhất là cước chú 11.

2. **Hành vi đem lại hai hiệu quả**, một tốt (xoa dịu được cơn đau) và một xấu (rút ngắn mạng sống bệnh nhân).
3. **Chủ tâm của tác nhân**. Tác nhân chỉ có ý định nhắm đến hiệu quả tốt. Hậu quả xấu có thể thấy trước nhưng không được nằm trong chủ tâm của tác nhân. (Bệnh nhân có thể bị nguy cơ tử vong, tức mạng sống bị rút ngắn, điều này có thể thấy trước như hiệu quả không thể nào tránh khỏi của việc tiêm morphine).
4. **Có phân biệt giữa phương tiện và hiệu quả**. Hiệu quả tốt không phải là kết quả của hiệu quả xấu; nói cách khác, hiệu quả xấu không phải là phương tiện để đạt được hiệu quả tốt. Tác nhân chỉ có chủ tâm nhắm đến hiệu quả tốt. (Cơn đau được xoa dịu không phải là kết quả của việc giết chết bệnh nhân; nói cách khác, không phải hành vi xấu đem lại hiệu quả tốt; đúng ra, việc tiêm morphine xoa dịu được cơn đau với cái giá phải trả là mạng sống bệnh nhân bị rút ngắn đi).
5. **Có sự tương xứng giữa hiệu quả tốt và hiệu quả xấu**. Hiệu quả tốt phải lớn hơn hiệu quả xấu. Hiệu quả xấu chỉ được chấp nhận nếu có lý do tương xứng, nhằm cho phép hậu quả xấu được xảy ra tuy đã nhìn thấy trước.
6. **Không có cách nào khác để đạt được hiệu quả tốt mà không gây ra hiệu quả xấu, thậm chí xấu hơn.**⁸

Ví dụ, khi chăm sóc cho bệnh nhân vô phương cứu chữa, bác sĩ đôi khi thấy mình đứng trước sự mâu thuẫn: không muốn giết chết bệnh nhân nhưng lại muốn giải thoát cơn đau cho họ. Tuy nhiên, trong một số

⁸ Richard M. Gula, *Reason Informed by Faith*. (Mahwah, N.J.: Paulist Press, 1989), tr. 270-272; Tom L. Beauchamp và James F. Childress, *Principles of Biomedical Ethics*, 4th Edition. (New York: Oxford University Press, 1994), tr. 207.

trường hợp, thứ thuốc chế ngự cơn đau cũng có thể đem lại hiệu quả tử vong. Cái chết này là hiệu quả gián tiếp của một hành động có chủ tâm (hay ý định) xoa dịu cơn đau, tức hiệu quả trực tiếp. Cái chết như thế có thể chấp nhận là hợp luân lý, chiếu theo nguyên tắc song hiệu, bởi lẽ cái chết nằm ngoài ý định của hành vi và được nâng đỡ bằng một lý do tương xứng.

Tuyên ngôn của Vatican có bàn đến tình huống này và trích dẫn diễn từ của Đức Thánh Cha Piô XII, trước câu hỏi của một nhóm bác sĩ rằng:

Việc trấn áp đau đớn và làm tê liệt trạng thái tinh táo bằng thuốc gây mê... có hợp lẽ đạo và hợp luân lý dành cho bác sĩ và bệnh nhân hay không (ngay cả khi cái chết đã gần kề và có thể thấy trước được rằng việc sử dụng thuốc gây mê sẽ làm cho cái chết nhanh hơn)?

Đức Thánh Cha Piô XII trả lời:

Nếu không có phương tiện nào khác và nếu, trong các hoàn cảnh cụ thể, hành vi này không ngăn cản việc thi hành các bổn phận khác trong tôn giáo và luân lý thì được phép. Trong trường hợp này, tất nhiên, cái chết không phải là chủ ý hoặc cố tâm, ngay cả có nguy cơ gây ra tử vong, thì đó cũng là điều hợp lý, vì chủ tâm ở đây chỉ là nhằm xoa dịu đau đớn một cách hiệu quả, khi sử dụng các phương tiện giảm đau có sẵn trong y khoa cho mục đích này.⁹

⁹ Đức Giáo Hoàng Piô XII, "The Prolongation of Life" (Việc Kéo Dài Mạng Sống), diễn từ gửi Đại hội Quốc Tế Chuyên Viên Gây Mê, 24-11-1957, trong *The Pope Speaks* 4

Điều này cũng được khẳng định trong Bản Hướng Dẫn Luân Lý và Tôn Giáo Cho Các Cơ Sở Y Tế Công Giáo:

Không phải là an tử khi cấp phát cho bệnh nhân các thuốc an thần và thuốc giảm đau, nhằm xoa dịu cơn đau đớn, khi biện pháp ấy được nhận định là cần thiết, cho dù chúng có thể làm mất hẳn ý thức của bệnh nhân hay rút ngắn mạng sống.¹⁰

Tư tưởng sâu sắc trong nguyên tắc phân biệt hai hiệu quả trực tiếp và gián tiếp này là: luân lý tính của hành vi chịu tác động bởi ý *định* (*intention*) hay *thái độ* (*attitude*) của ý chí đối với sự dữ được thực hiện. Nhưng lắm khi các thuật ngữ "trực tiếp" và "gián tiếp" đi đến chỗ chỉ gắn với các hành động thể lý mà thôi. Theo hiện trạng của cuộc tranh luận giữa một số nhà thần học luân lý thuộc khuynh hướng xét lại, các thuật ngữ "trực tiếp" và "gián tiếp" không còn gắn với các hành động thể lý tự thân, cũng không gắn với ý định nữa. Nói một cách vắn tắt, theo ý kiến một số nhà thần học hiện nay, ý nghĩa luân lý của một hành động không còn tùy thuộc vào tính trực tiếp hay tính gián tiếp nữa. Đúng hơn, sự phân biệt hiệu quả trực tiếp với hiệu quả gián tiếp chỉ có giá trị mô tả sự khác biệt giữa các hành động liên quan đến sự dữ phi luân lý (non-moral evil, như sự đau đớn, nỗi khổ tâm, cái chết) bằng cách nêu ra cho thấy các hành động ấy nhắm đến cái gì, được thực hiện bằng phương tiện gì và trong hoàn cảnh nào. "Sự tương xứng thích đáng," tức mỗi

(1957): 393-398; AAS 49 (1957): 1027-1033; xem thêm *Tuyên Ngôn Về An Tử* (*Jura et bona*, ngày 5-5-1980), phần III.

¹⁰ Xem "Ethical and Religious Directives of Catholic Health Facilities. (St. Louis: Catholic Hospital Association, 1975), số 29. Tham chiếu Richard M. Gula, *What Are They Saying about Euthanasia*. (New York: Paulist Press, 1986), tr. 40.

quan hệ xứng hợp giữa mọi khía cạnh của hành động xét như một toàn thể (nhắm đến cái gì, bằng phương tiện gì, trong hoàn cảnh nào) cho ta thấy được ý nghĩa luân lý của một hành động.¹¹

III. PHÂN BIỆT GIỮA PHÁ THAI TRỰC TIẾP VÀ GIÁN TIẾP, BẰNG CÁCH ÁP DỤNG NGUYÊN TẮC SONG HIỆU.

Bây giờ, chúng ta sẽ duyệt xem nguyên tắc hiệu quả song đôi đã đưa Giáo Hội Công Giáo La-Mã đến lập trường như thế nào về việc phá thai. Theo truyền thống từ xưa đến nay: Giáo Hội cấm mọi cuộc phá thai trực tiếp, nhưng cho phép phá thai gián tiếp với một số điều kiện. Nói cách khác, Giáo Hội dạy rằng không được cố ý hay trực tiếp phá thai, nhưng Giáo Hội chừa chỗ cho việc phá thai gián tiếp hoặc "được phép" hoặc "dành phải chịu". Thí dụ điển hình thường được trưng dẫn về việc phá thai gián tiếp là việc phá thai xảy ra do việc cắt bỏ ung thư tử cung nơi người phụ nữ đang mang thai, hoặc việc cắt bỏ ống dẫn trứng đang chứa một "bào thai" đã được thụ thai ngoài tử cung. Chúng ta hãy xem xét coi sự việc ấy được diễn tiến ra sao.

¹¹ Để biết cuộc tranh luận về sự phân biệt trực tiếp và gián tiếp khi thiết lập các quy định luân lý, xin xem Bruno Schuller, "Direct Killing and Indirect Killing" trong *Readings in Moral Theology, Vol. 1: Moral Norms and Catholic Tradition*. (N.Y, Ramsey: Paulist Press, 1979), tr. 138-157, Charles E. Curran và R. A. McCormick chủ biên. Trong hai thập niên vừa qua, có lẽ chúng ta đã chứng kiến một cuộc tái đánh giá mạnh mẽ không những về các điều kiện cấu thành nguyên tắc song hiệu mà còn về giá trị của chính nguyên tắc này trong luân lý học. Xin xem Richard M. Gula, *What Are They Saying about Moral Norms* (N.Y, Ramsey: Paulist Press, 1982), tr. 61-81; xem thêm Richard M. Gula, *Reason Informed by Faith*. (Mahwah, NJ: Paulist Press, 1989), tr. 270-272; Richard A. McCormick, "The Principle of Double Effect." *How Brave a New World?* (Garden City: Double Day & Company, Inc., 1981), tr. 413-429; James F. Keenan, "The Function of the Principle of Double Effect." *Theological Studies* 54 (1993): 294-315; Christophe Haczor, "Double-Effect Reasoning From Jean Pierre to Peter Knauer." *Theological Studies* 59 (1998): 297-316; John Berkman, "How Important Is the Doctrine of Double Effect for Moral Theology? Contextualizing the Controversy." *Christian Bioethics* 3 (1997): 89-114.

Nếu một phụ nữ đang mang thai được 3 đến 4 tháng, rồi khám phá ra bà ta đang bị ung thư tử cung, thì về mặt luân lý, có thể cho phép bà ta được giải phẫu để cắt bỏ phần tử cung đã bị ung thư (tức là bộ phận bị nhiễm bệnh), và hậu quả tất nhiên sẽ là cái chết của thai nhi. Về mặt luân lý, lý do căn bản được đưa ra cho trường hợp này dựa trên các quy định của nguyên tắc hiệu quả song đôi:

1. Phẫu thuật cắt tử cung là hành động trung tính về mặt luân lý; nó không xấu tự thân;
2. Ý hướng là giữ mạng sống người phụ nữ đang mang thai bằng cách cắt bỏ bộ phận bị ung thư khỏi cơ thể bà ta, trước khi bệnh ung thư lan truyền; đó là hiệu quả tốt và được ước muốn, đến mức có thể cắt bỏ tử cung đang mang cả khối u ác tính lẫn bào thai;
3. Cái chết của bào thai (hậu quả xấu được phép xảy đến) không phải là cái làm cho sự sống và sức khỏe của người phụ nữ đó được bảo toàn (hiệu quả tốt); đúng hơn, cả hiệu quả tốt lẫn hậu quả xấu đều sinh ra từ hành động đầu tiên là việc cắt bỏ tử cung;
4. Lý do cân xứng và đầy đủ để thực hiện phẫu thuật cắt bỏ tử cung và đành chấp nhận cái chết không thể tránh khỏi của thai nhi là sự bảo vệ sự sống của người phụ nữ. Trong tình thế ấy, bào thai được coi là bị huỷ diệt cách gián tiếp; và việc phá thai được nói đến như là một sự phá thai gián tiếp. Tất nhiên chúng ta có thể mừng rỡ tưởng rằng: giả sử người phụ nữ ấy đã mang thai khá lâu và thai

nhi có lẽ sắp sửa được chào đời; và bà ta có thể quyết định dời cuộc phẫu thuật cắt bỏ tử cung cho đến sau khi thai nhi thực sự được sinh ra cách an toàn, song bà ta không bị buộc, về luân lý, phải quyết định như vậy.

Khi phải đối phó với "căn bệnh" bào thai ở sai chỗ, nghĩa là thụ thai ngoài tử cung, về mặt luân lý, có thể phân tích theo như ví dụ trên đây. Tuy nhiên, cần ghi nhận ngay lập tức rằng: trong trường hợp bào thai thụ thai ngoài tử cung, tức là khi một mầm phôi bắt đầu phát triển, thí dụ, trong một ống dẫn trứng, thì nguyên nhân của "bệnh lý" và mối quan tâm y khoa là sự hiện diện của chính mầm phôi. Mầm phôi tăng trưởng không đúng chỗ, và thực tế là không có cơ may sống sót. Đàng khác, nó lại còn tạo ra một sự đe dọa thật sự đối với sự sống và sức khỏe của người mẹ. Bởi vì nếu có tiếp tục để nó tồn tại trong ống dẫn trứng, nó sẽ làm bở ống dẫn trứng, gây ra sự xuất huyết trầm trọng.

Thoạt tiên, các nhà thần học luân lý chủ trương rằng không được can thiệp gì cả trước khi ống dẫn trứng bở. Khi ống dẫn trứng bở, có thể coi đó là một cơ quan bị bệnh, và như thế cần phải bị cắt bỏ dù nó đang chứa một mầm phôi hay bào thai. Gần đây, các ý kiến thần học nghiêng về chủ trương rằng không nhất thiết phải chờ ống dẫn trứng bở mới được cắt ống dẫn trứng. Đúng hơn, có thể coi ống dẫn trứng bị bệnh trước khi xảy ra hiện tượng bở, và do đó, cần cắt bỏ. Cần hiểu rằng trong trường hợp như thế, dù trước hay sau khi ống dẫn trứng bở, các thủ thuật y khoa (vốn được chỉ định phù hợp về luân lý) đòi hỏi phải cắt phần ống dẫn trứng đang chứa mầm phôi; và sau đó thì khâu hai đầu của ống dẫn trứng lại, cái chết của mầm phôi được coi như là một sự hủy diệt gián

tiếp và việc phá thai được xem là gián tiếp, do đó có thể chấp nhận được về mặt luân lý. Tất cả các điều kiện sử dụng nguyên tắc hiệu quả song đôi đều được thỏa mãn: một hành vi không xấu (việc cắt bỏ một bộ phận bị bệnh) được thực hiện với một ý hướng tốt là bảo tồn mạng sống người phụ nữ (lý do cân xứng); hậu quả xấu (cái chết của thai nhi) của hành động đầu tiên là điều không được mong muốn và không phải là phương tiện được dùng để phục vụ cho hiệu quả tốt.

Tuy nhiên, vấn đề được đưa ra liên quan đến việc cho phép - xét về mặt luân lý - để sử dụng một cách thức phẫu thuật khác, đứng trước hiện tượng ống dẫn trứng bị bệnh. Giả sử người ta có thể, một cách đơn giản, loại bỏ mầm phôi từ bên trong ống dẫn trứng mà không cần phải cắt bỏ bất cứ phần nào của ống dẫn trứng, và do đó, bảo toàn được khả năng mang thai của người phụ nữ, vì bà ta còn cả hai ống dẫn trứng thay vì một. (Ngày nay, phẫu thuật bằng la-de cho phép người ta có thể loại bỏ bào thai từ trong ống dẫn trứng, là nơi mà cái bào thai thụ thai ngoài tử cung đang phát triển). Cứ cho rằng cách làm đó là hợp lý về phương diện y khoa và sẽ không tạo sẹo các mô bên trong ống dẫn trứng (là điều làm tăng khả năng người bệnh sau này sẽ lại bị thụ thai ngoài tử cung), thì kỹ thuật đó vẫn không thể được Giáo Hội Công Giáo chấp nhận về mặt luân lý, vì trong trường hợp này, cái chết của bào thai bị coi là sự tàn sát trực tiếp và phá thai bị coi là phá thai trực tiếp.

IV. Ý ĐỊNH: YẾU TỐ KHÔNG THỂ THIẾU CỦA HÀNH VI LUÂN LÝ

Những người ủng hộ an tử chủ động và trợ tử thường trình bày luận cứ của họ như sau: cho phép bệnh nhân được quyền từ chối các phương cách chữa trị nhằm kéo dài sự sống, nghĩa là sẽ có người để cho bệnh nhân chết, và điều này được coi như là có thể chấp nhận được xét về mặt luân lý, do đó việc trợ giúp bệnh nhân tự tử cũng phải được coi là hợp luân lý.* Tuy nhiên, có một vài khác biệt rất quan trọng. Khác ở nguyên nhân gây ra cái chết. Trong trường hợp từ chối điều trị, nguyên nhân cái chết là bệnh tật hay tình trạng của bệnh nhân. Nhưng khi an tử được thực hiện, nguyên nhân cái chết là hành động trực tiếp của bác sĩ hoặc của bệnh nhân. Ngoài ra, khác ở *ý định* nữa. Trong trường hợp từ chối điều trị, *ý định* là để cho bệnh tật của bệnh nhân diễn ra cách tự nhiên và để cho bệnh nhân sống nốt những ngày còn lại không bị ràng buộc bởi gánh nặng do kỹ thuật y khoa đem lại. Công bằng mà nói, đôi khi trong trường hợp từ chối điều trị, cái chết xảy đến trong một thời gian tương đối ngắn. Nhưng trong hầu hết mọi trường hợp, *ý định* không phải là nhằm chấm dứt mạng sống. *Ý định làm nên sự khác biệt luân lý.*¹² Điều

* **Chú thích của tác giả:** Mặc dù Tòa Án Tối Cao Pháp Viện Hoa Kỳ đã thiết định rằng bệnh nhân còn tỉnh táo, có quyền từ chối sự điều trị y khoa mà không muốn nữa. Quyền này được dựa trên cơ sở về tính toàn vẹn thân thể và sự tự do không được đụng chạm đến thân xác họ, nếu không có sự đồng ý. Tuy nhiên, Tòa Án Tối Cao Pháp Viện Hoa Kỳ cũng nhắc nhở cho chúng ta biết rằng, quyền này và quyền tự tử được sự trợ giúp của bác sĩ không giống như nhau. Lẽ đó, dù luật pháp hiện hành tại Mỹ cho phép bệnh nhân được từ chối sự điều trị ngoài ý muốn nhưng cùng lúc nghiêm cấm và không cho phép bất cứ ai trợ giúp người khác tự tử.

¹² Như David C. Thomas nói: "Ý định và động lực thúc đẩy làm nên sự khác biệt luân lý sâu sắc trong sự chấp nhận hay từ chối việc trợ giúp để gây ra cái chết." Xin xem bài viết của ông, "Assessing the Arguments For and Against Euthanasia and Assisted Suicide: Part Two." *Cambridge Quarterly Healthcare Ethics* 7 (1998): 388-401, ở tr. 393.

này tuy khó có thể xác minh, nhưng từ trước đến nay *ý định* là một thành tố quan trọng của hành vi luân lý và đôi khi nó là điều khác biệt duy nhất giữa hai hành vi tương đồng.¹³

Tuy nhiên, toàn bộ cuộc thảo luận về “*ý định*” trong những năm gần đây cho thấy rằng ý định không thiết định được đúng đắn ý nghĩa luân lý giữa hành tác (commission) và bất tác (omission). Robert Veatch đã nhìn nhận điều này và do đó đã kết hợp ý định với các lý do khác để khi được dùng chung với nhau, chúng góp phần làm lộ ra sự khác biệt luân lý giữa giết chết và để cho chết.¹⁴ Ông liệt kê bốn luận cứ khác nhau để duy trì rằng, có sự khác biệt giữa giết chết và để cho chết. Theo ông: (1) Giết chết và để cho chết khác nhau về phương diện tâm lý học. Chúng ta cảm thấy khác đối với việc chủ động giết chết Cô Joan hơn là để cho cô chết bằng cách không điều trị hoặc ngưng điều trị; (2) Chúng khác nhau về các hậu quả ở phạm vi rộng. Có khả năng xảy ra là việc chủ động giết chết vì lòng thương xót dẫn đến việc chủ động giết chết vì những lý do khác; (3) Có khác biệt ở nguyên nhân gây ra cái chết. Cô Joan chết vì mũi thuốc tử vong của bác sĩ Smith khác với việc cô chết vì diễn tiến của bệnh tật; (4) Hành vi giết chết mâu thuẫn với vai trò của bác sĩ,

¹³ Ví dụ, trong trường hợp quà tặng và vật hồi lộ, *ý định* là sự khác biệt duy nhất giữa hai hành vi tương đồng. Xin xem Scott B. Rae và Paul M. Cox, *Bioethics: A Christian Approach in a Pluralistic Age*. (Michigan: Wm. B. Eerdmans Publishing Co., 1999), tr. 246-247.

¹⁴ Robert M. Veatch, *Death, Dying, and the Biological Revolution*. (New Haven: Yale University Press, 1976), tr. 85-6.

người chữa lành bệnh tật và bảo vệ sự sống theo như lời họ đã tuyên hứa.¹⁵

Veatch cho rằng, không một lý do riêng lẻ nào trong các lý do này, đủ sức mạnh để làm nổi bật sự phân biệt, nhưng nếu chúng được hợp lại thì có đủ sức mạnh để thuyết phục rằng: giết chết khác với để cho chết về phương diện luân lý. Veatch nhìn nhận rằng, một vài luận điệu trong các luận cứ nói trên, có tính thuyết phục hơn số khác. Rốt cuộc, chủ trương có sự khác biệt giữa giết chết và để cho chết được đặt trên tập hợp tất cả các luận cứ này chứ không riêng một luận cứ nào.¹⁶ Vậy, không xét đến ý định (intention) là bỏ qua một trong những đặc trưng quan trọng nhất của cuộc thảo luận về an tử.¹⁷

Như đã trình bày trong phần khảo sát ngắn gọn này, sự phân biệt giữa giết chết và để cho chết là rất tế nhị và phức tạp. Một số người cho rằng, sự phân biệt này chỉ đơn thuần có tính chất mô tả, hoặc họ coi đây là sự phân biệt có tính luân lý nhưng nó sẽ tan biến ở một thời điểm nào đó, trong tiến trình hấp hối của bệnh nhân.¹⁸ Tuy nhiên, truyền thống

¹⁵ "... Tôi sẽ không dùng thuốc tử vong cho bất cứ ai nếu được yêu cầu dùng thuốc này, tôi cũng sẽ không đề nghị chọn giải pháp ấy. Tương tự, tôi sẽ không dùng thuốc phá thai cho phụ nữ." Trích "The Hippocratic Oath" (Lời Thề Hi-pô-crát) trong John D. Arras và Bonnie Steinbock, *Ethical Issues in Modern Medicine*, Fourth Edition. California: Mayfield Publishing Company, 1995), tr. 54; Còn có lập luận rằng bổn phận của thầy thuốc là gìn giữ sự sống. Cho phép họ giữ vai trò kẻ giết người là đi ngược lại bổn phận chính đáng của họ. Xem Robert M. Veatch, *Death, Dying, and the Biological Revolution*. (New Haven: Yale University Press, 1976), tr. 83.

¹⁶ Veatch, Sđd., tr. 93.

¹⁷ David C. Thomasma, "Assessing the Arguments For and Against Euthanasia and Physician-Assisted Suicide: Part Two." *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics* 7 (1998): 398.

¹⁸ Xem Timothy E. Quill, Rebecca Dresser và Dan W Brock, "The Rule of Double Effect - A Critique of Its Role in End-of-Life Decision Making." *The New England Journal of Medicine* 337 (11-12-1997): 1768-1771.

Công Giáo chủ trương một cách kiên định rằng: có sự phân biệt giữa giết chết và để cho chết, trong suốt tiến trình đi tới cái chết. Lập trường của Công Giáo đặt nền tảng trên nguyên tắc về tính thánh thiêng của sự sống. *Tuyên Ngôn Về An Tử* của Vatican căn cứ vào tính thánh thiêng của sự sống để lập luận chống lại an tử:

Hầu hết mọi người coi sự sống là thánh thiêng và chủ trương rằng không ai có quyền hủy hoại nó theo ý muốn, trái lại, các tín hữu nhìn thấy nơi sự sống một điều cao trọng hơn, đó là tặng vật do lòng thương yêu của Thiên Chúa mà chúng ta được mời gọi để gìn giữ và làm cho sinh sôi. (Phần I)

Ngoài ra, sự cấm chế an tử còn có hai chiều kích khác không thể thiếu được trong lập trường của Giáo Hội Công Giáo, như được mặc nhiên bày tỏ trong định nghĩa của bản tuyên ngôn: "*An tử được hiểu là hành vi hay sự bất tác (omission) mà, do nó hoặc do ý định, gây ra cái chết ngõ hầu mọi đau khổ có thể được chấm dứt.*"¹⁹ "Phương pháp" và "ý định" là hai chiều kích then chốt của lập trường Công Giáo nói trên.²⁰

Thuật ngữ "phương pháp" nói đến "hành động hay sự bất tác" (an action or an omission) gây ra cái chết. Rất dễ nhận diện những hành động gây ra cái chết. Trong trường hợp an tử và trợ tử, đó thường là hành động tiêm hay cho uống thuốc gây mê dẫn đến tử vong. Trái lại, đôi khi khó nhận diện những bất tác gây ra cái chết, bởi lẽ, chúng có thể bị nhầm lẫn với hành vi được chấp nhận, ấy là không sử dụng việc điều trị. Sự bất tác ở mức không chấp nhận được, tức tương đương về luân lý

¹⁹ Xem *Tuyên Ngôn Về An Tử* (*Jura et bona*, ngày 5-5-1980), phần II.

²⁰ Elizabeth Hepburn, *Of Life and Death*. (North Blackburn, Victoria: A Dove Publication, 1996), tr. 37.

với việc giết chết, là khi bác sĩ không cung cấp các phương pháp trợ sinh cho việc điều trị hầu có thể cải thiện tình trạng suy sụp của bệnh nhân cách đáng kể, nhằm đem lại sự xoa dịu với gánh nặng có thể chấp nhận được, và ngăn cản được cái chết cho bệnh nhân. Đây là trường hợp đã xảy ra với Bé Doe.²¹ Bé mắc hội chứng Down (do rối loạn nhiễm sắc thể) và bị bệnh lỗ dò thực quản (oesophageal fistula). Lỗ dò này, lẽ ra đã có thể có thể sửa chữa để cho bé ăn được. Nhưng người ta đã không làm, và để cho bé chết. Đây là trường hợp an tử bằng phương pháp bất tác (euthanasia by omission). Tuy nhiên, bất tác ở mức chấp nhận được là khi bác sĩ không sử dụng sự can thiệp vô ích của y khoa và/hoặc gây ra gánh nặng quá mức cho bệnh nhân, thay vào đó thầy thuốc để cho bệnh nhân chết, vì những nguyên nhân tự nhiên, chẳng hạn cho ngưng máy hô hấp nhân tạo của bệnh nhân chìm trong hôn mê vì ung thư não ở giai đoạn cuối.²² Giáo Hội Công Giáo chủ trương rằng, để cho bệnh nhân chết bằng cách không sử dụng sự điều trị vô ích hoặc đem lại gánh nặng bất tương xứng thì, xét về phương diện luân lý, hành vi này khác với

²¹ Bé sơ sinh Doe ở Bloomington thuộc tiểu bang Indiana đã thu hút sự chú ý của công chúng vào năm 1982. Bé bị bệnh lỗ dò thực quản (oesophageal fistula) và mắc hội chứng Down, nhưng người ta không điều trị và không cho bé ăn. Vụ việc được đưa ra tòa, kết quả là chính phủ liên bang đã can thiệp bằng qui định nổi tiếng "Baby Doe Hotline" (Đường Dây Nóng Baby Doe) để bảo đảm cho các cháu bé như thế được cung cấp dinh dưỡng trong tương lai. Xem Richard M. Gula, *What Are They Saying about Euthanasia*. (New York: Paulist Press, 1986), tr. 50. Có các trường hợp tương tự khác được tường trình trong tạp chí *New England Journal of Medicine* 189 (1973): 890-894; xem Richard McCormick, "To Save or Let Die" trong James J. Walter và Thomas A. Shannon, chủ biên, *Quality of Life: The New Medical Dilemma*. (New York: Paulist Press, 1990), tr. 26-34.

²² Richard M. Gula, *Euthanasia: Moral and Pastoral Perspectives*. (New York, Mahwah: Paulist Press, 1994), tr. 28-9.

hành vi giết chết và không phải là an tử.²³ *Tuyên ngôn về An Tử* xác định lập trường như thế.

Cũng được phép sử dụng phương tiện thông thường mà y khoa có thể cung cấp. Vì thế không ai có thể áp đặt cho ai buộc phải nhờ đến một kỹ thuật đã được sử dụng nhưng đem lại nguy cơ hoặc gánh nặng. Sự từ chối sử dụng này không hề tương đương với việc tự tử; trái lại, phải coi đó là sự chấp nhận thân phận con người hay coi đó là ý muốn tránh né việc áp dụng một qui trình y tế không tương xứng với những kết quả có thể trông mong được, hoặc đó là ý muốn không áp đặt sự tổn kém quá mức cho gia đình và cho cộng đồng.²⁴

Thuật ngữ thứ hai mà định nghĩa an tử (trong *Tuyên ngôn về An Tử*) muốn nói đến là “*ý định*.” Khi sử dụng từ “*ý định*” (intention), tuyên ngôn noi theo chuẩn mực giáo huấn luân lý và diễn giải của Giáo Hội Công Giáo về mệnh lệnh “*ngươi chớ giết người*.” Hành vi bị nghiêm cấm là “*có ý định gây nên cái chết cho người vô tội*” hay “*chọn cái chết như mục đích hoặc như phương tiện để đạt tới cứu cánh*.” Trong truyền thống Công Giáo, “*ý định*” chỉ rõ toàn thể mục đích khi làm điều gì. Nó bao gồm một quyết định có suy xét về mục đích nào đó và phương tiện để đạt mục đích ấy. Vậy, nếu tôi có ý định giết chết anh, tức là tôi đã quyết định rằng mục đích của tôi là cái chết của anh, và tôi đã quyết định làm thế nào để đem lại cái chết ấy. Tuyên ngôn áp dụng tri thức này khi nêu ra vấn nạn như sau: Bác sĩ Smith có được phép dùng thuốc giảm đau cho Cô Joan, khi biết rằng thuốc này có thể gây ra cái chết hoặc khiến

²³ *Giáo Lý Của Giáo Hội Công Giáo*, số 2277-2278.

²⁴ Xem *Tuyên Ngôn Về An Tử (Jura et bona*, ngày 5-5-1980), phần IV.

cái chết đến sớm hơn, mặc dù cái chết không phải là hậu quả mà ông mong muốn? Tuyên ngôn của Vatican đưa ra tình huống này và đề nghị một giải pháp bằng cách trích dẫn diễn từ của Đức Giáo Hoàng Piô XII "Việc Kéo Dài Mạng Sống" (1957):

Nếu không có phương tiện nào khác và nếu, trong các hoàn cảnh cụ thể, hành vi này không ngăn cản việc thi hành các bổn phận khác trong tôn giáo và luân lý thì được phép. Trong trường hợp này, tất nhiên, cái chết không phải là chủ ý hoặc cố tâm, ngay cả có nguy cơ gây ra tử vong, thì đó cũng là điều hợp lý, vì chủ tâm ở đây chỉ là nhằm xoa dịu đau đớn một cách hiệu quả, khi sử dụng các phương tiện giảm đau có sẵn trong y khoa cho mục đích này.²⁵

Lý lẽ biện minh cho lập trường này dựa trên sự áp dụng nguyên tắc song hiệu. Theo nguyên tắc này, ý định (intention) của bác sĩ Smith là bảo vệ sự tốt đẹp nơi mạng sống của Cô Joan, bằng cách dùng thuốc giảm đau cho cô. Cái chết là hiệu quả phụ, tuy có nhìn thấy trước nhưng không có ý muốn gây ra. Luật cấm giết chết bệnh nhân áp dụng cho hành vi giết chết "có chủ tâm" (intentional killing) - tức là muốn cái chết xảy ra và gây ra cái chết ấy. Vì thế, sự nghiêm cấm giết người, không áp dụng cho hiệu quả phụ xảy ra ngoài ý muốn, tức cái chết như là kết quả của việc làm giảm đau. Giáo huấn Công Giáo chủ trương, và nguyên tắc song hiệu khẳng định rằng: nếu mục đích tối hậu của hành tác hoặc bất tác là gây ra cái chết, hoặc là phương tiện để đạt được mục đích của ta

²⁵ Đức Giáo Hoàng Pi-ô XII "The Prolongation of Life" (Việc Kéo Dài Mạng Sống), diễn từ gửi Đại hội Quốc Tế Chuyên Viên Gây Mê, 24-11-1957, trong *The Pope Speaks* 4 (1957): 393-398; AAS 49 (1957): 1027-1033; xem thêm *Tuyên Ngôn Về An Tử (Jura et bona*, ngày 5-5-1980), phần III; AAS 72 (1980): 542-552.

(ví dụ: giết để giải thoát đau đớn cho bệnh nhân) thì hành vi của hành tác hay bất tác đều trái luân lý.²⁶ Cái chết được luân lý cho phép, khi nó là hiệu quả phụ, không thể tránh khỏi do việc dùng thuốc giảm đau gây ra.²⁷

Linh Mục Trần Mạnh Hùng, S.T.D

L.J. Goody Bioethics Centre

39 Jugan Street,

Mt. Hawthorn, WA 6016. AUSTRALIA.

Email: phtran-ljgbc@iinet.net.au

²⁶ . Nói cách dễ hiểu là cả hai lối hành xử: (1) cố tình giết chết (hành tác) và (2) cố tình để cho bệnh nhân chết (bất tác), thì cả hai hành vi ấy đều trái luân lý.

²⁷ Phát biểu của Vatican về an tử sau đây chấp nhận việc dùng thuốc giảm đau mà có thể gây ra cái chết hoặc khiến cái chết đến sớm hơn: "Trong trường hợp này, tất nhiên, cái chết không phải là chủ ý hoặc cố tâm, ngay cả có nguy cơ gây ra tử vong, thì đó cũng là điều hợp lý, vì chủ tâm ở đây chỉ là nhằm xoa dịu đau đớn một cách hiệu quả, khi sử dụng các phương tiện giảm đau có sẵn trong y khoa cho mục đích này." Xem Tom L. Beauchamp và James F. Childress, *Principles of Biomedical Ethics*, Third Edition. (New York: Oxford University Press, 1989), tr. 130; xem thêm Richard A. McCormick, "The Principle of Double Effect." *How Brave a New World?* (Garden City: Double Day & Company, Inc., 1981), tr. 413-429.