

PARTEA A V-A INFANTICIDUL ȘI EUTANASIA

Capitole

25 – Handicapul fătului și infanticidul

26 – Eutanasia

CAPITOLUL 25

HANDICAPUL FĂTULUI ȘI INFANTICIDUL

De-a lungul anilor, singurele justificări ale avortului, care s-au bucurat de o susținere majoritară consistentă în majoritatea țărilor, au fost viața mamei (90%), violul și incestul (75%) și handicapul fătului (60%).

Însă,

avortul urmează infanticidului așa cum noaptea urmează zilei!

Comment [L.C.1]: Exprimare greoaie:
Cum zua vine dupa noapte...

De ce se întâmplă așa?

Este foarte logic. Să presupunem că o mamă face testul de amniocenteză ca să se asigure că nu poartă în pântece un copil cu sindromul Down, iar rezultatul îi iese negativ. Dacă el ar fi fost pozitiv, cu siguranță că ea ar fi ales să facă avort.

Comment [L.C.2]: În original este un pic altfel.

Surprinzător, însă, la naștere se descoperă că nou-născutul suferă de sindromul Down. Rezultatul testului a fost eronat. Ce-i de făcut acum? Dacă mama ar fi identificat boala copilului înainte de naștere, ar fi „rezolvat” problema prin omorârea micuțului.

Copilul respiră acum, diagnosticul este definitiv și mama nu are de suferit de pe urma nașterii.

De ce să nu omoare copilul acum?

Avem de-a face cu același pacient, aceeași problemă și aceeași soluție.

Dar cine ar putea justifica această ucidere?

Eticianul australian Peter Singer, acum profesor la Universitatea Princeton, a scris că viziunea conform căreia viața ar fi un dar de la Dumnezeu, este un „fetiș” și ar trebui eliminat. „Calitatea de membru al speciei *Homo sapiens* nu are nici o relevanță din punct de vedere moral.” Dacă „vom compara un câine sau un porc cu un copil cu handicap grav” – a adăugat el, „vom descoperi că, de cele mai multe ori, animalele au abilități superioare”. Pentru Singer, „calitatea vieții” este singurul reper.

Comment [L.C.3]: Apartenența la...

P. Singer, „Sanctity of Life or Quality of Life?”,
Pediatrics, vol. 73, nr. 1, iulie 1983, p. 128-129

- Joseph Fletcher propune ca reper măsurarea coeficientului de inteligență. După el, omenii cu un coeficient de inteligență sub 20 sau 40 ar trebui să fie declarați sub-umani.

- Și Singer și Fletcher l-au avut ca mentor pe laureatul Premiului Nobel James Watson, omul care a descifrat codul genetic și care afirma:

„Din cauza limitelor pe care le au în prezent metodele de detectare, majoritatea defectelor congenitale nu sunt descoperite decât după naștere.“

„Dacă un copil nu ar fi declarat viu până în 3 zile după naștere, atunci părinților li s-ar putea permite să aleagă... doctorul ar putea lăsa copilul să moară, dacă asta ar fi alegerea părinților, scutindu-i de multe neazuri și suferință.”

„Children from the Laboratory“,
J. Watson, *AMA Prism*, cap. 3, pag. 2, mai 1973

Dar nu este crud să permiți unui copil handicapat să se nască, doar ca să ducă o viață nefericită?

Ipoteza că oamenii handicapați se bucură de viață mai puțin decât persoanele „normale“ s-a dovedit a fi falsă. O anchetă bine documentată a arătat că, atunci când este vorba de viitorul imediat și vulnerabilitatea la frustrare, nu există nici o diferență între persoanele handicapate și cele normale în ceea ce privește gradul de satisfacție obținut de la viață.

Toți copiii mari dintr-o serie de 150 pacienți care sufereau de spina bifida, atunci când au fost întrebați dacă nu cumva handicapul lor le făcea viața prea puțin valoroasă ca să mai merite să fie trăită, sau dacă ar fi trebuit să „fie lăsați să moară“ imediat după naștere, răspunsul lor a fost unanim și negativ. Mai mult, ei au considerat că întrebarea era ridicolă.

W. Peacock, Pers. Comm. To D. Shewmon în
„Active Voluntary Euthanasia“ *Issues in Law Medicine*, 1987

Comment [L.C.4]: Aleși aleatoriu - lipsă

Înainte de a deveni reprezentantul chirurgilor din SUA, dr. C. Everett Koop a fost chirurg pediatru și s-a ocupat cu repararea „greșelilor naturii“. Pentru unii copii, aceasta a însemnat peste 30 de intervenții chirurgicale. La o întâlnire cu copiii pe care i-a „reparat“ (cu toată durerea și neputințele rezultate în urma operațiilor), dr. Koopa i-a întrebat, dacă ar fi s-o ia de la început, ar accepta să treacă din nou prin acele operații? Răspunsul tinerilor a fost unanim „Da“.

Comment [L.C.5]: Surgeon general = ministrul sanatații (Am Eng.)

Din discuția personală cu autorul

Oare merită să cheltuim atâția bani pe îngrijiri medicale?

Oare noi tratăm, îngrijim și ajutăm o persoană bolnavă și handicapată sau o omorâm? Măsurăm valoarea vieții unei persoane în bani? Ori poate în utilitatea ei?

Banii pe care societatea îi cheltuiește pentru a asigura o îngrijire adecvată tuturor oamenilor handicapați fizic și mintal, nu reprezintă decât o fracțiune din suma cheltuită de societate pentru cei diformi din punct de vedere moral.

Profesorul Lejeune, descoperitorul modelului cromozomial al sindromului Down, ne-a relatat o istorioară pe care o auzise de la un coleg genetician și care ilustrează foarte bine costurile prezentate mai sus: „Cu mulți ani în urmă, pe când tatăl meu – evreu – era medic în Braunau, Austria, în localitatea respectivă a avut loc următoarea întâmplare. Unul din colegii tatălui meu a asistat la o naștere de gemeni, în urma căreia au rezultat un băiat și o

fată. Băiatul era frumos și sănătos și avea un plâns puternic, iar părinții lui nici că puteau fi mai mândri și fericiți. Însă fetița îi întrista peste măsură, pentru că era mongoloidă. I-am urmărit pe cei doi gemeni timp de aproape 50 de ani. Fata a crescut stând numai acasă și, în final, ea a fost cea care a avut grijă de mama sa, rămasă neputincioasă după un atac cerebral. Nu-mi amintesc numele fetei. Despre băiat îmi amintesc doar că a murit într-un buncăr la Berlin iar numele lui era Adolf Hitler.”

Comment [L.C.6]: În original, nu este vorba despre gemeni deloc. Erau doi copii care s-au născut în aceeași perioadă.

Ce este despre spina bifida?

Dr. D. McLone și colegii săi au raportat existența unei serii de aproape 1.000 de cazuri neselectate de spina bifida la copii, după care i-au supus pe aceștia al un tratament intensiv. Între cei 1.000 de copii:

- 75% aveau inteligență normală
- 80% au mers în picioare până la împlinirea vârstei școlare
- 90% își puteau controla intestinele și vezica urinară până la vârsta școlară
- 99% din părinți au fost mulțumiți de tratament.

D. McLone et al., „Concepts in the Management of Spina Bifida“, *Concepts in Pediatric Neuro-surgery* 33 (1986): 359-370

În cazul când părinții nu-și doresc un asemenea copil, există organizații – precum Asociația pentru persoanele cu spina bifida – care au pe lista așteptare peste 100 de cupluri care doresc să înfieze un copil cu spina bifida. (Scrieți dlui J. Grafstron, 1955 Florida Ave., Xenia, OH 45385). Fundația Internațională pentru Cercetare Genetică (The Michael Fund), 400 Penn Center, Pittsburgh, PA 15146, vă poate pune la dispoziție o listă similară.

Mânuța micului Sam.

Universitatea Vanderbilt a constituit un centru de pionierat în domeniul chirurgiei în uter. În august 1999, în timp ce era operat de spinei bifida, micuțul Sam a scos mânuța prin incizie și a apucat degetul chirurgului. (Vezi planșele colorate de la sfârșitul cărții pentru această fotografie memorabilă).

Ce ne puteți spune despre sindromul Down?

„Peste 80% dintre copiii cu sindrom Down se nasc mamelor tinere”, sub 35 de ani.

Adams et al., „Down’s Syndrom, Recent Trends“, *JAMA*, vol. 246, nr. 7, 14 august 1981, p. 758-760

Nu numai mama este cauza. „În aproape 30% din cazuri, tatăl este responsabil pentru cel de-al 21-lea cromozom în plus specific sindromului Down.“ Cu cât tatăl este mai în vârstă, cu atât șansa de apariție a acestui sindrom este mai ridicat.

Roberts et al., „Midtrimester Amniocentesis“, *Jour. of Repro. Med.*, vol. 28, nr. 3, martie 1983, pag. 168

Chiar și așa:

- Dacă mama are vârsta de 30 de ani, 99,9% din copii nu au acest sindrom;

- Dacă mama are 36 de ani, 99,6% din copii nu îl au;
- Dacă mama are 40 de ani, 99,1% din copii nu îl au.

Pentru fiecare copil cu sindrom Down există o întreagă listă de așteptare cu potențiali părinți adoptivi (vezi The Michael Fund, menționat mai sus).

Una dintre cele mai importante progrese făcute de societatea ultimei jumătăți de secol, a fost schimbarea atitudinii oamenilor față de sindromul Down.

Oamenii bolnavi de sindromul Down sunt plăcuți și activi, și au, în prezent, o speranță de viață de 55 de ani. Numai 2% se nasc cu anomalii fatale de cord și sub 5% se nasc cu retard mintal sever. Majoritatea pot duce o viață semi-independentă sau complet independentă și se pot integra în câmpul muncii, într-un anume tip de activitate susținută. Alții pot chiar să se angajeze într-un mediu competitiv.

Comment [L.C.7]: Sunt angajați „pe baza unui concurs” etc.

Sunt moștenite defectele congenitale?

Norvegia deține un registru național al defectelor congenitale. Pentru acesta, au fost luate în evidență 460.000 de femei care au născut în perioada 1967-1982. La populația generală, rata incidenței defectelor congenitale era de 2,4%, iar la femeile cu handicap, de 3,7%.

New Eng. J. Med., 8 aprilie 1999

Câți copii cu handicap se nasc în SUA?

În fiecare an, în SUA se nasc aproximativ 4 milioane de copii. Din aceștia, 5.000 au sindromul Down, 1.500 au spina bifida și 2.000 fibroză chistică.

JAMA, 10 aprilie 1991, vol.265, nr.14, p.1797-1798

CDC-MMWR, 21 aprilie 1989, vol.38, nr.15, p. 264,

Med. Tribune, 15 mai 1989, vol.30, nr.14, p.1

Ce defecte sunt cauzate de rubeolă?

Cele mai importante studii despre acestea s-au făcut în timpul unei mari epidemii de rubeolă. Dintr-un procent de 16,9% din rândul copiilor care au dezvoltat defecte ca urmare a rubeolei contactate de mama lor în timpul sarcinii,

- 50% au suferit o pierdere de auz, de cele mai multe ori corectabile prin aparate auditive.
- 50% au avut defecte cardiace, aproape toate corectabile chirurgical.
- 30% aveau cataractă, deseori la un singur ochi. Majoritatea aveau o vedere destul de bună.
- Retardul mintal a fost în proporție de 1,5% comparat cu 1% cazuri din populația neafectată.

Rendle-Short, *Lancet*, vol.2, 1964, p.373

Ce se întâmplă dacă unei gravide i se administrează vaccinul anti-rubeolic?

Nu sunt cazuri raportate despre defecte semnificative cauzate copiilor născuți după asemenea vaccinări. De exemplu, „nici unul dintre copiii născuți vii n-au prezentat dovezi serologice sau clinice de rubeolă congenitală”.

Este foarte probabil ca vaccinul anti-rubeolic să nu reprezinte nici o amenințare pentru fetele ale căror mame sunt vaccinate în preajma perioadei de concepție. Toate testele făcute nou-născuților din acest studiu au ieșit negative.

S. Sheppard, „Rubella Vaccine“, *Br. Med. J.* 292: 727, 1986

Într-un raport ce acoperea perioada 1971-1982, Centrul American pentru Controlul Bolilor și Serviciile Publice de Sănătate din Statele Unite, observau că la un număr de 959 femei însărcinate care au fost vaccinate în timpul sarcinii, nu au existat defecte induse de vaccinul anti-rubeolic. Au apărut și câteva anomalii, însă lucrul acesta era de așteptat la un număr atât de mare de cazuri.

Morbidity & Mortality Weekly Report, vol. 32, nr. 33, 26 august, 1983

Ce ne puteți spune despre SIDA?

Doar 25% dintre bebelușii născuți din mamele infectate cu HIV moștenesc infecția. Dacă gravidei i se administrează o medicație anti-SIDA, rata de transmitere a virusului este doar de 2-5%. Din păcate, SIDA este, încă, o boală incurabilă.

Vârsta mamei crește riscul de anomalii congenitale?

Din fericire, nu. Excepție face, însă, sindromul Down. O importantă anchetă, efectuată pe 27.000 de cazuri ce implicau anomalii congenitale, a demonstrat clar că femeile mai în vârstă (peste 35 de ani) și cele mai tinere nu difereau în ceea ce privește nașterile de copii bolnavi. Sondajul a examinat 43 de anomalii congenitale, printre care spina bifida, palatoschizisul¹, anomaliile cardiace și deformațiile membrilor. În plus, el a arătat chiar că riscul apariției stenozei pilorice hipertrofice, a canalului arterial evident și luxației de șold, scade la nașterile după 30 de ani.

P.Baird, U.of Brit. Columbia, *Lancet*, 2 martie 1991

Este posibil să „curățăm fondul genetic”?

Orice discuție despre exterminarea bolilor genetice este o mare pierdere de timp. Este puțin probabil ca persoanele grav afectate să se căsătorească și să aibă copii, iar genele să fie transmise mai departe de purtători. De exemplu, la fiecare persoană cu drepanocitoză (anemie drepanocitară cu hematii falciforme), există 40 de purtători. Dacă fiecare victimă a acestei boli ar fi eliminată ne-ar lua 750 de ani doar pentru a înjumătăți incidența bolii. Pentru a elimina boala în întregime ar fi nevoie de 200.000 de avorturi la fiecare 500.000 de cupluri, aceasta fiindcă fiecare persoană „normală” este un purtător al 3 sau 4 gene „defecte”, și singurul mod de a elimina bolile genetice ar fi să fie sterilizați și avortați toți oamenii.

Dr. Hymie Gordon, profesor de genetică, Mayo Clinic

Comment [L.C.8]: eliminarea

¹ Așa-zisa buză de iepure sau gură de lup

Ecografele pot afecta copilul?

„Înteruperea sarcinii nu este niciodată justificată de riscul ca embrionul sau fătul să fie iradiați în timpul examenului-diagnostic cu raze X, efectuat abdominal sau periferic (extern).

Policy Statement, American College of Radiology,
AMA News, noiembrie 1976, pag. 12

Comment [L.C.9]: E vorba de razele X sau Roentgen, nu de „ecograf”. Ecografele sunt aparatele cu ultrasunete de mai jos.

Dar ultrasunetele?

„Nu am putut detecta existența vreunei legături între expunerea la ultrasunete în timpul sarcinii și leucemie.”

Concluzia de mai sus a fost notată de Institutul Karalinska în *British Medical J.* (1-28-00) după ce a comparat toți copiii născuți în Suedia în perioada 1973-1989.

Comment [L.C.10]: Este ecograful (ecografie ultrasonică)

Cum suportă emoțional, părinții, avortarea unui copil handicapat?

Foarte greu. O anchetă a raportat apariția depresiei materne la 92% de cazuri, și a celei paterne la 82%, plus o incidență de 30% de separare a cuplurilor după avort.

Blumberg et al., „Psychiatric Sequelae of Abortion for Genetic Indication”, *Amer. Jour. OB/GYN*, vol. 122, nr.7, august 1975, p.799-780

Cum sunt copiii nenăscuți diagnosticați pentru anomalii congenitale?

Prin amniocenteză, testul de alfafetoproteină și eșantionul de vilozități coriale. Iar la o vârstă mai mare a sarcinii, se poate face examen ecografic.

Ce este amniocenteza?

Amniocenteza presupune prelevarea unei mici cantități de lichid din sacul amniotic al bebelușului printr-un ac introdus în abdomenul mamei și peretele uterin. Celulele din lichid sunt cultivate și examinate o lună mai târziu. Anumite substanțe chimice din lichid pot fi de asemenea măsurate. Analiza aceasta se face în cel de-al doilea trimestru de sarcină, pentru a depista anumite boli.

Ce boli fetale pot fi tratate în cel de-al doilea trimestru?

Atât acidemia metil-malonică, cât și deficiența de biotină (vitamina H) pot fi descoperite în al doilea trimestru de sarcină. Nici una, însă, nu este tratabilă la sfârșitul trimestrului al treilea.

Infecția cu toxoplasmoză a mamei poate infecta și bebelușul din uter. Tratamentul începând cu luna a cincea îl poate proteja.

J.Bishara et al., Toxoplasmosis, *Pediatrics in Review*, Vol.12, nr.8, februarie 1991

De asemenea, vezi SIDA mai sus.

Comment [L.C.11]: PÂNĂ, adică până atunci nu e posibilă tratarea

Dar ce puteți spune despre amniocenteza din trimestrul al 3-lea de sarcină?

Această analiză este diferită, este sigură și se face pentru a ajuta la tratarea și salvarea vieții copilului și a mamei. În general, ea se face pentru depistarea bolii hemolitice, a diabetului, a maturității fătului etc.

Comment [L.C.12]: În original este „fetal LUNG maturity”; e un test prin care se verifică dacă plămânii fătului sunt suficient de bine dezvoltati, pentru ca sa nu suferă la naștere sindromul insuficienței respiratorii acute.

Este amniocenteza sigură?

În Anglia și în alte țări testul omoară cam 1% din copiii testați.

Opiniile diferă. O foarte importantă anchetă făcută în Anglia, a ajuns la concluzia că din grupurile femeilor cu amniocenteză 14 fetoși au murit. comparativ cu 5 din grupul de control. De asemenea, ei au observat hemoragiile puternice la mame în 37 de cazuri, comparativ cu 12 la grupul de control, rupturi de membrane în 0,5% din cazuri, comparativ cu 0 cazuri, avorturi spontane ulterioare în 2,7% din cazuri, față de 1,4% și apariții ale anticorpilor Rh în 9 cazuri, comparativ cu 2. Dureri respiratorii severe după naștere au apărut în 30 cazuri față de 9, cu 24 anomalii ortopedice majore față de 1 în cazul grupului de control. Riscul crescut general pentru copil era de 300%, iar riscul cumulativ general al tuturor factorilor negativi atât pentru mamă cât și pentru copil era de 9,2% comparat cu 3,3% în grupul de control.

Royal College of OB/GYN, „An Assessment of Hazards of Amniocentesis”, *British Jour. OB/GYN*, vol. 85, Suplimentul nr.2, 1978

8 ani mai târziu, un alt studiu mai larg nota: „rata avorturilor spontane a fost de 1,7% în grupul cu amniocenteză și 0,7% în grupul de control”.

Comment [L.C.13]: inacceptabil

Randomized Trial of Amniocentesis in 4606 Low Risk Women” *Lancet*, 1287, 1986

În 2001, cercetătorii de la Școala de Medicină St. Bartolomeu din Londra, au examinat 40.000 de femei care au făcut amniocenteză. La copii au fost descoperite 100 de cazuri cu sindrom Down, însă 400 de copii normali au murit în urma unui avort spontan cauzat de test.

În Grecia, din 500 de femei care au făcut amniocenteză la vârsta de 35-39 de ani, 3,4% au pierdut sarcina după test. La femeile de peste 40 de ani, avortul spontan a survenit în 5,1% din cazuri.

Bit.J.OB & GYN, Papantoniou, U.Athens, Reuters Health, 28 noiembrie 2001

Ce înseamnă testul alfafetoproteinei și de ce este făcut?

Testul alfafetoproteinei (AFP) constă în analizarea sângelui mamei pentru a se determina dacă ea este purtătoarea unui copil fie cu defecte ale tubului neural (spina bifida), fie cu anencefalie.

Testul se face cu sânge luat de la mamă între săptămânile a 16-a și a 18-a de sarcină. 50 din 1.000 de femei vor avea rezultate pozitive, de aceea testul de sânge trebuie repetat. La o a doua analiză, numai 30 vor fi pozitive. În continuare, mamei i se va face un examen

ecografic și atunci se vor mai elimina încă 15 cazuri. Asta înseamnă doar 15 pozitive. Aceste mame trebuie, în continuare, să facă un test de amniocenteză (1% din copii mor din cauza testului). După 4 săptămâni obligatorii de așteptare, rezultatele vor **repera** 1 sau 2 copii cu handicap, în vârstă de 20-22 săptămâni și care cântăresc între 350 și 550 grame fiecare.

Comment [L.C.14]: „depista” e mai bine

Chiar și după toate aceste teste, unii dintre copiii avortați se vor dovedi normali iar unii dintre cei „normali” se vor naște cu handicap, pentru că testul nu este întotdeauna corect. El este disponibil, folosit și chiar impus de lege în unele **zone**. Problema principală, chiar și pentru cei care sunt în favoarea avortului, este tensiunea ce se creează pe măsură ce procesul de eliminare se desfășoară. Multor femei, care au fost **„curățate”**, nu le vine să creadă că sunt în regulă și fac avorturi pe baza suspiciunii că testele au fost greșite.

Comment [L.C.15]: aici: țări

Comment [L.C.16]: Au fost scoase din calcul, li s-a spus că testul e negativ, asta vrea să însemne.

Un alt raport a găsit, între cazurile studiate, în proporții variind de la 4% până la 17,5% de rezultate fals pozitive și negative ale testelor.

Bradley et al., *N.Eng.J.Med.*, vol.315, nr.3, p.193, 17 iulie 1986

Ce înseamnă eșantionul de vilozități coriale?

Această probă sau biopsie este, de fapt, un test care implică trecerea unui mic instrument prin cervix, în primele luni de sarcină, cu ajutorul căruia se taie o bucăciță mică de țesut din jurul bebelușului. Din moment ce acest țesut face parte din organismul copilului, înseamnă că el are aceeași formațiune genetică ca și a copilului, lucru ce le permite părinților „să afle” despre malformația copilului la o vârstă mică a sarcinii (9-11 săptămâni).

Este acest eșantion de vilozități coriale sigur?

Procentul copiilor omorâți în urma acestui test este de 2-4%.

De asemenea, un studiu britanic arată că 3% din aceste studii sunt fals pozitive, adică 3% dintre copiii au fost omorâți prin avort după care s-a dovedit că au fost normali.

Br. Med., L.C. van Prooijen-Knegt, 1987
N.Y. Times, G.Kolata, 9 octombrie 1987

Acest test ar putea cauza pierdere de sarcină prin oligoamnios² sever, adică o pierdere lentă și continuă de lichid amniotic ce duce la avort spontan la 4-12 săptămâni de sarcină.

R.Wapner, „Amniotic Leaks & Fetal Loss Linked to CVS”,
Medical Tribune, 28 iulie 1988

Studii efectuate în Oxford, Milano și Taiwan au scos la iveală apariția unei serii de anomalii congenitale la copii care au fost supuși unui test de vilozități coriale. Aceste anomalii includeau brațe și degete lipsă sau mai scurte, guri malformate și anomalii ale creierului.

„În 3,3% din cazuri, malformațiile congenitale erau grave.”

B.Burton et al., „Limb Abnormalities with CVS”,
OB-GYN News, mai 1992, vol.79, nr.5, p.726

² anomalie a sarcinii caracterizată printr-o cantitate insuficientă de lichid amniotic în raport cu stadiul de înaintare a sarcinii

Un astfel de studiu a fost făcut și de Institutele Naționale ale Consorțiului de Sănătate.

Am.J. OB-GYN, vol.169, nr.1, iulie 1993

Există și alte teste invazive?

Fetoscopia și cordonocenteza utilizează un dispozitiv de ghidare cu ultrasunete pentru a preleva sânge din cordonul ombilical al fătului. Rata mortalității fătului este, aici, de 2-6%.

Atunci de ce insistă atât de mulți medici ca aceste teste să fie făcute?

Pentru a-și proteja veniturile. De multe ori medicii au fost dați în judecată pentru că nu au făcut asemenea teste și, prin urmare, pentru că nu au descoperit din timp fătul cu handicap, în așa fel încât mama să aibă timp să-l avorteze. Teama de procese i-a făcut pe medici să-și ia obligația de a efectua toate aceste teste.

Comment [L.C.17]: Medicii NU și-au luat obligația, ci au fost obligați sa...

Dar ce se întâmplă dacă mama nu avortează, chiar dacă copilul are un handicap?

Spuneți-i doctorului dumneavoastră că nu doriți să riscați viața copilului, doar pentru a vă satisface curiozitatea. Spuneți-i să vă scrie în fișă că testul v-a fost oferit și că vi s-a explicat ce înseamnă, iar dvs. l-ați refuzat, apoi semnați fișa cu martori. Dacă aceste formalități sunt îndeplinite, medicul va înceta să vă mai ceară să efectuați testele.

„Dacă avortul ar fi scos în afara legii, atunci s-ar sista și programele de amniocenteză din cel trimestrul al doilea de sarcină, din moment ce principala prerogativă terapeutică a lor – avortul – ar fi eliminată”.

Golbus, „The Current Scope of Antenatal Diagnosis”,
Hospital Practice, aprilie 1982

Notă: Pentru mai multe informații despre malformațiile fetale produse de medicamentul RU 486 și de tovarășul acestuia, Cytotec, vezi capitolul 19 ș.u.

CAPITOLUL 26

EUTANASIA

Calificând eutanasia drept „activă” sau „pasivă”, „directă” sau „indirectă”, „voluntară”, „non-voluntară”, „involuntară” sau „suicid asistat”, nu facem decât să provocăm o mare confuzie.

Eutanasia este atunci când doctorul își ucide pacientul

Unde și când a fost legalizată eutanasia pentru prima dată?

Primul program de eutanasiere din istorie a fost făcut în scopul „purificării” rasei germane. Acest program **original** a fost o creație a medicilor, iar nu a lui Hitler. El doar a îngăduit folosirea uneltelor pe care alții le-au pregătit.

Comment [L.C.18]: Autorul nu spune că era „original” (neobișnuit), ci era „primul” de acest fel

Prima cameră de gazare a fost concepută de un grup de profesori de psihiatrie proveniți din 12 mari universități germane. Ei și-au ales pacienții și i-au urmărit cum mureau gazați, apoi au redus încet-încet „valoarea vieții umane”, până când spitalele de boli mintale au rămas aproape goale.

Imediat li s-au alăturat și câțiva medici pediatri care, în 1939, au început să golească instituțiile de copii handicapați. Până în anul 1945, au fost omorâți astfel 300.000 de nemți „arieni pursânge”. La data respectivă, prețul pus pe viața umană era atât de mic, încât medicii ajunseseră să-i ucidă pe copiii **care-și udau cearșaful**, pe cei cu urechi deforme sau cu dificultăți de învățare.

Comment [L.C.19]: ??? in cel mai rau caz enurezis, dar putem spune „se urinau în pat”

Willke, *Assisted Suicide & Euthanasia*, Hayes Publishing Co., Cinn: 2001, pag. 24

Ce înțelegeți prin „valoarea vieții umane”?

A pune o etichetă de preț pe viața unui om, relativizându-i astfel valoarea, faci o greșeală fatală, pentru că orice preț suferă fluctuații, iar în unele momente, acesta poate fi foarte mic. **Naziștii au coborât acest preț, și tot așa a făcut și Olanda. Panta alunecoasă pe care a luat-o „prețul” vieții umane este o realitate înfricoșătoare, iar avortul demonstrează acest lucru.** Să ne amintim de judecătorul nazist condamnat la moarte în procesul de la Nürnberg, care spunea plângând: „Niciodată n-am știut că se va ajunge aici” și de comentariul lui William L. Shirer, care l-a intervievat pe acesta: „S-a ajuns la aceasta în momentul în care ați condamnat pentru prima dată o ființă nevinovată.”

Comment [L.C.20]: exprimare greoaie

Dar Hitler a început cu evreii, nu-i așa?

Nu. După uciderea eugenică a germanilor arieni „cu defecte”, luând exemplul de la acești doctori, Hitler a folosit camerele lor de gazare și a trecut la eliminarea raselor „defectuoase”. A distrus o întreagă rasă de țigani, șase milioane de evrei și poate aproape tot atâția prizonieri polonezi, ruși și membri ai altor națiuni central-europene.

ibid., cap.3

Dar programul a început cu sterilizarea.

Este adevărat. Prima lege **fundamentală schimbată de naziști a fost Legea pentru Prevenirea Nașterii Progeniturilor cu Boli Ereditare**, promulgată de Hitler la 25 iulie 1933. Legea avea ca scop exterminarea germanilor arieni și purificarea rasei prin eliminarea celor ce sufereau de presupuse boli ereditare. În următorii 6 ani, legea a dus la sterilizarea **involuntară** a aproximativ 375.000 de germani.

Comment [L.C.21]: nu e vorba de prima lege fundamentală, ci de o schimbare crucială în materie de drept

Comment [L.C.22]: În general, în l. română, numai „legea” se scrie cu majusculă, atunci când e vorba de titlul unei legi.

W. Deuel, *People Unde Hitler*, New York, 1942, pag. 221

Comment [L.C.23]: Nu „involuntară”, căci nu se prea înțelege; ei au fost sterilizați forțat

De asemenea, această lege a legalizat și avortul pentru femeile care urmau să fie sterilizate. Mai târziu, „dreptul” la avort legal va fi extins la evrei, polonezi, țigani și alte minorități rasiale.

Dar Hitler nu era împotriva avortului?

Nu! Hitler s-a opus avortului doar în cazul femeilor cu „sânge pur“ arian. Pentru celelalte femei însă, el a permis avortul și chiar l-a încurajat.

Într-un ordin către S.S., SD și poliție din 9 iunie 1943, Reichskommissar-ul Kaltenbrunner ordona: „La muncitoarelor estice sarcina poate fi întreruptă dacă se dorește.“ În primul rând, femeii i se stabilea apartenența rasială și apoi, „dacă femeia era valoroasă din punctul de vedere al rasei din care făcea parte, avortul nu trebuia făcut... în caz contrar, avortul trebuia permis”.

După război, Tribunalul pentru Crimele de Război a acuzat 10 conducători naziști de „încurajarea și constrângerea femeilor la avort“, fapt pe care l-a considerat o „crimă împotriva umanității“.

„Trials of War Criminals“, *Nuremberg Military Tribunal*,
Washington DC; USGPO, vol.IV, p.610

Ați spus că și Olanda se află pe aceeași pantă acum.

Da, Olanda a fost prima națiune modernă care a legalizat eutanasia. Ceea ce începuse cu câteva cazuri excepționale, devenise între timp o chestiune de rutină. În Olanda mor anual 130.000 de oameni, dintre care peste 20.000 sunt omorâți, direct sau indirect, de către medici. Jumătate dintre ei nu cer să fie omorâți.

Pe lista acestora se află acum și nou-născuții despre care se crede că ar avea o prea joasă calitate a vieții. Un judecător a aprobat eutanasia directă pentru o persoană depresivă care, din punct de vedere fizic, era sănătoasă. Suicidul asistat a fost de asemenea aprobat în cazul adolescenților depresivi.

Bătrânii spitalizați sunt vizitați zilnic de reprezentanții unei organizații care se oferă să le supravegheze cazul pentru a-i împiedica pe medici să-i omoare.

În aprilie 2001, Parlamentul Olandez a adoptat o lege care stabilea ce condiții trebuiau întrunite înainte ca un medic să poată omorî un pacient. Aici erau incluse ca obligatorii următoarele cerințe: pacientul să fie sănătos mintal, să înainteze voluntar o cerere de eutanasiere, să fie înregistrate solicitări repetate de a fi omorât de la pacient, dureri incontrolabile, „forța majoră” (când medicul nu are de ales), câțiva martori și doi medici care să fie de acord.

În practică, foarte puține din aceste criterii sunt luate în considerare. Cea mai importantă ... necesitatea existenței unei solicitări voluntare repetate făcute de către o persoană sănătoasă mintal ... este de regulă ignorată.

Acquittal After Assisted Suicide, *Brit.Med.Jour.*, 07.02.1994
Willke Assisted Suicide and Euthanasia,
Hayes Publishing Co., Cin, 2001, p.24

Involuntară?

„Multe cazuri bine documentate de eutanasiere activă involuntară au fost raportate de C. I. Dessaur și C.J.C. Rutenfrans și alții, printre care se numără și autorul cărții de față. K.F. Gunning a scris despre experiența sa cu specialiști care, atunci când li se cerea să

primească un pacient în vârstă în spital, sfătuiau medicii generaliști să le administreze mai degrabă injecții letale. În studiul său exhaustiv (sponsorizat de Universitatea din Utrecht și de Academia Regală Olandeză de Științe), H.W. Hilhorst a demascat practicarea eutanasiei involuntare active în 8 spitale.”

„În mijlocul grupurilor amenințate crește teama. Au fost publicate atâtea avertismente, încât pacienții în vârstă, de frica eutanasiei, refuză spitalizarea și chiar să mai consulte medicii. De asemenea, o anchetă efectuată printre pacienții din spitale, a arătat că multora le este teamă că propriile lor familii le-ar putea cere eutanasierea fără să-i consulte și pe ei. Asociația Olandeză a Pacienților a publicat un avertisment în presă conform căruia, pacienții sunt uciși în multe spitale, fără voia sau cunoștința lor ori a familiilor lor, și prin care se recomandă pacienților și familiilor lor să urmărească cu atenție fiecare etapă a tratamentului lor, iar când au nelămuriri, să consulte un specialist din afara spitalului.

Peste 10.000 de olandezi poartă în buzunar un cartonaș pe care scrie: „Solicite ca nici un tratament medical să-mi fie refuzat, în cazul când calitatea vieții mele se va diminua. Solicite ca, în nici o împrejurare, să nu mi se administreze vreun medicament care să-mi pună capăt vieții.”

R. Fenigsen, „Involuntary Euthanasia in Holland”,

Wall Street Journal, 30 septembrie 1987

Ibid. J. Willke,

Nat'l Right to Life News, 23 mai 1989

J. Bopp et al, „Euthanasia in Holland”, *Issues in Law and Medicine*,

Vol.4, nr.4, Spring '89, p.455-487

Comment [L.C.24]: În rândul

Ce puteți spune despre alte țări?

În 1995, partea de nord al Australiei, a devenit al doilea stat de la sfârșitul secolului XX care a adoptat o legislație în favoarea eutanasiei.

Legea a fost respinsă de către parlamentul federal.

Statul american Oregon a adoptat o lege care a legalizat „suicidul asistat”, valabilă din noiembrie 1997. Detalii mai multe pe această temă puteți obține consultând una din celelalte cărți publicate ale autorului prezentei cărți, *Assisted Suicide and Euthanasia, Past and Present*, (Suicidul asistat și eutanasia, trecut și viitor n.tr.) Hayes Publishing Co., Cincinnati, revăzută în 2001.

Belgia a legalizat eutanasia în 2002.

Dar tribunalele au puterea de a legaliza eutanasia?

Acest lucru s-a întâmplat în Olanda, unde eutanasia a fost o practică de rutină timp de aproape două decenii, până când Parlamentul a oficializat-o, în 2001.

În SUA, două cazuri au ajuns în atenția Curții Supreme, *Washington vs. Glucksberg* și *Vacco vs. Quill*. Printr-un vot de 9 la 0, în iunie 1997, Curtea Supremă a decis să nu permită suicidul asistat sau eutanasia în SUA, însă ulterior, tot Curtea Supremă a lăsat decizia privind legalizarea acestora la latitudinea fiecărui stat în parte.

Legalizare a fost respinsă în statele Michigan și Maine prin referendumuri, iar în Florida și Alaska prin decizii ale tribunalelor supreme.

Nu o putem accepta nici măcar dintr-un motiv îngust, cum ar fi suicidul asistat medical?

Vă amintiți cum a început avortul – doar pentru cazurile cele mai rare și tragice? Iar acum, 99% dintre avorturi sunt făcute din motive sociale și economice. Eutanasia urmărește același model. S-a întâmplat în Germania, apoi s-a întâmplat în Olanda, se va întâmpla și în alte state.

Dar nu vreau ca doctorul să mă mențină în viață artificial. De ce să nu existe o lege care să permită moartea cu demnitate?

Adepii eutanasiilor acuză foarte repede medicii pentru că nu-i lasă pe pacienți să moară în pace. Tabloul tipic prezentat de ei este același, un pacient muribund, ținut la pat, chinat de dureri constante și groaznice, cu tuburi introduse prin toate orificiile trupului și prin unele făcute artificial. Medicul îl menține în viață doar cu scopul de a obține mai mulți bani sau pentru că nu vrea să recunoască că a pierdut bătălia pentru viața omului respectiv.

O remarcă obișnuită printre pensionari este: „Nu doresc să fiu ținut în viață cu toate acele tuburi și tratamente dureroase și scumpe.”

În trecut, tratamentele reale de salvare a vieții aveau multe limite. Adesea, rolul medicului era să aline și să elimine durerea, pe măsură ce pacientul se îndrepta spre moartea inevitabilă. Apoi, o dată cu apariția antibioticelor, dezvoltarea chirurgiei, a unităților de terapie intensivă și cardio-reanimare și a medicamentelor noi, împiedicarea morții a devenit posibilă. Pentru medici, acesta a fost un proces de învățare, de la menținerea în viață a muribunzilor pentru un timp prea îndelungat, la lăsarea lor „să plece” (adică să moară) în mod natural. Astăzi, aproape toți medicii tratează bine și corect orice muribund. Imaginea descrisă mai sus nu mai este posibilă decât cu excepția unor cazuri excepționale.

Dar ce se întâmplă dacă boala nu este controlată?

Literatura în favoarea eutanasiilor scoate în evidență, în mod constant, durerea necontrolată, constantă, continuă, nealiniată și agonizantă a pacientului. Durerea fizică, cu rare excepții, poate fi controlată. Sfatul cel mai bun pe care l-ați putea da unei persoane iubite atunci când el sau ea se confruntă cu dureri continue este „Caută-ți alt doctor.” Dacă medicul tău nu știe cum să-ți controleze durerea, caută unul care știe s-o facă.

„Afirmarea cum că durerea fizică gravă este un motiv licit de a omorî un pacient, nu stă în picioare.”

Un al doilea tip de durere, care și constituie principalul motiv pentru care oamenii cer să fie eutanasiați, este durerea sufletească, singurătatea, disperarea, deznădejdea, angoasa, izolarea, lipsa iubirii, lipsa de sens și de înțeles al vieții și pierderea demnității. Remediile pentru suflet sunt mai puțin vizibile.

Editorial, Karl Singer, *Patient Care*, 30 mai 1994

Performanțele medicamentelor de astăzi oferă medicilor pompe de transfuzie, comprimate orale și plasturi dermali cu morfină care reprezintă o alegere pentru durerea insuportabilă a cancerului.

„Contrar opiniei generale, pacienții cu dureri severe e mai puțin probabil să aprobe suicidul asistat decât alți pacienți bolnavi de cancer... ei sunt cu adevărat interesați să scape de durerile insuportabile, nu să moară.” Acest studiu a relevat că majoritatea oamenilor care caută moartea sunt depresivi, concluzia sa fiind: „Există un conflict între scopul recunoscut pe larg și practica probabilă a eutanasiei.”

E.Emanuel et al., Cancer Patients With Pain, *Lancet*, 29.06.1996

Opoziția în fața eutanasiei este cea mai puternică printre oamenii în vârstă vulnerabili, bolnavi în fază terminală, mai exact cei mai afectați direct de către această chestiune.

H.Koenig, „Attitudes of Elderly Patients and Their Families Toward Physician Assisted Suicide”, 156 *Arch. Intern Med.* 2240

Opoziția este de asemenea fermă și din partea grupurilor de oameni cu handicap. Unul dintre acestea, care se opun deschis eutanasiei este grupul înființat în 1997 cu titlul „Not Dead Yet”.

E adevărat, dar eu nu vreau furtunuri și tuburi în corpul meu!

Credeți că unitatea de terapie intensivă este atât de îngrozitoare, un loc dureros, unde oamenii nu vor să se reîntoarcă? Un studiu important face lumină aici.

Pacienții în vârstă, tratați anterior în unități de îngrijire intensivă, au fost întrebați dacă ar dori să fie supuși din nou terapiei intensive, „dacă acest lucru v-ar prelungi viața, pe cât de mult cu putință?” Nouăzeci și șase la sută au răspuns afirmativ. Procentajul a rămas la fel de înalt când aceștia au fost întrebați dacă ar sta aici 5, 2 și 1 an fiecare sau timp de 6 luni sau 3 luni. 74% a răspuns că ar sta numai o singură lună.

M. Sanis et al., „Patients and Family's Preferences for Medical Intensive Care”, *JAMA*, vol.260, nr.6, 12 august 1988, p.797

Este viața preferabilă morții întotdeauna?

O lucrare apărută în ianuarie 1996 în *Jurnalul Medical American* (*American Journal of Medicine*), a chestionat pacienți în stare critică pentru a afla câți dintre ei ar dori să treacă printr-o resuscitare cardio-pulmonară, dacă li s-ar opri inima. 72% dintre cei 1.664 pacienți aleși, din cinci state, pentru sondaj, doreau să fie resuscitați; 27% au declarat că starea de comă este preferabilă morții, iar 42% doreau să rămână conectați la aparate de **ventilație** un timp nedefinit. Acești pacienți se aflau în stadii acute de insuficiență respiratorie, insuficiență cardiacă congestivă, ciroză, cancer de plămâni etc.

R.Russell, Seriously Ill Want CRP, Beth Israel Hosp., *AMA News*, 26 februarie 1996

Ce puteți spune despre lichide și alimentația artificială?

Aici trebuie să luăm în considerare următoarele:

Îngrijirea bolnavilor prin crearea unei ambianțe plăcute

Comment [L.C.25]: Pur și simplu „crearea de confort”

Îngrijirea bolnavilor prin crearea unei ambianțe plăcute constă din acordarea de îngrijire afectuoasă și tandră, care include baie, lenjerie curată, o cameră încălzită, un zâmbet, o bună igienă, poziționare corectă, perne, hrană, apă și altele.

Asistența terapeutică

Aceasta presupune utilizarea medicamentelor, chirurgiei etc. îndreptate spre tratarea unei boli, remedierea unei leziuni, îndepărtarea unui apendice etc. O asemenea terapie poate fi clasificată în terapie obișnuită și terapie ocazională, cum ar fi administrarea unui antibiotic, imobilizarea unui os fracturat și îndepărtarea unui apendice, precum și asistență extraordinară, cum ar fi operația pe cord, transplantul de organe etc. Asistentul este considerat neglijent dacă nu crează bolnavului un ambient plăcut pentru a-i alina boala. Este de datoria lui să o facă. Tratamentul extraordinar nu a fost niciodată obligatoriu și a fost judecat în lumina mai multor factori.

*Priorități **combinat***

Unii au ajuns să considere că hrana și apa sunt „tratament”, iar nu ingrediente necesare pentru a face boala mai ușoară. Dacă se ia decizia de stopare a oricărui tratament, pot fi retrase hrana și apa. Dacă medicul oprește tratamentul, pacientul poate uneori muri. Dacă medicul îi refuză pacientului hrana și apa, cu siguranță că acesta din urmă va muri în chinuri. Îndepărtarea lichidului și a hranei artificiale nu înseamnă „a lăsa pe cineva să moară”, ci „a face pe cineva să moară”.

Comment [L.C.26]: Nu „combinat”, ci „confuze” „mixed UP p.”

Hrană și lichide?

Când un pacient nu poate înghiți, există mijloace alternative de administrare a hranei și a lichidelor. Hrana și lichidele administrate post-operator reprezintă, în cel mai bun caz, o măsură temporară. Timp de câteva săptămâni, hrana și lichidele pot fi administrate printr-un tub nazo-gastric. Dacă înghițitul este imposibil nelimitat, poate fi inserat un tub gastrotomic, prin peretele abdominal, în stomac. Acest lucru reprezintă cel mai convenabil mod, fără dureri și permanent de alimentare a unui pacient. Adepții eutanasiei propun ca cele trei metode descrise mai sus să se numească „alimentație artificială”. Totuși, acestea sunt hrană și lichide „administrare artificială”. Un asemenea tub de alimentație este curat, nu este scump, este eficient și utilizează cocteiluri de lapte nutritive. Nu există lenjerie murdară sau haine de spălat, iar asistentul știe sigur cât i-a fost administrat.

Ce puteți spune despre bolile incurabile?

Pacienții care se află pe moarte nu fac altceva decât să alunece spre moarte, până când își dau ultima suflare. În timp ce adepții eutanasiei vorbesc permanent despre cazuri de acest gen, ele nu constituie deloc ținta lor. Ei sunt mai degrabă preocupați de cei care cred că ar trebui să moară, și care nu mor... cei care rezistă, din punct de vedere biologic. De obicei, aceștia sunt cei care nu au dureri de nestăpânit, nu se află conectați la sisteme care-i mențin în viață, însă sunt, după anumite rațiuni, o povară pentru societate. Între ei sunt cei

care au suferit atacuri cerebrale, au scleroză în plăci, boala Lou Gehrig, au leziuni ale creierului, suferă de tetraplegie etc.

Suicidul printre cei cu handicapuri severe aproape că nici nu există. Însă există anumiți oameni „normali” în jurul lor, care consideră calitatea vieții celor bolnavi drept inacceptabilă, și le doresc moartea.

Cu rare excepții, toți cei care comit suicid suferă de depresii. Depresia clinică este, de obicei, o funcție biochimică ce poate fi ameliorată cu ajutorul terapiei medicamentoase.

W. Peacock în Shewman, *Active Voluntary Euthanasia*,
Issues in Law & Medicine, winter 1987, pag.234

Comment [L.C.27]: Cred că este disfuncție, totuși.

Dar am putea să salvăm miliarde de dolari dacă i-am lăsa pe bolnavii în fază terminală să moară.

De fapt, asta se și întâmplă. Într-un studiu efectuat pe 1,150 pacienți bolnavi în fază critică - mulți dintre ei au și murit în timpul studiului – în doar 14% din cazuri s-a încercat resuscitarea lor. În urmă cu 20 de ani, cei mai mulți dintre aceștia ar fi fost resuscitați. Dacă s-ar interzice asistența medicală pentru prelungirea vieții, s-ar putea economisi doar unul din opt dolari cheltuiți în sistemul de sănătate. Mai mult, majoritatea acestor economii ar veni de la retragerea asistenței de la pacienții relativ tineri aflați în fază critică.

J.Lynn, Terminally Ill, Forgoing ... Care Dartmouth,
Boston Globe, 21 mai 1994

Cheltuielile făcute de Medicare cu pacienții de peste 85 de ani aflați în îngrijire spitalicească sau convențională au scăzut, din cauză că asistența medicală a devenit mai puțin agresivă.

„Influence of Age on Medicare Expenses, Care in the Last Year of Life”,
JAMA, 19.09.2001, p.1349-1355

Comment [L.C.28]: Nu a devenit, ci este mai puțin agresivă (nu necesită atât de multe tehnologii de ultimă oră etc), ci hrană, apă, minimum confort etc

Există și alte motive pentru care trebuie să ne opunem eutanasiei?

Da.

- De cele mai multe ori, medicii greșesc când consideră că un pacient va muri.
- Când singurii martori rămași în viață sunt persoanele care au vrut ca o anume persoană să moară și medicii care au omorât-o, cine poate să confirme că ea și-a dorit cu adevărat să moară?
- Dacă societatea ar aproba eutanasia, câte persoane în vârstă nu ar solicita acest lucru, așa încât să nu se mai simtă o povară pentru cei pe care îi iubesc?
- Cât de voluntară este eutanasia „voluntară”? Medicii și familia pot face presiuni asupra unui pacient vulnerabil ca să-l determine să solicite moartea.
- Societățile medicale se opun eutanasiei în SUA. (Vot Camera delegaților a AMA, 26 iunie 1996) și Colegiul American al Medicilor, în Australia, Asociația Mondială Medicală a Medicilor, în mai 2001. În Canada, Colegiul Medical al Medicilor a declarat: „Medicii trebuie în mod special, să evite participarea la eutanasiere și suicidul asistat medical.”

Dar ce sunt „testamentele de viață“?

Titulatura folosită este incorectă, deoarece ele nu au cu nimic de-a face cu viața ci, mai degrabă, se referă la moarte. Testamentele de viață nici măcar nu sunt testamente; ele sunt mai degrabă „directive”, un fel de procuri date în timpul vieții, prin care pacientul desemnează pe cineva să hotărască pentru el (să moară sau să fie menținut în viață, în cazul în care el sau ea ajunge în situația de a nu mai putea face acest lucru – nota trad.). Organizația Right to Life este de acord că oricine dorește este liber să semneze un astfel de act, dar se opune total ca legea să oblige la alcătuirea și respectarea lor.

Comment [L.C.29]: (Dat cand o persoana se mai afla inca in viata)

Comment [L.C.30]: nu „la alcătuirea...”, ci la obligativitatea acestora prin lege.

De ce să ne opunem ca aceste „procuri date în avans” să devină obligatorii prin lege?

- Societatea Eutanasia a promovat ideea, și asta ar trebui să ne dea de gândit.
- Consimțământul informat nu poate fi dat pur și simplu, în mod generic, pentru o problemă care nu se cunoaște în viitor.
- Legislația nu e necesară, avem și așa destule intervenții guvernamentale.
- Pacientul și familia lui pot întotdeauna să aleagă un alt medic dacă doctorul la care merg li se pare că nu-i satisface.
- Un pacient conștient poate refuza întotdeauna tratamentul.
- Mulți pacienți își schimbă părerea. Având un document semnat, care este în mod legal obligatoriu, pentru unii ar putea fi prea târziu.
- Ce înseamnă „bolnav în ultimul stadiu”, „mijloace artificiale” sau „măsuri disperate”, „de înțeles” sau „așteptare rezonabilă”? Aceste definiții se schimbă cu timpul și sunt diferite în fiecare caz.

Societatea Eutanasia a conceput aceste „testamente“?

Da. Societatea Eutanasia și fundația sa și-au schimbat între timp numele în Societatea pentru Dreptul la Moarte și, mai recent, în Societatea Grijă pentru Moarte. Toate au avut sediul în 250 W., 97th St. New York, 10019. Din Consiliul Consultativ al Societății Eutanasia face parte, ca membru fondator, Abigail Van Burn, autoarea **editorialelor intitulate „Dear Abby” („Dragă Abby”)**, care sprijină fără osteneală astfel de documente numite greșit „tesamente de viață”.

Comment [L.C.31]: Careia i se mai spune si „Dear Abby”

Înainte de moartea sa, dr. Alan Guttmacher, șeful organizației Planned Parenthood World Population (Planificarea Familială Mondială), s-a numărat între membri proeminenți ai Consiliului Societății Eutanasia din America.

Dar dacă eu m-am hotărât deja?

Ceea ce spune o persoană unui reprezentant al bisericii sau chiar în biroul unui medic nu este în mod necesar ceea ce va spune când va fi față în față cu posibilitatea de a muri. Viața, oricât de limitantă și frustrantă ar deveni, este un bun de care majoritatea oamenilor

se agață cât pot. Dacă-i onorați o astfel de cerere, fiți sigur că ați onorat cererea cea mai recentă a persoanei respective, iar nu pe una spusă ocazional, cu câțiva ani mai devreme.

Există o analogie între avort și eutanasiere?

Da, ambele duc la uciderea ființelor umane. Ambele se fac din același motiv.

Motiv	Avort	Eutanasiere
- Utilitate	- o povară	- o povară
- Doriți	- nedoriți	- nedoriți
- Grad de perfecțiune	- handicapat	- handicapat
- Vârstă	- prea tânăr	- prea bătrân
- Inteligență	- încă inconștient	- nu mai este chiar conștient
- Locul de trai	- în uter	- într-un azil de bătrâni
- „Viață plină de sens”	- nu are încă <i>Roe vs. Wade</i>	- „nu mai are” Proiectele organizației Eutanasiere
- Cost	- prea mic	- prea mic
- Număr	- prea mulți copii	- prea mulți bătrâni
- Stare civilă	- necăsătorit	- văduv

Există o alternativă la eutanasiere?

Adevărata alternativă la eutanasiere este dragostea și asistența competentă oferită celor pe patul de moarte. În Anglia, au apărut niște instituții noi numite hospice (approx. sanatorii pentru bătrâni – nota trad.), s-au specializat în oferirea de asistență profesionistă și plină de compasiune muribunzilor. Ideea acestor instituții s-a extins în toată lumea occidentală.

„În momentul în care un pacient se simte binevenit și nu o povară pentru alții, în clipa în care durerea este controlată și celelalte simptome au fost cel puțin reduse la proporții controlabile, atunci cererea pentru eutanasiere dispăre. Nu se mai pune problema dacă chestiunea eutanasiere este corectă sau greșită, dezirabilă sau indezirabilă, practică sau de neaplicat. Pur și simplu ea devine irelevantă. Îngrijirea adecvată este alternativa la eutanasiere și aceasta poate fi făcută disponibilă la nivel universal, atâta vreme cât se face o instruire adecvată studenților de la medicină în spitalele universitare. Dacă nu suntem în stare să ne ducem până la capăt această datorie de a acorda asistență, să nu cerem de la politicieni să ne scoată din această mizerie.”

R. Lamerton, *Care of the Dying*, Priority Press Ltd., 1973, pag. 99

Am auzit că mulți medici de astăzi ignoră legile actuale și asistă suicidul. Nu ar fi mai bine să-l legalizăm, ca să impunem și niște măsuri de precauție?

Ce ne face să credem că, dacă un medic încalcă astăzi legea și comite o infracțiune gravă, el sau ea se va supune restricțiilor viitoare, când o încălcare a legii în ziua de azi nu reprezintă decât o mică infracțiune?

Deci nu credeți că suicidul asistat poate fi controlat?

Nu. În Marea Britanie, Comisia pentru etică medicală a Camerei Lorzilor a examinat această chestiune până la cel mai mic detaliu. Înainte de supunerea la vot a legii pentru legalizarea eutanasiere, această comisie era ferm hotărâtă să spună da. Au mers în Olanda

unde au investigat modul în care se întâmplă acest lucru. Realitatea i-a făcut să-și schimbe complet poziția și să declare: „nu credem că este posibil să stabilești niște limite sigure”. În plus, ei au găsit „dovezi care să arate că eutanasia non-voluntară era realizată frecvent. Oamenii vulnerabili – bătrânii, oamenii singuri, bolnavi și suferinzi – se simt presați să solicite moartea cât mai repede. ... sub aceste presiuni, interesul individului nu poate fi separat de interesul societății...”

R.Twycross, Journal Royal Society of Medicine,
Vol.89, 1996, pag.61-63

Dar cei aflați în stare vegetativă permanentă? Nu ar trebui să li se ușureze chinul și să fie lăsați să moară?

Nu și dacă nu se dorește omorârea unor oameni care ar putea să se însănătoșească în timp. Dr. Kay Andrews, directorul Spitalului de tratare a neuro-dizabilităților Royal, a declarat: „pe parcursul a doi ani, din 18 pacienți despre care se credea că sunt în stare vegetativă persistentă, 15 și-au revenit.”

Sunday Telegraph, 11 februarie 1996

Uneori s-a întâmplat ca pacienții, care au fost în stare „vegetativă” un timp îndelungat, să-și revină. De exemplu, în urma unui accident suferit în timpul administrării anesteziei la un pacient în urmă cu șapte ani, autoritățile medicale din nordul Angliei au pus problema dacă să apeleze la tribunal pentru ca acestui pacient să i se oprească alimentația artificială. După acei șapte ani, însă, el își revenise și era „destul de conștient încât să-și manifeste refuzul de a fi interviuat”.

The Guardian (ziar londonez), 16 martie 1996

Mai sunt cunoscute și multe alte cazuri. Într-un studiu britanic efectuat pe 40 de pacienți diagnosticați cu stare vegetativă persistentă, s-a descoperit că 17 – 43% dintre ei erau vigilenți, conștienți și adesea capabili să-și exprime dorințe simple. Pentru unii, această stare de conștiință vitală ascunsă în centrul neputinței lor, putea dura chiar câțiva ani.

K.Andrews et al., *Brit.Med.Jour.*, 06.07.1996

PLEDOARIE CĂTRE LEGISLATORI

În cazul în care luați decizia dramatică de legalizare a eutanasiei, vă rog să nu-i obligați pe medici să o facă. Mai degrabă angajați un pluton de execuție pentru aceasta. Timp de peste 2000 de ani oamenii au avut încredere că medicii „niciodată nu vor vătăma pe nimeni”. Această încredere a fost grav subminată de legalizarea avortului legal. Vă rog să nu distrugeți complet această încredere a oamenilor.