

АНАЛИЗ ПРИМЕРА

МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ ЖЕНЩИНАМ, УПОТРЕБЛЯЮЩИМ НАРКОТИКИ, ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ, РОДОВ И В ПОСЛЕРОДОВОЙ ПЕРИОД

АНАЛИЗ ПРИМЕРА ИЗ ПРАКТИКИ В СФЕРЕ ЗДОРОВЬЯ И ПРАВ ЧЕЛОВЕКА

Нино Младенович и Джоанна Эрдман

Совместный проект программы “Здравоохранение”
фондов “Открытое общество” и юридической клиники
“Справедливость и право в здравоохранении”
юридического факультета Торонтского Университета

Содержание

Изложение фактов.....	3
Общие сведения.....	4
Стандарты прав человека	7
I. Барьеры, препятствующие доступности медицинского обслуживания	9
• А. Барьеры, мешающие доступности лечения наркозависимости.....	10
• Б. Барьеры, мешающие доступности услуг репродуктивного здоровья (аборт и дородовая помощь).....	12
II. Плохое обращение в клиническом контексте	13
• А. Игнорирование, унижение достоинства и осуждение	14
• Б. Стереотипы, патернализм и непредоставление помощи.....	15
• В. Помощь, ориентированная на пациента	16
III. Свободное и информированное принятие решений	17
• А. Право на осознанное принятие решений: наркологическое лечение.....	17
• Б. Право на свободное принятие решений: родительские права.....	18
Дополнительный анализ с точки зрения этики	20

Изложение фактов

Лене 20 лет. Она работает неполный рабочий день и живет в городе со своим бойфрендом Петром, вместе с которым внутривенно употребляет наркотики. Лена беременна, но менструальный цикл у нее нерегулярный, поэтому она не знает, какой у нее срок. Скорее всего, легальный аборт делать уже поздно. В любом случае, она не уверена, что хочет иметь ребенка. Лена боится, что Петр ее бросит. “Мы колемся вместе, он достает наркотики и шприцы”. Лена и Петр часто ссорятся, иногда ссора переходит в физическую потасовку. Лена не поддерживает отношений с родителями и другими родственниками.

Лена не хочет обращаться в клинику по поводу дородового наблюдения. “Я слышала, как они обращаются с такими, как я”. Лена вместо этого решила обратиться за помощью в государственный наркоцентр – службу детоксикации и реабилитации наркозависимых. Лена была в центре реабилитации раньше, но ушла оттуда, потому что боялась потерять Петра. В том центре были строгие правила относительно употребляющих наркотики партнеров. В этом наркологическом центре также есть свои правила. Выясняется, что туда не принимают беременных. Кроме того, там нужно восемь месяцев ждать своей очереди. В центре нет яслей, где можно было бы оставить ребенка, пока мать лечится. “У нас мало места”, – объясняет консультант. – “У нас почти всегда все места заняты”. К тому же, чтобы получить лечение, Лена должна встать на учет как наркозависимая. Этот статус ее пугает. “Если мой работодатель узнает, меня уволят”. Лена сообщает консультанту наркоцентра о своих опасениях по поводу обращения в дородовую клинику. “Я не могу дать вам такое направление”, – говорит ей консультант. Мы занимаемся наркологией, а не дородовой помощью”.

На позднем сроке беременности Лена обращается в государственную больницу (дородовую клинику и роддом). Медсестра Тарасова поначалу с ней дружелюбна и внимательна, пока не замечает следы от уколов у Лены на руках. Повернувшись к Лене спиной, она говорит: “Меня тошнит от таких, как ты. Бедные дети ... да что там! Вы же никого не слушаете. Вы не способны слушать. Вы все время под кайфом. Надо бы тебя в полицию сдать”.

Лену принимает врач Иванов. Он ведет себя с ней мягче, чем медсестра Тарасова. Врач рассказывает ей о риске употребления наркотиков во время беременности и о том, что такие дети редко рождаются здоровыми. Взяв Лену за руку, он говорит: “Ты же не хочешь причинить вред ребенку. Ты еще молодая и можешь изменить свою жизнь. Прошу тебя, иди лечиться”. Лена рассказывает ему про сложности лечения в государственном наркоцентре и спрашивает, можно ли сделать так, чтобы она получала заместительную терапию в его больнице. Врач Иванов отвечает: “Я акушер-гинеколог, а не нарколог. Мое дело - помочь тебе родить здорового ребенка. Ради собственного ребенка прекрати употреблять - вот тебе и вся терапия”.

Лена продолжает употреблять наркотики, причем еще более интенсивно, чем раньше. На протяжении оставшегося срока беременности она больше не ходит в женскую консультацию, чтобы ее там опять не начали стыдить. “Бросать слишком больно. К тому же я не верю, что такие мучения пойдут на пользу ребенку. Я не могу бросить наркотики сама”. За неделю до родов Лена все еще колет наркотики.

В палате роддома Лена оказывается среди других женщин и их родственников. К ней заходит врач Иванов. “Я огорчен, что ты по-прежнему употребляешь. Подумай о ребенке. Как ты будешь растить ребенка, если даже о себе не в состоянии позаботиться?” Лена чувствует осуждение окружающих. Медсестры, которые внимательны и заботливы к другим роженицам, к Лене относятся пренебрежительно. Ей страшно. Петра рядом нет. “Может быть, я позвоню родителям. Но я не могу это сделать прямо сейчас, мне нужно время”.

Лена рождает мальчика. В послеродовом отделении Лене говорят, что сына ей не покажут, потому что у него абстинентный синдром новорожденных, и поэтому он должен

все время быть под медицинским наблюдением. Лена страдает от чувства вины, что навредила ребенку, и от боли, поскольку у нее началась абстиненция. В отчаянии Лена хочет поскорее уйти из больницы. Медсестра Тарасова велит Лене подписать отказ от ребенка, где указать, что Лена не может о нем заботиться и передает ребенка на попечение государства. “Подпиши отказ, и мы тебя отпустим”. Лена подписывает. Несколько месяцев спустя Лена размышляет о том, что с ней было: “А какой у меня был выбор? Они правы. Какая из меня мать”.

Примечание: Вопросы ВИЧ и СПИДа в контексте употребления наркотиков и беременности рассматриваются в Примере 1: Женщины, живущие с ВИЧ или СПИДом, и принудительная стерилизация.

ОБЩИЕ СВЕДЕНИЯ

Во всем мире общество беспокоит вредное воздействие наркотиков на здоровье людей.¹ В Восточной Европе и Центральной Азии инъекционные наркотики употребляют около 3,1 миллиона человек.² Во многих случаях наркозависимость считают патологическим состоянием, развитие которого зависит от многих факторов, в том числе генетических, психологических и социальных.³ Употребление наркотиков также связывают с другими заболеваниями – например, с ВИЧ или СПИДом. Инъекционное употребление наркотиков – основной путь распространения ВИЧ в Восточной Европе и Центральной Азии.⁴

В советскую эпоху наркозависимость считалась угрозой обществу, и если кого-то признавали “наркоманом”, его направляли в лечебно-трудовой лагерь.⁵ Но и сейчас в вопросах наркополитики сохраняется тесная связь между медициной и правоохранительными органами.⁶ Наркополитика часто носит карательный характер и предполагает активное применение уголовного законодательства.⁷ В ряде стран бывшего Советского Союза для правоохранительных органов установлен план по задержаниям, и наркопотребителей “отлавливают”, чтобы без особых усилий выполнить этот план.⁸ Органы внутренних дел регулярно требуют от наркологов передавать им сведения о состоящих на учете пациентах.⁹ Например, по закону необходимо ставить на наркологический учет каждого пациента, обращающегося в государственное наркологическое учреждение. Из-за таких законов многие наркопотребители не обращаются за лечением не только из боязни, что их арестуют и посадят, но и опасаясь огласки и дискриминации в сфере занятости, образования и социального обеспечения.¹⁰

¹ P.J. Sweeney, R.M. Schwartz, N.G. Mattis & B. Vohr, “The Effect of Integrating Substance Abuse Treatment with Prenatal Care on Birth Outcome” (2000) 4 *Journal of Perinatology*, 219–224 стр. 219.

² C. Aceijas, G.V. Stimson, M. Hickman, & T. Rhodes, “Global Overview of Injecting Drug Use and HIV Infection Among Injection Drug Users” (2004) 18 (17) *AIDS*, 2295–2303, стр. 2295.

³ B. Jupp & A.J. Lawrence, “New horizons for therapeutics in drug and alcohol abuse” (2010), 125 (1) *Pharmacology and Therapeutics* 138–168, стр. 138.

⁴ D. Operario et al., *Living with HIV in Eastern Europe and the CIS: The Human Cost of Social Exclusion: Regional Human Development Report on AIDS* (Программа развития ООН, 2008) стр. 6; A. Renton, D. Gzirishvili, G. Gotsadze & J. Godinho, “Epidemics of HIV and sexually transmitted infections in Central Asia,” (2006) 17 (6) *International Journal of Drug Policy*, 494–503, стр. 494.

⁵ A. Shields. *The effects of Drug User Registration Laws on People’s Rights and Health: Key Findings from Russia, Georgia, Ukraine* (Open Society Institute, 2009).
http://www.soros.org/initiatives/health/focus/ihrd/articles_publications/publications/drugreg_20091001

⁶ A. Sarang, R. Stuikyte & R. Bykov, “Implementation of harm reduction in Central and Eastern Europe and Central Asia,” (2007) 18 *International Journal of Drug Policy*, 129–135, стр. 129–130.

⁷ Human Rights Watch *Drug Policy and Human Rights*. (2009). <http://www.hrw.org/en/news/2009/04/10/drug-policy-and-human-rights>

⁸ Институт “Открытое общество”. *Международная наркополитика. Факты* (2009).
http://www.soros.org/initiatives/drugpolicy/articles_publications/listing?type=Publication.

⁹ N. Bobrova et al., “Challenges in Providing Drug User Treatment Services in Russia: Providers’ Views,” (2008) 43 *Substance Use & Misuse*, 1770–1784, стр. 1776.

¹⁰ Шилдс, стр. 19; Боброва, стр. 1772.

В Восточной Европе и Центральной Азии женщины составляют примерно 20% потребителей инъекционных наркотиков.¹¹ Их уязвимость к вредному воздействию наркотиков во многом отличается от мужской. Женщины нередко начинают употреблять инъекционные наркотики в ситуации гетеросексуальных отношений, что часто приводит к их повышенной зависимости от партнера-мужчины. Женщины чаще, чем мужчины, пользуются чужим шприцем или дают другим пользоваться своим шприцем.¹² У женщин, употребляющей наркотики, по сравнению с женщинами других социальных групп повышен риск стать жертвой насилия и жестокого обращения со стороны партнера.¹³ Из-за бедности и безработицы у некоторых женщин-наркопотребителей стратегией выживания становится оказание сексуальных услуг за деньги или “по бартеру”.¹⁴ Из-за сочетания двух факторов – употребления инъекционных наркотиков и вступления в половую связь за деньги или “по бартеру” – такие женщины попадают в группу повышенного риска заражения ВИЧ-инфекцией и другими инфекционными заболеваниями – например, гепатитом.

Под влиянием культурных установок, в основе которых лежат традиционные взгляды и современные предрассудки в отношении наркотиков, наркозависимости и гендерных ролей, формируются законы, политика и практика, оказывающие сильнейшее воздействие на здоровье и жизнь беременных женщин, употребляющих наркотики.¹⁵ В свою очередь, законы и политика не только регулируют поведение людей, но и влияют на восприятие и отношение к тем или иным людям в обществе.¹⁶

Помимо того, что употребление наркотиков как таковое подвергается широкому осуждению в обществе, на женщину давит двойная стигма, поскольку женщина вдобавок нарушает культурные нормы из-за своего “неподобающего женщине” поведения.¹⁷ Беременных, употребляющих наркотики, в обществе жестко осуждают за то, что они якобы не думают о последствиях или безразличны к судьбе ребенка, а в более общем плане – не соответствуют социальным ожиданиям, которые обычно ассоциируются с материнством. Из-за этого предубеждения женщине, употребляющей наркотики, бывает нелегко сохранить родительские права, особенно право опеки над детьми. Основанием для лишения родительских прав может стать, например, сам факт постановки на наркологический учет.¹⁸

Такие взгляды и стереотипы восприятия имеют серьезные последствия для здоровья женщины. У женщин, употребляющих наркотики, чаще, чем у других, отмечают недостаточное и неправильное питание, анемию и отсутствие социальной поддержки (в том числе со стороны партнера и семьи). Из-за стигмы беременные наркопотребительницы не обращаются своевременно за медицинской помощью и не всегда могут воспользоваться нужными им медицинскими услугами,¹⁹ в том числе наркологической, дородовой и послеродовой помощью. В обстановке осуждения со стороны окружающих у многих женщин происходит *интернализация* такого негативного отношения, т. е. женщина сама начинает испытывать чувство стыда и вины, что проявляется в нежелании признавать у себя проблему употребления наркотиков и обращаться за медицинской и социальной

¹¹ S. Pinkham & K. Malinowska-Sempruch, “Women, Harm Reduction, and HIV,” (2008) 16 (31) *Reproductive Health Matters* 168-181 стр. 168 (“Pinkham & Malinowska-Sempruch RHM”)

¹² Pinkham & Malinowska-Sempruch RHM, стр. 170.

¹³ Частота случаев насилия со стороны полового партнера у них в два-три раза выше, чем у других групп. M.L. Velez et al., “Exposure to violence among substance-dependant pregnant women and their children,” (2006) 30 *Journal of Substance Abuse Treatment*, 31-38 стр. 31; Sweeney et al., стр. 222.

¹⁴ Pinkham & Malinowska-Sempruch RHM, стр. 169.

¹⁵ Pinkham & Malinowska-Sempruch RHM, стр. 169.

¹⁶ N.D. Campbell, “The Construction of Pregnant-Drug-Using Women as Criminal Perpetrators,” (2005-2006) 33 (463) *Fordham Urb. L.J.* 463 стр. 463.

¹⁷ Управление ООН по наркотикам и преступности. *Substance abuse treatment and care for women: case studies and lessons learned.* (2003), стр. 20. http://www.unodc.org/pdf/report_2004-08-30_1.pdf.

¹⁸ S. Pinkham & K. Malinowska-Sempruch. *Women, Harm Reduction, and HIV* (Open Society Institute, 2007), с.39. http://www.soros.org/initiatives/health/focus/ihrd/articles_publications/publications/women_20070920/women_20070920.pdf

¹⁹ Управление ООН по наркотикам и преступности, стр. v.
224 West 57th Street, New York, New York 10019 | TEL +1 212.548.0600 | FAX +1 212.548.4600

помощью.²⁰ К тому же многие женщины опасаются осуждения и негативной реакции со стороны медицинских работников.

Медики нередко игнорируют потребности беременных, употребляющих наркотики.²¹ Услуги по лечению, детоксикации и реабилитации наркозависимых имеются, хотя и в разных формах, на всей территории региона. Большинство лечебных центров являются государственными, хотя растет и число частных учреждений. Услуги в некоторых таких учреждениях непомерно дороги, особенно если гарантируется полная конфиденциальность или анонимность лечения. В других учреждениях лечение бесплатное, но это, как правило, центры при религиозных организациях или трудовые лагеря. Доказано, что заместительная терапия метадонем или бупренорфином более эффективна, чем такая ее альтернатива, как добровольное или принудительное воздержание от наркотиков.²² Однако не во всех странах заместительная терапия разрешена законом,²³ несмотря на то, что метадон включен Всемирной организацией здравоохранения в перечень основных лекарственных средств.²⁴

Даже там, где метадонная и другая заместительная терапия разрешена, она порой недоступна беременным.²⁵ Поддерживающая метадонная терапия считается безопасной для беременных и при этом помогает избежать передозировки и рискованных инъекций, предотвратить негативное воздействие абстинентного синдрома на плод и стабилизировать жизненную ситуацию и здоровье женщины.²⁶ Поддерживающую заместительную терапию назначают наркологи, из которых многие не имеют опыта ее применения у беременных, не знают, каким может быть ее действие, а поэтому не решаются назначать ее беременным.²⁷ В свою очередь, врачи-гинекологи порой по идейным соображениям не согласны с применением заместительной терапии или просто не знают, что такая терапия существует и доступна. Жертвой такого отсутствия интегрированной медицинской помощи становятся беременные потребительницы наркотиков. Формированию горизонтальных связей между службами родового ухода и службами лечения наркозависимости, благодаря которым можно было бы направлять пациенток из одной службы в другую, нередко мешает уголовное преследование за употребление наркотиков, которое диктует врачу, можно ли оказывать пациентам ту или иную помощь и каким образом можно ее оказывать.²⁸ Отсутствие интеграции медицинских служб вызывает особое сожаление еще и потому, что именно беременность часто создает возможность помочь женщине изменить свой образ жизни в контексте употребления наркотиков.²⁹

Доступ к программам наркологического лечения для женщин ограничивают и другие культурные и структурные факторы. Так как среди наркопотребителей преобладают мужчины, большинство наркологических программ и учреждений ориентированы на потребности мужчин.³⁰ Без внимания часто остается целый комплекс потребностей, возникающих у женщины из-за того, что кроме нее некому позаботиться о детях и других членах семьи, что она зависит от партнера и страдает от насилия с его стороны, что у нее нет средств к существованию. Редкие программы лечения наркозависимости могут

²⁰ Управление ООН по наркотикам и преступности, стр. V и 20.

²¹ E.L. Wolfe, "Drug Treatment Utilization Before, During and After Pregnancy," (2007) 12 (1) *Journal of Substance Use* 27-38, стр. 28.

²² See R.P. Mattick, C. Breen, J. Kimber & M. Davoli, "Methadone maintenance therapy versus no opioid replacement therapy for opioid dependence" (2009) 3 *Cochrane Database Syst. Rev.*

²³ См. Pinkham & Malinowska-Sempruch OSI; R. Elovich & E. Drucker, "On drug treatment and social control: Russian narcology's great leap backwards," (2008) 5 *Harm Reduction Journal* 23 стр. 23.

²⁴ Всемирная организация здравоохранения. Отбор и использование основных лекарственных средств: Доклад Экспертного комитета ВОЗ, 2010 г. 16-е издание (2010).

²⁵ K. Burns. *Women, Harm Reduction, and HIV: Key Findings from Azerbaijan, Georgia, Kyrgyzstan, Russia, and Ukraine* (Open Society Institute, 2009), стр. 9.

²⁶ Pinkham & Malinowska-Sempruch RHM, стр. 176.

²⁷ Управление ООН по наркотикам и преступности, стр. 18-19; Wolfe, стр. 28

²⁸ Wolfe, стр. 29.

²⁹ Wolfe, стр. 35.

³⁰ Управление ООН по наркотикам и преступности, стр. 18.

предложить женщине необходимую помощь в решении таких проблем и гибкие условия лечения, чтобы женщина могла воспользоваться этой помощью.³¹

Для здоровья женщины очень важна доступность услуг по охране репродуктивного здоровья, дородовой и послеродовой помощи. Из-за неправильного питания и других стресс-факторов, связанных с употреблением психоактивных веществ, у женщин развивается аменорея - менструации прекращаются или приходят нерегулярно. Это означает, что женщина, употребляющая наркотики, в течение нескольких первых месяцев может не понять, что беременна. Аборт по широкому спектру показаний разрешен в большинстве стран региона, но ограничения сроков легального аборта в непропорциональной степени затрагивают потребителей наркотиков, которые поздно узнают о своей беременности.³² Исследования убедительно показывают, что исход родов у женщин, употребляющих наркотики, напрямую связан с доступностью дородовой помощи. По данным исследований, у женщин, употребляющих наркотики, уровень рисков и осложнений в связи с беременностью выше, чем у тех, кто не употребляет наркотики. Употребление наркотиков во время беременности увеличивает риск рождения ребенка с низким весом и раньше срока.³³ Употребление героина и других опиоидов может, в частности, привести к выкидышу или преждевременным родам. Скрининг на ВИЧ как часть дородовой помощи важен для назначения АРВ-терапии и профилактики передачи ВИЧ от матери ребенку.³⁴ Невнимание к проблеме употребления наркотиков или отказ решать эту проблему в период до и после родов негативно отражается на здоровье и матери, и ребенка. Например, если беременной недоступно лечение по поводу наркозависимости, у ребенка может развиться абстинентный синдром, а сама женщина вынуждена будет уйти из роддома сразу же после родов, чтобы раздобыть наркотики и не страдать от ломки.³⁵ Во многих случаях негативные последствия для здоровья ребенка в связи с употреблением наркотиков матерью обусловлены неадекватной дородовой и послеродовой помощью - в частности, тем, что медработники не создают условий для контакта и формирования эмоциональных связей между матерью и ребенком.³⁶

СТАНДАРТЫ ПРАВ ЧЕЛОВЕКА

*Европейская конвенция о защите прав человека и основных свобод*³⁷

Запрещение пыток

Статья 3. Никто не должен подвергаться ни пыткам, ни бесчеловечному или унижающему достоинство обращению или наказанию.

Право на уважение частной и семейной жизни

Статья 8.1. Каждый имеет право на уважение его личной и семейной жизни ...

³¹ Pinkham & Malinowska-Sempruch RHM, стр. 173; ВОЗ, УНП ООН и ЮНЭЙДС. Техническое руководство для стран по разработке целей в рамках концепции обеспечения универсального доступа к профилактике, лечению и уходу в связи с ВИЧ-инфекцией среди потребителей инъекционных наркотиков (ВОЗ, 2009), стр. V. <http://www.who.int/hiv/pub/idu/targetsetting/en/index.html> ("Техническое руководство ВОЗ").

³² См., например, F. Perlman & M. McKee, "Trends in Family Planning in Russia: 1994-2003" (2009) 41(1) *Perspectives on Sexual and Reproductive Health* 40-50, стр. 41.

³³ Техническое руководство ВОЗ, стр. 219-222.

³⁴ Pinkham & Malinowska-Sempruch RHM, стр. 171.

³⁵ Pinkham & Malinowska-Sempruch RHM, стр. 171.

³⁶ Pinkham & Malinowska-Sempruch RHM, стр. 172.

³⁷ Европейская конвенция о защите прав человека и основных свобод, 4 ноября 1950 г., 213 UNTS 222 (вступила в силу 3 сентября 1953 г.).

Статья 8.2. Не допускается вмешательство со стороны публичных властей в осуществление этого права, за исключением случаев, когда такое вмешательство предусмотрено законом и необходимо в демократическом обществе в интересах национальной безопасности и общественного порядка, экономического благосостояния страны, в целях предотвращения беспорядков или преступлений, для охраны здоровья или нравственности или защиты прав и свобод других лиц.

*Международный пакт о гражданских и политических правах*³⁸

Свобода от пыток и жестокого, бесчеловечного или унижающего достоинство обращения

Статья 7. Никто не должен подвергаться пыткам или жестокому, бесчеловечному или унижающему достоинство обращению или наказанию.

*Международный пакт об экономических, социальных и культурных правах*³⁹

Право на защиту от дискриминации

Статья 2.2. Участвующие в настоящем Пакте государства обязуются гарантировать, что права, провозглашенные в настоящем Пакте, будут осуществляться без какой бы то ни было дискриминации, как-то в отношении ... пола ... или иного обстоятельства.

Статья 3. Участвующие в настоящем Пакте государства обязуются обеспечить равное для мужчин и женщин право пользования всеми экономическими, социальными и культурными правами, предусмотренными в настоящем Пакте.

Право на здоровье

Статья 12.1. Участвующие в настоящем Пакте государства признают право каждого человека на наивысший достижимый уровень физического и психического здоровья.

Статья 12.2 (а). Меры, которые должны быть приняты участвующими в настоящем Пакте государствами для полного осуществления этого права, включают мероприятия, необходимые для: (а) обеспечения сокращения мертворождаемости и детской смертности и здорового развития ребенка.

*Конвенция о правах инвалидов*⁴⁰

Статья 25. Государства-участники признают, что инвалиды имеют право на наивысший достижимый уровень здоровья без дискриминации по признаку инвалидности. Государства-участники принимают все надлежащие меры для обеспечения доступа инвалидов к услугам в сфере здравоохранения, учитывающим гендерную специфику ...

*Конвенция о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин*⁴¹

Статья 5 (а). Государства-участники принимают все соответствующие меры с целью: (а) изменить социальные и культурные модели поведения мужчин и женщин с целью достижения искоренения ... всей прочей практики, которые основаны на ... стереотипности роли мужчин и женщин.

³⁸ *Международный пакт о гражданских и политических правах*, 19 декабря 1966 года, док. ООН А/6316 (1966), 999 UNTS 171 (вступил в силу 23 марта 1976 г.).

³⁹ *Международный пакт об экономических, социальных и культурных правах*, 16 декабря 1966 года, док. ООН А/6316 (1966), 999 UNTS 171 (вступил в силу 3 января 1976 г.).

⁴⁰ *Конвенция о правах инвалидов*, 30 марта 2007 г., док. А/61/49, 993 UNTS 3 (вступила в силу 3 мая 2008 г.).

⁴¹ *Конвенция о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин*, 18 декабря 1979 года, док. ООН А/34/46, 1249 UNTS 13 (вступила в силу 3 сентября 1981 года)

Статья 12.1. Государства-участники принимают все соответствующие меры для ликвидации дискриминации в отношении женщин в области здравоохранения, с тем чтобы обеспечить на основе равенства мужчин и женщин доступ к медицинскому обслуживанию ...

Статья 12.2. Независимо от положения пункта 1 настоящей статьи, государства-участники обеспечивают женщинам соответствующее обслуживание в период беременности, родов и послеродовой период ...

Статья 16.1 (е). Государства-участники принимают все соответствующие меры для ликвидации дискриминации в отношении женщин во всех вопросах, касающихся брака и семейных отношений, и, в частности, обеспечивают на основе равенства мужчин и женщин: (е) одинаковые права свободно и ответственно решать вопрос о числе детей и промежутках между их рождениями и иметь доступ к информации, образованию, а также средствам, которые позволяют им осуществлять это право.

*Конвенция против пыток и других жестоких, бесчеловечных или унижающих достоинство видов обращения и наказания*⁴²

Статья 16. Каждое Государство-участник обязуется предотвращать на любой территории, находящейся под его юрисдикцией, другие акты жестокого, бесчеловечного или унижающего достоинство обращения и наказания.

*Конвенция о правах ребенка*⁴³

Статья 8.1. 1. Государства-участники обязуются уважать право ребенка на сохранение своей индивидуальности, включая ... семейные связи, как предусматривается законом, не допуская противозаконного вмешательства.

Статья 24.1. Государства-участники признают право ребенка на пользование наиболее совершенными услугами системы здравоохранения и средствами лечения болезней и восстановления здоровья. Государства-участники стремятся обеспечить, чтобы ни один ребенок не был лишен своего права на доступ к подобным услугам системы здравоохранения.

Статья 24.2 (d). Государства-участники добиваются полного осуществления данного права и, в частности, принимают необходимые меры для: (d) предоставления матерям надлежащих услуг по охране здоровья в дородовой и послеродовой периоды.

I. БАРЬЕРЫ, ПРЕПЯТСТВУЮЩИЕ ДОСТУПНОСТИ МЕДИЦИНСКОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ

Вопросы для обсуждения: С какими препятствиями столкнулась Лена при попытке получить доступ к услугам по лечению наркозависимости и услугам в сфере репродуктивного здоровья (аборт, дородовая и послеродовая помощь)? На какие права человека влияют эти барьеры?

Доступность является одним из основных элементов права на здоровье в соответствии с международными стандартами прав человека. Хотя Европейская конвенция не гарантирует право на здоровье как таковое, право на уважение частной жизни включает в себя право на физическую и психологическую неприкосновенность, а на государство возложено

⁴² Конвенция против пыток и других жестоких, бесчеловечных или унижающих достоинство видов обращения и наказания, 10 декабря 1984 года, док. ООН A/39/51 (вступила в силу 26 июня 1987 года).

⁴³ Конвенция о правах ребенка, 20 ноября 1989 г., док. ООН A/44/49, 1577 UNTS 3 (вступила в силу 2 сентября 1990 г.).

позитивное обязательство обеспечить соблюдение этого права.⁴⁴ Учреждения, товары и услуги здравоохранения должны быть доступны каждому человеку, в частности, представителям наиболее уязвимых или социально отчужденных слоев населения, без какой бы то ни было дискриминации.⁴⁵ Сюда входит запрет дискриминации по признаку пола/гендера, а также по признаку состояния здоровья – например, наличия наркозависимости.⁴⁶ Помимо отсутствия дискриминации, для обеспечения доступности необходима еще и приемлемость услуг, а именно, чтобы эти услуги “учитывали требования в отношении гендера и жизненного цикла, а также были направлены на сохранение конфиденциальности и улучшение состояния здоровья соответствующих лиц”.⁴⁷ Право на здоровье связано с правом на неприкосновенность частной жизни и зависит от него.⁴⁸

А. Барьеры, мешающие доступности лечения наркозависимости

Лена столкнулась с несколькими барьерами, ограничивающими доступ к наркологическому лечению, включая такие барьеры, как игнорирование на структурном уровне специфических гендерных и половых аспектов наркологического лечения и неисполнение обязанностей по защите частной жизни.

Игнорирование гендерных и половых аспектов при организации помощи женщинам

Право на защиту от дискриминации в части доступа к медицинской помощи предполагает, что наркологические службы должны быть организованы с учетом гендерной специфики и образа жизни клиентов. Лена говорит о том, что ранее ушла из программы реабилитации из-за строгих правил относительно партнеров, употребляющих наркотики. Лена боялась, что оставшись в программе, потеряет Петра. При организации программы лечения нередко не учитывают, насколько важную роль в употреблении наркотиков женщиной играют ее близкие отношения с партнером и зависимость от него. Многие женщины употребляют инъекционные наркотики совместно с партнером, что ведет к еще большей зависимости. Если в программе не уделяется внимание проблемам отношений с партнером, многие женщины, пройдя лечение и вернувшись к партнеру, снова начинают употреблять наркотики. Государственный наркологический центр, в который обращается Лена, не принимает беременных. Когда через восемь месяцев в центре освободится место, Лена на время лечения должна будет расстаться с ребенком. В наркоцентре не предусмотрены ясли, т.е. игнорируются потребности многих женщин, которые растят детей и ухаживают за другими членами семьи. Не исключено, что такое игнорирование нужд женщин в программах лечения наркозависимости продиктовано гендерными стереотипами, согласно которым женщины не употребляют или не должны употреблять наркотики, поскольку такое поведение не подходит женщине.⁴⁹

Отсутствие служб лечения наркозависимости, рассчитанных на женщин, нередко оправдывают необходимостью экономить ресурсы системы здравоохранения, поскольку подавляющее большинство наркопотребителей составляют мужчины. Консультант наркоцентра объясняет Лене, что у них маленькое помещение и места в центре всегда

⁴⁴ *Tysiac v. Poland*, App. No. 5410/03 (2007) (European Court H.R.) п. 107.

⁴⁵ Комитет по экономическим, социальным и культурным правам, Замечание общего порядка 14: Право на наивысший достижимый уровень здоровья (статья 12), ООН ESCOR, 2000, UN Doc. E/C.12/2000/4, п. 12 (б) (“КЭСКП Замечание общего порядка № 14”).

⁴⁶ Конвенция о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин, ст. 12; Конвенция о правах инвалидов, ст. 25.

⁴⁷ КЭСКП. Замечание общего порядка № 14, п. 12 (с).

⁴⁸ Комитет по ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин, *Общая рекомендация № 24: Женщины и здоровье*, UN Doc. A/54/38/Rev.1 (1999) п. 31 (е) (“КЛДЖ. Общая рекомендация № 24”).

⁴⁹ Конвенция о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин 5 (а); Комитет по экономическим, социальным и культурным правам. *Замечание общего порядка № 20. Недискриминация при осуществлении экономических, социальных и культурных прав* (статья 2,2), UN Doc. E/C.12/GC/20 (2009) [“КЭСКП Замечание общего порядка № 20”] п. 12; R. Cook, B. Dickens & M. Fathalla. *Reproductive Health and Human Rights*. (2003), стр. 199.

заняты.⁵⁰ Требование соблюдения права на здоровье учитывает, что ресурсы здравоохранения могут быть ограничены,⁵¹ и “критической мерой эффективности системы здравоохранения в той или иной стране является то, насколько обеспечивается ее работа с учетом имеющихся ресурсов”.⁵² Однако бремя дефицита ресурсов не должно ложиться на плечи уязвимых групп.⁵³ Право на защиту от дискриминации требует справедливого распределения ресурсов между основным населением и уязвимыми группами, для чего может возникнуть необходимость в организации целевых медицинских услуг для женщин, употребляющих наркотики.⁵⁴

Таким образом, право на защиту от дискриминации требует не только равного обращения с женщинами и мужчинами, но и такого обращения, которое должным образом учитывает имеющиеся между ними различия. Различия, которые следует учитывать, связаны не только с гендером, но и с биологическим полом - например, к таким различиям относятся репродуктивные функции.⁵⁵ Ограничение доступа к лечению по такому основанию, как наличие беременности, представляет собой дискриминацию по признаку пола.

Лена спрашивает доктора Иванова о возможности получения заместительной терапии в его больнице. В ответ он говорит Лене, что он акушер-гинеколог, а не нарколог, и что его дело – обеспечить ей нормальную беременность и рождение здорового ребенка. Разделение видов медицинских услуг на акушерско-гинекологическую помощь и наркологическое лечение – это искусственная граница с точки зрения потребностей беременных, употребляющих наркотики. В ситуации дородовой и послеродовой помощи женщину часто рассматривают только с точки зрения ее физиологического состояния, а ее потребность в медицинской помощи сводится к функции вынашивания беременности и рождения ребенка. Этот однобокий взгляд находит свое отражение в структурной организации и практике здравоохранения, для которых характерно предоставление услуг репродуктивного здоровья в отрыве от других видов медицинской помощи, например, лечения наркозависимости, и ослабление мультидисциплинарного подхода. Врач Иванов не желает брать на себя ответственность за оказание помощи, выходящей за рамки его профессиональной квалификации, а то, как он говорит о лечении наркозависимости, демонстрирует у него отсутствие знаний и опыта в этой сфере. Переносить абстиненцию без какой-либо медицинской помощи для женщины крайне болезненно; более того – абстиненция может вызвать преждевременные роды или гибель плода. Сотрудничество между акушерами-гинекологами и другими специалистами является стандартом медицинской помощи в области охраны материнства.⁵⁶ Согласно рекомендациям Всемирной организации здравоохранения, если нельзя совмещать несколько видов медицинских услуг в одном учреждении, следует развивать модели сотрудничества и партнерства между разными службами.⁵⁷

Невыполнение обязательств по защите конфиденциальности

Медицинские услуги считаются приемлемыми только если они “организованы с учетом сохранения конфиденциальности и с целью улучшения состояния здоровья людей”.⁵⁸ Для того, чтобы получать наркологическое лечение, Лена должна была встать на

⁵⁰ Вот характерный пример из России: В 2005 году в стране было всего пятьдесят девять государственных реабилитационных центров на четыре миллиона потребителей наркотиков. Дж. Бабамян и др. *Позитивный отказ: Стигматизация и дискриминация ВИЧ-позитивных матерей и их детей в России* (Human Rights Watch: 2005), стр. 15; *Health and Human Rights*, eds. R.J. Cook and C.G. Ngwena (2007), at xiv.

⁵¹ КЭСКОП. *Замечание общего порядка № 20*, п. 47.

⁵² Cook, Dickens & Fathalla, стр. 56.

⁵³ КЭСКОП, *Замечание общего порядка № 20*, п. 43(а).

⁵⁴ *Health and Human Rights*, eds. R.J. Cook and C.G. Ngwena (2007), at xiv.

⁵⁵ КЛДЖ, *Общая рекомендация № 24*, п. 12(а).

⁵⁶ E. Keely & K. Rosene-Montella. “An Approach to Medical Disorders in Pregnancy” *Medical Care of the Pregnant Patient*. (2008), стр. 7.

⁵⁷ *Техническое руководство ВОЗ*, п. 18.

⁵⁸ КЭСКОП, *Замечание общего порядка № 14*, п. 12 (с).

наркологический учет. Этот статус связан с риском неблагоприятных последствий, к которым относятся не только возможность ареста и лишения свободы, но и опасность потерять работу и подвергнуться другой дискриминации со стороны субъектов частного сектора. Лена боится, что ее уволят с работы, если работодатель узнает, что она состоит на наркологическом учете. Несоблюдение принципа защиты конфиденциальности приводит к тому, что у Лены пропадает стимул к поступлению в программу лечения, что налагает ограничения на реализацию ее права на здоровье.

Право на защиту частной жизни не является абсолютным, но любые его ограничения должны быть обоснованы достаточно серьезными общественными интересами.⁵⁹ В случае наркологического учета такое обоснование должно быть особенно веским, поскольку нарушение права в данном случае распространяется не только на отдельное лицо, но и на маргинальную группу в целом.⁶⁰ Кроме того, поскольку из-за перспективы постановки на учет многие отказываются обращаться в программы лечения, такая политика фактически противоречит законной государственной цели надзора за заболеваемостью. Это означает, что вред, наносимый практикой постановки на учет, не компенсируется каким-либо общественным благом.

Б. Барьеры, мешающие доступности услуг репродуктивного здоровья (аборт и дородовая помощь)

Лена сталкивается с барьерами, мешающими ей получить доступ к услугам репродуктивного здоровья, включая аборт и дородовую помощь, по причине статуса Лены как потребителя наркотиков, что является запрещенным основанием для дискриминации. Так, отсутствие междисциплинарного подхода, является барьером для получения услуг по охране здоровья матери. Консультант в наркоцентре отказывается дать Лене направление в службу дородовой помощи под тем предлогом, что занимается наркологией, а не гинекологией. Доступ к службам охраны репродуктивного здоровья служит одним из важнейших компонентов права женщин на здоровье.⁶¹ Право на защиту от дискриминации включает в себя право всех женщин «свободно и ответственно решать вопрос о числе детей и промежутках между их рождениями и иметь доступ к информации, образованию, а также средствам, которые позволяют им осуществлять это право».⁶² Доступ к службам охраны репродуктивного здоровья имеет ключевое значение для осуществления права на репродуктивное самоопределение.⁶³

Медицинский аборт

У женщин, употребляющих наркотики, менструальный цикл бывает нерегулярным, что приводит к несвоевременной диагностике беременности. Когда Лена узнает, что беременна, она предполагает, что у нее уже слишком большой срок для легального аборта. Во многих странах доступность аборта подлежит ограничениям на основании срока беременности. Эти ограничения в непропорциональной степени лишают доступа к медицинскому аборту женщин, употребляющих наркотики, из-за поздней диагностики беременности у таких женщин. Недоступность легального аборта во многих случаях толкает женщин с нежелательной беременностью на небезопасный аборт, что является общепризнанным нарушением прав на жизнь и здоровье.

Свободное принятие решения о том, донашивать ли беременность или прервать ее, не менее важно, чем право на репродуктивное самоопределение. Лена не уверена, что хочет ребенка, и боится, что Петр бросит ее. В ее анамнезе – зависимость от полового партнера и насилие с его стороны. Защита от принуждения третьими лицами имеет большое значение

⁵⁹ L. Gostin & J. Mann, "Toward the Development of a Human Rights Impact Assessment," в сборнике *Health and Human Rights: A Reader* (1999), стр. 63.

⁶⁰ Gostin & Mann, стр. 64.

⁶¹ КЭСКП, Замечание общего порядка № 14, п. 14 и 21; КЛДЖ, Общая рекомендация № 24, п. 1, 23, 29 и 31(b).

⁶² Конвенция о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин, ст. 16 (е).

⁶³ Cook, Dickens & Fathalla, стр. 176.

для свободного принятия решений в области репродуктивного здоровья. На решение женщины прервать беременность может повлиять и интернализация негативного отношения общества к женщине, употребляющей наркотики и при этом желающей быть матерью. Поэтому так важны консультирование и службы поддержки, которые помогли бы Лене на практике реализовать свое право на принятие решений в репродуктивной сфере (см. ниже подробное обсуждение вопроса о *свободном* принятии решений).

Дородовая помощь

Стигматизация употребления наркотиков при беременности является существенным препятствием для получения медицинской помощи. Некоторые женщины соглашались с тем, что беременные наркопотребительницы достойны порицания, и сами испытывают чувство вины и стыда за свое поведение. Это приводит к своего рода самодискриминации.⁶⁴ Когда Лена после своего первого визита в больницу начинает еще интенсивнее употреблять наркотики, она прекращает ходить к врачу, потому что ей стыдно. Дородовая помощь важна еще и потому, что дает возможность направить женщину на лечение наркозависимости; потеря такой возможности усугубляет негативный эффект отказа от дородовой помощи. Лена употребляет наркотики все интенсивнее и не прекращает этого делать даже за неделю до родов. Одним из проявлений стигмы является плохое обращение со стороны других людей, в том числе медицинских работников. Боязнь, что ее будут осуждать и плохо к ней отнесутся, нередко удерживает женщину от обращения к врачу по поводу дородовой помощи. Лена изначально не хочет идти к врачу по поводу беременности, так как слышала, что медики плохо относятся к беременным наркозависимым.

Имеются неопровержимые доказательства связи между наличием или отсутствием дородовой помощи и исходом родов, включая такие проблемы, как низкий вес при рождении и преждевременные роды. Таким образом, барьеры, ограничивающие доступ к дородовому уходу и наркологическому лечению, нарушают право на здоровье как женщины, так и ее ребенка. Недоступность лечения наркозависимости для беременной может привести к неонатальному абстинентному синдрому у ребенка. Сын Лены находится под медицинским наблюдением на предмет неонатального абстинентного синдрома. Сейчас уже считается общепризнанным фактом, что проводить заместительную терапию беременным наркопотребительницам целесообразно и полезно, поскольку заместительная терапия улучшает физическое и психологическое состояние и матери, и ребенка. Иногда женщина бывает вынуждена уйти из больницы сразу же после родов, чтобы не страдать от абстинентного синдрома, и из-за этого не может сформироваться необходимая эмоциональная связь между матерью и ребенком. Лена страдает от абстиненции, испытывая сильную боль. Уйдя из больницы вскоре после родов, она лишилась возможности выработать эмоциональную связь с новорожденным сыном. Право на здоровье требует, чтобы ни один ребенок не был лишен доступа к услугам здравоохранения, куда явным образом отнесено «предоставление матерям надлежащих услуг по охране здоровья в дородовой и послеродовой периоды».⁶⁵

II. ПЛОХОЕ ОБРАЩЕНИЕ В КЛИНИЧЕСКОМ КОНТЕКСТЕ

Вопросы для обсуждения: Каким образом стигматизация беременных, употребляющих наркотики, проявляется в отношении Лены в клиническом контексте? Является ли поведение медсестры Тарасовой и врача Иванова жестоким, бесчеловечным и унижающим достоинство обращением с пациенткой? Если так, то почему?

Доступность услуг здравоохранения зависит не только от наличия тех или иных услуг, но и от способа предоставления услуг и манеры обращения с пациентом в клиническом контексте. Стигма в отношении беременных, употребляющих наркотики, выражается в

⁶⁴ См., например, S. Burris. “Stigma and the law” (2006) 367 *The Lancet* 529-531.

⁶⁵ Конвенция о правах ребенка, ст. 24.1 и ст. 24.2 (d).

пренебрежительном, унижающем пациентку обращении, в неуважении к ее человеческому достоинству и непризнании ее равной ценности с другими людьми.⁶⁶ Гендерный аспект стигматизации беременных, употребляющих наркотики, как занимающихся противозаконной деятельностью и нарушающих общественные нормы поведения женщины и матери, нередко служит обоснованием негуманного обращения со стороны медицинских работников в условиях клиники. Женщины рассматриваются в свете их “испорченной идентичности”, по выражению Ирвинга Гофмана.⁶⁷ И медсестра Тарасова, и врач Иванов исходят из убеждения, что употребляя наркотики, Лена грубо пренебрегает здоровьем и благополучием будущего ребенка, а потому не может считаться “хорошей матерью”. Хуже всего то, что в результате подобного обращения со стороны медиков женщина сама начинает верить в свою никчемность. Стигма проявляется в аффективной реакции личности, ставшей объектом такого отношения.⁶⁸ Размышляя о том, что с ней произошло, Лена говорит: “Они правы. Какая из меня мать”.

Право на свободу от жестокого, бесчеловечного и унижающего достоинство обращения защищает от действий, которые вызывают сильную физическую боль и душевные страдания.⁶⁹ “Унижающее достоинство” обращение - это такое обращение, которое вызывает у человека чувство страха, тревоги и неполноценности и способно унижить и оскорбить его.⁷⁰ Важным фактором при рассмотрении вопроса о том, можно ли квалифицировать то или иное деяние в отношении представителей маргинальных групп как пытку, является такой аспект, как применение морального или физического насилия.⁷¹ Кроме того, гендерный аспект является одним из ключевых сопутствующих моментов, которые ставят женщин под угрозу плохого обращения, особенно в контексте медицинской помощи при принятии решений, затрагивающих репродуктивное здоровье.⁷²

А. Игнорирование, унижение достоинства и осуждение

Медсестра Тарасова была доброй и внимательной, пока не поняла, что Лена употребляет наркотики. После этого она перестала обращаться с Леной как с индивидуальной личностью, а стала относиться к ней исходя лишь из ее статуса наркопотребителя: “такие как ты”. Медсестра Тарасова осуждает Лену и говорит о том, как пациентка лично ей противна: “Меня тошнит от таких, как ты”. Тот факт, что Лена употребляет наркотики, становится единственным предметом их взаимодействия и обуславливает стремление медсестры Тарасовой “наказать” пациентку. Вместо того, чтобы отнестись к Лене как к пациентке, нуждающейся в помощи, медсестра Тарасова грозит сдать ее в полицию. Статус Лены как потребителя наркотиков служит основанием для отказа пациентке в праве на такую же заботу и сострадание, которые медсестра проявляет к другим пациентам. Без каких бы то ни было оснований медсестра Тарасова решает, что Лене безразлично здоровье ребенка и она неспособна выполнять врачебные указания. Ни медсестра Тарасова, ни врач Иванов не обсуждают с Леной различные варианты медицинской помощи, которые соответствовали бы потребностям пациентки на данный момент – а в данном случае советы медиков были бы примерно такими же, какие они дали бы любой другой беременной. В родовой палате медперсонал игнорирует Лену, не оказывая ей такого же внимания и поддержки, как другим роженицам. Такое обращение с пациенткой – так же, как и

⁶⁶ Экономический и Социальный Совет ООН, Комиссия по правам человека, пятьдесят девятая сессия, п. десять предварительной повестки дня, *экономические, социальные и культурные права: Право каждого человека на наивысший достижимый уровень физического и психического здоровья*, Доклад Специального докладчика Пола Ханта, представленный в соответствии с резолюцией 2002/31, п. 62.

⁶⁷ См. E. Goffman. *Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity*. (1963).

⁶⁸ S. Burris, “Disease Stigma in U.S. Public Health Law” (2002) 30(2) *Journal of Law & Medical Ethics* 179-90.

⁶⁹ Комитет по правам человека, Замечание общего порядка 20: Заменяет замечание общего порядка 7 о запрещении пыток и жестокого обращения или наказания (статья 7), UN Doc. HRI/GEN/1/Rev.1, стр. 30 (1994), п. 5.

⁷⁰ *Jalloh v. Germany*, (2006) E.C.H.R. Application No. 54810/00 (European Ct. HR).

⁷¹ Конвенция против пыток и других жестоких, бесчеловечных или унижающих достоинство видов обращения и наказания, Замечание общего порядка №2. Имплементация статьи 2 государствами-участниками. U.N. Doc. CAT/C/GC/2/CRP. 1/Rev.4 (2007), пп. 20-22 (“КПП, Замечание общего порядка № 2”).

⁷² КПП, Замечание общего порядка № 2, п. 22.

обращение с ней медсестры Тарасовой в дородовой клинике – имеет целью продемонстрировать неодобрительное, осуждающее отношение к пациентке и вызывает у Лены те же чувства стыда и отторжения. Столкнувшись с таким отношением при первом посещении клиники, Лена уже не обращается за дородовой помощью на протяжении всего оставшегося срока беременности. Такое обращение в клиническом контексте усугубляет маргинальный статус Лены. Медицинское обслуживание, которое оскорбляет и унижает человеческое достоинство, не служит общественным интересам, и поэтому не может быть обосновано. Подобная практика по сути своей несовместима с правами человека.⁷³

Б. Стереотипы, патернализм и непредоставление помощи

Врач Иванов рассматривает потребность Лены в медицинской помощи исключительно с точки зрения ее беременности и будущего ребенка. К Лене относятся как к средству для достижения цели рождения здорового ребенка.⁷⁴ Хотя Лена тоже стремится к этой цели, она тем не менее остается личностью со своими потребностями и интересами и имеет право на достойное и уважительное обращение. Однако врач Иванов оценивает поведение и потребности Лены исключительно с позиций ее беременности. Медицинский патернализм означает, что выраженные пациентом потребности в медицинской помощи стоят на втором месте по отношению к тому, что “будет лучше в интересах пациента” с точки зрения медиков.⁷⁵ Представление о том, что “лучше в интересах пациентки” в контексте дородовой помощи, нередко обусловлено гендерно-ролевыми стереотипами. Считается, что первоочередной ролью женщины является материнство, так что все потребности беременных в медицинском обслуживании сводят к функции вынашивания ребенка, и помощь беременным оказывают с этих же позиций. Считается само собой разумеющимся, что беременная будет и должна действовать исключительно в интересах своей беременности. Таким образом, наркозависимость воспринимают не с точки зрения потребности женщины в профессиональной помощи, а как безответственное поведение, которое женщина как мать могла бы прекратить, если бы захотела. Врач Иванов заявляет, что желание иметь здорового ребенка само по себе должно быть достаточной причиной для того, чтобы Лена прекратила употреблять наркотики. Его не интересуют многочисленные факторы, подталкивающие Лену к употреблению наркотиков, а также, несмотря на заданный пациенткой вопрос, не интересует его и возможность организации консультирования и профессиональной помощи Лене, помимо ее собственной решимости как будущей матери справиться с проблемой наркозависимости. Он объясняет употребление наркотиков тем, что ей безразлично благополучие ребенка, а значит, она нарушает общественные нормы поведения женщины-матери. Употребление наркотиков, таким образом, воспринимается как отражение ее нравственных качеств и ее ценности как человеческой личности. Женщину, употребляющую наркотики, считают равнодушной эгоисткой, которая неспособна быть хорошей матерью.

Нежелание воспринимать Лену как личность, которая нуждается в медицинской помощи не только из-за беременности, отражается и в неоказании Лене помощи после родов по поводу абстинентного синдрома и вызванных им страданий. Отказ в доступе к медицинской помощи подпадает под запрет на жестокое, бесчеловечное и унижающее достоинство обращение, если необходимую помощь не предоставляют вопреки медицинским показаниям и несмотря на установленный риск для жизни и здоровья пациента.⁷⁶

⁷³ Burris 2006, стр. 531.

⁷⁴ Cook, Dickens & Fathalla, стр. 45.

⁷⁵ E. Nelson, “Reconceiving Pregnancy: Expressive Choice and Legal Reasoning” (2004) 49 *McGill Law Journal* 593-634, стр. 609.

⁷⁶ См., например, *K.L. v. Peru*, Comm. (2005) CCPR/C/85/D/1153/2003 (Комитет по правам человека); Cook, Dickens & Fathalla, стр. 173.

В. Помощь, ориентированная на пациента

Помощь, ориентированная на пациента, представляет альтернативу описанному выше подходу и основана на уважении достоинства и ценности каждого пациента в клиническом контексте. Помощь, ориентированная на пациента, предполагает не только *медицинскую помощь* пациенту, но внимание к нему *как к личности*. Медицинские услуги предоставляются с учетом индивидуальных запросов и моральных ценностей пациента.⁷⁷ При таком подходе каждого человека принимают таким как есть, избегая осуждения и добиваясь наилучшего клинического исхода, какой возможен при данных обстоятельствах. Программы снижения вреда в контексте лечения наркозависимости во многом соответствуют этим параметрам, преследуя две главные цели: во-первых, принимать наркопотребителей такими, как есть (понимание), а во-вторых, активно содействовать их здоровью и благополучию (действие).⁷⁸

Концепция “понимания” требует, чтобы медработники не осуждали женщину за употребление наркотиков, а постарались понять сложные обстоятельства ее жизни, ее уязвимость и другие факторы, влияющие на употребление ею наркотиков, и использовали имеющиеся у них средства, чтобы помочь тем, кто нуждается в помощи. Концепция “понимания” предполагает уважение к личности пациента и поощрение активного участия пациента в процессе оказания помощи с учетом его потребностей и пожеланий.⁷⁹ Ни медсестра Тарасова, ни врач Иванов не предприняли попыток понять Лену и ее жизненные трудности. Напротив – их плохое обращение с пациенткой, коренящееся в их собственном невежестве, резко снизило вероятность положительных исходов как для матери, так и для ребенка, оттолкнуло Лену от обращения за помощью и лишь усилило, а не уменьшило остроту ее социальной маргинализации и низкой самооценки.

⁷⁷См. М. Krumholz, “Informed Consent to Promote Patient-Centered Care” (2010) 303 (12) *Journal of the American Medical Association* 1190-1191.

⁷⁸ S. Burris, “Harm reduction’s first principle: ‘the opposite of hatred,’” (2004) 15 *Int’l J. of Drug Policy* 243-244, стр. 243.

⁷⁹ Cook, Dickens & Fathalla, стр. 44.

III. СВОБОДНОЕ И ИНФОРМИРОВАННОЕ ПРИНЯТИЕ РЕШЕНИЙ

Вопросы для обсуждения: Проинформировал ли доктор Иванов Лену в полном объеме и надлежащим образом о возможных вариантах лечения наркозависимости? Если нет, почему? Каковы в данном случае обязанности доктора Иванова с точки зрения прав человека? Было ли решение Лены отказаться от опеки над ребенком принято ею свободно, без давления или принуждения? Если нет, почему? Какими должны быть обстоятельства принятия решения, чтобы оно считалось принятым без неправомерного воздействия?

Свободное и осознанное принятие решений опирается на самоопределение личности и признание права людей самостоятельно решать вопросы, касающиеся их жизни, в том числе вопросы медицинской помощи, на основе, в частности, права на автономию, права на здоровье и права на защиту частной жизни.

А. Право на осознанное принятие решений: наркологическое лечение

Право на защиту от дискриминации в сфере здравоохранения означает, что женщина, прежде чем дать согласие на лечение, имеет право “на получение от персонала, прошедшего надлежащую подготовку, всесторонней информации о существующих вариантах лечения ... включая возможные выгоды и потенциально неблагоприятные последствия предлагаемых процедур и имеющиеся альтернативы”.⁸⁰ Сюда относятся все доступные медицинские, социальные и другие способы решения проблем, влияющих на состояние здоровья пациента.⁸¹

Врач Иванов в ответ на вопрос Лены о заместительной терапии дает ей совет воздержаться от употребления наркотиков. Однако переносить абстиненцию без медицинской помощи мучительно, а кроме того, это может вызвать преждевременные роды или гибель плода. То, что врач сообщает пациентке неправильную информацию, можно объяснить либо недостатком знаний и опыта в области лечения наркозависимости, либо идеологическим неприятием заместительной терапии. Как бы то ни было, у Лены есть право на осознанное принятие решений, куда входит право на получение достоверной и точной информации. Это право налагает на врача Иванова обязанность выяснить и сообщить пациентке достоверную и точную информацию об эффективности заместительной терапии и риске абстиненции либо направить Лену к более компетентному специалисту. Однако врач дает пациентке совет воздержаться от дальнейшего употребления наркотиков, не зная о рисках и последствиях абстинентного синдрома, чем подвергает опасности как Лену, так и здоровье ее ребенка. Избирательное сообщение информации пациенту является одной из форм патернализма в медицине. Врач Иванов дает Лене указания относительно способа лечения исходя не из ее потребностей и интересов, а из собственных представлений о том, как должна вести себя беременная. Вместо того чтобы дать Лене необходимые сведения для принятия ею самостоятельного решения, врач Иванов демонстрирует свою власть над пациенткой.⁸²

Право пациента на принятие осознанного решения возлагает на медицинских работников обязанность *информировать* пациентов, а не просто *получать* у них согласие на лечение.⁸³ С этой точки зрения принятие решения представляет собой процесс общения: медработник *сообщает* информацию пациенту и *получает* информацию от пациента. Медработник должен выяснять у пациента необходимую информацию и относиться к ней серьезно.⁸⁴ Эта

⁸⁰ КЛДЖ, *Общая рекомендация № 24*, п. 20.

⁸¹ Cook, Dickens & Fathalla, стр. 110.

⁸² L.P. Freedman, “Censorship and the Manipulation of Family Planning Information,” в сборнике *Health and Human Rights: A Reader* 145-178 (1999) стр. 169.

⁸³ Cook, Dickens & Fathalla, стр. 109.

⁸⁴ Freedman, стр. 171.

концепция принятия решений рассматривает “медицинские решения” как “личные решения”.⁸⁵ Медработник должен при этом постараться понять, какую информацию “разумный человек при тех же обстоятельствах, что и пациент, сочтет существенной для принятия решения”.⁸⁶ Информация будет существенной в том случае, если она соотносится с собственной точкой зрения и обстоятельствами жизни пациента, а не основана на стереотипных представлениях.

Поступив вразрез с подходом, ориентированным на пациента, ни один из медицинских работников, с которыми контактировала Лена, не соотнес предоставляемую информацию конкретными обстоятельствами жизни пациентки – к примеру, никто не принял во внимание характер ее отношений с Петром и ее оторванность от собственной семьи – факторы, которые могли повлиять на ее решение. Медработники скорее действовали исходя из стереотипных представлений о беременных, употребляющих наркотики, и именно эти стереотипы диктовали их поведение, в том числе то, какую информацию они сообщали пациентке и какую скрывали от нее.

Б. Право на свободное принятие решений: родительские права в отношении ребенка

Право на свободное принятие решений предполагает свободу от всякого давления или принуждения.⁸⁷ Процесс усыновления и как часть его – согласие родителя передать опеку над ребенком государству требует свободного и осознанного принятия решений на основе признания фундаментального значения семьи для благополучия ребенка и на основе уважения родительских обязанностей и прав.⁸⁸ Это требует в числе прочих условий, чтобы родители были должным образом проконсультированы и уведомлены о последствиях их решения. Органы государственной власти обязаны уважать права детей на сохранение своей индивидуальности, включая семейные связи, не допуская противозаконного вмешательства.⁸⁹

Отказ Лены от своего ребенка и согласие отдать его под опеку государства не может квалифицироваться как свободное решение, принятое в отсутствие давления или принуждения. Врач Иванов просит Лену отказаться от ребенка, когда пациентка находится в послеродовой палате в присутствии других женщин и их родственников. В отличие от других рожениц, рядом с Леной нет никого – ни партнера, ни родных. В качестве причины врач ссылается на употребление ею наркотиков: если она не в состоянии позаботиться о самой себе, как она будет растить ребенка? Однако в таком обосновании кроется нежелание признать наличие структурных барьеров, которые по сути лишают беременных и матерей с маленькими детьми возможности получать лечение по поводу наркозависимости. В стремлении повлиять на решение Лены, врач Иванов вновь обращается к стереотипам материнства и стигме наркотиков. В довершение Лену никто не проконсультировал по поводу ее родительских прав и не предложил обратиться в службы поддержки – например, оказывающие помощь в воспитании ребенка или дающие матери возможность временно поместить ребенка под опеку, а потом забрать назад. В том числе и медсестра Тарасова не проконсультировала Лену после родов и не дала ей нужной информации. Лене велели подписать отказ от ребенка, где указать, что она не может о нем заботиться и согласна передать его на попечение государства. Ей не дали никакой информации о последствиях такого отказа – например, о том, как он повлияет на правовые отношения между родителем и ребенком.

Единственное, что говорит медсестра Тарасова Лене – это то, что ее сразу же отпустят, как только она подпишет отказ. Лена в отчаянии и хочет как можно скорее выйти из

⁸⁵ Cook, Dickens & Fathalla, стр. 10.

⁸⁶ Cook, Dickens & Fathalla, стр. 13.

⁸⁷ Cook, Dickens & Fathalla, стр. 14.

⁸⁸ Конвенция о правах ребенка, преамбула, ст. 5.

⁸⁹ Конвенция о правах ребенка, ст. 8.

больницы. Она страдает от сильной боли из-за абстиненции и не может получить лечение по поводу наркозависимости. Лишенная возможности увидеть новорожденного сына и сформировать эмоциональную связь с ним, Лена чувствует себя виноватой из-за того, что могла навредить ребенку. Независимо от того, было ли решение Лены осознанным и основанным на достаточной информации, в любом случае момент для предложения подписать отказ от ребенка был выбран неподходящий. Тот факт, что в этот момент она испытывала физические и моральные страдания, дает основания усомниться в том, что ее решение относительно опеки над ребенком было принято свободно и добровольно.⁹⁰ Обстоятельства, при которых Лена отказалась от ребенка, были нарушением права на уважение семейной жизни в отношении ее самой и ребенка. Манипулирование человеком, находящимся в бедственном положении, с целью получения от него согласия, является грубым нарушением принципа уважения человеческого достоинства.

⁹⁰ См., напр., *A.S. v. Hungary*, CEDAW/C/36/D/4/2004, пп.11.2 и 11.3.

ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ С ТОЧКИ ЗРЕНИЯ ЭТИКИ

Доступ к медицинскому обслуживанию для беременных женщин, употребляющих наркотики

Карен Машке (Karen Maschke), The Hastings Center

Первая часть примера

Лена, находясь на позднем сроке беременности, посещает государственную больницу, в которой наблюдается у врача. Медсестра Тарасова внимательна и дружелюбна, однако, когда она видит следы от уколов на руке Лены, ее отношение меняется. Повернувшись спиной к пациентке, она говорит: «Такие женщины, как ты, – вы мне отвратительны. Бедные дети... да что там говорить! Вы все равно не слушаете. Вы не можете. Вы все время под кайфом. Нам бы следовало сдать тебя в полицию».

Вопросы для обсуждения по первой части примера

1. Как может медицинский работник выполнять свои обязанности по отношению к пациенту, тем более проявлять сострадание к нему, если он осуждает его поведение или, возможно, имеет отрицательный опыт, связанный с маргинальными и отвергаемыми обществом группами населения, такими как потребители инъекционных наркотиков?
2. Должна ли медсестра Тарасова сообщить в полицию о том, что у нее лечится беременная наркопотребительница?

Комментарии по этическим вопросам к первой части примера

Уважительное и сочувственное отношение к пациентам – один из основополагающих принципов медицины. Больные, которые обращаются за помощью к медикам, уязвимы перед лицом болезни и возможной смерти. Всемирная медицинская ассоциация (ВМА), в частности, отмечает:

«Люди обращаются к врачам за помощью в удовлетворении своих самых насущных потребностей, таких как избавление от боли и восстановление здоровья и благополучия. Они позволяют врачам осматривать свое тело, прикасаться к нему и выполнять различные манипуляции со всеми его частями, даже самыми интимными. Они поступают так потому, что доверяют врачам – верят, что они будут действовать в их интересах».ⁱ

Так как люди доверяют свое здоровье и благополучие квалифицированным специалистам – чаще всего чужим для себя людям, – разумно ожидать от медицинских работников, что они будут относиться ко всем пациентам с сочувствием и уважением. Однако медработникам нередко приходится иметь дело с пациентами, которые им неприятны, трудны в общении или напоминают им о собственном отрицательном опыте. В случае потребителей наркотиков отрицательное отношение медицинских работников может быть следствием ошибочной убежденности, что люди могут легко контролировать свою страсть к наркотикам или что они имеют возможность излечиться от наркозависимости, но отказываются обратиться за помощью (см. ниже). Возможно, медсестра Тарасова не может заставить себя проявить сострадание из-за того, что в своей личной жизни ей приходилось бороться с наркотической зависимостью у родственника или друга. Более того, медицинские работники могут более критично относиться к поведению женщины в период беременности, так как они лично наблюдали влияние такого поведения на плод и младенца.ⁱⁱ

Тем не менее, медицинские работники должны проявлять профессионализм при общении с лицами, чье поведение они не одобряют, и соотносить оказываемые услуги с потребностями пациента. Хотя медицинскому работнику, возможно, особенно трудно преодолеть свое отрицательное отношение к беременным женщинам, употребляющим

224 West 57th Street, New York, New York 10019 | TEL +1 212.548.0600 | FAX +1 212.548.4600

наркотики, медицинская этика и медицинский профессионализм требуют от них относиться к пациентам с состраданием и не допускать дискриминации на основе личных взглядов, предпочтений или предубеждений.

Другой центральный принцип медицинской этики – обязанность сохранять конфиденциальность информации о здоровье пациента. Донесение о пациентке-наркопотребительнице в правоохранительные органы будет представлять собой нарушение конфиденциальности. Однако в некоторых странах законодательство обязывает медицинских работников сообщать в полицию о таких пациентах, в особенности, если наркопотребитель – беременная женщина. В таких случаях возникает проблема «двойной лояльности», т. е. конфликт между моральной обязанностью действовать в интересах пациента и обязанностью выполнять требования закона, даже если они вступают в противоречие с нормами медицинской этики и могут повлечь за собой нарушение прав человека. Моральная оправданность этих требований в особенности сомнительна, когда власти пытаются криминализовать употребление наркотиков во время беременности, – ведь многие специалисты-медики отстаивают мнение, что такие действия следует рассматривать как медицинскую проблему, а не предмет для уголовного преследования.ⁱⁱⁱ

Хотя медицинская этика требует от медицинского персонала «ставить пациента на первое место», медработнику может быть нелегко справиться с конфликтом двойной лояльности в одиночку, особенно в отсутствие поддержки со стороны коллег, учреждения, в котором он работает, или соответствующих профессиональных организаций.^{iv} Возможны также ситуации, в которых медицинский работник, действующий в интересах пациентов, тем самым ставит себя – и свою семью – под угрозу разного рода санкций за нарушение требований законодательства, внутренних правил медучреждения или иных нормативных актов.^v Таким образом, бывают случаи, когда было бы несправедливо критиковать медработников за нарушение этических норм в ситуациях, когда они ставят собственную безопасность и благополучие своей семьи выше интересов пациента.

Вторая часть примера

Доктор Иванов, осматривающий Лену, относится к ней более тепло, чем медсестра Тарасова. Он объясняет ей, чем угрожает употребление наркотиков во время беременности, и предупреждает, что беременность в этих случаях редко оканчивается рождением здорового ребенка. Взяв Лену за руки, он говорит: «Вы же не хотите зла своему ребенку. Вы еще молоды и можете изменить свою жизнь. Вам нужно лечиться». Лена объясняет, почему ей не подходит лечение в государственном центре, и просит устроить ее в клинику. Д-р Иванов отвечает: «Некоторые мои коллеги применяют заместительную терапию метадонем, но я этим не занимаюсь. Ради своего малыша вы должны отказаться от наркотиков, а не заменять один наркотик другим».

Вопросы для обсуждения по второй части примера

1. Возможны ли ситуации, в которых медицинский работник может решить, что пациента можно ввести в заблуждение ради его же блага?
2. Если д-р Иванов не верит в использование метадона в качестве «заместительной терапии», должен ли он дать Лене возможность побеседовать со своими коллегами, которые применяют такую терапию?

Комментарии по этическим вопросам ко второй части примера

Медицинские работники должны придерживаться самых высоких стандартов этического поведения и оказывать пациентам квалифицированные медицинские услуги.^{vi} Это означает, что они должны совершенствовать свои знания и повышать квалификацию в течение всей своей профессиональной карьеры в медицине. Если решение о лечении принимается на основе неточной или ложной информации о состоянии здоровья пациента или о его действиях, могущих причинить вред организму (таких как прием наркотиков), такое

лечение может в конечном итоге принести вред вместо пользы. Например, утверждение д-ра Иванова о том, что у женщин, принимающих наркотики в период беременности, редко рождаются здоровые дети, представляет собой преувеличение. Психические и физические отклонения – врожденные или проявляющиеся в процессе развития – наблюдаются только у некоторых детей, подвергавшихся воздействию наркотиков в утробе матери, причем природа и тяжесть этих отклонений варьирует в широких пределах. Здоровье ребенка, испытывающего в утробе действие наркотических веществ, зависит от многих факторов, в том числе от того, когда, как часто и в каких дозах мать употребляла наркотики, сочетала ли она их с другими веществами, негативно влияющими на плод (такими как табак и алкоголь); а также от общего состояния здоровья матери в период беременности.^{vii}

Возможно, д-р Иванов преднамеренно преувеличил вред употребления наркотиков во время беременности, чтобы напугать Лену и тем самым вынудить ее отказаться от наркотиков. Хотя интуитивно это может показаться похвальной тактикой, ни правильность, ни эффективность такого подхода – давать пациенту ложную информацию с целью побудить его изменить свое поведение – не являются очевидными. Этический принцип уважительного отношения к пациенту – и, следовательно, к его независимости – требует от врачей и других медиков всегда быть честными со всеми своими пациентами, даже если, по их мнению, небольшая «ложь во благо» могла бы стимулировать их изменить свои вредные привычки. Кроме того, преодоление наркотической зависимости – очень трудная задача, даже в тех случаях, когда пациент получает надлежащую медицинскую помощь. Поэтому попытка запугиванием вынудить Лену отказаться от приема наркотиков, скорее всего, не даст результата; более адекватной реакцией со стороны врача было бы направить ее в программу лечения наркотической зависимости или хотя бы на консультацию к психологу.

Д-р Иванов, вероятно, также не владеет достоверной информацией относительно безопасности и эффективности метадона как средства заместительной терапии, в том числе для беременных. Исследования заместительной терапии метадоном как средства лечения героиновой зависимости показывают, что она эффективно способствует снижению зависимости, удержанию пациента в программе и сокращению употребления героина.^{viii} В США, например, поддерживающая терапия метадоном является стандартным методом лечения зависимости от опиоидных наркотиков у беременных женщин. Такое лечение способствует «повышению качества медицинского обслуживания при беременности, усилению роста плода, снижению внутриутробной смертности, частоты случаев отказа от ребенка, а также риска заражения ВИЧ, позднего токсикоза беременных и абстинентного синдрома у новорожденных».^{ix}

Д-р Иванов честно изложил Лене свои взгляды на использование метадона в качестве заместительной терапии. Однако, хотя врачи часто не соглашались друг с другом относительно разных методов терапии, при выборе метода лечения своих пациентов они должны руководствоваться не личными пристрастиями, а доступными им наиболее достоверными медицинскими данными. Если знания д-ра Иванова в этом отношении устарели, он обязан, как обсуждалось выше, ознакомиться с результатами новейших исследований или терапевтическими рекомендациями по конкретному вопросу. Если его нежелание использовать метадон отражает его личные взгляды на безопасность и эффективность этого препарата, он должен проинформировать пациентку о имеющихся вариантах лечения и дать ей возможность проконсультироваться у врачей, которые применяют другие подходы.

Третья часть примера

Опасаясь, что ее сдадут в полицию, Лена прекращает посещать больницу до конца срока беременности. Она начинает принимать больше наркотиков. «Это помогает мне бороться со стрессом. Это способ убежать от себя, не думать о том, что я буду делать с ребенком». Она продолжает колоть наркотик до последней недели перед родами. В родильном отделении Лена находится в обществе других женщин и их семей. Ее посещает д-р Иванов. «Я огорчен, что вы продолжаете принимать наркотики. Подумайте о своем ребенке.

224 West 57th Street, New York, New York 10019 | TEL +1 212.548.0600 | FAX +1 212.548.4600

Отдайте его в хорошую семью. Как вы можете заботиться о ребенке, если вы не в состоянии позаботиться о себе?» Лена видит, что окружающие ее осуждают. В то время как другие роженицы получают помощь и поддержку от медицинского персонала, Леной никто не занимается. Она в ужасе. Петр не приходит. «Может быть, я позвоню родителям. Но мне нужно еще время».

Вопросы для обсуждения по третьей части примера

1. Как может медицинский работник выполнять свои обязанности по отношению к пациенту, тем более проявлять сострадание к нему, если он осуждает его поведение, в особенности если это поведение угрожает здоровью будущего ребенка?
2. Подобаает ли медицинскому работнику игнорировать пациента из-за того, что он осуждает его поведение?
3. Подобаает ли медицинскому работнику давать пациенту советы на темы, связанные с рождением и воспитанием детей, и по другим семейным вопросам?

Комментарии по этическим вопросам к третьей части примера

У Лены было мало возможностей бороться со своей наркотической зависимостью, и ничто не указывает на то, что д-р Иванов хоть как-то пытался помочь ей пройти лечение или получить консультацию у психолога. Осуждая Лену за то, что она продолжает употреблять наркотики, он проявляет бессердечие и жестокость, не ставит ее здоровье выше своих личных взглядов. Более того, он, судя по его словам, заботится только о будущем ребенке, в то время как он должен заботиться как о ребенке, так и о Лене. Тенденция рассматривать плод в качестве «пациента», физиологически встроенного в «окружающую среду» материнского организма, может затмевать тот факт, что беременная женщина сама по себе является пациентом, а не только средой для развития плода.^x Достижения неонатологии, акушерства и педиатрии за последние 40 лет – наряду с юридическими нормами по защите плода – привели к обострению конфликтов между «интересами матери, интересами плода и интересами будущего ребенка».^{xi} Эти конфликты еще больше обостряются, когда беременная женщина принимает наркотики. Однако, как указывают *Oberman и соавторы*, в основе того, что обычно называют конфликтом интересов матери и плода, зачастую лежит конфликт интересов матери и врача, т. е. конфликт, возникающий, когда врач наделяет плод правами и интересами, прямо совпадающими с его личными предпочтениями.^{xii}

В то же время, медицинский работник не может пренебрегать медицинскими потребностями плода. Отказ во внимании к роженице-наркопотребительнице во время схваток и родов может означать отсутствие надлежащего медицинского ухода по отношению к плоду. Более того, у Лены, возможно, имеются заболевания, вызванные употреблением наркотиков, однако мы не видим, чтобы д-р Иванов или медсестра Тарасова были заинтересованы в выявлении и лечении таких заболеваний, помимо тех, которые непосредственно связаны с беременностью.^{xiii}

Принцип автономности и связанная с ним концепция самоопределения требуют, чтобы человеку была предоставлена возможность принимать решения по вопросам рождения детей и семейной жизни без давления или принуждения со стороны других лиц. Поэтому, когда медработник говорит женщине, что она должна отдать своего ребенка в приемную семью, не давая ей возможности обсудить и обдумать это и другие возможные решения, он тем самым ущемляет ее автономность, ее право на самостоятельное распоряжение своей судьбой. Медицинские работники должны предоставлять пациентам всю необходимую им информацию или направлять их к другим специалистам, чтобы дать им возможность принимать самостоятельные осознанные решения относительно своего здоровья и по таким вопросам, как усыновление, которые будут иметь значительное влияние на их жизнь.^{xiv}

Четвертая часть примера

Лена родила мальчика. В послеродовой период она страдает от абстинентного синдрома, испытывая сильные боли. Лена не просит показать ей ребенка. Она неспособна сосредоточиться ни на чем, кроме собственных физических потребностей. Она не может дожидаться выписки из больницы. Медсестра Тарасова предлагает Лене подписать какой-то документ: «Это для усыновления. Подпиши, и мы тебя выпишем». Лена подписывает. Несколько месяцев спустя Лена размышляет о том, что произошло: «Какой у меня был выбор? Отдать его или все равно потерять. Они правы. Я не мать».

Вопросы для обсуждения по четвертой части примера

1. Как медицинский работник должен реагировать на эмоциональные и медицинские потребности пациентки, подобной Лене, которая не проявляет интереса к своему новорожденному ребенку, воздерживаясь при этом от осуждения и принуждения?
2. Должен ли был персонал больницы попытаться помочь Лене получить психологическую консультацию и лечение по поводу абстинентного синдрома в послеродовой период?
3. Является ли усыновление оптимальным решением с точки зрения интересов ребенка, рожденного матерью-наркопотребительницей?

Комментарии по этическим вопросам к четвертой части примера

Насколько мы видим, д-р Иванов и медсестра Тарасова не учитывали возможности того, что нежелание видеть ребенка может быть обусловлено физическим и психологическим состоянием Лены, вызванным абстинентным синдромом, а также послеродовой депрессией. Кроме того, абстинентный синдром, скорее всего, отрицательно повлиял на ее способность к принятию решений, тем более что она не получала никакого лечения симптомов или последствий абстиненции. Наркомания – это заболевание, сопряженное с сильной физиологической и психологической зависимостью, и прекращение употребления наркотиков может вызывать тяжелые физические и эмоциональные симптомы. Хотя симптомы абстиненции, как правило, не угрожают жизни, они бывают очень болезненны и зачастую ведут к серьезным последствиям, таким как рецидивы наркозависимости и появление суицидальных мыслей. Судя по всему, никто даже не пытался выяснить, не нуждается ли Лена в лечении симптомов абстинентного синдрома и послеродовой консультации психолога или нарколога. И это несмотря на имеющиеся данные о том, что заболевания, связанные с наркотической зависимостью, нередко «сопровождаются многочисленными психиатрическими состояниями, которые могут быть отягощены психологическим и физиологическим стрессом, вызванным беременностью – состоянием, в котором женщина, как известно, особо чувствительна к психиатрическим расстройствам».^{xv}

Каждому медицинскому работнику, скорее всего, придется время от времени работать с беременными женщинами, страдающими наркотической зависимостью. Поэтому клиники и больницы проводят для своего персонала образовательные программы, а также устанавливают правила и процедуры, способствующие соблюдению этических требований при лечении таких пациенток. Подобные правила и процедуры, в частности, предусматривают направление на наркологическое лечение, психологические консультации и в службы поддержки семьи.^{xvi}

Литература

- ⁱ World Medical Association. Medical ethics manual. 2nd edition. 2009.
- ⁱⁱ Ramirez-Cacho WA, Medical student's attitudes toward pregnant women with substance use disorders, *JAMA* 2007;196:86; Stephany TM, The pregnant addict: treat or prosecute? *Nurse-Midwifery* 1999;44:154.
- ⁱⁱⁱ Jos PH, Perlmutter M, Marshall MF, Substance abuse during pregnancy: clinical and public health approaches, *Journal of Law, Medicine & Ethics* 2003;31:340-350.
- ^{iv} Williams JR. Dual loyalties: how to resolve ethical conflict, *SAJBL* 2009;2(1):8-11; London L, Ncayiyana D, Sanders D, et al., Zimbabwe: a crossroads for health professions, *SAMJ* 2008;98(10):777-778.
- ^v Chen R. et al., Physician participation in human rights abuses in southern Iraq, *JAMA* 2004;291(12):1480-1485; Gready P. Medical complicity in human rights abuses: a case study of district surgeons in Apartheid South Africa. *Journal of Human Rights* 2007;6:4:415-432.
- ^{vi} World Medical Association. Medical ethics manual. 2nd edition. 2009.
- ^{vii} Ackerman JP, Riggins T, Black MM., A review of the effects of prenatal cocaine exposure among school-aged children, *Pediatrics* 2010;125:554-565; Lester, BM, Andreozzi L, Appiah L, Substance use during pregnancy: time for policy to catch up with research, *Harm Reduction Journal* 2004;1:5.
- ^{viii} Martin PR, Arria AM, Fischer G, et al., Psychopharmacologic Management of Opioid-Dependent Women during Pregnancy, *American Journal of Addictions* 2009;18(2):148-156; Winklbaaur B, Kopf N, Ebner N, et al., Treating pregnant women dependent on opioids is not the same as treating pregnancy and opioid dependence: a knowledge synthesis for better treatment for women and neonates, *Addiction* 2008;103:1429-1440.
- ^{ix} Martin 2009, 2.
- ^x Lyerly AD, Little MO, Faden RR. A critique of the "fetus as patient" *American Journal of Bioethics* 2008;8(7):1-4.
- ^{xi} Brown SD, Lyerly AD, Little MO, et al., Paediatrics-based fetal care: unanswered ethical questions, *Acta Paediatrica* 2008;97(12):1617-1619.
- ^{xii} Oberman M, Mothers and doctors' orders: unmasking the doctor's fiduciary role in maternal-fetal conflicts, *Northwestern University Law Review* 2000;94:451-501.
- ^{xiii} De Alba I, Samet JH, Saitz R, Burden of medical illness in drug and alcohol dependent persons without primary care, *American Journal of Addiction* 2004;13:33-45.
- ^{xiv} Emanuel EJ, Emanuel LL, Four models of the physician-patient relationship, *JAMA* 1992;267:2221-2226; Sandman Lars, Munthe Christian, Shared decision-making and patient autonomy, *Theoretical Medicine and Bioethics* 2009;30(4):289-310.
- ^{xv} Martin 2009, 2.
- ^{xvi} Chavkin W, Drug addiction and pregnancy: policy crossroads, *American Journal of Public Health* 1999; 80(4):483-487.