

Социологическая оценка барьеров доступности получения медицинской помощи женщинами, употребляющими наркотики инъекционно*

МЕНДЕЛЕВИЧ В.Д. д.м.н., профессор, зав. кафедрой медицинской и общей психологии
Казанского государственного медицинского университета;
Казань, 420012, ул.Бутлерова, 49; e-mail: mend@tbit.ru; mendelevich.vl@gmail.com

Приводятся данные социологического исследования. Отмечается тот факт, что большинство женщин-потребителей инъекционных наркотиков сталкиваются с существованием барьеров доступности получения медицинской помощи. Обращения за лечением носят чаще вынужденный характер, т.е. пациентки идут к врачам только в крайних случаях. Таким образом, их заболевания оказываются «запущенными» и сложными для коррекции и лечения.

Ключевые слова: женщины, употребляющие наркотики инъекционно, доступность получения медицинской помощи

Проблема оказания медицинской помощи лицам, употребляющим наркотики (особенно инъекционно) остаётся крайне актуальной для российского здравоохранения [2, 3, 6, 7, 10]. В настоящее время действуют инструкции, определяющие правила внутреннего распорядка лечебных учреждений, которые зачастую не учитывают или игнорируют возможность наличия у пациента наркологического заболевания.

Известно, что потребление наркотиков влечёт за собой развитие эпидемии ВИЧ/СПИДА в России: по данным МЗиСР РФ, в 2010 г. не менее 60% всех случаев ВИЧ-инфекции были связаны с потреблением инъекционных наркотиков [9]. Помимо проблемы ВИЧ-инфекции у пациенток с инъекционным потреблением наркотиков часто возникают и другие медицинские проблемы — гепатиты В, С, туберкулёз, психические расстройства.

Существует кризис доверия наркопотребителей и их родственников к качеству лечения и системе как наркологической, так и иной медицинской помощи [1, 5, 16]. Это связано с несоответствием ожиданий наркозависимых и их родственников относительно возможностей избавления от зависимости и реальными результатами лечения, а также негативными последствиями, к которым приводит обращение за наркологической помощью (поражение в правах, стигматизация). При реально низкой эффективности лечения наркомании в РФ (годовая ремиссия не превышает 10%), в отечественной наркологии продолжают настоятельные попытки с помощью различных мероприятий максимально увеличить процент излечения [3].

Российская наркология на деле продолжает относиться к наркологическим больным не как к хронически больным, предлагая им методы лечения, направленные не на поддержку и компенсацию симптомов болезни, а на полное излечение. В связи с этим в отечественной наркологии и медицине, в целом, не удаётся сформировать терапевтический альянс между врачами и пациентами.

Таким образом, основополагающей проблемой остаётся проблема формирования эффективных и положительно эмоционально окрашенных отношений в диаде «медицинский работник — наркозависимая женщина — потребитель инъекционных наркотиков», а также выявление причин, затрудняющих его формирование и развитие.

Целью данного исследования было выявление и анализ основных причин (преград, барьеров), затрудняющих формирование терапевтического альянса между женщинами-ПИН и медицинскими службами (работниками), стигматизирующих больных и снижающих уровень их здоровья. В исследовании использовались следующие социологические методы: анкетирования и свободное глубинное интервью, изучение в фокус-группе, а также методы обработки данных: количественные и качественные. В качестве базового использовался протокол индивидуального исследования, состоявший из трёх разделов:

1) общие сведения об обследуемом, отражавшие данные о возрасте, месте жительства, образовании, составе семьи, наличии детей, возрасте матери к моменту рождения детей, семейном положении, сфере профессиональной деятельности, деятельности мужа (сожителя), о жилищных условиях, финансовом положении, наличии братьев и сестер, друзей (специ-

* Исследование проведено в рамках гранта, финансируемого UNAIDS (PTAEO AIRSM 1000457 задание 4.2, грант 50064).

ально изучались факты употребления наркотиков братьями и сестрами, мужа, друзей);

2) сведения о здоровье обследуемой и употреблении наркотиков;

3) сведения, посвящённые изучению обращений обследуемых за медицинской помощью (акушерско-гинекологической, наркологической, психиатрической, хирургической, травматологической, терапевтической, инфекционной, включая противотуберкулёзную, стоматологической) — частоте обращений, частоте и сути возникавших проблемах в связи с употреблением наркотиков.

В рамках глубинного интервью и работы в фокус-группе обсуждались следующие темы: инъекционное потребление наркотиков и его влияние на состояние здоровья; отношение со стороны работников медицинских учреждений, в которые приходилось обращаться наркозависимой ПИН не по поводу наркозависимости; сложности, возникавшие при получении медицинской помощи; причины отказа от лечения, если таковые имелись; восприятие поддержки и противостояния (лечение, воспитание и наказание).

Исследование проводилось в городах Республики Татарстан (Казани, Набережных Челнах, Альметьевске, Нижнекамске) в октябре—декабре 2011 г. Критериями включения в группу обследования служили: пол (женский), факт инъекционного употребления обследованным наркотиков (устное утверждение, данные родственников, медицинская информация), информированное добровольное согласие принять участие в исследовании. В круг обследования с целью объективизации процесса получения информации не включались женщины — потребители инъекционных наркотиков в случае обнаружения у них признаков тяжёлых психических заболеваний психического уровня или деменции, которые могли бы повлиять на объективность предоставляемых данных. Из исследования были исключены женщины, находившиеся на момент обследования в состоянии выраженного наркотического опьянения или абстиненции.

Выборка респондентов составила около 198 респондентов, с 21 из которых было проведено глубинное интервью, 11 чел. составили фокус-группу. Всего в анкетировании приняли участие 237 чел., однако часть из них (39 чел.) в процессе проведения исследования оказались неспособными в силу своего психического или наркологического состояния ответить на вопросы.

Средний возраст обследованных составил 26,3 года, городскими жителями на момент обследования являлись 92,9% женщин. Половина обследованных женщин-ПИН заявила о том, что не работают. Учащих среди обследованных оказалось 16,7%, занятых в сфере торговли и здравоохранения по 11,1%,

люди, в сфере промышленности и финансов по 5,5%. По семейному положению обследованных женщин-ПИН было получено следующее распределение: замужем — 38,9%; незарегистрированный брак у 16,7%; не замужем — 16,7%, разведены — 27,7%. Как показали результаты исследования, у большинства обследованных женщин-ПИН (55,6%) на момент исследования имелись собственные дети, причём у 16,7% двое. У подавляющего большинства из них (70%) роды были в возрасте 20—25 лет. Остальные (44,4%) были бездетными.

Две трети обследованных женщин-ПИН (66,2%) состояли на учёте в наркологическом диспансере и имели подтверждённый диагноз наркологического заболевания (опиоидной зависимости). Пациентки сами отнесли себя к одной из групп: «употребляю в настоящее время» (33,3%), «нахожусь в длительной (более 6 мес.) ремиссии и не употребляю наркотики инъекционно» (11,1%), «нахожусь в недлительной (меньше 6 мес.) ремиссии, прохожу лечение и не употребляю наркотики инъекционно» (55,6%).

Большинство (92,9%) имело стаж употребления наркотиков более 5 лет. Стаж инъекционного употребления варьировал от 3 до 15 лет (половина обследованных указала, что является потребителем инъекционных наркотиков в течение 5—10 лет). Все обследованные имели опыт инъекционного употребления героина; 22,2% употребляли кустарные опиаты, 33,3% — стимуляторы, 16,7% имели опыт употребления дезоморфина. Наряду с этим почти треть (27,8%) пробовала и иные наркотические средства.

Подавляющее большинство братьев и сестер (80%), по мнению обследованных, не употребляют наркотики инъекционно (20% — употребляют, 20% — употребляли ранее). Иное распределение оказалось при анализе наркопотребления среди мужей (сожителей): половина из них на момент обследования продолжали употреблять наркотики инъекционно, 19,1% — нет, а 30%, по словам женщин-ПИН, ранее употребляли.

Были получены данные о том, что среди друзей и знакомых обследованных на момент обследования значительная часть (27,8%) продолжала употреблять наркотики инъекционно, а подавляющее большинство (72,2%) употребляли ранее. По данным опрошенных, среди их близкого окружения не было таких, которые хотя бы один раз в жизни не попробовали наркотики.

На основании самоотчётов обследованных лиц оказалось, что подавляющее большинство из них (88,9%) страдало гепатитом С; 33,3% заявили о своём положительном ВИЧ-статусе, по 11,1% — о гепатите В, психических расстройствах и туберкулёзе.

Данные по частоте обращаемости за медицинской помощью (включая наркологическую) распределились следующим образом: иногда — 55,6%, часто — 33,3%, редко — 11,1%. То есть можно отметить, что, несмотря на наличие тяжелых заболеваний, в медицинские учреждения женщины-ПИН обращаются недостаточно часто. Это особенно касается такой патологии, как гепатиты и ВИЧ-инфекция. В дальнейшем при проведении глубинного интервью выяснилось, что недостаточно частое обращение пациенток к врачам связано со стигматизацией и тем, что имеется множество барьеров для получения женщинами-ПИН квалифицированной медицинской помощи.

Подавляющее большинство обследованных (77,8%) имело опыт обращения в наркологическую службу, 66,2% — в стоматологическую, по 38,9% — в акушерско-гинекологическую и хирургическую, 22,2% — в терапевтическую, по 16,7% — в инфекционную и травматологическую, 5,5% — в психиатрическую. По мнению опрошенных, в наркологические диспансеры они «вынуждены» периодически обращаться — кто-то по причине того, что состояли на наркологическом учёте и должны были «отмечаться» один раз в месяц, кто-то потому, что «употребление наркотиков надоедало, было уже невмозможу» и необходимо было «переломаться». Частые обращения в стоматологическую службу, по мнению обследованных, были обусловлены не только частотой возникновения стоматологических проблем, но и большей доступности данной службы. «Вынужденными» назвали обращение и акушерско-гинекологическую службу — чаще в связи с беременностями. Было отмечено, что часть пациенток, употреблявших инъекционно дезоморфин, «не могли не обращаться» к хирургам по причине большого числа осложнений.

Таким образом, можно констатировать тот факт, что среди обследованных женщин-ПИН практически не было тех, кто не имел опыта общения с медицинскими работниками и столкновения с медицинскими службами различной специализации.

Как показал анализ оценки обследованными наличия и специфики проблем, возникавших при обращении в медицинские учреждения, с подобными сложностями сталкивались подавляющее большинство обследованных — 77,9%. Причём половина из них сталкивалась с проблемами оказания им медицинской помощи в связи с наркозависимостью иногда, 11,1% — часто, 16,8% — редко. Среди медицинских служб, в которых чаще возникали проблемы получения медицинской помощи по причине наркозависимости обследованные назвали: наркологическую службу (44,4%), хирургическую (38,9%), акушерско-гинекологическую (11,1%). Возможно, полученные данные обусловлены частотой обращения в перечисленные службы, поскольку с наркологической службой сталкивались все пациентки.

Конкретизируя характер возникавших проблем, женщины-ПИН указали на следующее: нарушение конфиденциальности (33,3%), грубое обращение (22,2%), оскорбления в связи с наркозависимостью (22,2%), платность услуг (16,7%), наличии очередей и листов ожидания (11,1%), отказ в госпитализации в связи с наркозависимостью (11,1%), требование встать на диспансерный наркологический учёт (11,1%), отказ в лечении в связи с наркозависимостью (5,5%).

Как показал качественный анализ отношения обследованных женщин-ПИН в связи с проблемами (барьерами), с которыми они сталкиваются при обращении за медицинской помощью в официальные учреждения здравоохранения, они стараются как можно дольше обходиться без медицинской помощи, занимаются самолечением и обращаются к врачам только в случаях крайней необходимости.

Таким образом, данные исследования позволяют констатировать, что обращаемость женщин-ПИН за медицинской помощью носит вынужденный характер, сопровождается экспектацией негативных последствий подобных обращений и не способствует установлению необходимого терапевтического альянса.

В соответствии с целью и задачами исследования с 21 обследованной проводилось глубинное интервью, 11 женщин-ПИН составили фокус-группу. Основной целью было выявление барьеров (преград), возникавших у обследованных при обращении в медицинские учреждения за помощью. Анализировались высказывания обследованных, их эмоциональные и поведенческие реакции при упоминании тех или иных медицинских организаций, профессий. Кроме того, были проведены 6 глубинных интервью с организаторами здравоохранения — руководителями соответствующих медицинских служб (на уровне главных врачей, зав. отделениями, главными специалистами) — наркологической, акушерско-гинекологической, хирургической, стоматологической, психиатрической, инфекционной.

Обнаруженные барьеры на пути получения женщинами-ПИН квалифицированной медицинской помощи можно разделить на:

- 1) объективные (связанные с действующим законодательством и распорядком работы медицинских учреждений);
- 2) субъективные (обусловленные нарушением медицинским персоналом этико-деонтологических норм или неадекватными экспектациями пациенток).

Кроме того, можно было отметить общие внемедицинские и внегендерные барьеры и специфические барьеры, возникавшие у женщин-ПИН.

К внемозологическим, т.е. не зависящим от характера болезни пациента, относятся барьеры, общего характера. Они обусловлены особенностями деятельности здравоохранения, страховой медицины, ведомственными правилами и инструкциями, действующими льготами и ограничениями на получение тех или иных видов терапии, которые не позволяют больному человеку воспринимать получение им медицинской помощи как справедливое. В сфере отечественного здравоохранения к ним относят, к примеру, фактически действующий территориальный принцип получения медицинских услуг, негативно влияющий на доступность услуг.

К «объективным» барьерам административного характера можно отнести действующий в каждом лечебном учреждении страны «внутренний распорядок», в котором прописаны все случаи, позволяющие выписать пациента за нарушение режима. В правилах внутреннего распорядка для больных лечебно-профилактических учреждениях прямо не указывается на то, что диагностика у них состояния наркотического опьянения может повлечь выписку из стационара (есть указание лишь на запрет курения). Однако на практике это именно так. Некоторые из обследованных больных сообщали о том, что при обнаружении у них признаков абстиненции в приёмном покое им отказывалось в госпитализации «под благовидным предлогом».

Известно [4, 8, 11—15, 17], что общие (системные) барьеры представляют собой препятствия, которые затрудняют развитие оказания услуг, отвечающих потребностям женщин. Некоторые из этих барьеров не имеют особого отношения к развитию услуг по лечению наркомании, а, возможно, существуют и в области оказания других услуг, связанных со здравоохранением, таких как программы сокращения риска ВИЧ-инфекции или кардиологические программы. Считается, что к числу важных системных барьеров в отношении женщин относятся:

- 1) дефицит полномочий в области принятия решений. Женщины недопредставлены на руководящих должностях, которые могут оказывать воздействие на разработку программ и распределение ресурсов;
- 2) ограниченная информированность о социально-половых различиях в факторах, определяющих состояние здоровья и результаты лечения;
- 3) отсутствие понимания проблем женщин, употребляющих наркотики и их потребностей в лечении в результате различных социокультурных и политических обстоятельств;
- 4) отсутствие надлежащих недорогостоящих моделей лечения, учитывающих социально-половые сообщения и строящихся на практических данных;
- 5) различия в организации и финансировании услуг здравоохранения;
- 6) потребность в комплексном наборе услуг.

К числу объективных барьеров значимых для женщин-ПИН, страдающих ВИЧ-инфекцией, нуждающихся в антиретровирусной терапии (таких в нашем исследовании оказалось 33,3%) или имеющих гепатит С (88,9%) и нуждающихся нередко в стационарном лечении, можно отнести проблему возможности соблюдения режима инфекционных отделений.

К числу объективных барьеров нередко относят проблемы, связанные со статусом пациентки, ограничениями, связанными с ее социальным, бытовым и материальным положением. Эти преграды затрудняют доступ женщин-ПИН к получению медицинских услуг. Так, по данным настоящего исследования, у большинства обследованных (55,5%) имелись дети, в том числе малолетние. В связи с этим, даже в силу необходимости проходить лечение, пациентки не могли этого сделать, так как «не на кого было оставить детей».

Как показал анализ полученных с помощью глубинных интервью данных, до настоящего времени существуют большие проблемы получения беременными потребителями инъекционных наркотиков квалифицированной акушерско-гинекологической помощи, несмотря на то, что число пациенток растёт год от года. В профессиональной среде преобладает позиция уклонения от решения данной проблемы путём рекомендаций подобным больным прерывать беременность или требований провести детоксикацию с использованием медикаментов, обладающих побочными эффектами и способных нанести вред здоровью матери и ребенка.

Проблема (объективный барьер) заключается в том, что стандарты лечения наркозависимых беременных в Российской Федерации противоречат принципам доказательной медицины. В связи со сложившейся ситуацией в сфере оказания наркологической помощи беременным наблюдается отказ многих пациенток от обращения в медицинские учреждения, продолжение ими наркотизации и практик рискованного поведения. Существует противоречие между желанием наркозависимой беременной иметь здорового ребенка, неспособностью в силу заболевания прекратить употребление ПАВ, с одной стороны, и стремлением врачей всеми способами «заставить» больную прекратить наркотизацию, с другой стороны с применением средств, использование которых может само по себе быть опасным для здоровья матери и плода, с другой стороны.

Основным барьером получения квалифицированной хирургической, травматологической, стоматологической помощи для обследованных пациенток стал факт негативного отношения к ним со стороны врачей и медицинского персонала по причине состояния наркотического опьянения или абстиненции, в котором они обращались за медицинской помощью.

К числу наиболее распространённых так называемых субъективных барьеров можно отнести проблемы получения медицинской помощи по причине:

- 1) платности многих медицинских услуг и в связи с этим их малой доступностью для женщин-ПИН;
- 2) строгих графиков работы врачей и медицинских учреждений;
- 3) необходимости ожидания приёма или госпитализации в очередях;
- 4) стигматизации наркозависимых женщин.

На основании результатов проведённого исследования (анкетирования, глубинных интервью и фокус групп) можно сделать следующие выводы:

- *женщины-ПИН являются специфической микросоциальной группой.* Именно так воспринимают себя женщины, страдающие наркозависимостью, выделяя себя из множества других сходных социальных групп — мужчин-ПИН; женщин, страдающих алкоголизмом; беременных женщин; женщин с другими социально значимыми заболеваниями; женщин с криминальным и/или аморальным поведением. Специфичность данной группы характеризуется особенностями их наркологического (наркотического) статуса в сочетании с реакциями на экспектации общества в отношении стереотипов гендерного женского поведения. Данная специфичность приводит к формированию особого «образа жизни» женщин-ПИН, построенного на социальных ограничениях и самоограничениях. С одной стороны, такие женщины «выдавливается» обществом в маргинальные слои, с другой, — сами женщины, страшась стигматизации и огласки, совершают негативный социальный драйв в сторону социальной изоляции. В понятие специфического образа жизни данной социальной группы можно включить отличающую представителей данной группы от других специфическую структуру ценностных ориентаций, взаимоотношений и отношений, которые являются детерминантой их образа жизни. Так, отмечается различие в ценностях мужчин-ПИН и женщин-ПИН. Различия заключаются в том, что:

- женщины в меньшей степени, чем мужчины, склонны получать удовольствие от собственного образа жизни;
- истинные ценности, отражающие стремление к безнаркотическому образу жизни, у женщин имеют большее значение, чем у мужчин, и, напротив, «антиценности», отражающие образ жизни лиц, страдающих наркоманией, имеют большее значение для мужчин, чем для женщин;
- женщины в сравнении с мужчинами не стремятся к установлению тесных контактов со своим окружением и в большей степени настроены на внешние социальные контакты, однако их окружение «навязывает» им себя и диктует им соответствующие стереотипы поведения.

Женщины-ПИН не удовлетворены своими взаимоотношениями с окружением и желают улучшить их. Женщины в большей степени, чем мужчины, оказываются ориентированными на установление отношений с лицами, не подверженными наркотической зависимости, и склонны быть более удовлетворёнными этими отношениями. Однако «наркотическое окружение» в лице друзей, мужей, сожителей оказывает негативное влияние на них и не способствует адекватной социализации. Женщины-ПИН склонны дифференцировать свой статус и социальное положение с положением женщин, склонных к систематическому употреблению алкоголя. По данным самооценки обследованных, существуют кардинальные различия отношения общества к двум этим социальным группам. Отмечается, что женщины-ПИН чаще страдают от стигматизации, которая носит более психотравмирующий характер. Таким образом, гендерная специфика образа жизни женщин-ПИН характеризуется большей фрустрированностью, рефлексивностью и зависимостью от окружения;

- *многие женщины-ПИН проживают в браке, в котором сожитель также является потребителем наркотиков*, что, как было указано выше, создаёт дополнительные сложности на пути социализации женщин, в частности в условиях стремления отказать от употребления наркотиков и стать ненаркозависимой. Отношения в семьях женщин-ПИН, как правило, носят дисфункциональный характер. Муж (сожитель) является источником дополнительной психотравматизации, стигматизации и формирует дополнительные барьеры, к примеру, на пути получения квалифицированной медицинской помощи;

- *окружение женщин-ПИН характеризуется повышенной частотой употребления наркотиков, что создаёт особые патогенные условия.* Лишь четверть близкого окружения женщин-ПИН не имеет опыта употребления наркотиков. Остальные — либо действующие наркопотребители, либо лица, которые были ими в прошлом. Такая микросоциальная культура формируют определённые стереотипы поведения, в частности связанного с «оздоровительным поведением» и восприятием медико-психологической помощи, оказываемой в медицинских учреждениях;

- *существуют дополнительные барьеры на пути адекватной социализации женщин-ПИН и возможности получения ими квалифицированной медицинской помощи.* К ним относятся: наличие у женщин-ПИН малолетних детей, безработица, определяющая низкий уровень доходов, а также наличие разнообразных хронических заболеваний, связанных с употреблением наркотиков (гепатиты, ВИЧ, туберкулёз). Наличие тяжёлых хронических болезней создаёт условия для неоптимистической установки по отношению к возможности выздоровления и обращения за медицинской помощью;

• женщины-ПИН склонны к употреблению героина и кустарных опиатов. Но 16,7% имеют опыт употребления дезоморфина, а 33,3% — психостимуляторов. Данный факт позволяет утверждать, что наркотическая зависимость у женщин-ПИН носит наиболее тяжелый характер, формирующий высокий риск возникновения сопутствующих заболеваний;

• подавляющее большинство женщин-ПИН нуждается в квалифицированной медицинской помощи и обращается в медицинские учреждения, чаще других наркологического, стоматологического, хирургического профиля. Полученные данные позволяют констатировать, что обращение за лечением носит чаще вынужденный характер, т.е. женщины-ПИН идут к врачам только в крайних случаях. Таким образом, их заболевания оказываются «запущенными» и сложными для коррекции и лечения;

• подавляющее большинство женщин-ПИН при обращении за медицинской помощью сталкивается с проблемами её доступности, наиболее часто в наркологии и хирургии.

Обнаруженные в процессе данного исследования многочисленные барьеры получения женщинами-ПИН квалифицированной медицинской помощи требуют изменения системы лечения и реабилитации данного специфического контингента больных. Кроме того, сами женщины-ПИН нуждаются в психологической коррекции для изменения их установок по отношению к необходимости и возможности в медицинских учреждениях, в развитии навыков отстаивания собственных законных прав человека и пациента.

Список литературы

1. Доклад Международного комитета по контролю над наркотиками за 2010 год. — INCB, Нью-Йорк, 2011. — 192 с.
2. Киржанова В.В. Медико-социальные последствия инъекционного употребления наркотиков в России (методы оценки и предупреждения): Автореф. дисс. на соискание учёной степени д.м.н. — М., 2009.

3. Киржанова В.В., Сидорюк О.В., Григорова Н.И., Ванисова Н.Г., Константинова Н.Я. Основные показатели деятельности наркологической службы в 2010 году / ННЦ наркологии, 2011. — 30 с.

4. Корчагина Г.А., Кошкина Е.А. Особенности наркотизма у женщин // Медико-биологические и социальные аспекты наркологии. — М., 1997. — С. 43—46.

5. Менделевич В.Д. Альтернативность биоэтических предпочтений российских и иностранных наркологов // Неврологический вестник. — 2011. — №1. — С. 31—36.

6. Наури Д.А., Петрова Н.Н., Султанбекова Л.Н. Психическая адаптация ВИЧ-инфицированной женщины при беременности // Вестник СПб. Университета. — 2006. — №1. — С. 38—46.

7. Олейник С. Наркозависимые о наркологической помощи / В монографии «Наркомания и наркология в России. — Казань, 2006.

8. Организация наркологической помощи и ухода для женщин: тематические исследования и накопленный опыт ООН. — Нью-Йорк, UNODC, 2005.

9. Покровский В.В. <http://www.hivrussia.ru/stat/2010.shtml>.

10. Руководство по аддиктологии / Под ред. В.Д. Менделевича. — СПб.: Речь, 2007.

11. Шайдукова Л.К., Овсянников М.В. Феномен «стигматизации» в наркологической практике // Казанский мед. журнал. — 2005. — №1. — С. 55—59.

12. Blanchard D.C. Sex differences, drugs, and defensive behavior // NIDA NIH Publication. — 1998. — №98 (4289). — P. 33—36.

13. Bloom B. Gender responsive programming for women offenders: guiding principles and practices, Forum on corrections research. — 1999. — 11: 3. — P. 22—27.

14. Differences in patterns of drug use between women and men / European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. — 2005. www.emcdda.eu.int

15. Jessup M.A., Humphreys J.C., Brindis C.D. et al. Barriers to substance abuse treatment among pregnant drug dependent women // Journal of Drug Issues. — 2003. — 0022-0426/03/02. — P. 285—304.

16. Mendelevich V. Bioethical differences between drug addiction treatment professionals inside and outside the Russian Federation // Harm Reduction Journal. — 2011. — Vol. 8. — P. 15 (10 June).

17. Roberts A., Mathers B., Degenhardt L. Women who inject drugs: A review of their risks, experiences and needs // National Drug and Alcohol Research Centre (NDARC), University of New South Wales, Sydney, Australia, 2010. — 163 p.

SOCIOLOGICAL ESTIMATION OF BARRIERS OF AVAILABILITY RECEPTIONS OF MEDICAL AID BY IDU WOMEN

MENDELEVICH V.D.

MD, PhD, D.Med.Sci., Director of Institute for Research of Problems of Mental Health;
Head of Department of Medical and General Psychology of Kazan State Medical University;
WHO-expert; Editor-in-chief of «Neurological Bulletin» (Journal named after V.M. Bekhterev).
Kazan, 420012, Butlerova str., 49; e-mail: mend@tbit.ru; mendelevich.vl@gmail.com

In article the data of sociological research is cited. That fact is noticed that the majority of IDU-women face existence of barriers of availability of reception of medical aid. Behind treatment the compelled character has references more often, i.e. patients go to doctors only in extreme cases.

Key words: