

**ДИСКРИМИНАТИВНИ ПРАКТИКИ СПРЯМО ЖЕНИТЕ  
УПОТРЕБЯВАЩИ НАРКОТИЦИ В БЪЛГАРИЯ ПРИ  
ДОСТЪПА ДО ЗДРАВНИ УСЛУГИ ПО ВРЕМЕ НА  
БРЕМЕННОСТТА И МАЙЧИНСТВОТО**

**АТАНАС РУСЕВ  
НИКОЛАЙ РАЧЕВ**

**СОФИЯ  
2008**

## **ВЪВЕДЕНИЕ**

Твърде дълго проблемът с наркотиците в България се свежда единствено и главно до неговото разглеждане като заплаха за обществото. Голяма част от публикуваните журналистически материали, изследвания и официални доклади са посветени на това дали са нараснали употребяващите наркотици в България, какъв е техния профил, кои са най-широко употребяваните наркотици през тази и миналата година, трябва ли законът да разрешава право на “еднократна доза” или не, колко голям е пазарът на наркотици у нас, броят на инфектираните с хепатит С и ХИВ.

Безспорно това са интересни за обществото въпроси, но те формират една специфична рамка за разглеждане на проблема, която води до това употребяващите да се демонизират (като дилъри, крадци, престъпници, носители на опасни инфекции и пр) или в по-мекия случай се разглеждат като “проблем” на обществото, която по някакъв начин трябва да бъде решен от държавните институции.

Разглеждан на ниво социални и здравни институции този тип отношение свежда употребяващите до “случай” (било то социални или медицински), които трябва да бъдат решавани/лекувани, вместо да се гледа на тях като на пълноправни граждани. Този подход зачерква човешкият аспект и най-вече изключва самите употребяващи от правото им да бъдат част от решението на техните собствени проблеми и съответно част от същото това общество.

Показателни за този подход на негативно възприемане и изключване на употребяващите наркотици от обществото са две сравнително скорошни проучвания на общественото мнение относно употребата и зависимостта към наркотици в България. Националното представително проучване сред общото население в България посветено на наркотиците (НФЦНН, 2006: 29) показва, че 42% от българските граждани са за “строги закони за употребяващите наркотици”, а 11% за “Наркоманите да се изолират от обществото”. Друго представително проучване на общественото мнение по поръчка на Фондация “Свободна и демократична България” (Алфа Рисърч, 2005) относно обществените нагласи към

зависимостта от наркотици показва, че около 35% процента от българските граждани са били за “Законодателни промени увеличаващи санкцията за притежание и разпространение на наркотици”.

Кулминацията на това негативно отношение на българското общество към употребяващите наркотици е силният обществен натиск, довел до отмяната на чл.354а, ал.3 от Наказателния кодекс през март 2004, с което притежанието на наркотици беше изцяло инкриминирано и беше заличена разликата между лицата продаващи наркотици (“дилърите”) и обикновените употребяващи. Тази законодателна промяна макар и частично смекчена през 2006 и досега остава в сила.

Този тип говорене и разглеждане на феномена “употреба на наркотици” повишава чувствителността на обществото към него, но вместо да води до справянето с неговите негативни последици, в крайна сметка води към неговото задълбочаване. Поддържането на подобни негативни стереотипи към употребяващите наркотици, които карат обществеността да се страхува, заклеява, отхвърля и изключва членовете на тази група е познато в социалните науки и сред експертите в областта на общественото здраве като стигматизация (Watson & Corrigan, 2001). Типичен пример за стигматизиращи стереотипи по отношение на употребяващите наркотици са:

- “Наркоманите са опасни и трябва да се избягват”
- “Наркоманите сами са виновни за своята зависимост, защото имат слаба воля/характер”
- “Наркоманите са безотговорни и трябва някой друг авторитет да взима решения вместо тях”

Въпреки че зависимостта към наркотици се приема като хронично заболяване и е класифицирана като такава в официалната десета ревизия на Международна Класификация на Болестите на СЗО (WHO, 2008), същевременно притежанието и съхраняването на наркотици остават преследвани от закона деяния, както в България, така и в голяма част от страните по света. Това е един своеобразен парадокс, доколкото човек няма как да употребява наркотици, без преди това да ги закупи и притежава у себе си. Двойственото отношение на

институциите и обществото като цяло към употребяващите наркотици е пряко следствие от стигматизацията на тази група в обществото.

Стигматизацията на употребяващите наркотици в никакъв случай не е ново явление, нито пък е типично българско. Разпознаването му като ключов проблем от световните здравни институции идва в резултат на многобройните доказателства, натрупани през последните години, че стигматизацията е една от ключовите предпоставки за развитието ХИВ епидемията и основна пречка за достъпа до превантивни и здравни услуги сред най-уязвимите групи (Independent Commission on AIDS in Asia, 2008: p. 111).

Пряко следствие от стигматизацията на дадена група в обществото е формирането на предразсъдъци и разпространението на различни дискриминативни практики в обществото като цяло, и особено сред специалистите в различните здравни и социални служби. Дискриминацията е една от основните бариери пред равния достъп до здравеопазване и здравна грижа и съответно водещ фактор за влошен здравен статус. Този факт е многократно идентифициран и документиран в редица изследвания и официални доклади на различни институции като Британското министерство на здравеопазването, WHO, EUMC<sup>1</sup>, Human Rights Watch (Acheson, 1998: p.98; EUMC, 2003: p. 3-5; Babakian, 2005: p.1-4;).

В това отношение особено уязвими са жените употребяващи наркотици. При тях стигмата свързана с употребата на наркотици се задълбочава от социо-културно обусловените полови стереотипи (Rosenbaum,1997). Тези фактори са причината жените по-често да практикуват рисково сексуално и инжекционно поведение, по-често да се сблъскват с насилие от страна на партньорите си, да имат по-малък достъп до здравно-превантивни програми, лечение на зависимост, майчино здравеопазване. Неслучайно по данни на EMCDDA (2006) в 9 страни от ЕС разпространението на ХИВ сред жените употребяващи наркотици е с 50% по-високо от това сред мъжете.

Особено критичен е периодът на бременността и майчинството. Според един актуален доклад на Отворено общество (Pinkham& Malinowska-Sempruch,

---

<sup>1</sup> European Monitoring Centre on Racism and Xenophobia, от 15.02.2007 преобразуван в European Union Agency for Fundamental Rights.

2007) именно по време на бременността жените употребяващи наркотици се сблъскват с особено тежка стигма и негативни обществени митове като отричане на възможността за нормална и здрава бременност; натиск от семейство, партньори, социални и здравни институции да направят аборт или да оставят новороденото си дете в социални институции.

В България изследванията и данните свързани с дискриминация в повечето случаи са фокусирани върху дискриминацията по етнически, полов признак и увреждане. Според данни от доклада на Комисията за защита от дискриминация (2006) най-висока нетолерантност в българското общество се наблюдава по отношение на болните от СПИН и хомосексуалните, а като най-сериозен проблем от гледна точка на дискриминацията е етническият и по-специално ромския.

Изследвания насочени към проучване на стигматизацията и дискриминацията на употребяващите наркотици в България до този момент не са правени. В докладите за дейността на Комисията за защита на дискриминация от конституирането ѝ през 2005 година досега употребяващите наркотици не фигурират сред групите, които са обект на дискриминация. Единствено две български неправителствени организации – Фондация “Надежда-София” и Български Хелзински Комитет са работили до този момент за защита правата и равното третиране на употребяващите наркотици, но преди всичко по отношение полицейски задържания. Темата за стигматизацията и дискриминацията на жените употребяващи наркотици в България дори не е повдигана в общественото пространство, което разбира се не значи, че такава не съществува.

Типичен пример за стигмата, с която се сблъскват употребяващите наркотици жени в България е едно интервю за радио “Фокус” от председателя на областния съвет по наркотични вещества в Благоевград (Бакалова, 2008). Във въпросното интервю по отношение на наркозависимите майки се използват поредица от негативни етикети като: “наркозависимите момичета раждат на ранна възраст”; “тези момичета спират да ходят на училище и започват да проституират, тъй като по този начин си набавят средства за наркотици”; “съдбата на тези бебета е различна – най-често те биват оставяни за отглеждане в домове”, “бебета се продават, за да може майките да си купят наркотици”. В рамките на това интервю

дори се говори за “смъртна присъда за майките употребяващи наркотици” (Бакалска, 2008).

По отношение дискриминацията на употребяващите наркотици в здравната сфера няма никакви данни. За сметка на това, едно скорошно изследване на Фондация “Инициатива за здраве” (Rusev, 2008) сред 893 проблемно употребяващи наркотици в България ясно очертава проблема с достъпа до здравни услуги и лечение сред тази група – 44 % от изследваните лица посочват, че не са получавали лечение за зависимостта си към наркотици през последните пет години, като сред най-често посочваните бариери пред достъпа до лечение са неговата неефективност, финансовата му недостъпност и негативното отношение на персонала.

Тези резултати ясно илюстрират ефектите от стигматизирането и дискриминативните нагласи спрямо тази група – затруднен достъп до качествени здравни услуги, което съвсем естествено води и до влошен здравен статус. Според данните в Годишния доклад за напредъка на страната пред UNGASS, само за периода 2004-2006 година процентът на ХИВ-инфектираните сред употребяващите наркотици е нараснал от 0,59% до 3,43% сред лицата обхванати в Националното епидемиологично проучване от второ поколение. Това е нарастване с 6 пъти само за 3 години (Национален комитет за профилактика на СПИН и ППИ, 2008). Данните на Националния фокусен център за наркотици и наркомании (НФЦННр 2007) сочат, че 51 % от изследваните лица употребяващи наркотици във вирусологичната лаборатория на НЦН са инфектирани с хепатит С.

Влошения здравен статус и неадекватния достъп до лечение на зависимости е само една малка част от последиците от стигматизацията и дискриминативното отношение към групата на употребяващите сред обществото. Цялостният ефект от това негативно обществено явление е свързан с много по-всеобхватния процес на **социално изключване**, който включва много по-широк кръг от здравни, социални и икономически проблеми (Sen, 2000). Социалното изключване е процес на понижаване социалния и икономически статус и маргинализация на дадена социална група (Parrot, 2001: 41-42), който включва 4 основни аспекта:

- Изключване от достъп до адекватен доход

- Изключване от достъп до пазара на труда
- Изключване от достъп до обществени услуги (социални, здравни и т.н.)
- Изключване от достъп до социална подкрепа.

Данните от проучването на Фондация “Инициатива за здраве” и НФЦНН (Rusev, 2008) сред проблемно употребяващи наркотици в България през 2008 показват, че 63% от употребяващите са безработни, 61% са без здравна осигуровка, 20 % без документи за самоличност, а 43 % са отпаднали от училище преди да завършат средното си образование.

Явлението социално изключване бива официално признато на ниво Европейския съюз в Лисабонската стратегия на Европейската комисия от 2000 година, която поставя като един от приоритетите пред страните членки социалната интеграция и защита. Впоследствие това поставя началото на поредица инициативи в рамките на така наречения Процес на социална защита и социална включване на ЕС. Употребяващите наркотици се идентифицират като една от уязвимите групи, които са потърпевши от социалното изключване, наред с имигрантите, етническите малцинства, хората с увреждания, бездомните и бившите затворници.

Институциите на ЕС декларират, че ще предприемат 3 типа постъпки за намаляване на социалното изключване – повишаване достъпа до обществени услуги и възможности, законодателни мерки за премахване на дискриминацията и разработване на целенасочени подходи, за да се отговори на специфичните нужди на тези групи<sup>2</sup>. На официално ниво България също декларира съпричастността си към тази инициатива чрез Съвместен меморандум по социално включване (МТСП, 2005), като в този документ употребяващите наркотици са отбелязани като една от уязвимите групи, но реално обществен дебат и адекватни мерки по “социалното включване” на тази група на практика липсват.

Всички тези факти подтикнаха три български неправителствени организации – Български Хелзинкски Комитет, Фондация “Инициатива за здраве” и Фондация “Надежда – София” да проведат настоящото изследване на дискриминативните нагласи и практики спрямо жените употребяващи наркотици в

---

<sup>2</sup> Виж: [http://ec.europa.eu/employment\\_social/spsi](http://ec.europa.eu/employment_social/spsi)

майчиното здравеопазване в България в рамките на съвместния проект “РАДА: Борба срещу дискриминацията на жените употребяващи наркотици”.

## **МЕТОДОЛОГИЯ НА ИЗСЛЕДВАНЕТО**

Настоящото изследване на дискриминативните практики спрямо жените употребяващи наркотици в здравната сфера си постави четири основни цели:

1. Да идентифицира типичните форми на дискриминация на жени употребяващи наркотици.
2. Да идентифицира типичните стигматизиращи стереотипи и предразсъдъци сред медицинските специалисти при обслужването на жени употребяващи наркотици.
3. Да обясни произхода и възпроизводството на дискриминативни практики в здравната система и по-специално в майчиното здравеопазване, водещи до неравнопоставеност на жените употребяващи наркотици.
4. Да идентифицира психическите, материалните и здравни вреди, които са следствие на дискриминацията на жени употребяващи наркотици в здравеопазването.

За работна дефиниция на дискриминацията в рамките на изследването беше адаптирано определението за пряка дискриминация, залегнало в чл. 4, ал. 2 на Закона за защита от дискриминация:

***Дискриминация е всяко по-неблагоприятно третиране на лице на основата на здравен статус (напр. употреба на наркотици, инфектираност с ХИВ или хепатит С), етнос или пол, отколкото се третира, било е третирано или би било третирано друго лице при сравними сходни обстоятелства.***

Като метод за набиране на данните бяха използвани полустандартизирани дълбочинни интервюта с жени употребяващи наркотици и ключови информатори, представители на здравната система. Този подход позволява събирането на по-богата информация, без да се губи фокусът на самото изследване. Методът е максимално отворен, като полустандартизираното ръководство дава насоките на разговора, но изследваното лице не е длъжно да избира между предварително



готови отговори, а може да формулира тезите си в свободна форма. Самият респондент може да насочва разговора в посока, която не е предварително заложена от изследователя и по този начин да зададе нова интересна гледна точка към изследвания проблем. За целите на изследването бяха разработени два типа ръководства за провеждане на дълбочинни интервюта – ръководство за дълбочинно интервю с жени употребяващи наркотици и ръководство за дълбочинно интервю с представители на здравната система.

Ръководствата за провеждане на дълбочинните интервюта бяха съставени на базата на преглед на проведени подобни изследвания в други страни, като допълнително бяха консултирани с експерти на Фондация “Инициатива за здраве” и Български хелзинкски комитет. Основните теми, които покрива интервюто с жени употребяващи наркотици, са социална среда, история на употреба, лечение от наркотици, лечение от съпътстващи заболявания, достъп до доболнична здравна помощ, достъп до болнична здравна помощ, случаи на изпитана дискриминация, последици от дискриминацията и стратегии за справяне. Интервюто с представителите на здравната система покрива области като познания на медицинските специалисти относно спецификите на работа с употребяващи наркотици, нагласи на медицинските специалисти спрямо тази група, случаи на дискриминация.

Като интервюиращи бяха използвани социални работници от програмите за обмен на игли и спринцовки, които преминаха предварително обучение. По време на обучението интервюиращите бяха специално инструктирани да търсят четирите необходими елемента за установяване на дискриминация, за да могат да се различат случаите на нарушаване на пациентските права от дискриминативното отношение: 1) По-неблагоприятно третиране, което засяга права или интереси и е изразено чрез действие или бездействие; 2) Сходна ситуация; 3) Защитен признак; 4) Причинно-следствена връзка между по-неблагоприятното третиране и защитения признак, като по-неблагоприятното третиране да е поради наличието на защитения признак.

Целевата група на изследването беше дефинирана като: **“жени с история на проблемна употреба на ПАВ, които през последните пет години са имали**

*раждане/аборт. Под “история на проблемна употреба на ПАВ” се разбира инжекционна или продължителна/редовна употреба на ПАВ (повече от 1 година или поне веднъж седмично, всеки месец в рамките на 1 година) по време и/или непосредствено преди бременността.* Като представители на здравната система бяха избрани общопрактикуващи лекари, гинеколози, педиатри, лекари и медицински сестри от АГ отделения, които обслужват / са обслужвали пациентки, употребяващи наркотици.

Изследването предвиждаше да бъдат интервюирани общо 52 жени употребяващи наркотици и 40 здравни специалисти, в седем града в страната (вж. Таблица 1). Формирането на извадката беше извършено чрез комбиниране на квотна извадка по местоживееене и етнос и методът на “снежната топка”. Като база за рекрутиране се използваха клиентите на програми за намаляване на щетите сред употребяващи наркотици. Квотите бяха формирани на базата на експертна оценка спрямо отделните клиенти, до които достигат програмите в отделните градове.

**Таблица 1. Разпределение на изследваните лица по градове**

Градове	Заложен брой респонденти		Достигнати респонденти			Заложен брой експерти	Достигнати експерти
	Българи	Роми	Българи	Роми	Други		
София	8	8	8	6	1*	10	8
Пловдив	4	4	3	1	1*	5	3
Варна	4	4	6		2*	5	5
Бургас	6		6			5	5
Плевен	6		4	1		5	5
Благоевград	4		4			5	5
Кюстендил	1	3		3		5	5
<b>Общо</b>	<b>33</b>	<b>19</b>	<b>31</b>	<b>11</b>	<b>4</b>	<b>40</b>	<b>36</b>

\* 1 от респондентите в София се идентифицира като “джуревка”, 1 от Пловдив и 1 от тези във Варна се идентифицират от турски етнос и 1 от Варна е от ромски етнос, но се идентифицира като българка

Самото изследване на терен беше проведено през месец юни и юли 2008 година. В процеса на теренната работа бяха достигнати и интервюирани 46 жени употребяващи наркотици и 37 специалисти (вж. Таблица 1). Събраните интервюта впоследствие бяха транскрибирани съобразно предварително подготвен план за кодиране.

Този подход за достигане до жените употребяващи наркотици беше избран предвид спецификата на целевата група, която е значително маргинализирана и херметична общност, за която има само приблизителни оценки относно нейния размер. Тези специфики не позволяват използването на методите на традиционните представителни извадки. Основното предимство на избраната стратегия за набиране на изследвани лица са, че позволява постигането на значително географско покритие на страната, като същевременно включва лица от различен социален контекст и с различен достъп до услуги.

При идентифицирането на ключовите информатори се използваша основно три подхода:

- Насочване от интервюирани жени употребяващи наркотици
- Насочване от други здравни специалисти, работещи с употребяващи наркотици (напр. психиатри и лекари в програми за субституиращо лечение на зависимости)
- Насочване от вече интервюирани ключови информатори

Сред интервюираните 36 ключови информатори специалисти от здравни заведения 24 бяха лекари, 11 медицински сестри и 1 психолог (вж Таблица 5). Сред тях 25 специалисти от болнични заведения (АГ отделения, спешна помощ) и 11 от доболничната помощ (педиатри и гинеколози).

*Таблица 2. Интервюирани здравни специалисти*

Град	Специалност на интервюираното лице	Стаж по специалността	Здравно заведение
София	Старша акушерка отделение "Педиатрия"	35 г	I АГ "Св. София"
София	Акушерка	12 г	I АГ "Св. София"
София	Педиатрия и неонатология	30 г	I АГ "Св. София"
София	Педиатрия и неонатология	25 г	I АГ "Св. София"
София	Акушерка	15 г	I АГ "Св. София"
София	Акушер-гинеколог, дефектолог в отделение "Патология"	32 г	I АГ "Св. София"
София	Старша акушерка, отделение „Патология“	39г.	I АГ "Св. София"
София	Акушер-гинеколог	9 г	I АГ "Св. София"
София	Акушер-гинеколог	8 г	Пирогов

Пловдив	Педиатрия и неонатология	29 г	Многопрофилна болница
Пловдив	Акушер-гинеколог	17 г	Собствена частна практика
Пловдив	Общопрактикуващ лекар, Обща медицина	15 г	Собствена практика
Варна	Медицинска сестра	20 г	Университетска болница
Варна	Психолог	28 г	Университетска болница
Варна	Инфекциозни болести	8 г	Университетска болница
Варна	Акушерка	16 г	АГ болница
Варна	Акушер-гинеколог	28 г	АГ болница
Кюстендил	Акушер-гинеколог	19 г	Медицински център “Евромед”
Кюстендил	Акушер-гинеколог, Обща медицина	18 г	МБАЛ “Н. Василиев”, спешно отделение
Кюстендил	Медицинска сестра	35 г	МБАЛ “Н. Василиев”, спешно отделение
Кюстендил	Старша сестра в неонатологично отделение	17 г	МБАЛ “Н. Василиев”, спешно отделение
Кюстендил	Общопрактикуващ лекар	5,5 г	Медицински център “Адра”
Плевен	Спешна помощ	7 г	МБАЛ, спешно отделение
Плевен	Акушер-гинеколог	12 г	АГ клиника
Плевен	Акушер-гинеколог	29 г	Собствена частна практика
Плевен	Детска медицинска сестра	19 г	ДМСГД
Плевен	Психиатрия	28 г	ДКЦ III
Благоевград	Педиатрия	16 г	Медицински център “Св. Иван Рилски”
Благоевград	Акушерка	8 г	АГ – отделение
Благоевград	Акушер-гинеколог	30 г	АГ - отделение
Благоевград	Медицинска сестра	20 г	ОДПЗС – Хърсово
Благоевград	Общопрактикуващ лекар	24 г	Медицински център “Симпатия”
Бургас	Медицинска сестра, отделение “Неонатология”	20 г	Бургаска окръжна болница
Бургас	Педиатрия	8 г	Бургаска окръжна болница

Бургас	Акушер-гинеколог	20 г	Бургаска окръжна болница
Бургас	Общопрактикуващ лекар	8 г	Медицински център “Св. София”
Бургас	Акушер-гинеколог	20 г	Собствена частна практика
<b>Общо</b>			<b>37 специалисти</b>

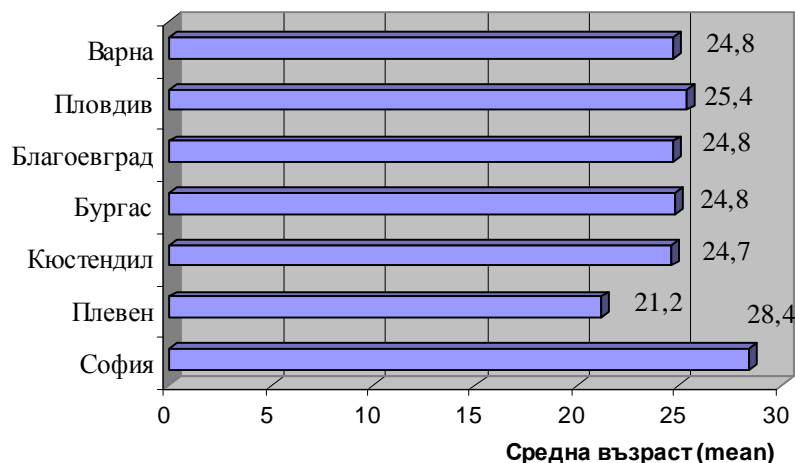
Преди старта на същинското изследване бяха проведени пилотни интервюта в трите града с цел идентифициране на потенциални проблеми и пропуски при изготвянето на ръководствата за дълбочинните интервюта, както и такива при самите интервюиращи.

#### ПРОФИЛ НА ИЗСЛЕДВАНИТЕ ЛИЦА

В рамките на изследването бяха интервюирани 46 проблемно употребяващи наркотици жени. Средната възраст на респондентите е 26 години, което е близка до средната възраст от 27 години, посочена в данните в друго скорошно изследване сред проблемно употребяващи наркотици в България (Rusev, 2008). Приблизително половината от интервюираните са във възрастовата група 19-25 години, около една трета в групата 25-30 години и съвсем малък дял тези в групата до 18 и в тази над 30 години (вж. Таблица 2).

Като цяло средната възраст на употребяващите в страната е по-ниска, докато в столицата е по-висока – факт, също фиксиран и в предишни изследвания (Безлов, 2005; Русев, 2008) сред групата и който е свързан с по-ранното отминаване на хероиновата епидемия в София.

*Фиг. 1 Средна възраст на употребяващите по градове*



Етническият профил на извадката е зададен от ограниченото географско разпространение на хероиновата употреба сред ромската общност. Единствено в четири от седемте обхванати в изследването градове - София, Пловдив, Варна и Кюстендил се наблюдава широка употреба на наркотици сред ромската общност. В рамките на извадката 23,9% от изследваните лица са посочили, че се идентифицират като роми, а 67,4% са заявили българска етническа принадлежност (вж. Таблица 3).

Таблица 3. Демографски профил на интервюираните.

Профил на извадката		Брой = 46	%
Възраст	До 18 г	2	4,3
	19 – 25 г	21	45,7
	25 – 30 г	17	37,0
	Над 30 г	6	13,0
Етнос	Българи	31	67,4
	Роми	11	23,9
	Други	4	8,7

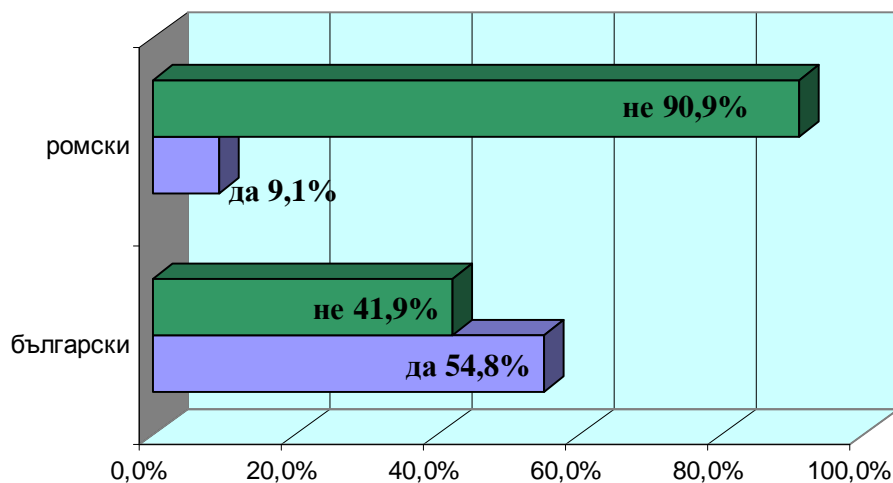
Посочените от респондентите данни за наличие на лични документи и здравни осигуровки също са съпоставими с наличните данни за 2007 година. Ако в изследването през 2007 20% от лицата са посочили, че не притежават документи, в настоящото изследване същото заявяват 26% (вж Таблица 4). По същия начин през 2007 39% от изследваните лица са посочили, че имат здравни осигуровки, докато в настоящото изследване този процент е 41% (вж Таблица 4). При респондентите от ромски произход процентът на лицата без лични документи достига 54%, а без

здравна осигуровка 91% (вж. Фиг. 2). За сравнение по данни на МЗ към 31.12.2006 делът на българските граждани, избрали личен лекар, но с прекъснати здравно-осигурителни права по смисъла на чл. 109 на ЗЗО е 13,6% (МЗ, 2008, стр.63).

Таблица 4. Социален профил на респондентите

Профил на извадката		Брой = 46	%
Здравна осигуровка	Имам	19	41,3
	Нямам / Не знам	27	58,7
Лични документи	Имам	34	73,9
	Нямам / Не знам	13	26,1
Източник на доходи	Работа	11	23,9
	Работа + родители / партньорът	4	8,7
	Родители / партньорът	14	30,4
	Проституция	12	26,1
	Друго	2	4,3
	Нямам никакви	3	6,5

Фиг.2. Дял на здравно осигурените според етноса



Делът на заетите сред интервюираните жени към момента на последната им бременност е 32,6%, като 8,7% са разчитали освен на работата си и на своите родители и/или партньор като източник на доходи. Близък е процентът на заетите с легална работа с или без договор в данните от проучването през 2007 – 31.9% (Rusev, 2008, р. 60). Една трета от тях са разчитали изцяло на родителите си и/или партньора си, като голяма част от тези, които са имали работа в последните месеци

на бременността си и непосредствено след раждането си също са разчитали основно на родители и/или партньора си.

Проституирането често е сочено, като една от стратегиите за оцеляване, до която жените употребяващи наркотици прибегват поради невъзможността за легална заетост на пазара на труда (Malinowska-Sempruch et al., 2003, p.9). Тази стратегия за осигуряване на доходи е и основата за широко разпространените негативни стереотипи, според които всички жени, употребяващи наркотици, проституират, за да си набавят наркотици. От достигнатите лица в рамките на извадката 26% от тях са разчитали на проституиране, като източник на доходи (вж Таблица 3). Тези данни до голяма степен опровергават широко разпространения мит, че всички наркозависими жени са проституиращи.

Основната част от интервюираните жени употребяват хероин, като 50% от тях само хероин (Таблица 5). Една четвърт от лицата употребяват редовно наред с хероина още едно вещество – в най-честия случай амфетамини, по-рядко кокаин или марихуана. При около 20 % от респондентите е налице полиупотреба, като освен хероина, което е водещото вещество, употребяват от 2 до 5 други паралелно. Съвсем малка част от респондентите са посочили, че употребяват предимно амфетамини.

По-голямата част от интервюирани лица (78,2%) са посочили, че преди бременността си са употребявали ежедневно наркотици от 1-10 пъти на ден. При това едва 27 % от тях са направили опит да спрат употреба или са спрели по време на бременността и непосредствено след раждането (вж. Таблица 5).

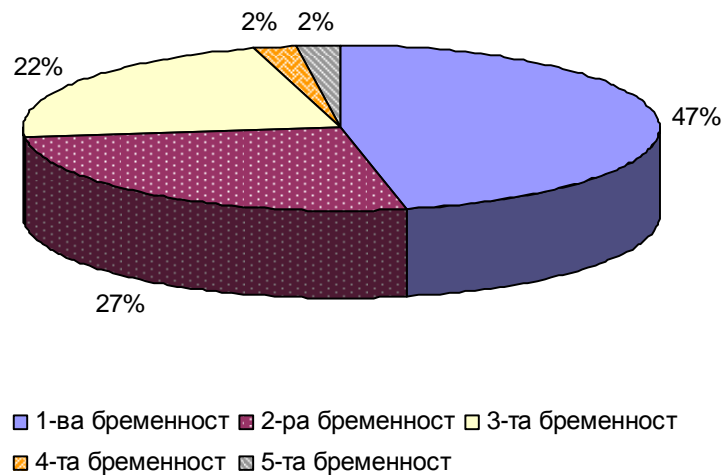
*Таблица 5. Профил на употребата на наркотици*

Профил на извадката		Брой = 46	%
Употреба на ПАВ	Само хероин	23	50
	Хероин + още 1 ПАВ	12	26
	Хероин + 2 или повече ПАВ	9	19,6
	Амфетамини	2	4,4
Честота на употреба	Всеки ден	40	78,2
	2-3 пъти седмично	4	8,8
	Без отговор	6	13
Опит за спиране на употреба след раждането	Да	17	27
	Не	29	63



Приблизително половината от интервюираните жени, употребяващи наркотици имат по една бременност, 27 % по две, а останалите по 3 или повече (вж Фиг.3).

Фиг. 3 Разпределение на респондентите в зависимост от бременността.



Профилът на респондентите и съпоставката му с налични данни от предишни изследвания сред проблемно употребяващи наркотици в България позволяват да се твърди, че въпреки ограниченията на използвания метод на “снежната топка”, получената извадка е със съпоставими демографски характеристики и социално-икономическия статус на групата. Големия брой на здравно неосигурените, високия дял на лицата без документи, както и ниския дял на заетите още веднъж ясно поставят проблема с маргинализацията на групата на употребяващите наркотици и пряко свързания с това процес на социално изключване. Посочените от Парът четири аспекта на социалното изключване без изключение се наблюдават и при тази група: изключване от достъп до адекватен доход, изключване от достъп до пазара на труда, изключване от достъп до обществени услуги (социални, здравни и т.н.), изключване от достъп до социална подкрепа.

## ДОСТЪП ДО ЗДРАВНИ УСЛУГИ НА ЖЕНИТЕ УПОТРЕБЯВАЩИ НАРКОТИЦИ ПО ВРЕМЕ НА БРЕМЕННОСТТА И МАЙЧИНСТВОТО

### *Нормативна рамка*

Достъпът до здравни услуги във връзка с бременността и майчинството в България са регламентирани в няколко основни нормативни акта. На първо място, според последната промяна от 2007 година в Закона за здравето, (ЗЗ, чл. 82, ал1, т.2, нова - ДВ, бр. 59 от 2006 г., в сила от 01.01.2007 г.), всички български граждани, независимо от това дали са здравно осигурени, имат право на безплатна акушерска помощ. Пълният обхват на безплатната акушерска помощ, както и пакет от безплатни задължителни изследвания във връзка с бременността (напр. за фенилкетонурия и вроден хипотиреоидизъм, за оценка на риска от раждане на дете с болест на Даун, спина бифида, аненцефалия и тежък дефект на коремната стена) са уредени в Наредба № 26 към Закона за здравето от 14 юли 2007 г. Напълно безплатна е и спешната медицинска помощ в случай на спонтанен аборт, но не й болничния престой и допълнително лечение ако се налага такова.

Достъпът до здравни услуги във връзка с проследяване на бременността, раждането и майчинството е регламентиран в Националния рамков договор от 2006 на НЗОК в рамките на Програмата “Майчино здравеопазване”. Съгласно тази програма всички жени с непрекъснати здравно осигурителни права имат право на наблюдение и консултации по време на бременността и до 42 ден след раждането от избрания от тях общопрактикуващ лекар или с направление - от акушер-гинеколог, както и на болнично лечение в случай на усложнения (НЗОК, 2006). Освен това, имат право и на направление за допълнителни консултации със специалист при наличие на заболяване, представляващо риск за бременността. В случай на необходимост от прекратяване на бременността по здравословни причини, пациентката има право на безплатно извършване на манипулацията и съответното лечение в болница.

Планираното прекъсване на бременността, независимо дали по медицински показания или в случай на желан аборт се финансират от НЗОК само за здравно-осигурени лица с изключение на случаите, в които става въпрос за необходимост от спешна медицинска помощ. В различните болнични заведения

при желан аборт допълнително се заплащат необходимите изследвания и анестезията, като изискванията на закона са бременността да е в рамките на 12-тата седмица (Наредба №2 на МЗ за условията и реда на изкуственото прекъсване на бременност).

#### *Периодът на бременността и раждането при жените употребяващи наркотици*

Периодът на бременността и раждането в живота на всяка жена са критични, както от чисто емоционална, така и от здравна гледна точка. Този факт важи в още по-голяма степен по отношение на жените, употребяващи наркотици. За голяма част от тях употребяващи наркотици периодът на бременността в много от случаите е свързан и с такива негативни емоционални преживявания като страхове, свързани с потенциални увреждания на плода, неувереност в способността им да се справят в ролята на майки, самообвинения във връзка с употребата на наркотици.

От здравна гледна точка, употребата на психоактивни вещества е рисков фактор по отношение на бременността, както за здравето на майката, така и на плода. Част от тези рискове са спонтанен аборт, преждевременно раждане (напр. в 7 или 8 месец), по-ниско тегло на новороденото, неонатален абстинентен синдром (UNODC, 2004). Допълнителен риск носят различните заболявания, съпътстващи употребата на наркотици – хепатит В и С, сифилис, ХИВ. Всичко това налага отчитане на редица фактори, както при наблюдението на бременността от здравните специалисти, така и по-време на раждането и постродовия период, при тези пациенти. Все пак според експертите, внимателното наблюдаване на бременността, здравословното хранене и лечение на зависимостта, до голяма степен могат силно да ограничат тези рискове за майката (Pinkham & Malinowska-Sempruh, 2007, p.16).

#### *Профилактични прегледи и наблюдение на бременността*

За нормалното протичане на бременността и раждането на здраво дете, без допълнителни усложнения от ключово значение е редовното наблюдението на бременността и плода. Както вече беше отбелязано по-горе, това в особено силна

степен важи за жените употребяващи наркотици, поради по-големия риск за тяхното здраве и това на детето им. Този тип прегледи и консултации са част от т.нар. извънболнична медицинска помощ и се извършват от личния лекар или с направление от него при специалист гинеколог. Основният проблем при достъпа до този тип здравни услуги за жените употребяващи наркотици произлиза най-вече от факта, че над половината са без здравни осигуровки (58,7%), което поставя сериозни бариери пред достъпа им до такива услуги.

*“Не, през цялата бременност не съм посещавала гинеколог и не са ми правили изследвания. Имах много неплатени осигуровки за минали години и щеше да ми излезе много скъпо.” (26 г., Бургас);*

*“Личен лекар нямах тогава. То аз нали съм без осигуровки и те не щат да ме вземат. Ако си платим може при всеки да ида.” (24 г., Благоевград);*

*“Никога не съм имала гинеколог. Нямам. В тая област никакви такива. Нямам личен лекар, нямам осигуровки – бременна съм, от една седмица съм пометнала, кървя, обаче нямам пари да отида на лекар.” (33 г., София).*

Друга причина, да не се обръщат към лекар гинеколог по време на бременността произтича от някои странични ефекти на употребата на хероин. В много случаи употребата на хероин води до спиране на менструалния цикъл или до нередовен такъв, а много от симптомите на бременността са неразпознаваеми за употребяващите наркотици жени, тъй като са сходни с различни симптоми на абстиненцията (Pinkham & Malinowska-Sempruh, 2007, p. 16).

*“Разбрах, че съм бременна чак в третия месец, защото не ми идваше. Бях много отслабнала по това време, щото бях спряла материала и аз си мислех, че не ми идва точно заради това, защото съм отслабнала, ама почнах да усещам промени в тялото и ... отидох на лекар и тя ми каза, че съм в третия месец...” (27 г., Пловдив);*

*“В началото на миналата година не ми беше идвало някъде към четири месеца и то понеже на мен не ми е редовно много и даже не подозирах. И не помня за какво отидох на лекар и като ми казаха, лелее... (24 г., Благоевград)*

Въпреки всички тези обстоятелства голямата част от жените - 41 от 46 интервюирани споделят, че са посещавали личен лекар или гинеколог, за да ги консултира или наблюдава бременността им. В най-честия случай, те се справят с липсата на здравни осигуровки, като прибегват до използването на платени прегледи - 13 от 46 интервюирани споделят, че са посещавали лекар (гинеколог) срещу заплащане. Необходимостта да заплащат за проследяването на бременността им в много случаи ги принуждава да правят сравнително малко посещения по време на бременността.

*“Да, в Х поликлиника,. Там си платих тогава, защото няха личен лекар. И там малко по-така се държаха обаче, че аз си платих, нали, за аборта и по-така...”*  
(29 г., София).

*“Не съм ходила преди това, отидох на частен кабинет. Посетих го три пъти през бременността”* (24 г., Варна).

Алтернативна стратегия за справяне, до която прибегват жените употребяващи наркотици, е да търсят достъп до здравни услуги чрез лични контакти или контакти на своите родители. Типични примери в това отношение са търсенето на прегледи при личен лекар на родители или на първото дете, както и търсенето на познати и приятели от страна на родителите.

*“А: А към кого се обърна? Като забременя, при кой лекар отиде? Р: Ами, при личния лекар на майка ми и на другите ми две деца. При него отидох да ми помогне.”* (29 г., София);

*“А: Добре, ти след като нямаш здравни осигуровки, как имаш личен лекар? Р: Той не е мой, той е личен лекар на първото ми дете и като забременях сега, при него отидох”* (29 г., Кюстендил).

*“Ходих при личната на нашите. Аз много не я харесвам, но нашите казаха, че при нея ще ходим и... Нямам собствен доктор. Хванахме някакви връзки там и ме заведоха направо в отделението, ама нашите се оправяха с тия неща.”* (22 г., Благоевград).

Като цяло данните от интервютата показват мотивация за грижа за здравето на бъдещето дете от зависимите жени, в противоречие с често разпространените

митове за майките наркоманки, които безотговорно сами увреждат здравето на децата си. Нещо повече редица от жените употребяващи наркотици заявяват, че са плащали като частни пациенти, за да бъде проследена бременността им от специалист. Основните проблеми свързани с достъпа до доболнична помощ са свързани с липсата на осигуровки, което ги принуждава да търсят лекари на частно, както и страничните ефекти от употребата на наркотици, които в много случаи им пречат да разпознаят бременността си в достатъчно ранен етап, за да потърсят необходимите медицинска помощ и консултации. Тези причини карат жените употребяващи наркотици да търсят медицинска помощ на сравнително късен етап от бременността им, да посещават по-рядко лекар, а в някои по-крайни случаи изцяло да се лишават от профилактика и наблюдение на бременността.

*Достъп до болнична помощ. Прием в АГ отделение.*

Три са случаите, в които жените употребяващи наркотици търсят болнична помощ във връзка с бременността си – спонтанен аборт, планиран аборт и раждане. Спешната медицинска помощ в случай на спонтанен аборт е безплатна, но не й болничния престой и допълнително лечение, ако се налага такова. Достъпът до акушеро-гинекологична помощ в специализирани АГ болници или АГ отделения към многопрофилни болници също е безплатно, независимо дали лицето е здравно осигурено (ЗЗ, чл. 82, ал1, т.2). Прекъсването на бременността по медицински причини, както и болничното лечение в случаи на спонтанен аборт или други усложнения по време на бременността се покрива от НЗОК само за здравно-осигурените лица. Абортът по желание попада извън кръга на финансираните от НЗОК медицински процедури. Във връзка с описаното по-горе, като цяло достъпът до акушерски услуги за жените употребяващи наркотици не се възпрепятства от широко разпространената в групата липса на здравно-осигурителни права и в това отношение не съществува финансова бариера пред получаването на такъв тип здравна помощ.

Основните затруднения пред жените употребяващи наркотици във връзка с достъп до болнични услуги са свързани с търсенето на здравна помощ във връзка със спонтанен аборт или аборт по желание. За голяма част от тези жени употребата

на наркотици, често е свързан със стил на живот, който нерядко води до нежелана бременност или до различни усложнения по време на бременността и ги кара да търсят прекъсване на бременността. Ако с доплащане на един здравно-осигурен абортът по медицински причини може да струва от 7 до 72 лв, то на частно същата медицинска услуга струва от 150 до 200 лв, а при криминалните аборти на черно между 800 и 2000 лв (Банчева, 2008).

Сред интервюираните жени употребяващи наркотици 19 от 46 споделят, че са имали бременност, която е завършила с аборт – спонтанен, по медицински причини или по желание. Употребата на хероин по време на бременността е свързан с риск от спонтанен аборт, особено при промяна на нивата на опиоиди в кръвта (UNODC, 2004, р. 9). Три от интервюираните споделят, че са имали спонтанен аборт и са търсили медицински услуги във връзка с това. Други три момичета споделят и, че им се е наложило да направят аборт по медицински причини – поради изострен хепатит С, съмнения за сифилис и увреждания на плода.

Най-голям е процентът на жените направили аборт по собствено желание – 14 от 46 интервюираните споделят, че са правили аборт по собствено желание, като половината от тях са постъпили като частни пациенти. Няколко са най-честите причини, които жените употребяващи наркотици посочват, че ги подтикват да търсят изкуствено прекъсване на бременността:

1. Употребата на наркотици – зад тази причина най-често се крие страх относно рисковете за плода, произтичащи от употребата на наркотици, както и страхът, че не може да бъде добра майка, докато употребява наркотици.

*“Аз и без това все слушах, че трябва да направя аборт, пък и нямах интернет, за да се информирам за рисковете.” (26 г., Плевен);*

*“Не исках да имам деца, докато друсам - каква майка ще съм.” (29 г., Варна)*

2. Неподготвеност за ролята на майка – тази причина най-често се обвързва с възрастта и е посочвана като причина най-вече от по-младите респонденти (18-22 г). При тях бременността е непланирана и нежелана и те не се чувстват подготвени да бъдат майки на този етап от живота си. За разлика от тях по-възрастните жени (25 и повече години) по-често посочват материалните си

възможности и липсата на доходи, като причина да не искат да стават майки. Особено в случаите, когато става въпрос за второ или трето дете.

*“На шестнадесет и половина години забременях от него. Той искаше да се оженим и да отгледаме детето, но аз не бях съгласна, защото съм много малка, за да се обвързвам” (18 г., Плевен);*

*“Не го исках това дете. Давам си сметка, че на тези години, с тая работа и най-важното, че не е от гаджето ми” (19 г., Бургас).*

*“Еми, защото не исках да имам повече. Как ще го издържам това дете?” (25 г., София);*

*“А: Защо направи аборт? Р: Защото нямаше да имам възможност да го гледам.” (29 г., София).*

3. Натиск от страна на родители или партньора – липсата на подкрепа от близките или директния натиск на родителите при по-младите жени е сред водещите фактори, определящи решението им за извършване на аборт.

*“И не помня за какво отидох на лекар и като ми казаха – лелее... Като казах на В. той много се зарадва, ама майка му като каза, че не може и това е... И в началото на четвъртия месец направих аборт, какво да правя.” (24 г., Благоевград);*

*“Говорихме уж да вляза в психото, ама после като ме прегледаха и аз бях много зле – цялата бях прежълтяла, направо на човек не приличах и лекарите и нашите ме накараха аборт да направя.” (22 г., Благоевград).*

4. Съвет на личния лекар или гинеколог – бременността при наличие на хероинова зависимост определено крие рискове за здравето, както на майката, така и на плода (UNODC, 2004). Допълнителен риск носят различните заболявания, съпътстващи употребата на наркотици – хепатит В и С, сифилис, ХИВ. При отчитане на тези рискове, здравния специалист може да прецени, че в конкретния случай е по-добре жената да направи аборт. По-тревожен е фактът, че някои от интервюираните жени споделят, че лекари-гинеколози са им препоръчали аборт по медицински причини, единствено въз основа тяхната зависимост към хероина. Все пак подобни случаи се споделят от момичета от



по-малките градове, докато тези от София и Варна например не споделят подобен опит.

*“Беше категоричен, че трябва да направя аборт. Вероятността да имам проблеми с бебето после била голяма и нямало смисъл да рискувам. Може би то вече е увредено и да заложа на сигурно, да не си играя със съдбата” (26 г., Плевен);*

*“Той направо ми каза, че трябва да махна детето, защото приемам хероин и то ще се роди с увреждания, .. че няма да е здраво...” (18 г., Плевен).*

#### *Достъп до лечение на зависимостта към наркотици и съпътстващите заболявания*

Лечението на зависимостта по време на бременността е ключов фактор за спиране на употребата, избягването на абстиненция и предозиране, както и намаляването на риска от ХИВ и други кръвнопреносими инфекции свързани с инжектирането на наркотици. В този смисъл, достъпът до лечение на зависимостта е особено важно за ограничаване на здравните рискове за майките употребяващи наркотици и техните деца. Бременността и майчинството се сочат от експертите в областта като силен мотиватор за намаляване и/ или спиране употребата на наркотици и дългосрочни промени в стила на живот на жените употребяващи наркотици (Malinowska-Sempruch et al., 2003, p.16).

Този факт се потвърждава и от настоящите интервюта – 31 от 46 интервюирани жени заявяват, че са правили опити да ограничат или спрат употребата на наркотици. Прави впечатление, че въпреки желанието за промяна в начина на живот и спиране на наркотиците, сравнително малък е процентът на интервюираните, които действително трайно са спрели употребата. Като правило това са попадналите в програми за субституиращо лечение и в по-малка степен момичета, които употребяват отскоро. Основната част са респонденти от София, където от няколко година функционира безплатна държавна метадонова програма и с предимство се приема в случай на бременност.

Данните от така събраните интервюта ясно показват, че въпреки че при по-голямата част от респондентите е била налице мотивация за намаляване или

прекръпяване употребата на наркотици, единствено сред тези в София има реално спрели наркотиците. Липсата на достъп до ефективни и безплатни програми в провинцията, съчетана с лошото отношение на персонала, страха от нарушаване на анонимността отблъскват и отказват жените да търсят или продължат започнатото лечение от наркотици. Сред жените от ромски произход като допълнителен фактор, който затруднява достъпа до лечение на зависимостта се очертава недостатъчната информация за наличните алтернативи. Наличието на реална алтернатива, която е лесно достъпна и ефективна, какъвто е случаят с безплатната държавната метадонова програма в София, е базисно условие за прекръпяване на употребата на наркотици по време на бременността и след това.

За разлика от лечението на зависимост към наркотици, където здравно-осигурителният статус не е от значение, при заболяванията съпътстващи употребата на наркотици той е задължително условие за ползване на здравни услуги. Сред тези заболявания се нареждат хепатит В и С, различни полово-преносими инфекции. Единствено по отношение на инфектираните с ХИВ държавата осигурява безплатно лечение независимо дали здравно-осигурителните права са прекъснати или не.

Особено тревожна е ситуацията с хепатит С, предвид широкото му разпространение в групата на инжекционно употребяващите наркотици. Според публикувани данни на Националния комитет по профилактика на СПИН и полово предавани болести (2006, р.12) нивото на разпространение на хепатит С сред групата на инжекционно употребяващите наркотици е 63,9%, на хепатит В – 8%, а на сифилис 0,58%. По принцип рискът от предаване на хепатит С на новороденото е много нисък, но въпреки това експертите съветват, че бременните жени трябва задължително да бъдат насочени към гастроентеролози за консултация и наблюдение и те да преценят дали и доколко е необходимо лечение по време на бременността и регулярно да се следят функциите на черния дроб (Hepatitis-Central.com, 2008).

Данните от интервютата по отношение достъпа до лечение на съпътстващи заболявания сред жените употребяващи наркотици показват, че е налице информираност по отношение на тези заболявания. Въпреки това търсенето на

специализирани консултации и постъпването на лечение са по-скоро изключение. Сред факторите, които се могат да се отбележат като ограничаващи търсенето и ползването на такива здравни услуги, са нагласите сред самата група. Според една от широко разпространените представи сред употребяващите наркотици, “всички наркомани имат хепатит С” и съответно не е задължително да му се обръща внимание и да се лекува. От друга страна, скъпото лечение, изискването за непрекъснати здравно осигурителни права и затруднения достъп до този тип лечение, допълнително демотивира употребяващите наркотици да търсят такова лечение.

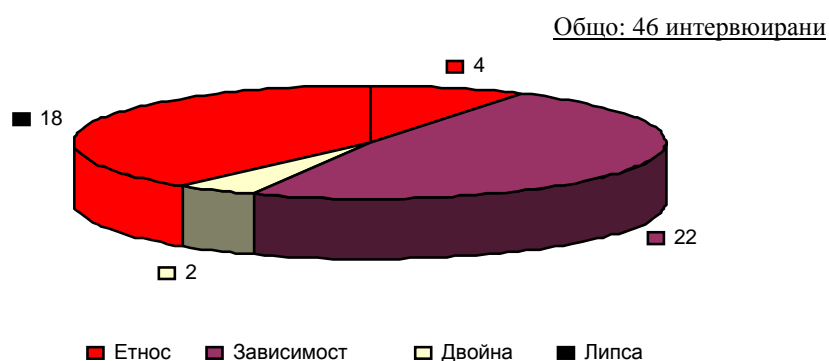
#### ДИСКРИМИНАТИВНИ ПРАКТИКИ ПО ОТНОШЕНИЕ ЖЕНИТЕ УПОТРЕБЯВАЩИ НАРКОТИЦИ ПРИ ДОСТЪПА ДО ЗДРАВНИ УСЛУГИ ПО ВРЕМЕ НА БРЕМЕННОСТТА И МАЙЧИНСТВОТО

Прегледът на контекста свързан с достъпа на жените употребяващи наркотици до здравни услуги във връзка с бременността и майчинството ясно очертава основната бариера, с която се сблъсква групата. Тази бариера произтича предимно от високия дял на лицата с прекъснати здравно-осигурителни права в тази група. За съжаление, затруднения достъп до тези здравни услуги, произтичат не само от чисто финансови бариери, но в не по-малка степен от широко разпространената стигма спрямо групата и наличието на дискриминативни практики в здравните заведения. Стигмата и дискриминативните практики представляват много силен негативен фактор, който допълнително ограничава техния достъп до качествена медицинска помощ през този критичен за тяхното здраве и това на бъдещото им дете период (Pinkham & Malinowska-Sempruh, 2007, p. 15-16).

В рамките на изследването 28 от 46 изследвани жени употребяващи наркотици споделят, че са се почувствали по-неблагоприятно третирани, т.е. дискриминирани в сравнение с други пациенти от страна на здравни специалисти. В случая трябва да се направи уговорката, че става въпрос за т.нар. “възприета дискриминация”. С други думи дадено действие или бездействие на медицинския персонал е възприето и интерпретирано като неравноправно третиране от

респондента, тъй като според него се дължи на етноса или употребата му на наркотици. Мнозинството от интервюираните жени (22 от 46) споделят, че са били третираны по-лошо в сравнение с останалите пациенти въз основа тяхната зависимост към наркотици, а малка част въз основа на тяхната етническа принадлежност (вж. Фиг. 4).

Фиг. 4. Разпределение на респондентите в зависимост от дискриминативното отношение спрямо тях.



Почти половината от лицата, които не са с българска етническа принадлежност (6 от 15 интервюирани) споделят за дискриминативно отношение въз основа на техния етнос. Прави впечатление, че интервюираните зависими жени от ромски произход, които споделят за неравноправно третиране, са декларират дискриминация преди всичко въз основа етнос, а дискриминацията заради употребата на наркотици е вторична и по-скоро засилва стигматизиращите етнически нагласи.

Типът дискриминативни практики, с които респондентите са се сблъскали, независимо дали става въпрос за неравноправно третиране въз основа на етнос или въз основа употреба на наркотици в много отношения се припокриват – преди всичко грубо и унижително отношение чрез думи или поведение от страна на медицинските специалисти. Все пак при анализа по-долу, акцентът пада основно върху практиките на дискриминация въз основа употреба на наркотици. Няколко са основните ситуации, за които интервюираните жени споделят, че са ги накарали да се чувстват дискриминирани:

1. **Настаняване в отделни помещения от останалите пациенти** – Това е една от най-често споменаваните практики спрямо жени употребяващи наркотици в АГ отделенията в цялата страна – 18 от 46 респондентки споменават, че са били поставени в отделна стая сами, с други зависими или инфекциозно болни. Подобни практики, често се посочват за пример и се преживяват от жените употребяващи наркотици като неравноправно третиране от страна на медицинските специалисти. Погледнато обективно е трудно да се прецени, доколко във всеки конкретен случай подобна практика наистина е форма на дискриминация или стандартна процедура за изолиране на инфекциозно болен, тъй като голяма част от жените употребяващи наркотици са инфектирани с хепатит С. По принцип, съгласно чл. 5, ал.3 на Наредба № 43 за профилактика и контрол на вирусните хепатити на МЗ **“Бременни жени с диагноза ‘остър вирусен хепатит’, постъпващи за раждане, се настаняват в изолатор и раждат в отделна родилна зала, след което заедно с новороденото се изолират в родилното отделение или се превеждат за долекуване в друго отделение по преценка на комисия в състав: акушер-гинеколог, неонатолог, инфекционист и епидемиолог.”** В повечето случаи, отново отношението на персонала и непредоставянето на допълнителна информация за необходимостта от подобни мерки, кара момичетата да преживяват това, като форма на дискриминация.

*“Чаках около 1-2 часа и дойде един лекар, прегледа ме и направо ме попита, дали съм взимала наркотици. Излъгах, че съм взимала преди много време. Тогава той ме попита дали искам да ми направят кръвни тестове и аз се съгласих, само дето не разбрах за какво и какви тестове ще ми правят, ама и той не ми каза... После ме настаняха в друга стая, отделно от другите и така.” (27 г., Бургас);*

*“А това, че ме изолираха сама в стая – само аз в цялото отделение. Другите бяха по две-три, а аз сама. Като че ли кой знае какво ще направя.” (29 г., Благоевград);*

*“Направи ми впечатление, че съм сама в стая, а от другите стаи излизат повече жени. Попитах лекаря, но той каза, че така се е случило... Но вечерта една от акушерките чух да казва на своя колежка, че отива да изкъпе бебето в изолатора ‘при хепатитната’ (26 г., Плевен);*

*“Точно аз, нямам хепатит С – такива болести на наркоман. А те ме сложиха в това отделение, при болните, където са. Даже и нея – и детето ми и него сложиха там” (23 г., София) .*

В интервютата проведени със здравни работници, респондентите коментира, че изолирането в отделна стая има отношение най-вече към формалните правила за безопасност:

*- ако жената не е наркоманка, но идва с Хепатит В или с изследване на кръв за HB antigen положителна – тази жена ражда в отделна зала  
- Естествено с инфекциите се изолират с оглед предпазването на другите пациенти и се взимат мерки за предпазване и на лекуващите лекари, но не се демонстрира по- грубо отношение или да се отказва прием.*

## **2. Грубо и унижително отношение от страна на медицинския персонал**

(лекари, медицински сестри или санитарни) – Определено една от най-разпространените практики на различно третиране спрямо жените употребяващи наркотици, както по признак етнос така и употреба на наркотици – 16 от 46 интервюирани споменават за такива случаи при търсене на медицинска помощ във връзка с бременността и раждането им. Според данните от интервютата това отношение се демонстрира по-скоро медицинските сестри, акушерките и санитарите, но не липсват примери за подобно отношение и от страна на лекари. Жените споделят за различни форми на унижително отношение спрямо тях, най-вече под формата на употреба на обидни епитети като “циганка”, “наркоманка”, подигравки, крещене, обвинения как застрашават здравето на лекуващите ги. Сходна форма на унижително отношение са различните обяснения от страна на медицинските специалисти, че детето им ще се роди “изрод”, “увредено” и т.н.

*“Акушерката беше много груба с мен и непрекъснато повтаряше, че съм си съсипала вените, защото съм наркоманка и, че който сменя партньорите си непрекъснато стига до това положение, в което се намирам аз в момента. Аз се чувствах унижена и ми се плачеше...” (18 г., Плевен);*

*“Да, казваха, че ще родя урод, защото съм била наркоманка.” (24 г., Благоевград);*

*“Ами акушерката ми каза, че заради такива като мен си рискува здравето. Каза още, че е трябвало да си избира екип, имало такива, които не ги бърка дали израждат спинозни или хепатитни.” (26 г., Плевен);*

*“Но всички се отнесоха много зле с мене. Само като разбраха, че съм наркоманка и вече ме гледаха, все едно съм някакво плашило или изрод... След като родих ме изолираха самостоятелна стая, една от сестрите ми каза, че заради това, че съм взимала наркотици, бебето ми може да е увредено.” (29 г., Благоевград);*

*“Те се държаха с нас там, като че ли не сме хора, а някакви животни, измет някаква, крадци, убийци, знам ли... с мен се държаха все едно съм по-долу от циганките, дето влизат там.” (24 г., Благоевград);*

*“Ами – “наркоманка”, че сме боклуци всички наркомани, че не заслужаваме..., че заслужаваме да умреме някъде и е такива... Да направо в лицето са ми го говорили. И съм виждала как шушукат зад гърба ми и говорят някакви работи зад гърба ми: “Това ли е майката на новороденото, където е с кризи?” – некви ей такива, “Как е могла да направи...” (22 г., София);*

*“Нямахме право да се оплакваме, веднага започваха да крещят. Дори си правеха майтап с имената ни. Наркоманки нямаше, но към всички циганки се отнасяха така.” (25 г., Варна)*

Представителите на медицинския персонал, които признават за случаи на грубо отношение, търсят причините за това в пациентите:

*Мои колеги ми разказаха за случаи, в които пациент е укрил, че е ХИВ положителен и лекарите разбират за това след манипулацията и тогава отношението към него е било крайно негативно, реагирали са доста остро и грубо, но така или иначе те вече са си свършили работата.*

*Прочита се една пространна лекция: „Пак ли бе – нещастник? Защо не се вземеш в ръце?“, но не намирам, че това е грубо и обидно за тях. Те не се обиждат, защото това е истината и си го знаят.*

**3. Нарушаване на конфиденциалността от страна на лекуващите специалисти** – Това е третата най-често споменавана дискриминативна

практика – 8 от интервюираните 46 жени споменават, че са се сблъскали с подобно отношение. За разлика от предишните две, тази практика се споделя единствено в контекста на неравноправно третиране по признак зависимост към наркотици. В повечето случаи става въпрос за неправомерно разгласяване сред персонала и пациентите относно зависимостта към наркотиците без съгласието на пациента, като за подобно отношение споделят интервюирани както от по-малки населени места, така и от столицата.

*“И като вървях по коридора там да се разхождам и другите в отделението все си шушукаха за мене – че съм наркоманка, че бебето ми се родило изрод... И явно другите жени бяха разбрали от някой, че друсам, защото ме гледаха много странно, не ми говореха, страняха от мен и като ги подминех, почваха да си шушукат...” (29 г., Благоевград);*

*“И после като тръгнаха едни слухове за нас – че защото сме наркомани, бебето ни се родило с един крак, с ръката извита назад, какви ли не глупости...” (24 г., Благоевград);*

*“Да, още с постъпването ми цялата болница знаеше всичко” (33 г., София);*

*“А: Значи доктора, който те е изразждал каза на всички, че си наркоманка? Р: Да, каза им, да знаят... щото всички ми казваха “Дано да не пипаш вече, Господ да ти помогне да се отървеш от наркотика. Виж какво хубаво бебе имаш!” (26 г., Пловдив)*

Медицинските лица обясняват подобни случаи с липсата на адекватно професионално поведение при част от медицинския персонал или като следствие от предрепиети формални правила:

*Естествено има и случаи, в които неволно се коментира състояние на пациент и в следствие това стига и до ушите на роднините, но за това голяма роля играят санитарките, които са на много ниско интелектуално ниво и не оценяват какво правят с поведението си.*



*Това се съобщава на всички на оперативките, а понякога разбират и някои други пациенти, но не умишлено от лекарите, а защото на болните им го пише в листа, който е на леглото им.*

4. **Отказ за медицинско обслужване или приемане в здравното заведение –**  
Сред събраните интервюта има отбелязани 6 от 46 такива случаи на отказана медицинска помощ, като половината от тях са описани от респонденти от ромски произход. Описани са случаи на отказване за прием в дадена болница, отказ за преглед и консултация и откази на оказване на спешна помощ.

*“У Х поликлиника не ми харесваше – пак нещо за мене, ама че съм наркоманка... Както само ме видя, нали, казах и моето положение – наркоманка съм, проститутка съм, само дете не й казах, че съм крадечка. Само казах, наркоманка, проститутка, еди-си колко деца имам и тя веднага ми каза да излизам... Въобще не ми обърна внимание.” (27 г., София);*

*“Имах абсцес на крака и ходих в “Спешната помощ”, но ме изгониха, щото не съм осигурена... Те там такива като мене ги гонят и не искат да ги преглеждат, щото са роми и нямат пари.”; “Ами вчера например, лекарят ми каза, че няма смисъл... какво да правя, че аз съм наркоманка, нали... И аз му казах, че съм в метадонова програма, нали. Че няма да друсам повече. Той вика: “Не знам, ама няма смисъл да те лекуваме, ти и без това пак ще почнеш”. Викам – то ме боли кракът, не се издържа...” (29 г., София).*

*“А пък завеждащата (отделението, бел. авт.) там, като ме видя, че съм наркоманка и не иска да ме вземе да съм ходела в психото. Не ме искали там, не можели да ме гледат, щяла съм да нападна някой като изпадна в кризите, ей такива глупости.” (22 г., Благоевград).*

Част от здравните специалисти също признават, че са ставали свидетели на пренасочване под претекст, че на друго място зависимите пациентки ще бъдат обслужени по-добре, или приемане, но с „неглижиране на проблемите”.

5. **Искане на допълнителни суми за консумативи, изписване на рецепти или процедури** – 6 от 46 момичета споделят за подобни случаи. По принцип искането на нерегламентирани допълнителни суми в сферата на здравеопазването е практика, с която се сблъскват всички пациенти. В рамките на изследването интервюираните жени споделят, че са възприели и интерпретирали тези практики като дискриминативни, поради начина, по който са им поискали допълнително пари или защото са им поискали повече от обикновено. Донякъде тези практики се самовъзпроизвеждат, тъй като значителен брой момичета споделят, че си плащат доброволно по тяхна инициатива или на техните родители, за да получат нужното внимание и недискриминативно отношение, както от страна на общопрактикуващи лекари и гинеколози, така и при прием в АГ отделение.

*“Другото, което е – те решиха, че щом имам пари да давам за наркотици, мога да дам и за една животоспасяваща инжекция 150 лева, но аз си знам хала и отидох и си я купих от аптеката за 10 лева.” (31 г., Пловдив);*

*“Като остана малко време до раждането и започнах да питам как ще бъде всичко и му казах, че искам с операция. А той ми вика: ”Ми ще видим, всичко е толкова скъпо, ти нямаш никакви там данни ли, показания ли, ги каза за операция...” и други такива. Светнах се, че сигурно пари ми иска така, щом увърта и му казах да ми каже колко, че ще намерим парите с мъжа ми. Като ми каза, чак се стреснах. Аз толкова пари накуп не съм видяла, той иска на него да ги дадем... Като излязох от кабинета и разпитах там едни други жени, дето чакаха и те ми казаха, че се плащало, ама беше по-малко, отколкото той ми беше казал. На следващия път като отидох и му казвам, че това са много пари, че не можем да ги съберем и дали не може да се направи нещо. А той насреща ми вика: “А, значи за наркотици намиращ, а за такива неща нямаш!” (24 г., Благоевград);*

*“Личната ми лекарка добре, понеже тя е на майка ми колежка близка. С нея се разбираме, обаче гинеколозите и те пак колеги на майка ми се отнасяха много лошо, а да не говорим какви пари искат. За да ми направят аборт ми искат 2000 лева. Както не можеше да ми правят аборт, така за 2000 нямаше проблем.” (37 г., София)*

*“Ами искаха ми пари първо. Първо ми искаха пари. Ако не им платя, няма да ме приемат. Обаче аз се разбрах с тях и ме приеха.” (22 г., София).*

Почти всички интервюирани здравни работници отричат да са искали пари или да са ставали свидетели на подобни практики. Не на последно място, и поради факта, че според тях *„това е последната група, от която можеш да искаш каквото и да е”*. Когато допускат възможността да са искани допълнителни суми, интервюираните специалисти интерпретират този факт в контекста на цялостната ситуация в системата на здравеопазването. Те отхвърлят възможността проблемът да е специфичен за тази група и според тях въпросът се отнася до професионалната етика на колегите им.

- б. **Физическо насилие** – подобни случаи са описали само 3 от всички 46 интервюирани жени и по-скоро са изключение в отношението към употребяващите наркотици, като в 2 от случаите става въпрос за нанасяне на удари, а в единия за завързване за легло. Въпреки това наличието на подобни случаи и отношение в българските здравни заведения е тревожен факт, който говори за силата на негативните нагласи и стигма спрямо употребяващите наркотици.

*“Там умишлено не казах, че съм на метадон, тъй като съм раждала и друг път и съм патила затова, че съм казвала. И вече горе когато ме закараха в родилната зала ме питаха дали съм алергична към лекарства и аз по идея на майка ми направих грешката и казах за метадона. Значи от този момент докторът такова гадно отношение имаше към мен, че си нямаш на представа. Би ме с един маркуч по краката – “мръсница”, “нещастница”, “уроди” – ей такива... Изобщо много грозно отношение – обиди, обиди и бой...” (37 г., София);*

*“И ме бяха сложили сама в стаята, даже първата вечер и за леглото ме вързаха. Като че ли... абе направо не ми се говори.” (22 г., Благоевград);*

*“Имаше там една сестра, дето беше много лоша. Тя веднъж с един маркуч би на мене и аз се скрих. Много ме беше страх от нея... Да, с циганите винаги е по-друго, за хора ни нямат.” (21 г., Пловдив).*

Когато са споменати, случаите на физическо насилие са поставени в контекста на спешни интервенции спрямо агресивни и неспокойни пациентки:

*Често ни се е налагало да ги връзваме и да ги настаняваме в отделни стаи, понякога се чудим какво да ги правим – да ги израждаме ли или психиатър да им викаме.*

**7. Натиск да извърши аборт или да се откаже от родителски права** – Този тип практики се базират на предразсъдъка, че жените употребяващи наркотици не могат да родят здраво дете и да бъдат пълноценни майки - 4 от 46 интервюирани споделят за подобни случаи. Под влияние на тези предразсъдъци някои лекари приемат зависимостта към наркотиците за достатъчно условие да се препоръча аборт по медицински причини. Сходен тип практика е натиск от страна на социални работници в болницата майките употребяващи наркотици да се откажат от родителските си права.

*“Беше категоричен, че трябва да направя аборт. Вероятността да имам проблеми с бебето после била голяма и нямало смисъл да рискувам. Може би то вече е увредено и да заложа на сигурно, да не си играя със съдбата” (26 г., Плевен);*

*“Той направо ми каза, че трябва да махна детето, защото приемам хероин и то ще се роди с увреждания, .. че няма да е здраво...” (18 г., Плевен).*

*“Но при голямата ми...социалната работничка... Имаше една жена, която си оставяше детето за осиновяване. И те явно бяха влезли в бокса при моето дете. А то едно хубаво, със сини очи, и е много сладка. И те явно са я видели и харесали. И дойдоха при мен да ме убеждават да си оставя детето за осиновяване. И аз казах “Ама как?”, и те “Ами ти си на метадон”... Ми мъж и жена – семейство и социалната работничка, която се занимаваше с жените, които оставят своите деца” (28 г., София).*

Някои от медицинските лица открито споделят, че биха посъветвали жена със зависимост да направи аборт. Убежденията и аргументацията в основата на подобно поведение е изложена подробно в следващата част на доклада.

8. **Отказ от предоставяне на специални грижи или специални лекарства за родилката или детето, с оглед нейното здравословно състояние** – Отново практика, която се споменава във връзка с дискриминация въз основа зависимост към наркотици и е свързана с отказ от предоставяне на медикаменти за намаляване абстинентните симптоми след постъпване в АГ отделение. За такъв тип практики, споменават 2 от интервюираните жени от Благоевград:

*“Аз им разправам, че взимам наркотици, а те в началото не искаха да викнат лекар да ми даде нещо. Викаха ми, да не се лигавя и да се стегна, че там не мога да правя, каквото си поискам и това не ми е вкъщи. И като почнах да се треса, та чак тогава една сестра се обади на главния и той явно е решил да викне някой” (24 г., Благоевград);*

*“Никой за нищо не ме е питал. Оставиха ме ей така да се мъча, да раждам в кризи, за детенцето не зная какво са правили, никой нищо не ми каза” (29 г., Благоевград)*

Здравните работници много рядко съобщават за отказ от обслужване. Бюджетът и липсата на здравни осигуровки са основни доводи при техните коментари. За сметка на това някои от тях открито споделят на нежелание за обслужване на такива пациенти, която нагласа се разглежда по-подробно в следващата част на доклада.

*Може и да бъдат отказани в зависимост от бюджета*

*Отказва им се, когато те не са здравно осигурени, в такъв случай може, но не е затова, защото те са зависими.*

9. **Други практики на неравноправно третиране** – наред с описаните дотук практики има отделни случаи на други дискриминативни практики като налагане на наказания и употреба на ръкавици при преглед единствено на пациентка употребяваща наркотици.

*“Ами да – това изписване беше за мен като наказание, щото той ми подписа хапчета за бъбреци и аз му казах, че не мога да пия антибиотик заради метадона. И той вика: “Ми щом, няма за какво да те лекувам, те изписвам.” И аз на друга*

*ден си купих хапчетата и му показах “Ето, купувам си хапчетата, ще ги пия.” И той ми вика: “Вече съм те изписал – приготвяй си да си тръгваш” (28 г., София);*

Наред с цитираните дотук примери за практики на дискриминативно отношение спрямо жени употребяващи наркотици, в редица интервюта са налице данни за нарушаване на пациентски права като отказ от предоставяне на допълнителна информация за здравословното състояние или това на детето и подлагане на различни тестове и процедури, без да се дава информация какви и с каква цел. За тези практики не може да се направи еднозначен извод от интервютата, дали се практикуват единствено спрямо употребяващите наркотици или по-скоро са неформални практики спрямо всички пациенти в съответните болнични заведения.

## ПРОИЗХОД И ВЪЗПРОИЗВОДСТВО НА ДИСКРИМИНАТИВНИТЕ ПРАКТИКИ

За да се разберат по-добре дискриминативните практики, е необходимо да се проследи техният произход и механизмите, по които те се възпроизвеждат. Като източник на такъв тип информация в настоящото проучване са използвани отговорите и коментарите на ключовите информатори (здравни специалисти, медицински помощен персонал и др.) относно типичния образ на зависимия пациент/ зависимата пациентка, за техните и на колегите им нагласи спрямо зависимите, за тяхното възприятие за причините за тези нагласи.

Въпреки че може да се очаква известна едностранчивост или прояви на социална желателност в отговорите на здравните специалисти, информацията от интервютата позволява да се направят важни обобщения относно възникването и възпроизводството на стереотипите и предразсъдъците към зависимите.

### 1. ПРИЧИНИ ЗА НАГЛАСИТЕ И СТЕРЕОТИПИТЕ

Според отговорите на ключовите информатори да се обособят две големи групи причини за негативното отношение: социално обусловени (произлизащи от цялостното отношение на обществото към тази група), и базирани на личен опит (произлизащи от директния опит с тези пациенти).

### Социално обусловени (цялостното отношение в обществото)

*„Подобни убеждения се дължат на цялостното отношение на обществото към тази група хора.“*

*„На предубеждения, на предварително изградени нагласи и страхове от наркозависими, тъй като наркоманите са криминогенна група.“*

*„В малкия град я няма тая толерантност и действително често се чуват приказки от рода на: „Той си е виновен, нека си бере грижата.“*

*„Не можем да отречем, че това което битува в обществото като отношение към тези хора – то не може да бъде изолирано. Има известен негативизъм спрямо тази прослойка. Ако ние кажем, че обществото приема тези хора като всички останали – това означава ние да излъжем.“*

### Личен професионален опит:

*„Такива убеждения са продиктувани от практиката и от директната работа с тях.“*

*„Причините ... са медицинските рискове.“*

*„Поведението на самите наркомани. Значи в момент на абстиненция, тя е в състояние да обере мен, Вас, да изнесе целият си дом и да го продаде за 5 лева, за да си купи дозата. Ние тук въпреки, че си изпълняваме медицинските задължения, получаваме псувните, заканите и така нататък.“*

В някои от случаите не е ясно на кое от двете се дължат изказванията. Например: *„...В момент на абстиненция, тя е в състояние да обере мен, Вас, да изнесе целият си дом и да го продаде за 5 лева, за да си купи дозата. Ние тук въпреки, че си изпълняваме медицинските задължения, получаваме псувните, заканите и така нататък...“* (19 мед. Сестра Кюстендил). Не е ясно дали това се е случило наистина, или това са очаквания на интервюираната, формирани от доминиращата нагласа в обществото.

Това наблюдение внася важно уточнение за произхода на дискриминативните нагласи: социалният контекст на отношението към тази група хора и професионалният опит не са независими един от друг фактори. Възможно е

част от описаните по-долу нагласи да са следствие от личния професионален опит. Въпросът кои от признаците, срещнати в професионалния опит ще бъдат разпознати като съществени характеристики и кои като случайно срещащи се, кои ще бъдат запомнени и кои – игнорирани, зависи до голяма степен от социалния контекст, в който се случват взаимоотношенията между здравните специалисти и пациентите. Когато човек има формиран стереотип за дадена група от хора, той има тенденция да затвърждава чертите, които го затвърждават и да омаловажава тези, които му противоречат (Андреева, 1998: 75). Социален контекст и професионален опит в този смисъл влизат в едно комплексно взаимодействие. Ако се отдава приоритет на примерите в професионалния опит, съответстващи на схемата/ стереотипа, това може да доведе до затвърждаване на негативния образ на зависимите и да подейства след това като фактор за още по-негативна обществена нагласа към тази група от хора.

Този механизъм намира потвърждение в редица изследвания и анализи, разглеждащи стигмата по отношение употребяващите наркотици, както и по отношение други често стигматизирани групи – ХИВ-позитивни, психично болни, хора с увреждания и т. н. (Goldberg, 1995; Mahendra et al. 2007; Watson & Corrigan, 2001). Така например, според официалното становище на Комисията по психично здраве в Канада лекарите са поне толкова отговорни, колкото и цялото общество за дискриминацията срещу хора с психични заболявания (Silversides & Collier, 2008).

## **2. ПОЗНАНИЯ/ ОПИТ НА СПЕЦИАЛИСТИТЕ**

Съществуват както теоретични предпоставки, така и емпирични потвърждения за отрицателната връзка между ниво на познания на здравните специалисти и стигматизиращи оценки/ дискриминативно поведение спрямо определени групи пациенти. Например изследване върху стигмата, свързана със СПИН (Mahendra et al., 2007) показва, здравните работници с погрешни схващания на относно пренасянето на СПИН са споделили много повече стигматизиращи изказвания, отколкото тези с верни познания.

Форматът на настоящото проучване предлага едва първа стъпка към събирането на информация относно стигмата и дискриминативните практики



спрямо употребяващите наркотици бременни жени и майки. Получените данни не позволяват извеждане на ясна връзка и зависимост между наличие/ липса на знания и опит и равнище на стигматизиращи оценки/ дискриминативни практики. Факт е обаче, че дори на този ранен етап, може да се потърсят предварителни данни за наличие на такива връзки. Източниците на информация по този въпрос в проведените дълбочинни интервюта бяха специфичните въпроси, свързани с необходимостта от познания в областта на зависимостите и на инфекциозните болести. В някои случаи, спонтанните изказвания на интервюираните насочват за наличие на такава връзка. Субективното впечатление за честотата на работа със зависими пациенти също може да даде информация, въпреки че тя трябва да бъде интерпретирана предпазливо.

Преди всичко, налице е много високо ниво на съгласие сред здравните работници на въпроса относно необходимостта от познания в областта на зависимостите. 31 от 37 интервюирани споделят, че има нужда от познания както върху наркотиците, техния ефект и новите вещества, които излизат на пазара, така и върху „психологическата подготовка” и разбирането на самите пациенти и техните специални нужди. Едва два отговора отричат необходимостта от такъв тип познания.

В някои от отговорите се уточнява, че такава необходимост има единствено при помощния персонал (акушерки, санитарки) и не се отнася до лекарите. Отчитат се и генерационни различия в оценката на необходимостта от допълнителни познания. В два от отговорите необходимостта от повече познания е отнесена до „по-младите специалисти”, като е аргументирана с липсата на опит. В същото време присъстват аргументи и за противоположната логика: „По-старите колеги са по- нетолерантни.” (гинеколог, София). Тези наблюдения извеждат професионалната квалификация и възрастовата група като възможни фактори за различия в познанията, и съответно – на убежденията спрямо зависимите пациенти. Тези фактори биха могли да бъдат проверени на един следващ етап, чрез по-структуриран формат на отговорите.

Прави впечатление, че общото високо ниво на съгласие сред здравните специалисти относно необходимостта от повече познания в областта на

зависимостите е на фона на почти толкова единодушно отричане на необходимост от повече познания в областта на инфекциозните болести, по-специално ХИВ и хепатит С. 26 от 36 са отговорили отрицателно на този въпрос. В един от отговорите, подобно на предишния въпрос, е отчетена селективната необходимост на „по-низшия” персонал от повече познания.

В някои случаи медицинските лица сами правят връзка между липса на познания/ разбиране и негативни нагласи спрямо зависимите.

*„По-старите колеги са по – нетолерантни. [Това се дължи] на неразбирането на проблема като цяло – употребата на наркотици и от друга страна от страха от зараза от инфекции, защото мисленето е такова: щом взема наркотици, значи има инфекции.”* (гинеколог София).

*„Сред колегите ми отношението към хора, които взимат наркотици не е много ласкаво. Няма склонност да са по-търпеливи с тези пациентки, не разбират специалните им нужди, а после се сърдят и карат едни с други. Това внася елемент на напрежение в работата и се отразява на качеството на обслужването.”*

Липсата на достатъчно познания, в съчетание с неподходящи и недостатъчни материални условия за работа, могат да са ключови в разбирането за субективната оценка за повишен риск при работа с тази група пациенти:

*„Да, има такова схващане [за повишен риск], защото повечето са носители на Хепатит С и специалистите се страхуват за здравето си. Не само защото някои от тях не са достатъчно информирани за това заболяване, но и защото условията на труд не са много добри. Има се предвид, че често стерилните ръкавици са некачествени и с неподходящ размер, поради което много специалисти работят без тях.”* (мед. сестра, Благоевград).

Субективната оценка на опита със зависими бременни и майки показва, че 26 от 37 интервюирани преценяват че се срещат с такива пациенти, „рядко”, или „не твърде често”, като по-конкретната честота е описана в порядъка на „2-3 случая годишно”, „по един път на тримесечие” или сходни по смисъл изказвания. При

липса на постоянни и чести директни контакти с такива пациенти, е твърде вероятно представите за тези пациенти се формират, на принципа на стереотипа, на основата на недостатъчно информация, която се свърхгенерализира и се приписва на всеки член на дадената категория. Все пак липсата на официална статистика и субективността на преценката изискват повече и по-конкретни данни, за да се направят по-недвусмислени заключения.

### **3. СТЕРЕОТИПИ ПО ОТНОШЕНИЕ УПОТРЕБЯВАЩИТЕ НАРКОТИЦИ СРЕД ЗДРАВНИТЕ СПЕЦИАЛИСТИ.**

Свърхгенерализирането и категоризирането на базата на „твърде непълна или двусмислена информация” (McDavid & Harari, 1974, цит. по Андреева, 1998: 84) са основни когнитивни механизми във формирането на стереотипа.

Натрупванията в изказванията на ключовите информатори на определени личностни черти или поведенчески модели, свързвани с образа на зависимите, позволява да се очертае един стереотипизиран профил на зависимия пациент според здравния работник.

#### **Употребата на наркотици е свързана с чувство за малоценност:**

*“Това са непълноценно усещащи се хора, които много лесно са податливи на околната среда. ... За мен това е избиване на комплекси, в повечето случаи и опит да бъдат забелязани от околните”*

#### **Употребяващите наркотици са презадоволени, прекалено обгрижвани:**

*“Общото мнение е, че голяма група от тези хора са така презадоволени и произлизат от обкръжение, което е създадо прекалени грижи и задоволяване на прищевките им и в един момент има изчерпване на интереса им и вече е въпрос на нови емоции и изживявания.”*

#### **Употребяващите наркотици разрешават проблемите си чрез дрогите:**

*“Това са млади хора с много проблеми, които „разрешават” чрез дрогите”*

*“До голяма степен прибягването до подобен род зависимости става в резултат на проблеми - семейни, социални и т.н. Никой не се ражда с намерението да стане наркоман”*

**Употребяващите наркотици вредят не само на себе си, но и на другите:**

*“отрицателното ми отношение идва от това, че те не вредят само на себе си, много често зарибяват други, продават и т.н.”*

**Зависимите са конфликтни импулсивни, агресивни.**

*„По-неспокойни от другите жени, тези жени са по-раздражителни.”*

*„избухливи”*

*„Не знаеш в кой момент може да избухне, много са агресивни.”*

*„Ако са във фаза на абстиненция са скандални, конфликтни.”*

*„Като влязат в отделението и става страшно – изпадат в кризи, трябва да ги усмиряваме, викаме им психиатър, даже ги слагаме в отделни стаи, за да може да не притесняват другите пациентки. ... Някои от тези пациенти дигат скандали и понякога не можеш да излезеш на глава с тях.”*

*„Когато са абстинентни стават агресивни и тогава те стават опасни не само за себе си, но и за околните.”*

**Зависимите се държат странно, неадекватно, реакциите им са непредвидими.**

*„Някоя жена като се държи нестандартно, по някакъв начин се познава, че има отклонения в поведението.”*

*„Понякога не са много адекватни.”*

*„Като имаме такъв пациент персоналът винаги е нащрек, защото не знаем в какъв момент как той ще отреагира.”*

**Зависимите са необщителни и недоверчиви**

*„По-трудно се контактува понякога с тях.” (педиатър, Пловдив)*

*„липса на диалог между тях и медицинските лица” (психиатър, Плевен)  
„По-мнителни са, недоверчиви, изпитват страх.”  
„Не са комуникативни.”*

**Зависимите не спазват реда в отделението, отнасят се безотговорно към лечението си.**

*„непоследователност в лечението и проследяването на бременността, неспазване на лекарските предписания”  
„Често не спазват часовете за посещения при здравните специалисти. нарушават реда в лечебното заведение. Манипулират психично болните.”  
„Относно лечението са непостоянни, и неблагоприятни клиенти.”  
„Много системно нарушават и вътрешния ред.”*

**Присъствието на зависими в отделението е свързано с повишен риск от кражби.**

*„Шкафовете трябва да са под ключ”  
„... и се опитват да измъкнат нещо, например хапчета.”  
„Могат да ти разбият болничните шкафове и да напуснат преждевременно лечението.”  
„Очакваш да ти вземе нещо или пък да открадне нещо.”  
„Наркоманът гледа да открадне каквото може, за да си вземе наркотика.”*

**Зависимите бременни и майки са обсебвачи и недоволни.**

*„Създадената у тях нагласа, че обществото е виновно за състоянието им и поради това им е длъжно” (педиатър Благоевград)  
„Идват, очакват те да влязат първи, все някой за нещо им е длъжен, стават спривави и правят скандали в чакалнята. И за съжаление не разбират, че понякога за тях се прави даже повече отколкото за другите пациенти.”  
„Обвиняват нас за състоянието на детето си. Все нещо не са доволни от нас.”*

Описаните черти отразяват един доминиращо негативен образ на личностните черти и поведенческите прояви на зависимите пациентки и са типичен пример за стигматизиращи стереотипи. Донякъде полученият образ е резултат от непосредствения опит на здравните работници с такива пациенти. Предубедеността се появява, когато единичните примери за такова поведение се свръхгенерализират върху всички представители на този клас от обекти и информацията от личния опит се допълни с потвърждаваща информация от други източници (слухове, митове в професионалните среди). Самопотвърждаващата се природа на стереотипните убеждения и драматичните й последици са илюстрирани както експериментално, така и чрез наблюдения в реална среда (Snyder et al., цит. по Андреева, 1998).

До голяма степен изведените стереотипи съвпадат с посочените в други изследвания и анализи (Goldberg, 1995; Rosenbaum, 1997). Прави впечатление, че част от изведените стигматизиращи убеждения са сходни с убеждения относно други стигматизирани групи на основата на здравен признак, каквито са ХИВ-позитивните (Mahendra et al., 2007) и психично болните (Watson & Corrigan, 2001).

Важен аспект на така получения стереотипен профил е обстоятелството, че абстинентният синдром е вероятната причина за по-голямата част от описаните негативни черти (напр. риск от кражби, импулсивност, агресивност, странности в поведението). Така, от една страна това, което е временно състояние, резултат от зависимостта от веществото, се разглежда като устойчива личностна черта. Също така, това състояние би могло да се овладее с медицински средства – справянето с нежеланото поведение на зависимите е в полето на компетентността на здравните специалисти. Вместо това, представянето му като устойчив личностов профил сменя личната отговорност за предприемане на действия за подобряване на здравословното състояние и справяне с абстинентните симптоми на пациента.

### **ПОЛОВИ РАЗЛИЧИЯ В СТЕРЕОТИПА НА ЗАВИСИМИТЕ ПАЦИЕНТИ**

Повечето от описаните дотук твърдения представят доминиращите нагласи към „наркомана” въобще, без да отразяват специфичното във възприемането на двата пола. Повече диференцирана информация дават въпросите относно

влиянието на пола върху нагласите и убеждението сред част от здравните специалисти, че бременните зависими жени е по-добре да направят аборт, отколкото да родят детето си. Едва малко повече от половината от изследваните лица (20 от 37) са дали някакъв отговор на въпроса за влиянието на пола върху нагласите им относно зависимите пациенти. Този факт има две логични интерпретации: част от респондентите вероятно не отчитат пола като значим фактор в нагласите им спрямо зависимите; друга част отказват да отговорят на въпроса поради липса на опит с мъже – зависими от наркотици. В шест от случаите, където е посочено различие между половете, интервюираните са изразили предпочитания към работа с жени. То е свързано с по-голямото състрадание към жените и с по-високата агресивност при мъжете.

*„С жените по-лесно се работи отколкото с мъжете.“*

*„Жените са по-старателни и по-лесно се работи с тях. мъжете са по-агресивни и по-импулсивни. отношението мъже - жени е различно, но в полза на жените.“*

*„Спрямо жените е по-състрадателно отношението и като че ли има по-голяма готовност да им се помогне.“*

Трима интервюирани са изразили по-негативно отношение към жените, свързано с убеждението, че тези жени ще бъдат непълноценни майки и няма да имат достатъчно отговорно отношение към децата си.

*„Жените са по-агресивни, като че ли им липсва след това това майчинско чувство...“*

*„Моето отношение е еднакво, само че, като ми дойде някоя бременна и става по-различно.“*

*„При жените е по-деликатно ... защото всъщност пациентите са двама, а не един. Ядосва те като видиш каква майка ще е.“*

Особено красноречиво и обширно отрицателната нагласа към зависимата майка е отразена в следното мнение:

*“[Щом] иска да ражда, нека първо се изчисти ли да спре, докато го роди. Тя ще продължи да се друса и какво дете ще роди... Като е слободясала толкова, че е стигнала до зависимост, а на това отгоре е и забременяла, трябва всички от нейното обкръжение да са информирани, защото е голяма отговорност да родиш дете. Мотивацията на самите наркомани е доста относителна – като я няма волята...”*

Твърде вероятно е по-негативното отношение към жените да е резултат от полово-ролевите стереотипи, формирани в рамките на дадена култура. В резултат на това жените, употребяващи наркотици (или алкохол) са възприемани по-отрицателно от мъжете. Отношението и поведението към тях е по-нетолерантно: те по-често са обвинявани за поведението си по-често се смята, че са заслужили негативните последствия, включително физическо и сексуално насилие (Goldberg, 1995).

#### **4. ДОМИНИРАЩИ НАГЛАСИ**

Пряко свързани с описания стереотип на зависимите пациенти, са доминиращите нагласи спрямо тази група. В рамките на интервюто бяха зададени въпроси относно четири основни нагласи, включващи приписването на вината за състоянието им на самите пациенти, убеждението, че е по-добре бременната жена със зависимост да направи аборт, субективната преценка за повишен риск при работа с такива пациенти и нежеланието за обслужване.

***Убеждения, че употребяващите наркотици сами носят вина за собственото си здравословно състояние и не заслужават еднакво третиране с останалите пациенти.***

В 10 от 29 отговора интервюираните се съгласяват с първата част от твърдението – че употребяващите носят вина, но не и с втората – че не заслужават еднакво третиране.

*„Да – носят вина, но заслужават еднакво третиране” (педиатър, София).*



*„Да, широко е разпространено, но не, че не заслужават еднакво третиране, а че не заслужават по-специално отношение” (гинеколог, София).*

Други изследвания (Skinner, N. et al., 2007) също показват, че убеждението че употребяващите наркотици са отговорни за своето здравословно състояние не води задължително до убеждение, че заслужават по-нискокачествено обслужване.

Трима интервюирани са изцяло съгласни с твърдението. Най-информативен е следният отговор:

*„Да, повечето специалисти си мислят това, защото човек който се самоубива съвсем съзнателно не може да бъде спрял и при условие, че има толкова хора които искат да оздравеят и правят всичко възможно това да се случи, да се губи време и усилия с другите е безсмислено.” (мед. сестра, Благоевград).*

Като цяло, повечето интервюирани споделят убеждението, че употребяващите наркотици сами носят вина за собственото си здравословно състояние но това не води неизменно до заключението от тяхна страна, че заслужават по-нискокачествено обслужване. Изглежда двете твърдения са до голяма степен независими едно от друго.

***Убеждения, че е по-добре една майка, която употребява наркотици, да направи аборт, отколкото да роди детето си***

Това убеждение, и свързаната с него аргументация, е ключово за разбирането на специфичните нагласи и стигматизиращи оценки към зависимите жени, тъй като директно адресира въпросите за бременността и майчинството, каквито нямат съответствие при пациенти – мъже. В някои от Щатите на САЩ злоупотребата с вещества по време на бременност е криминализирана, т.е. смята се, че жените извършват престъпление спрямо неродените си деца използвайки потенциално вредни за плода вещества. Криминализацията представлява едно ново ниво на съдебна намеса върху правата на жените върху техните собствени тела. Въпреки че рядко се повдигат обвинения, остава широко споделяното убеждение, че всяка жена, която злоупотребява с вещества е задължително виновна за

пренебрежително отношение или нанасяне на вреда на детето (Maher, 1992, цит. по Goldberg, 1995: 793).

В настоящото проучване 9 от 35-мата, дали отговор на този критичния въпрос, отговаря утвърдително. Аргументацията, която дават като оправдание на своята позиция, внася светлина относно две основни стигматизиращи оценки: свързани с непълноценно майчинство и неблагоприятна среда и свързани с риск от увреденост на плода.

#### **Примери за неподготвеност и неблагоприятна среда:**

*„Да, по-добре е да направи аборт. Толкова ми е жал като ги гледам после в кувьозите с тремори, едни такива нервни (...) Първо трябва да спрат и тогава да гледат и раждат деца.”* (акушерка, София);

*„Няма да бъдат пълноценни майки, а от това страдат децата и родителите на момичето”* (гинеколог, Благоевград);

*„Защото аз не мисля, че има полза от деца на подобни майки, в смисъл обществото ни като цяло. Това е тормоз и за самите родители, доколкото могат да се нарекат родители все пак, и за самите деца – те са нещастни за цял живот. Не всички наистина са увредени, но процента е голям, освен това средата, в която евентуално ще растат, ако се задържи това дете – със сигурност няма да мръдне кой знае колко далеч от родителите си”*

*„... какво може да се очаква от една такава жена, която не е могла да се справи със себе си, а какво остава за една проблемна бременност или проблемно дете след това. ... Това за мен е потенциално изоставено дете след това.”*  
(общопрактикуващ лекар, Пловдив)

*„после тези деца отиват по домовете”* (10 акушерка Благоевград).

#### **Примери за риск от увреденост на плода:**

*„Да, повечето специалисти си мислят това ако има вероятност или се знае че плодът е увреден”* (мед. сестра, Благоевград).

*„При такива, които са употребявали, много по-голяма е вероятността детето да се роди със заболяване, с малформации”* (общопрактикуващ лекар, Пловдив);

*„Като лекар не можеш да кажеш, че е безопасно, защото го пише по книгите” (педиатър, София).*

Прави впечатление, че въпреки убедеността за по-голям риск от увреда на плода, липсват еднозначни доказателства в тази посока (Goldberg, 1995). Някои от респондентите също са чувствителни към разминаването между цитирани описания и личен опит:

*„Иначе съм изчел много литература и аз, че има едни какви си проценти децата да се родят с някакви дефекти, изостаналост, малформации, но поне при моите пациенти това не съм го наблюдавал.” (педиатър, Благоевград).*

Почти половината – 17 от интервюираните – са отговорили отрицателно на въпроса за аборт. Основни аргументи за позицията в тези случаи са били възможността за мобилизация на зависимата жена под влияние на „майчиния инстинкт” – вероятността майчинството да повлияе благотворно – и ненамесата и признаването на правото на личен избор на майката.

#### **Примери за вероятност за благотворно влияние:**

*„Тази бременност може да е повратен момент в нейния живот и ако това я накара тя да спре употребата аз даже бих препоръчал тя да роди това дете” (гинеколог, Бургас);*

*„ ... нека да го роди това дете, може би това ще я промени и нея” (мед. сестра, Кюстендил);*

*„Това я стимулира да се върне към нормален начин на живот. Ангажира я непрекъснато към нещо, на което е дала живот.” (акушерка, София).*

#### **Примери за ненамеса в личния избор:**

*„Не можем да лишим тези жени от способността да раждат или от намерението им да имат поколение.” (педиатър Пловдив).*

*„Това е техен избор” (гинеколог, Бургас)*

*„Решението си остава на майката” (акушерка, Варна)*

В 11 от случаите интервюираните посочват едновременно аргументи в полза и срещу аборта. Това води до нееднозначна позиция на сравняване на тежестта на аргументите „за” и „против”. Най-често съпоставяните аргументи са „непълноценно майчинство” – „вероятност от позитивен обрат”.

*„... Наистина каква майка ще бъде тя, какъв пример ще даде на детето си (...) Но пък от друга страна ако това е момент от нейния живот , в който тя ще се помени и ще успее да полага грижи за детето, тогава нека да го роди”*

(педиатър, Бургас)

*„Всеки има право да роди детето си, но пък от друга страна, тя самата вреди на детето си... в някои случаи децата са си много болни от някои други болести. А и после дали ще може да се грижи за детето, ако продължава да взима наркотици...”* (акушерка София);

Дизайнът на изследването не позволява да се проследят ясно обособени тенденции в посока големи - малки градове и медицински специалисти - помощен персонал.

Оказва се, че основните използвани аргументи за оправдаване на аборта са убеждението, че зависимите не могат да бъдат пълноценни майки и да осигурят на децата си благоприятна среда за развитие, и рискът детето да се роди със сериозни здравни проблеми. Нито един от двата аргумента няма недвусмислена емпирична подкрепа, което ги поставя в категорията на негативните стереотипи и предразсъдъци спрямо бременните и майките, употребяващи наркотици. Нещо повече, експертите областта застават зад мнението, че жените употребяващи наркотици при внимателно проследяване на бременността, подходящи здравни грижи и здравословна диета могат да родят напълно здрави деца (Pinkham & Malinovska-Sempruh, 2007: 16)

***Убеждения , че работата с пациенти, които употребяват наркотици носи по-голям риск в сравнение с другите пациенти***

26 от 33-ма отговорили са дали утвърдителен отговор, което е признак на високо ниво на съгласие сред интервюираните.

Най-често споделян е рискът от инфектиране:

*„[Рисковете] са свързани повече със съпътстващите заболявания от колкото с употребата на наркотици.”* (гинеколог, Бургас);

В някои от случаите рисковете са свързани и с недостатъчните, или неподходящите, материални ресурси в болничното заведение.

*„Да, носи по-голям риск работата с тях, защото ръкавиците ни са кофти за работа.”* (акушерка, София);

*„Условията на труд не са много добри. Има се предвид, че често стерилните ръкавици са некачествени и с неподходящ размер, поради което много специалисти работят без тях.”* (мед. сестра, Благоевград).

**Укриването на зависимост**, и в още по-голяма степен – на съпътстващо инфекциозно заболяване – е оценено като фактор, повишаващ риска (вж по-долу, стр. 59)

Определянето на зависимите пациенти и по-конкретно – на бременните и майките – като „рискова група” може да служи като предпоставка на всяка конкретна представителка на тази категория да бъде приписвана тази характеристика, без да бъде оценена индивидуално. Това е добър начин негативните нагласи да намерят своето рационално оправдание в случаи, когато следствията изпреварват предпоставките.

#### ***Нежелание на здравни специалисти да се обслужват жени употребяващи наркотици***

Нежеланието за обслужване е един от типовете поведение, свързани с възприемането на повишен риск и страха от инфектиране (Mahendra et al., 2007) . Осем от 31 отговорили признават такова нежелание.

*„Нямаш избор ако ти е пациент, но обикновено ги оставят на стажантите”* (гинеколог, София);

„... *Че са неблагоприятни клиенти и [ако] има възможност да ги препратиш на някой друг специалист*” (общопрактикуващ лекар, Бургас)  
„*Ако има възможност – да. Само, че в нашата работа няма такава възможност.*” (гинеколог, Пловдив)

В някои случаи нежеланието е изразено индиректно, чрез признаването, че други медицински специалисти постъпват по този начин.

„*Това не е така, всеки трябва да може да получи лекарска помощ, но някои от колегите забравят този факт.*” (гинеколог, Благоевград)

Част от интервюираните са избегнали директния отговор, акцентирайки върху формалните задължения:

„*Няма как да не се обслужват*” (акушерка, София)

Все пак в повече от половината случаи (19) интервюираните не са изразили открито нежелание. В тези случаи акцентът е поставен върху равните права за достъп до лечение и необходимостта от разбиране на специалните нужди на тези пациенти.

„*Те трябва да бъдат обслужвани като всички останали*” (психолог, Варна)  
„*Не може да не се обслужват – не може! Дадже при тях обслужването трябва да бъде ... със страхотен подход!*” (акушерка, София)  
„*Всеки има право да се поправи и ние трябва да ги подкрепяме. А ако тръгнем да ги отделяме или разделяме от другите хора едва ли ще им се помогне.*” (акушерка, Кюстендил)  
„*Всеки един човек попаднал в позицията на пациент има равни права - няма значение дали е наркоман или не*” (педиатър, Пловдив)

Възможно е фактът, че повечето от респондентите са отrekli нежелание, да означава, че субективната оценка за повишен риск не води задължително до избягване на такива пациенти. От друга страна, директното адресиране на въпроса

за нежелание за обслужване потенциално би могло да предизвика социално желателни отговори при интервюираните.

Уточняването на действителните пропорции в позициите на медицинския персонал по тези въпроси и влиянието на фактори като професионална квалификация, пол и стаж, би могло да се извърши чрез по-структурирани въпросници. В рамките на този формат положителните примери имат по-голяма тежест от отрицателните, тъй като дават информация за наличието на стереотипни убеждения и предразсъдъци сред медицинския персонал, за тяхната аргументация и последствията от тях в поведенчески план.

### ***Формиране на емоционална реакция спрямо зависимите пациенти***

Следваща стъпка в механизма на формирането на стереотипите е формирането на отрицателна емоционална реакция в отговор на отрицателния образ за дадена група (Watson & Corrigan, 2001). В изказванията на ключовите информатори се срещат примери за формиране на такава емоционална реакция. Възприемането на зависимите пациенти като „проблемни” (чрез поведението си) и „рискови” (за инфектиране) – и в някои случаи обвиняването, че „сами са си виновни”, че „вредят и на другите” – генерира най-често реакции на наподозрителност и страх към тази група:

*„Не презрение, но има някакво отношение, по-точно има едно наум”  
„повишено внимание”  
„С друго око се гледа на тях. Самото отношение като го знаеш, че е наркоман.”  
„Ако са наркомани значи са рискови за предаване на болести и кражба на медикаменти” (мед. сестра Варна).*

Друга емоционална реакция, често срещана в изказванията на интервюираните, е съжалението. То се явява резултат от два типа негативни убеждения: че тези хора са непълноценни като човешки същества

*“Аз мисля, че повечето момичето са добрички, нали и те са хора какво да ги правиш.”*

*“Това са нещастни хора, като пациенти и индивиди.”*

*Все пак и това е човек, макар че в случая е загубил човешкия облик, но в голяма степен това е човек.”* (мед. сестра, Кюстендил)

и че сами предизвикват проблемите си:

*“Това са млади хора в голямата си част. Всеобщото мнение е че си съсипеят живота.”*

*“То е ясно какво е [отношението] – със съчувствие, то няма как да е друго като гледаш как се самоубиват. То ти се къса сърцето.”*

Негативната емоционална реакция е следствие на споделяното стереотипно убеждение относно дадена група и стои в основата на формирането на предразсъдъците относно дадена група и поведенческите последици от тези предразсъдъци – дискриминативното поведение. Въпреки че реакцията на съжаление е по-малко вероятно да отключи дискриминативни практики, изказванията показват, че в основата ѝ също стоят негативни убеждения.

Изказванията на ключовите информатори позволяват да се очертае механизъм на произход и възпроизводство на дискриминативните практики. Както общата нагласа към зависимите в обществото, така и професионалният опит могат да са в основата на формиране на стереотипни убеждения. Правенето на свръх-обобщения на базата на непълна и двусмислена информация и приписването на признаците на определена категория на всеки неин представител са основните пътища, по които стереотипът се възпроизвежда. Във всеки конкретен пример чертите, потвърждаващи стереотипа, се възприемат с повишено внимание, докато тези, които му противоречат, се игнорират. Това е така, тъй като човек селективно търси признаци, които подкрепят първоначалното убеждение. Липсата на детайлни познания или недостатъчният опит също могат да бъдат фактор за формирането на стереотипи.



В настоящото изследване изказванията на интервюираните очертават стереотипа на зависимите пациенти като „неспазващ реда в отделението, конфликтен, с повишен риск към кражба, с обсебващо вниманието поведение, импулсивен, агресивен, труден за контролиране, със странности в поведението, мнителен и недоверчив”. Често застъпени схващания са, че зависимите се опитват да компенсират усещането си за непълноценност или да подражават на референтна група, че са били презадоволени и прекалено обгрижвани, че се опитват да решат проблемите си чрез дрогите, че вредят не само на себе си, но и на другите. Зависимите са класифицирани сред рисковите групи пациенти. Тези убеждения стоят в основата на емоционални реакции като подозрителност и страх и в някои случаи – съжаление. Моралните обвинения в безотговорност на бременните жени със зависимост се използват като аргументи за оправдаване на убеждението, че по-добре е такива жени да направят аборт. Дискриминативните практики, описани по-горе, са естествени поведенчески следствия от негативните нагласи, морални съждения и емоционални реакции (Watson & Corrigan, 2001).

По-скоро като препоръка за професионално поведение звучат отделни изказвания, в които се прави разграничение между лично и професионално отношение.

*“Личното мнение към проблема е един.....а професионалното отношение е съвсем различно....Защото има пациенти, които не са употребяващи, но не са ти много приятни, но в никакъв случай не можеш да откажеш на който и да и било.”*

## ЕМОЦИОНАЛНИ, ЗДРАВНИ И МАТЕРИАЛНИ ПОСЛЕДИЦИ ОТ ДИСКРИМИНАЦИЯТА ЗА ЖЕНИТЕ УПОТРЕБЯВАЩИ НАРКОТИЦИ

Данните от интервютата извеждат различни негативни ефекти върху жените употребяващи наркотици, в резултат от неравноправното третиране, с което се сблъскват при търсенето на здравна помощ във връзка с бременността им. Конкретните следствия са индивидуални и специфични за всяка жена, като зависят както от конкретната ситуация, с която са се сблъскали (напр. отношението

на медицинския персонал), така и от избраната стратегия за справяне, личните ресурси за справяне на жената, както и от това доколко са получили подкрепа от родителите си и партньора си.

На първо място това сред посочените от респондентите последици за тях в личен план са различни форми на травмиращи емоционални и психични преживявания, като тревожност, потиснатост и чувство за непълноценност, срам, самообвинения и притеснения за детето, а в някои по-тежки случаи и суицидни мисли. До голяма степен тези преживявания са свързани с приемането на стигматизиращите стереотипи, разпространени в обществото по отношение на употребяващите наркотици и чувството за непълноценност и некомпетентност като майки в резултат на това – т.нар. процес на самостигматизиране (Watson & Corrigan, 2001). Общо 14 от интервюираните 46 жени споделят, че при са имали силно негативни и травмиращи емоционални преживявания в резултат на неравнопоставеното третиране от страна на здравни специалисти.

*“А: Случвало ли ти се е да се самообвиняваш? Да чувстваш вина за нещо? Р: Ами да, с детето, че са в кризи, че е трябвало да спра по-рано. Единствено тогава се чувствах зле, че заради мен и то ще страда.” (22 г., София);*

*“А: Сега като си спомняш отношението на лекарите, сестрите по време на бременността и раждането, по какъв начин ти се отрази това на тебе? Р: Много зле. Чувствах се по-различна. Много беше гадно, но по някакъв начин го преживях...” (29 г., София);*

*“А: Сега като си спомняш отношението на лекарите, сестрите по време на бременността и раждането, по какъв начин ти се отрази това на тебе? Р: Как – притеснена, обидена... даже ми се плачеше.” (22 г., Плевен);*

*”Акушерката беше много груба към мене и непрекъснато повтаряше, че съм си съсипала вените, защото съм наркоманка и, че който сменя партньорите си непрекъснато, стига да това положение, в което се намирам аз в момента. Аз се чувствах унижена и ми се плачеше...” (18 г., Плевен);*

*“Бях много изплашена, късно разбрах, че съм в изолатора. Всички знаеха, че съм наркоманка и съм болна от хепатит С. Искях единствено да си отида вкъщи.” (26 г., Плевен);*

*“Ами не много добре... През цялото време бях напрегната – просто, защото няхах информация за нищо. И по-точно, мисля, че лекарите трябва да ти казват какво и кога да правиш по време на бременността, а не аз да ровя из интернет и да си търся сама... Много пъти се обвинявах за това, че съм взимала наркотици и се обвинявах най-вече след раждането, като стана проблема с детето... Ами мислех, че ако не бях употребявала, нямаше детето ми да е в ковиоз и да е недоносено...”*  
(22 г., Пловдив);

*“Абе она кретен се държеше гадно и подигравателно на думи. Много ми стана гадно тогава. Само защото съм такава, не значи, че трябва да ми искат повече, отколкото трябва... Ми не ми се отрази добре, то как иначе. В напреднала бременност с толкав корем трябваше да пътувам, да се притеснявам – какво ще стане, как ще стане, да търсим лекар и болница...”* (24 г., Благоевград).

Едни от особено тревожните последствия от дискриминативното отношение, с което се сблъскват жените употребяващи наркотици, са свързани пряко с тяхното здраве. Стигмата и дискриминацията, с която се сблъскват от страна на здравните специалисти, както и самостигматизирането, в голяма част от случаите ги подтикват да избират различни неадаптивни и рискови от здравна гледна точка стратегии за справяне. Наред с това, тези практики водят и до загуба на мотивация за жените употребяващи наркотици да търсят медицинска помощ за проследяване на бременността и периода след раждането.

Типичен пример за такава нефункционална стратегия за справяне е скриването на зависимостта и хепатит С статуса от лекуващите специалисти. Общо 12 от интервюираните 46 респонденти споделят, че са скрили зависимостта си към наркотици от лекуващите ги специалисти. Самите жени споделят, че за тях това е най-добрия вариант за избягване/справяне с подобен тип отношение. Сходен тип поведенческа стратегия, която е още по-тревожна от здравна гледна точка е и търсенето на медицинска помощ само в краен случай или по спешност, както по време на бременността и майчинството, така и при други здравни проблеми.

*“Последният път, те пак нали – аз не съм казала, че другам. И добре, отношението беше добре... И ако нямам пари и казвам, че съм наркоманка – естествено, че никой няма да ми обръща внимание... Ами аз от всички крия. Много*

*спешно трябва, примерно, как да ти кажа – да е много спешно, за детето нещо, примерно, да трябва то да се лекува, тогава казвам. Сто процента съм сигурна, че ако кажа, че съм такава няма да ми обръщат внимание. Навсякъде. Затова повече си премълчавам.” (25 г., София);*

*“А: Докторът, при когото ходиш, знае ли за твоя проблем с наркотиците?*

*Р: Не. Аз не му казвам. Срамувам се. Тя ми каза колко хубаво момиче съм и мен ме е срам да ѝ кажем, че съм наркоманка.” (22 г., Кюстендил);*

*“А: А ти споделили с този екип за наркотиците? Р: Не, от страх, нищо не казах!... Ами и за самото дете, дали ще е добре, а и отношението им към мен, ако разберат, че, нали, съм наркоманка... Просто аз така предполагам, че със сигурност нямаше да е толкова добре. Защото знам какво е мнението на хората за наркоманите. Кажеш ли, че си наркоман, може да си супер човек, но в първия момент хората винаги се обръщат, още повече пък да си на хероин, и то на инжекция – простооо... от там нататък не си човек.” (27 г., Пловдив);*

*“Аз затова и много не ходя насам-натам. Никой не ни обръща внимание – нито лекари, нито социални грижи...” (27 г., София);*

*“А: Защо не отиде? Р: Ама те няма да обръщат внимание и да отивам там! Никой нямаше да ме погледне. Аз съм наркоманка, кой гледа хубаво? Никой. (26 г., Пловдив).*

Този тип поведенчески стратегии, резултат от желанието на жените употребяващи наркотици да намалят и избегнат дискриминативно отношение на медицинските специалисти води след себе си множество рискове и последствия, свързани със здравето както на самите жени, така и на техните деца. Подобни практики на първо място ограничават възможността на жените употребяващи наркотици да получат качествена и преди всичко навременна медицинска помощ, която отчита техните специфични здравословни проблеми и води до редица рискове за тяхното здраве и това на детето им. Наред с това такъв тип поведение допълнително провокира стигмата и дискриминативното отношение на здравните специалисти, тъй като от гледна точка на медицинските специалисти това поведение води до повишен риск за здравето на медицинския персонал.

*„В повечето случаи лошото неадекватно отношение, което не мога да отрека, че го има от страна на колегите ми... или по-скоро гнева им, идва от свършения факт – разбираме за проблема ѝ след манипулацията. Чак тогава си даваме сметка колко много ние сме рискували собствения си живот и здраве, нали и ние сме хора, все пак” (гинеколог, София)*

*„Случвало се е да изпишем дете и след време ни се обаждат от П Градска, че има сифилис – това е проблемът, че не ни казват такива неща” (педиатър, София).*

Освен чисто емоционалните и здравни последици, дискриминативното отношение на лекарите води и до материални и финансови такива за жените употребяващи наркотици. Наистина процентът на здравно неосигурените сред употребяващите наркотици е много висок, но дискриминативните практики на здравните специалисти принуждават, дори и тези с непрекъснати здравно-осигурителни права да си плащат, за да избегнат подобно отношение. По закон акушерските услуги са безплатни за всички български гражданки, но въпреки това не малък брой интервюирани жени споделят, че се принуждават да заплащат допълнително за получаване на здравни услуги и преди всичко за по-внимателно и недискриминативно отношение. По този начин дискриминативното отношение на лекарите поставя допълнителни бариери пред достъпа до медицински услуги и специално такива свързани с бременността и майчинството. Тези бариери са особено тежки за тази част от групата на жените употребяващи наркотици, които са без социална подкрепа и доходи.

*“Първата (бременност беше) в АГ болница, а втората в Окръжна. В АГ-то беше ужасно, но в Окръжна беше много добре, защото си плащах. Първият път беше ужасно, постоянно ни обиждаха и крещяха, но втория път нямаше такива истории.” (25 г., Варна);*

*“Както каза преди, свекърва ми се зае с всичко. Тя уговори лекар и акушерка, но тъй като аз родих по-рано те не се паднаха на смяна. На тези първите тя беше казала за това, че съм употребявала наркотици и те бяха подготвени, но на екипа, при който се случих да раждам не бяха информирани и когато ми слагаха системите видяха белезите по ръцете ми и ме попитаха. Аз им*

*отговорих, че това е било преди време. На този втория екип платихме по 200 лв. на лекар и по 200 лв. на сестрата за да се отнасят добре към мен и да няма такава дискриминация. И мога да ви кажа, че няма значение дали майката е наркоманка или не - като си платиш всичко става. Защото докато не и платиха на сестрата се отнасяше грубо към мен, но в момента, в който и дадох пари, застана до мен на леглото и веднага и се смени физиономията за 200 лв.” (30 г., Бургас);*

*“Но поне започнах да ходя на лекар редовно след това – само че в Гърция. Плащаме си с мъжа ми и всичко точно. Няма да се занимавам с никакви идиоти, абе нали ти казвам – всичко точно.” (24 г., Благоевград);*

*“Ами то как няма да се промени. Първите дни бях много зле – не само физически, но и психически. И преди да забременея бях срещала грубо отношение от страна на лекарите, но тогава това беше върха на простотията. Няколко месеца бях депресирана, непрекъснато си мислех за това как изоставих детенцето си и как, ако бяха ми дали лекарства за кризите нещата щяха да са други може би. Отслабнах за отрицателно време, за 2 месеца изобищо не ми личеше, че съм била бременна и съм родила... Ами отслабнах много, понякога почти не се хранех, имаше един момент, в който бях решила да си взема хапчета и да свърша... Но не набрах смелост.” (29 г., Благоевград).*

## ИЗВОДИ И ПРЕПОРЪКИ

Социалните и здравни политики в България през последните пет и повече години поставят акцент върху грижата за майките и осигуряването на достъп до качествено медицинско обслужване на жените през периода на бременността и майчинството. За съжаление голяма част от тези политики не взимат предвид спецификите и проблемите на такава силно уязвима и маргинализирана група, каквато са жените употребяващи наркотици. Ниското ниво на заетост, високия процент на лица с прекъснати здравно-осигурителни права в тази група, липсата на достатъчен брой достъпни алтернативи за лечение на зависимост, широко разпространената стигма в обществото като цяло и сред медицинските специалисти, както и самостигматизирането вътре в самата група са само част от

факторите, които поставят бариери пред адекватния достъп до качествено медицинско обслужване пред тази група.

В това отношение дискриминативните практики в здравната сфера по отношение на жените употребяващи наркотици по време на бременността и майчинството са един от проблемите, който до този момент не е получил почти никакво внимание и целенасочени мерки за преодоляването му в България. Настоящото изследване, въпреки ограниченията на избраната методология, успява в основни линии да очертае същността, причините и последствията от това негативно обществено явление.

Грубо и унизително отношение, нарушаване на конфиденциалността, искане на допълнителни суми за лекарства и процедури, отказ от предоставяне на специални здравни грижи, отказ от медицинско обслужване, натиск за извършване на аборти и физическо насилие са основните дискриминативни практики, с които се сблъскват жените употребяващи наркотици от страна на здравните специалисти по време бременността и раждането. Въпреки че тези практики не са повсеместно явление, тяхното разпространение и възпроизвеждане реално демотивира тези жени да търсят и получават необходимата им лекарска помощ, кара ги да укриват важна информация от здравните специалисти и по този начин допълнително увеличава рисковете и негативните здравни последици за тях и техните бъдещи деца.

Изследването показва, че корените на тези практики са в стигматизиращи стереотипи сред медицинските специалисти по отношение жените употребяващи наркотици и произтичащите от тях предразсъдъци. Донякъде тези практики се дължат и на недостатъчния опит и познаване от страна на здравните специалисти на спецификите при работа със зависими пациенти, особено в по-малките населени места.

Самостигматизацията на жените употребяващи наркотици и неадекватните поведенчески стратегии за справяне със стигматизиращото отношение на медицинските специалисти като отлагането на търсенето на медицинска помощ, укриване на употребата на наркотици и инфектираност с хепатит, плащането за

здравни услуги допълнително усилват стигматизиращите нагласи на здравните специалисти и дискриминативното поведение.

Сред първоначалните препоръки, които могат да се набележат в посока преодоляване на стигматизацията и дискриминативните практики по отношение жените употребяващи наркотици при достъпа им до здравни услуги във връзка с бременността и майчинството са:

- Повишаване информираността на жените употребяващи наркотици относно правото им на равен достъп до качествени медицински услуги, както и по отношение пациентските им права по време на бременността и майчинството.
- Осигуряване на специализирани консултации и насочвания за жените употребяващи наркотици относно различните рискове свързани с употребата на наркотици по време на бременността за нейното здраве и това на плода - рисковете свързани с употребата на чужди инструменти за инжектиране; опити за рязко спиране на употребата на наркотици; рисков секс; рискове произтичащи от евентуална инфектираност с хепатит сифилис или ХИВ; отказ от проследяване на бременността при специалист и т.н.
- Осигуряване на услуги за психо-социална подкрепа на жените употребяващи наркотици по време на бременността и майчинството за справяне с негативните емоционални преживявания през този критичен период.
- Осигуряване на правна защита на жените употребяващи наркотици относно неравноправно третиране от страна на медицински специалисти при получаването на медицински услуги и по време престоят им в болница по време на бременността и майчинството.
- Повишаване нивото на познанията на общопрактикуващите лекари, гинеколозите и здравните специалисти от АГ отделенията и болниците относно спецификите при работа с майки употребяващи наркотици.
- Овластяване на жените употребяващи наркотици чрез инициране на групи за подкрепа и самопомощ.



- Разработване на услуги насочени към гледане на деца на майки употребяващи наркотици – една от често препоръчаните услуги, насочени към жени употребяващи наркотици (Hedrich, 2002). Такъв тип услуги не само могат да намалят стреса свързан с новата роля, но също така да подпомогнат майката да продължи вече започнато лечение на зависимостта, да си намери работа и т.н.
- Разработване на програми за комплексни социални и медицински грижи за жени употребяващи наркотици през периода на бременността и майчинството (напр. терапевтични общности за бременни жени употребяващи наркотици и такива с деца)

### **ИЗПОЛЗВАНА ЛИТЕРАТУРА:**

1. Алфа Рисърч (2005). Обществени нагласи към зависимостта от наркотици и терапевтичните общности. Online: <http://www.fdbfoundation.org/>, accessed on: 12.07.2008.
2. Андреева, Л. (1998). *Социално познание и междуличностно взаимодействие*. София.
3. Бакалска, Йорданка (2008). Наркозависимите момичета раждат на ранна възраст, смята специалист. Агенция “Фокус”. Публикувано на 12.02.2008 в 11:20.
4. Банчева, Светослава (2008). Аборт на 16 г. - криминален или легален. Как става? Online: <http://e-vestnik.bg/4039>, accessed on: 05.09.2008.
5. Комисия за защита от дискриминация (2006) Годишен отчет за дейността. Online: <http://www.kzd-nondiscrimination.com>, accessed on 28.06.2008.
6. Министерство на здравеопазването (2008). Годишен доклад на министъра на здравеопазването. Здравото първостепенна инвестиция в бъдещето на нацията. Online: [http://www.mh.government.bg/3\\_ministry/13\\_report/](http://www.mh.government.bg/3_ministry/13_report/), accessed on 24.08.2008.
7. Министерство на труда и социалната политика (2005) - Съвместен меморандум по социално включване. Online: [http://www.mlsp.government.bg/bg/docs/JIM\\_BG\\_21\\_10.doc](http://www.mlsp.government.bg/bg/docs/JIM_BG_21_10.doc), accessed on: 21.09.2008
8. Национален фокусен център за наркотици и наркомании (2007) Факти и тенденции по проблемите на наркотиците и наркоманиите в България.2007 г. Online: <http://www.nfp-drugs.bg/bg/>, accessed on: 22.07.2008.
9. Национален фокусен център по наркотици и наркомании (2006) Годишен доклад по проблемите свързани с наркотиците и наркоманиите в България. София.
10. НЗОК (2006) - Брошура по програма “Майчино здравеопазване”. Online: <http://www.nhif.bg/downloads/maichino.pdf>, accessed on: 21.09.2008.
11. Acheson, D. (1998). Independent Inquiry into Inequalities in Health: Report. Stationery Office Books.

12. Babakian, G. (2005). Positively Abandoned. Stigma and discrimination against HIV-Positive Mothers and their Children in Russia. *Human Rights Watch*: vol. 17, issue 4(D).
13. EUMC (2003). *Breaking the Barriers – Romani Women and Access to Public Health Care*. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities.
14. Goldberg, M.E. (1995). Substance-abusing women: False stereotypes and real needs. *Social Work*, 40 (6), 790-798.
15. Hedrich, Dagmar (2002) - *Problem Drug Use by Women. Focus on Community-based Interventions*.
16. Independent Commission on AIDS in Asia (2008). *Redefining AIDS in Asia. Crafting an Effective Response*. Open University Press.
17. Mahendra V.S., Gilborn, L., Bharat, S., Mudoi, R., Gupta, I., George, B., Samson, L., Daly C., & Pulerwitz J. (2007). Understanding and measuring AIDS-related stigma in health care settings: A developing country perspective. *Journal of Social Aspects of HIV/AIDS*, 4 (2), 616-625.
18. Malinowska-Sempruch, K., J. Hoover & A. Alexandrova (2003). *Unintended Consequences: Drug Policies Fuel the HIV Epidemic in Russia and Ukraine*. For consideration by the UN Commission on Narcotic Drugs and national governments.
19. National Committee for Prevention of AIDS and STIs at the Council of Ministers (2006) *UNGASS Country Progress report*.
20. National Committee for Prevention of AIDS and STIs at the Council of Ministers (2008) *UNGASS Country Progress report*.
21. Parrott, L. (2001) *Social Work And Social Care*. London: Routledge.
22. Pinkham, S. & K. Malinowska-Sempruch (2007). *Women, Harm Reduction, and HIV*. New York: International Harm Reduction Development Program of the Open Society Institute.
23. Rosenbaum, M. (1997). *Women: Research and Policy*. Online: <http://www.drugpolicy.org/library/>, accessed on: 21.07.08.
24. Rusev, A. (2008) *Treatment of Drug Dependencies in Bulgaria. Survey on the Treatment Demand and Barriers to Access among Problem Drug Users in Bulgaria*. In:

- Making Voices Heard. Access to Health and Social Services For Substance Users. Amsterdam: CORRELATION Network.
25. Sen, A. (2000) Social Exclusion. Concept, Application and Scrutinity. Online: [http://www.adb.org/Documents/Books/Social\\_Exclusion/](http://www.adb.org/Documents/Books/Social_Exclusion/), accessed on: 22.07.2008.
  26. Silversides, A & Collier, R. (2008). Mental health prejudices. *Canadian Medical Association Journal*, 179 (6), 522-522.
  27. Skinner, N., Feather, N. T., Freeman, T., & Roche, A. (2007). Stigma and Discrimination in Health-Care Provision to Drug Users: The Role of Values, Affect, and Deservingness Judgments. *Journal of Applied Social Psychology*, 37 (1), 163-186.
  28. UNODC (2004) Substance Abuse Treatment and Care for Women: Case Studies and Lessons Learned.
  29. Watson, A. & P. Corrigan (2001) The Impact of Stigma on Service Access and Participation. On-line: <http://www.bhrm.org/>, accessed on: 21.07.08
  30. WHO (2001) WHO's Contribution to the World Conference Against Racism, Racial Discrimination, Xenophobia and Related Intolerance: Health and freedom from discrimination.
  31. WHO (2008) International Classification of Diseases. Tenth Revision. Chapter V. Online: <http://www.who.int/classifications/apps/icd/icd10online/>, accessed on 29.06.2008.