

Tim Rhodes, Gerry V. Stimson, Nick Crofts, Andrew Ball,
Karl Dehne, Lev Khodakevich

INJICIRANJE DROG, HITRO ŠIRJENJE VIRUSA HIV IN »RIZIČNO OKOLJE«

DEJAVNIKI, KI IMPLICIRAJO HITRO OCENO IN ODZIV

UVOD

V zadnjih dveh desetletjih javno-zdravstveni diskurzi vedno bolj poudarjajo vpliv okolja. Priporočila Svetovne zdravstvene organizacije že od sredine osemdesetih podpirajo »novo javno-zdravstveno gibanje«, ki precudarja zmanjševanje tveganj na podlagi medsektorskih in večnivojskih aktivnosti, s spodbujanjem individualnih, skupnostnih, političnih in okoljskih sprememb. Svetovna zdravstvena organizacija v zadnjem času tudi poudarja, da je prihodnost javnega zdravja odvisna od razvoja medsektorskega partnerstva, s katerim naj bi zagotovili okolja, ki so naklonjena zdravju in pospeševanju pomena zdravja. Vedno večji poudarek na okolju kot dimenziji, ki pomembno vpliva na zdravje, je spodbudil tudi pobude za premike znotraj epidemiologije (Yen, Syme 1999; Susser, Susser 1996; Krieger, Zierler 1996; Pearce 1996). Upoštevanje okolja je pomembno predvsem za razumevanje tako imenovanih »bolezni, povezanih z vedenjem« (*behavioural disease*), zlasti ko gre za širjenje bolezni in določanje njenih determinant. Širjenje infekcij z virusom HIV pri tem ni nobena izjema. Značilnost širjenja virusa HIV je, da ne napreduje po enotnem načinu ali naključnem vzorcu, ampak je podvržena relativnosti tveganj in variacijam vedenj populacij v različnih družbenih, kulturnih, ekonomskih, pravnih, policijskih in političnih okoljih (Rhodes 1996; Stimson 1996; Friedman, O'Reilly 1997; Gillies, Tolley, Wolstenholme 1996; Tawil, Verster, O'Reilly 1995).

Pomemben temelj ocenjevanja »tvegane-
ga okolja« so sodobne raziskave, ki upošte-

vajo pluralizem metod. Dokazano je, da na zavedanje in percepcijo tveganja vplivajo družbeni kontekst in materialni pogoji, v katerem se tveganje pojavi. Ključni mikro in makro dejavniki mediiranja tvegane vedenja pri uživalcih drog so: fizični in družbeni okvir injiciranja (Latkin, Mandell, Vlahov 1994; Ouellet, Jimenez, Johnson 1991), prijateljski in socialni odnosi in mreže (Friedman *et al.* 1997), vrstniške skupine in kulturne »norme« (Friedman, O'Reilly 1997; Zule 1992), pa tudi širše družbeno, ekonomsko in politično okolje (Tawil, Verster, O'Reilly 1995; Grund *et al.* 1992; Lurie, Hintzen, Lowe 1995). Izmenjava igel in brizg, na primer, ni le posledica tveganja posameznika, ki se odloči za uživanje, in neposredne situacije, v kateri se zgodi uživanje drog (Latkin, Mandell, Vlahov 1994), ampak je kontekstualno določeno tudi s politiko do drog, predpisi in uveljavljanjem zakonodaje (Drucker 1995; Lurie, Drucker 1997; Hurley *et al.* 1997; Koester 1994), razpoložljivostjo pripomočkov za injiciranje (Drucker 1995; Lurie, Drucker 1997; Hurley *et al.* 1997; Lurie, Drucker 1997; Hurley *et al.* 1997; Drucker *et al.* 1998), spolno, etnično in zdravstveno neenakostjo (Bernard 1993; Friedman *et al.* 1998), politično in družbeno ekonomijo (Gillies, Tolley, Wolstenholme 1996; Lurie, Hintzen, Lowe 1995; Friedman 1998; Singer 1998) in, kar je morda najpomembnejše, politiko javnega zdravja (Brudtland 1999; Stimson 1996; Grund *et al.* 1992; Drucker 1995; Lurie, Drucker 1997; Hurley *et al.* 1997; Strathdee 1998).

Bistvena sestavina ocenjevalnih prijemov, ki naj razvijejo učinkovite javno-

zdravstvene in preventivne odgovore, je razumevanje okolja, v katerem se tvegano vedenje in odnosi pojavijo. Vpliv »rizičnega okolja« je še vedno premalo raziskan, čeprav nastopa pri razvoju prevencije okužbe z virusom HIV kot kritični dejavnik. »Novo« javno-zdravstveno gibanje razumevanju zdravja kot interakcije med populacijami in njihovim družbenim in materialnim okoljem prinaša tudi nove izzive. Preventivna dejavnost na področju okužbe z virusom HIV pa je še vedno usmerjena zlasti na »individualno« in navadno spregleda vplive okolja na širjenje okužbe z virusom HIV, s tem pa spregleda tudi potencialne za spremembe v družbi in okolju (Rhodes 1997; Friedman, O'Reilly 1997; Tawil, Verster, O'Railly 1995; O'Railly, Piot 1997). To še posebej velja pri razvoju intervencij, ki so namenjene intravenoznim uživalcem drog, saj na tem področju obstaja precejšen politični odpor do uvajanja javno-zdravstvenih meril in sprememb na strukturnem nivoju, čeprav je znano, da bi lahko bile te intervencije učinkovite pri zaježitvi epidemij z virusom HIV v svetovnem merilu (Lurie, Hintzen, Lowe 1995; Drucker 1995; Strathdee *et al.* 1998).

Dokaze o vplivu okolja na hitro širjenje okužbe z virusom HIV med intravenoznimi uživalci drog in njihove implikacije za očno in odgovor smo raziskovali na primerih dveh regij, kjer je injiciranje drog najpogostejši način prenosa okužbe virusa HIV. Naša primera črpata s področij v južni in jugovzhodni Aziji in v državah bivše Sovjetske zveze. Pregledali pa smo tudi mednarodne podatke, ki osvetljujejo »hitrost odzivov« in »prijeme javnega zdravstva« kot neizogibne dejavnike učinkovite preventive širjenja virusa HIV med intravenoznimi uživalci drog.

DVE DESETLETJI EPIDEMIJE VIRUSA HIV MED INTRAVENOZNIMI UŽIVALCI DROG

Danes o intravenoznem uživanju drog poročajo iz 129 držav, od tega v 103 državah poročajo tudi okužbi z virusom HIV, ki je povezana z intravenoznim načinom uživanja drog. Gre za resen porast števila od leta

1996, ko je o navzočnosti virusa HIV med intravenoznimi uživalci poročalo 83 držav (Des Jarlais *et al.* 1996). Pred tem, leta 1993, je bil virus HIV med intravenoznimi uživalci zaznan v 53 državah (Stimson 1993). Uživanje drog z injiciranjem je najpogostejši način prenosa virusa HIV med uživalci drog v delih južne Evrope, v Združenih državah Amerike, severni Afriki, na Bližnjem Vzhodu, v Aziji in državah bivše Sovjetske zveze (Ball *et al.* 1998; Des Jarlais *et al.* 1996; Stimson 1993; Stimson 1997; Stimson 1998; Crofts *et al.* 1998; Hammers *et al.* 1997; Rhodes *et al.* 1999; Dehne *et al.* 1999), navzočnost virusa HIV med populacijo intravenoznih uživalcev drog pa občutno narašča tudi v Južni Ameriki (Strathdee *et al.* 1998). Virus HIV se je med intravenoznimi uživalci drog hitro razširil v precejšnjem številu držav in narašča že vsaj 15 let od prvega zabeleženega primera v New Yorku (Des Jarlais *et al.* 1994) in deset let, odkar se je virus prvič pojavil v jugovzhodni Aziji (Stimson 1997; Stimson 1994; Crofts *et al.* 1998). Po letih nizke in stabilne prevalece virusa HIV v Vancouveru v Kanadi zadnji podatki kažejo povečanje prevalece virusa HIV za 25% (Strathdee *et al.* 1997). V razmaku skoraj desetih let so tako hitremu širjenju virusa HIV med intravenoznimi uživalci drog priča na dveh področjih, v jugovzhodni Aziji, kjer se je epidemija pojavila že leta 1986, in v državah bivše Sovjetske zveze, kjer zaznavajo epidemične razsežnosti okužbe od leta 1995.

JUŽNA IN JUGOVZHODNA AZIJA (1986-1998)

Študije, ki so nastale na področjih jugovzhodne Azije, kažejo, da se je prevalenca virusa HIV med intravenoznimi uživalci drog v letu ali dveh od prve identifikacije virusa povečala na 40% (Des Jarlais *et al.* 1993; Stimson 1993; Stimson 1997; Stimson 1994; Crofts *et al.* 1998). To se je zgodilo v Bangkoku (1987-1988) in Chiang Raiu (1988-1989) na Tajskem, v provinci Junan v jugozahodni Kitajski (1989), v Burmi (1989) in v Manipurju v severovzhodni Indiji (1989-1990) (Stimson 1997; Crofts *et al.* 1998; Weniger *et al.* 1991; Sarkar *et al.*

1994; Htoon *et al.* 1994). V zadnjem času se je širjenje virusa HIV med intravenoznimi uživalci povečalo tudi v Maleziji (Crofts *et al.* 1998; Ismail 1998) in Vietnamu (Lindan *et al.* 1997).

V številnih naštetih državah je prevalenca virusa HIV med intravenoznimi uživalci drog dosegla alarmantno stopnjo. Tako je bila v letih med 1992-1993 prevalenca HIV v Burmi v predelih Mytkyna 95%, v predelu Mandalay 86% in v Yangonu 86%, v provinci Junan na Kitajskem v kraju Ruili 86% in v kraju Longchuan 66%, v Manipurju v Indiji 67% in v Saigonu leta 1995 42% (Stimson 1997; Stimson 1994; Crofts *et al.* 1998; Weniger *et al.* 1991; Sarkar *et al.* 1994; Htoon *et al.* 1994; Ismail 1998; Lindan *et al.* 1997; Zheng *et al.* 1994; Wu *et al.* 1996). V številnih predelih, kjer se je okužba z virusom HIV med uživalci drog hitro razširila, se visoka prevalenca ne zmanjša. Ocene v letu 1997 nakazujejo stopnjo prevalence med 50 in 76% v Ruiliju, med 44 in 55% v Longchuanu (Junan), 37% v Saigonu in 33% v Bangkoku (Crofts *et al.* 1998; Lindan *et al.* 1997; Zheng *et al.* 1998; Celentano *et al.* 1998; Des Jarlais *et al.* 1998). Na Kitajskem ocenjujejo, da je najmanj 50% primerov okužb z virusom HIV povezanih z intravenoznim uživanjem drog, medtem ko naj bi bilo v Maleziji, Burmi in Vietnamu takih kar 70% primerov (Crofts *et al.* 1998; Ismail 1998; Lindan *et al.* 1997).

Grožnja rapidnega pojavljanja epidemij okužb z virusom HIV v državah jugovzhodne Azije je stalna. V Katmanduju (Nepal) so kontinuirano nizko prevalenco (pod 2%) v obdobju nekaj let povezovali z zgodnjo prevencijo v zvezi s prenosom okužbe z virusom HIV (Peak *et al.* 1995), zdaj pa podatki raziskave iz leta 1998, ki je zajela vzorec 165 intravenoznih uživalcev drog, kažejo povečanje prevalence na 50% (Gurubacharya *et al.* 1998). Ta porast lahko razlagamo s prepletanjem zunanjih dejavnikov tveganja, povezanih z okoljem, ki so trčili ob že obstoječo preventivno dejavnost. Med dejavnike tveganja, ki so vplivali na hitro širjenje okužb v jugovzhodni Aziji, štejemo razširjanje novih vzorcev uživanja drog, zlasti preskok s kajenja opiatov na injiciranje drog, na kar je vplivala tako večja

ponudba in dostopnost heroína, ki je primeren za injiciranje, kakor tudi večja popularnost injiciranja buprenorphina. S širjenjem injiciranja kot načina uživanja drog se je povečevala souporaba pribora za injiciranje. Pomemben zunanji dejavnik tveganja pa so tudi naraščajoče migracija prebivalstva (Gurubacharya *et al.* 1998). V nadaljevanju teksta bo razvidno, da taki »pogoji v okolju«, ki pospešujejo širjenje epidemij, obstajajo v številnih državah južne in jugovzhodne Azije.

NOVE NEODVISNE DRŽAVE V VZHODNI EVROPI (1995-1998)

Desetletje po tem, ko se je okužba z virusom HIV pojavila v Zahodni Evropi, se od leta 1995 pojavljajo nove epidemije med populacijo uživalcev drog v Vzhodni Evropi, vključno z Ukrajino, Rusijo, Belorusijo, Moldavijo in Kazakstanom v srednji Aziji. V Ukrajini se je okuženost z virusom HIV povzpela s 47 primerov med leti 1992 in 1994 na skoraj 1.500 primerov v letu 1995, na 12.228 primerov v letu 1996 in na kar 15.443 primerov v letu 1997, čemur se pridružujejo zadnje ocene, da je kar 80% novih infekcij povezanih z intravenoznim uživanjem drog (Shchecrbinskaya *et al.* 1998). V mestih Odesa in Nikolajev je bilo hitro širjenje okužbe najbolj akutno. V Odesi je prevalenca okužbe z virusom HIV med intravenoznimi uživalci drog narasla z 1,4% v januarju 1995 na 13% v avgustu istega leta in na 31% v januarju leta 1996. V Nikolajevu pa se je prevalenca dvignila z 0,3% v letu 1994 na 17% v začetku leta 1995, do januarja 1996 pa se je povzpela kar na 57% (Kobyshcha *et al.* 1996; Khodakevich *et al.* 1996). Novi izbruhi epidemij pa se še kar pojavljajo. V Poltavi, kjer so leta 1996 vedeli za 3 primere okužbe z virusom HIV med uživalci drog, je leta 1998 zabeležena 30% prevalenca okužbe (Khodakevich 1999). Podatki kažejo kontinuirano širjenje okužbe z virusom HIV med intravenoznimi uživalci na podeželju (področja Odeše, Poltova in Čerkazi), v Donecku na vzhodu in Dnepropetrovsku, Zaprožju in Kijevu v osrednji Ukrajini.

V Rusiji pred letom 1994 ni zabeleženih primerov okužb z virusom HIV med intravenoznimi uživalci drog. Leta 1994 sta odkrita dva primera, pet primerov leta 1995, 1.018 primerov leta 1996 in 2.220 primerov leta 1997 (Pokrovsky *et al.* 1998; Savtchenko *et al.* 1998). Uradne ocene za leto 1996 govorijo, da je kar 66% novih primerov okužb z virusom HIV povezanih z intravenoznim uživanjem drog, isti uradni vir za leto 1997 navaja 51% takih primerov, medtem ko nekatere druge študije ocenjujejo, da se številka giblje med 74 in 90% (Harstock, Kozlov 1998). Področja, kjer se okužba z virusom HIV hitro širi, so: Kaliningrad od januarja leta 1996, Krasnodar, Nočni Novgorod, Tumen, Rostov, Tver in Tula pa so mesta, kjer so zaznali hitro širjenje virusa v letu 1997 (Pokrovsky *et al.* 1998; Burrows *et al.* 1998; Leinikki 1997). V Rusiji poročajo o primerih okužb z virusom HIV med populacijo uživalcev drog s 56 področij izmed skupno 59, kjer so zaznali okužbe z virusom HIV, lokalni viri pa nakazujejo izbruh hitrega širjenja virusa v letu 1998 tudi na področjih Belgoroda in Sverdlovska.

Leto po tem, ko so o hitrem širjenju virusa HIV poročali iz Ukrajine, so podobna poročila prišla iz Belorusije. Na jugu Belorusije, v mestu Svetlogorsk, je bila maja 1996 prevalenca HIV med intravenoznimi uživalci drog ocenjena na 18%, že v juliju pa so se ocene prevalence povzpеле na 50% (Khodakevich *et al.* 1997). Leta 1997 izvedene laboratorijske analize ostankov krvi v brizgah uživalcev drog so pripeljale do ocene, da je v Belorusiji 67% uživalcev drog HIV pozitivnih (Bezruchenko-Novachuk, Romantsov 1998). Leta 1995 so beležili le 7% novih primerov okužb z virusom HIV med intravenoznimi uživalci drog, do konca leta 1997 pa je bilo novih okužb med uživalci že 87% (Bezruchenko-Novachuk, Romantsov 1998). V Moldovi so se poročila o okužbi gibala od povprečno treh primerov na leto v obdobju 1992-1994 na sedem primerov leta 1995 in 55 primerov leta 1996; od teh je bilo 38 (69%) primerov med intravenoznimi uživalci drog (Khodakevich *et al.* 1997). Do konca leta 1997 so bili v 77% primerov od vseh okuženih z virusom HIV okuženi intravenozni uživalci drog. V

Kazakstanu so junija 1996 poročali o 69 primerih okužb z virusom HIV; od takrat se je testiranje v zvezi z virusom HIV povečalo in junija 1998 so odkrili 667 primerov okužb, od tega je bilo 83% okužb med intravenoznimi uživalci drog (s. Kumar, neobjavljen tekst).

RISANJE ZEMLJEVIDA RIZIČNIH OKOLIJ

Ko govorimo o epidemijah virusa HIV, ki se dogajajo na geografskih področjih Vzhodne Evrope in jugovzhodne Azije, se zastavlja vprašanje, kaj tako hitro pospešuje širjenje okužbe z virusom HIV. Možen odgovor je gotovo pretirano zanašanje na epidemiologijo »individualnih dejavnikov tveganj«, med katere prištevamo znanje, vedenja in osebna stališča posameznikov ter zanemarjanje in nezadostno ocenjevanje tveganj, ki izvirajo iz okolja. Trenutno znanje o družbenih in materialnih dejavnikih, ki lahko pospešijo hitro širjenje okužb z virusom HIV, je še vedno skopo. S povzemanjem podatkov, ki govorijo o širjenju okužbe z virusom HIV v jugovzhodni Aziji in v državah bivše Sovjetske zveze, pridemo do sklepa, da je treba pri ocenjevanju tveganj upoštevati tudi dejavnike makro okolja, imeti v mislih, do katerih razsežnosti lahko identificiramo pogoje, ki jih narekuje okolje, ko gre za pojav in razvoj epidemij, in ugotoviti, kako nam lahko to znanje pomaga pri napovedih epidemij in njihovem preprečevanju.

ŠIRJENJE INTRAVENOZNEGA UŽIVANJA DROG

Osnovni pogoj, ki omogoča širjenje okužbe z virusom HIV med intravenoznimi uživalci drog, je seveda obstoj populacije uživalcev, ki droge uživa intravenozno. Tako v jugovzhodni Aziji kot v državah bivše Sovjetske zveze se soočajo s hitrim širjenjem intravenoznega uživanja drog. V provinci Junan je število registriranih odvisnikov (vedoč, da je številka podcenjena) dramatično poraslo v obdobju od sredine do konca osemdesetih, kar se je delno prekrilo tudi z izbruhom okužb z virusom HIV. O razmahu

intravenoznega uživanja govori podatek, da si je 75% populacije intravenoznih uživalcev drog začelo injicirati po letu 1988 (Yu *et al.* 1996). Na Kitajskem je injiciranje drog rapidno narastlo. Študije kažejo, da je pred letom 1987 redno injiciralo droge le 2% uživalcev, že od leta 1992 pa statistični pregledi prikazujejo 33% rednega intravenoznega uživanja in podatki za leto 1995 se gibljejo v razponu od 47 do 79% uživalcev, ki si drogo redno injicira. Podobna poročila dobimo tudi na drugih področjih. V novih neodvisnih državah Vzhodne Evrope, vključno z Belorusijo, Moldavijo, Rusijo in Ukrajino, od leta 1990 naprej opazajo skokovit porast intravenoznega uživanja drog (Dehne 1999). Nekatere ocene nakazujejo 700.000 intravenoznih uživalcev v Rusiji, kar je dvajsetkrat več kot leta 1990, medtem ko nekateri na podlagi porasta števila uživalcev drog, ki so bili vključeni v zdravljenje leta 1994 (91.000 pacientov), na 350.000 pacientov leta 1997 omenjajo celo število dva milijona intravenoznih uživalcev drog v Rusiji (Dehne 1999). Z naraščanjem števila intravenoznih uživalcev drog se niža starostna meja začetnikov intravenoznega uživanja in naraščajo zdravstveni problemi mladih intravenoznih uživalcev drog, ki se pojavijo že kmalu na začetku kariere intravenoznega uživanja (Ball *et al.* 1998; Dehne *et al.* 1999).

Pojavnost injiciranja drog je verjetno večja v okoljih, kjer se proizvajajo droge, ki se jih lahko vbrizgava. V precejšnjem številu držav južne in jugovzhodne Azije se je z naraščajočo proizvodnjo in dostopnostjo tistih vrst opiatov, ki so primerni za vbrizgavanje, zmanjševala proizvodnja opiatov, primernejših za kajenje, s čemer se je pospešil prehod s kajenja opija in heroina na injiciranje. Na ta prehod je vplivala tudi vpejljava restriktivnejših zakonov in prepovedi, ki zadevajo proizvodnjo in preskrbo trga z drogami (Stimson 1997; Crofts *et al.* 1998; Poshyachinda 1993; Gray 1995; Seccombe 1995), ter sprememba tehnologij v proizvodnji in uporabi drog (Sarkar *et al.* 1994). V Indiji se je prehod s kajenja heroina na injiciranje farmacevtskega buprenorphina pojavil v kontekstu zmanjšane preskrbljenosti tržišča s heroinom, kar je posledica

uveljavljanja represivne zakonodaje, hkrati s tem pa se je kot sredstvo za zdravljenje abstinenčnih kriz pri zdravljenju odvisnih od kajenja heroina povečala razpoložljivost in dostopnost buprenorphina, primerne za injiciranje (Sarkar *et al.* 1994).

Med dejavnike, ki vplivajo na razvoj novih vzorcev uživanja drog in spodbujajo prehod k proizvodnji heroina, primerne za vbrizgavanje, lahko prištevamo tudi protiopiatne zakone, ki prispevajo k podražitvi drog, zmanjšanju čistosti opija in heroina, ki je na trgu, ter premiku trgovine in prometa na nova področja. Pridelovanje in nakup heroina za vbrizgavanje je razmeroma poceni, na črnem trgu pa je lažji tudi promet z njim (Stimson 1997; Crofts *et al.* 1998; Poshyachinda 1993). Primer in rezultat represivne obravnave problema drog je situacija v jugovzhodni Aziji, kjer so se lokalne rafinerije heroina razmahnile po akcijah proti proizvajalcem drog v Mediteranu. Pomemben dejavnik pri spodbujanju proizvodnje heroina v jugovzhodni Aziji je bilo tudi povpraševanje ameriških vojakov v Vietnamu po heroinu (Stimson 1997). Proizvodnja in promet z opiatu sta bila na tem področju v rokah protikomunističnih uporniških skupin, ki so jih podpirale ZDA, pri proizvodnji in trgovini pa so sodelovale tudi posamezne družinske skupnosti. Najmočnejši vpliv na proizvodnjo heroina, hkrati s tem pa tudi na privzemanje kajenja in injiciranja heroina med lokalnim prebivalstvom, je imela v Burmi, na Tajskem in v južni Kitajski nova proizvodnja drog in nove tihotapske poti, po katerih se je trgovalo tudi z orožjem, pozneje pa še z dragimi kamni in belim blagom (Stimson 1997; Crofts *et al.* 1998; Poshyachinda 1993; Gray 1995; Seccombe 1995; Wetermeyer 1996; Stimson 1997; Crofts *et al.* 1998; Poshyachinda 1993). Povečanje uporabe heroina v Junanu neposredno povezujemo z represivnimi ukrepi, ki so se izvajali proti proizvajalcem in trgovcem s heroinom v Burmi, zaradi česar so se transportne poti s področij v Burmi preselile v provinco Junan, od koder je vodila pot naprej v Hong Kong (Stimson 1993). V zadnjem času smo pričali povečanju uporabe amfetaminov na Tajskem in drugod v jugovzhodni Aziji. Ta pojav je posledica

»globalizacije« trga z drogo in restriktivnih ukrepov, uperjenih proti proizvodnji in preskrbi s heroinom, kar vse vpliva na rast domače proizvodnje amfetaminov (Gray 1995).

Na pojav in uveljavljanje novih vzorcev uživanja drog vpliva prepletanje makrodružbenih, ekonomskih in političnih sprememb. Tako se zdi, da ni naključje, da se je v državah Vzhodne Evrope uživanje drog, vključno z injiciranjem, tako hitro razširilo prav po letu 1990, ko so se te države soočile z velikimi družbenimi premiki in spremembami. Prehod k zasebni ekonomiji se je zgodil ravno v trenutku, ko se je dramatično zmanjšala domača proizvodnja, kar je sprožilo val brezposelnosti, naraščanje razlik v dohodkih in povečevanje revščine, temu pa se je pridružila še ekspanzija neformalne in kriminalne ekonomije (Barnett *et al.* 1997; Gaspard 1993; Walberg *et al.* 1998). Proizvodnja in promet z drogami, posebno proizvodnja doma pridelanih opiatov, je po letu 1991 zacvetela v Rusiji in Ukrajini (Rhodes *et al.* 1999; Pokrovsky *et al.* 1998). O vplivu družbenih razmer na zdravje prebivalstva govorijo različni pokazatelji: vzporedno naraščanje uživanja alkohola in smrtnosti (Walberg *et al.* 1998), kolera, tuberkuloza in davica (Hardy *et al.* 1996; Ingham 1995), množično naraščanje prevalence okužbe s sifilisom (Renton, Borisenko 1998), znižanje življenjske dobe prebivalstva (Walberg *et al.* 1998) in poslabšanje zdravstvenih in socialnih storitev (Barr, Field 1996).

TRGOVINA, PROMET IN MIGRACIJE PREBIVALSTVA

Razvoj na področju trgovine, transporta in komunikacijskih mrež pospešuje širjenje intravenoznega uživanja drog in s tem povezan prenos okužbe z virusom HIV (Stimson 1993; Stimson 1997; Stimson 1994; Crofts *et al.* 1998). V Manipurju sta geografska razporeditev intravenoznega uživanja drog in okuženost z virusom HIV povezani z glavnimi trgovskimi potmi skozi državo (Sarkar *et al.* 1994). Neposredna geografska bližina in ekonomska povezanost in »sproščenost« ekonomskih politik Kitajske, Burme, Tajske

in Vietnama povzroča številne migracije prebivalstva, tako prek mej teh držav kot znotraj njih. V migracije prebivalstva na tem področju so še zlasti vključene tradicionalno »mobilne« populacije (Crofts *et al.* 1998; Lindan *et al.* 1997; Yu *et al.* 1996). Zvečanje migracije pogosto sproži novo širjenje intravenoznega uživanja drog in s tem povezano okužbo z virusom HIV. Zlasti na začetku so pri tem najbolj udeleženi ekonomski migranti, tranzitni potniki in etnične manjšine, ki sodelujejo pri trgovini, proizvodnji in uživanju drog (Crofts *et al.* 1998). Tak je primer rudarskih delavcev v Burmi, tajskih ribičev in voznikov tovornjakov in primer hribovskih plemen, živčih v višavjih Tajske in Burme (Stimson 1997; Crofts *et al.* 1998; Stimson 1994). Rudarska področja v Burmi so tako tudi *epidemična žarišča*, kjer se mobilnost in mešanje populacij kombinira z visoko stopnjo tveganega vedenja (Stimson 1994).

Razvoj na področjih trgovine, komunikacijskih povezav in migracije prebivalstva pospešuje tudi prenos znanja o tehnikah uporabe drog (Stimson 1993; Sarkar *et al.* 1994). Zaradi migracije prebivalstva razpadajo stare in nastajajo nove socialne mreže (Gillies *et al.* 1996). Širjenje intravenoznega uživanja drog je odvisno tudi od strukture socialnih mrež in odnosov v njih, v nekaterih skupinah je lahko več priložnosti za uživanje in injiciranje kot v drugih. Zaznana je tendenca, da se intravenozno uživanje drog pogostejše pojavlja v tistih populacijah, ki imajo zaradi dobrih dohodkov, družbenega položaja ali mobilnosti več priložnosti za eksperimentiranje z injiciranjem drog (Stimson 1993). Na razmah intravenoznega uživanja drog in širjenje okužb z virusom HIV ima vpliv tudi mešanje prebivalstva, hkrati pa razpad socialnih povezav in mrež močno ovira izvajanje preventive (Gillies *et al.* 1996). Študije, opravljene v Hong Kongu, na Tajskem in v Vietnamu, so nakazale še eno epidemično žarišče. Gre za zapore in begunska taborišča, ki so spričo velikega mešanja in koncentriranja prebivalstva na enem mestu in z veliko tveganega vedenja posameznikov prostori *geografske disperzije epidemij*, kjer se epidemije lahko razvijejo, pozneje, ko ljudje zapustijo zapor ali

taborišče, pa razširijo še na druga področja (Reynolds 1995).

Ekonomski razvoj južnega Junana je spodbudil migracije med sosednjimi državami Kitajske in znotraj predelov Junana (Yu *et al.* 1996). Velikemu razvoju trgovskih poti, ki so tekle čez to področje, se je pridružilo trgovanje z drogami. Trgovina z drogo se je po letu 1950 sicer precej zmanjšala, ponovno pa je oživila v osemdesetih, ko so se v to dejavnost vključile lokalne etnične skupine (Crofts *et al.* 1998). Že desetletje se v državah (Burma, Laos), ki mejijo na provinco Junan, zaznava visoka prevalenca okuženosti z virusom HIV med intravenoznimi uživalci drog (Zheng *et al.* 1994; Wu *et al.* 1996; Yu *et al.* 1996). Provinca je tudi blizu meje s Tajsko, kjer prav tako opažajo hitro širjenje okužb z virusom HIV (Weniger *et al.* 1991). Zbrani podatki o okuženosti z virusom HIV geografsko kažejo širjenje okužbe proti vzhodu province in v notranjost Kitajske (Crofts *et al.* 1998; Yu *et al.* 1996).

Podobno situacijo lahko opazimo v Saigonu, kjer so bili sredi osemdesetih deležni hitrega razvoja trgovine in migracij prebivalstva v urbana središča. Tako je že obstoječo trgovino z opijem podprla ekonomska politika »odprtih vrat«, ki je še okrepila trgovske povezave med sosednjimi državami Zlatega trikotnika, kjer se pridela do 20% svetovne količine opija, namenjenega za pridobivanje heroína (Lindan *et al.* 1997). V Saigonu, kjer pretežno trgujejo s Tajsko, je kar 86% primerov vseh okužb z virusom HIV med intravenoznimi uživalci drog (Crofts *et al.* 1998; Yu *et al.* 1996). V severnem Vietnamu, ki meji na Kitajsko in Laos, poročajo o velikem številu intravenoznih uživalcev drog in opažajo hitro širjenje okužbe z virusom HIV po letu 1996. V mestu Long Son, na primer, je bilo leta 1996 kar 97% novih primerov okužb med populacijo intravenoznih uživalcev drog (Lindan *et al.* 1997).

Tudi v državah, ki so nastale po padcu komunizma v Vzhodni Evropi, je širjenje intravenoznega uživanja drog in širjenje okužbe z virusom HIV povezano z migracijami prebivalstva in potekom glavnih trgovskih poti. Zaenkrat uradno še niso

potrjene domneve, da so področja okoli Črnega morja, ki je priljubljena turistična točka, geografska zveza širjenja okužbe z virusom HIV med Ukrajino in Rusijo (Dehne *et al.* 1999). Mesto Krasnodar, ki ima dobre transportne povezave s pristanišči v Črnem morju, se je kot prvo mesto v Rusiji soočilo z izbruhom virusa HIV. Druga poročila ugotavljajo geografsko gibanje okužbe z virusom HIV iz Ukrajine v Rusijo. V Tumenu, srednje velikem mestu v zahodni Sibiriji, so bili vsi HIV pozitivni intravenozni uživalci drog, delavci na začasnem delu iz Ukrajine (Dehne *et al.* 1999). Molekularne študije virusnih podtipov so pokazale podobnosti pri intravenoznih uživalcih iz Kaliningrada v Rusiji, uživalcih iz Ukrajine in uživalcih iz južnejših predelov Rusije, ki so potovali v Ukrajino (Liitsola *et al.* 1998). Poleg drog, ki se jih v teh državah proizvaja doma (v nadaljevanju bo govora o tveganjih okužbe zaradi procesa proizvodnje drog), pa je širjenje virusa HIV povezano tudi s potekom oskrbovalnih poti z drogo. Tako podatki, s katerimi razpolagajo v prizadetih državah, kažejo, da se okužba z virusom HIV najhitreje širi ob poti, ki poteka iz Afganistana prek držav srednje Azije do Ukrajine in Rusije in od tam naprej v Zahodno Evropo (Burrows *et al.* 1998). Afganistan lahko tako postane »križišče« v distribuciji drog, od koder vodijo poti tako v evropske države kot v države jugovzhodne Azije.

METODE PROIZVAJANJA DROG

Na širjenje virusa HIV lahko vplivajo tudi metode proizvodnje in uporabe drog. Metode, po katerih proizvajajo droge v državah bivše Sovjetske zveze, imajo morda neposredno zvezo s prenašanjem virusa HIV. Opiati, ki si jih uživalci v teh državah najpogosteje injicirajo, so doma pridobljeni derivati maka, poznani pod imeni »čorni« (črni), »kimija« (kemija), »hanka«. Doma proizvajajo tudi amfetaminom podobne droge, ki jih izdelujejo kot tekočino za vbrizgavanje; te poznamo pod imeni »Vint« ali »beli« (Rhodes *et al.* 1999). Pripravki se lahko okužijo z virusom HIV na različnih

stopnjah procesa proizvodnje drog. Z virusom so lahko okužene posode in pripomočki za mešanje, zbiranje, precejjanje in prelivanje sestavin, ki se mešajo v raztopino, prav tako pa je lahko okužen tudi pribor za injiciranje, ki se uporablja pri testiranju raztopine, saj se z okuženim priborom zajema naravnost iz zbirne posode (Rhodes *et al.* 1999; Dehne *et al.* 1999; Pokrovsky *et al.* 1998). Poročila, ki prihajajo iz Belorusije, Kazakstana, Ukrajine in Rusije, govorijo, da se pri domači proizvodnji tekočih opiatov kot agent za čiščenje raztopine uporablja tudi človeška kri (Rhodes *et al.* 1999; Bolekham, Zmushko 1998). V tekočinah, ki se pridobivajo iz maka, je prisotnih tudi precejstrupov, povezanih z makovimi alkaloidi (Bolekham, Zmushko 1998). Ker so anhidridi, s katerimi lahko nevtraliziramo raztopino, zaradi visoke cene in ilegalne proizvodnje drog nedostopni, jih proizvajalci nadomeščajo s krvjo. Neka študija, ki so jo opravili v Rusiji, prikazuje, da je za prečiščenje enega kozarca tekočine dovolj nekaj kapljic sveže krvi (4-5 ml) in možnost, da se uživalci okužijo z virusom HIV že po eni injekciji tako pridobljene raztopine, je izredno visoka (Bolekham, Zmushko 1998).

DRUŽBENE NORME IN KULTURE UŽIVANJA DROG

Družbena sprejemljivost in »normalizacija« injiciranja drog lahko prispeva k hitrejšemu privzemanju injiciranja kot zaželene oblike uporabe drog (Stimson 1993). Razmah intravenoznega uživanja drog v državah jugovzhodne Azije je sovpadel s preoblikovanjem trgovine in transporta, v postkomunističnih državah pa je povezan s prehodom v ekonomije prostega trga. K hitremu širjenju virusa HIV in prehodu na intravenozno uživanje drog je morda prispevala tudi že obstoječa kulturna sprejemljivost uživanja opiatov. Injiciranje drog je razmeroma nov pojav na Kitajskem, v Laosu, Indiji, Burmi in Vietnamu. V Hong Kongu se je pojavilo v začetku petdesetih, na Tajskem pa v šestdesetih letih, medtem ko je kajenje opija v državah Zlatega trikotnika že dolgo kulturno sprejemljivo (Stimson 1993; Crofts *et al.* 1998; Poshychinda

1993). Podobno je z uporabo opija tudi v postkomunističnih državah, kjer uživanje opija ni nov fenomen, pa tudi pridelava opijskega maka je v nekaterih predelih Rusije, Ukrajine in srednje Azije že tradicionalna. Nedavne študije v Rusiji in Ukrajini so pokazale malo verjetnosti, da bi se na injiciranje drog gledalo kot na »neobičajno« vedenje, ki zahteva posebno obravnavo in specialistično znanje, in če upoštevamo dejstvo, da so se v Indiji namesto predpisovanja oralnega buprenorphina pri zdravljenju odvisnosti od kajenja opiatov raje odločili za predpisovanje buprenorphina za injiciranje, potem se zdi, da obstaja v družbi visoka stopnja naklonjenosti injiciranju (Vecken 1998; Rhodes, Fitch, neobjavljen tekst).

METODE DISTRIBUCIJE DROG

V državah bivše Sovjetske zveze je hitro širjenje virusa HIV povezano tudi z načini razpečevanja drog. Obstajata dva načina, kako se v procesu distribucije drog pojavlja že pripravljena raztopina in z njo veliko tveganje okužbe. V prvem primeru gre za prodajo že napolnjenih brizgalk, v drugem primeru pa za »front-loading«, kar pomeni, da uživalec napolni svojo brizgalko z raztopino iz dilerjeve ali darovalčeve brizge. Na ta način diler svojo 10 mililitrsko brizgo ali večjo posodo z raztopino uporablja kot »mero« pri prodaji raztopine (Rhodes *et al.* 1999; Dehne *et al.* 1999). Tako distribucijo drog določajo različni vzroki. Večkrat bo do tovrstne prodaje prišlo v okoljih, kjer je treba zaradi ilegalnosti uživanja drog hitro izvesti prodajo med dilerjem in stranko, obenem pa tak način omogoča enostavno merjenje količin prodajane raztopine in lažji transport. Okoliščina, ki bo spodbujala tako prodajo, je tudi proizvodnja drog, ki poteka drugje kot prodaja (T. Rhodes, C. Fitch, neobjavljeno delo).

Metode distribucije drog vplivajo na tveganje glede okužbe z virusom HIV tudi v državah jugovzhodne Azije. Kot primer tveganega uživanja drog lahko navedemo situacijo v Saigону, kjer se uživalci zadevajo v zakotnih ulicah, v t. i. »shooting galleries«.

(Op. prev.: to so zapuščene, zanemarjene zgradbe, ki nimajo nič skupnega s »*shooting rooms*«, kakršne poznajo v nekaterih zahodnoevropskih državah, kjer uživalci v urejenih prostorih na čist in varnejši način uživajo drogo. Ta dva izraza se v žargonu zmanjševanja škode pogosto uporabljata, vendar ju nepoznavalci zamenjujejo in pomenita dve popolnoma različni situaciji.) V njih delujejo »poklicni vbrižgovalci«, ki sami pripravijo raztopino, z njo napolnijo brizgo in jo vbrižgajo uživalcu. Pri tem več različnih »vbrižgovalcev« uporablja eno in isto posodo, iz katere zajemajo raztopino (Ball *et al.* 1998; Lindan *et al.* 1997). Take »*shooting galleries*« so razmeroma varen prostor za zadevanje (zlasti zaradi strahu uživalcev, da bi policija pri njih odkrila pribor za injiciranje), toda metoda, po kateri delujejo, zagotovo izniči vsakršne poskuse posamičnega uživalca, da bi zmanjšal tveganje glede okužbe.

PRAVNO IN POLITIČNO OKOLJE

Dve temeljni okoliščini, ki poslabšujeta možnost učinkovite zaustavitve epidemij okužb z virusom HIV, sta pomanjkanje organizacijske infrastrukture in virov, s pomočjo katerih bi lahko razvili hiter odgovor, in politično okolje, ki največkrat zavira razvoj intervencij v javnem zdravstvu (Brudtland 1999; Grund *et al.* 1992; Lurie *et al.* 1995; Drucker 1995; Lurie, Drucker 1997; Strathdee *et al.* 1998). Okoliščina, ki tako v azijskih državah kot državah bivše Sovjetske vpliva na visoko stopnjo izmenjave pribora, vključno s souporabo doma narejenih pripomočkov za vbrižgavanje, je tudi nedostopnost in pomanjkanje igel in brizg (Sarkar *et al.* 1994; Lindan *et al.* 1997; Wu *et al.* 1996; Stimson 1994). Še več, primanjuje celo sterilne vode in varenke, ki je v rabi kot sredstvo za razkuževanje pribora, s čimer so še dodatno oteženi napori uživalcev, da bi tveganje okužbe zmanjšali vsaj s čiščenjem pribora (Gray 1995).

Kljub temu, da v številnih državah politike javnega zdravstva prepoznavajo nujnost intervencij na področju uživanja drog, pa imata na tem področju dominantno

vlogo še vedno represivna zakonodaja (ki po navadi grozi z ostrimi kaznimi) in krčenje oskrbe in ponudbe (Drucker 1995; Crofts *et al.* 1998; Singh 1998). Kljub dvajsetletni represivni obravnavi problematike drog se globalna ekspanzija trgovine z drogami in širjenje uživanja drog z injiciranjem nadaljujeta (Drucker *et al.* 1998; Stimson 1993). Politike nadzora drog lahko še dodatno prispevajo k hitrejšemu propadu uživalcev, še zlasti, ker jih omejujejo glede možnosti intervencij javnega zdravstva (Koester 1994; Stimson 1994). Policija s formalnimi in neformalnimi osebnimi (varnostnimi) pregledi, s katerimi lahko pri uživalcih odkrije pribor, neizogibno vpliva na povečano souporabo pribora za uživanje drog in s tem pospešuje potencialno nevarnost širjenja okužb z virusom HIV (Drucker 1995; Lurie, Drucker 1997; Hurley *et al.* 1997; Koester 1994; Drucker *et al.* 1998). V kakšne razsežnosti lahko gredo strukturne ovire, ki vplivajo na preventivno dejavnost glede okužb z virusom HIV, lahko vidimo na primeru Burme. V Burmi nista z zakonom prepovedana le posedovanje in prodaja drog, ampak tudi samo uživanje; vsakršno informacijo o tem, da kdo uživa droge, pa je treba prijaviti oblastem. Taka politika do drog neposredno vpliva na izvajanje preventive in ovira opravljanje tereenskega dela. Ob represivni zakonodaji negativno vpliva na izvajanje preventive z uživalci drog tudi omejevanje dejavnosti nevladnih organizacij in prepoved dostopa do kakršnega koli pisnega gradiva v zaporih (Stimson 1994). Tudi na Kitajskem prevladuje politika omejevanja preskrbe z drogo in vsa prevencija temelji predvsem na prostovoljni ali prisilni detoksikaciji v tako imenovanih prevzgojnih ali rehabilitacijskih centrih. Tako, z zakonom naloženo zdravljenje odvisnosti je običajna praksa tudi v Burmi in Maleziji. Evalvacije (ne)uspešnosti prisilnega zdravljenja kažejo, da se odstotek tistih, ki po prisilnem zdravljenju ponovno padejo v droge, giblje med 70 in 90% (Crofts *et al.* 1998; Scorzelli 1992). Vsem tem okoliščinam lahko dodamo še podatek, da niti na Kitajskem niti v Maleziji in Burmi ni dokumentiranih primerov metadonskih programov zdravljenja zasvojenosti in tudi

nobeni podatki o obstoju programov izmenjave ali distribucije igel in brizg ne (Htoon *et al.* 1994; Ismail 1998).

V času najhujše epidemije širjenja virusa HIV države jugovzhodne Azije niso izvajale programov zmanjševanja škode, danes pa je v nekaterih državah že mogoče zaslediti nekatere oblike teh programov. V Hanoju in Sajgonu v Vietnamu in v nekaterih delih Tajske so kot odgovor na rast uživanja drog in okužb z virusom HIV razvili integrirane javnozdravstvene intervencije in mednje vključili programe izmenjave igel in brizg, ki jih financira vlada, poskusne ali že potrjene metadonske programe, vrstniško svetovanje in terensko delo (Ball *et al.* 1998; Gray 1995; Crofts *et al.* 1998). Med drugimi, dobro dokumentiranimi primeri integriranega odgovora javnega zdravstva na obstoječo problematiko lahko naštejemo Katmandu, kjer imajo programe izmenjave igel in brizg, metadonsko obravnavo in terensko delo v skupnosti (Peak *et al.* 1995; Crofts *et al.* 1998; Shrestha *et al.* 1995), Manipur, Madras, Kalkuto, kjer so razvili dobre programe vrstniškega terenskega dela, ki vključuje tudi programe izmenjave igel in brizg (Kumar *et al.* 1998; Langkham *et al.* 1997; Panda *et al.* 1998), in Delhi, kjer spodbujajo tudi organiziranje uživalcev drog, terensko delo, izmenjavo igel in brizg in zdravljenje odvisnosti z buprenorhinom (Brudtland 1999). Kljub vsem tem programom je v omenjenih državah dostopnost in distribucija pripomočkov za injiciranje še vedno zelo omejena in otežena, bistvena ovira pri tem je strah uživalcev drog pred aretacijo (Lindan *et al.* 1997).

V državah bivše Sovjetske zveze je širjenje virusa HIV spodbudilo politično podporo preventivnim programom. V zadnjem času je ruska Duma sprejela odločitev o nujnosti delovanja na področju preprečevanja okužb z virusom HIV. Ministrstva za zdravstvo, šolstvo, notranje zadeve in obrambo skupaj s službami Združenih narodov pripravljajo oceno potreb po preventivni dejavnosti glede okužb z virusom HIV; ob tem ministrstvo za zdravstvo spodbuja posamezne regionalne AIDS centre, naj se posvetijo tudi preventivnemu delu z intravenoznimi uživalci drog. V Ukrajini je bil

marca 1998 sprejet amandma k zakonu o »preventivi AIDSa in o socialni zaščiti prebivalstva«, na podlagi katerega je sedaj mogoče uvajati in izvajati metode zmanjševanja škode, vključno s programi izmenjave igel in brizg. Od leta 1996 ukrajinski Nacionalni odbor za preventivo AIDSa in zlorabe drog ob tehnični podpori služb Zdurženih narodov razvija tudi politike in strategije javnega zdravstva, katerih cilj je delo z intravenoznimi uživalci drog (Kobyschcha *et al.* 1996; Khodakevich *et al.* 1996).

V nekaterih državah bivše Sovjetske zveze so na voljo podatki o posameznih dejavnostih na področju preventive glede okužbe z virusom HIV. Programi izmenjave igel in brizg potekajo v Belorusiji, Moldaviji, Kazakstanu, Rusiji in Ukrajini (Ball *et al.* 1998; Burrows *et al.* 1998). V St. Peterburgu v okviru programa izmenjave igel in brizg, ki ga izvaja nevladna organizacija Renaissance, od leta 1997 deluje poseben avtobus, namenjen terenskemu delu z uživalci drog (Burrows *et al.* 1998). Žaživeli sta prvi intervenciji v zaporih v državah bivše Sovjetske zveze: v Moldaviji so ustanovili program izmenjave igel in brizg v zaporu, v ukrajinskih zaporih poteka poskusni program razdeljevanja kondomov, varenke in navodil o čiščenju pribora za intravenozno uživanje drog (Ball *et al.* 1998). V Moskvi deluje program terenskega dela, v katerem sodelujejo bivši uživalci drog. Na terenu razdeljujejo letake in kondome ter dajejo informacije glede testiranja v zvezi z virusom HIV in informacije o možnostih vključevanja v druge programe in službe, ki obravnavajo odvisnost (Burrows *et al.* 1998). V okviru projekta Jaroslav deluje mobilna enota izmenjave igel in brizg, razvijajo pa tudi vrstniško svetovanje, katerega namen je delovanje prek vrstniških mrež (Madray *et al.* 1998). S tem projektom so na podlagi predhodne evalvacije pokazali pozitivne rezultate izvajane intervencije, statistično so dokazali zmanjšanje souporabe pribora (Madray *et al.* 1998). Žal zelo restriktiven zakon o »narkotikah« (iz leta 1998) v Rusiji potencialno omejuje in negativno vpliva na rezultate programov izmenjave igel in brizg. Situacija je v državah bivše Sovjetske zveze, kjer so priča hitremu širjenju virusa HIV, slaba tudi

glede metadonskih programov. Medtem ko v večini srednje- in vzhodnoevropskih držav potekajo metadonski substitucijski programi zdravljenja odvisnosti, v državah bivše Sovjetske zveze ne deluje niti en tak program (Ball *et al.* 1998).

UČINKOVIT ODGOVOR

Hitro širjenje okužb z virusom HIV med intravenoznimi uživalci drog v jugovzhodni Aziji in v državah bivše Sovjetske zveze se je pojavilo v kontekstu, za katerega so bile značilne hitre družbene in ekonomske spremembe. Zdi se, da so v teh okoljih prav omenjeni procesi sprememb vplivali na hitro širjenje okužb z virusom HIV, še zlasti slabo so jo v teh razmerah odnesle marginalizirane skupine prebivalstva. »Rizično okolje« pomeni medsebojno učinkovanje različnih »eksogenih« dejavnikov, ki »od zunaj« trčijo ob kapacitete ravnanja posameznika glede zmanjšanja tveganja, v našem primeru ob posameznikove zmoglosti ravnanja glede zaščite pred okužbo z virusom HIV. Te zunanje dejavnike, med katerimi izstopajo migracije prebivalstva, trgovina, proizvodnja in promet z drogo in politika (i)legalnosti, smo že pokazali. V takih kontekstih, kjer se rizično okolje prepleta z visokim tveganim vedenjem posameznikov, kot je npr. souporaba pribora za injiciranje ali nezaščiteni spolni odnosi, se širjenje okužbe ne bo zaustavilo. Lahko rečemo, da v rizičnem okolju medirata potencialna uspešnost posameznika, da ravna s tveganji, in odgovor, ki ga je zmožna dati lokalna skupnost. To nas privede do treh med seboj povezanih zaključkov.

PREMIK PARADIGME

Prvi del odgovora je potreba po »premiku paradigme« na področju metod ocenjevanja in odziva. Preventiva v zvezi s širjenjem virusa HIV ostaja v raziskovanju vse preveč priklenjena na epidemiološki prijem ugotavljanja »dejavnikov tveganja«, v načrtovanju in izvajanju intervencij pa na »individualni« prijem. Sodobna epidemiologija je

»slabo opremljena za naslavljanje nadzora vanja epidemij« (Susser, Susser 1996), vedno bolj je očitno, da se lahko učinkovita preventiva v zvezi s HIV bolj kot na nadaljnje drobljenje raziskovalnih metod ocenjevanja in odziva in delitve med disciplinami opre le na njihovo medsebojno »povezovanje« in dopolnjevanje (Rhodes *et al.* 1999; Stimson *et al.* 1999; Rhodes, Moore 1999).

Vedno več je dokazov za nujnost »premika paradigme« v smeri javnozdravstvenih modelov ocenjevanja, ki poudarjajo kontekst okolja in politični kontekst kot dejavnika, ki pomembno osvetlujeta razumevanje spreminjanja vedenja na individualni in skupnostni ravni (Brudtland 1999; Yen, Syme 1999; Susser, Susser 1996; Krieger, Zierler 1996). Kljub povedanemu na področju preventive HIV in tudi na drugih področjih še vedno ostaja ločevanje med na eni strani *zagovorništvom* nujnosti, da je treba »rizično okolje« razumeti, in na drugi strani *aplikativnostjo* metod, katerih namen je reproduciranje dominantne »individualistične« paradigme razlaganja bolezni in odzivov nanjo (Rhodes 1997; Stimson 1996; Friedman, O'Reilly 1997; Gillies *et al.* 1996; Tawil *et al.* 1995; O'Reilly, Piot 1997).

Prav »premik paradigme« ponuja nove možnosti za raziskovanje in preventivo okužbe s HIV. Raziskovalne metode lahko vidimo kot niz dopolnjujočih se orodij. Odločitev, katere bomo pri raziskovanju dejansko uporabili, naj temelji na oceni, ki bo upoštevala praktične in znanstvene rezultate (Ball *et al.* 1998; Rhodes *et al.* 1999; Stimson *et al.* 1999). Če naj rezultat raziskovanja, ocena, pelje k učinkovitemu odzivu, potem zahteva prijem, ki bo omogočil zbliževanje med družboslovnim raziskovanjem »pomena« in »konteksta« tveganega vedenja in epidemiološkim raziskovanjem »gostitelja« in »okolja« (Agar 1995). V tem oziru gre za vedno večjo sprejemljivost uporabe kvalitativnih metod v raziskovanju, ki so v pomoč pri oblikovanju, dopolnjevanju in interpretaciji epidemioloških meritev »okolja«, kot tudi za izkazan večji interes po prijemu, ki upošteva množico metod in »hitro oceno situacije« (Rhodes *et al.* 1999; Stimson *et al.* 1999; Agar 1995; Rhodes

Moore 1999). Potencial, ki ga prinaša tak prijem, je tudi v možnosti, da je sama ocena situacije sestavni del skupnostnega razvoja, javnega delovanja in večsektorskega razvoja intervencij, kjer je analizi in spreminjanju rizičnega okolja namenjena osrednja in ne le obrobna pozornost.

JAVNOZDRAVSTVENI PRIJEM

Poleg družbenega okolja je hitrost drugi dejavnik, ki vpliva na učinkovitost odziva javnega zdravstva na določeno situacijo. Pri preventivi HIV med intravenoznimi uživalci drog je ključna zgodnja intervencija (Stimson 1996; Des Jarlais *et al.* 1995). Ko je prevalenca HIVa med intravenoznimi uživalci drog 10%, lahko v obdobju od enega do štirih let preseže 40 ali 50% (Des Jarlais *et al.* 1996). Vedeti je treba, da se epidemija HIVa med intravenoznimi uživalci širi hitreje, kot je na voljo časa za odziv in razvoj ustrezne preventive in politik (Stimson 1997). Pogosto tudi mine kar nekaj let, preden epidemija postane očitna (Des Jarlais *et al.* 1994). Ko prevalenca doseže visoko stopnjo, se lahko tam zadrži kar nekaj let (Stimson 1997; Des Jarlais *et al.* 1994; Zheng *et al.* 1998; Des Jarlais *et al.* 1998).

Intervencije, ki so jih razvili pri preprečevanju epidemije HIVa najuspešnejših državah, poudarjajo hitro preusmeritev na »uporabnikom prijazne« in »nizkopražne« službe, ki temeljijo na skupnostnem prijemu in sta jih podprla politika in javno mnenje (Brudtland 1999; Stimson 1996; Strathdee *et al.* 1998; Des Jarlais *et al.* 1995). Kot uspešne in učinkovite intervencije so se v praksi pokazale tiste, ki so razvile terensko delo (Kumar *et al.* 1998; Langkham *et al.* 1997; Panda *et al.* 1998; Coyle *et al.* 1998), delovanje prek vrstniških in socialnih mrež (Madray *et al.* 1998; Neaigus 1998), intervencije v skupnosti (Friedman, O'Reilly 1997; Crofts *et al.* 1998), legalen dostop do sterilnega pribora za injiciranje (Hurley *et al.* 1997; Strathdee *et al.* 1998; Peak *et al.* 1995; Vlahov, Junge 1998; Des Jarlais *et al.* 1996) in nizkopražno zdravljenje z nadomestnimi substancami, kamor prištevamo tudi metadon (Drucker *et al.*

1998; Shresta *et al.* 1995; Hartel, Schoenbaum 1998). Podatki kažejo, da je zgodnje vpeljevanje takih intervencij učinkovito pri spreminjanju vedenja posameznikov in v skupnosti. Tako v razvitih državah kot v državah v razvoju je preventiva na področju HIVa pokazala, da so vsi ti pogosto naštetih principi »novega« javnozdravstvenega prijema uspešni le, če se tudi dejansko izvajajo (Brudtland 1999). Na tak način so posamezne države zagotovile redke primere »novih« javnozdravstvenih praks (Stimson 1996; Strathdee *et al.* 1998).

Nasprotno je v makroekonomskem in političnem okolju uveljavljanje sprememb manj uspešno. Sorazmerna uspešnost zmanjševanja tveganega vedenja med uživalci drog na individualni in skupnostni ravni je omejena z »okoljem tveganja« (Tawil *et al.* 1995). Zaskrbljujoče je, da lahko družbeno, ekonomsko, pravno in politično okolje omejuje potencialni vpliv intervencij, ki so usmerjene na zmanjševanje tveganja, v številnih državah pa nenačlonjeno okolje ovira, preprečuje in zadržuje njihovo vpeljevanje (Gillies *et al.* 1996; Grund *et al.* 1992; Lurie *et al.* 1995; Drucker 1995; Lurie, Drucker 1997; Crofts *et al.* 1998). Tako je lahko zahteva po hitrem odzivu kot nujnosti pri zaustavljanju epidemij precejšen izziv za okolje, ki nasprotuje uveljavljanju preventivnih dejavnosti v zvezi s HIVom ali jih ovira. V razvitih državah in v državah v razvoju lahko med ključne makroekonomske dejavnike, ki omejujejo uspešnost preventive med intravenoznimi uživalci drog uvrstimo:

- hitre družbene in gospodarske spremembe in pomanjkanje sredstev v gospodarstvu,
- pomanjkanje tradicije javnega zdravstva in temu ustrezne infrastrukture,
- pomanjkanje nevladnih organizacij in infrastrukture za delovanje skupnostnih organizacij,
- geografsko lokacijo in fizični prostor,
- prevlado politik, ki poudarjajo represivne ukrepe in kontrolo drog pred javnim zdravjem,
- skupnostni, kulturni in politični odpor do metod »zmanjševanja škode« (Brudtland 1999; Gillies *et al.* 1996; Drucker 1995;

Strathdee 1998; Seccombe 1995).

Usmerjenost zlasti v represivne ukrepe in kontrolo drog lahko celo zaostri in pospeši širjenje virusa HIV med intravenoznimi uživalci drog (Drucker 1995; Crofts *et al.* 1998; Gray 1995). Čeprav so na voljo podatki, da javnozdravstveni ukrepi zahtevajo manj sredstev in so stroškovno učinkovitejši, in to ne le v ekonomskem smislu, ampak tudi v smislu človeških virov, pa v številnih državah še naprej vztrajajo pri represivnih metodah obravnavanja uživanja drog (Drucker *et al.* 1998; Bloom, Goldwin 1997).

NAPOVEDOVANJE IN PREDVIDEVANJE EPIDEMIJ

Razumevanje okolja tveganja pelje k možnostim predvidevanja in k boljši preventivi hitrega širjenja virusa HIV. Poročila iz Katmanduja, Rusije in Ukrajine nakazujejo, da nevarnost novih epidemij med intravenoznimi uživalci drog ostaja. Ocena razmer in ugotavljanje pogojev v okoljih, ki pospešujejo razmah epidemij, kažeta na potrebo, da se vzpostavi ustrezna infrastruktura za izvajanje preventive, še preden se pojavi hitro širjenje okužbe. Razmere v številnih južno- in jugovzhodnoazijskih državah so take, da obstajajo stalne možnosti za izbruh novih epidemij virusa HIV. V Laosu, na primer, ki leži na meji med Burmo, Tajsko in Vietnamom, narašča trgovanje vstric meje, številne so migracije prebivalstva. Naraščajoča trgovina s heroinom na tem področju olajšuje prehod od kajenja opija k injiciranju heroina, saj postaja heroin vse bolj dostopen. Prehod od kajenja k injiciranju heroina pa poleg vse večje ponudbe heroina pospešuje tudi »vsakdanost injiciranja«; injiciranje postaja tudi v zdravstvenih ustanovah vedno običajnejša praksa in za ljudi injekcija ni več nekaj nenavadnega.

Med aktualnimi žarišči epidemij lahko omenimo tudi Dako, Bangladeš (Bloem *et al.* 1998) in Kalkuto (Panda *et al.* 1997), kjer prehod od kajenja k injiciranju spremlja visoka stopnja souporabe igel in brizg. Nevarnost izbruha in širjenja okužbe z virusom HIV med intravenoznimi uživalci drog se kaže tudi v državah, ki imajo trgovske in

transportne povezave z Rusijo in Ukrajino, vključno z Armenijo, Azerbejdžanom, Kazakstanom, Latvijo in Litvo. Med države, kjer obstaja možnost izbruha epidemij, lahko uvrstimo balkanske države, čez katere tečejo poti tihotapljenja drog (Dehne *et al.* 1999). V državah jugovzhodne Azije je rekonstrukcija širjenja virusa HIV med intravenoznimi uživalci drog pokazala, da se posamezne epidemije pojavljajo kot sečišča »subregionalnih« epidemij (Stimson 1994). Te ugotovitve lahko vplivajo na nadaljnje napovedi epidemij in na načrtovanje političnih odzivov, ki bodo upoštevali nujno po preseganju državnih in lokalnih meja.

SKLEP

V državah jugovzhodne Azije se je preventiva uveljavila desetletje po prvi epidemiji virusa HIV. Rečemo lahko, da so izbruhi epidemij precej manj odsev sedanje metodologije javnega zdravstva, kot so posledica raznovrstnih procesov, zaradi katerih nastajajo okolja, ki s svojimi razmerami pospešujejo širjenje intravenoznega uživanja drog in virusa HIV. Učinkovita preventiva zahteva ocenjevanje mikro in makro okolij tveganja in intervencije, ki so usmerjene v spremembe v družbi in okolju. Pomembno je postavljanje takih javnih politik, ki podpirajo »javno zdravje« in pospešujejo zmanjševanje tveganj pri posameznikih in v skupnosti. Toda spremembe na ravni skupnosti, ki lahko spodbudijo posameznike, da spremenijo svoje vedenje, še ne nadomestijo nujnega spreminjanja rizičnih okolij.

Literatura

- M. Agar (1995), Recasting the 'ethno' in 'epidemiology'. *Med Anthropol*, 16: 1-13.
- Asian Harm Reduction Network (1998), *The Hidden Epidemic: A Situation Assessment of drug Use in South East and East Asia in the Context of HIV Vulnerability*. Melbourne: AHRN.
- A. Ball (1998), Policies and interventions to stem HIV-1 epidemics associated with injecting drug use. V: G. V. Stimson, D. C. Des Jarlais, A. Ball (ur.), *Drug injecting and HIV Infection*. London: UCL Press (201-232).
- A. Ball, S. Rana, K. L. Dehne (1998), HIV prevention among injecting drug users: Responses in developing and transitional countries. *Public Health Rep*, 113: 170-181.
- T. Barnett, A. Whiteside, L. Khodakevich *et al.* (1997), *The Social and Economic Impact of HIV/AIDS in Ukraine*. Kijev: British Council.
- M. Bernard (1993), Needle sharing in context: Patterns of sharing amongst men and women injectors and HIV risks. *Br J Addiction*, 88: 805-812.
- D. A. Barr, M. G. Field (1996), The current state of health in the former Soviet Union: implications for health care policy and reform. *Am j Public Health*, 86: 307-312.
- M. Berzuchenko Novachuk, V. Romantsov (1998), Sentinel surveillance conducted within the frame of the project of HIV prevention among IDUs in the town of Svetlogorsk, Gomel region, Belarus (abstract 43467). *XII International Conference on AIDS*. Ženeva, julij 1998.
- M. Bloem, S. Sarkar, A. Chatterjee *et al.* (1998), Injecting drug use in Dhaka, Bangladesh: potential for ignitable epidemic (abstract 23215). *XII International Conference on AIDS*. Ženeva, julij 1998.
- D. Bloom, P. Godwin (1997), *The Economics of HIV and AIDS: The Case of South and East Asia*. Oxford: Oxford University Press.
- V. Bolekham, E. I. Zmushko (1998), Home-made drugs as an active factor of HIV transmission in Russia (abstract 23186). *XII International Conference on AIDS*. Ženeva, julij 1998.
- G. H. Brudtland (1999), The way ahead for WHO. *Address to the 103rd Session of the WHO Executive Board*. WHO Ženeva.
- D. Burrows, T. Rhodes, F. Trautmann *et al.* (1998), HIV associated with drug injecting in Eastern Europe. *Drug Alc rev*, 17: 452-463.
- D. D. Celentano, J. Jittiwutikorn, M. Hodge, C. Beyrer, K. E. Nelson (1998), Epidemiology of HIV-1 infection in opiate users in Northern Thailand. *J Acquir Immune Defic Syndr Hum Retrovir*, 17: 73-78.
- S. L. Coyle, R. H. Normand, J. Normand (1998), Outreach-based HIV prevention for injecting drug users: A review of published outcomes data. *Public Health Rep*, 113: 19-30.
- N. Crofts, G. Reid, P. Deany (1998), Injecting drug use and HIV infection in Asia. *AIDS*, 12: S69-S78.
- N. Crofts, G. Costigan, P. Narayan *et al.* (1998), Harm reduction in Asia: A successful response to hidden epidemics. *AIDS*, 12: S109-S115.
- K. L. Dehne (1999), *The determinants of the AIDS Epidemic in Eastern Europe*. Ženeva: Monitoring the AIDS Pandemic (poročilo).
- K. L. Dehne, L. Khodakevich, F. F. Hamers, B. Schwartlander (1999), The HIV/ AIDS epidemic in eastern Europe: recent patterns and trends and their implication for policy-making. *AIDS*, 13: 741-749.

- D. C. Des Jarlais, K. Choopanya, S. Vanichsarin *et al.* (1998), The long-term course of the HIV epidemic among injecting drug users in Bangkok, Thailand (abstract 13129). *XII International Conference on AIDS*. Ženeva, Julij 1998.
- D. C. Des Jarlais, S. R. Friedman, J. L. Sotherhan *et al.* (1994), Continuity and change within an HIV epidemic: injecting drug users in New York City, 1984 through 1992. *J Am Med Assoc*, 271:121-127.
- D. C. Des Jarlais, H. Hagen, S. R. Friedman *et al.* (1995), Maintaining low HIV seroprevalence in populations of injecting drug users. *J Am Med Assoc*, 274: 1226-1231.
- D. C. Des Jarlais, M. Marmor, D. Paone *et al.* (1996), HIV incidence among injection drug users in New York City syringe-exchange programmes. *Lancet*, 348: 987-992.
- D. C. Des Jarlais, T. Perlis, S. R. Friedman *et al.* (1998), Declining seroprevalence in a very large HIV epidemic: Injecting drug users in New York City, 1991-1996. *Am J Public Health*, 88: 1801-1086.
- D. C. Des Jarlais, G. V. Stimson, H. Hagan *et al.* (1996), Emerging HIV infectious diseases and the injection of illicit psychoactive drugs. *Curr Opin Public Health*, 2: 130-137.
- E. Drucker (1995), Harm reduction: A public health strategy. *Curr Issues Public Health*, 1: 64-70.
- E. Drucker, P. Lurie, A. Wodak, P. Alcades (1998), Measuring harm reduction: The effects of needle and syringe exchange programs and methadone maintenance on the ecology of HIV. *AIDS*, 12: S217-S230.
- S. R. Friedman (1998), HIV-related politics in long-term perspective. *AIDS Care*, 10: S93- S104.
- S. R. Friedman, B. Jose, B. Stephenson *et al.* (1998), Multiple racial/ ethnic subordination and HIV among drug injectors. V: M. Singer (ur.), *The Political Economy of AIDS*. New York: Bayword (131-148).
- S. R. Friedman, A. Neaigus, B. Jose *et al.* (1997), Sociometric risk networks and HIV risk. *Am J Public Health*, 87: 1289-1296.
- S. R. Friedman, K. O'Reilly (1997), Sociocultural interventions at the community level. *Aids*, 11: S201-S208.
- V. Gaspard (1993), Labour market and employment in Russia: Beginning of changes. *NATO Economic Colloquium on Economic Developments in Cooperation Partner Countries*. Brusel, julij 1993.
- P. Gillies, K. Tolley, J. Wolstenholme (1996), Is AIDS a disease of poverty?. *AIDS care*, 8: 351-363.
- J. Gray (1995), Operating needle exchange in the hills of Thailand. *AIDS Care*, 7: 483-499.
- J. P. Grund, L. S. Stern, C. D. Kaplan, N. F. Adraans, E. Drucker (1992), Drug use context and HIV-consequence: The effect of drug policy on patterns of everyday drug use in Rotterdam and the Bronx. *Br J Addiction*, 87: 41-52.
- R. L. Gurubacharya, V.-L. Gurubacharya, J. S. Bakundole (1998), Prevalence of HIV amongst intravenous drug abusers in Khatmandu (abstract 232246). *XII International Conference on AIDS*. Ženeva, julij 1998.
- F. F. Hammers, V. Batten, A. M. Downs *et al.* (1997), The HIV epidemic associated with injecting drug use in Europe: Geographic and time trends. *AIDS*, 11: 1365-1374.
- I. R. B. Hardy, S. Ditman, R. W. Sutter (1996), Current situation and control strategies for resurgence of diphtheria in newly independent states of former Soviet Union. *Lancet*, 347: 1739-1744.
- P. Harstock, A. P. Kozlov (1998), Epidemiology of drug abuse-related HIV in Russia (abstract 23184). *XII International Conference on AIDS*. Ženeva, julij 1998.
- D. M. Hartel, E. E. Schoenbaum (1998), Methadone treatment protects against HIV infection: Two decades of experience. *Public Health Rep*, 113: 107-115.

- M. T. Htoon, H. H. Lwin, K. O. San, E. Zan, M. Thwe (1994), HIV/ AIDS in Myanmar. *AIDS*, 8: S105-109.
- S. F. Hurley, D. J. Jolley, J. M. Kaldor (1997), Effectiveness of needle-exchange programmes for prevention of HIV infection. *Lancet*, 349: 1797-1800.
- M. Ingham (1995), Cholera epidemic hits former Soviet states. *Br Med J*, 311: 528-529.
- R. Ismail (1998), HIV/AIDS in Malaysia. *AIDS*, 12: S1-S10.
- L. Khodakevich, Y. Kobyschka, A. Shcherbinskaya *et al.* (1997), Development of HIV epidemics in Belarus, Moldova and Ukraine. *Eight International Conference on the Reduction of Drug Related Harm*. Paris, marea 1997.
- Y. Kobyschka, A. Shcherbinskaya, L. Khodakevich, L. Andrushchak, Y. Kruglov (1996), HIV infection among drug users in the Ukraine: Beginning of the epidemic (abstract TUC204). *XI International Conference on AIDS*. Vancouver, julij 1996.
- S. Koester (1994), Copping, running and paraphernalia Laws: context variables and needle risk behaviour among injection drug users in Denver. *Human Org*, 53: 287-295.
- N. Kriger, S. Zierler (1996), What explains the public's health? A call for epidemiologic theory. *Epidemiology*, 7: 107-109.
- S. Kumar, S. Mudakiar, D. Daniels (1998), Community-based outreach HIV intervention for street-recruited drug users in Mandras, India. *Public Health Reports*, 113: 58-66.
- C. Latkin, W. D. Mandell, D. Vlahov *et al.* (1994), My place, your place and no place: behaviour settings as a risk factor for HIV-related injection practices of drug users in Baltimore, Maryland. *Am J Community Psychol*, 22: 415-431.
- P. Leinikki (1997), AIDS epidemic in Kaliningrad. *Lancet*, 49: 1914-1915.
- B. Langkham, P. Vanlalmuana, T. Chinkolal (1997), An approach to reducing the impact of HIV/ AIDS in Churachandpur (abstract T10 B5). *Third International Conference on The Biopsychosocial Aspects of AIDS*. Melbourne, junij 1997.
- J. Li, Z. H. Zhu, W. W. P. Wan *et al.* (1998), A review of Chinese-Myanmar cross-border drug demand reduction and HIV/ AIDS prevention project (abstract 43194). *XII International Conference on AIDS*. Ženeva, julij 1998.
- C. Lindan, T. Lieu, L. T. Giang *et al.* (1997), Rising HIV infection in Ho Chi Minh city herald emerging AIDS epidemic in Vietnam. *AIDS*, 11: S5-S13.
- K. Litsola, I. Tashinova, G. Korovina *et al.* (1998), HIV-1 genetic subtype A/B recombinant strain causing an explosive IDU epidemic in Kaliningrad (abstract 13190). *XII International Conference on AIDS*. Ženeva, julij 1998.
- L. Lupton, A. Peterson (1997), *The New Public Health*. London: Routledge.
- P. Lurie, E. Drucker (1997), An opportunity lost: HIV infections associated with lack of national needle-exchange programme in the USA. *Lancet*, 349: 604-608.
- P. Lurie, P. Hintzen, R. A. Lowe (1995), Socioeconomic obstacles to HIV prevention and treatment in developing countries: The roles of the International Monetary Fund and the World Bank. *AIDS*, 8: 539-546.
- H. Madray, B. Sergeyev, T. P. Rumiantseva *et al.* (1998), Yaroslav (Russia) harm-reduction project for drug injectors: Impact results (abstract 33404). *XII International Conference on AIDS*. Ženeva, julij 1998.
- A. Neaigus (1998), The network approach and interventions to prevent HIV among injection drug users. *Public Health Rep*, 113: 140-150.
- K. R. O'Reilly, P. Piot (1997), International perspectives on individual and community approaches

- to the prevention of sexually transmitted disease and human immunodeficiency virus infection. *J Infect Dis*, 174: S214-222.
- J. Oulet, A. Jimenez, W. Johnson (1991), Shooting galleries and HIV disease: Variations in places for injecting drugs. *Crime Delinquency*, 37: 64-85.
- S. Panda, A. Chatterjee, S. Bhattacharjee, S. Bhattacharya, D. Mahalanabis (1998), Behavioural modification through outreach among IDUs of Calcutta, India (abstract 33338). *XII International Conference on AIDS*. Ženeva, julij 1998.
- S. Panda, A. Chatterjee, S. Sarkar *et al.* (1997), Injection drug use in Calcutta: A potential focus for an explosive HIV epidemic. *Drug Alcohol Rev*, 16: 17-23.
- A. Peak, S. Rana, S. H. Maharjan, D. Jolley, D. Crofts (1995), Declining risk for HIV among injecting drug users in Kathmandu, Nepal: The impact of a harm-reduction programme. *AIDS*, 9: 1067-1070.
- N. Pearce (1996), Traditional epidemiology, modern epidemiology, and public health. *Am J Public Health*, 86: 678-683.
- V. Pokrovsky, I. Y. Savchenko, N. N. Ladnaia, A. T. Youliousov (1998), A recent epidemic of HIV-infection in Russian IVDUs (abstract 13191). *XII International Conference on AIDS*. Ženeva, julij 1998.
- V. Poshyachinda (1993), Drugs and AIDS in South-East Asia. *Forensic Sci. Int.*, 62: 15-28.
- A. M. Renton, K. K. Borisenko (1998), Epidemic syphilis in the newly independent states of former Soviet Union. *Curr Opin Infect Dis*, 11: 53-56.
- A. Reynolds (1995), *Substance Abuse Amongst Vietnamese Refugees in Hong Kong*. Vienna: UNDCP with WHO (Geneva) and UNHCR (Hong Kong).
- T. Rhodes (1996), Individual and community action in HIV prevention. V: T. Rhodes, L. Harnol (ur.), *AIDS, Drugs and Prevention*. London: Routledge (1-9).
- (1997), Risk theory in epidemic times. *Soc Health Illness*, 19: 208-227.
- T. Rhodes, A. Ball, G. Stimson *et al.* (1999), HIV infection associated with drug injecting in the newly independent states, Eastern Europe: The social and economic context of epidemics. *Addiction*, 94: 1323-1336.
- T. Rhodes, D. Moore (1999), On the qualitative in drugs research. *Addiction Res*, 7 (v tisku).
- T. Rhodes, G. V. Stimson, C. Fitch, A. Ball, A. Renton (1999), Rapid assessment, injecting drug use, and public health. *Lancet*, 354: 65-68.
- S. Sarkar, N. Das, S. Panda *et al.* (1994), Rapid spread of HIV among injecting drug users in north-eastern states of India. *Bull Narcotics*, XLV (1): 91-105.
- I. Savatchenko, N. N. Ladnaia, M. S. Bochkova, V. V. Pokrovsky, E. V. Buravstova (1998), HIV-antibody testing policy and HIV-infection spreading in IDU in Russian Federation (abstract 23225). *XII International Conference on AIDS*. Ženeva, julij 1998.
- J. F. Scorzelli (1992), Has Malaysia's anti-drug effort been effective? *J Substance Abuse Treatment*, 9: 171-176.
- R. Secombe (1995), Squeezing the balloon: International drugs policy. *Drug Alc. Rev.*, 14: 311-316.
- A. M. Shchecrbinskaya, J. V. Kruglov, N. Fedoruk (1998), Analysis of epidemic situation concerning HIV infection/ AIDS in Ukraine and attempts of its stabilization (abstract 13210). *XII International Conference on AIDS*. Ženeva, julij 1998.
- D. Shrestha, N. Shrestha, K. Gautman (1995), Methadone treatment programme in Nepal: One-year experience. *J Nepalese Med Assoc*, 33: 33-46.

- M. Singer (1998), Forging a political economy of AIDS. V: M. Singer (ur.), *The political Economy of AIDS*. New York: Baywood (131-148).
- M. Singh (1998), Increasing trends towards the reduction of drug-related harm through Asia. *Int J drug Policy*, 9: 227-231.
- G. V. Stimson (1993), The global diffusion of injecting drug use: implications for human immunodeficiency virus infection. *Bull Narcotics*, XLV (1): 3-17.
- (1997), Drug injecting and the spread of HIV infection in south-east Asia. V: J. Catalan, L. Sherr, B. Hedge, *The impact of AIDS*. Amsterdam: Harwood Academic Publishers.
- (1994), Reconstruction and the subregional diffusion of HIV infection among injecting drug users in South-East Asia: Implications for early intervention. *AIDS*, 8: 1630-1632.
- (1994), HIV Infection and Injecting Drug Use in the Union of Myanmar. Vienna: UNDCP.
- (1996), AIDS and injecting drug use in the United Kingdom, 1987-1993. *Soc Sci Med*, 41: 699-716.
- G. V. Stimson, C. Fitch, A. Ball, (1999), Rapid assessment and response: Methods for developing public health responses to emerging drug problems. *Drug Alc Rev*, (v tisku).
- S. A. Strathdee, A. J. C. van Ameijden, F. Mesquita, A. Wodak, S. Rana, D. Vlahov (1998), Can HIV epidemics among injection drug users be prevented?. *AIDS*, 12: S71-S72.
- S. A. Strathdee, D. M. Patric, S. L. Currie *et al.* (1997), Needle exchange is not enough: Lessons from Vancouver injecting drug use study. *AIDS*, 11: F59-F65.
- M. Susser, E. Susser (1996), Choosing a future for epidemiology: From Black Box to Chinese Boxes and Eco-Epidemiology. *Am J Public Health*, 86: 674-678.
- O. Tawil, A. Verster, K. R. O'Reilly (1995), Enabling approaches for HIV/ AIDS prevention: Can we modify the environment and minimise the risk? *AIDS*, 9: 1299-1306.
- UNAIDS/WHO (1998), Report on the Global HIV/AIDS Epidemic. Ženeva 1998.
- USAID and CDC (1998), *Hiv/ AIDS Strategy in Russia, 1998-2000*. Washington, DC: USAID
- H. Vecken (1998), Russia, sex, drugs, AIDS, and MSF. *Br Med J*, 316: 138-139.
- D. Vlahov, B. Junge (1998), The role of needle exchange programs in HIV prevention. *Public Health Rep*, 113: 75-80.
- X. W. Zheng, C. Tian, K. H. Choi *et al.* (1994), Injecting drug use and HIV infection in southwest China. *AIDS*, 8: 1141- 1147.
- X. Zheng, J. Zhang, S. Qu *et al.* (1998), A cohort study of HIV infection among IDUs and natural history of infection in Ruili, China, 1992-1997 (abstract 23244). *XII International Conference on AIDS*. Ženeva, julij 1998.
- L. Zohrabyan, N. A. Sargsyan, K. L. Nahapetyan *et al.* (1998), Current situation and recent trends of HIV/AIDS epidemic in the Republic of Armenia (abstract 60239). *XII International Conference on AIDS*. Ženeva, julij 1998.
- W. A. Zule (1992), Risk and reciprocity: HIV and the injecting drug user. *J Psychoactive Drugs*, 24: 243-249.
- P. Walberg, M. McKee, V. M. Scolnikov, L. Chenet, D. Leon (1998), Economic change, crime and mortality crisis in Russia: Regional analysis. *Br Med J*, 317: 312-318.
- B. G. Weniger, K. Limpakamjanartat, K. Ungchusak *et al.* (1991), The epidemiology of HIV infection and AIDS in Thailand. *AIDS*, 5: S71-S85.
- J. Wetermeyer (1996), The pro-heroin effects of anti-opium laws. *Arch Gen Psychiatry*, 33: 1135-

- World Health Organization, Canadian Public Health Association (1986), Ottawa Charter for Health Promotion. *Health Promotion*, 1: iii-v.
- Z. Wu, R. Detels, J. Zhang *et al.* (1996), Risk factors for intravenous drug use and sharing equipment among young male drug users in Longchuan County, South-west China. *AIDS*, 10: 1017-1024.
- I. H. Yen, S. L. Syme (1999), The social environment and health: A discussion of the epidemiologic literature. *Ann Rev of Public Health*.
- E. S. H. Yu, Q. Xie, K. Zhang, P. Lu, L. L. Chan (1996), HIV infection and AIDS in China, 1985 through 1994. *Am J Public Health*, 86: 1116-1122.

POMEN TERMINA

Izraz »rekreativna uporaba drog« se je začel pogostje uporabljati v 90. letih. Izraz »rekreativno« se v splošnem uporablja v zvezi s športnimi in podobnimi prostočasovnimi dejavnostmi (npr. v zvezi »rekreativno smučanje«), kjer pomeni, da gre za neintenzivno in manj zahtevno, čeprav lahko razmeroma kontinuirano in pogosto dejavnost, ki pa je posamezniku predvsem v užitek in zadovoljstvo in ga »re-kreira«, to je, ponovno naredi sposobnega oz. usposobi za uspešno delovanje v polju ne prostrega, torej obveznega, delovnega časa. Podoben izraz (ki pa se sicer ne uporablja v zvezi z drugami) je »amatersko«, ki pomeni, da se s čim ukvarjamo neobvezno in nepoklicno, čeprav lahko kljub temu (morala pa prav zato) zelo poznavalsko in z veliko mero osebnega zadovoljstva in izpolnitve.

V zadnjih letih smo začeli uporabljati sintagmo »rekreativna uporaba drog« na način, ki nakazuje več kot samo označitev ravni pogostosti uporabe drog, namreč, redke uporabe drog v majhnih količinah. Ta izraz se sedaj nanasa na kvalitativno drugačen vzorec uporabe drog (kako, kdaj, kaj, kdo, kje), na drugačen socialno-ekonomsko-kulturno-političen kontekst uporabe ter tudi na drugačno terensko razlago narave take uporabe drog.

Izraz »rekreativna uporaba drog« se praviloma nanasa na značilen šopek plesnih (ali, kot jim tudi pravijo, dizajniranih ali sintetičnih) drog, med katere štejejo zlasti marihuano, LSD, amfetamine, ekstazi, halo-dinogene (»magične«, »vroče«) gobe in še druge, ki »pametno« (»smar«), farmacevtske

in »naravne« droge. Tisto, kar vse te droge druži, pa ni v prvi vrsti njihova kemična struktura ali farmakološko delovanje, temveč je bolj naša in vedno njihove uporabe ter specifični kulturni kontekst, ki jih osmišlja.

Na empirični ravni se pojav novega vzorca uporabe drog kaže v nekaterih značilnih trendih. V kvantitativenem smislu gre za trend rasti števila mladih ljudi, ki so hodili že imeli izkušnje z ilegalnimi drogami ali načrtujejo, da jih bodo poskusili, ali pa se jim to vsaj zdaj povsem mogoče in verjetno. S podobnimi trendi potrjujejo povečano skupno osebnega sprejemanja uporabe drog, spreminjanje očiš o škodljivosti uporabe drog v smeri večje tolerančnosti, povečano tolerančnost do uporabe ilegalnih drog med vrstniki in višje ocene o pogostosti uporabe drog med vrstniki. V kvalitativnem smislu pa gre za množično uveljavitev novih vrsti glasbe in novih vzorcev življenja prostega časa (predvsem tehnó, haur, rave in podobne vrsti glasbe ter vzorec obiskovanja plesnih prireditev ob koncu tedna) ter za nov, bolj tehnično instrumentalen in pragmatični ter manj z moralno obtežen odnos do »dobrih zabav«.

NARAVA NOVEGA VZORCA IN SOCIALNI KONTEKST UPORABE DROG

Calafat in sodalavci (1998) ob nastajanju novega množičnega vzorca odnosa do zabave in uporabe drog govorijo o drugični sociološki realnosti in drugičnih socialnih reprezentacijah (termini je razvil in vpeljal francoski socialni psiholog Moscovici), J.