

Бојан Жикић¹

Одељење за етнологију и антропологију

Филозофски факултет

Универзитет у Београду

ЧИНИОЦИ ЗДРАВСТВЕНЕ ВУЛНЕРАБИЛНОСТИ МАРГИНАЛНИХ ДРУШТВЕНИХ ГРУПА²

Апстракт: Маргиналним групама треба сматрати оне које активно, својом делатношћу, доприносе сопственом удаљавању од сржи друштва, попут интравенских корисника дроге или сексуалних радница. Код припадника маргиналних група чиниоци здравствене вулнерабилности потичу од практиковања оних активности које их излажу ризику од одређених обољења. Претварање тог индивидуалног чина у друштвену праксу повећава такав ризик у толикој мери да се може говорити о социјално-епидемиолошком ризику. Вулнерабилношћу у односу на нека обољења, попут болести које се преносе полним додиром или путем крви, не завршава се негативан утицај на нечији здравствени статус. Испоставља се то да ризичне праксе у односу на такве болести воде како развоју посебних неинфективних обољења, везаних за функционисање одређених телесних органа, тако и општем погоршању физичког и менталног здравља припадника маргиналних друштвених група.

Кључне речи: антрополошка истраживања маргиналних и маргинализованих друштвених група; антропологија и јавно здравство; интравенски корисници дроге; сексуалне раднице; болести које се преносе путем крви; полно преносиве болести; социјално-епидемиолошки ризик.

У оном смислу, у којем је могуће разликовати аналитички маргиналне и маргинализоване друштвене групе, могуће је направити разлику и између онога шта представљају основни чиниоци посебне изложености погоршања општег здравственог статуса припадника популација сврстаних у једну или у другу категорију. Како разлика између маргиналности и маргинализованости потиче од оријентације и организације односа између припадника неке друштвене групе и самог друштва, маргинализованим

¹ bzikic@f.bg.ac.rs

² Резултат рада на пројекту 177018, финансираном од стране МНТР РС.

треба сматрати оне групе које су доведене у такву позицију контекстуално, попут избеглица или имиграната, рецимо, док маргиналним групама треба сматрати оне које активно, својом делатношћу, односно социокултурним понашањем, доприносе сопственом удаљавању од сржи друштва, попут интравенских корисника дроге, на пример (в. Жикић 2011).

Такво разликовање популација удаљених од средишта друштвеног и културног живота неке шире заједнице – укључујући ту и њихово институционално препознавање, најчешће, изузев у хуманитарном смислу код маргинализованих група, или у смислу правних санкција код маргиналних група – потиче, наравно, од тога како су постављени односи између припадника дате друштвене групе и самог друштва. Ово нас доводи и до кључне разлике у посматрању чинилаца који негативно утичу на њихов здравствени статус. Код припадника маргинализованих група ти чиниоци су сасвим изван њихове контроле, док код припадника маргиналних група чиниоци здравствене вулнерабилности потичу управо од онога што их и одређује као групу.

Другим речима, чиниоци здравствене вулнерабилности припадника маргиналних друштвених група – онако, како су одређене овде – потичу од самих тих људи, на првом месту, односно од њихових одлука³ да практикују оно што их чини посебно здравствено угроженим у односу на одређена обољења, а претварање тог индивидуалног чина у друштвену праксу повећава такав ризик у толикој мери да се може говорити о социјално-епидемиолошком ризику. Напокон, вулнерабилношћу у односу на нека обољења, попут болести које се преносе полним додиром или путем крви, не завршава се негативни утицај на нечији здравствени статус. Испоставља се, наиме, да ризичне праксе у односу на такве болести воде развоју посебних неинфективних обољења везаних за функционисање одређених телесних органа и општем погоршању физичког и менталног здравља припадника маргиналних друштвених група (упор. Жикић 2006а, 2008).

Овакав опис чинилаца здравствене вулнерабилности одговара ономе сачим су суочени интравенски корисници дроге и сексуалне раднице, од-

³ На овом месту би се могло поставити питање "одлуке" о ступању у сексуални рад, на пример, пошто истраживања показују да одређени број сексуалних радница бива принуђен на то, односно да иницијација у сексуални рад подразумева неку врсту присиле једне или више особа над другом особом; у случају сексуалног рада, конкретно, израз "одлука" може се тумачити и као одлука да се остане у том послу, односно настави са здравствено ризичном праксом и онда када престану околности присиле од стране других особа (в. Жикић 2006а). Уколико је присила перманентна, онда говоримо о сексуалном ропству, а не о сексуалном раду, а то већ излази изван оквира овог текста.

носно припадници популација које су маргиналне у сваком савременом друштву. Њихово здравље је у опасности свуда, где год их има, од инфекција полно преносивим болестима, ХИВ-ом и хепатитисом Ц, на основу самих пракси интравенског убризгавања дроге, односно сексуалног рада, при чему то нису једини здравствени ризици са којима су сусрећу услед таквих својих активности.

На страну, међутим, сам однос између социокултурно презрене праксе и заразних болести, односно његова социјално-епидемиолошка каузалност. Здравственој вулнерабилности припадника тих популација доприносе и други чиниоци из њиховог социокултурног микроокружења попут сиромаштва, недостатка одговарајућег образовања да би се схватили здравствени ризици које носи одређено понашање, или родне неравноправности; затим, њихово преплитање са чиниоцима из ширег социокултурног окружења, који су неповољни по припаднике маргиналних група у погледу њиховог друштвеног статуса – попут криминализације њихових пракси или немања приступа систему здравствене и социјалне заштите; те напokon, чиниоци који дестабилизују сам социоекономски систем тог ширег окружења, попут лошег управљања државом и пропадања њене привреде (упор. нпр. Van Mens 2005, Rhodes and Simić 2005, Жикић 2006а, 2008).

Здравствене и хуманитарне организације, уосталом, у својим првенственим или последичним стратегијама за бављење социјално-епидемиолошким проблемима, полазе од тога да вулнерабилност на инфекцију ХИВ-ом, рецимо, добрим делом условљавају околности које су изван контроле људи који су угрожени, а у које се убрајају све три врсте чинилаца наведених у претходном пасусу. Недостатак основних информација о ХИВ-у, правно отежан или онемогућен приступ здравственим службама или непознавање техника заштите и превенције, сматрају се кључним социокултурним чиниоцима здравствене вулнерабилности популација какве су интравенски корисници дроге или сексуалне раднице. Организације попут UNAIDS-а теже томе да се вулнерабилност не посматра (само) као физичка чињеница већ као стање условљено социокултурним околностима, чији су извори у родној и правној неједнакости, те недостатку знања и средстава, којима би се управљало или супротставило здравственим ризицима (в. Van Mens 2005).

Наравно не треба занемарити да оно што негативно утиче на здравствену вулнерабилност припадника маргиналних друштвених група, попут зависности код интравенских корисника дроге, на пример, потиче од прекорачивања друштвених и културних норми у нежељеном правцу, истина, али да је последица тога заправо физиолошка пошто се рефлектује у негативном утицају на организам. Антрополошка концептуализација вулнерабилности иде за тим, одатле, да је сагледа као производ раз-

личитих чинилаца, како социокултурних тако и физиолошких, те у контексту који је одређен оним што доприноси здравственој вулнерабилности. Постоје мишљења и о томе да се не треба усредсређивати искључиво на оно што утиче негативно на тело у физичком смислу, већ и на све оно што изводи човека из равнотеже, тј. из начина живота који омогућава одговорно управљање својим поступцима и такав однос са својим микросоцијалним и ширим социјалним окружењем који се сматра (релативно) складним у тим окружењима, а на шта негативно утичу и чиниоци попут политичке и економске нестабилности, атмосфере несигурности и сукоба у заједници, на било ком нивоу, а не само друштвено и културно негативно оцењене праксе (в. Weinberg 2002, Christensen 2000, Golden 2005, Rhodes et al. 2008b).

Због тога сам мишљења да здравствену вулнерабилност припадника маргиналних друштвених група треба посматрати као социјално-епидемиолошки концепт, с обзиром на то да реферира на епидемиолошку основу њиховог здравственог статуса, али конотира социокултурни аспект тог статуса. У том смислу, формулација која каже да интравенски корисници дроге и сексуалне раднице представљају вулнерабилне популације у односу на ХИВ или хепатитис Ц наглашава чињеницу да су такве особе посебно изложене ризицима од инфицирања тим вирусима, пре свега због такве своје праксе, а што значи, заправо, да праксе попут интравенског коришћења дроге или сексуалног рада представљају потенцијално посебно погодна социјална окружења за инфекцију ХИВ-ом или хепатитисом Ц, како сама по себи тако и услед природе односа са ширим социокултурним окружењем (упор. Жикић 2006б).

Проучавање здравствене вулнерабилности припадника група интравенских корисника дроге и сексуалних радница јесте, у ствари, проучавање здравствених ризика са којима су суочени када је реч о крвљу и полно преносивим болестима, пре свега. Као релевантни чиниоци ризика, одагле, појављују се њихово ризично понашање, те социјална и физичка окружења у којима се то понашање одвија, а која се конотирају као ризична окружења. Сврха таквих истраживања јесте представљање начина, на које се припадници тих маргиналних друштвених група носе са ситуацијом сталне изложености повећаном ризику од инфицирања датим болестима, с идејом да социјалне интервенције усмерене против епидемија ХИВ-а или хепатитиса Ц треба да започну у социјалним окружењима наредених популација. (Жикић 2006а, в. Rhodes 1996)

Интравенски корисници дроге или сексуалне раднице представљају, свакако, вулнерабилне популације у односу на ХИВ или хепатитис Ц, али вируси који узрокују та обољења нипошто не нападају искључиво њих, нити се заустављају у њиховом социјалном окружењу. Социокултурна свест о њиховој посебној изложености и подложности тим боле-

стима, узрокованим епидемиолошком природом начина њиховог преношења заједно са друштвеним праксама и понашањем припадника тих група, утичу на њихову социокултурно стигматизацију, надовезујући се, тако, на њихов маргинални положај, демотивишући их додатно да приступе програмима превенције и терапије, те доприносе негативно њиховом здравственом статусу свеукупно гледано (упор. Жикић 2006а).

Појам ризика, односно здравственог ризика са социокултурним импликацијама – социјално-епидемиолошког ризика – постаје кључан за разумевање тога како је могуће, на основу одговарајућих сазнања о свакодневним рутинама припадника маргиналних друштвених група, доћи до података који ће омогућити здравствену корист и њима, али и целом друштву, односно таквих на основу којих ће бити могуће планирање одговарајућих програма заштите и смањења штете од обољења, којима посредују у социјално-епидемиолошком смислу од својих група ка широкој популацији. Иако се у социјално-епидемиолошким студијама најчешће појављује као атрибут таквог понашања које може имати за последицу озбиљно нарушавање нечијег здравља, ризик је у концептуалном смислу део епистеме савремене западне цивилизације. Део који описује знања, искуства и очекивања од друштвеног живота и у погледу њега, нека врста варијабле са којом се суочавају стално морални ставови и судови приликом одлучивања како поступити у којој ситуацији, док је људско тело виђено, са друге стране, као последње уточиште пред ризиком и несигурношћу данашњег света, којим и на основу којег изграђујемо кохерентну слику сопствене личности (упор. Beck 1992, Giddens 1991).

Ране концептуализације ризика у друштвеним наукама занемаривале су, међутим, разлике између друштвених група и покушавале да одреде универзалне чиниоце или посреднике ризика са којима се сусреће савременом свету. Мери Даглас је била међу првима који су критиковали такво становиште, указавши на то да су перцепција ризика, као и одговори на њега, одређени социокултурним идентитетом оних који су највише угрожени ризиком. Одатле су истраживања ризика конципирана, од краја прошлог века, на основу тога шта се уочава као друштвено и културно специфично у погледу културних представа које су кључне за садржај појма "ризик", попут таквих о вулнерабилности и опасности, или заштити и изложености, те у којим контекстима долази до уобичавања таквих идеја и њихових примена у стварности (в. Douglas 1992, Lupton 1999, Golden 2005).

У истраживањима социјално-епидемиолошког ризика са којим се сусрећу интравенски корисници дроге и сексуалне раднице превагнуо је, међутим, принцип усредсређивања на емпиријске чињенице из њиховог свакодневног живота, пре, неголи на културне представе о ризику. Овај закључак последица је схватања да културне представе које се развијају

међу припадницима тих група, а тичу се телесности, здравља, управљања ризиком, одговорношћу, односа са широм заједницом и томе слично, потичу од објективних претњи здрављу, како припадника наречених популација тако и ширег друштва (в. Farmer 1996, Rhodes 1997). Сматра се да социјално-епидемиолошки ризик настаје у друштвеним околностима, контактима, односима и активностима који су својствени интравенском коришћењу дроге, односно сексуалном раду, тачније у таквом друштвеном окружењу, које омогућава да о припадницима одговарајуће групе говоримо као о интравенским корисницима дроге и/или сексуалним радницама, при чему треба водити рачуна и о томе да се та окружења разликују, наравно, једна од других онда када су у питању једна или друга маргинална популација (упор. Žikić 2009).

Ризично окружење представља простор – друштвени или физички, свеједно – у којем различити чиниоци долазе у међусобни додир, а последицу тога представља повећање могућности инфицирања болестима које се преносе путем крви или полним путем (Rhodes 2002). У суштини, ризично окружење јесте теоријски концепт, који није лако увек разлучити од ризичног понашања у стварности: дељење опреме за убризгавање од стране интравенских корисника дроге, на пример, представља део ризичног понашања, а опет, условљено је социјалним околностима у којима се дешава. Тај концепт говори о друштвеним ситуацијама и физичким местима у оквиру којих настаје ризик од ХИВ-а или хепатитиса Ц, али у оквиру којих се може и смањити превентивним или структурним деловањем. У ширем смислу, концепт ризичног окружења обухвата не само непосредну физичку и друштвену средину маргиналних популација већ и економско и формално-правно шире окружење, којем претходна окружења припадају. Из овога следи да је контекстуализација истраживања ризичних окружења двострука: испитују се у микро и макро социјалном смислу, пошто су прва увек, на одређен начин, производи другог (в. Prodanović i dr. 2005, Žikić 2006, Жикић 2006б).

Проучавање социјалног и физичког ризичног окружења усмерено ја на откривање чинилаца који су својствени тим окружењима, а који учествују у генерисању ризика од крвљу и полно преносивих болести, са идејом да се може допрети до начина на који, на пример, интравенски корисници дроге доживљавају ризик од хепатитиса Ц и покушавају да управљају њиме. Чиниоци окружења који доприносе повећаном ризику од поменутих болести јесу они који су екстерни у односу на припаднике маргиналних друштвених група, а који утичу, ипак, на то како се интравенски корисници дроге или сексуалне раднице понашају у односу на своју праксу. Овде се укључују и начини на које окружење у којем се дешавају те праксе, друштвена умреженост интравенских корисника дроге или сексуалних радница, друштвене и културне норме, као и уобичајено

понашање локалне полиције, утичу на обрасце ризика који се јављају при интравенском коришћењу дроге или сексуалном раду (Prodanović i dr. 2005).

Када се каже да су то окружења у којима је могуће аналитички пратити понашања припадника маргиналних друштвених група, затим услове и начине обликовања тих понашања, као и узрочно-последичну везу таквих понашања са ризиком од оних болести којима су највише изложени на основу своје праксе, мисли се на то да је истраживачки циљ допрети до свих чинилаца који доприносе могућем ширењу датих болести – или: спречавању њиховог ширења – као што су, на пример, (не)доступност чисте опреме и сигурног места за убризгавање или (не)доступност кондома, друштвена стигматизација и одговарајући институционални однос према припадницима тих популација који произилази из тога, економска и друштвена (не)моћ припадника таквих друштвених група и томе слично (Жикић 2006б). На тај начин доприноси се разумевању тога како долази до прожимања друштвених и здравствених услова вулнерабилности, односно показује се у којим и каквим облицима се испољава социјална и здравствена штета по појединца, друштвену групу, али и по друштво у целини, због чега се и сматра да је могући успех интервенција чији су циљ превенција и смањење штете од ХИВ-а и хепатитиса Ц, рецимо, условљен познавањем ризичних окружења у којима се интервенише⁴ (Rhodes 2002).

Физичко ризично окружење треба схватити као физички простор у којем се убризгава дрога или врши комерцијална сексуална услуга, које самим својим стањем (нехигијеном, на пример) доприноси повећању ризика од болести, о којима је реч овде. Ризично окружење укључује, како јавне тако и приватне просторе. Друштвено ризично окружење конотира особе које су укључене у поменуте праксе, односно различите врсте и аспекте њихових међусобних односа, који сви заједно, или појединачно, утичу на повећање степена ризика (рецимо, немогућност доношења одлуке о томе да неће пружити услугу без кондома од стране сексуалне раднице – било због тога што је муштерија насилна и инсистира на небезбедном полном односу, било зато што јој је хитно потребан новац, или убеђеност интравенских корисника дроге да је заједнички живот довољан предуслов за коришћење истог прибора за убризгавање – више пута, в. Žikić 2006).

Свака од тих пракси маргиналних друштвених група дешава се у различитим ризичним окружењима, наравно, те са различитим могућим социјално-епидемиолошким исходима. Јасно је то, да сексуални рад погодује – да се тако изразим – различитим полно преносивим болестима,

⁴ Ibid, 87

пре неголи неким другим крвним инфекцијама. Ово свакако не значи да су сексуалне раднице мање угрожене у погледу могућности инфицирања хепатитисом Ц, на пример, од интравенских корисника дроге, не само због тога што неке од њих јесу и интравенске кориснице дроге. Код њих друштвено ризично окружење игра знатно већу улогу у производњи здравствене vulnerabilности од физичког окружења, односно спектар социјално-епидемиолошког ризика са којим су суочене нешто је шири у односу на интравенске кориснике дроге због тога што сексуални рад подразумева друштвено структуриран физички контакт, где је његова друштвена природа оно што отежава управљање тим ризиком (Žikić 2009).

Може се рећи то, заправо, да повећана здравствена vulnerabilност сексуалних радница потиче од нечега што се обично сагледава као својеврсна неизбежна параферналија њиховој делатности и миљеу у којем је обављају, али и у којем живе изван своје професионалне активности, а то је насиље, које проширује спектар њихове здравствене угрожености изван болести које се преносе путем крви или полним чином, а које утиче не само на њихов здравствени статус уопште већ и на њихов друштвени положај. Истина је да су обе маргиналне друштвене групе које се овде разматрају у релативно сличном положају када говоримо о заједничком деловању чинилаца из њихових непосредних окружења, као и оних изван тих окружења, на угрожавање њиховог здравственог статуса, с обзиром на то да маргиналност (као и маргинализованост) доприноси здравственој vulnerabilности сама по себи, баш као и незаконита делатност. Али док је код интравенских корисника дроге насиље повезано, углавном, са немогућношћу доласка до средстава за задовољење зависничке потребе, код сексуалних радница оно се среће у микросоцијалним окружењима у којима живе (родитељи, партнери и томе слично), раде (муштерије, једне против других), али и у одређеним сегментима ширег друштва (полиција, најчешће) (в. Жикић 2006а, Rhodes et al. 2008а, Žikić 2009).

Такво насиље може се описати као структурно насиље и у овом случају оно сведочи о укореењености социокултурних неједнакости и предрасуда, заснованих на роду, полности и представама о праву јачег. Онда када је повезано непосредно са полним односима – у виду незаштићених односа, или присиљавања на њих, понајпре – структурно насиље доприноси проширивању vulnerabilности сексуалних радница у погледу крвљу и полно преносивих болести на читаво друштво, при чему оно што је представљало здравствену угроженост условљену одговарајућом професионалном делатношћу, начином и условима живота, правним и вредносно-нормативним оквирима, може да постане vulnerabilност на опшtedруштвеном нивоу у погледу одређених болести. Слично интравен-

ским корисницима дроге, социокултурна маргиналност сексуалних радница представља основни чинилац њихове посебне изложености одређеним врстама заразних болести. Превазилажењу такве маргиналности посредују њихови клијенти – којих је више, увек, неголи сексуалних радница – а то "доноси" здравствену вулнерабилност у погледу датих болести широј друштвеној заједници, која сматра себе "нормалном" у нормативном смислу, па самим тим и безбедном у погледу различитих ризика којима су изложене њене маргине (Жикић 2006а, Rhodes et al. 2008а).

Иако се сматра, често, да је законски статус сексуалног рада један од главних узрочника постојања структурног насиља у друштвеној групи сексуалних радница, тачније у њиховом социокултурном окружењу, не треба потценити, у том смислу, ни социокултурну нормативистику, економске чиниоце – тачније, константну економску депривацију, као ни образовање и услове живота и поред тога што се последња два чинилаца сматрају посредним у погледу здравствене вулнерабилности. Правна, друштвена и културна норма, те економски положај сексуалних радница подстичу њихову здравствену вулнерабилност на стварном и на концептуалном нивоу, док образовање и услови живота имају такву улогу само на концептуалном нивоу, али још и више, у погледу одржавања и перпетуирања базичних услова те вулнерабилности, пошто утичу дестимулативно на настанак идеје о управљању ризиком, тако да оно управљање ризиком од стране сексуалних радница, које се јавља као последица деловања посредних чинилаца вулнерабилности, има својства несистематичности, недоследности, као и неорганизованости у дужем временском периоду (в. Жикић 2006а).

Средишње место у управљању здравственим ризиком код сексуалних радница имају кондоми, разуме се, баш као што је то случај са опремом за убризгавање (игле и шприцеви, пре свега) код интравенских корисника дроге. Истраживачи, здравствени радници, хуманитарни и социјални радници слажу се са припадницима тих маргиналних друштвених група у погледу тога да превенција болести које се преносе путем крви или посредством полних односа, односно смањење штете од њих, представља основни начин борбе и против опште здравствене вулнерабилности на речених популација. Како на коришћење или некоришћење кондома, односно сопственог, стерилног прибора за убризгавање дроге утичу чиниоци из социјалног ризичног окружења, махом, интервенције које имају за циљ смањивање социјално-епидемиолошког ризика од крвљу- и полно преносивих болести – како у оквиру датих популација, тако и у друштву уопште – усмерене су на њих.

Да би биле успешне, такве интервенције морају бити структурне, односно морају мењати, на извештан начин, и окружење у којем се одвијају (микросоцијално и оно из којег потичу (шире друштвено), али, у сваком

случају, и концептуални поглед на социјално-епидемиолошку проблематику, који друго има према првом, а који не може почивати на тежњи ка додатној изолацији маргиналних друштвених група, барем не у здравственом смислу. На општем нивоу, основни циљ структурних интервенција представља прекидање везе између социокултурног маргинализовања и интернализације ризика од одређених болести, до чега долази међу интравенским корисницима дроге или сексуалним радницама. Али тај циљ практично неостварив уколико интервенције не произлазе из неког званичног нормативног оквира, те уколико немају аспект који се може применити на појединачном корисничком нивоу, односно од стране припадника маргиналних друштвених група. У сваком случају, треба да почивају на контекстуално спроведеним истраживањима међу припадницима одређене маргиналне групе у свакој средини у којој постоји потреба за њима (в. Farmer et al. 1996, Parker and Aggleton 2003, Rhodes et al. 2008b).

Нормативни оквир обезбеђује се формално-правним усвајањима принципа медијализације, а што у случају популација о којима је реч овде и болести којима су изложене највише, значи усвајање на државном нивоу специфичних облика програма јавне здравствене заштите, формулисаних од стране организација које су специјализоване за бављење датом здравственом проблематиком (на пример, ЈАЗАС, у Србији), или локалних канцеларија међународних организација попут СЗО-а или УН-а, а на основу одговарајућих социјално-епидемиолошких истраживања. Програми јавне здравствене заштите формирају се, на тај начин, као програми превенције и смањења ризика, а то је најочљивије управо на примерима популација које су посебно угрожене од ХИВ-а или хепатитиса Ц.

С обзиром на то да се сматра да здравствено стање представља производ три вида чинилаца – биолошких, бихејвиоралних и друштвених – израда таквих програма превенције и смањења ризика полази од класичног епидемиолошког троугла домаћин вируса/носилац вируса/окружење. Ипак, у последње време се све више пажње поклања томе на које начине социјална и физичка окружења доприносе епидемиолошким процесима (Berkman and Kawachi 2000, McGuire 2005). Док су рана проучавања синдрома стеченог недостатка имунитета била инспирисана идејом о томе да је довољно упознати појединачна својства и понашања припадника такозваних ХИВ-ризичних група, социјална епидемиологија померила је тежиште занимања на друштвене услове као основне изворе настајања заразе. То је истраживању понашања самог по себи придодало испитивање начина на које људи бивају изложени ризику од заразе, или како се од тога штите, те под којим друштвеним условима појединачни чиниоци ризика постају релевантни за могућу заразу, одакле су друштвени чиниоци доведени аналитички фокус, престајући тако да буду само допуна епидемиолошким подацима (в. Poundstone et al. 2004, Жикић 2006).

Основна питања, у сваком таквом истраживању, јесу – због чега дати миље представља ризично окружење када су у питању болести које се преносе путем крви и полним контактом, затим како настаје вулнерабилност и који чиниоци доприносе томе. Квалитативни истраживачки приступ омогућава да се ствари сагледају из перспективе популација које су посебно угрожене датим болестима, што уз познавање правних и културно нормативних прерогатива њихове искључености из шире друштвене заједнице, доприноси употпуњавању слике о томе како долази до садејства друштвених и здравствених чинилаца вулнерабилности, те у којим и каквим облицима се испољава социјална и здравствена штета по појединца, по друштвену групу, али и по друштво у целини, а што представља предуслов осмишљавању било какве интервенције намењене смањењу интензитета те вулнерабилности (в. Жикић 2006а).

Један од резултата таквог, конкретног истраживања било је и уочавање чињенице да је јавни здравствени систем, који је заснован на концепту тзв. медицине надзора, нефункционалан у погледу суочавања са вулнерабилношћу која потиче од болести код којих социјални контекст игра значајну улогу. На примеру сексуалних радница уочено је да проблем с применом основних аспеката медицине надзора унутар одређених вулнерабилних група јесте то што се њени концепти не баве структурним генераторима одговарајућег ризика изван појединца, тј. изван особе, посматране као припаднице дате популације. Као што је то истраживање показало, не само што припаднице дате популације доживљавају сам појам ризика шире, у односу на социјално-епидемиолошки, или здравствени ризик, уопште, већ је ограничена и њихова могућност управљања било каквим ризиком, практично, у различитим ситуацијама, услед деловања чинилаца на које нису у стању да утичу (в. Жикић 2008).

Сексуалне раднице, али и интравенски корисници дроге, под ризиком подразумевају све оно што их угрожава – физички, психички и материјално – а да је у вези са њиховом праксом. Здравствени ризик за сексуалне раднице јесте ризик од насиља, пре свега, а затим од болести које се преносе полним односима или путем крви; слично томе, интравенски корисници дроге као основни здравствени ризик виде ризик од кризе, односно од недостатка дроге, затим ризик од предозирања, па тек онда ризик од хепатитиса Ц или ХИВ-а. Здравствени ризици нису притом све о чему брину: финансијска ситуација им је лоша, константно, а зазиру од могућег хапшења и последица тога по њихову праксу (додатно погрошање економске ситуације код сексуалних радница, криза код интравенских корисника дроге). Њихово понашање условљено је приоритетима у хијерархијском смислу: безбедност од полиције, краткорочно финансијско обезбеђивање, физичка безбедност, здравствена безбедност, одакле

управљање здравственим ризицима долази на ред онда, када се постарају за општебезбедносни и економски ризик (упор. Жиких 2006а, 2008).

Такав начин односа према ризику уопште, у којем здравствени ризик представља само један део онога што припадници датих популација сматрају невољама које их угрожавају, а на основу њихових пракси, опредељује за то да се каже да основни чинилац њихове здравствене вулнерабилности јесте сама та пракса – без обзира на то, коначно, какав је квалитет управљања здравственим ризиком заиста. Постојање ризика, на које ће се обратити пажња пре неголи на све оно што угрожава њихово здравље, а што произлази из чињенице да самим убризгавањем дроге или пружањем комерцијалних сексуалних услуга повећавају учесталост ситуација које су потенцијално опасне у том смислу, сведочи у прилог томе да криминализација њихових пракси, односно изузетно ниска социокултурна толеранција на њих и изван јурисдиктивних оквира, не представљају основне чиниоце њихове здравствене вулнерабилности саме по себи, већ да то постају заједно са самим интравенским коришћењем дроге и сексуалним радом.

Друштвена окружења изван непосредних миљеа интравенских корисника дроге или сексуалних радника представљају чиниоце који су изван могућности контроле припадника тих популација, истина, али изван њихове контроле често остаје сам чин убризгавања дроге или пружања сексуалних услуга. Разлози томе различити су, свакако, укључујући ту и оне у којима постоје околности на које ти људи не могу да утичу (што је чешћи случај, ипак, са сексуалним радницама), али било које разматрање здравственог статуса припадника таквих друштвених група не би требало да буде заведено објективно неповољним социокултурним условима за њихове праксе, односно социокултурним односом шире заједнице према њима, занемарујући чињеницу изузетне здравствене ризичности тих пракси самих по себи, макар се оне обављале и у за то најповољнијим условима социјалног и физичког окружења.

Због тога су и акције које су предузимане у програмима превенције и смањења штете од ХИВ-а и хепатитиса Ц, на пример, биле оријентисане ка тзв. корисничкој перспективи, на првом месту, вођене идејом да је потребно, пре свега, утицати на поглед на свет припадника популација о којима је реч, односно помоћи им да схвате далекосежност негативних здравствених импликација њихових пракси и потребу за тим да сопствену здравствену безбедност поставе као приоритет, а затим, да је могуће оспособити их да контролишу сопствену здравствену ситуацију, односно да управљају ризиком у који их доводе различити аспекти њихових пракси (в. Жиких 2006а, 2008).

Такав приступ добија на значају посебно онда када имамо у виду чињеницу да је тешко реформулисати правни статус праксе интравенског

коришћења дроге или сексуалног рада, за разлику од статуса избеглих или интерно расељених лица, на пример (упор. Жикић 2011), одакле је тешко очекивати да би било каква другачија врста структурних интервенција била могућа и делотворна, осим оне, која покушава да промени структуру, односно рутину пракси интравенских корисника дроге или сексуалних радница. Схватање њиховог понашања као здравствено ризичног самог по себи и за себе, односно као основног чинилаца њихове здравствене вулнерабилности, одатле, нема моралну ноту, већ је засновано на емпиријском истраживачком увиду у ситуацију, а усмерено ка пружању фактографске основе за промишљање реално изводивих начина за решавање тог проблема, који је пре свега социјално-епидемиолошке природе.

Литература:

- Beck, Ulrich. 1992. *Risk Society: Towards a New Modernity*. London: Sage.
- Berkman, Lisa F, and Ichiro Kawachi. 2000. "A historical framework for social epidemiology". In *Social epidemiology*, eds. Lisa F. Berkman and Ichiro Kawachi, 3-12. New York: Oxford University Press.
- Christensen, Pia Haudrup. 2000. "Childhood and the Cultural Constitution of Vulnerable Bodies". In *The Body, Childhood and Society*, ed. Alan Prout, 38-59. New York: St. Martin's Press.
- Farmer, Paul. 1996. Social Inequalities and Emerging Infectious Diseases. *Emerging Infectious Diseases* 2 (4): 259-269.
- Farmer, Paul, Margaret Connors and Jane Simmons (eds.) 1996. *Women, poverty and AIDS: Sex, drugs and structural violence*. Monroe, Maine: Common Courage Press.
- Giddens, Anthony. 1991. *Modernity and Self-Identity: Self and Society in the Late Modern Age*. Cambridge: Polity Press.
- Golden, Deborah. 2005. Childhood as Protected Space? Vulnerable Bodies in an Israeli Kindergarten. *Ethnos* 70 (1): 79-100.
- McGuire, Wendy L. 2005. Beyond EBM, new directions for evidence-based public health. *Perspectives in Biology and Medicine* 48 (4): 557-569.
- Parker, Richard, and Peter Aggleton. 2003. HIV and AIDS-related stigma and discrimination: a conceptual framework and implications for action. *Social Science and Medicine* 57 (1): 13-24.
- Poundstone, K. E, S. A. Strathdee and D. D. Celentano. 2004. The Social Epidemiology of Human Immunodeficiency Virus/ Acquired Immunodeficiency Syndrome. *Epidemiological Reviews* 26 (1): 22-35.
- Rhodes, Tim. 1996. "Individual and community action in HIV prevention: an introduction". In *AIDS, Drugs and Prevention. Perspectives on individual and community action*, eds. Tim Rhodes and Richard Hartnoll, 1-9. London/New York: Routledge.

- Rhodes, Tim. 1997. Risk theory in epidemic times: sex, drugs and the social organisation of risk behaviour. *Sociology of Health and Illness* 19 (2): 208-227.
- Rhodes, Tim. 2002. The "risk environment": a framework for understanding and reducing drug-related harm. *International Journal of Drug Policy* 13 (2): 85-94.
- Rhodes, Tim, and Milena Simić. 2005. Transition and HIV risk environment. *British Medical Journal* 331: 220-223.
- Rhodes, Tim, Milena Simic, Sladjana Baros, Lucy Platt and Bojan Žikić, 2008a. Police violence and sexual risk among female and transvestite sex workers in Serbia: qualitative study. *BMJ* 337: a811.
- Rhodes, Tim, Ana Prodanovic, Bojan Žikić, Elena Kuneski, Tijana Pavićević, Davor Karadžić and Sarah Bernays. 2008b. Trust, disruption and responsibility in accounts of injecting equipment sharing and hepatitis C risk. *Health, Risk & Society* 10 (3): 221-240.
- Van Mens, Lucie. 2005. "Vulnerabilne grupe – politika i praksa". U *Интервенције и програми за посебно вулнерабилне групе за сиду*, ур. Војин Шуловић, Викторија Цуцић, Драган Илић, 7-11. Београд: Српска академија наука и уметности, Међуодељенски одбор за сиду и Асоцијација за борбу против сиде – ЈА-ЗАС.
- Жикић, Бојан. 2006а. *Антропологија AIDS-а. Ризично понашање интравенских корисника дроге*. Београд: Филозофски факултет и Српски генеалогски центар.
- Жикић, Бојан. 2006б. "Антрополошка анализа HIV-вулнерабилности и ризичног понашања у Београду". У *Свакодневна култура у постсоцијалистичком периоду у Србији и Бугарској*, ур. Зорица Дивац, 296-314. Београд: Зборник радова Етнографског института 22.
- Žikić, Bojan. 2006. Anthropology of AIDS. Risk environment and injecting routine. The case of Belgrade injecting drug users. *Issues in Ethnology and Anthropology* 1 (1): 35-46.
- Жикић, Бојан. 2008. *Ризик и насиље. Антрополошко проучавање сексуалног рада у Београду*. Београд: Српски генеалогски центар и Одељење за етнологију и антропологију Филозофског факултета у Београду.
- Žikić, Bojan. 2009. The Same Risk, the Different Vulnerability? Social Environment as Risk-Generating Factor in Injecting Drug Users and Sex Workers. *Issues in Ethnology and Anthropology* 4 (1): 149-162.
- Жикић, Бојан. 2011. Друштвени чиниоци здравствене вулнерабилности маргинализованих друштвених група. *Етноантрополошки проблеми* 6 (3). – у штамп

Bojan Žikić

HEALTH VULNERABILITY FACTORS IN MARGINAL SOCIAL GROUPS

Marginal groups are to be considered those groups which actively contribute to their own alienation from the mainstream of the society by their actions, such as intravenous drug users or sexual workers. Health vulnerability factors among the members of marginal groups originate from involving in the activities which expose them to the risk of certain diseases. Transformation of this individual act into social practice increases the risk to such an extent that we can talk about a socio-epidemiological risk. Vulnerability to certain diseases, such as sexually transmitted diseases or blood-borne diseases is not the sole negative impact to a person's health status. It turns out that risky practices in relation to such diseases lead to development of special non-infectious diseases related to the functioning of some organs, but also to general deterioration of physical and mental health of the members of marginal social groups.

Keywords: anthropological research of marginal and marginalised social groups; anthropology and public health; intravenous drug users; sexual workers; blood-borne diseases; sexually transmitted diseases; socio-epidemiological risk.