Saulius Čaplinskas

Atsako į AIDS ir narkomaniją kontroversijos

Mokomoji knyga

Prof. dr. Saulius Čaplinskas

Atsako į AIDS ir narkomaniją KONTROVERSIJOS

MOKOMOJI KNYGA

VITAE LITERA
Kaunas, 2012

UDK 616.98:578
Ča-108

Atsako į AIDS ir narkomaniją kontroversijos

Prof. dr. Saulius Čaplinskas, Užkrečiamųjų ligų ir AIDS centras;
Mykolo Romerio universiteto Socialinės politikos fakulteto
Edukologijos instituto Socialinio darbo katedra

Recenzavo:
Prof. dr. Vida Gudžinskienė,
Mykolo Romerio universiteto Socialinės politikos fakulteto
Edukologijos instituto Socialinio darbo katedra
Prof. dr. Leonas Valius,
Lietuvos sveikatos mokslų universiteto Šeimos medicinos klinika
Doc. dr. Stasė Ustylaitė,
Mykolo Romerio universiteto Socialinės politikos fakulteto
Edukologijos katedra; Lietuvos edukologijos universiteto Sporto ir
sveikatos fakulteto Sveikatos ir fizinio ugdymo katedra
Dr. Zenius Martinkus,
Narkotikų, tabako ir alkoholio departamento direktorius
Gyd. Robertas Badaras,
Vilniaus universiteto Toksikologijos centro vadovas
O. Davidonienė
Valstybinio psichikos sveikatos centro direktorė

Maketavo Rasa Marcinkevičienė
Viršeliui panaudota Ilonos Kukenytės iliustracija

PATVIRTINTA kaip mokomoji knyga
Mykolo Romerio universiteto Socialinės politikos fakulteto
Edukologijos instituto Socialinio darbo katedros posėdžio
2012 m. gegužės 17 d.
protokolu Nr. 1SDK-11.

PATVIRTINTA kaip mokomoji knyga
Mykolo Romerio universiteto Socialinės politikos fakulteto
Socialinio darbo bakalauro, socialinio darbo
magistrantūros, socialinės gerontologijos magistrantūros
studijų programų komiteto posėdžio 2012 m. gegužės 17
d. protokolu Nr. 3SDK-7

© Saulius Čaplinskas, 2012
© Užkrečiamųjų ligų ir AIDS centras, 2012
© UAB „Vitae Litera, 2012

ISBN 978-609-454-062-2

TURINYS

8 Įvadas

10 Globalinio atsako į ŽIV epidemiją principų formavimasis

13 Narkotikų politikos principų formavimosi tendencijos ir Europos narkotikų politika

18 Socialiniai psichotropinių medžiagų vartojimo koreliatai

21 Narkotikų priklausomybės problema humanistiniu požiūriu

26 Biosocialinio reiškinio neapibrėžtumas, socialinė norma ir kompromisai

29 Kuo čia dėta dorovė ir etika?

32 Intervencinių žalos mažinimo priemonių veiksmingumas

39 Priverstinės priemonės ir narkotikų teismai

42 ŽIV infekcija ir infekuotų asmenų atvejo valdymas

50 Kompleksinės pagalbos teikimas Lietuvos AIDS centre pagal ŽIV valdymo modelį

59 Narkomanijos gydymo revoliucijos būtinybė

61 Kokios kovos su AIDS ir narkotikais perspektyvos pasaulinės krizės fone?

Sauliaus Čaplinsko leidinio „Atsako į AIDS ir narkomaniją kontroversijos“ mokslinė recenzija

„Atsako į AIDS ir narkomaniją kontroversijos“ rankraštis – nuoseklus (nuo kitų šalių patirties iki Lietuvos patirties, nuo globalumo iki konkretaus atvejo), įvairiapusis (nuo etikos aspektų iki metodikų), išsamus analitinis darbas, kuriame apžvelgiami ir naujausi pasaulio bei Lietuvos tyrimai. Įvairių AIDS ir narkotikų vartojimo, kaip vienos iš pagrindinių AIDS epidemijos varomųjų jėgų, programų, strateginio pobūdžio leidinių, teorijų ir tiesiog požiūrių, pasiūlymų ir prielaidų, rekomendacijų nuo pat pirmųjų epidemijos metų netrūko. Temą gvildeno politikai, medicinos specialistai, epidemiologai, ekonomistai, psichiatrai ir psichologai, narkologai ir filosofai. Šiame darbe apžvelgiama daug įvairių su atsaku į AIDS ir narkotikų vartojimą susijusių šaltinių (literatūros sąrašą sudaro beveik 300 leidinių), pateikiami apibendrinimai, išvados, gausu rekomendacinio pobūdžio teiginių, tekstas iliustruojamas diagramomis ir lentelėmis. Leidinio įvade autorius iškelia daug jau 30 metų specialistus dominančių, kontraversiškų klausimų, į kuriuos ieškoma atsakymų vienuolikoje rankraščio skyrių.

Pirmajame skyriuje nagrinėjami ŽIV infekcijos epidemijos valdymo ir prevencijos programų principai. Jungtinių Tautų (JT) AIDS programos numatyti platesni pasaulinės sveikatos organizacijos tikslai padėjo integruoti specifines ŽIV iniciatyvas ir prioritetus, bet įvardinto visuotinio prieinamumo principo užtikrinti dar nepavyko. Milijonams žmonių pasaulyje ŽIV prevencijos, gydymo, specialios sveikatos priežiūros ir socialinės paramos paslaugos neprieinamos, todėl jų sveiko gyvenimo būdo siekinys, o kartu ir švietimo ir įsidarbinimo galimybės, kurias užtikrinti savo „Tūkstantmečio“ dokumentuose tikėjosi JT AIDS programa, neįgyvendinti. Kiekvienoje ŽIV epidemiologinius duomenis ir tendencijas registruojančioje šalyje tam tikros visuomenės grupės, vadinamosios didesnės rizikos užsikrėsti ŽIV grupės, labiausiai nukenčia nuo epidemijos. Deja, nacionalinėms ŽIV priežiūros sistemoms ne visada pavyksta šias grupes nustatyti, o net jei ir pavyksta, nacionalinės AIDS programos ne visada tinkamai derinamos ir koreguojamos pagal nustatytas epidemiologines tendencijas. JT AIDS programos „pasiekti nulį“ (nulis naujų užsikrėtimų atvejų, nulis su AIDS susijusių ligų, nulis diskriminacijos atvejų) tikslai gali būti įgyvendinti tik imantis protingų finansinių sprendimų – skiriant išteklius ten, kur jų labiausiai reikia. Reikia protingų investicijų – tai aiški, bet sunkiai šiuo ekonomikos krizės laikotarpiu įgyvendinama kryptis.

Antrajame rankraščio skyriuje analizuojamos narkotikų politikos principų formavimosi tendencijos. Pastaraisiais metais Europos Sąjungos (ES) valstybių narkotikų politika, iš esmės, toliau tolsta nuo JAV stiliaus „karo su narkotikais“ ideologijos. Dauguma Europos vyriausybių šį nuokrypį išreiškia sąvokų pokyčiais: narkotikų vartojimas dažniausiai laikomas sveikatos klausimu, o ne nusikaltimu, atitinkamai keičiami ir šalių įstatymai. Daug dėmesio skiriama eksperimentavimo su narkotikais veiksnių – asmens socialinės aplinkos, šeimos paramos ir išsilavinimo – tyrimams. T.y. vyrauja nuomonė, kad narkotikų vartojimo prevencija – veiksmingiausias ir ekonomiškiausias narkotikų politikos metodas. Europos valstybės, iš esmės, įsitikinę, kad patikimas švietimas geriau nei propaganda, o saviauklos ir asmenybės tobulėjimo skatinimas geriau nei baudžiamosios teisės stiprinimas. Daugelis Europos šalių pripažino, kad baudžiamosios teisės sistema tik dar labiau pagilina su narkotikų vartojimu susijusias problemas, nes skatina socialinę stigmą ir paties narkotikų vartotojo jausmą, kad yra nevykėlis, mažina jo pasitikėjimą savimi ir savigarbą. Siekiama sulaikyti nuo narkotikų vartojimo skatinant asmens iniciatyvumą ir taikant holistinius metodus.

Kiekviena valstybė turi savo nelegalių narkotikų vartojimo politiką; visos šios politikos skiriasi pagal tolerantiškumo narkotikų vartojimo elgesiui lygį ir priverstinių priemonių griežtumą.

ES narkotikų politikos kertinis akmuo – žalos mažinimas. Siekiama sumažinti neigiamą poveikį asmeniui (sveikata, asocialus elgesys) ir neigiamą poveikį bendrajai visuomenei (nusikalstamumas ir sveikatos apsaugos išlaidos). Keliami narkotikų vartojimo mažinimo (ypač tarp jaunuolių iki 18 metų amžiaus), mirčių dėl su narkotikais susijusių priežasčių atvejų ir sveikatos problemų mažinimo (ypač AIDS), paklausos ir pasiūlos mažinimo ir su narkotikais susijusio nusikalstamumo mažinimo tikslai. Strategija numato trejopas priemones: policijos darbas ribojant narkotikų tiekimą ir nustatant probleminius narkotikų vartotojus, visuomenės švietimas ir informavimas apie narkotikų keliamus pavojus ir medikų pagalba padedant narkotikus vartojantiems asmenims grįžti į visavertį (pilnavertį) gyvenimą.

Skyriuje apie socialinius psichotropinių medžiagų vartojimo koreliatus aptariami įvairūs didžiausios įtakos legalių ir nelegalių psichotropinių medžiagų vartojimo elgsenai turinčios aplinkos aspektai ir 2006 ir 2008 m. trijuose didžiausiuose Lietuvos miestuose atliktos 15-16 metų moksleivių anketinės apklausos, kurioje iš viso dalyvavo 14 155 jaunuoliai, rezultatai.

Didelė dalis europiečių mano, kad visuomenė turi pasirinkti: toleruoti alternatyvius gyvenimo būdus ar statyti daugiau kalėjimų. Tuo mes skiriamės nuo amerikiečių, kurie į kalėjimus susodina daugiausia žmonių Vakarų pasaulyje: Europoje vyrauja nuomonė, kad kalėjimas – klaida, tai tik paskutiniu atveju taikytina priemonė. Bet, kaip rašo autorius, „visuomenės intervencijos, kai kas nors pripažįstamas kaltu dėl narkotikų laikymo, vartojimo ar panašiai, panašios visoje Europoje, nepriklausomai nuo to, ar ši veikla laikoma nusikaltimu, ar ne“. Pateikiami ir svarbiausi sėkmingos narkotikų politikos principai: 1. Pripažinti problemą – imtis priemonių, 2. Viskas visada tuo pačiu metu, 3. Riboti narkotikų prieinamumą,

4. Svarbiausia – aiški ir bendra visuomenės nuomonė.

Trečiajame šio darbo skyriuje priklausomybės nuo narkotikų problema nagrinėjama humanistiniu-požiūriu. Apžvelgiami įvairiais laikotarpiais sukurti skirtingi priklausomybės nuo narkotikų aiškinimo modeliai, nagrinėjamas asmens ir bendruomenės gerovės santykis, kurio esmė: pagalba asmeniui neturi kenkti bendruomenei. Skyriaus pabaigoje pateikiamos apibendrinamosios ir rekomendacinio pobūdžio narkotikų politikos išvados: riboti galimybes įsigyti narkotikų ir juos vartoti, investuoti į plačią prevenciją ir užtikrinti įrodymais pagrįstą gydymą.

Toliau atkreipiamas dėmesys į ŽIV visuotinės epidemijos ir priklausomybės nuo narkotikų, kaip biologinių socialinių reiškinių, neapibrėžtumą ir dviprasmiškumą, apžvelgiami teoriniai biologinio socialinio reiškinio, socialinės normos ir kompromiso klausimai. Dažnai kalbant apie ŽIV pandemiją ir priklausomybę nuo narkotikų kyla prieštaravimų dėl įvairių sričių specialistų nuomonių skirtumų ir vartojamų sąvokų. Šių prieštaravimų priežastis – ne tam tikro požiūrio šalininkų piktavališkumas ar nekompetentingumas, o sudėtinga biologinių socialinių reiškinių prigimtis. Išspręsti biologinius socialinius prieštaravimus padėtų kompromisas. Kompromisą pasiekti padeda galiojančios tam tikroje visuomeninio gyvenimo srityje normos. Kaip teigia autorius, svarbiausias profilaktikos siekis – neleisti, kad būtų nutolta nuo teigiamų visuomenės sveikatos normų.

Penktajame darbo skyriuje apžvelgiami įvairių nelegalių narkotikų koncepcijų doroviniai aspektai. Etiką sudaro gero (teisingo/tinkamo/priimtino visuomenei) ir blogo (neteisingo/netinkamo/nepriimtino visuomenei) elgesio koncepcijų sisteminimas, gynimas ir rekomendavimas. Medicinos etikoje sprendimai dažniausiai priimami atsižvelgiant į individo pareigas ir kitų asmenų teises. Tai reiškia, kad asmens elgesys ar sprendimai gali būti laikomi neteisingais net jei pasiekiama gana priimtinų rezultatų. Medicinos etikos požiūriu tikslų siekimo būdas laikomas svarbesniu už rezultatus.

Prasidėjus ŽIV epidemijai, trečdalis naujų užsikrėtimo atvejų didžiojoje pasaulio dalyje (išskyrus Užsachario valstybes) - tų pačių adatų ir švirkštų dalijimosi tarp narkotikų vartotojų pasekmė. Tai reiškia, kad švirkščiamųjų narkotikų vartotojai sudaro dešimtadalį ŽIV užsikrėtusiųjų pasaulyje. ŽIV negrįžtamai pakeitė švirkščiamųjų narkotikų vartojimą, o švirkščiamųjų narkotikų vartojimas lemia ŽIV epidemiją daugumoje pasaulio regionų. Paskutiniais 20-ojo amžiaus dešimtmečiais, reaguojant į lemiamą švirkščiamųjų narkotikų vartotojų vaidmenį ŽIV epidemijoje, narkotikų politikai vis didesnę įtaką daro vadinamoji „žalos mažinimo“ koncepcija. Ji suponuoja, kad mažinti sveikatos, socialines ir ekonomines problemas dėl psichotropinių vaistų vartojimo svarbiau nei mažinti patį narkotikų vartojimą. Kelti ir įgyvendinti realius, bet ne optimaliausius tikslus laikoma esant efektyviau nei kelti utopinius tikslus ir jų neįgyvendinti. Kitaip tariant, „80 % kažko yra geriau nei 100 % nieko“. Žalos mažinimo esmę norima išreikšti visuomenės sveikatos maksima „neleiskite geriausiam būti gero priešu“. Narkotikų politikos žalos mažinimo metodas pabrėžia ne politikos turinio, bet rezultatų svarbą.

Žmogaus teisių gerbimas – būdinga žalos mažinimo, kuris plačiai vadinamas visuomenės sveikatos sąjūdžiu, ypatybė. Žalos mažinimo protagonistai ypatingą dėmesį skiria patogumo vartotojui reikalavimui ir pabrėžia, kad narkotikų vartotojas turi teisę į tokią pat pagarbą ir orumą kaip ir kiti sveikatos ir socialinių paslaugų vartotojai. Vienas iš plėtojamų žalos mažinimo teiginių: narkotikų vartojimas yra žmogaus teisė. Tad galima skirti lyg ir dvi žalos mažinimo sampratas: „ribotų teisių“, kur teigiama, kad žmonės turi teisę į gerą gydymą, ir „plačių teisių“, kur papildomai pripažįstama esminė teisė vartoti narkotikus.

Autorius pabrėžia, kaip svarbu kalbėti apie piktnaudžiavimą narkotikais dorovinėmis kategorijomis prisimenant milžinišką nelegalių narkotikų vartojimo daromą žalą. Čia vėl iškyla asmeninės ir visuomenės gerovės dilema. Juk „polinkis vartoti nelegalius narkotikus suvokiamas kaip atskiro individo siekis patirti malonumą, yra perdėm žalingas socialiniu požiūriu, kad jį ir toliau traktuotume kaip grynai asmeninio apsisprendimo reikalą“.

Šeštajame skyriuje išsamiai analizuojamas žalos mažinimo priemonių veiksmingumas. Užsitęsę moksliniai ginčai apie žalos mažinimą baigėsi. Ilgainiui pripažinta, kad žalos mažinimas padeda išvengti naujų užsikrėtimų ŽIV, neturi jokių sunkių pašalinių poveikių ir yra ekonomiškas. Bet aršūs kritikų balsai netyla: nesutaria, iš esmės, rezultatų šalininkai, vertinantys intervencijas pagal jų poveikį, su proceso šalininkais, kurie intervencijas vertina pagal jų moralinę vertę. Apskritai, narkotikų žalos klausimai labai kontraversiški. Apie narkotikų politiką dažnai diskutuojama moralės aspektu, kai dauguma politikų laikosi tam tikros pozicijos, visiškai neatsižvelgdama į mokslo įrodymus. Dėl narkomanijos poveikio visuomenei, gal net dėl narkotikų poveikio mąstymui, įstatymų leidėjai nori parodyti savo tvirtą poziciją narkotikų atžvilgiu, net jei jų politika didina žalą, kurią jie patys teigia norintys mažinti. Kaip teigia autorius, iki šiol nėra įrodymų, kad adatų ir švirkštų keitimo paslaugos sumažino švirkščiamųjų narkotikų vartojimą ar metadono programos labai veiksmingai padeda didinti narkotikų visiškai atsisakiusių asmenų skaičių. Kai kurie narkotikų politikos formuotojai ir tyrėjai teigia, kad adatų keitimo paslaugos – pinigų švaistymas ir tik skatina švirkščiamųjų narkotikų vartojimą, metadono programos – tik pailgina priklausomybės nuo narkotikų trukmę ir suteikia jo vartotojams galimybę pardavinėti metadoną gatvėje, kad užsidirbtų naujiems narkotikams. Apibendrinant galima teigti, kad žalos mažinimo veiksmingumo tyrimų apskritai nepakanka norint prieiti neginčijamų išvadų. Iš vienos pusės, moksliniai efektyvumo tyrimai atskleidė, kad kai kurios žalos mažinimo priemonės duoda teigiamų rezultatų, iš kitos – yra aiškių požymių, kad,

išskyrus ŽIV prevenciją, plačiai taikomos žalos mažinimo programos nepadeda sumažinti bendrosios su narkotikais susijusios žalos. Kaip apibendrina autorius, „žalos mažinimo ir narkotikų vartojimo mažinimo derinimas gali tapti rimčiausia narkotikų politikos ir kovos su narkotikais problema, kurią teks spręsti artimiausiais dešimtmečiais".

Skyriuje apie dar vieną kontraversišką klausimą – priverstines nusikaltimus padariusių narkotikų vartotojų gydymo priemones - pateikiama išsami narkotikų problemos įkalinimo įstaigose analizė. Kaip rašo autorius, Lietuvos laisvės atėmimo įstaigose narkotikų vartotojų nuolat daugėja, daugėja ir ŽIV per švirkščiamuosius narkotikus užsikrėtusių kalinių. Uždarose įstaigose, kur didelis skaičius žmonių ankštose patalpose praleidžia daug laiko, turėtų būti labai svarbi ligų profilaktika ir gydymas. Kaip pastebi autorius, rizikingai lytiškai santykiaudami ar vartojantys intraveninius narkotikus kaliniai dažnai neturi galimybės apsisaugoti nuo ligų. JAV ir kai kuriose kitose pasaulio ir Europos šalyse pasitaiko, kad nusikaltimus dėl narkotikų padariusiems asmenims teismo proceso metu pasiūloma alternatyva: gydytis nuo priklausomybės mainais į laisvės atėmimo bausmės sutrumpinimą ar net atšaukimą. Šios priemonės gali būti naudingos priklausomiems nuo narkotikų asmenims, kuriems būtinos aktyvios intervencijos ir parama atsisakyti narkotikų. Deja, ši galimybė retai siūloma marihuanos vartotojams, kurie paprastai vartoja šiuos narkotikus laisvalaikiu ir nėra nuo jų priklausomi. Todėl teismams, nagrinėjantiems su narkotikų vartojimu susijusias veikas iškyla problema. Nenumačius galimybės marihuanos vartotojams skirti priverstinio gydymo vietoj laisvės atėmimo, teismas gali būti priverstas nubausti juos griežta laisvės atėmimo bausme, ir nuteistajam bus padaryta gerokai didesnė žala nei pats marihuanos rūkymas. Iš kitos pusės, priverčiant marihuanos vartotojus gydytis vietoj įkalinimo, sumažės sunkią priklausomybę nuo narkotikų turinčių asmenų medicininio gydymo ištekliai. Dauguma šalių mėgina išsisukti iš šios nemalonios padėties atskirdamos marihuanos vartotojus nuo kitų nusikaltusių narkotikų vartotojų. Tai daroma skiriant „civilinį", o ne baudžiamąjį nuosprendį, dažnai – skiriant drausminę nuobaudą, baudą ar kitą administracinę sankciją. Autorius pastebi, kad JAV pavyzdžiu narkotikų teismai labai sėkmingai diegiami dar 14 pasaulio valstybių, tarp jų – Airijoje, Norvegijoje, Italijoje ir Makedonijoje.

Skyriuje apie ŽIV infekcijos atvejo valdymą išsamiai analizuojamas plačiai Vakarų valstybėse ir JAV, kur net ruošiami atitinkami specialistai, paprastai – socialiniai darbuotojai, taikomas ŽIV pacientų priežiūros metodas. Kvalifikuoti ŽIV atvejo valdymo specialistai sprendžia įvairias konkrečiu atveju ŽIV užsikrėtusiam asmeniui kylančias problemas, sudarydami paciento priežiūros planą. Jie gali suvaidinti svarbų vaidmenį, padėdami išsiaiškinti ir patenkinti pacientų bendruomenėje reikmes. ŽIV atvejo valdymo metodo paskirtis –gerinti asmenų, gyvenančių su ŽIV, sveikatos priežiūros paslaugų ir gyvenimo kokybę ir sveikatos priežiūros paslaugas teikiančių tarnybų darbo koordinavimą, užtikrinti reikiamų medicininių, psichologinių, socialinių paslaugų, skatinančių ir padedančių klientui ir jo šeimai gyventi savarankiškai, prieinamumą. Šis metodas yra itin naudingas visuomenės sveikatos prasme, nes užtikrina nepertraukiamą ŽIV pacientų sveikatos priežiūrą, be to, jis itin ekonomiškas, nes minimaliai sumažina įvairių įstaigų darbo dubliavimą.

Toliau autorius apibendrina ir įvertina buvusios nacionalinės specializuotos ŽIV kontrolės ir prevencijos institucijos – Lietuvos AIDS centro veiklą. Lietuvos AIDS centras įkurtas 1989 m. – kaip nacionalinė ŽIV prevencijos strategiją koordinuojanti institucija. Pagrindinis Lietuvos AIDS centro veiklos tikslas buvo rūpintis Lietuvos gyventojų sveikata, pristabdyti ŽIV/AIDS plitimą Lietuvoje, siekti, kad Lietuva išliktų mažo ŽIV/AIDS paplitimo šalimi, mažinti neigiamas ŽIV infekcijos pasekmes individui bei visuomenei. Šiuos tikslus jis įgyvendino rengdamas nacionalines daugiasektores AIDS profilaktikos ir kontrolės programas ir koordinuodamas jų vykdymą. Lietuvos AIDS centras, dalyvaujant įvairioms žinyboms, daug nuveikė padėdamas tiems, kuriems sveikatos priežiūros paslaugos mažai prieinamos, diegdamas ŽIV prevencijos, gydymo ir pagalbos modelius, kuriuose atsižvelgiama į specifinius rizikos grupės asmenų poreikius, derinama psichinės sveikatos ir priklausomybės gydymo paslaugos, ankstyva lytiškai plintančių ligų diagnostika ir anoniminis gydymas, dvigubos prevencijos ir „žemo slenksčio" paslaugos.

Pasikeitus ekonominei situacijai, atsiradus veiksmingiems infekcijos vystimąsi stabdantiems vaistams ir vis daugiau koncentruojantis į gydymą, kaip prevencijos priemonę bei keičiantis pasaulio požiūriui į AIDS, buvo priimtas politinis sprendimas ir atsisakyta specializuotos kompleksinės prevencijos ir priežiūros institucijos. Lietuvos AIDS centras reorganizuotas 2009 m., dalį jo funkcijų perėmė nauja, organizuojanti ir vykdanti užkrečiamųjų ligų epidemiologinę priežiūrą, institucija.

Baigdamas atsako į AIDS ir narkomaniją kontroversijų analizę, autorius daro išvadą, kad būtina iš pagrindų reorganizuoti priklausomybės gydymą. Norint sustabdyti ŽIV epidemiją tarp narkotikų vartotojų, reikia naujo mąstymo, lanksčios sveikatos priežiūros ir socialinės globos politikos. Autorius siūlo keisti svarbiausio narkotikų politikos tikslo sampratą: ne „su narkotikų vartojimu susijusio žalos mažinimas", o „žymus narkotikų vartojimo mažinimas". Jis prieina galutinės išvados, kad „globalinių projektų krizės laikotarpiu daugelis priversti peržiūrėti savo ankstesnes pozicijas ir siūlyti kitus sprendimų būdus".

Manau, kad doc. dr. Sauliaus Čaplinsko leidinys „Atsako į AIDS ir narkomaniją kontroversijos" yra nuoseklus, įvairiapusis, išsamus, aktualus ir verčiantis susimąstyti analitinis darbas, skirtas socialinio darbo, sveikatos ugdymo ir visuomenės sveikatos specialistams, nacionalinės ir vietos

politikos formuotojams ir sprendimų priėmėjams, tyrėjams, kurių veikla susijusi su ŽIV infekcijos epidemijos valdymo ir prevencijos programų įgyvendinimu.

Mykolo Romerio universiteto
Socialinės politikos fakulteto Edukologijos instituto, Socialinio darbo katedros
profesorė dr. Vida Gudžinskienė

Dėl leidinio „Atsako į AIDS ir narkomaniją kontroversijos"

Leidinys "Atsako į AIDS ir narkomaniją kontroversijos" įdomus ir išties kiek kontraversiškas, bet reikalingas ir savalaikis. Jame bene pirmą kartą yra pasisakoma viešai kai kuriais klausimais apie kuriuos specialistai, ekspertai ar net ir politikai diskutuodavo neoficialiuose pokalbiuose. Tačiau nekeliant tų vienų ar kitų klausimų viešam aptarimui, jų niekada ir neišspęsime, o teisingiausi sprendimai paprastai priimami išklausant ir įsiklausant į visas tuo klausimu pasisakančias puses.

Nemažai vietos leidinyje yra skirta gydymo metadonu vertinimams, kurie išties yra nevienareikšmiai. Reikia pripažinti, kad priklausomybės ligomis sergančiųjų gydymas, nesvarbu kokią gydymo taktiką ar metodiką bepasirinktų specialistai kartu su pacientu, yra gana neefektyvus, jeigu kalbame apie pacientų visiškai atsisakiusių kvaišalų vartojimo procentą. Mano nuomone labai svarbi leidinio dalis, kurioje aptariamas žalos mažinimo priemonių veiksmingumas. Visgi manau, kad kol kas pas mus mažai diskutuojama kiek viena ar kita programa yra gydymo, o kiek žalos mažinimo. Taip pat labai svarbu rasti sutarimą kokie visgi kriterijai yra laikytini programos efektyvumo rodikliais. Juk šiuo metu, nors pačią programą mes kartais vadiname gana kategoriškai gydymo programa, bet kaip pradedame kalbėti apie šios programos efektyvumo rodiklius, jau kalbame apie žalos mažinimui priskirtinus kriterijus (pvz. nusikalstamumo sumažėjimas, asocialaus elgesio mažėjimas ir pan.).

Labai įdomi ir svarbi leidinyje pradėta diskusija stigmos ir destigmatizacijos procesų bei dorovinio auklėjimo vertinimo ir visuomenės tolerancijos klausimais. Manau šios temos vertos tolimesnio dėmesio ir yra bei bus vertinamos nevienareikšmiai. Nors šiandien Lietuvoje girdimi tik pavieniai pasisakymai dėl galimo kai kurių narkotinių medžiagų legalizavimo, visgi apsimesti, kad tokių diskusijų pas mus nėra ir negirdėti tuo klausimu kalbančiųjų, manau, būtų klaida, galinti kartais sudaryti sąlygas „pražiopsoti" kai kuriuos atskirose visuomenės grupėse besirituliojančius procesus.

Labai svarbu, kad knygoje skiriama dėmesio atvejo vadybos diegimui. Psichikos sveikatos priežiūroje, ir ypač priklausomybių ligų atveju, atvejo vadyba kuo toliau tuo bus svarbesnė siekiant teigiamo rezultato ir padedant pacientui bei jo šeimai susigaudyti galimybių ir būtinybių gausoje.

Ir visgi labiausiai norisi padėkoti knygos autoriui už tą paprovokavimą diskutuoti visais su priklausomybėmis susijusiais klausimais. Deja, kol kas mes bandome sukurti ar priimti taisykles ar teisės aktus ir manome, kad jie jau yra absoliuti dogma, o jeigu kas nors mano kitaip, tai jo nuomonė yra klaidinga, nekompetentinga ar tiesiog bloga. Kartu su autoriumi norėtųsi visus pakviesti turėti daugiau lankstumo ir tolerantiškumo nuomonių įvairovei ir pamatysime, kad ir mes patys nebūtinai visada esame teisūs ir kad tik atviroje diskusijoje randami teisingi sprendimai.

O. Davidonienė
Valstybinio psichikos sveikatos centro direktorė

ĮVADAS

Praėjo trys dešimtmečiai nuo to laiko, kai buvo nustatyta susirgimo, kurį sukelia **žmogaus imunodeficito virusas (ŽIV)**, epidemijos pradžia, tačiau veiksmingų profilaktikos programų įgyvendinta nedaug [1], [2]. Veiksminga ŽIV infekcijos profilaktika nebūtinai turi būti tobula. Epidemiologiniai modeliai parodė, kad epidemiją sustabdyti įmanoma tiesiog perpus sumažinus rizikingą elgesį [3]. Plačiai taikomi praktiniai **ŽIV prevencijos metodai**, tokie kaip švietimas, prezervatyvų ir sterilių švirkštų naudojimas, padėjo sumažinti ŽIV plitimą visame pasaulyje. Savo veiksmingumą įrodę saugūs ir įvairių kultūrų žmonėms priimtini **biomedicininiai intervencijos metodai** – skiepai, baktericidai, priešekspozicinė ir poekspozicinė chemoprofilaktika – suteikia dar daugiau galimybių užkirsti kelią ŽIV plitimui [4], [5], [6].

Dažniausiai ŽIV Lietuvoje, kaip ir Rytų Europoje, užsikrečia narkomanai. Mažiau stigmatizuojantis terminas - **švirkščiamų (injekcinių) narkotikų vartotojai (ŠNV)** [7], [8]. Siekiant sustabdyti ŽIV plitimą ŠNV bendruomenėje, o per jų lytinius partnerius – ir bendrojoje populiacijoje [9], reikia aktyvaus ir individualaus darbo (angl. – *outreach*) su narkotikų vartotojais, dirbti gatvėje, įprastoje narkotikų vartotojų aplinkoje, stiprinti žemo slenksčio paslaugas ir skatinti narkomanus (tikslesnė sąvoka - ***priklausomus nuo psichotropinių medžiagų asmenis***) gydytis [10]. **Kuo mažiau narkotikų vartotojų, tuo mažiau ŽIV užsikrėtusių ir sergančių žmogaus imunodeficito viruso sukeltu įgyto imunodeficito sindromu (AIDS) asmenų.** Todėl vienas svarbiausių ŽIV /AIDS profilaktikos strateginių tikslų — **narkotikų vartojimo ir narkotikų vartojimo žalos mažinimas** [11]. Dalijantis švirkštais, adatomis ar kita injekcine įranga su kitais, didėja ŠNV rizika užsikrėsti arba užkrėsti kitus ŽIV ar kitomis per kraują plintančiomis ligomis (pvz., virusiniu hepatitu B ar C). **Psichotropinių medžiagų vartojimas gali paskatinti destruktyvų elgesį, keliantį sunkumų tiek pačiam žmogui, tiek jo socialinei aplinkai. Todėl akivaizdu, kad svarbu riboti vartojimą ar bent jau stengtis, kad narkotikų vartojimas darytų kuo mažiau žalos.** Tad tie, kurie tvirtina, kad asmuo turi teisę laisvai rinktis ir vartoti malonumą suteikiančias, padedančias atsipalaiduoti ar nuodijančias organizmą medžiagas, labai rizikuoja. Visuomenė turi teisę ir pareigą reguliuoti psichotropinių medžiagų vartojimą ir jų prieinamumą. **Pagrindinis efektyvios narkotikų politikos tikslas – pasiekti, kad narkotikai būtų sunkiai prieinami, vartojančiųjų būtų mažai, nes vartoti kvaišalus pavojinga, o nevartoti ir gydytis, gauti progą grįžti į gyvenimą – lengva ir saugu** [12]**.**

Viena iš daugiausia ginčų ir nuomonių skirtumų sukelianti nelegalių narkotikų vartojimo tema – **ar reikėtų legalizuoti narkotikus? Ar liberalios narkotikų politikos šalininkai sumaniai pasinaudojo plintančiu ŽIV? Ir kaip AIDS pandemija pakeitė požiūrį į priklausomybės supratimą?** Ar narkotikų vartojimas, visų pirma, yra sveikatos klausimas, ar baudžiamosios teisės dalykas? Ar reikėtų aprūpinti narkotikų vartotojus heroinu? **Ar priklausomybės gydymo tikslas – išgelbėti vartotojus nuo narkotikų, ar padėti sumažinti jų vartojamų narkotikų žalą?**

Ar narkotikų vartojimas – tai žmogaus teisės klausimas, ir ar reikėtų leisti žmonėms vartoti pasirinktus narkotikus užgniaužiant jausmą, kad valstybė turi teisę kištis į jų gyvenimą? Ar turėtume leisti priklausomiems nuo narkotikų tėvams auginti savo vaikus, ar šiais vaikais turėtų pasirūpinti valstybė? Kokie turėtų būti narkotikų politikos metodai? Ar priverstinio vykdymo pastangos – brangus lėšų švaistymas, o gal – neįkainojama apsauga nuo problemos, kuri ilgainiui gali net kelti pavojų visos visuomenės išlikimui? **Ar reikėtų stigmatizuoti narkotikų vartojimą** ir jų vartotojus, siekiant riboti nelegalių narkotikų vartojimą, ar tai būtų tik ir taip pažeidžiamos, ir socialiai atskirtos grupės persekiojimas?

Nelegalių narkotikų vartojimo mastas pasaulyje greitai kinta: maždaug prieš 40 metų narkotikų vartojimą net sunku buvo vadinti problema, šiuo metu tai **–** pasaulinė epidemija, apėmusi visas šalis. Kitų visuomenės politikos sričių pavyzdys rodo, kad **nuolatiniai mažučiai pokyčiai gali sukelti didelę problemą**. Suvokėme, kad kelių laipsnių pasaulinės temperatūros pokyčiai gali sukelti sunkiai įsivaizduojamas aplinkos pasekmes. Supratome, kad keli pasišventę teroristai savo veiksmais gali iš pagrindų pakeisti mūsų kasdienį gyvenimą. Paaiškėjo, kad **problematiškiausia nelegalių narkotikų vartotojų dalis paprastai sudaro ne daugiau nei vieną procentą šalies visuomenės, bet pasaulio vyriausybėms ji kelia begales spręstinų problemų**: žala sveikatai, nusikalstamumas, vaikų apsaugos problema, ekonominė ir politinė korupcija ir žala aplinkai. Visa ši žala sunkiai suvaldoma ir didelė, tad kyla klausimas, **kokią narkotikų problemos naštą gali pakelti visuomenė? Jei atsakymas – vos truputį didesnę nei turime dabar (iki 2 procentų!), tai narkomanija tokia pat pavojinga mūsų visuomenei kaip klimato kaita ir pasaulinis terorizmas.** Švedijos sociologų paskaičiavimais **visuomenei pigiau kainuotų narkomaną išlaikyti 5 žvaigždučių viešbutyje, nei palikti jį gatvėje** [13].

Ar ŽIV infekcijos ir narkomanijos epidemijos kontroliuojamos? Ar mes einame teisingu keliu šiame varginančiame, pilname aukų, maratone, kuriame būtinai bus nugalėtojas? Ar mes galime būti tikri tuo, kad šiuo nugalėtoju būtinai taps *homo sapiens*, o ne virusas ar psichotropinės medžiagos? Tiek virusai, tiek ir psichotropinės medžiagos nepripažįsta kompromisų, kaip ir moteris negali būti „truputį nėščia“.

Būtų nesąžininga įtikinėti tuo, kad į šiuos klausimus atsakymų nėra. Tačiau šių atsakymų esmę žymia dalimi apsprendžia tai, kad neišspręstos dvi pagrindinės problemos **– pasaulis iki šiol neturi efektyvaus atkirčio modelio, kuris atitiktų globalinį ŽIV/AIDS ir narkomanijos epidemijų mastą.**

Pateikiant šios problemos savo viziją, paremtą trisdešimties metų tarptautinio darbo patirtimi bei analize, ir mėginant nušviesti galimus jos sprendimo scenarijus, eilę kartų teks atsisakyti tokių retorinių priemonių kaip politinis korektiškumas, eufemizmas ir nutylėjimas. Sunkus ir principingas nagrinėjimas reikalauja atvirumo ir užduoda daug naujų klausimų.

Globalinio atsako į ŽIV epidemiją principų formavimasis

ŽIV prevencijos sėkmė priklauso nuo atsakingai reguliuojamos epidemijos valdymo politikos.

Kiekvieną pasaulyje ir mūsų visuomenėje vykstantį reiškinį galima vertinti teigiamu ir neigiamu aspektu, t.y. **kokia šio reiškinio nauda visuomenei ir kokios neigiamos pasekmės**. Pabandykime įvertintį globalinio atsako į ŽIV epidemiją principų formavimąsi šiais aspektais.

Nuo 1980 metų vidurio kovos su ŽIV infekcija pradai susiliejo į organizuotas struktūras, įgaudami sistemines formas, kurias nulėmė dvi aplinkybės: pirminis epidemijos židinys (JAV ir Vakarų Europa) **ir plitimo objektas** (homoseksualai). Šios aplinkybės iš principo nulėmė visą tolesnę pasaulinę anti-ŽIV kampanijos „architektūrą". Tragiški vieši iškilių kultūros ir meno veikėjų (tarp jų – genialusis šokėjas Rudolf Nuriev ir garsus dainininkas Freddie Mercury) lėtos mirties nuo AIDS atvejai sukėlė užuojautą intelektualiniuose ir meno elito sluoksniuose, suformuodami ne tik nukentėjusių nuo AIDS finansinio, psichologinio, teisinio, pilietinio palaikymo formas, bet ir apsaugotos asmenybės koncepciją, kuri atsirado pačiu laiku. Jais remiantis buvo sukurti atitinkami principai, kurie greitu laiku tapo esminiais visoje kovos su epidemija sistemoje. Vienas iš šių esminių principų – „rizikos veiksnių šalinimas", kitas – „žalos mažinimas". „**Rizikos veiksnių šalinimas**" **suprantamas kaip „ABC" modelis** (angl: ***A****bstain,* ***B****e faithful, use a* ***C****ondom* - susilaikymas, ištikimybė, prezervatyvų naudojimas). „**Žalos mažinimo**" principas užtikrinamas švirkščiamų narkotikų vartotojams dalinant (arba keičiant naudotus) sterilius švirkštus, kitus instrumentus, prezervatyvus, kurie padeda švirkštis ir lytiškai santykiauti su „atsitiktiniais" lytiniais partneriais **„saugiau"** [14].

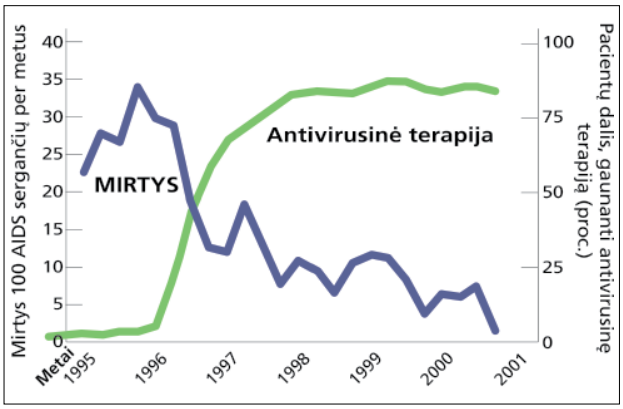
Iš kitos pusės, ŽIV epidemija tarp homoseksualų tik paskatino šių mažumų kovą už jų skirtumų ir poreikių legalizavimą. 1970-1980 metais seksualinės mažumos kovodamos už savo teises pasiekė žymių rezultatų. Kai kuriose šalyse (Švedijoje, Kanadoje, Olandijoje, Belgijoje), dalyje JAV valstijų (pastaruoju metu – ir vienoje iš didžiausiųjų, Niujorko valstijoje) buvo įteisintos vienos lyties atstovų santuokos. Homoseksualai tapo garbia, patrauklia komercine vartotojiška bendruomene. Per šiuos metus susiformavo visa medija-imperija, atstovaujanti seksualinių mažumų tikslinei grupei. Homoseksualumas daugeliu atveju jau neslepiamas, asmenys užima aukštus valstybinius ir politinius postus. Nuo 1980 metų vidurio, po masinių kovos su AIDS protestų, vyriausybės ėmė bendradarbiauti su seksualinių mažumų organizacijomis, švirkščiamų narkotikų vartotojų reabilitacijos bendrijomis ir kitomis jų interesus atstovaujančiomis nevyriausybinėmis organizacijomis. Todėl daug užsikrėtusių ŽIV asmenų, tarp jų – ir transseksualų bei narkotikų vartotojų, neretai praktikuojančiųjų, užėmė aukštus postus nacionalinėse ir tarptautinėse kovos su ŽIV/AIDS struktūrose, formuojančiose ŽIV/AIDS strategiją.

Pastaruoju metu ypatingas dėmesys ŽIV infekcijos kontrolės programose skiriamas stigmos ir diskriminacijos mažinimui. **Jungtinių Tautų AIDS programos** (angl. – *UNAIDS*) **pranešime stigma ir diskriminacija laikoma svarbiausia kliūtimi kovojant su ŽIV epidemija** [15]**. Dėl to atsirado nauja santrumpų terminologija**, kur nurodoma, pavyzdžiui, kad nekorektiška vartoti sąvoką „AIDS aukos", nes tam tikrame kontekste ji dažnai gali reikšti išankstinę neigiamą nuostatą, stigmatizuojančią asmenį ir suponuojančią tam tikrą jo „kaltę" arba „Kova prieš AIDS" (ŽIV/AIDS kontekste rekomenduojama vengti „karingos" leksikos, t. y. mūšis, kova, karas. Rekomenduojami mažiau stigmatizuojantys variantai: AIDS profilaktikos programa, priemonės, akcija ir t. t.) [16].

Bendrąja prasme, toks humaniškas požiūris yra teisingas. Ir jis turi būti vykdomas visuotinai. **Tačiau iš kitos pusės toks terminologinis neutralumo konstravimas ir korektiškumas bei skirtingų rizikos grupių (priklausomų nuo narkotikų ar prostitucija besiverčiančių asmenų, homoseksualų, kalinių ar imigrantų iš didelio ŽIV paplitimo šalų) sutapatinimas turėjo įtakos ne tik homoseksualų**

bendrijų įteisinimo paplitimui ir konvergencijai su heteroseksualine dauguma, bet ir tolerantiškam požiūriui į narkotikų vartojimą.

Be to, kova su stigma ir diskriminacija faktiškai skatina keisti daugumą moralinių, psichologinių ir elgesio normų stereotipų. Tarptautiniuose dokumentuose klausimui dėl „kišimosi" į rizikingą elgesį neskiriamas reikiamas dėmesys, o juk **būtent rizikingas elgesys ir yra esminis ŽIV plitimo veiksnys**. Tokiu būdu **pasaulinėje kovos su ŽIV/AIDS sistemoje „rizikos mažinimas" ir „žalos mažinimas" faktiškai tapo „AIDS profilaktikos" sinonimais ir yra bet kokio draudimo ar rizikingo elgesio apribojimo alternatyva**. Prezervatyvų reklama lyg ir garantuoja „saugų seksą". O „pakaitinės terapijos" priemones (geriamieji narkotikai – metadonas ir buprenorfinas – vietoje injekcijų) imta propaguoti kaip pagrindinį metodą, nuo ŽIV infekcijos apsaugantį narkotikų vartotojus. Palaipsniui **universalia kovos su AIDS priemone tapo „žalos mažinimas", o susilaikymo, ištikimybės ir prezervatyvų naudojimo programa (ABC) buvo sužlugdyta pradinėje egzistavimo stadijoje** [17].

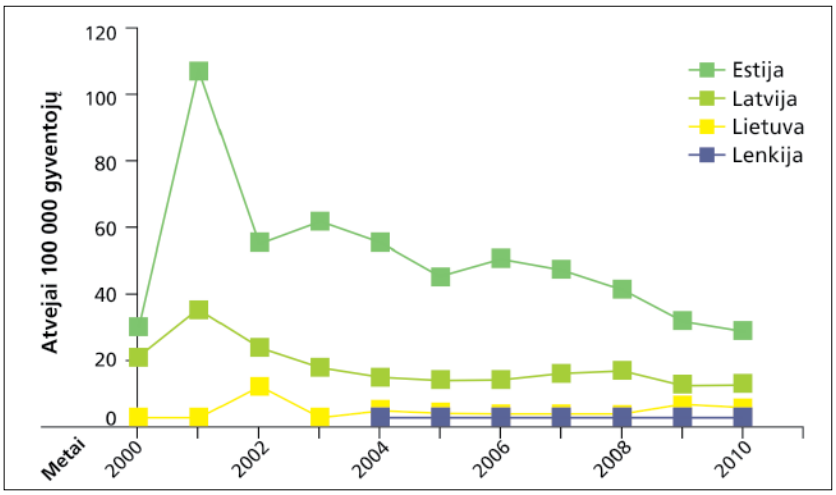


Pav. 1. AIDS gydymas vietoj mirties

Akivaizdžiai laisvos šiuolaikinio pasaulio valstybinės ir socialinės sienos leido atsirasti naujam fenomenui – vadinamajai **globalinei ŽIV priešpriešos sistemai. Pasaulyje susiklostė savotiška „korporacija" įtakingų ŽIV/AIDS (arba/ir „žalos mažinimo") tarptautinių organizacijų, kurios formuoja savo politiką ir veikia nepriklausomai nuo atitinkamų nacionalinių struktūrų**. Lietuva – ne išimtis.

Globalizacijos teorijos duomenimis, tarptautinės praktikos plitimo sąlyga – **ne tik laisvos sienos**, bet ir **pasaulinė pilietinė bendruomenė**. Ir jei pasaulinis valdantysis elitas nurodo pasaulinio vystymosi prioritetus ir diktuoja atsiradusių problemų sprendimus, tai pasaulinė pilietinė bendrija šiuos sprendimus įgyvendina ir formuoja pasaulinį požiūrį. **Palaipsniui susiformuoja nenacionalinių normų ir vertybių kompleksas, kuris pretenduoja užgožti nacionalines (vietines) vertybes.** Todėl neretai vyksta denacionalizacija instituto viduje – šie prioritetai lyg ir lieka nacionaliniai, bet iš esmės yra pasauliniai. Palaipsniui susiklostė tokia praktika, kad, jei dėl vienos ar kitos priežasties valstybei naudinga nedalyvauti sprendžiant tam tikras problemas, atsirado galimybė patikėti jų perdavimą kitam valdymo tinklui – **nevalstybinėms struktūroms**. Atsižvelgiant į tai, kad probleminiai tinklai apima daug tarpusavyje nepriklausomų dalyvių, o ypatingą rūpestį kelia struktūrinio tinklo stabilumas ir pastovumas, galima suprasti, kodėl šiuo metu tiek daug tarptautinių nevyriausybinių organizacijų ir kodėl jos tokios aktyvios. Taip tarptautiniame lygmenyje ėmė realizuotis projektai, apimantys atskiras rizikos grupes.

Pažymėtina nauja paskutiniojo dešimtmečio aplinkybė: dažniausiai dėl šiuolaikinių sveikatos mokslų ir sistemos pasiekimų gydant ŽIV ligonius šis susirgimas paskutiniaisiais metais tapo nemaloni, bet „eilinė" liga, kuria sergant galima gyventi ilgus metus [18] (pav. 1). ES šalyse ir JAV visuomenėje palaipsniui dingo panika ir pesimistinės nuotaikos dėl nepagydomos ŽIV infekcijos ir ypač didelio mirtingumo nuo AIDS. Visuomenės sąmonė priprato prie to, kad vartojant atitinkamus preparatus galima nugalėti mirtinus virusus, paverčiant infekciją „lėtiniu negalavimu". **Kova su epidemija įgavo rutinos požymių.** Lietuvoje, pavyzdžiui, neatsižvelgiant į efektyvų ir tarptautinio pripažinimo sulaukusį atsaką į ŽIV epidemiją,[19],[20] be jokios SVOT analizės, buvo priimtas politinis sprendimas panaikinti AIDS centrą. Gimė nauja politinė konstrukcija, kuri yra tolima nozologijai ir klasikiniam supratimui apie infekcinės patologijos ištakas, suteikiant

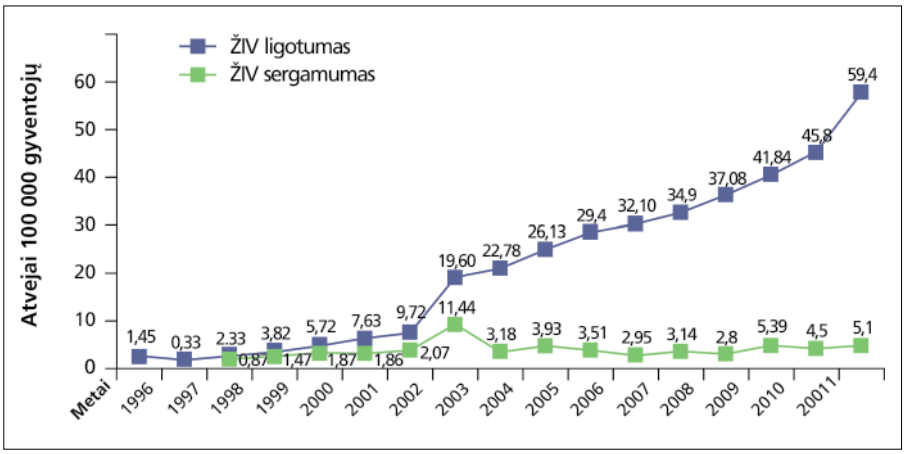


Pav. 2. Naujai registruoti ŽIV atvejai Baltijos šalyse ir Lenkijoje 2000 – 2010 m.
Šaltinis: ECDC 2012 m.

ŽIV infekcijai lėtinio susirgimo statusą. Tuo pačiu, sumažinus epidemijos paplitimo pasekmes, pasitelkus dideles pajėgas ir lėšas, situaciją galima visiškai kontroliuoti.

Tačiau kokia ŽIV ir AIDS kaina?

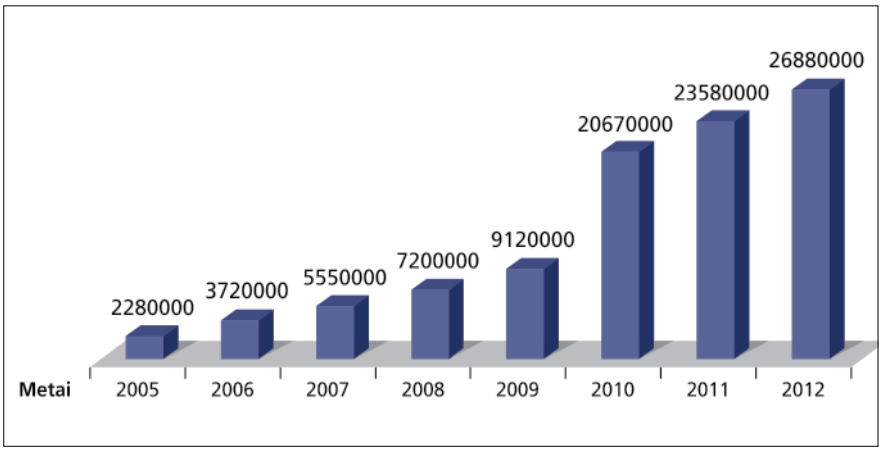
Paimkime Lietuvą, kur ŽIV paplitimas mažiausias tarp Baltijos šalių (pav. 2), tačiau nuolat didėja (pav. 3). Paskaičiuota, kad pagal dabartinius ŽIV infekcijos plitimo tempus Lietuvoje vien tik antiretrovirusiniams vaistams (**ARV**) ŽIV ligai gydyti išlaidos iki 2020 m. išaugs 10-15 kartų (pav. 4). Tai didelė našta sveikatos biudžetui ir visiems mokesčių mokėtojams. Neabejotinai atitinkamai augs ir socialinių paslaugų poreikis, todėl ŽIV prevencija išlieka viena iš prioritetinių priemonių šalyje. Valstybinės ligonių kasos duomenimis, vieno ŽIV užsikrėtusiojo gydymas antiretrovirusiniais vaistais per metus privalomojo sveikatos biudžeto fondui (PSDF) kainuoja apie 30 tūkst. Lt. Dar iki 3 tūkst. Lt per metus kainuoja vieno tokio paciento laboratorinė priežiūra (apmokama iš valstybės biudžeto lėšų). Kasmet Lietuvoje didėja ARV gydymo poreikiai. Gaunančiųjų valstybės (iš PSDF biudžeto) kompensuojamą ARV gydymą skaičius išaugo nuo 37 asmenų 2003 m. iki 182 asmenų 2010m. [21]. 2011 m. ARV terapija taikyta jau 226 pacientams. Iš viso ARV gydymo sąnaudos nuolat augo: nuo 2 mln. Lt. iki 4,5 ml. Lt. per 2007-2010 m. laikotarpį, o 2011 m. pasiekė 5 mln. 760 tūkst. Lt. 2011 m. visiems antivirusiniams vaistams AIDS ligai gydyti įsigyti skirta 7,8 mln. Lt. Ir tai sudaro tik apie 50-60 proc. visų ŽIV infekuotų pacientų, kuriems reikalingas gydymas (dalis nuo psichoaktyvių medžiagų priklausomų ŽIV infekuotų asmenų nesilanko sveikatos priežiūros įstaigose ir toliau platina virusus). **Per 20 metų lėšos, skirtos vieno ligonio ARV, sudarys 1 milijoną litų.**



Pav. 3. ŽIV paplitimas (ligotumas) ir sergamumas Lietuvoje 100 000 gyventojų
Šaltinis: Užkrečiamųjų ligų ir AIDS centras, 2012 m.

Valstybinės ligonių kasos 2007 m. duomenimis, **Lietuvoje vieno užsikrėtusio ŽIV asmens ARV gydymo metinio finansavimui užtikrinti du žmonės turi dirbti visus metus, mokėti mokesčius ir nesirgti.**

Pastaraisiais metais atsparių esamiems vaistiniams preparatams ŽIV epidemija Europoje ir kai kuriuose Pietryčių Azijos regionuose [22,23] sukėlė naują problemą, apie kurią jau kalba specialistai, bet kuri nedera su nusistovėjusia anti-AIDS judėjimo konstrukcija – **faktišku šiuolaikinių sveikatos apsaugos sistemos pasiekimų niveliavimu, suteikiant efektyvią pagalbą visiems ŽIV infekuotiesiems,** neįvertinant gydymo režimo laikymosi galimybių, kurios ypač ribotos narkotikų vartotojų atveju.



Pav. 4. Antiretrovirusinių vaistų poreikio Lietuvoje prognozė (litais).
Šaltinis: Lietuvos AIDS centras, 2005 m.
*apskaičiuota 2005 m. pradžioje, atsižvelgiant į tai, kad kiekvienas ŽIV užsikrėtęs asmuo gaus gydymą vidutiniškai po 8 m. nuo užsikrėtimo.

Narkomanijos paplitimas tampa ypač svarbiu pasaulinės ŽIV epidemijos rizikos veiksniu. Ekspertų vertinimu, pasaulyje injekcinius narkotikus vartoja 5 mln. žmonių. Kadangi ŽIV infekcijos ir AIDS plitimas artimai susijęs su nelegalių narkotikų vartojimu, ŽIV ir kitų su narkotikų vartojimu susijusių užkrečiamųjų ligų prevencijos sėkmė tiesiogiai priklausys nuo narkotikų politikos sėkmės.

Narkotikų politikos principų formavimosi tendencijos ir Europos narkotikų politika

Politinių sprendimų priėmimo etika: kas, ką ir už ką turi daryti...

Nelegalių narkotikų politikos pradžia gali būti laikoma XX a. pirmasis ir antrasis dešimtmetis. Susirūpinusios didėjančiu opiatų, kokaino ir, kiek mažiau, marihuanos vartojimu, Europa ir JAV parengė narkotikų vartojimo gydymo tikslu ir narkotikų didmeninės ir mažmeninės prekybos įstatymus, įgaliojo profesines bei visuomenines organizacijas dirbti narkotikų vartojimo prevencijos srityje. 1914 m. Harrisono aktas ir vėlesni jo priedai JAV iš esmės **paskelbė narkotikų vartojimą baudžiamuoju nusikaltimu, o narkotikų įsigijimą ne gydymo tikslu – nelegaliu elgesiu.** Didžiojoje Britanijoje 1928 m. Rollerstono akte pateikiamas medicininis požiūris: skelbiama, kad sveikatos požiūriu narkomanas turi teisę gydytis, o opiatai vadinami vaistais [24]. Šiaurės šalys iš vienos pusės pabrėžia ribojimo ir prieinamumo mažinimo svarbą, iš kitos – nurodo, kad sveikatos priežiūros sistema atsako už narkomaną. Kai kurios šalys nesiėmė nieko arba palaipsniui perėmė žalos mažinimo politiką. Paprastai teigiama, kad **narkotikų politika turi būti pagrįsta mokslu bei žmonių socialine gerove**.

XX a. pab., plintant nelegalių narkotikų vartojimui, politika griežtėja. Jungtinėje Karalystėje raginama griežtinti įstatymus ir didinti apribojimus pagal britų į sveikatą orientuotą politiką. JAV varžomąją politiką dar labiau sustiprino prezidentas Nixonas, vėliau – prezidentas Reaganas, paskelbęs vadinamąjį **„Karą narkotikams".** Nuo 1989 m. JAV veikia labai veiksminga ***Drug Court* sistema - bausmės pakeitimas gydymu**. **Šiaurės Europoje suformuota laisvos nuo narkotikų visuomenės politika**, kurios ypač laikėsi Skandinavijos šalys. Ši politika pabrėžia prieinamumo mažinimo būtinybę prevencijos tikslu, todėl kriminalizuoja vartojimą, numato griežtas bausmes už narkotikų platinimą, įveda netradicinius metodus, pavyzdžiui, slaptas operacijas, policijos ir muitininkų bendradarbiavimą tarptautiniu lygiu. Siekiant sumažinti poreikį, daugiausia dėmesio skiriama vartojimui nepritariančių pažiūrų stiprinimui ir palaikymui. Todėl **narkotikai turi būti laikomi nelegaliais ar bent jau socialiai nepriimtinais**. **Gydymo pagrindu laikoma abstinencija** [25].

Šiuolaikiniame pasaulyje kraštutinė pažiūra į narkotikų vartojimą – narkotikų vartojimas laikomas problemas keliančiu ir kančias didinančiu blogiu, todėl pateisinamos net negailestingos prevencinės priemonės. Šios teorijos šalininkai kartais net teigia, kad narkotikų vartotojo gyvenimas neturi būti lengvas, nes tai galėtų skatinti vartojimą arba mažinti motyvaciją atsisakyti narkotikų. Tačiau nei policijos metodai ar sunkios narkomanų gyvenimo sąlygos nėra svarbiausia šiame politikos modelyje. **Svarbiausia – požiūris, kad narkotikų vartojimas yra destruktyvus reiškinys, kurio reikia vengti ar jį riboti visais įmanomais būdais**. Manoma, kad **žalą pirmiausia sukelia narkotikai ir jų vartojimas, o politikos sėkmė – vartojimo paplitimo ir atvejų skaičiaus sumažinimas** [26], [27]**.**

Pastaraisiais dviem dešimtmečiais šio pobūdžio politika sulaukia smarkios kritikos. Opozicija pateikia daug argumentų, o **Olandijos narkotikų politika dažnai laikoma geru pavyzdžiu**. Apie Olandijos narkotikų politikos pasekmes plačiau rasite straipsnyje **„Nepavykęs Olandų eksperimentas su narkotikais"** [28]. Įtakinga vadinamoji **Frankfurto deklaracija, priimta 1990 m**. Frankfurte vykusioje konferencijoje "Europos miestai nelegalios nakortikų prekybos centre" paskelbia narkotikų ir jų vartojimo eliminavimą klaida, todėl "narkotikų politikos prioritetai turi būti iš esmės keičiami". **Sankcijas ir policijos priemones esą turi pakeisti vartojimo dekriminalizacija,** galimybė turėti nedidelį narkotikų kiekį, kai kurie narkotikai, pvz., kanapės, turi būti atskirti nuo "stiprių narkortikų", pvz., heroino, numatoma ir daug kitų priemonių, skirtų vartotojo problemoms palengvinti [29].

Šiuo metu toks požiūris turi daug rėmėjų, nors yra ir stipri opozicija, pvz., Tarptautinė organizacija Europos miestai prieš narkotikus (angl. santr. *ECAD*) [30]. **Kraštutiniais atvejais tvirtinama, kad piktnaudžiavimo medžiagomis problemos kyla dėl ribojimų, o ne dėl narkotikų**. Nurodoma, kad kai kurie žmonės gali vartoti narkotikus nepriprasdami, ir tokių būtų dauguma, jei niekas jiems netrukdytų, nelaikytų narkotikų platinimo nusikaltimu ir nesmerktų. Teigiama, kad destruktyvūs vartojimo būdai – nelegalaus statuso, skatinančio kriminalinę ir žalingą aplinką, pasekmė. Narkotikai gaminami nesaugiai dėl draudžiamųjų įstatymų baimės. **Išvada – narkotikai turi būti parduodami laisvai, o jų kokybė tikrinama.** Vartojimas turi būti normalizuotas ir socialiai priimtinas. **Tokia liberali pažiūra, kad kiekvienas turi teisę rinktis, vartoti narkotikus ar ne, artima legalizavimui.** Šių pažiūrų šalininkai dažnai nerimauja dėl kriminalizavimo pasekmių

ir netradicinių tyrimų metodų, kurie, jų nuomone, pažeidžia šiuolaikinės visuomenės žmogaus teises [31], [32].

Žalos mažinimo šalininkų svarbiausi argumentai pragmatiški – plintant narkotikų vartojimui Europoje ir JAV, kova su narkotikais laikoma klaida. Daug lėšų skiriant bergždžioms pastangoms pažaboti vartojimą, napakankamai išteklių naudojama vartojimo žalai mažinti. **Ribojamosios priemonės esą didina žalą visuomenei ir vartotojui.** Vartojimo prevencija įstatymų numatytomis sankcijomis esą trukdo mažinti žalą, pavyzdžiui, mirčių nuo perdozavimo skaičių, gerinti vis blogėjančią vartotojų sveikatą ir mažinti socialines problemas. Dėl draudimų ir ribojimų didėja narkotikų kaina, todėl didėja nusikalstamumas, stengiantis įsigyti narkotikų. Dauguma nesutinka, kad reikia uždrausti pardavinėti narkotikus, ypač heroiną ir kokainą [33],[34].

Žalos ir rizikos mažinimas yra tarpinė pozicija. Iš vienos pusės narkotikai ir jų prieinamumas laikomi nepriimtinais. Iš kitos – visų nelaimių priežastimi laikomi draudimai, ribojimai ir kriminalizacija. Iš vienos – vartotojas laikomas nusikaltėliu arba bent jau nusikaltėlių auka. Iš kitos - narkomanas laikomas vartotoju, kurio savanorišką veiklą trikdo nepateisinami įstatymai ir persekiojimas. Iš vienos – tikslas yra vartojimo prevencija ir abstinencijos užtikrinimas gydymu. Iš kitos – tikslas yra palengvinti narkotikų vartotojų gyvenimą ir užtikrinti, kad vartojama būtų saugiai, teikiant vartotojams informaciją ir kontroliuojant kokybę [35],[36].

Visos visuomenės mėgino ir mėgina reguliuoti psichoaktyvių medžiagų vartojimą. Primityvesnėse visuomenėse reguliaciniai mechanizmai neformalūs – tai ritualai ir papročiai. Sankcijos gali būti griežtos, bet tai nėra formali bausmė ar procedūra. Šiuolaikinėje visuomenėje turime tiek tarptautines konvencijas, tiek nacionalinius įstatymus, kuriais mėginama mažinti narkotikų prieinamumą. Tačiau **istoriškai nacionaliniai įstatymai kito priklausomai nuo požiūrio, kaip reguliuoti įvairių narkotikų vartojimą.** Kai kurie narkotikai visada buvo legalūs, kai kurie buvo tam tikru laikotarpiu draudžiami, bet vėliau tapo priimtini, kai kuriuos leista vartoti tam tikru tikslu ir kai kurie tebėra nelegalūs. **Akivaizdu, kad būtent legalūs narkotikai (tiksliau – psichotropinės medžiagos) sukelia daugiausia mirties atvejų ir kelia daugiausia socialinio skurdo ar šeimos problemų** [37],[38]**. Legalizacija aiškiai nėra patrauklus sprendimas.**

Nuo socialinio apibrėžimo priklauso, kokios problemų mažinimo priemonės bus taikomos. Legalių narkotikų – dažniausiai alkoholio – vartojimas reguliuojamas pardavimo ribojimais, kainomis, ribojimais, kada ir kur leistina vartoti, bei kultūriniais ypatumais. Anksčiau nelegaliomis laikytos medžiagos, pvz., nikotinas ir kofeinas, šiuo metu reguliuojami mokesčiais (kainomis) ir vartojimo ribojimais. Pagrindinė išvada, kad **veiksmingiausias būdas vartojimui mažinti yra prieinamumo mažinimas ir kainų didinimas**. Kita efektyvi priemonė galėtų būti ir **leistinų vartoti vietų ribojimas** (nerūkoma darbo ir visuomeninėse vietose) [39]. **Visuomeninės kampanijos ar šviečiamosios priemonės dažniausiai neveiksmingos** [40]**.** Jei kas nors abejoja įvairių priemonių tinkamumu, išvada yra kita. **Tik visuomenės remiamos priemonės turi galimybę išlikti ir būti veiksmingai įgyvendinamos.** Nuolatinį pavojų kelia nelegali prekyba ir abejingumas. Be to, **visuomet didelę įtaką daro kultūros tradicijos**. Daug ribojimų taikančios šalys pasižymi ypač destruktyviu alkoholio vartojimu. Vidužemio jūros šalys, iš kitos pusės, turi apsaugos tradicijų. Prancūzijoje ir kitose Vidužemio jūros regiono šalyse, netaikančiose specialių ribojimo priemonių, vartojimas sumažėjo. Tuo tarpu Šiaurės šalių ir kitų ribojimus taikančių valstybių visuomenė nelinkusi pripažinti ribojimų ir alkoholio vartojimas didėja [41].

Gydytojo išrašomų vaistų ir techninių medžiagų naudojimas reguliuojamas kitais būdais. Prekybos ribojimai ir kultūrinės kliūtys gali būti veiksmingi, o piktnaudžiavimas (intoksikacijos tikslu) gali kelti įvairaus lygio bėdų. Šio tipo reguliavimo prielaida – medžiagos naudojamos aiškiai nustatytu tikslu, tam tikru būdu ir duoda konkrečią ir išmatuojamą naudą. Yra manančių, kad nelegalius narkotikus turėtų skirti gydytojas pagal receptą, bet tai greičiausiai įmanoma tik tada, kai medžiagos vartojimo tikslą ir naudą galima apibrėžti.

Apibendrindamas narkotikų politikoje vyraujančius požiūrius ir tendencijas, Helge Waal išskiria sekančius **narkotikų politikos kaip priešingybių kontinuumo tikslus** [42]:

1. **Karas su narkotikais.** Karas su narkotikais – absoliutus prioritetas. **Platintojas yra priešas**. Narkotikų vartotojo interesai priklauso nuo kovos poreikių. Galutinis tikslas yra pergalė prieš priešo pajėgas (narkotikus, narkotikų prekeivius ir narkotikų gamintojus).
2. **Visuomenė be narkotikų.** Visų pirma – visuotinė gerovė. Prekeivis yra silpnųjų ir visuomenės priešas. Narkotikų vartotojas yra problema ir auka. Galutinis tikslas – **sukurti visuomenę, kurioje sunku gauti narkotikų ir kurioje narkotikai nerūpi didžiajai daugumai.** Silpnieji turi būti apsaugoti.
3. **Visuomenės sveikatos politika. Prevencija ir gydymas yra pirmenybė**. Dažnai prevencija laikoma rentabilia ir, jei įmanoma, turi būti prioritetas. Gydymas brangus ir dažnai sudėtingas. Prekeivis yra užkratas ir pavojus kitiems, bet kartu jis gali būti ir auka. Narkotikų vartotojas yra ligonis ir turi būti gydomas. Politikos tikslas – sumažinti priklausomybės paplitimą ir atvejų skaičių. **Ribojimas ir prieinamumo mažinimas** – svarbios vartojimo ir ypač probleminio vartojimo mažinimo tikslų siekimo priemonės.
4. **Pavojaus mažinimas.** Šis klausimas gali būti laikomas visuomenės sveikatos politikos pogrupiu. **Vartojimo mažinimas** gali būti pirminis dalykas, bet rizikos, susijusios su vartojimu, kurio nepavyko išvengti, ma-

žinimas taip pat svarbus. Prekeivis laikomas ne tik visuomenės gerovės pavojumi, bet ir asmeniu, kuriam gresia pavojus. Informacija apie mažiau pavojingą nepageidaujamą elgesį ir skatinimas laikytis saugos reikalavimų yra priimtini. **Tikslas – sumažinti tiek narkotikų vartojimo, tiek ligos ir su vartojimu susijusios žalos paplitimą bei atvejų skaičių.**

5. **Žalos mažinimas. Narkotikų vartojimo žalos mažinimas visuomenėje yra prioritetas**. Narkotikų vartojimas laikomas nepageidaujama ir problematine, bet vis dėlto neišvengiama šiuolaikinės visuomenės sudėtine dalimi. **Vartojimo prevencija nereali ir, labai stengiantis, gali pati sukelti žalą.** Ši žala turi būti mažinama, atsisakant laikyti narkotikų vartotoją nusikaltėliu ir pripažįstant jį teises ir savo interesus turinčiu asmeniu. Vis dėlto narkotikų vartojimo paplitimas turi būti mažinamas ir palaikomas kuo žemesniame lygyje. **Tikslas – kuo mažesnis bendras žalos lygis.**
6. **Legalizacija. Prioritetas yra baudžiamojo kodekso ir įkalinimo bausmės taikymo atvejų mažinimas**. Narkotikų vartojimas gali būti laikomas sunkiai ribojamu sudėtingu reiškiniu, bet ne elgesiu, už kurį turi būti baudžiama. **Draudžiamieji įstatymai yra neteisėti ir sukelia destruktyvų elgesį bei problemas. Narkotinės medžiagos turi būti tiekiamos būdais, kurie nesuponuoja neteisėtų veiksmų**, pvz., per visuomenines įstaigas ar monopolijas, receptus ir vaistines arba registruojamas ir kontroliuojamas privačias ir sankcionuotas parduotuves.
7. **Liberalizmas ir orientavimasis į vartotojus.** Prioritetas yra asmens teisės ir interesai. **Draudimai laikomi vartojimo teisės pažeidimu,** jei tai nekelia pavojaus kitų interesams. Būdami vartotojai, narkotikų vartotojai turi vartojimo kontrolės ir kokybiškos informacijos teisę. **Narkotikai kaip ir kitos prekės turi būti parduodami parduotuvėse,** palaikant konkurencingumą žemoms kainoms ir kompetentingoms paslaugoms užtikrinti.

Nesvarbu, ką mano įvairių tyrimų autoriai – pradedant nuo Europos narkotikų ir narkomanijos stebėsenos centro Lisabonoje (angl. santr. *EMCDDA*), Jungtinių Tautų Narkotikų ir nusikalstamumo prevencijos biuro (angl. santr. *UNODC*) Vienoje ar kitų – **akivaizdu, kad vienose šalyse nelegalių narkotikų vartojimas plačiai paplitęs, kitose – mažiau, o kai kurios užima tarpinę padėtį**. Nesvarbu, kokį rodiklį tyrinėsime – kanapių, kitų narkotikų vartojimą, vartojimą per pastarąsias 30 dienų ir panašiai, pastebėsime, kad beveik visais atvejais tose pačiose šalyse vartojimas paplitęs daugiau, mažiau ar vidutiniškai. **Nedidelis paplitimas:** Švedijoje, Graikijoje, Bulgarijoje, Kipre, Rumunijoje, Suomijoje, Norvegijoje, Vengrijoje, Islandijoje. **Didelis paplitimas:** Čekijoje, Danijoje, Jungtinėje Karalystėje, Italijoje, Ispanijoje, Prancūzijoje, Olandijoje, Slovakijoje, Šveicarijoje. **Lietuvos vieta – kažkur sąrašo viduryje…**

Kokios priežastys lemia, kad vienur vartotojų daug, o kitur – mažai? Ar yra bendrų veiksnių? **Tradiciškai aiškinama taip: varžomoji politika mažina paplitimą ir atvirkščiai**. Ar šio paaiškinimo pakanka? Kodėl kai kuriose šalyse ar regionuose narkotikų vartojimas paplitęs, kitur – retas reiškinys?

Pirmiausia peržvelkime ES narkotikų įstatymus, kurių diapazonas įvairus – nuo administracinių priemonių iki baudžiamosios atsakomybės. Dauguma tvirtina, kad Europos politika liberalėja ir nuo baudžiamosios teisės sistemos pereinama prie sveikatos perspektyvų. Tai tiesa viena prasme, bet ne tada, kai prieinama prie praktikos. Tiesą sakant, visuomenės intervencijos, kai kas nors pripažįstamas kaltu dėl narkotikų laikymo, vartojimo ar panašiai, panašios visoje Europoje, nepriklausomai nuo to, ar ši veikla laikoma nusikaltimu, ar ne. Dažnai kalbame apie dekriminalizavimą ir jo pasekmes, bet praktikoje labai didelio skirtumo nėra. **Kalbant apie narkotikų prekybą ir sunkesnius nusikaltimus, skirtumų tarp šalių beveik nėra. Skirtumai išryškėja tik požiūryje į asmeninį naudojimą ir narkotikų laikymą neturint tikslo parduoti.**

Nė viena Europos valstybė narkotikų (kanapių) nelegalizavo ir nė viena neketina to daryti (taip, 2010 m. Šveicarijoje vyko referendumas). Svarbu paminėti, kad kone kiekvienas sprendimus priimantis asmuo ir didžioji Europos piliečių dauguma nepritaria narkotikų legalizacijai. Bet tik Švedijoje, Norvegijoje, Suomijoje, Prancūzijoje, Graikijoje ir Lietuvoje įstatymai numato atsakomybę už narkotikų vartojimą. Kitose ES šalyse įstatymuose vartojimas neminimas, net jei riba tarp vartojimo ir laikymo nėra ryški. Pagal Europos narkotikų ir narkomanijos stebėsenos centro duomenis, 2003-2008 m. 19 valstybių 36 proc. padaugėjo intervencijų prieš nelegalių narkotikų vartojimą atvejų [43]. Tai rodo, kad valdžia dažniau imasi priemonių prieš narkotikų vartojimą, dažniausiai tais atvejais, kai tai daroma prie mokyklų arba pažeidžiama viešoji tvarka.

Trylika ES valstybių nelaiko nusikaltimu nedidelio narkotikų kiekio laikymą asmeniniam vartojimui. Kai kuriose šalyse – Olandijoje ir kai kuriose Vokietijos žemėse – visuomenė nesiima jokių priemonių, nors tai laikoma nelegalia veikla. Kai kurių valstybių įstatymuose už tai bausmė nenumatoma, bet, esant reikalui, gali būti priverstinai gydoma. Analizuojant dekriminalizaciją, svarbu panagrinėti, **koks kiekis laikomas leistinu ar draudžiamu**. Kiekis labai skiriasi įvairiose šalyse. Lietuvoje galima laikyti ne daugiau nei ¼ g kanapių, kai kuriose Vokietijos žemėse – 6 g. Heroino atveju - 0,1 g Latvijoje, 0,25 g Italijoje, 0,5 g Olandijoje ir 3 g Ispanijoje. Portugalijoje leidžiama turėti dešimties dienų kiekį, nepriklausomai nuo narkotikų rūšies [44]. Todėl, nors tiesa, kad kai kurios valstybės dekriminalizavo narkotikų laikymą asmeniniam vartojimui,

kiekis labai skiriasi. Svarbu pažymėti, kad visos narkotikų laikymą dekriminalizavusios valstybės bausmę pakeitė administracinėmis sankcijomis. Dažniausiai pirmą kartą nusikaltusiems skiriamas įspėjimas ar bauda, numatomas ir priverstinis gydymas.

Nežiūrint į tai, kad kai kurios šalys laikosi liberalesnių pažiūrų (dekriminalizacija), tikrovėje pasekmės nelabai skiriasi. Pavyzdžiui: Švedijoje narkotikų laikymas laikomas nusikaltimu, Portugalijoje – ne. Švedijoje gali būti skiriama laisvės atėmimo iki 6 mėn. bausmė, bet nė vienas nebuvo nuteistas. Sučiuptas su mažiau nei 50 g kanapių asmuo paprastai turi mokėti baudą, dažnai kartu rekomenduojant gydytis. Portugalijoje tai nėra nusikaltimas, bet pasekmės kartais sunkesnės nei Švedijoje. Sučiuptas asmuo turi atsakyti prieš specialųjį komitetą, kuris gali nuspręsti atleisti iš darbo, pritaikyti komendanto valandą, priverstinai gydyti ir panašiai.

Įstatymas savaime gali būti visuomenės signalas – kriminalizacija ar ne, bet tai nepaaiškina, kodėl kai kuriose šalyse narkotikų paplitimas didesnis nei kitose, nors visuomenės reakcija visur beveik tokia pati. Net narkotikus dekriminalizavusiose valstybėse visiškai neleidžiama turėti narkotikų ar juos vartoti ir paprastai imamasi gana griežtų visuomenės priemonių.

Ar įmanoma sukurti receptą, kaip sumažinti narkotikų paplitimą?

Nelegalūs narkotikai nepriimtini visose Europos valstybėse ir skirtumai labai nereikšmingi, nepriklausomai nuo to kriminalizuojami jie ar ne. Nei Europos sprendimus priimantys asmenys, nei politikai nemano, kad tapti narkomanu yra geras dalykas. Visi politikai nori, kad narkomanai išsigydytų nuo savo priklausomybės. Tad kodėl problema nenyksta ir kodėl ji žymiai rimtesnė tam tikrose šalyse? Narkomanija nėra Dievo rykštė. Kartais kalbama, kad **visuomenė turi sunkumų, kuriuos pati pasirenka – ar, galbūt, jų nusipelno...**

Dvi mažo paplitimo šalys – Švedija ir Graikija. Palyginus su kitomis šalimis, Švedijoje nelegalūs narkotikai daug mažiau paplitę. Kodėl? Visos aštuonios politinės Parlamento partijos, galingas ir vieningas pilietinis judėjimas, stiprus blaivybės sąjūdis bei kitos svarbios nevyriausybinės organizacijos petys petin kovoja su narkotikais, pelnydamos didelę visuomenės paramą už narkotikų kontrolės politiką. Nėra jokios opozicijos, o liberalizavimo lobizmas labai silpnas. Tokia padėtis nekinta nuo septintojo dešimtmečio, kai narkotikai pasirodė Švedijoje. Dėl įprasto likusioje Europoje adatų keitimo metodo Švedijoje karštai ginčijamasi [45,46]. Apie galimybę legaliai išrašyti heroino ar steigti švirkštimosi centrus rimtai net nekalbama. Švedijos plane nėra narkotikų legalizavimo klausimo! **Štai kodėl mažą narkotikų paplitimą Švedijoje natūraliai galima paaiškinti labai didele visuomenės parama narkotikų kontrolės politikai!**

Palyginus su kitomis šalimis, Graikijoje nelegalių narkotikų paplitimas taip pat gerokai mažesnis [47]. Kodėl? Niekas nežino, bet bendrai aiškinama tuo, kad jaunosios kartos mokslo metai ilgi, po mokyklos dar daug papildomų pamokų, ir jų ryšiai su šeima gerokai stipresni. Jauniesiems graikams paprasčiausiai daug mažiau galimybių susidurti su narkotikais nematant suaugusiesiems, stipri socialinė kontrolė. Palaukti, kol sukaks 20 metų - labai geras apsauginis veiksnys.

Paminėtos Švedija ir Graikija labai skiriasi savo aplinka ir **neįmanoma sukurti bei permesti kitai valstybei vieną bendrą sėkmingos narkotikų politikos modelį**. Vis dėlto nėra sutapimas, kad kai kuriuose regionuose narkotikų daugiau nei kitur, nors priežastys labai įvairios. **Įstatymai ir jų taikymas – viena dėlionės dalis, bet daug svarbesnė vietos kultūra, visuomenės siunčiami signalai ir politinis lygmuo, kuriame sprendžiamas šis klausimas.** Tuo labiausiai ir skiriasi didelio ir mažo paplitimo šalys – **visuomenės siunčiamais signalais**. Ispanijos ir Danijos politikai nemėgsta nelegalių narkotikų lygiai taip pat kaip Graikijos ir Švedijos politikai, bet skiriasi įsipareigojimai ir pažiūros.

Nepretenduodamas pateikti atsakymą, kaip sukurti sėkmingą politiką, pamėginsiu paminėti kelias **sėkmingos narkotikų politikos sudėtines dalis.**

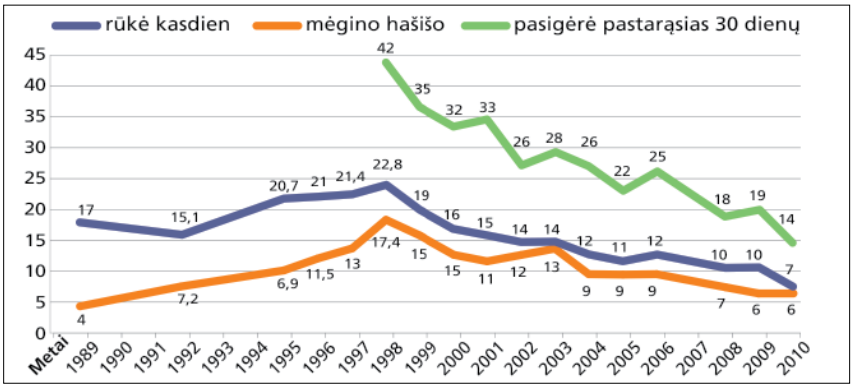
1. Pripažinti problemą – imtis priemonių. Visų pirma reikia pripažinti, kad tai vyksta, ir įsisąmoninti, kiek tai kainuoja visuomenei, bei suvokti baisias priklausomų nuo psichoaktyvių medžiagų žmonių ir jų artimųjų kančias. Kai kuriose šalyse galima suabejoti, ar visuomenei tikrai tai rūpi, ar adekvačiai suprantama problema. Svarbu, kad sprendimus priimantys asmenys jaustų atsakomybę reikiamai reaguoti ir numatyti reikiamus išteklius, pirmiausia, jie turi adekvačiai suvokti problemą. **Svarbus didelio narkotikų paplitimo tam tikrose šalyse veiksnys – vengimas pripažinti, kad nelegalūs narkotikai daro didelę žalą žmogui ir visuomenei.** Geriausia pasitikėti įvertintomis ir išmėgintomis praktikoje programomis, visada geriau kažką mėginti daryti nei nedaryti nieko...

2. Viskas visada tuo pačiu metu… Visada reikia statyti ant kortos viską vienu metu – tai gudrybė ir kartu problema. Negalima pasitikėti tik prevencinėmis programomis, kad ir kokios geros jos būtų. Negalima tik mėginti įsteigti geriausias pasaulyje gydymo įstaigas, nenaudinga mėginti parengti geriausią visatoje paklausos ir pasiūlos mažinimo strategiją, jei kartu nevykdomos kitos priemonės. Reikia visada daryti viską, kas įmanoma... Taip, žymiai geriau aptverti skardžio kraštą tvora nei po juo statyti ligoninę, bet kodėl negalima turėti abiejų? Šalyse, kurioms nepavyko ar nepavyks įgyvendinti šių sąlygų, paplitimas yra ir bus didesnis nei kitur.

3. Riboti narkotikų prieinamumą. Nei viena Europos valstybė nesitaiksto su narkotikų viešumu, bet kiekviena visuomenė skirtingai stengiasi įveikti šį reiškinį. Kai kur gauti narkotikų paprasčiau. **Žinome vieną – nuo prieinamumo priklauso bet kokių prekių, tarp jų ir narkotikų, vartojimo**

ir piktnaudžiavimo apimtys. Kuo labiau visuomenė kovoja su narkotikų viešumu, tuo geriau. Įrodyta, kad jei narkotikų nusipirkti ir juos vartoti nelengva, narkomanų skaičius gerokai sumažėja. Rinkos žlugdymas turėtų būti vienas iš policijos prioritetų.

4. Svarbiausia – aiški ir bendra visuomenės nuomonė! Griežta ir aiški ryžtingo politiko nuomonė labai svarbi visuomenės netolerancijai palaikyti. **Kai įvairūs vadovaujantieji piliečiai laikosi skirtingos nuomonės dėl narkotikų pavojingumo, didžiosios daugumos gyventojų palaikymo sunku tikėtis.** Narkotikų legalizavimo ir liberalizavimo lobistų nėra daug, bet jų yra visur, ir jie puikiai moka pasinaudoti šia netikrumo būsena garsiai šaukdami. Jų tinklo struktūra labai gera, kaip ir jų finansiniai ištekliai visose Europos šalyse. Kartais jie tvirtina, kad narkotikai nepavojingi, nesukelia problemų, karas su narkotikais – štai kur problema, kiekvienas turi teisę su savo kūnu daryti ką nori ir pan.



Pav. 5. Islandijos paauglių psichotropinių medžiagų vartojimo tendencijos

Pateiksiu pavyzdį, kodėl glausta ir bendra politikų ir vadovaujančiųjų piliečių nuomonė yra tokia svarbi. Malmės mieste, Švedijos pietuose, apie 9-10 proc. jaunuolių išmėgino narkotikus. Šiaurinių Švedijos regionų savivaldybėse toje pačioje tikslinėje grupėje paplitimas šiek tiek mažesnis – apie 8-9 proc. Kadangi Švedija labai ilga, atstumas tarp lyginamųjų miestų milžiniškas, bet paplitimo skirtumai nežymūs. Nuo Malmės iki Kopenhagos Danijoje galima nuvykti per 20 min. Kopenhagoje apie 35-40 proc. jaunuolių išmėgino narkotikus. Kodėl toks didelis skirtumas? Aišku, kad tai nepriklauso nuo oro, kalbos ar dar ko nors, tik nuo fakto, kad jau daug metų Švedijos požiūris į narkotikus labai aiškus, o Danijos požiūris kiek miglotas. Visi Švedijoje žino, kad nepriimtina vartoti narkotikus. Didžioji dauguma švedų nebando narkotikų ne todėl, kad jie nelegalūs, nes ir Danijoje juos vartoti draudžiama. **Tai priklauso nuo neigiamos pažiūros į narkotikus apskritai**. Tai paprasčiausiai nepriimtina, o Danijoje tai nėra bendroji nuomonė. Svarbiausia remti pažiūras, kad nelegalūs narkotikai paprasčiausiai nepriimtini, tai nėra šaunu ar madinga, tik kvaila.

Visuomenės reakcija – labai stiprus žmonių elgesio veiksnys. Kokius įstatymus besklaidytumėte, pastebėtumėte, kad didelis visuomenės ryžtas sumažinti narkotikų vartojimą visada turi didelį poveikį. Ten, kur rūpinamasi mažiau, bėdų daugiau. **Karas su narkotikais – siaubinga frazė - nėra klaida**. Kuo aršiau kovojama, tuo mažiau narkomanų ir atvirkščiai. „**Islandijos pavyzdys**" – akivaizdus šio teiginio įrodymas: maždaug per dešimt metų visuomenės – tėvų, jaunimo, sporto ir laisvalaikio organizacijų, mokyklų, pilietinės visuomenės, valdžios ir pan. – mobilizacijos dėka labai suma-žėjo piktnaudžiavimo narkotikais atvejų. Šis ryžtas, pastangos ir politika buvo pagrįsti mokslu ir įrodymais pagrįstais modeliais – visa tai buvo ypač efektyvu [48] (pav. 5).

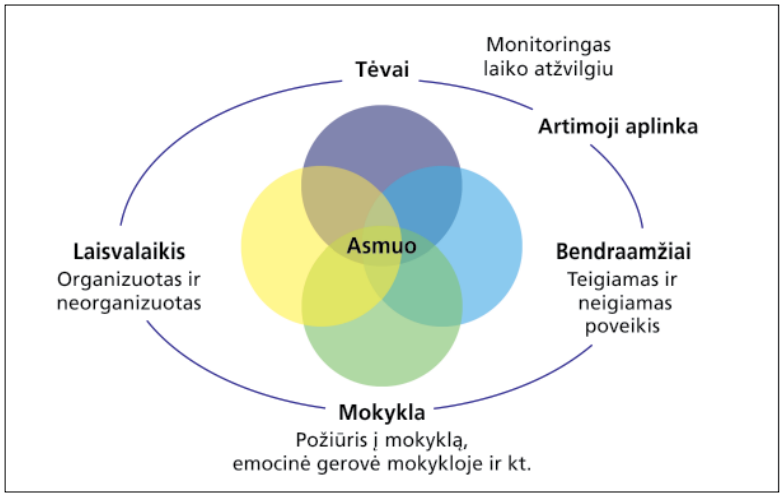
Didžiausias skirtumas tarp liberalios narkotikams ir narkotikus varžančios visuomenės ne tas, kad pastarojoje numatyti ilgesni nuosprendžiai, sunkesnės bausmės ar daug pinigų išleidžiama laisvalaikio kanapių vartotojų persekiojimui. **Didžiausias skirtumas tas, kad narkotikus varžančioje visuomenėje didžioji dauguma piliečių, valdžios institucijų ir pilietinės visuomenės pritaria varžymui ir tai įkvepia visą visuomenę.** Be plačios piliečių paramos neįmanoma užtikrinti mažo paplitimo. Socialinėje srityje dirbantis politikas paprastai atsako už daugelį klausimų, vienas jų – nelegalūs narkotikai ir jų pasekmės. Prevencija trunka ilgai, gali būti, kad niekada nepavyks pamatyti jos poveikio, bent jau vienos politinės kadencijos metu. **Prevencijos akcentavimas rinkimų metu nežavi tiek daug rinkėjų.** Priklausomų nuo narkotikų asmenų nedaug, dauguma jų nebalsuoja ir jie neturi profsąjungų. Tai tiesiog grupė žmonių, kuriuos lengva pamiršti. Tad nors receptas, kaip sumažinti narkotikų problemų gali atrodyti paprastas, jam reikia ir mūsų politikų ir sprendimus priimančių asmenų įsipareigojimo ir ryžto. **Reikia ilgalaikės ir tęstinės politikos**.

Pav. 6. Pagrindinės socialinių ligų plitimo priežastys: negirdėjau, namačiau, nežinau.

Socialiniai psichotropinių medžiagų vartojimo koreliatai

Tabaką , alkoholį ir kitas svaiginamąsias medžiagas vis plačiau vartoja ir vaikai bei paaugliai. Tai pasaulinio masto problema. **Legalios ir nelegalios psichotropinės medžiagos dažnai pradedamos vartoti paauglystėje, mokantis mokykloje.** Šiam elgesiui didžiausios įtakos turi socialinė aplinka: bendraamžių grupė, šeima, mokykla, laisvalaikio galimybės (pav. 7). Atlikta daug tyrimų, kurie parodė, kad socialinė parama, kurią teikia bendruomenė, šeima, socialiniai tinklai ir tarpasmeniai santykiai, mažina tiek suaugusiųjų, tiek paauglių psichikos sutrikimų tikimybę [49,50,51,52,53,54,55]. Socialinės paramos ir nusikalstamo elgesio koreliatai nagrinėjami kriminalistinėje literatūroje [56]. Keletas tyrimų parodė aiškų ryšį tarp socialinės paramos ir nusikalstamos elgsenos, pavyzdžiui, narkotinių medžiagų vartojimo ir rizikingos lytinės elgsenos [57,58,59,60]. Neseniai pradėta kalbėti apie tai, kad siekiant mažinti nusikalstamumą, didesnis dėmesys turėtų būti skiriamas socialinei paramai [61]. Be to, svarbu pažymėti, kad **socialinės paramos suvokimas, kaip rodo tyrimų rezultatai, daro didesnį poveikį elgsenai nei pati parama** [62].

Vis daugiau tyrimų rodo, **kad palaikymas šeimoje ir mokykloje gali apsaugoti nuo elgesio, kuris kelia grėsmę jauno žmogaus sveikatai.** Tiriant paauglius, pagrindinis mokslinių tyrimų objektas buvo suvokiama tėvų parama [63,64]. Dauguma tyrimų parodė, kad paaugliai, kurie mano sulaukiantys daug paramos iš tėvų, paprastai rečiau kenčia nuo psichikos sutrikimų, rečiau linksta į visų žinomų rūšių rizikingą elgseną, rečiau galvoja apie savižudybę, vartoja alkoholį ir narkotikus nei paaugliai, pasigendantys tėvų paramos.



Pav. 7. Paauglių pasaulis

Vis gausėja įrodymų, kad kanapių vartojimas gali turėti ilgalaikių pasekmių: prastėja pažintiniai gebėjimai, didėja neuropsichinių sutrikimų rizika, pereinama prie stipresnių narkotikų. Tyrimai rodo, kad jaunimas – labai pažeidžiama kanapių vartotojų grupė, o kanapių vartojimo pasekmės jiems blogesnės nei suaugusiems [65].

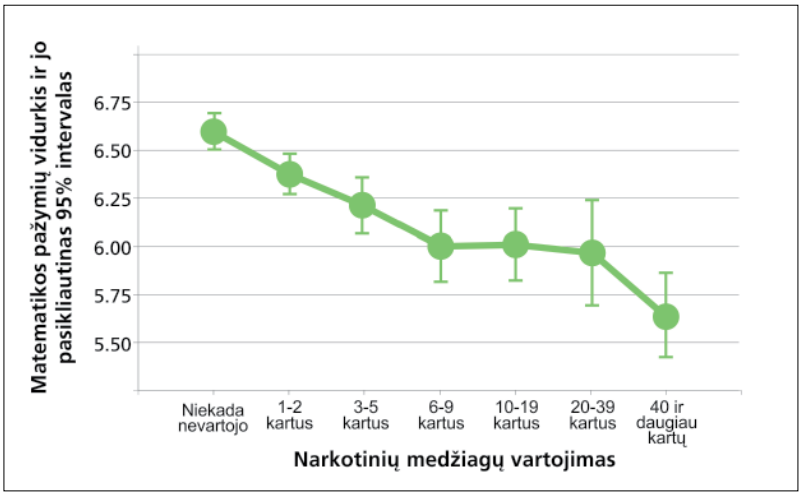
Kai kurie tyrimai parodė, kad rūkant marihuaną greičiau nei rūkant tabaką vystosi buliozinė plaučių emfizema [66]. Atliekant tyrimus su pelėmis, nustatyta, kad kanabinoidai kenkia širdžiai: rūkant kanapes širdies raumuo sunaudoja daugiau deguonies, sulėtėja koronarinė kraujotaka, padidėja karboksihemoglobino (COHb) kiekis kraujyje, todėl organizmas blogiau aprūpinamas deguonimi, greičiau kaupiasi aterosklerotinės plokštelės vainikinėse kraujagyslėse ir vystosi aterosklerozė [67].

Ūminė intoksikacija kanapių produktais kai kuriems asmenims gali sukelti psichozę, pasunkinti šizofreniją ar jos simptomus [68]. Švedijoje atlikti ilgalaikiai (15 metų) šauktinių tyrimai parodė, kad dažnai kanapes (daugiau nei 50 kartų) vartoję jaunuoliai 6 kartus dažniau nei nevartojantys sirgo šizofrenija. Tyrime iš viso dalyvavo 45 570 Švedijos kariuomenės naujokų. Tyrimo autoriai padarė išvadą, kad kanapių vartojimas - nepriklausomas šizofrenijos rizikos veiksnys [69].

Siekiant nustatyti Lietuvos moksleivių narkotikų vartojimo mastą ir socialinius koreliatus (šeimos, mokyklos ir draugų įtaką) bei parengti veiksmingas narkotikų vartojimo prevencijos rekomendacijas 2006 ir 2008 m. trijuose didžiausiuose miestuose (Vilniuje, Klaipėdoje ir Kaune) buvo atlikta 15-16 metų moksleivių anketinė apklausa. Tyrime iš viso dalyvavo 14 155 jaunuoliai.

2006 m. buvo apklausti 7 427 moksleiviai, 2008 m. – 6 728. Iš viso Vilniuje buvo apklausti 4 633, Kaune - 5 315 ir Klaipėdoje – 4 207 moksleiviai. Niekada savo gyvenime jokių narkotinių medžiagų nevartojo beveik pusė – 46 proc. respondentų (2006 ir 2008 m. šis procentas buvo panašus). Apie 5 proc. prisipažino, kad vartojo narkotinių medžiagų 40 kartų ir daugiau. 2006 m. šis skaičius buvo kiek didesnis nei 2008, atitinkamai 4,1 proc. ir 3,2 proc. (šis skirtumas statistiškai

reikšmingas (p=0,005). Populiariausia Lietuvos moksleivių vartota narkotinė medžiaga - kanapės (hašišas ar marihuana), apie 24 proc. respondentų prisipažino bent kartą jas vartoję. Antroje vietoje pagal populiarumą – migdomieji ar raminamieji vaistai, kurių bent kartą vartojo apie 20 proc. apklaustųjų. Narkotinių medžiagų vartojimas priklauso nuo lyties. Niekada jokių psichotropinių medžiagų nevartojo 48 proc. berniukų ir



Pav. 8. Narkotinių medžiagų vartojimo įtaka moksleivių matematikos žinioms.

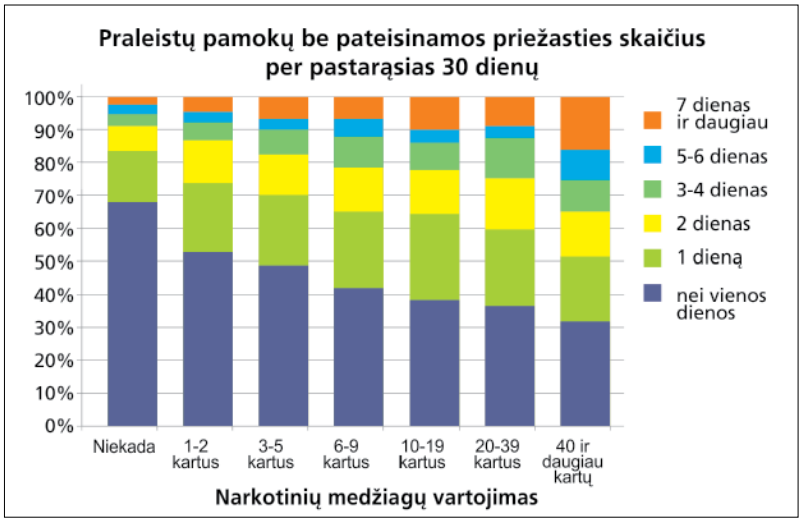
45,4 proc. mergaičių (p=0,004). Vartojusių 40 kartų ir daugiau kurią nors narkotinę medžiagą berniukų ir mergaičių buvo atitinkamai 5,1 proc. ir 2,3 proc. Šis skirtumas taip pat statistiškai reikšmingas (p<0,001). Berniukai labiau linkę vartoti kanapes (p<0.001), tuo tarpu mergaičių, vartojusių raminamuosius ar migdomuosius, buvo daugiau nei berniukų (p<0.001). **Kuo anksčiau paaugliai pirmą kartą vartojo kanapių (hašišą ar marihuaną), tuo didesnė tikimybė, kad narkotines medžiagas, ypač kanapes (hašišą ar marihuaną), vartos ir toliau (r=0,891, p<0,001).**

Pagal miestus daugiausia narkotines medžiagas vartojo Klaipėdos moksleiviai (10,9 proc.), toliau sekė Vilnius (10,4 proc.) ir Kaunas (7,5 proc.)(p<0.001). Kai kurių narkotinių medžiagų vartojimas (migdomųjų ar raminamųjų, kanapių, amfetamino, LSD, ekstazio) priklausė nuo gyvenamosios vietos (p<0,001), t.y. nuo miesto, kuriame paaugliai buvo apklausti. Tačiau kokaino, heroino, uostomųjų medžiagų, anabolinių steroidų vartojimo dažnis nuo gyvenamosios vietos nepriklausė (p>0,05).

Tyrimas parodė, kad **narkotinių medžiagų vartojimas turi neigiamos įtakos pažangumui:** kuo paauglys dažniau vartoja narkotines medžiagas, tuo prastesni jo pažymiai – tiek matematikos (r=-0,119, p=0,000) (pav. 8), tiek gimtosios (r=-0,081, p=0,000), tiek užsienio kalbos (r=-0,069, p=0,000). Dažniau vartojantys kokias nors narkotines medžiagas moksleiviai dažniau praleisdavo pamokas be pateisinamos priežasties (r=0.236, p<0.001) (pav. 9).

Narkotinių medžiagų vartojimas priklausė nuo požiūrio į mokymąsi ar mokyklą: kuo nuobodesnis atrodė mokymasis, tuo daugiau vartota narkotinių medžiagų (r=-0,151, p≤0,001). Be to, narkotikų vartojimas turėjo įtakos ateities lūkesčiams ir saviugdos siekiams: kuo dažniau vartojamos kokios nors narkotinės (išskyrus migdomuosius ar raminamuosius (r=-0.015, p=0.084) ir psichotropinės uostomosios medžiagos (r=0.011, p=0.206), tuo mažiau tikimasi įstoti į universitetą.

Daugiausia narkotinių medžiagų vartojimo prevencijos galimybių turi mokykla, namų aplinka, žiniasklaida ir bendruomenė. Mokykla – svarbi bendruomenės socialinio kapitalo kaupimo tarpininkė, padedanti stiprinti tarpasmenius bendraamžių, tėvų ir bendraamžių draugų tėvų ryšius ir draugystę. Todėl kuo didesnis bendruomenės socialinis kapitalas, tuo mažesnė paauglių nusikalstamo elgesio tikimybė, nes artimi bendruomenės santykiai padeda apsaugoti paauglius nuo rizikingo elgesio. Moksleivių saitai su mokykla gerina pažangumą ir riboja probleminio el-

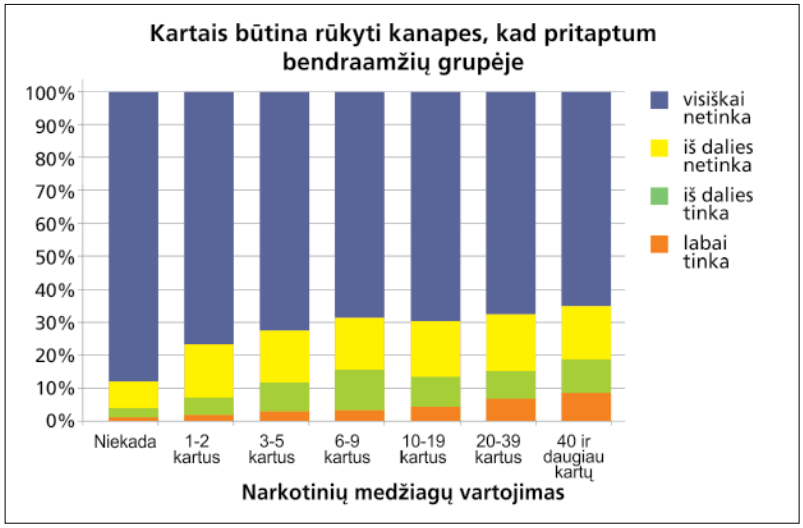


Pav. 9. Kanapių (hašišo ar marihuanos) vartojimo įtaka pamokų lankomumui

gesio apraiškas. Tėvai, mokytojai ir bendruomenės lyderiai gali padėti paaugliams gerinti santykius su kitais žmonėmis ir tuo pačiu mažinti narkotinių medžiagų vartojimą.

Narkotikų vartojimo įpročiams didelės įtakos turėjo šeima ir santykiai su tėvais. Narkotinių medžiagų

nevartojantys moksleiviai dažniau visus vakarus leido namuose, rečiau grįždavo namo po vidurnakčio (p< 0,001). Kuo dažniau laisvalaikį leido su tėvais darbo dienomis ir savaitgaliais, kuo daugiau tėvai žinojo, ką vaikai veikia šeštadienio vakarais, tuo rečiau jie vartojo narkotines medžiagas (p< 0,001). Galima tėvų reakcija į kanapių rūkymą taip pat turėjo poveikio narkotinių medžiagų vartojimo įpročiams. Nustatyta silpna, bet statistiškai patikima koreliacija tarp galimos tėvų reakcijos ir narkotinių medžiagų, išskyrus migdomuosius ar raminamuosius, vartojimo (p<0,001).



Pav. 10. Draugų įtaka narkotinių medžiagų vartojimui

Tėvų parama, atsakingas vaikų auklėjimas ir savo vaikams skiriamas laikas, tėvų ir vaikų tarpusavio santykių stiprinimas – svarbi priemonė, kuri mažina tikimybę, kad paaugliai pradės vartoti narkotines medžiagas. Tarp jų – ir alkoholį. Kuo daugiau laiko paauglys praleidžia su savo šeima po pamokų, tuo mažesnė tikimybė, kad jis pradės vartoti narkotikus. Tėvų dėmesys savo vaikui ir priežiūra ne tik turi įtakos narkotinių medžiagų vartojimui, bet ir padeda išvengti paauglių depresijos bei itin rizikingo elgesio, gerina pažangumą. Tėvų ir vaikų tarpusavio santykių stiprinimas – svarbi priemonė paaugliams sulaikyti nuo narkotinių medžiagų vartojimo.

15-16 metų jaunuoliams labai svarbi bendraamžių nuomonė ir požiūris į juos, bendrumo jausmas. **Kuo daugiau jaunuoliai turėjo narkotines medžiagas vartojančių (rūkančių hašišą ar marihuaną) draugų, tuo dažniau vartojo narkotines medžiagas (r=0.443, p<0.001).** Beveik 40 proc. kanapių (hašišo ar marihuanos) nevartojusių moksleivių ir net 76 proc. (beveik dvigubai daugiau) vartojusių kanapes 40 kartų ir daugiau nurodė, kad 4 kartus per savaitę ar net dažniau leido laiką su draugais nedalyvaujant suaugusiems. Draugų nuomonė daro poveikį narkotinių medžiagų vartojimui: 19 proc. respondentų, vartojusių narkotines medžiagas 40 kartų ir daugiau, manė, kad kartais būtina rūkyti kanapes, kad pritaptum bendraamžių grupėje ir pelnytum jų pagarbą. Tuo tarpu nevartojusiųjų grupėje taip manančių buvo tik 4 proc. (pav. 10).

Rūkantys draugai – svarbus paauglių rūkymo rizikos veiksnys. Nors paauglystės laikotarpiu tėvų įtaka gali ir nesumažėti, bendraamžių įtaka gerokai sustiprėja. Nuo santykių šeimoje daug priklauso, kokią bendraamžių grupę paauglys pasirinks. Didelę tėvų paramą jaučiantys paaugliai rečiau bendrauja su narkotikus vartojančiais draugais. Be to, paaugliai, neturintys narkotikus vartojančių draugų, rečiau įninka į narkotikus patys.

Daugiau organizuotoje grupinėje veikloje dalyvaujantys ir sportuojantys paaugliai rečiau rūko cigaretes ar marihuaną, vartoja alkoholį. Ir priešingai, mažas fizinis aktyvumas siejamas su rūkymu. Kontroliuojamas jaunimo darbas itin svarbus, nes tai galimybė paaugliams įgyti vertingų įgūdžių ir suvokti savo gyvenimo tikslus. Be to, organizuotas jaunimo darbas – dar viena priemonė pasiekti jaunus žmones, daryti jiems įtaką ir pakreipti norima linkme bei palaikyti įtraukiant į auklėjamąsias ir bendruomenines programas ar per neformalius santykius su suaugusiaisiais, dėstytojais ar treneriais. Todėl būtina ne tik pabrėžti neigiamą rūkymo, alkoholio ar narkotinių medžiagų vartojimo poveikį, bet stengtis keisti paauglių elgesį skatinant dalyvauti organizuotoje sporto ar laisvalaikio veikloje.

Narkotikų priklausomybės problema humanistiniu požiūriu

Jei visuomenės sveikatos priemonės efektyvios, jos nematomos ir nepastebimos, jei ne – miršta mūsų kaimynai...

Žmonijos istorijoje požiūris į priklausomybę kito, ir atskirais istoriniais etapais buvo sukurti skirtingi priklausomybę aiškinantys modeliai.

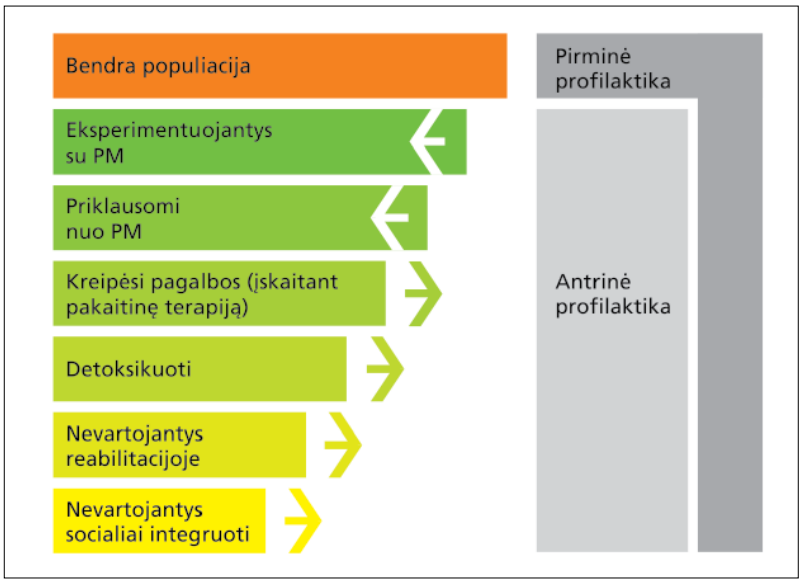
Tradicinis yra dorinis ir normatyvus požiūris pagal tradicinę „akrazijos" koncepciją – **valios stoka**, be kurios, Platono ir Aristotelio nuomone, žmogus – tik bejėgė lėlė, kūno malonumų vergas, jei nebuvo tinkamai auklėjamas ir mokomas. Šiuolaikinis požiūris, kad **priklausomybė yra lėtinė smegenų liga**, priešingai, **normoms neskiria jokio dėmesio**. Smegenyse įvyksta tam tikrų pokyčių, kurie skatina žmogų pasiduoti sirenų vilionėms biologinių impulsų prasme, kurioms jis, kaip Odisėjas, negali atsispirti, nebent pririšamas prie stiebo. **Psichosocialiniame modelyje** kaltinama visuomenė ar vaikystėje patirtos traumos, sukeliančios ligas ir poreikį gydytis pačiam. **Bihevioristinis mokymosi modelis** visų pirma akcentuoja pažinimo ir elgesio įpročius bei būdus. **Vystymosi ar sociologinis modelis** vėlgi daugiausia dėmesio skiria gyvenimo situacijai ir karjerai visuomenėje, apsprendžiančioms nukrypėlišką ir visuomenės smerkiamą likimą, kurį dažnai dar labiau komplikuoja visuomenės atsakomosios priemonės. **Šie skirtingi modeliai aprašo daugiau ar mažiau svarbius narkotikų vartojimo ir priklausomybės aspektus** [70,71,72]. **Įvairus supratimas skatina skirtingą požiūrį, ką reiktų kaltinti ir kokių priemonių imtis**.

Kas dažniausiai tampa narko-tikų aukomis?

Pirmiausia prisiminkime eksperimentuotojus. Dažnai manoma, kad eksperimentai su narkotikais rodo, kad žmogus turi psichologinių, socialinių bėdų arba kad nekaltus paauglius apgaule vartoti narkotikus vilioja niekšingi narkotikų prekeiviai. Epidemiologiniai tyrinėjimai liudija, kad tokia nuomonė per daug paprasta. **Kai vartojamos medžiagos visuomenei ar jos aplinkai priimtinos, eksperimentavimas gali būti laikomas "normaliu" tam tikroje aplinkoje naudingo elgesio išmėginimu.** Jei vartojimas laikomas suaugusiųjų privilegija, bandymai gali būti brandos sudėtinė dalis, tam tikras tapsmo suaugusiuoju ritualas. Didžiojoje Europos dalyje niekada alkoholio neragavę paaugliai dažniausiai laikomi nedrąsiais ir nepritampančiais visuomenėje, negalvojant, kad toks yra jų sąmoningas pasirinkimas. Tokios pat pažiūros vyrauja, jei tam tikroje bendruomenėje dauguma vartoja kanapes. Prekeivis dažniausiai laikomas draugu arba draugo draugu [73].

Bet jei pradedama vartoti neįprastai anksti arba vis dažniau vartojami visuomenės nepripažinti narkotikai, **vartojimas rodo, kad asmuo turi daug socialinių ir asmeninių problemų.** Priklausomybė dažnai išsivysto, jei žmogus turi rimtų šeimos problemų, bendravimo kliūčių ar psichikos problemų, emocinių ar šizofrenijos spektro sutrikimų turintiems žmonėms, taip pat ir tiems, kuriems būdingos nerimo ar lengvos depresijos būsenos. Ypač dažnai narkomanams būdingos asmenybės problemos. Gilesni tyrimai rodo, kad didelės įtakos turi ir genetinis pažeidžiamumas [74,75,76].

Yra narkotikų, prie kurių priprantama greičiau. Grubūs skaičiavimai rodo, kad vienas iš dviejų ar trijų jaunuolių, dar kartą parūkęs nikotino, prie jo pripranta, vienas iš trijų ar keturių – tampa priklausomas nuo kokaino ar heroino, tuo tarpu tik vienas iš aštuonių ar dešimties taps alkoholiku ir vienas iš devynių ar vienuolikos pripras prie kanapių.



Pav. 11. Narkotinių medžiagų vartojimo profilaktikos bendri uždaviniai

Polinkis į įvairius narkotikus vystosi įvairiai, bet bendra tai, kad eksperimentavimo paplitimas tiesiogiai susijęs su priklausomybės paplitimu.

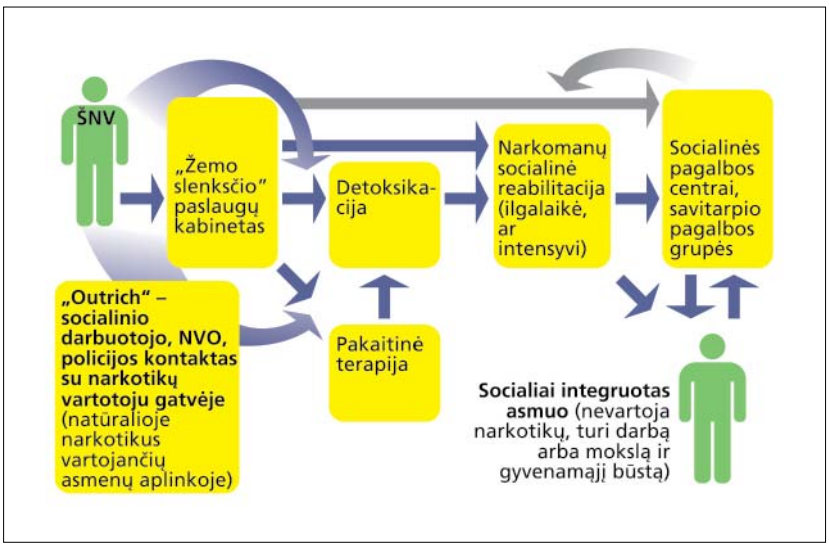
Daugumoje Europos miestų narkotikų pramonės aukos patiria įvairaus lygio socialinį ir fizinį ignoravimą, jie yra savo pačių ir valstybės bejėgiškumo aukos. Puikiai žinome, kad mūsų miestuose, ypač didesniuose, lengva gauti nelegalių narkotikų, jie be jokių kliūčių parduodami ir plačiai vartojami. Todėl nesunku įsivaizduoti jų keliamą moralinę ir finansinę žalą [77]. Didėja vartotojų sergamumas įvairiomis su narkotikų vartojimu susijusiomis ligomis ir mirčių skaičius. Ši baisi tikrovė palaiko kai kurių piliečių nuomonę, kad būtina susitaikyti su faktais ir kad visuomenei nepavyks sustabdyti proceso. Toks požiūris pripažįsta tik paviršutinišką, simptomais pagrįstą pagalbą.

Tačiau kov a su priklausomybės nuo psichotropinių medžiagų ligos priežastimi panaši į infekcinių ligų gydymą, kur svarbu sumažinti epidemijos mastą ir sukėlėjo užkrečiamumą ir neleisti jam plisti. Visiškai tas pats su narkotikų vartotojais, kai svarbu:

- **neleisti, kad būtų pradėta vartoti, jei įmanoma,**
- **jei vartojimo negalima išvengti, steng-tis, kad būtų pradedama vartoti kuo vėliau,**
- **mažinti vartojamų medžiagų kiekį ir mažinti antrinę žalą.** (pav. 11)

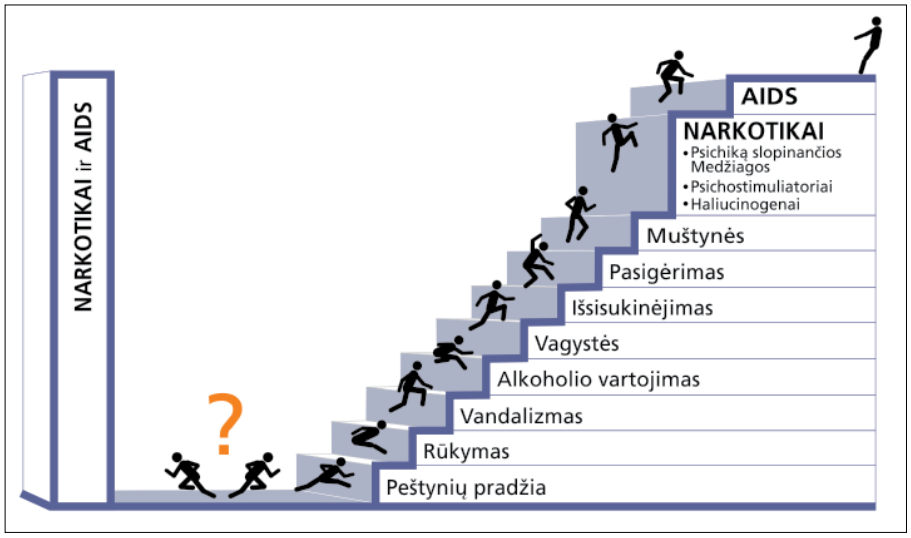
Kiekvienas, kurio pareiga rūpintis sergančiais žmonėmis, stengsis, kad jo darbas būtų prasmingas ir veiksmingas. Tai ypač svarbu, užtikrinant sudėtingą priklausomų nuo narkotikų žmonių priežiūrą. **Jei norime padėti, privalome teikti pagalbą, kokia žmogui būtina, o tas, kuris nori, kad jo pagalba būtų veiksminga, turi daugiau žinoti** [82].

Reikėtų pabrėžti, kad **pagalba asmeniui neturi kenkti bendruomenei**. Veiksminga pagalba nelaimingam žmogui niekada nesukels nepriimtinos žalos. Žala bus daroma tik tada, kai pritarsime netinkamam elgesiui. **Pagalba narkotikų vartotojams nereiškia, kad pritariama jų blogiems poelgiams.** Jei laikome narkotikų vartotoją žmogumi, nereiškia, kad pritariame jos ar jo veiksmams. **Priklausomų nuo narkotikų žmonių priežiūros sudėtinės dalys – priežasčių nustatymas, netekčių mažinimas, vartotojų emocinės ir socialinės kompetencijos, kuri yra būtina gyvenimo visuomenėje sąlyga, vystymas**.



Pav. 12. Pagalbos narkotikų vartotojui etapai.

Pakaitinė metadono terapija šiuo metu jau nėra diskusijų objektas, daugumos Europos šalių specialistai pripažino jos naudą [79]. **Metadono pakaitinis gydymas privalo turėti vienareikšmį gydymo tikslą – padėti stabilizuoti priklausomų žmonių psichiką ir socialines sąlygas, vienareikšmiškai siekiant visiškos abstinencijos** [80] (pav. 12). Šio gydymo privalumas – būtinybė pacientui nuolat lankytis metadoną skiriančioje įstaigoje, todėl galima įgyvendinti kitus ilgalaikio gydymo tikslus. Labai svarbu sveikatos priežiūros darbuotojų atvirumas ir aiški informacija, tinkama psichologinė priežiūra ir patikima kitų nar-kotikų vartojimo kontrolė. **Jei nebus veiksmingai kontroliuojama,**



Pav. 14. Kelias į priklausomybę narkotikams ir AIDS.

Lentelė 1. Testas

Vaikai ir narkotikai

Šiandien vienas didžiausių tėvų rūpesčių – apsaugoti vaikus nuo narkomanijos.
Testas padės sužinoti, ar verta nerimauti dėl vaiko elgsenos pokyčių ir ieškoti pagalbos.

Eil. Nr.	Galimi elgsenos pokyčiai vartojant narkotikus	Balai
1.	Pastaraisiais metais blogiau mokosi.	50
2.	Smarkiai sumažėjo mokymosi pažangumas.	100
3.	Neįstengia papasakoti apie visuomeninį mokyklos gyvenimą.	50
4.	Slepia kvietimus atvykti į mokyklą.	50
5.	Sumažėjo domėjimasis užklasine veikla.	50
6.	Praleidžia pamokas, įsivelia į muštynes.	50
7.	Buvo sulaikytas vairuojant motociklą ar automobilį apsvaigęs.	100
8.	Buvo sučiuptas vartojant svaigalus diskotekoje, vakarėlyje ir t.t.	100
9.	Buvo areštuotas už narkotikų laikymą, pirkimą ar platinimą.	300
10	Apsvaigęs (įskaitant ir alkoholį) padarė nusižengimų.	100
11.	Vagia.	100
12.	Iš namų dingsta pinigai, knygos, drabužiai ir kt. vertybės.	100
13.	Dažnai iš Jūsų ir giminaičių prašo pinigų.	50
14.	Pardavinėja drabužius, plokšteles, kasetes ir t.t.	150
15.	Disponuoja didelėmis pinigų sumomis.	300
16.	Dažnai keičiasi nuotaika.	50
17.	Prastos nuotaikos, viską neigia, kritiškai vertina įprastus dalykus ir įvykius.	50
18.	Užsidaręs, nedalyvauja šeimos gyvenime.	50
19.	Užsisklendęs, susimąstęs, labai ilgai klauso garso grotuvo.	50
20.	Meluoja.	100
21.	Nenori pripažinti, jog elgiasi keistai.	50
22.	Vengia bendrauti su namiškiais.	50
23.	Yra piktas, agresyvus, karšto būdo, be entuziazmo.	50
24.	Tapo abejingas, pasyvus.	100
25.	Kalba apie gyvenimo beprasmiškumą.	100
26.	Sutriko atmintis, loginis mąstymas.	100
27.	Dažnai peršąla.	50
28.	Neturi apetito, mažėja svoris.	50
29.	Atsisako praustis, nekeičia drabužių ir t.t.	100
30.	Pabalęs, patinęs veidas, paraudę akių obuoliai, ant liežuvio – rudos apnašos, injekcijų žymės.	300
31.	Įtartinos mėlynės, randai ant įvairių kūno vietų.	50
32.	Atsirado tatuiruočių, žymių nuo nudegimų cigarete, randų ant rankų, tarp alkūnių ir riešų.	100
33.	Nemigą ir nuovargį staiga keičia energijos antplūdis.	100
34.	Sakosi turįs teisę vartoti alkoholį, narkotikus.	300
35.	Dažnai nuo jo sklinda alkoholio arba hašišo kvapas.	300
36.	Labai padidėję arba sumažėję akių vyzdžiai.	200
37.	Neatsimena, kas įvyko jam neblaiviam esant.	300
38.	Radote švirkštų, adatų, flakonų, aprūkusių indų, kalio permanganato, acto rūgšties, acetono, skiediklio.	300
39.	Radote paslėptų įtartinų tablečių, miltelių, šiaudelių, žolės ir t.t.	300
40.	Nepaiso namuose galiojančių taisyklių.	50
41.	Nesidomi namų reikalais.	50
42.	Nedalyvauja šeimos šventėse.	50
43.	Auga įtampa tarp jo ir šeimos narių.	50
44.	Stengiasi nakčiai ištrūkti iš namų.	100
45.	Paslaptingas.	50
Jeigu savo vaiko elgsenoje pastebėjote daugiau negu 10 šių pokyčių, o balų suma didesnė nei 2000, turėtumėte kreiptis į specialistus.		

Vilnius prieš narkotikus Nr.3/Vilniaus savivaldybė, UNDP, Lietuvos AIDS centras.-1999. – P.7.

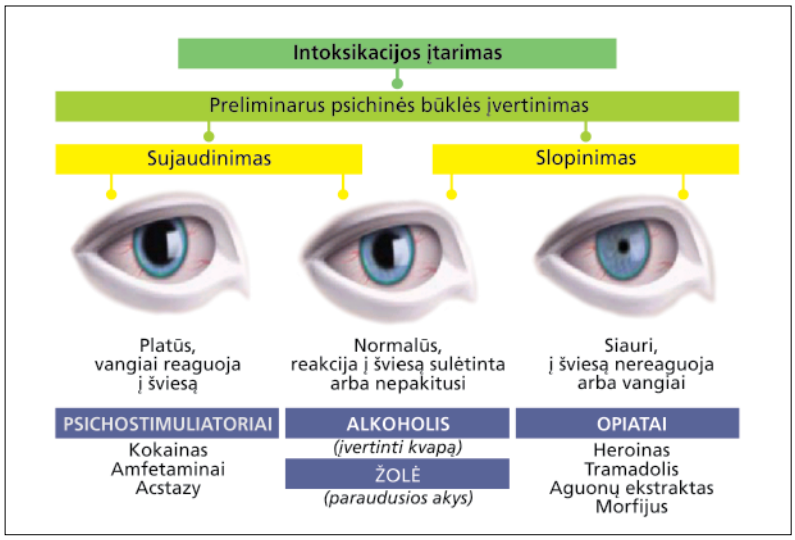
metadono pakaitinė vartotojui bus „didžiausio apsvaigimo" galimybė, ir pastangos ilgainiui nueis niekais. Manau, kad metadono, ar pakaitinės terapijos galimybes taikliai iliustruoja pav. 13.

Kiekvienas visuomenės narys gali ir turi tikėtis, kad visuomenė jam padės, lygiai taip pat jis privalo padėti visuomenei. Tai nėra kokia matematinė lygtis, bet **esminis etinis funkcionuojančios socialinės bendruomenės reikalavimas**.

Priklausomybių gydymo patriarchas profesorius G. Jellinekas teigė, kad žmogus turi praeiti visą kančios kelią, kol bus įmanoma jį įtikinti, kad būtina gydytis. Tai buvo taikoma alkoholio priklausomybę turintiems asmenims. Prie narkotikų priprantama jaunystėje, pažeidžiamoje žmogaus psichikos vystymosi stadijoje. **Alkoholiko atveju praeina keli dešimtmečiai, kol išsivysto socialinė dekompensacija, jaunuoliams narkotikų vartotojams pakanka poros metų.** Todėl taip svarbu laiku suteikti pagalbą, kol asmenybė dar nėra degradavusi ir pagalba iš viso įmanoma. Tėvai, mokytojai, artimiausia jaunuolio aplinka turėtų reaguoti į pirmuosius elgesio pokyčius, pateiktus pav. 14 ir lentelėje 1. ir mokėti atpažinti apsvaigimo požymius (pav. 15).

Lietuvoje šiuo metu nebaudžiama už nedidelio kiekio kanapių, kokaino ar heroino turėjimą „asmeniniam naudojimui", bet tai tebėra draudžiama. Šiuolaikinių jaunuolių paklausus, ar legalu turėti nedidelį narkotikų kiekį, dažniausiai jie manys, kad tai leistina. Paaugliai neskiria sąvokų „leistina" ir „draudžiama, bet nebaudžiama". Štai kodėl **būtina vienareikšmiškai nubrėžti ribas**.

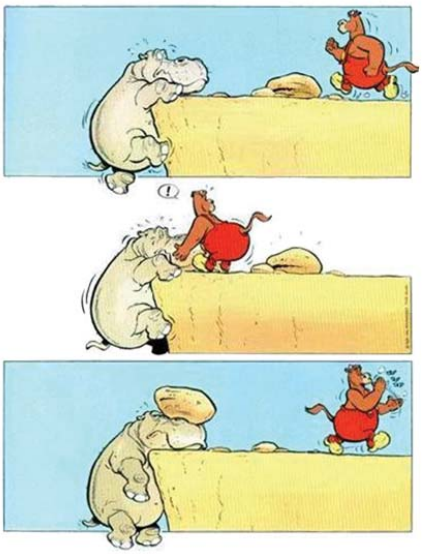
Veiksminga ir radikali pagalba narkotikų vartotojams neturi apsiriboti tik pagalba didžiausios nelaimės atvejais.



Pav. 15. Intoksikacijos nustatymas
Šaltinis: R. Badaras, T.V. Kajokas, T. Jovaiša „Greitieji opioidinės priklausomybės detoksikacijos būdai", Vilniaus universitetas 2009. Mokomoji knyga

Turi būti teikiamos specialios paslaugos, sakykim, steigiamos prieglaudos nėščiosioms ar jaunoms mamoms, mokyklos ir profesinis mokymas, priklausomybės gydymas įkalinimo įstaigose, reabilitaciniai dienos centrai ir kt.

Ne visos esamos galimybės pasirodys esančios vienodai veiksmingos visiems, kuriems reikia pagalbos. **Teikiamų paslaugų kryptis – tai, ko narkotikų vartotojui REIKIA, o ne tai, ko jis ar ji NORI.**



Pav. 13. Metadono programa. Iliustracijos moralė: galbūt draugams nepavyks jūsų ištraukti, bet jie ras būdų, kad nenukristumėte (pagal www.najaco.com)

Dažnai **jaunimui padėti sunkiau nei suaugusiesiems**, **75 proc. narkotikų priklausomybę turinčių asmenų turi ir psichikos sutrikimų** [81]. Pagalba narkotikų vartotojams turi būti orientuota į tai, kaip galima jiems padėti, ko galima pasiekti, nesitikint atlygio. Padedant sunkiam ligoniui, nereikia ko nors tikėtis. Tokia pagalba turi būti teikiama iš esminių etinių, moralinių ir krikščioniškųjų paskatų. **Gydant nuo psichotropinių medžiagų priklausomus žmones, reiktų stengtis socialiai ir emociškai įtraukti juos pačius į gydymo procesą**. Narkomanai turi išmokti svarbiausių socialinių pažiūrų ir įgūdžių, išmokti atsisakyti regresyvaus vartojimo, suprasti, kad kiti jais rūpinasi, nesitikėdami jokio atlygio. Bet socialiai būtinos teisių ir pareigų sistemos sukūrimas negali būti laikomas elementarios pagalbos suteikimo sąlyga. **Mūsų pasauliui vystantis, deja, prarandama orientacija, kas teisinga ir kas ne, skatinami egocentriniai polinkiai ir vis labiau trūksta noro padėti kitiems.** Bet mūsų protėvių skelbtos tiesos, kad niekada ne per vėlu daryti gerus darbus, tebegalioja.

Apibendrinant galima suformuluoti šiuos patikimos narkotikų politikos humanistinius principus:

- **Sutarimas ir bendradarbiavmas**. Politika turi pripažinti ir remti gydymą bei žalos mažinimo koncepciją, o socialinės tarnybos ir savanoriškos organizacijos privalo pripažinti ir pritarti poreikiui mažinti visuomenės patiriamus nepatogumus ir nelegalios veiklos griaunamąją jėgą.
- **Pripažinimas, kad vartotojas yra pilietis**. Kad ir kiek visuomenė stengtūsi didinti narkotikų vartotojų socialinę atskirtį, vartojama bus toliau, ir vartotojai niekur nedings. Represijos tik didina svetimėjimą, destruktyvų elgesį ir skurdą. Dar daugiau – reikiamos priemonės neatitinka svarbiausių mūsų visuomenės žmoniškumo principų, todėl sukelia protestus ir konfliktus. Pokyčiams pasiekti būtina sąlyga, kad vartotojas būtų pripažįstamas visuomenės nariu.
- **Žalos mažinimas**. Vartojimą galima nutraukti (jei tai iš viso įmanoma) visiškai nepriimtinomis represinėmis priemonėmis, o tai reiškia, kad daugiau dėmesio reikia skirti žalos mažinimui: mažinti rizikingą elgesį, kad vartotojas išvengtų infekcijų ir neperdozuotų, apsaugoti pažeidžiamą vartotoją ir padėti vartotojams, kurie patys nenori ir negali atsisakyti vartoti (juk priklausomą nuo psichoaktyvių medžiagų asmenį galima palyginti su „narkotikų vergu“, kuris be kitų pagalbos neištrūks iš tos vergijos). Kitos priemonės skirtos viešosios tvarkos pažeidimams ir „patrauklumui" mažinti. Tokios veiksmingos priemonės – tai „žemo slenksčio kabinetai“ [82], prieglaudos ir kitų svarbiausių poreikių tenkinimas, švirkštų ir prezervatyvų platinimas bei žinių apie rizikos mažinimą skleidimas. **Turime žeminti slenkstį problemų turintiems žmonėms reikalingai pagalbai patys eidami pas juos ir priartindami pagalbą prie jų.** Kai suprantame, kad žmogui reikia padėti, tada sprendžiame apie konkrečią šiam žmogui reikalingą individualią pagalbą ir kuo jam galime padėti. Dažnai tenka ieškoti nestandartinių sprendimo kelių.
- **Metadono palaikomasis gy-dymas tik iš dalies gali būti laikomas žalos mažinimo priemone**. Gydymas metadonu gali būti viena iš gydymo galimybių, derinant su motyvacijos keisti elgesį stiprinimu ir padedant atsisakyti narkotikų. Jei metadonas laikomas žemo slenksčio priemone, kartu užtikrinant tinkamą ir daugumai vartotojų priimtiną priklausomybės gydymą, jis gali tapti svarbia žalos mažinimo metodikų dalimi. Vis dėlto ir ši priemonė gali padidinti žalą, jei nepatyrę vartotojai vartoja per didelę metadono dozę arba jei metadonas skiriamas neturintiems priklausomybės vartotojams [83],[84]. Palaikomasis pakaitinis gydymas gali būti naudingas tik daliai priklausomų nuo psichoaktyvių medžiagų žmonių.
- **Normalizavimas neproduktyvus. Legalizavimas sukelia daugiau problemų.** Vartojimo normalizavimas – koncepcija, priimta, stengiantis, kad narkotikų vartojimas nebūtų laikomas iškrypėlišku elgesiu, o vartotojas būtų mažiau niekinamas ir smerkiamas. Alkoholio ir nikotino vartojimas normalizuotas. Kaip žinia, šie narkotikai sukelia daug daugiau problemų. Tai yra geras įrodymas, kad normalizavimas ir legalizavimas paskatins vartojimą ir padidins žalą.
- **Narkotikų vartojimo vietų ribojimas ir varžymas**. Niekam nepasisekė sumažinti narkotikų vartojimo pro blemą, neapribojus ir nesuvaržius vartojimo vie-tų draudimais, kurie gali būti laikomi vartotojų teisių pažeidimu rinktis visuomeninėse vietose. Be to, **baiminamasi, kad narkotikai bus vartojami slaptai**, ir sunku bus kontroliuoti padėtį. Jei manoma, kad vartotojų kriminalizavimas sukelia daugumą su vartojimu susijusių problemų, draudimai gali pasirodyti neprimtini. Bet patirtis rodo, kad didžiausios sėkmės, mažinant vartojimo žalą, pasiekė tie miestai, kurie nuo pat vartojimo plitimo momento ėmėsi priemonių vietoms, kur viešai vartojami narkotikai riboti.
- **Viešosios tvarkos pažeidimai nėra žmogaus teisė, bet vartotojai turi teises**. Nors akivaizdu, kad narkotikų vartojimo vietas reikia riboti, akivaizdu ir tai, kad to neįmanoma pasiekti, jei vartotojai neturės alternatyvos. Vartotojai turi turėti galimybę susitikinėti ir kažkur būti. Tai savotiškas vartotojo ir visuomenės interesų konfliktas. Ribos ir taisyklės turi būti aiškios ir nuosekliai įgyvendinamos, bet gerbiant vartotoją ir apsaugant visuomenę.
- **Racionalaus vartotojų elgesio prielaidos**. Prašyti vartotoją nepažeidinėti viešosios tvarkos, reiškia tikėtis racionalaus jo elgesio. Ši viltis reali tik tada, jei priklausomas nuo narkotikų žmogus dalyvauja palaikomojo gydymo programoje. Niekam nepavyko pasiekti, kad narkotikai nebūtų vartojami viešosiose vietose, nesuteikus palaikomojo gydymo galimybės.
- **Pakenčiamos ir ilgalaikės padėties prielaida – gydymo decentralizavimas**. Paprastai į miestus atvyksta vartotojai iš kitur. Tai visiems būdingas fenomenas – trauka į miesto centrą. Didėja miesto išlaidos, socialinės pagalbos poreikis, sunku integruoti vartotojus į visuomenę. Todėl dauguma miestų turi savo vartotojų grąžinimo į gimtąsias vietas politiką.

Tad mėginkime kuo labiau riboti galimybes įsigyti narkotikų ir juos vartoti. Investuokime į plačios apimties prevenciją ir kartu užtikrinkime gerai išbandytą ir įvertintą gydymą. Protingai padidinus lėšas ir suderinus jas su ryžtu, tikrai pavyks sumažinti naujų priklausomų nuo psichoaktyvių medžiagų asmenų skaičių ir įtikinti daugiau vartotojų atsisakyti narkotikų, o tai, savo ruožtu, padės sutaupyti milžiniškus finansinius ir žmogiškuosius išteklius.

Biosocialinio reiškinio neapibrėžtumas, socialinė norma ir kompromisai

Kiekviena visuomenės raidos pakopa sukuria savo normą, kuri ir jungia visuomenę į vientisą organizmą.

ŽIV/AIDS visuotinė epidemija (kaip ir ją skatinantys lytinis elgesys bei narkomanija) yra sudėtingas, daugiapusis biosocialinis reiškinys. Jis susijęs su tam tikru neapibrėžtumu ir dviprasmiškumu *(plačiau skaitykite [85])***.**

Fundamentalų neapibrėžtumą vartoja fizika. Kvantinė mechanika, pasitelkdama vadinamąjį Vernerio Heizenbergo neapibrėžtumo principą, dvilypę elektrono prigimtį aiškina bangos - dalelės analogija. Šis dėsnis teigia, kad **dalelės padėties ir judėjimo momento simultaniškai, t.y vienu metu ir tiksliai, pamatuoti negalima** [86].

Biosocialinių sistemų dvilypumą galima nagrinėti, remiantis analogija su dvilype elektrono, kuris apibūdinamas ir kaip elementarioji dalelė, ir kaip banga, prigimtimi. Situacijos, kylančios bandant nustatyti sudėtingų biosocialinių sistemų socialinius ir biologinius parametrus, iš dalies panašios į galimas kvantinės fizikos situacijas: juo didesnis dalelės padėties nustatymo tikslumas, juo mažesnis jos impulso nustatymo tikslumas. Remiantis V.Heizenbergo suformuluotu neapibrėžtumo principu, **dėmesio skyrimas tik medicinos ir biologiniams biosocialiniams reiškinio aspektams gali pakenkti šio reiškinio elgesio ir socialinių parametrų aprašymui, ir atvirkščiai.** Negalima tuo pačiu metu tiksliai nustatyti abiejų parametrų tipus arba tiksliai veikti, remiantis ir biomedicinos, ir/ar socialinėmis elgesio teorijomis. Vieno parametro rinkinio nustatymo procesas iš karto iškreips (arba atsiras papildomų aplinkybių) visą sistemą, tada tiksliai apibrėžti vienas kitą papildančių (komplementarių) parametrų rinkinį bus neįmanoma [87], [88]) .

Biosocialinis komplementarumas (lot. *complementum* - papildymas) susijęs su koherencijos (lot. *cohaerere* – būti susijusiam) principu. Jį pirmasis aptarė Nilsas Boras [89]. Remiantis šiuo principu, kiekvienas fundamentalus gamtos reiškinio aprašymas apima mažiausiai dvi viena kitą paneigiančias koncepcijas. Tai apima ir biosocialinius reiškinius. Aplinkybė, sunkinanti biosocialinių reiškinių tyrimą, – žmonių grupių, taikančių viena kitą paneigiančias koncepcijas, pozicijų ir veiksmų nesutaikomas prieštaravimas.

Tam tikro neapibrėžtumo esama ir pasirenkant tinkamiausias priemones, padedančias kovoti su ŽIV infekcija ir AIDS: biomedicinines (t.y. naujų vakcinų ir gydomųjų preparatų kūrimas bei taikymas, kai atsirado net plačiai naudojama sąvoka – „gydymas kaip prevencija“ ar „priešekpozicinė profilaktika“ (PrEP). ar poveikį elgsenos įpročiams ir jų keitimui. Atsižvelgdami į elektrono prigimties dvilypumo analogiją, apie AIDS galime kalbėti kaip apie dvejopos prigimties reiškinį. **Spręsdami sergamumo ŽIV liga problemą, turėtume taikyti abi strategijas – elgsenos įpročių keitimo ir biomedicininę kaip papildomą** [90]. Remiantis N.Boro paskelbtais koherencijos principais, bet koks esminis natūralaus reiškinio aprašymas reikalauja bent dviejų viena kitą paneigiančių idėjų. Šis reikalavimas pagrindžia tą mintį, kad **gretutinių mokslo sričių specialistų bendri problemų sprendimai yra įmanomi, jei tos ar kitos srities specialistai daro išvadas, remdamiesi savo srities tyrimų medžiaga, nesiskolindami jos iš gretutinės srities** [91]. Su tam tikromis išlygomis tai galima taikyti biosocialinių reiškinių tyrinėjimų sričiai.

Pavyzdžiui, yra didelės grupės specialistų, skirtingai sprendžiančių vaikų lytinio ugdymo tikslingumą. Pastangos nustatyti, kurioje klasėje pradėti seksualinį auklėjimą ir ko vaikus mokyti, yra prieštaringos. Dažnas gydytojas teigia, kad juo anksčiau pradėsime seksualinį auklėjimą ir labiau šviesime vaikus, juo geriau. Daugelis pedagogų ir dvasininkų yra tos nuomonės, kad geriausia išeitis – pradėti seksualinį švietimą kuo vėliau, o informaciją dozuoti. Pirmuoju atveju matome mėginimą spręsti problemą remiantis žmogaus biologija, antruoju - ieškoti socialinių jos sprendimo būdų. Šiam skirtumui pabrėžti dažnai vartojamos netgi skirtingos sąvokos. Pirmuoju atveju dažniau vartojama sąvoka „**lytinis švietimas**“, o antruoju - „**lytinis ugdymas**“.

Kitas pavyzdys: **nepageidaujamų elgesio būdų (ypač narkotikų vartojimo) žalos mažinimas**. Vieną grupę sudaro sveikatos priežiūros darbuotojai ir kai kurių nevyriausybinių organizacijų atstovai, kitą - politikai ir kitų nevyriausybinių organizacijų atstovai. Kai kurie medikai mano, kad tikslinga dažniau taikyti narkotikų žalos mažinimo priemones. Jų oponentai (taip pat ir medikai) mano, kad žalos mažinimo priemonės - tik rankų nuleidimas kovojant su narkomanija ir kapituliavimas prieš narkomafiją.

Šio prieštaravimo priežastis ne vieno ar kito požiūrio šalininkų piktavališkumas ar nekompetentingumas

(abiejų grupių specialistams būdingas atsakingumas ir pilietinis aktyvumas), **o sudėtinga biosocialinių reiškinių prigimtis**. Viena vertus, šios situacijos metu mėginama sutelkti dėmesį į biologinius parametrus (apsaugoti žmones nuo infekcijų arba per ankstyvo ir neplanuoto nėštumo), kita vertus, labiau kreipiamas dėmesys į socialines ir elgesio nuostatas (stengiamasi apginti moralę ir išlaikyti socialinį stabilumą). Vieno parametrų rinkinio nustatymas arba tikslus matavimas ne tik nepadeda tiksliai pamatuoti komplementarių parametrų rinkinį, bet ir nesudaro galimybės nagrinėti alternatyvių arba papildomų požiūrių. **Kol nesutariama dėl vieningų veiksmų, pavienės, menkai koordinuotos ar net prieštaraujančios viena kitai priemonės neveiksmingos**: vis daugiau jaunų žmonių klimpsta į narkotikų liūną, anksti pradeda lytinį gyvenimą, rizikuodami neplanuotai pastoti ar užsikrėsti lytiškai plintančiomis infekcijomis, tarp jų ir ŽIV liga.

Išspręsti biosocialinius prieštaravimus padėtų koncepcijų, pagrįstų biologine ir socialine žmogaus prigimtimi, kompromiso paieška. Kompromisas apibrėžia apytiksles komplementarių parametrų rinkinių reikšmes, kurios yra alternatyvių arba papildomų aprašų kraštutinumai. Kompromisas nėra atsitiktinis geros valios, pagrįstos priešingų šalių subjektyviais įspūdžiais, rezultatas, bet išplaukia iš gamtos ir visuomenės įstatymų. **Neapibrėžtumo principas reikalauja pasiekti kompromisą, o ne jį siūlo**. Kompromisą turi pasiūlyti ne fantazijomis, bet mokslu besiremiantis sveikas protas. Pabrėžtina, kad kartu būtina atsižvelgti į kultūrinius ir istorinius šalies (ar net regiono) ypatumus. Todėl kompromiso paieškų rezultatai įvairiose šalyse gali būti skirtingi o kompromisai su virusais ar psichotropinėmis medžiagomis negalimi.

Kompromisų siekimo teorijoje labai svarbi „SOCIALINĖS NORMOS“ samprata. **Įvairūs žinynai (vadovai) pateikia apytikriai panašius sąvokos „socialinė norma“ aiškinimus.** Pvz., dabartinės lietuvių kalbos žodynas normą apibūdina, kaip pripažintą privalomą taisyklę, nuostatą, tarkim, elgesio, kalbos, teisės, arba kaip nustatytą kiekį, dydį [92]. Sinonimų žodynas pateikia normos sinonimą — taisyklę [93]. Tarptautinių žodžių žodyne pateikiama ir lotyniškoji normos samprata — matas, nustatytas kiekis, dydis, laikas, pavyzdys, kriterijus, taisyklė [94]. „The American Heritage College Dictionary“ nurodoma, kad „norma yra standartas, modelis arba teisė, kurie laikomi tipiškais: socialinės normos“ [95]. Merriam-Webster Collegiate Dictionary „normą“ apibrėžia taip: 1) autoritetingas pavyzdys, modelis; 2) teisingos elgsenos taisyklės galiojančios vienai kuriai žmonių grupei; nukreipiančios, kontroliuojančios ir reguliuojančios elgesį, kad jis būtų tinkamas ir priimtinas; 3) a) raidos, laimėjimų etalonas nustatomas pagal didelės žmonių grupės laimėjimų vidutinį rodiklį; b) elgsenos modelis ar jos bruožai tipingi vienai kuriai socialinei grupei; c) plačiai paplitusi praktika, veikimo būdas, paprotys ar elgesio taisyklė [96].

Socialinės normos – tai taisyklės, kuriomis vadovaujasi tam tikra žmonių grupė. Jos skirtos norminti (reguliuoti) žmonių tarpusavio santykius, o jų vykdymas garantuotas santykio dalyvių abipuse nauda, taip pat valstybinio arba visuomeninio poveikio priemonėmis [97]. Jų funkcija – padėti atskirti, kas priklauso grupei, o kas yra autsaideris. Elgdamasis taip, kaip grupė mano esant tinkama, individas parodo kitiems, taip pat ir sau, kad jis priklauso grupei.

Socialinės normos nėra universalios, jos tolydžio kinta ir yra priimtinos tam tikros kultūros, socialinės klasės ar socialinės grupės atstovams, tam tikromis aplinkybėmis. Jos esti dvejopos: elgesio, arba aprašomosios, ir nuostatų, arba nurodomosios.

Elgesio norma – tai žmonių tarpusavio santykių standartas, schema, leidžiamo elgesio riba, aprėpianti leidimą ir draudimą, paprotinės elgesio taisyklės, kurios koordinuoja mūsų sąveiką su aplinkiniais ir atlieka socialinės kontrolės svertų vaidmenį. ***Aprašomosios normos*** reiškia socialinei grupei būdingą įprastinį elgesį tam tikroje situacijoje. ***Nurodomosios normos*** – tai tam tikrai kultūrai būdingas suvokimas apie tai, kas priimtina ir nepriimtina. Bendriausi socialinės grupės įsitikinimai ir lūkesčiai dėl jos atstovų elgesio įvairiomis aplinkybėmis. *Nurodomosios normos* – nerašytos taisyklės, nustatančios, ko nevalia daryti ar kaip nevalia elgtis.

Socialines normas *kuria* arba valstybė, arba konkreti organizacija siekdamos užtikrinti konkrečios organizacijos, kolektyvo ar visos visuomenės savireguliaciją. **Socialinės normos** yra subjektyvaus pobūdžio, nes jų turiniui įtakos turi įvairi normos kūrėjo pozicija. Visų **socialinių normų** šaltinis **–** tam tikras autoritetas, jos normina (standartizuoja) žmonių elgesį nustatydamos teisių ir pareigų santykį. *Norminimo tikslas* – vienodo teisinio veiksmingumo priemonėmis apsaugoti visų žmonių teises ir užtikrinti tų teisių įgyvendinimą.

Socialinės normos reguliuoja socialinius santykius, leidžia suderinti priešingų zmonių interesus, sudaro dalį visuomeninės kultūros ir sukuria sąlygas jai plėtotis, atlieka informavimo funkciją, leidžia žmonėms lengvai sužinoti, kokio elgesio iš jų tikimasi.

Socialinių normų klasifikacija. Atsižvelgiant į tai, kas nustato socialinę normą ir kuo garantuoja jos vykdymą, **socialinės normos skirstomos į:**

1. **Religines normas**, kurioms priklauso normos, reguliuojančios tam tikros religinės bendruomenės narių požiūrį į Dievą, narių tarpusavio santykius, bendruomenės organizacijos ir veiklos principus. Šių normų laikymąsi lemia tikėjimo elementas. Religinio pobūdžio raštuose, kanonuose įtvirtinamas tikinčiojo elgesio standartas. Kai kuriose valstybėse vyraujanti religija įtvirtina ir teisinės tradicijos ypatumus.

2. **Politikos normas***, kurios r*eguliuoja valstybinės valdžios siekimo ir išlaikymo sferos, tarpvalstybinius, socialinių grupių, piliečių ir valstybės, tautų santykius. Jų išraiškos formos įvairios: manifestai, politinės deklaracijos, partijų ir politikų veikla. Šių normų kokybė priklauso nuo bendro visuomeninės

kultūros lygio.

3. **Korporatyvinės normos**. Tai visuomeninių organizacijų ir judėjimų ar kitokio pobūdžio susivienijimų elgesio standartai, apibrėžiantis veiklos ir struktūrinius principus, narių teises, pareigas, atsakomybę. Šių normų laikomasi savanoriskai, nes tikima jų teisingumu. Bendriausiu požiūriu korporatyvinės normos negali prieštarauti teisės ir moralės normoms. Valstybė jas turėtų (privalo) kontroliuoti.

4. **Paprotinės normos** – elgesio modelis, įsitvirtinęs visuomeninėje praktikoje dėl daugkartinio jo taikymo. Tai vienas seniausių elgesio reguliatorių (pvz., rankos paspaudimas) – konservatyvus ir nuolat kintantis. Vystantis visuomenei papročiai kinta, bet labai lėtai. Jų pagrindu formuojasi tradicijos (tradicijos = papročiai + tęstinumas + vertybinė orientacija + socialinės nuostatos). Papročiai turi daug panašumų su moralės normomis. Ypatingų požymių įgiję papročiai tampa teisiniais ir yra prievarta ginami valstybės.

5. **Moralės normos** – elgesio modeliai, išreiškiantys žmonių požiūrį į dvasines kategorijas: gėrį, grožį, teisingumą, orumą ir kt. Moralės normos atsirado anksčiau už teisę ir politiką. Moralumas – individo charakteristika. Bendra moralė išreiškia visuomenėje vyraujančias nuostatas. Teisė privalo turėti tam tikrą moralės pradą. Nemorali teisė nepajėgi siekti savo tikslų. Vyraujanti moralė lemia teisės turinį, o teisė daro įtaką moralei.

Biologijoje norma apibūdinama kaip „funkcionavimas arba natūralus būvis, kai nėra aiškių matomų anomalijų arba trūkumų“. **Normalumas aptariamas kartu su sąvoka „sveikata“**. Biosocialinių sistemų įvairios normos sudaro konservatizmo pagrindą arba stabilumo siekimą (lot. *conservo* — išsaugoju). Jis labai svarbus tokių sistemų egzistencijai. **Normų keitimas gali sukelti didelį sistemų priešinimąsi**.

NORMOS principas galioja daugelyje gyvenimo sričių. Santykis tarp socialinės ir biologinės žmogaus prigimties pusių susijęs su **Heizenbergo neapibrėžtumo principu** [98], t.y., už padidėjusį susidomėjimą biologiniais ir medicinos biosocialinių reiškinių parametrais mokama neišvengiama kaina — mažiau domimasi socialiniais reiškiniais bei žmogaus elgsena, ir atvirkščiai. **Sąlygas kompromisui pasiekti diktuoja sveikas protas ir galiojanti norma**. Tačiau vienos ar kitos kultūros normos samprata gali labai skirtis (antai, kai kuriose Rytų šalyse ar Olandijoje į lengvas narkotines medžiagas žiūrima gana atlaidžiai). Vienos normos labiau konservatyvios, esminės, kitos gali keistis arba evoliucionuoti labai lengvai. Kiekviena visuomenės raidos pakopa sukuria savo normą, kuri ir jungia visuomenę į vientisą organizmą. **Nuokrypiai nuo normos neišvengiami, bet kartu egzistuoja bendra jos trauka (polinkis į ją). Šią trauką reikia remti propaguojant teigiamas visuomenės sveikatos normas.**

Taigi, esmingiausias profilaktikos siekis yra **neleisti, kad būtų nutolta nuo teigiamų visuomenės sveikatos normų.** Tais atvejais, kai liečiamos marginalinės grupės, stengiamasi neaštrinti krizės. **Marginalinės grupės** – socialinės grupės, esančios tarp dviejų socialinių sluoksnių ir turinčios neapibrėžtą socialinę padėtį. Marginalumas, sociologų nuomone, yra tarpinė individo padėtis visuomenės sluoksnyje, grupėje ar klasėje, skatinanti neįsitraukti į socialinį gyvenimą [99]. **Svarbiausias profilaktikos tikslas yra nustatyti, kokios teigiamos visuomenės sveikatos normos dabar galioja ir kokios jos turėtų būti**. Turime įvertinti, kad **žmogus – tai kintantis socialinis subjektas ir kintančios socialinės aplinkos objektas**. Normos turėtų būti griežtos ir lanksčiai taikomos naujai kylantiems poreikiams, kitu atveju jų kaitaliojimas gali sukelti įprastos biosocialinės sistemos sumaištį. Pavyzdžiui, psichologams kelia nerimą galimybė padaryti žalą vaiko psichikai, jei anksti bus pradėtas lytinis švietimas. Daugelyje šalių ekspertai labai atsargūs, vertindami tokius naujus profilaktinius būdus: pakaitines metadono ar heroino programas, švirkštų ir adatų keitimą narkotikų vartotojams, legalius nelegalių narkotikų susišvirkštimo kambarius. **Naujas kišimasis gali sukelti prieštaravimą, neatitikti esamų normų ir skatinti jas keisti, todėl normos turi būti ne tik stabilios, bet ir tikti naujiems reikalavimams.**

Įgyvendinant marginalinių grupių (pvz., narkomanų arba prostitučių) ŽIV infekcijos profilaktiką, būtini glaudūs ryšiai su minėtų grupių nariais, grindžiami atjauta ir bendradarbiavimu. Tačiau **galutinis profilaktinio darbo tikslas - mažinti marginalizacijos ir atitolimo nuo normos pavojų, tuo pačiu ir tolesnį ligos plitimą**. Atjauta neturėtų tapti santykių su tokiomis grupėmis norma. **Turime daryti tai, ko ypač pažeidžiamiems žmonėms reikia**, **kad jie patys galėtų pasirūpinti savo sveikata** (pvz. išvengti per kraują ar lytiniu būdu plintančių ligų), **bet nebūtinai, tai, ko jie nori**. Todėl profilaktikos priemonės turėtų ne tik stabdyti nuokrypį nuo teigiamų visuomenės sveikatos normų, bet ir skatinti dabar esančių nuokrypių stabdymą (kanalizavimą, neutralizavimą) bei **mažinti žmonių įtraukimo į marginalines grupes pavojų**. Tarp prielaidų pasiekti šį tikslą yra gerai organizuotas švietimas ir sveikos gyvensenos, taigi ir teigiamų visuomenės sveikatos normų propagavimas kartu su tinkama sveikatos priežiūra bei socialine reintegracija. Tokių normų propagavimo reikšmės neigimas skatina jų eroziją ir bendrą visuomenės sveikatos blogėjimą. Komplementarių aprašymų neapibrėžtumo ir esamų normų sąveika teikia galimybę pasiekti kompromisą. Tai leis parengti naujas socialines ir sveikatos priežiūros normas, kad būtų garantuotas visuomenės stabilumas, kai iššūkių būdu kinta jos egzistavimo sąlygos.

Kuo čia dėta dorovė ir etika?

Niekas nėra doras atsitiktinai. Dorybės reikia mokytis.
Seneka

Trumpai paanalizuokime mūsų koncepcijų ir veiklos nelegalių narkotikų atžvilgiu dorovinį aspektą. Įsibėgėjus ŽIV/AIDS epidemijai, per pastaruosius 30 metų **narkotikų politika vis daugiau grindžiama pragmatizmo principu.** Apibrėžčių, kaip šis principas įgyvendinamas sprendžiant narkotikų problemą, literatūroje nėra daug, tačiau **iš esmės tai požiūris, kad turime susitaikyti su nelegalių narkotikų vartojimo neišvengiamybe ir siekti iki minimumo sumažinti su jų vartojimu susijusią žalą**. Su žalos mažinimo teorija glaudžiai susijęs pragmatizmo principas izoliuoja žmogų, kiek tai apskritai įmanoma, nuo bet kokių dorovinių vertinimų. **Dorovinio vertinimo idėja charakterizuoja narkotikų vartojimą kaip reiškinį, kuris apskritai neturėtų egzistuoti, kaip elgseną, esmingai besikertančią su žmogaus doroviniu kodeksu, o pragmatizmo principas vengia tokio vertinimo ir visą dėmesį sutelkia į klausimą, kaip sumažinti su šia elgsena susijusią žalą.**

Taip formuluojant problemą aiškiai suvokiamos priežastys, kodėl žalos mažinimo teorijos ir praktikos šalininkai pirmenybę teikia būtent pragmatizmo principui. Pvz., kalbant apie adatų ir švirkštų keitimo paslaugas, doroviniai klausimai, tokie kaip, ar dera aprūpinti asmenį priemonėmis, skirtomis vartoti nelegalius narkotikus arba dėl paties narkotikų vartojimo deramumo ar nederamumo, užleidžia vietą pragmatiškam vertinimui, kokią naudą visuomenės sveikatai duoda nesteriliomis švirkštimosi priemonėmis besidalinantiems narkotikų vartotojams kylančių pavojų mažinimas.

Daugumoje naujausių teorinių idėjų ir pastaruoju metu paskelbtų publikacijų jaučiama stipri pragmatizmo principo įtaka. Jo įtaka žmonėms, susijusiems su narkotikų problematika, taip stipriai išaugo, kad **šiandien kone įžeidimu laikoma pastaba apie tai, kad kurio nors asmens požiūris į nelegalių narkotikų vartojimą remiasi dorovine pasaulėjauta**. Pragmatizmo principas labai stiprią įtaką daro ir narkotikų politikai. Pvz., Jungtinių Tautų ar Pasaulio sveikatos organizacijos strateginiuose dokumentuose (bent jau man neteko sutikti) **nė karto neminimas kovos su narkotikų problema dorovinis aspektas.**

Dorovinio aspekto nutylėjimas ir vengimas kalbėti apie piktnaudžiavimą narkotikais dorovinėmis kategorijomis yra tikra mįslė, prisiminus kokią didžiulę žalą daro nelegalių narkotikų vartojimas. Turint galvoje žalos dydį atskiram žmogui, šeimoms ir bendruomenėms labai keista, kad ėmėme taip vengti dorovinio nelegalių narkotikų vartojimo vertinimo. **Viena iš priežasčių, lėmusių tokią stiprią pragmatizmo principo įtaką su narkotikų problematika susijusiems žmonėms, yra medicinos ir visuomenės sveikatos modelio dominavimas**. Žvelgiant iš visuomenės sveikatos (medicinos) perspektyvos, svarbiausias klausimas, kuris iškyla sprendžiant nelegalių narkotikų problemą, yra susijęs su neigiamo narkotikų vartojimo poveikio mažinimu, ar tai būtų priklausomybės nuo narkotikų gydymas, ar su narkotikais susijusios rizikingos elgsenos mažinimas. Atrodo, kad šiame diskurse paprasčiausiai neatsiranda vietos narkotikų klausimo doroviniam vertinimui.

Nelegalių narkotikų dorovinio vertinimo nebuvimas šiame visuomenės sveikatos modelyje ryškiai kontrastuoja su dorovinio vertinimo vaidmeniu, kurį jis vaidina ugdymo sferoje, kalbant apie lytinį švietimą.

Šiandien plačiai pripažįstama, kad jaunus žmones būtina skatinti į lytinę elgseną žvelgti ne tik kaip į biologinį instinktą ar kaip savo troškimų patenkinimo priemonę, bet ir įvertinti savo elgsenos poveikį visuomenės gyvenimui bei kitam asmeniui. Jaunų žmonių lytinis ugdymas suvokiamas kaip lytinių santykių įprasminimas per sveiką, abipuse pagarba ir meile grindžiamą bendravimą. **Lytinio ugdymo srityje mes ne tik neatsiribojame nuo dorovinio vertinimo, bet ir skiriame jam svarbiausią vaidmenį formuodami sveikų lytinių santykių idėją. Tačiau spręsdami nelegalių narkotikų problemą, iš esmės kratomės atsakomybės rinktis dorovinę poziciją ir mieliau vadovaujamės pragmatizmo principu, kuris skandina nelegalių narkotikų vartojimą dorovinio agnosticizmo kloakoje.**

Kam diskusijoje apie narkotikus doroviniai vertinimai ir koks jų tikslas? Atsakant į šiuos klausimus būtų prasminga pateikti konkretų pavyzdį apie jauną žmogų, kuris svarsto, ar jam vertėtų pradėti rūkyti kanapes. Jūs, kaip jauno žmogaus tėvas ar globėjas, galite papasakoti jam apie žalą, kurią gali padaryti šio narkotiko vartojimas. Tačiau kadangi statistinė tikimybė, kad asmuo patirs šią žalą, gana menka, vargu ar informacija apie galimą žalą bus pakankama prielaida sumažinti tikimybę, kad asmuo pradės vartoti nelegalius

narkotikus. Taip pat jaunam žmogui galima papasakoti apie socialinę žalą, kurią jis gali patirti jei, pvz., bus suimtas dėl kanapių laikymo. Jauno žmogaus byloje gali atsirasti įrašas apie teistumą. Bet ar šiuo atveju statistinė tikimybė būti suimtam ir nuteistam dėl kanapių laikymo ar rūkymo Lietuvoje yra didelė? Tėvai, siekdami sumažinti nelegalių narkotikų vartojimo tikimybę gali pasinaudoti savo statusu ir, pvz., griežtai pasakyti jaunam žmogui, kad vartodamas nelegalius narkotikus jis pažeidžia jų namuose galiojančias taisykles. Be to, galima pridurti, kad vartodamas nelegalius narkotikus asmuo paprasčiausiai elgiasi netinkamai, nes taip nusižengia dorovės įstatymams.

Bet kokiems dorovės įstatymams nusižengiama vartojant šį narkotiką? Kai kurios visuomenės laikosi požiūrio, kad žmogaus kūnas nėra jo nuosavybė ir kad jis iš tikrųjų priklauso visagalei dvasiai, todėl žmogus privalo rūpintis savo kūnu kaip tik gali, pvz., atsisakydamas narkotikų ir alkoholio. Tačiau, ko gero, ši dorovės norma sukels atgarsį tik nedidelės religingų žmonių grupės širdyse. Šiuo atveju vienintelis galimas dorovinis įstatymas yra religinė moralė.

Kitas dorovinis įstatymas yra susijęs su sąlyginai men-kesniu pavienio asmens poreikių tenkinimo vertinimu ir grupės žmonių ar plačiosios visuomenės poreikių tenkinimo iškėlimu. **Narkotikų vartojimas yra susijęs tik su siekiu tenkinti savo individualius poreikius ir norus**, ar tai būtų malonumas, psichologinių kančių atitolinimas, ar smalsumas.

Kai savo asmens, savo asmeninių poreikių ir norų suvokimas yra svarbiausias žmogaus poelgius lemiantis veiksnys, nesunku suprasti motyvus, kuriais nelegalių narkotikų vartojimas gali būti aiškinamas kaip žmogaus asmeninio apsisprendimo reikalas. **Turint šią nuostatą klausimas ar narkotikų vartojimas prasilenkia su morale, iš esmės, yra nebeaktualus**. Tačiau jei žmogus renkasi pasaulėvaizdį, kuriame kitų asmenų, šeimos narių ar visos visuomenės poreikiai iškyla aukščiau jo noro tenkinti savo paties poreikius, tuomet narkotikų vartojimas gali būti suvokiamas visiškai kitaip – **kaip vengtinas, o ne skatintinas elgesys**.

Daugiausia nesusipratimų ir prieštaringų politinių nuomonių sukėlė marihuana. **Bet ar marihuana žalinga?** Ar iš viso turėtume įvairius narkotikus skirstyti į kategorijas pagal žalą ir poveikį, o gal šios pastangos neišvengiamai veda prie nevaisingų ir nesibaigiančių ginčų? [100,101] **Narkotikų klasifikavimas ir polemika dėl marihuanos kenksmingumo baigėsi daugumos jaunų žmonių įsitikinimu, kad šis narkotikas jau legalizuotas.**

Dorovinio agnosticizmo nelegalių narkotikų atžvilgiu atsiradimą lėmė dvi priežastys.

Pirma, liberalaus požiūrio į narkotikų vartojimo ištakos siekia mažų mažiausiai praėjusio amžiaus septintąjį dešimtmetį, kai tokių narkotikų, kaip kanapės ir LSD, vartojimas didžia dalimi buvo suvokiamas teigiamai, kaip priemonė, skatinanti kūrybinį mąstymą ir leidžianti išsivaduoti iš kai kurių mūsų įprastinės elgsenos stereotipų.

Antra, akivaizdu, kad mūsų sekuliari ir pliuralistinė visuomenė apskritai nebesiremia tuo, ką būtų galima pavadinti visuotinai priimtinu dorovės kodeksu. Dėl šių dviejų priežasčių **narkotikų vartojimas atsidūrė savotiškame doroviniame vakuume** [1026]**.**

Bet ar tai, kad narkotikų vartojimas atsidūrė doroviniame vakuume, yra taip svarbu? Beveik jokių abejonių nekelia tas faktas, kad **pats stipriausias veiksnys, lemiantis apsisprendimą, vartoti ar nevartoti nelegalius narkotikus, yra ne su jų vartojimu susijusios teisinės sankcijos, ar galima žala psichinei sveikatai, o kitų žmonių reakcija**. Žmogus (ypač jaunas) nepaprastai jautriai reaguoja į aplinkinius ir nuolat siekia jų pritarimo [1037,104]**.**

Norint, kad nelegalūs narkotikai būtų pradėti vertinti ir doroviniu požiūriu, **būtina iš esmės keisti mūsų narkotikų politiką daugiausia dėmesio skiriant ne žalos, susijusios su narkotikų vartojimu, mažinimui, bet sutelkiant jį visų pirma į patį narkotikų vartojimo mažinimą.** Turime pripažinti, kad **polinkis vartoti nelegalius narkotikus, suvokiamas kaip atskiro individo siekis patirti malonumą, yra perdėm žalingas socialiniu požiūriu, kad jį ir toliau traktuotume kaip grynai asmeninio apsisprendimo reikalą.** Nelegalių narkotikų vartojimas gali būti suvokiamas kaip hipertrofuotas asmens laisvės pasireiškimas, **laisvės, kuri skaldo, o ne telkia visuomenę, ir jau vien todėl jis privalo būti sumenkintas visuomenės akyse**.

Kokias praktines pasireiškimo formas turėtų įgyti tvirtesnė dorovinė laikysena nelegalių narkotikų vartojimo atžvilgiu? Pirmiausia, pabrėžtina, kad ši laikysena **nereikalauja laikyti nelegalių narkotikų vartotojų amoraliais asmenimis, veikiau ji skatina doroviškai vertinti patį narkotikų vartojimą**. Atsisakę doroviniu požiūriu neutralaus kalbėjimo apie narkotikų vartojimą, žvelgtume į jį kaip į egocentrišką ir aplinkinių nuomonę bei poreikius ignoruojantį elgesį. **Narkotikų vartojimą vertintume kaip elgesį, kurio esminis bruožas yra savo paties poreikių ir norų iškėlimas aukščiau visos visuomenės, savo šeimos narių, draugų ir bendruomenės poreikių bei norų, kitaip sakant, savotiškai jį STIGMATIZUOTUME.**

Pastaruoju metu dėl narkotikų vartojimo stigmatizavimo sulaužyta daug iečių. Tam tikruose sluoksniuose tapo madinga pasisakyti prieš stigmą, kuri paprastai siejama su nelegaliais narkotikais ir nelegalių narkotikų vartotojais. Kaip ryškų pavyzdį galima paminėti labdaros organizacijos finansuotą „Laisvę narkotikams“ kampaniją Londone, kurios metu ant Londono autobusų puikavosi reklaminis užrašas „Geri žmonės taip pat nevengia narkotikų“ [105,106]. Pasipylus skundams reklaminis užrašas nuo autobusų buvo nuimtas, nes daugeliui pasirodė, kad šūkis pavojingai priartėjo prie atviro skatinimo vartoti narkotikus ribos. Tas pat pasakytina apie R.Baltušytės

interviu "Kauno dienoje" [107], kuriame ji, pasakodama apie nuo AIDS Australijoje mirusią savo dukrą Akvilę, atvirai ir tiesmukai pasisako už narkotikų legalizavimą. Tai anaiptol ne vienetiniai pavyzdžiai.

Jei norime, kad narkotikų vartojimas visuomenėje sumažėtų, užuot siekus pateikti narkotikų vartojimą kaip normalų reiškinį ir priimtiną „gyvenimo stilių", mums, ko gero, apskritai **nevertėtų kovoti su narkotikų vartojimo stigmatizavimu.** Nelegalių psichotropinių medžiagų (narkotikų) atveju stigma gali suvaidinti tam tikrą svarbaus socialinio barjero, stabdančio nelegalių narkotikų plitimo tendenciją, vaidmenį. **Įvairūs narkotikai (psichotropinės medžiagos) asocijuojasi su skirtingu vartojimo stigmatizacijos lygiu. Plačiausiai vartojamo nelegalaus narkotiko stigmatizacijos lygis yra labai žemas.** Prisipažinimas vartojus kanapes (jau nekalbant apie alkoholį, bet tai atskira tema) politikams ir pop žvaigždėms turi labai menką arba apskritai jokios įtakos karjerai. A klasės (heroinas, kokainas, ekstazis ir LSD) [108] narkotikų vartojimas yra labiau stigmatizuotas, prisipažinimų juos vartojus atvejų skaičius yra gerokai mažesnis o vartojimo pasekmės – dramatiškesnės. Kokainas stigmatizuotas labiau nei kanapės, tačiau mažiau nei heroinas. Pagal vartojimo dažnį kokainas rikiuojasi tarp kanapių ir heroino, o prisipažinimas jį vartojus gali sukelti rimtų neigiamų pasekmių žmogaus karjerai – žinoma, nelygu kokios karjeros yra siekiama. Heroinas yra visai kas kita. Šis narkotikas stigmatizuotas labiau už visus kitus. Heroino vartojimas, net jei jį vartoja roko ar pop muzikos žvaigždės, dažnai suvokiamas kaip asmenybės vidinio skurdo ir silpnumo požymis. **Vienas iš teigiamų tokio heroino stigmatizavimo padarinių yra mažesnis jo vartojimas.**

Yra teigiančių, kad narkotikų vartojimo stigmatizavimas ir dorovinis narkotikų vartojimo vertinimas yra įžeidžiami ir provokuojami. Įdomiausia tai, kad besilaikantys šios nuomonės brėžia paralelę tarp narkotikų, kuriuos asmuo vartoja, ir jo tapatybės, ir šia prasme sumenkina žmogų dėdami lygybės ženklą tarp jo asmenybės ir jo vartojamų narkotikų, kas savaime gali būti suvokiama kaip asmens stigmatizavimas. Tačiau **atsiejant asmens vartojamus narkotikus nuo paties asmens, išlieka galimybė smerkti narkotikų vartojimą nepasmerkiant paties žmogaus, pagal jo poreikius teikti jam priimtinas ir prieinamas sveikatos preižiūros paslaugas ir socialinę paramą** (kas dvidešimt metų ir buvo sėkmingai daroma Lietuvos AIDS centre) [109],[110]. **Dorovinis narkotikų vartojimo vertinimas ir narkotikų vartojimo, bet ne paties vartotojo, smerkimas gali būti svarbus veiksmingo kovos su nelegalių narkotikų vartojimu visuomenėje metodo elementas.**

Intervencinių žalos mažinimo priemonių veiksmingumas

Commune periculum concordiam parit
(lot. *bendras pavojus gimdo santaiką)*

Nelegalių narkotikų politika ir praktika per pastaruosius 30 metų pasikeitė neatpažįstamai – labiausiai dėl žalos mažinimo idėjos. **„Žalos mažinimo" koncepcija pagrįsta prielaida, kad kai kurie žmonės linkę rizikingai elgtis ir žmogaus prigimties pakeisti negalima, todėl geros valios žmonių pagalba būtina**. **Žalos mažinimo filosofija - labiausiai ginčytinų idėjų ir veiklos metodų rinkinys narkotikų srityje.** Jau aptarėme, kad ši filosofija atsirado devintajame dešimtmetyje iškilus būtinybei mažinti švirkščiamų narkotikų vartotojų (ŠNV) riziką užsikrėsti ŽIV ir man (pradžioje mokantis aspirantūroje, o vėliau steigiant Lietuvos AIDS centrą ir dirbant jame) teko tiesiogiai stebėti ir vienaip ar kitaip dalyvauti jos evoliucijoje. Šiuo metu **žalos mažinimas tapo pasauliniu socialiniu sąjūdžiu**. Vilniuje įsteigta Vidurio ir Rytų Europos žalos mažinimo tinklo būstinė. Bet ar žalos mažinimo pirmoji paskirtis – gerinti narkotikų vartotojų sveikatą ir gerovę, o gal – Trojos arklys narkotikams legalizuoti [111,112]? Neseniai pasitikėjimas šia mantra sumenko ne tik Lietuvoje ir iškilo sunkus klausimas, ar priklausomybės gydymas tikrai vertas jam skiriamų milijardų? **Pradėta abejoti priklausomybės gydymo veiksmingumu, jo tikslais, metodais ir specialistų profesionalumu**. Užgriuvus žiniasklaidos, mokslininkų ir opozicijos klausimų lavinai, politikų tikėjimas tvirtinimu, kad gydymas efektyvus, nuolat mažėjo. **Priklausomybės gydymo tarnybų pastangomis tik maža dalis narkotikų vartotojų jų atsisakė**. Visame pasaulyje šimtai tūkstančių narkotikų vartotojų gauna opiatų pakaitalą metadoną, bet ar jis padeda gydytis, ar tik pratęsia priklausomybę nuo narkotikų?

Yra du žalos mažinimo iniciatyvų vertinimo būdai:

- įrodymų apie įvairių suteiktų žalos mažinimo paslaugų veiksmingumą analizė;
- bendrojo žalos mažinimo politikos ir iniciatyvų poveikio nacionaliniu ar vietos lygiu analizė.

Labai svarbu suvokti, kad šie būdai yra visiškai skirtingi. **Intervencinė priemonė gali būti įvertinta kaip veiksminga pati savaime, tačiau nesukelti tokio masto pokyčių, kurie mažintų bendrąjį rizikingos elgsenos ir žalos lygį visoje šalyje.**

Intervencinių žalos mažinimo priemonių veiksmingumo tyrimai padėjo surinkti nemažai teigiamų šių intervencijų (pvz., adatų ir švirkštų keitimo bei palaikomojo gydymo metadonu programų, heroino skyrimo receptų, saugaus švirkštimosi centrų, narkotikų vartotojų aprūpinimo naksolonu siekiant sumažinti mirties nuo narkotikų perdozavimo pavojų) rezultatų įrodymų. Geriausiai ištirta sritis – adatų ir švirkštų keitimo ir palaikomojo gydymo metadonu programų vertinimas. Turima patikimų duomenų, kad adatų ir švirkštų keitimo paslaugos turėjo teigiamos įtakos stabdant ŽIV infekcijos plitimą tarp ŠNV ir ribojant su ŽIV susijusią rizikingą ŠNV elgseną [113,114,115]. Daugelis šių vertinimų atskleidė, kad adatų ir švirkštų programų dalyvių ir jose nedalyvaujančių asmenų rizikingo elgesio dažnis labai skiriasi [116,117,118,119]. Tokių tyrimų rezultatai buvo pristatyti ir mūsų organizuotoje 5 Europos AIDS konferencijoje Vilniuje (2009) [120].

Šių tyrimų išvadoms apie teigiamą adatų ir švirkštų keitimo programų poveikį jose dalyvaujančių ŠNV rizikingam elgesiui prieštarauja J. Bruneau ir kolegų tyrimai, parodę, kad ŽIV infekcijos atvejų tarp asmenų, dalyvaujančių adatų ir švirkštų keitimo programose, daugiau nei tarp tų, kurie jose nedalyvauja [121]. Šio tyrimo išvados sumažino stiprėjantį tikėjimą adatų ir švirkštų keitimo programų veiksmingumu ir paskatino rimtai susimąstyti apie tai, kad **sudarydamos sąlygas didesniam skaičiui ŠNV vienam su kitu susitikti (ir tuo pačiu plėsti ŠNV adatų ir švirkštų dalijimosi tinklus) naujosios paslaugos ilgainiui gali ne sumažinti, o padidinti ŽIV infekcijos plitimą.** Reaguodami į Bruneau išvadas įtakingi žalos mažinimo programų vykdytojai pastebėjo, kad adatų ir švirkštų keitimo paslaugos nedidina ŽIV infekcijos plitimo, o tiesiog sutraukia daugiau rizikingai besielgiančių ir ŽIV infekcija užsikrėtusių narkotikų vartotojų [122]. Neturint tikslios informacijos apie užsikrėtimo ŽIV laiką, kuri leistų nustatyti, ar užsikrėsta prieš teikiant adatų ir švirkštų keitimo paslaugas, ar vėliau, neįmanoma vienareikšmiškai atsakyti, kuris iš minėtų dviejų paaiškinimų atitinka Bruneau išvadas.

Tiriant žalos mažinimo paslaugų poveikį konkretaus asmens rizikingo elgesio pokyčiams, nustatyta, kad **tik į asmens elgseną orientuotos intervencinės žalos mažinimo priemonės infekcijų perdavimo pavojų gali sumažinti daugiausia 25-40 proc.** Akivaizdu, tiek sumažėjęs perdavimo pavojus vargu ar gali sustabdyti ŽIV ir virusinio hepatito epidemiją tarp švirkščiamųjų narkotikų vartotojų ir asmenų, su kuriais jie turi artimų ryšių [123]. Susirūpinimą taip pat kelia tas faktas, kad sumažėjo klientų apsilankymų į švirkštų keitimo programų punktus skaičius – mažiau jose lankosi tiek

švirkščiamųjų opiatų, tiek ir anabolinių steroidų vartotojų. Tai gali būti ženklas, kad gana didelis skaičius šių švirkščiamų narkotikų vartotojų linkę vengti šių tarnybų [124].

Galiausiai, įvertinus įvairias adatų ir švirkštų programas, **liko neaišku, kaip šias paslaugas teikiančioms programoms sekėsi atgrasyti žmones nuo švirkščiamų narkotikų vartojimo**. Tai svarbus klausimas, nes narkotikų švirkštimasis gerokai pavojingesnė narkotikų vartojimo forma, net jei švirkščiamasi naudojant sterilias priemones: švirkščiantis išlieka perdozavimo ir labai gyvybei pavojingų bakterijų patekimo į kraujotaką pavojus. Nėra tvirtų įrodymų, kad šios paslaugos sumažino bendrai ŠN vartojimą, kaip ir nėra įrodymų, kad, atvirkščiai, paskatino, nors šių paslaugų **organizavimo principas** t**am tikru laipsniu gali skatinti ŠN vartojimą**. Nepaisant dėl to kylančio susirūpinimo, Nacionalinis sveikatos ir klinikinės kompetencijos institutas (ang. santr. *NICE*) rekomendavo žymiai plačiau teikti adatų ir švirkštų keitimo paslaugas ŠNV [125].

Kita gerai įvertinta žalos mažinimo paslauga yra narkotikų vartotojų palaikomasis gydymas metadonu. Pasak NICE [126] ši priemonė skatina pacientus nenutraukti gydymo, mažina nelegalių opioidų vartojimą ir su ŽIV susijusią rizikingą elgseną tarp pacientų lyginant su tiriamaisiais, kurie nebuvo gydomi arba kuriems skirtas placebas. **Metadono nevartojusiems pacientams arba pacientams, kuriems paslaugų teikimas buvo nutrauktas, pavojus mirti yra keturis kartus didesnis nei tiems, kurie yra gydomi metadonu.** Kalbant apie nusikalstamumo statistiką, **palaikomasis gydymas metadonu davė labai teigiamų rezultatų mažinant nusikalstamumą, tačiau kitų tyrimų duomenimis jo poveikis šiuo požiūriu buvo menkas arba neaiškus.** Apibendrinant NICE apžvalgą, pasakytina, kad **metadonas dabar laikomas pačiu tinkamiausiu nuo opioidų priklausomų asmenų gydymo metodu, ir būtent dėl šios priežasties šis vaistas reguliariai skiriamas tokiam dideliam skaičiui narkotikų vartotojų ir yra vienas jų gydymo programos elementų.**

Tačiau tyrimų, siekiant nustatyti, kaip palaikomasis gydymas metadonu padeda atsikratyti priklausomybės nuo narkotikų – kai sėkmė matuojama ne nelegalių opioidų vartojimo sumažinimu, bet visišku narkotikų atsisakymu –rezultatai nėra tokie įspūdingi. Pakanka pažymėti, kad kai kuriems narkotikų vartotojams net iki 20 metų skiriamas metadonas **pavertė juos priklausomais nuo paties vaisto, kitaip sakant, jiems susiformavo vadinamoji gydantis įgyta priklausomybė**. Pastaruoju metu taip pat susirūpinta dėl nuo narkotikų priklausomų asmenų mirčių skaičiaus didėjimo, kai nustatoma, kad vienas iš vartotų narkotikų buvo metadonas. Pvz., Edinburge, kur metadonas plačiai naudojamas priklausomybei nuo heroino gydyti, **dabar daugiau mirčių atvejų siejama su metadonu nei su heroinu** [127]. 2007 m. JAV sveikatos apsaugos sistemos valstybinių ir teritorinių padalinių asociacija *(*ang. santr. *ASTHO)* ir JAV ligų kontrolės centras *(*ang. santr. *CDC)* išanalizavo nuskausminamųjų, savo sudėtyje turinčių opiatų, vartojamų JAV, perdozavimo atvejus. Nustatyta, kad vietoje oksikontino (nuskausminamųjų, kurių sudėtyje yra opiatų) vartojamo metadono perdozuojama dažniausiai. 2002 metais JAV **perdozavimas opiatų nuskausminamaisiais buvo antra netyčinės mirties priežastis** po autoįvykių ir penkta – po širdies-kraujagyslių sistemos ligų, vėžio, insulto ir chroniškų kvėpavimo takų susirgimų. Nuostoliai dėl perdozavimo minėtais preparatais, pirmiausia metadono, 2005 m. siekė 9,5 mlrd. dolerių – tiek pat, kiek visas ŽIV/AIDS programų biudžetas [128]. Tai neabejotinai nerimą kelianti tendencija, verčianti abejoti ilgalaikio metadono vartojimo nauda įtarus, kad narkotikų vartotojas vartoja jam skirtą metadoną kartu su kitais nelegaliai įgytais narkotikais ir rizikuoja juos perdozuoti.

Suabejoti žalos mažinimo efektyvumu privertė rizikos grupių savanoriai ir funkcionieriai**. „Lygiųjų grupių“** *(*angl. *"Peer group")* **pilietinio solidarumo ir tarpusavio supratimo apologetika rizikingo elgesio asmenų patirtį įvardijo „unikalia“ ir „neįkainojama“. Nes tik patys narkotikų vartotojai žino, ką ir kaip reikia daryti (!)**. Tačiau galima prielaida, kad toks požiūris veda į aklavietę, kadangi be kilnių pasipriešinimo AIDS tikslų, šio požiūrio paskirtis gali būti kita - **išsaugoti ir atnaujinti pačią rizikingo elgesio terpę** [129]. Žinoma, pvz., kad piktnaudžiavimas narkotikais ir / ar alkoholiu - opi žalos mažinimo programų dalyvių problema. Ir po švirkštų ir adatų keitimo sekė priemonės, nukreiptos prieš narkotikų perdozavimą ne tik tarp klientų, bet ir specialistų, dalyvaujančių programose.

Be metadono Britanijoje jau daug metų skiriamas heroinas, tai būdingas šios šalies priklausomybės nuo narkotikų gydymo sistemos bruožas, tiesa, narkotikų vartotojų, kuriems skiriamas heroinas, skaičius palyginti labai mažas [130,131]. A**bejojama, ar narkotiko, prie kurio labai greitai įprantama, skyrimas asmenims, kurie jau yra nuo jo priklausomi, apskritai gali būti laikomas „gydymu“ įprastine šio žodžio prasme** [132].

Priklausomybės nuo opioidų gydymas metadonu Lietuvoje pradėtas 1995 m. Atlikti įvairūs gydymo efektyvumo vertinimai patvirtino, kad heroino ir kitu neteisėtų narkotikų vartojimo, rizikingo elgesio užsikrėsti ŽIV ir kitomis per kraują plintančiomis infekcijomis padėtis pagerėjo, sumažėjo nusikalstamumas, pagerėjo ir pacientų fizinė bei psichinė sveikata ir bendra savijauta. 2006-2010 m. Lietuvoje buvo vykdomas UNODC projektas „ŽIV/AIDS prevencija tarp švirkščiamųjų narkotikų vartotojų bei jų priežiūra Estijos, Latvijos ir Lietuvos kalinimo įstaigose“. Vienas pagrindinių šio projekto tikslų buvo gydymo metadonu (FTM) paslaugų išplėtimas ir jų kokybės pagerinimas. Anot projekto strategų, Lietuvoje priklausomų nuo opioidų ir gydomų metadonu asmenų santykis mažas (nesiekia 20 proc.). 2011 m. projekto rezultatai, įvertinti apklausus metadono programoje dalyvaujančius pacientus, gydymo įstaigų darbuotojus, parodė, kad gydymas metadonu

prieinamas daugiausia tik 5 didžiausiuose Lietuvos miestuose ir 50 proc. pacientų sudaro vilniečiai. Kitais metais gydymą tęsia 75 proc. pacientų, baigusieji gydymą (pasveikę, nors šio vertinimo pasveikimo kriterijai kelia labai daug abejonių) kasmet sudaro apie 4 proc. visų metadono programoje dalyvaujančių asmenų (kuklus procentas ir neaišku, ar pacientai buvo stebėti dėl galimo vėlesnio ligos atkryčio). Nurodomas gydymo nutraukimo dažnis (pvz., 2010 m. iš 673 pacientų 231 gydymo nebaigė) ir priežastys įvairūs. Viena iš jų – fizinės sveikatos pablogėjimas, šią priežastį nurodo kas penktas apklausos dalyvis [133]. Tai rodo, kad gydymas metadonu padeda ne visiems pacientams, tai patvirtina ir kiti tyrimai. Iš 116 nuo opioidų priklausomų pacientų gydymas padėjo 83, o 33 gydymas metadonu nabuvo veiksmingas [134]. Kita gydymo nutraukimo priežastis gali būti dažna palaikomojo gydymo metadonu pacientų depresija [135], taip pat – per maža metadono dozė, dėl kurios ir toliau vartojami nelegalūs narkotikai, nelanksti metadono išdavimo sistema, nepagarbus darbuotojų elgesys, įkalinimas ir pan. Žemo slenksčio kabinetų klientų nuomonė apie gydymą metadonu yra gana neigiama. Beveik pusė apklaustųjų teigė, kad tai tik laikinas būdas įveikti narkotikų trūkumą, apie ketvirtadalis teigė, kad jis nuodingas ir žalingas, dar 16,7 proc. – kad nenaudingas. Tik dešimtadalis respondentų mano, kad gydymas metadonu veiksmingas. Lietuvoje gydymas metadonu iš visų gydymo būdų pasirenkamas santykinai retai ir vėlai – kaip paskutinė gydymosi galimybė [136].

Kitų žalos mažinimo paslaugų veiksmingumas tirtas mažiau arba visai netirtas. Keletas šalių tyrė „saugaus švirkštimosi“ centrų, kuriuose narkotikų vartotojai gali susišvirkšti nelegaliai gatvėse įsigytus narkotikus labiau ar mažiau medicinos personalo prižiūrimi, veiklą. Europos narkotikų ir narkomanijos stebėsenos centras paskelbė saugaus švirkštimosi centrų veiklos veiksmingumo apžvalgą [137] o Jungtinėje Karalystėje (JK) veikiantis Josepho Ronwntree fondas išsamiai apžvelgė įvairius argumentus ir įrodymus "už ir prieš" saugaus švirkštimosi centrų veiklą [138]. Nustatyta, kad, iš vienos pusės, saugaus švirkštimosi centrų veikla veiksminga, nes pagerina gydymo prieinamumą narkotikų vartotojams [139], sumažina švirkščiamųjų narkotikų vartotojų elgesio rizikingumą [140] ir greitosios medicinos pagalbos iškvietimų dėl narkotikų perdozavimo skaičių [141]. Iš kitos pusės, tyrimas parodė, kad ir saugaus švirkštimosi centre švirkšdamiesi narkotikus narkotikų vartotojai gali elgtis labai rizikingai. Milloy ir kolegos pranešė apie 336 perdozavimo atvejus, įvykusius nuo 2004 m. kovo iki 2005 m. rugpjūčio Vankuverio saugaus švirkštimosi centre [142].

Ar nelegalių, sukeliančių priklausomybę ir eilę sveikatos sutrikimų medžiagų vartojimas apskritai gali būti saugus? Nepaisant įrodymų apie teigiamą „saugaus švirkštimosi“ centrų veiklos poveikį, jų steigimas ir toliau vertinamas labai prieštaringai. Štai Tarptautinė narkotikų kontrolės taryba *(angl. santr. INCB)* ne kartą yra nurodžiusi, kad bet kokio centro, kuriame asmenims leidžiama vartoti nelegalius narkotikus, palaikymas pažeidžia tarptautines konvencijas, kurias pasirašė daugelis šalių priimdamos įsipareigojimą spręsti pasaulinę narkotikų problemą [143]. Taip pat nerimaujama, kad „**saugaus švirkštimosi“ centrai, kaip ir adatų ir švirkštų keitimo programos, net ir specialiai to nesiekdami, gali skatinti rizikingą narkotikų vartojimą ir tuo pačiu paskatinti asmenis vartoti švirkščiamuosius narkotikus ilgiau nei kitomis aplinkybėmis jie būtų tai darę.**

Atskirų šalių ir mokslinių grupių atliktų narkotikų žalos mažinimo paslaugų vertinimas labai prieštaringas – kaip ir jų įtaka narkotikų politikai. JAV Nacionalinės Akademijos medicinos institutas 2006 m. pateikė pranešimą, kuriame nagrinėjami visi „rizikos mažinimo“ programos įgyvendinimo faktai [144]. Įvairių šalių vedantieji ekspertai nesurado tvirtų tiek metadono programų, tiek švirkštų ir adatų keitimo programų efektyvumo įrodymų. Atvirkščiai, pranešime pateikiami duomenys, liudijantys, kad ŽIV infekcija plinta tarp švirkštų keitimo programos dalyvių.

Pasak A. Mazus, Rusijos praktika rodo, kad tuose regionuose, kuriuos aplenkė tarptautinių organizacijų „humanitarinė pagalba“ nuo narkotikų priklausomiems asmenims, užsikėtimo ŽIV rodikliai žymiai mažesni negu ten, kur ši „pagalba“ buvo teikta [145].

Kiti mokslininkai savo tyrimuose, priešingai, padarė išvadą, kad savanoriškas konsultavimasis ir narkotikų vartotojų ŽIV tyrimai mažina rizikingą užsikrėtusių ir neužsikrėtusių ŽIV asmenų elgseną. Po konsultavimosi ir tyrimosi neužsikrėtę ŽIV ŠNV pradėjo saugotis ŽIV infekcijos, o užsikrėtę ŽIV ŠNV – saugoti nuo ŽIV savo lytinius ir švirkštimosi partnerius ir saugotis patys nuo kitų per kraują plintančių infekcijų, t.y. ŽIV tyrimas ir konsultavimas padeda stabdyti ŽIV ligos vystymąsi į AIDS. Kaip žinoma, oportunistinės infekcijos skatina ŽIV infekcijos vystymąsi į ŽIV ligą (AIDS stadiją) [146,147] Mac Gowan ir kiti nustatė labai įdomų ryšį tarp konsultavimo trukmės (minutėmis) ir sprendimo visada naudoti prezervatyvus. Per 1 konsultavimo valandą 2,77 karto padidėja tikimybė, kad švirkščiamųjų narkotikų vartotojai, dalyvaujantys metadono palaikomojo gydymo programose, apsispręs visada naudoti prezervatyvus [148].

Yra moksliniais tyrimais pagrįstų įrodymų, kad kai kuriose šalyse, pavyzdžiui Suomijoje, laiku didelės rizikos grupėse pradėtos diegti tikslinės prevencinės priemonės, ypač **"žemo slenksčio" paslaugų narkotikų vartotojams grupėje, leido pristabdyti ŽIV ir kitų infekcinių ligų plitimą narkotikų vartotojų bendruomenėje, o kartu - ir likusioje visuomenės dalyje.** Pirmas žemo slenksčio paslaugų centras ŠNV Suomijoje įkurtas 1997 m. 2009 m. čia jau veikė apie 30 tokių centrų 23 miestuose, tai labai padėjo stabdyti ŽIV infekcijos plitimą: pvz., 2008-2009 m. diagnozuota tik 17 naujų ŽIV infekcijos atvejų tarp ŠNV, tai sudarė apie 1 proc. visų naujai diagnozuotų atvejų [149]. Suomijos „žemo slenksčio“ kabinetų

narkotikų vartotojams patirtis pristatyta Lietuvos AIDS centro sukurtame dokumentiniame filme **„Žemo slenksčio paslaugos narkotikų vartotojams Suomijoje“,** kurį rasite www.sauliuscaplinskas.lt/video.

2004 m. **PSO atliktoje švirkštų ir adatų keitimo programų ŽIV prevencijos tarp narkotikų vartotojų efektyvumo analizėje** buvo nagrinėjami serokonversijos ir rizikingo elgesio pokyčiai. Apžvalgoje teigiama, kad 6 studijose buvo pastebėta teigiami ŽIV paplitimo arba serokonversijos pokyčiai, 3 – neigiami ir 2 poveikio nepastebėta. 24 studijos nustatė teigiamus narkotikų vartotojų elgesio pokyčius, 1 – neigiamus ir 7 elgesio pokyčių nefiksavo [150].

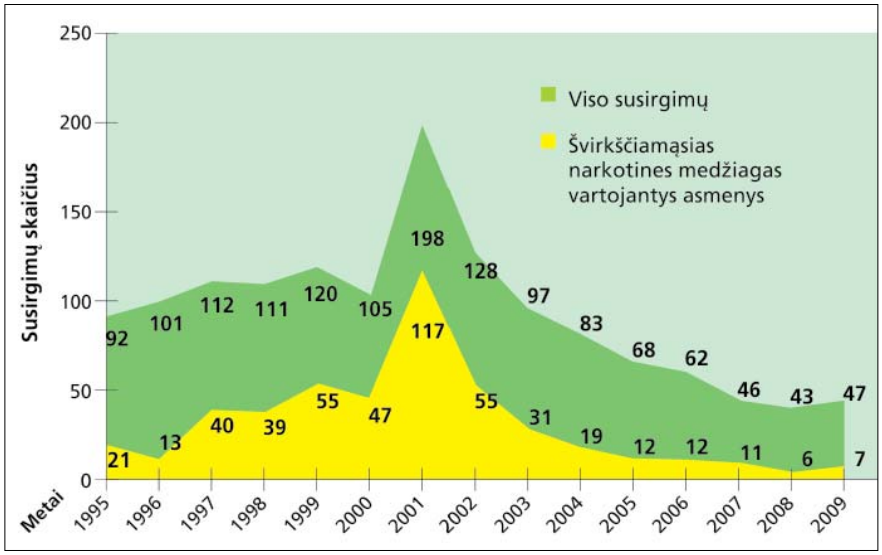
Kaip minėjau skyriaus pradžioje, svarbu įvertinti ne tik atskiras paslaugas, bet ir bendrą žalos mažinimo priemonių poveikį tose šalyse, kur šie metodai plačiai taikomi. McKegany nuomone, JK labai tinka tokiems vertinamiesiems tyrimams atlikti, nes per pastaruosius 20 metų čia į žalos mažinimo paslaugas investuota labai daug [151]. Šiuo atveju **ne tiek svarbu, ar atskiros žalos mažinimo paslaugos buvo veiksmingos, bet ar yra aiškių įrodymų, kad žalos mažinimo paslaugos buvo naudingos apskritai.**

Aiškiausias galimo bendro teigiamo žalos mažinimo priemonių poveikio įrodymas – **mažas ŽIV užsikrėtimo tarp ŠNV skaičius tose šalyse, kur žalos mažinimo paslaugų tinklas pakankamai išvystytas**. JK žalos mažinimo asociacija šį rodiklį pabrėžė esant vienu didžiausių metodo pasiekimų. 1987-1997 m. Britanija pirmavo pasaulyje diegdama narkotikų vartojimo žalos mažinimo metodą. Akivaizdžiausias pasiekimas – pavyko sustabdyti ŽIV infekcijos epidemiją susijusią su narkotikų švirkštimusi, be to, yra įrodymų, kad žalos mažinimas padėjo sumažinti sergamumą virusiniu hepatitu C [152]. Tačiau įdomu tai, kad bendras infekuotumas hepatitu C Anglijoje ir Velse 1998-2008 m., atrodo, dramatiškai nesikeitė: laboratoriniai tyrimai parodė, kad 1998 m. buvo užsikrėtę 41 proc. ŠNV, o 2008 m. – 40 proc. [153]. Remiantis šiais skaičiais galime daryti išvadą, kad **JK teikiamos žalos mažinimo paslaugų poveikis mažinant ŠNV riziką užsikrėsti ir platinti hepatito C virusą minimalus.** Iki 2008 m. pabaigos Anglijoje buvo diagnozuota 69 864 hepatito C atvejai, iš jų daugiau nei 90 proc. galėjo užsikrėsti švirkšdamiesi narkotikus. Kai kuriuose miestuose užsikrėtusių švirkščiamų narkotikų vartotojų dalis gali būti dar didesnė. 2009 m. Sveikatos apsaugos agentūros duomenimis, Londone hepatitu C galėtų būti užsikrėtę 56 proc., Anglijos šiaurės vakaruose – 58 proc., o Glazge – net 60 proc. narkotikų vartotojų [154].

Lietuvos AIDS centro (LAC) Socialinių ligų konsultavimo kabineto 1999 m. atlikto sergamumo hepatitu B ir C, plintančiu taip pat, kaip ir ŽIV, tyrimo rezultatai parodė, kad hepatitu B ir C sirgo 46,4 proc. švirkščiamus narkotikus vartojančių asmenų (tyrime dalyvavo 265 asmenys). Kuo ilgiau vartojami narkotikai, tuo didesnė tikimybė, kad narkotikus vartojantys asmenys susirgs šiomis ligomis: pirmaisiais narkotikų vartojimo metais suserga 28,6 proc., o po 5 metų – jau 52,3 proc. [155]. LAC duomenimis 2002 m. 98 proc. ŽIV infekuotų švirkščiamų narkotikų vartotojų buvo užsikrėtę ir hepatito C virusu, o apie 10 proc. - hepatito B viru. 2003 m. atliktas ŠNV tyrimas (n = 103) parodė, kad 44 asmenys buvo persirgę hepatitu B, 9 sirgo ūmiu hepatitu B, o 97 proc. – užsikrėtę hepatitu C.

Dauguma ŠNV skirtų žemo slenksčio programų dėl kompetencijos ar lėšų stokos išsamių ir nuolatinių klientų elgsenos vertinimų neatlieka, todėl nacionalinio lygmens apibendrinančių duomenų apie hepatito B ir C paplitimą nėra [156]. 2009 m. atlikti 227 ŠNV tyrimai, iš jų 112 (49,34 proc.) organizme rasti specifiniai hepatito C viruso antikūnai, patvirtinantys, kad asmuo yra šio viruso nešiotojas. Iš 47 asmenų, sirgusių ūminiu virusiniu hepatitu C, 7 buvo švirkščiamų narkotinių medžiagų vartotojai (5 vyrai, 2 moterys). Tai sudarė 15 proc. bendrojo visuomenės sergamumo (žr. pav. 16) [157].

Nors žalos mažinimo paslaugos daugelyje šalių ar miestų galėjo sustabdyti ŽIV infekcijos plitimą tarp švirkščiamų narkotikų vartotojų, to negalima pasakyti apie hepatitą C, kuris taip pat plinta per užkrėstus švirkštimosi įrankius.



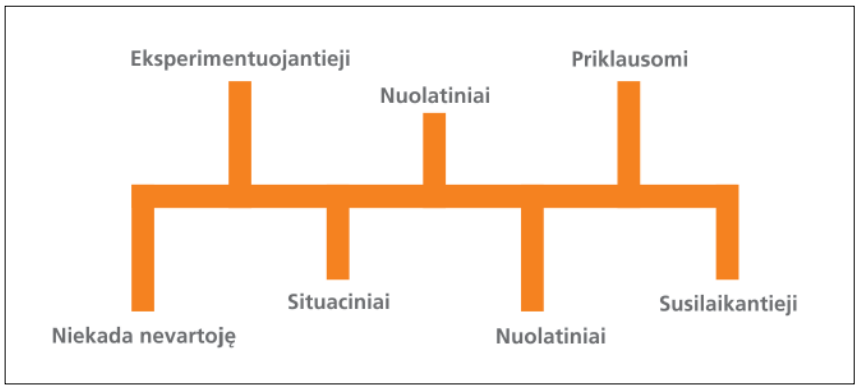
Pav. 16. Švirkščiamų narkotikų vartotojų dalis tarp visų diagnozuotų ūminiu virusiniu hepatitu C susirgimų Lietuvoje 1995–2009 m.
Šaltinis: Užkrečiamųjų ligų ir AIDS centras, 2010 m.

Probleminio narkotikų vartojimo paplitimo duomenys rodo, kad **nėra įrodymų, jog žalos mažinimo paslaugos**

padėjo sumažinti bendrą nelegalių narkotikų vartojimą. Tam tikra prasme to ir galima buvo tikėtis, atsižvelgiant į tai, kad **bendrojo narkotikų vartojimo mažinimas nėra prioritetinis žalos mažinimo tikslas**. Faktas, kad JK probleminio narkotikų vartojimas vienas didžiausių Europoje [158], turbūt aiškiausiai įrodo, kad **žalos mažinimo priemonės nepadeda mažinti bendrojo probleminio narkotikų vartojimo.** „Probleminio vartojimo", kaip ir priklausomybės nuo psichoaktyvių medžiagų sąvoką medikai gali traktuoti vienaip, o jaunimas ar jų tėvai - kitaip. Sąlyginės narkotikų vartotojų grupės pateiktos 17 pav.

Pastaraisiais metais vis dažniau kalbama apie **didelį mirčių, susijusių su narkotikų vartojimu, skaičių**. JK vyriausybė savo pirmojoje nacionalinėje narkotikų strategijoje numatė 20 proc. sumažinti su narkotikais susijusių mirčių skaičių. Šio skaičiaus sumažinti nepavyko ir pastaraisiais metais mirčių skaičius tik augo. 1996 m. Škotijoje su narkotikų vartojimu susijusių mirčių skaičius siekė 244, 2007 m. – 455, o 2008 m. – 576 [159]. 1993 m. Anglijoje ir Velse įregistruotos 829 narkotikų vartotojų mirtys, o 2008 m. šis skaičius padidėjo iki 1738 [160]. **Pagal šiuos statistinius duomenis sunku daryti išvadą, kad žalos mažinimo paslaugos JK padeda mažinti su narkotikų vartojimu siejamą mirtingumą.**

Svarbu nepamiršti narkotikų vartotojų rizikingo elgesio problemos ir įvertinti, **kaip žalos mažinimo priemonėmis sekasi mažinti naudotų švirkštų ir adatų dalijimosi tarp švirkščiamų narkotikų vartotojų atvejų skaičių.** Nuo devintojo dešimtmečio pradžios JK vykdoma anoniminė švirkščiamų narkotikų vartotojų rizikingo elgesio stebėsenos programa [161]. 1991 m. įgyvendinant šią programą pavyko nustatyti, kad per mėnesį 24 proc. vartotojų dalijosi adatomis ir



Pav. 17. Narkotikų vartotojų grupės
Šaltinis: WHO Training Guide for HIV Prevention Outreach to IDUs

švirkštais, 2006 m. tokių vartotojų sumažėjo tik vienu procen tu ir adatomis bei švirkštais atitinkamai dalijosi 23 proc. vartotojų. Todėl turėtume daryti išvadą, kad **nežiūrint milžiniškų investicijų į milijonų adatų ir švirkštų keitimo programas Anglijoje, rizikingas švirkščiamų narkotikų vartotojų elgesys pasikeitė labai nežymiai.** Net ten, kur adatų ir švirkštų keitimo paslaugos plačiai prieinamos, **tikimybė, kad tam tikra narkotikų vartotojų dalis toliau dalinsis švirkštimosi priemonėmis, išlieka.**

Galiausiai kyla klausimas, **ar žalos mažinimo paslaugos padeda mažinti narkotikų vartotojų daromą žalą ar pačių vartotojų patiriamą žalą?** Sunku įvertinti nelegalių narkotikų vartotojų daromą žalą, nes vos kelios valstybės šią žalą vertino. Anglijoje spėjama, kad socialinės ir ekonominės probleminio narkotikų vartojimo išlaidos siekia 15 trilijonų svarų per metus [162], o Škotijoje – apie 3,5 trilijonų svarų [163]. Kadangi nėra tęstinių duomenų apie kasmet patiriamas išlaidas, neaišku, ar šios ekonominės ir socialinės išlaidos didėja ar mažėja, bet sunku patikėti, kad per pastaruosius 20 metų žalos mažinimo priemonės padėjo sumažinti šias išlaidas iki esamo lygio.

Ar žalos mažinimo priemonės padėjo pagerinti vaikų, kurių bent vienas iš tėvų yra priklausomas nuo narkotikų, statistiką? Manoma, kad tokių vaikų JK galėtų būti apie 350 000 [164]. Nors gal ne visi šie vaikai patiria žalą dėl savo tėvų narkotikų vartojimo. Patariamoji piktnaudžiavimo narkotikais taryba praneša, kad tik 46 proc. iš 77 928 nuo narkotikų priklausomų tėvų, apie kuriuos ji žinojo, gyveno su savo vaikais. Šis skaičius rodo, kad daug šeimų iširo dėl rimtų tėvų narkotikų problemų, ir maži vaikai patiria žalą dėl savo tėvų priklausomybės nuo narkotikų. Nors tokie duomenys nėra reguliariai registruojami ir sunku nustatyti, ar vaikams daroma žala per pastaruosius 15 metų didėjo ar mažėjo, sunku patikėti, kad žalos mažinimo priemonėmis pavyko iš dalies sumažinti šią žalą, nes žalos mažinimo protagonistai ignoruoja tėvų priklausomybės įtaką vaikams [165].

Iš vienos pusės, moksliniai efektyvumo tyrimai atskleidė, kad kai kurios žalos mažinimo priemonės duoda teigiamų rezultatų. Iš kitos – yra aiškių požymių, kad, **išskyrus ŽIV prevenciją, plačiai taikomos žalos mažinimo priemonės nepadeda sumažinti bendrosios su narkotikais susijusios žalos.** Yra daug galimų šio akivaizdaus paradokso paaiškinimų.

Pirma, gali būti, kad, nors į žalos mažinimo iniciatyvas investuojama daug, šių **investicijų vis tiek nepakanka bendrajai su narkotikais susijusiai žalai mažinti**, pvz.: mirčių skaičiaus statistikai pagerinti, hepatito C atvejų skaičiui, vaikų gyvenančių su nuo narkotikų priklausomais tėvais ir bendram narkotikų vartotojų skaičiui sumažinti. Šis paaiškinimas, palankus žalos mažinimo metodui, **daugiau sietinas su tikėjimu, o ne su mokslu**. Jei nebūtų kone religiškai tikima žalos mažinimo nauda, sunkiai suvoktume, kaip tiesiog skiriant daugiau lėšų žalos mažinimo

priemonėms sumažėtų bendra su narkotikų vartojimu susijusi žala. Šis paaiškinimas atrodo dar labiau neįtikinamas dėl to, kad nėra empiriškai pagrįstų kiekybinių žalos mažinimo sąnaudų rekomendacijų (pvz., kiek reikėtų adatų ir švirkštų).

Antra, gali būti, kad nesiseka ne tik dėl nepakankamos žalos mažinimo paslaugoms teikiamos paramos, bet ir **dėl prastos šių paslaugų kokybės** [166]. Kad tai gali iš dalies paaiškinti žalos mažinimo paradoksą, rodo 2006 m. JK atliktas švirkštų ir adatų keitimo paslaugų vertinimas, atskleidęs didžiausius daugelio klinikų teikiamų adatų ir švirkštų keitimo paslaugų kokybės trūkumus, pvz., 16 proc. adatų ir švirkštų keitimo klinikų nesidomėjo, ar jų klientai nesidalija savo švirkštais ir adatomis su kitais, 30 proc. neteikė informacijos apie saugesnio švirkštimosi reikalavimus ir 35 proc. neaptarinėjo su klientais švirkštimosi higienos klausimų [167],[168]. **O kas kontroliuoja ir pagal kokius kriterijus vertina žalos mažinimo programų efektyvumą Lietuvoje?**

Trečia, gali būti, kad, **nors žalos mažinimo paslaugos gali padėti asmeniui keisti savo rizikingą su narkotikais susijusį elgesį, šių pokyčių nepakanka bendrajai su narkotikų vartojimu susijusiai žalai mažinti**. Galima sumažinti narkotikų vartotojų, kurie dalijasi savo švirkštais ir adatomis su kitais, dalį nuo 60 proc. iki 20 proc., ir vis tiek šie 20 proc. gali toliau sparčiai platinti per kraują plintančias infekcijas tarp ŠNV.

Ketvirta, gali būti, kad **žalos mažinimo priemonių efektyvumą riboja asmens priklausomybės nuo narkotikų laipsnis**. Nors dauguma narkotikų vartotojų galėtų teigiamai keisti savo elgesį naudodamiesi žalos mažinimo paslaugomis, gali būti daug ir tokių, kurie narkotikų priklausomybei visiškai sujaukus jų gyvenimą paprasčiausiai nesugeba pasinaudoti žalos mažinimo paslaugomis – net jei jos plačiai prieinamos. Nors teikiant mobiliąsias žalos mažinimo paslaugas tikimasi pasiekti problematiškiausius narkotikų vartotojus, gali būti, kad kaip tik šios jų asmeninės problemos neleis pasinaudoti žalos mažinimo tarnybų teikiama parama.

Penkta, gali būti, kad **žalos mažinimo paslaugos nebus veiksmingos tol, kol nebus legalizuotas pats narkotikų vartojimas**. Šios nuomonės laikosi kai kurie žalos mažinimo apologetai. Panagrinėkime adatų ir švirkštų keitimo paslaugų pavyzdį: nors ŠNV savo naudotus įrankius gali pasikeisti į sterilius (beje, Lietuvoje švirkštai yra pigūs, ypač lyginant su narkotikų kaina, ir lengvai prieinami plačiai išvystytame vaistinių tinkle!), tačiau juodojoje rinkoje įsigyti narkotikai gali kelti didelį pavojų sveikatai, nes jie galėjo būti gaminami, laikomi ir transportuojami užkrėstoje aplinkoje. Tuo galima būtų paaiškinti juodligės protrūkį tarp ŠNV, nustatytą įvairiose JK dalyse 2009 m. ir 2010 m. [169], ŽIV protrūkį Alytaus pataisos darbų kolonijoje)[170]. Be pavojaus sveikatai, kurį kelia patys narkotikai, yra daug kitų pavojų, susijusių su aplinka, kur šie narkotikai vartojami, pvz., apleistuose pastatuose, landynėse, parkuose ir tualetuose. Šiomis sąlygomis vartojami narkotikai nebus saugūs tik todėl, kad adatos ir švirkštai sterilūs. Siekiant išvengti šių ir kitų pavojų sveikatai, narkotikų vartotojus ne tik reikėtų aprūpinti švirkštimosi įrankiais, bet ir numatyti vietą, kur jie galėtų susišvirkšti esant tam tikrai medicininei priežiūrai. Reikėtų narkotikų vartotojus aprūpinti ir pačiais narkotikais. Rezultatas – vyriausybė imtųsi atsakomybės už visus asmeninio narkotikų vartojimo aspektus, o pats narkotikų vartojimas būtų legalus.

Žalos mažinimo problema yra visuomenės sveikatos apsaugos ir narkotikų įstatymo reformos sankirtoje, tad daugiausia dėl šios priežasties ji ir tapo karštų žmonių, dirbančių kovos su priklausomybėmis srityje, diskusijų objektu. Įžymus žalos mažinimo rėmėjas ir ilgalaikis narkotikų legalizavimo gynėjas **E. Nadelmannas** [171] **jau pačioje pradžioje suformulavo, kuo šis naujasis požiūris į narkotikų problemos sprendimą parankus ir patrauklus:**

„...jis labai patrauklus valstybės pareigūnams ir kitiems asmenims, linkusiems mažiau remtis baudžiamąja teise grindžiama politika ir pirmenybę teikiantiems visuomenės sveikatos metodams, jo nesikrato net ir tie, kuriems labiau prie širdies baudžiamosios narkotikų kontrolės priemonės. Jis pakankamai neapibrėžtas, kad žmonės, net turintys labai skirtingą požiūrį į narkotikų politiką, jaustųsi patogiai pasirinkdami jį kaip savo etiketę. Jis gerai atspindi britų ir olandų jausmus, prieš kuriuos skeptiškai vertinantieji karo prieš narkotikus retorikos ideologinius kraštutinumus bejėgiai".

Žalos mažinimas tiesiogine žodžio prasme pakeitė nelegalių narkotikų vartojimo sampratą ir daugelio žmonių reakciją į narkotikų vartotojus [172]. **Žalos mažinimo koncepcija nubrėžė takoskyrą tarp nelegalių narkotikų vartojimo ir jų vartojimo daromos žalos, taip pat ji sužadino viltį, kad įmanoma labai sumažinti narkotikų vartojimo žalą neatsisakant paties vartojimo**. Bet nesėkmingi bandymai reikšmingai sumažinti bendrą narkotikų daromą žalą taikant žalos mažinimo priemones atskleidė kitą tiesą: **bendra narkotikų daroma žala sumažės tik sumažinus bendrą narkotikų vartojimą.**

Kai 1988 m. Patariamoji kovos su piktnaudžiavimu narkotikais taryba (angl. santr. *ACMD*) **paskelbė, kad „ŽIV plitimas kelia didesnį pavojų asmens ir visuomenės sveikatai nei narkomanija", ji galėjo paprasčiausiai suklysti** [173]. Vėlesniais metais narkomanijos paplitimas visame pasaulyje pranoko niūriausias prognozes (narkomanija išplito visame pasaulyje labiau nei kas nors galėjo tikėtis) ir tenka pripažinti, kad **didesnę grėsmę kelia ne ŽIV, o būtent narkotikų vartojimas**. **Jei tiesa, kad narkotikų vartojimas yra didesnė grėsmė nei ŽIV, tai, visų pirma, mums būtina sutelkti savo pastangas ne į žalos, o į narkotikų vartojimo mažinimą.** Norint, kad tai įvyktų, reikalinga narkotikų politikos revoliucija, ne menkesnė nei ta, kuri plintant ŽIV infekcijai pastūmėjo daugelį visuomenių ryžtis žalos mažinimui.

Bet ar tai reiškia, kad turime panaikinti žalos maži-

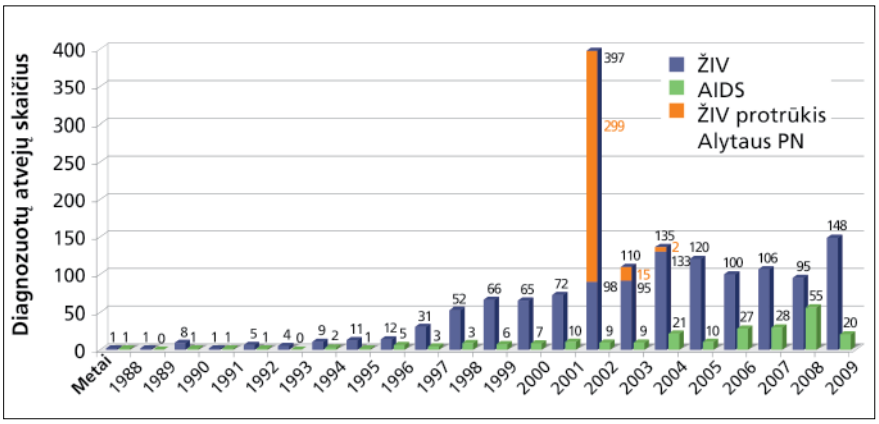
nimo paslaugas teikiančias tarnybas ir sutelkti savo pastangas ir finansus į narkomanijos prevenciją? Toks persiorientavimas būtų nepraktiškas ir neetiškas didžiulio skaičiaus žmonių, kurie ir toliau vartoja nelegalius narkotikus, atžvilgiu. Svarbiausias šiandien kylantis klausimas – **kaip suderinti su narkotikais susijusios žalos ir paties narkotikų vartojimo mažinimo tikslus?** Norint išspręsti šį klausimą būtina visiškai atsisakyti minties, kad narkotikų vartojimas yra tokia veikla, kuria turėtume džiaugtis ir ją skatinti. **Turime pažvelgti tiesai į akis: narkotikų vartojimas yra itin žalingas žmogiškosios patirties aspektas, kuris kelia visuomenei daugybę grėsmių**. **Svarbiausia problema – suderinti narkotikų vartojimo mažinimo ir žalos mažinimo strategijas.** Lietuvoje labai stinga narkotikų vartojimo mažinimo ir žalos mažinimo paslaugas teikiančių tarnybų, kurių veikla šiandien, iš esmės, neturi sąlyčio taškų, bendro darbo patirties, jau nekalbant apie tai, kad tokių tarnybų pajėgumai menki. Pvz., kalbant apie palaikomojo gydymo metadonu programą, būtina užtikrinti, kad narkotikų vartotojo gyvenime įsivyravus tam tikram stabilumui jis būtų nukreipiamas į tam tikras tarnybas, teikiančias priklausomybės gydymo paslaugas (pav. 4, 19 psl.). **„Žalos mažinimo“ ir „narkotikų vartojimo mažinimo“ derinimas** gali tapti rimčiausia narkotikų politikos ir kovos su narkotikais problema, kurią mums teks spręsti artimiausią dešimtmetį ir vėliau.

Priverstinės priemonės ir narkotikų teismai

Norime, kad jie turėtų savigarbą. *Tačiau ją sunaikiname.*
Norime, kad jie būtų atsakingi. *Tačiau atimame visą atsakomybę.*
Norime, kad jie būtų teigiami ir kūrybingi. *Tačiau mes juos žeminame ir padarome nenaudingais.*
Norime, kad jie būtų verti pasitikėjimo. *Tačiau patalpiname juos ten, kur nėra jokio pasitikėjimo.*
Norime, kad jie nesmurtautų. *Tačiau siunčiame ten, kur aplinkui smurtas.*
Norime, kad jie būtų geri ir mylėtų žmonės. *Tačiau priverčiame patirti neapykantą ir žiaurumą.*
Norime, kad jie nebebūtų chuliganai. *Tačiau patalpiname juos ten, kur chuliganai yra gerbiami.*
Norime, kad jie nebendrautų su nevykėliais. *Tačiau visus valstijos nevykėlius suburiame po vienu stogu.*
Norime, kad jie nustotų mus išnaudoti. *Tačiau pasiunčiame ten, kur jie išnaudoja vieni kitus.*
Norime, kad jie pradėtų kontroliuoti savo gyvenimus, spręstų savo problemas ir liautųsi buvę parazitais… *Tačiau paverčiame visiškai priklausomais nuo mūsų.*
Atsakymas - *"turime bausti pažeidėjus, kurių mes bijome, ir gydyti tuos, ant kurių pykstame".*

Teisėjo Denniso Challeno žodžiai

Lietuvoje, kaip ir kitose Europos šalyse, ŽIV infekcijos sąsajos su laisvės atėmimo vietomis - itin opi problema**. Laisvės atėmimo vietose koncentruojasi rizikingo elgesio asmenys, tai sudaro prielaidas didesnei infekcijų plitimo tikimybei**. Kalėjimų departamento prie Teisingumo ministerijos duomenimis, **apie 64 proc. visų užsikrėtusių ŽIV asmenų Lietuvoje yra nors kartą pabuvoję laisvės atėmimo vietose**. Tai dėsninga, nes dauguma ŽIV infekuotų asmenų Lietuvoje yra narkotikų vartotojai ir jiems būdingas atitinkamas gyvenimo būdas, jie neretai nusikalsta ir baudžiami laisvės atėmimo bausme. Nustatyta, kad nuo 8 proc. iki 65 proc. ES šalių nuteistųjų yra turėję ar turi nelegalių narkotikų vartojimo patirties [174]. **Lietuvoje laisvės atėmimo vietose laikomų narkotikų vartotojų kasmet daugėja**. **Aktyvi Lietuvos ŽIV epidemiologinės priežiūros sistema** (dėl ŽIV testuojami visi asmenys patenkantys ar paliekantys laisvės atėmimo vietas bei atitinkami periodiniai testavimai) **leidžia stebėti su ŽIV plitimu susijusią rizikingą elgseną ir taikyti savalaikes profilaktikos intervencijas laisvės atėmimo vietose.** Aktyvi nacionalinė ŽIV epidemiologinės priežiūros sistema (įskaitant tarpinstitucinį bendradarbiavimą), 2002 m. padėjo išaiškinti ŽIV protrūkį Alytaus pataisos namuose. Protrūkio išaiškinimas beveik sutapo su jo pradžia. Pastarasis faktas **leido imtis neatidėliotinų narkomanijos ir ŽIV prevencijos priemonių ir sustabdyti protrūkį** [175]**.** 2003 m. buvo diagnozuota 15 naujų ŽIV infekcijos atvejų, o 2004 m. – tik 2 (pav. 18).



Pav. 18. Pamečiui diagnozuoti ŽIV atvejai Lietuvoje.
Šaltinis: Užkrečiamųjų ligų ir AIDS centras, 2012 m.

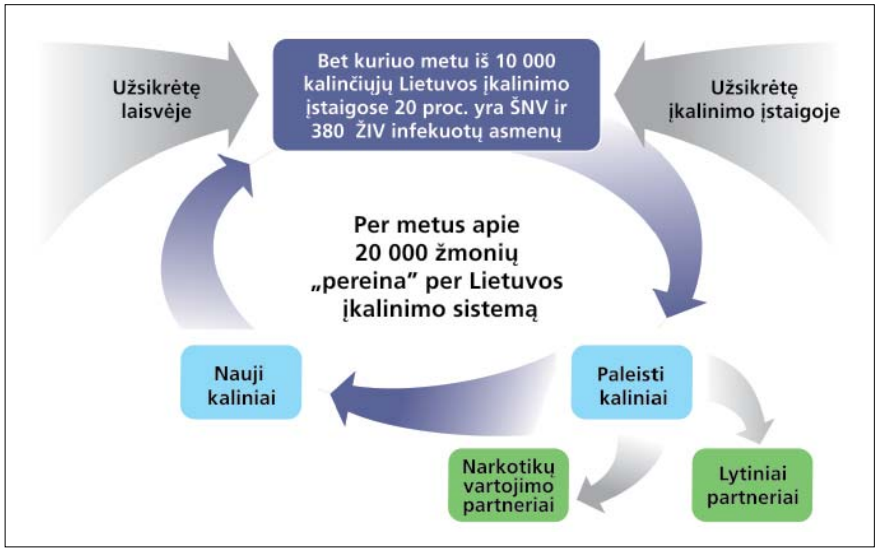
Literatūroje nurodoma, kad nustatyti ŽIV serokonversijos faktus laisvės atėmimo vietose gana sudėtinga, nes sunku išsiaiškinti tikslų ŽIV užsikrėtimo momentą ir tuo dažnai būna nesuinteresuota laisvės atėmimo vietų administracija. Svarbu tai, kad konkretaus protrūkio išaiškinimas labai priklauso nuo įkalinimo įstaigos administracijos geranoriškumo ir nacionalinės ŽIV epidemiologinės stebėsenos aktyvumo.

Daugelio ligų paplitimas tarp kalinių didesnis nei bendrojoje visuomenėje, nes reglamentuojantys kalėjimų veiklą įstatymai trukdo ligų profilaktikai [176]. Kuo dažniau į įkalinimo įstaigas ir iš jų migruoja kaliniai, tuo lengviau plinta tokios ligos kaip ŽIV, tuberkuliozė (TB), virusiniai hepatitai, lytiškai plintančios infekcijos (LPI) [177] .

Su narkotikų vartojimu susijusi rizikinga elgsena, nepakankamas nuteistųjų užimtumas – veiksniai, sąlygojantys užkrečiamųjų ligų (taip pat ir ŽIV) plitimą laisvės atėmimo vietose [178]. Nors įkalinimo įstaigose kalinių elgesys griežtai reguliuojamas, draudžiami lytiniai santykiai, narkotikų vartojimas, tatuiravimasis, tačiau tokia veikla yra dažna. Nelegalių narkotikų patekimas ir vartojimas laisvės atėmimo vietose – pasaulinė problema. **Dėl neproporcingai didelio rizikos grupės žmonių skaičiaus labai svarbi turėtų būti kalinių ligų profilaktika ir gydymas** [179,180]. Tačiau rizikingus lytinius santykius palaikantys ar švirkščiamus narkotikus vartojantys kaliniai dažnai neturi galimybės apsisaugoti nuo infekcijų.

Daugelis kalinių negali arba turi tik ribotą galimybę kreiptis į gydymo įstaigas būdami laisvėje, todėl savo sveikatos poreikius gali patenkinti tik įkalinimo įstaigoje. Lietuvos įkalinimo įstaigose yra daugiau narkotikų vartotojų nei priklausomybių ligų centruose, ligoninėse ar socialinių paslaugų tarnybose. Laisvės atėmimo vietose palankios infekcinių ligų profilaktikos, tyrimo ir gydymo sąlygos. Atrodytų, kad tai ideali vieta kalinių švietimui ir gydymui.

2002 m. Kalėjimų departamentui priklausančių įkalinimo įstaigų sveikatos priežiūros tarnybų medikai anonimine anketa apklausė 117 įvairiose Lietuvos įkalinimo įstaigose kalinčių ŽIV užsikrėtusių vyrų [181]. Apklausos rezultatai rodo, kad bendro Lietuvos AIDS centro ir Kalėjimų departamento darbo pastangomis **kaliniai gana gerai informuoti apie ŽIV perdavimo būdus ir rizikos veiksnius, tačiau turima informacija esamoje aplinkoje neužtikrina motyvacijos ar nesuteikia galimybės išvengti rizikingo elgesio** [182].



Pav. 19. ŽIV plitimo įkalinimo įstaigose ir laisvėje schema

Lietuvos AIDS centre dėl virusinio hepatito C (VHC) ištyrus 654 švirkščiamų narkotikų vartotojus, buvo gauta 80,6 proc. teigiamų rezultatų. Panašus VHC procentas nustatytas ir įkalinimo įstaigoje, o tai leidžia daryti prielaidą, kad laisvėje ir įkalinimo įstaigose narkotikų vartotojų populiacija ta pati ir jai būdinga panaši rizikinga elgsena [183,184].

Daugelis į laisvę išėjusių kalinių dėl nutrūkusių socialinių ryšių ir nepakankamos socialinės pagalbos negali vėl integruotis į visuomenę, todėl dažnai per pirmąsias savaites pradeda vartoti narkotikus, tuo keldami grėsmę ne tik savo artimiesiems, bet ir visai visuomenei (pav. 19). Kitaip tariant, **išlieka bausmę atlikusių ŽIV užsikrėtusių nuteistųjų grąžinimo į visuomenę problema**. Reintegracijos programų įvairiuose regionuose daugėja, tačiau jų poreikis nepakankamai tenkinamas Vilniuje ir Klaipėdoje, kur yra didžiausias.

Apie nelegalius narkotikus dalis politikų mėgsta kalbėti kietai – žadėdami taikyti drakoniškas priemones lobstantiems iš narkotikų prekijams ir priversti narkomanus gydytis. Narkotikų legalizavimo šalininkams priverstinės priemonės atrodo kaip dar viena problema, bet tik ne dalis sprendimo. **Bet ar priverstines priemones taikančioms institucijoms sekasi konfiskuoti nelegalius narkotikus, suimti vartotojus ir įtikinti juos nevartoti?** Kokia tikimybė narkotikų vartotojui būti sučiuptam su narkotikais? Ar priverstines priemones taikančios institucijos turėtų atgrasinti nuo narkotikų vartojimo ir atvesdinti vartotojus į gydymo įstaigas? Ar nekyla pavojus, kad šios įstaigos bus kažkas daugiau nei socialinio darbo ir priklausomybės gydymo tarnybų parankiniai?

JAV Nacionalinio narkotikų teismų instituto (angl. *NDCI*) direktorius C.W. Huddlestonas, 2005 m. rugsėjį viešėdamas Vilniuje pažymėjo, kad JAV 2/3 areštuotų suaugusiųjų ir pusės areštuotų nepilnamečių tyrimų dėl narkotikų rezultatai teigiami. Nuo 1975 m. iki dabar narkotikus ir alkoholį vartojančių asmenų skaičius sumažėjo 45 proc., tačiau vagysčių, plėšimų, nužudymų ir kitų narkotikams priskiriamų nusikaltimų procentas nuolat augo, nors bendras nusikalstamumas mažėjo. *"Mes esame tauta, kurioje narkomanų sumažėjo, tačiau tauta, kurioje padaugėjo narkomanų kenkėjų"*, – sakė C.W.Huddlestonas [185].

Koks mūsų veiksmų filosofijos pagrindas – bausmė ar reabilitacija? Ar narkomanai – tai blogą gyvenimo kelią pasirinkę individai, kuriuos reikia bausti, ar sergantys individai, kurių gyvenimą griauna liga, ir juos reikia gydyti? Kas atsitinka, jeigu mes juos įkaliname? 1998 m. 29,9 proc. 15 valstijų paleistų kalinių buvo sulaikyti per 6 mėn., o 68 proc. – per 3 m.[186]. 95 proc. vėl pradeda vartoti narkotikus po 3 m. [187]. **Išvada – vien kalėjimai nepakeičia priklausomo nuo narkotikų žmogaus elgesio. Jam reikia specialaus gydymo ir reabilitacijos, grąžinimo į gyvenimą programos.**

Kas atsitinka, jeigu IŠ KARTO nukreipiame juos GYDYTIS? Nuo 50 proc. iki 67 proc. nebepasirodo; nuo 40 proc. iki 80 proc. nustoja lankytis per 3 mėn.; 90 proc. nustoja lankytis arba pašalinami per 12 mėn. [188]. Kodėl tiek daug norinčių gydytis nutraukia gydymą ir jo nebaigia? **Keistis yra sunku, gydytis yra sunku. Sergant kokia nors liga ir pasijutus geriau gydymas dažnai nutraukiamas**. Šios patirties turime kiekvienas. Tas pats su priklausomybe: pasijutęs geriau žmogus galvoja, kad jau pasveiko ir gydymą galima nutraukti.

Narkotikų teismai tapo problemų sprendimo būdas – tai nacionalinis reiškinys, iš esmės pakeitęs JAV kriminalinės sistemos požiūrį į nusikaltusį narkomaną. Pirmasis narkotikų teismas JAV įvyko 1989 m. Majamyje (Florida) [189], 2004 m. visoje šalyje veikė 1621 narkotikų teismas, o 2007 m. jau buvo 2147 narkotikų teismai [190].

Narkotikų teismo nauda – dėl teismų priežiūros narkotikų teismai užtikrina visapusiškiausią ir efektyviausią narkotikus vartojančių pažeidėjų nusikalstamumo ir narkotikų vartojimo kontrolę ir paskatina juos tęsti gydymą.

Narkotikų teismų dalyviai: mažiau pakartotinai sulaikytų ir nuteistų nei palyginamojoje grupėje, mažiau recidyvizmo atvejų nei palyginamojoje grupėje, ilgesni laiko tarpai iki pakartotino sulaikymo ar nuteisimo nei palyginamojoje grupėje, mažiau įvairių nusikaltimų kategorijų recidyvizmo atvejų, mažesnis polinkis piktnaudžiauti narkotikais; teigiamas išlaidų ir naudos santykis [191].

Narkotikų teismai taupo pinigus: narkotikų teismų sistema Niujorko valstijoje per trejus metus sutaupė 254 mln. dolerių [192]. Kalifornijos narkotikų teismai sutaupo 18 mln. dolerių per metus. 14 mln. investicija grįžta per dvejus metus sutaupytais 43,3 mln. [193]. Kiekvienas narkotikų teismui Dalase, Oregono valstijoje, išleistas doleris sutaupė dešimt dolerių [194].

Narkotikų teismai mažina išlaidas: išvengiama teisėsaugos išlaidų ir išlaidų aukoms, padidėja darbingumas, nepaveikti narkotikų kūdikiai.

„Iš tiesų žinome, kad narkotikų teismai iš esmės lenkia visas kitas strategijas, taikomas narkotikus vartojantiems pažeidėjams" [195]. Prieš teismus stojančių asmenų problemų sprendimas yra darbas, kurį verta daryti! JAV pavyzdžiu narkotikų teismai labai sėkmingai diegiami dar 14 pasaulio valstybių – Kanadoje, Australijoje, Trinidade, Jamaikoje, Škotijoje, Airijoje, Brazilijoje, Norvegijoje, Italijoje, Makedonijoje ir kitur. **Labai svarbu pasiekti baudžiamosios ir gydomosios grandies bendradarbiavimą, kad teisėsaugos atstovai norėtų matyti blaivų asmenį, o medikai – saugią visuomenę.** Dabar mes tik mokame pinigus, kad priklausomas nuo narkotikų asmuo būtų uždarytas į kalėjimą. Vien JAV 2011 m. pradžioje kalėjo apie 2,3 mln. žmonių, iš kurių pusė – dėl narkotikų, ir tai sudaro apie 730 kalinių 100 000 gyventojų. Lietuvoje nuo 2003 m. iki 2009 m. kasdien kalėjo maždaug 8 tūkst. kalinių, nuo 2009 m. kalinių skaičius pradėjo augti, ir 2011 m. sausį jau kalėjo 9139 kaliniai. Tai sudaro beveik 276 kalinius 100 000 gyventojų – maždaug 2-3 kartus daugiau už Vakarų Europos valstybių vidurkį (apie 100 kalinių 100 000 gyventojų) [196],[197].

Pagrindiniai narkotikų teismų komponentai [198]:

1. Narkotikų teismai jungia priklausomybės nuo alkoholio ir kitų narkotinių medžiagų gydymo paslaugas su bylos nagrinėjimo procesu teisingumo sistemoje.

2. Taikant nepriešišką metodą, kaltinančioji ir ginančioji pusės didina visuomenės saugumą, kartu garantuodamos dalyvių procesines teises, kai išlieka laisvanoriškumo principas – asmuo renkasi, ar eiti į kalėjimą, ar gydytis.

3. Tinkami dalyviai greitai atrenkami (ar nusikaltimas dėl narkotikų?) ir nedelsiant įtraukiami į programą (siekia, kad žmogus gydytųsi). Teismo personalas patikrina kaltinamojo tinkamumą prieš jam stojant prieš teismą.

4. Narkotikų teismuose prieinamas nepertraukiamas gydymasis nuo alkoholio ir narkotikų priklausomybės bei kitas atitinkamas gydymas ir reabilitacijos paslaugos. Gydymo paslaugos visokeriopos, kontroliuojama jų kokybė ir atskaitingumas. Kartais būtina atskirti, ar už narkomanijos slypi psichinė liga, ar psichinė liga veda į narkomaniją, ir tuo pat metu gydyti ir psichinę ligą, ir priklausomybę.

5. Ar laikomasi abstinencijos, tikrinama alkoholio ir kitų narkotikų vartojimo tyrimais. Tikslas – siekti gyvenimo be narkotikų. Diegiamas abstinencijos visą likusį gyvenimą modelis.

6. Teismas reaguoja į dalyvio elgesį remdamasis koordinuota strategija.Teisėjas tarsi vaidina griežto tėvo vaidmenį: *"Šią savaitę tu nenaudojai narkotikų – mes tavimi didžiuojamės. Ir toliau taip daryk."* Teismai sprendžia ne tik gydymo (nors tai svarbiausia), bet ir daug kitų problemų – sveikatos, darbo, gyvenimo, išsilavinimo... Reikia šias problemas nustatyti ir padėti spręsti.

7. Esminis dalykas yra nuolatinė teisinė sąveika su kiekvienu narkotikų teismo dalyviu. Teisėjas susidaro subalansuotą požiūrį parodydamas teisiamojo žmogiškąsias savybes, reaguodamas į dalyvį asmeniškai ir tiesiogiai.

8. Stebint ir vertinant nustatoma, ar pasiekti programos tikslai ir ar programa veiksminga. Planavimo etape komanda išrenka vertintoją ir užtikrina nuolatinį vertinimą.

9. Nuolatiniai tarpdisciplininiai mokymai (viena specialybė mokosi iš kitos) skatina efektyvų narkotikų teismų planavimą, planų įgyvendinimą ir teismų funkcionavimą. Komandos formavimas yra nuolatinių mokymų dalis.

10. Narkotikų teismų, viešųjų įstaigų ir bendruomeninių organizacijų bendradarbiavimas skatina vietinę paramą ir padidina narkotikų teismų efektyvumą (vieni pasirūpina rūbais, kiti maistu ir pan.).

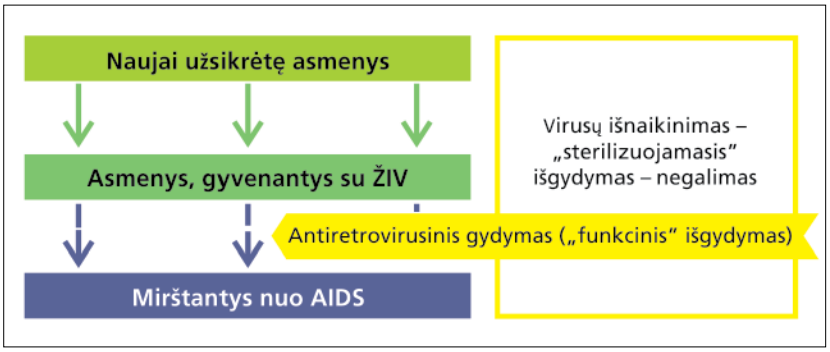
Gerai, kai visuomenė pasako*: „Mes duodame Tau šansą gyventi kitaip, gyventi be narkotikų".*

ŽIV infekcija ir infekuotų asmenų atvejo valdymas

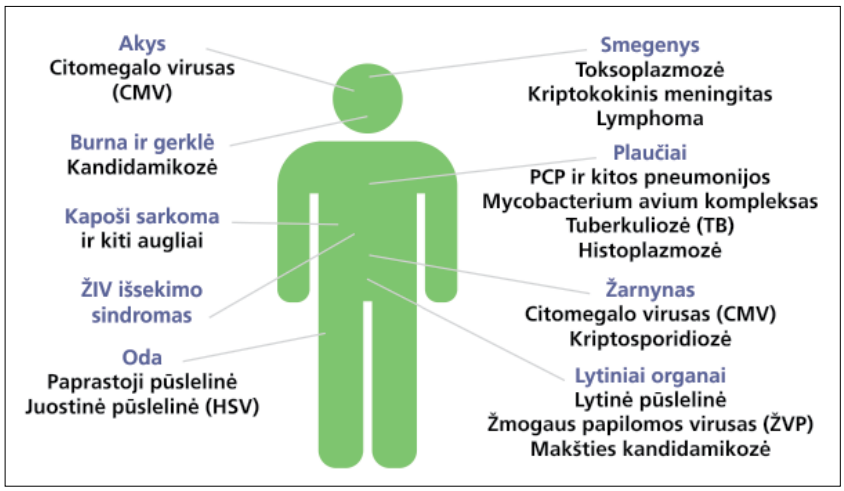
„ŽIV infekcija kaip deimantai – jie visam gyvenimui“
ŽIV atradėjas prof. R.Gallo

Pasikeitus socialinėms ir ekonominėms sąlygoms, pirminė ir antrinė lytiškai plintančių infekcijų ir narkomanijos profilaktika šių pokyčių neatitiko ir iki šiol nėra sistemingo ir koordinuoto tarpžinybinio bendradarbiavimo *(plačiau skaitykite S.Čaplinskas „AIDS: geriau žinoti“)* [199]. **Ilgainiui ŽIV epidemija pakito. Tai nebėra tik sveikatos apsaugos krizė. Ji tapo visuomenės vystymosi krize.** Šiuo metu ŽIV ir AIDS mažina kartų ir tautų perspektyvas, keldamos grėsmę beveik pusės amžiaus vystymosi pasiekimams. Sveikatos priežiūros (**SP**) sistemai keliami reikalavimai sunkiai įgyvendinami [200]. AIDS nėra tik sausa statistika. Ji keičia mūsų tarpusavio santykius, veikia mūsų pažįstamus ir mylimus žmones. **Visame pasaulyje epidemija nėra „jų“, ji tapo „mūsų“.**

Kuo ŽIV infekcija skiriasi nuo kitų ligų? ŽIV infekcija sergama visą gyvenimą, be to, beveik visais atvejais, jeigu liga laiku nediagnozuojama ir negydoma, nuo jos mirštama. AIDS visiškai išgydančių vaistų nėra. Bakterinės infekcijos sėkmingai gydomos antibiotikais, o kovoje su virusais mokslas dar nedaug tepažengė. Šiuo metu ŽIV infekcijos išgydymas – t.y. žmogaus imunodeficito virusų išnaikinimas (**„sterilizuojamasis“ išgydymas**) negalimas. Tačiau mokslas pažengė daug į priekį nuolatiniame virusų replikacijos slopinime jų neišnaikinus – **„funkcinis“ išgydymas**. Šiuo metu galima tik pailginti ar palengvinti pilnavertį užsikrėtusio žmogaus gyvenimą ir ŽIV infekcija vis dar išlieka auganti problema, kuomet **vidutiniškai trys žmonės naujai užsikrečia ŽIV o vienas pradedamas gydyti** (Pav. 20). Užkrečiamųjų ligų ir AIDS centro duomenimis 2010 m. ARV gydymas pradėtas 43 asmenims, o 153 naujai diagnozuota ŽIV infekcija. 2011 m. atitinkamai 66 ir 166. Iš viso 2011 m. antivirusinę terapiją gavo 266 žmonės.



Pav. 20. Kodėl ŽIV išlieka auganti problema.



Pav. 21. Neįveikiamos klinikinės problemos ir menkos gydymo galimybės.

ŽIV infekcija – sudėtinga medicinos problema, nes:

- ŽIV – intraląstelinis parazitas, sugebantis savo genetinę informaciją integruoti į žmogaus audinių ląstelių genetinį kodą, todėl iki šio laiko nėra radikalaus ŽIV infekcijos gydymo;
- kadangi virusas nepaprastai greitai kinta (jau pirmoje savo generacijoje nuo pradinės formos jo struktūra skiriasi 5–10 proc.) iki šiol nėra profilaktinės vakcinos ir neaišku, kada ji bus sukurta;
- dėl ilgo slapto (latentinio) periodo sunku, tam tikrą laiką net neįmanoma laboratoriniais tyrimais diagnozuoti ŽIV infekciją;

- nėra tik šiai ligai būdingų klinikinių simptomų (pav. 21).

ŽIV infekcija – tai socialinė problema, nes:

- pagrindinis infekcijos plitimo būdas – lytiniai santykiai arba narkotikų vartojimas, visuomenėje siejamas su tam tikru daugumos smerkiamu elgesiu ir gyvenimo būdu, apie kurį viešai nekalbama;
- kol kas visi užsikrėtusieji žmogaus imunodeficito virusu ir laiku negavę antivirusinio gydymo po kurio laiko miršta. Tai sudėtinga užsikrėtusio asmens ir jo artimųjų psichologinė problema;
- brangus specifinis gydymas. Kaina gali būti tiesioginė (ją moka vartotojas arba medicinos paslaugų teikėjas, pvz., nacionalinė sveikatos sistema) ir netiesioginė (darbdavio ar visuomenės nuostoliai dėl gamybos produkto praradimo) [201].

Vieną vertus, ŽIV epidemija reikalauja naujo įvairių visuomenės sektorių mąstymo ir naujų sprendimo būdų bei įvairių mokslo sričių indėlio. Antrą vertus, AIDS veikia kitų sričių ir sektorių plėtrą. Dar 1991 m. amerikiečių mokslininkas Ronald Bayer atkreipė dėmesį į ŽIV ir AIDS išskirtinumą [202]. Dėl savo poveikio ŽIV/AIDS nėra įprastinė infekcinė liga, bet ligų ir su ŽIV infekcija susijusių socialinių problemų kompleksas.

ŽIV išskirtinumą išryškina dvi aplinkybės:

1. daug problemų turintiems asmenims reikia įvairių sektorių paramos;

2. pasyvi informacija apie tai, ką ir kaip pacientui reikia daryti, neveiksminga. Reikia informuoto paciento sutikimo, kad galėtume įtraukti jį į sprendimų apie savo sveikatą, o vėliau ir atitinkamų veiksmų priėmimo procesą (juk kalbame apie jo elgesio pokyčius: narkotikų vartojimą arba lytinius santykius bei vaistų vartojimą visą likusį gyvenimą).

Todėl nuo pat atsako į epidemiją pradžios **visuomenės sveikatos sistema ŽIV/AIDS atžvilgiu numato kitokias priemones nei kitų užkrečiamųjų ligų atveju:**

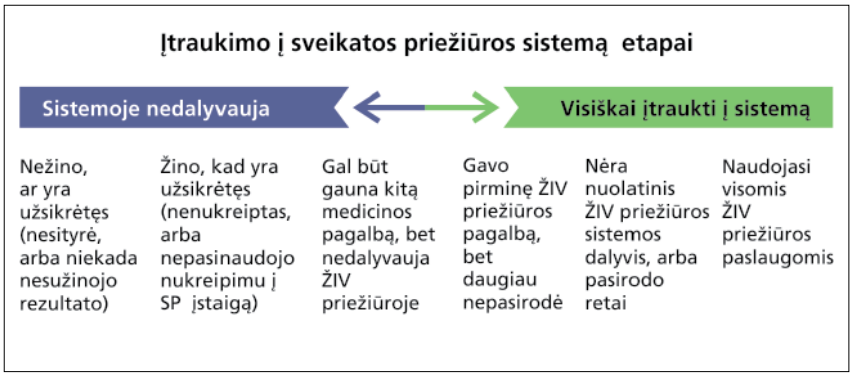
- ŽIV tyrimai riboti, pabrėžiama konsultavimo svarba;
- ŽIV atvejai registruojami nenurodant pavardės;
- akcentuojamas konfidencialumas ir privatumas;
- partnerių ir kontaktinių asmenų paieška ribota.

Statistiniai ir mokslinių tyrimų duomenys rodo, kad žmonės, labiausiai rizikuojantys užsikrėsti sunkiomis ligomis – dėl savo elgesio, gyvenimo būdo ar sąlygų (benamiai, priklausomi nuo psichotropinių medžiagų, psichinę negalią turintys, mažas pajamas gaunantys ar socialiai neapdrausti asmenys), dažnai neturi galimybių arba nežino kaip gauti reikiamų sveikatos priežiūros, socialinių ir kitokių paslaugų.

Todėl Lietuvos AIDS centre nuo pat ŽIV epidemijos pradžios buvo kuriamos įvairiausios programos, siekiant užtikrinti šių paslaugų prieinamumą ir šiuo būdu stabdyti infekcijos plitimą.

Viena tokių programų – **ŽIV/AIDS atvejo valdymas**. Atsižvelgiant į su ŽIV gyvenančių žmonių ypatumų ir poreikių įvairovę atsirado būtinybė **vystyti daugiafunkcės ŽIV priežiūros komandos modelį**, kuris šiuo metu tapo standartiniu ir pripažįstamas tarptautiniu mastu. **Jis labai skiriasi nuo kitų infekcinių ligų priežiūros metodų** [203]. Kai kuriose Europos šalyse ir JAV atsirado net nauja profesija – **ŽIV atvejo vadybininkai**, kurie ilgainiui tapo pacientų ir gydymo bei socialinių įstaigų tarpininkai, nuolat vertinantys ligonių poreikius ir siunčiantys juos pas atitinkamus specialistus. **Atsiradus vaistams ir AIDS iš mirtinos tapus lėtine liga, kurią galima valdyti (gydyti), atvejo valdymo reikšmė dar labiau išaugo ir daugiausia dėmesio pradėta skirti antrinei prevencijai bei ligonio įtraukimui į antiretrovirusinio (ARV) gydymo programas** (pav. 22).

Atvejo valdymas – kompleksinis procesas ŽIV atvejo valdymo objektas, suprantama, – užsikrėtęs ŽIV asmuo, kuriam reikia įvairių paslaugų. **Narkotikus vartojančiam ir gretutinėmis infekcijomis (tuberkulioze, virusiniu hepatitu, lytiškai plintančiomis infekcijomis) ar psichikos liga sergančiam asmeniui tokių paslaugų spektras dar platesnis** (Pav. 23). Pir miausia, jiems reikia medikų pagalbos. **Atvejo valdymo medicininės paslaugos** – sveikatos priežiūros, psichosocialinių ir kitokių paslaugų užtikrinimas. Viena iš šio komplekso sudėtinių dalių – gydymo koordinavimas ir stebėsena, siekiant, kad asmuo laikytųsi gydytojo nurodymų ir tinkamai vartotų vaistus, jo konsultavimas, kodėl tai būtina, nuolatinis poreikių vertinimas – visą gyvenimą. **ŽIV atvejo valdymo su gydymu nesusijusios paslaugos** – tai patarimai, kur reikėtų kreiptis klientui socialiniams, bendruomeniniams, teisiniams, finansiniams ir kitiems iškylantiems poreikiams tenkinti, bei pagalba užtikrinant atitinkamas paslaugas. Tai gali būti informacija ir siuntimai į atitinkamas įstaigas, konsultavimas psichinės sveikatos klausimais, pagalba ieškant prieglobsčio ir



Pav. 22. Paciento įtraukimo į sveikatos priežiūros sistemą etapai.

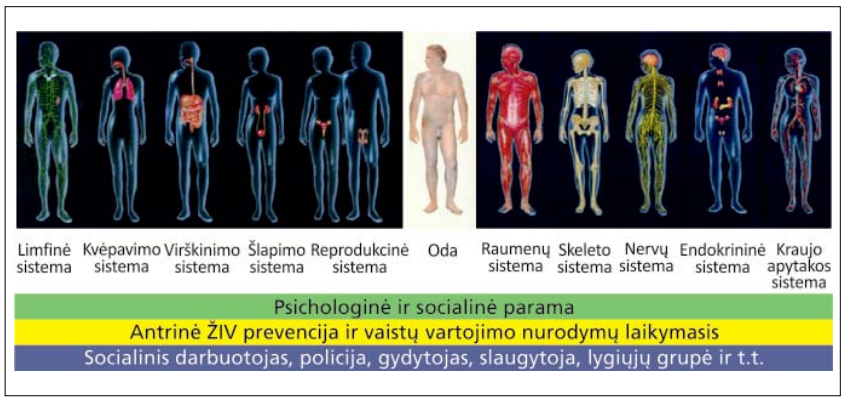
būsto, konsultavimas turint su narkotikais susijusių problemų, parama turinčiam finansinių sunkumų ir neįstengiančiam tinkamai maitintis žmogui, kt. Atvejo valdymo sistemoje yra ir kitų, specifinių, paslaugų, sakykim, parama vaikų turinčioms užsikrėtusioms ŽIV motinoms ir jų vaikams.

Vienas iš kokybiškų atvejo valdymo programų elementų turėtų būti pacientų – tiek naujų, tiek stebimų ilgą laiką išlaikymas sveikatos priežiūros (SP) sistemoje [204]. Pacientų išlaikymo sistemoje sėkmė priklauso nuo daugelio veiksnių: ARV vaistus vartojančių pacientų rasinių ir lytinių skirtumų, narkotinių medžiagų vartojimo [205,206,207]. Tyrimai parodė, kad diagnozavus ŽIV infekciją pacientui ir šiam atvykus į medicinos įstaigą dar 2 kartus, gerokai padidėja tikimybė įtraukti jį į sveikatos priežiūros programą ir išlaikyti joje [208]. **Narkotikus vartojantys asmenys rečiausiai lankosi gydymo įstaigose** [209, 210]**.** Čikagoje atlikto tyrimo metu buvo nustatyta, kad atvejo valdymo programų dalyviai žymiai dažniau naudojosi kitomis SP paslaugomis ir dažniau lankėsi gydymo įstaigoje nei pacientai, kuriems atvejo valdymo paslaugos nebuvo teikiamos. Tyrimas patvirtino ŽIV priežiūros daugiafunkcės komandos modelio veiksmingumą ir parodė, kad **sveikatos paslaugas derinant su pacientų svarbiausiais poreikiais galima pasiekti geresnės SP ir pagerinti sveikatos būklę** [211]. Siekiant palaikyti pastarojo dešimtmečio ŽIV priežiūros pažangą ir toliau gerinti rezultatus, **SP paslaugas reikia nuolat derinti su ŽIV gyvenančių žmonių kintamais poreikiais ir nuolat kintama ŽIV gydymo praktika**. Pasiekus, kad mažai paslaugų gaunantys pacientai nuolat dalyvautų sveikatos sistemoje, gali sumažėti ARV vaistų vartojimo ir kitų ŽIV paslaugų teikimo skirtumai.

Lietuvos AIDS centro duomenimis, apie 70 poc. visų registruotų ŽIV pacientų Lietuvoje kreipėsi į SP įstaigas įvertinti imunologinę būklę. Didėjant ŽIV užsikrėtusių pacientų, kuriems SP paslaugos mažai prieinamos, skaičiui reikia protingai investuoti ir organizuoti šių pacientų sveikatos priežiūrą. Veiksminga, kai šie **pacientai įtraukiami į sveikatos programas ŽIV tyrimo metu, kai suteikiama konsultacinė pagalba prieš ir po ŽIV tyrimo** [212].

„Žemo slenksčio“ bei „mobiliųjų paslaugų“ koncepcijos ir įvairių formų nuorodos padeda klientams susivokti sudėtingoje SP ir socialinių paslaugų sistemoje ir gauti reikiamą pagalbą. **Darbas gatvėje ir „lygiųjų grupių“ bei nevyriausybinių organizacijų pagalba gali būti ypač naudinga**. Pavyzdžiui, kai iš anksto žinomas pacientui skirtas susitikimo laikas, padedama suprasti vizito metu gautą informaciją, mokoma įveikti SP kliūtis. Tokiu būdu ne tik dirbama su asmenimis, kurių nėra SP sistemoje, bet ir padedama joje išlaikyti naujai įtrauktus pacientus – tiek tuos, kuriems diagnozė nustatyta neseniai, tiek tuos, kurie grįžta į SP įstaigą po ilgos pertraukos. **Įvertinę paciento išskyrimo iš SP sistemos laipsnį, galime daugiau dėmesio skirti labiau pažeidžiamiems**. Pvz., Kauno homoseksualai, Klaipėdos jūreiviai, Vilniaus narkomanai, prostitucija besiverčiančios moterys ar romai gali susidurti su visiškai kitokiomis kliūtimis, į kurias būtina atsižvelgti. Reikiamų paslaugų spektras, kaip ir priemonės išlaikyti juos SP sistemoje, taip pat gali labai skirtis. **Lengviau išlaikyti SP sistemoje pacientus, dalyvaujančius atvejo valdyme, bei tuos, kurie naudojasi transporto, psichinės sveikatos, priklausomybės gydymo ir kitomis paslaugomis** [213,214]. Priemonės, padedančios pacientams užmegzti ir palaikyti gerus santykius su medikais [215,216,217,218,219] jų žinių apie ŽIV infekciją gerinimas ir pagalba atsikratant neigiamų pažiūrų į sveikatą [220,221] padeda siekti geresnių rezultatų.

Tad ŽIV atvejo valdymo sąvoką galėtume apibrėžti kaip į pacientą orientuotas jo poreikius tam tikru metu tenkinančias paslaugas, kurių tikslas – padėti pacientui gauti reikiamą sveikatos priežiūros, psichosocialinę ir kitokią pagalbą. Svarbiausia visoje sistemoje – profesionalus kliento poreikių vertinimas ir nustatytas, darniai funkcionuojantis įvairių institucijų, dalyvaujančių paciento priežiūros sistemoje, tinklas. **Būtina daugiasektorės daugiafunkcės ŽIV atvejo valdymo sistemos veiksmingumo sąlyga – koordinavimas ir bendradarbiavimas**, be jų pacientai gali negauti visų reikiamų paslaugų arba paslaugos gali būti dubliuojamos ir švaistomos ir šiaip jau menkos lėšos. Atitinkamai dideli reikalavimai keliami atvejo vadybininkui, kuris turi turėti socialinio darbo, socialinių mokslų, pacientų slaugos žinių ir patirties.



Pav. 23. ŽIV infekuotų asmenų problemų spektras.

Šis įvardinimas vargu ar skiriasi nuo bendro slaugos rato apibūdinimo, tačiau atvejo valdymo specifika yra ta, kad čia **stengiamasi žvelgti „už savo paslaugų ribų“ ir atvejo vadybininkai lieka atsakingi už teikiamų paslaugų tęstinumą ir kokybę** [222]. Jeigu pastebime,

kad klientas negali imtis atsakomybės už savo veiksmus, tai **tam tikrą laiką, kol klientas pats galės imtis atsakomybės, dalį griežtai apibrėžtos atsakomybės, atitinkančios vadybininko kompetencijas ir galimybes, už klientą imasi atvejo vadybininkas.** Vadybininkas negali būti atsakingas už visą kliento gyvenimą.

Tarpusavio pagalbos grupės – taip pat labai efektyvi pagalba sprendžiant iškilusius sunkumus, atstovaujant ŽIV užsikrėtusiųjų interesus. Daugelyje pasaulio šalių teikiant paslaugas ŽIV užsikrėtusiems asmenims socialiniams darbuotojams suteiktos itin didelės galios. Jie dažnai vaidina lemiamą vaidmenį **ruošdami ŽIV užsikrėtusį asmenį pradėti vartoti antiretrovirusinius vaistus. Antiretrovirusinis gydymas jau yra ir ŽIV prevencijos dalis**. Socialinių darbuotojų vaidmuo taip pat svarbus kontroliuojant, **kaip ŽIV užsikrėtęs asmuo laikosi paskirto gydymo režimo** (ar reguliariai naudoja vaistus), nes tai nulemia ŽIV ligos gydymo sėkmę. **Būtent todėl artimas socialines ir sveikatos priežiūros paslaugas teikiančių specialistų bendradarbiavimas būtinas ir užtikrina kompleksinę pagalbą žmogui.**

Kuo ypatingas ŽIV infekuotų asmenų atvejo valdymas?

ŽIV infekuotų asmenų atvejo valdymas yra ypatingas tuo, kad klientai dažniausiai susiduria su daugybinėmis psichosocialinėmis, medicininėmis, finansinėmis problemomis, kurioms priklauso narkotikų vartojimas, lėtinės ligos, skurdas ir stigma bei diskriminacija.

Įvairių šalių problemų sprendimo modeliai skirtingi, nes priklauso nuo šalies socialinio ekonominio išsivystymo lygio, sveikatos priežiūros ir socialinės paramos įstaigų tinklo, kultūrinės aplinkos. **Vienos problemų sprendimo metodologijos ŽIV užsikrėtusiems nėra**. Ji priklauso nuo konkretaus asmens situacijos, socialinio konteksto ir kitų aplinkybių. **Skirtingiems visuomenės sluoksniams (pagal amžių, lytį, socialinės atskirties grupę) reikalingas skirtingas problemų sprendimo metodas.** Nepaisant tam tikrų skirtumų, nustatant esminius uždavinius, **visos atvejo valdymo programos numato:**

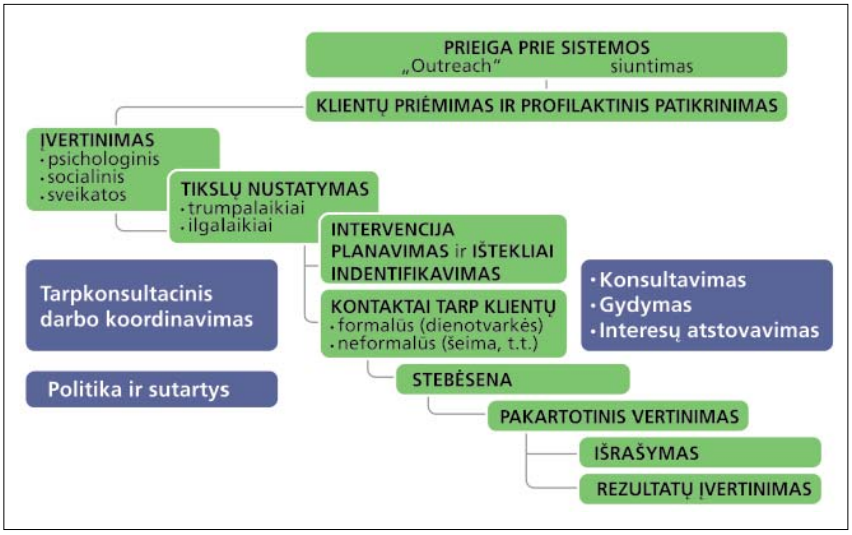
- **įtraukti klientą į programą,**
- **įvertinti jo poreikius,**
- **suplanuoti jam būtinas paslaugas,**
- **nukreipti klientą gauti tas paslaugas ir**
- **stebėti, kaip jos gaunamos.**

Su ŽIV gyvenančių asmenų problemų sprendimo procesas apima keletą nuoseklių pakopų (pav. 24). Kliento paslaugų poreikio įvertinimas prasideda nuo pirmo kontakto, kurio metu svarbu užmegzti abipusį pasitikėjimą. Dėl susiformavusios stigmos daugeliui ŽIV užsikrėtusiųjų sunku kreiptis paslaugų į nepažįstamus asmenis, todėl pirmojo pokalbio metu reikia leisti klientui pasijusti laisvai ir taip paskatinti bendradarbiavimą. Svarbu išklausyti klientą ir psichologiškai jį padrąsinti.

Dažnai su ŽIV gyvenantiems asmenims daugiausiai problemų iškyla ne todėl, kad jie užsikrėtę ŽIV, bet dėl kitų aplinkybių, pvz., narkotikų vartojimo ar lytinės orientacijos. Todėl aiškinantis kliento reikmes, **itin svarbu įvertinti, kokiai tikslinei grupei priklauso klientas**. Gilinantis į kliento situaciją pravartu surinkti informaciją apie jo šeimą, artimuosius ir **nustatyti, kokia yra pagrindinė kliento problema, į kurios sprendimą pirmiausia reikės sutelkti pastangas būtent dabar.** Pvz., ŽIV užsikrėtęs narkotikų vartotojas gali teigti, kad jo narkotikų poreikis labai padidėjo, jis nežino, iš kur gauti pinigų narkotikams, todėl norėtų šį poreikį sumažinti. Tai bus svarbiausia asmens problema, dėl kurios jis kreipėsi ir kuri tik netiesiogiai susijusi su ŽIV.

Dirbant su tikslinėmis grupėmis, socialiniam darbuotojui svarbu susitarti su klientu (medikui – su pacientu) dėl artimiausių ir tolimųjų tikslų, kurių bus siekiama. Pastarieji klientui (pacientui) turi būti priimtini, o paslaugų teikėjui – realūs. Vėliau reiktų aptarti, kaip jų bus siekiama. Jei galimi keli paslaugų teikėjai, tikslinga leisti klientui pačiam pasirinkti priimtiniausią. Tuomet socialinio darbuotojo pagrindinė funkcija – padėti klientui susiorientuoti, suteikiant informacijos ar tarpininkaujant.

ŽIV atvejo valdymas – tai į klientą orientuota ŽIV prevencija, kurios tikslas – skatinti daug sudėtingų problemų turinčius ir rizikingai besielgiančius klientus (o sveikatos priežiūros įstaigose – pacientus) elgtis apdairiau siekiant mažinti užsikrėtimo ŽIV pavojų. Pvz., ŽIV užsikrėtusį narkotikų vartotoją reikia informuoti, kad toliau



Pav. 24. Atvejo valdymo pakopos [223]

švirkšdamasis narkotikus jis gali jų perdozuoti ir net dar kartą užsikrėsti ŽIV ar kita per kraują plintančia infekcija, todėl jo sveikatos būklė dar labiau pablogėtų. Tokį asmenį, jei jis sutinka, tikslinga nukreipti gydytis nuo priklausomybės (susitarti su reabilitacijos bendruomene ar net palydėti į ją). Jei nesutinka – į žalos mažinimo programas; vienas iš šių programų tikslų – rizikingos elgsenos keitimas (mažinimas).

Svarbiausias ŽIV prevencijos atvejo valdymo tikslas yra PIRMINĖ ŽIV PREVENCIJA – **t. y. ŽIV infekcijos perdavimo ir užsikrėtimo prevencija**. Remiamasi prielaida, kad anksti diagnozavus ŽIV infekciją ir suteikus reikiamos informacijos, asmuo galės spręsti, kaip turėtų toliau rūpintis savo sveikata. Dirbant su klientais (pacientais) svarbiausi principai yra laisvas asmens apsisprendimas ir savarankiškumas.

Mišrus ŽIV rizikos mažinimo ir tradicinio atvejo valdymo metodas **– PREVENCIJOS ATVEJO VADYBA (PA vadyba)**. Tai **į klientą orientuota ŽIV prevencinė veikla, kurios svarbiausias tikslas – skatinti daug sudėtingų problemų turinčius klientus keisti savo užsikrėtimo ŽIV požiūriu rizikingą elgseną ir vėliau jos atsisakyti**. PA vadyba padeda žmonėms pradėti elgtis saugiau, vengti užsikrėtimo ŽIV arba neužsikrėsti dar kartą, apsaugoti nuo užsikrėtimo kitus žmones. PA vadyba teikiamos paslaugos: intensyvi, ilgalaikė asmeninė konsultacinė pagalba, parama ir tarpininkavimas suteikiant reikiamas paslaugas. Ši prevencinė veikla sprendžia rizikos užsikrėsti ŽIV dėl narkotikų vartojimo, kitų lytiškai plintančių infekcijų, psichinės sveikatos, socialinių ir kultūrinių veiksnių poveikio problemas.

Vienas iš PA vadyba uždavinių – **koordinuoti intervencinių priemonių taikymą pagal pirminės ir antrinės prevencijos programą. Pirmine ŽIV prevencija siekiama sumažinti galimybę užsikrėsti ŽIV infekcija ir užkrėsti ja kitus, o antrine – neleisti, kad su ŽIV gyvenantis žmogus susirgtų ar mirtų nuo su ŽIV susijusių ligų ir oportunistinių infekcijų** [224].

Kas yra POZITYVI PREVENCIJA?

Du pirmuosius ŽIV/AIDS epidemijos dešimtmečius prevencijos priemonės daugiausia buvo skirtos pirminei prevencijai, t.y. skatinti neužsikrėtusius žmones saugiau elgtis lytiškai santykiaujant ar vartojant narkotikus, kad neužsikrėstų. **Pirminė prevencija (profilaktika)** – visuma priemonių, kuriomis stengiamasi išvengti ligų, keičiant individo jautrumą, šalinant ligų priežastis ir rizikos veiksnius [225,226]. **Prevencijos priemonės tarp užsikrėtusių asmenų buvo menkai vykdomos dėl kelių priežasčių.** Visuomenė nenorėjo pripažinti, kad užsikrėtę ŽIV asmenys turi lytinių santykių, taip pat buvo manoma, kad netinka stengtis apsaugoti nuo užsikrėtimo žmones, kurie jau yra užsikrėtę. Buvo baiminamasi, kad tokios priemonės bus suvokiamos kaip užsikrėtusiųjų kaltinimas dėl epidemijos. Kiek vėliau mokslininkai, specialistai ir medikai pripažino, kad **su ŽIV gyvenantiems žmonėms taip pat galioja prevencijos kanonai**. Ši antrinė prevencija kartais vadinama **pozityviąja prevencija** [227]. **Antrinė prevencija (profilaktika)** – visuma priemonių, kuriomis siekiama sustabdyti ligą ir išvengti komplikacijų. Pagrindinės priemonės – **ankstyvoji diagnostika ir veiksmingas gydymas** [228,229].

Pozityvioji prevencija svarbi, nes:

- **Užsikrėtę ŽIV asmenys platina infekciją.** Epidemiologine ir visuomenės sveikatos prasme, užsikrėtę ŽIV žmonės sudaro svarbiausią grupę, kurioje ŽIV prevencija būtina [230,231].
- **Daug svarbiau, kad savo rizikingą elgesį keistų būtent užsikrėtę ŽIV asmenys** [232,233].
- **Kai kurie užsikrėtę ŽIV žmonės ir toliau elgiasi rizikingai.** Sužinoję diagnozę dauguma užsikrėtusiųjų dažniau naudoja prezervatyvus ir taiko kitas saugesnių lytinių santykių ir narkotikų vartojimo priemones. Deja, laikui bėgant, dauguma vėl grįžta prie senųjų rizikingų lytinių santykių ir narkotikų vartojimo įpročių. Prevencija užsikrėtusiųjų grupėje galėtų padėti su ŽIV gyvenantiems žmonėms nuolat laikytis naujųjų saugesnio elgesio taisyklių. [234,235].
- **Užsikrėtę ŽIV žmonės turi teisę gyventi gerai.** Gyventi gerai esant užsikrėtusiam reiškia turėti saugesnius lytinius santykius (taisyklingai naudoti kokybiškus vyriškus ir moteriškus prezervatyvus ir mažinti lytinių partnerių skaičių) ir tuo pačiu saugotis dar sunkesnės infekcijos, t. y. naujo užsikrėtimo kitų padermių ŽIV virusais ar užsikrėtimo kita lytiškai plintančia liga [236,237, 238].

Pozityvioji prevencija labiausiai naudinga lytiškai aktyviems arba naudojantiems švirkščiamuosius narkotikus užsikrėtusiems ŽIV asmenims. Jie yra pozityviosios prevencijos tikslinė grupė. Sėkmingą pozityviąją prevenciją užtikrina **prevencijos, ŽIV tyrimų, gydymo ir paramos priemonių derinys.**

Ankstyvoji diagnostika.

Nežinodami, ar yra užsikrėtę ŽIV, pacientai nesikreips į sveikatos priežiūros įstaigas ir nebus gydomi, todėl gali toliau platinti ligą. JAV beveik pusei pacientų infekcija nustatoma vėlai, ŽIV ligai gerokai pažengus: AIDS jiems diagnozuojamas praėjus metams nuo ŽIV diagnozės [239]. JAV ligų kontrolės centras 2006 m. išleido naujas ŽIV infekcijų tyrimų rekomendacijas, kuriose reikalaujama visus sveikatos priežiūros įstaigų pacientus tirti dėl ŽIV [240]. Šiame ambicingame užsikrėtimo atvejų paieškos plane numatoma, kad medikai įtrauktų asmenis, kuriems diagnozuojama ŽIV infekcija, į sveikatos stebėsenos sistemą, kad šie galėtų pasinaudoti šiuolaikinio ŽIV gydymo teikiamais privalumais.

Britų ŽIV Asociacijos (angl. santr. *BHIVA*) 2006 m. atliktas tyrimas parodė, kad 24 proc. ŽIV užsikrėtusių asmenų **mirties priežastis buvo per vėlai nustatyta ŽIV diagnozė** [241]. Be to, buvo išsiaiškinta, kad **daugelis šių mirusių asmenų neseniai lankėsi pas medikus, bet ŽIV tyrimas jiems nebuvo atliktas** [242]. Nacionaliniai stebėjimo duomenys JK rodo, kad maždaug

trečdaliui visų ŽIV užsikrėtusių suaugusiųjų infekcija nediagnozuojama [243] ir kad maždaug 25 procentų naujai nustatytų asmenų kraujyje CD4 ląstelių mažiau kaip 200/mm^3 (vėlyvos diagnozės rodiklis).

Lietuvoje tik 3,9 proc. pacientų ŽIV infekcija diagnozuojama vėlyvoje ligos stadijoje (AIDS) ir tik 5,9 proc. naujai ŽIV nustatytų asmenų CD4 ląstelių skaičius yra mažesnis nei 200/mm3 [244]. **Tokie teigiami rezultatai pasiekti dėl geros prevencijos ir gydymo koordinacijos šalyje.** Vėlai diagnozavus ŽIV infekciją sergamumas ir mirtingumas didesni (194), antivirusininio gydymo efektyvumas mažesnis [245]. Žinantys apie savo užsikrėtimą pacientai elgiasi saugiau, ir ankstyva diagnozė sumažina ŽIV plitimą [246,247]. **Siekiant pagerinti sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą, nuo 2003 m. Lietuvoje visi sergantieji ŽIV liga ar virusų nešiotojai draudžiami privalomuoju sveikatos draudimu valstybės lėšomis** [248].

Tarptautinė lytiškai plintančių ligų sąjunga (angl. santr. *IUSTI*) kartu su PSO savo 2008 m. Europos ŽIV tyrimų rekomendacijose siūlo dėl ŽIV tirti visus dermatovenerologinių ir lytiškai plintančių ligų priežiūros paslaugas teikiančių gydymo įstaigų pacientus nuo 16 metų amžiaus. Rekomendacijose minima galimybė taikyti visuotinio pacientų tyrimo principą kitose medicinos įstaigose priklausomai nuo sveikatos būklės ir socialinių bei epidemiologinių sąlygų [249]. Žinoma, pacientams paliekama teisė atsisakyti tyrimo, reikalaujama užtikrinti konfidencialumą ir paaiškinti pacientams tyrimo esmę. **Lietuvoje būtina plėsti lytiškai plintančiomis ligomis sergančių pacientų konsultavimą ir tyrimą dėl ŽIV.**

Veiksmingas antiretrovirusinis (ARV) gydymas.

Tyrimais įrodyta, kad ARV gydymas veiksmingai mažina galimybę, kad ŽIV užsikrėtęs asmuo užkrės kitus [250,251,252], nes antiretrovirusiniai vaistai mažina ŽIV koncentraciją kraujyje ir kituose organizmo skysčiuose [253]. Granich matematinis modeliavimas parodė, kad jeigu penkerius metus dauguma ŽIV užsikrėtusiųjų būtų gydomi ARV vaistais, ŽIV sergamumas pasaulyje 2016 m. sumažėtų iki 1 atvejo / 1000 gyventojų arba jeigu tokia gydymo strategija būtų įgyvendinama 10 metų – ŽIV paplitimas per 50 metų sumažėtų iki 1 proc. [254].

Ketvirtadalis asmenų, kuriems nustatoma ŽIV infekcija, negauna reikiamų sveikatos priežiūros paslaugų [259], todėl tik 56 proc. pacientų, kuriems pagal JAV galiojančius nuostatus turėtų būti skiriami ARV vaistai, juos gauna. Įvairūs tyrimai JAV [256,257] ir Europoje [258,259,260,261] patvirtina, kad nepaisant įrodytos gydymo naudos **apie 25 proc. naujų pacientų, kurie pagal klinikinius požymius turėtų vartoti ARV vaistus, jų negauna.** Tai pasibaisėtina statistika prisimenant, kad nuo gydymo priklauso gyvenimo trukmė [262].

ŽIV infekcijos gydymo režimas – vienas iš sudėtingiausių nuolatinio gydymo režimų. Dažniausia specialistų praktikų (ar įvairių nevyriausybinių organizacijų ir farmacinių kompanijų lobistų) klaida yra ta, kad jie **rekomenduoja pacientą pradėti gydyti ARV vaistais neatsižvelgiant į jo pasirengimą gydytis**. Pradedant gydymą labai svarbu, kad pacientas norėtų, gebėtų ir būtų pasiruošęs pradėti vartoti ARV vaistus, nes **gydymo sėkmė tiesiogiai priklauso nuo režimo laikymosi**. Angliškoje literatūroje tai apibūdinama terminu *„adherence"* (ištikimybė, prisirišimas). **Nesilaikant gydymo režimo vystosi atsparūs vaistams virusai, todėl gydymo veiksmingumas mažėja, o jo kaštai didėja.** Kitų ligų atveju, pacientui suvartojant 70 proc. jam skirtų vaistų, manoma, kad gydymosi drausmė gera. ŽIV infekcijos atveju toks gydymosi drausmės rodiklis dažnai reiškia, kad gydymas nesėkmingas ir vystosi virusų atsparumas vaistams [263,264,265] **ŽIV infekcijos atveju, siekiant maksimaliai slopinti virusų dauginimąsi, būtina 95 proc. gydymosi drausmė.** Jei paciento gydymo režimą sudaro dvi vaistų dozės per parą, leistina pamiršti suvartoti ne daugiau kaip 2–3 vaistų dozes per mėnesį [266]. **Antivirusinio gydymosi drausmė reiškia, kad pacientas privalo vartoti tokią vaistų dozę, kokia paskirta, tuo laiku ir tokiu būdu kaip paskirta.**

Klinikinių ŽIV vaistų tyrimuose pasirodė, kad taikant monoterapiją (gydant vienu vaistu) teigiamas gydomasis poveikis jau po keturių savaičių beveik išnyksta [267] – būtent todėl, kad atsiranda vaistui atsparių virusų mutantų [268, 269]. Dėl selektyvaus antivirusinių vaistų spūdžio, šie mutavę vaistams atsparūs virusai sparčiai dauginasi toliau tuos vaistus vartojant [270].

Pradėjus taikyti labai aktyvų antivirusinį gydymą (angl. *highly active antiretroviral therapy* - HAART), atsirado galimybė ilgą laiką slopinti ŽIV replikaciją ir, tuo pačiu, ŽIV ligos progresavimą [271]**.** Įprastas agresyvus HAART režimas reiškia, kad pacientai visą laiką turi vartoti tris ir daugiau įvairių rūšių vaistų, pvz., dviejų nukleozidų atvirkštinės transkriptazės inhibitorių (NATI) klasės ir vieno proteazių inhibitorių (PI) klasės vaistų derinį, dviejų NATI klasės ir vieno nenukleozidų atvirkštinės transkriptazės (NNATI) klasės vaistų derinį ar kitokius panašius derinius. NATI, NNATI ir PI klasių vaistai trikdo ŽIV gyvenimo ciklą kuriame nors etape. Įrodyta, kad HAART gydymo metodas gali sumažinti aktyvių virusų kiekį tiek, kad jų net neįmanoma aptikti turimais kraujo tyrimų metodais. Deja, pasirodė, kad antiretrovirusinis gydymas labai trapus: atsparūs vaistams virusai kartais atsiranda jau po kelių trumpų gydymo epizodų. Tad netrukus naujai sukurta ginkluotė ŽIV dauginimuisi stabdyti pradėjo nykti.

ŽIV užsikrėtę antiretrovirusinius vaistus vartojantys pacientai dažnai pažeidžia nustatytą gydymo režimą, nors privalo jo laikytis: sudėtinga kiekvieną dieną vartoti kelis vaistus nustatyta tvarka ir reikiamu metu, be to, šie vaistai dažnai turi nemalonių pašalinių poveikių, pvz., sukelia pykinimą ir vėmimą. Nesilaikant antiretrovirusinio gydymo reikalavimų susidaro palankios sąlygos vystytis atspariems vaistams ŽIV [272]. Todėl stengiamasi nustatyti, kiek vaistų dozių galėtų praleisti pacientas, kad nepradėtų vystytis atsparumas. Pasirodė, tam tikros „atostogos be vaistų" leistinos, bet

kiekvieno vaisto atveju šios priimtinos pertraukos trukmė labai skiriasi, o po jos privalo būti griežtai vartojami visi paskirti vaistai. Praleistinų dozių skaičius, kad atsparumas padidėtų 50 kartų, svyruoja nuo 1 (vartojant zalcitabiną: pacientas gali nevartoti šio vaisto ne ilgiau nei 16 valandų, bet išgėrus vieną dozę vaisto kiekis kraujyje pasiekia 99 % buvusio iki pertraukos kiekio) iki 40 (vartojant nevirapiną tai atitinka 20 dienų pertrauką, bet buvusį iki pertraukos vaisto kiekį kraujyje iki 99% pavyksta pasiekti tik po 10 dienų nuosekliai vartojant vaistą) [273].

Neseniai atlikti 1990-2008 m. Lietuvoje cirkuliavusių ŽIV-1 virusų genotipų ir atsparumo antivirusiniams vaistams tyrimai parodė, kad tuo metu visų padermių ŽIV buvo jautrūs šiems vaistams [274]. Tai, kad nebuvo vaistams atsparių padermių virusų, galima aiškinti efektyvia prevencija ir kvalifikuotu komandiniu AIDS centro medikų, socialinių darbuotojų ir psichologų darbu, kuris sąlygojo vėlyvą epidemijos Lietuvoje pradžią, kai pacientai iš karto pradėti gydyti šiuolaikiniais veiksmingais antiretrovirusiniais vaistais ir gerai laikėsi gydymo režimo.

Neturintiems sveikatos draudimo ir stigmatizuojamiems didelės rizikos grupių atstovams, ypač narkotikų vartotojams, gydymas gali būti prieinamas sunkiau arba jie tiesiog nesilaiko gydymo režimo ir jį nutraukia. Tyrimai rodo, kad ŽIV užsikrėtę pacientai dažnai nesilaiko gydymosi režimo: vienas trečdalis pacientų per tris dienas praleidžia bent vieną vaistų dozę, vienas iš penkiolikos ŽIV infekuotų asmenų niekada nevykdo gydytojo nurodymų [275]. Švirkščiamų narkotikų vartotojai [276,277,278,279], etninių grupių atstovai [280,281] ir moterys [282,283,284] gauna antivirusinį gydymą rečiau, nors kai kurie duomenys yra prieštaringi [285,286,287,288,289,290]. Tarp negavusių gydymo daugiausia buvo pacientų, praleidusių daugiau nei du vizitus pas gydytoją, kurių CD4 ląstelių skaičius buvo <200/mm^3 arba virusų koncentracija ≥105 kopijų/mL. **Daugiau nei pusė pacientų, kurie niekada nevartojo ARV vaistų, negrįžo į ligoninę po pirmojo vizito pas gydytoją**. **Ambulatorinės priežiūros vengimas ir prasta lankymosi pas gydytoją drausmė – didžiausi ARV gydymo trukdžiai**. **Ar bus laikomasi gydymo režimo, priklauso nuo gydytojo ir paciento santykių, gydytojo darbo laiko patogumo ar geografijos, narkotikų ar alkoholio vartojimo, psichikos ligos (ypač depresijos), paciento švietimo, vaistų sukeliamo šalutinio poveikio** [291,292]. Kadangi narkotinių medžiagų vartojimas trukdo laikytis gydymo drausmės [293], gali būti tikslinga nukreipti psichotropinėmis medžiagomis piktnaudžiaujančius pacientus į priklausomybės gydymo programas ir atidėti ARV gydymą [294,295,296]. Pvz., Lietuvoje 2007 m. ARV gydymą nutraukė 7 pacientai (visi jie užsikrėtė ŽIV vartodami švirkščiamuosius narkotikus). Tai siejama su mažesne tikimybe, kad ARV gydymas bus skirtas švirkščiamų narkotikų vartotojams [297]. Lietuvoje iš visų ŽIV užsikrėtusių pacientų, gavusių ARV gydymą 2008 m. apie 40 proc., o 2012 m. apie 50 proc. buvo švirkščiamų narkotikų vartotojai (buvę arba esami). Teisingai vartojami ARV vaistai pagerina ŽIV infekuotų pacientų išgyvenimo galimybes. **ŽIV jau galime laikyti ne neišvengiamai mirtina, bet gerai valdoma lėtine, bet dar neišgydoma liga** [298,299]. **Apibendrinant galima pasakyti, kad jei pacientas niekada neužmiršta išgerti jam paskirtų vaistų – sėkmė beveik garantuota. Taisyklingai vartojant ARV vaistus, gydymas padeda stabdyti ŽIV plitimą** – t. y. mažėja virusų atsparumo išsivystymo galimybė ir virusų koncentracija organizme, o kartu ir tikimybė, kad bus užkrėsti kiti asmenys. **Šiai aplinkybei, ypač teikiant sveikatos priežiūros ir socialinės paramos paslaugas priklausomiems nuo psichotropinių medžiagų pacientams, Lietuvos AIDS centre buvo skiriamas išskirtinis dėmesys.**

Sveikatos priežiūros įstaigos turėtų stengtis pritraukti ir išsaugoti pacientus, toliau turi būti tiriama, kokios kliūtys skirtingoms gyventojų grupėms trukdo gauti gydymą, kodėl vos pradėjus pacientų sveikatos priežiūrą (tai kritinis etapas) **praleidžiami vizitai pas gydytoją ir vengiama ambulatorinės priežiūros** [300] **Dažnesnis bendravimas su atvejų vadybininkais didina galimybę gauti paramos paslaugas, sveikatos priežiūros įstaigoje pasilikusių gydytis ir ARV gydymą gaunančių pacientų skaičių** [301,302,303].

Koks bendrosios praktikos gydytojų vaidmuo?

Bendrosios praktikos (**BP**, arba šeimos gydytojas) gydytojo vaidmuo prižiūrint ŽIV užsikrėtusių ir AIDS sergančių žmonių sveikatą labai sudėtingas, nes itin sudėtinga pati liga. Ligai progresuojant pasireiškia įvairių sveikatos būsenų, kurioms gydyti būtina aukšta BP gydytojo kvalifikacija. BP gydytojai turi žinių ir įgūdžių, kaip prižiūrėti pacientus, sergančius įvairiomis lėtinėmis ligomis, kuriems būtinas nuolatinis gydymas, priežiūra ir parama. Specifinės ŽIV infekcijos ir AIDS medicinos žinios greitai kinta, ir BP gydytojui, turinčiam vieną ar du tokius pacientus, sunku sekti naujausių mokslo pasiekimus. Todėl naudinga būtų prižiūrėti tokius pacientus konsultuojantis su ŽIV/AIDS specialistais *(plačiau skaitykite [304])*.

Keturi bendrosios praktikos (šeimos) medicinos principai [305]:

8. **Gydytojo ir paciento santykiai svarbiausi BP gydytojo darbe:** lėtinių ligų bei sudėtingus sveikatos ir psichosocialinius klausimus geriau pavyksta spręsti bendrosios praktikos medicinai;
9. **BP gydytojas yra patyręs praktikas, visų sričių žinovas:** diagnozuojant retas ligas arba dažnas ligas su neįprastais požymiais dažnai reikia BP gydytojo įgūdžių, žinių ir įžvalgumo;
10. **BP gydytojas – savo pacientų autoritetas.** Tai ypač paranku ŽIV prevencijos ir tyrimo srityje, nes BP gydytojas geriausiai pažįsta kiekvieną šeimą;
11. **BP medicina yra bendruomenės dalykas:** žinios ir jų propagavimas, paslaugos ir parama ŽIV užsikrėtusiems,

AIDS pacientams, geras bendruomenės, kurioje pacientas gyvena ir dirba, pažinimas ir pacientų gydymas, ypač svarbus teikiant priežiūrą ŽIV užsikrėtusiems asmenims ir jų artimiesiems.

Daugelis BP gydytojų, susidūrę su pirmu ŽIV užsikrėtusiu ar AIDS sergančiu pacientu, labai išsigąsta, sunerimsta, susijaudina dėl patirties stokos. Bet BP gydytojai kasdien patenka į situacijas, kai trūksta išsamių klinikinių žinių ir specifinių įgūdžių, tačiau bendradarbiaudami su specialistais jie gali padėti ir paremti tokius pacientus. **ŽIV užsikrėtusio ir AIDS paciento priežiūra dažnai lyginama su vėžiu sergančio paciento priežiūra ir įvairiais šios ligos aspektais.**

Jei ŽIV/AIDS specialistai toli, ypač svarbu, kad BP gydytojas būtų lengvai pasiekiamas ir profesionaliai patartų. Mažuose miesteliuose ar kaimo vietovėse, kur nėra specialistų ir laboratorinių galimybių, šeimos gydytojui tenka atlikti gerokai daugiau funkcijų: reguliariai stebėti pacientus, padėti koordinuoti laboratorinius tyrimus (mėginių ėmimas, jų siuntimas ištyrimui). Dideliuose miestuose tai dažniau atlieka specialistai. Šeimos gydytojo vaidmuo svarbesnis padedant pacientui spręsti įvairius psichologinius bei socialinius klausimus ir laikytis terapinės disciplinos. **Lietuvoje turime ieškoti būdų, kaip skatinti ir kuo plačiau įtraukti bendrosios praktikos (šeimos) gydytojus į ŽIV infekcijos valdymą.**

Kai kurie pacientai baiminasi prisipažinti savo BP gydytojui, kad yra užsikrėtę ŽIV. Deja, dar ir šiuo metu būgštavimai, kad medicinos personalas paskleis žinią apie ŽIV infekciją, ir socialinės atstumties baimė, aplinkiniams sužinojus apie ligą, dažnai yra pagrįsti. Pacientas gali savo diagnozės nepranešti bendrosios praktikos gydytojui, tai daugiausia lemia paciento pasitikėjimas gydytoju ir konfidencialumo užtikrinimas. Tačiau informuoti savo gydytoją apie užsikrėtimą ŽIV būtų naudinga, siekiant užtikrinti gerą sveikatos priežiūrą pagal esamą sveikatos būklę. Viena vertus, BP gydytojas gali nuolat rūpintis pacientu, šiam susirgus ūmiomis, su ŽIV infekcija nesusijusiomis ir kitomis dažniausiai pasitaikančiomis ligomis. Kita vertus, gali prireikti BP gydytojo pagalbos, gydant su ŽIV infekcija susijusias ligas. Abiem atvejais būtina bendradarbiauti su specialistais ir žinoti paciento sveikatos būklę bei turėti žinių apie taikomą gydymą.

Nežiūrint į tai, kokiai tikslinei grupei galėtų būti priskirtinas ŽIV užsikrėtęs asmuo, visi patiria psichologinę įtampą, stresą dėl savo ateities, sveikatos ir kitų dalykų. Dėl ŽIV užsikrėtusiųjų psichologinių problemų gausos, geriau kai tokią pagalbą teikia profesionalus psichologas, kuriuo užsikrėtęs asmuo pasitiki. Tačiau kartais paprastas žmogiškas ŽIV užsikrėtusio kliento ir gydytojo, slaugytojos ar socialinio darbuotojo ryšys gali padėti sumažinti psichologinę įtampą, įveikti krizes ar padėti priimti racionalų sprendimą.

Apibendrinant galima pasakyti, kad **atvejo vadyba**, nors pats terminas nėra naujas, **inovatyvi ir progresyvi darbo paslaugų teikimo srityse, kur dalyvauja keletas sistemų, priemonė.** Klientui, kenčiančiam dėl nuolatinių sudėtingų problemų susivokti ir sėkmingai gauti paslaugas nepaprastai sunku ar net neįmanoma. Todėl atvejo valdymas yra puiki priemonė, gerinanti ne tik kliento naudojimosi paslaugomis galimybes, bet ir galinti pagerinti visos paslaugų teikimo sistemos funkcionavimą didinant paslaugų prieinamumą. JAV ir Europoje atlikti tyrimai leidžia teigti, kad **atvejo valdymas žymiai gerina galimybes naudotis esamomis paslaugomis, ir teigiamas poveikis jaučiamas jau per pirmuosius dvejus metus.**

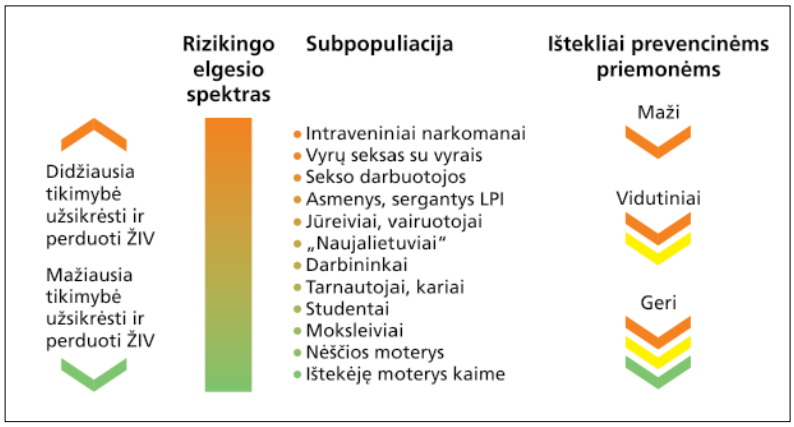
Be abejo, panacėjos nuo visų problemų nėra ir atvejo valdymas taip pat turi trūkumų. Vienas jų – vadinamasis **„perdegimo efektas“.** Pastebėta, kad ilgą laiką asmeniui gaunant paslaugas maždaug po dviejų metų nuo atvejo valdymo pradžios teigiamas poveikis mažėja ir grįžta į pradinį lygį. Vertinant klientų pasitenkinimą atvejo valdymo paslaugomis, taip pat nustatyta, kad, nors gaunamos paslaugos ir vadybininko darbas vertinami teigiamai, „geresnės gyvenimo kokybės“ klientai nepasiekia, nors būtent geresnė gyvenimo kokybė neretai laikoma paslaugų teikimo tikslu. Pastebimas ir gana paradoksalus trūkumas – nors atvejo valdymas gali padėti sumažinti sveikatos sistemos išlaidas arba asmens išlaidas sveikatos priežiūros paslaugoms, pati atvejo valdymo paslauga yra gana brangi ir finansiniu požiūriu tradicinė slauga naudingesnė.

Nepaisant kai kurių trūkumų, vis tik galima teigti, kad **keliant sau realistiškus tikslus atvejo valdymas gali padėti pagerinti kompleksinių paslaugų prieinamumą, jų teikimo kokybę ir atskiro žmogaus bei visos visuomenės sveikatą.**

Kompleksinės pagalbos teikimas Lietuvos AIDS centre pagal ŽIV valdymo modelį

Mes negalėjome sau leisti sėdėti kabinetuose sudėję rankas ir laukti, kol virusas išplis...

Pirmas iššūkis, su kuriuo susidūrėme prieš du dešimtmečius pradėję organizuoti ŽIV prevenciją Lietuvoje, – **šalyje nebuvo ne tik jokios darbo su tikslinėmis didelės rizikos grupėmis patirties, bet ir kontaktų su jomis, o sovietinė visuomenės sveikatos sistema neatitiko laikmečio poreikių ir naujos ligos iššūkių** (pav. 25). Nustatyti pavojingai dideli virusinių hepatitų B ir C atvejų skaičiai tarp švirkščiamų narkotikų vartotojų rodė, kad daug jų dalijasi švirkštimosi priemonėmis, todėl patekusi į šią specifinę ir uždarą bendruomenę ŽIV infekcija gali greitai paplisti. Negalėjome sau leisti sėdėti kabine-tuose sudėję rankas ir laukti, kol virusas išplis, žmonės pradės sirgti, ligoniai patys ateis pas mus, o mes užsiimsime vien jų registravimu. Remdamiesi šalių, kur ŽIV pradėjo plisti daug anksčiau, patirtimi patys ieškojome kontaktų su didelės rizikos užsikrėsti ŽIV žmonių grupėmis, stengėmės įgyti jų pasitikėjimą ir šviesti juos jų aplinkoje, kad patys galėtų apsisaugoti ir apsaugoti savo lytinius ar narkotikų vartojimo partnerius nuo ligų. **Turėjome sukurti rizikos grupei priklausančio asmens ar jau gyvenančio su ŽIV žmogaus poreikius atitinkančią ŽIV atvejo valdymo sistemą. Lietuvoje tai buvo visiškai naujo pobūdžio veikla, neturinti reikiamos darbo su didelės rizikos grupėmis teisinės bazės. Reikėjo nedelsiant plėtoti prevencines priemones, kurios AIDS centre buvo pradėtos įgyvendinti dar 1991m**.



Pav. 25. AIDS Programos išteklių galimybės ir priemonių efektyvumas.

PSO strateginės 2006–2010 m. laikotarpio kryptys ŽIV/AIDS srityje buvo pristatytos ir priimtos 59 Pasaulio Sveikatos Asamblėjoje 2006 metų gegužę. Pagrindinis tikslas – gerinti universalų atsaką. **PSO strateginiuose dokumentuose pateikiamas kompleksinis sveikatos sektoriaus atsako ŽIV prevencijos, gydymo, priežiūros ir paramos srityje modelis**. Šis modelis sistemingai ir efektyviai dirbant jau nuo 1991 metų buvo sėkmingai įgyvendinamas **Lietuvos AIDS centre, kur buvo teikiamos integruotos kompleksinio ŽIV infekuotų, priklausomų nuo psichoaktyvių medžiagų asmenų sveikatos priežiūros, socialinės ir psichologinės paslaugos**:

- **informavimas ir švietimas ŽIV/AIDS, lytiškai plintančių ir susijusių infekcijų bei narkotikų vartojimo prevencijos srityje** – švietimo skyrius, nemokama telefono linija ir internetas, konsultacinis kabinetas, anoniminis kabinetas, moterų sveikatos kabinetas, žalos mažinimo kabinetas, epidemiologinis skyrius, psichologinė socialinė reabilitacija (priklausomybės ligų skyrius);
- **ŽIV testavimas ir konsultavimas, lytiškai ir per kraują plintančių infekcijų diagnostika ir gydymas** – konsultacinis kabinetas, anoniminis kabinetas, moterų sveikatos kabinetas, žalos mažinimo kabinetas;
- **ŽIV plitimo lytiškai prevencija** (lytiškai plintančių infekcijų diagnostika ir gydymas, konsultavimas sau-gesnio lytinio elgesio klausimais; vyrai, turintys lytinių santykių su vyrais, lytines paslaugas teikiantys asmenys, ypač pažeidžiamas jaunimas)

– anoniminis kabinetas, moterų sveikatos kabinetas, žalos mažinimo kabinetas, konsultacinis kabinetas, švietimo skyrius;

- **ŽIV prevencija tarp švirkščiamų narkotikų vartotojų** (rizikos mažinimo informacija ir švietimas, sterilios švirkštimosi įrangos keitimas, motyvacija ir konsultavimas dėl priklausomybės ligų gydymo ir t.t.) – žalos mažinimo kabinetas ir psichologinė socialinė reabilitacija (priklausomybės ligų skyrius);
- **ŽIV prevencija iš motinos vaikui** – konsultacinis kabinetas, moterų sveikatos kabinetas, žalos mažinimo kabinetas, švietimo skyrius;
- **pozityvioji prevencija** – ŽIV plitimo lytiškai ir vartojant švirkščiamuosius narkotikus prevencijos priemonės žmonėms, gyvenantiems su ŽIV – konsultacinis kabinetas, švietimo skyrius;
- **su ŽIV gyvenančių asmenų ir jų lytinių ar narkotikų vartojimo partnerių klinikinė, laboratorinė ir epidemiologinė priežiūra, gydymas** (nuolatinė laboratorinė imunologinė ir virusologinė kontrolė, antiretrovirusinis gydymas, oportunistinių infekcijų profilaktika ir gydymas, koinfekcijų ŽIV ir TB, ŽIV ir VHC, ŽIV, TB ir VHC priežiūra) – konsultacinis kabinetas, laboratorija, epidemiologinis skyrius;
- **ŽIV poekspozicinė profilaktika** – konsultacinis kabinetas;
- **socialinių problemų sprendimas** – socialiniai darbuotojai;
- **psichologinių problemų sprendimas** – psichologai;
- **epidemiologinė ŽIV ir kitų LPI priežiūra ir analizė, duomenų teikimas PSO, Europos užkrečiamųjų ligų kontrolės centrui ir kt. tarptautinėms ir Lietuvos institucijoms –** epidemiologinis skyrius;
- **antros kartos epidemiologinės ŽIV stebėsenos (apima biologinę priežiūrą ir elgsenos monitoringą) diegimas –** epidemiologinis skyrius, laboratorija, konsultacinis kabinetas, moterų sveikatos kabinetas, žalos mažinimo kabinetas, anoniminis kabinetas, švietimo skyrius;

Priklausomiems nuo narkotikų žmonėms reikia tiek sveikatos priežiūros, tiek ir socialinės pagalbos. **Tokios pagalbos pavyzdžiu ir tapo Lietuvos AIDS centras (LAC), kur bet kurios rūšies pagalba rizikos grupės žmonėms ir ŽIV infekuotiems asmenims buvo sutelkta vienoje institucijoje**. Žemo slenksčio paslaugos narkotikų vartotojams, prostitucija besiverčiantiems asmenims, vyrams, turintiems lytinių santykių su vyrais, ir užsikrėtusiems ŽIV reiškia, kad paslaugas maksimaliai priartinome prie vartotojų, kad paslaugos būtų lengvai prieinamos ir jie nebijotų kreiptis. **Šių paslaugų prieinamumas veikia kaip prevencinė priemonė, todėl apsaugo visuomenę ir individus nuo užsikrėtimo infekcinėmis ligomis.**

Kadangi Lietuvoje dauguma ŽIV užsikrėtusiųjų – narkotikų vartotojai (apie 70-80 proc.), socialinis darbas su šiais asmenimis yra itin susijęs su priklausomybių sukeliamų problemų sprendimu (asmens dokumentų, pragyvenimo šaltinio, darbo, pastovios gyvenamosios vietos neturėjimas, nusikalstama veikla ir kt.). Neturėdami asmens dokumentų, šie asmenys negali gauti socialinių ir sveikatos paslaugų, todėl jų gyvenimo kokybė blogėja, didėja atskirtis. Siekiant padidinti sveikatos ir socialinių paslaugų prieinamumą rizikos grupių asmenims, Lietuvoje, kaip ir kitose pasaulio šalyse, **steigiami žemo slenksčio paslaugų kabinetai, kur gali kreiptis ir neturintys asmens dokumentų asmenys ar anonimiškai. Lietuvos AIDS centre šią veiklą pradėjome pirmieji šalyje ir inicijavome teisinės bazės projektus.**

Lietuvos AIDS centre ryšiai su narkotikų vartotojais užmegzti ir adatų keitimas pradėtas 1991 metais. Žemo slenksčio kabinetas prostitucija besiverčiančioms moterims (pastaruoju metu dažnai naudojamas mažiau stigmatizuojantis terminas sekso darbuotojos, o terminas „komercinio sekso“ darbuotojos kritikuotinas, nes suponuoja legalios veiklos prielaidą) ir narkotikų vartotojams įsteigtas 1998 m. siekiant pagerinti paslaugas ŠNV ir sumažinti ŽIV ir LPI plitimą tarp ŠNV, prostitucija besiverčiančių moterų ir jų lytinių partnerių. LAC darbuotojai dėjo daug pastangų, kad **„žemo slenksčio“ paslaugos narkotikų vartotojams būtų teisiškai reglamentuotos** [306]. Visos paslaugos buvo teikiamos nemokamai ir anonimiškai, visus apsilankymus registruojant kompiuteryje pagal lankytojo pasirinktą slapyvardį ar kodą, nereikalaujant jokios išankstinės registracijos, buvo priimami net apsvaigę nuo narkotikų pacientai.

Informuodami, šviesdami ir konsultuodami narkotikų vartotojus daugiausia dėmesio skyrėme su narkotikais susijusios žalos mažinimui. Buvo dalijama informacinė medžiaga apie žalos mažinimą, galinti išmokyti „saugesnių“ švirkštimosi metodų, perdozavimo prevencijos ir taisyklingo prezervatyvų naudojimo. Ši medžiaga dažnai itin priimtina tikslinėms grupėms kultūros požiūriu ir susilaukia jų pritarimo, ji didina informuotumą, keičia požiūrį, ir, lankytojų žodžiais, skatina keisti elgseną arba planuoti ją keisti ateityje [307],[308],[309].

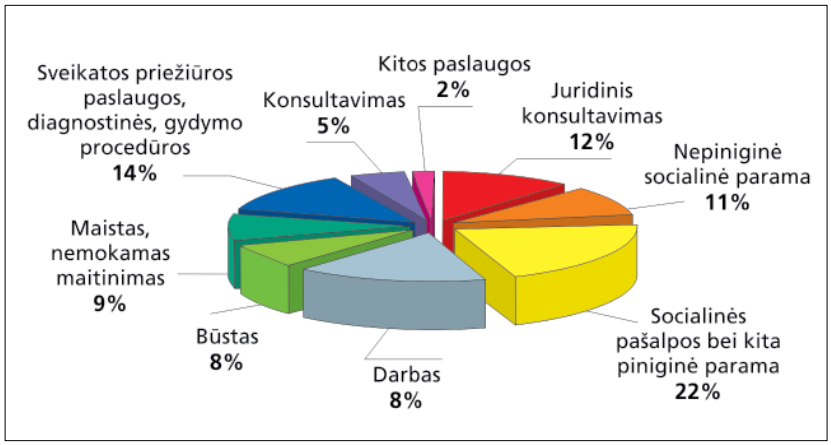
Nors įrodyta, kad **savanoriškas konsultavimasis ir tyrimasis yra veiksminga strategija skatinant narkotikų vartotojų elgsenos pokyčius, jo sėkmė priklauso nuo kokybiško konsultavimo prieš laboratorinį tyrimą ir po jo ir siuntimo bei atvykimo į sveikatos priežiūros įstaigas gydytis nuo ŽIV ir kitų lytiškai plintančių infekcijų** [310]. Šiai aplinkybei LAC buvo skiriamas ypatingas dėmesys.

Per dešimt Lietuvos AIDS centro „žemo slenksčio“ paslaugų narkotikų vartotojams kabineto veiklos metų iš viso kabinete registruoti 3275 asmenys, vartojantys švirkščiamuosius narkotikus. Iš jų 4 proc. (138 asmenys) užsikrėtę ŽIV. Per visą laikotarpį tik 4 asmenims nustatyta

serokonversija (pirmo apsilankymo metu laboratorinio tyrimo rezultatas buvo neigiamas, o vėliau – teigiamas). 74,7 proc. buvo užsikrėtę hepatito C virusu, 76,6 proc. kabineto lankytojų vyrai, 47 proc. turėjo vidurinį išsilavinimą, 81 proc. niekur nedirbo, 64 proc. praeityje kalėjo už įvairius su narkotikų įsigijimu ar vartojimu susijusius nusikaltimus.

1999 metais atlikti kabineto lankytojų elgesio tyrimai parodė teigiamus elgesio pokyčius: pastarąjį mėnesį, palyginus su paskutiniais 6 mėnesiais, du kartus padidėjo švirkščiamuosius narkotikus vartojančių asmenų, nesidalijančių adatomis ir švirkštais su kitais, skaičius, tris kartus padidėjo tik sterilius švirkštus ir adatas naudojusiųjų skaičius, tris kartus padidėjo švirkščiamus narkotikus vartojusių asmenų, kurie neišmesdavo nešvarių adatų ir švirkštų, nesidalijo jais su kitais ir neparduodavo jų kitiems, skaičius. Kabineto veikla buvo įtraukta į JT AIDS programos geros praktikos pavyzdžius [311]. 2005 metų duomenimis 27 kabineto lankytojai metus laiko ir ilgiau nebevartojo narkotikų.

LAC žalos mažinimo kabinete 2005 metais **apklausta 70 iš įkalinimo įstaigų grįžusių užsikrėtusių ŽIV asmenų** (42 vyrai ir 28 moterys) [312]. Tyrimo dalyvių amžius svyravo nuo 18 iki 52 metų, amžiaus vidurkis – 28,7 metų. Visi toliau švirkštėsi narkotikus: 63 proc. – opiatus, 37 proc. – opiatus ir kitus raminamuosius. 60 proc. švirkštėsi narkotikus 5–6 kartus per dieną, 46 proc. dalijosi su kitais švirkštais ir adatomis. Respondentų atsakymai į tyrimo klausimus dėl jiems teikiamų socialinių paslaugų prieinamumo patvirtino, kad net 80 proc. respondentų negavo jokios socialinės pagalbos, materialinės paramos, nedalyvavo narkomanijos prevencijos ir reabilitacijos programose. Pageidaujamų socialinių paslaugų poreikis nurodytas pav. 26.



Pav. 26. Iš įkalinimo įstaigų grįžusių ŽIV infekuotų asmenų pageidaujamos socialinės paslaugos.
Šaltinis: Lietuvos AIDS centras, 2006 m.

Atsakymai į tyrimo klausimus apie socialinių paslaugų poreikį patvirtina, kad ypač svarbu užtikrinti šios asmenų grupės konsultavimą tokiais jiems svarbiais klausimais kaip socialinės paramos ar pašalpų gavimas, įsidarbinimo lengvatos, valstybės garantuojamos nemokamos sveikatos priežiūros paslaugos, pagalbą galinčių suteikti valstybinių įstaigų funkcijos. Būtina (pageidaujama) respondentų nurodyta socialinė paslauga – pagalba įsidarbinant, jų profesinis perkvalifikavimas ir konsultavimas.

Teikdami žemo slenksčio paslaugas nesiekėme sukurti nuolaidžiavimo atmosferos narkotikus vartojantiems asmenims, o narkotikų vartojimo prevencinės kompanijos turi būti vykdomos ir toliau. Siekėme dirbti su tais, kurie vis tiek vartos narkotikus, ką besakytume. Todėl **turime siekti, kad narkotikus vartojantys asmenys lankytųsi mūsų tarnybose ir kad galėtume keisti jų elgesį, kad jie neplatintų ligų**. Kartu po truputį galėsime kalbinti juos ateiti gydytis nuo priklausomybės. Bet jeigu visiškai nepalaikysime ryšio su narkotikus vartojančiais asmenimis, tai neturėsime ir galimybės daryti įtakos jų elgesiui. Pagalbos centruose narkomanai turi jaustis saugūs, kad atėję pagalbos nebus suimti policijos. Priešingu atveju, jeigu narkotikų vartotojai bijos suėmimo, jie nesilankys mūsų centruose.

Adatų ir švirkštų keitimas savaime nėra išeitis. Tai priemonė, o ne tikslas. Svarbu, kad narkotikų vartotojai suprastų, koks elgesys yra rizikingas ir keistų elgesį kuo labiau mažindami riziką. Žinoma, **sistemingai turime siekti ilgalaikio tikslo – atsisakyti injekcijų, o vėliau – ir bet kokio narkotikų vartojimo.** Tačiau reikia pragmatinio mastymo ir suprasti, kad tokiems pasikeitimams reikia labai daug laiko, o mes negalime sėdėti ir laukti, kol išplis ŽIV ar atsitiks kiti blogi dalykai.

Diegiant žemo slenksčio paslaugas, svarbu suvokti, kad negalima tiesiog įsteigti žemo slanksčio kabinetų, išspręsti problemą ir juos uždaryti. Net pasiekus santykinai gerų rezultatų, pristabdžius infekcijų plitimą sustoti nevalia. Būtina dirbti toliau mažinant riziką ir šviečiant jaunus žmones. Paslaugos narkotikų vartotojams, jiems teikiama informa-cija apie infekcinių ligų prevencijos priemones ir specialios paslaugos (gydymas nuo priklausomybės) padeda kontroliuoti narkotikų padėtį ir mažinti su narkotikų vartojimu susijusį nusikalstamumą.

1992 metais įkurta Lietuvos AIDS centro priklausomybės ligų reabilitacijos bendruomenė (pirmoji šalyje) išaugo į efektyviai veikiantį gydymo ir metodologijos centrą, paskatinusį reabilitacijos įstaigų plėtrą Lietuvoje.

Pagrindiniai priklausomų asmenų reabilitacijos centro tikslai – padėti žmonėms, norintiems išmokti gyventi

blaiviai, ir sukurti mokymo bazę priklausomybių prevencijos bei gydymo specialistams. Gydymo ir reabilitacijos programa buvo rengiama pagal DAYTOP (lygtinai nuteistų priklausomų nuo narkotikų jaunų žmonių gydymo) ir Minesotos programas, pritaikius jas mūsų sąlygoms. Programos tikslas – siekti priklausomo asmens mąstymo ir elgsenos pasikeitimo, formuojant sveiko ir blaivaus gyvenimo įgūdžius. Reabilitacijos kurso trukmė – 14 mėn., reabilitacijos centre turėjome 14 vietų.

Per daugiau kaip 15 metų LAC reabilitacijos bendruomenėje gydymo ir reabilitacijos programoje dalyvavo 194 nuo narkotikų priklausomi žmonės, iš kurių 98 (50,5 proc.) sėkmingai baigė programą, 26 visos programos nebaigė, bet narkotikų atsisakė (13,4 proc.). **Tokiu būdu, viso įsidarbino, nevartojo narkotikų ir gyveno socialų gyvenimą 71,1 proc. pacientų, o tai itin geras rezultatas,** atitinkantis senas tradicijas turinčių, užsienyje pripažintų nuo narkotikų priklausomų asmenų reabilitacijos bendruomenių darbo efektyvumą [313].

Per LAC reabilitacijos bendruomenės darbo laikotarpį įvyko daug reikšmingų pakitimų:

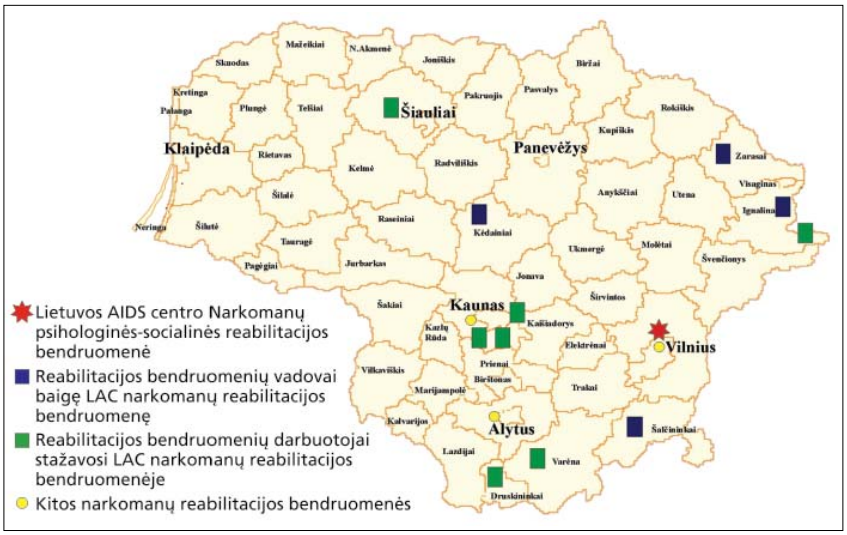
- narkotikų problema nemažėja, tačiau keitėsi narkotikus vartojančių asmenų psichosocialinės ir demografinės charakteristikos;
- keitėsi narkotikų kontrolės politika;
- keitėsi priklausomybės ligų gydymo suvokimas;
- susikūrė daugiau ilgalaikės priklausomų asmenų reabilitacijos centrų.

2008 metais Lietuvoje veikė 17 reabilitacijos centrų, prie kurių kūrimo metodinėmis rekomendacijomis svariai prisidėjo Lietuvos AIDS centro specialistai (pav. 27)**.** Keturi dideli priklausomybių reabilitacijos centrai („Meikštų dvaras“, „Vilities Švyturys“, „Apsisprendimas“, „Senoji Varėna“) įkurti asmenų, sėkmingai baigusių AIDS centro bendruomenę.

Per visus šiuos metus patys bendruomenės specialistai įgavo daug patirties bei žinių, sukaupė pakankamai intelektualinių ir praktinių resursų, kurie leido jiems sukurti mokymo bazę priklausomybių srityje dirbantiems konsultantams ir specialistams. Bendruomenės specialistai aktyviai dalyvavo kuriant įvairią metodinę medžiagą narkotikų vartojimo prevencijai. Lietuvos AIDS centro priklausomybės ligų reabilitacijos bendruomenės specialistų pastangomis buvo išleistos „Stacionarinės narkomanų psichologinės socialinės reabilitacijos metodinės rekomendacijos“, kuriomis remiasi šiuo metu Lietuvoje veikiančios ilgalaikės narkomanų reabilitacijos įstaigos [314]. Bendruomenės specialistai sukauptą informaciją ir metodinę medžiagą teikė naujoms reabilitacinėms bendruomenėms ir socialiniams darbuotojams, psichologams, priklausomybių konsultantams. Specialistai aktyviai dalyvavo tarpžinybinėje veikloje, palaikydami ryšius su nevyriausybinėmis organizacijomis, valstybinėmis įstaigomis, darbo birža, teisėsaugos institucijomis, teikiančiomis paslaugas priklausomybės ligomis sergantiems asmenims.

Atlikta **ekonominio efektyvumo analizė parodė**, **kad LAC Priklausomybės ligų reabilitacijos bendruomenė,** turėjusi 14 vietų ir dirbusi kompleksiniu principu, **padėjo biudžetui sutaupyti iki 1 mln. litų per metus.** Atsižvelgiant į tai, kad vienam priklausomam nuo narkotikų asmeniui per dieną reikėjo apie 130 Lt. narkotinėms medžiagoms įsigyti, paskaičiuota, kad negydomas vienas priklausomybės ligomis sergantis asmuo, per metus padarydavo 50 000 – 60 000 Lt. žalą, tuo tarpu paslaugos ilgalaikėje reabilitacijos įstaigoje – nesudarė nė pusės šios sumos (23 000 Lt. per metus). Reikia pabrėžti, kad ši socialinės žalos suma sąlyginė, kadangi tikslią sumą apskaičiuoti nepaprastai sunku: juodojoje rinkoje norint užsidirbti 130 Lt. narkotinėms medžiagoms neretai reikėjo pavogti daiktų, kurių vertė gerokai viršija šią sumą. Taip pat sunku apskaičiuoti atsirandančias dėl platinamų ŽIV ir kitų infekcijų, teisėsaugos sistemos, teismo darbo išlaidas ir pan. LAC psichosocialinės reabilitacijos skyrius nuo įsteigimo dienos sutaupė daugiau nei 14 mln. Lt.

Akivaizdu, kad pažeidžiamos rizikos grupės išlaikymas gula ant visos visuomenės ir valstybės pečių. Dėl to būtina žvelgti plačiau į esamas problemas ir mėginti jas spręsti kompleksiniu, į rizikos grupes orientuotu būdu. 2005–2008 m. dalyvaudamas Europos Bendrijų iniciatyvos EQUAL projekte Lietuvos AIDS centras kartu su pagrindiniu partneriu Lietu-



Pav. 27 Lietuvos AIDS centro įtaka narkomanų reabilitacijos bendruomenių plėtrai Lietuvoje.

Šaltinis: Lietuvos AIDS centras, 2009 m.

vos pagalbos narkomanams fondu subūrė nevyriausybinių organizacijų, valstybinių ir privačių institucijų tinklą ir kartu **kūrė bei realiai įgyvendino kompleksinio priklausomybės nuo psichiką veikiančių medžiagų gydymo ir reabilitacijos sistemą.** Tai pirmasis ir kol kas vienintelis realus kompleksinio paslaugų teikimo modelis, įgyvendintas Lietuvoje ir daręs poveikį šalies narkotikų politikai: vykdant projektą LR Seime buvo sudaryta darbo grupė, parengusi kompleksinio priklausomybės gydymo įstatymo, apibendrinančio galiojančius teisės aktus, projektą. **Vykdomas darbas neapsiribojo vien praktine veikla, siekta ir didesnių visos sistemos pokyčių.**

Pradėjus nuo per kraują plintančių ligų prevencijos, nesunku išplėsti lytiškai plintančių ligų prevencijos paslaugas (ar atvirkščiai), nes pažeidžiamosios grupės persipina: yra narkotikus vartojančių asmenų, prostitucija besiverčiančių moterų ir vyrų, yra ir narkotikų vartotojų kartu teikiančių mokamas sekso paslaugas bei jų lytinių partnerių.

Tai supratę pirmieji šalyje įdiegėme anoniminį lytiškai plintančių infekcijų (LPI) gydymą. LPI anoniminis kabinetas Lietuvos AIDS centre veikė nuo 1991 m. ir buvo įsteigtas kaip alternatyva veikiančioms venerologinėms struktūroms, kuriose tuo metu buvo taikomas prievartinis LPI tyrimas ir gydymas. Šio kabineto įsteigimo būtinumą patvirtino ir mokslinėje literatūroje skelbiami tyrimų duomenys.

ŽIV infekcija – lytiškai plintanti liga, o sergamumas LPI didina ŽIV riziką.

Pirma, ŽIV neužsikrėtęs, tačiau kitomis LPI sergantis asmuo 2-5 kartus labiau rizikuoja užsikrėsti ŽIV, nes pažeista lyties takų gleivinė (ypač žaizdos) ir su LPI susijęs imuninis atsakas palengvina ŽIV patekimą į organizmą.

Antra, ŽIV užsikrėtęs ir kitomis LPI sergantis asmuo lengviau perduoda ŽIV neužsikrėtusiam partneriui.

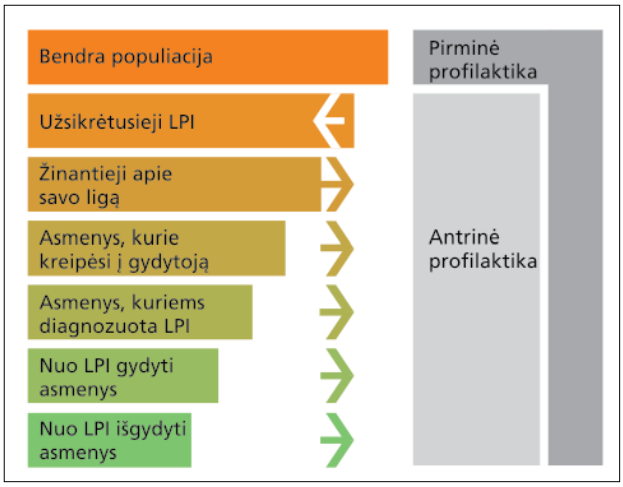
Trečia, ŽIV užsikrėtęs asmuo lengviau užsikrečia kitomis LPI. **Ši „epidemiologinė sinergetika" gali būti staigaus ŽIV atvejų daugėjimo tam tikrose grupėse priežastis** [315]. Nustatyta, kad ŽIV užsikrėtusių ir gonorėja sergančių vyrų spermoje ŽIV koncentracija yra aštuonis kartus didesnė nei vyrų, užsikrėtusių ŽIV, bet nesergančių kitomis LPI. Išgydžius LPI, ŽIV koncentracija spermoje sumažėjo ir nedaug kuo skyrėsi nuo LPI nesergančių vyrų. Tai rodo, kad **LPI didina ŽIV užkrečiamumą,** o ŽIV užsikrėtusiems asmenims nustatant ir gydant LPI mažinama ŽIV transmisijos rizika [316]. Antrinė LPI prevencija tampa pirmine ŽIV prevencija.

Bendri lytiškai plintančių infekcijų profilaktikos uždaviniai pavaizduoti pav. 28. Vien 2008 m. AIDS centro anoniminiame kabinete apsilankė 2200 asmenų, pakartotinai apsilankė 738 (viso 3854). 2008 m. nustatyti 502 uždegiminiai urogenitaliniai susirgimai. Apie 28 proc. visų apsilankiusių

Lentelė 2. Lietuvos AIDS centro anoniminio kabineto veiklos duomenys 1991 – 2008 m.
LAC anoniminis kabinetas – vienintelė vieta šalyje, kur buvo teikiamos nemokamos paslaugos didelės rizikos ŽIV užsikrėsti galintiems asmenims. 2008 m. net 40 proc. visų registruotų gonorėjos, 30 proc. chlamidiozės, 22 proc. sifilio atvejų Vilniaus mieste buvo išaiškinta šiame kabinete (pav. 29).

Metai	Viso apsilankė	Pirminiai apsilankymai	ŽIV	Sifilis	Gonorėja	Kiti genitalijų uždegiminiai procesai	Bendra patologija
1991	472	231	-	3	21	115	139 (60,2%)
1992	2265	998	-	3	95	453	551 (55,2%)
1993	2887	1100	1	14	110	434	559 (50,8%)
1994	3670	2062	-	35	215	1147	1397 (67,7%)
1995	3178	2068	-	49	127	997	1173 (56,7%)
1996	4013	2507	-	48	99	1415	1562 (62,3%)
1997	3822	2975	-	21	53	1160	1234 (41,5%)
1998	5027	3018	-	16	40	1037	1093 (36,2%)
1999	4851	3067	-	8	28	1241	1277 (41,6%)
2000	4432	2882	1	9	35	991	1036 (35,9%)
2001	4808	2991	-	10	32	1129	1171 (39%)
2002	4641	2946	-	9	29	1192	1230 (41,8%)
2003	5062	3120	1	7	25	1387	1420 (45,5%)
2004	4330	2723	-	8	19	1115	1142 (41,9%)
2005	4369	2916	-	4	39	1032	1075 (36,9%)
2006	3805	2378	-	17	42	892	951 (40%)
2007	3426	2250	-	14	43	860	917 (40,8%)
2008	3854	2200	-	26	84	502	612 (27,8%)

asmenų nustatyta LPI (lentelė 2). **2008 m. LAC anoniminiame kabinete (jame dirbo du gydytojai ir slaugytoja!) buvo nustatyta 13,4 proc. visų Lietuvoje registruotų naujų lytiškai plintančių infekcijų atvejų**.



Pav. 28. Lytiškai plintančių infekcijų profilaktikos bendri uždaviniai

Lietuvos AIDS centro moterų sveikatos kabinetas buvo įkurtas 1998 m. Šis kabinetas buvo įsteigtas tam, kad prostitucija besiverčiančios moterys, kurios priklauso didelės rizikos grupei, gautų tinkamas, prieinamas ir priimtinas paslaugas. Teikėme socialinę, psichologinę, teisinę ir medicininę pagalbą. Per visą dešimties metų darbą šiame kabinete įregistruota daugiau nei 600 moterų, teikusių lytines paslaugas. 2008 m. Vilniaus stoties rajone aktyviai prostitucija vertėsi apie 200 moterų. Pagrindinis veiksnys, skatinantis mo-teris teikti lytines paslaugas yra narkotikai. Kabinete moterys galėjo išsitirti dėl ŽIV ir kitų lytiškai plintančių infekcijų, visoms buvo skiriamas gydymas ir kontroliuojama gydymo eiga. Pagrindinės šioje rizikos grupėje plintančios ligos – sifilis, gonorėja, chlamidiozė, ŽIV, virusiniai hepatitai C ir B.

LAC moterų sveikatos kabinete buvo organizuojami socialinės kompetencijos lavinimo kursai, kurių tikslas buvo padėti moterims integruotis į visuomenę, sudaryti prielaidas elgesio ir gyvenimo būdo keitimui. Per visus darbo metus virš 50 moterų pakeitė gyvenimo būdą, atsisakė prostitucijos.

2005 m. apklausę 200 lytines paslaugas Vilniaus mieste teikiančias moteris apie jų lytinio gyvenimo ypatumus nustatėme, kad 25,6 proc. pradėjo verstis prostitucija 14-16 metų amžiaus. Lytinius santykius pradėjo vidutiniškai 15,4 metų amžiaus. Prievartinius pirmuosius lytinius santykius turėjo 37,7 proc. apklaustųjų [317].

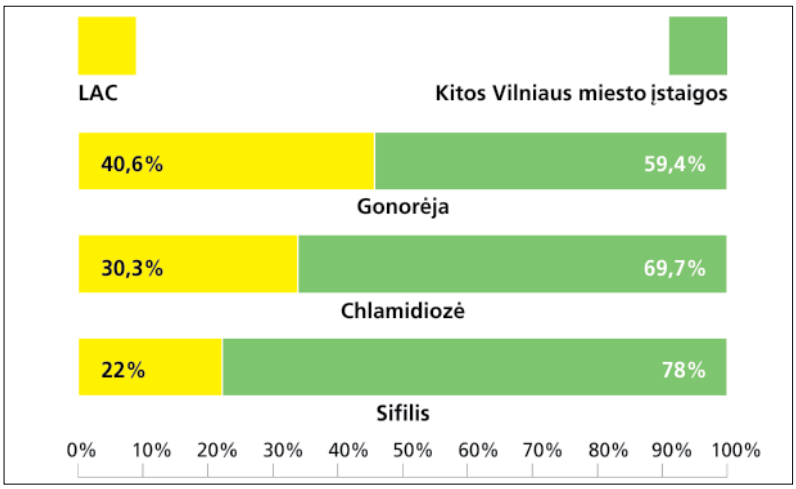
LAC socialinių ligų konsultavimo kabinete 2008 m. apsilankiusios prostitucija besiverčiančios moterys buvo tirtos dėl LPI anoniminiame kabinete (n=71) (lentelė 3).

Lentelė 3. Prostitucija besiverčiančių moterų tyrimas dėl LPI anoniminiame kabinete 2008 m.

Patologija	Atvejų skaičius (skaičius procentais)
ŽIV infekcija	-
Hepatitas C (AntiHCV(+))	16 (22,5)
Hepatitas B (HBsAg (+))	8 (11,3)
Sifilis	4 (5,6)
Gonorėja	14 (19,7)
Genitalijų chlamidiozė	6 (8,5)

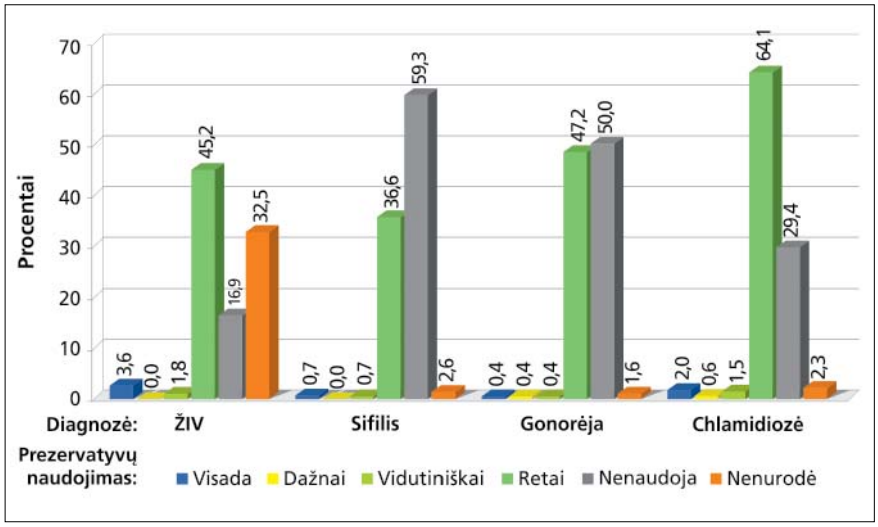
Vyrų lytiniai santykiai su vyrais, ypač pro išangę be prezervatyvo, kelia daug didesnę riziką užsikrėsti ŽIV nei santykiai pro makštį. Įvairių tyrimų duomenimis [318,319], santykius pro išangę praktikuoja nuo 30 iki 80 proc. **vyrų, turinčių lytinių santykių su vyrais** (**VSV**, angliškas trumpinys *MSM – men who have sex with men*). **Pagrindinis ŽIV profilaktikos tikslas tarp VSV** — sumažinti bendrą lytinių partnerių skaičių ir padidinti prezervatyvų bei lubrikantų naudojimą lytiškai santykiaujant. ULAC duomenys aiškiai rodo, kad, pastoviai naudojant prezervatyvus lytinių santykių metu, užsikrėtimo ŽIV ir kitomis LPI tikimybė mažėja (pav. 30).

Sveikatos priežiūros įstai-goms sunku juos pasiekti ir sudėtingiau šiuos asmenis stebėti dėl išankstinio visuomenės nusistatymo ir galimos diskriminacijos baimės. Norint išspręsti jų pasiekiamumo problemą rekomenduojama **pasitelkti tos pačios orientacijos konsultantus ar steigti atitinkančius šios grupės sveikatos poreikius anoniminius konsultacijų kabinetus**, siūlančius anonimiškai išsitirti dėl ŽIV ir kitų infekcijų [320].



Pav. 29. LAC anoniminiame kabinete nustatytų LPI atvejų dalis iš visų registruotų Vilniaus mieste 2008 m.
Šaltinis: Lietuvos AIDS centras, 2009 m.

Nuo 2000 m. įkurtas Lietuvos AIDS centro Tikslinių grupių sveikatos kabinetas homoseksualiems ir biseksualiems asmenims. **Tikslinių grupių sveikatos kabineto tikslai** – sumažinti ŽIV/AIDS ir kitų LPI plitimą tarp homo/biseksualios orientacijos asmenų, mažinti asmeninio pažeidžiamumo, aplinkos poveikio rizikos, didinti atsparumo ir apsisaugojimo veiksnius. Žmonių, panašių tarpusavyje pagal amžių, socialinę padėtį, išsilavinimą ir / ar kultūrinius įpročius, informavimas (angl. terminas ***peer education***) skatina teigiamą šių žmonių elgesį. Buvo teikiamos konsultacijos prieš ir po ŽIV tyrimus, aptariama rizika konkrečiu atveju (amžius, socialinė padėtis, gyvenamoji aplinka, lytinių partnerių kaita, lytinių santykių pobūdis ir pan.), nustatomas reikiamos pagalbos poreikis (gydytojo, psichologo konsultacijos, šeimos palaikymo, artimų draugų supratingumo ir pan.), buvo teikiama informacija apie ŽIV ir kitas LPI, jų plitimo būdus, rizikos veiksnius, priklausančius nuo paties asmens, nuo individo aplinkos ir apsisaugojimo metodus, apie stigmą, sąlygas atsiverti (taip pat ir gydytis), kalbama apie baimę (užsikrėtimas ŽIV ar kita problema – narkotikų vartojimas ar lytiniai santykiai), sudaromos sąlygos homo/biseksualiems asmenims išsitirti dėl ŽIV ir kitų lytiškai plintančių ligų, teikiama informacija dėl tolesnio bendradarbiavimo ar pagalbos suteikimo. **Siekiant užmegzti glaudesnius ryšius su šia tiksline grupe, buvo naudojami** interneto puslapiai, pažinčių svetainės, skirtos homo/biseksualiems asmenims, juose teikiama informacija apie kabinetą, jo veiklą, teikiamas paslaugas. Buvo rengiami individualūs susitikimai, dalinami informaciniai leidiniai ir vykdomos akcijos (žinių konkursai, dalinamos apsaugos priemonės, raginama atlikti ŽIV testą) klubuose, skirtuose homo/biseksualiems asmenims, vyrų paplūdimiuose.



Pav. 30. Užsikrėtusių ŽIV infekcija (N=166), sifiliu (N=273), gonorėja (N=248) ir chlamidioze (N=343) prezervatyvų naudojimas 2011 m.
Šaltinis: Užkrečiamųjų ligų ir AIDS centras, 2012 m.

LAC anoniminiame kabinete 2008 m. dėl LPI buvo ištirti 84 vyrai, turiėję lytinių santykių su vyrais (lentelė 4).

Lentelė 4. Vyrų, turinčių lytinių santykių su vyrais, tyrimai dėl lytiškai plintančių infekcijų Lietuvos AIDS centro anoniminiame kabinete 2008 m.

Patologija	Atvejų skaičius (skaičius procentais)
ŽIV infekcija	-
Hepatitas C (AntiHCV(+))	1 (0,84)
Hepatitas B (HBsAg (+))	4 (4,8)
Sifilis	7 (8,3)
Gonorėja	3 (3,6)
Genitalijų chlamidiozė	15 (17,9)
Uretritai	20 (23,9)

Naujausios informacijos apie LPI ir ŽIV/AIDS epidemiologinę situaciją ir duomenis apie nustatytus LPI (sifilio, gonorėjos, chlamidiozės) ir ŽIV sukėlėjus galima rasti Užkrečiamųjų ligų ir AIDS centro (ULAC) ataskaitose. Paskutinės ataskaitos prieduose pateikiami statistiniai duomenys apie sergamumą 2008–2010 m. lytiškai plintančiomis infekcijomis Lietuvoje ir duomenys apie nustatytus LPI sukėlėjus bei ŽIV pagal apskritis [321].

Dabartinė kovos su ŽIV plitimu strategija siekia visus ŽIV užsikrėtusius pacientus įtraukti į sveikatos priežiūros programas, suteikiant jiems prevencijos, švietimo ir gydymo paslaugas (pav. 22) [322]. Atsižvelgdami į tai, **Lietuvos AIDS centro ambulatorinės priežiūros skyriuje teikėme prieinamas ir priimtinas paslaugas tiek ŽIV infekuotiems bei jų narkotikų vartojimo ir lytiniams partneriams, tiek rizikos grupių asmenims, kurie dažnai yra nedrausti, todėl negali gauti paslaugų kitose sveikatos priežiūros įstaigose, užtikrindami konfidencialumą ir duomenų apsaugą, saugodami paciento paslaptį.**

Pagal LR teisės aktus (pagal galiojančias medicinos normas arba pareiginius nuostatus) [323,324,325], siekiant padidinti paslaugų prieinamumą, ŽIV ligą gali gydyti ne tik infektologai, bet ir kitų specialybių gydytojai: dermatologai, urologai, vidaus ligų gydytojai. Jau daug metų **Lietuvoje ŽIV ligos gydymas decentralizuotas ir pacientas gali pasirinkti gydytoją ir sveikatos prieziūros įstaigą, kurioje norėtų gauti pagalbą.** Pateiktoje 5 lentelėje matyti, kad dauguma rinkosi AIDS centro teikiamas sveikatos priežiūros

paslaugas. **Svarbu tai, kad III lygio infektologo konsultacijų įkainiai buvo 7 kartus aukštesni, nei LAC!**

Lentelė 5. 2008 m. ŽIV infekuotiems asmenims suteiktos konsultacijos.

Sveikatos priežūros įstaiga	Konsultacijų skaičius
LAC	589
Klaipėdos universitetinė ligoninė	230
Kauno II klinikinė ligoninė	101
RTIUL	150 (iš jų – 91 dėl TB)
Šiaulių apskrities ligoninė	65

Vien 2008 m. LAC ambulatoriniame skyriuje suteikta 11503 konsultacijos rizikos grupių asmenims, iš kurių daugumą buvo nedrausti ir kitur sveikatos priežiūros paslaugų gauti negalėjo (lentelė 6).

Lentelė 6. 2008 m. Lietuvos AIDS centro ambulatoriniame skyriuje suteiktos konsultacijos.

Rizikos grupės	Konsultacijų skaičius
Konsultaciniame kabinete dėl ŽIV ir kitų ligų	826
Anoniminiame kabinete – dėl LPI/ŽIV	3845
Švirkščiamųjų narkotikų vartotojams	3492
Lytines paslaugas teikiantiems asmenims	1567
Vyrams, turintiems lytinių santykių su vyrais	1773

Dar viena sėkmingai įgyvendinta LAC centro funkcija buvo **epidemiologinė ŽIV ir kitų LPI priežiūra ir analizė**, duomenų teikimas Pasaulio sveikatos organizacijai (PSO), Europos užkrečiamųjų ligų kontrolės centrui (ECDC) ir kt**.** tarptautinėms ir Lietuvos institucijoms. ECDC renka ne tik epidemiologinius, bet ir klinikinius duomenis. Tokios informacijos operatyvus ir kokybiškas teikimas galimas tik turint įstaigą, apjungiančią kompleksines paslaugas: prevencijos, epidemiologinės priežiūros, diagnostikos ir gydymo.

Visos šios priemonės ir stebėjimo duomenys, rodantys rizikos grupių ir plačiosios visuomenės tarpusavio ryšius, padėjo paankstinti tikslinių prevencijos priemonių taikymą, kurios, esant šiai ŽIV epidemijos plitimo stadijai, padėjo sumažinti infekcijos plitimą ir jos poveikį. Tai iliustruoja Europos Komisijos remiamo projekto „Koordinuotos ir visapusės ŽIV/AIDS prevencijos tarp intraveninių narkotikų vartotojų ir tiltinių grupių tinklo plėtimas“ (angl.santr. *ENCAP*) tyrimo duomenys, kur ŽIV paplitimas tarp Vilniaus narkotikų vartotojų daug žemesnis nei Rygoje ar Taline (lentelė 7).

Lentelė 7. Vilniaus, Rygos ir Talino švirkščiamuosius narkotikus vartojančių asmenų tyrimas (ENCAP duomenys).

	Talinas	Ryga	Vilnius
Dėl ŽIV tyrėsi nors kartą gyvenime	84,6	71,7	94,8
Dėl ŽIV tyrėsi per pastaruosius 12 mėn.	56,9	44,2	72,5
ŽIV paskutinis tyrimas teigiamas (selfreporting)	40,7	15,1	6,3
Nustatyti ŽIV (+) 95% PI	55,3 (50–60)	22,6 (19–27)	8 (5–11)

Pirmuosius du dešimtmečius Valstybinė ŽIV/AIDS kontrolės programa buvo sėkmingai vykdoma ir Lietuvoje infekcijos paplitimas buvo mažiausias tarp Baltijos šalių – 2008 m. ŽIV paplitimas 100 tūkst. gyventojų Lietuvoje buvo 20 kartų mažesnis ne Kaliningrado srityje, 14 kartų nei Estijoje, 5 kartus nei Latvijoje ir 3 kartus nei Baltarusijoje (pav. 2). Mažesnį infekcijos paplitimą Lietuvoje patvirtina ir eilė netiesioginių epidemiologinių duomenų: mažiau asmenų užsikrėtę dviguba TB ir ŽIV infekcijomis bei ŽIV, VHB ir VHC koinfekcijomis, mažiau gimdė ŽIV infekuotų nėščių moterų ir mažesnis ŽIV infekuotų vaikų skaičius (lentelė 8), mažesnis ŽIV paplitimas pagrindinėje rizikos grupėje – tarp švirkščiamų narkotikų vartotojų (lentelė 9) bei jų lytinių partnerių ir kt. Nors ŽIV atvejo valdymo sistema nebuvo parengta, nebuvo reikiamų rekomendacijų ir instrukcijų, neturėjome ir patyrusių specialistų – atvejo vadybininkų, šių funkcijų pagal išgales ėmėsi AIDS centro darbuotojai. Atskiros institucijos, dalyvaujančios ŽIV/AIDS prevencijoje ir kontrolėje dirba savo darbą, bendradarbiauja ir koordinuoja savo funkcijas. Bendradarbiauja ir valstybinės programos – ŽIV/AIDS, narkotikų, tuberkuliozės ir kitos.

Lentelė 8. ŽIV infekuotų vaikų skaičius Baltijos šalyse ir kaimyninėse valstybėse 2012 m. pradžioje

Lietuva	2
Latvija	41
Estija*	40
Lenkija	146
Baltarusija	198
Kaliningradi sritis	70

* 2011 m. pradžios nacionaliniai duomenys.

Gali pasitaikyti tam tikrų struktūrinių, teisinių ir etinių kliūčių koordinuojant įvairių institucijų, programų ir specialistų veiksmus, atsižvelgiant į jų įgaliojimus, veiklos sritis ir skirtingą patirtį, žinias bei filosofiją. Pvz., specialistai, kuriems labiausiai rūpi mažinti išlaidas išlaikant minimalų paslaugų spektrą, nesutars su tais, kurie stengiasi tenkinti psichosocialinius pacientų poreikius. Įvairiai interpretuojamas ir konfidencialu-

mas, todėl atsiras sunkumų keičiantis informacija apie klientus (pacientus). **Nesutariama, kas galėtų ir turėtų imtis atvejo vadybininko pareigų, nes nėra atlygio sistemos**. **Kaskart keičiantis politinei valdžiai vis dar išlieka būtinybė nuolat aiškinti politikams, kas gresia, jeigu mes nieko nedarysime, arba darysime per mažai ir per vėlai.** Jei toliau sparčiai augs ŽIV epidemija ir narkomanija, tai kainuos labai brangiai visuomenei ir sukurs daug problemų. Iš narkotikų vartotojų populiacijos per lytinius santykius ŽIV išplis ir bendroje visuomenėje. Gydyti šiuos atvejus bus labai brangu. Todėl privalome padaryti viską, kad galėtume išvengti naujų užsikrėtimo ŽIV atvejų šiandien ir didelių gydymo išlaidų rytoj.

Lentelė 8. ŽIV ir koinfekcijų paplitimas (proc.) tarp švirkščiamų narkotikų vartotojų Baltijos šalių sostinėse 2008 m.

	Talinas	Ryga	Vilnius
ŽIV paplitimas (proc.)	55,3	22,6	8
Koinfekcija ŽIV+HBV+HCV (proc.)	47,4	15,6	6,8

Šaltinis: Čaplinskienė I. Infekcijų (ŽIV, hepatitų B, C, sifilio) ir rizikingos elgsenos paplitimas tarp švirkščiamųjų narkotikų vartotojų. Lietuvos bendrosios praktikos gydytojas, 2012 m. rugsėjis. T. 16, Nr. 7, 430 - 438.

Atsižvelgiant į ŽIV problemos kompleksiškumą ir būtinybę koordinuoti įvairių visuomenės sektorių teikiamas ŽIV pacientams paslaugas bei tobulinti šias paslaugas teikiančių specialistų kvalifikaciją, 2007-2009 m. Lietuvoje, bendradarbiaujant tarptautinės organizacijos „Project HOPE“ atstovybei Čekijos Respublikoje, JAV Čikagos, Ilinojaus, Didžiosios Britanijos Šefildo ir Lietuvos universitetams bei Lietuvos AIDS centrui, Lietuvoje buvo organizuojami mokomieji kursai **“Daugiasektorė ŽIV valdymo sistema”**. Kursų programa pagrįsta vadinamojo **ŽIV atvejo valdymo koncepcija**. Mokomosios programos tikslas – tobulinti žinias ir įgūdžius, būtinus organizuojant sisteminę, patikimą, integruotą ir koordinuotą pažeidžiamų visuomenės grupių sveikatos priežiūrą ir rūpybą. Per trejus metus 80 val. trukmės mokomąją programą baigė 231 medicinos, socialinės ir kitos ŽIV užsikrėtusių asmenų priežiūros sistemos darbuotojas, parengti 39 unikalūs projektai įvairioms ŽIV užsikrėtusių ir AIDS sergančių asmenų problemoms spręsti. Teigiami kursų dalyvių atsiliepimai patvirtino žinių apie ŽIV atvejo valdymą poreikį, padėjo vystyti mokymo programos dalyvių tinklinį bendradarbiavimą su kitais priežiūros paslaugų teikėjais [326].

Lietuvos AIDS centras su gausių įvairių žinybų partnerių pagalba ir remiamas Sveikatos apsaugos ministerijos daug nuveikė padėdamas tiems, kuriems sveikatos priežiūros paslaugos mažai prieinamos, diegdamas ŽIV prevencijos, gydymo ir pagalbos modelius, kuriuose **atsižvelgiama į specifinius rizikos grupės asmenų poreikius, derinama psichinės sveikatos ir priklausomybės gydymo paslaugos, ankstyva lytiškai plintančių ligų diagnostika ir anoniminis gydymas, dvigubos prevencijos, pozityvios prevencijos ir „žemo slenksčio“ paslaugos**. Svarbu įtraukti į sveikatos priežiūros sistemą tuos, kam jos labiausiai reikia, kas labiausiai pažeidžiami ir išlaikyti joje gydymą gaunančius pacientus. **Norėdami ir toliau užtikrinti efektyvias sveikatos priežiūros paslaugas, sumažinti ŽIV užsikrėtusių pacientų, ypač priklausomų nuo psichoaktyvių medžiagų asmenų, sveikatos skirtumus ir taip pat pristabdyti ŽIV infekcijos epidemiją, pasaulinės ekonominės krizės fone privalome ribotas savo lėšas naudoti naujoms pacientų įtraukimo į sveikatos priežiūros sistemą ir išlaikymo joje strategijoms ruošti, tirti, adaptuoti ir diegti.**

Narkomanijos gydymo revoliucijos būtinybė

Dieve, suteik man ramybės
susitaikyti su tuo, ko negaliu pakeisti,
drąsos keisti, ką galiu pakeisti,
ir išminties tą skirtumą suprasti.

Narkomanų reabilitacijos bendruomenės
„Nugalėtojų akademija“ malda

Ne tik narkotikų priklausomybės gydymo specialistai, bet ir visa mūsų visuomenė susiduria su dideliu ir gana beprecedenčiu iššūkiu. Be svarbių priklausomybės gydymo pokyčių nepavyks užtikrinti intensyvų, aukštos kokybės gydymą dideliam ir vis augančiam narkotikų vartotojų skaičiui. Problemą spręsti galima įvairiai, bet **visi sprendimo būdai reikalauja iš pagrindų reorganizuoti priklausomybės gydymo paslaugas.**

Pirmiausia reikia įvertinti gydomų narkotikų vartotojų skaičių. **Jei dėl didelio narkotikų vartotojų gydymo poreikio ir menkų resursų nukenčia gydymo kokybė, norime to ar ne, turime arba didinti gydymo pajėgumus, arba mažinti gydomų asmenų skaičių**. Kitaip sunku įsivaizduoti, kaip galima užtikrinti reikiamą kokybišką pagalbą visiškai atsisakyti narkotikų.

Antra, jei to neįmanoma pasiekti, reikia ieškoti kitų būdų diferencijuoti, **kuriems gydomiems narkotikų vartotojams intensyvi pagalba padės visiškai atsisakyti narkotikų, o kuriems bent jau šiuo metu atsisakyti narkotikų nepavyks, todėl jiems tiktų palaikomasis gydymas (atskirti, kas motyvuotas atsisakyti narkotikų ir gydytis, o kas ne)**. Bet diferencijuoti pacientus šiuo būdu tikrai nelengva. Be to, pacientų diferencijavimo sprendimas pagrįstas prielaida, kad vartotojų, galinčių atsisakyti narkotikų, skaičius gerokai mažesnis nei esamas didelis gydomų narkotikų vartotojų skaičius.

Trečia, reikėtų **išsiaiškinti narkomanijos gydymo tikslus**. Šiuo metu linkstama manyti, kad norą gydytis pareiškęs asmuo turi būti įtraukiamas į gydymo programą net šiam neįsipareigojus atsisakyti narkotikų. Šių asmenų dalyvavimas gydymo programose pateisinamas manant, kad gydymą verta tęsti net esant menkiausiam jų būklės pagerėjimui: nors gydomi asmenys gali nenorėti atsisakyti narkotikų ar įveikti savo priklausomybės, visuomenei gali būti naudinga, kad sumažės jų nusikalstamumas (bent jau gydymosi reabilitacijos bendruomenėje laikotarpiu), todėl teikti jiems priklausomybės gydymo paslaugas verta. Kita vertus, turime pavyzdžių, kad „priverstinis“ gydymas (privertė tėvai ar pan.) gali pereiti į motyvuotą. **Norintiems gydytis nuo opioidų priklausomiems asmenims turėtų būti keliamas maksimalus tikslas – visiškas narkotikų vartojimo nutraukimas ir blaivybė**. Kaip vienas iš tinkamiausių ir ekonomiškai efektyvių būdų greitai atsisakyti narkotikų vartojimo turėtų būti svarstoma greitosios opioidinės detoksikacijos taikymo galimybė. Greitųjų detoksikacijos būdų derinys su palaikomuoju gydymu opioidų antagonistu – naltreksonu, derinant jį su psichologine ir socialine reabilitacija turėtų tapti pagrindu ilgalaikiam opioidinės priklausomybės gydymui (*plačiau skaitykite R. Badaras, T.V. Kajokas, T. Jovaiša „Greitieji opioidinės priklausomybės detoksikacijos būdai“, Vilniaus universitetas 2009. Mokomoji knyga*).

Čia reikėtų išsiaiškinti savo tikslus: ar teikiame narkotikų priklausomybės gydymo paslaugas, kad narkotikų vartotojai atsisakytų narkotikų, ar norėdami sumažinti neigiamas narkomanijos pasekmes visuomenei? Jei tikslas pirmas, galima daryti išvadą, kad nėra prasmės į gydymą įtraukti daugiau asmenų, kurie nesiekia išsigydyti, nes, atvirkščiai, tokiu atveju gydymo paslaugų prieinamumas sumažėtų tiems, kurie tikrai nori įveikti savo priklausomybę. Jei, priešingai, manoma, kad naudinga gydyti asmenis, net jei jie nenori įsipareigoti gydytis, reikės ieškoti kitokių, ne gydymo paslaugų narkotikų vartotojams, kurios padėtų mažinti visuomenei daromą žalą, o ne siekti narkotikų vartotojų pasveikimo.

Ketvirta, **reikia aiškiau apibrėžti asmenų, pradedančių gydytis nuo priklausomybės, atsakomybę**. Šiuo metu narkomanijos gydymo institucijos retai arba nepakankamai numato narkotikų vartotojų, kurie naudojasi šiomis paslaugomis, atsakomybę. Tokiu pagrindu gydymo trukmė ir gydomų narkotikų vartotojų skaičius gali būti ribojamas. Galima nustatyti, pavyzdžiui, dvejų metų aprūpinimo metadonu terminą numatant, kad po dvejų metų asmuo bus perkeltas į gydymo be narkotikų programą. Tai būtų naudinga, nes prieštarautų idėjai neriboti asmens gydymo trukmės net jei jokių pagerėjimo požymių nėra.

Penkta, **reikia užtikrinti artimesnį profesionalaus narkomanijos gydymo sektoriaus bendradarbiavimą su pagalbos sau judėjimais**, tokiais kaip „Anoniminiai alkoholikai“ ir „Anoniminiai narkomanai“. Manyčiau, kad pagalbos

sau grupių (kaip ir pirmosios šalyje AIDS centro narkomanų reabilitacijos bendruomenės „Nugalėtojų akademija“) pasiekimai nepakankamai įvertinti sveikatos politikų ir visuomenės. Juk pagalbos sau judėjimai, priešingai, nei kai kurie priklausomybės gydymo specialistai, susilaikymą visada laikė priklausomybės gydymo tikslu. Pagalbos sau organizacijų patirtį reikia integruoti į profesionalaus priklausomybės gydymo sistemą, siekiant užtikrinti didesnį kokybiško, į susilaikymą orientuoto, gydymo prieinamumą.

Priklausomybės gydymas – itin kintama sąvoka, bet šie pokyčiai būtini siekiant reaguoti į faktą, kad pasaulio mastu gydytis pradeda šimtai tūkstančių narkotikų vartotojų, bet tik keli tūkstančiai įveikia savo priklausomybę [327], [328]. Be šių pokyčių labai tikėtina, kad apgailėtina dabartinė priklausomybės gydymo institucijų veikla nepakis ir didžioji dauguma gydomų narkomanų liks priklausomi nuo narkotikų, o nacionalinėse narkotikų strategijose numatyta išgijimo vizija liks nuo priklausomybės gydymo realybės nutolusia politine retorika.

Priklausomybės gydymas – daugiamilijoninė pramonė, per pastaruosius metus žymiai išaugusi tikint, kad gydymas padeda, kad bet koks gydymas geras, kad didesnės gydymo apimtys – dar geriau. Bet naujausi mokslo tyrimai ir kritiški komentarai ne tik Lietuvoje, bet ir kitose šalyse sukėlė rimtų abejonių dėl priklausomybės gydymo efektyvumo, ypač - dėl galimybės narkomanams visiškai atsisakyti narkotikų. Šiuo metu dauguma specialistų, politikų, visuomenės veikėjų ir priklausomybės nuo psichotropinių medžiagų paveiktų asmenų sutinka kad **priklausomybės gydymo sektorius turėtų keistis bent jau kai kuriuo atžvilgiu, net jei nesutariama, kokie tie pokyčiai turėtų būti.**

Kaip ir daugumos pramonės šakų atveju, **priklausomybės gydymo pramonė gali daugiau rūpintis savo pačios nuolatinio finansavimo poreikių, o ne savo klientų poreikių, tenkinimu**. Jei taip, gali būti, kad priklausomybės gydymo sektoriaus tarnybos priešinsis bet kuriems siūlomiems pokyčiams, siekdamos toliau dirbti senais metodais, kuriuos taikė daugelį metų, pavyzdžiui, toliau teikti žalos mažinimo paslaugas, net jei tikimasi, kad jos teiks susilaikymu pagrįstas paslaugas. Tai galima būtų pavadinti tam tikru priklausomybės gydymo sektoriaus darbuotojų konservatyvizmu (juk lengviau, saugiau ir ramiau šiandien dirbti taip, kaip dirbau vakar). Vienas iš šiandienos iššūkių – kaip pasiekti, kad narkotikų gydymo sektorius radikaliai keistųsi, o ne priešintųsi pokyčiams. Vienas iš kai kuriose šalyse siūlomų būdų – **iš pagrindų pakeisti priklausomybės gydymo paslaugų finansavimo ir pirkimo sąlygas.**

Finansavimo sistemos alternatyva – **aprūpinti narkotikų vartotojus ir jų šeimas įvairiais „talonais“, kuriuos galima būtų naudoti vietose teikiamoms priklausomybės gydymo ir paramos paslaugoms apmokėti**. Akivaizdu, kad šiuo atveju reikėtų užtikrinti ilgalaikį centralizuotą kai kurių paslaugų kainos sudėtinių dalių finansavimą siekiant reikiamų paslaugų įvairovės ir kad didžiąją dalį šių paslaugų kainos narkotikų vartotojai ir jų šeimos galėtų padengti savo talonais. Ši priklausomybės gydymo paslaugų prieinamumo sistema turėtų daug privalumų.

Pirma, talonų sistema narkotikų vartotojams ir jų šeimoms suteiktų daugiau galimybių rinktis, kokias paslaugas jie norėtų pirkti ir naudotis. Talonų sistema padėtų organizuoti priklausomybės gydymo paslaugų pirkimus pagal paslaugų vartotojų poreikius.

Antra, talonų sistema padėtų įtraukti šeimos narius į gydymo procesą. Talonų sistema padėtų užtikrinti artimesnį vietinių tarnybų bendradarbiavimą su šeimos nariais ir galimybę reaguoti į šeimų poreikius bei siekti, kad šeima daugiau padėtų asmenims sveikti.

Trečia, talonų sistema padėtų greitai nustatyti, kurios paslaugos nėra efektyvios, ir arba jų atsisakyti, arba padėti užtikrinti geresnę paslaugų kokybę. Gali kilti klausimas, ar efektyvią, bet daug asmeninių pastangų reikalaujančią paslaugą pacientas nelaikys blogesne už malonesnę, bet mažiau efektyvią gydymo paslaugą. Bet nėra priežasties manyti, kad narkotikų vartotojai ir jų šeimos pageidaus savo talonais padengti neefektyvių paslaugų kainą, labiau tikėtina, kad bus reikalaujama, kad tarnybos gerintų savo teikiamų paslaugų kokybę, o ne atlyginama už prastą darbą. Talonų sistema padėtų priimant sprendimus, kokias paslaugas pirkti, labiau atsižvelgti į tai, kiek šiomis paslaugomis naudojasi klientai.

Kadangi talonų sistema įgalina daugiau atsižvelgti ne į mažos grupelės paslaugų teikėjų ir užsakovų, bet į didelės paslaugų vartotojų ir jų šeimų grupės nuomonę, greičiausiai, ją nepatrauklia laikys tie, kurie šiuo metu turi įgaliojimus spręsti, kaip skirstyti lėšas ir kokias paslaugas užsakyti. **Gali būti, kad siekiant padėti pereiti nuo palaikomojo priklausomybės gydymo prie abstinencija ir priklausomybės įveikimu pagrįsto gydymo, reikės iš pagrindų reorganizuoti priklausomybės gydymo paslaugų pirkimo ir teikimo si stemą.** Talonų sistema gali būti geras būdas šiems pokyčiams įgyvendinti ir paslaugų kokybei gerinti atsižvelgiant į narkotikų vartotojų ir jų šeimų pageidavimus.

Norėdami užkirsti kelią ŽIV plitimui tarp narkomanų, privalome pradėti mąstyti naujai. Ieškoti būdų, kaip įgyvendinti lanksčią, sveikatos priežiūrą bei socialinę globą užtikrinančią politiką, kurios uždavinys būtų padėti grąžinti į visuomenę narkotikų vartotojus, o ne tik juos bausti ar išstumti iš visuomenės, arba padaryti priklausomais nuo metadono ir ties tuo sustoti. Dar svarbiau kartu iš naujo įvertinti mūsų pačių tautines nuostatas, profesinius stereotipus ar asmenines pažiūras, trukdančias nedelsiant teikti pagalbą tiems, kuriems jos labiausiai reikia.

Kokios kovos su AIDS ir narkotikais perspektyvos pasaulinės krizės fone?

Gyventi – tai kovoti, kovoti – tai gyventi.
P. O. Bomaršė

Kad Lietuva ir toliau išliktų nedidelio ŽIV paplitimo šalimi, kad galėtų džiaugtis panašiu kaip Švedijoje nelegalių narkotikų vartojimo lygiu, reikėtų perimti panašią narkotikų politiką. Tai reikštų, kad **reikės keisti svarbiausio narkotikų politikos tikslo sampratą: ne „su narkotikų vartojimu susijusios žalos mažinimas", o „žymus narkotikų vartojimo mažinimas" – pripažinus, kad nelegalių narkotikų vartojimas kelia didelę grėsmę visuomenei, todėl šią problemą reikia spręsti.** Gali būti, kad reikės laikytis griežtesnių reikalavimų ir vykdomų intervencinių priemonių efektyvumo vertinimo, plačiau diegti abstinencija pagrįsto gydymo metodą ir maksimalų dėmesį bei visus įmanomus resursus skirti prevencijos priemonėms.

Sumažinti nelegalių narkotikų paklausą bet kurioje visuomenėje būtų įmanoma tik pakeitus nelegalių narkotikų vartojimo sampratą „tai kažkieno kito problema" į „tai visos visuomenės problema". Tuo pačiu tėvai, darbdaviai, mokyklos, politikai, žiniasklaida ir jaunimas turėtu prisidėti siekiant pakeisti po truputį įsigaliojančią socialinio nelegalių narkotikų priimtinumo pažiūrą ir stengiantis riboti nelegalių narkotikų vartojimą.

Nežiūrint galimos finansinės legalizavimo ar dekriminalizavimo politikos naudos (kuri gali būti perdėta), pripažinta, kad toks nacionalinių narkotikų įstatymų poslinkis gali gerokai padidinti bendrąjį narkotikų vartojimo lygį. Priešingai, **„nulinės nelegalių narkotikų tolerancijos"** metodas suteikia galimybę sumažinti bendrąjį narkotikų vartojimo lygį be jokios rizikos žymiai padidinti narkotikų vartojimą. Šiuo tikslu Švedija ar Islandija galėtų pasiūlyti geresnį nei Portugalija modelį kitoms valstybėms, siekiančioms spręsti savo narkomanijos problemas.

Ar visuomenė geba atlikti kritišką savianalizę, savireguliaciją, protingai riboti savo norus ir siekius? Be medicinos pasiekimų geriausia, ką sugalvojo žmonija, tai paprastos ir visiems suprantamos tiesos. Jas galima pavadinti Biblijos kanonais. Bet jų pagrindas – **protingo elgesio principas**. Juk dabartinis tarptautinis kovos su AIDS modelis – faktiškai **kova su rizikingo elgesio pasekmėmis.**

Ateities globaliniai projektai turėtų atsižvelgti į eilę labai svarbių aplinkybių. Visų pirma, šiuolaikiniai pasauliniai procesai, tuo pačiu ir AIDS pandemija, **negali būti reguliuojami vieno centro ir suvienodinti.** Turi būti išsaugota kultūrinė - civilizacinė, regioninė ir šalies diferenciacija, taikant kovos su pandemija priemones [329]. Tai liudija ir gana sėkmingas pirmųjų dviejų dešimtmečių atsakas į AIDS iššūkius Lietuvoje.

Kovos su AIDS patirtis rodo, kad, **sprendžiant kai kuriuos klausimus, laikas grįžti atgal, tačiau aukštesniame lygyje.** Kalbu apie masinį anti-ŽIV/AIDS programų dalyvių diletantizmą. Reikia sąžiningai pripažinti, kad masinės „žalos mažinimo" kampanijos dažnai labai nutolusios nuo medicinos. Taip susiklostė, kad **ypatingai specializuotų ir gilių žinių reikalaujančios profilaktinės priemonės ir šio sunkaus ir kol kas nepagydomo infekcinio susirgimo (kaip ir priklausomybės nuo psichotropinių medžiagų) gydymas tapo entuziastų – visuomenininkų veiklos sritimi, kurią, be to, kontroliuoja ne specialistai epidemiologai, o vadybininkai -administratoriai, turintys milžiniškų lėšų.** Nekompetentingos Jungtinių Tautų narkotikų kontrolės biuro projekto „ŽIV/AIDS prevencija tarp švirkščiamųjų narkotikų vartotojų ir jų priežiūra Estijos, Latvijos ir Lietuvos kalinimo įstaigose" vadybos pasekmė – susislpnėjęs tarpsektorinis bendradarbiavimas, sumažėjęs visuomenės ir politikų dėmesys narkomanijos ir AIDS problemoms, susilpnėjęs pasitikėjimas žalos mažinimo programomis, o pasibaigus projektui dalis jų gali būti nutrauktos.

Darytina išvada, kad **globalinių projektų krizės laikotarpiu daugelis priversti peržiūrėti savo ankstesnes pozicijas, siūlyti kitus sprendimo būdus ir kurti kitus susivienijimus.**

Būsime pasmerkti amžinam atsilikimui, jeigu šios dienos problemas bandysime spręsti vakarykštėmis priemonėmis. Kai nesuprantame sąvokų ar koncepcijų, negalime susikalbėti. Konservatyvūs žmonės šiandien nori daryti tai, ką darė vakar, šiandien dirbti taip, kaip dirbo vakar. Turime

nuspręsti, kas geriausia visuomenei ir kurioje vietoje sustoti. **Racionalūs sprendimai paremti ne ideologija ir emocijomis, o pragmatizmu ir mokslu.**

Ideologinė diskusija retai dera su gyvenimo realijomis. Tik pasiekę bendrą sutarimą galėsime tinkamai formuoti šalies narkotikų ir AIDS politiką ir išvystyti visą kompleksą priemonių. Reikalinga etinė ir socialinė kompetencija (fundamentalūs etiniai dalykai).

Jau ir Lietuvoje turime geros praktikos pavyzdžių, kuriais reikia remtis, stiprinti juos, sistematiškai atliekant tarptautinę žinių analizę, rizikos ir prevencijos veiksnių sąveikos analizę [330,331]**.**

Šioje publikacijoje aptariau eilę kontraversiškų klausimų, nuolat iškylančių per pastaruosius 30 m., dirbant su ŽIV prevencija susijusioje srityje ir analizuojant atskirų šalių bei mūsų pačių patirtį ir išmoktas pamokas. Nagrinėjant atskirus ŽIV infekcijos ir narkotikų polemikos aspektus, analizuojant rūpesčius, įsitikinimus, įrodymus, argumentus, galimus sprendimus ir efektyvius veiksmus dažnai atsiskleidžia jų ribotumas. Tik visa tai apibendrinus, galima pateikti rekomendacijas, kurios kai kam gali pasirodyti iššaukiamos arba su kuriomis gali nesutikti daug žmonių. **Bet būtent konfliktas, polemika ir debatai gali padėti surasti racionaliausią Lietuvai sprendimą. Toks yra šios analizės tikslas**.

Literatūros sąrašas

1 Čaplinskas S, Liutkevičienė I. AIDS: geriau žinoti. Vilnius: Tyto alba, 2009: 150.
2 Čaplinskas S. ŽIV/AIDS profilaktikos programų efektyvumas. Lietuvos bendrosios praktikos gydytojas 2004; 8(3): 209-14.
3 Blower SM, McLean AR. Prophylactic vaccines, risk behavior change, and the probability of eradicating HIV in San Francisco. Science 1994; 265(5177): 1451–54.
4 Grant RM, Lama JR, Anderson PL, et al. Preexposure chemoprophylaxis for HIV prevention in men who have sex with men. N Engl J Med 2011; 363: 2587−99.
5 Abdool Karim Q, Abdool Karim SS, Frohlich JA, et al. Effectiveness and safety of tenofovir gel, an antiretroviral microbicide, for the prevention of HIV infection in women. Science. 2010; 329 : 1168–74.
6 Rerks-Ngarm S, Pitisuttithum P, Nitayaphan S, et al. Vaccination with ALVAC and AIDSVAX to prevent HIV -1 infection in Thailand. N Engl J Med 2009; 361: 2209−20.
7 Likatavičius G, Čaplinskas S, Rakickienė J. HIV/AIDS epidemiology in Lithuania. Acta medica Lituanica. 2001; suppl.6: 17-24.
8 Hamers FF, Downs AM. HIV in central and eastern Europe. Lancet 2003; 361(9362):1035-44.
9 Čaplinskienė I. Ar gali ŽIV infekcija iš didelės rizikos tikslinių grupių plisti į bendrąją populiaciją Lietuvoje. Medinfo 2004; 3: 37-9.
10 Čaplinskas S. Moksliškai pagrįsti priklausomumo nuo narkotikų gydymo modeliai. Nervų ir psichikos ligos: specializuotas „Gydymo meno" priedas. 2004; 1 (13): 35.
11 Čaplinskas S. ŽIV plitimo tarp narkotikų vartotojų prevencijos principai. Gydymo menas. ISSN 1392-527X. 2003; 9: 24-5.
12 Čaplinskas S. Narkotikų kontrolė: pragmatiška politika ir humanistinės nuostatos. Acta medica Lituanica. 2001; suppl.6: 37-41.
13 Södergard B, Halvarsson M, Tully MP, et al. Adherence to treatment in Swedish HIV-infected patients. J Clin Pharm Ther 2006; 31(6):605-16.
14 Hilton BA, Thompson R, Moore-Dempsey L, et al. Harm reduction theories and strategies for control of human immunodeficiency virus: a review of the literature. Journal of Advanced Nursing 2001; 33(3): 357-70.
15 Report on the global HIV/AIDS epidemic. Geneva: UNAIDS 2002.
16 UNAIDS terminology guidelines, 2008.
17 Mazus AI, Leven II, Vinogradova OV, Zelenev VV, Makarenko OV. The sociological monitoring as a tool to evaluate preventive activities. Probl Sotsialnoi Gig Zdravookhranenniiai Istor Med 2009; 3:32-4.
18 Conference Summary Report on the 6th IAS Conference on HIV Pathogenesis, Treatment and Prevention (IAS 2011).17-20 July 2011. Rome, Italy.
19 Nuo patirties perėmėjo iki geros praktikos skleidėjo – tai 20 metų AIDS centro veiklos bagažas: [pokalbis su Lietuvos AIDS centro direktoriumi Sauliumi Čaplinsku]. – Nuotr. // Lietuvos medicinos kronika. – 2009, liepos 1, p. 7, 8.
20 25-eri metai su AIDS: [pokalbis su Lietuvos AIDS centro direktoriumi Sauliumi Čaplinsku]. – Nuotr. // Lietuvos medicinos kronika. – 2009, liepos 15, p. 5, 8.
21 Caplinskiene I, Caplinskas S. Antiretroviral therapy (ART) coverage and expenditures for ART in Lithuania. Abstract book„HIV in European region – unity and diversity", Tallinn, May 25-28, 2011; 168.
22 Lee CK, Lee HK, Loh TP, et al. An in-house HIV genotyping assay for the detection of drug resistance mutations in Southeast Asian patients infected with HIV-1. J Med Virol 2012; 84(3):394-401.
23 Kolupajeva T, Aldins P, Guseva L, Dusacka D, Sondore V, Viksna L, Rozentale B. HIV drug resistance tendencies in Latvia. Cent Eur J Public Health 2008; 16(3):138-40.
24 Rolleston Report. Departmental Commission on Morphine and Heroin Addiction, United Kingdom. 1926. Prieiga per internetą: http://www.drugtext.org/Table/Rolleston-Report/.
25 Waal H. Risk reduction as a component of a comprehensive, multidisciplinary approach to drug abuse problems. Discussion paper. P-PG/MIN/CONF 2000; 3. Prieiga per internetą: https://wcd.coe.int/ViewDoc.jsp?id=1302287&Site=COE
26 Satel SL. What should we expect from drug abusers? *Psychiatric Services.* 1999;50(7):861.
27 Califano JA. Should drugs be decriminalised? No. BMJ 2007; 335(7627):967.
28 Collins L. Nepasisekęs Olandų eksperimentas su narkotikais. Vilnius 1999; 8.
29 First Conference, European Cities at the Centre of Illegal Trade in Drugs, Documentation, Frankfurt a/Main (Germany), 20-22.11.1990.
30 ECAD Declaration for a Drug-free World. Prieiga per internetą: (http://www.drugnews.nu/article.asp?id=4676)
31 Nadelman EA, Cohen P, Drucker E, Locher U, Stimson G, Wodak A. The Harm Reduction Approach to Drug Control: International Progress. 1994. Prieiga per internetą:http://www.paranoia.cin.drugs/war.on.drugs/debate/harm-reduction.html.
32 Chand K. Should drugs be decriminalised? Yes. BMJ 2007; 335(7627):966.
33 Lines R, Elliott R. Injecting drugs into human rights advocacy. *International Journal of Drug Policy* 2007;18:453–457.
34 Hunt N. Public health or human rights: What comes first? *International Journal of Drug Policy* 2004;15(4):231–237.
35 Grossman M, Chaloupka FJ, Shim K. Illegal Drug Use And Public Policy. Health Affairs 2002; 21 (2):134-145.
36 Smye V, Browne AJ, Varcoe C, Josewski V. Harm reduction, methadone maintenance treatment and the root causes of health and social inequities: An intersectional lens in the Canadian context. Harm Reduct J 2011;8(1):17.
37 Van Amsterdam J, Opperhuizen A, Koeter M, van den Brink W. Ranking the harm of alcohol, tobacco and illicit drugs for the individual and the population. Eur Addict Res. 2010;16(4):202-7.
38 Nutt D, King LA, Saulsbury W, Blakemore C. Development of a rational scale to assess the harm of drugs of potential misuse. Lancet 2007; 369: 1047–1053.
39 Anderson P, Chisholm D, Fuhr DC. Effectiveness and cost-effectiveness of policies and programmes to reduce the harm caused by alcohol. Lancet 2009;373(9682):2234-46.
40 Anderson P, Baumberg B. Alcohol in Europe. London: Institute of Alcohol Studies; 2006. Prieiga per internetą: http://ec.europa.eu/health-eu/news_alcoholineurope_en.htm
41 Anderson P, Baumberg B. Alcohol in Europe. London: Institute of Alcohol Studies. 2006. Prieiga per internetą: http://ec.europa.eu/health/archive/ph_determinants/life_style/alcohol/documents/alcohol_europe_en.pdf
42 Waal H. Drug use policies and HIV prevention – unhappy bedfellows? In: Waal H. (ed.): Patterns on the European drug scene. An exploratory of differences. Report based on a COST A6 project. National Institute for Alcohol and Drug Research, Oslo 1998; 211-8.
43 EMCDDA 2011 m. metinė ataskaita: narkotikų problema Europoje. Europos Sąjungos leidinių biuras, Liuksemburgas, 2011; 107.
44 EMCDDA. *Illicit drug use in the EU: legislative approaches.* European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, Lisbon 2005.
45 Amundsen E J, Eskild A, Stigum H, Smith E, Aalen OO. Legal access to needles and syringes/ needle exchange programmes versus HIV counselling and testing to prevent transmission of HIV among intravenous drug users . A comparative study of Denmark, Norway and Sweden. Eur J Public Health 2003: 13(3): 252-258.
46 Palm J. Moral concerns – Treatment staff and user perspectives on

alcohol and drug problems. Stockholm: University of Stockholm, Department of Criminology, Dissertation in Criminology no. 19 & Centre for Social Research on Alcohol and Drugs (SoRAD), Dissertation no. 5. 2006, 252 p.

47 Kuntsche E, Simons-Morton B, Fotiou A, ter Bogt T, Kokkevi A. Decrease in Adolescent Cannabis Use From 2002 to 2006 and Links to Evenings Out With Friends in 31 European and North American Countries and Regions. Arch Pediatr Adolesc Med 2009, 163(2):119-125.

48 Ívarsson BS. Narcotics in Iceland. Security Issues and Prohibition Policy. 2012;1-47. Prieiga per internetą: http://skemman.is/stream/get/1946/10749/26640/1/Brynj%C3%B3lfur Sveinn_%C3%8Dvarsson-1.pdf

49 House, J. S. (1981). Work, Stress and Social Support. Reading: Addison-Wesley.

50 Cohen, S., & Wills, T. A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. Psychological Bulletin, 98, 310–357.

51 Vaux, A. (1988). Social Support: Theory, Research, and Intervention. New York: Praeger.

52 Henderson, A. S. (1992). Social support and depression. In H. O. F. Veiel & U. Baumann (Eds.), The Meaning and Measurement of Social Support (pp. 85–92). New York: Hemisphere.

53 Thorlindsson, T., et al. (1998). Substance Use Among Young People [Vímuefnaneysla ungs folks: Umhverfi og aðstæður]. Reykjavik: Institute for Educational Research.

54 Lin, N., Ye, X., & Ensel, W. M. (1999). Social support and depressed mood: A structural analysis. Journal of Health and Social Behavior, 40, 344–359.

55 Turner, R. J. (1999). Social support and coping. In A. V. Horwitz & T. L. Scheid (Eds.), A Handbook for the Study of Mental Health. Social Contexts, Theories, and Systems (pp. 198–210). Cambridge: Cambridge University Press.

56 Cullen, F. T. (1994). Social support as an organizing concept for criminology: Presidential address to the Academy of Criminal Justice Sciences. Justice Quarterly, 11, 527–559.

57 Barrera, M., Jr., & Li, S. A. (1996). The relation of family support to adolescents´ psychological distress and behavior problems. In G. R. Pierce, B. R. Sarason, & I. G. Sarason (Eds.), Handbook of Social Support and the Family (pp. 313–343). New York: Plenum Press.

58 Field, T., Diego, M., & Sanders, C. (2002). Adolescents´parent and peer relationships. Adolescence, 37, 121–130.

59 Bjarnason, T., et al. (2005). Familial and religious influences on adolescent alcohol use: A multi-level study of students and school communities. Social Forces, 84, 375–390.

60 Springer A, Parcel G, Baumler E, Ross M. (2006). Supportive social relationships and adolescent health risk behavior among secondary school students in El Salvador. Social Science & Medicine, 62, 1628–1640.

61 Wright, J. P., & Cullen, F. T. (2001). Parental efficacy and delinquent behavior: Do control and support matter? Criminology, 39, 677–701.

62 Vaux, A. (1988). Social Support: Theory, Research, and Intervention. New York: Praeger.

63 Barrera, M., Jr., & Li, S. A. (1996). The relation of family support to adolescents´ psychological distress and behavior problems. In G. R. Pierce, B. R. Sarason, & I. G. Sarason (Eds.), Handbook of Social Support and the Family (pp. 313–343). New York: Plenum Press.

64 Wagner, B. M., Cohen, P., & Brook, J. S. (1996). Parent/adolescent relationships: Moderators of the effects of stressful life events. Journal of Adolescent Research, 11, 347–374.

65 Schneider, M. (2008), Puberty as a highly vulnerable developmental period for the consequences of cannabis exposure. Addiction Biology, 13: 253–263. doi: 10.1111/j.1369-1600.2008.00110.x

66 Johnson M.K. et al. Large lung bullae in marijuana smokers. Thorax 2000 Apr;55:340-2.

67 Steffens S. et al. Nature. 2005 Apr 7; 434(7034):782-6.

68 Hall W. et al. Drug Alcohol Rev. 2044 Dec:23(4):433-43

69 Andreasson S., Allebeck P. et al.Cannabis and schizophrenia. A longitudinal study of Swedish conscripts". Lancet. 1987 Dec 26;2(8574):1483-6.

70 Buchman DZ, Skinner W, Illes J. Negotiating the Relationship Between Addiction, Ethics, and Brain Science. AJOB Neurosci. 2010;1(1):36-45.

71 Verdejo-Garcia A, Bechara A. A somatic marker theory of addiction. *Neuropharmacology* 2009; 56:48–62.

72 Gillett G. Intention, autonomy, and brain events. *Bioethics.* 2009; 23(6):330–339.

73 Kaukas K. Narkomano užrašai. Klaipėda: Klaipėdos univ. l-kla, 2002; 94.

74 Agrawal A, Hinrichs AL, Dunn G, et al. Linkage scan for quantitative traits identifies new regions of interest for substance dependence in the Collaborative Study on the Genetics of Alcoholism (COGA) sample. *Drug Alcohol Depend* 2008; 93(1-2):12–20.

75 Ehlers CL, Gilder DA, Gizer IR, Wilhelmsen KC. Heritability and a genome-wide linkage analysis of a Type II/B cluster construct for cannabis dependence in an American Indian community. *Addict Biol* 2009;14(3):338–48.

76 Vilnius prieš narkotikus Nr.3.Vilniaus savivaldybė, UNDP, Lietuvos AIDS centras 1999; 6.

77 Murauskienė L, Čaplinskas S. Narkomanijos ir AIDS prevencijos ekonominis efektyvumas. Seminaras "Narkomanija ir AIDS - vienykime atsaką". Vilnius 2000; 148-54.

78 Čaplinskas S, Dragūnevičius K, Griškevičius K, ir kt. Narkomanija ir jos pasekmės: informacinis leidinys laisvės atėmimo vietų pareigūnams. Vilnius: Senoja 2003; 72.

79 Fareed A, Vayalapalli S, Stout S, Casarella J, Drexler K, Bailey SP. Effect of methadone maintenance treatment on heroin craving, a literature review. J Addict Dis 2011;30(1):27-38.

80 Response from the perspective of treatment by Professor Helge Waal (University of Oslo, Norway). In: Connecting research, policy and practice. Lessons learned, challenges ahead. Proceedings Strategic Conference. Pompidou Group. Strasbourg, 2004; 37-44.

81 Trathen B, O'gara C, Sarkhel A, Sessay M, Rao H, Luty J. Co-morbidity and cannabis use in a mental health trust in South East England. Addict Behav 2007; 32(10):2164-77.

82 Čaplinskas S, Kulšis S. Lietuvos AIDS centro pagalba sekso darbuotojams: programa „Socialinių ligų konsultacinis kabinetas ir švirkštų/adatų keitimas Vilniaus mieste. ŽIV/AIDS prevencija tarp švirkščiamų narkotikų vartotojų Lietuvoje: gera praktika. Vilnius: Centrinės ir Rytų Europos žalos mažinimo tinklas, 2003: 23-25.

83 Murauskienė L, Čaplinskas S. Narkomanijos ir AIDS prevencijos ekonominis efektyvumas. Seminaras „Narkomanija ir AIDS - vienykime atsaką". Vilnius, 2000; 148-54.

84 Murauskienė L, Gečienė I, Stankutė R. Farmakoterapijos metadonu Lietuvoje vertinimas. Galutinė ataskaita (UNODC, 2011). Vilnius 2011; p.100.

85 Čaplinskas S. Biosocialinio reiškinio norma, neapibrėžtumas ir kompromisų teorija. Lietuvos bendrosios praktikos gydytojas 2004; 8(9): 579-581.

86 Heisenberg W. Quantum-Theoretical Re-interpretation of Kinematic and Mechanical Relations. In: Van Der Waerden BL, ed. *Sources of Quantum Mechanics.* New York: Dover, 1967; 261-276.

87 Kozlov AP. Principles of conservation in the system laws of molecular biology. Theoretical biology, the structure—function approach: proceedings of Leningrad Society of Naturalists 1986; 87(1): 4-21.

88 Hillman G. Certainty and uncertainty in biochemical methods (Russian translation). Moscow, 1975.

89 Bohr N. Causality and Complementarity: Supplementary papers edited by Faye J. and Folse HJ. The Philosophical Writings of Niels Bohr, Volume IV. Ox Bow Press. 1998.

90 Kozlov AP. Active preventive intervention: a strategy for controlling HIV/AIDS epidemic at the new stage of its development in Russia. Russian J HIV/AIDS and Related Problems 1998; 2(1): 3-10.

91 Sedov VV. The potentials of different scientific disciplines in

elucidating the ethnogenesis of Slavs. The origin and early history of Slavs. Moscow, 1979.
92 Dabartinės lietuvių kalbos žodynas. 3-asis pataisytas ir papildytas leidimas. Redaktorių kolegija: St. Keinys (vyriausiasis redaktorius), J. Klimavičius, J. Paulauskas ir kt.; Lietuvių kalbos institutas. Vilnius: Mokslo ir enciklopedijų leidykla 1993; 427.
93 Lyberis A. Sinonomų žodynas. 2-asis pataisytas leidimas. Vilnius: Lietuvių kalbos instituto leidykla 2002; 283.
94 Vaitkevičiūtė V. Tarptautinių žodžių žodynas. Vilnius: Žodynas 2002;738.
95 American Heritage College Dictionary, Fourth Edition by Editors of the American Heritage Dictionaries 2002.
96 Merriam-Webster Collegiate Dictionary. Prieiga per internetą: http://www2.merriam-webster.com/cgi-bin/mwdictsn
97 Steven N. Durlauf and Lawrence E. Blume (Eds). 'Social Norms' in New Palgrave Dictionary of Economics, Second Edition, London: Macmillan.
98 Hillman G. Certainty and uncertainty in biochemical methods (Russian translation). Moscow, 1975.
99 Urmonienė M. Socialinis darbas su rizikos grupėmis. Marginalinės grupės - socialinio darbo dalykas. Socialinis darbas. 2002; 2: 2.
100 Nutt D, King LA, Saulsbury W, Blakemore C. Development of a rational scale to assess the harm of drugs of potential misuse. Lancet 2007; 369: 1047–53.
101 Van Amsterdam J, Opperhuizen A, Koeter M, van den Brink W. Ranking the harm of alcohol, tobacco and illicit drugs for the individual and the population. Eur Addict Res 2010;16(4):202-7.
102 McKeganey N, Morris S, Neale J, Robertson M. What are drug users looking for when they contact drug treatment services abstinence or harm reduction. Drugs Education Prevention and Policy 2004; 11: 423-435.
103 Jørgensen M, Curtis T, Christensen PH, Grønbæk M. Harm minimization among teenager drinkers: Findings from an ethnographic study on teenage alcohol use in a rural Danish community. Addiction 2007; 102 (4): 554–9.
104 Grønkjær M, Curtis T, de Crespigny C, Delmar C. Acceptance and expectance: Cultural norms for alcohol use in Denmark. Int J Qualitative Stud Health Well-Being 2011; 6 (4): 8461.
105 O`Hara M. 'Nice people take drugs' ads pulled from London buses. Theguardian. 9 June 2009. Prieiga per internetą: http://www.guardian.co.uk/media/2009/jun/09/nice-people-drugs-ads-pulled.
106 Release Campaigns: Nice People Take Drugs. 2009. Prieiga per internetą: http://www.release.org.uk/nice-people-take-drugs.
107 Žemulienė LR. Baltušytės dukros polėkį sustabdė AIDS. Kauno diena 2011.07.16.http://kauno.diena.lt/naujienos/lietuva/r-baltusytes-dukros-poleki-sustabde-aids-364482
108 Nutt D, King LA, Saulsbury W, Blakemore C. Development of a rational scale to assess the harm of drugs of potential misuse. Lancet 2007; 369: 1047–1053.
109 Čaplinskas S. Lietuvos AIDS centro penkiolikos metų sveikatos priežiūros ir socialinio darbo su tikslinėmis grupėmis patirtis. Socialinio darbo teorijos ir praktikos dialogas: socialinio darbo teorijos ir praktikos sąsajos bei sklaida socialinių darbuotojų rengimo ir praktinės veiklos procese: respublikinė mokslinė-praktinė konferencija, vasario 25 d. Šiauliai, 2005 / Šiaulių kolegija. – [Šiauliai], 2005: 18-20.
110 Čaplinskas S, Mittienė I. Intraveninius narkotikus vartojančių asmenų elgesio ypatybės ir rizika užsikrėsti ŽIV. Acta medica Lituanica 2001; suppl.6: 42-47.
111 Hunt N. Public health or human rights: what comes first? International Journal of Drug Policy 2004; 15: 231–237.
112 Ritter A, Cameron J. A review of the efficacy and effectiveness of harm reduction strategies for alcohol, tobacco and illicit drugs. Drug and Alcohol Review 2006; 25:611-24.
113 Gyartmathy VA, Neaigus A, Li N, Ujhelyi E, Caplinskiene I, Caplinskas S, Latkin CA. Liquid drugs and high dead space syringes may keep HIV and HCV prevalence high – a comparison of Hungary and Lithuania. European addiction research 2010; 16(4): 220–8.
114 Čaplinskas S, Mittienė I. Intraveninius narkotikus vartojančių asmenų elgesio ypatybės ir rizika užsikrėsti ŽIV. Acta medica Lituanica 2001; suppl.6: 42-7.
115 Hwang SW. Science and ideology. Open Medicine 2007; 1(2): 99-101.
116 Zamani S, Vazirian M, Nassirimanesh B, et al. Needle and syringe sharing practices among injecting drug users in Tehran: a comparison of two neighborhoods, one with and one without a needle and syringe program. AIDS Behav. 2010; 14(4): 885-90.
117 Jones L, Pickering L, Sumnall H, et al. Optimal provision of needle and syringe programmes for injecting drug users: A systematic review. Int J Drug Policy 2010; 21(5): 335-42.
118 Islam M, Wodak A, Conigrave KM. The effectiveness and safety of syringe vending machines as a component of needle syringe programmes in community settings. Int J Drug Policy 2008;19(6): 436-41.
119 Mazus AI, Leven II, Vinogradova OV, Zelenev VV, Makarenko OV. The sociological monitoring as a tool to evaluate preventive activities. Probl Sotsialnoi Gig Zdravookhranenniiai Istor Med 2009 May-Jun; (3):32-4.
120 Caplinskas S. et al. Experience of the Vilnius city pharmacists selling sterile injecting equipments for IDU's. 5th European conference on clinical and social research on AIDS and drugs: abstract book. Vilnius, 2009: 95-6.
121 Bruneau J, Lamothe F, Franco E, et al. High rates of HIV infection among injection drug users participating in needle exchange programs in Montreal: results of a cohort study. Am J Epidemiol 1997;146(12): 994-1002.
122 Wodak A, Cooney A. Do needle syringe programs reduce HIV infection among injecting drug users: a comprehensive review of the international evidence. Subst Use Misuse 2006; 41(6-7): 777-813.
123 Heimer R, Clair S, Teng W, Grau LE, Khoshnood K, Singer M. Effects of increasing syringe availability on syringe-exchange use and HIV risk: Connecticut, 1990–2001. *J Urban Health* 2002; 79:556–70.
124 McVeigh J, Beynon C, Bellis MA. New challenges for agency based syringe exchange schemes: analysis of 11 years of data (1991–2001) in Merseyside and Cheshire, United Kingdom. International Journal of Drug Policy 2003; 14 (5–6): 399–405.
125 Needle and syringe programmes. NICE Public health guidance PH18. 2009.
Prieiga per internetą: http://www.nice.org.uk/Guidance/PH18.
126 Methadone and buprenorphine for the management of opioid dependence. NICE technology appraisal 114. 2007. Prieiga per internetą: www.nice.org.uk/TA114
127 Drug-related deaths in Scotland in 2009. General Register Office for Scotland 2010. Prieiga per internetą: http://www.gro-scotland.gov.uk/files2/stats/drug-related-deaths/drd2009/drd2009.pdf
128 Centers for Disease Control and Prevention. Unintentional Drug Poisoning in the United State. July 2010. Prieiga per internetą: http://www.cdc.gov/HomeandRecreationalSafety/pdf/poison-issue-brief.pdf
129 Mazus AI, Leven II, Vinogradova OV, Zelenev VV, Makarenko OV. The sociological monitoring as a tool to evaluate preventive activities. Probl Sotsialnoi Gig Zdravookhranenniiai Istor Med 2009;(3):32-4.
130 Rehm J, Fischer B. Should heroin be prescribed to heroin misusers? Yes. *BMJ* 2008;336:70.
131 Haasen C, Verthein U, Degkwitz P, Berger J, Krausz M, Naber D. Heroin-assisted treatment for opioid dependence. *British Journal of Psychiatry* 2007;191:55–62.
132 McKeganey N. Should heroin be prescribed to heroin misusers? No. BMJ 2008; 336(7635):71.
133 Murauskienė L, Gečienė I, Stankutė R. Farmakoterapijos metadonu Lietuvoje vertinimas. Galutinė ataskaita (UNODC, 2011). Vilnius 2011; p.100.

134 Fonseca F, Gratacòs M, Escaramís G, et al. Response to methadone maintenance treatment is associated with the MYOCD and GRM6 genes. Mol Diagn Ther 2010;14(3):171-8.

135 Peles E, Schreiber S, Naumovsky Y, Adelson M. Depression in methadone maintenance treatment patients: rate and risk factors. Affect Disord 2007; 99(1-3):213-20.

136 Murauskienė L, Gečienė I, Stankutė R. Farmakoterapijos metadonu Lietuvoje vertinimas. Galutinė ataskaita (UNODC, 2011). Vilnius 2011; p.100.

137 Hedrich D. European report on drug consumption rooms. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, Lisbon 2004. Prieiga per internetą: http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_2944_EN_consumption_rooms_report.pdf

138 The Report of the Independent Working Group on Drug Consumption Rooms. Joseph Rowntree Foundation 2006. Prieiga per internetą: http://www.jrf.org.uk/sites/files/jrf/WG-full.pdf

139 Kerr T, Kimber J, Debeck K, Wood E. The role of safer injection facilities in the response to HIV/AIDS among injection drug users. Curr HIV/AIDS Rep 2007;4(4):158-64.

140 Wood E, Kerr T, Tyndall MW, et al. Rates of HIV/AIDS care and antiretroviral therapy response among active injection drug users. Addiction 2007;102(9):1503-5.

141 Salmon AM, van Beek I, Amin J, Kaldor J, Maher L. The impact of a supervised injecting facility on ambulance call-outs in Sydney, Australia. Addiction 2010;105(4):676-83.

142 Milloy MJS, Kerr T, Tyndall M, Montaner J, Wood E Estimated Drug Overdose Deaths Averted by North America's First Medically-Supervised Safer Injection Facility. PLoS ONE 2008; 3(10): e3351.

143 INCB. Report of the International Narcotics Control Board for 2009. Vienna: United Nations 2009.
Prieiga per internetą: http://www.incb.org/pdf/annual-report/2009/en/AR_09_English.pdf

144 Preventing HIV infection among infecting drag users in high-risk countries. The national academies press. Waschington, d.c.2006.

145 Mazus A. AIDS prevention plans must reflect local values. Science 201; 332(6026):173.

146 Stein JA, Nyamathi A. Gender differences in behavioural and psychological predictors of HIV testing and return for test results in a high-risk population. AIDS Car 2000; 12 (3): 343–56.

147 Deren S, Shedlin M, Kang SY, Cortés DE. HIV risk and prevention among Hispanic immigrants in New York: the salience of diversity. Subst Use Misuse 2011; 46(2-3):254-63.

148 MacGrowan RJ, Brackbill RM, Rugg DL, et al. Sex, drugs and HIV counseling and testing: a prospective study of behavior-change among methadone-maintenance clients in New England. AIDS 1997; 11 (2): 229–35.

149 UNGASS Country progress report. Finland 2010. Prieiga per internetą: http://www.unaids.org/en/dataanalysis/monitoringcountryprogress/2010progressreportssubmittedbycountries/finland_2010_country_progress_report_en.pdf

150 World Health Organisation. Policy Brief: Provision of sterile injecting equipment to reduce HIV transmission. Geneva: 2004. Prieiga per internetą: www.who.int/hiv/pub/advocacy/en/provisionofsterileen.pdf

151 McKeganey N, Bloor M, Robertson M, Neale J, MacDougall J. Abstinence and Drug Abuse Treatment in Scotland: Results from the Drug Outcome Research in Scotland Study. Glasgow: University of Glasgow 2005.

152 Hope VD, Judd A, Hickman M, et al. Prevalence of hepatitis C virus in current injecting drug users in England and Wales: is harm reduction working? American Journal of Public Health 2001; 91(1): 38-42.

153 Health Protection Agency. *Hepatitis C in the UK*. London: Health Protection Agency; 2009.

154 Bloor M, Neale J, McKeganey N. Persisting local variations in prevalence of hepatitis C virus among Scottish problem drug users: Results from an anonymous screening study. Drugs: education, prevention and policy 2006; 13(2): 189–91.

155 Čaplinskas S. Narkotikų kontrolė: pragmatiška politika ir humanistinės nuostatos. Acta medica Lituanica. 2001; suppl.6: 37-41.

156 Nacionalinės AIDS programos vertinimas. Lietuvos AIDS centras. Prieiga per internetą: http://politika.osf.lt/visuomenes_sveikata/dokumentai/AIDS_programos_vertinimas.pdf

157 Narkotikų kontrolės departamentas prie Lietuvos Respublikos Vyriausybės. Metinis pranešimas 2010. Europos narkotikų ir narkomanijos stebėsenos centras. 2010.

158 Annual report. The state of the drugs problem in Europe. EMCDDA, Lisbon 2009. Prieiga per internetą: http://www.emcdda.europa.eu/publications/annual-report/2009

159 General Register Office for Scotland. Drug-Related Deaths in Scotland in 2009. Edinburgh: General Register Office 2010. Prieiga per internetą: http://www.gro-scotland.gov.uk/files2/stats/drug-related-deaths/drd2009/drd2009.pdf

160 Office for National Statistics. Statistical Bulletin: Deaths related to drug poisoning in England and Wales, 2009. Health and Care 2010. Prieiga per internetą: http://www.ons.gov.uk

161 Health Protection Agency. *Hepatitis C in the UK*. London: Health Protection Agency; 2009.

162 Gordon L, Tinsley L, Godfrey C, Parrott S. The economic and social costs of Class A drug use in England and Wales, 2003/04. In: Singleton N, Murray R, Tinsley L. eds. Measuring different aspects of problem drug use: methodological developments. Home Office Online Report 16/06. 2006: 41-45. Prieiga per internetą: http://www.homeoffice.gov.uk/rds/pdfs06/rdsolr1606.pdf

163 Casey J, Hay G, Godfrey C, Parrott S. Assessing the scale and impact of illicit drug markets in Scotland. Scottish Government Social Research 2009. Prieiga per internetą: http://www.scotland.gov.uk/Resource/Doc/287490/0087669.pdf

164 ACMD. Hidden Harm – Responding to the needs of children of problem drug users. Advisory Council on the Misuse of Drugs 2003. Prieiga per internetą:http: //www.homeoffice.gov.uk/publications/agencies-public-bodies/acmd1/hidden-harm-full?view=Binary

165 Percy A, MdAlister S, Higgins K, McCrystal P, Thornton M. Response consistency in young adolescents' drug use self-reports: a recanting rate analysis. Addiction 2005; 100 (2): 189-96.

166 Anstice S, Strike CJ, Brands B. Supervised methadone consumption: Client issues and stigma. *Substance Use and Misuse* 2009;44(6):794–808.

167 Palmateer N, Kimber J, Hickman M, Hutchinson S, Rhodes T, Goldberg D. Evidence for the effectiveness of sterile injecting equipment provision in preventing hepatitis C and human immunodeficiency virus transmission among injecting drug users: a review of reviews. Addiction 2010;105(5):844-59.

168 Abdulrahim D, Gordon D, Best D. Findings of a Survey of Needle Exchanges in England. London: NTA; 2006.

169 Health Protection Agency. Anthrax: information on 2010 outbreak. London: HPA 2005. Prieiga per internetą: http://www.hpa.org.uk/Topics/InfectiousDiseases/InfectionsAZ/Anthrax/AnthraxOutbreakInformation/

170 Caplinskas S, Strujeva O, Caplinskiene I. HIV outbreak in prison follow-up . 10th European AIDS conference, EACS, Dublin, Ireland, Nov 17-20, 2005: abstract. [Dublin, 2005]: 152-53.

171 Nadelmann E. Progressive Legalizers, Progressive Prohibitionists and the Reduction of Drug-related Harm. In: Heather N, Wodak A, Nadelmann E., O'Hare P. (ed): Psychoactive Drugs and Harm Reduction: From Faith to Science. London: Whurr Publishers, 1993: 35–48.

172 Kad ir terminologijos pasikeitimas.

173 Advisory Council on the Misuse of Drugs. AIDS and drug misuse: part one. London: Department of Health and Social Security. 1988.

174 EM CDDA 2011 m. metinė ataskaita: narkotikų problema Europoje. Europos Sąjungos leidinių biuras, Liuksemburgas, 2011; p.38.

175 Caplinskas S, Strujeva O, Caplinskiene I. HIV outbreak in prison follow-up . 10th European AIDS conference, EACS, Dublin, Ireland, Nov 17-20, 2005: abstract. [Dublin, 2005]: 152-53.

176 Hammett T M, Harmon P, Maruschak L. 1996—1997 update: HIV/AIDS, STD's and TB in correctional facilities. Cambridge, 1999: 97.

177 Lietuvos AIDS centro 2005 metų veiklos ataskaita. 2006: 17.

178 Rich J D, Holmes L, Salas C, et al. Successful linkage of medical care and community services for HIV–positive offenders being released from prison. J Urb Health 2001; 78 (2): 279–89.

179 Prieiga per internetą: www.baltichealth.lt.

180 Strathdee SA, van Ameijden EJC, Mesquita F, et al. Can HIV epidemics among injection drug users be prevented. AIDS 1998; 12 (A Suppl): 71–9.

181 Report on the global HIV/AIDS epidemic 2008, UNAIDS;2009.

182 Čaplinskienė I, Čaplinskas S, Griškevičius A. Narkotikų vartojimas ir ŽIV infekcija įkalinimo įstaigose. Medicina 2003; 39 (8): 797-803.

183 Morales T, Gomez CA, Marin BV. Freedom and HIV prevention: challenges facing Latino inmates leaving prison. 103rd American psychological association convention. New York, 1995.

184 Huddleston C W, Wilson K F, Boone D L. Painting the Current Picture: A National Report Card on Drug Courts and Other Problem Solving Court Programs in the United States, Alexandria, VA: National Drug Court Institute, May 2004.

185 Huddleston C W, Wilson K F, Boone D L. Painting the Current Picture: A NationalReport Card on Drug Courts and Other Problem Solving Court Programs in the United States, Alexandria, VA: National Drug Court Institute, May 2004

186 Bureau of Justice Statistics 2002c: Incarceration rate, 1980-2000. Washington, DC: U.S.Department of Justice.

187 National Institute on Drug Abuse. Research Report: Therapeutic Community. Washington 2002, DC: US Department of Health and Human Services; National Institutes of Health.

188 Huddleston C W, Marlowe JD, Casebolt R. Painting the Current Picture: A National Report Card on Drug Courts and Other Problem-Solving Court Programs in the United States. Washington DC: National Drug Court Institute 2008.

189 Finn P, Newlyn AK. *Miami's "Drug Court" A Different Approach*. National Institute of Justice. 1993. Washington D.C.: U.S. Department of Justice.

190 Huddleston C W, Marlowe JD, Casebolt R. Painting the Current Picture: A National Report Card on Drug Courts and Other Problem-Solving Court Programs in the United States. Washington DC: National Drug Court Institute 2008.

191 Rossman S B, Roman J K, Zweig J M, Rempel M, Lindquist C H. The Multi-Site Adult Drug Court Evaluation: Executive Summary. NCJ 237108, November 2011. Prieiga per internetą: https://www.ncjrs.gov/pdffiles1/nij/grants/237108.pdf

192 Rempel M, Fox-Kralstein D, Cissner A, et al. The New York State Adult Drug Court Evaluation: Policies, Participants, and Impact. Report submitted to the New York State Unified Court System and the Bureau of Justice Assistance 2003. New York: Center for Court Innovation.

193 Carey SM, Finigan M, Crumpton D, et al. California drug courts: Outcomes, costs and promising practices: An overview of phase II in a statewide study. Journal of Psychoactive Drugs 2006; SARC Supplement 3, 345-56.

194 Finigan M. An outcome program evaluation of the Multnomah County STOP Drug Diversion Program. Report prepared for the Multnomah County Department of Community Corrections 1998. State Justice Institute.

195 Marlowe DB, DeMatteo DS, Festinger DS. A sober assessment of drug courts. Federal Sentencing Reporter 2003; 16(2): 153-7.

196 World Prison Brief. International Centre for Prison Studies. University of Essex. Prieiga per internetą: http://www.prisonstudies.org/

197 Strujeva O. Švirkščiamuosius narkotikus vartojančių asmenų savanoriško ŽIV testavimo ir konsultavimo paslaugų reglamentavimas Lietuvoje. Ataskaita skirta Jungtinių Tautų Narkotikų ir nusikalstamumo biuro regioniniam projektui „ ŽIV/AIDS prevencija tarp švirkščiamųjų narkotikų vartotojų bei jų priežiūra Estijos, Latvijos ir Lietuvos kalinimo įstaigose". 2007; 40.

198 National Association of Drug Court Professionals. Defining drug courts: The key components. Washington 1997, January, DC: Bureau of Justice Assistance.

199 Čaplinskas S. AIDS: žinios apie epidemiją ir bendra atsakomybė. AIDS centro biuletenis Vilnius: Lietuvos AIDS centro leidykla1996; 10: 4-22.

200 The global AIDS strategy / WHO. Geneva, 1992: 23.

201 Sveikata visiems XXI amţiuje / Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija. Vilnius, 1999: 48-49.

202 Bayer R. Public health policy and the AIDS epidemic: an end to HIV exceptionalism. N Eng J Med 1991; 324: 1500-04.

203 Sherer R., Stieglitz K., Narra J. et al. HIV multidisciplinary teams work: support services improve access to and retention in HIV primary care. AIDS Care 2002; 14 (1 Suppl): 31–44.

204 Giordano TP, Gifford AL, White ACJr, et al. Retention in care: a challenge to survival with HIV infection. Clin Infect Dis 2007; 44 (11): 1493–99.

205 Lucas GM, Cheever LW, Chaisson RE, Moore RD. Detrimental effects of continued illicit drug use on the treatment of HIV-1 infection. J Acquir Immune Defic Syndr 2001;7 (7): 251–59.

206 Gebo KA, Fleishman JA, Conviser R, et al. Racial and gender disparities in receipt of highly active antiretroviral therapy persist in a multistate sample of HIV patients in 2001. J Acquir Immune Defic Syndr 2005;38 (1): 96–103.

207 Giordano TP, White A, Clinton Jr, et al. Factors associated with the use of highly active antiretroviral therapy in patients newly entering care in an urban clinic. J Acquir Immune Defic Syndr 2003; 32 (4): 399-05.

208 Gardner LI, Metch LR, Anderson-Mahoney P, et al. Efficacy of a brief case management intervention to link recently diagnosed HIV-infected persons to care . AIDS 2005; 19 (4): 423–31.

209 Harris SK, Samples CL, Keenan PM, et al. Outreach, mental health, and case management services: can they help to retain HIV-positive and at-risk youth and young adults in care. Mater Child Health J 2003; 7 (4): 205–18.

210 Magnus M, Schmidt N, Kirkhart K., et al. Association between ancillary services and clinical and behavioral outcomes among HIV-infected women . AIDS Patient Care STDS 2001; 15 (3): 137–45.

211 Sherer R, Stieglitz K, Narra J, et al. HIV multidisciplinary teams work: support services improve access to and retention in HIV primary care. AIDS Care 2002; 14 (1 Suppl): 31–44.

212 Giordano TP, Gifford AL, White ACJr, et al. Retention in care: a challenge to survival with HIV infection. Clin Infect Dis 2007; 44 (11): 1493–99.

213 Messeri PA, Abramson DM, Aidala AA, et al. The impact of ancillary HIV services on engagement in medical care in New York city. AIDS Care 2002; 14 (1 Suppl): 15–29.

214 Ashman J, Conviser R, Pounds MB, et al. Associations between HIV-positive individuals' receipt of ancillary services and medical care receipt and retention. AIDS Care 2002; 14 (1 Suppl): 109–18.

215 Saha S, Arbelzez JJ, Cooper SA, et al. Patient-physician relationships and racial disparities in the quality of health care . Am J Public Health 2003; 93 (10): 1713–19.

216 Schneider J, Kaplan SH, Greenfield S, et al. Better physician-patient relationships are associated with higher reported adherence to anti-retroviral therapy in patients with HIV infection . J Gen Intern Med 2004; 19 (11): 1096–03.

217 Heslin KC, Andersen RM, Ettner SL, Cunningham WE. Racial and ethnic disparities in access to physicians with HIV-related expertise . J Gen Intern Med 2005; 20 (3): 283–89.

218 Ding L, Landon BE, Wilson IB, et al. Predictors and consequences of negative physician attitudes toward HIV-infected injection drug users. Arch Intern Med 2005; 165 (6): 618–23.

219 Mallinson K, Rajabiun S, Coleman S, et al. The provider role in client engagement in HIV care. AIDS Patient Care STDS 2007; 21 (1 Suppl): 77-84.

220 Rumptz M, Tobias C, Rajabiun S, et al. Factors associated with engaging socially marginalized HIV positive persons in primary care. AIDS Patient Care STDS 2007 (in press).

221 Tobias CR, Cunningham W, Cabral HD, et al. Living with HIV but without medical care: barriers to engagement . AIDS Patient Care STDS 2007; 21 (6): 426-34.

222 Rapp ChA, Goscha RJ. The strengths model : case management with people with psychiatric disabilities. Oxford ; New York : Oxford University Press, 2006: 289.

223 Rothman J. A model of case management: toward empirically based practice. Soc Work. 1991; 36 (6): 520-28.

224 Wallace/Maxcy-Rosenau-Last public health and preventive medicine / ed. by Robert B. Wallace. New York : McGraw-Hill. 2008: 4–5.

225 Last JM. Adictionary of epidemiology. Oxford University Press. 2001: 289.

226 Pagrindinės epidemiologijos sąvokos: mokomasis žodynas. Kaunas: Kauno medicinos universitetas, 2001.

227 Prieiga per internetą: http://www.apositivelife.com/forasos/need-for-positive-prevention.html.

228 Campo J, Perea MA, Del Romero J, et al. Oral transmission of HIV, reality or fiction? an update. Oral Dis 2006; 12 (3): 219–28.

229 Haase AT. Transmission and propagation of SIV and HIV infection in vivo. Program and abstracts of the 9th conference on retroviruses and opportunistic infections. Seattle, Washington, February 24–28, 2002: abstract L9.

230 DiClemente RJ, Wingood GM, Del Rio C, Crosby RA. Prevention interventions for HIV positive individuals. Sex Transm Infect 2002; 78 (6): 393–95.

231 Positive prevention: prevention strategies for people with HIV/AIDS: draft background paper. Brighton, UK: International HIV/AIDS alliance. 2003.

232 King-Spooner S. HIV prevention and the positive population. Int J STD AIDS 1999; 10 (3): 141–50.

233 Vernazza PL, Eron J.J, Fiscus SA, Cohen MS. Sexual transmission of HIV: infectiousness and prevention. AIDS 1999; 13 (2): 155–66.

234 DiClemente RJ, Wingood GM, Del Rio C, Crosby RA. Prevention interventions for HIV positive individuals. Sex Transm Infect 2002; 78 (6): 393–95.

235 Wolitski R J, Janssen RS, Onorato IM, et al. An overview of prevention with people living with HIV. In. Positive prevention: Reducing transmission among people living with HIV/AIDS / ed. by S. C. Kalichman. New York: Kluwer academic/plenum. 2005: 1–28.

236 Positive prevention: prevention strategies for people with HIV/AIDS: draft background paper. Brighton, UK: International HIV/AIDS alliance. 2003.

237 Wolitski RJ, Janssen RS, Onorato IM, et al. An overview of prevention with people living with HIV. In. Positive prevention: Reducing transmission among people living with HIV/AIDS / ed. by S. C. Kalichman. New York: Kluwer academic/plenum. 2005: 1–28.

238 Terminology guidelines / UNAIDS. 2007, March.

239 Late versus early testing of HIV—16 sites, United States, 2000–2003. MMWR 2003; 52 (25): 581–86.

240 Branson BM, Handsfield HH, Lampe MA, et al. Revised recommendations for HIV testing of adults, adolescents, and pregnant women in health-care settings. MMWR 2006; 55 (RR-14): 1–17.

241 2005–6 mortality audit British HIV association. Prieiga per internetą: <http://www.bhiva.org/files/file1001379.ppt> .

242 Sullivan AK, Curtis H, Sabin CA, et al. Newly diagnosed HIV infections: review in UK and Ireland . BMJ 2005; 330: 1301–2.

243 HIV and other sexually transmitted infections in the United Kingdom: testing times / Health protection agency, Centre for infections,The UK collaborative group for HIV and STI surveillance 2007. Prieiga per internetą: <http://www.hpa.org.uk/web/HPAweb&HPAwebStandard/HPAweb_C/1203084355941>

244 Uzdaviniene V, Caplinskas S. Time of HIV diagnosis in HIV-infected people in Lithuania . 3rd IAS conference „On HIV pathogenesis and treatment", Rio de Janeiro, Brazil, July 24-27, 2005: abstract. Hannover, 2005: 136.

245 Stöhr W, Dunn DT, Porter K, et al. CD4 cell count and initiation of antiretroviral therapy: trends in seven UK centres, 1997–2003 / on behalf of the UK CHIC study. HIV Med 2007; 8 (3): 135–41.

246 Marks G, Crepaz N, Janssen RS, et al. Estimating sexual transmission of HIV from persons aware and unaware that they are infected with the virus in the USA. AIDS 2006; 20 (10): 1447-50.

247 Vernazza P, Hirschel B, Bernasconi E, et al. Les personnes séropositives ne souffrant d'aucune autre MST et suivant un traitement antirétroviral efficace ne transmettent pas le VIH par voie sexuelle. Bull Med Suis 2008; 89: 165-9.

248 Dėl visuomenei pavojingų užkrečiamųjų ligų, kuriomis sergantys asmenys laikomi apdraustaisiais, kurie draudžiami valstybės lėšomis privalomuoju sveikatos draudimu, sąrašo patvirtinimo: Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2003 m. gegužės 14 d. įsakymu Nr. V-276. Valstybės žinios. 2003; 50-2244.

249 European STD guidelines / IUSTI/WHO. 2008. Prieiga per internetą: http://www.iusti.org/regions/Europe/HIV%20Testing%2Guideline%2011.11.08.pdf

250 Velasco-Hernandez JX, Gershengorn HB, Blower SM, et al. Could widespread use of combination antiretroviral therapy eradicate HIV epidemics. Lancet Infect Dis 2002; 2 (8): 487-93.

251 Montaner JS, Hogg R, Wood E, et al. The case for expanding access to highly active antiretroviral therapy to curb the growth of the HIV epidemic. Lancet 2006; 368 (9534): 531-36.

252 Lima VD, Johnston K, Hogg RS, et al. Expanded access to highly active antiretroviral therapy: a potentially powerful strategy to curb the growth of the HIV epidemic. J Infect Dis 2008; 198 (1): 59-67.

253 Kilby JM, Lee HY, Hazelwood JD, et al. Treatment response in acute/early infection versus advanced AIDS: equivalent first and second phaze of HIV RNR decline. AIDS 2008; 22 (8): 957-62.

254 Granich RM, Gilks FC, Dye C, et al. Universal voluntary HIV testing with immediate antiretroviral therapy as a strategy for elimination of HIV transmission:a mathematical model. Lancet 2009; 373 (9657): 48-57.

255 Fleming P, Byer RH, Sweeney PA, et al. HIV prevalence in the United States, 2000. In: Program and abstracts of the 9th conference on retroviruses and opportunistic infections, Washington, February 24-28, 2002: abstract 11. Seatle, Washington, Alexandria, VA: Foundation

256 Sackoff JE, McFarland JW, Shin SS, et al. Trends in prescriptions for highly active antiretroviral therapy in four New York city HIV clinics . J Acquir Immune Defic Syndr 2000; 23 (2): 178-83.

257 Cunningham WE, Markson LE, Andersen RM, et al. Prevalence and predictors of highly active antiretroviral therapy use in patients with HIV infection in the United States. HCSUS consortium. HIV cost and services utilization. J Acquir Immune Defic Syndr 2000; 25 (2): 115-23.

258 Bassetti S, Battegay M, Furrer H, et al. Why is highly active antiretroviral therapy (HAART) not prescribed or discontinued? Swiss HIV cohort study. J Acquir Immune Defic Syndr 1999; 21 (2): 114-19.

259 Mocroft A, Madge S, Johnson AM, et al. A comparison of exposure groups in the EuroSIDA Study: starting highly active antiretroviral therapy (HAART), response to HAART, and survival. J Acquir Immune Defic Syndr 1999; 22 (4): 369-78.

260 Murri R, Fantoni M, Del Borgo C, et al. Intravenous drug use, relationship with providers, and stage of HIV disease influence the prescription rates of protease inhibitors . J Acquir Immune Defic Syndr 1999; 22 (5): 461-6

261 Junghans C, Low N, Chan P, et al. Uniform risk of clinical progression despite differences in utilization of highly active antiretroviral therapy: Swiss HIV cohort study. AIDS 1999; 13 (18): 2547-54.

262 Teshale E, Kamimoto L, Harris N, et al. Estimated number of HIV-infected persons eligible for and receiving HIV antiretroviral therapy, 2003—United States. In: 12th conference on retroviruses and

opportunistic infections, Boston, Massachusetts, February 22-25, 2005: abstract 167. Boston, Massachusetts, Alexandria, VA: Foundation for Retrovirology and Human Health. 2005: 125.

263 Chesney MA. Factors affecting adherence to antiretroviral therapy. Clin Infect Dis 2000; 30 (2 Suppl): 171-6.

264 Lucas GM, Chaisson RE, Moore RD, et al. Highly active antiretroviral therapy in a large urban clinic: risk factors for virologic failure and adverse drug reactions. Ann Intern Med 1999; 131 (2): 81-7.

265 Valdez H, Lederman MM, Woolley I, et al. Human immunodeficiency virus 1 protease inhibitors in clinical practice: predictors of virological outcome . Arch Intern Med 1999; 159 (15): 1771-6.

266 Paterson DL, Swindells S, Mohr J, et al. Adherence to protease inhibitor therapy and outcomes in patients with HIV infection. Ann Intern Med 2000; 133 (1): 21-30.

267 Locarnini S, Birch C. Antiviral chemotherapy for chronic hepatitis B infection: Lessons learned from treating HIV infected patients. Journal of Hepatology 1999;30:536-550.

268 Schuurman R, Nijhuis M, van Leeuwen R, Schipper P, de Jong D, Collis P, Danner SA, Mulder J, Loveday C, Christopherson C, et al. Rapid changes in human immunodeficiency virus type 1 RNA load and appearance of drug-resistant virus populations in persons treated with lamivudine (3TC). J Infect Dis 1995;171:1411-9.

269 Wainberg MA, Salomon H, Gu Z, Montaner JS, Cooley TP, McCaffrey R, Ruedy J, Hirst HM, Cammack N, Cameron J, et al. Development of HIV-1 resistance to (-)2'-deoxy-3'-thiacytidine in patients with AIDS or advanced AIDS-related complex. Aids 1995;9:351-7.

270 Ho D, Toyoshima T, Mo H, Kempf D, Norbeck D, Chen Cea. Characterisation of human immunodeficiency virus type 1 variants with increased resistance to a C2-symmetic protease inhibitor. J Virol 1994;68:2016-2020.

271 Klimkait T., Vernazza P. Adherence and Resistance. Ther Umsch.2004. oct;61(10):631-4.

272 Bangsberg D.R. Preventing HIV antiretroviral resistance through better monitoring of treatment adherence. J Infect Dis. 2008 May 15;197 Suppl 3:S272-8.

273 Smith R. J. Adherence to antiretroviral HIV drugs: how many doses can you miss before resistance merges?. Proc Biol Sci. 2006 Mar 7;273(1586):617-24.

274 Caplinskas S., Loukachov V., Gasich E., Gilyazova A., Caplinskiene I. Distinct HIV-1 strains circulating in different risk groups and the absence of new infections by drug-resistant strains in Lithuania. PLOS ONE (in press).

275 Ickovics JR, Meisler AW. Adherence in AIDS clinical trials : a framework for clinical research and clinical care. J Clin Epidemiol 1997; 50 (4): 385-91.

276 Palella FJJr, Delaney KM, Moorman AC, et al. Declining morbidity and mortality among patients with advanced human immunodeficiency virus infection. HIV Outpatient study investigators. N Engl J Med 1998; 338 (13): 853-60.

277 Hsu LC, Vittinghoff E, Katz MH, et al. Predictors of use of highly active antiretroviral therapy (HAART) among persons with AIDS in San Francisco, 1996-1999. J Acquir Immune Defic Syndr 2001; 28 (4): 345-50.

278 Fairfield KM, Libman H, Davis RB, Eisenberg DM. Delays in protease inhibitor use in clinical practice. J Gen Intern Med 1999; 14 (7): 395-401.

279 Cook JA, Cohen MH, Grey D, et al. Use of highly active antiretroviral therapy in a cohort of HIV-seropositive women. Am J Public Healt 2002; 92 (91): 82-7.

280 Shapiro MF, Morton SC, McCaffrey DF, et al. Variations in the care of HIV-infected adults in the United States: results from the HIV cost and services utilization study. JAMA 1999; 281 (24): 2305-15.

281 Andersen R, Bozzette S, Shapiro M, et al. Access of vulnerable groups to antiretroviral therapy among persons in care for HIV disease in the United States. HCSUS consortium. HIV cost and services utilization study. Health Serv Res 2000; 35 (2): 389-416.

282 Strathdee SA, Palepu A, Cornelisse PG, et al. Barriers to use of free antiretroviral therapy in injection drug users. JAMA 1998; 280 (6): 547-9.

283 Mocroft A, Gill MJ, Davidson W, Phillips AN. Are there gender differences in starting protease inhibitors, HAART, and disease progression despite equal access to care. J Acquir Immune Defic Syndr 2000; 24 (5): 475-82.

284 Anderson KH, Mitchell JM. Differential access in the receipt of antiretroviral drugs for the treatment of AIDS and its implications for survival. Arch Intern Med 2000; 160 (2): 3114-20.

285 Palella FJ, Delaney KM, Moorman AC, et al. Declining morbidity and mortality among patients with advanced human immunodeficiency virus infection. HIV Outpatient study investigators. N Engl J Med 1998; 338 (13): 853-60.

286 Bassetti S, Battegay M, Furrer H, et al. Why is highly active antiretroviral therapy (HAART) not prescribed or discontinued? Swiss HIV cohort study. J Acquir Immune Defic Syndr 1999; 21 (2): 114-19.

287 Mocroft A, Madge S, Johnson AM, et al. A comparison of exposure groups in the EuroSIDA Study: starting highly active antiretroviral therapy (HAART), response to HAART, and survival. J Acquir Immune Defic Syndr 1999; 22 (4): 369-78.

288 Hsu LC, Vittinghoff E, Katz MH, et al. Predictors of use of highly active antiretroviral therapy (HAART) among persons with AIDS in San Francisco, 1996-1999. J Acquir Immune Defic Syndr 2001; 28 (4): 345-50.

289 Fairfield KM, Libman H, Davis RB, Eisenberg DM. Delays in protease inhibitor use in clinical practice. J Gen Intern Med 1999; 14 (7): 395-401.

290 Bing EG, Kilbourne AM, Brooks RA, et al. Protease inhibitor use among a community sample of people with HIV disease. J Acquir Immune Defic Syndr 1999; 20 (5): 474-80.

291 Chesney MA. Factors affecting adherence to antiretroviral therapy. Clin Infect Dis 2000; 30 (2 Suppl): 171-6.

292 Max B, Sherer R. Management of the adverse effects of antiretroviral therapy and medication adherence. Clin Infect Dis. 2000; 30 (2 Suppl): 96-116.

293 Lucas G, Gebo K, Chaisson RE, et al. Longitudinal assessment of the effects of drug and alcohol abuse on HIV treatment. In: Program and abstracts of the 9th conference on retroviruses and opportunistic infections, Washington, February 24-28, 2002: abstract 547-T. Seatle, Washington, Alexandria, VA: Foundation for etrovirology and Human Health, 2002.

294 Guidelines for the use of antiretroviral agents in HIV-infected adults and adolescents / Department of health and human services and the Henry J. Kaiser family foundation. Updated February 2002. Accessed October 7, 2002. Prieiga per internetą: <http://www.hivatis.org/guidelines/adult/May23_02/AAMay23.pdf>

295 Petersen ML, Van der Laan MJ, Napravnik S, et al. Long-term consequences of the delay between virologic failure of highly active antiretroviral therapy and regimen modification. AIDS 2008; 22 (16): 2097-106.

296 Turner BJ, Fleishman JA, Wenger N, et al. Effects of drug abuse and mental disorders on use and type of antiretroviral therapy in HIV-infected persons. J Gen Intern Med 2001; 16 (9): 625-33.

297 Celentano DD, Galai N, Sethi AK, et al. Time to initiating highly active antiretroviral therapy among HIV-infected injection drug users. AIDS 2001; 15(13): 1707-15.

298 Detels R, Muñoz A, McFarlane G, et al. Effectiveness of potent antiretroviral therapy on time to AIDS and death in men with known HIV infection duration. Multicenter AIDS cohort study investigators. JAMA 1998; 280 (17): 1497-503.

299 Mocroft A, Vella S, Benfield TL, et al. Changing patterns of mortality across Europe in patients infected with HIV-1. EuroSIDA study group. Lancet 1998; 352 (9142): 1725-30.

300 Giordano TP, White A, Clinton Jr, et al. Factors associated with the use

of highly active antiretroviral therapy in patients newly entering care in an urban clinic. J Acquir Immune Defic Syndr 2003; 32 (4): 399-05.

301 Magnus M, Schmidt N, Kirkhart K., et al. Association between ancillary services and clinical and behavioral outcomes among HIV-infected women . AIDS Patient Care STDS 2001; 15 (3): 137–45.

302 Katz MH, Cunningham WE, Fleishman JA, et al. Effect of case management on unmet needs and utilization of medical care and medications among HIV-infected persons. Ann Intern Med 2001; 135 (1 Part): 557-65.

303 Caprio M, Homer E, Laufman LE, et al. Closely supervised intervention pilot program to improve adherence among urban indigent women. XIV international AIDS conference„Knowledge and commitment for action", Barcelona, July 7–12, 2002: abstract WePeB5857.

304 Čaplinskas S. Reguliuojamasis bendrosios praktikos gydytojo vaidmuo ŽIV infekcijos priežiūroje. Visuomenės sveikata: numeris skirtas Bendrosios praktikos (šeimos) gydytojų asociacijos konferencijai "Infekcinės ligos ir kiti aktualūs klausimai bendrosios praktikos gydytojo darbe", vasario 23 d. Vilnius 2005; 1 (28):8-17.

305 HIV care: a primer and resource guide for family physicians. College of family physicians of Canada. Mississauga, Ontario, 2001.

306 Dėl Narkotinių ir psichotropinių medžiagų žalos mažinimo programų vykdymo tvarkos aprašo patvirtinimo: Lietuvos respublikos sveikatos apsaugos ministro 2006 m. liepos 5 d. įsakymas Nr. V-584. Valstybės žinios. 2006; 77-3020.

307 Harm reduction: a British Columbia community guide / British Columbia Ministry of Health. 2005. Prieiga per internetą: <http://www.health.gov.bc.ca/prevent/pdf/hrcommunityguide.pdf>

308 Hunt N. A review of the evidence-base for harm reduction approaches to drug use. Forward thinking on drugs, a release initiative. 2003.

309 Needle and syringe programmes: providing people who inject drugs with injecting equipment / National institute for health and clinical excellence. 2009, February.

310 Out of the margin: harm reduction and HIV prevention / Dutch Ministry of Foreign Affairs, Hague, 2007: 21–26.

311 Čaplinskas S, Kulšis S. Lietuvos AIDS centro pagalba sekso darbuotojams: programa „Socialinių ligų konsultacinis kabinetas ir švirkštų/adatų keitimas Vilniaus mieste //. ŽIV/AIDS prevencija tarp švirkščiamų narkotikų vartotojų Lietuvoje: gera praktika. [Vilnius]: Centrinės ir Rytų Europos žalos mažinimo tinklas, 2003: 23-25.

312 Lietuvos AIDS centro 2005 metų veiklos ataskaita. 2006: 17.

313 Čaplinskas S, Dragūnevičius K. Lietuvos AIDS centro narkomanų psichologinės socialinės reabilitacijos bendruomenės rezultatų analizė. Socialinis darbas: mokslo darbai 2008; 7:145-53.

314 Čaplinskas S, Gasiliauskas L, Sruoga V, Dragūnevičius K. Stacionarinės narkomanų psichologinės-socialinės reabilitacijos metodines rekomendacijas. Vilnius: Vyturys, 1999.

315 Wasserheit JN. Epidemiological synergy. Interrelationships between human immunodeficiency virus infection and other sexually transmitted diseases. Sex Transm Dis 1992; 19 (2): 61–77.

316 Cohen MS, Hoffmann IF, Royce RA, et al. Reduction of concentration of HIV-1 in semen after treatment of urethritis: implications for prevention of sexual transmission of HIV-1. AIDSCAP Malawi research group. Lancet 1997; 349 (9069): 1868–73.

317 Kulsis S, Dapkeviciene J, Caplinskas S, et al. Outreach work in Vilnius. Конференция по вопросам ВИЧ/СПИД'а в Восточной Европе и Центральной Азии: сборник материалов. 2006.

318 Drumright LN, Little SJ, Strathdee SA, et al. Unprotected Anal Intercourse and Substance Use Among Men Who Have Sex With Men With Recent HIV Infection. J Acquir Immune Defic Syndr 2006; 43(3):344-350.

319 UNAIDS. AIDS and men who have sex with men. – Geneva, 1998.

320 Čaplinskienė I. Antrosios kartos ŽIV epidemiologinė priežiūra: metodinės rekomendacijos. 2-as leidimas. Vilnius: Trys žvaigždutės, 2007: 33.

321 Užsikrėtusiųjų lytiškai plintančiomis infekcijomis (LPI) ir žmogaus imunodeficito virusu (ŽIV) epidemiologinės situacijos apžvalga Lietuvoje. 2010 metai. Vilnius 2011:44.
Prieiga per internetą http://www.ulac.lt/uploads/ataskaitos/ZivLpi/LPI_analize_2010.pdf

322 Janssen R S, Holtgrave D R, Valdiserri R O, et al. The serostatus approach to fighting the HIV epidemic: prevention strategies for infected individuals. Am J Public Health 2001; 91 (7): 1019–24.

323 Dėl Lietuvos medicinos normos MN 59:2004 ,,Gydytojas dermatovenerologas. Teisės, pareigos, kompetencija ir atsakomybė // patvirtinimo: Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2004 m. gruodžio 10 d. įsakymas Nr. V-899. Valstybės žinios 2004; 184-6814.

324 Dėl Lietuvos medicinos normos MN 117-2004 „Infekcinių ligų gydytojas. Teisės, pareigos, kompetencija ir atsakomybė // pa-tvirtinimo: Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2004 m. lapkričio 11 d. įsakymas Nr. V-778. Valstybės žinios 2004; 167-6149.

325 Dėl Lietuvos medicinos normos MN 140: 2007 „Gydytojas urologas. Teisės, pareigos, kompetencija ir atsakomybė // patvirtinimo: Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2007 m. spalio 26 d. Nr. V-876. Valstybės žinios. 2007; 144-4653.

326 Csiszar J; Teter C; Whitfield M; Jungova H; Caplinskas S et al. HELP" HIV/AIDS Education for Lithuania Program: Multidisciplinary Case management Training and Implementation Program, Vilnius. XVIII International AIDS Conference, Vienna, Austria, July 18-23, 2010: Abstract Book. Vienna, 2010: vol. 2, 248.

327 Smyth BP, Barry J, Keenan E, Ducray K. Lapse and relapse following inpatient treatment of opiate dependence. Ir Med J 2010;103(6): 176-9.

328 Kleber HD. Methadone Maintenance 4 Decades Later. Thousands of Lives Saved But Still Controversial. JAMA 2008; 300(19): 2303- 5.

329 Mazus A. AIDS prevention plans must reflect local values. Science 2011 8;332(6026):173.

330 Čaplinskas S. Žmogaus Imunodeficito Viruso (ŽIV) infekcijos kontrolės lietuvoje strategija. Acta medica Lituanica 2001; suppl.6: 3-16.

331 Čaplinskas S. ŽIV infekcija, AIDS ir visuomenės sveikata. Vilnius: Lietuvos AIDS centro leidykla 2004; 64.

Atsako į AIDS ir narkomaniją kontroversijos
Prof. dr. Saulius Čaplinskas, Užkrečiamųjų ligų ir AIDS centras; Mykolo Romerio universiteto Socialinės politikos fakulteto Edukologijos instituto Socialinio darbo katedra

ATSAKO Į AIDS IR NARKOMANIJĄ KONTROVERSIJOS

Prof. dr. Saulius Čaplinskas,
Užkrečiamųjų ligų ir AIDS centras;
Mykolo Romerio universiteto Socialinės politikos fakulteto
Edukologijos instituto Socialinio darbo katedra

Recenzavo:

Prof. dr. Vida Gudžinskienė,
Mykolo Romerio universiteto Socialinės politikos fakulteto Edukologijos instituto Socialinio darbo katedra
Prof. dr. Leonas Valius,
Lietuvos sveikatos mokslų universiteto Šeimos medicinos klinika
Doc. dr. Stasė Ustylaitė,
Mykolo Romerio universiteto Socialinės politikos fakulteto Edukologijos katedra;
Lietuvos edukologijos universiteto Sporto ir sveikatos fakulteto Sveikatos ir fizinio ugdymo katedra
Dr. Zenius Martinkus,
Narkotikų, tabako ir alkoholio departamento direktorius
Gyd. Robertas Badaras,
Vilniaus universiteto Toksikologijos centro vadovas
O. Davidonienė
Valstybinio psichikos sveikatos centro direktorė

Maketavo Rasa Marcinkevičienė
Viršeliui panaudota Ilonos Kukenytės iliustracija

PATVIRTINTA kaip mokomoji knyga
Mykolo Romerio universiteto Socialinės politikos fakulteto Edukologijos instituto Socialinio darbo katedros posėdžio 2012 m. gegužės 17 d. protokolu Nr. 1SDK-11.

PATVIRTINTA kaip mokomoji knyga
Mykolo Romerio universiteto Socialinės politikos fakulteto
Socialinio darbo bakalauro, socialinio darbo magistrantūros, socialinės gerontologijos magistrantūros studijų programų komiteto posėdžio 2012 m. gegužės 17 d. protokolu Nr. 3SDK-7

2012 06 21 spaudos lankai 8 Tiražas 90
Išleido ir spausdino UAB „Vitae Litera“, Kurpių g. 5-3, LT-44280 Kaunas
www.vitaelitera.lt, www.tuka.lt