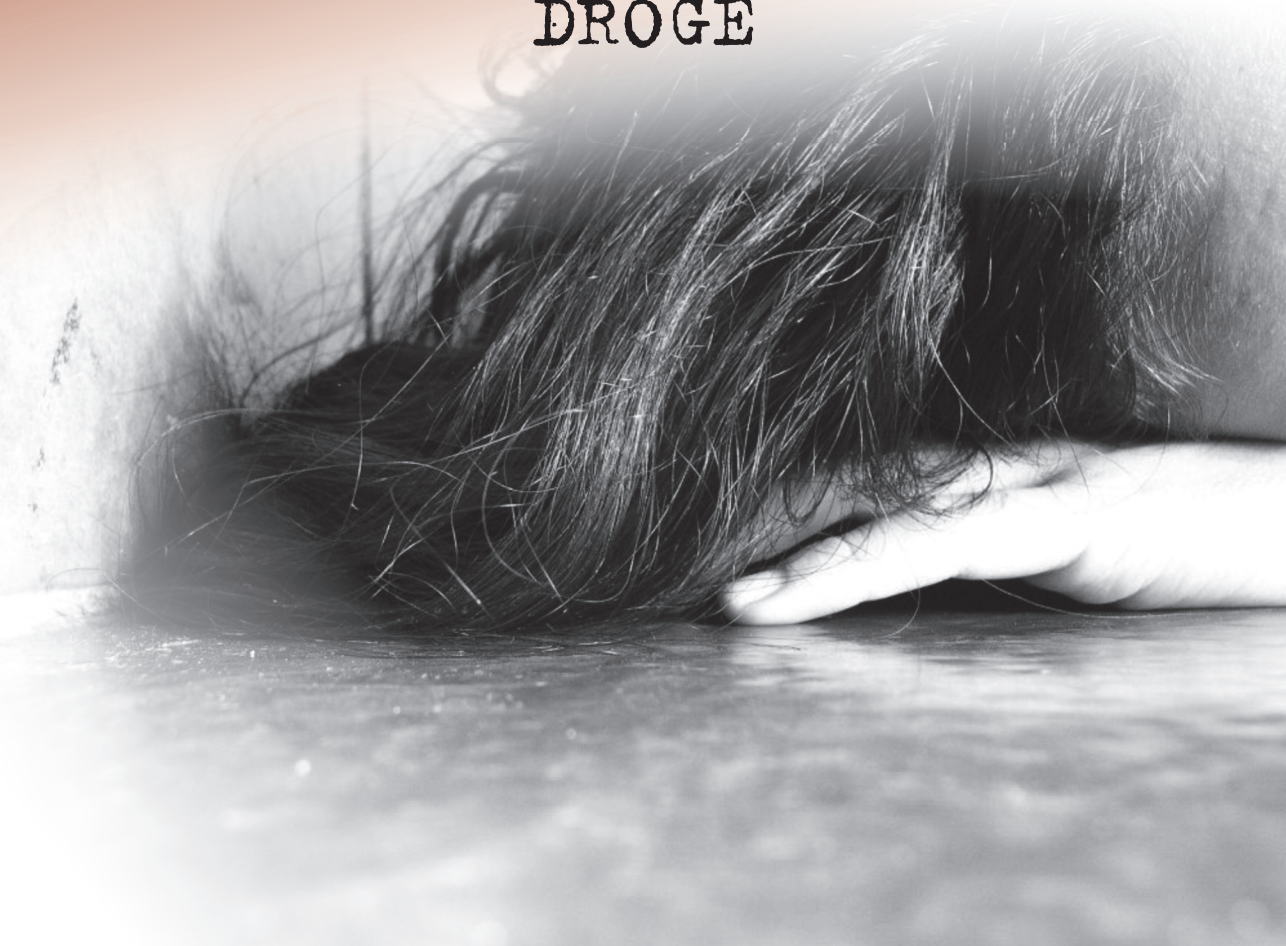




Srbija

RODNI ASPEKTI
ZDRAVSTVENIH I SOCIJALNIH
RIZIKA PARTNERKI
INJEKTIRAJUĆIH KORISNIKA
DROGE



RODNI ASPEKTI ZDRAVSTVENIH I SOCIJALNIH RIZIKA PARTNERKI
INJEKTIRAJUĆIH KORISNIKA DROGE

Rodni aspekti zdravstvenih i socijalnih rizika partnerki injektirajućih korisnika droge

Oliver Vuković (urednica)

Izdavač

SeConS – Grupa za razvojnu inicijativu

UNDP

Za izdavača

Olivera Vuković

Autorke

Marija Babović

Ivana Subotički

Dizajn

Dosije studio

Štampa

Dosije studio, Beograd

Tiraž

500

ISBN 978-86-913917-6-8



Mišljenja izneta u ovoj publikaciji su mišljenja autorki i ne predstavljaju nužno stanovište Programa Ujedinjenih nacija za razvoj.

RODNI ASPEKTI ZDRAVSTVENIH
I SOCIJALNIH RIZIKA PARTNERKI
INJEKTIRAJUĆIH KORISNIKA DROGE

Beograd
2013

Sadržaj

Sadržaj	5
Skraćenice	9
Rečnik i pojmovnik	10
Foreword	13
Executive Summary	15
1. Uvod	23
1.1. O projektu u kontekstu šireg programa/inicijative	23
1.2. Metodologija	26
1.2.1. Osetljiva tema istraživanja i etika	27
1.2.2. Metodologija prikupljanja podataka i instrument.	27
1.2.3. Uzorak i terenski rad.	29
2. Socio-demografske karakteristike.	31
2.1. Socio-demografske karakteristike.	31
2.2. Domaćinstvo i porodica.	32
2.3. Materijalni standard	34
2.4. Zaposlenost	35
2.5. Iskustva sa narkoticima	36
2.6. Zaključak	37
3. Socijalni i porodični kontekst geneze rizika	39
3.1. Porodični faktori.	40

3.1.1. Patrijarhalni porodični odnosi i učenje rodni uloga.	40
3.1.2. Odsustvo roditeljskog nadzora i emocionalne bliskosti sa roditeljima	42
3.1.3. Nasilje u porodici	45
3.1.4. Bolesti zavisnosti u porodici.	48
3.2. Uloga vršnjačkih mreža	50
3.3. Život na ulici.	53
3.4. Neinformisanost o rizicima	54
3.5. Zaključak.	55
4. Partnerski odnosi i život s drogom kao faktori zdravstvenih i socijalnih rizika.	57
4.1. Ulazak u vezu sa IKD partnerom i ulazak u svet droge. ...	57
4.1.1. Obrazac prikrivanja zavisnosti	59
4.1.2. Obrazac ignorisanja rizika	60
4.1.3. Obrazac prinude	60
4.1.4. Obrazac privlačenja.	61
4.2. Život sa drogom	63
4.2.1. Određivanje prioriteta u zadovoljavanju potreba članova domaćinstva	64
4.2.2. Uloge u pribavljanju sredstava za život (i drogu) ...	67
4.2.3. Podela odgovornosti u održavanju domaćinstva i brizi o deci.	69
4.2.4. Partnerski odnosi	71
4.2.5. Rodne uloge i prakse u nabavci i korišćenju droge	74
4.2.6. Strategije izlaska na kraj sa ovakvim načinom života	76
4.3. Zaključak.	79
5. Obrasci zdravstvenih rizika i usluge zdravstvene zaštite	81
5.1. Najvažniji obrasci izlaganja zdravstvenim rizicima	81

5.1.1. Izloženost rizicima od zaraznih i seksualno prenosivih bolesti	82
5.1.2. Reproduktivno zdravlje	89
5.1.3. Povrede zadobijene fizičkim nasiljem i injektiranjem droge	92
5.1.4. Psihički problemi	93
5.2. Dostupnost, kvalitet i rodna prilagođenost usluga zdravstvene zaštite	94
5.2.1. Pristupačnost usluga zdravstvene zaštite	94
5.2.2. Kvalitet zdravstvene zaštite	97
5.3. Zaključak	103
6. Obrasci socijalnih rizika i usluge socijalne zaštite	105
6.1. Najvažniji obrasci izlaganja socijalnim rizicima	105
6.1.1. Siromaštvo i nezaposlenost	106
6.1.2. Isključivanje sa tržišta rada i angažovanje u neformalnim i nelegalnim aktivnostima	108
6.1.3. Sukob sa zakonom	110
6.1.4. Porodični problemi	111
6.1.5. Izloženost nasilju	114
6.1.6. Isključivanje iz socijalne zajednice	117
6.2. Iskustva sa institucijama socijalne zaštite i pravosuđa	118
6.2.1. Iskustva sa institucijama socijalne podrške	119
6.2.2. Iskustva sa policijom i pravosudnim organima	126
6.3. Dostupnost i kvalitet usluga socijalne zaštite	130
6.4. Zaključak	131
7. Zaključci i preporuke	133
7.1. Zaključci	133
7.2. Preporuke	137
Literatura	145

Skraćenice

- AIDS Acquired Immune Deficiency Syndrome
(SIDA - sindrom stečene imunodeficijencije)
- CSR Centar za socijalan rad
- EU Evropska unija
- HBV Hepatitis B virus
- HCV Hepatitis C virus
- HIV virus humane imunodeficijencije
(eng. Human Immunodeficiency Deficiency Virus)
- IKD Injektirajući korisnici droga
- JAZAS Jugoslovenska asocijacija za borbu protiv side
- MDG Milenijumski ciljevi razvoja
(Millennium Development Goals)
- MOP Materijalno obezbeđenje porodice
- MSM Muškarci koji upražnjavaju seks sa muškarcima
(men having sex with men)
- NKHA Nacionalna kancelarija za HIV i AIDS
- NVO Nevladina organizacija
- NSZ Nacionalna služba za zapošljavanje
- UNAIDS Zajednički program UN protiv HIV/AIDS
(Joint United Nations Programme on HIV/AIDS)
- UNFPA United Nations Population Fund
- UNGASS United Nations General Assembly Special Session
- SZO Svetska zdravstvena organizacija
(World Health Organization)
- TBC Tuberkuloza

Rečnik i pojmovnik

1. Izrazi ispitanica – rečnik slenga:

Križa/zikra: Fizičko i psihičko stanje korisnika koje nastaje usled nedostatka psihoaktivnih supstanci (heroina) – manifestacije su: drhtavica, hladan znoj, nesаница, bol u mišićima i kostima itd. Ovo stanje često dovodi do afektivnog i paničnog ponašanja kod korisnika.

Fleš: Kratkotrajni osećaj ushićenosti koji nastupa odmah nakon ubrizgavanja droge.

Uraditi se/bititi urađen: Biti pod uticajem droge.

Naći se: Naći venu za intravensko ubrizgavanje droge.

Bosti se/na nos: Različiti oblici unošenja droge/heroina – injekcijom u venu/šmrkati na nos.

Štek: Skrivena javna mesta za ubrizgavanje supstanci, mesta gde se krije/čuva droga.

Gan: Pribor za ubrizgavanje droge.

Gudra: Droga

Šema: Ustaljen sistem nabavke droge (najčešće od jednog dilera).

Šana: Krađa u cilju nabavke droge.

Raditi na ulici/kod mosta: Ispitanice često koriste ovaj izraz kad opisuju da se bave seksualnim radom.

Ići po kontejnerima/kantama: Sakupljanje i prodaja sekundarnih sirovina ili skupljanje ostataka hrane, odbačene odeće i dr.

Žickanje: Moljakanje za siću, cigare i dr.

Kvoter /polutka/petica: Mere za drogu – četvrtina, polovina, ili pet grama

Diler: Osoba koja diluje (prodaje) drogu.

Makro: Osoba preko koje seksualne radnice ugovaraju pružanje usluga i koja za to ubira procenat.

Ekser: Ekstazi

Pasti: Biti priveden ili uhapšen od strane organa reda.

Imati odnos: Imati seksualni odnos sa nekim.

Primati socijalno: Primati socijalnu pomoć.

Ce: Hepatitis C

2. Stručni pojmovi i definicije

Rizično ponašanje: Oblici ponašanja koji povećavaju mogućnost nastanka zdravstvenih i socijalnih problema: deljenje pribora za ubrizgavanje psihoaktivnih supstanci, seksualni odnosi bez zaštite, kriminalne aktivnosti koje mogu da dovedu do lišavanja slobode, korišćenje droga što povećava rizik od siromaštva i dr.

Rodna ravnopravnost: Ravnopravnost znači jednaku vidljivost, osnaživanje, odgovornost i učešće oba pola u svim sferama javnog i privatnog života. Ravnopravnost polova je suprotna neravnopravnosti polova, a ne polnim razlikama (EU Deklaracija o ravnopravnosti žena i muškaraca 1997.).

Patrijarhalna struktura: Društveni sistem u kojem je prihvaćena dominacija muškog roda/figure kao autoriteta nad ženskim rodом (nad ženama, decom, imovinom i dr.).

Rodno zasnovano nasilje: Nasilje koje predstavlja one oblike nasilja koji su usmereni prema pojedincima ili grupama na temelju njihovog rodnoг identiteta, a koje se javlja usled normativnih očekivanja u vezi sa rodним ulogama i nejednakošću odnosa moći unutar konteksta specifičnog društva (Bloom 2005).

Tipovi nasilja (indikator):

- Ekonomsko nasilje: Ograničen pristup novcu u domaćinstvu, oduzimanje ličnog novca, diskreciona potrošnja novca člana domaćinstva usled koje domaćinstvo ostaje bez dovoljno sredstava za život, zabrana zapošljavanja i sl.
- Psihičko nasilje: Verbalno ponižavanje, ignorisanje i uskraćivanje pažnje, zastrašivanje, zabrana i ograničavanje kretanja, namerno uništavanje predmeta i sl.

- Fizičko nasilje: Drmusanje, čupanje kose, zavrtnanje ruke, udarac rukom ili drugim delovima tela, gađanje predmetom, ugriz, stiskanje za vrat ili davljenje, snažan udarac u zid, nanošenje opekotina, napad oružjem i dr.
- Seksualno nasilje: Prinuda na seksualni odnos ili neke radnje tokom seksualnog odnosa uz upotrebu fizičke sile ili pretnje, ucenom, uvredom, optužbom i sl. (Babović, Ginić, Vuković 2010.).

Socijalna (društvena) isključenost: Proces kojim su određeni pojedinci gurnuti na ivicu društva i sprečeni u punom učestvovanju u društvu zbog svog siromaštva ili nedostatka osnovnih znanja i mogućnosti za doživotno učenje, ili kao rezultat diskriminacije. Ovo ih udaljuje od zaposlenja, prihoda i mogućnosti obrazovanja, kao i od društvenih mreža, okvira i aktivnosti zajednice. Ovakvi pojedinci nemaju adekvatan pristup vlastima i organima za donošenje odluka i zbog toga se često osećaju nemoćno i nesposobno da preuzmu kontrolu nad odlukama koje utiču na njihov svakodnevni život (Council of EU 2004: 8).

Socijalna (društvena) uključenosť: Proces koji omogućuje da oni koji su u riziku od siromaštva i društvene isključenosti dobiju mogućnost i sredstva koja su potrebna za puno učešće u ekonomskom, društvenom i kulturnom životu i postizanju životnog standarda i blagostanja koji se smatraju normalnim u društvu u kojem žive. Ona osigurava njihovu veću participaciju u donošenju odluka, što utiče na njihove živote i ostvarenje osnovnih prava (Council of EU 2004: 8).

Foreword

UNDP strives to support countries in integrating HIV/AIDS-related aspects in national planning, and to strengthen governance and coordination of national responses in order to reduce vulnerability to HIV. This study was developed as part of the project “Support to UN Theme Group (UNTG) on HIV/AIDS: The context of HIV risk among female sexual partners of intra-venous drug users (IDUs); embedding gender sensitive services in the work of relevant governmental and non-governmental actors”. The initiative’s primary objective is to advance gender equality and the empowerment of women in the context of HIV/AIDS. Over the past decades, UNDP has recognized important linkages between HIV/AIDS vulnerability and gender equality, which underline the importance of gender sensitive HIV/AIDS programming.

This study is the result of a close cooperation with the National AIDS Office, primary recipients of the Global Fund to Fight HIV, TB and Malaria, Ministry of Health and NGO “Youth of Jazas”. The Ministry of Education and Science, Ministry of Labour, Employment and Social Policy, and people living with HIV/AIDS (PLHIV) organizations provided the necessary expert advice.

The purpose of the study is to provide an empirical base for formulating gender sensitive intervention in Serbia that will be included in the Action Plan for the implementation of the National AIDS Strategy. Qualitative analysis of in-depth interviews conducted with the target group helps delineate the key factors influencing HIV vulnerability of female sexual partners of injecting drug users (IDUs). One of the most important contributions of the study is the fact that it gives a voice to a group that is normally excluded and ‘invisible’ to the public eye. Furthermore, the study provides concrete gender sensitive recommendations for relevant state and non-state actors both for people infected by and at risk of HIV.

Looking forward, we hope the study will represent an “ice-breaker” for future attention to gender sensitive aspects of HIV vulnerability. We also hope that the insights obtained through this research will be used in practice, cooperation and dialogue between different stakeholders active in the field of HIV/AIDS in Serbia.

On behalf of the UNDP team that worked on this study, I would like to thank representatives from health and social services and non-governmental organizations for their cooperation and support rendered during the development of recommendations. I would also like to express our sincere appreciation to SeConS – Development Initiative Group and their research team for their expertise, cooperation and commitment in this demanding research on a sensitive topic. Special acknowledgement goes to drop-in centers “Veza” and “Putokaz” whose dedicated teams made the fieldwork possible as well as all the women who shared their most intimate stories.

January 2013

Mr. Jürg Staudenmann
UNDP Deputy Resident Representative

Executive Summary

The study on HIV vulnerabilities of female sexual partners of IDUs is the second research in a series of studies commissioned by the UN Theme Group (UNTG) on HIV/AIDS in Serbia as part of the project „The context of HIV risk among female sexual partners of IDUs; Embedding gender sensitive services in the work of relevant governmental and non-governmental actors“. The first study conducted in Belgrade in 2010, Gender Vulnerability to HIV among IDUs (injecting drug users), has confirmed that there are several gender-specific risks that put women in a more vulnerable position to HIV transmission (Baros et.al. 2010). SeConS – Development Initiative Groups was commissioned to further conduct research on this topic and gain a more in-depth view into the dynamics of these gender specific risks.

The main objective of this study is to ***provide an empirical basis for formulating gender-sensitive interventions that should be included in the Action Plan of the National Strategy on HIV***. The study is based on the findings from a qualitative research conducted from October to December 2011 in Belgrade and Nis. A total of 99 in-depth interviews were conducted with women, provided that they met one of the following criteria: a) that they are in a relationship with an IDU (regardless of whether they are IDU themselves or not), or b) that they are themselves IDUs who have previously had relationships with IDUs. Hereby, the goal was to get insight into gender aspects of HIV risk of female partners of IDUs within the broader context of their living conditions and exposure to health and social risks. Specific objectives of this research are: identifying specific patterns of social and health risk that female partners of IDUs are exposed to; deepen the understanding on various aspects of partner relationships and the impact IDUs have on risky behavior such as sex work, initiation into drug injecting practices, use of sterile equipment etc.; and identifying and assessing accessibility and the role of governmental and non-governmental services available for women who are at risk of HIV.

Socio-demographic characteristics

The current socio-demographic characteristics of respondents show that they belong to one of the most vulnerable social groups and that their socio-economic position is extremely unfavorable. Overall education level of the respondents included in this research is very low and many live in deprived areas. Inability to provide for the basic needs of the household and housing conditions which are often lacking some of the main necessities, are just some of the forms through which this deprivation can be identified. Adding to this, only 15.5% of all respondents are employed, indicating widespread exclusion from the labor market. If these circumstances are put in light of other obstacles which are generated in the lives of the respondents, exiting a life with high risk of HIV and other forms of social and health adversities, is very difficult.

Genesis of risk – social and family context

Several social and family factors have influenced the lives of respondents during childhood and adolescent years and played a key role in establishing the conditions for the life they are living today – a life centered on drugs and a life that carries multiple social and health risks. These factors include: lack of parental care and supervision; experience with and exposure to different forms of violence (psychological, physical, and sexual); substance abuse problems within the family; life on the streets and exposure to sex work, delinquency, and peer pressure; curiosity or submissiveness in relation to the impact of people from family and peer networks; and lack of awareness and knowledge regarding risks and consequences of drug use.

All these factors are saturated with powerful gender specific roles. Gender roles are learned during childhood and often characterized by subordination of women in relation to male figures. Internalization of gender roles in which women are in a submissive position, with less or no power, influences the reproduction of gender inequality in future life of respondents. It leads to greater exposure of women to the risk of initiation into drug use and relationships with partners who are IDU, generating social and health risks.

It is important to point out that these factors are interlinked and contextually bound and should not be considered as separated and fixed variables. It is a combination of risk factors that 'push' respondents into lives with risk and condition 'pull' mechanisms to be more effective.

Partner relationships and life with drugs – as a risk factor for health and social problems

Given the findings described in the previous section, partner relationships with IDUs are only a new link in a chain of factors that lead to the current way of life of the respondents, that is, to a life oriented towards drugs and exposure to many risks. Initiation into drug use and relationships with IDUs, economic strategies for acquiring money for drugs and other everyday needs, injection drug use practices and roles for obtaining drugs, are all areas of partner relationships in which IDU partners influence their female partners' exposure to risky behavior. Such impact is partially condition by factors such as internalized subordination, acceptance of violence, prior initiation to drug use and other risk factors which have characterized their childhoods. However, male IDUs often also play an active role in sustaining and coercing risk behavior.

Analysis of relationships between respondents and their partners highlights several key gender patterns that put women in these relationships in an especially vulnerable position. Partners play an important role in initiating drug use of their partners: IDUs often conceal their addiction at the start of the relationship and they often actively try to force their partners to start using drugs (directly through psychological and physical coercion, pressure, and persuasion), as well as by different forms of allurements. Whilst drugs are part of the household, household priorities are dependent and centered on the priority of procuring drugs and means for drugs. This puts other household members in a very vulnerable position. When the woman is not IDU, patriarchal relations, violence and economic scarcity, which are frequent aspects of these relationships, lead to a life in which the needs of the respondents and their children are subordinated to that of the partner and they often live in constant deprivation of their basic needs.

Moreover, women are often the main household providers. One of the main strategies for providing enough money for drugs and other expenses is through sex work. However, using 'women's resources', that is, using their own bodies in order to obtain drugs is not always simply the choice of respondents. Rather, in many cases this is a direct result of coercion and pressure from their partners. In addition to this external factor, the research shows that women often accept and internalize the responsibility of being the main household provider. One of the most extreme examples is when women are practicing sex work in order to protect their partners of risks related to other criminal acts which can result in stronger sentences. This type of responsibility, whereby women are sacrificing their own resources and putting themselves in a vulnerable positions in order to protect their partners, has deep roots in patriarchal patterns of gender roles that are largely present in the social environment of women. This rootedness of patriarchal relations is also evident in cases where women are not users themselves. Due to fear of possible outbreaks and aggressiveness of their partners, they are often doing everything in order to obtain the means necessary for their partners to obtain drugs. Borrowing money from friends and relatives, using their welfare checks, and stealing, are just a few examples.

In addition to the above mentioned household strategies for obtaining funds for drugs and other expenses, gender inequalities are also evident in other aspects of household life and intimate partner relationships. Firstly, respondents are almost exclusively responsible for household and child care. Secondly, the research indicates that women are systematically exposed to domestic violence and violence against women. Physical, sexual, economic and psychological violence are dominating partner relationships, to the extent where violence is 'normalized' in many cases. Thirdly, male domination in the drug market puts women who are IDUs themselves in a position where they are dependent on their partners for the procurement of drugs, especially if they have not already developed their own networks. Therefore, in order to avoid possible risks of sexual violence and other forms of abuse, the drug market is another potential source for domination and control by male partners. And finally, injection drug use practices produce a range of additional risks. Women who are not IDUs are exposed to these risks because they are helping their partners with preparation of equipment and injection. When both partners are us-

ers, these risks are associated with sharing of equipment. Respondents often state that this practice is based on 'trust' in their partners, but if we take other dynamics of the relationships into account, we can see that this trust is often conditioned by broader gender relations. Partners are often the dominant figures who 'know best' and their authority should not be put into question.

The research further shows that exit strategies from a life with drugs and a life with partners who are IDUs are very difficult to follow through. These strategies are either based on treatment of addiction or on ending the relationship with their partners. In the first case, treatment often proves to be unsuccessful. And in the latter case, physical and psychological violence and socio-economic dependency are two factors which hinder women in leaving and building a new life. Most significantly, inability to exit an abusive relationships or a relationship where women are continuously exposed to health and social risks, leads to the acceptance of and adaptation to adverse circumstances.

Patterns of health risks and health care services

Intimate relationships with partners who are IDU, personal experience with injecting drug use, material deprivation, exposure to violence, sex work and other risky activities, are all adverse conditions which strongly increase health risks among respondents. These health risks can be divided into four main categories:

1. Exposure to *infectious and sexually transmittable diseases* (especially, HIV, HCV and HBV). While the prevalence of these diseases among the respondents of this research are not representative nor based on recent test results, self-reporting indicates that 5 respondents are HIV positive and over 40% have hepatitis C. The main mode of transmission is unprotected sex, sharing of drug injecting equipment (in cases where respondents are IDU), and injuries related to drug injection practices. Some of the mechanisms which increase exposure to these diseases include: limited knowledge of infectious and sexually transmitted diseases, exposure to vio-

lence, accidental injuries, and lastly, conscious exposure to disease as a 'pathological' desire to share experiences and problems of partners.

2. Research shows that women's *reproductive health* is often at risk as a result of high-risk pregnancies, unwanted pregnancies, and frequent abortions and miscarriages. These problems are closely associated with addiction problems, lack of information of risks and disregard of risk, and trust in partners. Although respondents often state that they do not practice safe sex because they find condom use less satisfactory, research results also point to the fact that women lack negotiating power.
3. Respondents are exposed to numerous *physical injuries*. These injuries are mostly a result of violence which they are exposed to in their relationships or by other male figures in the family or environment and injuries related to long-term injection drug use.
4. *Psychological problems* associated with addiction problems and/or adverse living conditions.

Findings indicate that there is an inadequate support system for the above described health problems. Access to health services is limited due to lack of proper documentation, lack of trust in health service providers and medical personnel, discrimination and refusal of care by health care professionals, and finally, fear of the possibility that the police and/or the Center for Social Work will be contacted.

Unpleasant and antagonistic communication with health personnel is a major problem which is frequently delineated by respondents as a reason for avoiding health care facilities. They indicate that inadequate provision of health services is rooted in the dismissal and stigma related to the lifestyles of the respondents, while refusing provision of services stems from prejudices and lack of knowledge about transmission of infectious disease. This type of discrimination is manifested through a lack of attention, superficial and inaccurate diagnosis, and inadequate therapy.

In addition to these unsatisfactory conditions, the research also recognizes a lack of psycho-social support to the respondents who are living under these conditions of risk. Such support could lead to more

successful treatment of addiction as well as empowerment women to deal with daily adversities.

Attitudes towards non-government service provider are far more positive. However, these institutions have limited recourses and cannot meet all the needs of this target group.

Patterns of social risk and social care providers

Apart from multiple health risks associated with a life with drugs, whether respondents are themselves IDUs or not, the research shows that these risk factors are closely related to a set of social risks:

- poverty and material deprivation,
- exclusion from the labor market and engagement in informal sectors,
- delinquency and problems with law enforcement,
- family dysfunction and instability,
- exposure to domestic and other forms of violence,
- and social discrimination, social exclusion and isolation.

In order to avoid or overcome these social adversities, social welfare institutions have to be effective and women living under these conditions have to view them as systems of support. However, research findings show that respondents experience these institutions more as a threat than support.

The reasons for these attitudes are numerous. Firstly, respondents generally lack information about different forms of support and procedures necessary for access to different forms of social protection. Secondly, several respondents have persistently experienced discrimination and stigmatization when trying to access such service. Thirdly, avoidance of contact with governmental institutions is associated with fear of losing custody of children. And lastly, experiences of violence or threat of violence, especially in regard to law enforcement personnel, make respondents not only hesitant about social care providers, but rather hostile towards them.

I. Uvod

1.1 O projektu u kontekstu šireg programa/inicijative

Studija o izloženosti seksualnih partnerki injektirajućih korisnika droga (IKD) HIV-u predstavlja drugu studiju koja je deo projekta „Kontekst HIV rizika među partnerkama IKD: Ugradnja rodno senzitivnih usluga u rad relevantnih državnih i nevladinih aktera“, koji sprovodi UN tematska grupa (UNTG) za HIV/AIDS u Srbiji. Prva studija je sprovedena u Beogradu 2010. godine pod nazivom „Rodne izloženosti HIV-u među IKD“ i potvrdila je da postoji više rodno specifičnih rizika koji čine žene izloženijima HIV zarazi (Baroš et.al. 2010).

Najvažniji cilj ove studije jeste da ponudi **empirijsku osnovu za formulisane rodno osetljivih intervencija koje treba da budu uključene u akcioni plan Nacionalne strategije za borbu protiv HIV-a/AIDS-a**. Važno je istaći da ovaj akcioni plan i strategija imaju značajnu ulogu u širim naporima da se ostvari rodna ravnopravnost i osnaživanje žena, koji su u skladu sa ciljevima i merama koje predviđa Nacionalna strategija za poboljšanje položaja žena i unapređivanje rodne ravnopravnosti. Studija se temelji na nalazima istraživanja sprovedenog dubinskim intervjuima na uzorku od 99 ispitanica koje su partnerke IKD, sa ciljem da se rodni aspekti rizika od HIV infekcije sagledaju u širem kontekstu njihovih uslova života i izloženosti socijalnim rizicima. Rodnim aspektima posvećena je posebna pažnja, jer je osnovni cilj definisanje preporuka za rodno osetljive usluge u oblasti HIV-a koje treba da pruže relevantne državne institucije i civilni sektor.

Umiranje od side danas predstavlja četvrti uzrok smrti u svetu, dok se procenjuje da više od 33 miliona ljudi živi sa HIV-om.¹ Procene Svetske zdravstvene organizacije (SZO) i UNAIDS-a ukazuju da žene čine 50% osoba koje žive sa HIV-om u svetu. Ove cifre nastavljaju da rastu, ili preciznije, između 1996. i 2001. godine došlo je do porasta od 1.300% (Godinho et al. 2005: 2). Rodno specifični faktori inficiranja

1 [Avert.org: avert.org/aids-timeline.htm](http://avert.org/avert.org/aids-timeline.htm) (29.08.11).

i uslova života sa HIV-om treba da budu uzeti u obzir kada se oblikuju mere podrške, posebno u onim područjima u kojima su značajno izražene rodne nejednakosti. Iako je procenjena prevalencija HIV infekcije u regionu Zapadnog Balkana i dalje niska (ispod 0,1%), postoji zabrinutost da praćenje i dijagnostikovanje nisu precizni, kao i da je pristup preventivnim zdravstvenim uslugama otežan, a kvalitet zdravstvenih usluga nezadovoljavajući. Uprkos niskoj prevalenciji, ovaj region je identifikovan kao okruženje visokog rizika za širenje HIV epidemije. Društvene, političke i ekonomske promene prethodnih decenija stvaraju strukturalne uslove koji doprinose *rizičnim ponašanjima* kada je u pitanju prenošenje HIV-a (Svetska Banka 2005, Rhodes, T. i Simic, M. 2005).

U Srbiji je registrovano ukupno 2725 osoba inficiranih HIV-om između 1984. i 2011. godine od kojih je 630 žena (23%). Odnos između muškaraca i žena zaraženih ovim virusom je 3,2:1 (Vlada RS 2012a).² Iako je broj registrovanih žena koje su zaražene HIV-om u Srbiji niži nego broj HIV pozitivnih muškaraca, i izveštaj UNPFA o Srbiji i Ministarstvo zdravlja ocenjuju da je rod važan aspekt HIV/AIDS problematike i preporučuju da se poveća dostupnost rodno senzitivnih programa prevencije HIV-a od strane državnih i nevladinih pružalaca usluga (UNPFA 2007: 1, Ministarstvo zdravlja RS 2008: 41). Nacionalna strategija za poboljšanje položaja žena i rodnu ravnopravnost ukazuje na neophodnost poboljšanja zdravstvenih usluga i zdravstvenih politika koje su usmerene na žene kao deo procesa socijalnog uključivanja (Vlada RS 2009.).

Koordinisani nacionalni odgovori na HIV/AIDS epidemiju su počeli da se razvijaju u poslednjoj deceniji u Srbiji. Prva inicijativa za strateški organizovanu prevenciju, tretman, društvenu podršku i praćenje epidemije pokrenuta je 2002. godine osnivanjem Nacionalne komisije za borbu protiv HIV/AIDS Vlade R. Srbije i usvajanjem Nacionalne strategije za borbu protiv HIV-a/AIDS-a (2005–2010). Ipak, institucionalna podrška i dostupne usluge su bile ograničene, fragmentisane i pružane ad hoc. U skorašnje vreme, preduzeto je više koraka kako bi se poboljšale mere prevencije. Nova nacionalna Strategija za borbu protiv HIV-a/AIDS-a (2011–2015) i Plan za monitoring i evaluaciju strateškog odgovora na HIV infekciju i AIDS Republike Srbije (2011–2015), predstavljaju samo neke od strateških okvira za postizanje ovog cilja.

2 Trebalo bi imati u vidu da bi broj bio veći ukoliko bi se uzeli u obzir i nedijagnostikovani slučajevi.

Prethodna istraživanja i nacionalne politike uz podršku projekta Globalnog fonda definisale su nekoliko ciljnih grupa kao „posebno izložene riziku od HIV-a“. Ove grupe uključuju: injektirajuće korisnike droga (IKD), muškarce koji imaju seksualne odnose sa muškarcima, komercijalne seksualne radnice, romsku omladinu (pre svega onu koja živi u nehidijenskim naseljima u uslovima izraženog siromaštva i socijalne isključenosti), zatvorenike, decu u institucijama i decu bez roditeljskog staranja, i dr. Ipak, mehanizmi koji stavljaju žene u posebne rizike od HIV infekcije u okviru ovih rizičnih grupa moraju se istražiti, a posebno kada su u pitanju IKD i seksualne radnice. Istraživanja pokazuju da su ove grupe povezane, i da korišćenje droga i seksualni rad međusobno uslovljavaju jedno drugo (Wong 2002: 76, Ministarstvo zdravlja RS 2008: 26). Takođe, malo pažnje je posvećeno ženama koje su izložene dodatnim rizicima zbog injektirajućeg korišćenja droga od strane njihovog partnera, iako same ne pripadaju rizičnim grupama IKD i seksualnih radnica.

Kada se uzme u obzir da se učešće HIV infekcije prenešene razmenom pribora za injektiranje značajno smanjilo (sa 72% među svim novodijagnostikovanim slučajevima 1991. godine na 7% 2011.), a da je seksualni put prenosa HIV-a porastao (sa 15% među svim novodijagnostikovanim slučajevima u 1991. na 88% u 2011. godini), mora se imati na umu da su žene biološki izloženije zarazi od HIV infekcije (Vlada RS 2012a). Ali, kao što je i ranije naznačeno, razumevanje širih kulturoloških i društvenih faktora koji doprinose rizičnom ponašanju jeste neophodno kako bi se poboljšale i prilagodile usluge koje odgovaraju potrebama žena u kontekstu zaraze HIV-om.

Imajući ovo u vidu, ***osnovni cilj studije jeste da se obezbede preporuke za rodno osetljive usluge državnih i nevladinih aktera namenjene osobama zaraženim i u riziku od HIV-a.*** Ovaj osnovni cilj treba da bude ostvaren preko niza sledećih ***specifičnih ciljeva***:

- identifikovanja specifičnih obrazaca zdravstvenih i socijalnih rizika kojima su izložene partnerke IKD;
- procene uticaja muških IKD partnera na praktikovanje seksualnog rada njihovih partnerki;
- razumevanje uticaja rodnih uloga na znatno veću prevalenciju seksualnog rada kao sredstva za nabavku droge među ženama nego među muškarcima IKD;

- dublje razumevanje različitih aspekata uticaja partnera na povećanje ili smanjenje rizičnog ponašanja, kao što je otpočinjanje upotrebe droge, upotreba sterilne opreme, započinjanje prakse ubrizgavanja droge i sl.;
- identifikovanje usluga namenjenih specifično ženama koje imaju HIV pozitivne IKD partnere ili koje su pod rizikom zato što su same IKD, kao i pristupačnosti tih usluga;
- identifikovanje uloge državnog i nevladinog sektora u obezbeđivanju usluga kao što je pravna pomoć, savetovanje, mogućnost odlaska u sklonište u slučaju akutnog nasilja i sl.

1.2. Metodologija

U cilju sticanja dubinskog i celovitog uvida u uzroke i mehanizme koji utiču na rizično ponašanje i doprinose rodno specifičnim rizicima HIV transmisije, kako društvenim tako i zdravstvenim, ovo istraživanje se oslanja na multidisciplinarnе metode ispitivanja:

- kvalitativno istraživanje: dubinski intervjui i kvalitativna analiza sadržaja,
- kvantitativno istraživanje: anketa i SPSS analiza podataka.

Kvalitativna metoda dubinskog intervjuisanja polustrukturiranim upitnikom bila je osnovni metod prikupljanja podataka, zbog toga što je istraživanje ovako kompleksnih i osetljivih pitanja moguće adekvatno sprovesti jedino ovakvom metodom. Naime, da bi se razumeli složeni i često prikriveni rodni aspekti izloženosti HIV-u, potrebno je razumeti ne samo *kako* su ove osobe zaražene, nego i *zašto*. Dalje, poznavanje ovih mehanizama i faktora moguće je samo u kontekstu šireg partnerskog, porodičnog i socijalnog okruženja u kome ispitanice žive, kao i u odnosu na njihove stavove, ponašanja, norme i vrednosti i motivaciju. Pored ove kvalitativne metode istraživanja, primenjen je i kvantitativni metod prikupljanja nekih najosnovnijih podataka o ispitanici, njenim socio-demografskim karakteristikama, porodičnoj situaciji, zdravlju i iskustvima sa institucijama zdravstvene, socijalne zaštite i pravosuđa. Ova metoda korišćena je samo kao dopunski deo istraživanja koji je trebalo da omogući osnovne uvide i usmeri dubinski intervjui ka ključnim aspektima života i problema ispitanica.

1.2.1. Osetljiva tema istraživanja i etika

Istraživanje koje je usmereno na grupu koja ja veoma ranjiva, kao što je slučaj sa partnerkama injektirajućih korisnika droga (IKD), a koje su često i same korisnice droga, komercijalne seksualne radnice, i koje su izložene visokim zdravstvenim rizicima, siromaštvu i društvenoj isključenosti, svrstava se u kategoriju „istraživanja osetljivih pitanja“. Pošto ovakvo istraživanje može direktno da utiče na osobe uključene u njega, moraju se poštovati posebni zahtevi u toku razvijanja metodologije i prikupljanja podataka (Sieber, J. i Stanlez, B. 1988). Ispitanice mogu biti ugrožene na više načina: (1) pitanja mogu da se odnose na najintimniju sferu njihovih života i problema, i da ih ugroze, pitanja mogu prouzrokovati bol, stres ili sramotu i time ponovo viktimizirati ispitanice; (2) pitanja se mogu odnositi na kriminalne aktivnosti usled čega ispitanice mogu imati strah od sankcija; (3) ispitanice mogu biti u strahu da će informacije koje daju uticati na to da se nađu u situacijama gde su druge osobe iz njihovog okruženja, a često u poziciji moći, na njih ljute, kažnjavaju ih ili im se svete (Ranzetti, C.M. i Lee, R.M. 1993).

Kako bi se izbegla ponovna viktimizacija ciljne grupe, metodologija istraživanja je razvijena imajući u vidu specifičnosti njihove situacije, a terenski rad je sproveden od strane intervjuerki koje su specijalno obučene za intervjuisanje. Materijal je prikupljen i korišćen samo u svrhu istraživanja i organizovan prema najvišim standardima garantovanja anonimnosti. Sva imena ispitanica su izmenjena već na nivou transkripata, te su svi identiteti u studiji sakriveni. Dalje, svi intervjui su obavljeni uz punu saglasnost ispitanica, pri čemu je ispitanicama garantovana sloboda da u bilo kom trenutku odbiju da govore o nekoj temi koja čini da se osećaju nelagodno. Objasnjena im je poverljivost intervjua, i data im je mogućnost da odbiju audio snimanje intervjua.

1.2.2. Metodologija prikupljanja podataka i instrumenti

Kao što je ranije napomenuto, istraživanje se najviše oslanja na kvalitativne tehnike ispitivanja korišćenjem dubinskih intervjua. Upotreba metodologije dubinskih intervjua kao osnovne alatke za dobijanje uvida u problematiku partnerki IKD omogućava slobodu ispitanicama da u poverljivoj atmosferi dele svoja lična iskustva, stavove, osećanja i mišljenja itd. Samim tim se dobija uvid iz specifičnog ugla u

mehanizme pojedinca i društvene mehanizme koji predstavljaju osnov i utiču na njihovo ponašanje.

Osnovni istraživački alati korišćeni u istraživanju:

- polustrukturirani vodič za intervju,
- (kratka) standardizovana anketa.

Polustrukturirani vodič za intervju predstavljao je osnovni instrument za prikupljanje podataka, dok je anketa koristila kao dodatna alatka za prikupljanje nekih od osnovnih karakteristika ispitanica. Iako je anketa sprovedena u toku istog razgovora kao i dubinski intervju, ona je samo služila kao uvodna komponenta koja bi „probijala led“ i činila da se ispitanice lakše otvore o težim i ličnijim temama i kako bi intervjuerki dala opšti pregled tema koje treba detaljnije prorađiti.

Osnovne teme vodiča za polustrukturirani intervju bile su:

- Lične karakteristike ispitanice i karakteristike porodičnog konteksta tokom odrastanja i u sadašnjem periodu – istorija rod-
nih odnosa i rizičnih ponašanja,
- ulazak u svet droge,
- karakteristike aktuelnog i bivših odnosa sa IKD partnerima,
- obrasci zdravstvenih rizika i usluge zdravstvene zaštite,
- obrasci socijalnih rizika i usluge socijalne zaštite,
- subjektivne percepcije rizika i potreba za socijalnom podrškom.

Istraživačke alatke i tehnike su razvijene kako bi se omogućila fleksibilnost. Ostavljena je mogućnost ispitanicama da se izražavaju svojim rečima dok je intervjuerkama ipak data precizna informacija o tome kako da se prikupljaju podaci kako bi se omogućilo poređenje kvalitativnih podataka. Dalje, alati su omogućili intervjuerkama da se fokusiraju na najrelevantnije teme i da prilagode svoj pristup intervjuima u odnosu na specifične karakteristike ispitanica.

Formiran je tim od 12 intervjuerki koje su po struci sociološkinje, psihološkinje i antropološkinje i koje su već učestvovala u istraživanjima osetljivih tema.

1.2.3. Uzorak i terenski rad

Istraživanje je sprovedeno na uzorku od 100 ispitanica u Beogradu i Nišu, koje su korisnice usluga drop-in centara „Veza“ u Beogradu i „Putokaz“ u Nišu. Ovakav uzorak unapred je definisan u saradnji sa UNDP/UN tematskom grupom za HIV. Ispitanice koje su obuhvaćene uzorkom trebalo je da ispune jedan od dva kriterijuma:

- a) da su u vreme istraživanja bile u vezi sa injektirajućim korisnikom (bez obzira na to da li su i same injektirajuće korisnice ili ne),
- b) da su same intravenske korisnice koje su ranije bile u vezi sa intravenskim korisnicima.

Intervjui su obavljani u drop-in centrima, u koje ispitanice inače redovno dolaze kako bi zamenile upotrebljenu opremu za injektiranje droga novom. Postoji više razloga zbog kojih je izabran ovaj pristup. Kao prvo, predstavnice ove ciljane grupe često žive veoma izolovano. One često nisu prijavljene i nemaju stalno prebivalište, imaju malo ili nimalo kontakta sa javnim službama. Kao drugo, oba drop-in centra su tokom godina razvila odnose poverenja sa svojim korisnicima i korisnicama. Ovi odnosi i znanja o njihovim životima dodatno su doprineli identifikovanju ispitanica koje ispunjavaju kriterijume za uzorak, ali su i pomogli da se stvori poverenje između ispitanica i intervjuerki. Ovo poslednje je pogotovo važno kada se u obzir uzme da su članice ciljane grupe ovog istraživanja izložene velikom broju problema i zdravstveno i socijalno ugrožene.

U obe organizacije su imenovani koordinatori/ke koji su organizovali intervjuje i koji su bili odgovorni za detaljnu i preciznu evidenciju intervjuisanih ispitanica kako bi se izbeglo ponavljanje ispitanica.³

Terensko istraživanje je započeto 22. novembra, a završeno je 9. decembra 2011. godine. Ukupno je sprovedeno 102 intervjuja, ali je 3 intervjuja izuzeto iz istraživanja što je učinilo da konačni uzorak čini 99 intervjuja.⁴ Od svih intervjuja, 23 je sprovedeno u Nišu, a 76 u

3 Evidencija ispitanica je organizovana tako što su korišćene anonimne šifre koje one imaju kao korisnice drop-in centara ili šifre prijatelja/partnera koji su ih informisali o istraživanju.

4 Jedan od intervjuja je izuzet zato što je intervjuisna osoba bila transseksualac. Jedan je izuzet zato što partner ispitanice nije IKD, a poslednji zato što je otkriveno da je ispitanica već intervjuisana.

Beogradu. Nakon završetka terenskog rada, svi intervjui su doslovno transkribovani. Ovi transkripti su dalje kodirani u odnosu na teme koje su bile osnov za vodič za intervju i analizirani.

2. Socio-demografske karakteristike

Istraživanje je sprovedeno na uzorku od 99 ispitanica, među kojima je 76 (75.2%) bilo iz Beograda, a 23 (24.8%) iz Niša. Ispitanice su odabrane pod uslovom da zadovoljavaju jedan od sledećih kriterijuma: a) da su u vreme istraživanja bile u vezi sa injektirajućim korisnikom (bez obzira na to da li su i same intravenske korisnice ili ne), ili b) da su same intravenske korisnice koje su ranije bile u vezi sa intravenskim korisnicima. Stoga, sve ispitanice imaju trenutno ili su imale u prošlosti partnere IKD⁵, od kojih je 68 (80%) trenutno u vezi sa IKD, a 60 (62.5%) su i same bile IKD.

2.1. Socio-demografske karakteristike

Većina ispitanica su mlade žene starosti između 18 i 34 godine. Prema mestu rođenja, najviše ih je bilo iz Beograda i Niša, dok je 19% bilo iz drugih regiona Srbije i inostranstva. One koje su rođene u inostranstvu, najčešće su se doselile u Beograd još u ranom detinjstvu.

Tabela 1:
Starosna struktura ispitanica

	Ukupno	%
18–24	17	17.2
25–34	48	48.5
35–44	27	27.3
45–54	5	5.1
55–	2	2.0
Ukupno	99	100.0

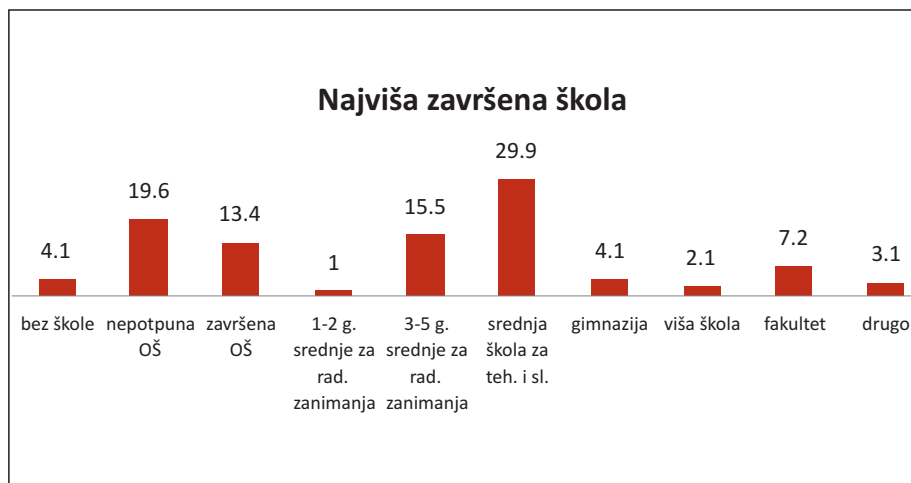
Tabela 2:
Mesto rođenja

	Ukupno	%
Beograd	59	59.6
Niš	19	19.2
Kosovo	3	3.0
Inostranstvo	4	4.0
Drugo	14	14.1
Ukupno	99	100.0

5 Iako je uslov za ispitivanje bio da žene u aktuelnom periodu budu u partnerskoj vezi sa IKD, u istraživanje su uključene i one koje trenutno nisu u vezi sa IKD, ali koje su to bile, te kod kojih je ta prethodna veza igrala presudnu ulogu da i same postanu IKD i time budu izložene rizicima od HIV infekcije, kao i drugim brojnim zdravstvenim i socijalnim rizicima.

Obrazovna struktura ispitanica je prilično nepovoljna – 37% je bez kvalifikacija, odnosno ima najviše završenu osnovnu školu. Nešto preko polovine (50.5%) steklo je neki oblik srednjoškolskog obrazovanja, dok 9.3% ima višu školu ili fakultet. Kao što će biti prikazano kasnije, njihova nepovoljna obrazovna struktura uslovljena je nizom socijalnih i individualnih faktora. Među najvažnijima, posebno se ističu izraženo siromaštvo i socijalna isključenost kod velikog broja ispitanica, kao i nefunkcionalni porodični uslovi i rani partnerski odnosi sa IKD, dok se među individualnim faktorima posebno izdvaja upotreba droga, koja ih sprečava da završe dati stepen školovanja, onda kada se razvije zavisnost.

Grafikon 1: Obrazovanje



2.2. Domaćinstvo i porodica

Struktura domaćinstva ispitanica može da se sagleda na nekoliko načina. Tipovi domaćinstava mogu da se razvrstaju u nekoliko kategorija, kao što možemo videti u narednoj tabeli. Prevalencija ispitanica koje žive same ili sa članovima domaćinstva koji nisu porodičnog porekla su manje učestale (7.1% i 6.1%) nego domaćinstva sa drugim porodičnim članovima ili partnerima. Ispitanice su pretežno članice proširenih porodica (uključujući roditelje, decu i druge srodnike), nuklearnih porodica (dva roditelja i bar jedno dete) i porodica samohranih roditelja (jedan roditelj i bar jedno dete). Takođe, posebno se ističe da više od petine svih ispitanica sada živi sa partnerom. Međutim,

ovom klasifikacijom ne stičemo uvid u to koja je uloga ispitanice u okviru porodičnog domaćinstva.

Tabela 3:
Tip domaćinstava

	%
Ispitanica živi sama	7.1
Ispitanica i partner	20.4
Porodica samohranih roditelja	16.3
Nuklearne porodice	21.4
Proširene porodice	28.6
Neporodična domaćinstva	6.1
Ukupno	100.0

Detaljnijim uvidom u strukturu domaćinstava dobijamo uvid i u njenu ulogu u domaćinstvu, pa možemo napraviti sledeću podelu:

1. Ispitanica živi sa porodicom porekla – roditelji i drugi srodnici (19.4%).
2. Ispitanica živi sama ili sa partnerom bez dece – ispitanica živi odvojena od svoje porodice porekla i moguće porodice partnera, ali ne živi sa decom (32.7%).
3. Ispitanica živi sa porodicom koju je ona zasnovala – ispitanica je deo domaćinstva porodice koju je ona zasnovala i u kojoj živi zajedno sa svojom decom, nezavisno od toga da li je to u formi nuklearne porodice ili samohrane majke (21.4%).
4. Ispitanica živi sa partnerom i svojom ili njegovom porodicom bez dece (15.3%).
5. Ispitanica živi sa partnerom i svojom ili njegovom porodicom uključujući decu (11.2%).

Ova podela ukazuje da ispitanice samo u 33.6% slučajeva žive sa svojom decom. Ukoliko se uzme u obzir podatak da preko 60.8% ispitanica ima decu uzrasta od 1 do 18 godina, dobija se uvid u to u kojoj meri ispitanice zapravo ne žive sa svojom decom zbog oduzetog starateljstva ili zato što su deca ostavljena drugim srodnicima na staranje.

2.3. Materijalni standard

Većina ispitanica živi u uslovima niskog materijalnog standarda i izložena je različitim oblicima materijalne deprivacije. Iako većina ispitanica živi u kući ili stanu, uslovi stanovanja su često izrazito nepovoljni, a same nekretnine nisu u vlasništvu ispitanica. Skoro 30% živi u objektima koji ne zadovoljavaju minimalne standarde pristojnog stanovanja – nemaju struju, kanalizaciju, vodu itd. Osim toga, više od 5% ispitanica nema ni stan ni kuću i živi u kontejneru, baraci ili na ulici.

Tabela 4:
Stanovanje

	%
stan	47.4
kuća	47.4
drugo	5.3
Ukupno	100.0

Tabela 5:
Uslovi stanovanja

	%
beskućnica	1.0
neuslovno	27.1
pristojno	49.0
uslovno	22.9
Ukupno	100.0

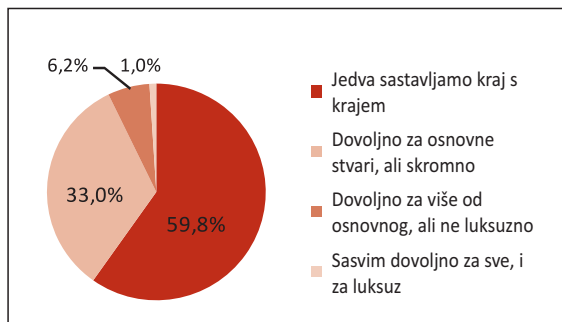
Stambene uslove ispitanica odlikuje i prenanstanjenost, odnosno ispitanice često žive u domaćinstvima sa velikim brojem članova koji su smešteni u jednoj ili dve prostorije. To čini svakodnevne životne uslove izrazito nepovoljnim i povećava šanse za razvoj različitih formi porodične patologije u uslovima kada je veliki broj članova različitog uzrasta i porodičnih uloga smešten zajedno na malom prostoru bez mogućnosti za osnovnu privatnost i adekvatno zadovoljavanje potreba u stanovanju.

U slučajevima u kojima ispitanice žive u stambenim jedinicama boljeg kvaliteta, one su najčešće u vlasništvu drugog člana domaćinstva. U celom uzorku tek 11.2% ispitanica ima imovinu u vlasništvu, dok je u 45% slučajeva vlasništvo u rukama drugih srodnika, najčešće oca ili majke ispitanice.

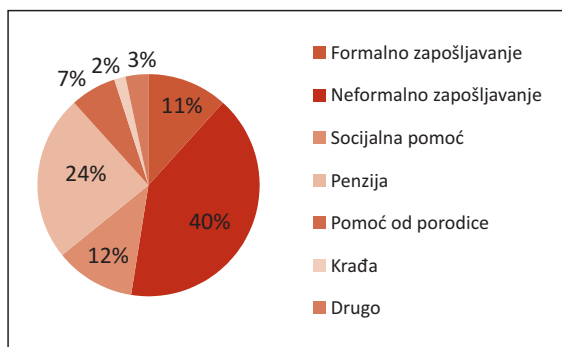
Finansijska oskudica odlikuje većinu domaćinstava u kojima žive ispitanice. Skoro 60% ispitanica tvrdi da jedva spaja kraj sa krajem, dok trećina živi skromno sa primanjima koja jedva pokrivaju osnovne troškove. Takođe, većina prihoda domaćinstva dolazi od neformalnog

rada, penzije i socijalne pomoći, što je povezano sa niskim primanjima i odsustvom socijalne sigurnosti.

Grafikon 2: Ocena materijalne situacija



Grafikon 3: Prihodi domaćinstva



2.4. Zaposlenost

Od svih intervjuisanih ispitanica, samo 15.5% radi, i to najčešće neformalno, bez ikakvog ugovora i sigurnosti. Radni angažman ispitanica najčešće podrazumeva seksualni rad i sakupljanje sekundarnih sirovina. Ovakvo stanje je velikim delom prouzrokovala droga. Naime, većina ispitanica bile su ranije zaposlene (81.9 %). Među onima koje su bile zaposlene, najviše je bilo radnica u proizvodnji i uslugama: 24.7% su radile kao trgovci, 24.7% kao konobarice, 20.8% kao radnice

u proizvodnji, 7.8% su bile zaposlene u kozmetičkim salonima, a 7.8% su radile kao negovateljice.

Tabela 6:
Zaposlenost

	%
Da	15.5
Ne	84.5
Ukupno	100.0

Tabela 7:
Bivše zaposlenje

	%
Da	81.9
Ne	18.1
Ukupno	100.0

Iako su ispitanice navodile kako je teško pronaći posao danas, u većini slučajeva su prethodno radno mesto napustile zato što su same dale otkaz. Korišćenje narkotika i apstinencija od korišćenja predstavljaju, kao što će kasnije biti pokazano, veliku prepreku u zapošljavanju i zadržavanju radnog mesta. Tu se može primetiti izvesna razlika između ispitanica koje su i same IKD i onih koje nisu. Naime, kod prvih, gubitak posla je najčešće neposredno povezan sa upotrebom droge. One ili dobiju otkaz onda kada ih kolege ili nadređeni razotkriju, ili same daju otkaz zbog nemogućnosti da funkcionišu na poslu u skladu sa propisanim uslovima na radnom mestu. Kod ispitanica koje nisu IKD situacija je nešto drugačija. One pripadaju izrazito ranjivoj populaciji koja je izložena uslovima ekstremnog siromaštva i socijalne isključenosti (život u nehygieničkim naseljima, oslanjanje na socijalnu pomoć), pa je njihova zaposlenost najčešće neformalna samozaposlenost, kao na primer skupljanje otpada i sl. Ipak, i među njima postoje slučajevi kada ovo ostaje jedina opcija, nakon što su neformalni poslodavci saznali da su njihovi partneri IKD ili bivši zatvorenici. U tom smislu, može se zaključiti da život sa IKD-om smanjuje šanse na tržištu rada dodatno, uz već ionako izrazito niske šanse uslovljene odsustvom kvalifikacija, socijalnih mreža i, uopšte, višestrukom isključenosti.

2.5. Iskustva sa narkoticima

Dve trećine ispitanica ima neko iskustvo sa narkoticima i bar je u nekom trenutku probalo ili aktivno ubrizgavalo psihoaktivne supstance. U skoro polovini slučajeva su i ispitanice i njihovi partneri (sadašnja

partnerska veza) injektirajući korisnici droge (48.8%). Ispitanice koje su IKD imaju najčešće dugu istoriju korišćenja narkotika i ostvarenih veza sa injektirajućim korisnicima.

Tabela 8: Sadašnji partner IKD

	%
Da	80.0
Ne	20.0
Ukupno	100.0

Tabela 9: Ispitanica IKD

	%
Da	62.5
Ne	37.5
Ukupno	100.0

Tabela 10: Bivši IKD

	%
Da	76.3
Ne	23.7
Ukupno	100.0

Ove osnovne socio-demografske karakteristike ispitanica, kao i njihova lična iskustva sa narkoticima, ali i život sa partnerima koji su IKD treba imati u vidu kada se razmatraju specifični zdravstveni i socijalni rizici povezani sa injektirajućim korišćenjem droge.

2.6. Zaključak

Ispitanice pripadaju jednoj od najranjivijih društvenih grupa, a njihovi socio-ekonomski uslovi života su izrazito nepovoljni. Karakteriše ih:

- nizak nivo obrazovanja,
- isključenost sa tržišta rada,
- izuzetno nizak materijalni standard koji je obeležen lošim uslovima stanovanja, nekvalitetnom ishranom, deprivacijom u zadovoljavanju osnovnih životnih potreba.

Sve ovo predstavlja veoma lošu početnu poziciju za izlazak iz sveta droge i započinjanje boljeg i kvalitetnijeg života, a značajno povećava rizike za intergeneracijsko prenošenje obrazaca života, pa i upotrebe droge.

No, pre nego što detaljnije ukažemo na najvažnije socijalne i zdravstvene rizike, pokušaćemo da opišemo kontekst u kome su uspostavljeni današnji uslovi života i obrasci partnerskih odnosa, ispitivanjem geneze rizičnog ponašanja.

3. Socijalni i porodični kontekst geneze rizika

Sagledavanjem detinjstva i adolescencije IKD partnerki stičemo uvid u niz društvenih i porodičnih uslova koji su uticali na uspostavljanje sadašnjeg načina života obeleženog brojnim zdravstvenim i socijalnim rizicima. Podaci iz istraživanja ukazuju na to da su ispitanice još u ranom detinjstvu bile izložene različitim faktorima koji povećavaju šanse za ulazak u svet droge, bilo preko ličnih iskustava ili preko ulaska u partnerske odnose sa IKD. Ovde se postavlja pitanje koji su to porodični i socijalni uslovi u fazi detinjstva i adolescencije vodili uspostavljanju sadašnjeg načina života i izloženosti rizicima povezanim sa injektirajućim korišćenjem droge?

Nalazi istraživanja ukazuju na to da su u detinjstvu ispitanica najčešće bili prisutni sledeći faktori:

- disfunkcionalne porodice u kojima su ispitanice odrastale, a u kojima su se ispoljavali sledeći problemi: odsutni roditelji i odsustvo roditeljskog nadzora i emocionalne bliskosti sa roditeljima, izrazito patrijarhalni porodični odnosi, zloupotreba alkohola i narkotika od strane roditelja, braće i sestara, nasilje i zapostavljanje;
- socijalni faktori među kojima se ističe uticaj vršnjaka u konzumiranju narkotika, beskućništvo i život na ulici, neinformisanost o rizicima korišćenja narkotika i sl.

Pored toga, nalazi istraživanja ukazuju na to da su se najčešće ovi različiti faktori javljali združeno, kao kombinacije osobenih porodičnih i socijalnih problema koji se prepliću i kontinuirano utiču na ishode u sadašnjem načinu života. Kombinacije faktora rizika „guraju“ ispitanice u život centriran oko konzumiranja droge i stoga obeležen brojnim zdravstvenim i socijalnim rizicima.

3.1. Porodični faktori

Situacija u primarnim porodicama partnerki IKD je najčešće bila veoma teška.⁶ Nesigurni uslovi života, zloupotreba supstanci od strane roditelja ili drugih srodnika, nasilje u porodici, ne samo da direktno ugrožavaju decu i utiču na rizik od povreda i zapostavljanja, nego i utiču na njihov razvoj i predstavljaju jake snage u procesu socijalizacije i njihovom izboru obrazaca života i ponašanja.⁷ Problemi u primarnoj porodici ili odsustvo roditeljskog nadzora često su navedeni kao razlozi zbog kojih su ispitanice vrlo rano odlazile od kuće i priključivale se grupama vršnjaka koji su većinu vremena provodili bez nadzora odraslih, ili u ekstremnijim slučajevima živeli na ulici. To, nažalost, često vodi u život sa drogom.

Dinamika porodičnih odnosa, predstavlja jednu od najvažnijih arena u kojima se uče norme, vrednosti i obrasci ponašanja. Ovo je posebno važno u vezi sa internalizacijom rodni uloga. Svi ovi aspekti ne samo da indirektno i direktno utiču na ulazak u život sa drogom, nego predstavljaju i važan faktor za razumevanje zašto ispitanice nastavljaju da kontinuirano reprodukuju svoj život u začaranom krugu života centriranog oko droge. U takvom kontekstu može se razumeti i njihovo vezivanje za partnere iste životne orijentacije.

3.1.1. Patrijarhalni porodični odnosi i učenje rodni uloga

Rodne uloge se uče tokom detinjstva i adolescentskih godina, pre svega u primarnoj porodici. Stavovi i ponašanje roditelja i drugih članova porodice se usvajaju i prihvataju kao konvencionalne uloge.

-
- 6 Tokom intervjua, ispitanice često relativizuju teškoće koje su proživele u detinjstvu. One pričaju o tome kako je život tada bio divan, a malo nakon toga ukazuju na velike probleme, pa recimo, opisuju život sa teškim nasiljem u porodici. Takođe je važno imati na umu da one često termin detinjstvo koriste za vreme pre nego što su počele da koriste drogu i, samim tim, u ovo ne uključuju adolescentske godine. U više slučajeva, ispitanice nisu želele da govore o svom detinjstvu zbog toga što takvo prisećanje budi negativne emocije, dok se u nekim slučajevima uopšte ne sećaju ničega iz tog perioda svojih života što može da ukazuje na to da su sećanja potisnuta zbog toga što su previše teška.
- 7 Može da dovede do nesigurnosti i problema sa poverenjem, problema sa prepoznavanjem i iskazivanjem osećanja, neodgovarajućih veština za preživljavanje itd.

Ovaj proces socijalizacije rodnih uloga može da ima veoma negativne rezultate u porodicama sa jakim patrijarhalnim odnosima i porodičnim nasiljem. Prihvatanje rodnih uloga i odnosa prema patrijarhalnom modelu, u kome je izražena dominacija muškarca, čine devojčice i mlade žene podložnijim kasnije drugim uticajima muških figura (drugeva, partnera) koji mogu imati presudnu ulogu u počecima korišćenja narkotika.

Važno je napomenuti da patrijarhalni porodični odnosi nisu uvek združeni sa nasiljem u porodici. Ipak, patrijarhalni odnosi predstavljaju asimetrične rodne odnose, u kojima muškarci imaju ključnu moć i kontrolu, te se upravo u ovakvom porodičnom kontekstu nasilje često ispoljava. Prema iskazima ispitanica, većina je odrasla upravo u patrijarhalnim porodicama, koje su pritom bile obeležene i konfliktnim odnosima i nasiljem. One često ukazuju na prisustvo nametljivih, teških i zahtevnih muških osoba u porodici, prisustvo svađa i nasilja u porodici. Ispitanice tvrde da su ovakvi asimetrični odnosi u porodici u ranom detinjstvu i adolescenciji ostvarili veliki uticaj na živote ispitanica. Otac ili očuh najčešće predstavljaju „glavnu“ figuru u domaćinstvu, a položaj ženskog deteta je često marginalan u porodici.

Intervjuerka: Sve lepe uspomene koje bi mogla da imaš obojene su nasiljem?

Ela: Da, uvek oni nešto naprave, tu uvek mora da bude svađa, uvek neko mora da bude kriv za sve, uglavnom majka ili ja, pošto sam žensko isto.

Intervjuerka: A što to kažeš tako pošto sam žensko?

Ela: Pa tako moj tata, ne znam, više voli mušku decu, oni su mu deca, ja nisam. Mene može da istera kad hoće, ja mu ni za šta ne služim...

– Ela, 1993.

Podređivanje muškom autoritetu se vremenom internalizuje. Posledica ovakve internalizacije jeste nemoć da se suprotstavi pritiscima muških osoba kasnije u životu, pa i u prilikama kada se predlaže ili insistira na isprobavanju upotrebe narkotika, nagonjenju na prostituciju i dr. Jedan način na koji se manifestuje muška dominacija u domaćinstvu jeste kontrolisanje izbora prijatelja sa kojima su se ispitanice družile, sa kim su mogle da izlaze, zahtevna očekivanja vezana za školu i sport, i izbor momka (partnera).

Intervjuerka: Da li te neki od bivših partnera maltretirao?

Vera: Nisam ih ja imala, nisam smela od oca.

Intervjuerka: Jesu li radili mama i tata?

Vera: Tata ne. Moj tata je truli neradnik, ako ćemo pravo. Ali mama se borila, odlazila je i po pijaci da radi sa ovom robom što ovako nađe. Tata je ležao većito i čekao da padne pečeno pile s neba. Eto tako. Bio je strog, a neradnik, iskreno.

Intervjuerka: Tata je bio neradnik kako kažeš, ali je bio glava porodice?

Vera: Sve je moralo da bude kako on kaže. Kao što je govorio, on će da svira, a mi da igramo.

– Vera, 1989.

Nisu samo očevi ti koji su zahtevali puno, nego i druge muške figure u domaćinstvu, posebno starija braća.

Ovakav tip kontrole u domaćinstvu dovodi ispitanice do konflikata sa njihovim roditeljima. U početku bi bežale, a onda u nekim slučajevima se iselile i počele da žive sa partnerima, iako su veoma mlade.

3.1.2. Odsustvo roditeljskog nadzora i emocionalne bliskosti sa roditeljima

Dok, sa jedne strane, preterana kontrola i nametljivi muški autoritet ili sukobi u porodici mogu biti uzrok bekstva iz porodice, sa druge strane odsustvo roditeljskog nadzora takođe predstavlja važan faktor ulaska u svet droge. Smrt bliskih članova porodice, napuštanje od strane roditelja i promene u porodičnoj strukturi usled razvoda i ponovnog braka roditelja koji je staratelj česte su pojave u ranom detinjstvu IKD partnerki. Veliki broj ispitanica je izgubio člana porodice, poput majke, oca, brata ili sestre, zbog bolesti, ubistva (u kriminalnim krugovima) ili ratova. Veliki broj ispitanica bio je napušten od strane jednog ili oba roditelja, pa je njihovo odrastanje velikim delom proteklo u porodicama rođaka, u domovima za decu bez roditeljskog staranja ili u hraniteljskim porodicama.

Ispitanice koje su iskusile neki od navedenih problema (gubitak roditelja, napuštanje, smeštaj u drugu porodicu ili instituciju), često

percipiraju izvestan prelomni trenutak nakon koga su njihovi životni putevi krenuli u pravcu rizičnih ponašanja. Taj trenutak one često opisuju kao „*vreme kada se sve promenilo i stvari su krenule nizbrdo*“.

U odsustvu roditeljskog nadzora, mnoge ispitanice počele su da se kreću u rizičnom društvu i da se druže sa vršnjacima koji koriste nelegalne supstance. U tim slučajevima nisu postojali mehanizmi koji bi kontrolisali i sprečili da takvo ponašanje eskalira u upotrebu narkotika.

Intervjuerka: A kako je njima palo na pamet da te u petom razredu, šestom, tako puste da izlaziš?

Ela: Pa eto, king-burger tamo u parku, sa drugaricama izađem kao tu, sednemo međutim, mi se šetamo po celom parku, tu upoznajemo i starije muškarce, starije od nas. Uglavnom su svi bili stariji, '89., '90. godište, pa onda idemo u igraonice ... Tu sam upoznala neke koje nisam trebala da upoznam...

Intervjuerka: Nisu tvoji roditelji kapirali sa kim se družiš?

Ela: Nisu kapirali ni kad sam se drogirala, prve tri godine majka nije to primetila uopšte, znači ja sam počela intravenski, a ona nije primetila uopšte ništa.

– Ela, 1993.

Međutim, nije samo odsustvo roditeljskog nadzora, u smislu spoljne kontrole nad detetom, važan faktor ulaska u rizike povezan sa drogom. Možda još važnije od toga jeste odsustvo povezanosti sa roditeljima, odsustvo emocionalne bliskosti i zajedništva koje podrazumeva zajedničke aktivnosti, razmenu emocija, mišljenja i poverenja.

Nataša: To je bila nagla promena za mene, živela sam okružena ljudima koji me vole, a odjednom sam ostala bukvalno sama (*usled smrti oca i novog braka majke, prim. aut.*), živela sam s majkom, ali kao da nisam. Ona me je napuštala, ona je vrlo malo vremena provodila kod kuće, evo kao što ja sad dolazim jednom nedeljno kod nje, tako je i ona otrpela sa mnom.

– Nataša, 1986.

Prisustvo roditelja važno je i zbog pružanja podrške deci u teškim trenucima. Ispitanice često navode da je upotreba droge bila uslovljena lošim osećanjima poput tuge, neraspoloženja, depresivnosti. U takvim trenucima one nisu imale podršku roditelja i porodice, pa tvrde da su posegnule za narkoticima kako bi se osećale bolje, a nije bilo nikoga da ih u tome spreči.

Sandra: Nisam imala podršku, nisam imala majku, nisam imala ni ljubav od brata, nisam imala nekog da mi kaže stani to nije dobro, nego samo društvo kaže uzmi to je dobro, znaš, tamo ovamo, i to iz dana u dan, i tako sam postala.

Intervjuerka: *Duvanje i to tako?*

Sandra: Da i onda moja majka kad je čula da sam na heroinu počela: „Znaš, ti ovo, ono...“, ja sam joj rekla: „To si ti trebala da se brineš da ja ne budem narkomanka!“, i tako.

Intervjuerka: Izbegneš svoje probleme time?

Sandra: Jer nije mi bilo svejedno, svi imaju majku, oca pored sebe, ja nisam imala pored sebe, još od detinjstva, tako sam rasla i tako.

– Sandra, 1987.

Mnoge IKD partnerke su u toku svog odrastanja provodile vreme u domovima za decu bez roditeljskog staranja. Ovakvo okruženje može se pokazati kao posebno rizično zato što se sistemi nadzora baziraju na autoritarnoj kontroli. Neke ispitanice su opisale kako ovaj vid kontrole doživljavaju kao ugrožavajući, posebno kada se manifestuje u obliku fizičkog nasilja, i time dovodi do konflikta, a ne osećaja stabilnosti i sigurnosti.

Intervjuerka: A vaspitači kakvi su bili?

Dragica: Pa imalo je dosta i vaspitača. Jednom kako pamtim, dve vaspitačice i jedan vaspitač, oni su mislim mnogo... E onda kada sam ja malo odrasla, onda sam ja jednu vaspitačicu tako. Ona me mnogo maltretirala, mnogo. Stalno je bilo nešto da sam uradila. Znaš ona uvek mene i uvek na mene nasrcala znaš. Napravila sam problem, ona me bije. I ja ono kad sam odrasla 13 godina, 14, onda sam i ja nju udarila. Zbog toga su me prebacili u Zvečansku 52. E, od tad sam ja počela malo da pravim probleme i da počinje to...

– Dragica, 1973.

Efekat ovih konflikata je često takav da se ispitanice ne oslanjaju na vaspitačice ili druge radnike u domovima, već počinju da prave još više problema i da pokušavaju da se distanciraju (pobegnu) od ovakvog okruženja.

3.1.3. Nasilje u porodici

Nasilje u porodici predstavlja drugu vrstu faktora koji utiču na rizične obrasce života. Nasilje je vrsta ponašanja ili odnosa u kome se prinuda, zastrašivanje, obezvređivanje, omalovažavanje ili kontrola koriste neposredno ili putem pretnje, kako bi se druga osoba povredila i potčinila psihički, fizički, ekonomski ili socijalno (Babović, Ginić, Vuković, 2010.). Nasilje u porodici je takođe rodno utemeljeno. S obzirom na to da proističe iz neuravnotežnih odnosa moći i da je snažno povezano sa rodnim odnosima, to se najčešće javlja kao čin psihičkog, fizičkog ili seksualnog povređivanja ili prekomerne kontrole sa ciljem ograničavanja slobode koje primenjuju muški članovi, i to najčešće partner prema ženi (ibid.) ili otac prema deci. Nasilje muških figura nad decom, odnosno devojčicama, u porodici takođe stvara cikluse zlostavljanja, koji se nastavljaju kada devojčica odraste i koji su utemeljeni u rodnoj neravnopravosti (UNICEF, 2000.).

Nasilje u porodici u obliku fizičkog, psihičkog i seksualnog zlostavljanja česta je pojava u detinjstvu IKD partnerki. Nasilje je prisutno najčešće u obliku partnerskog nasilja i nasilja prema deci. Partnersko nasilje najviše vrše očevi/očusi ispitanica prema njihovim majkama. Nasilje prema deci vrše i majke, ali su očevi/očusi ti koji su najčešći počiniooci, a oblici nasilja koje oni počinu su daleko teži u većini slučajeva. Ispitanice su same bile izložene ovakvim oblicima nasilja, a bile su i svedoci nasilja počinjenog prema drugim članovima porodice, naročito majkama. Čak i onda kada nisu direktno bile žrtve nasilja, prisustvovanje scenama nasilja i učestvovanje u situaciji nasilja čine ih takođe žrtvama. Ovakvo nasilje ima korene u rodnoj neravnoteži moći, na osnovu koje su muške osobe gotovo uvek dominantne.

Mnoge ispitanice su bile izložene fizičkom nasilju u kome su zadobile i teške povrede. U više slučajeva govorile su o teškim oblicima nasilja u kojima nisu dobile batine samo pesnicama, već su šutirane u glavu i stomak, davljene, glava im je udarana u pod ili zid itd. Nasilnici

su često koristili kaiševe, palice, sekire, noževe, stolove, a u jednom slučaju je ispitanica čak vezana i onda pretučena.

Veliki broj ispitanica ukazao je i na različita iskustva seksualnog zlostavljanja i nasilja. One su bile žrtve neuspešnih i uspešnih pokušaja silovanja od strane različitih članova porodice, zbog čega je njihov život bio obeležen stalnim strahom od silovanja. Uz sve ovo, mnoge su živele izložene neprestanom psihičkom zlostavljanju, koje podrazumeva verbalno nasilje i ponižavanje, omalovažavanje i ograničavanje slobode.

Osobe koje odrastaju u ovakvom okruženju imaju teške posledice. Ne samo da su izložene direktnoj fizičkoj i psihičkoj opasnosti, nego počinju da prihvataju nasilje kao normalizovan/prirodan način ponašanja, odnosno počinju da ga percipiraju kao legitiman oblik vršenja kontrole i sankcionisanja „nedopuštenog“ ponašanja. Posledice svega toga su da su ispitanice vrlo rano prihvatile submisivnu ulogu u porodičnim i partnerskim odnosima. Još u detinjstvu one su razvile osećanje krivice za ispoljavanje nasilja (osećanje da su nekim svojim ponašanjem „isprovocirale“ nasilnika) i preuzimaju odgovornost za nasilje koje je usmereno ka njima. Njihovi stavovi prema nasilju ukazuju da one ocenjuju nasilje prihvatljivim ako predstavlja sankciju za nedopuštene ili nepoželjne oblike ponašanja (onako kako ih definiše porodični autoritet), a ne kao potpuno nezakonito i neprihvatljivo ponašanje nasilnika, koje treba da bude zakonski sankcionisano. Psihičko zlostavljanje najčešće ni ne smatraju nasiljem, već malo temperamntnijim načinom komunikacije.

Submisivnost kojoj su „naučene“ u primarnoj porodici stvara povoljne uslove za kasnije ispoljavanje podređenosti, popustljivosti u odnosu na partnere, a time i na „poslušnost“ pri nagovaranju na konzumiranje droga, prisiljavanju na prostituciju ili jednostavno na prihvatanje ili mirenje sa nasiljem partnera.

Marija: ...jednom sam pisala domaći, uvek sam imala dugu kosu, i kosa mi upadala dok sam pisala domaći, i ne vidim od kose, i rek'o mi je ako te još jednom vidim sa puštenom kosom ubiću te. Ja kao dobro. Nosila sam vezanu kosu. I on je bio jednog dana na pos'o i ja pustim kosu, i koji je to maler bio, ili neka sreća ja ne znam šta je to bilo, on me sreo kolima u ulicu našu, a ja sam pustila kosu, kosa mi nije bila vezana, i on mi otvori ono staklo i kaže: „Gde si pošla?“, „U

školu.“, „A šta sam ja tebi reko?“ a ja kažem: „A šta to?“ ja sam već zaboravila, prošlo 5–6 meseci od toga, ali sam vezivala kosu, ali eto nije bio kući pa da iskoristim da pustim kosu, pa kad se vraćam ću da je vežem, i on me sretne sa puštenom kosom., „Ajde vrati se kući.“ I sve je to radio kad mi je majka na poslu, i pretio mi je ako kažem sve majci, nije me zlostavljao, tako nešto, to ne, neću da grešim dušu, nikad me nije ni pipnuo, i šta sam htela da kažem, a za kosu, i vratio me i onda me uzeo za kosu i glavu mi udario u zid, pa je onda otišao u wc pa mi je gurnuo glavu u wc šolju, i pustio vodu, i tu sam sva bila modra koliko me udarao glavom o zid, i šamare i reko: „E sad idi u školu.“

– Marija, 1977.

U mnogim slučajevima majke su znale za nasilje, ali nisu činile ništa da nasilje spreče i zaštite ispitanice. Naprotiv, najčešće su i same bile žrtve nasilja, bez sposobnosti da zaštite sebe i decu. Često je jedini put da se pobegne od nasilja vodio na ulicu, a život na ulici je izrazito povećavao šanse da budu izložene različitim rizičnim ponašanjima.

Intervjuerka: Kako bi ti opisala svoje detinjstvo? Kako ste živeli dok si bila mala?

Milica: Tužno. Siromašno.

Intervjuerka: Sa kim si živela?

Milica: Pa živela sam na početku sa mamom i tatom, sestrama. Posle dosta vremena ćale kad mi je umro, mama se preudala. Ostali smo bez oca. Imali smo očuha koji nas je maltretirao. I mene i sestru i mamu, sve žive oko sebe. Pa smo mi počele da pravimo probleme. Begale smo od kuće, počele smo da se drogiramo, da spavamo po ulici.

Intervjuerka: Jeste li bežale zbog njega?

Milica: Da. Znači ono... nismo znale šta da radimo jednostavno.

– Milica, 1989.

U više slučajeva ispitanice su sklonjene iz disfunkcionalnih porodica i smeštane u domove za decu bez roditeljskog staranja, ili hraniteljske porodice. Međutim, i ovde su neke od njih bile izložene novom nasilju od strane staratelja, vaspitača, ili vršnjaka iz domova (pretežno starijih).

Intervjuerka: A zašto si ponovo otišla u dom?

Maja: Ja sam prijavila centru za socijalan rad jer nisam mogla više da izdržim. Uzeo je crevo za vodu pa me s time ubije od batina. [...] On mene odvali od života, meni šika krv, nikom ništa. Ne smem da kažem nikom.

Intervjuerka: Zašto?

Maja: Zato što će da me ubije od batina opet. On kaže: „Gosti su u kući, brzo idi umi se, nemoj da plačiš, dobićeš batine.“. Ovoliku šaku, pesnicu. I onda ja moram pod ladnom česmom da se umijem da ne vide da sam plakala. I kad su gosti tu ja moram napolje da idem.

– Maja, 1986.

Takođe, kao posledica problema života na ulici, više ispitanica ima i iskustvo sa popravnim domovima. Nasilje se u ovim slučajevima koristi u svrhu disciplinovanja i kažnjavanja.

Intervjuerka: Kako ti je bilo dole u tom domu? Kakvi su bili prema tebi?

Olivera: Joj, grozno veruj mi. Grozno, najgroznije što može. Tamo kad odeš mesto da se opametiš, ti još više poludiš.

Intervjuerka: A što?

Olivera: Zato što nisu normalni i vaspitači i komandirice i čuvari. Za svaku sitnicu te biju. Za svaku sitnicu te biju. Ja ne bi želela ni najgorem dušmanu tamo da ide. Veruj mi, znači majke mi moje. Ni najgorem dušmanu ne bi želela da ode tamo.

– Olivera, 1992.

Kada su ispitanice izložene nasilju ne samo u primarnoj porodici, nego i u hraniteljskim porodicama i ustanovama koji bi trebalo da ih zaštite, one osećaju da nemaju podršku i da je nasilje prihvaćeno ne samo društveno, nego i institucionalno.

3.1.4. Bolesti zavisnosti u porodici

Iza porodičnog nasilja i odsustva kontrole i brige roditelja često se zapravo krije problem zloupotrebe alkohola i psihoaktivnih sup-

stanci od strane roditelja ili staratelja. Istraživanje o porodičnom nasilju prema ženama ukazalo je da prisustvo alkoholizma u porodici povećava rizike od nasilja 7 puta, a prisustvo zloupotrebe droga čak 12 puta (Babović, Ginić, Vuković, 2010.).

Osim roditelja, prema iskazima ispitanica, često su narkotike konzumirali i braća, sestre ili drugi rođaci. Alkoholizam, zavisnost od droga, zavisnost od lekova na recept u porodici, vodili su razvoju percepcije ispitanica da je konzumiranje ovakvih supstanci „normalno“, uobičajeno. Pojedine ispitanice iskazuju prezir prema roditeljima zbog konzumiranja droge i alkohola i najčešće krive sebe za to što su krenule istim putem. U drugim slučajevima je zloupotreba narkotika direktno motivisana potrebom i željom da se roditeljima tera inat.

Intervjuerka: Da li je neko u kući imao problem sa drogom ili sa alkoholom?

Sandra: Jeste. I mama i tata sa drogom.

Intervjuerka: Kad ste vi bile male ili i pre toga?

Sandra: Da, da i pre toga. Sad su na metadonskom održavanju tako da nemaju više kontakta nekog sa drogom.

Intervjuerka: Koliko je to uticalo na tebe kada si bila mala?

Sandra: Pa uticalo je...Šta znam...Uticalo je, kako nije uticalo. Pogotovo kad mi je mama izašla na televiziji, u emisiji nekoj. E onda su deca videla, pa su prestala da se družu sa mnom. Onda sam ja tražila neko društvo koje nije briga šta su mi roditelji. I onda sam naišla na društvo gde su moji mama i tata heroji ustvari u toj celoj priči. Eto i tako sam i počela da se drogiram ustvari. Više iz inata nekog, nego...

– Sandra, 1989.

Zloupotreba supstanci u porodici, koja se može videti u prethodnom primeru, često predstavlja faktor uticaja koji dovodi do promene kruga prijatelja u kojem se IKD partnerke kreću. S druge strane, često postoji i direktnija veza između zloupotrebe supstanci u porodici i početku korišćenja narkotika, a to je situacija u kojoj članovi porodice sami upoznaju ispitanice sa drogama.

Marija: Mene je u stvari moj rođeni brat navukao.

Intervjuerka: Kako to? Bili ste u društvu?

Marija: Pa da. Ja kao: „daj ja to probam“, kao svaki brat, umesto da mi ne da, on mi je davao dok me nije navukao. Dok mi je davao, ja sam možda 10 puta šmrknula, posle toga sam počela da se bodem. Jer je meni bilo to: „Šta je to što oni žmure, kako to da ja to ne osećam?“.

– Marija, 1975.

U ovim slučajevima, članovi porodice, najčešće brat ili sestra, predstavljaju glavnog podstrekača korišćenju narkotika, koji ih uvodi u svet droge i svoj krug prijatelja. U drugim slučajevima, izloženost drogama u kući budi radoznalosti. Više ispitanica je priznalo da su prvi susret sa drogom imale tako što su slučajno pronašle ili ukrale drogu od članova porodice.

Intervjuerka: Sa kim si počela da uzimaš heroin ili čak marihuanu pre toga?

Mija: Sa pokojnim bratom koji je usvojen, travu. A heroin sam uzela kad je brat prodavao, pa je onda držao u kinder jajetu i dao mi pošto sam ja spremala nešto. Imala sam jedno 15–16 godina kada sam prvi put uzela. I onda sam slučajno ovako igrala se sa tim jajetom, i kad sam otvorila, onda je spao ovako gram. Ja to kad sam šmrknula, ja sam se obeznanila.

– Mija, 1980.

Slučajno korišćenje narkotika zato što su bili dostupni pak nije faktor koji utiče na zavisnost. Tek kada su i drugi faktori rizika prisutni, ovakvo eksperimentisanje ima ozbiljne posledice.

3.2. Uloga vršnjačkih mreža

Vršnjaci igraju važnu ulogu, posebno u adolescentskim godinama. Rezultati istraživanja ukazuju na to da je veliki broj ispitanica počeo da uzima drogu upravo pod uticajem vršnjaka. Kod ispitanica iz uzorka istraživanja prvi susret sa drogom se najčešće događa između 13. i 19. godine. Marihuana, ekstazi, spid, kokain i lekovi koji se dobijaju uz recept (bensedin, trodon itd.) se često koriste sa društvom i na žurkama. Ovakvo ponašanje najčešće prethodi intravenskom unošenju

droga.⁸ Ipak, postoji više različitih faktora koji mogu da utiču na rizično ponašanje među vršnjacima: usled problema u domaćinstvu, vršnjaci stvaraju novo okruženje u kome može da se nađe uteha, a ova podrška se, u nekim slučajevima, ispoljava kroz direktnu ponudu droge kao „leka“ za druge probleme; potreba ispitanica da budu prihvaćene i da pripadaju određenoj grupi vršnjaka utiče na to da „preuzmu“ njihove navike; i korišćenje substanci među vršnjacima mogu da probude radoznalost kod ispitanica.

IKD partnerke koje su iskusile poteškoće u primarnoj porodici traže nove sisteme podrške i mesto gde mogu da pobegnu od teške situacije u kući. Takođe, dok žive u domovima za nezbrinutu decu ili popravnim domovima za maloletnike, vršnjaci nekada predstavljaju jedini oblik podrške i „porodicu“ na koju mogu da se oslone. Kada se narkotici koriste u ovakvim krugovima, oni predstavljaju olakšanje bola. U nekim slučajevima, prijatelji su ti koji ponude drogu kao rešenje problema i kao sredstvo koje će učiniti da bol prestane. Ovo nije slučaj samo kada je reč o depresiji, nego i o situacijama kada nekoga boli zub ili ima drugi fizički problem.

Radmila: Dragan me je sa 13 godina navukao, na dan kada su mamu sahranili. 16. jun nikad neću da zaboravim. 14. je umrla, 16. je bila sahrana. Meni je tada Dragan prvi put kada smo došli sa sahrane dao heroin.

Intervjuerka: Ko ti je Dragan?

Radmila: Tada mi je bio najbolji drug, sad mi je niko i ništa. On me i navukao. On mi je tri meseca davao dok me nije navukao. Ujutru, popodne i uveče.

Intervjuerka: Pa šta ti je rekao tada kada ti je davao?

Radmila: Uzmi, zaboravićeš. Biće ti lakše.

Intervjuerka: Ti si pristala?

Radmila: Pa ono nemam pojma šta uzimam. A on mi sve govorio za ekstazi, to nemoj nikad da uzimaš, to je hemija. Spid nemoj nikad da uzmeš, ništa gore nema nego na to da se navučeš. A ovamo mi davao heroin, ono najgore! Najprljavije, razumeš.

– Radmila, 1984,

8 Heroin, koji je najčešća intravenska droga, u najvećem broju slučajeva se prvo unosi u organizam šmrkanjem (na nos). Kako se stepen tolerancije povećava, a korisnice nemaju neophodna finansijska sredstva da podrže potrebu, prelazi se na intravensko korišćenje.

Pristajanje i prihvatanje da se počne sa uzimanjem droge na inicijativu drugova i drugarica odvija se najčešće u kontekstu nedovoljne informisanosti o rizicima, drugarskom poverenju i adolescentskoj potrebi da se kopiraju osobe koje se smatraju liderima vršnjačkih grupa, onima koji su najuticajni u društvenoj mreži. Tek kasnije ispitanice dobiju osećaj da su prevarene, da ih je neko, bez njihovog znanja, volje uvukao u zavisnost. Isto važi i kada su počele da koriste narkotike pod pritiskom situacije u kojoj su se našle sa društvom.

Ana: Pa počela sam, znaš ono kao žurke. Tamo-vamo. Prvo ekstazi, pa onda ne znam šta je više bilo, kao spid. Kao zadnje sam probala heroin. I onda sam sa jednom drugaricom, ona mi je rekla: „Ajd da idemo kod nekih mojih prijatelja tamo van, ali znaš nemoj kao da se začudiš, kao katastrofa je gajba, ali idem kao na kaficu nismo se dugo videli.“ Ništa ona meni ne priča šta mene čeka tamo. Ja ulazim i šlogirala sam se. Oni se tamo bodu, krv na sve strane, gledam gde da sedim da ne dobijem neku zarazu, znaš, da ne sednem na neku iglu. I oni kao „probaj, probaj, biće ti super“, i ja kao debil probam.

– Ana, 1979.

Iako ispitanice često objašnjavaju svoj početak korišćenja narkotika time da su bile „radoznale“ ili da su samo želele „da probaju“ i smatraju sebe odgovornim, konzumiranje narkotika se često započinje kad su vrlo mlade. Ima slučajeva u kojima ispitanice same mole da njihovo društvo podeli drogu sa njima i sa ponosom pričaju o tome. Skoro kao da je to dokaz da su postale deo društva, kao uspeh, inicijacija u datu grupu.

Sanja: Ja ti kažem moja životna želja je bila da budem tako sa one strane. Slučajno se potrefilo da upoznajem takve ljude koji ono. Doduše ja sam imala 12 godina kada sam počela da vičem dajte mi heroin i niko nije hteo da mi da, jer kao imam 12 godina i kao beži mala odavde. I onda kad sam ga na kraju dobila, dobila sam nadimak X.

– Sanja, 1973.

Krug prijatelja koji su IKD su često i osnovno mesto gde žene sreću svoje partnere. Uticaj partnera koji su IKD na početak korišćenja droga je takođe veoma izražen i biće detaljnije razložen u poglavlju 3.

3.3. Život na ulici

Beskućništvo je često posledica korišćenja droga, ali u periodu detinjstva ispitanica život na ulici je pre bio faktor u otpočinjanju korišćenje narkotika. Bežanje od kuće zbog porodičnih problema ili odsustva roditeljskog nadzora i brige, često vodi životu na ulici, siromaštvu i nestabilnim vezama. Izlaganje drogama i prinudno korišćenje droga su češći u ovakvom okruženju. Život na ulici u više slučajeva je doveo do toga da ispitanice prihvate život sa strancima i nepoznatim osobama koje obećavaju da će ih štiti. Ove osobe su često starije i žive u okruženju sa višim društvenim i socijalnim rizicima: učestvuju u kriminalnim radnjama i imaju probleme sa zloupotrebom supstanci. Oni su najčešće muškarci i u više slučajeva postaju prvi partneri ispitanica i igraju važnu ulogu u njihovom početku korišćenja droga.

Jedna od otežavajućih okolnosti života na ulici jeste da je seksualni rad često mehanizam preživljavanja. U ovakvim krugovima korišćenje narkotika je često, češće su veze sa injektirajućim korisnicima droga ili situacije u kojima se droge nude od strane „koleginca“ ili klijenata. Ipak, seksualni rad i korišćenje narkotika često se dešava u situaciji kada su ispitanice bile žrtve trgovine ljudima, pod prisilom osoba koje su počinili te trgovine.

Intervjuerka: A reci mi jesi li uz njega (kidnaper) počela da se drogiraš?

Olivera: Da.

Intervjuerka: On te terao da se drogiraš?

Olivera: Da, da, da.

Intervjuerka: I šta ti je davao?

Olivera: Heroin. Da uzimam na nos.

Intervjuerka: Jesi li se branila tada? Da li si znala šta je to?

Olivera: Tad nisam ni znala šta je to uopšte. U jedanaest godina ja nisam znala šta je to. I jednom uzmem, sviđalo mi se. Joj, reko, super ovo. Drugi put ovo super. Treći put... I tako sve zaredom, zaredom, zaredom i navukla sam se.

Intervjuerka: Posle kad si izašla već si bila navučena, kada si pobjegla od njega.

Olivera: Da. I ništa, posle sam radila za sebe, da bi imala za drogu.

– Olivera, 1992.

Međutim, nakon što su bile prinuđene da počnu da koriste drogu i da se bave seksualnim radom, ispitanice su ušle u začarani krug u kome ove dve aktivnosti postaju međuzavisne i iz koga ne mogu da izađu ni onda kada se izvuku iz stega trgovaca ljudima. Seksualni rad postaje sredstvo da se podrži navika nakon što su ispitanice postale zavisne, a uzimanje droge se opravdava kao sredstvo za ublažavanje tegoba zbog toga što se bave seksualnim radom.

Još jedan oblik rizičnog ponašanja tesno je povezan sa životom na ulici i upotrebom droge – delinkvencija. Ona predstavlja često sredstvo da se dođe do novca za nabavku droge, ali predstavlja i faktor rizika za ulazak u svet droge, onda kada ispitanice borave u popravnim domovima zbog krivičnih dela počinjenih nezavisno od upotrebe droge.

3.4. Neinformisanost o rizicima

Nedostatak dostupnih informacija o drogama u školi, porodici i široj javnosti, smatraju se ključnim za nedostatak znanja o zdravstvenim rizicima pri započinjanju konzumiranja droge.

Intervjuerka: A ni u školi nije bilo to nešto, neka predavanja o drogi, od roditelja, roditelji obično nešto kao nemoj da uzmeš?

Anđela: „Nemoj da uzimate od nikog žvake“, ništa, „nemoj da uzimate cigare“, eto.

– Anđela, 1976.

Ograničeno viđenje i razumevanje zdravstvenih rizika u fazi počinjanja korišćenja narkotika je vrlo rasprostranjeno. Alarmantan je podatak da su skoro sve ispitanice bile nesvesne rizika i efekata zavisnosti. „Ja nisam znala šta je kriza!“ je jedna od najčešćih izjava kada se govori o početku korišćenja narkotika. Neinformisanost o dejstvu i posledicama korišćenja droga, posebno heroina je tolika da su skoro sve ispitanice bile uverene da su bolesne u trenutku kada su iskusile prvu

apstinencijalnu krizu. Tek kroz razgovor sa prijateljima ili partnerom koji ih je uveo u svet narkotika shvatile bi da nisu bolesne od gripa, nego da njihov organizam iskazuje potrebu za novom dozom.

Bika: Onda mi se svideo taj fleš i onda ajde, ajde, i onda jednog dana se budim, nije mi dobro. Onda ja zovem Denisa: „Denise šta mi je?“, kaže „u krizi si“.

Intervjuerka: Nisi znala?

Bika: Nisam znala da je to kriza. Vidim nešto mi nije dobro. Ja pričam s njim i treba da dođem kod njega, kažem „ne mogu, nije mi dobro“, on kaže „imaš krizu“.

– Bika, 1982.

Većina ispitanica je počela da uzima drogu dok su bile veoma mlade i kada uopšte nisu ni razmišljale o rizicima.

Intervjuerka: Jesi li znala tada kada si počela da se budeš šta sve može da se desi i da možeš i da se zaraziš?

Milica: Pa nisam, nisam znala na početku. Tek kasnije sam shvatila šta mogu sve da dobijem i šta mogu sve da doživim. Znači tada sam bila na nuli. Nisam išla ono što bi rekli ko riba da isploviš.

– Milica, 1989.

U slučajevima u kojima ispitanice tvrde da su bile svesne rizika, pokazuje se da je njihovo znanje ograničeno: nisu znale da korišćenje može da dovede do predoziranja, nisu znale da do infekcije može da dođe iako se koriste različite igle ali zajednička kašika, mislile su da su samo deca u riziku i nisu uzimale u obzir druge infektivne bolesti, ili su čule za hepatitis C, ali nisu znale za HIV.

3.5. Zaključak

Imajući u vidu izložene nalaze, uočava se da su porodični i socijalni faktori u periodu detinjstva i adolescencije igrali ključnu ulogu u uspostavljanju života koji ispitanice danas vode – života centriranog oko uzimanja droge, života koji nosi brojne socijalne i zdravstvene rizike. Kao ključni faktori pokazali su se:

- Odsustvo roditeljske brige i nadzora.
- Nasilje iskazano u različitim formama – kao psihičko, fizičko, seksualno, kao sistem preterane kontrole i ograničavanja slobode.
- Porodična istorija bolesti zavisnosti, bilo u obliku alkoholizma ili konzumiranja narkotika.
- Život na ulici i izloženost rizicima takvog života – seksualni rad, delinkvencija, uticaj „moćnih“ vršnjaka.
- Radoznalost, ili submisivnost i popustljivost pri uticaju važnih osoba iz porodice ili vršnjačkih mreža.
- Nedovoljna informisanost, odsustvo razmišljanja o posledicama uzimanja droge, nedovoljno poznavanje rizika povezanih sa konzumiranjem droge.

Svi ovi faktori prožeti su snažnim rodnim specifičnostima. U ovakvom porodičnom i socijalnom okruženju, ispitanice su se ponašale u skladu sa internalizovanim rodnim ulogama, koje su podrazumevale marginalizovanu, submisivnu, manje moćnu poziciju u odnosu na muške članove porodice, vršnjake i partnere. Upravo te rano naučene rodne uloge su u kombinaciji sa drugim faktorima omogućile da ispitanice budu izložene rizicima upotrebe droge i da ulaze u veze sa partnerima koji su IKD. O ulozi partnerskih odnosa u ovakvim životnim obrascima i izloženosti rizicima, govori naredno poglavlje.

4. Partnerski odnosi i život s drogom kao faktori zdravstvenih i socijalnih rizika

Partnerski odnos sa osobom koja je IKD, značajno obeležava i usmerava životne stilove i uslove ispitanica, bez obzira na to da li su i same injektirajuće kornice droge ili ne. Odnosi sa IKD partnerima su značajni na više načina:

- partneri igraju važnu ulogu u ulasku u svet droge, odnosno u otpočinjanju korišćenja droge kod onih ispitanica koje su i danas IKD ili koje su to bile tokom ranijeg perioda života;
- onda kada ispitanice nisu i same IKD, njihov život je centriran oko potreba i problema partnera koji je IKD, dok su njihove lične potrebe potisnute;
- onda kada su i same IKD, postoje specifični obrasci rodni odnosa i uloga koji definišu šta su čije obaveze i prava, kakve su primerene uloge žena i muškaraca u životu obeleženom injektirajućim korišćenjem droge, posebno kada treba brinuti i o porodici.

Imajući u vidu nalaze opisane u prethodnom poglavlju, postaje jasno da partnerski odnosi predstavljaju samo novu kariku u već formiranom lancu porodičnih i širih socijalnih faktora kojima su ispitanice bile izložene u periodu detinjstva i koji vode ka sadašnjem načinu života obeleženom dominantnom usmerenošću na pribavljanje narkotika i izloženosti brojnim zdravstvenim i socijalnim rizicima.

4.1. Ulazak u vezu sa IKD partnerom i ulazak u svet droge

Ulazak u vezu sa partnerom koji je IKD predstavlja važnu prekretnicu u životu mnogih ispitanica. Za one koje su postale i same injektirajuće korisnice droge, to je najčešće značilo i početak konzumiranja droge.

miranja droge i ulazak u začarani krug zavisnosti. Za ispitanice koje ne konzumiraju drogu ulazak u ovakvu vezu je predstavljao početak stila života u kome je sve podređeno partnerovoj potrebi za drogom. Na osnovu nalaza iz intervju sa partnerkama IKD mogu se uočiti dva dominantna obrasca ostvarivanja veze sa IKD partnerom:

- Obrazac prikrivanja zavisnosti – često prisutan kod ispitanica koje nisu i same IKD. Partneri prikrivaju pred ispitanicama svoju zavisnost od narkotika, a onda kada istina izađe na videlo one iz različitih razloga nisu spremne da iz te veze izađu, često i zbog toga što su u međuvremenu i same postale IKD.
- Obrazac ignorisanja rizika – obeležen zanemarivanjem činjenice da je partner IKD, pre svega zbog nepoznavanja rizika ili ograničenih znanja o mogućim posledicama.

Faktori koji se nalaze u pozadini ulaska u vezu sa IKD su brojni i većina njih je već pomenuta u prethodnom poglavlju. Zapravo, ulazak u vezu sa IKD partnerom često je samo jedna karika u lancu nepovoljnih okolnosti kojima su ispitanice bile izložene tokom detinjstva. Zbog odsustva emocionalne bliskosti sa roditeljima ili problema u primarnoj porodici koji se javljaju u formi siromaštva, porodičnog nasilja i sl., ispitanice traže u ovakvim partnerskim odnosima emocionalnu kompenzaciju, utočište i zaštitu. Pored toga, nedovoljna informisanost o rizicima vezanim za korišćenje droge, kao i simptomima zavisnosti od narkotika imaju važnu ulogu, sudeći prema podacima iz istraživanja. Pojedine ispitanice su istakle da su počele da koriste drogu zbog znatno trivijalnijih razloga – radoznalosti. Ipak, radoznalost gotovo nikad nije samostalan faktor, jer se u ispitanim slučajevima najčešće javlja uz neki od prethodno navedenih porodičnih ili širih socijalnih rizika.

Za najveći broj ispitanica ulazak u vezu sa IKD predstavljao je i sopstveni početak konzumiranja narkotika. U ovim slučajevima uloga partnera bila je od presudnog značaja, a ona se odvijala opet kroz dva dominantna obrasca:

- Obrazac prinude – partneri su uticali na ispitanice da i same počnu da konzumiraju drogu direktno, pritiskom, nagovaranjem i čak snažnijim oblicima psihičke i fizičke prinude.
- Obrazac privlačenja – uticaj partnera na ispitanicu da počne i sama da uzima drogu odvija se putem privlačenja, opisivanja

efekata droge kao „lepih iskustava“ i prikrivanjem negativnih efekata i problema koji nastaju kada se stvori zavisnost.

Posvetićemo kratko pažnju svakom od prepoznatih obrazaca ulaska u vezu sa partnerom IKD i ulogom koju je partner imao u počecima konzumiranja narkotika.

4.1.1. Obrazac prikrivanja zavisnosti

Ovaj obrazac se najčešće javlja kod ispitanica koje ne konzumiraju drogu, niti su to činile ranije, ali je prisutan i kod ispitanica koje nisu konzumirale narkotike u vreme ulaska u vezu sa IKD partnerom, ali su kasnije i same postale IKD. Brižljivo prikrivanje partnera da konzumiraju drogu, nedovoljno znanje ispitanica o simptomima zavisnosti od narkotika, ali i nesvesno izbegavanje da se prizna da nešto nije u redu, neki su od najvažnijih razloga zbog kojih ispitanice koje nisu i same IKD ostvaruju vezu sa ovakvim muškarcima ili sa njima čak ulaze u brak i formiraju porodicu. One postaju svesne problema tek kad njihovi partneri počnu da se čudno ponašaju, da im se menja izgled, kada počnu da koriste novac iz domaćinstva da podržavaju svoju zavisnost ili kada ih uhvate na delu. Ovo saznanje često dovodi do svađa i konfrontacija između partnera.

Marija: Saznala sam na najgori mogući način. Došla sam, udala se, trudna sam bila već i onda sam, nekako sam to sama ukapirala, ne znam. U jednom trenutku mi je postalo jasno.

Intervjuerka: Zbog promena u njegovom ponašanju, zbog zenica, apetita?

Marija: Ne, ništa to ja nisam primetila, nisam ni znala. Ništa o tome nisam znala tada. Znaete kako je to meni palo na pamet? Kada sam ja videla limontuse po kući. Nešto tu meni nije bilo logično, negde sam ja možda i čula nešto o tome, onda se to meni vratilo i onda sam ja počela da pratim sve. Ponašanje njegovo... Prvo je nakit nestao iz kuće, jer on nije radio, nisam ni ja tada. Sve češće odsustvovanje iz kuće. I onda sve gore i gore. Promene u ponašanju... Tada sam videla sve što nisam videla ili što nisam obratila pažnju u početku.

Intervjuerka: Kako si se osećala?

Marija: Bedno. Nemoćno. U tom trenutku nemoćno. Posle je prešlo i u bes i u... U stvari, to sve iz nemoći prelazi u bes.

– Marija, 1977.⁹

Kada su postale svesne zavisnosti svog partnera, ispitanice su svedjedno nastavile vezu sa partnerom, a često su i same počele da koriste drogu.

4.1.2. Obrazac ignorisanja rizika

Pojedine ispitanice bile su svesne partnerove zavisnosti i zdravstvenih rizika kojima se izlažu, ali su znanja o posledicama koje ta veza može da ostvari na njihovo zdravlje i društveni položaj često bila ograničena.

Intervjuerka: Je l' ste vi znali da je on zavisnik?

Sanja: Znala sam i da ima hepatitis C i da je zavisnik. Ali, jednostavno, nisam obraćala pažnju na, nisam to tako ozbiljno shvatala, šta ja znam.

Intervjuerka: Znali ste zato što vam je on rekao?

Sanja: Da, opet da kažem, bio je fer da kaže da je bolestan i to je samo faktički bila moja odluka da li ću biti sa njim. Tako da sam odlučila da ipak...

– Sanja, 1976.

Tokom intervjuja ispitanice su u velikom broju slučajeva naglasile kako bi danas drugačije postupile i kako nikad ne bi ušle u takav život da su od početka znale da njihov partner konzumira drogu.

Sledeći odeljak će bliže ukazati na različite načine na koji partneri doprinose početku korišćenja droga.

4.1.3. Obrazac prinude

Ubeđivanje, nagovaranje i prinuda da ispitanice probaju ili počnu da koriste drogu često se odvija uz različite forme psihičkog zlostavljanja, kroz omalovažavanje, ucenjivanje, vređanje. Ispitanice tvrde da je ubeđivanje toliko jako i učestalo, da one na kraju pristanu. Ovakav

9 Marija je kasnije i sama postala IKD.

početak korišćenja droga je povezan i sa strahom od napuštanja. Psihičko nasilje se često ispoljava i kroz direktne ucene, pretnje da će se veza okončati, ako ne počnu da koriste drogu ili kroz optužbe da odbijanje korišćenja droge ukazuje na manjak njihove ljubavi prema partnerima. Ispitanice su više puta istakle tokom intervjua da su počele da konzumiraju drogu usled ovakvih pritisaka.

Intervjuerka: Kako si došla u dodir uopšte sa...?

Marija: Pa imala sam jednog dečka koji se on drogi-
rao... razumeš? Ja sam njega strašno, znači volela, a i on se
prethodno drogiro i ja to nisam znala, nisam znala ni šta je
heroin, ništa... I on polako, polako... ja vidim kako on, ja sam
bila antikrist znači prema tome, ali on polako danas, sutra,
danas, sutra „aj probaj malo, aj probaj, probaj“, ja kažem
„Ne, ja to neću da probam“, jer vidim drugi kako razumeš...i
sve to, i on, „aj probaj, ako me voliš“, ovo-ono, „ako hoćeš da
budemo zajedno“.

– Marija, 1978.

Ispitanice kažu da se u pojedinim slučajevima „ubeđivanje“ partnera odvijalo uz fizičku prinudu. Jedna žena tvrdi da je partner silovao, a da joj je droga data da ne bi prijavila zločin. Drugu ispitanicu je partner koji je injektirajući korisnik terao na komercijalan seksualni rad i drogirao je kako bi bila „poslušna“.

Prisilno korišćenje narkotika često je blisko povezano sa ekonomskim razlozima. U početnoj fazi konzumiranja droge većina ispitanica je drogu dobijala besplatno. Tek kada bi se uspostavila zavisnost, one bi prestale da dobijaju narkotike besplatno. Ne samo da su ispitanice morale da počnu da plaćaju drogu, već se od njih očekivalo da i same učestvuju u njenoj prodaji. U pokušaju da retrospektivno sagledaju prelomnu fazu u kojoj su počele da konzumiraju drogu, veliki broj ispitanica tvrdi da su bile obmanute, prevarene, zloupotrebene od tadašnjih partnera, a da je cilj njihovog konzumiranja droge bila zarada koju su ti partneri ostvarivali.

4.1.4. Obrazac privlačenja

Nekada partneri nemaju tako direktnu i „nasrtljivu“ ulogu u počecima korišćenja droge ispitanica. Naime, u više slučajeva ispitanice su navele da su drogu počele da uzimaju zbog toga što je to bio način

da ostvare bliskost sa partnerom koji je IKD. Ponekad ta sećanja ukazuju na romantične predstave o zajedničkom iskustvu i želji „da osete šta oni (partneri) osećaju“.

Ivana: On zasedne. Znala sam ja da on uzima, ali što on sedi s njima, što ne sedi sa mnom. I ja kao: „Ti mene ne voliš, ti ovo, ti ono...“. I on kaže: „Nije, ne razumeš ti to.“, sedimo pričamo, on zasedne, „Nemaš ti osećaj za vreme, to je drugi svet.“. I mene zanimalo kako je to drugi svet.

– Ivana, 1975.

Čak i u slučajevima kada su ispitanice u potpunosti bile protivnice narkotika u početku veze i kada su pokušavale da pomognu svojim partnerima da potraže pomoć i prestanu sa korišćenjem droge, kada njihov trud nije urodio plodom, one su se odlučile da „probaju i vide šta je to toliko dobro sa drogom“. One čak izjavljuju da su probale narkotike samo kako bi pokazale svojim partnerima da je moguće prestati, ali su zatim ušle u začarani krug.

Intervjuerka: Kada si došla do heroina?

Jelena: Pa heroin sam 2004. godine počela. Probala sam ga, bila sam četvrta godina srednje škole i imala sam jednog dečka koji je bio navučen. Ja sam pre toga mrzela, i u to vreme sam mrzela heroin. I dok sam provalila šta se sa njim dešava i on je meni rekao o čemu se radi, on je već bio navučen. E onda sam ja kao htela njemu da pomognem. Onda sam mu kupovala trodone, pa ovo, pa ono... I tako, on je završio u zatvoru, pa sam ja njega čekala, pa je onda izašao, pa sam i dalje ga smarala, smarala. Onda sam jedan dan pršla više i rekla: „Daj da probam da vidim o čemu se tu radi, što ti ne možeš da iskuliraš zbog mene to.“. I tako sam probala. I posle je već bilo ono...

– Jelena, 1985.

Negativne i neprijatne strane korišćenja droga, kao što su „križe“, ne predstavljaju za ispitanice dovoljno jak razlog da budu oprezne i ne započnu konzumiranje droga. Nekada njihovi partneri svesno kriju efekte kriza ili ih minimiziraju, a nekada je želje ispitanica da uspostave bliskost sa partnerom preko zajedničkog iskustva konzumiranja droge toliko snažna da su spremne da zanemare ovakve „otežavajuće okolnosti“.

Tokom intervjua, pojedine ispitanice su ukazale na nešto drugačije putanje ulaska u život s drogom. Naime, one nisu koristile narkotike dok su bile u vezi sa injektirajućim korisnikom, već su počele sa tim nakon raskida veze. Kao razlog za to su navele potrebu da na ovaj način ostanu povezane sa bivšim partnerom, ili „da mu se osveti“, ukoliko se protivio da probaju narkotike, odnosno da konzumiraju drogu, „iz inata“ prema bivšem partneru. Kada posmatraju ovaj period sa današnje distance, najčešće osećaju tugu i krive sebe za to što su „uništile sebi život“.

4.2. Život sa drogom

Život koji vode ispitanice obeležen je konzumiranjem droge, bez obzira da li su i same IKD ili ne. Ovaj način života, rizike koji ga obeležavaju i rodno specifične aspekte ispitali smo preko nekoliko važnih dimenzija:

1. Određivanja prioriteta u zadovoljavanju potreba članova domaćinstva, odnosno načina na koji se definiše na koje će članove i vrste potreba biti primarno utrošena sredstva.
2. Pribavljanje sredstava za život, odnosno definisanje „ekonomske strategije“ u domaćinstvu, koja podrazumeva da se različitim članovima dodele različite uloge u pribavljanju sredstava, a ove uloge su najčešće rodno utemeljene.
3. Podela odgovornosti vezanih za održavanje domaćinstva i brigu o deci, koja je takođe rodno utemeljena.
4. Karakter odnosa sa partnerom, emocionalna razmena i seksualni život, koji su u značajnoj meri oblikovani kulturno-vrednosnim zaleđem ali i ličnim, individualnim iskustvima u pogledu rodni uloga i očekivanja.
5. Specifične rodne uloge u praksama nabavke i koršćenja droge.
6. Strategije izlaska iz ovakvih uslova života ili izlaska na kraj sa ovakvim stilom života.

Treba imati na umu da su problemi, faktori i iskustva u izvesnim aspektima slični kod ispitanica koje su i same IKD i onih koje nisu, ali

da u navedenim dimenzijama između njih postoje i značajne razlike, na šta će biti ukazano u narednim odeljcima.

4.2.1. Određivanje prioriteta u zadovoljavanju potreba članova domaćinstva

Život sa drogom, ili život sa heroinom, predstavlja život usredsređen na nabavku droge i usmeren na preživljavanje dan za danom. Kada droga postane sastavni deo života domaćinstva, to jest kada je jedan ili više članova domaćinstva injektirajući korisnik droge, to izrazito utiče na celokupni stil života i dinamiku odnosa u domaćinstvu. To pre svega podrazumeva da se o zadovoljavanju potreba drugih članova domaćinstva uvek pregovara u kontekstu prioriteta potreba IKD člana koje podrazumevaju nabavku droge. Druge potrebe, poput ishrane, uređenja i održavanja stambenog prostora, nabavke odeće i obuće i druge egzistencijalne potrebe članova domaćinstva najčešće imaju niži prioritet uz dominantnu potrebu nabavke dnevne doze narkotika. Takav način određivanja prioriteta u zadovoljavanju potreba ne utiče samo na ispitanice, već i na decu i širu porodicu ako je uključena u isto domaćinstvo ili sa njim tesno povezana.

Nalazi iz istraživanja ukazuju na to da je nabavka droge glavni prioritet u domaćinstvu kome se podređuju sve druge potrebe. Ipak, razlike u obrascima pregovaranja o prioritetima i ishoda tih pregovora se razlikuju u zavisnosti od toga da li su i ispitanice IKD ili ne. U ovom aspektu prepoznaju se dva obrasca:

- Kada ispitanice nisu IKD, pri pregovaranju o prioritetima u zadovoljavanju potreba razvija se više sukoba. Ishod tih sukoba najčešće je podređivanje potreba ispitanica i drugih ukućana potrebama partnera koji je IKD.
- Kada su oba partnera IKD prisutna je veća saglasnost o tome da je nabavka droge prioritet u domaćinstvu. No, čak i u ovim slučajevima prepoznaju se rodno specifična ponašanja, jer ispitanice koje imaju decu češće će nego njihovi partneri korigovati odluku o zadovoljavanju potrebe za drogom u skladu sa potrebama dece ili drugim potrebama vezanim za održavanje domaćinstva (plaćanje računa, popravke i sl.).

Kada su oba partnera IKD, glavni cilj od izlaska do zalaska sunca jeste da se obezbede neophodna sredstva kako bi se zadovoljila potreba za heroinom tog dana. Droga je primarna egzistencijalna potreba koja potiskuje sve druge. Kada su ispitanice upitane šta im je važnije, droga ili hrana, one skoro uvek odgovaraju da je droga bitnija.

Intervjuerka: U principu sve je usmereno na to (drogu)?

Iva: Pa da. Kao što je normalnim ljudima, ajde, ljudima koji ne uzimaju u stvari, ne normalnim, nego koji ne uzimaju, njima su neke normalne potrebe: hrana, kafa, struja, račun... tako je nama prvo to (droga), pa sve ostalo.

– Iva, 1982.

Situacija u ovakvim domaćinstvima sa oba IKD partnera je posebno problematična kada par ima i decu. Iako se kod IKD ispitanica sa decom mogu primetiti nastojanja da na drugačiji način uredi prioritete u zadovoljavanju potreba, sasvim je očigledno da najčešće ne mogu da se izbore ni sa sopstvenom prioriternom potrebom za dnevnom dozom heroina, a posebno ne sa partnerovom. Ovakvi obrasci potrošnje u domaćinstvu ponekad (mada ne uvek) imaju za posledicu oduzimanje starateljstva nad decom i smeštanje dece u ustanove, hraniteljske porodice ili kod drugih članova porodice, o čemu će više biti reči u poglavlju o socijalnim rizicima.

Obrasci pregovaranja i odlučivanja o potrošnji sredstava na različite potrebe članova domaćinstva nešto su drugačiji kada ispitanice nisu IKD. One su svakako snažnije zagovornice zadovoljavanja potreba dece i održavanja domaćinstva, nego što su to IKD ispitanice, ali je ishod suštinski gotovo isti – potrebe partnera za drogom ostaju prioritet u domaćinstvu. Nedostatak pregovaračke moći posledica je izraženih patrijarhalnih odnosa i ranije naučenosti ispitanica da u porodičnom kontekstu budu submisivne u odnosu na muške članove. Njihova ekonomska nemoć se često ispoljava kroz forme ekonomskog zlostavljanja, jer ne samo da su prinuđene da svoje potrebe stave u drugi plan, već često imaju ograničen pristup novcu, ili im partneri oduzimaju novac koje su zaradile ili dobile u formi socijalne pomoći ili podrške rođaka. I više od toga, partneri su skloni da oduzimaju i stvari ispitanica ili dece, kako bi njihovom prodajom obezbedili sredstva za nabavku droge.

Marija: Koliko je puta uzeo pare... Ne nameštaj kao nameštaj, ali tehnika i te stvari, nakit, servise za ručavanje... Znači, išao... najgore mi je bilo igračke deteta, jer su bile upakovane, to je odneo. Tu mi je bilo ono baš... Nije birao šta će da iznese.

– Marija, 1977.

Strah od „krize“ partnera, ako nema neophodnu dozu droge za taj dan, direktno utiče na prihvatanje da se uradi sve što je potrebno da se takvo stanje izbegne. Ispitanice su često spremne da žrtvuju svoje životne potrebe kako bi obezbedile sredstva za potrebe partnera. Upitane zašto to malo sredstava što imaju daju partnerima, ispitanice su često odgovarale sa: „Pa moram, šta drugo mogu?“ i time oslikavale koliko su bespomoćne u toj situaciji. Ispitanice su često i svoje ponašanje objašnjavale emotivnom empatijom za muke kroz koje njihov partner prolazi. Međutim, kada ta empatija rezultira time da one potrebe partnera stavljaju iznad svojih i potreba svoje dece i prihvate takvu ekonomsku nesigurnost, onda se zapravo ne radi više o empatiji, već o samožrtvovanju koje proističe iz izrazite podređenosti partneru.

Intervjuerka: A je l' on radi?

Suada: Pa, poneki put radi u brisač...

Intervjuerka: Aha.

Suada: Po neki put ide po kante, po neki put ide da se snađe, da uzajmi, pa da vratimo. Kad primamo socijalno, onda vratimo dugove, eto, tako živimo.

Intervjuerka: A, uopšte, kako izgleda to kad ne nabavi novac?

Suada: Uh, kad ne nabavi, tužan, dere se, sve mu smeta, i ja ga razumem, razumeš, on kad uzima....

Intervjuerka: Iznervira se, pa...?

Suada: Da, počne... počne da bleđi, nevira se, pocrveni, ja ga razumem, ja ćutim... Ako počnem da pričam s njim, još će više da se nervira i da se posvađamo i da se pobijemo. I tako ja ćutim, on vidi da ja ćutim, posle pita me da idem da tražim od nekoga da uzajmim, ja idem, uzajmim...

– Suada, 1990.

Stanje se često pogoršava i zbog toga što su ispitanice prinuđene da vraćaju dugove svojih partnera, a ovakvi oblici ponašanja (oduzimanje sredstava za život, prodavanje stvari koje pripadaju ispitanici ili drugim članovima domaćinstva i sl.) spadaju u oblike ekonomskog nasilja. U navedenim okolnostima, skrivanje novca, stvaranje „crnih fondova“ predstavlja jednu od strategija ispitanica koje nisu IKD da obezbede sredstva za zadovoljavanje svojih i potreba dece.

Vera: Dešavalo se, na primer, da ja kažem: „E, Marko, ovo nam treba za kiriju.“ (Marko mi je muž). A on bi rekao: „Pa nemoj, treba meni.“ To se dešavalo do sada iks puta. Ili kažem da ostavimo za struju, doći će žena, moramo da platimo dug, a on kaže: „Treba mi sada, moram da uzmem. Nadoknadiću, vratiću.“

– Vera, 1989.

Ove ispitanice žive u kontinuiranoj deprivaciji. Podrška porodice porekla ili šire grupe srodnika nije često dostupna zbog osude izbora životnog puta.

4.2.2. Uloge u pribavljanju sredstava za život (i drogu)

S obzirom na to da je regularna zaposlenost izuzetno retka među ispitanicama, kako zbog toga što su najčešće i same IKD, tako i zbog niskog nivoa obrazovanja, višestruke socijalne isključenosti koje stvaraju prepreke pri zapošljavanju u formalnom sektoru tržišta rada, ispitanice i njihovi članovi domaćinstva prinuđeni su da obezbeđuju sredstva za život različitim neformalnim ekonomskim aktivnostima i sredstvima iz socijalne pomoći. Međutim, iako su učestali neformalni oblici pribavljanja sredstava za život, kao što su pozajmljivanje novca, dobijanje novca od porodice i prijatelja, prikupljanje sekundarnih sirovina i prošenje, nekad ni to nije dovoljno, pa se novac nabavlja i uz pomoć nelegalnih aktivnosti kao što su krađa, seksualni rad, podvođenje i prodaja droge.

Rodni obrasci se u ovom aspektu života IKD parova i domaćinstava sa IKD članovima ispoljavaju pre svega u tome što su ispitanice najčešće prinuđene da ponesu veći teret pribavljanja sredstava za život, bez obzira na to da li su i same IKD ili ne.

Jedan od najekstremnijih oblika zloupotrebe „ženskih resursa“ u cilju pribavljanja sredstava za nabavku droge i život jeste angažovanje u prostituciji, koje se vrlo često (bar u počecima) odvija uz prinudu partnera. Neke od ispitanica su jedini članovi domaćinstva koji zarađuju novac i svojim seksualnim radom izdržavaju i izrazito velika domaćinstva (9 članova, od kojih su 3 IKD, uključujući i samu ispitanicu).

Intervjuer: A kako si se ti osećala nakon toga?

Mira: Ružno, ja plačem i radim to, čovek spava sa mnom, diže mi noge, meni suze idu sa strane. Ružno sam se osetila, ali videla sam da je brza para, zasladila mi se para, imam čime da hranim moju familiju, moju braću, moju decu...

– Mira, 1978.

Među ovim parovima može se prepoznati svojevrsna „rodna podela rada“, odnosno zadataka u vezi sa obezbeđivanjem novca, jer se ne mogu svi nazvati radom u punom smislu. Tako se prostitucija, odnosno seksualni rad, smatra „ženskim poslom“, koji se često percipira kao „lakši“ način da se zaradi novac. „Muški“ poslovi su krađa i prodaja droge, koje se smatraju „težim“ poslovima. Ovakvo „vrednovanje“ poslova predstavlja samo još jedan mehanizam da se održi rodna neravnoteža moći u partnerskim odnosima ispitanica i njihovih IKD partnera.

Ne samo da partneri primoravaju ispitanice da nabavljaju sredstva za drogu, već ih često optužuju i „kažnjavaju“, ako ne uspeju da obezbede dovoljno novca za drogu.

Milica: On mi kao: „Ajde da radiš, kao videćeš nije to strašno.“. I ono, odveo me kod Nacionala, rekao mi kako šta da radim, dao mi kondome. Kao: „Sve to moraš da potrošiš.“, te kondome što mi je dao.

Intervjuer: Koliko ti je davao?

Milica: Pa uvek mi da, dosta mi da, 10–15 komada, recimo. I kad ne mogu sve da uradim, onda on uzme bije me. Kao samo još to da završiš, pa idemo. Idem da ti uzmem dop kao da se uradiš. Stvarno strašno.

– Milica, 1989.

Ispitanice koje se angažuju u seksualnom radu često izražavaju i potrebu da budu jedine koje obezbeđuju sredstva za život i drogu. One ukazuju na to kako „odgovaraju“ partnere da preduzimaju druge aktivnosti kojima zarađuju novac. To obrazlažu time što su kazne za kriminalne aktivnosti njihovih partnera strože (kazne za krađe spadaju u kategoriju krivičnih dela za koje se predviđa zatvorska kazna i po nekoliko godina), dok se žene koje su uhvaćene u seksualnom radu kažnjavaju na po nekoliko nedelja (one su privođene zbog prekršaja, a ne krivičnog dela).

Intervjuer: Ali ipak još ne radi?

Goca: Pa on krađe, ja ne dam. Ja mu kažem: „Krašćeš, pa ćeš u zatvor, opet ću morati da stanem da radim da ti šaljem pakete. Ovako bolje ja da radim, ja idem 10 dana, mesec dana u zatvor, ti ideš 5 godina.“

– Goca, 1978.

U slučaju da on ode u zatvor, ona bi se našla sama u svetu droge. Biti žena u takvim krugovima, a pogotovo ako je i ona IKD, predstavlja posebne poteškoće. Ove teškoće se posebno ispoljavaju kada je u pitanju nabavka i korišćenje droge, o čemu će kasnije biti više reči.

4.2.3. Podela odgovornosti u održavanju domaćinstva i brizi o deci

U većini domaćinstava u kojima ispitanice žive sa IKD partnerima postoji jasna podela posla. Žene su zadužene za skoro sve poslove vezane za održavanje domaćinstva, kao i brigu o deci, ukoliko ih imaju. Ovakva podela rada u domaćinstvu nije karakteristična samo za način života ispitanica. Ona je prisutna u izrazitoj većini domaćinstava u Srbiji, bez obzira na njihov socio-ekonomski status (Babović, 2009., 2006.). Ispitanice ovakvu podelu odgovornosti smatraju „prirodnom“.

Intervjuerka: A, je l' ti kuvaš?

Maja: Kuvam, normalno, sređujem po kući.

Intervjuerka: A šta on radi, ide li u nabavku?

Maja: Pa, više idemo zajedno, glupo mi da ide, pošto je muško. Većinom ja idem, te ženske poslove.

– Maja, 1991.

Kako u slučajevima u kojima su ispitanice IKD, tako i kada nisu, one smatraju da su ovi zadaci njihova odgovornost. S obzirom na to da većina ispitanica živi u veoma teškim uslovima, to je i obavljanje kućnih poslova otežano. Pranje i čišćenje kuća u kojima su često loši uslovi, ručno pranje odeće, kuvanje bez odgovarajućih namirnica, predstavlja veliko opterećenje za ove žene. Ispitanice često imaju više dece i žive u proširenim porodicama ili višeporodičnim domaćinstvima, što predstavlja dodatno opterećenje.

Održavanje domaćinstva za ove žene nosi i dodatne zdravstvene rizike. Naime, one su zadužene za čišćenje i raspremanje opreme za ubrizgavanje njihovih partnera. Ispitanice koje nisu IKD ponekad pokušavaju da zabrane uzimanje droge u kući, ali kada u tome ne uspeju ili vremenom posustanu, one bivaju izložene ne samo rizicima od opreme njihovih partnera, već i njihovih prijatelja koji su takođe korisnici. Ovo ne samo da povećava zdravstvene rizike, nego može da doprinese i osećanju neprijatnosti i bespomoćnosti ovih žena.

Intervjuerka: Situacija u kojoj si nalazila špriceve, u kojoj ste zajedno nalazili špriceve, koji je osećaj bio?

Slađana: Tako sam bila besna. Ja sam, to je sad možda i smešno, ali ja iz tolike nemoći nisam znala šta da radim, ja sam njemu lomila igle. I vratim sve kako jeste. Išla sam do te mere, iz te nemoći, da uzmem tečnost za sudove ili bilo šta i napunim one špriceve i ostavim tako da stoje, da kad krene da uzme da vidi da ima nečega. One kašičice sam bacala, limuntuse prosipala. Ali iz besa sam sve igle lomila.

– Slađana, 1977.

Ovakva reakcija je jedan oblik otpora koje žene koje nisu IKD imaju prema konzumiranju svojih partnera. Ipak, ovaj tip ponašanja stavlja ženu u dodatno rizični položaj, jer bacanje ili uništavanje pribora partnera može da dovede do sukoba. Sve što se odnosi na konzumiranje, kao što je čuvanje pribora za ubrizgavanje, ima veliki prioritet u domaćinstvu. Ukoliko se partner nađe u situaciji da taj pribor nije dostupan, žena je izložena njegovoj, često nasilnoj, reakciji.

U slučajevima kada su ispitanice i same IKD, one često imaju problem sa ispunjenjem ovih obaveza i oslanjaju se na druge članove domaćinstva za pomoć. Druge članice domaćinstva preuzimaju ove

obaveze, a pogotovo kada je u pitanju briga o deci. Majke ili svekrve se brinu o deci dok se roditelji drogiraju.

Ograničavanja i očekivanja vezana za odgovornosti mogu da dovedu do sukoba između članova porodice ili članova domaćinstva. Kada su oba partnera IKD, dnevne obaveze i zadaci se često zanemaruju kao posledica zavisnosti. Ovakvi konflikti i zanemarivanje često rezultiraju uključivanjem centara za socijalni rad, koji decu mogu da odvoje od porodice, ili time da neki član porodice prijavi zapostavljanje, preuzme neophodne mere i često dobije starateljstvo nad decom.

4.2.4. Partnerski odnosi

„Narkomanska ljubav“ predstavlja termin koji se često koristi kako bi se ukazalo da su partnerske veze između IKD ispunjene ljubavlju prema drogi iznad svega ostalog.

Marija: Nema tu ljubav, među narkomana i narkomana nema ljubav.

Intervjuerka: Zašto nema ljubavi?

Marija: Zato što ima heroin.

– Marija, 1975.

Intervjuerka: Kako bi ocenila vaš odnos? Kako je izgledala ta veza?

Sandra: Pa cela ta veza je izgledala tako što smo se mi borili zajedničkim snagama da preživimo dan, da nabavimo pare za drogu. Bez neke velike ljubavi i emocija. Znači samo zbog droge. Isključivo zbog droge.

– Sandra, 1983.

U ovim slučajevima su drugi aspekti partnerskih odnosa, kao što je intimnost i seksualni odnos, vrlo retki. Kada droga postane glavni prioritet u vezi između IKD, nabavka sredstava za drogu i dosledno konzumiranje su glavni vezujući faktori te veze. Ispitanice često ukazuju na to da njihova veza više odslikava drugarstvo ili da su ona i partner više kao brat i sestra nego ljubavni partneri. Stoga su svi aspekti veze karakterisani drogom, a to dovodi i do drugih problema, najučestalije je nasilje.

Porodično nasilje, a posebno ono počinjeno prema ženama česta je pojava kod IKD parova ili u domaćinstvima sa IKD članom. Najveći broj ispitanica izjavljuje da je bilo ili trenutno jeste u vezi u kojoj nasilje utiče na sve aspekte odnosa. Stoga nasilje i strah od nasilja snažno obeležavaju svakodnevni život ispitanica.

Uloga koju nasilje ima u njihovom životu prepoznaje se i po tome što kada govore o sadašnjem ili bivšem partneru prvo napomenu da li je nasilan ili ne. „Maltretira me“ ili „ne maltretira me“ su neki od najčešćih opisa koji su se javljali tokom intervjuja onda kada su govorile o svojim aktuelnim ili nekadašnjim partnerima. U ovom kontekstu veoma je važno sagledati šta one definišu kao „nasilno“, a šta ne. U nekim slučajevima žene svoje sadašnje partnere opisuju kao divne i brižne, i ako kroz razgovor često otkriju podatak da ih ti isti partneri tuku i zlostavljaju, dok se bivši partneri češće opisuju kao nasilnici.

Ispitanice nekada nisu u stanju da razlikuju koji oblici ponašanja spadaju u zlostavljanje, a nekada identifikuju različite oblike zlostavljanja, ali istovremeno pokazuju i „naviknutost“ na izloženost nasilju.

Intervjuerka: Da li se desilo nekad da Vas neko udari ili povredi na neki način ili gađa nečim, neko nasilje?

Dragica: Pa nasilje, to jeste. Pa to je normalno! Uvek ima svađe i uvek malo problema, još pogotovo kad je droga u pitanju i kad se nema. Malo se posvađamo i...

Intervjuerka: I onda njemu krene ruka?

Dragica: Pa svako tako, znaš kako je. I normalan muškarac, pa udari. Tako... i kako nisam, i nos mi je otišao!

– Dragica, 1973.

Postoji više tipova nasilja kojima su izložene ispitanice: fizičko, ekonomsko, psihičko i seksualno nasilje. Svi ovi oblici nasilja su blisko povezani sa neuravnotežnim odnosima moći i vršenjem kontrole nad ispitanicama. Prisustvo zavisnosti od narkotika u domaćinstvu značajno povećava verovatnoću da su partnerski odnosi obeleženi nasiljem. Posledica izloženosti nasilju često je život u stalnom strahu od novog nasilja, izolacija i potčinjenost partneru.

Intervjuerka: Usled čega je dolazilo do nasilja?

Ana: Ma, gluposti sve. Eto, kad mu nešto nije po volji bilo, ako možda zakasnim kući ili ga nešto slažem

Intervjuerka: Odakle kad zakasniš (sa posla...)?

Ana: Ma bilo gde da odem ...

Intervjuerka: Da li te je često drmusao, udarao, vukao za kosu? Kakve si u stvari zadobijala povrede?

A: Pa nije se nikada ništa videlo, znao je on mene i da šutira, svašta.

– Ana, 1978.

Pošto se „ljubomora“ i „ekstremna ljubav“ često navode kao osnovni motivi nasilja, žene nauče da prepoznaju signale i situacije koji mogu da proizvedu takva osećanja i izbegavaju slična ponašanja. One prestanu da izlaze sa prijateljima, izbegavaju da razgovaraju sa porodicom, one ne traže pomoć kada se nađu izolovane u rizičnoj vezi.

Nasilje izlaže žene velikim zdravstvenim rizicima (i fizičkim i psihičkim). U više slučajeva žene navode da pristaju na seksualne odnose kako bi izbegle fizičko nasilje i to da ih njihov partner optuži da „imaju nekog drugog“ ili da „se viđaju sa nekim drugim“. Ovaj tip seksualnog nasilja žene stavlja u poseban rizik od zaraznih bolesti, jer se u tim situacijama retko koristi bilo koji oblik zaštite.

Intervjuerka: Dobro, sada da se vratimo malo, rekla si za ovo što te tuče tim gajtanom, cevima. Je l' se desi nekad da te uceni i prinudi na seksualni odnos?

Manuela: Pa, dobro, to kad je dolazio, onda moram. Ne smem da mu kažem „ne“. Moram. Zato što on misli da ja imam drugog, da ga varam, čim ja neću da imam odnose s njim, i to. Onda moram, znači. Kaže on meni: „Ako ti ne spavaš sa mnom, znači ti imaš drugog.“ Ja kao da mu dokažem da nemam drugog i moram. Šta da radim.

– Manuela, 1987.

Kao dodatni rizik u slučajevima ovakvog seksualnog nasilja predstavlja neželjena trudnoća. U pojedinim slučajevima, partneri idu toliko daleko da partnerku siluju pred decom, što izuzetno povećava zdravstvene i socijalne rizike sledeće generacije, o čemu će biti više reči u narednim poglavljima.

4.2.5. Rodne uloge i prakse u nabavci i korišćenju droge

Veze u kojima su jedan ili oba partnera IKD su često veoma zativorene i podrazumevaju visok stepen međuzavisnosti. Ta međuzavisnost se ispoljava preko uloga u nabavljanju sredstava za život i drogu, kao i preko načina na koji se uređuju prioriteti u zadovoljavanju potreba u domaćinstvu. Snažna međuzavisnost ispoljava se i u praksama nabavke i upotrebe droge. Ove prakse takođe izlažu žene povećanim rizicima, jer kupovina heroina i prakse ubrizgavanja stvaraju posebno rizično okruženje za žene.

Tržište droge prevashodno kontrolišu muškarci. „Dileri“ predstavljaju poseban rizik i pretnju, jer prema iskazima ispitanica, na različite načine zloupotrebljavaju i zlostavljaju žene. Ispitanice su u susretu sa dilerima bile izložene seksualnim napadima, prevarama, primoravanju da predaju novac ili prinudi na pružanje seksualnih usluga u zamenu za drogu. Ovim rizicima ispitanice najčešće objašnjavaju činjenicu da je nabavka droge „muški posao“. U najboljem slučaju, ispitanice će ići u nabavku droge zajedno sa partnerima. Same će to učiniti veoma retko, a i onda kada odlaze same u nabavku to čine kod „dilera“ koje lično poznaju i od kojih nabavljaju drogu u dužem periodu.

Iako nijedna od ispitanica ne priznaje da je pružala seksualne usluge u zamenu za drogu ili da ih je partner na to prisiljavao, mnoge ispitanice napominju da im je to nuđeno od strane „dilera“. One su svesne mogućnosti da se takve usluge od njih zahtevaju, iako su sa sobom ponele novac i da postoji povišeni rizik od silovanja.

Intervjuerka: Kaži mi, kad odeš kod dilera, je l' ti neko od njih tražio seksualnu protivuslugu za drogu?

Nina: E, gledaj, to je zanimljivo, svi su sa mnom na drugarskoj bazi, ali veruj mi, kad bi ja pošla prvo, pošto niko nema muda da mi priđe, al kad bi ja prišla sama, kakvi, na prvu. Da l' je to drug od mog brata, brat od mog druga, da l' je to brat mog momka, to nema veze, veruj mi da nema veze.

– Nina, 1980.

Baš zbog postojanja tog rizika, žene koje su IKD često su zavisne od svojih partnera koji treba da predstavljaju njihove zaštitnike, ako žele da izbegnu neprijatne i opasne situacije. „Teško je ženi ako nema

muškarca u ovom svetu.“ je izjava koja ilustruje kako veze mogu da budu motivisane potrebom da pored sebe imaju mušku figuru kao zaštitu u svetu droga. Potreba za zaštitom može biti i razlog zbog kojeg žene ostaju u nasilnim vezama ili ulaze u vezu sa IKD bez razmatranja faktora rizika koje veza sa tom osobom nosi.

Intervjuerka: Kako to ide?

Marija: Je l' on muško, jelte, kako samostalno da nabavljam drogu (smeje se)?!

Intervjuerka: A što?

Marija: Pa sad, on je muško, on nabavlja.

Intervjuerka: Je l' to postoji kao neki obrazac?

Marija: Pa postoji, ne može, ovo je patrijarhalno društvo, svi dileri su muškarci, onda je njima sve to lakše, ne znam, otkud znam.

– Marija, 1976.

Ovaj preovlađujući obrazac po kome nabavka droge predstavlja primarno zadatak muškarca, predstavlja još jedan potencijalni izvor dominacije nad ispitanicama koje su IKD. S obzirom na to da se droga nalazi kod njih i da je upotreba droge pod njihovom kontrolom, oni mogu da kontrolišu potrebe i krize svojih partnerki time što će im uskratiti drogu ili smanjiti dozu kako bi više ostavili sebi. Ispitanice često govore o tome da njihovi partneri izađu da nabave drogu i vrate se nekoliko sati kasnije potpuno „urađeni“. Sumnje i nepoverenje vezani za podelu droge i to da li su partneri koristili drogu iza leđa ispitanica, česta su pojava i vode brojnim svađama i sukobima. Kada ispitanice ne dobiju dozu koja im je potrebna, one su time gurnute u rizičnije ponašanje, jer moraju nabaviti nova sredstva za kupovinu droge.

Kada je droga nabavljena, prakse ubrizgavanja predstavljaju novi skup rizika. Osim već pomenutih rizika vezanih za održavanje opreme ili mogućnost da se deca ili ispitanice koje nisu IKD inficiraju preko slučajnih ozleda na datoj opremi, tu je i niz faktora povezanih sa ubrizgavanjem droge. Ispitanice pomažu partneru „da nađe venu“ ili im ubrizgavaju drogu zbog toga što nisu u mogućnosti da to učine sami u uslovima fizičkih tegoba krize. Stavljanje u rizičnu situaciju kako bi partneru pomogle da ubrizga drogu ne predstavlja samo rezultat empatije zbog tegoba koje partner trpi, već je pre način da se skrate periodi kada je partner u „krizi“ i ponaša se neuračunljivo. Pomaganje

partneru da ubrizga drogu predstavlja strategiju da se izbegnu razni oblici nasilja.

Intervjuerka: Da li ti koristiš drogu?

Sanja: Ne. Nikad nisam je probala.

Intervjuerka: Je l' da?

Sanja: Nikad. A je l' znaš kol'ko je bilo ovako, sve na moje ruke i sve vidim ispred očiju, znači.... Ja isto radim mog muža. Normalno, moram da mu pomognem, pošto ne može, on kad, kad se ne nađe, mnogo je nervozan, agresivan.

– Sanja, 1985.

Deljenje opreme za ubrizgavanje predstavlja veliki izvor rizika od zaraze. Sa tim rizicima ispitanice su najčešće upoznate,¹⁰ ali ipak to nije dovoljno da izbegnu rizična ponašanja. Naime, partneri se često ne smatraju mogućim prenosiocem zaraze. Ispitanice često ukazuju da „imaju poverenje u partnera“. One veruju da partneri ne dele iglu sa drugima i da nemaju druge seksualne partnere. Ipak, imajući u vidu da se zaraza može preneti i na druge načine, da partneri često ne žele da se testiraju, da su oni često u poziciji moći u odnosu na ispitanice, te da često imaju više partnera, a da „krize“ mogu da doprinesu rizičnom ponašanju u obliku korišćenja nehigijenske ili tuđe opreme, to „poverenje“ predstavlja vrlo veliki rizik za ispitanice.

4.2.6. Strategije izlaska na kraj sa ovakvim načinom života

Rezultati istraživanja pokazuju da su dve moguće strategije izlaska iz ovakvih uslova života prepoznate od strane ispitanica: prva je lečenje sopstveno (ukoliko su IKD) i/ili partnera, a druga je raskid sa IKD partnerom. Njihove životne priče, pak, ukazuju na to da se obe strategije najčešće završavaju neuspehom, a da se tada izgradi treća – adaptacija i prihvatanje ovakvog načina života, koje podrazumevaju različite oblike snalaženja unutar takvog sistema.

Lečenje od zavisnosti, a posebno zavisnosti od heroina, samo po sebi predstavlja kompleksan i težak zdravstveni poduhvat. Droga se

10 Treba imati u vidu da je terensko istraživanje rađeno u drop-in centrima koji pružaju sterilnu opremu za ubrizgavanje i da u ovom okruženjima dobijaju vrlo jak normativan stav protiv deljenja opreme. Ovo takođe može da dovede do toga da ispitanice ne žele da kažu ukoliko to ne rade.

stalno navodi kao najveći problem ispitanica koje su u vezi sa IKD. Ona se smatra osnovnim uzrokom zlostavljanja, siromaštva, nestabilnosti itd. Žene koje su i same IKD, kao i one koje nisu, navode kako je njihova najveća želja da partner prestane da se drogira – „da se očisti“. Život bez droge bi im omogućio da izbegnu teškoće sa kojima se suočavaju svakodnevno. Navesti partnera da prestane da se drogira, ipak, nije uopšte lako. Ispitanice koje nisu IKD povremeno igraju aktivnu ulogu u tretmanu svojih partnera i često su saradnice u programima lečenja. Međutim, njihovi naponi i velika požrtvovanost najčešće završe neuspehom, a traže velika emocionalna i druga ulaganja.

Ispitanice koje su IKD često smatraju da su snažnije nego njihovi partneri. Ipak, iskustva pokazuju da ukoliko se podvrgnu pokušaju lečenja same, taj pokušaj biva osuđen na neuspeh i one se brzo vraćaju starijim navikama, čim njihov partner kući donese heroin. Odsustvo podrške partnera često spominju kao razlog neuspeha da se izleče od zavisnosti.

Sandra: I sad svake druge godine on padne, bude godinu dana i onda se ja skinem. Ja se skinem napolju, on se skinu unutra. Onda izađe i tu se nešto drži neko vreme. Uvek je on bio taj. Jednom ja došla da ga dočekam taksijem iz zavrta. I on kao „kakav taksi, daj pare za gudru“.

– Sandra, 1987.

Najčešće se ove želje i nade završe razočaranjem.

Intervjuerka: Kako je on reagovao kada je saznao da si trudna?

Masa: Bio je presrećan. Pogotovo zato što je on samo 2–3% plodan. Bio je presrećan. Međutim, tu sam se razočarala u njega, jer sam ja tad prestala sa svim i mislila sam da će to biti dovoljan razlog da i on prestane sa tim, međutim nije. I tu me mnogo razočarao.

Intervjuerka: Je li obećavao da će da prestane?

Masa: Uh, obećanje, obećanje, obećanje.

– Maša, 1986.

Ni pokušaji raskida nisu mnogo uspešniji. Čak i onda kada ostvare raskid sa partnerom koji je IKD, često ulaze u vezu sa novim partnerom koji je takođe IKD.

Ispitanice koje nisu IKD, najčešće pokazuju adaptaciju na aktuelne uslove života. One ili svesno prihvataju živote koje žive, „pomirile su se sa tim“ – kako to same kažu, ili relativizuju svoju muku i kažu „pa nije to tako strašno“.

Drugi faktor koji utiče na dugovečnost ovih veza jeste direktno nasilje od strane partnera. Žene često ostaju u vezi zbog pretnje ubištvo ili bivaju izložene fizičkom nasilju svaki put kada pokušaju da napuste partnera. Ukoliko su i same IKD, partner se često služi pretnjama da će otkriti njihovu zavisnost roditeljima ili drugim članovima porodice. Ispitanice često pokušavaju da napuste partnere više puta, ali njihovi pokušaji se opet završe povratkom. Partneri se služe različitim sredstvima u nastojanjima da osujete odlazak ispitanica, pa često prete i samoubištvo.

Maša: I tako kad on meni preti da će da se ubije, ja kontam da je možda u stanju da naudi sebi. A već je to jednom uradio sebi. Isekao je sebi vene, poslednji put kada sam ga ostavila, pre nekih 2 meseca.

Intervjuerka: U kući?

Maša: Ne, napolju. Isekao je sebi vene žiletom. Imao je operaciju, isekao je i tetive skroz. Baš je bio u kritičnom stanju. I onda tako na bolestan način me vraća k sebi.

– Maša, 1986.

Ispitanice često navode da su i deca razlog da ostanu sa partnerom. U više slučajeva kada su odlučile da napuste partnere morale su decu da ostave sa ocem zbog pritiska normi (posebno u romskoj populaciji). Kada osete da više ne mogu da budu razdvojene od dece, one se vraćaju partneru. Partneri ponekad prete da će im oduzeti decu i da im neće dozvoliti da viđaju decu. Šanse da napuste partnera i povedu decu sa sobom, posebno su male za žene koje ne ostvaruju prihode. Ukoliko imaju i problematičan odnos sa svojom porodicom porekla, one nemaju gde ni da odu.

Suada: Što na primer deca da odrastu bez oca i bez majke, to daće Bog kad kad, ima da se smiri, razumeš, opet će da bude moj muž pored svoje dece, i ja ću da budem pored dece... Mislim, da nisam imala decu, ne bi mu oprostila nikad, ne bi mu pomislila nikad na njega, razumeš, a s tim imam decu, pregazila sam sve, razumeš, radi deca.

– Suada, 1990.

Mnoge ispitanice pokazuju strah da budu same. One kažu da radije ostaju u problematičnim vezama nego da započnu samostalni život. U nekoliko slučajeva, strah od napuštanja je bio toliko jak da su pokušale samoubistvo kada ih je partner napustio. Kod ispitanica koje su IKD, ovaj strah nije samo strah od napuštanja, koliko strah od života sa drogom, a bez partnera. One ponekad kažu kako nikad ne bi ostale sa partnerom da nije droge. Međutim, teško je proceniti u kojoj meri je potreba da se ostane u vezi sa IKD partnerom uslovljena strahom od rizika povezanih sa nabavkom droge u svetu u kome dominiraju muškarci i u kojima su ispitanice posebno izložene teškom nasilju. Stiče se utisak da to svakako ima veliki uticaj da one ostaju u vezi sa IKD, ali ipak postoji i druga, ne toliko transparentna dimenzija ove potrebe, a to je da se teško iskustvo života u kome je sve centrirano oko droge sa nekim podeli. Pa i šire od toga, postoje neki vrlo duboki mehanizmi koji vezuju ispitanice za IKD partnere, o čemu svedoče i iskustva onih koje nisu same IKD i kod kojih strah od izloženosti rizicima u nabavci droge ne igra ulogu u održavanju veze sa partnerom. Na ove dublje rodne mehanizme već je ukazano.

4.3. Zaključak

Analiza partnerskog odnosa između ispitanica i osoba koje su IKD ukazuje na nekoliko ključnih rodni obrazaca koji stavljaju žene u ovim vezama u izrazito rizičnu poziciju.

Partneri igraju značajnu ulogu u otpočinjanju korišćenja droga njihovih partnerki. Ta uloga se ispoljava u: prikriivanju zavisnosti pri započinjanju veze, prinuđivanju partnerke na ubrizgavanje (direktno kroz psihičku i fizičku prinudu, pritiskom i nagovaranjem) i u različitim načinima privlačenja.

Određivanje prioriteta u zadovoljavanju potreba članova domaćinstva je u velikoj meri zavisno od učestalosti potrebe za drogom. Druge potrebe domaćinstva su podređene ovom prioritetu nabavljanja droge i stavljaju članove domaćinstva u izrazito ugroženu poziciju. Ukoliko partnerka nije sama IKD, onda su patrijarhalni odnosi, nasilje i ekonomsko zlostavljanje mehanizmi određivanja prioriteta koji bi trebalo da idu u korist zadovoljavanja njenih potreba i potreba dece (ukoliko ima dece u domaćinstvu).

Obezbeđivanje sredstava za život i drogu u velikom broju slučajeva je odgovornost ispitanica. U ovom aspektu partnerskih odnosa postoje specifični rodni obrasci u kojima su ekonomsko nasilje nad ispitanicama i prinudni seksualni rad najekstremniji primeri.

Ispitanice su skoro isključivo zadužene za brigu o domaćinstvu i deci i izložene su različitim tipovima nasilja (fizičko, seksualno, ekonomsko i psihičko), što je izraz rodne nejednakosti kod IKD parova ili domaćinstava sa IKD članovima. Kroz nasilje se reprodukuju neuravnotežni odnosi moći u kojima su ispitanice u podređenom položaju u odnosu na svoje partnere. Ovakvi odnosi izlažu ispitanice povećanim rizicima, posebno zdravstvenim.

Muška dominacija nad tržištem droge stavlja partnerke koje su i same IKD u poziciju u kojoj su zavisne od partnera za nabavku droge, naročito ukoliko nemaju već razvijene mreže za ovu aktivnost. Rodno zasnovana dominacija na ovom tržištu koja se ispoljava kroz rizik od neprijatnih seksualnih ponuda i mogućnost zloupotrebe, je potencijalan izvor kontrolisanja i dalje dominacija IKD partnera nad ispitanicama.

Prakse ubrizgavanja droge stvaraju čitav niz rizika od zaraze. Partnerke koje nisu IKD izložene su ovim rizicima samom svojom ulogom održavanja kuće, kao i ulogom pomaganja partneru u ubrizgavanju droge (često prouzrokovanom strahom od „kriza“). U slučajevima kada su oba para IKD, deljenje pribora i prateći rizici su uslovljeni međusobnim „poverenjem“ partnera.

Strategije izlaska iz veze sa IKD koje se baziraju na lečenju od zavisnosti ili raskidu veze su često neuspešne. Glavni faktori koji sprečavaju ovakva razrešenja situacije su neuspeh u lečenju, učestalost fizičkog i psihičkog nasilja od strane partnera, socio-ekonomska zavisnost, i prihvatanje i adaptacija na nepovoljne okolnosti.

Opisani partnerski odnosi i ukupan način života izlažu ispitanice velikim zdravstvenim rizicima kojima je posvećeno naredno poglavlje.

5. Obrasci zdravstvenih rizika i usluge zdravstvene zaštite

Život sa partnerom koji je IKD, a u većini slučajeva i lično iskustvo injektiranja droge, kao i životni uslovi obeleženi oskudicom, nasiljem, seksualnim radom, i drugim rizičnim aktivnostima i nepovoljnim uslovima povećavaju izrazito zdravstvene rizike kojima su izložene ispitanice. U ovom poglavlju biće prikazani nalazi istraživanja koji se odnose na karakteristike zdravstvenih rizika, najčešće zdravstvene probleme sa kojima se suočavaju ispitanice, ali i uslovima zaštite od tih zdravstvenih rizika i problema. Naime, posebna pažnja biće posvećena pristupu zdravstvenim uslugama i preprekama koje se u tom pristupu javljaju, sa namerom da se na kraju identifikuju mere i aktivnosti koje mogu voditi unapređenju zdravstvene zaštite ove ranjive društvene grupe. Posebna pažnja u ovom aspektu biće usmerena na rodno specifične probleme, jer se u osnovi ovog istraživanja upravo nalazi potreba da se unaprede rodni aspekti usluga zdravstvene zaštite koji su potrebni za unapređivanje položaja partnerki IKD.

5.1. Najvažniji obrasci izlaganja zdravstvenim rizicima

Nalazi istraživanja ukazuju na četiri velike grupe zdravstvenih rizika sa kojima se suočavaju partnerke IKD: izloženost zaraznim i seksualno prenosivim bolestima (a posebno HIV, HCV i HBV), problemi povezani sa reproduktivnim zdravljem i trudnoćom, povrede kao posledice nasilja i injektiranja droge, različiti psihički problemi uslovljeni konzumiranjem droge i/ili teškim uslovima života. Svakom od navedenih zdravstvenih rizika i problema posvetićemo kratko pažnju sa namerom da sagledamo specifične teškoće koje se uz ove probleme javljaju, da prepoznamo važne faktore koji ka ovim problemima vode, imajući posebno u vidu one rodno uslovljene.

5.1.1. Izloženost rizicima od zaraznih i seksualno prenosivih bolesti

Posebna pažnja posvećena je prenošenju i zarazi putem tri vrste virusa: HIV, HCV i HBV. Evo i nekih osnovnih činjenica o prenošenju i prevalenciji ovih virusa.

- HIV se prenosi putem nezaštićenog seksualnog odnosa (oralnog, analnog ili vaginalnog), putem transfuzije zaražene krvi ili derivata krvi, deljenjem zaraženog pribora za injektiranje i sa majke na dete tokom trudnoće, porođaja ili tokom dojenja.¹¹
- Hepatitis C se najčešće prenosi putem kontakta sa zaraženom krvlju kao što je: transfuzija zaražene krvi ili drugih krvnih proizvoda; transplantacijom organa; injekcijom datom zaraženim priborom za injektiranje; slučajnim ubodima iglom ili drugim oštrim predmetom tokom pružanja medicinske pomoći; injektirajućom upotrebom droge; pri rođenju od strane majke zaražene HCV. Ređe se prenosi putem seksualnih odnosa sa zaraženom osobom i putem upotrebe ličnih stvari koje su bile u kontaktu sa zaraženom krvlju.¹²
- Hepatitis B se prenosi putem kontakta sa krvlju ili telesnim tečnostima zaražene osobe – na isti način na koji se prenosi i HIV. Međutim, HBV je 50 do 100 puta zarazniji od HIV.¹³

Konkretni podaci o izloženosti partnerki IKD i celokupne IKD populacije na teritoriji Srbije o navedenim zaraznim bolestima ne postoje. Prema izveštaju Instituta za javno zdravlje Srbije, u 2011. godini novodijagnostikovano je 127 osoba zaraženih HIV-om, što ukazuje na porast u odnosu na 2003. godinu kada je ovaj broj bio 91. Ukupan broj novootkrivenih osoba zaraženih HIV-om u periodu od 1984. do 2011. godine je 2725, od kojih je 2095 muškog i 630 ženskog pola. U istom periodu je registrovano 1594 slučaja AIDS-a od kojih je bilo 637 slučajeva među IKD. Izveštaj Instituta za 2011. godinu takođe ukazuje na

11 Zvanični sajt Svetske zdravstvene organizacije – World Health Organization: http://www.who.int/topics/hiv_aids/en/ (31.03.2012.).

12 Zvanični sajt Svetske zdravstvene organizacije – World Health Organization: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs164/en/> (31.03.2012.).

13 Zvanični sajt Svetske zdravstvene organizacije – World Health Organization: <http://www.who.int/features/qa/11/en/> (31.03.2012.).

to da je registrovano 427 slučajeva hepatitisa C u Srbiji u 2011. godini (podatak se odnosi na hronični hepatitis C, a učestalost akutnog hepatitisa C je bila 98 novih slučajeva u istom periodu). Odnos obolelih muškaraca i žena od hroničnog hepatitisa C je 2011. godine bio 1,9:1 što je slično kao i prethodne godine kada je ovaj odnos bio 1,8:1. Kada je u pitanju hronični hepatitis B, prema istom izveštaju evidentirano je 170 slučajeva obolelih od kojih je 110 muškaraca i 60 žena. Jedini podatak o načinu transmisije kod IKD se odnosi na akutni hepatitis B od kojeg je u 2011. godini, u Republici Srbiji obolelo 256 osoba od kojih je 5 IKD (međutim, u 152 slučaja je nepoznat način transmisije akutnog hepatitisa B) (Institut za javno zdravlje Srbije 2012).

Dodatne informacije o učestalosti navedenih bolesti u populaciji IKD mogu se videti u istraživanju Ministarstva zdravlja Republike Srbije i Instituta za javno zdravlje Srbije među populacijama pod povećanim rizikom od HIV-a iz 2010. godine, kojim je obuhvaćena i ova populacija u Beogradu i Nišu. Ona ukazuje da je prevalencija HIV-a i hepatitisa C porasla u odnosu na učestalost registrovanu 2008. godine:

- procenjena seroprevalencija HIV infekcije u ispitanoj populaciji IKD tokom 2010. godine je bila niska: 2.4% u Beogradu, 4.5% u Nišu. Dok se u Beogradu vidi smanjen procenat zaraženih HIV-om (3.7% u 2008. godini), u Nišu je ovaj procenat skoro trostruko povećan (1.6% u 2008. godini);
- procenjena seroprevalencija virusne hepatitisa C infekcije u ispitanoj populaciji IKD tokom 2010. godine je bila visoka: 77.4% u Beogradu, 60.5% u Nišu. Prevalencija je povećana u odnosu na dve godine ranije (69.4% u Beogradu i 49.7% u Nišu u 2008. godini).

(Ministarstvo zdravlja RS 2008. i 2010.).

Žene koje su u partnerskom odnosu sa IKD izlažu se povećanim rizicima da se zaraze nekim od virusa kao što su HIV, HCV, HBV, te da obole od krvnim putem i seksualno prenosivih bolesti. Ovi rizici svakako su veći kod partnerki IKD koje su i same injektirajuće korisnice droge, nego kod onih koje nisu.

Podaci o zaraženosti nekim od navedenih virusa dobijenih ovim istraživanjem nipošto nisu reprezentativni za ukupnu populaciju injektirajućih korisnika droge. Štaviše, oni nisu pouzdani ni za sam uzorak ispitanica, jer se zasnivaju na njihovim subjektivnim odgovorima koji

često nisu utemeljeni na medicinskoj proveri. Naime, ispitanice koje tvrde da one ili partneri nisu zaraženi navedenim virusima, to zapažanje najčešće ne temelje na nedavnim rezultatima testa, već na odsustvu simptoma bolesti. Stoga imajući u vidu ova krupna ograničenja, treba sa krajnjim oprezom prihvatiti podatke iz narednih tabela. Prema podacima koje su iznele tokom intervjua, samo 5 ispitanica je zaraženo HIV-om, dok je takvih među njihovim partnerima 4. Među ispitanicama koje su inficirane HIV-om, 2 su injektirajuće korisnice droge, dok su preostale tri bivše korisnice.

Tabela 11:
HIV prevalencija kod ispitanica i njihovih partnera

	Ispitanice		Partneri ispitanica	
	ukupno	%	ukupno	%
HIV pozitivni	5	5,1	4	4,1
HIV negativni	79	79,8	71	71,7
Nije poznato ispitanicama	13	13,1	13	13,1
Bez odgovora	2	2,0	11	11,1
Ukupno	99	100	99	100

U poređenju sa HIV-om, sudeći prema izjavama ispitanica, prevalencija infekcije uzrokovane HCV-a je daleko veća. Čak 42 ispitanica tvrdi da je zaraženo virusom hepatitisa C, što je nešto viša stopa prevalencije od one koja je zabeležena kod njihovih partnera.

Tablea 12:
HCV prevalencija kod ispitanica i njihovih partnera

	Ispitanice		Partneri ispitanica	
	ukupno	%	ukupno	%
HCV pozitivni	42	42,4	40	40,4
HCV negativni	40	40,4	36	36,3
Nije poznato ispitanicama	15	15,2	17	17,2
Bez odgovora	2	2	6	6,1
Ukupno	99	100	99	100

Još jednom je važno napomenuti da je broj HIV i HCV negativnih nepouzdan, zbog toga što se ispitanice najčešće u toj proceni oslanjaju na sopstvenu ocenu da „nema simptoma“, a ne na rezultate laboratorijskih testova. Infekcije kao što su HBV i TBC nisu toliko česte i kreću se između 1% i 2%.

Dva su najvažnija načina prenosa navedenim virusima:

- 1) nezaštićeni seksualni odnosi i
- 2) oprema za ubrizgavanje droge (poput igala, kuvala, vode, vate), koja se u slučaju ispitanica koje nisu IKD javlja kao prenosilac prilikom povreda, dok se kod ispitanica koje su IKD javlja kao prenosilac i zbog zajedničke upotrebe sa partnerom ili drugim osobama koje su IKD.

Razlozi i mehanizmi izlaganja ovim rizicima od krvnim i seksualnim putem prenosivih infektivnih bolesti su različiti. Iz razgovora sa ispitanicama zapaža se da često upražnjavaju nezaštićene seksualne odnose, kao i da su izložene opasnostima od zaraze preko opreme za upotrebu droge, a da su razlozi za to najčešće sledeći:

- Znanje o tome kako se zarazne bolesti prenose je ograničeno;
- Ovim rizicima su izložene u uslovima nasilja;
- Svesne su rizika, ali imaju patološku potrebu da bolest podele sa partnerom i kroz svoje samožrtvovanje pokažu svoju lojalnost i na ovaj način;
- Slučajne povrede priborom zaražene osobe.

Znanje o tome kako se zarazne bolesti prenose kod velikog broja ispitanica je ograničeno. Naime, one su često svesne određenih aspekata rizika od infekcije, ali ne svih. Na primer, misle da je dovoljno opremu oprati posle korišćenja, ili znaju da ne treba da koriste igle nakon što su ih upotreбили partneri ili druge osobe, ali najčešće nisu upoznate sa tim da se zaraza može dobiti i preko druge opreme. Ovakvo ograničeno razumevanje rizika vidljivo je i kroz poistovećivanje inficiranosti virusom sa razvijenim formama bolesti. Naime, ispitanice često smatraju da inficiranost podrazumeva „vidljivu i opipljivu bolest“. Više ispitanica je verovalo da će primetiti da je partner HIV pozitivan preko vidljivih simptoma.

Rizik od infekcije se često povezuje sa „nečistoćom, nehigijenom“ partnera. One bi govorele da „on nije takav (prljav) u poređenju sa drugim ljudima koji su „prljavi“.“ To što one, i njihovi partneri nemaju simptome bolesti smatra se dokazom da zdravstveni rizici ne postoje i da nemaju razloga za brigu niti da budu posebno pažljive.

Intervjuerka: Dobro. A reci mi, kako to znaš? Je l' se testirao?

Kumrija: Pa znam, ne. Ne kaže čovek ništa, boli me ovde, kad je bolesno ja znam ga, znači temperatura, nos, tamo, vamo...

Intervjuerka: A je l' ne znaš da l' se on testirao ili tako nešto? Da l' je proveravao kod lekara to?

Kumrija: Pa ne znam.

– Kumrija, 1972.

Nedovoljna informisanost pokazuje se i kroz to da ispitanice prepuštaju partnerima brigu o rizicima, te često ukazuju na to da su njihovi partneri oprezni, da im veruju. Ovaj oprez ima različita značenja, od sasvim konkretnog – da ih partneri „čuvaju tokom seksualnog odnosa“ (coitus interruptus), do toga da paze gde odlažu pribor i sl. Međutim, ovo poverenje nije samo posledica nedovoljne informisanosti, već i rodni odnosa.

Intervjuerka: Nisi htela da koristiš zaštitu ili...?

Elizabeta: Pa nisam htela zato što sam računala ajde bićemo muž i žena, pa što bi koristila sad kondome, otkud znam...

Intervjuerka: Zato što je duže?

Elizabeta: A i on nije voleo, kaže, šta mi znači taj kondom, i, onda 'ajde, pošto sam ga volela, zaljubila sam se i...

Intervjuerka: Više nisi koristila zbog njega, njemu je smetalo više ili?

Elizabeta: Pa smetalo mu je, njemu je smetalo više, i onda da ja ne bi, pošto sam ga volela, stvarno sam bila zaljubljena u njega, znači, da ne bi ga povredila, da ne bi me ostavio, onda sam...

– Elizabeta, 1979.

Partneri su najčešće dominantne figure koje „najbolje znaju“ i njihov autoritet se ne dovodi u pitanje ni u ovom aspektu. Ukoliko oni smatraju da rizici ne postoje, od ispitanica se očekuje da se takvoj proceni povinuju. Kod mnogih ispitanica upravo je bio prisutan ovaj mehanizam – one se ni ne usuđuju da dovedu u pitanje partnerovo zdravstveno stanje ili njegovu reč, garanciju da nije prenosilac infekcije.

Da ovo poverenje nije nimalo dobra zaštita, svedoče upravo one ispitanice koje su se susrele sa problemom da partner prikriva da je HIV ili HCV pozitivan. Takve ispitanice često krive partnere zbog inficiranja nekim od ovih virusa, jer smatraju da su bile obmanute, te da je njihovo poverenje bilo zloupotrebjeno.

Još ekstremniji oblik povinovnja partneru kroz ignorisanje zdravstvenih rizika prisutan je u slučajevima kada su ispitanice svesno podelile rizik sa partnerom. Alarmantno je saznanje da mnoge ispitanice nemaju ništa protiv toga da se zaraze virusima HIV i HCV. One izjavljuju da nisu bile zabrinute što će se zaraziti. Na pitanja o tome da li su informisane da se preko nezaštićenih odnosa ili zajedničke upotrebe opreme za konzumiranje droge mogu zaraziti ovim bolestima, one često odgovaraju da su upoznate i dodaju: „I šta ako dobijem?“. Štaviše, neke od njih naglašavaju da je zajedničko iskustvo bolesti neophodan deo veze sa partnerom koji je IKD i da predstavlja dokaz ljubavi.

Marija: On mi je preneo HIV. Znala sam, u samom startu sam znala da je on HIV pozitivan, i rekla sam mu da ne stavlja kondome, ja ako tebe volim ja ću i bolest s tobom da podelim, i tako smo dve godine živeli nije mi preneo. Ali za maler, vodili smo ljubav jedne noći i u toku seksa ja sam dobila menstruaciju, nismo preko droge ili preko igala, tako nešto, nismo dobili ni on ni ja, i on je isto dobio HIV preko cure isto seksualnim putem, al mu je ona prećutala.

– Marija, 1977.

Još jedan od mehanizama koji povećava rizike od HIV i HCV infekcije je nasilje. Prinuda na seksualne odnose bez zaštite je praksa koja se dešava u parovima sa nasilnim partnerom. Ali nije nasilni partner jedini počinitelj seksualnog nasilja, niti potencijalni izvor infekcije zbog nezaštićenih seksualnih odnosa. Silovanje i seksualno zlostavljanje od strane drugih muških figura iz okoline, preprodavaca droge, ili

klijenata, kada su u pitanju ispitanice koje se bave seksualnim radom, takođe predstavljaju važne načine prenošenja infekcije, krvnim putem i seksualno prenosivih bolesti.

S obzirom na to da se značajan broj ispitanica bavi seksualnim radom, izložene su povećanim rizicima od infekcije krvnim putem i seksualno prenosivim bolestima. Većina ispitanica koje se bave prostitucijom tvrdi da stalno koristi zaštitu pri seksualnom radu. Nivo informisanosti o potrebi zaštite među ovim ženama makar je toliki da se zna da je nezaštićeni odnos sa mušterijama potencijalno veoma opasan. Stoga nijedna neće otvoreno priznati da povremeno u cilju veće zarade obavlja i nezaštićene seksualne usluge. Ipak, indirektna svedočenja ukazuju na to da je ova pojava veoma česta, što povećava rizike od infekcije višestruko, ne samo za njih, njihove partnere, već i mušterije i dalje njihove partnerke.

Intervjuerka: Uvek zaštićeni?

Sandra: Uvek, uvek, uvek, uvek, uvek, naravno ne ka-
žem im da imam hepatitis C, ali apsolutno odbijam da se radi
bez kondoma. Devedeset devet posto njih traži bez kondoma,
ali ja to odbijam. Znaš, jer gledam devojke koje rade,
koje, za koje znam da imaju hepatitis C i koje pristaju bez
kondoma, znači svesno pristaješ da upropastiš tuđi život.

Intervjuerka: A i može s druge strane da dobije još nešto što ta druga osoba ima.

Sandra: Naravno. Čim on traži bez kondoma od tebe, traži i od ove, i od one, to je to, eto.

– Sandra, 1975.

Izloženi nalazi istraživanja ukazuju na to da uprkos razlikama u mehanizmima kojima se ispitanice koje jesu IKD i one koje nisu izlažu rizicima od HIV, HCV i drugih infekcija, dva ključna faktora stoje iza njihove povećane zdravstvene ugroženosti: nezaštićeni seksualni odnosi (bilo sa IKD partnerom ili pri seksualnom radu), kao i dodir sa priborom za injektiranje droge (bilo da je reč o njegovoj upotrebi kod ispitanica koje su IKD ili o spremanju, asistiranju pri injektiranju droge, kada su u pitanju one koje nisu IKD). No, ovakav način života ne povećava samo rizike od HIV i HCV infekcije, već ugrožava i njihovo reproduktivno zdravlje.

5.1.2. Reproduktivno zdravlje

Reproduktivno zdravlje žena koje su u partnerskoj vezi sa IKD je jako važno za njihovo ukupno zdravstveno stanje, ali i za zdravlje njihove dece. Nalazi istraživanja pokazuju da je reproduktivno zdravlje žena višestruko ugroženo:

- One su često suočene sa iskustvima rizičnih trudnoća;
- Često imaju neželjene trudnoće;
- Imaju iskustva abortusa i spontanih pobačaja.

Rizičnim trudnoćama izložene su pre svega ispitanice koje su IKD. Iako je većina njih svesna da trudnoća predstavlja rizik po njihovo zdravlje, a posebno po zdravlje budućeg deteta, veliki broj ipak u nekom trenutku odluči da rodi dete. One su svesne da će dete biti izloženo apstinencijalnoj krizi odmah nakon rođenja, te ukoliko su inficirane mogu da prenesu i virus svome detetu, ali ipak preuzimaju ovaj rizik sa nadom da će sve biti uredu.

Jelena: Rizici postoje uvek. Ja bih uvek krenula u tu priču sa, sa verom u boga, ne znam ni ja šta. Tako da me to direktno nikad ne bi sklonilo od te priče, nikada.

– Jelena, 1975.

U velikom broju slučajeva ispitanice imaju iskustva sa neželjenim trudnoćama. Neke i višestrukim. To je posledica rasprostranjenih odnosa bez zaštite. Nedostatak informacija o rizicima, zanemarivanje rizika, poverenje ukazano partneru, izbegavanje korišćenja prezervativa zbog umanjenja zadovoljstva tokom odnosa, ili odbijanje partnera da koristi zaštitu, samo su neki od razloga koji dovode do neželjenih trudnoća. Ponekad je neželjena trudnoća posledica seksualnog nasilja i silovanja.

Zbog rizičnih zdravstvenih, socio-ekonomskih uslova i izloženosti nasilju, veliki broj trudnoća ispitanica završi se abortusom ili spontanom pobačajem. Više od polovine ispitanica (50,1%) imalo je barem jedan abortus, a čak 57,6% je imalo spontani pobačaj. Mnoge ispitanice prošle su kroz ovakva iskustva i više puta u toku života, a jedna je saopštila da je imala čak 6 abortusa.

Razlozi zbog kojih ispitanice donesu odluku da prekinu trudnoću su različiti. Jedan od najčešćih je konzumiranje narkotika kod onih

koje su IKD. Ove ispitanice znaju da je upotreba droga štetna i ne žele da u uslovima svoje zavisnosti i nepovoljnom okruženju podižu decu. To ne znači da one ne žele da imaju decu, već rađanje odlažu do nekog projektovanog trenutka u kome će se „skinuti sa droge“ pre nego što ostanu u drugom stanju. One koje nisu IKD su spremnije da imaju decu, iako i one u nekim slučajevima čekaju da se njihov partner odrekne droge pre nego što osnuju porodicu.

Intervjuerka: Da li vam je vreme da pravite porodicu?

Nataša: Da.

Intervjuerka: Da li vam je faktor to sto je on IKD?

Nataša: Apsolutno, apsolutno. Ne pada mi na pamet. To dete bi se rodilo... pa ne znam da li bi sve bilo u redu. Nije to u redu. Ne treba rađati decu po svaku cenu.

– Nataša, 1976.

Pojedine ispitanice navele su da su ih članovi porodice (svoje ili partnerove) prinudili na abortus. Ovo se najčešće slučaj kod ispitanica koje su u to vreme bile maloletne. One ocenjuju da su tada osećale da nemaju izbora.

Rizik od spontanog pobačaja povećan je zbog upotrebe droge kod ispitanica koje su IKD, ali i opštih uslova života kod obe kategorije. Stres zbog korišćenja droge partnera, siromaštvo, nepravilna ishrana, nasilje – samo su neki od najvažnijih faktora rizika zbog kojih ispitanice doživljavaju spontane pobačaje.

Intervjuerka: Kako su ti se desili spontani? Rekla si mi za ono u 29., a druga dva?

Radmila: Da, tamo od batina, a ovi u kući, ono od malo jače krize. Dok je on otišao na šemu da donese dop ja sam prokrvarila. Znači ne bi verovala, smešna situacija. Nego to je meni od tih batina, slabe pantljike i malo jača kriza i čao.

– Radmila, 1984.

U ekstremnim slučajevima, ispitanice koje su IKD zbog izmenjenog fizičkog stanja i percepcije svojih fizičkih uslova, nisu ni bile svesne da su trudne sve dok nije došlo do pobačaja, dok nisu zašle u podmaklu trudnoću ili čak, u jednom slučaju, sve dok nije nastupio porođaj. Ovo je moguće delom zbog toga što IKD često imaju nere-

dovne menstrualne cikluse i manje su osjetljive na promene koje se dešavaju u telu.

Nataša: Ovaj put (drugi) porođaj nije bio u krizi, nego baš suprotno, bila sam tol'ko soproštenjem, izdrogirana, urađena, da nisam znala da se porađam. Ja i muž smo se vratili sa šeme, kako da kaže, i ja kao bolucka me nešto stomak, bolucka me nešto stomak, to su u stvari bili trudovi. Kontrakcije. Tačno se sećam, ko da je danas bilo, široka kućna haljina, bilo je leto i ovaj, mislila sam da mi se kaki, možda ste čuli, pred sam porođaj da imate taj osećaj. Ja sam sedela na wc šolji, vikala „nešto me boli stomak, boli me stomak“... Ma, sad ću ja da ustanem, da popijem jedan baralgin i proći će to. Samo me čudi, kad sam uzela ovolko heroina, kako može da me boli. Moram da vam pokažem, pošto stvarno to niko nije verovao kad je čuo. Ja sam ustala sa wc šolje, krenula kroz hodnik do sobe da uzmem baralgin i samo ovako stavila ruke, da mi beba ne bi pala na pod. (Ispitanica ustaje, staje u blago raskoračni stav i spušta ruke ispod međunožja, pokazujući kako je prihvatila bebu.) Ja pogledam, pipnem se dole, ono pola glave izašlo. I ja tu, šta da radim, sve mi je bilo jasno u trenutku, malo sam ovako raširila noge (pokazuje), stavila ruke, napregla se dva, tri puta, i prihvatila bebu na ruke. Posteljica je ispala, visi onako, a muž stoji ovako u šoku, otvorenih usta.

– Nataša, 1986.

Situacija u kojoj žena koja je IKD nije svesna trudnoće, može da ima nepovoljne posledice po njeno zdravlje, kao i po zdravlje deteta.¹⁴ U nedostatku svesti o trudnoći, žene ne preduzimaju neophodne mere zaštite i ne trude se da unaprede svoje zdravstveno stanje. Rađanje deteta u ovakvim uslovima ne samo da produbljuje zdravstvene rizike i probleme, već akumulira i nove socijalne rizike, zbog toga što otežava inače nepovoljne ekonomske uslove u domaćinstvu, a zahteva od

14 Deca koju rode majke koje su IKD, pate od apstinencijalnog sindroma, a narcotici utiču i na druge oblike zdravstvenih problema, kao što su preveremeno rođenje, zastoj u rastu deteta, srčane mane i sl. Istraživanja pokazuju da je kod dece rođene od strane majki IKD, povećan rizik od sindroma iznenadne smrti odojčeta, kao i poremećaj u bihevioralnom i motornom razvoju. Osim toga, bebe se mogu roditi kao HIV pozitivne, ukoliko su majke HIV pozitivne, a nisu prošle program prevencije prenošenja HIV-a sa majke na dete.

ispitanica i njihovih partnera angažman u brizi o detetu koju oni često nisu u stanju da pruže.

5.1.3. Povrede zadobijene fizičkim nasiljem i injektiranjem droge

U prethodnom poglavlju smo ukazali na veliku zastupljenost nasilja prema ispitanicama. Ono se javlja od strane različitih počinitelaca – najčešće partnera, onda bivših partnera, očeva, očuha, braće, preprodavaca droge i drugih muškaraca iz okruženja. Fizičke povrede su česta posledica tog nasilja. Čak 48 ispitanica je tokom intervjua navelo da je u nekom trenutku života usled izloženosti nasilju imalo fizičke povrede.¹⁵ Kod velikog broja žena iz uzorka, fizičke povrede usled pretrpljenog nasilja relativno su česte, a u nekim slučajevima više ne mogu ni da ih prebroje i da ih se sete nego samo kažu da su ih imale „milion puta“. Raščenaarkada, zatvoreno oko, polomljeni zubi, slomljena rebra, prelom ruke, ključne kosti, vilice, pa čak i fraktura lobanje, su neke od povreda koje su ispitanice navele kao posledice izloženosti nasilju.

Intervjuerka: Da li si imala nekad u životu povredu neku zadobijenu fizičkim nasiljem?

Ela: Jesam.

Intervjuerka: Kakvu?

Ela: Od majke i od oca, šipkama. Oko tri kila šipke, noge i ruke, se celo. Ove godine u zimu.

Intervjuerka: Je li to jedini slučaj?

Ela: Pa jedini, u stvari imala sam ranije situacije kad sam počela da se drogiram da su mi lice polomili, operisala sam nos, jagodicu.

– Ela, 1993.

Elizabeta: Tuko me, bezveze, znači, tad se nisam bavila ni prostitucijom, nisam znala ni šta je droga, ni prostitucija, nikad ništa, znači gledala sam domaćinstvo, gledala sam svoju decu, on bezveze, tako mu skoči živac, a...

15 Treba imati na umu da je procenat verovatno i viši nego što ova statistika ukazuje. Mnoge ispitanice modrice ili posekotine ne smatraju fizičkim povredama i često ne mogu sebi ili drugima da priznaju da su bile žrtve fizičkog zlostavljanja.

Intervjuerka: I?

Elizabeta: I ustane i počne da me bije po glavi, znači, čime god stigne, par puta mi rascepao glavu.

– Elizabeta, 1979.

Pojedine ispitanice navele su da su povrede zadobile i od službenih lica (policajaca) o čemu će biti više reči u narednom delu.

Posebnu vrstu zdravstvenih rizika predstavljaju povrede i oštećenja izazvane injektiranjem droge. Ovakve povrede tokom intervjuja je prijavilo 28 ispitanica. Najčešće povrede izazvane injektiranjem droge predstavljaju upale vena, rane na mestu injektiranja, bakterijske infekcije, čak gangrene i sepse. Poseban problem predstavlja predoziranje drogom ili upotreba „neispravne“ droge, odnosno one koja je pomešana sa većom količinom štetnih supstanci.

5.1.4. Psihički problemi

Psihički problemi su takođe učestali kod ispitanica – kako kod onih koje konzumiraju narkotike, tako i kod onih koje to ne čine. Ove psihičke teškoće se ispoljavaju na različite načine i različitog su porekla, ali su najčešće na neki način povezane sa konzumiranjem droge (ličnim ili u okruženju).

Ispitanice koje nisu IKD ukazuju na to da žive sa neprestanim osećanjem neizvesnosti, bespomoćnosti i anksioznosti. Dugoročna izloženost ovim osećanjima može da dovede i do vrlo depresivnih stanja i razmišljanja o samoubistvu. Ispitanice često osećaju grižu savesti zbog životnih uslova u kojima su se našle.

Intervjuerka: Je l' ste često pomišljali na samoubistvo?

Ljilja: U zadnje vreme da. Jer sve manje vidim, sve više se osećam da smetam deci, da... Šta znam, tu sam da skuvam, da operem i to, inače ih nerviram jer non-stop stavljam primedbe, teram ih da urade ovo ili ono. Bila sam stroga majka i onda ja mora da nađem svuda neku začkoljicu. Šta znam, hoću da bude ono baš, da svaku stvar koju rade, rade kao da je poslednja u životu, da je rade do savršenstva. A oni su mladi...

– Ljilja, 1965.

Ispitanice koje su i same IKD se takođe osećaju bespomoćne u začaranom krugu konzumiranja droga. One ne vide izlaz ili mogućnost boljeg života i stoga padaju u depresiju koja se nastoji „sanirati“ daljim korišćenjem droga. U nekim slučajevima je i samo započinjanje ubrizgavanja prouzrokovano drugim psihološkim problemima, ali droga na kraju ne pomaže kao uteha, već stvara nove probleme.

Iz navedenog se može zaključiti da su ispitanice izložene velikom broju različitih zdravstvenih rizika i problema. Infektivne bolesti, fizičke povrede povezane sa nasiljem i ubrizgavanjem droga, problemi sa reproduktivnim zdravljem, psihološki problemi i problemi sa zavisnošću utiču na kvalitet života ovih žena, ali i njihove dece i drugih bliskih osoba. Zbog toga je od posebnog značaja dostupnost i kvalitet zdravstvene zaštite o kome će biti više reči u narednom poglavlju.

5.2. Dostupnost, kvalitet i rodna prilagođenost usluga zdravstvene zaštite

Zbog povećane izloženosti zdravstvenim rizicima i izraženim brojnim zdravstvenim problemima, za žene iz ove ranjive grupe od posebnog je značaja pristupačna i kvalitetna zdravstvena zaštita. Stoga je posebna pažnja u istraživanju posvećena upravo ovom aspektu, a rezultati istraživanja ukazuju da se ispitanice suočavaju sa ozbiljnim problemima i u pristupačnosti i u kvalitetu zdravstvenih usluga.

5.2.1. Pristupačnost usluga zdravstvene zaštite

Sudeći prema izjavama ispitanica, ova grupa predstavlja jednu od najmarginalizovanijih grupa sa stanovišta pristupa zdravstvenoj zaštiti. Na to ukazuju podaci da čak 17% ispitanica nije nikada potražilo uslugu doma zdravlja, a 27% nije nikada potražilo bolničku uslugu. U uslovima velike izloženosti zdravstvenim rizicima i problemima, ovakav podatak ukazuje na ozbiljne prepreke u pristupu zdravstvenim ustanovama. Podaci iz istraživanja ukazuju na to da postoje brojni faktori koji doprinose ovakvom stanju:

- Nepokrivenost ispitanica zdravstvenim osiguranjem;
- Neposedovanje dokumenata;

- Nepoverenje u zdravstvene ustanove;
- Odbijanje zdravstvenog osoblja da ih primi u ustanovu i pruži zdravstvenu uslugu.

Zbog izrazito nepovoljnog ekonomskog položaja ispitanica, njihove nezaposlenosti, kao i nezaposlenosti njihovih partnera, čak trećina (32,7%) nema zdravstveno osiguranje. Osim toga, veoma često ispitanice ne poseduju ni druga lična dokumenta, poput lične karte ili prijave prebivališta. Zbog ovakve situacije, onda kada im je potrebna zdravstvena pomoć, u glavnom kontaktiraju nevladine organizacije u potrazi za zdravstvenom podrškom. Međutim, ove organizacije nisu zdravstvene ustanove, te njihov angažman ne može da bude adekvatna zaštita i da odgovori na zdravstvene potrebe korisnika.

Kada je u pitanju nepoverenje u zdravstvene ustanove, ono je često utemeljeno u strahu da će ispitanica biti prijavljena policiji ili centru za socijalni rad, kao i u strahu od izloženosti različitim oblicima diskriminacije i stigmatizacije.

Kod ispitanica je, u velikom broju slučajeva, prisutno generalizovano nepoverenje u institucije. Njihova iskustva sa policijom (bilo lična ili njihovih partnera) i centrima za socijalni rad su nepovoljna, bilo zbog umešanosti u seksualni rad i privođenja, zbog krivičnih dela i zatvorskih iskustava partnera, zbog nadzora centra za socijalni rad i osporavanja starateljstva nad decom, pa često dovode do toga da one izbegavaju kontakte i sa drugim institucijama koje bi mogle uputiti njihov „slučaj“ policiji ili centru za socijalni rad. O ovoj pojavi biće više reči u narednom poglavlju. Ovde je bitno naglasiti da delom nepoverenje u zdravstvene institucije ne proisitiče iz nepovoljnih iskustava sa tim institucijama, već zbog njihove povezanosti sa ostalim institucijama koje žele da izbegnu.

Iz navedenih razloga, ispitanice često izbegavaju da potraže pomoć u slučajevima povreda usled fizičkog nasilja. One se plaše da će pružaoci zdravstvenih usluga kontaktirati policiju ili centre za socijalni rad što može dovesti do gneva nasilnika i novog nasilja nad njima ili oduzimanja starateljstva nad decom.

Intervjuerka: To kad si slomila nogu, tj. kad ti je Marko slomio nogu?

Ivana: Da, on mi je slomio. Šutnuo me i tako mi slomio nogu.

Intervjuerka: Jesi ti išla kod doktora zbog toga?

Ivana: I rekla sam da sam pala. Ne, to sam za ruku rekla.. Za nogu sam rekla da sam pala. I za ruku sam rekla da sam pala. Jer on me je ovako uhvatio i drugom... ne znam kako je on to u stvari izveo, u glavnom je tetiva pukla. Sve su oni meni stavili, snimili, gips i ja na šalter da uzmem knjižicu, kaže ne može knjižica, da sačekamo miliciju. I ja: „Molim, zašto miliciju?!“. „Ne možete vi nas da lažete, ovo samo od udarca može da bude.“ Hvala bogu, dečko s Karaburme, s Čalija, pošto mi je mama tamo rođena, zna me, on je bio u patroli. I ja kažem: „Crni, nemoj molim te, nemoj molim te da se pojavljuješ, ako se pojaviš gore, ovaj će tek onda da me ubije.“ I tolko sam ga molila. I on kaže: „Dobro, ali danas ako ti se desi još nešto u toku dana ja sam izgubio posao.“ Ja reko: „Neće da mi se desi ništa, samo nemoj da ideš molim te gore.“ I onda nisu išli gore i tako sam sredila. Imala sam sreće što je bio on, inače ne znam šta bi se desilo.

– Ivana, 1975.

Ispitanice koje su IKD se pribojavaju da posete zdravstvene ustanove čak i kada treba da se porode. To objašnjavaju strahom da će im deca biti oduzeta odmah nakon porođaja, dok su još u bolnici. Način na koji je nekima od njih bilo oduzeto dete nakon porođaja ukazuje na izrazito neadekvatno postupanje institucija, o čemu će biti više reči u narednom poglavlju koje se odnosi na socijalne rizike.

Dok ne mogu da izbegnu institucije kada je u pitanju porođaj, one u mnogim slučajevima izbegavaju bilo koji oblik zdravstvene zaštite u toku trudnoće. Neprijatna iskustva su blisko povezana sa različitim oblicima diskriminacije.

Dok je u prethodnom slučaju razlog za neadekvatnu pristupačnost zdravstvenim ustanovama strah, odbojnost ispitanica, u drugim slučajevima njima zdravstvene usluge uskraćuju lekari i drugo medicinsko osoblje. Ispitanice su u više slučajeva ukazale da je zdravstveno osoblje odbilo da ih pregleda ili da im pruži zdravstveni tretman. Žalile su se i da ih zdravstvene ustanove često prebacuju na druge, u nastojanju da izbegnu da im pruže uslugu, ili ih puste da čekaju predugo na red.

Sara: Čim shvate da imaju posla s korisnikom, ovaj, određenih supstanci, odma se na to dodaje da imaš i... Da

si zaražena i hepatitisom i sidom, onda možeš misliti, ovaj kakve su to situacije. Počevši od onoga da odbiju da ti pruže neku uslugu.

Intervjuerka: Potpuno Vas odbiju?

Sara: Da, da, da. Ili budeš, ovaj, primorana da sačekaš, da svi ljudi prođu, pa da ti na kraju, pošto oni dezinfikuju teatralno sve ispred sebe, kako bi ti, ovaj, stavili do znanja da eto, prosto ugrožavaš.

Intervjuer: U smislu „neću da imam s tobom posla uopšte“?

Sara: Tako je.

Intervjuerka: I kako se ti osećaš u tom trenutku?

Sara: Pa šta znam... Znaš šta, u početku sam bila besna, zaista. Mislim, strašno mi je to smetalo, strašno me je to iritiralo, znaš, osećaš taj neki bes, ovaj, i to je, mislim, ono, totalna stigma, razumeš. Ali onda vremenom, nekako oguglaš na to, mislim „oguglaš“, ne oguglaš naravno, ali nekako naučiš da jednostavno...

– Sara, 1965.

Ispitanice koje su IKD najčešće kontaktiraju ove institucije kada imaju veoma akutne probleme kao posledice, na primer povreda vezanih za ubrizgavanje, odbijanje da im se pruži medicinska pomoć ili odlaganje te pomoći čini da trpe bolove i da im se stanje pogorša. Kada ne dobiju pomoć u urgentnim centrima, ispitanice koje nemaju odgovarajuću dokumentaciju se nalaze u posebnom problemu, jer ne mogu da se obrate drugim institucijama, dok one koje imaju dokumenta često odustanu zbog neprijatnog iskustva.

5.2.2. Kvalitet zdravstvene zaštite

Nalazi istraživanja ukazuju da i onda kada imaju pristup zdravstvenim ustanovama i medicinskoj podršci, ispitanice često ne dobiju kvalitetnu, pa ni elementarno odgovarajuću zdravstvenu uslugu. Tokom intervjuja ispitanice su bile zamoljene da ocene kvalitet usluga koje su dobili u domu zdravlja i bolnici. U ovom grubom ocenjivanju (trebalo je da navedu samo da li im je iskustvo pretežno pozitivno, negativno ili neutralno), domovi zdravlja su bolje ocenjeninego bolnice. Naime, među ispitanicama koje su posećivale domove zdravlja

u potrazi za medicinskom zaštitom, 16% je ocenilo negativno kvalitet usluge, dok je takvih bilo među ispitanicama koje su imale iskustva sa bolničkom zaštitom 24%.

Nezadovoljavajući kvalitet zdravstvene zaštite ispoljava se u različitim oblicima: preko neprimerene komunikacije sa ispitanicom, stigmatizacije, nepoštovanja privatnosti i poverljivosti, nedovoljno posvećivanje pažnje, neadekvane dijagnostike po oceni ispitanica, skraćena terapija i sl.

Neprimerena komunikacija sa ispitanicama ispoljava se kao okrutnost zdravstvenog osoblja, pogotovo kada su u pitanju ispitanice koje su IKD. Na njih se gleda kao „narkomanke“, što ima krajnje negativnu konotaciju. Osude životnih odluka partnerki IKD od strane doktora i drugog medicinskog osoblja je nešto čega su ispitanice veoma svesne i što osećaju svaki put kada pristupaju zdravstvenoj instituciji. Zbog predrasuda i stigmatizacije, zdravstveno osoblje se ne odnosi prema njima kao prema drugim pacijentima.

Marija: Doktorka bila neljubazna prema meni, al ne znam, nije normalna. Nije, ne znam, eto ona me je gledala kao narkomana, nemam pojma. Znači ne ovamo, nego lekar opšte prakse. Ja nigde ne idem po nekim institucijama da bi me neko gledao, to je moj izbor u životu šta sad, takva sam kakva sam.

– Marija, 1976.

Kada su jednom obeležene kao „narkomanke“, zdravstveni radnici najčešće automatski pretpostavljaju da su zaražene nekom od raznih bolesti, pre svega HIV-om ili hepatitisom C. Ova predrasuda je toliko jaka, da čak i kada postoje dokazi u zdravstvenom kartonu da ispitanice nisu zaražene ovim virusima, ponašanje medicinskog osoblja ne biva promenjeno. Ovakvom odnosu izložene su i ispitanice koje nisu IKD, kada su inficirane nekim od ovih virusa ili ako priznaju da imaju partnera koji koristi drogu.

Intervjuerka: Šta je bilo to zbog čega niste želeli da kažete? Da vas ne bi osuđivala?

Sanja: Da me ne bi tako gledali. Plašila sam se da me ne gledaju „eto, njen muž je narkoman, bolestan“. Plašila sam se da ne naprave tu neku odbojnost. E sad nisam razmišljala

da me ne gledaju kao „jadna“, ili kao da se plaše da nisam ja zaražena.

– Sanja, 1976.

Zbog toga što su ispitanice zaražene ili zbog pretpostavke zdravstvenog osoblja da su zaražene, pružaoci zdravstvenih usluga umeju da budu veoma neprijatni prema ispitanicama.

Izabela: Na ginekologiji kad se to desilo, kad sam prokrvarila, dva puta su me obišli, iako su to bili nesnosni bolovi, sestre nisu htele da uđu da me pogledaju, sama sam se porodila, sama sam izbacila bebu, i onda je došao doktor, probudili su ga nekako da preseče pupčanu vrpču i on mi je onda rekao: „Vidiš, dete je mrtvo zato što si ti narkoman, pa se ti drogiraj i dalje.“ I onda su me uspavali da bi me očistili, šta li već. E meni je to ostalo urezano u sećanju. Umesto da se oporavim da ne budem više to, ja sam kao iz inata, e oću da budem narkoman. Ne nije, ali sam se osećala loše. Mnogo loše.

– Izabela, 1978.

Dodatni problem kada su ispitanice zaražene nekom od zaraznih bolesti jeste da su stigmatizovane ne samo od medicinskog osoblja, nego i od drugih pacijenata. Nepoštovanje njihove privatnosti može se manifestovati glasnim razgovorom o njihovoj bolesti i problemom sa drogom. U slučaju jedne ispitanice bilo je ispisano velikim crvenim slovima preko njenog kartona „HIV+“ tako da su svi to mogli da vide. Ovo je učinilo da svi ostali pacijenti iz iste sobe zahtevaju da budu premešteni.

Predrasude o korisnicima droga i njihovim bolestima, u kombinaciji sa naporima da se sa njima provede što manje vremena, takođe rezultira, prema mišljenju ispitanica, površnim pregledom i nespremnosti da se čuje šta pacijentkinja ima da kaže i koji je zdravstveni problemi muče. Ispitanice često kažu da ovakvo postupanje dovodi i do pogrešnih dijagnoza.

Intervjuerka: A u drugim institucijama, bolnicama? A kad si išla na testiranje, je li te neko gledao drugačije zato što imaš tu narkomansku istoriju?

Kristina: Pa doktor opšte prakse da, to sam primetila. Ja sam rekla da me boli tu sa leve strane, a ona je meni rekla

da imam C hepatitis. Da bi ja otišla na gastroenterologiju, da bi videli da imam neku bakteriju, to jest sa leve strane kod jetre, ali nema nikakve veze sa C hepatitisom.

Intervjuerka: A kako bi tebi bilo lakše da se ona odnosi prema tebi?

Kristina: Pa da mogu da kažem da sam narkomanka. Zašto, ako sam narkomanka odmah moram da imam C hepatitis ili sidu. Donela sam i testove, sve sam uradila. I uvek mi da neke testove, neke ankete da popunjavam, ali opet, mora da bude prisnija. Kao i ginekolog što mora. To je nečija intima.

– Kristina, 1989.

Zbog izloženih iskustava, ispitanice koje su IKD ili su inficirane virusima HIV-om ili HCV-om, često kriju svoje probleme od zdravstvenih radnika, umesto da daju punu informaciju kako bi dobile najadekvatniji tretman. Štaviše, nekada dobiju i savet lekara ili drugog medicinskog osoblja da sakriju ove činjenice, ako žele da dobiju kvalitetniji tretman na porođaju.

Emina: Nisam kazala da imam hepatitis C, nisam kazala da sam narkomanka, jer sam znala da ću odmah u startu biti diskriminisana, kao što su par mojih prijateljica što su se porađale po 10 sati, sedele u sobi, kukale, plakale, pođe im dete, i ništa, pukne im, znači sve, niko ništa te ne dira, niko ne ulazi u sobu ne pita do samog čina, kad počne krv da ti curi niz noge, e onda te stave na sto.

– Emina, 1979.

Ispitanice ocenjuju da su najvažniji razlozi za ovakvo ponašanje zdravstvenog osoblja nedovoljno poznavanje zavisnosti od droga. One misle da problem leži u tome što medicinski radnici ne smatraju zavisnost bolešću, već je vide kao nemoralan životni izbor. Za žene se ovaj izbor smatra posebno nemoralnim, jer su one te koje rađaju decu i zato što bi, prema mišljenju rasprostranjenom među zdravstvenim osobljem, one trebalo da budu te koje pružaju drugima negu.

Intervjuerka: Kako se ponašaju prema tebi, kako si zadovoljna, da li te tretiraju jednako ko druge ili vidiš da je drugačije, zašto je drugačije?

Sandra: Što se drogiraš, tebi ne liči, ti si žena, majka treba da budeš, ti se drogiraš.

Intervjuerka: To ti pričaju tamo u domu zdravlja? Doktorka, sestra, ko?

Sandra: I doktorka i sestra, svi kad čuju da sam narkoman. „Ne razmišljaš o to dete, da l' će da ima posledice“, i tako, i samim tim te istužuje, i samo ih slušam.

– Sandra, 1987.

Zdravstveno osoblje koje pokazuje ovako pojednostavljene vrednosne osude i neadekvatno se odnosi prema ispitanicama, ne samo da pokazuje nerazumevanje zavisnosti, već ne poznaje ni društvene i ekonomske faktore koji su ih uveli u život droge i zdravstvenih rizika. Ovu zavisnost smatraju ličnom krivicom, pre nego društveno (i rodno) uslovljenim okolnostima kojima treba pristupiti sa posebnom pažnjom i senzibilnošću.

Ispitanice ocenjuju da brojni predstavnici zdravstvenih službi ne poznaju dovoljno načine na koje se prenose zarazne bolesti. One pretpostavljaju da bi se zdravstveno osoblje bolje ponašalo prema njima kada bi imalo više informacija o načinima prenošenja HIV i HCV infekcija.

Diskriminacija sa kojom se ispitanice susreću u kontaktu sa zdravstvenim institucijama rezultira izbegavanjem tih institucija i njihovih usluga u budućnosti, osećajem sramote i straha kada se pomoć traži, napuštanjem tretmana pre vremena, i prikriivanjem podataka o bolesti i problemima. Dalje, diskriminacija dovodi do neadekvatne nege koju ispitanice karatkerišu kao posledicu nespremnosti da se žene pregledaju i uslovljena je predrasudama o zdravstvenim problemima. Postoji više načina na koje se ova diskriminacija ispoljava i doživljava.

Potrebno je, na kraju, napomenuti da je, u odnosu na ostale zdravstvene ustanove, klinika za infektivne bolesti bolje ocenjena. U grupi ispitanica koje su bile u prilici da dobiju zdravstvenu uslugu ove klinike, preko 70% pozitivno je ocenilo kvalitet te usluge. Međutim, klinika za infektivne bolesti ipak se najčešće koristi za testiranje, a ne za zdravstveni. To je uglavnom zbog toga što je uslov za smeštaj u ovoj bolnici prestanak korišćenja narkotika.

Kako bi se izlečile od zavisnosti, one moraju da prođu kroz programe lečenja koji se sprovode u drugim institucijama koje imaju svoje probleme. U uzorku istraživanja bilo je 47 ispitanica koje su u nekom trenutku potražile pomoć ustanove za lečenje zavisnosti. U

razgovorima sa ispitanicama o prepoznavanju potrebe da se obrate ovoj vrsti institucije pojavila su se dva razloga na koje su najčešće ukazivale kao na razloge zbog kojih nisu potražili pomoć ovih ustanova. Jedan, već ranije naveden, jeste nedostatak neophodnih dokumenata i zdravstvenog osiguranja. Drugi je da se ovakav tretman beleži trajno u njihovom zdravstvenom kartonu i da se one plaše da ovo može u budućnosti ograničiti njihove mogućnosti za pronalaženje posla.

Alisa: Meni je najveći problem taj karton, jer sam ubeđena da sutra mogu da obavljam svoj posao bez obzira na problem koji sam imala, a zbog silnih predrasuda sigurno ga ne bih ni dobila. Oni su rekli da taj karton čak ni policiji nije dostupan, ja ne verujem iskreno u to. Ja verujem da su itekako umreženi. S druge strane, ja sam pričala sa mnogim ljudima koji su bili u Drajzerovoj kako funkcionišu, niko se nikada nije izlečio. Onda zašto da idem, čemu?

– Alisa, 1985.

Lečenje zavisnosti od droge je veoma komplikovano, pogotovo kada je u pitanju heroin. Fizičke i psihičke reakcije ispitanice opisuju kao veoma neprijatno iskustvo. Problemi sa kojima se susreću u vezi sa različitim programima odvikavanja najčešće se tiču količine lekova koje primaju, problema zavisnosti od metadona, cene implanta (blokatora), količine vremena koje moraju da provedu u lečenju i liste čekanja za pristupanje lečenju. Ispitanice koje su prošle iskustva lečenja od zavisnosti ukazale su na jednu veliku slabost ovih programa – zapostavljanje psihičkih aspekata i odsustvo adekvatne psihološke podrške. Ispitanice ukazuju na to da su i u ovim ustanovama izložene komunikaciji bez poštovanja, obeleženoj omalovažavanjem.

Ivana: Zato što sam, ja jesam narkoman, ali nama narkomanima niko konkretno ne može da... Ja znam da sve ide iz glave i da lečenje dugo traje, dve godine. Svega sam ja toga svesna, ali nijedna ustanova, niko nam ne prilazi na lep način da bi nas odgovorio od toga. Ja dođem u Drajzerovu, tako bedno doktorka razgovara sa mnom. Znači tako, samo što me ne izbaci ono kao, šta si kao opet došla. Doduše tri puta sam išla u Drajzerovu. Kao, šta si kao došla? Neće ni da me pogleda. Onako samo mi otprilike napiše neku terapiju i dođi sledeće srede.

– Ivana, 1980.

Nedostatak interesa i psihološke podrške veoma nepovoljno utiče na ispitanice. Zbog problematičnih veza sa partnerima, porodicom i života u siromaštvu, one često nemaju nikakav drugi oblik podrške u svom porodičnom i socijalnom okruženju. Naprotiv, one često moraju da savladaju otpore prisutne kod partnera ili drugih osoba iz okruženja sa kojima se suočavaju pri odluci da započnu odvikavanje. Utoliko pre im je potrebna podrška u instituciji u kojoj prolaze kroz program odvikavanja, a samo odvikavanje ne može biti uspešno ukoliko nije obuhvatno, ocenjuje veliki broj ispitanica. Gotovo 40% svih ispitanica je imalo neki oblik psihosocijalne podrške, pogotovo u postupku lečenja zavisnosti. Međutim, one su ocenile da je ovaj oblik podrške najčešće vrlo ograničen vremenski i neodgovarajućeg kvaliteta. Nezadovoljstvo kvalitetom te podrške proističe iz ponašanja psihoterapeuta, koje su ispitanice opisale kao nezainteresovanost i nepoštovanje, jer psihoterapeuti gledaju u telefon dok razgovaraju, pričaju sa svojom porodicom i kolegama u toku tretmana, gledaju na ispitanice sa gađenjem i arogancijom. Ukoliko bi želele da dobiju ovaj oblik podrške u dužem periodu, bilo bi potrebno da troškove snose same, a ocenjuju da je ovaj oblik terapije veoma skup, pogotovo u njihovim uslovima izražene finansijske oskudice.

5.3. Zaključak

Najvažniji obrasci izloženosti zdravstvenim rizicima su krvnim putem i seksualno prenosive bolesti, problematično reproduktivno zdravlje, povrede zadobijene fizičkim nasiljem i psihički problemi. Izloženost ovim rizicima je u velikom broju slučajeva uslovljena nedostatkom znanja o zaraznim bolestima, direktnom prinudom na rizično ponašanje, sistematičnim nasiljem partnera ili strahom od nasilnog ponašanja, samožrtvovanjem partnerki u ime lojalnosti prema partneru i slučajnim povredama pri baratanju priborom za ubrizgavanje.

Ispitanice imaju neadekvatan pristup institucijama zdravstvene zaštite zbog nepoverenja u zdravstvene institucije kao pružaoce usluga i pomoći. Tome doprinosi i strah da će pružaoци ovih usluga kontaktirati druge institucije kao što su policija i CSR. Osim toga, ispitanice često nemaju najosnovnija lična dokumenta, a i imaju iskustva diskri-

minacije u navedenim ustanovama, što dovodi do izbegavanja obraćanja ovim institucijama.

Iskustvo ispitanica sa pružaocima usluga zdravstvene zaštite je pretežno negativno zbog neprimerene komunikacije, stigmatizacije, i diskriminacije, kao i nedostatka programa odgovarajuće podrške, naročito psihološke pomoći.

6. Obrasci socijalnih rizika i usluge socijalne zaštite

Život obeležen drogom, bilo da je u pitanju zavisnost samih ispitanica, njihovih partnera ili oboje, izlaže ove žene i njihove porodice velikom broju socijalnih rizika. Pod socijalnim rizicima podrazumevamo one rizike koji vode pogoršanju socio-ekonomskog položaja, socijalnom isključivanju iz bitnih sfera društvene participacije, siromaštvu, poremećajima u odnosima sa bliskim osobama i onima iz šireg društvenog okruženja, kao i prekidu veza sa užom i širom zajednicom. Poznavanje socijalnih rizika od suštinskog je značaja za razumevanje celokupne situacije ispitanica koje su partnerke IKD ili i same korisnice droge. Usko fokusiranje pažnje na zdravstvene rizike, bez uzimanja u obzir složenih socijalnih rizika ne može da predvidi odgovarajuće mere podrške, posebno ako se imaju u vidu potrebe za rodno specifičnim uslugama. Stoga će u ovom poglavlju najpre biti ukazano na najvažnije socijalne rizike i socijalne probleme sa kojima se suočavaju ispitanice, da bismo potom usmerili pažnju na dostupnost i kvalitet različitih oblika pravne i socijalne zaštite.

6.1. Najvažniji obrasci izlaganja socijalnim rizicima

Socijalni rizici sa kojima se suočavaju ispitanice ne razlikuju se mnogo između onih koje su i same IKD i onih koje nisu i obuhvataju sledeće:

- Siromaštvo i materijalnu deprivaciju;
- Isključivanje sa tržišta rada i angažovanje u neformalnim i nelegalnim aktivnostima;
- Sukob sa zakonom;
- Problemi u porodičnim odnosima i porodične disfunkcionalnosti;
- Izloženost nasilju u porodici i izvan nje;
- Socijalna diskriminacija, isključivanje iz zajednice i socijalna izolacija.

O većini navedenih rizika već je bilo reči u prethodnim poglavljima, kada su izlagani nalazi istraživanja u vezi sa porodičnom i socijalnom genezom sadašnjih problema, partnerskim odnosima, načinom života i zdravstvenim rizicima. Stoga će neki od rizika biti samo sažeto razmotreni u ovom poglavlju. Cilj je, pre svega, da se ovde na sistematski način pregledaju najvažniji socijalni rizici, njihova međupovezanost, na osnovu čega se mogu bolje sagledati i dostupni oblici podrške za date rizike i probleme.

6.1.1. Siromaštvo i nezaposlenost

Već smo na početku studije ukazali da većina ispitanica živi u uslovima izraženog finansijskog siromaštva i materijalne deprivacije. Opet, većina ispitanica ovakvim uslovima života bila je izložena i pre nego što je zasnovala vezu sa partnerom koji je IKD ili pre nego što je i sama postala IKD. Život sa drogom dodatno pogoršava materijalnu situaciju u kojima se nalaze ispitanice. Čak i one koje nisu pripadale siromašnim i marginalizovanim grupama pre nego što su postale IKD, nakon višegodišnjeg konzumiranja droge i promene ukupnog načina života, iskusile su značajno ekonomsko propadanje.

Faktori koji utiču na pogoršanje socio-ekonomskog položaja ispitanica su višestruki: visoki troškovi nabavke supstanci, nesigurna zaposlenost ili nezaposlenost, prekid u podršci porodice i drugih bliskih osoba, nesposobnost ili namerno izbegavanje da se zatraži socijalna pomoć, boravak u zatvoru i sl. Dakle, siromaštvo i materijalna deprivacija javljaju se i kao prethodnica ali i kao posledica života obeleženog konzumiranjem droge.

Svakodnevni život u siromaštvu koji opisuju ispitanice tokom intervjua ukazuje na brojne aspekte nepovoljnih uslova života:

- Stambeni uslovi u većini slučajeva krajnje su neuslovni i podrazumevaju život u objektima koji nisu namenjeni stanovanju, premali stambeni prostor za datu veličinu porodice, neadekvatnu infrastrukturu (nekada nemaju ni električne struje ili su povezani „divlje“ na struju, nemaju snabdevanje vodom iz gradskog vodovoda, kanalizaciju i sl.), neadekvatno grejanje zbog koga pojedine ispitanice žive u veoma teškim uslovima tokom zime.

- Nedovoljna sredstva za život se odražavaju i na neadekvatnu ishranu ispitanica, ali što je još problematičnije, njihove dece. Više ispitanica je istaklo kako im deca odlaze u školu gladna, kako ponekad imaju samo jedan obrok dnevno, kako u ishrani nemaju raznovrsne namirnice (npr. jedini obrok danima im budu skuvani rezanci ili skuvani krompir) i sl.
- Materijalna deprivacija ispoljava se i kroz nemogućnost da se adekvatno održava lična i higijena stambenog prostora, da se nabave odeća i obuća za sebe i decu, da se nabave knjige i pribor za školu i sl. O nekim drugim potrebama, koje su važne za kvalitet života (nabavka uređaja u domaćinstvu, godišnji odmori i putovanja, kulturna potrošnja), ove ispitanice ni ne razmišljaju.

Intervjuerka: Od čega živite? Kako bi ti ocenila finansijsku situaciju u kući? Je li se dešava da nemate dovoljno za ceo mesec?

Sanja: Ne da se dešava, nego ti je konstantno. Sinoć moj sin mi priča kako će danas da kupi pljeskavicu i da sedne i da je jede i baš ga briga! Mislim, jadno dete! Danas ima pismeni iz engleskog, on je otišao gladan. On sinoć nije večerao, on jutros nije doručkovao i danas treba da radi pismeni. Kad platimo račune, komunalno, telefon, internet, kablovsku, pa preko toga obezbeđenje za školu, ekskurzija, ne znam šta se sve za školu još plaća, nama ne ostane ma šest hiljada dinara. Pa sad aj ga ti rastegni na nas troje na 30 dana. To je nemoguće.

– Sanja, 1973.

Već je ranije ukazano da za veliki broj ispitanica socijalna pomoć predstavlja jedan od najvažnijih, a nekada i jedini izvor sredstava za život. Međutim, mnoge od njih nisu informisane na koji način mogu da ostvare socijalnu pomoć, ili koje sve oblike socijalne pomoći mogu da dobiju. Pored toga, problem se javlja i u tome što često ne poseduju potrebna dokumenta na osnovu kojih mogu da potražuju socijalnu pomoć. Treća vrsta problema u ovom aspektu javlja se u slučajevima kada ispitanice imaju „problematične odnose“ sa lokalnim centrom za socijalni rad (zbog pokušaja oduzimanja starateljstva nad decom i sl.), pa se ispitanice pribojavaju da uopšte dolaze u kontakt sa ovom institucijom i stoga ni ne traže socijalnu pomoć. Ilustrativan

je primer ispitanice koja prima dečiji dodatak samo za dvoje dece od petoro, upravo zbog toga što se plašila da prijavi preostalo troje dece, jer je zbog supruga koji je IKD i lošeg materijalnog stanja, centar za socijalni rad već pokušao da joj ospori starateljstvo za dvoje najstarije dece. Ovakvi slučajevi ukazuju na to da zbog nepoverenja u institucije i neadekvatnog odnosa službenika tih institucija prema njima (u komunikaciji službenika CSR i ispitanice iz prethodnog primera, prema njenom svedočanstvu, korišćene su pretnje i zastrašivanja), ispitanice ne ostvaruju adekvatno svoja socijalna prava.

6.1.2. Isključivanje sa tržišta rada i angažovanje u neformalnim i nelegalnim aktivnostima

Isključivanje sa tržišta rada važan je faktor siromaštva i materijalne deprivacije, a predstavlja problem sa kojim se suočio veliki broj ispitanica. Među ispitanicama zabeležena su vrlo različita radna iskustva: od onih koje su bile zaposlene u formalnom sektoru, na boljim radnim mestima, preko nestabilnih zaposlenja u proizvodnom i sektoru usluga, gde se najčešće radi „na crno“, preko marginalizovanih neformalnih aktivnosti, kao što su prodaja na pijaci, ulici, sakupljanje sekundarnih sirovina, do nelegalnih aktivnosti poput seksualnog rada.

Konzumiranje droge, posebno u fazama poodmakle zavisnosti, onemogućava ispitanice da obavljaju radne aktivnosti na adekvatan način i otežava mogućnost da prikriju simptome zavisnosti. U takvim uslovima one često dobiju otkaz, ili se same povuku, zbog osobe koja ih je preporučila za posao, netrpeljivosti okoline ili jednostavno, nesposobnosti da funkcionišu na način koji taj posao zahteva.

Intervjuerka: Zašto si ostala bez poslednjeg posla, da li si sama dala otkaz ili... Šta se desilo?

Saška: Zbog heroina. Nisam mogla više da funkcionišem, videlo se već na meni, videlo se da ne dolazim normalna na posao. Znalo se to. Svojevoljno sam otišla.

– Saška, 1979.

Ponovno uključivanje na tržište rada, pre svega u periodima kada su prestale da injektiraju drogu, kada nastoje da povrate svoj život, biva gotovo nemoguće. Sa jedne strane, realno stanje na tržištu rada nudi male šanse za zaposlenje generalno, a njihove šanse su dodatno smanjene kada su bez kvalifikacija, kada se ponovo vraćaju konzumu-

miranju droge (što je čest slučaj), kada su zaražene virusima HIV ili HCV a potrebno je da prođu sanitarnu kontrolu, ili kada se „pročuje“ da su IKD, da su udate za IKD ili da su bile u zatvoru. Opet, pojedine ispitanice pokazuju suštinsku nespремnost da se zaposle u nestabilnim, nisko plaćenim poslovima, sa predugim radnim vremenom, nesigurnog trajanja.

Upotreba droge mnoge je sprečila da završe škole ili fakultete, zbog čega su i njihove šanse da pronađu stabilnije zaposlenje niske.

Mira: Škola, imam samo jedan razred, nemam školu i tako...

Intervjuerka: Znači ti nikad nisi išla u školu?

Mira: Bila sam jedan razred, kao danas sam završila prvi, kupila mi mama knige za drugi razred, kao ekstra sam prošla da idem u drugi, ona ujutru pobegne, a ja ostanem.

– Mira, 1978.

U nemogućnosti da se zaposle, a pod pritiskom nabavke droge i obezbeđivanja egzistencije domaćinstva u uslovima siromaštva, mnoge su rešenje pronašle u seksualnom radu. Neke od ispitanica su počele da se bave seksualnim radom zbog toga što nisu pronašle nikakvu drugu mogućnost da izdržavaju sebe i decu.

Najčešće, ipak, seksualni rad ide zajedno sa konzumiranjem narkotika. Ova dva socijalna rizika međusobno se podržavaju, stvarajući tako začarani krug iz koga žene sa ovakvim iskustvima vrlo teško izlaze. U nekim slučajevima žene prvo počinju da se bave seksualnim radom (ponekad i uz prinudu partnera i nasilje), a droga se počne konzumirati kao sredstvo koje treba da otkloni psihičke tegobe žena zbog seksualnog rada.

Goca: Pa on me terao, ja sam se mnogo plašila i onda sam pristajala. Zato što me za svaku sitnicu tukao, maltretirao... Daju mi te bensedine i onda sam ošamućena ceo dan, ne znam ni šta radim.

Intervjuerka: A nisi.... Da l' si možda razmišljala, kao što si nekad bežala od kuće, da pobegneš i od toga? Šta si o tome mislila?

Goca: Plašila sam se njega. Onda kad je ono, kad sam ušla u taj posao, upoznala tamo devojke, one me učile da bežim, ali nađe me, uhvati me i onda me pretuče, i opet isto.

– Goca, 1978.

U drugim slučajevima, ispitanice počinju da se bave seksualnim radom u trenutku kada više nisu u mogućnosti da nabave novac za drogu drugim putevima (povremenim radom, neformalnim angažovanjem u skupljanju otpada i sl.).

Intervjuerka: To što se baviš prostitucijom, da li je to tvoj izbor ili..?

Radmila: Moj izbor. Moj izbor zbog gudre, da se ne guriram to nikad u životu ne bih uradila. Da nisam drogirana nikad ne bih mogla da stanem (na ulicu).

Intervjuerka: A kako posmatra on (dečko) to što ti radiš na ulici? Je li nije ljubomoran?

Radmila: Ne. Nije ljubomoran, jer ja tog čoveka (mušteriju) gledam kao novčanik koji ću da istresem i to je to. Kod nas se zna brate šta je za pare, a šta je iz ljubavi. Nema greške.

– Radmila, 1984.

Pojedine žene odlučile su se za seksualni rad kao manje opasnu aktivnost, nakon što su prethodno nabavljale sredstva za narkotike vršenjem krivičnih dela (krađe, preprodaje droge), zbog kojih su prošle kazne zatvora.

Koji god da je obrazac u pitanju, seksualni rad i upotreba droge se međusobno podržavaju i reprodukuju ovaj način života. Angažovanje u seksualnom radu povećava rizike od izloženosti nasilju.

6.1.3. Sukob sa zakonom

Zbog angažovanja u nelegalnim aktivnostima, poput seksualnog rada, krađe, preprodavanja droge, ispitanice dolaze u sukob sa zakonom. Međutim, ispitanice često dolaze u sukob sa zakonom i zbog uključenosti partnera u kriminalne radnje. Prema nalazima istraživanja, čak 61 ispitanica je imala iskustvo hapšenja, privođenja, a 49 ispitanica je bilo uključeno u sudske procese. Najčešći razlog za hapšenje je posedovanje droge, a zatim krađa, seksualni rad, tuče i razbojništva, a u tri slučaja i ubistvo.

Pojedine ispitanice su prvi put iskusile privođenje kao maloletnice i to u veoma ranom uzrastu.

Intervjuerka: Da li si bilo kada bila hapšena ili privođena?

Sofija: Jesam.

Intervjuerka: U kojim situacijama je to bilo?

Sofija: U situacijama... Radila sam tu prostituciju, kako se to kaže. Radila sam 5–6 dana. Nisam navikla.

Intervjuerka: Je l' bilo nekih neprijatnosti?

Sofija: Pa bilo mi je, plakala sam kad sam to počela da radim. Nisam navikla to da radim. Bilo mi je baš nezgodno.

...

Intervjuerka: Znači, pet dana si tako išla i u kom trenutku te policija privela?

Sofija: Pa lepo tu me zaustavili, uzeli mi podatke, odveli me u stanicu, posle u dom. Onda je moja mama došla da me vadi iz doma. Pitala me šta sam radila. „Ma neko sranje sam napravila.“ Nisam smela da joj kažem.

Intervjuerka: Pre koliko godina je to bilo?

Sofija: Kad sam imala 12 godina.

– Sofija, 1994.

Neke ispitanice su bile privođene više puta, zbog različitih prekršaja i krivičnih dela.

Zatvorske kazne su samo nova karika u procesu socijalnog isključivanja ispitanica. One ih udaljuju od dece i porodice, privremeno „skidaju sa droge“. Međutim, po izlasku iz zatvora, one se najčešće brzo vraćaju konzumiranju droge, a njihove šanse za ponovno uključivanje u zajednicu, socijalne mreže, na tržište rada, bivaju sve slabije.

6.1.4. Porodični problemi

Kao što smo pokazali u prvom poglavlju, porodični problemi javljaju se i kao važne determinante uspostavljanja sadašnjeg načina života. Međutim, porodične disfunkcije, konfliktni odnosi, ispoljavanje nasilja, ugrožavanje životnih šansi dece i stvaranje uslova za intergeneracijsku reprodukciju modela ponašanja i socijalnih rizika, važne su posledice života sa drogom. Porodični problemi ispoljavaju se na brojne načine: kroz nestabilnost porodičnih odnosa, česte razvode, promene partnera, sukobe i nasilje u porodici, neadekvatnu brigu o

deci i gubitak starateljstva nad decom, prekidanje veza sa roditeljima i drugim članovima porodice porekla.

O nestabilnim porodičnim odnosima i nasilju u porodici već je bilo više reči u prethodnim poglavljima, pa ćemo ovde ukazati više na one aspekte koji do sada nisu bili detaljnije prikazani. Neadekvatna briga o deci i pružanje modela ponašanja koje deca kasnije sa velikom verovatnoćom mogu da nastoje da reprodukuju predstavlja teške posledice života sa drogom i porodičnih disfunkcija. Roditelj koji je IKD, najčešće nije u stanju da pruži adekvatnu brigu o deci. Kada majka nije IKD, ona će često preuzeti gotovo svu brigu o deci. Ipak, kada se pojavi potreba da otac privremeno preuzme brigu o deci, to može biti ugrožavajuće.

Nataša: Pa, jednom, pošla sam u socijalno da overim njegovu (suprugovu) zdravstvenu knjižicu, trebao je da ide u Toponici na lečenje. On je ostao sa devojčicom kući. I on se uradio dok sam ja bila u socijalno. Kad sam došla, ne znam on koliko je skuvao, možda tri grama, ko zna, ne znam, ali je pre toga uzeo bensedine i kad sam naišla na vrata on je potonuo. Ja sam prvi put to videla u životu. Samo sam se onako, znaš, razdrala i on se osvestio. On mi kaže da sam zakasnila pet minuta, možda bi overio. Sreća što je devojčica bila sedela na komodi, otključana su i vrata bila, moglo je dete na ulicu da mi izađe.

Intervjuerka: A je li te strah da bi ta situacija sa malečkom mogla da se ponovi?

Nataša: Posle toga nikad ga nisam ostavila sa devojčicom.

– Nataša, 1974.

Pored neadekvatne brige i zanemarivanja, u ovakvim porodicama problem predstavlja već to što deca prisustvuju scenama konzumiranja droge, apstinencijalnih kriza, sukobima, izmenjenim psiho-fizičkim stanjima roditelja. Uz sve to, često je prisutno i nasilje nad decom.

Lela: Dvanaest godine je Mina (ćerka) imala, znači to je bilo pre godinu i po dana, kad je došo (muž). Metadon je ujutru popio, pa je onda ispušio travu, pa je na pijaci ispio, šta ja znam koliko alkohola je ispio, pa znači kombinacija i plus tablete na sve to. Onda je došao kući agresivan, odvratn,

to moram da kažem. Ja, ova najstarija i ova najmlađa smo bile kod kuće. Onda je počela svađa, da se dere, da psuje, da vređa, da maltretira... I onda je, šta je u jednom trenurku uradio, da se skinuo go, ko od majke rođen i onda je stao ispred najstarije (počinje da plače)... sad ću...stao ispred deteta i onda reko evo ti kurac, evo ti ovo, eno ti ono. Dete je počelo da vrišti, uhvatila se za oči, onda sam ja stala između, gurala, pomerala u wc da se obuče, ova mala je vrištala, to su traume. E od tog događaja se meni preokrenulo. Otac treba da bude neki uzor, a on je sve nešto najgore.

– Lela, 1977.

Izloženost takvom nasilju povećava šanse da deca kasnije u životu reprodukuju ili uloge nasilnika ili, kada su u pitanju devojčice, najverovatnije uloge žrtve. Neke od ispitanica prepoznaju ovakve rizike, ali ne preduzimaju korake da ovakve probleme otklone.

Takođe, prisustvo i izloženost posledicama uzimanja droge jednog ili oba roditelja, povećava šanse dece da i sami postanu korisnici droge.

Deca u ovakvim porodicama su osujećena u mogućnostima da ostvare bolja postignuća u svom životu. Ona ne mogu da se posvete učenju, ostvare dobar uspeh u školi, jer ih za takve izbore roditelji ne motivišu, a porodična situacija nikako ne predstavlja podršku za školske uspehe i uopšte kvalitetniji život dece.

Slađana: Dok, evo sada, moje dete sve o tome zna. Nažalost, na najgori mogući način, ali zna.

Intervjuerka: Koliko ima godina?

Slađana: 16.

Intervjuerka: Kako je on rastao?

Slađana: Stresovi, non-stop stresovi. To su bile naše svađe, jer ja to u trenutku planem, ja i on naravno, i već se tad nisam kontrolisala da li je dete prisutno ili ne. Ja sam stalno plakala, dete je to videlo, ali sve je znao. Ja sam pričala, ja sam pričala i pred njim, valjda iz straha da to posle i sa njim ne doživim. Bilo me je strah, stvarno. Koliko puta pođe u školu i počne da plače, ja odem sa njim i zamolim učitelja da ga ništa ne pita jer je u kući bio neki problem, jer on je bio tu prisutan dok smo se mi svađali. Ako je nešto dobro iz toga

ispalo, dete prezire drogu. Besan je na oca. Žao mi je zbog toga što je tako. Neće da mu ide u posetu, ne želi uopšte da ide da ga vidi. Evo, više od godinu dana mu nije otišao u posetu u zatvor.

– Slađana, 1977.

Zbog navedenih problema kojima su deca u porodicama IKD izložena, oduzimanje starateljstva se često javlja kao ishod. Deca majki IKD se često oduzimaju odmah nakon porođaja. Veliki broj ispitanica ukazao je na to da bar neko od njihove dece ne živi sa njima. Deca su ili ostala da žive sa očevima, ili žive sa bakama i dekama, ili su smeštena u ustanove za decu bez roditeljskog staranja i hraniteljske porodice. Ispitanice gotovo redom osećaju bol i patnju zbog razdvojenosti od dece i veoma retko procenjuju da nisu bile u stanju da pruže deci adekvatnu brigu, te da je možda bolje da deca ne rastu uz njih.

Prekid porodičnih odnosa odvija se i u suprotnom smeru – prema porodici porekla. Veoma često roditelji ispitanica, kao i roditelji njihovih partnera, osuđuju način života. Ovi drugi čak često optužuju ispitanice da su odgovorne za problem konzumiranja droge koji imaju njihovi sinovi. Do prekida odnosa sa porodicom porekla nekada dolazi zbog ogorčenosti, ljutnje i nemoći roditelja da ih izvuku iz ovakvog života, nekada zbog nezainteresovanosti roditelja ili nespremnosti da investiraju svoje emocionalne i druge napore u probleme svojih ćerki, a nekada same ispitanice prekidaju ove odnose u nameri da umanje bol roditelja zbog njihovog načina života.

6.1.5. Izloženost nasilju

Zbog načina života koji vode, a koji podrazumeva kontakte sa preprodavcima droge, seksualni rad, uključivanje u kriminalne aktivnosti, kretanje u krugovima u kojima interes za nabavkom droge, odnosno novca za njenu nabavku, dominira povezivanjem između ljudi, odnos ispitanica sa širim socijalnim okruženjem ispunjen je povećanim rizicima od nasilja. Ovde je dakle reč, ne o nasilju koje se odvija u porodici, već o nasilju koje prema ispitanicama počinu osobe iz njihovog okruženja (preprodavci droge, saradnici u kriminalnim aktivnostima, „konkurenti“ na tržištu seksualnih usluga i dr.).

U situacijama koje su posebno rizične, kao što je boravak u zatvoru, ulazak u šire okruženje korisnika, seksualni rad, sukob sa poli-

cijskim službama, ispitanice su često bile izložene psihičkom, fizičkom i seksualnom nasilju. Zabrinjavajući je podatak da je čak 66 ispitanica bilo izloženo nekom obliku fizičkog nasilja u svom širem okruženju, 62 nekoj formi psihičkog nasilja (vređanje, pretnje, zastrašivanje i sl.), 24 je iskusilo seksualno nasilje (najčešće u formi silovanja), a 36 ekonomsko (u obliku pljačke, otimanja novca i drugih stvari).

Jovana: To je bilo kad sam imala možda 13 godina.

Intervjuerka: Je l' to bilo silovanje?

Jovana: Nije silovanje, uperio mi je pištolj i kao, ajde, kao, ne budeš li to uradila, pucaću ti u usta i nemam pojma. Uperio, uperio pištolj u mene i kao ne budeš li to uradila, to ti sleduje.

Intervjuerka: Pa ko je to bio?

Jovana: Jedan stariji lik, koji je držao striptiz bar.

– Jovana, 1990.

Intervjuerka: A je l' se dešava da te vređaju ili tako nešto?

Elizabeta: Pa ima, ima.

Intervjuerka: Ima?

Elizabeta: Ima, ima, da izvinete na izrazu „ajde kurvo, znam da voliš to“, mada meni kuva, a šta ću kad moram, onda mu prećutim i šta ću.

– Elizabeta, 1979.

Intervjuerka: Da li Vas ponekad nateraju na nešto što Vi ne želite?

Milena: Jednom sam imala, jednom sam imala baš problem. Znači, bilo mi je oko mesec dana naflekisano, tuko me, na obrenovačkom putu. Nit znam ko, nit znam šta. Uzo mi telefon, imala sam nekih dve hiljade dinara i on mi dao hiljadu, znači to je tri hiljade, telefon, digitalni aparat.

Intervjuerka: Kako je to počelo? Je l' on odjedanput počeo na Vas da viče?

Milena: Ne. Jednostavno, biću direktna, ako može.

Intervjuerka: Može.

Milena: Ja sam ga pušila i on me je odjednom udario u glavu, u oko, počeo da me vuče po šiblju, po granju, i onda je dalje počeo nogama da me šutira, da me udara pesnicama.

Intervjuerka: I onda Vas je ostavio tu?

Milena: Da.

Intervjuerka: Kako ste Vi uspjeli da se snađete?

Milena: Onda ustanem, obrišem se, zamolim da stanu, da me odvezu do bilo koje stanice prve, i onda uhvatim autobus.

– Milena, 1975.

Zbog nepoverenja u institucije zaštite (o kome će biti više reči u narednom delu), i ne samo nepoverenja nego vrlo često i sukoba zbog vršenja prekršajnih ili krivičnih dela, prethodnih privođenja, hapšenja ili, jednostavno, zbog toga što u ovim krugovima postoji svojevrsna potkultura neprijateljstva prema policiji i drugim državnim organima, ove žene razvijaju mehanizme samozaštite. Nekada se oslanjaju na zaštitu partnera. Međutim, s obzirom na to da su njihovi partneri injektirajući korisnici droge, oni nisu dovoljno dobra zaštita. Nekada se oslanjaju na pomoć poznanika i prijatelja, a najčešće same razvijaju mehanizme samozaštite. Ovi mehanizmi se sastoje u odbijanju nezaštićenih seksualnih odnosa pri seksualnom radu, ad hoc psihološke procene klijenata, opreznog kretanja kroz krugove poznanika i preprodavaca droge.

Jelena: Znaš kako, ti već kad sedneš kod njega u kola, ti bre već vidiš da l' je on, mislim, kreneš priču ti, cena kao, cenkaš se, pričaš ovo-ono, ti već vidiš da l' je on bre, kreten ili je neki znaš. Čim on meni mnogo „cico, maco, kuco“, pusti ti to mene, znači ono, piči ti dalje. Ili kad hoće da ide u sobu, kad mu ja kažem: „Nije problem, evo imam ja sobu tu malo gore.“ „Ne, ne ali, ja bih u moju...“ „Vidi, razumem ja da se ti plašiš, ali plašim se i ja!“ Znači, nema šta. Jer ja stvarno, sad ne mogu da grešim dušu, možda ne radim dugo i to pa ne znam. Pa nisam imala loša iskustva. E sad, neke devojke su imale...

– Jelena, 1982.

Ipak, činjenica da su u ovolikom procentu izložene vrlo različitim i učestalim oblicima nasilja u okruženju, ukazuje na to da ovi mehanizmi samozaštite nipošto nisu dovoljni.

6.1.6. Isključivanje iz socijalne zajednice

Sve ispitanice susreću se redovno sa problemima stigmatizacije i diskriminacije. Nekada su ovakvim oblicima ponašanja iz šire zajednice izložene zbog toga što okolina zna ili sumnja da su IKD, nekada zbog toga što su Romkinje, nekada zbog toga što su siromašne, neobrazovane, a često i zbog više navedenih razloga. Ta iskustva doživljavaju na ulici, u javnom prevozu, u drugim javnim prostorima. Ovakva iskustva vode njihovoj isključenosti iz društvene zajednice, povlačenju i nekad samoizolaciji.

Intervjuerka: Šta bi ti iz današnje perspektive ocenila kao najveće probleme u životu? Šta ti je najteže?

Ana: Pa najteže mi je to za dete, što nije sa mnom. Onda drugo, materijalna situacija.

Intervjuerka: I šta još?

Ana: Pa ti neki međuljudski odnosi. Te neke diskriminacije bez potrebe. Mislim, svaki čovek je čovek. Pa i među Srbima imaš ljude koji su loši. Svako žito ima kukolja, je l' tako. Da nije te neke rasne diskriminacije, ja mislim da bi svet bio mnogo bolji. Mnogo bolji, mnogo.

– Ana, 1986.

Potreba za socijalnim mrežama podrške je velika, a njihovi krugovi iskrenih prijatelja suženi.

U svetu droge, odnosi se temelje velikim delom na funkcionalnosti sa stanovišta mogućnosti lakšeg pribavljanja droge ili sredstava za njenu kupovinu i upotrebu. Pokidane veze sa okruženjem izvan sveta droge dalje potiskuju ispitanice u socijalnu isključenost i kretanje u uskom marginalizovanom krugu.

Ana: Pa ono, sama sam sad. Nemam nikog. Oslanjam se na sebe i to je to. Nemam kome ni da se obratim, ni ništa.

– Ana, 1986.

Takav stepen isključenosti predstavlja otežavajuću okolnost za bilo kakve programe podrške, posebno u uslovima kada oni nisu dovoljno pristupačni, kvalitetni ni rodno osetljivi.

6.2. Iskustva sa institucijama socijalne zaštite i pravosuđa

Odnos ispitanica sa ustanovama socijalne zaštite i pravosuđa znatno je složeniji nego što je odnos sa institucijama zdravstvene zaštite. Ove institucije često se ne vide kao potencijalni izvor podrške, već kao pretnja, kao izvor sankcija, kažnjavanja. Mišljenja su više podijeljena kada je u pitanju centar za socijalni rad, dok se pravosudne ustanove u glavnom vide u negativnom svetlu. Da bismo bolje osvetlili odnos ispitanica i institucija, tokom intervjua smo posebno obratili pažnju na njihova iskustva sa centrima za socijalni rad, nacionalnom službom za zapošljavanje, ustanovama za zbrinjavanje dece bez roditeljskog staranja, humanitarnim i drugim nevladinim organizacijama koje pružaju socijalnu podršku. Kada su u pitanju pravosudne institucije, ispitanice su ukazale na svoja iskustva sa policijom, sudovima, popravnim domovima i zatvorima.

Odnos između navedenih institucija i organizacija i ispitanica treba sagledati stoga dvostruko:

- Kolika je pristupačnost tim institucijama i kvalitet usluge onda kada se javljaju kao podrška;
- Kakvom su tretmanu izložene ispitanice onda kada se institucije javljaju u ulozi sankcionisanja ponašanja ispitanica.

Ove aspekte treba imati u vidu kada se prate iskustva i zapažanja ispitanica o posebnim institucijama socijalne zaštite i pravosuđa. No, pre nego što posvetimo pažnju pojedinačnim tipovima institucija, potrebno je navesti neke opšte nalaze istraživanja.

Generalno, ispitanice se veoma retko obraćaju institucijama i organizacijama za bilo kakvu podršku. Razlozi za to su višestruki: one često nisu ni informisane o osnovnim mogućnostima zaštite koje bi mogle potražiti od različitih institucija, niti o procedurama putem kojih bi mogle da ostvare neka prava iz socijalne zaštite. One često iskazuju veliku grižu savesti i osećaj krivice za situaciju u kojoj su se našle, pa ih je sramota da potraže pomoć i nekad je implicitno, a nekad eksplicitno prisutan stav da one pomoć nisu ni zaslužile. Veliki praktičan problem u pristupu merama podrške predstavlja i nedostatak ličnih dokumenata koji je svojstven velikom broju ispitanica.

Zbog navedenih okolnosti, u ovoj grupi snažno je razvijena potkultura samozaštite. S obzirom na veliki broj rizika kojima su izložene, a istovremeno i veliku socijalnu isključenost i nedostupnost podrške od institucija i širih mreža socijalne podrške, ove žene su primorane da same pronalaze rešenja za svoje probleme ili, eventualno, da se oslone na izrazito mali broj osoba iz svog neposrednog socijalnog okruženja.

Intervjuerka: Vidim da štitiš druge ljude i pomažeš im.
A ko će tebe da zaštiti, ko će tebi da pomogne?

Jovana: Pa definitivno ja.

– Jovana, 1985.

Drugo važno zapažanje odnosi se na njihovu potrebu da budu tretirane sa profesionalizmom i poštovanjem.

Alisa: Otišla sam u Kotor kod drugarice na neko vreme kad sam ostala bez posla, pa su me tamo zavobile časne sestre. Bio je neki seminar joge, pa su ljudi koji se bave jogom bili smešteni u samostan. Pa su me i oni ljudi baš zavoleli. Znali su za moj problem, bar ovi instruktori i časne sestre. Najveći kompliment mi je bio od časne sestre Milice koja me je pozvala da se zamonašim i koja je rekla: „U očima vidim da si fino dete“. I što je najluđe, jesam dobar čovek.

– Alisa, 1985.

Više puta je tokom intervjuja bilo istaknuto zapažanje da su one svesne da kada naprave određen prekršaj treba za to da budu sankcionisane, ali da se to sve može sprovesti pod bitno drugačijim uslovima, uz daleko bolji odnos.

6.2.1. Iskustva sa institucijama socijalne podrške

Institucije socijalne podrške sa kojima su ispitanice dolazile u kontakt su centri za socijalni rad, službe za zapošljavanje i domovi za decu bez roditeljskog staranja. Pogledaćemo koliko se žene iz uzorka obraćaju ovim institucijama i kakva su iskustva stekle u tim prilikama.

Interesantno je da je, uprkos izloženosti velikom broju socijalnih rizika ispitanica, manje od polovine (47) uopšte dolazilo u kontakt sa centrom za socijalni rad (CSR). To je značajno manje nego kad je u

pitanju policija sa kojom iskustvo ima 66% ispitanica. Veći broj ispitanica koje su bile u kontaktu sa CSR ocenjuje svoje iskustvo sa ovom institucijom kao negativno (19 negativnih prema 15 pozitivnih ocena i 8 neutralnih).

Podaci iz istraživanja ukazuju da je velikim delom ova niža učestalost kontakata sa CSR od očekivane posledica nedovoljne informisanosti ispitanica o mogućnostima ostvarivanja različitih socijalnih prava, a posebno onih koja se odnose na materijalnu pomoć i podršku porodici sa problemima.

Intervjuerka: Da li primete neku socijalnu pomoć?

Manuela: Ne, ne primamo. Mada je on državljanin Srbije, možda bi on trebao neku pomoć? A gde to se ide? Je li možeš da mi kažeš?

– Manuela, 1981.

Intervjuerka: A socijalnu pomoć da li ste probali da ostvarite?

Sandra: Nismo probali socijalnu pomoć, jer znamo da neće da nam daju, jer znaju da smo narkomani.

Intervjuerka: Jeste to čuli da ne daju narkomanima?

Sandra: Da, neće niko narkomanu da izađe u susret, to i vi sami znate, pogotovu sad, nismo ni bili.

– Sandra, 1987.

Pokazuje se često, da čak i kada dođu u kontakt sa CSR, ispitanice ne bivaju informisane dovoljno detaljno i precizno o pravima i procedurama. Moguće je da one dobiju neka obaveštenja, ali da ta obaveštenja nisu prilagođena obrazovnom nivou i iskustvima ispitanica. Opisi iskustava ispitanica sa CSR, ostavljaju utisak da se nepoverenje i odbojnost prema ovoj instituciji pre svega razvija zbog iskustava vezanih za nadzor nad roditeljskom funkcijom ispitanica i oduzimanjem starateljstva nad decom. To je jedna od ključnih linija sukobljavanja između njih i osoblja centra.

Intervjuerka: Je li ti neko od njih objasnio to tačno šta ti možeš da dobiješ, koju vrstu pomoći, pod kojim uslovima?

Sanja: Niko mi je nije ništa objasnio! Evo, k'o sad ja što pričam sa tobom, da si ti dobra, normalna, opušteno pričam

s tobom, to kod njih nema. Znači, ona, aaaa, odma' se dere, znaš, na tebe....

Intervjuerka: A je l' ti pitaš ili se plašiš?

Sanja: Ne plašim se, na primer, plašim se zbog dece, da mi ne oduzmu decu, jer ona meni rekla, kaže.... Nije mi rekla direktno, k'o sad ja tebi što pričam, ona meni kaže, kao: „A šta misliš da ti oduzmu decu?“.

– Sanja, 1980.

U opisivanju iskustava sa CSR, ispitanice ukazuju na različite probleme u komunikaciji sa osobljem CSR i navode izvesna iskustva koja ocenjuju kao neadekvatno postupanje službenika. Najčešće se pritužbe odnose na način na koji se sprovodi postupak odvajanja dece od majki nakon oduzimanja starateljstva. Ovo je istaklo više ispitanica kojima su bebe oduzete odmah nakon porođaja, bez dovoljno objašnjenja, bez ikakve psihološke podrške i brige o njihovom stanju i osećanjima nakon ovog razdvajanja.

Milena: Ne, nisu. Nisu mi ni rekli da je detetu dobro, nego sam ja otišla tamo da ga vidim. Pošto sam ja odlazila u bolnicu, viđala sam ga. I otišla sam da ga vidim i onda su mi rekli da dete nije tamo, da je dete u domu.

Intervjuerka: Niko te nije kontaktirao?

Milena: Ne. A imali su moj broj telefona. Znači kad je detetu trebao pampers, vlažne maramice, oni su me zvali, ali kad su ga prebacili u dom, ne. Nisu me zvali tad. Baš sam se tad loše osećala.

– Milena, 1986.

Iz opisa ispitanica je indikativno da kontakt sa CSR i način na koji će se komunikacija između ispitanice i ove institucije odvijati, u mnogome zavisi od osoba sa kojima ona stupa u kontakt. To dobro ilustruje naredni primer, koji ukazuje na iskustvo žene žrtve zlostavljanja koja je u istom centru bila potpuno suprotno dočekana od službenika (verovatno socijalnog radnika) i direktora. Ovaj nalaz ukazuje na to da bi trebalo da postoje mnogo jasnije definisani protokoli postupanja i odnošenja prema strankama, odnosno korisnicima usluga, te da je potrebno uvesti nadzor nad sprovođenjem tih protokola kao i sistem evaluacije.

Intervjuerka: Da li ste potražili pomoć od CSR?

Lilja: Bila sam, ali sam dobila odgovor: „Ko te je terao da se jebeš?“.

Intervjuerka: Bili ste na razgovoru po pitanju seksualnog zlostavljanja?

Lilja: Pretukao je decu i mene i onako krvavi smo došli peške, zimi, iz Sićeva i kucnula, rekla šta je bilo i on... To je bio odgovor i izbačeni smo iz kancelarije. I onda sam ja otišla kod direktora i dobila sam tu jednokratnu pomoć od njega. Dao je potpis čovek i dali su mi pet hiljada dinara. I obezbedio mi je da radim sto sati. Najlepše mu hvala. Žene, deca, cigančići – ljubi ih, daje im da jedu. Fantastičan lik, stvarno. Sva ostala vrata u onom centru su zaključana, samo su njegova uvek otvorena i uvek je tu. Ostatak je budi bog s-nama.

– Lilija, 1965.

Međutim, iz razgovora sa ispitanicama zapazili smo da u pojedinim slučajevima, gde bi bio potreban nadzor CSR zbog izloženosti dece izrazito visokim zdravstvenim i socijalnim rizicima, takav nadzor izostaje. Samohrana majka koja je IKD, sa teškim povredama od injektiranja droge, nezaposlena, nije u mogućnosti da obezbedi adekvatnu negu bebi, a ovaj slučaj (kao i drugi slični slučajevi), ostaju neregistrovani i netretirani od strane CSR, iako je on bio obavešten o slučaju na porođaju majke.

Ispitanice kojima je oduzeto starateljstvo nad decom, u nekim slučajevima govore o pritiscima službenika CSR da daju decu na usvajanje. Pojedine ispitanice žale se i na neefikasnost i sporost službenika u postupanju.

Intervjuerka: I kakvi su oni (CSR)?

Sandra: Pa šta znam. Odmah su mi došli kad sam se porodila, pa smo imali neke razgovore. Hteli su da mi uzmu dete, nisu hteli da dopuste da ga uzmem iz bolnice dok oni ne dođu da vide uslove. Međutim tamo se krećio centar za socijalni rad i nisu dolazili dve nedelje. Dete mi je bezveze ležalo u bolnici, dok oni ne dođu. I posle dve nedelje su tek došli da vide i dali dete mojoj majci. Ne da bude staratelj, ali u slučaju da ja napravim neku grešku mora ona da me prijavi. I, u tom slučaju, ona uzima starateljstvo nad detetom.

– Sandra, 1983.

Naravno, prisutni su i primeri pozitivnih iskustava sa CSR, ali su oni znatno ređi nego prethodni.

Sanja: Slušaj, ima ih neki dobri, znaš, pričaju s tobom. Ova što je išla u penziju, ova moja baš, Ksenija, što je bila sa mnom, ona mi mnogo pomogla, znači, mnogo, mnogo. Imala sam samo dvoje dece, ona mi stvarno mnogo pomogla. Nikad, i kad je gužva, čekaju red kod nje, ona, ja trudna sa moju ćerku, onu Marinu, ona mi kaže: „Ajde, nemoj da čekaš, ulazi unutra! Što ne kucaš da uđeš, ne moraš da čekaš trudna.“.

– Sanja, 1985.

Već smo u prethodnom poglavlju videli da su problemi nezaposlenosti ispitanica i nemogućnosti da zadrže posao onda kada su zaposlene izrazito veliki. Njihov povratak na tržište rada, jednom kada ga napuste, je izuzetno težak. Ispitanice u principu ne prijavljuju nikakva negativna iskustva sa nacionalnom službom za zapošljavanje. Naprotiv, u pojedinim slučajevima, one su dobile detaljne informacije o mogućnostima uključivanja u programe zapošljavanja u lokalnoj filijali NSZ. U pojedinim slučajevima, službenici NSZ su pružili i druge oblike socijalne podrške kada su ispitanice, u nedostatku drugih oblika podrške, zatražile pomoć u slučajevima zlostavljanja na radu.

Izabela: Zadnji posao je bio u poslastičarnici jednoj, za petnaest hiljada sam radila čoveku sve i svašta, administraciju, to prosto knjigovodstvo, lagao da će da me prijavi, a onda me je seksualno napastvovao. Nije me napastvovao, ali mi je predložio da idemo na put zajedno. Ali pošto živim sa dečkom nevenčano, za mene je to bila uvreda velika, nisam imala gde da ga prijavim, pa sam otišla na biro i rekla sam sve. Rekla mi je žena da napišem izjavu, jer oni ne mogu da tuže. Ona je mene poslala tamo, jer su oni tražili sa ugostiteljskom školom, nema veze što imam faks, mislila sam da ću moći. I to sam sve lepo napisala i ona kaže, ako budeš rešila da ga tužiš, ja ću da krenem s tobom. Ali neću, odustala sam, neću da ga tužim.

– Izabela, 1978.

Problem je, međutim, u tome što ovaj standardni način zapošljavanja nije adekvatan za žene iz ove ranjive grupe. Poznato je da le-

čeni zavisnici, bivši osuđenici imaju izrazito otežan pristup zapošljavanju na „otvorenom tržištu rada“. Zbog toga se u razvijenim zemljama sa jakim socijalnim programima, njihovo zapošljavanje i socijalna (re) integracija ostvaruju kroz zapošljavanje u zaštićenim uslovima, različitim oblicima zaštitnih radionica, kooperativa ili drugih formi socijalnog preduzetništva. Ovakvi programi ne obuhvataju samo obuku za rad i sam rad, već i druge aspekte psiho-socijalne podrške koji omogućavaju korisnicima da se osnaže i učvrste novi način života.

Emina: Da, evo želela bih da nađem neki pristojan poso, ali sama činjenica da živimo u takvom gradu, koji je više selo nego grad, ne mogu da nađem posao. Da li postoji još nešto da ljudi koji su bili konzumenti ili su konzumenti mogu da nađu poso ili tipa kao što je moj suprug, kao što je u inostranstvu, kad izađe iz ustanove, zatvora, razgovaraju sa njim, nađu mu neki poso, da li u struci ili van struke, nebitno, e to kod nas nema... E sad, ne znam da li će ovde da dođe neko i pomogne nam koji hoćemo da radimo i koji želimo da radimo i da budemo normalni, i smatram da ljudi koji su bili navučeni ili su narkomani, da imaju šta da rade i čime da se bave, bili bi manje zaokupljeni tom temom da se bave, e da baš kako ću da nabavim drogu, e koju kombinaciju da napravim, jer nemaš vremena. Ja znam, kad sam radila, razmišljam idem na poso, moram da radim, nemam vremena da idem da tražim kombinacije, moraš da budeš normalan, da ideš pribran, radiš sa parama, radiš sa ljudima, moraš da budeš na poslu, a ne van posla, i jednostavno ljudi koji nemaju posla imaju više vremena da traže te kombinacije, a za drogu se uvek nađe novac, uvek, na bilo koji način, i sad kad ne konzumiram i pitam se, sad kad nemam pare za hleb pa ne bi mogla da nađem, pitam se kako sam nalazila pare za drogu.

– Emina, 1979.

U Srbiji, nažalost, nema odgovarajućih programa za rehabilitaciju i zapošljavanje bivših korisnika narkotika i zatvorenika, pa je zapošljavanje ovih osoba izuzetno teško. Pored toga, zbog nepovoljnih uslova na tržištu rada, nestabilnosti zaposlenja i velikog udela neformalne zaposlenosti, zaposlenost nema dovoljno dobre efekte za održivu reintegraciju korisnika.

Kada su u pitanju institucije za zbrinjavanje dece bez roditeljskog staranja, iskustva ispitanica ponovo su podeljena. Za neke, koje su pre odlaska u ove institucije živele u izrazito disfunkcionalnim, siromašnim i konfliktnim porodicama, „život u domu“ predstavlja pozitivno iskustvo.

Mina: Mama je bila živa, pa se preudala. I očuh nas tukao, maltretirao mene i sestre. Mi smo pobile od kuće i odlučile smo da idemo u dom. Od sestre drugarica, od te starije, je bila već u domu i pričala nam je da tamo nije loše, da ne maltretiraju vaspitači, da imaš određeno šta treba da uradiš šta ti kažu vaspitači. I nama se to svidelo, tako da smo otišle.

Intervjuerka: Kako ti je bilo u domu?

Mina: Lepo. Bilo mi je baš žao, plakala sam kad sam izlazila iz doma. Ja sam navikla tamo. Bila sam ja mislim tri godine ili četiri.

– Mina, 1993.

Druge ispitanice, međutim, opisuju drugačija iskustva iz ovih ustanova. Najčešće govore o neadekvatnom odnosu vaspitača, nekada i njihovom nasilju, lošem uticaju i/ili zlostavljanju od strane starije dece i vršnjaka.

Intervjuerka: Šta je bilo loše?

Dragica: Pa znaš šta, to je uvek međusobno. Starija deca te maltretiraju, biju. Ja već sa 6–7, ono tek sam krenula u školi, ja sam već znala i matematiku i sve. Znaš ono silom su nas učili. Pa geografiju, ovo, ono, da pokazujemo kao deca. Mnogo su nas tukli tada, au.

– Dragica, 1973.

Kada su u pitanju kontakti između ispitanica i organizacija nevladinog sektora koje pružaju različite oblike socijalne podrške, zapaža se, da osim toga što su redovne korisnice usluga dve nevladine organizacije, u osnovi ispitanice veoma retko traže pomoć nevladinog sektora. U glavnom se obraćaju nevladinom sektoru kada je u pitanju testiranje krvi, nekolicina je potražila usluge podrške skloništa za žrtve nasilja, a neke su imale još i iskustva sa crkvenim ili drugim humanitarnim organizacijama koje isporučuju neke oblike humanitarne po-

moći. Sistematska i obuhvatna podrška uopšte ne postoji, niti je ijedna ispitanica imala priliku da samostalno, iz različitih izvora obezbedi ovakvu podršku.

6.2.2. Iskustva sa policijom i pravosudnim organima

Policija, sudovi, popravni domovi i posebno zatvorske ustanove, predstavljaju upravo one ustanove prema kojima ispitanice osećaju izrazitu netrpeljivost. Stoga ne čudi da ne prepoznaju prve dve ustanove kao potencijalne pružaoce podrške, u slučajevima nasilja, pravnih sukoba oko starateljstva i sl.

Iskustva ispitanica sa policijom su pretežno negativna. Od 64 ispitanica (što čini 66% uzorka) koje su bile u kontaktu sa policijom, samo 12 je ta iskustva ocenilo pozitivno. Kao ključni problemi u odnosu sa policijom istaknuti su nasilje tokom istrage, privođenja, brutalno ponašanje, zastrašivanje, vređanje i sl.

Jelena: Pa znaš kako, išla sam u SUP isto zbog brata. Više puta, jer je on sa nekim zlatom radio nešto, nebitno. I onda bih ja to prodavala jer on nije imao ličnu kartu. Oni bi našli te sve ono znaš što potpišeš u zlatari, i onda bi mene. Mislim ništa oni mene nisu maltretirali da su me mučili, da su me tukli ili nešto slično. Ali jednostavno te psihički ubiju u pojam, razumeš. I čim čuju da imaš veze sa narkomanom, drugačiji stav imaju. Odmah si ti, kako da kažem, građanin drugog reda. Odmah si ono ološ, klošar, stoka, znaš. Drugačiji imaju odnos prema tebi. Ja inače prema miliciji nemam nikakvo pozitivno, niti sam ikada u životu imala i nevezano za to što, i kad nisam imala veze sa svime time. Jednostavno mislim da su bahati mnogo, da bi sve to moglo drugačije da se reši. Ima ljudi, mislim u glavnom ljudi koji su kriminalci koji prave tako neke stvari, kapiram da treba tako sa njima. Al nismo mi svi takvi, a oni to stavljaju u isti koš. Čim si narkoman odmah si katastrofa.

– Jelena, 1985.

Pojedine ispitanice spremne su da opravdaju brutalno ponašanje policajaca. Smatraju da su takvo ponašanje isprovocirale, te da su same krive. Njihova svest o sopstvenim pravima i normama po kojima

treba da se ponašaju policijski službenici nije dovoljno razvijena da bi se prema ovakvim slučajevima odnosile kritički.

Intervjuerka: Kako bi ocenila odnos policije tada kad te privode?

Radmila: Ma, smradovi! Nula. Negativna nula! Mene su sekli, ja sam pobacila od batina u Dvadeset devetom i nisam namestila, razumeš. A diler ovako ispred vezan za radijator gleda kako mene biju i suze mu idu, ne može da veruje.

Intervjuerka: Ko te bije? Policija?

Radmila: Da! Dečko, pali zajedno, i ja uzimam delo na sebe. Njemu suze idu ovako. Ne može da veruje! Sva krvava. Znači unakazili me.

– Radmila, 1984.

Pojedine ispitanice ukazuju na neprijatnosti prilikom policijskih racija. Ovakve scene posebno uznemiruju decu. Indikativno je da deca iz ove grupe vrlo rano razviju strah od policije i tako se kultura neprijateljstva prema policiji vrlo lako i rano prenosi na novu generaciju.

Sanja: Nisam zadovoljna s njima (policijom), zato što oni kad ulazu, oni ne ulazu normalno da pitaju, nego ulazu i plaše mi decu, znaš. Pošto deca mi se plaše policije. Svaka deca sad koja vidi policiju, plaši se. Moja ćerka počela da plače, ona najmanja, kaže: „Mama, policija! Policija!“. Kažem: „Ne boj se!“.

– Sanja, 1985.

Naravno, postoje i drugačija iskustva sa policijom, ali su veoma retka. Pojedine ispitanice navode da policajci koje poznaju već u dužoj praksi seksualnog rada, umeju da im progledaju kroz prste. Neke čak navode da su ostvarile dobre kontakte sa redovnim policijskim patrolama u „rejonu svog rada“, te da imaju mobilne telefone policajaca koje mogu pozvati, u slučaju da imaju problema sa nasilnim mušterijama ili makroima.

Iskustva sa ustanovama za vaspitanje dece i omladine su podeljena. Kao i u slučaju institucija za zbrinjavanje dece bez roditeljskog staranja, za decu koja dolaze iz ekstremno teških životnih uslova, život u domu predstavlja pozitivno iskustvo. Druge ispitanice pamte dane provedene u ovoj ustanovi po nasilju.

Intervjuerka: U koji dom su te odveli posle (posle tri meseca pritvora zbog prostitucije)?

Sofija: U prihvatilište „X“.

Intervjuerka: Koliko si bila tamo?

Sofija: Pa bila sam baš dugo. Volela sam taj dom. Tu mi bilo baš super. Imala sam da se okupam, da jedem, da se oblačim. Bila sam tri meseca.

– Sofija, 1994.

Intervjuerka: A u domu, je l' bilo nasilja?

Ana: Pa od vaspitača, al smo mi prebili jednog vaspitača. Baš onog što je mene slao da idem po cigare. I njega smo omlatili samo tako.

– Ana, 1986.

Kada su u pitanju sudovi, pokazalo se da je osnovni problem u tome što su sudski postupci i procedure veoma komplikovani, tako da ispitanice najčešće ne umeju ni da objasne u kakve su postupke uključene, u kojoj su fazi ti postupci i sl. Niko ih ne informiše o toku procesa, pravima, mogućim posledicama, dinamici, pa čak ni o konkretnim stvarima koje treba da učine. Tako se dešavalo da zbog neuredne prijave boravka, nedostupnosti sudskim pozivarima, pojedine ispitanice bivaju privedene, jer se nisu odazvale kao svedoci u određenim procesima. Posebno kada su u pitanju prekršaji u slučaju seksualnog rada, one su nakon više pokušaja razvile sistem da se i ne brane, već da jednostavno čekaju da im se odredi kazna koju izdrže bez razmišljanja da bi mogle podneti i žalbu. Pravna podrška je, sve u svemu, nedostupna za većinu ispitanica, slaba kada im se dodeljuju advokati odbrane po službenoj dužnosti, a tek u ponekom slučaju angažuju se privatni advokati i to uglavnom za krivične postupke.

Intervjuerka: I šta onda?

Goca: Daš izjavu, i onda kaže: „Sačekaj malo u hodniku.“ ili ti da zatvor.

Intervjuerka: I tu te niko ne zastupa, tu si sama, je l' tako? Ne ponude ti da te neko zastupa, ne?

Goca: (odrično coktanje)

Intervjuerka: A tebi to bude jasno kad ti on pročita šta on hoće i šta ti sledi? Pa dobro, sad ti jeste, al' zamisli kad

ti prvi put, na primer, i ti dođeš tamo i, pretpostavljam, ne znaš ništa o tome? Je l' ti neko ispriča šta se sad tu radi kad dođeš kod sudije za prekršaje?

Goca: Pa zavisi, devojke, kad padnem s nekom devojkom i ona zna.

Intervjuerka: Ona ti objasni? A nema neki službenik suda, pa ti on objasni šta treba, ne?

Goca: Ima samo sekretarica, pita te kako se zoveš, prezivaš, da li imaš decu, kol'ko dece i to je to. Sudija ti pročitaju tu izjavu, onu što su policajci napisali, pa po toj izjavi odredi ti zatvor.

Intervjuerka: I ne možeš da se žališ ili nešto?

Goca: Pa ako mi da 20 dana zatvora, imaš posle 12 rok da se žališ. Kako ću ja iz zatvora da se žalim?

– Goca, 1978.

Iskustva sa zatvorskim institucijama su pretežno negativna. Probleme na koje su ukazale ispitanice sa iskustvom zatvorskih kazni uključuju nasilništvo među zatvorenicama, ali i od strane osoblja, diskriminaciju u slučajevima kada su HIV pozitivne, loše fizičke uslove, odsustvo bilo kakve podrške (psiho-socijalne, pravne i sl.) izuzev najosnovnije zdravstvene.

Marija: Ti kad bi znala kako prolaze žene u zatvoru sa HIV-om, to je strašno, tad nisam imala HIV kad sam išla u zatvor, da kucnem u drvo, ali te koje su imale HIV, to je, moraš posle kupanja da tražiš sone kiseline, da sve očistiš, oglančaš, plaše se ljudi, žene, što je normalno, ali mnogo su bezobrazne, kad moram da kažem.

– Marija, 1977.

Jelena: E znaš kako, jedno veće Stana dobila epi napad i mi smo skočili i zvonili im na vrata. To se desilo u trpezariji, oni imaju u vidu trpezariju kameru, al' nemaju u spavaćoj sobi i u kupatilu, tu se dešavaju okršaji (smeh) u sobi i u kupatilu. I ovaj, nama je Stana se nešto potresla i krenula da se trese i dobije napad i mi sad skočimo da joj pomognemo, međutim, nismo videli ko je skočio da pozvoni komandiricama da zovu doktorku! Oni su na kameri videli da je gužva i oni su mislili da se mi bijemo i nama je uletela pajserska brigada! Oni su hteli

nas još i da biju na sve to! I ovaj, i mi kažemo: „Stana je dobila napad, pozlilo joj.“. A njoj kaže jedna komandirica: „Ajde, ajde Stano, ustaj, ustaj, nemoj da se povrediš, kako ćeš da radiš (seksualni rad)?“ kaže. I Stana se još trese onako od epi napada, a ona joj kaže: „Je l' se tako treseš i kad radiš?“.

– Jelena, 1982.

Opisana iskustva ukazuju na izloženost različitim oblicima tretmana koji ugrožavaju ljudsko dostojanstvo ispitanica. Ovakvi oblici postupanja produbljuju jaz između njih i institucija i sprečavaju adekvatniju podršku ili regulisanje sankcija ispitanica.

6.3. Dostupnost i kvalitet usluga socijalne zaštite

Opisana iskustva ispitanica ukazuju da je u uslovima izrazito velike izloženosti brojnim socijalnim rizicima, dostupnost, adekvatnost i kvalitet socijalne zaštite izrazito slaba. Da bi u ovom pogledu bio napravljen pomak, potrebno je preduzeti različite mere koje bi umanjile jaz između žena iz ove grupe i institucija. Tek uz smanjenje ovog jaza moguće je raditi na razvoju i prilagođavanju adekvatnijih programa podrške. Posebno bi trebalo posvetiti pažnju merama prevencije, za koje se čini da su, u slučaju ispitanica, u potpunosti izostale.

Sistematske obuhvatne podrške, koja bi na integrisan način obezbedila različite forme asistencije i osnaživanja, ne postoji.

U ispitivanju potreba za promenom oblika dostupne podrške, postavili smo pitanje šta je to što same ispitanice percipiraju kao potrebu i šta vide kao adekvatne odgovore na te potrebe za podrškom. Nalazi istraživanja ukazuju da ispitanice jedino jasno sagledavaju svoj problem sa drogom i nepovoljnu materijalnu situaciju uz koju idu i problemi nezaposlenosti. Druge potrebe za podrškom ne prepoznaju. Iz predočenih nalaza je evidentno da one često ne znaju ni koji su oblici podrške dostupni, u pojedinim slučajevima čak ni kada su u pitanju elementarni oblici finansijske socijalne zaštite.

Intervjuerka: I šta bi bila, osim tog novca za sahranu, za sve to, koja bi bila neka tvoja želja? Ako zamislimo da je svet idealan, pa da nešto može da se ispuni?

Ljubica: Moja?

Intervjuerka: Aha.

Ljubica: Nemam pojma, to da se ne drogiram, to bi mogla i sama da uradim, ali sve ono posle što ide, to ne bi mogla sama nikako. Ne znam šta, pravo da ti kažem, znaš kad ono, sve mi deluje nemoguće na neki način...

– Ljubica, 1984.

Međutim, čak i ako nemaju svest o tome šta bi im sve bilo potrebno da bi mogle unaprediti svoje uslove života, jednu stvar prepoznaju kao potrebu vezanu kontakte sa institucijama ovog društva – profesionalni i dostojanstven tretman, bez stigmatizacije i diskriminacije.

Intervjuerka: Rekla si mi da su u CSR bili loši prema tebi, kako bi ti volela da se ponašaju?

Olivera: Pa kao prema svima ostalima što se ponašaju, tako bi volela i prema meni da se ponašaju. E to je to što bi ja volela.

– Olivera, 1992.

Iz razgovora sa ispitanicama, često, mada implicitno, prepoznaje se i potreba za prevencijom. Naime, one često izgovaraju „da sam tada znala“, „da nisam izabrala tako“, što ukazuje da percipiraju kako je nedovoljna informisanost, pa i osnaženost bila važan faktor koji je vodio sadašnjim uslovima života. Činjenica je da nijednu od njih nisu dotakle ozbiljnije mere prevencije.

6.4. Zaključak

Život ispitanica obeležen je višestrukim oblicima socijalne isključenosti. One su isključene sa tržišta rada, nemaju ili nisu imale adekvatan pristup obrazovanju, ne učestvuju u široj društvenoj i kulturnoj zajednici. Njihov život se odvija u uskim socijalnim mrežama i obeležen je izrazitim siromaštvom i materijalnom deprivacijom.

Institucije socijalne zaštite se često ne doživljavaju kao potencijalni izvori podrške, već kao pretnja. Najčešće ispitanice i nisu informisane o vidovima podrške niti o procedurama pristupa različitim oblicima socijalne zaštite. Nepoverenje prema institucijama socijalne

zaštite je, pre svega, posledica iskustava sa nadzorom nad roditeljskom funkcijom ispitanica i oduzimanjem starateljstva.

Prema policiji i pravosudnim organima ispitanice uglavnom osećaju izrazitu netrpeljivost i ne percipiraju ih/ne prihvataju ih kao sisteme podrške. Nasilno i ponižavajuće ponašanje i neadekvatna pomoć u slučajevima u kojima su ispitanice bile ugrožene su glavni obrasci ovog negativnog stava.

7. Zaključci i preporuke

U skladu sa osnovnim ciljem ove studije da se obezbede preporuke za rodno osetljive usluge državnih i nevladinih aktera namenjene osobama zaraženim i u riziku od HIV-a, sprovedeno istraživanje i analiza ponudili su uvide u veliki broj karakteristika, faktora i posledica života sa drogom, bilo da je reč o ženama koje su i same IKD ili o onima koje žive sa partnerima koji su IKD. Potrebno je ukratko sumirati ove nalaze, kako bi se na sistematičan i utemeljen način mogle definisati preporuke za adekvatne politike, mere i aktivnosti.

7.1. Zaključci

Kvalitativno istraživanje partnerki injektirajućih korisnika droga omogućilo je uvid u rodne odnose u okviru ove veoma ranjive grupe. Istraživanje koje je sprovedeno na uzorku od 99 žena iz Beograda i Niša koje su trenutno ili su nekada bile u partnerskom odnosu sa injektirajućim korisnicima droga ukazalo je na mnoge probleme sa kojima se one susreću. Istraživanje je ponudilo uvide u rodne specifičnosti zdravstvenih i socijalnih rizika.

Istraživanje je omogućilo da se identifikuju specifični obrasci zdravstvenih i socijalnih rizika kojima su izložene partnerke IKD. Najvažniji obrasci zdravstvenih rizika kojima su izložene možemo podeliti u nekoliko kategorija:

1. Izloženost *krvnim putem i seksualno prenosivim infekcijama* (a posebno infekcijama uzrokovanim HIV, HCV i HBV), što je umnogome posledica nezaštićenih seksualnih odnosa, zajedničke upotrebe opreme za ubrizgavanje droge (kod ispitanica koje su IKD) povreda povezanih sa opremom za ubrizgavanje (kod ispitanica koje nisu IKD). Glavni razlozi i mehanizmi izlaganja ovim rizicima su: ograničenost znanja o krvnim putem i seksualno prenosivim bolestima, izloženost nasilju, slučajne povrede, ali i svesno izlaganje rizicima iz potrebe da podele iskustva i probleme sa partnerima.

2. Problemi u vezi sa *reproduktivnim zdravljem i trudnoćom* (rizične trudnoće, neželjne trudnoće, abortusi i spontani pobačaji), koji su usko povezani sa problemima zavisnosti, nedostatkom informacija o rizicima, zanemarivanjem rizika, poverenjem prema partneru. Takođe, ističu se i problemi izbegavanja korišćenja prezervativa zbog umanjenja zadovoljstva tokom odnosa ili odbijanje partnera da koristi ovaj oblik zaštite. Ispitanice se suočavaju i sa problemom nasilja koji nepovoljno utiče na reproduktivno zdravlje i trudnoću.
3. *Fizičke povrede* kao posledica nasilja (u kome su počinioci najčešće partneri, kao i druge muške figure iz porodice i okruženja) i injektiranja droge (nepravilno, dugoročno, rizično injektiranje).
4. *Psihički problemi* koji su povezani sa problemima zavisnosti i/ili teškim uslovima života.

Najvažniji obrasci socijalnih rizika su:

1. Siromaštvo i materijalna deprivacija,
2. Isključivanje sa tržišta rada i angažovanje u neformalnim i nelegalnim aktivnostima,
3. Sukob sa zakonom,
4. Problemi u porodičnim odnosima i porodične disfunkcionalnosti,
5. Izloženost nasilju u porodici i izvan nje,
6. Socijalna diskriminacija, isključivanje iz zajednice i socijalna izolacija.

Izloženost navedenim socijalnim rizicima dovodi većinu ispitanica u životne uslove koje odlikuju veliko siromaštvo i višestruka socijalna isključenost. U izbegavanju ili savladavanju posledica ovakvih socijalnih rizika, institucije socijalne zaštite najčešće nisu dovoljno efikasne, a ispitanice ih ne percipiraju kao instrumente podrške.

Nalazi istraživanja ukazuju na to da se rodno specifični rizici posebno ispoljavaju u vezi sa praktikovanjem seksualnog rada.

Naime, praktikovanje seksualnog rada predstavlja način da se obezbede sredstva za život (i drogu) u uslovima niskog obrazovanja

i isključenosti sa tržišta rada. Stavljanje sopstvenih „ženskih resursa“ u funkciju obezbeđivanja sredstava često nije izbor samih ispitanica, već rezultat prinude i pritiska njihovih partnera. Osim ove spoljnje prinude, kod ispitanica se prepoznaje i snažna internalizovana odgovornost da na ovaj način (a u uslovima niskog obrazovanja i isključenosti sa tržišta rada) obezbede novčana sredstva za život i nabavku droge. Zapaža se i da pojedine ispitanice na ovaj način nastoje da ublaže rizike kojima su izloženi partneri onda kada vrše krivična dela zbog kojih slede višegodišnje zatvorske kazne. Ovo preuzimanje odgovornosti, žrtvovanje sopstvenih resursa i stavljanje sebe u funkciju partnerovih potreba imaju duboke korene u patrijarhalnim obrascima rodnih uloga koji su u velikoj meri prisutni u društvenom okruženju ispitanica.

Istraživanje je omogućilo vredne uvide u uticaj IKD partnera na povećano izlaganje rizicima ispitanica, kako onim direktnim koji proističu iz upotrebe droge, tako i onim indirektnim kojima su izložene žene koje ne konzumiraju drogu.

Partneri imaju značajnu ulogu u otpočinjanju korišćenja droga i započinjanju prakse ubrizgavanja droge njihovih partnerki. Prikrivanje zavisnosti partnera na početku veze, privlačenje kroz idealizaciju efekta droge, kao i fizička i psihička prinuda da ispitanice počnu sa upotrebom droge, česti su mehanizmi preko kojih IKD partneri utiču na ispitanice da počnu da koriste droge. Ispitanice koje nisu i same IKD takođe su izložene povećanom riziku prilikom održavanja domaćinstva i, u ne tako retkim situacijama, kada pomažu partneru da ubrizga drogu.

S obzirom na to da su partneri najčešće dominantni u odnosu, upotreba sterilne opreme pri ubrizgavanju i upotreba zaštite pri seksualnim odnosima je uslovljena njihovom voljom. Ispitanice često prihvataju procenu rizika njihovih IKD partnera i ne usuđuju se da je dovode u pitanje.

Istraživanje je omogućilo da se identifikuju zdravstvene usluge namenjene ženama koje imaju HIV pozitivne IKD partnere ili koje su pod rizikom od HIV infekcije zato što su same IKD, kao i pristupačnost tih usluga.

Osnovni pružaoci zdravstvenih usluga sa kojima su ispitanice u kontaktu su bolnice, domovi zdravlja, urgentna, infektivna klinika i ustanove za lečenje od zavisnosti.

Istraživanje ukazuje na to da ispitanice nemaju odgovarajuću zdravstvenu zaštitu, te da im je dostupnost zdravstvenih usluga ograničena zbog nedostatka dokumenata, nepoverenja u zdravstvene institucije i medicinsko osoblje, zbog iskustava diskriminacije (odbijanje zdravstvenog osoblja da pruži podršku) i straha od prijavljivanja službama nadzora, poput policije i CSR.

Nalazi istraživanja ukazuju na često neprimerenu komunikaciju zdravstvenog osoblja sa ispitanicama. Neadekvatna komunikacija proističe iz stigmatizacije načina života koji vode ispitanice, dok odbijanje da se pruže usluge zaštite često proističe iz predrasuda o mogućnostima inficiranja tokom pregleda ili intervencije. Ova diskriminacija se ispoljava kroz nedovoljno posvećivanje pažnje, osećaj ispitanica je da dobijaju površne i netačne dijagnoze i skraćene terapije.

Pored nezadovoljavajućih uslova pod kojima se ispitanicama pružaju različiti oblici zdravstvene zaštite, kao važan problem prepoznat je i nedostatak specifičnih formi psihosocijalne podrške, koje bi omogućile da se ispitanice osnaže u borbi protiv svog problema ili da efikasnije i lakše saniraju posledice.

Napokon, istraživanje je omogućilo uvide u ulogu javnog i nevladinog sektora u obezbeđivanju pravne i socijalne podrške.

Ispitanice pretežno ispoljavaju nepoverenje u institucije pravosuđa i socijalne zaštite. Nalazi iz istraživanja upozoravaju da ispitanice ove ustanove više doživljavaju kao izvor pretnje, nego podrške. Razlozi za to su brojni i kreću se od neinformisanosti ispitanica o dostupnim oblicima podrške, preko nepovoljnih iskustava u kojima su bile izložene diskriminaciji, stigmatizaciji, pa u ponekim slučajevima i nasilju (od strane policije).

Uloga nevladinog sektora u pružanju podrške je mala i ispitanice uglavnom ne prepoznaju organizacije iz ovog sektora kao značajniji izvor podrške, osim u slučaju nekoliko organizacija koje pružaju vrlo ograničene oblike podrške, poput obezbeđivanja sterilne opreme, informisanja i testiranja na HIV i druge patogene.

7.2. Preporuke

U cilju uspostavljanja efektivnih rodno osetljivih usluga u oblasti podrške osobama koje su inficirane ili u riziku od HIV-a, potrebno je obezbediti dosledan multisektorski pristup. Mehanizmi koji izlažu žene rizicima od HIV-a i drugih infektivnih agenasa su višestruki i oni deluju na različitim nivoima: mikro (individualni, interpersonalni), mezo (porodica, susedstvo, grupe vršnjaka, neformalne mreže) i makro (pristup institucijama i važnim resursima). Zbog toga je od izuzetne važnosti da vladini i nevladini akteri organizuju podršku ženama izloženim rizicima od HIV-a, HCV-a i HBV-a na obuhvatan i sistematičan način, integrišući sektorske mere koje deluju na sva tri nivoa, a koje obuhvataju i mere prevencije i mere namenjene onima koje su već izložene rizicima i problemima povezanim sa HIV infekcijom.

Da bi se obezbedile odgovarajuća prevencija i podrška ženama u riziku od HIV-a potrebno je obezbediti dva preduslova:

1. U skladu sa procesima decentralizacije socialnih usluga potrebno je povećati angažman lokalnih samouprava u pravcu programa prevencije širenja HIV infekcije, imajući u vidu i rodno specifične rizike na koje je ukazala ova studija.
2. Potrebno je osigurati održivost postojećih programa podrške koji se sprovode kroz aktivnosti OCD, poput JAZAS-a i *Drop-In* centara (svratišta), jer se u suprotnom može desiti da, kao u drugim zemljama istočne Evrope, dođe do naglog porasta prevalencije HIV infekcije u populaciji partnerki IKD ili žena koje su same IKD.

Imajući u vidu ove osnovne preduslove, u nastavku su izložene najvažnije preporuke koje se odnose na prevenciju, a potom i podršku ženama koje su u riziku od HIV-a.

1. Preporuke koje se odnose na prevenciju zdravstvenih i socijalnih rizika

Preventivne mere su ključne kako bi se smanjio rizik od širenja HIV epidemije i drugih zdravstvenih i socijalnih rizika koji su usko povezani sa životima IKD i žena koje imaju IKD partnere. U najvećem

broju, definisane preporuke se odnose na prevenciju rizika sa kojima se susrećemo u periodu detinjstva i najranije životne dobi.

1.1. Potrebno je omogućiti/prilagoditi različite oblike porodične zaštite protiv zlostavljanja žena i dece u porodici. Ovo je preventivna mera koja je ključna kako bi se mlade devojčice i žene u početku zaštitile od skupa socijalnih faktora koji kasnije utiču na povećan rizik od HIV-a. Mere koje su predložene u nastavku bi se adekvatno mogle sprovoditi u bliskoj saradnji različitih institucija i organizacija, koja bi se u lokalnim zajednicama mogla uspostaviti putem takozvanih protokola o saradnji između ključnih ustanova (poput škola, CSR, policije, sudova, savetovaništva i jasno definisanih mehanizama upućivanja). Ovakav oblik saradnje bi mogao biti podstaknut od strane Ministarstva za rad i socijalnu politiku, koje bi moglo da ih eksplicitnije obaveže i ponudi odgovarajuće modele te saradnje.

1.1.1. Strukturisano praćenje dece iz porodica pod rizikom i disfunkcionalnih porodica (u školama, zdravstvenim institucijama itd.) i identifikovanje vrste problema u odnosima (nasilje nad decom, zapostavljanje i zanemarivanje, maloletnici sa problemima u ponašanju i dr.).

1.1.2. Pružanje podrške roditeljima koji traže pomoć u rešavanju problema komunikacije sa svojom decom. Omogućiti program kao što je *'evidence-based skills training program'* (iskustveno zasnovana obuka za sticanje veština), specifično namenjen različitim porodicama kako bi se radilo na unapređenju:

- pozitivnih odnosa u porodici,
- promocije pozitivnih porodičnih vrednosti i očekivanja.

Trening veština roditeljstva i porodica se pokazao kao efektivan pristup sprečavanja problema dece u kasnijoj adolescenciji. Informisanje o rizicima nije uvek dovoljno, naročito kada su i roditelji korisnici supstanci. Ovakav program bi mogao da bude i rodno osetljiv i da ima komponentu koja se odnosi na rodnu ravnopravnost.

1.1.3. Potrebna je adekvatna zaštita i sistematsko praćenje dece u porodicama sa bolestima zavisnosti (preko CSR i zdravstvenih institucija):

- rehabilitacioni programi za roditelje sa terapijskom podrškom celoj porodici,
- odvajanje dece od roditelja sa bolestima zavisnosti (ukoliko postoje dokazi o zanemarivanju ili zlostavljanju dece, a drugi sistemi podrške ne mogu da zaštite decu).

Lečenje od zavisnosti u porodici porekla je važna preventivna mera kako deca ne bi odrasla u rizičnom okruženju i kako se zavisnost ne bi normalizovala.

1.1.4. Potrebna je sistematska podrška protiv nasilja u porodici (i starateljskim porodicama). Ova podrška i zaštita mora da se pruži pri direktnom nasilju nad decom kao i u slučajevima nasilja jednog roditelja prema drugom:

- bolja organizacija podrške koju pružaju policija i pravosuđe,
- bolja implementacija mera definisanih Porodičnim zakonom,
- materijalna podrška roditelju (majci) pri osamostavljanju,
- terapijska podrška deci,
- odvajanje dece od nasilnih roditelja.

Osim direktne zaštite od nasilja, institucionalna podrška u slučajevima rodno zasnovanog nasilja, čini da se razvije svest o pristupačnosti i adekvatnosti ove vrste podrške. Ovo takođe predstavlja normativnu osnovu za zaključivanje da rodno zasnovano nasilje nije ni društveno ni institucionalno prihvaćeno.

1.2. Potrebno je veće podsticanje (integrisanje) devojčica iz rizičnih grupa/socijalno isključenih grupa (romske populacije, siromašnih, nezbrinutih devojčica itd.) da se obrazuju i uključe u vannastavne aktivnosti u školi. Podrška obrazovanju devojčica je važna mera ka njihovoj većoj socijalnoj uključenosti, naročito kada je u pitanju tržište rada i šira društvena zajednica.

- sankcije prema roditeljima koji ne šalju decu u školu,
- identifikovanje devojčica koje su napustile nastavu (i pobege od kuće, udale se itd.) uz veći angažman NVO koje kroz rad na terenu mogu da dobiju potrebne informacije,

- finansijska podrška porodicama u lošim materijalnim situacijama pod uslovom da se deca školuju,
- identifikovanje devojčica/dece koja pokazuju rizično ponašanje i zatim preduzimanje preventivnih mera, kao što je veća podrška u nastavi, razgovori sa roditeljima i, ukoliko je potrebno, kontaktiranje CSR,
- edukacija nastavnika/ica da prepoznaju rizično ponašanje i preduzmu preventivne mere,
- organizacija psihološke službe u okviru škole (rad psihologa i pedagoga),
- podsticanje angažmana u vannastavnim aktivnostima kroz programe koji su dostupni (ako je potrebno i besplatni) svim zainteresovanim.

Obrazovanje je važan korak ka nezavisnosti žena i stvaranju mogućnosti. Obrazovni sistem je takođe jedan od glavnih (pored porodice) avenija ka edukaciji usmerenoj ka prevenciji rizičnog ponašanja.

1.3. Potrebno je ojačati kanale informisanja i sisteme edukacije o zdravstvenim i socijalnim rizicima.

1.3.1. Edukacije devojaka i mladića o rizicima i preventivnim merama vezanim za krvnim putem i seksualno prenosive bolesti i reproduktivno zdravlje žena. Specifično staviti naglasak na rizična ponašanja, kao što su konzumiranje droga, seksualni rad, i nezaštićeni seksualni odnosi.

- edukacija u školi kroz nastavu (posete zdravstvenog osoblja), korišćenje drugih medija kao što su filmovi i programi, kroz angažovanje samih IKD, žena inficiranih HIV-om, seksualnih radnica da ispričaju svoju priču i personalizuju probleme,
- podsticanje debate među mladima na ovu temu.

1.3.2. Edukacija mladih za prepoznavanje nasilja i o sistemima podrške vezanim za rodno zasnovano nasilje.

1.3.3. Osnaživanje devojaka kroz normativnu edukaciju o rodnoj ravnopravnosti u okviru predmeta na redovnoj nastavi (sociologija, građansko vaspitanje, priroda i društvo).

- 1.3.4. Edukacija razrednih starešina u ovoj oblasti i prepoznavanje rizičnog ponašanja i porodičnih problema.
- 1.3.5. Edukacija radnika primarne zdravstvene zaštite na prepoznavanju nasilja nad decom, kao i drugih oblika rizičnog ponašanja.
- 1.3.6. Edukacija roditelja o uticaju njihovog rizičnog ponašanja na decu, kao i prepoznavanju rizičnog ponašanja kod dece.
- 1.3.7. Edukacija i informisanje aktiva nastavnika različitih predmeta o rizicima.

2. Preporuke koje se odnose na podršku osobama inficiranim i u riziku od HIV-a

2.1. Potrebno je senzibilisati sistem socijalne zaštite za specifične potrebe žena koje su u rizičnim grupama.

- 2.1.1. Potrebno je unaprediti dostupnost informacija o ostvarivanju prava na novčanu socijalnu pomoć (NSP), dečiji dodatak, jednokratnu opštinsku pomoć, pomoć u naturi dostupnu od Crvenog krsta, narodne kuhinje i sl.
 - generalna informisanost preko CSR, doma zdravlja, medija itd.,
 - razviti usluge savetovanja koje su usklađene sa posebnim stanjem žena (strahovima žena) koje su u povećanom riziku zato što su IKD, partnerke IKD, seksualne radnice, žene žrtve nasilja i sl.,
 - uskladiti uputstva/pakete savetovanja za materijalnu i druge vrste podrške koje su specifično usmerene na potencijalne samohrane majke, partnerke IKD.
 - postojeće informacije bi trebalo dostavljati i opštinskim aktivima stručnih saradnika (psiholozima i pedagozima).
- 2.1.2. Obezbediti pravo na materijalnu pomoć za žene žrtve nasilja i njihovu decu (koje nisu u stanju da se izdržavaju) na području cele Srbije.
- 2.1.3. Materijalna pomoć za podršku lečenim injektirajućih korisnica nakon perioda hospitalizacije.

- 2.1.4. Programi psihosocijalne podrške za korisnice koje apstiniraju.
 - 2.1.5. Edukacija pružalaca usluga socijalne zaštite, školskog osoblja, službenika policije i pravosudnih organa o specifičnim problemima žena koje imaju IKD partnere, onih koje su same IKD, seksualnih radnica i sl. i unapređivanju komunikacije sa ovim ženama.
- 2.2. Poboljšati mere podrške za žene žrtve nasilja (naročito za one koje su partnerke i same IKD i za one koje imaju više dece).
- 2.2.1. Informisanje o sistemima podrške u slučaju nasilja na pristupačan način i kroz „bliske“ institucije podrške (naročito nevladine org.) za višestruke tipove nasilja.
 - 2.2.2. Razviti usluge pružanja skloništa za žene koje su IKD i žrtve nasilja:
 - edukacija osoblja o apstinencijalnim krizama,
 - koordinacija rada skloništa sa drugim oblicima podrške koja se pruža kroz sistem zdravstvene i socijalne zaštite.
 - 2.2.3. Unaprediti sisteme podrške u slučajevima psihološkog, seksualnog i ekonomskog nasilja.
 - 2.2.4. Potrebno je senzibilisati zaposlene u pravosuđu i policiji protiv diskriminacije žena koje su IKD i seksualne radnice.
- 2.3. Ekonomsko osnaživanje žena koje su IKD ili su ekonomski ugrožene zato što su u vezi sa IKD.
- 2.3.1. Bolje informisanje žena (koje nisu IKD) o merama aktivnog zapošljavanja, poput doškoloavanja, prekvalifikacije i privremenog ili trajnog zapošljavanju, uključujući i angažovanje u javnim radovima i socijalnom preduzetništvu.
 - 2.3.2. Kreiranje više poslovnih mogućnosti za žene koje su višestruko diskriminisane, uključujući i različite oblike socijalnog preduzetništva.
 - 2.3.3. Podsticanje različitih formi zapošljavanja žena (doškoloavanje, prekvalifikacija i privremenog ili trajnog zapošljavanja, uključujući i angažovanje u javnim radovima i socijalnom preduzetništvu) koje su lečene IKD ili su u procesu lečenja od zavisnosti dok se ne osnaže za izlazak na tržište rada, kao

i žene koje su imale sukob sa zakonom kroz socijalno preduzetništvo i zapošljavanje u zaštićenim uslovima.

2.4. Potrebno je unaprediti sistem pravne pomoći partnerkama injektirajućih korisnika droga i samih injektirajućih korisnica droga.

2.4.1. Potrebno je u okviru organizacija koje rade na terenu, odnosno dosežu do predstavnika ciljne grupe i na licu mesta pružaju usluge podrške (*outreach*), uspostaviti mogućnost podnošenja zahteva za besplatnu pravnu pomoć (na osnovu nekog standardizovanog formulara), koji bi ove organizacije prosleđivale klinikama/organizacijama za besplatnu pravnu pomoć. Ta pravna pomoć bi uključivala slučajeve diskriminacije, ali i sve druge vrste pravnih problema sa kojima se ova populacija suočava.

2.5. Potrebno je unaprediti zdravstvenu podršku ženama koje su izložene mnogobrojnim zdravstvenim rizicima zato što su IKD, partnerke IKD ili seksualne radnice.

2.5.1. Edukacija zdravstvenog osoblja po domovima zdravlja (i drugim zdravstvenim ustanovama) o radu sa IKD i drugim osetljivim grupama u cilju smanjenja diskriminacije i poboljšanje zdravstvenih usluga osobama sa i u riziku od HIV-a.

2.5.2. Dodatna edukacija zdravstvenih radnika (lekara, medicinskih tehničara), psihologa, socijalnih radnika, specijalnih pedagoga, o zaraznim bolestima (HIV, HCV, HBV infekcija), bolestima zavisnosti i problemima trudnica iz ove osetljive grupe, tokom i nakon školovanja/studija. Može se uvesti i neka vrsta *on-line* kursa koji bi bio akreditovan i koji bi nosio određen broj kredita.

2.5.3. Edukacija osetljivih grupa (partnerke IKD, injektirajućih korisnica droga, seksualnih radnica itd.) o rizicima od krvnim putem i seksualno prenosivih bolesti:

- preko sistema zdravstvene zaštite,
- podsticanje na više terenskog rada sa osetljivim grupama (nevladinih organizacija i mobilnih grupa zdravstvene zaštite).

2.5.4. Edukacija profesionalaca koji rade sa IKD ženskom populacijom o njihovoj izloženosti nasilju u porodici i van porodice, kao i problemima povezanim sa tom činjenicom.

- 2.5.5. Povećanje dostupnosti psihološke podrške za žene koje su IKD, kao i za partnerke injektirajućih korisnika droge kroz različite sisteme (zdravstveni sistem, nevladin sektor, CSR i dr.).
- 2.5.6. Razvoj programa lečenja bolesti zavisnosti koji su rodno osetljivi, kao i pristup tim programima (Grupne terapije, edukacija o bolestima, lečenje pri trudnoći ili za žene sa decomp i sl.).
- 2.5.7. Povećana dostupnost i informisanje o besplatnom savetovanju i testiranju na HIV, HCV i HBV infekciju žena kroz državne zdravstvene usluge, kao i redovno, organizovano brzo testiranje (*rapid testing*) praćeno savetovanjem kroz mobilne službe („*outreach services*“) na „*hot spotovima*“ u regionalnim centrima, uz veći angažman privatnog zdravstvenog sektora koje saraduje sa NVO, kao i promocija i besplatna vakcinacija na HBV (sa posebnim fokusom na romsku i HCV pozitivnu populaciju).
- 2.5.8. Obezbediti zamenu sterilnog pribora za ubrizgavanje (ili kroz državne programe, ili kroz podršku nevladinim organizacijama kao pružaocima ove usluge).
 - 2.5.8.1. Upotpuniti usluge koje bi se pružale prilikom zamene sterilnog pribora za ubrizgavanje sa radom na psihološkoj podršci, rad sa NZS, rad sa decomp iz partnerskih odnosa IKD i sl.
- 2.5.9. Povezivanje zaključaka, preporuka i aktivnosti koje se sprovode u oblasti seksualnog i reproduktivnog zdravlja sa merama i aktivnostima koje se definišu u HIV/AIDS u strategijama i programima.
- 2.5.10. Obezbediti (besplatnu) pristupačnost sredstava za zaštitu/kontracepciju i informisanje o raznim vrstama ove zaštite i njegovom korišćenju (npr. ženski kondomi). Obezbeđivanje zaštite i ženama i muškarcima, ženski pristup usmeren ka oba pola, sistematična promocija upotrebe kondoma od rane adolescencije.
- 2.5.11. Bolja pristupačnost uslugama zdravstvenog osiguranja ženama koje nemaju lična dokumenta ili podrška za vađenje ličnih dokumenata.

Literatura

- Babović, M. (2006). Socio-ekonomske strategije i odnosi unutar domaćinstva, u: Tomanović, S. (ur.) *Društvo u previranju*, ISIFF, Beograd, str. 81 – 101.
- Babović, M. (2009). Radne strategije i odnosi u domaćinstvu: Srbija 2003. – 2007, u: Tomanović, S. i Milić, A. (ur.) *Porodice u Srbiji danas u komparativnoj perspektivi*, ISIFF, Beograd, str. 135 – 151.
- Babović, M., Ginić, K. i Vuković, O. (2010). *Mapiranje porodičnog nasilja prema ženama u Centralnoj Srbiji*, Projekat Borba protiv seksualnog i rodno zasnovanog nasilja Uprava za rodnu ravnopravnost (MRSP), Beograd.
- Baroš, S., Juričan, G. i Stojanović, D. (2010). Rodni aspekti i rizik od HIV-a. UN tematska grupa za HIV/AIDS, Beograd (neobjavljena).
- Godinho, J., Jaganjac, N., Eckertz, D., Renton, A. and Novotny, T. (2005). *HIV/AIDS in the Western Balkans. Priorities for Early Prevention in a High-Risk Environment*, The World Bank Working Paper No. 68, Washington.
- Institut za javno zdravlje Srbije „Dr Milan Jovanović Batut“ (2012). *Izveštaj o zaraznim bolestima u 2011. godini na teritoriji Republike Srbije*, Beograd.
- Ministarstvo zdravlja RS, Jedinica za implementaciju projekta Ministarstva zdravlja iz donacije Globalnog fonda za borbu protiv side, tuberkuloze i malarije i Institut za javno zdravlje Srbije „Dr Milan Jovanović Batut“, Nacionalna kancelarija za HIV/AIDS. (2008). *Istraživanja među populacijama sa povećanim rizikom od HIV-a i među osobama koje žive sa HIV-om*, Beograd.
- Ministarstvo zdravlja RS, Jedinica za implementaciju projekta Ministarstva zdravlja iz donacije Globalnog fonda za borbu protiv side, tuberkuloze i malarije i Institut za javno zdravlje Srbije „Dr Milan Jovanović Batut“, Nacionalna kancelarija za HIV/AIDS. (2010). *Istraživanja među populacijama sa povećanim rizikom od HIV-a i među osobama koje žive sa HIV-om*, Beograd.

- UNFPA (2007). *Report Card: HIV prevention for girls and young women*, Belgrade.
- UNICEF (2000). Domestic Violence against Women and Children, *Innocenti Digest 6*: str. 1 – 28.
- Renzetti, C. M. i Lee, R. M. (1993). *Reserching Sensitivie Topics*, Sage Publications, London.
- Rhodes, T., Stimson, G.V., Crofts, N., Ball, A., Dehne, K. i Khodakevich, L. (1999). Drug injecting, rapid HIV spread, and the 'risk environment': implications for assessment and response, *AIDS: suppls A*: str. 259–269.
- Rhodes, T. and Simic, M. (2005). Transition and the HIV risk environment, *BMJ* 331: str. 220–223.
- Siber, J. i Stanlez, B. (1988). Ethical and Professional Dimensions of Socially Sensitive Research, *American Psychologist* 42: str. 49– 55.
- Šulovic V., Cucić V., and Ilić D. *et.al.* (2006). *Twenty Years of HIV/AIDS in Serbia*, JAZAS, Beograd.
- Vlada RS (2005). *Nacionalna strategija za borbu protiv HIV – a/ AIDS – a*, Ministarstvo zdravlja, Beograd.
- Vlada RS (2009). *Nacionalna strategija za poboljšanje položaja žena i unapređenje rodne ravnopravnosti*, Ministarstvo rada i socijalne politike – Uprava za rodnu ravnopravnost, Beograd.
- Vlada RS (2012a). *UNGASS Country report. Reporting period: January 2010 – December 2011*, Institut za javno zdravlje Srbije „Dr Milan Jovanović Batut“, Beograd.
- Vlada RS (2012b). *Strategija o HIV infekciji i AIDS-u*, Ministarstvo zdravlja, Beograd.
- WHO (2009). *Integrating gender into HIV/AIDS programmes in the health sector. Tools to improve responsiveness to women's needs*, WHO Press, Geneva.
- Wong, E. (2002). *Rapid Assessment and Response on HIV/AIDS among Especially Vulnerable Young People in South Eastern Europe*, UNICEF.

CIP – Каталогизација у публикацији
Народна библиотека Србије, Београд

613.83:316(497.11)

БАБОВИЋ, Марија, 1963–

Rodni aspekti zdravstvenih i socijalnih rizika partnerki
injektirajućih korisnika droge / [autorke Marija Babović, Ivana
Subotički]. – Beograd : #SeConS #Grupa za razvojnu inicijativu, 2013
(Beograd : Dosije studio). – 146 str. : graf. prikazi, tabele ; 24 cm

Podaci o autorkama preuzeti iz kolofona. – Tiraž 500. – Napomene i
bibliografske reference uz tekst. – Bibliografija: str. 145–146.

ISBN 978-86-913917-6-8

1. Суботички, Ивана, 1983– [аутор]

а) Наркоманија – Социолошки аспект – Србија

COBISS.SR-ID 197433868



Srbija

Program Ujedinjenih nacija za razvoj (UNDP) jeste globalna razvojna mreža koja se zalaže za promene i obezbeđuje pristup znanju, iskustvima i resursima neophodnim za bolji život građana.

Program Ujedinjenih nacija za razvoj (UNDP)

Poštanski fah br. 3

Internacionalnih brigada 69

11000 Beograd

Srbija

Telefon: +381 11 20 40 400

Faks: +381 11 3 44 43 00

www.undp.org.rs