

PSICHOAKTYVIŲ MEDŽIAGŲ VARTOJIMO ŽALOS MAŽINIMAS: KONCEPCIJOS POKYČIAI IR VEIKSMINGUMAS

Natalja Istomina¹, Rožė Perminienė^{1, 2}, Riitta Suhonen², Helena Leino-Kilpi²

¹*Klaipėdos universitetas*, ²*Turku universitetas, Suomija*

Raktažodžiai: švirkščiamųjų narkotikų vartotojai, psichoaktyvios medžiagos, ŽIV, žalos mažinimas, švirkštų ir adatų keitimas, žemo slenksčio centrai.

įvairių paslaugų „paketai“ teikiami žemo slenksčio centruose.

Santrauka

Užkrečiamosios ligos, tokios kaip ŽIV ir virusiniai hepatitai B ir C, yra glaudžiai susijusios su narkotikų vartojimu. Šios ligos – tai vieni sunkiausių narkotinių medžiagų vartojimo padarinių sveikatai. Šių medžiagų švirkštimosi ir infekcijų perdavimo ryšys neabejotinas. Todėl su narkotikų vartojimu susijusios žalos prevencija ir jos mažinimas yra daugelio valstybių visuomenės sveikatos politikos ir kovos su narkotikais strategijų tikslas. Darbo tikslas: apžvelgti žalos mažinimo koncepciją bei išanalizuoti ir pateikti literatūros duomenis, susijusius su žalos mažinimo programos elementu – švirkštų ir adatų keitimo – vykdymo ypatumais, jų svarba ir veiksmingumu. Tyrimo metodika – atlikta mokslinės literatūros ir šaltinių analizė bei sintezė, metaanalizė, informacijos struktūrizavimas ir apibendrinimas.

Psichoaktyvių medžiagų žalos mažinimas – tai programa, orientuota į sumažinimą negatyvių narkotikų vartojimo pasekmių individo ir visos visuomenės sveikatai, socialinei ir ekonominei sritims, be griežto reikalavimo individui atsisakyti narkotikų vartojimo. Švarios švirkštimosi įrangos naudojimas, jos sterilizavimas, rizikingų įpročių ruošiant narkotikų mišinius/skiedinius mažinimas ir skatinimas naudoti prezervatyvus lytinių santykių metu – ypač reikšmingos intervencijos rūšys ŽIV infekcijos, hepatitų plitimo, perdozavimo ir kitų su narkotikais susijusių mirties atvejų mažinimo programose. Tačiau narkotikų žalos mažinimo programos nėra alternatyvios kitoms priklausomybės nuo narkotikų gydymo priemonėms. Žalos mažinimas, paplitęs visame pasaulyje, šiuo metu konsoliduojamas ir integruojamas su įvairiomis kitomis sveikatos priežiūros ir socialinėmis paslaugomis. Dažniausiai žalos mažinimo

Įvadas

Kaip nurodo Jungtinių Tautų narkotikų ir nusikaltimų biuras, prevencinių ir gydymo programų, skirtų narkotikus vartojantiems asmenims, naudą galima apžvelgti trimis dimensijomis, kurios reikšmingos tiek atskiro individo reabilitacijos, tiek ir visuomenės sveikatos prasme. Prevencinės ir gydymo programos tikslai gali būti apibrėžti šiomis dimensijomis: nutraukti arba sumažinti psichoaktyvių medžiagų vartojimą – galutinis, tolimas visų priklausomybės ligų gydymo tikslas; pagerinti asmeninę sveikatą ir socialines funkcijas. Pagerėjusi asmens somatinė ir psichikos sveikata, geresnė adaptacija ir funkcionavimas visuomenėje labai svarbūs mažinant išlaidas sveikatos priežiūrai, socialinei paramai ir neabejotinai yra naudingi visuomenei. Be to, tai svarbu ir asmens sveikatos prasme, kadangi geresnė adaptacija visuomenėje reikšminga priklausomybės ligos atkryčių prevencijai; sumažinti grėsmę visuomenės sveikatai ir saugumui. Narkotikų vartotojas sukelia grėsmę visuomenės sveikatai ir saugumui, kadangi jo elgesys didina infekcinių ligų plitimo riziką ir dažniausiai yra susijęs su nusikaltimais. Nusikaltimai asmeniui, kaip ir turtiniai nusikaltimai, padaromi siekiant įsigyti nelegalių narkotikų, pavojingas automobilio vairavimas ar įrenginių valdymas, pavartojus alkoholio, dažniausiai minimi kaip grėsmių, pavojaus ir galimos žalos visuomenei pavyzdžiai [23].

Remiantis Pasaulio sveikatos organizacijos (toliau – PSO) teigimu, visiškai veiksmingų priemonių, užkertančių kelią nelegalių narkotikų vartojimui, nėra. Kiekvienoje šalyje, kiekvienoje kultūroje narkotikai yra vartojami, nepaisant to, kad stengiamasi pažaboti jų vartojimą ir prekybą. Todėl programos, kurios tik prevencijos būdu siekia sustabdyti narkotikų vartojimą, iš esmės gali būti neefektyvios stabdant infekcinių ligų plitimą [25].

Užkrečiamosios ligos, tokios kaip ŽIV ir virusiniai hepatitai B ir C, yra glaudžiai susijusios su narkotikų vartojimu. Šios ligos – tai vieni sunkiausių narkotikų vartojimo

padarinių sveikatai. Narkotikų švirkštimosi ir infekcijų perdavimo ryšys neabejotinas. Todėl su narkotikų vartojimu susijusios žalos prevencija ir jos mažinimas yra daugelio valstybių visuomenės sveikatos politikos ir kovos su narkotikais strategijų tikslas.

Pagrindinės šioje srityje vykdomos intervencinės priemonės – priklausomybės nuo opioidų gydymas pakaitiniais opioidais ir adatų bei švirkštų keitimo programos, skirtos mirčių dėl perdozavimo skaičiui ir infekcinių ligų plitimui mažinti. Šias priemones turi visos Europos šalys, o adatų bei švirkštų keitimo programą – taip pat visos Europos šalys, išskyrus Turkiją [9].

Per pastaruosius du dešimtmečius žalos mažinimas Europoje vis labiau plito ir buvo konsoliduojamas ir integruojamas su įvairiomis kitomis sveikatos priežiūros ir socialinėmis paslaugomis. XX a. 9-ojo dešimtmečio pabaigoje daugiausia dėmesio buvo skiriama ŽIV ir AIDS epidemijai, o žalos mažinimas išsiplėtė iki platesnio masto – probleminių narkotikų vartotojų, ypač patiriančių socialinę atskirtį, sveikatos priežiūros ir socialinių poreikių tenkinimo [9].

Adatų ir švirkštų keitimo programos integrovosi į žemo slenksčio paslaugas teikiančių centrų (kitur dar vadinamų kabinetų, agentūrų) darbą. Kadangi tokie centrai, teikiantys lengvai prieinamą pagalbą, sėkmingai pasiekia aktyvių narkotikų vartotojų populiacijas, jie tampa svarbia įstaiga, nuo kurios prasideda kontaktai, prevencija, švietimas ir patarimai, taip pat siuntimas gydytis. Taip pat vis dažniau pripažįstama, kad žemo slenksčio paslaugos narkotikų vartotojams gali tapti svarbia pagrindinės medicininės priežiūros, tikrinimo dėl infekcinių ligų ir skiepijimo bei antivirulinio gydymo platforma tiems bendruomenės nariams, kuriems dėl įvairiausių priežasčių gali būti sunku pasiekti oficialias sveikatos priežiūros tarnybas [5].

Tačiau nuo žalos mažinimo programų atsiradimo pradžios kilo ir iki šiol tebesitęsianti diskusijos dėl šių programų pagrįsto reikalingumo bei efektyvumo: ar jų pagalba galima išvengti, kontroliuoti ir mažinti ŽIV plitimą tarp švirkščiamųjų narkotikų vartotojų? Kokia yra tikroji žalos mažinimo koncepcija? Ar į žalos mažinimo programas investuotos lėšos atsiperka visuomenės sveikatos požiūriu?

Straipsnio tikslas - apžvelgti psichoaktyvių medžiagų žalos mažinimo koncepciją bei išanalizuoti ir literatūros šaltinius, susijusius su žalos mažinimo programos elemento – švirkštų ir adatų keitimo – vykdymo ypatumais, jų svarba ir veiksmingumu.

Tyrimo metodika

Atliktas aprašomasis analitinis tyrimas – literatūros diskusinė apžvalga [20]. Atlikta mokslinės literatūros ir dokumentų paieška bei analizė, informacijos struktūrizavimas ir apibendrinimas.

Literatūros šaltinių paieška atlikta kompleksinėse duomenų bazėse, įtraukiant rezultatus iš mokslinių šaltinių bei įvairių dokumentų pagal paieškos žodžius „žalos mažinimas“, „ŽIV“, „žemo slenksčio centrai“, „švirkščiamieji narkotikai“. Po išsamios peržiūros buvo pašalinti besikartojantys šaltiniai bei šaltiniai, nesusiję su nagrinėjama tema. Analizei atrinkta 12 mokslinių straipsnių ir 15 statistinių, atskaitinių bei specializuotos literatūros specialistams-praktikams šaltinių, parašytų lietuvių, anglų ar rusų kalba. Atlikta šių šaltinių diskusinė apžvalga [20].

Rezultatai ir jų aptarimas

Žalos mažinimas yra viena iš trijų visapusiškos narkotikų problemos sprendimo strategijos sudėtinių dalių. Dvi dalys – tai pasiūlos mažinimas ir paklausos mažinimas. Pasiūlos mažinimas – tai narkotikų konfiskavimas, pasitelkiant muitinės funkcijas, ir pastangos, kad narkotikų gamintojai nustotų auginti žaliavą (opiumą, aguonas). Narkotikų platintojų suėmimas bei nelegalių narkotikų pervežimo maršrutų ardymas taip pat yra pasiūlos mažinimas. Paklausos mažinimas yra paslaugų, kurias paprastai teikia socialinės, švietimo ir sveikatos priežiūros įstaigos, skatinamos sveiką gyvenseną be narkotikų bei padėdamos narkotikų vartotojams nustoti vartojus narkotines medžiagas, kompleksas [2].

Gydymas – tai tik viena kompleksinės ŽIV prevencijos dalis. Kiti elementai – tai įvairūs informavimo, švietimo ir bendravimo metodai, savanoriškas konsultavimasis infekcinių ligų klausimais ir tyrimai, skiepijimas, sterilių švirkštimosi reikmenų dalijimas ir kitos profilaktikos priemonės. Šios priemonės, taip pat gydymo paslaugos žemo slenksčio centruose, o kartais net gatvėse, gali padėti užmegzti kontaktus ir bendrauti su aktyviais narkotikų vartotojais ir jų sekso partneriais, aptariant narkomanijos pasekmes sveikatai, jų riziką ir prevenciją [7].

Tuo pačiu metu, kai buvo susirūpinta, kaip pasiekti narkotikų vartotojus ir išlaikyti su jais kontaktus, vis plačiau buvo pripažįstama žemo slenksčio centrų paslaugų bei paramos svarba, ir dabar ši veikla sudaro esminę atsako dalį daugelyje valstybių.

Žalos mažinimo koncepcija. Žalos mažinimas sutelkia dėmesį į pasiekiamus tikslus. Žalos mažinimo programos į narkotikų vartojimą žiūri iš realistiško ir pragmatiško visuomenės sveikatos taško. Sutelkiant jėgas mažinti žalai, susijusiai su narkotikų vartojimu, o ne vien tik šalinti patį vartojimą, žalos mažinimas gali užkirsti kelią plisti infekcijoms, tarp jų ŽIV/AIDS ir hepatitams, sumažinti perdozavimo ir kitų su narkotikais susijusių mirties atvejų riziką, sumažinti tą neigiamą įtaką, kurią narkotikų vartojimas gali turėti atskiriems asmenims ir ben-

druomenėms, įskaitant ir skurdą bei nusikalstamumą [24].

Visuomenės sveikatos kontekste „žalos mažinimas“ – tai koncepcija, siekianti užkirsti kelią ar sumažinti neigiamas sveikatos pasekmes, susijusias su tam tikru elgesiu. ŽIV ir švirkščiamųjų narkotikų vartojimo kontekste žalos mažinimas – tai veiksmų, kurių tikslas – ŽIV ir kitų infekcijų, atsirandančių dėl dalijimosi nesteriliais švirkštimosi instrumentais, plitimo prevencija, visuma [23]. Žalos mažinimo koncepcija orientuota į realią žalą, numatant, kad kai kurie asmenys ir toliau vartos švirkščiamuosius narkotikus, nepaisydami jų neteisėtumo. Todėl tokiems žmonėms suteiktos galimybės daryti tai tokiu būdu, kuris sumažintų riziką ir keltų mažiau žalos tiek jiems patiems, tiek aplinkiniams [14].

Žalos mažinimas gali būti traktuojamas kaip nelegalių narkotikų vartojimo neigiamų pasekmių prevencija, nebūtinai mažinant jų suvartojimą. „Jei asmuo nenori atsisakyti narkotikų, mes privalome padėti sumažinti narkotikų vartojimo žalą jam ir kitiems“ – šis teiginys yra žalos mažinimo koncepcijos esmė [23].

Pasakymu „žemos slenkščio paslaugos narkotikų vartotojams“ apibūdinama tokia paslaugų teikimo aplinka, kurioje siekiama, kad narkotikų vartotojams būtų lengviau prieinamos socialinės ir sveikatos priežiūros paslaugos. Kad žemo slenkščio centruose būtų kuo dažniau lankomasi, jie steigiami tokiose vietose ir taiko tokias darbo valandas, kurios yra priderintos prie klientų poreikių, pavyzdžiui, jie veikia vėlavakarais ir naktį. Lengvai prieinamas paslaugas teikiantys centrai dažnai teikia paslaugas per darbuotojus, kurie patys stengiasi pasiekti narkotikų vartotojus. Norint pasinaudoti tokių centrų paslaugomis, reikia nedaug formalumų, dažnai jos teikiamos nemokamai, anonimiškai, konfidencialiai ir nesiejamos su klientų įsipareigojimu nevertoti arba stengtis nevertoti narkotikų. Tokie centrai stengiasi pasiekti tuos vartotojus, kurie niekuomet nesikreipė į kitas narkomanijos ir sveikatos priežiūros tarnybas arba prarado su jomis ryšį. Jų paslaugos skirtos pirmiausia „sunkiai pasiekiamoms“ grupėms ir konkrečioms didelės rizikos narkotikų vartotojų grupėms, taip pat eksperimentuojantiems vartotojams (pavyzdžiui, teikiant tokias paslaugas klubuose, diskotekose ir kitokių susibūrimų aplinkoje). Žemo slenkščio principas gali būti taikomas gatvėse esančioms agentūroms, dienos centrams, į kuriuos lengva užsukti, lauko sveikatos priežiūros stotims bei prieglobsčio namams, skirtiems neatidėliotiniams atvejams. Kadangi tokie centrai lengvai prieinami, kompleksinėje globos sistemoje jie vaidina svarbų vaidmenį, stengiantis pasiekti „pasislėpusias“ ar „sunkiai pasiekiamas“ narkotikų vartotojų populiacijas. Jie ne tik skatina narkotikų vartotojus pradėti gydymą ir išduoda siuntimus, bet dažnai teikia ir „išgyvenimui“ reikalingas paslaugas, pavyzdžiui, maistą, rūbus, pastogę,

sterilius švirkštimosi instrumentus ir sveikatos priežiūrą. Tai pagrindinė aplinka, kurioje eksperimentuojantys su narkotikais asmenys arba jau turintys nuo jų priklausomybę narkotikų vartotojai skatinami rūpintis sveikata, didinamos jų žinios ir įgūdžiai, kaip saugiai vartoti narkotikus. Vis dažniau jie teikia ir gydymo paslaugas [6].

Sėkmingas žalos mažinimas remiasi politine, teisine baze bei socialine aplinka, kurios ir mažina švirkščiamųjų narkotikų vartotojų pažeidžiamumą. Žalos mažinimas gali būti sudarytas iš įvairių komponentų, kurie sukuria galimybes mažinti rizikingą su narkotikų švirkštimosi susijusį elgesį. Tarp pagrindinių žalos mažinimo priemonių yra šios [23, 27, 28]:

- švirkštų ir adatų keitimo programos – aprūpina švartiomis adatomis ir švirkštais mainais į naudotą švirkštimosi įrangą;

- pakaitinis gydymas (palaikomasis gydymas): naudoja sintetinį narkotiką (paprastai metadoną arba buprenorfiną) gydyti pacientus, kurie yra priklausomi nuo „gatvės“ opiatų, tokių kaip heroinas ar morfinas. Pakaitinis gydymas neleidžia pacientams patirti abstinencijos sindromo, sumažina gatvėje platinamų opiatų potraukį bei blokuoja opiatų poveikį. Jie nesukelia euforijos ir yra geriami, o ne švirkščiami;

- konsultavimas ir švietimas: asmeninis konsultavimas arba spausdinta šviečiamoji medžiaga gali padėti narkotikų vartotojams suprasti savo pačių elgesį ir išmokyti, kaip sumažinti sau sukeliama riziką vartojant narkotikus. Spausdinta medžiaga neskatina narkotikų vartojimo, bet moko tokių saugesnio švirkštimosi būdų kaip sterilizacija ir aiškina apie prezervatyvų naudojimą;

- nukreipimai gydytis: dažnai narkotikų vartotojai nesikreipia dėl sveikatos priežiūros paslaugų, nes bijo teisinių nuobaudų arba yra atskirti nuo įprastinės visuomenės. Žalos mažinimo programos narkotikų vartotojus skatina ieškoti tinkamos pagalbos, o sveikatos priežiūros darbuotojus – teikti tinkamą ir visapusišką priežiūrą nediskriminuojant ir neteisiant;

- saugesnio švirkštimosi kambariai: tai švartios prižiūrimos patalpos švirkštimosi, skirtos tam, kad narkotikų vartotojai nesišvirkštų gatvėje arba vieni, rizikuodami perduoti. Jose taip pat mokoma saugesnio švirkštimosi būdų, taip užkertant kelią tokiems fiziniams sužalojimams kaip abscesai. 2010 m. šios paslaugos buvo teikiamos Kandoje, Australijoje, Ispanijoje, Norvegijoje, Liuksemburge, Vokietijoje, Olandijoje, Šveicarijoje [12];

- bausmių sumažinimas už teisės pažeidimus, susijusius su narkotikais – tai bausmių už narkotikų laikymą asmeniniam naudojimui sušvelninimas.

Švirkštų ir adatų keitimas. Kadangi dalijimasis naudoto-

mis adatomis ir švirkštais turi įtakos žaibiškam ŽIV infekcijos plitimui, efektyviausios intervencijos, mažinančios ŽIV infekcijos plitimo riziką tarp švirkščiamųjų narkotikų vartotojų, yra tos, kurios mažina dalijimosi švirkštimosi įranga dažnį. Švirkštimosi įrangos sterilizavimas, rizikingų įpročių ruošiant narkotikų mišinius/skiedinius mažinimas ir skatinimas naudoti prezervatyvus lytinių santykių metu – tai ypač reikšmingos intervencijos rūšys ŽIV infekcijos plitimo mažinimo programose. Tokios paslaugos pradėtos teikti Vakarų Europoje apie 1980-uosius metus kaip tiesioginis atsakas į ŽIV epidemijos grėsmę tarp švirkščiamųjų narkotikų vartotojų [22].

Švirkščiamųjų narkotikų vartotojai, kartą pasirinkę tokį narkotikų vartojimo būdą, dėl kokių nors priežasčių nenori arba negali liautis vartoję. Net neturėdami galimybių gauti sterilių adatų ar švirkštų, jie nenustoja vartoję. Tokiomis aplinkybėmis atsiranda didelė tikimybė, kad švirkštimosi instrumentais bus dalijamasi. Panaudotų švirkštų ir adatų dalijimasis sudaro ypač palankias sąlygas plisti hepatitams, ŽIV ir kitoms per kraują plintančioms infekcijoms tarp narkotikų vartotojų, o vėliau (pavyzdžiui, lytinių santykių metu) bus perduodamos ir kitiems bendruomenės nariams [23].

Pradėjus šalyje taikyti adatų ir švirkštų keitimo programą, geografinė tokios programos punktų aprėptis paprastai nuolat didėja. Daugelyje šalių tokia programa apima visą teritoriją ir susikuria tokių programų nacionaliniai tinklai. Nors dauguma Europos šalių dabar dalija sterilius švirkštimosi reikmenis, tokios veiklos pobūdis ir apimtis įvairiose šalyse yra skirtinga. Dažniausias modelis – teikti šią paslaugą tam tikroje nustatytoje vietoje, paprastai specializuotoje narkotikų vartotojams skirtoje tarnyboje, bet dažnai teikiamos ir mobilios paslaugos, kuriomis stengiamasi pasiekti narkotikų vartotojus bendruomenės aplinkoje [6]. Gera šių programų aprėptis yra Italijoje, kur adatų ir švirkštų programos įgyvendinamos 70 proc. visų sveikatos priežiūros apylinkių, Čekijoje, kur šios programos veikia visose 77 rajonuose ir sostinėje Prahėje, Suomijoje, kur savivaldybės yra įstatymu įpareigosios teikti užkertančias kelias infekcinėms ligoms paslaugas, įskaitant adatų ir švirkštų keitimų programas. Portugalija per vaistines ir tiesioginių kontaktų punktus su adatų ir švirkštų keitimu aprėpia apie 50 proc. teritorijos, Danijoje dešimt iš 13 apskričių turi adatų ir švirkštų keitimo programas. Adatos ir švirkštai keičiami Ispanijos, Portugalijos, Liuksemburgo, Vokietijos, Šveicarijos, Rumunijos, Moldovos, Baltarusijos, Armėnijos, Azerbaidžano, Kirgizijos, Irano kalėjimuose [12].

Vaistinėse vykdomos keitimo programos taip pat padeda plėsti programų geografinę aprėptį, be to, švirkštų prieinamumą gali didinti vaistinėse parduodami švarūs švirkštai. Formaliai organizuotas vaistinių švirkštų keitimas

arba platinimo tinklai veikia kai kuriose Europos šalyse, kaip pavyzdžiui Belgijoje, Danijoje, Vokietijoje, Ispanijoje, Prancūzijoje, Nyderlanduose, Lenkijoje, Slovėnijoje ir Jungtinėje Karalystėje, nors dalyvavimas tokiose schemose labai įvairus, nuo beveik pusės vaistinių (45 %) Portugalijoje iki mažiau kaip 1 % Belgijoje [6, 7].

Švirkštų programų mastas Europoje: ar jis pakankamas? Šios intervencijos poveikis priklauso nuo to, ar teikiamų švirkštų ir adatų pakanka švirkščiamuosius narkotikus vartojančių asmenų paklausai tenkinti. Pagal šias programas per metus išdalijama beveik 50 mln. švirkštų. Apytikriai apskaičiuota, kad Europos šalyse vienas švirkščiamųjų narkotikų vartotojas gauna vidutiniškai 94 švirkštus. PSO, UNODC ir UNAIDS manymu, ŽIV prevencijai per metus išdalyti po 100 švirkštų vienam švirkščiamųjų narkotikų vartotojų yra mažai, o siektinas rodiklis būtų 200. Europoje tik Liuksemburgas ir Norvegija išdalija daugiau kaip 200 švirkštų vienam susišvirkščiančiajam. Per 2005–2009 m. bendras pagal švirkštų keitimo programas išdalytų švirkštų skaičius padidėjo 32 proc. Subregioninė švirkštų teikimo tendencijų analizė rodo didėjimo išsilyginimą šalyse, kurios prie ES prisijungė iki 2004 m., ir padidėjimą naujesnėse valstybėse narėse [9]. Žinoma, kad švirkštimosi dažnumui įtakos turi daug veiksnių, pavyzdžiui, vartojimo būdas, priklausomybės intensyvumas ir vartojamo narkotiko tipas. Atliktas ryšio tarp ŽIV paplitimo ir švirkštų programos masto tyrimas rodo, kad elgsenos veiksniai, pavyzdžiui, švirkštimosi dažnumas, pakartotinis savo švirkšto naudojimas turi didelės įtakos tam, kiek reikia išdalyti švirkštų, kad būtų galima žymiai sumažinti ŽIV paplitimą [16].

Veiksmingumo ir ekonominio naudingumo tyrimai. Moksliniai adatų ir švirkštų keitimo programų veiksmingumo ŽIV/AIDS atvejų mažinimui tarp švirkščiamųjų narkotikų vartotojų tyrimai prasidėjo devintajame dešimtmetyje. D. Jarlais aprašė 11 metų (1990-2001 m.) Niujorke vykdytų programų pasiekimus ir nustatė, kad ŽIV infekcijos dažnis sumažėjo nuo 54% iki 13% pradėjus taikyti adatų keitimo programas [25].

S. F. Hurley 1997 metais atliktas tyrimas palygino ŽIV infekcijos plitimo lygį tarp švirkščiamųjų narkotikų vartotojų 52-uose adatų ir švirkštų programų neturinčiuose ir 29-iuose jas turinčiuose Šiaurės ir Pietų Amerikos, Europos, Azijos ir pietinės Ramiojo vandenyno dalies šalių miestuose. Pirmuosiuose ŽIV infekcijos plitimo lygis per metus vidutiniškai padidėjo 5,9%, o miestuose, turinčiuose adatų ir švirkštų programas, vidutiniškai sumažėjo 5,8% [13].

2001 metais peržiūrėję 42 tyrimus apie švirkštų ir adatų keitimo programas, D. R. Gibsonas ir kiti bendraautoriai rado įrodymų, kad švirkštų keitimo programos yra veiksmingos užkertant kelią ŽIV riziką keliančiam elgesiui ir ŽIV

serokonversijai tarp švirksčiamųjų narkotikų vartotojų [11].

2002 metais išleistas tyrimas palygino ŽIV plitimą 103 miestuose ir 24 šalyse. 36 miestuose, kuriuose vykdomos adatų ir švirksčių programos, ŽIV infekcijos plitimo lygis sumažėjo vidutiniškai 18,6% per metus, kai tuo tarpu 67 miestuose, neturinčiuose tokių programų, šis lygis padidėjo vidutiniškai 8,1% per metus [21].

Kaip parodė 1999 metais S. L. Coyle ir bendraautorių atlikta 36 leidinių apžvalga, švirksčių ir adatų keitimo programos siejamos su: nustojimu švirksčtis, sumažėjusiu švirksčtimosi dažnumu, nutrauktu/sumažėjusiu pakartotinių tų pačių švirksčių ir adatų bei kitų švirksčtimosi instrumentų naudojimu, sumažėjusiu/nutrauktu krekto vartojimu, padidėjusia adatų dezinfekcija, padaugėjusiais nukreipimais gydytis nuo narkotikų ir padidėjusiu dalyvavimu gydymosi programose, padidėjusiu prezervatyvų naudojimu/sumažėjusiais nesaugiais lytiniais santykiais [3].

2007 metais paskelbta švedų mokslininkų atlikta švirksčių keitimo programų veiksmingumo ŽIV prevencijai kritinė apžvalga. Buvo atlikta literatūros analizė ir peržiūrėti straipsniai, paskelbti iki 2005 m. gruodžio mėn. Atrinkti tik tyrimai, kuriuose ŽIV sergamumo ir paplitimo duomenys pasirinkti kaip rezultato kintamieji. Devyniuose tyrimuose pateikiami duomenys apie švirksčių keitimo programų poveikį sergamumui ŽIV. Jų nuomone, septyniuose iš šių tyrimų konstatuojama, kad poveikis buvęs nežymus, viename fiksuotas teigiamas, o kitame neigiamas poveikis. Trys tyrimai vertino pradinį ŽIV paplitimą, ir visuose švirksčių keitimo programų poveikis buvo neigiamas. Metodas, taikytas trijuose tyrimuose, lyginant ŽIV paplitimą miestuose, kuriuose buvo įgyvendinamos keitimo programos, su ŽIV paplitimu miestuose, kuriuose jos nebuvo įgyvendinamos, pasirodė turįs trūkumų ir tyrimų rezultatai negali būti naudojami kaip švirksčių keitimo programų veiksmingumo įrodymai. Apžvalgos pabaigoje padaryta išvada, kad ankstesnėse apžvalgose švirksčių keitimo programų veiksmingumas ŽIV plitimo tarp ŠNV prevencijai buvo pervertintas [15].

2004 metais PSO paskelbtoje literatūros apžvalgoje daroma išvada, jog yra įtikinančių įrodymų, kad sterilijų švirksčiamųjų priemonių prieinamumo ir švirksčiamųjų narkotikų vartotojų naudojimosi jomis didinimas reikšmingai sumažina ŽIV infekciją ir nėra jokių įrodymų apie kokias nors didesnes netikėtas neigiamas pasekmes. Tačiau apžvalgoje daroma išvada, kad vien tokių programų nepakanka ŽIV infekcijai tarp švirksčiamųjų narkotikų vartotojų kontroliuoti ir kad kartu su šiomis programomis turi būti taikomos papildomos priemonės, padedančios kontroliuoti ŽIV infekciją tarp tokių narkotikų vartotojų ir stabdyti jos plitimą [21].

Žalos mažinimo priemonės ne tik prisideda gelbstint

žmonių gyvybes ir gerinant gyvenimo kokybę suteikdamos narkotikų vartotojams galimybę likti visuomenės dalimi. Bendruomenėms jos yra dar ir ekonomiškai naudingos.

Apžvelgę adatų ir švirksčių keitimo programų ekonomiskumą, de Wit ir Bos priėjo prie išvados, kad šios programos yra ekonomiškos ŽIV plitimo prevencijos priemonės, nes jos ne tik mažina ŽIV, bet ir teikia kitokią papildomą ir svarbią naudą, pavyzdžiui, sveikatos priežiūros bei socialinėms tarnyboms padeda užmegzti ryšius su sunkiai pasiekiamomis narkotikų vartotojų populiacijomis [4].

Australijoje, kurioje kasmet išdalijama 30 mln. švirksčių, 2009 metais atliktas adatų ir švirksčių keitimo programų išlaidų veiksmingumo tyrimas ir apytikriai apskaičiuota, kad nuo šių programų įgyvendinimo pradžios 2000 m. dėl jų buvo išvengta daugiau kaip 32 050 ŽIV infekcijos atvejų ir beveik 96 667 hepatito C atvejų [19].

Sveikatos priežiūros išlaidos yra didelės. Pasak L. Murauskienės ir S. Čaplinsko, narkotikų vartotojui užsikrėtus ŽIV ir susirgus AIDS, diagnostinių procedūrų ir gydymo kaštai gali siekti net 24 600 – 241 600 Lt per metus vienam asmeniui, o invalidumo pensijos – dar 9 360 – 24 960 Lt per metus [18].

Moksliniai tyrimai rodo, kad negydomi narkotikų vartotojai kelia grėsmę visuomenės sveikatai, o prevencinės bei gydymo intervencijos yra ekonomiškai pagrįstos. D. S. Metzger ir kiti ištyrė narkotikų vartojimą, dalijimąsi švirksčiais ir ŽIV infekcijų dažnį dviejose didelėse švirksčiamus narkotikus vartojančiose grupėse JAV. Tyrimai parodė, kad pakaitinis gydymas metadonu, palyginus su negydomais narkotikų vartotojais, 60% sumažino riziką užsikrėsti ŽIV [17].

R. E. Booth ir kiti atliko tyrimą tarp 4000 intraveninių narkotikų vartotojų 15-oje JAV miestų. Kiekviename mieste narkotikų vartotojams buvo pasiūlyta „įprasta intervencija“, susidedanti iš konsultacijos ir tyrimo dėl ŽIV, arba „išplėstinė intervencija“, susidedanti iš „įprastos“ konsultacijos ir tyrimo dėl ŽIV bei papildomai sveikatos darbuotojo pasiūlytų 1–3 motyvaciją stiprinančių konsultacijų. Po šešių mėnesių „išplėstinės intervencijos“ grupėje švirksčtimosi dažnis buvo dvigubai mažesnis (20% palyginus su 41%), o policija mažiau sulaukė jai priklausančių narkotikų vartotojų (14% palyginus su 24%) nei „įprastos intervencijos“ grupėje [1].

Šis tyrimas parodo, kad gana kuklios ekonominių sąnaudų prasme visuomenės sveikatos intervencijos (sterilijų adatų ir švirksčių tiekimas bei sveikatos darbuotojo konsultacija dėl ŽIV) gali gerokai sumažinti rizikingą elgesį ir pavojų visuomenei. Todėl įvairios „žemo slenksčio“ programos, padedančios išlaikyti ryšį su nesigydančiais narkotikų vartotojais, skatinančios juos keisti elgesį ir siekti gydymo, yra reikšmingos.

Prieinamas narkotikų vartotojų gydymas narkotikų vartotojams sumažina tikimybę plisti ŽIV, hepatitui B ir C, pagerina individo funkcionavimą ir galimybes sugrįžti į darbo rinką. Analogiškas nacionalinis priklausomybės narkotikams tyrimas Didžiojoje Britanijoje (anglų k. – *Nationwide Treatment Outcome Research Study, NTORS*) patvirtino, kad, investavus lėšų į gydymą, kriminalinės teisėsaugos, sveikatos ir socialinės apsaugos sektoriuose sutaupoma tris kartus daugiau lėšų [23].

Žalos mažinimo svarba. Žalos mažinimu pirmiausia siekiama padėti švirkščiamųjų narkotikų vartotojams išvengti neigiamų sveikatos pasekmių ir pagerinti jų sveikatą bei socialinį statusą. Žalos mažinimo politika pripažįsta, kad daugeliui narkotikų vartotojų visiškai susilaikymas nuo psichoaktyvių medžiagų per trumpą laiką yra neįmanomas, ir siekia padėti sumažinti švirkštimosi dažnumą bei padidina saugumą. Tai svarbu todėl, kad [10, 20, 23, 25]:

- pakartotinai naudojant ar dalijantis adatomis, švirkštais ir kitomis priemonėmis, skirtomis ruošti narkotikams, kyla didžiausia grėsmė užsikrėsti ir perduoti ŽIV. Pasaulyje gali būti apie 2-3 milijonai buvusių ar esamų švirkščiamųjų narkotikų vartotojų, užsikrėtusių ŽIV ar sergančių AIDS, daugiau nei 110 pasaulio šalių šiuo metu ŽIV epidemija yra glaudžiai susijusi su švirkščiamųjų narkotikų vartojimu;

- nesiimant žalos mažinimo veiksnių, ŽIV paplitimas tarp švirkščiamųjų narkotikų vartotojų gali padidėti iki 40 proc. ar net daugiau per 1 ar 2 metus, skaičiuojant nuo viruso atsiradimo bendruomenėje;

- ŽIV plitimą dalijantis nesteriliais švirkštimosi įrankiais stiprina šio viruso plitimas lytinių santykių tiek tarp pačių švirkščiamųjų narkotikų vartotojų, tiek tarp švirkščiamųjų narkotikų vartotojų ir jų lytinių partnerių metu. Vadinas, žalos mažinimas yra labai svarbi ŽIV prevencijos priemonė, tiek švirkščiamųjų narkotikų vartotojams, tiek visiems gyventojams;

- švirkščiamųjų narkotikų vartotojams skirtos intervencijos, kurios mažina ŽIV riziką, taip pat suteikia galimybių įtraukti narkotikų vartotojus į priklausomybės nuo narkotikų gydymą, kuris galų gale gali padėti visiškai atsisakyti narkotikų. Pagaliau tokios programos gali padėti išvengti kitų neigiamų narkotikų vartojimo pasekmių – užsikrėtimo hepatitais B ir C bei mirčių nuo perdozavimo.

Tačiau reikia pažymėti, kad programos, pasiekiančios nedidelę švirkščiamųjų narkotikų vartotojų dalį, gali būti naudingos tiems, kurie dalyvauja jose, tačiau nedaro reikšmingos įtakos visuomenei. Nacionalinių ŽIV/AIDS programų tikslas turėtų būti atitinkama švirkščiamųjų narkotikų vartotojų bendruomenių aprėptis. Jos turi pasiekti tuos švirkščiamųjų narkotikų vartotojus, kurie yra įsitraukę į sekso paslaugų darbą, gyvena įkalinimo įstaigose ir

kt. Dažnai žalos mažinimo programos yra vienintelis narkotikų vartotojo ryšys su socialinės pagalbos ir sveikatos sektoriais. Todėl žalos mažinimo programos gali padidinti nukreipimų gydytis skaičių [23].

2010 metais Prancūzijos nacionalinis sveikatos ir medicinos tyrimų institutas (INSERM) atliko tarpdisciplininį žalos mažinimo priemonių, skirtų infekcijų tarp narkotikų vartotojų pavojui mažinti, įrodymų bazės tyrimą. Atliekant tyrimą peržiūrėta mokslinė literatūra apie žalos mažinimo medicininius, epidemiologinius, sociologinius, ekonominius ir visuomenės sveikatos aspektus bei surengti ekspertų klausymai ir vieši debatai. Bendrojoje ekspertų ataskaitoje žalos mažinimo politiką rekomenduojama laikyti esmine platesnės sveikatos priežiūros skirtumų mažinimo strategijos dalimi. Be to, norint užtikrinti priežiūros tęstinumą, paslaugas reikia integruoti su kitomis kovos su narkotikais paslaugomis. Prioritetu išlieka narkotikų vartojimo ir perėjimo prie švirkščiamųjų narkotikų vartojimo prevencija, tačiau švirkščiamųjų narkotikų vartotojams turi būti suteikta galimybė sumažinti su švirkštimosi susijusių pavojų [9].

Narkotikų žalos mažinimo programos nėra alternatyvos kitoms priklausomybės nuo narkotikų gydymo priemonėms – abstinencijos gydymui, gydymui be vaistų, psichosocialinei reabilitacijai. Narkotikų žalos mažinimo programų tikslai: vykdyti infekcinių ligų, plintančių per adatas ir švirkštus (ŽIV/AIDS, hepatitų B ir C), mirčių nuo perdozavimo ir kitų sveikatos sutrikimų profilaktiką tarp tų narkotikus vartojančių asmenų, kurie nepatenka į tradicines gydymo programas arba jose neišsilaiko, taip pat informuoti narkotikus vartojančius asmenis apie prieinamas sveikatos priežiūros ir socialines paslaugas ir skatinti jomis naudotis [26].

Laikui bėgant žalos mažinimo sąvokos reikšmė plėtėsi, aprėpdama didelę elgesio ir žalos rūšių įvairovę, įskaitant žalą, susijusią su alkoholiu, tabaku ir narkotikų vartojimu pasilinksminimo vietose. Žalos mažinimo programos nuo savo atsiradimo iki šių dienų taip pat keitėsi: paslaugos plėtėsi ir apėmė narkotikų vartotojų individualų rizikos vertinimą ir konsultacijas, kryptingą informavimą ir saugesnio vartojimo mokymus, platinamos ne tik švirkštimosi priemonės, bet ir saugaus seksualinio elgesio priemonės (prezervatyvai, lubrikantai), atliekama daugiau tyrimų ir konsultuojama dėl infekcinių ligų, daugiau žmonių taikomas antiretrovirusinis gydymas ir vakcinavimas nuo virusinio hepatito. Dažniausiai šių žalos mažinimo paslaugų „paketai“ teikiami žemo slenksčio centruose [8]. Siekiant kuo didesnio įvairių programų efektyvumo, atsiranda būtinybė sujungti intervencines priemones ir derinti jas su individualiais ir socialiniais tiek individo, tiek visuomenės poreikiais.

Išvados

1. Žalos mažinimas – programa, orientuota į sumažinimą negatyvių narkotikų vartojimo pasekmių individo ir visos visuomenės sveikatai, socialinei ir ekonominei sritims, be griežto reikalavimo individui atsisakyti nuo narkotikų vartojimo.

2. Švarios švirkštimosi įrangos naudojimas, jos sterilizavimas, rizikingų įpročių ruošiant narkotikų mišinius/skiedinius mažinimas ir skatinimas naudoti prezervatyvus lytinių santykių metu – ypač reikšmingos intervencijos rūšys ŽIV infekcijos, hepatitų plitimo, perdozavimo ir kitų su narkotikais susijusių mirties atvejų mažinimo programose.

3. Psichoaktyvių medžiagų vartojimo mažinimo programos nėra alternatyvios kitoms priklausomybės nuo narkotikų gydymo priemonėms. Žalos mažinimas, paplitęs visame pasaulyje, šiuo metu konsoliduojamas ir integruojamas su įvairiomis kitomis sveikatos priežiūros ir socialinėmis paslaugomis. Dažniausiai žalos mažinimo įvairių paslaugų „paketai“ teikiami „žemo slenksčio“ centruose.

Literatūra

- Booth R E, Crowley T J, Zhang Y. Substance abuse treatment entry, retention and effectiveness: out-of treatment opiate injection drug users. *Drug and alcohol dependence*, 1996; 42 (1): 11-20.
- Burrows D, Gordon A. Walking on two legs: A Developmental and Emergency Response to HIV/AIDS among Young Drug Users in the CEE/CIS/Baltics Region. World Health Organization. Geneva, 2001.
- Coyle S L, Needle R H, Normand J. Outreach-based HIV prevention for injecting drug users: a review of published outcome data. *Public Health*, 1999; 113: 19-30.
- De Wit A, Bos J. Cost-effectiveness of needle and syringe exchange programmes: a review of the literature. In European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Hepatitis C and injecting drug use: impact, costs and policy options. Monographs 7, 2004; 329–345.
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Annual report 2005: The state of the drugs problem in Europe. Luxembourg, 2005.
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Annual report 2006: The state of the drugs problem in Europe. Luxembourg, 2006.
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Annual report 2007: The state of the drugs problem in Europe. Luxembourg, 2007.
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Annual report 2010: The state of the drugs problem in Europe. Luxembourg, 2010.
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Annual report 2011: The state of the drugs problem in Europe. Luxembourg, 2011.
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Harm reduction: evidence, impacts and challenges. Monograph. Luxembourg, 2010.
- Gibson D R, Flynn N M, Perales D. Effectiveness of syringe exchange programs in reducing HIV risk behavior and HIV seroconversion among injecting drug users. *AIDS*, 2001; 15 (11): 1329-1341.
- Harm reduction international [interaktyvus]. Prieiga per internetą: <http://www.ihra.net/global-state-of-harm-reduction> [žiūrėta 2012 m. rugpjūčio 26 d.].
- Hurley S F, Jolley D J, Kaldor J M. Effectiveness of needle-exchange programmes for prevention of HIV infection. *Lancet*, 1997; 349 (9068): 1797-800.
- International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies. Spreading the light of science: Guidelines on harm reduction related to injecting drug use. Geneva, 2003.
- Käll K, Hermansson U, Amundsen E J, Rönnbäck K, Rönnberg S. The Effectiveness of Needle Exchange Programmes for HIV Prevention – A Critical Review. *The Journal of Global Drug Policy and Practice*, 2007; 1: 2-9.
- Laufer F N. Cost-effectiveness of syringe exchange as an HIV prevention strategy. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 2001; 28 (3): 273-278.
- Metzger D S, Woody G E, McLellan A T, O'Brien C P, Druley P, Navaline H, DePhilippis D, Stolley P, Abrutyn E. HIV seroconversion among in and out of treatment intravenous drug users: a 18-month prospective follow-up. *AIDS*, 1993; 6 (9): 1049-1056.
- Murauskienė L., Čaplinskas S. Economic evaluation of drug addiction and HIV/AIDS prevention in Lithuania. *Acta medica Lituanica*, 2001; 6: 25-29.
- National Centre in HIV Epidemiology and Clinical Research. Return on investment 2: Evaluating the cost-effectiveness of needle and syringe programs in Australia, 2009. Prieiga per internetą: <http://apo.org.au/research/return-investment-2-evaluating-cost-effectiveness-needle-and-syringe-programs-australia-200> [žiūrėta 2012-08-23].
- Parahoo K. Nursing Research: Principles, Process and Issues. Palgrave Macmillan. 2006.
- Politikos gairės: Aprūpinimas steriliais švirkštimosi įrankiais siekiant sumažinti ŽIV perdavimą. Vilnius, 2005.
- Politikos gairės: ŽIV perdavimo sumažinimas, gydant nuo narkotikų priklausomybės. Vilnius, 2005.
- Vilniaus priklausomybės ligų centras, Valstybinė visuomenės sveikatos priežiūros tarnyba prie Sveikatos apsaugos ministerijos. Mobilios paslaugos ypač ŽIV/AIDS pažeidžiamam jaunimui. Specialisto žinynas. Vilnius, 2005.
- WHO. Effectiveness of sterile needle and syringe programming in reducing HIV/AIDS among injecting drug users. Evidence for action technical papers, 2004.
- Žalos mažinimo apžvalga [interaktyvus]. Prieiga per internetą: <http://www.galiugyventi.lt/static> [žiūrėta 2011 m. lapkričio 5 d.].

26. Žalos mažinimo programų perspektyvos Lietuvoje. Narkotikų kontrolės departamento informacinis leidinys [interaktyvus]. 2007 m. kovas, Nr. 1. Prieiga per internetą: <http://sena.sam.lt/repository/dokumentai/NKD%20naujienlaskiai/Naujienlaskis%20-%20kovas.pdf> [žiūrėta 2011 m. lapkričio 5 d.]
27. ŽIV/AIDS prevencija tarp švirkščiamų narkotikų vartotojų Lietuvoje: gera praktika. Centrinės ir Rytų Europos žalos mažinimo tinklas, 2003.
28. ВОЗ. Руководство по осуществлению программ игл и шприцев. Москва, 2009.

HARM REDUCTION OF THE DRUGS USING: THE CHANGES OF CONCEPT AND EVIDENCE-BASED EFFECTIVENESS

N. Istomina, R. Perminienė, R. Suhonen, H. Leino-Kilpi

Key words: injection drug users, HIV, harm reduction, needle and syringe exchange, centers of low threshold.

Summary

Infectious diseases such as HIV and virus hepatitis B and C are closely connected with drug use. These diseases are one of the hardest drug use results affecting health. The relation between drug injections and infection transmission is undeniable. Therefore in many countries prevention of drug use harm and its reduction is the aim of societies' health policy and strategies of fighting against drugs. The aim of this work: to review the concept of harm reduction, to analyse and present literature material related

to particularity of implementation, importance and effectiveness of one element of harm reduction programme - needle and syringe exchange. The methodology of the study – analysis and synthesis of scientific literature and sources, meta-analysis, structuring and summarizing information.

Harm reduction is a policy or programme oriented towards reducing negative drug use effects on health of an individual person and the whole society in general as well as social and economical areas without a strict requirement for a person to give up using drugs. Using clean injection equipment, its sterilization, reducing of risky habits while preparing drug mixtures/solutions and promotion of condom use are especially important kinds of intervention in programmes of reducing HIV, spread of hepatitis, overdosing and other drug connected death cases. However drug harm reduction programmes are not alternatives to other means of treatment for drug use. Harm reduction, widespread worldwide, is being consolidated and integrated with different health care and social services. Usually “packages“ of various services of harm reduction are provided in low threshold centers.

Correspondence to: roze.perminiene@klaipeda.lt

Gauta 2012-11-24
