

Бојан Жикић

*Одељење за етнологију и антропологију
Филозофски факултет Универзитета у Београду
bzikic@f.bg.ac.rs*

Концепт ризичног окружења и чиниоца ризика у социјално епидемиолошком проучавању јавног здравља*

Апстракт: Роудсов концепт ризичног окружења постао је доминантно хеуристичко средство у социјално епидемиолошком бављењу проблематиком везаном за HIV/AIDS и HCV у деценији након објављивања првог теоријског рада (2002) посвећеног том концепту. Иако је дати концепт коришћен у бројним радовима који су се тицали наведене социјално епидемиолошке проблематике, није извршена његова теоријска разрада у смислу јаснијег истицања чиниоца ризика, као кључног дела тог концепта, нити су разрађене могуће примене на разноврснију тематику која се тиче јавног здравља, са нагласком на вулнерабилност, маргиналност и маргинализованост – што представља предмет и задатак овог текста.

Кључне речи: ризично окружење, чиниоци ризика, социјална/културна антропологија, јавно здравље, социјално-здравствена вулнерабилност, маргиналне и маргинализоване друштвене групе

Увод

Болести које се преносе путем крви или полног контакта, или било које заразне болести, као и болест уопште, представљају нешто чиме се у западним друштвима баве медицина и природне науке, у основи. Антрополошко занимање за медицинске теме – или занимање осталих друштвених наука, а пре свега социологије – представља производ разумевања и разрађивања дисциплинарних предмета проучавања на живот којим живе и сами истраживачи, те на установе, идеје и праксе са којима се сусрећу припадници друштава и култура у којима се одвија тај живот.

Антрополошко занимање за социјално-епидемиолошку проблематику, на пример, пре би се дало повезати са развојем и променом теоријских парадигми у самој антропологији и у друштвеним наукама уопште,

* Резултат рада на пројекту МПНИТ 177018

неголи са ранијим етнолошким и антрополошким проучавањима традиционалног лекариштва: усредсређивањем на идеју да људско тело посредује људским акцијама у стварности, одражавајући идеје и вредности које почивају иза њих, лакше је објаснити антрополошка бављења клиничком праксом и примарном здравственом негом, неголи тражити везе између традиционалних исцелитељских пракси и биомедицине (в. Lock 1993; Young 1982). Инсистирање на друштвеном или културном контексту, поред тога – у смислу оквира чије разумевање јесте предуслов за објашњење онога чему је посвећено неко истраживање, а примењено на епидемиолошку тематику (в. нпр. Jolley et al. 2012)¹ – смешта болести које се преносе довођењем делова људског тела у у срж антрополошког занимања, у смислу социјалне епидемиологије. Истраживања не теже, разумљиво, приказивању биолошке или виролошке страна болесте, већ друштвених и културних чинилаца који су одговорни за њихово ширење или за могућу предохрану од њих.

Појмови "ризик" и "вулнерабилност", који у епидемиологији имају биолошке конотације, у социјалној епидемиологији су добили друштвене и културне конотације (Trostle and Sommerfeld 1996), те тако, у антрополошком и социолошком проучавању болести које се преносе полно и крвљу, представљају неке од кључних појмова. Иако је антропологија у целини заинтересована за дубље залажење иза тзв. биомедицинског модела болести и здравља – а који сугерише да се под здрављем подразумева одсуство боелсти, док се болест посматра као органска дисфункција (Moris 2008, 9) – социјална епидемиологија се "задовољава" биолошким, или органицистичким погледом на болест, имајући у виду да је такав поглед на болест у ствари оно што контекстуалистички приступ тумачи и објашњава (в. Frohlich et al. 2001). Ризик од заразне болести и посебна рањивост неких људских група на одређене болести, баш као и ризично окружење у којем је повећана могућност добијања тих болести, односе се на болест у биомедицинском смислу.

HIV се посматра, у том смислу, као бихејвиорална болест подложна утицајима окружења, што значи, на пример, да се међу интравенским корисницима дроге не преноси линеарно, већ да зависи од понашања припадника те групе која су, са своје стране, условљена чиниоцима различитих окружења: друштвеним, економским, културним, политичким итд. То значи да та окружења представљају оквир произвођења ризика од HIV за припаднике дате групе, при чему треба имати у виду да је и

¹ Они упућују, између осталог, на начин разумевања стварања кријумчарских хероинских рута у социокултурном кључу, а што представља основу за даље разумевање веће подложности одређених друштвених и културних средина HIV/AIDS епидемији.

одговор установа јавног здравства уобличен чиниоцима тих истих окружења (Rhodes et al. 1999, 2005; Poundstone et al. 2004). Појам "ризично окружење" односи се на друштвене или културне ситуације и места кроз које, и на којима, долази до повећања или смањења настанка опасности од одређених заразних болести (у оригиналном случају мислило се на HIV/AIDS), а осмишљен је не само како би се пратили социокултурни аспекти преношења болести, већ како би се пратили и исти такви предуслови њиховог спречавања (в. Rhodes 2002, 88-89).

У наставку текста, концепт ризичног окружења биће детаљније представљен – пре свега у смислу његове примене у социјално-епидемиолошким студијама, вршеним у оквиру друштвених група интравенских корисника дроге, али и као средство за разумевање социјално епидемиолошког ризика од одређених заразних болести у оквиру друштвених група сексуалних радница и других вулнерабилних група. Различитост примене, односно разматрања примене датог концепта од примене, која је била сразмерно најчешћа у ранијим социјално епидемиолошким студијама, јесте у томе што ће у овом тексту нагласак бити стављен на популације, а не на ситуације. Наиме, покушаћу да истакнем чиниоце ризика од, на пример, HIV/AIDS и HCV који су неспорно социјално-енвиromенталног карактера, а који се јављају у сваком енвиromенталном контексту ризика који је повезан са одређеном врстом вулнерабилне или маргиналне популације, невезано за конкретну социјално-политичку просторну одредницу контекста (државу, локалну самоуправу и томе слично).

Социјално-епидемиолошка истраживања превасходно су квалитативног карактера, те су подаци на које се позивам, последично, резултат углавном квалитативних истраживања која омогућавају осветљавање контекста у којима се дешавају епидемије, изван биолошких чиниоца који утичу на њихово спречавање или ширење. Притом, требало би имати у виду да научни часописи који се баве болестима зависности обрађају недовољну пажњу на квалитативна истраживања, као и на допринос таквих података подацима до којих се долази квантитативним методама (в. Rhodes et al. 2010) и поред тога што се социјално епидемиолошке студије односе на могућност друштвеног управљања ризицима који произлазе из одговарајућих неболошких контекста.

Концепт ризичног окружења

Појам "ризично окружење" скован је у склопу истраживања ризика од болести које се преносе путем крви унутар друштвене групе интравенских корисника дроге и односи се на чиниоце ризика који су независни од појединца који је угрожен, тако да узима у обзир врсту и ниво утицаја

социокултурног окружења на дати ризик (Rhodes and Simić 2005, 220). Настао је мотивисан идејом превазилажења ограничења ранијих принципа приступу јавне здравствене заштите проблему епидемије HIV, нарочито из перспективе интравенских корисника дроге – узимајући у обзир непоузданост ослањања на такве интервенције (укључујући и превенцију) које почивају на појединачном понашању угрожених (Rhodes 2002, 85). Може се рећи да представља врхунац теоријске концептуализације у социјалној епидемиологији, произашао из промене перспективе из које се приступало јавном здрављу током последње две деценије прошлог века када је нагласак премештен са биомедицинских на социоекономске аспекте превенције заразних болести: уочавање тога да се друштвене установе у развијеним земљама баве, заправо, друштвеним и економским последицама појаве синдрома стеченог недостатка имунитета, на пример, онда када стварају и реализују програме предупредјења и заштите од епидемије те болести, произвело је став да "ако је штета социоекономска онда и лек мора бити такав" (Marmot 1998; Rhodes 2002, 91).

Намера свих програма превенције и смањења штете од HIV/AIDS, на пример, јесте смањење или отклањање последица друштвене, материјалне, здравствене и сваке друге неједнакости припадника, као и припадница оних популација које су највише угрожене тим болестима, због тога што се схвата то да ниједна преносна болест не остаје у "оригиналном" социокултурном оквиру настанка њене епидемије. Појам ризичног окружења осмишљен је, отуда, да помогне разумевању и објашњавању социокултурних и економских услова у којима живе припадници најугроженијих популација за одређене болести, одакле обухвата четири основна окружења: физичко, друштвено, економско и окружење јавних политика. Та окружења су у сталном међусобном додиру, односно, под утицајем нормативних и бихејвиоралних чинилаца који се испољавају како на микро, тако и на макро нивоу.² Истраживање свега тога требало би да допринесе разумевању социјалних чинилаца који допрносе подложности некој болести од стране припадника одређене друштвене групе – у смислу тога која својства припадника групе омогућавају бржи развој болести унутар те групе, као и друштвене вулнерабилности дате групе – у смислу тога како је њене социоекономске карактеристике чине подложнијом оболевању од те болести, на пример, у поређењу са припадницима друштва у целини, (в. Rhodes 2002; Barnett et al. 2000).

Неки општи пресек типова окружења, као и пресек нивоа изгледао би овако: физичко окружење на микронивоу односило би се на физичка места убризгавања дроге или на обављање уличног сексуалног рада, али и

² У оригиналном концепту, говорило се о микро и макро окружењу, в. Rhodes 2002, 89.

на колективне и избегличке центре; док би на макронивоу то биле руте шверца дроге или људи, покретљивост и густина становништва. Друштвено окружење на микронивоу односило би се на унутаргрупне норме, као и на ставове заједнице у погледу праксе која је чинилац вуленрабилности, на полицијско опхођење, локалну здравствену и социјалну заштиту; док би на макронивоу у питању биле друштвене и културне норме и вредности, родне и друштвене неправедности, маргинализација одређених друштвених група, ниво остварености грађанског друштва и остварености друштвене инфраструктуре. Економско окружење на микронивоу односило би се на приходе – формалне и неформалне, као и на могућност сопственог предузетништва, те на трошкове живота и трошкове здравствене заштите, док би на макронивоу то били економски прописи и степен економског развоја, друштвена издвајања за јавну здравствену заштиту и радно законодавство и пракса. Окружење јавних политика на микронивоу односило би се на дистрибуцију шприцева или кондома, као и на прописе из домена локалних самоуправа, док би на макронивоу у питању биле политике према трговини, промету и миграцијама, закони који се односе на коришћење дроге и доступност шприцева, закони који се односе на полне односе и сагласност у погледу њих, као и закони који се односе на здравље, социјалну заштиту и грађанска права (Rhodes and Simić 2005, 221).

Јасно је да оно што представља оквире у којима се обављају социјално-епидемиолошка истраживања – а свакако она која су квалитативна – јесу микронивоу свих типова окружења. Подаци о макронивоима добијају се на други начин, а пре свега кроз коришћење правних, економских, статистичких и сличних извора и извештаја – укључујући и полицијске, локалне, државне или друге јавне извештаје од значаја за предмет истраживачког занимања. Међутим, сама истраживања обављају се у домену онога што спада у микронивое ризичних окружења. Ствар је у томе да праксе одређених друштвених група, интравенских корисника дроге, рецимо, не показују онолику разлику, колику би сугерисао општи друштвени и културни контекст у оквиру којег се одвијају, тако да су проучавања везе између чинилаца ризика утканих у ризично понашање и изненадне повећане учесталости оболевања од HIV у Ванкуверу и Катмандуу, на пример, показала да се у оба случаја ради о повећаној пракси размене, односно заједничког коришћења шприцева на истим местима убризгавања (в. Rhodes et al. 2003, 40).

То значи да концепт ризичног окружења успева да превазиђе партикуларност и особености драстично различитих локалних социоекономских и културних контекста, с обзиром на то да је осмишљен тако да објасни контекст интравенског коришћења дроге, сам по себи, односно да омогући увиђање тога како локалне социјалне, економске, културне итд.

практике утичу на интравенско коришћење дроге, а не место коришћења дроге у неком општем друштвеном или културном контексту. С обзиром на типолошку јединственост основних елемената праксе интравенских корисника дроге практично свуда у свету где се дрога користи путем убризгавања – почев од врсте дроге која се убризгава, преко прибора којим се то чини, до аутомаргинализације оних који то учине услед нелегалности те праксе у целини или у њеним појединим видовима – обраћање пажње на микронивое ризичних окружења убило којем друштву значи и откривање основних чинилаца ризичног понашања дате популације у односу на болести које се преносе путем крви, на пример, а који су социобихејвиорална својства саме групе, условљена друштвеним нормама и културним ставовима који се тичу датих болести и коришћења дроге. Ризично понашање – односно сама пракса друштвене групе интравенских корисника дроге – постаје тако заједнички именитељ за чиниоце који утичу на повећање или смањење ризика од HIV или HCV у било којем типу ризичног окружења на макронивоу, као што је то описано и анализирано у бројним студијама (в. нпр. Rhodes et al. 2003, 2005; Жикић 2006; Tempalski and McQuie 2009; Jolley et al 2012).

Разумевање ризичног понашања, на пример, интравенских корисника дроге – у смислу осветљавања чиниоца повећаног ризика од HIV – омогућава и препознавање могућности и ограничења стратегија за спречавање ризика и за смањење штете од дате болести у одговарајућем ризичном окружењу било ког типа: непостојање тзв. сигурних места за убризгавање, непостојање програма размене шприцева,³ немогућност поседовања валидних јавних здравствених исправа, немогућност ношења опреме за убризгавање са собом и томе слично, условљено је начином на који дата средина посматра интравенске кориснике дроге, те самопоштовањем припадника дате популације, законима и полицијским праксама итд.. Међутим, све то изискује одговоре самих интравенских корисника дроге у оквиру њихових појединачних дневних рутина, тачније, довијања како да задовоље своју потребу за дрогом. Стога, подробен етнографски извештаји о таквим рутинама, анализирани кроз призму онемогућења или отежавања праксе интравенског коришћења дроге од стране глобалног друштвеног контекста, показују шта је више а шта мање, и у ком временском року, могуће и изводљиво у погледу смањења нивоа присутности биолошког изазивача оболења у оквиру дате популације, као и

³ По принципу "старо за ново": корисници доносе своје искоришћене шприцеве, који потом бивају уништавани на хигијенски исправан начин, а добијају нове шприцеве и упутство да их размене поново чим их искористе – чиме се настоји предупредити пракса дељења шприцева, њиховог вишеструког коришћења, али и насумичног одбацивања (по мање или више) јавним површинама.

спречавања тога да та популација постане епидемиолошки мост ка ширем друштву (уп. Жикић 2006; в. ткђ. Poundstone et al 2004; Maas et al 2007; Sarang et al. 2010).

Концепт ризичног окружења говори, у суштини, о уоченом саображавању индивидуалног ризичног понашања које није производ (искључиво) личне ћуди, већ на њега највећим делом утичу различити спољни чиниоци. Сами чинови дељења опреме за убризгавање или некоришћење кондома могли би да се посматрају, рецимо, као самостални избори појединачних интравенских корисника дроге или сексуалних радница, када не би постојали чиниоци – попут објективне недоступности нових и чистих игала, шприцева и томе слично, односно противљење клијената употреби кондома, често уз примену силе – који се појављују у претежном броју ситуација у којима долази до повећаног ризика од болести преносивих путем крви. Тај концепт говори о чиниоцима који потичу од понашања оних који су најугроженији одређеним заразним болестима, али који, поред тога што нису део непосредног биолошког преношења заразе, бивају изазвани социокултурним, економским и сличним условима у којима се обавља пракса која доводи до повишеног ризика од датих болести.

Интравенски корисници дроге

Примена концепта ризичног окружења на праксу интравенских корисника дроге, односно, на њихово ризично понашање, као и на утицај који на њега има глобално друштво, показало је да је у стварности тешко различити међусобни однос микро и макронивоа различитих ризичних окружења. У том смислу, подаци добијени *посебно* за сваку од четири врсте ризичних окружења заиста имају смисла у покушају успостављања и остваривања политике предохране и смањења штете од, конкретнo, HIV/AIDS и HCV. Отуда, истраживачка пажња је оријентисана махом на реконцептуализацију унутрашње структуре појма "ризично окружење", на просторно и социјално окружење (уп. Žikić 2006; 2007; 2009; Jolley et al. 2012). Јасно је то да први појам дели конотације појма "физичко ризично окружење", док други обухвата конотације појмова "друштвено", "економско" и "ризично окружење јавних политика". Као што сам то раније констатовао, просторно окружење може да се, у извесном смислу, посматрати као посебна врста социјалног окружења, утолико што физички простор непосредно утиче на понашање интравенских корисника дроге у погледу убризгавања дроге, складиштења опреме и управљања ризиком – при чему све наведене радње теже саображавању ономе што се види или чује да други припадници исте популације препоручују као најбоље, или барем оптимално (Жикић 2006).

Просторно ризично окружење односи се, у сваком случају, на места (физички простор) на којима се врши промет дрогом, затим, на места на којима се врши убризгавање, као и на места на којима се чува и склања прибор за убризгавање, али и на затворе. Тзв. производња ризика, односно, понашање интравенских корисника дроге које доводи до повећаног ризика од HIV/AIDS и HCV у просторном ризичном окружењу, повезано је са неколико основних чинилаца. Када је у питању микрониво, то су обичај "дељења", односно заједничког убризгавања коришћењем истог шприца и игле – до којег долази најчешће било због тога што се више овисника затекне на истом месту приликом куповине дроге – у оквиру које сви журе да задовоље своју овисничку потребу – било зато што се, услед тренутног нерасполагања новцем да то обаве сами, неколико овисника удружује у куповини дроге; или ради немарног односа према прибору, тј. његовом непоседовању уз себе онда када желе и могу да убризгају дрогу – и складиштење прибора за убризгавање на нехигијенски начин по нехигијенским местима (в. нпр Жикић 2006; Rhodes et al. 2003; 2008b).

Утицај макронивоа на просторно ризично окружење огледа се, пре свега, у релативно тешкој доступности прибора за убризгавање – у смислу да, не само у овом делу Европе, апотекари нису вољни да продају нове игле и шприцеве особама које им изгледају као наркомани, сматрајући да тиме доприносе борби против дроге, притом не увиђајући да на тај начин доприносе развоју здравствено ризичних пракси интравенских корисника дроге. Утицај микронивоа огледа се, потом, у сакривању, тј. држању прибора у тзв. штековима – који се најчешће налазе по незавршеним грађевинским конструкцијама, подрумима стамбених зграда, јавним тоалетима и сличним нехигијенским местима – услед страха од полицијских претреса; као и у нормативистици која онемогућава коришћење прибора и убризгавање дроге у затвору и у пракси која јој противречи, што поставља затворе, заправо, на прво место кад је реч о ризичном окружењу за ширење болести које се преносе путем крви, не само HIV и HCV, него и туберкулозе и других оболења (в. Rhodes et al. 2008b; Bourgois, 2003; Galea and Vlahov, 2002; Sarang et al. 2010).

Социјално ризично окружење односи се на интерперсоналне реакције до којих долази у вези са поступком убризгавање дроге, на микронивоу, у шта спадају и веровања и знања интравенских корисника дроге о здравственим ризицима са којима су суочени. Макрониво тог окружења односи се уопштено на прописе и праксе који се спроводе у доменима правосуђа, медицине и полиције (Жикић 2006). Могло би се чак рећи да истраживање социјалног ризичног окружења представља бављење својеврсним "теоретисањем" о ризику и о ризичном понашању самих интравенских корисника дроге, будући да се таквим истраживањем долази до података о томе шта сами припадници дате вулнерабилне популације у

својој пракси сматрају нарочито опасним кад је реч о могућој зарази болестима које се преносе крвљу. У том смислу, два основна мотива на које се наилази у испитаничким исказима везаним за сопствено убризгавање, складиштење прибора, набавку дроге, интеракцију са другим интравенским корисницима дроге и томе слично, јесу *крв* и *чистоћа*.

Доживљај ризика од крвљу преносивих болести од стране интравенских корисника дроге изједначава ризик са нечистоћом, где се потоњи појам може односити на нечистоћу дроге, кувала, шприца, игле, места на којима се чувају, самих интравенских корисника дроге (себе или других – свеједно). Нечистоћа, у смислу физичке прљавштине, повезује се са HCV, а видљива крв, односно крв која се појављује приликом убризгавања, или чији се остаци могу пронаћи н деловима прибора за убризгавање, сматра се апотеозом нечистоће и ризика, и повезује се са HIV/AIDS. Перспектива самих интравенских корисника дроге ставља ризик од HCV испред ризика од HIV/AIDS, будући да је трансмисиони потенцијал те заразе уочен и од стране припадника дате популације, те будући да је пронашао одговарајуће место у њиховим исказима о здрављу и хигијени као болест која је свеприсутна у свету интравенског коришћења дроге, а чије се последице, узрокујући убрзано пропадање здравља оболелог, испољавају одмах (в. Rhodes et al. 2008a).

HCV се, са становишта интравенских корисника, повезује са прљавштином дроге утолико што се представља као својство загађеног окружења – како просторног, тако и социјалног. Добија се онда када прибор за убризгавање долази у додир са неким нечистим предметом, где нагласак није толико на прљавим просторијама у којима се врши убризгавање – прљавим местима (штековима) на којима се чува опрема за убризгавање и томе слично – колико је на самим интравенским корисницима дроге који себе и друге сматрају одговорнима за убризгавање и чување опреме по таквим местима (Rhodes et al. 2008a). Одсуство мотива непријатељског става ширег друштва према њима, из таквих наратива наговештава вероватно њихову тежњу да се представе као одговорне особе које су у стању да воде рачуна о здравственим ризицима проистеклих из њихове праксе, чиме наглашавају – на наративном нивоу, да се не заборави – сопствену спремност за управљањем ризиком од крвљу преносивих болести, у окружењу које сматрају својим.

Оно што је занимљиво у таквој "персонализацији" ризичног окружења, јесте непостојање експлицитног одређења стања одсуства ризика, односно, безбедног убризгавања. Под безбедним убризгавањем интравенски корисници дроге подразумевају, махом убризгавање које нико и ништа не омета, а тек потом оно које се обавља раније некоришћеним иглама и шприцевима (упор. Жикић 2006); што имплицитно значи да безбедно може бити једино просторно окружење само по себи, док представи о

чистоћи одговара представа о, од здравственог ризика безбедном, социјалном окружењу. У контексту наратива интравенских корисника дроге, дата представа односи се на хигијенско стање опреме за убризгавање и оних који убризгавају дрогу и говори о крви, у суштини. Представа није разрађена, конкретизирана и стандардизирана онда када је у питању нечистоћа која узрокује HCV. Њена формула гласи да себе, прибор и простор у којем се убризгава дрога, треба очистити од крви, те да треба убризгавати искључиво са људима који се, у погледу свега тога, могу сматрати подјендако чистим. Чистоћа свега тога, тј. одсуство крви приликом и након убризгавања, за припаднике дате популације представља основно мерило безбедности, односно ризика од HIV (Davis and Rhodes 2004).

Посматрање интравенског коришћења дроге кроз призму ризика од крвљу преносивих болести – из перспективе концепта ризичног окружења – у извесном смислу представља поглед "споља" и "изнутра" на дату праксу. Прво се односи на позицију истраживача, а друго на позицију припадника популације о којој је реч. Ако је хеуристичка и епистемолошка вредност погледа "споља" јасна, може се поставити питање дате вредности кад је реч о погледу "изнутра", имајућу у виду то да такав приступ – у којем се чини као да се искази испитаника узимају здраво за готово – може подсећати на етноекспликације. Међутим, ствар је у томе, да се искази испитаника не узимају здраво за готово, већ се посматрају као наративи, тј. вербализоване представе о нечему али и као изјаве о стварним проблемима са којима се они суочавају, онда када – у погледу ризика од HIV/AIDS или HCV – микро и макронивој њихових окружења дођу у додир. У првом случају, добија се истраживачки материјал који се може подвргнути било којој врсти анализе својственој савременим друштвеним наукама. У другом случају, добија се оно што се назива корисничком перспективом у анализирању квалитета пружања различитих услуга. Потоње се користи при разматрању стварања социокултурног простора за интервенције чији је циљ превенција и смањење штете од датих болести, а не објашњење неке ситуације, догађаја и томе слично, самих по себи.

Сексуалне раднице

Изван проучавања ризичног понашања интравенских корисника дроге, у односу на могућност заразе болестима попут HCV и HIV, концепт ризичног окружења примењен је – али у знатно мањем броју студијских случајева – на популацију сексуалних радница. Разлог томе зашто је, поред интравенских корисника дроге, дати концепт примењен баш на ту маргиналну друштвену групу у основи је двострук. С једне стране – да кажем, у епидемиолошком смислу – та друштвена група је, од било које

друге друштвене групе било где, пријемчивија на болести које се преносе путем крви, те на болести које се преносе додиром, а што произлази из саме природе праксе сексуалног рада. С друге стране – у социолошком смислу аналогно претходном – популације сексуалних радница и интравенских корисника дроге преклапају се сразмерно често, а пре свега онда када се ради о женама или трансвеститима, уличним сексуалним радницама којима је – због увиђања да се ради о популацијама које представљају потенцијалан епидемиолошки мост ка ширем друштву на непосреднији и јаснији начин неголи што је то случај са самим интравенским корисницима дроге – и посвећен највећи број социјално епидемиолошких студија (в. нпр. Жикић 2008; Larios et al. 2009; Shannon et al. 2008a; 2008b; Goldenberg et al. 2011).

Вулнерабилност у односу на HIV или посебна изложеност тој зарази и рањивост на происходеће оболење, инхерентна међусобном односу социокултурно остраховане праксе и позиције дате маргиналне друштвене групе унутар глобалног социокултурног контекста, на различитим нивоима зависи управо од социјалног контекста, односно од интеракције припадника угрожених група и (ризичног) окружења. То је, у извесном смислу, уочљивије на примеру сексуалних радница неголи на примеру интравенских корисника дроге, будући да њихов пример сведочи о томе да ризик од полно или крвљу преносивих болести – који се јавља као последица сексуалног рада – зависи од чинилаца који су мање-више у потпуности изван могућности контролисања од стране припадница њима угрожене популације (Rhodes 2009; Shannon et al. 2008a; Goldenberg et al. 2011), а што представља средишње место концепта ризичног окружења. Наиме, чиниоци ризика од заразних болести јачи су изван угрожених група имајући у виду то да од нормативног и стварног односа ширег друштва према њима зависи и то у којој ће мери бити могуће спречити епидемију тих болести у широј друштвеној популацији, односно, изван маргиналних, епидемиолошки непосредно угрожених група.

Кад је реч о сексуалним радницама, кључни чиниоци социјално-епидемиолошког ризика јесу клијенти, законска регулатива и чинилац који је заједнички свим вулнерабилним групама у односу на било коју врсту здравственог ризика – стална економска депривација. Јасно је то да сви ти чиниоци ризика потичу из социјалног окружења. Термин законска регулатива комплекснији је неголи што се то може учинити будући да конотира не само криминализацију праксе сексуалног рада, већ и различите последице те криминализације: подложност сексуалних радница насиљу од стране клијената и полиције, невољност да пријаве то насиље и правно му се одупру, немогућност квалитетне јавне заштите и оклевање да се обрете лекарима ради решавања здравствених проблема – а поготово након претрпљеног насиља.

Наравно, истраживачи су се трудили да, из првобитног концепта кроз одговарајуће чиниоце ризика, идентификују основна ризична окружења – тачније, да изврше такву категоризацију чинилаца ризика која би одговарала датим типовима окружења. Стога су тзв. физичке чиниоце ризика од полно и крвљу преносивих болести приписали физичким местима обављања сексуалног рада и повећаној мобилности људи у савременом свету; друштвене чиниоце приписали су родној неравноправности (где се мисли на стварну, суштинску, а не законску) и садејствујућем јој насиљу, стигматизацији и културним нормама, односима са клијентима и интимним партнерима; економске чиниоце – сиромаштву, неравноправности и потреби пружања сексуалних услуга ради набавке дроге, док су чиниоце из домена јавних политика приписали законима који се односе на сексуални рад, здравствену заштиту и људска права (в. нпр. Жикић 2008; Simić et al. 2007; Goldenberg et al. 2011; Shannon et al. 2008b; Baroš 2008; Dandona et al. 2005; Larios et al. 2009).

Поједине студије настојале су да доведу везу чак и генерисање ризика од полно и крвљу преносивих болести међу сексуалним радницама са њиховим местом пребивања и са њиховим животним и професионалним искуством (Maas et al. 2007; Tempalski & McQuie, 2009). Међутим, преовлађујуће мишљење јесте то да се основни узрочници датог ризика могу повезати са насиљем као кључним елементом социјалног окружења сексуалних радница, при чему се насиље приписује клијентима, полицији и њиховим партнерима или макроима,⁴ Не мисли се на то, дакако, да је сваки контакт сексуалних радница са мушкарцима из наведених категорија насилан, већ се, пре свега, мисли на насиље које проистиче из невољности клијената да користе кондом или из неспремности сексуалних радница да им пруже одређене сексуалне услуге; затим на насиље које је последица тога што одређени полицајци изнуђују сексуалне услуге (у питању су, наравно, незаштићени полни односи) у замену за непривођење сексуалних радница, као и на физичко насиље које макрои примењују на своје "штићенице" или партнерке у различитим ситуацијама, те на, по правилу, незаштићене полне односе које сексуалне раднице имају са својим макроима који су им интимни партнери (Rhodes et al. 2008c).

Предлози интервенција који проистичу из примене концепта ризичног окружења од полно и крвљу преносивих болести на праксу сексуалних радница, усмерени су, сходно томе, на смањивање могућности појаве насиља у преговорима у вези са пружањем сексуалне услуге, као и на декриминализацију те праксе. Јасно је то да декриминализација сексуалног рада представља темељ за постављање било које стратегије у погледу смањивања насиља до којег долази у миљеу сексуалног рада, као и у

⁴ У стварности су последње две категорије ретко раздвојене.

погледу припремања припадника те популације да се носе с насиљем на по њих најповољнији начин. Декриминализација сексуалног рада сматра се основом за приступ сексуалних радница услугама и програмима јавне здравствене заштите, као и могућности за: смањење њихове рањивости у односу на неформалне полицијске праксе и захтеве клијената, јачање њихове економске ситуације и на, ако не и отклањање а онда смањивање зависности од мушких посредника сексуалном раду – макроа (Sanders 2004; Rekart 2005; Sanders et al. 2007).

Остале здравствено вулнерабилне и маргиналне популације

Концепт ризичног окружења до сада је примењиван на друштвене групе које се могу описати као маргиналне. Остале популације, чији је општи здравствени статус угрожен неком од социокултурних или економских карактеристика које одређују те популације – а које би могле да буду означене као маргинализоване друштвене групе⁵ – нису биле предмет истраживања у којима би дати концепт био примењен, било као аналитичко средство, а било у смислу епистемолошког оруђа које би омогућило разумевање чинилаца здравствене вулнерабилности маргинализованих група на начин који би произвео стратегију друштвеног одговора на ту вулнерабилност. Да се претпоставити да је разлог томе двострук. На првом месту, концепт о којем је реч, осмишљен је за бављење опасностима од HIV/AIDS, те потом проширен на HCV и полно преносиве болести. Интравенски корисници дроге и сексуалне раднице представљају прве, да не кажем – очигледне, изборе за одговарајуће социјално-епидемиолошке микроконтексте проучавања утицаја чинилаца окружења на саобраћавање појединачног понашања у погледу руковођења здравствено ризичном праксом.

Поред тога, праксе интравенских корисника дроге и сексуалних радница криминализацијом су јасно социокултурно остраховане. Другим речима, остраховане су постојањем не само моралних, већ и законских норми које их посматрају као нешто страном и опасно у односу на друштвени поредак и културне вредности. Као што је то већ речено раније, истраживање ризичног окружења, у случајевима датих популација, представља бављење микронивоима тих окружења. Маргинализоване друштвене групе, за разлику од маргиналних, не налазе се због неке своје посебне активности или праксе у социјално, културно, економски и здравствено неповољнијем и угроженијем положају од осталих чланова

⁵ О разлици између маргиналних и маргинализованих друштвених група в. Жикић 2011а.

друштва. Њихова невоља углавном је ситуационе природе, било да се ради о ономе што би се могло описати као "тренутно стање" (уз напомену да "тренутно" не треба схватити дословно) – као што је то случај, на пример, са избеглим или интерно расељеним лицима – било да је у питању дуготрајнија ситуациона деприваност, као у случају Рома из нехигијенских насеља, или деце улице.

Из тога произлази да би евентуално истраживање здравствене вулнерабилности таквих популација, уз примену концепта ризичног окружења, требало да буде превасходно усмерено на чиниоце ризика на макронивоима тих окружења – као што сам то раније, на известан начин, и сугерисао раније (в. Жикић 2011а, 2011б). Тако нешто произлази из становишта о ситуационој деприваности у различитом смислу припадника таквих популација: није у питању неко њихово понашање само по себи, које би могло да се контролише, рецимо, правилним схватањем ризичности датог понашања, или чак да се ризик елиминише одустајањем од таквог понашања, већ се ради о условима живота у привременом или мање-више трајном сиромаштву, физичкој и социокултурној изолованости, нехигијенским условима, недостатку здравствене неге и социјалне заштите, законских и људских права итд.

Доживљај тога шта је здравствени ризик, те понашање које одатле проистиче – а које је усмерено на руковођење датим ризиком – увек представља производ међусобних односа друштвених и културних норми, вредности и односа који постоје како у здравствено угроженој популацији тако и у оквиру ширег друштва – где се потоње испољава двојструко: као културно когнитивно уклапање културне концепције здравственог ризика самог по себи, али и као иста таква ментална операција везана за друштвену групу која се доживљава као носилац датог ризика (в. Rhodes 2002). То постаје јасно онда када су у питању маргинализоване популације – попут интравенских корисника дроге или сексуалних радница, али се може поставити питање да ли је могуће тврдити да изнето важи и за имигранте, избеглице, етничке мањине и томе слично. Пре (хипотетичког) одговора на то питање, требало би рећи нешто и о чиниоцима који утичу на социјално-епидемиолошку вулнерабилност таквих популација. Чињеница да, на пример, избегла или интерно расељена лица, или сви они који немају правно регулисан приступ јавној здравственој заштити у некој средини, могу да се окарактеришу као опште здравствено угрожене категорије људи у некој средини (уп. Жикић 2011б), по себи не говори ништа о њиховој већој подложности заразним болестима у односу на ширу друштвену популацију.

Потенцијална вулнерабилност маргиналних друштвених група од заразних болести потиче, пре свега, од услова у којима живе, односно – као што је то сугерисано мало пре – од чинилаца на које немају никаквог

утицаја, а који се у домену макронивоа ризичног окружења и не односи се искључиво на HIV, HCV или на полно преносиве болести, већ и на болести које се сматрају епидемиолошком прошлoшћу у развијеним друштвима – попут туберкулозе, тифуса и сличних заразних оболења. Живот у колективним центрима, на пример, представља ризично окружење у погледу таквих оболења сам за себе, а исто се може рећи и за тзв. нехигијенска насеља. Слично важи и за економски аспект живота припадника група које су маригналне у неком друштву: прихватају се послови који су по себи ризични (они код којих је повећана опасност од различитих повреда, попут тешких физичких радова) или постају такви у социјално-епидемиолошком погледу услед недостатка адекватне здравствене заштите (несанирање крварења на прави начин или неотклањање могућности доласка у додир са туђом крви, рецимо), односно, упушта се у незаконите активности које могу погодвати развоју заразних болести или се, пак, постаје њиховом жртвом (илегалан промет људи или дроге, на пример).

Поред ратних сукоба, економске беде, родне, етничке или било какве друге неравноправности (у смислу чинилаца за које би се могло рећи да поспешују неконтролисану легалну и илегалну имиграцију, што увек представља вид социјално епидемиолошког ризика), поједини истраживачи дали су идеју и да би транзициона – односно у Европи тзв. постсоцијалистичка социокултурна – окружења сама по себи могла да се сматрају социјално-епидемиолошким ризичним окружењима. Повећана унутрашња и прекогранична померања становништва увек су део разлога томе, међутим, основни разлог се проналази у пропадању система јавног здравства и социјалне заштите, те друштвеној и економској нестабилности и неизвесности и свему ономе, практично, што доприноси стању и/или осећању безнађа и немоћи – а што увек више погађа популације удаљеније од центара друштвене моћи и контроле (в. нпр. Rhodes and Simić 2005, Rhodes et al. 2008b, Jolley et al. 2012).

Лоши услови живота, изазвани чиниоцима изван објективног домета припадника релевантне друштвене групе, не морају сама по себи бити генератор ризичног окружења, иако то јесу. Они узрокују понашање људи које води повећаном ризику од различитих контагиозних болести. При томе, не мислим само на евентуално одавање интравенском коришћењу дроге или сексуалном раду, већ мислим на било које понашање које узрокује смањење сопствене контроле у личном управљању било којим здравственим ризиком, а из чега може да проистећи и епидемиолошко оболење. У студијама које се тичу проблематике о којој пишем, ризик на који се ретко обраћа пажња јесте претерана употреба алкохола која је у знатнијој мери присутна у транзиционим друштвима неголи у стабилним социоекономским окружењима – али која је нарочито изражена

у маргиналним друштвеним групама, и то пре свега уколико њихови припадници живе у својеврсним посттрауматским околностима, што је увек случај са колективним смештајним центрима. Алкохолисано стање значи помањкање или потпуно одсуство контроле над својим понашањем, односно, оно утиче на неспровођење мера заштите приликом полних односа, на пример, или одржавања личне хигијене, невођење рачуна о повредама итд., те се утолико може сматрати врстом посредног чиниоца у изазивању епидемиолошког ризика (в. Weaver and Roberts 2010; Ezard 2011; Rehm et al. 2009; Ezard et al. 2012).

Искључива одговорност чинилаца из домена макронивоа на стварање социјално епидемиолошког ризичног окружења маргиналних друштвених група упућује на то да одговор на раније постављено питање о томе, у суштини, да ли их друштво у којем су маргинални доживљава као, од опште друштвене популације, ризичније популације за развој одређених контагиозних обољења, не мора бити истоветан ономе када су у питању маргинализоване друштвене групе. Истина је та да би нека будућа истраживања то требало јасније да покажу, међутим – имајући у виду недостатак правоваљаних аргумената али и чињеницу да дате популације углавном остају у знатно неповољнијем здравственом положају од припадника ширег друштва – може се рећи да оне бивају посматране као својеврсно страно тело у оквиру глобалног социокултурног контекста, иако не нужно као некакво малигно тело, како што то јесте случај са интравенским корисницима дроге, па чак и са сексуалним радницама (в. нпр. Жикић 2011б; Sarang et al. 2010; Жикић 2008).

Будући да се маргинализоване популације, речено терминологијом Мери Даглас, посматрају као социокултурно "прљаве" – управо зарад концептуализације њихове праксе као лиминалне и трансгресивне у категоријама културне телесне и здравствене чистоће и прљавштине (Rhodes et al. 2008а) – може се претпоставити да се маргиналне популације, у концептуализацији социокултурног идентитета и сопства, сматрају барем "туђим" или "другачијим", те да притом, њихова социјално-епидемиолошка културно-когнитивна контекстуализација доприноси позиционирању сличном, као што је то случај са, на пример, интравенским корисницима дроге, или са било којом другом друштвеном групом чије се понашање и пракса толико тесно асоцирају са неким контагиозним обољењем да се сматрају деловима исте ствари. Разрада примене концепта ризичног окружења у односу на различите заразне болести са којима се, у свом ситуационом контексту, суочавају маргиналне друштвене групе или са којима се, пак услед тога могу суочити, могла би, сходно томе, бити усмерена на три истраживачка нивоа. Основна истраживања требало би спровести онако како је то чињено и како се чини онда када су у питању маргинализоване друштвене групе – дакле, из емске перспекти-

ве, како би се показале *последнице* утицаја чинилаца ризика на дате популације. Будући ти чиниоци потичу изван реалног контекста маргиналних популација, и интервенције би – у смислу превентивно-редуктивног деловања на њих – морале бити осмишљене тако да функционишу на различитим макронивоима ризичног окружења: социјалном, економском и окружењу јавних политика, у сваком случају. То значи да би требало упознати изворе чинилаца ризика у тим окружењима – што би представљало следећи истраивачки ниво. Међутим, требало би упознати и њихове узроке, што би био трећи ниво истраживања.

Извори чинилаца ризика налазе се у друштвеној нормативистици и легислатури, као и у стању економије неког друштва, те у могућности и у друштвеној вољи да се води таква здравствена политика, која, на пример, неће инсистирати на постојећим крутим законским решењима, већ ће – у покушају да се омогући квалитетно здравствено збрињавање свих припадника једног друштва без обзира на њихов нормативни статус – иницирати нова, флексибилнија законска решења. Да би се то десило, друштву је потребно представити његов сопствени поглед на маргиналне популације, односно, испитати узроке невољности да се систем јавне здравствене заштите на њих прошири, осим мање или више објективних чинилаца из домена економске моћи друштва. Ти узроци потичу из домена културне концептуализације, из сфере симболичког уређења социокултурне целине која се сматра заједницом дефинисаном изнутра – и као што је то речено у претходном делу текста, њихово детаљније проучавање може допринети превазилажењу најчешће ирационалног отпора, присутног у одговарајућим друштвеним установама, онда када треба изменити елементе неког правног акта или одређеног оквира, тако да се том изменом изврши редефинисање граница поменуте заједнице; односно, да се омогући уживање одређених права – у овом случају из домена јавне здравствене заштите – категоријама људи који нису били укључени раније у нормативно дефинисано друштвено тело заједнице.

Завршна разматрања

Три су основна аспекта настанка концепта ризичног окружења: проучавање изванбиолошких чинилаца који утичу на развој епидемије HIV у популацији интравенских корисника дроге; схватање да вулнерабилност у односу на HIV зависи од социјалног контекста; усмеравање организације истраживања ка претпостављеним резултатима који би требало да омогуће одговарајуће интервенције у погледу смањења опасности од развоја епидемије HIV међу најугроженијим популацијама. Дати концепт јасно упућује на схватање ризика од HIV, у смислу деловања међу-

собних утицаја микро и макронивоа физичког, друштвеног, економског и окружења јавних политика – који сви представљају оквире за перцепцију датог ризика и одговарајуће понашање у складу с тим – како припадника најугроженијих популација, тако и шире заједнице, односно друштва, у којем се све то дешава (в. Goldenberg et al. 2011; Jolley et al. 2012; Sumartojo 2000; Cusick 2006; Rhodes et al. 2011).

Увођење тог концепта у проблематику контагиозних болести и у домен јавног здравља уопште, скренуло је пажњу на чиниоце ризика који нису искључиво бихејвиорални – односно који не потичу из понашања, тј. из праксе припадника вулнерабилних популација, саме по себи. То су чиниоци који потичу с макронивоа сваког од раније именованих окружења, а који утичу на обликовање понашања припадника вулнерабилних популација које не проистиче искључиво из њихових здравствено (тј. епидемиолошки) ризичних пракси, већ представља и одговор на ставове, норме, прописе, акције итд., које шира заједница примењује на ту праксу – односно, којима шира заједница условљава њено одвијање на одређен начин. На основу тога, сâмо понашање припадника вулнерабилних популација у погледу управљања ризиком осветљено је концептом ризичног окружења на другачији начин од онога који су творци јавних политика, везаних за дату проблематику, дуго сугерисали. По том концепту управљање ризиком је посматрано искључиво као последица индивидуалног, рационалног и унапред осмишљеног понашања у којој се налази особа која је сопственом праксом потенцијално угрожена, рецимо, болестима које се преносе путем крви (уп. Rhodes 2002, 2009).

Чиниоци ризика су спољашњи у односу на појединца, ако ни због чега другог, а онда због тога што не постоје гаранције ни да ће особа из популација коју највише угрожава HIV/AIDS сопственим понашањем успети да избегне сваки ризик од заразе, нити да ће било која особа која не припада таквим популацијама моћи да остане незаражена – уколико, на пример, не убризгава дрогу или увек практикује заштићене полне односе. Став да је довољно борити се против интравенског (или било каквог другог) коришћења дроге како би се у неком друштву смањио ризик од HIV/AIDS, погрешан је онолико колико је и неуспешна (нажалост, свакако) борба против дроге. Стварност је таква да убризгавање у нехигијенским и несигурним околностима доприноси ризичном понашању интравенских корисника дроге, онолико колико и правна изопштеност и сиромаштво доприносе одлукама сексуалних радница да не користе кондоме, или пристају на услуге у оквиру којих је могућност озледа и крварења повећана – а без адекватне могућности њиховог санирања.

Важност препознавања и разумевања чинилаца ризика који потичу од социјалног окружења јасније се види како се одмичемо од пракси које су здравствено, односно, саме по себи епидемиолошки ризичне. Бескућни-

ци, становници нехигијенских насеља или становници колективних смештаја немају никакву посебну навику, нити професионалну активност, која би угрожавала њихово здравље, па ипак представљају популације са, општ узев, нижим здравственим статусом у односу на припаднике ширег друштва, те су, самим тим, и у потенцијално већем ризику од контагиозних болести. На датим примерима може се видети колико се појам "окружење" лабаво односи на физички простор, сам по себи и за себе, чак и онда када је реч о стамбеној или хигијенској инфраструктури: људска делатност јесте оно што га уобличава, како у дословном тако и у симболичком смислу, док је концептуализација људског искуства с тим окружењем културна конструкција (Wohlfeiler 2000; Rhodes et al. 2005).

Интервенције намењене смањењу епидемиолошког ризика, отуда, увек су социјалне интервенције (Rhodes 2002) које циљају на социјално окружење, односно, на чиниоце ризика који потичу из домена правних прописа, културних вредности, норми и понашања, из економског стања шире заједнице, снаге и развијености друштвених установа, доступности квалитетне здравствене неге итд. Разумевање начина на које дати чиниоци обликују окружења у којима се одвија нека епидемиолошки ризична пракса – или окружења која сама по себи јесу здравствено ризична за оне који су принуђени да живе или раде у њима – представља основну сврху примене концепта ризичног окружења и чинилаца ризика у, пре свега, социјално епидемиолошким истраживањима, али и при проучавању социокултурних аспеката јавног здравља. Схватање механизма којима се обликују ризична окружења, као и оних механизма којима она садељују са епидемиолошки или здравствено ризичним праксама, јесте основ за осмишљавање и примену интервенција које би смањиле одговарајући здравствени ризик.

Литература

- Barnett, Tony, Alan Whiteside, Lev Khodakevich, Yuri Kruglov and Valentina Steshenko. 2000. The HIV/AIDS epidemic in Ukraine: its potential social and economic impact. *Social Science and Medicine* 51 (9): 1387–1403.
- Baroš, Slađana. 2008. Dejstvo okruženja na upotrebu kondoma među seksualnim radnicima/radnicama u Beogradu: kvalitativno istraživanje. *Glasnik Instituta za javno zdravlje Srbije* 80(3): 13-18.
- Bourgois, Philippe. 2003. Crack and the political economy of social suffering. *Addiction Research and Theory* 11 (1): 31–37.
- Cusick, Linda. 2006. Widening the harm reduction agenda: from drug use to sex work. *International Journal of Drug Policy* 17 (1): 3–11.
- Dandona, Rakhi, Lalit Dandona, Juan Pablo Gutierrez, Anil G Kumar, Sam McPherson, Fiona Samuels, Stefano M Bertozzi and the ASCI FPP Study Team. 2005. High risk of HIV in non-brothel based female sex workers in India. *BMC Public Health* 5 (1): 87.

- Davis, Mark Tim Rhodes. 2004. Managing seen and unseen blood associated with drug injecting: implications for theorising harm reduction for viral risk. *International Journal of Drug Policy* 15: 377–384.
- Ezard, Nadine. 2011. Substance use among populations displaced by conflict: a literature review. *Disasters* 36 (3): 533–557.
- Ezard, Nadine, Supan Thiptharakun, François Nosten, Tim Rhodes and Rose McGready. 2012. Risky alcohol use among reproductive-age men, not women, in Mae La refugee camp, Thailand, 2009. *Conflict and Health* 6 (1): 7–15.
- Frohlich, Katherine L. Ellen Corin and Louise Potvin, 2001. A theoretical proposal for the relationship between context and disease. *Sociology of Health & Illness* 23 (6): 776–797.
- Galea, Sandro, David Vlahov D. 2002. Social determinants and the health of drug users: socioeconomic status, homelessness and incarceration. *Public Health Reports* 117 (3) Supplement 1: S115–S145.
- Goldenberg, Shira, Steffanie A. Strathdee, Manuel Gallardo, Tim Rhodes, Karla D. Wagner, and Thomas L. Patterson. 2011. "Over here, it's just drugs, women and all the madness": The HIV risk environment of clients of female sex workers in Tijuana, Mexico. *Social Science & Medicine* 72 (7): 1185–1192.
- Jolley, Emma, Tim Rhodes, Lucy Platt, Vivian Hope, Alisher Latypov, Martin Donoghoe, David Wilson. 2012. HIV among people who inject drugs in Central and Eastern Europe and Central Asia: a systematic review with implications for policy. *BMJ Open* 2:e001465, 1–20.
- Larios, Sandra E, Remedios Lozada, Steffanie A. Strathdee, Shirley J. Semple, Scott Roesch, Hugo Staines, Prisci Orozovich, Miguel Fraga, Hortensia Amaro, Adela de la Torre, Carlos Magis-Rodriguez, Thomas L. Patterson. 2009. An exploration of contextual factors that influence HIV risk in female sex workers in Mexico: the social ecological model applied to HIV risk behaviors. *AIDS Care* 21 (10): 1335–1342.
- Lock, Margaret. 1993. Cultivating the Body: Anthropology and Epistemologies of Bodily Practice and Knowledge. *Annual Review of Anthropology* 22: 133–155.
- Maas, Benjamin, Nadia Fairbairn, Thomas Kerr, Kathy Li, Julio S.G. Montaner, Evan Wood. 2007. Neighborhood and HIV infection among IDU: place of residence independently predicts HIV infection among a cohort of injection drug users. *Health & Place* 13 (2): 432–439.
- Marmot, Michael G. 1998. Improvement of social environment to improve health. *Lancet* 351 (9095): 57–60.
- Moris, Dejvid. 2008. *Bolest i kultura u postmodernom dobu*. Beograd: Clio.
- Poundstone, Katharine E, Steffanie A. Strathdee, David D. Celentano. 2004. The social epidemiology of human immunodeficiency virus/acquired immunodeficiency syndrome. *Epidemiological Review* 26: 22–35.
- Rehm, Jürgen, Colin Mathers, Svetlana Popova, Montarat Thavorncharoensap, Yot Teerawattananon, Jayadeep Patra . 2009. Alcohol and Global Health 1: Global burden of disease and injury and economic cost attributable to alcohol use and alcohol-use disorders. *Lancet* 373 (9682): 2223–2233.
- Rhodes, Tim. 2002. The 'risk environment': a framework for understanding and reducing drug-related harm. *International Journal of Drug Policy* 13 (2): 85–94.

- Rhodes, Tim. 2009. Risk environments and drug harms: a social science for harm reduction approach. *International Journal of Drug Policy* 20 (3): 193–201.
- Rhodes, Tim, and Milena Simić. 2005. Transition and HIV risk environment. *British Medical Journal* 331: 220-223.
- Rhodes, Tim, Gerry V. Stimson, Nick Crofts, Andrew Ball, Karl Dehne and Lev Khodakevich. 1999. Drug injecting, rapid HIV spread and the risk environment. *AIDS* 13 (Supplement 1): S259–S269.
- Rhodes, Tim, Larissa Mikhailova, Anya Sarang, Catherine M. Lowndes, Andrey Rylkov, Mikhail Khutorskoy, Adrian Renton. 2003. Situational factors influencing drug injecting, risk reduction and syringe exchange in Togliatti City, Russian Federation: a qualitative study of micro risk environment. *Social Science & Medicine* 57: 39–54.
- Rhodes, Tim, Merrill Singer, Philippe Bourgois, Samuel R. Friedman, Steffanie A. Strathdee. 2005. The social structural production of HIV risk among injecting drug users. *Social Science & Medicine* 61 (5): 1026–1044
- Rhodes, Tim, Bojan Žikić, Ana Prodanović, Elena Kuneski, Sarah Bernays. 2008a. Hygiene and uncertainty in qualitative accounts of hepatitis C transmission among drug injectors in Serbia. *Social Science & Medicine* 66 (6) 1437-1447.
- Rhodes, Tim, Ana Prodanovic, Bojan Žikić, Elena Kuneski, Tijana Pavićević, Davor Karadžić and Sarah Bernays. 2008b. Trust, disruption and responsibility in accounts of injecting equipment sharing and hepatitis C risk. *Health, Risk & Society* 10 (3): 221-240.
- Rhodes, Tim, Milena Simic, Sladjana Baros, Lucy Platt and Bojan Žikić, 2008c. Police violence and sexual risk among female and transvestite sex workers in Serbia: qualitative study. *BMJ* 337: a811.
- Rhodes, Tim, Gerry V. Stimson, David Moore, and Philippe Bourgois. 2010. Qualitative social research in addictions publishing: Creating an enabling journal environment. *International Journal of Drug Policy* 21 (6): 441–444.
- Rhodes, Tim, Karla Wagner, Steffanie A. Strathdee, Kate Shannon, Peter Davidson and Philippe Bourgois. 2011. "Structural violence and structural vulnerability within the risk environment: theoretical and methodological perspectives for a social epidemiology of HIV risk among injection drug users and sex workers". In: Patricia O'Campo and James R. Dunn (eds.), *Rethinking social epidemiology: towards a science of change*. Springer: London.
- Sarang, Anya, Tim Rhodes, Nicolas Sheon, and Kimberly Page. 2010. Policing Drug Users in Russia: Risk, Fear, and Structural Violence. *Substance Use and Misuse*. 45 (6): 813-864.
- Shannon, Kate, Thomas Kerr, Shari Allinott, Jill Chettiar, Jean Shoveller, Mark W Tyndall. 2008a. Social and structural violence and power relations in mitigating HIV risk of drug-using women in survival sex work. *Social Science & Medicine* 66 (4): 911-921.
- Shannon, Kate, Melanie Rusch, Jean Shoveller, Debbie Alexson, Kate Gibson, Mark W. Tyndall. 2008b. Mapping violence and policing as an environmental-structural barrier to health service and syringe availability among substance-using women in street-level sex work. *International Journal of Drug Policy* 19 (2): 140-147.
- Simić, Milena, Slađana Baroš, Ana Prodanović, Tim Rhodes, Bojan Žikić. 2007. *Summary of Research Findings: Sex Work and Health Risk: A Qualitative Study in Serbia*. Beograd: UNDP.

- Sumartojo, Esther. 2000. Structural factors in HIV prevention: concepts, examples, and implications for research. *Aids* 14 (Supplement 1): S3–S10.
- Tempalski, Barbara, Hilary McQuie. 2009. Drugscapes and the role of place and space in injection drug use-related HIV risk environments. *International Journal of Drug Policy* 20 (1): 4–13.
- Trostle, James A. and Johannes Sommerfeld. 1996. Medical Anthropology and Epidemiology. *Annual Review of Anthropology* 25: 253–274.
- Young, Allan. 1982. The Anthropology of Illness and Sickness. *Annual Review of Anthropology* 11: 257–285.
- Weaver, Heather, Bayard Roberts. 2010. Drinking and displacement: a systematic review of the influence of forced displacement on harmful alcohol use. *Substance Use & Misuse* 45 (13): 2340–2355.
- Wohlfeiler, Dan. (2000). Structural and environmental HIV prevention for gay and bisexual men. *AIDS* 14 (Supplement 1): S52–S56.
- Жикић, Бојан. 2006. *Антропологија AIDS-а. Ризично понашање интравенских корисника дроге*. Београд: Филозофски факултет и Српски генеалошки центар.
- Žikić, Bojan. 2006. Managing HIV/HCV-related Risk at Private Places Among Belgrade Injecting Drug Users. *Bulletin of the Institute of Ethnography, Serbian Academy of Sciences and Arts*, LIV: 189–199.
- Žikić, Bojan. 2007. Injecting Drug Users' Utilisation of Public Space in Belgrade: Places, Risk-management, and Habitual Life. *Bulletin of the Institute of Ethnography - Serbian Academy of Sciences and Arts*, LV (1): 103–114.
- Жикић, Бојан. 2008. *Ризик и насиље. Антрополошко проучавање сексуалног рада у Београду*. Београд: Српски генеалошки центар и Одељење за етнологију и антропологију Филозофског факултета.
- Žikić, Bojan. 2009. The Same Risk, the Different Vulnerability? Social Environment as Risk-Generating Factor in Injecting Drug Users and Sex Workers. *Issues in Ethnology and Anthropology* 4 (1): 149–162.
- Жикић, Бојан. 2011а. Друштвени чиниоци здравствене вулнерабилности маргинализованих друштвених група. *Етноантрополошки проблеми* 6 (3): 783–805.
- Жикић, Бојан. 2011б. Друштвени чиниоци здравствене вулнерабилности маргинализованих друштвених група. *Антропологија* 11 (3): 9–23.

Bojan Žikić

Department of Ethnology and Anthropology
Faculty of Philosophy, University of Belgrade

The Concept of the Risk Environment and Risk Factors in the Social-Epidemiological Studies of Public Health

Rhodes' concept of the risk environment became the dominant heuristic tool in the social epidemiological studies of issues connected to HIV/AIDS a-

nd HCV in the decade after the publication of the first theoretical paper (2002) on the concept. Even though the concept of risk environment has been widely utilized in a number of papers on the issue, it has not been theoretically expanded on – there has been no clearer highlighting of risk factors – a key part of the concept – not has it been expanded in order to be applicable to a wider range of public health topics, with an accent on vulnerability, marginality and marginalization, which is the topic and aim of this paper.

Key words: risk environment; risk factors, social/cultural anthropology, public health, social health vulnerability, marginal and marginalized social groups

Concept d'environnement à risque et de facteur de risque dans l'étude socio-épidémiologique de la santé publique

Le concept de Rhodes d'environnement à risque est devenu un moyen heuristique dominant dans le traitement socio-épidémiologique de la problématique liée au VIH/SIDA et au VHC, dans la décennie qui a suivi la publication de la première étude théorique (2002) consacrée à ce concept. Bien que le concept mentionné ait été utilisé dans de nombreux travaux concernant la problématique socio-épidémiologique citée, son élaboration théorique, avec notamment un accent plus grand sur les facteurs de risque, élément essentiel de ce concept, n'a pas été effectuée, non plus que son application possible sur une thématique plus diversifiée concernant la santé publique, notamment touchant la vulnérabilité, la marginalité et la marginalisation ; c'est ce qui représente donc le sujet et l'objectif de ce texte.

Mots clés: environnement à risque, facteurs de risque, anthropologie sociale/culturelle, santé publique, vulnérabilité socio-sanitaire, groupes sociaux marginalisés

Primljeno / Received: 12. 04. 2013.

Prihvaćeno / Accepted for publication: 11. 06. 2013.