ДЕРЖАВНИЙ ІНСТИТУТ
ПРОБЛЕМ СІМ'Ї ТА МОЛОДІ

УКРАЇНСЬКИЙ ІНСТИТУТ СОЦІАЛЬНИХ
ДОСЛІДЖЕНЬ

АНАЛІТИЧНИЙ ЗВІТ

за результатами
дослідження

МОНІТОРИНГ ПОВЕДІНКИ ЖІНОК, ЯКІ НАДАЮТЬ СЕКСУАЛЬНІ ПОСЛУГИ ЗА ПЛАТУ, ЯК КОМПОНЕНТ ЕПІДНАГЛЯДУ ДРУГОГО ПОКОЛІННЯ

Альянс
Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні

Альянс
Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні

ДЕРЖАВНИЙ ІНСТИТУТ
ПРОБЛЕМ СІМ'Ї ТА МОЛОДІ

УКРАЇНСЬКИЙ ІНСТИТУТ СОЦІАЛЬНИХ
ДОСЛІДЖЕНЬ

АНАЛІТИЧНИЙ ЗВІТ
за результатами
соціологічного дослідження

МОНІТОРИНГ ПОВЕДІНКИ ЖІНОК, ЯКІ НАДАЮТЬ СЕКСУАЛЬНІ ПОСЛУГИ ЗА ПЛАТУ, ЯК КОМПОНЕНТ ЕПІДНАГЛЯДУ ДРУГОГО ПОКОЛІННЯ

Київ — 2005

Моніторинг поведінки жінок, які надають сексуальні послуги за плату як компонент епіднагляду другого покоління / Артюх О.Р., Балакірєва О.М., Бочкова Л.В., Галич Ю.П., Галустян Ю.М., Дікова-Фаворська Д.М., Злобіна О.Г., Левчук Н.М., Лютий В.П., Марциновська В.А., Микитюк Т.П., Морозов В.Ф., Петровський О.М., Шамота Т.С., Яременко О.О. - Київ: МБФ "Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні", 2005. - 60 с.

© МБФ «Міжнародный Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні»
вул. Димитрова, 5, корпус 10А, 03680, Київ, Україна
Тел.: (+380 44) 490 5485 (6, 7, 8)
Факс: (+380 44) 490 5489
E-mail: office@aidsalliance.org.ua
http://www.aidsalliance.org.ua

Наклад – 2 000 пр.
Розповсюджується безкоштовно
Обкладинка: фото Гідеона Менделя для Міжнародного Альянсу з ВІЛ/СНІД, 2004

За підтримки:

Investing in our future
The Global Fund
To Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria

Дослідження здійснено за фінансової підтримки МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні» в рамках реалізації програми «Подолання епідемії ВІЛ/СНІД в Україні», підтриманої Глобальним Фондом для боротьби зі СНІДом, туберкульозом та малярією в рамках грантової угоди UKR-102-G04-H-00 від 15 березня 2004 року.

Викладені у даній публікації думки й точки зору є думками й точками зору авторів і не можуть розглядатися як думки або точки зору Глобального фонду для боротьби зі СНІД, туберкульозом та малярією. Глобальний фонд для боротьби зі СНІД, туберкульозом та малярією не брав участі в узгодженні або затвердженні як безпосередньо опублікованого матеріалу, так і можливих висновків, що випливають з нього.

The views described herein are the views of this institution, and do not represent the views or opinions of The Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis & Malaria, nor is there any approval or authorization of this material, express or implied, by The Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis & Malaria.

МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні» та колектив авторів висловлює щиру подяку членам Експертної групи з соціальних досліджень, створеної за підтримки МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні» та за координації ЮНЕЙДС за експертну роботу та активну участь у обговоренні та узгодженні методичних рекомендацій із проведення дослідження, розробці інструментарію та обговоренні основних висновків аналітичного звіту. Дана серія досліджень із моніторингу поведінки та відповіді на епідемію стала можливою завдяки спільній методичній роботі спеціалістів із провідних дослідницьких та міжнародних організацій, центральних органів виконавчої влади:

Лідія Андрущак,	ЮНЕЙДС
Ольга Балакірєва,	Український Інститут соціальних досліджень
Лариса Бочкова,	Український Центр профілактики та боротьби з ВІЛ/СНІД
Марина Варбан,	Аналітичний центр «Социс»
Олексій Ганюков,	«Статінформконсалтинг»
Ганна Довбах,	МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні»
Ірина Демченко,	Аналітичний центр «Социс»
Олег Єресько,	Міністерство освіти та науки України
Наталія Кожан,	Державний департамент з питань виконання покарань
Юрій Круглов,	Український Центр профілактики та боротьби з ВІЛ/СНІД
Олена Лисенко,	Центр соціальних експертиз та прогнозів при Інституті соціології
Тетяна Петренко,	Київський міжнародний інститут соціології
Наталя Погоріла,	ЦСПД-Социс
Юрій Саєнко,	Центр соціальних експертиз та прогнозів при Інституті соціології НАН України
Олег Семерик,	проект ПОЛІСІ
Павло Смирнов,	МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні»
Наталія Харченко,	Київський міжнародний інститут соціології
Микола Чурилов,	TNS Україна

Зміст

Вступ 6

Стислий виклад та національні показники 7

Розділ 1. Характеристики цільової групи дослідження 10

1.1. Канали рекрутування та оцінка можливостей поширення отриманих результатів на національний рівень 10
1.2. Соціально-демографічні характеристики опитаних 10
1.3. Структура ЖКС за особливостями поведінки 12

Розділ 2. Рівень поінформованості про ВІЛ/СНІД, шляхи попередження інфікування 13
2.1. Обізнаність цільової групи щодо проблеми ВІЛ/СНІД 13
2.2. Обізнаність щодо шляхів передачі ВІЛ-інфекції 15
2.3. Аналіз факторів, що впливають на підвищення рівня поінформованості з проблеми 17

Розділ 3. Оцінка ризику інфікування ВІЛ та заходи попередження інфікування представниками цільової групи 21
3.1. Усвідомлення ЖКС вірогідності власного інфікування ВІЛ 21
3.2. Рівень толерантності щодо ЛЖВС 22

Розділ 4. Рівень охоплення профілактичними програмами цільової групи 23
4.1. Рівень поінформованості щодо існування програм профілактики, які проводяться державними установами та неурядовими організаціями 23
4.2. Охоплення жінок комерційного сексу програмами профілактики 24
4.3. Спектр послуг 24
4.4. Оцінка впливу програм профілактики на рівень знань, сформованих уявлень та поведінку представників цільових груп 25

Розділ 5. Добровільне тестування на ВІЛ та консультування ЖКС 29

Розділ 6. Сексуальна поведінка та дотримання заходів попередження передачі ВІЛ-інфекції під час сексуальних контактів 31
6.1. Сексуальна поведінка ЖКС 31
6.2. Соціальна характеристика клієнтів ЖКС 32
6.3. Оцінка ризику передачі ВІЛ-інфекції та ЗПСШ ЖКС під час сексуальних контактів 33
6.4 Причини недотримання безпечної сексуальної поведінки, практика використання засобів захисту 35

Розділ 7. Практика вживання алкоголю та наркотичних речовин серед жінок комерційного сексу 38

Розділ 8. Самопочуття ЖКС, рівень обізнаності та користування послугами медичних закладів 42
8.1. Особистий потенціал ЖКС 42
8.2. Фізичне здоров'я та фізична активність 42
8.3. Досвід звернення ЖКС до установ та організацій, які надають медичні послуги, та вартість цих послуг 45

Розділ 9. Основні фактори, що впливають на рівень знань, формування ставлення та поведінкові практики ЖКС 49

Висновки та рекомендації 54
Стратегічні рекомендації щодо розвитку програм інформування, профілактики, лікування та догляду серед ЖКС ВІЛ-інфекції 54
Регіональні особливості та цільові рекомендації 55

Авторський колектив

Артюх О.Р.	Державний інститут проблем сім'ї та молоді
Балакірєва О.М.	канд. соціол. наук, науковий керівник проекту
Бочкова Л.В.	зав. відділенням профілактики і моніторингу Українського центру профілактики і боротьби зі СНІД МЗ України
Галич Ю.П.	Київська клінічна наркологічна лікарня «Соціотерапія»
Галустян Ю.М.	кандидат соціологічних наук, вчений секретар-керівник центру гендерних досліджень ДІПСМ
Дікова-Фаворська Д.М.	Державний інститут проблем сім'ї та молоді
Злобіна О.Г.	кандидат філософських наук, ст. науковий співробітник відділу соціальної психології інституту соціології НАН України,
Левчук Н.М.	кандидат економічних наук, провідний науковий співробітник інституту демографії та соціальних досліджень НАН України
Лютий В.П.	Академія праці та соціальних відносин Федерації профспілок України
Марциновська В.А.	епідеміолог Українського центру профілактики та боротьби зі СНІД МЗ України
Микитюк Т.П.	Український інститут соціальних досліджень
Морозов В.Ф.	зав. відділенням організаційно-методичної, профілактичної роботи та епідмоніторингу Київської міської лікарні №5
Петровський О.М.	епідеміолог, Голосіївський районний центр Соціальних служб для молоді в м. Києві
Шамота Т.С.	Державний інститут проблем сім'ї та молоді
Яременко О.О.	канд. екон. наук

ВСТУП

ВІЛ стрімко поширюється, набираючи глобальних масштабів та уражуючи різні верстви населення, і становить реальну загрозу соціально-економічному розвитку для всіх країн. На сьогодні епідемія ВІЛ-інфекції в Україні характеризується підвищенням нових випадків ВІЛ-інфекції серед людей, які були інфіковані під час гетеросексуальних контактів.

Згідно із статистичними даними Українського центру профілактики і боротьби зі СНІДом, питома вага офіційно зареєстрованих ВІЛ-інфікованих громадян України з гетеросексуальним шляхом інфікування зросла за останні шість років у 2,5 рази — з 11,3% у 1997 р. до 30,4% у 2003 р.

Крім того, за даними сероепідеміологічного моніторингу, відзначається поступове зростання відсотка ВІЛ-інфікованих осіб серед обстежених за кодом особи, які мали статеві контакти з ВІЛ-інфікованими — з 8,30% у 1997 р. до 13,95% у 2003 р. та серед обстежених за кодом особи, які мають багато статевих партнерів — з 0,50% у 1997 р. до 1,09% у 2003 р.

На сучасному етапі характерною рисою епідемії ВІЛ-інфекції є зростання кількості ВІЛ-інфікованих жінок, у тому числі вагітних, серед усіх офіційно зареєстрованих ВІЛ-інфікованих громадян України. Більша частина ВІЛ-інфікованих жінок (60%) належить до вікової групи 20-29 років. Частка офіційно зареєстрованих жінок, інфікованих ВІЛ шляхом гетеросексуальних контактів, зросла з 25% у 1997 р. до 49% у 2003 р. У молодших вікових групах жінки інфікуються частіше, ніж чоловіки, в той час, як чоловіки віком понад 30 років частіше стають ВІЛ-інфікованими, ніж жінки означеної вікової категорії.

Така тенденція ще раз підтверджує необхідність звертати увагу на гетеро- сексуальний шлях передачі ВІЛ при розробці та реалізації програм втручань. У свою чергу, програми, спрямовані на втручання, мають базуватися на одному з ключових компонентів системи епіднагляду другого покоління — поведінковому нагляді. Останній містить моніторинг поведінки і розповсюдження ризикованих поведінкових практик. Такі дослідження можуть охоплювати як широкі верстви населення, так і, як у нашому випадку, окремі групи населення підвищеного ступеня ризику відносно ВІЛ-інфікування (жінки комерційного сексу (ЖКС), клієнти жінок комерційного сексу, споживачі ін'єкційних наркотиків та ін.). На сьогодні в Україні є досвід проведення поведінкових досліджень серед представників груп високого рівня ризику інфікування ВІЛ. Так, з 1996 р. проводяться дослідження, спрямовані на вивчення особливостей поведінки та поінформованості щодо ВІЛ/СНІД, профілактичних програм, які стосуються ін'єкційних споживачів наркотиків, жінок комерційного сексу, ув'язнених, чоловіків, які мають секс із чоловіками тощо. Вони були пов'язані з виявленням чинників поширення ВІЛ серед представників зазначених груп та плануванням профілактичних заходів, із дослідженням ефективності конкретних протиепідемічних заходів і оцінкою тенденцій у зміні поведінки представників цільових груп.

Вибір саме цих груп для поведінкових досліджень зумовлено даними рутинного епіднагляду, які свідчать про високий рівень ризику інфікування ВІЛ серед споживачів ін'єкційних наркотиків та жінок, які надають сексуальні послуги за плату.

На сьогодні Україна має дані стосовно поширеності ВІЛ-інфекції серед ЖКС на рівні окремих міст та окремих проектів. Уперше в Україні завдяки впровадженню нового інструменту моніторингу — дозорного епідеміологічного нагляду (ДЕН) — були проведені дозорні дослідження серед працівників комерційного сексу в 7 регіонах України. Середній рівень інфікування ВІЛ серед ЖКС склав 18,8%, хоча в різних містах спостерігаються значні коливання цього показника — від найвищого в Донецьку (31,4%) до найнижчого в Луцьку (4,0%).

Частина ЖКС вживають наркотики шляхом ін'єкції і, таким чином, піддаються подвійному ризику інфікування ВІЛ. За даними ДЕН, більше третини ВІЛ-інфікованих ЖКС (36%) вживають наркотичні речовини ін'єкційним шляхом. Інфікування ВІЛ жінок секс-бізнесу, що споживають ін'єкційні наркотики, в 5 разів більше, ніж ЖКС, що не вживають наркотики.

Вважається, що зростання кількості ВІЛ-позитивних жінок комерційного сексу та збільшення показників поширеності вірусу у цій групі до 50-80% є попереджувальним сигналом поширення епідемії серед населення широкого загалу. Насправді ж неможливо оцінити реальне число жінок, зайнятих у секс-індустрії. Той факт, що сексуальні послуги є незаконним видом діяльності, значно ускладнює підрахунок кількості людей, задіяних у ньому, та створює перешкоду для впровадження ефективних заходів із метою обмеження процесу поширення ВІЛ.

Моніторинг поведінки серед жінок секс-бізнесу дає можливість прогнозувати рівень впливу соціальних програм, які впроваджуються на території України, здійснювати поточний контроль динаміки змін стосовно проблем, пов'язаних із ВІЛ-інфекцією, в знаннях та поведінці, а також своєчасно здійснювати корективи діяльності щодо запобігання поширенню ВІЛ-інфекції, використовуючи відповідні методи та ресурси. Слід також пам'ятати, що в різних ситуаціях епідемія ВІЛ розвивається по-різному, і в цьому випадку системи епіднагляду другого покоління повинні відслідковувати зміни, які відбуваються в розповсюдженні ВІЛ-інфекції, і при необхідності еволюціонувати, розширюючи рівень охоплення, переглядаючи використання ресурсів, зосереджуючи основну увагу на групах та підгрупах підвищеного ризику. Необхідно пам'ятати, що система епіднагляду повинна концентрувати свої ресурси на тих напрямках, які можуть дати найбільш достовірну та корисну інформацію.

Результати моніторингу можуть використовуватись для покращення організації, керівництва, планування, як допомога в прийнятті рішень при розробці політики виявлення галузей, яким необхідна допомога, удосконалення системи власне моніторингу поведінки, забезпечення інформаційної підтримки, поповнення інформаційної бази відносно груп підвищеного ризику інфікування ВІЛ та їхнього соціального оточення.

Дане поведінкове дослідження серед ЖКС проводилося в областях із різним рівнем поширеності ВІЛ, які умовно було розділено на 4 територіальні групи (т/г):

т/г № 1 — із високим рівнем поширеності ВІЛ (понад 200 на 100 тис. населення) — Одеська, Миколаївська, Дніпропетровська, Донецька області, АР Крим;

т/г № 2 — із помірно високим рівнем поширеності ВІЛ (90 — 200 на 100 тис. населення) — Черкаська, Херсонська області та місто Київ;

т/г № 3 — із середнім рівнем поширеності ВІЛ (40 — 90 на 100 тис. населення) — Полтавська, Харківська, Волинська області;

т/г № 4 — із низьким рівнем поширеності ВІЛ (нижче 40 на 100 тис. населення) — Сумська, Тернопільська, Рівненська області;

Основними завданнями дослідження були: зібрати дані для аналізу факторів ризику інфікування ВІЛ жінок, які надають платні сексуальні послуги; визначити сучасний стан та відслідкувати тенденції зміни знань, ставлень, практик та моделей поведінки серед ЖКС; забезпечити збір даних за індикаторами з переліку національних показників моніторингу та оцінки ефективності заходів, що забезпечують контроль за епідемією ВІЛ/СНІД; оцінити вплив програм профілактики, лікування, догляду та підтримки на цільові групи; забезпечити різні цільові групи, які беруть участь у подоланні епідемії ВІЛ/СНІД, стратегічними даними для планування подальших дій у подоланні епідемії ВІЛ/СНІД, стратегічними даними для планування подальших дій із профілактики ВІЛ, догляду та лікування.

Населені пункти у кожній із областей для реалізації проекту обирались за такими критеріями: наявність представників цільової групи, наявність проектів, спрямованих на реалізацію програм зменшення шкоди, різне географічне розташування населених пунктів у межах областей.

Велику роль у реалізації проекту відіграли громадські організації, благодійні фонди, Центри СНІДу, центри соціальних служб для молоді, які працюють із ЖКС за проектом зниження рівня інфікування ВІЛ та надають соціальні та медичні послуги даній цільовій групі.

Під час опитування було дотримано вибірки, що розроблялась окремо для кожної області. Було враховано рівень ЖКС — співвідношення трасових, готельних, вокзальних, барних та портових. Для досягнення цільової групи був використаний метод сніжний ком через ключових інформаторів, а саме: представників неурядових організацій, що реалізують проекти роботи із жінками комерційного сексу, робітників центрів профілактики та боротьби зі СНІД, працівників шкірно-венерологічний диспансерів, представників правоохоронних органів.

СТИСЛИЙ ВИКЛАД ТА НАЦІОНАЛЬНІ ПОКАЗНИКИ

Пропоноване дослідження є результатом співпраці Державного інституту сім'ї та молоді й ряду громадських організацій, благодійних фондів, Центрів СНІДу, центрів соціальних служб для молоді, які працюють із жінками комерційного сексу за проектом зниження рівня інфікування ВІЛ і надають соціальні та медичні послуги даній цільовій групі. Дослідження було проведено за підтримки Міжнародного благодійного фонду Міжнародний Альянс із ВІЛ/СНІД в Україні в рамках проекту Подолання епідемії ВІЛ/СНІД в Україні. Мета дослідницького компонента роботи — проведення оцінки поведінки й розповсюдження ризикованих поведінкових практик серед жінок комерційного сексу з використанням нового інструмента моніторингу — дозорного епідеміологічного нагляду.

Мета і завдання дослідження розкриті у вступі. Перед основною частиною роботи подається розрахунок основних індикаторів із числа національних показників моніторингу та оцінки ефективності заходів, що забезпечують контроль за епідемією ВІЛ/СНІД в Україні. Усього звіт містить 9 розділів. Розділ 1 подає характеристики цільової групи дослідження. Розділ 2 пропонує аналіз рівнів поінформованості про ВІЛ/СНІД та шляхів попередження інфікування. Розділ 3 містить оцінку ризику інфікування ВІЛ та заходи попередження інфікування представниками цільової групи. Розділ 4 розглядає рівень охоплення профілактичними програмами цільової групи. Досвід проходження тестування на ВІЛ жінок комерційного сексу й сексуальну поведінку та дотримання заходів попередження передачі ВІЛ-інфекції під час сексуальних контактів розглянуто в розділах 5, 6. Практика вживання алкоголю та наркотичних речовин висвітлюється в розділі 7. У розділі 8 йдеться про самопочуття ЖКС, рівень їхньої обізнаності та користування послугами медичних закладів. Розділ 9 — заключний. У ньому визначаються основні фактори, що впливають на рівень знань, формування ставлення та поведінкові практики ЖКС, а також пропонуються деякі висновки та рекомендації. Більш детальну інформацію про інструментарій та методику проведення дослідження читач може знайти в технічних додатках.

Емпіричну базу дослідження склали результати опитування жінок, які надають сексуальні послуги за плату (1413 респонденток).

Метод збору інформації — анкетування цільових груп. Опитування проводилося серед представників цільової групи з 15 серпня 2004 р. по 16 вересня 2004 р. в 14 областях України — Донецькій, Дніпропетровській, Харківській, Сумській, Полтавській, Черкаській, Херсонській, Миколаївській, Одеській, Тернопільській, Рівненській, Волинській АР Крим та м. Києві.

Завдяки проведеному дослідженню було отримано такі дані:

- Серед жінок комерційного сексу, який представлений усіма віковими групами, найбільш чисельна категорія — молодь. При цьому протягом останніх років спостерігається тенденція до збільшення питомої ваги неповнолітніх серед ЖКС.
- Переважна більшість приїжджих ЖКС зосереджена в областях із високим рівнем поширеності ВІЛ-інфекції.
- Майже половина респонденток — безробітні.
- У сфері комерційного сексу більшість жінок мають загальну середню або спеціальну освіту і є незаміжніми.
- Кожна четверта з опитаних ЖКС вживають наркотики ін'єкційним шляхом, що значно збільшує ризик інфікування ВІЛ.
- Майже половина опитаних мали сексуальні контакти зі споживачами ін'єкційних наркотиків, кожна четверта жінка — з особами бісексуальної орієнтації.
- Приблизно третина опитаних жінок оцінюють свій рівень знань із питань ВІЛ/СНІДу як недостатній. При цьому, як свідчать дані дослідження, досить поширеним є явище, коли висока самооцінка жінками своєї поінформованості щодо ВІЛ/СНІДу не підтверджується реальними знаннями і, ще більше, — відповідною поведінкою. Так, зокрема 18% опитаних не заперечили можливість передачі ВІЛ через спільне використання помешкання; ще 27% не знають, що людина, інфікована ВІЛ, може виглядати як здорова та вести повноцінне життя; 19% опитаних не користувалися презервативом під час останнього сексуального контакту, хоча 46% вважає свої знання про шляхи передачі ВІЛ достатніми.
- Аналіз показує, що більшість представниць ринку сексуальних послуг не обізнані з тим, що позитивний результат обстеження на ВІЛ не завжди є доказом відсутності ВІЛ-інфекції.
- Майже половина респонденток не знає, що вчасно проведене відповідне лікування ВІЛ-позитивної вагітної жінки дає змогу істотно знизити ризик ВІЛ-інфікування майбутньої дитини.

- Практично всі ЖКС обізнані стосовно зниження ризику інфікування ВІЛ шляхом правильного використання презервативів під час сексуальних контактів. Проте лише 54% з них зазначили, що завжди або у переважній більшості використовували презерватив під час статевого контакту за останній місяць; майже чверть опитаних (24%) використовували презерватив частіше, ніж у половині випадків, але не завжди; 9% вказали на половину випадків, а 8% зазначили, що вдавалися до цього засобу рідше, ніж у половині випадків.
- Загалом виявлено досить високий рівень знань серед ЖКС щодо зовнішнього прояву захворюваності на ВІЛ/СНІД. ЖКС-СІН, якщо порівняти з ЖКС-не СІН, є менш обізнаними уз цьому питанні.
- Кожна п'ята ЖКС упевнена, що лікування не впливає на передачу вірусу від ВІЛ-інфікованої вагітної жінки до дитини, або не знає відповіді на це запитання.
- Майже всі респондентки засвідчили високий рівень обізнаності стосовно того, що вірус ВІЛ може передаватися шляхом спільного використання шприців та голок.
- Жінки комерційного сексу, які не вживають наркотики ін'єкційним шляхом, залишаються не охопленими програмами зниження шкоди та менш обізнані у питаннях профілактики ВІЛ-інфекції.
- Обізнаність ЖКС стосовно передачі ВІЛ статевим шляхом достатньо висока, зокрема 97% опитаних дали правильну відповідь на запитання про передачу ВІЛ при вагінальних контактах без використання презерватива.
- Респондентки добре обізнані щодо інфікування дитини від вагітної інфікованої жінки до дитини (96% правильних відповідей) та від ВІЛ-інфікованої матері до новонародженої дитини під час годування груддю (72%).
- Майже кожна п'ята жінка впевнена, що укуси комах можуть спричинити інфікування ВІЛ.
- Переважна більшість представниць комерційного сексу правильно зазначила шляхи передачі ВІЛ-інфекції — від 60% до 97 % правильних відповідей.
- Найпоширенішим хибним стереотипом щодо можливих шляхів передачі ВІЛ є думка про те, що інфекція може передаватися через поцілунки без контакту з пошкодженими ділянками, ранами на шкірі партнера, — такої думки дотримуються 33% ЖКС.
- Найкраще поінформованими з питань ВІЛ/СНІДу є жінки, які стали сексуально активними у віці 17 років і старше. Найгірший рівень знань спостерігається серед жінок, які набули першого сексуального досвіду до виходу з підліткового віку.
- Лише близько 55% жінок, що брали участь у профілактичних програмах, прагнуть завжди використовувати презерватив, 23 % не погоджуються надавати сексуальні послуги без презерватива.
- 52% жінок завжди використовують презерватив при вагінальному сексі, 37% — при оральному та 26% — при анальному сексі. Ніколи не користуються презервативом 19% опитаних жінок при оральному сексі, 2% — при вагінальному та 8% — при анальному сексі.
- Дані свідчать, що перебували чи перебувають у шлюбі 30% жінок у віці від 21 до 24 років, 60% у віковій групі від 25 до 29 років і 78% жінок віком від 30-ти років і старше.
- Серед жінок потенційної групи ризику чверть жінок складають ті, хто вперше надав сексуальні послуги за винагороду до повноліття, 29% — у віці 17-18 років, 19% — у віці 19-20 років.
- Дані опитування свідчать про наявність проблеми доступності безкоштовної стаціонарної медичної допомоги ЖКС. Фактично, кожна друга жінка, хоча і не багато, але платила (офіційно та неофіційно) за своє лікування в дермато-венерологічному та наркологічному диспансерах.
- Щодо усвідомлення загрози бути особисто ураженим ВІЛ-інфекцією, то для 14% ЖКС така перспектива здається абсолютно реальною, для 27% ЖКС — цілком реальною. Назвали таку загрозу малоймовірною 21% ЖКС. Повністю переконані у своїй цілковитій безпеці 5% ЖКС.
- Жінки комерційного сексу схильні до вживання алкоголю. Так, доволі часто і регулярно вживають спиртне 40% опитаних жінок; ще 48% стверджують, що вживають алкогольні напої рідко, лише на свята, і лише 12% респонденток практично не вживають алкогольні напої. Причому спостерігається тенденція зростання споживання алкоголю серед вікових груп до 18 років та старше 29 років. Не рідше одного разу на тиждень серед згаданих вікових груп вживають алкоголь понад 40% опитаних жінок. Досить схожу закономірність у споживанні алкоголю можна простежити у віковій групі 19-20 та 25-29 років. Але все-таки найвищий рівень споживання алкогольних напоїв простежується у віковій групі 21-24 років.

Результати дослідження дали можливість виробити стратегічні та цільові рекомендації щодо розвитку програм інформування, профілактики, лікування та догляду серед ЖКС ВІЛ-інфекції:

- Співробітництво всіх організацій, які підтримують програми профілактики ВІЛ-інфекції серед ЖКС, і координація їхньої діяльності.
- Забезпечення гарантованого рівня надання кваліфікованої та багатоаспектної медико-соціальної допомоги ЖКС з метою охорони та зміцнення їхнього репродуктивного здоров'я, профілактики ІПСШ, у тому числі ВІЛ-інфекції.
- Більш активне залучення ЗМІ. Розробка інформаційно-освітньої концепції підготовки суспільства до тривалого співіснування з ВІЛ-інфікованими/хворими на СНІД. Проведення потужної інформаційно-пропагандистської кампанії щодо формування толерантного ставлення до ВІЛ-інфікованих людей. Посилення контролю держави за якістю соціальної реклами щодо ВІЛ/СНІД із метою подолання дискримінаційних проявів у ставленні до ВІЛ-інфікованих осіб.
- Більш активне залучення до такої роботи НУО, які вже працюють із цієї проблематики, особливо у регіонах із середнім та низьким рівнями поширеності ВІЛ-інфекції.
- Організація за допомогою державних та громадських, у тому числі міжнародних організацій, спеціальних навчальних семінарів, тренінгів відповідно до сучасного рівня вимог щодо тематики комерційного сексу та ВІЛ-інфекції для різних цільових груп (представників НУО, ЗМІ, правоохоронних органів, соціальних працівників та ін.) з метою забезпечення їх інформацією та навчання роботи з ЖКС.
- З метою підвищення рівня усвідомлення ЖКС, важливості та необхідності переходу до більш безпечної сексуальної поведінки необхідно використовувати аутрич-роботу.
- Більш активне проведення профілактичної роботи щодо первинної профілактики серед молоді.

ДКТ1,17 Відсоток жінок комерційного сексу, які звернулися за тестуванням на наявність ВІЛ та отримали його результати

Джерело даних: тип – поведінкове опитування

Джерело даних: соціальне дослідження „Моніторинг поведінки СІН та ЖКС як компонент епіднагляду другого покоління"

Термін, за який були зібрані дані: 15.08.2004–16.09.2004

Етапи розрахунку чисельника:			
Вимоги до даних	**Жінки до 25 років**	**Жінки 25+**	**Усі вікові групи**
Робила тест на ВІЛ	437	329	766
Знаю результат тесту	414	218	632
Чисельник:			
Робила тест та знаю результат	414	218	632
Знаменник:			
Загальна кількість опитаних	911	502	1413
Розрахунок показника:			
Розділити число респондентів, які робили тест на ВІЛ та одержали результати, на загальне число респондентів та помножити отриманий результат на 100	45%	43%	45%

За результатами дослідження, 45% жінок комерційного сексу звернулися за тестуванням на наявність ВІЛ та отримали результати. За віковими ознаками суттєвих відмінностей не спостерігається. За результатами дослідження 2002 року(UNDP/UNAIDS/УІСД),* відсоток ЖКС, які звернулися за тестуванням на наявність ВІЛ та отримали результати, становить 41%. Важко оцінити основні тенденції, оскільки в 2002 р. опитування було проведене лише в 7 містах України. Кількість опитаних — 1002 жінки комерційного сексу. Для певної орієнтації можна порівняти питому вагу тих, хто знає свій результат, з усіма ЖКС, які робили тестування: за даними 2004 р. вона становить 83%, 2002р. — 93%.

УЦГЗ,20 Відсоток жінок комерційного сексу, які повідомили про використання презервативів

Джерело даних: тип – поведінкове опитування

Джерело даних: соціальне дослідження „Моніторинг поведінки СІН та ЖКС як компонент епіднагляду другого покоління"

Термін, за який були зібрані дані: 15.08.2004–16.09.2004

Опитування проведене серед ЖКС у 14 областях України, до яких увійшли: Волинська, Дніпропетровська, Донецька, Миколаївська, Одеська, Полтавська, Рівненська, Сумська, Тернопільська, Харківська, Херсонська, Черкаська області, м. Київ та АР Крим. Загальна кількість опитаних складає 1413 ЖКС. Вікові групи – від 12 до 50 років, найбільш чисельна група – жінки віком від 21 до 24 років та від 25 до 29 років (32 та 21% відповідно). Рівень досягнення респондентів –75%.

Чисельник:	**Жінки до 25 років**	**Жінки 25+**	**Усі вікові групи**
Використовувала презерватив із останнім комерційним клієнтом	721	409	1130
Знаменник:			
Загальна кількість опитаних, які мали секс із клієнтом протягом останніх 12 місяців	911	502	1413
Розрахунок показника:			
Розділити число респондентів, які повідомили про використання презерватива з останнім клієнтом, на загальне число респондентів, які мали секс протягом останніх 12 місяців, та помножити отриманий результат на 100	79%	81%	80%

Результати проведеного опитування виявили, що переважна більшість (80%) жінок комерційного сексу з останнім сексуальним комерційним партнером використовували презерватив. За віковими ознаками суттєвих відмінностей не спостерігається. Використання презерватива (з останнім комерційним клієнтом) вище серед жінок комерційного сексу, які охоплені профілактичними програмами щодо ВІЛ/СНІДу: 83 та 77% відповідно.

За результатами опитування жінок секс-бізнесу (UNDP/UNAIDS/УІСД)*, що було проведене у 2002 р., відсоток ЖКС, які повідомили про використання презервативів з останнім комерційним клієнтом, становить 76%.

* Йдеться про опитування в межах проекту UNDP Нові стратегії з профілактики ВІЛ/СНІДу в середовищі ЖСБ на замовлення Проекту ПРООН Права людини в дії, 2002 р., проведене державним інститутом проблем сім'ї та молоді за участю Українського Центру профілактики та боротьби зі СНІД. Опитано 1002 жінки комерційного сексу в 7 містах України.

РОЗДІЛ 1. Характеристики цільової групи дослідження

1.1. Канали рекрутування та оцінка можливостей поширення отриманих результатів на національний рівень

Для реалізації дослідження було залучено рекрутерів, що допомагали встановити зв'язок інтерв'юерів із представниками цільової групи жінок комерційного сексу і провести опитування. На рис. 1.1.1 показано, що при опитуванні ЖКС це були, переважно, представники цільової групи- 24,1 %, соціальні працівники (до яких належать соціальні працівники як неурядових організацій, так і представники державних структур і медичних закладів) — 21%, представники громадських організацій — 6,6%, волонтери — 6,8%, медичні працівники — 7,6%.

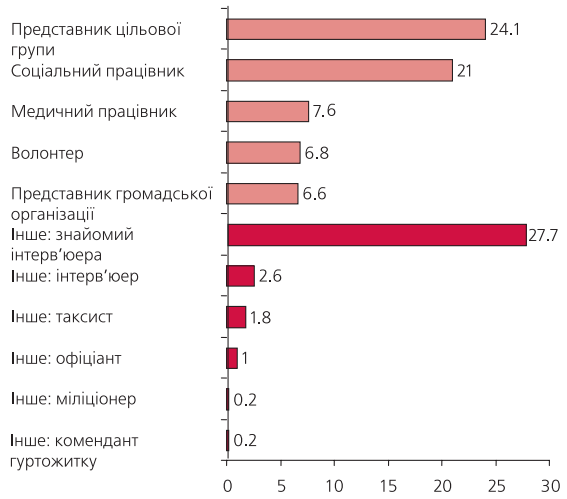


Рис. 1.1.1. Розподіл рекрутерів ЖКС, %

1.2. Соціально-демографічні характеристики опитаних

Вікові особливості

Опитування проводилось серед ЖКС у 14 областях України, до яких увійшли: Волинська, Дніпропетровська, Донецька, Миколаївська, Одеська, Полтавська, Рівненська, Сумська, Тернопільська, Харківська, Херсонська, Черкаська області, м. Київ та АР Крим. Загальна кількість опитаних становить 1413 ЖКС .

За результатами дослідження, аналіз демографічних характеристик жінок комерційного сексу свідчить про досить широкий віковий діапазон: від 12 до 50 років. Дані, наведені у діаграмі, підтверджують, що більшість жінок комерційного сексу — молодь. Заслуговує на увагу той факт, що серед опитаних ЖКС 10,5% становлять неповнолітні дівчата віком від 12-17 років, 14,6% — віком від 18-19 років. Неповнолітні жінки, які надають сексуальні послуги за плату, зазвичай, соромляться зізнаватися у своєму статусі і дотримуються конспірації, тому можна припустити, що реальна питома вага неповнолітніх у комерційному сексі значно вища за представлену на рис. 1.2.1. Серед жінок комерційного сексу 18% — старші 29 років. Якщо порівняти дані опитування з результатами, отриманими ході під час проекту Створення мережі неурядових організацій, які працюють із жінками секс-бізнесу в Україні, який реалізовувався Українським інститутом соціальних досліджень протягом вересня 1999-го — вересня 2000-го рр. в одинадцяти містах України і у межах якого було опитано 636 ЖКС, то, як зображено на рис. 1.2.1, питома вага неповнолітніх серед ЖКС за останні роки збільшилася на 2,5%. Зменшилася вага ЖКС, які належать до вікової групи від 25-28 років.

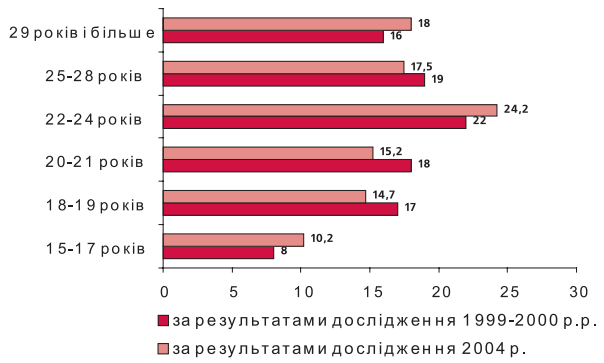


Рис. 1.2.1. Розподіл респондентів залежно від віку, %

Соціальне походження

Жінок комерційного сексу можна умовно поділити на дві групи: корінні мешканки міст та приїжджі : питома вага жінок, котрі народилися у даному місті, становить 62%, приїжджих — 38% (див. рис. 1.2.2).

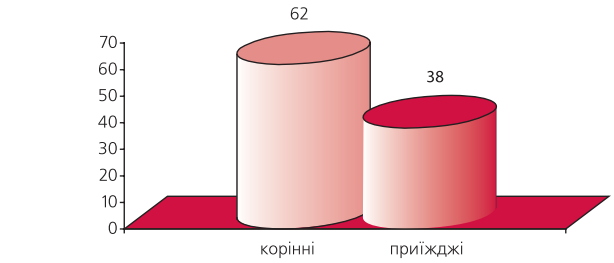


Рис. 1.2.2. Співвідношення корінних та приїжджих серед ЖКС

За результатами опитування, найбільшою є питома вага приїжджих у південному регіоні: Херсонській (54%), Одеській (48%) областях та у Криму (47%), що пов'язано із зростанням попиту на секс-послуги у літню пору. Майже половина жінок комерційного сексу становлять корінні мешканки у Києві (49%). Найменше приїжджих серед жінок у Полтавській (20%), Харківській (20%), Волинській (28%) областях.

Найбільший наплив нових представниць жінок комерційного сексу спостерігається в Києві, Одесі. Серед тих, хто приїхав до цих міст, кожен четвертий живе у місті менше року.

Серед жінок комерційного сексу, які не є корінними жительками, такі, що прибули з села цієї або іншої області, становлять 43%, найбільше їх у м. Южне Одеської області (71%), Тернополі (64%), Умані (60%), Миколаєві (56%).

Міграція жінок із великих міст найбільш активно відбувається у напрямку курортних (Одеса, Севастополь, Херсон) та вузівських (Донецьк, Дніпропетровськ, Харків, Київ).

Області, в яких проводилось опитування за рівнем поширеності ВІЛ-інфекції в Україні, виокремлюються в такі групи: 1 — із низьким рівнем поширеності ВІЛ-інфекції (Рівненська, Тернопільська, Сумська), 2 — із середнім (Волинська, Харківська, Полтавська), 3 — із високим (Одеська, Миколаївська, Дніпропетровська, Донецька, АР Крим, Черкаська, Херсонська та м. Київ). За даними результатів дослідження, найбільша питома вага приїжджих жінок комерційного сексу в 3-й групі областей (областей із високим рівнем поширення ВІЛ-інфекції).

За результатами опитування, майже кожна третя (37%) жінка комерційного сексу зазначала, що виїжджала зі свого міста протягом року більш, ніж на місяць.

Сімейний стан

Професійні заняття комерційним сексом не сприяють створенню сім'ї. Переважну більшість жінок становлять такі, що не перебувають у шлюбі і не живуть разом із постійним партнером. Лише деякі з них (2 %) мають сім'ю. Питома вага жінок, які офіційно незаміжні, але мають постійного сексуального партнера, становить 22%.

Таблиця 1.2.1

Розподіл відповідей на запитання „Із запропонованих варіантів оберіть той, що відповідає Вашому сімейному стану на теперішній момент?", %

Заміжня, живу разом із чоловіком	2
Заміжня, але маю також іншого сексуального партнера/партнерів	4
Заміжня, не живу разом ні з чоловіком, ні з іншим сексуальним партнером	7
Офіційно незаміжня, але живу разом із постійним сексуальним партнером	22
Незаміжня, не живу разом із постійним сексуальним партнером	63

Освітній рівень

За даними опитування, більша частина жінок, які надають сексуальні послуги за плату, мають загальну середню або середню спеціальну освіту — 49% від усіх опитаних. Приблизно однаковою є питома вага жінок із низьким освітнім рівнем (23%) та тих, хто має вищу (базову вищу) освіту (у сумі — 19%) (див. рис. 1.2.2). Якщо порівняти освітні характеристики жінок комерційного сексу з даними опитування, отриманими під час дослідження Створення мережі неурядових організацій, які працюють із жінками секс-бізнесу в Україні, 1999-2000 рр., то питома вага жінок із низьким освітнім рівнем та з високим освітнім рівнем майже збігається.

При порівнянні даних вікових і освітніх характеристик жінок комерційного сексу простежується така тенденція: питома вага жінок із початковою середньою освітою знижується від 42% серед жінок віком до 17 років до 10% серед старших 29 років. Відносна кількість жінок із вищою освітою лінійно зростає від 3% до 41% серед 20-29 річних. Отже, професійне заняття комерційним сексом не заважає більшості дівчат підвищувати свій освітній рівень.

Освітні характеристики жінок комерційного сексу різняться за регіональним розподілом. Так, найвища питома вага жінок із вищою освітою у Маріуполі, Миколаєві, Луцьку, Криму, Павлограді. Малоосвічені жінки серед представниць комерційного сексу переважають у Кривому Розі, Херсоні, Києві, Новій-Каховці, Одесі. Малоосвічені жінки, як правило, мають вельми приблизне уявлення щодо можливих шляхів запобігання ВІЛ-інфікування та захворювання на ХПСШ. Знання щодо шляхів передачі ВІЛ-інфекції та доцільності тестування потребують, принаймні, мінімального освітнього та певного інтелектуального рівня.

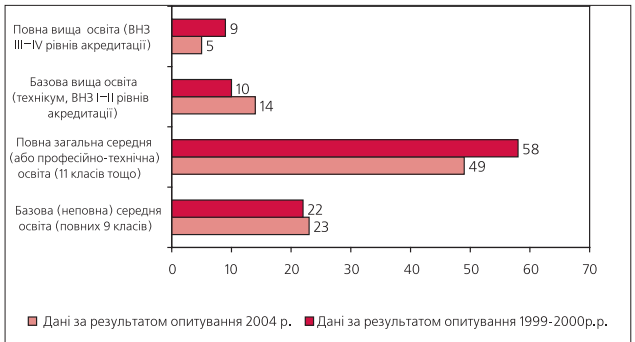


Рис. 1.2.3. Розподіл жінок комерційного сексу за освітою, %

Результати дослідження показали, що в столиці та обласних центрах таких, як Донецьк, Дніпропетровськ, питома вага жінок комерційного сексу з вищою (незакінченою вищою) освітою дуже незначна, незважаючи на те, що в цих містах наявна велика кількість вищих навчальних закладів. Це певною мірою пояснюється тим, що ситуація на ринку праці у цих містах порівняно сприятлива, попит на високоосвічених фахівців зростає, можливості працевлаштування знижують залучення у сферу комерційного сексу освічених жінок.

Соціальний статус та матеріальне становище

За результатами проведеного дослідження, більша частина жінок комерційного сексу ідентифікували себе як безробітні — 45%, кожна п'ята зазначила, що має випадкові заробітки, дуже низька питома вага тих, хто має постійну роботу -10%; 14% серед жінок комерційного сексу становлять учениці або студентки. Оцінюючи свій добробут, 28% безробітних жінок зазначили, що їхнє матеріальне становище вище середнього. Серед учениць 41% оцінили своє матеріальне становище як середнє, 31% — нижче середнього, по 14% респондентів зазначили, що їхнє матеріальне становище оцінюється як низьке і як дуже низьке відповідно. Серед студентів 50% оцінили своє матеріальне становище як середнє.

Рис. 1.2.4. Розподіл ЖКС за соціальним статусом, %

За результатами проведеного дослідження, можна стверджувати, що у сфері комерційного сексу переважають жінки з загальною середньою освітою, віком від 21 до 24 років, із середнім становищем рівнем добробуту, які переважно не мають іншого заняття і джерел прибутку, крім

Таблиця 1.2.2

Розподіл відповідей ЖКС на запитання „Як Ви оцінюєте своє матеріальне становище порівняно зі середнім по Україні?"

Дуже низьке	5
Низьке	15
Нижче середнього	26
Середнє	43
Вище середнього	8,5
Високе	2,2
Дуже високе	0,3

надання сексуальних послуг за плату. Більшість жінок незаміжні та не живуть разом із постійним сексуальним партнером. Порівняння ситуації у сфері комерційного сексу в містах дозволяє припустити, що зменшується питома вага жінок із високим освітнім рівнем і, відповідно, зростає з низькою освітою, що зумовлене масовою потребою у фахівцях із високим рівнем професійної підготовки. Саме ця група серед жінок комерційного сексу залишається найуразливішою щодо розповсюдження ВІЛ/СНІДу та ХПСШ. Рівень ризику підвищується також через постійні міграційні процеси серед ЖКС (виїзд із міста до південних регіонів влітку на заробітки, до студентських міст).

1.3. Структура ЖКС за особливостями поведінки

Зростання кількості осіб, що вживають наркотики ін'єкційним шляхом, є динамічним процесом, який поки що не вдалося зупинити. Загалом спостерігається зростання за останні роки споживачів наркотиків і серед жінок комерційного сексу. За результатами опитування, кожна четверта респондентка (24%) вживає наркотики ін'єкційним шляхом (див. рис. 1.3.1).

Рис. 1.3.1. Розподіл жінок комерційного сексу за вживанням ін'єкційних наркотиків, %

Опитування серед ЖКС та СІН в областях України проводилось одночасно. За результатами дослідження, серед споживачів ін'єкційних наркотиків 6% надають сексуальні послуги за плату (див. рис. 1.3.2). Тобто серед опитаних є підгрупа, яка демонструє перетин двох типів поведінки, що призводить до підвищеного ризику інфікування ВІЛ (ін'єкційне споживання наркотиків та надання сексуальних послуг за плату).

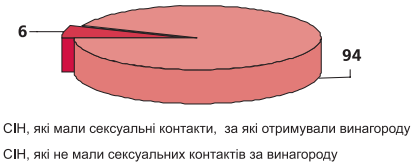


Рис. 1.3.2. Розподіл споживачів ін'єкційних наркотиків за наданням сексуальних послуг за плату, %

ЖКС можна умовно поділити на дві групи: перша-жінки комерційного сексу, які вживають наркотики ін'єкційним шляхом, друга — ті, хто не вживають наркотичні речовини.

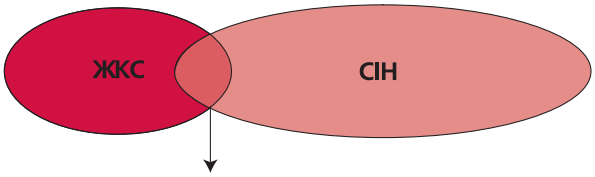


Рис. 1.3.3. Підгрупа, яка вживає наркотики ін'єкційним шляхом і надає сексуальні послуги за плату

З огляду на це, постає питання визначення приналежності першої групи: чи має дана група розглядатися як підгрупа СІН, чи як підгрупа ЖКС. Проаналізуємо та порівняємо частоту надання ними сексуальних послуг за плату та частоту вживання наркотиків ін'єкційним шляхом.

Серед жінок комерційного сексу, що вживають наркотики ін'єкційним шляхом, 27% роблять це двічі і більше разів на день щодня, 32% один раз на день щодня, 16% 3-5 разів на тиждень, 12% 1-2 рази на тиждень.

Порівнюючи частоту вживання наркотиків серед ЖКС та серед СІН (жінок) (див. рис.1.3.3), можна зробити такі висновки: питома вага тих, хто вживає наркотики 1-2 рази на тиждень та 3-5 разів на тиждень, майже однакова. Питома вага ЖКС, які вживають наркотики 1 раз на день, майже вдвічі більша, ніж у СІН. Питома вага тих, що вживають 2 рази на день і більше, у ЖКС -27%, СІН-45%.

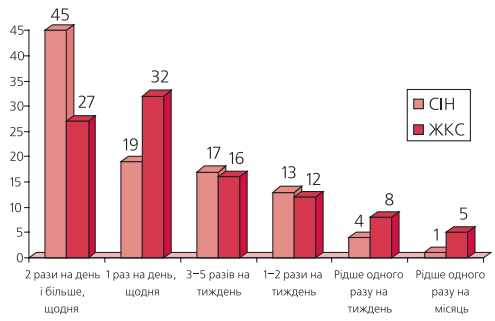


Рис. 1.3.3. Частота вживання наркотиків ін'єкційним шляхом серед СІН та ЖКС, %

На рис. 1.3.4 та рис. 1.3.5 зображено розподіл відповідей ЖКС, які вживають наркотики, та ЖКС, які не вживають наркотики, щодо кількості сексуальних партнерів за останній тиждень та за останню добу. При порівнянні двох груп, а саме: ЖКС, які вживають наркотики, та ЖКС, які не вживають наркотичні речовини, ми можемо побачити, що кількість клієнтів у тій та іншій підгрупі однакова.

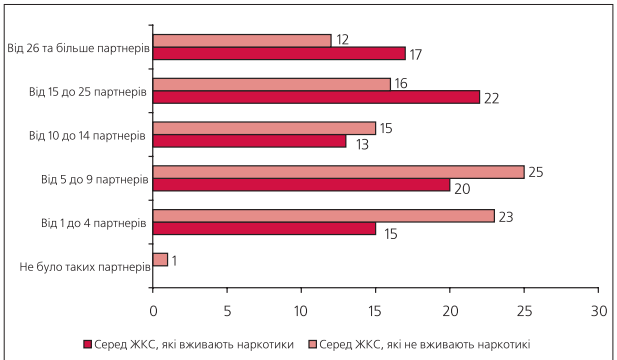


Рис. 1.3.4. Розподіл ЖКС за кількістю клієнтів за останній тиждень, %

Рис.1.3.5. Розподіл ЖКС за кількістю клієнтів за останню добу, %

Отже, оскільки сексуальне навантаження жінок, які вказали на ін'єкційне споживання наркотиків, не має великих розбіжностей зчастотою надання сексуальних послуг за плату ЖКС не СІН, то дана підгрупа має бути аналізована як компонент генеральної сукупності ЖКС.

РОЗДІЛ 2. Рівень поінформованості про ВІЛ/СНІД, шляхи попередження інфікування

2.1. Обізнаність цільової групи щодо проблеми ВІЛ/СНІД

Епідемія ВІЛ/СНІДу донедавна концентрувалась, головним чином, у групі споживачів ін'єкційних наркотиків, молодих чоловіків. Водночас останні спостереження свідчать про збільшення кількості зареєстрованих ВІЛ-інфікованих жінок та, відповідно, посилення гетеросексуального шляху передачі ВІЛ. Це, очевидно, пояснюється формуванням багатьох містків передачі ВІЛ через незахищені сексуальні стосунки, що, у підсумку, сприяють виходу вірусної інфекції на широкі верстви населення. Одним із таких містків є працівниці секс-бізнесу. Проституція, як відомо, є тією формою ризикованої поведінки, яка спричиняє передчасне фізичне та психологічне зношування, перевтому, погіршення здоров'я, моральну та соціальну деградацію. Основні ризики для жінок, які працюють у сфері комерційного сексу (ЖКС), лежать у площині їхньої високої вразливості з зору огляду на ймовірні втрати, яких може завдати зайнятість у сфері секс-бізнесу. Це стосується, передусім, посиленого ризику поширення та передачі ВІЛ. При цьому небезпека полягає як у підвищеній можливості ВІЛ-інфікування самих жінок комерційного сексу (ЖКС), так і в передачі його своїм клієнтам.

Як відомо, приналежність людини до певної соціальної спільноти визначає ту чи ту самооцінку, усвідомлення своєї значущості, потрібності, а отже, і рівень захищеності. Оскільки жінки, які займаються проституцією, належать до маргінальних і стигматизованих груп населення, діяльність яких соціально не схвалюється, то саме високий рівень обізнаності з питань ВІЛ/СНІДу може захистити ці уразливі щодо життя та здоров'я групи, і саме знання дають їм можливість вибору моделей своєї поведінки стосовно ВІЛ/СНІДу. Тому підвищення рівня поінформованості жінок, зайнятих у секс-бізнесі, про основні шляхи запобігання передачі ВІЛ є невід'ємною складовою профілактичних заходів у середовищі ЖКС.

Як свідчать результати проведеного нами опитування, жінки, які займаються проституцією, оцінюють свою обізнаність із питань ВІЛ/СНІДу посередньо: лише 46% із них задоволені своїми знаннями, третина жінок вважає їх недостатніми, і 15% не визначилися з відповіддю. При цьому рівень самооцінки жінок трохи підвищується з віком. Якщо серед наймолодших працівниць секс-бізнесу лише 37% задоволені рівнем своїх знань, то серед осіб віком 30 років і старше — 51,4% (рис. 2.1.1).

Позитивно впливає і рівень освіти респонденток. Як відомо, освітній статус жінок секс-бізнесу невисокий: з підвищенням його рівня питома вага жінок, зайнятих у сфері комерційного сексу, зменшується. Водночас зростає частка жінок, які задоволені своїми знаннями з питань ВІЛ/СНІДу. Так, серед осіб із неповною середньою та вищою освітою позитивно оцінили свої знання 41,5 та 55,1%, негативно — 42,4 та 31,1% відповідно (рис. 2.1.2).

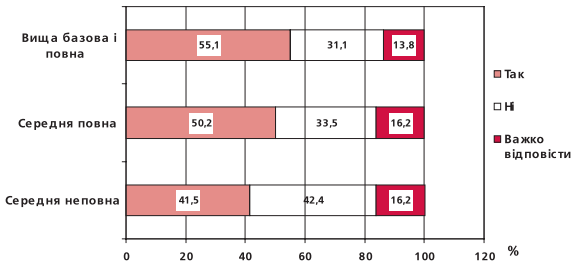


Рис. 2.1.2. Розподіл відповідей ЖКС на запитання „Чи вважаєте Ви свої знання про ВІЛ/СНІД достатніми?", залежно від освіти, %

Досить помітними є відмінності у відповідях ЖКС, які проживають у різних регіонах України. Якщо в регіоні з найвищим рівнем поширення ВІЛ (тобто, здебільшого,

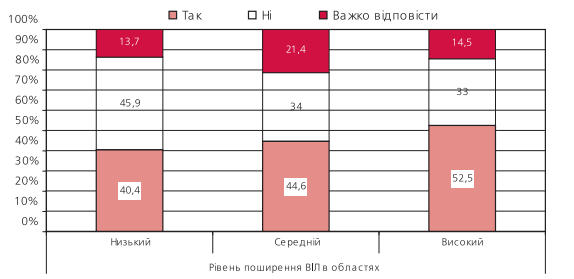


Рис. 2.1.3. Розподіл відповідей ЖКС на запитання „Чи вважаєте Ви свої знання про ВІЛ/СНІД достатніми?" у групах областей із різним ступенем поширення ВІЛ–інфекції, %

південних та східних областях) 33% мають негативну думку щодо рівня своєї обізнаності, то в областях із відносно благополучною епідеміологічною ситуацією стосовно ВІЛ/СНІДу і найнижчими відповідними показниками — майже 46% (рис. 2.1.3).

Варто підкреслити, що дослідження стану поінформованості ЖКС відносно проблеми ВІЛ/СНІДу не повинне обмежуватись лише формальними показниками самооцінки жінками своїх знань, а має передбачати й виявлення якості та глибини цих знань. Для цього респондентам було запропоновано ряд тверджень щодо ВІЛ/СНІДу та шляхів передачі ВІЛ на предмет підтвердження або спростування. Отримані результати дали змогу встановити такі особливості обізнаності ЖКС (табл. 2.2.1).

Таблиця 2.1.1

Розподіл відповідей ЖКС на запитання „Наскільки Ви згодні з такими твердженнями стосовно ВІЛ/СНІДу?“, %

Варіанти тверджень	Варіанти відповідей		
	Так	Ні	Не знаю
Протизаплідні засоби (за винятком презерватива) є ефективним захистом проти венеричних хвороб і ВІЛ-інфекції	15	68	17
Якщо вагітна жінка є ВІЛ-позитивною, то відповідне лікування суттєво знижує ризик ВІЛ-інфікування майбутньої дитини	57	21	22
Людина, інфікована на ВІЛ, може виглядати як здорова та вести повноцінне життя	70	15	15
Вірус ВІЛ може передаватися через спільне використання помешкання	10	78	12
Вірус ВІЛ може передаватися шляхом спільного використання шприців та голок	94	2	4

1. Жінки, які займаються проституцією, добре знають основні шляхи передачі ВІЛ. Більшість жінок (80-90%) підтвердили, що завдяки правильному використанню якісного презерватива під час кожного сексуального контакту, через практику сексуальних стосунків лише з одним неінфікованим сексуальним партнером та невикористання спільних шприців і голок можна суттєво знизити ризик інфікування. Однак майже третина жінок не обізнана з тим, що інші протизаплідні не дають захисту від ВІЛ і не можуть розглядатися як методи профілактики передачі інфекції.

2. Ще одним принципово важливим моментом є необізнаність більшості жінок (54%), які працюють на ринку сексуальних послуг, із тим, що позитивний результат обстеження на ВІЛ не завжди є доказом відсутності ВІЛ-інфекції через існування так званого періоду вікна, коли організм ще не почав виробляти антитіла до вірусу. Як свідчить рисунок 2.1.4, з віком частка осіб, які правильно відповіли на поставлене запитання, підвищується. Очевидно, ЖКС із більшим робочим стажем краще обізнані, ніж ті, хто тільки почав свою кар'єру повії.

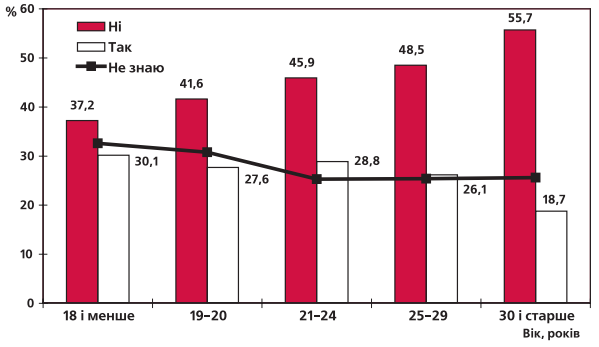


Рис. 2.1.4. Розподіл відповідей ЖКС на запитання „Чи завжди негативний результат обстеження на ВІЛ свідчить, що людина не інфікована?“, залежно від віку, %

3. Досить проблемним виявилось запитання про можливості запобігання передачі ВІЛ від матері до плоду. Майже 40% опитаних не знають, що вчасно проведене відповідне лікування ВІЛ-позитивної вагітної жінки дає змогу істотно знизити ризик ВІЛ-інфікування майбутньої дитини.

4. Окремим свідченням обмеженості та відвертої поверховості знань може служити той факт, що 18% опитаних не заперечили можливість передачі ВІЛ через спільне використання помешкання; ще 27% не знають, що людина, інфікована на ВІЛ, може виглядати як здорова та вести повноцінне життя. Таким чином, жінки досить часто почуваються невпевненими у своїх знаннях і вбачають підвищену вірогідність інфікування там, де її немає.

Зазначене дозволяє аргументувати висновок про те, що рівень знань жінок, зайнятих у сфері комерційного сексу, загалом недостатній. Поглиблений аналіз показав, що серед жінок комерційного сексу досить поширеним є явище, коли висока самооцінка жінками своєї поінформованості з питань ВІЛ/СНІДу не підтверджується реальними знаннями і, ще більше, — відповідною поведінкою. Частина жінок знає про існування ВІЛ, але має обмежені знання про шляхи передачі ВІЛ і відповідні методи профілактики ВІЛ-інфікування. Ці жінки досить часто незадоволені своїми знаннями, але майже нічого не роблять для їх поліпшення.

Рис. 2.1.5. Питома вага ЖКС, які вважають свої знання про ВІЛ/СНІД достатніми, і тих, хто не використовував презерватив під час останнього сексуального контакту, %

Інша, більша за розмірами група ЖКС, досить добре обізнана з проблемою ВІЛ, але реально не використовує ці знання, тобто існує розрив між рівнем обізнаності про ВІЛ/СНІД та поведінкою, яка не відповідає наявним знанням. Проблема полягає в тому, що більшість жінок комерційного сексу належним чином не усвідомлює усіх небезпек своєї професії. Знаючи про ВІЛ, на практиці жінки все одно ведуть ризикований спосіб життя, тобто вони дистанціювались від цієї проблеми, сподіваючись, що така біда їх не зачепить. Зокрема, 19% опитаних не користувалися презервативом під час останнього сексуального контакту, хоча 46% вважає свої знання про шляхи передачі ВІЛ достатніми. Практика незахищеного сексу найпоширеніша серед наймолодших жінок, кожна п'ята з яких (22%) не користувалася запобіжними засобами (рис. 2.1.5). Схильність до нерегулярного використання презерватива попри наявні знання про його необхідність тісно пов'язана не лише із можливістю примусового сексу, страхом фізичного насильства, а й значною мірою пояснюється небажанням жінок брати на себе відповідальність за безпечну сексуальну поведінку, невмінням домовитися з клієнтом, готовністю надавати ризиковані для життя і здоров'я сексуальні послуги за додаткову оплату. Це, з одного боку, підвищує їхню сприйнятливість до ВІЛ/СНІДу, а з іншого, — може становити

серйозну перешкоду на шляху протидії поширенню ВІЛ у середовищі секс-бізнесу.

2.2. Обізнаність щодо шляхів передачі ВІЛ-інфекції

Зниження ризику інфікування ВІЛ

Існує два принципи стратегії профілактики ВІЛ-інфекції — уникнення ризику інфікування ВІЛ та зниження ризику інфікування ВІЛ. Стратегія уникнення ризику потребує уникнення власне можливості інфікуватися ВІЛ — відмови від уживання ін'єкційних наркотиків, утримування від статевих стосунків, обов'язкового тестування медичних працівників із метою уникнення передачі ВІЛ пацієнту тощо. Однак такий підхід на практиці частіше не може бути реалізованим, тому що суперечить сформованим звичкам і ущемляє інтереси людини.

Стратегія зниження ризику або зниження шкоди заснована на передумові, що ризик передачі ВІЛ можна визначити та знизити його ступінь. До такої стратегії належить пропаганда безпечної сексуальної поведінки, яка складається з комплексу заходів, спрямованих на профілактику ВІЛ та ІПСШ, а також небажаної вагітності.

Обізнаність щодо зниження ризику інфікування ВІЛ шляхом правильного використання презервативів під час сексуальних контактів була досить висока в усіх територіальних групах: серед опитаних ЖКС-СІН — від 82% до 92%, серед ЖКС-не СІН — від 86% до 96%. Найменш поінформованими виявилися жінки з т/г № 2 (табл. 2.2.1).

Певна частка ЖКС (від 69% до 88% у різних територіальних групах) вважає, коли мати статеві стосунки з постійним партнером, якому можна довіряти, то можна уникнути власне інфікування ВІЛ. Насправді ж треба пам'ятати, що більшість людей не знає про свій ВІЛ-статус. Ніхто не може захистити себе від ІПСШ, у тому числі ВІЛ-інфекції, шляхом старанного вибору партнера. В інтересах кожного — дотримуватися правил безпечного сексу, незалежно від того, здоровий ваш партнер чи ні. Серед ЖКС — не СІН відсоток відповідей ні на запитання Чи може людина знизити ризик інфікування на ВІЛ, якщо матиме стосунки лише з одним неінфікованим сексуальним партнером, якому повністю довіряє? вищий, ніж серед ЖКС-СІН, тобто вони менше довіряють своєму партнеру і більше дбають про власне здоров'я.

Важливим засобом безпечної сексуальної поведінки є використання контрацепції. Слід пам'ятати, що не всі контрацептивні технології, які запобігають вагітності, можуть запобігти інфікуванню ВІЛ та ІПСШ. Тільки використання бар'єрних методів контрацепції (високоякісні латексні презервативи, у тому числі жіночі) з одночасним застосуванням сперміцидних засобів може максимально знизити ризик інфікування ВІЛ при статевих стосунках. Такі методи контрацепції, як ВМС (внутрішньоматкова спіраль), ОК (оральні контрацептиви), суто прогестинові контрацептиви (імплантати, ін'єкції), перерваний статевий акт, добровільна стерилізація (блокування фаллопієвих труб, сім'явиносних протоків) не запобігають передачі інфекції статевому партнерові.

На запитання Чи можуть люди знизити ризик інфікування на ВІЛ, якщо користуватимуться не тільки презервативами, а й іншими протизаплідними засобами? половина жінок з т/г № 3 і № 4 та кожна третя ЖКС з т/г № 1 і № 2 запитанням відповіла заперечно. Воно викликало багато відповідей не знаю. Найбільший відсоток відповідей не знаю мав місце серед респонденток т/г № 1 (20%) та т/г № 2 (26%). Серед жінок комерційного сексу, які не вживають ін'єкційні наркотики, більший відсоток, порівняно із жінками-СІН, погодився з тезою про використування інших протизаплідних засобів для зниження ризику інфікування ВІЛ жінки. Отже, жінки-СІН більш довіряють використанню презервативів, ніж іншим контрацептивним засобам для уникнення інфікування ВІЛ-інфекцією.

Деякі твердження про ВІЛ/СНІД

Щодо твердження Протизаплідні засоби (за винятком презерватива) є ефективним захистом проти венеричних хвороб і ВІЛ-інфекції , то 68% ЖКС вважає, що протизаплідні засоби, за винятком презерватива, не можуть захистити від ІПСШ. Кожна шоста жінка відповіла так або не знаю на дане твердження, й тому саме вона має підвищений ризик інфікування ВІЛ. Відсоток правильних відповідей ні був практично однаковим у жінок, які вживають та не вживають ін'єкційні наркотики, причому серед

Таблиця 2.2.1

Розподіл відповідей ЖКС щодо зниження ризику інфікування ВІЛ залежно від належності респондентів до територіальної групи, %

Запитання	Категорія ЖКС	Територіальні групи											
		1 група			2 група			3 група			4 група		
		Так	Ні	Не знаю	Так	Ні	Не знаю	Так	Ні	Не знаю	Так	Ні	Не знаю
1. Чи можуть люди знизити ризик інфікування на ВІЛ, який зумовлює СНІД, шляхом правильного використання презерватива під час кожного сексуального контакту?	СІН	91	8	1	82	4	14	91	1	8	92	5	3
	Не СІН	93	4	3	86	3	11	94	0	6	91	0	9
2. Чи може людина знизити ризик інфікування на ВІЛ, якщо матиме стосунки лише з одним неінфікованим сексуальним партнером, якому повністю довіряє?	СІН	86	10	4	74	3	23	76	9	15	85	9	6
	Не СІН	82	12	6	69	11	20	88	6	6	80	14	6
3. Чи можуть люди знизити ризик інфікування на ВІЛ, якщо користуватимуться не тільки презервативами, а й іншими протизаплідними засобами?	СІН	43	43	14	43	26	31	30	53	17	43	37	20
	Не СІН	57	18	25	37	43	20	46	46	8	38	50	12

ЖКС молодшого віку він був нижчий (51%-58%), ніж серед жінок старших вікових груп (70%-74%) (табл. 2.2.2).

На сьогодні у світі застосовують різні схеми профілактичного лікування з метою зниження вертикальної передачі ВІЛ від матері до дитини. У поєднанні АРВ-терапії з плановим кесаревим розтином матері і штучним вигодовуванням немовляти ризик вертикальної трансмісії ВІЛ може знизиться до 2%.

Згідно з даними опитування, жінки, які не вживають ін'єкційні наркотики, дали меншу кількість правильних відповідей (52%), ніж жінки, які вживають ін'єкційні наркотики (63%), стосовно твердження Якщо вагітна жінка є ВІЛ-позитивною, то відповідне лікування суттєво знижує ризик ВІЛ-інфікування майбутньої дитини. Кожна п'ята ЖКС (21) впевнена, що лікування не впливає на передачу вірусу від ВІЛ-інфікованої вагітної жінки до дитини, або не знає відповіді на це твердження (22%). Аналіз розподілу респондентів за віковими групами виявив, що обізнаність щодо цього твердження набагато більша серед жінок 25 років і старших.

Виявлено достатньо високу обізнаність серед ЖКС відносно зовнішніх проявів захворюваності на ВІЛ/СНІД. 70 % респондентів знають, що ВІЛ-інфікована людина може мати здоровий вигляд і вести повноцінне життя. Кожна шоста жінка відповіла ні або не знаю на твердження Людина, інфікована ВІЛ, може виглядати як здорова та вести повноцінне життя. Але це запитання є коректним, якщо у ВІЛ-інфікованої особи немає клінічних прояв ВІЛ-інфекції, у тому числі СНІД. Найменш обізнані щодо зовнішнього вигляду ВІЛ-інфікованої людини виявилися жінки, які не вживають ін'єкційні наркотики (63%), причому така тенденція простежується в кожній віковій групі. Відсоток правильних відповідей серед ЖКС-СІН склав 81%.

Висока обізнаність щодо твердження Вірус ВІЛ може передаватися через спільне використання приміщення для помешкання виявилась серед ЖКС-СІН (90% правильних відповідей). Відсоток правильних відповідей серед ЖКС-не СІН склав 67%. Треба відзначити високу обізнаність ЖКС-СІН у кожній віковій групі, у тому числі й серед жінок молодшого віку (до 18 років), — 88% проти 51% серед ЖКС-не СІН. Кожна десята з ЖКС (10%) погодилася з хибним твердженням так, 12% не знали або вагалися відповісти.

Аналіз отриманих відповідей СІН на твердження Вірус ВІЛ може передаватися шляхом спільного використання шприців та голок показав високу обізнаність серед усіх респондентів (серед ЖКС-СІН — 95% правильних відповідей, серед ЖКС-не СІН — 93%). Тільки 2% жінок погодились із цим твердженням, 4% — не знали відповіді або вагалися відповісти.

Таким чином, відсоток правильних відповідей на всі твердження стосовно ВІЛ/СНІДу, що були запропоновані ЖКС, виявився вищим у жінок, які вживають ін'єкційні наркотики, ніж у жінок, які їх не вживають, причому в кожній віковій групі. Високу обізнаність ЖКС-СІН можна пояснити ефективною діяльністю програм зменшення шкоди, тобто профілактики ВІЛ-інфекції та ІПСШ серед споживачів ін'єкційних наркотиків, у тому числі серед ЖКС, які є ін'єкційними наркоманками. Жінки комерційного сексу, які не вживають наркотики ін'єкційним шляхом, залишаються не охопленими програмами зниження шкоди та менш обізнані щодо питань профілактики ВІЛ-інфекції.

Шляхи передачі ВІЛ-інфекції

ВІЛ-інфекція може передаватися від однієї людини до іншої трьома основними шляхами, а саме: статевим (гомо- і гетеросексуальним), парентеральним (через кров і інші біологічні речовини) та від ВІЛ-інфікованої матері до дитини (під час вагітності, пологів, при годуванні грудним молоком).

Обізнаність ЖКС щодо передачі ВІЛ статевим шляхом досить висока. Найбільший відсоток правильних відповідей серед опитаних стосується передачі ВІЛ при вагінальних контактах без використання презерватива (97%). З передачею ВІЛ при незахищених гомосексуальних контактах погодились 89% респонденток, при оральних сексуальних контактах — 75%. 15% ЖКС упевнені, що

Таблиця 2.2.2

Розподіл правильних відповідей ЖКС на деякі твердження стосовно ВІЛ/СНІДу залежно від віку, %

Наскільки Ви згодні з такими твердженнями стосовно ВІЛ/СНІДу	% правильних відповідей							
	серед усіх ЖКС	СІН / не СІН		вікові групи				
				<=18	19–20	21–24	25–29	30+
1. Протизаплідні засоби (за винятком презерватива) є ефективним захистом проти венеричних хвороб і ВІЛ-інфекції (правильна відповідь – ні).	68	СІН	69	65	58	65	70	72
		Не СІН	66	51	58	71	71	74
2. Якщо вагітна жінка є ВІЛ-позитивною, то відповідне лікування суттєво знижує ризик ВІЛ-інфікування майбутньої дитини (правильна відповідь – так).	57	СІН	63	57	63	62	68	64
		Не СІН	52	49	43	44	69	44
3. Людина, інфікована ВІЛ, може виглядати як здорова та вести повноцінне життя (правильна відповідь – так).	70	СІН	81	73	71	82	90	79
		Не СІН	63	46	70	64	73	52
4. Вірус ВІЛ може передаватися через спільне використання помешкання (правильна відповідь – ні).	78	СІН	90	88	79	92	96	91
		Не СІН	67	51	77	73	68	57
5. Вірус ВІЛ може передаватися шляхом спільного використання шприців та голок (правильне твердження – так).	94	СІН	95	94	95	96	98	93
		Не СІН	93	92	91	94	96	95
середній % вірних відповідей				**68**	**71**	**74**	**80**	**72**

ВІЛ не передається при незахищених оральних контактах, кожна десята респондентка (10%) не знає відповіді на це запитання (табл. 2.2.3).

Багато ЖКС знає, що ВІЛ може передаватися через кров. Так, 94% респонденток правильно зазначили ризик інфікування ВІЛ при безпосередньому контакті з інфікованою кров'ю, 93% — при переливанні крові та її продуктів. Певна частка ЖКС розуміє, що існує ризик інфікуватися ВІЛ при спільному використанні забруднених кров'ю шприців та голок (97%). Однак кожна четверта (26%) з ЖКС дала неправильну відповідь або не знала відповіді щодо можливої передачі ВІЛ при використанні спільного інструментарію та матеріалів для приготування наркотику, розчину наркотику.

Таблиця 2.2.3

Розподіл відповідей серед ЖКС щодо шляхів передачі ВІЛ–інфекції, %

Якими шляхами, на Вашу думку, може передаватися ВІЛ:	Відповіді, %		
	Так	Ні	Не знаю
1. Потиск рук, обійми (правильне твердження – ні)	4	92	4
2. Спільне використання шприців та голок (правильне твердження – так)	97	1	2
3. Спільні інструменти та матеріали для приготування наркотику, розчину наркотику (правильне твердження – так)	74	10	16
4. Поцілунки без контакту з пошкодженими ділянками, ранами на шкірі партнера (правильне твердження – ні)	33	57	10
5. Вагінальні сексуальні контакти без використання презерватива (правильне твердження – так)	97	1	2
6. Оральні сексуальні контакти без використання презерватива (правильне твердження – так)	75	15	10
7. Гомосексуальні контакти (анальний секс) без використання презерватива (правильне твердження – так)	89	4	7
8. Безпосередній контакт із інфікованою кров'ю (правильне твердження – так)	94	3	3
9. Від вагітної інфікованої жінки до дитини (правильне твердження – так)	96	6	8
10. Під час розмови, кашлю (правильне твердження – ні)	13	79	8
11. Переливання крові / продуктів крові (правильне твердження – так)	93	4	3
12. Спільне використання туалетом, банею, рушником, щіткою, милом (правильне твердження – ні)	20	67	13
13. Від ВІЛ-інфікованої матери до новонародженої дитини під час годування груддю (вірне твердження – так)	72	9	19
14. Укуси комах (правильне твердження – ні)	21	60	19
15. Спільний посуд (правильне твердження – ні)	11	80	9
16. Контакт зі слиною іншої людини (правильне твердження – ні)	27	56	17
17. Французький поцілунок (жорсткий, з укусами, кров'ю (правильне твердження – так)	82	7	11

82% жінок відзначили високу ймовірність інфікуватися ВІЛ при жорстоких, з укусами та кров'ю поцілунках. Дійсно, при потраплянні вірусу на ушкоджену шкіру та слизові оболонки людини така ймовірність існує, й даний контакт не є абсолютно безпечним.

Проте кожна п'ята жінка впевнена, що укуси комах можуть призвести до інфікування ВІЛ (21%), 19% не знали відповіді. Тільки 60% опитаних дали правильну відповідь ні стосовно передачі ВІЛ через укуси комах.

Треба відзначити, що респонденти добре обізнані щодо інфікування дитини від вагітної інфікованої жінки (96% правильних відповідей) та від ВІЛ-інфікованої матері до новонародженої дитини під час годування груддю (72%). Однак 9 % ЖКС впевнені, що вірус не можна передати під час годування груддю, майже кожна четверта жінка (19%) відповіла не знаю щодо цього шляху передачі ВІЛ.

Неоднозначні відповіді опитаних були щодо передачі ВІЛ у побуті. Найбільше хибних побоювань інфікуватися ВІЛ та найменше правильних відповідей мали запитання про можливість інфікування через контакт зі слиною іншої людини (56%), при поцілунках без контакту з пошкодженими ділянками, ранами на шкірі партнера (57%), при спільному користуванні туалетом, банею, рушником, щіткою, милом (67%). Отже, респонденти знають, що вірус міститься практично в усіх біологічних секретах інфікованої людини, але не мають чіткого уявлення, що в побуті інфікування ВІЛ практично неможливе. Інфікування може статися за умови потрапляння крові та інших біологічних рідин ВІЛ-інфікованої людини на ушкоджену шкіру та слизові оболонки. Контакт із неушкодженою шкірою абсолютно безпечний.

80% ЖКС погодилися, що ВІЛ не передається через спільний посуд та під час розмови, кашель, 92% — через потиск рук, обійми.

Таким чином, більшість жінок комерційного сексу, які брали участь у опитуванні, правильно зазначила шляхи передачі ВІЛ-інфекції — від 60% до 97 % правильних відповідей. Найменша обізнаність із приводу шляхів передачі ВІЛ-інфекції була виявлена щодо передачі ВІЛ у побуті та через укуси комах.

2.3. Аналіз факторів, що впливають на підвищення рівня поінформованості з проблеми

Робота у секс-індустрії, як вже зазначалось, пов'язана з багатьма ризиками для життя і здоров'я, які особливо посилились сьогодні у зв'язку з епідемією ВІЛ/СНІДу в Україні. Висока сприйнятливість жінок, які займаються проституцією, до ВІЛ обумовлює необхідність підвищення рівня їхньої поінформованості з даної проблеми. Адже для того, щоб вплинути на стереотипи і установки ЖКС, їм потрібна достовірна інформація про наслідки небезпечних моделей поведінки, знання та засоби для того, щоб змінити свою поведінку.

Як засвідчили результати опитування, рівень поінформованості жінок комерційного сексу з питань ВІЛ/СНІДу є досить неоднорідним. Специфіку обізнаності ЖКС відбиває проведене нами групування, критерієм якого слугували відповіді респондентів щодо підтвердження або спростування запропонованих методів зменшення ризику інфікування: правильного використання презерватива під час кожного сексуального контакту; практики сексуальних стосунків із одним неінфікованим партнером, якому повністю довіряєш; користування не лише презервативом, але й іншими протизаплідними засобами; невикористання спільних шприців та голок. Згідно з даними критеріями ми виділили такі групи:

1. Група ЖКС із високим рівнем обізнаності — 35,6%. Це ті респондентки, які надали правильні відповіді на усі чотири запитання.
2. Групу ЖКС із середнім рівнем обізнаності (50,5%) утворюють жінки комерційного сексу, які правильно відповіли лише на два з поставлених запитань: про можливість зменшення ризику ВІЛ-інфікування завдяки регулярному використанню презерватива і відмову від використання спільних шприців та голок.
3. До групи ЖКС із низьким рівнем обізнаності щодо ВІЛ/СНІДу (13,9%) належить решта респонденток, тобто такі, які підтвердили лише один із чотирьох запропонованих методів профілактики ВІЛ-інфекції.

Основними чинниками, які впливають на рівень обізнаності ЖКС з питань ВІЛ/СНІДу є:

- Вік. З віком частка ЖКС з високим та середнім рівнем знань загалом посилюється, хоча ця тенденція не є од-

нозначною. У віці 18 років і менше питома вага осіб із високим рівнем знань становить 34,5%, серед 19-20-річних — 37,1%, а серед опитаних віком 30 років і старше вона знову знижується до 34,7% (рис. 2.3.1).

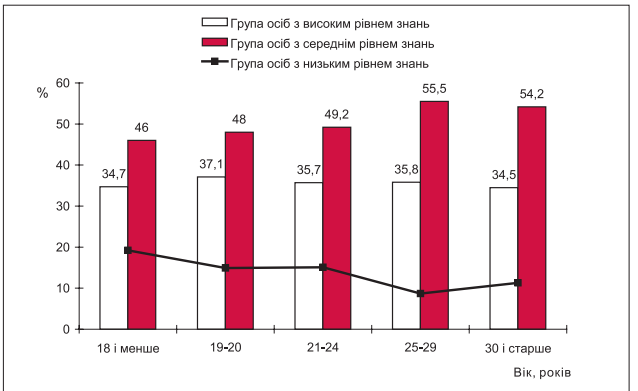


Рис. 2.3.1. Рівень обізнаності ЖКС щодо проблеми ВІЛ/СНІДу, залежно від віку, %

Низькі показники обізнаності серед наймолодших учасниць секс-бізнесу викликають особливу тривогу з огляду на той факт, що на сьогодні маємо змогу спостерігати омолодження проституції, до якої все більше залучаються дівчата досить юного віку. Нестача життєвого досвіду і відсутність достовірної інформації серед неповнолітніх знижують можливості формування у них навичок відповідальної сексуальної поведінки.

— **вік початку сексуальних стосунків.** Як відомо, омолодження проституції певною мірою пов'язане із зниженням віку початку сексуального життя. Як свідчать результати різноманітних досліджень, кожне нове покоління жінок, які займаються проституцією, починає статеве життя раніше, ніж попереднє. Більшість жінок, зайнятих у секс-бізнесі, стають сексуально активними до повноліття. При цьому нерідко жінки, які набувають першого сексуального досвіду у досить юному, статево незрілому віці, є більш схильними у подальшому житті до ризикованої сексуальної поведінки. Як показало проведене нами опитування, найкраще поінформованими з питань ВІЛ/СНІДу є жінки, які стали сексуально активними у віці 17 років і старше. Найгірший рівень знань спостерігається серед жінок, які набули першого сексуального досвіду до виходу з підліткового віку (рис. 2.3.2). Таке омолодження початку сексуального життя на тлі соціально-психологічної незрілості роблить їх дуже вразливими щодо інфікування ВІЛ та інших ЗПСШ. Це пов'язано з тим, що існує певний розрив між

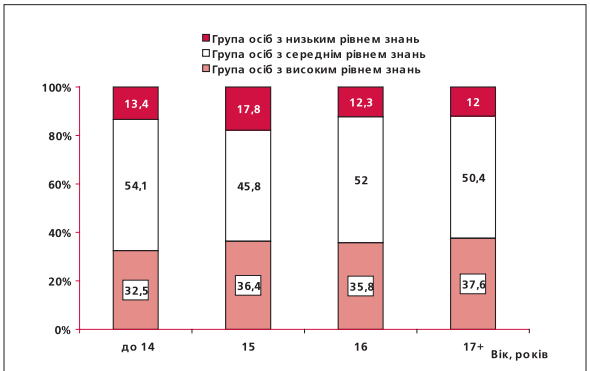


Рис. 2.3.2. Рівень обізнаності ЖКС щодо проблеми ВІЛ/СНІДу залежно від віку початку сексуальних стосунків, %

початком статевих стосунків, з одного боку, та знаннями і практикою безпечної сексуальної поведінки, — з іншого.

— **освіта.** Освіта є важливим підґрунтям для формування домінуючих ціннісних орієнтацій, поведінкових установок, а також і рівня обізнаності щодо ВІЛ. Із зростанням освітнього статусу ЖКС їхня поінформованість про шляхи передачі та методи запобігання інфікуванню підвищується. Серед опитаних із неповною середньою освітою частка ЖКС з найвищим рівнем знань становить 35,6%, серед респонденток, які здобули вищу освіту, — 37,2%. Водночас питома вага осіб із низьким рівнем знань становить 17,4 та 8,8% відповідно (рис. 2.3.3).

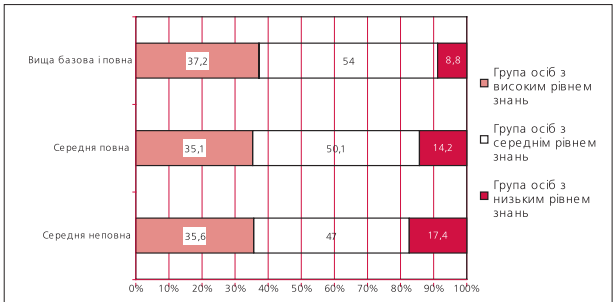


Рис. 2.3.3. Рівень обізнаності ЖКС щодо проблеми ВІЛ/СНІДу залежно від освіти, %

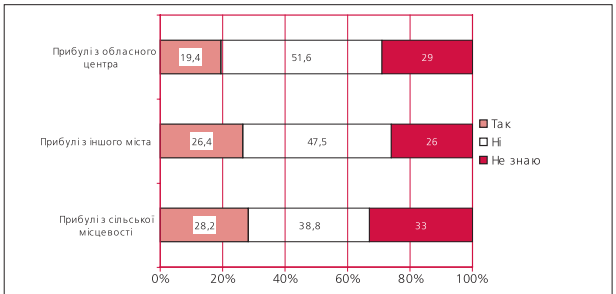
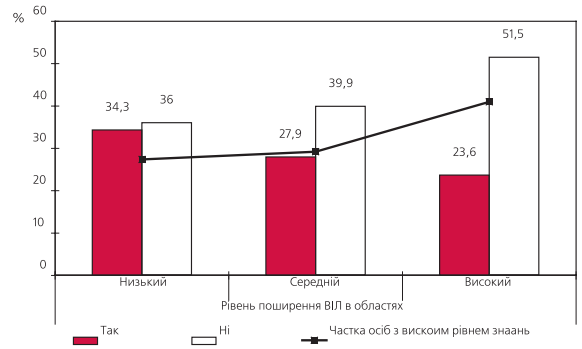


Рис. 2.3.4. Розподіл відповідей ЖКС на запитання „Чи завжди негативний результат обстеження на ВІЛ свідчить, що людина не інфікована?" серед мігранток, прибулих із міських поселень та сільської місцевості, %

— ***місце проживання: тип поселення.*** Існує певна диференціація рівня обізнаності ЖКС залежно від місця проживання, що є результатом дії різного поєднання географічних, історичних, економічних, соціокультурних та інших умов життя. Відмінності у рівні та якості життя зумовлюють нерівність міських та сільських мешканців, жителів великих та малих міст до багатьох видів соціальних ресурсів і послуг, у тому числі доступі до достовірної та якісної інформації про ВІЛ/СНІД.

Ілюстрацією до цього може бути розподіл відповідей на запитання «Чи завжди негативний результат обстеження на ВІЛ свідчить, що людина неінфікована?» серед некорінних жительок — мігранток, прибулих з інших міських поселень та сільської місцевості. Згідно з результатами опитування, частка осіб, які правильно відповіли на вищезазначене питання, становить серед прибулих із обласних центрів 51,6%, серед тих, хто приїхав з інших міських поселень, — 47,5%, а серед вихідців із сільської місцевості — лише 38,8%. Такий аспект заслуговує на увагу з огляду на той факт, що більшість жінок, які починають займатись проституцією, мігрують до великих міст з метою пошуку заробітків, не бажаючи афішувати свій вид діяльності у місцях проживання своєї родини.

— ***місце проживання: регіон.*** Найкращий рівень обізнаності ЖКС з питань ВІЛ/СНІДу спостерігається в областях із високим рівнем поширення ВІЛ-інфекції, найгірший — в областях із низьким рівнем розповсюдження ВІЛ. Зокрема, за нашою оцінкою, питома вага найкраще обізнаних ЖКС становить: у регіоні з низьким рівнем поширення ВІЛ — 35,8%, із середнім рівнем — 46,8%, а в регіоні з найбільш несприятливою епідеміологічною ситуацію з ВІЛ/СНІДу вона досягає 53,5% (рис. 2.3.5).



*Групування областей за рівнем поширення ВІЛ:
Високий: Одеська, Миколаївська, Дніпропетровська, Донецька, АР Крим, Черкаська, Херсонська, м. Київ; Середній: Полтавська, Харківська, Волинська;
Низький: Рівненська, Тернопільська, Сумська

Рис. 2.3.5. Розподіл відповідей СІН на запитання „Чи завжди негативний результат обстеження на ВІЛ свідчить, що людина не інфікована?" та частка осіб із високим рівнем обізнаності у групах областей* із різним ступенем поширення ВІЛ–інфекції, %

Зазначена регіональна неоднорідність тісно пов'язана з діяльністю громадських організацій з профілактики ВІЛ/СНІДу. Реалізація ними різного роду освітніх програм, яка активніше проводиться у регіонах із високим рівнем розповсюдження ВІЛ, безумовно, позначається на показниках обізнаності як населення в цілому, так і основних груп ризику зокрема. Саме тому ***рівень освітньо-просвітницької діяльності з питань профілактики ВІЛ/СНІДу у регіоні*** є чинником, що дає змогу істотно поліпшити стан поінформованості ЖКС з даної проблеми. Підтвердженням цьому може бути розподіл ЖКС за рівнем знань та показники самооцінки серед респонденток, які знайомі і незнайомі з діяльністю громадських організацій у цій сфері. Частка задоволених своїми знаннями серед тих, хто знає про діяльність громадських організацій, становить 51,8%, серед інших — 45,7%; отже, питома вага осіб із високим рівнем знань становить 36,8 та 34,8% відповідно (рис. 2.3.6).

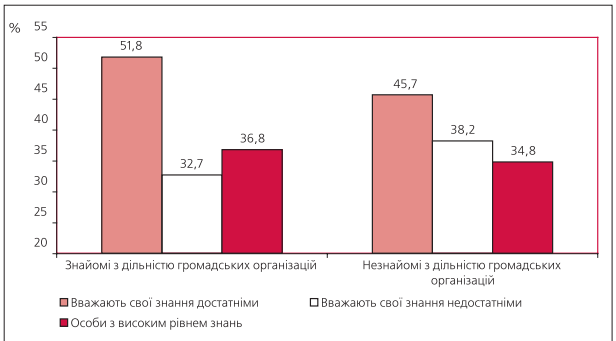


Рис. 2.3.6. Розподіл відповідей ЖКС на запитання „Чи вважаєте Ви свої знання про ВІЛ/СНІД достатніми?" та частка осіб із високим рівнем знань серед тих, хто знайомий і незнайомий із діяльністю громадських організацій із питань ВІЛ/СНІДу, %

Не останнє місце посідає такий чинник як ***тестування ЖКС на ВІЛ.*** Жінки, які хоча б раз обстежувались на ВІЛ, мають змогу отримати консультативну допомогу щодо питань, які пов'язані з ВІЛ/СНІДом і, таким чином, підвищити рівень своїх знань. Зокрема, половина з опитаних ЖКС, які проходили тестування на ВІЛ, знають, що негативний результат обстеження не завжди є підтвердженням ВІЛ-негативного статусу. Водночас серед тих, хто не проходив тестування, відповідний показник становить лише 39,4% (рис. 2.3.7).

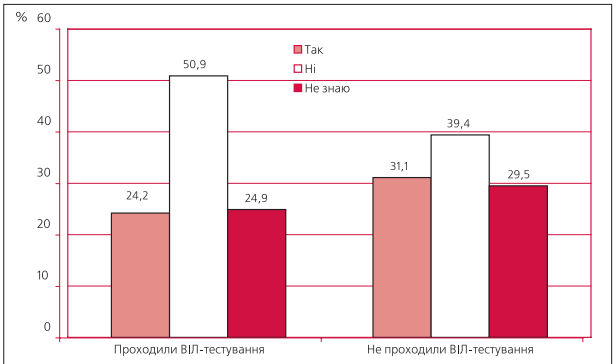


Рис. 2.3.7. Розподіл відповідей ЖКС на запитання „Чи завжди негативний результат обстеження на ВІЛ свідчить, що людина не інфікована?" серед тих, хто проходив і не проходив тестування на ВІЛ, %

Рис. 2.3.8. Частка ЖКС, які вважають свої знання про ВІЛ/СНІД достатніми, і тих, хто використовував презерватив під час останнього сексуального контакту, у групах областей* із різним ступенем поширення ВІЛ–інфекції, %

Таким чином, рівень поінформованості ЖКС з питань ВІЛ/СНІДу помітно відрізняється залежно від багатьох індивідуальних і групових факторів та соціального середовища, в якому вони перебувають. Найбільш перспективним для поліпшення обізнаності ЖКС є «підтягування» групи з середнім рівнем знань до групи високого рівня. Цього можна досягнути внаслідок розширення діяльності та підвищення ефективності просвітницьких програм у середовищі жінок комерційного сексу. Так, у регіонах із високим рівнем розповсюдження ВІЛ та активною превентивною діяльністю громадських організацій ми отримали найвищі показники самооцінки жінками рівня їхніх знань та найбільшу частоту використання презервативів під час останнього сексуального контакту (рис. 2.3.8). Хоча обізнаність ЖКС про шляхи передачі ВІЛ сама по собі ще не гарантує практику безпечного сексу, оскільки знання у цій сфері подеколи є лише необхідною передумовою зміни сексуальної поведінки. Вони є важливим підґрунтям для формування серед жінок, які займаються проституцією, особистої відповідальності за нормальний стан власного здоров'я з тим, щоб навички відповідальної поведінки та безпечної сексуальної практики стали невід'ємною частиною їхнього життя.

Висновки та рекомендації

1. Основні зусилля профілактичних програм у середовищі ЖКС мають бути спрямовані на підвищення поінформованості та обізнаності жінок стосовно шляхів передачі ВІЛ та можливостей попередження інфікування, що сприяло б засвоєнню та реалізації ними безпечної сексуальної поведінки. Зважаючи на закритість та прихований характер зайнятості ЖКС, головна роль у просвітницькій діяльності та консультуванні їх з питань ВІЛ/СНІДу належить недержавним громадським організаціям. Як показало проведене нами опитування, рівень поінформованості ЖКС помітно відрізняється залежно від соціального середовища, в якому вони перебувають. Так, у регіонах із високим рівнем розповсюдження ВІЛ та активною превентивною діяльністю громадських організацій ми отримали найвищі показники самооцінки жінками рівня своїх знань та найбільшу частоту використання презервативів під час останнього сексуального контакту.

2. Важливе значення при цьому має також забезпечення доступу до ВІЛ-тестування та надання відповідних консультативних послуг при обстеженні. Оскільки більшість жінок, що працюють у сфері комерційного сексу, не знають про свій ВІЛ-статус і не проходять відповідне тестування, але часто хворіють на ЗПСШ, одним із ймовірних шляхів запобігання поширення ВІЛ у середовищі секс-бізнесу може бути діагностика і обстеження жінок на інфекції, які передаються статевим шляхом. Важливість таких обстежень випливає не лише з огляду на своєчасне лікування жінки та збереження її здоров'я, але й зменшення сприйнятливості до ВІЛ-інфікування та виявлення нових випадків ВІЛ. Жінкам, передусім тим, які вперше звертаються у лікувальні заклади з приводу ЗПСШ, необхідно настійливо рекомендувати обстежитися на ВІЛ.

3. Профілактичні програми у середовищі ЖКС мають передбачати надання повної і достовірної інформації про основні шляхи передачі ВІЛ і реальні методи їх запобігання, передусім, у сфері сексуальних стосунків. Особливої уваги потребує той факт, що більшість жінок знають про небезпеку незахищених сексуальних стосунків, але недостатньо обізнані з тим, що інші протизаплідні засоби (за винятком презерватива) не дають захисту від ВІЛ і не можуть розглядатися як методи профілактики передачі інфекції.

4. Труднощі реалізації превентивних програм серед жінок, що займаються проституцією, полягають в тому, що підвищення рівня поінформованості з питань ВІЛ/СНІДу не завжди супроводжується бажаними зрушеннями у сексуальній поведінці. Це пов'язано з відсутністю у жінок, зайнятих у сфері комерційного сексу, належного рівня усвідомлення усіх небезпек своєї «професії», готовністю надавати ризиковані для життя і здоров'я сексуальні послуги за додаткову оплату, залежністю від клієнта. Тому профілактичні втручання у середовищі ЖКС повинні передбачати не лише поліпшення рівня знань стосовно шляхів передачі ВІЛ, але й навчання вмінню домовитись із клієнтом задля уникнення незахищеного сексу та формування навичок особистої відповідальності за свою поведінку і стан здоров'я.

РОЗДІЛ 3. Оцінка ризику інфікування ВІЛ та заходи попередження інфікування представниками цільової групи

3.1 Усвідомлення ЖКС вірогідності власного інфікування ВІЛ

Під час опитування було запропоновано оцінити ступінь вірогідності власного інфікування ВІЛ жінкам комерційного сексу (табл. 3.1.1).

Таблиця 3.1.1

Розподіл відповідей респондентів на запитання «Як Ви вважаєте, наскільки реальним є для Вас особисто ризик ВІЛ–інфікування?», %

Варіанти відповідей	%
1. Абсолютно реальний	14,0
2. Цілком реальний	27,0
3. П'ятдесят на п'ятдесят	27,8
4. Малоймовірно	21,0
5. Мені це абсолютно не загрожує	5,0
6. Важко відповісти	5,0
7. Вже інфікована	0,2

Реальною перспективу бути ВІЛ-інфікованою вважають тільки 41% ЖКС — 14% опитаних на запитання щодо вірогідності власного інфікування обрали відповідь «абсолютно реальний» та 27% — «цілком реальний». Приблизно третина жінок оцінюють ризик власного інфікування ВІЛ «п'ятдесят на п'ятдесят», п'ята частина респонденток визначають малоймовірну можливість бути ВІЛ-інфікованим (21%).

На думку 5% опитаних, ризик власного інфікування не існує або перспектива інфікування ВІЛ залишається невизначеною. Лише 0,2% жінок визнали, що вони є ВІЛ-інфікованими.

Таким чином, під час опитування серед жінок комерційного сексу виявлена занижена оцінка власного інфікування ВІЛ, тобто обізнаність щодо шляхів передачі ВІЛ-інфекції та профілактики ВІЛ/СНІДу недостатня.

Зміна в поведінці ЖКС

Крім запитань щодо обізнаності ЖКС стосовно ВІЛ/СНІДу, респондентам було запропоновано відповісти на запитання *«З того часу, коли вперше почули про ВІЛ/СНІД, чи робили Ви що-небудь для того, щоб уникнути інфікування?»*, яке виявило реальні кроки в зміні поведінці ЖКС та ступінь застосування отриманих знань щодо ВІЛ/СНІДу на практиці (табл. 3.1.3).

За даними опитаних, 65% ЖКС почали використовувати презервативи під час статевих стосунків. Майже кожна третя жінка зробила тестування на наявність ВІЛ-інфекції (32%) і почала більше цікавитися літературою про ВІЛ/СНІД (27%).

Однак найменша активність ЖКС була виявлена стосовно змін власної поведінки з метою зниження ризику інфікування ВІЛ під час ін'єкційного вживання наркотиків. Тільки 13% жінок зазначали, що вони стали відвідувати пункт «Довіра»/ пункт обміну шприців, 11% — почали використовувати одноразові шприци та голки, 5% — зменшили

Таблиця 3.1.2

Розподіл відповідей респондентів на запитання «З того часу, коли вперше почули про ВІЛ/СНІД, чи робили Ви що–небудь для того, щоб уникнути інфікування?», %
(респондент міг обрати декілька варіантів відповідей)

Варіанти відповідей	%
1. Почала використовувати презерватив	63
2. Зробила тестування на наявність ВІЛ-інфекції	32
3. Почала більше цікавитися літературою про ВІЛ/СНІД	27
4. Нічого не робила для того, щоб уникнути інфікування	15
5. Стала відвідувати пункт «Довіра» / пункт обміну шприців	13
6. Почала використовувати тільки одноразові шприці та голки	11
7. Зменшила кількість сексуальних партнерів	9
8. Перестала надавати певні види сексуальних послуг	9
9. Почала відвідувати консультації лікаря з питань ВІЛ/СНІДу, захворювань, що передаються статевим шляхом, та шляхів їх попередження	8
10. Зменшила вживання наркотиків ін'єкційним шляхом	5
11. Почала обробляти інструменти для вживання наркотиків ін'єкційним шляхом	3
12. Почала відвідувати консультації з питань безпечного вживання наркотиків	2
13. Інше	1
14. Перестала вживати наркотики	0,3
15. Здаю щомісячно аналізи	0,2
16. Відвідую церкву	0,1
17. Приймаю лікарські препарати	0,1

вживання ін'єкційних наркотиків, 3% — почали обробляти інструменти для вживання наркотиків ін'єкційним шляхом і 2% — стали відвідувати консультації із питань безпечного вживання наркотиків.

Близько 10% ЖКС зменшили кількість сексуальних партнерів, перестали надавати певні види сексуальних послуг та почали відвідувати консультації лікаря з питань ВІЛ/СНІДу, захворювань, що передаються статевим шляхом.

Серед респонденток, які зазначили, що перестали надавати певні види сексуальних послуг, найбільш активними виявилися жінки з т/г № 1 (13%), найменш — жінки з т/г № 3 (3%) і т/г № 4 (2%) (табл. 3.1.3).

Таблиця 3.1.3

Розподіл відповідей «так» респондентів за твердженням «Перестала надавати певні види сексуальних послуг», %.

Регіональні групи	% відповідей «так»		
	Серед усіх ЖКС	Серед СІН / не СІН	
№ 1	13	СІН	15
		Не СІН	9
№ 2	6	СІН	6
		Не СІН	6
№ 3	3	СІН	1
		Не СІН	11
№ 4	2	СІН	1
		Не СІН	3

Як видно з таблиці, у т/г № 1 жінки-СІН в 1,6 разів частіше відмовляють клієнтові в певних видах сексуальних послуг, ніж жінки, які не вживають ін'єкційні наркотики (15% і 9% відповідно). У т/г № 3 спостерігається зворотна картина — жінки- не СІН в 11 разів частіше, ніж жінки-СІН, перестали надавати такі послуги.

Однак 15% респонденток серед усіх ЖКС нічого не робили для того, щоб уникнути інфікування ВІЛ. Аналіз розподілу відповідей ЖКС на дане твердження у кожній територіальній групі показав, що найвищий відсоток (18%) був виявлений за даними опитаних т/г № 2, найменший — т/г № 1 (6%) (табл. 3.1.4).

Таблиця 3.1.4

Розподіл відповідей «так» респондентів за твердженням «Нічого не робила для того, щоб уникнути інфікування», %

Регіональні групи	% відповідей «так»		
	Серед усіх ЖКС	Серед СІН / не СІН	
№ 1	6	СІН	3
		Не СІН	11
№ 2	18	СІН	17
		Не СІН	20
№ 3	9	СІН	6
		Не СІН	17
№ 4	16	СІН	20
		Не СІН	9

Жінки-СІН усіх територіальних груп (крім т/г № 4) більше, ніж жінки-не СІН, турбуються про власне здоров'я. У т/г № 4 жінки-СІН в 2,2 разів більше, ніж жінки- не СІН, недооцінюють ризик своєї безпечної поведінки.

Таким чином, щодо зміни ризикованої поведінки найбільша активність виявлена у зміні сексуальних стосунків ЖКС та її клієнтів. Відзначається низька активність ЖКС стосовно змін власної поведінки для зниження ризику інфікування ВІЛ під час ін'єкційного вживання наркотиків серед жінок-СІН, які склали 60% від усіх ЖКС.

3.2 Рівень толерантності щодо ЛЖВС

У сім'ях та колективах, де є ВІЛ-інфіковані особи, треба пам'ятати, що ВІЛ не передається побутовим шляхом. Людина, яка спілкується з ВІЛ-інфікованою людиною та піклується про неї у своїй родині, повинна уникати контакту з кров'ю ВІЛ-інфікованої особи та її іншими біологічними рідинами, не допускаючи потрапляння на шкіру, особливо ушкоджену, та слизові оболонки. При використанні загального посуду, постільної білизни, побутових предметів необхідно дотримуватися звичайних правил гігієни. Однак потрібно виключити спільне користування членами сім'ї предметами догляду, котрі можуть бути забруднені кров'ю або біологічними рідинами: ножиці, гребінці, зубні щітки тощо.

Серед опитаних жінок 70% побоюються їсти разом з одного посуду з людиною, котра точно є ВІЛ-інфікованою/ хворою на СНІД, 16% — їли б разом з одного посуду, 14% — вагаються з відповіддю (табл. 3.2.1). Таким чином, 84% респондентів відмовилися або утрималися їсти разом з одного посуду з ВІЛ-інфікованим, тобто бояться інфікуватися ВІЛ через їжу.

Запитання *«Якщо член Вашої родини був би ВІЛ-інфікованим, чи погодились би Ви піклуватись про нього/ неї у своїй домівці?»* набрало 63% відповідей «так», але майже кожна шоста жінка (15%) відмовилася від догляду за ВІЛ-інфікованим членом сім'ї, кожна четверта (22%) не знає відповіді на це запитання.

Дуже високий відсоток відповідей, які свідчить про існуючу стигматизацію ВІЛ-інфікованої людини у шкільному колективі, є відповіді «ні» на запитання *«Якщо в учня виявили ВІЛ-інфекцію, але він ще не хворий на СНІД, чи можна йому дозволити продовжувати відвідувати школу?»* (33%) та *«Якщо вчитель (ка) інфікований на ВІЛ, але не хворіє на СНІД, чи має він (вона) право продовжувати працювати в школі?»* (45%). Тільки третя частина жінок (34%) погодилася з перебуванням ВІЛ-інфікованої вчительки у шкільному колективі, 46% — з подальшим навчанням у школі ВІЛ-інфікованого учня. Близько 20% опитаних утрималися від відповіді.

Таблиця 3.2.1

Розподіл відповідей ЖКС на запитання стосовно толерантності щодо ЛЖВС, %

Запитання	Варіанти відповідей			
	Так	Ні	Не знаю	Немає відповіді
1. Чи їли б Ви разом з одного посуду з людиною, котра, як Ви точно знаєте, є ВІЛ-інфікованою або хворою на СНІД?	16	70	12	2
2. Якщо член Вашої родини був би ВІЛ-інфікованим, чи погодились би Ви піклуватись про нього / неї у своїй домівці?	63	15	20	2
3. Якщо в учня виявили ВІЛ-інфекцію, але він ще не хворий на СНІД, чи можна йому дозволити продовжувати відвідувати школу?	46	33	19	2
4. Якщо Ви дізнаєтесь, що продавець у продуктовому магазині ВІЛ-інфікований, чи будете Ви купувати в нього продукти?	22	62	14	2
5. Якщо вчитель(ка) інфікований на ВІЛ, але не хворіє на СНІД, чи має він (вона) право продовжувати працювати в школі?	34	45	19	2
6. Якщо член Вашої родини був би ВІЛ-інфікованим, чи хотіли б Ви тримати це в секреті?	80	7	9	4

Така ж складна ситуація щодо запитання *«Якщо Ви дізнаєтесь, що продавець у продуктовому магазині ВІЛ-інфікований, чи будете Ви купувати в нього продукти?»*. З тим, що існує ризик інфікування ВІЛ через продукти, якщо продавець у продуктовому магазині ВІЛ-інфікований, погодились тільки 22% респондентів з числа ЖКС, 62% респондентів впевнені, що такий ризик існує.

На запитання *«Якщо член Вашої родини був би ВІЛ-інфікованим, чи хотіли б Ви тримати це в секреті?»* 80% опитаних побажали не розповідати про позитивний ВІЛ-статус членів своєї родини та тримати його в секреті. 7% ЖКС погодились розповісти про свого ВІЛ-інфікованого родича, 13% відповіли «не знаю».

Таким чином, серед жінок комерційного сексу існує дуже низький рівень толерантності щодо ЛЖВС. Обмеженість знання механізму передачі ВІЛ від однієї людини до іншої породжує страх бути інфікованим ВІЛ побутовим шляхом, що призводить до стигматизації ВІЛ-інфікованої людини.

РОЗДІЛ 4. Рівень охоплення профілактичними програмами цільової групи

4.1. Рівень поінформованості щодо існування програм профілактики, які проводяться державними установами та неурядовими організаціями

Секс-бізнес як соціальне явище потребує сьогодні вирішення широкого кола питань у таких сферах, як правове регулювання, охорона здоров'я, виховання і культура, соціальний захист вразливих груп. У цьому контексті зростає важливість розвитку «третього сектора», тобто державної підтримки діяльності конкретних неурядових організацій, які допомагають у вирішенні багатьох проблемних питань жінок комерційного сексу.

Діяльність неурядових організацій, як правило, охоплює соціальне поле, що потребує уваги суспільства, але є «вільним» за різних умов від втручання державних структур. Ті неурядові організації, які працюють із цільовими групами (серед них й організації, що працюють із жінками секс-бізнесу), беруть на себе широке коло функцій. Особливостями їхньої діяльності є індивідуальний підхід та вирішення тих проблем представників цільової групи, які не може вирішити жодна державна структура або в силу правового статусу цих проблем, або в силу функціональних обмежень. Громадські організації виконують дослідницьку функцію, яка має дві складові. По-перше, зробити латентні соціальні явища видимими для суспільства, відкритими для аналізу та обговорення. А по-друге, оцінити розміри цих явищ, їхню структуру, проаналізувати можливі наслідки. Найважливішою функцією громадських організацій є створення каналу спілкування між цільовою групою та державою, забезпечення діалогу. Можна сказати, що ці організації є містком між представниками тієї чи іншої групи та органами влади. Знаючи потреби своєї цільової групи, громадські організації надають соціальну підтримку, необхідні послуги, допомагають отримати інформацію, організовують навчання та консультації. До функцій неурядових організацій належить також залучення широкого кола громадськості до вирішення болючих суспільних проблем. Вельми актуальною є також функція активізації участі представників цільової групи у діяльності НУО, залучення їх до роботи у своєму середовищі та до поширення впливу на ситуацію.

Перевага громадських організацій полягає у тому, що вони можуть інтегруватися у цільові групи, вони є більш гнучкими, ніж державні органи, і це дає їм можливість швидко реагувати на зміну ситуації в суспільстві чи окремій сфері, на реальні потреби представників цільової групи, втручатися в соціальні процеси, не чекаючи офіційного дозволу, впливати на традиційні погляди та ламати існуючі стереотипи. Громадські організації вільні у виборі форм та методів роботи, у проведенні експериментів, вони не зарегламентовані певними нормами і не обмежені функціями та рамками.

Серед жінок комерційного сексу, що брали участь в опитуванні, 40% респонденток знають про громадські організації, що працюють із жінками комерційного сексу. Найвідомішими такими організаціями є: «Юнітус» (15% відповідей), «Громадське здоров'я» (10%), «Мангуст» (7%), «Дорога додому» (5%), «Інсайт» (4%). Серед організацій, які називалися жінками, були й Центри з профілактики й боротьби зі СНІД, Центри планування сім'ї, пункти обміну шприців. Звичайно, назва організації не завжди запам'ятовується, тому серед тих, хто знає громадські організації, що працюють із жінками комерційного сексу, 40% не пам'ятають назви таких організацій (див. табл. 4.1.1).

Таблиця 4.1.1

Назвіть, які Ви знаєте громадські організації у Вашому місті (області), що працюють із жінками комерційного сексу
(респонденти могли обрати декілька варіантів відповіді)

Варіанти відповідей	Серед усіх опитаних	Серед тих, хто знає громадські організації, що працюють з жінками комерційного сексу
Знаю, але не пам'ятаю назви	16	40
Знаю, це :	29,8	60
„Дорога до дому"	2	5
„Жизнь+"	0,2	1
„Вера, Надежда, Любовь"	1	1
З ступени	0,1	0,2
„Мангуст"	3	7
Центр СНІДу	1	4
Центр планування сім'ї	0,3	1
ОО „Еней"	1	2
КП „Довіра"	1	2
Лікарі без кордонів	0,1	0,2
Соціотерапія	0,1	0,2
Громадське здоров'я	4	10
БА „Світло надії"	0,8	2
„Квітень"	0,4	1
„АнтиСНІД"	1	2
БФ „Інсайт"	2	4
Пункт обміну шприців	0,4	1
Клуб для ВІЛ-інфікованих	0,1	0,2
„Червона стрічка"	0,3	1
„Благодійність"	0,4	1
„Вихід"	0,1	0,4
ЮНІТУС	6	15
БФ „Крок назустріч"	0,2	1
„Успішна жінка"	0,1	0,4
ЦССМ	0,1	0,4
Анонімний кабінет	0,1	1
„Карітас"	0,1	0,2
Червоний Хрест	0,1	0,2
„Шанс"	0,4	1
Центр „Година"	0,1	0,2
БФ „Лотос"	1	1
„Імпульс"	0,1	0,4
„Чайка"	0,1	0,4
„Нове покоління"	0,1	0,2
„Нове життя"	1	2
„Фіміам"	1	3

Поінформованість жінок щодо існування неурядових організацій, які працюють із жінками комерційного сексу, залежить від багатьох чинників (див. табл. 4.1.2). Отримані дані свідчать, що чим старші жінки, які надають секс-послуги, тим більше вони знають про організації, що можуть їм допомогти. Про діяльність таких НУО частіше знають жінки з вищою освітою, що мешкають у місті з моменту народження або з віку до 1 року, мають постійні або випадкові заробітки та оцінюють рівень свого матеріального становища нижче за середній. Хоча, слід сказати, що рівень знань про існування неурядових організацій безробітних жінок виявився також достатньо високим (43%). Поінформованість респонденток про організації, що працюють із жінками комерційного сексу, впливає на їхню сексуальну поведінку. Так, серед тих жінок, хто знає про такі НУО, 41% не підтримують думку про те, що завжди можна надавати сексуальні послуги без використання презерватива.

Таблиця 4.1.2

Поінформованість жінок комерційного сексу щодо неурядових організацій, що працюють із жінками комерційного сексу, у %

Групи жінок комерційного сексу	Питома вага тих, хто відповів „так”
За віком:	
до 18 років	31
19–20 років	33
21–24 років	37
25–29 років	46
30 років і старше	56
За освітою:	
початкова	39
базова середня	41
повна загальна середня освіта	39
вища	43
За зайнятістю:	
учениця	29
студентка	34
мають постійну роботу	40
мають випадкові заробітки	42
безробітні	43
домогосподарки	32
За оцінкою свого матеріального становища:	
вище середнього	39
середній	38
нижче середнього	44
низьке	38
дуже низьке	40
Як давно мешкають в місті?	
з моменту народження	42
приїжджають час від часу	20
менше 1 року	43
Ставлення до надання сексуальних послуг без використання презерватива?	
позитивне	31
негативне	41

Отже, існує потреба у залученні жінок, які обрали за вид своєї діяльності комерційний секс, до заходів неурядових організацій із метою надання цим жінкам якомога більшої інформації з різних питань. Важливим напрямом діяльності НУО є поширення досвіду їхньої роботи на всі регіони України, охоплюючи як великі міста, так і невеличкі селища.

4.2. Охоплення жінок комерційного сексу програмами профілактики

Серед опитаних жінок, що надають послуги у сфері комерційного сексу, 27% зверталися за допомогою до громадських організацій, які працюють із жінками секс-бізнесу або споживачами ін'єкційних наркотиків (див. табл. 4.2.1). Причому на співпрацю з такими організаціями вказала переважна більшість (66%) жінок, які знають про існування таких неурядових організацій.

Таблиця 4.2.1

Чи зверталися Ви коли–небудь за допомогою до громадських організацій, які працюють із жінками комерційного сексу або споживачами ін'єкційних наркотиків?, %

Варіанти відповідей	Серед усіх опитаних	Серед тих, хто знає громадські організації, що працюють з жінками комерційного сексу
Так	27	66
Ні	12	31

До громад, які працюють із жінками комерційного сексу, звертаються переважно жінки з середнім рівнем матеріального становища (40%), незаміжні (62%), з досвідом надання сексуальних послуг після 21 року (41%), а також ті, які не поділяють думку про можливість надання сексуальних послуг без використання презерватива (97%). Аналіз відповідей жінок, що звертаються до послуг громадських організацій, вказує на таке: 48% із них вживають алкоголь не рідше 1 разу на тиждень, 24% — рідше 1 разу на тиждень, а 21% — зізналися, що випивають щодня. Щодо вживання наркотичних речовин, то розподіл позитивних та негативних відповідей жінок майже пропорційний: 44 та 43% відповідно. 12% респонденток відповіли, що раніше вживали наркотики, але зараз цього не роблять. У половини опитаних жінок, що зверталися за допомогою до громадських організацій, були венеричні захворювання, а 9% жінок, що мали досвід роботи з НУО, навіть вказали на свій ВІЛ-позитивний статус, незважаючи на те, що майже всі респондентки (97%) обізнані щодо ВІЛ/СНІД.

4.3. Спектр послуг

Спектр послуг, які надають громадські організації жінкам, що працюють у сфері комерційного сексу, досить різноманітний. Найпоширенішою діяльністю цих організацій є роздача жінкам презервативів та інформаційних буклетів і брошур (37% і 32% відповідно). Жінки безкоштовно обстежуються на ЗПСШ та ВІЛ (18%), отримують дезинфікуючі розчини (17%) та медикаменти (16%). Відвідування консультацій фахівців щодо передозування, попередження абсцесів, безпечного вживання ін'єкційних наркотиків або загалом із питань психічного здоров'я відбувається не дуже часто (від 1 до 3% відповідей). А таких фахівців, як юрист або психолог, респондентки відвідують частіше (7 та 13% відповідно) (див. табл. 4.2.2).

Таблиця 4.2.2

Яку допомогу чи які послуги Ви отримували від громадських організацій протягом останніх 12 місяців?

(Респондентка могла обрати декілька варіантів відповідей)

Варіанти відповіді	Питома вага
Обмінюю шприци	14
Отримую дезинфікуючі розчини	17
Отримую презервативи	37
Отримую інформаційні буклети, брошури	32
Отримую медикаменти	16
Користуюсь службою „Телефон довіри”	4
Відвідую групу взаємопідтримки	5
Отримую інформацію щодо допомоги інших організацій	9
Відвідую консультації з питань безпечного вживання ін'єкційних наркотиків	3
Відвідую консультації з питань припинення вживання наркотиків	2
Відвідую консультації з питань безпечного сексу	10
Відвідую консультації з питань ВІЛ/СНІДу та захворювань, що передаються статевим шляхом, та шляхи їх попередження	10
Відвідую консультації з питань тестування на ВІЛ-інфекцію	7
Відвідую консультації з питань попередження абсцесів	1
Відвідую консультації з питань попередження передозувань	1
Відвідую консультації з питань психологічних стосунків, психічного здоров'я	3
Консультації юриста	7
Консультації психолога	13
Безкоштовне обстеження на ЗПСШ/ВІЛ	18
Інше	4
Консультація лікаря	4
Безкоштовне лікування ХПСШ	0,1
Разова допомога медикаментами в релігійній секті	0,2
Послугами не користуюсь	38

Серед інших послуг, які отримують жінки секс-бізнесу від громадських організацій, можна виділити такі, як обмін шприців (14%) та консультації з питань безпечного вживання ін'єкційних наркотиків (3%), користування службою «Телефону довіри» (4%), відвідування групи взаємопідтримки (5%). Незважаючи на добру обізнаність щодо проблеми ВІЛ/СНІД, жінок комерційного сексу турбують питання, які стосуються тестування на ВІЛ-інфекцію; вони відвідують консультації з питань ВІЛ/СНІДу та захворювань, що передаються статевим шляхом (10%). Враховуючи постійну плинність серед представниць даної сфери діяльності і поповнення її неповнолітніми, неурядові організації мають залучати до своєї діяльності якомога більше ЖКС та постійно удосконалювати форми своєї роботи.

За результатами проведеного опитування виявилося, що переважна більшість (80%) жінок комерційного сексу з останнім сексуальним комерційним партнером використовували презерватив. Причому серед жінок віком

старше 25 років практика використання презерватива частіша, ніж у жінок віком до 25 років: 81 та 74% відповідно. Порівняння цих результатів із даними попереднього опитування жінок секс-бізнесу, проведеного у 2002 р., дає підстави стверджувати, що кількість ЖКС віком до 25 років, які практикують використання презерватива, за цей період збільшилася на 5%, а щодо жінок віком 25 років і старше — залишилася на рівні 81%.

Інструментарій дослідження містив запитання щодо залучення жінок комерційного сексу до програм та проектів, що реалізуються неурядовими організаціями, які працюють із ЖКС. Профілактичні програми щодо попередження ВІЛ/СНІДу, що здійснюються громадськими організаціями, включають надання жінкам секс-бізнесу таких видів допомоги або послуг:

- роздача презервативів, інформаційних буклетів, брошур та медикаментів;
- проведення консультацій із питань безпечного сексу, ВІЛ/СНІДу та ІПСШ, а також із питань тестування на ВІЛ-інфекцію або з проблем психічного здоров'я;
- проведення безкоштовного обстеження на ЗПСШ/ВІЛ.

Жінок комерційного сексу, які отримують будь-яку з перелічених видів допомоги або послуг, було віднесено до категорії тих, що охоплені програмами профілактики з питань ВІЛ/СНІДу. Ті жінки, які такої допомоги від НУО не отримують, складають групу респонденток, що не охоплені профілактичними програмами.

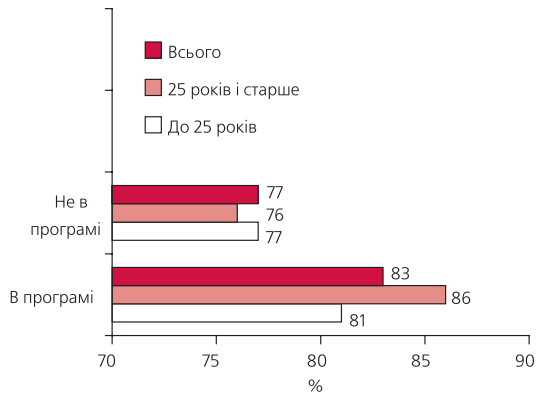


Рис. 4.3.1.Розподіл жінок комерційного сексу, що використовували презерватив з останнім комерційним клієнтом, залежно від участі в профілактичній програмі, %

Як свідчать представлені на рис. 4.3.1. дані опитування, кількість жінок комерційного сексу, що задіяні в програмі профілактики щодо ВІЛ/СНІДу і використовували презерватив з останнім комерційним клієнтом, перевищує кількість тих, кого не охоплено профілактичними програмами. Причому серед жінок до 25 років, які вказали на використання презерватива при останньому сексуальному контакті з комерційним клієнтом, 81% охоплені програмою профілактики, а 77% — не охоплені; серед жінок більш старшого віку (25 років і старше) таких виявилося 86 і 76% відповідно. Загалом серед опитаних жінок, що вказали на використання презерватива з останнім комерційним клієнтом, різниця в кількості охоплених програмою і не охоплених, складає 6%: 83 і 77% відповідно. Отже, представлені дані наглядно демонструють ефективність проведення таких програм.

4.4. Оцінка впливу програм профілактики на рівень знань, сформованих уявлень та поведінку представників цільових груп

Визначення ефективності профілактичних програм є складним практичним завданням. Воно передбачає дослідження знань, уявлень, ставлення та поведінки цільової групи профілактики щодо проблеми на початку реалізації програми, безпосередньо після проведення профілактичних заходів та через певний час після їх завершення. Про результативність профілактичних програм можуть свідчити також статистичні дані або дані, отримані в ході соціологічних досліджень щодо динаміки проблеми в регіоні (в спільноті), де реалізовувалась програми, в порівнянні з іншими регіонами (спільнотами). Проте в останньому випадку розбіжності можуть бути пояснені впливом інших чинників. У нашому дослідженні вплив програм профілактики на рівень знань і сформованих уявлень щодо ВІЛ та на поведінку жінок, які залучені до надання сексуальних послуг, може бути визначений на основі порівняння відповідних уявлень і поведінки у респондентів, що брали участь у профілактичних програмах, та у тих, хто не брав у них участі.

Основними компонентами свідомого ставлення до ВІЛ є адекватні уявлення щодо шляхів його розповсюдження, засобів попередження інфікування. Для оцінки змін у знаннях та уявленнях ЖКС щодо ВІЛ на основі відповідних запитань анкети нами були виведені середні показники рівня знань кожного респондента за трьома критеріями: адекватність уявлень щодо шляхів інфікування ВІЛ (питання 63 анкети), адекватність уявлень щодо засобів попередження інфікування статевим шляхом (питання 60 анкети) та толерантність ставлення до ВІЛ-інфікованих (питання 66 анкети). Оцінка за цими показниками вказує на частку правильних відповідей серед усіх відповідей опитаного на запитання (max = 1, min = 0).

Порівняння середніх результатів опитаних за цими показниками залежно від їхньої участі в профілактичних програмах наведено в табл. 4.4.1. Як ми бачимо, середні показники опитаних, які отримували послуги громадських організацій, дещо перевищують показники опитаних, що не отримували послуг або взагалі не знали про роботу організацій із жінками комерційного сексу. Проте ця відмінність не є значною. Найменш суттєві відмінності опитаних різних груп в уявленнях щодо шляхів поширення ВІЛ. Інформація з цього питання є предметом загальної профілактики й широко розповсюджується у неформальному спілкуванні. Проте у такий спосіб поширюються й некоректні уявлення, про що свідчать досить низькі середні показники опитаних за цим критерієм. Найбільш суттєво відрізняються показники за критерієм толерантності до ВІЛ-інфікованих. Цей критерій є непрямим свідченням адекватності уявлень про шляхи інфікування й показником готовності людини брати участь у профілактичних заходах, отримувати допомогу, проходити тестування на ВІЛ тощо.

Таблиця 4.4.1

Середні показники адекватності уявлень щодо ВІЛ залежно від отримання послуг громадських організацій.

№	Чи зверталися Ви коли-небудь за допомогою до громадських організацій, які працюють із жінками комерційного сексу або споживачами ін'єкційних наркотиків?	Адекватність уявлень про шляхи поширення ВІЛ		Адекватність уявлень про попередження інфікування		Толерантність щодо ВІЛ-інфікованих	
		Mean	Std. dev.	Mean	Std. dev.	Mean	Std. dev.
1.	Так	0,52	0,07	0,60	0,16	0,54	0,32
2.	Ні	0,52	0,09	0,55	0,22	0,39	0,26
3.	Питання не ставилося (не знаю про роботу громадських організацій)	0,49	0,11	0,55	0,21	0,39	0,28
4.	Немає відповіді	0,44	0,12	0,49	0,27	0,50	0,31
	Усього	0,50	0,10	0,56	0,20	0,43	0,30

Таким чином, участь у проектах громадських організацій вплинула на уявлення певної частини ЖКС щодо ВІЛ. З іншого боку, правильна оцінка ризику зараження і усвідомлення потреби в засобах захисту від цього може стати підґрунтям для звернення за допомогою до громадських організацій. Звичайно, послуги, що надаються ЖКС громадськими організаціями, мають різну спрямованість. Отже, аналізувати необхідно як вплив участі в програмах взагалі, так і вплив окремих видів послуг, що надавалися ЖКС в межах цих програм. Частина таких послуг безпосередньо спрямована на усунення чинників, що збільшують ризик інфікування ВІЛ, у процесі надання жінками сексуальних послуг або вживання наркотиків (поширення інформаційних матеріалів, консультації з питань безпечного сексу, розповсюдження презервативів, обмін шприців тощо), інші мають на меті допомогу жінкам у вирішенні їхніх проблем, проте можуть непрямо сприяти зміні їхніх уявлень та поведінки щодо ВІЛ (групи взаємної підтримки, консультації юриста, психолога тощо). Відмінність середніх результатів опитаних різних груп за критеріями адекватності уявлень щодо ВІЛ відповідно до отримання ними тих чи тих послуг громадських організацій (табл. 4.4.2) показані на рис. 4.4.1, 4.4.2, 4.4.3.

Як видно з наведених результатів, найбільш адекватні уявлення щодо шляхів поширення ВІЛ у порівнянні з іншими опитаними спостерігаються у жінок, що отримували консультативні послуги, зокрема щодо зменшення шкоди від вживання наркотиків (консультації з питань безпечного вживання ін'єкційних наркотиків, припинення вживання наркотиків, попередження абсцесів та передозувань) та щодо попередження зараження ВІЛ та безпечного сексу. Відповіді респондентів цих груп більш однорідні (характеризуються меншим стандартним відхиленням), що вказує на те, що їм цілеспрямовано надавалася профілактична інформація. Отримання суто інформаційних послуг менше вплинуло на уявлення опитаних щодо шляхів поширення ВІЛ, а ось опитані, що були клієнтами «телефону довіри», продемонстрували меншу обізнаність у цьому питанні, ніж інші. Проте неоднорідність відповідей представників цієї групи вказує на те, що їхні уявлення швидше були одним із чинників звернення до «телефону довіри», аніж наслідком отриманої допомоги (діаграма 4.4.1).

Таблиця 4.4.2

Послуги громадських організацій

№	Вид послуг	№	Вид послуг
1.	Обмін шприців	11.	Консультації з питань безпечного сексу
2.	Надання дезінфікуючого розчину	12.	Консультації з питань ВІЛ/СНІДу та ЗПСШ та шляхів їх попередження
3.	Роздача презервативів	13.	Консультації з питань тестування на ВІЛ-інфекцію
4.	Поширення інформаційних буклетів, брошур	14.	Консультації з питань попередження абсцесів
5.	Надання медикаментів	15.	Консультації з питань попередження передозувань
6.	„Телефон довіри"	16.	Консультації з питань психологічних стосунків, психічного здоров'я
7.	Групи взаємопідтримки	17.	Консультації юриста
8.	Інформація щодо допомоги інших організацій	18.	Консультації психолога
9.	Консультації з питань безпечного вживання ін'єкційних наркотиків	19.	Безкоштовне обстеження на ЗПСШ/ВІЛ
10.	Консультації з питань припинення вживання наркотиків		

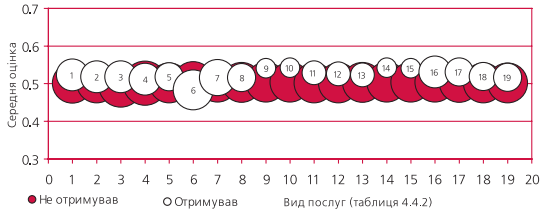


Рис 4.4.1 Адекватність уявлень ЖКС про шляхи поширення ВІЛ залежно від отримання ними того чи того виду соціальних послуг*

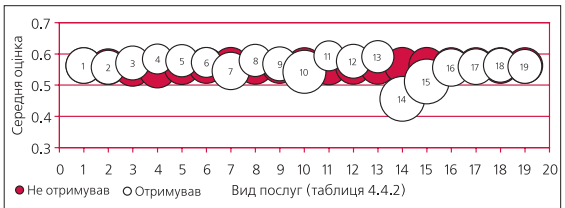


Рис. 4.4.2. Адекватність уявлень ЖКС про зниження ризику інфікування залежно від отримання того чи того виду соціальних послуг*

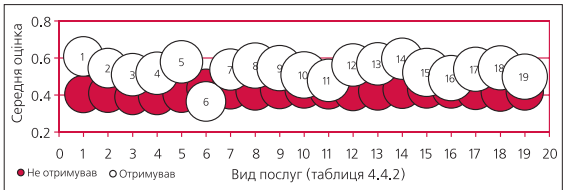


Рис. 4.4.3. Ступінь толерантності ЖКС до осіб, вражених ВІЛ, залежно від отримання ними того чи того виду соціальних послуг*

Найбільш адекватні уявлення щодо засобів запобігання поширенню ВІЛ статевим шляхом у порівнянні з іншими відзначаються серед опитаних, що отримували інформаційні матеріали та консультації з питань безпечного сексу, ВІЛ/СНІДу та ЗПСШ та шляхів їх попередження, тестування на ВІЛ-інфекцію. Проте респонденти, які отримували консультації з питань зниження шкоди від вживання наркотиків, продемонстрували значно меншу обізнаність у цих питаннях, ніж опитані, які цих послуг не отримували (діаграма 4.4.2). Можна припустити, що під час таких консультацій питання запобігання зараженню ВІЛ статевим шляхом не розглядається, або ця проблема не викликає зацікавленості представниць зазначених груп.

Представниці майже всіх груп опитаних продемонстрували вищий рівень толерантності щодо осіб, вражених ВІЛ, ніж ті, хто аналогічних послуг не отримував. Виняток становлять лише учасниці, які отримували послуги «телефону довіри», що може свідчити про наявність у представниць цієї групи значного страху перед ВІЛ і перебільшення небезпеки його поширення різними шляхами. Відносно високий рівень розкиду результатів у всіх групах за цим критерієм вказує, що збільшення толерантності не є прямим результатом отримання ними соціальних послуг.

Отже, можна констатувати, що отримання послуг громадських організацій сприяє формуванню більш адекватного уявлення частини ЖКС про шляхи поширення ВІЛ та засобів запобігання ураженню. Найбільш ефективними щодо впливу на уявлення ЖКС є консультації з питань безпечного сексу і зменшення шкоди від вживання наркотиків. Індивідуально спрямовані консультації більшою мірою сприяють форму-

** Діаметр кіл на діаграмах вказує на значення стандартного відхилення (std. deviation)*

ванню адекватних знань та ставлення щодо ВІЛ, ніж поширення загальної інформації з цих проблем. Це пов'язано з більшою мотивацію клієнток, які звертаються за консультацією, та можливістю пояснити надану інформацію, переконати, відповісти на запитання тощо. Проте дослідження показало, що консультації, як правило, спеціалізовані на проблемах або безпечного сексу, або вживання наркотиків, отже і їхній профілактичний вплив вузько спрямований. Унаслідок цього у споживачів цих послуг не формується цілісне уявлення про проблеми ВІЛ, що є необхідним для жінок, які надають сексуальні послуги. Таким чином, консультації ЖКС мають містити обговорення всіх ризиків зараження ВІЛ та засобів запобігання цьому.

Знання щодо шляхів поширення ВІЛ та засобів захисту від нього дають позитивні наслідки — зниження ризику зараження — лише за умови, що вони впливають на поведінку людини. Про формування під впливом профілактичних програм безпечної щодо зараження ВІЛ поведінки можуть свідчити використання ЖКС презервативів у різних ситуаціях надання сексуальних послуг та їхня відмова від вживання наркотиків взагалі або у найбільш небезпечний спосіб.

Проведене дослідження дає можливість стверджувати, що жінки, охоплені профілактичними програмами в цілому, більш орієнтовані на захищену сексуальну поведінку, проте така відмінність незначна. Так, частота використання презервативів за останній місяць і частота їх використання при наданні різних видів сексуальних послуг у опитаних, які отримували допомогу громадських організацій, суттєво не відрізняються від аналогічних показників у тих, хто не знає про діяльність таких організацій, і навіть нижчі від показників тих опитаних, які, знаючи про соціальні послуги, не отримували їх. Наприклад, упродовж останнього місяця завжди використовували презерватив при сексуальних контактах 57,3% осіб, які отримували послуги громадських організацій, 58,4% осіб, що не отримували їх, і 52,6% тих, хто взагалі не знає про діяльність громадських організацій. Під час орального сексу презерватив завжди використовували відповідно 37,1%, 45,7% та 34,9% опитаних, під час вагінального — 53,6%, 60,7% і 50,1%, під час анального — 29,9%, 32,2% та 22,5% опитаних.

Результати оцінки опитаними випадків, у яких вони вважають за можливе надавати сексуальні послуги без використання презерватива, наводяться на діаграмі 4.4.4. Згідно з опитуванням, 38,4% опитаних, що брали участь у програмах громадських організацій, вважають можливим надання сексуальних послуг без презерватива постійним клієнтам, 20,3% — за додаткову плату, 10,7% — клієнту, якому довіряють, і лише 22,9% з них не погодились би на незахищений сексуальний контакт у будь-якому випадку. За цими показниками, опитані ЖКС майже не відрізняються

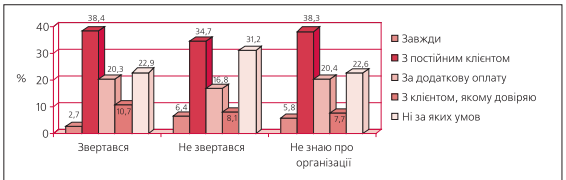


Рис. 4.4.4. Розподіл відповідей на запитання „Зазначте всі можливі випадки, коли Ви вважаєте за можливе надання секс–послуг без використання презерватива?" залежно від звернення респондентів за допомогою до громадських організацій

від тих, хто не знає про можливість отримання послуг громадських організацій, та дещо поступаються тим, хто не звертався за такими послугами. Таким чином, значна кількість жінок комерційного сексу, що брали участь у профілактичних програмах, в окремих ситуаціях продовжують дотримуватись небезпечних способів надання сексуальних послуг.

Особи, які не вважають за доцільне звертатися за допомогою до громадських організацій, часто демонструють більш безпечну поведінку, ніж ті, хто отримав соціальні послуги. Аналогічну картину ми спостерігали і стосовно рівня обізнаності представників цієї групи щодо шляхів поширення ВІЛ. Подібна ситуація може бути наслідком того, що вони перебувають під непрямим впливом профілактичних програм, отримуючи необхідну інформацію через неформальне спілкування з тими, хто брав участь у роботі громадських організацій. Світовий досвід реалізації програм за моделлю «навчання на рівних» показує, що інформація, отримана представниками цільової групи в неформальному спілкуванні, має більший вплив на їхню поведінку, ніж участь у формальних заходах. Проте це припущення щодо ЖКС потребує додаткового дослідження.

Аналіз впливу отримання конкретних видів соціальних послуг на поведінку представниць цільової групи показує, що найефективнішими щодо зміни поведінки на більш безпечну є відвідування консультацій із питань безпечного вживання ін'єкційних наркотиків, припинення вживання наркотиків, із питань психологічних стосунків та психічного здоров'я та з питань тестування на ВІЛ. Наприклад, якщо серед усіх опитаних частка тих, хто завжди використовує презерватив при вагінальному сексі, дорівнює 50%, то серед осіб, що отримували консультації з питань безпечного вживання ін'єкційних наркотиків, припинення вживання наркотиків та психічного здоров'я, вона дорівнює відповідно 62,5%, 59,5% та 61%, у той час, як серед тих, хто отримує презервативи або інформаційні буклети (найпоширеніші послуги), вона майже не відрізняється від середньої (відповідно 53% та 50%, див. рис. 4.4.5).

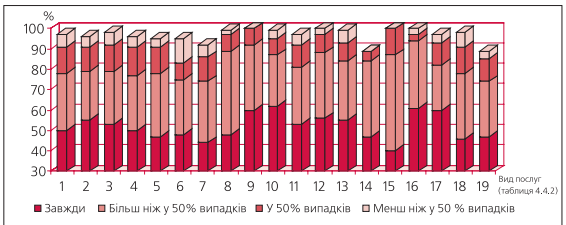


Рис. 4.4.5. Частота використання опитаними презервативів у процесі надання сексуальних послуг (при вагінальному сексі) відповідно до отримання ними послуг громадських організацій

Таблиця 4.4.3

Розподіл відповідей респондентів на запитання „Чи вживаєте Ви наркотики?"
залежно від отримання послуг громадських організацій, %

№	Чи вживаєте Ви наркотики?	Чи зверталась Ви за допомогою до громадських організацій...?			Усього
		Так	Ні	Не знаю громадських організацій	
1.	Так	44,4	21,1	20,2	26,9
2.	Вживав раніше, зараз ні	12,3	11,1	11,8	11,8
3.	Ні	43,3	67,8	68	61,3
	Усього	100	100	100	100

Дані щодо вживання ЖКС наркотиків залежно від їхньої участі у профілактичних програмах наведено в табл. 4.4.3.

Як видно з дослідження, найвища частка тих, хто вживає наркотики, саме серед жінок, які звернулися за допомогою до громадських організацій (44,4%), у той час, як серед тих, хто не звертався за допомогою, відсоток споживачів наркотиків у два рази менший. Частка тих, хто припинив вживання наркотиків, приблизно рівна у всіх групах. Очевидно, що для частини ЖКС саме вживання наркотиків стало поштовхом для звернення до громадських організацій, і високий відсоток осіб, які отримували їхню допомогу, непрямо свідчить про ефективність цієї діяльності.

У нашому дослідженні респондентам не було поставлено прямих запитань щодо зміни їхніх уявленнь та поведінки після участі в програмах громадських організацій. Отже, отримані дані не є прямим свідченням ефективності профілактичних програм. Тим не менше на основі проведеного аналізу можна зробити такі **висновки**:

Дослідження підтвердило вплив участі у профілактичних програмах на уявлення і поведінку жінок, які надають сексуальні послуги. Проте цей вплив не є значним і не формує у них повністю правильних уявлень щодо ВІЛ та послідовної безпечної поведінки при наданні сексуальних послуг. Так, лише близько 55% жінок, що брали участь у профілактичних програмах, прагнуть завжди використовувати презерватив, лише 23% не погоджуються надавати сексуальні послуги без презерватива.1.

2. З тих соціальних послуг, що реально надаються, найбільш ефективними з з огляду на зміну уявлень та поведінки щодо ВІЛ виявились консультації. Проте ці послуги менш поширені, ніж розповсюдження презервативів та інформаційних матеріалів (різні види консультацій отримують від 5% до 30% з тих, хто звернувся до громадських організацій, у той час, як презервативи та інформаційні матеріали отримують відповідно 91% та 79%). Також треба відзначити, що вузька спрямованість консультацій знижує їхні профілактичні можливості.

3. Результати дослідження дозволяють говорити про можливість профілактичного впливу на жінок, що надають сексуальні послуги, за допомогою неформального спілкування. Підтвердженням цього може бути висока частка опитаних, що мають адекватні уявлення про ВІЛ та яким властива відносно безпечна сексуальна поведінка, серед тих, хто знає про діяльність громадських організацій, проте безпосередньо не скористався їхніми послугами.

РОЗДІЛ 5. Добровільне тестування на ВІЛ та консультування ЖКС

СНІД є найбільш «глобалізованою» епідемією в історії, й сьогодні ми спостерігаємо її зростаючу «фемінізацію». Кожного року зростає кількість жінок, які інфіковані ВІЛ. У всьому світі близько половини усіх інфікованих у віці 15-49 років — жінки. В Африці цей показник сягає 60%. Жінки, які живуть з ВІЛ або СНІДом, часто зазнають більш суворої стигми і дискримінації через гендерну нерівність./Пітер Піот. Виконавчий директор. Об'єднана програма ООН з ВІЛ/СНІДу.

Жінки фізично більш сприйнятливі до ВІЛ-інфекції, ніж чоловіки. Дані цілого ряду досліджень показують, що передача інфекції від чоловіка жінці під час сексу відбувається у два рази частіше, ніж від жінки чоловіку, якщо немає інших інфекцій, що передаються статевим шляхом. Більше того, молоді жінки біологічно більш сприйнятливі до інфекції, ніж жінки старшого віку перед менопаузою.

Показник поширеності ВІЛ в цілому завжди вищій серед ЖКС, ніж серед широких верств населення. У той же час зростання рівня інфікування ВІЛ серед ЖКС може бути індикатором того, що епідемія охопила широкі верстви населення.

На сьогодні в Україні знання ВІЛ-статусу надає можливість отримати доступ до лікування, але теперішній рівень охоплення ЖКС послугами з тестування на ВІЛ доволі низький, головним чином, через боязнь стигми та дискримінації, а також втрати роботи. Тестування на ВІЛ повинно бути добровільним, а результати тестування — конфіденційними. Трьома основними принципами, що пропагуються з 1985 року, коли почали проводити тестування окремих громадян, є принципи «ККЗ», які включають:

- конфіденційність;
- тестування, яке супроводжується консультуванням;
- тестування тільки за інформованою згодою, тобто добровільність тестування.

За результатами даного дослідження, 78% опитаних ЖКС мають можливість зробити конфіденційний тест на ВІЛ, 9% ЖКС не мають такої можливості та 13% ЖКС важко відповісти на це запитання.

Опитані ЖКС, яким важко відповісти на це запитання або які не мають можливості зробити конфіденційний тест на ВІЛ, вказали такі причини недоступності тестування:

- 8% не знають, до кого звернутися;
- 7% не знають, де знаходиться центр тестування;
- 3% не мають коштів на тестування;
- 2% не хочуть проходити тестування;
- 1% вважають, що тестування не анонімне;
- 1% не замислювалися над цим.

Серед тих ЖКС, які не мають можливості зробити конфіденційний тест на ВІЛ, причини недоступності процедури тестування розподілилися таким чином:

- 35% не знають, до кого звернутися;
- 31% не знають, де знаходиться центр тестування;
- 11% не мають коштів на тестування;
- 9% не хочуть проходити тестування;
- 4% вважають, що тестування не анонімне;
- 4% не замислювалися над цим.

Щодо визначення випадків, при яких доцільно пройти тестування на ВІЛ, ЖКС відповіли таким чином (респондент міг обрати декілька варіантів відповідей):

- 83% — після сексуальних контактів без презерватива з ВІЛ-інфікованою людиною;
- 69% — після використання шприца ВІЛ-інфікованої людини;
- 65% — після сексуальних контактів без презерватива з випадковим сексуальним партнером;
- 57% — після випадкового контакту з кров'ю іншої людини, якщо кров потрапила на рану чи пошкоджену шкіру;
- 55% — після спільного використання шприца для ін'єкцій;
- 12% — після сексуальних контактів без презерватива з постійним сексуальним партнером.

На запитання *«Через який час необхідно пройти тестування на ВІЛ?»* більшість респондентів відповіли: 29,3% — відразу, 25% — через 2 місяці, 20% — через тиждень.

За даними літературних джерел, у 90-95% заражених антитіла до ВІЛ з'являються протягом 3 місяців після зараження, у 5-9% — через 6 місяців і у 0,5-1% — в більш пізні строки.

Позитивний результат тесту, звичайно, дуже точний, оскільки тестуються дві проби крові. У цілому кров тестується декілька разів різними тест-системами, щоб пересвідчитися, що вона містить антитіла до ВІЛ. Імовірність того, що результат може виявитися хибно позитивним, дуже мала.

Негативний результат також надійний, але тільки за умови, що особа, яка була піддана ризику зараження, зробила аналіз на ВІЛ через три місяці після цього випадку.

З числа опитаних ЖКС у даному дослідженні відповіли, що тест на ВІЛ робили, 54% ЖКС, не робили тест — 44% ЖКС, не знають та не мають відповіді по 1% опитаних ЖКС.

Серед усіх опитаних ЖКС про результати тестування на ВІЛ знає 52% ЖКС, не знає — 2% ЖКС, немає відповіді — у 1% ЖКС. Протягом останніх 12 місяців обстежувалися на ВІЛ 34% ЖКС, десь 1-2 роки тому — 15% ЖКС, приблизно 2-4 роки тому — 4% ЖКС, більше ніж 4 роки тому — 2% ЖКС.

Серед тих ЖКС, хто робив тест на ВІЛ, 96% ЖКС відповіли, що знають про результати тестування на ВІЛ, тільки 3% ЖКС не знають результатів тестування та у 1% ЖКС немає відповіді на це запитання. Більшість

ЖКС — 63% — робили тест на ВІЛ протягом останніх 12 місяців, 28% ЖКС — десь 1-2 роки тому, 6% ЖКС — приблизно 2-4 роки тому, 3% ЖКС — більше ніж 4 роки тому.

Серед усіх опитаних ЖКС відповіли, що добровільно вирішили зробити тест на ВІЛ, 48% ЖКС, 5% ЖКС змусили зробити цей тест та в 1% ЖКС немає відповіді на це запитання.

Серед тих ЖКС, хто робив тест на ВІЛ, 89% зробили його добровільно, 9% ЖКС змусили зробити тест на ВІЛ та у 2% ЖКС немає відповіді на це запитання.

Останнього разу зробили тест на ВІЛ у:

- центрах профілактики і боротьби зі СНІДом — 29%
- дермато-венерологічних диспансерах — 23%
- лікарнях за місцем проживання — 19%
- жіночих консультаціях — 13%
- приватних діагностичних центрах — 5%
- кабінетах довіри — 4%
- пологових будинках чи відділеннях, психіатричних та наркологічних диспансерах, інших лікувально-профілактичних закладах — по 7%
- поліклініках — 2%
- спеціалізованих закладах та туберкульозних диспансерах — по 1%.

Повідомили про те, що офіційно платили за тестування на ВІЛ, від 3% до 51% ЖКС у різних лікувально-профілактичних закладах, неофіційно платили — від 5% до 20% ЖКС, і безкоштовно могли зробити тест на ВІЛ від 10% до 83% ЖКС.

Серед усіх опитаних ЖКС на запитання *«Чи хочете ВИ повідомити свій ВІЛ-статус?»* дали позитивну відповідь43%. Серед них 4% ВІЛ-позитивних та 39% ВІЛ-негативних. Не захотіли повідомити про свій статус 29% ЖКС, а у 28% ЖКС немає відповіді на це запитання.

Таким чином, дане дослідження виявило:

- досить великий рівень обізнаності ЖКС з проблеми ВІЛ/СНІДу;
- значний рівень доступності тестування на ВІЛ для ЖКС;
- довіру до збереження конфіденційності результатів обстеження на ВІЛ;
- досить високий відсоток добровільного тестування на ВІЛ протягом останніх 2-х років.

Разом з цими позитивними висновками дослідження виявило й такі негативні явища, як плата за тестування — «офіційна» і неофіційна, недостатній рівень консультування, наприклад, з питання, коли необхідно зробити обстеження у випадку, якщо особа піддавалася ризику зараження ВІЛ, низький рівень відвідування кабінетів довіри, діяльність яких має набрати більш профілактичного характеру і бути спрямована не тільки на діагностику, виявлення та надання різних видів медичної допомоги, а й на інформування та освіту тих, хто звертається для обстеження на ВІЛ.

РОЗДІЛ 6. Сексуальна поведінка та дотримання заходів попередження передачі ВІЛ-інфекції під час сексуальних контактів

6.1. Сексуальна поведінка ЖКС

Жінки, що надають комерційні секс-послуги, розглядаються, зазвичай, як цілісна група, потенційна небезпека якої пов'язана саме з характером та особливостями їхньої роботи (велика кількість клієнтів, ризик інфікування і подальшого розповсюдження інфекції тощо). Проте необхідність дослідження особливостей різних груп усередині загальної групи потенційної небезпеки, визначення тих підгруп, які несуть меншу потенційну загрозу, а також тих, які є потенційним джерелом поповнення сфери секс-послуг і потребують спеціальної уваги щодо підвищення їхньої інформованості стосовно ризику інфікування. Виходячи з цього, проаналізуємо такі характеристики ЖКС, як сімейний стан, віковий поріг першого сексуального контакту тощо.

Більшість опитаних (65%) ніколи не були в офіційному шлюбі, проте помітно, що частка тих, хто хоча б один раз брав шлюб, помітно збільшується від молодших до старших вікових категорій. Дані свідчать, що перебували чи перебувають у шлюбі 30% жінок у віці від 21 до 24 років, 60% у віковій категорії від 25 до 29 років і 78% жінок віком від 30-ти років і старше. Це, однак, переважно, ранні шлюби, оскільки більшість опитаних (85%) зазначили, що одружилися вперше у віці до 21 року. Очевидно, з віком зростає насамперед не кількість тих, хто бере шлюб, а кількість тих, хто прагне зберегти статус заміжньої.

Сам факт перебування у шлюбі значної кількості опитаних є свідченням тяжіння цих жінок до нормативної сексуальної поведінки, що робить цю категорію менш небезпечною щодо ризику розповсюдження ними ВІЛ-інфекції. Характерно, що жінки, які принаймні раз були у шлюбі, більшою мірою тяжіють до впорядкованого життя з постійним партнером (не живуть із постійним сексуальним партнером 41% представниць цієї групи порівняно з 77% жінок, які ніколи не брали шлюб). Відсоток офіційних шлюбів зростає й у групах жінок із вищим рівнем освіти (від 40% поміж тих, хто має середню освіту, до 52% серед жінок із вищою освітою), а також серед тих, хто має постійну роботу, порівнюючи з тими, хто є безробітними (50% проти 35%). Дія цих чинників також сприяє зниженню небезпеки зараження при сексуальних контактах із цією категорією жінок.

Прагнення взяти шлюб, очевидно, пов'язане із намаганням жінок закріпити свій соціальний статус. Не випадково поміж тих, хто переїхав до великих міст і живе в них більше року, шлюб узяли 46%, а серед тих, хто народився і постійно живе у цих містах, таких лише 33%. Очевидно, сам факт перебування в шлюбі розглядається жінками як складова визначення власного соціального статусу. Не випадково поміж тих, хто зараховує себе до соціального прошарку, який можна визначити як «вище середнього», в офіційному шлюбі перебувало 40% жінок, а поміж тих, хто бачить своє місце в категорії «нижче середнього», таких 34%. Ту саму тенденцію спостерігаємо у зв'язку з оцінкою свого сімейного стану на цей момент. Поміж тих, хто визначає свій соціальний стан як низький, незаміжні жінки, які не мають постійного сексуального партнера, зустрічаються частіше, ніж серед тих, хто вважає його вищим за середній.

Привертає увагу низький віковий поріг першого сексуального контакту в усіх досліджених областях. Сам по собі цей факт є негативним чинником, який підвищує ризик розповсюдження ВІЛ-інфекції. Зазначимо також, що фіксується зв'язок між величиною цього порогу та рівнем поширення СНІД. В областях із низьким рівнем поширення вищий поріг першого сексуального контакту (до 14 років його здійснили 21% опитаних жінок, а після 17 років — 32%). Оскільки зниження вікового порогу початку сексуального життя є загальною тенденцією (див. рис. 6.1.1), актуалізується проблема профілактичної роботи щодо запобігання ВІЛ-інфікування, насамперед, поміж підлітків. У першу чергу, вона має бути пов'язана з покращенням санітарної обізнаності та ознайомлення цієї вікової категорії з основами профілактики СНІД.

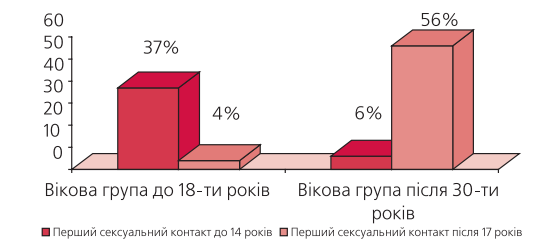


Рис. 6.1.1. Вікова динаміка початку сексуального життя

Помітний також зв'язок між початком сексуального життя і матеріальним становищем опитаних. Зазвичай дівчата з кращим матеріальним становищем починають статеве життя пізніше. Серед тих, хто мав перший сексуальний контакт до 14 років, удвічі більше тих, хто оцінив своє матеріальне становище як низьке (31%), порівнюючи з тими, хто відповів, що воно вище за середнє (16%).

Аналогічні тенденції, насамперед щодо «помолодшання» контингенту, фіксуємо і стосовно початку

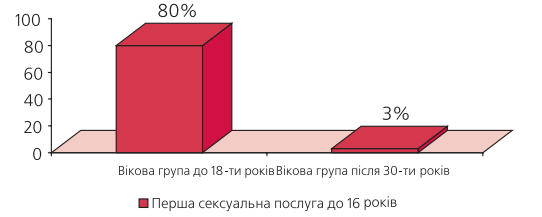


Рис. 6.2.2. Вікова динаміка початку надання сексуальних послуг за винагороду

«професійного» статевого життя. Виявляється, що серед респонденток віком до 18 років, 80% надали перші сексуальні послуги у віці до 16 років. Натомість серед опитаних у віці після 30-ти років таких виявилося лише 3% (див. рис. 2), а переважна кількість представниць цієї вікової категорії (77%) почала надавати сексуальні послуги у віці старше 21 року.

Привертає увагу і виразніша орієнтація на комерційний секс, що спостерігається у групі мігранток. Якщо в тих, хто народився і постійно мешкає у великих містах, першу сексуальну послугу за винагороду до 18 років надали 51% опитаних, то серед тих, хто приїжджає у місто час від часу, таких виявилося вже 59%, а серед тих, хто живе у великому місті менше 1 року, вже 68%. Можна припустити, що для більшості представниць останньої групи сам переїзд до міста здійснювався з метою створення сприятливих умов для занять комерційним сексом.

Очевидний зв'язок спостерігаємо і щодо надання сексуальних послуг за гроші тими дівчатами, в кого гірше матеріальне становище. Уперше у віці до 16 років це зробили 30% тих, хто характеризує свій матеріальний стан як низький, і лише 16% тих, що оцінили власне матеріальне становище вище середнього. Відповідно, по-різному представниці цих груп оцінюють і свій соціальний статус: 22% вважають, що він вищий середнього, а 32% позначають його, як низький. Маємо майже повний збіг із даними щодо початку статевого життя. Отже, як групу особливого ризику щодо комерційної секс-професіоналізації, можна розглядати дівчат-мігрантів у віці до 18 років, які належать до категорії незаможних.

6.2. Соціальна характеристика клієнтів ЖКС

Оскільки рівень поширеності СНІД пов'язаний, безумовно, з кількістю сексуальних партнерів, яким надаються послуги за винагороду, розглянемо загальну картину «завантаженості» жінок, яка визначається кількістю клієнтів за тиждень (див. рис.6.2.3).

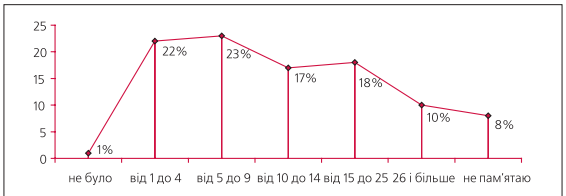


Рис. 6.2.3. Середня кількість клієнтів, яких обслуговують жінки комерційного сексу, за тиждень (% від загальної кількості респонденток)

Як бачимо, можливості поширення ВІЛ-інфекції через гетеросексуальні стосунки, що мають комерційний характер, доволі високі, в середньому опитані жінки за тиждень обслуговують близько 12 клієнтів, на добу — 3 клієнти. Причому найбільша кількість припадає на тих, хто поза сферою комерційного сексу визначив свій статус як безробітні. Більше 15 клієнтів на тиждень мають 35% безробітних жінок, 27% тих, хто має випадкові заробітки, і лише 17% серед тих, хто має постійну роботу. Зауважимо також, що зафіксовано помітні розбіжності щодо інтенсивності сексуальних послуг в областях із різним рівнем поширеності захворювання. Виявилося, що в областях, де він характеризується як низький, 40% опитаних мали всього від 1-го до 4-х платних сексуальних партнерів на тиждень, 27% — від 5 до 9-ти і 21% — від 10 до 25 партнерів на тиждень. В областях із високим рівнем поширеності ВІЛ-інфекції картина майже дзеркальна (див. рис. 6.2.4). Аналогічна ситуація спостерігається і щодо кількості клієнтів, які обслуговуються за добу. Поміж жінок, які мали більше 5 клієнтів за добу, 65% мешкають в областях із високим рівнем поширеності СНІД і лише 6% — в областях із низьким рівнем. Це співвідношення суттєво відрізняється від кількісного складу респонденток цих груп за вибіркою загалом (57% проти 21%).

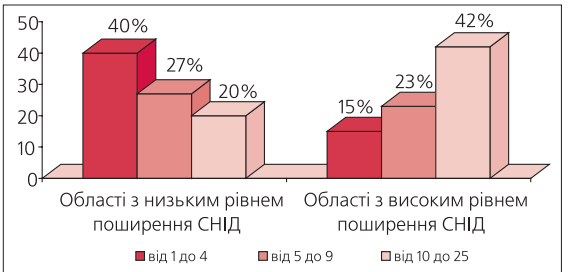


Рис. 6.2.4. Середня кількість клієнтів, яких обслуговують жінки комерційного сексу за тиждень, по областях із різним рівнем поширення СНІД

Хто ж виступає головними споживачами комерційних секс-послуг, представники яких груп зазнають найбільшого ризику інфікування у стосунках із тимчасовим сексуальним партнером? За соціально-професійними, віковими та мотиваційними характеристиками, загальна картина виглядає таким чином (див. табл. 6.2.1).

Таблиця 6.2.1

Групи типових споживачів секс–послуг*

Соціально-професійні групи	%
Бізнесмени	55
Далекобійники	43
Таксисти	35
Працівники правоохоронних органів	31
Інші працівники транспорту	24
Студенти	21
Військовослужбовці	19
Моряки	12
Інші групи	8
Вікові групи	**%**
Молоді чоловіки (26–35 років)	75
Чоловіки середнього віку (36–50 років)	74
Молодь (18–25 років)	39
Чоловіки старше 50 років	20
Підлітки (до 18 років)	6
Продов. таб. 6.2.1	
Групи різної мотивації	**%**
Чоловіки, які шукають розваг	67
Одружені, які шукають новизни в сексуальному житті	55
Чоловіки, які перебувають на відстані від постійного сексуального партнера і шукають тимчасового	39
Одинаки, в яких нема постійного сексуального партнера	31

* Сума перевищує 100%, оскільки респондент міг обрати кілька варіантів відповіді

Якщо спробувати створити портрет типового споживача, зважаючи на те, які характеристики найчастіше назвали респондентки, доволі ясно вимальовується постать чоловіка віком від 25 до 50 років, який займається бізнесом і шукає, насамперед, розваг або новизни в сексуальному житті. Традиційними клієнтами є також працівники транспорту, особливо далекобійники і таксисти, часто користуються послугами ЖКС і працівники правоохоронних органів. Представники цих груп унаслідок особливостей професійної діяльності часто контактують із жінками секс-бізнесу, а отже, мають реальну можливість користуватися їхніми послугами. Порівняно меншу, але помітну частку споживачів, утворюють представники

груп військовослужбовців та моряки, які репрезентують чоловіків, що перебувають на відстані від постійного сексуального партнера і шукають тимчасового. Що ж до вікових характеристик, то частка молоді віком до 25 років поміж споживачів секс-послуг помітно менша, порівнюючи з тими, кому від 25 до 50 років, що, очевидно, пов'язано як з більшими можливостями встановлення безплатних сексуальних контактів, так і з меншою платоспроможністю цієї групи. Ще менше серед клієнтів чоловіків, яким більше 50 років, що, безперечно, пов'язано з втратою відповідної мотивації. Характерно, що певні відмінності щодо наповненості позначених груп споживачів спостерігаємо в областях із різним рівнем поширення СНІД. Там, де цей рівень нижчий, частка бізнесменів у споживанні секс-послуг більша (61% проти 52% в областях із високим рівнем поширення), а от частка працівників правоохоронних органів помітно менша (22% проти 34%). Ці дані свідчать про нижчий рівень розповсюдженості комерційного сексу, який споживається переважно заможними і менше потрапляє до кола інтересу правоохоронців.

Різні групи споживачів надають перевагу різним групам ЖКС. Бізнесменів називають своїми клієнтами частіше дівчата у віці від 19 до 29 років, дівчата до 18 років майже вдвічі частіше, ніж жінки старших вікових груп, мають контакти зі студентами, а серед жінок, яким більше 30-ти років, частіше в якості клієнтів фігурують представники правоохоронних органів. До речі, бізнесмени надають помітну перевагу освіченим жінкам. 71% респонденток із вищою освітою назвали представників цієї групи своїми клієнтами, у той час, як поміж дівчат із середньою освітою мають таких клієнтів лише 55%. Існує і чіткий зв'язок між соціально-професійними характеристиками контингенту, з яким працюють ЖКС, та їхньою самооцінкою власного матеріального становища. Жінки, які оцінили його як нижче середнього або низьке, частіше надають послуги далекобійникам, ті ж, які позначили його як середнє та вище середнього, обслуговують переважно бізнесменів. Що ж до по-різному вмотивованих споживачів комерційних секс-послуг, зазначимо, що певні групи, наприклад, чоловіки, які шукають новизни в сексуальному житті, надають перевагу більш освіченим і незаміжнім ЖКС.

6.3. Оцінка ризику передачі ВІЛ-інфекції та ЗПСШ жінкам комерційного сексу під час сексуальних контактів

Опитування жінок, які надають сексуальні послуги, дало можливість оцінити ступінь ризику щодо інфікування ВІЛ та ЗПСШ. Серед контрацептивних засобів презерватив є єдиним видом захищеного сексу. Так, на запитання щодо використання презерватива при останньому сексуальному контакті 80% респонденток відповіли позитивно, 19% — не використовували презерватив, а 1% жінок навіть було важко це пригадати. Серед тих, хто використовував презерватив при останньому сексуальному контакті, 58% опитаних жінок зізналися, що це було завдяки їхній ініціативі, 12% респонденток вказали на свого партнера, майже третина жінок (27%) сказали, що то було їхнім спільним рішенням, а 3% респонденток не змогли пригадати цей момент узагалі.

У ході опитування жінкам пропонувалося згадати всі сексуальні контакти з клієнтами за останній місяць і частоту використання презервативів. Виявилося, що 54% опитаних ЖКС завжди або у переважній більшості випадків використовували презерватив, майже чверть опитаних (24%) використовували презерватив частіше, ніж у половині випадків, але не завжди, 9% — вказали на половину випадків, а 8% зазначили, що вдавалися до цього засобу рідше, ніж у половині випадків. Слід сказати, що 4% респонденток ніколи або дуже рідко використовували презерватив, а 1% жінок цього не пам'ятають (див. рис. 6.3.1).

Рис. 6.3.1. Частота використання презервативів жінками секс–бізнесу за останній місяць, %

Жінки комерційного сексу є однією з груп підвищеного ризику щодо інфікування ВІЛ. Вони часто практикують незахищені сексуальні контакти з випадковими партнерами, часто міняють сексуальних партнерів, раніше починають статеве життя і вдаються до вживання ін'єкційних наркотиків. Результати відповідей респонденток дозволяють стверджувати, що кожна двадцята жінка, яка надає сексуальні послуги, потрапляє до групи ризику щодо ВІЛ-інфікування, оскільки 5% опитаних вважають за можливе завжди надавати секс-послуги без використання презерватива. 37% жінок вважають, що можна надавати сексуальні послуги без презерватива лише з постійним клієнтом або чоловіком, якого добре знають. П'ята частина ЖКС погодилася з тим, що можна надавати секс-послуги за умов додаткової оплати, що, у свою чергу, підвищує ймовірність потрапляння цих жінок до групи ризику щодо ВІЛ-інфікування. 24% представниць комерційного сексу мають чітку позицію з цього приводу і висловили думку про те, що ні за яких умов не погодяться на надання секс-послуг без використання презерватива (див. рис. 6.3.2). Серед інших випадків (4% відповідей) надання секс-послуг без використання презерватива жінками називалися такі: примус із боку клієнта (1%), оральний секс (1%), відсутність презерватива (1%), стан сп'яніння та груповий секс (по 0,1% відповідно).

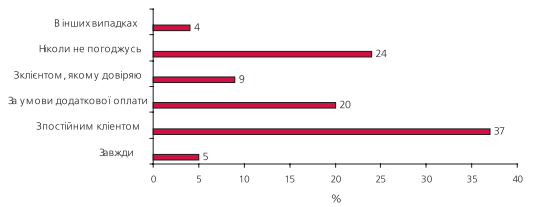


Рис. 6.3.2. Розподіл відповідей респонденток щодо можливості надання секс–послуг без використання презерватива, %

Практика надання різних видів секс-послуг також підвищує ризик щодо ВІЛ-інфекції. Так, на запитання стосовно використання презервативів при наданні

різних видів сексуальних послуг були отримані такі відповіді (див. рис. 6.3.3): 52% жінок завжди використовують презерватив при вагінальному сексі, 37% — при оральному та 26% — при анальному сексі. Ніколи не користуються презервативом 19% опитаних жінок при оральному сексі, 2% — при вагінальному та 8% при анальному сексі.

Інструментарій дослідження містив запитання щодо використання презервативів жінками секс-бізнесу як із постійним, так і з непостійним партнером, від якого вони не отримували винагороду. За результатами опитування виявилося, що ЖКС використовували презерватив частіше з непостійним партнером, ніж із постійним (див. рис. 6.3.3).

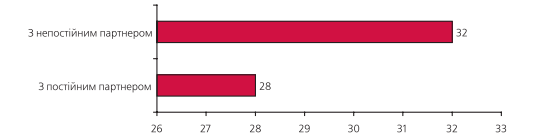


Рис. 6.3.3. Використання презервативів ЖКС із постійним та непостійним партнерами при останньому сексуальному контакті, %

Результати опитування дозволяють зробити висновок про широкий діапазон клієнтів, серед яких є й представники груп ризику щодо ВІЛ-інфекції. Так, чверть опитаних жінок комерційного сексу надавали секс-послуги бісексуалам і гомосексуалістам, 9% жінок вказали, що серед їхніх клієнтів були хворі на ЗПСШ, а 5% зізналися в тому, що мали сексуальний досвід із ВІЛ-позитивними чоловіками. Але переважна більшість випадків надання секс-послуг представникам груп ризику припадає на споживачів ін'єкційних наркотиків — 45% відповідей. Викликає занепокоєння той факт, що дуже часто жінки, які надають сексуальні послуги, необізнані щодо ВІЛ-статусу своїх клієнтів, не знають про їхню сексуальну орієнтацію та наявність у них венеричних хвороб (див. табл. 6.3.1).

Таблиця 6.3.1

Розподіл відповідей респонденток на запитання „Чи доводилося Вам надавати секс-послуги...", %

Варіанти відповідей	Так	Ні	Не знаю	Важко відповісти
Бісексуалам і гомосексуалістам	25	53	18	4
Споживачам ін'єкційних наркотиків	45	36	14	5
Хворим на ЗПСШ (венеричні захворювання)	9	49	35	7
ВІЛ-позитивним	5	46	41	8

З метою оцінки ступеня ризику ВІЛ-інфекції та ЗПСШ серед опитаних жінок секс-бізнесу було виокремлено 2 групи ризику, тобто тих респонденток, які за певних умов можуть інфікуватися ВІЛ (потенційна група ризику), та респонденток, які вказали на свій ВІЛ-позитивний статус (реальна група ризику щодо передачі ВІЛ). Такими умовами для 1-ї групи ризику було визначено:

- надання секс-послуг без використання презерватива завжди або за умов додаткової оплати;
- надання різних типів секс-послуг без використання презерватива;
- вживання алкоголю кожного дня та наркотиків протягом 12 місяців;
- наявність венеричних захворювань;
- абсолютно реальний або цілком реальний особистий ризик щодо ВІЛ-інфікування;
- бездіяльність щодо уникнення ВІЛ-інфекції.

Серед усіх опитаних жінок, що надають секс-послуги (N=1413), до потенційної групи ризику увійшло 1176 жінок або 83%.

Тих жінок, що вказали на свій ВІЛ-статус як позитивний, виявилося 4% (серед усіх опитаних).

Питома вага груп ризику жінок комерційного сексу за різними соціально-демографічними показниками виглядає таким чином:

- **За віком:**

Групи ризику	Вік, років				
	До 18	19–20	21–24	25–29	30+
Потенційна група ризику, %	18	16	31	21	14
Реальна група ризику, %	6	10	31	24	29

- **За сімейним станом:**

Групи ризику	Сімейний стан				
	Заміжня, живе з чоловіком	Заміжня, має іншого сексуального партнера	Заміжня, не живе з чоловіком	Незаміжня, живе з постійним сексуальним партнером	Незаміжня, не живе з постійним сексуальним партнером
Потенційна група ризику	2	4	7	23	64
Реальна група ризику	8	8	12	15	57

- **За оцінкою свого матеріального становища:**

	Вище середнього	Середнє	Нижче середнього	Низьке
Потенційна група ризику	21	49	19	11
Реальна група ризику	12	26	33	29

- **За сферою зайнятості:**

	Учениця	Студентка	Мають постійну роботу	Мають випадкові заробітки	Безробітні
Потенційна група ризику	4	11	9	21	55
Реальна група ризику	0	2	12	25	61

Отже, можна змалювати виразний соціально-демографічний портрет пересічної представниці потенційної групи ризику щодо ВІЛ-інфікування: це молода жінка віком 21-24 років, безробітна, із середнім рівнем матеріального становища, незаміжня, що не живе з постійним сексуальним партнером.

Серед жінок потенційної групи ризику чверть жінок складають ті, хто вперше надав сексуальні послуги за винагороду у віці до повноліття, 29% — у віці 17-18 років, 19% — у віці 19-20 років. Регіональний розподіл представниць груп ризику представлений на рис. 6.3.5.

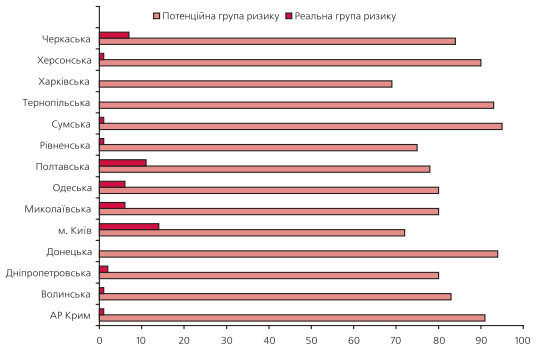


Рис. 6.3.5. Розподіл серед жінок комерційного сексу груп ризику за регіонами, %

Отже, проведений аналіз щодо ризику передачі ВІЛ-інфекції та ЗПСШ жінкам секс-бізнесу дозволяє підтвердити думку про те, що ця категорія жінок є так званим містком між групами з ризикованою поведінкою та рештою населення та представляє собою групу підвищеного ризику щодо ВІЛ-інфікування. Тому профілактичні програми роботи з ЖКС повинні обов'язково включати інформативні кампанії, медико-психологічні консультації з метою підвищення рівня поінформованості цих жінок про загрозу ВІЛ/СНІДу.

6.4. Причини недотримання безпечної сексуальної поведінки, практика використання засобів захисту

Ключовим питанням дослідження було з'ясування того, наскільки безпечним є секс, який пропонують жінки на комерційній основі, щодо можливості ВІЛ-інфікування. Виявилося, що приблизно п'ята частина жінок (21%) не застосовувала презерватив при останньому сексуальному контакті, а отже, могла як отримати, так і передати вірус.

Аналіз причин свідчить, що з огляду на розуміння жінками небезпечності такої поведінки щодо інфікування можна виділити три групи респонденток (див. табл. 6.4.2). До першої і найбільшої (42%) належать ті, хто приймає таке рішення під зовнішнім тиском. Ці жінки, можливо, й усвідомлюють його небезпеку, але неспроможні протистояти клієнтові. Друга група (37%) робить свій вибір свідомо, нехтуючи можливим ризиком, оскільки вони сильніше вмотивовані бажанням підвищити власний прибуток, виходячи з того, що без презерватива послуга коштує дорожче. Зрештою, існує низка причин, названих жінками, які або не контролювали свої дії (перебували у стані сп'яніння або під впливом наркотиків), або не думали про загрозу інфікування: «не було під рукою», «не думала про це», «не думала, що це необхідно» тощо.

Таблиця 6.4.1

Причини відмови від використання презерватива під час останнього сексуального контакту (%)*

Причини відмови	Серед тих, хто не використовував презерватив або вагається з відповіддю, N = 269
Клієнт наполягав на тому, щоб не використовувати презерватив	42
Без презерватива дорожче	37
Не було презерватива/не було під рукою	22
Була в алкогольному сп'янінні/під впливом наркотиків	14
Я не думала, що це є необхідним	13
Використовували інші контрацептиви	11
Якось не думала про це	11
Не подобається з презервативом	6
Презерватив коштує занадто дорого	6
Його використання знижує чуттєвість	5
Важко відповісти	1

*Сума перевищує 100%, оскільки респондент міг обрати кілька варіантів відповіді.

Мотивація першої групи частіше зустрічається в областях із низьким рівнем поширення СНІД, де, очевидно, ризик зараження внаслідок гетеросексуальних контактів не актуалізований виразно, як загроза, у масовій свідомості. Мотивація другого типу частіше спостерігається в областях із середнім і високим рівнем поширення СНІД, де надається більше комерційних секс-послуг, плата за них чіткіше регламентована і містить вагоме відшкодування можливого ризику. Причини третьої групи, які не враховують можливість інфікування («не думала про це», «не подобається з презервативом» тощо), переважно наводяться жінками з областей із низьким рівнем поширення СНІД.

Зафіксована певна залежність між причиною відмови від використання презерватива та віком опитаних. Відмова під тиском клієнта частіше зустрічається у вікових групах від 19 до 24 років. На ці ж категорії припадає приблизно половина випадків відмов, пов'язаних із вищою оплатою послуги. Водночас саме в цих групах помітно менше посилань на відсутність презерватива. Можна припустити, що саме цей вік є періодом активної «професіоналізації» та утвердження свого статусу у сфері комерційних секс-послуг. Відповідно, дівчата чітко зорієнтовані на норми і професійні зразки поведінки своєї групи. З одного боку, вони завжди мають презерватив, що є необхідною ознакою професійності, та надають послуги без презерватива, оскільки вони легітимізовані як припустимі за умов вищої оплати, з іншого, — просто не наважуються втратити клієнта, відмовляючись від небезпечного сексу. Характерно, що там, де йдеться про сексуальні послуги як додатковий вид занять, кількість тих, хто поступається вимогам клієнта, вища. Наприклад, цю причину вказали 60% студенток, які не використовували презерватив, тоді як загалом цю причину вказало 42% жінок.

Привертає увагу й те, що така причина, як відсутність презерватива, частіше зустрічається серед жінок старших вікових груп (після 25 років), а отже, більша небезпека загрожує тим категоріям клієнтів, які користуються послугами ЖКС цієї вікової категорії. До речі, ці результати збігаються з результатами попередніх досліджень, які показали, що практика користування запобіжними засобами контрацепції залежить від тривалості роботи жінок у сфері секс-послуг. Виявилося, що із збільшенням терміну роботи жінок у сфері комерційного сексу кількість тих, хто застосовує безпечний секс, постійно зменшується. Серед наймолодших (до 18 років) та тих, хто має низький рівень освіти (початкова), частіше фіксуються причини типу «не думала про це», «не думала, що це необхідно».

Що ж до того, чи пов'язана відмова з матеріальним станом жінок, маємо дещо неочікувану картину. Виявилося, що чим вища оцінка жінками свого матеріального стану, тим частіше називається причина «без презерватива дорожче», що, безумовно, ще раз підтверджує професійну легітимність такої послуги.

Зважаючи на вищесказане, доцільним видається спеціальна робота, скерована на утвердження у сфері комерційного сексу жорстких норм, які блокують надання відповідних послуг без необхідного захисту. Така регламентація не може бути нав'язана ззовні, а має бути сформована зсередини через вплив на організаторів бізнесу та зміну ставлення самих жінок до небезпечного сексу. Джерелом відповідного впливу має бути, насамперед, розповсюдження поміж ЖКС інформації про динаміку інфікування на СНІД гетеросексуальним шляхом.

Певною мірою сексуальна поведінка, яка не передбачає використання презерватива, зумовлена особистісними якостями жінок. Ті з них, котрі мають інтернальний локус контролю, тобто вважають, що їхнє життя залежить переважно від них самих, частіше

прагнуть убезпечити свій сексуальний контакт. Екстернали ж, тобто ті, хто вважають, що в житті все визначається переважно зовнішніми обставинами, а від самої людини мало що залежить, безпечніші і більше залежать від тиску обставин. У цій групі не застосовували презерватив 25% опитаних. Зважимо на те, що головною причиною відмови від використання презерватива була вимога клієнта. Поміж тих, хто погодився з такою вимогою, помітно переважають екстернали (71%). До того ж такі жінки превалюють у групі тих, хто хоча і скористався презервативом, але зробив це з ініціативи партнера (таких виявилося 10% від загальної кількості опитаних). Зважаючи ж на те, що загалом екстерналів більше (за вибіркою, в цілому їх 36%, а інтерналів — 25%, решта належить до змішаного психологічного типу), загальна кількість тих жінок, які переважно не зважають на можливу небезпеку або погоджуються на небезпечний секс під тиском обставин, становить від 20% до 25% від загальної кількості опитаних.

Як свідчить проведений аналіз, причини відмови від безпечного сексу зумовлені дією різноманітних, переважно суб'єктивних чинників. Характерно, що об'єктивні перешкоди, пов'язані, насамперед, із відсутністю можливості придбати презерватив, практично не виявлені в опитуванні. Так, майже всі респонденти (98%) засвідчили, що знають місце або людину, де вони могли б купити чи отримати (чоловічий) презерватив.

Місця придбання презервативів можна поділити на кілька категорій. Перша охоплює легітимні торгові точки і є найпоширенішою поміж ЖКС. За даними дослідження, найбільше (83%) купували презервативи за останній місяць саме в аптеках, магазинах, кіосках. Причому переважна кількість жінок (84%) робили офіційну покупку, витративши в середньому за місяць 27,4 гривень. Привертає увагу той факт, що, хоча неофіційно таку закупку робили лише 2% жінок, витратили вони в середньому дещо менше — 20,8 гривень. Серед точок офіційного продажу фігурує і роздрібний продавець на ринку. Тут купували презерватив 10% жінок. Переважно це також офіційні закупки (75%), причому середня ціна закупки тут приблизно вдвічі менша, ніж в аптеках, кіосках тощо (від 9 до 12 гривень).

Друга категорія — це точки професійного забезпечення. Інколи презервативи купують або отримують, так би мовити,»на робочих місцях». Йдеться про придбання їх у барах та готелях. Там купували презервативи 15% опитаних. Переважно вони сплачували за це офіційно (62% цієї групи). У цьому разі мінімальна ціна покупки становили 1 гривню. Ті ж 10%, які купували презервативи неофіційно, сплачували мінімум 3 гривні. Водночас 11% жінок отримали презерватив у цих місцях безкоштовно.

Найчастіше джерелом безкоштовного отримання презерватива є подруги, до яких зверталося за допомогою в цій справі 37% опитаних, і переважна більшість із них (81%) отримала презерватив безкоштовно. Очевидно, неформальні стосунки, завдяки яким можна завжди позичити презерватив у разі нагальної потреби, є професійною нормою, якою користується значна кількістю ЖКС.

Інколи дівчат забезпечують так звані роботодавці. Так, у сутенера або «мамочки» отримали презерватив 15% опитаних жінок, причому 71% — безкоштовно. Мінімальна плата становила при цьому 1 гривню.

Третя категорія місць, де можна отримати презерватив, — це різноманітні організації, які покликані забезпечувати профілактичну роботу. Вони переважно не торгують презервативами, а видають їх безкоштовно. До цих організацій належать, насамперед, пункти обміну шприців, де отримало презерватив 22% опитаних. Платити за це майже нікому не довелося, 96% жінок відповіли, що одержали презервативи безкоштовно. Лише 3 респонденти вказали, що неофіційно заплатили на такому пункті від 2-х до 3-х гривень.

Наступними за кількістю звертань є неурядові організації. Вони видали презервативи 17% опитаних, причому знов-таки майже для всіх це було безкоштовно, за винятком двох випадків, коли жінки заплатили від 2-х до 5-ти гривень.

Частина опитаних отримувала презервативи в центрах соціальних служб для молоді та на громадських акціях (по 6%), у центрах планування сім'ї — (1%). В жодному з випадків жінки не вказали на те, що з них у цих місцях стягнули гроші.

Невелика кількість опитаних придбала презервативи у клініках (1%) чи лікарнях (3%). Більшість жінок купували їх офіційно, менша частина — отримала презервативи безкоштовно.

Отже, жінки мають різноманітні можливості для того, щоб забезпечити себе засобами безпечного сексу, причому їхня доступність забезпечена не лише кількісно, а й територіально. Так, відповідаючи на запитання *«Скільки Вам потрібно часу, аби придбати презерватив недалеко від Вашого дому або місця, де Ви працюєте (надаєте сексуальні послуги) ?»*, 82% опитаних зазначили, що це потребує менше години, тобто необхідна потреба може бути задоволена доволі легко.

Доступність необхідних засобів запобігання небезпеці інфікування об'єктивно може бути обмежена також платоспроможністю жінок. Дані опитування свідчать, що на сьогодні таке обмеження не є вагомим чинником відмови від безпечного сексу, оскільки більшість жінок купують одночасно, як правило, не менше 3-х презервативів, що, в принципі, відповідає середній завантаженості ЖКС за добу. Найпоширенішими є покупки за один раз 3-х або від 4-х до 9-ти презервативів (по 37% опитаних), 15% купують за один раз більше 10-ти презервативів, 7% — менше 3-х. Характерно, що середня величина одноразової закупки вища в областях із високим рівнем поширення СНІД, вона також підвищується із зростанням рівня матеріальної забезпеченості жінок. Отже, загалом жінки схильні мати бодай мінімальний запас, що свідчить про те, що сам факт надання комерційних сексслуг із використанням презервативів є нормативним для жінок, проте, як ми вже бачили, не завжди наявність презерватива є автоматичною гарантією його використання.

Ми вже зазначали, що впливовим чинником, який спрямовує поведінку, є психологічні характеристики жінок, зокрема їхня орієнтація на залежність життя від них самих (інтернали) чи від зовнішніх обставин (екстернали). Якщо звернутися до аналізу поведінки жінок, які психологічно відрізняються орієнтацією на зовнішні обставини чи на внутрішній потенціал, побачимо, що загалом інтернали тяжіють до більш зваженої оцінки можливості ВІЛ-інфікування і, відповідно,

більш продуманої поведінки. Так, використовували презерватив при останньому сексуальному контакті 85% жінок інтерналів і 73% екстерналів. Причому серед тих жінок, хто запропонував це самостійно, також переважають інтернали, а серед тих, хто погодився з пропозицією партнера, — екстернали. Більшість жінок інтернальної орієнтації (63%) завжди використовують презерватив. Поміж жінок екстерналів таких лише 44%. Зауважимо, що тенденція завжди використовувати презерватив виразніше виражена поміж представниць групи інтерналів у всіх видах сексслуг. Водночас, коли йдеться про секс із постійним партнером, презервативом користуються практично однаково як жінки екстернальної, так і жінки інтернальної орієнтації, оскільки такий контакт, очевидно, не сприймається як джерело можливої загрози.

Різні тенденції спостерігаємо у представниць цих груп і стосовно визначення випадків, у яких можливе надання секс-послуг без презерватива. Екстернали більшою мірою згодні робити це за додаткову плату (28% проти 14% інтерналів), натомість варіант «не погоджуся ні за яких умов» обрало 28% інтерналів і лише 18% екстерналів. Отже, психологічні відмінності великою мірою впливають на визначення поведінкових пріоритетів і мають враховуватися в організації роботи з попередження розповсюджування ВІЛ-інфекції. Доречним видається залучення до цієї роботи фахівців-психологів, які б адаптували пропоновані програми, спрямовані на мінімізацію ризикованої поведінки, з урахуванням психологічних особливостей різних груп ЖКС.

Отже, проведений аналіз щодо ризику передачі ВІЛ-інфекції та ЗПСШ жінками секс-бізнесу дозволяє підтвердити думку про те, що ця категорія жінок є так званим містком між групами з ризикованою поведінкою та рештою населення і представляє собою групу підвищеного ризику щодо ВІЛ-інфікування. Тому профілактичні програми роботи з ЖКС повинні обов'язково включати інформативні кампанії, медико-психологічні консультації з метою підвищення рівня поінформованості цих жінок про загрозу ВІЛ/СНІДу.

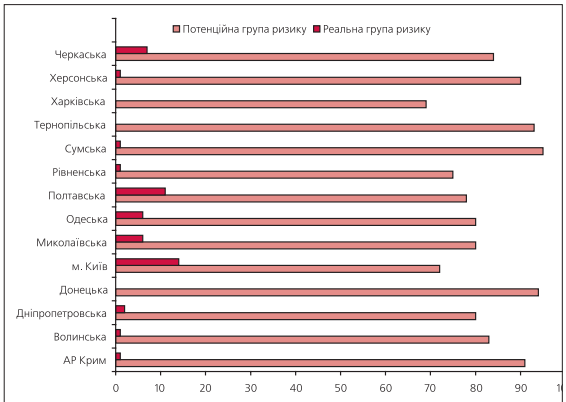


Рис. 6.3.5. Розподіл серед жінок комерційного сексу груп ризику за

РОЗДІЛ 7. Практика вживання алкоголю та наркотичних речовин серед жінок комерційного сексу

Дослідження останніх років свідчать про збільшення вживання психотропних речовин (алкоголю та наркотиків) як загалом по Україні, так і серед різних груп населення. Надзвичайно небезпечною є постійна тенденція збільшення вживання тютюну, алкоголю та наркотичних речовин серед представниць жіночої статі. Особливу групу ризику складають жінки комерційного сексу. Це є підставою для проведення реальної оцінки ситуації, що склалася в Україні.

Результати попередніх досліджень свідчать, що жінки комерційного сексу досить прихильно ставляться до вживання алкоголю. Доволі часто і регулярно вживають спиртне 40% опитаних жінок. Ще 48% стверджують, що вживають алкогольні напої рідко, лише на свята. І тільки 12% опитаних жінок практично не вживають алкогольні напої.

Дослідження 2004 р. також свідчать про високий рівень вживання алкоголю серед жінок цієї групи. За даними опитування респонденток, з відповідей на запитання *«Як часто протягом останнього місяця Ви вживали алкоголь?»* видно, що майже кожна четверта опитана жінка вдається до вживання алкогольних напоїв кожного дня. Не рідше одного разу на тиждень вживають спиртне 45% жінок. Ще 25% респонденток стверджують, що вживають алкогольні напої рідше одного разу на тиждень. Ніколи не вживають алкоголь 7% опитаних жінок. Розподіл відповідей жінок щодо частоти вживання алкоголю за останній місяць наведений у табл. 7.1.

Таблиця 7.1

Розподіл відповідей респонденток на запитання «Як часто протягом останнього місяця Ви вживали алкоголь?»

Кожного дня	23%
Не рідше одного разу на тиждень	45%
Рідше одного разу на тиждень	25%
Ніколи	7%

Аналіз порівняльних даних опитування жінок комерційного сексу 2001 та 2004 років свідчить про значне збільшення останнім часом відсотка жінок, що вживають алкоголь досить часто і регулярно. З іншого боку, цьогорічні дослідження свідчать про зменшення, порівнюючи з даними 2001 р., кількості жінок, які не вживають алкоголь зовсім.

Високий рівень вживання алкоголю простежується в усіх без винятку вікових групах. Наприклад, за даними опитування 2001 р., у вікових групах 15-17 років досить часто вживає алкоголь кожна четверта жінка. Щодо жінок від 18 до 21 року, то майже кожна третя опитана жінка вдається до вживання алкогольних напоїв досить часто. Дані опитування 2001 р. щодо частоти вживання алкогольних напоїв жінками, які надають інтимні послуги, за віковими групами наведені в табл. 7.2.

Таблиця 7.2

Частота вживання алкогольних напоїв жінками, що залучені до секс–бізнесу, за віковими групами, %

Відповідь	Вікові групи, років			
	15–17	18–21	22–28	29 і більше
Не вживаю	17	13	10	7
Рідко, на свята	50	47	45	53
Досить часто	27	33	37	27
Регулярно	6	7	8	13

Дослідження 2004 р. свідчать про тенденцію щодо зростання споживання алкоголю серед вікових груп до 18 років та старше 29 років. Не рідше одного разу на тиждень серед згаданих вікових груп вживають алкоголь понад 40% опитаних жінок. Приблизно ту ж саму закономірність у споживанні алкоголю можна простежити у віковій групі 19-20 та 25-29 років. Та все ж таки найвищий рівень споживання алкогольних напоїв простежується у віковій групі 21-24 років. Майже кожна друга опитана жінка вдається до вживання алкогольних напоїв досить часто. Дані розподілу відповідей щодо частоти вживання алкоголю серед жінок різних вікових груп наведені в табл. 7.3.

Таблиця 7.3

Частота вживання алкогольних напоїв жінками комерційного сексу, за віковими групами, %

Відповідь	Вікові групи, років				
	до 18	19–20	21–24	25–29	30 і старше
Ніколи	11,7	7,3	5,6	4,4	7,9
Рідше одного разу на тиждень	26,8	26,8	24,4	23,8	23,2
Не рідше одного разу на тиждень	41,4	42,7	49,7	44,6	42,9
Кожного дня	21	23,2	20,4	27,2	26,1

Аналіз опитування цього року дозволив виявити залежність між зайнятістю, матеріальним добробутом та сімейним станом жінок комерційного сексу та практикою вживання ними алкоголю.

Таблиця 7.4

Розподіл ствердних відповідей респонденток на запитання „Чи вживаєте Ви алкоголь?"(відповідно до соціального статусу) , %

Відповідь	Зайнятість					
	учениця	студентка	маю постійну роботу	маю випадкову роботу	безробітна	займаюсь домо-господарс-твом
Так	3,5	9,8	10,5	20,1	46,3	9,8

Дані таблиці дозволяють констатувати таке: серед тих жінок, які вдаються до вживання алкоголю, 46,3% безробітні; кожна п'ята — не має постійної роботи, а кожна сьома — навчається.

Результати дослідження дали можливість визначити залежність між рівнем матеріального становища жінок комерційного сексу і вживання ними алкоголю. Розподіл відповідей респонденток щодо вживання ними алкоголю відповідно до матеріального становища наведені в табл. 7.5.

Таблиця 7.5

Розподіл відповідей респонденток на запитання „Чи вживаєте Ви алкоголь?" (відповідно до матеріально становища), %

Відповідь	Матеріальне становище			
	вище середнього	середнє	нижче середнього	низьке
Так	10,9	42,5	26,2	20,5
Ні	89,1	57,5	73,8	79,5

З наведеної таблиці видно, що жінки, які належать до своєрідної, професійної «еліти» і мають високі доходи, дбайливо ставляться до свого здоров'я і рідше вдаються до вживання алкоголю. Так, тільки кожна десята з них вживає алкоголь. Тоді, як серед жінок із більш низькими прибутками, той же показник значно вищий.

Дослідження 2004 р. також дозволили виявити залежність між сімейним станом опитаних жінок та практикою вживання ними алкоголю. Розподіл відповідей респонденток стосовно вживання ними алкоголю залежно від сімейного стану наведений у табл. 7.6.

Таблиця 7.6

Розподіл відповідей респонденток на запитання „Чи вживаєте Ви алкоголь?" (відповідно до сімейного стану на теперішній момент), %

Відповідь	Сімейний стан		
	заміжня	офіційно незаміжня, живу з постійним секс. партнером	незаміжня, не живу з постійним секс. партнером
Так	13,5	21,9	84,6
Ні	86,5	78,1	35,4

З наведених даних видно, що рівень споживання алкоголю серед заміжніх жінок, які займаються комерційним сексом, значно нижчий, ніж серед незаміжніх, або серед жінок, що мають постійних сексуальних партнерів. Так, тільки кожна сьома опитана жінка, яка надає інтимні послуги, вдається до вживання алкоголю, тоді як серед жінок, які не мають постійних сексуальних партнерів, цей показник становить понад 60%.

Проаналізувавши результати трьох останніх опитувань, простежуємо таку закономірність: чим вищі зайнятість і стабільніше матеріальне становище, тим рідше певна частка жінок вдається до надання інтимних послуг на комерційній основі. Якщо порівняти вживання алкоголю жінками різного сімейного стану, то можна зазначити, що серед них заміжні жінки вдаються до надання інтимних послуг значно рідше, аніж ті, що мають проблеми в особистому житті.

Зловживання алкоголем є, безперечно, наслідком способу життя жінок комерційного сексу, свого роду «особливістю професії». Можна також припустити, що вживання алкоголю має під собою суто психологічне підґрунтя — відчуття власної неспроможності, нездатність адаптуватися в соціальному середовищі, подолання психологічного бар'єру перед сексуальним контактом із клієнтом тощо.

Особливе занепокоєння викликає поширення серед жінок комерційного сексу вживання наркотичних речовин. До мотивів такої практики можна віднести: бажання задовольнити власну цікавість щодо дії наркотичної речовини; засвідчення належності до певної соціальної групи; прояв власної незалежності, а іноді й ворожого ставлення до середовища, ненависть до професії тощо.

Одним із головних чинників, які впливають на вживання наркотиків, є соціальне оточення. Вважається, що шанс стати наркоманом вищий у тих, хто спілкується з людьми, які вживають наркотики. Особливо це стосується тих, хто вживає наркотики з групи стимуляторів. У цьому розумінні умови конкретного соціального оточення жінок секс-бізнесу є надзвичайно сприятливими для набуття цієї загрозливої для здоров'я залежності.

За результатами цьогорічного опитування, жінок, залучених до сфери комерційного сексу, щодо вживання ними наркотиків кожна четверта респондентка визнала факт вживання наркотичних речовин.

Можна припустити, що жінки були не зовсім відверті у відповідях через страх мати проблеми з правоохоронними органами чи лікувальними установами, але розподіл відповідей виглядає (див. табл. 7.7) таким чином:

Таблиця 7.7

Частота вживання наркотичних речовин жінками комерційного сексу

Вживаю	27%
Вживала раніше, зараз не вживаю	12%
Не вживаю	60%
Важко відповісти	1%

Що ж стосується способу введення наркотиків, то відповіді на це питання були більш відвертими.

Серед жінок комерційного сексу спостерігається значний відсоток тих, хто вживає наркотики ін'єкційним шляхом.

Так, за даними 2001 р., серед досліджуваної групи жінок, які визнали факт вживання наркотиків, 74,7% — ін'єкційні наркоманки. З них регулярно, тобто впродовж останнього тижня, вживають наркотики ін'єкційним шляхом 83,1% жінок.

Щодо результатів опитування 2004 р., то серед жінок, залучених до сфери комерційного сексу, ін'єкційним шляхом протягом останніх 12-ти місяців уживають наркотики 24% респонденток. 15% респонденток дали негативну відповідь. Серед досліджуваної групи жінок, які вживають або вживали наркотики в минулому, позитивна відповідь на подібне запитання отримана в 61% випадків. 38% жінок, які займаються комерційним сексом, заперечують факт уживання ін'єкційних наркотиків.

Дані цьогорічного опитування наведені в табл. 7.8.

Таблиця 7.8

Розподіл відповідей респонденток на запитання «Чи вживали Ви наркотичні речовини ін'єкційним шляхом протягом останніх 12 місяців?»

Відповідь	Серед усіх опитаних	Серед тих, хто вживає, вживав наркотики або вагається
Так	24%	61%
Ні	15%	38%
Важко відповісти	0,4%	1%
Питання не ставилось	60,6%	–

Порівняння статистичних даних 2001 та 2004 років виявили тенденцію до зменшення кількості споживачів ін'єкційних наркотиків серед жінок комерційного сексу. Це може бути пов'язане з появою останнім часом великої кількості різних груп наркотиків, що вводяться іншими шляхами.

За даними опитування 2004 р. стосовно частоти вживання ін'єкційних наркотиків серед жінок секс-бізнесу, виявлено, що вживання щодня наркотиків ін'єкційним шляхом визнають майже 60% опитаних жінок. Досить часто (1-5 разів на тиждень) наркотичні речовини ін'єкційним шляхом вживає кожна четверта з опитаних жінок.

Серед усіх жінок, які брали участь в опитуванні з приводу частоти вживання ін'єкційних наркотиків (23% від усіх опитаних жінок), більше половини респонденток вживають наркотичні речовин систематично.

Аналіз порівняльних даних опитування всіх жінок, які вживають або мали досвід уживання наркотиків у минулому, свідчить про більш високий рівень споживання ін'єкційних наркотиків серед жінок другої групи. Дані опитування наведені в табл. 7.9.

Таблиця 7.9

Частота вживання наркотичних речовин ін'єкційним шляхом серед жінок комерційного сексу

Відповідь	Серед усіх опитаних	Серед тих, хто вживав наркотики протягом останніх 12 місяців
2 рази на день, щодня	6	27
1 раз на день, щодня	7	32
3–5 разів на тиждень	4	16
1–2 рази на тиждень	3	12
Рідше 1 разу на тиждень	2	8
Рідше 1 разу на місяць	1	5
Питання не ставилось	77	

Специфіка обраної жінками професії перенасичена негативними факторами, які безпосередньо впливають на тяжіння до вживання психоактивних речовин, що впливають безпосередньо на здоров'я і відбиваються на психіці людини. Об'єднує їх в єдине ціле атмосфера напруженості, яка супроводжує кожен день життя такої категорії жінок. Ця атмосфера впливає на інтенсивність і кількість вживання наркотичних речовин.

Дані цього року стосовно частоти вживання наркотиків ін'єкційним шляхом серед жінок різних вікових груп наведені в табл. 7.10.

Таблиця 7.10

Частота вживання наркотиків ін'єкційним шляхом жінками, що залучені до комерційного сексу, за віковими групами, %

Відповідь	Вікові групи, років				
	до 18	19–20	21–24	25–29	30 і старше
Так	16,9	15,6	31,9	21,2	14,4

До такого надзвичайно загрозливого не тільки для здоров'я, а й для життя, способу вживання наркотиків вдавалися жінки всіх вікових груп. Проте простежується явно виражена тенденція: в старших вікових групах жінок комерційного сексу така практика більш поширена. Так, у групі жінок віком 21-24 ін'єкційним шляхом наркотики вживає майже кожна третя, а у віковій групі 25-29 — кожна п'ята. Серед неповнолітніх відсоток тих, хто має таку шкідливу звичку, менший і становить 16,9%. Тобто кожна шоста жінка мала досвід уживання наркотичних речовин ін'єкційним шляхом. Проте, беручи до уваги, що молодий організм схильний до набуття наркотичної залежності, а також, що наслідки для здоров'я жінок від такого шляху введення наркотиків є дуже загрозливими, можна стверджувати, що цей показник не є низьким.

Щодо показників уживання наркотиків серед різних вікових груп, то за результатами опитування 2001 р., виявилося, що вживання наркотиків більш притаманне жінкам наймолодшої вікової групи (до 18 років) і жінкам віком від 29 років і старше.

Останнім часом намітилася тенденція до вирівнювання показників уживання наркотиків серед усіх вікових груп. Але дослідження 2004 р. свідчать про те, що більш високий рівень споживання наркотиків серед вікових груп 21-24 роки та 25-29 років, відповідно 31,9% та 21,2%.

Таблиця 7.11

Розподіл ствердних відповідей респонденток на запитання „Чи вживаєте Ви наркотики?" (відповідно до віку), %

Відповідь	Вікові групи, років				
	до 18	19–20	21–24	25–29	30 і старше
Так	18,9	15,6	31,9	21,2	14,4

Результати дослідження дали можливість визначити залежність між рівнем матеріального добробуту жінок секс-бізнесу і практикою вживання ними наркотиків.

Таблиця 7.12

Розподіл відповідей респонденток на запитання „Чи вживаєте Ви наркотики?" (відповідно до матеріально становища), %

Відповідь	Матеріальне становище			
	вище середнього	середнє	нижче середнього	низьке
Так	10,9	42,5	26,2	20,5
Ні	89,1	57,5	73,8	79,5

З наведеної таблиці видно, що жінки з високим рівнем матеріального добробуту більш обережні у своєму ставленні до здоров'я і рідше вдаються до вживання наркотиків. Так, тільки кожна десята з них вживає наркотики. Серед жінок, чиє матеріальне становище нижче середнього або низьке, відсоток респонденток, що вживають наркотики, становить, відповідно, 26,2% і 20,5%. І зовсім вражаюча цифра стосовно вживання наркотиків серед жінок, чиє матеріальне становище є середнім, — 42,5%. Порівнюючи відповіді респонденток щодо залежності між рівнем вживання алкоголю та добробутом жінки, бачимо, що найвищий показник притаманний жінкам, чиє матеріальне становище низьке або нижче середнього. Такий розподіл відповідей може бути пов'язаний із тим, що вживання наркотиків вимагає більших фінансових витрат, аніж вживання алкоголю.

Дослідження 2004 р. також дали можливість визначити залежність між зайнятістю опитаних жінок, їхнім сімейним станом та частотою вживання ними наркотичних речовин.

Таблиця 7.13

Розподіл ствердних відповідей респонденток на запитання „Чи вживаєте Ви наркотики?" (відповідно до зайнятості), %

Відповідь	Зайнятість					
	учениця	студентка	маю постійну роботу	маю випадкову роботу	безробітна	займаюсь домо-господарс-твом
Так	3,5	9,9	10,5	20,1	46,3	9,8

З наведених даних видно, що найвищий рівень споживання наркотиків серед респонденток спостерігається в групі жінок, які безробітні або мають випадкову роботу, — 46,3% і 20,1% відповідно.

Великий інтерес становлять дані, які відбивають різні тенденції у вживанні наркотиків залежно від наявності постійного сексуального партнера. Найвищий показник вживання наркотиків фіксується в групі жінок, які не мають постійного сексуального партнера. Дані розподілу відповідей наведені в табл. 7.14.

Таблиця 7.14

Розподіл відповідей респонденток на запитання „Чи вживаєте Ви наркотики?" (відповідно до сімейного стану на теперішній момент), %

Відповідь	Сімейний стан		
	заміжня	офіційно незаміжня, живу з постійним секс. партнером	незаміжня, не живу з постійним секс. партнером
Так	13,5	22,1	64,4
Ні	86,5	77,9	35,6

Результати дослідження дали можливість визначити залежність між наданням жінками сексуальних послуг і частотою вживання ними психоактивних речовин (табл. 7.15).

Таблиця 7.15

Розподіл відповідей респонденток на запитання: „Як часто протягом останнього місяця перед сексуальним контактом/контактами з клієнтом/клієнтами Ви вживали...“

Вживана речовина	Завжди	> 50%	50%	< 50%	Ніколи	Не знаю	Не пам'ятаю
Алкоголь	17%	21%	21%	29%	11%	0,1%	0,9%
Наркотичні речовини	8%	7%	5%	10%	66%	1%	3%
Токсичні речовини (наприклад, клей або інші)	0,4%	0,4%	0,1%	1%	92%	2%	4,1%

З наведеної таблиці видно, що практика вживання психоактивних речовин серед жінок комерційного сексу є дуже поширеною. Так, факт вживання алкоголю перед сексуальним контактом/контактами визнали 88% опитаних жінок. Постійне уживання алкоголю перед наданням інтимних послуг підтвердило 17% респонденток. Кожна п'ята з опитаних жінок визнає, що вживає алкоголь у половині або більше випадків перед сексуальним контактом із клієнтом. Кожна третя опитана жінка з тих які визнають факт уживання алкоголю перед сексуальним контактом, стверджує, що його прийом передує менше ніж половині випадків надання інтимних послуг.

Дещо інша закономірність розподілу відповідей щодо частоти вживання психоактивних речовин перед наданням сексуальних послуг характерна для жінок, які є споживачами наркотиків. Факт уживання наркотичних речовин підтвердила кожна третя з респонденток.

Серед жінок цієї групи завжди вживає наркотичні речовини кожна четверта з опитаних жінок. Майже стільки ж жінок визнають факт уживання наркотичної речовини в більш ніж половині випадків надання сексуальних послуг. Кожна шоста з опитаних жінок уживає наркотики перед сексуальним контактом із клієнтом у половині випадків. Третина респонденток уживає наркотики менше ніж у 50% випадків надання інтимних послуг.

Вживання токсичних речовин (наприклад, клей чи інше) не є характерною ознакою серед жінок, залучених до сфери комерційного сексу.

Таким чином, можна стверджувати, що серед жінок комерційного сексу рівень вживання психоактивних речовин, як і в минулому, залишається досить високим. Найбільшого поширення в середовищі жінок, залучених до секс-бізнесу, набув алкоголь. Відзначається значний ріст споживання алкоголю серед опитаних жінок як загалом, так і серед різних вікових груп. Щодо вживання наркотиків серед жінок, які надають інтимні послуги, то рівень уживання наркотичних речовин залишився незмінним, але фіксується тенденція щодо зменшення кількості жінок — споживачів ін'єкційних наркотиків. Найвищий рівень уживання психоактивних речовин (алкоголь та наркотики) відзначається у вікових групах 21-24 роки. Рівень зайнятості, матеріальне становище та сімейний стан є важливими факторами, що впливають на рівень уживання психоактивних речовин жінками комерційного сексу.

РОЗДІЛ 8. Самопочуття ЖКС, рівень обізнаності та користування послугами медичних закладів

8.1. Особистий потенціал ЖКС

У дослідженні для оцінки психологічного стану ЖКС було залучено показник, який фіксував суб`єктивну оцінку респондентами залежності життя від зовнішніх обставин. Для цього респондентів просили відповісти на запитання *«Як ви вважаєте, від чого здебільшого залежить те, як складеться ваше життя?»*. Варіанти відповідей фіксували міру залежності: «здебільшого від зовнішніх обставин», «деякою мірою від мене, але більше від зовнішніх обставин, «однаковою мірою від мене і від зовнішніх обставин», «більшою мірою від мене, ніж від зовнішніх обставин», «здебільшого від мене». Умовно цей показник позначався як інтернальність-екстернальність. Він дає уявлення про поширеність серед ЖКС відповідних внутрішніх орієнтацій щодо соціального середовища.

Аналіз соціально-демографічної характеристики цих груп свідчить, що екстернальність більше виражена в молодших вікових групах, інтернальність — у старших. Поміж тих, кому більше 30 років, інтерналів та екстернатів порівну (12% проти 12%). Інтернальність зростає і з рівнем освіти. Поміж тих, у кого вона початкова, співвідношення інтерналів та екстерналів становить 27% проти 19%, а в тих, хто має вищу освіту, воно становить 27% проти 41%. Маємо також зв'язок локусу контролю з самооцінкою матеріального і соціального статусу, в інтерналів вона краща, ніж в екстерналів.

Щодо сексуальної поведінки жінок, які психологічно відрізняються орієнтацією на зовнішні обставини чи на внутрішній потенціал, то, загалом, інтернали тяжіють до більш зваженої оцінки можливості ВІЛ-інфікування і, відповідно, більш продуманої поведінки. Так, використовували презерватив при останньому сексуальному контакті 85% жінок інтерналів і 73% екстернатів. Причому серед тих жінок, хто запропонував це самостійно, також переважають інтернали, а серед тих, хто погодився з пропозицією партнера, — екстернали.

Особистісний потенціал ЖКС також пов'язаний із самооцінкою свого місця у суспільстві. Кількість тих, хто оцінює свій особистий стан та авторитет як високий, зростає з віком та з рівнем освіти. Але питома вага тих, хто ідентифікував себе як людину з низьким соціальним станом і авторитетом, набагато більша, ніж тих, які зарахували себе до високого соціального прошарку, — 17% та 2,2% відповідно. Оцінили свої досягнення та авторитет як середні 44% ЖКС.

8.2 Фізичне здоров'я та фізична активність

Стан здоров'я та рівень фізичної активності жінок, які займаються комерційним сексом, є водночас одним із чинників поширення ВІЛ у їхньому середовищі та непрямим показником епідемічної ситуації щодо ВІЛ та поширеності ризикованої поведінки. Усвідомлення стану власного здоров'я впливає на рівень активності людини, спрямованої на його підтримку та на захист від потенційної небезпеки враження тими чи іншими хворобами. З іншого боку, загальний рівень здоров'я представників певної соціальної групи, поширення в їхньому середовищі тих чи інших захворювань свідчить про шкідливість умов існування, ризикованість поведінки, доступність засобів запобігання та лікування хвороб. Отже, оцінка рівня здоров'я та фізичної активності ЖКС та чинників, що на них впливають, дозволять визначити ризик поширеності в їхньому середовищі ВІЛ.

Показником загального стану здоров'я опитаних на момент дослідження виступає рівень їхньої захворюваності. У ході дослідження 28% опитаних ЖКС вказало, що вони хворіли протягом останніх 3-х місяців, 11% вказали на значно знижену власну фізичну активність протягом цього періоду внаслідок поганого самопочуття, 1% за цей час дотримувались постільного режиму. Залежність цих показників від віку опитаних наведена в табл. 8.2.1.

Таблиця 8.2.1

Розподіл відповідей на запитання „Ви хворіли протягом останніх 3-х місяців?" за віком опитаних, %

№	Відповідь	Вік					Усього
		До 18	19–20	21–24	25–29	Більше 29	
1.	Так	18	23	27	35	38	28
2.	Ні	79	75	70	62	61	70
3.	Важко відповісти	3	2	3	3	1	2

Як можна побачити, рівень захворюваності збільшується з віком опитаних. Кількість таких, хто хворів, у віковій групі старших за 29 років удвічі більша, ніж у групі молодших за 18 років. Це, в цілому, відповідає загальній тенденції погіршення стану здоров'я з віком людини, проте може бути наслідком негативного впливу способу життя ЖКС. Подібний вплив підтверджується встановленою в ході дослідження залежністю між рівнем захворюваності й матеріальним становищем опитаних (табл. 8.2.2). Як можна побачити з таблиці, різний ступінь захворюваності спостерігається у групах матеріального забезпечення вище середнього та середнього. Це можна пояснити як відмінністю умов надання сексуальних послуг представницями заможних і незаможних груп, так і різницею між загальною якістю життя, харчуванням, доступністю медичних послуг тощо.

Таблиця 8.2.2

Розподіл відповідей на запитання „Ви хворіли протягом останніх 3-х місяців?" за матеріальним становищем опитаних, %

№	Відповідь	Матеріальне становище							Усього
		Дуже високе	Високе	Вище середнього	Середнє	Нижче середнього	Низьке	Дуже низьке	
1.	Так	0	13	14	28	29	33	35	28
2.	Ні	100	84	83	69	68	65	63	70

Особливу увагу варто приділити поширеності серед ЖКС так званих «соціальних» хвороб, зокрема хвороб, що передаються статевим шляхом. Ці захворювання є специфічними для осіб, які займаються комерційним сексом та мають подібні до ВІЛ основні канали інфікування. За даними дослідження, 41%

опитаних ЖКС хоча б раз у житті хворів на венеричні захворювання. Щодо цих захворювань теж спостерігається залежність від віку та матеріального стану (табл. 8.2.3, 8.2.4).

Таблиця 8.2.3

Розподіл відповідей на запитання „Чи були у Вас (коли-небудь у житті) венеричні захворювання?" за віком опитаних, %

№	Відповідь	Вік					Взагалі
		До 18	19–20	21–24	25–29	Більше 29	
1.	Так	21	30	37	54	64	41
2.	Ні	75	62	58	40	33	54

Таблиця 8.2.4

Розподіл відповідей на запитання „Чи були у Вас (коли-небудь у житті) венеричні захворювання?" за матеріальним становищем опитаних, %

№	Відповідь	Матеріальне становище				Усього
		Вище середнього	Середнє	Нижче середнього	Низьке	
1.	Так	30	38	46	46	41
2.	Ні	67	57	48	48	54

Варто зауважити, що кожна п'ята дівчина віком до 18 років уже хворіла на венеричне захворювання. У групах після 25 років таких уже більше половини. Залежно від матеріального рівня найбільше осіб, що хворіло на венеричні захворювання, є в групах достатку нижче середнього та низького.

Дослідження дало змогу проаналізувати особливості поширення серед ЖКС окремих хвороб, що передаються статевим шляхом, та хвороб соціально-виключених груп. Поширення захворюваності на ці хвороби за останній рік наводиться в табл. 8.2.5.

Таблиця 8.2.5

Розподіл відповідей „так" на запитання „Чи були у Вас за останній рік такі захворювання?", %

№	Захворювання	Узагалі	Вік				
			До 18	19–20	21–24	25–29	Більше 29
1.	Туберкульоз	2	1	1	1	2	7
2.	Гонорея	14	11	17	12	16	14
3.	Генітальний герпес	9	6	6	6	13	12
4.	Хламідіоз	13	6	13	14	12	16
5.	Гепатит	6	2	4	6	6	13
6.	Сифіліс	6	2	6	5	8	12

Як ми бачимо, найбільш поширеними в середовищі ЖКС є венеричні захворювання на гонорею та хламідіоз. Залежності захворюваності на гонорею та гепатит від віку ЖКС не спостерігається, проте вона явно прослідковується щодо хламідіозу і сифілісу. На туберкульоз хворіють переважно жінки віком після 29 років, що підтверджує загальне погіршення стану здоров'я, ослабленість організму ЖКС старшої вікової групи.

Дівчата у віці до 18 років рідше за представниць інших груп вказують на наявність у них зазначених захворювань. Це може бути пов'язано з тим, що в них відносно кращий загальний стан здоров'я, менша інтенсивність надання сексуальних послуг, або з тим, що вони менш прискіпливо і відповідально ставляться до власного здоров'я, не помічають симптомів хвороб або не вважають за потрібне звертати на них увагу.

Зв'язок між матеріальним становищем і захворюваністю спостерігається щодо туберкульозу, гонореї та хламідіозу (рис. 8.2.1). У випадку туберкульозу це може бути пов'язане з якістю харчування, побутових умов, умов надання сексуальних послуг, у випадку гонореї і хламідіозу — з рівнем дотримання санітарних норм.

Варто також зазначити, що дослідження не встановило зв'язку захворюваності на туберкульоз із освітою й характером офіційної зайнятості ЖКС.

Кількість таких, хто хворів на гонорею, вища серед опитаних із низьким рівнем освіти (17% — серед осіб із початковою освітою, 15% — із повною середньою освітою, 10% — із вищою освітою). Найбільше таких, хто хворів на гонорею, — серед студентів (17%), найменше — серед таких, хто має постійну роботу (8%).

Генітальний герпес частіше буває у ЖКС, які мають вищу освіту (11%), проте залежності захворюваності на цю хворобу від матеріального становища не спостерігається.

Проблема хламідіозу у ЖКС стає гострішою з 19 років і є найбільш поширеною серед студентів та серед тих, хто має офіційну постійну роботу. Сифіліс найбільш поширений серед осіб із вищою освітою (10% опитаних із вищою освітою, по 6% в інших групах).

Рівень поширеності гепатиту майже вдвічі більший серед опитаних ЖКС старше 30 років (13%), ніж серед інших опитаних (6% в групах 21-29 років). Його рівень тим вищий, чим нижчий рівень освіти опитаних (рис. 8.2.2). Це може бути пов'язане із загальним рівнем культури опитаних, що впливає на дотримання ними санітарних норм, а також із зв'язком захворюваності на певні види гепатиту та вживанням наркотиків за допомогою ін'єкцій. У той же час залежності поширеності гепатиту від матеріального становища не виявлено.

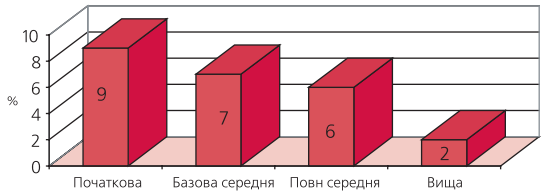


Рис. 8.2.2. Поширеність гепатиту залежно від рівня освіти ЖКС

Важливим аспектом ставлення до власного здоров'я є характер лікування хвороб. Дослідження показало, що не всі опитані, що за останній рік хворіли на названі хвороби, пройшли належне лікування (табл. 8.2.6). Як можна побачити з таблиці, від 10% до 30% випадків хвороб ЖКС залишаються невилікуваними. Способи лікування хвороб, що їх використовували опитані ЖКС, розкриваються в табл. 8.2.7. Як бачимо, за допомогою до професійних лікарів зверталися від 60% до 80% опитуваних, які намагалися лікувати названі захворювання. Отже, частина осіб, що захворіла на такі важкі інфекційні захворювання, як гонорея, гепатит, сифіліс, не отримали належного лікування. Подібна картина може бути відображенням ставлення значної частини ЖКС до офіційної медицини і позначатися на поширенні ЗПСШ в їхньому середовищі.

Таблиця 8.2.6

Розподіл відповідей „так" на запитання „Чи лікували Ви такі захворювання?" серед тих, хто хворів на відповідні захворювання, %

№	Захворювання	Відповіді		Кількість опитаних
		Так	Ні	
1.	Туберкульоз	79	21	29
2.	Гонорея	89	11	198
3.	Генітальний герпес	82	18	121
4.	Хламідіоз	88	12	177
5.	Гепатит	70	30	86
6.	Сифіліс	82	18	91

Таблиця 8.2.7

Розподіл відповідей „так" на запитання „Як саме Ви лікували своє захворювання?" серед тих, хто лікував відповідні захворювання, %

№	Захворювання	Самостійно	Використовувала поради друзів, знайомих	Звернулася до лікарів, жіночої консультації	Звернулася до лікарні/венди спансеру	Кількість опитаних
1.	Туберкульоз	10	5	24	61	21
2.	Гонорея	18	18	13	51	175
3.	Генітальний герпес	25	17	28	30	98
4.	Хламідіоз	18	14	37	31	155
5.	Гепатит	7	12	21	60	58
6.	Сифіліс	12	4	5	79	74

Одним із проявів стану здоров'я ЖКС, що досліджувався, була поширеність серед них симптомів хвороб, які можуть бути пов'язані з ВІЛ (табл. 8.2.8).

Таблиця 8.2.8

Розподіл відповідей „так" на запитання „Чи страждали Ви від таких симптомів протягом останніх трьох місяців?", %

№	Симптом	Відповідь „Так"
1.	Підвищення температури протягом одного місяця і більше	15
2.	Непояснена хронічна діарея протягом одного місяця і більше	3
3.	Кров'яний кашель	2
4.	Оперізуючий лишай	1
5.	Білі плями на язику	3
6.	Ураження язика	4

Як ми бачимо, більшість вказаних симптомів (крім підвищення температури, що є симптомом значної кількості захворювань і хворобливих станів) поширено серед відносно невеликої кількості ЖКС. Проте якщо вони дійсно є проявами ВІЛ у жінок, що продовжують надавати сексуальні послуги, то небезпека широкого поширення ВІЛ-інфекції є цілком реальною.

У ході опитування досліджувався зв'язок стану здоров'я ЖКС з дотриманням ними норм безпечного сексу та з їхнім уявленнями про ВІЛ і засоби захисту від нього.

Взаємозв'язок між використанням презерватива та захворюваністю на ЗПСШ розкрита в табл. 8.2.9.

Отримані дані показують, що зі збільшенням частки незахищених сексуальних контактів збільшується ризик інфікування венеричними захворюваннями. При частці незахищених контактів у 50% і більше несистематичне використання презерватива за умов частих контактів не дає суттєвого захисту (частка опитаних, що захворіли, використовуючи презерватив у 50% разів і рідше, залишається стабільною). Низький рівень заявленої захворюваності на ЗПСШ серед осіб, що взагалі не використовують презерватив, може бути пояснений чинниками, що в даному випадку не досліджувалися (легковажним ставленням до захворювання, демонстративністю відповідей тощо). Таким чином, підтверджено, що використання презервативів жінками, які надають сексуальні послуги, є досить надійним, хоча і не абсолютним засобом захисту від ЗПСШ.

Таблиця 8.2.9

Розподіл відповідей „так" на запитання „Чи були у Вас за останній рік такі захворювання?" залежно від частоти використання презерватива при вагінальному сексуальному контакті з клієнтом, %

№	Захворювання	Частота використання презервативів при сексуальних послугах				
		Завжди	>50% випадків	50% випадків	< 50% випадків	Ніколи
1.	Гонорея	9	17	19	28	7
2.	Генітальний герпес	6	12	12	8	2
3.	Хламідіоз	8	18	20	18	11
4.	Сифіліс	4	6	13	12	7

Залежність захворюваності на гепатит і туберкульоз від уживання наркотиків наведена в табл. 8.2.10. З даних, наведених у таблиці, можна зробити висновок про прямий зв'язок між уживанням наркотиків і захворюванням на туберкульоз і гепатит. Можна припустити, що поширення цих захворювань серед частки ЖКС пов'язане саме із вживанням ними наркотиків.

Таблиця 8.2.10

Розподіл відповідей „так" на запитання „Чи були у Вас за останній рік такі захворювання?" залежно від уживання наркотиків, %

№	Захворювання	Уживання наркотиків			Узагалі
		Так	Раніше вживав, а зараз ні	Ні	
1.	Туберкульоз	6	1	1	2
2.	Гепатит	14	7	3	6

За допомогою даного дослідження не можна робити однозначні висновки про прямий зв'язок між уявленнями про ВІЛ і засобами його запобігання та реальним станом здоров'я ЖКС. Вплив таких уявлень на здоров'я опосередковується поведінкою, яка, у свою чергу, залежить і від інших чинників (наявності відповідних умов, мотивації, зовнішнього тиску тощо). Проте дослідження дало змогу звернути увагу на такі тенденції:

- відносно високий рівень поширеності симптомів ВІЛ спостерігається в осіб, які вважають власний ризик ураження ВІЛ абсолютно реальним, але абсолютно не загрозливим;
- серед тих опитаних, хто має більш коректні уявлення про шляхи поширення ВІЛ, менше тих, у кого спостерігаються загрозливі симптоми;
- серед тих опитаних, хто перебільшує можливості поширення ВІЛ, менше тих, у кого спостерігаються загрозливі симптоми;
- відносно низький рівень загрозливих симптомів спостерігається у тих опитаних, хто після отримання інформації про ВІЛ став цікавитися літературою про ВІЛ/СНІД, перестав надавати певні види сексуальних послуг, почав використовувати презерватив.

8.3. Досвід звернення ЖКС до установ та організацій, які надають медичні послуги, та вартість цих послуг

Надання медичної допомоги жінкам, які надають сексуальні послуги за плату (ЖКС), — одна з найважливіших проблем, яка потребує постійної уваги та поглибленого вивчення. Отримана під час опитування інформація дозволяє оцінити наявні знання ЖКС щодо необхідності контролю та збереження здоров'я, дотримання профілактичних заходів щодо інфікування ВІЛ та захворювань, що передаються статевим шляхом (ЗПСШ), стан організації медичного забезпечення цільової групи, доступність та вартість медичних послуг. Вивчення досвіду звернення ЖКС за медичною допомогою також допомагає визначити рівень активності неурядових організацій у цьому напрямку. Респондентам пропонувалося відповісти на декілька запитань, спрямованих на визначення наявних проблем. Насамперед, важливо мати уявлення про те, до яких саме медичних закладів звертаються ЖКС з приводу отримання консультативних послуг, як часто та яка вартість цих послуг.

Як з'ясувалося, на запитання *«Чи звертались Ви до таких установ протягом останніх 3-х місяців за консультацією?»* більшість респондентів обрали варіант *«жіноча консультація»* (33%). Максимальна кількість відвідувань цих установ становить 12 разів за 3 місяці. Безкоштовні послуги отримали 45% респондентів, тоді як 22% сплатили офіційно за консультацію (середня вартість 23,0 грн.) та 23% платили неофіційно (середня вартість 40,9 грн.). Виявлена тенденція дає змогу використовувати частоту звернень ЖКС до жіночих консультацій із метою посилення в цих установах інформаційно-просвітньої роботи щодо профілактики інфікування ВІЛ, вірусних гепатитів та ЗПСШ.

На другому місці за частотою звернень перебувають амбулаторно-поліклінічні заклади — *«поліклініка, фельдшерсько-акушерський пункт або лікарняна амбулаторія/лікувально-профілактична установа»* (18%). Максимальна кількість відвідувань вказаних закладів становить 7 разів протягом вказаного періоду часу. Найчастіше консультативні послуги надавались безкоштовно (60%), офіційно платили 18% (середня вартість послуг складає 20,7 грн.); неофіційно платили 11% (середня вартість — 30,5 грн.). Майже аналогічна кількість респондентів (17%) мають досвід звернень до дермато-венерологічного диспансеру, де 45% отримали послуги безкоштовно, 23% заплатили офіційно (в середньому 42,2 грн.) та 17% — неофіційно (в середньому 56,5 грн. за консультацію).

Досить часто з приводу консультативної допомоги ЖКС звертаються до знайомих або «рекомендованих» медичних працівників (15%). Неформальні консультації найчастіше оплачувались неофіційно (36%), причому середня вартість послуг становить 56,7 грн. Лише 26% жінок були консультовані безкоштовно.

Якщо проаналізувати роботу неурядових організацій, то, за результатами опитування, 13% жінок звертались до НУО з приводу консультацій. Слід зазначити, що саме неурядові організації забезпечують ЖКС консультативними послугами безкоштовно. На це вказали 85% опитуваних. Офіційно заплатили лише 1% опитуваних (максимальна плата становить 20 грн.), неофіційно платили також 1% респондентів (середня вартість послуг становить 162,5 грн.). До консультативного пункту «Довіра» зверталися лише 7% осіб, причому відсоток безкоштовних також великий і становить 75%. Позитивним фактором є те, що саме до кабінетів довіри та неурядових організацій максимальна кількість звернень ЖКС сягає 40 разів за три місяці.

Враховуючи важливість запобігання передачі ВІЛ-інфекції статевим шляхом, має значення досвід звернення ЖКС, як групи підвищеного ризику інфікування, до центрів СНІДу. Як з'ясувалося, лише 11% жінок звертались протягом останніх 3-х місяців за консультацією до цих установ, хоча зазвичай отримують послуги безкоштовно (75%). Лише 7% заплатили офіційно (в середньому 13,2 грн. за консультацію) та 2% заплатили неофіційно (максимальна вартість консультації становила 50 грн., середня -18 грн.). Тобто виникає запитання, чи обізнані ЖКС із проблемами ВІЛ/СНІДу? Результати опитування свідчать про необхідність активізації профілактичної роботи з боку регіональних центрів СНІДу та посилення інформаційно-просвітньої діяльності сервісних організацій (у т.ч. неурядових) у цій цільовій групі. Консультування та тестування на ВІЛ жінок, які працюють у сфері комерційного сексу, є невід'ємною складовою профілактичних програм у галузі ВІЛ/СНІДу.

Щодо звернень ЖКС до психіатричних та наркологічних диспансерів, то, за даними опитування, лише 2% жінок зверталися за консультацією до вказаних установ. Безкоштовно отримали послуги 57%, офіційно платили 22% опитуваних та 6% неофіційно. Слід зауважити, що в психіатричних та наркологічних диспансерах навіть максимальна офіційна плата не перевищує 50 грн. за консультацію. Чому так важливо забезпечити ЖКС консультативною допомогою наркологічних диспансерів? Метою консультацій повинне стати інформування цільової групи про високий ризик інфікування при поєднанні двох загрозливих шляхів інфікування ВІЛ — статевого та ін'єкційного. У свою чергу, збільшення ризику інфікування жінками репродуктивного віку призводить до ризику народження ВІЛ-інфікованих дітей.

Якщо узагальнити отримані під час опитування дані, то, за частотою звернень ЖКС за консультативною допомогою, усі заклади можна поділити на три групи (табл. 8.3.1).

Таблиця 8.3.1

Розподіл закладів, що надають консультативну медичну допомогу, за частотою звернень ЖКС, згідно з відповідями респондентів на запитання „Чи звертались Ви до таких установ протягом останніх 3–х місяців за консультацією?", %

Частота звернень, %	Заклад
33–15 (найчастіше)	• жіноча консультація (33%) • поліклініка, фельдшерсько-акушерський пункт або лікарняна амбулаторія/лікувально-профілактична установа (18%) • дермато-венерологічний диспансер (17%) • знайомий або „рекомендований" медпрацівник (15%)
13–5 (досить часто)	• неурядові організації (13%) • Центр СНІДу (11%) • КП „Довіра" (7%) • швидка медична допомога (5%) • лікарня/комунальна лікарня (5%)
2–0,3 (рідко)	• приватна поліклініка (2%) • спеціалізована лікарня (2%) • туберкульозний диспансер (2%) • психіатричний та наркологічний диспансер (2%) • пологовий будинок (2%) • приватна лікарня (2%) • приватна лабораторія (1%) • приватна поліклініка (2%) • інше (1%) • інший диспансер (0,3%)

Якщо окремо виділити заклади, які надають безкоштовні консультативні послуги, то на першому місці перебувають неурядові організації (85%), центри СНІДу (78%) та кабінети довіри/КП «Довіра» (75%).

Таким чином, аналізуючи досвід звернення ЖКС до установ та організацій для отримання консультативних послуг, можна зробити висновок про доступність такого виду послуг цільовій групі, наявності вільного вибору закладу та варіанту оплати за надані послуги (офіційна, неофіційна та безкоштовна плата). Проте, за даними опитування, існує проблема недостатньої обізнаності цільової групи щодо необхідності консультуватися в спеціалізованих закладах із питань профілактики та обстеження на ВІЛ, ЗПСШ та наркоманію.

Наступний етап опитування висвітлює організацію стаціонарної медичної допомоги ЖКС. Із метою отримання даних респондентам було запропоновано відповісти на запитання *«Чи були Ви госпіталізовані до таких установ хоча б на одну ніч протягом останніх 6 місяців?»*. Якщо респондент відповідав «так», то в такому разі пропонувалося відповісти на два наступні запитання *«Скільки разів?»* та *«Скільки гривень Вам коштувала госпіталізація останнього разу?»*.

Під час опитування було встановлено, що більшість ЖКС (7%) потрапляють на стаціонарне лікування до лікарні (див. табл. 8.3.2). На другому місці за частотою госпіталізації — дермато-венерологічний диспансер (6% опитаних при максимальній кількості госпіталізацій протягом 6 місяців — 8 разів). Така ситуація, насамперед, пояснюється високим показником розповсюдженості серед ЖКС захворювань, що передаються статевим шляхом. До інших медичних закладів жінки потрапляли досить рідко.

Щодо плати за лікування. Згідно з відповідями респондентів, максимальна офіційна плата за медичні послуги становить 2000 грн. при госпіталізації до туберкульозного диспансеру та 1000 грн. — до лікарні. Максимальна неофіційна плата зареєстрована в лікарні і становить 1500 грн. Найчастіше, зі слів респондентів, доводилося платити неофіційно в пологових будинках або відділеннях (29%) та туберкульозному диспансері (25%). Причому в останньому випадку максимальна неофіційна плата сягнула 700 грн. Найбільш доступна безкоштовна стаціонарна допомога надається в центрах СНІДу (60%), психіатричних (наркологічних) диспансерах (47%) та дермато-венерологічних диспансерах (45%).

Таблиця 8.3.2

Розподіл відповідей респондентів на запитання „Чи були Ви госпіталізовані до таких установ хоча б на одну ніч протягом останніх 6 місяців?" (%), „Скільки разів?" та „Скільки гривень Вам коштувала госпіталізація ОСТАННЬОГО разу?"

№ п/п	Установа	„так" (%)	Кількість разів (min/max)	Офіційна плата (%)	Неофіційна плата (%)	Безкоштовно (%)
1.	Лікарня	7	1/5	38	11	37
2.	Спеціалізована лікарня	1	1/3	36	21	29
3.	Туберкульозний диспансер	1	1/3	23	23	23
4.	Дермато-венерологічний диспансер	6	1/8	25	13	45
5.	Психіатричний та наркологічний диспансер	1	1/4	12	–	47
7.	Центр СНІДу	1	1/3	10	–	60
8.	Пологовий будинок або відділення	2	1/2	36	29	16
9.	Приватна лікарня	1	1/1	67	–	25
10.	Інше	0,4	1/3	40	–	–

Таким чином, дані опитування свідчать про наявність проблеми доступності безкоштовної стаціонарної медичної допомоги ЖКС. Якщо взяти до уваги значення лікування даної групи населення для профілактики розповсюдження ЗПСШ, то виникає досить серйозна проблема. Фактично кожна друга жінка, хоча і небагато, але платила (офіційно та неофіційно) за своє лікування в дермато-венерологічному та наркологічному диспансерах. Це є негативним фактором, який дещо обмежує доступність профільної медичної допомоги ЖКС.

Щоб оцінити рівень поінформованості респондентів із питань діяльності в регіонах сервісних установ та організацій, під час анкетування було запропоновано відповісти на запитання *«Чи знаєте Ви, де розташовані у Вашому місті названі заклади?»* та *«Чи звертались Ви за останні 6 місяців до названих закладів?»*. Розглянемо більш детально результати опитування (див. табл. 8.3.3).

Таблиця 8.3.3

Розподіл відповідей респондентів на запитання „Чи знаєте Ви, де розташовані у Вашому місті названі заклади?" та „Чи звертались Ви за останні 6 місяців до названих закладів?" (серед усіх опитаних), %

	„Чи знаєте Ви, де розташовані у Вашому місті названі заклади?"			„Чи звертались Ви за останні 6 місяців до названих закладів?"		
Установа (організація)	Так	Ні	Важко відповісти	Так	Ні	Питання не ставилось
Наркологічні служби	53	44	3	12	88	10
Жіночі консультації	90	10	–	50	50	12
Соціальні служби для молоді	21	77	2	13	87	16
Служби планування сім'ї	15	83	2	10	90	27
Анонімні кабінети тестування на ВІЛ-інфекцію	47	52	1	37	63	13
Анонімні наркологічні кабінети	20	79	1	16	84	15
Анонімні кабінети тестування на захворювання, що передаються статевим шляхом	36	63	1	37	63	15
Анонімні кабінети лікування захворювань, що передаються статевим шляхом	34	65	1	23	77	15
Асоціація людей, що живуть з ВІЛ	9	90	1	16	84	20
Реабілітаційні центри для наркозалежних	14	84	2	16	84	11
Групи самопідтримки жінок комерційного сексу	11	87	2	44	56	51
Групи самопідтримки споживачів ін'єкційних наркотиків	8	90	2	23	77	18
Дружні клініки для молоді	2	96	2	15	85	62

За даними опитування, значна більшість ЖКС знають, де розташовані в їхньому регіоні жіночі заклади (90%), та досить часто звертаються до них (50%). Майже кожен другий респондент вказав, що знає, де розташовані наркологічні служби (53%) та анонімні кабінети тестування на ВІЛ-інфекцію (47%). Найгіршим є той факт, що лише 15% жінок знають, де розташовані служби планування сім'ї (15%) та анонімні кабінети тестування на захворювання, що передаються статевим шляхом (34%). Про розташування групи самопідтримки жінок комерційного сексу не знають 87% респондентів, а про дружні клініки для молоді практично ніхто з опитаних ЖКС не знає — 96%.

Така ситуація свідчить про низький рівень як поінформованості, так і профілактичної роботи соціальних служб та неурядових організацій у середовищі ЖКС.

Наступне питання ставилося до тих респондентів, хто знає, де розташовані у місті названі заклади.

Таблиця 8.3.4

Розподіл відповідей респондентів на запитання „Чи звертались Ви за останні 6 місяців до названих закладів?" (серед тих, хто знає, де розташовані у місті названі організації), %

Перелік закладів	так	ні	Кількість опитаних
Наркологічні служби	12	88	753
Жіночі консультації	50	50	1268
Соціальні служби для молоді	13	87	300
Служби планування сім'ї	10	90	215
Анонімні кабінети тестування на ВІЛ-інфекцію	37	63	657
Анонімні наркологічні кабінети	16	84	279
Анонімні кабінети тестування на захворювання, що передаються статевим шляхом	37	63	513
Анонімні кабінети лікування захворювань, що передаються статевим шляхом	23	77	474
Асоціація людей, що живуть з ВІЛ	16	84	121
Реабілітаційні центри для наркозалежних	16	84	204
Групи самопідтримки жінок комерційного сексу	44	56	158
Групи самопідтримки споживачів ін'єкційних наркотиків	23	77	106
Дружні клініки для молоді	15	85	26

Серед тих респондентів, хто знає, де розташовані названі в опитуванні заклади, більшість звертаються до жіночих консультацій (50%), груп самопідтримки жінок комерційного сексу (44%) та анонімних кабінетів тестування на ВІЛ (37%). Проте до анонімних кабінетів тестування та лікування захворювань, що передаються статевим шляхом, звертається лише третина опитаних.

Якщо порівняти кількість звернень до кабінетів анонімного тестування та лікування захворювань, що передаються статевим шляхом, то можна встановити (умовно) зв'язок між частотою звернень ЖКС з приводу тестування на ЗПСШ та частотою лікування. Якщо анонімно тестувались на ЗПСШ 190 осіб (37% з 513 осіб), а з приводу анонімного лікування ЗПСШ звернулись до відповідних закладів 109 жінок (23% з 474 осіб), то найвірогідніше, що 57% серед тих, хто пройшов тестування, мали ЗПСШ. Чому важливо аналізувати цей показник? Перш за все, анонімне лікування не завжди гарантує якісний та тривалий результат. По-друге, ми маємо ситуацію, коли відсутні гарантії якісного лікування та залишається високим ризик переходу захворювання в хронічну форму (носіння збудника) й, відповідно, ризик передачі ЗПСШ іншим особам. Контрастом виглядає відсоток ЖКС, які взагалі не звертаються з приводу тестування на ЗПСШ — 77% опитаних.

Наступний показник, який потребує уваги, — низька обізнаність ЖКС щодо тестування на ВІЛ-інфекцію. Навіть серед 657 респондентів, які знають, де саме розташовані анонімні кабінети тестування на ВІЛ-інфекцію, лише 37% звертались до них за останні 6 місяців. Це також є свідченням наявних проблем щодо профілактичної роботи серед ЖКС.

Узагальнення даних цього розділу свідчить про те, що в Україні на сьогодні не вирішене питання щодо охоплення ЖКС профілактичними програмами. Результати опитування свідчать про низький рівень активності громадських, неурядових і соціальних організацій та недостатню поінформованість респондентів щодо діяльності цих організацій у галузі профілактики ВІЛ-інфекції, ЗПСШ та наркоманії. Наслідком такої ситуації є проблема обізнаності ЖКС про шляхи профілактики, необхідність своєчасної діагностики ВІЛ, ЗПСШ тощо.

Таким чином, за відсутності ефективної профілактичної роботи в цільовій групі середовище ЖКС залишається загрозливим резервуаром накопичення та розповсюдження серед населення ВІЛ-інфекції, вірусних гепатитів, ЗПСШ тощо.

ВИСНОВКИ

1. Приблизно третина ЖКС, які брали участь у дослідженні, мали останнім часом проблеми зі здоров'ям. Стан загального здоров'я та рівень захворюваності на ЗПСШ та хвороби груп ризику ЖКС залежить від їхнього віку та стану матеріального добробуту. Найбільш вразливою групою є жінки віком від 25 років, що належать до малозабезпечених груп.
2. Поширення серед ЖКС різних захворювань, що передаються статевим шляхом, та хвороб груп ризику має свої особливості, проте всі вони пов'язані з недотриманням жінками норм безпечного сексу і здорового способу життя, зокрема із вживанням наркотиків.

До 4% опитаних ЖКС вказали на наявність у них симптомів, що можуть бути проявами ВІЛ.3.

4. Використання ЖКС презервативів при наданні сексуальних послуг суттєво знижує ризик зараження ЗПСШ, хоча і не дає абсолютної гарантії безпеки.
5. Аналіз поінформованості ЖКС щодо проблеми ВІЛ/СНІДу показав, що найбільш обізнаними є жінки територіальної групи № 1 (Одеська, Миколаївська, Дніпропетровська, Донецька області, АР Крим), найменш — жінки з територіальної групи № 2 (Черкаська, Херсонська області та місто Київ).
6. Відсоток правильних відповідей на твердження стосовно ВІЛ/СНІДу, що були запропоновані жінкам комерційного сексу, зростає з віком незалежно від належності до територіальних груп. Аналіз розподілу респондентів за віковими групами виявив, що серед жінок віком 25 років і старше обізнаність краща.
7. Відсоток правильних відповідей на твердження стосовно ВІЛ/СНІДу виявився вищим у жінок, які вживають ін'єкційні наркотики, ніж у жінок, які не вживають ін'єкційні наркотики, причому в кожній віковій групі. Високу обізнаність ЖКС-СІН можна пояснити ефективною діяльністю програм «зниження шкоди» серед ЖКС, які є ін'єкційними наркоманками. Жінки комерційного сексу, які не вживають наркотики ін'єкційним шляхом, залишаються не охопленими програмами «зниження шкоди» та є менш обізнаними щодо питань профілактики ВІЛ-інфекції.
8. Серед опитаних ЖКС 60% — споживачі ін'єкційних наркотиків.
9. Серед жінок-СІН найбільш поінформованими є респонденти першої та четвертої територіальних груп, серед жінок-не СІН — першої та третьої територіальних груп.
10. Обізнаність щодо зниження ризику інфікування ВІЛ шляхом правильного використання презервативів під час сексуальних контактів була достатньо високою в усіх територіальних групах — від 82% до 96% правильних відповідей.
11. ЖКС-не СІН, меншою мірою, ніж жінки-СІН, довіряють своєму партнерові, з яким мають постійні статеві стосунки.

12. Жінки-СІН порівняно з жінками-не СІН більше довіряють використанню презервативів, ніж іншим контрацептивним засобам, для уникнення інфікування ВІЛ-інфекцією.

13. Аналіз знання щодо деяких тверджень стосовно ВІЛ/СНІДу показав недостатню обізнаність ЖКС із окремих питань:

- кожна шоста жінка не знає, що протизаплідні таблетки не можуть бути ефективним захистом проти венеричних хвороб і ВІЛ-інфекції, й саме тому мають підвищений ризик інфікування ВІЛ;
- кожна п'ята ЖКС впевнена, що лікування не впливає на передачу вірусу від ВІЛ-інфікованої вагітної жінки до дитини;
- кожна шоста жінка впевнена, що ВІЛ-інфікована людина не може мати здоровий вигляд і вести повноцінне життя;
- 12% респондентів серед ЖКС погодилися з хибним твердженням, що ВІЛ може передаватися через спільне використання приміщення для помешкання.

14. Переважна кількість жінок комерційного сексу, котрі брали участь в опитуванні, правильно зазначили шляхи передачі ВІЛ-інфекції — від 60% до 97% правильних відповідей. Найменшу обізнаність із приводу шляхів передачі ВІЛ-інфекції виявили запитання стосовно передачі ВІЛ у побуті й через укуси комах.

15. Аналіз відповідей щодо обізнаності шляхів передачі ВІЛ-інфекції виявив, що:

- 15% ЖКС упевнені, що ВІЛ не передається при незахищених оральних контактах;
- кожна четверта жінка (26%) дала помилкову відповідь або не знала нічого стосовно можливої передачі ВІЛ при використанні спільного інструментарію та матеріалів для приготування наркотику, розчину наркотику;
- кожна п'ята жінка впевнена, що укуси комах можуть призвести до інфікування ВІЛ;
- 9% ЖКС упевнені, що вірус не можна передати під час годування груддю, майже кожна четверта жінка (19%) відповіла «не знаю» щодо цього шляху передачі ВІЛ.

16. Виявлена занижена оцінка власного інфікування ВІЛ, тобто низька обізнаність щодо шляхів передачі ВІЛ-інфекції та профілактики ВІЛ/СНІДу. Реальну перспективу бути ВІЛ-інфікованою вважають тільки 41% ЖКС. Приблизно третина жінок оцінюють ризик власного інфікування ВІЛ «п'ятдесят на п'ятдесят», п'ята частина респонденток визначають малоймовірну можливість бути ВІЛ-інфікованими (21%).

17. Найбільша активність у зміні сексуальної поведінки виявлена стосовно змін сексуальних стосунків ЖКС та її клієнтів — 63% ЖКС почали використовувати презервативи під час статевих стосунків. Найменша активність ЖКС стосується зниження ризику інфікування ВІЛ під час ін'єкційного вживання наркотиків.

18. Майже кожна третя жінка зробила тестування на наявність ВІЛ-інфекції (32%) і почала більше цікавитися літературою про ВІЛ/СНІД (27%).

19. 15% респонденток серед усіх ЖКС нічого не робили для того, щоб уникнути інфікування ВІЛ.

20. Виявлений низький рівень толерантності щодо ЛЖВС серед опитаних ЖКС:

- 84% ЖКС відмовилися або утрималися їсти разом з одного посуду з ВІЛ-інфікованими, тобто бояться інфікуватися ВІЛ через їжу;-
- майже кожна шоста жінка (15%) відмовилася від піклування та нагляду за ВІЛ-інфікованим членом сім'ї;
- тільки третина жінок (34%) погодилася з перебуванням ВІЛ-інфікованої вчительки у шкільному колективі, 46% — з продовженням відвідування шкільних занять ВІЛ-інфікованим учнем;
- майже 62% респондентів впевнені, що існує ризик інфікування ВІЛ через продукти, якщо продавець у продуктовому магазині ВІЛ-інфікований;
- 80% опитаних виявили бажання не розповідати про позитивний ВІЛ-статус членів своєї родини та тримати його в секреті.

21. Дослідження підтвердило вплив участі у профілактичних програмах на уявлення і поведінку жінок, які надають сексуальні послуги. Проте цей вплив не є значним і не призводить до формування у них цілком правильних уявлень щодо ВІЛ та послідовної безпечної поведінки при наданні сексуальних послуг. Так, лише близько 55% жінок, які брали участь у профілактичних програмах, прагнуть завжди використовувати презерватив, лише 23% не погоджуються надавати сексуальні послуги без презерватива.

22. З тих соціальних послуг, що реально надаються, найбільш ефективними з огляду на зміни уявлень та поведінки щодо ВІЛ виявилися консультації. Проте ці послуги менш поширені, ніж розповсюдження презервативів та інформаційних матеріалів (різні види консультацій отримують від 5% до 30% з тих, хто звернувся до громадських організацій, у той час, як презервативи та інформаційні матеріали отримують відповідно 91% та 79%). Також треба зазначити, що вузька спрямованість консультацій знижує їхні профілактичні можливості.

23. Результати дослідження дозволили зробити припущення про можливість профілактичного впливу на жінок, що надають сексуальні послуги, за допомогою неформального спілкування. Підтвердженням цього може бути висока частка опитаних, що мають адекватні уявлення про ВІЛ та яким властива відносно безпечна сексуальна поведінка, серед тих, хто знає про діяльність громадських організацій, проте безпосередньо не скористався їхніми послугами.

Розділ 9. Основні фактори, які впливають на рівень знань,формування ставлення та поведінкові практики ЖКС

Як свідчать різноманітні дослідження, ризикована поведінка стає реальністю і способом життя лише там, де знаходить відповідний «благодатний грунт» залежно від рівня освіти, виховання, соціального оточення. Невисока кваліфікація, переважно низький освітній та соціальний статус, прагнення легких заробітків, завищені домагання та претензії до рівня матеріального достатку, відверте небажання шукати інший, соціально схвалюваний шлях заробітків, зрештою відсутність певних моральних переконань, спонукають дівчат займатись проституцією, з одного боку, а з іншого, — підвищують їхню уразливість щодо ймовірних втрат здоров'я. Зайнятість у такій маргінальній сфері, як ринок сексуальних послуг, та стигматизація, якої зазнають його працівниці, посилює соціальну незахищеність, а отже, і вразливість жінок щодо ВІЛ/СНІДу.

Результати проведеного дослідження дозволили ідентифікувати такі основні чинники сексуальної поведінки ЖКС, що відзначається підвищеним ризиком ураження ВІЛ: рівень обізнаності щодо ВІЛ/СНІДу, суб'єктивна оцінка ризику ВІЛ-інфікування, індивідуальні соціально-демографічні характеристики (вік, освіта, соціальний статус, місце проживання), практика зловживання алкоголем та вживання ін'єкційних наркотиків, досвід ВІЛ-тестування та обізнаність із діяльністю громадських організацій, що працюють у сфері профілактики ВІЛ/СНІДу.

1. Рівень знань щодо ВІЛ/СНІДу. По-перше, існує група жінок із низьким рівнем обізнаності (13,9%), які переважно вважають небезпеку ураження ВІЛ для себе маловірогідною, а тому мало або майже нічого не роблять задля того, щоб уникнути інфікування. Високий ризик ураження ВІЛ в даному разі пов'язаний з тим, що такі жінки залишились поза інформацією, не охоплені превентивною діяльністю громадських організацій, не проходили ВІЛ-тестування. Як наслідок, вони мають дефіцит необхідних знань, а тому позбавлені можливості вибору у моделях своєї поведінки і змушені підкорятися єдино можливому варіанту, доступному для них. Це, переважно, наймолодші працівниці секс-бізнесу, з неповною середньою освітою та незадовільним матеріальним становищем, значною мірою мігрантки родом із сільської місцевості та малих міст.

По-друге, для групи жінок із високим (35,6%) та середнім (50,5%) рівнем знань, ситуація ускладнюється тим, що їхня ризикована сексуальна поведінка є не завжди результатом власного рішення, а мотивується бажанням клієнта, що нерідко супроводжується примусом і насильством з його боку. У даному разі підвищена сприйнятливість жінок до ВІЛ є не стільки результатом особистого вибору, скільки наслідком стереотипів їхньої поведінки у тих чи інших ситуаціях, зокрема вона залежить від навичок спілкування та вміння домовлятися з клієнтом.

2. Суб'єктивна оцінка ризику ВІЛ-інфікування. Серед жінок комерційного сексу досить поширеним є явище, коли висока самооцінка жінками своєї поінформованості з питань ВІЛ/СНІДу не підтверджується відповідною поведінкою, коли існує розрив між знаннями та реалізацією цих знань на практиці. Причина може полягати в тому, що високий рівень обізнаності не завжди виступає гарантією дотримання жінками практики безпечного сексу, хоча він є необхідною передумовою формування мотивації до безпечної поведінки. Таким містком, що формує готовність до зміни поведінки, є належний рівень усвідомлення ВІЛ-інфікування як особистої небезпеки. Існує тісний зв'язок між рівнем поінформованості щодо ВІЛ/СНІДу, сприйняттям ВІЛ-ризику та реальною поведінкою. Таким чином, знання формують адекватну їм поведінку не безпосередньо, а через процес усвідомлення ризику та необхідності дотримання безпечної моделі поведінки. Насправді у середовищі комерційного сексу найчастіше спостерігається дистанційованість жінок від особистої небезпеки ураження ВІЛ, тобто невідповідність між реальною підвищеною сприйнятливістю до ВІЛ та самоусвідомленням цього ризику. Як вже зазначалось, 86,1% ЖКС мають високий та середній рівень знань щодо ВІЛ/СНІДу, але лише 41% опитаних вважає небезпеку ВІЛ-інфікування для себе абсолютно та цілком реальною, 28% — частково можливою («п'ятдесят на п'ятдесят») і 26% — малоймовірною або нереальною.

3. Основні соціально-демографічні характеристики жінок

— *Вік.* Рівень знань жінок секс-бізнесу з питань ВІЛ/СНІДу, суб'єктивна оцінка ризику ВІЛ-інфікування та особливості сексуальної поведінки тісно пов'язані з віком опитаних. Чим старшими є жінки, тим загалом кращою є їхня обізнаність про шляхи передачі ВІЛ, тим вищим є усвідомлення особистої небезпеки ВІЛ-інфікування. Зокрема, 39% опитаних у віці 18 років і менше зазначили, що вважають для себе можливість ВІЛ-інфікування реальною, а серед жінок віком 30 років і старше цей показник досягає 44,3%. Водночас кожна третя із числа наймолодших працівниць комерційного сексу переконана, що така ймовірність є дуже низькою і їй не загрожує; серед жінок віком 30 років і старше — кожна четверта. Очевидно, життєвий досвід найстарших жінок секс-бізнесу не дозволяє їм не зважати на небезпеку ВІЛ/СНІДу. Це відбивається і на сексуальній поведінці: презерватив під час останнього сексуального контакту використовували 77% жінок віком 18 років і молодше та 81,3% жінок у віці 30 років і старше (рис. 9.1). При цьому зауважимо, що, незважаючи на кращу обізнаність та частіше використання презервативу під час надання секс-послуг, з віком посилюються інші чинники ризику: зловживання алкоголем, практика вживання ін'єкційних наркотиків, погіршення загального стану здоров'я, зростання захворюваності, в тому числі на ЗПСШ, що у підсумку істотно підвищує сприйнятливість жінок старшого віку до передачі ВІЛ. Окрім цього, найвищі показники готовності до надання незахищених секс-послуг без використання презерватива спостерігаються не лише серед наймолодших, але й найстарших працівниць секс-бізнесу. Якщо для

перших з них такі випадки до певної міри можна пояснити гіршою обізнаністю та низьким рівнем усвідомлення небезпеки ВІЛ, то для найстарших — конкуренцією і потребою в додаткових заробітках.

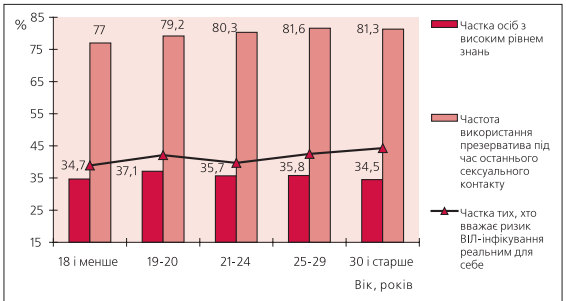


Рис. 9.1. Показники обізнаності щодо ВІЛ/СНІДу, суб'єктивної оцінки ВІЛ-інфікування та сексуальної поведінки ЖКС залежно від віку, %

— ***Освіта***. Рівень освіти ЖКС є важливим чинником, що впливає на обізнаність щодо ВІЛ/СНІДу та вибір певної моделі сексуальної поведінки. По-перше, жінки секс-бізнесу з найнижчим освітнім статусом найгірше обізнані щодо ВІЛ/СНІДу. По-друге, в міру підвищення освітнього рівня питома вага жінок, які дотримується думки, що вірогідність ВІЛ-інфікування для них є реальною перспективою, зменшується. Очевидно, краща поінформованість і дотримання правил захищеного сексу дозволяють жінкам із вищою освітою бути впевненішими стосовно своєї безпеки. По-третє, жінки з низьким освітнім статусом частіше практикують незахищені сексуальні контакти. Чинниками ризику сексуальної поведінки ЖКС є значна кількість клієнтів, ВІЛ-статус яких здебільшого невідомий. Згідно з результатами нашого дослідження, середнє число клієнтів у жінок із неповною та повною середньою освітою є помітно більшим, ніж у їхніх «колег» із вищою освітою. Окрім цього, жінки з низьким освітнім рівнем частіше «обслуговують» осіб із підвищеною ймовірністю ураження ВІЛ. Зокрема, надавали секс-послуги чоловікам, які є споживачами ін'єкційних наркотиків, 37,2% жінок із неповною середньою освітою, 47,2% жінок із повною середньою і лише 15,7% жінок, які здобули вищу освіту (рис. 9.2). Готовність жінок надавати сексуальні послуги без презерватива за додаткову оплату також виявляє обернену залежність від їхнього освітнього статусу.

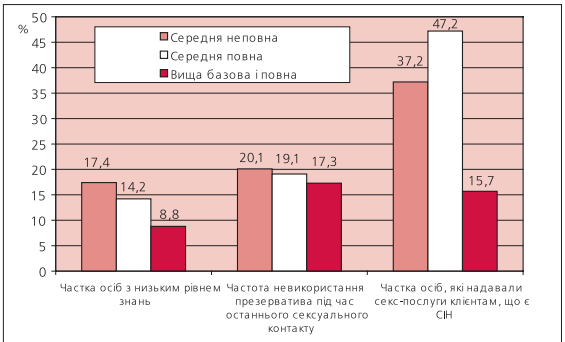


Рис. 9.2. Частка осіб із низьким рівнем знань щодо ВІЛ/СНІДу та показники ризикованої сексуальної поведінки ЖКС залежно від рівня освіти, %

— ***Соціальний статус (статус зайнятості та матеріальне становище).*** Як відомо, відсутність роботи, що, зазвичай, тісно пов'язане із низьким освітнім та професійно-кваліфікаційним рівнем, значною мірою спонукає жінок вдаватися до такого небезпечного способу діяльності, як проституція. Проведене опитування засвідчило, що безробітні жінки, для яких зайнятість у сфері комерційного сексу є єдиним джерелом доходів, відзначаються більш ризикованою поведінкою, ніж жінки, які мають іншу тимчасову або постійну роботу. Так, частота невикористання презерватива під час останнього сексуального контакту становила серед учениць та студенток — 21,8%, безробітних — 18,2%, а серед тих, хто має іншу постійну роботу — лише 13,5% (рис. 9.3).

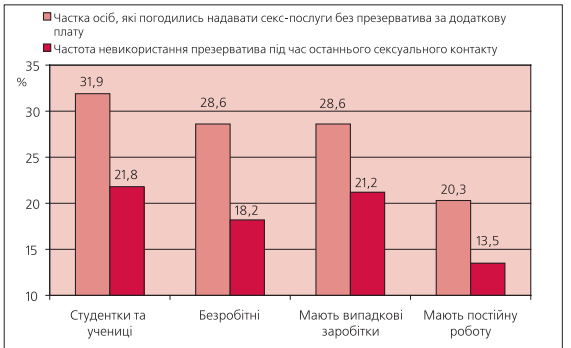


Рис. 9.3. Деякі показники ризикованої сексуальної поведінки ЖКС залежно від соціального статусу, %

Відсутність інших видів заробітку та незадовільне матеріальне становище є чинником, що може вкрай негативно позначатись на рішенні жінок щодо вибору безпечної сексуальної поведінки. Існує група жінок, які, незважаючи на достатню обізнаність із питань ВІЛ/СНІДу, свідомо нехтують усіма можливими ризиками і пересторогами задля грошей. У даному випадку така ризикована поведінка є наслідком усвідомленого вибору і свідчить про те, що сексуальна безпека і турбота про власне здоров'я не стали головним пріоритетом у системі цінностей жінок, де основне місце посідає матеріальна зацікавленість. За нашими даними, кожна п'ята із числа опитаних ЖКС погодилась на надання сексуальних послуг без презерватива за додаткову плату; при цьому відповідні показники досягали майже 32% серед учениць та студенток, 28,6% серед безробітних і 20,3% серед жінок, які мають іншу постійну роботу.

— ***Вік початку сексуальних стосунків***. При сексуальних контактах з інфікованим партнером жінки (особливо молоді) відзначаються вищою сприйнятливістю до ВІЛ, ніж чоловіки. Для дівчат, що почали вести сексуальне життя у юному віці, характерним є досить високий рівень ризику, оскільки рання сексу-

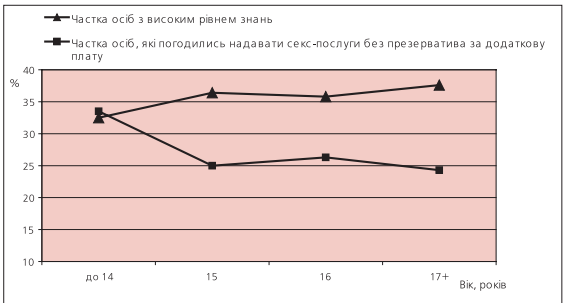


Рис. 9.4. Частка ЖКС з високим рівнем знань та питома вага тих, хто погодився надавати секс-послуги без презерватива за додаткову оплату, залежно від віку початку сексуальних стосунків, %

альна активність унаслідок підвищеної, біологічно зумовленої сприйнятливості до ВІЛ, з одного боку, та практики незахищеного сексу на тлі низького рівня поінформованості, з іншого, роблять їх особливо сприйнятливими до ВІЛ.

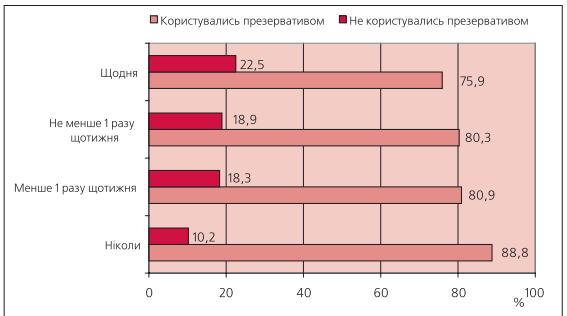


Рис. 9.5. Показники використання презерватива під час останнього сексуального контакту серед ЖКС залежно від частоти вживання алкоголю,

Згідно з отриманими результатами, чим молодшими були жінки на момент опитування і чим нижчим був їхній освітній статус, тим раніше вони набули сексуального досвіду. Водночас, в міру зниження початку сексуального життя серед ЖКС, рівень їхньої обізнаності щодо ВІЛ/СНІДу погіршується, а прояви ризикованої сексуальної поведінки, навпаки, посилюються. Ілюстрацією цього може слугувати рисунок 9.4, на якому простежується майже дзеркальне відображення частки осіб із високим рівнем знань і питомої ваги тих, хто дав згоду на додатково оплачувані незахищені секс-послуги, залежно від віку початку статевого життя. Зокрема, частка осіб із високим рівнем обізнаності становила 32,5% серед жінок, які набули першого сексуального досвіду у досить юному незрілому віці (до 14 років), і 37,6% серед тих, які стали сексуально активними у віці 17 років і старше; натомість питома вага жінок, які погодилися надавати секс-послуги без презерватива за додаткову плату, становила 33,5% та 24,3% відповідно.

— Зловживання алкоголем. Поруч із комерційним сексом, зазвичай, поширені зловживання алкоголем та споживання наркотиків. Для більшості жінок алкоголь є не лише незмінним атрибутом зустрічей із клієнтами, але й відіграє роль своєрідного допінгу та засобу адаптації, що полегшує «роботу», допомагає розслабитись і тимчасово забути про свої страхи та проблеми. Це підтверджує розподіл жінок секс-бізнесу за рівнем вживання алкоголю і кількістю клієнтів: чим більшим є число клієнтів, яких жінки обслуговують в середньому за добу, тим частішим є споживання алкоголю.

Варто підкреслити, що алкоголь, який стимулює сексуальну активність, водночас є загрозою для сексуальної безпеки. Зловживання алкоголем нерідко породжує ситуацію втрати контролю над поведінкою, а тому підвищує ймовірність незахищеного сексу. Так, не використовували презерватив під час останнього сексуального контакту 22,5% жінок, які щодня вживають спиртні напої, і лише 10,2% тих, які ніколи не вживають алкоголь (рис. 9.5).

— Споживання ін'єкційних наркотиків. Традиційно вважається, що потенційна загроза передачі ВІЛ зростає, якщо жінки секс-бізнесу є споживачами ін'єкційних наркотиків. Це пов'язано з тим, що вживання наркотичних препаратів (як і зловживання алкоголем) може негативно впливати на здатність молодої жінки зробити правильний вибір на користь безпечних форм сексуальної поведінки та практики вживання наркотиків. Тривале і регулярне вживання психоактивних речовин формує стан наркотичної залежності, що, у свою чергу, стимулює інтенсивне споживання наркотику, гальмує здатність контролювати поведінку і, таким чином, підвищує ризик ВІЛ-інфікування.

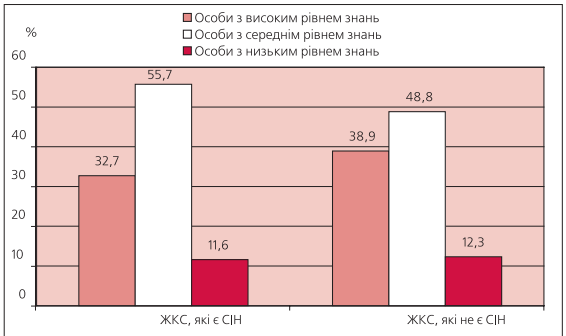


Рис. 9.6. Рівень обізнаності щодо ВІЛ/СНІДу серед ЖКС, які вживають і не вживають ін'єкційні наркотики, %

Результати проведеного нами дослідження щодо рівня поінформованості та поведінкових практик у середовищі ЖКС, які є СІН, виявились досить несподіваними. По-перше, жінки, які споживають ін'єкційні наркотики, є досить добре обізнані з основними шляхами передачі ВІЛ і методами запобігання інфікуванню. Зокрема, частка осіб із високим та середнім рівнем знань становить 88,4% серед жінок, які споживають наркотики, і 87,7% у жінок, які не є СІН; питома вага осіб із низьким рівнем знань — 11,6 та 12,3% відповідно (рис. 9.6). По-друге, суб'єктивна оцінка ризику ВІЛ-інфікування серед наркозалежних ЖКС є вищою, ніж у жінок, які не є СІН. По-третє, рівень використання презервативів серед ЖКС, які споживають і не споживають ін'єкційні наркотики, не відрізняється і майже збігається (рис. 9.7).

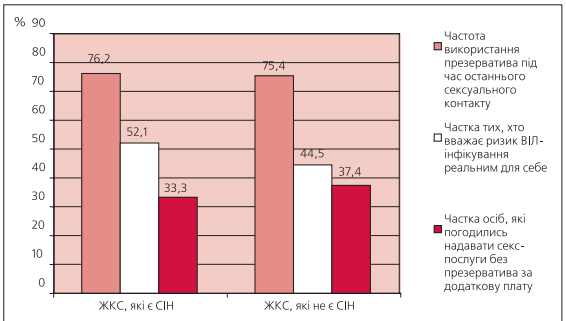


Рис. 9.7. Суб'єктивна оцінка ризику ВІЛ-інфікування та показники сексуальної поведінки серед ЖКС, які вживають і не вживають ін'єкційні наркотики, %

Отримані характеристики ЖКС, які є СІН, очевидно, пояснюються їхньою широкою залученістю до різного роду освітньо-просвітницьких програм щодо ВІЛ/СНІДу та активною діяльністю громадських організацій у середовищі наркозалежних, в тому числі, стосовно пропаганди безпечної сексуальної поведінки. Водночас є підстави вважати, що споживання наркотиків є важливим чинником ризику передачі ВІЛ, оскільки воно спонукає жінок вдаватися до небезпечних практик поведінки у пошуках додаткових коштів для купівлі наркотику.

— Місце проживання (регіон). Як показало проведене нами опитування, рівень поінформованості ЖКС та їхня сексуальна поведінка помітно відрізняється залежно від регіонального соціального середовища, в якому вони перебувають. Так, у регіонах із високим та помірно високим рівнями розповсюдження ВІЛ і активною превентивною діяльністю громадських організацій ми отримали найвищі показники обізнаності жінок та найбільшу частоту використання презервативів під час останнього сексуального контакту. Жінки комерційного сексу, які проживають у регіоні з відносно благополучною ситуацією та низьким рівнем поширення ВІЛ, частіше нехтують нормами безпечного сексу і охочіше погоджуються надавати секс-послуги без презерватива за додаткову плату (рис. 9.8).

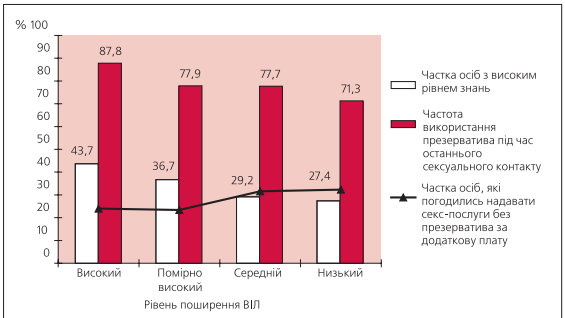


Рис. 9.8. Частка осіб з івисоким знань щодо ВІЛ/СНІДу та деякі показники сексуальної поведінки ЖКС у групах областей* із різним ступенем поширення ВІЛ–інфекції, %

* Групування областей за рівнем поширення ВІЛ: високий: Одеська, Миколаївська, Дніпропетровська, Донецька, АР Крим; помірно високий: Черкаська, Херсонська, м. Київ; середній: Полтавська, Харківська, Волинська; низький: Рівненська, Тернопільська, Сумська

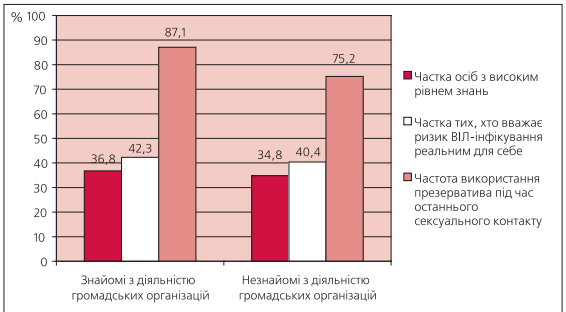


Рис. 9.9. Показники обізнаності щодо ВІЛ/СНІДу, суб'єктивної оцінки ВІЛ–інфікування та сексуальної поведінки серед ЖКС, які знайомі і незнайомі з діяльністю громадських організацій у сфері профілактики ВІЛ/СНІДу, %

— Ознайомленість із діяльністю громадських організацій у сфері профілактики ВІЛ/СНІДу. Знайомство з превентивною діяльністю громадських організацій та участь у профілактичних програмах дозволяє підвищити рівень обізнаності жінок секс-бізнесу щодо ВІЛ/СНІДу, а також знижує розповсюдженість ризикованих сексуальних практик, хоча цей вплив не є значним. Так, частка осіб із високим рівнем знань становить 36,8% і 34,8% серед ЖКС, які знайомі і незнайомі з діяльністю громадських організацій у сфері профілактики ВІЛ/СНІДу (рис. 9.9). Основна проблема при цьому полягає в тому, що більшість таких програм призводить до підвищення рівня поінформованості жінок, але не завжди викликає помітні зрушення у бік зменшення частоти надання незахищених сексуальних послуг. Зокрема, лише 23% жінок із числа тих, хто знайомий з діяльністю громадських організацій, не погодилися надавати сексуальні послуги без презерватива за будь-яких умов.

— Досвід ВІЛ-тестування. Жінки, які мають досвід добровільного тестування на ВІЛ, відзначаються менш ризикованою сексуальною поведінкою: вони частіше використовують презерватив і рідше погоджуються на надання незахищених секс-послуг. Жінки, які не проходили ВІЛ-тестування, мають менше мотивація для зміни своєї поведінки як через недостатню обізнаність, так й у зв'язку з нижчою суб'єктивною оцінкою ризику ВІЛ-інфікування (рис. 9.10).

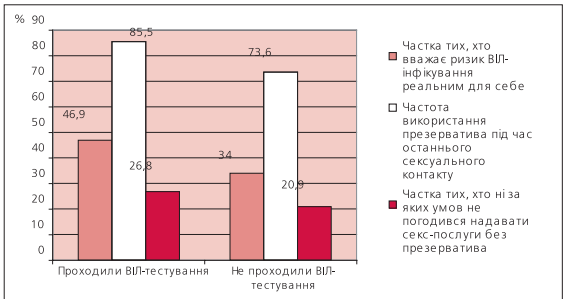


Рис. 9.10. Суб'єктивна оцінка ВІЛ–інфікування та окремі показники сексуальної поведінки серед ЖКС, які проходили і не проходили ВІЛ–тестування, %

Загалом, проведений нами аналіз дає підстави стверджувати, що поведінку жінок, зайнятих у сфері комерційного сексу, потрібно вивчати у нерозривному зв'язку як із їхніми індивідуальними характеристиками, так і регіональним суспільним середовищем, в якому вони перебувають; з наявністю певних соціальних ресурсів (вищої освіти, постійного місця роботи та джерела доходів, проживання у великих містах та регіонах із високою превентивною активністю громадських організацій, доступності ВІЛ-тестування).

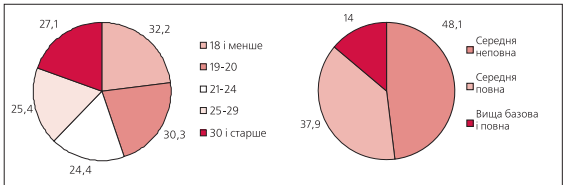


Рис. 9.11. Розподіл ЖКС, які нічого не роблять задля того, що уникнути ВІЛ–інфікування, за віком та рівнем освіти, %

Результати дослідження дають підставу висловити припущення про існування прихованого резервуару ВІЛ-інфекції, латентного потенціалу епідемії саме серед найнижчих соціальних прошарків жінок секс-бізнесу, які відзначаються низьким рівнем обізнаності, з одного боку, та більшим досвідом ризикованої поведінки, з іншого. Навіть за умов перебування в одних і тих же соціально-економічних обставинах високий освітній статус та достатній рівень обізнаності створюють певну перепону для поширення ризикованих практик та бездіяльності щодо запобігання передачі ВІЛ. Майже половину (48,1%) жінок, які нічого не роблять задля того, щоб уникнути ВІЛ-інфікування, становлять особи з неповною середньою освітою, 38% — мають повну середню освіту і лише 14% — ті, хто здобув вищу освіту (рис. 9. 11). Особливе занепокоєння

викликають наймолодші працівниці секс-бізнесу, оскільки недостатній рівень їхніх знань, невміння домовитися з клієнтом на тлі незадовільного матеріального становища створюють передумови для формування і засвоєння тієї моделі сексуальної поведінки, яка характеризується підвищеним ризиком для життя і здоров'я.

Профілактична діяльність серед жінок комерційного сексу має передбачати не лише підвищення їхньої обізнаності з питань ВІЛ/СНІДу. Проблема полягає в тому, що навіть ті, хто знає про ВІЛ, не завжди використовує ці знання на практиці; навіть ті, хто добре обізнаний щодо небезпеки ураження ВІЛ, дозволяють собі незахищений секс за додаткову плату. Скорочення цієї дистанції, зменшення розриву між знаннями та поведінкою може відбутися за рахунок підвищення усвідомлення власної небезпеки ВІЛ-інфікування.

Саме на формування навичок брати особисту відповідальність за своє здоров'я та готовності до зміни своєї поведінки мають бути спрямовані активні зусилля профілактичних програм серед жінок комерційного сексу.

РЕКОМЕНДАЦІЇ

на національному рівні:

1. Співробітництво всіх організацій, які підтримують програми профілактики ВІЛ-інфекції серед ЖКС, і координація їхньої діяльності.
2. Розробка та запровадження системи моніторингу та контролю за станом наркоспоживання серед ЖКС.
3. Обґрунтування ресурсів для впровадження профілактичних програм попередження інфікування ВІЛ серед ЖКС та клієнтів ЖКС.

Забезпечення гарантованого рівня надання кваліфікованої та багатоаспектної медико-соціальної допомоги з числа ЖКС з метою охорони та зміцнення їхнього репродуктивного здоров'я, профілактики ІПСШ, у тому числі ВІЛ-інфекції.4.

Більш активне залучення закладів освіти. Розробка та впровадження відповідних навчально-методичних матеріалів, серії тренінгів для вчителів, учнів, студентів щодо шляхів попередження інфікування ВІЛ у молодіжному середовищі, спрямованих на охорону репродуктивного здоров'я, планування та зміцнення сім'ї.5.

6. Запровадження навчальних тематичних модулів для підготовки фахівців різного профілю (медичних працівників, педагогів, управлінців, волонтерів та ін.), які можуть бути задіяні у профілактичних програмах серед ЖКС.
7. Створення системи соціального супроводу та соціальної допомоги ЖКС, у тому числі ВІЛ-інфікованим.
8. Розробка та впровадження адоптованих до різних вікових категорій програм психологічної підтримки ВІЛ-інфікованих ЖКС та сімей, які їх підтримують.
9. Більш активне залучення ЗМІ. Розробка інформаційно-освітньої концепції підготовки суспільства до тривалого співіснування з ВІЛ-інфікованими/хворими на СНІД. Проведення потужної інформаційно-пропагандистської кампанії з викорінення дискримінації та стигматизації ВІЛ-інфікованих людей. Посилення контролю держави за якістю соціальної реклами щодо ВІЛ/СНІД з метою подолання дискримінаційних проявів у ставленні до ВІЛ-інфікованих осіб.
10. Створення інформаційної бази даних про державні, міжнародні, громадські організації, які здійснюють активну роботу у сфері профілактики ВІЛ-інфекції серед ЖКС.
11. Продовження досліджень із зазначеної проблеми, вивчення каналів та методів впливу на поліпшення ситуації щодо інфікування ВІЛ серед ЖКС.

на регіональному рівні:

1. Оцінювати ефективність конкретних проектів, програм, заходів щодо профілактики ВІЛ-інфекції серед ЖКС, їхнього впливу на ситуацію щодо цієї проблеми за допомогою визначених критеріїв ефективності кожного окремого заходу чи проекту.
2. Більш активно залучати до такої роботи НУО, які вже працюють із цієї проблематики, особливо у регіонах із середнім та низьким рівнями поширеності ВІЛ-інфекції.
3. Організація за допомогою державних та громадських, у тому числі міжнародних організацій, спеціальних навчальних семінарів, тренінгів відповідно до сучасного рівня вимог щодо тематики комерційного сексу та ВІЛ-інфекції для різних цільових груп (представників НУО, ЗМІ, правоохоронних органів, соціальних працівників та ін.) з метою забезпечення їх інформацією та навчання роботи з ЖКС.
4. Сприяти створенню громадських та державних пунктів обміну шприців для ЖКС-СІН з метою залучення їх до програм зниження шкоди.
5. Формування за допомогою соціальної реклами громадської думки та вироблення адекватного ставлення до ВІЛ-інфікованої людини. Передусім необхідно:

- подавати адресну інформацію, тобто публікувати матеріали цільової тематики для батьків, жінок, молодих людей і т. п.;
- залучати до виступів у ЗМІ фахівців, які займаються даною проблемою, -медиків, соціологів, психологів, педагогів, юристів тощо;
- використовувати популярні міські та обласні газети для розширення просвітницької інформації, перш за все серед молоді.

на рівні окремих міст:

1. Проведення аналізу ситуації щодо секс-індустрії, в тому числі серед СІН, на рівні міста, та, за результатами, розробити конкретні плани дій як короткотермінові, так і стратегічні.
2. З метою підвищення рівня усвідомлення ЖКС важливості та необхідності переходу до більш безпечної сексуальної поведінки необхідно використовувати аутрич-роботу.
3. Залучення всіх органів місцевого самоврядування, установ, підприємств, що співпрацюють у сфері виконання програми забезпечення протидії епідемії ВІЛ-інфекції, до роботи з формування толерантного ставлення в суспільстві до ВІЛ-інфікованих і сімей, у яких вони живуть.
4. Інформування людей про те, що впровадження сучасних методів лікування, в тому числі профілактичне лікування для зниження ризику передачі ВІЛ від ВІЛ-інфікованої матері до дитини, створює сприятливі умови для продовження повноцінного життя.
5. Розширяти коло фахівців (соціальні працівники, волонтери з числа ЖКС, медики, психологи), які беруть участь у здійснюванні профілактичних програм серед ЖКС.

6. Більш активне проведення профілактичної роботи щодо первинної профілактики серед молоді. Виявлення серед них активних учасників — лідерів-волонтерів, здатних організувати та провести таку роботу.
7. Медичним установам та громадським організаціям необхідно проводити профілактичну роботу серед жінок, які надають сексуальні послуги, спрямовану на усвідомлення ними небезпеки різних захворювань, зокрема тих, що передаються статевим шляхом, на підвищення їхньої медичної компетентності та формування позитивного ставлення до можливостей медичної допомоги. Основними цільовими групами профілактики мають бути жінки молодшої вікової групи та жінки, що належать до незаможних груп. У процесі профілактичної роботи доцільно використовувати неформальні канали поширення профілактичної інформації, зокрема використовуючи модель «рівний — рівному».
8. Враховуючи те, що приблизно третина жінок комерційного сексу, знаючи про свої захворювання, не наважуються або не мають можливості звернутися за допомогою до офіційних медичних установ, громадським організаціям та соціальним службам (наприклад — ЦССМ) спільно з медичними установами необхідно організовувати діяльність діагностичних і консультативних центрів та «дружніх клінік», які б надавали відповідні послуги жінкам комерційного сексу на засадах анонімності, безкоштовно та в зручних для них умовах.
9. Для надання медичних послуг та проведення профілактичної роботи серед жінок комерційного сексу, які належать до найбільш дезадаптованих груп, громадським організаціям доцільно використовувати методи вуличної роботи, зокрема, консультування, поширення медикаментів, запобіжних засобів та інформаційних матеріалів безпосередньо в середовищі життєдіяльності таких жінок.
10. Враховуючи те, що ставлення до власного здоров'я залежить від загального самопочуття людини, громадським організаціям та соціальним службам необхідно забезпечити можливість для отримання жінками, що надають сексуальні послуги, психологічної допомоги та підтримки. Для цього доцільно використовувати методи психологічного консультування та групової роботи (групи взаємодопомоги), спеціалізовані служби «телефон довіри».
11. Громадським організаціям та соціальними службами (ЦССМ), що проводять профілактичну роботу серед жінок комерційного сексу, необхідно активно поширювати інформацію про свою діяльність і свої послуги, використовуючи як офіційні канали (публікація проблемних статей та створення теле- і радіопрограм, соціальна реклама в ЗМІ, поширення інформаційних матеріалів щодо своїх послуг у кабінетах анонімного обстеження та дружніх клініках тощо), так і неформальні (поширення інформації через волонтерів та представниць цільової групи, залучених до профілактичних програм).
12. При реалізації профілактичних програм бажано широко використовувати індивідуально спрямоване консультування. Надання таких послуг, як обмін шприців, роздача презервативів, поширення медикаментів, друкованої продукції профілактичного змісту, має супроводжуватися відповідними консультаціями, які б стосувалися не лише специфічних питань використання отриманих матеріалів, а й загальних питань запобігання інфікування, подолання особистісних проблем.
13. У рамках реалізації профілактичних програм та надання соціальних послуг жінкам комерційного сексу громадським організаціям доцільно підтримувати створення груп взаємодопомоги (самодопомоги). У роботі з такими групами необхідно використовувати тренінги, що дозволяють сформувати навички безпечної поведінки та подолання складних ситуацій.
14. Громадським організаціям та соціальним службам (ЦССМ) необхідно активно застосовувати модель «навчання на рівних», яка дозволяє залучити до профілактичної роботи широкі кола жінок, що надають сексуальні послуги, зокрема тих, хто не наважується відкрито звернутися за соціальними послугами.
15. При розробці профілактичних програм громадським організаціям та соціальним службам необхідно проводити дослідження чинників, що заважають дотриманню норм безпечної щодо ВІЛ поведінки конкретним цільовим групам цих програм, і відповідно спрямовувати профілактичну роботу.
16. Необхідно розробити стандартну методику оцінки ефективності профілактичних заходів, яку можна було б використовувати громадським організаціям та соціальним службам у своїй діяльності. На основі узагальнення даних, отриманих організаціями, можна буде робити висновки щодо реальної ефективності профілактичної роботи з жінками, які надають сексуальні послуги.
17. Продовжити вивчення актуальних потреб жінок комерційного сексу з метою проведення подальшої профілактики розповсюдження інфекційних захворювань, наркоманії та алкоголізму.
18. Сприяти створенню груп самодопомоги для жінок комерційного сексу з метою забезпечення своїх потреб щодо здоров'я та отримання інформації, набуття навичок самозахисту.

Регіональні особливості та цільові рекомендації

За офіційними даними Українського центру профілактики і боротьби зі СНІДом при МОЗ України, за період з 1987 по 2004 рр. (8 міс.) загальна кількість зареєстрованих ВІЛ-інфікованих громадян України становила 70283 особи. За цей період діагноз СНІД було встановлено 7918 українським громадянам, з них померли 4702. Серед ВІЛ-інфікованих 44099 осіб — споживачі ін'єкційних наркотиків. Поширення ВІЛ-інфекції по регіонах України нерівномірне. Найбільш ураженими є Донецька (14871), Дніпропетровська (12914), Одеська (10036), Миколаївська (4591), Луганська (2239), Харківська (2023), Запорізька (1832), Черкаська (1670), Полтавська (1326) області, АР Крим (4628), м. Київ (2718), м. Севастополь (958), тобто Східні та Південні регіони України.

У дослідженнях 2004 р., проведених у 14 областях України, всі області умовно було поділено на 4 територіальні групи (надалі — т/г) залежно від рівня поширеності інфекції.

Т/г № 1 — з високим рівнем поширеності ВІЛ (понад 200 на 100 тис. населення) — Одеська, Миколаївська, Дніпропетровська, Донецька області, АР Крим.

На території цієї групи з 1987 року, моменту реєстрації перших випадків ВІЛ-інфекції в Україні, розповсюдження ВІЛ-інфекції почалося швидкими темпами і до 2003 року тут було сконцентровано біля 70% офіційно зареєстрованих ВІЛ-позитивних осіб в Україні.

Т/г № 2 — з помірно високим рівнем поширеності ВІЛ (90-200 на 100 тис. населення) — Черкаська, Херсонська області та місто Київ.

З початку розповсюдження ВІЛ-інфекції в Україні епідемія характеризувалася поодинокими випадками реєстрації нових інфікованих на території цієї групи, але після 1995 року, коли почався масовий вибух інфікувань ВІЛ серед СІН, епідемія ВІЛ-інфекції набула стрімких темпів зростання, особливо серед ін'єкційних наркоманів.

Т/г № 3 — з середнім рівнем поширеності ВІЛ (40-90 на 100 тис. населення) — Полтавська, Харківська, Волинська області.

Розповсюдження ВІЛ-інфекції на території цих областей має тенденцію поступового зростання випадків інфікування на ВІЛ протягом всіх років розвитку епідемії, але рівень поширеності ВІЛ серед СІН набагато більший, ніж серед населення загалом.

Т/г № 4 — з низьким рівнем поширеності ВІЛ (нижче 40 на 100 тис. населення) — Сумська, Тернопільська, Рівненська області.

Ці області залишаються найменш ураженими епідемією, кількість ВІЛ-інфікованих жителів набагато менше, ніж у інших регіонах України. Епідемія мало поширена, з низьким темпом розповсюдження ВІЛ-інфекції, але основна питома вага ВІЛ-інфікованих осіб офіційно зареєстрована серед СІН.

Переважає парентеральний шлях передачі інфекції (під час введення внутрішньовенно наркотичної речовини, інфікованої ВІЛ). У деяких регіонах, зокрема Донецькій, Дніпропетровській, Одеській областях, АР Крим, збільшується кількість випадків передачі інфекції гетеросексуальним шляхом. Ця тенденція ще раз підтверджує необхідність звертати пильнішу увагу на гетеросексуальний шлях передачі ВІЛ-інфекції при розробці та реалізації програм втручання. І перш за все, це стосується жінок, які надають платні сексуальні послуги, і, як правило, мають велику кількість клієнтів, а також чоловіків, які користуються платними секс-послугами. Нагадаємо, що за результатами соціологічного опитування жінок комерційного сексу у 14 областях України, ці жінки мають, у середньому, 11 клієнтів на тиждень. Загалом же, ця кількість коливається від 1-4 до 26 і більше на тиждень.

Розподіл відповідей щодо середньої кількості клієнтів протягом останнього робочого тижня серед респонденток різних територіальних груп наведено в таблиці 1.

Таблиця 1

Середня кількість клієнтів протягом останнього робочого тижня у жінок, які надають інтимні послуги, залежно від територіальної групи, %

Показник	Україна в цілому	Територіальна група			
		1	2	3	4
Середня кількість клієнтів	12	14	11	16	7

З наведеної таблиці видно, що найбільша кількість клієнтів спостерігається в групі жінок комерційного сексу, які належать до третьої територіальної групи, і становить, у середньому, 16 чоловік на тиждень. Враховуючи, що статевий шлях передачі ВІЛ-інфекції є одним з провідних в Україні, можна прогнозувати, що в майбутньому можливе зростання захворюваності на ВІЛ серед населення областей із середнім рівнем поширеності ВІЛ.

За свідченням жінок, які надають секс-послуги, та медичних працівників, серед представниць комерційного сексу поширені хвороби, які передаються статевим шляхом. Ці захворювання, які серйозно загрожують здоров'ю людей, у багато разів підвищують ризик ВІЛ-інфікування. Ймовірність інфікування ВІЛ самому чи інфікувати сексуального партнера для людини з хворобами, що передаються статевим шляхом, у 5-10 разів вища. Цю закономірність можна простежити за розподілом відповідей респонденток на запитання *«Чи були у вас коли-небудь в житті венеричні захворювання?»*.

Таблиця 2

Розподіл ствердних відповідей респонденток на запитання „Чи були у вас коли–небудь в житті венеричні захворювання?" залежно від територіальної групи, %

Відповідь	Територіальна група			
	1	2	3	4
Так	42,6	39	48,3	33

З наведених даних видно, що на венеричні захворювання хворіли представниці комерційного сексу у всіх територіальних групах. При чому цей показник, у середньому, складає 40%, але все-таки найбільша кількість жінок, які мали хвороби, що передаються статевим шляхом, фіксується у групі з середнім рівнем поширеності ВІЛ, що в майбутньому може призвести до поширення ВІЛ-інфекції серед жінок комерційного сексу цієї територіальної групи, а надалі — і серед населення цього регіону. Щодо хвороб, що передаються статевим шляхом, на які в минулому хворіли жінки комерційного сексу, то вони мають певні особливості у кожній територіальній групі.

Ці особливості можна простежити за розподілом відповідей респонденток на запитання *«Чи були у вас за останній рік такі захворювання?»*.

Таблиця 3

Розподіл відповідей жінок комерційного сексу на запитання „Чи були у вас за останній час такі захворювання?" залежно від територіальної групи, %

Захворювання	Територіальна група			
	1	2	3	4
Гонорея	10,8	21,3	17	9,3
Генітальний герпес	9,8	12,3	4,3	7,3
Хламідіоз	16,2	11	11	9,7
Сифіліс	5,8	7,7	11	2

Так, жінки, які належать до першої територіальної групи, частіше хворіли на хламідіоз (16,2%). Серед опитаних другої територіальної групи надзвичайно висока кількість жінок, які хворіли на гонорею (21,3%) та генітальний герпес (12,3%). Тоді як серед жінок третьої територіальної групи виокремлюється велика кількість осіб, які перехворіли на сифіліс (11%). Лише в четвертій територіальній групі кількість жінок, які мали в минулому хвороби, що передаються статевим шляхом, менша, ніж в інших групах, майже у всіх випадках (хламідіоз, сифіліс, гонорея).

Серед жінок, які надають інтимні послуги, досить високий відсоток тих, хто вживав останнім часом наркотики ін'єкційним шляхом. Так, серед опитаних жінок першої та другої територіальної групи майже кожна четверта мала досвід вживання ін'єкційних наркотиків, тоді як серед жінок комерційного сексу з регіонів із низьким рівнем поширеності ВІЛ, подібний досвід мала кожна дев'ята. Але найбільш вражаючий показник вживання ін'єкційних наркотиків серед жінок комерційного сексу спостерігається в регіонах із середнім рівнем поширеності ВІЛ — 37%. Враховуючи те, що парентеральний шлях передачі інфекції є домінуючим в Україні, можна очікувати зростання поширеності ВІЛ серед жінок комерційного сексу, а у майбутньому- і серед усього населення цього регіону.

Що стосується частоти використання представницями комерційного сексу презервативів під час сексуального контакту з клієнтом, то розподіл відповідей виглядає таким чином:

Таблиця 4

Частота використання презервативів жінками комерційного сексу під час сексуального контакту з клієнтом за останній місяць залежно від територіальної групи, %

Використання презерватива	Територіальна група			
	1	2	3	4
Завжди/у переважній більшості випадків	64,2	49	47	43,3
Частіше, ніж у половині випадків	21,8	26,3	23	27,3
У половині випадків	6,6	13,3	9,7	9
Рідше, ніж у половині випадків	4,6	6,3	7,7	13
Ніколи/дуже рідко	1,4	2,7	4,7	6,7
Не знаю/не пам'ятаю	1,4	3	-	0,7

Дані опитування свідчать про значно вищий показник використання презервативів представницями комерційного сексу, які належать до першої територіальної групи (64,2%), тоді як в інших територіальних групах користуються презервативами завжди менше половини опитаних жінок. З іншого боку, найбільша кількість жінок, які не використовують презервативи ніколи, фіксується у регіонах із середнім або низьким рівнем поширеності ВІЛ. Це обумовлено недостатнім рівнем обізнаності з питань шляхів інфікування на ВІЛ. Підтвердженням цього є дані опитування щодо достатності знань про ВІЛ/СНІД, наведені в табл. 5.

Таблиця 5

Розподіл ствердних відповідей респонденток на запитання „Чи вважаєте ви свої знання про ВІЛ/СНІД достатніми?" залежно від територіальної групи, %

Відповідь	Територіальна група			
	1	2	3	4
Так	57,6	65	44,7	40,3

Дані опитування свідчать про досить високий рівень знань щодо ВІЛ/СНІД серед представниць комерційного сексу, які належать до першої та другої територіальної групи, відповідно 57,6% і 65%. Тоді як кількість жінок, які вважають свої знання щодо ВІЛ/СНІД достатніми, в третій та четвертій територіальних групах значно менша і складає відповідно 44,7% і 40,3%. Така ситуація може спричинити стрімке зростання захворюваності на ВІЛ у найближчому майбутньому в регіонах, які належать до третьої та четвертої територіальної групи.

Таким чином, враховуючи вищезазначене, необхідно:

1. Налагодити співробітництво всіх організацій, які підтримують програми профілактики ВІЛ-інфекції серед ЖКС, і координацію їхньої діяльності в регіонах.
2. Здійснювати розробку та запровадження системи моніторингу та контролю за станом наркоспоживання серед ЖКС у різних територіальних групах.
3. Надавати кваліфіковану та багатоаспектну медико-соціальну допомогу ЖКС з метою охорони та зміцнення їхнього репродуктивного здоров'я, профілактики ІПСШ, у тому числі ВІЛ-інфекції.
4. Запровадити проведення навчальних циклів серед фахівців різного профілю (медичних працівників, педагогів, волонтерів та ін.), які можуть бути задіяні в профілактичних програмах серед ЖКС.
5. Забезпечити створення системи соціального супроводу та соціальної допомоги ЖКС, у тому числі ВІЛ-інфікованим.
6. Сприяти більш активному залученню ЗМІ. Розробляти інформаційно-освітню концепції підготовки суспільства до тривалого співіснування з ВІЛ-інфікованими/хворими на СНІД. Здійснювати проведення потужної інформаційно-пропагандистської кампанії з викорінення дискримінації та стигматизації ВІЛ-інфікованих людей. Посилювати контроль держави за якістю соціальної реклами щодо ВІЛ/СНІДу з метою подолання дискримінаційних проявів у ставленні до ВІЛ-інфікованих осіб.
7. Створювати інформаційні бази даних про державні, міжнародні, громадські організації, які здійснюють активну роботу у сфері профілактики ВІЛ-інфекції серед ЖКС.
8. Продовжувати дослідження із зазначеної проблеми, вивчення каналів та методів впливу на поліпшення ситуації щодо інфікування ВІЛ серед ЖКС.
9. Збільшувати обсяг послуг із профілактики ІПСШ та підвищення доступності лікування наркозалежності для ЖКС.
10. Здійснювати оцінку ефективності конкретних проектів, програм, заходів щодо профілактики ВІЛ-інфекції серед ЖКС, їхнього впливу на ситуацію щодо цієї проблеми за допомогою визначених критеріїв ефективності кожного окремого заходу чи проекту.
11. Сприяти створенню громадських та державних пунктів обміну шприців для ЖКС-СІН із метою залучення їх до програм зниження шкоди.
12. Формувати за допомогою соціальної реклами громадську думку та виробляти адекватне ставлення до ВІЛ-інфікованої людини. Для цього, насамперед, необхідно:

- надавати адресну інформацію, тобто публікувати матеріали цільової тематики для батьків, жінок, молодих людей і т. п.
- Залучати до виступів у ЗМІ фахівців, які займаються цією проблемою, медиків, соціологів, психологів, педагогів, юристів тощо.
- Використовувати популярні міські та обласні газети для розширення просвітницької інформації, перш за все серед молоді.

13. Забезпечувати ЖКС доступ до ВІЛ-тестування та надання відповідних консультативних послуг при обстеженні.
14. Активізувати впровадження профілактичних програм у середовищі ЖКС із наданням повної та достовірної інформації про основні шляхи передачі ВІЛ і реальні методи щодо їх запобігання, передусім у сфері сексуальних стосунків.
15. Усвідомлювати, що профілактичні втручання у середовищі ЖКС повинні передбачати не лише поліпшення рівня знань стосовно шляхів передачі ВІЛ, але й навчання вмінню домовитися з клієнтом задля уникнення незахищеного сексу та формування навичок особистої відповідальності за свою поведінку і стан здоров'я.
16. Для надання медичних послуг та проведення профілактичної роботи серед жінок комерційного сексу, які належать до найбільш дезадаптованих груп, громадським організаціям доцільно використовувати методи вуличної роботи, зокрема консультування, поширення медикаментів, запобіжних засобів та інформаційних матеріалів безпосередньо в середовищі життєдіяльності таких жінок.
17. Враховуючи те, що ставлення до власного здоров'я залежить від загального самопочуття людини, громадським організаціям та соціальним службам необхідно забезпечити можливість для отримання жінками, що надають сексуальні послуги, психологічної допомоги та підтримки. Для цього доцільно використовувати методи психологічного консультування та групової роботи (групи взаємодопомоги), спеціалізовані служби «телефон довіри».
18. Розширяти коло фахівців (соціальні працівники, волонтери з числа ЖКС, медики, психологи), які беруть участь у проведенні профілактичних програм серед ЖКС.
19. Залучати всі органи місцевого самоврядування, установи, підприємства, що співпрацюють у сфері виконання програми забезпечення протидії епідемії ВІЛ-інфекції, до роботи з формування толерантного ставлення суспільства до ВІЛ-інфікованих і сімей, у яких вони живуть.
20. Забезпечувати інформування про те, що впровадження сучасних методів лікування, в тому числі профілактичне лікування для зниження ризику передачі ВІЛ від ВІЛ-інфікованої матері до дитини, створює сприятливі умови для продовження повноцінного життя.
21. Сприяти створенню груп самодопомоги для жінок комерційного сексу з метою забезпечення їхніх потреб щодо покращення здоров'я та отримання інформації, а також набуття навичок самозахисту.

Інші публікації серії

Моніторинг поведінки молоді як компонент епіднагляду другого покоління/ Балакірєва О.М., Галустян Ю.М., Дікова-Фаворська Д.М., Дмитрук Д.А., Сосідко Т.І., Мельниченко В.І., Яременко О.О. — Київ: МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні», 2005. — 44 с.

Моніторинг поведінки споживачів ін'єкційних наркотиків як компонент епіднагляду другого покоління / Артюх О.Р., Балакірєва О.М., Бочкова Л.В., Галич Ю.П., Галустян Ю.М., Дікова-Фаворська Д.М., Злобіна О.Г., Левчук Н.М., Лютий В.П., Марциновська В.А., Микитюк Т.П., Морозов В.Ф., Петровський О.М., Шамота Т.С., Яременко О.О. — Київ: МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні», 2005. — 68 с.

Моніторинг поведінки чоловіків, які мають секс з чоловіками, як компонент епіднагляду другого покоління /Л.Амджадін, К.Кащенкова, Т.Коноплицька, О.Лисенко, А.Марусов, Ю.Привалов, Ю.Саєнко, О.Трофименко. — Київ: МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні», 2005. — 60 с.

Моніторинг поведінки військовослужбовців як компонент епіднагляду за ВІЛ другого покоління/ Погоріла Н.Б., Сасько О.В., Пашкович В.Л. — Київ: МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні», 2005. — 28 с.

Політики та програми боротьби з ВІЛ/СНІД на робочих місцях/ Варбан М.Ю., Демченко І.Л. — Київ: МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні», 2005. — 28 с.

Оцінка рівня охоплення учнівської та студентської молоді профілактичними програмами/ Ганюков О., Березіна Н., Варбан М., Єресько О., Купчинська М., Купчинська К., Михайличенко М., Шенін О., Саріогло В., Ярмолюк Е. . — Київ: МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні», 2005. — 32 с.