Альянс
Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні

РЕЗЮМЕ АНАЛІТИЧНОГО ЗВІТУ

«МОНІТОРИНГ ПОВЕДІНКИ ТА ПОШИРЕННЯ ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ СЕРЕД ЖІНОК, ЯКІ НАДАЮТЬ СЕКСУАЛЬНІ ПОСЛУГИ ЗА ПЛАТУ, ЯК КОМПОНЕНТ ЕПІДНАГЛЯДУ ЗА ВІЛ ДРУГОГО ПОКОЛІННЯ»

(за результатами біоповедінкового дослідження 2013 року)

Київ 2014

Альянс
Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні

РЕЗЮМЕ
АНАЛІТИЧНОГО ЗВІТУ

«МОНІТОРИНГ ПОВЕДІНКИ ТА ПОШИРЕННЯ ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ СЕРЕД ЖІНОК, ЯКІ НАДАЮТЬ СЕКСУАЛЬНІ ПОСЛУГИ ЗА ПЛАТУ, ЯК КОМПОНЕНТ ЕПІДНАГЛЯДУ ЗА ВІЛ ДРУГОГО ПОКОЛІННЯ»

(за результатами інтегрованого біоповедінкового дослідження 2013 року)

Київ 2014

Авторський колектив: *О.М. Балакірєва, к. соціол. н., Т.В. Бондар, к. соціол. н., І.І. Локтєва, Я.О. Сазонова, Ю.В. Середа, к. соціол. н., М. Худик*

ЗМІСТ

Перелік скорочень 3

Методологія дослідження 4

Соціальний портрет 5

Сексуальна поведінка та використання презервативів 6

Практика вживання алкоголю та наркотичних речовин 8

Користування профілактичними програмами та засобами, які запобігають інфікуванню ВІЛ та гепатиту С 9

Рівень знань щодо ВІЛ 11

Звернення за послугами КіТ 12

Рівень інфікування ВІЛ та іншими соціально небезпечними хворобами 13

Чинники, що пов'язані з інфікуванням ВІЛ 16

Чинники, що пов'язані з інфікуванням вырусом гепатиту С 17

Обмеження дослідження 18

Рекомендації 19

ПЕРЕЛІК СКОРОЧЕНЬ

ВІЛ – вірус імунодефіциту людини

ГО – громадські організації

ЖКС – жінки комерційного сексу

КіТ (консультування і тестування) – медично-психологічне консультування певної особи з приводу ВІЛ-інфекції/СНІДу та пов'язане з консультуванням медичне тестування цієї особи на наявність антитіл до ВІЛ, що здійснюється на добровільній основі

СІН – споживачі ін'єкційних наркотиків

RDS (respondent-driven sample) – вибірка, що спрямовується респондентами

TLS (time-location sample) – вибірка за місцем та часом

KI (key informants) – рекрутинг через ключових інформаторів

МЕТОДОЛОГІЯ ДОСЛІДЖЕННЯ

Мета дослідження: вивчення поведінкових практик ЖКС щодо використання презервативів, тестування на ВІЛ, рівня знань про шляхи передачі ВІЛ-інфекції, вживання алкоголю та наркотичних речовин ін'єкційним та неін'єкційним шляхами, виявлення рівня поширеності ВІЛ-інфекції та гепатиту С серед ЖКС.

Дизайн дослідження: крос-секційне дослідження, що включає індивідуальні інтерв'ю за методикою віч-на-віч і тестування респондентів на ВІЛ та гепатит С швидкими тестами. Для рекрутингу респондентів до дослідження було застосовано три різні методології: RDS, TLS та KI.

Методика **RDS** передбачала відбір первинних респондентів за визначеними характеристиками та рекрутинг вторинних респондентів до дослідження самими ЖКС, що вже взяли участь у всіх його компонентах. Критерії включення первинних респондентів:

- досягли 14 років, але не старші 24 років;
- мали більше семи близьких подруг (знайомих) ЖКС, яких могли рекрутувати для участі в дослідженні;
- працювали на декількох точках, у різних районах міста (міграційні настрої);
- не брали участі в дослідженні протягом останніх 6-ти місяців;
- були представниками різних за типом точок;
- були клієнтами та не були клієнтами громадських організацій, що надають послуги ЖКС;
- не вживали ін'єкційні наркотики;
- мали ВІЛ-негативний статус (за свідченням самих ЖКС).

Методика **TLS** полягала у формуванні географічного переліку місць, де представниці цільової групи надають сексуальні послуги за винагороду або здійснюють пошук клієнтів. Місця/точки дослідження, які включалися до вибірки кожного міста, визначалися індивідуально – методом випадкових чисел, але з урахуванням типів місць/точок, кількості ЖКС, що працюють в цьому місці/на точці, наявності або відсутності профілактичних програм для ЖКС у цих місцях/точках.

Рекрутинг через ключових інформантів (KI) (представників громадських організацій чи окремих осіб, які володіли достовірною інформацією про місця скупчення та доступу до ЖКС, у тому числі і представники цільової групи) застосовувався у місцях, де було визначено недоцільність застосування ні методики RDS, ні методики TLS.

Методика	Кількість міст, де реалізовано*	Кількість респондентів
RDS	5 міст	751
KI	3 міста	350
TLS	21 місто	3705

** В окремих містах одна частка респондентів була відібрана за методикою RDS, а інша – за TLS.*

Вибірка: 4806 респондентів у 25 містах України.

Термін реалізації польового етапу дослідження: жовтень – грудень 2013 р.

Етичні засади дослідження. Протокол та інструментарій дослідження пройшли експертизу Комісії з професійної етики соціолога Соціологічної асоціації України. Епідеміологічний компонент пройшов експертизу Комітету з питань медичної етики Інституту епідеміології та інфекційних хвороб ім. Л.В. Громашевського АМН України.

Аналіз даних. Обробка даних здійснювалася за допомогою статистичних пакетів RDSAT (розрахунки для міст, де була застосована методика RDS) та SPSS 17 (національні розрахунки та розрахунки для міст, де були застосовані TLS та KI). Значущість усіх відмінностей у відсотках між різними групами перевірено за статистичним тестом хі-квадрат. Для визначення чинників інфікування ВІЛ та вірусом гепатиту С застосований метод регресійного аналізу (багаторівневі логістичні регресії).

СОЦІАЛЬНИЙ ПОРТРЕТ

- Середній вік ЖКС становить 28,5 років. Динаміка розподілу ЖКС за віком впродовж 2008–2013 рр. демонструє зменшення питомої ваги ЖКС серед представниць вікової групи 14–19 років (майже удвічі). У 2013 р. питома частка підлітків-ЖКС (14–19 років) – 6,4%.
- Найбільш поширеними точками, на яких ЖКС зазвичай знаходили своїх клієнтів, є вулиці, траси, автошляхи.
- За освітнім рівнем найбільш представленою є група з повною загальною середньою освітою (33%) чи професійно-технічною освітою (33%).
- Переважна більшість ЖКС не перебувають у шлюбі та не мають постійного сексуального партнера, з яким проживають (65,7%).
- 52% повідомили, що в їхньому оточенні є особи, яких вони утримують за рахунок свого заробітку в секс-бізнесі.
- Для 81% ЖКС секс за винагороду є основним джерелом доходу.

Табл. 1. Типологія точок, на яких ЖКС зазвичай знаходили своїх клієнтів за останній місяць, % (2013 р.)

	Вулиця, траса, автошляхи	Розважальні заклади	Готель/мотель	Сауна/масажний салон	Вокзали	Квартири/віртуальні точки	Через посередників	Інше
Україна в цілому	**41**	**15**	**4**	**4**	**3**	**13**	**19**	**1**
Біла Церква	43	16	0	0	0	6	32	3
Вінниця	60	28	1	5	4	1	3	0
Дніпропетровськ	11	6	0	0	0	8	61	13
Донецьк	26	15	6	1	0	35	16	2
Житомир	35	46	1	0	0	2	17	0
Запоріжжя	54	3	0	0	0	20	21	2
Івано-Франківськ	71	2	0	0	8	13	5	0
Київ	24	3	0	2		32	36	2
Кіровоград	12	16	6	4	0	28	29	5
Луганськ	58	14	0	0	0	16	11	1
Луцьк	41	1	11	5	0	1	41	1
Львів	52	14	22	1	0	11	1	0
Миколаїв	19	21	1	10	1	24	22	1
Одеса	35	13	10	23	10	0	10	0
Полтава	61	6	0	0	0	9	17	7
Рівне	19	63	0	0	1	13	4	0
Сімферополь	74	18	2	2	1	1	1	0
Севастополь	48	12	3	0	0	21	13	4
Суми	2	27	4	7	0	20	35	6
Тернопіль	35	28	4	13	5	1	9	5
Ужгород	16	35	1	1	18	0	28	1
Харків	59	8	0	1	0	22	10	0
Херсон	59	22	8	5	2	1	3	0
Хмельницький	38	1	6	2	25	8	3	1
Чернівці	72	16	1	1	6	4	0	0

СЕКСУАЛЬНА ПОВЕДІНКА ТА ВИКОРИСТАННЯ ПРЕЗЕРВАТИВІВ

Початок сексуального життя та комерційного сексу

- Середній вік сексуального дебюту – 16 років.
- ЖКС в середньому розпочинали надавати сексуальні послуги за винагороду в 22 роки. Порівняно з результатами попередніх досліджень середній вік початку надання секс-послуг за винагороду поступово збільшується.

Характеристики клієнтів ЖКС

- Найпоширенішими соціально-демографічними групами клієнтів, що користуються послугами ЖКС, є бізнесмени та далекобійники.
- Про наявність іноземців серед постійних клієнтів вказали 12,7% ЖКС, серед випадкових клієнтів – 31,7%.

21% ЖКС зазначили про наявність СІН серед їх клієнтів за останні 30 днів.

Табл. 2. Соціально-професійні особливості клієнтів ЖКС, % (2013 р.) (серед усіх опитаних респондентів, N=4806)

Соціально-професійні групи клієнтів	За віковими групами ЖКС (p<0,001)				
	до 19 років	20–24 роки	25–34 роки	35 років і старші	серед усіх
Бізнесмени	39	53	47	32	46
Далекобійники	11	13	20	28	19
Таксисти	8	4	6	8	6
Студенти	21	10	3	1	5
Інші працівники транспорту	3	3	4	7	4
Моряки	4	4	5	4	4
Військовослужбовці	2	2	3	5	3
«Бандити» (представники злочинної організації)	2	2	3	3	3
Працівники правоохоронних органів (міліція)	2	3	3	3	3
Сутенер	1	0	0	0	0
Представники інших професійних груп	6	6	7	10	7

Сексуальні контакти з клієнтами, постійними та випадковими партнерами

- Середня частота роботи ЖКС впродовж останнього тижня, який передував опитуванню, – 4 дні.
- Середня кількість клієнтів за останній місяць – 31 особа, а за останню робочу добу – 2 особи. 85% ЖКС мають постійних клієнтів (у середньому – 7 осіб за рік).
- 38% ЖКС мали постійних сексуальних партнерів за останні 30 днів.
- 15% ЖКС повідомили про наявність випадкових сексуальних партнерів за останні 30 днів.
- 20% ЖКС мали досвід групового сексу за останні 30 днів.

Досвід насильства

- 49% ЖКС повідомили, що зазнавали насильства під час надання секс-послуг.
- Найпоширенішою формою насильства було моральне приниження (66% серед тих, хто зазнавав насильства), надання секс-послуги безкоштовно (45%), фізичне знущання (42%).
- 71% ЖКС, які зазнавали насильства, не зверталися по допомогу.

23% ЖКС зазнавали насильства з боку працівників правоохоронних органів

86% ЖКС мали при собі презервативи під час опитування

СЕКСУАЛЬНА ПОВЕДІНКА ТА ВИКОРИСТАННЯ ПРЕЗЕРВАТИВІВ

Використання презервативів

- **97%** ЖКС зазначили про використання презерватива під час останнього сексуального контакту із клієнтом, а **85%** ЖКС вказали на те, що завжди використовували презерватив з клієнтами за останні 7 днів.
- Під час останнього сексуального контакту з постійним партнером **48%** ЖКС використовували презерватив, а з випадковим партнером – 89% ЖКС.
- 85% ЖКС, які практикували груповий секс за останні 30 днів, використовували новий презерватив з кожним новим сексуальним партнером.

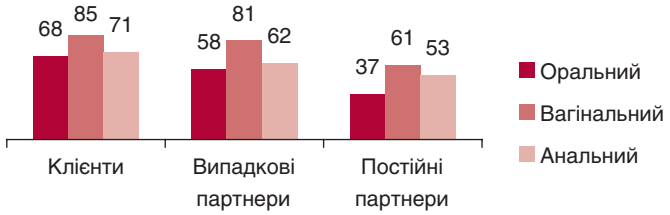


Рис. 1. Частки ЖКС, що завжди використовували презервативи за останні 30 днів в залежності від типу сексуального контакту та виду партнера, % (2013 р.)

Практика регулярного використання презерватива залежить від типу сексуального контакту. ЖКС рідше використовують презервативи під час орального і анального сексу у порівнянні з вагінальними сексуальними контактами.

Серед ЖКС доволі поширені випадки неправильного користування презервативом.
31% за останній місяць стикалися з ситуацією, коли презерватив рвався чи зісковзував під час сексу з клієнтом.

Табл. 3. Наявність випадків неправильного використання презервативів з сексуальними партнерами за останні 30 днів, % (2013 р.)

	Презервативи рвалися чи зісковзували	Презерватив надягався в процесі сексуального контакту	Секс продовжувався після зняття презервативів
З клієнтами	31	9	10
З постійними партнерами	18	13	21
З випадковими партнерами	11	13	15

Наявна тенденція до збільшення відсотка ЖКС, які повідомили про те, що не погодяться на невикористання презервативів з клієнтом ні за яких умов: у 2008/2009 рр. – частка таких ЖКС становила 47,2%, у 2013 р. – 63%).

Табл. 4. Питома вага ЖКС, які відповіли, що використовували презерватив під час останнього сексуального контакту з клієнтом, % (регіональний розріз, 2013 р.)

Місто	Використовували презерватив,%
Дніпропетровськ (N=300)	100
Миколаїв (N=300)	100
Одеса (N=400)	100
Рівне (N=100)	100
Харків (N=354)	100
Хмельницький (N=150)	100
Сімферополь (N=200)	99,5
Вінниця (N=150)	99,4
Львів (N=150)	99,4
Херсон (N=150)	99,3
Біла Церква (N=100)	99,0
Луганськ (N=150)	98,9
Чернівці (N=150)	98,7
Полтава (N=150)	98,
Донецьк (N=300)	98,1
Суми (N=150)	94,6
Київ (N=300)	94,5
Запоріжжя (N=252)	94,3
Тернопіль (N=100)	94,0
Івано-Франківськ (N=100)	93,0
Житомир (N=150)	92,9
Кіровоград (N=100)	91,0
Севастополь (N=300)	88,6
Ужгород (N=100)	85,7
Луцьк (N=150)	84,7

ПРАКТИКА ВЖИВАННЯ АЛКОГОЛЮ ТА НАРКОТИЧНИХ РЕЧОВИН

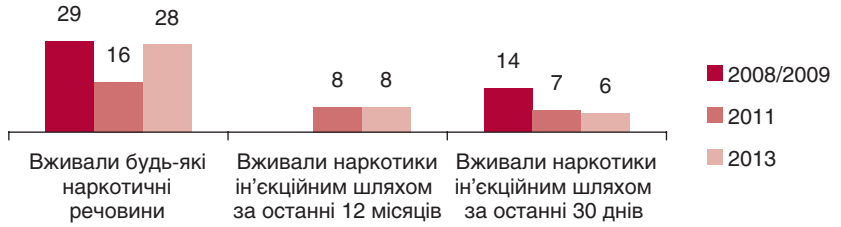
Вживання алкоголю

- 90% ЖКС зазначили, що вони мали досвід вживання алкогольних напоїв за останні 30 днів перед сексуальними контактами з клієнтом, а 12% зазначили, що мали таку практику постійно.

Вживання наркотичних речовин

- Третина ЖКС зазначили, що мають досвід вживання наркотичних речовин: 17% вживали раніше, а 11% зазначили, що вживають зараз.
- За останні 12 місяців 8% ЖКС вживали наркотичні речовини ін'єкційним шляхом. Серед тих, хто зазначив, що вживав наркотики ін'єкційним шляхом, найпопулярнішим наркотиком для ЖКС є екстракт опію (74%).

24% серед ЖКС-СІН вказали, що використовували спільний ін'єкційний інструментарій, або посуд для приготування чи розподілу наркотичної речовини, або не бачили, як шприц був наповнений.



** Інструментарій дослідження 2008/2009 рр. не містив запитання про вживання наркотичних речовин ін'єкційним шляхом за останні 12 місяців.*

Рис. 2. Практика вживання наркотичних речовин серед ЖКС, %

Табл. 5. Відсоток ЖКС, які вживали наркотики ін'єкційним шляхом за останні 30 днів, % (регіональний розріз, 2013 р.)

	2008/2009	2011	2013
Біла Церква	–	–	9,7
Вінниця	1,3	1,5	0,0
Дніпропетровськ	20,0	13,4	1,9
Донецьк	28,9	19,7	12,1
Житомир	15,3	2,2	0,6
Запоріжжя	27,9	3,8	19,8
Івано-Франківськ	2,7	1,2	0,8
Київ	29,4	9,8	4,2
Кіровоград	15,9	3,8	3,0
Луганськ	0,0	0	0,0
Луцьк	31,0	12,3	8,7
Львів	1,8	2,3	2,5
Миколаїв	9,0	2,6	0,6

	2008/2009	2011	2013
Одеса	8,6	2,7	1,7
Полтава	48,0	48,0	32,1
Рівне	4,1	2,2	1,9
Севастополь	–	–	9,6
Сімферополь	32,6	0,7	10,0
Суми	5,0	5,0	0,7
Тернопіль	0,0	0,0	6,0
Ужгород	5,0	1,2	1,9
Харків	1,7	0,4	0,2
Херсон	8,0	3,5	7,2
Хмельницький	13,9	1,9	4,0
Черкаси	0,0	3,1	0,0

КОРИСТУВАННЯ ПРОФІЛАКТИЧНИМИ ПРОГРАМАМИ ТА ЗАСОБАМИ, ЯКІ ЗАПОБІГАЮТЬ ІНФІКУВАННЮ ВІЛ ТА ГЕПАТИТУ С

- 61% є клієнтами громадських організацій. Відсоток клієнтів громадських організацій дещо збільшився у порівнянні з 2011 роком (52%).
- 70% ЖКС охоплені профілактичними програмами[1]. Є незначне покращення у порівнянні з 2011 роком.

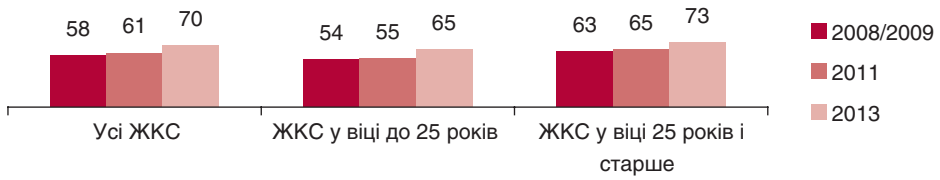


Рис. 3. Частка ЖКС, які охоплені профілактичними програмами, за роками опитування, %

- Не включеними у систему надання профілактичних послуг залишаються ЖКС, які не є клієнтками громадських організацій (отримували хоч якусь допомогу у 2011 році – 39% неклієнток, у 2013 році – 18%).

Табл. 6. Топ-10 послуг від громадських організацій, які отримали ЖКС за останній рік, % (2013 р.)

	Серед усіх ЖКС	Серед клієнтів ГО	Серед неклієнтів ГО
Отримували хоча б якусь допомогу	67	99	18
Отримування презервативів	64	97	14
Безкоштовне обстеження на ВІЛ/СНІД	52	82	6
Отримування предметів гігієни	50	78	7
Отримування інформаційних буклетів, брошур	48	76	6
Отримування дезінфекційних розчинів	44	70	4
Безкоштовне обстеження на гепатит С	41	65	4
Безкоштовне обстеження на венеричні захворювання	37	59	3
Консультації з питань ВІЛ/СНІД та ІПСШ	28	45	2
Консультації психолога	12	20	1
Консультації за принципом «рівний – рівному»	11	18	1

[1] Показник розрахований за системою Національних показників – «Відсоток ЖКС, які охоплені профілактичними послугами» (див. методичні рекомендації з проведення досліджень для моніторингу відповіді країни на епідемію ВІЛ-інфекції / [Балакірєва О.М., Варбан М.Ю., Довбах Г.В. та ін.]; МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні». – К., 2008. – 96 с.).

КОРИСТУВАННЯ ПРОФІЛАКТИЧНИМИ ПРОГРАМАМИ ТА ЗАСОБАМИ, ЯКІ ЗАПОБІГАЮТЬ ІНФІКУВАННЮ ВІЛ ТА ГЕПАТИТУ С

Табл. 7. Частка ЖКС, які охоплені профілактичними програмами, % (регіональний розріз, 2013 р.)

	Усі ЖКС	ЖКС у віці…		Громадські організації	
		до 25 років	старше 25 років	клієнти	неклієнти
Сімферополь	99	96	99	100	67
Вінниця	93	94	93	98	74
Луцьк	41	41	42	97	4
Дніпропетровськ	99	98	99	100	57
Донецьк	67	58	64	97	33
Житомир	25	11	34	100	2
Ужгород	22	14	46	91	5
Запоріжжя	20	16	22	98	3
Івано-Франківськ	11	9	11	100	7
Біла Церква	44	30	52	90	33
Київ	85	84	87	100	66
Кіровоград	13	14	11	–	13
Луганськ	96	97	95	100	63
Львів	92	86	95	97	36
Миколаїв	99	100	98	99	98
Одеса	96	94	98	99	84
Полтава	68	62	76	98	3
Рівне	60	41	81	100	22
Суми	37	26	49	94	8
Тернопіль	38	29	45	100	32
Харків	75	71	78	99	21
Херсон	65	58	70	91	44
Хмельницький	92	85	95	97	58
Чернівці	74	61	86	93	15
Севастополь	57	59	57	99	15

РІВЕНЬ ЗНАНЬ ЩОДО ВІЛ

54% ЖКС правильно визначають шляхи передачі ВІЛ.

- Питома вага ЖКС, які надали правильні відповіді щодо шляхів статевої передачі ВІЛ, зросла у порівнянні з 2008 роком (51%), але дещо знизилась у порівнянні з 2011 роком (56%).
- Ключовий чинник, що пов'язаний з більш високим рівнем знань щодо ВІЛ, – членство ЖКС у ГО. Серед ЖКС, які є клієнтами ГО, відсутні відмінності у рівні знань за віком, проте зберігаються відмінності серед ЖКС-СІН та не СІН: останні мають кращий рівень знань.

Табл. 8. Частка ЖКС, які правильно визначають шляхи запобігання статевій передачі ВІЛ-інфекції та знають, як вона не передається, % серед різних груп, по роках

	2011		2013	
	Серед…		Серед…	
	клієнтів	неклієнтів	клієнтів	неклієнтів
За віком				
До 25 років	58	45	55	46
Старше 25 років	67	47	58	53
p-value	*<0,01*	*0,366*	*0,123*	*<0,01*
Серед тих, хто вживав наркотики ін'єкційним шляхом за останні 12 місяців				
Вживали	72	34	50	50
Не вживали	63	47	58	50
p-value	*0,937*	*0,486*	*<0,05*	*0,987*

Табл. 9. Питома вага ЖКС, які правильно визначають шляхи передачі ВІЛ, % (регіональний розріз, 2013 р.)

Місто	2008/ 2009	2011	2013
Біла Церква	–*	–	51,9
Вінниця	66,6	51,7	62,8
Дніпропетровськ	34,7	22,6	74,4
Донецьк	51,5	52,2	69,2
Житомир	42,7	65,6	35,5
Запоріжжя	49,6	50,8	44,8
Івано-Франківськ	43,3	38,7	64,3
Київ	63,3	47,3	45,1
Кіровоград	71,9	74,6	75,0
Луганськ	10,4	54,7	43,5
Луцьк	47	52,9	88,7
Львів	14,7	71,1	24,2
Миколаїв	62	95	85,2
Одеса	24,4	31,3	44,9

Місто	2008/ 2009	2011	2013
Полтава	66,7	77,5	26,5
Рівне	58,8	55,1	51,9
Севастополь	–	–	47,
Сімферополь	28,2	73,9	46,4
Суми	84	73,3	50,7
Тернопіль	34,7	30,7	71,0
Ужгород	18	27,7	18,1
Харків	50,5	41,6	52,7
Херсон	53,0	41,8	56,2
Хмельницький	44,3	71,9	98,0
Черкаси	61,4	89,7	–
Чернівці	55,6	48,3	28,9
Чернігів	67,4	75,6	–

** Опитування у 2011 році у даних містах не проводилось*

ЗВЕРНЕННЯ ЗА ПОСЛУГАМИ КІТ

- 95% ЖКС знають, де можна пройти тест на ВІЛ та вважають тестування доступним для себе.

Серед підлітків-ЖКС (14–19 років) 56% знають, де можна пройти тест на ВІЛ, а **64%** вважають таке тестування доступним для себе.

- Протягом 2012–2013 рр. близько половини ЖКС пройшли тестування на ВІЛ за допомогою швидких тестів у громадських організаціях. Третина пройшли тестування на сифіліс, гепатит В та гепатит С, майже чверть – на гонорею та хламідії.

Табл. 10. Питома вага ЖКС, які проходили тестування на ВІЛ та інші захворювання, що передаються статевим шляхом, за допомогою швидких тестів у 2012–2013 рр., за віком, %

	ВІЛ		Сифіліс		Гонорея		Хламідії		Гепатит В		Гепатит С	
	2012	2013	2012	2013	2012	2013	2012	2013	2012	2013	2012	2013
Серед всіх	48	43	33	35	22	23	23	23	32	34	34	36
До 25 років	40	40	26	32	19	22	20	23	27	32	29	33
Старше 25 років	52	45	37	36	24	24	25	24	35	34	38	38

- ЖКС, що проходили тестування на наявність ВІЛ, зазначають, що з ними не завжди проводиться до- та післятестова консультація. Серед ЖКС, які коли-небудь робили такий тест, 74% повідомили, що вони проходили дотестове консультування, а 71% – що післятестове.

63% серед загалу опитаних ЖКС протягом останніх 12 місяців пройшли тестування на ВІЛ та одержали його результат (у 2011 році – 59%).

Табл. 11. Питома вага ЖКС, які протягом останніх 12 місяців пройшли тестування на ВІЛ та одержали його результат, % (регіональний розріз, 2013 р.)

	Серед усіх	Серед ЖКС у віці до 25 років	Серед ЖКС у віці 25 років та старше
Сімферополь	71	58	75
Вінниця	93	86	95
Луцьк	54	46	56
Дніпропетровськ	76	78	74
Донецьк	43	59	38
Житомир	18	16	20
Ужгород	21	19	29
Запоріжжя	36	31	38
Івано-Франківськ	62	58	63
Біла Церква	58	55	60
Київ	72	84	69
Кіровоград	33	19	48
Луганськ	90	93	88
Львів	79	78	79
Миколаїв	77	78	77
Одеса	74	67	80
Полтава	84	77	91
Рівне	65	46	80
Суми	29	20	38
Тернопіль	53	46	57
Харків	69	66	71
Херсон	73	59	81
Хмельницький	81	76	82
Чернівці	72	58	81
Севастополь	44	29	46

РІВЕНЬ ІНФІКУВАННЯ ВІЛ ТА ІНШИМИ СОЦІАЛЬНО НЕБЕЗПЕЧНИМИ ХВОРОБАМИ

- Впродовж останнього року ЖКС найчастіше повідомляли, що хворіли на кандидоз (24%). Діагноз хламідіозу впродовж останнього року отримали 7%. Стільки ж ЖКС хворіли на генітальний герпес та гепатит С. 5% ЖКС повідомили про трихомоніаз, а 2% – про гонорею та гепатит В. Близько 1% хворіли на сифіліс та туберкульоз.

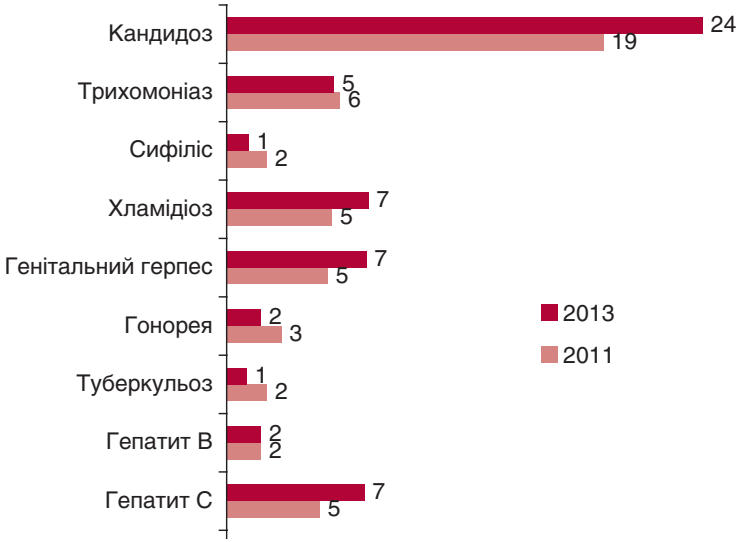


Рис. 4. Питома частка ЖКС, що хворіли на гепатит В і С, туберкульоз та ІПСШ за останній рік, динаміка впродовж 2011–2013 рр., % (за самодекларацією)

Табл. 12. Питома вага ЖКС, які хворіли або хворіють на гепатит В, гепатит С та туберкульоз за самодекларацією, % (регіональний розріз, 2013 р.)

	Туберкульоз	Гонорея	Генітальний герпес	Хламідіоз	Гепатит В	Гепатит С	Сифіліс	Трихомоніаз	Кандидоз
Біла Церква	2	0	0	2	4	10	1	0	2
Вінниця	2	0	6	3	0	5	2	1	17
Дніпропетровськ	0	1	2	4	1	2	0	4	38
Донецьк	2	1	5	4	1	17	1	2	30
Житомир	0	0	4	7	0	0	0	1	1
Запоріжжя	2	0	4	7	5	14	4	8	48
Івано-Франківськ	0	3	2	20	0	1	0	17	7
Кіровоград	0	3	2	0	0	2	1	1	7
Київ	0	7	19	24	2	5	6	8	46
Луганськ	0	0	1	2	0	9	0	0	16
Луцьк	1	1	4	6	1	10	0	7	22
Львів	1	1	1	1	1	4	0	2	5
Миколаїв	0	1	11	4	1	4	1	1	39
Одеса	0	5	11	2	3	3	0	2	1
Полтава	0	6	24	31	0	30	1	33	40
Рівне	0	0	0	7	7	22	1	0	3
Сімферополь	2	0	4	3	2	3	1	5	6
Севастополь	2	1	4	4	6	7	1	5	28
Суми	0	0	12	8	0	4	0	7	30
Тернопіль	4	6	8	14	4	11	0	3	16
Ужгород	2	0	2	6	0	1	2	4	9
Харків	0	2	12	6	0	1	0	6	26
Херсон	7	0	1	4	1	6	1	2	18
Хмельницький	1	0	0	0	1	3	0	0	0
Черкаси	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Чернівці	0	3	1	11	2	6	1	7	64
Чернігів	-	-	-	-	-	-	-	-	-

РІВЕНЬ ІНФІКУВАННЯ ВІЛ ТА ІНШИМИ СОЦІАЛЬНО НЕБЕЗПЕЧНИМИ ХВОРОБАМИ

За результатами зв'язаного дослідження[2], у 2013 р. поширеність ВІЛ-інфекції серед ЖКС становить **7,3%.**

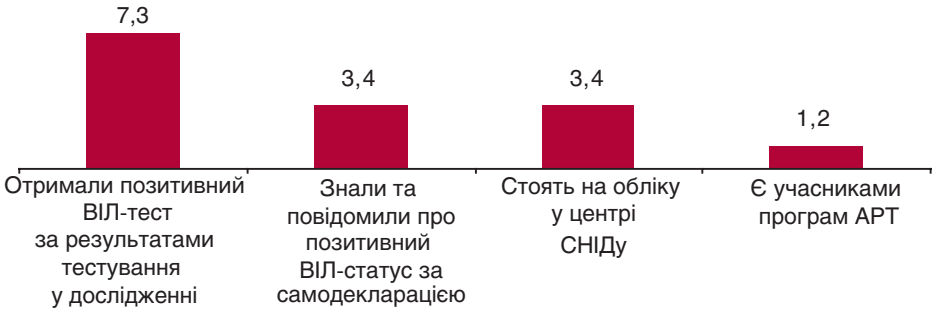


Рис. 5. Поширеність ВІЛ та охоплення центрами СНІДу серед загалу опитаних ЖКС, %

- 3% ЖКС за результатами попередніх тестувань мали негативний ВІЛ-статус, проте за тестуванням у рамках дослідження отримали позитивний результат. Цей відсоток частково відображає нові випадки інфікування, проте не дорівнює їм, оскільки не всі ЖКС проходили тестування до дослідження чи погодилися назвати результат тесту.

[2] Зв'язане дослідження – це поєднання опитування представників груп ризику з їх тестуванням, що дозволяє підтвердити статус, який декларується респондентом, отримати інформацію в разі незнання респондентом його статусу або відмови респондента називати результати попередніх тестувань та більш детально проаналізувати чинники інфікування.

Табл. 13. Поширеність ВІЛ-інфекції серед ЖКС за містами опитування, % (2008–2013 р.)

Міста	2008/2009	2011	2013
Біла Церква	-	-	9,7
Вінниця	10,7	1,5	8,0
Дніпропетровськ	14,0	9,6	6,7
Донецьк	39,0	42,7	10,5
Житомир	10,0	5,3	3,1
Запоріжжя	4,0	4,8	7,2
Івано-Франківськ	7,3	9,8	13,8
Київ	24,7	24,2	2,0
Кіровоград	17,0	13,7	6,0
Луганськ	0,0	0,0	0,0
Луцьк	13,0	5,2	4,7
Львів	9,0	5,7	2,5
Миколаїв	24,0	7,1	3,9
Одеса	16,5	13,5	10,3
Полтава	19,3	26,5	13,4
Рівне	8,6	4,8	0,9
Севастополь	-	-	4,2
Сімферополь	25,0	3,6	6,6
Суми	17,0	0,9	1,0
Тернопіль	5,3	2,0	4,0
Ужгород	0,0	0,0	0,0
Харків	0,0	0,0	1,2
Херсон	11,0	9,3	7,8
Хмельницький	18,1	18,7	8,7
Черкаси	17,9	14,4	-
Чернівці	0,0	2,0	0,0
Чернігів	0,0	1,0	-

РІВЕНЬ ІНФІКУВАННЯ ВІЛ ТА ІНШИМИ СОЦІАЛЬНО НЕБЕЗПЕЧНИМИ ХВОРОБАМИ

За результатами зв'язаного дослідження, у 2013 р. поширеність гепатиту С серед ЖКС становить **17,5%**.

- Найвищі показники поширеності гепатиту С спостерігаються серед ЖКС-СІН.

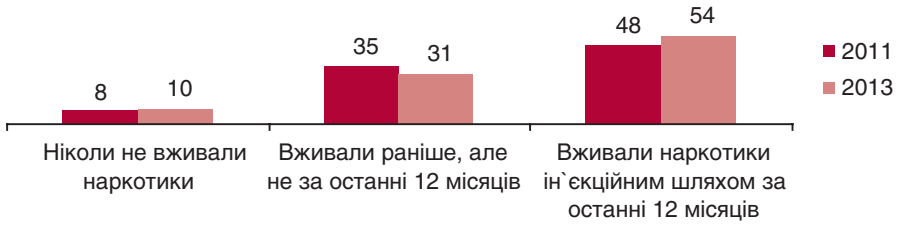


Рис. 6. Поширеність гепатиту С серед ЖКС залежно від практики вживання наркотиків, %

- 4% ЖКС інфіковані і на ВІЛ, і на гепатит С. Питома частка групи з коінфекцією ВІЛ та гепатитом С залишається стабільною впродовж 2011–2013 років.

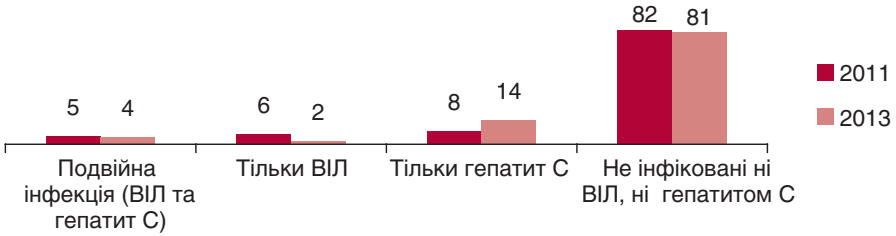


Рис. 7. Перетини груп ЖКС, інфікованих на ВІЛ та гепатит С серед загалу опитаних, динаміка впродовж 2011–2013 рр.%

Табл. 14. Поширеність гепатиту С серед ЖКС за містами опитування, % (2011–2013 р.)

	2011	2013
Біла Церква	–	29,8
Вінниця	1,5	16,0
Дніпропетровськ	16,8	17,4
Донецьк	32,4	26,9
Житомир	1,6	3,0
Запоріжжя	38,5	39,3
Івано-Франківськ	5,5	7,75
Київ	22,1	21,8
Кіровоград	24,4	8,0
Луганськ	7,0	10,7
Луцьк	12,3	18,7
Львів	7,8	10,8
Миколаїв	10,0	11,6
Одеса	13,2	18,9
Полтава	21,0	44,4
Рівне	5,1	32,7
Севастополь	–	10,8
Сімферополь	2,7	12,4
Суми	4,4	12,6
Тернопіль	3,3	14,0
Ужгород	10,7	10,5
Харків	3,8	4,41
Херсон	8,8	22,9
Хмельницький	13,3	6,0
Черкаси	17,8	–
Чернівці	2,8	22,0
Чернігів	0,6	–

ЧИННИКИ, ЩО ПОВ'ЯЗАНІ З ІНФІКУВАННЯМ ВІЛ

За результатами багаторівневого логістичного регресійного аналізу більш висока ймовірність позитивного результату тесту на ВІЛ пов'язана з більшим віком та стажем надання сексуальних послуг за винагороду, корінним статусом, непостійним використанням презервативів з постійними або випадковими партнерами, вживанням наркотиків ін'єкційним шляхом, пошуком клієнтів на вулицях, трасах чи автошляхах та наявністю випадків насильства серед ЖКС. Не виявлено статистично значущого зв'язку між наявністю «утриманців» та ВІЛ, якщо контролювати за соціально-демографічними характеристиками ЖКС та їх ризиковими практиками.

- Шанси ЖКС у віці 25 років та старше отримати позитивний результат тесту на ВІЛ у 3,4 раза вищі за шанси молодших ЖКС.
- Корінні ЖКС, ті, що народилися та працюють в одному й тому ж місті, мають вищу ймовірність ВІЛ-інфекції у порівнянні з приїжджими.
- Зв'язок між результатами тестування на ВІЛ та стажем надання сексуальних послуг за винагороду є нелінійним. У порівнянні з ЖКС з відносно нетривалим стажем роботи у секс-бізнесі (до 2-х років), шанси мати ВІЛ є фактично однаковими у групах жінок з 3–4-річним та 5–10-річним стажем. Разом з тим, серед ЖКС зі стажем від 11 років шанси отримати позитивний результат тесту на ВІЛ удвічі вищі за шанси ЖКС зі стажем до 2-х років.
- ЖКС, які використовували квартири, точки, працювали за викликом або через посередників, мали меншу ймовірність позитивного тесту на ВІЛ у порівнянні з «вуличними» ЖКС (тими, які шукали клієнтів на трасах та автошляхах).
- ЖКС, які практикували непостійне використання презерватива з постійними або випадковими партнерами за останні 30 днів, мали у 1,7 раза вищі шанси отримати позитивний результат тесту на ВІЛ у порівнянні з ЖКС, котрі завжди використовували презерватив з такими партнерами.
- ЖКС-СІН мають майже в 7 разів вищі шанси щодо ВІЛ у порівнянні з ЖКС, які не вживають наркотики ін'єкційно.
- Шанси ЖКС, які зазнавали насильства з боку клієнтів, у 1,4 раза вищі за шанси ЖКС, які не мали таких випадків.

Регіональні відмінності

- Ін'єкційне вживання наркотиків як чинник ризику є більш критичним у Житомирі, Ужгороді, Івано-Франківську, Луганську, Львові, Харкові, Хмельницькому та Севастополі, де співвідношення шансів для ЖКС-СІН і не-СІН перевищує десять.
- Наявність випадків неправильного використання презерватива з постійними або випадковими партнерами за останні 30 днів є чинником ризику щодо ВІЛ-інфікування в Луцьку, Івано-Франківську, Донецьку та Хмельницькому, в решті міст співвідношення шансів для цього чинника не було статистично значущим.
- У Дніпропетровську, Білій Церкві та Одесі ЖКС, які мали хоча б один випадок неправильного використання презерватива з клієнтами за останні 30 днів, демонстрували більші шанси мати ВІЛ-інфекцію, контролюючи за іншими чинниками. У решті міст такий зв'язок не спостерігався.

ЧИННИКИ, ЩО ПОВ'ЯЗАНІ З ІНФІКУВАННЯМ ВІРУСОМ ГЕПАТИТУ С

За результатами багаторівневого логістичного регресійного аналізу статистично значущими чинниками, що пов'язані з вищим ризиком щодо гепатиту С, є більший вік та стаж надання сексуальних послуг за винагороду, корінний статус, насильство з боку клієнтів, вживання наркотиків ін'єкційним шляхом та пошук клієнтів на вулицях, трасах чи автошляхах. Не виявлено статистично значущого зв'язку між наявністю «утриманців» та гепатитом С, а також практиками непостійного чи неправильного використання презерватива, якщо контролювати за соціально-демографічними характеристиками ЖКС та їх ризиковими практиками.

- Шанси 25-річних та старших ЖКС отримати позитивний результат тесту на гепатит С удвічі вищі за шанси молодших ЖКС.
- ЖКС, що народилися та працюють в одному й тому ж місті, демонструють майже вищі шанси щодо гепатиту С.
- Зв'язок між результатами тестування на гепатит С та стажем надання сексуальних послуг за винагороду не є лінійним. Статистично значущі відмінності зафіксовано між ЖКС з нетривалим стажем (до 2-х років) та ЖКС зі стажем від 11 років, шанси останніх отримати позитивний результат тесту на гепатит С у 2,2 раза вищі.
- ЖКС, які використовували будь-які точки, крім вулиці, мали меншу ймовірність отримати позитивний результат тесту на гепатит С, якщо порівнювати з ЖКС, які переважно шукали клієнтів на вулицях, трасах та автошляхах.
- Шанси щодо гепатиту С серед ЖКС, які зазнавали насильства з боку клієнтів, у 1,3 раза вищі за шанси ЖКС, які не мали таких випадків.
- ЖКС-СІН мають майже у 6,6 раза вищі шанси щодо позитивного тесту на гепатит С у порівнянні з ЖКС, які не вживають наркотики ін'єкційно.

Регіональні відмінності

- Ін'єкційне вживання наркотиків як чинник ризику щодо інфікування гепатитом С є більш критичним у Житомирі, Івано-Франківську, Кіровограді, Харкові, Хмельницькому та Чернівцях. У цих містах співвідношення шансів для ЖКС-СІН і не-СІН перевищує десять.

ОБМЕЖЕННЯ ДОСЛІДЖЕННЯ

- Крос-секційний дизайн дослідження дозволяє оцінити основні поведінкові показники серед ЖКС на конкретний період часу, але обмежує дослідників у виявленні факторів та причинно-наслідкового зв'язку. Всі дані щодо наявності ризикованої або безпечної щодо ВІЛ поведінки отримані шляхом самодекларації ЖКС під час опитування, що може зумовлювати отримання соціально очікуваних відповідей від респондентів. Зважаючи на це, дані щодо використання стерильного інструментарію та презерватива можуть бути дещо завищеними.
- Розмір реалізованих вибірок у містах опитування не є достатнім для впевненості в репрезентативності даних на регіональному рівні. Зважаючи на це, про репрезентативність отриманих результатів можна стверджувати лише щодо даних національного рівня. Регіональні дані не можна вважати репрезентативними, але вони можуть трактуватися як описові та такі, що характеризують моделі поведінки та інші показники для певної частки ЖКС в тому чи іншому місті опитування.
- Методика RDS передбачає аналіз даних тільки на регіональному рівні, тому аналіз даних у програмі SPSS з використанням екстрапольованих вагів із програми RDS AT є оптимальним способом аналізу для отримання національних показників, але має певні обмеження через суперечливість згідно з методикою RDS.
- У дослідженні було застосовано декілька методик збору даних (RDS, TLS та KI), що вносить певні обмеження при аналізі всього масиву даних на національному рівні та може впливати на результати дослідження. Тому оптимальним варіантом для аналізу даних є використання однакової методики в усіх регіонах дослідження, що не було можливим через наявність значних відмінностей у секс-бізнесі в різних містах згідно з результатами формативного дослідження. Як результат, при інтерпретації даних дослідження необхідно зважати на те, що можлива певна похибка.

РЕКОМЕНДАЦІЇ

- Необхідно на регіональному рівні поліпшувати систему доступу до ВІЛ-тестування та надання відповідних консультативних послуг при обстеженні.
- Важливо активно впроваджувати профілактичні програми в середовищі ЖКС із наданням повної та достовірної інформації про основні шляхи передачі ВІЛ і реальні методи щодо їх запобігання, передусім у сфері сексуальних стосунків.
- Необхідно посилити інформування ЖКС не лише щодо поліпшення рівня знань стосовно шляхів передачі ВІЛ, але й навчання щодо вміння домовитися з клієнтом задля уникнення незахищеного сексу та формування навичок особистої відповідальності за свою поведінку та здоров'я.
- У зв'язку з тим, що секс-бізнес в Україні набуває ознак віртуальності (тобто пошук клієнтів відбувається через Інтернет), використовуючи ресурси Інтернету, доцільно розробити спеціальні веб-сайти з можливістю інформування щодо програм з профілактики ВІЛ-інфекції серед ЖКС, особливо серед тих, котрі працюють на квартирах, у барах, саунах тощо, тобто є менш доступними для громадських організацій, ніж вуличні ЖКС.
- Доцільною була б розробка профілактичних програм для підлітків, які залучені до надання комерційних секс-послуг та які є найбільш уразливими до ВІЛ/ІПСШ.
- Слід поширювати досвід роботи за принципом «рівний – рівному» та здійснювати підготовку осіб, які ведуть освітню роботу, за цим принципом.
- Залишається необхідним налагодження співробітництва всіх організацій в регіоні, які залучені до надання та підтримки профілактичних програм, що стосуються ВІЛ-інфекції серед ЖКС, та здійснення постійного моніторингу їхньої діяльності.
- Важливо продовжувати проведення досліджень із зазначеної проблеми з використанням додаткових інструментів з вивчення каналів та методів впливу на поліпшення ситуації щодо інфікування ВІЛ серед ЖКС.