

АНАЛІТИЧНИЙ ЗВІТ ЗА РЕЗУЛЬТАТАМИ ОПИТУВАННЯ ЖКС у 2009 РОЦІ

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

Київ 2010

Автор тексту:
Грушецький А., м.н.с.,
Київський міжнародний інститут соціології



Дослідження здійснено за фінансової підтримки МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні» в рамках реалізації програми «Підтримка профілактики ВІЛ та СНІД, лікування та догляд для найуразливіших верств населення в Україні»

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 впливають 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”

вул. Димитрова, 5, корпус 10А, 03680, Київ, Україна
Тел.: (044) 490-54-85
Факс: 044) 490-54-89
E-mail: office@aid alliance.org.ua
<http://www.aidsalliance.org.ua>

ЗМІСТ:

ГЛОСАРІЙ	4
ВСТУП	5
МЕТОДОЛОГІЯ ДОСЛІДЖЕННЯ	7
1. Формування вибіркової сукупності дослідження	7
2. Особливості польового етапу	9
3. Основні гіпотези дослідження	10
4. Обмеження та помилки дослідження	11
5. Принципи аналізу даних	11
РОЗДІЛ I. СОЦІАЛЬНО-ДЕМОГРАФІЧНИЙ ПОРТРЕТ ЖКС	
1.1. Вікова, освітня та сімейна структури ЖКС	12
1.2. Соціальний статус ЖКС	13
1.3. Основні джерела доходів ЖКС та їхнє фінансове становище	15
1.4. Міграційні особливості ЖКС	19
1.5. Способи пошуку клієнтів	19
РОЗДІЛ II. ОСОБЛИВОСТІ СЕКСУАЛЬНОЇ ПОВЕДІНКИ ЖКС	
2.1. Сексуальний дебют та початок надання сексуальних послуг за плату	22
2.2. Стаж та частота надання сексуальних послуг за плату	23
2.3. Вікова та професійна структури клієнтів ЖКС	25
2.4. Кількість сексуальних партнерів за останній робочий тиждень і за останню добу	27
2.5. Практики використання презервативів	29
РОЗДІЛ III. ПРАКТИКА ВЖИВАННЯ НАРКОТИКІВ	
3.1. Вживання і поширеність різних видів наркотиків серед ЖКС	43
3.2. Вживання алкоголю, наркотичних і токсичних речовин перед сексуальним контактом (контактами) з клієнтами	47
РОЗДІЛ IV. РІВЕНЬ ЗНАТЬ ТА ОХОПЛЕННЯ ПРОГРАМАМИ ПРОФІЛАКТИКИ	
4.1. Рівень знань щодо ВІЛ	46
4.2. Рівень знань та практика використання презервативів і вживання наркотиків	49
4.3. Знання симптомів ІПСШ	50
4.4. Отримання презервативів. Залученість до програм профілактики. Отримання послуг від НУО	51
РОЗДІЛ V. ТЕСТУВАННЯ НА ВІЛ І ЗПСШ ТА ЛІКУВАННЯ ЗПСШ	
5.1. Поширеність ВІЛ та сифілісу серед ЖКС: національний і регіональний рівні	57
5.2. Досвід лікування інфекційних захворювань	59
5.3. Тестування на ВІЛ	60
РОЗДІЛ VI. ФАКТОРИ РИЗИКУ ІНФІКУВАННЯ ЖКС ВІЛ	
6.1. Модель логістичної регресії	63
ВИСНОВКИ ТА РЕКОМЕНДАЦІЇ	67
ДОДАТОК 1. Національні показники моніторингу та оцінки ефективності заходів, що забезпечують контроль за епідемією ВІЛ/СНІД серед ЖКС, на рівні міст	70

ГЛОСАРІЙ

ВІЛ – вірус імунодефіциту людини

ЗПСШ – захворювання, що передаються статевим шляхом

ЖКС (жінки комерційного сексу) – жінки, які протягом останніх 6 місяців мали сексуальних партнерів, від яких вони отримували винагороду. Критерії включення до опитування також містили наступні характеристики: вік (учасниці не повинні бути молодші за 14 років); проживання або робота в місті проведення опитування; надання інформованої згоди на участь в опитуванні.

НУО – неурядові організації

ІПСШ – інфекції, що передаються статевим шляхом

СІН – споживачі ін'єкційних наркотиків

СНІД – синдром набутого імунодефіциту

ЧСЧ – чоловіки, що мають секс із чоловіками

TLS (time-location sampling) – вибірка на основі місця та часу. Використовується для дослідження таких груп, які є важкодоступними для звичайних методів і які географічно сконцентровані в певних місцях. Ця методика не повністю охоплює географічно розпоршені групи. TLS – це вибірковий метод, відповідно до якого відбір учасників дослідження відбувається на спеціальних територіях («точках» або місцях збору цільової групи) в певні часові інтервали. TLS може стати випадковою імовірнісною вибіркою за умови точності побудови основи вибірки, яка має включати всі точки та розміри цільової групи, яка їх відвідує.

RDS (respondent-driven sampling) – вибірка, яка спрямовується респондентами. Цей метод побудови вибірки є різновидом вибірки методом «снігової кулі». Теоретичним підґрунтям RDS є теорія ланцюгів Маркова та теорія малих мереж. Такі теоретичні засади дозволяють визначити імовірність потрапляння до вибірки кожного респондента, що робить цю вибірку імовірнісною. RDS ґрунтується на припущенні, що самі члени цільової групи найкраще можуть визначити та заохотити (рекрутувати) інших членів групи до участі в дослідженні. RDS може досягати індивідів, недоступних в жодних місцях збору цільової групи (територіях, досліджуваних при застосуванні методу вибірки TLS). Але цей метод придатний тільки в тому випадку, якщо між членами досліджуваної цільової групи є зв'язки, якщо через одного представника цільової групи можна досягти й інших членів цієї цільової групи.

Епідемія ВІЛ/СНІДу в Україні є одним із найбільш небезпечних чинників, які негативно впливають на розвиток особистості та суспільства.

Найвищі рівні поширеності ВІЛ-інфекції спостерігаються в Одеській (414,2 випадків на 100 тисяч населення), Дніпропетровській (408,8), Донецькій (389,6), Миколаївській (374,4) областях, м. Севастополь (311,3) та АР Крим (238,7). У цих регіонах також зареєстровані найвищі рівні захворюваності на ВІЛ-інфекцію. Кількість офіційно зареєстрованих нових випадків ВІЛ-інфекції на кінець 2007 р. становила 14221 осіб, а на кінець 2008 р. – вже 15342¹.

В Україні епідемія ВІЛ/СНІДу сконцентрована в групах ризику: серед ЖКС, споживачів ін'єкційних наркотиків (СІН) і чоловіків, які мають секс із чоловіками (ЧСЧ). Разом з ними уразливими до ВІЛ/СНІДу стають також і групи-містки, зокрема клієнти ЖКС. За даними дослідження з оцінки чисельності уразливих до ВІЛ груп, проведеного у 2008–2009 рр., оціночна кількість ЖКС в Україні становить 65–93 тисячі.

Епіднадгляд другого покоління, що реалізується в Україні, є складовою Національної системи моніторингу та оцінки ефективності заходів, які забезпечують контроль за епідемією ВІЛ/СНІД.

В Україні поведінкові дослідження в групах з високим рівнем ризику інфікування ВІЛ (споживачі ін'єкційних наркотиків, жінки комерційного сексу, ув'язнені, чоловіки, що мають секс із чоловіками тощо) проводяться з 1996 року. У 2004 році групою експертів із соціальних досліджень розроблено Методичні рекомендації з моніторингу поведінки ЖКС та рекомендовано інструментарій такого дослідження. Розроблений інструментарій було вперше апробовано в 2004 році. У 2008 році дослідження поведінки ЖКС вперше проводилося у поєднанні з тестуванням крові респондентів на ВІЛ та сифіліс (зв'язане дослідження). Тестування крові респондентів проводилося за допомогою «швидких тестів» і ґрунтувалося на засадах анонімності та конфіденційності. У 2009 році дослідження також включало поведінковий та епідеміологічний компоненти.

Дослідження, проведене у 2009 році, охопило міста Вінниця, Донецьк, Житомир, Запоріжжя, Івано-Франківськ, Київ, Полтава, Рівне, Сімферополь, Тернопіль, Ужгород, Харків, Черкаси, Чернігів, Чернівці. У дослідженні були використані дві методики формування вибірки, яка б за своїми характеристиками наближалася до репрезентативної, – «вибірка, яка спрямовується респондентами» (RDS) та «вибірка на основі місця та часу» (TLS). Теоретичний обсяг вибірки дослідження у кожному місті становив 150 респонденток. Загальний обсяг реалізованої вибірки дослідження становить 2278 ЖКС.

Перед проведенням дослідження було розроблено Протокол опитування та узгоджено його з Робочою групою з моніторингу та оцінки. У Протоколі визначалися цілі та завдання дослідження, організаційні умови його проведення та умови дотримання анонімності та конфіденційності щодо особистих даних учасниць. Дослідження проводилось серед жінок у віці 14 років і старше, які на момент опитування працювали або проживали в містах, в яких проводилося опитування, і які надали інформовану згоду на участь. Інструментарій опитування був допрацьований з урахуванням сучасних завдань програм протидії епідемії ВІЛ/СНІД, рекомендацій щодо збору ключових показників та рекомендацій Робочої групи з моніторингу та оцінки. У той же час, в анкеті опитування було збережено відповідність інструментарію попередніх опитувань ЖКС за ключовими питаннями для відстеження тенденцій до змін. Поведінковий компонент Протоколу дослідження та інструментарію пройшов експертизу Комісії з професійної етики соціолога Соціологічної асоціації України. Епідеміологічний компонент пройшов експертизу в Комітеті з питань медичної етики Інституту епідеміології та інфекційних хвороб ім. Л.В. Громашевського АМН України.

¹ Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні. Статистика (<http://www.aidsalliance.kiev.ua/cgi-bin/index.cgi?url=/ua/library/statistics/index.htm>)

Державний інститут розвитку сім'ї та молоді здійснював зовнішній контроль за дотриманням методології дослідження.

Завданнями моніторингу поведінки є отримання інформації про потенційні фактори, які зумовлюють поширення ВІЛ у суспільстві, а також використання цієї інформації для інформаційно-освітньої діяльності, планування, моніторингу та оцінки ефективності профілактичних програм, програм лікування, догляду та підтримки серед цільових груп. Таким чином, завдання дослідження серед ЖКС включали:

- аналіз соціально-демографічних характеристик цільової групи;
- аналіз практик сексуальної поведінки та практик вживання наркотиків, що можуть бути пов'язані з ризиком інфікування ВІЛ;
- аналіз охопленості профілактичними програмами та рівень знань;
- аналіз поширеності тестувань на ВІЛ та ІПСШ, а також лікування ІПСШ;
- поширеність ВІЛ і сифілісу серед ЖКС;
- аналіз характеристик ЖКС, пов'язаних з ВІЛ-статусом;
- проведення розрахунків за Національними показниками моніторингу та оцінки ефективності заходів, які забезпечують контроль за епідемією ВІЛ/СНІД.

МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні» висловлює подяку членам Міжвідомчої робочої групи з питань моніторингу та оцінки ефективності виконання програмних заходів з протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу за допомогу в плануванні та підготовці до проведення даного дослідження, а також коментарі до даних, наведених у Звіті. Альянс також вдячний Мішиній І., виконавчому директору БО «Всеукраїнська Ліга «Легалайф» за допомогу у розробці інструментарію дослідження, Андреєвій Т.І, канд. мед. наук, доценту Школи охорони здоров'я Національного університету «Києво-Могилянська Академія» за надання експертних коментарів щодо аналізу даних дослідження. Надзвичайно важливим та цінним в проведенні дослідження та аналізі отриманих даних також є внесок незалежного консультанта з методології RDS, магістра гум. наук, магістра охорони здоров'я, доктора філософії, Лізи Дж. Джонсон.

МЕТОДОЛОГІЯ ДОСЛІДЖЕННЯ

1. Формування вибіркової сукупності дослідження

Вибірка дослідження 2009 року включала 15 міст, які представляли різні регіони України: Південь (Запоріжжя, Сімферополь), Схід (Донецьк, Харків), Центр (Київ, Чернігів, Черкаси, Житомир, Вінниця, Полтава), Захід (Рівне, Тернопіль, Івано-Франківськ, Ужгород, Чернівці).

Для дослідження важкодоступних груп населення, що не мають складених списків членів, використовуються різні методики, метою яких є наближення характеристик вибіркової сукупності до репрезентативних для цієї групи. У дослідженні 2009 року застосовувалися такі методики, як RDS та TLS. RDS – вибірка, яка спрямовується респондентами. Цей метод побудови вибірки є різновидом вибірки методом «снігової кулі». Теоретичним підґрунтям RDS є теорія ланцюгів Маркова та теорія малих мереж. Спираючись на такі теоретичні засади, можна визначати імовірність потрапляння до вибірки кожного респондента, що робить цю вибірку імовірнісною. RDS ґрунтується на припущенні, що самі члени цільової групи найкраще можуть визначити та заохотити (рекрутувати) інших членів групи до участі в дослідженні. RDS потенційно може досягати індивідів, недоступних в жодних місцях збору цільової групи (територіях, досліджуваних при застосуванні методу вибірки TLS). Але цей метод придатний тільки в тому випадку, якщо між членами досліджуваної цільової групи є зв'язки, тобто якщо через одного представника цільової групи можна досягти й інших членів цієї цільової групи. TLS – вибірка на основі місця та часу. Використовується для дослідження груп, які є важкодоступними для звичайних методів і які географічно сконцентровані в певних місцях. Ця методика недостатнім чином покриває географічно розпорошені групи. TLS – це вибіркового метод, відповідно до якого відбір учасників дослідження відбувається на спеціальних територіях («точках» або місцях збору цільової групи) в певні часові періоди. TLS може стати випадковою імовірнісною вибіркою за умови точності побудови основи вибірки, яка має включати всі точки та розміри цільової групи, яка їх відвідує.

У 2008 р. в рамках дослідження з моніторингу поведінки ЖКС в 10 містах використовувалася методика TLS, а в 6 – RDS. Результати дослідження продемонстрували, що за сучасних умов в Україні більш придатною для застосування є методика TLS, яку і було обрано за основну для дослідження 2009 року. Але з метою уможливлення порівняння отриманих даних з даними 2008 року, в містах, в яких в 2008 р. використовувалася методика RDS (Київ, Харків, Донецьк), у 2009 р. також було застосовано цю методику. За результатами етапу картування точок², який є необхідною складовою побудови вибіркової сукупності відповідно до методики TLS, було з'ясовано, що в Черкасах, Чернігові та Запоріжжі через низку міліційних рейдів багато ЖКС припинило працювати на «відкритих» для доступу точках. Така ситуація загрожувала неможливістю реалізації запланованого обсягу вибірки та значними порушеннями методичних основ дослідження, внаслідок чого отримані дані були б малонадійними. Отже, було прийнято рішення застосувати в цих містах методику RDS. В результаті з 15 міст у 9 використовувалася методика TLS, а в 6 – RDS.

² Процедура, що реалізується перед початком польового етапу для складання переліків географічних точок, де збираються представники цільової групи, на основі яких формуються індивідуальні для кожного міста вибірки.

Таблиця 1.1

Характеристики вибірок і методів опитування

	Метод опитування	Запланована вибірка (включно з первинними респондентами)	Реалізована вибірка (включно з первинними респондентами)
Рівне	TLS	150	152
Житомир	TLS	150	150
Івано-Франківськ	TLS	150	150
Вінниця	TLS	150	150
Чернігів	RDS	154	154
Запоріжжя	RDS	154	154
Тернопіль	TLS	150	150
Чернівці	TLS	150	151
Ужгород	TLS	150	100
Черкаси	RDS	154	99
Харків	RDS	154	154
Донецьк	RDS	154	154
Полтава	TLS	150	150
Сімферополь	TLS	150	150
Київ	RDS	154	260
ВСЬОГО		2274	2278

8

Польовому етапу дослідження в містах, де застосовувалася методика TLS, передувало картування місць (точок) локалізації ЖКС. Завдання для картування охоплювало всі групи ЖКС за способом пошуку клієнтів, віком тощо. На етапі картування спочатку було опитано експертів (таксистів, співробітників НУО, ЖКС тощо), на базі знань яких складався попередній список точок. Потім регіональні бригади робили виїзди на всі точки зі списку експертів і складали опис точки відповідно до стандартизованої форми. На підставі результатів виїздів було сформовано остаточний перелік точок для кожного міста. В табл. 1.2 наведено остаточну кількість точок для кожного з міст, на яких і проводилося опитування під час польового етапу дослідження.

Таблиця 1.2

Результати картування в містах, де використовувалася методика TLS

Місто	Кількість точок у списку
Івано-Франківськ	24
Ужгород	27
Тернопіль	22
Вінниця	18
Полтава	25
Сімферополь	34
Рівне	7
Житомир	19
Чернівці	11

Для формування вибірок у містах, де застосовувалася методика RDS, спочатку відбиралося по 4 первинних респонденти. Первинні респонденти – це учасники, рекрутовані дослідниками, а не самими респондентами, і з яких починається розгортання вибірки. Для набору первинних респондентів використовувалися наперед задані квоти (загальні критерії див. нижче, а також див. табл. 1.3). В усіх містах, окрім Харкова, загальна кількість первинних респондентів залишилася незмінною – по 4. У Харкові, зважаючи на те що вибірка почала розгортатися тільки за рахунок одного з чотирьох первинних респондентів, було вирішено використати ще одного первинного респондента, тобто загальна кількість первинних респондентів у Харкові склала п'ять чоловік.

Загальні критерії, яким мали відповідати первинні респонденти, були такими:

- розгалужена мережа знайомих ЖКС – 10 знайомих і більше;
- вік – 14 років та старше;
- первинні респонденти повинні належати до різних районів міста;
- первинні респонденти повинні відрізнятися за місцем надання послуг (представляти різні типи ЖКС – вуличні, трасові, готельні тощо).

Первинні респонденти, відповідно до Протоколу дослідження, повинні були відповідати таким характеристикам³:

Таблиця 1.3
Квоти для первинних респондентів

Критерій	Кількість ЖКС
ЖКС зі стажем роботи до 2 років	не менше 1
Трасові ЖКС	не менше 1
ЖКС віком 14–18 років	не менше 1
ЖКС, які ніколи не тестувалися на ВІЛ	не менше 2
ЖКС, які не вживають щоденно наркотичні речовини ін'єкційним шляхом	не менше 2

Запланований обсяг вибірки становив 150 респонденток для кожного міста, або 2250 інтерв'ю в цілому. Загалом, на польовому етапі було проведено 2278 інтерв'ю. Через неможливість повністю реалізувати вибірку у Черкасах та Ужгороді (через неможливість подальшого рекрутування учасниць методиками, які використовувалися в цих міста), було збільшено вибірку міста Києва з метою компенсувати недобір респонденток.

2. Особливості польового етапу

Оскільки під час дослідження для побудови вибірових сукупностей використовувалися нестандартні методики (RDS та TLS), то їх застосування передбачало певні особливості проведення польового етапу дослідження.

Методика TLS передбачає етапи підготовки, що безпосередньо передують польовому етапу дослідження. Такі попередні етапи включали: формативне дослідження⁴, картування точок⁵, на яких збираються представники цільової групи, складання календарів-графіків роботи на точках, які потрапили до вибірки. Рекрутування учасників відбувалося безпосередньо на місцях, де збираються представники цільової групи. Для полегшення доступу до цієї групи, до рекрутування також залучалися співробітники громадських організацій, які мали досвід роботи з цільовою групою. Крім рекрутування респондентів, дослідницька команда вела підрахунок усіх ЖКС на точці, які її відвідали протягом встановленого часового інтервалу. Після рекрутування ЖКС, дозволялося домовитися з ними про опитування в іншому місці та (або) в інший час. Перешкодою для повноцінного проведення інтерв'ю було те, що інтерв'ю відбувалося в місцях, де ЖКС знаходили своїх клієнтів. Така ситуація змушувала по можливості швидше проводити інтерв'ю, також траплялися випадки, коли ЖКС припиняла інтерв'ю, якщо з'являвся клієнт. Таким чином, «стислі» терміни проведення інтерв'ю могли вплинути на те, що інформація, яку надавали ЖКС, була дещо викривленою. До остаточного масиву увійшли тільки повноцінно проведені інтерв'ю, які включали проходження опитування за всією анкетною, а також тестування на ВІЛ і сифіліс швидкими тестами.

Методика RDS передбачає, що самі респонденти рекрутують (заохочують до участі) інших представників цільової групи. Опитування за цією методикою відбувалося у визначеному місці, куди приходили зацікавлені представники цільової групи. Спочатку дослідники самі відповідно до квот відбирали чотирьох первинних респондентів (у Харкові їх було п'ять), з якими проводилися повноцінні інтерв'ю і яким видавалися купони для рекрутингу наступних учасників. Усім

³ Один респондент міг поєднувати в собі декілька характеристик.

⁴ Збір всієї наявної інформації про можливе співробітництво, найзручніші місця опитування тощо.

⁵ Складається також з двох основних етапів – експертне опитування та безпосереднє відвідування точок. Детальний опис процедур картування знаходиться в Протоколі дослідження.

видавалася фіксована кількість купонів – по три штуки. Якщо ЖКС заявляла, що не хоче нікого рекрутувати/у неї немає знайомих, які б взяли участь в дослідженні, їй купони не видавалися. Якщо ЖКС заявляла, що може рекрутувати інших ЖКС, але менше трьох (наприклад, одну або дві), то їй видавалася відповідна кількість купонів. Загальним правилом було не видавати більше трьох купонів. Винятком став лише один первинний респондент у Києві, рекрути якого на початкових етапах характеризувалися частим вживанням наркотиків та високою поширеністю ВІЛ. Оскільки споживачі наркотиків рекрутуються швидше, ніж, наприклад, ЖКС, то всім учасникам, які належали до ланцюжка рекрутингу⁶ цього первинного респондента, видавалося не більше двох купонів.

До особливості польового етапу можна віднести обов'язковий забір крові для тестування на ВІЛ та сифіліс. Загальний порядок був таким: спочатку з респонденткою проводилося інтерв'ю, а потім вона проходила консультування та тестування на ВІЛ. Тестування на ВІЛ після інтерв'ю було обов'язковою вимогою, оскільки тестування перед інтерв'ю могло вплинути на відповіді на деякі запитання анкети.

Польовий етап дослідження тривав з 15-го червня до 14-го вересня 2009 року. Загалом, було проведено 2278 інтерв'ю, серед яких 975 – у містах RDS, а 1303 – у містах TLS.

3. Основні гіпотези дослідження

Основними гіпотезами, які перевірялися в ході дослідження, були:

- За соціально-демографічним складом серед ЖКС переважають жінки молодшого віку, які не працюють і які характеризуються низьким матеріальним забезпеченням;
- Значна кількість ЖКС проживає в інтернатах, підвалах/горищах будинків або на вулиці;
- ЖКС характеризуються раннім початком сексуального життя;
- ЖКС характеризуються небезпечними сексуальними практиками: низька частота використання презервативів, секс з небезпечними партнерами, проблеми з правильними використанням презервативів;
- Серед ЖКС поширене вживання наркотичних речовин;
- Більшість ЖКС охоплена профілактичними програмами;
- Більшість ЖКС хворіли на ІПСШ протягом останніх 12 місяців;
- ЖКС характеризуються високим рівнем знань про ВІЛ;
- Більшість ЖКС проходили тестування на ВІЛ протягом останніх 12 місяців;
- Наявність ВІЛ-інфекції пов'язана з небезпечними практиками сексуальної поведінки: низькою частотою використання презервативів, випадками неправильного використання презервативів, великою кількістю різних сексуальних партнерів, наявністю небезпечних партнерів;
- Наявність ВІЛ-інфекції пов'язана з практикою вживання наркотичних речовин;
- Поширеність ВІЛ вища серед ЖКС старшого віку;
- Поширеність ВІЛ вища серед ЖКС, які знаходять своїх клієнтів на вулиці, шосе або вокзалі;
- Наявність ВІЛ-інфекції пов'язана з рівнем знань про ВІЛ;
- Наявність ВІЛ-інфекції пов'язана з охопленістю профілактичними програмами;
- Наявність ВІЛ-інфекції пов'язана зі стажем роботи у секс-бізнесі;
- Поширеність ВІЛ варіює залежно від регіону.

⁶ Ланцюжок рекрутингу складається з усіх учасників, рекрутованих первинними респондентами.

4. Обмеження та помилки дослідження

Основні обмеження дослідження пов'язані з обмеженістю застосовуваних методик та закритістю і криміналізованістю цільової групи. У випадку методики TLS передбачається, що всі ЖКС у місті дослідження відвідують принаймні одну з точок і що доступ до цих точок – вільний для дослідницької команди. Але деякі ЖКС не з'являються на певних точках – наприклад, ЖКС, які знаходять своїх клієнтів винятково через Інтернет або по телефону. Оскільки такі ЖКС не охоплюються звичайними географічними точками, вони не мають шансів потрапити до вибірки і пройти інтерв'ю. Інша обмеженість, пов'язана з методикою TLS, – відсутність доступу до всіх точок, на яких можна знайти ЖКС. Особливо це стосується точок, де збираються «елітні» ЖКС. Також для полегшення рекрутування залучалися співробітники громадських організацій, які на точках опитування допомагали встановлювати контакт із потенційними ЖКС. Якщо припустити, що погоджувалися брати участь в опитуванні більше ті ЖКС, які мали до цього контакти з цими організаціями, то у вибірці будуть більше представлені ЖКС, пов'язані тим чи іншим чином з діяльністю громадських організацій. Також, оскільки значна частка інтерв'ю проводилася саме на точці, ми можемо припустити, що з метою «пришвидшити» процес опитування деякі ЖКС могли давати нещирі відповіді або відповіді, над якими вони особливо не задумувалися. В деяких випадках з метою встигнути опитати ЖКС забір крові на тестування брався до початку самого інтерв'ю.

У випадку методики RDS головна обмеженість полягала в тому, що важко оцінити, яка частина ЖКС охоплена мережами. Оскільки ця методика ґрунтується на тому, що між більшістю ЖКС існують соціальні мережі, то важливо розуміти, на яку саме частину ЖКС ми можемо вийти, а на яку – не можемо через відсутність мереж. Можна припустити, що найтісніші мережі розвинуті між ЖКС, які посідають нижчі щаблі ієрархії і які здебільшого шукають клієнтів на вулиці, шосе, вокзали тощо. Натомість, слабкіші мережі існують серед «елітних» ЖКС. Тобто у вибірці, яка формується за методикою RDS, можуть бути недопредставлені «елітні» ЖКС. Також методика RDS передбачає те, що самі ЖКС рекрутуватимуть наступних учасниць за певну грошову винагорода. Тобто, саме грошова винагорода мала бути одним із основних мотивів участі. Якщо дійсно саме грошова винагорода була основним мотивом, то можна припустити, що в нашій вибірці більше тих ЖКС, яким потрібна така допомога, тобто ЖКС нижчих рівнів ієрархії. Оскільки для ЖКС вищих рівнів така грошова допомога не була мотивом участі, то вони меншою мірою могли погоджуватися брати участь в опитуванні.

Можна констатувати, що у випадку обох методик у вибірці, теоретично, менше мають бути представлені ЖКС вищих рівнів ієрархії. Утім, можна припустити, що в структурі ЖКС невелика частка «елітних», тобто їхня менша наявність у вибірці несильно зміщує отримані загальні результати.

5. Принципи аналізу даних

Зібрані дані аналізувалися за допомогою статистичного пакету SPSS. Перед проведенням аналізу дані було зважено. Для міст TLS дані зважувалися за представленістю точок у вибірці. Тобто дані було зважено таким чином, щоб кожна точка в місті у вибірці була представлена пропорційно загальній чисельності ЖКС на цій точці. Дані для міст RDS зважувалися за допомогою програмного забезпечення RDSAT. Зважування проводилося за віком учасниць опитування. Але для побудови моделі логістичної регресії використовувалися ваги не за віком, а за ВІЛ-статусом. Для проведення аналізу застосовувалися різні методи – як простий аналіз таблиць одно- і двовимірних розподілів, так і такі багатовимірні методи, як логістична регресія.

РОЗДІЛ І. СОЦІАЛЬНО-ДЕМОГРАФІЧНИЙ ПОРТРЕТ ЖКС

1.1. Вікова, освітня та сімейна структури ЖКС

У цьому розділі буде проаналізовано соціально-демографічний портрет ЖКС.

Результати дослідження засвідчили, що середній вік жінок комерційного сексу, які проживають або працюють в містах, де проводилося опитування, становить 27 років (стандартне відхилення – 7 років), медіанне значення – 26 років. Мінімальний вік (який був нижньою межею включення учасниць до дослідження) становить 14 років, максимальний – 55 років. Найбільше серед жінок комерційного сексу представлено осіб у віці 20–29 років – 48,5% (див. рис. 1.1.1). Осіб у віці 14–19 років – 16%. Серед останніх 3% – неповнолітні (14–17 років)⁷.

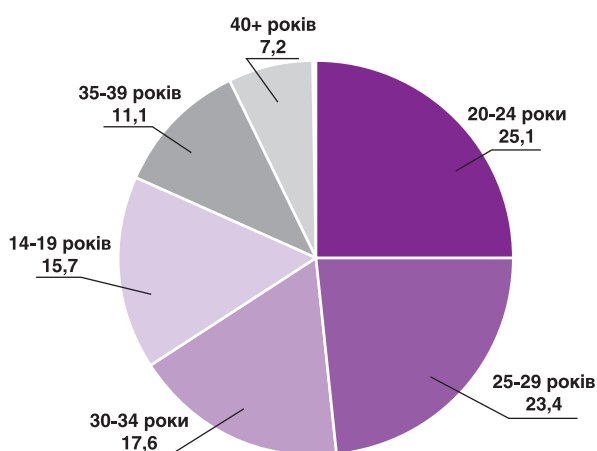


Рис. 1.1.1 Вікова структура ЖКС, %

За освітнім рівнем найбільше серед ЖКС представлені особи з *повною середньою освітою (або професійно-технічною) або з неповною вищою* – 48% (див. рис. 1.1.2). 21% ЖКС має вищу освіту (серед них 6% мають повну вищу освіту). За даними Перепису 2001 року, серед жінок у віці 14–55 років, які проживають в містах⁸, частка тих, хто має базову або повну вищу освіту, становить 20%. Тобто серед ЖКС частка тих, хто має вищу освіту, майже збігається з ситуацією, що існує на рівні всього населення. Але фіксуються розбіжності відносно того, яка частка має базову вищу, а яка – повну вищу освіту. Так, якщо серед усього населення співвідношення становить 1% і 19% на користь повної вищої освіти, то серед ЖКС – 15% і 6% вже на користь базової вищої. Тобто серед ЖКС меншою мірою представлені особи з повною вищою і більшою мірою – особи з базовою вищою освітою. Також відмітимо, що кожна п'ята ЖКС (22%) має лише базову середню освіту (9 класів), а кожна десята (9%) – лише початкову освіту (неповних 9 класів). Серед всього населення аналогічні частки становлять 10% і 3%. Тобто серед ЖКС набагато більше тих, хто має низький рівень освіти, порівняно з усім населенням. Оскільки освіта є важливим інструментом набуття престижної роботи, то, з огляду на здебільшого нижчий рівень освіти серед ЖКС порівняно з іншим населенням, можна справедливо припускати, що вони мають менше шансів на успішну конкуренцію на ринку праці.

⁷ Відмітимо, що у 2008 році також серед опитаних ЖКС 3% мали вік до 18 років. Це вказує на те, що або неповнолітні ЖКС не досягаються в ході дослідження, або дійсно в структурі ЖКС присутня лише незначна кількість неповнолітніх.

⁸ Оскільки опитування проводилося тільки в містах і до вибірки потрапили ЖКС у віці 14-55 років, то при наявних даних з Перепису 2001 р. найбільш коректно проводити порівняння саме з освітніми розподілами серед жінок, які проживають у міській місцевості і які належать до відповідної вікової групи. Надалі в цьому абзаці при порівнянні з «усім населенням» мова буде йти не про, власне, усе населення, а саме про жінок з міської місцевості у віці від 14 до 55 років.

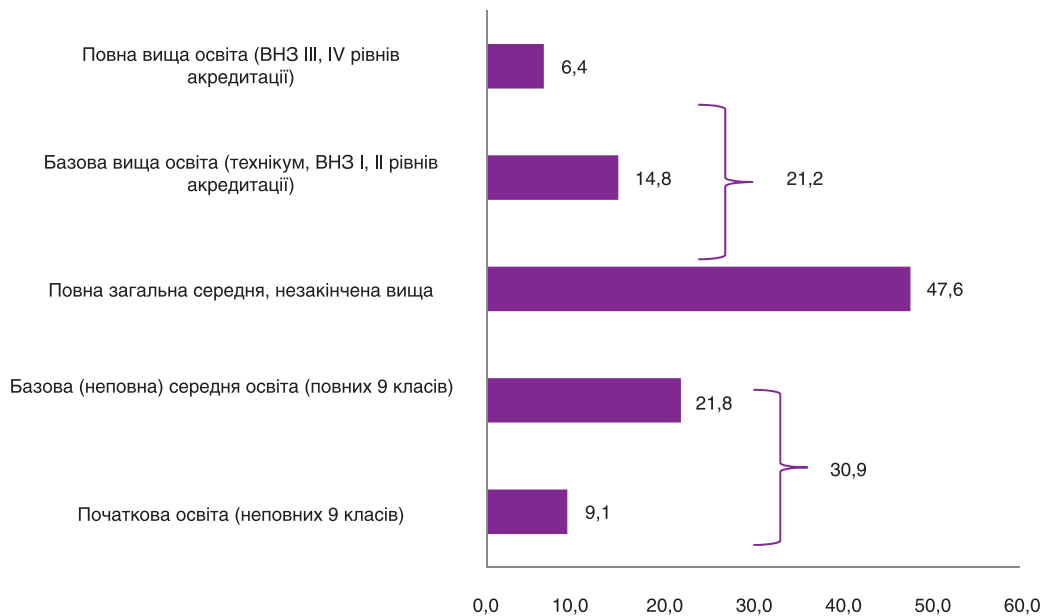


Рис. 1.1.2 Освітній рівень ЖКС, %

Серед ЖКС переважають особи, які не перебувають у шлюбі і не проживають разом зі своїми сексуальними партнерами: за даними опитування таких жінок – 55% (див. рис. 1.1.3). Кожна четверта (24%) ЖКС перебуває в офіційному шлюбі, але серед цих 24% проживають разом зі своїм чоловіком лише 8% опитаних. Також кожна п'ята ЖКС (21%) хоч і не перебуває в офіційному шлюбі, але проживає зі своїм сексуальним партнером.

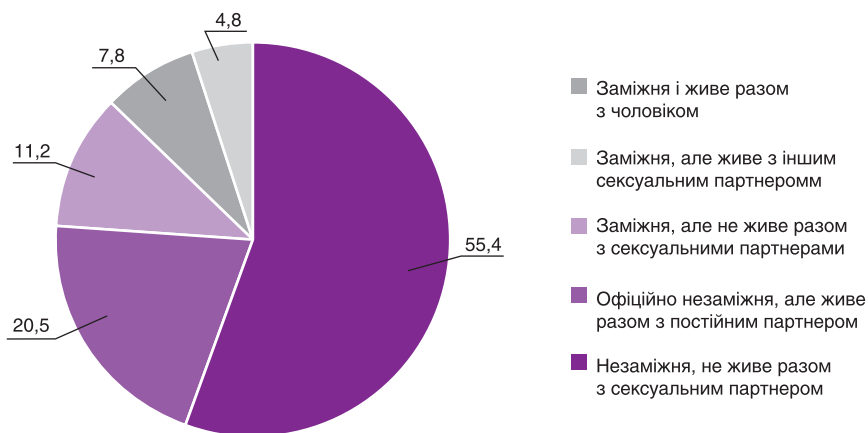


Рис. 1.1.3. Сімейний статус ЖКС, %

1.2. Соціальний статус ЖКС

За соціальним статусом (якщо не враховувати зайнятість у сфері комерційного сексу) серед ЖКС переважають ті, хто працює, – таких 41% (див. рис. 1.2.1). Але серед цього 41% лише 10,4% мають постійну роботу і 30,2% мають лише випадкові заробітки. 13% ЖКС навчаються. Зазначимо, що 35% ЖКС – безробітні. Тобто можна говорити, що ЖКС здебільшого або безробітні, або мають тимчасові заробітки.

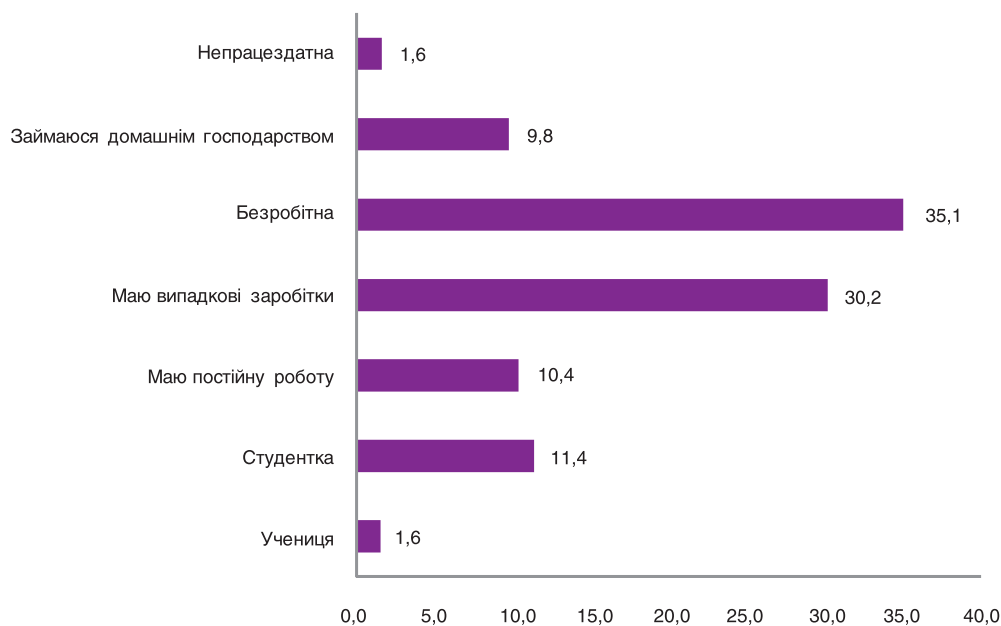


Рис 1.2.1. Соціальний статус ЖКС, %

14

Соціальний статус ЖКС пов'язаний з віковою та освітньою структурами цієї соціальної групи. Так, з віком зменшується кількість тих, хто навчається, – з 43% серед ЖКС віком 14–19 років до 0–3% серед ЖКС віком 25+ років. Також з віком збільшується кількість тих, хто має постійну роботу (з 2,5% серед ЖКС віком 14–19 років до 16% серед ЖКС віком 30+ років), і тих, хто має випадкові заробітки (з 16% серед ЖКС віком 14–19 років до 33% серед решти ЖКС). Зазначимо, що з віком зростає і кількість тих, хто займається домашнім господарством, – з 2% серед ЖКС віком 14–19 років до 14% серед ЖКС віком 30+ років.

Необхідно відмітити, що зі зростанням рівня освіти скорочується кількість безробітних (з 48% серед ЖКС з середньою або освітою нижче середньої до 24% серед ЖКС з вищою освітою) і зростає кількість тих, хто має постійну роботу (з 3% серед ЖКС з середньою або освітою нижче середньої до 24% серед ЖКС з вищою освітою). При цьому відмітимо, що в усіх освітніх групах частка тих, хто має випадкові заробітки, залишається приблизно однаковою (29–31%).

**Таблиця 1.2.1
Соціальний статус серед різних вікових та освітніх груп ЖКС, %**

		Учениця	Студентка	Має постійну роботу	Має випадкові заробітки	Безробітна	Займається домашнім господарством	Непрацевдатна
Вікові групи	14–19 років	9,0	34,1	2,5	15,9	36,0	2,2	0,3
	20–24 роки	0,4	21,6	6,0	33,3	32,6	5,7	0,5
	25–29 років	0,2	2,4	12,7	32,4	38,5	12,9	0,9
	30+ років	0,0	0,2	15,5	32,9	34,1	13,9	3,4
Освітні групи	Початкова або базова середня освіта	3,9	5,9	3,3	29,3	48,3	8,2	1,0
	Повна середня освіта (або професійно-технічна), незакінчена вища	0,7	16,2	9,0	31,1	31,5	9,8	1,7
	Базова або повна вища освіта	0,0	8,7	23,9	29,1	23,8	12,1	2,4

Таким чином, за соціальним статусом ЖКС – це або безробітні особи, або особи, що мають лише випадкові заробітки. Тобто для таких осіб, за здебільшої відсутності постійної роботи, яка могла б стати надійним джерелом стабільних доходів, секс за винагороду більшою мірою виглядає як засіб існування в нинішніх умовах. Хоча той факт, що кожна десята ЖКС має постійну роботу, вказує на те, що одного здобуття «постійної» роботи недостатньо – важливо також, щоб така робота могла приносити достатній прибуток і не змушувала вдаватися до «радикальних» підробітків, таких як комерційні секс-послуги. Треба зазначити, що поліпшення освітньої підготовки сприяє скороченню частки безробітних ЖКС і зростанню частки ЖКС, що мають постійні заробітки. У цілому, освітня підготовка пов'язана з можливістю отримання краще оплачуваної роботи – за кращої освіти можливість знайти постійну роботу буде вищою, але, як уже зазначалося, навіть вища освіта з постійною роботою не «вберігають» цих жінок від надання платних сексуальних послуг.

1.3. Основні джерела доходів ЖКС та їхнє фінансове становище

Основним джерелом доходу за останній місяць для переважної більшості ЖКС (69%) був секс за винагороду (див. рис. 1.3.1). Лише для 7% ЖКС основним джерелом доходу була постійна робота. 8% ЖКС основний дохід отримали за рахунок тимчасових заробітків. 13% ЖКС як основний дохід відмітили допомогу родичів або прибутки чоловіка/партнера.

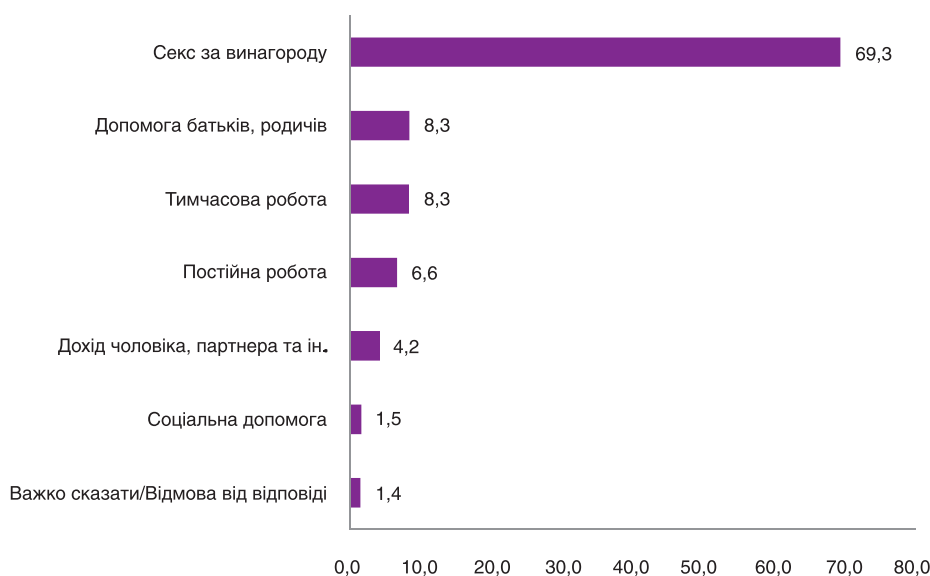


Рис 1.3.1. Основне джерело доходу ЖКС за останній місяць, %

Необхідно зазначити, що основне джерело доходу варіює залежно від освітнього рівня ЖКС. Так, серед ЖКС з вищою освітою дещо менше тих, для кого секс за винагороду є основним джерелом доходу (58% проти 70–76% серед ЖКС з нижчим рівнем освіти), і дещо більше тих, для кого основне джерело – постійна робота (15% проти 2–5%). Також зазначимо, що серед ЖКС, які перебувають в офіційному шлюбі і проживають разом з чоловіком, найменше тих, хто покладається в основному на секс за винагороду (41% проти 65–74% серед інших за сімейним станом ЖКС).

Важливо відмітити ще один «ефект» наявності постійної роботи або хоча б випадкових підробітків. Ми можемо припустити, що щочастіше та чи інша ЖКС надає сексуальні послуги за плату, тим більше вона піддає себе небезпеці інфікуватися ВІЛ (або ІПСШ), і тим імовірніше, що така небезпека буде «реалізованою». Результати дослідження засвідчили, що серед ЖКС, основний дохід яких, – постійна робота, **42%** за останні 6 місяців надавали сексуальні послуги не рідше 2–3 разів на тиждень. А серед тих, для кого секс за винагороду був основним джерелом доходу, відповідна частка ЖКС становить **86%**. Серед тих, для кого основним джерелом виступали випадкові заробітки, – **57%**⁹.

⁹ Якщо говорити про ситуацію серед усіх ЖКС в цілому, то на запитання «Як часто Ви надавали сексуальні послуги за винагороду протягом останніх 6 місяців?» 24,7% ЖКС відповіли, що надавали за останні 6 місяців послуги щодня, 49,6% – 2-3 рази на тиждень, 13,5% – 1 раз на тиждень, 7,0% – 2-3 рази на місяць, 2,5% – рідше одного разу на місяць і 2,7% не змогли відповісти на це запитання.

Таблиця 1.3.1

Основний дохід серед ЖКС з різних за освітою та сімейним статусом груп, %

		Постійна робота	Тимчасова робота	Секс за винагороду	Допомога батьків, родичів	Дохід чоловіка, партнера та ін.	Соціальна допомога	Жебрацтво	Інше	ВАЖКО СКАЗАТИ
Сімейний стан	Заміжня і живу разом з чоловіком	17,8	10,8	41,2	5,0	22,5	1,1	0,6	0,0	1,1
	Заміжня, але живу з іншим сексуальним партнером	7,0	12,6	65,2	7,4	5,9	0,9	0,0	0,0	0,9
	Заміжня, але не живу разом з сексуальними партнерами	8,6	9,5	72,6	4,6	1,9	2,0	0,0	0,0	0,8
	Офіційно незаміжня, але живу разом з постійним партнером	5,8	11,4	68,0	3,1	8,1	1,1	0,4	0,0	2,0
	Незаміжня, не живу разом з сексуальним партнером	4,9	6,2	73,6	11,6	0,5	1,6	0,2	0,1	1,3
Освітні групи	Початкова або базова середня освіта	2,1	7,0	76,1	8,1	2,6	1,9	0,4	0,0	1,7
	Повна середня освіта (або професійно-технічна), незакінчена вища	5,7	8,0	70,3	9,1	4,1	1,3	0,1	0,1	1,3
	Базова або повна вища освіта	15,2	10,3	58,1	7,1	6,7	1,4	0,0	0,0	1,2

Під час опитування респондентів просили оцінити рівень заможності домогосподарства, де вони проживають. Так, учасницям опитування пропонувалася шкала з 5 тверджень про матеріальне становище, а вони мали вибрати таке, що найбільшою мірою відповідало реальному стану речей. Ця шкала включала такі твердження:

- нам не вистачає грошей навіть на їжу (що відповідає дуже бідним домогосподарствам);
- нам вистачає грошей на їжу, але купувати одяг вже важко (бідні домогосподарства);
- нам вистачає грошей на їжу, одяг і ми можемо дещо відкласти, але цього не вистачає, щоб купувати дорогі речі (такі як холодильник або телевізор) (домогосподарства середньої заможності);
- ми можемо дозволити собі купувати деякі коштовні речі (такі як телевізор або холодильник) (заможні домогосподарства);
- ми можемо дозволити собі купити все, що захочемо (дуже заможні домогосподарства).

Результати опитування демонструють, що здебільшого ЖКС проживають у бідних домогосподарствах. Так, 13% проживають у домогосподарствах, яким не вистачає грошей навіть на їжу, тобто проживають в умовах крайньої бідності (див. рис. 1.3.2). 41% ЖКС зазначив, що їм вистачає грошей на їжу, але одяг купувати вже важко. Третина ЖКС (34%) проживає у домогосподарствах середньої заможності, яким вистачає грошей на їжу і одяг і які можуть навіть дещо відкласти. Домогосподарства лише 9% ЖКС можна класифікувати як заможні, тобто такі, які можуть дозволити собі купувати коштовні речі або навіть можуть дозволити собі все, що захочуть.

Така структура домогосподарств ЖКС за рівнем матеріального добробуту в основному не відрізняється від аналогічної структури для всього дорослого населення України. Так, серед всього дорослого населення (і чоловіків, і жінок) у жовтні 2009 року¹⁰ 16% проживали в дуже бідних домогосподарствах, що є більш статистично значущим в порівнянні з ЖКС. Разом з цим, серед ЖКС децю менше тих, хто проживає в бідних домогосподарствах, – 41% проти 46% серед всього населення. Також серед всього населення децю менше тих, хто проживає в заможних або дуже заможних домогосподарствах, – 6,5% проти 9% серед ЖКС. Таким чином, можемо констатувати, що матеріальне становище домогосподарств, де проживають ЖКС, навіть трохи краще порівняно з матеріальним становищем домогосподарств, в яких проживає доросле населення України.

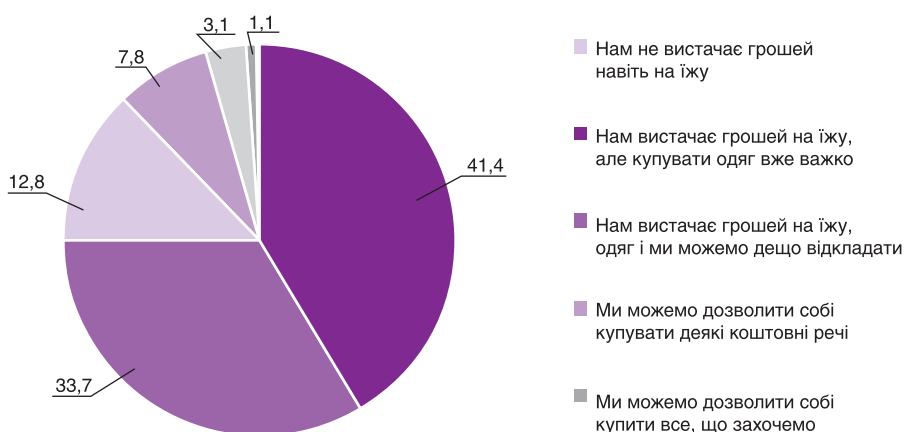


Рис. 1.3.2 Фінансове становище домогосподарств, в яких проживають ЖКС, %

Більш освічені ЖКС проживають у децю кращих умовах. Якщо серед ЖКС з середньою або освітою нижче середньої 25% проживає в умовах крайньої бідності, то серед ЖКС з вищою освітою таких лише 4%. Також серед ЖКС з вищою освітою більше тих, хто проживає у відносно заможних домогосподарствах (17% порівняно з 7% серед ЖКС з середньою або освітою нижче середньої) і домогосподарствах середньої заможності (41% порівняно з 26% серед ЖКС з середньою або освітою нижче середньої).

Також в децю кращих умовах проживають ЖКС, для яких основним джерелом доходу є постійна робота, – наприклад, якщо серед них дуже бідних домогосподарств нараховується тільки 1%, то серед ЖКС, які основний дохід отримали за рахунок сексу за винагороду, такий показник становить 15%.

¹⁰ Дані наводяться за результатами загальноукраїнського опитування «Омнібус – жовтень 2009 року», проведеного КМІС у жовтні 2009 року. Вибірка репрезентативна для населення у віці 18 років і старше. Загалом під час польового етапу було зібрано 1997 анкет.

Таблиця 1.3.2

Основний дохід серед ЖКС із різних за освітою та сімейним статусом груп

		Нам не вистачає грошей навіть на їжу	Нам вистачає грошей на їжу, але купувати одяг вже важко	Нам вистачає грошей на їжу, одяг, і ми можемо дещо відкладати	Ми можемо дозволити собі купувати деякі коштовні речі	Ми можемо дозволити собі купити все, що захочемо	ВАЖКО СКАЗАТИ / НЕ ЗНАЮ
Джерело основного доходу	Постійна робота	0,8	30,3	48,0	15,8	2,8	2,3
	Тимчасова робота	10,6	54,1	30,9	2,3	0,0	2,1
	Секс за винагороду	15,0	40,6	33,2	7,2	0,8	3,3
	Допомога батьків, родичів	7,0	41,4	37,7	10,4	1,3	2,3
	Дохід чоловіка, партнера тощо	3,9	48,9	29,5	11,7	3,7	2,2
Освітні групи	Початкова або базова середня освіта	25,1	40,7	26,0	5,3	1,4	1,4
	Повна середня освіта (або професійно-технічна), незакінчена вища	8,6	45,6	35,4	6,6	0,4	3,4
	Базова або повна вища освіта	4,1	33,1	41,2	14,4	2,2	5,0

18

Результати опитування також показують, що здебільшого ЖКС проживають в окремих квартирах/будинках (такий варіант відмітили 61% опитаних, див. рис. 1.3.3). Доволі велика частка ЖКС проживає у гуртожитках (16%) та в комунальних квартирах (14%).

Необхідно зазначити, що серед ЖКС, які проживають у притулку, дитячому будинку, інтернаті, на вулиці, в підвалі або на горищі, третина (31%) – це неповнолітні особи (15–17 років). 28% таких ЖКС мають вік від 18 до 24 років, а решта (41%) – вік 25 років або старше.

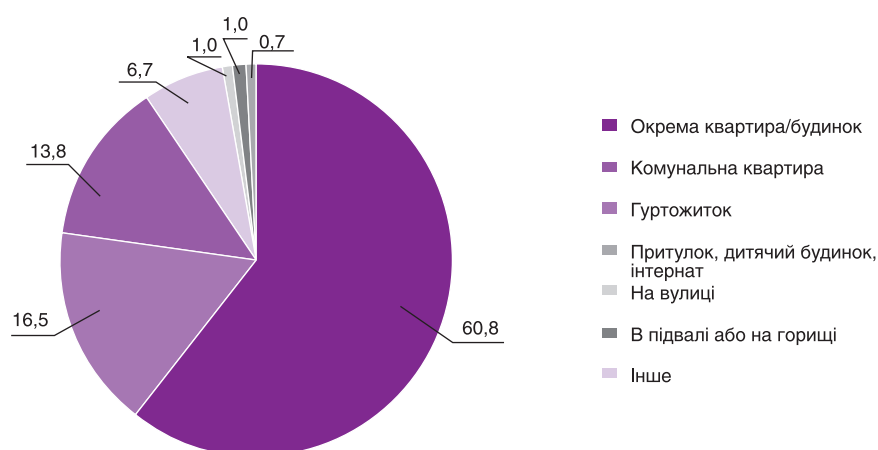


Рис. 1.3.3. Місця проживання ЖКС, %

1.4. Міграційні особливості ЖКС

Серед ЖКС переважають корінні мешканки – 61% опитаних повідомили, що вони і народилися в місті опитування, і проживають в ньому (див. рис. 1.4.1). Серед решти респонденток – 6% таких, які приїжджають у місто, де проводилося опитування, лише час від часу, і 30% тих, хто живе у місті понад 1 рік.

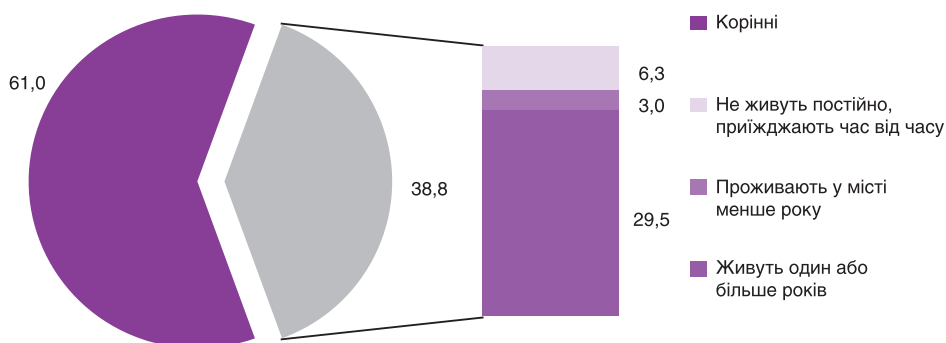


Рис. 1.4.1. Корінні та приїжджі ЖКС, %

Серед *приїжджих* ЖКС найбільше таких, які прибули з села тієї області, де і проводилося опитування (37%). Четверть (26%) *приїжджих* прибула до обласного центру, де проводилося опитування, з іншого міста цієї ж області. Кожна десята з *приїжджих* представляє інші обласні центри України. В цілому, серед *приїжджих* дещо більше мешканок міст – 52%, в той час як села представляють 45% (решта 3% не змогли відповісти на це запитання).

Таким чином, 81% *всіх опитаних* ЖКС походять з міських поселень і менше 18% – з сільської місцевості.

Існують суттєві розбіжності в місці проживання: якщо серед *корінних* ЖКС 74% проживають в окремих квартирах/будинках і лише 7% – в гуртожитках, то серед *приїжджих* відповідні цифри становлять 41% і 31%.

Відмітимо відмінності між *приїжджими* і *корінними* ЖКС за *соціальним статусом*. Так, серед *приїжджих* більше тих, хто навчається, – 22% проти 7% серед *корінних*. Також за *соціальним статусом* серед *корінних* трохи більше тих, хто має постійну роботу (12% проти 7%), і тих, хто займається домашнім господарством (11% проти 8%). Зазначимо, що за освітньою структурою *приїжджі* ЖКС не відрізняються від *корінних*.

1.5. Способи пошуку клієнтів

Половина опитаних ЖКС (50%) для пошуку клієнтів за останні 6 місяців використовувала телефонні дзвінки та Інтернет¹¹ (респонденти могли обрати всі варіанти, які їм підходили, див. табл. 1.5.1). 46% шукали клієнтів в казино, барах, на дискотеках. 40% ЖКС шукали своїх клієнтів на вулиці та на шосе. Кожна четверта ЖКС (23%) шукала клієнтів у готелях, кожна п'ята (18%) – у саунах. 15% ЖКС відмітили, що за останні 6 місяців вони шукали клієнтів на вокзалах. 6% опитаних повідомили, що вони надавали ескорт-послуги.

В середньому за останні 6 місяців ЖКС використовували 2,4 різних способу пошуку клієнтів (мінімум 1, якщо використовувалася тільки одна «стратегія», максимум – 8, якщо ЖКС зазначала, що вдавалася до всіх зазначених на шкалі «стратегій» за останні 6 місяців). Також зазначимо, що до лише однієї «стратегії» вдавалися тільки 24% ЖКС. 35% ЖКС повідомили, що використовували два способи пошуку клієнтів. Кожна четверта ЖКС (24%) використовувала три способи і кожна десята (11%) – 4 способи пошуку клієнтів. Таким чином, можемо бачити, що жінки комерційного сексу застосовують *різні* стратегії пошуку клієнтів.

¹¹ Респонденткам ставилися два запитання щодо того, як саме вони шукають клієнтів. Спочатку ставилося запитання «Як Ви зазвичай знаходили своїх клієнтів за останні 6 місяців?», на яке респондентки могли обрати кілька альтернативних відповідей. Після цього ставилося запитання «Скажіть, будь ласка, серед наведених Вами способів пошуку клієнтів, який саме Ви вважаєте основним для себе?», на яке респондентка могла надати лише одну відповідь. Спочатку розглядаються відповіді на перше запитання, а нижче будуть розглянуті і відповіді на друге.

Таблиця 1.5.1

Пошук клієнтів за останні 6 місяців: які способи використовували і який спосіб був основним

	% ЖКС, які використовували цей спосіб*	% ЖКС, які назвали цей спосіб основним
На вулиці	38,9	14,9
На шосе	39,1	24,7
В готелі	22,5	6,3
В сауні	18,2	4,6
На вокзалах	14,8	3,8
Телефонні дзвінки, Інтернет	50,5	22,1
В казино, клубі, барі, на дискотеці тощо	45,8	17,3
Ескорт-послуги	5,7	1,5
Інше	4,8	3,7

*Сума більша за 100%, адже респонденти могли обрати кілька варіантів.

Можна припустити, що між ЖКС існує «групування» за способами пошуку клієнтів. Тобто певні ЖКС, використовуючи один спосіб (наприклад, пошук клієнтів на вулиці) будуть з високою імовірністю використовувати схожий спосіб (наприклад, пошук клієнтів на шосе) і з високою імовірністю не будуть застосовувати певну несхожу стратегію (наприклад, пошук клієнтів у саунах). Як засвідчують дані цього дослідження, дійсно існує тенденція до «групування» за певними способами. Так, наприклад, серед ЖКС, які за останні 6 місяців шукали клієнтів на вулиці, 48% шукали клієнтів також на шосе, а серед ЖКС, які шукали клієнтів на шосе, 47% шукали клієнтів і на вулиці (див. табл. 1.5.2). Але, якщо аналізувати в цілому, то необхідно констатувати, що сильного розмежування за «групами» способів пошуку немає: наприклад, серед тих, хто надавав за останні 6 місяців ескорт-послуги¹², кожна десята (10%) також шукала клієнтів на вулиці, а кожна п'ята (18%) – на шосе.

Таблиця 1.5.2

Пошук клієнтів за останні 6 місяців: перетин між способами пошуку клієнтів

		ЖКС, які зазначили, що за останні 6 місяців шукали клієнтів...								
		на вулиці	на шосе	в готелі	в сауні	на вокзалах	через телефонні дзвінки, Інтернет	в казино, клубі, барі, на дискотеці, та ін.	ескорт-послуги	інше
% ЖКС, які також (додатково до способу в колонці) шукали клієнтів...	на вулиці		47.3	31.1	34.1	63.5	31.7	35.6	10.4	18.5
	на шосе	47.5		26.0	26.0	56.7	29.6	23.4	17.6	26.2
	в готелі	18.0	14.9		48.7	19.5	24.5	30.7	37.9	13.4
	в сауні	16.0	12.1	39.4		13.9	21.6	21.2	30.1	16.7
	на вокзалах	24.3	21.5	12.9	11.3		8.4	13.5	5.6	7.5
	через телефонні дзвінки, Інтернет	41.1	38.2	55.0	60.0	28.5		59.2	75.7	37.9
	в казино, клубі, барі, на дискотеці, та ін.	42.0	27.4	62.5	53.3	41.7	53.7		63.5	42.6
	Ескорт-послуги	1.5	2.6	9.6	9.5	2.2	8.6	7.9		9.4
	Інше	2.3	3.2	2.9	4.4	2.4	3.6	4.5	8.0	

¹² Можливо, в цьому випадку ми радше маємо справу з ситуацією, коли ЖКС по-іншому розуміли значення «ескорт-послуг».

Відмітимо також, що якщо говорити про *основний* спосіб пошуку клієнтів (в цьому випадку ЖКС могли обрати лише один спосіб пошуку) за останні 6 місяців, то такого способу, який би був абсолютно найпоширенішим, немає: приблизно однаково поширені пошук на шосе (25%) і через телефонні дзвінки та Інтернет (22%) (див. табл. 1.5.1). Дещо менше (17%) ЖКС зазначили, що основним способом пошуку клієнтів для них були казино, бар, дискотека тощо. 15% відмітили, що в основному шукали клієнтів на вулиці. Решту способів як основні використовує менша частина ЖКС.

Отже, ми можемо констатувати, що хоча й відбувається певна стратифікація ЖКС за способом пошуку клієнтів, в цілому, *перетин* між способами пошуку є доволі значним.

РОЗДІЛ II. ОСОБЛИВОСТІ СЕКСУАЛЬНОЇ ПОВЕДІНКИ

2.1. Сексуальний дебют і початок надання сексуальних послуг за плату

Вік сексуального дебюту та вік початку надання сексуальних послуг за плату є важливими характеристиками, адже ранній початок сексуального життя та більш тривалий досвід перебування у секс-бізнесі можуть сприяти підвищенню вразливості ЖКС, зокрема і до ВІЛ.

За результатами проведеного опитування, середній вік сексуального дебюту становить 16 років (стандартне відхилення – 1,7 року), медіанне значення – також 16 років¹³. Причому 19% ЖКС (тобто кожна п'ята) розпочали статеве життя у віці до 14 років (включно). Дві третини ЖКС (65%) мали статевий дебют у віці 15–17 років.

Для порівняння можемо зазначити, що станом на осінь 2009 р. серед жінок України віком 15–49 років, які мали сексуальні контакти у своєму житті, середній вік сексуального дебюту становив 18,5 років (стандартне відхилення – 2 роки, медіанне значення – 18 років)¹⁴. Причому початок статевого життя у віці до 14 років (включно) відмітили лише 0,8% опитаних жінок, у віці 15–17 років – 29%. Тобто можемо констатувати, що така соціальна група, як ЖКС, характеризується *більш раннім* початком свого сексуального життя.

Необхідно відмітити, що серед молодших за віком ЖКС (14–19 років) частка тих, хто почав сексуальні стосунки до 14 років, набагато вища порівняно з іншими за віком респондентками (див. рис. 2.1.1). Так, серед ЖКС віком 14–19 років 37% мали сексуальний дебют у віці до 14 років. Серед ЖКС віком 20–24 роки таких – 18%, а серед ЖКС віком 25–29 і 30+ років їх іще менше – 13% і 12% відповідно. Зазначимо, що серед усіх жінок України у віці 15–49 років, які взагалі коли-небудь мали статеві стосунки, частка тих, хто мав їх у віці до 14 років, *однакова* у всіх вікових групах (і не перевищує 2%)¹⁵.

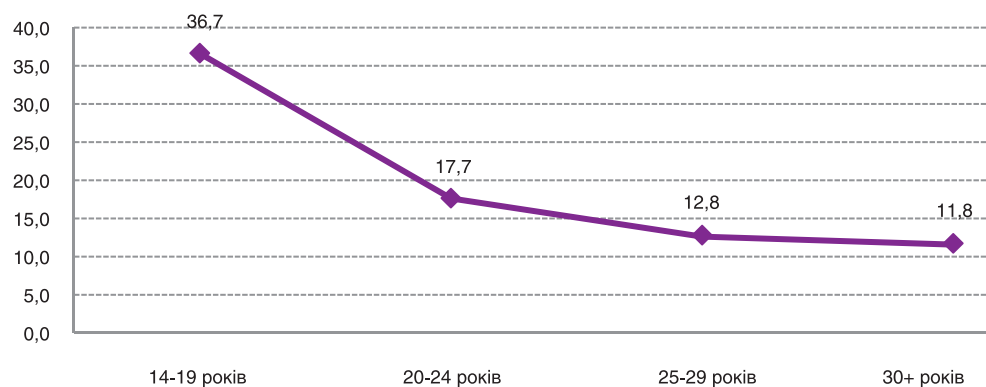


Рис. 2.1.1. Частка ЖКС, які почали статеві стосунки у віці до 14 років (включно), %

Середній вік початку надання сексуальних послуг за плату становить 20,6 року (стандартне відхилення – 4,8 року), медіанне значення – 19 років¹⁶. Причому майже 27% респонденток відмітили, що почали надавати сексуальні послуги за плату у віці до 17 років включно (див. рис. 2.1.2). Серед цих 27%, 1,6% почали

13 N=2125 (73 ЖКС зазначили, що їм важко сказати, ще 78 зазначили, що не пам'ятають, коли у них вперше відбувся сексуальний дебют).

14 За результатами опитування, проведеного Київським міжнародним інститутом соціології на замовлення МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні» у жовтні–листопаді 2009 р. Загалом під час дослідження було опитано 2602 респонденток за вибіркою, репрезентативною для населення України у віці 15–49 років.

15 За результатами того ж опитування, проведеного восени 2009 р.

16 N=2076, бо частина респондентів не змогла відповісти на запитання або згадати вік початку надання сексуальних послуг за плату.

надавати сексуальні послуги за плату у віці до 14 років (включно). Загалом, більшість ЖКС (54%) вперше надали сексуальні послуги за плату у віці 18–24 роки. Кожна п'ята ЖКС (19%) почала надавати такі послуги у віці 25 років і старше.

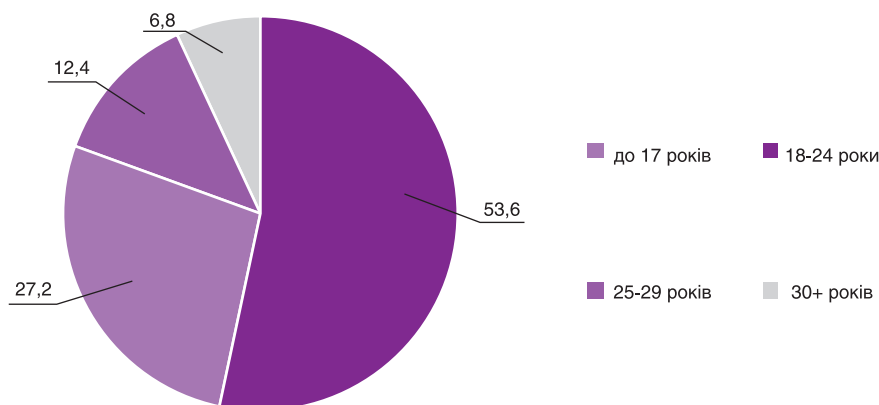


Рис. 2.1.2. В якому віці ЖКС почали надавати сексуальні послуги за плату, %

2.2. Стаж та частота надання сексуальних послуг за плату

Кожна четверта ЖКС (25%) серед опитаних має досвід роботи до двох років (включно) (див. рис. 2.2.1)¹⁷. Приблизно стільки ж (27%) мають стаж від 3 до 5 років. Решта опитаних ЖКС має більший стаж.

Така ситуація, по-перше, відповідає віковій структурі ЖКС, і, по-друге, більшому «попиту» на молодих дівчат (оскільки «домінують» саме молоді дівчата, то більш старші ЖКС мають менше шансів продовжувати таку діяльність, а отже в певний момент часу «наростання» стажу припиняється з припиненням участі в цьому роді занять). З одного боку, нижчий стаж роботи знижує ризик інфікування. Тобто те, що значна частина ЖКС має досвід роботи до двох років, певною мірою вказує на нижчу ймовірність небезпек, пов'язаних з цією роботою. З іншого боку, до цього аналізу необхідно додати тенденцію до зниження віку сексуального дебюту і, відповідно, віку надання сексуальних послуг за плату¹⁸. Якщо структура «попиту» не зміниться (або майже не зміниться), а тенденції до зниження віку сексуального дебюту і віку початку надання сексуальних послуг за плату зберуться, то нинішні молоді ЖКС, які домінують за своєю часткою, матимуть більший стаж роботи у секс-бізнесі.

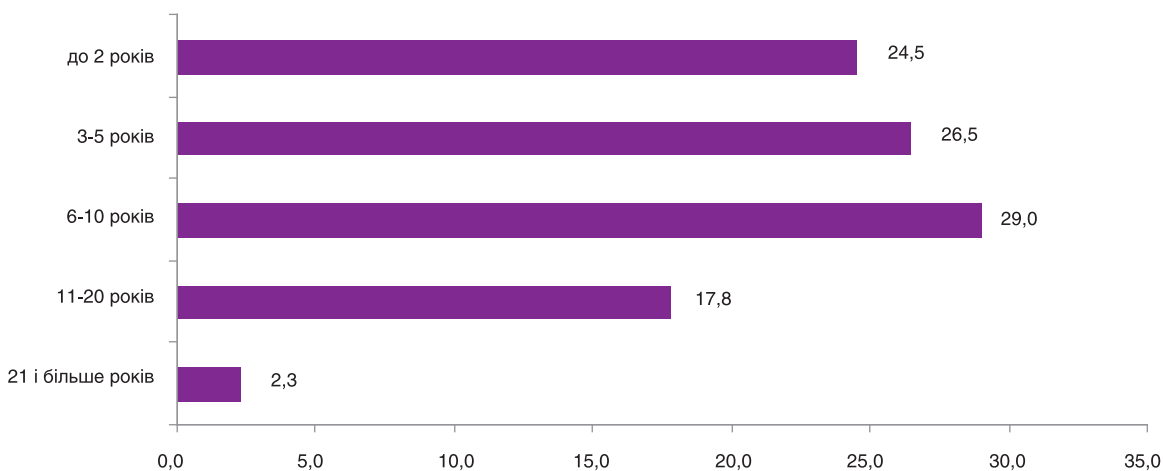


Рис. 2.2.1. Стаж роботи у сфері комерційного сексу, %

На рис. 2.2.2 наведено кумулятивну частку ЖКС залежно від стажу роботи у секс-бізнесі. Тобто кожне значення на діаграмі показує, скільки ЖКС має такий або менший стаж.

¹⁷ Стаж розраховувався як різниця між віком ЖКС та віком початку надання сексуальних послуг за плату. Необхідно зауважити, що така оцінка «стажу» ЖКС є дещо наближеною, адже не враховуються ситуації, коли у тієї чи іншої ЖКС були «перерви» в наданні сексуальних послуг за плату (тобто в певний період ЖКС могла цим не займатися і лише згодом знову повернутися до цього заняття). Але, з огляду на відсутність даних щодо траєкторії роботи у секс-бізнесі протягом життя, запропонована оцінка стажу є максимальною точною.

¹⁸ За результатами дослідження, вік сексуального дебюту та вік початку надання сексуальних послуг за плату тісно між собою пов'язані – коефіцієнт кореляції Пірсона складає +0,5 ($p < 0,001$). Тобто чим нижчий вік сексуального дебюту, тим більш раннім є вік початку надання сексуальних послуг за плату.

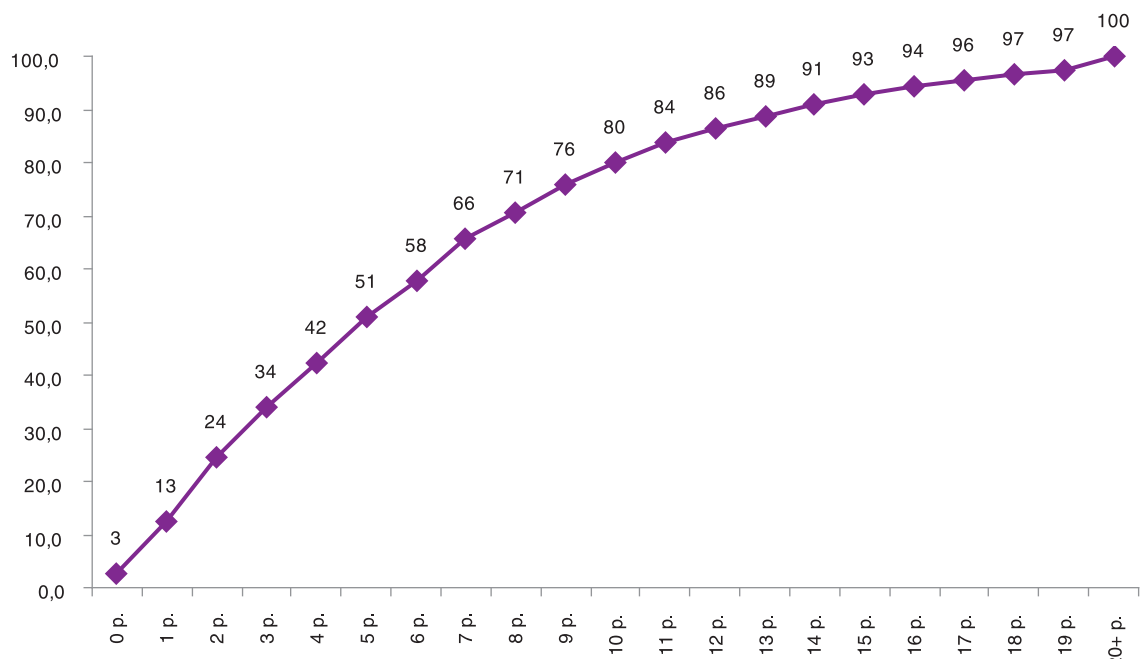


Рис. 2.2.2. Частка ЖКС, які мають відповідний або менший стаж роботи (кумулятивний відсоток), %

24

Як засвідчили результати опитування, 86–90% ЖКС із різних за стажем категорій надавали за останні 6 місяців сексуальні послуги за плату в середньому *не рідше 1 разу на тиждень* (див. рис. 2.2.3). Причому серед них 50% таких, які надавали такі послуги *2–3 рази на тиждень*. Отримані дані свідчать, що ми не можемо говорити, що зі зростанням стажу ЖКС *частіше* надають сексуальні послуги за плату. З іншого боку, необхідно відмітити, що навіть ЖКС, які тільки починають працювати у цій сфері, працюють з доволі високою частотою.

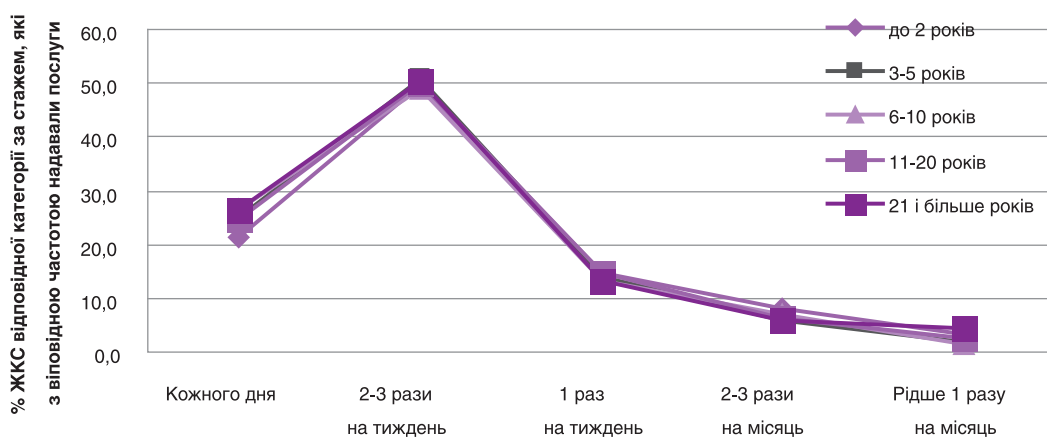


Рис. 2.2.3. Частота надання сексуальних послуг серед ЖКС з різним стажем

2.3. Вікова та професійна структури клієнтів ЖКС

За словами опитаних ЖКС, професійна структура їхніх клієнтів є різноманітною. Дві третини ЖКС (66%) зазначили, що серед їхніх клієнтів за останні 6 місяців були бізнесмени (див. табл. 2.3.1)¹⁹. У 46% ЖКС серед клієнтів були таксисти. 40% ЖКС зазначили, що до кола їхніх клієнтів входили далекобійники та працівники правоохоронних органів. У третини ЖКС за останні 6 місяців серед клієнтів були військовослужбовці, студенти, працівники іншого (крім таксі) транспорту.

Необхідно відмітити, що серед ЖКС, які відрізняються за *основним* способом пошуку клієнтів, професійна структура їхніх клієнтів є дещо різною. Наприклад, серед тих ЖКС, які в основному знаходили своїх клієнтів на вулиці, шосе, вокзали, 49% повідомили, що серед їхніх клієнтів були бізнесмени. Водночас серед інших ЖКС відповідна частка набагато *більша* – 78–82%. Натомість, серед ЖКС, які в основному знаходили своїх клієнтів на вулиці, шосе, вокзали, набагато більше тих, хто мав клієнтів-далекобійників (70% проти 21–22%).

Таблиця 2.3.1

Представники яких професійних груп траплялися ЖКС за останні 6 місяців, %

	Усі ЖКС	Де в основному шукали своїх клієнтів ЖКС за останні 6 місяців		
		На вулиці, шосе, вокзали	У готелі, сауні, казино, барах, на дискотеках тощо, надавали ескорт-послуги	Телефон, Інтернет
Військовослужбовці	29,5	29,5	29,5	29,2
Студенти	31,1	23,9	38,3	37,0
Далекобійники	42,6	70,2	21,1	21,8
Моряки	4,5	5,2	3,8	4,3
Працівники правоохоронних органів (міліція)	38,4	40,3	35,2	40,5
Таксисти	46,2	56,8	36,4	38,4
Працівники іншого транспорту	33,9	49,7	20,8	22,0
Бізнесмени	65,6	49,4	82,0	77,6
Представники інших професійних груп	13,4	8,2	17,4	16,6
ВАЖКО СКАЗАТИ	9,0	11,6	5,7	7,2

У цілому, якщо говорити про те, представники яких професійних груп *найчастіше* користувалися послугами опитаних ЖКС, то отримуємо схожу картину, що і в попередньому випадку (див. табл. 2.3.2).

¹⁹ Для того, щоб дослідити професійну та вікову (буде розглянуто нижче) структури клієнтів ЖКС, під час опитування респонденток спершу запитували, представники яких професійно-вікових категорій траплялися їм за останні 6 місяців. Після цього уточнювалося, представники яких саме категорій траплялися респонденткам найчастіше. У першому випадку ЖКС могла обрати кілька професійно-вікових категорій, а у другому – тільки одну.

Таблиця 2.3.2
Представники яких професійних груп траплялися ЖКС найчастіше
за останні 6 місяців, %

	Усі ЖКС	Де в основному шукали своїх клієнтів ЖКС за останні 6 місяців		
		На вулиці, шосе, вокзалі	У готелі, сауні, казино, барах, на дискотеках тощо, надавали ескорт-послуги	Телефон, Інтернет
Військовослужбовці	1,9	1,8	2,3	1,8
Студенти	3,9	1,4	5,7	5,8
Далекобійники	15,0	29,8	2,4	4,4
Моряки	0,0	0,0	0,1	0,0
Працівники правоохоронних органів (міліція)	2,2	2,0	1,9	2,7
Таксисти	7,6	9,7	5,6	5,7
Працівники іншого транспорту	8,1	13,9	4,4	2,7
Бізнесмени	39,1	16,4	59,2	59,9
Представники інших професійних груп	3,6	2,1	4,8	4,7
ВАЖКО СКАЗАТИ	18,6	22,8	13,6	12,4

За віком серед клієнтів ЖКС за останні 6 місяців переважали молоді чоловіки (26–35 років) та чоловіки середнього віку (36–50 років) – 83% і 84% ЖКС відповідно повідомили, що вони надавали послуги таким чоловікам (див. табл. 2.3.3). 50% ЖКС зазначили, що серед їх клієнтів була молодь (18–25 років). 39% також відмітили, що серед їхніх клієнтів були чоловіки старшого віку (понад 50 років). Найрідше клієнтами були підлітки (особи до 18 років) – 8%. Відмітимо, що серед різних за основним способом пошуку клієнтів ЖКС вікова структура клієнтів дуже подібна.

Таблиця 2.3.3
Представники яких вікових груп траплялися ЖКС за останні 6 місяців, %

	Усі ЖКС	Де в основному шукали своїх клієнтів ЖКС за останні 6 місяців		
		На вулиці, шосе, вокзалі	У готелі, сауні, казино, барах, на дискотеках тощо, надавали ескорт-послуги	Телефон, Інтернет
Підлітки (до 18 років)	7,6	8,2	6,8	7,3
Молодь (18–25 років)	50,2	48,5	52,7	50,4
Молоді чоловіки (26–35 років)	83,2	84,4	81,5	85,4
Чоловіки середнього віку (36–50 років)	84,5	87,7	80,8	84,6
Чоловіки старше 50 років	38,7	45,5	33,4	33,0
ВАЖКО СКАЗАТИ	1,9	3,1	1,2	0,7

48% опитаних ЖКС повідомили, що найчастіше їхніми клієнтами були чоловіки середнього віку. 36% ЖКС відмітили, що такою групою для них були молоді чоловіки (див. табл. 2.3.4).

Таблиця 2.3.4

Представники яких вікових груп траплялися ЖКС найчастіше за останні 6 місяців, %

	Усі ЖКС	Де в основному шукали своїх клієнтів ЖКС за останні 6 місяців		
		На вулиці, шосе, вокзалі	У готелі, сауні, казино, барах, на дискотеках тощо, надавали ескорт-послуги	Телефон, Інтернет
Підлітки (до 18 років)	0,1	0,1	0,0	0,0
Молодь (18–25 років)	5,8	4,8	7,2	5,8
Молоді чоловіки (26–35 років)	35,5	30,2	40,1	41,7
Чоловіки середнього віку (36–50 років)	48,3	52,1	43,6	47,2
Чоловіки старше 50 років	2,7	2,2	4,1	2,2
ВАЖКО СКАЗАТИ	7,7	10,7	5,0	3,1

Говорячи про клієнтів ЖКС, важливо також звертати увагу на групи, зв'язок з якими може бути особливо небезпечним для ЖКС (див. табл. 2.3.5). Необхідно зауважити, що, за винятком іноземців, ідентифікувати представників цих груп важко, а отже, отримані під час опитування результати є радше орієнтовними стосовно поширеності практик надання послуг цим категоріям людей.

Так, 44% ЖКС повідомили, що за останні 12 місяців вони надавали сексуальні послуги іноземцям. 22% – споживачам ін'єкційних наркотиків, 14% – бісексуалам і (або) ЧСЧ. Незначна частина ЖКС повідомила про надання секс-послуг особам, які мають ВІЛ, та особам, хворим на венеричні захворювання (3% та 1% відповідно). Втім, ЖКС найчастіше відповідали «не знаю» на запитання про ці групи, що, можливо, є наслідком складності ідентифікувати приналежність клієнта до двох останніх груп.

Таблиця 2.3.5

Розподіл відповідей на запитання «Чи доводилося Вам за останні 12 місяців надавати секс-послуги...», %

	Так	Ні	Не знаю	Важко відповісти
бісексуалам і (або) ЧСЧ	13,7	64,8	18,7	2,7
споживачам ін'єкційних наркотиків	21,7	58,6	17,8	1,9
іноземцям	44,2	48,2	6,8	0,8
хворим на ВІЛ/СНІД	2,8	48,1	43,3	5,7
хворим на венеричні захворювання	1,0	51,5	41,8	5,7

2.4. Кількість сексуальних партнерів за останній робочий тиждень і за останню добу

Кількість комерційних сексуальних партнерів за останній тиждень

Як показали результати опитування, середня кількість клієнтів за «останній робочий тиждень» становила 7 (стандартне відхилення – 7), медіанна кількість – 4²⁰. Серед усіх опитаних ЖКС 52% зазначили, що за «останній робочий тиждень» у них було від 1 до 5 клієнтів (див. рис. 2.4.1). Кожна п'ята ЖКС (21%) мала від 6 до 10 клієнтів. 18% ЖКС повідомили, що за «останній робочий тиждень» у них було від 11 до 20 клієнтів.

Важливо зазначити, що кількість клієнтів варіює серед різних за стажем роботи ЖКС. Так, серед ЖКС зі стажем роботи у секс-бізнесі до 2 років включно середня кількість клієнтів за «останній робочий тиждень» склала 6 (стандартне відхилення – 6, медіанне значення – 4²¹). А серед ЖКС зі

20 N=2142.
21 N=486.

стажем понад 3 роки – 7 (стандартне відхилення – 7, медіанне значення – 5²²). Значна кореляція між стажем та кількістю комерційних партнерів прослідковується *тільки* в цій групі²³.

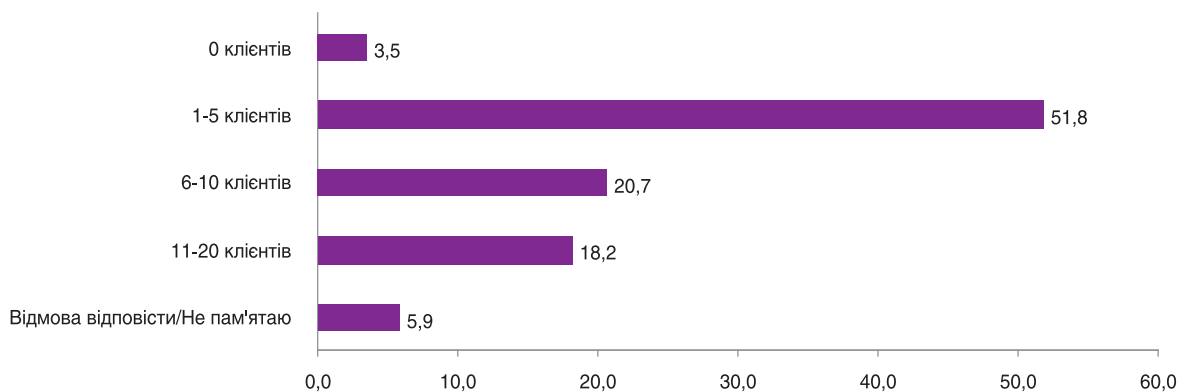


Рис. 2.4.1. Кількість комерційних партнерів за останній робочий тиждень

У ЖКС, які в основному знаходять своїх клієнтів на вулиці/шосе/вокзалі, в середньому за тиждень було більше клієнтів, ніж у ЖКС, які належать до інших груп за способом пошуку, – 9 проти 5. Серед ЖКС з першої групи менше тих, хто мав за «останній робочий тиждень» від 1 до 5 клієнтів (41% проти 60–62% серед представників інших груп), і більше тих, хто мав від 6 до 10 (25% проти 14–19%) та від 11 до 20 клієнтів (26% проти 11–13%).

28

Варто відмітити, що середня кількість клієнтів за тиждень також вища серед ЖКС, для яких секс за винагороду є основним джерелом доходу. Для таких ЖКС середня кількість клієнтів становить 8. А наприклад, для тих, в кого основним джерелом виступали випадкові заробітки, – 5. Для тих, хто основний дохід отримав за рахунок постійної роботи, – 4.

Кількість некомерційних сексуальних партнерів за останній тиждень

Відповідно до отриманих результатів, середня кількість різних *постійних* партнерів за останній тиждень, від яких респондентки не отримували винагороду, становить 1 (стандартне відхилення 1), медіанне значення – 0²⁴. Причому серед усіх опитаних ЖКС 53% становлять ті, в кого зовсім *не було* постійних сексуальних партнерів²⁵.

В середньому за тиждень у ЖКС було мало *випадкових* партнерів – 1 (стандартне відхилення – 1), медіанне значення – 0²⁶. У 73% ЖКС за «останній робочий тиждень» *не було* жодного випадкового сексуального партнера.

Кількість комерційних сексуальних партнерів за останній робочий день

Результати дослідження показали, що в середньому за «останній робочий день» ЖКС мали 2 клієнтів (стандартне відхилення – 2), медіанне значення – 2²⁷. 20% ЖКС зазначили, що за останній робочий день у них не було жодного клієнта (див. рис. 2.4.2). Більшість ЖКС – 54% – відмітили, що у них було 1-2 клієнта. У кожній п'ятій ЖКС було 3-4 клієнти за останню добу. Для 5,5% ЖКС кількість клієнтів становила 5 або більше.

22 N=1487.

23 Кореляція Пірсона складає 0,11 ($p < 0,01$, N=836).

24 N=2212.

25 «Постійність» партнера є суб'єктивною оцінкою, адже зазвичай люди по-своєму визначають, кого можна назвати постійним, а кого – випадковим партнером. Виходячи з таких міркувань, під час опитування респонденткам не пропонувалися жодні «об'єктивні» критерії.

26 N=2199

27 N=2208.

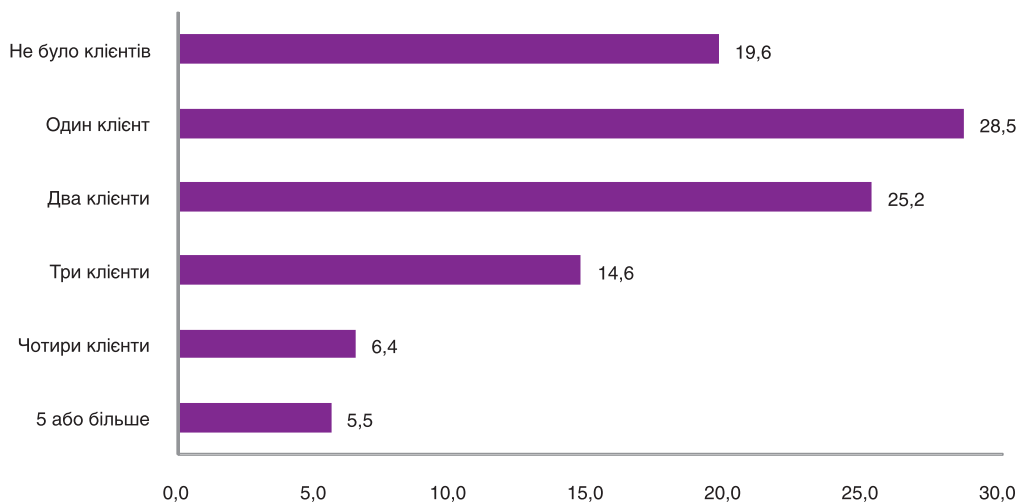


Рис. 2.4.2. Кількість комерційних партнерів за останній робочий день

Хоча ми можемо спостерігати деякі розбіжності між ЖКС залежно від основного способу пошуку клієнтів, але вони є несуттєвими. Відмітимо тільки, що дещо більшою кількістю клієнтів характеризуються ЖКС, які в основному знаходять клієнтів на вулиці, шосе, вокзалі.

2.5. Практики використання презервативів

Використання презервативів під час сексу з клієнтами

Вивчення практик використання презервативів є важливим, оскільки саме презервативи є одним із найбільш надійних запобіжників ВІЛ-інфікування статевим шляхом. Тобто, знаючи реальний стан ситуації із використанням презервативів, можна оцінювати величину ризику, якого зазнають ЖКС.

За результатами опитування був розрахований Національний показник «Відсоток ЖКС, які протягом останніх 12 місяців надавали сексуальні послуги за плату та повідомили про використання презерватива під час останнього платного статевого контакту». Чисельник цього показника – кількість респондентів, які зазначили, що користувалися презервативом під час останнього комерційного сексуального контакту. Знаменник – усі опитані під час дослідження серед ЖКС.

Значення цього показника становить 89%, тобто дев'ять з десяти опитаних ЖКС повідомили, що під час останнього статевого акту з клієнтом вони використовували презерватив (див. рис. 2.5.1). Цей показник у 2004 р. становив 80%, у 2006 р. – 85%, у 2007 р. – 86%, у 2008 р. – 88% серед усіх ЖКС. І хоча ми можемо зафіксувати позитивну динаміку порівняно з 2004 р., необхідно зважати на те, що, по-перше, в кожен з цих років опитування проводилося у різних регіонах, по-друге, у 2004–2007 рр. для відбору ЖКС використовувався метод «снігової кулі», а у 2008–2009 рр. – методики RDS та TLS, а отже порівняння даних не є коректним.

З-поміж 15 міст, в яких опитування проводилося у 2009 р., в 6 містах (Київ, Донецьк, Харків, Полтава, Сімферополь, Черкаси) опитування проводилося також і в 2008 р. Аналіз динаміки цього показника лише для цих 6 міст буде більш коректним, ніж якщо аналізувати динаміку у 2008–2009 рр. по всіх містах. Значення національного показника лише для цих 6 міст у 2008 році статистично значуще *не відрізняється* від значення показника, розрахованого для цих міст за результатами опитування 2009 р. У випадку обох досліджень 90% ЖКС, опитаних в цих 6 містах, повідомили, що під час останнього сексуального контакту з клієнтом вони використовували презерватив.

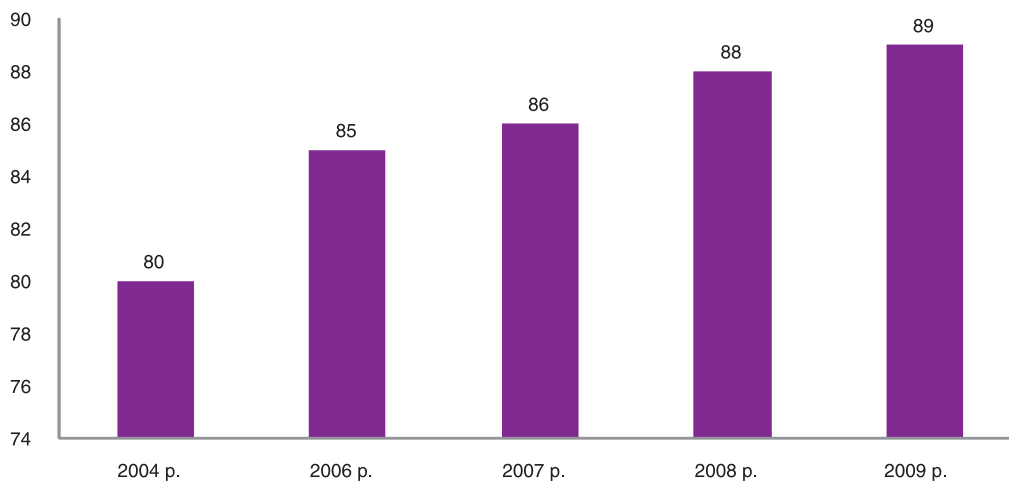


Рис. 2.5.1. Національний показник «Відсоток ЖКС, які протягом останніх 12 місяців надавали сексуальні послуги за плату та повідомили про використання презерватива під час останнього платного статевого контакту»

Значення цього показника значущо не відрізняється між ЖКС у віці до 24 років (включно) і ЖКС у віці 25 років і старше і становить 90% і 89% відповідно. Але при цьому дещо нижче значення показника серед ЖКС віком 14–19 років і 30+ порівняно з ЖКС у віці 20–29 років. Так, серед ЖКС віком 14–19 років, а також віком 30+, значення показника становить 86% і 87% відповідно. А серед ЖКС віком 20–24 і 25–29 показник сягає 92% (розбіжність значуща на рівні $p < 0,01$).

Також результати дослідження засвідчили, що значення показника серед різних за основним способом пошуку клієнтів ЖКС, загалом, є приблизно однаковим. Можна тільки відмітити, що найнижчого значення він сягає серед ЖКС, які в основному знаходять своїх клієнтів на вокзалі, – 76%. Тобто саме ЖКС, які в основному знаходять своїх клієнтів на вокзалі, з точки зору значення цього індикатора, найчастіше піддаються небезпеці.

Важливо відмітити, що 60% ЖКС зазначили, що саме вони були ініціатором використання презервативу під час останнього комерційного статевого акту. 30% відповіли, що таке рішення було спільним з партнером. Кожна десята ЖКС зазначила, що ініціатива виходила від клієнта.

Утім, також важливо знати, чи готові взагалі ЖКС на секс без презерватива, і якщо так, то за яких умов. За даними опитування, лише 44% ЖКС відмітили, що за жодних умов не погодяться на надання сексуальних послуг за плату без використання презерватива (див. рис. 2.5.2). Кожна п'ята ЖКС (22%) готова на секс без презерватива за умови додаткової оплати. 28% погодилися б на секс без презерватива з клієнтом, якого добре знають. 17% ЖКС відмітили, що могли б погодитися на такий секс з клієнтом, якому довіряють. Таким чином, *менше половини ЖКС висловлюють тверду переконаність в тому, що за жодних обставин не будуть надавати секс-послуги без використання презерватива*. Тобто показник «використання презерватива під час останнього статевого контакту», який становить 89%, не повною мірою демонструє кількість ЖКС, які піддаються ризику, адже використання презерватива під час останнього статевого контакту може «компенсуватися» невикористанням іншого разу. Це підтверджується і тим, що лише 43% ЖКС повідомили, що вони *завжди* використовували презерватив під час орального сексу з клієнтами за останні 30 днів (частота використання презервативів детальніше розглянута нижче в цьому пункті), лише 66% постійно використовували презерватив під час вагінального сексу, і лише 55% – під час анального.



Рис. 2.5.2. Розподіл відповідей на прохання «Зазначте ті випадки, коли Ви вважаєте за можливе надання секс-послуг без використання презерватива», %

Важливо також правильно розуміти мотивацію невикористання презервативів. Так, 30% ЖКС зазначили, що причиною невикористання презерватива з останнім клієнтом було те, що на цьому наполягав клієнт (див. табл. 2.5.1). 28% ЖКС відмітили як причину вищу плату. Кожна четверта ЖКС (24%) зазначила, що презерватив не застосовувався через те, що його не було під рукою. 13% як причину назвали те, що з презервативом не подобається. Важливо відмітити, що кожна десята ЖКС (12%) як причину невикористання презерватива зазначила те, що вона перебувала в алкогольному сп'янінні або під впливом наркотиків.

Таблиця 2.5.1

Причини невикористання презерватива під час сексуального контакту з останнім клієнтом, %*

Клієнт наполягав на тому, щоб не використовувати презерватив	29,7
Без презерватива дорожче	27,5
Не було презерватива/не було під рукою	23,6
Не подобається з презервативом	13,4
Була в алкогольному сп'янінні/під впливом наркотиків	11,6
Його використання знижує чутливість	9,5
Я не думала, що це необхідно	9,3
Якось не думала про це	7,1
Інше	7,1
Презерватив коштує занадто дорого	5,4
Використовували інші контрацептиви	4,5
Хотіла завагітніти	1,2
ВАЖКО СКАЗАТИ	0,4

* Сума більша за 100%, бо респондентки могли обрати кілька варіантів.

Отже, аналізуючи «сексуальний контакт з останнім клієнтом», ми наштовхуємося на певні труднощі, оскільки використання презерватива останнього разу не вказує однозначно на певну *регулярність* використання презервативів *загалом*. Але під час опитування також ставилося запитання щодо частоти використання презервативів під час надання різних сексуальних послуг за останні 30 днів²⁸. Так, 93% ЖКС зазначили, що за останні 30 днів вони надавали оральні сексуальні послуги. Серед них лише 43% відмітили, що за останні 30 днів вони завжди

²⁸ Стосовно кожного виду сексуальних послуг (оральний, вагінальний, анальний секс) ставилися два запитання: спочатку – «Як часто Ви використовували презерватив під час надання таких секс-послуг, як (оральний, вагінальний, анальний) секс?». Респондентка могла обрати один варіант на шкалі від «завжди» до «ніколи». У випадку, якщо респондентка обирала варіант «завжди», то ставилося друге, уточнююче, запитання: «Подумайте ще раз про події останніх 30 днів. Чи був випадок, коли Ви не використовували презерватив з клієнтом під час надання таких секс-послуг, як (оральний, вагінальний, анальний) секс?». У Таблиці 2.5.2 альтернатива «завжди» першого запитання розбита на дві – одна для випадків, коли презерватив завжди використовувався (і це підтверджує друга відповідь респондентки), а друга – для випадків, коли в цілому завжди, але були і випадки невикористання.

використовували презерватив під час орального сексу з клієнтами і при цьому на уточнююче запитання підтвердили його використання в усіх випадках (див. табл. 2.5.2)²⁹.

Серед ЖКС, які шукають клієнтів через телефон або Інтернет, найбільше таких, які завжди використовували презерватив під час орального сексу з клієнтами, – 53%. Серед вуличних/вокзальних/тощо ЖКС та ЖКС, які в основному знаходять своїх клієнтів у готелях, саунах, барах тощо, значення показника приблизно однакове і становить 40% та 39% відповідно. Зазначимо також, що серед ЖКС у віці 25 років і старше дещо більше таких, які постійно використовували презервативи (45% проти 40% серед ЖКС віком 14–24 роки). Невисока частка тих, хто постійно використовує презервативи під час орального сексу, є негативним сигналом, який, можливо, пов'язаний з думкою про відсутність/незначні загрози від незахищеного орального сексу.

Таблиця 2.5.2

Частота використання презервативів під час надання різних сексуальних послуг за останні 30 днів (частка ЖКС, які мали клієнтів за останні 30 днів і які надавали такі послуги)

	Оральний секс	Вагінальний секс	Анальний секс
Завжди (в усіх випадках презерватив використовувався)	43,0	65,6	55,0
Завжди (але були випадки, коли презерватив не використовувався)	3,8	5,5	3,8
Не завжди, але частіше, ніж у половині випадків (>50%)	13,1	13,7	10,2
У половині випадків (50% випадків)	14,1	8,4	10,4
Рідше, ніж у половині випадків (<50% випадків)	7,2	4,4	7,0
Ніколи	15,2	0,4	7,3
НЕ ЗНАЮ/НЕ ПАМ'ЯТАЮ	3,7	1,8	6,2
Частка ЖКС серед усіх опитаних, які надавали такі послуги за останні 30 днів	92,6	99,4	51,7

Згідно з результатами опитування, 66% респонденток³⁰, які надавали³¹ такі сексуальні послуги, як вагінальний секс, за останні 30 днів завжди користувалися презервативами і підтвердили це у відповіді на уточнююче запитання (див. табл. 2.5.2). При цьому 85% ЖКС завжди, або, принаймні, частіше, ніж у половині випадків користувалися презервативами. Тобто, можемо констатувати, що переважна більшість ЖКС здебільшого практикує захищений вагінальний секс, хоча трапляються випадки, коли презерватив не застосовується. Утім, показник постійного використання презервативів у 66% випадків набагато нижчий, ніж національний показник, відповідно до якого у 89% випадків використовувався презерватив під час останнього сексуального контакту з клієнтом (див. вище рис. 2.5.1). Відмітимо також, що знову ж таки серед ЖКС, для яких основний спосіб пошуку клієнтів – телефон або Інтернет, найвища частка тих, хто завжди користувався презервативом за останні 30 днів, – 77%. Серед ЖКС двох інших за способом пошуку груп значення становить 62–64%.

Оскільки анальний секс є найбільш небезпечним, то особливу увагу необхідно звертати як на поширеність надання такої секс-послуги, так і на частоту використання презервативів. За даними опитування, лише половина ЖКС (48%) за останні 30 днів не надавали такі сексуальні послуги³². Результати дослідження продемонстрували, що лише 55% ЖКС, які надавали такі послуги, використовували презерватив завжди (і підтвердили це під час уточнюючого запитання – див. табл. 2.5.2)³³. Таким чином, майже половина ЖКС повідомила про існування ситуацій невикористання презервативів під час анального сексу³⁴. Такий показник (55%) є нижчим

29 Перед блоком запитань щодо частоти використання презервативів стояли запитання щодо правильності використання презервативів з клієнтами (B15.1-B15.3). Якщо респондентка відмічала варіант «не було клієнтів» або «презервативи ніколи не використовувалися», то, за умовами анкети, блок про частоту не ставився. У першому випадку (коли клієнтів не було) ЖКС за умовами віднесення не могли входити до знаменника жодного з показників. У другому випадку включення таких ЖКС було б бажаним, але, з огляду на відсутність даних щодо того, які саме послуги вони надавали, а які – ні (оскільки запитання про конкретні види сексуальних послуг не ставилися), ми їх для обчислення показників частоти не враховували (таких ЖКС серед опитаних – всього 28, або 1,2%, а отже, вони не могли суттєво вплинути на отримані результати). Таким чином, для наведених 93%, N=2230, а для 43% – N=2066.

30 N=2217.

31 За даними опитування лише 0,6% ЖКС сказали, що не надавали таких послуг за останні 30 днів.

32 N=2230.

33 N=1153.

34 Якщо розраховувати частку ЖКС, які не завжди використовували презервативи під час надання таких послуг, як анальний секс, від усіх опитаних ЖКС, то вийде, що майже кожна четверта ЖКС практикувала з клієнтами анальний секс без презервативів за останні 30 днів.

($p < 0,01$) порівняно з аналогічним показником щодо вагінального сексу. Можливо, така ситуація є наслідком меншої обізнаності щодо небезпек анального сексу. Тобто, менше усвідомлюючи ризики, ЖКС меншою мірою схильні використовувати презервативи під час анального сексу. Найбільш безпечною поведінкою вирізняються ЖКС, які шукають своїх клієнтів за допомогою телефону або Інтернету, – серед них таких, які постійно користувалися презервативами під час анального сексу, – 70%. Серед двох інших за способом пошуку груп ЖКС значення цього показника становить 48–54%.

Таким чином, доволі оптимістичний національний показник використання презерватива під час останнього сексуального контакту з клієнтом (89%) лише певною мірою демонструє поширеність безпечних сексуальних практик. Такі дані дещо відрізняються від оцінки частоти використання презервативів за останні 30 днів. І хоча невисокий показник постійного використання презерватива для орального сексу не виглядає дуже загрозово (попри існуючі небезпеки), то факт, що майже половина ЖКС, які практикують надання таких секс-послуг, як анальний секс, не завжди використовують презерватив, є більш небезпечним. Небезпечним також є і той факт, що при вагінальному сексі лише дві третини ЖКС постійно використовували презерватив. Також можемо зазначити, що серед опитаних є 15% ЖКС, які практикують надання *всіх* видів сексуальних послуг, і при цьому для кожного з них фіксуються випадки *невикористання* презервативів.

Під час дослідження респонденткам також ставилися три запитання стосовно правильності використання презервативів під час сексу з клієнтами за останні 30 днів:

- Чи були випадки, коли презерватив порвався чи зісковзнув?
- Чи завжди презерватив одягали до початку сексуального контакту?
- Чи були випадки, коли секс продовжувався після зняття презерватива?

Результати дослідження засвідчують, що лише трохи більше 51% ЖКС, які за останні 30 днів мали клієнтів і не заперечили використання презервативів за цей період³⁵, при наданні сексуальних послуг *не* зіштовхувалися з випадками неправильного використання презервативів. При цьому найпоширенішою ситуацією було така, коли презерватив або порвався, або зісковзнув – наявність таких випадків відмітили майже 31% ЖКС (див. рис. 2.5.3). Наявність досвіду, коли презерватив одягали після початку статевого контакту, і випадків, коли секс продовжувався після зняття презерватива, відмітили відповідно 14% і 15% ЖКС.

Зазначимо, що ЖКС, які в основному знаходять своїх клієнтів по телефону або через Інтернет, дещо *рідше* зіштовхувалися з такими «проблемними» ситуаціями. Так, якщо серед них зіштовхувалися принаймні з однією ситуацією близько 39%, то серед ЖКС, які шукають клієнтів на вулиці/шосе/вокзалі або в готелі/сауні/барі тощо, – 51% та 52% відповідно.

Таким чином, разом з невисоким рівнем постійного використання презервативів під час надання секс-послуг існує проблема і з правильністю користування презервативами. Серед ЖКС, які постійно використовували презерватив під час анального сексу з клієнтами (нагадаємо, що таких було 55%), 39% відмітили досвід принаймні однієї з трьох таких ситуацій. Аналогічні показники для орального і вагінального сексу становлять 32% і 36%, відповідно. Отже, коректність аналізу показника *частоти* застосування презервативів тісно пов'язана з *правильністю* їхнього використання.

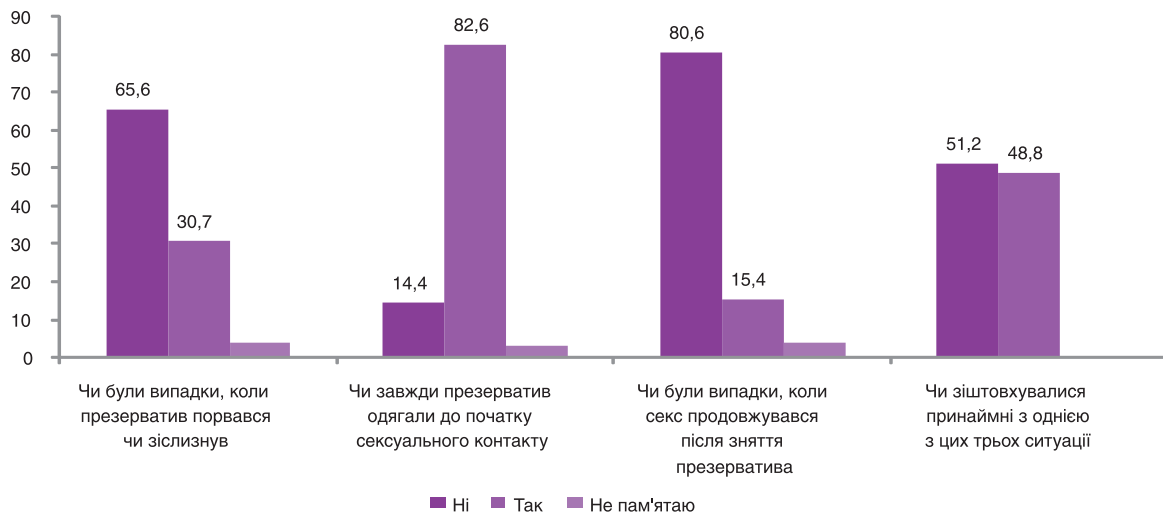


Рис. 2.5.3. Розподіл відповідей щодо «неправильного» використання презерватива під час сексу з комерційними партнерами за останні 30 днів

Таким чином, якщо в цілому аналізувати практику використання презервативів ЖКС під час сексу з клієнтами, ми зіштовхуємося з неоднозначними даними. При доволі високому показнику використання презервативу під час останнього сексу, істотно *менша* частка ЖКС характеризується постійністю використання презервативів. До цього необхідно додати, по-перше, готовність значної кількості ЖКС до сексу без презерватива за різних обставин і, по-друге, поширені проблеми з правильністю використання презервативів. Такі обставини, якщо розглядати їх у цілому, можуть значною мірою нівелювати ту роль, яку мають відігравати презервативи. Разом з цим програми, які тією чи іншою мірою прив'язані до практик використання презервативів (наприклад, розповсюдження презервативів через різні акції), повинні акцентувати свою увагу не тільки на «кількісному» вимірі – скільки презервативів було роздано і скільки ЖКС їх отримали, але і на аспектах, пов'язаних із частотою і правильністю їхнього застосування.

Використання презервативів під час сексу з постійними партнерами

Розглянемо спочатку практики використання презервативів з *постійними* партнерами, від яких ЖКС не отримували винагороду. Кожна третя ЖКС (35%) повідомила, що за останні 12 місяців у неї *не* було постійних некомерційних партнерів. Серед тих, у кого були постійні сексуальні партнери, 58% відмітили, що вони використовували під час останнього сексуального контакту презерватив. Тобто, можемо констатувати, що показник доволі невисокий, адже, виходить, що 42% ЖКС під час останнього сексуального контакту з постійним партнером не використовували презерватив, що могло мати негативні наслідки.

Варто відмітити, що серед молодших ЖКС та ЖКС з досвідом роботи у секс-бізнесі до 2 років (включно) дещо більше таких, які під час останнього сексуального контакту з постійними партнерами користувалися презервативом. Так, серед ЖКС у віці до 24 років таких було 68% проти 53% серед ЖКС у віці 25+ років ($p < 0,01$). Серед ЖКС з досвідом роботи у цій сфері до двох років значення показника складає 68%, у той час як серед тих, чий досвід роботи становить три роки і більше, – 57% ($p < 0,01$).

Як і у випадку з клієнтами, необхідно розуміти *мотивацію* невикористання презервативів. Результати дослідження показують, що основною причиною було те, що секс з презервативом не подобається – майже 35% ЖКС відмітили цей варіант відповіді (див. табл. 2.5.3). 27% ЖКС повідомили, що вони не думали, що використання презервативів є необхідним. 17% вважають, що презерватив знижує чутливість, а 13% ЖКС взагалі відмітили, що не думали про це. Майже кожна десята ЖКС (11%) повідомила, що причиною невикористання презервативів було застосування інших контрацептивів.

Таблиця 2.5.3

Причини невикористання презерватива під час останнього сексуального контакту з постійним партнером, %*

Не подобається з презервативом	34,8
Я не думала, що це є необхідним	26,9
Його використання знижує чутливість	16,5
Якось не думала про це	13,4
Використовували інші контрацептиви	11,1
Не було презерватива/не було під рукою	8,8
Хотіла завагітніти	5,8
Була в алкогольному сп'янінні/під впливом наркотиків	4,0
Презерватив коштує занадто дорого	1,8
Інше	7,8
ВАЖКО СКАЗАТИ	2,9

* Сума більша за 100%, бо респонденти могли обрати кілька варіантів відповідей.

Перейдімо тепер до частоти і правильності використання презервативів під час сексу з постійними партнерами за останні 30 днів. Так, за останні 30 днів 60% ЖКС мали постійних сексуальних партнерів. Кожна четверта ЖКС (24%), яка мала постійних сексуальних партнерів за останні 30 днів, повідомила, що презервативи під час сексу з такими партнерами взагалі *ніколи* не використовувалися³⁶. Можливо, таке високе значення зумовлене характером відносин з цими партнерами – оскільки партнер постійний, то можна припустити наявність довіри до нього, що могло зіграти свою роль у рідшому використанні презервативів. Також лише 38% ЖКС, які мали постійних сексуальних партнерів, відмітили, що за останні 30 днів вони *завжди* використовували презервативи під час сексу з такими партнерами.

Таблиця 2.5.4

Частота використання презервативів під час сексу з постійними партнерами за останні 30 днів (частка ЖКС, які мали постійних партнерів за останні 30 днів)

Завжди (в усіх випадках презерватив використовувався)	37,7
Завжди (але були випадки, коли презерватив не використовувався)	3,7
Не завжди, але частіше, ніж у половині випадків (>50%)	16,0
У половині випадків (50% випадків)	6,5
Рідше, ніж у половині випадків (<50% випадків)	7,7
Ніколи	24,0
НЕ ЗНАЮ/НЕ ПАМ'ЯТАЮ	4,3
Частка ЖКС серед усіх опитаних, які мали постійних сексуальних партнерів за останні 30 днів	59,6

57% ЖКС під час сексу з постійними партнерами за останні 30 днів мали досвід *неправильного* використання презервативів. І хоча серед тих, хто завжди користувався презервативами за останні 30 днів, значення цього показника є дещо нижчим, все одно воно лишається достатньо високим – 43%. Найпоширенішою проблемною ситуацією було, як і у випадку з клієнтами, те, що презерватив або порвався, або зісковзнув – наявність таких випадків відмітили 28% ЖКС, які мали постійних сексуальних партнерів (див. рис. 2.5.4).

³⁶ Це ті, хто на запитання про правильність використання презервативів повідомили, що презервативи ніколи не використовувалися, і ті, хто на запитання про частоту використання презервативів за останні 30 днів відмітили «ніколи».

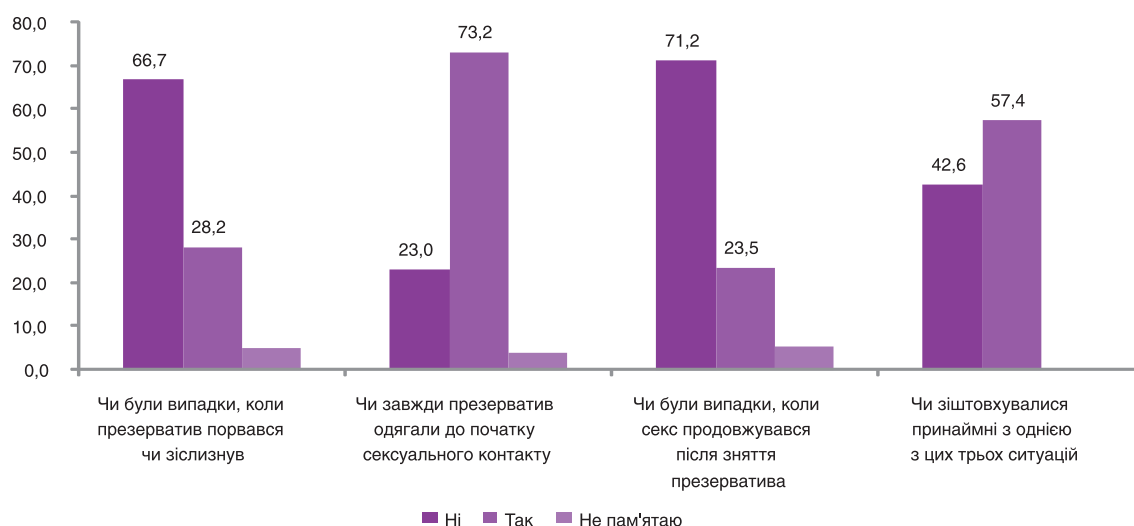


Рис. 2.5.4. Розподіл відповідей щодо того, чи траплялися такі ситуації під час сексу з постійними партнерами за останні 30 днів

Розглянемо тепер випадки контактів з *випадковими* партнерами, від яких ЖКС не отримували винагороду. Важливість окремого аналізу такої групи впливає з того, що зазвичай випадковими партнерами є малознайомі люди. Якщо випадкові партнери маловідомі ЖКС, то сексуальні контакти з ними створюватимуть потенційну небезпеку для здоров'я ЖКС (і, навпаки, ЖКС можуть створювати небезпеку для цих людей). Результати дослідження засвідчують, що за останні 12 місяців 53% ЖКС мали випадкових партнерів. Серед тих, хто мав випадкових партнерів, 79% повідомили про використання презервативів під час останнього сексуального контакту з таким партнером.

Серед причин невикористання презервативів під час останнього сексуального контакту варто виокремити дві найпоширеніші – перебування в алкогольному/наркотичному сп'янінні та відсутність презерватива/відсутність під рукою (обидві причини обрали по 33% ЖКС – див. табл. 2.5.5). Решта причин були менш поширеними.

**Таблиця 2.5.5
Причини невикористання презерватива під час останнього сексуального контакту з випадковим партнером, %***

Була в алкогольному сп'янінні/під впливом наркотиків	33,3
Не було презерватива/не було під рукою	32,6
Не подобається з презервативом	13,0
Я не думала, що це є необхідним	12,6
Якось не думала про це	8,4
Його використання знижує чутливість	3,6
Використовували інші контрацептиви	3,5
Презерватив коштує занадто дорого	3,1
Хотіла завагітніти	0,0
Інше	8,9
ВАЖКО СКАЗАТИ	2,0

* Сума більша за 100%, бо респонденти могли обрати кілька варіантів відповідей.

Перейдемо тепер до частоти і правильності використання презервативів з *випадковими* партнерами. Так, 46% ЖКС повідомили, що вони за останні 30 днів мали випадкових сексуальних партнерів. Тільки 56% ЖКС, у яких за останні 30 днів були випадкові партнери, повідомили, що протягом цього періоду *завжди* користувалися презервативами під час сексу з ними (див. табл. 2.5.6). Утім, лише 4% повідомили, що вони ніколи не користувалися презервативами. Решта ЖКС характеризується *нерегулярним* використанням презервативів.

Таблиця 2.5.6

Частота використання презервативів під час сексу з випадковими партнерами за останні 30 днів (частка ЖКС, які мали випадкових партнерів за останні 30 днів)

Завжди (в усіх випадках презерватив використовувався)	56,4
Завжди (але були випадки, коли презерватив не використовувався)	4,5
Не завжди, але частіше, ніж у половині випадків (>50%)	15,7
У половині випадків (50% випадків)	8,0
Рідше, ніж у половині випадків (<50% випадків)	3,7
Ніколи	3,5
НЕ ЗНАЮ/НЕ ПАМ'ЯТАЮ	8,2
Частка ЖКС серед усіх опитаних, які мали випадкових сексуальних партнерів за останні 30 днів	46,4

Більше половини ЖКС (51%), які використовували презервативи з випадковими партнерами, повідомили, що за останні 30 днів під час сексу з випадковими партнерами у них був досвід *неправильного* використання презервативів. І знову проблемою, яка найчастіше траплялася, було те, що презерватив або порвався, або зісковзнув – 27% ЖКС повідомили про наявність цього досвіду (див. рис. 2.5.5).



Рис. 2.5.5. Розподіл відповідей на запитання щодо того, чи траплялися такі ситуації під час сексу з випадковими партнерами за останні 30 днів?, %

Таким чином, аналіз практик використання презервативів під час сексу з *некомерційними* партнерами (як постійними, так і випадковими) демонструє нам доволі негативну тенденцію. Враховуючи невисокий рівень *постійного* застосування презервативів, високу готовність не використовувати їх та випадки їхнього неправильного використання під час сексу з *клієнтами*, важливо формувати надійніші практики стосовно інших, некомерційних, партнерів. Така потреба є нагальною, адже некомерційні партнери (як і клієнти) є групою-містком між ЖКС та рештою населення. Як засвідчили результати опитування, лише *незначну* частину ЖКС можна охарактеризувати як таку, що дійсно практикує моделі безпечної сексуальної поведінки як з клієнтами, так і з постійними та випадковими партнерами. Таким чином, необхідно розширювати розуміння необхідності та, відповідно, застосування більш безпечних практик серед ЖКС.

РОЗДІЛ III.

ПРАКТИКА ВЖИВАННЯ НАРКОТИКІВ

3.1. Вживання і поширеність різних видів наркотиків серед ЖКС

Вживання наркотиків, особливо ін'єкційним шляхом, є одним із найбільш небезпечних факторів для здоров'я ЖКС. Під час дослідження 16% опитаних повідомили, що вони вживають наркотики (див. рис. 3.1.1). Ще 9% повідомили, що вони раніше вживали, але зараз вже не вживають наркотики. Таким чином, 24% ЖКС мають досвід вживання наркотиків. Також результати дослідження показують, що кількість тих, хто зараз вживає наркотики, вища серед ЖКС у віці 25+ років (20% проти 11% серед ЖКС у віці до 24 років, $p < 0,01$), вища серед ЖКС зі стажем понад 2 роки (19% проти 8% серед ЖКС зі стажем у секс-бізнесі до 2 років (включно), $p < 0,01$), а також серед тих, хто в основному знаходить клієнтів на вулиці/шосе/вокзалі (22% проти 10–12% серед ЖКС, які в основному знаходять клієнтів в готелях/саунах/тощо або через телефон та Інтернет, $p < 0,01$).

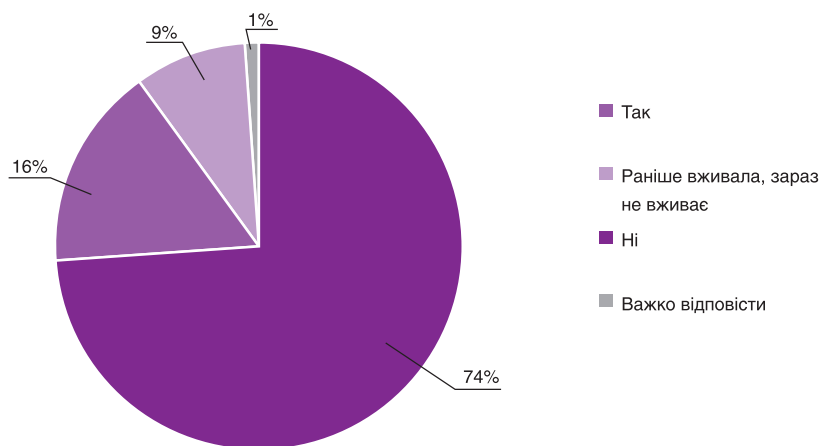


Рис. 3.1.1. Вживання наркотиків серед ЖКС

Також під час дослідження ставилися запитання стосовно того, які саме наркотики вживали ЖКС за останні 12 місяців і за останні 30 днів. Нижче наводяться отримані під час опитування результати. Поширеність вживання тих чи інших наркотиків усюди розраховується тільки серед тих ЖКС, які або зараз, або раніше вживали наркотики.

Серед ЖКС *найпоширенішим* наркотиком виявився *екстракт опію в рідкому стані* – 54% ЖКС, які або зараз, або раніше вживали наркотики, повідомили, що вживали цей вид наркотиків протягом останніх 12 місяців. Протягом останніх 30 днів цей наркотик вживали 46% ЖКС. Також поширене вживання метамфетаміну у вигляді розчину: показники для 12 місяців і 30 днів становлять відповідно 26 і 18%. Трамадол/трамал протягом відповідних періодів вживали 22% і 16% ЖКС. Також відмітимо, що кожна десята ЖКС (12%) за останні 12 місяців вживала амфетамін у вигляді порошку (відповідний показник для періоду 30 днів – 8%). Вживання решти наркотиків можна охарактеризувати як менш поширене.

Таблиця 3.1.1
Поширеність вживання різних наркотиків серед ЖКС

	Частка ЖКС, які вживали такі види наркотиків протягом останніх...		Частка ЖКС, які вживали цей наркотик ін'єкційним шляхом за останні 30 днів**
	12 місяців*	30 днів*	
Трамадол/трамал	22,4	16,1	46,8
Героїн	6,1	4,2	63,2
Екстракт опію в рідкому стані (ширка, чорна)	53,5	45,6	90,1
Інші опіати	1,1	1,1	0,0
Кокаїн	2,2	1,3	48,2
Амфетамін («фен») у вигляді порошку	11,7	8,4	35,2
Метамфетамін у вигляді порошку (кристалічний)	2,6	2,4	67,2
Метамфетамін у вигляді розчину («вінт», «первітин»)	26,3	18,4	88,6
Меткатинон («джефф»)	5,3	3,6	99,3
Катинон («бовтушка», «мулька»)	4,8	3,8	97,3
Метилендіоксиметамфетамін («екстазі», MDMA)	6,8	4,0	51,1
Інші стимулятори	3,4	3,2	29,4
ЛСД, гриби	5,5	4,1	61,9
Інші наркотики	3,5	2,8	17,9

* Частка ЖКС, які сказали, що або раніше, або зараз вживають наркотики.

** Частка ЖКС, які сказали, що вживали цей вид наркотику протягом останніх 30 днів.

Результати дослідження засвідчують, що існують розбіжності у поширеності вживання різних видів наркотиків серед різних за віком ЖКС (див. табл. 3.1.2). Так, серед ЖКС у віці до 24 років більш поширене вживання трамадолу/трамалу – 31% ЖКС цієї вікової категорії повідомили, що вживали цей наркотик за останні 12 місяців (проти 19% серед ЖКС віком 25+, $p < 0,01$), і 23% вживали цей наркотик за останні 30 днів (проти 13%, $p < 0,01$). Серед молоді також значно переважає вживання ЛСД та грибів – 15% таких ЖКС вживали їх за останні 12 місяців (проти 2%, $p < 0,01$) та 13% – протягом останніх 30 днів (проти 1%, $p < 0,01$). Також серед ЖКС молодшої вікової категорії фіксується деяке переважання вживання «екстазі» та MDMA – 11% проти 5% за період останніх 12 місяців ($p < 0,05$) та 8% проти 2% за період останніх 30 днів ($p < 0,01$).

Натомість серед ЖКС старшої вікової категорії (25+ років) існує значне переважання у поширеності вживання екстракту опію в рідкому стані. За останні 12 місяців понад 60% ЖКС віком 25+ вживали цей наркотик (проти 37% серед ЖКС віком 14–24 роки, $p < 0,01$). За останні 30 днів таких ЖКС було близько 51% (проти 32% в групі віком 14–24 роки, $p < 0,01$). У трьох випадках існує статистично значуще переважання вживання наркотиків за останні 12 місяців, яке, проте, не фіксується за період останніх 30 днів. Так, це «вінт», або «первітин», який вживали 29% ЖКС у віці 25 років і старше (проти 19% серед ЖКС віком 14–24 роки, $p < 0,05$), «джефф» – 7% проти 2% ($p < 0,05$), героїн – 7% проти 3% ($p < 0,05$).

Таблиця 3.1.2

Поширеність вживання різних наркотиків серед різних за віком ЖКС, %*

	Вживання наркотиків за останні 12 місяців		Вживання наркотиків за останні 30 днів	
	ЖКС у віці до 24 р.	ЖКС у віці 25+ р.	ЖКС у віці до 24 р.	ЖКС у віці 25+ р.
Трамадол/трамал	31,3	18,9	22,8	13,4
Героїн	2,8	7,4	2,2	5,0
Екстракт опію в рідкому стані (ширка, чорна)	36,6	60,2	32,4	50,9
Інші опіати	0,0	1,6	0,0	1,6
Кокаїн	2,1	2,2	2,1	1,0
Амфетамін («фен») у вигляді порошку	10,6	12,1	9,1	8,2
Метамфетамін у вигляді порошку (кристалічний)	2,8	2,5	2,8	2,2
Метамфетамін у вигляді розчину («вінт», «первітин»)	18,9	29,2	14,3	20,0
Меткатинон («джефф»)	2,0	6,6	1,2	4,5
Катинон («бовтушка», «мулька»)	4,5	5,0	3,3	4,1
Метилендіоксиметамфетамін («екстазі», MDMA)	10,8	5,1	8,1	2,3
Інші стимулятори	5,0	2,7	4,3	2,7
ЛСД, гриби	14,8	1,8	12,7	0,7
Інші наркотики	4,2	3,2	3,6	2,4

* Жирним виділені ті наркотики, які статистично значущо відрізняються серед різних за віком ЖКС.

Таким чином, структура вживання різних видів наркотиків варіює залежно від віку ЖКС. Нагадаємо, що існує кореляція між віком і стажем роботи у секс-бізнесі. Продемонстровані нижче (див. табл. 3.1.3) розбіжності між ЖКС з різним стажем роботи певною мірою дублюють розбіжності за віком, тобто, ми можемо припустити, що або усе більша «залученість» до такої сфери діяльності впливає на структуру вживання наркотиків, або ж ЖКС різного віку належать до різних вікових когорт споживачів наркотиків.

У табл. 3.1.3 наводяться порівняльні дані щодо вживання різних наркотиків серед ЖКС зі стажем до 2 років (включно) і зі стажем від 3 років і більше. Зазначимо, що для обох досліджуваних періодів немає статистично значущих відмінностей у вживанні трамадолу/трамалу. Серед ЖКС з меншим стажем роботи переважає вживання «екстазі» та MDMA – 14% таких ЖКС вживали ці наркотики за останні 12 місяців (проти 6% серед ЖКС з більшим стажем, $p < 0,05$) і 13% – протягом останніх 30 днів (проти 3%, $p < 0,01$). Також для таких ЖКС існує переважання у вживанні ЛСД та грибів: поширеність для обох періодів становить 18% (проти 2–3%, $p < 0,01$). Натомість серед ЖКС з більшим стажем у секс-бізнесі більше таких, які вживають екстракт опію в рідкому стані, – 57% за останні 12 місяців (проти 28% серед ЖКС з меншим стажем, $p < 0,01$) і 47% за останні 30 днів (проти 24%, $p < 0,01$). Також зазначимо, що якщо серед ЖКС зі стажем до 2 років немає жодної, яка б вживала героїн ані за останні 30 днів, ані за останні 12 місяців, то серед ЖКС з більшим стажем роботи таких 8% і 6% відповідно (оскільки для першої групи ЖКС такі респонденти взагалі відсутні, то ми не можемо провести надійне статистичне порівняння).

Таблиця 3.1.3

Поширеність вживання різних наркотиків серед різних за стажем у секс-бізнесі ЖКС,%*

	Вживання наркотиків за останні 12 місяців		Вживання наркотиків за останні 30 днів	
	ЖКС зі стажем до 2 років	ЖКС зі стажем 3+ років	ЖКС зі стажем до 2 років	ЖКС зі стажем 3+ років
Трамадол/трамал	19,6	22,7	13,6	16,5
Героїн	0,0	7,9	0,0	5,5
Екстракт опію в рідкому стані (ширка, чорна)	27,7	56,8	24,1	47,4
Інші опіати	0,0	1,5	0,0	1,5
Кокаїн	1,4	2,6	1,4	1,5
Амфетамін («фен») у вигляді порошку	10,5	12,8	10,5	8,7
Метамфетамін у вигляді порошку (кристалічний)	6,0	2,2	6,0	2,2
Метамфетамін у вигляді розчину («вінт», «первітин»)	16,0	25,7	12,7	17,3
Меткатинон («джефф»)	1,5	6,0	1,5	4,0
Катинон («бовтушка», «мулька»)	3,0	4,3	0,0	3,5
Метилендіоксиметамфетамін («екстазі», MDMA)	14,0	6,4	12,6	3,0
Інші стимулятори	7,6	3,0	6,8	2,9
ЛСД, гриби	18,4	3,2	18,4	1,6
Інші наркотики	2,0	3,6	2,0	2,9

* Жирним виділені ті наркотики, які статистично значущо відрізняються між різними за стажем ЖКС.

Результати дослідження також засвідчують, що структура вживання наркотиків відмінна серед ЖКС, які відрізняються за основним способом пошуку клієнтів (див. табл. 3.1.4). Так, серед ЖКС, які в основному знаходять клієнтів через телефон або Інтернет, 14% вживали героїн за останні 12 місяців (проти 4–5% серед інших за способом пошуку ЖКС, $p < 0,01$) і 11% – за останні 30 днів (проти 2–3%, $p < 0,01$).

Екстракт опію найчастіше вживали за останні 12 місяців ЖКС, які в основному знаходять клієнтів на вулиці/шосе/вокзалі. Серед ЖКС, які в основному знаходять клієнтів у таких місцях, поширеність вживання опію становить 62% (проти 39% серед готельних/тощо ЖКС, $p < 0,01$, та проти 50% серед ЖКС, які в основному шукають клієнтів через телефон або Інтернет, $p < 0,01$, але між цими двома групами для періоду останніх 12 місяців значущих розбіжностей не фіксується). Аналогічна ситуація спостерігається і у період за останні 30 днів з єдиною відмінністю в тому, що різниця між ЖКС, які в основному знаходять клієнтів у готелях/саунах/барах, та ЖКС, які в основному знаходять через телефон/Інтернет, стає значущою – останні ЖКС частіше вживають екстракт опію ($p < 0,05$).

Деяко більше ЖКС, які шукають клієнтів через телефон/Інтернет, порівняно з ЖКС, які знаходять клієнтів на вулиці/шосе/вокзалі, вживали кокаїн за період останніх 12 місяців ($p < 0,01$). Для цих же двох груп ЖКС фіксуються статистично значущі розбіжності у вживанні амфетаміну: за останні 12 місяців близько 20% ЖКС, які шукають клієнтів через телефон/Інтернет, вживали амфетамін (проти 8% серед вуличних/тощо ЖКС, $p < 0,01$), а за останні 30 днів – 13% (проти 6%, $p < 0,05$). Водночас метамфетамін частіше вживають саме вуличні/тощо ЖКС – серед них його вживали майже 30% за останні 12 місяців (проти 17% серед ЖКС, які знаходять клієнтів в основному через телефон/Інтернет) і понад 22% – за останні 30 днів (проти 7%, $p < 0,01$). Варто відмітити, що для періоду останніх 30 днів вуличні/тощо ЖКС частіше вживали метамфетамін порівняно з готельними/тощо ЖКС, серед яких поширеність вживання становить 13% ($p < 0,05$).

Особливістю структури вживання наркотиків ЖКС, які в основному знаходять клієнтів на вулиці/шосе/вокзалі, є також значущо нижча частка тих, хто вживає ЛСД та гриби, порівняно з іншими групами ЖКС: 3% проти 13% серед ЖКС, які в основному знаходять клієнтів у готелях/саунах/барах ($p < 0,01$), і проти 7% серед ЖКС, які в основному шукають клієнтів через телефон/

Інтернет ($p < 0,05$) (за період останніх 12 місяців). Для періоду останніх 30 днів відповідні цифри становлять 2% проти 11% ($p < 0,01$) і проти 5% ($p < 0,05$). А особливістю готельних/тощо ЖКС є те, що серед них більше таких, які за останні 30 днів вживали «екстазі» або MDMA – 9% проти 2–3% серед ЖКС з інших груп ($p < 0,05$).

Таблиця 3.1.4

Поширеність вживання різних наркотиків серед ЖКС, які відрізняються за основним способом пошуку клієнтів, %

	Вживання наркотиків за останні 12 місяців			Вживання наркотиків за останні 30 днів		
	ЖКС, які знаходять клієнтів на вулиці/шосе/вокзалі	ЖКС, які знаходять клієнтів в готелях/саунах/барахтощо	ЖКС, які знаходять клієнтів через телефон/Інтернет	ЖКС, які знаходять клієнтів на вулиці/шосе/вокзалі	ЖКС, які знаходять клієнтів в готелях/саунах/барахтощо	ЖКС, які знаходять клієнтів через телефон/Інтернет
Трамадол/трамал	24,9	16,9	20,0	18,6	11,0	12,4
Героїн	4,2	4,5	14,3	2,7	2,1	11,4
Екстракт опію в рідкому стані (ширка, чорна)	62,3	38,6	49,9	55,9	27,8	40,4
Інші опіати	1,7	0,8	0,3	1,7	0,8	0,3
Кокаїн	0,7	2,8	6,2	0,0	2,8	3,9
Амфетамін («фен») у вигляді порошку	8,3	12,9	19,9	5,8	10,5	12,7
Метамфетамін у вигляді порошку (кристалічний)	2,2	3,9	1,2	1,8	3,9	1,2
Метамфетамін у вигляді розчину («вінт», «первітин»)	29,8	21,8	17,2	22,1	13,2	7,2
Меткатинон («джефф»)	4,8	6,3	6,0	3,4	5,5	2,2
Катинон («бовтушка», «мулька»)	4,4	7,4	3,2	3,7	7,4	0,0
Метилендіоксиметамфетамін («екстазі», MDMA)	5,4	10,5	8,3	3,4	8,9	1,7
Інші стимулятори	3,1	3,1	5,5	2,8	3,1	5,1
ЛСД, гриби	2,7	13,2	6,9	1,6	11,0	5,1
Інші наркотики	3,2	2,8	2,3	2,6	2,4	2,3

Оскільки вживання наркотиків впливає на свідомість індивідів, то така практика є небезпечною. Ще більш небезпечним є досвід вживання наркотиків *ін'єкційним* шляхом, а особливо – використання спільного інструментарію. Адже використання спільного інструментарію пов'язане з високими шансами інфікування ВІЛ. Як показують результати дослідження, серед ЖКС, які або зараз, або раніше вживали наркотики, 58% вживали за останні 30 днів наркотики *ін'єкційним* шляхом (див. рис. 3.1.2). Цей показник є дуже високим і показує, що 3 з 5 таких ЖКС характеризуються особливо небезпечними практиками. Якщо розрахувати цей показник відносно всіх опитаних ЖКС, то вийде, що 15% серед *всіх* ЖКС за останні 30 днів вживали наркотики *ін'єкційним* шляхом. Серед ЖКС у віці до 24 років, які або зараз, або раніше вживали наркотики, дещо менше тих, хто вживав наркотики *ін'єкційним* шляхом, – 51% проти 61% серед ЖКС віком 25+ років ($p < 0,05$). Також це значення є меншим серед ЖКС з меншим стажем роботи – 47% проти 61% з більшим стажем роботи ($p < 0,05$). Частіше ЖКС-споживачі *ін'єкційних* наркотиків трапляються серед тих, хто в основному знаходить клієнтів на вулиці/шосе/вокзалі, – 63% проти 51–52% серед інших за способом пошуку груп ($p < 0,05$).

Фактором, який підвищує небезпеку вживання наркотиків ін'єкційним шляхом, є використання спільного інструментарію. Так, кожна п'ята ЖКС (20%), яка за останні 30 днів вживала наркотики ін'єкційним шляхом, повідомила, що під час останньої ін'єкції використовувався спільний інструментарій. Але частка таких ЖКС відносно *всіх* опитаних є невисокою і становить близько 3%. Важливо відмітити, що серед ЖКС у віці 14–24 роки, які вживали наркотики ін'єкційним шляхом, кількість тих, хто використовував спільний інструментарій, є значущо *вищою* порівняно із ЖКС у віці 25+ років – 30% проти 16% ($p < 0,01$).

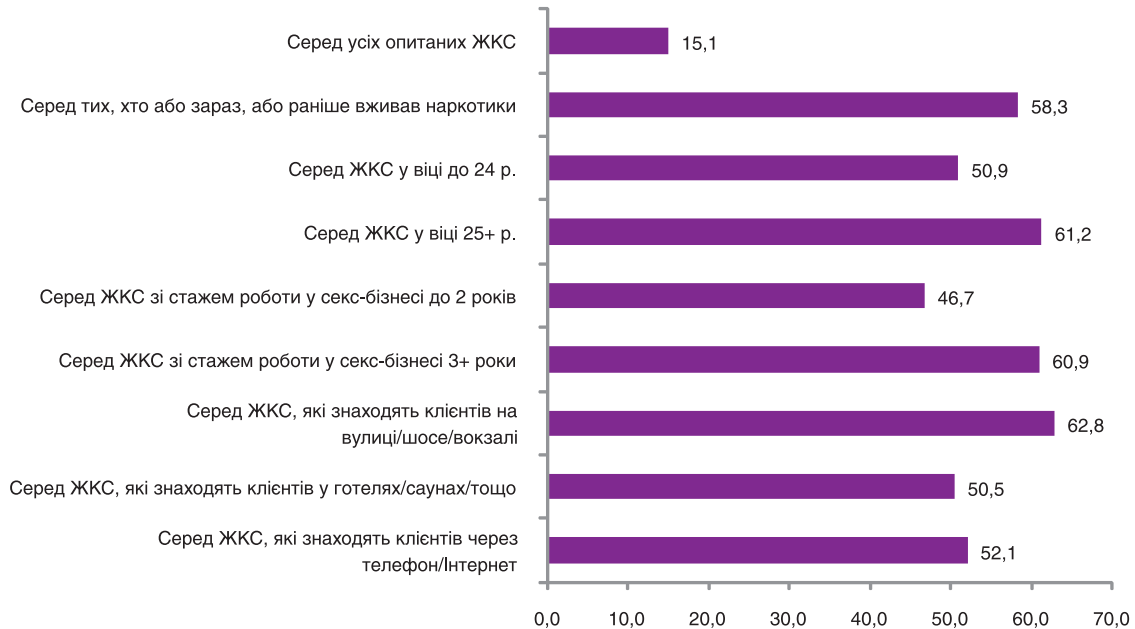


Рис. 3.1.2³⁷. Частка ЖКС, які вживали за останні 30 днів наркотики ін'єкційним шляхом

3.2. Вживання алкоголю, наркотичних і токсичних речовин перед сексуальним контактом (контактами) з клієнтами

Вживання вищезазначених речовин перед сексуальними контактами з клієнтами може мати негативні наслідки, адже ці речовини можуть впливати на свідомість людини. За результатами опитування, лише 14% ЖКС повідомили, що за останні 30 днів ніколи не вживали алкоголь (див. рис. 3.2.1). Причому 16% ЖКС вживали алкоголь *кожного дня*, а 41% – не рідше одного разу на тиждень.

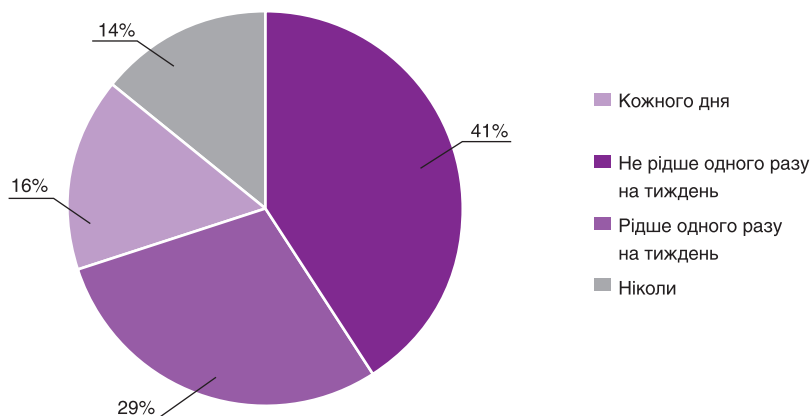


Рис. 3.2.1. Вживання алкоголю серед ЖКС за останні 30 днів

Серед ЖКС, в яких за останні 30 днів були клієнти, 89% повідомили, що вживали алкоголь перед сексуальним контактом (контактами) з клієнтами. Причому 20% ЖКС серед цих 89% – це ті, хто вживав алкоголь перед *кожним* сексуальним контактом з клієнтами. Частота вживання

37 Усі відсотки, крім першого стовпчика, наведені відносно ЖКС, які повідомили, що або зараз, або раніше вживали наркотики.

алкоголю приблизно однакова серед різних за віком і стажем ЖКС. Серед ЖКС, які в основному знаходять клієнтів через телефон або Інтернет, кількість тих, хто вживав алкоголь, дещо нижча порівняно з іншими групами, – 79% проти 89–92% ($p < 0,01$).

Показовим є взаємозв'язок між частотою вживанням алкоголю перед статевими актами з клієнтами та частотою використання презервативів під час сексу з клієнтами. Так, частка ЖКС, які *завжди* використовували презерватив під час орального сексу з клієнтами за останній місяць, зростає від 27% серед ЖКС, які *завжди* вживали алкоголь перед контактами з клієнтами, до 57% серед ЖКС, які *ніколи* не вживали алкоголь перед сексом з клієнтами (див. рис 3.2.3). Між частотою вживання алкоголю перед статевими актами та частотою використання презервативів спостерігається статистично значуща *негативна* кореляція³⁸.

Для вагінального сексу така відмінність становить від 55% до 77%, для анального – від 40% до 69%. Для цих видів сексу також фіксується *негативна* кореляція³⁹. І хоча ми не можемо стверджувати, що саме алкоголь є тією *причиною*, яка «спонукає» до рідшого використання презервативів під час сексу з клієнтами, але слушно припускати, що вживання алкоголю робить свій внесок у рідше використання презервативів під час контактів з комерційними партнерами.

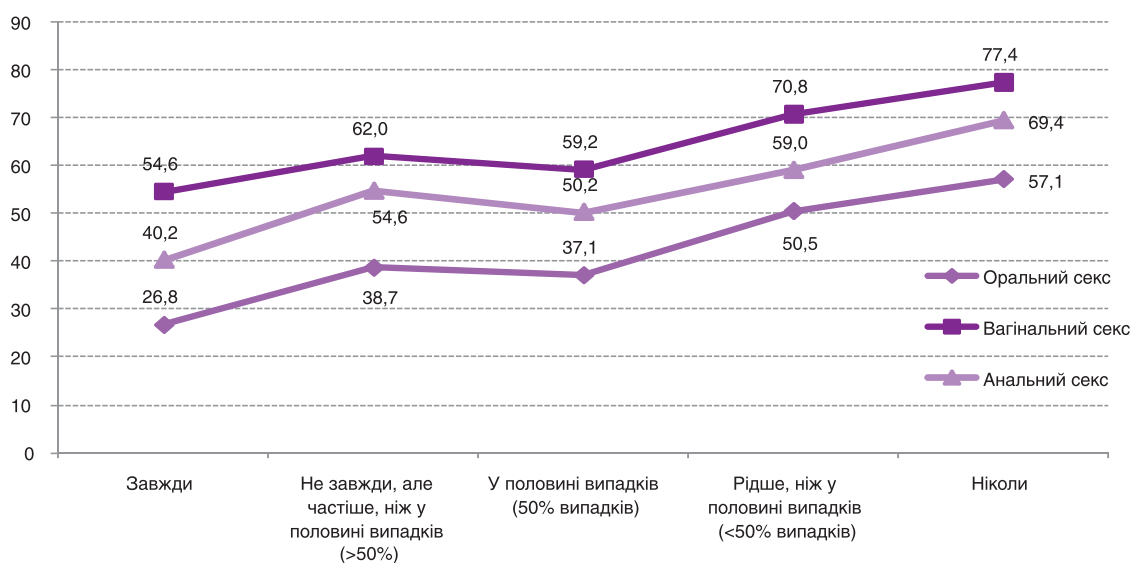


Рис. 3.2.2. Частка ЖКС, які використовували презерватив під час надання різних секс-послуг протягом останніх 30 днів, залежно від частоти вживання алкоголю перед контактами з клієнтами

Можемо припустити, що частота вживання наркотичних речовин демонструватиме ще тісніший зв'язок з невикористанням презервативів. Зазначимо, що на відміну від вживання алкоголю практика вживання наркотичних речовин є набагато менш поширеною. Так, про випадки вживання наркотиків перед сексом з клієнтами за останні 30 днів повідомили 17% опитаних ЖКС. І хоча така цифра значно нижча, ніж вживання алкоголю, але все одно вона означає, що кожна п'ята ЖКС протягом останнього місяця мала контакти в стані наркотичного сп'яніння. Причому кожна десята з опитаних ЖКС (11%) мала такі контакти з клієнтами в більше, ніж половині випадків.

На відміну від вживання алкоголю, ми можемо простежити залежність між частотою вживання наркотиків перед сексуальними контактами та віком ЖКС, стажем у секс-бізнесі та основним способом пошуку клієнтів. Так, ЖКС у віці до 24 років рідше вживали наркотики перед сексуальними контактами, ніж ЖКС у віці 25+ років – 11% проти 20% ($p < 0,01$). Аналогічно ЖКС з меншим стажем роботи характеризуються меншою поширеністю таких практик загалом – 8%

³⁸ Коефіцієнт рангової кореляції Кендалла tau-b для частоти вживання алкоголю та частоти використання презервативів складає -0,192 (при $p < 0,001$). $N=1994$. Коефіцієнт розраховувався для ЖКС, які повідомили, що мали клієнтів за останні 30 днів і надавали такі послуги. Варіанти відповідей в обох випадках, як «не знаю», «не пам'ятаю» тощо були виключені з аналізу і вважалися «missing». Негативна кореляція вказує, що щочастіше ЖКС вживали алкоголь перед статевими контактами з клієнтами, тим рідше вони використовували презервативи.

³⁹ Відповідні коефіцієнти кореляції складають -0,133 ($p < 0,001$) та -0,151 ($p < 0,001$). Відповідно, $N=2132$ та $N=1053$. Розраховані коефіцієнти кореляції статистично значущо не відрізняються, тобто сила зв'язку між цим двома змінними для кожного виду сексуальних послуг є приблизно однаковою.

проти 19% ($p < 0,01$). Найчастіше про таку практику повідомляли ЖКС, які в основному шукають клієнтів на вулиці/шосе/вокзалі, – 22% (причому кожна десята з таких ЖКС (11%) вживала наркотики перед кожним сексуальним контактом) проти 15% ($p < 0,01$) серед ЖКС, які шукають клієнтів через телефон/Інтернет. Найменш поширені практики (10%, на рівні $p < 0,05$ нижче від попередньої групи) серед ЖКС, які знаходяться клієнтів у готелях/саунах/барах.

Зростання частки ЖКС, які завжди використовували презерватив під час сексу з клієнтами, зі зменшенням частоти вживання наркотичних речовин перед сексуальними контактами характерне *тільки* для таких сексуальних послуг, як анальний секс – від 34% серед ЖКС, які завжди вживали наркотичні речовини перед контактами, до 58% серед тих, хто ніколи не вживав. Для вагінального сексу характерна така ситуація: серед ЖКС, які завжди вживали наркотики перед контактами, 59% завжди використовували презервативи. А от серед ЖКС, які вживали наркотики не завжди, відсоток знижується до 46% ($p < 0,05$). Але все одно серед тих, хто взагалі не вживав наркотиків, значення найвище – 69%. Для орального сексу кількість ЖКС, які завжди використовували презервативи, становить 32% для тих, хто завжди вживав наркотики перед сексуальними контактами, 26% – для тих, хто вживав, але не завжди, і 46% – для тих, хто ніколи не вживав наркотики перед сексуальними контактами. Але при цьому найбільше тих, хто завжди користувався презервативами під час орального сексу, саме серед ЖКС, які ніколи не вживали наркотики.

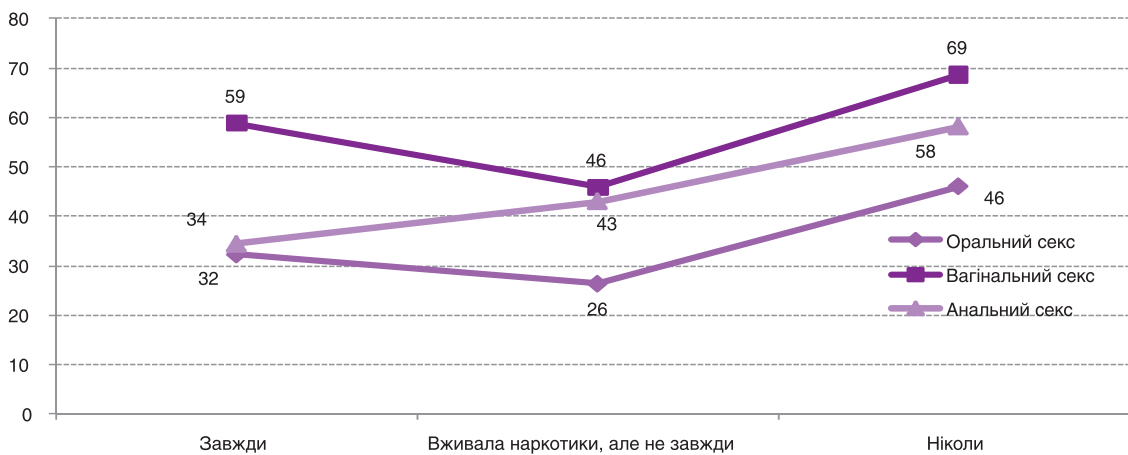


Рис. 3.2.3. Частка ЖКС, які завжди використовували презерватив під час надання різних секс-послуг, залежно від частоти вживання наркотиків перед контактами з клієнтами

На свідомість також можуть впливати такі токсичні речовини, як, наприклад, клей. Як показали результати опитування, лише близько 1% ЖКС мали досвід вживання токсичних речовин перед статевими контактами з клієнтами. Отже, вживання таких речовин є найменш поширеною практикою порівняно з алкоголем і наркотиками.

РОЗДІЛ IV.

РІВЕНЬ ЗНАНЬ ТА ОХОПЛЕННЯ ПРОГРАМАМИ ПРОФІЛАКТИКИ

4.1. Рівень знань щодо ВІЛ

Один із ключових показників боротьби з епідемією ВІЛ серед ЖКС – рівень знань. Національний показник щодо рівня знання серед ЖКС побудований за відповідями на п'ять запитань:

- 1) Ризик передачі ВІЛ можна знизити, якщо мати статеві контакти лише з одним вірним неінфікованим партнером;
- 2) Ризик передачі ВІЛ можна знизити, якщо правильно користуватися презервативом під час кожного сексуального контакту;
- 3) Людина, яка виглядає здоровою, може мати ВІЛ;
- 4) Людина може заразитися ВІЛ, якщо буде пити по черзі з однієї склянки з ВІЛ-інфікованою людиною;
- 5) Людина може заразитися ВІЛ через спільне користування з ВІЛ-інфікованою людиною туалетом, басейном, сауною.

Результати дослідження засвідчили, що значення показника у 2009 р. склало 52%⁴⁰ (див. рис. 4.1.1). Також відмітимо, що вищий рівень знань демонструють ЖКС у віці 25+ років – серед них значення показника склало більше 55% (проти 48% серед ЖКС віком 14–24 роки, $p < 0,01$), а також ЖКС, які в основному знаходять своїх клієнтів через телефон та Інтернет – значення показника для них сягнуло 61% (проти 47–52% серед інших за способом пошуку груп ЖКС, $p < 0,01$). У 2006–2008 рр. значення показника було приблизно однаковим і становило 48%. Порівняно з цими роками у 2009 р. відмічається значуще зростання ($p < 0,01$), але необхідно звернути увагу, що, по-перше, склад міст під час кожного опитування змінювався. По-друге, до 2008 р. застосовувалася методика «снігової кулі» для відбору респондентів, а з 2008 р. – методики RDS та TLS. По-третє, дещо змінювалися формулювання запитань. Тобто ми не можемо повністю коректно аналізувати динаміку, адже її наявність/відсутність може бути спричинена вищенаведеними факторами. У цілому, необхідно констатувати, що значення показника є доволі невисоким, адже майже половина ЖКС принаймні на одне з п'яти запитань надала неправильну відповідь.

Аналіз відповідей на окремі запитання, які входять до цього показника, показує, що на кожне запитання окремо правильно відповідали не менше 3/4 опитаних ЖКС (див. рис. 4.2.1).

Більш коректне порівняння динаміки національного показника рівня знань серед ЖКС можна зробити, якщо розглядати дані по лише шести містах, в яких опитування проводилося і в 2008 р., і в 2009 р. У 2008 році в шести містах (Київ, Донецьк, Харків, Полтава, Сімферополь, Черкаси) значення цього національного показника становило 52%, а у 2009 р. – 55%. Утім, ця різниця не є статистично значущою – ми не фіксуємо значущої динаміки для цих міст.

⁴⁰ До чисельника показника входять всі ЖКС, які правильно відповіли на всі запитання; до знаменника – всі ЖКС, які відповіли на запитання (включно з відповіддю «не знаю», але не включаючи тих, хто принаймні на одне з п'яти запитань відмовився відповідати).

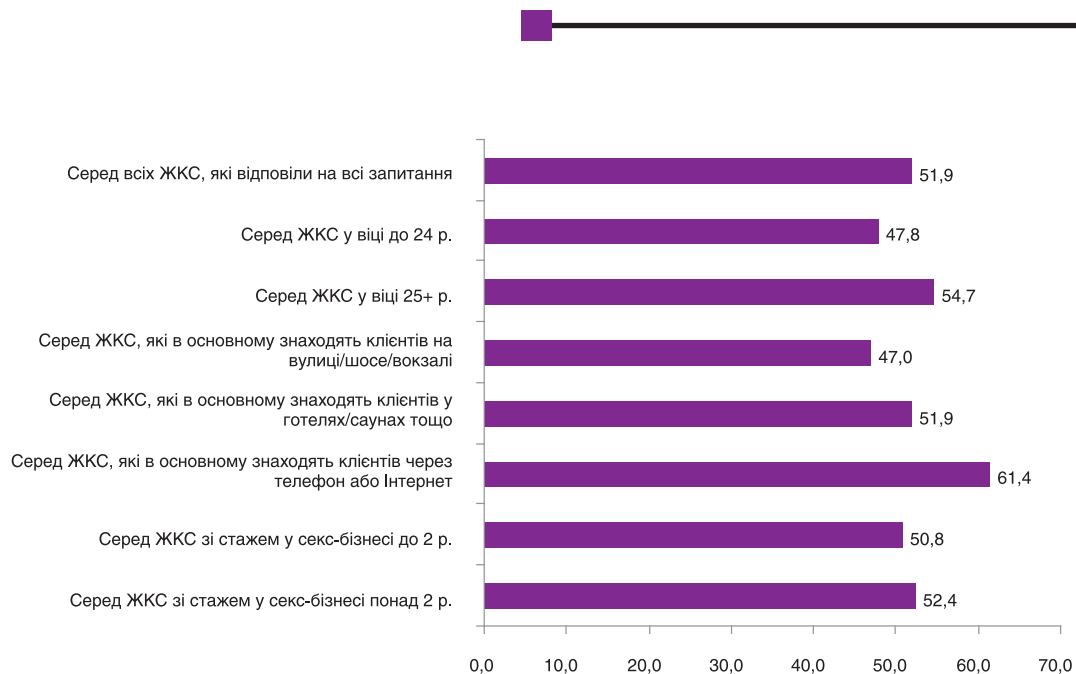


Рис. 4.1.1. Частка ЖКС, які правильно відповіли на 5 запитань щодо знань про ВІЛ

Під час опитування респондентам ставилося одинадцять різних запитань про знання щодо ВІЛ. На рис. 4.1.2. наведено частку ЖКС (від всіх опитаних), які правильно відповіли на те чи інше запитання. Якщо аналізувати кожне запитання окремо, то рівень знань буде набагато вищим, ніж якщо аналізувати за сумарною кількістю *правильно* наданих відповідей.

Так, ЖКС найгірше обізнані про те, що ВІЛ-інфекція може передаватися від ВІЛ-інфікованої матері до дитини при годуванні груддю. Лише близько 69% ЖКС правильно відповіли на це запитання. Причому різко контрастує рівень знань серед різних за віком ЖКС – якщо серед ЖКС віком 25+ років 75% правильно відповіли на це запитання, то серед ЖКС віком 14–24 роки – лише 61% ($p < 0,01$). У цілому, за винятком цього запитання, на решту правильно відповіли не менше 3/4 опитаних ЖКС. Найбільше правильних відповідей було отримано на запитання щодо того, що, користуючись спільним ін'єкційним інструментарієм, можна інфікувалися ВІЛ (95% правильних відповідей), а також на запитання, що, користуючись завжди і правильно презервативами, можна знизити ризик ВІЛ-інфікування (91%).

Аналіз відповідей на кожне запитання підтверджує, що рівень знань вищий серед старших за віком ЖКС – статистично значущі розбіжності фіксуються для 7 з 11 запитань. Так, щодо всіх трьох запитань, пов'язаних з вагітністю/материнством, молодші за віком ЖКС демонструють гірші знання: менше ЖКС у віці 14–24 роки знають про те, що ВІЛ може передаватися під час пологів, – правильно відповіли 71% проти 81% серед старших ЖКС ($p < 0,01$). Дещо менша, хоча і значуща, розбіжність фіксується для запитання щодо передачі ВІЛ під час вагітності – 73% проти 78% ($p < 0,01$). Також більше ЖКС старшого віку (25+ років) знають, що людина, яка має ВІЛ, може виглядати здоровою (81% проти 72%, $p < 0,01$), що людина не може заразитися ВІЛ, якщо буде користуватися басейном/туалетом/сауною з ВІЛ-інфікованою особою (80% проти 74%, $p < 0,01$), що ВІЛ не можна інфікуватися, якщо вживати їжу з однієї тарілки з ВІЛ-інфікованою людиною (81% проти 77%, $p < 0,05$), що людина не може заразитися ВІЛ, якщо буде пити по черзі з однієї склянки з ВІЛ-інфікованою особою (84% проти 80%, $p < 0,01$).

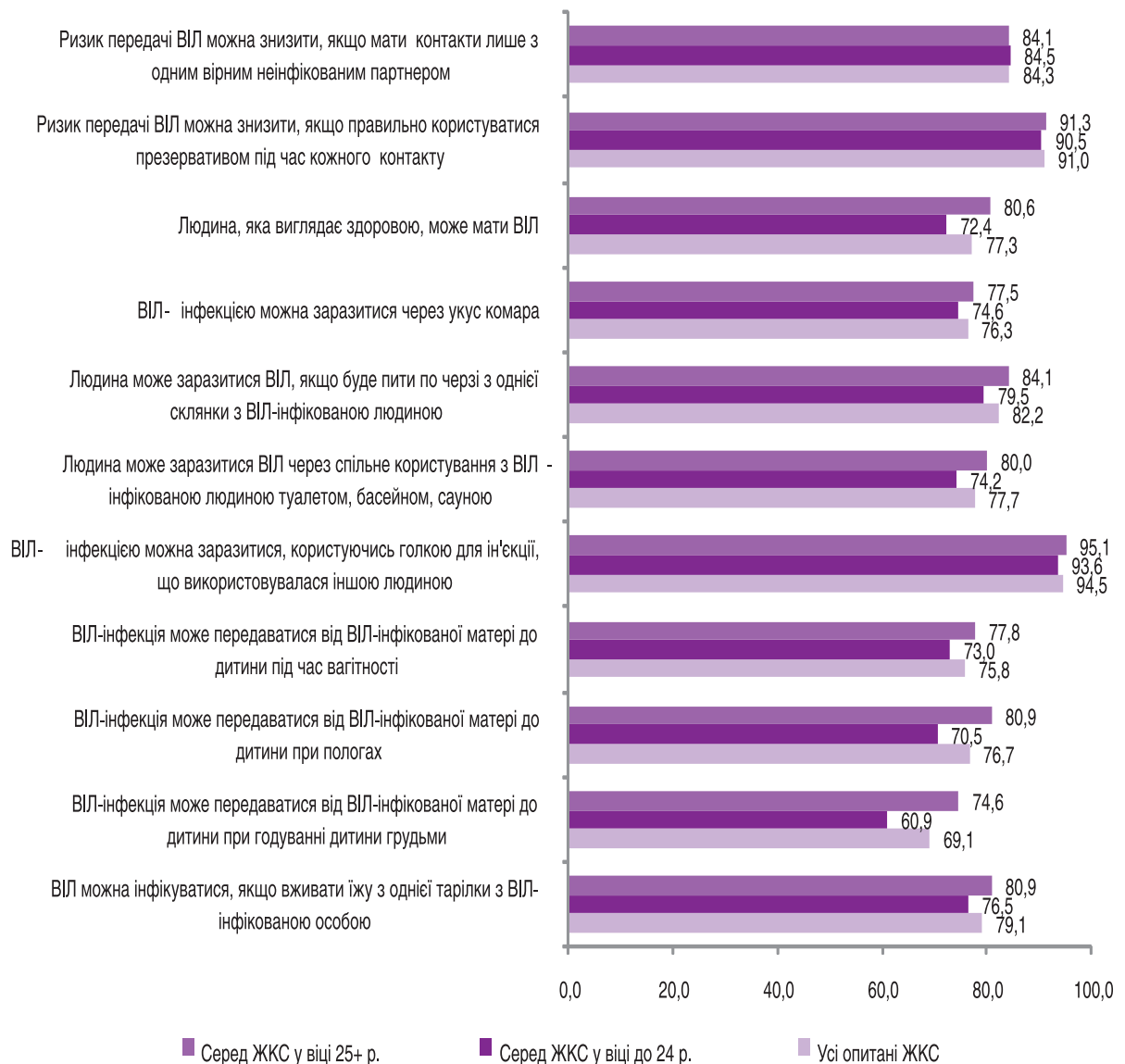


Рис. 4.1.2. Частка ЖКС, які правильно відповіли на запитання

Оскільки кожне із запитань стосується певного аспекту життєдіяльності, то максимальна «ефективність» володіння такими знаннями (тобто коли коректні знання можуть бути реалізовані для всіх ситуацій поведінки) буде досягтися, коли ЖКС матимуть правильні знання щодо всіх цих моментів. Тобто наявність фрагментарних знань є, звичайно, кращою за їх відсутність взагалі, але такі знання значно меншою мірою можуть відіграти роль «запобіжника» від неправильних дій. Певною мірою таку ситуацію «відображає» національний показник, який являє собою інтегральний індикатор володіння правильним знанням щодо п'яти важливих пунктів. Оскільки в цьому опитуванні ставилося 11 запитань, то ми можемо побудувати шкалу від 0 до 11, де 0 – це випадки, коли ЖКС не відповіла правильно на жодне із запитань, а 11 – правильно відповідала на всі 11⁴¹. У табл. 4.1.1 наведено отримані розподіли відповідей. Можемо бачити, що лише 29% ЖКС правильно відповіли на всі запитання⁴². 53% опитаних ЖКС правильно відповіли на 10 і більше запитань. Виходить, що решта респонденток – майже половина – дала 2 або більше неправильних відповідей. Відмітимо, що серед ЖКС, які в основному знаходять своїх клієнтів у готелях, саунах, барах тощо, найменше таких, які правильно відповіли на всі 11 запитань. Але, у цілому, серед ЖКС, які відрізняються за основним способом пошуку клієнтів, значних розбіжностей за кількістю правильно наданих відповідей не фіксується.

41 Така шкала є орієнтовним показником рівня знання. Шкала, яка б найбільш повно могла висвітлити цей момент, повинна включати, по-перше, знання про ВІЛ щодо всіх можливих сфер, з якими стикається ЖКС і, по-друге, враховувати «важливість» кожної сфери при побудові індексу (тобто знання деяких сфер є менш важливим, ніж інших). В обох випадках нам бракує інформації, але, можливо, це є корисним напрямом для подальших опитувань.

42 Щоб забезпечити шкалі максимально можливу коректність, ми проаналізували відповіді лише тих респонденток, які на всі запитання надали змістовні відповіді («так», «ні», «не знаю») і виключили тих, хто принаймні одного разу не відповів. У цілому, N=2136.

Таблиця 4.1.1.

Кількість правильних відповідей на запитання про знання щодо ВІЛ

Кількість правильних відповідей	% від усіх ЖКС	Різні за основним способом пошуку клієнтів ЖКС		
		ЖКС, які знаходять клієнтів на вулиці/шосе/ вокзалі	ЖКС, які знаходять клієнтів в готелях/саунах/ барах тощо	ЖКС, які знаходять клієнтів через телефон/ Інтернет
0	1,0	1,4	0,7	0,0
1	0,2	0,3	0,0	0,0
2	0,5	0,4	0,8	0,2
3	1,3	1,2	1,4	1,4
4	2,0	3,3	1,6	0,3
5	2,6	3,2	1,7	2,8
6	4,6	3,6	6,2	3,3
7	9,2	9,8	9,0	8,3
8	10,3	10,2	12,0	9,7
9	15,4	15,1	17,0	14,5
10	24,0	21,5	25,1	27,9
11	28,8	29,9	24,5	31,6

Важливим аспектом є також знання щодо того, як правильно інтерпретувати результати проведеного тесту на ВІЛ. Негативний результат може вказувати не тільки на те, що ЖКС не інфікована ВІЛ, але і може бути наслідком періоду «вікна», коли ВІЛ важко виявити. Результати дослідження засвідчили, що більше половини опитаних ЖКС (54%) висловили сумнів, що негативний результат тестування на ВІЛ вказує на те, що людина не інфікована.

Утім, кожна четверта ЖКС (25%), навпаки, погодилася з таким твердженням. Дещо краща ситуація серед старших за віком ЖКС – серед них погодилися з твердженням 21% (проти 30% серед ЖКС віком 14–24 роки, $p < 0,01$). Дещо кращу обізнаність з цією проблемою демонструють ЖКС, які в основному знаходять своїх клієнтів через телефон/Інтернет – серед них не погодилися з твердженням 63%. Серед ЖКС, які в основному знаходять своїх клієнтів у готелях, саунах, барах тощо відповідний відсоток становить 57%, а серед ЖКС, які знаходять своїх клієнтів на вулиці, шосе, вокзалі – 45%.

4.2. Рівень знань та практика використання презервативів і вживання наркотиків

Володіння коректними знаннями про ВІЛ створює підґрунтя для більш зваженої поведінки, адже, знаючи про потенційні небезпеки (як і їх відсутність), можна коригувати свої практики поведінки. Але такі знання є лише *передумовою* і не означають безпосереднього впливу на застосовувані моделі поведінки. Важливо правильно оцінювати, яким чином такі знання пов'язані з практиками, що застосовуються, адже *якщо зростання знань ніяк не корелює з застосуванням більш безпечних практик, то необхідно вносити відповідні корективи в кампанії популяризації більш безпечних моделей поведінки*. Серед можливих практик, на які можуть вплинути знання, є використання презервативів та вживання наркотиків.

Ми можемо припустити, що наведена нами вище шкала (кількість правильних відповідей) дійсно відображає (певною мірою) реальну обізнаність щодо ВІЛ. Таким чином, якщо дійсно

поширеність практики використання презервативів пов'язана із загальною обізнаністю про ВІЛ, то ми маємо отримати значущу кореляцію між цими двома змінними. Результати дослідження засвідчують, що, дійсно, між частотою використання презервативів під час сексу з клієнтами та кількістю правильних відповідей на запитання про знання є кореляція⁴³. І хоча кореляція дійсно значуща, але сила зв'язку є доволі *слабкою*. Наприклад, серед ЖКС, які правильно відповіли на всі 5 запитань, що входять до національного показника, кількість тих, хто *завжди* користувався презервативом під час вагінального сексу за останні 30 днів, становить 75%. А серед тих ЖКС, які дали неправильну відповідь принаймні на одне з п'яти запитань, така кількість становить 66%. Хоча різниця є статистично значущою, але величина розбіжності не є *суттєвою*. Тобто підвищення загального рівня знань не сильно пов'язане з частішим використанням презервативів.

До аналогічного висновку можна дійти, якщо окремо аналізувати відповіді на запитання «Ризик передачі ВІЛ можна знизити, якщо правильно користуватися презервативом під час кожного сексуального контакту?» та частотою використання презервативів з клієнтами. Хоча статистично значущо відповіді на ці два запитання пов'язані, але сила зв'язку лишається *слабкою*: попри переконаність у тому, що правильне і постійне використання презервативів знижує ризик ВІЛ-інфікування, вплив на реальні практики лишається *незначним*. Наприклад, серед тих, хто правильно відповів на це запитання, 48% повідомили, що вони за останні 30 днів завжди або майже завжди користувалися презервативами під час орального сексу з клієнтами. Цей показник для тих, хто відповів неправильно («ні»), становить 44% – різниця не є статистично значущою. Для вагінального сексу відповідні показники становлять 73% і 72%, для анального – 61% і 58%. У цих двох випадках різниця теж статистично незначуща. Якщо ж вести мову про використання презервативів з постійними або випадковими партнерами, то тут зв'язок навіть ще слабший для сексу з випадковими партнерами, а щодо постійних партнерів взагалі незначущий⁴⁴.

Але необхідно згадати про певний позитивний зв'язок між знаннями про ВІЛ і практикою використання презервативів. Так, серед ЖКС, які висловили переконаність, що ризик передачі ВІЛ можна знизити, якщо правильно користуватися презервативом під час кожного сексуального контакту, дещо рідше трапляються випадки неправильного використання презервативів – існування таких випадків відмітили 48% таких ЖКС (проти 59–62% ЖКС, які на це запитання відповіли «ні» або «не знаю», $p < 0,05$).

Аналіз показує або дуже слабкий зв'язок, або його повну відсутність між знаннями і практикою вживання наркотиків. Так, серед тих, хто зараз вживає наркотики (або раніше вживав), і серед тих, хто ніколи їх не вживав, однакова кількість ЖКС висловила переконаність, що через вживання спільного ін'єкційного інструментарію можна інфікуватися ВІЛ. Можливо, відстеженню чітких закономірностей між знаннями про ВІЛ і практиками вживання наркотиків заважає брак потрібних даних, адже в блоці про знання лише *одне* із одинадцяти запитань стосувалося вживання наркотиків⁴⁵.

4.3. Знання симптомів ІПСШ

Хоча ВІЛ й лишається найбільшою загрозою для ЖКС, не можна забувати про низку інфекцій, які передаються статевим шляхом і які також являють загрозу для ЖКС. У зв'язку з цим дуже важливо вчасно розпізнати захворювання, щоб почати лікування і застосувати відповідні поведінкові практики (на час лікування відмовитися від сексу або завжди використовувати презервативи). Причому важливо вміти розпізнати (або хоча б намагатися) симптоми хвороби не лише в себе, але і у своїх партнерів.

Під час опитування у ЖКС запитували про те, чи знають вони будь-які симптоми інфекцій, що передаються статевим шляхом, у жінок і у чоловіків⁴⁶. Результати опитування показали, що симптомом у жінок, який згадувався найчастіше, було виділення зі статевих органів – 73% опитаних ЖКС назвали цей варіант (див. табл. 4.3.1). 61% ЖКС назвали виділення, які мають запах. 57% ЖКС згадали висип, виразки на статевих органах, а 51% – свербіж у ділянці статевих органів. Решту симптомів назвала менша кількість опитаних. Відмітимо, що кожна десята ЖКС (9%) не змогла назвати жодного симптому.

43 Коефіцієнт рангової кореляції для орального сексу складає $-0,163$ ($p < 0,001$), для вагінального сексу – $-0,113$ ($p < 0,001$), для анального сексу – $-0,193$ ($p < 0,001$).

44 Утім, необхідно відмітити, що серед тих, хто відповів «не знаю» на запитання про знання, частота використання презервативів суттєво менша. Наприклад, відносно вагінального сексу з клієнтами кількість тих, хто завжди або майже завжди користувався презервативами, складає лише 34%. Але кількість ЖКС, які на це запитання про знання відповіли «не знаю», дуже маленька – всього 3%.

45 А в блоці про практики вживання наркотиків ставилися запитання лише про вживання наркотиків у цілому, і тільки одне запитання стосувалося взагалі досвіду використання спільного ін'єкційного інструментарію.

46 Респонденткам не пропонувалися варіанти відповіді. Інтерв'юер ставив запитання, а ЖКС, спираючись на свої знання, називала симптоми, які, в свою чергу, інтерв'юер кодував відповідно до наперед заданої схеми.

Спостерігаються деякі відмінності серед різних за віком ЖКС. Так, серед молодших за віком ЖКС дещо більше тих, хто не зміг назвати хоча б один симптом – 12% проти 7% серед ЖКС віком 25+ ($p < 0,01$). Також старші за віком ЖКС трохи частіше називали виділення зі статевих органів, виділення, які мають запах, збільшення пахових лімфовузлів, набряки в паховій ділянці, свербіж у ділянці статевих органів (в усіх випадках $p < 0,01$).

Таблиця 4.3.1

Чи можете Ви назвати будь-які симптоми захворювань, що передаються статевим шляхом, у жінок? (%)

	Усі ЖКС	до 24 р.	25+ р.
Ниючий біль внизу живота	35,9	36,4	35,5
Виділення зі статевих органів	72,7	69,4	74,9
Виділення, які мають запах	61,3	56,5	64,6
Печія при сечовипусканні	35,1	32,9	36,6
Висип, виразки на статевих органах	56,6	56,4	56,8
Збільшення пахових лімфовузлів, набряки в паховій ділянці	23,4	19,2	26,4
Свербіж в ділянці статевих органів	51,3	47,0	54,3
Підвищення температури тіла, погіршення загального стану	24,2	23,1	24,9
Інше	1,3	1,1	1,5
НЕМАЄ ВІДПОВІДІ/ВАЖКО СКАЗАТИ	9,1	11,5	7,4

Щодо чоловіків, то найчастіше також згадувалися виділення зі статевих органів – 71% (див. табл. 4.2.2). Серед інших симптомів також часто згадувалися висип, виразки на статевих органах (62%) та печія, свербіж при сечовипусканні (51%). Знову ж таки кожна десята ЖКС (13%) не змогла назвати хоча б один симптом. За віком спостерігаються схожі розбіжності: серед старших за віком ЖКС менше тих, хто не зміг назвати хоча б один симптом, і більше тих, хто називав виділення зі статевих органів, печію та свербіж при сечовипусканні, збільшення пахових лімфовузлів, неприємні відчуття під час ерекції (в усіх випадках $p < 0,01$).

Таблиця 4.3.2

Відповіді, отримані на запитання «Чи можете Ви назвати будь-які симптоми захворювань, що передаються статевим шляхом, у чоловіків?», %

	Усі ЖКС	до 24 р.	25+ р.
Виділення зі статевих органів	71,1	68,1	73,1
Печія та свербіж при сечовипусканні	50,7	47,4	53,0
Висип, виразки на статевих органах	61,9	59,9	63,3
Збільшення пахових лімфовузлів	22,5	18,1	25,5
Підвищення температури тіла, погіршення загального стану	27,2	26,1	28,0
Біль, неприємні відчуття під час ерекції	36,5	30,3	40,8
Інше	0,9	0,4	1,2
НЕМАЄ ВІДПОВІДІ/ВАЖКО СКАЗАТИ	12,7	15,2	11,0

4.4. Отримання презервативів. Залученість до програм профілактики. Отримання послуг від НУО

Один із важливих заходів боротьби з поширенням ВІЛ серед ЖКС є охоплення максимальної їх кількості профілактичними програмами. Один з національних показників – «Відсоток ЖКС, яких охоплено профілактичними програмами» – присвячений саме цьому питанню. Для побудови цього показника використовувалися відповіді респонденток на два запитання:

1. Чи отримували Ви за останні 12 місяців презервативи (наприклад, через освітньо-просвітницькі програми, або проекти, пункти обміну шприців, консультаційні центри, центри

соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді, під час акцій тощо)?

2. Чи знаєте Ви, куди слід звертатися, якщо хочете пройти тест на ВІЛ?

До чисельника цього показника входили ЖКС, які відповіли «так» на обидва запитання. Знаменником були всі опитані ЖКС. За результатами опитування значення показника у 2009 р. склало 53,8% (див. рис. 4.4.1). У 2008 р. значення показника становило 68%, у 2007 р. – 69%, у 2006 р. – 88%, у 2004 р. – 34%. З огляду на відмінність методик побудови вибірки (до 2007 р. включно використовувався метод «снігової кулі», у 2008–2009 рр. – методики RDS та TLS) та різну географічну представленість, ми не можемо безпосередньо порівнювати отримані результати.

Як і у випадку з попередніми національними показниками, які ми аналізували вище, окремо порівнюємо значення цього показника у 2008–2009 рр. серед ЖКС, опитаних в Києві, Донецьку, Харкові, Полтаві, Сімферополі та Черкасах (адже ці міста були як у вибірці 2008 р., так і у вибірці 2009 р.). У 2008 р. рівень охопленості профілактичними програмами в цих містах становив 71%, а у 2009 р. – 64%. Різниця є статистично значущою ($p < 0,01$), тобто для цих міст ми також фіксуємо негативну динаміку порівняно з 2008 р.

Дещо більше охоплені профілактичними програмами ЖКС у віці 25+ років – серед них значення показника становить 58,8% проти 46,6% серед ЖКС віком 14–24 роки ($p < 0,01$). Також показник вищий для ЖКС зі стажем понад 2 роки (56,6% проти 41,5% серед ЖКС зі стажем до 2 років, $p < 0,01$) і для ЖКС, які в основному знаходять своїх клієнтів на вулиці/шосе/вокзалі (67,8% проти 41–45% серед ЖКС, які знаходять своїх клієнтів в готелях/саунах/тощо або через телефон/Інтернет, $p < 0,01$).

52

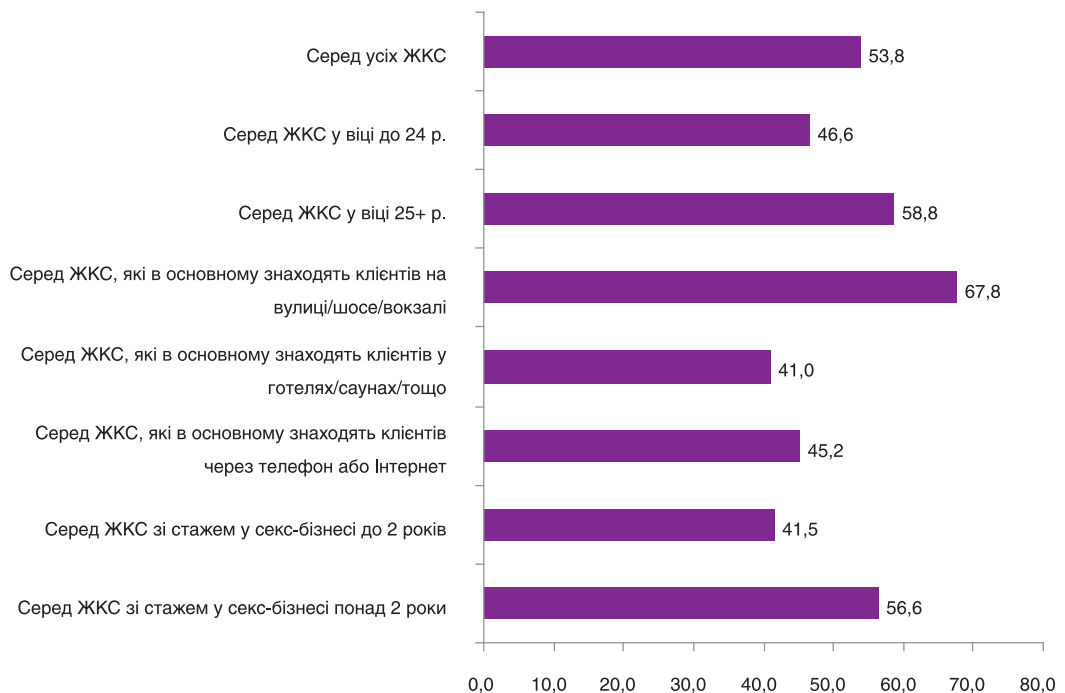


Рис. 4.4.1. Частка ЖКС, охоплених профілактичними програмами, %

За результатами опитування, трохи більше половини ЖКС (53,3%) отримували за останні 12 місяців презервативи через освітньо-просвітницькі програми, проекти, пункти обміну шприців, консультаційні центри, центри соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді, під час акцій тощо. Цей відсоток значно більший ($p < 0,01$) серед ЖКС, які працюють у секс-бізнесі понад 2 роки (58,2%), порівняно з тими, хто в цьому бізнесі до 2 років (44,6%). Можливо, маючи менший стаж роботи в цьому бізнесі, молодші ЖКС могли ще не знати про ці джерела отримання презервативів, на відміну від їхніх досвідченіших колег.

Результати дослідження також показують, що значно менша ($p < 0,01$) кількість ЖКС зі стажем роботи до 2 років є клієнтами якоїсь громадської організації, що працює з жінками комерційного сексу або споживачами ін'єкційних наркотиків (24,9% проти 43,4%). Тому громадським організаціям, які працюють з жінками комерційного сексу або споживачами ін'єкційних наркотиків, варто активніше залучати тих ЖКС, які тільки входять в цей бізнес.

Загалом, клієнтами певної громадської організації, яка працює з жінками комерційного сексу або споживачами ін'єкційних наркотиків, є 40,4% опитаних ЖКС⁴⁷. Серед них протягом травня 2009 р. майже всі (98,1%) отримували презервативи від представників цих організацій. Також варто відмітити, що серед тих ЖКС, які є клієнтами цих організацій, 48,2% зазначили, що завжди використовували презервативи під час сексу з клієнтами протягом останніх 30 днів. Серед тих ЖКС, які не є клієнтами зазначених організацій, значущо менша частка ($p < 0,01$) протягом останніх 30 днів постійно використовувала презерватив під час сексу з клієнтами – лише 37,4%. Отже, можна припустити, що діяльність громадських організацій, які працюють з жінками комерційного сексу або споживачами ін'єкційних наркотиків, має позитивні результати, адже їхні клієнти частіше використовують презервативи, однак більше половини (51,8%) протягом останніх 30 днів все одно робили це *не завжди*. Тому для цих організацій й досі актуальним лишається завдання залучення більшої кількості ЖКС і ведення просвітницької діяльності щодо важливості використання презервативів. При цьому важливо також наголошувати на правильності використання презервативів, а також постійності їх застосування як з клієнтами, так і з іншими, некомерційними партнерами.

Найбільше ЖКС отримували презервативи протягом останніх 12 місяців у Центрі СНІДу чи кабінеті «Довіра» (28,7%), в дерматологічному диспансері їх отримували лише 8,4% всіх опитаних ЖКС, ще менше (6,5%) – у жіночій консультації.

Під час опитування респонденткам ставилося запитання щодо того, чи зверталися вони до громадських організацій за допомогою. Результати опитування засвідчили, що протягом останніх 12 місяців 80,6% опитаних ЖКС зверталися за певною допомогою. Серед всіх опитаних ЖКС, трохи більше половини отримували презервативи (51,4%), трохи менше (49,1%) обстежились на ВІЛ/СНІД та отримали інформаційні буклети та брошури (45,2%). Найрідше ЖКС зверталися до громадських організацій за консультаціями з питань більш безпечного вживання наркотиків (6,2%). Також рідко ЖКС зверталися для відвідування груп взаємодітримки (9,2%), безкоштовного лікування венеричних захворювань (10,4%) і консультування з юристом (10,5%).

⁴⁷ Необхідно зауважити, що для полегшення доступу до ЖКС під час опитування КМІС об'єднав свої зусилля з тими організаціями в містах проведення опитування, які працюють з ЖКС. Співробітники таких організацій допомагали налагоджувати контакти з ЖКС для проведення інтерв'ю (особливо в містах ТЛС, в містах RDS співробітники таких організацій допомагали виходити на первинних респондентів, з яких розгорталися опитувальні ланцюжки). Таким чином, можемо припустити, що серед опитаних ЖКС будуть дещо більше представлені ті, які до цього контактували з громадськими організаціями, тобто цей показник дуже ймовірно є дещо завищеним.

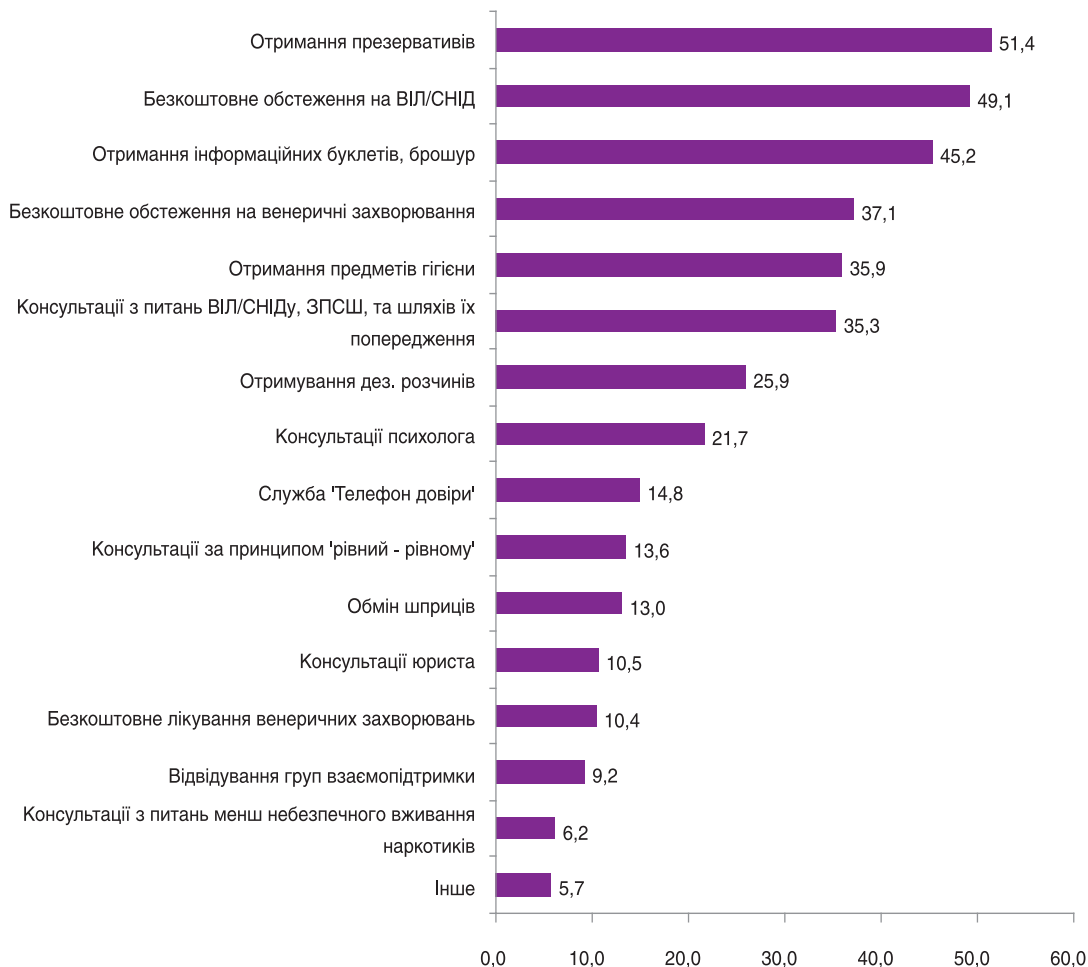


Рис. 4.4.2. Допомога та послуги, що надавалися ЖКС громадськими організаціями протягом останніх 12 місяців

Серед ЖКС, які відрізняються за основним способом пошуку клієнтів, фіксується різна поширеність отримання певних послуг від громадських організацій⁴⁸ (див. табл. 5.1.1). Результати опитування засвідчують, що частіше отримують різні послуги ЖКС, які в основному знаходять своїх клієнтів на вулиці, шосе, вокзалі. Так, серед них більше тих, хто отримував презервативи, інформаційні буклети, предмети гігієни, дезрозчини, консультації щодо ВІЛ та ІПСШ, проходив безкоштовне тестування на ВІЛ та (або) обстеження на ІПСШ. Також такі ЖКС частіше отримували таку допомогу, як обмін шприців, безкоштовне лікування ІПСШ, відвідування груп взаємопідтримки. Таким чином, більш охопленими різними послугами є ЖКС, які в основному знаходять своїх клієнтів на вулиці, шосе, вокзалі. Можливо, це пов'язано як з легшим доступом до них з боку представників громадських організацій, так і з тим, що інші за основним способом пошуку ЖКС меншою мірою потребують того, що пропонують громадські організації.

⁴⁸ Мова йде про всіх ЖКС, а не тільки про тих, хто є клієнтами певних організацій.

Таблиця 4.4.2

Послуги громадських організацій, які отримували ЖКС протягом останніх 12 місяців, %*

	ЖКС, які знаходять клієнтів на вулиці/шосе/вокзалі	ЖКС, які знаходять клієнтів в готелях/саунах/барах тощо	ЖКС, які знаходять клієнтів через телефон/Інтернет
Отримання презервативів	66,3	35,1	44,6
Безкоштовне обстеження на ВІЛ/СНІД	60,7	38,5	44,9
Отримання інформаційних буклетів, брошур	52,9	36,5	42,8
Отримання предметів гігієни	49,2	19,1	34,4
Безкоштовне обстеження на венеричні захворювання	48,2	26,5	31,1
Консультації з питань ВІЛ/СНІДу, захворювань, що передаються статевим шляхом, та шляхів їх попередження	44,4	26,8	29,9
Отримання дез. розчинів	36,3	11,7	26,0
Консультації психолога	22,9	18,7	22,7
Обмін шприців	19,5	5,0	10,7
Безкоштовне лікування венеричних захворювань	16,7	4,8	5,1
Консультації за принципом «рівний – рівному» (консультації, які Вам проводили жінки, що надають або раніше надавали сексуальні послуги за винагороду)	13,6	11,7	17,5
Служба «Телефон довіри»	13,2	18,7	15,3
Відвідування груп взаємопідтримки	13,1	4,3	8,7
Консультації юриста	10,6	9,6	11,9
Консультації з питань більш безпечного вживання наркотиків	8,5	2,4	6,7
Інше	5,5	8,1	2,6

* Впорядковано в порядку зменшення для ЖКС, які в основному знаходять своїх клієнтів на вулиці, шосе, вокзалі.

Результати дослідження показують, що найбільше ЖКС протягом останнього року звертались до медичних закладів акушерсько-гінекологічного профілю (58,9%). До анонімних кабінетів тестування на ВІЛ-інфекцію протягом останніх 12 місяців звернулися 40,2% ЖКС, і лише 27,1% ЖКС звернулись до державних лікувальних закладів, де лікують венеричні захворювання. Загалом, можна зробити припущення, що або ЖКС недостатньо піклуються про своє здоров'я, або вони просто не можуть отримати потрібну допомогу.

Таблиця 4.4.3
Заклади, до яких протягом останніх 12 місяців зверталися ЖКС

	% від усіх опитаних ЖКС
Медичні заклади акушерсько-гінекологічного профілю	58,9
Анонімні кабінети тестування на ВІЛ-інфекцію	40,2
Державні лікувальні заклади, де лікують венеричні захворювання	27,1
Групи самопідтримки жінок комерційного сексу	10,0
Приватні медичні заклади, які проводять діагностику та лікування венеричних захворювань	9,0
Наркологічні служби	7,1
Соціальні служби для молоді	5,4
Дружні клініки для молоді	3,4
Асоціація людей, що живуть з ВІЛ	3,0
Реабілітаційні центри для наркозалежних	2,9
Групи самопідтримки споживачів ін'єкційних наркотиків	2,8

РОЗДІЛ V. ТЕСТУВАННЯ НА ВІЛ І ЗПСШ ТА ЛІКУВАННЯ ЗПСШ

5.1. Поширеність ВІЛ та сифілісу серед ЖКС: національний і регіональний рівні

Моніторингове опитування ЖКС включало також і біологічний компонент, а саме – тестування на ВІЛ та сифіліс швидкими тестами. Результати дослідження засвідчили, що середня поширеність ВІЛ серед усіх опитаних ЖКС становить 12,9% (див. табл. 5.1.1), причому майже удвічі вища поширеність ВІЛ фіксується серед старших за віком ЖКС – 16,1% проти 8,3% серед ЖКС віком 14–24 роки⁴⁹. У чотирьох містах – Харкові, Ужгороді, Чернівцях та Чернігові – серед опитаних не виявилось жодної ВІЛ-інфікованої ЖКС. Можливо, це пов'язано з тим, що застосовувані методики відбору не дозволили досягти ВІЛ-інфікованих ЖКС, або, дійсно, ВІЛ-інфікованих у цих містах мало, і тому, з огляду на невеликий обсяг вибірки, вони до неї не потрапили. Серед решти міст найнижча поширеність ВІЛ фіксується у Запоріжжі (4,4%) і Тернополі (5,3%). Найвища поширеність – 42% – спостерігається у Донецьку.

Серед ЖКС у віці до 24 років найнижча поширеність ВІЛ (крім міст, в яких до вибірки взагалі не потрапили ВІЛ-інфіковані респондентки) – в Івано-Франківську (2,0%), Тернополі (2,5%), Черкасах (5,2%). Найвища – у Донецьку (39,8%). Серед ЖКС віком 25+ найнижча поширеність – у Запоріжжі (3,7%), а найвища – у Донецьку (43,5%). Таким чином, поширеність ВІЛ дуже варіює залежно від регіону опитування, а також залежно від віку ЖКС.

У цілому, поширеність сифілісу є значно меншою порівняно з ВІЛ. Так, на національному рівні, за результатами дослідження, поширеність сифілісу становить 4,4% (серед старших за віком ЖКС знову поширеність децю вища – 5,2% проти 3,3%, $p < 0,01$). У чотирьох містах – Івано-Франківську, Полтаві, Житомирі та Чернівцях – до вибірки не потрапила жодна хвора на сифіліс ЖКС. Серед решти міст найвища поширеність фіксується у Вінниці – 16,6%. Серед ЖКС у віці до 24 років найвища поширеність сифілісу також спостерігається у Вінниці – 26,8%. А от серед ЖКС віком 25+ найвища поширеність цієї хвороби – в Ужгороді (18,9%) (див. табл. 5.1.2).

⁴⁹ З огляду на те, що на кожне місто припадала невелика вибірка, на рівні окремих міст неможливо було провести надійні статистичні тести для виявлення розбіжностей між молодими і старшими ЖКС.

Таблиця 5.1.1

Поширеність ВІЛ серед ЖКС на національному та регіональному рівнях*

	Серед усіх ЖКС			Серед ЖКС у віці до 24 років			Серед ЖКС у віці 25+ років		
	%	Нижня межа	Верхня межа	%	Нижня межа	Верхня межа	%	Нижня межа	Верхня межа
Вінниця	10,7	5,8	15,6	9,3	0,5	18,2	11,2	5,3	17,2
Донецьк	42,2	34,4	50,0	39,8	26,6	53,1	43,5	33,8	53,1
Житомир	10,0	5,2	14,8	10,7	4,7	16,6	8,5	0,5	16,5
Запоріжжя	4,4	1,1	7,6	6,5	0,0	14,3	3,7	0,2	7,1
Івано-Франківськ	7,3	3,2	11,5	2,0	0,0	5,9	10,0	4,1	15,9
Київ	26,1	20,8	31,5	17,4	7,3	27,6	28,4	22,2	34,6
Полтава	19,3	13,0	25,7	9,5	0,6	18,4	23,1	15,2	31,1
Рівне	8,6	4,1	13,0	8,3	0,6	15,9	8,7	3,2	14,2
Сімферополь	25,0	18,0	31,9	18,8	10,5	27,0	33,3	21,7	44,8
Тернопіль	5,3	1,7	8,9	2,5	0,0	5,9	8,6	2,0	15,1
Ужгород	0,0	–	–	0,0	–	–	0,0	–	–
Харків	0,0	–	–	0,0	–	–	0,0	–	–
Черкаси	25,6	17,0	34,2	5,2	0,0	12,9	35,1	23,7	46,5
Чернівці	0,0	–	–	0,0	–	–	0,0	–	–
Чернігів	0,0	–	–	0,0	–	–	0,0	–	–
В цілому по всіх містах	12,9	11,5	14,3	8,3	6,5	10,0	16,1	14,2	18,1

* «Верхня межа» та «нижня межа» стосується меж довірчих інтервалів при довірчій імовірності 0,95.

Таблиця 5.1.2

Поширеність сифілісу серед ЖКС на національному та регіональному рівнях*

	Серед усіх ЖКС			Серед ЖКС у віці до 24 років			Серед ЖКС у віці 25+ років		
	%	Нижня межа	Верхня межа	%	Нижня межа	Верхня межа	%	Нижня межа	Верхня межа
Вінниця	16,6	10,7	22,6	26,8	13,4	40,3	12,7	6,4	19,0
Донецьк	2,1	0,0	4,3	1,4	0,0	4,6	2,4	0,0	5,4
Житомир	0,0	–	–	0,0	–	–	0,0	–	–
Запоріжжя	10,8	5,9	15,7	5,0	0,0	11,8	12,8	6,7	18,9
Івано-Франківськ	0,0	–	–	0,0	–	–	0,0	–	–
Київ	0,1	0,0	0,5	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,6
Полтава	0,0	–	–	0,0	–	–	0,0	–	–
Рівне	6,2	2,3	10,0	3,8	0,0	9,1	7,3	2,3	12,4
Сімферополь	11,5	6,4	16,6	7,0	1,6	12,4	17,6	8,3	26,9
Тернопіль	6,7	2,7	10,7	3,8	0,0	7,9	10,0	3,0	17,0
Ужгород	11,0	4,9	17,1	6,3	0,0	12,4	18,9	6,3	31,5
Харків	0,6	0,0	1,9	0,0	0,0	0,0	1,1	0,0	3,4
Черкаси	0,3	0,0	1,3	0,0	0,0	0,0	0,4	0,0	2,0
Чернівці	0,0	–	–	0,0	–	–	0,0	–	–
Чернігів	4,1	1,0	7,2	2,2	0,0	5,3	6,4	0,6	12,3
В цілому по всіх містах	4,4	3,6	5,2	3,3	2,2	4,5	5,2	4,0	6,3

* «Верхня межа» та «нижня межа» стосується меж довірчих інтервалів при довірчій імовірності 0,95.

5.2. Досвід лікування інфекційних захворювань

Результати дослідження засвідчили, що найпоширенішою хворобою виявився кандидоз – на нього хворіла протягом останніх 12 місяців *кожна шоста* ЖКС (16,4%). Наступним за поширеністю захворюванням виявився хламідіоз, на який протягом останніх 12 місяців хворіли 9,1% опитаних працівниць секс-бізнесу. На туберкульоз та гепатит В хворіли, відповідно, 1,9% та 1,6% опитаних ЖКС. Загалом, можна відмітити не дуже високий рівень захворювань, а головне, значну кількість ЖКС, які звернулись за лікуванням. Майже при всіх захворюваннях більше 80% ЖКС лікувались. З них майже всі відповіли, що під час діагностики та лікування їм нічого не заважало, або ж вони не змогли назвати такі фактори (варіант відповіді «Важко сказати/Відмова від відповіді»). Навіть попри те, що більшість хворих самі сплачували за призначені тестування повністю чи частково (від 49,9% серед хворих на сифіліс до 82,6% серед хворих на хламідіоз) та купували всі чи частину препаратів за власний кошт (від 58,9% серед хворих на сифіліс до 85,8% серед хворих на хламідіоз), майже ніхто не зазначив високу вартість обстежень і ліків або необхідність додатково оплачувати «послуги лікаря» як фактори, які завадили чи заважали при проходженні відповідних процедур у медичних установах. Можливо, здебільшого відсутність за результатами опитування факторів, які заважали проходженню лікування, є наслідком того, що таке запитання ставилося тільки тим ЖКС, які взагалі відмітили, що лікувались. Тобто, якщо ЖКС вилікувалася, то цілком імовірно поширеною буде ситуація, коли «проблеми», пов'язані з лікуванням, не ідентифікувалися. Можливо, в наступних дослідженнях варто про фактори, які заважають адекватному проходженню лікування, запитувати саме в ЖКС, які повідомили, що не лікувались або навіть не проходили діагностику.

Попри велику кількість ЖКС, які лікувались від цих хвороб, потрібно звернути увагу на *оперативність* звернення за лікуванням після виявлення симптомів. Це допоможе оцінити приблизний рівень загрози передачі цих хвороб статевим партнерам хворої. У табл. 5.1.1 наведені медіанні значення кількості днів, які пройшли від моменту виявлення симптомів і до моменту початку лікування. Так, у випадку кандидозу медіанне значення періоду між виявленням симптомів захворювання і початком лікування є найменшим і становить три дні. У випадку решти захворювань (для яких можна було провести надійні статистичні розрахунки) медіанна кількість днів становила від 7 до 10 днів. Беручи до уваги дані, які вказують, що ЖКС не завжди починали лікування одразу після виявлення симптомів, можна відмітити, що ЖКС, являючись хворими, цілком могли заразити своїх статевих партнерів.

Середня кількість статевих партнерів протягом останнього робочого тижня у респонденток, які відповіли, що мали одне із вказаних захворювань, становить (для тих випадків, коли можна було провести надійні статистичні розрахунки) від 9 (для кандидозу) до 12 (для сифілісу). Утім, необхідно відмітити, що запитання про хворобу стосувалось останніх 12 місяців, тоді як запитання про кількість партнерів – останнього робочого тижня. Отже, ми не можемо з повною впевненістю стверджувати, що ЖКС, коли захворіли, мали ту саму кількість клієнтів за тиждень, яку вони мали станом на момент проведення опитування.

Таблиця 5.1.1
Захворювання серед ЖКС та їх лікування

	Частка ЖКС, у яких були такі захворювання	Частка ЖКС, які лікували це захворювання (% від тих, хто мав таке захворювання)	Днів від виявлення симптомів і до звернення за лікуванням, в середньому (медіанне значення)*	Кількість партнерів протягом останнього робочого тижня, в середньому
Туберкульоз	1,9	80,9	–	–
Гонорея	6,4	100,0	8	11
Генітальний герпес	4,5	91,8	7	10
Хламідіоз	9,1	95,0	7	8
Гепатит В	1,6	79,9	–	–
Гепатит С	4,3	51,0	–	–
Сифіліс	3,2	97,6	10	12
Трихомоніаз	7,3	98,0	7	11
Кандидоз	16,4	93,1	3	9

* «–» – обсяг вибірки недостатньо великий для обчислення медіанного значення кількості днів, які пройшли від виявлення симптомів і до звернення за лікуванням.

Отже, одним із найголовніших завдань для громадських організацій, які намагаються запобігти розповсюдженню цих захворювань, на нашу думку, має бути забезпечення своєчасної діагностики таких захворювань (і взагалі регулярного обстеження).

60

5.3. Тестування на ВІЛ

Оскільки високий ризик інфікування ВІЛ є «особливістю» професійної належності ЖКС, останні повинні часто проходити тестування на це захворювання. Серед національних показників є один, присвячений саме цьому питанню – «Відсоток ЖКС, які протягом останніх 12 місяців пройшли тестування на ВІЛ та одержали його результат». Цей показник будувався за відповідями на два запитання:

1. Коли останнього разу Ви проходили тест на ВІЛ?» (з уточненням «Давайте уточнимо, чи це було протягом останніх 12 місяців?
2. Я не запитую Вас про результат, але чи отримали Ви свій результат останнього тесту?

До чисельника входили ті респонденти, які востаннє проходили тестування на ВІЛ протягом останніх 12 місяців і отримали також результати свого останнього тесту. Знаменник – усі опитані ЖКС. Результати опитування засвідчили, що у 2009 р. значення показника становило 56,5% (див. рис. 5.1.1). У 2008 р. значення показника сягало 62%, у 2007 р. – 46%, у 2006 р. – 19%, у 2004 р. – 32%. Як і у випадку з рештою національних показників, порівняння даних різних років опитування є проблематичним, адже для відбору респонденток використовувалися різні методики, а саме дослідження проводилося в різних регіонах України.

У шести містах, в яких опитування проводилося як в 2008 р., так і в 2009 р., значення цього національного показника становило 62% у 2008 р. і 60% – у 2009 р. Утім, така різниця не є статистично значущою, тобто не фіксується жодної динаміки.

Значення національного показника серед опитаних у 2009 р. ЖКС вище серед ЖКС віком 25+. Серед них майже 60% повідомили, що протягом останніх 12 місяців проходили тестування на ВІЛ і отримали його результат. Серед ЖКС віком 14–24 роки таких було близько 52% (різниця значуща на рівні $p < 0,01$). Також показник вищий серед ЖКС зі стажем понад 2 роки – 61% проти 45% серед ЖКС зі стажем до 2 років ($p < 0,01$). Також тестування на ВІЛ дещо більш поширене серед ЖКС, які в основному знаходять своїх клієнтів на вулиці/шосе/тощо (60% проти 55% серед ЖКС, які в основному знаходять своїх клієнтів у готелях/саунах/тощо або через телефон/Інтернет, $p < 0,05$). У цілому, можемо говорити, що значення показника не є дуже високим, адже фактично майже половина ЖКС не проходила тестування на ВІЛ протягом останнього року.

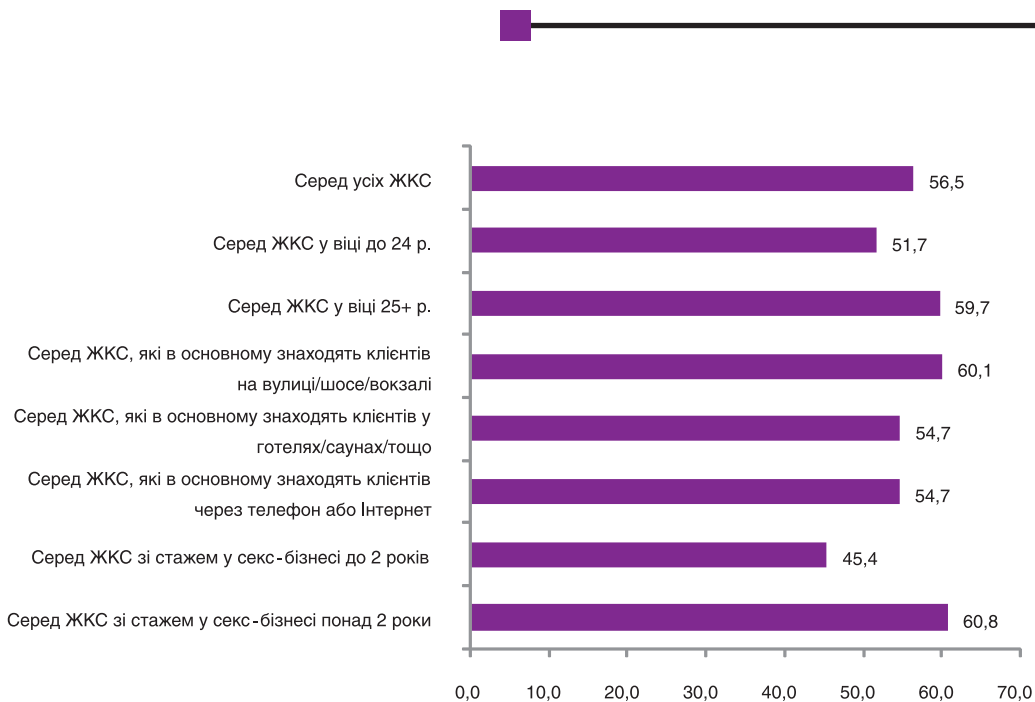


Рис. 5.3.1. Частка ЖКС, які проходили протягом останніх 12 місяців тестування на ВІЛ і отримали його результат

Результати опитування демонструють, що переважна більшість ЖКС знають, куди потрібно звертатись, щоб пройти тестування на ВІЛ (88,3%). Це знання трохи вище серед ЖКС із більшим стажем роботи у секс-бізнесі: серед ЖКС зі стажем роботи менше 2 років знають, куди звернутись за тестуванням на ВІЛ, 80,3%, що значущо менше ($p < 0,01$) за знання серед ЖКС зі стажем 3 або більше років (91,7%). Така різниця може пояснюватись тим, що більша кількість ЖКС зі стажем роботи 3 та більше років є клієнтками громадських організацій, які працюють з жінками комерційного сексу або споживачами ін'єкційних наркотиків, ніж ЖКС зі стажем менше 2 років. Так, серед клієнтів організацій майже всі знають, куди треба звертатись за тестуванням на ВІЛ (97,7%), тоді як серед неклієнтів таких організацій частка тих, хто знає, куди звернутись, становить 81,9%.

Зі знанням, куди звернутись за тестуванням на ВІЛ, тісно пов'язане уявлення про доступність тестування та можливість його анонімного проходження: майже всі ЖКС, які знають, куди звертатись, також вважають, що для них це тестування є доступним (96,6% проти 15,1% серед тих, хто не знає), а також що вони мають можливість на його анонімне проходження (96,3% проти 9,3% серед тих, хто не знає). Ще одним аргументом, який підтверджує цей зв'язок, є те, що серед тих, хто вважає тестування на ВІЛ недоступним, більше половини ЖКС пояснили це незнанням, до кого звернутись (53,7%), незнанням місцезнаходження установи/пункту/центру тестування (23,7%) і страхом перед розголошенням свого статусу (35,5%). Ще однією розповсюдженою причиною недоступності тестування на ВІЛ, на думку ЖКС, є нестача коштів на тестування (20,8%). Таким чином, дуже важливо інформувати ЖКС про місця, де вони можуть без перешкод пройти тестування на ВІЛ, – це значно покращить їхнє уявлення про доступність та анонімність цієї процедури, і, можливо, спонукатиме їх до регулярного тестування.

Загалом, нарівні з високим рівнем поінформованості щодо того, куди звертатись за тестуванням на ВІЛ, можна відзначити і значну кількість серед ЖКС тих, хто вважає тестування доступним (87,1%), і анонімним (86,2%). Попри це, з метою проходження тестування на наявність ВІЛ, до установ/організацій звернулись лише дві третини ЖКС (66,9%). З них 98,6% таки пройшли цей тест (66,0% серед усіх опитаних ЖКС), а 88,1% зробили це протягом останніх 12 місяців (58,1% серед всіх опитаних). Серед тих, хто проходив тест на ВІЛ, 96,7% отримали свій результат, і ще 1,4% очікують на нього, решта або не отримали результату, або не пам'ятають цього чи відмовились відповідати. Отже, видно, що доступність тестування не означає, що всі ЖКС його пройдуть. Тобто, можливо, існують інші фактори, які спонукають працівниць секс-бізнесу не тестуватись на наявність ВІЛ.

Можливо, одним з таких факторів є неусвідомлення необхідності регулярних перевірок. Трохи більше половини опитаних ЖКС, які востаннє тестувались на ВІЛ більше ніж 12 місяців

тому, причиною того, що вони не тестувались пізніше, назвали те, що вони вже проходили тестування (54,4%), або що вони не вважають за потрібне тестуватись частіше, ніж раз на рік (16%). Ще однією причиною було небажання знати результати (7,8% серед тих, хто тестувався на ВІЛ, але не робив цього протягом останніх 12 місяців). Також відмітимо, що серед тих, хто востаннє проходив тестування на ВІЛ більше, ніж 12 місяців тому, приблизно половина відповіла, що з ними була проведена дотестова (53,3%) і післятестова (50,7%) консультації, тоді як серед ЖКС, які тестувались на ВІЛ протягом останніх 12 місяців, ця частка становить 86,8% та 78,6% відповідно.

Таким чином, можемо зробити висновки, що деякими причинами, чому ЖКС нерегулярно, або взагалі не тестуються на наявність ВІЛ, є їхня часткова *необізнаність* у необхідності регулярного тестування, незнання про те, до кого звернутись, страх перед розголосом результатів, або ж просто небажання знати результат. Зважаючи на те, що доступність анонімного тестування, на думку ЖКС, є високою (так вважають 86% опитаних), можна припустити, що наразі основною проблемою для громадських організацій є *мотивування* ЖКС до проходження тестування на наявність ВІЛ.

РОЗДІЛ VI.

Фактори ризику інфікування ЖКС ВІЛ

6.1. Модель логістичної регресії

Проведене дослідження включало також біологічний компонент, а саме – тестування на ВІЛ та сифіліс швидкими тестами. Отримані дані уможливають аналіз поширеності ВІЛ та сифілісу серед різних категорій ЖКС, а також аналіз можливих факторів, які найтісніше пов'язані з імовірністю того, що певна ЖКС має ВІЛ.

Для аналізу того, які саме фактори пов'язані з позитивним ВІЛ-статусом (або, навпаки, з негативним) ЖКС, був застосований логістичний регресійний аналіз. Залежною змінною в цьому аналізі виступав ВІЛ-статус за результатами проведених швидких тестів, а незалежними – всі фактори, які можуть бути пов'язані з імовірністю мати ВІЛ. Фактично, логістична регресійна модель дозволяє оцінити, по-перше, зміни величини шансу мати ВІЛ зі зміною величини фактору i , по-друге, отримані коефіцієнти зв'язку розраховуються при контролюванні впливу всіх інших змінних, тобто оцінений нами зв'язок буде «чистим». Специфіка логістичного регресійного аналізу полягає в тому, що, окрім метричних змінних, можна застосовувати також і категоріальні. Але особливість використання категоріальних змінних така, що ми аналізуємо шанси мати ВІЛ порівняно з певною («референтною») групою.

Утім, суттєвим обмеження є те, що ми не знаємо, коли ЖКС інфікувалася ВІЛ. Таким чином, ми не зможемо з'ясувати, чи були певні фактори причиною наявності ВІЛ. У цьому випадку логістична регресія показує, з якими саме факторами найтісніше пов'язана можливість мати ВІЛ-інфекцію.

Серед факторів, які можуть бути пов'язані з ВІЛ-статусом, виокремимо такі:

1. Практика використання презервативів під час сексу з клієнтами

Частота використання презервативів під час надання різних сексуальних послуг, надання різних сексуальних послуг, «правильність» використання презервативів є важливими факторами, які можуть бути пов'язаними з шансом мати ВІЛ. Якщо ЖКС рідко або взагалі не використовуватиме презервативи, надаватиме всі види сексуальних послуг (оральний, вагінальний, анальний секс) та (або) матиме досвід неправильного використання презервативів, то вона характеризуватиметься вищими шансами мати ВІЛ.

Результати дослідження засвідчили, що значущого зв'язку (для аналізу використовувався критерій χ^2 -квадрат Пірсона) між ВІЛ-статусом і частотою використання презервативів під час надання різних послуг немає. При цьому фіксується значущий зв'язок між тим, чи надавала ЖКС за останні 30 днів такі послуги, як оральний і анальний секс, та ВІЛ-статусом. Але цей зв'язок протилежний очікуваному: серед ЖКС, які не надавали такі послуги, поширеність ВІЛ була вищою, ніж серед тих, які такі послуги надавали. Можливо, ЖКС, уже знаючи про свій ВІЛ-статус, уникатиме надання таких послуг з метою мінімізації ризиків для інших.

Значущий зв'язок фіксується між тим, чи були «проблемні» ситуації з використанням презервативів за останні 30 днів (наприклад, зісковзання тощо), чи не було. Серед ЖКС, які повідомили про існування таких ситуацій, поширеність ВІЛ виявилася дещо вищою. Тобто наявність ситуацій, коли презерватив міг не відіграти роль «запобіжника», пов'язана з вищою імовірністю мати ВІЛ. Тому цей фактор також аналізується у моделі логістичної регресії.

2. Практика вживання наркотиків та алкоголю

Практика вживання наркотиків стосується взагалі наявності досвіду вживання наркотиків і досвіду вживання наркотиків ін'єкційним шляхом протягом останніх 30 днів. Наркотичні речовини впливають на зміну свідомості

на деякий час. У цей час людина може діяти всупереч більш «адекватним» моделям поведінки – наприклад, не використовувати презервативи під час сексу з малознайомими людьми. Більша небезпека криється при вживанні наркотиків ін'єкційним шляхом, адже використання спільного інструментарію є одним із основних шляхів передачі ВІЛ. До переліку цих факторів можна додати частоту вживання наркотичних речовин і алкоголю перед сексуальними контактами з клієнтами (адже алкоголь також може змінити свідомість).

Усі змінні демонструють значущий зв'язок з ВІЛ-статусом – в основному в усіх випадках серед ЖКС спостерігається очікуване зростання поширеності ВІЛ (хоча в деяких випадках зростання не є повністю лінійним – наприклад, щодо вживання алкоголю, то серед ЖКС, які перед сексуальними контактами за останні 30 днів ніколи не вживали алкоголь, поширеність ВІЛ становить 15%; серед ЖКС, які вживали алкоголь, але не завжди, поширеність зменшується до 10–11%, але серед тих ЖКС, які завжди вживали алкоголь, поширеність знову зростає до 20%). Усі фактори, наведені в цьому пункті, аналізуються в моделі логістичної регресії.

3. Знання про ВІЛ та знання симптомів ІПСШ

Можна припустити, що краще знання про ВІЛ, про те, як він передається і як ним не можна інфікуватися, пов'язане з нижчою поширеністю ВІЛ. Але результати дослідження показують, що або зв'язку взагалі немає, або зв'язок дуже слабкий. Оскільки не для всіх респондентів була побудована ця змінна, вона не включалася в аналіз.

4. Наявність партнерів, які мають високі шанси бути ВІЛ-інфікованими

Сексуальні контакти з особами, які мають високі шанси бути інфікованими на ВІЛ, можуть бути пов'язаними і з вищою імовірністю того, що ЖКС має ВІЛ. Серед таких груп ми можемо виокремити споживачів ін'єкційних наркотиків (якими можуть бути клієнти, постійні/випадкові партнери), ЧСЧ/бісексуалів, хворих на ІПСШ, ВІЛ-інфікованих. Щодо останньої категорії, то, фактично, їх дуже важко ідентифікувати, але деякі ЖКС під час опитування повідомили, що серед їхніх клієнтів за останні 12 місяців були і ВІЛ-інфіковані.

Результати дослідження засвідчують, що існує тісний зв'язок між наявністю таких партнерів і поширеністю ВІЛ, – в усіх випадках серед ЖКС, які мали досвід контактів з тим чи іншим партнером, поширеність цього захворювання була вищою. Таким чином, для ретельнішого аналізу взаємозв'язку ці фактори включені до логістичного регресійного аналізу.

5. Наявність сифілісу

Під час дослідження ЖКС також тестували на сифіліс. Наявність сифілісу може вказувати на вищі шанси мати і ВІЛ, що і підтверджується результатами дослідження. Ця змінна включена до подальшого аналізу.

6. Соціально-демографічні характеристики ЖКС

Освіта ЖКС має значущий, але дуже слабкий зв'язок, тому вона не включена до аналізу. Значущо пов'язаний соціальний статус, використаний в аналізі як незалежна змінна. Серед інших соціально-демографічних характеристик варто підкреслити наявність значущого зв'язку з основним способом пошуку клієнтів, тим, чи є ЖКС корінна, чи вона приїжджа, з фінансовим становищем домогосподарств – ці змінні також включені до подальшого аналізу.

Вік також тісно пов'язаний з поширеністю ВІЛ. Але при цьому вік тісно корелює з такою характеристикою ЖКС, як стаж роботи у секс-бізнесі. З огляду на те, що вплив стажу роботи у секс-бізнесі на шанси інфікування ВІЛ можна більш змістовно інтерпретувати, до моделі включений саме стаж, а вік аналізуватися не буде.

7. Кількість сексуальних партнерів за останній тиждень

Можна припустити, що чим більше ЖКС має клієнтів, тим вищі шанси інфікування ВІЛ. Результати дослідження демонструють, що ця залежність є неоднозначною – так, серед ЖКС, які мали 0 клієнтів, поширеність ВІЛ становить 22%. Серед ЖКС, які мали 1–10 клієнтів, поширеність склала 10–11%, а серед тих, хто мав понад 10 клієнтів – 20%.

За винятком першої категорії, зв'язок підтверджує очікування. З огляду на сильний зв'язок, кількість сексуальних партнерів за тиждень включена до моделі логістичної регресії.

8. Охопленість профілактичними програмами

Охопленість ЖКС профілактичними програмами може бути пов'язана з нижчими шансами мати ВІЛ. Утім, якраз серед ЖКС, охоплених профілактичними програмами, поширеність ВІЛ майже втричі вища, ніж серед тих, які не охоплені такими програмами – поширеність ВІЛ становить відповідно 18,3% проти 6,7%. Можливо, саме інфікування ВІЛ мотивує ЖКС до тіснішої співпраці з різними НУО, тому значною мірою послугами НУО охоплені саме ті, для яких проблема зниження ризиків інфікування ВІЛ вже не є актуальною.

Отже, наведені вище змінні були проаналізовані за допомогою логістичної регресії. Індикаторами якості побудованих моделей виступають, по-перше, коефіцієнти псевдо- R^2 , які показують можливості моделі правильно прогнозувати залежну змінну (у нашому випадку – ВІЛ-статус). Такими коефіцієнтами є Cox & Snell R Square та Nagelkerke R Square, які для фінальної моделі становлять відповідно 0,154 та 0,294 (що є достатнім значенням). По-друге, це частка правильно спрогнозованих значень залежної змінної для респонденток (тобто наскільки правильно за допомогою моделі ми можемо спрогнозувати ВІЛ-статус ЖКС). Результати аналізу показали, що набагато легше досліджувані фактори «справляються» з прогнозуванням негативного ВІЛ-статусу: так, для майже 98% ЖКС, які за результатами швидких тестів не були ВІЛ-інфікованими, фінальна модель правильно прогнозує їхній статус. Але ситуація з прогнозуванням статусу ВІЛ-позитивних ЖКС набагато гірша – лише трохи більше 23% ВІЛ-інфікованих ЖКС правильно прогножуються такою моделлю. Тобто необхідно відмітити, що фактори, які використовувалися при побудові моделі, дійсно впливають на зміну шансів мати ВІЛ, але при цьому існують інші чинники, які можуть бути ще більш тісно пов'язаними з цим.

При побудові логістичної регресії вплив багатьох з запропонованих змінних виявився несуттєвим, тому вони виключалися з подальшого аналізу. До фінальної моделі ввійшли такі фактори: досвід надання таких послуг, як анальний і оральний секс, досвід неправильного використання презервативів, досвід вживання наркотиків, досвід надання сексуальних послуг іноземцям, досвід надання сексуальних послуг ВІЛ-інфікованим людям, наявність сифілісу, соціальний статус, корінна чи приїжджа ЖКС, стаж у секс-бізнесі, чи були постійні партнери-СІН, охопленість профілактичними програмами (див. *табл. 6.1.1*).

Найсильніший зв'язок виявлений з досвідом вживання наркотиків. Так, серед ЖКС, які мають такий досвід, шанс бути ВІЛ-інфікованою у 4,4 разу вищий порівняно з ЖКС, які такого досвіду не мали. Сильний зв'язок простежується з досвідом надання сексуальних послуг ВІЛ-інфікованим особами. Так, серед ЖКС, які мали протягом останніх 12 місяців ВІЛ-інфікованих клієнтів, шанс бути ВІЛ-інфікованою у 3,9 разу вищий порівняно з ЖКС, які таких клієнтів не мали. Охопленість профілактичними програмами пов'язана з вищими у 2,9 разу шансами бути ВІЛ-інфікованою. Серед ЖКС, які мають сифіліс, шанс мати ВІЛ у 2,5 разу вищий порівняно з ЖКС, які не хворі на сифіліс. Досвід сексу з постійним партнером-СІН збільшує шанси у 2,2 разу. Приблизно у 2,2 разу збільшується шанс того, що ЖКС ВІЛ-інфікована, якщо вона хвора на сифіліс. Решта факторів також доволі тісно пов'язані з шансом того, що ЖКС має ВІЛ.

Таблиця 6.1.1
Стандартизовані коефіцієнти Exp(B) за результатами проведення логістично-регресійного аналізу

	Статистична значущість	Exp(B)	Довірчі інтервали (95%)	
Чи надавали такі послуги, як анальний секс (0 – не надавали (референтна категорія), 1 – надавали)	0,01	0,66	0,47	0,92
Чи правильно використовували презервативи (0 – правильно (референтна категорія), 1 – були випадки неправильного використання)	0,08	1,33	0,96	1,84
Чи є досвід вживання наркотиків (0 – немає досвіду (референтна категорія), 1 – є досвід),	0,00	4,38	3,03	6,33
Досвід сексу з іноземцями (0 – немає досвіду (референтна категорія), 1 – є досвід)	0,00	0,61	0,44	0,85
Досвід сексу з ВІЛ-інфікованими (0 – немає досвіду (референтна категорія), 1 – є досвід)	0,00	3,86	2,05	7,29
Чи хвора ЖКС на сифіліс (0 – не хвора (референтна категорія), 1 – хвора)	0,00	2,45	1,37	4,37
Соціальний статус (референтна категорія – не працює і не навчається)	0,07			
Соціальний статус – Навчається	0,12	1,64	0,87	3,08
Соціальний статус – Випадкові заробітки	0,02	1,56	1,09	2,23
Соціальний статус – Постійна робота	0,21	1,45	0,81	2,58
Звідки походить ЖКС (0 – корінна (референтна категорія), 1 – приїжджа)	0,04	0,70	0,49	0,99
Стаж у секс-бізнесі (у роках)	0,09	1,03	1,00	1,06
Чи були постійні партнери-СІН (0 – не було референтна категорія), 1 – були)	0,00	2,22	1,52	3,24
Чи охоплена ЖКС профілактичними програмами (0 – охоплена (референтна категорія), 1 – не охоплена)	0,00	2,92	2,02	4,22
Константа	0,00	0,03		

ВИСНОВКИ ТА РЕКОМЕНДАЦІЇ

Отже, загалом за результатами дослідження можна дійти таких основних висновків: здебільшого жінки комерційного сексу – це повнолітні молоді дівчата (20–29 років, 49%), які характеризуються дещо нижчою освітою порівняно з усіма жінками їхнього віку. Можливо, це є одним із факторів, чому опитані жінки змушені були зайнятися наданням сексуальних послуг. ЖКС, в основному, проживають у бідних за фінансовим становищем домогосподарствах (54%). Утім, ЖКС, як показало дослідження, проживають в умовах, які навіть трохи кращі за умови, в яких проживає доросле населення України. Тобто ми не можемо стверджувати, що фінансове становище ЖКС є якісно гіршим, аніж становище звичайного населення, не залученого до секс-бізнесу. Разом з цим лише дуже маленька кількість ЖКС проживає в інтернатах, в підвалах/на горищах будинків або на вулиці (3%). Доволі значна кількість ЖКС (39%) є приїжджими, хоча все одно серед них переважають корінні ЖКС. Серед ЖКС значно більше тих, хто рано починає сексуальне життя (19% почали його до 14 років), порівняно з усіма жінками, які проживають в Україні. Зазначимо, що за результатами опитування для ЖКС простежується тенденція до збільшення кількості тих, хто почав сексуальне життя у віці до 14 років (включно).

Здебільшого ЖКС або взагалі не мають постійної роботи, або мають лише випадкові заробітки (не враховуючи зайнятість у сфері комерційного сексу) (65%). Можливо, з цим пов'язаний і факт того, що основне джерело доходу для абсолютної більшості ЖКС (69%) становить надання сексуальних послуг за плату. Лише для незначної кількості ЖКС комерційний секс може вважатися радше додатковим заняттям. Здебільшого глибока залученість до секс-бізнесу також підтверджується і тим фактом, що абсолютна більшість ЖКС (88%) надає послуги майже кожного тижня. Причому і ЖКС з невеликим стажем, і з великим працюють приблизно з однаковою частотою (доволі регулярно). До того ж, працюючи у цій сфері, ЖКС в основному використовують різні способи пошуку клієнтів. Тобто вони можуть використовувати як більш «безпечні» способи (наприклад, пошук за допомогою оголошень в газетах або Інтернеті тощо), так водночас і більш «небезпечні» (наприклад, пошук на вулиці тощо). Зазвичай ЖКС мають кілька клієнтів кожного тижня. Утім, необхідно відмітити, що дещо більше клієнтів щотижня мають ЖКС, які в основному знаходять клієнтів на вулиці, шосе або вокзалі.

Попри доволі значну залученість до секс-бізнесу, практика використання презервативів не є дуже поширеною. З одного боку, абсолютна більшість ЖКС (89%) використовували презервативи під час останнього сексуального контакту з клієнтами. Втім, далеко не всі ЖКС використовують презервативи постійно – значна кількість ЖКС, на жаль, має досвід сексуальних контактів з клієнтами без використання презервативів. У той час, як показник постійного використання презервативів під час орального сексу не є дуже загрозливим (43%), постійність використання презервативів під час вагінального (66%) і анального сексу (55%) є значно небезпечнішою. Причому важливо відмітити зв'язок між постійністю використання презервативів та частотою вживання алкоголю перед статевими контактами з клієнтами. Так, щочастіше ЖКС вживають алкоголь, тим менше серед них тих, хто постійно використовує презервативи. Втім, цікаво відмітити, що якщо говорити про вживання наркотиків, то така лінійна залежність характерна тільки для анального сексу. Така ситуація непостійності використання презервативів ще більше погіршується доволі поширеними (51%) ситуаціями неправильного використання презервативів. Також важливою є постійність використання презервативів під час сексу з постійними та (або) випадковими партнерами. На жаль, серед ЖКС (які мали відповідних партнерів) також доволі значна кількість тих, хто і в цих випадках постійно не використовує презервативи.

Кожна четверта ЖКС (25%) має досвід вживання наркотичних речовин. Серед них найбільш популярним наркотиком виявився екстракт опію (46% ЖКС, які мають досвід вживання наркотиків, вживали його за останні 30 днів). Але також відносно поширене серед них і вживання наркотиків-стимуляторів (наприклад, «вінту» та «первітину», які вживали 18% ЖКС). Причому серед різних за віком ЖКС популярність різних наркотиків є різною. Так, серед молодших за віком ЖКС дещо більш поширені наркотики-стимулятори, а серед старших за віком – опіати. Важливим негативним фактором є той, що більшість ЖКС, які мають досвід вживання наркотиків, вживають їх, зокрема, ін'єкційним шляхом. Фактично, 15% серед усіх опитаних ЖКС мають досвід ін'єкційного вживання наркотиків за останні 30 днів.

ЖКС характеризуються доволі невисоким загальним рівнем знань про ВІЛ. Так, лише половина ЖКС (52%) правильно відповіла на всі п'ять запитань, які входять до національного показника щодо рівня знань. І лише 29% правильно відповіли на всі одинадцять запитань про знання, які ставилися під час опитування. Хоча при цьому на кожне окреме запитання більшість ЖКС дали правильну відповідь. Також відмітимо, що ЖКС доволі добре обізнані з симптомами ІПСШ. Утім, висока обізнаність щодо ВІЛ не є, на жаль, фактором, тісно пов'язаним з більш безпечною поведінкою. Так, наприклад, зв'язок між знаннями і регулярністю використання презервативів є дуже слабким. Тобто навіть попри високі знання про небезпеки, ЖКС йдуть на небезпечні для здоров'я практики поведінки. Це вказує на дещо іншу мотивацію відповідних дій. Кампанії повинні більше спрямовуватися саме на цю мотивацію, а не на просто рівень знань про ВІЛ.

Половина ЖКС (54%) охоплена профілактичними програмами. Значна кількість ЖКС отримувала ті чи інші послуги від громадських організацій за останні 12 місяців. Так, найбільш популярними послугами, які отримували ЖКС, було отримання презервативів, обстеження на ВІЛ/СНІД, ІПСШ та консультації з цих питань, отримання інформаційних буклетів, брошур тощо та предметів гігієни.

ЖКС є однією з груп високого ризику інфікування ВІЛ. Утім, результати дослідження засвідчили, що поширеність ВІЛ суттєво варіює залежно від міста, де проводилося дослідження. Так, в деяких містах (Харкові, Чернігові, Ужгороді, Чернівцях) у жодної з опитаних ЖКС не було виявлено ВІЛ. У той же час серед ЖКС Донецька 43% за результатами тестування на ВІЛ отримали позитивний результат. Доволі високий рівень поширеності ВІЛ простежується в Києві (26%), Черкасах (26%), Сімферополі (25%) і Полтаві (19%). У решті міст поширеність ВІЛ склала 5–11%. Зважаючи на складну епідеміологічну ситуацію, пов'язану з поширеністю ВІЛ, важливим є регулярне тестування на ВІЛ. Утім, лише 57% ЖКС за останні 12 місяців проходили тестування й отримали його результат. Тобто значна частина ЖКС не тестується регулярно на ВІЛ. Якщо додати до цього невисоку поширеність постійного використання презервативів, то ситуація стає ще більш небезпечною.

Серед факторів, які найтісніше пов'язані з наявністю ВІЛ, можна виокремити такі: досвід надання таких послуг, як анальний і оральний секс; досвід неправильного використання презервативів; досвід вживання наркотиків; досвід надання сексуальних послуг іноземцям; досвід надання сексуальних послуг ВІЛ-інфікованим людям; наявність сифілісу; соціальний статус; корінна чи приїжджа ЖКС; стаж у секс-бізнесі; наявність постійних партнерів-СІН; охопленість профілактичними програмами. При цім відмітимо, що стосовно факторів надання таких послуг, як анальний секс, та охопленості профілактичними програмами зв'язок є неочікуваним. Так, серед ЖКС, які надавали анальні сексуальні послуги, шанс мати ВІЛ нижчий. Можливо, це пов'язано з тим, що ЖКС, які дізналися про свій ВІЛ-позитивний статус, припинили надавати ці послуги. Також нижчий шанс мати ВІЛ простежується серед тих, хто має досвід надання послуг іноземцям та тих, хто охоплений профілактичними програмами.

Поширеність сифілісу є суттєво меншою. Максимальна поширеність сифілісу простежується у Вінниці (17%), Сімферополі (12%), Ужгороді та Запоріжжі (по 11%). Досвід інших захворювань також не особливо поширений серед ЖКС. Якщо говорити про останні 12 місяців, то найбільш поширеними хворобами був кандидоз (16% ЖКС мали таке захворювання) та хламідіоз (9%).

Треба відмітити, що деякі результати могли бути зумовлені специфічністю методик, які використовувалися в цьому дослідженні, – RDS та TLS. Попри те, що кожен з цих методів дозволяє долати певні труднощі, кожен з них має і недоліки. Необхідно, по-перше, вдосконалювати процес імплементації кожної з цих методик за сучасних умов в Україні. Так, щодо TLS необхідно вдосконалювати процедуру картування точок і ефективніше вирішувати проблеми з доступом до закритих точок і, взагалі, з відбором респондентів. Для ефективного застосування RDS необхідно ретельніше вивчати структуру відносин між ЖКС (наявність

мереж), а також вдосконалювати процедури відбору первинних респондентів. Важливим є порівняння тих респондентів, які реально рекрутуються за допомогою цієї методики, і тих, хто відмовився взяти участь у дослідженні. Загальним методичним удосконаленням також може бути приведення обсягу інструментарію у відповідність з використовуваною методикою. Так, застосування TLS передбачає використання невеликої анкети, адже велика за обсягом анкета більш імовірно призведе до отримання менш якісних даних. Необхідно відмітити, що суттєвим обмеженням аналізу була неможливість відстеження того, які фактори були реальною причиною ВІЛ-статусу ЖКС. Тобто при наявних даних були встановлені певні зв'язки, але при цих даних неможливо говорити про причини. Таким чином, при подальшій реалізації подібних проектів важливо пробувати проводити такі дослідження, які б дали чітку відповідь на запитання, які саме фактори зумовлюють поширеність ВІЛ серед ЖКС.

По-друге, нагальним є проведення порівняльного методичного дослідження, яке дозволило б оцінити, яка з методик дає кращі результати та які реальні зміщення зумовлюються ними. Так, в межах окремої спільноти необхідно одночасно провести дослідження і за методикою TLS, і за методикою RDS, що дозволило б коректно їх порівняти.

ДОДАТОК 1

Національні показники моніторингу та оцінки ефективності заходів, що забезпечують контроль за епідемією ВІЛ/СНІД серед ЖКС, на рівні міст

Таблиця 1.
Національний показник «Відсоток ЖКС, які правильно визначають шляхи запобігання статевій передачі ВІЛ-інфекції та знають, як вона не передається»

	Тип вибірки	Обсяг вибірки*	Частка у вибірці**	Оціночна частка за RDSAT	Довірчі інтервали	Гомофілія
Донецьк	RDS	154 (4)	50,6	51,5	41,5–61,9	0,065
Київ	RDS	260 (4)	61,9	63,3	56,5–69,4	-0,041
Запоріжжя	RDS	154 (4)	52,6	49,6	40,2–60,5	0,134
Чернігів	RDS	154 (4)	66,2	68,0	59,7–76,1	0,043
Черкаси	RDS	99 (4)	60,6	61,4	47,4–78,6	0,184
Харків	RDS	154 (5)	50,6	50,5	41,2–58,7	-0,089
Вінниця	TLS	150	66,6	-	58,7–74,5	-
Житомир	TLS	150	42,7	-	34,5–51,0	-
Івано-Франківськ	TLS	150	43,3	-	35,0–51,6	-
Полтава	TLS	150	66,7	-	58,8–74,6	-
Рівне	TLS	152	58,8	-	50,7–67,0	-
Сімферополь	TLS	150	28,2	-	20,7–35,7	-
Тернопіль	TLS	150	34,7	-	26,8–42,7	-
Ужгород	TLS	100	18,0	-	10,0–26,0	-
Чернівці	TLS	151	55,6	-	47,3–63,9	-

* У дужках для міст RDS наводиться кількість первинних респондентів у вибірці. У стовпчику «Частка у вибірці» відсоток для міст RDS рахується від усієї вибірки (тобто включно з первинними респондентами). У стовпчику «Оціночна частка за RDS» відсоток в програмі RDSAT рахується без врахування первинних респондентів.

** Для міст TLS значення розраховується з урахуванням зважування за представленістю у вибірці точок, на яких проводилося дослідження.

Таблиця 2.
Національний показник «Відсоток ЖКС, які пройшли тестування на ВІЛ протягом останніх 12 місяців та знають свої результати»

	Тип вибірки	Обсяг вибірки*	Частка у вибірці**	Оціночна частка за RDS	Довірчі інтервали	Гомофілія
Донецьк	RDS	154 (4)	64,9	69,9	59,8–79,3	0,079
Київ	RDS	260 (4)	56,5	53,9	46,5–61,1	0,135
Запоріжжя	RDS	154 (4)	20,8	15,7	9,0–22,6	0,128
Чернігів	RDS	154 (4)	59,7	59,1	49,3–68,7	0,203
Черкаси	RDS	99 (4)	55,6	53,9	37,6–67,6	0,365
Харків	RDS	154 (5)	55,2	47,5	35,2–60,1	0,480
Вінниця	TLS	150	86,8	–	81,1–92,6	–
Житомир	TLS	150	30,7	–	23,0–38,4	–
Івано-Франківськ	TLS	150	57,3	–	49,1–65,6	–
Полтава	TLS	150	41,3	–	33,1–49,5	–
Рівне	TLS	152	68,6	–	60,9–76,3	–
Сімферополь	TLS	150	96,8	–	***	–
Тернопіль	TLS	150	60,0	–	51,8–68,2	–
Ужгород	TLS	100	44,0	–	33,8–54,2	–
Чернівці	TLS	151	57,6	–	49,4–65,8	–

* У дужках для міст RDS наводиться кількість первинних респондентів у вибірці. У стовпчику «Частка у вибірці» відсоток для міст RDS рахується від усієї вибірки (тобто включно з первинними респондентами). У стовпчику «Оціночна частка за RDS» відсоток в програмі RDSAT рахується без врахування первинних респондентів.

** Для міст TLS значення розраховується з урахуванням зважування за представленістю у вибірці точок, на яких проводилося дослідження.

*** Неможливо провести статистично надійні розрахунки для побудови довірчих інтервалів.

Таблиця 3.

Національний показник «Відсоток ЖКС, яких охоплено профілактичними програмами»

	Тип вибірки	Обсяг вибірки*	Частка у вибірці**	Оціночна частка за RDS	Довірчі інтервали	Гомофілія
Донецьк	RDS	154 (4)	65,6	70,6	60,1–79,1	0,176
Київ	RDS	260 (4)	47,7	40,6	32,4–48,4	0,290
Запоріжжя	RDS	154 (4)	29,2	19,5	12,8–27,2	0,194
Чернігів	RDS	154 (4)	7,1	7,5	3,4–12,2	0,018
Черкаси	RDS	99 (4)	64,6	61,7	47,0–76,7	0,277
Харків	RDS	154 (5)	53,2	35,8	25,2–48,8	0,534
Вінниця	TLS	150	93,8	–	89,6–98,0	–
Житомир	TLS	150	28,0	–	20,5–35,5	–
Івано-Франківськ	TLS	150	43,3	–	35,0–51,6	–
Полтава	TLS	150	79,3	–	72,5–86,1	–
Рівне	TLS	152	77,2	–	70,2–84,2	–
Сімферополь	TLS	150	98,1	–	***	–
Тернопіль	TLS	150	25,3	–	18,0–32,6	–
Ужгород	TLS	100	16,0	–	8,3–23,7	–
Чернівці	TLS	151	100,0	–	***	–

* У дужках для міст RDS наводиться кількість первинних респондентів у вибірці. У стовпчику «Частка у вибірці» відсоток для міст RDS рахується від усієї вибірки (тобто включно з первинними респондентами). У стовпчику «Оціночна частка за RDS» відсоток в програмі RDSAT рахується без врахування первинних респондентів.

** Для міст TLS значення розраховується з урахуванням зважування за представленістю у вибірці точок, на яких проводилося дослідження.

*** Неможливо провести статистично надійні розрахунки для побудови довірчих інтервалів.

Таблиця 4.
Національний показник «Відсоток ЖКС, які протягом останніх 12 місяців надавали сексуальні послуги за плату та повідомили про використання презерватива під час статевого акту з останнім клієнтом»

	Тип вибірки	Обсяг вибірки*	Частка у вибірці**	Оціночна частка за RDS	Довірчі інтервали	Гомофілія
Донецьк	RDS	154 (4)	85,1	87,5	79,3–94,6	0,225
Київ	RDS	260 (4)	89,6	90,1	86,3–93,5	-0,017
Запоріжжя	RDS	154 (4)	79,9	76,6	66,4–86,5	0,278
Чернігів	RDS	154 (4)	92,9	92,2	87,5–96,4	0,091
Черкаси	RDS	99 (4)	81,8	89,4	74,2–97,3	0,419
Харків	RDS	154 (5)	96,8	97,1	94,0–99,4	-0,005
Вінниця	TLS	150	97,1	–	***	–
Житомир	TLS	150	79,3	–	72,5–86,1	–
Івано-Франківськ	TLS	150	83,3	–	77,0–89,6	–
Полтава	TLS	150	83,3	–	77,0–89,6	–
Рівне	TLS	152	95,8	–	92,3–99,3	–
Сімферополь	TLS	150	100,0	–	***	–
Тернопіль	TLS	150	90,0	–	84,9–95,1	–
Ужгород	TLS	100	74,0	–	64,9–83,1	–
Чернівці	TLS	151	97,4	–	***	–

* У дужках для міст RDS наводиться кількість первинних респондентів у вибірці. У стовпчику «Частка у вибірці» відсоток для міст RDS рахується від усієї вибірки (тобто включно з первинними респондентами). У стовпчику «Оціночна частка за RDS» відсоток в програмі RDSAT рахується без врахування первинних респондентів.

** Для міст TLS значення розраховується з урахуванням зважування за представленістю у вибірці точок, на яких проводилося дослідження.

*** Неможливо провести статистично надійні розрахунки для побудови довірчих інтервалів.

Таблиця 5.

Національні показники моніторингу та оцінки ефективності заходів, що забезпечують контроль за епідемію ВІЛ/СНІД серед ЖКС, за віковими підгрупами

	Серед усіх ЖКС, N=2276		Серед ЖКС у віці до 25 р.,N=927		Серед ЖКС у віці 25+ р.,N=1349	
	%	Довірчі інтервали	%	Довірчі інтервали	%	Довірчі інтервали
Відсоток ЖКС, які правильно визначають шляхи запобігання статевій передачі ВІЛ-інфекції та знають, як вона не передається	51,9	49,8–54,00	47,8	44,5–51,1	54,7	52,0–57,4
Відсоток ЖКС, які пройшли тестування на ВІЛ протягом останніх 12 місяців та знають свої результати	56,5	54,4–58,6	51,7	48,4–55,0	59,7	57,1–62,4
Відсоток ЖКС, яких охоплено профілактичними програмами	53,8	51,7–55,9	46,6	43,3–49,9	58,8	56,1–61,5
Відсоток ЖКС, які протягом останніх 12 місяців надавали сексуальні послуги за плату та повідомили про використання презерватива під час статевого акту з останнім клієнтом	89,0	87,7–90,3	89,6	87,6–91,6	88,5	86,8–90,2
Поширеність ВІЛ-інфекції	12,9	11,5–14,3	8,3	6,5–10,0	16,1	14,2–16,1