

Альянс

Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні

Моніторинг поведінки та поширеності ВІЛ-інфекції серед осіб, які надають сексуальні послуги за плату, як компонент епідеміологічного дослідження за ВІЛ другого покоління

АНАЛІТИЧНИЙ ЗВІТ

«Моніторинг поведінки та поширеності ВІЛ-інфекції серед осіб, які надають сексуальні послуги за плату, як компонент епідеміологічного дослідження за ВІЛ другого покоління»

(за результатами біоповедінкового дослідження 2011 року)



Київ 2012



**Аналітичний звіт
за результатами біоповедінкового дослідження 2011 року**

**“Моніторинг поведінки та
поширеності ВІЛ-інфекції
серед осіб, які надають
сексуальні послуги за плату,
як компонент епіднагляду
за ВІЛ другого покоління”**

УДК 316.346.2-055.2:351.764]-047.36:[616.98:578.828ВІЛ](477)(047.3)“2011”

БКБ 51.1(4Укр)

Г91

Автор звіту:

Антон Грушецький,
науковий співробітник Київського міжнародного інституту соціології

Г91 **Моніторинг** поведінки та поширеності ВІЛ-інфекції серед осіб, які надають сексуальні послуги за плату, як компонент епіднагляду за ВІЛ другого покоління (аналітичний звіт за результатами біоповедінкового дослідження 2011 року) / А. Грушецький. – К.: МБФ “Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні”, 2012. – 120 с.

ISBN 978-966-2157-84-0

У публікації представлено результати дослідження «Моніторинг поведінки та поширеності ВІЛ-інфекції серед осіб, які надають сексуальні послуги за плату, як компонент епіднагляду за ВІЛ другого покоління», реалізованого у 2011 році Київським міжнародним інститутом соціології на замовлення МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні». Пропоновані до уваги читачів результати стосуються соціально-демографічної структури популяції ЖКС в Україні, практик вживання алкогольних і наркотичних речовин, практик використання презервативів з різними типами партнерів тощо. Особлива увага приділяється аналізу поширеності ВІЛ-інфекції серед ЖКС (а також поширеності позитивних результатів тестування на маркери сифілісу, гепатиту В і гепатиту С), рівню охоплення популяції ЖКС профілактичними програмами. Результати дослідження висвітлюються як на національному, так і на регіональному рівнях. В окремих ключових аспектах результати порівнюються з результатами аналогічного дослідження, проведеного у 2008–2009 роках.

Результати моніторингу будуть корисними для представників органів центральної влади та місцевого самоврядування, фахівців (соціальних працівників, медиків, психологів та ін.) і волонтерів громадських організацій, які здійснюють профілактичну діяльність серед ЖКС, а також для працівників центрів профілактики та боротьби зі СНІД – усіх тих, хто залучений до реалізації проектів та роботи із представницями цільової групи.



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.

УДК 316.346.2-055.2:351.764]-047.36:[616.98:578.828ВІЛ](477)(047.3)“2011”

БКБ 51.1(4Укр)

ISBN 978-966-2157-84-0

© МБФ “Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД
в Україні”, 2012

ЗМІСТ

ВСТУП	5
ПОНЯТІЙНИЙ АПАРАТ	7
МЕТОДОЛОГІЯ ДОСЛІДЖЕННЯ	9
ОСНОВНІ РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ	18
РОЗДІЛ I. СОЦІАЛЬНО-ДЕМОГРАФІЧНА СТРУКТУРА ЖКС	23
1.1. Вікова, освітня та сімейна структури ЖКС	23
1.2. Соціальний статус ЖКС	29
1.3. Основні джерела доходів та фінансове становище ЖКС	31
1.4. Міграційні особливості ЖКС	35
1.5. Способи пошуку клієнтів	37
1.6. Поширеність вживання алкоголю і наркотичних речовин	42
РОЗДІЛ II. СЕКСУАЛЬНА ПОВЕДІНКА ТА ВИКОРИСТАННЯ ПРЕЗЕРВАТИВІВ	53
2.1. Сексуальний дебют та початок надання сексуальних послуг за плату	53
2.2. «Стаж» та частота надання сексуальних послуг за плату	60
2.3. Наявність і кількість сексуальних партнерів	64
2.4. Практики використання презервативів	72
РОЗДІЛ III. РЕЗУЛЬТАТ ТЕСТУВАННЯ НА ВІЛ ТА ІНШІ ІНФЕКЦІЇ	94
3.1. Поширеність ВІЛ	94
3.2. Поширеність позитивних результатів тестування на маркер сифілісу	103

3.3. Поширеність позитивних результатів тестування на маркер гепатиту В.....	105
3.4. Поширеність позитивних результатів тестування на маркер гепатиту С	108

РОЗДІЛ IV. ФАКТОРИ, ПОВ'ЯЗАНІ З НАЯВНІСТЮ ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ 113

4.1. Логістична регресія щодо поширеності ВІЛ	113
-----------------------------------------------------	-----

РОЗДІЛ V. ОХОПЛЕННЯ ПРОФІЛАКТИЧНИМИ ПРОГРАМАМИ. РІВЕНЬ ЗНАНЬ. ТЕСТУВАННЯ НА ВІЛ. 122

5.1. Охоплення профілактичними програмами	122
5.2. Досвід тестування на ВІЛ	136
5.3. Рівень знань про ВІЛ.....	144

ВИСНОВКИ І РЕКОМЕНДАЦІЇ 153

ДОДАТКИ 156

ВСТУП

Епідемія ВІЛ/СНІД є одним з найважливіших і найскладніших викликів, з яким зіштовхнулася Україна на початку XXI століття. Кількість лише офіційно зареєстрованих нових випадків ВІЛ-інфекції у 2011 році становила 21,178 (у 2010 році – 20,490, у 2009 році – 19,842)¹. Станом на 2011 рік рівень захворюваності на ВІЛ-інфекцію становив 46,2 на 100,000 осіб (у 2010 році – 44,7, у 2009 році – 43,2). Найвищі показники рівня захворюваності на ВІЛ-інфекцію простежуються в Дніпропетровській області (103,3 на 100,000 осіб), Миколаївській області (95,6), Донецькій області (90,0) і Одеській області (87,1)².

В Україні епідемія ВІЛ/СНІДу концентрується в групах ризику: жінки комерційного сексу (ЖКС), споживачі ін'єкційних наркотиків (СІН) та чоловіків, які мають секс із чоловіками (ЧСЧ). Поширеність ВІЛ серед жінок комерційного сексу значною мірою коливається залежно від регіону України. Так, згідно з даними, отриманими у перебігу моніторингу поведінки ЖКС 2009 року в Ужгороді, Харкові, Чернівцях та Чернігові, жодна з опитаних ЖКС не була ВІЛ-інфікованою. Натомість поширеність ВІЛ серед ЖКС Донецька сягала 42%, Києва – 26%, Черкас – 26%, Сімферополя – 25%. Відповідно до даних дослідження «Оцінка чисельності уразливих до ВІЛ груп», яке було проведене у 2011 році, оціночна кількість ЖКС в Україні складає 77 тис.³

За таких обставин необхідним є регулярний моніторинг ситуації серед уразливих до ВІЛ груп. Однією з складових Національної системи моніторингу та оцінки ефективності заходів, що забезпечують контроль за епідемією ВІЛ/СНІД є епіднадгляд другого покоління, який, зокрема, включає проведення систематичних зв'язаних моніторингових досліджень, тобто досліджень, де опитування респондентів поєднується із тестуванням їх крові на ВІЛ та маркери інших інфекцій.

У пропонованій публікації, спираючись на результати проведеного у 2011 році дослідження, детально висвітлюється інформація про соціально-демографічну структуру популяції ЖКС, поведінкові практики ЖКС, зокрема практики вживання алкогольних і наркотичних речовин, рівень знань і охоплен-

¹ ВІЛ-інфекція в Україні: інформ. бюл. / МОЗ України, Укр. центр профілактики і боротьби зі СНІД, Ін-т епідеміології та інфекц. хвороб ім. Л.В. Громашевського АМН України, ЦСЕС МОЗ України. – 2011. – № 37. – С. 49

² Там само. – С. 48.

³ Попередні дані дослідження «Оцінка чисельності уразливих до ВІЛ груп», проведеного МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні».

ня профілактичними програмами. Окрема увага приділяється результатам зв'язаного дослідження – тестування крові ЖКС на ВІЛ, сифіліс, гепатит В і гепатит С. Ключові показники аналізуються в динаміці у порівнянні із результатами досліджень 2008-2009 років.

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 за коментарі до даних, наведених у Звіті. Альянс також вдячний канд. мед. наук, доценту Школи охорони здоров'я Національного університету «Києво-Могилянська академія» Т.І. Андреевій за надання експертних коментарів.

ПОНЯТІЙНИЙ АПАРАТ

Біоповедінкове дослідження – соціологічне поведінкове дослідження та біологічне дослідження, пов'язане в часі та місці, з одним і тим самим респондентом.

Вибіркова сукупність – частина генеральної сукупності, об'єкти якої виступають як основні об'єкти спостереження. Ця частина генеральної сукупності відбирається за спеціальними правилами так, щоб її характеристики відображали властивості всієї генеральної сукупності та дозволяли отримати повне уявлення про всю сукупність у цілому.

Види ін'єкційних наркотичних речовин: опіюїдні наркотичні речовини (основні: екстракт опію, героїн, трамадол/трамал), наркотики-стимулятори (основні: кокаїн, амфетамін, метамфетамін у вигляді порошку, метамфетамін у вигляді розчину, меткатінон, катінон, метилендіоксиметамфетамін), інші види наркотиків (основні: ЛСД, гриби).

Гомофілія — в RDS міра належності респондентів до групи (змінюються від +1 до -1): при значенні гомофілії +1 всі зв'язки респондента формуються тільки з іншими членами групи, при значенні 0 — без урахування приналежності інших до групи, а при значенні -1 — зв'язки формуються тільки з тими, хто не належить до групи¹.

ДІ — довірчий інтервал.

ДКТ – добровільне консультування (від лат. consultatio – звертання за порадою) та тестування (від англ. test – випробування) – медично-психологічне консультування певної особи з приводу ВІЛ-інфекції/СНІДу та пов'язане з консультуванням медичне тестування цієї особи на наявність антитіл до ВІЛ, що здійснюються на добровільній основі з боку такої особи.

ЖКС – жінки комерційного сексу.

Ланцюжок рекрутингу– сукупність хвиль рекрутингу в їх хронологічній послідовності.

НУО – неурядова організація (у звіті також використовується поняття «громадська організація (ГО)»).

Первинні респонденти (у RDS) – учасники опитування, рекрутовані ГО, що працюють з цільовою групою, а не самими респондентами.

Поведінкове дослідження – дослідження поведінки групи СН, що реалізується методом інтерв'ю „віч-на-віч”, тобто шляхом прямого спілкування інтерв'юера з респондентом.

Польовий етап дослідження – збір даних шляхом інтерв'ювання респондентів.

Рекрутер (у RDS) – людина, яка, пройшовши інтерв'ю, отримала купони, за допомогою яких може рекрутувати інших респондентів.

Хвиля (у RDS) – сукупність респондентів, залучених рекрутерами одного рівня. Наприклад, особа, рекрутована безпосередньо первинним респондентом потрапляє до першої хвилі. Особи, рекрутовані учасниками першої хвилі, становлять другу хвилю. Послідовність хвиль становить ланцюжок рекрутингу.

Еквілібріум, або рівновага – стан, який настає починаючи з певного номера хвилі, який полягає в тому, що характеристики вибірки вже не змінюються, незважаючи на те, скільки ще людей буде до неї включено. Еквілібріум інколи називають конвергенцією або стабілізацією.

СІН – споживачі ін'єкційних наркотиків.

RDS – respondent-driven sampling – вибірка, що спрямовується респондентами.

TLS – time-location sampling – вибірка за місцем та часом.

МЕТОДОЛОГІЯ ДОСЛІДЖЕННЯ

Дослідження «Моніторинг поведінки та поширеності ВІЛ-інфекції серед осіб, які надають сексуальні послуги за плату, як компонент епідагляду за ВІЛ другого покоління» проводилося Київським міжнародним інститутом соціології на замовлення Міжнародного Благодійного Фонду «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» (2007–2012), що фінансується за кошти Глобального Фонду для боротьби зі СНІД, туберкульозом та малярією. Проект реалізовувався у співробітництві з ДУ «Український Центр профілактики і боротьби з ВІЛ/СНІД».

Основні завдання дослідження

До основних завдань дослідження належать:

- збір поведінкових та епідеміологічних даних за індикаторами, які включені до переліку Національних показників моніторингу та оцінки ефективності заходів, що забезпечують контроль за епідемією ВІЛ/СНІД;
- аналіз факторів ризику інфікування ЖКС ВІЛ-інфекцією;
- аналіз тенденцій змін знання, ставлення, практик та моделей поведінки на основі порівняння отриманих даних із даними попереднього дослідження (2008–2009 рр.);
- аналіз рівня охоплення ЖКС профілактичними програмами;
- визначення рівня поширеності ВІЛ, сифілісу, гепатиту В та С серед ЖКС в 25-ти регіонах України.

Дизайн дослідження

Для реалізації поставлених завдань був обраний крос-секційний дизайн дослідження, який передбачає одномоментний зріз ситуації за незалежною (від інших аналогічних досліджень) вибіркою.

Дослідження 2011 року проводилося за методиками RDS (respondent-driven sampling – вибірка, яка спрямовується респондентами) та TLS (time-location sampling – вибірка на основі місця і часу), які покликані забезпечити максимально можливу репрезентативність отриманих результатів для важкодоступних

груп населення. Для проведення дослідження серед ЖКС ці методики вперше були використані у 2008 році. Також ці методики використовувалися для проведення дослідження у 2009 року.

Методика RDS є модифікацією «снігової кулі», яка дає змогу отримати наближену до репрезентативної інформацію. Відповідно до засад цієї методики, дослідники відбирають лише перших декілька респондентів («первинні респонденти»), а всіх наступних уже за винагороду рекрутують і приводять самі респонденти. Припускається, що таким чином відбір учасників (окрім «первинних респондентів») буде незалежний від волі дослідників, тому до певної міри він буде випадковим – а це основний критерій отримання репрезентативної вибірки. «Первинні респонденти» відбиралися відповідно до квот, покликаних забезпечити представленість різних сегментів ЖКС. Нижче в табл. 1 наведені ключові характеристики «первинних респондентів».

Таблиця 1

Характеристики «первинних респондентів»

Місто	Вік, років	Стаж, років	Чи вживали коли-небудь наркотики ін'єкційним шляхом?	ВІЛ-статус, зі слів респондентки	Клієнтка	Розмір мережі
Луганськ	18	2	ні	ВІЛ-негативна	ні	12
	34	17	ні	ВІЛ-негативна	ні	10
Запоріжжя	18	2	ні	ВІЛ-негативна	ні	15
	37	13	ні	ВІЛ-негативна	ні	13
Донецьк	35	10	ні	ВІЛ-негативна	ні	10
	16	1	ні	ВІЛ-негативна	ні	9
	34	11	так	ВІЛ-негативна	ні	10
	21	3	ні	ВІЛ-негативна	ні	10
Черкаси	35	25	ні	ВІЛ-негативна	ні	15
	23	16	ні	ВІЛ-негативна	так	3
Київ	17	0	ні	ВІЛ-негативна	так	8
	23	5	ні	ВІЛ-негативна	ні	5
	25	4	ні	не тестувалася	так	10
	18	0	ні	не тестувалася	так	10
Чернігів	18	1	ні	не тестувалася	ні	15
	18	1	ні	не тестувалася	ні	15
Суми	28	2	ні	не тестувалася	ні	30
	18	2	ні	не тестувалася	ні	5

Методика TLS є різновидом кластерної вибірки, яка полягає у формуванні географічного списку точок, де збираються представники цільової групи. Дослідники випадковим чином відбирають точки і відвідують їх з ме-

тою проведення рекрутингу і опитування представників цільової групи, які у визначений час перебували на точці. Успішність реалізації методики TLS можлива лише за умови, якщо: по-перше, абсолютну більшість представників цільової групи можна знайти принаймні на одній географічній точці; по-друге, є можливість скласти коректний список усіх (або хоча б майже всіх) точок; по-третє, існує доступ дослідників до географічних точок. Перед початком польового етапу було проведено формативне дослідження з метою складання повного списку точок для кожного міста, де мала реалізовуватися методика TLS. Формативне дослідження включало: а) експертні інтерв'ю з людьми, які обізнані з точками, де працюють ЖКС (самі ЖКС, співробітники громадських організацій, працівники правоохоронних органів, таксисты тощо), для складання попереднього переліку точок; б) виїзди на точки для польового опису; в) складання остаточного списку точок. До остаточного списку не входили точки, які вже не працюють (ЖКС там більше не з'являються), «закриті» для доступу точки, небезпечні для життя інтерв'юєрів точки. Далі зі всіх точок у списку складався календар робіт – дати і час виїзду дослідницької команди у певне місце. Найбільш важкодоступними, переважно, були квартири, готелі, сауни, бари, клуби тощо. Легкодоступними виявилися вулиці, вокзали, шосе тощо. Відповідно, в структурі вибірок міст, де реалізовувалася методика TLS, можуть бути перепредставлені умовно «вуличні» ЖКС. У середньому, регіональні команди проводили дослідження на 15–20 точках міста.

Загалом методика RDS реалізовувалася у 7-ми містах, TLS – в 18-ти містах (див. табл. 2 нижче). Переважно, у містах у 2011 році реалізовувалася та ж методика, що і в 2008–2009 роках. Порівняно з 2008–2009 роками методика була змінена у Львові (у 2008 році була методика RDS, у 2011 – методика TLS), у Запоріжжі (у 2008 році – TLS, у 2011 – TLS), у Сумах (у 2008 році – TLS, у 2011 – RDS), у Харкові (у 2009 році – RDS, у 2011 – TLS).

Критерії відбору респондентів:

- вік не менше 14-ти років;
- мають досвід надання сексуальних послуг за винагороду (грошову або товарну) протягом останніх 6-ти місяців;
- проживають або працюють у місті, де проходить дослідження;
- надали інформовану згоду на участь у дослідженні (зокрема, погодилися відповісти на запитання анкети, пройти тестування на чотири маркери (ВІЛ, сифіліс, гепатит В, гепатит С).

Географія дослідження і обсяг вибірки

Географія дослідження охоплювала 23 обласні центри України, столицю Автономної Республіки Крим – м. Сімферополь та столицю України – м. Київ. Обсяг вибірки у кожному місті коливався від 150 до 300. Окрім Херсона, усюди був повністю реалізований запланований обсяг вибірки. У Херсоні запланована кількість респондентів становила 300 осіб, але дослідницька команда була в змозі опитати лише 202 ЖКС. Загальний обсяг вибірки становить 5023 ЖКС. Польовий етап дослідження був реалізований протягом червня – листопада 2011 року. Нижче в табл. 2 висвітлені регіональні особливості реалізації проекту.

Метод рекрутування ЖКС і реалізований обсяг вибірки

Місто	Метод рекрутування	Реалізована вибірка*	Період збору даних
Вінниця	TLS	150	7 червня – 11 липня
Дніпропетровськ	TLS	300	26 червня – 15 серпня
Донецьк	RDS	306	22 червня – 12 вересня
Житомир	TLS	150	21 червня – 29 липня
Запоріжжя	RDS	202	22 червня – 7 вересня
Івано-Франківськ	TLS	150	16 червня – 22 липня
Київ	RDS	304	6 липня – 11 серпня
Кіровоград	TLS	150	16 червня – 24 липня
Луганськ	RDS	152	23 червня – 19 липня
Луцьк	TLS	150	17 червня – 9 серпня
Львів	TLS	200	16 червня – 6 липня
Миколаїв	TLS	301	29 червня – 17 вересня
Одеса	TLS	300	23 червня – 15 вересня
Полтава	TLS	200	4 липня – 21 серпня
Рівне	TLS	150	16 червня – 30 липня
Сімферополь	TLS	300	21 червня – 27 серпня
Суми	RDS	152	29 вересня – 9 листопада
Тернопіль	TLS	150	16 червня – 8 липня
Ужгород	TLS	150	16 червня – 27 липня
Харків	TLS	300	24 червня – 27 липня
Херсон	TLS	202	15 червня – 10 жовтня
Хмельницький	TLS	150	22 червня – 23 липня
Черкаси	RDS	152	29 червня – 1 серпня
Чернівці	TLS	150	15 червня – 5 липня
Чернігів	RDS	152	1 серпня – 4 жовтня
РАЗОМ		5023	7 червня – 9 листопада

*Включно з первинними респондентами (для міст, де реалізовувалася методика RDS).

Інструменти

Спираючись на попередній досвід, для проведення дослідження був розроблений опитувальник, який містив низку запитань, покликаних вивчити соціально-демографічну структуру популяції ЖКС, їхні поведінкові практики (в першу чергу у сфері комерційного сексу), практики вживання алкоголю і наркотичних речовин, знання стосовно ВІЛ-інфекції, досвід тестування на ВІЛ тощо. В містах, де реалізовувалася методика RDS, респондентам також ставилися запитання про розмір мережі.

Реалізація біологічного компоненту дослідження

Біологічний компонент дослідження (тестування крові ЖКС) реалізовувався ДУ «Український Центр профілактики і боротьби зі СНІД» та регіональними центрами СНІД. Усі ЖКС пройшли тестування на чотири маркери

– ВІЛ, сифіліс, гепатит В і гепатит С. Тестування крові проводилося за допомогою швидких тестів для діагностики мульти-інфекції New vision diagnostics «профітест».

Етичні засади дослідження

Весь інструментарій дослідження (Протокол біо-поведінкового дослідження, розроблений опитувальник) пройшов експертизу Комісії з професійної етики соціолога Соціологічної асоціації України, а також пройшов експертизу Комітету з питань медичної етики Інституту епідеміології та інфекційних хвороб ім. Л. В. Громашевського АМН України.

Основні підходи до аналізу результатів дослідження

Для аналізу даних використовувалися переважно описові статистики – одно- і двовимірні таблиці розподілів відповідей (Розділи I-III, V). Для визначення факторів, які найтісніше пов'язані з наявністю ВІЛ-інфекції, використовувався регресійний аналіз (Розділ IV).

На регіональному рівні дані для міст, де реалізовувалася методика TLS, розраховувалися в SPSS, а для міст, де реалізовувалася методика RDS, розраховувалися в RDSAT (спеціальне програмне забезпечення для аналізу даних, отриманих за допомогою методики RDS). Для аналізу ситуації на національному рівні розрахунки проводилися у програмному забезпеченні SPSS. Дані для міст, де реалізовувалася методика TLS, зважувалися за представленістю точок у структурі вибірки. Дані для міст, де реалізовувалася методика RDS, зважувалися за вагами для віку, які були побудовані і експортовані з RDSAT. Лише у Розділі IV для міст, де реалізовувалася методика RDS, використовувалися ваги не за віком, а ваги за ВІЛ-статусом (також побудовані і експортовані з RDSAT). Важливо зазначити, що в загальній національній вибірці міста представлені не пропорційно до чисельності ЖКС у місті. Таким чином, у національній вибірці деякі міста мають більшу «вагу», ніж їм належить, а деякі – меншу «вагу», ніж мало б бути, що могло вплинути на отримані розрахунки.

Інакшою була схема розрахунків 4-х національних показників і поширеності ВІЛ-інфекції на національному рівні серед усіх ЖКС та серед ЖКС у віці до і понад 25-ти років. Спочатку дані були розраховані на регіональному рівні, а далі розраховувалося середнє зважене (за обсягом вибірки кожного міста) національне значення. Показник поширеності ВІЛ розраховувався для двох вибірок – для всіх ЖКС, а також для ЖКС, які не є активними СІН (через те, що за своїми практиками частина ЖКС скоріше є СІН, аніж, власне, ЖКС). Обсяг вибірки без врахування активних СІН становить 4816 ЖКС.

Під час аналізу з вибірки виключалися «первинні респонденти», оскільки вони не випадковим чином були рекрутовані в рамках проекту. Загальна зважена кількість респондентів з урахуванням виключення «первинних респондентів» становить 5015. Усі наведені відсотки розраховувалися до всіх респондентів відповідної групи, тобто умовно «пропущені» значення («важко сказати», «відмова відповісти» тощо) входили до знаменника розрахунків. Середні значення розраховувалися лише до тих, хто надав змістовну відповідь на запитання. Обсяги вибірок (зважені значення), до яких розраховувалися показники, наведені в кожній таблиці. Необхідно звернути увагу, що умовно мінімальною межею для проведення статистично надійних розрахунків є обсяг вибірки, до

якої здійснюють розрахунки, в 50 респондентів. У деяких випадках обсяги вибірок були менші за 50. У таких випадках не можна стверджувати, що отримані результати статистично надійні, але вони можуть бути свідченням певних тенденцій. Тому вони були залишені в таблицях. Не наводилися розрахунки лише для особливо малочисельних обсягів вибірок.

У випадках, коли порівнювалися значення окремих груп ЖКС, використовувався z-критерій (для відсотків) і t-критерій Ст'юдента (для середніх значень). У випадку, якщо різниця була статистично значущою на рівні 5%, у дужках наводилося « $p < 0,05$ », якщо на рівні 1% – « $p < 0,01$ ». Якщо ж різниця була статистично незначущою, то в дужках наводилося « $p > 0,05$ ».

З метою відстеження динаміки поширеності ВІЛ на регіональному і національному рівнях та зміни поведінкових практик і знань ЖКС, отримані результати порівнювалися з даними аналогічного дослідження, яке було реалізоване в 2008–2009 роках. Як і у випадку 2011 року, опитування 2008–2009 років було проведене у всіх обласних центрах України, м. Києві та м. Сімферополі. У 2008 році опитування проводилося в Дніпропетровську, Кіровограді, Луганську, Луцьку, Львові, Миколаєві, Одесі, Сумах, Херсоні, Хмельницькому. У 2009 році опитування було проведене у Вінниці, Донецьку, Житомирі, Запоріжжі, Івано-Франківську, Києві, Полтаві, Рівному, Сімферополі, Тернополі, Ужгороді, Харкові, Черкасах, Чернівцях та Чернігові. При інтерпретації даних потрібно враховувати: по-перше, що співвідношення між обсягами регіональних вибірок були неоднакові в 2008–2009 та 2011 роках; по-друге, сама структура популяції ЖКС, опитаних у 2008–2009 роках та в 2011 році, є дещо відмінною (наприклад, за часткою тих, хто вживає ін'єкційні наркотики). Відповідно, можлива наявність/відсутність динаміки може обумовлюватися цими чинниками.

Основні обмеження дослідження

Варто зазначити, що кросс-секційний дизайн дослідження накладає певні обмеження на аналіз даних: ситуація представлена в конкретний момент і під час опитування не відомо, що відбулося раніше – те, що розглядають як причину, чи те, що розглядають як наслідок.

Інші обмеження дослідження пов'язані з двома класами проблем: по-перше, труднощі, з якими зіштовхнулися регіональні дослідницькі команди, що могло вплинути на отриманий результат; по-друге, недоліки, власне, використовуваних методик, що могло змістити отримані результати.

Основними зафіксованими помилками регіональних дослідницьких команд були:

- випадки «попереднього рекрутингу» у містах, де реалізовувалася методика TLS, – попередня домовленість про те, що ЖКС прийде в певний день на точку і що з нею там буде проведено інтерв'ю і тестування крові. Втім, можливі порушення були виявлені і виправлені на ранніх етапах, тому це не призвело до істотного спотворення отриманих результатів;
- робота в містах, де реалізовувалася методика TLS, на більше ніж одній точці в день, що є порушенням методики. Подібні явища також усувалися, а дані, зібрані з порушеннями, вилучалися із аналізу;
- надмірне представлення у вибірці Ужгорода представників ромської національності, які є специфічною групою ЖКС, що мало взаємодіє із загальним населенням та не може репрезентувати всю популяцію ЖКС у місті;

- порушення послідовності руху респондента в дослідженні: тестування крові передувало опитуванню. Оскільки дотестове консультування супроводжується інформуванням респондента про шляхи передачі ВІЛ-інфекції, порушення послідовності участі ЖКС у дослідженні може вплинути на рівень знань, які вимірюються в ході опитування. Виявлені порушення швидко усувалися. Систематичні порушення були зафіксовані лише в Ужгороді. Втім, отримані результати засвідчують, що в Ужгороді все одно доволі низький рівень знань;
- можливі одиничні випадки потрапляння до вибірки респондентів, які не відповідали критеріям включення, зокрема споживачок ін'єкційних наркотиків. Особливо загрозливою була ситуація в Донецьку, де паралельно проводилися дослідження серед ЖКС і СІН. Але в цьому місті польовий етап дослідження серед ЖКС був призупинений і продовжений тільки після завершення опитування серед СІН. Також перед проведенням інтерв'ю потенційному респонденту (не тільки в Донецьку, а в усіх містах) ставилися додаткові запитання, покликані зрозуміти, чи дійсно респондент відповідає критеріям (наприклад, де ЖКС знаходить клієнтів, як часто працює тощо). Якщо інтерв'юер вважав, що потенційний респондент не відповідає критеріям включення, то інтерв'ю не проводилося.

Як зазначалося вище, другим основним класом проблем були особливості самих методик, які використовувалися – RDS і TLS. Наразі ці методики є найкращими для проведення досліджень серед важкодосяжних груп населення, але водночас вони не позбавлені недоліків, що спричинює деякі зміщення у вибірці. До таких основних проблем належать:

- у містах, де реалізовувалася методика TLS, списки насамперед формувалися із точок, де працюють місцеві громадські організації, що зумовило більшу представленість у вибірці клієнтів громадських організацій, що, своєю чергою, могло позначитися на отриманих результатах;
- також робота в містах, де реалізовується методика TLS, могла проводитися тільки на доступних точках, що могло збільшити представленість у вибірці «вуличних» ЖКС, адже такі точки, як квартири, готелі, сауни тощо переважно є «закритими», тобто такими, до яких немає доступу ані з боку громадських організацій, ані з боку дослідницької команди;
- у містах, де реалізовувалася методика RDS, невеликий розмір вибірки міг заохотити прийти в першу чергу нижчих за статусом ЖКС, що могло змістити вибірку в бік більш вразливих ЖКС;
- оскільки різні методики пов'язані з можливими різними зміщеннями у вибірці, дані з різних регіонів потрібно порівнювати з урахуванням можливості, що вони – не результат відмінної регіональної ситуації, а наслідок використовуваної методики;
- потрібно обережно інтерпретувати і динаміку, адже вона може бути методичним артефактом – особливостями реалізації досліджень 2008–2009 років і 2011 року (наприклад, більшою/меншою представленістю у вибірці споживачів ін'єкційних наркотиків). Інакше кажучи, наявність/відсутність змін не означає однозначно, що має місце певна динаміка, тому і необхідно обережно підходити до аналізу зміни ситуації;

- масиви для міст, де реалізовувалася методика RDS і TLS, були механічно об'єднані, хоча це методично некоректно, адже принаймні поки що у літературі немає науково обґрунтованих підходів до об'єднання даних, отриманих за допомогою методик TLS і RDS.

До інших проблем належить і те, що в загальній національній вибірці, як зазначалося вище, міста представлені не пропорційно до чисельності ЖКС у місті. Також вище згадувалося, що потрібно обережно порівнювати результати в різних містах. У цьому контексті додамо, що структури популяцій ЖКС з різних міст істотно відрізняються, тому розбіжності в якихось показниках можуть бути наслідком цього.

Варто зазначити, що вибірку декількох міст формують переважно клієнти громадських організацій (Сімферополь, Миколаїв, Харків та Львів), що дає змогу розцінювати отримані дані характерними лише для клієнтів громадських організацій, а не для популяції ЖКС у місті загалом. Певні обмеження також накладає формування вибірки за рахунок ЖКС-СІН (Полтава, Донецьк). Поширеність ВІЛ у таких містах є значно вищою за рахунок подвійного ризику. В табл. 3 наведений перелік міст із зазначенням кількості клієнтів та СІН у кожному місті.

Таблиця 3

Представленість у регіональних вибірках клієнтів громадських організацій і споживачів ін'єкційних наркотиків, незважена кількість

Місто	Кількість респонденток	Клієнток	СІН
Вінниця	150	113	2
Дніпропетровськ	300	136	46
Донецьк	302	46	61
Житомир	150	35	4
Запоріжжя	200	18	19
Івано-Франківськ	150	31	4
Київ	300	105	44
Кіровоград	150	96	13
Луганськ	150	11	0
Луцьк	150	96	20
Львів	200	198	5
Миколаїв	301	301	15
Одеса	300	232	10
Полтава	200	136	100
Рівне	150	110	20
Сімферополь	300	298	3
Суми	150	66	4
Тернопіль	150	1	1
Ужгород	150	7	3
Харків	300	295	2
Херсон	202	85	16
Хмельницький	150	66	4
Черкаси	150	65	32
Чернівці	150	111	8
Чернігів	150	0	0

Контроль якості даних

Для відстеження якості реалізації проекту незалежна мережа контролерів КМІС, а також співробітники МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні» здійснювали моніторингові візити в регіони і стежили за якістю дотримання всіх необхідних процедур. Виявлені порушення оперативно повідомлялися КМІС і виправлялися. У випадку грубих порушень процедур відповідні опитувальники вилучалися з остаточного масиву даних.

У випадку Ужгорода зазначимо, що у перебігу реалізації проекту було введено обмеження на опитування респондентів ромської національності, тому вибірка міста лише до певної міри зміщена в сторону перепредставлення цієї групи. Також у цьому місті, як зазначалося вище, систематично порушувався порядок проведення інтерв'ю і тестування крові, що могло покращити результати міста у випадку показника обізнаності з проблематикою ВІЛ. Втім, додатковий аналіз показав, що ЖКС, які проходили тестування до проходження інтерв'ю, характеризуються таким же знанням, як і ті ЖКС, які проходили тестування після. Так, наприклад, значення національного показника стосовно рівня знань становить 30% серед тих, хто пройшов інтерв'ю з порушенням порядку, і 27% серед тих, хто пройшов інтерв'ю без порушення порядку. Іншими словами, порушення процедури не вплинули на показник знання, тому отримані результати можна вважати надійними.

В інших містах випадки порушення порядку проведення інтерв'ю були одиничними, тому вони не могли вплинути ані на дані в місті, ані на дані національного рівня і тому вони не вилучалися з остаточного масиву.

Окрім проведення контролю якості виконання польових робіт здійснювався логічний контроль введених анкет. Так, фахівці КМІС за 143 логічними умовами перевірили введені анкети. Зокрема, результати тестування, внесені в анкету, звірялися з результатами тестування, внесеними в журнал епідеміолога. Виявлені помилки і логічні суперечності були усунені. Також незалежні експерти здійснили свій, незалежний логічний контроль підготовленого масиву даних за 200 логічними умовами. Їхні зауваження і коментарі були розглянуті і враховані при підготовці остаточного масиву.

Таким чином, наведені раніше труднощі, з якими зіштовхнулися регіональні дослідницькі команди, оперативно усувалися, що дає підстави стверджувати про надійність отриманих даних.

ОСНОВНІ РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ

- Більшість ЖКС (56%) мають вік від 20-ти до 29-ти років. Частка неповнолітніх ЖКС (у віці до 18-ти років) становить 2%. Порівняно з 2008–2009 роками вікова структура ЖКС практично не зазнала змін, хоча все-таки має місце певне «старішання» – якщо у 2008–2009 роках середній вік ЖКС становив 26,9 років, то у 2011 році – 27,5. Водночас, різні регіони України істотно відрізняються за віковим складом ЖКС: умовно «наймолодші» ЖКС проживають/працюють у Тернополі (39% мають вік до 19-ти років, середній вік ЖКС – 22,5), умовно «найстарші» – в Донецьку (57% мають вік від 30-ти років, середній вік – 31,1), Івано-Франківську (59% – 31,6) та Полтаві (66% – 33,1).

- Серед популяції ЖКС переважають особи з повною середньою або професійно-технічною освітою (52%). Частка ЖКС з повною вищою освітою становить лише 7% (проти 33% серед жінок із загального населення України). Порівняно з 2008–2009 роками суттєвих змін в освітній структурі не відбулося. Втім, істотно відрізняються між собою регіони – відносно найбільш освіченими є ЖКС з Сум (53% мають базову або повну вищу освіту і лише 5% – початкову або базову середню), а найменш освіченими – ЖКС з Сімферополя (відповідно, 6% і 60%). Виразні регіональні відмінності зберігаються навіть за умови врахування різної вікової структури популяцій ЖКС.

- Серед ЖКС України в цілому та серед окремих регіонів України зокрема (попри помітну регіональну варіативність) домінують ЖКС, які не живуть з сексуальними партнерами.

- Практично не змінилася порівняно з 2008–2009 роками і структура популяції ЖКС за соціальним статусом. У цілому, відносна більшість ЖКС (45%) є безробітними, тобто комерційний секс є фактично єдиним їхнім засобом до життя. Третина ЖКС (34%) мають постійну роботу або випадкові заробітки (в т.ч. лише 10% мають постійну роботу). Кожна десята ЖКС (12%) навчається. В регіональному розрізі простежується доволі відмінна ситуація.

- Для абсолютної більшості ЖКС (77%) секс за винагороду є основним джерелом доходу. Відносно найменше залежать від цього виду роботи ЖКС з Черкас (для «лише» 31% комерційний секс є основним джерелом доходу) та Чернігова (35%). Відносно найбільше залежні у даному контексті ЖКС Житомира (99%), Львова (99%), Луцька (99%) і Сімферополя (97%).

- Матеріальне становище ЖКС практично не відрізняється від матеріального становища жінок із загального населення

обласних центрів (за даними опитування КМІС) – близько половини (46%) проживають у бідних домогосподарствах, майже стільки ж (42%) – у домогосподарствах середнього достатку. Здебільшого, у всіх регіонах України рівень достатку ЖКС є середньо-низьким (хоча мають місце і деякі помітні відмінності).

- Абсолютна більшість ЖКС в Україні в цілому та в окремих регіонах зокрема проживають або в окремій квартирі/будинку, комунальній квартирі або гуртожитку. На тлі інших регіонів виділяється Вінниця, де 14% ЖКС проживають на вулиці. Лише 2 ЖКС повідомили, що вони проживають у дитячому притулку, інтернаті.

- Як і в 2008–2009 роках, більшість ЖКС (60%) є корінними жителями міст, де проводилося опитування. Регіони України відрізняються за цим показником, але, здебільшого, абсолютна більшість якщо і не є корінними жителями, то проживає в місті вже понад рік. На тлі інших регіонів істотно вирізняється лише Дніпропетровськ, де аж 43% ЖКС є цілком тимчасовими жителями – які не живуть у місті постійно, а приїжджають до міста лише для роботи у сфері комерційного сексу.

- За основним способом пошуку в структурі популяції ЖКС виділяються три великі сегменти. Умовно найбільшим сегментом є ті, хто переважно працює на вулиці, шосе, вокзалі, – їхня частка становить 45%. 24% ЖКС переважно працюють у певних закладах – готелях, саунах, казино, барах, на дискотеках та ін. Майже стільки ж – 27% – здебільшого знаходять клієнтів через телефон, Інтернет. Істотно відрізняються між собою популяції в різних містах – майже всі ЖКС Сімферополя (94%) і Одеси (94%) є «вуличними», водночас як у Черкасах і Чернігові лише 1% ЖКС можна класифікувати як «вуличних». Відповідно, в одних містах вибірка зміщена в сторону більшого представлення «вуличних» ЖКС, а в інших – навпаки, «вуличні» ЖКС менше представлені у вибірці. Простежуються і інші відмінності в основних способах пошуку клієнтів.

- Серед «вуличних» ЖКС домінують більш старші ЖКС (36% у віці до 25-ти років і 64% у віці за 25), а також споживачі ін'єкційних наркотиків (12% вживали впродовж останніх 12-ти місяців) і клієнтів громадських організацій (67% є клієнтами). Протилежна ситуація простежується у випадку тих ЖКС, які переважно знаходять клієнтів у готелях, саунах, барах та ін., – серед них домінують більш молоді ЖКС (48% у віці до 25-ти років і 52% у віці за 25), а також менше споживачів ін'єкційних наркотиків (3%) і клієнтів громадських організацій (40%). Ті ж ЖКС, які переважно знаходять клієнтів через телефон, Інтернет, за віком наближають до «вуличних» ЖКС (36% у віці до 25-ти років і 64% у віці за 25), але серед них істотно менше клієнтів громадських організацій (41%) і споживачів ін'єкційних наркотиків (6%) (хоча кількість останніх вища, ніж серед ЖКС, які переважно знаходять клієнтів у готелях, саунах, барах та ін.).

- Лише 12% ЖКС ніколи не вживали алкогольні напої впродовж останніх 30-ти днів. Кожна п'ята (18%) вживала алкогольні напої кожного дня. За цим показником істотних змін порівняно з 2008–2009 роками не було. Має місце істотна регіональна варіативність. Так, серед ЖКС Харкова відносно найбільше тих, хто ніколи не вживав алкоголь впродовж останніх 30-ти днів, – 33% (проти не більше чверті в решті міст). Водночас частка тих, хто кожного дня вживає алкоголь, особливо висока в таких містах, як Луцьк (44%), Вінниця (48%), Житомир (52%) та Полтава (53%).

- Серед опитаних ЖКС 16% коли-небудь вживали наркотики, в т.ч. 8% вживали ін'єкційні наркотики впродовж останніх 12-ти місяців. Найбільше

ЖКС-СІН у Полтаві, де їхня частка становить 48%. У Луганську, Тернополі та Чернігові жодна опитана ЖКС не вживала ін'єкційні наркотики за останній рік. На національному і регіональному рівні простежуються помітні зміни порівняно з 2008–2009 роками (наприклад, частка тих, хто вживав ін'єкційні наркотики впродовж останніх 30-ти днів, зменшилася з 14% до 7%), які, втім, радше є методичним артефактом, аніж реальною тенденцією. Більше споживачів ін'єкційних наркотиків серед дещо старших ЖКС, «вуличних» ЖКС, а також клієнтів громадських організацій.

- Серед тих, хто вживав які-небудь наркотики протягом останнього року, однаково популярними є і опіати (59% таких ЖКС вживали які-небудь опіати), і стимулятори (57%). Втім, якщо старші ЖКС вживають і опіати, і стимулятори, то більш молоді віддають очевидну перевагу стимуляторам.

- Порівняно із жінками із загального міського населення (за даними опитування Аналітичного Центру «Соціоконсалтинг», проведеного у 2011 році) ЖКС істотно раніше розпочинають сексуальне життя – вік їхнього сексуального дебюту становить 16,0 років (проти 18,1). Причому простежуються виразні міжгенераційні зрушення в сторону більш раннього початку сексуального життя – якщо серед ЖКС, які народилися до 1969 року, 6% розпочинали статеве життя до 14-ти років (включно, то серед тих, хто народився після 1990 року, – вже 25% мали сексуальний досвід у цьому віці. Такі ж тенденції мають місце і серед жінок із загального населення України, але масштаби помітно менші.

- ЖКС переважно починають надавати сексуальні послуги за плату вже після досягнення повноліття, хоча молодші ЖКС дедалі раніше вступають до сфери комерційного сексу (якщо серед найстарших ЖКС 50% почали надавати сексуальні послуги за плату до досягнення ними повноліття, то серед наймолодших – 93%). На тлі інших міст вирізняється Ужгород, де середній вік початку надання секс-послуг за плату менше 18-ти років (в інших містах – вище) і де 51% ЖКС вступили у сферу комерційного сексу до 18-ти років (в інших містах – не більше третини).

- За тривалістю перебування в секс-бізнесі найбільше представлені ЖКС з середнім стажем – 54% ЖКС надають сексуальні послуги за плату від 2-х до 10-ти років. Кожна четверта ЖКС (24%) має досвід роботи у цій сфері до 2-х років, а 17% надають платні секс-послуги більше 10-ти років. Загалом, порівняно з 2008–2009 роками структура ЖКС за досвідом роботи не зазнала суттєвих змін. Знову-таки, різні регіони істотно відрізняються між собою.

- Переважно всі ЖКС інтенсивно залучені до сфери комерційного сексу – абсолютна більшість надає такі послуги не рідше 2–3-х разів на тиждень.

- Доволі багато ЖКС мають окрім комерційних також і постійних та випадкових партнерів. Так, за останній рік половина ЖКС (51%) мала принаймні одного постійного партнера і третина (34%) – принаймні одного випадкового партнера. Варто звернути увагу на присутню регіональну специфіку.

- У середньому, ЖКС протягом тижня мають 7,6 різних комерційних партнерів. Дещо більше комерційних партнерів мають дещо старші ЖКС, «вуличні» ЖКС, а також споживачі ін'єкційних наркотиків.

- Хоча абсолютна більшість ЖКС (92%) користувалися презервативом під час контакту з останнім комерційним партнером, але лише 74% постійно ними користуються з комерційними партнерами під час вагінального сексу, 68% – під час анального сексу. До регіонів, де найбільш поширені відповідні небезпечні практики, доцільно зарахувати Луганськ (лише 25% постійно використовують презерватив під час вагінального сексу і лише 17% – під

час анального сексу) і Чернігів (відповідно, 25% і 32%). Окрім непостійного використання кожна третя ЖКС (35%) має досвід неправильного їхнього використання.

- Основною причиною невикористання презерватива з комерційними партнерами є наполягання клієнта, зокрема за додаткову винагороду. Хоча лише 2% ЖКС завжди готові на секс без використання презерватива, але 37% готові до цього за певних умов. Варто зазначити, що порівняно з 2008–2009 роками з 47% до 60% збільшилася частка тих, хто за жодних умов не буда надавати послуги без використання презерватива.

- ЖКС помітно рідше використовують презервативи під час сексу зі своїми постійними партнерами (37% завжди використовують презерватив під час вагінального сексу, 36% – під час анального сексу). Також рідше, ніж з комерційними партнерами, вони користуються презервативами і з випадковими партнерами, хоча частіше, ніж з постійними (71% завжди використовують презерватив під час вагінального сексу, 57% – під час анального сексу).

- Кожна десята ЖКС (10%) є ВІЛ-інфікованою. Істотно вища поширеність ВІЛ серед більш старших ЖКС – 15% проти 3% серед більш молодих ЖКС. Порівняно з 2008–2009 роками простежується зменшення поширеності інфекції (з 13%), але в основному воно обумовлюється меншою часткою споживачів ін'єкційних наркотиків у вибірці 2008–2009 років. Має місце істотно відмінна ситуація в регіонах – «лідером» є Донецьк, де 43% ЖКС ВІЛ-інфіковані. До міст з найвищою поширеністю ВІЛ серед ЖКС можна зарахувати Полтаву (27%), Київ (24%), Хмельницький (19%), Черкаси (14%), Кіровоград (14%), Одеса (14%). Водночас у Луганську, Ужгороді та Харкові жодна ЖКС не була ВІЛ-інфікованою. Відмінності, значною мірою, обумовлюються різною часткою споживачів ін'єкційних наркотиків і віком ЖКС (фактично – тривалістю залучення до сфери секс-бізнесу). На регіональному рівні поширеність ВІЛ серед більш молодих ЖКС (у віці до 25-ти років) здебільшого або нижча, або така сама. До регіонів, які характеризуються найвищою поширеністю ВІЛ серед більш молодих ЖКС, належать Донецьк (10%), Київ (8%), Рівне (7%), Одеса (7%), Кіровоград (7%), Запоріжжя (6%), Івано-Франківськ (6%), Дніпропетровськ (6%), Полтава (5%), Сімферополь (5%). Причому в цих регіонів поширеність ВІЛ навіть серед молодих ЖКС, які не вживають ін'єкційні наркотики, становить від 5%.

- Поширеність ВІЛ серед ЖКС, які не є активними споживачами ін'єкційних наркотиків, становить 9%. Зокрема, серед таких молодих ЖКС поширеність ВІЛ становить 3%, а серед старших ЖКС – 13%.

- ВІЛ концентрується серед ЖКС, які вживають ін'єкційні наркотики, – серед них поширеність ВІЛ становить 41% проти 6% серед тих, хто ніколи у своєму житті не вживав наркотики. У цьому контексті доцільно додати, що серед ЖКС, чиє тестування на маркер гепатиту С було позитивним, поширеність ВІЛ становить 37% проти 6% серед тих ЖКС, чий результат тестування був негативний.

- Частка ЖКС з позитивним результатом тестування на сифіліс становить 6%, гепатит В – 3%, гепатит С – 12%. Причому, якщо серед ЖКС, які вживають ін'єкційні наркотики, 48% мали позитивний результат тестування на гепатит С, то серед ЖКС, які ніколи не вживали наркотики у своєму житті, – 8%. Взагалі ж, серед тих, хто мав позитивні результати тестування на гепатит С, 51% повідомили, що ніколи у своєму житті не вживали наркотики. Можливо, частина таких ЖКС (які повідомили, що не вживають ін'єкційні наркотики, але при цьому чий результат тестування на маркер гепатиту С

були позитивними) отримали гепатит С іншим шляхом, наприклад, статевим. Втім, радше мова йде про те, що частина ЖКС приховала факт свого вживання наркотиків.

- Результати побудованої моделі логістичної регресії (для ЖКС, які під час останнього тестування не були ВІЛ-інфікованими) показують, що найбільш виразний зв'язок з наявністю ВІЛ-статусу має вживання наркотиків (в першу чергу – ін'єкційних). Доволі сильно пов'язаним є також «стаж» (починаючи з 10-ти років «стажу» і вище) у сфері комерційного сексу та – дещо меншою мірою – знання.

- Половина опитаних ЖКС (52%) є клієнтами громадських організацій, які працюють з ЖКС або СІН. Причому в деяких містах майже усі ЖКС є клієнтами (Миколаїв – 100%, Сімферополь – 100%, Львів – 99%, Харків – 98%). Також є міста, де доволі багато клієнтів. Більш імовірно це є методичним артефактом, а не реальною ситуацією.

- Серед клієнтів громадських організацій більше представлені дещо старші ЖКС, «вуличні» ЖКС, а також споживачі ін'єкційних наркотиків.

- Взагалі, 62% ЖКС охоплені профілактичними програмами, а 71% впродовж останніх 12-ти місяців отримували яку-небудь допомогу від громадських організацій. Наведені показники істотно варіюють залежно від регіону, але в першу чергу відмінності опосередковуються часткою клієнтів у структурі популяції. Профілактичні програми і допомога охоплюють майже всіх клієнтів, але, здебільшого, дуже мало не-клієнтів. Так, у цілому, серед не-клієнтів лише 39% отримували яку-небудь допомогу від громадських організацій.

- Абсолютна більшість ЖКС (76%) коли-небудь тестувалися на ВІЛ, в т.ч. 59% тестувалися на ВІЛ впродовж останнього року. Втім, помітно більше тих, хто тестувався серед клієнтів громадських організацій (94% коли-небудь тестувалися), аніж серед не-клієнтів (57%). Знову істотні відмінності мають місце у регіональному розрізі, але вони також в першу чергу опосередковуються часткою клієнтів у структурі популяції ЖКС.

- 56% ЖКС правильно визначають шляхи інфікування ВІЛ і знають, як він не передається. Значення показника навіть трохи зросло порівняно з 2008–2009 роками (тоді значення було 50%). Помітно кращим знанням характеризуються клієнти – 65% проти 46% серед не-клієнтів.

СОЦІАЛЬНО-ДЕМОГРАФІЧНА СТРУКТУРА ЖКС

1.1. Вікова, освітня та сімейна структури ЖКС

Відповідно до результатів дослідження, середній вік жінки, залученої до сфери секс-бізнесу, становить 27,5 років (стандартне відхилення – 6,7 років). У цілому ж, більшість ЖКС (56%) має вік від 20-ти до 29-ти років (рис. 1.1.1). Кожна третя ЖКС (34%) має вік від 30-ти років і старше, кожна десята ЖКС (9%) – до 19-ти років, в т.ч. 2% взагалі є неповнолітніми.

Порівняно з попереднім дослідженням помітно деяке «старішання» вікової структури ЖКС. Так, середній вік ЖКС у 2008–2009 роках становив 26,9 років (стандартне відхилення – 6,9 років) ($p < 0,01$), а, наприклад, частка ЖКС у віці до 19-ти років становила 14% ($p < 0,01$).

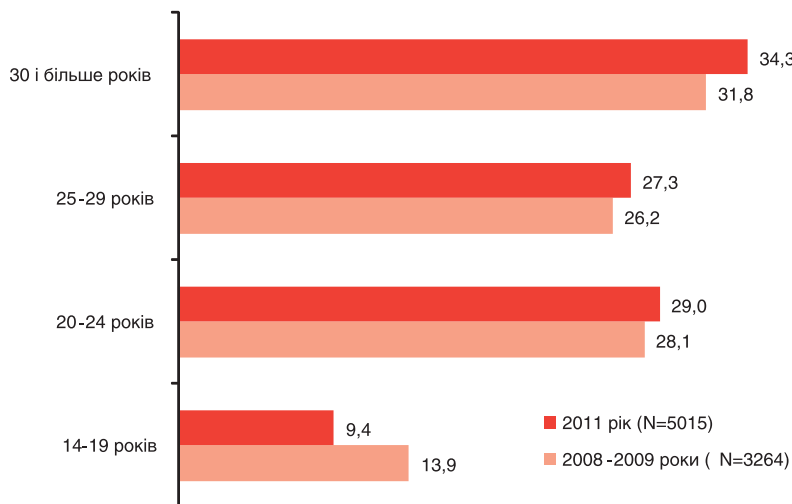


Рис. 1.1.1. Вікова структура ЖКС, %

У регіональному розрізі простежуються доволі-таки істотні відмінності у віковій структурі ЖКС. Так, наприклад, у Тернополі особливо багато дуже молодих ЖКС (у віці до 19-ти років) – 39% (табл. 1.1.1). Натомість особливо багато більш старших ЖКС (у віці від 30-ти років) в Донецьку (57%), Івано-Франківську (59%) та Полтаві (66%). Взагалі, в середньому найстарші ЖКС проживають/працюють у Полтаві, а наймолодші – у Тернополі.

Вікова структура ЖКС (регіональний розріз)*, %

Місто	Частка ЖКС у віці ... років				Середній вік**
	14–19	20–24	25–29	30+	
Полтава (N=200)	2,5	7,0	24,5	66,0	33,1
Івано-Франківськ (N=150)	3,7	18,6	19,1	58,7	31,6
Донецьк (N=302)	8,1	15,5	19,5	56,9	31,1
Рівне (N=150)	6,3	17,5	36,9	39,3	29,0
Житомир (N=150)	2,0	18,8	39,2	40,0	28,5
Запоріжжя (N=200)	13,1	16,0	26,2	44,8	28,4
Сімферополь (N=300)	11,9	21,0	18,8	48,4	28,2
Кіровоград (N=150)	7,2	22,5	32,5	37,7	28,1
Миколаїв (N=301)	2,0	31,6	33,1	33,3	27,8
Чернівці (N=150)	11,5	25,3	25,4	37,8	27,8
Черкаси (N=150)	2,4	30,6	36,3	30,6	27,4
Київ (N=300)***	11,3	22,7	31,7	33,6	27,3
Суми (N=150)	9,6	31,0	21,2	38,1	27,3
Хмельницький (N=150)	13,3	30,1	28,9	27,7	26,9
Львів (N=200)	3,2	29,4	44,2	23,2	26,8
Харків (N=300)	6,5	37,3	25,2	31,0	26,8
Луганськ (N=150)	5,1	42,0	31,4	21,4	26,7
Одеса (N=300)	10,6	34,3	27,2	27,9	26,7
Дніпропетровськ (N=300)	12,8	34,1	25,9	27,2	26,2
Херсон (N=202)	16,4	37,6	14,7	31,3	26,1
Вінниця (N=150)	10,3	40,4	25,8	23,5	25,9
Луцьк (N=150)	2,4	39,8	47,9	10,0	25,4
Ужгород (N=150)	18,5	49,8	13,9	17,7	24,4
Чернігів (N=150)	5,7	52,7	26,7	14,9	24,4
Тернопіль (N=150)	39,3	33,3	14,7	12,7	22,5

* Впорядковано за середнім віком ЖКС (від найбільшого до найменшого).

** Оскільки RDSAT не дає змоги розраховувати середні значення, розрахунки для міст, де реалізувалася методика RDS, були проведені в SPSS з використанням вагів, експортованих з RDSAT.

*** У Києві для 2-х ЖКС немає даних стосовно віку, тому середнє значення без врахування цих ЖКС.

ЖКС характеризуються доволі невисоким освітнім рівнем. Так, лише 23% ЖКС мають базову або повну вищу освіту, більшість же (52%) мають лише повну середню освіту (рис. 1.1.2). Причому за рівнем освіти ЖКС суттєво поступають жінкам із загального населення України. Так, серед жінок із загального населення України, що проживають в обласних центрах України і належать до тієї ж вікової групи, що і опитані ЖКС, частка осіб з повною вищою освітою становить 33%¹ проти лише 7% серед ЖКС ($p < 0,01$). Варто зазначити, що порівняно з 2008–2009 роками освітня структура ЖКС не зазнала відчутних змін.

¹ За даними опитування «Омнібус», яке проводилося Київським міжнародним інститутом соціології у червні 2011 року за національною репрезентативною вибіркою (N=2040).

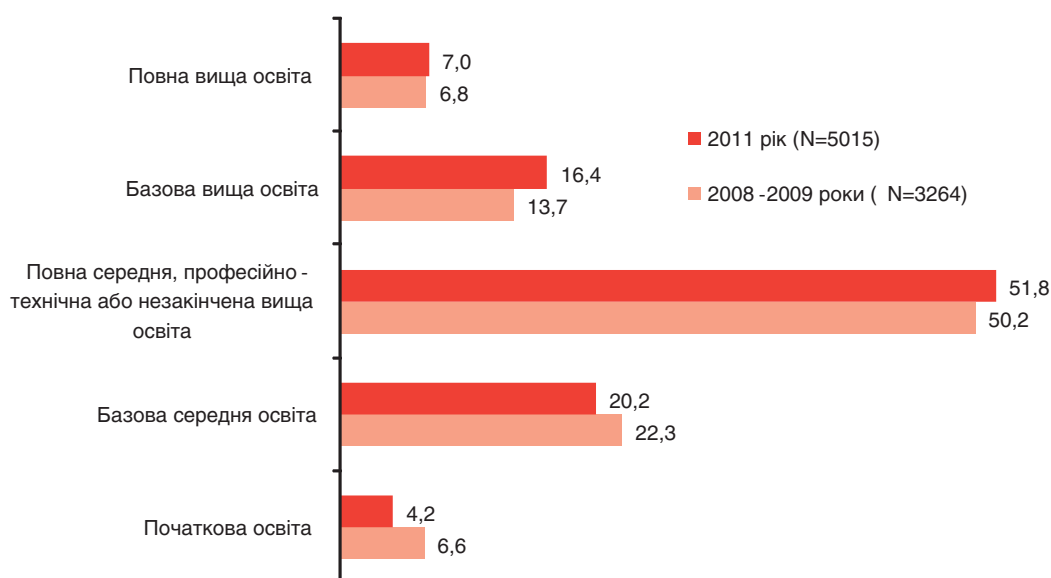


Рис. 1.1.2. Освітня структура ЖКС, %

Як і у випадку з віковою структурою, ЖКС з різних міст характеризуються і доволі відмінною освітньою структурою. Наприклад, у Сімферополі особливо багато ЖКС з освітою, не вищою за базову середню – 60% (табл. 1.1.2). Водночас у Сумах половина ЖКС (53%) мають базову або повну вищу освіту.

Відмінності в освітній структурі можуть обумовлюватися відмінностями у віковому складі ЖКС різних міст. Інакше кажучи, ЖКС з міст з більш «молодою» віковою структурою будуть мати нижчу освіту саме через те, що вони просто з огляду на свій вік не мали можливості здобути вищий освітній рівень. Тому для більш коректного порівняння освітньої структури ЖКС з різних міст розрахунки були проведені також окремо серед ЖКС у віці 25-ти років і старше (адже, здебільшого, навчання може продовжуватися до цього віку і далі рідко хто підвищує освітній рівень).

Втім, як видно з табл. 1.1.2, і серед ЖКС у віці 25-ти років і старше все одно простежуються істотні відмінності в освітній структурі ЖКС з різних міст. Так, наприклад, серед ЖКС Сімферополя у віці 25-ти років і старше майже половина (48%) мають освіту, не вищу за базову середню. Доволі низький рівень освіти простежується і серед ЖКС з Чернівців (40% мають освіту не вищу за базову середню) та Хмельницького (37%). Причому звернімо увагу, що серед ЖКС Чернівців у віці 25-ти років і старше кожна п'ята (20%) взагалі має лише початкову освіту. Відносно найбільш освіченими є ЖКС з Харкова (52% мають базову або повну вищу освіту), Сум (51%) та Києва (41%).

Переважає більшість ЖКС (64%) ані перебувають у зареєстрованому шлюбі, ані живуть з сексуальним партнером (рис. 1.1.3). До них можна також додати і 10%, які формально заміжні, але не проживають ні з чоловіком, ні з яким-небудь іншим сексуальним партнером. Лише чверть ЖКС (26%) проживають або з чоловіком, або з сексуальним партнером. Причому в 2008–2009 роках було дещо менше ЖКС (56%), які не були заміжні і не проживали разом з сексуальним партнером ($p < 0,01$).

Таблиця 1.1.2

Освітня структура ЖКС (регіональний розріз)*, %

Місто	Усі ЖКС					ЖКС у віці 25-ти років і старше				
	Початкова	Базова середня	Повна загальна середня, незакінчена вища	Базова вища	Повна вища	Початкова	Базова середня	Повна загальна середня, незакінчена вища	Базова вища	Повна вища
Харків (N1=300, N2=168)**	1,0	28,2	29,0	32,3	9,4	0,6	20,0	27,5	40,3	11,6
Суми (N1=150, N2=89)	1,3	3,9	41,6	36,2	17,1	1,9	3,9	42,9	30,9	20,4
Київ (N1=300, N2=208)	3,2	16,2	44,4	19,8	15,0	2,2	16,6	40,4	25,2	15,4
Чернігів (N1=150, N2=61)	0,0	0,4	64,8	31,4	3,4	0,0	0,2	64,5	29,5	5,8
Черкаси (N1=150, N2=107)	0,6	14,8	48,0	20,5	14,8	0,9	15,6	49,1	19,2	13,6
Миколаїв (N1=301, N2=200)	2,3	7,7	65,1	23,2	1,7	1,0	8,1	58,5	29,9	2,5
Луганськ (N1=150, N2=79)	11,9	13,2	46,6	13,3	15,0	14,2	11,8	43,9	9,2	20,8
Івано-Франківськ (N1=150, N2=117)	6,1	13,9	46,6	19,1	9,8	7,1	9,6	48,2	17,5	11,8
Донецьк (N1=302, N2=239)	1,8	23,1	47,4	14,4	11,4	1,4	22,8	45,7	14,8	13,3
Львів (N1=200, N2=135)	0,5	14,1	59,3	23,4	2,7	0,0	13,3	60,6	22,2	4,0
Дніпропетровськ (N1=300, N2=159)	2,8	20,6	55,0	10,6	10,5	1,7	14,4	57,8	10,2	15,9
Рівне (N1=150, N2=114)	4,8	7,6	63,1	17,5	7,0	4,1	8,5	61,3	17,7	8,3
Полтава (N1=200, N2=181)	4,5	25,0	46,5	21,0	3,0	4,4	23,2	47,5	21,5	3,3
Ужгород (N1=150, N2=48)	16,2	22,1	46,5	12,4	2,9	8,0	21,6	45,9	19,1	5,4
Тернопіль (N1=150, N2=41)	2,0	6,0	78,7	12,0	1,3	0,0	7,3	68,3	22,0	2,4
Кіровоград (N1=150, N2=105)	1,1	31,8	49,6	15,5	2,0	1,6	19,2	55,4	22,1	1,8
Одеса (N1=300, N2=165)	2,6	11,7	64,2	14,1	7,4	2,7	12,2	61,5	15,1	8,6
Вінниця (N1=150, N2=74)	12,0	26,6	47,2	13,0	1,3	5,7	18,9	51,6	21,1	2,6
Запоріжжя (N1=200, N2=150)	2,6	14,3	64,5	9,0	9,3	2,3	13,1	63,9	10,2	10,2
Чернівці (N1=150, N2=95)	23,0	23,8	40,2	6,4	6,5	20,3	19,7	44,1	8,2	7,7
Житомир (N1=150, N2=119)	0,8	26,1	58,1	15,1	0,0	0,0	21,5	62,8	15,7	0,0

Місто	Усі ЖКС					ЖКС у віці 25-ти років і старше				
	Початкова	Базова середня	Повна загальна середня, незакінчена вища	Базова вища	Повна вища	Початкова	Базова середня	Повна загальна середня, незакінчена вища	Базова вища	Повна вища
Хмельницький (N1=150, N2=85)	2,6	30,9	51,9	8,0	6,0	2,3	34,7	47,8	8,2	7,0
Луцьк (N1=150, N2=87)	0,6	24,5	63,5	10,2	1,1	1,0	18,8	66,5	13,7	0,0
Херсон (N1=202, N2=93)	5,4	24,5	58,7	6,2	4,9	7,9	12,4	69,1	5,8	4,9
Сімферополь (N1=300, N2=201)	5,4	55,0	33,7	2,8	3,0	1,4	47,0	42,8	4,2	4,5

* Впорядковано за часткою ЖКС із базовою або повною вищою освітою серед ЖКС у віці 25-ти років і старше (від найбільшої до найменшої).

** N1 – зважена кількість усіх ЖКС, N2 – зважена кількість ЖКС у віці понад 25-ти років.

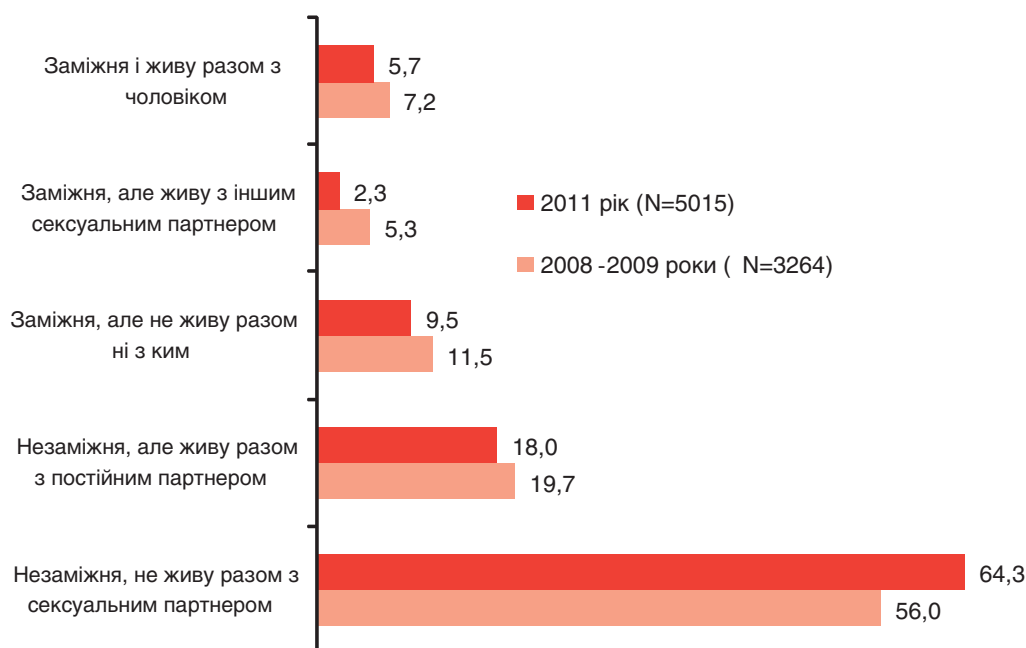


Рис. 1.1.3. Сімейна структура ЖКС, %

У регіональному розрізі інформація про сімейний стан ЖКС з різних міст подана нижче в табл. 1.1.3. Загалом, усюди «домінують» ЖКС, які не проживають ані з чоловіком, ані з сексуальним партнером. Втім, деякі помітні відмінності також мають місце. Наприклад, якщо в Луганську і Чернігові «аж» 92% і 91% ЖКС незаміжні і не живуть з сексуальним партнером, то серед ЖКС Дніпропетровська і Харкова аналогічний статус мають «лише», відповідно, 47% і 48% ЖКС.

Сімейна структура ЖКС (регіональний розріз)*, %

Місто	Заміжня і живу разом з чоловіком	Заміжня, але живу з іншим сексуальним партнером	Заміжня, але не живу разом ні з ким	Незаміжня, але живу разом з постійним партнером	Незаміжня, не живу разом з сексуальним партнером
Луганськ (N=150)	3,1	1,0	1,0	3,0	92,0
Чернігів (N=150)	0,0	0,0	0,7	8,1	91,2
Одеса (N=300)	1,7	0,8	13,6	4,6	79,2
Запоріжжя (N=201)	2,7	1,3	4,4	13,1	78,2
Луцьк (N=150)	1,3	1,7	9,0	11,4	76,5
Вінниця (N=150)	0,0	1,5	17,8	4,3	76,3
Сімферополь (N=300)	0,7	0,0	3,5	22,1	73,7
Донецьк (N=302)	6,2	2,1	9,1	9,7	71,0
Херсон (N=202)	4,5	3,1	3,1	20,2	69,1
Житомир (N=150)	4,4	0,6	6,4	20,1	68,5
Кіровоград (N=150)	3,2	0,0	9,1	21,7	66,0
Київ (N=300)	10,4	1,1	7,2	14,9	65,7
Тернопіль (N=150)	5,3	4,0	10,7	16,0	62,0
Суми (N=150)	19,0	2,5	4,9	13,4	60,2
Миколаїв (N=301)	1,3	4,0	13,9	20,9	59,9
Чернівці (N=150)	6,5	0,5	9,8	25,2	58,0
Івано-Франківськ (N=150)	10,5	6,7	17,2	8,5	57,0
Хмельницький (N=150)	5,2	4,6	3,3	30,6	56,3
Ужгород (N=150)	7,0	5,5	22,3	9,5	55,7
Рівне (N=150)	6,2	1,1	9,5	29,9	53,3
Полтава (N=200)	1,5	6,0	19,0	21,0	52,5
Львів (N=200)	11,0	1,4	8,4	27,3	52,0
Черкаси (N=150)	10,9	0,6	9,4	28,5	50,6
Харків (N=300)	15,1	3,8	11,4	21,9	47,9
Дніпропетровськ (N=300)	4,8	3,8	10,3	34,3	46,8

* Впорядковано за часткою ЖКС, які незаміжні і які не проживають разом з сексуальним партнером (від найбільшої до найменшої).

1.2. Соціальний статус ЖКС

За соціальним статусом серед ЖКС переважають безробітні (45%) (рис. 1.2.1). Четверть ЖКС (24%) мають випадкові заробітки і лише одна з десяти ЖКС (10%) має постійну роботу. Решта ЖКС або навчаються, або займаються домашнім господарством. Порівняно з 2008–2009 роками помітних змін у структурі ЖКС за соціальним статусом не відбулося.

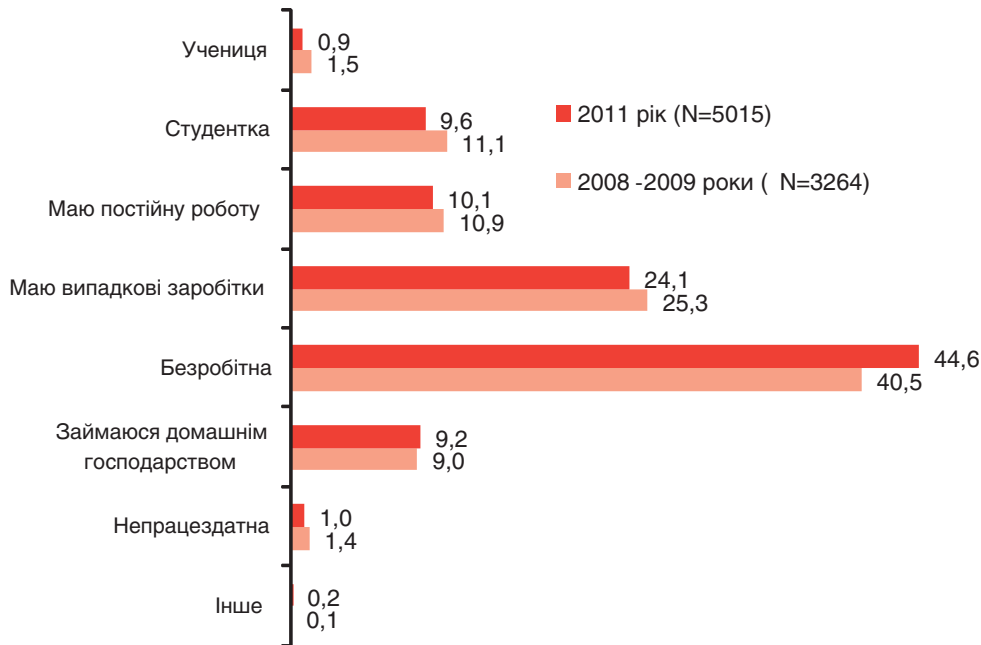


Рис. 1.2.1. Соціальний статус ЖКС (без врахування зайнятості у сфері комерційного сексу), %

Структура ЖКС за соціальним статусом доволі відмінна у різних містах. Так, «безробітна» є однозначно домінуючим статусом ЖКС Житомира (92% обрали цей варіант), Вінниці (77%), Львова (77%) та Чернівців (74%) (табл. 1.2.1). А серед ЖКС Тернополя і Чернігова особливо багато студенток – відповідно, 39% і 31%. Відзначимо, що частка ЖКС, які мають постійну роботу, переважно не перевищує чверті популяції, сягаючи максимуму в 31% в Черкасах. Істотними є також інші відмінності. У цьому контексті доречно нагадати, що вища в деяких містах частка учениць/студенток може обумовлюватися більш молодією віковою структурою.

Таблиця 1.2.1

Соціальний статус ЖКС (без врахування зайнятості у сфері комерційного сексу) (регіональний розріз)*, %

Місто	Учениця	Студентка	Маю постійну роботу	Маю випадкові заробітки	Безробітна	Займаюся домашнім господарством	Непрацевдатна
Черкаси (N=150)	0,0	11,0	31,1	27,6	16,0	14,0	0,3
Кіровоград (N=150)	0,0	4,8	27,7	7,8	36,0	15,5	8,3
Чернігів (N=150)	0,0	30,7	24,5	27,6	17,2	0,0	0,0
Суми (N=150)	0,7	23,5	20,8	29,2	22,6	1,7	1,6
Івано-Франківськ (N=150)	0,6	6,1	20,4	22,6	45,4	4,9	0,0
Київ (N=300)	2,4	5,2	19,7	15,0	45,5	8,5	0,6
Донецьк (N=302)	0,0	5,5	19,5	20,4	34,2	14,9	3,2
Дніпропетровськ (N=300)	0,8	7,6	12,7	8,5	60,9	9,6	0,0
Запоріжжя (N=200)	2,4	3,8	11,3	20,0	52,7	9,5	0,0
Луганськ (N=150)	0,0	7,0	8,3	33,1	50,5	1,1	0,0
Миколаїв (N=301)	0,3	10,9	8,9	54,3	16,6	8,9	0,0
Тернопіль (N=150)	0,0	38,7	6,7	14,0	31,3	5,3	4,0
Харків (N=300)	0,0	3,1	6,5	32,1	20,7	37,6	0,0
Херсон (N=202)	2,9	22,5	5,1	27,1	23,3	17,9	1,1
Хмельницький (N=150)	1,4	16,7	4,7	23,5	51,9	1,3	0,0
Рівне (N=150)	0,0	10,1	4,3	42,3	33,4	8,2	1,7
Одеса (N=300)	0,8	6,9	3,6	10,9	68,0	9,8	0,0
Сімферополь (N=300)	4,9	0,5	3,5	24,0	64,4	2,4	0,3
Львів (N=200)	0,0	2,2	3,3	9,6	76,8	8,1	0,0
Чернівці (N=150)	0,8	2,9	2,6	8,6	74,1	11,1	0,0
Полтава (N=200)	0,0	5,0	2,5	40,5	39,5	5,0	7,5
Житомир (N=150)	0,0	1,3	2,2	5,0	91,6	0,0	0,0
Луцьк (N=150)	0,0	3,2	1,4	68,1	17,4	6,7	0,0
Вінниця (N=150)	0,0	6,4	0,6	14,1	77,0	1,9	0,0
Ужгород (N=150)	0,0	27,7	0,0	22,7	49,1	0,6	0,0

* Впорядковано за часткою ЖКС, які мають постійну роботу (від найбільшої до найменшої).

1.3. Основні джерела доходів та фінансове становище ЖКС

Комерційний секс є основним джерелом доходу для абсолютної більшості ЖКС (77%) (рис. 1.3.1). Лише для 11% ЖКС постійна або випадкова робота є джерелом основного доходу.



Рис. 1.3.1. Основне джерело доходу ЖКС, % (N=5015)

Втім, не у всіх містах комерційний секс має такий безумовно панівний статус (хоча в більшості міст так і є). В першу чергу це стосується Черкас і Чернігова, де, відповідно, «лише» 31% і 35% повідомили, що основним джерелом доходів для них є секс за винагороду (табл. 1.3.1). Натомість майже повністю покладаються на комерційний секс ЖКС Львова (99%), Житомира (99%) і Луцька (99%). Відзначимо, що, переважно, не більше чверті ЖКС «покладаються» насамперед на постійну роботу (максимум – 28% ЖКС у Черкасах). Деякі інші помітні відмінності простежуються і у випадку інших міст.

Якщо ж говорити про, власне, матеріальне становище ЖКС, то 46% проживають у бідних домогосподарствах (яким не вистачає грошей на їжу або вистачає на їжу, але одяг купувати вже важко) і 42% – у домогосподарствах середнього достатку (вистачає грошей на їжу і одяг і можуть дещо відкласти) (рис. 1.3.2). Втім, якщо порівнювати з рівнем добробуту жінок із загального населення України, то матеріальний стан останніх приблизно такий же (серед них 43% проживають у бідних домогосподарствах і 47% – у домогосподарствах середнього достатку).

Таблиця 1.3.1
Основне джерело доходу ЖКС (регіональний розріз)*, %

Місто	Постійна робота	Тимчасова робота	Секс за винагороду	Допомога батьків, родичів	Дохід чоловіка, партнера та ін.	Соціальна допомога	Жебрацтво	Інше
Черкаси (N=150)	28,0	11,5	30,6	24,4	4,3	1,2	0,0	0,0
Суми (N=150)	21,2	11,9	57,0	6,9	3,0	0,0	0,0	0,0
Чернігів (N=150)	21,2	14,3	34,8	27,8	0,7	1,2	0,0	0,0
Івано-Франківськ (N=150)	15,5	11,0	57,6	8,5	4,3	1,8	0,6	0,6
Кіровоград (N=150)	13,1	1,8	48,8	8,2	7,1	6,7	0,0	3,9
Дніпропетровськ (N=300)	10,3	2,0	76,4	7,4	3,2	0,6	0,0	0,0
Донецьк (N=302)	10,3	9,9	70,3	2,2	3,3	1,9	0,0	0,0
Київ (N=300)	6,8	3,2	77,4	2,9	6,4	2,0	0,3	0,3
Луганськ (N=150)	6,3	1,0	91,6	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Запоріжжя (N=200)	5,0	1,6	91,4	0,2	0,3	1,2	0,0	0,0
Тернопіль (N=150)	4,7	5,3	53,3	30,0	5,3	0,7	0,0	0,0
Хмельницький (N=150)	3,9	0,7	72,1	12,0	2,6	0,0	0,0	0,0
Рівне (N=150)	2,6	26,4	60,4	5,7	3,4	1,5	0,0	0,0
Херсон (N=202)	2,6	10,9	67,1	8,9	3,4	7,0	0,0	0,0
Одеса (N=300)	2,2	2,6	88,3	2,9	1,5	0,0	0,0	0,2
Харків (N=300)	2,0	1,0	87,4	5,4	3,3	0,0	0,0	0,0
Чернівці (N=150)	1,8	2,8	89,9	1,3	0,7	1,6	0,0	0,8
Миколаїв (N=301)	1,7	0,7	94,7	0,3	2,3	0,3	0,0	0,0
Полтава (N=200)	1,0	2,0	87,0	7,5	0,0	2,5	0,0	0,0
Сімферополь (N=300)	0,9	0,6	96,9	0,3	1,2	0,0	0,0	0,0
Львів (N=200)	0,4	0,0	99,1	0,0	0,4	0,0	0,0	0,0
Вінниця (N=150)	0,0	3,2	80,1	9,0	0,7	0,0	4,8	0,6
Луцьк (N=150)	0,0	0,0	98,9	0,6	0,6	0,0	0,0	0,0
Житомир (N=150)	0,0	0,0	99,4	0,6	0,0	0,0	0,0	0,0
Ужгород (N=150)	0,0	8,4	72,7	1,1	0,0	2,5	0,0	4,6

* Впорядковано за часткою ЖКС, для кого постійна робота є основним джерелом доходу (від найбільшої до найменшої).

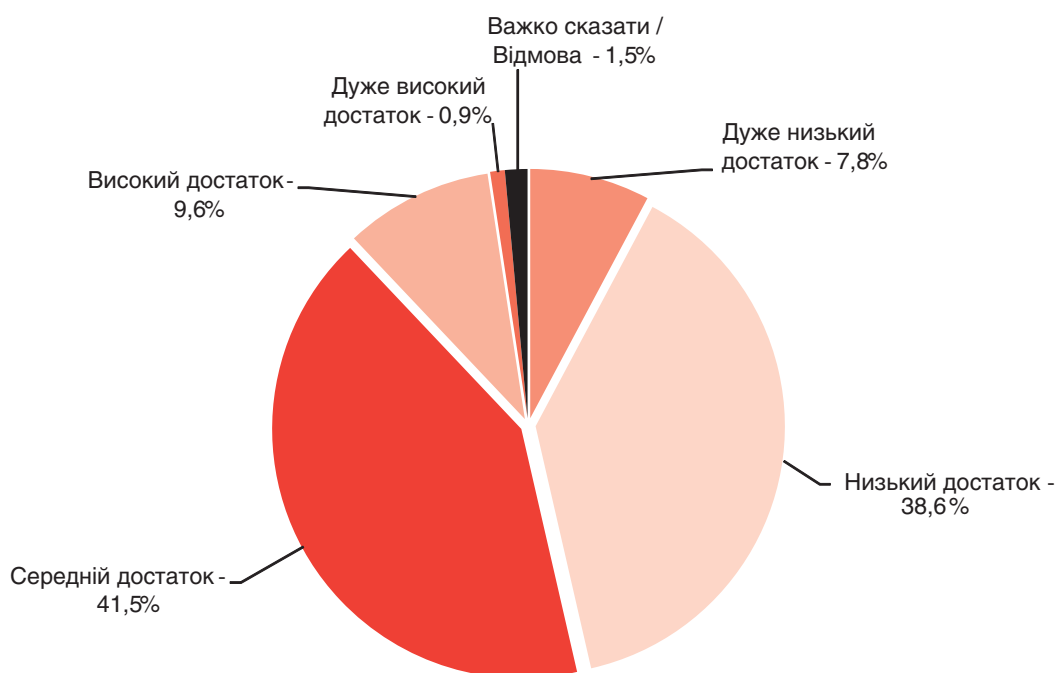


Рис. 1.3.2. Фінансове становище домогосподарств, де проживають ЖКС, % (N=5015)

Як свідчать показники з табл. 1.3.2, у регіональному розрізі помітні деякі відмінності, хоча, здебільшого, «середнє» фінансове становище є середньо-низьким.

Таблиця 1.3.2

Фінансове становище домогосподарств, де проживають ЖКС (регіональний розріз)*, достаток у %

Місто	Дуже низький	Низький	Середній	Високий	Дуже високий
Львів (N=200)	1,0	22,0	42,4	33,3	0,0
Київ (N=300)	8,2	30,8	31,6	21,7	7,1
Луцьк (N=150)	0,6	21,3	57,5	19,6	1,0
Черкаси (N=150)	1,2	17,9	55,0	20,1	0,1
Рівне (N=150)	1,7	33,6	45,8	18,9	0,0
Миколаїв (N=301)	2,8	23,5	53,6	17,4	1,3
Харків (N=300)	1,1	14,1	65,1	17,5	0,4
Кіровоград (N=150)	3,1	32,2	49,0	13,4	0,6
Хмельницький (N=150)	4,3	51,2	31,1	9,6	0,6
Луганськ (N=150)	0,0	0,0	88,9	9,7	0,0
Івано-Франківськ (N=150)	22,0	35,4	32,9	7,9	1,8
Дніпропетровськ (N=300)	9,3	15,1	66,1	9,5	0,0
Одеса (N=300)	1,4	32,4	55,0	8,9	0,0
Суми (N=150)	6,6	60,4	25,7	3,3	4,0
Запоріжжя (N=200)	10,2	50,0	33,9	3,4	2,3

Місто	Дуже низький	Низький	Середній	Високий	Дуже високий
Донецьк (N=301)	13,5	46,7	32,2	5,0	0,5
Тернопіль (N=150)	5,3	57,3	31,3	3,3	0,0
Чернівці (N=150)	5,1	62,5	27,2	2,3	0,0
Полтава (N=200)	20,5	57,0	20,5	1,5	0,5
Вінниця (N=150)	51,6	36,2	9,6	0,6	1,3
Херсон (N=202)	6,7	48,1	42,6	1,4	0,0
Чернігів (N=150)	2,3	56,9	35,5	1,0	0,0
Житомир (N=150)	10,6	78,8	8,6	0,0	0,0
Сімферополь (N=300)	0,2	56,0	43,7	0,0	0,0
Ужгород (N=150)	22,6	60,3	13,6	0,0	0,0

* Впорядковано за часткою ЖКС, які проживають у домогосподарствах високого і дуже високого матеріального достатку (від найбільшої до найменшої).

Абсолютна більшість ЖКС (і в цілому, і в окремих регіонах) має де проживати в місті (окрема/комунальна квартира, гуртожиток тощо) (табл. 1.3.3). Втім, варто звернути увагу на ситуацію у Вінниці, де 19% ЖКС проживають або на вулиці, або в підвалі/на горіщі.

Таблиця 1.3.3

Місце проживання ЖКС (національний і регіональний розріз)*, %

Місто	Окрема квартира/будинок	Комунальна квартира	Гуртожиток	Притулок, дитячий будинок, інтернат	На вулиці	В підвалі або на горіщі
Україна в цілому	72,8	10,6	14,8	0,0	0,7	0,1
Запоріжжя (N=200)	93,1	3,2	3,5	0,0	0,0	0,0
Дніпропетровськ (N=300)	92,7	0,3	5,9	0,0	0,0	0,0
Суми (N=150)	90,4	3,7	6,0	0,0	0,0	0,0
Луганськ (N=150)	89,5	4,9	5,6	0,0	0,0	0,0
Донецьк (N=302)	88,2	4,9	4,7	0,0	0,0	0,0
Черкаси (N=150)	87,2	2,4	10,5	0,0	0,0	0,0
Житомир (N=150)	86,6	4,8	7,9	0,0	0,0	0,0
Чернівці (N=150)	84,5	0,5	5,6	0,8	1,5	0,0
Київ (N=300)	84,5	3,7	9,7	0,0	1,5	0,0
Івано-Франківськ (N=150)	81,1	4,9	11,0	0,0	2,4	0,0
Рівне (N=150)	80,8	6,0	12,6	0,0	0,0	0,0
Кіровоград (N=150)	78,9	0,0	19,6	0,0	0,0	0,0
Одеса (N=300)	77,5	18,6	3,1	0,0	0,0	0,0
Хмельницький (N=150)	74,1	5,8	17,3	0,0	0,7	0,0
Миколаїв (N=301)	74,0	14,8	10,9	0,0	0,0	0,0

Місто	Окрема квартира/будинки	Комунальна квартира	Гуртожиток	Притулок, дитячий будинок, інтернат	На вулиці	В підвалі або на горіщі
Львів (N=200)	73,0	11,4	14,8	0,0	0,0	0,0
Сімферополь (N=300)	71,4	6,0	22,4	0,0	0,0	0,0
Луцьк (N=150)	65,4	24,9	9,1	0,0	0,0	0,0
Херсон (N=202)	62,4	11,9	24,1	0,4	0,0	0,0
Полтава (N=200)	57,0	22,5	20,5	0,0	0,0	0,0
Чернігів (N=150)	52,0	13,7	34,3	0,0	0,0	0,0
Вінниця (N=150)	51,5	7,5	22,3	0,0	14,3	4,4
Харків (N=300)	45,2	32,7	21,7	0,0	0,0	0,0
Ужгород (N=150)	30,4	24,7	41,5	0,0	1,1	0,0
Тернопіль (N=150)	29,3	24,0	46,7	0,0	0,0	0,0

* Впорядковано за часткою ЖКС, які проживають в окремій квартирі/будинку (від найбільшої до найменшої).

1.4. Міграційні особливості ЖКС

За даними дослідження 2011 року, як і за даними опитування 2008–2009 років, переважна більшість ЖКС (60%) народилися і проживають у місті, де проводилося опитування (рис. 1.4.1). Кожна четверта ЖКС (29%) приїжджа, але проживає в місті вже понад рік.

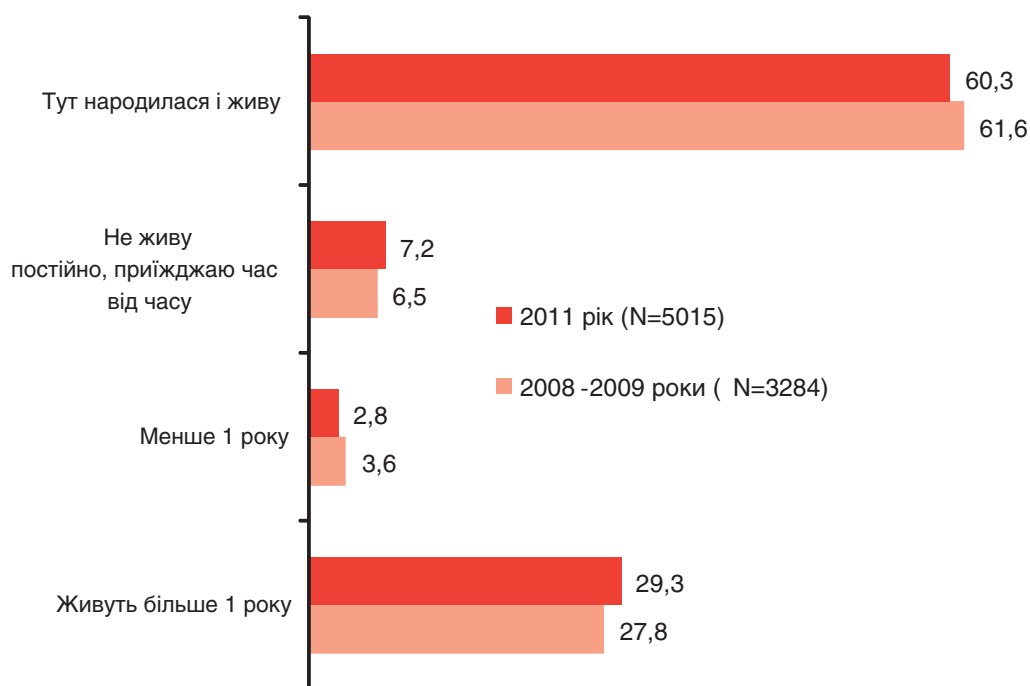


Рис. 1.4.1. Тривалість проживання в місті опитування, %

У різних містах з цього питання складається доволі відмінна ситуація. Так, максимальна кількість саме повністю «корінних» ЖКС простежується у Житомирі, де 95% ЖКС і народилися, і проживають у місті опитування (табл. 1.4.1). Найменше ж «корінних» ЖКС в Одесі – лише 28%, хоча водночас у цьому місті понад половина ЖКС (55%) проживають уже понад 1 рік. Відзначимо також, що на тлі всіх міст вирізняється і Дніпропетровськ, де майже половина ЖКС (43%) є цілком «тимчасовими» жителями, адже не живуть постійно, приїжджаючи час від часу.

Таблиця 1.4.1

Тривалість проживання в місті опитування (регіональний розріз)*, %

Місто	Тут народилася і живу	Не живу постійно, приїжджаю час від часу	Менше 1 року	Живу понад 1 рік
Житомир (N=150)	95,2	0,0	0,0	4,8
Запоріжжя (N=200)	87,7	0,2	0,5	11,4
Миколаїв (N=301)	78,8	0,7	0,0	20,5
Донецьк (N=302)	78,3	0,0	0,4	19,2
Суми (N=150)	70,6	0,2	0,6	28,5
Кіровоград (N=150)	70,0	7,7	0,7	19,9
Черкаси (N=150)	69,6	0,6	1,3	28,6
Івано-Франківськ (N=150)	64,9	1,2	0,0	33,2
Луганськ (N=150)	64,6	0,0	1,6	33,7
Полтава (N=200)	64,0	4,0	6,0	25,0
Сімферополь (N=300)	63,7	14,2	2,0	19,9
Херсон (N=202)	61,3	5,8	6,2	26,7
Київ (N=300)	60,4	1,8	2,6	34,3
Чернівці (N=150)	57,8	10,2	3,2	28,8
Луцьк (N=150)	57,4	2,3	0,0	40,3
Рівне (N=150)	57,0	9,1	3,1	30,7
Ужгород (N=150)	56,2	0,6	1,1	42,1
Львів (N=200)	54,0	9,5	0,4	36,0
Тернопіль (N=150)	54,0	3,3	0,7	41,3
Вінниця (N=150)	50,0	13,1	7,3	29,6
Хмельницький (N=150)	49,8	4,7	5,3	37,6
Чернігів (N=150)	47,2	0,5	1,6	50,7
Харків (N=300)	43,4	18,2	4,1	34,3
Дніпропетровськ (N=300)	41,8	42,8	2,5	12,9
Одеса (N=300)	28,0	3,0	14,0	54,6

* Впорядковано за часткою ЖКС, які народилися і живуть у місті, де проводилося опитування (від найбільшої до найменшої).

1.5. Способи пошуку клієнтів

Найбільш поширеним способом пошуку клієнтів є телефонні дзвінки, Інтернет – 56% опитаних ЖКС вдавалися до такого способу впродовж останніх 6 місяців (табл. 1.5.1). На умовно «другому» місці знаходиться пошук на вулиці, до якого вдавалися 41% ЖКС. До найбільш поширених варто зарахувати і пошук у казино, клубі, барі, на дискотеці (33%), на шосе (28%). Згадані способи пошуку клієнтів найчастіше і називалися як основні.

Загалом, можна зменшити кількість категорій і розглядати разом ЖКС, які працюють переважно на вулиці, шосе і вокзалах, як «вуличних» ЖКС. Їхня частка у структурі популяції становить 45%, або майже половину. Також можна разом розглядати тих, хто, здебільшого, працює у саунах, готелях, казино, барах, на дискотеках та ін., оскільки робота цих ЖКС зосереджена навколо певних закладів. Усього таких ЖКС – 24%. Окремою групою доцільно лишати тих, хто шукає клієнтів через телефон, Інтернет, – 27%.

Таблиця 1.5.1

Способи пошуку клієнтів за останні 6 місяців*, %

Способи пошуку клієнтів	Вдавалися за останні 6 місяців (N=5015)	Вважають основним для себе (N=5015)
Телефонні дзвінки, Інтернет	56,1	27,1
На вулиці	40,8	21,9
На шосе	28,1	18,6
В казино, клубі, барі, на дискотеці та ін.	33,3	15,4
У сауні	19,6	4,8
На вокзалах	8,8	4,5
У готелі	16,4	3,7
Через подруг, знайомих, сутенера, інших клієнтів та ін.	2,4	1,3
Ескорт-послуги	6,0	1,0
Є постійні клієнти	1,3	1,0
На зупинках	0,1	0,1
Інше	0,5	0,3
Важко сказати / Відмова	0,2	0,3

* Впорядковано за часткою ЖКС, які назвали відповідний спосіб пошуку основним (від найбільшої до найменшої).

У регіональному розрізі простежуються виразні відмінності у поширених способах знаходження клієнтів. Наприклад, якщо в Чернівцях 95% мали досвід знаходження клієнтів на вулиці, то в Миколаєві таких лише 5% (табл. 1.5.2).

Таблиця 1.5.2

Способи пошуку клієнтів за останні 6 місяців
(до яких вдавалися) (регіональний розріз), %

Місто	На вулиці	На шосе	У готелі	У сауні	На вокзалах	Телефонні дзвінки, Інтер-нет	У казино, клубі, барі, на дискотеці та ін.	Ескорт-послуги	Є постійні клієнти	Через подруг, знайомих, сутенера, інших клієнтів тощо	На зупинках	Інше
Вінниця (N=150)	47,3	25,6	0,6	17,9	39,7	27,8	1,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Дніпропетровськ (N=300)	8,2	17,9	7,7	8,0	0,6	86,4	5,8	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Донецьк (N=302)	24,4	17,6	9,7	12,6	1,6	52,7	27,1	3,5	7,5	4,6	0,0	0,7
Житомир (N=150)	25,6	67,5	32,3	3,8	0,0	31,7	31,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Запоріжжя (N=200)	26,5	15,0	14,6	14,0	0,0	55,8	28,1	0,0	3,0	19,5	4,2	2,0
Івано-Франківськ (N=150)	89,6	12,2	14,0	29,3	27,4	69,8	30,5	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Київ (N=300)	24,2	25,4	2,7	6,7	1,9	48,6	24,1	7,0	11,7	4,7	0,0	0,9
Кіровоград (N=150)	10,3	32,9	10,0	10,5	4,9	73,5	68,7	5,3	0,0	0,0	0,0	0,0
Луганськ (N=150)	10,1	23,1	16,4	48,2	0,8	42,1	14,9	0,0	0,0	1,0	0,0	0,0
Луцьк (N=150)	21,2	49,4	33,3	12,6	0,6	87,7	62,4	1,9	0,0	18,8	0,0	4,0
Львів (N=200)	43,7	37,1	33,4	3,6	6,8	31,9	58,3	12,7	0,0	0,0	0,0	1,3
Миколаїв (N=301)	4,6	6,6	34,8	39,1	1,0	83,3	54,4	21,2	0,7	0,3	0,0	0,0
Одеса (N=300)	86,1	18,2	6,1	2,4	12,5	39,4	8,8	0,6	0,0	0,0	0,0	0,0
Полтава (N=200)	33,5	96,5	15,5	10,5	10,0	32,0	9,5	3,0	0,0	0,0	0,0	1,5
Рівне (N=150)	39,4	81,8	0,6	0,0	20,0	54,6	11,6	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Сімферополь (N=300)	89,3	32,5	42,5	58,0	11,4	61,0	31,4	13,2	0,0	0,0	0,0	0,0
Суми (N=150)	40,2	0,5	5,8	12,4	8,7	78,3	67,4	2,3	0,0	0,0	0,0	0,4
Тернопіль (N=150)	44,0	28,0	33,3	18,0	14,0	52,7	84,0	40,7	0,0	0,0	0,0	0,0
Ужгород (N=150)	50,9	15,1	11,5	32,4	35,3	53,1	69,7	8,2	0,0	0,6	0,0	1,2
Харків (N=300)	87,3	22,2	7,7	22,7	2,1	11,1	35,8	2,2	0,0	0,4	0,0	0,0
Херсон (N=202)	61,1	46,1	4,9	8,1	8,7	59,9	14,7	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Хмельницький (N=150)	5,3	39,0	24,8	46,6	5,1	65,8	39,5	0,6	0,0	0,0	0,0	0,6
Черкаси (N=150)	6,2	3,0	5,5	13,6	0,8	76,1	48,5	1,0	0,5	16,2	0,0	1,7
Чернівці (N=150)	94,6	18,0	17,1	19,3	36,5	69,0	4,4	17,3	0,0	0,0	0,0	0,0
Чернігів (N=150)	10,0	1,8	24,6	43,0	3,7	79,0	51,4	8,9	0,0	0,0	0,0	0,0

Нижче у табл. 1.5.3 наведено дані стосовно основного способу пошуку в регіональному розрізі. Як ми можемо бачити, і за цим показником ЖКС з різних міст дуже суттєво відрізняються.

Таблиця 1.5.3

**Способи пошуку клієнтів за останні 6 місяців (основний спосіб)
(регіональний розріз), %**

Місто	На вулиці	На шосе	У готелі	У сауні	На вокзалах	Телефонні дзвінки, Інтернет	У казино, клубі, барі, на дискотеці та ін.	Ескорт-послуги	Є постійні клієнти	Через подруг, знайомих, сусенера, інших клієнтів тощо	На зупинках	Інше
Вінниця (N=150)	14,1	25,6	0,6	4,5	35,0	20,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Дніпропетровськ (N=300)	0,0	15,7	0,0	0,3	0,0	82,6	1,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Донецьк (N=302)	12,4	11,4	3,5	7,0	0,0	38,9	15,0	2,6	5,0	1,9	0,0	0,0
Житомир (N=150)	13,7	57,8	6,3	0,6	0,0	2,2	18,8	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Запоріжжя (N=200)	12,9	12,0	0,8	1,6	0,0	37,5	16,4	0,0	1,0	12,4	4,4	0,9
Івано-Франківськ (N=150)	44,4	4,9	1,8	1,8	11,9	26,7	8,5	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Київ (N=300)	11,7	17,2	0,8	3,2	0,8	33,5	12,5	3,4	11,3	4,1	0,0	0,7
Кіровоград (N=150)	2,6	22,6	0,0	0,0	0,0	45,3	28,9	0,6	0,0	0,0	0,0	0,0
Луганськ (N=150)	0,4	14,6	10,5	39,2	0,0	26,4	8,4	0,0	0,0	0,5	0,0	0,0
Луцьк (N=150)	1,3	39,4	14,6	2,9	0,0	21,9	12,6	0,0	0,0	5,0	0,0	2,3
Львів (N=200)	12,8	23,7	17,8	1,3	4,9	4,2	31,2	4,1	0,0	0,0	0,0	0,0
Миколаїв (N=301)	2,0	4,6	10,6	12,6	0,0	37,6	29,2	3,3	0,0	0,0	0,0	0,0
Одеса (N=300)	71,3	13,7	0,6	0,3	8,5	4,6	0,9	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Полтава (N=200)	0,0	86,0	0,0	0,0	0,0	9,5	3,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,5
Рівне (N=150)	5,7	65,2	0,0	0,0	11,2	14,9	1,8	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Сімферополь (N=300)	70,2	15,5	1,5	0,0	8,1	4,7	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Суми (N=150)	5,6	0,4	1,5	3,4	0,0	47,9	40,1	1,1	0,0	0,0	0,0	0,0
Тернопіль (N=150)	8,0	10,0	7,3	6,0	12,7	2,0	50,0	2,7	0,0	0,0	0,0	0,0
Ужгород (N=150)	11,0	0,0	5,0	5,1	16,4	19,0	43,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,6
Харків (N=300)	75,4	3,1	0,9	7,7	0,0	0,7	12,0	0,0	0,0	0,4	0,0	0,0
Херсон (N=202)	34,2	24,4	1,2	1,5	5,0	26,9	6,8	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Хмельницький (N=150)	1,3	19,5	9,6	13,9	0,0	34,3	20,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,6
Черкаси (N=150)	0,0	1,0	0,0	1,2	0,0	60,1	26,5	0,3	0,4	9,4	0,0	1,1
Чернівці (N=150)	55,0	3,2	1,2	3,4	17,5	15,7	0,0	3,9	0,0	0,0	0,0	0,0
Чернігів (N=150)	0,0	1,0	3,7	14,9	0,0	46,6	32,7	1,1	0,0	0,0	0,0	0,0

У табл. 1.5.4 наведено дані стосовно перетину між використанням різних способів пошуку клієнтів. У таблиці зазначено, який відсоток ЖКС, що використовують певний спосіб (зазначений у стовпчику), використовують і інші способи (зазначені у рядках). Так, можна бачити, що існують помітні перетини між способами пошуку. Наприклад, серед тих, хто знаходить клієнтів на вулиці, 29% також знаходять у казино, клубах, барах тощо. А серед тих, хто знаходить у саунах, 41% знаходить і на вулиці.

Таблиця 1.5.4

**Способи пошуку клієнтів за останні 6 місяців
(перетин між різними способами), % у стовпчику***

Способи пошуку клієнтів	% серед ЖКС, які зазначили, що за останні 6 місяців шукали клієнтів...									
	На вулиці (N=2048)	На шосе (N=1409)	У готелі (N=824)	У сауні (N=983)	На вокзалах (N=442)	Телефонні дзвінки, Інтернет (N=2816)	У казино, клубі, барі, на дискотеці та ін. (N=1671)	Ескорт-послуги (N=302)	Є постійні клієнти (N=67)	Через подруг, знайомих, сутенера, інших клієнтів тощо (N=122)
На вулиці	---	41,8	34,9	40,7	70,1	32,6	35,2	34,3	9,5	9,5
На шосе	28,8	---	14,1	13,4	25,9	20,0	15,2	9,8	4,5	7,7
У готелі	14,0	8,3	---	40,5	7,4	19,4	22,6	32,5	7,3	12,4
У сауні	19,5	9,3	48,3	---	13,6	22,9	24,1	25,3	6,9	5,5
На вокзалах	15,1	8,1	4,0	6,1	---	6,6	5,3	13,4	0,0	1,6
Телефонні дзвінки, Інтернет	44,8	39,9	66,3	65,5	42,2	---	59,2	80,5	37,6	53,8
У казино, клубі, барі, на дискотеці та ін.	28,7	18,0	45,8	40,9	19,9	35,1	---	51,4	10,1	39,6
Ескорт-послуги	5,1	2,1	11,9	7,8	9,2	8,6	9,3	---	4,3	0,0
Є постійні клієнти	0,3	0,2	0,6	0,5	0,0	0,9	0,4	1,0	---	4,6
Через подруг, знайомих, сутенера, інших клієнтів тощо	0,6	0,7	1,8	0,7	0,4	2,3	2,9	0,0	8,4	---
На зупинках	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	1,5
Інше	0,7	0,8	0,4	0,5	0,2	0,5	0,6	0,0	0,5	0,5

* Тобто для кожної у стовпчику групи ЖКС в рядках наведено, який % також використовував відповідний спосіб пошуку клієнтів.

Основний спосіб знаходження клієнтів є важливою характеристикою, яка буде неодноразово використовуватися надалі під час аналізу. Для коректного порівняння різних сегментів ЖКС за переважним способом пошуку клієнтів потрібно також правильно розуміти, наскільки вони подібні/відмінні за іншими важливими характеристиками.

Для початку нижче в табл. 1.5.5 наведено поширеність основних способів пошуку комерційних партнерів серед груп ЖКС, які відрізняються за віком,

практиками вживання ін'єкційних наркотиків², належністю до громадських організацій³. Так, умовно «вуличних» ЖКС більше серед ЖКС у віці 25-ти років і старше (47% проти 42% серед ЖКС у віці до 25-ти років, $p < 0,01$), споживачів ін'єкційних наркотиків (66% проти 44% серед ЖКС, які не вживають ін'єкційні наркотики, $p < 0,01$) і клієнтів громадських організацій (58% проти 31%, $p < 0,01$).

А от тих, хто переважно знаходить клієнтів у готелях, саунах, барах та ін., більше серед ЖКС у віці до 25-ти років (30% проти 20% серед ЖКС у віці 25-ти років і старше, $p < 0,01$), тих, хто не вживає ін'єкційні наркотики (25% проти 7% серед споживачів ін'єкційних наркотиків, $p < 0,01$), та серед не-клієнтів громадських організацій (30% проти 18% серед клієнтів%, $p < 0,01$).

Частка ж тих, хто насамперед вдається до телефону, Інтернету, трохи більше серед дещо старших ЖКС (28% проти 25% серед більш молодих ЖКС, $p < 0,05$), хто не вживає ін'єкційні наркотики (28% проти 21% серед споживачів ін'єкційних наркотиків, $p < 0,01$), та серед не-клієнтів громадських організацій (34% проти 21% серед клієнтів%, $p < 0,01$).

Таблиця 1.5.5

Основний спосіб пошуку клієнтів серед різних за віком, практиками вживання ін'єкційних наркотиків та належністю до громадських організацій ЖКС*, %

Характеристики/практики	Вулиця, шосе, вокзал	Готелі, сауни, бари та ін.	Телефон, Інтернет	Інші відповіді**
Вік				
- до 25-ти років(N=1926)	41,6	30,2	25,1	3,1
- від 25-ти років(N=3087)	47,2	20,1	28,3	4,5
Вживання ін'єкційних наркотиків				
- не вживали ін'єкційні наркотики (N=4511)	43,5	25,3	27,6	3,6
- вживали ін'єкційні наркотики (N=419)	65,5	7,2	20,6	6,8
Чи є клієнтом громадської організації				
- клієнти (N=2622)	57,7	18,2	21,2	2,9
- не-клієнти (N=2353)	31,3	30,2	33,5	4,9

* У таблиці наводиться % серед відповідної групи ЖКС, тобто частка ЖКС з певної групи, які насамперед вдаються до певного способу пошуку клієнтів.

** Включають варіанти «інші основні способи пошуку», «важко сказати» і «відмова відповідати».

А в табл. 1.5.6 наведена, власне, структура різних сегментів ЖКС за наведеними вище характеристиками. Так, умовно «вуличні» ЖКС – це переважно ЖКС у віці 25-ти років і старше, які є клієнтами громадських організацій і серед яких помітно більше (порівняно з іншими сегментами) споживачів

² Тут і надалі в звіті (якщо інше не буде зазначено у тексті) під «споживачами ін'єкційних наркотиків» будуть розумітися ті ЖКС, які вживали ін'єкційні наркотики впродовж останніх 12-ти місяців, а під «не-споживачами ін'єкційних наркотиків» – відповідно, ті, хто не вживав ін'єкційні наркотики впродовж останніх 12-ти місяців.

³ Детальніше питання (не) належності до громадських організацій буде розглядатися у п'ятому розділі.

ін'єкційних наркотиків (дещо детальніше практики вживання наркотичних речовин серед окремих сегментів ЖКС наведені нижче).

Натомість серед ЖКС, які в основному знаходять клієнтів у готелях, саунах, барах та ін., рівною мірою представлені ЖКС у віці до і від 25-ти років, більше представлені не-клієнти громадських організацій, а також істотно менше споживачів ін'єкційних наркотиків.

Ті ж, хто переважно знаходять клієнтів через телефон, Інтернет, представлені насамперед ЖКС у віці від 25-ти років, ЖКС, які не є клієнтами і серед яких менше споживачів ін'єкційних наркотиків, ніж серед «вуличних» ЖКС, але більше, ніж серед тих, хто в основному знаходять клієнтів у готелях, саунах, барах та ін.

Таблиця 1.5.6

Профіль сегментів ЖКС за основним способом пошуку клієнтів*, %

Характеристики/практики	Вулиця, шосе, вокзал (N=2257)	Готелі, сауни, бари та ін. (N=1201)	Телефон, Інтернет (N=1357)
Вік			
- до 25-ти років	35,5	48,4	35,7
- від 25-ти років	64,5	51,6	64,3
Вживання ін'єкційних наркотиків			
- не вживали ін'єкційні наркотики	86,9	95,2	91,6
- вживали ін'єкційні наркотики	12,1	2,5	6,3
- важко сказати / відмова відповідати	0,9	2,3	2,0
Чи є клієнтом громадської організації			
- клієнти	67,0	39,8	40,9
- не-клієнти	32,6	59,3	58,2
- важко сказати / відмова відповідати	0,3	0,9	0,9

* У таблиці наводиться % серед відповідного сегменту ЖКС за основним способом пошуку клієнтів, тобто частка ЖКС з певного сегменту, які мають відповідну характеристику.

1.6. Поширеність вживання алкоголю і наркотичних речовин

Практика вживання алкогольних напоїв

Вживання алкоголю є доволі поширеною і регулярною практикою серед ЖКС. Відповідно до отриманих даних, лише 12% ЖКС взагалі не вживали алкоголь впродовж останнього місяця (рис. 1.6.1). Більшість же ЖКС (58%) вживали алкоголь не рідше одного разу на тиждень, в т.ч. 18% вживали алкогольні напої кожного дня. Порівняно з попереднім дослідженням ситуація, загалом, дуже подібна. Хоча простежується нехай і слабка, але все-таки тенденція до зменшення кількості тих, хто вживає алкоголь не рідше одного разу на тиждень або щодня, і зростання кількості тих, хто вживає рідше одного разу на тиждень.

Помітною є регіональна специфіка вживання алкоголю. Так, наприклад, серед ЖКС Харкова відносно найбільше тих, хто ніколи не вживав алкоголь

впродовж останніх 30-ти днів, – 33% (проти не більше чверті в решті міст) (табл. 1.6.1). Водночас частка тих, хто кожного дня вживає алкоголь, особливо висока в таких містах, як Луцьк (44% кожного дня вживали алкогольні напої), Вінниця (48%), Житомир (52%) та Полтава (53%).

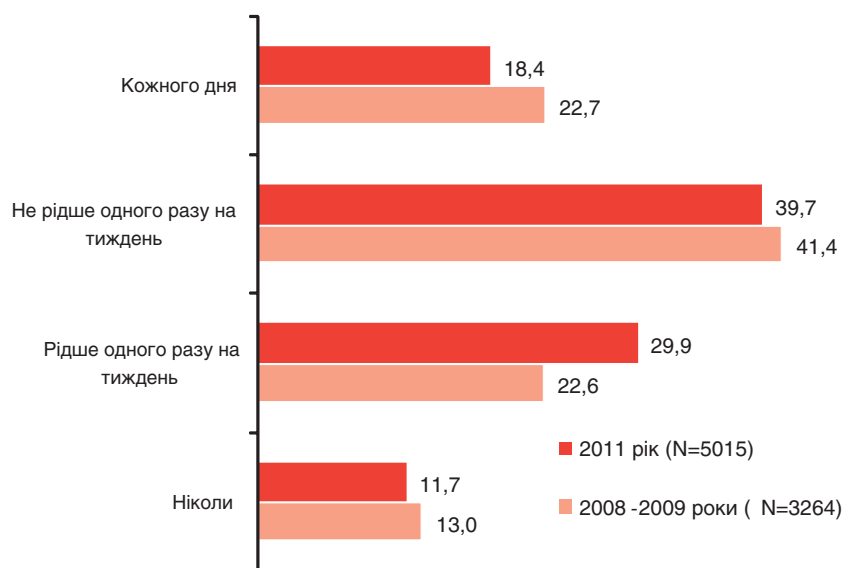


Рис. 1.6.1. Практика вживання алкоголю впродовж останніх 30-ти днів, %

Таблиця 1.6.1

Практика вживання алкоголю впродовж останніх 30-ти днів (регіональний розріз)*, %

Місто	Кожного дня	Не рідше одного разу на тиждень	Рідше одного разу на тиждень	Ніколи
Харків (N=300)	6,8	18,9	41,8	32,5
Миколаїв (N=301)	7,0	45,8	22,1	25,2
Чернівці (N=150)	30,5	22,3	24,9	22,3
Київ (N=300)	6,1	28,7	42,9	21,5
Донецьк (N=302)	14,9	40,8	24,5	17,8
Ужгород (N=150)	23,3	37,2	22,3	17,2
Одеса (N=300)	6,3	36,2	41,8	15,4
Івано-Франківськ (N=150)	20,7	29,1	38,4	11,7
Запоріжжя (N=200)	12,5	40,1	35,8	11,4
Черкаси (N=150)	7,3	60,0	21,9	10,9
Дніпропетровськ (N=300)	19,5	41,8	28,7	10,0
Суми (N=150)	11,5	48,4	30,5	9,7
Херсон (N=202)	19,5	36,1	35,7	8,6
Кіровоград (N=150)	16,8	50,0	25,0	8,2
Хмельницький (N=150)	10,5	59,0	23,3	7,2
Львів (N=200)	22,6	51,6	19,6	6,2
Рівне (N=150)	8,3	21,0	67,4	3,4
Тернопіль (N=150)	21,3	61,3	12,0	3,3

Місто	Кожного дня	Не рідше одного разу на тиждень	Рідше одного разу на тиждень	Ніколи
Луцьк (N=150)	44,0	49,4	3,7	2,9
Житомир (N=150)	52,3	37,8	7,3	2,6
Полтава (N=200)	52,5	35,5	9,5	2,5
Сімферополь (N=300)	25,0	42,5	30,7	1,8
Вінниця (N=150)	47,7	36,4	15,2	0,6
Луганськ (N=150)	4,5	78,2	16,8	0,5
Чернігів (N=150)	0,0	11,0	89,0	0,0

* Впорядковано за часткою ЖКС, які за останній місяць ніколи не вживали алкогольні напої (від найбільшої до найменшої).

Варто звернути увагу, що практики вживання алкоголю доволі подібні і серед молодих (у віці до 25-ти років), і серед більш старших ЖКС (у віці від 25-ти років).

У розрізі щодо основного способу пошуку клієнтів «лідером» за частотою вживання алкоголю є «вуличні» ЖКС, серед яких 27% кожного дня вживають алкоголь проти 12% серед ЖКС, які здебільшого знаходять клієнтів у готелях, саунах, барах та ін. ($p < 0,01$), і проти 10% серед ЖКС, які здебільшого знаходять клієнтів через телефон, Інтернет ($p < 0,01$).

Частіше вживають алкоголь і споживачі ін'єкційних наркотиків – серед них 32% кожного дня вживають алкоголь проти 17% ЖКС, які не є споживачами ін'єкційних наркотиків ($p < 0,01$).

Відзначимо також, що практики вживання алкогольних напоїв доволі близькі серед клієнтів і не-клієнтів громадських організацій.

Практика вживання наркотичних речовин

Відповідно до отриманих результатів, 16% ЖКС (тобто кожна шоста) у своєму житті пробували які-небудь наркотики (ін'єкційні та (або) неін'єкційні) (рис. 1.6.2). 8% ЖКС впродовж останніх 12-ти місяців вживали ін'єкційні наркотики, 7% – впродовж останніх 30-ти днів. Тобто практика вживання наркотичних речовин є вельми поширеною серед ЖКС.

Водночас варто звернути увагу на зміни, які відбулися порівняно з 2008–2009 роками. Так, поширеність вживання наркотиків суттєво знизилася – з 29% до 16% зменшилася частка тих, хто взагалі коли-небудь вживав будь-які наркотики ($p < 0,01$). Вдвічі зменшилася і частка тих, хто вживав ін'єкційні наркотики протягом останніх 30-ти днів, – з 14% до 7% ($p < 0,01$).

Зменшення поширеності вживання наркотиків простежується і у випадку окремих вікових груп ЖКС. Так, якщо у 2008–2009 роках 9% ЖКС у віці до 25-ти років повідомили, що вони впродовж останніх 30-ти днів вживали ін'єкційні наркотики, то у 2011 році їх було вже 2% ($p < 0,01$). Стосовно ЖКС у віці від 25-ти років поширеність зменшилася з 18% до 10% ($p < 0,01$).

У контексті аналізу динаміки поширеності вживання наркотиків варто звернути увагу, що ми не можемо однозначно стверджувати, що зараз істотно менше ЖКС вживають наркотики. Так, з одного боку, виявлена динаміка дійсно може свідчити про зменшення поширеності такої практики. Втім, з іншого боку, наявна динаміка може бути методичним артефактом, наслідком методичних особливостей реалізації проектів 2008–2009 і 2011 років⁴.

⁴ Основні обмеження дослідження і, зокрема, обмеження стосовно порівняння з даними 2008–2009 років розглянуті у розділі, присвяченому методології дослідження.

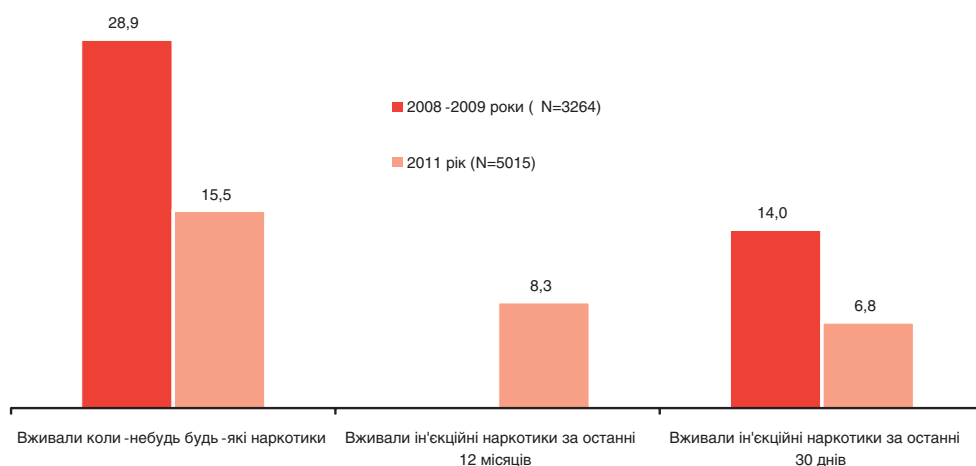


Рис. 1.6.2. Практика вживання наркотичних речовин, %

Необхідно також відзначити, що непрямим показником ін'єкційного вживання наркотичних речовин є захворювання на гепатит С. Згідно з результатами дослідження, серед тих, хто за останні 12 місяців не вживав ін'єкційні наркотики, поширеність гепатиту С становить аж 9%, а серед тих, хто взагалі ніколи не вживав наркотики, – 8%. Якщо дивитись під іншим кутом зору, то серед тих ЖКС, чий результат тестування на маркер гепатиту С був позитивний, «тільки» 32% впродовж останнього року вживали ін'єкційні наркотики і взагалі «тільки» 46% коли-небудь у своєму житті вживали наркотики (як ін'єкційні, так і неін'єкційні) (рис. 1.6.3).

У цьому контексті необхідно нагадати, що поширеність гепатиту С вимірювалася умовно об'єктивно⁵ – шляхом тестування крові ЖКС, а вживання наркотичних речовин – суб'єктивно, тобто за словами самого респондента. Оскільки вживання наркотиків є соціально неприйнятною практикою, то, імовірно, частина ЖКС «приховала» від інтерв'юерів свої справжні практики. Як наслідок, розраховані оцінки поширеності вживання наркотиків варто розглядати як нижню межу. Реально ж, радше за все, поширеність таких практик має бути дещо вищою.

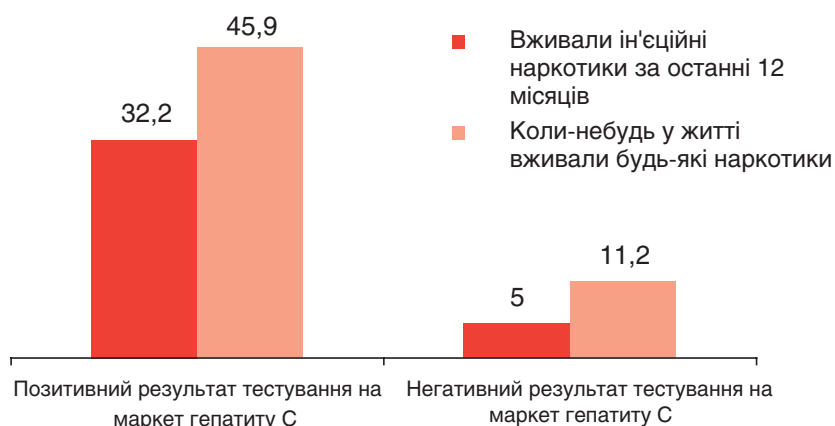


Рис. 1.6.3. Практика вживання наркотичних речовин (серед груп ЖКС залежно від результату тестування на маркер гепатиту С), %

⁵ Ми говоримо «умовно об'єктивно», бо тест має показники чутливості (частка позитивних результатів тесту в групі хворих людей) та специфічності (частка негативних результатів тесту у групі здорових людей). Іншими словами, існує невелика кількість хворих на гепатит С ЖКС, чий тест у той же час був негативний, а також існує невелика кількість здорових ЖКС, чий тест, натомість, був позитивним.

У регіональному розрізі безумовним «лідером» за поширеністю практики є Полтава, де половина ЖКС (48%) мали досвід вживання ін'єкційних наркотиків впродовж останніх 30-ти днів (табл. 1.6.2). З великим відривом умовно «друге» місце посідає Донецьк, де кожна п'ята ЖКС (20%) вживала ін'єкційні наркотики за останній місяць. Далі йдуть Черкаси (17%), Дніпропетровськ (13%), Луцьк (12%) та Київ (10%). В решті міст кількість ЖКС, які вживали б ін'єкційні наркотики за останні 30 днів, становить до 5%. Потрібно ще раз наголосити, що можливі відмінності в поширеності вживання наркотиків серед ЖКС різних міст можуть бути наслідком методичних особливостей реалізації проекту в кожному окремому місті.

Таблиця 1.6.2

Практика вживання наркотичних речовин (регіональний розріз)*, %

Місто	Вживали коли-небудь будь-які наркотики	Вживали ін'єкційні наркотики за останні 12 місяців	Вживали ін'єкційні наркотики за останні 30 днів
Полтава (N=200)	57,5	50,0	48,0
Донецьк (N=302)	24,9	20,4	19,7
Черкаси (N=150)	33,6	21,8	16,5
Дніпропетровськ (N=300)	27,9	15,7	13,4
Луцьк (N=150)	27,5	14,3	12,3
Київ (N=300)	20,2	11,5	9,8
Суми (N=150)	5,2	5,0	5,0
Кіровоград (N=150)	25,0	9,2	3,8
Запоріжжя (N=200)	12,0	5,3	3,8
Херсон (N=202)	14,2	7,7	3,5
Чернівці (N=150)	8,2	4,6	3,1
Одеса (N=300)	15,4	3,0	2,7
Миколаїв (N=301)	11,5	5,0	2,6
Львів (N=200)	4,6	2,3	2,3
Житомир (N=150)	4,7	2,8	2,2
Рівне (N=150)	15,8	12,3	2,2
Хмельницький (N=150)	32,9	2,6	1,9
Вінниця (N=150)	3,7	1,5	1,5
Івано-Франківськ (N=150)	4,9	2,4	1,2
Ужгород (N=150)	16,0	1,8	1,2
Сімферополь (N=300)	2,1	0,7	0,7
Харків (N=300)	3,2	0,7	0,4
Луганськ (N=150)	2,2	0,0	0,0
Тернопіль (N=150)	3,3	0,7	0,0
Чернігів (N=150)	3,2	0,0	0,0

* Впорядковано за часткою ЖКС, які за останній місяць вживали ін'єкційні наркотики (від найбільшої до найменшої).

Нижче в табл. 1.6.3 наводяться дані стосовно частки ЖКС, які вживають ін'єкційні наркотики, в окремих містах у дослідженнях 2008–2009 і 2011 років. Як можна бачити, в багатьох містах доволі-таки різко скоротилася частка споживачів ін'єкційних наркотиків. Наприклад, у Сімферополі їхня кількість зменшилася з 33% до 1%, а в Запоріжжі – з 30% до 3%. Навряд чи дійсно зараз набагато менше ЖКС почали вживати наркотики в цих містах. Радше за все це дійсно є методичним артефактом, тому надалі при аналізі динаміки окремих показників на рівні регіонів потрібно зважати на істотно відмінну у випадку деяких міст структуру вибірок за практикою вживання наркотичних речовин.

Таблиця 1.6.3

**Відсоток ЖКС, які вживали ін'єкційні наркотики
впродовж останніх 30-ти днів (регіональний розріз)*, %**

Місто	2008–2009 роки	2011 рік
Полтава (N1=150, N2=200)	48,0	48,0
Донецьк (N1=150, N2=302)	28,9	19,7
Черкаси (N1=95, N2=150)	17,5	16,5
Дніпропетровськ (N1=100, N2=300)	20,0	13,4
Луцьк (N1=100, N2=150)	31,0	12,3
Київ (N1=256, N2=300)	29,4	9,8
Суми (N1=100, N2=150)	5,0	5,0
Кіровоград (N1=100, N2=150)	15,9	3,8
Херсон (N1=100, N2=202)	8,0	3,5
Запоріжжя (N1=150, N2=200)	27,9	3,8
Чернівці (N1=151, N2=150)	0,0	3,1
Одеса (N1=100, N2=300)	8,6	2,7
Миколаїв (N1=100, N2=301)	9,0	2,6
Львів (N1=95, N2=200)	1,8	2,3
Житомир (N1=150, N2=150)	15,3	2,2
Рівне (N1=152, N2=150)	4,1	2,2
Хмельницький (N1=101, N2=150)	13,9	1,9
Вінниця (N1=150, N2=150)	1,3	1,5
Івано-Франківськ (N1=150, N2=150)	2,7	1,2
Ужгород (N1=100, N2=150)	5,0	1,2
Сімферополь (N1=150, N2=300)	32,6	0,7
Харків (N1=149, N2=300)	1,7	0,4
Луганськ (N1=100, N2=150)	0,0	0,0
Тернопіль (N1=150, N2=150)	0,0	0,0
Чернігів (N1=150, N2=152)	0,0	0,0

* Впорядковано за часткою ЖКС, які за останній місяць вживали ін'єкційні наркотики, за даними дослідження 2011 року (від найбільшої до найменшої).

Вживання наркотиків однозначно більш поширене серед старших за віком ЖКС. Якщо серед більш молодих ЖКС (у віці до 25-ти років) кожна десята (10%) мала досвід вживання яких-небудь наркотиків, то серед більш

старших ЖКС (у віці понад 25-ти років) – кожна п'ята (19%) ($p < 0,01$). Якщо говорити про споживачів ін'єкційних наркотиків, то серед більш молодих їх 2%, а серед більш старших – у п'ятеро більше – 10% ($p < 0,01$).

Менш поширене вживання наркотичних речовин серед тієї частини ЖКС, які в основному намагаються знаходити клієнтів у готелях, саунах, барах тощо, – серед них 8% мали досвід вживання коли-небудь наркотиків (проти 18% серед «вуличних» ЖКС і проти 17% серед ЖКС, які здебільшого знаходили клієнтів через телефон, Інтернет) ($p < 0,01$). Серед них же кількість тих, хто вживав ін'єкційні наркотики, становить 2% (проти, відповідно, 10% і проти 5%) ($p < 0,01$).

Вище в цьому розділі ми відзначали, що існує перетин між віком і основним способом пошуку клієнтів. У зв'язку з цим постає питання, чи більш старші ЖКС частіше вживають наркотики (і, зокрема, ін'єкційні) через те, що серед них більше «вуличних» ЖКС, чи, навпаки, «вуличні» ЖКС частіше вживають наркотики, бо серед них більше старших за віком ЖКС. Як показують отримані результати, якщо аналізувати лише більш молодих ЖКС (у віці до 25-ти років) в розрізі сегментів за основним способом пошуку клієнтів, то, по-перше, поширеність практики вживання ін'єкційних наркотиків істотно нижча у всіх сегментах порівняно з відповідними сегментами більш старших ЖКС (у віці від 25-ти років). По-друге, і окремо серед більш молодих, і окремо серед більш старших ЖКС простежується менша поширеність вживання ін'єкційних наркотиків серед тих, хто переважно знаходить клієнтів у готелях, саунах, барах та ін. Тобто і більш старший вік (який фактично вказує на більший досвід небезпечних практик), і переважні способи пошуку клієнтів пов'язані з практиками вживання наркотиків, зокрема ін'єкційних.

Додамо, що серед клієнтів громадських організацій також більше тих, хто мав досвід вживання будь-яких наркотиків, – 20% проти 11% серед не-клієнтів ($p < 0,01$). У випадку вживання ін'єкційних наркотиків поширеність практики становить, відповідно, 12% і 4%. Знову-таки, як було показано вище, серед клієнтів громадських організацій домінують більш старші і «вуличні» ЖКС, що може обумовлювати більшу поширеність практики вживання ін'єкційних наркотиків. Втім, якщо враховувати вплив таких чинників, то все одно простежується тенденція, що серед клієнтів практика вживання наркотиків (і, зокрема, ін'єкційних) є більш поширеною.

Поширеність вживання різних видів наркотиків

Відносно найпоширенішим є вживання екстракту опію в рідкому стані – 6% опитаних ЖКС вживали цей наркотик впродовж останніх 30-ти днів (протягом останніх 12-ти місяців поширеність вживання становить 7%) (табл. 1.6.4). Умовно «друге» місце має метамфетамін у вигляді розчину (відповідно, 3% і 4%), а на «третьому» місці знаходиться амфетамін у вигляді порошку (2%). Вживання інших наркотиків менше поширене серед ЖКС.

Загалом, варто зазначити, що 6% ЖКС мають досвід вживання яких-небудь опіатів впродовж останніх 30-ти днів. Стільки ж ЖКС мають досвід вживання яких-небудь стимуляторів. Втім, дещо інакша ситуація серед різних за віком ЖКС. Так, простежується тенденція, що серед більш старших ЖКС найбільш поширеним є вживання опіатів, аніж стимуляторів, а серед більш молодих, навпаки, – більше поширене вживання стимуляторів, аніж опіатів.

Таблиця 1.6.4

Поширеність вживання різних видів наркотиків (серед усіх ЖКС)*, %

	Усі ЖКС (N=5015)		ЖКС у віці до 25-ти років (N=1926)		ЖКС у віці понад 25 років (N=3087)	
	12 місяців	30 днів	12 місяців	30 днів	12 місяців	30 днів
Клас наркотиків						
- які-небудь опіати	7,5	6,0	2,9	2,3	10,4	8,3
- які-небудь стимулятори	7,0	5,8	5,5	4,7	7,9	6,5
Види наркотиків						
- екстракт опію в рідкому стані (ширка, чорна)	6,8	5,5	2,1	1,6	9,7	7,8
- метамфетамін у вигляді розчину («вінт», «первінтин»)	4,0	3,2	2,1	1,5	5,2	4,3
- амфетамін («фен») (у вигляді порошку)	2,2	1,6	3,0	2,6	1,7	1,0
- метилендіоксиметамфетамін («екстазі», MDMA)	1,2	0,7	1,8	1,2	0,8	0,4
- метамфетамін у вигляді порошку	0,9	0,6	1,4	1,0	0,6	0,4
- інші стимулятори	0,7	0,6	0,5	0,4	0,9	0,7
- трамадол/трамал	1,0	0,6	0,8	0,5	1,1	0,7
- інші опіати	0,7	0,6	0,3	0,3	0,9	0,7
- меткатинон («джефф»)	0,7	0,5	0,3	0,3	0,9	0,6
- героїн	0,6	0,4	0,4	0,1	0,7	0,5
- кокаїн	0,6	0,4	0,6	0,4	0,6	0,4
- катинон («бовтушка», «мулька»)	0,4	0,3	0,2	0,1	0,6	0,4
- ЛСД, гриби	0,3	0,1	0,3	0,3	0,3	0,1
- інші наркотики	2,3	1,7	1,9	1,5	2,5	1,7

* Впорядковано за часткою ЖКС, які за останній місяць вживали відповідний вид наркотику, серед усіх ЖКС (від найбільш поширеного до найменш поширеного).

Для унаочнення поточної ситуації з наркосценою дані стосовно вживання різних видів наркотиків були перераховані до тих, хто вживав будь-які наркотики протягом останніх 30-ти днів (табл. 1.6.5). Якщо говорити про класи наркотиків, то частка тих, хто вживає опіати і стимулятори, майже ідентична – серед ЖКС, які впродовж останнього місяця вживали які-небудь наркотики, 59% вживали які-небудь опіати, а 57% – які-небудь стимулятори ($p > 0,05$). Що стосується окремих наркотиків, виразним лідером є екстракт опію в рідкому стані (ширка, чорна) – кожна друга ЖКС (54%), яка вживала впродовж останніх 30-ти днів наркотики, вживала саме цей опіат.

Проте більш, ніж просто виразними, є відмінності серед різних за віком ЖКС. Так, серед молодих ЖКС (у віці до 25-ти років), які вживали будь-які наркотики протягом останніх 30-ти днів, «лише» 33% вживали опіати – про-

ти 68% серед більш старших ЖКС (у віці 25-ти років і старше) ($p < 0,01$). Співвідношення часток тих, хто вживає стимулятори, становить, відповідно, 67% і 53% ($p < 0,01$). Варто звернути увагу, що не стільки можна говорити, що молодь вживає переважно стимулятори, а більш старші ЖКС – переважно опіати, скільки про те, що молодь дійсно вживає в першу чергу стимулятори, але більш старші – водночас і опіати, і стимулятори. Так, серед більш старших ЖКС набагато більш виразний «перетин» вживання опіатів і стимуляторів – серед них (тих, хто вживав будь-які наркотики впродовж останнього місяця) 28% вживали і опіати, і стимулятори. Водночас як серед більш молодих ЖКС таких лише 13% ($p < 0,01$).

На жаль, отримані дані дають змогу лише констатувати «уподобання» окремих категорій ЖКС, але не дають відповіді, чи ми маємо справу з віковими особливостями вживання наркотиків (у такому разі серед нинішніх молодих ЖКС, які вживають наркотики, поступово буде збільшуватися кількість тих, хто вживає опіати), чи все-таки дійсно сама наркосцена зазнає трансформацій, де стимулятори займають домінуючі позиції.

Таблиця 1.6.5

Частка ЖКС, які вживали окремі види наркотиків впродовж останніх 30-ти днів (серед ЖКС, які вживали які-небудь наркотики впродовж останніх 30-ти днів)*, %

	Усі ЖКС (N=512)	ЖКС у віці до 25-ти років (N=134)	ЖКС у віці понад 25 років (N=378)
Клас наркотиків			
- які-небудь опіати	58,8	32,9	68,0
- які-небудь стимулятори	56,8	67,1	53,2
Види наркотиків			
- екстракт опію в рідкому стані (ширка, чорна)	53,5	23,4	64,1
- метамфетамін у вигляді розчину («вінт», «первінтин»)	31,5	21,1	35,1
- амфетамін («фен») (у вигляді порошку)	15,4	37,0	7,8
- метилендіоксиметамфетамін («екстазі», MDMA)	6,7	17,6	2,9
- метамфетамін у вигляді порошку	6,0	14,7	2,9
- інші стимулятори	6,0	6,2	5,9
- трамадол/трамал	5,7	6,6	5,4
- інші опіати	5,6	5,0	5,8
- меткатинон («джефф»)	4,8	3,6	5,3
- героїн	3,8	2,1	4,4
- кокаїн	3,6	5,1	3,0
- катинон («бовтушка», «мулька»)	2,7	1,8	3,0
- ЛСД, гриби	1,3	3,6	0,5
- інші наркотики	16,3	22,2	14,2

* Впорядковано за часткою ЖКС, які за останній місяць вживали відповідний вид наркотику, серед усіх ЖКС (від найбільш поширеного до найменш поширеного).

Нижче в табл. 1.6.6 поширеність вживання різних наркотиків наведена окремо для ЖКС, які використовують різні способи пошуку клієнтів (поширеність розрахована серед усіх ЖКС, незалежно від того, вживають вони які-небудь наркотики чи не вживають).

Передусім звернімо ще раз увагу на взагалі більшу поширеність вживання наркотиків серед «вуличних» ЖКС. Також простежується тенденція, що серед «вуличних» ЖКС дещо більш поширене вживання опіатів, ніж стимуляторів. А серед інших ЖКС, натомість, більш поширене вживання стимуляторів, ніж опіатів. Втім, така ситуація до певної міри може обумовлюватися відмінною віковою структурою різних за способом пошуку ЖКС.

Таблиця 1.6.6

Поширеність вживання різних видів наркотиків (серед усіх ЖКС, для яких відповідний спосіб пошуку клієнтів є основним), %

	Вулиця, шосе, вокзал (N=2257)		Готелі, сауни, бари тощо (N=1021)		Телефон, Інтернет (N=1357)	
	12 місяців	30 днів	12 місяців	30 днів	12 місяців	30 днів
Клас наркотиків						
- які-небудь опіати	11,4	9,3	2,5	1,7	4,9	3,8
- які-небудь стимулятори	7,4	6,4	4,2	3,3	8,1	6,4
Види наркотиків						
- екстракт опію в рідкому стані (ширка, чорна)	10,5	8,6	2,2	1,5	4,4	3,5
- метамфетамін у вигляді розчину («вінт», «первінтин»)	5,5	4,8	1,1	0,7	3,6	2,7
- трамадол/трамал	1,4	0,9	0,1	0,0	0,9	0,3
- інші опіати	1,1	0,9	0,3	0,3	0,4	0,4
- меткатинон («джефф»)	0,9	0,6	0,0	0,0	1,0	0,7
- метилендиокс иметамфетамін («екстазі», MDMA)	0,7	0,6	1,3	0,8	1,6	0,6
- інші стимулятори	0,6	0,5	1,1	1,0	0,6	0,5
- амфетамін («фен») (у вигляді порошку)	0,6	0,4	1,6	1,1	4,5	3,3
- героїн	0,6	0,3	0,3	0,2	0,7	0,7
- катинон («бовтушка», «мулька»)	0,5	0,3	0,4	0,2	0,4	0,3
- кокаїн	0,4	0,3	0,2	0,1	1,1	0,5
- метамфетамін у вигляді порошку	0,4	0,2	0,4	0,3	2,1	1,7
- ЛСД, гриби	0,2	0,0	0,5	0,3	0,3	0,1
- інші наркотики	1,5	1,2	1,3	0,5	3,4	2,7

Як показав подальший аналіз, тенденція (до різних «уподобань» серед різних за основним способом пошуку клієнтів ЖКС) простежується в першу

чергу серед більш молодих ЖКС (у віці до 25 років). Серед же більш старших ЖКС (у віці 25-ти років і старше) вона частково присутня, а саме – серед «вуличних» ЖКС дійсно переважає вживання опіатів, але серед двох інших за основним способом пошуку клієнтів груп ЖКС поширеність вживання стимуляторів така ж, як і вживання опіатів.

Серед усіх виокремлених сегментів ЖКС умовним «лідером» (відносно найбільш поширеним наркотиком) є екстракт опію в рідкому стані (ширка, чорна), хоча «виразним» його «лідерство» є лише серед «вуличних» ЖКС.

Для наочності поширеність була також перерахована серед лише тих ЖКС, які впродовж останніх 30 днів вживали які-небудь наркотики (табл. 1.6.7). Так, як можна бачити, три з чотирьох «вуличних» ЖКС (74%), які впродовж останнього місяця вживали які-небудь наркотики, вживали опіати проти «лише» однієї з трьох ЖКС у випадку тих, хто переважно знаходить клієнтів у готелях, саунах, барах тощо (35%) ($p < 0,01$) або через телефон, Інтернет (37%) ($p < 0,01$). Водночас варто зазначити, що хоча частка тих, хто вживає стимулятори, серед «вуличних» ЖКС нижча, але все одно дуже велика, – 52% проти, відповідно, 65% ($p < 0,01$) і 62% ($p < 0,01$). Взагалі, 31% «вуличних» ЖКС, які вживають наркотики, вживають водночас і опіати, і стимулятори проти відповідно 17% ($p < 0,01$) і 14% ($p < 0,01$).

Таблиця 1.6.7

Частка ЖКС, які вживали окремі види наркотиків впродовж останніх 30-ти днів (серед усіх ЖКС, для яких відповідний спосіб пошуку клієнтів є основним і які вживали які-небудь наркотики впродовж останніх 30-ти днів), %

	Вулиця, шосе, вокзал (N=282)	Готелі, сауни, бари та ін. (N=60)	Телефон, Інтернет (N=139)
Клас наркотиків			
- які-небудь опіати	74,3	34,8	37,0
- які-небудь стимулятори	51,7	65,4	62,4
Види наркотиків			
- екстракт опію в рідкому стані (ширка, чорна)	68,9	30,1	33,9
- метамфетамін у вигляді розчину («вінт», «первінтин»)	38,2	13,8	26,6
- трамадол/трамал	7,0	0,0	2,8
- інші опіати	6,8	6,6	3,8
- меткатинон («джефф»)	5,0	0,0	7,1
- метилендіоксиметамфетамін («екстазі», MDMA)	4,5	17,1	6,3
- інші стимулятори	3,8	20,0	4,9
- героїн	2,3	4,6	6,5
- амфетамін («фен») (у вигляді порошку)	2,9	21,3	32,4
- катинон («бовтушка», «мулька»)	2,3	4,5	3,2
- кокаїн	2,2	2,7	5,0
- метамфетамін у вигляді порошку	1,7	5,3	16,3
- ЛСД, гриби	0,3	6,3	0,7
- інші наркотики	9,9	10,9	26,1

СЕКСУАЛЬНА ПОВЕДІНКА ТА ВИКОРИСТАННЯ ПРЕЗЕРВАТИВІВ

2.1. Сексуальний дебют та початок надання сексуальних послуг за плату

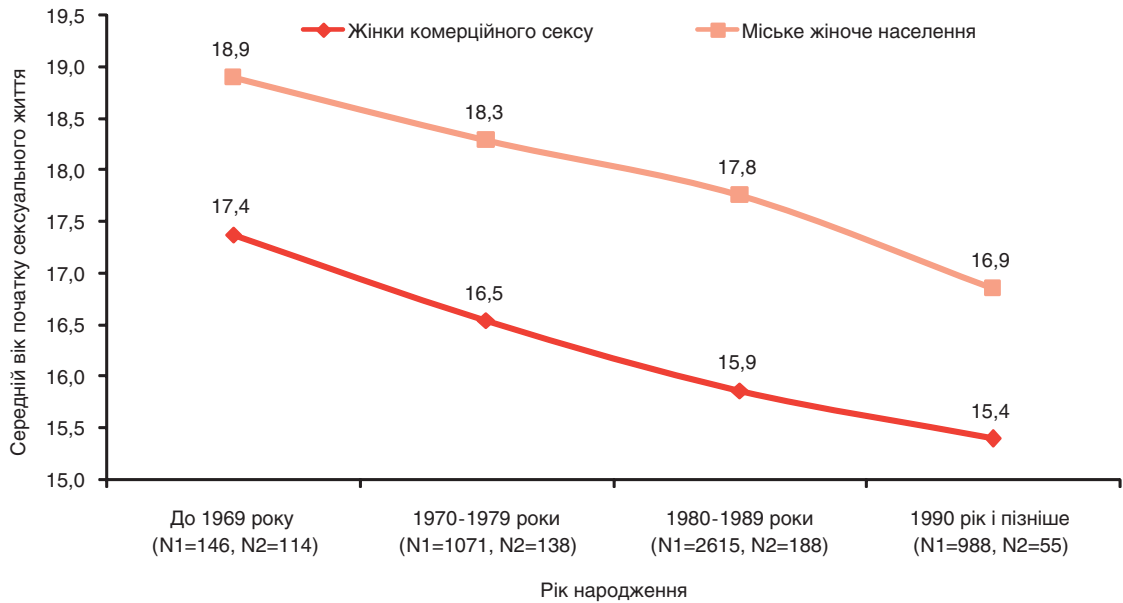
Сексуальний дебют

Жінки комерційного сексу характеризуються доволі раннім початком сексуального життя. За результатами проведеного опитування, середній вік сексуального дебюту становить 16,0 років (стандартне відхилення – 1,7). Для порівняння – середній вік початку сексуального життя серед жінок із загального населення України, які проживають у містах, становить 18,1 років (стандартне відхилення – 2,0) ($p < 0,01$)⁶.

У 2008–2009 роках середній вік сексуального дебюту серед ЖКС також становив 16,0 років (стандартне відхилення – 1,7). Проте, водночас простежується виразна міжгенераційна тенденція до зниження віку сексуального дебюту. Якщо серед найстаршого покоління ЖКС (народжених до 1969 року) середній вік початку сексуального життя становить 17,4 років (стандартне відхилення – 1,8), то серед наймолодшого покоління ЖКС (народжених у 1990 році або пізніше) – 15,4 років (стандартне відхилення – 1,5) ($p < 0,01$) (рис. 2.1.1). Втім, така тенденція має місце не лише серед ЖКС – аналогічна динаміка простежується і серед жінок із загального населення України – серед них вік сексуального дебюту знизився з 18,9 років (стандартне відхилення – 1,8) серед найстаршого покоління до 16,9 років серед наймолодшого покоління (стандартне відхилення – 1,7) ($p < 0,01$).

Як можна побачити на рис. 2.1.2, найбільш стрімко зросли випадки особливо раннього початку сексуального життя (до 14-ти років, включаючи випадки, коли сексуальний дебют відбувся у віці 14-ти років). Лише 6% ЖКС серед найстаршого покоління повідомили, що вони розпочали сексуальне життя до 14-ти років. А вже серед наймолодших ЖКС кожна четверта (25%) мала сексуальний дебют в особливо ранньому віці ($p < 0,01$). Загалом, серед нинішньої популяції ЖКС 17% розпочали сексуальне життя в особливо ранньому віці (у 2008–2009 роках поширеність досвіду раннього сексуально дебюту також становила 17%).

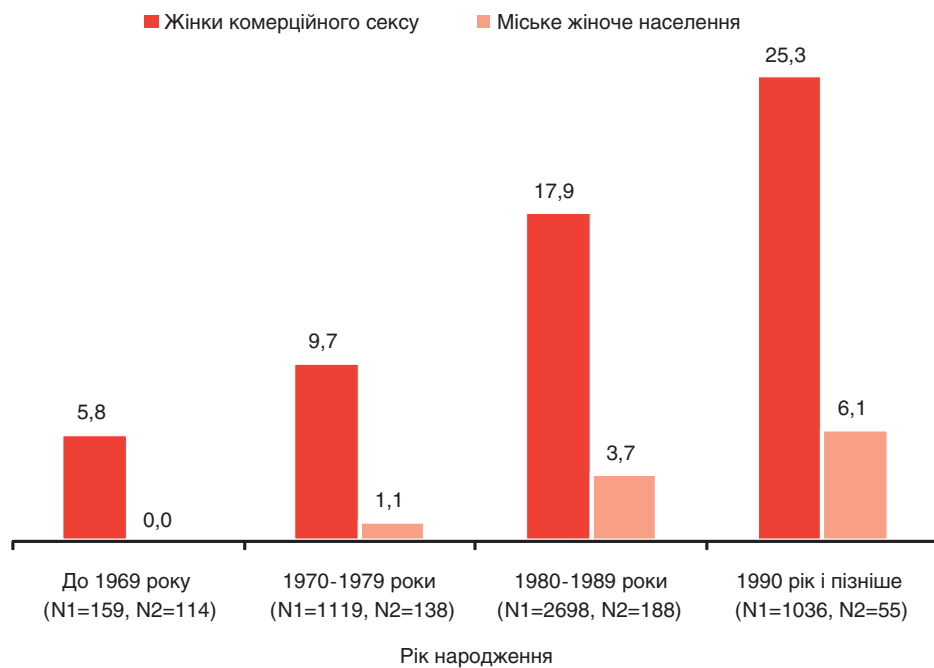
⁶ За даними дослідження, проведеного Аналітичним Центром «Соціоконсалтинг» у 2011 році на замовлення МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні». Тут і надалі популяцію ЖКС ми порівнюємо з жінками, які проживають у містах і які мали коли-небудь у своєму житті сексуальні контакти.



* N1 – зважена кількість респондентів-ЖКС відповідної вікової когорти, які відповіли на запитання, N2 – кількість респондентів-жінок, які проживають у містах і які відповіли на запитання.

Рис. 2.1.1. Середній вік початку сексуального життя (в розрізі вікових когорт)

Аналогічна тенденція має місце і серед жінок із загального населення України, але варто відзначити, що «масштаби» поширеності досвіду раннього початку сексуального життя є непорівнюваними – навіть зараз серед наймолодших жінок України лише 6% вперше мали сексуальний контакт у віці до 14-ти років.



* N1 – зважена кількість респондентів-усіх ЖКС відповідної вікової когорти, N2 – кількість респондентів-жінок, які проживають у містах.

Рис. 2.1.2. Частка осіб, які розпочали сексуальне життя у віці до 14-ти років (в розрізі вікових когорт), %

Загалом, якщо відносна більшість міського жіночого населення мали сексуальний дебют у віці 18–24-х років (45% жінок, за даними опитування, саме в цей період розпочали сексуальне життя проти 30% у випадку періоду до 18-ти років), то у випадку ЖКС абсолютна більшість (80%) розпочали сексуальне життя до досягнення ними повноліття (рис. 2.1.3). Варто зробити застереження, що серед жінок із загального населення України чверть (25%) завагалися з відповіддю на це запитання, тому частки тих, хто почав сексуальне життя у віці до 18-ти років, 18–24-х років, у віці 25–29-ти років, насправді вищі.



Рис. 2.1.3. Частка осіб, які розпочали сексуальне життя у вказаному віці, %

ЖКС, які були опитані в Хмельницькому та Ужгороді, характеризуються найбільш раннім початком сексуального життя (середній вік сексуального дебюту – відповідно, 15,2 та 15,2 років, стандартне відхилення – відповідно, 2,0 і 1,8) порівняно з ЖКС, які були опитані в інших містах (табл. 2.1.1). А частка тих, хто особливо рано розпочав сексуальне життя, в цих містах становить, відповідно, 34% і 37%, водночас як в інших містах, здебільшого, частка таких ЖКС не перевищує однієї четвертої⁷. А от ЖКС, які були опитані в Чернівцях, характеризуються відносно найпізнішим початком сексуального життя (середній вік сексуального дебюту – 16,8 років, стандартне відхилення – 2,5), хоча серед них майже кожна п'ята (17%) вперше мала сексуальний контакт у віці до 14-ти років.

⁷ У цьому контексті варто нагадати, що серед опитаних ЖКС Ужгорода було багато ромів.

Таблиця 2.1.1

Вік сексуального дебюту ЖКС (регіональний розріз)*

Місто	Середній вік сексуального дебюту**	% ЖКС, які мали сексуальний дебют у віці до 14-ти років
Ужгород (N1=135, N2=150)***	15,2	37,4
Хмельницький (N1=121, N2=150)	15,2	34,2
Житомир (N1=150, N2=150)	15,4	25,5
Сімферополь (N1=299, N2=300)	15,4	25,8
Харків (N1=300, N2=300)	15,5	23,7
Київ (N1=300, N2=300)	15,6	25,2
Кіровоград (N1=148, N2=150)	15,6	21,3
Луцьк (N1=149, N2=150)	15,7	16,8
Запоріжжя (N1=201, N2=200)	15,8	21,0
Рівне (N1=140, N2=150)	15,8	16,6
Тернопіль (N1=94, N2=150)	15,8	3,3
Миколаїв (N1=273, N2=301)	15,9	13,2
Черкаси (N1=151, N2=150)	15,9	19,4
Львів (N1=200, N2=200)	16,0	9,0
Одеса (N1=300, N2=300)	16,2	13,9
Херсон (N1=202, N2=202)	16,2	19,9
Донецьк (N1=298, N2=302)	16,3	11,9
Полтава (N1=159, N2=200)	16,3	11,0
Дніпропетровськ (N1=298, N2=300)	16,4	14,7
Івано-Франківськ (N1=150, N2=150)	16,4	12,5
Суми (N1=151, N2=150)	16,4	8,8
Вінниця (N1=149, N2=150)	16,5	15,8
Чернігів (N1=151, N2=150)	16,5	1,0
Луганськ (N1=151, N2=150)	16,6	7,0
Чернівці (N1=150, N2=150)	16,8	17,0

* Впорядковано за середнім віком початку сексуального життя (від найбільш раннього до найбільш пізнього).

** Оскільки RDSAT не дає змоги розраховувати середні значення, розрахунки для міст, де реалізувалася методика RDS, були проведені в SPSS з використанням вагів, експортованих з RDSAT.

*** N1 – зважена кількість респондентів-ЖКС, які відповіли на запитання, N2 – зважена кількість усіх респондентів-ЖКС.

Початок надання сексуальних послуг за плату

Якщо ЖКС, зазвичай, вступають у сексуальні контакти до досягнення ними повноліття, то надавати сексуальні послуги за плату вони розпочинають, зазвичай, у вже дещо більш зрілому віці. Середній вік початку надання комерційних секс-послуг становить 21,2 років (стандартне відхилення – 4,3). Причому порівняно з попереднім дослідженням середній вік початку надання сексуальних послуг за плату навіть дещо зріс – у 2008–2009 роках він становив 20,5 років (стандартне відхилення – 4,5) ($p < 0,01$).

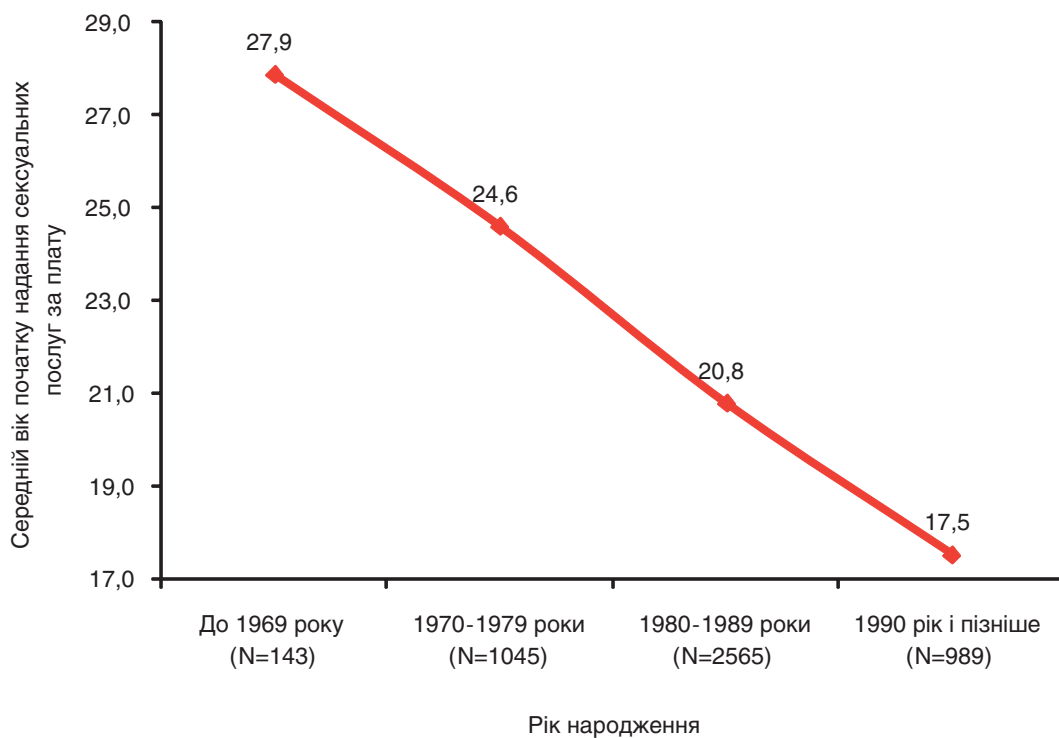


Рис. 2.1.4. Середній вік початку надання сексуальних послуг за плату (в розрізі вікових когорт)

Втім, у розрізі окремих вікових когорт виразно простежується міжгенераційне зниження середнього віку початку надання комерційних секс-послуг. Так, у випадку найстарших ЖКС середній вік становить 27,9 років (стандартне відхилення – 6,9), а у випадку наймолодших ЖКС – 17,5 років (стандартне відхилення – 1,5) (рис. 2.1.4).

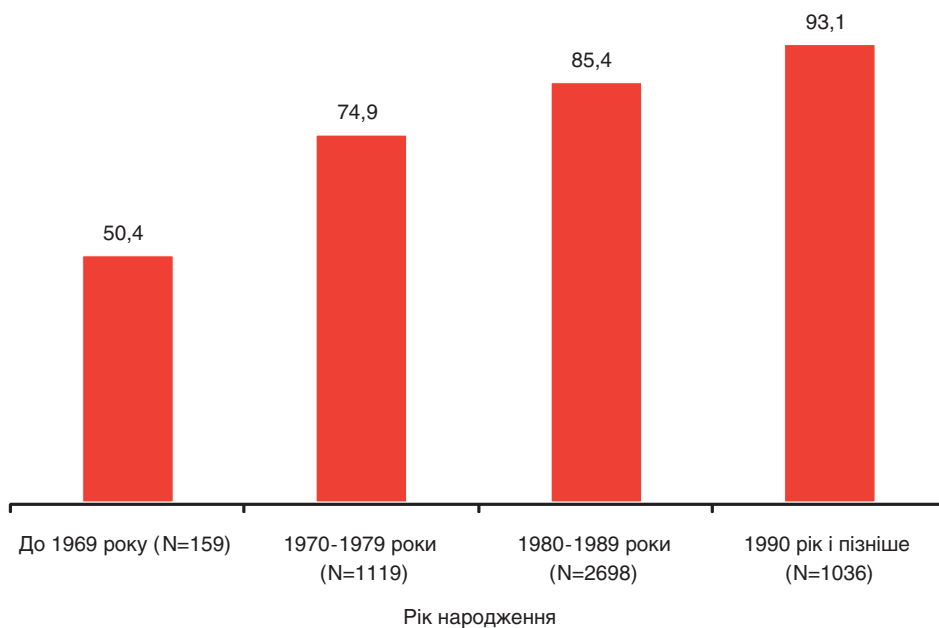


Рис. 2.1.5. Частка осіб, які розпочали надання сексуальних послуг за плату до досягнення ними повноліття (в розрізі вікових когорт), %

Взагалі, якщо серед найстарших ЖКС «лише» половина (50%) розпочала надавати сексуальні послуги за плату до досягнення ними повноліття, то серед наймолодших таких 93% ($p < 0,01$) (рис. 2.1.5). Тобто окрім зниження віку сексуального дебюту простежується тенденція до все більш раннього залучення до секс-бізнесу.

Загалом, трохи більше половини ЖКС (58%) розпочали надання комерційних секс-послуг у віці 18–24-х років (рис. 2.1.6). До досягнення повноліття почали надавати сексуальні послуги 16% опитаних ЖКС.

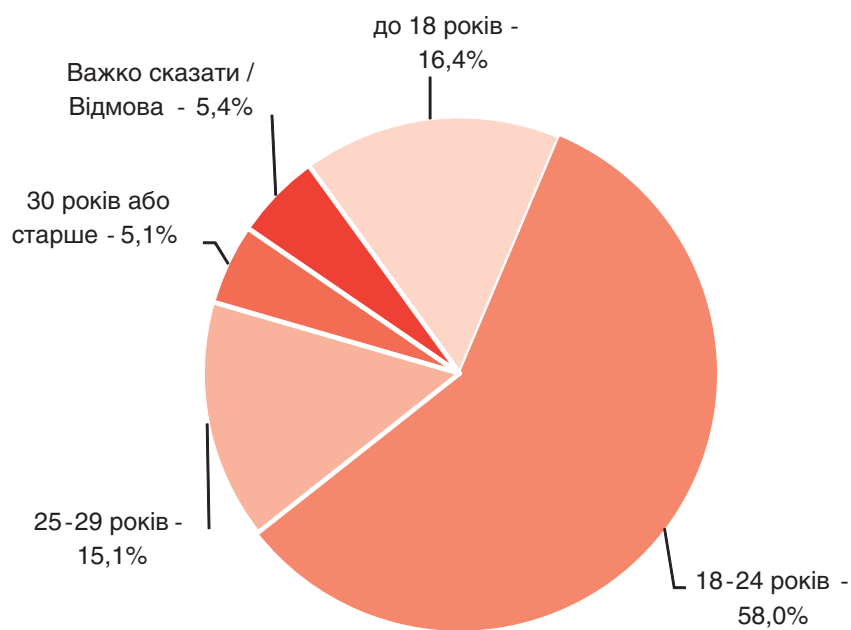


Рис. 2.1.6. Початок надання сексуальних послуг за плату (частка за віком), %

У регіональному розрізі «лідером» за віком початку надання комерційних секс-послуг є Ужгород (табл. 2.1.2). Так, середній вік початку надання секс-послуг серед ЖКС Ужгорода становить 17,5 років (стандартне відхилення – 2,5). Окрім цього Ужгород є єдиним містом, де середній вік початку надання комерційних секс-послуг нижчий за 18 років. Фактично, половина ЖКС міста (51%) почали надавати сексуальні послуги за плату до досягнення ними повноліття.

В решті міст середній вік початку надання комерційних послуг становить від 18-ти років, а частка тих, хто почав це робити до досягнення повноліття, не перевищує чверті (за винятком Тернополя і Сімферополя, де 31% ЖКС розпочали надавати сексуальні послуги за плату до їхнього повноліття).

Таблиця 2.1.2

**Вік початку надання сексуальних послуг за плату
(регіональний розріз)***

Місто	Середній вік початку надання секс-послуг**	% ЖКС, які почали надавати секс-послуги у віці до 18-ти років
Ужгород (N1=123, N2=150)***	17,5	50,6
Тернопіль (N1=122, N2=150)	18,7	30,7
Хмельницький (N1=61, N2=150)	19,3	11,8
Вінниця (N1=149, N2=150)	19,8	18,7
Луганськ (N1=151, N2=150)	20,1	15,1
Херсон (N1=202, N2=202)	20,1	23,6
Сімферополь (N1=299, N2=300)	20,2	30,8
Луцьк (N1=150, N2=150)	20,3	18,8
Чернігів (N1=152, N2=150)	20,5	3,8
Одеса (N1=298, N2=300)	20,8	15,6
Харків (N1=300, N2=300)	20,8	14,7
Кіровоград (N1=135, N2=150)	20,9	24,2
Київ (N1=298, N2=300)	21,0	16,3
Запоріжжя (N1=201, N2=200)	21,3	18,2
Чернівці (N1=150, N2=150)	21,3	23,2
Миколаїв (N1=253, N2=301)	21,5	7,6
Суми (N1=151, N2=150)	21,7	17,8
Львів (N1=200, N2=200)	21,8	4,1
Черкаси (N1=150, N2=150)	21,8	13,5
Івано-Франківськ (N1=149, N2=150)	22,0	14,0
Полтава (N1=152, N2=200)	22,2	8,0
Дніпропетровськ (N1=299, N2=300)	22,6	9,2
Донецьк (N1=298, N2=302)	22,7	17,2
Рівне (N1=150, N2=150)	23,1	3,2
Житомир (N1=150, N2=150)	23,3	2,0

* Впорядковано за середнім віком початку надання сексуальних послуг за плату (від найбільш раннього до найбільш пізнього).

** Оскільки RDSAT не дає змоги розраховувати середні значення, розрахунки для міст, де реалізувалася методика RDS, були проведені в SPSS з використанням вагів, експортованих з RDSAT.

*** N1 – зважена кількість респондентів-ЖКС, які відповіли на запитання, N2 – зважена кількість усіх респондентів-ЖКС.

2.2. «Стаж» та частота надання сексуальних послуг за плату

«Стаж»⁸ ЖКС у сфері комерційного сексу

У структурі ЖКС за тривалістю перебування в секс-бізнесі найбільше представлені ЖКС з середнім стажем – 54% ЖКС надають сексуальні послуги за плату від 2-х до 10-ти років (рис. 2.2.1). Кожна четверта ЖКС (24%) має досвід роботи у цій сфері до 2-х років, а 17% надають платні секс-послуги більше 10-ти років. Загалом, порівняно з 2008–2009 роками структура ЖКС за досвідом роботи не зазнала суттєвих змін.

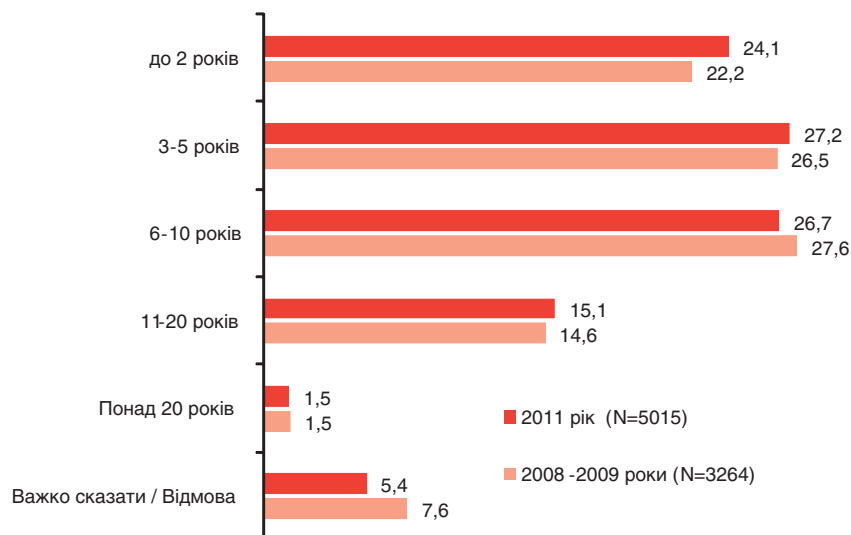


Рис. 2.2.1. Тривалість надання сексуальних послуг за плату, %

Нижче на рис. 2.2.2 наведено кумулятивний відсоток ЖКС залежно від «стажу» роботи у секс-бізнесі. Кожна точка показує, скільки ЖКС мають такий або менше досвід надання сексуальних послуг за плату.

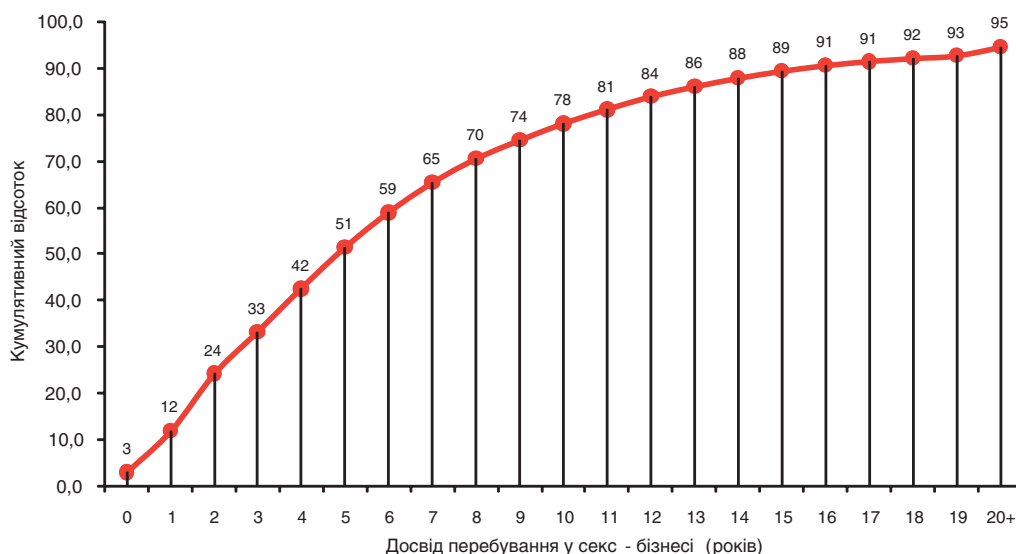


Рис. 2.2.2. Частка ЖКС, які мають відповідний або менший «стаж» роботи (кумулятивний відсоток), %

⁸ «Стаж» розраховується як різниця між віком ЖКС і віком початку надання сексуальних послуг за плату.

Як можна побачити в табл. 2.2.1, структура ЖКС за «стажем» у секс-бізнесі є помітно відмінною у різних містах. Наприклад, Дніпропетровськ і Тернопіль сильно вирізняються на тлі інших міст кількістю ЖКС із досвідом роботи у сфері секс-бізнесу до 2-х років – 55% і 47% відповідно. Водночас на іншому «полюсі» знаходяться Полтава і Миколаїв, де лише відповідно 9% і 7% мають аналогічний досвід роботи. Помітні також і інші відмінності. У цьому контексті доцільно нагадати, що міста істотно відрізняються за віковою структурою популяції ЖКС (див. попередній розділ), що обумовлює і відмінності за «стажем».

Таблиця 2.2.1

**Тривалість надання сексуальних послуг за плату
(регіональний розріз)*, %**

Місто	До 2-х років	Більше 2-х і до 10-ти років	Більше 10-ти років
Дніпропетровськ (N=300)	55,0	36,5	8,2
Тернопіль (N=150)	47,3	28,7	5,3
Одеса (N=300)	35,3	44,8	19,0
Чернігів (N=150)	34,1	63,2	2,7
Львів (N=200)	32,9	59,2	7,9
Херсон (N=202)	31,8	52,5	15,7
Суми (N=150)	27,1	59,3	13,5
Вінниця (N=150)	26,8	57,1	15,5
Черкаси (N=150)	25,5	59,7	14,4
Запоріжжя (N=200)	25,0	48,5	26,2
Рівне (N=150)	24,8	64,2	11,0
Чернівці (N=150)	22,3	58,5	19,2
Донецьк (N=302)	21,5	42,5	34,3
Харків (N=300)	20,4	64,7	15,0
Київ (N=300)	20,3	63,6	14,9
Житомир (N=150)	19,4	73,8	6,8
Ужгород (N=150)	16,9	47,7	17,4
Хмельницький (N=150)	16,0	20,3	4,5
Луганськ (N=150)	15,1	73,9	11,0
Кіровоград (N=150)	14,6	60,7	14,5
Сімферополь (N=300)	14,4	53,8	31,5
Івано-Франківськ (N=150)	13,7	45,6	40,1
Луцьк (N=150)	11,4	86,9	1,7
Полтава (N=200)	9,0	38,5	28,5
Миколаїв (N=301)	6,7	62,9	14,5

* Впорядковано за часткою ЖКС з досвідом у сфері секс-бізнесу до 2-х років (від найбільшої до найменшої).

Частота надання сексуальних послуг за плату

За даними дослідження, незалежно від «стажу» не менше трьох четвертих ЖКС надають сексуальні послуги не рідше 2–3 разів на тиждень (рис. 2.2.3). Тобто навіть щойно залучені до сфери секс-бізнесу ЖКС працюють з доволі високою інтенсивністю.

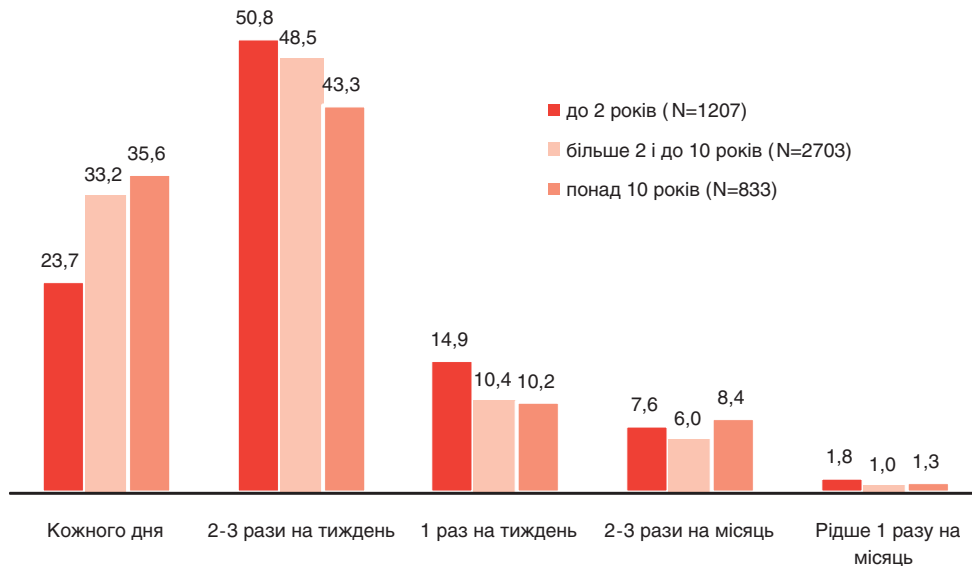


Рис. 2.2.3. Частота надання сексуальних послуг (серед ЖКС з різним стажем), %

Частота надання сексуальних послуг є приблизно однаковою і серед різних за віком ЖКС. Найбільш помітні відмінності стосуються різних за основним способом пошуку клієнтів ЖКС, споживачів і не-споживачів ін'єкційних наркотиків, а також клієнтів і не-клієнтів громадських організацій (табл. 2.2.2).

Так, серед «вуличних» ЖКС 44% повідомили, що вони надавали комерційні секс-послуги щодня або майже щодня, проти «лише» 22% серед ЖКС, які знаходять клієнтів у готелях, саунах, барах та ін., і 20% – серед ЖКС, які знаходять клієнтів через телефон, Інтернет.

Також помітно більш залученими є споживачі ін'єкційних наркотиків. Якщо серед них 43% надають сексуальні послуги щодня або майже щодня, то серед тих, хто не вживає ін'єкційні наркотики, – «лише» 30%. Вочевидь, одним з основних факторів більшої залученості споживачів ін'єкційних наркотиків є потреба здобути гроші для наркотиків.

Набагато інтенсивніше залучені до сфери секс-бізнесу і клієнти громадських організацій – серед них 42% щодня або майже щодня надають комерційні сексуальні послуги проти «лише» 19% серед не-клієнтів. Можна припустити, що до неурядових організацій за допомогою звертаються в першу чергу ті ЖКС, які в найбільшій мірі відчувають ризик унаслідок своєї залученості до сфери секс-бізнесу. Тобто ті ЖКС, які частіше надають сексуальні послуги за плату, частіше також і звертаються до громадських організацій і стають їхніми членами.

Доречно нагадати, що існує перетин між такими характеристиками, як основний спосіб пошуку клієнтів, вживання ін'єкційних наркотиків та належність до громадської організації (див. попередній розділ). Так, серед клієнтів громадських організацій істотно більше представлени «вуличні» ЖКС, а також ЖКС, які вживають ін'єкційні наркотики. Втім, якщо враховувати таку можливу взаємну обумовленість, все одно дещо інтенсивніше залученими до сфери секс-бізнесу є «вуличні» ЖКС, ЖКС, які вживають ін'єкційні наркотики, і клієнти громадських організацій. Причому накладання цих характеристик пов'язане з більшою залученістю до сфери комерційного сексу. Так, відносно найбільш інтенсивно залученими є «вуличні» ЖКС, які вживають ін'єкційні наркотики і які є клієнтами громадських організацій (серед них 58% щодня надають сексуальні послуги за плату), а відносно найменш інтенсивно – не-«вуличні» ЖКС, які не вживають ін'єкційні наркотики і які не є клієнтами громадських організацій (для ЖКС, які переважно знаходять клієнтів у готелях, саунах, барах та ін. і які переважно знаходять клієнтів через телефон, Інтернет, відповідно, 15% і 12%).

Таблиця 2.2.2

Частота надання сексуальних послуг (серед ЖКС, які відрізняють за віком, основним способом пошуку клієнтів, вживання)

Характеристики/ практики	Кожного дня	2–3 рази на тиж- день	1 раз на тиж- день	2–3 рази на місяць	Рідше 1 разу на місяць
Вік					
- 14–24 роки (N=1926)	29,3	49,2	13,4	5,4	1,1
- 25+ років (N=3087)	32,3	47,2	10,1	7,5	1,3
Основний спосіб пошуку					
- вулиця, шосе, вокзал (N=2257)	44,4	45,0	5,7	3,4	0,4
- готелі, сауни, казино тощо (N=1201)	21,5	52,2	15,6	7,0	1,4
- телефон, Інтернет (N=1357)	20,3	49,0	16,8	10,2	1,9
Вживання ін'єкційних наркотиків					
- не вживають ін'єкційні наркотики (N=4511)	30,3	49,4	11,4	6,4	1,0
- вживають ін'єкційні наркотики (N=419)	42,5	34,5	9,2	10,6	3,0
Клієнти / не-клієнти громадських організацій					
- клієнти (N=2622)	41,9	45,4	6,8	3,6	0,8
- не-клієнти (N=2353)	19,2	51,0	16,6	10,3	1,7

2.3. Наявність і кількість сексуальних партнерів

Наявність різних видів сексуальних партнерів

Окрім, зрозуміло, регулярних контактів з комерційними партнерами серед ЖКС також поширені контакти і з постійними, і з випадковими партнерами. Так, за останній тиждень 97% ЖКС мали принаймні одного клієнта, а кожна третя ЖКС (33%) також повідомила, що мала до того ж принаймні одного постійного партнера (рис. 2.3.1). Кожна десята ЖКС (12%) за останній тиждень також мала принаймні одного випадкового партнера.

Якщо аналізувати (не) наявність некомерційних партнерів за останній рік, то ще більше ЖКС мають окрім комерційних також інших партнерів – половина ЖКС (51%) за останній рік мала щонайменше одного постійного, а третина ЖКС (34%) – щонайменше одного випадкового.

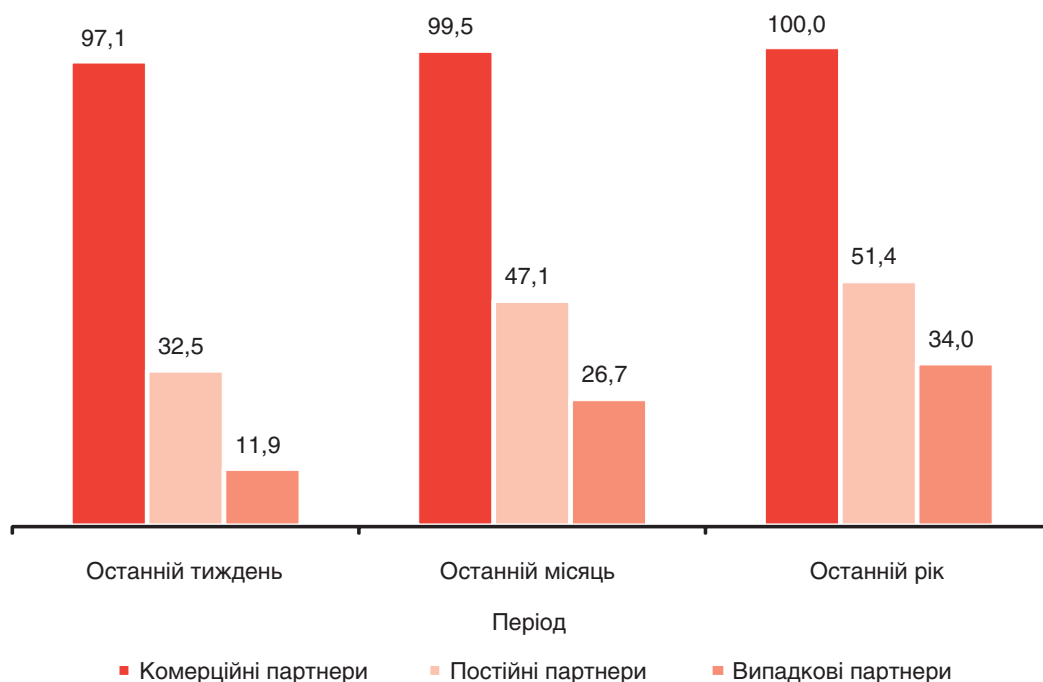


Рис. 2.3.1. Частка ЖКС, які мали відповідного сексуального партнера за останній тиждень, місяць і рік, %

Помітні відмінності стосовно наявності постійних і випадкових партнерів простежуються серед ЖКС різних міст. Як можна побачити нижче в табл. 2.3.1, наприклад, в Одесі лише 1% ЖКС впродовж останнього тижня мали постійних партнерів, водночас як в Хмельницькому таких було аж 65%. Виразні коливання залежно від міста простежуються і у випадку випадкових партнерів – від 2% у Чернігові, Житомирі, Луганську до 30% у Львові.

Таблиця 2.3.1

**Наявність різних типів сексуальних партнерів
(регіональний розріз)*, %**

Місто	Останній тиждень			Останній місяць			Останній рік		
	Комерційні партнери	Постійні партнери	Випадкові партнери	Комерційні партнери	Постійні партнери	Випадкові партнери	Комерційні партнери	Постійні партнери	Випадкові партнери
Одеса (N=300)	87,3	1,0	11,6	100,0	9,7	27,2	100,0	17,8	31,0
Луганськ (N=150)	100,0	14,0	2,4	100,0	14,0	2,5	100,0	14,0	2,5
Вінниця (N=150)	100,0	20,0	19,6	100,0	23,8	26,0	100,0	27,8	31,1
Чернігів (N=150)	100,0	23,1	1,4	100,0	74,7	17,2	100,0	81,4	21,6
Житомир (N=150)	99,1	23,2	1,7	100,0	24,5	1,7	100,0	25,1	1,7
Запоріжжя (N=200)	93,5	23,8	9,8	99,7	36,9	17,2	100,0	44,3	23,5
Ужгород (N=150)	93,7	24,8	11,6	99,4	58,8	51,8	100,0	60,5	53,5
Донецьк (N=302)	93,5	28,1	11,8	96,6	50,0	27,8	100,0	55,2	33,1
Полтава (N=200)	65,5	28,5	14,0	100,0	34,0	19,5	100,0	36,5	22,0
Рівне (N=150)	100,0	28,5	5,7	100,0	47,4	31,6	100,0	58,7	47,0
Кіровоград (N=150)	84,0	30,3	19,7	99,3	42,8	27,0	100,0	43,4	27,7
Дніпропетровськ (N=300)	96,8	30,4	2,9	100,0	45,4	5,3	100,0	58,1	15,0
Львів (N=200)	99,6	32,5	29,5	100,0	74,7	76,6	100,0	74,7	77,5
Тернопіль (N=150)	100,0	34,0	22,0	100,0	56,7	48,7	100,0	56,7	48,7
Чернівці (N=150)	98,5	34,5	4,8	100,0	38,3	5,3	100,0	38,3	5,3
Сімферополь (N=300)	100,0	35,1	15,2	100,0	44,7	32,9	100,0	49,2	55,8
Миколаїв (N=301)	98,7	35,4	22,8	100,0	44,8	27,5	100,0	46,1	28,8
Київ (N=300)	87,4	35,8	9,8	98,1	54,9	30,8	100,0	62,1	48,5
Луцьк (N=150)	98,9	37,8	6,6	100,0	44,1	21,2	100,0	53,8	59,3
Черкаси (N=150)	81,6	44,8	5,3	98,2	61,0	43,7	100,0	73,0	64,3
Харків (N=300)	100,0	45,5	3,5	100,0	57,1	16,2	100,0	57,4	16,2
Івано-Франківськ (N=150)	92,1	47,7	26,8	100,0	61,4	50,3	100,0	62,7	50,3
Суми (N=150)	100,0	47,8	14,9	100,0	69,0	26,2	100,0	69,0	27,4
Херсон (N=202)	99,3	51,6	14,0	100,0	57,0	23,3	100,0	57,5	26,6
Хмельницький (N=150)	93,3	64,8	5,8	100,0	68,8	23,9	100,0	69,4	39,1

* Впорядковано за часткою ЖКС, які мали постійних партнерів за останній тиждень (від найменшої до найбільшої).

Комерційні партнери

За даними дослідження, більшість ЖКС (51%) мали від 1-го до 5-ти комерційних партнерів за останній тиждень (рис. 2.3.2). Четверть ЖКС (23%) мали від 6-ти до 10-ти комерційних партнерів, майже стільки ж (21%) – більше 10-ти комерційних партнерів. Середня кількість комерційних партнерів за останній тиждень становить 7,6 (стандартне відхилення – 8,2).

Порівняно з 2008–2009 роками в структурі ЖКС за даними опитування 2011 року трохи стало більше тих, хто мав від 1-го до 5-ти комерційних партнерів (51% проти 44% у структурі ЖКС за даними опитування 2008–2009 років, $p < 0,01$) і менше – тих, хто мав від 11-ти до 20-ти комерційних партнерів (14% проти 18%, $p < 0,01$). А середня кількість комерційних партнерів зменшилася з 8,5 (стандартне відхилення – 8,5) до 7,6 ($p < 0,01$).

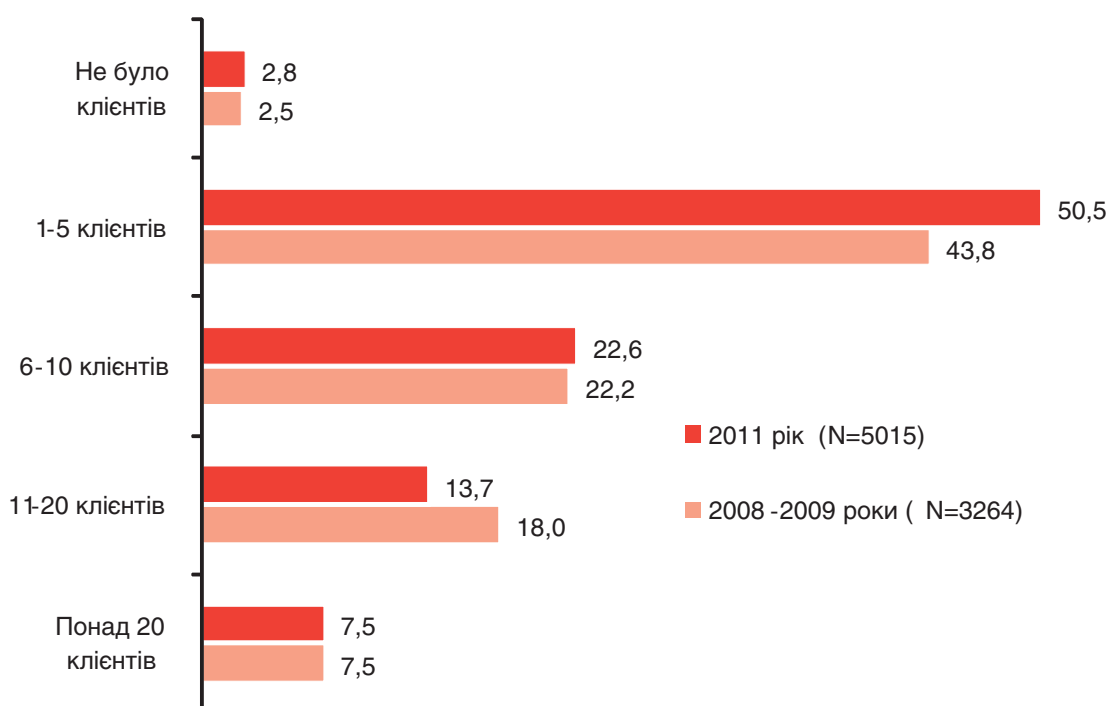


Рис. 2.3.2. Відсотковий розподіл за кількістю комерційних партнерів за останній тиждень, %

Ситуація суттєво варіює від міста до міста. Так, найбільшу кількість комерційних партнерів мали опитані ЖКС Сімферополя – 81% ЖКС міста мали за останній тиждень більше 20-ти комерційних партнерів (табл. 2.3.2). Причому за кількістю комерційних партнерів ЖКС Сімферополя помітно випереджають усіх інших ЖКС з інших міст. Можливо, це пов'язано з тим, що Сімферополь є столицею кримської автономії, яка є основним українським курортом. Тобто через Сімферополь улітку (коли проводилося опитування) проходить велика кількість людей-потенційних комерційних партнерів, що зумовлює такі помітні відмінності у середній кількості комерційних партнерів. Найменшу кількість клієнтів мають ЖКС Черкас та ЖКС Чернігова.

Таблиця 2.3.2

**Розподіл ЖКС за кількістю комерційних партнерів
за останній тиждень (регіональний розріз)***

Місто	% ЖКС, які мали відповідну кількість клієнтів					Середня кількість клієнтів**
	Не було клієнтів	1-5 клієнтів	6-10 клієнтів	11-20 клієнтів	Понад 20 клієнтів	
Сімферополь (N1=300, N2=300)***	0,0	0,6	0,8	17,2	81,4	24,1
Житомир (N1=150, N2=149)	0,0	6,3	37,2	39,9	15,7	14,3
Полтава (N1=200, N2=131)	0,0	13,5	19,5	23,5	9,0	13,5
Львів (N1=200, N2=199)	0,0	9,1	39,6	40,5	10,3	12,4
Вінниця (N1=150, N2=150)	0,0	9,0	35,6	54,1	1,3	12,0
Кіровоград (N1=150, N2=139)	8,7	46,5	12,5	11,8	13,2	11,6
Луганськ (N1=150, N2=151)	0,0	22,0	27,4	49,6	0,9	10,1
Дніпропетровськ (N1=300, N2=300)	3,2	37,8	29,4	28,4	1,2	8,1
Рівне (N1=150, N2=150)	0,0	51,0	27,9	13,9	7,2	7,7
Миколаїв (N1=301, N2=298)	0,3	47,0	32,1	15,6	4,0	7,6
Одеса (N1=300, N2=276)	4,8	42,0	34,7	9,4	1,2	6,5
Харків (N1=300, N2=300)	0,0	55,2	35,1	8,5	1,2	6,2
Хмельницький (N1=150, N2=142)	1,3	56,6	29,6	5,1	1,9	5,7
Чернівці (N1=150, N2=149)	1,0	55,7	35,1	7,0	0,8	5,6
Луцьк (N1=150, N2=150)	1,1	63,9	27,7	5,3	1,9	5,5
Тернопіль (N1=150, N2=150)	0,0	74,7	22,0	2,0	1,3	4,6
Івано-Франківськ (N1=150, N2=144)	3,7	70,7	12,8	8,5	0,0	4,1
Суми (N1=150, N2=151)	0,0	70,9	27,0	2,1	0,0	3,9
Ужгород (N1=150, N2=145)	2,7	68,4	23,3	2,0	0,0	3,8
Київ (N1=300, N2=299)	11,1	70,8	13,1	3,2	0,9	3,5
Запоріжжя (N1=200, N2=201)	6,9	78,1	12,1	2,6	0,1	3,2
Донецьк (N1=302, N2=295)	3,3	79,4	13,6	0,7	0,1	3,1
Херсон (N1=202, N2=202)	0,7	87,6	10,0	1,2	0,4	3,1
Черкаси (N1=150, N2=151)	17,7	70,0	10,7	1,6	0,0	2,4
Чернігів (N1=150, N2=152)	0,0	99,6	0,4	0,0	0,0	2,1

* Впорядковано за середньою кількістю клієнтів на тиждень (від найбільшої до найменшої).

** Оскільки RDSAT не дає змоги розраховувати середні значення, розрахунки для міст, де реалізувалася методика RDS, були проведені в SPSS з використанням вагів, експортованих з RDSAT.

*** N1 – зважена кількість усіх респондентів-ЖКС, N2 – зважена кількість респондентів-ЖКС, які відповіли на запитання.

Найбільш різкі відмінності стосовно кількості клієнтів мають різні за основним способом пошуку клієнтів категорії ЖКС. Так, помітно більше комерційних партнерів впродовж тижня мають «вуличні» ЖКС – якщо серед

них кожна третя (33%) мала більше 10-ти клієнтів, то серед тих, хто в основному знаходить клієнтів в готелях, саунах, барах та ін. – 13% ($p < 0,01$), серед тих, хто знаходить в основному через телефон, Інтернет – 12% ($p < 0,01$). Взагалі, серед умовно «вуличних» ЖКС кількість комерційних партнерів становить 10,5 на тиждень (стандартне відхилення – 10,0) проти відповідно 5,7 (стандартне відхилення – 5,4) ($p < 0,01$) і 5,0 (стандартне відхилення – 5,1) в інших двох категоріях за основним способом пошуку клієнтів ($p < 0,01$).

Результати проведеного дослідження також показують, що більш молоді ЖКС мають менше комерційних партнерів – у середньому 7,0 (стандартне відхилення – 8,2) серед ЖКС у віці до 25-ти років проти 7,9 (стандартне відхилення – 8,1) серед ЖКС у віці більше 25-ти років ($p < 0,01$).

Деяко менше комерційних партнерів було також і серед тих, хто не вживає ін'єкційні наркотики, – 7,5 (стандартне відхилення – 7,6) проти 8,6 (стандартне відхилення – 13,0) серед споживачів ін'єкційних наркотиків.

Увагу також варто звернути на те, що за даними дослідження клієнти громадських організацій мають у середньому удвічі більше комерційних партнерів, ніж ЖКС, які не є клієнтами жодної організації, – 9,9 (стандартне відхилення – 9,5) проти 5,0 (стандартне відхилення – 5,2) ($p < 0,01$).

Оскільки наведені вище характеристики перетинаються, до певної міри відмінності обумовлюються одна одною. Втім, якщо враховувати вплив інших змінних як опосередкованих, то все одно простежується тенденція, що «вуличні» ЖКС, ЖКС, які вживають ін'єкційні наркотики, а також клієнти громадських організацій в середньому мають децю більше клієнтів на тиждень.

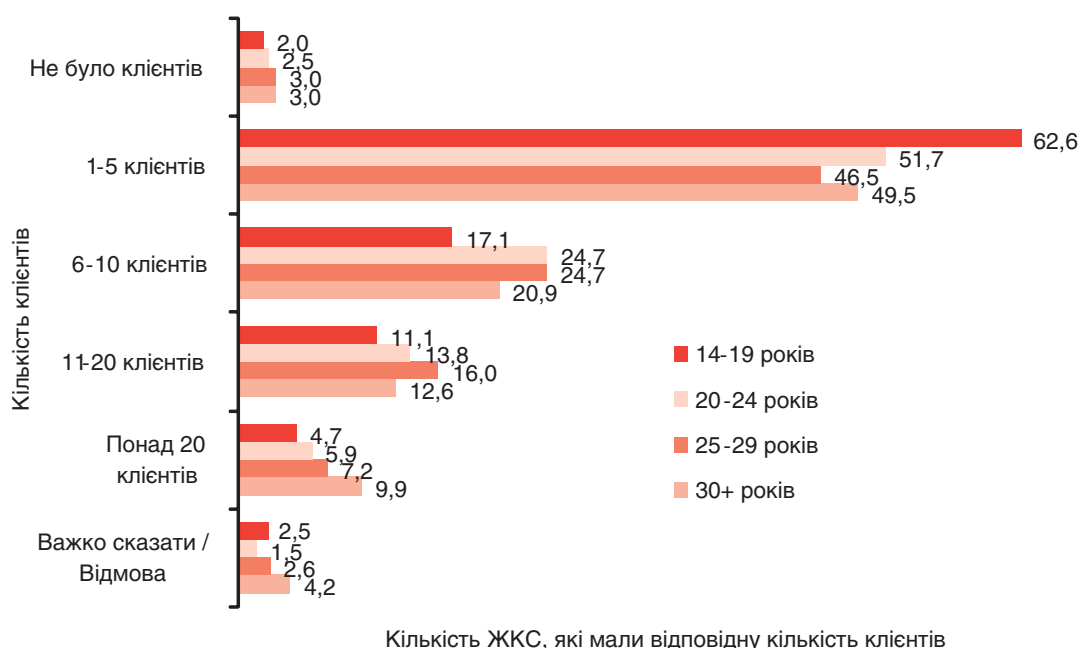


Рис. 2.3.3. Частка ЖКС, які мали відповідну кількість комерційних партнерів за останню добу, %

Потрібно також відзначити, що ВІЛ-інфіковані ЖКС (визначені за результатами тестування швидкими тестами) у середньому також мають менше комерційних партнерів – 6,5 (стандартне відхилення – 7,3) проти 7,7 (стан-

дартне відхилення – 8,2) серед ЖКС, які не інфіковані ВІЛ ($p < 0,01$). Причому якщо серед ЖКС, які самі знають (думають), що вони ВІЛ-інфіковані, середня кількість клієнтів за тиждень становить 5,4 (стандартне відхилення – 5,8), то серед ЖКС, які самі знають (думають), що вони не інфіковані ВІЛ, – 8,7 (стандартне відхилення – 9,5) ($p < 0,01$). Можливо, мова йде про те, що, знаючи про свій ВІЛ-статус, деякі ЖКС модифікують у зв'язку з ним свою сексуальну поведінку.

У рамках опитування респондентам також ставилося запитання про кількість комерційних партнерів за останню робочу добу. Середня кількість клієнтів за останню добу, як показали результати дослідження, становить 1,9 (стандартне відхилення – 1,7). Загалом же, 20% ЖКС взагалі не мали жодного клієнта за останній день (рис. 2.3.3). Більшість же ЖКС (52%) мали 1–2-х клієнтів, чверть (27%) – більше 2-х клієнтів. Тенденції стосовно кількості комерційних партнерів за останню добу серед ЖКС окремих міст і категорій, здебільшого, повторюють ті самі, як і у випадку кількості клієнтів за тиждень. Тому на цьому питанні ми не будемо детально зупинятися.

Некомерційні партнери

Як відзначалося вище, дві третини ЖКС (67%) взагалі не мали за останній тиждень постійних партнерів (рис. 2.3.4). Кожна четверта ЖКС (29%) мала одного постійного партнера, 4% повідомили про двох або більше. Взагалі середня кількість постійних партнерів у ЖКС становить за результатами опитування 0,4 (стандартне відхилення – 0,6) за останній тиждень.

Кількість випадкових партнерів ще нижча – 88% ЖКС взагалі не мали випадкових партнерів, 8% мали одного, а 4% – двох або більше випадкових партнерів. Середня кількість випадкових партнерів – 0,2 (стандартне відхилення – 0,6).

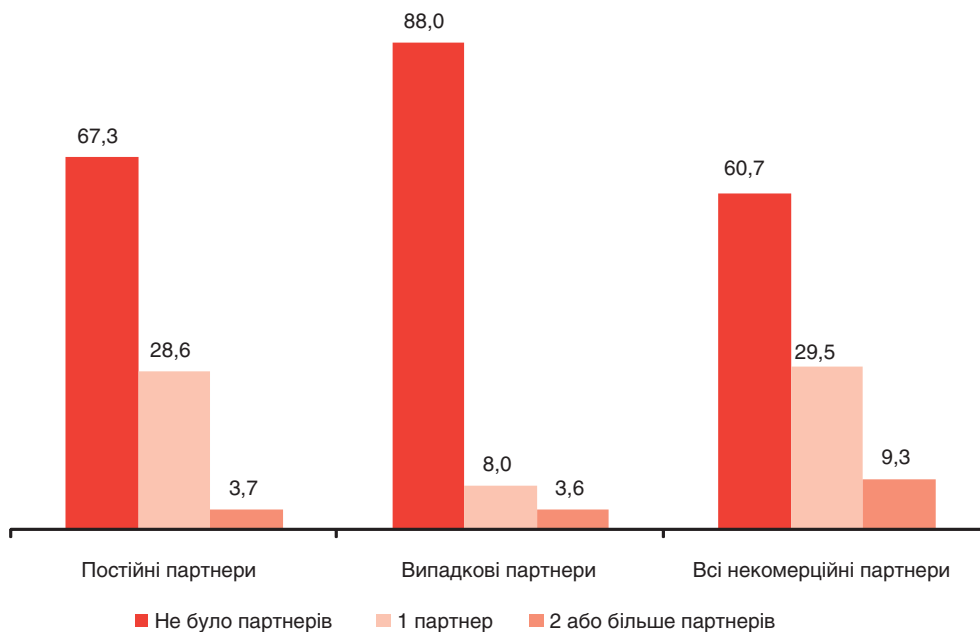


Рис. 2.3.4. Частка ЖКС, які мали відповідну кількість некомерційних партнерів за останній тиждень, %

Нижче в табл. 2.3.3 дані стосовно некомерційних партнерів наведені у регіональному розрізі.

Таблиця 2.3.3

**Некомерційні партнери за останній тиждень
(регіональний розріз)*, %**

Місто	Постійні партнери				Випадкові партнери				Всі некомерційні партнери			
	Не було партнерів	1 партнер	2 або більше партнерів	Середня кількість**	Не було партнерів	1 партнер	2 або більше партнерів	Середня кількість**	Не було партнерів	1 партнер	2 або більше партнерів	Середня кількість**
Хмельницький (N1=150, N2=150, N3=150, N4=150)***	35,2	60,3	4,5	0,7	94,2	4,6	1,3	0,1	33,3	58,3	8,4	0,8
Херсон (N1=202, N2=202, N3=202, N4=202)	48,4	48,8	2,8	0,6	86,0	11,2	2,8	0,2	43,2	44,7	12,1	0,7
Харків (N1= 300, N2=300, N3=300, N4=300)	54,5	44,2	1,3	0,5	96,5	2,8	0,7	0,0	53,4	43,2	3,4	0,5
Черкаси (N1=150, N2=151, N3=151, N4=151)	55,2	40,6	4,2	0,5	94,7	5,3	0,0	0,0	52,1	42,9	5,0	0,5
Суми (N1=151, N2=151, N3=151, N4=151)	52,2	39,1	8,7	0,6	84,6	11,1	4,3	0,2	47,0	36,3	16,7	0,8
Луцьк (N1=150, N2=150, N3=150, N4=150)	62,2	34,9	2,9	0,4	93,4	6,0	0,6	0,1	57,6	37,8	4,6	0,5
Сімферополь (N1=300, N2=299, N3=300, N4=299)	64,9	34,6	0,2	0,4	84,8	14,0	1,1	0,2	54,5	39,4	5,9	0,5
Київ (N1=300, N2=299, N3=299, N4=299)	63,8	33,7	1,9	0,4	88,8	6,8	3,5	0,2	57,5	34,2	7,4	0,5
Івано-Франківськ (N1=150, N2=149, N3=149, N4=149)	52,3	33,7	13,4	0,7	73,2	20,1	6,1	0,3	44,4	29,4	25,6	1,0
Чернівці (N1=150, N2=150, N3=150, N4=150)	65,5	33,0	1,5	0,4	95,2	3,3	1,5	0,1	63,8	32,2	4,1	0,5
Тернопіль (N1=150, N2=150, N3=150, N4=150)	66,0	32,7	1,3	0,4	78,0	21,3	0,7	0,2	52,7	38,0	9,3	0,6
Дніпропетровськ (N1=300, N2=300, N3=300, N4=300)	69,6	30,1	0,3	0,3	97,1	2,9	0,0	0,0	66,9	32,5	0,6	0,3
Кіровоград (N1=150, N2=150, N3=150, N4=150)	69,7	29,7	0,7	0,3	80,3	13,6	6,2	0,4	54,6	34,6	10,8	0,7

Місто	Постійні партнери				Випадкові партнері				Всі некомерційні партнери			
	Не було партнерів	1 партнер	2 або більше партнерів	Середня кількість**	Не було партнерів	1 партнер	2 або більше партнерів	Середня кількість**	Не було партнерів	1 партнер	2 або більше партнерів	Середня кількість**
Львів (N1=200, N2=199, N3=199, N4=199)	67,5	28,1	3,9	0,4	70,5	16,4	12,6	0,5	51,8	26,4	21,4	0,8
Рівне (N1= 150, N2=150, N3=150, N4=150)	71,5	27,9	0,6	0,3	94,3	3,9	1,8	0,1	66,3	31,3	2,4	0,4
Чернігів (N1=150, N2=152, N3=152, N4=152)	76,9	23,1	0,0	0,2	98,6	1,4	0,0	0,0	75,4	24,6	0,0	0,3
Миколаїв (N1=301, N2=299, N3=300, N4=299)	64,6	24,2	10,6	0,5	77,2	15,6	7,0	0,3	52,3	26,2	20,9	0,8
Полтава (N1=200, N2=195, N3=198, N4=195)	71,5	23,5	2,5	0,3	86,0	5,5	7,5	0,2	64,5	21,0	12,0	0,5
Запоріжжя (N1=200, N2=201, N3=201, N4=201)	75,9	21,7	2,2	0,3	89,6	5,6	4,5	0,1	69,3	24,2	6,3	0,4
Житомир (N1=150, N2=150, N3=150, N4=150)	76,8	21,5	1,7	0,3	98,3	0,0	1,7	0,1	76,0	20,6	3,4	0,4
Донецьк (N1=302, N2=297, N3=295, N4=295)	69,2	19,8	8,7	0,4	85,4	7,0	4,6	0,2	62,5	21,8	12,8	0,6
Ужгород (N1=150, N2=150, N3=148, N4=148)	75,2	16,2	8,6	0,4	88,4	9,3	1,1	0,1	71,3	16,6	10,9	0,5
Вінниця (N1=150, N2=150, N3=150, N4=150)	80,0	12,9	7,1	0,3	80,4	10,0	9,7	0,3	70,2	14,0	15,7	0,6
Луганськ (N1=150, N2=151, N3=151, N4=151)	85,9	7,9	6,2	0,2	97,6	0,0	2,4	0,1	86,0	7,1	6,9	0,3
Одеса (N1= 300, N2=300, N3=298, N4=298)	99,0	0,6	0,3	0,0	88,4	3,7	7,3	0,2	87,8	4,4	7,3	0,2

* Впорядковано за часткою ЖКС, які мали 1-го постійного партнера (від найбільшої до найменшої).

** Оскільки RDSAT не дає змоги розраховувати середні значення, розрахунки для міст, де реалізувалася методика RDS, були проведені в SPSS з використанням вагів, експортованих з RDSAT.

*** N1 – зважена кількість усіх респондентів-ЖКС (для стовпчиків, де наводиться %), N2 – зважена кількість респондентів-ЖКС, які відповіли на запитання стосовно кількості постійних партнерів (для розрахунку середнього значення), N3 – зважена кількість респондентів-ЖКС, які відповіли на запитання стосовно кількості випадкових партнерів (для розрахунку середнього значення), N4 – зважена кількість респондентів-ЖКС, які відповіли на запитання стосовно кількості некомерційних партнерів (для розрахунку середнього значення).

2.4. Практики використання презервативів

Використання презервативів під час сексу з комерційними партнерами

За результатами проведеного 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 статевих контакту». Станом на 2011 рік значення показника – 92% (95% довірчі інтервали – 91,2%–92,8%), що навіть дещо перевищує значення 2008–2009 років – 88% (95% довірчі інтервали – 87,3%–89,5%, $p < 0,01$) (рис. 2.4.1).

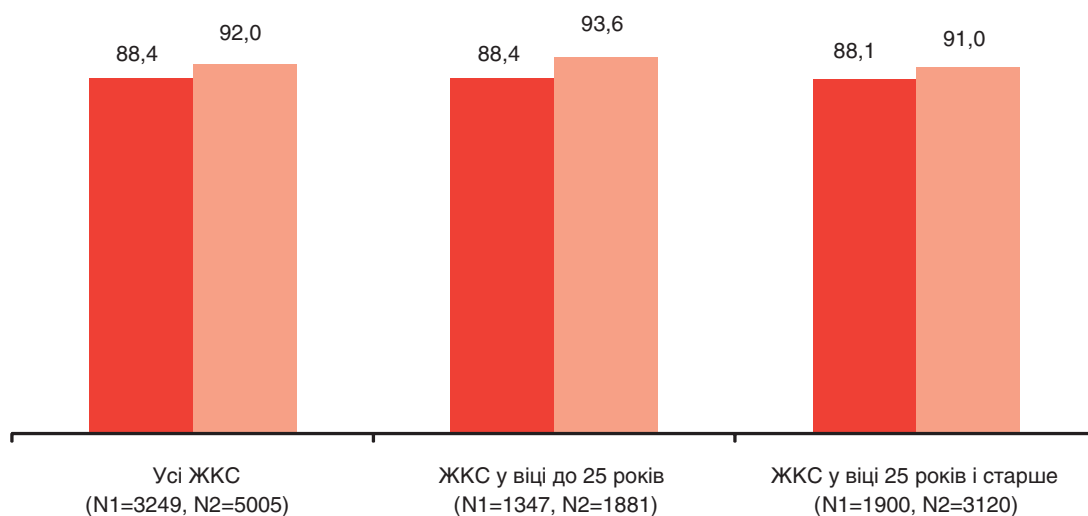


Рис. 2.4.1. Національний показник «Відсоток ЖКС, які протягом останніх 12-ти місяців надавали сексуальні послуги за плату та повідомили про використання презерватива під час останнього платного статевих контакту», %

Значення національного показника не відрізняється серед ЖКС у віці до 25 років (89%) і ЖКС у віці понад 25 років (88%, $p > 0,05$), хоча серед обох категорій значення показника дещо зросло.

У регіональному розрізі значення національного показника коливається від «лише» 72% у випадку ЖКС Києва до 100% серед ЖКС Дніпропетровська і Харкова (табл. 2.4.1). Серед окремих вікових категорій ЖКС показник користування презервативами також є дуже високим. Виняток становлять лише молоді ЖКС (у віці до 25-ти років) Івано-Франківська, серед яких значення показника лише 58%.

Варто зазначити, що навіть у випадку, коли останній контакт був оральним, 85% ЖКС повідомили про використання презерватива (рис. 2.4.2).

Таблиця 2.4.1

Національний показник «Відсоток ЖКС, які протягом останніх 12-ти місяців надавали сексуальні послуги за плату та повідомили про використання презерватива під час останнього платного статевого контакту» (регіональний розріз)*, %

Місто	Усі ЖКС		ЖКС у віці до 25-ти років**		ЖКС у віці понад 25 років**	
	2008–2009	2011	2008–2009	2011	2008–2009	2011
Вінниця (N1=150, N2=150, N3=42, N4=76, N5=108, N6=74)***	97,1	83,9	100,0	79,6	95,9	88,4
Дніпропетровськ (N1=100, N2=300, N3=39, N4=141, N5=61, N6=159)**	77,7	100,0	88,3	100,0	70,4	100,0
Донецьк (N1=150, N2=302, N3=49, N4=63, N5=101, N6=239)	87,5	87,9	78,1	96,3	90,0	84,9
Житомир (N1=150, N2=150, N3=103, N4=31, N5=47, N6=119)	79,3	99,4	77,7	97,0	83,0	100,0
Запоріжжя (N1=150, N2=200, N3=29, N4=50, N5=121, N6=150)	76,2	84,1	84,0	89,1	72,9	83,2
Івано-Франківськ (N1=150, N2=150, N3=50, N4=33, N5=100, N6=117)	83,3	84,5	88,0	57,5	81,0	92,2
Київ (N1=255, N2=300, N3=50, N4=88, N5=205, N6=208)	89,9	71,6	89,3	72,8	90,7	71,0
Кіровоград (N1=100, N2=150, N3=41, N4=45, N5=59, N6=105)	83,2	91,3	77,2	92,5	87,3	90,8
Луганськ (N1=100, N2=150, N3=47, N4=71, N5=53, N6=79)	91,4	99,2	94,9	100,0	87,2	98,3
Луцьк (N1=100, N2=150, N3=49, N4=63, N5=51, N6=87)	64,0	91,6	61,2	94,1	66,7	89,7
Львів (N1=95, N2=200, N3=45, N4=65, N5=50, N6=135)	85,4	97,5	74,2	100,0	92,5	96,3
Миколаїв (N1=100, N2=301, N3=30, N4=101, N5=70, N6=200)	98,0	97,7	100,0	99,0	97,1	97,0
Одеса (N1=100, N2=300, N3=55, N4=135, N5=45, N6=165)	97,1	99,5	97,3	100,0	96,7	99,0
Полтава (N1=150, N2=200, N3=42, N4=19, N5=108, N6=181)	83,3	79,0	90,5	89,5	80,6	77,9
Рівне (N1=152, N2=150, N3=50, N4=36, N5=102, N6=114)	95,8	91,5	96,2	88,8	95,6	92,4

Місто	Усі ЖКС		ЖКС у віці до 25-ти років**		ЖКС у віці понад 25 років**	
	2008–2009	2011	2008–2009	2011	2008–2009	2011
Сімферополь (N1=150, N2=300, N3=86, N4=99, N5=64, N6=201)	100,0	98,7	100,0	99,2	100,0	98,5
Суми (N1=100, N2=151, N3=51, N4=61, N5=49, N6=90)	86,0	97,1	84,3	94,6	87,8	97,9
Тернопіль (N1=150, N2=150, N3=80, N4=109, N5=70, N6=41)	90,0	94,7	92,5	95,4	87,1	92,7
Ужгород (N1=100, N2=150, N3=63, N4=102, N5=37, N6=48)	74,0	91,9	73,0	94,4	75,7	86,5
Харків (N1=148, N2=300, N3=64, N4=132, N5=84, N6=168)	97,1	100,0	98,8	100,0	93,5	100,0
Херсон (N1=100, N2=202, N3=44, N4=109, N5=56, N6=93)	95,0	94,4	90,9	96,6	98,2	91,8
Хмельницький (N1=101, N2=150, N3=46, N4=65, N5=55, N6=85)	86,7	87,4	93,6	88,9	81,0	86,3
Черкаси (N1=95, N2=150, N3=29, N4=43, N5=66, N6=107)	89,4	96,8	83,1	100,0	93,9	95,4
Чернівці (N1=151, N2=150, N3=79, N4=55, N5=72, N6=95)	97,4	93,2	98,7	94,8	95,8	92,2
Чернігів (N1=150, N2=150, N3=88, N4=89, N5=62, N6=61)	92,2	78,9	90,6	83,5	96,0	74,2

* Впорядковано за часткою ЖКС, які користувалися презервативом під час останнього платного сексуального контакту, серед усіх ЖКС, які були опитані в 2011 році (від найвищої до найнижчої).

** В деяких випадках кількість респондентів, для яких розраховувався %, менша за 50, тому дані не можна вважати статистично надійними. Втім, їх можна використовувати для оцінки тенденцій.

*** N1 – зважена кількість усіх респондентів-ЖКС, які були опитані в 2008–2009 роках, N2 – зважена кількість усіх респондентів-ЖКС, які були опитані в 2011 році, N3 – зважена кількість усіх респондентів-ЖКС у віці до 25-ти років, які були опитані в 2008–2009 роках, N4 – зважена кількість усіх респондентів-ЖКС у віці до 25-ти років, які були опитані в 2011 році, N5 – зважена кількість усіх респондентів-ЖКС у віці понад 25-ти років, які були опитані в 2008–2009 роках, N6 – зважена кількість усіх респондентів-ЖКС у віці понад 25-ти років, які були опитані в 2011 році.

Серед окремих категорій ЖКС (за основним способом пошуку клієнтів, за статусом клієнт/не-клієнт громадської організації, за вживанням ін'єкційних наркотиків, за ВІЛ-статусом) за даними дослідження, здебільшого, не менше дев'яти десятих користувалися презервативами під час останнього платного контакту.

Втім, водночас третина ЖКС (37%) готові за певних обставин (з постійним клієнтом, якого добре знає, за умови додаткової оплати, з клієнтом, якому довіряє, тощо) надати секс-послуги без використання презерватива (рис. 2.4.3). Ще 2% ЖКС взагалі повідомили, що завжди можуть надати сексуальні послуги без презерватива. Тобто хоча абсолютна більшість ЖКС і відповіла, що останнього разу використовувала презерватив, але значна частина все одно припускає можливість і не використовувати його.

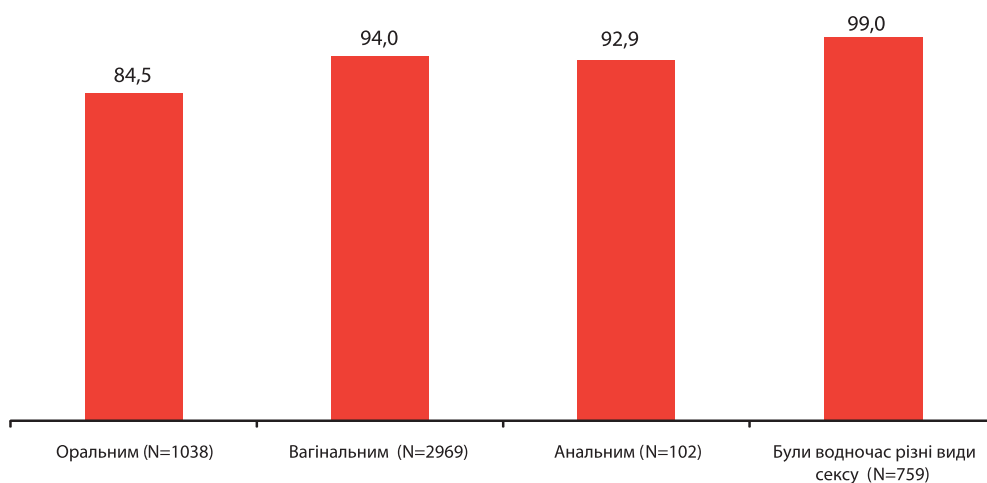


Рис. 2.4.2. Національний показник «Відсоток ЖКС, які протягом останніх 12-ти місяців надавали сексуальні послуги за плату та повідомили про використання презерватива під час останнього платного статевих контакту» (залежно від виду останнього сексуального контакту), %

Варто також відзначити, що порівняно з 2008–2009 роками, загалом, кількість тих, хто за жодних обставин не погодиться не використовувати презерватив під час сексу з клієнтами, зросла з 47% до 60% ($p < 0,01$). Натомість кількість тих, хто припускає таку можливість за певних обставин, зменшилася з 44% до 37% ($p < 0,01$), а кількість тих, хто завжди готовий на секс без презерватива, – з 7% до 2% ($p < 0,01$). Тобто, за останні кілька років простежується позитивна динаміка з цього питання.

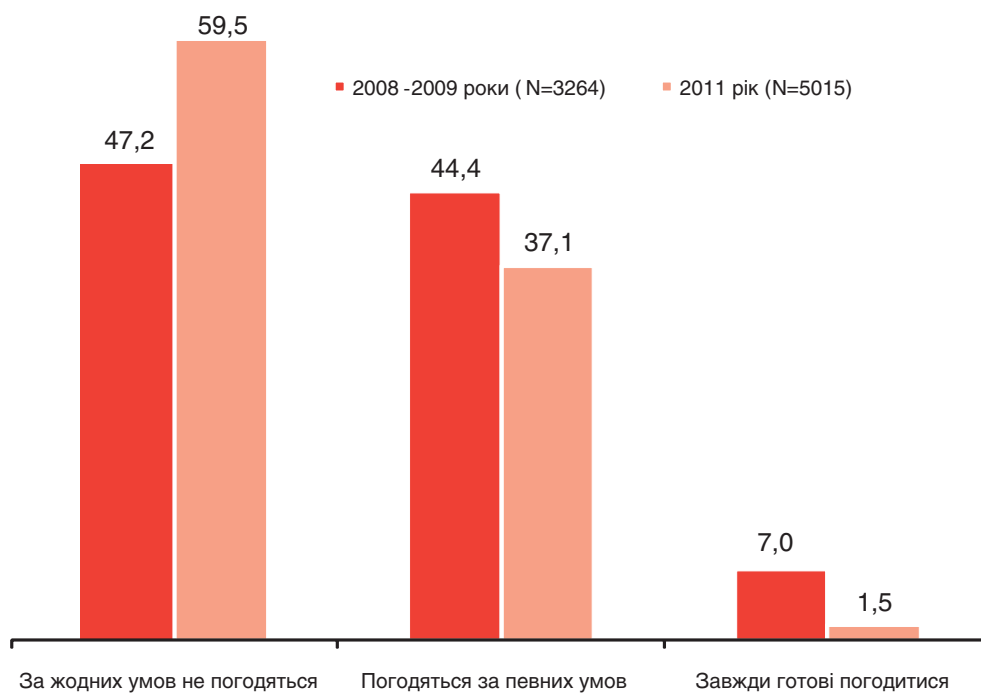


Рис. 2.4.3. Можливість надання секс-послуг без використання презерватива, %

Згідно даних табл. 2.4.2, орієнтованість на постійне використання презервативів суттєво варіює від міста до міста. Так, серед ЖКС Житомира і Дніпропетровська найбільше тих, хто за жодних обставин не готовий на надання секс-послуг без презерватива (відповідно, 96% і 95%). Найменше ж таких ЖКС в Ужгороді (12%) та Чернігові (8%).

Таблиця 2.4.2

Можливість надання секс-послуг без використання презерватива (регіональний розріз)*, %

Місто	Завжди готові погодитися	Погодяться за певних умов	За жодних умов не погодяться
Житомир (N=150)	0,0	3,8	96,2
Дніпропетровськ (N=300)	0,0	4,6	95,1
Одеса (N=300)	0,3	9,0	87,8
Чернівці (N=150)	0,0	19,3	80,7
Сімферополь (N=300)	0,2	26,4	73,4
Тернопіль (N=150)	0,7	26,7	72,7
Харків (N=300)	6,8	23,9	69,3
Миколаїв (N=301)	0,3	28,9	69,1
Херсон (N=202)	3,9	26,7	69,0
Кіровоград (N=150)	0,7	21,9	68,1
Львів (N=200)	0,0	34,5	65,0
Вінниця (N=150)	0,6	34,7	64,6
Черкаси (N=150)	1,4	33,0	61,8
Донецьк (N=302)	0,2	39,9	56,9
Луцьк (N=150)	0,0	43,5	56,5
Суми (N=150)	0,0	46,6	53,4
Київ (N=300)	5,2	48,8	45,4
Хмельницький (N=150)	0,0	47,6	41,8
Полтава (N=200)	0,0	44,5	40,0
Запоріжжя (N=200)	2,8	58,4	38,5
Рівне (N=150)	1,5	66,5	32,0
Луганськ (N=150)	0,5	68,4	31,1
Івано-Франківськ (N=150)	1,8	71,8	21,2
Ужгород (N=150)	7,0	80,9	11,5
Чернігів (N=150)	0,0	94,4	5,6

* Впорядковано за часткою ЖКС, які за жодних обставин не готові надавати секс-послуги без використання презерватива (від найвищої до найнижчої).

Серед окремих категорій ЖКС ситуація з готовністю надавати секс-послуги без використання презерватива приблизно однакова. Варто лише відзначити, що серед клієнтів громадських організацій дещо більше тих, хто за жодних умов не готовий на секс без презерватива, – 67% проти 60% серед не-клієнтів ($p < 0,01$). Також доцільно звернути увагу на той факт, що серед ЖКС, які тестувалися на ВІЛ і знають, що вони ВІЛ-інфіковані, третина (31%) припускає можливість надання секс-послуг без презерватива.

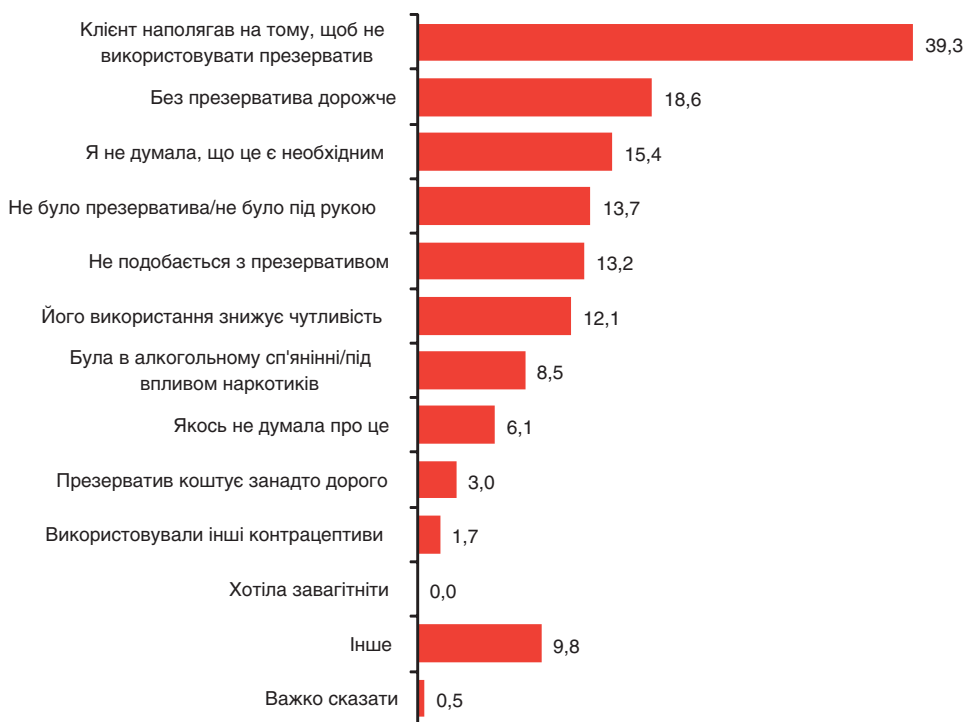


Рис. 2.4.4. Причини невикористання презервативу під час останнього контакту з комерційним партнером, % (N=355)

Якщо ж говорити про реальні практики невикористання презервативів, то найбільш популярною причиною є наполягання комерційного партнера – 39% ЖКС, які останнього разу не використовували презерватив, відмітили цю причину (рис. 2.4.4). Решта причин не використовувати презервативи є істотно менш поширеними.

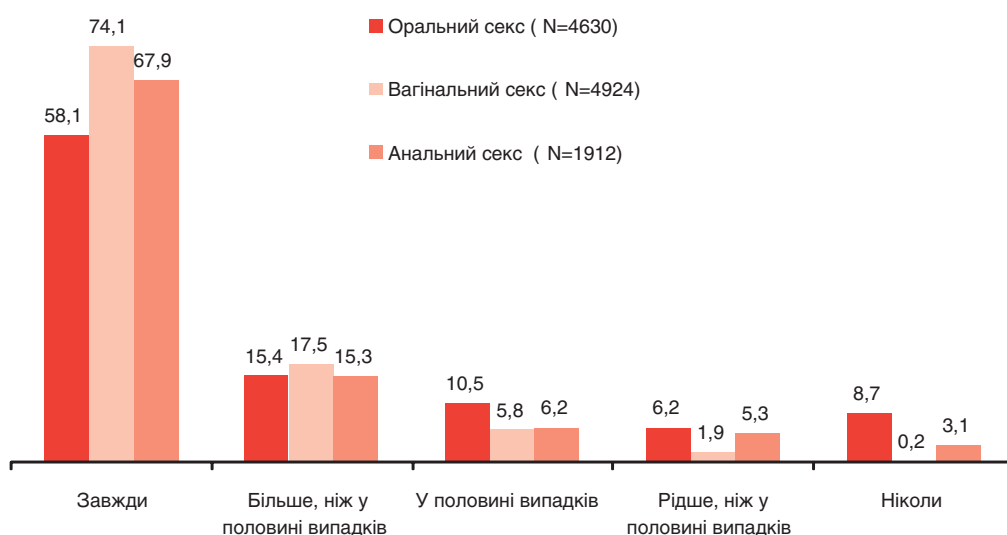


Рис. 2.4.5. Частота користування презервативами з комерційними партнерами протягом останнього місяця (серед тих, хто надавав такі послуги), %

Якщо вважати, що досвід використання презервативу останнього разу є коректним індикатором практик використання презервативів узагалі, то вимальовується доволі оптимістична картина. Втім, презервативи будуть ефективним бар'єром інфікування ВІЛ лише за умови постійного їхнього використання. За даними дослідження, за останній місяць завжди користувалися презервативами під час орального сексу з комерційними партнерами 58% ЖКС, під час вагінального сексу – 74%, під час анального сексу – 68% (показники розраховані серед тих, хто надавав такі послуги) (рис. 2.4.5). З одного боку, показник є досить високим, але, з іншого боку, доволі багато ЖКС практикують непостійне використання презервативів.

Нижче в табл. 2.4.3 наведено дані стосовно постійного користування презервативами з комерційними партнерами у регіональному розрізі. Як можна бачити, у більшості міст не менше двох третин ЖКС завжди користуються презервативами з комерційними партнерами. Втім, варто звернути увагу на три міста з особливо низьким рівнем постійного користування презервативами – Ужгород, Луганськ та Чернігів. Так, в Ужгороді лише 36% ЖКС завжди користувалися презервативами під час вагінального сексу і лише 26% – під час анального сексу з комерційними партнерами. Аналогічні показники для ЖКС Луганська становлять, відповідно, 25% і 18%, для ЖКС Чернігова – відповідно, 24% і 32%. Водночас потрібно зазначити, що в цих трьох містах поширеність ВІЛ за даними дослідження є однією з найнижчих (див. наступний розділ).

Таблиця 2.4.3

Частка ЖКС, які завжди використовували презерватив з комерційними партнерами (регіональний розріз)*, %

Місто	Оральний секс	Вагінальний секс	Анальний секс**
Одеса (N1=299, N2=298, N3=9)***	98,3	98,7	---
Харків (N1=297, N2=300, N3=74)	82,4	98,6	82,0
Дніпропетровськ (N1=292, N2=300, N3=45)	91,7	97,8	100,0
Житомир (N1=149, N2=150, N3=92)	95,9	97,5	99,0
Тернопіль (N1=111, N2=150, N3=88)	60,4	92,7	94,3
Львів (N1=199, N2=200, N3=97)	69,3	90,7	94,2
Чернівці (N1=96, N2=150, N3=6)	64,0	89,1	---
Миколаїв (N1=295, N2=301, N3=172)	63,7	87,7	89,0
Суми (N1=135, N2=149, N3=81)	36,9	81,7	56,7
Кіровоград (N1=131, N2=136, N3=32)	70,5	80,7	84,4
Вінниця (N1=145, N2=150, N3=61)	64,8	78,8	74,6
Сімферополь (N1=297, N2=299, N3=57)	87,9	76,8	96,4
Хмельницький (N1=143, N2=147, N3=44)	60,2	75,9	82,0
Херсон (N1=197, N2=202, N3=47)	68,5	75,6	64,6
Черкаси (N1=144, N2=148, N3=70)	23,1	72,6	75,8
Рівне (N1=148, N2=149, N3=54)	54,4	71,9	84,9
Луцьк (N1=149, N2=150, N3=122)	38,4	64,3	71,1

Місто	Оральний секс	Вагінальний секс	Анальний секс**
Донецьк (N1=277, N2=298, N3=149)	34,6	61,5	49,3
Запоріжжя (N1=186, N2=197, N3=89)	40,4	59,8	51,0
Полтава (N1=197, N2=199, N3=134)	44,2	55,8	47,8
Київ (N1=247, N2=264, N3=149)	34,1	52,8	62,5
Івано-Франківськ (N1=121, N2=145, N3=37)	23,8	46,7	40,0
Ужгород (N1=107, N2=148, N3=104)	5,3	35,9	26,4
Луганськ (N1=150, N2=150, N3=31)	21,4	24,7	17,0
Чернігів (N1=150, N2=150, N3=108)	0,8	24,8	31,7

* Впорядковано за часткою ЖКС, які завжди використовували презерватив під час вагінального сексу з клієнтами (від найвищої до найнижчої).

** «---» означає, що у вибірці міста замало ЖКС, які надавали анальні секс-послуги, для проведення надійних статистичних розрахунків. Також у деяких випадках кількість респондентів, для яких розраховувався %, менша за 50, тому дані не можна вважати статистично надійними. Втім, їх можна використовувати для оцінки тенденцій.

*** N1 – зважена кількість усіх респондентів-ЖКС, які впродовж останнього місяця надавали оральні секс-послуги, N2 – зважена кількість респондентів-ЖКС, які впродовж останнього місяця надавали вагінальні секс-послуги, N3 – зважена кількість респондентів-ЖКС, які впродовж останнього місяця надавали анальні секс-послуги.

Загалом, поширеність практики постійного використання презервативів з комерційними партнерами є доволі подібною серед різних за віком ЖКС, різних за основним способом пошуку клієнтів ЖКС, серед ЖКС, які вживають і які не вживають ін'єкційні наркотики, серед ВІЛ-позитивних і ВІЛ-негативних ЖКС. Найбільш помітні відмінності стосуються клієнтів і не-клієнтів громадських організацій. Так, якщо серед клієнтів громадських організацій 83% ЖКС завжди користуються презервативами з комерційними партнерами, то серед не-клієнтів аналогічний показник становить 64% ($p < 0,01$). Стосовно анального сексу відповідні показники становлять 80% і 57% ($p < 0,01$), орального сексу – 71% і 43% ($p < 0,01$).

Варто звернути увагу на те, що серед ЖКС, які вживають ін'єкційні наркотики, завжди використовують презервативи під час вагінального сексу з клієнтами лише 65%, під час анального сексу – лише 57%. Оскільки епідемія ВІЛ серед ЖКС концентрується в першу чергу саме в підгрупі споживачів ін'єкційних наркотиків, то саме такі ЖКС, які водночас не характеризуються постійністю використання презервативів, повинні бути особливим об'єктом профілактичних програм. Також, за результатами опитування, лише 72% ЖКС, які ще до проведення інтерв'ю самі знали, що вони ВІЛ-інфіковані, завжди користуються презервативами під час вагінального сексу, лише 76% – під час анального сексу.

Окрім постійного використання є ще одна передумова для презервативів, щоб вони були дійсно надійним захистом, – правильність їхнього використання. Втім, кожна третя ЖКС (35%) повідомила, що протягом останнього місяця у неї були ті чи інші випадки неправильного використання презерватива під час контактів з комерційними партнерами⁹ (рис. 2.4.6). Відносно

⁹ Показник розраховувався лише серед ЖКС, які не заперечили використання презервативів під час сексу з комерційними партнерами. Усього за даними опитування лише 1% ЖКС, які мали комерційних партнерів за останній тиждень, взагалі жодного разу не користувалися презервативами.

найпоширенішим є досвід ситуації, коли презерватив порвався або зіслизнув, який мала кожна четверта ЖКС (26%). 11% ЖКС повідомили, що з ними траплялися ситуації, коли презерватив одягали після початку сексуального контакту, 9% – коли секс продовжувався після зняття презерватива.

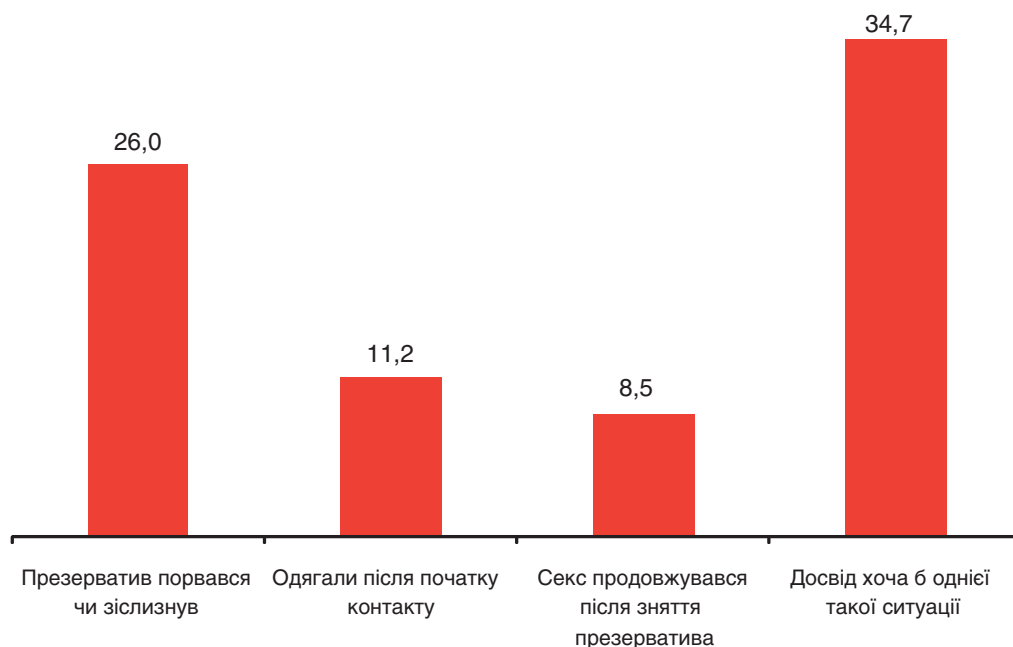


Рис. 2.4.6. Поширеність досвіду неправильного або невдалого використання презервативів з комерційними партнерами (серед тих, хто взагалі мав досвід використання презервативів впродовж останнього місяця), % (N=4938)

Особливо проблемною щодо цього питання є ситуація у Львові, де 59% ЖКС мали досвід принаймні однієї такої ситуації неправильного використання презервативів (табл. 2.4.4). Найменш проблемною є ситуація в Житомирі, де лише 10% мали такий досвід. В основному, мають місце випадки, коли презерватив порвався або зіслизнув. Хоча водночас на тлі всіх міст вирізняється Київ і Луганськ, де, відповідно, 42% і 38% ЖКС мали досвід ситуації, коли презерватив одягали до початку сексуального контакту (в решті міст, здебільшого, поширеність таких ситуацій не перевищує однієї п'ятої).

Таблиця 2.4.4

Поширеність досвіду неправильного використання презервативів з комерційними партнерами (серед тих, хто взагалі мав досвід використання презервативів впродовж останнього місяця) (регіональний розріз)*, %

Місто	Презерватив порвався чи зіслизнув	Одягали після початку контакту	Секс продовжувався після зняття презерватива	Досвід хоча б однієї такої ситуації
Львів (N=200)	51,9	18,9	7,4	58,7
Київ (N=265)	30,4	20,2	22,3	51,4
Чернігів (N=150)	20,2	41,7	13,4	49,4
Запоріжжя (N=197)	36,6	14,1	23,1	47,7
Донецьк (N=298)	32,5	17,6	15,3	45,2
Херсон (N=202)	36,5	16,0	13,5	44,8
Луганськ (N=150)	6,6	38,0	5,5	43,4
Миколаїв (N=301)	38,5	5,3	2,0	40,8
Ужгород (N=148)	24,1	14,9	13,9	40,4
Черкаси (N=148)	26,3	12,3	9,9	39,2
Хмельницький (N=147)	35,2	6,7	9,9	38,4
Суми (N=150)	21,6	8,7	19,4	38,1
Івано-Франківськ (N=145)	33,2	2,5	8,8	36,9
Дніпропетровськ (N=300)	36,5	1,1	1,4	36,5
Рівне (N=150)	15,9	22,7	5,0	36,0
Вінниця (N=150)	30,4	20,0	19,9	35,8
Чернівці (N=150)	29,3	6,2	4,1	34,8
Полтава (N=199)	19,1	14,1	12,1	30,2
Кіровоград (N=143)	17,6	7,4	4,1	23,5
Одеса (N=300)	22,4	1,0	1,0	22,6
Харків (N=300)	18,7	4,0	1,1	20,3
Тернопіль (N=150)	12,0	4,7	6,7	17,3
Луцьк (N=150)	13,1	3,9	0,0	14,5
Сімферополь (N=300)	12,4	0,5	1,8	14,1
Житомир (N=150)	9,5	1,3	0,6	10,1

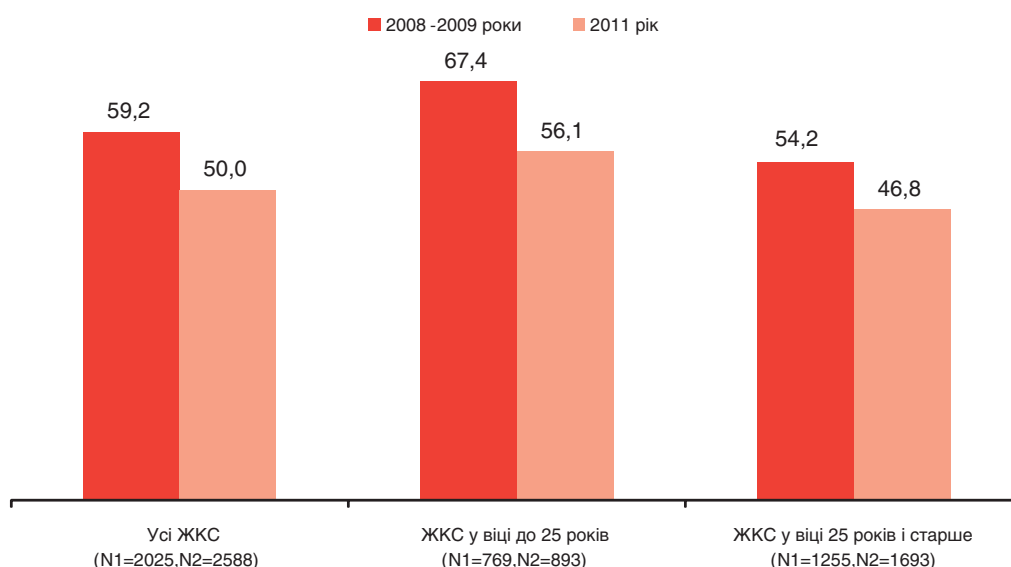
* Впорядковано за часткою ЖКС, які мали який-небудь досвід неправильного використання презервативів (від найвищої до найнижчої).

Серед окремих категорій ЖКС досвід ситуацій неправильного використання презервативів є приблизно однаковим.

Використання презервативів під час сексу з постійними партнерами

Якщо у випадку комерційних партнерів простежується виразна орієнтація на використання презервативів, то у випадку постійних партнерів поширеність досвіду використання презервативів уже помітно нижча. Так, про використання презервативу останнього разу повідомили 50% ЖКС, які мали постійних партнерів впродовж останнього року (рис. 2.4.7). Цей показник до того ж навіть є дещо нижчим порівняно з попереднім дослідженням – у 2008–2009 роках 59% ЖКС повідомляли про використання презервативу останнього разу ($p < 0,01$).

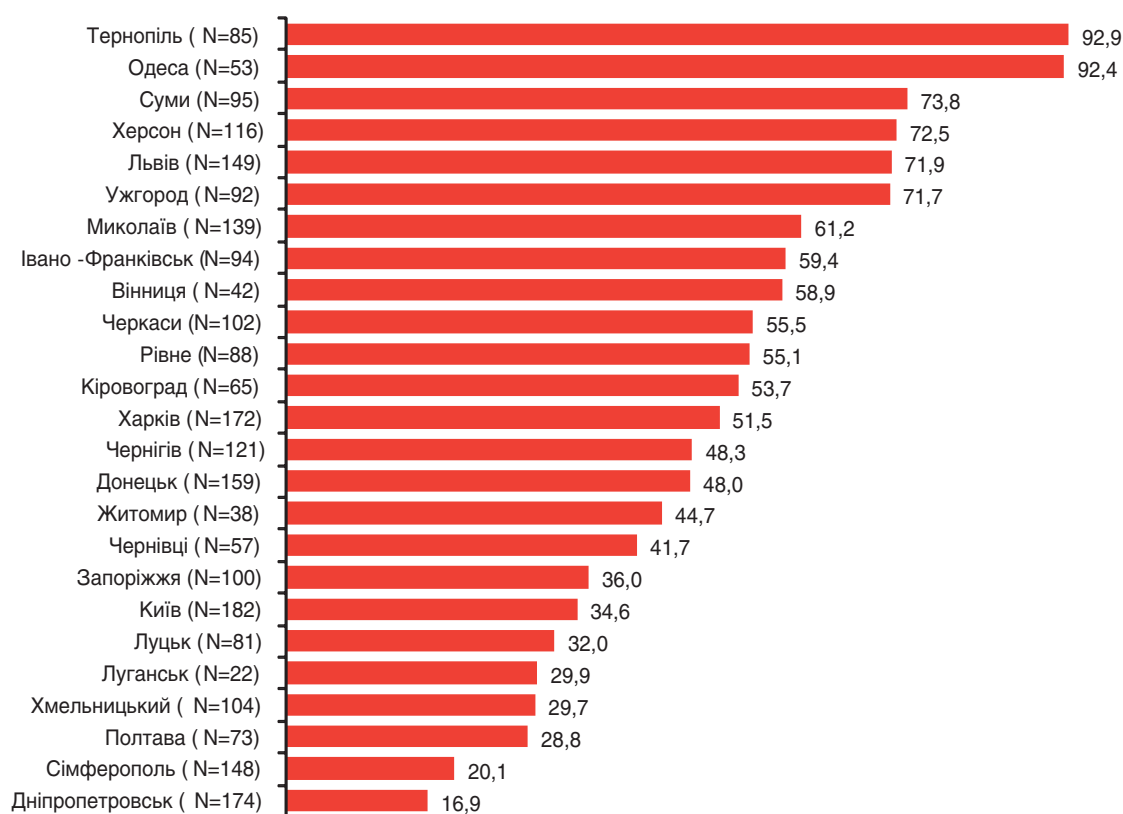
Серед більш молодих ЖКС дещо більше тих, хто використовував презерватив останнього разу – 56% серед ЖКС у віці до 25-ти років проти 47% серед ЖКС у віці 25-ти років і старше ($p < 0,01$). Хоча в обох вікових групах простежується зменшення користування презервативами порівняно з 2008–2009 роками ($p < 0,01$).



*N1 – зважена кількість респондентів-ЖКС з відповідної групи, які були опитані в 2008–2009 роках, N2 – зважена кількість респондентів-ЖКС з відповідної групи, які були опитані в 2011 році.

Рис. 2.4.7. Користування презервативом під час останнього сексуального контакту з постійним партнером серед ЖКС, які мали таких партнерів впродовж останнього року, %

Практики використання презервативів з постійними партнерами істотно варіюють залежно від міста, сягаючи максимуму у Тернополі, де 93% ЖКС відповіли, що користувалися презервативом останнього разу, і мінімуму – у Дніпропетровську, де лише 17% використовували презерватив (рис. 2.4.8).



* У деяких випадках кількість респондентів, для яких розраховувався %, менша за 50, тому дані не можна вважати статистично надійними. Втім, їх можна використовувати для оцінки тенденцій.

Рис. 2.4.8. Користування презервативом під час останнього сексуального контакту з постійним партнером серед ЖКС, які мали таких партнерів впродовж останнього року (регіональний розріз), %

Дещо частіше презервативами користуються ЖКС, які в основному знаходять клієнтів у готелях, саунах, барах та ін. (60% проти 49% серед «вуличних» ЖКС і 43% серед ЖКС, які знаходять через телефон, Інтернет, $p < 0,01$), хоча і серед них рівень користування помітно поступається рівню використання презервативів з комерційними партнерами. Також відзначимо, що якщо практики використання презервативів з комерційними партнерами істотно відрізнялися серед клієнтів і не-клієнтів громадських організацій, то у випадку постійних партнерів різниці немає (49% проти 52%, $p > 0,05$).

Особливо небезпечними можна вважати практики споживачів ін'єкційних наркотиків та уже ВІЛ-інфікованих ЖКС, адже саме ці групи значною мірою «сприяють» поширенню епідемії. Так, серед споживачів ін'єкційних наркотиків лише 45% використовували презерватив останнього разу з постійним партнером. Хоча за цим показником ЖКС, які вживають ін'єкційні наркотики, не поступаються ЖКС у цілому, але треба зважати на особливі ризики, які супроводжують цю групу. Серед ВІЛ-інфікованих ЖКС (визначених за результатами тестування) аналогічний показник становить 52%, а серед ВІЛ-інфікованих ЖКС, які до інтерв'ю знали свій статус, – 60%.

Основними причинами невикористання презервативів з постійними партнерами є те, що ЖКС не подобається секс з презервативом (31% відмітили цей варіант), не думали, що це є необхідним (24%), довіряли, добре знали, були впевнені в партнері (21%) (рис. 2.4.9). Варто звернути увагу на низьку поширеність таких причин, як відсутність презерватива під рукою (3%) та те, що він дорогий (1%). Іншими словами, основна причина невикористання презервативів – психологічна.



Рис. 2.4.9. Причини невикористання презервативу під час останнього контакту з постійним партнером, % (N=1225)

Якщо ж говорити про постійність¹⁰ користування презервативами з регулярним партнером, то ситуація ще гірша – лише 37% ЖКС завжди користуються презервативом під час вагінального сексу з постійним партнером і лише 36% – під час анального сексу (рис. 2.4.10). Водночас тих, хто ніколи цього не робить, відповідно, 32% і 36%.

¹⁰ В інструментарії опитування була допущена неточність, пов'язана з оцінкою частоти використання презервативів з різними видами партнерів. Так, перед запитаннями про частоту використання презервативів під час окремих видів сексу були запитання про досвід неправильного використання презервативів з цими партнерами. Якщо на останні запитання респондент відповідав, що вона ніколи не використовувала презервативи, то запитання про частоту використання презервативів з цими партнерами пропускалися. Відповідно, хоча і зрозуміло, що такі ЖКС ніколи не використовують презервативи, але не зрозуміло, які саме види сексу вони практикували (бо дізнатися про це можна лише з запитань про оцінку частоти, які містили альтернативу «не мала такий вид сексу»). У випадку комерційних партнерів цілком виправдано знехтувати такими ЖКС, які ніколи не використовували презервативи, але неясно, які секс-послуги вони надавали, бо їх дуже мало (лише 1% серед усіх ЖКС).

Втім, так не можна робити у випадку постійних і випадкових партнерів, оскільки для них дуже багато ЖКС одразу говорили, що вони ніколи не використовували презервативи. Для бодай часткового розв'язання проблеми дані стосовно частоти використання презервативів розраховувалися таким чином. Ми припускали, що серед тих ЖКС, які одразу повідомили, що ніколи не використовували презервативи, поширеність тих чи інших практик та сама, що і серед тих ЖКС, для яких ми маємо відповідну інформацію. Відповідно, для кожного окремого виду сексу було розраховано, скільки ще ЖКС мало бути додано до категорії «ніколи» і, відповідно, до знаменника. Тобто, іншими словами, ми оцінили, скільки серед тих, для кого ми не мали потрібної інформації, теоретично практикували відповідний вид сексу, і на цю кількість збільшили знаменник. Також таку кількість потрібно було додати до категорії «ніколи», бо ці ЖКС одразу сказали, що презервативи жодного разу не використовувалися.

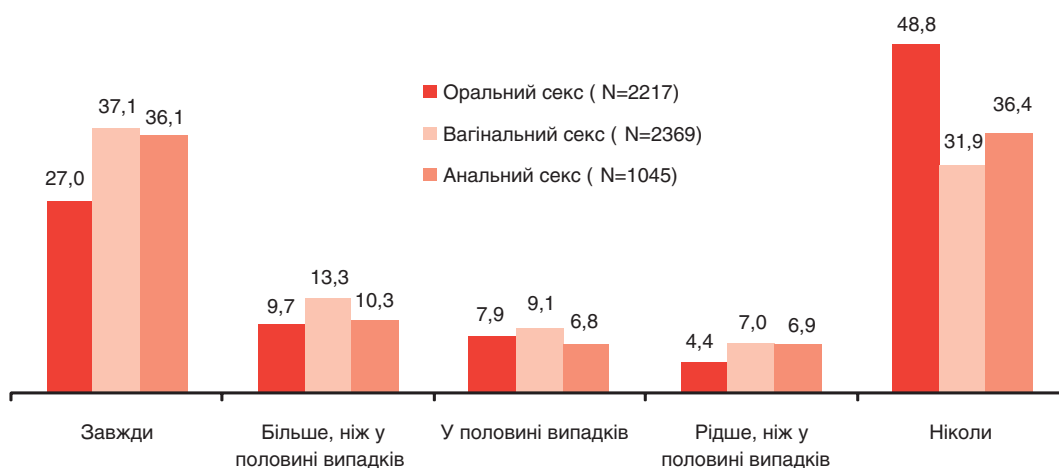


Рис. 2.4.10. Частота користування презервативами з постійними партнерами протягом останнього місяця (серед тих, хто мав відповідний секс зі своїм постійним партнером), %

Як можна побачити нижче в табл. 2.4.5, ситуація доволі сильно відрізняється в різних містах. Наприклад, у випадку вагінального сексу відносно найкраща ситуація простежується в Одесі та Тернополі, де, відповідно, 87% і 86% ЖКС завжди використовують презерватив з постійними партнерами. А найгірша – в Дніпропетровську та Сімферополі, де, відповідно, 76% і 77% ЖКС ніколи не використовують презерватив під час вагінального сексу з постійними партнерами.

Таблиця 2.4.5

Частка ЖКС, які завжди/ніколи не використовували презерватив з постійним партнером (регіональний розріз)*, %

Місто	Оральний секс		Вагінальний секс		Анальний секс**	
	Завжди	Ніколи	Завжди	Ніколи	Завжди	Ніколи
Одеса (N1=29, N2=29, N3=2)***	81,1	13,2	86,7	5,1	---	---
Тернопіль (N1=80, N2=85, N3=65)	69,0	22,2	85,9	5,9	94,1	5,9
Львів (N1=145, N2=149, N3=30)	53,5	24,2	65,7	13,2	63,1	12,6
Херсон (N1=115, N2=115, N3=17)	62,5	28,6	65,2	15,3	---	---
Миколаїв (N1=135, N2=136, N3=83)	37,9	14,8	62,6	2,9	70,6	4,3
Вінниця (N1=36, N2=36, N3=23)	37,7	39,7	51,1	29,0	58,5	37,3
Харків (N1=170, N2=171, N3=40)	41,1	4,0	48,4	0,7	63,1	13,3
Суми (N1=81, N2=91, N3=52)	26,7	38,1	48,0	22,9	38,1	33,2
Кіровоград (N1=61, N2=63, N3=17)	33,6	47,1	46,0	42,7	52,5	42,7
Чернівці (N1=27, N2=57, N3=5)	25,8	61,5	41,1	51,7	---	---
Житомир (N1=37, N2=37, N3=12)	36,8	60,6	36,8	51,7	48,1	44,1

Місто	Оральний секс		Вагінальний секс		Анальний секс**	
	Завжди	Ніколи	Завжди	Ніколи	Завжди	Ніколи
Рівне (N1=69, N2=74, N3=27)	26,8	46,6	35,9	33,1	50,2	27,2
Запоріжжя (N1=77, N2=85, N3=39)	27,1	37,1	31,9	34,1	33,7	32,3
Донецьк (N1=132, N2=141, N3=76)	23,4	47,0	31,7	29,1	25,6	34,2
Черкаси (N1=81, N2=85, N3=47)	11,7	81,4	28,2	38,9	25,1	46,2
Луцьк (N1=66, N2=66, N3=49)	14,1	71,6	27,6	65,3	32,2	65,3
Івано-Франківськ (N1=72, N2=93, N3=16)	15,5	50,4	24,6	5,9	28,0	21,7
Хмельницький (N1=103, N2=103, N3=22)	19,6	68,3	24,2	65,4	17,3	65,4
Ужгород (N1=69, N2=88, N3=74)	0,0	41,3	22,6	6,0	8,8	10,2
Полтава (N1=67, N2=68, N3=61)	13,5	62,5	20,6	35,3	19,7	55,7
Київ (N1=179, N2=178, N3=125)	12,4	75,8	19,4	55,6	26,0	59,1
Чернігів (N1=112, N2=112, N3=80)	1,0	68,5	17,4	5,7	26,3	6,0
Дніпропетровськ (N1=119, N2=136, N3=20)	9,3	81,4	12,8	75,9	9,1	75,9
Сімферополь (N1=118, N2=134, N3=12)	5,9	91,1	6,0	77,2	22,8	77,2
Луганськ (N1=23, N2=23, N3=9)	0,0	60,8	2,8	60,8	---	---

* Впорядковано за часткою ЖКС, які завжди використовували презерватив під час вагінального сексу з постійними партнерами (від найвищої до найнижчої).

** «---» означає, що у вибірці міста замало ЖКС, які надавали анальні секс-послуги, для проведення надійних статистичних розрахунків. Також у деяких випадках кількість респондентів, для яких розраховувався %, менша за 50, тому дані не можна вважати статистично надійними. Втім, їх можна використовувати для оцінки тенденцій.

*** N1 – зважена кількість усіх респондентів-ЖКС, які впродовж останнього місяця мали оральний секс з постійними партнерами, N2 – зважена кількість респондентів-ЖКС, які впродовж останнього місяця мали вагінальний секс з постійними партнерами, N3 – зважена кількість респондентів-ЖКС, які впродовж останнього місяця мали анальний секс з постійними партнерами.

Загалом, рівень користування презервативами з постійними партнерами є доволі подібним серед різних груп ЖКС. Хоча все-таки відзначимо, що серед клієнтів громадських організацій він вищий – серед них завжди використовують презерватив під час вагінального сексу з постійними партнерами 42% (проти 32% серед ЖКС, які не є клієнтами організацій, $p < 0,01$), під час анального сексу – 45% (проти 30%, $p < 0,01$). Деякі вищим рівнем користування характеризуються також більш молоді ЖКС (у віці до 25-ти років), а також ЖКС, які в основному знаходять клієнтів в готелях, саунах, барах та ін.

Також увагу потрібно звернути на те, що серед ЖКС, які до інтерв'ю були свідомі свого ВІЛ-позитивного статусу, лише 39% завжди використовують презерватив під час вагінального сексу з постійним партнером, а 30% взагалі ніколи його не використовують (для анального сексу аналогічні значення – відповідно, 44% і 30%). У цілому ж, серед ВІЛ-інфікованих ЖКС завжди

користуються з постійним партнером презервативом під час вагінального сексу лише 40%, ніколи не користуються – 35% (для анального сексу – відповідно, 37% і 43%). В іншій, також особливо ризикованій групі – споживачів ін'єкційних наркотиків – показники для вагінального сексу становлять лише відповідно 36% і 38%, для анального сексу – відповідно, 34% і 49%.

Під час користування презервативами з постійним партнером доволі поширеними є ситуації неправильного їхнього використання. Так, 41% ЖКС потрапляли в одну з таких ситуацій впродовж останнього місяця (рис. 2.4.11). Приблизно подібною мірою поширені випадки, коли презерватив порвався чи зіслизнув (21%), коли презерватив одягали до початку сексуального контакту (22%) і коли секс продовжувався після зняття презерватива.



Рис. 2.4.11. Поширеність досвіду неправильного використання презервативів з постійними партнерами (серед тих, хто взагалі мав досвід користування презервативами за останній місяць), % (N=1648)

У регіональному розрізі простежується істотна варіативність у досвіді неправильного використання презервативів з постійними партнерами. Так, «лідерами» за поширеністю такого досвіду є Харків і Дніпропетровськ, де, відповідно, 59% і 56% ЖКС мали одну з ситуацій неправильного використання презервативів (табл. 2.4.6). Натомість найменш поширеним такий досвід є серед ЖКС Рівного (10%), Тернополя (13%) і Одеси (14%).

Таблиця 2.4.6

Поширеність досвіду неправильного використання презервативів з постійними партнерами (серед тих, хто взагалі мав досвід користування презервативами за останній місяць) (регіональний розріз)*, %**

Місто	Презерватив порвався чи зіслизнув	Одягали після початку контакту	Секс продовжувався після зняття презерватива	Досвід хоча б однієї такої ситуації
Харків (N=170)**	18,6	41,6	19,3	58,6
Дніпропетровськ (N=33)	38,5	43,9	48,4	56,2
Миколаїв (N=135)	40,1	24,4	21,4	52,7

Місто	Презерватив по-рвався чи зіслизнув	Одягли після початку контакту	Секс продовжувався після зняття презерватива	Досвід хоча б однієї такої ситуації
Львів (N=130)	34,0	28,7	17,5	52,6
Донецьк (N=103)	27,4	26,6	11,3	50,4
Київ (N=81)	16,9	30,2	24,5	48,8
Чернігів (N=107)	5,5	42,9	11,3	49,5
Суми (N=71)	26,5	15,5	32,0	46,2
Полтава (N=48)	12,5	31,3	27,1	41,7
Черкаси (N=55)	24,6	22,4	14,1	38,4
Запоріжжя (N=58)	24,5	14,6	21,8	41,7
Івано-Франківськ (N=88)	19,6	5,2	14,0	35,7
Херсон (N=102)	22,5	12,3	15,3	35,3
Вінниця (N=25)	26,5	7,6	15,2	34,1
Чернівці (N=28)	23,5	5,5	8,2	31,8
Хмельницький (N=36)	21,9	2,7	17,4	30,9
Сімферополь (N=31)	2,0	10,6	23,6	29,5
Ужгород (N=84)	19,5	11,1	21,2	29,5
Кіровоград (N=37)	4,6	17,0	2,8	21,6
Одеса (N=28)	14,3	0,0	0,0	14,3
Тернопіль (N=80)	2,5	6,3	6,3	12,5
Рівне (N=54)	3,0	6,5	0,0	9,5
Луцьк (N=23)	3,8	0,0	0,0	3,8
Житомир (N=20)	0,0	0,0	0,0	0,0
Луганськ (N=9)	---	---	---	---

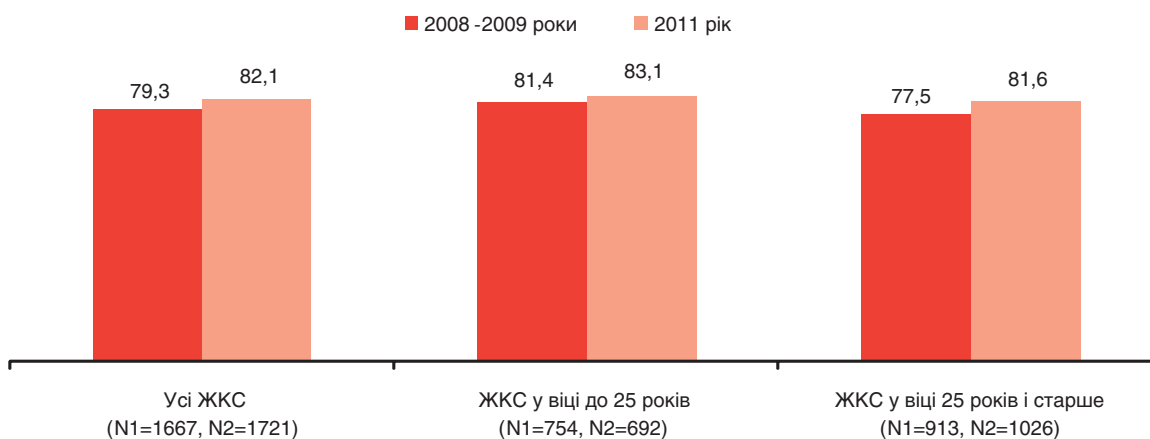
* Впорядковано за часткою ЖКС, які мали який-небудь досвід неправильного використання презервативів (від найвищої до найнижчої).

** «----» означає, що у вибірці міста замало ЖКС, які не заперечили використання презервативів з постійними партнерами, для проведення надійних статистичних розрахунків. Також у деяких випадках кількість респондентів, для яких розраховувався %, менша за 50, тому дані не можна вважати статистично надійними. Втім, їх можна використовувати для оцінки тенденцій.

Серед окремих груп ЖКС досвід ситуацій неправильного використання презервативів є доволі подібним.

Використання презервативів під час сексу з випадковими партнерами

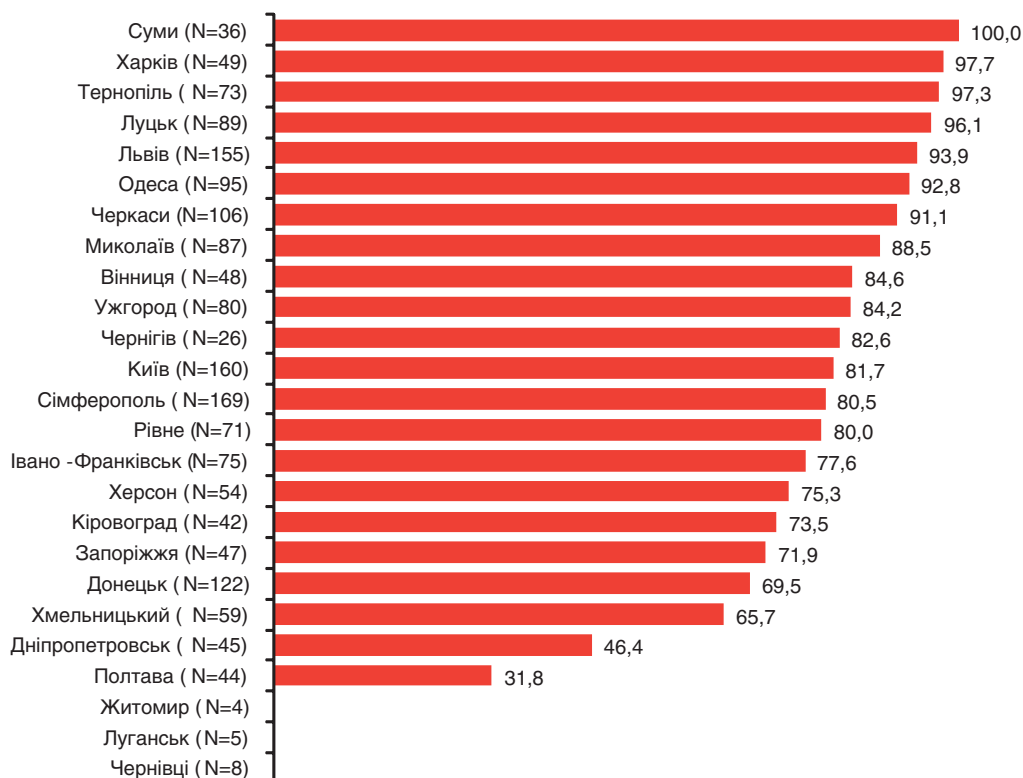
Користування презервативами з випадковими партнерами, як можна бачити нижче на рис. 2.4.12, посідає умовно «проміжне» положення між користуванням з комерційними і постійними партнерами. Так, 82% ЖКС, які мали випадкових партнерів впродовж останнього року, користувалися останнього разу презервативом (що вище, ніж у випадку постійних партнерів, і нижче, ніж у випадку комерційних партнерів, $p < 0,01$). Порівняно з 2008–2009 роками істотних змін не відбулося.



*N1 – зважена кількість респондентів-ЖКС з відповідної групи, які були опитані в 2008–2009 роках, N2 – зважена кількість респондентів-ЖКС з відповідної групи, які були опитані в 2011 році.

Рис. 2.4.12. Користування презервативом під час останнього сексуального контакту з випадковим партнером серед ЖКС, які мали таких партнерів впродовж останнього року, %

У майже всіх містах не менше двох третин ЖКС користувалися презервативами під час останнього сексу з випадковим партнером (рис. 2.4.13). Виняток становлять лише Дніпропетровськ і Полтава, де рівень користування становить, відповідно, 46% і 32%.



* Не наведено дані для Житомира, Луганська і Чернівців, оскільки в цих містах замало ЖКС мали випадкових партнерів впродовж останнього року для проведення надійних статистичних розрахунків.

Рис. 2.4.13. Користування презервативом під час останнього сексуального контакту з випадковим партнером серед ЖКС, які мали таких партнерів впродовж останнього року (регіональний розріз), %

Як показують результати дослідження, ситуація серед окремих груп ЖКС є більш-менш подібною.

Основною причиною невикористання презервативу під час останнього сексу з випадковим партнером є алкогольне сп'яніння / вплив наркотиків (43% ЖКС назвали таку причину) (рис. 2.4.14). Доволі багато ЖКС (22%) пояснювали не користування презервативом тим, що його не було під рукою.



Рис. 2.4.14. Причини невикористання презервативу під час останнього контакту з випадковим партнером, %

Якщо ж вести мову про, власне, частоту використання презервативів з випадковими партнерами, то лише 71% ЖКС завжди користуються презервативами (рис. 2.4.15). У випадку анального сексу цей показник ще нижчий – 57%. Тобто чимало ЖКС час від часу мають досвід незахищеного сексу з випадковими партнерами.

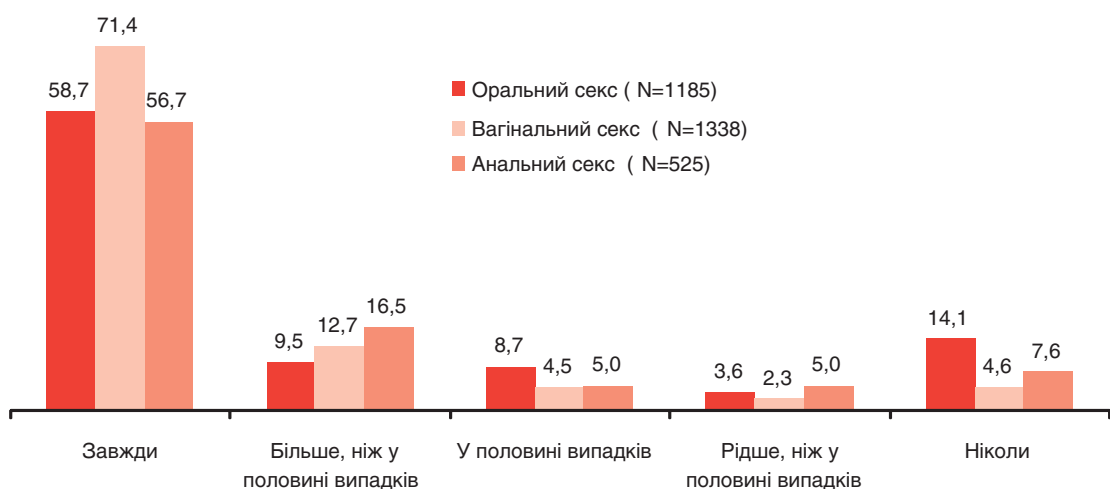


Рис. 2.4.15. Частота користування презервативами з випадковими партнерами протягом останнього місяця (серед тих, хто мав відповідний секс з випадковими партнерами), %

Нижче в табл. 2.4.7 наведено дані стосовно частоти користування презервативами з випадковими партнерами в регіональному розрізі.

Таблиця 2.4.7

Частка ЖКС, які завжди/ніколи не використовували презерватив з випадковими партнерами (регіональний розріз)*, %

Місто	Оральний секс**		Вагінальний секс**		Анальний секс**	
	Завжди	Ніколи	Завжди	Ніколи	Завжди	Ніколи
Тернопіль (N1=62, N2=73, N3=60)***	93,5	3,2	97,3	0,0	96,7	0,0
Одеса (N1=83, N2=82, N3=5)	92,2	0,0	93,0	0,0	---	---
Миколаїв (N1=72, N2=85, N3=31)	72,2	0,0	92,9	1,2	83,9	6,5
Харків (N1=49, N2=49, N3=23)	95,6	0,0	92,7	0,0	77,0	13,3
Львів (N1=152, N2=153, N3=59)	80,9	0,0	92,3	0,0	88,7	0,0
Суми (N1=30, N2=34, N3=16)	41,7	27,6	87,6	0,0	63,3	0,0
Сімферополь (N1=82, N2=96, N3=12)	91,9	5,0	84,9	5,0	---	---
Черкаси (N1=63, N2=73, N3=27)	32,7	39,4	84,6	0,0	67,2	27,1
Луцьк (N1=31, N2=32, N3=16)	55,8	13,9	78,3	2,7	64,4	2,7
Вінниця (N1=39, N2=40, N3=23)	57,6	3,3	70,8	3,3	66,6	3,2
Рівне (N1=39, N2=47, N3=3)	62,5	25,1	69,0	15,7	---	---
Хмельницький (N1=31, N2=36, N3=5)	51,1	5,4	66,2	5,4	---	---
Чернігів (N1=13, N2=18, N3=6)	50,1	5,5	65,1	0,0	---	---
Херсон (N1=45, N2=47, N3=10)	64,4	16,7	64,2	11,5	70,0	11,5
Кіровоград (N1=28, N2=37, N3=1)	48,3	18,8	60,0	11,6	---	---
Дніпропетровськ (N1=16, N2=16, N3=2)	30,7	4,9	56,7	4,9	---	---
Івано-Франківськ (N1=50, N2=74, N3=12)	24,0	23,3	55,9	4,8	31,7	4,8
Донецьк (N1=90, N2=99, N3=59)	34,4	22,3	53,0	4,5	33,7	5,6
Запоріжжя (N1=33, N2=36, N3=15)	33,1	16,0	55,4	10,5	31,2	11,2
Полтава (N1=35, N2=38, N3=29)	37,1	5,7	42,1	0,0	44,8	6,9
Київ (N1=96, N2=105, N3=64)	28,4	44,2	40,0	18,3	42,6	17,3
Ужгород (N1=64, N2=76, N3=64)	8,1	35,5	26,6	0,0	11,5	4,7
Житомир (N1=4, N2=4, N3=3)	---	---	---	---	---	---
Луганськ (N1=4, N2=5, N3=2)	---	---	---	---	---	---
Чернівці (N1=5, N2=8, N3=0)	---	---	---	---	---	---

* Впорядковано за часткою ЖКС, які завжди використовували презерватив під час вагінального сексу з випадковими партнерами (від найвищої до найнижчої).

** «----» означає, що у вибірці міста замало ЖКС, які мали відповідний секс, для проведення надійних статистичних розрахунків. Також у деяких випадках кількість респондентів, для яких розраховувався %, менша за 50, тому дані не можна вважати статистично надійними. Втім, їх можна використовувати для оцінки тенденцій.

*** N1 – зважена кількість усіх респондентів-ЖКС, які впродовж останнього місяця мали оральний секс з випадковими партнерами, N2 – зважена кількість респондентів-ЖКС, які впродовж останнього місяця мали вагінальний секс з випадковими партнерами, N3 – зважена кількість респондентів-ЖКС, які впродовж останнього місяця мали анальний секс з випадковими партнерами.

Хоча, загалом, ситуація серед окремих груп ЖКС доволі подібна, варто звернути увагу на розбіжності між клієнтами і не-клієнтами громадських організацій. Так, якщо серед клієнтів громадських організацій 80% завжди користувалися презервативами під час сексу з випадковими партнерами, то серед не-клієнтів – 60% ($p < 0,01$). У випадку анального сексу співвідношення становить 66% проти 50% ($p < 0,01$), у випадку орального – 71% проти 43% ($p < 0,01$). Також зазначимо, що простежується тенденція, що ЖКС, які працюють в готелях, саунах, барах тощо (порівняно з ЖКС, які знаходять клієнтів в інших місцях), та ЖКС, які не є споживачами ін'єкційних наркотиків, частіше користуються презервативами, але ці тенденції менш виразні, ніж у випадку клієнтів/не-клієнтів.

У цьому контексті також доречно додати, що лише 69% ЖКС, які знають, що вони – ВІЛ-інфіковані, завжди користуються презервативами з випадковими партнерами. Загалом, якщо брати тих ЖКС, які за результатами тестування виявилися інфікованими ВІЛ, то серед них показник становить лише 63%.

За даними опитування, кожна четверта ЖКС (26%), яка мала досвід випадкових контактів, також мала досвід неправильного використання презервативів (рис. 2.4.16). Відносно найпоширенішими були ситуації, коли презерватив порвався або зіслизнув (18%).



Рис. 2.4.16. Поширеність досвіду неправильного використання презервативів з випадковими партнерами (серед тих, хто мав досвід використання презервативів під час сексу з випадковими партнерами), % (N=1301)

Безумовним «лідером» за поширеністю досвіду неправильного використання презервативів є Чернігів, де 77% ЖКС, у яких були випадкові партнери, мали такий досвід (табл. 2.4.8). Причому передусім така поширеність обумовлюється поширеним досвідом одягання презервативу після початку сексуального контакту. Найменш поширений же такий досвід був серед ЖКС Тернополя – 2%.

Таблиця 2.4.8

Поширеність досвіду неправильного використання презервативів з випадковими партнерами (серед тих, хто мав досвід використання презервативів під час сексу з випадковими партнерами) (регіональний розріз)*, %**

Місто	Презерватив порвавсь чи зіслизнув	Одягли після початку контакту	Секс продовжувався після зняття презерватива	Досвід хоча б однієї такої ситуації
Чернігів (N=18)	18,7	74,3	0,0	74,3
Дніпропетровськ (N=15)	41,4	41,8	45,0	61,8
Запоріжжя (N=33)	32,9	28,0	43,0	46,7
Львів (N=153)	38,1	12,7	7,1	44,6
Київ (N=87)	11,4	21,7	17,7	39,4
Вінниця (N=39)	36,1	20,9	20,9	36,1
Суми (N=35)	26,7	6,2	22,3	31,4
Донецьк (N=97)	16,0	11,3	11,7	30,4
Івано-Франківськ (N=72)	27,4	1,3	3,8	29,9
Херсон (N=42)	17,0	11,3	15,7	29,9
Миколаїв (N=85)	17,6	7,1	1,2	23,5
Хмельницький (N=34)	20,2	0,0	2,8	23,1
Черкаси (N=73)	9,0	6,6	8,3	21,8
Полтава (N=39)	15,4	2,6	5,1	20,5
Кіровоград (N=36)	15,9	5,3	0,0	18,3
Рівне (N=41)	9,9	3,3	4,2	17,4
Ужгород (N=78)	8,0	6,5	11,1	16,1
Харків (N=49)	11,1	4,4	4,4	13,4
Сімферополь (N=95)	9,2	0,8	0,0	9,9
Одеса (N=84)	9,7	0,0	0,0	9,7
Луцьк (N=31)	6,5	0,0	0,0	6,5
Тернопіль (N=73)	1,4	1,4	1,4	2,7
Житомир (N=4)	---	---	---	---
Луганськ (N=5)	---	---	---	---
Чернівці (N=7)	---	---	---	---

* Впорядковано за часткою ЖКС, які мали який-небудь досвід неправильного використання презервативів (від найвищої до найнижчої).

** «---» означає, що у вибірці міста замало ЖКС, які не заперечили використання презервативів з випадковими партнерами, для проведення надійних статистичних розрахунків. Також у деяких випадках кількість респондентів, для яких розраховувався %, менша за 50, тому дані не можна вважати статистично надійними. Втім, їх можна використовувати для оцінки тенденцій.

Щодо окремих груп ЖКС, загалом, то ситуація є дуже подібною.

РЕЗУЛЬТАТ ТЕСТУВАННЯ НА ВІЛ ТА ІНШІ ІНФЕКЦІЇ

3.1. Поширеність ВІЛ

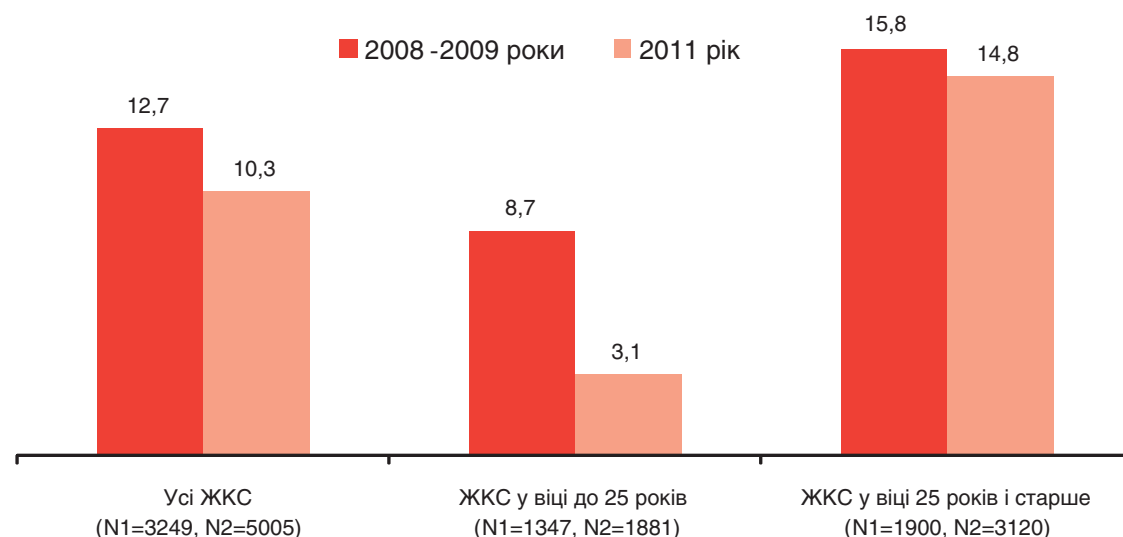
За даними проведеного дослідження, поширеність ВІЛ серед усіх ЖКС (включно з активними споживачами ін'єкційних наркотиків) становить 10% (95% довірчі інтервали – 9,5%–11,2%)¹¹ (рис. 3.1.1). Причому поширеність ВІЛ у 2011 році нижча, ніж у 2008–2009 роках, коли вона становила 13% (95% довірчі інтервали – 11,5%–13,9%) ($p < 0,01$). Вочевидь, таке зниження обумовлюється передусім зменшенням у структурі ЖКС частки споживачів ін'єкційних наркотиків (див. перший розділ), адже саме серед цього сегменту ЖКС найбільше концентрується ВІЛ-інфекція. Дещо детальніше ці моменти розглянуті нижче.

Загальне зниження поширеності ВІЛ стосується обох основних вікових груп ЖКС, але в першу чергу це простежується саме серед більш молодих ЖКС. Якщо у 2008–2009 роках серед ЖКС у віці до 25-ти років поширеність ВІЛ становила 9%, то у 2011 році – 3% ($p < 0,01$). У випадку ЖКС у віці понад 25-ти років поширеність ВІЛ знизилася з 16% до 14% ($p < 0,01$).

Доцільно звернути увагу, що динаміка кількості ВІЛ-інфікованих ЖКС залежить від декількох різних процесів. Серед них особливо важливими є: 1) динаміка рівня захворюваності, тобто кількості тих, хто інфікується ВІЛ (сповільнення/пришвидшення нарощення чисельника показника поширеності ВІЛ серед популяції ЖКС); 2) динаміка кількості ЖКС (кількісні зміни знаменника показника); 3) швидке помирання інфікованих ЖКС (кількісні зміни чисельника показника). Відповідно, наприклад, зменшення кількості ВІЛ-інфікованих ЖКС могло відбутися за рахунок різкого нарощення, власне, популяції ЖКС, тобто за рахунок збільшення знаменника. В результаті, навряд чи правильно було б у такій ситуації говорити про позитивні зміни. Як наслідок, для коректного аналізу динаміки поширеності ВІЛ-інфекції дані дослідження необхідно співвідносити з іншими дотичними даними, наприклад, з інформацією стосовно оцінки чисельності популяції ЖКС.

¹¹ Нагадаємо, що на відміну від інших даних у звіті поширеність ВІЛ (та декілька інших показників) розраховувалися за іншою схемою, а саме – спочатку показник окремо був розрахований для кожного міста, в т.ч. для міст, де реалізовувалася методика RDS, дані були пораховані в RDSAT. Далі поширеність для кожного міста зводилася в єдиний національний показник – розраховувалася середня зважена поширеність по всіх містах.

За такою схемою розрахунки проводилися серед усіх ЖКС та серед ЖКС у віці до і понад 25-ти років. Для інших груп ЖКС (наприклад, залежно від споживання наркотиків) розрахунки проводилися одразу в SPSS, де дані для міст, де реалізовувалася методика RDS, зважувалися за віком.



*N1 – зважена кількість респондентів-усіх ЖКС відповідної групи, які були опитані в 2008–2009 роках, N2 – зважена кількість респондентів-усіх ЖКС відповідної групи, які були опитані в 2011 році.

Рис. 3.1.1. Поширеність ВІЛ серед ЖКС, %

Як свідчать дані першого розділу, значна частка опитаних ЖКС є споживачами ін'єкційних наркотиків. Причому частина з них є дуже активними споживачами (вживають ін'єкційні наркотики не рідше 10-ти разів на місяць), тому вони можуть вважатися радше СІН, аніж ЖКС. У зв'язку з цим доцільно також аналізувати поширеність ВІЛ серед ЖКС, які не є активними СІН. Як можна бачити нижче на рис. 3.1.2, поширеність ВІЛ серед таких ЖКС становить 9%. Серед молодших ЖКС поширеність ВІЛ становить 3%, а серед старших ЖКС – 13%.



Рис. 3.1.2. Поширеність ВІЛ серед ЖКС, які не є активними споживачами ін'єкційних наркотиків, %

Різні міста характеризуються цілком відмінною епідеміологічною ситуацією. Так, однозначними «лідерами» за поширеністю ВІЛ є Донецьк (40%

ЖКС ВІЛ-інфіковані), Полтава (27%), Київ (24%) та Хмельницький (19%) (табл. 3.1.1). Натомість є три міста, де взагалі жодна ЖКС з вибірки не виявилася ВІЛ-інфікованою – Харків, Луганськ та Ужгород. До того ж варто зазначити, що в цих містах опитування проводилися і в 2008–2009 роках, і тоді теж жодна ЖКС не була інфікованою ВІЛ.

Як показують дані, ВІЛ передусім концентрується серед старших вікових груп ЖКС. Так, серед більш молодих ЖКС (у віці до 25-ти років) поширеність ВІЛ сягає максимуму в «лише» 9% серед ЖКС Донецька і Києва. Натомість у цих же містах серед більш старших ЖКС (у віці понад 25-ти років) поширеність ВІЛ сягає, відповідно, 49% і 32%. Подібні «диспропорції» характерні і для інших міст.

Доцільно ще раз зазначити, що оскільки ВІЛ-інфекція особливо поширена серед споживачів ін'єкційних наркотиків, гірша епідеміологічна ситуація в деяких містах може обумовлюватися насамперед більшою представленістю серед популяції ЖКС тих, хто ін'єкційно вживає наркотичні речовини (детальніше регіональний вимір структури ЖКС за вживанням наркотичних речовин розглянутий у першому розділі). Тому в табл. 3.1.1 також наведена поширеність ВІЛ серед ЖКС, які вживаються ін'єкційні наркотики. Як можна бачити, серед ЖКС, які не є СІН, порівняно з усіма ЖКС міста, поширеність ВІЛ є дійсно нижчою. Втім, епідеміологічна ситуація все одно лишається доволі відмінною у регіональному розрізі. Так, ті ж чотири міста – Донецьк, Київ, Полтава, Хмельницький – продовжують характеризуватися найвищими показниками поширеності ВІЛ.

Доцільно також окремо розглядати ЖКС у віці до 25-ти років, які не вживають ін'єкційні наркотики, оскільки вони характеризуються і меншим досвідом у сфері комерційного сексу, і відсутністю небезпечної практики ін'єкційного вживання наркотиків. Так, відзначимо, що серед таких ЖКС умовним «лідером» є вже Київ, де поширеність ВІЛ становить 8%, а значення показника серед відповідних ЖКС Донецька – 5%.

Як буде показано нижче, поширеність ВІЛ є відмінною і серед інших сегментів ЖКС (наприклад, серед різних за основним способом пошуку клієнтів). Оскільки структура популяцій ЖКС в різних містах є дещо відмінною (див. для детальнішої інформації перший розділ), відмінності в поширеності ВІЛ можуть обумовлюватися цим. Втім, навряд чи лише відмінності в структурі популяцій пояснюють істотну варіативність у показниках поширеності ВІЛ. Вище було наочно показано, що навіть не враховуючи ЖКС, які вживають ін'єкційні наркотики, суттєва варіативність все одно зберігається. Навряд чи вона б усунулася при врахуванні і інших відмінностей у структурі популяцій, тобто отримані дані радше свідчать про дійсно наявність відмінної епідеміологічної ситуації в різних містах.

Нижче в табл. 3.1.2 наведено порівняння поширеності ВІЛ за результатами опитувань 2008–2009 років і 2011 року. Оскільки вибірки двох опитувань у деяких містах істотно відрізняються за часткою споживачів ін'єкційних наркотиків (див. перший розділ), поширеність ВІЛ також порівнюється окремо для ЖКС, які не вживали впродовж останніх 30-ти днів ін'єкційні наркотики. Наголосимо на тому, що вибірки для кожного міста є доволі невеликими, тому більшість візуальних розбіжностей є статистично не значущими.

Таблиця 3.1.1

Поширеність ВІЛ серед ЖКС (регіональний розріз)*, %

Місто	Усі ЖКС	ЖКС у віці...		ЖКС, які не є СІН		ЖКС-не активні СІН**
		до 25-ти років	25 років і старше	Усі	до 25-ти років	
Донецьк (N1=302, N2=63, N3=239, N4=228, N5=52, N6=283)***	42,7	9,5	51,9	36,7	6,0	38,2
Полтава (N1=200, N2=19, N3=181, N4=98, N5=15, N6=152)****	26,5	5,3	28,7	18,4	6,7	23,0
Київ (N1=300, N2=88, N3=208, N4=249, N5=79, N6=274)	24,2	7,7	33,5	22,2	6,9	23,7
Хмельницький (N1=150, N2=65, N3=85, N4=142, N5=65, N6=147)	18,7	1,5	31,9	15,6	1,5	17,1
Черкаси (N1=150, N2=43, N3=107, N4=118, N5=40, N6=136)	14,4	0,9	20,5	6,1	0,9	12,6
Кіровоград (N1=150, N2=45, N3=105, N4=136, N5=42, N6=147)	13,7	6,5	16,7	10,9	6,8	13,3
Одеса (N1=300, N2=135, N3=165, N4=291, N5=134, N6=297)	13,5	7,2	18,8	11,8	6,5	13,1
Івано-Франківськ (N1=150, N2=33, N3=117, N4=145, N5=33, N6=149)	9,8	5,5	11,0	7,6	5,5	9,2
Дніпропетровськ (N1=300, N2=141, N3=159, N4=242, N5=125, N6=276)	9,6	5,5	13,1	4,2	4,8	6,5
Херсон (N1=202, N2=109, N3=93, N4=185, N5=104, N6=)	9,3	4,2	15,3	6,8	3,7	9,4
Миколаїв (N1=301, N2=101, N3=200, N4=251, N5=87, N6=294)	7,1	0,0	10,6	4,5	0,0	6,2
Львів (N1=200, N2=65, N3=135, N4=191, N5=64, N6=196)	5,7	1,5	7,7	6,0	1,6	5,8
Житомир (N1=150, N2=31, N3=119, N4=146, N5=31, N6=150)	5,3	3,0	5,9	2,6	3,0	5,3
Луцьк (N1=150, N2=63, N3=87, N4=129, N5=55, N6=136)	5,2	1,4	7,9	2,0	0,0	2,5
Запоріжжя (N1=200, N2=50, N3=150, N4=180, N5=48, N6=193)	4,8	5,6	4,2	3,8	7,2	4,5
Рівне (N1=150, N2=36, N3=114, N4=130, N5=34, N6=149)	4,8	7,4	3,9	5,0	5,9	4,8
Сімферополь (N1=300, N2=99, N3=201, N4=297, N5=97, N6=298)	3,6	4,8	2,9	3,4	4,9	3,3
Тернопіль (N1=150, N2=109, N3=41, N4=144, N5=106, N6=150)	2,0	1,8	2,4	2,1	1,9	2,0

Продовження таблиці 3.1.1

Місто	Усі ЖКС	ЖКС у віці...		ЖКС, які не є СІН		ЖКС-не активні СІН**
		до 25-ти років	25 років і старше	Усі	до 25-ти років	
Чернівці (N1=150, N2=55, N3=95, N4=142, N5=54, N6=145)	2,0	0,0	3,2	0,5	0,0	0,5
Вінниця (N1=150, N2=76, N3=74, N4=148, N5=75, N6=148)	1,5	1,8	1,3	1,6	1,8	1,6
Чернігів (N1=150, N2=89, N3=61, N4=147, N5=88, N6=150)	1,0	0,9	0,7	1,1	0,9	1,0
Суми (N1=150, N2=61, N3=89, N4=146, N5=49, N6=147)	0,9	0,0	1,7	0,9	0,0	0,9
Луганськ (N1=150, N2=71, N3=79, N4=150, N5=71, N6=150)	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Ужгород (N1=150, N2=102, N3=48, N4=147, N5=101, N6=148)	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Харків (N1=300, N2=132, N3=168, N4=296, N5=128, N6=300)	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0

* Впорядковано за часткою ВІЛ-інфікованих ЖКС серед усіх респондентів (від найвищої до найнижчої).

** Активними СІН вважаються ті, хто вживає ін'єкційні наркотики 10 років і більше за місяць.

*** N1 – зважена кількість усіх респондентів-ЖКС, N2 – зважена кількість респондентів-ЖКС у віці до 25-ти років, N3 – зважена кількість респондентів-ЖКС у віці понад 25-ти років, N4 – зважена кількість респондентів-ЖКС, які не вживали ін'єкційні наркотики впродовж останніх 12-ти місяців, N5 – зважена кількість респондентів-ЖКС у віці до 25-ти років, які не вживали ін'єкційні наркотики впродовж останніх 12-ти місяців, N6 – зважена кількість респондентів-ЖКС, які не є активними СІН.

**** У деяких випадках кількість респондентів, для яких розраховувався %, менша за 50, тому дані не можна вважати статистично надійними. Втім, їх можна використовувати для оцінки тенденцій.

Таблиця 3.1.2

Поширеність ВІЛ серед ЖКС (регіональний розріз)*, %

Місто	Усі ЖКС		ЖКС-не СІН	
	2008–2009 роки	2011 рік	2008–2009 роки	2011 рік
Донецьк (N1=150, N2=302, N3=101, N4=245)**	39,0	42,7	32,9	36,0
Полтава (N1=150, N2=200, N3=78, N4=104)	19,3	26,5	11,5	20,2
Київ (N1=256, N2=300, N3=181, N4=262)	24,7	24,2	15,0	22,7
Хмельницький (N1=101, N2=150, N3=87, N4=147)	18,1	18,7	13,0	17,1
Черкаси (N1=95, N2=150, N3=74, N4=127)	17,9	14,4	11,2	8,8
Кіровоград (N1=100, N2=150, N3=84, N4=144)	17,0	13,7	14,4	12,2
Одеса (N1=100, N2=300, N3=91, N4=292)	16,5	13,5	12,7	11,8
Івано-Франківськ (N1=150, N2=150, N3=146, N4=148)	7,3	9,8	6,8	9,3
Дніпропетровськ (N1=100, N2=300, N3=77, N4=244)	14,0	9,6	2,5	4,3

Місто	Усі ЖКС		ЖКС-не СІН	
	2008–2009 роки	2011 рік	2008–2009 роки	2011 рік
Херсон (N1=100, N2=202, N3=92, N4=195)	11,0	9,3	4,3	7,4
Миколаїв (N1=100, N2=301, N3=91, N4=293)	24,0	7,1	16,5	6,2
Львів (N1=95, N2=200, N3=94, N4=195)	9,0	5,7	9,4	5,9
Житомир (N1=150, N2=150, N3=127, N4=147)	10,0	5,3	7,9	3,2
Луцьк (N1=100, N2=150, N3=69, N4=132)	13,0	5,2	5,8	2,0
Запоріжжя (N1=150, N2=200, N3=92, N4=185)	4,0	4,8	6,1	3,9
Рівне (N1=152, N2=150, N3=146, N4=147)	8,6	4,8	6,6	4,9
Сімферополь (N1=150, N2=300, N3=101, N4=298)	25,0	3,6	7,3	3,3
Тернопіль (N1=150, N2=150, N3=150, N4=150)	5,3	2,0	5,3	2,0
Чернівці (N1=151, N2=150, N3=151, N4=145)	0,0	2,0	0,0	0,5
Вінниця (N1=150, N2=150, N3=148, N4=148)	10,7	1,5	10,8	1,6
Чернігів (N1=150, N2=150, N3=150, N4=150)	0,0	1,0	0,0	1,0
Суми (N1=100, N2=150, N3=95, N4=146)	17,0	0,9	14,7	0,9
Луганськ (N1=100, N2=150, N3=100, N4=150)	0,0	0,0	0,0	0,0
Ужгород (N1=100, N2=150, N3=95, N4=148)	0,0	0,0	0,0	0,0
Харків (N1=149, N2=300, N3=146, N4=299)	0,0	0,0	0,0	0,0

* Впорядковано за часткою ВІЛ-інфікованих ЖКС серед усіх респондентів за даними опитування 2011 року (від найвищої до найнижчої).

** N1 – зважена кількість усіх респондентів-ЖКС, які були опитані в 2008–2009 роках, N2 – зважена кількість респондентів-ЖКС, які були опитані в 2011 році, N3 – зважена кількість респондентів-ЖКС, які не вживали ін'єкційні наркотики за останній місяць і які були опитані в 2008–2009 роках, N4 – зважена кількість респондентів-ЖКС, які не вживали ін'єкційні наркотики за останній місяць і які були опитані в 2011 році.

Найбільш виразний зв'язок має місце у випадку вживання наркотиків. Так, серед тих, хто ніколи не вживав будь-які наркотики, «лише» 6% ЖКС інфіковані ВІЛ (рис. 3.1.3). Поширеність ВІЛ серед тих, хто має досвід вживання лише не ін'єкційних наркотиків за останній рік, становить уже 11% ($p < 0,01$), а серед тих, хто за останній рік вживав ін'єкційні наркотики, – аж 41% ($p < 0,01$). Відзначимо, що серед тих, хто коли-небудь вживав наркотики, але не вживав їх за останній рік, поширеність ВІЛ становить також аж 32% ($p < 0,01$). Вочевидь, мова йде про ЖКС, які раніше мали досвід ін'єкційного вживання наркотиків, тому серед цієї групи і поширеність ВІЛ така велика (на жаль, отримані дані не дають змоги виокремити колишніх СІН і тих, хто вживав лише не ін'єкційні наркотики). До певної міри таке припущення під-

тверджується тим, що серед тих, хто коли-небудь вживав наркотики, але не впродовж останнього року, кожен третій (35%) має гепатит С. У цьому контексті доречно додати, що серед ЖКС, які мали позитивний результат тестування на маркер гепатиту С, 37% були ВІЛ-інфіковані проти 6% серед тих, чий результати тестування був негативним.



Рис. 3.1.3. Поширеність ВІЛ серед ЖКС залежно від практики вживання наркотиків, %

Для уточнення попереднього моменту нижче на рис. 3.1.4 наведено дані стосовно того, скільки серед ВІЛ-інфікованих і ВІЛ-неінфікованих ЖКС споживачів ін'єкційних наркотиків (за їхніми словами) і тих, хто мав позитивний результат тестування на маркер гепатиту С.

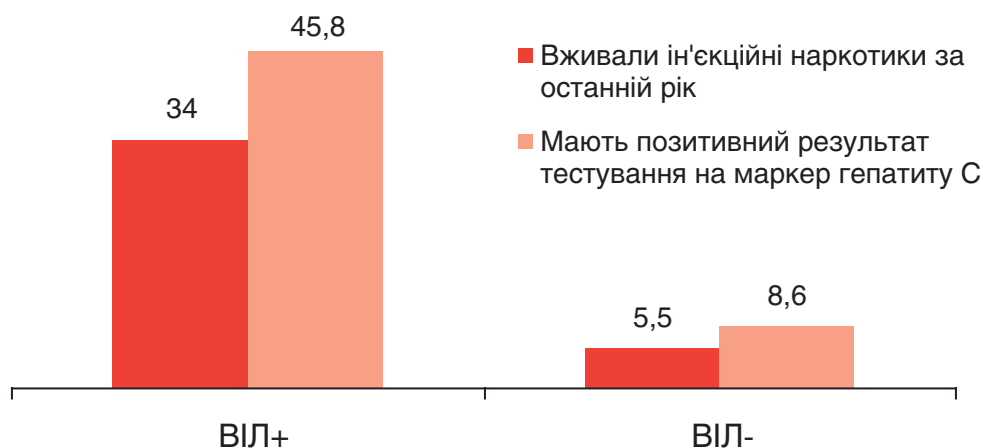


Рис. 3.1.4. Частка споживачів ін'єкційних наркотиків і тих, хто мав позитивний результат тестування на маркер гепатиту С, серед ВІЛ-інфікованих і ВІЛ-неінфікованих ЖКС, %

Нижче в табл. 3.1.3 наведено динаміку поширеності ВІЛ серед окремо ЖКС, які вживали і які не вживали ін'єкційні наркотики впродовж останнього місяця (оскільки за даними опитування 2008–2009 років неможливо виокремити категорію тих, хто вживав за останній рік, тому тут дані і порівнюють для категорії тих, хто вживав за останній місяць). Так, якщо аналізувати ЖКС у цілому, то поширеність ВІЛ окремо серед тих, хто вживає ін'єкцій

наркотики, і окремо серед тих, хто не вживає ін'єкційні наркотики, статистично значущо не змінилася порівняно з 2008–2009 роками ($p > 0,05$). Якщо окремо аналізувати групу ЖКС у віці понад 25-ти років, то там теж статистично значущі зміни не простежуються ($p > 0,05$).

Істотні зміни відбулися лише серед ЖКС у віці до 25-ти років. Так, у 2008–2009 роках поширеність ВІЛ серед ЖКС у віці до 25-ти років, які вживають ін'єкційні наркотики, становила 41% проти 17% у 2011 році (звернімо увагу, що у вибірці 2011 року було лише 43 ЖКС у віці до 25-ти років, які б водночас вживали ін'єкційні наркотики, тобто порівнювану поширеність ВІЛ серед них не можна розцінювати як статистично надійну, але можна використовувати для оцінки тенденцій). Серед молодих ЖКС, які не вживають ін'єкційні наркотики, також простежується зменшення частки ВІЛ-інфікованих – з 6% до 3% ($p < 0,01$).

В результаті, зменшення частки ВІЛ-інфікованих насамперед обумовлюється зменшенням частки ЖКС, які вживають ін'єкційні наркотики. Хоча стосовно більш молодих ЖКС, якщо контролювати практики вживання ін'єкційних наркотиків, дійсно простежується певне зниження¹². Відкритим лишається питання, чи зменшення кількості споживачів ін'єкційних наркотиків – це реальна ситуація чи, можливо, методичний артефакт. На жаль, поки що даних недостатньо для того, щоб можна було обґрунтовано підтримувати одне з припущень.

Таблиця 3.1.3

Поширеність ВІЛ серед ЖКС залежно від віку і практики вживання наркотиків, %

Характеристики/практики	2008-2009 роки	2011 рік
Усі ЖКС		
- вживали ін'єкційні наркотики (N1=457, N2=340)*	42,1	43,9
- не вживали ін'єкційні наркотики (N1=2807, N2=4590)	8,5	7,6
ЖКС у віці до 25 років		
- вживали ін'єкційні наркотики (N1=124, N2=43)	40,7	17,4
- не вживали ін'єкційні наркотики (N1=1247, N2=1846)	5,5	2,9
ЖКС у віці понад 25 років		
- вживали ін'єкційні наркотики (N1=333, N2=296)	42,7	47,8
- не вживали ін'єкційні наркотики (N1=1560, N2=2744)	10,8	10,7

*N1 – зважена кількість респондентів у вибірці 2008–2009 років, N2 – зважена кількість респондентів у вибірці 2011 року.

Нижче в табл. 3.1.4 поширеність ВІЛ наведена серед інших сегментів ЖКС. Окремо наводяться дані серед тих, хто вживає, і тих, хто не вживає ін'єкційні наркотики. В розрізі основного способу пошуку клієнтів простежується тенденція, до нижчої поширеності ВІЛ серед тих, хто переважно знаходить їх у готелях, саунах, барах та ін. (4% проти 12% серед «вуличних» ЖКС

¹² Необхідно нагадати, що структура вибірок обох досліджень відрізняється і за іншими параметрами, які також можуть бути пов'язані з поширеністю ВІЛ-інфекції. Тобто виявлена динаміка може до певної міри опосередковуватися цими іншими параметрами.

і 11% серед ЖКС, які переважно шукають клієнтів через телефон, Інтернет, $p < 0,01$). Змістовно такі ж відмінності мають місце і якщо аналізувати окремо не споживачів ін'єкційних наркотиків. Проте, серед споживачів ін'єкційних наркотиків поширеність ВІЛ серед різних сегментів за основним способом пошуку клієнтів є приблизно однаковою (хоча потрібно звернути увагу, що у вибірці було доволі мало не «вуличних» ЖКС, які вживають ін'єкційні наркотики).

Серед різних за «стажем» у секс-бізнесі ЖКС простежується лінійне зростання поширеності ВІЛ зі зростанням «стажу». Так, якщо серед ЖКС із тривалістю перебування у сфері секс-бізнесу 5% ВІЛ-інфіковані, то серед ЖКС, котрі у цій сфері понад 10 років, – аж 21%. Такі ж тенденції мають місце і серед тих, хто вживає ін'єкційні наркотики, і серед тих, хто їх не вживає.

На перший погляд неоднозначна ситуація простежується у розрізі клієнтів і не клієнтів громадських організацій (детальніше структура популяції ЖКС за цим показником розглядається у п'ятому розділі). Так, серед клієнтів поширеність ВІЛ становить 12%, а серед не-клієнтів – 8% ($p < 0,01$). Втім, таке переважання характерне лише для ЖКС, які вживають ін'єкційні наркотики. Серед таких ЖКС, які є клієнтами громадських організацій, поширеність ВІЛ становить 44% проти 34% тих, хто не є клієнтами ($p < 0,01$). У випадку ЖКС, які не вживають ін'єкційні наркотики, поширеність ВІЛ серед клієнтів і не-клієнтів приблизно однакова – відповідно, 8% і 7% ($p > 0,05$). Можливо, тенденція до переважання поширеності ВІЛ серед клієнтів пояснюється тим, що до організацій передусім звертаються ті ЖКС, які знають, що їхні небезпечні практики могли вже призвести до негативних наслідків. Інші ж, поки не трапилися певні негативні наслідки, меншою мірою усвідомлюють потребу співпрацювати з громадськими організаціями.

Таблиця 3.1.4

Поширеність ВІЛ серед ЖКС залежно від основного способу пошуку клієнтів, «стажу» і (не) належності до громадської організації, %

Характеристики/практики	Усі ЖКС	ЖКС-не СІН	ЖКС-СІН
Основний спосіб пошуку клієнтів			
- вулиця, шосе, вокзал (N1=2257, N2=1962, N3=274)*	11,5	7,4	40,0
- готелі, сауни, бари та ін. (N1=1201, N2=1143, N3=30)	4,4	3,4	44,7
- телефон, Інтернет (N1=1357, N2=1243, N3=86)	11,4	9,2	42,2
Тривалість перебування у сфері секс-бізнесу			
- до 5 років (N1=2572, N2=2411, N3=129)	4,8	3,7	25,0
- 6–10 років (N1=1338, N2=1204, N3=120)	11,7	9,1	39,2
- понад 10 років (N1=833, N2=685, N3=141)	21,2	13,8	55,2
Чи є клієнтом громадської організації			
- клієнти (N1=2622, N2=2249, N3=316)	12,1	7,7	43,8
- не-клієнти (N1=2353, N2=2233, N3=102)	7,8	6,5	33,0

*N1 – зважена кількість респондентів-усіх ЖКС відповідної групи, N2 – зважена кількість респондентів відповідної групи, які не вживали ін'єкційні наркотики за останній рік, N3 – зважена кількість респондентів відповідної групи, які вживали ін'єкційні наркотики за останній рік.

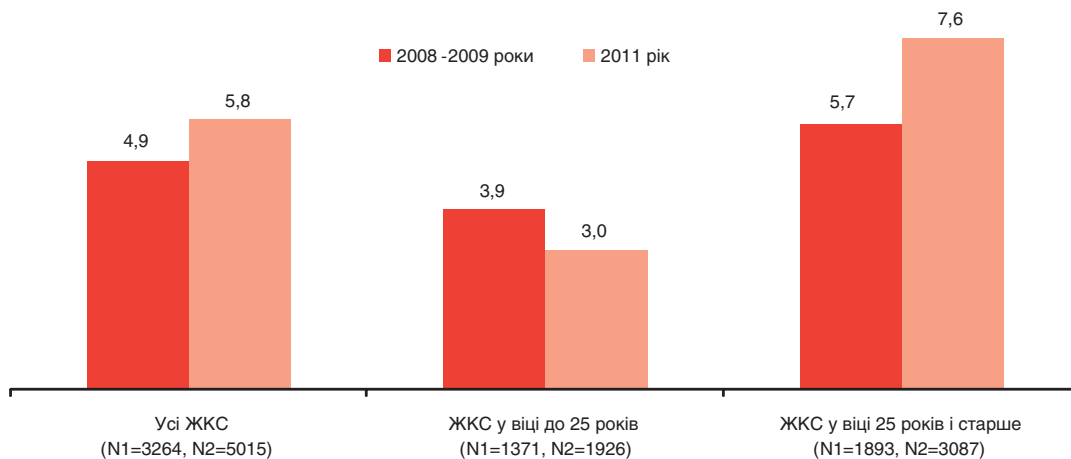
3.2. Поширеність позитивних результатів тестування на маркер сифілісу

Частка ЖКС, чиї результати тестування на маркер сифілісу були позитивними, становить 6% серед усіх опитаних (рис. 3.2.1). Дещо частіше позитивний результат мав місце серед більш старших ЖКС (у віці 25-ти років і старше) – 8% проти 3% серед більш молодих ЖКС (у віці до 25-ти років) ($p < 0,01$).

Варто також звернути увагу, що порівняно з 2008–2009 роками лише у випадку більш старших ЖКС простежується деяке зростання частки позитивних результатів тестування – з 6% до 8% ($p < 0,05$). У випадку ж всіх опитаних ЖКС у цілому, а також більш молодих ЖКС у 2011 році ситуація близька до тієї ж, яка була і у 2008–2009 роках ($p > 0,05$).

Як показують результати дослідження, окремі регіони виразно диференціюються залежно від частки позитивних результатів тестування на сифіліс. «Лідерами» є Луцьк (18% ЖКС мали позитивний результат тестування) і Одеса (17%) (табл. 3.2.1). Натомість у двох містах – Сімферополі і Луганську – результати тестування всіх ЖКС були негативними.

В основному простежується тенденція, що частка позитивних результатів вища серед більш старших ЖКС. Особливо різючі відмінності між більш старшими і більш молодими ЖКС простежуються серед ЖКС міст-«лідерів», а також серед ЖКС Хмельницького (який, загалом, також належить до міст з найвищими показниками частки позитивних результатів). Так, у Луцьку лише 1% більш молодих ЖКС мали позитивний результат проти аж 31% серед більш старших ЖКС. У випадку Одеси співвідношення становить, відповідно, 5% і 26%. У Хмельницькому жодна більш молода ЖКС не мала сифілісу проти кожної п'ятої (18%) більш старшої ЖКС. Вікові розбіжності серед ЖКС решти міст є помітно меншими.



*N1 – зважена кількість респондентів-усіх ЖКС відповідної групи, які були опитані в 2008–2009 роках, N2 – зважена кількість респондентів-усіх ЖКС відповідної групи, які були опитані в 2011 році.

Рис. 3.2.1. Поширеність позитивних результатів тестування на маркер сифілісу серед ЖКС, %

Таблиця 3.2.1

Поширеність позитивних результатів тестування на маркер сифілісу серед ЖКС (регіональний розріз)*, %

Місто	Усі ЖКС	ЖКС у віці до 25-ти років	ЖКС у віці 25-ти років і старше
Луцьк (N1=150, N2=63, N3=87)**	18,2	1,4	30,5
Одеса (N1=300, N2=135, N3=165)	16,8	5,2	26,2
Ужгород (N1=150, N2=102, N3=48)***	10,9	10,8	11,3
Хмельницький (N1=150, N2=65, N3=85)	10,0	0,0	17,7
Чернівці (N1=150, N2=55, N3=95)	9,5	4,7	12,3
Дніпропетровськ (N1=300, N2=141, N3=159)	9,0	4,9	12,6
Рівне (N1=150, N2=36, N3=114)	8,8	7,0	9,4
Херсон (N1=202, N2=109, N3=93)	7,7	4,2	11,8
Житомир (N1=150, N2=31, N3=119)	7,4	0,0	9,4
Кіровоград (N1=150, N2=45, N3=105)	7,0	7,5	6,8
Запоріжжя (N1=200, N2=50, N3=150)	7,4	3,6	8,5
Харків (N1=300, N2=132, N3=168)	5,6	3,9	6,9
Донецьк (N1=302, N2=63, N3=239)	5,5	5,6	5,9
Вінниця (N1=150, N2=76, N3=74)	5,1	4,3	5,9
Миколаїв (N1=301, N2=101, N3=200)	4,6	0,0	7,0
Полтава (N1=200, N2=19, N3=181)	3,5	0,0	3,9
Київ (N1=300, N2=88, N3=208)	2,1	2,3	2,8
Чернігів (N1=150, N2=89, N3=61)	1,4	2,3	0,0
Івано-Франківськ (N1=150, N2=33, N3=117)	1,2	0,0	1,6
Львів (N1=200, N2=65, N3=135)	0,9	1,3	0,7
Суми (N1=150, N2=61, N3=89)	0,7	0,6	0,7
Тернопіль (N1=150, N2=109, N3=41)	0,7	0,0	2,4
Черкаси (N1=150, N2=43, N3=107)	0,5	0,0	0,8
Луганськ (N1=150, N2=71, N3=79)	0,0	0,0	0,0
Сімферополь (N1=300, N2=99, N3=201)	0,0	0,0	0,0

* Впорядковано за часткою ЖКС, чиї результати тестування на маркер сифілісу були позитивними (від найвищої до найнижчої).

** N1 – зважена кількість усіх респондентів-ЖКС, N2 – зважена кількість респондентів-ЖКС у віці до 25-ти років, N3 – зважена кількість респондентів-ЖКС у віці понад 25-ти років.

*** У деяких випадках кількість респондентів, для яких розраховувався %, менша за 50, тому дані не можна вважати статистично надійними. Втім, їх можна використовувати для оцінки тенденцій.

Нижче в табл. 3.2.2 наведено поширеність позитивних результатів серед окремих груп ЖКС. Варто звернути увагу, що серед ЖКС, які є клієнтами громадських організацій, 7% мали позитивний результат тестування. Оскільки сифіліс є виліковним захворюванням, то такі результати показують, що або громадські організації не встигають мотивувати «своїх» ЖКС лікувати сифіліс, або не звертають належної уваги на можливість наявності таких захворювань.

Таблиця 3.2.2

Поширеність позитивних результатів тестування на маркер сифілісу серед ЖКС залежно від основного способу пошуку клієнтів, «стажу» і (не) належності до громадської організації, %

Характеристики/ практики	Усі ЖКС	Серед ЖКС у віці...	
		До 25-ти років	Понад 25 років
Вживання ін'єкційних наркотиків			
- не вживали ін'єкційні наркотики (N1=4511, N2=1832, N3=2679)*	5,7	2,9	7,5
- вживали ін'єкційні наркотики (N1=419, N2=57, N3=361)	8,1	7,4	8,3
Основний спосіб пошуку клієнтів			
- вулиця, шосе, вокзал (N1=2257, N2=801, N3=1456)	7,8	4,3	9,8
- готелі, сауни, казино тощо (N1=1201, N2=581, N3=620)	3,2	1,5	4,8
- телефон, Інтернет (N1=1357, N2=484, N3=873)	4,7	2,3	6,1
Тривалість перебування у сфері секс-бізнесу			
- до 5 років (N1=2572, N2=1652, N3=919)	4,4	2,8	7,3
- 6–10 років (N1=1338, N2=175, N3=1163)	6,6	4,1	6,9
- понад 10 років (N1=833, N2=1, N3=833)	7,5	---	7,4
Чи є клієнтом громадської організації			
- клієнти (N1=2622, N2=840, N3=1782)	6,6	2,7	8,4
- не-клієнти (N1=2353, N2=1072, N3=1281)	4,7	3,0	6,2

*N1 – зважена кількість респондентів-усіх ЖКС відповідної групи, N2 – зважена кількість респондентів відповідної групи у віці до 25-ти років, N3 – зважена кількість респондентів відповідної групи у віці понад 25 років.

3.3. Поширеність позитивних результатів тестування на маркер гепатиту В

Поширеність позитивних результатів тестування на маркер гепатиту В становить 3% серед усіх опитаних ЖКС (рис. 3.3.1). Дещо частіше позитивні результати простежувалися серед більш старших ЖКС (у віці 25-ти років і старше) – 4% проти 2% серед більш молодих ЖКС (у віці до 25-ти років) ($p < 0,01$).

Як і у випадку інших захворювань, епідеміологічна ситуація відмінна в різних регіонах. Так, «лідерами» за часткою ЖКС з позитивним результатом тестування виявилися Кіровоград (15%) і Полтава (10%) (табл. 3.3.1). Натомість у Сімферополі, Житомирі, Херсоні, Хмельницькому та Чернігові усі опитані ЖКС мали негативний результат. Варто також звернути увагу на існуючі розбіжності в поширеності серед різних за віком ЖКС.

У розрізі окремих сегментів ЖКС найбільш виразні відмінності простежуються у випадку вживання ін'єкційних наркотиків. Так, якщо серед тих, хто не вживає ін'єкційні наркотики, частка респондентів з позитивним результатом тестування на маркер гепатиту В становить 3%, то серед тих, хто вживає ін'єкційні наркотики, – 10% ($p < 0,01$) (табл. 3.3.2).

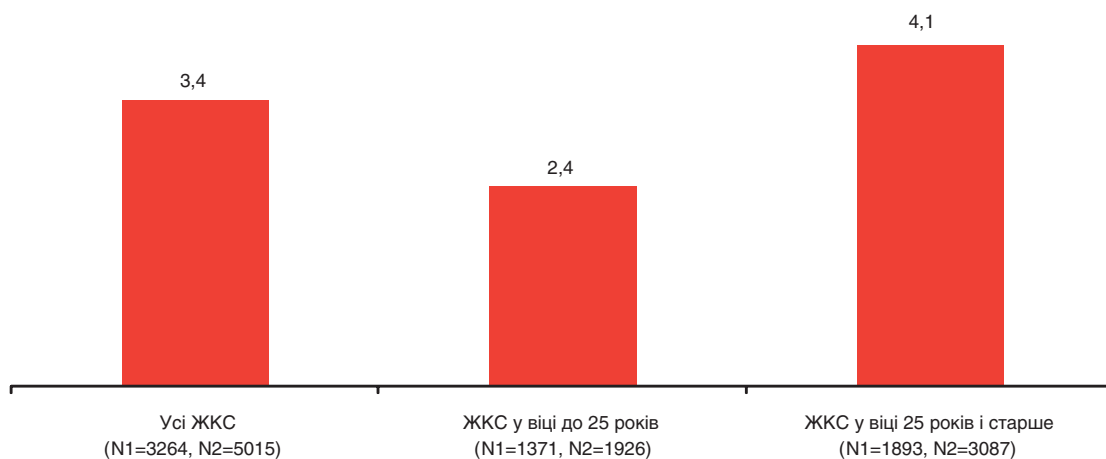


Рис. 3.3.1. Поширеність позитивних результатів тестування на маркер гепатиту В серед ЖКС, %

У розрізі сегментів ЖКС за основним способом пошуку, у цілому, поширеність позитивних результатів достатньо близька. Втім, мають місце деякі вікові особливості. Так, у випадку «вуличних» ЖКС частка тих, хто мав позитивний результат, майже ідентична і серед більш молодих (у віці до 25-ти років), і серед більш старших (у віці 25 років і старше). Натомість серед двох інших сегментів ЖКС вища поширеність простежується у випадку більш старших ЖКС.

Таблиця 3.3.1

Поширеність позитивних результатів тестування на маркер гепатиту В серед ЖКС (регіональний розріз)*, %

Місто	Усі ЖКС	ЖКС у віці...	
		До 25-ти років	Понад 25 років
Кіровоград (N1=150, N2=45, N3=105)**	15,4	16,1	15,1
Полтава (N1=200, N2=19, N3=181)***	10,0	5,3	10,5
Рівне (N1=150, N2=36, N3=114)	7,1	3,8	8,1
Донецьк (N1=302, N2=39, N3=239)	6,7	3,8	8,0
Львів (N1=200, N2=65, N3=135)	6,5	7,7	5,9
Івано-Франківськ (N1=150, N2=33, N3=117)	6,3	0,0	8,0
Ужгород (N1=150, N2=102, N3=48)	6,2	4,8	9,3
Київ (N1=300, N2=88, N3=208)	4,6	5,6	3,6
Черкаси (N1=150, N2=43, N3=107)	3,4	0,0	5,4
Луганськ (N1=150, N2=79, N3=71)	3,9	8,0	1,0
Луцьк (N1=150, N2=63, N3=87)**	3,2	2,7	3,5
Миколаїв (N1=301, N2=101, N3=200)	3,0	2,0	3,5
Харків (N1=300, N2=132, N3=168)	2,9	0,8	4,6

Продовження таблиці 3.3.1

Місто	Усі ЖКС	ЖКС у віці...	
		До 25-ти років	Понад 25 років
Одеса (N1=300, N2=135, N3=165)	2,3	3,8	1,0
Тернопіль (N1=150, N2=109, N3=41)	2,0	1,8	2,4
Вінниця (N1=150, N2=76, N3=74)	1,9	0,0	3,9
Запоріжжя (N1=200, N2=50, N3=150)	2,8	1,7	3,4
Дніпропетровськ (N1=300, N2=141, N3=159)	1,2	0,5	1,7
Чернівці (N1=150, N2=55, N3=95)	1,0	1,4	0,8
Суми (N1=150, N2=61, N3=89)	0,7	1,7	0,8
Житомир (N1=150, N2=31, N3=119)	0,0	0,0	0,0
Сімферополь (N1=300, N2=99, N3=201)	0,0	0,0	0,0
Херсон (N1=202, N2=109, N3=93)	0,0	0,0	0,0
Хмельницький (N1=150, N2=65, N3=85)	0,0	0,0	0,0
Чернігів (N1=150, N2=89, N3=61)	0,0	0,0	0,0

* Впорядковано за часткою ЖКС, чиї результати тестування на маркер гепатиту В були позитивними (від найвищої до найнижчої).

** N1 – зважена кількість усіх респондентів-ЖКС, N2 – зважена кількість респондентів-ЖКС у віці до 25-ти років, N3 – зважена кількість респондентів-ЖКС у віці понад 25 років.

*** У деяких випадках кількість респондентів, для яких розраховувався %, менша за 50, тому дані не можна вважати статистично надійними. Втім, їх можна використовувати для оцінки тенденцій.

Відповідно до отриманих результатів, і накопичення досвіду небезпечних практик (надання сексуальних послуг за плату) пов'язане зі зростанням частки позитивних результатів – з 2% серед ЖКС зі «стажем» до 2 років до 5% серед ЖКС зі стажем понад 10-ти років ($p < 0,01$).

Доцільно звернути увагу, що частіше позитивні результати мали місце серед тих ЖКС, які є клієнтами громадських організацій, – 4% проти 3% серед тих, хто не є клієнтами ($p < 0,01$).

Таблиця 3.3.2

Поширеність позитивних результатів тестування на маркер гепатиту В серед ЖКС залежно від основного способу пошуку клієнтів, «стажу» і (не) належності до громадської організації, %

Характеристики/практики	Усі ЖКС	Серед ЖКС у віці...	
		До 25 років	Понад 25 років
Вживання ін'єкційних наркотиків			
- не вживали ін'єкційні наркотики (N1=4511, N2=1832, N3=2679)*	2,9	2,2	3,4
- вживали ін'єкційні наркотики (N1=419, N2=57, N3=361)	9,6	8,9	9,8

Характеристики/практики	Усі ЖКС	Серед ЖКС у віці...	
		До 25 років	Понад 25 років
Основний спосіб пошуку клієнтів			
- вулиця, шосе, вокзал (N1=2257, N2=801, N3=1456)	3,9	3,5	4,1
- готелі, сауни, бари та ін. (N1=1201, N2=581, N3=620)	2,7	1,7	3,6
- телефон, Інтернет (N1=1357, N2=484, N3=873)	3,5	1,8	4,5
Тривалість перебування у сфері секс-бізнесу			
- до 5 років (N1=2572, N2=1652, N3=919)	2,3	2,2	2,4
- 6–10 років (N1=1338, N2=175, N3=1163)	3,7	4,7	3,6
- понад 10 років (N1=833, N2=1, N3=833)	5,4	---	5,4
Чи є клієнтом громадської організації			
- клієнти (N1=2622, N2=840, N3=1782)	4,1	2,7	4,7
- не-клієнти (N1=2353, N2=1072, N3=1281)	2,6	2,2	3,0

*N1 – зважена кількість респондентів-усіх ЖКС відповідної групи, N2 – зважена кількість респондентів відповідної групи у віці до 25-ти років, N3 – зважена кількість респондентів відповідної групи у віці понад 25 років.

3.4. Поширеність позитивних результатів тестування на маркер гепатиту С

Відповідно до отриманих результатів, у 12% опитаних ЖКС результати тестування на маркер гепатиту С виявилися позитивними (рис. 3.4.1). Причому істотно частіше позитивні результати траплялися серед більш старших ЖКС (у віці 25-ти років і старше) – 16% проти 6% серед більш молодих ЖКС ($p < 0,01$).

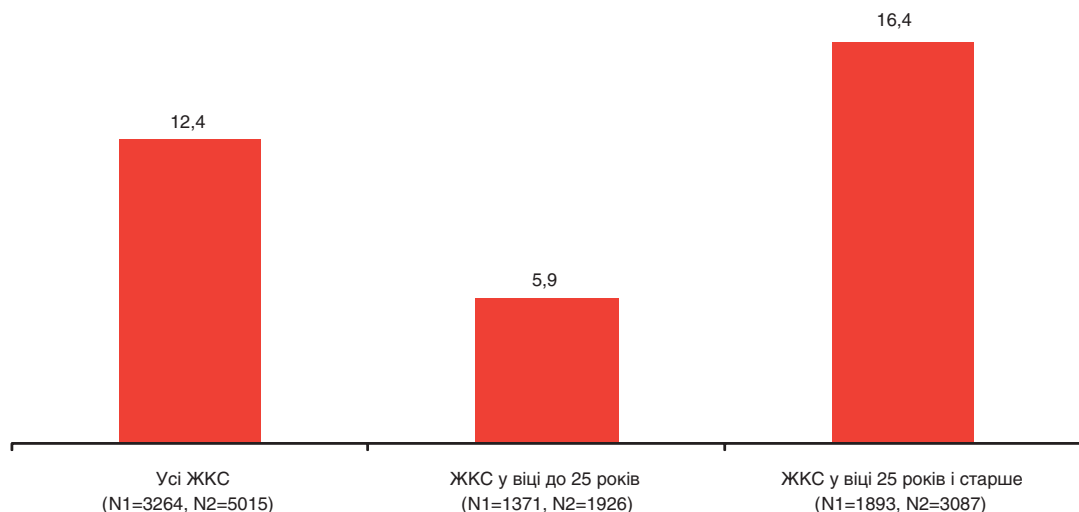


Рис. 3.4.1. Поширеність позитивних результатів тестування на маркер гепатиту С серед ЖКС, %

Частка позитивних результатів суттєво варіює залежно від регіону. Так, якщо кожна третя ЖКС в Запоріжжі (38%) і Донецьку (32%) мала позитивний результат, то, наприклад, у Чернігові – лише 1% (табл. 3.4.1).

Вочевидь, значною мірою регіональні відмінності обумовлюються тим, скільки в структурі популяції ЖКС тих, хто вживає ін'єкційні наркотики. Втім, навіть якщо розраховувати дані лише серед ЖКС, які не вживають ін'єкційні наркотики, то істотні регіональні відмінності, як можна побачити в таблиці, все одно матимуть місце. Втім, варто звернути увагу на Донецьк. Так, якщо серед усіх ЖКС цього міста, які не вживають ін'єкційні наркотики, 26% мали позитивний результат, то серед цих же ЖКС, але у віці до 25-ти років, значення показника – лише 1%.

Таблиця 3.4.1

Поширеність позитивних результатів тестування на маркер гепатиту С серед ЖКС (регіональний розріз)*, %

Місто	Усі ЖКС	ЖКС у віці...		ЖКС-не СІН	
		до 25-ти років	понад 25 років	усі	до 25-ти років
Запоріжжя (N1=200, N2=50, N3=150, N4=180, N5=48)**	38,5	25,0	42,5	35,5	25,7
Донецьк (N1=302, N2=39, N3=239, N4=228, N5=52)	32,4	8,0	38,2	27,3	1,8
Кіровоград (N1=150, N2=45, N3=105, N4=136, N5=42)***	24,4	15,9	28,1	22,9	16,7
Київ (N1=300, N2=88, N3=208, N4=249, N5=79)	22,1	7,9	29,3	17,8	7,9
Полтава (N1=200, N2=19, N3=181, N4=98, N5=15)	21,0	10,5	22,1	16,3	13,3
Черкаси (N1=150, N2=43, N3=107, N4=118, N5=40)	17,8	13,1	20,1	6,2	0,9
Дніпропетровськ (N1=300, N2=141, N3=159, N4=242, N5=125)	16,8	8,2	24,3	6,1	5,2
Хмельницький (N1=150, N2=65, N3=85, N4=142, N5=65)	13,3	1,5	22,4	11,4	1,5
Одеса (N1=300, N2=135, N3=165, N4=291, N5=134)	13,2	4,3	20,4	11,1	4,3
Луцьк (N1=150, N2=63, N3=87, N4=129, N5=55)	12,3	7,3	15,9	6,9	6,8
Ужгород (N1=150, N2=102, N3=48, N4=147, N5=101)	10,7	10,2	11,8	10,4	9,6
Миколаїв (N1=301, N2=101, N3=200, N4=251, N5=87)	10,0	0,0	15,1	2,9	0,0
Херсон (N1=202, N2=109, N3=93, N4=185, N5=104)	8,8	4,9	13,3	5,5	2,6
Львів (N1=200, N2=65, N3=135, N4=191, N5=64)	7,8	5,8	8,8	6,3	4,4

Місто	Усі ЖКС	ЖКС у віці...		ЖКС-не СІН	
		до 25-ти років	понад 25 років	усі	до 25-ти років
Луганськ (N1=150, N2=71, N3=79, N4=150, N5=71)	7,0	10,8	3,6	0,0	0,0
Івано-Франківськ (N1=150, N2=33, N3=117, N4=145, N5=33)	5,5	0,0	7,1	3,2	0,0
Рівне (N1=150, N2=36, N3=114, N4=130, N5=34)	5,1	1,9	6,1	4,8	0,0
Суми (N1=150, N2=61, N3=89, N4=146, N5=59)	4,4	2,7	6,5	3,4	2,5
Харків (N1=300, N2=132, N3=168, N4=296, N5=128)	3,8	5,1	2,8	3,9	5,3
Тернопіль (N1=150, N2=109, N3=41, N4=144, N5=106)	3,3	3,7	2,4	2,8	2,8
Чернівці (N1=150, N2=55, N3=95, N4=142, N5=54)	2,8	0,0	4,4	1,1	0,0
Сімферополь (N1=300, N2=99, N3=201, N4=297, N5=97)	2,7	5,2	1,4	2,2	4,6
Житомир (N1=150, N2=31, N3=119, N4=146, N5=31)	1,6	0,0	2,0	0,0	0,0
Вінниця (N1=150, N2=76, N3=74, N4=148, N5=75)**	1,5	0,0	3,1	0,7	0,0
Чернігів (N1=150, N2=89, N3=61, N4=147, N5=88)	0,6	0,0	1,6	0,6	0,0

* Впорядковано за часткою ЖКС, чиї результати тестування на маркер гепатиту С були позитивними (від найвищої до найнижчої).

** N1 – зважена кількість усіх респондентів-ЖКС, N2 – зважена кількість респондентів-ЖКС у віці до 25-ти років, N3 – зважена кількість респондентів-ЖКС у віці понад 25 років, N4 – зважена кількість респондентів-ЖКС, які не вживали ін'єкційні наркотики впродовж останніх 12-ти місяців, N5 – зважена кількість респондентів-ЖКС у віці до 25-ти років, які не вживали ін'єкційні наркотики впродовж останніх 12-ти місяців.

*** У деяких випадках кількість респондентів, для яких розраховувався %, менша за 50, тому дані не можна вважати статистично надійними. Втім, їх можна використовувати для оцінки тенденцій.

Очікувано, найчастіше позитивні результати тестування на гепатит С простежувалися серед тих ЖКС, які мали досвід вживання ін'єкційних наркотиків впродовж останніх 12-ти місяців, – 48% (рис. 3.4.2). Дуже багато позитивних результатів мали місце серед ЖКС, які мали досвід вживання наркотиків, але не впродовж останнього року, – 35%. Помітно рідше такі ситуації простежувалися серед ЖКС, які впродовж останнього року вживали лише не ін'єкційні наркотики (14%), а також серед ЖКС, які взагалі ніколи не вживали будь-які наркотики (ані ін'єкційні, ані не ін'єкційні) (8%).



3.4.2. Поширеність позитивних результатів тестування на маркер гепатиту С серед ЖКС залежно від практики вживання наркотиків, %

Простежується тенденція, що серед тих ЖКС, які переважно знаходять клієнтів через телефон, Інтернет, дещо частіше траплялися позитивні результати (табл. 3.4.2).

Таблиця 3.4.2

Поширеність позитивних результатів тестування на маркер гепатиту С серед ЖКС залежно від основного способу пошуку клієнтів, «стажу» і (не) належності до громадської організації, %

Характеристики/практики	Усі ЖКС	ЖКС-не СІН	ЖКС-СІН
Основний спосіб пошуку клієнтів			
- вулиця, шосе, вокзал (N1=2257, N2=1962, N3=274)*	12,5	7,9	44,9
- готелі, сауни, бари та ін. (N1=1201, N2=1143, N3=30)	7,3	6,2	38,0
- телефон, Інтернет (N1=1357, N2=1243, N3=86)	14,7	11,4	55,5
Тривалість перебування у сфері секс-бізнесу			
- до 5-ти років (N1=2572, N2=2411, N3=129)	8,0	5,6	49,0
- 6–10 років (N1=1338, N2=1204, N3=120)	13,0	9,4	46,5
- понад 10 років (N1=833, N2=685, N3=141)	22,9	17,2	48,2
Чи є клієнтом громадської організації			
- клієнти (N1=2622, N2=2249, N3=316)	13,0	7,8	47,0
- не-клієнти (N1=2353, N2=2233, N3=102)	11,6	9,7	50,2

*N1 – зважена кількість респондентів-усіх ЖКС відповідної групи, N2 – зважена кількість респондентів відповідної групи, які не вживали ін'єкційні наркотики за останній рік, N3 – зважена кількість респондентів відповідної групи, які вживали ін'єкційні наркотики за останній рік.

Також, можна бачити, що зі зростанням «стажу» зростає і частка тих, чий результат був позитивним, – з 8% серед ЖКС із досвідом роботи у сфері секс-бізнесу до 5-ти років до 23% серед ЖКС зі «стажем» понад 10 років. Можна справедливо припустити, що значною мірою така ситуація обумовлюється тим, що серед ЖКС з більшим досвідом більше споживачів ін'єкційних наркотиків¹³. Втім, отримані результати дещо суперечать такому припущенню. Так, у таблиці дані для кожного сегменту наведені також окремо для тих, хто вживає і не вживає ін'єкційні наркотики. І якраз частка позитивних результатів серед різних за «стажем» ЖКС, які вживають ін'єкційні наркотики, є дуже близькою. Натомість, серед ЖКС, які не вживають ін'єкційні наркотики, зі зростанням «стажу» простежується лінійне зростання частки респондентів з позитивним результатом – з 6% серед ЖКС зі «стажем» до 5-ти років до 17% серед ЖКС зі «стажем» понад 10-ти років. Можливо, до певної міри це може пояснюватися тим, що частина більш старших ЖКС з, відповідно, більшим «стажем» давали неправдиву інформацію стосовно практик свого вживання ін'єкційних наркотиків. Також доцільно звернути увагу, що при визначенні, чи ЖКС – СІН, ми говоримо про вживання ін'єкційних наркотиків за останній рік. Тобто можливо, що ЖКС колись давно вживала такі наркотики – і тоді інфікувалася вірусом гепатиту С, але вже не вживає, тому в нашій класифікації вона не СІН. А оскільки таких ЖКС буде більше серед дещо старших ЖКС, то серед відповідної категорії за «стажем» і вища частка ЖКС з гепатитом С. Також не можна виключати, що більший досвід надання сексуальних послуг за плату пов'язаний з акумулюванням небезпек отримати вірус статевим шляхом, хоча ймовірність отримати вірус гепатиту С таким шляхом мінімальна.

¹³ Їхня кількість зростає з 3% серед ЖКС зі «стажем» до 2-х років до 27% серед ЖКС зі «стажем» понад 20 років.

ФАКТОРИ, ПОВ'ЯЗАНІ З НАЯВНІСТЮ ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ

4.1. Логістична регресія щодо поширеності ВІЛ

У попередньому розділі ми навели дані стосовно поширеності ВІЛ серед ЖКС загалом, а також серед окремих груп ЖКС. У цьому розділі ми робимо спробу побудувати модель логістичної регресії, яка дасть змогу відповісти на запитання, як змінюється вірогідність мати ВІЛ залежно від наявності/відсутності тих чи інших характеристик. Наприклад, як змінюється вірогідність мати ВІЛ зі зростанням «стажу» ЖКС у сфері секс-бізнесу.

Також використання логістичної регресії дасть змогу виділити фактори, які дійсно мають незалежний від інших факторів зв'язок із залежною змінною (наявністю/відсутністю ВІЛ). Іншими словами, нерідко трапляються ситуації, коли ми маємо перетин важливих для нас характеристик, через що неясно, яка саме з них пов'язана з імовірністю мати ВІЛ-інфекцію. Використання логістичної регресії допоможе знайти відповідь на цю проблему, адже аналізується «чистий» зв'язок із залежною змінною, коли можливий вплив інших факторів враховується під час аналізу.

Втім, з точки зору інтерпретації результатів моделі логістичної регресії для з'ясування змінних, які пов'язані з наявністю ВІЛ, є деякі недоліки. Насамперед потрібно звернути увагу, що у нашому випадку поведінкові практики, які ми розглядаємо як незалежні змінні, не «розведені» в часі з моментом інфікування ВІЛ (у випадку ЖКС, які мають таку інфекцію) і можуть бути також наслідком, ніж причиною інфекції. Для коректного ж визначення впливу на можливість інфікування ВІЛ, наприклад, практик використання презервативів з комерційними партнерами, ми повинні мати для ЖКС, які вже мають таку інфекцію, інформацію про такі практики до моменту інфікування ВІЛ. Тобто нас цікавить, як певна ЖКС поводитися до того, як інфікувалася або unikнула інфікування. Втім, у нас є тільки змінні, які стосуються практик використання презервативів лише за останній місяць до моменту інтерв'ю і тестування (а не інфікування ВІЛ, момент якого нам невідомий). Те саме стосується й інших поведінкових практик (наприклад, вживання наркотиків) та факторів. У результаті такої «не розведеності» в часі отримані результати аналізу не можуть слугувати однозначною підставою говорити про якісь змінні, як про, власне, фактори інфікування ВІЛ, тобто те, що впливає на ймовірність інфікування ВІЛ. Отримані результати дають змогу лише стверджувати, що ЖКС з певною характеристикою з тим чи іншим шансом можуть мати або не мати ВІЛ.

Для бодай часткового розв'язання цієї проблеми модель логістичної регресії будувалася не для всіх ЖКС, а лише для тих, хто: 1) мав досвід тестування на ВІЛ раніше і 2) під час останнього тестування результат був негативний. Оскільки ці ЖКС вважають, що вони не інфіковані ВІЛ (відповідно до результатів свого останнього тесту), то можемо припустити, що їхні практики менше змінювалися з часом (порівняно з зафіксованими під час інтерв'ю за поведінковою анкетой). А це дасть нам змогу більш точно проаналізувати зв'язок між практиками і наявністю ВІЛ-інфекції. Варто зазначити, що такий підхід все одно не дає нам можливості стверджувати, що, наприклад, деякі практики є, власне, факторами інфікування або не інфікування ВІЛ. Проте, такий підхід більшою мірою наближає нас до цього.

Усього серед опитаних ЖКС 2469 респондентів (зважена кількість) відповідають наведеним критеріям. Серед них 95 (або 4%) за результатами тестування в рамках дослідження виявилися інфікованими ВІЛ.

Перш ніж перейти до, власне, побудови моделі логістичної регресії, потрібно з'ясувати, а які саме змінні пов'язані з наявністю/відсутністю ВІЛ-інфекції. Нижче в табл. 4.1.1 наведено поширеність ВІЛ залежно від певних характеристик/практик ЖКС, які часто розглядаються як такі, що пов'язані з певним ВІЛ-статусом, а також наведено, чи існує статистично значущий зв'язок (за критерієм χ^2 -квадрату Пірсона). Якщо показник p (наводиться у дужках біля кожної характеристики/практики) нижчий за 0,05, то зв'язок між характеристикою/практикою вважається статистично значущим.

Таблиця 4.1.1

Зв'язок між наявністю ВІЛ-інфекції і певними характеристиками/практиками серед ЖКС, які мали досвід тестування на ВІЛ і чий останній результат тесту були негативні

Чинники	% ВІЛ-інфікованих	N
Освіта ($p=0.92$)		
- початкова/базова середня	4,2	559
- повна середня, професійно-технічна, незакінчена вища	3,8	1304
- базова вища	4,2	403
- повна вища	2,9	197
- важко сказати / відмова	0,0	3
Соціальний статус (без врахування зайнятості в сфері комерційного сексу) ($p=0,02$)		
- навчаються	0,8	257
- безробітні	4,4	1176
- мають постійну роботу	5,8	253
- мають випадкові заробітки	4,0	572
- домогосподарки	1,4	182
- непрацевдатні	10,7	19
- важко сказати / відмова (включно з іншим)	0,0	8
Корінна чи приїжджа ($p=0.23$)		
- корінна	4,5	1440
- приїжджа	3,1	1023
- важко сказати / відмова	0,0	4

Чинники	% ВІЛ-інфікованих	N
Рівень матеріального добробуту (p<0,01)		
- дуже низький	7,9	156
- низький	4,9	948
- середній	2,7	1075
- високий або дуже високий	3,1	259
- важко сказати / відмова	0,0	28
Основне джерело доходу (p<0,01)		
- постійна робота	5,0	152
- тимчасова робота	9,7	123
- секс за винагороду	3,5	1927
- допомога батьків, родичів	0,6	154
- дохід чоловіка, партнера та ін.	6,3	55
- соціальна допомога	6,2	22
- важко сказати / відмова (включно з іншим)	10,2	34
Частота надання секс-послуг (p<0,01)		
- кожного дня	3,2	873
- 2–3 рази на тиждень	3,0	1132
- 1 раз на тиждень	4,4	240
- не більше 2–3 разів на місяць	11,2	197
- Важко сказати / відмова	3,2	26
Основний спосіб пошуку клієнтів (p=0,01)		
- готель, сауна, казино, бари, ресторани та ін.	2,0	575
- вулиця, шосе, вокзал	4,6	1123
- телефон, Інтернет	3,6	696
- інше	10,6	69
- важко сказати / відмова	0,0	4
Тривалість перебування у секс-бізнесі (p<0,01)		
- до 2 років	2,1	629
- 3–5 років	3,5	701
- 6–10 років	3,1	653
- 11–20 років	6,8	374
- понад 20 років	12,4	28
- важко сказати / відмова	9,7	81
Кількість комерційних партнерів на тиждень (p<0,01)		
- до 5 клієнтів	3,9	1217
- 6–10 клієнтів	3,5	540
- 11–20 клієнтів	3,7	374
- понад 20 клієнтів	3,0	295
- важко сказати / відмова	17,1	41
Використання презервативу під час контакту з останнім комерційним партнером (p=0.30)		
- використовували	3,7	2337

Чинники	% ВІЛ-інфікованих	N
- не використовували	6,2	120
- важко сказати / відмова	10,2	10
Частота використання презервативів під час вагінального сексу з комерційними партнерами за останні 30 днів (p=0,02)		
- завжди	3,8	1878
- у більшості випадків	4,5	384
- у половині випадків або рідше	3,6	178
- не мали вагінального сексу / не було клієнтів	0,0	10
- не знають / не пам'ятають	40,1	2
- презервативи ніколи не використовувались	0,0	14
Частота використання презервативів під час анального сексу з комерційними партнерами за останні 30 днів (p=0,08)		
- завжди	2,3	677
- у більшості випадків	2,7	144
- у половині випадків або рідше	2,5	118
- не мали вагінального сексу / не було клієнтів	4,8	1502
- не знають / не пам'ятають	9,0	11
- презервативи ніколи не використовувались	0,0	14
Готовність надавати секс-послуги без використання презерватива (p=0,02)		
- за жодних умов не погодяться	3,8	1580
- погодяться за певних обставин	3,8	829
- завжди готові	0,0	31
- важко сказати / відмова	14,0	27
Досвід надання секс-послуг гомосексуалам за останній рік (p=0.32)		
- не надавали	3,6	1941
- надавали	4,8	238
- важко сказати / відмова	5,2	288
Досвід надання секс-послуг СІН за останній рік (p<0,01)		
- не надавали	3,1	1806
- надавали	7,3	316
- важко сказати / відмова	5,0	345
Досвід надання секс-послуг іноземцям за останній рік (p=0.99)		
- не надавали	4,0	1112
- надавали	3,8	1280
- важко сказати / відмова	3,9	75
Досвід неправильного використання презервативів (p<0,01)		
- жодних проблем не було	3,4	1652
- були певні проблеми	4,4	762
- важко сказати / відмова	16,8	36
- не було клієнтів	0,0	4
- презервативи ніколи не використовувалися	0,0	14

Продовження таблиці 4.1.1

Чинники	% ВІЛ-інфікованих	N
Наявність серед постійних сексуальних партнерів за останній рік споживачів ін'єкційних наркотиків (p=0.21)		
- не були	3,9	2240
- були	6,3	111
- важко сказати / відмова	1,7	115
Наявність серед випадкових сексуальних партнерів за останній рік споживачів ін'єкційних наркотиків (p=0.76)		
- не були	3,9	2177
- були	4,8	117
- важко сказати / відмова	3,5	172
Рівень знань (p=0,02)		
- помилилися принаймні одного разу	4,9	1024
- правильно відповіли на всі п'ять запитань	3,1	1442
Охоплення профілактичними програмами (p=0.80)		
- не охоплені профілактичними програмами	3,7	800
- охоплені профілактичними програмами	4,0	1667
Чи є клієнтами громадської організації (p=0.40)		
- клієнти	4,3	1470
- не-клієнти	3,3	987
- важко сказати / відмова	0,0	10
Вживання алкоголю за останні 30 днів (p=0.10)		
- кожного дня	3,6	424
- не рідше одного разу на тиждень	3,0	999
- рідше одного разу на тиждень	4,3	802
- ніколи	6,5	240
- важко сказати / відмова	0,0	3
Досвід вживання наркотиків (p<0,01)		
- ніколи не вживали	2,7	2136
- вживали коли-небудь, але не за останні 12 місяців	20,4	77
- за 12 місяців вживали лише неін'єкційні наркотики	1,2	84
- вживали ін'єкційні наркотики за останні 12 місяців	15,4	134
- важко сказати / відмова	0,0	37

Як можна бачити, статистично значущо з наявністю/відсутністю ВІЛ-інфекції пов'язані: соціальний статус, рівень матеріального добробуту, основне джерело доходу, частота надання секс-послуг, основний спосіб пошуку клієнтів, тривалість перебування у секс-бізнесі, частота використання презервативів під час вагінального сексу з комерційними партнерами протягом останніх 30-ти днів, готовність надавати секс-послуги без використання презерватива, досвід надання секс-послуг СІН за останній рік, досвід неправильного використання презервативів, рівень знань, досвід вживання наркотиків. Близькі до статистично значущого: частота використання презервативів під час анального сексу з комерційними партнерами протягом

останніх 30-ти днів і вживання алкоголю протягом останніх 30-ти днів. Саме ці змінні і були використані далі для побудови моделі логістичної регресії.

Особливістю побудови моделей логістичної регресії є те, що для кожної окремої змінної необхідно визначити, з якою категорією (яка називається «референтною») будуть порівнюватися інші категорії цієї змінної для аналізу співвідношення шансів бути ВІЛ-інфікованою. Наприклад, у випадку тривалості перебування в сфері секс-бізнесу ми визначили, що ЖКС з досвідом до 2-х років є «референтною» категорією. Це означає, що інші категорії будуть порівнюватися з категорією ЖКС з досвідом до 2-х років. А отримані шанси наявності ВІЛ варто інтерпретувати наступним чином – яка вірогідність бути ВІЛ-інфікованою у ЖКС з певної категорії порівняно з нашою «референтною» категорією. Наприклад, яка вірогідність, що ЖКС з досвідом понад 20 років буде ВІЛ-інфікованою порівняно з ЖКС з досвідом до 2-х років. Наголосимо, що для кожної змінної визначається своя окрема «референтна» категорія.

Для побудови моделі використовувався метод Backward Conditional. Для оцінки якості моделі логістичної регресії використовується коефіцієнт Nagelkerke R Square. У випадку нашої моделі коефіцієнт становить 0,228, що є прийнятним рівнем якості. Втім, іншим показником якості моделі є також те, наскільки правильно (виходячи зі змінних, включених до моделі) «прогнозується» ВІЛ-статус ЖКС. Так, якщо говорити про ЖКС, які не є ВІЛ-інфікованими, то у 99,8% випадків їхній ВІЛ-статус правильно прогнозується побудованою моделлю. Але, якщо говорити про ВІЛ-інфікованих ЖКС, то у цьому випадку лише 2,0% випадків прогнозується правильно. Це означає, що, на жаль, модель погано «визначає», які ЖКС є ВІЛ-інфікованими. Така ситуація вказує на те, що жодна зі змінних не дає змоги достовірно припустити, яким є ВІЛ-статус респондента.

Проте, отримані результати все-таки дозволяють зробити деякі висновки про зв'язок окремих характеристик ЖКС з їхнім ВІЛ-статусом. Нижче в табл. 4.1.2 наведені дані стосовно величини стандартизованого коефіцієнту $\text{Exp}(B)$ і рівень його значущості для кожної характеристики. Стандартизований коефіцієнт $\text{Exp}(B)$ показує, у скільки разів відмінною є вірогідність ЖКС, яка має відповідну характеристику, бути ВІЛ-інфікованою порівняно з ЖКС з «референтної» категорії. Коли величина $\text{Exp}(B)$ більша за 1, то це означає, що вірогідність у ЖКС з такою характеристикою бути ВІЛ-інфікованою вищій, ніж у ЖКС з «референтної» категорії. Якщо ж величина $\text{Exp}(B)$ менше за 1, то вірогідність менша.

У табл. 4.1.2 були залишені змінні, які статистично значущо пов'язані із залежною змінною ВІЛ-статусу (у розрізі окремих характеристик/практик потрібно орієнтуватися на статистичну значущість – якщо показник менший за 0,05, то вірогідність ЖКС з відповідною характеристикою/практикою бути ВІЛ-інфікованою порівняно з «референтною» категорією буде статистично значущо відмінною).

Найбільш виразний зв'язок простежується у випадку вживання наркотиків, тривалості перебування у сфері секс-бізнесу та рівня знань. Так, ті ЖКС, які коли-небудь вживали наркотики, але не вживали їх впродовж останніх 12-ти місяців, мають у 6,5 разів вищу вірогідність мати ВІЛ, ніж ЖКС, які ніколи в своєму житті не вживали наркотики. Ті, хто протягом останніх 12-ти місяців вживали ін'єкційні наркотики, мають у 5,1 разів вищу вірогідність. Натомість вірогідність мати ВІЛ серед ЖКС, які впродовж останніх 12-ти місяців вживали лише неін'єкційні наркотики, статистично не відрізняється від вірогідності мати ВІЛ серед ЖКС, які ніколи не вживали наркотики.

Стосовно тривалості перебування у сфері секс-бізнесу, то пороговим можна вважати понад 10-ти річний стаж. Так, ЖКС, які перебувають у цій сфері від 3-х до 5-ти або від 6-ти до 10-ти років, мають таку ж вірогідність мати ВІЛ, як і ЖКС з досвідом до 2-х років. Натомість ЖКС зі стажем від 11-ти до 20-ти років мають у 2,2, а зі стажем понад 20-ти років – у 3,8 разів вищу вірогідність мати ВІЛ порівняно з ЖКС з досвідом до 2-х років.

Щодо рівня знань, то ЖКС, які гірше обізнані (помилилися принаймні на одне з п'яти запитань стосовно того, які є шляхи інфікування ВІЛ і як інфекція не передається), мають у 1,6 раз вищу вірогідність мати ВІЛ-інфекцію, ніж ЖКС, які обізнані краще.

Істотний зв'язок простежується щодо частоти надання сексуальних послуг, але, втім, він протилежний до очікуваного. Так, вірогідність мати ВІЛ-інфекцію вища серед тих, хто рідше надає секс-послуги. Але, не варто сподіватися, що часте надання секс-послуг «вберігає» ЖКС. Вочевидь, тут задіяні інші фактори, які не використовувалися під час аналізу і тому їхній вплив не міг бути врахованим. Наприклад, можливо, ті ЖКС, які практикували небезпечну поведінку, з часом усвідомили неправильність своїх дій і надалі перейшли до більш безпечних практик – наприклад, до рідшого надання секс-послуг. Втім, вони могли інфікуватися ще в часи небезпечних практик (але не знали про це достовірно). Як наслідок, ті, хто зараз рідше надає секс-послуги, має вищу поширеність ВІЛ-інфекції. У цьому контексті зазначимо, що неоднозначний зв'язок простежується у випадку вживання алкоголю – ті, хто ніколи не вживає алкоголю, мають вищі шанси бути ВІЛ-інфікованими. Причинами такої ситуації можуть бути ті самі, що і описані вище в цьому абзаці.

Решта змінних мають істотно слабший і змістовно менш виражений зв'язок з ВІЛ-статусом, але вони були залишені в моделі для врахування їхнього можливого опосередковуючого впливу.

Таблиця 4.1.2

Результати побудови моделі логістичної регресії для ЖКС, які мали досвід тестування на ВІЛ і чії останні результати тесту були негативні

Чинники	N	Частка ВІЛ-інфікованих	Статистична значущість	Ехр-(В)	95% довірчі інтервали	
					нижня межа	верхня межа
Соціальний статус						
- навчаються («референтна категорія»)	257	0,8	0,23	1,0	---	---
- безробітні	1176	4,4	0,09	3,8	0,8	18,0
- мають постійну роботу	253	5,8	0,11	4,0	0,7	22,3
- мають випадкові заробітки	572	4,0	0,20	2,8	0,6	13,8
- домогосподарки	182	1,4	0,89	0,9	0,1	6,6
- непрацевдатні	19	10,7	0,23	4,2	0,4	45,5
- важко сказати / відмова	8	0,0	1,00	<0,01	<0,01	---
Рівень матеріального добробуту						
- дуже низький	156	7,9	0,33	1,7	0,6	4,9
- низький	948	4,9	0,20	1,7	0,7	4,0

Чинники	N	Частка ВІЛ-інфікованих	Статистична значущість	Експ- (В)	95% довірчі інтервали	
					нижня межа	верхня межа
- середній	1075	2,7	0,83	0,9	0,4	2,2
- високий або дуже високий («референтна категорія»)	259	3,1	0,14	1,0	---	---
- важко сказати / відмова	28	0,0	1,00	<0,01	<0,01	---
Основне джерело доходу						
- постійна робота («референтна категорія»)	152	5,0	0,02	1,0	---	---
- тимчасова робота	123	9,7	0,32	2,0	0,5	7,6
- секс за винагороду	1927	3,5	0,95	1,0	0,3	3,4
- допомога батьків, родичів	154	0,6	0,03	0,1	0,0	0,8
- дохід чоловіка, партнера та ін.	55	6,3	0,81	0,8	0,2	4,4
- соціальна допомога	22	6,2	0,85	0,8	0,1	8,3
- важко сказати / відмова	34	10,2	0,05	5,6	1,0	30,1
Частота надання секс-послуг						
- кожного дня	873	3,2	0,00	0,3	0,1	0,7
- 2–3 рази на тиждень	1132	3,0	0,00	0,3	0,2	0,7
- 1 раз на тиждень	240	4,4	0,21	0,6	0,2	1,4
- не більше 2–3 разів на місяць («референтна категорія»)	197	11,2	0,02	1,0	---	---
- важко сказати / відмова	26	3,2	0,17	0,2	0,0	2,3
Тривалість перебування у секс-бізнесі						
- до 2 років («референтна категорія»)	629	2,1	0,02	1,0	---	---
- 3–5 років	701	3,5	0,49	1,3	0,6	2,7
- 6–10 років	653	3,1	0,65	1,2	0,6	2,5
- 11–20 років	374	6,8	0,03	2,2	1,1	4,7
- понад 20 років	28	12,4	0,06	3,8	1,0	15,2
- важко сказати / відмова	81	9,7	0,01	4,3	1,5	12,9
Досвід неправильного використання презервативів						
- жодних проблем не було («референтна категорія»)	1652	3,4	0,03	1,0	---	---
- були певні проблеми	762	4,4	0,47	1,2	0,7	1,9
- важко сказати / відмова	36	16,8	0,00	5,2	1,8	15,3
- не було клієнтів	4	0,0	---	---	---	---
- презервативи ніколи не використовувалися	14	0,0	---	---	---	---
Рівень знань						
- правильно відповіли на всі п'ять запитань («референтна категорія»)	1442	3,1	---	1,0	---	---

Продовження таблиці 4.1.2

Чинники	N	Частка ВІЛ-інфікованих	Статистична значущість	Ехр-(В)	95% довірчі інтервали	
					нижня межа	верхня межа
- помилилися принаймні одного разу	1024	4,9	0,05	1,6	1,0	2,5
Досвід вживання наркотиків						
- ніколи не вживали («референтна категорія»)	2136	2,7	0,00	1,0	---	---
- вживали коли-небудь, але не за останні 12 місяців	77	20,4	0,00	6,5	3,2	13,5
- за 12 місяців вживали лише неін'єкційні наркотики	84	1,2	0,35	0,4	0,0	2,9
- вживали ін'єкційні наркотики за останні 12 місяців	134	15,4	0,00	5,1	2,7	9,7
- важко сказати / відмова	37	0,0	1,00	<0,01	<0,01	---
Вживання алкоголю за останні 30 днів						
- кожного дня	802	4,3	0,20	0,6	0,3	1,3
- не рідше одного разу на тиждень	424	3,6	0,01	0,3	0,1	0,7
- рідше одного разу на тиждень	999	3,0	0,03	0,4	0,2	0,9
- ніколи («референтна категорія»)	240	6,5	0,07	1,0	---	---
- важко сказати / відмова	3	0,0	1,00	<0,01	<0,01	---
Частота використання презервативів під час анального сексу з комерційними партнерами за останні 30 днів						
- завжди («референтна категорія»)	677	2,3	0,08	1,0	---	---
- у більшості випадків	144	2,7	0,55	0,7	0,2	2,4
- у половині випадків або рідше	118	2,5	0,26	0,4	0,1	1,8
- не мали анального сексу / не було клієнтів	1502	4,8	0,08	1,7	0,9	3,1
- не знають / не пам'ятають	11	9,0	0,65	0,6	0,1	6,2
- презервативи ніколи не використовувались	14	0,0	---	---	---	---
Константа	---	---	<0,01	<0,01	---	---

РОЗДІЛ V.

ОХОПЛЕННЯ ПРОФІЛАКТИЧНИМИ ПРОГРАМАМИ. РІВЕНЬ ЗНАНЬ. ТЕСТУВАННЯ НА ВІЛ

5.1. Охоплення профілактичними програмами

Основні фактори, які допомагають запобігти інфікуванню ВІЛ (або принаймні зменшити ймовірність настання такої події), можна умовно класифікувати на ті, які безпосередньо пов'язані з моделями і практиками поведінки самих ЖКС, і на ті, які пов'язані з закладами і організаціями, чия діяльність орієнтована саме на зміну поведінки ЖКС. У першому випадку насамперед мова йде про реальне постійне і правильне використання презервативів під час надання сексуальних послуг, суб'єктивну орієнтованість ЖКС на постійне використання презервативів, зменшення кількості «підозрілих» клієнтів, уникання таких практик, як вживання наркотиків ін'єкційним шляхом тощо. Подібні моделі поведінки і практики були розглянуті в попередніх розділах. У другому ж випадку ми говоримо про охоплення профілактичними програмами, про що йтиметься нижче.

Відсоток ЖКС, які є клієнтами громадських організацій

Вочевидь, насамперед охопленими профілактичними програмами будуть ті ЖКС, які є клієнтами громадських організацій. Тому спочатку розглянемо, скільки взагалі ЖКС є клієнтами. Так, відповідно до отриманих результатів, половина ЖКС (52%) є клієнтами громадських організацій (мають картку або індивідуальний код), що працюють з ЖКС або СІН (рис. 5.1.1).

Ситуація різко відрізняється в різних містах. Так, тотальна «клієнтизація» простежується в Миколаєві (100% ЖКС є клієнтками), Сімферополі (100%), Львові (99%), Харкові (98%) (рис. 5.1.2). Вочевидь, це пов'язано з методичними особливостями реалізації проекту, тобто кількістю клієнтів є сильно завищеною. Водночас є низка регіонів з дуже невеликою кількістю клієнтів – Луганськ (7%), Запоріжжя (5%), Ужгород (5%), Тернопіль (1%), Чернігів (0%).

Такі результати потрібно буде враховувати, коли нижче будуть розглядатися конкретні показники охоплення профілактичними програмами. Тобто можливі особливо високі показники охоплення будуть пояснюватися передусім тим, що просто до вибірки внаслідок деяких методичних особливостей

потрапило забагато клієнтів громадських організацій і замало – тих, хто не є клієнтами.

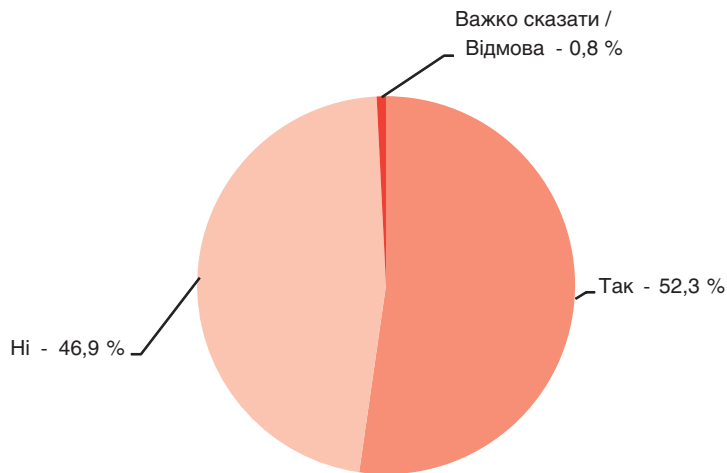


Рис. 5.1.1. Відсоток ЖКС, які є клієнтами громадських організацій (мають картку або індивідуальний код), що працюють з ЖКС або СІН

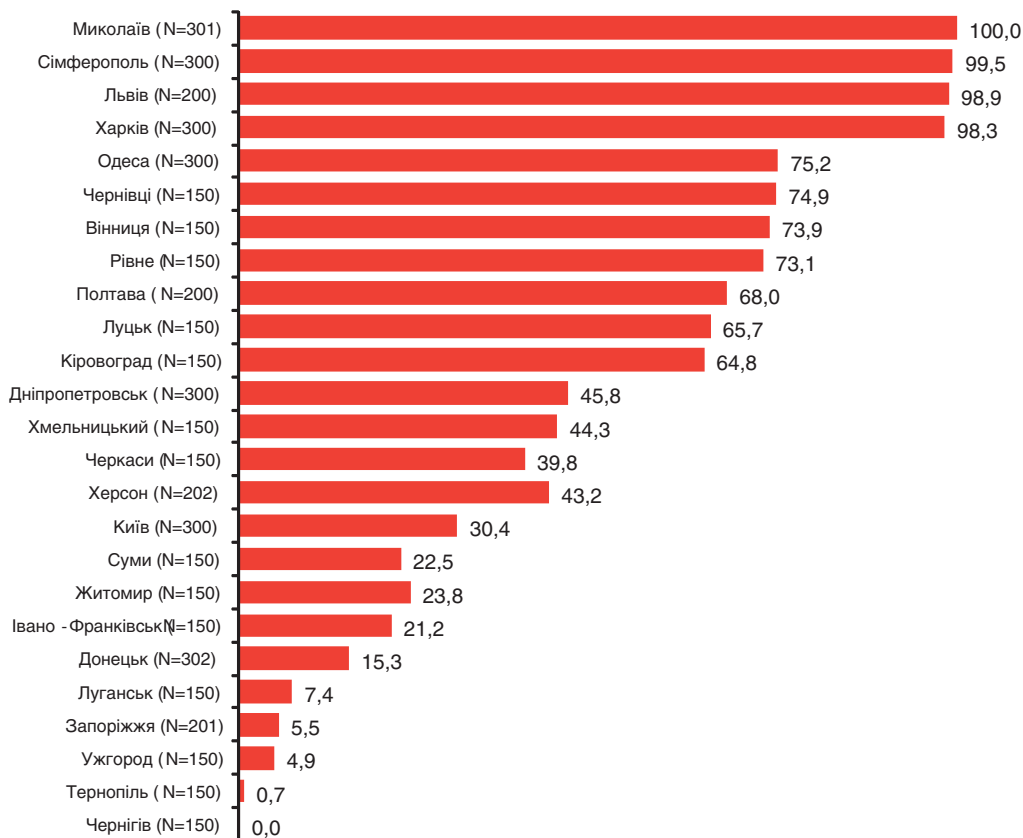


Рис. 5.1.2. Відсоток ЖКС, які є клієнтами громадських організацій (мають картку або індивідуальний код), що працюють з ЖКС або СІН (регіональний розріз)

Помітно більше клієнтів серед дещо старших ЖКС (58% проти 44% серед більш молодих ЖКС, $p < 0,01$), серед «вуличних» ЖКС (67% проти 40% серед тих, хто знаходить клієнтів у готелях, саунах, барах тощо, і проти 40% серед тих, хто знаходить через телефон, Інтернет, $p < 0,01$), серед ЖКС, які вживають ін'єкційні наркотики (76% проти 50% серед тих, хто не вживає ін'єкційні наркотики), серед ВІЛ-інфікованих ЖКС (63% проти 51% серед ЖКС, які не є ВІЛ-інфікованими)¹⁵.

Тобто поки що програми профілактики дещо менш ефективно охоплюють більш молодих ЖКС, які працюють будь-де окрім вулиці, шосе, вокзалів та які не вживають ін'єкційні наркотики і не є ВІЛ-інфікованими. Взагалі, з огляду на профіль ЖКС, які є клієнтами і які не є клієнтами, складається враження, що громадські організації скоріше борються з наслідками (наприклад, допомога ЖКС, які вже інфікувалися ВІЛ, які вже вживають ін'єкційні наркотики тощо), аніж займаються профілактикою. З одного боку, робота з тими, хто вже інфікувався або чий практики особливо небезпечні (наприклад, споживання ін'єкційних наркотиків), також є профілактикою, адже вона запобігає поширенню інфекції від таких представників цільової групи до інших людей. З іншого боку, не менш важливим є допомога жінкам, залученим до сфери секс-бізнесу, уникнути інфікування та особливо небезпечних практик. І цей, другий компонент профілактичної роботи видається дещо слабшим.

Більшість клієнтів уже відносно давно в організаціях (60% понад рік є клієнтами громадських організацій), але водночас кожна третя ЖКС (30%) лише протягом останнього року приєдналася до них (рис. 5.1.3).

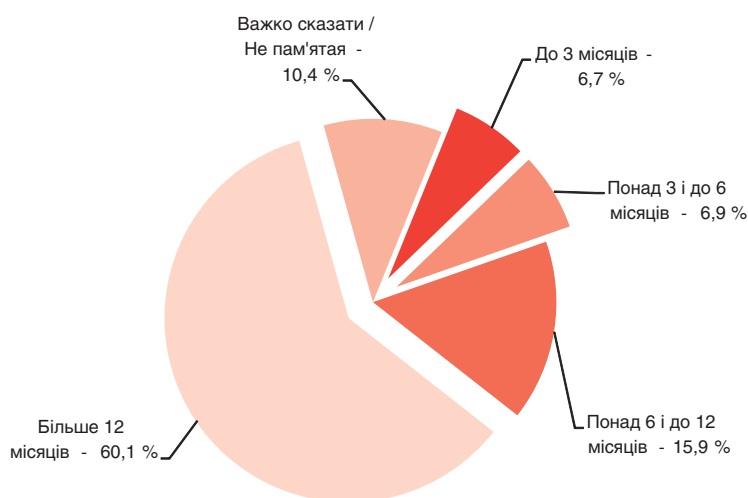


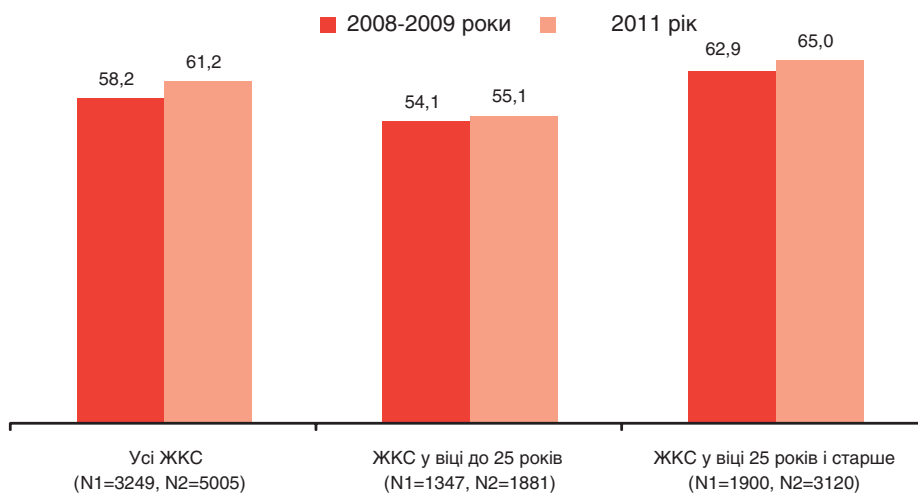
Рис. 5.1.3. Тривалість перебування у статусі клієнта громадської організації, % серед ЖКС, які є клієнтами громадських організацій (мають картку або індивідуальний код), що працюють з ЖКС або СІН

Майже всі ЖКС, які є клієнтами (98%), повідомляють, що впродовж останніх 6-ти місяців (для абсолютної більшості таких ЖКС це перші 6 місяців 2011 року) вони отримували презервативи від представників своєї організації.

¹⁵ Якщо ж говорити про ЖКС, які самі знають, що вони – ВІЛ-інфіковані, то серед них 72% є клієнтами громадських організацій. Серед тих, хто думає, що не є ВІЛ-інфікованим, трохи менше – 60% ($p < 0,01$).

Національний показник «Відсоток ЖКС, яких охоплено профілактичними програмами»

Перейдемо тепер до, власне, показників охоплення профілактичними програмами. За даними дослідження був розрахований національний показник «Відсоток ЖКС, яких охоплено профілактичними програмами». Чисельник показника включає ЖКС, які протягом останніх 12-ти місяців отримували презервативи і які знають, куди потрібно звернутися, якщо вони хочуть пройти тестування на ВІЛ. Знаменник – усі опитані ЖКС. Загалом, станом на 2011 рік значення показника становить 62% (95% довірчі інтервали – 60,1%–62,9%), що навіть дещо вище, ніж було в 2008–2009 роках – 58% (95% довірчі інтервали – 56,5%–59,9%) ($p < 0,01$) (рис. 5.1.4)¹⁶. Дещо вище охоплення простежується серед більш старших ЖКС (у віці понад 25 років) – 66% проти 55% серед більш молодих ЖКС (у віці до 25-ти років) ($p < 0,01$).



*N1 – зважена кількість респондентів-усіх ЖКС відповідної групи, які були опитані в 2008–2009 роках, N2 – зважена кількість респондентів-усіх ЖКС відповідної групи, які були опитані в 2011 році.

Рис. 5.1.4. Відсоток ЖКС, які охоплені профілактичними програмами

Ситуація з охопленням помітно варіює залежно від міста. У деяких випадках простежується 100% (або майже 100%) охоплення – Миколаїв, Сімферополь, Львів, Харків (табл. 5.1.1). Втім, потрібно нагадати, що саме в цих 4-х містах майже всі опитані ЖКС є клієнтами громадських організацій, що радше за все є методичним артефактом внаслідок використовуваної методики. Тобто у випадку цих міст ми не можемо стверджувати, що всі (або майже всі ЖКС) охоплені профілактичними програмами. Відзначимо, що особливо низьке охоплення простежується серед ЖКС Тернополя (2%) і Чернігова (5%).

Доцільно також звернути увагу, що у більшості випадків, цілком очікувано, кількість клієнтів тісно пов'язана з кількістю тих, хто охоплений профілактичними програмами. Втім, простежуються і деякі винятки. Найбільш виразні розходження¹⁷ простежуються у випадку Ужгорода, де лише 5%

¹⁶ Знову нагадаємо, що національні показники (серед усіх ЖКС та серед ЖКС у віці до і понад 25 років) розраховуються за дещо іншою схемою, ніж інші результати, викладені у цьому звіті (див. опис методології дослідження).

¹⁷ Розбіжності рахувалися як абсолютна різниця між відсотком тих, хто охоплений профілактичними програмами, і відсотком тих, хто є клієнтом громадських організацій.

ЖКС є клієнтами, але водночас половина (53%) охоплена профілактичними програмами. Помітні розбіжності мають місце і у випадку ЖКС Луцька (67% клієнтів проти 93% охоплених профілактичними програмами), Донецька (17% проти 38%), Івано-Франківська (21% проти 44%) та Луганська (7% проти 33%). У разі продовження «співпраці» між громадськими організаціями та охопленими ЖКС в цих містах можна очікувати на істотне нарощення клієнтської бази організацій.

Охопленими, як можна бачити в таблиці, є насамперед клієнти громадських організацій. Натомість серед не-клієнтів не більше третини є охопленими. Єдиний істотний виняток становлять ЖКС Луцька, де серед не-клієнтів 78% охоплені профілактичними програмами.

Таблиця 5.1.1

Відсоток ЖКС, які охоплені профілактичними програмами (регіональний розріз)*

Місто	Усі ЖКС	ЖКС у віці...		Громадські організації**	
		до 25-ти років	понад 25 років	Клієнти	Не клієнти
Миколаїв (N1=301, N2=101, N3=200, N4=301, N5=0)***	100,0	100,0	100,0	100,0	---
Сімферополь (N1=300, N2=99, N3=201, N4=299, N5=1)	99,8	100,0	99,7	100,0	---
Львів (N1=200, N2=65, N3=135, N4=198, N5=2)	99,5	100,0	99,2	100,0	---
Харків (N1=300, N2=132, N3=168, N4=295, N5=3)	98,9	98,5	99,2	99,5	---
Луцьк (N1=150, N2=63, N3=87, N4=99, N5=50)	92,5	89,1	95,0	100,0	77,5
Вінниця (N1=150, N2=76, N3=74, N4=111, N5=39)	82,1	77,4	86,9	100,0	31,2
Рівне (N1=150, N2=36, N3=114, N4=110, N5=40)	82,1	74,9	84,4	98,4	37,9
Чернівці (N1=150, N2=55, N3=95, N4=112, N5=38)	81,2	80,9	81,5	95,4	38,9
Кіровоград (N1=150, N2=45, N3=105, N4=97, N5=44)	75,0	72,7	76,0	100,0	30,6
Одеса (N1=300, N2=135, N3=165, N4=226, N5=74)	74,2	63,2	83,2	95,5	9,8
Полтава (N1=200, N2=19, N3=181, N4=136, N5=62)	72,5	36,8	76,2	94,1	24,2
Хмельницький (N1=150, N2=65, N3=85, N4=67, N5=72)	66,0	45,6	81,6	98,6	33,8
Херсон (N1=202, N2=109, N3=93, N4=87, N5=114)	57,1	41,6	75,4	94,2	29,2
Ужгород (N1=150, N2=102, N3=48, N4=7, N5=143)	53,1	54,2	50,8	---	50,7
Київ (N1=300, N2=88, N3=208, N4=105, N5=190)	45,0	43,3	46,4	82,6	29,1
Івано-Франківськ (N1=150, N2=33, N3=117, N4=32, N5=118)	43,6	39,7	44,7	97,1	29,2
Дніпропетровськ (N1=300, N2=141, N3=159, N4=137, N5=160)	43,4	39,1	47,2	94,1	0,5

Місто	Усі ЖКС	ЖКС у віці...		Громадські організації**	
		до 25-ти років	понад 25 років	Клієнти	Не клієнти
Луганськ (N1=150, N2=71, N3=79, N4=11, N5=138)	37,3	37,1	35,0	96,0	33,4
Донецьк (N1=302, N2=63, N3=239, N4=46, N5=244)	36,9	15,5	42,8	92,7	26,6
Черкаси (N1=150, N2=43, N3=107, N4=65, N5=85)	36,3	27,9	43,2	98,3	4,0
Житомир (N1=150, N2=31, N3=119, N4=13, N5=26)	27,5	15,8	30,6	96,1	6,1
Суми (N1=150, N2=61, N3=89, N4=66, N5=84)	27,3	37,7	23,4	100,0	4,5
Запоріжжя (N1=200, N2=50, N3=150, N4=18, N5=180)	19,5	23,5	17,6	98,1	15,5
Чернігів (N1=150, N2=89, N3=61, N4=0, N5=150)	4,6	6,8	2,4	---	4,6
Тернопіль (N1=150, N2=109, N3=41, N4=1, N5=149)	2,0	0,9	4,9	---	1,3

* Впорядковано за часткою ЖКС, які охоплені профілактичними програмами (від найвищої до найнижчої).

** «---» означає, що респондентів замало, щоб здійснити розрахунки. Також у деяких випадках кількість респондентів, для яких розраховувався %, менша за 50, тому дані не можна вважати статистично надійними. Втім, їх можна використовувати для оцінки тенденцій.

*** N1 – зважена кількість усіх респондентів-ЖКС, N2 – зважена кількість респондентів-ЖКС у віці до 25-ти років, N3 – зважена кількість респондентів-ЖКС у віці понад 25 років, N4 – зважена кількість респондентів-ЖКС, які є клієнтами громадських організацій, N5 – зважена кількість респондентів-ЖКС, які не є клієнтами громадських організацій.

Нижче в табл. 5.1.2 порівнюються дані стосовно охоплення за даними досліджень 2008–2009 років і 2011 року. В деяких випадках простежуються особливо істотні зміни. Наприклад, у Харкові в 2008–2009 роках 39% ЖКС були охоплені профілактичними програмами, а в 2011 році – аж 99%. Є інші аналогічні приклади стрімкої динаміки. Вочевидь, навряд чи доцільно стверджувати, що дійсно мали місце подібні зміни – радше за все це є методичним артефактом, тому отриману динаміку потрібно доволі обережно інтерпретувати.

Таблиця 5.1.2

Відсоток ЖКС, які охоплені профілактичними програмами (регіональний розріз)*

Місто	2008–2009 роки	2011 рік
Вінниця (N1=150, N2=150)**	93,8	82,1
Дніпропетровськ (N1=100, N2=300)	23,9	43,4
Донецьк (N1=150, N2=302)	70,6	36,9
Житомир (N1=150, N2=150)	28,0	27,5
Запоріжжя (N1=150, N2=200)	19,7	19,5
Івано-Франківськ (N1=150, N2=150)	43,3	43,6
Київ (N1=256, N2=300)	40,9	45,0
Кіровоград (N1=100, N2=150)	88,3	75,0
Луганськ (N1=100, N2=150)	17,1	37,3

Місто	2008–2009 роки	2011 рік
Луцьк (N1=100, N2=150)	77,0	92,5
Львів (N1=95, N2=200)	100,0	99,5
Миколаїв (N1=100, N2=301)	97,0	100,0
Одеса (N1=100, N2=300)	65,3	74,2
Полтава (N1=150, N2=200)	79,3	72,5
Рівне (N1=152, N2=150)	77,2	82,1
Сімферополь (N1=150, N2=300)	98,1	99,8
Суми (N1=100, N2=150)	97,0	27,3
Тернопіль (N1=150, N2=150)	25,3	2,0
Ужгород (N1=100, N2=150)	16,0	53,1
Харків (N1=149, N2=300)	35,8	98,9
Херсон (N1=100, N2=202)	70,0	57,1
Хмельницький (N1=101, N2=150)	61,5	66,0
Черкаси (N1=95, N2=150)	61,7	36,3
Чернівці (N1=151, N2=150)	100,0	81,2
Чернігів (N1=150, N2=150)	7,5	4,6

* Впорядковано за часткою ЖКС, які охоплені профілактичними програмами, серед усіх респондентів за даними опитування 2011 року (від найвищої до найнижчої).

** N1 – зважена кількість усіх респондентів-ЖКС, які були опитані в 2008–2009 роках, N2 – зважена кількість респондентів-ЖКС, які були опитані в 2011 році.

У розрізі окремих груп ЖКС варто зазначити, що вищим охопленням характеризуються (окрім більш старших ЖКС, про що мова йшла вище) «вуличні» ЖКС (серед них охоплені 75% проти 52% серед ЖКС, які знаходять клієнтів у готелях, саунах, барах тощо, та проти 51% серед ЖКС, які знаходять клієнтів через телефон, Інтернет, $p < 0,01$), ЖКС, які вживають наркотики ін'єкційним шляхом (83% проти 60% серед ЖКС, які не вживають такі наркотики, $p < 0,01$), ВІЛ-інфіковані ЖКС (74% проти 60% серед ЖКС, які не інфіковані ВІЛ, $p < 0,01$). Нагадаємо, що серед відповідних груп ЖКС також і більше тих, хто є клієнтами громадських організацій.

Взагалі, профілактичними програмами охоплені насамперед клієнти громадських організацій. Так, якщо серед клієнтів громадських організацій 98% охоплені профілактичними програмами, то серед не-клієнтів – лише 22% ($p < 0,01$). Іншими словами, принаймні поки що профілактичні програми з точки зору масштабу, рівня залученості представників цільової групи ефективні серед, власне, клієнтів громадських організацій, та істотно менш ефективні серед ЖКС, які не є клієнтами.

Необхідно відзначити, що за даними дослідження поширеність ВІЛ серед ЖКС, які охоплені профілактичними програмами, вища, ніж серед ЖКС, які ними не охоплені, – 12% проти 10% ($p < 0,01$). Вочевидь, це є наслідок того, що або особливо небезпечні умови роботи, пов'язані з високим ризиком інфікування, сильніше спонукають ЖКС до співпраці з громадськими організаціями, або, власне, вже саме інфікування ВІЛ змушує налагоджувати контакти.

Водночас позитивною ознакою є те, що серед ЖКС, які охоплені профілактичними програмами, помітно більше тих, хто постійно користується презервативами під час вагінального (80% проти 65% серед тих, хто не охоплений, $p < 0,01$) та анального сексу (75% проти 59%, $p < 0,01$).

Отримання презервативів та знань, куди варто звертатися для тестування на ВІЛ

З точки зору охоплення профілактичними програмами доцільно також розглянути і окремі компоненти показника – отримання презервативів та знань, куди варто звертатися для тестування на ВІЛ. Як можна бачити на рис. 5.1.5, абсолютна більшість ЖКС (91%) знають, де можна пройти тестування на ВІЛ, водночас як презервативи отримували 65% ЖКС (що, втім, також є доволі високим показником).

У розрізі вікових груп потрібно відзначити, що більш старші ЖКС частіше отримували презервативи (68% проти 58% серед більш молодих ЖКС, $p < 0,01$) і дещо краще обізнані з тим, де можна тестуватися на ВІЛ (93% проти 88%, $p < 0,01$).

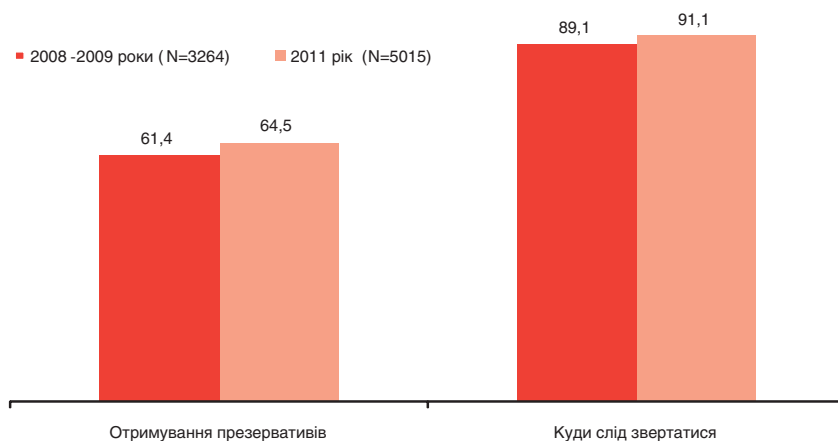


Рис. 5.1.5. Відсоток ЖКС, які знають, де можна пройти тестування на ВІЛ, та відсоток ЖКС, які отримували за останній рік презервативи

Фактично, у всіх містах абсолютна більшість ЖКС знають, де можна пройти тестування на ВІЛ (табл. 5.1.3). Кардинально інша ситуація з отриманням презервативів. Якщо в низці міст простежується майже 100% отримання презервативів, то, наприклад, у Чернігові лише 5% ЖКС, а у Тернополі – лише 3% ЖКС отримували презервативи. Відзначимо, що варто звернути увагу на не-клієнтів – саме вони особливо рідко отримували презервативи.

Таблиця 5.1.3

Відсоток ЖКС, які знають, де можна пройти тестування на ВІЛ, та відсоток ЖКС, які отримували за останній рік презервативи (регіональний розріз)*

Місто	Отримували презервативи**			Знають, куди варто звернутися**		
	Усі	Клієнти	Не-клієнти	Усі	Клієнти	Не-клієнти
Миколаїв (N1=301, N2=301, N3=0)***	100,0	100,0	---	100,0	100,0	---
Сімферополь (N1=300, N2=299, N3=1)	99,8	100,0	---	100,0	100,0	---
Харків (N1=300, N2=295, N3=3)	99,7	100,0	---	99,2	99,5	---
Львів (N1=200, N2=198, N3=2)	99,5	100,0	---	100,0	100,0	---

Місто	Отримували презервативи**			Знають, куди варто звернутися**		
	Усі	Клієнти	Не-клієнти	Усі	Клієнти	Не-клієнти
Луцьк (N1=150, N2=99, N3=50)	92,5	100,0	77,5	100,0	100,0	100,0
Вінниця (N1=150, N2=111, N3=39)	89,0	100,0	57,7	84,0	100,0	38,6
Чернівці (N1=150, N2=112, N3=38)	87,4	100,0	49,9	86,3	95,4	59,3
Рівне (N1=150, N2=110, N3=40)	83,1	99,0	39,9	97,2	99,4	91,2
Полтава (N1=200, N2=136, N3=62)	79,0	99,3	33,9	85,5	94,1	66,1
Одеса (N1=300, N2=226, N3=74)	78,5	100,0	13,5	88,5	95,5	67,3
Кіровоград (N1=150, N2=97, N3=44)	75,7	100,0	32,9	91,4	100,0	75,0
Херсон (N1=202, N2=87, N3=114)	70,7	100,0	48,9	78,2	94,2	65,8
Хмельницький (N1=150, N2=67, N3=72)	69,2	100,0	37,8	94,9	98,6	92,0
Ужгород (N1=150, N2=7, N3=143)	56,4	---	54,2	85,6	---	84,9
Київ (N1=300, N2=105, N3=190)	55,0	94,2	38,1	84,8	82,5	86,5
Івано-Франківськ (N1=150, N2=32, N3=118)	46,0	100,0	31,5	91,5	97,1	89,9
Дніпропетровськ (N1=300, N2=137, N3=160)	45,8	99,4	0,5	88,1	94,7	82,2
Луганськ (N1=150, N2=11, N3=138)	41,6	92,3	38,0	96,4	96,0	95,9
Донецьк (N1=302, N2=46, N3=244)	41,0	98,8	30,4	84,6	91,1	84,4
Черкаси (N1=150, N2=65, N3=85)	35,6	98,0	3,7	95,7	100,0	92,8
Житомир (N1=150, N2=13, N3=26)	29,2	100,0	7,1	95,5	96,1	95,3
Суми (N1=150, N2=66, N3=84)	27,3	100,0	4,5	85,0	100,0	78,4
Запоріжжя (N1=200, N2=18, N3=180)	21,3	94,7	17,1	83,5	96,3	82,7
Чернігів (N1=150, N2=0, N3=150)	4,6	---	0,0	87,7	---	0,0
Тернопіль (N1=150, N2=1, N3=149)	2,7	---	2,0	94,0	---	94,0

* Впорядковано за часткою ЖКС, які отримували презервативи (від найвищої до найнижчої).

** «---» означає, що респондентів замало, щоб здійснити розрахунки. Також у деяких випадках кількість респондентів, для яких розраховувався %, менша за 50, тому дані не можна вважати статистично надійними. Втім, їх можна використовувати для оцінки тенденцій.

*** N1 – зважена кількість усіх респондентів-ЖКС, N2 – зважена кількість респондентів-ЖКС, які є клієнтами громадських організацій, N3 – зважена кількість респондентів-ЖКС, які не є клієнтами громадських організацій.

Вище ми відзначали, що рівень охоплення профілактичними програмами істотно нижчий серед ЖКС, які не є клієнтами громадських організацій. Передусім це пов'язано з тим, що лише 26% ЖКС, які не є клієнтами, отримували презервативи впродовж останнього року (рис. 5.1.6). Відповідний показник серед клієнтів становить майже 100% ($p < 0,01$). Тобто розповсюдження презервативів повністю покриває всіх клієнтів, але лише дуже слабо покриває решту ЖКС. У випадку знання, куди варто звертатися, щоб пройти тест на ВІЛ, також простежуються деякі відмінності, але вони набагато менш істотні – серед клієнтів 98% знають, куди потрібно звертатися, проти 84% серед не-клієнтів ($p < 0,01$).



Рис. 5.1.6. Відсоток ЖКС, які знають, де можна пройти тестування на ВІЛ, та відсоток ЖКС, які отримували за останній рік презервативи (у розрізі клієнтів і не-клієнтів громадських організацій)

Допомога, яку отримували ЖКС впродовж останніх 12-ти місяців від громадських організацій

У рамках опитування респондентам також ставилося запитання про те, які взагалі види допомоги вони отримували від громадських організацій (незалежно від того, чи є вони клієнтами, чи не є клієнтами). Загалом, 71% ЖКС отримували ту чи іншу допомогу (табл. 5.1.4). Насамперед – отримували презервативи (62% відмітили цю допомогу). Доволі розповсюдженим є також отримання таких видів допомоги, як: безкоштовне обстеження на ВІЛ/СНІД (48%), інформаційних буклетів, брошур (41%), предметів гігієни (40%), безкоштовне обстеження на венеричні захворювання (38%).

Вище вже зазначалося, що охоплення профілактичними програмами істотно нижче серед ЖКС, які не є клієнтами громадських організацій. Так, майже 100% клієнтів громадських організацій впродовж останнього року отримували яку-небудь допомогу. Найчастіше отримуваною допомогою було: а) отримання презервативів (99% ЖКС, які є клієнтами громадських організацій, отримували таку допомогу); б) обстеження і консультування стосовно ВІЛ-інфекції (відповідно, 79% і 51%); в) отримання предметів гігієни та дезінфекційних розчинів (відповідно, 71% і 55%); г) отримання інформаційних матеріалів (65%). Решту видів допомоги отримували суттєво менше клієнтів громадських організацій.

Натомість у випадку ЖКС, які не є клієнтами громадських організацій, лише 39% отримували яку-небудь допомогу.

Таблиця 5.1.4

Відсоток ЖКС, які отримували відповідну допомогу від громадських організацій за останній рік*

Вид допомоги	Серед усіх ЖКС (N=5015)	Серед...	
		Клієнтів (N=2622)	Не-клієнтів (N=2353)
Отримували хоча б якусь допомогу	70,7	99,6	38,9
Отримування презервативів	62,1	99,2	21,1
Безкоштовне обстеження на ВІЛ/СНІД	47,7	79,0	13,4
Отримування інформаційних буклетів, брошур	40,6	65,4	13,3
Отримування предметів гігієни	40,3	70,5	7,3
Безкоштовне обстеження на венеричні захворювання	38,1	66,1	7,6
Отримування дезінфекційних розчинів	29,6	55,3	1,4
Консультації з питань ВІЛ/СНІД, захворювань, що передаються статевим шляхом, та шляхів їх попередження	29,3	51,2	5,3
Консультації психолога	13,8	24,6	2,0
Безкоштовне лікування венеричних захворювань	11,0	17,7	3,7
Консультації за принципом «рівний – рівному»	11,0	20,6	0,4
Відвідування груп взаємопідтримки	9,3	17,0	0,8
Служба «Телефон довіри»	8,6	13,5	3,1
Консультації юриста	7,6	14,0	0,6
Обмін шприців	6,4	10,7	1,7
Консультації з питань менш небезпечного вживання наркотиків	5,5	10,1	0,4
Інше	2,1	3,3	0,8

* Впорядковано за часткою ЖКС, які отримували відповідний вид допомоги (від найвищої до найнижчої).

У табл. 5.1.5 нижче наведено дані в розрізі окремих міст. Як можна бачити, найменше яку-небудь допомогу отримують ЖКС Луганська (36% повідомили, що отримали яку-небудь допомогу), Сум (34%), Житомира (26%), Запоріжжя (17%). У більшості ж міст не менше двох третин ЖКС отримували ту чи іншу допомогу впродовж останнього року.

Втім, варто нагадати, що вибірки різних міст суттєво відрізняються за часткою клієнтів і не-клієнтів громадських організацій. Оскільки, як було показано вище, значно меншу допомогу отримують ЖКС, які не є клієнтами громадських організацій, то, до певної міри, регіональні розбіжності пояснюються різною часткою клієнтів і не-клієнтів у вибірках міст. Іншими словами, те, що у вибірці якогось міста могло бути менше клієнтів, вірогідно впливало на те, що в цьому місті було і менше тих, хто отримував яку-небудь допомогу від громадських організацій впродовж останнього року.

Таблиця 5.1.5

Частка ЖКС, які отримували допомогу від громадських організацій за останній рік (регіональний розріз)*, %

Місто	Отримували хоча б якусь допомогу	Шприци	Дез. розчини	Предмети гігієни	презервативи	Інформаційні матеріали	«Телефон довіри»	Групи взаємопідтримки	Консультації щодо вживання наркотиків	Консультації з питань ВІЛ/СНІД, венеричних захворювань	Консультації юриста	Консультації психолога	Консультації за принципом «рівний – рівному»	Обстеження на ВІЛ/СНІД	Обстеження на венеричні захворювання	Безкоштовне лікування венеричних захворювань	Інше
Львів (N=200)	100,0	1,8	60,3	64,2	99,5	41,6	3,6	4,3	1,9	53,0	3,7	6,6	2,1	92,6	45,4	25,0	0,5
Миколаїв (N=301)	99,7	1,0	83,1	96,7	99,3	99,0	23,7	38,4	5,6	96,0	64,1	80,8	45,0	97,7	98,3	42,5	2,0
Харків (N=300)	99,7	0,4	89,6	93,0	99,7	36,1	39,4	1,0	0,0	17,7	7,4	18,9	0,3	82,0	60,0	10,9	0,0
Сімферополь (N=300)	99,5	0,9	98,6	99,5	99,5	14,4	0,5	1,3	0,2	5,9	0,0	0,4	3,1	79,5	98,9	11,8	0,2
Тернопіль (N=150)	94,7	0,0	0,0	0,7	2,0	18,0	12,0	0,0	0,0	1,3	0,7	3,3	0,0	78,7	79,3	12,7	0,0
Рівне (N=150)	92,5	2,2	3,4	43,0	82,0	37,1	6,9	33,0	3,4	34,0	0,0	6,3	6,0	68,7	49,6	2,5	0,0
Вінниця (N=150)	91,7	2,8	56,6	72,5	88,3	81,1	3,2	30,6	2,2	72,1	16,9	33,0	16,0	68,8	70,5	10,3	0,0
Луцьк (N=150)	91,4	17,6	71,7	71,7	90,2	78,0	1,1	17,1	22,4	60,7	0,6	1,1	4,8	51,7	61,7	9,6	0,0
Чернівці (N=150)	87,4	2,6	0,5	68,2	86,9	79,2	34,6	22,1	6,4	48,3	5,3	17,6	45,9	67,5	61,8	4,8	1,2
Полтава (N=200)	82,0	49,5	57,0	60,5	74,0	59,5	23,5	27,0	39,0	48,5	7,0	33,0	35,0	42,5	42,0	36,0	1,0
Одеса (N=300)	80,0	0,9	7,1	10,7	77,6	47,0	3,2	0,0	0,6	3,3	1,4	5,6	1,0	47,6	7,0	0,0	1,8
Херсон (N=202)	77,2	7,8	14,8	30,9	68,0	54,1	2,6	2,7	4,1	15,7	11,6	17,0	2,5	38,2	29,2	11,6	1,0
Кіровоград (N=150)	73,3	11,6	39,5	3,4	67,8	65,7	2,0	22,9	8,9	63,7	11,4	20,8	63,7	54,9	61,6	10,8	41,9

Продовження таблиці 5.1.5

Місто	Отримували хоча б якусь допомогу	Шприци	Дез. розчини	Предмети гігієни	презервативи	Інформаційні матеріали	«Телефон довіри»	Групи взаємопідтримки	Консультації щодо вживання наркотиків	Консультації з питань ВІЛ/СНІД, венеричних захворювань	Консультації юриста	Консультації психолога	Консультації за принципом «рівний – рівному»	Обстеження на ВІЛ/СНІД	Обстеження на венеричні захворювання	Безкоштовне лікування венеричних захворювань	Інше
Хмельницький (N=150)	68,6	0,6	2,0	32,9	67,3	43,3	3,3	10,7	2,6	36,6	1,3	16,8	8,8	38,9	14,5	1,3	0,6
Ужгород (N=150)	67,5	0,6	2,3	36,5	51,3	27,0	0,9	3,2	2,9	14,4	3,2	8,0	0,0	28,4	11,8	9,2	0,0
Івано-Франківськ (N=150)	64,3	4,9	7,5	22,4	46,0	28,5	27,0	7,5	4,3	25,2	4,4	8,1	7,5	30,3	15,1	1,2	2,0
Київ (N=300)	62,4	5,9	2,9	16,5	53,4	22,9	2,7	2,7	4,3	6,5	4,6	6,6	9,1	22,3	8,4	9,0	3,5
Чернігів (N=150)	48,0	0,0	0,0	0,0	1,6	35,6	0,0	0,0	0,0	33,7	0,0	0,0	0,0	0,8	0,5	0,0	0,0
Дніпропетровськ (N=300)	45,8	2,2	3,6	13,7	45,6	43,2	0,6	0,0	13,6	42,0	0,6	0,0	2,9	30,4	31,2	5,6	0,0
Донецьк (N=302)	44,3	16,3	10,6	19,6	34,1	15,4	5,5	5,6	2,6	9,0	3,0	6,6	5,5	24,5	9,1	14,8	1,4
Черкаси (N=150)	42,6	26,9	22,3	28,0	38,3	33,7	1,6	16,8	13,2	23,2	13,2	16,9	18,3	34,8	18,4	3,8	1,2
Луганськ (N=150)	37,7	0,0	4,7	28,2	37,8	1,6	0,8	0,0	0,0	0,4	1,4	7,3	0,0	9,5	8,4	0,8	0,8
Суми (N=150)	29,4	1,6	0,8	21,4	23,7	22,6	1,8	2,6	0,8	21,2	1,9	6,7	3,0	26,2	19,6	5,8	0,0
Житомир (N=150)	25,9	2,8	3,8	0,6	25,2	17,2	0,0	0,6	0,6	9,8	0,8	0,0	1,6	15,6	13,8	0,6	1,9
Запоріжжя (N=200)	15,9	6,9	6,0	6,9	11,2	7,2	0,1	0,2	2,1	3,0	0,7	0,6	1,5	6,0	0,6	4,3	0,9

* Впорядковано за часткою ЖКС, які отримували відповідний вид допомоги (від найвищої до найнижчої).

Нижче в табл. 5.1.6 для кожного міста в розрізі клієнтів і не-клієнтів громадських організацій наведено дані стосовно частки тих, хто отримував яку-небудь допомогу. Так, майже всі клієнти у всіх містах отримували яку-небудь допомогу. А от стосовно не-клієнтів розповсюдженість надання допомоги істотно варіює. Так, умовним лідером за проникненням у групу не-клієнтів громадських організацій є Тернопіль, де 95% таких ЖКС отримували впродовж останнього року яку-небудь допомогу від громадських організацій. Відзначимо також Рівне і Луцьк, де три з чотирьох ЖКС, які не є клієнтами громадських організацій (відповідно, 75% і 74%), отримували яку-небудь допомогу. Найнижче ж проникнення профілактичних програм серед ЖКС, які не є клієнтами, простежується щодо Сум (лише 7% отримували яку-небудь допомогу), Черкас (7%), Житомира (3%), Дніпропетровська (1%). Стосовно ж чотирьох міст – Сімферополя, Львова, Миколаєва, Харкова – у вибірці було дуже мало не-клієнтів, тому для цих міст узагалі неможливо оцінити рівень проникнення.

Таблиця 5.1.6

Відсоток ЖКС, які отримували яку-небудь допомогу від громадських організацій за останній рік (регіональний розріз окремо для клієнтів і не-клієнтів громадських організацій)*

Місто	Клієнти**	Не-клієнти**
Тернопіль (N1=1, N2=149)***	---	94,6
Рівне (N1=110, N2=40)	99,0	74,7
Луцьк (N1=99, N2=50)	100,0	74,0
Вінниця (N1=111, N2=39)	100,0	68,2
Ужгород (N1=7, N2=143)	---	65,9
Херсон (N1=87, N2=114)	100,0	60,4
Івано-Франківськ (N1=32, N2=118)	100,0	54,7
Чернівці (N1=112, N2=38)	100,0	49,9
Київ (N1=105, N2=190)	93,4	49,5
Чернігів (N1=0, N2=150)	---	48,0
Полтава (N1=136, N2=62)	100,0	41,9
Хмельницький (N1=67, N2=72)	100,0	36,4
Донецьк (N1=46, N2=244)	100,0	34,6
Луганськ (N1=11, N2=138)	96,0	33,4
Кіровоград (N1=97, N2=44)	100,0	22,9
Одеса (N1=226, N2=74)	99,5	20,9
Запоріжжя (N1=18, N2=180)	92,0	11,3
Суми (N1=66, N2=84)	100,0	10,4
Черкаси (N1=65, N2=85)	100,0	6,5
Житомир (N1=13, N2=26)	100,0	2,7
Дніпропетровськ (N1=137, N2=160)	99,4	0,5
Львів (N1=198, N2=2)	100,0	---
Миколаїв (N1=301, N2=0)	99,7	---
Сімферополь (N1=299, N2=1)	100,0	---
Харків (N1=295, N2=3)	100,0	---

* Впорядковано за часткою ЖКС, які не є клієнтами громадських організацій і які отримували яку-небудь допомогу від громадських організацій за останній рік (від найвищої до найнижчої).

** «----» означає, що респондентів замало, щоб здійснити розрахунки. Також у деяких випадках кількість респондентів, для яких розраховувався %, менша за 50, тому дані не можна вважати статистично надійними. Втім, їх можна використовувати для оцінки тенденцій.

*** N1 – зважена кількість респондентів-ЖКС, які є клієнтами громадських організацій, N2 – зважена кількість респондентів-ЖКС, які не є клієнтами громадських організацій.

Доцільно також аналізувати, наскільки розповсюдженим є отримання допомоги серед окремих груп ЖКС, які не є клієнтами громадських організацій, тому далі в цьому пункті дані будуть наведені тільки для не-клієнтів (серед же всіх окремих груп ЖКС, які є клієнтами громадських організацій, майже всі отримували яку-небудь допомогу впродовж останнього року). Так, серед більш молодих (у віці до 25-ти років) ЖКС, які не є клієнтами, дещо більше тих, хто отримував яку-небудь допомогу, – 43% проти 36% серед більш старших (у віці понад 25 років) не-клієнтів ($p < 0,01$).

У розрізі груп за основним способом пошуку клієнтів найменш охопленими є ті, хто переважно знаходить клієнтів через телефон, Інтернет, – 28% проти 48% серед «вуличних» ЖКС ($p < 0,01$) і проти 43% серед тих, хто переважно знаходить клієнтів у готелях, саунах, барах тощо ($p < 0,01$).

Більше охоплення має місце серед споживачів ін'єкційних наркотиків/не-клієнтів громадських організацій (52% проти 38% серед тих, хто не вживає ін'єкційні наркотики, $p < 0,01$), а також серед ВІЛ-інфікованих ЖКС (50% проти 38% серед ЖКС, які не інфіковані ВІЛ, $p < 0,01$).

5.2. Досвід тестування на ВІЛ

У попередньому пункті було зазначено, що абсолютна більшість ЖКС (91%) знають, куди необхідно звертатися, якщо їм потрібно пройти тестування на ВІЛ. На додачу варто відзначити, що і абсолютна більшість ЖКС (90%) вважають, що тестування їм доступне (причому ситуація порівняно з останнім дослідженням стала навіть кращою – у 2008–2009 роках кількість таких ЖКС становила 87%, $p < 0,01$)¹⁸.

Втім, частка тих, хто коли-небудь тестувався, є помітно нижчою – 76% (табл. 5.2.1). Причому якщо серед клієнтів громадських організацій 94% коли-небудь тестувалися, то серед не-клієнтів – лише 57%.

У регіональному розрізі лідерами є Миколаїв, Сімферополь та Львів, де простежується майже 100%-ий рівень тестування на ВІЛ будь-коли. Варто нагадати, що ці ж міста належать до переліку тих, де фіксуються найвищі показники охоплення профілактичними програмами (див. попередній пункт). Вочевидь, це пов'язано з тим, що майже всі представлені у вибірці ЖКС – клієнти громадських організацій. Те саме стосується і інших міст, які в нашому умовному «рейтингу» знаходяться на вищих позиціях – чим вища представленість у вибірці клієнтів громадських організацій, тим вища і кількість тих, хто коли-небудь тестувався на ВІЛ (що є очевидним наслідком). Відносно найгірша ситуація простежується в Сумах, де лише 41% ЖКС коли-небудь тестувалися на ВІЛ.

Якщо регіональні дані аналізувати окремо серед не-клієнтів, то розповсюдженість практики тестування на ВІЛ виявиться суттєво відмінною серед ЖКС з різних міст. Так, найбільшим успіхом користуються Тернопіль (87% ЖКС, які не є клієнтами громадських організацій, будь-коли тестувалися на ВІЛ), Дніпропетровськ (83%), Рівне (81%), Луцьк (80%) та Ужгород (77%). Умовно ж найгірша ситуація у Вінниці і Полтаві, де, відповідно, лише 19% і 18% не-клієнтів коли-небудь проходили тест на ВІЛ.

¹⁸ Якщо говорити про ЖКС, які вважають недоступним для себе тестування на ВІЛ, то найчастіше називалася така причина, як незнання, до кого звернутися (45% таких ЖКС обрали саме цей варіант). Відносно багато ЖКС називали такі причини, як страх розголосу свого статусу (16%), відсутність потрібних коштів (16%), незнання, де знаходиться потрібний заклад (13%). Решта причин називалися рідше.

Таблиця 5.2.1

**Досвід проходження тестування на ВІЛ
(національний і регіональний розріз)*, %**

Місто	Коли-небудь зверталися до закладу за тестуванням			Коли-небудь тестувалися на ВІЛ		
	Усі ЖКС	Клієнти	Не-клієнти**	Усі ЖКС	Клієнти	Не-клієнти**
Україна в цілому (N1=5015, N2=2622, N3=2353)***	72,5	90,2	53,5	76,2	94,0	56,9
Миколаїв (N1=301, N2=301, N3=0)	98,3	98,3	---	99,3	99,3	---
Сімферополь (N1=300, N2=299, N3=1)	89,5	89,7	---	99,3	99,6	---
Львів (N1=200, N2=198, N3=2)	98,6	99,1	---	99,0	99,5	---
Луцьк (N1=150, N2=99, N3=50)	92,5	98,5	80,1	92,5	98,5	80,1
Рівне (N1=150, N2=110, N3=40)	91,0	94,7	80,9	90,5	94,1	80,9
Харків (N1=300, N2=295, N3=3)	88,5	88,7	---	88,7	89,2	---
Тернопіль (N1=150, N2=1, N3=149)	88,0	---	87,9	87,3	---	87,2
Дніпропетровськ (N1=300, N2=137, N3=160)	74,6	89,8	62,0	87,0	92,1	83,3
Одеса (N1=300, N2=226, N3=74)	78,7	88,7	48,5	83,5	94,0	51,9
Вінниця (N1=150, N2=111, N3=39)	78,1	100,0	16,0	78,7	100,0	18,5
Ужгород (N1=150, N2=7, N3=143)	70,2	---	68,7	78,5	---	77,4
Кіровоград (N1=150, N2=97, N3=44)	79,9	96,3	46,2	78,1	95,5	44,2
Чернівці (N1=150, N2=112, N3=38)	53,6	62,4	27,4	76,4	88,2	41,3
Черкаси (N1=150, N2=65, N3=85)	73,4	97,4	54,1	73,5	97,5	55,4
Чернігів (N1=150, N2=0, N3=150)	71,4	---	71,4	71,4	---	71,4
Луганськ (N1=150, N2=11, N3=138)	80,8	94,1	78,1	62,7	74,8	60,1
Донецьк (N1=302, N2=46, N3=244)	66,4	89,9	62,7	66,0	99,0	60,3
Полтава (N1=200, N2=136, N3=62)	61,0	82,4	14,5	65,0	86,8	17,7
Івано-Франківськ (N1=150, N2=32, N3=118)	60,2	82,0	54,4	60,2	82,0	54,4
Хмельницький (N1=150, N2=67, N3=72)	54,1	92,2	26,1	58,4	93,9	28,9
Київ (N1=300, N2=105, N3=190)	53,6	66,1	48,5	59,2	73,1	52,9

Місто	Коли-небудь зверталися до закладу за тестуванням			Коли-небудь тестувалися на ВІЛ		
	Усі ЖКС	Клієнти	Не-клієнти**	Усі ЖКС	Клієнти	Не-клієнти**
Херсон (N1=202, N2=87, N3=114)	51,3	86,5	24,8	57,5	91,5	31,9
Запоріжжя (N1=200, N2=18, N3=180)	41,8	82,8	38,9	51,2	91,9	48,6
Суми (N1=150, N2=66, N3=84)	50,1	97,3	32,9	51,9	99,2	33,7
Житомир (N1=150, N2=13, N3=26)	39,9	78,0	28,0	41,3	78,6	29,6

* Впорядковано за часткою тих, хто коли-небудь тестувався на ВІЛ, серед не-клієнтів громадських організацій.

** «----» означає, що респондентів замало, щоб здійснити розрахунки. Також у деяких випадках кількість респондентів, для яких розраховувався %, менша за 50, тому дані не можна вважати статистично надійними. Втім, їх можна використовувати для оцінки тенденцій.

*** N1 – зважена кількість усіх респондентів-ЖКС, N2 – зважена кількість респондентів-ЖКС, які є клієнтами громадських організацій, N3 – зважена кількість респондентів-ЖКС, які не є клієнтами громадських організацій.

У цьому контексті також зазначимо, що досвід тестування більш поширений серед старших за віком ЖКС – якщо серед ЖКС у віці понад 25 років 81% коли-небудь тестувався на ВІЛ, то серед ЖКС у віці до 25-ти років – 69% ($p < 0,01$) (табл. 5.2.2). Також серед споживачів ін'єкційних наркотиків більше тих, хто коли-небудь тестувався, – 88% проти 75% ($p < 0,01$), що, можливо, пов'язано з тим, що серед них більше клієнтів громадських організацій. Водночас серед ЖКС, які відрізняються за основним способом пошуку клієнтів, поширеність досвіду тестування є приблизно однаковою.

Як можна також бачити в таблиці, ситуація істотно відмінна серед клієнтів і не-клієнтів громадських організацій. Так, абсолютна більшість клієнтів громадських організацій (у середньому, дев'ять з десяти) коли-небудь тестувалися на ВІЛ. У випадку ж різних груп не-клієнтів, в основному, лише половина або лише трохи більше проходили тестування на ВІЛ.

Проте, тестування на ВІЛ може бути корисним інструментом модифікування власних поведінкових практик лише за умови регулярного проведення цієї процедури. За даними опитування було розраховано національний показник «Відсоток ЖКС, які протягом останніх 12-ти місяців пройшли тестування на ВІЛ-інфекцію та одержали його результат». Так, трохи більше половини ЖКС (59%) мали досвід тестування на ВІЛ впродовж останніх 12-ти місяців (рис. 5.2.1). Дещо вище значення показника серед більш старших ЖКС – 60% серед ЖКС у віці понад 25 років проти 57% серед ЖКС у віці до 25-ти років ($p < 0,01$). Порівняно з 2008–2009 роками змін не відбулося.

Варто звернути увагу, що загалом серед тих ЖКС, які коли-небудь тестувалися на ВІЛ, 78% тестувалися впродовж останніх 12-ти місяців. Ті ж, які не тестувалися за останній рік, передусім пояснюють це тим, що вони тестувалися раніше (43% назвали таку причину) і що не вважають, що потрібно тестуватися частіше, ніж один раз на рік (28%).

Таблиця 5.2.2

Досвід проходження тестування на ВІЛ (у розрізі груп ЖКС за віком, основним способом пошуку клієнтів і вживанням ін'єкційних наркотиків) %

Характеристики/ практики	Коли-небудь зверталися до закладу за тестуванням			Коли-небудь тестувалися на ВІЛ		
	Усі ЖКС	Клієнти	Не-клі- єнти	Усі ЖКС	Клієнти	Не-клі- єнти
Вік						
- до 25-ти років (N1=1926, N2=840, N3=1072)**	65,5	86,0	49,7	69,1	91,2	52,0
- понад 25 років (N1=3087, N2=1782, N3=1281)	77,0	92,2	56,6	80,7	95,4	60,9
Основний спосіб пошуку клієнтів						
- вулиця, шосе, вокзал (N1=2257, N2=1513, N3=736)	73,1	87,7	43,6	77,6	92,8	46,8
- готелі, сауни, казино та ін. (N1=1201, N2=478, N3=712)	74,7	96,4	60,2	74,9	97,5	60,0
- телефон, Інтернет (N1=1357, N2=556, N3=789)	71,4	91,7	57,4	76,5	94,4	64,0
Вживання ін'єкційних наркотиків за останні 12 місяців						
- не вживали (N1=4511, N2=2249, N3=2233)	71,4	89,9	53,2	75,0	93,9	56,4
- вживали (N1=419, N2=316, N3=102)	83,6	91,7	58,3	87,8	94,7	66,2

* N1 – зважена кількість усіх респондентів-ЖКС відповідної групи, N2 – зважена кількість респондентів-ЖКС відповідної групи, які є клієнтами громадських організацій, N3 – зважена кількість респондентів-ЖКС відповідної групи, які не є клієнтами громадських організацій.

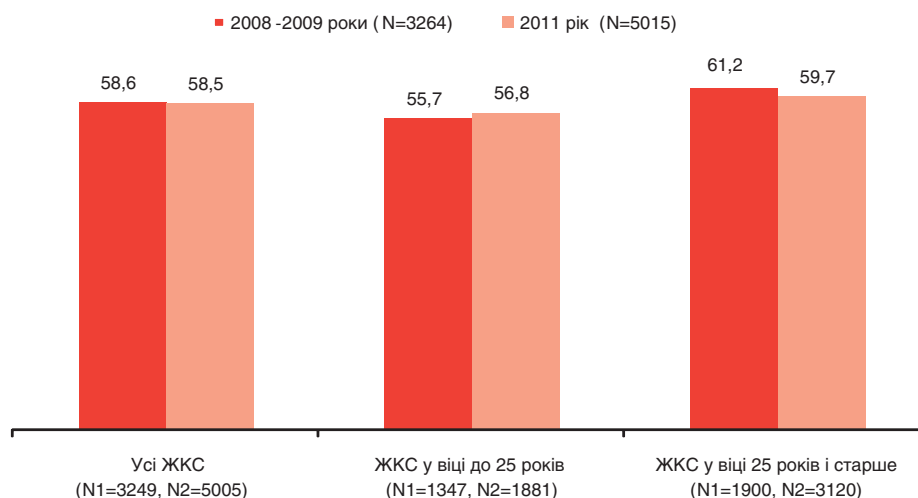


Рис. 5.2.1. Відсоток ЖКС, які протягом останніх 12-ти місяців пройшли тестування на ВІЛ-інфекцію та одержали його результат

Лідером за досвідом тестування впродовж останніх 12-ти місяців є Миколаїв, де значення показника становить 98%, що, знову-таки, є наслідком тотальної представленості у вибірці клієнтів громадських організацій (табл. 5.2.3). Особливо низьке значення показника серед ЖКС Житомира (24%), Чернігова (25%) та Запоріжжя (26%).

Якщо регіональні дані розглядати лише серед клієнтів громадських організацій, то надто помітним видається, що в Києві серед них лише 55% коли-небудь тестувалися на ВІЛ. Також варто звернути увагу і на деякі інші міста, де далеко не всі ЖКС, які є клієнтами, впродовж останнього року тестувалися на ВІЛ.

Таблиця 5.2.3

Відсоток ЖКС, які протягом останніх 12-ти місяців пройшли тестування на ВІЛ-інфекцію та одержали його результат (регіональний розріз)*

Місто	Усі ЖКС	Серед...	
		Клієнтів**	Не-клієнтів**
Миколаїв (N1=301, N2=301, N3=0)***	98,0	98,0	---
Львів (N1=200, N2=198, N3=2)	93,1	93,5	---
Харків (N1=300, N2=295, N3=3)	84,8	85,5	---
Сімферополь (N1=300, N2=299, N3=1)	78,7	79,0	---
Рівне (N1=150, N2=110, N3=40)	78,6	85,7	59,6
Одеса (N1=300, N2=226, N3=74)	72,2	82,9	39,9
Вінниця (N1=150, N2=111, N3=39)	72,1	91,0	18,5
Тернопіль (N1=150, N2=1, N3=149)	72,0	---	72,5
Кіровоград (N1=150, N2=97, N3=44)	66,7	87,8	26,7
Ужгород (N1=150, N2=7, N3=143)	64,1	---	62,3
Чернівці (N1=150, N2=112, N3=38)	62,8	78,5	15,9
Луцьк (N1=150, N2=99, N3=50)	58,3	78,7	19,9
Дніпропетровськ (N1=300, N2=137, N3=160)	49,9	75,7	28,4
Херсон (N1=202, N2=87, N3=114)	48,5	90,0	17,9
Хмельницький (N1=150, N2=67, N3=72)	46,9	83,3	22,3
Донецьк (N1=302, N2=46, N3=244)	46,1	93,0	37,5
Луганськ (N1=150, N2=11, N3=138)	45,5	70,0	43,6
Черкаси (N1=150, N2=65, N3=85)	45,3	88,9	19,3
Полтава (N1=200, N2=136, N3=62)	45,0	61,0	9,7
Івано-Франківськ (N1=150, N2=32, N3=118)	41,3	67,6	34,2
Київ (N1=300, N2=105, N3=190)	37,3	55,9	30,1
Суми (N1=150, N2=66, N3=84)	31,4	86,6	13,2
Запоріжжя (N1=200, N2=18, N3=180)	26,0	63,5	23,9
Чернігів (N1=150, N2=0, N3=150)	24,6	---	24,6
Житомир (N1=150, N2=13, N3=26)	23,7	66,9	10,1

* Впорядковано за часткою тих, хто тестувався на ВІЛ впродовж останніх 12-ти місяців і знає свій результат (від найвищої до найнижчої).

** «---» означає, що респондентів замало, щоб здійснити розрахунки. Також у деяких випадках кількість респондентів, для яких розраховувався %, менша за 50, тому дані не можна вважати статистично надійними. Втім, їх можна використовувати для оцінки тенденцій.

*** N1 – зважена кількість усіх респондентів-ЖКС, N2 – зважена кількість респондентів-ЖКС, які є клієнтами громадських організацій, N3 – зважена кількість респондентів-ЖКС, які не є клієнтами громадських організацій.

Якщо ж говорити про не-клієнтів, то відносно найкраща ситуація простежується у Тернополі (72% тестувалися на ВІЛ впродовж останнього року), Ужгороді (62%) і Рівному (60%). У переважній кількості решти міст серед не-клієнтів не більше третини проходили тестування.

Нижче в табл. 5.2.4 порівнюються дані за 2008–2009 роки і 2011 рік. Як можна бачити, в деяких випадках простежуються дуже різкі зміни. Втім, радше за все це методичний артефакт, тобто отримана динаміка не відтворює реальні процеси, тому отримані результати потрібно обережно інтерпретувати.

Таблиця 5.2.4

Відсоток ЖКС, які протягом останніх 12-ти місяців пройшли тестування на ВІЛ-інфекцію та одержали його результат (регіональний розріз)*

Місто	2008–2009 роки	2011 рік
Миколаїв (N1=100, N2=301)**	55,0	98,0
Львів (N1=95, N2=200)	80,0	93,1
Харків (N1=149, N2=300)	47,5	84,8
Сімферополь (N1=150, N2=300)	96,8	78,7
Рівне (N1=152, N2=150)	68,6	78,6
Одеса (N1=100, N2=300)	58,2	72,2
Вінниця (N1=150, N2=150)	86,8	72,1
Тернопіль (N1=150, N2=150)	60,0	72,0
Кіровоград (N1=100, N2=150)	85,1	66,7
Ужгород (N1=100, N2=150)	44,0	64,1
Чернівці (N1=151, N2=150)	57,6	62,8
Луцьк (N1=100, N2=150)	72,0	58,3
Дніпропетровськ (N1=100)	25,8	49,9
Херсон (N1=100, N2=202)	43,0	48,5
Хмельницький (N1=101, N2=150)	51,6	46,9
Донецьк (N1=150, N2=302)	69,9	46,1
Луганськ (N1=100, N2=150)	74,1	45,5
Черкаси (N1=95, N2=150)	53,9	45,3
Полтава (N1=150, N2=200)	41,3	45,0
Івано-Франківськ (N1=150, N2=150)	57,3	41,3
Київ (N1=256, N2=300)	54,1	37,3
Суми (N1=100, N2=150)	90,0	31,4
Запоріжжя (N1=150, N2=200)	15,7	26,0
Чернігів (N1=150, N2=150)	59,1	24,6
Житомир (N1=150, N2=150)	30,7	23,7

* Впорядковано за часткою ЖКС, які тестувалися на ВІЛ за останній рік і отримали свій результат, серед усіх респондентів за даними опитування 2011 року (від найвищої до найнижчої).

** N1 – зважена кількість усіх респондентів-ЖКС, які були опитані в 2008–2009 роках, N2 – зважена кількість респондентів-ЖКС, які були опитані в 2011 році.

У розрізі окремих груп ЖКС (за віком, основним способом пошуку клієнтів, вживанням ін'єкційних наркотиків) простежуються подібні тенденції – серед ЖКС відповідних груп, які є клієнтами громадських організацій, аб-

солотна більшість впродовж останнього року проходили тестування на ВІЛ і знають свій результат (табл. 5.2.5). Натомість серед ЖКС відповідних груп, які не є клієнтами громадських організацій, лише одна з трьох протягом останніх 12-ти місяців тестувалася на ВІЛ і знає свій результат.

Таблиця 5.2.5

Відсоток ЖКС, які протягом останніх 12-ти місяців пройшли тестування на ВІЛ-інфекцію та одержали його результат (у розрізі груп ЖКС за віком, основним способом пошуку клієнтів і вживанням ін'єкційних наркотиків)

Характеристики/ практики	Усі ЖКС	Серед...	
		Клієнтів	Не-клієнтів
Вік			
- до 25-ти років (N1=1926, N2=840, N3=1072)*	56,5	84,7	34,8
- понад 25 років (N1=3087, N2=1782, N3=1281)	60,3	82,4	30,2
Основний спосіб пошуку клієнтів			
- вулиця, шосе, вокзал (N1=2257, N2=1513, N3=736)	63,6	80,3	29,6
- готелі, сауни, казино та ін. (N1=1201, N2=478, N3=712)	58,9	91,8	37,2
- телефон, Інтернет (N1=1357, N2=556, N3=789)	53,0	83,9	31,5
Вживання ін'єкційних наркотиків за останні 12 місяців			
- не вживали (N1=4511, N2=2249, N3=2233)	58,0	84,0	32,2
- вживали (N1=419, N2=316, N3=102)	65,1	75,6	32,8

* N1 – зважена кількість респондентів-усіх жінок комерційного сексу відповідної групи, N2 – зважена кількість респондентів-клієнтів громадських організацій, N3 – зважена кількість респондентів-не-клієнтів громадських організацій.

У контексті практик тестування також зазначимо, що третина ЖКС (34%) впродовж 2011 року проходили тестування на ВІЛ швидкими тестами в громадських організаціях (табл. 5.2.6). Втім, якщо серед клієнтів громадських організацій понад половина проходила тестування (60%), то серед не-клієнтів – лише 6%.

У регіональному розрізі помітним видається те, що в Києві серед клієнтів громадських організацій лише одна з трьох ЖКС (36%) тестувалася на ВІЛ у громадській організації. Загалом же, у різних містах серед клієнтів у середньому половина в 2011 році тестувалася на ВІЛ швидкими тестами.

Щодо ЖКС, які не є клієнтами, у регіональному розрізі не більше однієї четвертої в 2011 році проходили в організаціях тестування на ВІЛ швидкими тестами.

Якщо говорити про, власне, процес тестування, то абсолютна більшість ЖКС, які коли-небудь тестувалися, повідомили, що вони проходили дотестове (81%) і післятестове (77%) консультування. Також відзначимо, що серед ЖКС, які у перебігу інтерв'ю повідомили, що вони – ВІЛ-інфіковані, абсолютна більшість (74%) стоять на обліку в Центрі СНІД. Хоча серед них лише 39% є учасниками антиретровірусної терапії (6% були раніше, але зараз уже не є учасницями антиретровірусної терапії).

Таблиця 5.2.6

**Відсоток ЖКС, які тестувалися на ВІЛ швидкими тестами
в громадських організаціях у 2011 році
(національний і регіональний розрізи)***

Місто	Усі ЖКС	Серед... **	
		Клієнтів	Не-клієнтів
Україна в цілому (N1=5015, N2=2622, N3=2353)***	34,1	59,5	6,1
Миколаїв (N1=301, N2=301, N3=0)	88,7	88,7	---
Львів (N1=200, N2=198, N3=2)	71,8	72,1	---
Вінниця (N1=150, N2=111, N3=39)	54,2	71,3	5,5
Сімферополь (N1=300, N2=299, N3=1)	50,2	50,4	---
Рівне (N1=150, N2=110, N3=40)	49,2	62,7	12,7
Одеса (N1=300, N2=226, N3=74)	44,1	57,5	3,5
Харків (N1=300, N2=295, N3=3)	43,0	43,4	---
Чернівці (N1=150, N2=112, N3=38)	42,2	48,7	22,7
Хмельницький (N1=150, N2=67, N3=72)	36,9	77,3	1,3
Луцьк (N1=150, N2=99, N3=50)	35,6	54,2	0,0
Кіровоград (N1=150, N2=97, N3=44)	34,0	52,4	0,0
Херсон (N1=202, N2=87, N3=114)	33,5	70,1	5,7
Полтава (N1=200, N2=136, N3=62)	30,0	42,6	1,6
Дніпропетровськ (N1=300, N2=137, N3=160)	26,9	58,2	0,5
Черкаси (N1=150, N2=65, N3=85)	26,6	59,5	0,6
Суми (N1=150, N2=66, N3=84)	25,3	84,3	7,6
Ужгород (N1=150, N2=7, N3=143)	22,6	---	22,3
Донецьк (N1=302, N2=46, N3=244)	20,8	61,1	13,3
Київ (N1=300, N2=105, N3=190)	18,9	36,8	11,6
Івано-Франківськ (N1=150, N2=32, N3=118)	13,9	50,4	4,1
Житомир (N1=150, N2=13, N3=26)	13,1	52,5	0,8
Запоріжжя (N1=200, N2=18, N3=180)	5,4	38,7	3,4
Луганськ (N1=150, N2=11, N3=138)	2,2	43,6	1,0
Тернопіль (N1=150, N2=1, N3=149)	1,3	---	1,3
Чернігів (N1=150, N2=0, N3=150)	0,6	---	0,6

* Впорядковано за часткою тих, хто тестувався на ВІЛ у громадських організаціях в 2011 році.

** «---» означає, що статистичні розрахунки неможливо провести з огляду на дуже невелику кількість респондентів. Також звернімо увагу, що у випадках, коли кількість респондентів менша за 50, розрахунки не можна вважати статистично надійними, але можна використовувати для оцінки тенденцій.

*** N1 – зважена кількість респондентів-усіх жінок комерційного сексу, N2 – зважена кількість респондентів-клієнтів громадських організацій, N3 – зважена кількість респондентів-не-клієнтів громадських організацій.

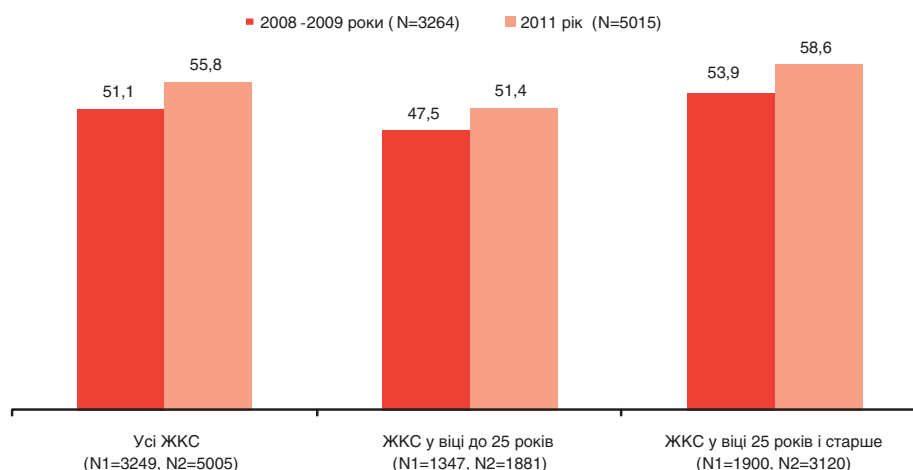
5.3. Рівень знань про ВІЛ

Вочевидь, необхідною передумовою коректних поведінкових практик, які б мінімізували ризик інфікування ВІЛ, є правильні знання про інфекцію, зокрема про шляхи запобігання статевій передачі та про те, як інфекція передається або не передається. У зв'язку з цим один з національних показників – «Відсоток ЖКС, які правильно визначають шляхи запобігання статевій передачі ВІЛ-інфекції та знають, як вона не передається» – присвячений вимірюванню рівня знань.

Відповідно до отриманих результатів, значення показника у 2011 році становило 56% (95% довірчий інтервал – 54,5%–57,2%), що навіть дещо вище, ніж у 2008–2009 роках – 50% (95% довірчий інтервал – 48,0%–51,4%) ($p < 0,01$) (рис. 5.3.1).

Як і раніше, дещо кращим знанням характеризуються більш старші ЖКС (у віці понад 25 років) – 59% проти 51% серед більш молодих ЖКС (у віці до 25-ти років) ($p < 0,01$).

Істотно кращим знанням характеризуються ЖКС, які є клієнтами громадських організацій, – серед них 65% правильно відповіли на всі 5 запитань проти лише 46% серед ЖКС, які не є клієнтами громадських організацій.



* N1 – кількість респондентів відповідної групи в опитуванні 2008–2009 років, N2 – кількість респондентів відповідної групи в опитуванні 2011 року.

Рис. 5.3.1. Відсоток ЖКС, які правильно визначають шляхи запобігання статевій передачі ВІЛ-інфекції та знають, як вона не передається

Цілком «у дусі» попередніх результатів простежується варіативність у рівні знань серед ЖКС різних міст. Так, найкращим знанням характеризуються ЖКС Миколаєва – серед них значення показника становить 95% (табл. 5.3.1). Варто знову нагадати, що у вибірці ЖКС Миколаєва найбільше клієнтів і найвище охоплення профілактичними програмами. Хоча на умовно «другому» місці за рівнем знань знаходяться ЖКС Черкас (90%), де і частка клієнтів, і рівень охоплення є посередньою. доцільно звернути увагу на те, що найнижчий рівень знань простежується у випадку Ужгорода (28%) та Дніпропетровська (23%). У випадку Ужгорода, можливо, це пов'язано із значною представленістю ромів у вибірці. Більш неоднозначна ситуація у випадку Дніпропетровська, адже в місті, по-перше, майже половина ЖКС є

клієнтами громадських організацій і охоплені профілактичними програмами (що суттєво вище, ніж рівень знань). По-друге, абсолютна більшість точок, де проводилося опитування, – «офіси», до яких має доступ і де працюють представники громадської організації. Відповідно, оскільки соціальні працівники там регулярно з'являються, можна було очікувати, навпаки, вищого рівня знань.

Таблиця 5.3.1

Відсоток ЖКС, які правильно визначають шляхи запобігання статевій передачі ВІЛ-інфекції та знають, як вона не передається (регіональний розріз)*

Місто	Усі ЖКС	Серед...	
		Клієнтів**	Не-клієнтів**
Миколаїв (N1=301, N2=301, N3=0)***	95,0	95,0	---
Черкаси (N1=150, N2=65, N3=85)	89,7	83,1	94,8
Полтава (N1=200, N2=136, N3=62)	77,5	86,0	58,1
Чернігів (N1=150, N2=0, N3=150)	75,6	---	75,6
Кіровоград (N1=150, N2=97, N3=44)	74,6	85,5	57,1
Сімферополь (N1=300, N2=299, N3=1)	73,9	74,0	---
Суми (N1=150, N2=66, N3=84)	73,3	85,3	67,9
Хмельницький (N1=150, N2=67, N3=72)	71,9	78,1	68,5
Львів (N1=200, N2=198, N3=2)	71,1	71,3	---
Житомир (N1=150, N2=13, N3=26)	65,6	72,7	63,4
Рівне (N1=150, N2=110, N3=40)	55,1	59,3	43,9
Луганськ (N1=150, N2=11, N3=138)	54,7	58,2	53,8
Луцьк (N1=150, N2=99, N3=50)	52,9	68,1	22,9
Донецьк (N1=302, N2=46, N3=244)	52,2	61,7	52,8
Вінниця (N1=150, N2=111, N3=39)	51,7	59,8	29,0
Запоріжжя (N1=200, N2=18, N3=180)	50,8	68,4	49,9
Чернівці (N1=150, N2=112, N3=38)	48,3	59,7	14,1
Київ (N1=300, N2=105, N3=190)	47,3	54,0	45,2
Херсон (N1=202, N2=87, N3=114)	41,8	39,9	42,9
Харків (N1=300, N2=295, N3=3)	41,6	41,9	---
Івано-Франківськ (N1=150, N2=32, N3=118)	38,7	71,2	30,0
Одеса (N1=300, N2=226, N3=74)	31,3	32,0	29,2
Тернопіль (N1=150, N2=1, N3=149)	30,7	---	30,9
Ужгород (N1=150, N2=7, N3=143)	27,7	---	27,6
Дніпропетровськ (N1=300, N2=137, N3=160)	22,6	41,9	6,5

* Впорядковано за часткою тих, хто правильно визначає шляхи запобігання статевій передачі ВІЛ-інфекції та знають, як вона не передається.

** «---» означає, що статистичні розрахунки неможливо провести з огляду на дуже невелику кількість респондентів. Також звернімо увагу, що у випадках, коли кількість респондентів менша за 50, розрахунки не можна вважати статистично надійними, але можна використовувати для оцінки тенденцій.

*** N1 – зважена кількість респондентів-усіх жінок комерційного сексу, N2 – зважена кількість респондентів-клієнтів громадських організацій, N3 – зважена кількість респондентів-не-клієнтів громадських організацій.

Доцільно, як і в попередніх пунктах, результати розглядати окремо для клієнтів і не-клієнтів громадських організацій. Так, переважно, клієнти громадських організацій характеризуються доволі високим рівнем знання. Втім,

є декілька міст-винятків, на які потрібно звернути увагу. Так, в Одесі серед ЖКС, які є клієнтами громадських організацій, лише 32% правильно відповіли на всі 5 запитань, в Херсоні – 40%, в Харкові – 42%. У решті ж міст серед клієнтів не менше половини правильно визначають шляхи запобігання статевій передачі ВІЛ-інфекції та знають, як вона не передається.

Стосовно не-клієнтів, то переважно всюди рівень знань або приблизно такий же (як і серед клієнтів), або нижче (причому в деяких випадках істотно нижчий). Варто звернути увагу на Чернівці та Дніпропетровськ, де, відповідно, лише 14% і 7% правильно відповіли на всі 5 запитань.

Нижче в табл. 5.3.2 порівнюються дані за 2008–2009 роки і 2011 рік. Як можна бачити, в деяких випадках простежуються дуже різкі зміни. Втім, радше за все це методичний артефакт, тобто отримана динаміка не відтворює реальні процеси, тому отримані результати потрібно обережно інтерпретувати.

Таблиця 5.3.2

Відсоток ЖКС, які правильно визначають шляхи запобігання статевій передачі ВІЛ-інфекції та знають, як вона не передається (регіональний розріз)*, по роках

Місто	2008–2009 роки	2011 рік
Миколаїв (N1=100, N2=301)**	62,0	95,0
Черкаси (N1=95, N2=150)	61,4	89,7
Полтава (N1=150, N2=200)	66,7	77,5
Чернігів (N1=150, N2=150)	67,4	75,6
Кіровоград (N1=100, N2=150)	71,9	74,6
Сімферополь (N1=150, N2=300)	28,2	73,9
Суми (N1=100, N2=150)	84,0	73,3
Хмельницький (N1=101, N2=150)	44,3	71,9
Львів (N1=95, N2=200)	14,7	71,1
Житомир (N1=150, N2=150)	42,7	65,6
Рівне (N1=152, N2=150)	58,8	55,1
Луганськ (N1=100, N2=150)	10,4	54,7
Луцьк (N1=100, N2=150)	47,0	52,9
Донецьк (N1=150, N2=302)	51,5	52,2
Вінниця (N1=150, N2=150)	66,6	51,7
Запоріжжя (N1=150, N2=200)	49,6	50,8
Чернівці (N1=151, N2=150)	55,6	48,3
Київ (N1=256, N2=300)	63,3	47,3
Херсон (N1=100, N2=202)	53,0	41,8
Харків (N1=149, N2=300)	50,5	41,6
Івано-Франківськ (N1=150, N2=150)	43,3	38,7
Одеса (N1=100, N2=300)	24,4	31,3
Тернопіль (N1=150, N2=150)	34,7	30,7
Ужгород (N1=100, N2=150)	18,0	27,7
Дніпропетровськ (N1=100)	34,7	22,6

* Впорядковано за часткою ЖКС, які правильно відповіли на всі 5 запитань (від найвищої до найнижчої).

** N1 – зважена кількість усіх респондентів-ЖКС, які були опитані в 2008–2009 роках, N2 – зважена кількість респондентів-ЖКС, які були опитані в 2011 році.

Нижче в табл. 5.3.3 дані наведено у розрізі окремих груп ЖКС (за віком, основним способом пошуку, вживанням ін'єкційних наркотиків) в цілому та окремо для клієнтів і не-клієнтів. Загалом, ЖКС, які належать до різних груп, характеризуються доволі подібним рівнем знання.

Втім, якщо окремо розглядати клієнтів і не-клієнтів, то простежуються деякі відмінності, на які доцільно звернути увагу. Так, «вуличні» ЖКС, які є клієнтами, помітно поступаються за рівнем знань іншим ЖКС-клієнтам – якщо серед них 58% правильно відповіли на всі 5 запитань, то серед ЖКС, які переважно знаходять клієнтів у готелях, саунах, барах та ін., відповідний показник становить 76%, серед ЖКС, які переважно знаходять клієнтів через телефон, Інтернет, – 71% ($p < 0,01$).

Стосовно не-клієнтів, то передусім чітко бачиться істотно нижча обізнаність порівняно з клієнтами. Особливо різючі відмінності в групі тих, хто вживає ін'єкційні наркотики. У цій групі серед клієнтів рівень знань становить 72% проти лише 34% серед не-клієнтів ($p < 0,01$). Взагалі ж, якщо говорити про не-клієнтів, то споживачі ін'єкційних наркотиків характеризуються нижчим рівнем знань, ніж не-споживачі (34% проти 47% ($p < 0,01$)). Нижчим знанням характеризуються (як і у випадку клієнтів) «вуличні» ЖКС (38% проти, відповідно, 51% і 48%) ($p < 0,01$).

Таблиця 5.3.3

Відсоток ЖКС, які правильно визначають шляхи запобігання статевій передачі ВІЛ-інфекції та знають, як вона не передається (у розрізі груп ЖКС за віком, основним способом пошуку клієнтів і вживанням ін'єкційних наркотиків)

Характеристики/практики	Усі ЖКС	Серед...	
		Клієнтів	Не-клієнтів
Вік			
- до 25-ти років (N1=1926, N2=840, N3=1072)*	50,9	58,3	45,1
- понад 25 років (N1=3087, N2=1782, N3=1281)	58,6	67,4	46,9
Основний спосіб пошуку клієнтів			
- вулиця, шосе, вокзал (N1=2257, N2=1513, N3=736)	51,3	57,9	37,6
- готелі, сауни, бари та ін. (N1=1201, N2=478, N3=712)	61,2	76,3	51,2
- телефон, Інтернет (N1=1357, N2=556, N3=789)	57,3	70,6	48,1
Вживання ін'єкційних наркотиків за останні 12 місяців			
- не вживали (N1=4511, N2=2249, N3=2233)	55,0	63,1	46,7
- вживали (N1=419, N2=316, N3=102)	62,3	71,7	33,5

* N1 – зважена кількість респондентів-усіх жінок комерційного сексу відповідної групи, N2 – зважена кількість респондентів-клієнтів громадських організацій, N3 – зважена кількість респондентів-не-клієнтів громадських організацій.

Нижче в табл. 5.3.4 наведено відсоток ЖКС, які правильно відповіли на кожне запитання окремо. Як можна бачити, у випадку кожного окремо узятото запитання не менше трьох четвертих ЖКС давали правильну відповідь.

Відносно найбільш «проблематичними» є твердження про те, що ВІЛ-інфекцією можна заразитися через спільне користування з ВІЛ-інфікованою людиною туалетом, басейном, сауною («лише» 77% ЖКС правильно відповіли), що ВІЛ-інфекція може передаватися від ВІЛ-інфікованої матері до дитини при годуванні дитини грудьми (76%), ВІЛ-інфекцією можна заразитися через укуси комара (75%). Порівняно з 2008–2009 роками найбільш виразним є зростання кількості тих, хто знає, що людина, яка виглядає здоровою, може мати ВІЛ – з 78% до 88% ($p < 0,01$). Здебільшого, або змін у знанні не було, або мало місце незначне його зростання.

Таблиця 5.3.4

Відсоток ЖКС, які правильно визначають шляхи запобігання статевій передачі ВІЛ-інфекції / знають, як вона не передається

	2008–2009 роки* (N=3264)	2011 рік (N=5015)
Ризик передачі ВІЛ можна знизити, якщо мати статеві контакти лише з одним вірним неінфікованим партнером	80,9	81,3
Ризик передачі ВІЛ можна знизити, якщо правильно користуватися презервативом під час кожного сексуального контакту	---	91,0
Людина, яка виглядає здоровою, може мати ВІЛ	77,5	88,2
ВІЛ-інфекцією можна заразитися через укуси комара	76,6	75,0
Людина може заразитися ВІЛ, якщо буде пити по черзі з однієї склянки з ВІЛ-інфікованою людиною	81,0	82,7
Людина може заразитися ВІЛ через спільне користування з ВІЛ-інфікованою людиною туалетом, басейном, сауною	76,2	77,3
ВІЛ-інфекцією можна заразитися, користуючись голкою для ін'єкції, яка була використана іншою людиною	93,3	96,2
ВІЛ-інфекція може передаватися від ВІЛ-інфікованої матері до дитини під час вагітності	77,8	80,0
ВІЛ-інфекція може передаватися від ВІЛ-інфікованої матері до дитини при пологах	78,9	81,8
ВІЛ-інфекція може передаватися від ВІЛ-інфікованої матері до дитини при годуванні дитини грудьми	70,7	76,0
ВІЛ можна інфікуватися, якщо вживати їжу з однієї тарілки з ВІЛ-інфікованою особою	---	81,8

* «---» означає, що ці запитання не були в опитувальнику 2008–2009 років (або ставилося не у всіх містах).

Клієнти громадських організацій, як можна бачити нижче в табл. 5.3.5, дещо частіше давали правильні відповіді на окремі запитання.

Загалом, половина ЖКС (52%) правильно відповіли не менше, ніж на 10 запитань про знання (з 11-ти можливих) (див. кумулятивну криву на рис. 5.3.2). Кожна четверта ЖКС (28%) знає правильну відповідь на 8–9 запитань. Лише 19% ЖКС знають правильні відповіді менше, ніж на 8 запитань.

Таблиця 5.3.5

Відсоток ЖКС, які правильно визначають шляхи запобігання статевій передачі ВІЛ-інфекції / знають, як вона не передається (у розрізі клієнтів і не-клієнтів громадських організацій)

	Клієнти (N=2622)	Не-клієнти (N=2353)
Ризик передачі ВІЛ можна знизити, якщо мати статеві контакти лише з одним вірним неінфікованим партнером	82,0	81,1
Ризик передачі ВІЛ можна знизити, якщо правильно користуватися презервативом під час кожного сексуального контакту	91,0	91,4
Людина, яка виглядає здоровою, може мати ВІЛ	92,6	83,8
ВІЛ-інфекцією можна заразитися через укуси комара	80,2	69,7
Людина може заразитися ВІЛ, якщо буде пити по черзі з однієї склянки з ВІЛ-інфікованою людиною	89,4	75,7
Людина може заразитися ВІЛ через спільне користування з ВІЛ-інфікованою людиною туалетом, басейном, сауною	84,7	69,4
ВІЛ-інфекцією можна заразитися, користуючись голкою для ін'єкції, яка була використана іншою людиною	96,8	95,9
ВІЛ-інфекція може передаватися від ВІЛ-інфікованої матері до дитини під час вагітності	83,1	77,1
ВІЛ-інфекція може передаватися від ВІЛ-інфікованої матері до дитини при пологах	86,0	77,6
ВІЛ-інфекція може передаватися від ВІЛ-інфікованої матері до дитини при годуванні дитини грудьми	81,9	70,0
ВІЛ можна інфікуватися, якщо вживати їжу з однієї тарілки з ВІЛ-інфікованою особою	87,6	75,6

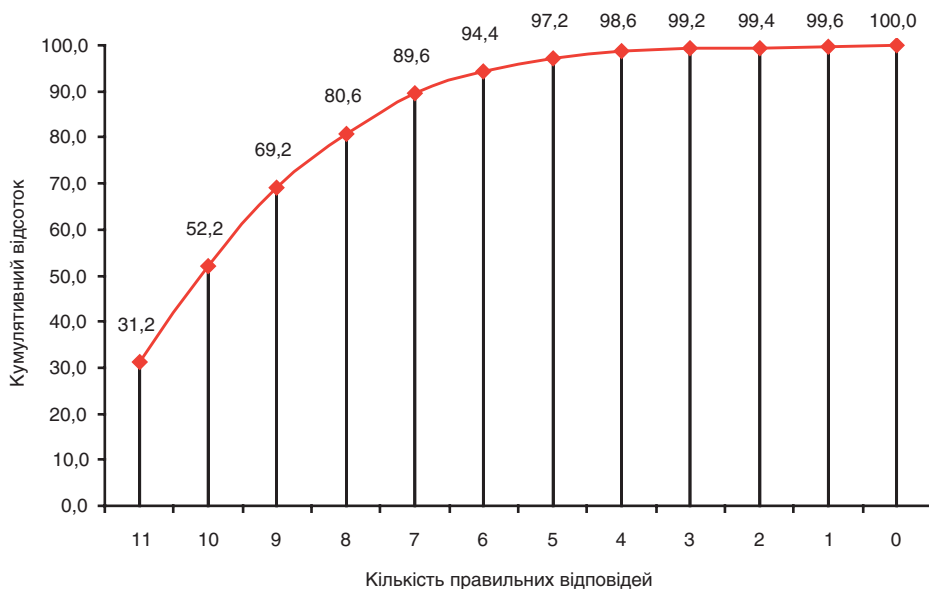


Рис. 5.3.2. Кумулятивний відсоток ЖКС, які дали відповідну кількість правильних відповідей

Як можна бачити нижче на рис. 5.3.3, істотно кращим знанням (як, загалом, уже було визначено вище) характеризуються клієнти громадських організацій.

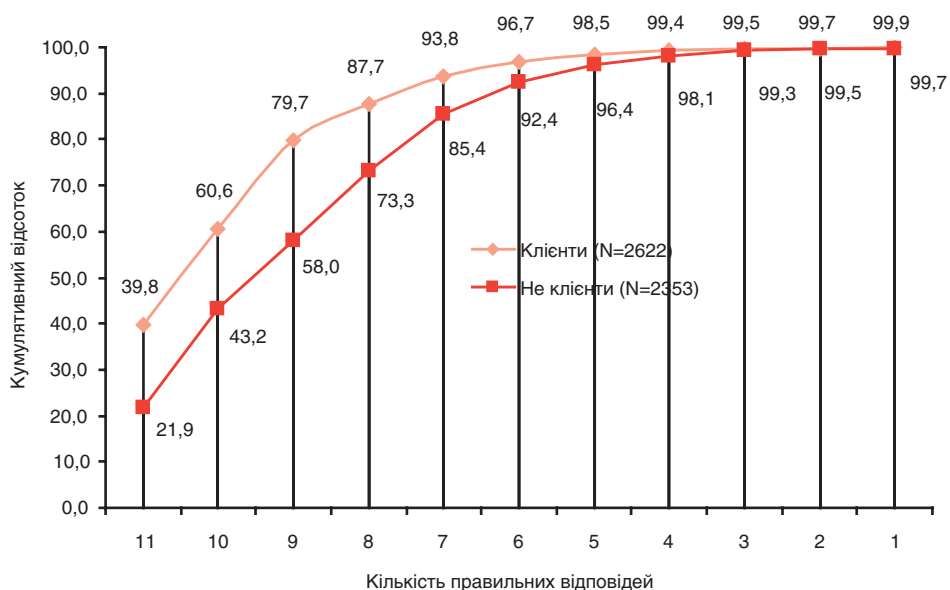


Рис. 5.3.3. Кумулятивний відсоток ЖКС (окремо серед клієнтів та не-клієнтів), які дали відповідну кількість правильних відповідей

Нижче в табл. 5.3.6 наведено дані стосовно відсотку правильних відповідей серед ЖКС з різних міст. Як можна бачити, в окремих випадках простежуються помітні відмінності. Наприклад, в Одесі і Тернополі лише 36% ЖКС знають, що ВІЛ-інфекція не передається через укуси комарів. Також лише половина ЖКС в Харкові (50%) та Дніпропетровську (52%) знають, що ризик передачі ВІЛ можна знизити, якщо мати статеві контакти лише з одним вірним неінфікованим партнером. Мають місце і інші помітні розбіжності.

Таблиця 5.3.6

Відсоток ЖКС, які правильно визначають шляхи запобігання статевій передачі ВІЛ-інфекції / знають, як вона не передається (регіональний розріз)

Місто	Ризик передачі ВІЛ можна знизити, якщо мати статеві контакти лише з одним вірним неінфікованим партнером	Ризик передачі ВІЛ можна знизити, якщо правильно користуватися презервативом під час кожного сексуального контакту	Людина, яка виглядає здоровою, може мати ВІЛ	ВІЛ-інфекцією можна заразитися через укуси комара	Людина може заразитися ВІЛ, якщо буде пити по черзі з однієї склянки з ВІЛ-інфікованою людиною	Людина може заразитися ВІЛ через спільне користування з ВІЛ-інфікованою людиною туалетом, басейном, сауною	ВІЛ-інфекцією можна заразитися, користуючись голкою для ін'єкції, яка була використана іншою людиною	ВІЛ-інфекція може передаватися від ВІЛ-інфікованої матері до дитини під час вагітності	ВІЛ-інфекція може передаватися від ВІЛ-інфікованої матері до дитини при пологах	ВІЛ-інфекція може передаватися від ВІЛ-інфікованої матері до дитини при годуванні дитини грудьми	ВІЛ можна інфікуватися, якщо вживати їжу з однієї тарілки з ВІЛ-інфікованою особою
Вінниця (N=150)	69,6	93,0	83,0	82,7	74,8	75,8	95,4	83,5	90,8	94,6	72,9
Дніпропетровськ (N=300)	51,7	94,3	92,9	55,1	69,3	47,7	99,6	94,3	90,0	45,5	80,1
Донецьк (N=302)	77,6	86,3	85,0	83,7	84,4	80,6	96,5	77,9	73,9	78,4	89,2
Житомир (N=150)	83,8	100,0	90,5	85,8	93,3	87,7	100,0	55,8	84,9	85,0	94,4
Запоріжжя (N=200)	83,3	90,3	96,7	69,8	66,2	74,0	97,9	89,0	83,9	72,1	64,4
Івано-Франківськ (N=150)	97,0	94,5	82,3	80,5	78,0	58,8	99,4	93,7	93,3	90,9	75,9
Київ (N=300)	70,5	82,0	93,2	73,4	85,1	80,4	92,5	59,1	56,8	73,3	87,2
Кіровоград (N=150)	84,2	96,3	86,8	79,8	91,5	90,4	98,1	60,1	85,4	92,6	95,2
Луганськ (N=150)	94,6	94,8	64,0	96,8	88,8	78,4	96,9	97,5	100,0	100,0	35,9
Луцьк (N=150)	79,7	64,1	94,9	90,5	98,1	81,8	98,9	91,8	90,0	79,0	94,7
Львів (N=200)	82,1	99,5	95,1	87,7	94,8	90,3	88,9	91,2	92,4	63,0	87,5
Миколаїв (N=301)	100,0	100,0	95,7	99,3	99,3	99,7	97,0	67,2	73,8	97,7	98,3
Одеса (N=300)	64,9	90,9	85,4	35,8	60,0	49,1	97,8	89,4	84,9	63,9	55,1
Полтава (N=200)	95,0	93,5	88,0	86,0	84,0	85,5	83,5	68,5	74,0	90,0	83,5

Продовження таблиці 5.3.6

Місто	Ризик передачі ВІЛ можна знизити, якщо мати статеві контакти лише з одним вірним неінфікованим партнером	Ризик передачі ВІЛ можна знизити, якщо правильно користуватися презервативом під час кожного сексуального контакту	Людина, яка виглядає здоровою, може мати ВІЛ	ВІЛ-інфекцією можна заразитися через укуси комара	Людина може заразитися ВІЛ, якщо буде пити по черзі з однієї склянки з ВІЛ-інфікованою людиною	Людина може заразитися ВІЛ через спільне користування з ВІЛ-інфікованою людиною туалетом, басейном, сауною	ВІЛ-інфекцією можна заразитися, користуючись голкою для ін'єкції, яка була використана іншою людиною	ВІЛ-інфекція може передаватися від ВІЛ-інфікованої матері до дитини під час вагітності	ВІЛ-інфекція може передаватися від ВІЛ-інфікованої матері до дитини при пологах	ВІЛ-інфекція може передаватися від ВІЛ-інфікованої матері до дитини при годуванні дитини грудьми	ВІЛ можна інфікуватися, якщо вживати їжу з однієї тарілки з ВІЛ-інфікованою особою
Рівне (N=150)	95,6	93,9	69,7	75,9	87,7	84,1	98,4	75,0	62,5	65,9	87,9
Сімферополь (N=300)	99,8	100,0	99,5	54,3	86,6	78,9	100,0	85,7	86,5	54,6	85,8
Суми (N=150)	89,3	98,6	95,2	96,2	85,1	86,5	97,4	88,4	86,2	81,5	85,9
Тернопіль (N=150)	79,3	96,7	75,3	36,0	73,3	68,0	99,3	56,0	78,0	62,7	76,0
Ужгород (N=150)	87,3	95,8	68,6	76,1	50,1	55,2	85,5	56,9	62,1	63,5	51,4
Харків (N=300)	49,6	54,5	89,9	93,8	94,5	95,0	95,5	91,1	96,2	96,0	89,4
Херсон (N=202)	76,5	93,4	81,7	70,8	78,2	73,4	99,0	85,9	91,1	89,2	83,6
Хмельницький (N=150)	95,5	96,2	87,6	79,3	83,2	77,2	96,2	78,5	61,2	49,9	90,2
Черкаси (N=150)	100,0	98,9	94,1	83,1	95,7	98,2	97,5	89,0	90,9	82,7	96,8
Чернівці (N=150)	84,0	92,1	84,3	61,5	74,6	65,3	92,6	94,5	93,2	95,9	76,3
Чернігів (N=150)	100,0	100,0	93,8	69,4	94,4	77,1	100,0	63,1	60,6	53,7	92,1

ВИСНОВКИ І РЕКОМЕНДАЦІЇ

Типова ЖКС – це молода особа з доволі посередньою освітою і без постійної роботи. Через тяжку економічну ситуацію в Україні навряд чи можна сподіватися, що більшість ЖКС зможе невдовзі змінити сферу зайнятості і забезпечити своє існування засобами, не пов'язаними зі сферою комерційного сексу. Не варто також забувати, що оплата іншої доступної праці цілком поступається оплаті у сфері комерційного сексу. Як наслідок, абсолютна більшість ЖКС цілком покладається на прибуток від надання секс-послуг. За таких умов громадським організаціям доцільно працювати в напрямі насамперед профілактики небезпечних практик. Зрозуміло, що мотивація ЖКС залишити секс-бізнес мусить продовжуватися, але за нинішніх соціально-економічних умов кориснішою, ефективнішою та більш реальною видається профілактика конкретних практик.

Ситуативно-поміркованою моделлю мінімізації ризиків є: а) постійність використання презервативів з усіма своїми партнерами – і комерційними, і постійними, і випадковими; б) регулярний моніторинг власного здоров'я (насамперед, систематичне тестування на ВІЛ); в) коректне знання про ВІЛ-інфекцію і інфекції, що передаються статевим шляхом; г) не вживання наркотиків і алкогольних напоїв; д) забезпечення умов роботи (де знаходять клієнтів, які ці клієнти); е) співробітництво з громадськими організаціями. Саме на цих патернах безпечної поведінки варто наголошувати ВІЛ-сервісним організаціям.

Однією із основних профілактичних практик є постійність використання презервативів. У цьому контексті ми можемо говорити як про взагалі доступність презервативів, так і про психологічну готовність їх використовувати. Як показують результати опитування, проблеми відсутності доступу до презервативів фактично немає. Так, наприклад, відсутність презерватива як причина невикористання його під час сексу, фактично, є «аутсайдером» стосовно партнерів всіх типів. Серйозніші проблеми стосуються психологічної готовності до постійного використання. Так, лише половина ЖКС налаштована на постійне використання презервативів, і при цьому частина з них все одно має небезпечні практики. В основному, ЖКС наважуються на незахищений секс з комерційними партнерами через наполягання клієнта і, зокрема, вищу винагороду. Стосовно постійних партнерів, то значна частина ЖКС взагалі не бачить потреби у постійному використанні презервативів. Стосовно випадкових – переважно ЖКС бачать потребу постійно використовувати презерватив, але рідше цього дотримуються, ніж при контактах із комерційними партнерами.

Отже, нагальною є потреба відходу від «кількісного» підходу, який полягає у просто розповсюдженні презервативів і відповідному звітуванні результатів своєї діяльності. Натомість потрібно переходити до «якісного» підходу, базуючись на тому, що ЖКС мають презервативи, тому основна робота повинна бути спрямована на виховання психологічної стійкості та переконання використовувати їх постійно.

Негайного втручання потребує сегмент ВІЛ-інфікованих ЖКС, особливо тих, хто вже знає свій статус. Відповідно до результатів дослідження, серед них далеко не всі завжди використовують презервативи. Відзначимо також, що навіть серед клієнтів громадських організацій, які знають, що вони ВІЛ-інфіковані, лише 70% завжди користуються презервативами під час вагінального сексу і 75% – під час анального сексу.

Моніторинг стану свого здоров'я також є профілактичною практикою для ЖКС. За даними дослідження, близько третини ЖКС не тестувалися на ВІЛ протягом останнього року (а чверть взагалі ніколи не тестувалися у своєму житті). Тому потрібно розширювати охоплення ЖКС послугами ДКТ. Зокрема, виходити на нові сегменти з метою якнайбільшого охоплення популяції ЖКС. Водночас, особливу увагу доцільно приділяти якісному до- та після-тестовому консультуванню.

Знання про шляхи передачі ВІЛ є необхідною передумовою правильної поведінки і, відповідно, мінімізації ризиків. Втім, лише трохи більше половини ЖКС можна класифікувати як таких, які володіють коректним знанням. У зв'язку з цим доцільним є продовження інформаційно-просвітницьких консультацій та кампаній.

Вживання наркотиків і алкогольних напоїв є одними із факторів, які посилюють ризик інфікування ВІЛ. Оскільки епідемія ВІЛ концентрується насамперед серед ЖКС, які вживають ін'єкційні наркотики, то потрібно мінімізувати ризики серед групи ЖКС-СІН. Зокрема, проводити роботу щодо використання стерильного інструментарію та постійного використання презервативів. Доцільно менше уваги приділяти «кількісним» показникам – наприклад, скільки шприців було роздано – а, натомість, «якісно» підходи до спонукання ЖКС, які вживають ін'єкційні наркотики, усвідомити потребу менш ризикованого їх вживання.

Вочевидь, під найбільшою загрозою перебувають ЖКС, які працюють на вулицях, трасах, вокзалах тощо. Навряд чи громадські організації здатні мотивувати ЖКС «перемістити» місце своєї роботи у більш безпечні умови. У цьому контексті доцільніше працювати на виховання стійкості стосовно вибору комерційних партнерів – відмовлятися від випадків, коли клієнт налягає на невикористанні презервативів (нагадаємо, що майже половина ЖКС розглядає можливість не використовувати презервативи).

Значна частина ЖКС не може однозначно усвідомлювати всі своєї дії, тому активними суб'єктами налагодження співпраці мають бути саме громадські організації. Значною мірою діяльність громадських організацій охоплює більш старших ЖКС, «вуличних» ЖКС, споживачів ін'єкційних наркотиків та вже ВІЛ-інфікованих ЖКС. До того ж надання послуг, переважно, «замикається» тільки на клієнтах громадських організацій, залишаючи обабіч інших ЖКС, які не є клієнтами. З огляду на клієнтів громадських організацій створюється враження, що нині громадським організаціям – попри величезну важливу виконану роботу – більшою мірою вдається обслуговувати тих, хто уже потрапив у біду, аніж працювати на, власне, профілактику. У цьому контексті необхідним є розширення охоплення профілактичними послугами, зокрема важливою є активніша робота із залучення більш молодих

ЖКС та не-«вуличних» ЖКС (нагадаємо, що поширеність ВІЛ серед тих, хто переважно знаходить клієнтів через телефон, Інтернет, не поступається поширеності серед «вуличних» ЖКС). Враховуючи істотне зниження віку початку надання сексуальних послуг за плату, особливу увагу при проведенні інтервенцій потрібно звернути на наймолодші категорії.

Варто також звернути увагу на спільний компонент наведених вище міркувань – невідкладність переходу до «якісних» практик роботи і відповідної звітності за результатами виконаних програм. Наявність презервативів або стерильних шприців є необхідною умовою більш безпечних практик, але не достатньою. Бракує суб'єктивного усвідомлення необхідності дотримуватися «правильної» поведінки. У зв'язку з цим потрібно працювати над дедалі активнішою розробкою і впровадженням, по-перше, «якісних» програм, які дадуть змогу виховати свідоме ставлення до власної поведінки, і, по-друге, відповідної системи показників для подальшої звітності.

У висновках не можна оминати увагою істотну регіональну варіативність – фактично, кожний регіон України є унікальним за соціально-демографічним профілем ЖКС, типовими поведінковими практиками та епідеміологічною ситуацією, а також за діяльністю у регіоні відповідних громадських організацій. У зв'язку з цим навряд чи доцільно говорити про конкретні кроки – ми, спираючись на результати біо-поведінкового дослідження, можемо лише вказувати на потенційні напрями роботи. Конкретні рішення і кроки повинні вироблятися за спільної участі донорів, громадських організацій, місцевих Центрів профілактики та боротьби зі СНІД та інших профільних державних органів з урахуванням специфіки своєї регіональної ситуації. Для цього необхідно організувати зустрічі, зокрема для обговорення отриманих результатів дослідження.

Насамкінець потрібно вкотре наголосити, що профілактична діяльність повинна полягати не в пасивному обслуговуванні усталених місць роботи ЖКС (наприклад, роздача презервативів і тестування на ВІЛ), а, натомість, в активній діяльності «на випередження».

ДОДАТКИ

Таблиця 1-1

Частка жінок, які надають сексуальні послуги за плату і які за результатами тестування швидкими тестами виявилися інфікованими ВІЛ (серед усіх ЖКС, включно з тими, хто є активними споживачами ін'єкційних наркотиків)

Місто	Усі ЖКС*		ЖКС у віці до 25-ти років		ЖКС у віці понад 25 років		Гомофілія	
	Частка у вибірці	Оціночна частка для RDS або TLS (довірчі інтервали)	Частка у вибірці	Оціночна частка для RDS або TLS (довірчі інтервали)	Частка у вибірці	Оціночна частка для RDS або TLS (довірчі інтервали)	ВІЛ-інфіковані	ВІЛ-неінфіковані
Київ (N1=300, N2=88, N3=208)**	27,0	24,2 (18,1-30,6)	12,5	7,7 (2,7-13,7)	33,7	33,5 (24,1-41,7)	0,158	0,000
Донецьк (N1=302, N2=63, N3=239)	39,4	42,7 (33,9-53,2)	14,3	9,5 (2,8-18)	46,0	51,9 (41,7-63,6)	0,335	0,359
Запоріжжя (N1=200, N2=50, N3=150)	7,0	4,8 (1,9-9,1)	4,0	5,6 (0,0-15,0)	8,0	4,2 (1,2-8,7)	0,212	-0,002
Луганськ (N1=150, N2=71, N3=79)	0,0	0,0 (---)	0,0	0,0 (---)	0,0	0,0 (---)	---	---
Суми (N1=150, N2=61, N3=89)	1,3	0,9 (0,0-2,7)	0,0	0,0 (---)	2,2	1,7 (0,0-4,5)	-1,000	-0,005
Черкаси (N1=150, N2=43, N3=107)	16,0	14,4 (6,5-24)	2,3	0,9 (0,0-3,2)	21,5	20,5 (9,1-33)	0,390	0,291
Чернігів (N1=150, N2=89, N3=61)	1,3	1,0 (0,0-4,6)	1,1	0,9 (0,0-3,3)	1,6	0,7 (0,0-2,5)	0,495	0,350
Сімферополь (N1=300, N2=99, N3=201)	4,3	3,6 (1,5-5,6)	5,3	4,8 (0,6-9,0)	3,9	2,9 (0,6-5,3)	---	---
Вінниця (N1=150, N2=76, N3=74)	1,3	1,5 (0,0-3,5)	1,3	1,8 (0,0-4,7)	1,4	1,3 (0,0-3,9)	---	---
Луцьк (N1=150, N2=63, N3=87)	6,0	5,2 (1,6-8,7)	1,6	1,4 (0,0-4,2)	9,1	7,9 (2,3-13,6)	---	---
Дніпропетровськ (N1=300, N2=141, N3=159)	9,0	9,6 (6,2-12,9)	5,8	5,5 (1,8-9,3)	11,8	13,1 (7,9-18,4)	---	---
Житомир (N1=150, N2=31, N3=119)	5,3	5,3 (1,7-8,9)	3,1	3,0 (0,0-9,0)	5,9	5,9 (1,7-10,2)	---	---
Ужгород (N1=150, N2=102, N3=48)	0,0	0,0 (---)	0,0	0,0 (---)	0,0	0,0 (---)	---	---
Івано-Франківськ (N1=150, N2=33, N3=117)	10,7	9,8 (5,0-14,5)	6,3	5,5 (0,0-13,2)	11,9	11,0 (5,3-16,7)	---	---

Місто	Усі ЖКС*		ЖКС у віці до 25-ти років		ЖКС у віці понад 25 років		Гомофілія	
	Частка у вибірці	Оціночна частка для RDS або TLS (довірчі інтервали)	Частка у вибірці	Оціночна частка для RDS або TLS (довірчі інтервали)	Частка у вибірці	Оціночна частка для RDS або TLS (довірчі інтервали)	ВІЛ-інфіковані	ВІЛ-неінфіковані
Кіровоград (N1=150, N2=45, N3=105)	13,3	13,7 (8,2-19,2)	4,5	6,5 (0,0-13,7)	17,0	16,7 (9,6-23,8)	---	---
Львів (N1=200, N2=65, N3=135)	5,5	5,7 (2,5-8,9)	1,5	1,5 (0,0-4,5)	7,5	7,7 (3,2-12,2)	---	---
Миколаїв (N1=301, N2=101, N3=200)	7,0	7,1 (4,2-10,0)	0,0	0,0 (---)	10,5	10,6 (6,4-14,9)	---	---
Одеса (N1=300, N2=135, N3=165)	15,0	13,5 (9,7-17,4)	8,6	7,2 (2,8-11,5)	19,8	18,8 (12,8-24,7)	---	---
Полтава (N1=200, N2=19, N3=181)	26,5	26,5 (20,4-32,6)	5,3	5,3 (0,0-15,3)	28,7	28,7 (22,1-35,3)	---	---
Рівне (N1=150, N2=36, N3=114)	5,3	4,8 (1,4-8,2)	8,3	7,4 (0,0-16)	4,4	3,9 (0,4-7,5)	---	---
Тернопіль (N1=150, N2=109, N3=41)	2,0	2,0 (0,0-4,2)	1,8	1,8 (0-4,4)	2,4	2,4 (0-7,2)	---	---
Харків (N1=300, N2=132, N3=168)	0,0	0,0 (---)	0,0	0,0 (---)	0,0	0,0 (---)	---	---
Херсон (N1=202, N2=109, N3=93)	7,9	9,3 (5,3-13,3)	4,5	4,2 (0,4-8,0)	12,0	15,3 (8,0-22,6)	---	---
Хмельницький (N1=150, N2=65, N3=85)	18,7	18,7 (12,4-24,9)	1,5	1,5 (0,0-4,4)	31,8	31,9 (21,9-41,8)	---	---
Чернівці (N1=150, N2=55, N3=95)	2,7	2,0 (0,0-4,3)	0,0	0,0 (---)	4,2	3,2 (0,0-6,8)	---	---
Україна (N1=5005, N2=1881, N3=3120)	10,5	10,3 (9,4-11,1)	3,6	3,1 (2,3-3,9)	14,6	14,8 (13,5-16,0)	---	---

* «---» означає, що неможливо розрахувати довірчі інтервали.

** N1 – кількість усіх респондентів-ЖКС, N2 – кількість респондентів-ЖКС у віці до 25-ти років, N3 – кількість респондентів-ЖКС у віці понад 25 років.

Таблиця 1-2

Частка жінок, які надають сексуальні послуги за плату і які за результатами тестування швидкими тестами виявилися інфікованими ВІЛ (серед ЖКС, які не є активними споживачами ін'єкційних наркотиків)

Місто	Усі ЖКС*		ЖКС у віці до 25-ти років		ЖКС у віці понад 25 років	
	Частка у вибірці	Оціночна частка для RDS або TLS (довірчі інтервали)	Частка у вибірці	Оціночна частка для RDS або TLS (довірчі інтервали)	Частка у вибірці	Оціночна частка для RDS або TLS (довірчі інтервали)
Київ (N1=274, N2=86, N3=184)**	25,5	23,7 (16,9-30,5)	11,6	7,6 (2,4-13,5)	32,6	34 (23,2-42,3)
Донецьк (N1=283, N2=61, N3=222)	36,0	38,2 (29,8-48,2)	13,1	9,7 (2,6-19)	42,3	46,6 (35,6-57,8)
Запоріжжя (N1=193, N2=50, N3=143)	6,2	4,5 (1,7-8,4)	4,0	5,5 (0-15,1)	7,0	3,7 (1,0-7,5)
Луганськ (N1=150, N2=71, N3=79)	0,0	0,0 (---)	0,0	0,0 (---)	0,0	0,0 (---)
Суми (N1=147, N2=59, N3=88)	1,4	0,9 (0,0-2,7)	0,0	0,3 (---)	2,3	1,9 (0,0-4,6)
Черкаси (N1=136, N2=43, N3=93)	11,8	12,6 (4,4-20,6)	2,3	0,9 (0,0-3,1)	16,1	18,5 (6,2-30,3)
Чернігів (N1=150, N2=89, N3=61)	1,3	1,0 (0,0-4,6)	1,1	0,9 (0,0-3,3)	1,6	0,7 (0,0-2,5)
Сімферополь (N1=298, N2=98, N3=200)	4,0	3,3 (1,3-5,4)	5,3	4,8 (0,6-9,1)	3,4	2,6 (0,4-4,8)
Вінниця (N1=148, N2=75, N3=73)	1,4	1,6 (0,0-3,6)	1,3	1,8 (0,0-4,8)	1,4	1,3 (0,0-4,0)
Луцьк (N1=136, N2=57, N3=79)	2,9	2,5 (0,0-5,2)	1,8	1,5 (0,0-4,7)	3,8	3,3 (0,0-7,2)
Дніпропетровськ (N1=276, N2=139, N3=137)	6,1	6,5 (3,6-9,4)	5,1	5,1 (1,4-8,7)	7,1	8 (3,4-12,5)
Житомир (N1=150, N2=31, N3=119)	5,3	5,3 (1,7-8,9)	3,1	3,0 (0,0-9,0)	5,9	5,9 (1,7-10,2)
Ужгород (N1=148, N2=102, N3=47)	0,0	0,0 (---)	0,0	0,0 (---)	0,0	0,0 (---)
Івано-Франківськ (N1=149, N2=33, N3=116)	10,1	9,2 (4,6-13,8)	6,3	5,5 (0,0-13,2)	11,1	10,3 (4,7-15,8)
Кіровоград (N1=147, N2=45, N3=103)	12,9	13,3 (7,8-18,8)	4,5	6,5 (0,0-13,7)	16,5	16,3 (9,2-23,4)
Львів (N1=196, N2=64, N3=132)	5,6	5,8 (2,5-9,1)	1,5	1,6 (0,0-4,6)	7,6	7,9 (3,3-12,5)
Миколаїв (N1=294, N2=101, N3=193)	6,1	6,2 (3,0-5,9)	0,0	0,0 (---)	9,3	9,5 (5,3-13,6)
Одеса (N1=297, N2=135, N3=162)	14,5	13,1 (9,2-16,9)	8,6	7,2 (2,8-11,5)	18,9	18 (12,1-23,9)
Полтава (N1=152, N2=19, N3=133)	23,0	23 (16,3-29,7)	5,3	5,3 (0,0-15,3)	25,6	25,6 (18,2-33,0)

Продовження таблиці 1-2

Місто	Усі ЖКС*		ЖКС у віці до 25-ти років		ЖКС у віці понад 25 років	
	Частка у вибірці	Оціночна частка для RDS або TLS (довірчі інтервали)	Частка у вибірці	Оціночна частка для RDS або TLS (довірчі інтервали)	Частка у вибірці	Оціночна частка для RDS або TLS (довірчі інтервали)
Рівне (N1=149, N2=36, N3=113)	5,4	4,8 (1,4-8,2)	8,3	7,4 (0,0-16)	4,4	4,0 (0,4-7,6)
Тернопіль (N1=150, N2=109, N3=41)	2,0	2,0 (0,0-4,2)	1,8	1,8 (0,0-4,4)	2,4	2,4 (0,0-7,2)
Харків (N1=300, N2=132, N3=168)	0,0	0,0 (---)	0,0	0,0 (---)	0,0	0,0 (---)
Херсон (N1=199, N2=108, N3=91)	8,0	9,4 (5,4-13,5)	4,6	4,2 (0,4-8,0)	12,2	15,6 (8,1-23,0)
Хмельницький (N1=147, N2=65, N3=82)	17,0	17,1 (11,0-23,2)	1,5	1,5 (0,0-4,4)	29,3	29,5 (19,6-39,3)
Чернівці (N1=145, N2=55, N3=90)	0,7	0,5 (0,0-1,7)	0,0	0,0 (---)	1,1	0,8 (0,0-2,7)
Україна (N1=5005, N2=1881, N3=3120)	9,2	9,0 (8,2-9,8)	3,5	3,1 (2,3-3,9)	12,7	13,0 (11,8-14,2)

* «---» означає, що неможливо розрахувати довірчі інтервали.

** N1 – кількість усіх респондентів-ЖКС, N2 – кількість респондентів-ЖКС у віці до 25-ти років, N3 – кількість респондентів-ЖКС у віці понад 25 років.

Таблиця 2
Національний показник «Відсоток ЖКС, які правильно визначають шляхи запобігання статевій передачі ВІЛ-інфекції та знають, як вона не передається»

Місто	Усі ЖКС*		ЖКС у віці до 25-ти років		ЖКС у віці понад 25 років		Гомофілія	
	Частка у вибірці	Оціночна частка для RDS або TLS (довірчі інтервали)	Частка у вибірці	Оціночна частка для RDS або TLS (довірчі інтервали)	Частка у вибірці	Оціночна частка для RDS або TLS (довірчі інтервали)	Не знають	Знають
Київ (N1=300, N2=88, N3=208)**	50,0	47,3 (40,6-54,0)	42,0	41,2 (28,5-53,2)	54,3	50,7 (42,8-59,8)	-0,070	0,032
Донецьк (N1=302, N2=63, N3=239)	52,3	52,2 (44,2-59,5)	44,4	55,8 (40,0-69,2)	54,4	51,1 (42,3-59,7)	0,057	0,053
Запоріжжя (N1=200, N2=50, N3=150)	51,5	50,8 (44,7-59,2)	44,0	37,8 (25,5-54,2)	54,0	55,8 (48,2-66,3)	-0,101	-0,030
Луганськ (N1=150, N2=71, N3=79)	55,3	54,7 (45,8-63,0)	49,3	52,0 (37,0-66,5)	60,8	58,2 (47,3-69,0)	0,011	0,067
Суми (N1=150, N2=61, N3=89)	80,7	73,3 (64,5-82,1)	82,0	77,9 (64,2-91,0)	79,8	71,1 (55,6-82,2)	-0,400	0,251
Черкаси (N1=150, N2=43, N3=107)	91,3	89,7 (82,1-95,8)	86,0	83,9 (66,2-96,6)	93,5	93,7 (88,0-98,3)	0,164	0,295
Чернігів (N1=150, N2=89, N3=61)	78,7	75,6 (67,6-82,4)	84,3	80,9 (70,8-88,6)	70,5	66,6 (55,0-78,7)	-0,333	0,043
Сімферополь (N1=300, N2=99, N3=201)	70,3	73,9 (68,9-78,8)	68,4	71,1 (62,1-80,0)	71,2	75,2 (69,3-81,2)	---	---
Вінниця (N1=150, N2=76, N3=74)	52,7	51,7 (43,7-59,7)	48,7	47,6 (36,3-58,8)	56,8	56,0 (44,7-67,3)	---	---
Луцьк (N1=150, N2=63, N3=87)	52,0	52,9 (44,9-60,9)	30,6	32,7 (21,1-44,2)	67,0	67,6 (57,8-77,5)	---	---
Дніпропетровськ (N1=300, N2=141, N3=159)	23,0	22,6 (17,9-27,4)	18,0	19,9 (13,3-26,4)	27,3	25,1 (18,4-31,9)	---	---
Житомир (N1=150, N2=31, N3=119)	65,3	65,6 (58,0-73,2)	75,0	75,2 (60,0-90,4)	62,7	63,1 (54,4-71,7)	---	---
Ужгород (N1=150, N2=102, N3=48)	30,0	27,7 (20,5-34,9)	23,8	21,2 (13,3-29,1)	42,9	41,8 (27,8-55,8)	---	---
Івано-Франківськ (N1=150, N2=33, N3=117)	36,0	38,7 (30,9-46,5)	40,6	47,9 (31,0-64,9)	34,7	36,1 (27,4-44,8)	---	---
Кіровоград (N1=150, N2=45, N3=105)	76,7	74,6 (67,6-81,5)	79,5	80,5 (68,8-92,1)	75,5	72,1 (63,5-80,7)	---	---
Львів (N1=200, N2=65, N3=135)	70,5	71,1 (64,8-77,3)	69,7	69,6 (58,4-80,8)	70,9	71,8 (64,2-79,4)	---	---
Миколаїв (N1=301, N2=101, N3=200)	95,0	95,0 (92,6-97,5)	96,0	96,1 (92,3-99,9)	94,5	94,5 (91,4-97,7)	---	---
Одеса (N1=300, N2=135, N3=165)	31,7	31,3 (26,1-36,6)	28,9	29,4 (21,7-37,1)	33,7	32,9 (25,7-40,1)	---	---

Продовження таблиці 2

Місто	Усі ЖКС*		ЖКС у віці до 25-ти років		ЖКС у віці понад 25 років		Гомофілія	
	Частка у вибірці	Оціночна частка для RDS або TLS (довірчі інтервали)	Частка у вибірці	Оціночна частка для RDS або TLS (довірчі інтервали)	Частка у вибірці	Оціночна частка для RDS або TLS (довірчі інтервали)	Не знають	Знають
Полтава (N1=200, N2=19, N3=181)	77,5	77,5 (71,7-83,3)	52,6	52,6 (30,2-75,1)	80,1	80,1 (74,3-85,9)	---	---
Рівне (N1=150, N2=36, N3=114)	52,7	55,1 (47,2-63,1)	50,0	51,0 (34,6-67,4)	53,5	56,5 (47,4-65,5)	---	---
Тернопіль (N1=150, N2=109, N3=41)	30,7	30,7 (23,3-38,0)	35,8	35,8 (26,8-44,8)	17,1	17,1 (5,6-28,6)	---	---
Харків (N1=300, N2=132, N3=168)	40,7	41,6 (36,0-47,2)	44,3	46,3 (37,8-54,8)	37,9	37,9 (30,6-45,3)	---	---
Херсон (N1=202, N2=109, N3=93)	44,1	41,8 (35,0-48,7)	46,4	43,8 (34,5-53,1)	41,3	39,5 (29,6-49,5)	---	---
Хмельницький (N1=150, N2=65, N3=85)	71,3	71,9 (64,7-79,1)	75,4	75,5 (65,1-86,0)	68,2	69,1 (59,2-78,9)	---	---
Чернівці (N1=150, N2=55, N3=95)	47,3	48,3 (40,3-56,3)	42,6	45,1 (32,0-58,2)	50,0	50,1 (40,1-60,2)	---	---
Україна (N1=5005, N2=1881, N3=3120)	56,1	55,8 (54,4-57,2)	51,2	51,4 (49,1-53,6)	59,2	58,6 (56,9-60,4)	---	---

* «----» означає, що неможливо розрахувати довірчі інтервали.

** N1 – кількість усіх респондентів-ЖКС, N2 – кількість респондентів-ЖКС у віці до 25-ти років, N3 – кількість респондентів-ЖКС у віці понад 25 років.

Таблиця 3
Національний показник «Відсоток ЖКС, які протягом останніх 12-ти місяців пройшли тестування на ВІЛ-інфекцію та одержали його результати»

Місто	Усі ЖКС*		ЖКС у віці до 25-ти років		ЖКС у віці понад 25 років		Гомофілія	
	Частка у вибірці	Оціночна частка для RDS або TLS (довірчі інтервали)	Частка у вибірці	Оціночна частка для RDS або TLS (довірчі інтервали)	Частка у вибірці	Оціночна частка для RDS або TLS (довірчі інтервали)	Не тестувалися	Тестувалися
Київ (N1=300, N2=88, N3=208)**	40,7	37,3 (30,4-44,2)	38,6	38,5 (26,6-50,2)	42,3	37,7 (29,2-46,6)	-0,067	0,035
Донецьк (N1=302, N2=63, N3=239)	44,0	46,1 (37,0-54,4)	27,0	40,0 (23,0-55,4)	48,5	47,7 (37,1-57,1)	0,324	0,210
Запоріжжя (N1=200, N2=50, N3=150)	30,0	26,0 (19,8-33,5)	38,0	38,6 (24,9-54,1)	27,3	20,8 (14,1-29,2)	-0,043	0,071
Луганськ (N1=150, N2=71, N3=79)	47,3	45,5 (36,8-54,1)	39,4	37,5 (22,8-52,2)	54,4	52,6 (42,2-63,1)	0,002	0,069
Суми (N1=150, N2=61, N3=89)	44,7	31,4 (21,8-41,0)	37,7	32,8 (17,6-46,0)	49,4	32,0 (20,9-45,2)	-0,052	0,297
Черкаси (N1=150, N2=43, N3=107)	50,0	45,3 (34,2-56,9)	34,9	39,6 (19,7-61,1)	56,1	50,2 (38,1-62,6)	0,242	0,338
Чернігів (N1=150, N2=89, N3=61)	21,3	24,6 (17,7-32,6)	22,5	27,3 (18,0-39,3)	19,7	22,7 (11,5-35,3)	0,076	-0,399
Сімферополь (N1=300, N2=99, N3=201)	77,0	78,7 (74,0-83,3)	85,3	87,6 (81,1-94,1)	73,2	74,3 (68,2-80,3)	---	---
Вінниця (N1=150, N2=76, N3=74)	73,3	72,1 (64,9-79,3)	68,4	67,0 (56,5-77,6)	78,4	77,3 (67,7-86,8)	---	---
Луцьк (N1=150, N2=63, N3=87)	56,0	58,3 (50,4-66,2)	46,8	47,5 (35,2-59,9)	62,5	66,2 (56,2-76,1)	---	---
Дніпропетровськ (N1=300, N2=141, N3=159)	50,7	49,9 (44,2-55,5)	43,9	44,6 (36,4-52,8)	56,5	54,5 (46,7-62,2)	---	---
Житомир (N1=150, N2=31, N3=119)	23,3	23,7 (16,9-30,5)	15,6	15,8 (3,0-28,6)	25,4	25,7 (17,9-33,6)	---	---
Ужгород (N1=150, N2=102, N3=48)	62,7	64,1 (56,5-71,8)	60,4	62,5 (53,1-71,9)	67,3	67,7 (54,4-81,0)	---	---
Івано-Франківськ (N1=150, N2=33, N3=117)	42,7	41,3 (33,4-49,2)	25,0	21,9 (7,9-36,0)	47,5	46,9 (37,8-55,9)	---	---
Кіровоград (N1=150, N2=45, N3=105)	66,0	66,7 (59,2-74,2)	72,7	77,1 (64,7-89,4)	63,2	62,3 (53,1-71,6)	---	---

Місто	Усі ЖКС*		ЖКС у віці до 25-ти років		ЖКС у віці понад 25 років		Гомофілія	
	Частка у вибірці	Оціночна частка для RDS або TLS (довірчі інтервали)	Частка у вибірці	Оціночна частка для RDS або TLS (довірчі інтервали)	Частка у вибірці	Оціночна частка для RDS або TLS (довірчі інтервали)	Не тестувалися	Тестувалися
Львів (N1=200, N2=65, N3=135)	92,5	93,1 (89,5-96,6)	95,5	95,6 (90,6-100)	91,0	91,8 (87,2-96,5)	---	---
Миколаїв (N1=301, N2=101, N3=200)	98,0	98,0 (96,4-99,6)	98,0	98,0 (95,3-100)	98,0	98,0 (96,1-99,9)	---	---
Одеса (N1=300, N2=135, N3=165)	71,3	72,2 (67,1-77,3)	67,2	67,4 (59,4-75,3)	74,4	76,2 (69,7-82,7)	---	---
Полтава (N1=200, N2=19, N3=181)	45,0	45,0 (38,1-51,9)	21,1	21,1 (2,7-39,4)	47,5	47,5 (40,2-54,8)	---	---
Рівне (N1=150, N2=36, N3=114)	76,0	78,6 (72,1-85,2)	61,1	65,8 (50,2-81,4)	80,7	82,6 (75,7-89,6)	---	---
Тернопіль (N1=150, N2=109, N3=41)	72,0	72,0 (64,8-79,2)	78,0	78,0 (70,2-85,8)	56,1	56,1 (40,9-71,3)	---	---
Харків (N1=300, N2=132, N3=168)	83,7	84,8 (80,7-88,8)	74,0	76,0 (68,7-83,3)	91,1	91,6 (87,5-95,8)	---	---
Херсон (N1=202, N2=109, N3=93)	47,5	48,5 (41,6-55,4)	35,5	36,2 (27,2-45,3)	62,0	62,9 (53,1-72,7)	---	---
Хмельницький (N1=150, N2=65, N3=85)	47,3	46,9 (38,9-54,9)	30,8	30,7 (19,5-41,9)	60,0	59,3 (48,9-69,8)	---	---
Чернівці (N1=150, N2=55, N3=95)	62,7	62,8 (55,1-70,5)	68,5	67,9 (55,6-80,2)	59,4	59,8 (49,9-69,7)	---	---
Україна (N1=5005, N2=1881, N3=3120)	58,9	58,5 (57,2-59,9)	55,6	56,8 (54,6-59,1)	60,9	59,7 (58-61,5)	---	---

* «---» означає, що неможливо розрахувати довірчі інтервали.

** N1 – кількість усіх респондентів-ЖКС, N2 – кількість респондентів-ЖКС у віці до 25-ти років, N3 – кількість респондентів-ЖКС у віці понад 25 років.

Таблиця 4

Національний показник «Відсоток ЖКС, яких охоплено профілактичними програмами»

Місто	Усі ЖКС*		ЖКС у віці до 25-ти років		ЖКС у віці понад 25 років		Гомофілія	
	Частка у вибірці	Оціночна частка для RDS або TLS (довірчі інтервали)	Частка у вибірці	Оціночна частка для RDS або TLS (довірчі інтервали)	Частка у вибірці	Оціночна частка для RDS або TLS (довірчі інтервали)	Не охоплені	Охоплені
Київ (N1=300, N2=88, N3=208)**	59,0	45,0 (37,1-52,6)	48,9	43,3 (29,6-56,0)	64,4	46,4 (36,3-55,8)	-0,123	0,332
Донецьк (N1=302, N2=63, N3=239)	37,1	36,9 (28,9-44,7)	19,0	15,5 (3,8-27,3)	41,8	42,8 (33,9-51,7)	0,170	0,136
Запоріжжя (N1=200, N2=50, N3=150)	27,0	19,5 (13,0-26,4)	20,0	23,5 (10,2-36,5)	29,3	17,6 (11,2-25,2)	-0,030	0,193
Луганськ (N1=150, N2=71, N3=79)	32,0	37,3 (27,9-47,1)	29,6	37,1 (23,1-49,9)	34,2	35,0 (23,6-47,9)	0,202	0,161
Суми (N1=150, N2=61, N3=89)	48,0	27,3 (16,6-37,9)	49,2	37,7 (19,2-52,6)	47,2	23,4 (13,1-37,1)	0,099	0,483
Черкаси (N1=150, N2=43, N3=107)	46,7	36,3 (19,9-52,9)	30,2	27,9 (10,5-51,1)	53,3	43,2 (24,6-62)	0,585	0,633
Чернігів (N1=150, N2=89, N3=61)	3,3	4,6 (1,2-9,2)	3,4	6,8 (0,0-14,8)	3,3	2,4 (0,0-6,7)	0,241	-1,000
Сімферополь (N1=300, N2=99, N3=201)	99,7	99,8 (99,3-100,0)	100,0	100,0(---)	99,5	99,7 (98,9-100,0)	---	---
Вінниця (N1=150, N2=76, N3=74)	82,7	82,1 (75,9-88,2)	77,6	77,4 (68,0-86,8)	87,8	86,9 (79,2-94,6)	---	---
Луцьк (N1=150, N2=63, N3=87)	92,7	92,5 (88,3-96,7)	90,3	89,1 (81,4-96,8)	94,3	95,0 (90,5-99,6)	---	---
Дніпропетровськ (N1=300, N2=141, N3=159)	43,0	43,4 (37,8-49)	36,0	39,1 (31-47,1)	49,1	47,2 (39,5-55)	---	---
Житомир (N1=150, N2=31, N3=119)	27,3	27,5 (20,4-34,7)	15,6	15,8 (3,0-28,6)	30,5	30,6 (22,3-38,9)	---	---
Ужгород (N1=150, N2=102, N3=48)	52,0	53,1 (45,2-61,1)	52,5	54,2 (44,6-63,9)	51,0	50,8 (36,6-65,0)	---	---
Івано-Франківськ (N1=150, N2=33, N3=117)	41,3	43,6 (35,7-51,5)	31,3	39,7 (23,1-56,3)	44,1	44,7 (35,7-53,7)	---	---
Кіровоград (N1=150, N2=45, N3=105)	74,0	75,0 (68,1-81,9)	68,2	72,7 (59,6-85,8)	76,4	76,0 (67,8-84,1)	---	---
Львів (N1=200, N2=65, N3=135)	99,5	99,5 (98,5-100,0)	100,0	100,0(---)	99,3	99,2 (97,7-100,0)	---	---
Миколаїв (N1=301, N2=101, N3=200)	100,0	100,0(---)	100,0	100,0(---)	100,0	100,0(---)	---	---
Одеса (N1=300, N2=135, N3=165)	75,7	74,2 (69,3-79,2)	67,2	63,2 (55,1-71,4)	82,0	83,2 (77,5-88,9)	---	---
Полтава (N1=200, N2=19, N3=181)	72,5	72,5 (66,3-78,7)	36,8	36,8 (15,2-58,5)	76,2	76,2 (70-82,4)	---	---

Продовження таблиці 2

Місто	Усі ЖКС*		ЖКС у віці до 25-ти років		ЖКС у віці понад 25 років		Гомофілія	
	Частка у вибірці	Оціночна частка для RDS або TLS (довірчі інтервали)	Частка у вибірці	Оціночна частка для RDS або TLS (довірчі інтервали)	Частка у вибірці	Оціночна частка для RDS або TLS (довірчі інтервали)	Не охоплені	Охоплені
Рівне (N1=150, N2=36, N3=114)	82,7	82,1 (76-88,3)	77,8	74,9 (60,7-89,1)	84,2	84,4 (77,7-91)	---	---
Тернопіль (N1=150, N2=109, N3=41)	2,0	2,0 (0-4,2)	0,9	0,9 (0-2,7)	4,9	4,9 (0,0-11,5)	---	---
Харків (N1=300, N2=132, N3=168)	99,0	98,9 (97,7-100,0)	98,5	98,5 (96,4-100,0)	99,4	99,2 (97,9-100,0)	---	---
Херсон (N1=202, N2=109, N3=93)	56,9	57,1 (50,3-64)	41,8	41,6 (32,3-50,8)	75,0	75,4 (66,7-84,2)	---	---
Хмельницький (N1=150, N2=65, N3=85)	66,0	66,0 (58,4-73,6)	46,2	45,6 (33,5-57,7)	81,2	81,6 (73,3-89,8)	---	---
Чернівці (N1=150, N2=55, N3=95)	80,0	81,2 (75-87,5)	79,6	80,9 (70,5-91,2)	80,2	81,5 (73,6-89,3)	---	---
Україна (N1=5005, N2=1881, N3=3120)	63,0	61,2 (59,8-62,5)	55,1	55,1 (52,9-57,4)	67,7	65 (63,3-66,7)	---	---

* «---» означає, що неможливо розрахувати довірчі інтервали.

** N1 – кількість усіх респондентів-ЖКС, N2 – кількість респондентів-ЖКС у віці до 25-ти років, N3 – кількість респондентів-ЖКС у віці понад 25 років.

Таблиця 5

Національний показник «Відсоток ЖКС, які протягом останніх 12-ти місяців надавали сексуальні послуги за плату та повідомили про використання презерватива під час останнього»

Місто	Усі ЖКС*		ЖКС у віці до 25-ти років		ЖКС у віці понад 25 років		Гомофілія	
	Частка у вибірці	Оціночна частка для RDS або TLS (довірчі інтервали)	Частка у вибірці	Оціночна частка для RDS або TLS (довірчі інтервали)	Частка у вибірці	Оціночна частка для RDS або TLS (довірчі інтервали)	Не використовували	Використовували
Київ (N1=300, N2=88, N3=208)**	73,0	71,6 (64,6-78,0)	73,9	72,8 (60,0-83,8)	74,0	71,0 (62,0-79,3)	-0,011	0,065
Донецьк (N1=302, N2=63, N3=239)	86,8	87,9 (81,6-92,6)	92,1	96,3 (92,2-99,2)	85,4	84,9 (77,3-91,1)	0,230	0,109
Запоріжжя (N1=200, N2=50, N3=150)	86,5	84,1 (77,8-90,1)	88,0	89,1 (76,1-98,9)	86,0	83,2 (75,7-90,4)	-0,160	0,148
Луганськ (N1=150, N2=71, N3=79)	98,7	99,2 (97,9-100,0)	100,0	100,0 (---)	97,5	98,3 (95,7-100,0)	-0,999	-0,005
Суми (N1=150, N2=61, N3=89)	98,0	97,1 (96,4-100,0)	96,7	94,6 (91,5-100,0)	98,9	97,9 (97,4-100,0)	0,485	0,315
Черкаси (N1=150, N2=43, N3=107)	97,3	96,8 (93,1-99,5)	100,0	100,0 (---)	96,3	95,4 (90,1-99,2)	-1,000	0,154
Чернігів (N1=150, N2=89, N3=61)	82,7	78,9 (69,9-85,9)	85,4	83,5 (71,9-91,8)	78,7	74,2 (61,2-85,4)	0,094	0,266
Сімферополь (N1=300, N2=99, N3=201)	98,7	98,7 (97,5-100,0)	98,9	99,2 (97,5-100,0)	98,5	98,5 (96,8-100,0)	---	---
Вінниця (N1=150, N2=76, N3=74)	84,7	83,9 (78,0-89,8)	80,3	79,6 (70,5-88,6)	89,2	88,4 (81,1-95,7)	---	---
Луцьк (N1=150, N2=63, N3=87)	92,0	91,6 (87,1-96,0)	95,2	94,1 (88,3-99,9)	89,8	89,7 (83,3-96,1)	---	---
Дніпропетровськ (N1=300, N2=141, N3=159)	100,0	100,0 (---)	100,0	100,0 (---)	100,0	100,0 (---)	---	---
Житомир (N1=150, N2=31, N3=119)	99,3	99,4 (98,1-100,0)	96,9	97,0 (91,0-100,0)	100,0	100,0 (---)	---	---
Ужгород (N1=150, N2=102, N3=48)	92,0	91,9 (87,5-96,3)	94,1	94,4 (90,0-98,9)	87,8	86,5 (76,8-96,2)	---	---
Івано-Франківськ (N1=150, N2=33, N3=117)	86,0	84,5 (78,7-90,3)	65,6	57,5 (40,8-74,3)	91,5	92,2 (87,3-97,0)	---	---
Кіровоград (N1=150, N2=45, N3=105)	92,0	91,3 (86,8-95,8)	90,9	92,5 (84,8-100)	92,5	90,8 (85,3-96,3)	---	---

Місто	Усі ЖКС*		ЖКС у віці до 25-ти років		ЖКС у віці понад 25 років		Гомофілія	
	Частка у вибірці	Оціночна частка для RDS або TLS (довірчі інтервали)	Частка у вибірці	Оціночна частка для RDS або TLS (довірчі інтервали)	Частка у вибірці	Оціночна частка для RDS або TLS (довірчі інтервали)	Не використовували	Використовували
Львів (N1=200, N2=65, N3=135)	97,5	97,5 (95,3-99,7)	100,0	100,0 (---)	96,3	96,3 (93,1-99,5)	---	---
Миколаїв (N1=301, N2=101, N3=200)	97,7	97,7 (96-99,4)	99,0	99,0 (97,1-100)	97,0	97 (94,6-99,4)	---	---
Одеса (N1=300, N2=135, N3=165)	99,3	99,5 (98,6-100)	100,0	100,0 (---)	98,8	99,0 (97,5-100,0)	---	---
Полтава (N1=200, N2=19, N3=181)	79,0	79 (73,4-84,6)	89,5	89,5 (75,7-100)	77,9	77,9 (71,9-83,9)	---	---
Рівне (N1=150, N2=36, N3=114)	91,3	91,5 (87,1-96)	88,9	88,8 (78,5-99,2)	92,1	92,4 (87,5-97,2)	---	---
Тернопіль (N1=150, N2=109, N3=41)	94,7	94,7 (91,1-98,3)	95,4	95,4 (91,5-99,3)	92,7	92,7 (84,7-100)	---	---
Харків (N1=300, N2=132, N3=168)	100,0	100,0 (---)	100,0	100,0 (---)	100,0	100,0 (---)	---	---
Херсон (N1=202, N2=109, N3=93)	95,0	94,4 (91,2-97,5)	96,4	96,6 (93,1-100,0)	93,5	91,8 (86,2-97,4)	---	---
Хмельницький (N1=150, N2=65, N3=85)	87,3	87,4 (82,1-92,7)	89,2	88,9 (81,3-96,5)	85,9	86,3 (78,9-93,6)	---	---
Чернівці (N1=150, N2=55, N3=95)	93,3	93,2 (89,2-97,2)	96,3	94,8 (89-100,0)	91,7	92,2 (86,9-97,6)	---	---
Україна (N1=5005, N2=1881, N3=3120)	92,3	92,0 (91,2-92,7)	93,8	93,6 (92,5-94,7)	91,5	91,0 (89,9-92)	---	---

* «---» означає, що неможливо розрахувати довірчі інтервали.

** N1 – кількість усіх респондентів-ЖКС, N2 – кількість респондентів-ЖКС у віці до 25-ти років, N3 – кількість респондентів-ЖКС у віці понад 25 років.

**Аналітичний звіт
за результатами біоповедінкового дослідження**

**«Моніторинг поведінки та поширеності ВІЛ-інфекції серед осіб,
які надають сексуальні послуги за плату,
як компонент епіднагляду за ВІЛ другого покоління»**

Загальна редакція:

І. Шваб

Літературна редакція:

О. Кожушко

Верстка та дизайн обкладинки:

Н. Тілікіна



МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні»
вул. Димитрова, 5, корпус 10А, 9-й поверх, 03680, м. Київ, Україна
тел.: +380 44 490-54-85, факс: +380 44 490-54-89,
e-mail: office@aidalliance.org.ua, www.aidalliance.org.ua

Підписано до друку _____2012 р. Формат 60x84/8. Папір офс.
Гарнітура Helios. Ум. друк. арк. 10,5. Фіз. друк. арк. 9,77.
Тираж ___ пр. Зам. № _____

Надруковано у друкарні ТОВ «Агентство «Україна»
01054, м. Київ, вул. Гончарова, 55, оф. 60
(Свідоцтво про реєстрацію серії ДК № 265 від 30.11.2000 р.)