

# **ПРОБЛЕМЫ СЕКС-БИЗНЕСА В КОНТЕКСТЕ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

СБОРНИК СТАТЕЙ

Киев – 2009

Составитель:  
**Юрий Саранков**,  
региональный советник «СПИД Фонд Восток-Запад»  
yury\_sarankov@afew.org

Литературный редактор: Оксана Колесникова  
Компьютерная верстка: Алексей Мартынов

Проблемы секс-бизнеса в контексте  
общественного здравоохранения.

Сост. Ю. Саранков. – Киев: «СПИД Фонд Восток-Запад», 2009. – 128 с.

Предлагаемый сборник посвящен актуальным вопросам профилактики ИППП/ВИЧ-инфекции среди работников коммерческого секса в Украине.

Сборник предназначен для специалистов медицинских учреждений, консультантов программ профилактики ИППП/ВИЧ-инфекции среди уязвимых групп.

© «СПИД Фонд Восток-Запад»  
(*AIDS Foundation East-West, AFEW*), 2009

## Содержание

### **Ю. Саранков**

Коммерческая секс-работа и общественное здравоохранение:  
Предисловие ..... 5

### **Киевский международный институт социологии для AFEW**

Краткий отчет по результатам исследования «Информированность  
и удовлетворенность работников коммерческого секса  
предоставляемыми им услугами в Харьковской, Винницкой  
и Кировоградской областях», 2007 ..... 16

### **Мелисса Фарлей**

Проституция – сексуальное насилие ..... 34

### **Майкл Л. Рекарт**

Снижение вреда в сфере предоставления сексуальных услуг ..... 44

Ведение секс-работников

(Глава из «Канадского руководства по инфекциям,  
передающимся половым путем», 2006) ..... 80

Комплексный подход к ведению клинического случая

(Глава из «Руководства по лечению инфекций,  
передающихся половым путем, среди секс-работниц», 2002) ..... 86

### **В. Заика**

Особенности оказания психологической помощи работникам  
коммерческого секса в системе социального сопровождения ..... 90

### **В. Кузьменко, А. Волик**

Партнерство лечебных учреждений с общественными  
организациями в решении проблем диагностики  
и лечения ИППП у женщин секс-бизнеса ..... 103

### **А. Протопопов**

Стратегии, модели и уровни решения социальных проблем,  
связанных с коммерческим сексом ..... 116



## КОММЕРЧЕСКАЯ СЕКС-РАБОТА И ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕ: ПРЕДИСЛОВИЕ

Секс-индустрия (или секс-бизнес) представляет собой широко распространенный феномен в большинстве стран мира. Люди, вступающие в деловые отношения купли-продажи или обмена сексуальных услуг за вознаграждение, традиционно называются проститутками, если речь идет о женщинах, или проститутами, если в качестве объекта продажи/обмена своих услуг выступает мужчина. Эпидемия ВИЧ/СПИДа, начавшаяся в 80-х годах прошлого столетия, привела к появлению нового словаря (глоссария), термины которого не несут в себе традиционного стигматизирующего отношения к маргинальным группам людей. С 90-х годов мы стали использовать такие понятия как *работники коммерческого секса*, *женщины коммерческого секса* или просто *секс-работники*. Последний термин более предпочтителен, поскольку не указывает на гендерную принадлежность человека, вовлеченного в секс-работу (проституцию).

Типы, месторасположение и характер взаимодействия между секс-работником и клиентом отличаются не только по регионам (например, Азия, Европа, Африка) и по странам, но даже по городам в пределах одной страны. Там, где проституция декриминализована (т.е. отсутствует уголовное преследование за занятие проституцией) или даже легализована (т.е. данный вид деятельности официально разрешен законом), например в Голландии, возможностей для проведения широкомасштабных медицинских и социальных интервенций намного больше, чем в тех странах, где проституция преследуется и вынуждена «уходить в подполье».

С. Харкорт и Б. Донован из Центра Сексуального Здоровья в Сиднее сделали анализ существующей литературы, собрали свои наблюдения из более, чем пятнадцати стран, и смогли составить типологию проституции, условно разделив ее на *прямую* и *непрямую (завуалированную)* [5]. Авторы исследования пишут, что «в настоящее время основной массив секс-работы имеет значительную экономическую подоплеку, первоначально как источник дохода для секс-работников, а затем — и для их зависимых родственников, а также для других, связанных с этим бизнесом людей, включая сутенеров, менеджеров и вспомогательных работников. Секс-работники-одиночки имеют разную степень (уровни) необходимости заниматься проституцией, начиная от стратегии выживания, выплаты долга, наркотической зависимости, принуждения и установления социальных связей, заканчивая желанием разбогатеть и получить социаль-

ную мобильность. Эти основополагающие мотивы оказывают влияние на автономность и способность секс-работника реагировать на призывы в отношении здорового образа жизни».

Ниже представлено многообразие сексуальных услуг, широко признаваемых как *прямая (или явная)* проституция, поскольку очевидно, что главная цель взаимодействия в этом случае — обмен секса на вознаграждение.

### **Типология прямой секс-работы [5]:**

1. *Улица*: Клиенты соблазняются на улице, в парке или в других общественных местах. Обслуживаются в подворотнях, в транспортных средствах или в арендуемых на короткое время помещениях. Данный тип секс-работы имеет широкое распространение, особенно, если не доступны альтернативные места (США, Европа, Великобритания, Австралия) и/или в стране существует социально-экономический кризис (Восточная Европа, части Африки, юг и Юго-Восточная Азия и Латинская Америка).

2. *Бордель*: Имеются помещения, явно предназначенные для секса. Бордели часто лицензированы властями. Система безопасности лучше, чем на улице. Этот вид сексуальных услуг превалирует там, где секс-работа декриминализована или отношение к борделям толерантное. Распространен в Австралии, Новой Зеландии, Юго-Восточной Азии, Индии, Европе, Латинской Америке.

3. *Эскорт*: Наиболее завуалированная форма секс-работы. Клиент вступает в контакт с секс-работником по телефону или через сотрудников гостиницы. Относительно дорогой вид услуг из-за низкого оборота клиентов. Услуги предоставляются на дому клиента или в номере гостиницы. Данный тип распространен повсеместно, в частности, в США эскорты и индивидуальные секс-работники, контактирующие по телефону (из «телефонного справочника»), известны как «девочки по вызову» или «мужчины по вызову».

4. *Приватная (индивидуальная)*: Клиенты вступают в контакт с секс-работником по телефону. Этот вид секс-услуг подобен эскортам, за исключением предоставления услуг в помещении секс-работника. В Лондоне и в других больших городах высоко оплачиваемые услуги предоставляются в арендуемых меблированных квартирах («квартирная проституция»). Иногда «пороговые» (см. п. 5) и уличные секс-работники

приводят клиентов домой. Этот вид секс-услуг имеет место в Великобритании, Европе, США и Австралии.

5. *Витрина или порог*: Бордели с секс-работниками, выставленными на публичное обозрение. Витрины предпочтительны в холодном климате, пороги – в теплых регионах. Витринная проституция является уникальной для Амстердама и Гамбурга. Пороговая проституция имеет место в менее богатых европейских городах, в Африке и в других развивающихся странах.

6. *Клуб, паб, бар, караоке-бар, дискотека*: Клиенты соблазняются в местах употребления алкоголя и обслуживаются на месте или где-то еще. Этот вид секс-услуг имеет повсеместное распространение в зависимости от доступности клубов с мужской публикой.

7. *Другие места с наличием преимущественно мужчин*: Клиенты соблазняются в парикмахерских, банях, саунах, в шахтерских лагерях. Обслуживаются на месте или где-то еще. Этот вид секс-услуг имеет повсеместное распространение.

8. *«Стук в дверь» или гостиница*: Обращение к одиноким мужчинам в гостиничных номерах или в пансионатах. Данный тип секс-работы практически имеет место в гостиницах по всему миру или любых местах, где проживают одинокие мужчины.

9. *Транспорт (корабль, грузовик, поезд)*: Секс-работники могут подсаживаться в транспортное средство, чтобы обслуживать экипаж или пассажиров, или подбирать клиентов на станциях и терминалах. Имеет повсеместное распространение.

10. *СВ радио*: Секс-работники едут вдоль шоссе, используя СВ радио, чтобы обмениваться (жаргонными) сообщениями с потенциальными клиентами – водителями-дальнобойщиками. Распространено в США.

11. *Другие методы соблазнения*: Через различные СМИ, включая доски объявлений, рекламу в газетах, «каталоги секс-работников» с мобильными номерами, интернет, виртуальный бордель и др. Услуги осуществляются главным образом в борделях и в других помещениях. Распространены повсеместно, однако, интернет и мобильная связь ограничены большими городами в развитых странах – особенно в Великобритании и Швеции, где законодательство лимитирует другие формы подобной рекламы.

**Непрямая (завуалированная) проституция** также представлена различными формами [1]:

1. *Бандаж (связывание) и дисциплина*: Воплощение сексуальных фантазий с помощью ролевых игр. По всей видимости, этот вид секс-услуг уникален для более богатых и развитых стран.
2. *Танец на коленях*: Недавно внедренная практика, включающая эротический танец в нескольких сантиметрах от клиента без сексуального контакта. Имеет место, главным образом, в более богатых странах — часто в отелях и клубах.
3. *Массажный салон*: В помещениях, якобы предназначенных для проведения массажа, предлагают массу сексуальных услуг. В Юго-Восточной Азии подобные услуги могут предлагаться в парикмахерских. Имеет место в Европе, Юго-Восточной Азии и Австралии.
4. *Путешествующие эстрадные артисты*: Актеры, танцоры и другие, занятые в шоу-бизнесе люди, могут также оказывать сексуальные услуги. Распространено в Юго-Восточной Азии.
5. *«Пивные девочки»*: Молодые девушки, нанимаемые большими компаниями для продвижения и продажи товаров в барах и клубах. Сексуальные услуги продаются с целью дополнительного дохода. Данный тип секс-работы имеет место в Камбодже, Уганде и других развивающихся странах.
6. *Уличные торговцы*: Люди, торгующие товаром, дополняют свой доход предоставлением сексуальных услуг. Широко распространено в развивающихся странах.
7. *Беспринципный (меркантильный)*: Человек, к которому обратились в общественном месте, может иногда принять решение оказать сексуальные услуги за вознаграждение, если кажется, что клиент вполне состоятельный. Распространено повсеместно.
8. *Femme libre (свободная женщина)*: Женщины, обычно незамужние или разведенные, которые обменивают сексуальные услуги на подарки. Подарки затем конвертируются в наличные деньги. Распространено в Центральной Африке.
9. *Индивидуальные договоренности*: Мать-одиночка, которая может иметь секс с владельцем жилья. Секс-работницы в возрасте, которые имеют дело по договоренности лишь с небольшим количеством постоянных



клиентов. Женщины или мужчины на содержании. Количество индивидуальных договоренностей широко варьируется. Распространено повсеместно.

10. *Клубы для свингеров*: Некоторые свингерские клубы или секс-клубы для супружеских пар нанимают секс-работников (неизвестных), если есть дефицит гостей-женщин. Имеет место, главным образом, в более богатых и развитых странах.

11. *Гейша*: Женщины, изначально составляющие социальную компанию мужчинам, но в последствие может иметь место секс. Распространено в городах Японии.

12. *«Секс за наркотики»*: Женщины, делающие минет за крэк-кокаин в домах, где его употребляют (крэковые дома). Молодые гомосексуальные мужчины в Западных странах могут иногда оказывать сексуальные услуги за наркотики. Крэковые дома уникальны для США.

13. *«Пляжные мальчики», бамстеры и жиголо*: Мужчины и молодые парни, нанимаемые женщинами под видом социального сопровождения, но часто практикуется секс. Распространено на курортах, особенно в развивающихся странах.

14. *Секс для выживания*: Проблема актуальна там, где голод или другие серьезные лишения неотвратимы, особенно для тех, кто от вас зависит. Вознаграждением скорее может быть еда и безопасность, а не деньги. Имеет место в лагерях для беженцев в любом месте.

Можно смело предположить, что многие из вышеприведенных типов секс-работы в той или иной модификации имеют место и в Украине. По данным исследования Андрея Протопопова: «Конкретные представления об украинском рынке сексуальных услуг можно в значительной степени составить на основе социально-демографических характеристик его субъектов. Возраст женщин, образование, социальное происхождение и социальный статус, семейное положение, наличие или отсутствие детей, обеспеченность жильем и социальное самочувствие существенно влияют на специфику секс-бизнеса в каждом регионе, определяют особенности поведения и практику участия в коммерческом сексе. На основе этих характеристик условно выделяют отдельные категории женщин секс-бизнеса. Женщины, которые занимаются проституцией и вовлечены в секс-бизнес в Украине, по своему положению достаточно расслоены (рис. 1). Даже существует их условная иерархия:

1. Так, высшей категорией являются так называемые *элитные проститутки*, которые обслуживают представителей большого бизнеса и руководителей разных рангов; часто работают самостоятельно или под покровительством. В эту группу входит малочисленная категория материально обеспеченных проституток, которые достаточно привлекательны и имеют высокий образовательный уровень, постоянную работу и клиентов, которым отдаются за высокую плату.

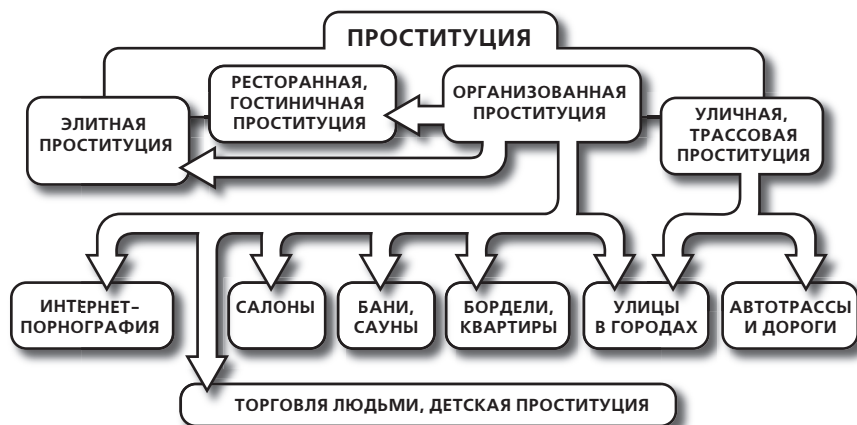
2. *Ресторанные и гостиничные* проститутки работают в дорогих ресторанах и гостиницах. Оплата их услуг тоже достаточно высока. Зачастую они имеют неплохое образование, знают иностранные языки, привлекательны.

3. *Организованная проституция* представляет собой самую многочисленную группу. Она охватывает большой спектр мест своего применения. Здесь занято наибольшее количество женщин секс-бизнеса. Чаще всего это проституция, которая организована или сутенерами, или специальными легальными и нелегальными фирмами. Основные места предоставления сексуальных услуг – сауны, бани, разные бордели, квартиры. Сюда же относится доставка женщин по вызову или организация «точек» на дорогах и улицах. С этим видом проституции в основном связано принуждение к проституции, похищение и торговля девушками, интернет-порнография с привлечением как взрослых, так и несовершеннолетних. Сюда вовлечено наибольшее количество приезжих, неместных женщин.

4. Последняя группа – *уличная проституция*. Ее отличие от организованных «точек» заключается в том, что женщины, как правило, работают индивидуально, чаще всего там, где живут. Сюда же можно отнести и *дорожных (трассовых) проституток*. В сфере предоставления сексуальных услуг «уличная» проституция – последняя, или самая низкая, степень в иерархии. Здесь сконцентрирован наибольший процент наркоманок и алкоголичек, и она наименее оплачиваемая.

Большинство женщин, начиная карьеру проститутки в высших социальных нишах, очень часто скатываются к уличной проституции, если вообще не уходят из жизни еще раньше. Но втягиваются в секс-бизнес на всех уровнях, в частности есть достаточно много женщин, которые начинали свою деятельность с предоставления сексуальных услуг непосредственно на улице» [1].

По оценочным данным, в странах бывшего Советского Союза количество секс-работниц составляет 0,1-1,5% от общего населения. Это меньше, чем



**Рис. 1.** Условная классификация проституции в Украине

аналогичные показатели для стран Африки, Латинской Америки и Восточной Азии [9].

По данным исследований Международного Альянса по ВИЧ/СПИД в Украине (2006), адекватная оценка общего количества секс-работниц в Украине, по согласованному решению экспертов, находится в интервале 110-250 тыс. человек [2]. Однако эти цифры, которые могут показаться незначительными, не отражают то реальное огромное влияние, которое они оказывают на общественное здоровье, включая эпидемии ИППП, ВИЧ/СПИДа и наркомании.

Секс-работники, практикующие незащищенные половые контакты (секс без использования презервативов), имеют повышенный риск инфицирования не только ИППП, включая ВИЧ, но и вирусными гепатитами. К примеру, исследование в Мадриде по выявлению серологических маркеров к ВИЧ-1/2, Т-клеточной лейкемии человека, вирусов гепатита В и С, проведенное с 1998 по 2003 год среди 762 секс-работниц-эмигранток, показало следующие результаты: антитела к ВИЧ-1 обнаружены у 5,2% обследованных; 3,5% позитивны на австралийский антиген; 3% позитивны на антитела к сифилису; 0,8% позитивны на антитела к ВГС; 0,2% позитивны на антитела к вирусу Т-клеточной лейкемии человека [4].

Секс-работа тесно связана с другим социально-медицинским феноменом – употреблением наркотиков, как правило, в инъекционной форме. Здесь имеет место двоякая ситуация. С одной стороны, секс-работники

начинают принимать наркотики с целью преодоления тяжелых эмоциональных состояний (стыд, тревога, депрессия, ответственность за ребенка, дискриминация, насилие), а с другой стороны, потребители наркотиков зачастую вступают в коммерческие сексуальные отношения, чтобы заработать деньги на дозу наркотика и смягчить свое состояние, вызванное наркотической зависимостью. Такой порочный круг существенно повышает вероятность контакта с патогенными инфекциями либо через сексуальные отношения, либо через опасные практики приема наркотиков. Например, по оценкам, в Лондоне (в зависимости от районов города) от 29% до 59% секс-работников являются потребителями инъекционных наркотиков (ПИН); от 14% до 22% женщин-ПИН были вовлечены в коммерческий секс за деньги или наркотики за последние 6 месяцев [7]. Исследование в Санкт-Петербурге среди 100 женщин-ПИН показало, что 37% продавали себя, чтобы заработать на дозу наркотика; среднее число партнеров за последние 6 месяцев составило 49 человек; в среднем они имели 15,4% незащищенных вагинальных актов за последние 30 дней; 44% также сообщили об использовании чужого инъекционного инструментария [3]. Согласно оценкам, в России 15-50% женщин, употребляющих наркотики инъекционным путем, так или иначе вовлечены в секс-бизнес [6]. В Украине группа секс-работниц, которые употребляют наркотики инъекционным путем, составляет от 84 411 до 110 648 человек [2].

Люди, практикующие коммерческие сексуальные отношения, как правило, имеют ограниченные финансовые возможности и зачастую не имеют жилья. Такая трудная жизненная ситуация повышает их уязвимость перед инфекционными заболеваниями. Несколько факторов могут оказывать влияние на риски для здоровья: невозможность соблюдения гигиенических процедур, плохое питание, недосыпание, отсутствие поддержки со стороны близких людей, недостаток денег для покупки индивидуальных средств защиты, низкая обращаемость в медицинские учреждения (из-за необходимости тратить деньги на обследование и лечение). Так, в одном из исследований в Майами (США) было продемонстрировано, что среди женщин коммерческого секса (485 человек) 41,6% считали себя бездомными в настоящий момент. Бездомные женщины чаще употребляли алкоголь и крэк-кокаин, чаще имели вагинальный и оральный половой акт, чаще имели незащищенный вагинальный секс, больше занимались сексом в состоянии наркотического опьянения и чаще встречали партнеров, которые отказывались использовать презерватив [8].

Традиционные профилактические мероприятия, нацеленные на секс-работников, доказали свою эффективность в снижении рискованных типов поведения и, как следствие, приводят к снижению заболеваемости ИППП/ВИЧ и гепатитами. К таким интервенциям относятся:

- ▶ уличная работа (аутрич),
- ▶ распространение лубрикантов и презервативов,
- ▶ обмен шприцев,
- ▶ консультирование и тестирование на ВИЧ,
- ▶ юридическая помощь,
- ▶ повышение доступности медицинских и социальных услуг,
- ▶ открытие кризисных центров (дроп-ин-центров<sup>1</sup>).

Однако, необходимо помнить, что все эти отдельные интервенции дают эффект тогда, когда они осуществляются в комплексе как холистический (целостный) подход. Для того, чтобы связать разрозненные медицинские, социальные, юридические и психологические службы, используется стратегия, которая носит название *социальное сопровождение*<sup>2</sup>.

**Целями социального сопровождения** являются:

- ▶ Предоставление специализированной помощи, направленной на

<sup>1</sup> **Дроп-ин-центр** (от англ. *drop in*) – сервисный центр со свободным входом, где представители целевой группы могут получить услуги медицинского, социального и бытового характера (например, индивидуальные средства защиты, психологическую, медицинскую, юридическую консультацию, услуги прачечной, бани, швейной мастерской и т.п.), а также просто провести время в непринужденной дружественной обстановке (просмотр фильмов, чтение прессы, настольные игры, Интернет).

<sup>2</sup> **Профилактическое социальное сопровождение в области ВИЧ-инфекции (ПССПВ)** – профилактические мероприятия, ориентированные на клиента, которые помогают ВИЧ-инфицированным и неинфицированным людям адаптировать для себя типы поведения, направленные на снижение риска заражения. ПССПВ нацелено на людей, у которых имеются или, вероятно, возникнут трудности с переходом или поддержанием таких видов поведения, которые снижают или предотвращают риск заражения ВИЧ-инфекцией. ПССПВ предоставляет возможность проведения интенсивного индивидуального консультирования, направленного на профилактику и поддержку. Кроме того, ПССПВ помогает оценить необходимые медицинские, психологические и социальные услуги, которые оказывают влияние на состояние здоровья клиента и его/ее возможности по изменению поведения, связанного с риском заражения ВИЧ-инфекцией (HIV PREVENTION CASE MANAGEMENT. Guidance. September 1997. U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES. Public Health Service. Centers for Disease Control and Prevention. National Center for HIV, STD, and TB Pre-vention).

снижение риска заражения ВИЧ, людям, у которых имеются многочисленные и комплексные потребности;

- ▶ Оценка риска заражения другими инфекциями, передающимися половым путем (ИППП), и гарантия предоставления адекватной диагностики и лечения;
- ▶ Направление клиентов с различными медицинскими и психо-социальными потребностями в службы, которые занимаются вопросами здоровья клиента и помогают изменить поведение, связанное с риском заражения ВИЧ;
- ▶ Предоставление информации и направлений в другие службы, нацеленные на удовлетворение потребностей во вторичной профилактике ВИЧ среди людей, живущих с ВИЧ или со СПИДом.

СПИД Фонд Восток-Запад имеет опыт внедрения программ социального сопровождения в нескольких странах СНГ. В рамках проекта *«Профилактика ВИЧ/СПИД среди женщин-работников коммерческого секса (РКС) в Украине»* мы стараемся создать систему социального сопровождения в трех регионах страны. Данный сборник статей призван привлечь внимание медицинских специалистов к проблеме секс-работы и той помощи, которую они могут предоставить людям, вовлеченным в секс-индустрию. Прочитав данные статьи, вы узнаете о значительной роли, которую играет консультирование в изменении рискованного поведения среди секс-работников. Надеемся, что ваша чуткость, профессионализм и забота помогут людям, вовлеченным в секс-бизнес, сохранять и поддерживать свое здоровье, а также здоровье своих клиентов.

С уважением, Юрий Саранков

## Библиография:

1. Андрей Протопопов. *Социально-педагогическая профилактика проституции как вида девиантного поведения* / Дипломная работа. Полтава, 2008. стр. 80-81.
2. *Оцінка чисельності груп підвищеного ризику інфікування ВІЛ в Україні: Аналітичний звіт за результатами дослідження* / Балакірева О.М. (гол.ред.), Гусак Л.М. Довбах, Г.В. Лавренов О.О., Паніотто В.І., Петренко Т.В., Погоріла Н.Б., Салюк Т.О., Сидяк С.В., Хуткий Д.О., Шамота Т.С. — Київ: МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні», 2006. — 28 стор.
3. Benotsch E.G., Somlai A.M., Pinkerton S.D., Kelly J.A., Ostrovski D., Gore-Felton C., Kozlov A.P. *Drug use and sexual risk behaviours among female Russian IDUs who exchange sex for money or drugs*. Int J STD.
4. Gutierrez M., Tajada P., Alvarez A., De Julian R., Baquero M., Soriano V., Holguin A. *Prevalence of HIV-1 non-B subtypes, syphilis, HTLV, and hepatitis B and C viruses among immigrant sex workers in Madrid, Spain*. J Med Virol. 2004 Dec;74(4):521-7.
5. Harcourt C., Donovan B. *The many faces of sex work*. Sex Transm Infect 2005;81:201–206.
6. Rhodes, T. et al (2004a) *HIV transmission and HIV prevention associated with injecting drug use in the Russian Federation*. International Journal of Drug Policy, 15
7. SEX-RAR Guide, *Mental Health: Research and Evidence*, Department of Mental Health and Substance Dependence, WHO, 2002, pg.35. SEX-RAR Guide, Mental Health: Research and Evidence, Department of Mental Health and Substance Dependence, WHO, 2002, pg.35.
8. Surratt H.L., Inciardi J.A. *HIV risk, seropositivity and predictors of infection among homeless and non-homeless women sex workers in Miami, Florida, USA*. AIDS Care. 2004 Jul;16(5):594-604
9. Vandepitte J., Lyerla R., Dallabetta G., Crabbé F., Alary M., Buvé A. *Estimates of the number of female sex workers in different regions of the world*. Sex Transm Infect. 2006 Jun; 82 Suppl 3:18-25.

## **ИНФОРМИРОВАННОСТЬ И УДОВЛЕТВОРЕННОСТЬ РАБОТНИКОВ КОММЕРЧЕСКОГО СЕКСА ПРЕДОСТАВЛЯЕМЫМИ ИМ УСЛУГАМИ В ХАРЬКОВСКОЙ, ВИННИЦКОЙ И КИРОВОГРАДСКОЙ ОБЛАСТЯХ**

Исследование подготовлено Киевским международным институтом социологии (КМИС) для AFEW

Тезисы отчета по результатам исследования подготовила **Светлана Валько**, специалист по связям с общественностью «СПИД Фонда Восток-Запад»

В рамках проекта «Профилактика ВИЧ/СПИДа и ИППП среди работников коммерческого секса в Украине» было проведено качественное исследование «Информированность и удовлетворенность работников коммерческого секса предоставляемыми им услугами в Харьковской, Винницкой и Кировоградской областях». Исследование проводилось на протяжении полутора месяцев (ноябрь – декабрь 2007 года) с применением методов глубинных полуструктурированных интервью специалистами «СПИД Фонда Восток-Запад» и социологами НГО «Социальные индикаторы». Целью исследования был анализ информированности и удовлетворенности работников коммерческого секса (РКС) предоставляемыми им услугами, существующими в регионе, а также выяснение их нужд, потребностей в социальных, медицинских и других видах услуг.

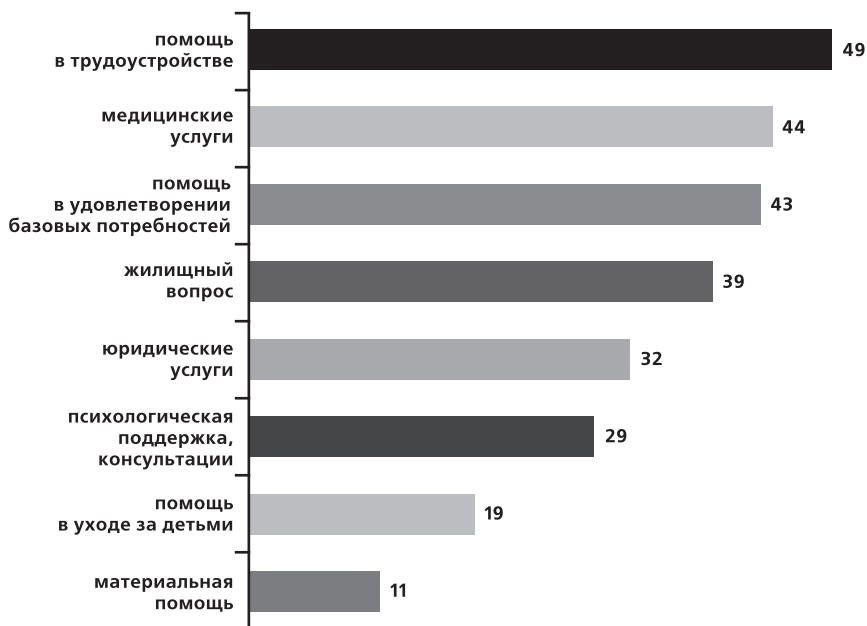
Согласно целям исследования, к опросу были привлечены квартирные, уличные (трассовые) РКС и секс-работницы, которые являются потребителями инъекционных наркотиков (ПИН). В общей сложности было проведено 63 интервью с РКС. В исследовании была использована модифицированная выборка метода снежного кома (respondent-driven sample). В целом, опрошенные респонденты равномерно представляют следующие группы: квартирные РКС – 21, уличные – 21, ПИН – 21.

Потребности РКС в разнообразных видах услуг в целом вписываются в рамки таких основных сфер общественной жизни как:

- ▶ здравоохранение;
- ▶ трудоустройство (образование);
- ▶ социальная сфера (юридическая, психологическая, материальная и другие виды социальной поддержки).



На основании анализа качественной и количественной информации, полученной в ходе проведения бесед с РКС, были выделены индикаторы наличия у них разного рода потребностей. Опираясь на эти индикаторы, удалось очертить структуру потребностей РКС в тех или иных видах услуг, которую можно представить в виде следующей иерархии (*График 1*):



**График 1.** Потребности РКС в услугах

В основном большинство РКС нуждаются в тех видах социальных услуг, которые направлены на обеспечение определенного уровня их материального благосостояния и физического здоровья: это трудоустройство (как источник получения средств для проживания), базовые потребности в пище и одежде (как условие физического существования) и здравоохранение (как способ поддержания определенного уровня здоровья). Около половины нуждаются в помощи по психологическим и юридическим вопросам, менее трети же нуждаются в помощи по уходу за детьми. В первом приближении именно так выглядят основные тенденции относительно нужд и потребностей РКС в разных видах услуг.

Говоря подробнее о структуре заявленных респондентами потребностей в трудоустройстве, следует заметить, что среди тех, кто настроен на нежелание предоставлять секс-услуги, гораздо больше «уличных» РКС и РКС-ПИН. И, наоборот, среди «квартирных» РКС в два раза больше тех, кто не хочет покидать сексуальный бизнес. И все же для того, чтобы в полной мере понять специфику потребности РКС в помощи при трудоустройстве, следует разобраться с тем, что препятствует их устройству на работу. Среди трудностей, обозначенных респондентами, можно выделить следующие:

низкая зарплата	27 человек
отсутствие образования	8 человек
отсутствие опыта работы	5 человек
отсутствие «нужных» знакомых	3 человека
судимость	3 человека

То есть, основным барьером для РКС при устройстве на работу является материальный фактор. Дело в том, что общедоступной альтернативой коммерческому сексу являются низкоквалифицированные и, соответственно, малооплачиваемые виды работ.

### **Потребность в медицинских услугах**

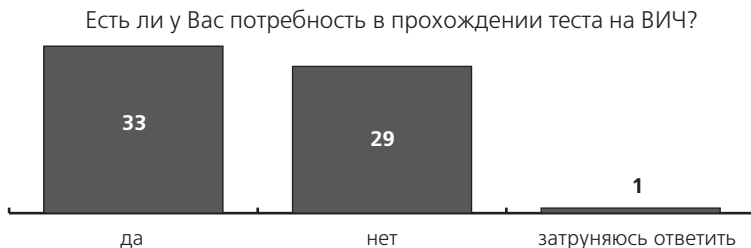
В целом потребность в медицинских услугах гипотетически присуща всем, поскольку вряд ли кто-либо в принципе может на сто процентов гарантировать, что не будет в них нуждаться на том или ином этапе своей жизни. Этот тезис подтверждают и количественные данные — 42 девушки обращались за получением медицинской помощи, то есть реализовывали потребность в медицинских услугах, на протяжении последних 12 месяцев. Причем только 12 из них сказали, что на данный момент считают себя полностью здоровыми и не нуждаются в консультациях врача. Реальное же положение вещей таково, что общее количество РКС, нуждающихся в медицинских услугах, несколько выше, поскольку далеко не все имеющие потребность в медицинских услугах обращаются за медицинской помощью и непосредственно признают наличие у себя этой потребности как таковой. Так, из тех 21 человека, которые не обращались за медицинской помощью на протяжении последних 12 месяцев, требовали определенного вида помощи в связи с:

насилием на работе	7 человек
беременностью	2 человека
абортом	2 человека
употреблением психоактивных веществ/передозировкой	3 человека
употреблением или злоупотреблением алкоголем	2 человека

Наряду с общей неспецифической потребностью в медицинских услугах, следует выделить и отдельные аспекты, которые можно считать более актуальными конкретно для группы РКС. В первую очередь, речь идет о медицинской помощи в связи с сексуальным здоровьем. Здесь можно выделить потребность непосредственно в медицинской помощи в связи с той или иной болезнью половой сферы, а также потребность в профессиональном медицинском наблюдении с целью профилактики этих болезней. Почти все респондентки – 60 человек – заявили, что они с разной частотой проверяются на наличие венерических заболеваний, из чего можно заключить, что регулярная медицинская диагностика и консультирование по вопросам женского здоровья – еще более важный аспект потребности РКС как социальной категории в медицинских услугах.

Приоритетность потребности РКС в регулярных проверках подтверждается, в частности, их высказываниями в отношении боязни инфицироваться половым путем: практически все говорят о постоянно присутствующем риске заражения при половых контактах и констатируют наличие презерватива во время всех половых связей, в том числе и с постоянными партнерами. Зачастую РКС обращаются за получением подобной услуги только тогда, когда их начинает что-то беспокоить, то есть когда рвется презерватив, попадает какой-то подозрительный клиент и т.п.

Отдельно в рамках потребности в профилактических мерах следует также подчеркнуть необходимость периодического прохождения теста на ВИЧ. Однако здесь также применима ситуация аналогичная обычным проверкам: не все чувствуют потребность проходить тест на ВИЧ в целях предосторожности. Для многих такая потребность появляется вместе с опытом определенного рискованного поведения. Причем разница между первыми и вторыми довольно несущественна:



Наряду с потребностью в лечении и профилактике, было также выделено потребность РКС в медикаментах. Это закономерно, поскольку, лечение, а в некоторых случаях и профилактика, заболеваний, в том числе и гинекологических, предусматривает прием различных препаратов. Соответственно, получение медицинской помощи в виде врачебного осмотра и/или консультации порождает определенный спектр потребностей уже в ряде медицинских товаров. При этом цена многих препаратов (особенно тех, которые необходимы для лечения заболеваний сексуальной сферы) переводит потребность в данном виде товаров для многих РКС в разряд потребности в услуге по их предоставлению. Таким образом, можно считать, что во многих случаях существует две разные потребности: потребность в квалифицированной медицинской помощи и потребность в ее практической реализации.

Отдельно была также озвучена потребность в конкретных медикаментах. В частности, речь идет об АРТ-препаратах. Как известно, этот вид медицинских товаров предоставляется ВИЧ-позитивным людям в основном на правах социальной услуги.

Таким образом, можно суммировать, что медицинские услуги — одна из основных потребностей РКС. Причем наиболее приоритетной для данной группы видится потребность в медицинской помощи (консультации) касательно сексуального здоровья. Кроме того, немаловажным аспектом проблемы является непосредственно реализация этой помощи, то есть потребность в порой дорогостоящих и малодоступных препаратах.

### **Помощь в удовлетворении базовых потребностей**

Специфика помощи по удовлетворению базовых потребностей состоит в том, что коммерческий секс во многих случаях, фактически, стал ответом на нужду в еде и одежде. Показательно, что потребность в данной услуге, как правило, рассматривается в прошедшем времени. И именно в прошлом эта потребность была довольно актуальна, причем для боль-

шинства респондентов. Интересно, что нет существенных различий по наличию острой нужды в пище и одежде между категориями РКС, хотя среди ПИН тех, кто когда-либо испытывал подобную потребность, несколько больше. Надо сказать, что мало кто из участников исследования говорил о наличии данной потребности конкретно в данный период их жизни. Занимаясь коммерческим сексом, они имеют возможность обеспечивать удовлетворение своих базовых нужд.

### **Помощь в жилищном вопросе**

Потребность в собственном жилье — очень актуальная и важная для РКС проблема. Дело в том, что более половины респонденток на данный момент не имеют собственного жилья. Практически столько же когда-либо нуждались и продолжают нуждаться в получении жилья. Многие РКС указывают на то, что в принципе занимаются секс-бизнесом ради того, чтобы насобирать деньги на покупку собственного жилья. Кроме того, для многих актуальным является вопрос аренды жилья. Так, 27 участниц интервью оказались родом не из того города, в котором сейчас проживают и работают, то есть не из Винницы/Кировограда/Харькова. Как видим, для большинства РКС решение жилищной проблемы — весьма злободневный вопрос.

### **Юридические услуги**

Как оказалось, актуальной является потребность РКС в услугах юридического характера. Во-первых, многие женщины имеют довольно ограниченные знания касательно своих прав — соответственно, они часто просто не могут сами себе обеспечить адекватную защиту при их нарушении. Будучи субъектами криминализованной текущим законодательством сферы деятельности, они порой оказываются бессильными перед лицом, например, насилия на работе. Кроме того, как свидетельствуют данные, многие сталкиваются с некоторыми проблемами в отношениях с сотрудниками милиции (наличие подобного опыта подтвердило 19 респонденток).

Помимо специфических вопросов, связанных с коммерческим сексом, РКС, безусловно, имеют также потребность в юридических услугах, в рамках различных социально-бытовых ситуаций (по вопросам алиментов, наследства и т.д.)

## Потребность в психологической поддержке, консультациях, общении

Потребность в психологической поддержке, консультациях выделили как таковую 29 участников интервью. Кроме того, о наличии нужды в услугах психологического (психотерапевтического) характера свидетельствуют также следующие распределения:

Количество положительных ответов на вопрос о потребности обратиться за определенным видом помощи в связи с:	
Депрессией / тревожным состоянием	34
Отношениями в семье, с партнером	27
Насилием на работе	24
Отношениями с сотрудниками милиции	19
Беременностью	11
Употреблением или злоупотреблением алкоголем	11
Абортом	8
Употреблением психоактивных веществ/передозировкой	7
Пребыванием в заключении	6

Интересной находкой стала та часть респонденток, которые озвучили фактическую зависимость от секса как такового. Дело в том, что достаточно распространенным и привычным является мнение о том, что сексуальный бизнес — нежелательное и вынужденное занятие (и для множества РКС это абсолютно справедливо), однако нельзя также упускать из виду тех, кто не попадает в эту категорию РКС и не чувствует какого-то дискомфорта в связи со своей вовлеченностью в секс-бизнес. Напротив, такие РКС могут рассматриваться как отдельная аудитория, имеющая свои специфические потребности в сфере психологических вопросов. Отдельным аспектом потребности в психологической поддержке является потребность в консультировании по проблеме ВИЧ/СПИД, в частности потребность в до- и послетестовом консультировании. Для большинства (41 человек) это консультирование является важным.

Однако данная потребность имеет некоторую специфику. Дело в том, что консультация, в первую очередь, рассматривается с точки зрения общения как такового, то есть с позиции присутствия фактора диалога, коммуникации. Цель этого диалога — вопросы ВИЧ/СПИД — как ценность

стают второстепенными. Кроме того, многие РКС достаточно регулярно проходят тестирование на ВИЧ, поэтому информативная сторона консультации для них зачастую в принципе теряет свою востребованность. То есть, для многих консультация становится лишним повтором уже «пройденного материала», и это «не столько важно, но желательно».

### **Помощь в уходе за детьми**

Еще одна услуга, потребность в которой ощущают РКС, — помощь в уходе за детьми. Хотя в общей структуре потребностей (*График 1*), эта потребность занимает только седьмое место, не следует забывать, что там речь идет о всей совокупности опрошенных РКС, 30 из которых просто не имеют детей и, закономерно, не имеют потребности в помощи при уходе за ними. Что же касается непосредственно матерей, то из них большинство чувствуют необходимость в помощи при уходе за детьми. Для еще более адекватной оценки реального количества женщин, которые нуждаются в помощи в уходе за детьми, нужно, фактически, «исключить» тех, чьи дети на данный момент уже достаточно взрослые и имеют возможность ухаживать за собой самостоятельно. Так, в нашей выборке у 9 женщин дети — подросткового возраста или уже имеют свои семьи. В результате получается, что абсолютное большинство женщин, имеющих детей, которые еще нуждаются в уходе, ощущают потребность в помощи по уходу за ними.

### **Потребность в материальной помощи**

Для некоторых РКС (11 респонденток нашего исследования) одной из приоритетных является потребность в социальной поддержке в виде материальной помощи. Следует заметить, что эта потребность, опираясь на данные интервью, не доминирующая и изрядно уступает, к примеру, потребности РКС в трудоустройстве. То есть, женщины, как правило, предпочитают больше полагаться на свои собственные силы, нежели искать поддержку в обществе.

### **Потребность в других услугах**

Кроме тех услуг, которые были описаны выше и составляют базовую структуру потребностей, мы также обращали внимание и на некоторые особые потребности РКС, озвученные респондентками. Так, в частности, несколько из них высказали пожелание относительно организации

специализированных учреждений комплексной поддержки РКС, которых пока нет в их регионе.

### **Информированность работников коммерческого сектора об услугах**

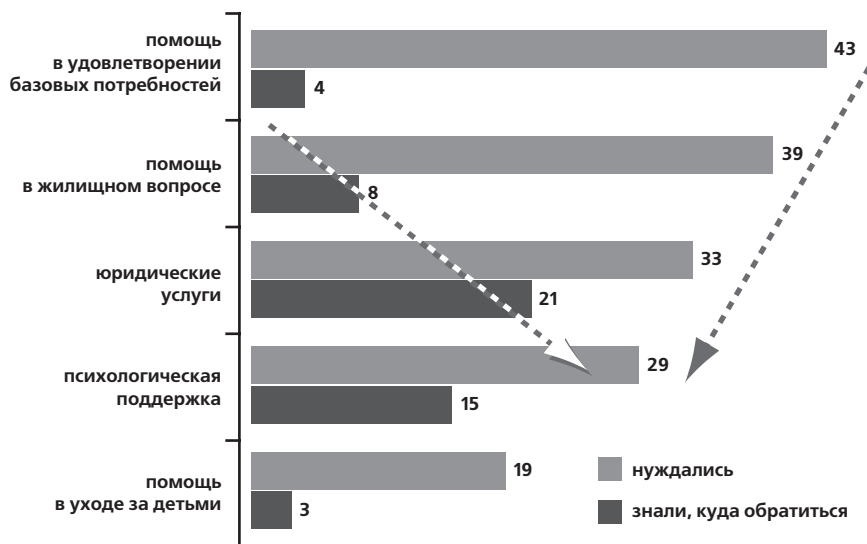
Информированность РКС относительно того или иного рода услуг существенно зависит от того, какая именно это услуга. Так, в частности, можно утверждать, что абсолютно все знают, куда можно обратиться за таким видом услуг как медицинская помощь. Не было таких респондентов, которые бы не обращались за этим видом услуг или же не знали, куда можно обратиться. И это закономерно, поскольку сфера медицинского обслуживания в Украине функционирует преимущественно на государственных началах и практически все население на протяжении жизни тем или иным образом оказывается вовлеченным в процесс взаимодействия с системой здравоохранения.

Кроме того, высокий уровень информированности касательно того, где именно можно получить услуги медицинского характера, отчасти обусловлен существенной востребованностью этого рода услуг. Ведь, как уже было сказано выше, практически никто на 100 процентов не застрахован от болезней.

Что же касается информированности о других видах услуг, то все не так однозначно. Здесь мы можем наблюдать несколько разнородных тенденций. Во-первых, информированность обо всех остальных видах услуг гораздо ниже, чем о медицинских услугах. Это может быть вызвано, кроме прочего, недостаточной институционализированностью предоставления того или иного вида услуг, а также их относительной автономностью по отношению к государству, что, в свою очередь, переводит эти услуги в разряд либо коммерческих, либо факультативных. При этом о коммерческих услугах РКС информированы в большей степени. Так, юридические услуги, которые в основном предоставляются на коммерческой основе, возглавляют список социальных услуг по уровню информированности РКС о них. Информированность об услугах психологической поддержки, предоставлением которой в большинстве случаев занимается сектор НГО, занимает второе место. Следует отметить, что это, наверное, наиболее организованные, с точки зрения институализации, виды услуг. Что касается помощи в уходе за детьми, помощи в жилищном вопросе, а также в удовлетворении базовых потребностей, то они, по большому счету, являются



рудиментарными функциями государственного аппарата и частично добровольной инициативой разных общественных фондов. Это делает данные услуги порой малоорганизованными и в некоторой мере объясняет низкий уровень информированности о возможности их получения.

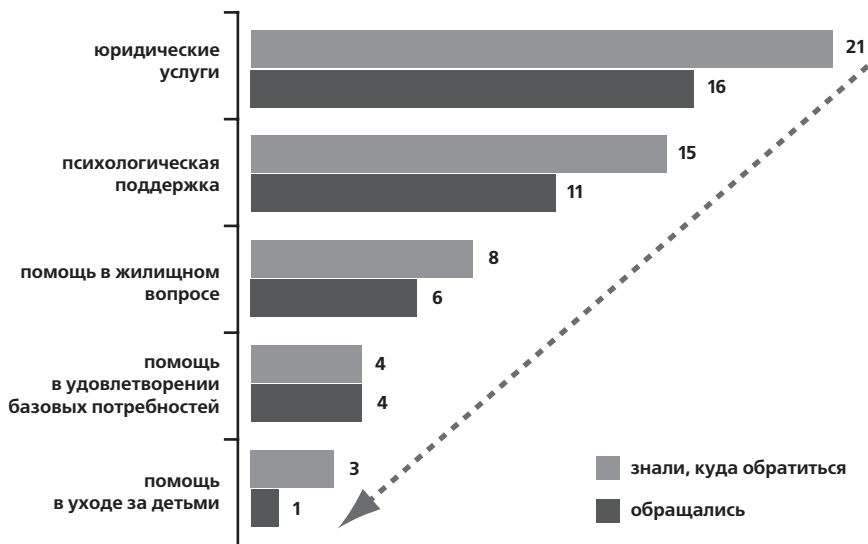


**График 6.** Потребности РКС и информированность о предоставляемых услугах

Во-вторых, не учитывая потребности в психологической поддержке и в помощи по уходу за детьми, фактически, можем наблюдать следующую закономерность: чем актуальнее является потребность в том или ином виде услуг, тем меньше людей знают, куда можно обратиться для ее удовлетворения. Это парадоксальным образом подтверждает ту мысль, что уровень информированности об услуге в большей мере зависит от уровня ее организационной оформленности, нежели от фактической потребности в ней.

Хотя сами службы, занимающиеся предоставлением разного рода социальных услуг, конечно, несут некоторую долю ответственности за уровень информированности об их услугах среди РКС, возлагать всю вину за низкий уровень информированности только на них было бы неправильно. Так, уровень информированности РКС относительно разных со-

циальных услуг также зависит и от них самих, от их желания и инициативы узнавать что-либо в этом ключе. Следующий график демонстрирует соотношение информированности об услугах и факт непосредственного обращения за их получением:



Здесь четко видно, что чем меньше людей обращалось за конкретной услугой, тем меньше уровень информированности о ней. То есть, знают, фактически, о той или иной услуге те, кто пытался ее получить. А в случае помощи в удовлетворении базовых нужд, об услуге как таковой, в принципе, известно только тем, кто за ней обращался.

### Удовлетворенность работников коммерческого секса услугами

Говоря об удовлетворенности услугами помощи в трудоустройстве, нужно отметить, что единственная служба, которая может предоставлять услуги помощи в трудоустройстве, — это государственная служба занятости. Судя по единичным отзывам респондентов, удовлетворенность работой службы занятости довольно низкая, однако мы не можем говорить о каких-то тенденциях, поскольку практически никто из наших респондентов не прибегал к ее услугам.

## Медицинские услуги

Опыт получения медицинских услуг на протяжении последних 12 месяцев имели большинство РКС, которые вошли в выборку нашего исследования. Посему мы имеем более широкие возможности для обобщений. Несомненно, одним из главных факторов удовлетворенности услугами в принципе и медицинскими услугами в том числе, является их качество. Набор показателей, по которым оценивалась удовлетворенность респонденток качеством медицинских услуг, составили следующие индикаторы (График 7).

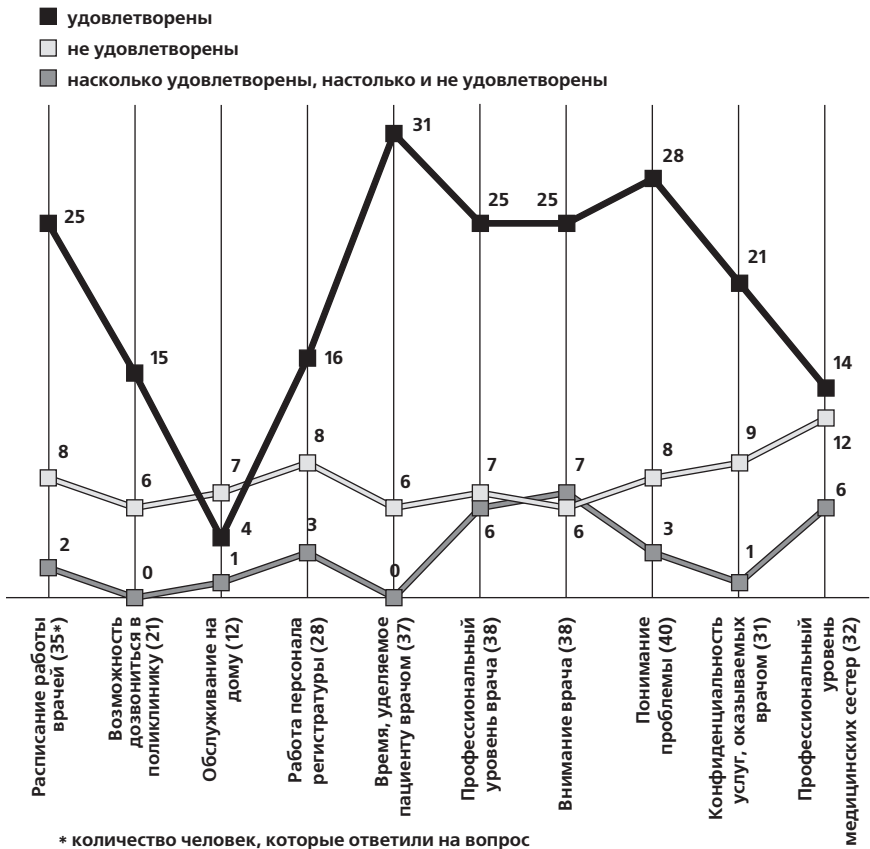


График 7. Удовлетворенность РКС разными аспектами медицинских услуг

В целом можно говорить о преобладании положительных либо нейтральных оценок абсолютно по всем аспектам врачебной помощи. Однако, как оказалось, больше всего неудовлетворительных оценок получили профессиональный уровень врачей и медсестер, а также внимание специалистов к пациентам. При этом тот же профессиональный уровень врача и его внимание к пациенту набрали одни из наиболее высоких показателей по удовлетворенности. То есть, оценка респондентами уровня их удовлетворенности медицинскими услугами, как показывают данные, крайне противоречива. Поэтому сложно выделить какие-то общие характерные закономерности. Также нужно подчеркнуть, что выборка респондентов слишком мала для того, чтобы в принципе делать какие-то обобщающие выводы. Поэтому здесь наши данные более интересны с точки зрения качественного анализа факторов удовлетворенности РКС предоставляемыми им услугами.

Одним из наиболее весомых факторов уровня удовлетворенности работников коммерческого сектора услугами, является способ их получения. В частности, решающее значение часто имеет то, была ли та или иная услуга получена бесплатно или же на платной основе, то есть в частном или же в государственном медицинском учреждении. В целом, РКС склонны выше оценивать свою удовлетворенность услугами, полученными в рамках коммерческой медицины. Во-первых, эти услуги в целом представляются более качественными. Во-вторых, срабатывает системный фактор, связанный с заинтересованностью в удовлетворенности клиента услугой. Врачам коммерческого сектора, совершенно закономерно, более выгодно, по крайней мере, финансово, заботиться об уровне удовлетворенности своих клиентов, нежели медикам государственных лечебных учреждений.

Еще одним значимым фактором удовлетворенности услугами является конфиденциальность получения медицинских услуг. Особенно актуально и остро вопрос конфиденциальности стоит при лечении и профилактике заболеваний сексуальной сферы. По критерию конфиденциальности государственная система здравоохранения также уступает, по оценкам РКС, частной медицине. Тесно связана с вопросом конфиденциальности проблема стигматизации и социально-психологической дискриминации РКС в системе здравоохранения. Совершенно справедливо, что роль «человеческого фактора» и фактическое отношение врача к пациенту делают весомый вклад в уровень удовлетворенности полученной услугой. В нашем случае, довольно типичными были негативные оценки в сторону медиков относительно этого аспекта, причем речь также шла о государственных учреждениях.

В целом, как видим, получение медицинской услуги на коммерческой

основе в большинстве случаев, в силу описанных факторов, обеспечивает определенный – достаточно высокий – уровень удовлетворенности РКС полученными услугами. Однако прибегать к услугам частной медицины могут себе позволить далеко не все и не всегда. Чтобы создать какие-то гарантии того, что потребность в того или иного рода медицинской услуге будет удовлетворена должным образом, РКС прибегают к различным механизмам. Одним из них можно назвать склонность пользоваться услугами «проверенных», знакомых специалистов. Еще один механизм, с помощью которого можно повысить уровень обслуживания в государственных больницах и поликлиниках – это самостоятельно создать для врача «дополнительные стимулы» качественной работы и толерантного отношения, а именно – взятки в разной форме. Суммируя все это, можно сказать, что уровень удовлетворенности РКС медицинскими услугами в целом, не смотря на ряд противоречий, скорее высокий. Однако, когда медицинские услуги касаются сексуального здоровья, набирает силу ряд факторов, в конечном итоге существенно понижающий уровень удовлетворенности РКС.

### **Помощь в удовлетворении базовых потребностей**

Всего трое участниц имели опыт получения услуг помощи в удовлетворении базовых потребностей. Ни одна в результате не осталась довольна. В одном случае качество услуги, провайдером которой выступила общественная организация, оказалось очень низким. Опыт той же респондентки показывает, что неудовлетворенность предоставлением той же услуги государственным учреждением обусловлена сильной бюрократичностью.

### **Помощь в жилищном вопросе**

Говорить о каких-то тенденциях удовлетворенности услугами помощи в вопросе жилья довольно сложно, поскольку здесь все упирается в материальный аспект. Фактически, мало на что в данном случае можно рассчитывать, не располагая определенными средствами. Соответственно, большинство РКС либо получают отказ в предоставлении помощи по вопросам жилья, либо остаются недовольны результатом оказанной помощи, примером чего может послужить поселение их в общежитие (именно таким образом был решен жилищный вопрос двоих наших респонденток).

### **Юридические услуги**

Услугами юридического характера респонденты оказались скорее удовлетворены. Но следует заметить, что практически все при этом прибегали

к подобного рода услугам за счет личных средств. То есть, факт оплаченности юридических услуг увеличивал вероятность высокого уровня будущей удовлетворенности клиента. Однако не гарантировал его.

### Психологическая поддержка, консультации, общение

Что касается этого вида услуг, то они стали лидером по удовлетворенности РКС, не получив ни одной отрицательной оценки. В целом, эффективность и полезность деятельности НГО, которые являются основными провайдерами данного рода услуг, получают положительные отзывы среди РКС.

Сопоставляя оценки удовлетворенности разными видами услуг, получаем следующее (График 8).

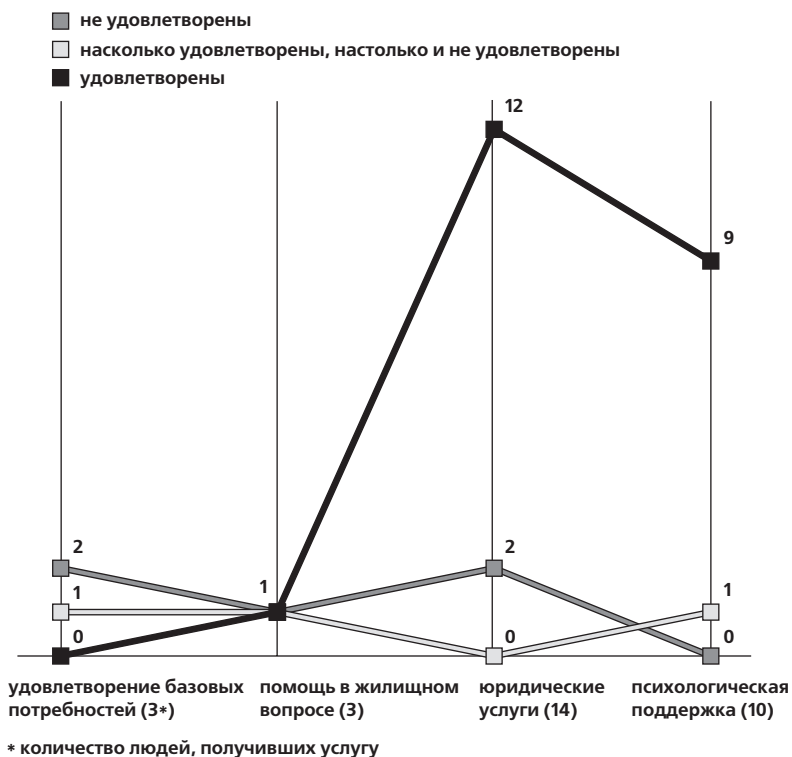


График 8. Удовлетворенность РКС социальными услугами

Как видим, о наличии каких-то тенденций тут говорить сложно, особенно в случае базовых потребностей и вопросов жилья, поскольку недостаточно наполнены категории РКС, получавших эти услуги. Однако относительно юридических и психологических (психотерапевтических) услуг можно выделить определенные тенденции, свидетельствующие о достаточно высоком уровне удовлетворенности.

## **Заключение**

В результате исследования было выделено ряд потребностей РКС в различных видах услуг, основные среди которых:

- ▶ помощь в трудоустройстве;
- ▶ медицинские услуги;
- ▶ помощь в удовлетворении базовых потребностей;
- ▶ жилищный вопрос;
- ▶ юридические услуги;
- ▶ психологическая поддержка, консультации;
- ▶ помощь в уходе за детьми.

Некоторые участники также говорили о потребности в материальной помощи и в создании специализированного комплексного учреждения помощи РКС.

Уровень информированности РКС о том, где можно получить ту или иную услугу, в разных случаях разный.

Так, наиболее проинформированными участницы оказались касательно медицинского обслуживания. Несколько меньшее количество РКС знали о том, где можно получить юридические услуги и психологическую поддержку и, наконец, мало кто был осведомлен о том, где можно удовлетворить свою потребность в еде и одежде, жилищном вопросе и помощи в уходе за детьми. Как было показано, этому способствует ряд факторов. Однако при всем этом можно выделить две основные причины – недостаточные усилия служб относительно информирования РКС об услугах, с одной стороны, и низкий уровень активности и заинтересованности РКС в том, чтобы узнать об этих службах и самим повысить свою информированность о них, с другой стороны.

Что же касается удовлетворенности РКС предоставляемыми им услугами, то, в первую очередь, следует сказать, что он зависит от качества пре-

доставленной услуги. В свою очередь, качество обуславливается рядом факторов, определяющих специфику той или иной услуги.

Если мы говорим о специфике качества медицинских услуг, то они в большой степени зависят от таких отдельных элементов как:

- ▶ расписание работы врачей;
- ▶ возможность дозвониться в поликлинику;
- ▶ обслуживание на дому;
- ▶ работа персонала регистратуры;
- ▶ время, уделяемое пациенту врачом;
- ▶ профессиональный уровень врача;
- ▶ внимание врача;
- ▶ понимание проблемы, с которой вы обратились;
- ▶ конфиденциальность услуг, оказываемых врачом;
- ▶ профессиональный уровень медицинских сестер.

Оценка РКС по этим аспектам в целом в большинстве случаев была положительной. Однако было выявлено несколько довольно существенных обстоятельств, во многом обуславливающих уровень удовлетворенности РКС полученными услугами.

Во-первых, это разница между услугами коммерческой и государственной медицины. Платные услуги в целом получают более высокую оценку удовлетворенности, поскольку факт оплаты обслуживания, во-первых, возлагает на организацию-провайдера больше ответственности за качество услуги, и, во-вторых, стимулирует их предоставлять услуги на более высоком уровне для того, чтобы расширять и удерживать базу своих клиентов. То есть качество медицинского обслуживания в целом и в его отдельных проявлениях удовлетворяет потребности РКС в медицинских услугах на более высоком уровне. Фактически, единственный недостаток частной медицины, как это ни парадоксально, — это ее коммерческая основа.

Во-вторых, представления о качестве медицинских услуг и оценка удовлетворенности ими существенно меняется, когда речь идет о половой сфере. Учитывая специфику работы РКС, удовлетворенность предоставляемыми услугами очень существенно зависит не только от непосредственного качества услуг с точки зрения профессиональной помощи, а



и от соблюдения норм конфиденциальности и принципов толерантного отношения. Как ни странно, но и тут частная медицина берет верх над государственной, будучи способной в значительно большей мере обеспечить РКС надлежащий уровень конфиденциальности и толерантности.

Среди социальных услуг наиболее высокую оценку удовлетворенности получили услуги психологической поддержки и консультаций, а также юридической помощи. Однако если за услуги психологического характера никто из девушек не платил, то удовлетворенность юридическими услугами в основном обусловлена тем, что за них было заплачено.

Охарактеризовать же удовлетворенность РКС остальными социальными услугами достаточно сложно, поскольку мало кто имеет опыт их получения. Однако те немногие, кто получал или пытался получить такие услуги как помощь в удовлетворении базовых потребностей, в жилищном вопросе, при уходе за детьми, скорее остались неудовлетворенны полученным результатом.

## ПРОСТИТУЦИЯ – СЕКСУАЛЬНОЕ НАСИЛИЕ

**Мелисса Фарлей**

Melissa Farley, Ph.D. *Prostitution Is Sexual Violence*

Psychiatric Times October 2004 Vol. XXI Issue 12

**Перевод: Юрий Саранков**

Сексология, исследование сексуальности были построены на некритическом принятии проституции как института, позволяющего выразить как мужскую, так и женскую сексуальность. С 1940-х по 1970-е годы Альфред Кинси и его коллеги работали над тем, чтобы четко сформулировать понятие сексуальности, которая изображалась в иллюстрированных журналах. Даже в наши дни некоторые полагают, что проституция – это секс. На самом деле, проституция представляет собой отчаянный способ экономического выживания или «оплаченного изнасилования», как сказала об этом одна из женщин, пережившая этот опыт. Вредные последствия проституции незаметны за идеей о том, что проституция – это секс, а не сексуальное насилие.

Проституция имеет много общего с другими видами насилия против женщин. То, чем является инцест для семьи, тем же является и проституция для общества. В целом, общество толерантно относится к проституции, а ее потребители (потребители коммерческого секса, которых сами женщины, вовлеченные в проституцию, называют *джонами* и *триками*) социально незаметны.

Herzberg (2003) провел опрос участников конференции по психологической травме, спросив о том, как много в настоящий момент или в прошлом они лечили пациентов, которые были вовлечены в проституцию. Три четверти из 600 участников подняли руки. Описывая проституцию как скрытое от глаз явление, Herzberg указал на то, что 30 лет назад изнасилования, домашнее насилие и инцест также были незаметны.

### **Проституция – это насилие**

Несмотря на то, что клиницисты начинают отмечать частые случаи физического насилия в проституции, внутренние разрушительные действия проституции пока четко не поняты. Проституция и торговля людьми представляют собой опыт человечества, связанный с такими аспектами как преследование, доминирование, сексуальное принуждение и

оскорбление. Среди клиницистов нет понимания относительно систематических методов «промывки мозгов», идеологической обработки и физического контроля, которые применяются против женщин, вовлеченных проституцию. Основное внимание медиков сосредоточено на инфекциях, передающихся половым путем (ИППП), среди тех, кто занимается проституцией, чем на их депрессиях, самоубийствах, расстройствах настроения, тревожных состояниях (включая посттравматическое стрессовое расстройство), диссоциативных расстройствах и химической зависимости.

Невзирая на статус проституции (легальная, нелегальная, декриминализованная) или ее физическое расположение (стриптиз-клубы, массажные салоны, улица, эскорт/дом/отель), проституция чрезвычайно опасна для женщин. Убийство – частая причина смерти секс-работниц (Potterat et al., 2004).

Продолжающаяся или повторяющаяся травма предшествует вовлечению в проституцию, а большинство женщин, которые начинают ею заниматься, подвергались сексуальному насилию в подростковом возрасте (Bagley and Young, 1987; Belton, 1992; Dworkin, 1997; Farley and Barkan, 1998; Silbert and Pines, 1983b, 1981; Simons and Whitbeck, 1991) (Таблица 1).

Бездомность является предрасполагающим фактором для проституции. Женщины, оказывающие сексуальные услуги за деньги, часто подвергаются изнасилованию или физическим оскорблениям (Farley et al., 2003; Hunter, 1994; Miller, 1995; Parriott, 1994; Silbert and Pines, 1983a).

Таблица 1

Клинические данные относительно насилия при всех видах проституции
95% тех, кто занимается проституцией, подвергались сексуальному принуждению, которое при других профессиональных обстоятельствах юридически преследовалось бы;
85-95% тех, кто занимается проституцией, хотя прекратить этим заниматься, однако не имеют других вариантов для выживания;
80-90% тех, кто занимается проституцией, подвергались словесным оскорблениям и испытывали на себе социальное презрение, что негативно на них отразилось;
75% тех, кто занимается проституцией, в какой-то момент не имели крыши над головой;

70-95% подвергались физическому насилию во время занятия проституцией;

состояние 68% из 854 человек, вовлеченных в различные виды проституции в девяти странах, соответствует критериям диагностики посттравматического стрессового расстройства;

65-95% тех, кто занимается проституцией, подвергались сексуальному насилию в детском возрасте;

60-75% были изнасилованы во время занятия проституцией.

Источник: *Fartley M (2004)*

Проститулирующие женщины – непризнанные жертвы насилия со стороны интимных партнеров (сутенеров и потребителей услуг) (Stark and Hodgson, 2003). Сутенеры и потребители услуг используют методы принуждения и контроля точно так же, как и другие агрессоры: минимизация и отрицание физического насилия, экономическое принуждение, сексуальное насилие и похищение (Giobbe, 1993, 1991; Giobbe et al., 1990). Систематическое насилие подчеркивает никчемность жертвы за исключением ее роли в качестве проститутки.

Очевидно, что насилие является нормой для женщин в проституции. Инцест, сексуальное принуждение, словесные оскорбления, преследования, изнасилования, пытки – все эти пункты на шкале континуума насилия регулярно имеют место в проституции. Разница между проституцией и другими видами гендерного насилия – плата денег за оскорбление. Однако плата денег не вычеркивает все то, что мы знаем о сексуальном принуждении, изнасиловании и домашнем насилии.

Опыт женщины, которая занималась проституцией в стриптиз-клубах, а также в массажных салонах, в эскорте и на улице, типичен (Farley et al., 2003). В стриптиз-клубе ее сексуально принуждали и оскорбляли. Стриптиз требовал, чтобы она, улыбаясь, принимала словесные оскорбления клиентов. Клиенты хватали ее и щипали за ноги, руки, груди, ягодицы и пах, что иногда заканчивалось синяками и царапинами. Клиенты сжимали ее груди до боли, они унижали ее, извергая сперму ей на лицо. У нее были огромные синяки на теле и очень часто фингалы под глазами. Сутенеры таскали ее за волосы, чтобы продемонстрировать контроль и помучить. Ее многократно избивали по голове сжатыми кулаками, от чего она иногда теряла сознание. Из-за избиений ее мочка уха была повреждена, а челюсть вывихнута – эта травма так и осталась на многие годы. У нее есть порезы от ножа. У нее есть следы ожогов от сигарет клиентов,

которые курили, насиловали ее. Эту женщину изнасиловала банда, а также ее индивидуально изнасиловали, по меньшей мере, 20 мужчин в разные периоды ее жизни. Эти случаи насилия со стороны клиентов и сутенеров иногда заканчивались кровотечением половых органов.

И все же эта женщина описала, что психологическая травма от проституции намного больше, чем физическое насилие. Она объяснила, что проституция является «внутренне травмирующей. Ты сама у себя в голове становишься тем, что эти люди делают и говорят о тебе» (Farley et al., 2003).

Почти два десятилетия назад норвежские исследователи заметили, что с женщинами, вовлеченными в секс-бизнес обращались так же, как с вещами, в которых мужчины мастурбируют, что наносит психологический вред человеку, выступающему в роли резервуара (Hoigard and Finstad, 1986).

### **Посттравматическое стрессовое расстройство**

Сексуальное насилие, оплаченное или неоплаченное, может привести к развитию посттравматического стрессового расстройства (ПТСР). Проституция содержит в себе травматические стрессоры, которые категоризируются как критерий А1 (Диагностическое и статистическое руководство 4-го пересмотра) диагноза ПТСР (American Psychiatric Association, 1994):

*Пережитый личный опыт события, которое включает угрозу смерти, серьезную травму или другую угрозу личностной целостности; или участие в событии, которое включает в себя смерть, повреждение или угрозу для физической целостности другого человека.*

*В ответ на эти события человек с ПТСР испытывает страх и беспомощность, находясь между эмоциональным онемением и эмоциональным/психологическим перевозбуждением. Известно, что ПТСР наиболее тяжело протекает тогда, когда стрессовая ситуация запланирована и реализуется (боевые действия на войне, изнасилование, инцест, пытки или проституция).*

В девяти странах с широким разнообразием культур мы обнаружили, что две трети из 854 женщин, занятых в проституции, имели симптомы ПТСР (Farley et al., 2003) в такой же степени тяжести, как и нуждающиеся в лечении ветераны войн (Weathers et al., 1993); женщины, подвергнувшиеся нападению; те, которые ищут убежище (Houskamp and Foy, 1991; Kemp et al., 1991); пережившие изнасилование (Bownes et al., 1991), а также те, кто сбежал от пыток, санкционированных государством (Ramsay et al., 1993).

Женщины были проинтервьюированы в разных контекстах (Farley et al., 2003). Интервьюеры из местных агентств поддержки сопровождали исследователей, а перенаправления от агентств были даны в письменной форме. В некоторых странах женщины и девушки были проинтервьюированы в агентствах, которые специально предоставляют услуги для женщин и девушек, занимающихся проституцией (Колумбия, Тайланд, Замбия). В других местах женщины дали интервью в клиниках по лечению ИППП (Германия, Турция), на улицах (Канада, Соединенные Штаты) или в борделях, стриптиз-клубах и массажных салонах, а также на улицах (Мексика, Южная Африка). Женщины часто сообщали, что они занимаются проституцией как в помещениях, так и на улице.

Интенсивность симптомов, вызванных травмой, была связана с интенсивностью вовлеченности в проституцию. Женщины, которые обслуживали больше клиентов, сообщали о более тяжелых физических симптомах (Vanwesenbeeck, 1994). Чем дольше женщины занимались проституцией, тем чаще у них диагностировались ИППП (Parriott, 1994).

То, что декриминализация или легализация проституции кого-то защищает — это грубая ложь. Невозможно защитить тех, чей источник дохода ставит их под угрозу изнасилования в среднем раз в неделю (Hunter, 1994). Одна женщина сказала, что проституция — это «как домашнее насилие, доведенное до предела» (Leone, 2001). Другая женщина говорит: «То, что является насилием для других, для нас является нормой» (Farley et al., in press).

В большинстве литературных источников проституция рассматривается как профессиональный выбор. Однако представление, что проституция является работой, очевидно, делает незаметным ущерб от нее. Проституция институализируется и становится частью культуры (мейнстрим), когда она считается неприятной, но получает легальный статус в качестве «секс-работы». Даже такие организации как Всемирная Организация Здравоохранения и Амнести Интернейшнл США допустили политическую ошибку в описании проституции в качестве работы, а не нарушения прав человека.

Сложно найти эффективные решения этой проблемы. Необходимо спросить у организаций, оказывающих помощь женщинам, вовлеченным в проституцию, поддерживают ли они помимо раздачи презервативов и обеспечения работы организаций, объединяющих секс-работниц, такие варианты для выхода из секс-бизнеса как предоставление места

для проживания и профессионального обучения? Важно запрещать не только проституцию, но также и ее основополагающие причины: половое неравенство, расизм и колониализм, бедность, секс-туризм и такие виды экономических моделей, которые разрушают традиционные способы жизни.

Несмотря на нелогичные попытки некоторых людей провести различие между проституцией и торговлей людьми (траффик), торговля людьми представляет собой всего лишь глобальную форму проституции. Секс-траффик может иметь место в пределах одного государства или может пересекать границы. Таким образом женщина может стать жертвой не только местного или международного траффика, но того и другого одновременно. Молодые женщины подвергаются траффингу — похищены и проданы для сексуальной эксплуатации — из сельской местности в город, из одной части страны в другую, и далее, за границу, туда, где есть клиенты.

Ошибочно предполагать с клинической и статистической точек зрения, что большинство женщин в проституции согласились на это. Вместо вопроса «Добровольно ли она занялась проституцией?» более адекватным вопросом будет «Имела ли она реальные альтернативы проституции, чтобы выживать?». Процент бездомности (75%) среди наших респондентов и их желание бросить занятие проституцией (89%) указывает на то, что у них нет вариантов, чтобы прекратить эту деятельность (Farley et al., 2003).

До тех пор, пока не будет понимания того, что проституция и торговля людьми могут выглядеть как добровольные, но на самом деле не являются свободой выбора, основанной на различных вариантах, будет сложно предоставить адекватную помощь тем, кто желает прекратить это занятие, но не имеет других экономических способов выживания. Условия, которые формируют настоящее согласие, отсутствуют в проституции: физическая безопасность, равный контроль над ситуацией как у женщины, так и у клиента, а также реальные альтернативы (Hernandez, 2001; MacKinnon, 1993).

Таким же образом как клиницисты собирают анамнез относительно физического и сексуального насилия, а также наркомании, вопрос проституции необходимо затронуть на первичном приеме. Следует вновь вернуться к этому вопросу после того, как сформировались терапевти-

ческие отношения, поскольку, как правило, в самом начале имеет место отрицание занятия проституцией (Schwartz, 2000). Рекомендуется задать вопросы: «Вы когда-либо обменивали секс на деньги, наркотики, ночлег, еду или одежду?» и «Работали ли вы когда-либо в секс-индустрии: например, танцы, эскорт, массаж, проституция, порнография или секс по телефону?». Мы также рекомендуем задать вопрос: «Был ли у вас когда-либо секс с профессиональным секс-работником (девочкой по вызову, эскорт, работником массажного салона или проституткой)?».

Помимо острого и хронического ПТСР, сопутствующие диагнозы могут включать генерализованную тревогу, расстройства настроения (включая депрессивные и биполярные расстройства), острые суицидальные мысли и попытки самоубийства, злоупотребление наркотиками и химическая зависимость, расстройства личности, диссоциативные расстройства и симптомы травматического поражения головного мозга. Несмотря на то, что для женщин, желающих выйти из секс-бизнеса, существуют специализированные клиники и убежища, в настоящее время услуги могут предоставляться в кризисных центрах, медицинских учреждениях, наркологических клиниках, убежищах для женщин, подвергнувшихся избиению, и центрах психического здоровья.

## Заключение

Совершенно ясно, что есть острая необходимость заниматься вопросами психического здоровья женщин, которые вовлечены в проституцию или которые оставили эту деятельность. Тем не менее, одинаково важно затрагивать запросы мужчин относительно проституции. Принятие проституции — один из аспектов негативного отношения, которое поощряет и оправдывает насилие против женщин. Брутальные (маскулинные) типы поведения, направленные против женщин, связаны с такими видами отношений, которые поддерживают убеждения мужчин в том, что у них есть право сексуального доступа к женщинам, что они выше женщин и что у них есть право на сексуальную агрессию (White and Koss, 1993). Потребители услуг проституток в значительной степени поддерживают такие убеждения по отношению к женщинам.

Несмотря на статистическое меньшинство, потребители секс-услуг студенческого возраста, которых мы опросили, значительно отличались от других молодых мужчин (Таблица 2). Эти студенты колледжей, которые покупали услуги женщин в проституции, больше принимают мифы о



проституции и мифы о насилии, чем другие студенты. Ужасно то, что клиенты проституток студенческого возраста отличались от других студентов не только в своих взглядах, но и в их фактическом поведении по отношению к женщинам. Они признавали, что чаще практиковали акты сексуального принуждения с партнерами, чем другие мужчины в нашем исследовании.

Таблица 2

<b>Взгляды на проституцию и сексуальное насилие среди студентов колледжей</b>
В выборке из 783 американских студентов, мы обнаружили:
гендерное различие в отношении к проституции и насилию – мужчины больше поддерживают мифы о насилии, чем женщины;
позитивную взаимосвязь между принятием мифов о насилии и поддержкой проституции;
позитивную взаимосвязь между принудительным сексом (по самоотчетам) и принятием определенных мифов о проституции среди мужчин колледжей;
7% студентов колледжей признались в том, что были «джонами».

Источник: *Fartley M (2004)*

Те из нас, кто занимаются правами человека, должны решать проблему социальной невидимости проституции, отрицания ее вредных последствий, существующих в обществе, ее принятия как неизбежного социального зла, невозможности подготовки студентов-психиатров, психологов и работников общественного здравоохранения по данной проблеме. Проституция и траффик могут существовать лишь в атмосфере общественного, профессионального и академического безразличия.

## Библиография:

1. American Psychiatric Association (1994), *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4th ed. Washington, D.C.: American Psychiatric Press.
2. Bagley C, Young L (1987), *Juvenile prostitution and child sexual abuse: a controlled study*. Canadian Journal of Community Mental Health 6:5-26.
3. Belton R (1992), *Prostitution as traumatic reenactment*. Presented at the International Society for Traumatic Stress Annual Meeting. Los Angeles.
4. Bownes IT, O'Gorman EC, Sayers A (1991), *Assault characteristics and posttraumatic stress disorder in rape victims*. Acta Psychiatr Scand 83(1):27-30.
5. Cotton A, Farley M, Baron R (2002), *Attitudes toward prostitution and acceptance of rape myths*. J Appl Soc Psychol 32(9):1790-1796.
6. Cotton A, Farley M, Schmidt M (2001), *Prostitution myth acceptance, sexual violence, and pornography use*. Presentation at Annual Meeting of the American Psychological Association. San Francisco; August 27.
7. Dworkin A (1997), *Prostitution and male supremacy*. In: Life and Death. New York: Free Press, pp139-151.
8. Farley M, Barkan H (1998), *Prostitution, violence, and posttraumatic stress disorder*. Women Health 27(3):37-49.
9. Farley M, Cotton A, Lynne J et al. (2003), *Prostitution and trafficking in nine countries: an update on violence and posttraumatic stress disorder*. In: Prostitution, Trafficking and Traumatic Stress, Farley M, ed. Binghamton, New York: Haworth Press, pp33-74.
10. Farley M, Lynne J, Cotton A (in press), *Prostitution in Vancouver: violence and the colonization of First Nations Women*. J Transcult Psychiatry.
11. Giobbe E (1991), *Prostitution: buying the right to rape*. In: Rape and Sexual Assault III: A Research Handbook, Burgess AW, ed. New York: Garland Press.
12. Giobbe E (1993), *An analysis of individual, institutional and cultural pimping*. Mich J Gend Law 1:33-57.
13. Giobbe E, Harrigan M, Ryan J, Gamache D (1990), *Prostitution: A Matter of Violence against Women*. Minneapolis: WHISPER.
14. Herman JL (2003), *Introduction: hidden in plain sight: clinical observations on prostitution*. In: Prostitution, Trafficking and Traumatic Stress, Farley M, ed. Binghamton, N.Y.: Haworth Press, pp1-13.
15. Hernandez TK (2001), *Sexual harassment and racial disparity: the mutual construction of gender and race*. University of Iowa Journal of Gender, Race and Justice 4:183-224.
16. Hoigard C, Finstad L (1986), *Backstreets: Prostitution, Money, and Love*. University Park, Penn.: Pennsylvania State University Press.
17. Houskamp BM, Foy DW (1991), *The assessment of posttraumatic stress disorder in battered women*. J Interpers Violence 6:367-375.
18. Hunter SK (1994), *Prostitution is cruelty and abuse to women and children*. Mich J Gend Law 1:1-14.
19. Kemp A, Rawlings EI, Green BL (1991), *Post-traumatic stress disorder (PTSD) in battered women: a shelter sample*. J Trauma Stress 4:137-148.
20. Leone D (2001), *One in 100 children in sex trade, study says*. Honolulu Star Bulletin, Sept. 10.

21. MacKinnon CA (1993), *Prostitution and civil rights*. Mich J Gend Law 1:13-31.
22. Miller J (1995), *Gender and power on the streets: street prostitution in the era of crack cocaine*. J Contemp Ethnogr 23(4):427-452.
23. Parriott R (1994), *Health Experiences of Twin Cities Women Used In Prostitution*. Minneapolis: WHISPER. Available at: <http://www.angelfire.com/mn/fjc/healthex2.html>. Accessed Sept. 20, 2004.
24. Potterat JJ, Brewer DD, Muth SQ et al. (2004), *Mortality in a long-term open cohort of prostitute women*. Am J Epidemiol 159(8):778-785.
25. Ramsay R, Gorst-Unsworth C, Turner S (1993), *Psychiatric morbidity in survivors of organised state violence including torture*. A retrospective series. Br J Psychiatry 162:55-59.
26. Schmidt M, Cotton A, Farley M (2000), *Men's attitudes toward prostitution and self-reported sexual violence*. Presented at the 16th Annual Meeting of the International Society for Traumatic Stress Studies. San Antonio; Nov. 18.
27. Schwartz, H (2000), *Dialogues with Forgotten Voices: Relational Perspectives on Child Abuse Trauma and Treatment of Dissociative Disorders*. New York: Basic Books.
28. Silbert MH, Pines AM (1981), *Sexual child abuse as an antecedent to prostitution*. Child Abuse Negl 5:407-411.
29. Silbert MH, Pines AM (1983a), *Victimization of street prostitutes*. Victimology 7(1):22-133.
30. Silbert MH, Pines AM (1983b), *Early sexual exploitation as an influence in prostitution*. Social Work 28(4):285-289.
31. Simons RL, Whitbeck LB (1991), *Sexual abuse as a precursor to prostitution and victimization among adolescent and adult homeless women*. J Fam Issues 12:361-379.
32. Stark C, Hodgson C (2003), *Sister oppressions: a comparison of wife battering and prostitution*. In: Prostitution, Trafficking and Traumatic Stress, Farley M, ed. Binghamton, N.Y.: Haworth Press, pp17-32.
33. Vanwesenbeeck I (1994), *Prostitutes' Well-Being and Risk*. Amsterdam, The Netherlands: VU University Press.
34. Weathers FW, Litz BT, Herman JA et al. (1993), *The PTSD Checklist (PCL): reliability, validity, and diagnostic utility*. Presented at the 9th Annual Meeting of the International Society for Traumatic Stress Studies. San Antonio; Oct. 24-27.
35. White JW, Koss MP (1993), *Adolescent sexual aggression within heterosexual relationships: prevalence, characteristics, and causes*. In: The Juvenile Sex Offender, Barbaree HE, Marshall WL, Hudson SM, eds. New York: Guilford Press.

## СНИЖЕНИЕ ВРЕДА В СФЕРЕ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ СЕКСУАЛЬНЫХ УСЛУГ (обзор)

**Майкл Л. Рекарт**

Michael L. Rekart, *Sex-work harm reduction*

The Lancet 2005; 366:2123-2134

British Columbia Centre for Disease Control, University of British Columbia,  
Vancouver V5Z 4R4, BC, Canada

**Перевод: Юрий Саранков**

### Краткое содержание

Предоставление сексуальных услуг (секс-работа) – чрезвычайно опасная профессия. Применение принципов снижения вреда может помочь секс-работникам сохранить жизнь точно таким же образом, как потребители наркотиков извлекли пользу из мероприятий по снижению вреда от употребления наркотиков. Секс-работники подвергаются серьезным рискам: употребление наркотиков, болезни, насилие, дискриминация, долги, криминализация и эксплуатация (детская проституция, торговля людьми (траффик) и эксплуатация мигрантов).

На сегодня разработаны и имеют успешный опыт реализации стратегии снижения вреда:

- ▶ обучение;
- ▶ повышение потенциала;
- ▶ профилактика;
- ▶ медицинский уход;
- ▶ профессиональное здоровье и безопасность;
- ▶ декриминализация секс-работников;
- ▶ подходы, основанные на соблюдении прав человека.

Успешные интервенции включают:

- ▶ обучение равными;
- ▶ тренинг по повышению навыков ведения переговоров об использовании презервативов;
- ▶ советы по безопасности для уличных секс-работников,
- ▶ мужские и женские презервативы,
- ▶ синергия (взаимное усиление результата, эффекта) между профилактикой и медицинским уходом,

- ▶ рекомендации по профессиональному здоровью и правилам безопасности для борделей,
- ▶ организации самопомощи,
- ▶ общественные сети по защите детей.

Для улучшения повседневной жизни секс-работников (пока они продолжают работать) существуют прямые и достижимые шаги. Формирование концептуального представления и обсуждение снижения вреда в секс-работе как новой парадигмы может ускорить этот процесс.

Секс-работа и инъекционное употребление наркотиков – наиболее рискованные практики во всем мире. Подход, основанный на снижении вреда, стимулировал мировую дискуссию об употреблении наркотиков, а применение принципов снижения вреда для таких интервенций как обмен шприцев снизило распространение ВИЧ и привело к улучшению жизни потребителей наркотиков [1]. Поскольку потребители наркотиков могут заниматься секс-работой для того, чтобы покупать наркотики, то снижение вреда для потребителей наркотиков включает раздачу презервативов. В то же время секс-работники могут принимать наркотики, чтобы справиться с психологическим, эмоциональным и физическим стрессом [2-5]. Кампании по безопасному сексу и социальный маркетинг презервативов основываются на принципах снижения вреда. Мероприятия по снижению вреда не являются новым при изучении секс-работы. Стратегии снижения вреда и снижения риска были адаптированы медицинским сообществом, организациями секс-работников и самими секс-работниками.

Данный обзор нацелен на:

- 1) анализ исследований в сфере секс-работы с акцентом на публикации, рецензированные другими исследователями в этой же области, и интеграцией типов вреда и стратегий снижения вреда в более общие темы;
- 2) фокусирование на простых доступных стратегиях для жизни секс-работников. Секс-работники мужчины и транссексуалы подвергаются разным видам вреда и могут извлечь пользу из стратегий снижения вреда; тем не менее, данный обзор не станет фокусироваться на этих темах или специфических проблемах клиентов вне общей темы снижения вреда в секс-работе.

Снижение вреда в секс-работе было предложено Международной Программой Развития Снижения Вреда (IHRD) как система взглядов для обсуждения, действий и исследований [6]. Снижение вреда в секс-работе

также выстраивается теоретически в новостных письмах (нюслеттеры), буклетах, отчетах и тезисах конференций [7-12].

## **Вред в секс-работе**

Чтобы понять, какие опасности и ущерб для здоровья и жизни связаны с секс-работой, необходимо принимать во внимание различия в социальном контексте. В некоторых обществах секс-работа носит легальный характер или декриминализована; у секс-работников есть доступ к медицинским и социальным службам; они не столь сильно стигматизированы или не так бедны с экономической точки зрения [13]. И, наоборот, секс-работа может быть тактикой выживания в период тяжелого социального кризиса, когда нет в наличии соответствующих служб, а ресурсы для удовлетворения жизненных потребностей в дефиците [14]. В большинстве обществ ситуация варьируется между этими двумя крайностями и, таким образом, вред, связанный с секс-работой, отличается в разных регионах [2]. Бедность, война, глобализация и неокOLONиализм – существенные причины международной коммерческой секс-работы [2], однако эти проблемы находятся вне сферы снижения вреда.

## **Употребление наркотиков**

Инъекционное употребление наркотиков широко распространено среди секс-работников во многих местах [2-5, 15-17]. Секс-работники, которые принимают наркотики инъекционным путем, могут использовать презервативы нерегулярно, а за предложенную свыше сумму могут соглашаться на незащищенный или анальный секс [3-4, 16, 18-19]. Люди, которые используют совместные иглы, шприцы и инъекционное оборудование, имеют повышенный риск инфицирования ВИЧ, гепатитами В и С, сифилисом [20-21]. Женщины секс-работницы могут состоять в отношениях с мужчинами, употребляющими инъекционные наркотики, которые смешивают наркотики и делают инъекции женщинам, повышая риск инфицирования ВИЧ [22]. Физическое и сексуальное насилие со стороны клиентов ассоциировано с употреблением наркотиков среди секс-работников [15,23]. Инъекционное употребление наркотиков может стать причиной кожных инфекций, тромбоза, сепсиса, эндокардита, передозировок и других серьезных заболеваний [20].

Секс-работники могут принимать такие неинъекционные наркотики как кокаин, крэк и кристаллический амфетамин [5, 16-17, 19, 24-27], что

приводит к снижению мыслительных способностей, опасному сексу, подавлению иммунитета, сердечно-сосудистым и неврологическим заболеваниям, передозировке и наркотической зависимости [16-20]. Среди гайанских секс-работников употребление кокаина однозначно коррелируется с непостоянным использованием презервативов [17]. Алкоголь, возможно, один из самых важных наркотиков в секс-индустрии [3, 5, 16, 26-28], ассоциирован с насилием, оскорблениями, опасным сексом, ВИЧ-инфекцией и болезнями печени [5, 16, 20, 29].

## **Заболевания**

У секс-работников существует повышенный риск заражения инфекциями, передающимися половым путем (ИППП), включая ВИЧ [2, 16-17, 30-36]. Частота использования презервативов отличается среди секс-работников [2-4, 15-16, 28, 32], а решение об использовании презервативов часто находится под контролем клиента или владельца борделя [2, 16, 18, 24, 28, 37]. Описательные и аналитические исследования показывают, что секс-работники используют презервативы реже, чем обычно, с регулярными партнерами, супругами и неоплачиваемыми клиентами [2, 16-17, 19, 24, 32, 38-40].

Среди секс-работников часто диагностируются осложнения ИППП, включая воспалительные заболевания органов малого таза и экстрагенитальную беременность [16, 30, 38]. ИППП являются ко-фактором для инфицирования ВИЧ [30, 38, 41], а частые половые акты могут приводить к травмированию половых органов, что значительно повышает риск ВИЧ-инфекции [16, 42-43]. Секс-работники иногда делают спринцевание или применяют подсушивающие или вяжущие средства, которые удаляют вагинальную смазку, с целью повышения ощущения сжатия или практики «сухого секса». Такие практики ассоциированы с повышенным риском инфицирования ИППП или ВИЧ-инфекции [2, 44-46]. Секс-работники также могут заразиться гепатитом А или герпесом через анально-оральный контакт [47].

## **Насилие**

Насилие против секс-работников [2-5, 15, 16, 18, 23, 27, 48-50] – существенная проблема во многих сообществах. Насилие включает физическое, словесное и сексуальное оскорбление; изнасилование группой; травматический половой акт; эмоциональную травму; грабеж; ограниче-

ние свободы; убийство. Секс-работники, базирующиеся на улице, чаще других сталкиваются с насилием [48]. Насилие приводит к заболеваниям, инвалидности, эмоциональным страхам, психологическому стрессу и низкой самооценке. Было доказано, что общие показатели смертности и убийств среди активных и бывших секс-работников значительно выше [49]. Насилие со стороны интимного партнера также ассоциировано с повышенным риском инфицирования ВИЧ-инфекцией [51].

## **Дискриминация**

Секс-работники — легкая мишень для дискриминации, что является ярко выраженным следствием стигматизации [2, 16, 38, 52-55]. Эти люди девальвированы во многих обществах и часто осуждаемы за разрушение традиционной семьи, распространение эпидемии ИППП и ВИЧ/СПИДа, эскалацию преступности и развращение молодежи [3, 16, 28, 52-53]. Стигматизация может привести к оскорблениям, насилию, криминализации, отказу от услуг и низкой самооценке, которая затрагивает здоровье секс-работников [2, 3, 16, 38]. Секс-работники с ВИЧ/СПИДом могут подвергаться двойной стигматизации [16].

## **Долги**

Молодые люди иногда начинают заниматься секс-работой с целью поддержать собственные семьи, однако вскоре приобретают личные долги за транспорт, размещение, одежду, косметику, презервативы, еду, медицинскую помощь, наркотики и штрафы [2-4, 16, 24, 56-58]. Рискованное поведение среди секс-работников статистически коррелирует с финансовыми нуждами [59]. Бордели могут не выпускать секс-работников за долги, позволяя им иметь лишь малую долю с их заработка [16, 24]. По мере накопления долгов, вероятность того, что человек покинет секс-работу, снижается [3].

## **Криминализация**

Проституция или некоторые ее аспекты (такие как соблазнение) — нелегальны во многих странах, однако закон является неэффективным средством для устранения ее негативных последствий, что часто приводит к криминализации секс-работников [2, 10, 16, 38, 53, 60]. Даже если проституция не противозаконна, с секс-работниками могут обращаться, как



с криминальными элементами [2, 18, 53]. Криминализация приводит к:

- ▶ насилию;
- ▶ злоупотреблению со стороны полиции;
- ▶ повышенному риску ВИЧ и ИППП;
- ▶ меньшему доступу к социальным службам;
- ▶ психологическим расстройствам;
- ▶ употреблению наркотиков;
- ▶ низкой самооценке;
- ▶ потере семьи и друзей;
- ▶ смертности, связанной с работой;
- ▶ ограничениям в таких областях как путешествия, прием на работу, кров и родительские обязанности [10, 16, 18, 24, 38, 61-65].

### Эксплуатация

Детская проституция, торговля людьми и злоупотребления с мигрантами секс-работниками – яркие примеры эксплуатации [16,24]. Детский Фонд ООН (UNICEF) установил, что каждый год 1 миллион детей попадают в секс-индустрию [66]. Дети могут быть проданы или введены в проституцию своими семьями [3,16,67]. Клиенты часто предпочитают молоденьких девушек, особенно девственных, будучи уверенными в том, что имеется меньший риск заболеваний (таких как ВИЧ/СПИД) или что секс с девственницей повысит их половую потенцию, вылечит болезни или продлит их жизнь [16,24,67-68]. Дети, вовлеченные в проституцию, не обладают силой, чтобы вести переговоры относительно использования презервативов, а незрелое влагалище и шейка матки более восприимчивы к ИППП [30]. Дети-проституты имеют повышенный риск в отношении ВИЧ и ИППП, насилия, сексуального принуждения, изнасилования, употребления наркотиков, психических расстройств, туберкулеза, гепатитов, недоедания, самоубийства и смерти (*таблица 1*) [16, 23, 34, 67, 69]. Беременные подростки секс-работники имеют повышенный риск возникновения осложнений беременности, материнской заболеваемости и смертности и осложнений от безопасных и опасных аборт [67].

Таблица 1

<b>Ежегодные оценочные показатели негативных эффектов на здоровье в детской проституции</b>		
Негативные последствия для здоровья у проститулирующих детей (+)		
<b>Инфекционные заболевания</b>		<b>Ежегодная оценочная частота</b>
• ИППП	2 000 000	
• ВИЧ-инфекция	300 000	
• ВПЧ-инфекция	4 500 000	
• Вирусный гепатит В	500 000	
<b>Беременность</b>		
• Материнская смертность	4752	
• Спонтанные аборт	900 000	
• Искусственные аборт	1 224 000	
• Осложнения от абортов	367 200	
• Смерти, связанные с абортами	710	
<b>Психическое здоровье</b>		
• Посттравматический стрессовый синдром	6 700 000	
• Попытки самоубийства	1 640 000	
<b>Злоупотребление наркотиками</b>		
• Все наркотические средства	9 000 000	
<b>Насилие</b>		
• Физическое насилие	2 500 000	
• Изнасилование	2 500 000	
• Убийство	6900	
<b>Плохое питание</b>	не смогли оценить	
Негативные эффекты для здоровья детей, рожденных от проститулирующих детей (-)		
Детская смертность	190 080	
Осложнения ИППП	237 000	
ВИЧ-инфекция	249 480	
Смерть от ВИЧ-инфекции	54 886	
Вирусный гепатит В	8316	

(+) Основывается на оценочных показателях у 9 миллионов девочек и 1 миллиона мальчиков, проститулирующих каждый год

(-) Основывается на оценочных показателях у 2 376 000 детей, рожденных от проститулирующих детей каждый год

ООН определяет *торговлю людьми (траффик)* как «наем, перевозку, перевод, размещение или прием людей путем принуждения с целью эксплуатации, включая проституцию» [70]. Несмотря на то, что траффик и секс-работа поднимают разные проблемы, торговля людьми для секс-работы ассоциирована с ВИЧ-инфекцией, ИППП, дискриминацией, нелегальным статусом мигранта, сниженным доступом к медицинским и юридическим услугам, насилием и употреблением наркотиков [16, 71-75]. Подвергнувшись траффиксу, девушки могут не захотеть вернуться домой [72]. Траффик людей – наиболее быстро развивающийся международный бизнес [70, 76].

Мигрант – человек, который вовлечен в оплачиваемую деятельность в государстве, где он или она не является гражданином. Мигранты могут подвергаться дискриминации, насилию, риску инфицирования ВИЧ и ИППП, криминализации, ограниченному и недостаточному медицинскому обслуживанию, употреблению наркотиков [4, 16, 40, 52, 57-58, 77-81]. Экономические мигранты-женщины являются мишенью для наемщиков из секс-индустрии [52,82]. Секс-работники мигранты стали связующей (мостиковой) популяцией в мировом распространении ВИЧ/СПИДа [82-84], а их мобильность создает проблемы при организации поддерживающих сетей и получении постоянной медицинской помощи. Исследование в Австралии показало, что самый высокий риск инфицирования ИППП и самое низкое использование презервативов имеет место именно среди международных секс-работников, а не среди местных [86].

### **Стратегии для снижения вреда в секс-работе**

На протяжении веков секс-работники сталкивались с вредными последствиями секс-работы. Они сформировали стратегии для понимания собственных возможностей, изменения рисков и преодоления трудных ситуаций. Публикации по социальным наукам, особенно автобиографические заметки самих секс-работников, показывают логику и силу, которую они используют в каждодневной жизни [2, 5, 18, 54-55, 57, 80, 87-88]. Эта информация обобщенно представлена в таблице 2.

Таблица 2

<b>Интервенции для снижения вреда в секс-работе</b>		
	<b>Инициативы</b>	<b>Область снижения вреда</b>
<b>Обучение</b>	Обучение равными, программы уличной работы (аутрич), доступные информационные материалы, вовлечение секс-работников	Употребление наркотиков, болезни, насилие, долги, эксплуатация
<b>Повышение потенциала</b>	Самооценка, личный контроль, безопасный секс, навыки ведения переговоров, отказ клиентам, доступ к социальным службам, принятие обществом	Употребление наркотиков, болезни, насилие, долги, дискриминация, эксплуатация
<b>Профилактика</b>	Мужские и женские презервативы, смазки, вакцины, изменение поведения, добровольное консультирование и тестирование на ВИЧ, участие в исследованиях	Употребление наркотиков, болезни, насилие, эксплуатация
<b>Поддержка и уход</b>	Приемлемый, доступный, высококачественный, интегрированный уход; синергия между профилактикой и уходом; профилактика; психологическая помощь при ИППП, ВИЧ/СПИД; социальная поддержка	Употребление наркотиков, болезни, насилие, эксплуатация
<b>Профессиональное здоровье и безопасность</b>	Контроль над опасными ситуациями, лечение травм и заболеваний, рабочие обязанности, права работника	Употребление наркотиков, болезни, насилие, долги, эксплуатация
<b>Декриминализация секс-работы</b>	Организации секс-работников, проекты по секс-работе, неправительственные организации	Криминализация, дискриминация, насилие
<b>Подход, основанный на соблюдении прав человека</b>	Обучение, «горячие линии», обучение целевых и дружественных служб, акции со стороны государства, СМИ, профилактика (Prevent (+)), социальная помощь беженцам, развитие сообщества	Эксплуатация (например, детская проституция, траффик, эксплуатация мобильных групп населения)

(+) PREVENT: психологическое консультирование, службы по репродуктивному здоровью, обучение, вакцинация, раннее выявление заболеваний, питание, лечение

Стратегии преодоления трудных ситуаций у секс-работников базируются на личном знании, традиции и культуре, опыте и планах на будущее. Несмотря на намерение снизить риск, некоторые стратегии могут ухудшать ситуацию или не будут иметь эффекта (*Блок 1*). Инициативы по снижению вреда для секс-работников должны выстраиваться на их собственных стратегиях, должны уважать их специфические характеристики, не конфликтовать с их культурой и традициями, и должны повышать их возможности для самоопределения, автономии и контроля [2, 18, 54, 57, 59, 87-88]. Социальная, поведенческая и профессиональная разнородность подгрупп секс-работников часто требует различных индивидуальных и структуральных интервенций [93-94].

Инструментарий ВОЗ по секс-работе [82] описывает ключевые принципы и проблемы, связанные с профилактикой ВИЧ, поддержкой и уходом, повышением потенциала и наилучшими практиками, которые преодолевают трудности, присущие интервенциям по снижению вреда в секс-работе (*Блок 2*).

Блок 1

#### Личные стратегии по преодолению трудностей среди секс-работников

- Разграничивать работу и личную жизнь [88].
- Отдавать приоритет позитивным ролям, таким как материнство [87].
- Отделяться эмоционально и физически от работы и клиентов (например, практиковать спринцевание, использование презервативов, употребление наркотиков) [5,19].
- Использовать чувство интимности для разделения секса на работе и секса вне работы (например, не целоваться на работе, не использовать презерватив с регулярными партнерами) [18, 37, 87-88].
- Использовать само-программирование, внутренний диалог и педантичный контроль за временем и пространством [2].
- Поддерживать позитивное и профессиональное отношение к работе [2].
- Принимать идею о том, что они являются секс-работниками, сделать так, чтобы переговоры об использовании презерватива с клиентом проходили проще [55].
- Следить за хорошей гигиеной половых органов [18, 40].
- Оценивать личный риск в отношении ИППП и риск инфицирования ИППП для клиентов [18].

- Принимать антибиотики до и после секса [85, 89-90].
- Использовать два или три презерватива одновременно [91], дополнительный лубрикант [92] или то и другое вместе.
- Переходить на невагинальный секс [2].

## Блок 2

### Принципы и проблемы для эффективных интервенций по ВИЧ в различных условиях секс-работы

#### Ключевые принципы

- Относиться непредвзято.
- Убедиться в том, что интервенции не наносят вред.
- Уважать права секс-работников на частную жизнь, конфиденциальность и анонимность.
- Уважать человеческие права и достоинство секс-работников.
- Уважать точку зрения, знания и опыт секс-работников.
- Включать секс-работников, и, если необходимо, других членов сообщества в разработку и осуществление интервенций.
- Признавать тот факт, что секс-работники обычно хорошо мотивированы на улучшение своего здоровья и благополучия, и что секс-работники — часть решения проблемы.
- Развивать потенциал и лидерство среди секс-работников, чтобы сформировалось чувство эффективного участия и личностного отношения к процессу.
- Понимать роль клиентов и третьих сторон в трансмиссии ВИЧ — например, оказывать влияние на всю обстановку в секс-работе, включая клиентов и третьи стороны, а не только секс-работников.
- Понимать многообразие и адаптироваться к обстоятельствам в секс-работе и участвующим людям.

#### Ключевые проблемы

- *Оценка:* соблюдайте этические правила и применяйте хорошую исследовательскую практику.
- *Планирование:* создайте местную систему поддержки, определите потенциальных партнеров.

- *Результаты профилактики:* безопасный секс и повышение частоты использования презервативов, возросшее участие секс-работника и контроль над рабочими и социальными обстоятельствами, уменьшенная опасность инфицирования ИППП.
- *Лечение ИППП:* как минимум, организовать лечение ИППП с симптомами и скрининговую диагностику бессимптомных ИППП, либо предположительное лечение, если точная диагностика не возможна.
- *ВИЧ-тестирование и консультирование:* обучение с целью предоставления деликатной непредвзятой услуги; строгая конфиденциальность; до- и послетестовое консультирование и информированное согласие; перенаправление за психологической поддержкой и клиническим уходом, если это возможно.
- *Медицинский уход при ВИЧ-инфекции:* консультирование и поддержка равными; если возможно, создание групп самопомощи и улучшение доступа к лечению, уходу, поддержке, помощи на дому и антиретровирусной терапии.
- *Снижение вреда для секс-работников:* стимулировать отказ от инъекций, совместного использования игл и употребления наркотиков в целом.
- *Менеджмент:* супервизия и поддержка с целью обеспечить организационную прозрачность и открытую коммуникацию, участие сообщества, ясные политики, гибкая и адаптируемая структура.
- *Обучение:* составьте график обучения, чтобы секс-работники смогли принять участие, сформируйте политику поощрения и оплаты за участие, подготовьте отчеты и рекомендации для использования в будущем.
- *Мониторинг и оценка:* используйте обратную связь от других заинтересованных сторон в этой области, чтобы изменить, разработать и расширить проекты; используйте результаты оценки, чтобы лоббировать вопросы финансирования, повторения проекта, расширения или достижения социальных и политических изменений.

## Обучение

Обучение секс-работников путем предоставления базисных фактов о болезни, развенчания мифов и предложением здорового образа жизни и действенных механизмов может способствовать практике более здоровых видов поведения [82]. Обучение может эффективно снизить уровень употребления наркотиков, болезней, насилия, долга и эксплуатации [2, 16, 32, 86, 95-100].

Обучение равными привело к значительному повышению уровня знаний по ИППП и ВИЧ, использованию презервативов и безопасным сексуальным практикам, снизило заболеваемость ВИЧ и ИППП [2, 16, 96-101]. Консультанты из числа равных нуждаются в обучении, поддержке, защите и стандартах поведения. Опытные секс-работники могут

консультировать других, часто более молодых, секс-работников о том, как жить безопасно. Было продемонстрировано, что обучение равными в Чаде является наиболее эффективным механизмом для профилактики ВИЧ/СПИДа с себестоимостью в 100 американских долларов за предотвращенный случай заболевания [102]. Программы аутрич (уличной работы), осуществляемые консультантами из числа равных, социальными работниками, медсестрами и уважаемыми членами сообщества также имели успех [2, 16, 95, 103].

Обучение может принести пользу многим группам, связанным с секс-работой [16, 60, 95-96, 100, 104]. Успешные информационные материалы должны быть простыми, понятными, непредвзятыми, привлекательными и культурально адаптированными [16, 71, 95]. Система позитивного подкрепления может быть направлена на превалирующие практики, ценности и взгляды [105]. Проблемы, с которыми можно столкнуться при разработке и внедрении информационных материалов: мобильность, контроль за борделями со стороны хозяев, криминализация, язык, культура и традиции [16, 71, 78, 95, 97, 106].

### **Повышение потенциала**

Вред от секс-работы может быть сокращен путем повышения потенциала, то есть предоставления средств и возможностей для повышения уверенности в своих силах [2, 16, 37, 95, 107]. Повышение личного потенциала – это осознание и укрепление личных навыков и возможностей с целью контролировать и улучшать жизнь секс-работников. Повышение потенциала сообщества усиливает его возможности принимать участие в позитивных изменениях. Повышение социального потенциала дает возможность секс-работникам бороться за свои права и принятие в обществе [16, 95].

Цель повышения потенциала – снизить уязвимость. Секс-работники могут быть уязвимы из-за низкой самооценки, нехватки знаний и навыков, негативного отношения со стороны общества, бедности, ответственности перед семьей, плохого здоровья, мобильности, культуральных и юридических ограничений [2, 16, 40, 57, 85, 108-111]. Эта уязвимость может привести к тому, что у секс-работников возникают трудности в следующих областях: доступ и использование презервативов, ведение переговоров о безопасном сексе, умение отказать клиентам, возмещение ущерба, родительские обязанности, использование контрацептивов, аборт и доступ к социальным службам [9, 16, 85, 95, 111-116].



Успешные инициативы способствовали повышению самооценки; улучшению навыков ведения переговоров; умению отказывать клиентам; повышению доступа и частоты использования презервативов; способствовали проведению тренингов о том, как распознавать и избегать насилия; созданию профилактических служб по ИППП и ВИЧ; поиску безопасного жилья; созданию дроп-ин-центров; лечению ИППП через аптеки [2, 9, 16, 95, 107, 115, 117]. Организации гражданского общества распространяли практические советы по безопасности, чтобы повысить потенциал уличных секс-работников (Блок 3).

## Блок 3

<b>Советы по безопасности для секс-работников</b>	
<b>Внешний вид</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Носите обувь, в которой вы можете бежать.</li> <li>• Избегайте носить шарфы, ожерелья и сумки, которые могут использоваться, чтобы схватить или удушить вас.</li> <li>• Носите одежду, которую можно оставить во время секса, если вам надо бежать.</li> </ul>
<b>Переговоры</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Придерживайтесь цены и временного ограничения.</li> <li>• Выберите себе сами парковку или отель.</li> <li>• Имейте набор презервативов и смазок.</li> <li>• Забирайте деньги заранее.</li> <li>• Используйте то же место для прогулки.</li> </ul>
<b>Машина</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Подходите со стороны водителя.</li> <li>• Договоритесь об услуге и месте, не садясь в машину.</li> <li>• Осмотрите машину на наличие других пассажиров.</li> <li>• Запишите номер с таблички лицензии на вождение (или сделайте вид).</li> <li>• Не пристегивайте ремень безопасности.</li> <li>• Попрощайтесь с кем-то и громко сообщите время, когда вы вернетесь (или сделайте вид).</li> </ul>
<b>Оральный секс</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Научитесь надевать презерватив с помощью рта.</li> <li>• Во время эякуляции надавливайте губами на презерватив, чтобы предотвратить соскальзывание.</li> <li>• Прополощите после этого рот, но не чистите зубы.</li> </ul>

<b>Вагинальный секс</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Используйте контрацептивные средства.</li> <li>• Поддерживайте хороший уровень смазки с помощью лубрикантов на водной основе.</li> <li>• Займите позицию сверху, чтобы видеть клиента.</li> <li>• Сжимайте пальцами основание члена, чтобы поддерживать эрекцию и избежать разбрызгивания спермы.</li> <li>• После эякуляции сразу выньте член из влагалища.</li> </ul>
<b>Анальный секс</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Постарайтесь отказаться от него.</li> <li>• Запросите больше денег.</li> <li>• Используйте больше лубриканта.</li> <li>• Используйте женские презервативы.</li> </ul>
<b>Самозащита</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Не носите оружие.</li> <li>• Используйте свой голос и скорость (например, крик, нажатие сигнала в автомобиле).</li> <li>• Бегите навстречу движения в сторону света и людей.</li> <li>• Работайте с друзьями.</li> <li>• Рассказывайте друзьям о плохих клиентах.</li> </ul>

Блок адаптирован с разрешения из информации в ссылках 8, 12 и 118

Есть структуральные примеры того, как политика и закон могут повышать потенциал секс-работников. В Санто-Доминго (Доминиканская Республика), внутренняя поддержка со стороны секс-индустрии в профилактике ИППП и ВИЧ и использовании презервативов стала важным фактором широкого принятия нормы постоянного использования презервативов (коэффициент вероятности 2-16; 95% CI 1-18-3-97) [37]. Кампания в Таиланде по стопроцентному использованию презервативов повысила использование презервативов в коммерческом сексе с 14% до 94% через свободное распространение презервативов, введение санкций против борделей, где они не используются, и рекомендации мужчинам через СМИ использовать презервативы с проститутками [119]. Сообщения о существенном снижении частоты использования презервативов среди секс-работников борделей в Таиланде подчеркивает необходимость того, чтобы интервенции носили регулярный характер [120].

Развитие сообщества приносит успех в пропаганде безопасного секса, выявлении нарушений законов, обеспечении медицинского ухода за детьми, поддержки ВИЧ-инфицированных работников, повышении самооценки, взаимодействии с полицией и контролерами, проведении

обучения по вопросам законодательства и финансам, внедрении альтернативных схем получения заработка и поддержки мигрантов и защите прав человека [16, 95, 107, 114-115, 121-122]. В Йоханнесбурге (Южная Африка) секс-работники, работающие в отелях, объединились, чтобы снизить риск и обучать новичков [54]. При работе с властями модель развития сообщества может быть более эффективной, чем действия со стороны отдельных секс-работников [16, 107, 114, 121].

## Профилактика

Мужские презервативы снижают риск инфицирования ВИЧ и ИППП у секс-работников [32, 41, 98, 119] и предотвращают такие осложнения ИППП как воспалительные заболевания органов малого таза [123]. Важно, чтобы была надежная и доступная поставка презервативов хорошего качества [16, 99, 124]. Пропаганда использования презервативов, их распространение и социальный маркетинг приводит к повышению частоты использования презервативов и снижению показателей заболеваемости ИППП и ВИЧ, особенно среди секс-работников женщин [99]. Необходимо также принимать во внимание местную культуру, язык и традиции [125].

Аналитические исследования показали, что женские презервативы успешно защищают от беременности и снижают риск инфицирования ИППП [126-128], а также имеются доказательства *in-vitro* и биологическая достоверность в отношении профилактики ВИЧ [127]. Женские презервативы повышают потенциал женщин, давая им возможность договариваться о безопасном сексе, практикуя более здоровые виды поведения и повышая самооэффективность и сексуальную уверенность [129]. Выводы по реализации модели симуляции в Южной Африке говорят о том, что тщательно разработанные программы по использованию женских презервативов для секс-работников будут крайне экономичны [130]. Для женских презервативов не нужен эрегированный член, они могут повторно использоваться, могут вставляться до и оставаться после секса. Поскольку они сделаны из полиуретана, женские презервативы могут использоваться с смазками на водной или масляной основе. Женские презервативы нормально воспринимаются секс-работниками [127, 131], но большие проблемы заключаются в их стоимости и плохой доступности.

Данные указывают на то, что показатели разрыва без дополнительного сползания значительно снижаются, когда используется больше, чем

один мужской презерватив [91]. Когда и мужские и женские презервативы стали доступны секс-работникам в борделях Тайланда, незащищенный секс снизился на 17% ( $p=0-16$ ), а заболеваемость ИППП – на 24% ( $p=0-18$ ) [126]. Смазка (лубрикант) особенно важна для женских презервативов [92, 127]. Зубные резиновые прокладки и презервативы, разрезанные по длине, – приемлемые барьеры для занятия куннилингом, однако данные о контролируемых клинических испытаниях малочисленны. Доступ к эффективным и безопасным микробицидам станет важным прогрессом в области безопасности секс-работников [132-133].

Секс-работники могут извлечь пользу от раннего применения вакцины против ВИЧ [134]. Исследования по изучению вероятной полезности вакцины, проведенные среди тайских и кенийских секс-работников, показали наличие постоянно высокого уровня заболеваемости ВИЧ, существенный интерес к вакцине и хорошую приверженность схеме вакцинации [135-136]. Программы вакцинации против гепатита В для секс-работников могут быть эффективны, особенно в условиях аутрич-работы, а также когда интервал между первой и второй дозой сокращен [47, 85, 111, 137]. Тем не менее, показатели покрытия программой могут быть низкими из-за слабого восприятия риска и неадекватной системы выполнения программы [138].

Мета-анализ показал, что интервенции, направленные на изменение поведения, эффективно снижают риск инфицирования ВИЧ среди секс-работников [99]. Необходимо рекомендовать не применять такие практики как спринцевание, сухой секс, поцелуи и незащищенный орально-генитальный контакт [44-45, 139]. Контрацептивы, содержащие ноноксинол-9, не дают дополнительной защиты латексным презервативам и могут предрасполагать к инфицированию ВИЧ [140-141].

Добровольное консультирование и тестирование на ВИЧ ассоциировано с более частым использованием презервативов, снижением количества партнеров и снижением заболеваемости ВИЧ среди секс-работников и их клиентов [99]. Этот эффект имеет место в результате смены поведения вслед за обучением, поддержкой и получением информации о ВИЧ-статусе. Участие в программах медицинского ухода и в исследованиях может давать подобный эффект [99, 142]. Поддерживается интеграция служб по ИППП и ВИЧ в структуру служб по планированию семьи, однако доказательств эффективности опубликовано мало [144]. К дополнительным факторам успеха относятся: связь с агентствами на уровне сообщества, финансовые стимулы и помощь в уходе за детьми, транспорт и еда [145].

## Медицинский уход

Секс-работники нуждаются в доступном и качественном медицинском уходе. Профилактика и уход наиболее успешны тогда, когда предоставляются вместе. Это называется синергия между профилактикой и уходом [16, 71, 107]. Важны интегрированные услуги, поскольку секс-работники подвержены многим рискам в отношении здоровья, а посещение нескольких служб последовательно для них затруднительно [16, 85, 146]. Очень важно перенаправлять в такие специализированные службы как гинекология (безопасные аборты) и наркологическое лечение [85, 146]. Мета-анализ показывает, что лечение ИППП крайне эффективно для снижения риска заболеваний [98-99, 147].

Наличие, доступность и качественный уход для секс-работников представляют собой проблему как в развитых, так и в развивающихся странах из-за мобильности, дискриминации, криминализации, бедности, уязвимости, нелегального статуса, отсутствия медицинской страховки и незнания местного языка и культуры [2, 16, 114]. Секс-работники должны быть задействованы в процессе принятия решений относительно месторасположения служб и часов их работы [107, 114]. К инновационным стратегиям доступа относятся: мобильное осуществление услуг, клиники на базе отелей и домов, придорожные клиники в полицейских участках, дроп-инг-центры и больницы широкого профиля в местах работы секс-работников [16, 103, 112, 148-149].

Доступность (приемлемость) часто зависит от отношения персонала [2, 16, 112], которое можно улучшить путем проведения вводного тренинга [16, 107, 112]. Возможность ухода за ребенком, возможность отдохнуть, принять душ и поговорить с другими секс-работниками повышают доступность [95, 107, 112]. Также важны время ожидания и расстояние до клиники. Секс-работники выберут клиники, где они будут желанны и где будут соответствующие службы диагностики и лечения [16, 95, 107]. В Манагуа (Никарагуа) секс-работники с удовольствием получали ваучеры для бесплатного посещения частных, общественных и негосударственных клиник [10]. Процесс коммуникации можно улучшить путем использования посредников и информации, изданной на разных языках [16, 57, 107, 150].

Поддержка и уход важны для секс-работников с ВИЧ/СПИДом. Базисный пакет UNAIDS (Объединенная Программа ООН по ВИЧ/СПИДу) включает: добровольное консультирование и тестирование на ВИЧ, психологическую поддержку, паллиативный уход, лечение

(пневмонии, высыпаний в ротовой полости, вагинального кандидоза и легочного туберкулеза), профилактику с котримаксозолом и поддержку общественных мероприятий, которые снижают воздействие ВИЧ-инфекции [71, 124]. Профилактика антиретровирусными препаратами во время беременности, рентгенография грудной клетки, кожный тест Манту для выявления туберкулеза и цитологическое исследование мазка на атипичные клетки (Pap-тест) должны быть доступны для секс-работников [124, 151-152]. Поскольку вирусная нагрузка при ВИЧ связана с возможностью трансмиссии вируса, необходимо предлагать ВИЧ-инфицированным секс-работникам высоко активную антиретровирусную терапию, если это возможно [153], или предлагать реальные механизмы для выхода из секс-бизнеса.

Секс-работники и клиенты иногда принимают антибиотики до или после сексуального контакта для профилактики ИППП и ВИЧ [3, 67, 85, 89-90]. Доконтактная профилактика имеет полномочия для изучения [85], особенно в отношении людей, подверженных риску инфицирования в течение короткого периода, таких как моряки в увольнении и секс-работники, занятые в бизнесе не полный день. Тем не менее, профилактический прием антибиотиков секс-работниками связан с опасным сексом, а предположительное периодические лечение ИППП секс-работниками женщинами, как было показано, имеет переменный успех [90, 154]. Секс-работникам, подвергнувшимся сексуальному насилию, необходимо предлагать послеконтактную профилактику.

## **Профессиональное здоровье и безопасность**

Профессиональное здоровье и безопасность подразумевают проблемы на рабочем месте, которые могут оказывать влияние на наемного работника. Эти принципы редко применяются для секс- работы, несмотря на многие профессиональные риски, травмы или заболевания, включая: домогательство, насилие, костно-мышечные повреждения, проблемы с мочевым пузырем, стресс, депрессия, употребление алкоголя и наркотиков, респираторные инфекции, аллергия на латекс, лишение родительских прав и смерть [2, 48, 75, 155-157]. Стандарты профессионального здоровья и безопасности оправданы, если только участие в секс-работе носит добровольный характер и не позволяет вовлекать детей [158]. Руководства по здоровью и безопасности для борделей и секс-индустрии были разработаны в Австралии (*Блок 4*).

**Австралийские Руководства по здоровью и безопасности для борделей и секс-индустрии****Обязанности работодателя**

- Оценивать и контролировать риски: присматриваться, изучать и отказывать клиентам; иметь кнопки вызова в случае опасности, хорошее освещение, безопасное оборудование и хорошие санитарные условия; гарантировать доступность чистящих средств и гарантировать практики безопасного секса.
- Проводить консультации с работниками, определять опасности, соблюдать противопожарные правила, следовать правилам электрообеспечения.
- Позволять работникам посещать организации помощи, присоединяться к объединениям, иметь комфортные условия для сотрудников и получать медицинские услуги.

**Условия работы**

- Делать график работы по часам и дням; давать адекватные перерывы на отдых, отпуск; предоставлять безопасную и удобную одежду.
- Убедиться в том, что нет принуждения к занятиям опасным сексом; гарантировать наличие и постоянное использование соответствующих барьерных средств.
- Сводить риск до минимума для беременных работниц; запрет курения или курение только вне заведения.
- Убирать мусор и готовить еду и напитки в безопасных условиях (мытьё рук, холодильник, уборка).

**Защита и профилактика**

- Обеспечение доступных, правильно хранящихся, высококачественных презервативов, зубных прокладок и перчаток.
- Обеспечение смазками на водной основе, чистыми салфетками, полотенцами и простынями; очистка белья от телесных выделений.
- Проводить обучение, как избегать разрыва и соскальзывания презерватива и информировать о том, что делать, если презерватив рвется.
- Гарантировать регулярное медицинское обследование сотрудников и оплаченное обучение; эргономично спроектированная мебель и снаряжение.
- Определять процедуры и сферы высокого риска и разрабатывать стратегии контроля по борьбе с насилием.

- Регулярно поддерживать в должном состоянии содержимое салонов (СПА), секс-игрушки и оборудование для СМ-игр (связывание).

#### Уход и поддержка

- Аптечки первой медицинской помощи и обученный персонал, программы по профилактике и лечению алкогольной и наркотической зависимости; безопасность для эскортов.
- Предоставление компенсации работникам: заявления об инцидентах, помощь при травмах, программы по возвращению на работу, страховка, оплачиваемая работодателем, доступ к клиникам и службам по профессиональной патологии.

Блок адаптирован с разрешения из информации в ссылках 159-161.

Там, где проституция нелегальна, осуществлению принципов профессионального здоровья и безопасности может препятствовать незаинтересованность хозяев или владельцев и так называемой подход «одного риска», фокусирующийся исключительно на ИППП и ВИЧ/СПИДе. Работодатели настаивают на том, что секс-работники являются независимыми контрактерами или случайными наемными работниками, самостоятельно несущими ответственность за медицинскую страховку, социальную безопасность, пенсию и льготы. Тем не менее, ситуацию на рабочем месте можно улучшить, если имеются четкие политики и стандарты и если секс-работникам разрешается организоваться и лоббировать свои интересы [37, 114, 156, 162]. Было показано, что поддержка использования презервативов и профилактики ИППП в среде и культуре является важным предрасполагающим фактором постоянного использования презервативов среди секс-работников женщин [40]. Силовое закрытие борделей и лечение секс-работников как политических козлов отпущения делает рабочее место еще более опасным [163].

### **Декриминализация секс-работников**

Декриминализация подразумевает устранение уголовной ответственности. ООН, UNAIDS и ВОЗ поддерживают декриминализацию взрослой секс-работы, если не имеет место виктимизация [16, 63]; несмотря на это, договоренности между секс-работниками, неправительственными организациями и защитниками нет [164]. Снижение вреда от наркотиков фокусируется на декриминализации потребителей наркотиков, а не противозаконной нарко-индустрии. С секс-работниками не должны обращаться, как с преступниками. Организации секс-работников,



неправительственные организации и исследовательские проекты были успешны в декриминализации секс-работников путем защиты их юридических прав, лоббирования рационального законодательства и проведения деятельности по их защите на рабочем месте [95, 107].

Часто в криминализации проституции обвиняют полицию, однако обучение, тренинг и лоббирование могут улучшить отношения таким образом, чтобы секс-работники рассматривали полицию как поддерживающую и защищающую структуру [16, 61, 107]. Суды должны оценивать свидетельства секс-работника объективно, а секс-работникам нужно иметь возможность получать возмещение за нарушение их прав [165]. Суды могут интерпретировать закон с тем, чтобы улучшать жизни секс-работников. В 2002 году Высший Суд Бангладеша заявил, что секс-работа не является противозаконной и что секс-работники имеют право зарабатывать средства себе на жизнь [95]. Суд сделал замечание государственным агентствам за закрытие борделей.

Заключение под стражу и судимость могут выступать препятствием для получения жилья, продуктовой помощи, социальной помощи, путешествий, приема на работу, образования и воспитания детей [61, 165]. Статус незаконного мигранта загоняет секс-работников в андеграунд, что приводит к плохому доступу к медицинским службам, дискриминации, насилию, инфицированию ИППП и ВИЧ и эксплуатации. Декриминализация секс-работников мигрантов смогла бы помочь им в получении доступа к службам, компенсации за нарушения прав и защитить их и клиентов от заболеваний.

Система здравоохранения может обращаться с секс-работниками, как с преступниками, что оказывает влияние на доступность услуг и медицинского обучения и приводит к повышенному уровню заболеваемости ВИЧ, ИППП, гепатитов, инвалидности и смерти [61-62, 165]. Пример — обязательное тестирование на ВИЧ [65]. Образовательные и обучающие программы могут иметь успех [61, 107, 165]. СМИ могут сформировать общественное мнение, которое поддержит либо криминализацию, либо сострадательное отношение [3, 107, 165]. Неодобрение секс-работников со стороны общества может способствовать низкой самооценке, рискованному поведению, наркотической зависимости и чувству безысходности. Грамотность, образование, повышение потенциала и единство могут направить процессы в позитивную сторону [107].

## Подходы, основанные на соблюдении прав человека

UNAIDS приняла подход к ВИЧ/СПИДу, основанный на соблюдении прав человека [167-168]. Охват данным подходом секс-работы и ИППП позволяет создать поддерживающую среду, которая дает возможность секс-работникам участвовать, содействовать и получать удовольствие от экономического, социального, культурального и политического развития [168-169]. Детская проституция, торговля людьми в секс-работе, эксплуатация мигрантов и мобильных секс-работников – серьезные нарушения прав человека.

Обучение равными, программы аутрич и подходящие обучающие материалы эффективно улучшили жизни женщин, которые были проданы в секс-бизнес, детей-проститутков и секс-работников мигрантов [16, 104, 150, 170-171, 195]. *История Сирены* (8, 171), которая повествует о филиппинской секс-работнице в Австралии, успешно справляющейся со своей личной и профессиональной жизнью, – популярный буклет, который содержит информацию о здоровье, контроле за расходами и переговорах о безопасном сексе. СМИ также могут привлечь общественное внимание к проблеме. *Meninas da noite* (Маленькие девочки в ночи) [172], коллекция отчетов Гильберта Дименштейна (Gilberto Dimenstein) описывает трафик детей для сексуальной эксплуатации в районе Амазонки и на северо-западе Бразилии [173]. Дименштейн разоблачает случаи сексуального насилия над маленькими девочками в возрасте 9 лет с весом в 15 кг.

Телефоны «горячей линии» обеспечивают конфиденциальный доступ к информации для потенциальных и реальных жертв эксплуатации, а также для членов их семей и друзей [170, 174]. Обучение и тренинг очень важны для агентств, людей и официальных лиц, которые взаимодействуют с жертвами, включая службы для молодежи, медицинских работников, полицию, политиков, таксистов, персонал гостиниц и туристические компании [67,95,104,174]. Клиентов секс-работников можно обучать через СМИ, информацию в аэропортах и передвижных клиниках и в Школе Джона (обучающие классы для клиентов секс-работников с акцентом на ИППП, ВИЧ и права секс-работников), где бывшие жертвы обучают преступников с целью сокращения рецидивизма [104].

Дружественные дроп-ин-клиники, центры консультирования «с открытой дверью», лагеря и приюты доказали свою эффективность [121, 170-171]. Услуги, предоставляемые в высоко мобильных местах (таких

как транзитные станции и пограничные области) и в высоко рискованных зонах (таких как рынки, гавани, остановки фур, автобусов и поездов) могут охватить секс-работников мигрантов [150, 175]. На обязательное тестирование на ВИЧ, которое повышает риск дискриминации, насилия, эксплуатации и заболеваний, и которое создает ложное чувство безопасности среди клиентов, контролеров и правительств, должен быть наложен глобальный мораторий [14, 176].

Неправительственные структуры и организации секс-работников и их проекты выступают на переднем фронте в борьбе с эксплуатацией [107, 121, 171, 173]. CARAM Азии (Координация исследований по СПИДу и мобильности) распространяет обучающую информацию, отстаивает местные и национальные вопросы и разрабатывает интервенции, нацеленные на все этапы процесса миграции [171]. ТАМРЕР (Транснациональный проект профилактики СПИДа/ИППП среди проституток-мигрантов в Европе) поддерживает женщин, трансвеститов и транссексуалов из Восточной Европы, Латинской Америки, Африки и юго-восточной Азии, работающих секс-работниками в Европе [171]. Проект Maiti в Непале предоставляет безопасное пространство для вернувшихся назад вывезенных женщин и обучает так называемые пересельные сообщества, чтобы предотвратить траффик других девушек [170]. В сельских областях Камбоджи 52 деревни создали сеть защиты детей на уровне своих сообществ, которая обучает членов общины вопросам торговли людьми и предотвращает продажу детей, у которых имеется риск [177]. Потребности в вопросах здоровья детей, которых принудили заниматься проституцией, суммированы понятием PREVENT (предотвратить): психологическое консультирование (psychological counselling), службы репродуктивного здоровья (reproductive health services), обучение (education), вакцинация (vaccinations), раннее выявление заболеваний (early detection), питание (nutrition) и лечение (treatment) [67].

Секс-работа представляет собой распространенную тактику выживания для беженцев и перемещенных людей, чтобы заработать деньги на еду [14]. Женщины и дети-беженцы чрезвычайно уязвимы перед сексуальным насилием, изнасилованием и траффиком. Секс-работники беженцы нуждаются в презервативах, защите, доступе к домашней хлорке и обмену шприцев, а также базисной информации о ВИЧ/СПИДе и ИППП на языке беженцев и принимающего сообщества [14]. Радио является важным средством коммуникации. Правительства находятся в самой лучшей позиции, чтобы осуществлять специфические стратегии (*Блок 5*).

**Стратегии снижения вреда, наиболее подходящие для действий на уровне государства**

- Принять и ввести в действие законы по секс-туризму.
- Создать национальную базу данных сексуальных преступников-педофилов.
- Обмениваться информацией между административными областями и стимулировать международное сотрудничество.
- Обеспечивать легальные возможности для миграции.
- Повысить и ввести в действие наказания за эксплуатацию.
- Предоставлять возможность получения визы для жертв траффика.
- Принять и ввести в действие законы против детской порнографии, включая интернет.
- Проводить мониторинг агентств по трудоустройству.
- Стимулировать использование программы Фотошоп при составлении отчетов с включением порнографических картинок, особенно с участием детей.
- Предоставлять программу по защите свидетелей тем жертвам, которые готовы свидетельствовать против эксплуататоров.
- Запрещать методы, используемые для прикрытия нелегальности траффика (например, фиктивный брак, временные жены, серийное спонсорство и выкуп за невесту).
- Требовать от правительственных служб отчет о статусе траффика и детской проституции.
- Объединить возможность получения международной помощи с прогрессом, достигнутым в борьбе с детской проституцией, траффиком и эксплуатацией.
- Поддерживать международную кампанию, финансируемую ООН, по предотвращению детской проституции.

**Заключение**

*Схема*, приведенная ниже, показывает концептуальную основу для снижения вреда в секс-работе. Плохие аспекты здоровья [178] часто являются предрасполагающими факторами для людей, начинающих секс-работу. Личная уязвимость секс-работников может затем синергично взаимодействовать с рискованной средой, подвергая их опасностям, которые приводят к снижению качества жизни [179]. Уязвимость, рискованная среда, вред от секс-работы и сниженное качество жизни часто усиливают друг друга в непрекращающемся цикле.



Схема. Концептуальная основа для снижения вреда в секс-работе

Целью снижения вреда могло бы стать предоставление возможностей секс-работникам двигаться в сторону более позитивного цикла развития потенциала, поддерживающей среды, снижения вреда и улучшения качества жизни. Этот цикл мог бы со временем дать возможность секс-работникам покинуть проституцию.

Этот научный обзор рецензированных исследований обосновывает многие серьезные виды вреда в секс-работе и демонстрирует простые, безопасные и недорогие стратегии, направленные на избежание риска, уменьшение вреда и спасение жизней. Снижение вреда в секс-работе должно рассматриваться как новая парадигма для улучшения жизни секс-работников посредством дебатов, обсуждения и действий, точно таким образом, как жизни потребителей наркотиков улучшились благодаря снижению вреда от наркотиков.

С секс-индустрией не следует мириться, особенно, если в угоду ей приносятся жертвы. Тем не менее, глобальный фокус на секс-индустрии может привести к тому, что индивидуальные секс-работники станут ненамеренными мишенями элиминации и контроля. Гражданское общество (особенно организации секс-работников) задействовано в улучшении ежедневной жизни секс-работников, а научное сообщество может взять на себя активную роль (путем использования научно-обоснованных исследований) в пилотировании инновационных инициатив, оценивании существующих стратегий и формировании базы данных доказанных интервенций. Участие секс-работников в этом усилии будет гарантировать успех.

## Библиография

1. World Health Organization. *Harm reduction approaches to injecting drug use*. Geneva: World Health Organization, 2003.
2. Vanwesenbeeck I. *Another decade of social scientific work on sex work: a review of research 1990–2000*. *Ann Rev Sex Res* 2001; 12: 242–289.
3. Rekart ML. *Sex in the city: sexual behaviour, societal change, and STDs in Saigon*. *Sex Transm Infect* 2002; 78 (suppl 1): i47–i54.
4. Aral SO, St Lawrence JS. *The ecology of sex work and drug use in Saratov Oblast, Russia*. *Sex Transm Dis* 2002; 29: 798–805. MEDLINE | CrossRef
5. Romero-Daza N, Weeks M, Singer M. “*Nobody gives a damn if I live or die*”: violence, drugs and street-level prostitution in inner-city Hartford, Connecticut. *Med Anthropol* 2003; 22: 233–259. MEDLINE | CrossRef
6. Open Society Institute. International Harm Reduction Development programme. — <http://www.soros.org/initiatives/ihrd> (accessed July 13, 2005).
7. Banes A, Arroyo M. *Harm reduction and sex work*. Harm Reduction Communication. New York: Harm Reduction Coalition, 2001. — <http://www.harmreduction.org> (accessed July 13, 2005).
8. Network of Sex Work Projects. *Making sex work safe*. London: Russell Press, 1997:.
9. In: Van Beelen N, Wölffers I, Brussa I, eds. *Research for Sex Work*, no 1–6. Netherlands: Den Haag offset, 1998–2003:.
10. Government of Quebec. Prostitution de rue: avis. Quebec: Government of Quebec, 2004:.
11. Williams C. *Reaching women involved in prostitution: a harm reduction strategy of intervention*. Durban, South Africa: Proceedings of the XIII International Conference on AIDS (vol 2), July 9–14, 2000: 241.
12. Stern LS. *Tricks of the trade*. 1991. — <http://www.harmreduction.org> (accessed Aug 18, 2005).
13. Harcourt C, van Beek I, Heslop J, McMahon M, Donovan B. *The health and welfare needs of female and transgender street sex workers in New South Wales*. *Aus N Z J Pub Health* 2001; 25: 84–89.
14. UNAIDS. *Refugees and AIDS*. UNAIDS best practice collection. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, 1997:.
15. Braitstein P, Li K, Tyndall M, et al. *Sexual violence among a cohort of injection drug users*. *Soc Sci Med* 2003; 57: 561–569. MEDLINE | CrossRef
16. UNAIDS. *Sex work and HIV/AIDS*. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, 2002:.
17. Persaud N, Klaskala W, Baum M, Duncan R. *Sexually transmitted infections, drug use, and risky sex among female sex workers in Guyana*. *Sex Transm Infect* 2000; 76: 318. MEDLINE | CrossRef
18. Pauw I, Brener L. “*You are just whores—you can’t be raped*”: barriers to safer sex practices among women street sex workers in Cape Town. *Cult Health Sexuality* 2003; 5: 465–481.
19. de Graaf R, vanwesenbeeck I, van Zessen G, Straver C, Visser J. *Alcohol and drug use in heterosexual and homosexual prostitution, and its relation to protection behaviour*. *AIDS Care* 1995; 7: 35–47.
20. In: Goldman L, Bennett J, eds. *Cecil textbook of medicine*. Philadelphia: WB Saunders, 2000:.
21. Patrick DM, Tyndall MW, Cornelisse PG, et al. *Incidence of hepatitis C virus infection among injection drug users during an outbreak of HIV infection*. *Can Med Assoc J* 2001; 165: 889–895.
22. Spittal PM, Craib KJ, Wood E, et al. *Risk factors for elevated HIV incidence rates among female injection drug users in Vancouver*. *Can Med Assoc J* 2002; 166: 894–899.

23. El Bassel N, Witte SS, Wada T, Gilbert L, Wallace J. *Correlates of partner violence among female street-based sex workers: substance abuse, history of childhood abuse, and HIV risks*. AIDS Patient Care STDS 2001; 15: 41-51. MEDLINE
24. WHO. *Sex work in Asia*. Geneva: World Health Organization, 2001:.
25. Cohen E, Navaline H, Metzger D. *High-risk behaviors for HIV: a comparison between crack-abusing and opioid-abusing African-American women*. J Psychoactive Drugs 1994; 26: 233-241. MEDLINE
26. Silbert MH, Pines AM, Lynch T. *Substance abuse and prostitution*. J Psychoactive Drugs 1982; 14: 193-197. MEDLINE
27. Pedersen W, Hegna K. *Children and adolescents who sell sex: a community study*. Soc Sci Med 2003; 56: 135-147. MEDLINE | CrossRef
28. Thuy NTT, Lindan CP, Hoan NX, Barclay J, Khiem HB. *Sexual risk behavior of women in entertainment services*. AIDS Behav 2000; 4: 93-101. CrossRef
29. Trocki KF, Leigh BC. *Alcohol consumption and unsafe sex: a comparison of heterosexuals and homosexual men*. J Acquir Immune Defic Syndr 1991; 4: 981-986.
30. In: Holmes KK, Sparling PF, Mardh P-A, eds. *Sexually transmitted diseases*. New York: McGraw-Hill, 1999:.
31. Plummer FA, Nagelkerke NJ, Moses S, Ndinya-Achola JO, Bwayo J, Ngugi E. *The importance of core groups in the epidemiology and control of HIV-1 infection*. AIDS 1991; 5 (suppl 1): S169-S176.
32. Ghys PD, Diallo MO, Ettiegne-Traore V, et al. *Increase in condom use and decline in HIV and sexually transmitted diseases among female sex workers in Abidjan, Cote d'Ivoire, 1991-1998*. AIDS 2002; 16: 251-258. MEDLINE | CrossRef
33. Morison L, Weiss HA, Buve A, et al. *Commercial sex and the spread of HIV in four cities in sub-Saharan Africa*. AIDS 2001; 15 (suppl 4): S61-S69. CrossRef
34. Paris M, Gotuzzo E, Goyzueta G, et al. *Prevalence of gonococcal and chlamydial infections in commercial sex workers in a Peruvian Amazon city*. Sex Transm Dis 1999; 26: 103-107. MEDLINE | CrossRef
35. Nessa K, Waris SA, Alam A, et al. *Sexually transmitted infections among brothel-based sex workers in Bangladesh: high prevalence of asymptomatic infection*. Sex Transm Dis 2005; 32: 13-19. MEDLINE | CrossRef
36. Feldblum PJ, Hatzell T, van Damme K, Nasution M, Rasamindrakotroka A, Grey TW. *Results of a randomized trial of male condom promotion among Madagascar sex workers*. Sex Transm Infect 2005; 81: 166-172. MEDLINE | CrossRef
37. Kerrigan D, Ellen JM, Moreno J, et al. *Environmental-structural factors significantly associated with consistent condom use among female sex workers in the Dominican Republic*. AIDS 2003; 17: 415-423. MEDLINE | CrossRef
38. Ngugi EN, Branigan E, Jackson DJ. *Interventions for commercial sex workers and their clients* In: Gibney L, DiClemente RJ, Vermund SH, eds. Preventing HIV in developing countries. New York: Kluwer Academic/Plenum, 1999: 205-229.
39. Spina M, Mancuso S, Sinicco A, et al. *Human immunodeficiency virus prevalence and condom use among female sex workers in Italy*. Sex Transm Dis 1998; 25: 451-454. MEDLINE | CrossRef
40. Liao SS, Schensul J, Wolfers I. *Sex-related health risks and implications for interventions with hospitality girls in Hainan, China*. AIDS Educ Prev 2003; 15: 109-121. MEDLINE | CrossRef

41. Holmes KK. *Human ecology and behavior and sexually transmitted bacterial infections*. Proc Natl Acad Sci USA 1994; 91: 2448-2455. MEDLINE | CrossRef
42. Padian NS, Shiboski SC, Jewell NP. *Female-to-male transmission of human immunodeficiency virus*. JAMA 1991; 266: 1664-1667. MEDLINE
43. Seidlin M, Vogler M, Lee E, Lee YS, Dubin N. *Heterosexual transmission of HIV in a cohort of couples in New York City*. AIDS 1993; 7: 1247-1254. MEDLINE
44. Dallabetta GA, Miotti PG, Chipangwi JD, Liomba G, Canner JK, Saah AJ. *Traditional vaginal agents: use and association with HIV infection in Malawian women*. AIDS 1995; 9: 293-297. MEDLINE
45. Wolner-Hanssen P, Eschenbach DA, Paavonen J, Stevens CE, Kiviat NB, Critchlow C. *Association between vaginal douching and acute pelvic inflammatory disease*. JAMA 1990; 263: 1936-1941. MEDLINE
46. Runganga A, Pitts M, McMaster J. *The use of herbal and other agents to enhance sexual experience*. Soc Sci Med 1992; 35: 1037-1042. MEDLINE | CrossRef
47. Donovan B. *The repertoire of human efforts to avoid sexually transmissible diseases: past and present*. Sex Transm Infect 2000; 76: 88-93. MEDLINE | CrossRef
48. Church S, Henderson M, Barnard M, Hart G. *Violence by clients towards female prostitutes in different work settings: questionnaire survey*. BMJ 2001; 322: 524-525.
49. Potterat JJ, Brewer DD, Muth SQ, et al. *Mortality in a long-term cohort of prostitute women*. Am J Epidemiol 2004; 159: 778-785. MEDLINE | CrossRef
50. Nemoto T, Iwamoto M, Wong S, Le MN, Operario D. *Social factors related to risk for violence and sexually transmitted infections/HIV among Asian massage parlor workers in San Francisco*. AIDS Behav 2004; 8: 474-483.
51. Dunkle KL, Jewkes RK, Brown HC, Gray GE, McIntyre JA, Harlow SD. *Gender-based violence, relationship power, and risk of HIV infection in women attending antenatal clinics in South Africa*. Lancet 2004; 363: 1415-1421. Abstract | Full Text | Full-Text PDF (117 KB) | CrossRef
52. In: Linge G, Porter D, eds. *No place for borders: the HIV/AIDS epidemic and development in Asia and the Pacific*. New York: St Martin's Press, 1997:.
53. In: Lewis M, Bamber S, Waugh M, eds. *Sex, disease, and society: a comparative history of sexually transmitted diseases and HIV/AIDS in Asia and the Pacific*. Westport, CT, USA: Greenwood Press, 1997:.
54. Wojcicki JM, Malala J. *Condom use, power and HIV/AIDS risk: sex-workers bargain for survival in Hillbrow/Joubert Park/Berea, Johannesburg*. Soc Sci Med 2001; 53: 99-121. MEDLINE | CrossRef
55. Agha S, Nchima MC. *Life-circumstances, working conditions and HIV risk among street and nightclub-based sex workers in Lusaka, Zambia*. Cult Health Sexuality 2004; 6: 283-299.
56. Aral SO, StLawrence JS, Tikhonova L, et al. *The social organization of commercial sex work in Moscow, Russia*. Sex Transm Dis 2003; 30: 39-45. MEDLINE | CrossRef
57. Wallman S. *Global threats, local options, personal risk: dimensions of migrant sex work in Europe*. Health Risk Soc 2002; 3: 75-87.
58. Wolffers I, Verghis S, Marin M. *Migration, human rights, and health*. Lancet 2003; 362: 2019-2020. Full Text | Full-Text PDF (55 KB) | CrossRef
59. Vanwesenbeeck I, van Zessen G, deGraaf R, Straver CJ. *Contextual and interactional factors influencing condom use in heterosexual prostitution contacts*. Patient Educ Couns 1994; 24: 307-322. MEDLINE | CrossRef



60. Morton AN, Tabrizi SN, Garland SM, Lee PJ, Reid PE, Fairley CK. *Will the legalisation of street sex work improve health?* Sex Transm Infect 2002; 78: 309. MEDLINE | CrossRef
61. Blankenship KM, Koester S. *Criminal law, policing policy, and HIV risk in female street sex workers and injection drug users.* J Law Med Ethics 2002; 30: 548-559. MEDLINE | CrossRef
62. Lowndes CM, Alary M, Platt L. *Injection drug use, commercial sex work, and the HIV/STI epidemic in the Russian Federation.* Sex Transm Dis 2003; 30: 46-48. MEDLINE | CrossRef
63. Ahmad K. *Call for decriminalisation of prostitution in Asia.* Lancet 2001; 358: 643. Full Text | Full-Text PDF (40 KB) | MEDLINE | CrossRef
64. Rio LM. *Psychological and sociological research and the decriminalization or legalization of prostitution.* Arch Sex Behav 1991; 20: 205-218. MEDLINE | CrossRef
65. Snell JG. *Mandatory HIV testing and prostitution: the world's oldest profession and the world's newest deadly disease.* Hastings Law J 1994; 45: 1565-1592.
66. UNICEF East Asia and Pacific. *Children on the edge.* – [http://www.unicef.org/vietnam/resources\\_896.html](http://www.unicef.org/vietnam/resources_896.html) (accessed July 15, 2005).
67. Willis BM, Levy BS. *Child prostitution: global health burden, research needs, and interventions.* Lancet 2002; 359: 1417-1422. Abstract | Full Text | Full-Text PDF (95 KB) | MEDLINE | CrossRef
68. In: Brown T, Chan R, Mugrditchian D, eds. *Sexually transmitted diseases in Asia and the Pacific.* Armidale, Australia: Venereology Publishing, 1998.
69. Nguyen AT, Nguyen TH, Pham KC, et al. *Intravenous drug use among street-based sex workers: a high-risk behaviour for HIV transmission.* Sex Transm Dis 2004; 31: 15-19. MEDLINE | CrossRef
70. UN. *Protocol to prevent, suppress, and punish trafficking in persons, especially women and children, supplementing the United Nations convention against transnational organized crime.* Geneva: United Nations, 2000.
71. UNAIDS. *Report on the global HIV/AIDS epidemic 2002.* Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, 2004.
72. Kilmarx PH, Limpakarnjanarat K, Mastro TD, Saisorn S, Kaewkungwal J, Korattana S. *HIV-1 seroconversion in a prospective study of female sex workers in northern Thailand: continued high incidence among brothel-based women.* AIDS 1998; 12: 1889-1898. MEDLINE
73. Silliman J, Bhattecharjee A. *Policing the national body: sex, race, and criminalization.* Cambridge, MA, USA: South End Press, 2002.
74. In: Gibney L, DiClemente RJ, Vermund SH, eds. *Preventing HIV in developing countries.* New York: Kluwer Academic/Plenum, 1999.
75. Cwikel J, Ilan K, Chudakov B. *Women brothel workers and occupational health risks.* J Epidemiol Community Health 2003; 57: 809-815. CrossRef
76. United Nations Development Fund for Women (UNIFEM). *Trafficking in women and children: Mekong sub-region.* Geneva: United Nations Development Fund for Women, 1998:.
77. Hunt C. *Migrant labour and sexually transmitted disease: AIDS in Africa.* J Health Soc Behav 1989; 30: 353-373. MEDLINE | CrossRef
78. Decosas J, Adrien A. *Migration and HIV.* AIDS 1997; 11 (suppl A): S77-S84.
79. Zuma K, Gouws E, Williams B, Lurie M. *Risk factors for HIV infection among women in Carletonville, South Africa: migration, demography and sexually transmitted diseases.* Int J STD AIDS 2003; 14: 814-817. MEDLINE | CrossRef

80. Wolffers I, Fernandez I, Verghis S, Vink M. *Sexual behaviour and vulnerability of migrant workers for HIV infection*. *Cult Health Sexuality* 2002; 4: 459-473.
81. Grayman JH, Nhan DT, Huong PT, Jenkins RA, Carey JW, West GR, Minh TT. *Factors associated with HIV testing, condom use, and sexually transmitted infections among female sex workers in Nha Trang, Vietnam*. *AIDS Behav* 2005; 9: 41-51. MEDLINE | CrossRef
82. World Health Organization. *Sex Work Toolkit*. – <http://www.who.int/hiv/toolkit/sw> (accessed July 13, 2005).
83. Morris M, Podhisita C, Wawer MJ, Handcock MS. *Bridge populations in the spread of HIV/AIDS in Thailand*. *AIDS* 1996; 10: 1265-1271. MEDLINE
84. Leng BH, Detels R, Sopheap H, Mun P. *The role of sex worker clients in transmission of HIV in Cambodia*. *Int J STD AIDS* 2005; 16: 170-174. MEDLINE | CrossRef
85. Mardh PA, Shoubnikova M, Genc M, Chaplinkas S, Unzeitig V. *Health care of female commercial sex workers*. *Eur J Contracept Reprod Health Care* 1999; 4: 165-180. MEDLINE | CrossRef
86. O'Connor CC, Berry G, Rohrsheim R, Donovan B. *Sexual health status and use of condoms among local and international sex workers in Sydney*. *Genitourin Med* 1996; 72: 47-51. MEDLINE
87. Hansen H, Lopez-Iftikhar MM, Alegria M. *The economy of risk and respect: accounts by Puerto Rican sex workers of HIV risk taking*. *J Sex Res* 2002; 39: 292-301. MEDLINE
88. Wolffers, Triyoga RS, Basuki E, Yudhi D, Deville W, Hargono R. *Pacar and Tamu: Indonesian women sex workers' relationships with men*. *Cult Health Sexuality* 1999; 1: 39-53.
89. Khamboonruang C, Beyrer C, Natpratan C, et al. *Human immunodeficiency virus infection and self-treatment for sexually transmitted diseases among northern Thai men*. *Sex Transm Dis* 1996; 23: 264-269. MEDLINE
90. Abellanosa I, Nichter M. *Antibiotic prophylaxis among commercial sex workers in Cebu City, Philippines: patterns of use and perceptions of efficacy*. *Sex Transm Dis* 1996; 23: 407-412. MEDLINE
91. Ruggao S, Beyrer C, Tovananabutra S, et al. *Multiple condom use and decreased condom breakage and slippage in Thailand*. *J Acquir Immune Defic Syndr Hum Retrovirol* 1997; 14: 169-173. MEDLINE
92. Rojanapithayakorn W, Goedken J. *Lubrication use in condom promotion among commercial sex workers and their clients in Ratchaburi, Thailand*. *J Med Assoc Thai* 1995; 78: 350-354. MEDLINE
93. Blanchard JF, O'Neil J, Ramesh BM, Bhattacharjee P, Orchard T, Moses S. *Understanding the social and cultural contexts of female sex workers in Karnataka, India: implications for prevention of HIV infection*. *J Infect Dis* 2005; 191 (suppl 1): S139-S146. CrossRef
94. Yadav G, Refkin S, Ngugi E, et al. *Associations of sexual risk taking among Kenyan female sex workers after enrollment in an HIV-1 prevention trial*. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2005; 38: 329-334. MEDLINE
95. UNAIDS. *Summary booklet of best practices*. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, 1999.
96. Ngugi EN, Wilson D, Sebstad J, Plummer FA, Moses S. *Focused peer-mediated educational programs among female sex workers to reduce sexually transmitted disease and human immunodeficiency virus transmission in Kenya and Zimbabwe*. *J Infect Dis* 1996; 174 (suppl 2): S240-S247.
97. Ford K, Wirawan DN, Suastina SS, Reed BD, Muliawan P. *Evaluation of a peer education programme for female sex workers in Bali, Indonesia*. *Int J STD AIDS* 2000; 11: 731-733. MEDLINE | CrossRef

98. Donovan B. *Sexually transmissible infections other than HIV*. Lancet 2004; 363: 545-556. Abstract | Full Text | Full-Text PDF (2781 KB) | CrossRef
99. Merson MH, Dayton JM, O'Reilly K. *Effectiveness of HIV prevention interventions in developing countries*. AIDS 2000; 14 (suppl 2): S68-S84. CrossRef
100. Tawil O, O'Reilly K, Coulibaly IM, et al. *HIV prevention among vulnerable populations: outreach in the developing world*. AIDS 1999; 13 (suppl A): S239-S247.
101. Wendell DA, Cohen DA, LeSage D, Farley TA. *Street outreach for HIV prevention: effectiveness of a state-wide programme*. Int J STD AIDS 2003; 14: 334-340. MEDLINE | CrossRef
102. Hutton G, Wyss K, N'Diekhon Y. *Prioritization of prevention activities to combat the spread of HIV/AIDS in resource constrained settings: a cost-effectiveness analysis from Chad, Central Africa*. Int J Health Plann Manage 2003; 18: 117-136. MEDLINE | CrossRef
103. Hilton BA, Thompson R, Moore-Dempsey L. *Evaluation of the AIDS Prevention Street Nurse Program: one step at a time*. Can J Nurs Res 2000; 32: 17-38. MEDLINE
104. Barnitz L. *Effectively responding to the commercial sexual exploitation of children: a comprehensive approach to prevention, protection, and reintegration services*. Child Welfare 2001; 80: 597-610. MEDLINE
105. Raman S. *Positive reinforcement to promote safer sex among clients*. AIDS Health Promot Exch 1992; 1: 6-9.
106. Wawer MJ, Podhisita C, Kanungsukkasem U, Pramualratana A, McNamara R. *Origins and working conditions of female sex workers in urban Thailand: consequences of social context for HIV transmission*. Soc Sci Med 1996; 42: 453-462. MEDLINE | CrossRef
107. UNAIDS. *Female sex worker HIV prevention projects: lessons learnt from Papua New Guinea, India and Bangladesh*. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, 2000:.
108. Chege MN, Kabiru EW, Mbithi JN, Bwayo JJ. *Childcare practices of commercial sex workers*. East Afr Med J 2002; 79: 382-389.
109. Pyett PM, Warr DJ. *Vulnerability on the streets: female sex workers and HIV risk*. AIDS Care 1997; 9: 539-547.
110. Cohen M, Deamant C, Barkan S, et al. *Domestic violence and childhood sexual abuse in HIV-infected women and women at risk for HIV*. Am J Public Health 2000; 90: 560-565. MEDLINE
111. Wong ML, Lubek I, Dy BC, Pen S, Kros S, Chhit M. *Social and behavioural factors associated with condom use among direct sex workers in Siem Reap, Cambodia*. Sex Transm Infect 2003; 79: 163-165. MEDLINE | CrossRef
112. Alexander P. *Key issues in sex work-related HIV/AIDS/STD prevention interventions*. AIDS Health Promot Exch 1992; 1: 4-6.
113. Van Griensven GJ, Limanonda B, Ngaokoew S, Ayuthaya SI, Poshychinda V. *Evaluation of a targeted HIV prevention programme among female commercial sex workers in the south of Thailand*. Sex Transm Infect 1998; 74: 54-58. MEDLINE
114. Misra G, Mahal A, Shah R. *Protecting the rights of sex workers: the Indian experience*. Health Hum Rights 2000; 5: 88-115. MEDLINE | CrossRef
115. Williamson C, Folaron G. *Violence, risk, and survival strategies of street prostitution*. West J Nurs Res 2001; 23: 463-475. MEDLINE | CrossRef
116. Overs C. *Seropositive sex workers and HIV/AIDS prevention: a need for realistic policy development*. AIDS Health Promot Exch 1992; 1: 1-3.

117. Ford N, Koetsawang S. *A pragmatic intervention to promote condom use by female sex workers in Thailand*. Bull World Health Organ 1999; 77: 888-894. MEDLINE
118. Chai Project. *Tricks of the trade: health and safety tips for street sexworkers*. 2000. — <http://www.harmreduction.org> (accessed July 13, 2005).
119. Hanenberg RS, Rojanapithayakorn W, Kunasol P, Sokal DC. *Impact of Thailand's HIV-control programme as indicated by the decline of sexually transmitted diseases*. Lancet 1994; 344: 243-245. MEDLINE | CrossRef
120. Buckingham RW, Moraros J, Bird Y, Meister E, Webb NC. *Factors associated with condom use among brothel-based female sex workers in Thailand*. AIDS Care 2005; 17: 640-645.
121. Asthana S, Oostvogels R. *Community participation in HIV prevention: problems and prospects for community-based strategies among female sex workers in Madras*. Soc Sci Med 1996; 43: 133-148. MEDLINE | CrossRef
122. Bandyopadhyay N, Banerjee B. *Sex workers in Calcutta organize themselves to become agents for change*. Sexual Health Exch 1999; 2: 6-8.
123. Ness RB, Randall H, Richter HE, et al. *Condom use and the risk of recurrent pelvic inflammatory disease, chronic pelvic pain, or infertility following an episode of pelvic inflammatory disease*. Am J Public Health 2004; 94: 1327-1329. MEDLINE
124. UNAIDS. *The public health approach to STD control. UNAIDS technical update*. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, 2000.
125. Gerofi J, Deniaud F, Friel P. *Interaction of condom design and user techniques and condom acceptability*. Contraception 1995; 52: 223-228. MEDLINE | CrossRef
126. Fontanet AL, Saba J, Chandelying V, et al. *Protection against sexually transmitted diseases by granting sex workers in Thailand the choice of using the male or female condom: results from a randomized controlled trial*. AIDS 1998; 12: 1851-1859. MEDLINE
127. Deniaud F. *Current status of the female condom*. Sante 1997; 7: 405-415. MEDLINE
128. French PP, Latka M, Gollub EL, Rogers C, Hoover DR, Stein ZA. *Use-effectiveness of the female versus male condom in preventing sexually transmitted disease in women*. Sex Transm Dis 2003; 30: 433-439. MEDLINE | CrossRef
129. Gollub EL. *The female condom: tool for women's empowerment*. Am J Public Health 2000; 90: 1377-1381. MEDLINE
130. Marseille E, Kahn JG, Billingham K, Saba J. *Cost-effectiveness of the female condom in preventing HIV and STDs in commercial sex workers in rural South Africa*. Soc Sci Med 2001; 52: 135-148. MEDLINE | CrossRef
131. Yimin C, Zhaohui L, Xianmi W, et al. *Use of the female condom among sex workers in China*. Int J Gynaecol Obstet 2003; 81: 233-239. Abstract | Full Text | Full-Text PDF (70 KB) | MEDLINE | CrossRef
132. UNAIDS. *Microbicides for HIV prevention*. UNAIDS technical update. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, 1998:.
133. Smith RJ, Bodine EN, Wilson DP, Blower SM. *Evaluating the potential impact of vaginal microbicides to reduce the risk of acquiring HIV in female sex workers*. AIDS 2005; 19: 413-421. MEDLINE
134. World Health Organization. *Future access to HIV vaccines*. Report from a WHO-UNAIDS Consultation, Geneva, 2–3 October 2000. AIDS 2001; 15: W27-W44. MEDLINE

135. Nelson KE, Beyrer C, Natpratan C, Eiumtrakul S, Celentano DD, Khamboonruang C. *Preparatory studies for possible HIV vaccine trials in northern Thailand*. AIDS Res Hum Retroviruses 1994; 10 (suppl 2): S243-S246.
136. Martin HL Jr, Jackson DJ, Mandaliya K, et al. *Preparation for AIDS vaccine evaluation in Mombasa, Kenya: establishment of seronegative cohorts of commercial sex workers and trucking company employees*. AIDS Res Hum Retroviruses 1994; 10 (suppl 2): S235-S237.
137. Mak R, Traen A, Claeysens M, van Renterghem L, Leroux-Roels G, van Damme P. *Hepatitis B vaccination for sex workers: do outreach programmes perform better?* Sex Transm Infect 2003; 79: 157-159. MEDLINE | CrossRef
138. Francois G, Hallauer J, van Damme P. *Hepatitis B vaccination: how to reach risk groups*. Vaccine 2002; 21: 1-4. CrossRef
139. Fonck K, Kaul R, Keli F, et al. *Sexually transmitted infections and vaginal douching in a population of female sex workers in Nairobi, Kenya*. Sex Transm Infect 2001; 77: 271-275. MEDLINE | CrossRef
140. Wilkinson D, Tholandi M, Ramjee G, Rutherford GW. *Nonoxynol-9 spermicide for prevention of vaginally acquired HIV and other sexually transmitted infections: systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials including more than 5000 women*. Lancet Infect Dis 2002; 2: 613-617. Abstract | Full Text | Full-Text PDF (133 KB) | MEDLINE | CrossRef
141. Hillier SL, Moench T, Shattock R, Black R, Reichelderfer P, Vreones F. *In vitro and in vivo: the story of nonoxynol 9*. J Acquir Immune Defic Syndr; 39: 1-8.
142. Ghys PD, Diallo MO, Ettiegne-Traore V, et al. *Effect of interventions to control sexually transmitted disease on the incidence of HIV infection in female sex workers*. AIDS 2001; 15: 1421-1431. MEDLINE | CrossRef
143. UNFPA and IPPF. *Integrating HIV voluntary counselling and testing services into reproductive health settings: stepwise guidelines for programme planners, managers and service providers*. London, UK: United Nations Population Fund and International Planned Parenthood Federation South Asia Regional Office, 2004.
144. Dehne KL, Snow R, O'Reilly KR. *Integration of prevention and care for sexually transmitted infections with family planning services: what is the evidence for public health benefits?* Bull World Health Organ 2000; 78: 628-639. MEDLINE
145. Greenberg J, Lifshay J, van Devanter N, Gonzales V, Celentano D. *Preventing HIV infection: the effects of community linkages, time, and money on recruiting and retaining women in intervention groups*. J Womens Health 1998; 7: 587-596. MEDLINE
146. Delvaux T, Crabbe F, Seng S, Laga M. *The need for family planning and safe abortion services among women sex workers seeking STI care in Cambodia*. Reprod Health Matters 2003; 11: 88-95. Abstract | Full Text | Full-Text PDF (156 KB) | MEDLINE
147. Steen R, Vuylsteke B, DeCoito T, et al. *Evidence of declining STD prevalence in a South African mining community following a core-group intervention*. Sex Transm Dis 2000; 27: 1-8. MEDLINE
148. O'Connor CA, Patsdaughter CA, Grindel CG, Taveira PF, Steinberg JL. *A mobile HIV education and testing program: bringing services to hard-to-reach populations*. AIDS Patient Care STDS 1998; 12: 931-937. MEDLINE
149. Weiner A. *Understanding the social needs of streetwalking prostitutes*. Soc Work 1996; 41: 97-105. MEDLINE
150. UNAIDS. *Population mobility and AIDS*. UNAIDS technical update. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, 2001:.

151. Gilks CF, Godfrey-Faussett P, Batchelor BI, et al. *Recent transmission of tuberculosis in a cohort of HIV-1-infected female sex workers in Nairobi, Kenya*. AIDS 1997; 11: 911-918. MEDLINE
152. Chan R, Khoo L, Ho TH, et al. *A comparative study of cervical cytology, colposcopy and PCR for HPV in female sex workers in Singapore*. Int J STD AIDS 2001; 12: 159-163. MEDLINE
153. Fang CT, Hsu HM, Twu SJ. *Decreased HIV transmission after a policy of providing free access to highly active antiretroviral therapy in Taiwan*. J Infect Dis 2004; 190: 879-885. MEDLINE
154. Cowan FM, Hargrove JW, Langhaug LF, et al. *The appropriateness of core group interventions using presumptive periodic treatment among rural Zimbabwean women who exchange sex for gifts or money*. J Acquir Immune Defic Syndr 2005; 38: 202-207. MEDLINE
155. Alexander P. *Sex work and health: a question of safety in the workplace*. J Am Med Womens Assoc 1998; 53: 77-82. MEDLINE
156. Maticka-Tyndale E, Lewis J, Clark JP, Zubick J, Young S. *Social and cultural vulnerability to sexually transmitted infection: the work of exotic dancers*. Can J Public Health 1999; 90: 19-22. MEDLINE
157. Ward H, Day S, Weber J. *Risky business: health and safety in the sex industry over a 9 year period*. Sex Transm Infect 1999; 75: 340-343. MEDLINE
158. UNAIDS. *HIV/AIDS and human rights*. New York and Geneva: United Nations Publications, 2001.
159. Workcover New South Wales. *Health and safety guidelines for brothels*. 2001. — <http://www.workcover.nsw.gov.au> (accessed July 13, 2005).
160. Australian Capital Territory (ACT) Workcover. *ACT sex industry code of practice*. 1989. — <http://www.workcover.act.gov.au> (accessed July 13, 2005).
161. Scarlet Alliance with the Australian Federation of AIDS Organizations. *A guide to best practice: occupational health and safety in the Australian sex industry*. 1999. — <http://www.scarletalliance.org.au/pub/> (accessed July 13, 2005).
162. Visrutaratna S, Lindan CP, Sirhorachai A, Mandel JS. “*Superstar*” and “*model brothel*”: *developing and evaluating a condom promotion program for sex establishments in Chiang Mai, Thailand*. AIDS 1995; 9 (suppl 1): S69-S75.
163. Jenkins C, Rahman H. *Rapidly changing conditions in the brothels of Bangladesh: impact on HIV/STD*. AIDS Educ Prev 2002; 14: 97-106. MEDLINE
164. United Nations Development Fund for Women (UNIFEM). *UNIFEM's internet working group to end violence against women: summary*. Geneva: United Nations Development Fund for Women, 1999.
165. Hepburn M. *Prostitution: would legalisation help?* BMJ 1993; 307: 1370-1371.
166. Wolffers I, van Beelen N. *Public health and the human rights of sex workers*. Lancet 2003; 361: 1981. Full Text | Full-Text PDF (281 KB) | MEDLINE
167. Mann JM, Tarantola JM. *From vulnerability to human rights* In: Mann JM, Tarantola JM, eds. AIDS in the world II. New York: Oxford University Press, 1996: 463-476.
168. UNAIDS. *HIV/AIDS human rights and law*. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, 2003.
169. Aral SO, Mann JM, Bamgbose O. *Commercial sex work and STD: the need for policy interventions to change societal patterns*. Sex Transm Dis 1998; 25: 455-456. MEDLINE

170. UNAIDS. *Innovative approaches to HIV prevention*. UNAIDS best practice collection. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, 2000:.
171. Duckett M. *Migrant's right to health*. Geneva: UNAIDS and the International Organization for Migration, 2001.
172. Dimenstein G. *Meninas da noite (little girls of the night)*. Sao Paulo, Brazil: Editora Atica SA, 2000:.
173. Finger C. *Brazil pledges to eliminate sexual exploitation of children*. Lancet 2003; 361: 1196. Full Text | Full-Text PDF (50 KB) | MEDLINE
174. Walker KE. *Exploitation of children and young people through prostitution*. J Child Health Care 2002; 6: 182-188. MEDLINE
175. Bronfman MN, Leyva R, Negroni MJ, Rueda CM. *Mobile populations and HIV/AIDS in Central America and Mexico: research for action*. AIDS 2002; 16 (suppl 3): S42-S49.
176. Tan ML, Brown T. *Social policy, human rights, and HIV/AIDS in Asia and the Pacific*. AIDS 1994; 8 (suppl 2): S207-S213.
177. *Children as a saleable commodity*. Lancet 2001; 358: 2095-2129. Full Text | Full-Text PDF (31 KB) | MEDLINE
178. Health Canada. *Population health approach*. Determinants of health. Ottawa, Canada: Health Canada, 2002.
179. World Health Organization. *WHO as an organization*. Geneva: World Health Organization, 2002.



## ВЕДЕНИЕ СЕКС-РАБОТНИКОВ

**Источник: «Канадское руководство по инфекциям, передающимся половым путем»**

Canadian Guidelines on Sexually Transmitted Infections, 2006 Edition

**Перевод: Юрий Саранков**

### Определение

Секс-работники — это женщины, мужчины или трансгендрные молодые или взрослые люди, которые получают деньги, кров или вещи в обмен на предоставление сексуальных услуг, регулярно или от случая к случаю, и которые сознательно или неосознанно считают эти действия источником дохода [16]. Не существует надежных вербальных или визуальных признаков, по которым можно определить, является ли пациент секс-работником или нет. Если это возможно, пациентам необходимо спросить, получали ли они когда-нибудь деньги, кров или вещи в обмен на сексуальные услуги.

### Эпидемиология

Секс-работники имеют повышенный риск в отношении инфекций, передающихся половым путем (ИППП), включая ВИЧ, по причине следующих факторов:

- ▶ Недостаток контроля (например, клиенты, которые отказываются использовать презервативы);
- ▶ Риски, связанные с образом жизни, такие как насилие, употребление наркотиков и мобильность [16];
- ▶ Стигматизация и маргинализация;
- ▶ Ограниченные финансовые возможности;
- ▶ Ограниченный доступ к медицинским, социальным и юридическим службам;
- ▶ Ограниченный доступ к информации о профилактике и методах лечения;
- ▶ Проблемы гендерных различий и неравенства;
- ▶ Сексуальное насилие, включая торговлю людьми (траффик) и детскую проституцию;
- ▶ Законодательство и политические решения, затрагивающие права секс-работников;



- ▶ Проблемы психического здоровья;
- ▶ Заключение под стражу;
- ▶ Недостаток семейной и социальной поддержки.

Из-за частой смены партнеров секс-работники в значительной степени способствуют трансмиссии ИППП, особенно тех, которые имеют короткие периоды инфекционности, такие как сифилис и гонорея [11]. Исследования в развитых и развивающихся странах показали повышенные показатели распространенности и частоты новых случаев ИППП и ВИЧ среди секс-работников [2-3, 10-12, 14, 18-19, 21]. Секс-работники склонны реже использовать презервативы с регулярными партнерами, даже если эти люди сами по себе имеют высокий риск инфицирования ИППП и ВИЧ. Подростки и дети, которые работают в секс-бизнесе, особенно уязвимы к ИППП из-за незрелости клеток влагалища и шейки матки, повышенного риска насилия и злоупотреблений, а также из-за отсутствия навыков вести переговоры о безопасном сексе [20].

## Профилактика

Успешная профилактика ИППП/ВИЧ сосредоточена на пропаганде безопасного сексуального поведения через доступность женских и мужских презервативов и правильного их использования; улучшении навыков ведения переговоров; внедрении благоприятствующих политических решений и законов [10-11, 16]. Обучение «равные-равным», уличная работа (аутрич), доступные услуги, адвокация, развитие сообщества, координация программ и вовлеченность в работу самих секс-работников – важные принципы и стратегии профилактики [1, 7, 9-11, 15-16].

Использование смазок ассоциировано со сниженным риском инфицирования ИППП [13]. Такие спермициды как ноноксинол-9 связаны с повышенной восприимчивостью к инфекции и, как было доказано, не повышают протективный эффект презервативов [4].

Вакцинация от гепатита В должна быть доступна для секс-работников, поскольку они имеют повышенный риск инфицирования данной инфекцией [8]. Вакцинация против гепатита А должна быть доступна секс-работникам, имеющим повышенный риск, например, мужчинам-секс-работникам, которые практикуют орально-анальный контакт с мужчинами-клиентами.

## **Сбор анамнеза**

У секс-работников, посещающих клинику по лечению ИППП или проходящих медицинский осмотр, необходимо собрать анамнез по ИППП/ВИЧ и провести физикальный осмотр с акцентом на генитальную область, включая забор мазка у женщин, а также посев из глотки и прямой кишки, если есть показания [6]. Необходимо гарантировать конфиденциальность полученной информации. Для сбора анамнеза по ИППП/ВИЧ не всегда могут быть идеальные клинические условия; может потребоваться адаптация к «полевым условиям», таким как мобильные клиники. Помимо стандартного осмотра и сбора анамнеза на ИППП/ВИЧ, важно задать вопросы об употреблении наркотиков в настоящем и прошлом, о наличии постоянного партнера и использовании презерватива как с клиентами, так и с партнерами [6].

## **Забор мазка и лабораторная диагностика**

Сбор анамнеза, осмотр и созданная атмосфера общения должны создавать подходящие условия для забора мазка. После консультирования и получения информированного согласия секс-работники должны регулярно проходить тестирование на наличие сифилиса, ВИЧ-инфекции (если ВИЧ-позитивный статус еще не известен), гонореи, хламидиоза, вагинита/вагиноза и ВПЧ (если есть возможность) [6]. Важно проводить регулярный осмотр шейки матки на предмет дисплазии и/или ВПЧ. Людей, имеющих риск в отношении гепатита С, необходимо консультировать и тестировать.

В связи с характером секс-работы и социальной ситуации многих секс-работников, особое значение приобретают анализ мочи, экспресс-тесты и самостоятельный забор мазка.

## **Ведение пациентов и лечение**

У секс-работников должен быть доступ к стандартным рекомендациям по ведению и лечению пациентов с ИППП и ВИЧ/СПИДом [5]. Излечение одного секс-работника от гонореи может привести к меньшему числу вторичных случаев инфицирования и снизить риск ВИЧ-инфекции, экономя, тем самым, 120 лет жизни, адаптированных для инвалидности (DALYs), по цене меньше 1 доллара на DALY [17]. Для тех секс-работников, которые не в состоянии завершить длительный курс лечения ИППП, должны быть доступны оральные виды терапии с одно-

кратной дозировкой. Может иногда понадобиться эпидемиологическое или синдромное лечение без сбора полного анамнеза и лабораторной диагностики [6,16].

Обучение и консультирование – жизненно важный компонент для ведения секс-работников с ИППП/ВИЧ, а также и других пациентов [6,16]. Особенно важно, чтобы секс-работники знали о том, как правильно использовать презервативы, как вести переговоры о безопасном сексе и зачем нужно использовать презервативы с постоянными партнерами. Клиницистам необходимо понимать специфические ситуации риска для каждого пациента и разрабатывать индивидуальный план снижения риска для нее/него.

### **Составление отчета и оповещение**

Эпидемиологический надзор за ИППП/ВИЧ важен, а точная и оперативная отчетность является основой эффективного надзора за ИППП и социального сопровождения. Секс-работники и другие маргинализованные группы населения часто полагаются на государственные клиники, занимающиеся диагностикой и лечением ИППП/ВИЧ, так что для продвижения социального сопровождения и сотрудничества с пациентом в таких ситуациях необходимо ставить акцент на отчетность, доверие, уважение и конфиденциальность.

Партнера секс-работника (как постоянного, так и коммерческого) необходимо оповестить и предложить конфиденциальное лечение. Необходимо исследовать возможность того, что в случае оповещения в отношении секс-работника может быть проявлено насилие, и попытаться сгладить эту ситуацию, если возможно. В таком случае предпочтительней, если оповещение будет сделано со стороны медицинского учреждения или медицинского работника (сохраняя в тайне имя секс-работника).

### **Повторный контакт**

Необходимо мотивировать секс-работников на регулярное прохождение обследования на ИППП [19]. О детях и подростках, которые, возможно, подвергались сексуальной эксплуатации, необходимо сообщать в соответствующие инстанции, занимающиеся защитой детей. Секс-работники с психическими расстройствами, имеющие социальные, юридические и жилищные проблемы, должны быть перенаправлены в соответствующие службы.

## Библиография

1. Basuki E, Wolffers I, Deville W, et al. *Reasons for not using condoms among female sex workers in Indonesia*. AIDS Educ Prev 2002;14:102–116.
2. Desai VK, Kosambiya JK, Thakor HG, Umrigar DD, Khandwala BR, Bhuyan KK. *Prevalence of sexually transmitted infections and performance of STI syndromes against aetiological diagnosis, in female sex workers of red light area in Surat, India*. Sex Transm Infect 2003;79:111–115.
3. Estcourt CS, Marks C, Rohrsheim R, Johnson AM, Donovan B, Mindel A. *HIV, sexually transmitted infections, and risk behaviours in male commercial sex workers in Sydney*. Sex Transm Infect 2000;76:294–298.
4. Forbes A, Heise L. *What's up with nonoxynol-9?* Reprod Health Matters 2000;8:156–159.
5. *Guidelines for the Management of Sexually Transmitted Infections*. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2001.
6. *Guidelines for the Management of Sexually Transmitted Infections in Female Sex Workers*. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2002.
7. Ibbitson M. *Out of the sauna: sexual health promotion with "off street" sex workers*. J Epidemiol Community Health 2002;56:903–904.
8. Mak R, Traen A, Claeysens M, Van Renterghem L, Leroux-Roels G, Van Damme P. *Hepatitis B vaccination for sex workers: do outreach programmes perform better?* Sex Transm Infect 2003;79:157–159.
9. Morton AN, Wakefi eld T, Tabrizi SN, Garland SM, Fairley CK. *An outreach programme for sexually transmitted infection screening in street sex workers using self-administered samples*. Int J STD AIDS 1999;10:741–743.
10. Ngugi EN, Branigan E, Jackson DJ. *Interventions for commercial sex workers and their clients*. In: Gibney L, DiClemente RJ, Vermund SH, eds. *Preventing HIV in Developing Countries*. New York, NY: Kluwer Academic/Plenum Publishers; 1999:205–229.
11. Plummer FA, Coutinho RA, Ngugi EN, Moses S. *Sex workers and their clients in the epidemiology and control of sexually transmitted diseases*. In: Holmes KK, Sparling PF, Mardh P-A, et al, eds. *Sexually Transmitted Diseases*. 3rd ed. New York, NY: McGraw-Hill; 1999:143–150.
12. Poulin C, Alary M, Bernier F, Carbonneau D, Boily MC, Joly JR. *Prevalence of Chlamydia trachomatis and Neisseria gonorrhoeae among at-risk women, young sex workers, and street youth attending community organizations in Quebec City, Canada*. Sex Transm Dis 2001;28:437–443.
13. Rojanapithayakorn W, Goedken J. *Lubrication use in condom promotion among commercial sex workers and their clients in Ratchaburi, Thailand*. J Med Assoc Thai 1995;78:350–354.
14. Roy E, Haley N, LeClerc P, et al. *Prevalence of HIV infection and risk behaviours among Montreal street youth*. Int J STD AIDS 2000;11:241–247.
15. Sanchez J, Campos PE, Courois B, et al. *Prevention of sexually transmitted diseases (STDs) in female sex workers: prospective evaluation of condom promotion and strengthened STD services*. Sex Transm Dis 2003;30:273–279.
16. *Sex Work and HIV/AIDS*. Geneva, Switzerland: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS; 2002.
17. *The Public Health Approach to STD Control*. Geneva, Switzerland: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS; 1998.
18. Tsunoe H, Tanaka M, Nakayama H, et al. *High prevalence of Chlamydia trachomatis, Neisseria gonorrhoeae and Mycoplasma genitalium in female commercial sex workers in Japan*. Int J STD AIDS 2000;11:790–794.

19. Uribe-Salas F, Hernandez-Avila M, Juarez-Figueroa L, Conde-Glez CJ, Uribe-Zuniga P. *Risk factors for herpes simplex type 2 infection among female commercial sex workers in Mexico City.* Int J STD AIDS 1999;10:105–111.
20. Willis BM, Levy BS. *Child prostitution: global health burden, research needs, and interventions.* Lancet 2002;359:1417–1422.
21. Zachariah R, Spielmann MP, Harries AD, Nkhoma W, Chantulo A, Arendt V. *Sexually transmitted infections and sexual behaviour among commercial sex workers in a rural district of Malawi.* Int J STD AIDS 2003;14:185–188.

## КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД К ВЕДЕНИЮ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ

**Источник: «Руководство по лечению инфекций, передающихся половым путем, среди секс-работниц»**

(GUIDELINES FOR THE MANAGEMENT OF SEXUALLY TRANSMITTED INFECTIONS IN FEMALE SEX WORKERS. WHO, 2002)

**Перевод: Юрий Саранков**

Люди, которые являются носителями ИППП, также подвергают себя и риску инфицирования ВИЧ. Консультация по поводу ИППП дает возможность не только пролечить людей с ИППП, но также и обучить их способам профилактики инфицирования в будущем. Это особенно справедливо при ведении секс-работниц с ИППП. Все секс-работницы, посещающие медицинские учреждения, должны получать полный «пакет» услуг, а не просто антибиотики против конкретной инфекции.

Комплексное ведение клинического случая при ИППП включает следующие компоненты:

- ▶ постановка диагноза;
- ▶ назначение соответствующих антимикробных средств для лечения инфекции;
- ▶ проведение обучения клиента по вопросам:
  - соблюдения режима лечения (приверженность лечению);
  - характера заболевания и способов его профилактики;
  - правильного использования презервативов;
  - постоянного использования презервативов с регулярными партнерами и бойфрендами;
- ▶ обеспечение презервативами;
- ▶ назначение дня и времени для повторного обследования.

Постановка диагноза и назначение соответствующих антибиотиков для лечения инфекции обсуждались в предыдущих главах. В данной главе обсуждаются некоторые аспекты обучения и консультирования, пропаганды использования презервативов и перенаправление партнеров.

### Проведение обучения

Во время беседы врач и пациент должны обсудить следующие вопросы:

- ▶ как пациент инфицировался;

- ▶ характер заболевания и возможные осложнения;
- ▶ соблюдение режима лечения (приверженность лечению);
- ▶ воздержание от секса до полного излечения;
- ▶ как предотвратить инфицирование в будущем;
- ▶ как пользоваться презервативом;
- ▶ необходимость постоянно использовать презерватив с клиентами, а также регулярными партнерами и бойфрендами;
- ▶ необходимость повторных обследований.

Важно проинформировать секс-работников о том, что заражение ИППП происходит во время незащищенного полового контакта. Им необходимо доступно рассказать о характере их инфекционного заболевания и возможных осложнениях, а также о том, что ИППП — это серьезные заболевания, которые могут привести к инвалидности и длительным осложнениям. Например, ИППП у женщин могут привести к тяжелым внутрибрюшным воспалениям и абсцессам, а также к бесплодию и внематочной беременности. Им также нужно объяснить, что некоторые инфекции могут передаваться плоду, новорожденному, а также ребенку на грудном вскармливании, и что дети могут ослепнуть в результате непролеченной гонококковой инфекции глаз, которую они получили от инфицированной матери в момент родов. Все секс-работницы должны понимать, что ВИЧ-инфекция является неизлечимым заболеванием, которое приводит к смерти инфицированных людей, а заражение этим заболеванием происходит во время полового контакта, также как и любыми другими ИППП. Необходимо сказать секс-работницам, что они должны пройти полный курс лечения, которое было назначено, поскольку незавершенное лечение может вызвать осложнения, а повторное лечение может быть безуспешным из-за устойчивости организма к применяемым ранее лекарствам. Всех секс-работниц необходимо обучить тому, как пользоваться презервативом. Мужчины обычно не хотят пользоваться презервативом и предпочитают его не использовать. Тем не менее, если секс-работница берет на себя ответственность, она должна будет использовать этот эффективный метод для предотвращения инфицирования.

Многие секс-работницы имеют регулярных партнеров, с которыми они не используют презервативы. Очень важно обучить и проконсультировать секс-работниц относительно необходимости постоянного использования презервативов, особенно, с их регулярными партнерами. Если они не пользуются презервативами с ними, тогда у них сохраняется риск

инфицирования, поскольку их партнеры могут практиковать незащищенный секс с другими женщинами или мужчинами.

Необходимо акцентировать внимание на необходимости ежемесячных повторных обследований.

### **Консультирование людей с ИППП**

Высококвалифицированный, беспристрастный и симпатизирующий медицинский работник обычно вызывает доверие у своих пациентов. Он становится хорошим консультантом, имеет время выслушать и поговорить со своими пациентами. Консультирование «один на один» оказывает мощное воздействие, мотивируя людей изменить их сексуальное поведение. Консультирование – важный компонент в лечении ИППП, особенно «неизлечимых» ИППП, таких как генитальный герпес и ВИЧ-инфекция.

Консультирование людей с ИППП может понадобиться тогда, когда нужно:

- ▶ проинформировать регулярных партнеров и бойфрендов;
- ▶ справляться с осложнениями инфекционного заболевания;
- ▶ справляться с некоторыми неизлечимыми инфекциями;
- ▶ изменять сексуальное поведение;
- ▶ вести переговоры относительно использования презервативов.

Секс-работницы могут быть не в состоянии проинформировать своих клиентов о необходимости посещения медицинского учреждения. Тем не менее, их нужно проконсультировать относительно важности лечения, по крайней мере, их регулярных партнеров и бойфрендов. Секс-работнице может быть трудно проинформировать своего партнера (ов) и привести его (их) на лечение. Тем не менее, хороший консультант может помочь в этом. У секс-работниц может появиться страх и даже депрессия после получения информации о возможных осложнениях их заболевания. Те, у кого возникли осложнения, могут запаниковать и начать искать медицинскую помощь в разных местах, включая альтернативный сектор. Консультирование играет важную роль в такой ситуации, поскольку помогает женщине понять характер осложнений и то, как они могут повлиять на ее жизнь. Полная и точная информация должна быть



предоставлена во время консультации с помощью техник активного слушания и информирования. Часто необходимы повторные консультации. Большинство пациентов в состоянии справиться со своими инфекционными заболеваниями, поскольку существует широко принятое мнение, что большинство ИППП – излечимы. Тем не менее, временами у людей возникает депрессия и им будет нужна поддержка консультанта. Это особенно справедливо для тех людей, кто болел ИППП неоднократно. Необходимо помнить, что секс-работницам не разрешается работать и зарабатывать на жизнь, если у них обнаружена инфекция. Было доказано, что консультирование особенно полезно в ракурсе смены сексуального поведения (особенно для мотивирования тех, кто не инфицирован ВИЧ) на более безопасное с целью сохранения нынешнего статуса.

Консультирование играет решающую роль в ведении пациентов, инфицированных ВИЧ, а его важность не может быть недооценена. Фактически, консультирование начинается до тестирования пациента на ВИЧ. После получения результата консультирование пациента осуществляется в зависимости от того, положительный результат теста или отрицательный. Для людей с отрицательным результатом теста на ВИЧ консультирование должно быть нацелено на то, чтобы постараться сохранить статус негативным. Для людей с позитивным статусом консультирование должно быть направлено на то, чтобы научить их справиться с инфекцией.

Секс-работниц и их клиентов необходимо мотивировать и даже обязывать использовать презервативы в 100% случаев. Необходимо, чтобы они понимали, что их жизни могут зависеть от использования презервативов.

Помимо предоставления информации и обучения секс-работниц, проекты могут развивать потенциал уязвимых женщин с тем, чтобы они смогли сохранять свое здоровье путем принятия контроля над собственной жизнью. Такие мероприятия включают:

- ▶ улучшение доступа к медицинским службам;
- ▶ раздачу презервативов и составление формальных договоров с полицией, позволяющих секс-работницам носить презервативы, а также с увеселительными заведениями, которые дают им право отказываться от сексуальных контактов без презерватива;
- ▶ помимо этого, секс-работницам необходимо помочь сформировать навыки ведения переговоров с клиентами.

## ОСОБЕННОСТИ ОКАЗАНИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ РАБОТНИКАМ КОММЕРЧЕСКОГО СЕКСА В СИСТЕМЕ СОЦИАЛЬНОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ

**Заика Виталий Николаевич,**  
магистр практической психологии,  
Полтавский государственный педагогический  
университет имени В.Г. Короленко  
E-mail: zaika\_vitaliy@ukr.net

*Доброта в словах  
приводит к доверию,  
Доброта в мыслях  
приводит к глубине,  
Доброта в чувствах  
приводит к любви!*

«Какой бы темной ни была ночь,  
вслед за ней всегда наступит утро.»

(Низами Ганджеви)

Если не хочешь потерять человека,  
нужно уважать его уязвимые места...

Первостепенной задачей, которая сейчас стоит перед социальными работниками, психологами, медицинскими специалистами и волонтерами в рамках проекта «Профилактика ВИЧ/СПИД среди женщин-работников коммерческого секса (РКС) в Украине» является грамотное проведение мероприятий по оказанию психологической помощи целевой группе. При этом особое внимание следует уделить пониманию проблематики работников коммерческого секса, их потребностям и особенностям поведения в условиях внедрения программы по снижению вреда.

Для начала следует обозначить приоритеты в работе с клиентами из данной группы.

Первостепенными *задачами* для специалистов являются:

1. Информирование, мотивация и помощь в изменении поведения РКС, связанного с риском заражения ВИЧ;
2. Содействие социальной адаптации клиентов;
3. Вовлечение клиентов в работу по снижению вреда;
4. Проведение диагностических исследований целевой группы;
5. Оказание психологической помощи в качестве консультантов и тренеров;
6. Мониторинг качества проведенной работы с целью выявления показателей результативности.

В целях адекватного компетентного оказания психологической помощи работникам коммерческого секса следует обеспечить соблюдение главных принципов работы, которые помогают также уберечь специалиста от профессионального выгорания. К ним можно отнести *принципы*: добровольности, информированности, компетентности, толерантности, конфиденциальности, гуманности, обратной связи и др.

Овладение соответствующими *личностными качествами* по оказанию психологической помощи дает специалисту чувство уверенности в своих действиях и внутреннюю мотивацию к достижению результата. К ним относятся:

- ▶ осознанная мотивация к работе (готовность помочь);
- ▶ уважение к представителям целевой группы (сдержанность и терпимость);
- ▶ конгруэнтность (подлинность своих чувств и переживаний);
- ▶ способность к эмпатии (сопереживание, сочувствие);
- ▶ открытость (общение с человеком на его языке);
- ▶ коммуникабельность (способность к полному и правильному восприятию клиента);
- ▶ контактность (умение быстро устанавливать контакт, производить позитивное впечатление, вызывать доверие);
- ▶ ориентация на действия и достижение позитивного изменения;
- ▶ чувство контроля и безопасности;
- ▶ рефлексия.

*Методологические основы* оказания психологической помощи целевой группе имеют центральное значение в построении целостной модели социального сопровождения работников коммерческого секса. Ведь именно та научная точка зрения специалиста, на которой он строит свою деятельность по оказанию психологической помощи, влияет на выбор им средств достижения поставленных целей, куда входят и приемы, и техники психологической работы, и прогноз дальнейшего развития явления в его непосредственной связи с внутренним и внешним воздействием.

В качестве базового — в концепции оказания психологической помощи — оправдал себя *лично-ориентированный подход*, который рассматривает личность клиента как центральный психологический феномен, с которым имеет дело специалист. Именно во взаимодействии с личностью клиента происходит оптимизация социально-психологической сферы клиента.

Личность клиента рассматривается как целостная структурно-динамическая система, которая обладает способностью к адаптации в изменяющихся внешних условиях среды. Адаптация понимается как возможность индивида модифицировать себя или свое окружение, когда происходят неблагоприятные для него изменения для того, чтобы хотя бы частично восполнить потерю эффективности. Именно таким образом могут формироваться отклонения в развитии личности, которые являются лишь неэффективными способами адаптации к неблагоприятным условиям. Именно те девиации, которые мы наблюдаем у работников коммерческого сектора, являются лишь временным функциональным средством приспособления к неблагоприятным условиям, которые их вызвали.

Цель психолога – не ликвидация симптомов девиаций (как это происходит при проблемно-ориентированном подходе), а целостное изучение и гармонизация различных сторон личности клиента. При этом происходит долговременная коррекция, направленная на изучение потенциала здоровой личности (индивидуально-типологических особенностей личности), личности с девиациями (агрессия, депрессия, тревожность, суицидальность), потенциала поведения личности в пограничных ситуациях (совладающее поведение), где информация о девиациях указывает на те аспекты клиента, которые требуют психокоррекционного воздействия. Знание потенциала личности дает возможность учитывать психологические особенности индивида и вырабатывать специфические способы воздействия на клиента. А изучение поведения в стрессовых и кризисных ситуациях помогает оценить потенциал стрессоустойчивости клиента и сформировать гармоничные способы адаптации, которые не ведут к психологическим отклонениям.

*Предметом психологического консультирования*, как правило, являются проблемы повседневной жизни, связанные с трудностями развития и приспособления личности, дисгармонией межличностных отношений, социальными девиациями, возрастными кризисами.

При проведении первичного консультирования клиента специалист в любом случае сталкивается с такими первостепенными аспектами работы как: установление контакта, создание доверительной атмосферы, построение уровней общения, внедрение техник общения, мотивирование к сотрудничеству, разрешение конфликтов, выявление проблематики клиента, оказание помощи. Правильное использование соответствующих знаний коммуникации дает возможность грамотно провести первичную психологическую беседу и содействует дальнейшему поддержанию контакта.

Для создания условий оптимального взаимодействия психолога с клиентом используется «Триада Карла Роджерса», которая включает в себя:

1. *Безоценочное принятие* (позитивное отношение).
2. *Эмпатию* (понимание-сопереживание).
3. *Конгруэнтность* (естественность, искренность).

Процесс консультирования является целостным методом оказания психологической помощи клиенту, хотя его можно условно разделить на несколько *функциональных этапов*:

**I. Установление контакта и создание доверительной атмосферы** подразумевает знакомство с клиентом и информирование его о роли социального сопровождения в оказании психологической помощи работникам коммерческого секса, в процессе которого ему рассказывают об организации, целях, задачах проекта, круге специалистов и т.п.

*Создание доверительной атмосферы* осуществляется посредством налаживания отношений с использованием подбадривающих высказываний, демонстрации искреннего желания помочь, заинтересованности в судьбе клиента, дружественной заботы, не прибегая к оценкам и манипулированию. При этом активно используются невербальные средства коммуникации: тон голоса, темп речи, громкость голоса и произношение, открытая позиция в пространстве и гармоничная дистанция субъектов психологической беседы.

*Уровни установления контакта:*

- ▶ *На телесном уровне:*
  - Визуальный: *смотреть и видеть.*
  - Аудиальный: *слушать и слышать.*
  - Сенсорный: *прикасаться и ощущать.*
- ▶ *На психологическом уровне:*
  - Рациональный: *понимать.*
  - Эмоциональный: *сочувствовать.*
- ▶ *На духовном уровне:*
  - Смысловой: *соглашаться.*
  - Сущностный: *принимать.*

**II. Рассказ клиента (исповедь) и его интерпретация.** Главной задачей, которую решает психолог на данном этапе, является определение того, что именно привело к нему клиента, в чем тот видит свою проблему, в каком контексте она проявляется. Обязанность психолога заключается в том, чтобы достаточно глубоко разобраться в сути проблемы, исследовать актуальный конфликт (жалобу клиента). Проблема, которая возникает у человека, должна быть описана с использованием основных аспектов или характеристик:

- ▶ содержание проблемы;
- ▶ сфера жизнедеятельности, к которой относится эта проблема (служебная, семейная, бытовая);
- ▶ уровень овладения проблемой;
- ▶ возможный уровень интенсивности влияния проблемы на поведение клиента;
- ▶ часовые параметры (как долго существует данная проблема).

На этом этапе используется так называемая техника «активного слушания». Она проявляется на семи уровнях:

1. Я внимательный: *расположение, поза, взгляд.*
2. Я слушаю: *невербальная поддержка (кивки), «угу», «ага», «ну да».*
3. Я слышу: *невербальное реагирование на содержание рассказа.*
4. Я интересуюсь-понимаю-уточняю: *уточняющие вопросы.*
5. Отражение фактов: *объективация и уточнение фактов, парафраза.*
6. Отражение эмоций: *объективация и уточнение чувств.*
7. Отражение потребностей и смысла.

*Выслушивать и поощрять* — одна из важнейших техник ведения консультирования на стадии исповеди клиента, когда необходимо узнать как можно больше информации о существующей проблеме. Техники *повторения, перефразирования и пересказывания* во время беседы дают клиенту ощущение того, что его слышат и понимают. В случае замыкания клиента, остановки его монолога следует использовать *открытые вопросы* для уточнения нераскрытых нюансов ситуации. Это дает возможность выявить и идентифицировать проблемы клиента (социальные, медицинские и психологические). Для того, чтобы обобщить сказанное, дабы затем перейти к обсуждению другой темы или отдельных ее моментов, используют технику *подытоживания*. Подытоживание обычно начина-

ется со вступительной фразы, например: «Таким образом...», «Если я Вас правильно понял...», «Я хотел бы уточнить — Вы сказали...», «Другими словами...», «Если подытожить то, что Вы сказали...», «Итак, Вы планируете...», «Если я не ошибаюсь, Вы хотели сказать...».

**III. Постановка желаемого результата.** Во время проведения этого этапа консультант определяет, какой результат клиент ожидает от него. Процесс консультирования на данном этапе направлен на *исследование желания клиента, постановку цели, договор с клиентом и формирование запроса*.

Требования, которых следует придерживаться для достижения желаемого результата:

- ▶ конкретность (если объем работы очень большой, то необходимо разделить его на составляющие, решение которых приведет к достижению главного);
- ▶ позитив цели (формирование ее в сроках без употребления частицы «не». Например: «Мне бы хотелось иметь определенную черту характера», но не «Я не хотел бы быть таким-то»);
- ▶ определение показателей достижения результата (нужно дать ответы на вопросы: «Как узнать, что результат получен? Каковы объективные и субъективные характеристики этого достижения?»);
- ▶ определение контекста результата («Когда и при каких условиях Вы хотели бы почувствовать результат или хотели бы вести себя в соответствии с ожидаемым результатом, а когда — нет?»).
- ▶ определение осознанных резервов достижения результата («Какие ваши черты характера могут способствовать достижению результата? Что вы можете сделать уже сегодня, а что — завтра, через неделю, месяц?» и тому подобное);
- ▶ гармония цели (ее непротиворечивость другим целям, их взаимодополнение).

**IV. Выбор решений и изменение.** На данном этапе происходит поиск совместного решения проблемы, формирование намерения, договор клиента с самим собой. *Стимулированием высказываний* собеседника достигается развитие побуждения изменить что-то в своей жизни. Эта техника относится к мотивированию клиентов к сотрудничеству и изменению поведения. Высказывания клиента, отражающие его мотивацию, должны усиливаться. Это можно сделать путем сопереживающего отражения того, что сказал клиент. Старайтесь выбирать и подчеркивать те выска-

звания, в которых клиент выражает мотивацию в отношении изменений. Благодаря этим действиям вы стимулируете клиента делать больше высказываний.

Для того, чтобы свести к минимуму *сопротивление* со стороны клиента и обезопасить себя от возникновения конфликтной ситуации, в процессе работы необходимо помнить следующее:

- ▶ Споры и убеждения не продуктивны.
- ▶ Попытки настоять на своем порождают сопротивление.
- ▶ Сопротивление – сигнал к тому, что необходимо изменить подход.
- ▶ Не нужно навязывать ярлыков и рецептов.

Для того, чтобы способствовать формированию *мотивации сотрудничества и изменения клиента*, можно использовать следующие рекомендации по организации беседы:

1. Создайте сопереживающую атмосферу.
2. Установите и поддерживайте хороший контакт с клиентом.
3. Выслушивайте клиента и демонстрируйте ему, что стараетесь понимать его поведение, мотивы и персональную ситуацию.
4. Приводите в порядок то, что говорит клиент, чтобы помочь ему разобраться.
5. Привносите в разговор альтернативы решения проблем и обсуждайте их с клиентом.
6. Оставляйте за клиентом право выбора на основе тщательного анализа того, как лучше поступить.

Договор клиента с самим собой подразумевает существование намерения измениться и готовность к его осуществлению.

*Алгоритм договора с собой* имеет такую структуру:

1. Желание (Каких изменений я хочу достичь в ближайшее время?).
2. Смысл (Что мне это даст?).
3. План (Что, когда и как я буду делать?).
4. Ресурс (Кто и что могут мне помочь?).
5. Готовность к преодолению (С чем придется смириться и что преодолеть?).
6. Обратная связь (Как я узнаю, что обратная связь действует? Как и чем я буду награждать себя за успехи?).
7. Решимость (Готов ли я осуществлять свой план?).



**V. Выход из контакта.** Данный этап характеризуется завершением консультативного процесса, подведением итогов. Задействуется принцип «обратной связи», на основе которого анализируется эффективность проведенной работы. Тут уместны рефлексивные вопросы, например: «Что прояснилось?», «Что увидел?», «Как будешь использовать полученную информацию в дальнейшем?», «Что будешь делать?». Если нужно, назначается дополнительная встреча или переадресация клиента другому специалисту.

Использование различных *уровней общения* на разных стадиях консультирования помогает варьировать степень вовлеченности специалиста и клиента в процесс помощи. В рамках построения уровней общения Дж. Бьюдженталь выделяет следующие уровни присутствия собеседников во время беседы:

1. *Уровень формального общения.* Это такое общение, когда на первый план выходит обмен объективными, формальными характеристиками людей. Например, психолог говорит: «Я — доктор психологии». Клиент же отвечает ему: «А я — успешный бизнесмен». На этом уровне чаще всего люди начинают, как бы соревноваться — кто выше или кто более нуждается в психологической помощи. Общение сосредоточено на имидже.
2. *Уровень поддержания контакта.* По сравнению с формальным уровнем, здесь существенно меньше озабоченности имиджем, но самораскрытия тоже очень немного. В быту разговор на этом уровне бывает недолгим, импровизированным и сосредоточенным на непосредственном деле или обмене приветствиями.
3. *Уровень стандартной беседы.* Стандартная беседа представляет собой момент равновесия между беспокойством о собственном имидже и выражением внутренних переживаний. Так разговаривают старые хорошие друзья и коллеги в офисе. Беседа протекает легко, непринужденно, бесконфликтно. На этом уровне психологу легко собирать информацию.
4. *Уровень критических обстоятельств.* «Критический» означает «тот, который имеет решающее значение». Это уровень, когда внимание клиента направляется на такие моменты и такие разговоры, которые могут приводить к изменениям. Клиент, вовлеченный в разговор на уровне критических обстоятельств, более обеспокоен выражением своего внутреннего переживания, чем созданием или сохранением имиджа с целью произвести впечатление на психолога.

5. *Уровень интимности.* Отношения на этом уровне характеризуются максимальной доступностью и/или экспрессивностью. Клиент настолько захвачен выражением своих внутренних переживаний, что почти не заботится о сохранении своего имиджа и охотно воспринимает то, что может сказать или сделать психолог. Параллельно психолог в полной мере воспринимает то, что выражает клиент. Он максимально направлен на восприятие, его интуиция предельно заострена. Результатом выхода на этот уровень является возможность конфронтации с образцами собственного поведения, которые формировались в течение всей жизни.

<b>Методы воздействия консультанта во время проведения психологического интервью</b>		
<b>Метод воздействия</b>	<b>Содержание</b>	<b>Значение</b>
интерпретация	новое видение ситуации	альтернативное видение реальности, изменение настроения клиента
директива	указание на действие, хитроумная техника	показывает желаемое для психолога действие
информация	домашнее задание, пожелание о возможном действии	новые сведения
самораскрытие	психолог делится личным опытом или разделяет нынешние чувства клиента	установление раппорта, Я-предложения психолога
обратная связь	как клиента воспринимают психолог и окружающие	конкретные данные для самовосприятия
логическая последовательность	психолог устанавливает последовательность мышления и поведения клиента	дает клиенту возможность предвидеть результаты его действий
резюме	суммирует суждения психолога	проясняет, чего добились психолог и клиент в ходе беседы
открытые вопросы	кто? как? почему?	выяснение основных фактов и событий жизни клиента
закрытые вопросы	содержат частицу «ли», отвечаются кратко	сокращают длинный монолог

поощрение	повторение ключевых фраз клиента	проработка специфических слов и их смысла для клиента
пересказ	повторение сути слов клиента и его мыслей с использованием ключевых слов	активизирует обсуждение, показывает уровень понимания
отражение чувств	выделение эмоциональной стороны интервью	открывает чувства
обобщающее резюме	повторение основных фактов и чувств клиента в ходе интервью	проясняет направление беседы

Во время проведения психологического интервью консультант может проявлять типичные ошибки, которых следует избегать. К ним психологи относят:

- ▶ Стремление спасти.
- ▶ «Завороженность» симптомом или сюжетом.
- ▶ «Завороженность» собой.
- ▶ «Завороженность» клиентом.
- ▶ «Завороженность» гипотезой/диагнозом.
- ▶ Потеря конкретности.
- ▶ Потеря целенаправленности.
- ▶ Потеря партнерской позиции.

Во время опроса происходит заполнение карты клиента с фиксированием основных тезисов относительно главных личностных, социальных и медицинских проблем, что дает возможность провести переадресацию клиента к смежным специалистам (сервисный план). Важным моментом на данном этапе является выделение первостепенных проблем, которые не терпят отлагательств по их решению, и второстепенных проблем клиентов, длительность решения которых не будет влиять на общее психосоциальное состояние работников коммерческого секса. Как пример первостепенной проблематики можно обозначить кризисные состояния клиентов, которые характеризуются тревогой и депрессией, аутоагрессивными реакциями, суицидальными тенденциями. Именно они требуют безотлагательного краткосрочного вмешательства для выявления причин, симптомов кризиса, оказания экстренной психологической помощи, использования методов и приемов кризисной интервенции.

После снятия выраженной психической симптоматики можно перенаправить клиента к соответствующему специалисту для проведения дальнейшей индивидуальной или групповой психологической работы и решения, связанных с симптоматикой проблем.

*Психологическая проблематика клиентов* разнообразна и зависит от уровня развития личности и удовлетворения базовых жизненных потребностей. На первом месте у работников коммерческого секса в плане психологической потребности стоит поддержка в преодолении тревожности. Тревожность нередко скрывается за различными эмоциями. Раздражительность, агрессивность, враждебность могут выступать в качестве реакций на вызывающие тревогу ситуации. Некоторые клиенты сами объясняют, что когда они начинают испытывать напряжение, то становятся саркастичными, язвительными, трудно уживчивыми. Другие клиенты в подобных ситуациях, наоборот, становятся холодными, скованными, неразговорчивыми. Второй тип реакций обычно выражает внутренний конфликт между бессилием и агрессивностью, и этот конфликт парализует активность.

*Консультируя тревожных клиентов*, важно знать не только способы, которыми они маскируют свою тревожность, но и средства, с помощью которых стремятся избавиться от неприятного воздействия тревожности. Этими средствами служат механизмы психологической защиты, которые впервые описали S. Freud и его дочь A. Freud.

Очень важно позволить клиенту выговориться и выразить свою тревожность, потому что беспокойный клиент мало что слышит, до него не доходят увещания консультанта. Невысказанная тревожность безгранична. Когда она «одевается» в словесную оболочку, то фиксируется в пределах слов и становится объектом, который может «увидеть» как клиент, так и консультант. Происходит значительное уменьшение дезорганизующей силы тревожности. Следовательно, с тревожным клиентом необходимо обсуждать его состояние. Нельзя забывать, что мы имеем дело, по сути, со скрытыми в бессознательном чувствами, поэтому бесполезно давить на клиента, чтобы он скорее назвал причины своей тревожности. Консультант должен проявить понимание и терпимость в этом вопросе.

Во время проведения психологической беседы важно учитывать гендерные особенности клиентов. *Психологические особенности женщин* в процессе консультирования заключаются в том, что они, как правило, воспринимают себя как личность в контексте своих взаимоотношений

с другими людьми. Для женщины важно, что подумают о ней окружающие, как будут восприняты ее слова и поступки. Женщины чаще боятся расставаний, беспокоятся о том, что они не смогут в должной мере ухаживать за теми, кто от них зависит. Женщины могут потерять самоуважение, если они не смогут ухаживать за другими людьми, могут смириться с тем, что служат мишенью для выплескивания гнева, смириться с насилием, подавить собственный гнев ради того, чтобы не остаться в одиночестве. Именно эти аспекты следует использовать консультанту с целью мотивирования клиентки к сотрудничеству для помощи самой себе.

Таким образом, оказание психологической помощи работникам коммерческого сектора является многоуровневым целенаправленным процессом, в ходе которого в жизни клиента принимают участие специалисты различных профессиональных сфер. Именно от их компетентного вмешательства и взаимодействия будет зависеть дальнейшее позитивное развитие личности клиента и гармонизация социального окружения вокруг него, что является первостепенной задачей проекта «Профилактика ВИЧ/СПИД среди женщин-работников коммерческого сектора (РКС) в Украине».

## Библиография

1. Абрамова Г.С. *Практикум по психологическому консультированию*. – Екатеринбург: Деловая книга, М.: Издательский центр АCADEMIA, 1995. – 128 с.
2. Бьюдженталь Дж. *Искусство психотерапевта*. – СПб., 2001.
3. Горностай П.П., Васьковская С.В. *Теория и практика психологического консультирования: Проблемный подход*. – Киев: Наукова думка, 1995. – 128 с.
4. Карикаш В.И. *Основы психологического консультирования: методическое пособие* / Карикаш В.И., Орловецкая Е.Я., Босовская Н.А., Кравченко Ю.Е. – Черкассы. – 2005.
5. Кочюнас Р. *Основы психологического консультирования* М.: «Академический проект», 1999. – 240с.
6. *Мотивационное интервьюирование лиц, употребляющих инъекционные наркотики* (пособие для социальных работников программ профилактики ВИЧ/СПИД). – К., 2004. – 108 с.
7. Мэй Р. *Искусство психологического консультирования. Как давать и обретать душевное здоровье* / Пер. с англ. М. Будыниной, Г. Пимочкиной. – М.: Апрель Пресс, Изд-во ЭКСМО-Пресс, 2001. – 2001. – 256 с.
8. Немов Р.С. *Основы психологического консультирования: Учеб. для студ. педвузов*. – М.: Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 1999. – 394 с.
9. Осипова А.А. *Общая психокоррекция*. – М., 2004. – 512 с.

## ПАРТНЕРСТВО ЛЕЧЕБНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ С ОБЩЕСТВЕННЫМИ ОРГАНИЗАЦИЯМИ В РЕШЕНИИ ПРОБЛЕМ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ИППП У ЖЕНЩИН СЕКС-БИЗНЕСА

**Кузьменко Виктор Алексеевич,**

врач-дерматовенеролог,

Полтавский областной клинический кожно-венерологический диспансер

E-mail: viktor-k64@mail.ru

**Волик Анатолий Николаевич,**

врач, координатор «Программы снижения вреда»,

Полтавский областной благотворительный фонд

«Общественное здоровье»

E-mail: avolik@inbox.ru

### **Женщины секс-бизнеса и их роль в развитии эпидемии ВИЧ/СПИД и распространении ИППП в Украине**

Женщины секс-бизнеса (ЖСБ) в эпидемиологическом плане являются одной из значимых групп населения, имеющих отношение к проблеме распространения инфекций, передающихся половым путем (ИППП). Особенно это актуально сегодня, в период развития эпидемии ВИЧ/СПИД в Украине. По официальным данным Украинского центра профилактики и борьбы со СПИД, за период с 1987 по 2008 г. (6 месяцев 2008 года) общее количество зарегистрированных граждан Украины с диагнозом «ВИЧ-инфекция» составляет 131 730 человек, из них 24 719 человек – в стадии СПИДа. 13 860 человек, в том числе 245 детей, умерли от заболеваний, обусловленных СПИДом.

За шесть месяцев 2008 г. распределение по путям передачи ВИЧ среди граждан Украина было таким: парентеральный (преимущественно при употреблении инъекционных наркотиков) – 40,5%, половой (преимущественно гетеросексуальный) – 38,2%, дети, рожденные от ВИЧ-позитивных матерей, – 18,2%, неустановленный – 3,1%.

Важно акцентировать внимание на том факте, что, начиная с 1999 года, отмечается ежегодное уменьшение удельного веса парентерального пути передачи (в 1997 г. – 83,6%, 2002 г. – 52,4%, 2007 г. – 40,0%) при постепенном увеличении доли полового пути передачи (в 1997 г. – 10,9%, 2002 г. – 29,4%, 2005 г. – 33,9%, 2006 г. – 34,5%, 2007 г. – 37,6%).

Эти тенденции еще раз подтверждают необходимость обращать более пристальное внимание на гетеросексуальный путь передачи ВИЧ-инфекции при разработке и реализации профилактических программ. И, в первую очередь, это касается женщин, которые предоставляют платные сексуальные услуги, так как они, как правило, имеют большое количество клиентов.

Сколько именно женщин в Украине задействовано в секс-индустрии, неизвестно. Органы здравоохранения, правоохранительные органы, общественные организации, работающие с ЖСБ, имеют только оценочные сведения, колеблющиеся в пределах 110 000 - 250 000 [1].

Основными причинами вовлечения женщин в сферу секс-бизнеса в Украине являются:

- ▶ наличие постоянного спроса на сексуальные услуги;
- ▶ неблагоприятные социально-экономические процессы в стране (безработица, низкий уровень благосостояния и необходимость решения насущных бытовых проблем, феномен «матери-одиночки», проблемы профессиональной занятости и образования – проституцией в известном смысле заниматься легче, чем обрести специальность и заниматься профессиональной деятельностью);
- ▶ наркозависимость женщин, толкающая их к поиску средств на дозу наркотика путем предоставления сексуальных услуг, так как проституция, в данном случае, является менее криминальным способом получения денег на дозу наркотика, чем, к примеру, воровство.

Во временном аспекте проблема коммерческого секса в Украине массово возникла около 15–20 лет тому, и в то время была связана, прежде всего, с проблемой распространения инъекционной наркомании. Будучи в основной массе потребителями инъекционных наркотиков (ПИН), ЖСБ вынуждены были искать деньги на покупку наркотических веществ, работая на «трассе» (на трассах междугородного сообщения, где их клиентами, в первую очередь, стали водители-«дальнобойщики»), что и послужило причиной возникновения т.н. «трассовой проституции». В период эпидемии сифилиса в Украине 90-х годов XX века среда «трассовых» ЖСБ была значительным резервуаром распространения данной инфекции и причиной новых вспышек эпидемиологических очагов сифилиса.

В настоящее время удельный вес ЖСБ, которых к занятию коммерческим сексом побуждает необходимость решения бытовых проблем



(обеспечение базовых потребностей, оплата за обучение, содержание детей и т.п.), увеличивается, а ЖСБ-ПИН – уменьшается. Об этом, в частности, свидетельствует опыт работы общественных организаций Харькова (БФ «Благо»), Кировограда (БФ «Возвращение к жизни»), Винницы (ВООК «Стальсь») и др.

Что касается структуры распространенности отдельных ИППП, в том числе ВИЧ-инфекции, в среде ЖСБ, то обобщенных статистически достоверных исследований по данному вопросу пока нет. Судить об уровне распространенности ИППП в среде ЖСБ можно по данным эпиднадзора в среде ЖСБ, проводившегося в отдельных городах Украины и не имевшего национального характера. Так, например, в 1999 году в Донецке был проведен дозорный эпиднадзор среди 53 ЖСБ. Тестирование крови на антитела к ВИЧ показало, что уровень инфицированности ВИЧ в этой группе составляет 13,2%. 37,7% обследованных ЖСБ имели позитивный результат теста на сифилис; у 32% были установлены маркеры гепатита С; у 9,4% были выявлены одновременно ВИЧ, сифилис и маркеры гепатита [5].

### **Проблема диагностики и лечения ВИЧ/ИППП в среде ЖСБ и ее решение в партнерстве общественных организаций и государственных лечебных учреждений**

Основные трудности для диагностического доступа к ЖСБ состоят в закрытости этой группы для медицинских специалистов (низкая обращаемость ЖСБ в медицинские учреждения) и в неразвитости мобильных служб государственного здравоохранения (работники лечебных учреждений не идут на поиск клиентов, а ждут, когда клиент придет к ним). Важный психологический феномен, препятствующий лечебно-диагностическому доступу, состоит в том, что больные ИППП весьма малоконтактны. Для ЖСБ этот феномен выражен намного существеннее, в силу нелегального характера их работы, поэтому выяснение у них информации, связанной с их деятельностью и проблемой распространения ими ИППП, очень затруднительно.

В настоящее время МБФ «Международный Альянс по ВИЧ/СПИД в Украине» при поддержке Глобального фонда для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией развернул в Украине широкомасштабную программу экспресс-тестирования на ВИЧ и сифилис в наиболее уязвимых группах, которыми являются ПИН и ЖСБ. Результаты партнерской ра-

боты общественных организаций и государственных лечебных учреждений по проведению быстрых тестов на ВИЧ/сифилис свидетельствуют, что эпидемия сифилиса в Украине пошла на спад. Так, в Полтаве в 2008 году из 42-х проведенных в среде ЖСБ тестов на сифилис выявлено 0 положительных результатов. Снижение заболеваемости сифилисом подтверждается и данными официальной статистики, которую ведут кожно-венерологические диспансеры. Согласно официальным данным, за последние 10 лет эпидемия сифилиса в Украине пошла на спад, структура ИППП во всех группах населения, в т.ч. и в среде ЖСБ, претерпела значительные изменения. Причиной этому есть как активные мероприятия медицинских работников по борьбе с ИППП (превентивное лечение сифилиса, применение высокоактивных пенициллиновых антибиотиков пролонгированного действия, таких как ретарпен), так и законы эпидемиологии, согласно которым любая инфекция имеет естественные периоды подъема и снижения заболеваемости.

Заболеваемость сифилисом, начиная с 1997 года, стабильно снижается в среднем на 30% в год. Несколько меньше — на 15-20% в год — снижается зарегистрированная заболеваемость гонореей и трихомониазом. В то же время растет число выявленных случаев хламидиоза, уреоплазмоза, микоплазмоза. Характерной особенностью является также снижение соотношения выявленного сифилиса и гонореи. Если в 70-80-е годы XX века считалось нормальным выявление 10 случаев гонореи на 1 случай сифилиса, то сейчас на 1 случай сифилиса регистрируется едва ли 1 случай гонореи.

В частности, в 2007 году в Украине было зарегистрировано 13910 случаев сифилиса, 13841 случай гонореи, 113959 случаев трихомониаза, 35079 случаев хламидиоза [2]. Для сравнения, в 2002 году в Украине было зарегистрировано 30764 случая сифилиса, 22454 случая гонореи, 144484 случая трихомониаза, 29672 случая хламидиоза [3].

Другой особенностью заболеваемости ИППП на сегодняшнем этапе является изменение структуры заболеваемости сифилисом в сторону значительного увеличения скрытых, бессимптомных форм данного заболевания. В частности, если в 2002 году удельный вес раннего скрытого сифилиса в Украине составлял 41,9%, то в 2007 году этот показатель составил уже 47,8% [2-3]. Практическое значение данного факта состоит в том, что только массовые серологические обследования на сифилис позволяют выявлять его на данном этапе эпидемического процесса.

Относительно среды ЖСБ, массовое выявление в ней хламидиоза, уреaplазмоза, микоплазмоза и других ИППП, для которых требуется специальное дорогостоящее лабораторное обследование, является на сегодняшний день нереальным. Однако, благодаря взаимодействию с общественными ВИЧ-сервисными организациями, которые обеспечивают полевой (аутрич) компонент работы с ЖСБ – установление контакта, работу в рамках стратегии снижения вреда и мотивацию к прохождению теста на ВИЧ/сифилис – мы можем ожидать (и уже имеем) увеличение притока лиц из среды ЖСБ в кожно-венерологические диспансеры для диагностики и лечения ИППП. Так, в Полтаве за последний квартал 2008 года для обследования и лечения ИППП в Полтавский областной кожно-венерологический диспансер по направлению Благотворительного Фонда «Общественное здоровье» обратился 21 клиент из среды ЖСБ и их ближайшего окружения.

Учитывая вышеизложенное, следует отметить актуальность партнерства в вопросах диагностики и лечения ИППП у женщин секс-бизнеса между медицинскими учреждениями и неправительственными организациями (НПО) Украины, реализующими программы снижения вреда.

Специалисты НПО осуществляют активный поиск клиентов, формируют атмосферу доверительных отношений с целевой группой, мотивируют клиентов на обращение к врачу и обеспечивают психологический «коридор» врач-клиент. Учитывая социальные и поведенческие особенности данной целевой группы (малоконтактность, труднодоступность, наркозависимость, делинквентность, нелегальность), с плеч врача лечебного учреждения снимается огромный груз работы, связанной с установлением доверительных отношений и подготовкой клиента к обследованию и лечению. Благодаря предварительной социальной и психологической работе сотрудников общественных организаций (мотивационное консультирование в среде ЖСБ), врач в медицинском учреждении (на этапе лабораторного тестирования и лечения) проводит работу с уже подготовленным клиентом.

Очень эффективной является совместная работа врача и социальных работников общественных организаций непосредственно в полевых условиях (аутрич-работа), на «территории» клиента (трасса, улица, квартира), где легче создать мотивационные условия для обследования и последующего лечения ИППП. Не менее эффективным является участие врача в качестве консультанта в работе дроп-ин-центров (коммюнити-

центров), в работе программ социального сопровождения<sup>3</sup> (социальное бюро) и передвижных амбулаторий.

### **Опыт сотрудничества Полтавского областного кожно-венерологического диспансера и Полтавского областного благотворительного фонда «Общественное здоровье»**

На протяжении более, чем 10-летнего периода формировался положительный опыт взаимодействия Полтавского областного клинического кожно-венерологического диспансера (КВД) и Полтавского областного благотворительного фонда «Общественное здоровье» в сфере диагностики и лечения ИППП у ЖСБ и других наиболее уязвимых группах (ПИН, ближайшее окружение ЖСБ и ПИН). Начавшись на пике эпидемии сифилиса в Украине, такое сотрудничество было очень важно для врачей, так как помогало решить ряд злободневных проблем, в частности:

- ▶ активный поиск наиболее уязвимых групп для обследования и лечения ИППП (ЖСБ, ПИН), что силами одних только медиков сделать было невозможно;
- ▶ предоставление тест-систем для диагностики, в частности ВИЧ-инфекции, и медикаментов для амбулаторного лечения ИППП (ретарпен), в снабжении которыми государственные лечебные учреждения испытывали дефицит в экономически нестабильные 90-е годы XX века.

Благодаря доверительным контактам с ЖСБ, установленным социальными работниками фонда «Общественное здоровье», медицинские работники Полтавского КВД на протяжении 2003–2005 гг. провели серию важных профилактических рейдов в среду трассовых ЖСБ г. Полтавы, в ходе которых были реализованы меры по диагностике ИППП и превентивному лечению сифилиса. Так, в 2003 году была проведена

---

<sup>3</sup> **Служба социального сопровождения** (в практике *AFEW* такая служба получила название социальное бюро) – точка входа клиентов в программу: специализированное учреждение для предоставления клиентам услуг социального сопровождения.

**Социальное бюро** специализируется на организации индивидуального сопровождения людей, имеющих высокий риск инфицирования ВИЧ (секс-работники, потребители инъекционных наркотиков, люди, находящиеся в местах лишения свободы, бывшие осужденные), а также для людей, живущих с ВИЧ (ЛЖВ). Социальное бюро функционирует на основе клиент-центрированного подхода и оказывает помощь в соответствии с запросами и потребностями клиентов.

совместная акция отдела по борьбе с торговлей людьми Областного УВД в Полтавской области, Полтавского КВД и ПОБФ «Общественное здоровье» по выявлению ВИЧ/ИППП в среде трассовых ЖСБ. При транспортном обеспечении ЖСБ направлялись на обследование в диспансер. В случае выявления ИППП, ЖСБ проходили амбулаторный курс лечения, при их желании лечение проходило анонимно. Медикаменты для амбулаторного лечения были предоставлены ПОБФ «Общественное здоровье». Примечательно, что тогда из 10 обследованных ЖСБ у 8 женщин был обнаружен ВИЧ (следует принять во внимание, что все обследованные были ЖСБ-ПИН), а у 6 женщин выявлен двойной диагноз: ВИЧ-инфекция и сифилис. Особенно отметим, что при этом ни в коей мере не нарушалась и не нарушается анонимность и конфиденциальность клиентов, что составляет один из главенствующих принципов работы с ЖСБ и ПИН.

Планово данный раздел работы осуществляется и в настоящее время. По направлениям, выдаваемым в ПОБФ «Общественное здоровье», Полтавский кожнодиспансер осуществляет диагностику и лечение ИППП у ЖСБ и ПИН. По возможности, проводится также обследование и лечение близкого окружения ЖСБ (клиенты, партнеры, дети, родственники).

В настоящее время сотрудничество между нашими учреждениями продолжается и носит характер договорных взаимоотношений. В обязанности Полтавского КВД входит:

- ▶ ДКТ – добровольное консультирование и тестирование клиентов на ВИЧ и сифилис (проведение быстрых тестов на ВИЧ и сифилис, проведение базового анализа крови на ВИЧ и сифилис по направлению ПОБФ «Общественное здоровье»);
- ▶ предоставление медицинских специалистов (врачей, медсестер) для консультирования и лечения клиентов ПОБФ «Общественное здоровье»;
- ▶ лечение сифилиса и релевантных ИППП у клиентов ПОБФ «Общественное здоровье»;
- ▶ информирование пациентов КВД о профилактических программах ПОБФ «Общественное здоровье»;
- ▶ предоставление статистических данных о распространенности и заболеваемости ВИЧ-инфекцией и сифилисом, а также данных обратной связи (обращаемость клиентов и т.п.) по запросу из ПОБФ «Общественное здоровье».

В свою очередь, ПОбФ «Общественное здоровье»:

- ▶ обеспечивает Полтавский КВД медикаментами для лечения сифилиса, быстрыми тестами для диагностики ВИЧ и сифилиса;
- ▶ обеспечивает участие специалистов КВД в профилактических программах фонда;
- ▶ обеспечивает оплату труда специалистов КВД (при условии наличия грантового финансирования);
- ▶ обеспечивает подготовку и повышение квалификации специалистов КВД на тренингах, семинарах, конференциях;
- ▶ обеспечивает специалистов КВД унифицированными формами отчетно-учетной документации;
- ▶ обеспечивает специалистов КВД необходимой учебно-методической литературой (в частности методической литературой и протоколами по ДКТ);
- ▶ популяризирует информацию о КВД среди клиентов фонда;
- ▶ переадресует клиентов профилактических программ в КВД для прохождения базового теста на ВИЧ и сифилис, для лечения сифилиса, для профилактического осмотра, на консультацию врача-дерматовенеролога;
- ▶ осуществляет обратную связь и мониторинг направлений и переадресации.

Документация, используемая в работе ПОбФ «Общественное здоровье» и КВД:

1. Двусторонний договор о сотрудничестве.
2. Доверенность на выполнение деятельности по заказу ПОбФ «Общественное здоровье» (для врачей и медсестер КВД, задействованных в проектах фонда).
3. Трудовые договора подряда (для врачей и медсестер КВД, задействованных в проектах Фонда).
4. Бланк направления клиента.
5. Журнал (тетрадь) учета направленных клиентов.
6. Журнал (тетрадь) учета клиентов, обратившихся в КВД.
7. Журнал (тетрадь) консультирования.
8. Ведомость учета материалов, переданных ПОбФ «Общественное здоровье» и израсходованных КВД.
9. Журнал ДКТ.

## **Реалии и перспективы партнерства общественных организаций и лечебных учреждений в рамках реализации проекта Глобального фонда**

Существенным подспорьем в развитии сотрудничества между общественными организациями и государственными лечебными учреждениями является проект Глобального фонда для борьбы со СПИД, туберкулезом и малярией «Преодоление эпидемии ВИЧ/СПИД в Украине», координируемый МБФ «Международный Альянс по ВИЧ/СПИД в Украине» (Альянс).

Однако, наряду с явным прогрессом в сфере диагностики и лечения ИППП, есть и ряд недостатков. Так, проект Альянса по выявлению и лечению ИППП у наиболее уязвимых групп, предусмотрел в 2007-2008 годах экспресс-тестирование и лабораторное обследование только на ВИЧ и сифилис, что, безусловно, необходимо, но, с учетом сегодняшней эпидемиологической обстановки, является недостаточным, так как не учтены такие ИППП как хламидиоз, уреаплазмоз и другие. В планах проекта на 2009 год есть расширение лабораторной базы проекта, что, очевидно, изменит в лучшую сторону выявление ИППП у ЖСБ и других наиболее уязвимых групп.

Закупленные медикаменты (что очень важно) могут быть использованы не только для лечения сифилиса и гонореи, но и чесотки, а также других ИППП (хламидиоза, уреаплазмоза, микоплазмоза, генитального герпеса). Однако отсутствие при этом возможности лабораторного подтверждения диагноза отдельных ИППП, в частности хламидиоза, уреаплазмоза, микоплазмоза, значительно затрудняет назначение указанных медикаментов.

Синдромный подход к лечению ИППП (лечение пациентов стандартным набором медикаментов, зачастую без лабораторной верификации диагноза), настоятельно рекомендуемый ВОЗ и Альянсом, не имеет в Украине соответствующей законодательной основы. Назначение любых медикаментов должно соответствовать стандартам качества обследования и лечения и клиническим протоколам, которые однозначно увязывают назначение медикаментов с установлением диагноза и его лабораторным подтверждением.

Практика же взаимодействия государственных лечебных учреждений и НПО по лечению ИППП у наиболее уязвимых групп, в частности ЖСБ,

показывает как очевидное преимущество предложенных форм обследования и лечения ИППП, так и определенные проблемные вопросы.

Среди положительных моментов партнерства следует отметить:

- ▶ Бесплатное обследование на сифилис, гонорею, трихомониаз, ВИЧ-инфекцию.
- ▶ Бесплатное лечение ИППП (согласно перечню предоставляемых медикаментов).
- ▶ Анонимное обследование на ВИЧ/ИППП и анонимное лечение ИППП.
- ▶ Амбулаторное лечение ИППП, что особенно важно для ЖСБ-ПИН (пребывание в условиях круглосуточного стационара для ЖСБ-ПИН является очень затруднительным в силу наркозависимости).
- ▶ Снижение вероятности самолечения ЖСБ, лечения ИППП вне КВД другими специалистами.

Проблемными аспектами при этом остаются:

- ▶ Отсутствие на данном этапе реализации проекта возможности массового обследования ЖСБ с целью выявления хламидиоза, уреоплазмоза, микоплазмоза, генитального герпеса и ряда других ИППП.
- ▶ Высокий риск развития серорезистентных форм сифилиса при его амбулаторном лечении стандартным набором медикаментов.
- ▶ Отсутствие у части ЖСБ, преимущественно из среды ПИН, мотивации для обследования и лечения ИППП, что обусловлено, с одной стороны, их низкой информированностью о проблеме ИППП и путях ее решения, с другой – поведенческими особенностями, а именно – наркозависимостью, со всеми вытекающими ее последствиями (халатное и некритичное отношение к собственному здоровью, деформация мотивационно-волевой сферы и т.п.).
- ▶ Возможность утечки информации о состоянии здоровья обследуемых, что для части из них является препятствием к обследованию. Такая возможность появляется за счет участия в реализации определенных этапов проекта волонтеров и социальных работников, которые часто являются выходцами из среды ПИН и других наиболее уязвимых групп, для которых законодательно не предусмотрена возможность доступа к информации о здоровье пациента, а также не применима необходимость соблюдения врачебной тайны.



Исходя из вышеизложенного, для оптимизации решения проблемы выявления и лечения ИППП у ЖСБ, а также для развития эффективного сотрудничества между общественными организациями и государственными лечебными учреждениями в этой сфере, возможны следующие мероприятия:

1. Расширение лабораторного обследования и медикаментозного обеспечения лечения ИППП у наиболее уязвимых групп: охват тестированием не только ВИЧ и сифилиса, но и других ИППП – трихомониаза, хламидиоза, уреаплазмоза, генитального герпеса, микоплазмоза, гарднерелеза и других.
2. Информирование наиболее уязвимых групп о проблемах, связанных с ИППП, усиление информационно-образовательной и санитарно-просветительской работы в среде ЖСБ и ПИН с целью формирования у них мотивации к обследованию и лечению, формирования навыков безопасного секса, ответственного отношения к своему здоровью и здоровью своих партнеров.
3. Усиление обучающей базы для специалистов, которые проводят работу с ЖСБ. Так, например, обучение навыкам мотивационного консультирования необходимо не только сотрудникам общественных организаций, но и медицинскому персоналу, работающему с ЖСБ в кожно-венерологических диспансерах.
4. Более тщательно необходимо осуществлять механизм переадресации и социального сопровождения клиентов в лечебные учреждения. Особенно это касается тех клиентов, у кого экспресс-тест на ВИЧ/ИППП дал положительный результат. После выдачи направления клиенту, связь между ним и социальным работником общественной организации часто теряется. Часто происходит, что клиент, узнав о своем диагнозе, так и не получает никакой помощи, поскольку не запускается механизм социального сопровождения. Необходимо готовить кадры для проведения такой работы – работников социального сопровождения, подключать ресурсы социальных служб для детей, семьи и молодежи, кафедры социальной работы и социальной педагогики вузов (в качестве практики для студентов соответствующих факультетов).
5. ЖСБ не существуют изолированно от остального населения. Так или иначе, ЖСБ тоже имеют социальные связи, их влияние распространяется и на другие социальные группы. Так, клиенты ЖСБ могут быть представителями любых социальных слоев – от социально-обеспеченных и респектабельных представителей бизнес-структур,

представителей интеллигенции до рабочих и селян. Необходимо популяризировать информацию о ВИЧ и ИППП, о тестировании и возможности лечения ИППП среди общего населения, чтобы вовлечь в лечебно-профилактический процесс также и клиентов ЖСБ, так как они являются важными звеньями эпидемиологической цепи сифилиса и ВИЧ-инфекции.

6. Выявление ВИЧ/ИППП и лечение ИППП в среде ЖСБ – несомненно, важные мероприятия. Но необходимо не забывать о социально-психологической помощи ЖСБ, о связи между лечебно-профилактическими программами и программами психологической поддержки, ресоциализации ЖСБ. Профилактические программы должны строиться так, чтобы клиент после получения медицинской помощи переходил из лечебного учреждения в социально-психологическую программу и, в перспективе, выходил из порочного круга наркотиков и опасного секса. Эффективность программ обследования и лечения ИППП будет низкой, если клиенты снова будут возвращаться в среду, где практикуется опасное поведение. Программы обследования и лечения должны подкрепляться социально-психологической поддержкой.

## Бібліографія

1. *Оценка численности групп повышенного риска инфицирования ВИЧ в Украине* // Балакирева О.М. (гл.ред.), Гусак Л.М., Довбах Г.В. — Киев: МБФ «Международный Альянс по ВИЧ/СПИД в Украине», 2006. — 28 ст. <http://www.aidsalliance.kiev.ua>
2. *Показники лікувально-профілактичної допомоги хворим шкірними і венеричними хворобами в Україні у 2007 році*. Центр медичної статистики МОЗ України, Київ, 2008.
3. *Показники лікувально-профілактичної допомоги хворим шкірними і венеричними хворобами в Україні у 2002 році*. Центр медичної статистики МОЗ України, Київ, 2003.
4. «Про вдосконалення дерматовенерологічної допомоги населенню України», наказ МОЗ України від 07.06.2004 року № 286.
5. *Украина в эпицентре ВИЧ-инфекции/СПИДа в Восточной Европе* // СПИД-СНІД-AIDS. — 2000. — №1.

## СТРАТЕГИИ, МОДЕЛИ И УРОВНИ РЕШЕНИЯ СОЦИАЛЬНЫХ ПРОБЛЕМ, СВЯЗАННЫХ С КОММЕРЧЕСКИМ СЕКСОМ

**Протопопов Андрей Алексеевич,**  
менеджер проекта «Профилактика ВИЧ/СПИД  
среди женщин секс-бизнеса в Украине»  
«СПИД Фонд Восток-Запад»  
E-mail: andriy\_protopopov@afew.org

### Стратегии борьбы с социальными отклонениями (социальными девиациями)

Девиантное поведение как социальное явление, и основные социальные проблемы, связанные с ним, особую остроту приобретают в кризисные периоды развития общества. Создавая барьер между собой и теми, кто нарушает установленные им нормы, общество еще глубже заостряет проблемы, которые вызывает девиантное поведение. В мире существуют *консервативная (социальный контроль)* и *либеральная (стратегия нормализации)* стратегии борьбы общества с социальными отклонениями. Рассмотрим их детальнее.

**Социальный контроль** — это особый механизм регуляции поведения и поддержки общественного порядка, который дает возможность сохранить традиции, обычаи, нормы морали, воспроизвести социальные отношения в пределах нормативной системы, устоявшейся в обществе. Нормативно ограничивая стиль жизни своих членов, группа осуществляет контроль за тем, чтобы никто существенно не отклонялся от общепринятых правил [3]. Механизмы социального контроля заключаются в процессах социализации и групповом давлении. Основными структурными элементами социального контроля являются нормы и санкции. Влияние социального контроля, в первую очередь, испытывают на себе индивиды, поведение которых можно охарактеризовать как девиантное. Контроль осуществляется в форме наказаний, определенных юридическими нормами (арест, лишение свободы, штраф, освобождение, принудительное «перевоспитание», ресоциализация и др.), а также в форме наказаний, не предусмотренных официальными учреждениями (пренебрежение, осуждение, замечание и тому подобное). В современном обществе социальный контроль осуществляется преимущественно формальными нормами (приказы, постановления, законы). Он приобрел институционную поддержку, которую осуществляют основные социальные институты (армия, образование, правосудие, правительство и т.п.).

Социальный контроль (в условиях стабильного общества) позволяет достаточно эффективно сдерживать развитие социальных отклонений, но не ликвидирует их полностью и это приводит к предвзятому отношению к группам девиантного поведения со стороны общества и большей их социальной изоляции и сопротивления. В условиях общественного кризиса социальный контроль становится неэффективным и проблемы, связанные с девиантным поведением, охватывают все слои населения.

**Стратегия нормализации** считается альтернативой стратегии социального контроля и базируется на признании социальных отклонений неминуемым явлением, связанным с закономерностями развития общества и отдельной личности [4, с. 1]. Данная стратегия направляет усилия общества не столько на преодоление девиантного поведения, сколько на предупреждение и снижение его негативных последствий. Эта стратегия реализуется путем либерализации социальных норм, легализации наименее вредных видов девиантного поведения, смягчения системы наказаний, улучшения отношения общества к лицам с отклонениями в поведении. Она помогает преодолеть исключение групп девиантного поведения из общества, наладить сотрудничество с ними, создает условия для снижения вреда, вызванного девиантным поведением и образом жизни, который ведет девиант.

В рамках этих двух стратегий развивается современная социальная работа с группами девиантного поведения, в том числе с работниками секс-бизнеса, в Украине. С одной стороны, она направлена на предупреждение социальных отклонений и их негативных последствий, создание условий для полноценной жизнедеятельности любой личности в пределах существующих социальных норм. С другой, она должна помочь представителям групп девиантного поведения в решении проблем, оставляя за ними право выбора собственного образа жизни.

## **Модели регуляции секс-бизнеса**

Сравнивая национальное законодательство различных стран мира относительно сексуальной индустрии, специалисты выделяют три основных модели, или категории, подходов к решению этих проблем, понимая при этом условность такого их разграничения.

**Декриминационная модель.** В этом случае секс-индустрия носит легальный характер. К этой группе государств принадлежат Нидерланды, Германия, Австралия, Греция, Швейцария, Израиль, Турция, Перу, Эквадор [6, с. 35].

Внедрив эту систему, государство пытается регистрировать секс-работников, обязывая их постоянно иметь соответствующие медицинские справки о состоянии здоровья. Заметим, что от клиентов такие справки не требуются. Широкий спектр предложений сексуальных услуг размещается на веб-страницах, соответствующих телеканалах, рекламных страницах средств массовой информации, в туристических справочниках, что не считается нарушением требований данной законодательной модели.

**Модель ограниченной легализации.** В соответствии с этой системой, проституция не считается преступлением, но законом преследуются действия, направленные на втягивание людей в проституцию, получение прибыли от проституции других, сводничество, аренда помещений с целью организации секс-бизнеса, а также владельцы домов разврата. Такое законодательство внедрено в Великобритании, Бельгии, Канаде, Индии, Венгрии [6, с 35]. Муниципальные советы могут регулировать проституцию, исходя из интересов безопасности, общественной морали и общественного порядка, а также взysкивать налоги [6, с. 45].

**Аболиционистская модель** (от лат. *abolition, abolitionis* — уничтожение, отмена). Главной особенностью этой модели является положение, что собственно проституция преступлением не считается, но предусматривается криминальная ответственность за любую «эксплуатацию проституции другого лица», которая означает привлечение третьих сторон. Запрещается вербовка для втягивания в проституцию, пособничество, содержание мест разврата, предоставление помещений для проституции, сводничество, сутенерство и получение прибыли от проституции других. Поскольку проститутки рассматриваются как жертвы, для них криминальное наказание не предусматривается.

Хотя большинство стран ЕС запрещают любую «эксплуатацию проституции», на практике в большинстве стран мира проституция регулируется, исходя, в частности, из интересов обеспечения общественного порядка и охраны здоровья (таким образом, *аболиционистское законодательство совмещается с практикой регуляции*). Эта законодательная система нацелена на запрещение сексуальной индустрии, рассматривает проституцию как аморальную деятельность, которая должна быть полностью уничтожена. Криминальными считаются все действия, связанные с ней, и лица, которые втянуты в эту деятельность: владельцы домов разврата, сводники, клиенты и сами проститутки. Такая система

внедрена на Бирме, в Болгарии, Вьетнаме, Исландии, Испании, Китае, Мали, Мальте, Намибии, Непале, Объединенных Арабских Эмиратах, Польше, Румынии, Словении, США (кроме штата Невада), Тайланде, Танзании, Уганде, **Украине**, на Филиппинах, в Финляндии, Франции, Чехии, на Шри-Ланке и в Японии [6, с. 36].

Перечисленные страны не практикуют одинаковых форм наказания, но они отнесены к одной категории, потому что секс-индустрия на их территориях контролируется или регулируется с помощью запретов и ограничений, направленных частично против самих секс-работников, а частично – против третьих лиц (сводников). В подавляющем большинстве стран законодательные запрещения или требования нацелены на секс-работников. При нарушении их или отказе их выполнять, секс-работник или секс-работница могут быть осуждены к лишению свободы, направлены на исправительные работы или на них могут налагаться штрафы.

Невзирая на условность этой классификации, можно с уверенностью сделать вывод, что мировое сообщество остается полярно размежеванным в законодательных механизмах относительно секс-индустрии. Необходимо также отметить, что, невзирая на то, какая именно из этих систем внедрена теми или другими государствами, большинство проблем, связанных с сексуальной индустрией, остаются в целом не решенным.

### **Уровни решения проблем, связанных с секс-бизнесом**

Социальные проблемы, связанные с коммерческим сексом, решаются каждым государством комплексно на законодательном и административном уровнях, а также через социальную работу.

#### **Законодательный уровень**

Процесс регуляции проституции в Украине осуществляется соответствующими нормативно-правовыми актами.

Кодекс Украины об административных правонарушениях определяет проституцию как социальное явление, которое негативно влияет на общественный порядок, нарушает принципы общественной морали. Данное правонарушение заключается в торговле своим телом, которая выражается во вступлении в половую связь за вознаграждение. Формы вознаграждения могут быть любыми (деньги, валюта, ценные подарки, спиртные напитки и тому подобное). Состав административного про-

ступка будет и в том случае, когда проститутка не получила обусловленного по договоренности вознаграждения по причинам, от нее не зависящим. Для привлечения к ответственности, согласно со ст. 181<sup>1</sup> Кодекса Украины об административных правонарушениях, достаточно и одного случая вступления в половую связь за вознаграждение. Частью второй этой статьи предусмотрена ответственность за указанные действия, совершенные повторно на протяжении года после наложения за такую же вину административного взыскания. Данное правонарушение совершается с четко определенным намерением, то есть человек осознает, что он занимается проституцией с целью получения прибыли [7].

Криминальным кодексом Украины предусмотрена криминальная ответственность за занятие проституцией на территории Украины, за создание или содержание мест разврата и сводничество, за ввоз, изготовление, сбыт и распространение порнографической продукции (раздел XII «Преступления против общественного порядка и нравственности», статьи 301, 302 и 303) [7].

Широкое распространение приобрела в Украине торговля женщинами и детьми (продажа за границу в сексуальное рабство, сексуальная эксплуатация). По своей природе торговля людьми почти во всех случаях имеет транснациональный организованный характер, поскольку в процессе ее осуществления вовлекаются представители преступного мира разных стран, а потерпевших от этих преступлений могут перемещать через целый ряд государственных границ. Эффективный международный механизм противодействия этому явлению был создан в 1949 году Генеральной Ассамблеей ООН путем принятия Конвенции о борьбе с торговлей людьми и эксплуатацией проституции третьими лицами, которая вступила в силу в Украине 15 февраля 1955 года. Современным международно-правовым документом относительно противодействия торговле людьми является Конвенция ООН против транснациональной организованной преступности и дополняющий ее Протокол о предупреждении и прекращении торговли людьми, особенно женщинами и детьми, и наказание за нее. В декабре 2000 года в г. Палермо (Италия) Украина, совместно с другими 124 странами мира, подписала эти международные документы и ратифицировала их 4 февраля 2004 года на сессии Верховной Рады Украины.

Криминальный кодекс Украины в статье 149 определяет ответственность за торговлю людьми или другое незаконное действие относительно чело-



века (раздел III «Преступления против воли, чести и достоинства человека»). Под эксплуатацией человека в этой статье понимают все формы сексуальной эксплуатации, использования в порно-бизнесе, принудительный труд или принудительное предоставление услуг, рабство или обычаи, подобные рабству, подневольное состояние, привлечение в долговую кабалу, изъятие органов, проведение опытов над человеком без его согласия, усыновление (удочерение) с целью наживы, принудительную беременность, втягивание в преступную деятельность, использование в вооруженных конфликтах и тому подобное [7].

После провозглашения в 1991 г. независимости Украина в числе первых международных документов подписала Конвенцию о правах ребенка и Декларацию о воспитании, защите и развитии детей (в 1990 г.) как основу для выработки подходов к решению детских проблем. В конвенции отмечается, что каждый ребенок, независимо от его расовой принадлежности, цвета кожи, пола, языка, религии, политических взглядов, национальности, социального происхождения, семейного положения, культурной политики и практики, собственности, уровня образования его самого и его родителей, пользуется правами, которые предоставляются Конвенцией. Ребенок должен быть защищен от всех форм дискриминации относительно положения, взглядов, действий его родителей, опекунов или членов семьи.

Законы Украины «Об охране детства» и «О предупреждении насилия в семье» предусматривают защиту детей от всех форм насилия, гарантируя каждому ребенку право на свободу, личную неприкосновенность и защиту достоинства. Государство обеспечивает защиту ребенка от всех форм физического и психического насилия, незаботливого и жестокого обращения с ним, эксплуатации, включая сексуальные злоупотребления, в том числе со стороны родителей или лиц, которые их заменяют, принуждение к проституции, нищенству, втягивание в азартные игры и т.д. [7].

Кодекс Украины об административных правонарушениях определяет ответственность за невыполнение родителями или лицами, которые их заменяют, обязанностей относительно воспитания детей (глава 14, статья 184) [7].

В ноябре 2007 года Украина присоединилась к Конвенции Совета Европы о защите детей от сексуальной эксплуатации и сексуального развращения. Конвенция состоит из 50 статей и содержит ряд обязательств для государств, которые присоединились к этому международному инструменту.

Секс-бизнес имеет тесную связь с преступлениями, связанными с наркотиками и порнографией, распространением венерических заболеваний и ВИЧ/СПИДа.

Криминальный кодекс Украины определяет ответственность за преступления в сфере обращения наркотических средств, психотропных веществ, их аналогов или прекурсоров и другие преступления против человека (раздел XIII, статьи 305-324) и ввоз, изготовление, сбыт и распространение порнографических предметов (раздел XII, статья 301). В соответствии с Законом Украины «О защите общественной морали», запрещается производство и обращение в любой форме продукции порнографического характера в Украине [7].

Административная ответственность за уклонение от обследования и профилактического лечения лиц, больных венерической болезнью, предусмотрена Кодексом Украины об административных правонарушениях (глава 5, статьи 45, 46). Криминальная ответственность определена за заражение венерической болезнью и заражение вирусом иммунодефицита человека или другой неизлечимой инфекционной болезнью (Кодекс Украины об административных правонарушениях, раздел II, статьи 133 и 130) [7].

### **Административный уровень**

Решение социальных проблем, связанных с коммерческим сексом, на административном уровне происходит в рамках действующего законодательства соответствующими министерствами, ведомствами, учреждениями и организациями на национальном, областном, городском и районном уровнях и регулируется Указами Президента, Постановлениями Кабинета Министров Украины, приказами соответствующих министерств и ведомств, решениями органов местного самоуправления.

Обзор проблем, связанных с секс-бизнесом, наглядно демонстрирует, что эти вопросы рассматриваются, в основном, в контексте профилактики и борьбы с ВИЧ/СПИДом и наркоманией, предотвращения торговли людьми, защиты прав женщин и детей, нравственности и молодежной политики, в частности это отобразено в соответствующих национальных программах [7]:

- Национальная программа обеспечения профилактики ВИЧ-инфекции, помощи и лечения ВИЧ-инфицированных и больных СПИДом на 2004-2008 годы (Постановление КМ Украины № 264 от 4 марта 2004 года).

- ▶ Программа реализации государственной политики в сфере борьбы с незаконным обращением наркотических средств, психотропных веществ и прекурсоров на 2003–2010 годы (Постановление КМ Украины № 877 от 4 июня 2003 года).
- ▶ Государственная программа противодействия торговле людьми на период до 2010 года (Постановление КМ Украины № 410 от 7 марта 2007 года).
- ▶ Государственная программа преодоления детской беспризорности и безнадзорности на 2006–2010 годы (Постановление КМ Украины № 523 от 11 мая 2006 года).
- ▶ Комплексная программа профилактики правонарушений на 2007–2009 годы (Постановление КМ Украины № 1767 от 29 декабря 2006 года).
- ▶ Общегосударственная программа поддержки молодежи на 2004–2008 годы (Утверждена Законом Украины от 18 ноября 2003 года № 1281-IV).
- ▶ Национальная программа «Дети Украины» (Утверждена Указом Президента № 63/96 от 18 января 1996 года).
- ▶ Государственная национальная программа «Освіта» (Постановление КМ Украины № 896 от 3 ноября 1993 года).
- ▶ Национальная программа планирования семьи (Постановление КМ Украины № 736 от 13 сентября 1995 года).
- ▶ Долгосрочная программа улучшения положения женщин, семьи, охраны материнства и детства (Постановление КМ Украины № 431 от 28 июля 1992 года).

Координирование действий и мероприятий в рамках вышеуказанных программ осуществляется на национальном, областном, местном и районном уровнях соответствующими Координационным советами и Межведомственными комиссиями по соответствующим вопросам, которые включают в себя широкий спектр государственных и негосударственных учреждений и организаций.

## **Социальная работа**

Социальная работа с группами девиантного поведения – это особая отрасль социальной работы, сущность которой заключается в профилактике девиаций, создании условий для успешной социализации или ресоциализации девиантов, создании условий для преодоления их личностных проблем и конфликтов с окружающими. Направлениями социальной работы с группами девиантного поведения, которые реализуются госу-

дарственными учреждениями и организациями (в частности центрами социальных служб для семьи, детей и молодежи, управлениями и отделами по делам несовершеннолетних, образовательными и медицинскими учреждениями), на сегодняшний день являются:

- ▶ профилактика девиантного поведения;
- ▶ социальный контроль негативного влияния на детей и молодежь;
- ▶ социальная поддержка и реабилитация детей и молодежи с девиантным поведением.

В Украине решением социальных проблем, связанных с секс-бизнесом, занимаются преимущественно организации негосударственного сектора, то есть общественные организации, благотворительные фонды и ассоциации. Данная работа проводится в контексте профилактики наркомании, ВИЧ-инфекции и болезней, которые передаются преимущественно половым путем, в рамках Стратегии нормализации и базируется на концепции «Снижения вреда».

Снижение вреда – это философия сектора общественного здравоохранения, которая предлагает прогрессивные альтернативы прямому запрещению определенных стилей жизни и стремится снизить негативные последствия определенных видов поведения без того, чтобы запрещать такое поведение. Цель снижения вреда – предотвратить и помешать распространению определенных негативных явлений (ВИЧ-инфекции, гепатитов, наркомании) в определенной социальной группе и обществе в целом. В системе профилактики социально негативных явлений «Снижение вреда» определяется как комплекс мероприятий вторичной профилактики (социальная работа с «группами риска», то есть с людьми, которые уже поражены негативным явлением, например, занимаются коммерческим сексом, употребляют наркотики и рискуют инфицироваться ВИЧ/ИППП или уже является ВИЧ-инфицированными или носителями вируса гепатита) и предусматривает гуманное, толерантное, неосуждающее отношение [1] [2, с.12].

Данная концепция была одновременно разработана и внедрена в начале 1980-х годов в Англии (Ливерпуль) и Голландии (Роттердам) в ответ на стремительное распространение ВИЧ-инфекции в среде инъекционных наркоманов [2, с.11]. В Украине данная концепция внедрена в 1995 году в связи с эпидемией ВИЧ/СПИДа и на сегодняшний день ряд ее направлений включены в Национальную программу обеспечения профилактики ВИЧ-инфекции, помощи и лечения ВИЧ-инфицированным

и большим СПИДом на 2004-2008 годы, в частности в разделе «Профилактическая работа среди уязвимых групп населения».

Поскольку проблема коммерческого секса тесно связана с распространением ВИЧ/СПИДа и наркомании, то подход «Снижения вреда» целиком приемлем для социальной работы с женщинами секс-бизнеса. Направленный на профилактику негативных медицинских, социальных, экономических и правовых последствий секс-бизнеса и проблем, связанных с ним, данный подход успешно реализуется на сегодняшний день в тесном взаимодействии негосударственных организаций с медицинскими учреждениями, социальными службами для семьи, детей и молодежи и другими государственными организациями и учреждениями практически во всех регионах Украины [1].

## Бібліографія:

1. Волик А.М. *Зменшення Шкоди в Україні: Передумови, Здобутки, Перспективи* // сайт ВАСВ [www.uhra.org.ua](http://www.uhra.org.ua) – К.: ВАСВ, 2006.
2. *Зменшення Шкоди: Концепція, практика, досвід України* // Кучерук О., Пилипчук Н., Протопопов А. та ін. – К.: ВАСВ, 2002.
3. Кравченко А. И. *Социология: Учебн. пособ.* – М., 1997.
4. Лютий В.П. *Соціальна робота з групами девіантної поведінки: Навчальний посібник.* – К.: Академія праці і соціальних відносин, Християнський дитячий фонд, 2000. – 51 с.
5. Протопопов А.А. *Социально-педагогическая профилактика проституции как вида девиантного поведения.* Дипломная работа. Полтава, 2008. – стр. 50-59.
6. *Секс-бізнес в Україні: спроба соціального аналізу* // О. Балакірева, Т. Бондар, Ю. Галустян та ін. – К.: Державний інститут сім'ї та молоді, 2001. – 159 с.
7. <http://zakon.rada.gov.ua>



Издательство XXXXXXXXXXXX  
Свидетельство № XXX от XX.XX.XXXX г.  
XXXXX, Киев, ул. XXXXXXXXXXX, XXX.  
Тел./факс: (044) XXX-XX-XX, XXX-XX-XX  
E-mail: XXXXXXX@XXXXXX.XX