

PROSTYTUCJA, NARKOMANIA, HIV I AIDS

Narodowy Program AIDS Ministerstwo Zdrowia Box 8128 DEP
0032 OSLO, Norwegia

Podwyższone ryzyko zachorowania na AIDS wśród prostytutek obserwowane na całym świecie jest konsekwencją stykania się przez prostytutki z większą ilością partnerów seksualnych niż ma to miejsce w przypadku innych kobiet, a co za tym idzie podwyższonego prawdopodobieństwa trafienia na partnera zarażonego HIV. W efekcie, poprzez prostytutki zwiększa się ryzyko przekazania wirusa. W wielu społeczeństwach prostytutki uważane były za źródło infekcji HIV i innych chorób przekazywanych drogą seksualną. Natomiast często zapomina się o roli klientów w zarażaniu prostytutek i przenoszeniu infekcji do kobiet, nie będących prostytutkami.

W krajach Sub-Saharyjskiej Afryki i w coraz większym stopniu w Południowo – Wschodniej Azji poziom zachorowań na AIDS jest alarmująco wysoki. W pewnych grupach badanych prostytutek w niektórych krajach Afryki i Azji, częstość infekcji sięga od 30 do 80%. Obraz infekcji nie jest jednak spójny, a dane pokazują w coraz większym stopniu, iż wyższe wskaźniki zachorowań występują wśród prostytutek biedniejszych i wśród prostytutek posiadających bardzo małą siłę przetargową w sytuacji dokonywania transakcji o naturze seksualnej, jak ma to miejsce, dla przykładu w Tajlandii (Smith, 1990).

W uprzemysłowionych krajach Zachodniej Europy, Północnej Ameryki i Australazji poziom infekcji wśród prostytutek jest niski, a w niektórych krajach zarażone są jedynie prostytutki używające narkotyków. Badania nad zachowaniami prostytutek w tych krajach wskazują, iż stosowanie prezerwatyw stało się normalnym zachowa-

niem prostytutek na długo przed pojawieniem się zagrożenia infekcją HIV. prostytutki używały prezerwatyw by zapobiec zakażeniom chorobami przekazywanymi drogą seksualną i ciąży, a ponadto, jako metoda oddzielenia seksu „publicznego” od seksu „prywatnego” (Day 1988). Dla prostytutek seks uprawiany z klientami jest inną kategorią seksu niż seks uprawiany ze stałym partnerem lub mężem. Prezerwatywy stanowią barierę nie tylko zapobiegającą chorobom lub ciąży lecz także intymności kontaktu fizycznego.

Prostytutki są niechętne wobec używania prezerwatyw ze swoimi stałymi partnerami ponieważ prezerwatywy są powiązane z prostytuowaniem. Używanie prezerwatywy oznacza seks handlowy, brak prezerwatywy oznacza życie prywatne i uczucie. Ponadto, jedynie pewne fragmenty ciała kobiety, a nie jej uczucia są dostępne w transakcji seksualnej. Kobiety stworzyły kilka sposobów postępowania, by uniknąć uczuciowej i fizycznej intymności z klientami. Prezerwatywa przedstawia sobą jedną z takich barier, używana jest by oddzielić prywatne i publiczne związki seksualne.

Prostytutki używające narkotyków, znacznie częściej, niż inne kobiety mają stałego partnera również używającego narkotyków. Jeśli partner używał lub używa dla przyjęcia narkotyku strzykawek, taka kobieta znajduje się w sytuacji wysokiego ryzyka zarażenia drogą seksualną. W konsekwencji, narkomanki znajdują się w sytuacji podwyższonego ryzyka z racji możliwości infekcji zarówno od klientów, jak i od stałych partnerów.

Prostytutki — narkomanki, przyjmujące narkotyki w drodze iniekcji, znajdują się także w sytuacji podwyższonego ryzyka infekcji, ponieważ w niektórych przypadkach mają mniejszą siłę przetargu, niż prostytutki nie będące narkomankami. Jeśli potrzeba pieniędzy na narkotyki jest duża (kobiety często poprzez prostytutkę uzyskują środki na narkotyki dla siebie i swoich partnerów), kobieta może podporządkować się klientowi żądającemu stosunku niezabezpieczonego, zatem zwiększającego ryzyko infekcji.

W końcu, ale nie najmniej ważne: prostytutka — narkomanka stosująca iniekcje jest w sytuacji wysokiego ryzyka transmisji poprzez własne iniekcje.

Dane światowe wskazują na gotowość prostytutek do stosowania prezerwatyw różnego rodzaju (Plant 1990). Kiedy kobiety wykazują opór, prawie zawsze jest to wyjaśniane niechęcią ze strony klientów

do stosunków z użyciem prezerwatywy. Głównymi czynnikami wpływającymi na stosowanie prezerwatyw okazują się być niedostępność i koszty dobrej jakości prezerwatyw oraz wiedza o chorobie i jej zapobieganiu, tak jak i fałszywa wiedza o niebezpieczeństwach związanych ze stosowaniem prezerwatywy.

Mówiąc ogólnie, stosowanie prezerwatyw zwiększa się, gdy prostytutki mają większą wiedzę i możliwość nabycia nawilżonych prezerwatyw w dostępnej cenie, oraz gdzie normy panujące wśród prostytutek obniżają znaczenie indywidualnej siły przetargowej prostytutki. Jeśli kobieta wie, że klient ma małą szansę znalezienia prostytutki gotowej na stosunek seksualny bez prezerwatywy, prawdopodobnie będzie mniej podatna na ofertę wyższej ceny lub lęk utraty zarobku. Podobnie, w miejscach gdzie prostytucja jest kontrolowana przez właścicieli domów publicznych lub alfonsów, na indywidualne decyzje prostytutek wpływać będą ogólnie przyjęte normy zachowania.

W krajach najbardziej uprzemysłowionych istnieje związek pomiędzy prostytucją i narkomanią tego rodzaju, iż narkomanki, a nieco rzadziej narkomani, prostytuują się dla zdobycia środków na narkotyki, lub jak było to opisane w pewnych częściach USA, prostytuują się za narkotyki (Stimson 1991). Tego typu związek jest rzadziej spotykany w biednych krajach Afryki i Południowo – Wschodniej Azji, jakkolwiek zwrócono tam pewną uwagę na nadużywanie przez prostytutki alkoholu. W krajach uprzemysłowionych bardziej prawdopodobne jest, iż narkomanki częściej niż narkomani prostytuują się dla zdobycia środków na narkotyki. W konsekwencji, proporcja narkomanek wpływać będzie na stopień zachodzenia na siebie populacji narkomanów i populacji prostitutek.

Praktyki dotyczące iniekcji narkotyków mają wiele podobieństw z używaniem prezerwatyw w środowisku prostitutek. W Norwegii, narkomani stosujący iniekcje ustalili zasadę niedopuszczającą do dzielenia się igłami jeszcze przed epidemią HIV (Middelthon & Prieur 1992). Ich wiedza o ryzyku zakażenia hepatitis B, dostępność strzykawek i igieł w aptekach wydają się być związane z ułatwieniem powstania i utrzymania tej normy. W Norwegii, w przeciwieństwie do używania prezerwatyw przez prostytutki, wysoki poziom hepatitis B wśród narkomanów stosujących iniekcje wskazuje zarazem na

wspólne użytkowanie igieł, pomimo istnienia przeciwnej temu normy. Jednakże fakt, iż norma istniała, w znacznym stopniu ułatwił wysiłki na rzecz obniżenia ryzyka zakażenia i jest prawdopodobnie ważnym czynnikiem wyjaśnienia niskiego poziomu infekcji stwierdzonego wśród narkomanów stosujących iniekcje w tym kraju. Ocenia się, iż zakażonych jest 5 – 8%, a roczne częstotliwości zakażeń są bardzo niskie.

Jeszcze przed epidemią HIV, wstrzykiwanie cudzej krwi było odbierane jako niemile i potencjalnie groźne. Jednakże, gdy dzielenie się sprzętem do iniekcji zdarzało się i nadal ma miejsce, narkomani stosujący iniekcje chętniej dzielą się tym sprzętem ze swoimi partnerami seksualnymi niż z osobami względnie obcymi. W ten sposób, pojęcie „publicznej” i „prywatnej” sfery stosowania prezerwatyw, ma swój odpowiednik w dziedzinie zachowań związanych ze stosowaniem narkotyków poprzez iniekcje.

W krajach, gdzie wprowadzone zostały działania zapobiegawcze wobec narkomanów stosujących iniekcje, miało miejsce znaczące zmniejszenie zachowań związanych z ryzykiem. Badania prowadzone w Wielkiej Brytanii, Francji i Nowej Zelandii we wczesnych i środkowych latach osiemdziesiątych wykryły, iż 70 do 90% narkomanów stosujących iniekcje dzieliło się igłami i strzykawkami. Badania w tych i innych krajach przeprowadzone w późnych latach osiemdziesiątych i wczesnych latach dziewięćdziesiątych pozwoliły stwierdzić, iż przeciętny poziom regularnego dzielenia się sprzętem do iniekcji sięga od 15 do 30% (Simson 1991).

Badania etnograficzne wśród narkomanów stosujących iniekcje wykryły, iż dzielenie się sprzętem było uprzednio zachowaniem akceptowanym, świadomość HIV i interwencje celowe doprowadziły do czegoś, co zostało określone jako „zmiana w społecznej etykiecie używania narkotyków” („a change in the social etiquette of drug use”) (Stimson, 1991).

Jakkolwiek dzielenie się igłami zostało znacząco zredukowane, występuje ono nadal. Zagrożenie zostało zmniejszone, ale nie wyeliminowane. Dzielenie się jest jednak w tym kontekście terminem wieloznacznym. Doniesienia z różnych krajów stwierdzają, iż dzielenie się oznacza wprowadzenie narkotyku do strzykawki lub zaimprowizowanego pojemnika jak plastikowa rurka i rozprowadzenie dawki w grupie ludzi. W Norwegii, dzielenie się oznacza używanie

tego samego sprzętu, ale każda osoba przygotowuje i zażywa swoją dawkę indywidualnie, zwykle płucząc potem sprzęt w dostępnym płynie przed oddaniem go innej osobie. Ilość wstrzykniętej krwi ma znaczenie dla potencjalnej transmisji HIV, ale ostatni ze sposobów jest znacząco mniej ryzykowny.

Dane z Wielkiej Brytanii wskazują, iż wśród kobiet dzielenie się jest znacząco częstsze niż wśród mężczyzn (Stimson 1991). Wywiady z narkomanami norweskimi pokazują, iż jeśli ma miejsce dzielenie się między kobietą a mężczyzną, kobieta zwykle używa sprzętu jako ostatnia, zwiększając zatem ryzyko swojej infekcji. Powody dla postępowania tego rodzaju powiązane są z cechami związku a częściowo ze względami natury praktycznej. Badania pokazują iż układ sił w parach narkomanów jest jeszcze bardziej zakłócony niż populacji ogólnej (Nilsen i Rudberg 1992). Nawet jeśli narkotyk jest kupiony za pieniądze zarobione przez kobietę w drodze prostytutki, mężczyzna deklaruje ich posiadanie i prawo pierwszeństwa użycia. Dodatkowym powodem jest to, iż kobiety często miewają „trudne żyły” i w konsekwencji potrzebują więcej czasu na wykonanie iniekcji.

ZAPOBIEGANIE

By zredukować ryzyko infekcji HIV wśród narkomanów i prostitutek, trzeba najpierw do nich dotrzeć i dostarczyć im odpowiednią wiedzę, umiejętności i środki. W celu dotarcia do interesujących nas społeczności prostitutek i narkomanów wykorzystano tradycyjne metody propagowania oświaty zdrowotnej, takie jak publikatory, istniejące ośrodki oświaty zdrowotnej, a także tworzenie specjalnych programów.

Publikatory

Do narkomanów i prostitutek dotrzeć można z wiedzą wykorzystując środki masowego przekazu. Narkomani i prostytutki często bywają wyłączeni z pojęcia ogółu odbiorców. Jednakże nasze doświadczenie wskazuje, iż narkomani posiadali wysoką i dokładną wiedzę o drogach przekazu choroby, zanim miały miejsce interwencje

celowe. Doświadczenie wskazuje, iż zarówno prostytutki jak i narkomani mogą szybko zdobyć dużą, dokładną wiedzę, gdy informacje skierowane do ogółu odbiorców zawierają informacje dotyczące ryzyka związanego z infekcją drogą seksualną i poprzez dzielenie się igłami.

Nie do wszystkich prostytutek można dotrzeć drogą celowych interwencji. Zawarcie przekazu w ogólnych kampaniach propagandowych zapewnia, iż informacja osiąga większą proporcję interesującej nas populacji. Środki masowego przekazu są narzędziem zapewniającym władzom zdrowotnym możliwość wypełnienia ich obowiązku zapewnienia, iż cała populacja uzyska dostęp do podstawowych informacji o niebezpiecznych epidemiach istniejących w obrębie populacji, takich jak HIV i AIDS.

Zapewnienie świadczeń.

Świadczenia zdrowotne i społeczne pełnią istotną rolę w zapobieganiu AIDS. Do narkomanów i prostytutek dotrzeć można poprzez istniejące ośrodki. Istniejące ośrodki zdrowia, kliniki, przychodnie dla osób chorych na choroby przekazywane drogą płciową, innego typu ośrodki zdrowotne oraz ośrodki pomocy społecznej mają kontakt z częścią zagrożonej populacji. Ich możliwości dotarcia do osób zagrożonych i wpływanie na zachowania będą zależać od takich czynników jak koszty, godziny otwarcia (prostitutki zwykle nie będą w stanie korzystać z usług ośrodków otwartych tylko wcześniej rano), postaw i umiejętności personelu. Jeśli postawę personelu charakteryzuje akceptacja i zrozumienie, szansa osiągnięcia zaufania niezbędnego dla rozmów o praktykach seksualnych i związanych z infekcją narkotyków wzrośnie. W istocie, jedna z głównych lekcji z epidemii HIV mówi o dużym znaczeniu zapewnienia adekwatnej i dostępnej opieki zdrowotnej zarówno dla prostytutek jak i narkomanów. Jeśli prostytutka może oczekiwać iż otrzyma sama (lub jej dzieci) dobrą opiekę medyczną związaną ze swoimi dolegliwościami, będzie bardziej skłonna korzystać z pomocy medycznej i ufać ośrodkom usług medycznych.

W większości krajów pojawienie się HIV doprowadziło do zwiększenia wysiłków w dziedzinie kształcenia fachowego personelu ośrodków pomocy medycznej i społecznej. Programy kształcenia

skierowane były na zapewnienie odpowiednich informacji dotyczących HIV, AIDS; zmiany zachowań i emocjonalnego wspomagania pacjentów z grupy ryzyka lub chorych, w tym samym stopniu co personelu. W większości środowisk zawodowo związanych z grupami ryzyka, występować będzie poczucie zagrożenia ze strony takich grup jak prostytutki i narkomani. Nadzór i kształcenie są użytecznymi instrumentami w pracy nad postawami i emocjami kształtującymi się w takich sytuacjach.

Program lokalny

Program lokalny jest innym sposobem dotarcia do interesującej nas grupy, która jest w większym stopniu wystawiona na ryzyko w efekcie epidemii HIV. Program taki jest realizowany przez profesjonalistów, ochotników oraz członków grupy do której jest on skierowany. Pracując na ulicach i w społeczności lokalnej profesjonalści wchodzi na teren poszukiwanej grupy. Jedynym sposobem osiągnięcia trwałych i efektywnych relacji realizatora programu z członkami poszukiwanej grupy jest uszanowanie nawiązanych relacji i okazywanie szacunku dla postępowania członków grupy z „klientami”.

Przedstawiony tutaj program lokalny powstał jako część całościowego wysiłku mającego na celu redukcję zapotrzebowania na narkotyki i rehabilitację prostytutek w Norwegii, wiele lat zanim HIV stał się problemem w tych grupach. Jakkolwiek program lokalny nie objął swym zasięgiem wszystkich lokalnych grup narkomanów, zwiększenie wiedzy o życiu ulicy wśród pracowników socjalnych, a także powstanie pozytywniejszych postaw wobec pracowników socjalnych wśród narkomanów, są możliwymi czynnikami wyjaśnienia względnie gwałtownych wysiłków i praktyk mających na celu redukcję ryzyka.

Szczegółowe podejścia celowe

W konsekwencji epidemii HIV w Norwegii, podobnie jak i w innych krajach, podejście tego typu było krokiem naprzód. Został stworzony projekt, który uznawał, iż poza potrzebą konsultacji i pomagania jednostkom, istnieje potrzeba wpłynięcia na „społeczną

etykietę” używania prezerwatyw i dzielenia się igłami. Opiszemy poniżej dwa projekty, które wymagały włączenia „koleżanek po fachu” jako osób mających wpływ na niebezpieczne zachowania wśród prostytutek i narkomanów.

Te dwa norweskie projekty włączały osoby aktualnie zajmujące się prostytutką lub aktualnych narkomanów, a nie były prostytutki lub byłych narkomanów. Założeniem było oddziaływanie na subkultury od środka, uznano zatem iż najlepszymi czynnikami wzmacniającymi będą osoby aktualnie zaangażowane w poszukiwane zachowania. (Używamy raczej terminu czynnik wzmacniający niż czynnik zmian, ponieważ założyliśmy, iż stosowanie prezerwatyw było normalnym i oczekiwanym zachowaniem wśród kobiet, a dzielenie się wśród narkomanów było zachowaniem uznanym za niezgodne z normą i nieoczekiwane.) Były prostytutki i byli narkomani zwykle nie są dalej częścią subkultury, nawet jeśli ich wiedza o subkulturze może być większa niż pracownika służby zdrowia lub pracownika opieki społecznej. By osiągnąć optimum zaufania było także konieczne uniknięcie włączenia w program byłych prostytutek i narkomanów, przedstawiających się jako lepszych, lub przedstawianych jako takich przez ich uprzednich „kolegów”. W programie dla narkomanów dodatkową przesłanką wyłączenia z udziału w nim byłych narkomanów pozostawała obawa, iż udział w takim programie może zwiększyć ryzyko ich powrotu do nałogu. Poza informacjami i wzmacniającymi normami zachowania, ludzie potrzebują umiejętności i środków by zachowywać się w pożądanym sposób. prostytutki, które nie wiedzą jak używać prezerwatyw, jak negocjować z klientem lub z powodu braku czy wysokiej ceny nie mają dostępu do prezerwatyw, nie zmieniają zachowania w rezultacie wzrostu wiedzy. To samo dotyczy narkomanów. W większości krajów stawiających sobie za całociowy cel likwidację narkomanii i stworzenie programów prewencji oraz leczenia narkomanii, dobrze wiadomo, że niektórzy narkomani kontynuują iniekcję, nawet jeśli byli poddani leczeniu odwykowemu.

W tym kontekście państwa podejmowały program zapobiegania HIV oparty o coś, co można nazwać hierarchią celów – „chcemy byś przestał używać narkotyków i możemy udzielić ci pomocy do tego niezbędnej, jeśli nie możesz zrobić tego teraz lub nie zrobisz tego teraz, chcemy byś miał możliwość zadbania o swoje zdrowie, a my będziemy nadal rozmawiać, jak możesz przerwać branie”.

To podejście, często określane jako „zmniejszenie szkody” (harm reduction) włączało zaopatrywanie narkomanów w igły i strzykawki oraz uczenie narkomanów sposobów czyszczenia sprzętu w sytuacjach, gdy dzielenie się było nie do uniknięcia. Wszystkie kraje, które wprowadziły ten typ działań uważały, iż propagowanie stosowania czystych igieł nie powinno być widziane jako propagowanie narkomanii. Żaden z krajów, który wprowadził takie projekty nie stwierdził zwiększenia ilości zużywanych igieł. Wywiady z narkomanami norweskimi pokazują, iż odebrali oni prawidłowo przedstawioną wyżej hierarchię przekazu i nie odebrali praktyki rozpowszechniania sprzętu jako w jakikolwiek sposób ograniczającej ogólny cel pracowników służb zdrowia i opieki społecznej, jakim była pomoc w osiągnięciu abstynencji. Wczesne raporty dotyczące programu w San Francisco, gdzie rozdawano domowe środki czyszczenia igieł i strzykawek wskazują iż wśród narkomanów do których dotarł program zwiększyła się liczba zabiegających o leczenie odwykowe (Watters 1990).

Zmiana podejścia wobec narkomanii, jaka miała miejsce w Norwegii nie zasadza się jedynie na przyjęciu zasady redukcji ryzyka związanego z narkomanią. Igły i strzykawki są sprzętem, który można legalnie kupić od połowy lat siedemdziesiątych, a powodem dla którego zapewniono ich dostępność była redukcja zakażeń hepatitis B.

Zmiana najbardziej zauważalna w efekcie epidemii HIV polega na akceptacji nowych, pośrednich celów w pracy z narkomanami i we wzroście zainteresowania pracowników socjalnych i służby zdrowia technicznymi aspektami bezpiecznej iniekcji i rolą narkomanów jako ekspertów i współpracowników w doprowadzeniu do redukcji zagrożenia. Zmniejszenie ilości nowych przypadków HIV w populacji jest wspólnym celem narkomanów i profesjonalistów. Osiągnięcie tego celu zależy od wysiłków zagrożonych jednostek, w tym samym stopniu co od czynników kontekstualnych, na które mogą wpłynąć władze służby zdrowia.

Projekt dotarcia do prostytutek

W realizacji projektu dotyczącego prostytutek zaangażowane zostały przez Ministerstwo Zdrowia w niepełnym wymiarze czasu

pracy dwie aktywne prostytutki. Ich zadaniem było działanie jako czynnik wzmacniający wobec własnej grupy. Kobiety zaopatrzone w prezerwatywy, które miały rozdawać i przeszkolono w zakresie AIDS i HIV. Te dwie kobiety były doświadczonymi prostytutkami, dobrze znającymi ulicę i jej aktorów. Początkowo spotykały się z zaskoczeniem i niewiarą, zarówno ze strony innych prostitutek, pracowników społecznych i policji. Prostytucja w Norwegii nie jest nielegalna, ale policja jest aktywna w rejonach opanowanych przez prostytutki, by zapobiegać „zaburzeniom publicznym”.

Reakcje sięgały od prostego śmiechu, do rozważań, czy działalność taka nie jest upowszechnianiem prostytucji. Początkowo obie kobiety miały trudności w przekonaniu innych prostitutek, iż władze zdrowotne rzeczywiście zatrudniły prostytutki do programu mającego na celu zapobieganie transmisji HIV. Wśród prostitutek reakcje te wkrótce zmieniły się na pozytywne zainteresowanie i wyrazy wysokiej oceny, a ze strony policji i pracowników społecznych na uznanie, że kobiety te wykonują ważne zadania w odpowiedzialny i „zawodowy” sposób.

Dwie prostytutki miały wiele przewag nad personelem profesjonalnym zaangażowanym w projekt. Gdy pracownicy socjalni często potrzebowali czasu na obserwację, by wiedzieć do kogo się zbliżyć, kobiety te robiły to w sposób bardziej bezpośredni. Z wyjątkiem przerywania toczących się „transakcji” bardzo efektywnie nawiązywały kontakty z członkiniami grupy. Przedstawiły się bardzo prosto: „Jesteśmy prostytutkami zaangażowanymi przez Ministerstwo Zdrowia by dostarczać informacji o HIV i AIDS innym prostytutkom.” Rozprowadzały również prezerwatywy – nie dlatego iż trudno je było dostać w inny sposób, ale dlatego iż kobiety z ulicy ciągle ich potrzebowały i pozytywnie reagowały na „podarunek”. Rozdawanie prezerwatyw służyło również jako wstęp do dyskusji o seksie i HIV.

Pracownicy służby zdrowia i służb socjalnych w kontaktach z prostytutkami tradycyjnie zwracali uwagę na powody uprawiania prostytucji i sposób w jaki mogą pomóc zmienić taki styl życia. „Koleżanki po fachu” powstrzymywały się od tego. Uprzytamniały kobietom kwestie dbania o własne zdrowie i informowały o projekcie stworzonym by pomóc prostytutkom. Raporty dotyczące tego projektu dotarcia do prostitutek, wskazują, iż kontakty z prosty-

tutkami wzrosły znacząco w rezultacie działań „koleżanek po fachu”.

Te „koleżanki – nauczycielki” nie miały jednak za zadanie nawiązywania kontaktu z prostytutkami, by zbliżyć je do innych służb socjalnych. Ich zadanie było proste, zwracały uwagę na samą „transakcję” i na zapewnienie w niej bezpieczeństwa kobiety. Ukazuje to na dramatyczną zmianę akcentów w kontaktach prostitutek ze służbą zdrowia, którą „koleżanki” reprezentowały. Aspekt ten był nadal akcentowany, nawet wtedy, gdy projekt, na podstawie zaleceń „koleżanek – nauczycielek” zaczął rozprowadzanie chusteczek służących czyszczeniu zewnętrznych genitaliów po transakcji. Chusteczki były nasączone płynem czyszczącym, kojącym, nie zawierającym alkoholu. Nie miało to żadnej funkcji zapobiegawczej wobec HIV, i nie mogło być postrzegane jako wysiłek ochronny wobec społeczeństwa. Było to natomiast postrzegane przez prostytutki jako bezpośrednia pomoc w ich pracy i jako znak, iż społeczeństwo o nie dba.

Zatrudnione w projekcie prostytutki były nieustannie proszone o przedstawianie swojej pracy na konferencjach i spotkaniach. Zostały instruktorkami pracowników służby zdrowia i pracowników socjalnych nie tylko w przedmiocie „cierpiącej prostytutki” ale także w opisywaniu sił i słabości wykorzystania prostytucji w działaniach na rzecz obniżenia ryzyka HIV. Doświadczenia prostitutek stały się niezbędnym składnikiem podstawowego problemu publicznej opieki zdrowotnej, jakim jest zapobieganie HIV. Te dwie kobiety stały się ekspertami w zapobieganiu HIV i seksualności, dziedzinach w których pracownicy służby zdrowia i pracownicy socjalni zwykle mają niewielkie doświadczenia. Rola ekspertów, jaka została osiągnięta przez „koleżanki – nauczycielki” stała się również wspólnym osiągnięciem większej grupy kobiet pracujących na ulicy. W wywiadach, również inne prostytutki wyrażały dumę z projektu. Jak wspomniano, w projektach skierowanych na rehabilitację prostitutek doświadczano wzrostu kontaktów z prostytutkami w czasie trwania projektu. Związek pomiędzy wyrażaną dumą z tego co prostytutki mogą dokonać i wzrost ogólnego pragnienia poszukiwania pomocy wśród prostitutek wymaga dalszych badań. Jest jednakże jasne, iż projekt nie doprowadził do nasilenia prostytucji ani na poziomie indywidualnym, ani społecznym.

Jak wspomniano, początkowo istniała obawa, iż udział w projekcie mógł spowodować nasilenie prostytuowania się dwóch zatrudnionych kobiet. Nie stało się tak, a przeciwnie, stopniowo zredukowały one a nawet zaprzestały zachowań o charakterze prostytucji. Powodów tego może być kilka. Możliwe wyjaśnienie leży w fakcie, iż poprzez udział w projekcie kobiety zmieniły swoją pozycję w odniesieniu do prostytucji. Rola „ prostytutki ” (podobnie narkomana) jest często zestereotypizowana; jeden element życia osobistego, handel seksem, jest podstawą charakterystyki całej osoby. Otrzymuje ona pełną identyfikację, która jest identyfikacją ograniczoną, ponieważ inne cechy i działania tej osoby nie są brane pod uwagę.

Poprzez wykonywanie nowej roli, roli użytecznej dla społeczeństwa, kobieta jest widziana i postrzega siebie jako osobę złożoną, z całym wachlarzem umiejętności i zdolności. Projekt tworzy zatem „przestrzeń” w której nowe role mogą być wypróbowywane i doświadczane, i gdzie prostytutka może spotkać się z innym profesjonalistą jak równy z równym.

Zatrudnienie przy walce z HIV, z ramienia społeczeństwa, w swojej własnej dziedzinie, powoduje usytuowanie prostytutek na pozycji, gdzie mogą zarówno obserwować działania jak i brać w nich udział. Kobiety określiły tę sytuację jako możliwość spojrzenia na prostytucję „nowymi oczyma”. Ta możliwość refleksji z dystansu, kiedy nie trzeba odrzucać lub negować siebie, w połączeniu z próbami podjęcia nowej roli, w naszym przypadku wywołała motywację i działania by zmienić styl życia.

Projekt dotyczący narkomanów

Ministerstwo Zdrowia Norwegii nawiązało poprzez lokalne służby kontakt z narkomanami, włącznie z narkomanami prostytuującymi się, by włączyć ich w charakterze ochotników w projekty skierowane na zmniejszenie ryzyka AIDS. Działania polegały na dystrybucji prezerwatyw, igieł i strzykawek poprzez narkomanów w miastach, gdzie sprzęt był niedostępny po godzinie zamknięcia aptek, prowadzeniu szkoleń z zakresu dezynfekcji igieł i strzykawek, i prowadzeniu lokalnych punktów informacyjnych na ulicach.

Projekt podkreślał kwestie seksualne z dwóch powodów. Po pierwsze, istnieje tendencja do niedostrzegania w narkomanach istot

o własnych potrzebach seksualnych. Po drugie, pewna ilość narcomanek uprawia prostytutkę. Kiedy pracuje się nad kwestiami seksualnymi, punktem wyjścia jest ogólnie seksualność. Propagowane tematy dotyczyły zatem zarówno seksualnej przyjemności, jak i nadużyć seksualnych i gwałtu. Dodatkowo, włączono metodą odgrywania ról, szkolenie w zakresie negocjowania „seksu bezpiecznego” i stosowania prezerwatyw z partnerami seksualnymi i klientami.

Klienci lub mężczyźni kupujący seks

Większość działań dotyczących obniżenia częstotliwości przekazywania HIV poprzez prostytutkę skierowanych było na prostytutki (kobiety). W publicznej debacie nad HIV i prostytutką oraz w działaniach zapobiegawczych, klienci byli prawie niewidzialni. Jedną z ważnych, dodatkowych aktywności redukujących zachowania niosące zagrożenia jest dotarcie do klientów prostytutek, by zachęcić ich do seksu bezpiecznego. Klienci prostytutek giną w ogólnej populacji i trudno do nich dotrzeć poprzez bezpośrednie komunikaty, od jednej osoby do drugiej. Komunikaty przeznaczone dla ogółu odbiorców muszą wprost mówić o niebezpieczeństwie zakażenia drogą płciową. Ważne jest jednak by przekaz był sformułowany w sposób który nie stworzy lub nie wzmocni obrazu prostytutki, jako źródła infekcji. Komunikaty muszą być tak sformułowane by dotyczyły zachowań męskich i propagowały odpowiedzialne zachowania mężczyzn w odniesieniu do każdego stosunku seksualnego.

W niektórych krajach grupom mężczyzn przebawającym z dala od rodzin przez długi okres czasu, jak personel wojskowy lub kierowcy ciężarówek na długich trasach, korzystającym z usług prostytutek, znacznie częściej niż populacja mężczyzn ogółem, dostarczane były odpowiednie informacje i prezerwatywy.

Podjęcie wszechstronne, zróżnicowane i wielosektorowe

Dotarcie do zamierzonej grupy jest warunkiem dostarczenia niezbędnych informacji i osiągnięcia zmiany zachowań. W tym artykule opisaliśmy sposób dotarcia, włączający zasadę stworzenia ekspertów w ramach grupy, do której zamierzaliśmy dotrzeć. Uczy-

niliśmy tak, by zwiększyć rzetelność informacji, a informacje pewnego rodzaju wzbudzają większe zaufanie, gdy dostarczane są przez „koleżanki”, niż władze (zdrowotne) (porównaj także Kindell 1990). W działaniach norweskich ważniejsze było założenie, iż stosowanie prezerwatyw wśród prostytutek i dzielenie się igłami przez narkomanów jest zachowaniem kształtowanym tak samo lub nawet w większym stopniu przez „kolegów” lub przez normy subkulturowe niż przez indywidualną percepcję zagrożenia.

Wysiłki, by ograniczyć zachowania zagrażające wśród narkomanów stosujących iniekcje i prostytutek były skuteczne w otoczeniu, gdzie wprowadzano kilka różnych, uzupełniających się wzajemnie podejść. Wysiłki by ograniczyć infekcje poprzez prostytutkę lub iniekcję narkotyków muszą być skierowane na wiele celów, zintegrowane i uzupełniające. Specyficzna mieszanka strategii musi zależeć od dynamiki epidemii HIV, istniejących wzorów zachowań, społecznego i lokalnego kontekstu tworzącego sytuację zagrożenia oraz od możliwości interwencji.

(tłumaczył: *Jan Kolbowski*)

Summary:

Women who sell sex are in many countries at increased risk of becoming HIV infected and of infecting their sexual partners. Sex workers who inject drugs or who have male sexual partners who inject drugs are even more vulnerable to infection. To achieve reduction in needle sharing among injectors and increased condom use among sex workers and drug users, comprehensive and diversified approaches including the provision of knowledge, skills and means to achieve safer behaviour are needed.

Two Norwegian projects that have engaged current drug-using and non-using sex workers to act as agents to influence behaviour among their peers, are described. The projects have been successful in reaching the target group, without increasing individual or societal levels of prostitution or drug use.

PIŚMIENICTWO

Day, Sophie: „Prostitute women and AIDS: Anthropology”, AIDS vol 2 1988, Gower Academic Journals LTD.

Kinnell, Hilary: „Prostitutes, Clients and HIV in Birmingham” AIDS Dialogue, Health Education Authority, No 4 January 1990

Middelthon, A-L., Prieur, A.: Mobilisering av Stoffmisbrukere til endringsarbeid i eget miljø, Helsdirektoratets notatserie nr 1, 1992 (Available in Norwegian only)

Nielsen, Harriet B. og Rudberg, Monica: „Jenters vei til rusmidler – et sosialiseringperspektiv, Waal, H., og Middelthon, A-L. (red), Narkotiforebygging mot ar 2000, Universitetsforlaget, Oslo 1992

Plant, Martin, ed: AIDS, drugs, and prostitution, Tavistock/Routledge, London 1990

Smith, Diana, G.: „Thailand: AIDS crisis looms”, The Lancet vol 335 March 31, 1990

Stimson, G.V.: „The Prevention of HIV Infection in Injecting Drug Usres: Recent Advances and Remaining Obstacles” The Newsletter, The International Working Group on AIDS and Drug Use Vol. 5(2-4), May 1991

Watters, John K., et al.: „AIDS Prevention for Intravenous Drug Users in the Community: Street-based Education and Risk Behaviour”, American Journal of Community Psychology, vol. 18 no.4 1990.