

EVALUAREA NIVELULUI DE PREGĂTIRE A LUCRĂTOARELOR
SEXULUI DIN CHIȘINĂU (CAPITALA REPUBLICII MOLDOVA)
ÎN MOBILIZAREA COMUNITARĂ, INCLUSIV IMPLICAREA ÎN
MĂSURILE DE CONTROL PENTRU HIV

Chișinău, 2022

Lista tabelelor.....	2
Lista figurilor	3
Sumar executiv.....	4
Investigatori și instituții.....	4
Abrevieri și acronime	5
Considerații etice	6
Introducere	6
Metodologia studiului.....	7
Scopul studiului	7
Obiectivele studiului.....	7
Designul studiului	7
Populația țintă	7
Colectarea și prelucrarea datelor	8
Metodologia de analiză	8
Analiza datelor	8
Caracteristici generale	8
Comportament sexual	11
Contracepția și sarcina	13
Servicii medicale	14
Servicii de reducere a riscurilor	15
Deprinderi nocive	15
Violența, sănătatea fizică și comportamentală	16
Componentul HIV	18
Credibilitate și autodeterminare	20
Auto-eficacitate și Capacitare.....	21
Stigmatizare.....	23
Opinii și păreri ale LS privind divulgarea muncii sale	24
Comunicare și mobilizare comunitară.....	26
Evaluarea factorilor determinanți care ar putea favoriza integrarea lucrătoarelor sexului în mobilizarea comunitară	27
Limitările studiului	30
Discuții.....	30
Concluzii	35
Recomandări	35
Recomandări generale	35
Recomandări specifice.....	36
Bibliografia	37

Lista tabelelor

Tabelul 1. Caracteristicile demografice ale eșantionului de studiu	9
Tabelul 2. Situația financiară a eșantionului de studiu	10
Tabelul 3. Situația privind locul de trai la momentul interviului	10
Tabelul 4. Motivele renunțării și reîntoarcerii la prestarea serviciilor sexuale pentru bani sau alte beneficii	12
Tabelul 5. Contracepția în rândul eșantionului studiat.....	13
Tabelul 6. Teste și examene medicale în ultimele 12 luni	15
Tabelul 7. Abuzul fizic și sexual	17
Tabelul 8. Evaluarea factorilor determinanți privind integrarea lucrătoarelor sexului în mobilizarea comunitară.....	28

Lista figurilor

Figura 1. Primul contact sexual după de categoriile de vârstă	11
Figura 2. Vârsta primului contact sexual versus vârsta primului contact sexual pentru bani sau careva beneficii.....	11
Figura 3. Motivele prestării serviciilor sexuale menționate de către participantele la studiu	12
Figura 4. Tipuri de sex pentru bani sau alte beneficii practicat	13
Figura 5. Număr sarcini vs. număr copii.....	14
Figura 6. Unde și cu cine locuiesc copiii participantelor la studiu	14
Figura 7. Servicii de reducere a riscurilor.....	15
Figura 8. Consumul de droguri și alcool înainte și după prestarea serviciilor sexuale	16
Figura 9. Consumul de alcool înainte și după prestarea serviciilor sexuale în raport cu abuzul fizic și sexual	16
Figura 10. Frecvența unor lucruri care se pot întâmpla în timpul prestării serviciilor sexuale	17
Figura 11. Împărtășirea statutului HIV de către LS și client	18
Figura 12. Autotestarea și credibilitatea în teste rapide	18
Figura 13. Atitudini față de persoanele infectate cu HIV	19
Figura 14. Solicitarea împărtășirii statutului HIV (de către LS sau client) în dependență de atitudinile LS față de persoanele infectate cu HIV	20
Figura 15. Răspunsurile oferite de către LS pentru afirmațiile tangențiale predeterminării, pesimismului și norocului	20
Figura 16. Răspunsurile oferite de către LS pentru afirmațiile tangențiale autodeterminării	21
Figura 17. Nivelul de Credibilitate în predeterminare și noroc și nivelul de Autodeterminare	21
Figura 18. Răspunsurile oferite de către LS pentru afirmațiile tangențiale auto-eficacității	22
Figura 19. Răspunsurile oferite de către LS pentru afirmațiile tangențiale capacitării	22
Figura 20. Nivelul de Auto-eficacitate și nivelul de Capacitare	23
Figura 21. Răspunsurile oferite de către LS la întrebările tangențiale stigmatizării.....	23
Figura 22. Percepția Stigmatizării	24
Figura 23. Cu ce se pot confrunta LS în cazul dezvăluirii ocupației (prestării serviciilor sexuale comerciale)	24
Figura 24. Cu cine participantele la studiu s-ar simți mai confortabil în cazul dezvăluirii statutului de LS	25
Figura 25. Viziunea LS referitoare la serviciile sexuale pentru bani sau alte beneficii pe care le prestează	25
Figura 26. Modalități de comunicare cu alte LS din comunitate	26
Figura 27. Programe și servicii specifice în care participantele la studiu ar dori ca LS să fie implicate	26
Figura 28. Căile de distribuire a informațiilor referitoare la LS sugerate de către participantele la studiu.....	27

Sumar executiv

Raportul de studiu este elaborat în cadrul proiectului susținut de către **Programul mixt al Națiunilor Unite pentru HIV/SIDA** (UNAIDS) în Republica Moldova

Investigatori și instituții

Coordonator de studiu, scrierea raportului

Ana Ciobanu, Consultant individual, Chișinău, Republica Moldova

Investigatori, analiza și interpretarea datelor

Svetlana Doltu, Director, Asociația Obștească "Act for Involvement"

Sergiu Cugut, Coordonator de Proiect, Asociația Obștească "Act for Involvement"

Sergiu Platon, Coordonator de Proiect, Asociația Obștească "Act for Involvement"

Svetlana Plămădeală, Manager de țară, UNAIDS Moldova

Colectarea datelor

Valeriu Coadă, intervievator

Eugen Gheorghită, intervievator

Viorica Chirică, intervievator

Andrei Trofimov, intervievator

Cristina Platon, intervievator

Carolina Cugut, intervievator

Eugen Baltaga, intervievator

Vladimir Pușoi, intervievator

Instituția coordonatoare

Asociația Obștească "Act for Involvement"

2060-MD, str. Varșovia 7, Chișinău, Republica Moldova

Tel: +373 22 60 04 90, www.afi.md

Contribuții

UNAIDS-Moldova, Chișinău, Republica Moldova

Tel: +373222269249, <https://www.unaids.org/en/regionscountries/countries/republicofmoldova>

Abrevieri și acronime

AFI	Asociația Obștească <i>Act for Involvement</i>
BSB	Bărbații care fac sex cu bărbații
COVID-19	abreviere din limba engleză Coronavirus Disease 2019
EGR	Eșantionare ghidată de respondent
IBBS	Studiul integrat bio-comportamental în grupurile cu risc sporit de infectare HIV
ITS	Infecții cu transmitere sexuală
HIV	Virusul Imunodeficienței Umane
LS	Lucrătoarele sexului
OMS	Organizația Mondială a Sănătății
ONG	Organizație non-guvernamentală
PCDI	Persoane care consumă droguri injectabile
UNAIDS	Programul mixt al Națiunilor Unite pentru HIV/SIDA

Considerații etice

Protocolul studiului și instrumentele utilizate în studiu au fost aprobate de către Comitetul Național de Expertiză Etică a Studiului Clinic al Republicii Moldova¹.

Introducere

Republica Moldova, cu o populație de aproximativ 4 milioane de locuitori, este situată în sud-estul Europei, se învecinează cu România la Vest și cu Ucraina la Nord, Est și Sud. Teritoriul Republicii Moldova este organizat, sub aspect administrativ, în unități administrativ-teritoriale: municipii, raioane, orașe și sate. Organizarea administrativ-teritorială este circumscrisă în două nivele: satele și orașele constituie nivelul întâi; raioanele și municipiile constituie nivelul doi. De asemenea, teritoriul țării cuprinde două regiuni cu statut special: Unitatea Teritorială Autonomă Găgăuzia și Unitatea administrativ-teritorială din regiunea de Est. Ultima reprezintă teritoriul denumit neformal regiunea malului stâng al râului Nistru sau regiunea de Est, care și-a autoproclamat independența și nu este controlată de Guvernul Republicii Moldova [1].

Regiunea malului drept al r. Nistru are o populație de cca 3.5 milioane de oameni. Cel mai mare oraș este municipiul Chișinău - capitala țării și are cca 757 mii locuitori [2].

În 2019, în Republica Moldova erau în viață aproximativ 9300 persoane adulte (≥ 15 ani) cu HIV. Cu toate că prevalența HIV în populația generală este joasă (0.3%), este ridicată prevalența în rândul grupurilor cu risc sporit de infectare HIV care include persoanele consumatoare de droguri injectabile (PCDI), bărbații care fac sex cu bărbații (BSB), femeile lucrătoare ale sexului (LS) și deținuții. Întru prevenirea și pentru un control asupra infecției HIV, la nivel de Guvern, o dată la 5 ani se aprobă Programul Național de Prevenire și Control asupra infecției HIV și ITS. Activitățile și direcțiile de acțiuni din cadrul respectivelor Programe naționale sunt axate, în special, pe prevenirea și controlul infecției HIV în rândul grupurilor cu risc sporit la infecția HIV.

Cu o anumită periodicitate în Republica Moldova, în rândul grupurilor cu risc sporit, sunt realizate studii bazate pe bio-comportament. Studiul integrat bio-comportamental (IBBS) realizat în Republica Moldova a determinat că prevalența HIV în rândul femeilor LS varia între 3.9% și 22.3% în anul 2016. Studiul realizat în 2020 stabilește o prevalență HIV de 2.7% pentru localitățile Chișinău și Bălți. În studiile IBBS, adițional analizei infecției HIV se evaluează și ponderea altor infecții, cum ar fi hepatitele, consumul de droguri, dar și careva cunoștințe legate de transmiterea bolilor, protejare, anumite riscuri. Cu toate acestea, studiile realizate în rândul persoanelor cu risc sporit la infecția HIV (inclusiv în grupul LS) nu reflectă aspecte de integrare a acestora în comunitate și/sau implicarea acestora în mobilizarea comunitară. Proporția de LS în populația adultă feminină a fost de 3.28% din populația adultă feminină în anul 2020.

În context, s-a propus realizarea studiului operațional care să permită evaluarea nivelului de pregătire a LS din Chișinău în mobilizarea comunitară, inclusiv și implicarea în măsurile de control pentru HIV. Acest studiu va oferi o imagine mai clară referitoare la nivelul de pregătire a LS în mobilizarea comunitară, va aduce

¹ Decizia Comitetul Național de Expertiză Etică a Studiului Clinic al Republicii Moldova nr. 1196 din 27.10.2021

o plus valoare în aspectul identificării soluțiilor pentru intervenții axate pe prevenire și controlul infecției HIV în rândul grupului de risc LS. De asemenea, rezultatele studiului ar putea contribui la facilitarea implementării activităților privind formarea grupurilor de pledoarie întru creșterea gradului de conștientizare și creării mediului care susțin populațiile cheie și contribuie la reducerea stigmei și discriminării, dar și la implicarea reprezentanților populațiilor cheie în procesul de planificare și implementare a programelor de prevenire HIV.

Metodologia studiului

Scopul studiului

Analiza nivelului de pregătire a lucrătoarelor sexului în mobilizarea comunitară, inclusiv implicarea în măsurile de control pentru HIV

Obiectivele studiului

1. Descrierea caracteristicilor socio-demografice ale lucrătoarelor sexului
2. Descrierea particularităților comportamentale conexe mobilizării comunitare (credibilitate, auto-determinare, auto-eficacitate, capacitate) ale lucrătoarelor sexului
3. Aprecierea nivelului de pregătire a lucrătoarelor sexului în mobilizarea comunitară, inclusiv în măsurile de control pentru infecția HIV
4. Evaluarea factorilor favorizanți pentru integrarea lucrătoarelor sexului în mobilizarea comunitară

Designul studiului

Tip studiu: descriptiv, prospectiv, de cohortă.

Perioada de desfășurare a studiului octombrie - decembrie 2021

Populația țintă

Studiul a recrutat toate persoanele care au corespuns criteriilor de eligibilitate. Volumul eșantionului a constituit 355 respondente chestionate.

Populația a inclus persoane sex feminin, lucrătoare ale sexului.

Criteriile de includere:

- persoane sex feminin cu vârsta mai mare de 18 ani
- lucrătoarele sexului în raza municipiului Chișinău
- abilitate psihic pentru a oferi un interviu structurat în baza chestionarului
- consimțământ informat pentru participare în cadrul studiului semnat

Criterii de excludere:

- persoane sex feminin, lucrătoarele sexului din afara municipiului Chișinău
- persoane sex feminin care nu sunt lucrătoarele sexului
- persoane sex masculin

Recrutarea respondentelor

Au fost aplicate două căi pentru recrutarea respondentelor LS: (1) prin metoda EGR² ca varianta a eșantionării de referință în lanț concepută pentru a ajunge la populațiile „ascunse”; (2) chestionarea în rândul beneficiarilor proiectelor de reducere a riscurilor administrate de către AO AFI. După înrolarea și completarea procesului de sondaj, pentru fiecare persoană a fost creat un identificator unic anonim, care nu permite identificarea directă sau indirectă a persoanei.

Colectarea și prelucrarea datelor

Metoda de colectarea datelor a fost metoda de anchetare (interviu standard bazat pe chestionar). Chestionarul a fost elaborat în baza literaturi de specialitate, inclusiv rezultatele cercetărilor IBBS anterioare. Instrumentul de colectare a datelor a fost disponibil în două limbi (rusă/română). Chestionarea respondentelor s-a desfășurat în consecutivitate, după cum urmează: contactul cu respondentă și informarea, completarea chestionarului. Chestionarele completate și codificate au fost centralizate în cadrul AO AFI și incluse în baza de date creată pe platforma EpiData, care a permis aplicarea testelor de verificare a calității introducerii și validării.

Metodologia de analiză

Datele obținute au fost supuse următoarelor metode de analiza: de sinteză; de comparație; de prognozare; de determinare a veridicității. Datele extrase în rezultatul chestionării au fost importate în programul statistic SPSS pentru analiză. Analiza datelor s-a efectuat prin generarea de frecvențe simple și tabele încrucișate. Pentru măsurarea nivelului de credibilitate, autodeterminare, auto-eficacitate, capacitate și stigmatizare s-a utilizat Scala Likert. Variabilele continui au fost sumate drept medie (deviația standard) sau mediana. Pentru evaluarea factorilor determinanți s-a aplicat Rata Șanselor (*Odd Ratio* și *Odd Ratio adjusted*). Valoarea $p < 0.05$ a fost considerat pragul semnificației statistice. Modelul ajustat a inclus factori asociați cu rezultatul la $p < 0.1$ în regresie binară.

Analiza datelor

Caracteristici generale

Eșantionul studiului a cuprins 355 de LS. Marea majoritate (92%) dintre participantele la studiu au fost cu vârsta cuprinsă între 18 și 34 ani; 44% având între 18 și 24 ani. Vârsta medie – 26.1 ± 5.7 ani (mediana=26). Cea mai mică vârstă – 18 ani, cea mai mare – 51 ani. Nivelul de studii a fost de 4-8 clase în 45% cazuri în rândul persoanelor participante la studiu. Mai mult de jumătate (54%) dintre participante erau celibatate, circa o pătrime (26%) – divorțate, 4.5% - văduve, 13% - locuiau în concubinaj, iar 2.3% - erau căsătorite. În majoritatea cazurilor acestea au fost locuitoare ale municipiului Chișinău (57% - din oraș și 24% - din suburbie) (Tabelul 1).

² Heckathorn D. 1997. Respondent driven sampling: a new approach to the study of hidden populations. Social Problems. 44(2):174-99.

Tabelul 1. Caracteristicile demografice ale eșantionului de studiu

Caracteristici	N (%)
Total	355
Vârsta	
18-24 ani	158 (44.5)
25-34 ani	170 (47.9)
35-44 ani	23 (6.5)
≥ 45 ani	4 (1.1)
Studii	
4-8 clase	160 (45.1)
9-11 clase	86 (24.2)
Medii (12 clase)	25 (7.0)
Medii profesionale	63 (17.7)
Superioare	21 (5.9)
Starea civilă	
Căsătorită	8 (2.3)
Concubinaj	45 (12.7)
Divorțată	93 (26.2)
Văduvă	16 (4.5)
Celibatară	191 (53.8)
Locul de trai (de unde sunt de proveniență)	
Chișinău (oraș)	202 (56.9)
Chișinău (suburbie)	86 (24.2)
Alt oraș	15 (4.2)
Centrul raional	24 (6.8)
Sat	27 (6.8)
Transnistria	1 (0.3)

Mai mult de jumătate (51%) dintre participantele la studiu au avut un venitul mediu lunar de peste 10 000 lei. Și-au autoapreciat situația lor financiară ca fiind una săracă sau foarte săracă 57% și 15% dintre participantele la studiu, respectiv. În 17% cazuri LS au menționat că mai au și alte surse de venit cu excepția celor din prestarea serviciilor sexuale. Dintre acestea, 17 au menționat că câștigă bani prin altă muncă, 3 din ele fiind angajate oficial, iar 41 primesc ajutor material de la familie, prieteni, partener (Tabelul 2).

Cu referire la câștigul bănesc primit în decurs de 24 ore, pentru serviciile sexuale prestate, s-au expus 249 dintre participante. Acestea au menționat că pot câștiga în mediu 1028 ± 37.2 lei (valoarea mediane=850 lei). Câștigul poate varia de la 200 (minim) la 3000 (maxim) lei.

Participantele la studiu și-au auto-apreciat situația financiară drept bună sau foarte bună în 1.2% (n=4) cazuri; circa o treime au menționat că se descurcă, iar majoritatea dintre LS consideră că sunt sărace sau foarte sărace (Tabelul 2).

Tabelul 2. Situația financiară a eșantionului de studiu

Caracteristici	N (%)
Venitul mediu lunar*	
≤ 1000 lei	2 (0.7)
1001-5000 lei	15 (5.4)
5001-6000 lei	30 (10.8)
6001-10000 lei	89 (31.9)
≥ 10001 lei	143 (51.3)
Cum consideră situația financiară*	
Foarte bună	3 (0.9)
Bună	1 (0.3)
Se descurcă	92 (27.1)
Săracă	192 (56.5)
Foarte săracă	52 (15.3)
Alte surse de venit, exceptând prestarea serviciilor sexuale*	
Da	61 (17.3)
Nu	292 (82.7)
Daca da ...	
Câștigă uneori ceva bani în plus prin muncă	17 (27.9)
Angajata oficial	3 (4.9)
Ajutor din partea familiei, prietenilor, partenerului	41 (67.2)

**Non-răspuns: Venitul mediu lunar = 76 (21.4%); Cum consideră situația financiară = 15 (4.2%); Alte surse de venit, exceptând prestarea serviciilor sexuale = 2 (0.6%)*

În general participantele la studiu își închiriază locul de trai: 222 (63%) - locuiesc în apartament (casă) închiriat, iar altele 85 (24%) – într-o odaie închiriată din apartament. Două dintre participante au menționat că nu au loc de trai și locuiesc pe drumuri, iar 38 (11%) că își au locuința sa proprie. În cele mai dese cazuri LS locuiesc de unele singure (44%, 156) sau cu alte LS (34%, 121) (Tabelul 3).

Tabelul 3. Situația privind locul de trai la momentul interviului

Caracteristici	N (%)
Total	355
Locul de trai în prezent	
Apartament sau casă proprie	38 (10.7)
Apartament sau casă închiriată	222 (62.5)
Camera în apartament închiriată	85 (23.9)
Camera gratuita în apartament	2 (0.6)
Camera gratuita în cămin	6 (1.7)
Fără loc de trai (pe drumuri)	2 (0.6)
De cât timp locuiește în această locuință	
Permanent	33 (9.3)
Până la 6 luni	235 (66.2)
6 – 11 luni	35 (9.9)
1 – 2 ani	33 (9.3)
3 – 5 ani	15 (4.2)
mai mult de 5 ani	4 (1.1)

Caracteristici	N (%)
Cu cine locuiește	
Una singură	156 (43.9)
Cu familia	42 (11.8)
La prieteni	8 (2.3)
Cu alte LS	121 (34.1)
Cu partenerul	26 (7.3)
Pe drumuri (fără loc de trai)	2 (0.6)

Comportament sexual

Din Figura 1 se observă că circa o treime (28.5%, n=101) dintre participantele la studiu și-au început viața sexuală la o vârstă de până la 16 ani, 224 (63%) – între 16 și 18 ani, iar 30 (8.5%) – între 19 și 24 ani. Șapte (2%) dintre LS au menționat că au început să presteze servicii de sex pentru remunerare până la 16 ani, 93 (26.2%) între 16 și 18 ani, 183 (51.5%) – între 19 și 24 ani și 72 (20.3%) – după vârsta de 25 ani.

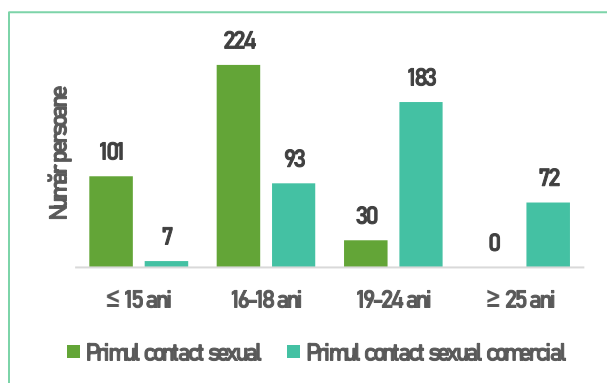


Figura 1. Primul contact sexual după de categoriile de vârstă

Vârsta medie a primului contact sexual a fost la 16.3 ± 1.5 ani (valoarea medianei = 16 ani), iar a primului contact sexual pentru remunerare (comercial) – a fost la 21.5 ± 4.8 ani (valoarea medianei = 20 ani) ($p < 0.001$). Cea mai mică vârstă a primului contact sexual a fost la 12 ani, iar a primului

contact sexual pentru bani sau alte beneficii – la 14 ani. Figura 2 ilustrează vârsta primului contact sexual și vârsta primului contact sexual pentru bani sau beneficii.

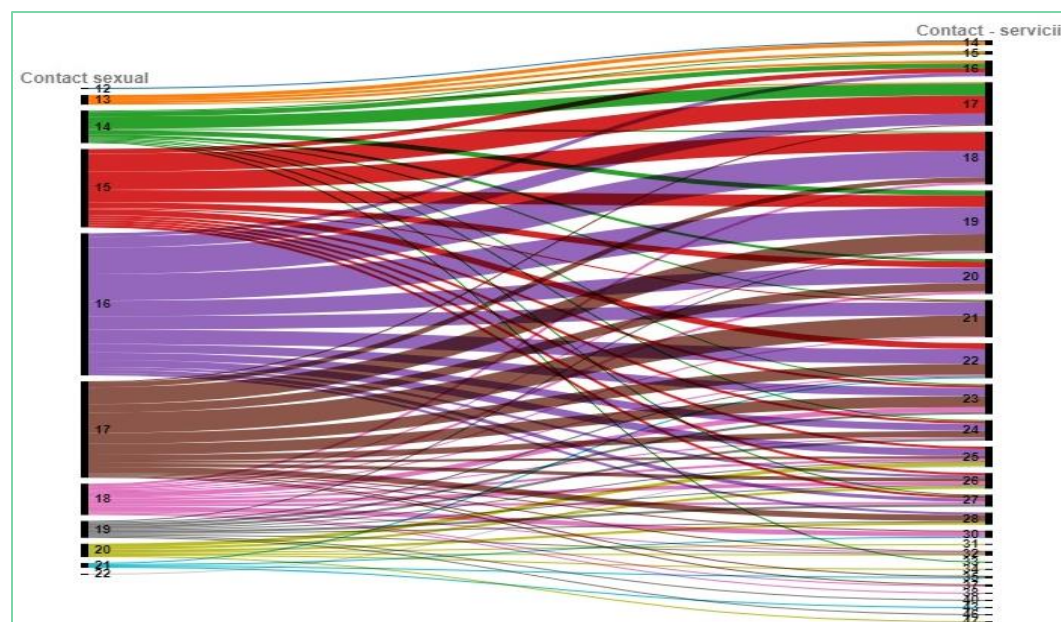


Figura 2. Vârsta primului contact sexual versus vârsta primului contact sexual pentru bani sau careva beneficii

Cele mai frecvente motive care le-au impus pe participante să înceapă prestarea serviciilor sexuale pentru bani sau alte beneficii au fost cele financiare (56%), negăsirea unui loc de muncă potrivit (48%) sau nevoia de ași ajuta financiar familia (47%). În o treime (33%) cazuri aceasta a fost la sfatul unei prietene.

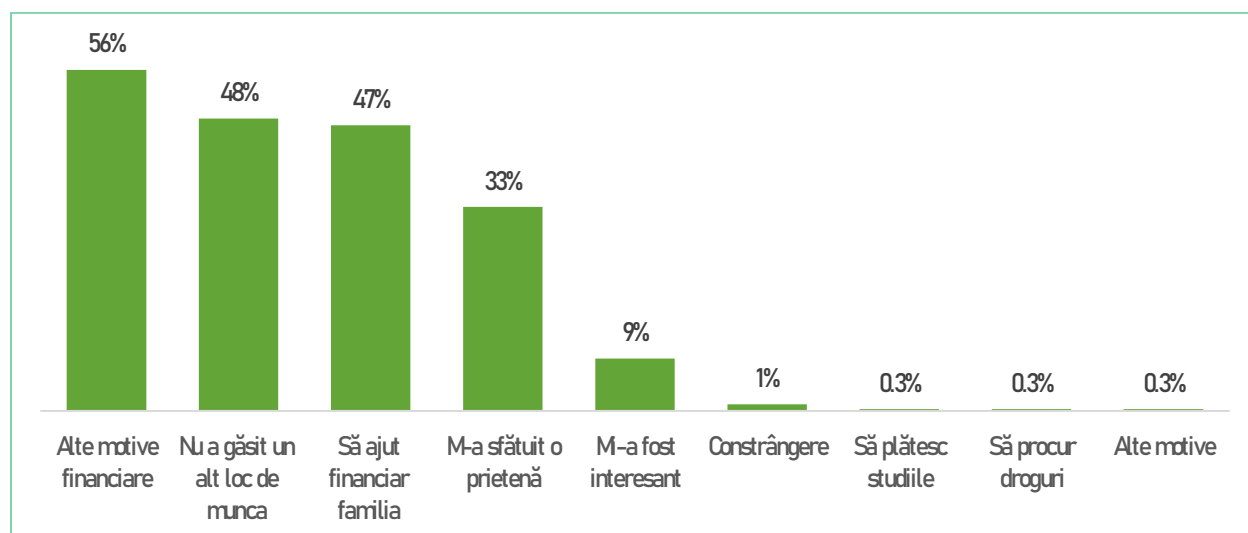


Figura 3. Motivele prestării serviciilor sexuale menționate de către participantele la studiu

În mediu, LS prestează servicii sexuale pentru remunerare de 3.8 ± 2.2 ani (valoarea mediane = 3 ani); cea mai mică durată de prestare a acestor servicii a fost de până la 1 an, iar cea mai mare – de 10 ani.

Circa o cincime (21.7%, n=77) dintre LS au renunțat cel puțin o dată la prestarea serviciilor sexuale în scop de beneficii, dar s-au reîntors înapoi la prestarea acestora. Cauzele renunțării și reîntoarcerii sunt listate în Tabelul 4.

Tabelul 4. Motivele renunțării și reîntoarcerii la prestarea serviciilor sexuale pentru bani sau alte beneficii

Motive renunțării		Motivele reîntoarcerii	
Caracteristici	N (%)	Caracteristici	N (%)
Graviditate	20 (26.0)	Motive financiare	59 (76.6)
Angajare la muncă	17 (22.1)	După divorț	11 (14.3)
Căsătorie/concubinaj	15 (19.5)	Deprinderea	5 (6.5)
Plecat peste hotare	13 (16.9)	Nu a găsit alt loc de muncă	2 (2.6)
Nu necesita finanțe	4 (5.2)		
Alte motive (nespecificat)	4 (5.2)		
Îmbolnăvire	2 (2.6)		
Oboseală	2 (2.6)		

Participantele la studiu au fost întreabate despre alte aspecte legate de prestarea serviciilor sexuale. În cele mai dese cazuri, LS au menționat, că practică aceste servicii în apartamente închiriate și hotele. Figura 4 relatează că aceste două preferințe au rămas cele mai solicitate. În același timp, se observă o descreștere de la 32% la 26% în practicarea acestor servicii pe stradă în ultimele 12 luni (posibil legate de pandemia COVID-19).

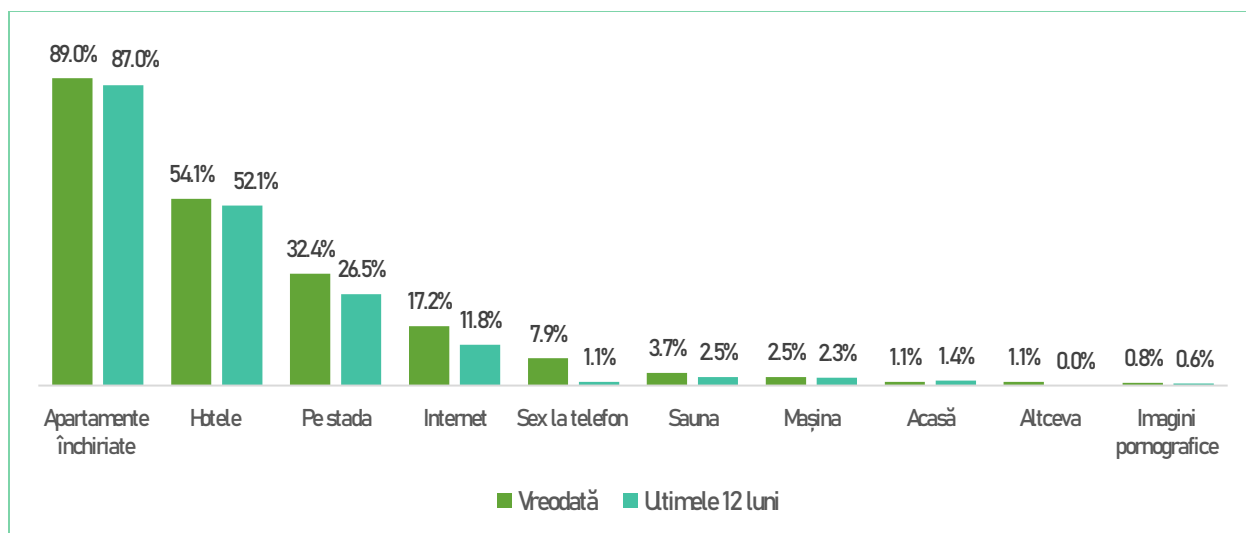


Figura 4. Tipuri de sex pentru bani sau alte beneficii practicat

Numărul mediu de clienți, ar putea varia de la 2 la 3 (media=2.6±0.9; mediana=2) timp de 24 ore; minim – 1 client, iar maxim – 8 clienți.

Despre faptul că au un proxenet au recunoscut doar 6 (1.7%) dintre LS. Acestea au menționat că își împart venitul său cu proxenetul (4 dintre ele au indicat că transmit proxenetului 25% din venitul câștigat, iar 2 dintre ele - 50%).

Despre faptul dacă le place să presteze servicii sexuale LS au indicat, că le place – în 19.2% (n=68) cazuri și le place doar uneori în 71.8% (n=255) cazuri. În 3.9% (n=14) cazuri acestea au indicat, că le place doar dacă sunt sub influența drogurilor sau alcoolului, iar în 5.1% (n=18) acestea au menționat că nu le-a plăcut niciodată.

Contracepția și sarcina

Toate participantele la studiu au menționat că utilizează metode de contracepție. Cea mai frecventă metodă de contracepție menționată a fost prezervativul (Tabelul 5).

Tabelul 5. Contracepția în rândul eșantionului studiat

Denumire	N (%)
Total	355
Contracepție	
Da	355 (100%)
Nu	0 (0%)
Metode de contracepție	
Prezervativ	354 (99.7)
Pastile contraceptive orale	37 (10.4)
Dispozitive intrauterine	25 (7.0)
Altceva	15 (4.2)

În 42.8% (n=152) cazuri, LS au rămas însărcinate: o dată – 45% (n=69) dintre ele cazuri, de 2 ori – în 33% (n=50) cazuri, de 3 ori – în 13% (n=20) cazuri, de 4 ori – în 5.5% (n=8) cazuri, de 5 ori – în 2.1% (n=3) cazuri

și de 6 ori – în 1.4% (n=2) cazuri. Dintre participantele la studiu care au menționat că au fost vreodată însărcinate, 65.1% (99/152) au copii. Au câte un copil – 66 dintre LS, câte 2 copii – 30 LS și câte 3 copii – 3 LS. Figura 5 ilustrează numărul de sarcini și numărul de copii, respectiv.

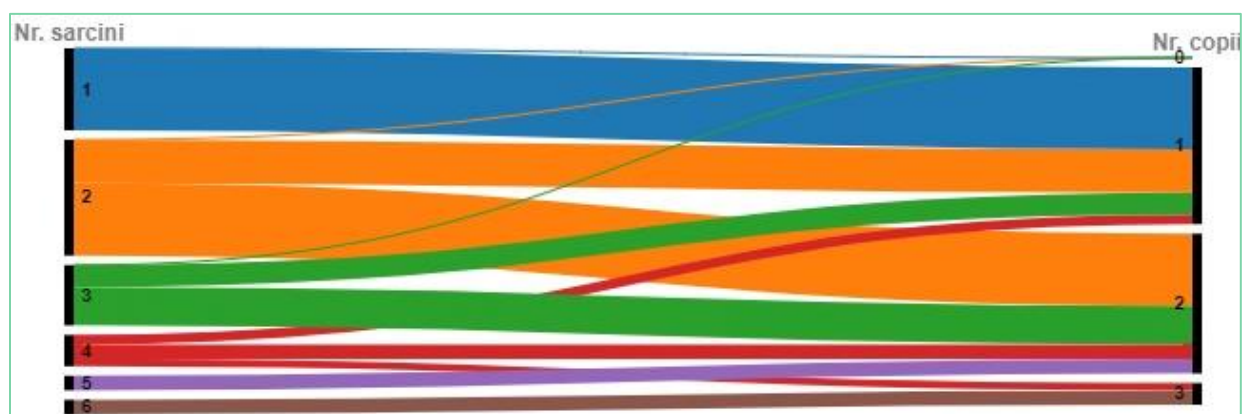


Figura 5. Număr sarcini vs. număr copii

Figura 6 ilustrează unde și cu cine locuiesc copiii participantelor la studiu. Marea majoritate (68%, n=67) locuiesc la părinți, rude sau prieteni. Ceilalți care locuiesc cu mama lor în 20% locuiesc în locuința proprie a mamei (apartament, casă, odaie), iar 12% - în locuințe închiriate (apartament, odaie).

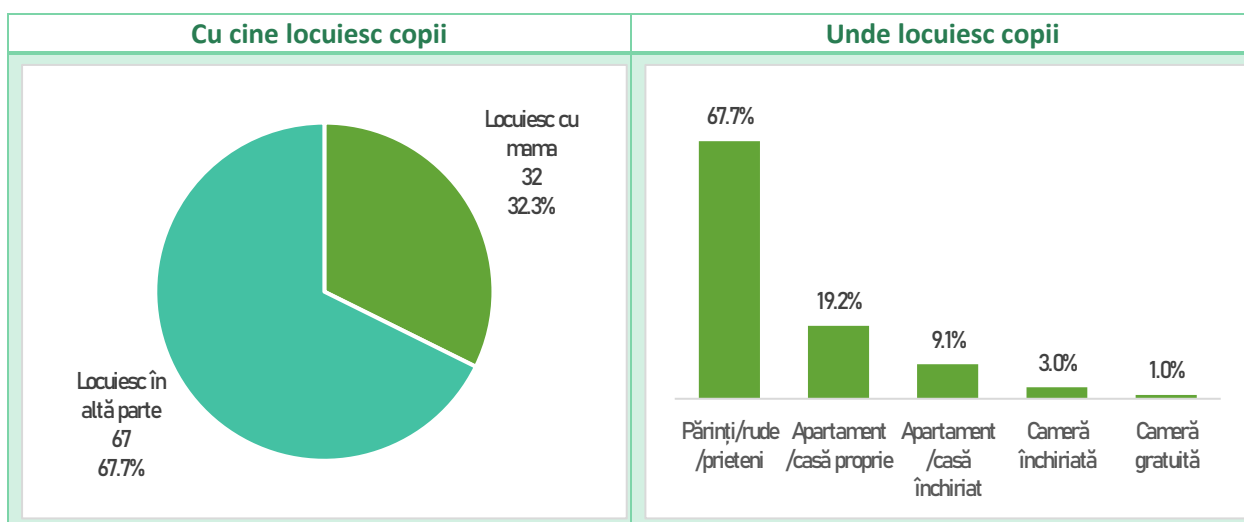


Figura 6. Unde și cu cine locuiesc copiii participantelor la studiu

Servicii medicale

Se află la evidența medicului de familie 87 (25%) dintre participante și doar 25 (7.0%) dintre LS dispun de poliță de asigurare medicală. În ultimele 12 luni, marea majoritate dintre LS au efectuat teste de sarcină și teste pentru infecția HIV; circa o treime au fost examinate la infecții cu transmitere sexuală și hepatite; circa o cincime – au fost examinate pentru tuberculoză. Unele LS au efectuat examen radiologic pentru fracturi, lovituri, echimoze și comotie cerebrală (Tabelul 6).

Tabelul 6. Teste și examene medicale în ultimele 12 luni

Denumire	N (%)
Test de sarcină	311 (87.6)
Testare HIV	311 (87.6)
Examen pentru ITS	124 (34.9)
Teste pentru hepatite	116 (32.7)
Examen tuberculoză	75 (21.1)
Examen radiologic pentru fracturi	12 (3.4)
Examen medical pentru lovituri, echimoze	5 (1.4)
Examinare pentru comoție cerebrală	5 (1.4)

Servicii de reducere a riscurilor

În majoritatea cazurilor (71%), participantele la studiu au menționat că folosesc serviciile de reducere a riscurilor. Cel mai frecvent folosesc serviciile de reducere a riscurilor LS din suburbia municipiului Chișinău (98%) și cele care au venit în municipiul Chișinău din alte orașe ale țării (93%). Mai rar folosesc serviciile, LS provenite din sate (59%) și centrele raionale (54%) (Figura 7).

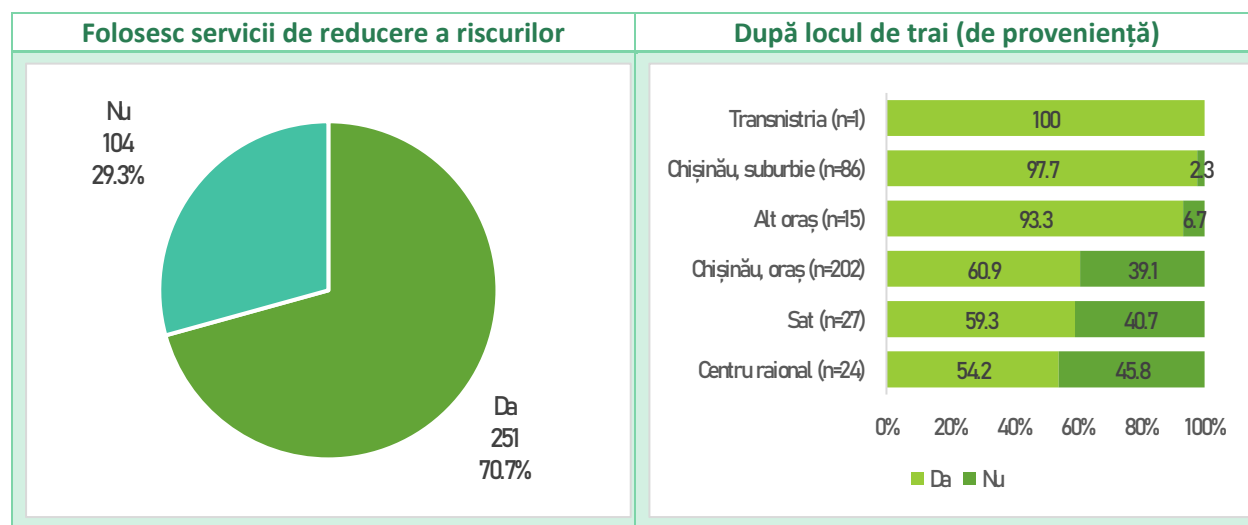


Figura 7. Servicii de reducere a riscurilor

Deprinderi nocive

La întrebarea despre consumul de droguri au răspuns doar 46 dintre participante. Au recunoscut că au consumat vreodată droguri 5 dintre ele. Patru dintre LS au indicat că consumă droguri înainte de a presta servicii sexuale, dintre acestea una le consumă *rar* și trei au indicat că le consumă *uneori* după prestarea serviciilor. Una dintre LS a menționat că consumă droguri *rar* numai după prestarea serviciilor (Figura 8).

Despre consumul de alcool – 23 dintre participante au menționat că nu consumă niciodată alcool înainte de a presta servicii, dar consumă alcool în diferită frecvență după prestare: 7 dintre ele au indicat că consumă *uneori*, 15 – *rar* și 1 – *permanent*. Consumă alcool atât înainte de prestarea serviciilor cât și după – 255 de participante. Despre faptul că consumă alcool numai după prestarea serviciilor au menționat două dintre participante. Frecvența consumului de alcool până la și după prestarea serviciilor este prezentat în Figura 8.

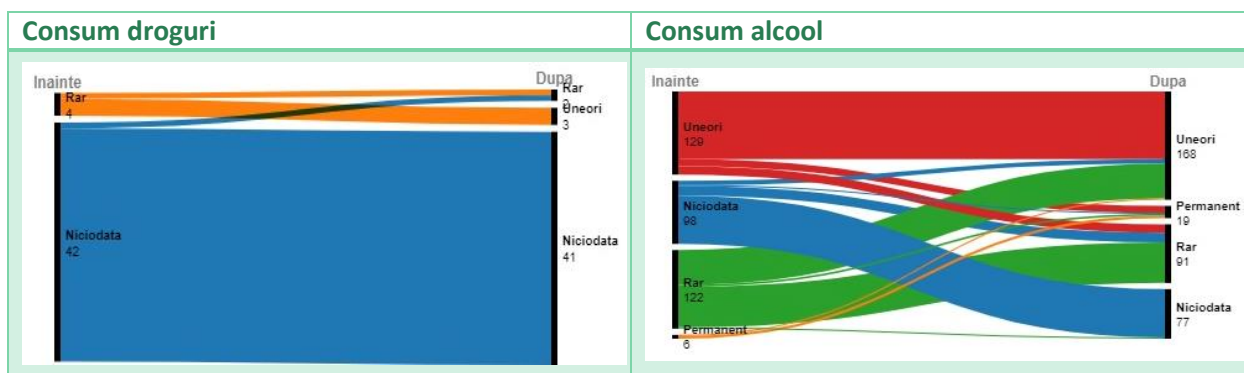


Figura 8. Consumul de droguri și alcool înainte și după prestarea serviciilor sexuale

Fiind întrebat dacă au început să consume mai mult alcool de când prestează servicii sexuale, în 44% (n=157) cazuri LS au menționat că nu au observat careva schimbări, în 39% (n=137) cazuri – că consumă puțin mai mult, în 10% (n=36) – că consumă mult mai mult. Șaptesprezece (4.8%) dintre participante au indicat că nu consumă deloc alcool.

S-a observat că consumul de alcool a variat în rândul LS care au fost abuzate fizic sau sexual de către partener/client în ultimele 12 luni (Figura 9).

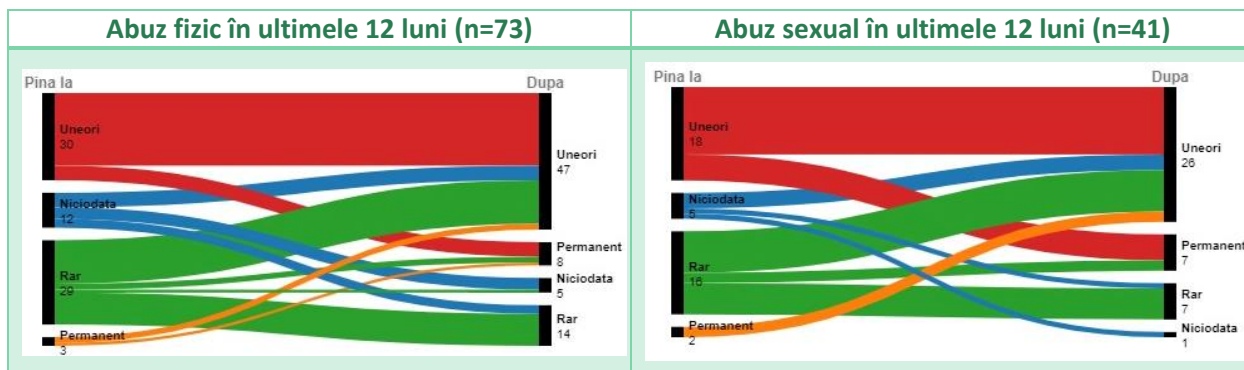


Figura 9. Consumul de alcool înainte și după prestarea serviciilor sexuale în raport cu abuzul fizic și sexual

Au menționat că folosesc veniturile din serviciile prestate pentru a cumpăra alcool – 310 (87%) dintre participante: 43 dintre ele folosesc *frecvent* venitul pentru procurarea alcoolului, iar 267 – doar *uneori*.

Violența, sănătatea fizică și comportamentală

Circa jumătate (49.3%) dintre participantele la studiu au fost abuzate cel puțin o dată fizic, iar în 35% (n=124) cazuri, acestea au fost abuzate cel puțin o dată sexual.

În cele mai dese cazuri (55%), LS au fost abuzate fizic de către cineva dintre membrii familiei. Cel mai des (53%) aceasta s-a întâmplat la vârsta de până la 15 ani.

Participantele la studiu care supuse violenței sexuale, în majoritatea (89%) cazurilor, acestea au fost abuzate de către persoane străine (membri non-familiali). Cel mai des aceasta s-a întâmplat la vârsta între 16 și 18 ani.

LS au menționat și faptul că au fost abuzate atât fizic (42%), cât și sexual (33%) de către partener sau client în perioada ultimelor 12 luni (Tabelul 7).

Tabelul 7. Abuzul fizic și sexual

Denumire	Abuz fizic	Abuz sexual
Vreodată abuzată		
Da	175 (49.3)	124 (34.9)
Nu	180 (50.7)	231 (65.1)
Dacă Da, de către cine		
Membrii familiei	96 (54.9)	10 (8.1)
Membrii non-familiali	77 (44.0)	110 (88.7)
Nu răspund	2 (1.1)	4 (3.2)
Vârstă când aceasta s-a întâmplat pentru prima dată		
≤ 15 ani	92 (52.6)	11 (8.9)
16 - 18 ani	34 (19.4)	36 (29.0)
19 - 24 ani	24 (13.7)	55 (44.4)
≥ 25 ani	24 (13.7)	15 (12.1)
Nu răspund	1 (0.6)	7 (5.6)
Abuzată de către partener (client) în ultimele 12 luni		
Da	73 (41.7)	41 (33.1)
Nu	102 (58.3)	83 (66.9)

Întrebate, despre frecvența agresiunii fizice sau sexuale în timpul prestării serviciilor sexuale, LS – au menționat că au fost agresate fizic *uneori* – în 15% (n=54) cazuri și *rare* – în 26% (n=91) cazuri; agresate sexual *uneori* – în 14% (n=50) cazuri și *rare* – în 21% (n=73) cazuri. LS au menționat că simt nevoia de a se prefăce în fața clienților în timpul prestării serviciilor sexuale: *permanent* – în 9.3% (n=33) cazuri, *uneori* – în 55% (n=195) cazuri, *rare* – în 32% (n=115) cazuri (Figura 10).

LS care au menționat că au consumat vreodată droguri (n=6), trei dintre ele au indicat că le consumă *rare* și altele trei – că le consumă *uneori* pentru a face față durerii în timpul prestării serviciilor sexuale.

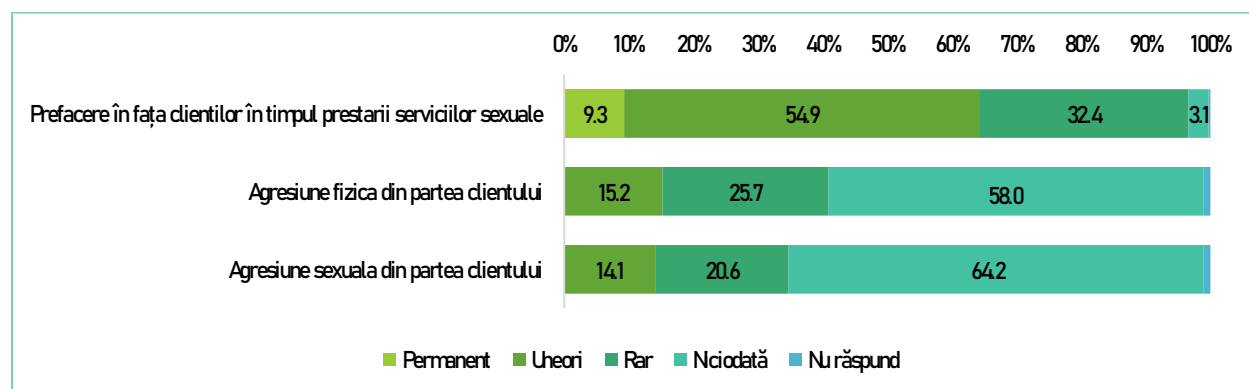


Figura 10. Frecvența unor lucruri care se pot întâmpla în timpul prestării serviciilor sexuale

Componentul HIV

Cu referire la împărtășirea statutului HIV, s-a analizat cât de des participantele la studiu solicită clientului ca acesta să își împărtășească statutul și cât de des solicită clientul ca LS să-și împărtășească statutul. Răspunsurile au fost acordate în baza grilei *niciodată, rar, uneori, deseori, întotdeauna*. S-a observat că în majoritatea (61%) cazurilor LS *niciodată* nu solicită clientului ca acesta să-și împărtășească statutul, solicită *rar* – în 21% cazuri, *uneori* – în 8.5% cazuri, *deseori* în 7.6% cazuri și *întotdeauna* - în 1.1% cazuri. Clientul, însă le solicită să-și împărtășească *întotdeauna* statutul în 0.8% cazuri, *deseori* – în 18% cazuri, *uneori* – în 28% cazuri, *rar* – în 48% cazuri și *niciodată* – în 5.6% cazuri (Figura 11).

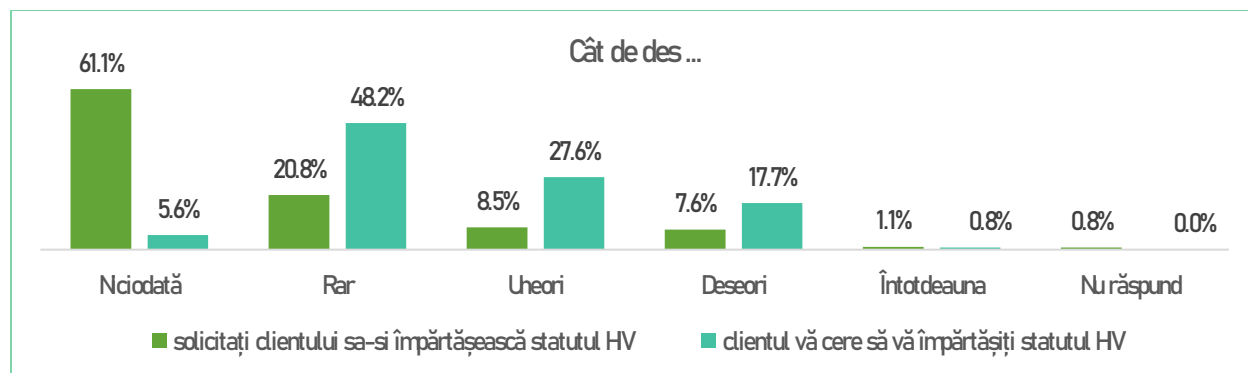


Figura 11. Împărtășirea statutului HIV de către LS și client

Fiind întrebat dacă au fost vreodată testate la HIV, 7.7% (n=27) au răspuns că nu au fost testate. Motivele de ce nu au fost testate la HIV au fost următoarele: 10 dintre participante au menționat că sunt sigure că nu sunt infectate, 9 dintre ele au indicat că nu cunosc unde își pot face testul, 6 – că nu au timp pentru a-și face testul și 2 – că le este frică să-și cunoască rezultatul.

La întrebarea, dacă s-au gândit vreodată să se testeze de sine-stătător la infecția HIV, în majoritatea cazurilor (82%) acestea au dat cel puțin un răspuns afirmativ: 67 – *cu siguranță Da*; 116 – *probabil*, 108 – *posibil*. Cât privește credibilitatea în testul rapid pe salivă – 90% dintre participante au dat o anumită credibilitate acestuia: 82 – *cu siguranță Da*; 122 – *probabil*, 115 – *posibil* (Figura 12).

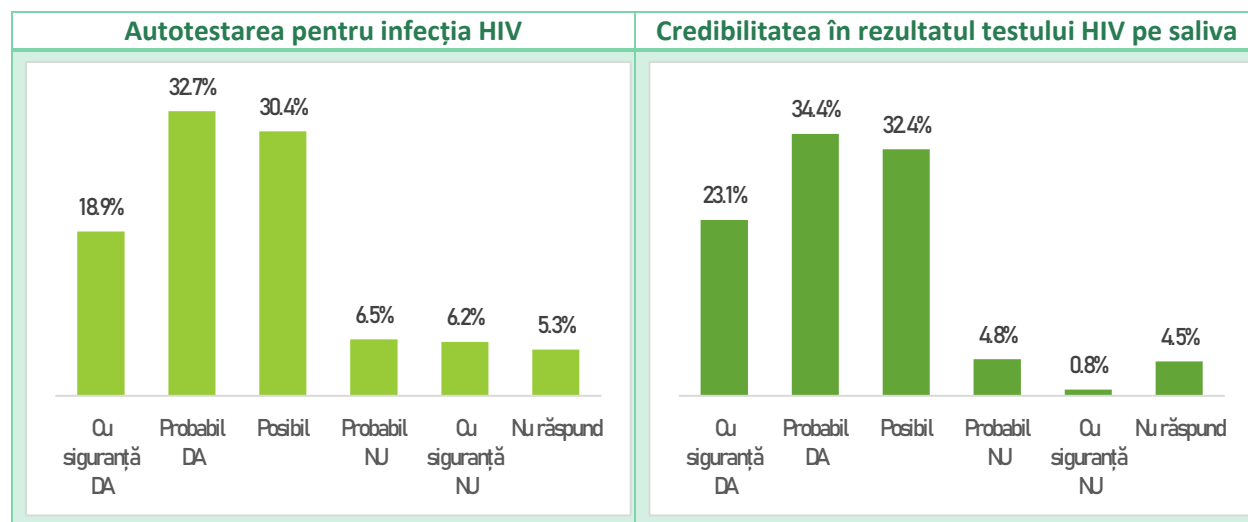


Figura 12. Autotestarea și credibilitatea în teste rapide

Măsurarea indicatorului cu referire la atitudinea față de persoanele infectate cu HIV a dezvăluit păreri diferite ale participantelor la studiu. LS stau la îndoială sau sunt categoric împotriva pentru următoarele afirmații referitoare la persoanele infectate cu HIV: dacă ar dori să fie prieten (ă) - în 52% (n=174) cazuri și 13% (n=42) cazuri; dacă acestora ar trebui să li se permită să lucreze – în 41% (n=140) și 8% (n=27); dacă aceste persoane ar trebui izolate – în 30% (n=105) și 4.2% (n=15); dacă este inofensiv ca acestea să lucreze cu copii – în 26% (n=93) cazuri și 5.6% (n=20), respectiv.

De asemenea, LS sunt parțial de acord sau categoric de acord că persoanelor infectate cu HIV ar trebui să le fie rușine că sunt infectate (25%, n=90 și 3.1%, n=11), cred că o persoană cu HIV ar fi făcut ceva greșit și merită să fie pedepsită (22%, n=77 și 3.1%, n=11); că persoanele infectate cu HIV sunt murdare (21%, n=73 și 1.4%, n=5); că persoanele care au HIV sunt blestемate (17%, n=61 și 2.3%, n=8) (Figura 13).

Sumarul răspunsurilor oferite de către LS referitoare la atitudinile față de persoanele infectate cu HIV (Figura 13), relatează că participantele la studiu au atitudini pozitive față de persoanele infectate cu HIV în 46% (n=164) și negative – în 54% (n=191).

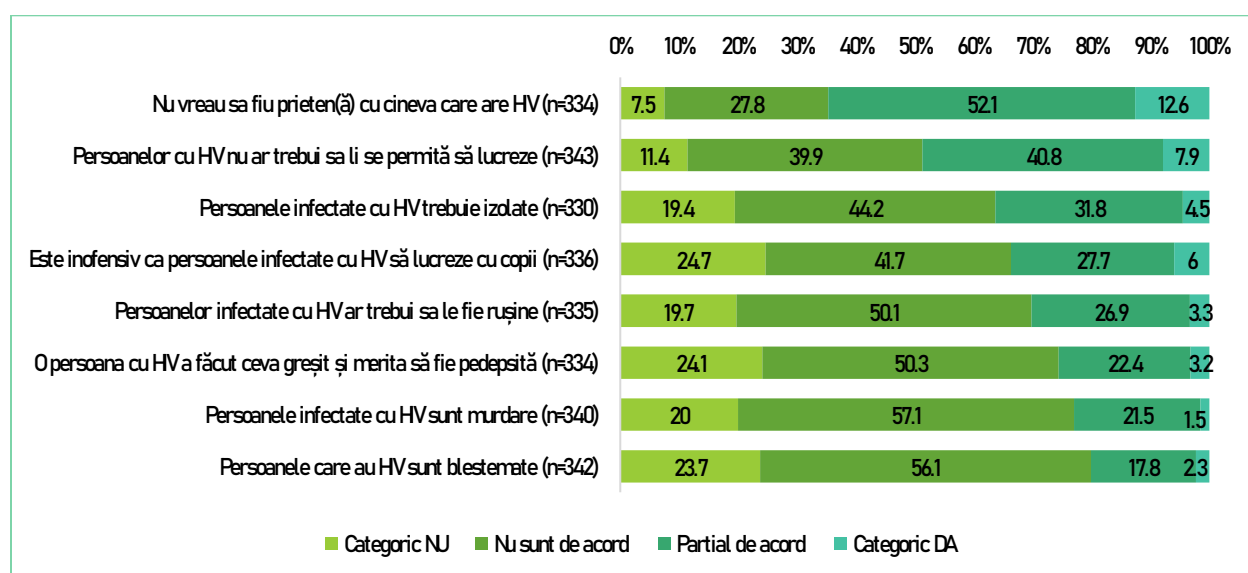


Figura 13. Atitudini față de persoanele infectate cu HIV

O analiză mai detaliată privind împărtășirea statutului HIV și atitudinea LS față de persoanele HIV, demonstrează faptul că, LS care au atitudini negative față de persoanele infectate cu HIV, în cele mai dese cazuri (72%) niciodată nu au solicitat clientului să-și împărtășească statutul, pe când LS care au atitudini pozitive față de aceste persoane, au solicitat clientului să-și împărtășească statutul în 48% cazuri ($p < 0.001$) (Figura 14).

Analiza parametrilor dacă clientul a solicitat împărtășirea statutului și atitudinile LS față de persoanele infectate cu HIV, nu a demonstrat nici o legătură statistică ($p = 0.325$) (Figura 14).

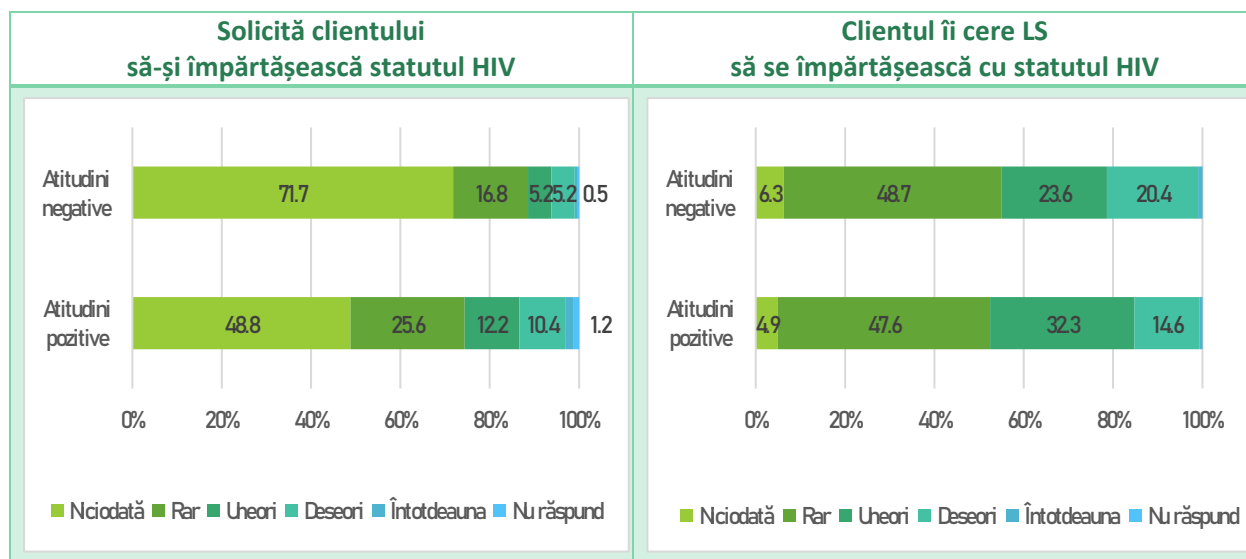


Figura 14. Solicitarea împărtășirii statutului HIV (de către LS sau client) în dependență de atitudinile LS față de persoanele infectate cu HIV

Credibilitate și autodeterminare

Participantelor la studiu li s-a oferit o serie de întrebări ce țin de **credibilitate în determinare și noroc**. În baza grilei de răspunsuri, LS sunt parțial sau categoric de acord cu următoarele afirmații: *Cât timp voi trai este predeterminat* (39% și 23%); *Dacă îmi este predestinat să se întâmple ceva rău cu mine, aceasta se va întâmpla* (53% și 11%); *Sănătatea mea este o chestiune de noroc* (47% și 9%); *Mă voi infecta cu HIV dacă sunt ghinionistă* (37% și 5.4%); *Dacă cuiva îi este menit să se infecteze cu HIV, nu contează ce măsuri de precauție va lua, oricum se va infecta* (26% și 3.7%) (Figura 15).

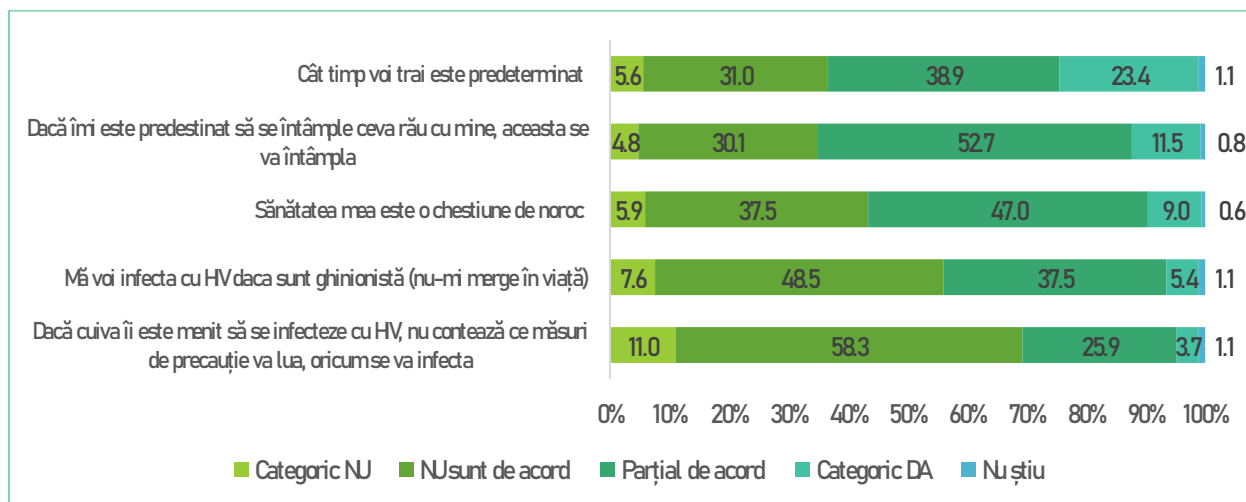


Figura 15. Răspunsurile oferite de către LS pentru afirmațiile tangențiale predeterminării, pesimismului și norocului

Întru aprecierea nivelului de **autodeterminare**, participantelor la studiu, li s-au adresat întrebări tangențiale auto-determinării și li s-a propus să-și expună părerile. Astfel, LS afirmă că nu sunt parțial sau categoric de acord cu următoarele afirmații: *Când cineva îmi face o favoare, sunt gata să i-o întorc* (70%

și 22%); Când simt frică sau anxietate în legătură cu ceva, încerc să evit acest lucru (63% și 20%); Dacă sunt tratată pe nedrept, mă voi răzbuna la prima ocazie, chiar dacă aceasta mă va costa foarte scump (49% și 10%). De asemenea, răspunsurile categoric nu și nu sunt de acord au fost oferite de către LS pentru următoarele afirmații: Cred ca oamenii au doar intenții bune (22% și 51%) și Nu-mi pot rezolva de una singura problemele pe care le am (4% și 64%) (Figura 16).

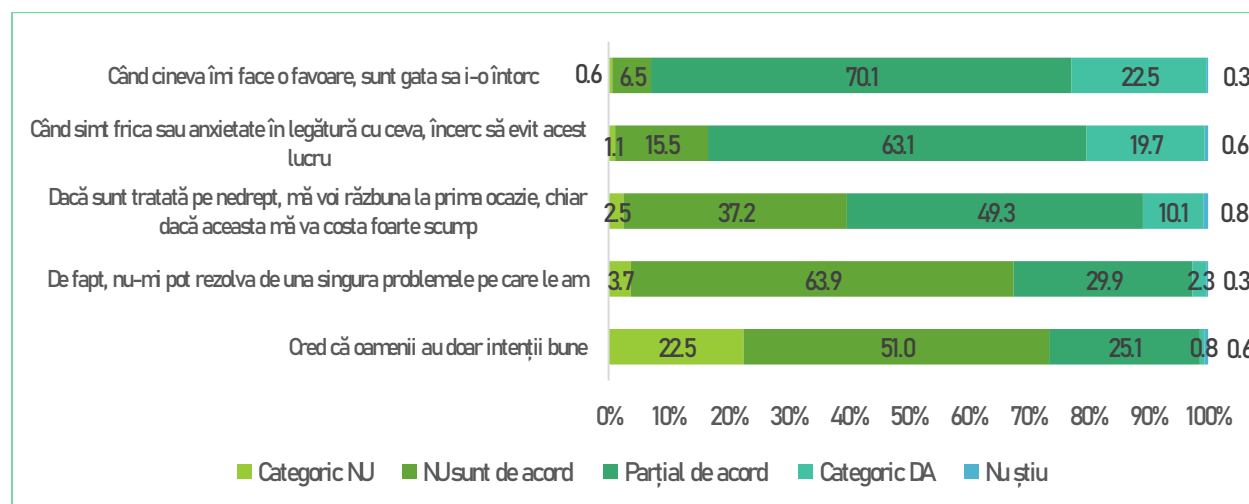


Figura 16. Răspunsurile oferite de către LS pentru afirmațiile tangențiale autodeterminării

În baza răspunsurile oferite de LS pentru afirmațiile tangențiale credibilității în determinare și noroc și pentru cele tangențiale autodeterminării, s-a constatat că majoritatea dintre participantele la studiu au o credibilitate înaltă în determinare și noroc (66%, n=234) și un nivel jos de autodeterminare în 65%, (n=229) cazuri (Figura 17).

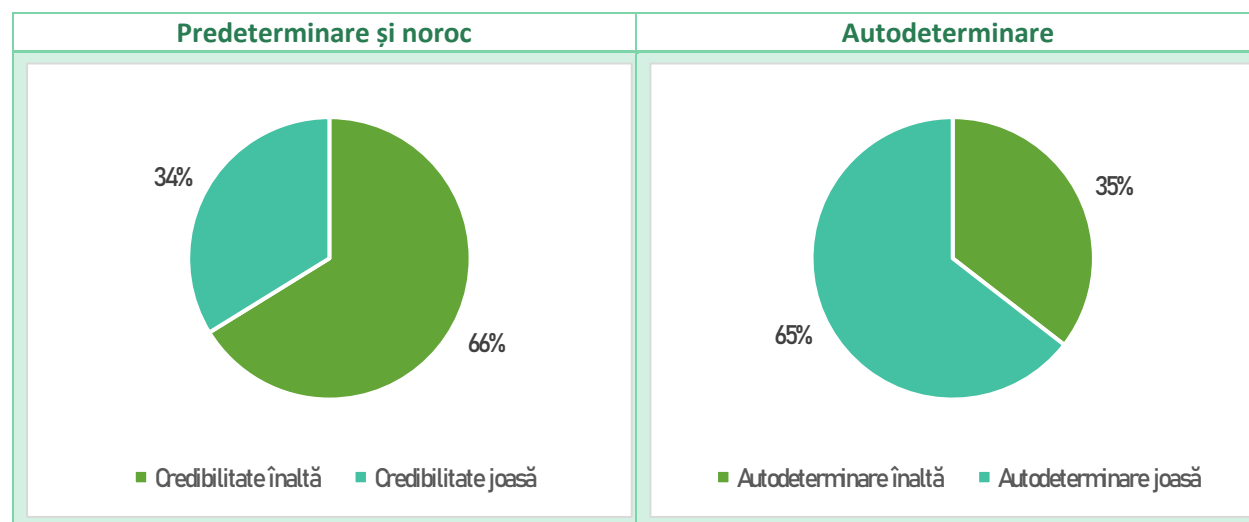


Figura 17. Nivelul de Credibilitate în determinare și noroc și nivelul de Autodeterminare

Auto-eficacitate și Capacitare

Pentru a aprecia nivelul de **auto-eficacitate** printre LS, participantelor la studiu li s-a oferit o serie de întrebări în acest sens. După grila de răspunsuri s-a apreciat că LS sunt parțial sau categoric de acord cu

următoarele afirmații: *Cred ca întotdeauna pot rezolva probleme dificile dacă depun efort* (74% și 15%); *Dacă am probleme, de obicei pot găsi soluții* (77% și 15%); *Cred că întotdeauna pot rezolva probleme dificile dacă depun efort* (77% și 11%); *Pot rămâne calmă atunci când mă confrunt cu dificultăți, deoarece mă pot baza pe capacitatea mea de a face față dificultăților* (49% și 11%); *De obicei, mă descurc cu orice îmi stă în cale* (69% și 10%); *Sunt încrezută că aș putea eficient face față evenimentelor (lucrurilor) care se întâmplă pe neașteptate* (65% și 10%); *Dacă cineva mi se va opune, voi găsi mijloace și modalități de a obține ceea ce-mi doresc* (64% și 9%); *Pentru mine este ușor să-mi mențin obiectivele mele și să le ating* (58% și 8%) (Figura 18).

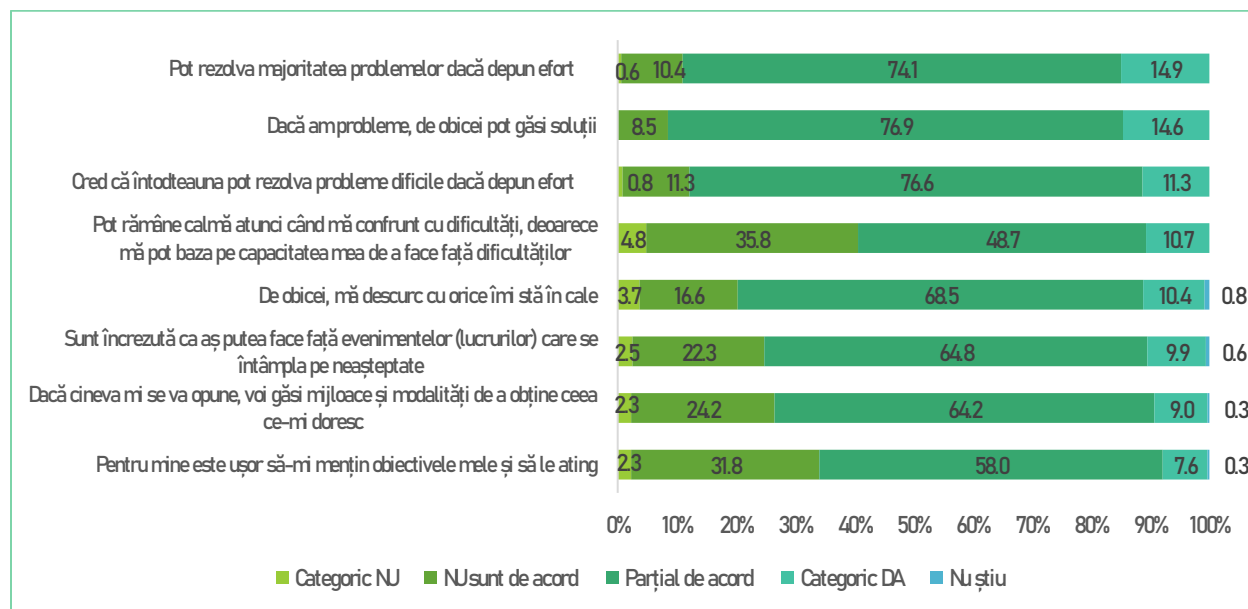


Figura 18. Răspunsurile oferite de către LS pentru afirmațiile tangențiale auto-eficacității

Participanților la studiu li s-au oferit întrebări tangențiale **capacității**. LS au fost parțial sau categoric de acord cu următoarele afirmații: *Am un puternic sentiment de unitate cu LS cu care lucrez* (45% și 18%); *În ultimele 12 luni, i-am ținut apărarea uneia dintre LS pentru a o ajuta* (28% și 15%); *Am un puternic sentiment de unitate cu LS pe care nu le cunosc* (39% și 8%) (Figura 19. Răspunsurile oferite de către LS pentru afirmațiile tangențiale capacității)

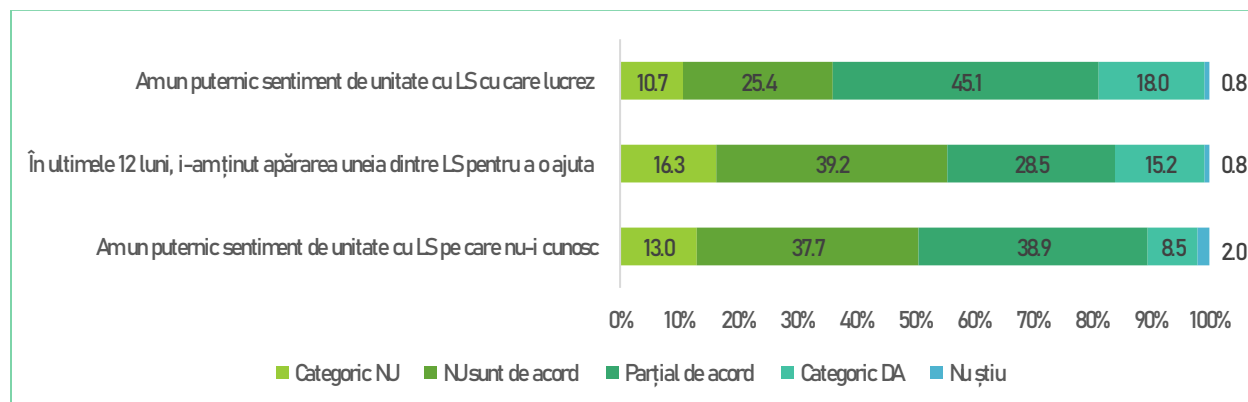


Figura 19. Răspunsurile oferite de către LS pentru afirmațiile tangențiale capacității

Urmare a analizei răspunsurilor oferite de către LS pentru afirmațiile tangențiale auto-eficacității și celor tangențiale abilității, s-a constatat auto-eficacitate înaltă în 61% (n=216) și abilitate înaltă în 54% (n=192) (Figura 20).

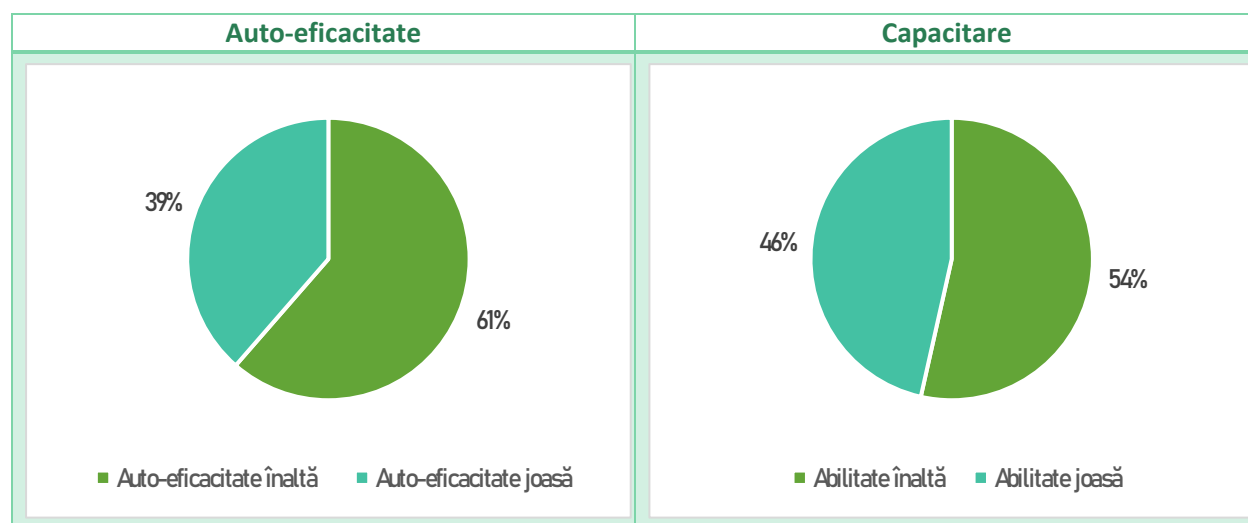


Figura 20. Nivelul de Auto-eficacitate și nivelul de Capacitare

Stigmatizare

În cadrul studiului au fost analizate întrebări ce reflectă percepția stigmatizării. LS au dat răspunsuri după grila de frecvență, cum ar fi: niciodată, de foarte puține ori, de câteva ori și de mai multe ori. În cele mai dese cazuri LS au simțit că oamenii nu le vor plăcea dacă ar afla că prestează servicii sexuale (46%), le-au afectat emoțional și/sau psihic comentariile și acțiunile oamenilor față de LS (42%), le-a fost frică să nu fie urmărite sau arestate de către poliție pentru prestarea serviciilor sexuale (39%), au fost ridiculizate sau urât-numite pentru că prestează servicii sexuale (32%), au fost bătute sau agresate sexual pentru că prestează servicii sexuale (29%) (Figura 21).

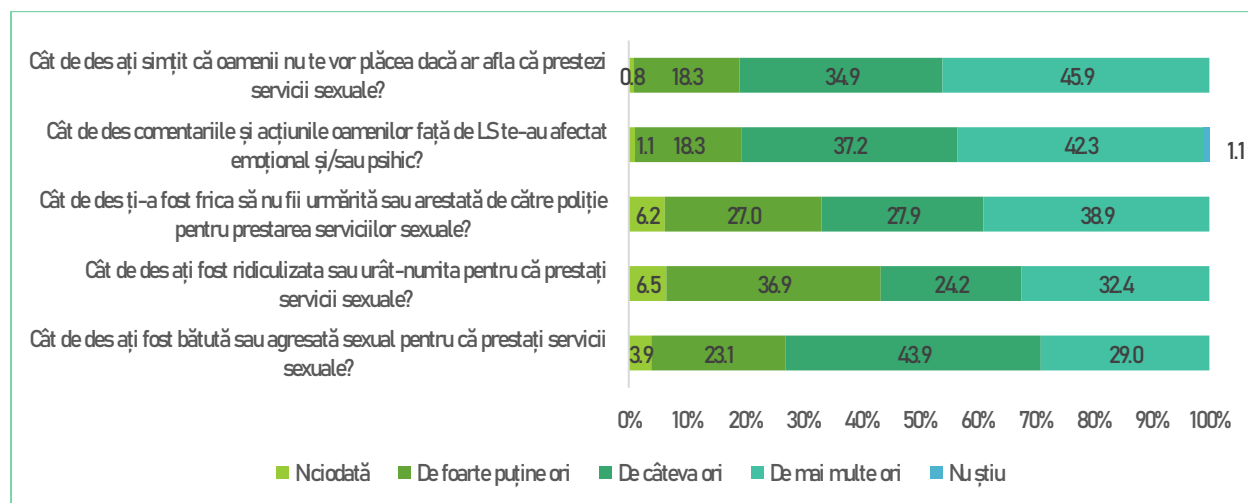


Figura 21. Răspunsurile oferite de către LS la întrebările tangențiale stigmatizării

În baza răspunsurilor oferite la întrebările referitoare la stigmatizare, s-a constatat că LS au o percepție înaltă a stigmatizării în 65% (n=231) cazuri (Figura 22).

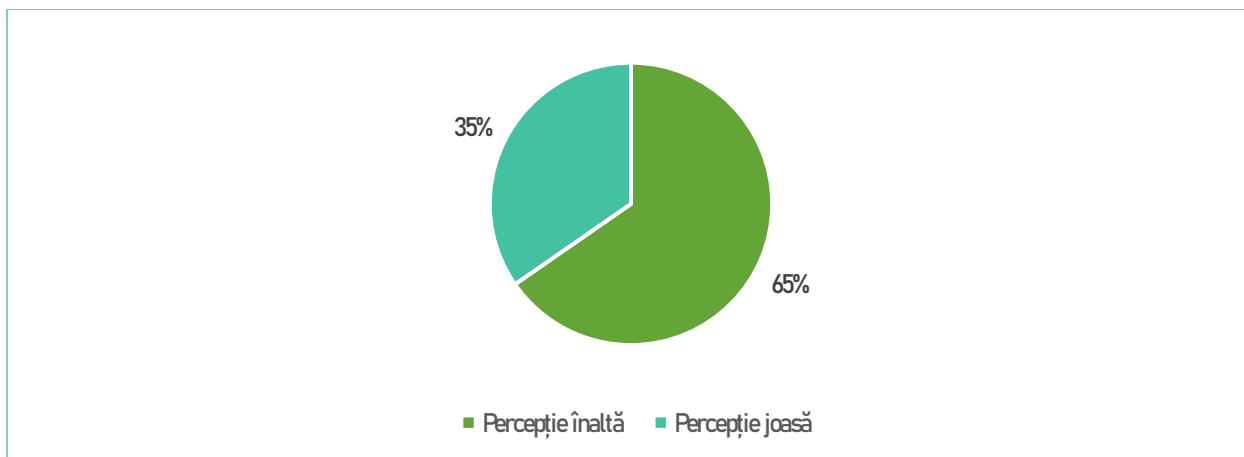


Figura 22. Percepția Stigmatizării

Opinii și păreri ale LS privind divulgarea muncii sale

Participantelor la studiu, le-au fost adresate o serie de întrebări, care au permis de a evalua unele opinii și păreri ale LS referitoare la dezvăluirea muncii prestate. Prin urmare, în cazul dacă ar fi dezvăluită activitatea pe care o fac, de prestare a serviciilor sexuale pentru bani sau alte beneficii: LS consideră că vor fi respinse, izolate și ignorate în 89% (n=317) cazuri, se vor confrunta cu stigma și discriminarea – în 86% (n=305) cazuri, cu incriminarea, pedeapsa penală sau administrativă – în 68% (n=241) cazuri. În 9% (n=33) cazuri LS se gândesc că le va fi frică de deciziile judecătorești (Figura 23).

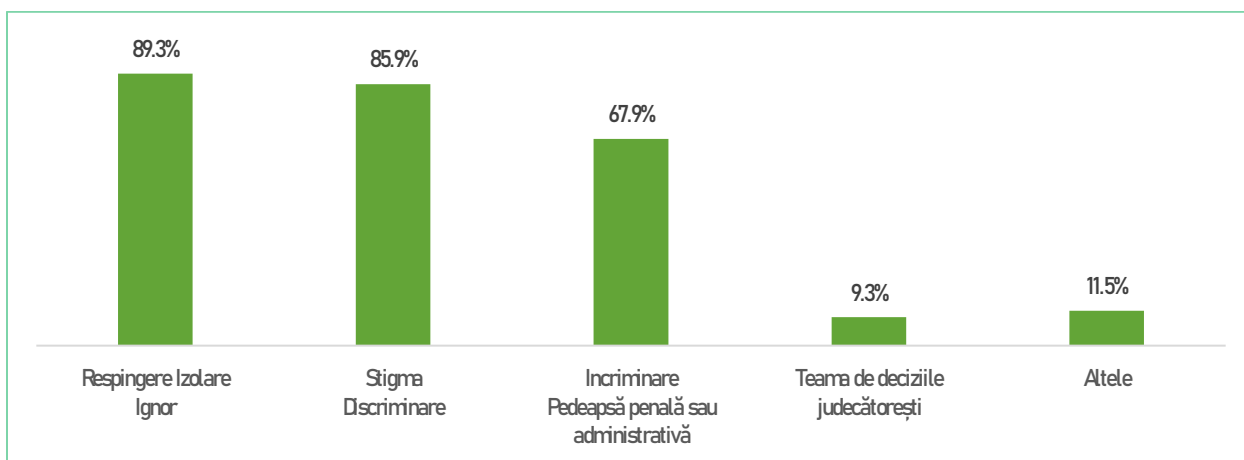


Figura 23. Cu ce se pot confrunta LS în cazul dezvăluirii ocupației (prestării serviciilor sexuale comerciale)

Participantele la studiu, și-au expus părerile referitoare la faptul, cu cine s-ar simți mai confortabil, dacă li se dezvăluie statutul de LS. În cele mai dese cazuri aceștia sunt lucrători ai ONG (87%, n=310) și alte LS (54%, n=191). În 11% (n=41) cazuri, LS consideră că nu s-ar simți confortabilă cu nimeni (Figura 24).

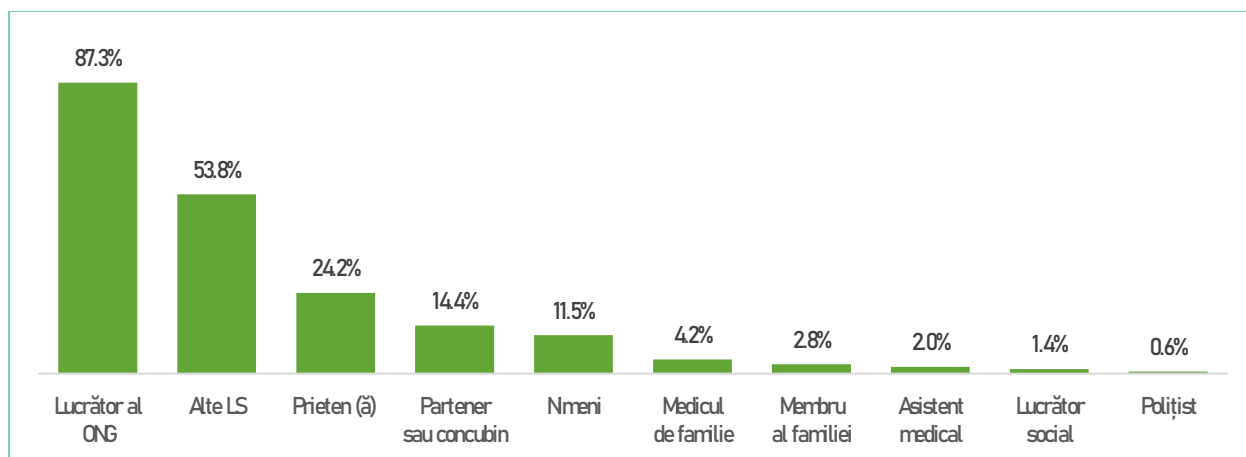


Figura 24. Cu cine participantele la studiu s-ar simți mai confortabil în cazul dezvăluirii statutului de LS

Fiind întrebat, dacă, în ultimele 12 luni, au participat la careva evenimente publice unde ar fi fost posibilă identificarea acestora ca LS, 20 (5.7%) dintre ele au dat un răspuns afirmativ.

Participantele la studiu, și-au expus părerile referitoare la „lucrurile bune” (n=204) și „lucrurile rele” (n=95) pe care le pot evidenția din prestarea serviciilor sexuale pentru remunerare. Viziunea LS privind „lucrurile bune” pe care acestea le văd în prestarea serviciilor pe care le practică, s-a redus, în special la venitul bănesc. Despre acest fapt au menționat 79% (162/204) dintre participante. Drept „lucrurile rele”, au fost menționate în cele mai dese cazuri frica, riscul și nesiguranța (100%, 95/95); bătaia și agresiunea (76%, 72/95); amenda și arestul (45%, 43/95); lipsa unui viitor (41%, 39/95); amenințarea (36%, 34/95).

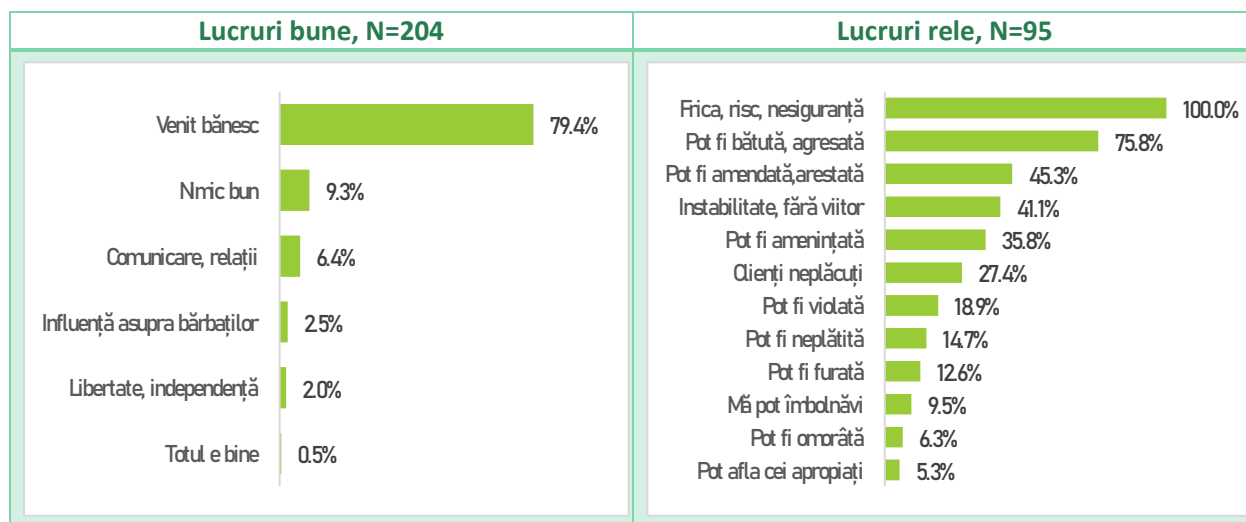


Figura 25. Viziunea LS referitoare la serviciile sexuale pentru bani sau alte beneficii pe care le prestează

Cu referire, la opiniile despre legalizarea prestării serviciilor sexuale, participantele la studiu, au considerat în 60% (n=212) cazuri, că aceasta ar trebui legalizată. Și-au comentat părerea 130 dintre participante, menționând de ce consideră astfel. Jumătate (55%, 72/130) dintre participantele care au comentat cred că se vor simți protejate dacă activitatea va fi legalizată. În 42% (55/130) LS consideră, că prin legalizare, vor efectua o muncă legală și vor beneficia de protecție socială. Alte participante consideră că vor avea acces la control medical gratuit (1.5%, 2/130) și că nu vor mai fi discriminate (0.8%, 1/130).

Comunicare și mobilizare comunitară

Din lista oferită participantelor la studiu, referitoare la modalitățile de comunicare cu alte LS din societate, acestea au ales în 50% (n=176) cazuri comunicarea cu alte LS prin intermediul personalului care prestează servicii de Outreach, în 34% (n=121) – prin programe sau evenimente speciale pentru LS, în 33% (n=117) cazuri – prin platforme online și în 12% (n=43) – prin intermediul unui angajat „de la egal la egal”. În același timp, 167 (47%) dintre LS ar dori să rămână anonime, fără vreo careva legătură cu comunitatea LS (Figura 26).

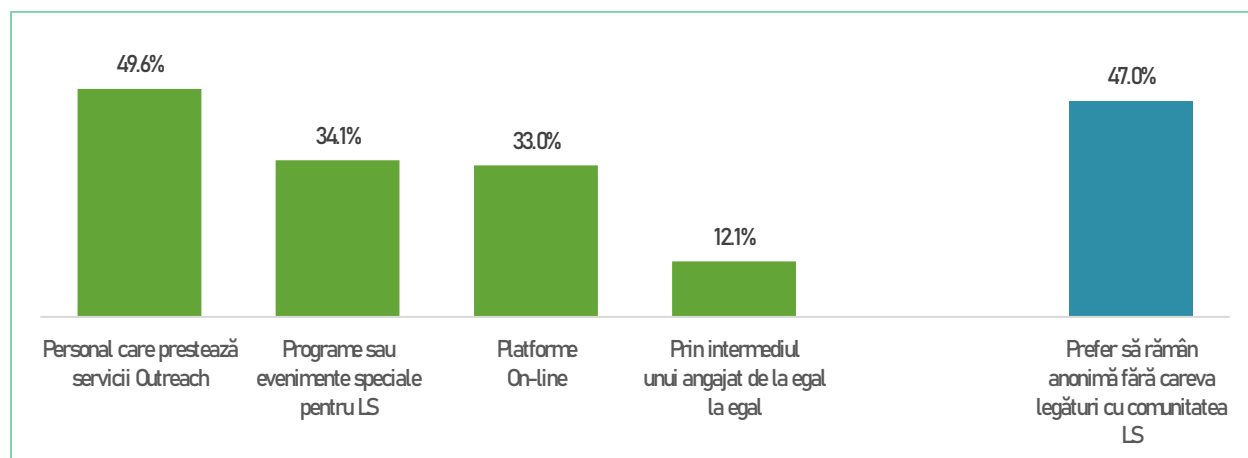


Figura 26. Modalități de comunicare cu alte LS din comunitate

Cu referire programe și servicii specifice, majoritatea dintre participantele la studiu s-au expus că ar dori ca mai multe LS să fie implicate în cele ce conțin informații despre sănătatea sexuală și reproductivă (85%, n=302) și în instruirile privind modificările legislației legate de prestarea serviciilor sexuale (71%, n=251). Cât privește dorința participantelor ca LS să fie implicate în cele ce țin de informații privind drepturile de sănătate a reproducerii s-au expus – 43% (n=152), instruire în metode de securitate fizică – 37% (n=131); instruire în domeniul reducerii riscurilor și al consumului de substanțe psiho-active – 29% (n=103) și în educația pentru sănătate și recreativă – 27% (n=95) (Figura 27).

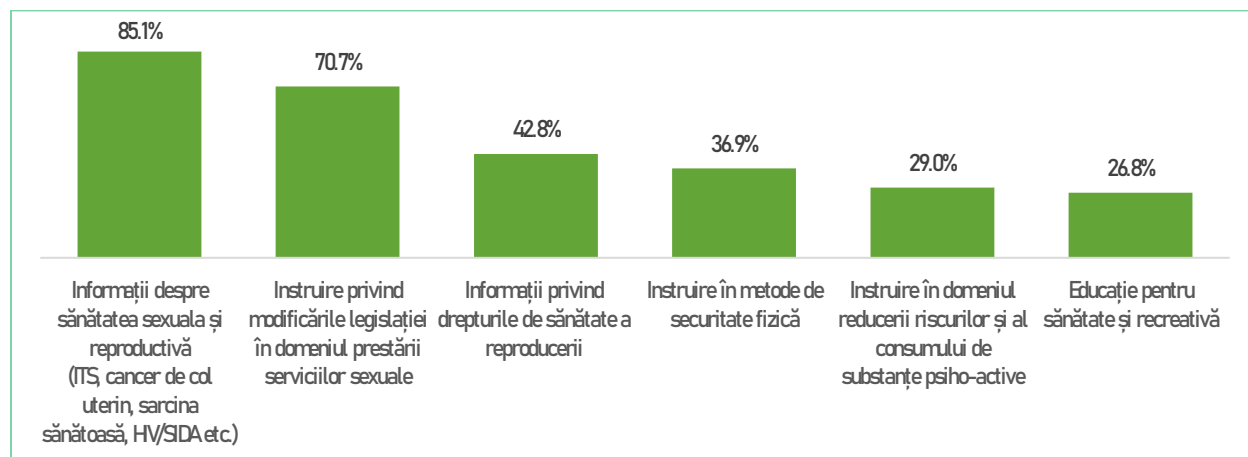


Figura 27. Programe și servicii specifice în care participantele la studiu ar dori ca LS să fie implicate

În caz de distribuire a informațiilor ce țin de LS, participantele la studiu au sugerat ca acestea să fie distribuite, în cele mai dese cazuri prin telefon (67%, n=227) sau prin intermediul altor LS (54%, n=191). De asemenea, LS au menționat și despre alte căi de distribuire a informațiilor cum ar fi: prin intermediul rețelelor de socializare (Facebook, Instagram sau Twitter), site-urilor de sex, broșurilor sau pliantelor, prin organizații neguvernamentale și proxenet (Figura 28).

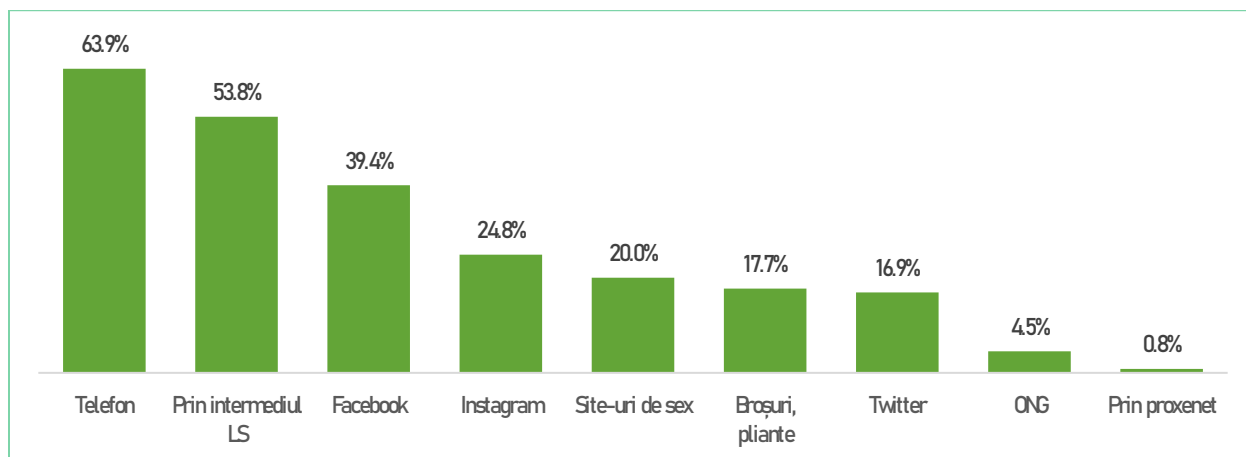


Figura 28. Căile de distribuire a informațiilor referitoare la LS sugerate de către participantele la studiu

Dacă participantele la studiu ar desfășura programe și/sau servicii de suport pentru LS, în special pentru cele care prestează servicii în strada, în 15% (n=54) cazuri acestea ar fi interesate să fie în calitate de participant; în 3.9% (n=14) – în calitate de voluntar și în 6.2% (n=22) și ca participant și ca voluntar. În același timp – 75% (n=265) dintre participantele la studiu au răspuns că nu sunt interesate de a desfășura programe și/sau servicii de suport pentru LS.

Evaluarea factorilor determinanți care ar putea favoriza integrarea lucrătoarelor sexului în mobilizarea comunitară

Urmare a informațiilor relatate, s-a constatat că 90 (25%) dintre participantele la studiu sunt gata de a se implica în mobilizarea comunitară. În acest sens, s-au analizat factorii determinanți care ar putea favoriza integrarea LS în mobilizarea comunitară, precum: vârsta, starea civilă, vârsta primului contact sexual, vârsta primului sex în scop de serviciu prestat, renunțarea la prestarea serviciilor sexuale pentru remunerare, prezența copiilor, testarea la HIV, aflarea la evidența medicului de familie, dispunerea de poliței de asigurare medicală, folosirea serviciilor de reducere a riscurilor, fiind vreodată abuzată fizic, fiind vreodată abuzată sexual, considerarea că prostituția trebuie legalizată, atitudini față de persoanele cu HIV, credibilitatea în predeterminare și noroc, autodeterminarea, auto-eficacitatea, abilitatea, percepția stigmatizării față de LS (Tabelul 8).

Etapă de analiză unifactorială a scos în evidență mai mulți factori determinanți care ar putea predispuce LS la mobilizarea comunitară (Tabelul 8). Aceștia enumeră:

- vârsta primului contact sexual mai mare de 16 ani,
- vârsta mai mare de 21 ani a primului sex în scop de serviciu prestat,

- renunțarea la prestarea serviciilor sexuale pentru bani și/sau beneficii,
- prezența copiilor,
- aflarea la evidența medicului de familie,
- dispunerea de poliță de asigurare medicală,
- prezența abuzului sexual în antecedente,
- consideră că prostituția trebuie legalizată,
- prezența atitudinilor pozitive față de persoanele cu HIV,
- nivel înalt de auto-eficacitate și
- nivel înalt de abilitate

Analiza care a cuprins aprecierea influenței solitare asupra mobilizării comunitare a determinantelor, a impus, în succesiune, evaluarea influenței acestora în complex. Modelul ajustat după vârstă a inclus factori asociați cu rezultatul la $p < 0.1$ în regresie binară, ignorând semnificația vârstei ca factor de confuzie obișnuit. Datele prezentate în Tabelul 8 remarcă complexul factorilor determinanți care ar putea favoriza integrarea lucrătoarelor sexului în mobilizarea comunitară sau profilul LS pentru implicarea comunitară, precum:

- aflarea la evidența medicului de familie,
- dispunerea de poliță de asigurare medicală,
- consideră că prestarea serviciilor sexuale trebuie legalizată,
- prezența atitudinilor pozitive față de persoanele cu HIV
- nivel înalt de auto-eficacitate și
- nivel înalt de abilitate.

Tabelul 8. Evaluarea factorilor determinanți privind integrarea lucrătoarelor sexului în mobilizarea comunitară

Denumire	Mobilizare comunitară		OR (95%:ÎÎ); valoarea p	aOR (95%:ÎÎ); valoarea p
	Da, N (%)	Nu, N (%)		
Total	90 (25.4)	265 (74.6)		
Vârsta				
≤ 24 ani	35 (22.2)	123 (77.8)	0.7 (0.4-1.2); p=0.132	
≥ 25 ani	55 (27.9)	142 (72.1)	†	
Starea civilă				
Cu partener	12 (22.6)	41 (77.4)	0.8 (0.4-1.7); p=0.374	
De una singură	78 (25.8)	224 (74.2)	†	
Vârsta primului contact sexual				
≤ 16 ani	40 (18.3)	170 (81.7)	0.4 (0.3-0.7); p<0.001	
≥ 17 ani	50 (36.8)	86 (63.2)	†	
Vârsta primului sex în scop de serviciu prestat				
≤ 20 ani	30 (16.6)	151 (83.4)	0.4 (0.3-0.6); p<0.001	
≥ 21 ani	60 (34.5)	114 (65.5)	†	
Renunțare la prestarea serviciilor sexuale pentru remunerare				

Denumire	Mobilizare comunitară		OR (95%:ÎÎ); valoarea p	aOR (95%:ÎÎ); valoarea p
	Da, N (%)	Nu, N (%)		
Total	90 (25.4)	265 (74.6)		
Da	30 (39.0)	47 (61.0)	2.3 (1.4-3.9); p=003	
Nu	60 (21.6)	218 (78.4)	†	
Copii				
Da	35 (35.4)	64 (64.6)	2.5 (1.1-5.8); p=0.025	
Nu	55 (21.5)	201 (78.5)	†	
Testată la HIV*				
Da	87 (26.9)	237 (73.1)	2.9 (0.9-10.0); p=0.106	
Nu	3 (11.1)	24 (88.9)	†	
La evidența medicului de familie				
Da	36 (41.4)	51 (58.6)	2.8 (1.7-4.7); p=0.0001	1.4 (1.2-1.8); p=0.009
Nu	54 (20.1)	214 (79.9)	†	
Dispune de poliță de asigurare				
Da	18 (72.0)	7 (28.0)	9.2 (3.7-12.9); p=0.001	1.9 (1.7-2.3) p=0.006
Nu	72 (21.8)	258 (78.2)	†	
Servicii de reducere a riscurilor				
Da	62 (24.7)	189 (75.3)	0.9 (0.5-1.5) p=0.380	
Nu	28 (26.9)	76 (73.1)	†	
Abuzată vreodată fizic				
Da	40 (22.9)	135 (77.1)	†	
Nu	50 (27.8)	135 (77.1)	1.3 (0.8-2.1); p=0.329	
Abuzată vreodată sexual				
Da	18 (14.5)	106 (85.5)	†	
Nu	72 (31.2)	159 (68.8)	2.7 (1.5-4.9); p=0.001	
Prestarea serviciilor sexuale trebuie legalizată				
Da	66 (31.1)	146 (68.9)	2.2 (1.3-3.8); p=0.003	1.4 (1.2-1.8); p=0.003
Nu	24 (16.8)	119 (83.2)	†	
Atitudini pozitive față de persoanele HIV				
Da	33 (20.1)	131 (79.9)	1.7 (1.0-2.8); p=0.038	2.0 (1.2-3.6); p=0.018
Nu	57 (29.8)	134 (70.2)	†	
Credibilitate în determinare și noroc				
Da	34 (28.3)	86 (71.7)	†	
Nu	56 (23.8)	179 (76.2)	1.3 (0.8-2.1); p=0.37	
Autodeterminare				
Da	57 (24.9)	172 (75.1)	0.9 (0.6-1.5); p=0.800	
Nu	33 (26.2)	93 (73.8)	†	
Auto-eficacitate				

Denumire	Mobilizare comunitară		OR (95%:ÎÎ); valoarea p	aOR (95%:ÎÎ); valoarea p
	Da, N (%)	Nu, N (%)		
Total	90 (25.4)	265 (74.6)		
Da	17 (12.4)	120 (87.6)	3.5 (2.0-6.5); p<0.001	4.0 (2.1-7.8); p<0.001
Nu	73 (33.5)	145 (66.5)	†	
Abilitate				
Da	36 (21.8)	129 (78.2)	1.4 (0.9-2.3); p=0.04	2.0 (1.2-3.6); p=0.016
Nu	54 (28.4)	136 (71.6)	†	
LS-Stigma				
Da	69 (29.7)	163 (70.3)	2.1 (1.2-3.6); p=0.01	
Nu	21 (17.1)	102 (82.9)	†	

*Test la HIV (4-date lipsă); † - valoarea de referință; ÎÎ – interval de încredere; LS – lucrătoare a sexului

Limitările studiului

În cadrul studiului au fost utilizate date auto-raportate, ceea ce înseamnă că ar putea exista unele erori de rememorare. O altă limitare a studiului ar putea fi considerată selectarea LS care activează doar în raza municipiul Chișinău.

Discuții

Prezentul studiu, este primul, realizat în Republica Moldova, care și-a propus să aprecieze nivelului de pregătire a lucrătoarelor sexului în mobilizarea comunitară, inclusiv implicarea în măsurile de control pentru HIV. Complementar scopului propus, prezenta cercetare a reliefat inclusiv profilul LS, dar și alte aspectele de vulnerabilitate pentru aceste categorii de persoane.

Prin urmare, studiul realizat a scos în evidență vârsta mai mică de majorat pentru primul contact sexual, inclusiv și pentru cel de prestare a serviciilor pentru bani sau alte beneficii. Mai multe studii realizate în lume, remarcă că cel puțin 40% dintre LS încep să presteze servicii sexuale pentru bani sau alte beneficii la o vârstă mai mică de 18 ani [3]. La acest subiect, literatura de profil susține că tinerii nu au o maturitate cognitivă sau emoțională pentru a lua decizii cu privire la propriul comportament sexual [4]. Prezenta cercetare, demonstrează, inclusiv și interrelația dintre primul contact sexual și primul contact sexual pentru bani sau alte beneficii și vârstă. În cele mai dese cazuri, angajarea în prestarea serviciilor sexuale pentru bani sau alte beneficii a fost cu o diferență mică (~ 1 an) de la primul contact sexual. Prin urmare, se subliniază faptul necesității efectuării cercetărilor mai aprofundate în această categorie de vârstă întru formarea noilor recomandări privind dezvoltarea programelor educaționale.

Cu referire la situația financiară, studiul arată un venit net lunar al LS mai mare decât câștigul salarial mediu lunar nominal brut pe economie (9116 lei pentru anul 2021 [5]). Luând în considerație că nivelul de studii al majorității dintre LS este de la 4 la 11 clase, se sugerează că posibilitatea angajării într-o muncă mai calificată sau mai plătită, ar fi mai puțin probabilă pentru această categorie de persoane. Deci, dacă LS s-ar angaja la muncă, probabilitate este că ar putea avea un venit net mai mic de 5000 lei (cele mai mici

valori ale câștigului salarial mediu lunar nominal net pentru anul 2021 pe economie a fost de 5724 lei [5]) sau ar putea fi plătite cu 17.37 lei pe oră (2935 de lei pe lună, calculat pentru un program complet de lucru în medie de 169 de ore pe lună) în conformitate cu cuantumul minim garantat al salariului în sectorul real [6]. Situația financiară a fost relatată și drept motivul de bază pentru începerea prestării serviciilor sexuale pentru bani sau alte beneficii, dar și motivul de bază indicat de către LS care s-au reîntors la prestarea acestor servicii după ce au renunțat la această muncă. Literatura de profil, de asemenea subliniază factorului financiar drept cea mai frecventă motivație declarată de către LS în angajarea prestării serviciilor sexuale pentru bani sau alte beneficii [7,8].

Locul instabil de trai, cum ar fi închirierea spațiului locativ, în special de durată scurtă, dar și locuirea cu alte LS – un alt moment evidențiat în cadrul prezentei cercetări. Locul de trai închiriat ar putea fi explicat prin necesitatea de a avea un loc de trai, acestea fiind venite în municipiul Chișinău din alte localități, dar prin frica de a li se descoperi activitatea, fiind nevoite să-și închirieze spațiu de locuit. Studiile, din literatura de profil, relatează la acest subiect, că, deseori LS închiriază locuințe în orașe mai mari, unde inclusiv își pot practica meseria, fiind astfel determinate de situația financiară precară și/sau dorința unui trai mai superior decât cel de unde provine [9].

Folosirea metodelor de contracepție, fapt expus de toate participantele la studiu, relatează despre reușitele programelor de prevenție realizate în cadrul proiectelor de prevenire a riscurilor din Republica Moldova, acestea fiind realizate prin intermediul ONG-urilor [10]. Acest fapt ar putea indica, inclusiv și despre autoinstruirea de sine-stătătoare în utilizarea metodelor contraceptive și/sau despre insistența partenerilor de a utiliza prezervative. În același timp, cercetarea nu specifică frecvența utilizării metodele de contracepție în timpul prestării serviciilor sexuale, fapt ce ar putea sugera asupra riscului sarcinilor nedorite, dar și a infecțiilor cu transmitere sexuală.

Sarcina și copii – un alt aspect pentru discuții evidențiat în cadrul prezentei cercetării. În general, în lume, puține lucruri sunt cunoscute despre sănătatea reproductivă a LS. Programele de promovare a sănătății și cercetările în rândul LS s-au concentrat mai mult pe prevenirea, transmiterea, diagnosticul și tratamentul infecțiilor cu transmitere sexuală, inclusiv HIV. Deși, unele studii, relatează despre conștientizarea faptului că LS își doresc să aibă copii, măsura în care sarcinile intenționate și povara sarcinii neintenționate în rândul LS rămân încă a fi necunoscute [11,12]. Cercetarea noastră, subliniază decalajul dintre numărul de sarcini și al numărul de copii născuți. Acest fapt indica despre necesitatea studierii prezentului fenomen în rândul LS din Republica Moldova. În același aspect, ar putea fi abordat subiectul utilizării metodelor de planificare a familiei, un element important pentru prevenirea sarcinilor neintenționate, dar și ar putea fi considerat drept un indicator privind accesul la îngrijirea sănătății reproductive pentru această populație vulnerabilă.

În aceeași ordine de idei, cu referire la copiii femeilor LS, prezenta cercetare indică că doar o treime dintre copiii acestora locuiesc cu mama lor (femeia LS), ceilalți locuiesc în altă parte, fiind în cele mai dese cazuri lăsați în îngrijirea bunelor sau altor rude, prieteni. Literatura de profil referitoare la copiii lucrătorilor sexuali este destul de săracă, doar cu câteva excepții, evidențiind câteva dintre cercetări realizate în Asia de Sud și Kenya. Acestea documentează vulnerabilitatea copiilor enumerând o serie de factori, precum: separarea de părinți, abuzul sexual, debutul sexual timpuriu, introducerea în munca sexuală ca adolescenți, înscrierea scăzută la școală, problemele psihosociale care decurg din asistența la

interacțiunile sexuale ale mamelor lor cu clienții și marginalizarea socială [13–15], dar și faptul că munca sexuală poate fi adesea transmisă de la părinte la copil ca comerțul familiei în unele cazuri, sau dintr-o lipsă reală sau percepută a altor opțiuni [16]. În context, se subliniază necesitatea atragerii atenției vulnerabilității cu care se confruntă copiii femeilor LS și a intervențiilor concentrate pe menținerea împreună a acestor familii potențial vulnerabile, îmbunătățirii bunăstării atât a părintelui (lor), cât și a copiilor, inclusiv a reducerii riscului ambelor generații pentru infectarea sau transmiterea HIV.

Deprinderile nocive, cum ar fi consumul de droguri și de alcool rămâne a fi o problemă elucidată în mai multe cercetări efectuate în lume [17–21]. Consumul de alcool de către LS în contextul sexului pentru bani sau alte beneficii, a fost destul de evident și în cadrul prezentei cercetări. Am observat că LS consumă alcool atât până cât și după prestarea serviciilor, deseori într-o frecvență mai mare după prestarea serviciilor. Se reliefează problema cantității de alcool consumat o dată cu începerea prestării serviciilor sexuale pentru bani, acesta devenind mai abundent, dar și faptul că LS își folosesc veniturile pentru a procura alcool. De asemenea, analiza efectuată a evidențiat creșterea frecvenței consumului de alcool în cazul abuzului fizic și/sau sexual din partea partenerului/clientului. Acest aspect este relatat și în literatura de profil, unde se subliniază că femeile angajate în prestarea serviciilor sexuale devin mult mai vulnerabile la consecințele adverse ale consumului de alcool, cum ar fi abuzul, violența, sarcina neintenționată, având inclusiv consecințe sociale, economice și de sănătate [18–20].

Consumul de droguri a fost mai puțin posibil să fie studiat în prezenta cercetare, din considerentul că doar o cotă mică au dat răspunsuri la acest subiect. În același timp, se sugerează existența problemei consumului de droguri printre LS din Chișinău, studiul IBSS efectuat în 2020 indică că 24.5% dintre LS din Chișinău au utilizat cel puțin o dată droguri neinjectabile [22].

Accesarea serviciilor medicale de către LS a scos în evidență eficacitatea programelor de reducere a riscurilor, observându-se că în majoritatea cazurilor testele medicale enumerate de către LS că le-au efectuat în ultimele 12 luni au fost cele care sunt prestate prin astfel de programe (test de sarcină și test pentru infecția HIV). Cu referire la statutul HIV, în cele mai dese cazuri LS nu îi solicită clientului ca acesta să-și expună statutul său. De remarcat, că LS din Republica Moldova sunt printre grupurile vulnerabile pentru HIV, cu o prevalență HIV de 5% [22]. Prezenta cercetare a evidențiat și LS care nu accesează serviciile de reducere a riscurilor, fapt ce indică asupra necesității îmbunătățirii acestor servicii pentru unele categorii de beneficiari, cum ar fi LS din orașul Chișinău, dar și a celor venite din sate.

A fi la evidența la medicului de familie și a deține poliță de asigurare medicală nu au fost lucruri destul de prioritare printre LS care activează în raza municipiului Chișinău. Ar fi cazul de remarcat aici că liniile directe ale OMS privind prevenirea și tratamentul HIV și ITS pentru lucrătorii sexului recomandă ca toate serviciile de sănătate, inclusiv asistența medicală primară, să fie *disponibile, accesibile și acceptabile pentru lucrătorii sexului pe baza principiilor de evitare a stigmatizării, nediscriminării și a dreptului la sănătate* [23]. În mod critic, aceste orientări iau în considerare un pachet de intervenții care ar putea spori responsabilizarea comunității în rândul LS de a-și îmbunătăți condițiile de viață și de muncă și inclusiv remedierea încălcărilor drepturilor omului. Având în vedere că o mare parte dintre LS s-au expus dorința de a lua parte la programele de instruire în domeniul sănătății, legislației în domeniul prestării serviciilor sexuale, dreptului la sănătate etc., acest aspect ar trebui luat în considerație la etapele de implicare a LS în mobilizarea comunitară.

Violența împotriva femeilor este considerată la nivel mondial drept o problemă socială și de sănătate publică [24]. LS din cadrul studiului se confruntă cu violența practic în permanență. Acestea, în mare parte au fost supuse violentei fizice încă din copilărie, la vârste mai mici de 15 ani. Studiile din literatura de profil arată că abuzul fizic aplicat în copilărie ar putea avea drept consecințe renunțarea la școală, renunțarea de părinți, utilizarea drogurilor, implicarea în prestarea serviciilor sexuale pentru bani sau alte beneficii [25]. Violența sexuală, o altă confruntare a LS. Studiul a evidențiat, inclusiv violența sexuală la vârsta mai mică de 15 ani, dar și violența din partea partenerului/clientului în ultimele 12 luni. Cercetările efectuate în lume indică că în cele mai dese cazuri violența este săvârșită de către partener [24,26], iar prevalența violenței fizice și/sau sexuale din partea partenerului variază între 15% și 71% la nivel global [27]. În același timp, există un număr tot mai mare de dovezi care arată că expunerea la violență a LS este asociată cu rezultate negative asupra sănătății acestora, precum: prevalența crescută a infecțiilor cu transmitere sexuală, inclusiv HIV; sănătate psiho-emoțională precară; abuz crescut de alcool sau droguri [28–30]. Cât privește asocierea dintre abuzul sexual în copilărie sau adolescență și munca sexuală, în literatură se pot găsi mai multe explicații, precum: cei care sunt victimizați sexual în copilărie sau adolescență se dezvoltă psihologic și emoțional în așa fel încât aceștia devin vulnerabili pentru această muncă sau aceștia ar putea deveni victime a unor comportamente de risc (consum de droguri, fuga de acasă etc.), care la rândul lor îi pot aduce la munca sexuală, aceasta fiind una dintre puținele opțiuni rămase pentru a supraviețui [25,31,32]. Toate acestea, sugerează că subiectul violenței rămâne a fi unul dintre prioritarele aspecte necesare de a fi luate în considerare în formarea programelor educaționale.

În cele mai dese cazuri LS sunt privite în societate drept o populație stigmatizantă. Stigma este înțeleasă ca fiind exacerbată de incriminarea muncii sexuale, care definește LS ca pe alții devianți și, în consecință, îi face mai vulnerabili la violență. Cercetarea noastră a constatat că LS au o percepție a stigmatizării destul de înaltă. Marea majoritate au frica că dacă vor fi dezvăluite, vor fi respinse, izolate și ignorate. Literatura de profil descrie faptul că persoanele marginalizate se confruntă cu provocări și bariere privind drepturile omului, dar și a aflării de sine în comunitate [33].

Prezența violenței, stigmei și al simțul nevoii de protecție au fost aspectele de bază pe care le-au enumerat LS când și-au expus părerea referitoare la legalizarea muncii pe care o fac. Marea majoritate dintre LS doresc legalizarea prestării serviciilor sexuale. Literatura de profil subliniază evident relația dintre stigmatizare și legislație. Se consideră că marginalizarea socială și al mediul de lucru, de obicei criminalizat limitează capacitatea LS de a atenua impactul riscurilor lor profesionale, cum ar fi dificultăți în negocierea utilizării prezervativelor, prevalența înaltă a infecțiilor cu transmitere sexuală [34], expunerea la violență [34,35]. Se evidențiază și faptul, că în țările/stările care au criminalizat profesia, aceasta a dus la atitudini stigmatizante și opinii părtinitoare față de LS [36]. Actualmente, munca sexuală este, cel puțin parțial, reglementată din punct de vedere legal și considerată drept profesie în mai multe țări occidentale [37], iar în peste jumătate dintre țările lumii, munca sexuală încă nu este pe deplin legalizată [38]. Dovezile disponibile, referitoare la legalizarea muncii sexuale, sugerează că dezincriminarea poate îmbunătăți relațiile dintre LS și poliție, crescând capacitatea de a raporta incidente de violență și facilitând accesul la servicii [39–42]. Deși schimbarea legislativă pare a fi esențială, nu este suficientă de a fi aplicată de una singură. Reforma legislativă necesită a fi însoțită de politici și angajament politic în ceea ce privește reducerea inegalității de gen și a stigmatizării, inclusiv prin introducerea legislației anti-discriminare care va proteja inclusiv LS, dar și aplicarea metodelor mixte, inclusiv multidisciplinare și participative [42].

Luând în considerație aspectele enumerate, dar și expunerea LS privind legalizarea muncii sexuale, inclusiv expunerea dorinței de a fi implicate în unele instruiri privind programele și/sau serviciile de sănătate și/sau legislative, se conturează unii pași referitori la posibilitatea implicării LS în mobilizarea comunitară în aceste aspecte.

Prezența credibilității în predeterminare și noroc, dar și un nivel jos de autodeterminare ale LS sunt unele dintre elementele psiho-emoționale subliniate de către prezenta cercetare. În mod general, credibilitatea în inevitabilitatea oricărei dintre acțiuni, considerând că totul este predeterminat de soartă ar putea afecta încercarea de a face careva eforturi pentru a influența ceea ce se întâmplă. În cele mai dese cazuri se urmează calea iresponsabilității pentru propriile acțiuni, contemplând evenimentele din partea sa. În aceeași ordine de idei, de remarcat, că o persoană autodeterminată nu doar conștientizează ceea ce își dorește să obțină în viitor, dar și pașii pe care urmează să le întreprindă urmând această cale. Elementele evidențiate ar putea sugera stării de sănătate mintală a LS. Studiile, realizate în lume, remarcă că experiențele traumatiche (atât în copilăria timpurie, cât și la vârsta adultă în timp ce se angajează în munca sexuală) contribuie la boli mintale în rândul LS [43–45]. De asemenea, literatura de profil subliniază legătura dintre afecțiunile mintale și nivelul jos de autoidentificare ca persoană a minorității de gen; acestea fiind explicate prin interacțiunea complexă dintre determinanții structurali, cum ar fi stigmatizarea, trauma, discriminarea, și nivelul înalt de violență și agresiune cu care se confruntă aceste populații [46–49]. Pornind de aceste constatări, se sugerează necesitatea unui studiu mai aprofundat la acest subiect, dar și necesitatea unor prevederi și/sau îmbunătățiri a pachetelor de servicii oferite LS.

Prezenta cercetare dezvăluie că nivelul de auto-eficacitate sau de încrederea în capacitatea proprie de a îndeplini o sarcină sau de a atinge un scop printre LS este unul destul de jos. Se consideră că nivelul eficacității pentru o anumită activitate ar fi probabil să crească atunci când se va observa că altcineva va reuși la acea activitate mai degrabă prin muncă, decât prin abilități naturale. Studiile, realizate la acest subiect, relatează legătură dintre nivelul de auto-eficacitate și comportamentul sexual riscant, subliniind o relație semnificativă a LS cu un nivel înalt de auto-eficacitate cu consistența utilizării prezervativelor cu partenerii acestora [50,51]. Un studiu realizat în Indonezia, a demonstrat că LS care trăiesc cu HIV și-au ridicat nivelul de auto-eficacitate fiind implicate în interacțiunea lor socială cu comunitatea [52]. Se conturează necesitatea unor servicii care să se concentrează mai mult pe eforturi de promovare și prevenire prin implicarea comunității LS în creșterea sentimentului de securitate și auto-eficacitate acestui grup vulnerabil.

Cercetarea arată nivelul scăzut de capacitate (putere de convingere) printre LS. Literatura de profil, atrage atenția că programele pentru LS conduse de egali cu un nivel înalt de capacitate au probabilitatea de a fi mai puternice, atunci când egalii se angajează să crească conștiința critică, să dezvolte solidaritatea și să se incorporeze în acțiuni comunitare, concentrându-se pe problemele comune [53].

În personalitatea pe care o reprezintă, doar o pătrime dintre LS, și-au expus dorința de a se implica în mobilizarea comunitară. În acest scop, cercetarea a evidențiat unii factori determinanți sau, în alte cuvinte, profilul LS care s-ar putea implica în mobilizarea comunitară, precum: aflarea la evidența medicului de familie, dispunerea de poliță de asigurare medicală, consideră că munca sexuală trebuie legalizată, au atitudini pozitive față de persoanele cu HIV, au un nivel înalt de auto-eficacitate și care au un nivel înalt de capacitate.

Literatura de profil descrie că mobilizarea comunității este conceptualizată drept un proces continuu cu etape succesive de dezvoltare, care funcționează în două contexte distincte: (1) *colectivizarea* inițială a LS, care se axează pe schimbarea comportamentului individual în rândul acestora pentru prevenirea HIV și aversiunea la riscuri și (2) *angajamentul comunității* - care vizează împuternicirea societății LS [54–57].

Dacă este să ne referim la cercetarea noastră, care ne-a oferit date precum că doar un număr limitat de LS s-ar putea implica în mobilizarea comunitară, atunci se sugerează implicarea LS în mobilizarea comunitară etapizat în conformitate cu aceste două tipuri de contexte, precum:

- Colectivizarea – când participarea LS va fi în cadrul spațiului său de muncă sexuală (spații colective)
- Angajament comunitar – când participarea LS va depăși spațiul lor de muncă (spațiul colectiv) la spații publice sau sociale mai largi.

Concluzii

1. Cercetarea a scos în evidență vulnerabilitatea, violența și stigma cu care se confruntă LS, mare parte dintre acestea fiind consecințe ale vârstei timpurii.
2. Analiza psiho-emoțională a dedus probabilitatea prezenței afecțiunilor de sănătate mintală printre LS.
3. S-a constatat că o pătrime (25%) dintre LS sunt gata de a se implica în mobilizarea comunitară, inclusiv în măsurile de control pentru infecția HIV
4. Profilul LS care s-ar putea implica în mobilizarea comunitară: aflarea la evidența medicului de familie, dispunerea de poliță de asigurare medicală, consideră că prostituția trebuie legalizată, cu atitudini pozitive față de persoanele cu HIV, cu un nivel înalt de auto-eficacitate și un nivel înalt de capacitate.

Recomandări

Recomandări generale

1. Depenalizarea și decriminalizarea muncii sexuale. În conformitate cu recomandările internaționale privind HIV/SIDA și drepturile omului, este necesară revizuirea legislației privind munca adulților în oferirea serviciilor sexuale care nu dăunează, cu scopul de a o decriminaliza și a introduce unele măsuri legale care să respecte normele de igienă și siguranță pentru a proteja persoanele care lucrează în domeniul serviciilor sexuale și clienții lor, inclusiv pentru a sprijini actul sexual sigur în prestarea de servicii.
2. Elaborarea și implementarea unor programe distincte de incluziune socială pentru LS, care să includă ajutor psihologic, material, medical, precum și sprijin în căutarea unui loc de muncă și oportunități pentru activități generatoare de venituri.
3. Elaborarea programelor de reducere a discriminării prin implicarea părților interesate relevante cu scopul de a proteja drepturile LS la servicii medicale, sociale și juridice.

Recomandări specifice

4. Formarea programelor care să includă implicarea etapizată a LS în mobilizarea comunitară.
5. Informarea și capacitatea LS privind respectarea drepturilor și raportarea cazurilor de violență, inclusiv de la egal la egal.
6. Extinderea pachetului de servicii de reducere a riscului cu servicii de sănătate mintală și suport psihologic, inclusiv victimelor violenței și abuzului

Bibliografia

1. Legea nr. 764 din 27.12.2001 [Internet]. [cited 2022 May 18]. Available from: https://www.legis.md/cautare/getResults?doc_id=62949&lang=ro
2. Banca de date statistice Moldova. Populatia si procesele demografice [Internet]. [cited 2022 May 18]. Available from: [http://statbank.statistica.md/pxweb/pxweb/ro/20 Populatia si procesele demografice/20 Populatia si procesele demografice__POP010/?rxid=2345d98a-890b-4459-bb1f-9b565f99b3b9](http://statbank.statistica.md/pxweb/pxweb/ro/20%20Populatia%20si%20procesele%20demografice/20%20Populatia%20si%20procesele%20demografice__POP010/?rxid=2345d98a-890b-4459-bb1f-9b565f99b3b9)
3. Silverman JG. Adolescent female sex workers: Invisibility, violence and HIV. *Arch Dis Child*. 2011;96(5):478–81.
4. Graham P. Against the Stream: lowering the age of sexual consent. *BJPsych Bull* [Internet]. 2018 Aug [cited 2022 May 24];42(4):162. Available from: <https://pmc/articles/PMC6436061/>
5. Biroul Național de Statistică. Biroul Național de Statistică //Câștigul salarial mediu lunar brut și indicele numărului mediu al salariaților în trimestrul IV 2021 [Internet]. 2019 [cited 2022 May 28]. Available from: <https://statistica.gov.md/newsview.php?l=ro&idc=168&id=7315>
6. Hotărâre de Guvern Nr. 922 din 22.12.2020 pentru modificarea punctului 1 din Hotărârea Guvernului nr. 165/2010 cu privire la quantumul minim garantat al salariului în sectorul real [Internet]. [cited 2022 May 31]. Available from: https://www.legis.md/cautare/getResults?doc_id=124910&lang=ro
7. Brents BG, Sanders T. Mainstreaming the Sex Industry: Economic Inclusion and Social Ambivalence. *J Law Soc* [Internet]. 2010 Mar 1 [cited 2022 May 31];37(1):40–60. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1467-6478.2010.00494.x>
8. Ernst F, Romanczuk-Seiferth N, Köhler S, Amelung T, Betzler F. Students in the Sex Industry: Motivations, Feelings, Risks, and Judgments. *Front Psychol*. 2021 Feb 25;12:326.
9. Jeal N, Salisbury C. A health needs assessment of street-based prostitutes: Cross-sectional survey [Internet]. Vol. 26, *Journal of Public Health*. J Public Health (Oxf); 2004 [cited 2022 May 31]. p. 147–51. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15284317/>
10. Reducerea riscurilor în rândul lucrătoarelor sexului din zona Chișinău [Internet]. [cited 2022 Jun 2]. Available from: <http://afi.md/rom/sanatate-publica/reducerea-riscurilor-in-randul-lucratoarelor-sexului-din-zona-chisinaului-educatie>
11. Schwartz SR, Papworth E, Ky-Zerbo O, Anato S, Grosso A, Ouedraogo HG, et al. Safer conception needs for HIV prevention among female sex workers in Burkina Faso and Togo. *Infect Dis Obstet Gynecol* [Internet]. 2014 [cited 2022 May 31];2014. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25404849/>
12. Duff P, Shoveller J, Feng C, Ogilvie G, Montaner J, Shannon K. Pregnancy intentions among female sex workers: Recognising their rights and wants as mothers. *J Fam Plan Reprod Heal Care*. 2015 Apr 1;41(2):102–8.
13. Chege MN, Kabiru EW, Mbithi JN, Bwayo JJ. Childcare practices of commercial sex workers. *East Afr Med J* [Internet]. 2002 Jul 1 [cited 2022 May 31];79(7):382–9. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12638835/>
14. Sloss CM, Harper GW. When street sex workers are mothers. *Arch Sex Behav* [Internet]. 2004 Aug [cited 2022 May 31];33(4):329–41. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15162079/>
15. Bletzer K V. Sex workers in agricultural areas: Their drugs, their children. *Cult Heal Sex* [Internet]. 2005 Nov [cited 2022 May 31];7(6):543–55. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16864221/>
16. World Health Organization. The dancing girls of Lahore: selling love and hoarding dreams in Pakistan's ancient pleasure district. *Choice Rev Online* [Internet]. 2006 [cited 2022 May 31];43(09):43-5577-43-5577. Available from: <https://research.birmingham.ac.uk/en/publications/the-dancing-girls-of-lahore-selling-love-and-saving-dreams-in-pak>
17. Amogne MD, Agardh A, Abate E, Ahmed J, Asamoah BO. Determinants and consequences of heavy episodic drinking among female sex workers in Ethiopia: A respondent-driven sampling study. *PLoS One* [Internet]. 2021 May 1 [cited 2022 May 31];16(5 May):e0252432. Available from: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0252432>
18. World Health Organization. Global status report on alcohol and health 2018 [Internet]. Vol. 65, Global status report on

- alcohol. 2018. 74–85 p. Available from:
http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/msbgsruprofiles.pdf%0Ahttp://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29355346
19. Mann K, Ackermann K, Croissant B, Mundle G, Nakovics H, Diehl A. Neuroimaging of gender differences in alcohol dependence: Are women more vulnerable? *Alcohol Clin Exp Res* [Internet]. 2005 May [cited 2022 May 31];29(5):896–901. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15897736/>
 20. Kumar Sharma S, Kant Singh S. Understanding the Factors Associated with Alcohol Use among Female Sex Workers in a High HIV Prevalence Northeast State of India. *J Infect Dis Treat*. 2016;2(1).
 21. World Health Organization. Alcohol use among female sex workers and male clients: An integrative review of global literature [Internet]. Vol. 45, *Alcohol and Alcoholism*. Oxford University Press; 2010 [cited 2022 May 31]. p. 188–99. Available from: </pmc/articles/PMC2842106/>
 22. Studiul integrat de supraveghere biologică și comportamentală în rândul lucrătoarelor sexului, consumatorilor de droguri injectabile și a bărbaților care fac sex cu bărbații în Republica Moldova. 2020;
 23. World Health Organization (WHO). Prevention and Treatment of HIV and Other Sexually Transmitted Infections for Sex Workers in Low- and Middle-Income Countries: Recommendations for a Public Health Approach. 2012 [cited 2022 May 31];(December):52. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/77745>
 24. Ellsberg MC. Violence against women: A global public health crisis [Internet]. Vol. 34, *Scandinavian Journal of Public Health*. Scand J Public Health; 2006 [cited 2022 May 31]. p. 1–4. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16449037/>
 25. Stoltz JAM, Shannon K, Kerr T, Zhang R, Montaner JS, Wood E. Associations between childhood maltreatment and sex work in a cohort of drug-using youth. *Soc Sci Med* [Internet]. 2007 [cited 2022 May 31];65(6):1214–21. Available from: </pmc/articles/PMC2254224/>
 26. Tjaden P, Thoennes N. Prevalence and consequences of male-to-female and female-to-male intimate partner violence as measured by the national violence against women survey. *Violence Against Women* [Internet]. 2000 Jun 30 [cited 2022 May 31];6(2):142–61. Available from: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/10778010022181769>
 27. Garcia-Moreno C, Jansen H a FM, Ellsberg M, Heise L, Watts CH. WHO Multi-Country Study on Women’s Health and Domestic Violence Against Women: Initial Results on Prevalence, Health Outcomes and Women’s Responses. *Genetics* [Internet]. 2005 [cited 2022 May 31];151(1):277–83. Available from: <http://www.cabdirect.org/abstracts/20063002089.html>
 28. Pando MA, Coloccini RS, Reynaga E, Rodriguez Fermepin M, Gallo Vaulet L, Kochel TJ, et al. Violence as a Barrier for HIV Prevention among Female Sex Workers in Argentina. *PLoS One* [Internet]. 2013 Jan 16 [cited 2022 Jun 1];8(1). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23342092/>
 29. Beattie TS, Bhattacharjee P, Ramesh B, Gurnani V, Anthony J, Isac S, et al. Violence against female sex workers in Karnataka state, south India: Impact on health, and reductions in violence following an intervention program. *BMC Public Health* [Internet]. 2010 [cited 2022 Jun 1];10. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20701791/>
 30. Ulibarri MD, Strathdee SA, Lozada R, Magis-Rodriguez C, Amaro H, O’Campo P, et al. Prevalence and Correlates of Client-Perpetrated Abuse Among Female Sex Workers in Two Mexico-U.S. Border Cities. *Violence Against Women* [Internet]. 2014 Apr 1 [cited 2022 Jun 1];20(4):427–45. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24686125/>
 31. Kingree JB, Braithwaite R, Woodring T. Psychosocial and behavioral problems in relation to recent experience as a runaway among adolescent detainees. *Crim Justice Behav* [Internet]. 2001 Jun 30 [cited 2022 May 31];28(2):190–205. Available from: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0093854801028002003>
 32. Tyler KA, Hoyt DR, Whitbeck LB. The effects of early sexual abuse on later sexual victimization among female homeless and runaway adolescents. *J Interpers Violence* [Internet]. 2000 Jul 2 [cited 2022 May 31];15(3):235–50. Available from: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/088626000015003001>
 33. Global Network of Sex Work Projects. Stigma and Discrimination Experienced by Sex Workers Living with HIV. 2015 [cited 2022 May 31];14. Available from: www.hivgaps.org for more information.
 34. Rekart ML. Sex-work harm reduction. *Lancet* (London, England) [Internet]. 2005 Dec 17 [cited 2022 May

- 26];366(9503):2123–34. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16360791/>
35. Reed E, Gupta J, Biradavolu M, Devireddy V, Blankenship KM. The context of economic insecurity and its relation to violence and risk factors for HIV among female sex workers in Andhra Pradesh, India. *Public Health Rep* [Internet]. 2010 [cited 2022 May 31];125(SUPPL. 4):81–9. Available from: [/pmc/articles/PMC2882978/](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20082978/)
 36. Armstrong L. Stigma, decriminalisation, and violence against street-based sex workers: Changing the narrative. *Sexualities* [Internet]. 2019 Nov 21 [cited 2022 May 31];22(7–8):1288–308. Available from: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1363460718780216>
 37. Immordino G, Russo FF. Laws and stigma: the case of prostitution. *Eur J Law Econ* 2015 402 [Internet]. 2015 Mar 17 [cited 2022 May 31];40(2):209–23. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1007/s10657-015-9491-2>
 38. Minichiello V, Scott J, Cox C. Commentary: Reversing the agenda of sex work stigmatization and criminalization: Signs of a progressive society [Internet]. Vol. 21, *Sexualities*. SAGE PublicationsSage UK: London, England; 2018 [cited 2022 May 31]. p. 730–5. Available from: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1363460716684510?journalCode=sexa>
 39. Abel GM. A decade of decriminalization: Sex work ‘down under’ but not underground. *Criminol Crim Justice* [Internet]. 2014 Feb 14 [cited 2022 Jun 1];14(5):580–92. Available from: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1748895814523024>
 40. Armstrong L. “Who’s the Slut, Who’s the Whore?” : Street Harassment in the Workplace Among Female Sex Workers in New Zealand. *Fem Criminol* [Internet]. 2016 May 29 [cited 2022 Jun 1];11(3):285–303. Available from: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1557085115588553>
 41. Armstrong L. From Law Enforcement to Protection? Interactions between Sex Workers and Police in a Decriminalized Street-based Sex Industry. *Br J Criminol* [Internet]. 2017 May 1 [cited 2022 Jun 1];57(3):570–88. Available from: <https://academic.oup.com/bjc/article/57/3/570/2623927>
 42. Platt L, Grenfell P, Meiksin R, Elmes J, Sherman SG, Sanders T, et al. Associations between sex work laws and sex workers’ health: A systematic review and meta-analysis of quantitative and qualitative studies. *PLoS Med* [Internet]. 2018 [cited 2022 Jun 1];15(12). Available from: [/pmc/articles/PMC6289426/](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/289426/)
 43. Rössler W, Koch U, Lauber C, Hass AK, Altwegg M, Ajdacic-Gross V, et al. The mental health of female sex workers. *Acta Psychiatr Scand* [Internet]. 2010 Aug [cited 2022 Jun 1];122(2):143–52. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20105147/>
 44. Surratt HL, Kurtz SP, Chen M, Mooss A. HIV risk among female sex workers in Miami: The impact of violent victimization and untreated mental illness. *AIDS Care - Psychol Socio-Medical Asp AIDS/HIV* [Internet]. 2012 May 1 [cited 2022 Jun 1];24(5):553–61. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22085330/>
 45. Roxburgh A, Degenhardt L, Copeland J. Posttraumatic stress disorder among female street-based sex workers in the greater Sydney area, Australia. *BMC Psychiatry* [Internet]. 2006 May 24 [cited 2022 Jun 1];6. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16719928/>
 46. Cramer RJ, McNiel DE, Holley SR, Shumway M, Boccellari A. Mental health in violent crime victims: Does sexual orientation matter? *Law Hum Behav* [Internet]. 2012 [cited 2022 Jun 1];36(2):87–95. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22471413/>
 47. Dunbar E. Race, gender, and sexual orientation in hate crime victimization: Identity politics or identity risk? *Violence Vict* [Internet]. 2006 [cited 2022 Jun 1];21(3):323–37. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16761857/>
 48. Lyons T, Kerr T, Duff P, Feng C, Shannon K. Youth, violence and non-injection drug use: Nexus of vulnerabilities among lesbian and bisexual sex workers. *AIDS Care - Psychol Socio-Medical Asp AIDS/HIV* [Internet]. 2014 Sep 2 [cited 2022 Jun 1];26(9):1090–4. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24382155/>
 49. Puri N, Shannon K, Nguyen P, Goldenberg SM. Burden and correlates of mental health diagnoses among sex workers in an urban setting. *BMC Womens Health* [Internet]. 2017 Dec 19 [cited 2022 Jun 1];17(1). Available from: [/pmc/articles/PMC5735638/](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2735638/)
 50. Zhang L, Li X, Zhou Y, Lin D, Su S, Zhang C, et al. Predictors of Consistent Condom Use Among Chinese Female Sex Workers: An Application of the Protection Motivation Theory. *Health Care Women Int* [Internet]. 2015 Jul 3 [cited 2022

Jun 1];36(7):816–33. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/07399332.2014.942902>

51. Markosyan KM, Babikian T, DiClemente RJ, Hirsch JS, Grigoryan S, Del Rio C. Correlates of HIV risk and preventive behaviors in Armenian female sex workers. *AIDS Behav* [Internet]. 2007 Mar [cited 2022 Jun 1];11(2):325–34. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16823626/>
52. Yolanda AT, Waluyo A, Sukmarini L. Self-Efficacy and Feeling of Security Associated with Risky Sexual Behavior among Commercial Sex Workers Living with HIV. *J Keperawatan Indones* [Internet]. 2020 Mar 31 [cited 2022 Jun 1];23(1):64–73. Available from: <http://jki.ui.ac.id/index.php/jki/article/view/537>
53. Huschke S. Empowering sex workers? Critical reflections on peer-led risk-reduction workshops in Soweto, South Africa. *Glob Health Action* [Internet]. 2019 Jan 1 [cited 2022 Jun 1];12(1):1522149. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/16549716.2018.1522149>
54. Galavotti C, Wheeler T, Kuhlmann AS, Saggurti N, Narayanan P, Kiran U, et al. Navigating the swampy lowland: a framework for evaluating the effect of community mobilisation in female sex workers in Avahan, the India AIDS Initiative. *J Epidemiol Community Health* [Internet]. 2012 [cited 2022 Jun 1];66 Suppl 2(Suppl_2). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22760219/>
55. Mohan HL, Blanchard AK, Shamanesh M, Prakash R, ISac S, Ramesh BM, et al. Evaluation of Community Mobilization and Empowerment in Relation to HIV Prevention among Female Sex Workers in Karnataka State, South India. 2012 [cited 2022 Jun 1]; Available from: www.khpt.org
56. Blankenship KM, West BS, Kershaw TS, Biradavolu MR. Power, community mobilization, and condom use practices among female sex workers in Andhra Pradesh, India. *AIDS* [Internet]. 2008 Dec [cited 2022 Jun 1];22(SUPPL. 5). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19098471/>
57. Cornish FE. Constructing an actionable environment : Collective action for HIV prevention among Kolkata sex workers. 2004 [cited 2022 Jun 1];(August). Available from: <http://etheses.lse.ac.uk/44/>