



# کار جنسی، اچ آی وی / ایدز، و حقوق بشر در اروپای مرکزی و شرقی و آسیای مرکزی

شبکه کاهش آسیب برای اروپای مرکزی و شرقی



Central and Eastern European  
Harm Reduction Network

# کار جنسی، اچ آی وی / ایدز، و حقوق بشر

در اروپای مرکزی و شرقی و آسیای مرکزی

گزارشی از شبکه کاهش آسیب برای اروپای مرکزی و شرقی

ژوئیه ۲۰۰۵

## معرفی سازمان

شبکه کاهش آسیب اروپای مرکزی و شرقی (CEEHRN) یک شبکه منطقه‌ای است که به پیروی از اصول انسان‌دوستانه، تسامح، مشارکت و احترام به حقوق و آزادی‌های بشری، مأموریتش را حمایت، توسعه و دفاع از رویکردهای کاهش آسیب در حوزه‌های مواد مخدر، اچ‌آی‌وی/ایدز، سلامت عمومی و انزوا و طرد اجتماعی قرار داده است.

CEEHRN که در ۱۹۹۷ تأسیس شد، امروزه بیش از ۲۵۰ فرد و سازمان را از ۲۵ کشور اروپای مرکزی و شرقی و آسیای مرکزی به هم پیوند داده و متحد کرده است. اعضای این شبکه هم از بخش عمومی هستند و هم خصوصی و شامل مؤسسات دولتی، متخصصان درمان مواد مخدر و اچ‌آی‌وی، سازمان‌های کاهش آسیب، محققان، گروه‌های اجتماعی و فعالان اجتماعی (به ویژه سازمان‌های افرادی که اچ‌آی‌وی دارند و مواد مخدر مصرف می‌کنند) و نیز حامیان و کارشناسان از خارج از منطقه می‌شوند. CEEHRN را اعضایش از طریق انتخاب نماینده در کمیته اجرایی اداره می‌کنند. کار مدیریت اجرایی این سازمان را یک دبیرخانه که مقررش در ویلنیوس، لیتوانی، قرار دارد انجام می‌دهد.

فعالیت‌های اصلی این شبکه شامل حمایت از تدوین خط‌مشی‌های بهتر در مورد اچ‌آی‌وی/ایدز و مواد مخدر، حمایت اطلاعاتی و تبادل اطلاعات و ظرفیت‌سازی اعضا و دیگر سازمان‌هایی که در حوزه کاهش آسیب‌های مرتبط با مواد مخدر در اروپای مرکزی و شرقی فعالیت دارند، تشکیل می‌دهد. اعضای CEEHRN و متحدان آن می‌کوشند از طریق تسهیل استفاده از خط‌مشی‌هایی در رابطه با مصرف‌کنندگان مواد مخدر و دیگر گروه‌ها و جمعیت‌های آسیب‌پذیر، شامل کارگران جنسی، که کمتر سرکوبگرانه و تبعیض‌آمیز هستند، آسیب‌های مرتبط با مواد مخدر، از جمله انتقال اچ‌آی‌وی/ایدز و دیگر بیماری‌هایی که از طریق خون منتقل می‌شوند را کاهش دهند. CEEHRN تلاش می‌کند با مدافعان منطقه‌ای و کشوری {حقوق این گروه‌های آسیب‌پذیر} و نیز سیاست‌گذاران برای تضمین این امر که خط‌مشی‌های ملی مربوط به مواد مخدر و نیز خط‌مشی‌های مرتبط با اچ‌آی‌وی عقلایی، اثربخش و انسان‌دوستانه و بر شواهد علمی مبتنی باشند، همکاری می‌کند. کلیه خط‌مشی‌ها باید همچنین حقوق بشری افراد را حفاظت کنند.

اطلاعات مشروح‌تر درباره CEEHRN را می‌توان از وبسایت آن به نشانی زیر پیدا کرد:  
[www.ceehrn.org](http://www.ceehrn.org)

برای تهیه نسخه‌های بیشتر از این گزارش، لطفاً مستقیماً با سی‌ای‌ای‌اچ آر‌ان تماس بگیرید.

نشانی پستی: پاملکالنیو، خیابان ۶-۱۹، ویلنیوس، ۰۱۱۱۴، لیتوانی

تلفن: (۳۷۰۵)۲۶۹۱۶۰۰

فکس: (۳۷۰۵)۲۶۹۱۶۰۱

ایمیل: [info@ceehrn.org](mailto:info@ceehrn.org)

وبسایت: [www.ceehrn.org](http://www.ceehrn.org)

ISBN 9955-9791-0-0

افرادی که به تهیه این گزارش کمک کردند (به ترتیب حروف الفبا):

**آنا الکساندرونا، LLM**

مشاور مستقل

**وانیا دیمیتریفسکی**

پروژه روش‌های سالم اسکوپیه (هوپس)، شبکه کاهش آسیب مقدونیه

**لوسی پلت**

مرکز تحقیقات در مورد مواد مخدر و رفتارهای سلامت و برنامه DFID در مورد دانش برای اقدام در اچ‌آی‌وی/ایدز در روسیه (امپریال کالج، لندن).

**نورا استویانویک**

تحقیقات مواد مخدر، مرکز اطلاعات و آموزش - اسکوپیه، کمیته اجرایی CEEHRN

**رامینتا استویکیت**

دبیرخانه CEEHRN

**ویراستاران**

**آنا سارانگ**

شبکه کاهش آسیب روسیه، کمیته اجرایی CEEHRN

**جف هوور**

مشاور مستقل

**تقدیر و سپاسگزاری**

حمایت مالی از این نشریه توسط انستیتو جامعه باز (OSI) انجام گرفت. عقاید ابراز شده در این گزارش لزوماً بیانگر خط‌مشی‌های OSI نیستند.

CEEHRN و مؤلفانش مایلند تقدیر و سپاسگزاری خود را از حمایت‌ها و یاری‌های برجسته‌ای که توسط پاسخ‌دهندگان ملی و سازمان‌های محلی به تهیه این گزارش کردند، ابراز دارند. افراد بسیاری نیز که در حوزه

کاهش آسیب، کار جنسی، حقوق بشر و اچ‌آی‌وی/ایدز تخصص داشتند، پیش‌نویس‌های این گزارش را کنترل کردند و نظریات و تذکرات ارزشمندی ارائه دادند.

کمک‌هایی که از طرف افرادی زیر به گزارش ارائه شد، به ویژه شایان ذکر است:

**سوتلانا ایلینا** به خاطر کمک به آماده کردن پرسشنامه، ساختاردهی به گزارش و کمک در مراحل اولیه تحلیل.

**رومان بایکوف، آگنه یاسینایت، سیمونا مرکینایت و ماریا سوباتایت**، اعضای دبیرخانه CEEHRN، به خاطر کمک سخاوتمندانه‌شان در سازمان‌دادن امرگردآوری داده و مکاتبات و ارتباط با پاسخ‌دهندگان و برنامه‌های ملی.

**سو سیمون**، رئیس برنامه سلامت جنسی و حقوق جنسی (SHARP) از شبکه برنامه‌های سلامت عمومی انستیتو جامعه باز، به خاطر تلاش‌های خستگی‌ناپذیر، حمایت و مشاوره در آماده کردن و اجرای این گزارش در کلیه مراحل، از طراحی تا پخش.

## فهرست مطالب

پیشگفتار

خلاصه مدیریتی

۱. مقدمه

۱-۱ سابقه این گزارش

۲-۱ ساختار گزارش

۳-۱ روش شناسی

۴-۱ محدودیت‌های ساختاری و تحلیلی

۲. کار جنسی و رفتارهای پرخطر مرتبط با آن

۱-۲ دامنه و وسعت کار جنسی در اروپای مرکزی و شرقی / آسیای مرکزی

۲-۲ ساختار کار جنسی

۳-۲ داده‌های جمعیتی

۴-۲ دسته‌بندی شرکای جنسی

۵-۲ موارد اچ‌آی‌وی در منطقه

۶-۲ موارد STI در منطقه

۷-۲ ابتلا به عفونت اچ‌آی‌وی در رابطه با کار جنسی

۸-۲ شیوع اچ‌آی‌وی و STI در میان کارگران جنسی

۹-۲ کار جنسی و مصرف تزریقی مواد مخدر

۱۰-۲ رفتارهای پرخطر در تزریق مواد مخدر

۱۱-۲ کار جنسی و استفاده از کاندوم

۱۲-۲ مهاجرت داخلی و خارجی در زمینه کار جنسی

۳. مقررات قانونی کار جنسی و حقوق بشر کارگران جنسی

۱-۳ معاهدات بین‌المللی

۲-۳ مقررات ملی کار جنسی تجاری

۳-۳ حقوق بشر کارگران جنسی

۴. اچ‌آی‌وی/ATS و مداخلات کاهش آسیب میان کارگران جنسی

۱-۴ دستورالعمل‌ها و رهنمودهای مربوط به ارائه خدمات به کارگران جنسی

۲-۴ تاریخچه مختصر فعالیت‌های کاهش آسیب برای کارگران جنسی

۳-۴ تأمین بودجه

۴-۴ گروه‌های هدف

۵-۴ میزان پوشش خدمات

۶-۴ خدمات پروژه

۷-۴ تلاش برای حمایت از کارگران جنسی و تدوین خط‌مشی‌های مناسب

۸-۴ خودسازمان‌دهی

۵. نتیجه‌گیری‌ها و توصیه‌ها

۱-۵ توصیه به سیاست‌گذاران

۲-۵ توصیه به ارگان‌های سلامت

۳-۵ توصیه به ارگان‌های ضابط قانون

۴-۵ توصیه به ارائه‌دهندگان خدمات

۵-۵ توصیه به وام‌دهندگان خارجی

۶-۵ توصیه به محققان

۶. منابع



جدول ۱: گزارش موارد اچ‌آی‌وی در اروپای مرکزی و شرقی / آسیای مرکزی، ۲۰۰۳-۱۹۹۷

جدول ۲: تشخیص سیفیلیس در هر ۱۰۰,۰۰۰ نفر در اروپای مرکزی و شرقی / آسیای مرکزی، از ۱۹۹۴ تا ۲۰۰۳

جدول ۳: شیوع اچ‌آی‌وی در میان کارگران جنسی بر اساس آزمایش متعارف

جدول ۴: میزان شیوع اچ‌آی‌وی در نمونه‌هایی از کارگران جنسی و کارگران جنسی معتاد تزریقی

جدول ۵: میزان شیوع اس‌تی‌آی در نمونه‌های کارگران جنسی

جدول ۶: داده‌های پروژه‌ها: شیوع HCV/STI/HIV میان کارگران جنسی و کارگران جنسی معتاد تزریقی در اروپای مرکزی و شرقی / آسیای مرکزی

جدول ۷: برآورد کارگران جنسی و کل جمعیت در برخی شهرهای اروپای مرکزی و شرقی / آسیای مرکزی

جدول ۸: داده‌های پروژه: برآوردهایی از کارگران جنسی، مصرف مواد مخدر و نوع مواد مخدر مورد استفاده میان کارگران جنسی که در برنامه‌های کاهش آسیب در اروپای مرکزی و شرقی / آسیای مرکزی شرکت می‌کنند.

جدول ۹: داده‌های پروژه: رفتارهای جنسی پرخطر و ویژگی‌های جمعیتی کارگران جنسی که در برنامه‌های کاهش آسیب در اروپای مرکزی و شرقی / آسیای مرکزی شرکت می‌کنند.

جدول ۱۰: مقررات قانونی کار جنسی

جدول ۱۱: برآورد پوشش خدمات

جدول ۱۲: داده‌های پروژه: خدمات ارائه شده به کارگران جنسی، مشتریان برنامه‌ها

## پیش‌گفتار

### زمینه بحث

هرچند کار جنسی در تقریباً کلیه فرهنگ‌ها و جوامع از تاریخی طولانی برخوردار است، کارگران جنسی خیلی به ندرت آماج پیگرد، انگ و خشونت قرار نداشته‌اند. در برخی کشورها، به ویژه در اروپای غربی، مأموران دولت و سیاست‌گزاران در تلاش برای کاهش تبعیض علیه کارگران جنسی و بهبود دسترسی آنها به مراقبت‌های درمانی و خدمات سلامت و دیگر خدمات اجتماعی، با کارگران جنسی و نمایندگان آنها به همکاری پرداخته‌اند. این تلاش‌ها اغلب اوقات کند و ناهماهنگ بوده است. اما در قیاس با اغلب کشورهای دیگر نقاط جهان، دستاوردهای مهمی به شمار می‌رود.

برای مثال، در اروپای مرکزی و شرقی و آسیای مرکزی، کارگران جنسی همچنان جزو منزوی شده‌ترین و حاشیه‌ای‌ترین اعضای جامعه هستند. سیاست‌گزاران و ارگان‌های مسئول به آنها همچون مزاحم و اسباب دردسری که نباید به آن اعتنا کرد یا قانون‌شکنان هرزه می‌نگرند تا افرادی که باید در مقابل خشونت حمایت و از کمک و حمایت اجتماعی و اقتصادی برخوردار شوند. هم‌زمان، فوران بیماری همه‌گیر اچ‌آی‌وی/ایدز در منطقه، کارگران جنسی را در معرض خطر فزاینده آلوده شدن، نه تنها به اچ‌آی‌وی، بلکه همچنین به دیگر شرایط بالقوه ضعیف و ناتوان‌کننده مرتبط با کار جنسی و مصرف مواد مخدر، قرار می‌دهد.

این گزارش نگاهی اجمالی به این مسائل و دیگر مسائل مهم دیگری می‌اندازد که کارگران جنسی در منطقه با آنها مواجهند و نیز به بررسی عوامل سیاسی، اقتصادی و اجتماعی می‌پردازد که بر خط‌مشی‌ها و نگرش‌های معطوف به کارگران جنسی تأثیر می‌گذارند. این گزارش توجه خود را اساساً بر قوانین و خط‌مشی‌های موجود و پیامدهای آنها از دیدگاه پیشگیری از اچ‌آی‌وی و درمان آن متمرکز کرده است. این گزارش همچنین توصیه‌هایی ارائه می‌کند که برای حمایت از حقوق بشری کارگران جنسی و برداشتن موانعی که توانایی یا تمایل آنها را به کسب دسترسی به خدمات درمانی و دیگر خدمات اجتماعی منسجم و عادلانه کاهش می‌دهند، طراحی شده‌اند.

### بیانیه اصول

تلاش‌های CEEHRN و متحدانش به همراه کارگران جنسی و از طرف آنها بر تعاریف، اصول و اهداف زیر استوار شده است:

- کار جنسی به صورت فروش غیراجباری خدمات جنسی در ازای دریافت پول یا کالا میان افراد بالغ رضایتمند تعریف می‌شود. کار جنسی شامل تن‌فروشی خیابانی، خدمات تأمین همدم جنسی، خدمات جنسی تلفنی، هرزه‌نگاری، استریپ‌تیز و غیره می‌شود.
- کارگران جنسی باید از همان حقوق و مسئولیت‌های دیگر کارگران و هر شهروند و مقیم دیگر برخوردار شوند.
- حمایت از حقوق کارگران جنسی برای کاهش اثربخش آسیب به آنها، حفاظت از آنها در مقابل اچ‌آی‌وی/ایدز و فعالیت‌های درمانی در کلیه سطوح- فردی، اجتماعی و ملی- اهمیت بسیار دارد. به منظور تضمین این حقوق برای کارگران جنسی، آنها باید قادر باشند کار خود را به صورت قانونی انجام دهند.
- باید موانعی که از دسترسی کارگران جنسی به خدمات درمانی و سلامت، خدمات اجتماعی و درمان مواد مخدر جلوگیری می‌کنند، برداشته شوند تا وضعیت سلامت و رفاه اجتماعی کارگران جنسی بهتر شود.
- فعالیت‌های مربوط به کار جنسی میان افراد بالغ راضی باید جرم‌زدایی شوند. کلیه قوانین کیفری کشوری در رابطه با تن‌فروشی یا فحش‌های افراد بالغ باید الغا شوند. کلیه مقررات منطقه‌ای و محلی که آماجشان را کارگران جنسی تشکیل می‌دهد و روش‌های کار آنها را تحت پیگرد قرار می‌دهند، باید الغا شوند.
- کارگران جنسی و اعضای جامعه آنها باید نقش فعالی در طراحی مقررات تجاری صنف کارگران جنسی داشته باشند.
- باید با مشارکت کارگران جنسی و به منظور بهبود روابط میان پلیس و کارگران جنسی و نیز میان کارگران جنسی و جامعه به طور کلی، برنامه‌های اجتماعی هدفمند، عملی و جامعی تدوین شود و به اجرا درآید.
- باید با مشارکت کارگران جنسی و به منظور بالا بردن آگاهی نسبت به فعالیت جنسی سالم‌تر، مصرف سالم‌تر مواد مخدر و پیشگیری، درمان و حمایت از اچ‌آی‌وی/ایدز، برنامه‌های اجتماعی هدفمند، عملی و جامعی تدوین شود و به اجرا درآید.
- بنابراین، دولت‌ها در سراسر اروپای مرکزی و شرقی و آسیای مرکزی باید قوانین و خط‌مشی‌های موجود در قلمروهای مصرف مواد مخدر غیرقانونی و کار جنسی را با هدف تدوین خط‌مشی‌هایی که در آنها تعهدات نسبت به حقوق بشر مورد حمایت و تأیید قرار گرفته باشد، بازنگری و تجدیدنظر کنند. این تعهدات شامل توافقنامه‌هایی نظیر اعلامیه ملل متحد در مورد تعهد نسبت به اچ‌آی‌وی، اعلامیه‌های هزاره ملل متحد، کنوانسیون مربوط به برچیدن کلیه اشکال تبعیض علیه زنان، کنوانسیون حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی و دیگر اسناد قانون بین‌المللی حقوق بشر می‌شود.
- هیچ‌گونه دلیلی برای به تأخیر انداختن اصلاحاتی که به حفاظت از سلامت و حقوق کارگران جنسی و با بسط آن، حقوق جامعه به طور کلی، کمک می‌کند، وجود ندارد. هنگام عمل اکنون است!

## تأکید جغرافیایی گزارش

در این گزارش، اصطلاح اروپای مرکزی و شرقی و آسیای مرکزی به کلیه کشورهای اتحاد شوروی سابق و نیز کشورهای واقع در اروپای مرکزی و شرقی اطلاق می‌شود که سابقاً کشورهای کمونیست را تشکیل می‌دادند. همه این کشورها به درجات گوناگون اقتصادهای بازارمحور را برگزیدند. اغلب آنها در عین حال دموکراسی هستند، هرچند در برخی تنها نام دموکراسی وجود دارد. ۲۷ کشور زیر بخشی از منطقه اروپای مرکزی و شرقی و آسیای مرکزی را طبق تعریف این گزارش تشکیل می‌دهند: آلبانی، ارمنستان، آذربایجان، بلاروس، بوسنی و هرزگوین، بلغارستان، کرواسی، جمهوری چک، استونی، گرجستان، مجارستان، قزاقستان، قرقیزستان، لتونی، لیتوانی، مقدونیه، مولداوی، لهستان، رومانی، روسیه، صربستان و مونته‌نگرو، اسلواکی، اسلوانی، تاجیکستان، ترکمنستان، اوکراین و ازبکستان.

## تذکری در مورد واژگان به کار رفته

اصطلاح "کارگر جنسی" و "تن‌فروش" در این گزارش به جای یکدیگر به کار می‌روند و منظور از آن، اشاره به افرادی است که امرار معاش اقتصادی آنها شامل پذیرش پول در عوض رابطه جنسی است. به کار بردن اصطلاح "الغا" در مورد کار جنسی در این گزارش به معنای رویکردی است که هدفش را برچیدن کلیه اشکال روابط جنسی در ازای پول از طریق ممنوعیت قانونی تشکیل می‌دهد. منظور از "جرم‌زدایی"، لغو کلیه قوانینی است که اقدام پول گرفتن در ازای روابط جنسی را جرم به شمار می‌آورد و "مقررات" به رویکردی میانه اشاره دارد که تن‌فروشی را اجتناب‌ناپذیر و نه چیزی که صریحاً ممنوع شده باشد، اما با وجود این، نیازمند کنترل‌ها و مقررات اجتماعی ویژه می‌داند.

## سرنام‌ها و علائم اختصاری مورد استفاده در این گزارش

بنیاد شرق- غرب ایدز	EFW
درمان ضد رتروویروسی	ART
سازوکار هماهنگی کشوری	CCM
کنوانسیون برچیدن کلیه اشکال تبعیض علیه زنان	CEDAW
اروپای مرکزی و شرقی و آسیای مرکزی	CEE/CA
شبکه کاهش آسیب اروپای مرکزی و شرقی	CEEHRN
اداره توسعه بین‌المللی (مؤسسه کمک دولتی انگلستان)	DFID
اتحادیه اروپا	EU
اتحاد شوروی سابق	FSU
صندوق جهانی مبارزه با ایدز، سل و مالاریا	GFATM
هیاتیت سی	HCV
پروژه روش‌های سالم اسکوپیه	HOPS
مصرف‌کننده تزریقی مواد مخدر	IDU
برنامه بین‌المللی توسعه کاهش آسیب	IHRD
انستیتو آزاد سلامت	OHI
انستیتو جامعه باز	OSI
بین‌الملل خدمات جمعیتی	PSI
عفونت‌هایی که از طریق روابط جنسی انتقال می‌یابند	STI
جمعیت کاهش آسیب اوکراین	UHRA
برنامه مشترک ملل متحد در مورد اچ‌آی‌وی/ایدز	UNAIDS
برنامه توسعه ملل متحد	UNDP
سازمان آموزشی، علمی و فرهنگی ملل متحد	UNESCO
صندوق کودکان ملل متحد	UNICEF
مؤسسه توسعه بین‌المللی ایالات متحده	USAID
مشاوره و آزمایش داوطلبانه	VCT
سازمان بهداشت جهانی	WHO

## خلاصه مدیریتی

آشفته‌گی اجتماعی و اقتصادی پس از انحلال اتحاد شوروی، توانایی زنان را برای حمایت از خود شدیداً محدود کرد و بدین طریق رشد شدیدی در تعداد کارگران جنسی در سراسر اروپای مرکزی و شرقی و آسیای مرکزی به وجود آمد. کمی بعد، مصرف کنندگان مواد مخدر و اچ‌آی‌وی/ایدز در چندین کشور این منطقه، به ویژه در اتحاد شوروی سابق، به نسبت‌های همه‌گیری رسیدند. این گزارش، که بر اساس نظرسنجی جامع سازمان‌هایی تهیه شده است که با کارگران جنسی در سراسر اروپای مرکزی و شرقی و آسیای مرکزی کار می‌کنند، دلیل مقنعی ارائه می‌کند که در اغلب بخش‌های این منطقه، وضعیت اسفناک کارگران جنسی به دلیل ترکیب مهلک درماندگی و یأس اقتصادی، افزایش شدید ریسک‌های سلامت، تبعیض و خشونت، هر روز یأس‌آورتر می‌شود. همان‌طور که این گزارش نشان داده است، این سه تحول - شیوع فزاینده کار جنسی، مصرف مواد مخدر و اچ‌آی‌وی - به میزان فزاینده‌ای درهم تنیده‌اند. کارگران جنسی بیشتر احتمال دارد که به رفتارهای پرخطر - نظیر تزریق مواد مخدر و روابط جنسی حفاظت‌نشده - دست بزنند که به شدت احتمال انتقال اچ‌آی‌وی را افزایش می‌دهند. آنها همزمان دسترسی محدودی به آن نوع خدمات و کمک‌هایی داشته‌اند که می‌تواند به آنها در مقابله با این رفتارهای پرخطر کمک کند. این گزارش نشان می‌دهد که چگونه خط‌مشی‌ها و قوانین جاری قادر به حمایت از کارگران جنسی نیستند. خط‌مشی‌های ملی مبارزه با مواد مخدر، شامل ممنوعیت یا محدودسازی خدمات کاهش آسیب، تبعیض در ارائه خدمات درمانی و سلامت، فساد پلیس، و قاچاق گسترده زنان همگی به کنار گذاشتن و نادیده گرفتن بیشتر کارگران جنسی کمک می‌کنند. در مواردی که کار جنسی به لحاظ فنی غیرقانونی نیست، بازهم تحمل نمی‌شود و تبعیض حاکم است. چنین نگرش‌هایی به شدت از دسترسی کارگران جنسی به خدمات سلامت عمومی، شامل درمان مواد مخدر و خدمات پیشگیری از اچ‌آی‌وی جلوگیری می‌کنند. به واسطه مسائل اجتماعی اساسی نظیر فقدان آموزش و فرصت‌های اقتصادی، این آسیب‌پذیری‌های متعدد بازهم پیچیده‌تر می‌شوند.

هدف این گزارش آن است که آگاهی نسبت به نگرانی‌ها و مسائل اصلی مؤثر بر کارگران جنسی را افزایش دهد و برنامه‌ریزی و اجرای خط‌مشی‌های مناسب مرتبط با سلامت و مسائل اجتماعی را امکان‌پذیر سازد. این گزارش توجه خود را بر مسائل زیر متمرکز کرده است: تاریخچه اپیدمیولوژیک (مربوط به شناخت بیماری‌های واگیردار) اچ‌آی‌وی/STI و روندهای آن در منطقه اروپای مرکزی و شرقی و آسیای مرکزی، روش‌های رفتاری در رابطه با کارگر جنسی، قوانین و خط‌مشی‌های کشوری مربوطه، شامل حقوق بشر و اجرای آنها، و خدمات موجود برای کارگران جنسی در منطقه.

یافته‌ها بیانگر آنند که بیماری همه‌گیر اچ‌آی‌وی/ایدز در بیشتر منطقه اروپای مرکزی و شرقی و آسیای مرکزی شتاب می‌گیرد، امری که بهبود سلامت و رفاه کارگران جنسی را به امری حساس‌تر از همیشه بدل کرده است. شواهد نشان می‌دهند که بیماری همه‌گیر اچ‌آی‌وی در منطقه در حال حاضر در گروه‌های جمعیتی ویژه‌ای نظیر

مصرف کنندگان تزریقی مواد مخدر و کارگران جنسی متمرکز شده است. تداخل میان کار جنسی و مصرف مواد مخدر، آسیب پذیری کارگران جنسی در مقابل ابتلا به اچ آی وی و انتقال آن را مضاعف کرده است. مداخله های هدفمند اچ آی وی در مورد کارگران جنسی و آی دی یواس برای مقابله با اچ آی وی و پیشگیری از اینکه به یک بیماری واگیردار همگانی تبدیل شود، بسیار لازم است. از این رو، سلامت و ایمنی کلیه شهروندان به کار با کارگران جنسی و برای آنها وابسته است، تا به آنها کمک کند از خود در مقابل آسیب حفاظت کنند. دستیابی به این هدف نیازمند تعهد بیشتر میان کلیه اعضای جامعه برای پذیرش و حمایت از تأمین خدمات جامع و عملی برای کسانی است که بیش از همه به این خدمات نیاز دارند. تأمین سلامت و ایمنی کلیه شهروندان همچنین به پذیرش این امر نیاز دارد که استانداردهای بین المللی حقوق بشر سنگ پایه تلاش های از بین بردن انگ و تبعیض و تأمین مشارکت کامل کلیه افراد در جامعه را تشکیل می دهد.

این گزارش بر شالوده درک این واقعیت استوار شده است که کارگران جنسی نیز نظیر دیگر اعضای جامعه از حقوق حمایت درمانی و سلامت و حمایت اجتماعی برخوردارند. این باور در قلب توصیه هایی قرار دارد که از این گزارش مشتق شده اند و به طور خلاصه برای گروه های زیر جمع بندی شده اند، برای سیاست گزاران، برای مسئولان سلامت، برای ارگان های ضابط قانون، برای ارائه دهندگان خدمات و برای محققان.

اجرای موفق توصیه هایی که در این گزارش ارائه شده اند، نه تنها به سیاست گزاران و ارائه دهندگان خدمات، بلکه همچنین به توانایی کارگران جنسی در حمایت از حقوق خودشان متکی است. برای اینکه این اتفاق با همخوانی و یکدستی بیشتری روی داد، باید موانعی که کارگران جنسی را از سازمان دادن خود به صورت اتحادیه ها یا مجموعه ای حرفه ای بازمی دارد، برچیده شوند. هر قدر کارگران جنسی به طور کلی احساس راحتی بیشتری کنند و کمتر در بیم و هراس به سر ببرند، بیشتر قادر خواهند بود که برای دفاع از حقوق خود همکاری نزدیک تر و هماهنگ تری با یکدیگر داشته باشند. این تحول نیز نظیر هر چیز دیگر، بیشترین اثر مثبت را بر سلامت خود آنها و سلامت آنهایی که در زندگی آنها حضور دارند، باقی می گذارد (برای کسب اطلاعات بیشتر درباره توصیه ها، می توان به بخش ۶، "جمع بندی و توصیه ها" مراجعه کرد).

## توصیه به سیاست گزاران

- باید مسئولان حکومتی از هر نوع را برای مقابله با منزوی کردن و به حاشیه راندن اجتماعی، محرومیت اقتصادی و خشونت در متن حوزه حکومتی وسیع، به نشان دادن سطوح بالاتری از اراده و تعهد سیاسی فراخوانند.
- باید سازوکارهایی، ترجیحاً در همکاری با گروه های حقوق بشر و جامعه مدنی، به کار گرفت تا پایش مستقل توافقنامه های حقوق بشری را تقویت کرد، از حقوق جمعیت های آسیب پذیر حراست کرد و ناقصین را به مجازات رساند.

- باید در قوانین بازدارنده ملی در رابطه با مصرف مواد مخدر و ارائه مداخلات اثربخش، نظیر خدمات کاهش آسیب، تجدیدنظر کرد تا خط‌مشی‌هایی عملی و دلسوزانه به دست آید. از همه مهم‌تر اینکه مجازات‌های شدید برای مصرف مواد مخدر باید برچیده شوند، زیرا آنها توانایی و تمایل کسانی را که در معرض خطر قرار دارند، برای کسب اطلاعات و خدمات به منظور حراست از سلامت خود و سلامت کسانی که در اطراف آنها قرار دارد را محدود می‌کنند.
- از کار کارگر جنسی باید جرم‌زدایی شود و دیگر خط‌مشی‌های ملی که تأثیری منفی بر حقوق بشری کارگران جنسی و دسترسی آنها به خدمات سلامت دارند، باید مورد تجدیدنظر قرار گیرند یا برچیده شوند.
- مشارکت کارگران جنسی در کلیه ابتکارات سازمان‌یافته دولت در زمینه اچ‌آی‌وی/ایدز و حقوق بشر به یک اولویت تبدیل و تضمین شود.

### توصیه به مسؤلان سلامت

- آزمایش اچ‌آی‌وی باید برای کلیه افراد، از جمله کارگران جنسی، آی‌دی‌یواس، و دیگرانی که از نظر ابتلا به ویروس در خطر بالایی قرار دارند، داوطلبانه و محرمانه باشد.
- خدمات کاهش آسیب، شامل تعویض سوزن/سرنگ، باید در کلیه مراکز سلامت عمومی، ارائه شود.
- باید دسترسی مهاجرین به خدمات سلامت عمومی بهتر شود.
- خط‌مشی‌ها و رویه‌های ارائه خدمات بهداشتی که علیه آی‌دی‌یواس و کارگران جنسی تبعیض اعمال می‌کنند باید مشخص و لغو شوند.

### توصیه به ارگان‌های ضابط قانون

- باید خط‌مشی‌هایی برای کمک به جلوگیری از آزار کارگران جنسی و بدرفتاری با آنها توسط پلیس به اجرا درآید.
- کلیه اعضای پلیس و دیگر ارگان‌های ضابط قانون باید در زمینه مسائل مربوط به اچ‌آی‌وی، مصرف مواد مخدر و حقوق قانونی و بشری همه افراد، به ویژه کارگران جنسی و دیگر گروه‌های آسیب‌پذیر آموزش ببینند. از پلیس همچنین باید انتظار داشت کارگران جنسی و آی‌دی‌یواس را به برنامه‌ها، پروژه‌ها و سرپناه‌هایی هدایت کنند- البته هرگز نه به شیوه‌ای تحمیلی و اجباری یا تهدیدآمیز- که بتوانند در آنها کمک مقتضی دریافت دارند.



## توصیه به ارائه‌دهندگان خدمات

- برنامه‌هایی که آماجشان را کارگران جنسی به طور اعم و گروه‌های ویژه در داخل جمعیت‌های کارگر جنسی تشکیل می‌دهد، باید بسط یابند و متنوع شوند.
- ارائه‌دهندگان خدمات باید بکوشند به عنوان بخشی از یک تلاش بهتر برای پایش موارد نقض، پیوندهای بهتری با سازمان‌ها/فعالین حقوق بشری و ذینفعان دیگر در منطقه برقرار کنند.
- پایش و ارزشیابی بهتر برنامه‌ها گام مفیدی در جهت بهبود برنامه‌ریزی و ارائه خدمات به طور کلی به شمار می‌رود.

## توصیه به کمک‌کنندگان خارجی

- وام‌دهندگان و کمک‌کنندگان، به ویژه مؤسسات توسعه خارجی باید پاسخ و اقدامات تأمین مالی خود را بر وضعیت واقعی موجود و بر شواهد علمی استوار کنند و نه بر ملاحظات ایدئولوژیک داخلی در کشورهای خود.
- کارکنان ارگان‌های وام‌دهنده چندجانبه و دوجانبه - و نیز کارکنان نظام سلامت عمومی در کلیه سطوح - باید تشویق شوند که در پاسخ به سوءمدیریت‌ها، سوءتخصیص اولویت‌ها و تبعیضی که احساس می‌کنند در کارها وجود دارد، به صراحت و بی‌پرده سخن بگویند. آنها باید بتوانند اعتراضات خود را به صورت محرمانه و بدون مواجهه با خطر تلافی‌جویی، نظیر اخراج، اعلام کنند.
- برای تضمین پیوستگی خدمات، به ویژه در کشورهای که در آنها ارائه خدمات به طور عمده به کمک وام‌دهندگان و کمک‌کنندگان وابسته است، باید خط‌مشی‌ها و برنامه‌های وام‌دهندگان گوناگون سازمان و هماهنگی بهتری پیدا کند.

## توصیه به محققان

- محققان، دانشمندان، حکومت‌ها و سازمان‌های چندجانبه باید در ایجاد تیم‌های تحقیقاتی حرفه‌ای و پایدار که به انتشار داده‌های مشخص‌تر و دقیق‌تر درباره بیماری همه‌گیر اچ‌آی‌وی/ایدز و جمعیت‌های آسیب‌پذیر، از جمله کارگران جنسی، در سی‌ای‌ای/سی‌ای می‌پردازند، به تشریک مساعی بپردازند.
- اثرات جرم‌زدایی از کارگر جنسی باید به دقت تجزیه و تحلیل شود و نتایج آن به طور گسترده‌ای در اختیار عموم قرار گیرد. باید توجه ویژه‌ای مبذول تجربیات کشورهای دیگر منطقه (به ویژه مجارستان و لتونی) بشود.

## ۱. مقدمه

در پی فروپاشی اتحاد شوروی در حدود ۱۵ سال پیش، کشورهای اروپای مرکزی و شرقی و آسیای مرکزی تغییرات سیاسی، اقتصادی و اجتماعی پیچیده‌ای را در دهه ۱۹۹۰ تجربه کردند که به افزایش قابل ملاحظه تعداد کسانی که به کار جنسی مشغول بودند، شتاب بخشید (لوندس و دیگران، ۲۰۰۳). اغتشاشات مربوط به گذار اقتصادی به افزایش بیکاری و کاهش شدید استانداردهای زندگی منتهی شد. در بسیاری از کشورهای منطقه، زنان نخستین کسانی بودند که شغل‌هایشان را از دست دادند و ناامیدانه می‌کوشیدند خود را با محیطی که دیگر برای‌شان شغل یا سطح حداقلی از کمک مالی فراهم نمی‌کرد، تطبیق دهند. هرچند اقتصادیات برخی کشورهای اروپای مرکزی و شرقی و آسیای مرکزی، به ویژه آنهایی که به اتحادیه اروپا پیوسته‌اند یا انتظار می‌رود که به زودی بپیوندند، در سال‌های اخیر رشد سریعی داشته است، اما سطوح بالای بیکاری، خشونت علیه زنان و فقدان زیرساخت‌های کافی برای حمایت از کودکان پدیده کمابیش حاکم بر کلیه کشورهای این منطقه است. طبق گزارش سال ۲۰۰۰ سازمان آموزشی، علمی و فرهنگی ملل متحد، از ۲۶ میلیون شغلی که در دهه پس از ۱۹۸۹ از بین رفتند، بیش از نیمی - ۱۴ میلیون شغل - به زنان تعلق داشت (یونسکو، ۲۰۰۰).

یکی از پیامدهای عمده این وضع این بوده است که در بسیاری از کشورهای منطقه، کار جنسی تنها شیوه امرار معاش برای تعداد قابل توجهی از زنان جوان به شمار می‌رود. برای مثال، در اروپای جنوب شرقی، وضعیت دشوار اقتصادی و فقدان شغل موجب شده است که صنعت جنسی حوزه اصلی کار برای زنان و دختران نوجوانی را تشکیل دهد که از کشورهای دیگر به آنجا قاچاق شده‌اند (UNHCR, UNICEF, ۲۰۰۲). در قرقیزستان در آسیای مرکزی، زنانی که تحصیل نکرده‌اند یا آموزش حرفه‌ای ندیده‌اند، تقریباً هیچ راه دیگری برای امرار معاش ندارند (کورمانووا، ۲۰۰۴). در مورد کشورهای بالتیک، نظیر لتونی، تغییرات اقتصادی که احیای استقلال و گسترش جهانگردی و سرمایه‌گذاری خارجی به بار آوردند، توأم با سطوح بالایی از بیکاری و فساد، از جمله دلایل اصلی افزایش سطح روی‌آوری زنان به کار جنسی تجاری به حساب می‌آید. این امید وجود دارد که بسیاری از عوامل اساسی پیدایش این وضع، به ویژه نظام‌های درهم‌ریخته رفاه اجتماعی، در کشورهای EU متصل می‌شوند، مورد توجه قرار بگیرند. در این میان، دیگر کشورهای این منطقه، از نظر افزایش فرصت‌های درآمدزا و بالا رفتن استانداردهای زندگی، به ویژه برای زنان، با آینده بسیار غم‌انگیزتری دست به گریبان خواهند بود.

در این میان، شاخص‌های سلامت عمومی همچنان پایین باقی ماند. افزایش هم‌زمان و به هم پیوسته مصرف مواد مخدر و انتقال اچ‌آی‌وی بیانگر یک مشکل به ویژه دشوار است. نرخ‌های اچ‌آی‌وی در بیشتر منطقه از اواسط دهه ۱۹۹۰، که ویروس برای نخستین بار میان مصرف‌کنندگان تزریقی مواد مخدر ظاهر شد، به شدت افزایش یافته‌اند. کار جنسی و مصرف تزریقی مواد مخدر در منطقه با یکدیگر هم‌پوشانی دارند: بسیاری از کارگران

جنسی مواد مخدر تزریق می کنند و بسیاری از مصرف کنندگان مواد مخدر، به ویژه زنان، در ازای روابط جنسی مواد مخدر یا پول طلب می کنند تا عادت خود را ادامه دهند. بحث های مداومی در ادبیات اپیدمیولوژیک (شیوع شناسی) و تربیون های بحث خط مشی بر این محور جریان دارد که آیا کارگران جنسی یک "جمعیت واسطه" هستند که می توانند انتقال اچ آی وی را میان معتادان تزریقی و کل جمعیت تسهیل کنند. هنوز هیچ جمع بندی قاطعی در مورد این بحث وجود ندارد. بسیاری از تحلیل گران بر این باورند که سطح روابط جنسی حفاظت نشده در میان کارگران جنسی ممکن است پایین تر از کل جمعیت باشد (*Europap/Tampep*، ۱۹۹۹) و این در حالی است که دیگران معتقدند که قابلیت انتقال اچ آی وی به جنس دیگر، از سوی کارگران جنسی به مشتریان مردشان به میزان خطرناکی بالاست (لوندس و دیگران، ۲۰۰۳). صرف نظر از این مسائل، هم از دیدگاه سلامت عمومی و هم حقوق بشر، امر واضحی است که حفاظت از عموم جمعیت نمی تواند و نباید تنها هدف افزایش دسترسی به خدمات سلامت و خدمات پیشگیری و درمان اچ آی وی/STI میان کارگران جنسی و مصرف کنندگان مواد مخدر و تنها مزایای مورد انتظار از آن باشد. تقسیم بحث به این گروه ها تنها در واژگان و اصطلاحات اپیدمیولوژیک وجود دارد. در زندگی واقعی، کارگران جنسی و مصرف کنندگان مواد مخدر اعضای به هم پیوسته یک جامعه هستند و سلامت آنها فی نفسه یک هدف مهم محسوب می شود.

اچ آی وی و عفونت هایی که از طریق روابط جنسی انتقال می یابند، هر چند هولناک و بالقوه مهلک هستند، اما البته تنها نگرانی های دائمی سلامت و رفاهی کارگران جنسی به شمار نمی روند. آنها به صورت روزمره با خشونت روبه رو هستند و از حمایت های قانونی محدودی برخوردارند یا اصلاً برخوردار نیستند. خط مشی های دولت که به مسائل کار جنسی در منطقه می پردازند، نظیر اغلب کشورهای دیگر جهان، به ندرت بر اساس عمل گرایی، شواهد علمی و نگرانی های حقوق بشری تدوین می شوند. آنها برعکس، اغلب محدود کننده اند و بر تعصبات اخلاقی استوار هستند. حتی هنگامی که کار جنسی به لحاظ فنی غیرقانونی نیست، به چشم بد به آن نگاه می کنند و علیه کارگران جنسی تبعیض قائل می شوند و اغلب جامعه از آنها دوری می کنند. این نگرش ها شدیداً مانع از دسترسی کارگران جنسی به خدمات سلامت عمومی، از جمله درمان وابستگی به مواد مخدر و نیز اطلاعات و خدمات پیشگیری و درمان اچ آی وی می شود. آنها همچنین کارگران جنسی را در موقعیتی قرار می دهند که حقوق بشری اساسی آنها به سهولت نقض شود و حراست از این حقوق اگر نه ناممکن، دشوار شود.

نتایج پیمایش هایی که اساس این گزارش را تشکیل می دهند، تکان دهنده اند، نه تنها به دلیل خود تعداد افرادی که این نتایج به دست می دهند، بلکه همچنین به خاطر یأس و درماندگی ای که تعداد زیادی زن دست به گریبان آند. بیشتر منطقه، به ویژه در آسیای مرکزی، شامل کشورهایی است که به لحاظ فرهنگی محافظه کارند و زنانی که در این کشورها به اقدام جنسی خارج از روابط ازدواج دست بزنند، غالباً توسط خانواده هایشان و جامعه به طور کلی مورد بد رفتاری قرار می گیرند، از آنها دوری می کنند و طرد می شوند. اینکه این زنان به کار جنسی

روی می‌آورند- یا بدان مجبور می‌شوند- محکم‌ترین دلیل ممکن برای اثبات این امر است که شبکه‌های ایمنی اجتماعی و اقتصادی بسیاری کشورها اصولاً کارآیی ندارند. از هر دیدگاه قابل‌تصوری که به موضوع بنگرید، زنان جوانی که به کار جنسی می‌پردازند، از جمله آسیب‌پذیرترین اعضای جوامع مردسالار به شمار می‌روند.

## ۱-۱ سابقه این گزارش

CEEHRN در تلاش برای تعیین میزان اثربخشی خدمات موجود برای کارگران جنسی در منطقه، در مارس ۲۰۰۳ به یک تحقیق پیمایشی آزمایشی در کل منطقه میان ۲۶ برنامه کاهش آسیب در ۱۵ کشور دست زد. این تحقیق توجه خود را بر مقررات قانونی، اپیدمیولوژی و خدمات ارائه شده به کارگران جنسی متمرکز کرده بود. نتایج به دست آمده از این تحقیق پیمایشی محدود نشان داد که

- این برنامه‌ها فاقد دانش لازم درباره مقررات قانونی کار جنسی هستند،
- در اغلب کشورها، کار جنسی رسماً جرم محسوب می‌شود و/یا کارگران جنسی به صورت غیررسمی در روش‌های اعمال قانون با تبعیض مواجه می‌شوند،
- دامنه و تعداد خدمات ارائه شده به کارگران جنسی محدود است، و
- جرم شمردن کار جنسی یکی از مهم‌ترین موانع بر سر راه ارائه اثربخش خدمات به کارگران جنسی به شمار می‌رود. (جیره‌سووا، ۲۰۰۳).

نتیجه‌گیری‌های این تحقیق پیمایشی در جلسه برنامه‌ریزی استراتژیک CEEHRN در ۲۰۰۴ مورد بحث قرار گرفت که طی آن تصمیم بر آن قرار گرفت که خط‌مشی‌ها در حوزه‌های مختلف مورد ارزیابی قرار بگیرند و توصیه‌هایی برای بهبود خط‌مشی‌ها، از جمله مقررات مربوط به کار جنسی، تدوین شود. سپس مقرر شد که اهداف اصلی این پروژه را بازنگری مسائل زیر در کشورهای اروپای مرکزی و شرقی و آسیای مرکزی تشکیل دهد: تاریخچه اپیدمیولوژیک اچ‌آی‌وی/STI و روندهای آن، روش‌های رفتاری در رابطه با کارگران جنسی، قوانین و خط‌مشی‌های مربوطه، شامل قوانین و خط‌مشی‌های مرتبط با حقوق بشر، و اجرای آنها، و خدمات موجود برای کارگران جنسی در منطقه. این گزارش، نتایج آن بازنگری را گردآوری و تدوین می‌کند و منظره‌ای جامع از مسائل مهمی ارائه می‌دهد که به طور مستقیم در حوزه‌های قانونی، سیاسی، اجتماعی و اقتصادی بر کارگران جنسی تأثیر دارند.

## ۱-۲ ساختار گزارش

**بخش ۱** پروژه را معرفی می‌کند، رئوس اهداف و حیطه کار آن را برمی‌شمرد و شرح مختصری از روش‌شناسی ارائه می‌دهد.

**بخش ۲** نگاهی اجمالی به گستره و انتشار اچ‌آی‌وی و STI در ارتباط با کار جنسی و مصرف تزریقی مواد مخدر در اروپای مرکزی و شرقی و آسیای مرکزی می‌اندازد. این بخش گزارش موارد اچ‌آی‌وی و STI را جمع‌بندی می‌کند، میزان شیوع اچ‌آی‌وی و STI برگرفته از مطالعات منتخب کارگران جنسی را به دست می‌دهد، برآوردهایی از اندازه جمعیت کارگران جنسی ارائه می‌دهد، داده‌های جمعیتی مربوط به کارگران جنسی را تشریح می‌کند، نرخ‌ها و روندهای مصرف‌کنندگان تزریقی مواد مخدر را ارائه می‌دهد و رفتارهای پرخطر تزریقی و جنسی میان کارگران جنسی در این منطقه را تشریح می‌کند.

**بخش ۳** آن دسته از معاهدات و شرایط قانونی بین‌المللی را جمع‌بندی می‌کند که هدف از آنها تنظیم پاسخ به کار جنسی در سطوح بین‌المللی و ملی است یا می‌توان آنها را مؤثر بر این امر دانست. این بخش همچنین مسائل عمومی‌تر مربوط به حقوق بشر را مورد بحث قرار می‌دهد، اطلاعاتی دربارهٔ قاچاق زنان ارائه می‌کند، اشکال گوناگون تنظیم کار جنسی در کشورهای اروپای مرکزی و شرقی و آسیای مرکزی، از ممنوعیت صریح کار جنسی تا مجاز دانستن صریح آن را مورد بررسی قرار می‌دهد، و مرور کوتاهی در مورد داده‌های منتشره و دست‌اول دربارهٔ نقض حقوق بشر علیه کارگران جنسی به عمل می‌آورد.

**بخش ۴** توجه خود را بر تأمین خدمات برای کارگران جنسی در منطقه متمرکز می‌کند. این بخش پروژه‌های موجود، گروه‌های هدف و منابع تأمین مالی را بررسی و مرور می‌کند، می‌کوشد میزان پوشش خدمات را ارزیابی کند و تلاش‌هایی را که برای حمایت از این گروه به عمل می‌آید، از جمله خودسازماندهی کارگران جنسی را مورد بحث قرار دهد که هدفش افزایش مقدار و دامنهٔ خدمات اثربخش است.

**بخش ۵** شامل توصیه‌هایی برای بهبود خط‌مشی‌های مؤثر بر کارگران جنسی و نیز عرضهٔ خدمات عمومی و اختصاصی است.

**پیوست‌ها** که در انتهای گزارش گنجانده شده‌اند، حاوی اطلاعات و داده‌های گسترده‌ای است که به صورت جدول ارائه شده‌اند. به این نمودارها و جداول در سراسر گزارش ارجاع شده است.

## ۱-۳ روش‌شناسی

این تحلیل در چهار مرحله به اجرا درآمد: مشاوره با خبرگان، مرور ادبیات موضوع، پیمایش پروژه‌ها و مشاورهٔ نهایی با خبرگان برای تدوین توصیه‌ها.

**مراحل ۱ و ۲:** با ذینفعان تماس گرفته و از آنها خواسته شد که اطلاعات خود را دربارهٔ تحقیقات گذشته و جاری و دیگر اطلاعات مربوط به کار جنسی، روابطش با مصرف مواد مخدر و خدماتی که در حال حاضر در

اختیار کارگران جنسی قرار می‌گیرد، ارائه دهند. از طریق ایمیل با خبرگان فعال در ارگان‌های زیر تماس گرفته شد:

- برنامه‌های کاهش آسیب که با کارگران جنسی کار می‌کنند
- مسئولان کشوری یونان‌ای‌آی‌اس و دیگر ارگان‌های سازمان ملل متحد
- سازمان‌های حقوق بشری در سطوح بین‌المللی، منطقه‌ای و داخلی
- سازمان‌های بین‌المللی و سازمان‌های غیردولتی که در این حوزه فعالیت می‌کنند، نظیر برنامه بین‌المللی توسعه کاهش آسیب وابسته به انستیتو جامعه باز، TAMPEP، EUROPAP، و بنیاد شرق-غرب ایدز (AFEW)

در آخرین مرحله گزارش (مرحله ۴)، مجدداً با این ذینفعان تماس گرفته شد و از آنها خواسته شد بازخور ارائه دهند و به تدوین خط‌مشی‌های توصیه‌شده کمک کنند.

**مرحله ۲:** کارکنان CEEHRN و مشاوران، گزارش‌ها و اطلاعات به دست آمده از ذینفعان و نیز نوشته‌های تحقیقاتی منتشره به زبان انگلیسی و روسی، چکیده‌های کنفرانس‌های بین‌المللی اخیر (شامل کنفرانس بین‌المللی ایدز و کنفرانس بین‌المللی آسیب‌های مرتبط با مواد مخدر)، گزارش‌های ارزیابی مؤسسات بین‌المللی و نیز کشورها و داده‌های ثبت‌شده متمرکز نظارت بر اچ‌آی‌وی را مرور کردند.

جستجو در ادبیات موضوع برای تدوین بخش ۲ این گزارش در دو بانک اطلاعاتی الکترونیکی، مدلاین (OVID) و کتاب‌شناسی علوم اجتماعی انجام گرفت.

برای جمع‌آوری گزارش‌ها و مقالات جاری که چشم‌اندازهای منطقه‌ای و بین‌المللی ارائه می‌دهند، جستجوی گسترده‌ای در منابع اینترنتی انگلیسی و روسی به عمل آمد. با توجه به این امر که مستندسازی در مورد کار جنسی، مصرف مواد مخدر و اچ‌آی‌وی/ایدز محدود است و غالباً پیش از انتشار عمومی به صورت مفصلی زیرورو می‌شوند، "ادبیات خاکستری" تهیه شده توسط کارشناسان نیز مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

**مرحله ۳:** تحقیقی پیمایشی دربارهٔ مسائلی که تحت پوشش ادبیات موجود قرار نداشتند، انجام گرفت. برای گردآوری داده‌های ملی و برنامه‌ای در زمینه‌های زیر، سند استاندارد برای پیمایش تدوین شد:

- مقررات قانونی کار جنسی،
- داده‌های اپیدمیولوژیک در مورد اچ‌آی‌وی، اس‌تی‌آی‌اس و رقم رسمی و برآوردی کارگران جنسی، از جمله معتادان تزریقی،
- منظره جمعیت‌شناختی کارگران جنسی،

- داده‌های رفتاری در مورد کار جنسی و مصرف مواد مخدر،
- حقوق بشر کارگران جنسی و پذیرش آنها و حمایت از آنها توسط پلیس، مشتریان و رسانه‌های جمعی،
- خدمات درمانی برای کارگران جنسی، شامل دسترسی به خدمات تشخیص و درمان اچ‌آی‌وی و STI،
- اداره و اثربخشی خدمات موجود آستانه پایین برای کارگران جنسی،
- آموزش و حمایت هم‌تایان، و
- گروه‌های متکی به خود، شامل سازمان‌های حامی کارگران جنسی،

فرم استاندارد پیمایش همچنین به طور مشخص از پاسخ‌دهندگان سؤال می‌کرد که دیگر مسائل مهم مربوط به کار جنسی در کشور خود را بیان کنند.

پرسشنامه به حدود ۲۰ پاسخ‌دهنده در سراسر منطقه اروپای مرکزی و شرقی و آسیای مرکزی تسلیم شد. هر پاسخ‌دهنده مسئولیت داشت که دست کم یک کشور و در برخی موارد، دو کشور یا بیشتر از ۲۷ کشور منطقه را در گزارش تحت پوشش قرار دهد. داده‌ها و پاسخ‌ها برای ۲۴ کشور از ۲۷ کشور زیر تهیه شدند: ارمنستان، آذربایجان، بلاروس، بوسنی و هرزگوین، بلغارستان، کرواسی، جمهوری چک، استونی، گرجستان، مجارستان، قزاقستان، قرقیزستان، لتونی، لیتوانی، مقدونیه، مولداوی، لهستان، رومانی، روسیه، صربستان و مونته‌نگرو، اسلواکی، تاجیکستان، اوکراین، و ازبکستان. به دلایل گوناگون، از جمله فقدان دسترسی، داده‌ها برای آلبانی، اسلوونی و ترکمنستان گردآوری نشدند.

علاوه بر پاسخ‌دهندگان ملی، ۳۹ ارائه‌دهنده خدمات پرسشنامه‌های مجزایی پر کردند که مؤلفه‌های متفاوت فعالیت‌هایشان را دربر می‌گرفت.

پاسخ‌دهندگان در کشورها و برنامه‌ها به طور عمده داده‌ها را بین ژوئیه-اکتبر ۲۰۰۴ جمع‌آوری کردند. گردآوری داده به طور کلی شامل تجزیه و تحلیل گزارش‌های متعارف پایش و اطلاعات نظارت و مراقبت کشوری می‌شد. روش‌های جمع‌آوری داده و نظارت و مراقبت در کشورهای متفاوت، متفاوت بود، وضعیتی که انجام مقایسه‌های مستقیم و منظم میان کشورها را دشوار می‌کرد. با وجود این، هرچند اطلاعات و داده‌های گردآوری شده ممکن است برای تحلیل عمیق مناسب نباشند، آنها هدف کلی گزارش را که فراهم آوردن جزئیات توصیفی کار جنسی در هر کشور است، برآورده می‌کنند.

درصدهای ارائه شده در این روایت از گزارش، مگر در مورد اعداد بسیار کوچک یا در شرایطی که مشخصاً شکل دیگری خواسته شده باشد، تا نزدیک‌ترین عدد صحیح گرد شده‌اند. در نتیجه، ممکن است جمع درصدها ۱۰۰ نباشد.

## ۱-۴ محدودیت‌های ساختاری و تحلیلی

CEEHRN می‌پذیرد که هم مردان و هم زنان مرتباً در ارائه خدمات جنسی شرکت دارند. این سازمان اهمیت مسائل مربوط به سلامت و حقوق بشر را که بر کارگران جنسی مرد ساکن در اروپای مرکزی و شرقی و آسیای مرکزی تأثیر دارند، به رسمیت می‌شناسد - علاوه بر مصرف تزریقی مواد مخدر، این مسائل عبارتند از جرم دانستن رفتار هم‌جنس‌گرایی (قوانینی که هنوز در برخی از کشورهای این منطقه وجود دارند) و خطر بالای انتقال اچ‌آی‌وی/ایدز میان مردانی که با مردان دیگر روابط جنسی دارند. با وجود این، تحقیق حاضر تنها زنان را هدف خود قرار داده است، اساساً به این دلیل که شواهد به دست آمده از حوزه مطالعه نشان‌دهنده آن است که اکثریت بزرگ کارگران جنسی در این منطقه را زنان تشکیل می‌دهند. CEEHRN توصیه می‌کند که تحقیقات درباره کار جنسی مردان و تجزیه و تحلیل آن به یکی از اولویت‌های اصلی آتی سازمان‌هایی که توجه خود را بر مسائل مربوط به کار جنسی در این منطقه متمرکز کرده‌اند، تبدیل شود.

گزارش جاری به دلیل برخی محدودیت‌های این تحقیق (نظیر محدودیت‌های مالی و فقدان دانش و تخصص قانونی میان پاسخ‌دهندگان کشوری)، به صورت تحلیل قانونی عمیق و جامع قوانین کشوری تدوین نشد. گذشته از این، نه جای لازم در پیمایش پیش‌بینی شده بود و نه پاسخ‌دهندگان از چنان توان کارشناسی برخوردار بودند که مستقیماً مسائل مشابه مرتبط با تأمین خدماتی نظیر مسکن و امنیت درآمدی را مورد توجه قرار بدهند یا به دقت مسائل ویژه مرتبط با دسترس به خدمات گوناگون را بررسی کنند.



## ۲. کار جنسی و رفتارهای پرخطر مرتبط با آن

این بخش نگاهی اجمالی به وسعت و پراکندگی اچ‌آی‌وی و STI در ارتباط با کار جنسی و مصرف تزریقی مواد مخدر در اروپای مرکزی و شرقی و آسیای مرکزی می‌اندازد. این بخش به جمع‌بندی گزارش‌های موارد اچ‌آی‌وی و STI، شیوع اچ‌آی‌وی و STI برگرفته از تحقیقات منتخبی که در مورد کارگران جنسی انجام گرفته است، برآورد اندازه جمعیت کارگران جنسی، داده‌های جمعیتی در مورد کارگران جنسی، نرخ‌ها و روندهای مصرف تزریقی مواد مخدر و رفتارهای پرخطر تزریقی و جنسی میان کارگران جنسی منطقه می‌پردازد.

### ۲-۱ دامنه و وسعت کار جنسی در اروپای مرکزی و شرقی و آسیای مرکزی

تقریباً کلیه کشورهای اروپای مرکزی و شرقی و آسیای مرکزی پس از فروپاشی اتحاد شوروی، با افزایش کار جنسی مواجه بوده‌اند که به میزان زیادی از ضروریات اقتصادی ناشی شده است (کونینگز، ۱۹۹۶، لوزوا و ناشخوئف، ۱۹۹۹، پلت، ۱۹۹۸، ایدز اینفوشر، ۲۰۰۱). افزایش کار جنسی آشکارا تجاری هم‌زمان با افزایش تأکید بر ارزش اقتصادی روابط جنسی به طور کلی روی داد، رویدادی که نشان‌دهنده گسترش تفاوت در ثروت است (پنتون و دیگران، ۱۹۹۸). طی گذار مداوم به اقتصادهای مبتنی بر بازار، بدون شک افراد بسیاری سود بردند، اما استانداردهای زندگی اکثریت مردم و به طور ویژه زنان، پایین آمده است.

صنعت جنسی ظاهراً در کشورهای آسیای مرکزی از رشد به ویژه سریعی برخوردار است که از جمله فقیرترین بخش‌های اتحاد شوروی سابق به شمار می‌روند (CAR-UNAIDS، ۲۰۰۰). یک گزارش از اواخر دهه ۱۹۹۰ نشان می‌داد که ۱ زن از هر ۴ زن قزاقستان در برخی از مواقع در زندگی خود به کار جنسی مشغول بوده است (توماس، ۱۹۹۷). این برآورد را چند سال بعد، یافته‌های یک تحقیق پیمایشی که انستیتوی تعلیم و تربیتی در آلماتی انجام داد، تأیید کردند. حدود ۴۰٪ از پاسخ‌دهندگان اعلام کردند که در مواقعی در ازای روابط جنسی پول دریافت داشته‌اند (شونینگ و بوزوروکف، ۱۹۹۹).

شواهد موجود به روشنی نشان می‌دهند که کار جنسی پدیده رایجی را در منطقه تشکیل می‌دهد. با وجود این، دستیابی به برآوردهای دقیق در مورد تعداد کارگران جنسی به چند دلیل، از جمله ماهیت بی‌ثبات کار جنسی و جمعیت‌های کارگران جنسی، تعریف مبهم از آنچه کار جنسی را تشکیل می‌دهد و قوانین مبهم مربوط به کار جنسی که در منطقه حاکم است، دشوار است. از این رو، این عوامل باید به هنگام بازنگری داده‌های ناشی از پاسخ‌دهندگان به پرسشنامه پیمایش در جدول ۷ (به پیوست‌ها مراجعه کنید)، که برآوردهای اخیر در مورد تعداد زنانی را که در کار جنسی شرکت دارند و میزان شیوع کار جنسی را جمع‌بندی می‌کند، مد نظر قرار گیرند.

## ۲-۲ ساختار کار جنسی

شواهد حاصل از ادبیات انتشار یافته و از گزارش‌های پروژه‌ها بیانگر آنند که صنعت کار جنسی در اروپای مرکزی و شرقی و آسیای مرکزی و دیگر نقاط را می‌توان به طور کلی به سه سطح یا نوع متمایز تقسیم کرد: کارگران جنسی خیابانی، کارگران جنسی آپارتمانی و کارگران جنسی هتلی ("برگزیده").

کارگران خیابانی. "پایین‌ترین" و خطرناک‌ترین سطح شامل زنانی می‌شود که در خیابان‌ها، اغلب در ایستگاه‌های اتوبوس و راه‌آهن کار می‌کنند. آنها به احتمال زیاد مواد مخدر تزریق می‌کنند، نرخ استفاده از کاندوم میان آنها پایین‌تر است و کارگران مهاجرند. همه این عوامل به دور کردن آنها از خدمات پیشگیری و درمان اچ‌آی‌وی و عفونت‌هایی که از طریق روابط جنسی منتقل می‌شوند، کمک می‌کند. در نتیجه، رفتارهای پرخطری نظیر تزریق مواد مخدر و روابط جنسی حفاظت‌نشده، و نیز نرخ ابتلا به عفونت اچ‌آی‌وی و STI در میان این گروه نسبتاً بالاست.

کارگران جنسی آپارتمانی. دومین گروه شامل زنانی است که معمولاً به صورت گروهی کار می‌کنند و یک مدیر، که غالباً یک زن است، آنها را اداره می‌کند. فعالیت آنها از آپارتمان‌ها، سوناها یا در خیابان اداره می‌شود. این نوع کار جنسی رسمیت بیشتری دارد و حرفه‌ای‌تر است. مصرف تزریقی مواد مخدر کمتر عمومیت دارد و اگر هم وجود داشته باشد، بیشتر احتمال دارد که از مشتریان و مدیریت پنهان شود. اعضای این گروه همچنین بیشتر احتمال دارد که به درمان اس‌تی‌آی‌اس دسترسی بیشتری داشته باشند، هرچند این دسترسی به ارائه‌دهندگان خصوصی خدمات درمانی محدود می‌شود (کونینگز، ۱۹۹۶).

کارگران جنسی برگزیده/هتلی. سرانجام، گروه سوم شامل کارگران جنسی برگزیده می‌شود که از طریق هتل‌ها و آگهی دادن در روزنامه‌ها و مجلات فعالیت می‌کنند. آنها کمتر از همه امکان دارد که معتاد تزریقی باشند و اغلب از دسترسی نسبتاً خوبی به درمان STI برخوردارند. اعضای این گروه اغلب یکی از دشوارترین گروه‌ها برای رساندن خدمات امدادی به آنها به شمار می‌آیند، زیرا آنها ممکن است خود را با دیگر گروه‌های کارگران جنسی همدوش و هم‌تراز ندانند و همچنین ممکن است از محافظت‌های امنیتی استفاده کنند که فعالیت‌های آنها را پایش کنند (AIDS Infoshare، ۲۰۰۱، بازارپایی O&K، ۲۰۰۰، درایزین، ۲۰۰۰، UNAIDS-CAR، ۲۰۰۰، شونینگ و بوزوروکوف، ۱۹۹۹، اوستوگلز، ۱۹۹۹، کورمانووا، ۱۹۹۹، لوزوا و نشخوئف، ۱۹۹۹، کورووا، ۱۹۹۸، پلت، ۱۹۹۸، اوستوگلز، ۱۹۹۷، لاکومالانی، ۱۹۹۷).

داده‌های پروژه‌ها، که در جدول ۹ پیوست‌ها جمع‌بندی شده‌اند، نشان می‌دهد که اکثریت کارگران جنسی که در سراسر منطقه از خدمات سازمان‌های کاهش آسیب استفاده می‌کنند، در خیابان‌ها کار می‌کنند. این نتیجه‌گیری با مطالب منتشره همخوانی دارند که نشان می‌دهند کارگران جنسی معتاد تزریقی بیشتر احتمال دارد

در خیابان به کار جنسی پردازند تا در سیستم‌های سازمان یافته‌تر (هتل‌ها و آپارتمان‌ها) که در آنها مصرف مواد مخدر جلوگیری می‌شود. همچنین گزارش‌هایی وجود داشت که نشان می‌داد کارگران جنسی به میزان فزاینده‌ای از طریق سایت‌های اینترنتی فعالیت می‌کنند. به دلایل روشن، گردآوری داده‌های رفتاری در مورد این افراد و برآورد تعداد آنها دشوار است.

## ۲-۳ داده‌های جمعیتی

مطالعات نشان می‌دهند که کارگران جنسی این منطقه جوان و اغلب نوجوان و از این رو، شدیداً در مقابل اعمال زور آسیب‌پذیرند و قادر یا مایل نیستند که به اطلاعات و خدمات جامع پیشگیری از اچ‌آی‌وی و STI دسترسی پیدا کنند یا حتی نمی‌دانند رفتارهای پرخطر کدامند. برداشت عمومی این است که تقریباً ۸۰٪ از کارگران جنسی منطقه کمتر از ۲۵ سال دارند. برای مثال، ۹۵٪ از یک نمونه ۳۸۳ نفره از کارگران جنسی که در استونی با آنها مصاحبه شد، ۱۸ ساله یا جوان‌تر بودند (یونیسف، ۲۰۰۰، ۲۰۰۱)، داده‌های پروژه‌ها از روسیه نشان می‌دهد که اکثریت کارگران جنسی جوان‌تر از ۲۵ سال دارند. در واحد اداری ساراتف در روسیه، ۷۵٪ از ۳۸۵ کارگر جنسی که به پرسش‌ها پاسخ دادند، بین ۲۰ و ۲۹ سال داشتند و ۱۰٪ آنها کمتر از ۱۸ سال سن داشتند. در بلاروس، پروژه‌های کاهش آسیب برآورد کردند که تقریباً کلیه مشتریانشان در مینسک بین ۱۵ تا ۳۰ ساله بودند.

در یک تحقیق پیمایشی که در یک مرکز درمانی در لتونی انجام گرفت (n=1080)، میانگین سن کارگران جنسی ۳۰/۵ سال بود که ۲۱٪ آنها بین ۱۳ تا ۱۹ سال داشتند (کورووا و دیگران، ۱۹۹۸). ۳۸٪ از آنها بی‌سابقه به این تحقیق پاسخ دادند، برای کمتر از یک سال به عنوان کارگر جنسی کار می‌کردند. تحقیقی که در مورد ۹۶ کارگر جنسی در لیتوانی انجام گرفت، نشان داد که میانگین سن آنها ۲۵ سال است و از ۱۷ تا ۴۳ سال متغیر است (یونیسف، ۲۰۰۱). طبق داده‌های پروژه از این کشور، اغلب مشتریان پروژه بین ۲۰ تا ۲۹ ساله بودند.

داده‌های پروژه از کشورهای آسیای مرکزی نشان داد که اغلب مشتریان این پروژه‌ها بین ۲۴ و ۲۸ سال داشته‌اند. یک تحقیق پیمایشی که در تاشکند، ازبکستان، انجام گرفت، نشان داد که اکثریت ۱۸۰ کارگر جنسی که به طور رسمی ثبت شده بودند، بین ۱۶ و ۲۵ سال داشتند (توماس، ۱۹۹۷).

مطالعات نشان می‌دهند که کارگران جنسی که مواد مخدر تزریق می‌کنند، ممکن است حتی جوان‌تر از آنها بی‌سابقه باشند که تزریق نمی‌کنند. سن کارگران جنسی که از خدمات تعویض سوزن و سرنگ در ولگاگراد، روسیه استفاده می‌کردند (n=83) از ۱۲ تا ۲۶ متغیر بود (ریابنکو، ۲۰۰۱). طبق این تحقیق، هم میانگین دوره مصرف مواد مخدر و هم میانگین دوره کار جنسی چهار سال بوده است. در یک تحقیق پیمایشی به عمل آمده در مورد

معتادان تزریقی در توگلیاتی، روسیه، که ۳۷٪ از آنها کارگر جنسی بودند، سن میانگین ۲۴ سال بود (در مقایسه با سن ۲۷ سال برای معتادان تزریقی مردی که کار جنسی نمی‌کردند) ( $P=0.0005$ ) (پلت و دیگران، ۲۰۰۴).

داده‌های به دست آمده از پروژه‌هایی که به این تحقیق پیمایشی پاسخ دادند، همان یافته‌هایی را که در اغلب ادبیات موضوع مطرح شده است، نشان می‌دهند. میانگین سن کارگران جنسی که توسط پروژه‌ها با آنها تماس گرفته شد، بین ۲۰ تا ۳۰ سال بود، اما اکثریت آنها بین ۲۰ و ۲۵ سال داشتند. کمترین سن ۱۳ سال بود و بیشترین سن، ۴۰ سال. اطلاعات مشروح‌تر درباره کارگران جنسی کمتر از ۱۸ سال، توسط پروژه‌های مینسک، بلاروس، (۵٪ از ۱۵۰ کارگر جنسی که از آنها نظرسنجی شد)، تاشکند، ازبکستان (۱۳٪ از ۱۴۰۰ کارگر جنسی)، و اودسا، اوکراین (۱۰٪ از ۶۰۰ کارگر جنسی) ارائه شد.

داده‌هایی که سن کارگران جنسی تحت پوشش پروژه‌ها را جمع‌بندی می‌کنند، در جدول ۹ پیوست‌ها ارائه شده است.

## ۲-۴ دسته‌بندی شرکای جنسی

کارگران جنسی به طور معمول هم با مشتریانی که به آنها پول می‌دهند و هم افرادی که پول نمی‌دهند، رابطه جنسی دارند. برخلاف گروه نخست، اعضای گروه دوم معمولاً کسانی هستند که کارگران جنسی به طور منظم با آنها تعامل دارند. برخی از آنها ممکن است دوست پسر یا شوهر باشند، دیگران ممکن است دوستان تصادفی یا آشنایان باشند. سطح و وسعت رفتارهای پرخطر از سوی کارگران جنسی اغلب بسته به گروهی که شریک جنسی در آن قرار دارد، متفاوت است. کارگران جنسی به دلایل متعدد روان‌شناختی، عاطفی و فیزیکی، که از اعتماد ضمنی تا میل به بچه‌دار شدن را دربرمی‌گیرد، کمتر احتمال دارد که در رابطه جنسی با مشتریانی که پول نمی‌پردازند، از کاندوم استفاده کنند. دلایل این دوگانگی در استفاده از کاندوم هرچه باشد، یکی از مهم‌ترین عواقب آن افزایش خطر انتقال اچ‌آی‌وی به مشتریانی است که پول نمی‌پردازند و از آنها به کارگران جنسی است. این خطر را این واقعیت که میان شرکای جنسی که پول می‌پردازند و پول نمی‌پردازند، از نظر نرخ مصرف تزریقی مواد مخدر تفاوت ناچیزی وجود دارد.

## ۲-۴(۱) شرکای جنسی که پول می‌پردازند

همانطور که می‌توان انتظار داشت، در کل منطقه طیف گسترده‌ای از وضعیت‌ها وجود دارد، هم از نظر تعداد مشتریانی که کارگران جنسی با آنها رابطه دارند و هم احتمال داشتن یک یا بیشتر شریک جنسی منظم رایگان. طبق یافته‌های یک تحقیق پیمایشی از کارگران جنسی که به درمانگاه اس‌تی‌آی در مسکو مراجعه کرده‌اند، تعداد مشتریان آنها در هفته بین ۳ تا ۴۰ و میانگین آن ۹ بوده است (لوزوا و ناشخونف، ۱۹۹۹). در ناگلیاتی، روسیه، معتادان تزریقی زن که به کار جنسی مشغول بودند، اعلام کرده‌اند که روزی ۲ مشتری دارند که بیش از

نیمی از آنها مشتریان جدیدند (لوندس و دیگران، ۲۰۰۲). در مطالعه‌ای که در مورد ۳۹۵ کارگر جنسی در ساراتوف، روسیه، به عمل آمد، این گروه اعلام داشتند که در ماه بین ۱۱ تا ۱۰۰ مشتری دارند. در بررسی کارگران جنسی زن در همان تحقیق، ۵۵٪ چنین گزارش دادند که علاوه بر شوهرانشان، طی ماه گذشته بدون اینکه پولی بگیرند، با یک شریک جنسی تصادفی دیگر رابطه داشته‌اند (بازاریابی O&K، ۲۰۰۰). یک تحقیق مقطعی دربارهٔ زندانیان زندان مسکو ( $n=400$ ) نشان داد که میانگین تعداد شرکای جنسی مرد ظرف ۱۲ ماه گذشته برای زنانی که به کار جنسی مشغولند ( $n=190$ )، ۱۶۸ بوده است، در مقابل ۲ برای کسانی که به کار جنسی مشغول نبوده‌اند ( $p<0.01$ ) (خرومووا و دیگران، ۲۰۰۲). در گرجستان، کارگران جنسی اظهار کرده‌اند که هر هفته بین ۸-۱۰ مشتری دارند (ستویلیا و دیگران، ۲۰۰۳).

یک تحقیق پیمایشی از ۱۱۶ کارگر جنسی در سه شهر صربستان (بلغراد، نیس و کراگوئه‌واک) نشان داد که میانگین تعداد مشتریان ماهانه میان شهرها متفاوت بوده است، به صورتی که رقم بلغراد ۴۶، نیس، ۸ و کراگوئه‌واک ۲۸ بوده است (یونیسف، ۲۰۰۲). تقریباً یک سوم کسانی که از آنها سؤال شد، شرکای دائمی داشتند.

به دست آوردن داده‌های مربوط به درصد مشتریانی که مواد مخدر تزریق می‌کنند، اگر نه ناممکن، بسیار دشوار است. اغلب اوقات تنها پایه‌ای که می‌توان بر اساس آن این مطلب را دانست، هنگامی است که مشتری مواد مخدر را به همراه یا در حضور کارگر جنسی تزریق می‌کند. اما دست کم دو تحقیق پیمایشی از روسیه کوشیده‌اند به این موضوع پردازند. در ولگاگراد، تحقیقی پیمایشی در مورد کارگران جنسی که از خدمات تعویض سرنگ استفاده می‌کنند، نشان دادند که ۵۸٪ از مشتریان معتاد تزریقی نبوده‌اند (ریابنکو، ۲۰۰۱). داده‌های ناشی از مصاحبه‌های کیفی که با زنان معتاد تزریقی در تاگیلاتی به عمل آمدند نیز نشان دادند که اکثریت مشتریان معتاد تزریقی نبوده‌اند (لوندس و دیگران، ۲۰۰۲).

## ۲-۴) شرکای جنسی که پول نمی‌پردازند

علاوه بر شوهر، دوست پسر و آشنایان تصادفی، شرکای جنسی کارگران جنسی که پول نمی‌پردازند، ممکن است شامل مردانی باشند که از زور (شامل تجاوز به عنف) یا قدرت برای ارضای جنسی استفاده می‌کنند. این گونه مواجهات ممکن بی‌رحمانه و خشونت‌بار باشند، و از این رو، تهدیدهای عمده‌ای را متوجه سلامت و رفاه کلی کارگران جنسی بکنند. در اغلب کشورهای اتحاد شوروی سابق، حکایت‌های طنزآمیزی دربارهٔ سوءاستفادهٔ پلیس از کارگران جنسی وجود دارد. ناظران از سیستمی معروف به "سوبوتنیک" یاد می‌کنند که یک اصطلاح شوروی است که به خدمات غیرنظامی داوطلبانه (اما در واقع اجباری) ماهانه اشاره دارد که به طور رایگان انجام می‌گیرد- در اینجا نیز به طنز از الزام کارگران جنسی به ارائهٔ خدمات جنسی رایگان به پلیس در عوض محدود کردن آزار یا احتراز از دستگیر شدن اشاره دارد. اغلب اوقات یک زن مجبور است به بیش از

یک شخص و غالباً بدون استفاده از کاندوم، خدمات جنسی بدهد (لاخومالانی، ۱۹۹۷، پلت، ۱۹۹۸، AIDS Infoshare، ۲۰۰۱، آندروشاکی و خوداخیویچ، ۲۰۰۰). تحقیقات به عمل آمده در مسکو که وضعیت روانی کارگران جنسی را بررسی کرده‌اند (n=242) نشان داده‌اند که ۳۸٪ از زنان مورد تحقیق اظهار داشته‌اند که بیش از یک‌بار توسط مشتریانشان مورد تجاوز به عنف قرار گرفته‌اند و ۱۸٪ اظهار داشته‌اند که توسط پلیس مورد تجاوز به عنف قرار گرفته‌اند (ناشخوئف، ۲۰۰۲).

همچون همیشه، مصرف تزریقی مواد مخدر دیگر عامل عمده خطری است که متوجه سلامت بسیاری از کارگران جنسی می‌شود. تحقیقی که در سن پترزبورگ انجام گرفت، نشان داد که کمی کمتر از نصف (۴۲٪) از شرکای جنسی رایگان کارگران جنسی معتاد تزریقی نیز معتاد تزریقی بوده‌اند (بیناچ و دیگران، ۲۰۰۴).

این احتمال که کارگران جنسی، اچ‌آی‌وی را از شرکای جنسی رایگان خود بگیرند و به آنها انتقال دهند نیز یکی از نگران‌های عمده بهداشتی و سلامت در اغلب کشورهای منطقه به شمار می‌رود. داده‌های ویژه مربوط به میزان خطرات چنین سرایتی کمیاب است، اما قطعاً و با توجه به این واقعیت که تعداد زیادی از کارگران جنسی ازدواج کرده‌اند یا در روابطی قرار دارند که ممکن است طی آنها به طور منظم از کاندوم استفاده نکنند، این احتمال بالاست. ۲۹٪ از کارگران جنسی که در ساراتوف، روسیه تحت تحقیق پیمایشی قرار گرفتند، شوهر داشتند (بازاریابی O&K، ۲۰۰۰). در بالاکوووی روسیه، کارگرانی که در پروژه شرکت داشتند، برآورد کردند که ۵۱٪ از مشتریانشان متأهل هستند و در سن پترزبورگ، ۲۰٪ از کارگران جنسی که به پرسش‌ها پاسخ دادند، متأهل بودند یا شرکای جنسی دائمی داشتند. تحقیقی پیمایشی که در لیتوانی و میان ۹۶ کارگر جنسی خیابانی و مؤسسه‌ای انجام گرفت، نشان داد که ۲۸٪ از آنها شرکای جنسی دائمی داشته‌اند. ۴۸٪ از این تعداد معتقد بودند که نامزد/شریک زندگی آنها با زنان دیگر می‌خواهد، ۱۲٪ چنین فکر نمی‌کردند و ۴۰٪ اطلاعی از این موضوع نداشتند (یونیسف، ۲۰۰۱). در گرجستان، یک تحقیق پیمایشی نشان داد که تقریباً دو سوم نمونه کوچکی از کارگران جنسی (n=91) یک شریک جنسی دائمی داشته‌اند (ستویلیا و دیگران، ۲۰۰۳).

## ۲-۵ موارد اچ‌آی‌وی در منطقه

افزایش کار جنسی طی ۱۵ سال گذشته در همان هنگامی روی داده که اچ‌آی‌وی در چندین بخش منطقه به سطوح همه‌گیری رسیده یا این تهدید را به وجود آورده است که به این سطوح برسد. در کشورهای اتحاد شوروی سابق، اکثریت موارد اچ‌آی‌وی با مصرف تزریقی مواد مخدر پیوند داشته است - که خود یک همه‌گیری سریع‌الرشد، به ویژه میان جوانان، در کشورهایی است که ویژگی آنها را اقتصادهای ضعیف، سقوط استانداردهای زندگی و وخامت خدمات سلامت و اجتماعی تشکیل می‌دهد. هروئین و دیگر مواد افیونی به صورت گسترده و با قیمت نسبتاً ارزان، در اختیار همگان قرار دارند، زیرا اغلب این کشورها در مسیرهای اصلی قاچاق مواد مخدر از افغانستان (که عمده بوته‌های خشخاش تریاک جهان در آنها کشت می‌شود) به

اروپای غربی قرار دارند. برآوردهای جدید نشان می‌دهند که بیش از ۷۵٪ از موارد ثبت‌شده رسمی اچ‌آی‌وی را می‌توان به مصرف تزریقی مواد مخدر در بلاروس، استونی، قزاقستان، قرقیزستان، لتونی، لیتوانی، مولداوی، روسیه، تاجیکستان و ازبکستان نسبت داد.

تا ۱۰ سال پیش، اچ‌آی‌وی تقریباً در منطقه وجود نداشت - هرچند در اواسط دهه ۱۹۹۰ در میان جمعیت کلی چندین کشور در چندین کشور جنوب صحرای آفریقا و جنوب شرقی آسیا و در میان گروه‌های خاصی از جمعیت در دیگر نقاط، نظیر مردانی که با مردان روابط جنسی دارند، در ایالات متحده آمریکا، به نسبت‌های همه‌گیری دست یافته‌بود. اما در اواخر سال ۲۰۰۴، طبق داده‌های برنامه مشترک ملل متحد در مورد اچ‌آی‌وی/ایدز، دست کم ۴/۱ میلیون نفر در منطقه اروپای مرکزی و شرقی و آسیای مرکزی اچ‌آی‌وی/ایدز داشتند، یک افزایش ۹ برابری طی یک دهه. تغییرات در گزارش‌های موارد ابتلا به اچ‌آی‌وی در کل منطقه اروپای مرکزی و شرقی و آسیای مرکزی گسترده‌اند. روسیه و اوکراین همچنان تا به حال بیشترین موارد ابتلا به بیماری را دربر داشته‌اند و به ترتیب، ۳۱۱،۰۰۰ و ۷۷،۰۰۰ مورد ثبت شده گزارش کرده‌اند.<sup>۱</sup> برآوردهای UNAIDS و سازمان‌های دیگر اغلب دو یا سه برابر بیشتر از تعداد عفونت‌هایی است که رسماً در هر یک از این کشورها ثبت شده‌اند. طبق نظر یوان‌ایدز، شیوع بیماری میان جمعیت بزرگسال (۴۹-۱۵ سال) در روسیه به ۱٪ و در اوکراین به ۲٪ رسیده است که بالاترین میزان در اروپاست. هرچند این میزان شیوع بسیار پایین‌تر از بخش‌هایی از آفریقا است که بیش از ۲۰٪ مبتلا دارند، با وجود این، ۱۰ برابر بیشتر از آمار مبتلایان در اغلب کشورهای اروپای غربی و ایالات متحده آمریکاست که در آنها میزان شیوع اچ‌آی‌وی میان جمعیت بزرگسال طی اواسط دهه ۱۹۹۰ چندان افزایش نیافته است.

در سال ۲۰۰۲، تعداد موارد جدید اچ‌آی‌وی برای نخستین بار در روسیه و اوکراین کاهش یافت، تحولی که با کاهش در موارد وقوع میان معتادان تزریقی ارتباط داشت. برخی شواهد حاکی از آن هستند که این امر را نباید یک کاهش واقعی دانست، بلکه باید به کاهشی در تعداد آزمایش‌های اچ‌آی‌وی نسبت داد که در میان معتادان تزریقی انجام می‌گرفت. داده‌ها در مورد میزان معناداری کنونی انتقال بیماری از طریق روابط جنسی روشن نیستند. اما ناظران و کارشناسان سلامت عمومی به طور کلی بر این باورند که انتقال از طریق روابط جنسی یکی از نگرانی‌های عمده آینده، به ویژه در میان شرکای جنسی معتاد تزریقی و میان معتادان تزریقی که به کار جنسی مشغولند، خواهد بود. با توجه به شیوع نسبتاً بالای STI، به ویژه سیفلیس، میان معتادان تزریقی و کارگران جنسی معتاد تزریقی در این دو کشور و فقدان مداخلات جامعی که هدفشان را کاهش خطرات مرتبط با روابط جنسی قرار داده باشند، این امر تعجب‌آور نیست (این مسائل به تفصیل بیشتر در زیر مورد بحث قرار گرفته‌اند).

<sup>۱</sup> داده‌های روسیه توسط مرکز فدرال ایدز ارائه شده است و تا ماه مه ۲۰۰۵ است. داده‌های مربوط به اوکراین توسط مرکز ملی ایدز اوکراین ارائه شده است و تا ماه مارس ۲۰۰۵ است.

در اروپای مرکزی، بیش از نیمی از موارد گزارش شده اچ‌آی‌وی در لهستان ثبت شده‌اند، اما در این کشور و همسایگانش، هیچ‌گونه افزایش چشمگیری در موارد گزارش شده اچ‌آی‌وی نسبت به پنج سال قبل به چشم نمی‌خورد. در جمهوری چک، مجارستان و اسلواکی، شیوع اچ‌آی‌وی در میان بزرگسالان همچنان کمتر از ۲٪ است و بین ۴۰٪-۲۰٪ موارد گزارش شده اچ‌آی‌وی در خارجی‌ها تشخیص داده شده است که اغلب مهاجرینی از کشورهای اتحاد شوروی سابق هستند (همرز و داونز، ۲۰۰۳).

شیوع اچ‌آی‌وی همچنین در اروپای جنوب شرقی نسبتاً پایین است، اما رقم واقعی موارد ابتلا ممکن است به میزان قابل ملاحظه‌ای بیشتر باشد. دشواری در گردآوری داده به نابسندگی در وجود امکانات آزمایش، سیستم‌های مراقبت و نظارت ضعیف و اختلالات سیاسی، اقتصادی و اجتماعی طولانی، که کشمکش‌های اخیر در بالکان موجب شده‌اند، مرتبط است. طبق گزارش UNAIDS، رومانی از بیشترین تعداد موارد بروز اچ‌آی‌وی در منطقه برخوردار است - دست کم ۱۰,۰۰۰ نفر رسماً ثبت شده‌اند - و به دنبال آن صربستان و مونته‌نگرو قرار دارند. سازمان بهداشت جهانی برآورد می‌کند که میزان شیوع واقعی اچ‌آی‌وی در این منطقه ممکن است ۱۰ برابر بیشتر از میزانی باشد که موارد رسمی ثبت شده نشان می‌دهند. شیوه اصلی انتقال اچ‌آی‌وی در این منطقه روابط جنسی است - به استثنای صربستان و مونته‌نگرو که در آنها اکثریت موارد ابتلا تا امروز با مصرف تزریقی مواد مخدر ارتباط داشته‌اند.

شیوع اچ‌آی‌وی در آسیای مرکزی نسبتاً پایین است، اما سرعت رشد آن در این کشورها از هر نقطه دیگری در منطقه اروپای مرکزی و شرقی و آسیای مرکزی بیشتر است. نظیر کشورهای واقع در جنوب شرقی اروپا، نظر بر این است که تعداد واقعی افرادی که در آسیای مرکزی اچ‌آی‌وی دارند، چندین برابر بیشتر از رقمی است که رسماً ثبت شده است. برای مثال، در ازبکستان، کل تعداد موارد ثبت شده در پایان ۲۰۰۳، ۳,۵۹۶ بود. در این ضمن، UNAIDS برآورد کرد که دست کم ۱۱,۰۰۰ نفر در آن زمان در ازبکستان به اچ‌آی‌وی مبتلا هستند.

به استثنای برخی کشورهای اروپای مرکزی، فقدان رهبری سیاسی و انگ‌مرتبط با اچ‌آی‌وی و تبعیض، عمده‌ترین موانع توسعه و اجرای خط‌مشی‌ها و استراتژی‌های اچ‌آی‌وی/ایدز در اروپای مرکزی و شرقی و آسیای مرکزی به شمار می‌روند. گروه‌های منزوی شده و ناچیزشمرده شده‌ای نظیر معتادان تزریقی، کارگران جنسی، مردانی که با مردان دیگر روابط جنسی دارند و کولی‌ها همچنان در معرض بیشترین خطر ابتلا به اچ‌آی‌وی قرار دارند. بسیاری از اعضای این گروه‌ها به دلیل تبعیض آشکار (نظیر خودداری از قراردادن خدمات درمانی) یا ترس از آزار دیدن از سوی مسؤلان و مأموران، همچنان در دسترسی به مراقبت‌های سلامت کافی یا خدمات پیشگیری و درمان اچ‌آی‌وی ناتوان یا بی‌میل هستند.

داده‌های کلی شیوع اچ‌آی‌وی در جدول ۱ در پیوست‌ها جمع‌بندی شده است. عفونت‌های اچ‌آی‌وی مرتبط با کار جنسی بعداً در این بخش مورد بحث قرار می‌گیرد.



## ۲-۶ موارد STI در منطقه

نرخ ابتلا به اغلب بیماری‌های عمده STI، شامل کلامیدیا، سوزاک و سیفلیس، در دهه ۱۹۹۰ در بیشتر این منطقه به شدت بالا رفت و آنگاه در سطوحی تثبیت شد که بسیار بالاتر از اغلب باقی جهان بود. این امر بیانگر یک روند نگران‌کننده برای دست کم دو دلیل مهم است. نخست، وجود STI احتمال ابتلا به اچ‌آی‌وی را افزایش می‌دهد، دوم، نرخ‌های بالای STI نشان‌دهنده رفتارهای پرخطر جنسی است.

اغلب مسئولان سلامت عمومی به ویژه نگران افزایش سیفیلیس هستند که اگر درمان‌نشده رها شود، می‌تواند اثرات نامطلوبی بر سلامت درازمدت فرد باقی گذارد. در سال‌های اخیر، نرخ‌های نسبتاً بالایی از سیفیلیس - بیش از ۱۰۰ مورد در ۱۰۰,۰۰۰ نفر از جمعیت - در جمعیت کلی بسیاری از کشورهای اروپای مرکزی و شرقی و آسیای مرکزی، از جمله بلاروس، بوسنی و هرزگوین، استونی، قزاقستان، مولداوی، روسیه و اوکراین گزارش شده است. در دهه پس از فروپاشی اتحاد شوروی، نرخ سیفیلیس در کل جمعیت در روسیه به ۲۷۷ مورد در ۱۰۰,۰۰۰ مورد رسید. این رقم در اوکراین، ۱۴۸ مورد در ۱۰۰,۰۰۰ نفر بود، در مولداوی، ۱۹۸ مورد در هر ۱۰۰,۰۰۰ نفر و در بلاروس، ۱۹۹ مورد در هر ۱۰۰,۰۰۰ نفر از جمعیت.<sup>۱</sup> بیشترین افزایش در نرخ‌های STI در آسیای مرکزی در قزاقستان روی داد و افزایش چشمگیری نیز در قرقیزستان مشاهده شد. در کشورهای جنوب شرقی اروپا، نرخ‌های گزارش شده سیفیلیس از دهه ۱۹۹۰ به این سو نسبتاً پایین و پایدار بوده است.

در فاصله ۱۹۹۸ و ۲۰۰۳، موارد تشخیص سیفیلیس در کل منطقه کاهش یافته است، اما موارد گزارش سیفیلیس در میان جمعیت روستایی همچنان در حال رشد است (جمع‌بندی پرونده‌های سیفیلیس در منطقه اروپای مرکزی و شرقی و آسیای مرکزی در جدول ۲ پیوست‌ها ارائه شده است).

## ۲-۷ ابتلا به عفونت اچ‌آی‌وی در رابطه با کار جنسی

تعیین تعداد و درصد موارد ابتلا به اچ‌آی‌وی در کل منطقه را که می‌توان با میزان دقت قابل توجه به کار جنسی نسبت داد، کار دشواری است. از یک جهت، تعاریف آنچه که "کار جنسی" نامیده می‌شود و نیز "کارگر جنسی" در تمامی منطقه یکسان و استاندارد نیست. برای مثال، در روسیه، اصطلاحی که در داده‌های مربوط به نظارت و مراقبت ملی برای کارگر جنسی به کار می‌رود به معنای "اشخاصی است که شرکای جنسی تصادفی دارند"، تعریفی که آن‌قدر مشخص نیست که بتوان درباره ماهیت کار جنسی استنباطات منظمی به عمل آورد.

<sup>۱</sup> در مقایسه باید گفت که موارد گزارش شده سیفیلیس در انگلستان در دهه ۱۹۹۰ هرگز از ۲,۸۵ مورد در هر ۱۰۰,۰۰۰ نفر از جمعیت بیشتر نشده است. حتی در ایالات متحده نیز که به طور کلی آمارهای سلامت پایین‌تری از اروپای غربی دارد، نرخ کلی سیفیلیس در ۲۰۰۳ طبق گزارش مراکز کنترل و پیشگیری بیماری ایالات متحده آمریکا، در حد ۱۱,۹ مورد در هر ۱۰۰,۰۰۰ نفر از جمعیت ثابت مانده بود. هم در انگلستان و هم در ایالات متحده آمریکا، این نرخ‌ها برای برخی گروه‌های خاص، شامل مردانی که با مردان روابط جنسی دارند و افرادی که اچ‌آی‌وی/ایدز دارند، بالاتر بوده است.

همچنین محتمل است که داده‌های موجود به طور گسترده‌ای تعداد موارد اچ‌آی‌وی مرتبط با کار جنسی را کم برآورد کرده باشند، وضعیتی که به طور مستقیم با انگ‌زنی، تبعیض، جایگاه قانونی نامشخص و آشفته و خدمات درمانی و سلامت زیرحد استاندارد و نازل پیوند دارد. هم کارگران جنسی و هم مشتریان آنها ممکن است رفتار خود را بازگو نکنند، زیرا از عواقب احتمالی آن، نظیر خودداری از ارائه خدمات، آزار و اذیت، یا به زندان افتادن، شرم‌دارند یا بیمناکند. این تهدیدات ممکن است در عین حال به عنوان مانعی بر سر راه اقدام کردن برای آزمایش اچ‌آی‌وی یا تلاش برای درمان عوارض ناشی از اچ‌آی‌وی یا STI عمل کنند.

به این دلایل، داده‌های جدول ۴ پیوست‌ها - که گزارش‌های موارد ابتلا به اچ‌آی‌وی را که به کمک نظام مراقبت کشوری در مورد کارگران جنسی در منطقه گردآوری شده‌اند، جمع‌بندی می‌کنند - باید با احتیاط تفسیر کرد. حتی با این قید نیز واضح است که شیوع اچ‌آی‌وی میان کارگران جنسی از سطوح ناچیز مربوط به صرفاً یک دهه پیش بسیار فراتر می‌روند. برآوردهای جدول ۴ نشان می‌دهد که برای مثال، شیوع اچ‌آی‌وی میان کارگران جنسی روسیه در سطح کشور از ۰٪ در ۱۹۹۵ به ۰٫۱٪ افزایش یافته است (لادنایا و دیگران، ۲۰۰۲) و در مسکو به تنهایی در سال ۲۰۰۰ به میزان ۱۵٪ بود (پوکروفسکی، ۲۰۰۱-۲۰۰۰).

برآوردهای مشابه از اوکراین نشان‌دهنده یک افزایش ناچیز در موارد اچ‌آی‌وی قابل استناد به کار جنسی، از ۰٫۶٪ در ۱۹۹۸ (از تعداد نمونه  $n=54.166$ ) به ۰٫۸٪ در ۱۹۹۹ (از تعداد نمونه ۲۹,۰۳۴) است (دهنه و کوبیشچا، ۲۰۰۰). دشوار است مشخص کنیم چه نسبتی از موارد اچ‌آی‌وی را می‌توان به سرایت بیماری از طریق مصرف تزریقی مواد مخدر مربوط دانست، زیرا درصد کارگران جنسی که مواد مخدر تزریق می‌کنند مشخص نشده است. هرچند با فقدان داده‌های منظم یا قابل اعتماد روبه‌رو هستیم، گزارش‌های تهیه شدن در آلبانی بیانگر آن است که تعداد افرادی که به اچ‌آی‌وی آلوده شده‌اند در سال ۲۰۰۰ به میزان ۱۰۰٪ افزایش یافته است که اکثریت آنها زنانی بودند که برای فحشا به خارج قاچاق شده بودند (هزیزای و دیگران، ۲۰۰۲).

شیوع بالای STI در کل جمعیت و به ویژه در میان کارگران جنسی، نشان‌دهنده وجود این زمینه و قابلیت برای سرایت اچ‌آی‌وی از طریق جنسی بر اثر تماس جنسی میان کارگران جنسی و شرکای جنسی آنها (هم مشتریان و هم شرکای جنسی رایگان) است.

تا به امروز، اچ‌آی‌وی با سرعت بیشتری میان معتادان تزریقی گسترش یافته است تا کارگران جنسی، به ویژه در مناطقی که در آنها نرخ مصرف تزریقی مواد مخدر میان کارگران جنسی نسبتاً پایین بوده است. مطالعات چندین شهر در روسیه طی دهه گذشته نشان می‌دهد که شیوع اچ‌آی‌وی میان معتادان تزریقی می‌تواند ظرف مدنی کمتر از دو سال از تقریباً هیچ به نزدیک به ۵۰٪ یا بیشتر افزایش یابد.<sup>۱</sup> افزایش‌هایی در زندان‌ها نیز مشاهده

<sup>۱</sup> طبق گزارش ۲۰۰۲ یون‌دی‌پی، اچ‌آی‌وی و مصرف تزریقی مواد مخدر: چالشی تازه در مقابل توسعه پایدار انسانی. قابل تهیه به صورت آنلاین در نشانی:

شده است که در آنها مصرف تزریقی مواد مخدر و روابط جنسی حفاظت نشده رایجند. برای مثال، در روسیه، شیوع اچ‌آی‌وی در زندان‌ها طبق گزارش از ۱۹۹۶ تا ۲۰۰۳ بیش از ۳۰ برابر شده است (راشچوپکین، ۲۰۰۳).

این داده‌ها به طور کلی نشان می‌دهند که شیوع اچ‌آی‌وی ظاهراً در میان کارگران جنسی کمتر از اعضای برخی از دیگر گروه‌های پرخطر منطقه است. با وجود این، شیوع اچ‌آی‌وی میان کارگران جنسی هنوز کاملاً قابل توجه است و در بسیاری از نقاط در حال افزایش است. تا سال ۱۹۹۹، بخش کالینینگراد در روسیه تنها جایی بود که نسبت قابل توجهی (۸۰٪-۴۰٪) از کارگران جنسی آن به اچ‌آی‌وی آلوده شده بودند (مومت و دیگران، ۱۹۹۷). در این اواخر، همان‌طور که در جدول ۶ پیوست‌ها دیده می‌شود، گسترش اچ‌آی‌وی در چندین شهر دیگر اروپای مرکزی و شرقی و آسیای مرکزی نیز در میان گروه‌های کارگران جنسی مستند شده است. مطالعات محدودی که میان کارگران جنسی مسکو و سن پترزبورگ در روسیه و دونستک، اوکراین، انجام گرفته است، میزان شیوع اچ‌آی‌وی را حدود ۱۵٪ گزارش کرده‌اند. در تحقیق دیگری در ایروان، ارمنستان، تقریباً ۸٪ از کارگران جنسی که مورد آزمایش قرار گرفتند، اچ‌آی‌وی مثبت از کار درآمدند. در سن پترزبورگ و ایروان، اکثریت کارگران جنسی که آزمایش اچ‌آی‌وی آنها مثبت بود، معتاد تزریقی بودند و این در حالی است که میان نمونه کوچکی از زنان که در مسکو مورد آزمایش قرار گرفتند، شیوع اچ‌آی‌وی از نظر اینکه آیا کارگر جنسی مواد مخدر تزریق کند یا نکند، تفاوت معناداری با یکدیگر نداشتند (دهنه و کایشچا، ۲۰۰۰).

شواهدی حاکی از قابلیت سرایت جنسی اچ‌آی‌وی از کارگران جنسی معتاد تزریقی به مشتریان یا شرکای جنسی‌شان وجود دارد. یک تحقیق پیمایشی از معتادان تزریقی ( $n=426$ ) در تاگیلاتی، روسیه، نشان داد که نیمی از زنان معتاد تزریقی به کار جنسی مشغول بودند (رودس و دیگران، ۲۰۰۲). در حالی که میزان شیوع اچ‌آی‌وی میان کارگران جنسی معتاد تزریقی و معتادان تزریقی که کارگران جنسی نبودند، تفاوتی نداشت (به میزان حدود ۶۰٪)، اما وضعیت STI در جامعه نمونه به میزان قابل توجه به وضعیت معتادان تزریقی که به کار جنسی مشغول بودند، شباهت بیشتری داشت (۵۷٪) تا به معتادان تزریقی که به کار جنسی مشغول نبودند (۱۷٪)، با میزان  $p < 0.0001$  و این به‌رغم آن بود که ۸۶٪ از کارگران جنسی از استفاده مداوم از کاندوم خبر می‌دادند (پلت و دیگران، ۲۰۰۴). به همین ترتیب، تحقیق پیمایشی به عمل آمده در سن پترزبورگ در مورد زنان معتاد تزریقی که در برنامه تعویض سوزن و سرنگ شرکت داشتند، نشان داد که ۲۸٪ از کسانی که مورد آزمایش قرار گرفته بودند، سیفیلیس داشتند (۹۹ از ۲۸۵) و اینکه کارگران جنسی ۹ برابر بیشتر احتمال داشت که آزمایش سیفیلیس آنها مثبت باشد تا زنانی که به کار جنسی مشغول نبودند (کاراپتیان و دیگران، ۲۰۰۲).

در جدول ۵ پیوست‌ها، مطالعات منتخبی درباره شیوع STI در میان نمونه‌هایی از کارگران جنسی در سراسر منطقه ارائه شده است. در روسیه، میزان شیوع STI میان کارگران جنسی سن پترزبورگ و مسکو تقریباً مشابه و

به ترتیب، ۳۳٪ و ۳۵٪ بودند (بوریسکو و دیگران، ۱۹۹۹، کورووا و دیگران، ۱۹۹۸). تحقیقی پیمایشی که در قزاقستان انجام گرفت، به نرخ دو برابری (۷۰٪) دست یافت (ژوسویف، ۲۰۰۰). اما هم روسیه و هم قزاقستان از نرخ‌های بی‌نهایت بالای STI میان کل جمعیت برخوردارند. در دو کشوری از منطقه که با شیوع نسبتاً پایین STI در کل جمعیت مواجه بودند، یعنی تاجیکستان و استونی، میزان شیوع میان کارگران جنسی به ترتیب ۷٪ و ۵٪ به دست آمد (کورمانووا، ۲۰۰۰، دهنه و کوبیشچا، ۲۰۰۰). یک استثنا برای این عوامل هماهنگی را می‌توان در لتونی مشاهده کرد که در آن، در یک تحقیق پیمایشی از ۱۰۸۰ کارگر جنسی، معلوم شد که این گروه به سطوح بالایی از بیماری سوزاک (۴۹٪)، سیفلیس (۱۷٪) و تریکومونا (۵۸٪) مبتلا هستند و این به‌رغم این واقعیت است که میزان شیوع STI در کل جمعیت نسبتاً پایین است (کورووا و دیگران، ۱۹۹۸).

جدول ۶ در پیوست‌ها برآوردهای شیوع اچ‌آی‌وی، هپاتیت سی و سیفیلیس میان کارگران جنسی و کارگران جنسی معتاد تزریقی را که در برنامه‌های کاهش آسیب در سراسر منطقه شرکت می‌کنند، جمع‌بندی کرده است. این داده‌ها نشان‌دهنده شیوع بالای هر سه عفونت میان کارگران جنسی روسیه هستند (به ویژه سن پترزبورگ، که در آن برآورد شده است ۴۸٪ از کارگران جنسی خبابانی به اچ‌آی‌وی مبتلا هستند). مهم است که توجه کنیم که گزارش‌های پروژه‌ها سرخ روشنی به دست نمی‌دهد که مشخص کنیم آیا کارگران جنسی پاسخ‌دهنده به پرسشنامه‌ها معتاد تزریقی بوده‌اند یا نه. گذشته از این، اغلب گزارش‌ها به ما نمی‌گویند که آیا برآورد میزان شیوع بر نتایج خودگفته استوار هستند یا بر آزمایش‌هایی که توسط پروژه‌ها انجام گرفته‌اند.

در پاولودار قزاقستان، تصور بر این است که ۱۲٪ از کارگران جنسی، اچ‌آی‌وی و ۳۰٪ هپاتیت سی داشته باشند که نشان می‌دهد کارگران جنسی به رفتارهای تزریقی و جنسی پرخطر اقدام می‌کنند. در سر دیگر طیف، هیچ‌گونه مورد اچ‌آی‌وی در میان مشتریان پروژه‌های مطالعه شده در زاگرب (کرواسی)، زنیکا (بوسنی و هرزگوین) و در دو شهر بلغارستان (بورگاس و پلوودیو) گزارش نشده است.

## ۲-۹ کار جنسی و مصرف تزریقی مواد مخدر

گزارش‌هایی که از تحقیق پیمایشی پروژه‌های کاهش آسیب تهیه شده است، نشان دادند که بخش بزرگی از کارگران جنسی، به ویژه آنهایی که در خیابان‌ها کار می‌کنند، به مصرف مواد مخدر مشغولند. برآوردهای مربوط به روسیه نشان می‌دهد که ۲۴٪ از کارگران جنسی مشتری این پروژه‌ها در نیژنی نوگورود، ۴۷٪ در کراسنویارسک، ۸۰٪ در بارنال و ۹۵٪ در سن پترزبورگ مواد مخدر تزریق می‌کنند. در بالاکووو، یکی از پروژه‌های محلی کاهش آسیب، برآورد کرد که ۲۹٪ از کارگران جنسی در عوض روابط جنسی مواد مخدر قبول می‌کردند. یک تحقیق مجزا در سن پترزبورگ برآورد کرد که حدود ۱۱,۱۰۰ معتاد تزریقی زن در این شهر وجود دارد که در عین حال کارگر جنسی نیز هستند. (بیناچ و دیگران، ۲۰۰۴).

در دولت‌های بالتیک، یکی از پروژه‌ها چنین برآورد کرد که ۸۰٪ از کارگران جنسی خیابانی مواد افیونی خانگی، هروئین یا افدرین تزریق می‌کرده‌اند. در تالین، استونی، نسبت‌های پایینی گزارش شد که در آنها برآورد می‌شد که ۱۴٪-۱۰٪ از کارگران خیابانی سازمان یافته آمفتامین تزریق کنند.

طبق داده‌های حاصل از پروژه، فواصل تزریق مواد مخدر میان کارگران جنسی در منطقه جنوب شرقی اروپا متفاوت بوده است. پروژه‌ای در زنیکا واقع در بوسنی و هرزگوین، گزارش داد که ۸٪ از مشتریان، هروئین یا متادون تزریق می‌کرده‌اند. این نسبت مشابه با همان نسبت‌هایی است که پروژه‌های مربوط به شهرهای زاگرب و ریچکا در کرواسی گزارش دادند که در آنها تصور بر این بود که ۱۱٪-۴٪ از مشتریان پروژه‌ها هروئین تزریق می‌کنند. در این ضمن، در سترومیکای مقدونیه، تقریباً ۵۰٪ از مشتریان پروژه‌ها طبق گزارش هروئین یا متادون تزریق می‌کرده‌اند. در بلغارستان، برآوردهای تزریق مواد مخدر میان کارگران جنسی از ۵٪ در پلودویو تا ۱۲٪ در وارنا و ۴۰٪ در صوفیه متفاوت بوده است و هروئین رایج‌ترین ماده مخدر تزریقی در کل این سه شهر به شمار می‌آمده است.

در آسیای مرکزی نیز هم‌پوشانی بالایی میان مصرف مواد مخدر و کار جنسی گزارش شده است. در دوشنبه، تاجیکستان، تصور بر این بود که ۷۴٪ از کارگران جنسی هروئین یا مواد افیونی خانگی تزریق می‌کنند و این در حالی است که ۲۲٪ از کارگران جنسی که در ارتباط با پروژه‌ای در تاشکند، ازبکستان، قرار داشتند، مواد مخدر تزریق می‌کردند. در قزاقستان، برآوردها از ۲۲٪ در شیمکنت تا ۶۰٪ در کاستانای متفاوت بود.

دیگر ادبیات منتشره داده‌های اغلب پروژه‌ها را تأیید می‌کنند که یکی از ویژگی‌های اصلی کار جنسی در منطقه، پیوند نزدیک آن با مصرف تزریقی مواد مخدر است. گزارشی در ساراتوف روسیه برآورد می‌کرد که حدود ۳۵٪ از کارگران جنسی معتاد تزریقی بوده‌اند (دهنه و کوبیشچا، ۲۰۰۰). در نیکولایف اوکراین، طبق گزارشی که در سال ۲۰۰۰ منتشر شد، برآورد شده بود که ۸۰٪ از کارگران جنسی خیابانی معتاد تزریقی بوده‌اند (UNAIDS، ۲۰۰۰). به همین ترتیب، در یک تحقیق پیمایشی از کارگران جنسی خیابانی در کالینینگراد روسیه که در ارتباط با یک برنامه بازتوانی انجام گرفت، ۹۰٪ از کسانی از آنها سؤال شد، مواد مخدر تزریق می‌کردند و سن نخستین تزریق آنها بین ۱۴ تا ۱۷ سال متغیر بود (دریزین، ۲۰۰۰). در لیتوانی، ۱۱٪ (n=۹۶) کارگران جنسی خیابانی و کارگران جنسی که در خانه‌ها و مراکز کار می‌کنند و از آنها نظرخواهی شد، اظهار می‌کردند که مواد مخدر تزریق می‌کنند (یونیسف، ۲۰۰۱).

برآوردهای پروژه‌ها در مورد فاصله و دفعات تزریق مواد مخدر میان کارگران جنسی در جدول ۸ پیوست‌ها خلاصه شده است.

## ۲-۱۰ رفتارهای پرخطر در تزریق مواد مخدر

کارگران جنسی که مواد مخدر تزریق می‌کنند، بدون شک نسبت به همتاهایشان که مواد مخدر استفاده نمی‌کنند، در خطر بیشتر دچار شدن به عوارض منفی سلامت قرار دارند. این خطرات شامل مصرف بیش از حد، احتمال بیشتر ابتلا به اچ‌آی‌وی و دیگر بیماری‌هایی که از طریق خون انتقال می‌یابند، از طریق استفاده مشترک از سوزن/سرنگ و نیز انتقال آنها از طریق روابط جنسی و آسیب‌پذیری‌های متعدد مرتبط با آزار پلیس و خشونت از سوی مشتریان می‌شوند. تحقیقی که در توگلیاتی، روسیه، انجام گرفت، نشان داد که کارگران جنسی معتاد تزریقی بیشتر از زنان معتاد تزریقی که کار جنسی نمی‌کنند یا مردان معتاد تزریقی، احتمال دارد که با سوزن یا سرنگ استفاده شده به تزریق بپردازند. آنها همچنین بیشتر احتمال دارد که هر روز به تزریق بپردازند (پلت و دیگران، ۲۰۰۵). در سن پترزبورگ، تحقیقی درباره ۱۰۰ معتاد تزریقی زن نشان داد که ۳۷٪ آنها در ازای دریافت پول یا مواد مخدر به روابط جنسی تن داده‌اند و اینکه ۴۴٪ در چهار هفته گذشته از وسایل تزریق مشترک استفاده کرده بودند (بیناچ و دیگران، ۲۰۰۴).

داده‌های برگرفته از پروژه‌هایی که برای این گزارش مورد بررسی قرار گرفتند، همچنین نشان‌دهنده سطوح بالایی از رفتارهای پرخطر تزریقی است. در کراسنویارسک، روسیه، ۱۰۰٪ کارگران جنسی از استفاده مشترک از لوازم و متعلقات مشترک تزریق خبر دادند و ۷۱٪ تأیید کردند که یک زمانی از سوزن یا سرنگ مشترک استفاده کرده‌اند ( $n=638$ ). در سن پترزبورگ، ۴۴٪ از نمونه‌ای از کارگران جنسی (نامعلوم  $n$ ) تأیید کرده‌اند که دست کم گهگاه با استفاده از یک سوزن یا سرنگ استفاده شده مواد مخدر تزریق کرده‌اند. در ویلنیوس، لیتوانی، بیرون کشیدن مواد افیونی از یک ظرف مشترک به همراه تزریق به کمک سوزن‌ها و سرنگ‌های مشترک امر رایجی بوده است.

یک گزارش ارزیابی سریع از صربستان و مونته‌نگرو نیز از وجود رفتارهای پرخطر تزریقی میان کارگران جنسی معتاد تزریقی حکایت داشت. از ۲۲٪ کارگران جنسی شرکت‌کننده در ارزیابی ( $n=116$ ) که در آن زمان مواد مخدر تزریق می‌کردند، ۸۰٪ از استفاده مشترک از وسایل تزریق خبر دادند. در بلغراد، کلیه کارگران جنسی ۱۵ تا ۱۹ سال که مواد مخدر تزریق می‌کردند، اظهار داشتند که از وسایل تزریق مشترک استفاده می‌کنند (رودس و دیگران، ۲۰۰۴). داده‌های پروژه‌ها از بلغراد نشان داد که ۲۰٪ از کارگران جنسی معتاد تزریقی با سوزن‌ها و سرنگ‌های استفاده شده تزریق می‌کنند.

وضعیت در آسیای مرکزی نیز طبق گزارش‌های پروژه‌ها مشابه است. در تاجیکستان، ۹۶٪ از مشتریان پروژه‌ها، حتی هنگامی که از خطر عفونت اچ‌آی‌وی مطلع بودند، از تزریق با سوزن‌ها و سرنگ‌های مشترک خبر داده‌اند. در قزاقستان، تا ۷۰٪ کارگران جنسی از استفاده مشترک از لوازم و وسایل تزریق با مشتریان‌شان و میان خودشان

خبر داده‌اند. پروژه‌ای در شهر قزاق کاستانای نشان داد که مصرف بیش از حد مواد مخدر در این شهر امری عادی است.

## ۲-۱۱ کار جنسی و استفاده از کاندوم

برای اغلب کارگران جنسی، از جمله آنهایی که مواد مخدر تزریق نمی‌کنند، عمده‌ترین شیوه بالقوه انتقال اچ‌آی‌وی از طریق روابط جنسی حفاظت نشده است. استفاده از کاندوم می‌تواند به میزان چشمگیری این خطر را کاهش دهد. با وجود این، مطالعات بیانگر آنند که استفاده از کاندوم میان کارگران جنسی در منطقه به صورت دمدمی انجام می‌گیرد و به طور عمده تحت تأثیر محیط سازمانی کار جنسی قرار دارد. محققان در روسیه متوجه شده‌اند که کارگران جنسی که از طریق هتل‌ها یا مؤسسات فعالیت می‌کنند، در مورد فعالیت جنسی آموزش دیده‌تر هستند و برای چانه‌زدن بر سر استفاده از کاندوم در موقعیت بهتری از کسانی قرار دارند که در خیابان فعالیت می‌کنند (پلاتوشینا و چایکا، ۱۹۹۵، کونگوروف و دیگران، ۱۹۹۹، دهنه و کوبیشچکا، ۲۰۰۰، ایدز اینفوشر، ۲۰۰۱). تحقیقی در ریگای لتونی نشان داد که اطلاع از ضرورت استفاده از کاندوم میان کارگران جنسی که در ایستگاه‌های قطار و در خیابان‌ها کار می‌کنند، همچنان پایین است و اینکه اغلب آنها به خدمات سلامت سر نمی‌زنند (کورووا و دیگران، ۱۹۹۸).

در چندین تحقیق ارزیابی سریع، افرادی که خدمات در اختیار کارگران جنسی در آسیای مرکزی قرار می‌دادند نیز از استفاده نامنجم از کاندوم میان مشتریان خود خبر دادند (کورمانووا، ۱۹۹۹، کورمانووا، ۲۰۰۰، شونینگ و بوزوروکوف، ۱۹۹۹، اوستوگلز، ۲۰۰۱). در کاراگاندای قزاقستان، پاسخ‌دهندگان چنین تخمین زدند که استفاده منظم از کاندوم میان مشتریان آنها میان ۳۰٪ و ۴۰٪ بوده است. در قزاقستان، گزارش‌ها بیانگر آن است که اکثریت مشتریان مرد از استفاده از کاندوم خودداری می‌کنند (توماس، ۱۹۹۶). یک ارزیابی از کارگران جنسی در شیمکنت، نشان داد که ۷۵٪ به طور منظم از کاندوم استفاده نمی‌کردند (رودینا و والیه‌وا، ۲۰۰۲).

در برخی شهرها و کشورها، دسترسی به کاندوم، محدود است یا تأمین آن به طور منظم دشوار است. عوامل اقتصادی گوناگون نیز ظاهراً بر استفاده کارگران جنسی از کاندوم تأثیر دارند. برای مثال، در ترکمنستان، می‌توان به رایگان از پلی‌کلینیک‌ها کاندوم تهیه کرد، اما این امکان تنها برای اشخاصی وجود دارد که به عنوان استفاده‌کننده از این خدمات ثبت‌نام کرده‌اند (کورمانووا، ۱۹۹۹).

داده‌های به دست آمده از پروژه‌ها نشان داد که کارگران جنسی خیابانی در سراسر منطقه همیشه آماده‌اند در عوض پول اضافی بدون استفاده از کاندوم کار کنند. دلایل دیگر شامل فشار از سوی مشتریان که گاه با خشونت نیز همراه می‌شود، سطوح پایین آگاهی از خطرات ابتلا به اچ‌آی‌وی و اس‌تی‌آی، به ویژه میان کارگران جنسی جوان و آنهایی است که در خیابان‌ها به کار مشغولند، اثرات استفاده از مواد مخدر در

تصمیم‌گیری‌های غیرهوشیارانه و فقدان حمایت هم‌تایان در میان کارگران جنسی از لحاظ تقویت استفاده از کاندوم است.

تعدادی از مطالعات منتشر شده نیز به استفاده گهگاهی از کاندوم در رابطه با شرکای جنسی رایگان پرداخته‌اند. برای مثال، مصاحبه‌های عمیق با ۲۰۰ کارگر جنسی در بلغارستان به این نتیجه رسیدند که استفاده از کاندوم در رابطه با مشتریان، مرتب و پیوسته اما در رابطه با دوست‌پسرها و شرکای جنسی تصادفی، نامنظم یا گهگاهی بوده است (چودومیرووا و دیگران، ۱۹۹۷). به همین ترتیب، یک تحقیق پیمایشی درباره کارگران جنسی در گرجستان از نسبت‌های بالای استفاده از کاندوم در رابطه با مشتریان، اما نه در رابطه با شرکای جنسی منظم رایگان، خبر داد. در آن تحقیق، ۷۲٪ از پاسخ‌دهندگان اظهار داشتند که همیشه در رابطه با مشتریان از کاندوم استفاده می‌کنند و ۹۵٪ اظهار داشتند که در رابطه با آخرین مشتری از کاندوم استفاده کرده‌اند. اما تنها ۱۸٪ اظهار کردند که در آخرین رابطه جنسی خود با شریک جنسی منظم رایگان خود از کاندوم استفاده کرده‌اند (ستویلیا و دیگران، ۲۰۰۳).

## ۲-۱۲ مهاجرت داخلی و خارجی در زمینه کار جنسی

تقریباً کلیه پروژه‌هایی که برای تهیه این گزارش مورد بررسی و مطالعه قرار گرفتند، اعلام می‌کردند که بخش قابل توجهی - اغلب بیش از نیمی - از مشتریانشان مهاجرینی از مناطق روستایی، شهرهای منطقه‌ای یا کشورهای دیگر در این منطقه هستند. مهاجرین معمولاً بیشتر از بومیان محتمل است که در مقابل آزار و اذیت و سوءاستفاده از سوی ارگان‌های مسؤل و مشتریان آسیب‌پذیر باشند، اغلب به این دلیل که تمایلی به گزارش خشونت‌های اعمال شده علیه خود ندارند (آنها ممکن است مهاجرین غیرقانونی باشند) یا با محیط خود آشنا نیستند. انزوای آنها ممکن است با فقدان حمایت خانواده یا شبکه حمایت اجتماعی تشدید شود که در عین حال ممکن است امکان بی‌خبری آنها از وجود این خدمات، نظیر پروژه‌های کاهش آسیب را که ممکن است در اختیار آنها قرار داشته باشند، افزایش دهد. در بسیاری مناطق، درصد نامتناسبی از کارگران جنسی، از زنانی تشکیل می‌شوند که از گروه‌های قومی منزوی شده و به حاشیه‌رانده شده اجتماعی و اقتصادی برخاسته‌اند، نظیر کولی‌ها در چندین کشور اروپای مرکزی و شرقی یا از کشورهای فقیر همسایه مهاجرت کرده‌اند (زنان آسیای مرکزی که در روسیه و اروپای مرکزی کار می‌کنند).

در اغلب کشورهای منطقه، زنان از مناطق روستایی فقیر مهاجرت می‌کنند، چند ماهی کار می‌کنند و با پولی که به دست می‌آورند به خانه‌شان بازمی‌گردند (لاخومالانی، ۱۹۹۷، پلت، ۱۹۹۸، لوزوا و ناشخوئف، ۱۹۹۹، دهنه و کوییشچوا، ۲۰۰۰، ایدز اینفوشر، ۲۰۰۱، نسخویف، ۲۰۰۲). این الگو در داده‌های پروژه بازتاب یافته است که تعداد زیادی از کارگران جنسی در پایتخت‌ها را بررسی کرده‌اند. گزارش‌های پروژه‌ها بیانگر آنند که بین ۳۰,۰۰۰ و ۱۵۰,۰۰۰ کارگر جنسی در مسکو، دست کم ۲۰,۰۰۰ نفر در سن پترزبورگ، ۲۰,۰۰۰-۱۰,۰۰۰ در



مینسک، بلاروس، ۸,۰۰۰-۷,۰۰۰ در ایروان، ارمنستان و ۶,۰۰۰ در تاشکند، ازبکستان به کار مشغول بوده‌اند (به جدول ۷ در پیوست‌ها مراجعه کنید). پروژه‌ها همچنین از نوسانات فصلی کار جنسی، به ویژه در شهرهای فقیری نظیر اودسا (اوکراین) و در پایتخت‌ها خبر داده‌اند. کار جنسی خیابانی در این منطقه نیز از تغییرات فصلی تأثیر می‌گیرد. به طور کلی در طول ماه‌های زمستان کار جنسی کمتر است.

در دوشنبه، تاجیکستان، از ۲,۷۲۵ کارگر جنسی ثبت شده در وزارت کشور، اکثریت آنها از مناطق روستایی برخاسته بودند (کورمانووا، ۲۰۰۰). تحقیقی گزارش داد که از ۱۳۰ کارگر جنسی که در مسکو تحت تحقیق پیمایشی قرار گرفتند، تنها ۹٪ مجوز رسمی اقامت برای این شهر داشتند (ایدز اینفوشر، ۲۰۰۱). مصاحبه‌های انجام گرفته با ۲۰۰ کارگر جنسی در بلغارستان ( $n=100$ ) نشان داد که ۵۰٪ کولی هستند، تقریباً ۲۵٪ خود را برای رفتن به خارج برای کار جنسی در آینده آماده می‌کردند و حدود ۵۰٪ در داخل بلغارستان برای کار جنسی به مهاجرت دست زده بودند (چودومیرووا و دیگران، ۱۹۹۷). گزارش پروژه‌ها از سکوپیه، مقدونیه، نشان داد که ۴۰٪ از کارگران جنسی کولی بوده‌اند. در این میان در صوفیه، بلغارستان، اکثریت کارگران جنسی یا کولی بودند یا از دیگر کشورهای اروپای جنوب شرقی آمده بودند.

اختلافات قومی اخیر و اقتصاد بی‌رونق در کشورهایی که سابقاً یوگسلاوی را تشکیل می‌دادند، عوامل مهم افزای مهاجرت و نیز افزایش شمار زنانی را که به کار جنسی می‌پردازند، تشکیل می‌دهد (یونیسف، ۲۰۰۱). هم‌زمان، قاچاق زنان، به ویژه در اروپای جنوب شرقی، در سراسر منطقه گسترش می‌یابد. در این زمینه، داده‌های قابل اعتمادی وجود ندارد، اما مطالعاتی که از آغاز این دهه انجام گرفته است، برآورد کرده‌اند که حدود ۳۰,۰۰۰ زن جوان از آلبانی به اروپای غربی قاچاق شده‌اند تا در صنعت جنسی به کار پردازند (یونیسف، ۲۰۰۱، هازیزای، ۲۰۰۲). گزارش‌های اخیر حکایت از آن دارد که بلغراد یکی از مراکز عمده ترانزیت قاچاق کارگران جنسی از اروپای شرقی به اروپای غربی است (رودس و دیگران، ۲۰۰۴).

در جدول ۹ پیوست‌ها برآوردهای پروژه در مورد نسبت کارگران جنسی که مهاجرند، جمع‌بندی شده است.

### ۳. مقررات قانونی کار جنسی و حقوق بشر کارگران جنسی

این بخش به طور خلاصه معاهدات و قرارهای بین‌المللی را که هدف از تدوین آنها تنظیم پاسخ‌های لازم به کار جنسی در سطوح بین‌المللی و ملی است یا می‌توان آنها را بر این پاسخ‌ها مؤثر دانست، جمع‌بندی می‌کند. این بخش همچنین به بحث دربارهٔ مسائل کلی‌تر مرتبط با حقوق بشر می‌پردازد، اطلاعات لازم دربارهٔ قاچاق ارائه می‌دهد، اشکال گوناگون تنظیم کار جنسی در کشورهای منطقهٔ اروپای مرکزی و شرقی و آسیای مرکزی، از ممنوعیت صریح تا مجاز دانستن آشکار کار جنسی را مد نظر قرار می‌دهد و نگاهی اجمالی به داده‌های منتشره و دست‌اول دربارهٔ موارد نقض حقوق بشر علیه کارگران جنسی می‌اندازد.

هر بحثی دربارهٔ حقوق بشر تنها هنگامی مفید است که برای رفع سوء تفاهم یک توضیح مهم به روشنی طرح و درک شود: در ابتدایی‌ترین سطح، قوانین و توافقنامه‌های حقوق بشر در صورتی که به اجرا درنیایند، تا حد زیادی بی‌ارزشند. کلیهٔ کشورهای منطقهٔ اروپای مرکزی و شرقی و آسیای مرکزی اگر نه همه، اغلب توافقنامه‌های بین‌المللی مربوطه را امضا کرده‌اند و روی کاغذ قوانینی ملی تصویب کرده‌اند که خودداری از اعطای حقوق اساسی هر فرد یا نقض آنها را ممنوع می‌کنند. اما در بسیاری از این کشورها، به ویژه کشورهایی که زمانی بخشی از اتحاد شوروی به شمار می‌آمدند، ساختارهای حقوق بشر و سازوکارهای اجرای آنها ضعیف و نابسندند یا به طور ساده نادیده گرفته می‌شوند. سوابق کلی حقوق بشری برخی دولت‌ها، به ویژه بلاروس، روسیه، ترکمنستان و ازبکستان، وحشتناک است و ممکن است در واقع به دلایل متعدد بدتر شود. در این کشورها و شمار حتی بیشتری از کشورهای منطقه، حقوق کارگران جنسی و دیگر گروه‌های منزوی شده و به حاشیه‌رانده‌شده‌ای نظیر معتادان تزریقی به طور مرتب لگدمال می‌شود، امری که عواقب قابل پیش‌بینی و هولناکی دارد.

معدودی در این امر تردید دارند که قوانین و توافقنامه‌های حقوق بشر به عنوان یک چارچوب ضروری هستند، چارچوبی که در متن آن باید مفاد حقوق بشری را به اجرا درآورد. با وجود این، انکار عملی این حقوق به روشنی نشان می‌دهد که تضمین اجرای جامع و هماهنگ این حقوق توسط همگان - به ویژه دولت‌ها، ارگان‌های ضابط قانون و ارائه‌دهندگان خدمات - اگر نه مهم‌تر، از اهمیت برابری با وجود خود چارچوب برخوردار است. پیگیرترین و پرشورترین حامیان معمولاً کسانی هستند که به طور مستقیم از این امر تأثیر گرفته‌اند. از این رو، یک استراتژی مهم برای کسانی که با کارگران جنسی کار می‌کنند آن است که توجه خود را بر خلق شرایط لازم برای بسیج اثربخش کارگران جنسی، معتادان تزریقی و دیگرانی که حقوقشان به طور مداوم نادیده گرفته یا نقض می‌شود، متمرکز کنند. هنگامی که بحث به اصلاح خط‌مشی و تغییر، حتی در کشورهای می‌رسد که به نظر متحجر و بلاانعطاف می‌رسند، این گروه‌ها بهترین حامیان خود هستند. کیفیت و

محدودهٔ ارائهٔ خدمات به کارگران جنسی نیز تنها هنگامی بهتر می‌شود که آنها- به صورت ایده‌آل با تشکیل ائتلاف‌هایی از افراد و سازمان‌های هم‌فکر و مددکار- بتوانند و بخواهند آنچه را که نیاز دارند و اینکه چرا اصلاحات نه تنها برای آنها، بلکه برای جامعه به طور کلی ضرورت دارد، تشخیص دهند. تضمین سلامت و رفاه برای کل جامعه به بهبود سلامت و حقوق آنهايي که بیش از همه در خطر قرار دارند، وابسته و موکول است.

### ۳-۱ معاهده‌های بین‌المللی

بسیاری از مسائلی که در این گزارش مورد بحث قرار گرفتند، به طور مستقیم یا غیرمستقیم از اعلامیه‌ها و استانداردهای گوناگون گرفته شده‌اند که عموماً در سراسر منطق مورد پذیرش قرار دارند و عموماً آنها را دارای ماهیتی همگانی می‌دانند که در مورد کلیهٔ افراد قابل اعمال هستند. آنها شامل حق دستیابی به عالی‌ترین استاندارد قابل حصول سلامت در رابطه با تمایلات جنسی، حق فرد به دستیابی به سلامت و برنامه‌ریزی خانواده، حق زندگی، آزادی، کمال و یکپارچگی و امنیت، حق اینکه کسی به شما تجاوز نکند و به لحاظ جنسی از شما بهره‌کشی نکند، حق اینکه شکنجه نبینید یا آماج بی‌رحمی، مجازات یا رفتار غیرانسانی یا تحقیرکننده قرار نگیرید، حق اینکه در معرض تبعیض جنسی قرار نگیرید، حق اینکه از حریم خصوصی برخوردار باشید، حق اینکه از تمامیت و انسجام جسمی برخوردار باشید و حق اینکه زندگی جنسی ارضاکننده و امنی را دنبال کنید.

چندین معاهده و دیگر اسناد مربوط به حقوق بشر، این حقوق را که قابلیت کاربرد همگانی را دارند، ایجاد و برقرار کرده‌اند. این معاهدات و اسناد با معدودی استثنا همگی توسط کلیهٔ کشورهای جهان، از جمله کشورهای منطقهٔ اروپای مرکزی و شرقی و آسیای مرکزی امضا شده‌اند. این توافقنامه‌ها عبارتند از اعلامیهٔ جهانی حقوق بشر سازمان ملل متحد، میثاق بین‌المللی حقوق مدنی و سیاسی، میثاق بین‌المللی حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی، و میثاق مربوط به برچیدن کلیهٔ اشکال تبعیض علیه زنان. دو توافقنامهٔ دیگر، کنوانسیون اروپا در مورد حقوق بشر (و پنج پروتکل آن) و کنوانسیون اروپا برای جلوگیری از شکنجه و رفتار و مجازات غیرانسانی و تحقیرکننده، در مورد کشورهای خارج از اروپا، از جمله آسیای مرکزی کاربرد ندارد.

مادهٔ ۱۲ میثاق بین‌المللی حقوق اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی و سیاسی حق برخورداری همگان از بالاترین استاندارد سلامت جسمی و روانی قابل دسترسی را به رسمیت می‌شناسد. گذشته از این، این میثاق رئوس کلی گام‌هایی را که باید توسط دولت‌های عضو برداشته شود تا بتوانند این حق را به طور کامل تحقق بخشند، ارائه کرده است، شامل اجرای تدابیری برای پیشگیری از گسترش بیماری و از بین بردن تبعیض در دسترسی به مراقبت‌های سلامت و درمان برای همگان. این میثاق سلامت جنسی و باروری را در این حق گنجانده است و مشوق برابری جنسیتی است. در این میثاق به طور مشخص از اچ‌آی‌وی/ایدز و اغلب بیماری‌های دیگر سخن

به میان نیامده است، اما بسیاری از تحلیل‌گران و سیاست‌گزاران معتقدند که این توافقنامه را باید به نحوی تفسیر کرد که شامل خدمات پیشگیری، درمان و مراقبت در مقابل اچ‌آی‌وی/ایدز به عنوان یک حق سلامت باشد.

همان‌طور که به طور مشخص در این توافقنامه و به طور ضمنی در بسیاری دیگر از کنوانسیون‌های بین‌المللی حقوق بشر نشان داده شده است، برای آنکه زنان و مردان حق خود را نسبت به سلامت اعمال کنند، حقوق باروری و جنسی برای آنها اهمیت اساسی دارد. این حقوق شامل آزادی انتخاب در مورد تعداد بچه‌ها و فواصل بچه‌آوری و اشکال جلوگیری، دسترسی پیوسته و بدون مانع به اطلاعات مربوط به خدمات باروری، حق حمایت در مقابل آزار جنسی و سوءاستفاده جنسی، حق برخورداری از یک زندگی جنسی ارضاکنده و حق حمایت در مقابل خشونت جنسی است.<sup>۱</sup> طبق "پلتفرم اقدام" که در چهارمین کنفرانس جهانی سازمان ملل متحد در مورد زنان، در ۱۹۹۵ در پکن، چین، به تصویب رسید، "حقوق بشری زنان شامل حق آنها برای داشتن کنترل بر موضوعات مرتبط با جنسیت آنها، شامل سلامت جنسی و باروری، به دور از اجبار، تبعیض و خشونت، و تصمیم‌گیری آزادانه و مسئولانه در مورد این موضوعات می‌شود".<sup>۲</sup>

اهمیت این حقوق را یک رأی بسیار مهم توسط تریبون بین‌المللی کیفری برای یوگسلاوی سابق، مورد تأکید و حمایت قرار داد که چنین حکم داد که تجاوزات جنسی شدید به طور ضمنی توسط مفاد قانون بین‌المللی حقوق بشر که از تمامیت جسمی انسان حراست می‌کند، ممنوع شده است (مدعی‌العموم در مقابل آنتو فوروندزیا، ۱۹۹۹). دادگاه بین‌المللی جنایی سپس عیناً همان کار را انجام داد و بردگی جنسی، فحشای اجباری، حاملگی اجباری، عقیم کردن اجباری، و دیگر اشکال خشونت جنسی را به عنوان جنایت علیه انسانیت یا جنایات جنگی تعریف کرد (قانون ژم دادگاه بین‌المللی کیفری).

هرچند هیچ‌یک از کنوانسیون‌های فوق‌الذکر به طور مشخص به کار جنسی نپرداخته‌اند، اما آنها به صورت نظری از کارگران جنسی به طور کلی حمایت می‌کنند، زیرا به طور عام و همگانی در مورد کلیه مردم اعمال می‌شوند.

کنوانسیون بین‌المللی عمده‌ای که به طور مستقیم به کار جنسی اشاره دارد، کنوانسیون جلوگیری از قاچاق اشخاص و بهره‌کشی از فحشای دیگران است که توسط سازمان ملل متحد در ۱۹۴۹ رسماً اعلام شد. ۷۵ دولتی که طرف امضای این کنوانسیون بودند (شامل اغلب کشورهای منطقه اروپای مرکزی و شرقی و آسیای مرکزی،

<sup>۱</sup> باید توجه داشت که سیاست‌گزاران و مسئولان دولتی در تعداد قابل ملاحظه‌ای از کشورهای سراسر جهان، به ویژه کشورهایی که از نظر فرهنگی محافظه‌کارند، لزوماً همه این حقوق را - بسته به اینکه چگونه تفسیر شوند - نمی‌پذیرند یا با آنها موافق نیستند. برای مثال، بسیاری از مردم سقط جنین را یکی از حقوق باروری می‌دانند، اما سقط جنین در بسیاری کشورها، از جمله برخی از کشورهای منطقه اروپای مرکزی و شرقی و آسیای مرکزی ممنوع است یا با آن مخالفت می‌شود.

<sup>۲</sup> اطلاعات بیشتر درباره چهارمین کنفرانس ملل متحد در مورد زنان را می‌توان به صورت آنلاین در نشانی زیر پیدا کرد:

نظیرآلبانی، آذربایجان، بلاروس، بوسنی و هرزگوین، بلغارستان، کرواسی، جمهوری چک، مجارستان، قرقیزستان، لتونی، مقدونیه، لهستان، رومانی، روسیه، اسلواکی، اسلوانی، تاجیکستان و اوکراین)<sup>۱</sup> می‌پذیرند که هر کسی را که اقدامات زیر را انجام دهد، مجازات کنند

- به منظور به فحشا کشیدن شخص دیگر، حتی با رضایت آن شخص، به پاندازی، فریب دادن یا از راه‌به‌در کردن او اقدام کند،
- از فحشای شخص دیگر، حتی با رضایت آن شخص، بهره‌کشی کند،
- به ایجاد فاحشه‌خانه یا مدیریت آن یا تأمین مالی آگاهانه آن یا شرکت در تأمین مالی آن اقدام کند، و
- آگاهانه ساختمانی را به منظور ایجاد فحشا اختصاص یا اجاره دهد.

نیات چارچوب‌های این کنوانسیون ممکن است کاملاً خیرخواهانه باشد، اما این توافقنامه از محدودیت‌های قابل توجه برخوردار است. از یک سو، هرچند به دشواری‌های ذاتی تنظیم فحشا مرضی‌الطرفین بزرگسالان اذعان می‌کند، اما تفاوت‌های میان فحشای اجباری و داوطلبانه را نمی‌پذیرد و از این رو، ریشه در این باور دارد که کار جنسی باید خاتمه یابد. این کنوانسیون در این رابطه در یک خطای بنیادی با برخی از دیگر توافقنامه‌های بین‌المللی، منطقه‌ای و ملی که برای حمایت از زنان طراحی شده‌اند، شریک است. بسیاری از پروتکل‌ها در اشتیاق فراوان خود به ممنوع یا محدود کردن رفتاری که ممکن است برای زنان خطرناک باشد، حق زنان را در این امر که برای امرار معاش چه کاری می‌توانند یا می‌خواهند انجام دهند، انکار کرده‌اند.

بسیاری از زنان مجبور به کار جنسی نیستند. آنها برعکس به دلایل متنوعی که ممکن است ارتباطی با خودکفایی اقتصادی، استقلال یا درماندگی و استیصال مالی نداشته باشد، این کار را انتخاب کرده‌اند. ممنوع کردن کار جنسی، چه به دلایل اخلاقی باشد یا سلامت، به طور کلی استراتژی مناسبی نیست و حتی ممکن است زیانبار باشد. حق بسیاری از زنان برای کار ممکن است محدود شود و ممنوع کردن این کار اغلب چنین رفتاری را بیشتر به اختفا خواهد راند و از این رو، سلامت کارگران جنسی را در مخاطره بیشتری قرار خواهد داد و توانایی آنها به حمایت از حقوقشان را محدودتر خواهد کرد. برای مبارزه با جرم و نابرابری اقتصادی و کمک به تضمین موفقیت تلاش‌های پیشگیری از اچ‌آی‌وی/ایدز، پذیرش و شناسایی تن‌فروشی به عنوان کار انتخابی یک فرد لازم است. در سال ۱۹۹۷، "کمیته مشورتی زنان آسیا اقیانوس آرام در مورد تن‌فروشی، بیانیه‌ای تصویب کرد که در آن فعالان حقوق بشر، دانشمندان و وکلا به دولت‌ها تأکید می‌کردند که "واقعیت زنانی که به تن‌فروشی

<sup>۱</sup> فهرست دولتهایی که این کنوانسیون را امضا کردند، می‌توان در نشانی زیر پیدا کرد:

مشغولند را به رسمیت بشناسند و تأیید کنند" و همه کاری که توسط زنان در صنعت جنسی انجام می‌شد را تحت عنوان "کار" تعریف کردند. در سال ۲۰۰۴، اعضای کمیته اروپایی حقوق زنان و برابری جنسیتی توافق کردند که از حقوق قانونی کارگران جنسی حمایت کنند و اعلام کردند که هر قانون تازه‌ای در مورد تن‌فروشی باید شامل این حقوق باشد.

متأسفانه چنین زبان فارغ از تعصبی از بسیاری از توافقنامه‌های بین‌المللی پرسروصدای حقوق بشر غایب است. مثال دیگر پیامدهای بالقوه منفی توافقنامه‌هایی که ظاهراً با نیت خیر نوشته شده‌اند (برای حقوق زنان) را می‌توان در پروتکل پیشگیری، ممانعت و مجازات قاچاق اشخاص سازمان ملل متحد مشاهده کرد. این کنوانسیون که در سال ۲۰۰۰ تصویب شد، تعریف روشن، شاخص و عامی از قاچاق انسان به دست داد. در ماده ۳، قاچاق انسان به صورت "به خدمت گرفتن، حمل، انتقال، مخفی کردن یا دریافت اشخاص، از طریق تهدید یا استفاده از زور یا دیگر اشکال اجبار، ربودن، فریب‌دادن، شیادی و تقلب، سوءاستفاده از قدرت یا موقعیت آسیب‌پذیر یا دادن یا گرفتن پول یا مزایا برای کسب رضایت یک شخص برای اعمال کنترل بر شخص دیگر، به منظور استثمار" تعریف شده است. محکوم کردن کار جنسی اجباری توسط این پروتکل در خور تحسین است. اما این سند برای تعریف تن‌فروشی غیراجباری یا اعلام ضرورت به رسمیت شناختن و حراست از حقوق بشری کارگران جنسی کاری نمی‌کند.

همچنین باید از کنوانسیون برجیدن کلیه اشکال تبعیض علیه زنان یاد کرد که یک معاهده عدم تبعیض گسترده است و مناسبت ویژه‌ای با این بحث دارد و دولت‌های طرف خود (از جمله کلیه کشورهای منطقه اروپای مرکزی و شرقی و آسیای مرکزی) را ملزم می‌کند از کلیه تدابیر مقتضی برای برجیدن موانع و تقویت شرایط لازم برای اینکه زنان بتوانند استعدادهای کامل خود را به صورتی برابر با مردان متحقق کنند، بهره‌گیرند. این کنوانسیون همچنین توجه ویژه‌ای مبذول مسئله قاچاق می‌کند و در ماده ۶ کلیه دولت‌های عضو را ملزم می‌کند "همه تدابیر مقتضی، از جمله قانون، را به خدمت بگیرند تا جلوی کلیه اشکال قاچاق زنان را بگیرند".

گذشته از این، توصیه عمومی ۱۹ در کنوانسیون برجیدن کلیه اشکال تبعیض علیه زنان دولت‌ها را فرامی‌خواند تا تدابیری برای مبارزه با خشونت‌های جنسیتی اتخاذ کنند که ممکن است به توانایی زنان برای دسترسی به حقوق بشری و آزادی‌های بنیادی‌شان - از جمله حق زندگی، حق اینکه تحت شکنجه، رفتار یا مجازات بیرحمانه، غیرانسانی یا تحقیرآمیز قرار نگیرند، حق حمایت قانون، حق آزادی و امنیت شخص، حق حمایت برابر تحت قانون و حق برخورداری از بالاترین استاندارد سلامت قابل حصول - لطمه نزنند. توصیه ۱۹ نیاز به حمایت ویژه "تن‌فروشان" را به دلیل آسیب‌پذیری ویژه آنها در مقابل خشونت، مورد تأیید قرار می‌دهد. در این میان، توصیه عمومی شماره ۲۴ کنوانسیون برجیدن کلیه اشکال تبعیض علیه زنان بر اهمیت این امر تأکید دارد که دولت‌ها به دقت عوامل تعیین‌کننده اجتماعی سلامت را مورد توجه قرار دهند و توجه ویژه‌ای مبذول نیازها و

حقوق سلامت زنانی کنند که به گروه‌های آسیب‌پذیر و محروم تعلق دارند، از جمله زنان مهاجر و زنانی که به کار جنسی اشتغال دارند.

سلامت و حقوق بشری رابطه‌ای دوطرفه دارند- تنها هنگامی می‌توان به حق سلامت دست یافت که افراد از توانایی دسترسی منسجم و عادلانه به مراقبت‌های سلامت برخوردار باشند و نیز بتوانند برای از میان برداشتن موارد نقض حقوق بشری تلاش کنند. این رابطه، همان‌طور که قبلاً گفته شد، بر اهمیت برچیدن ممنوعیت‌های قانونی علیه کار جنسی و تلاش برای کاهش انگ و تبعیض علیه آنهایی که به کار جنسی مشغولند، تأکید دارد. هر جا کار جنسی جرم باشد<sup>۱</sup>، نگرانی‌های کارگران جنسی دربارهٔ ایمنی، امنیت و سوءاستفاده جسمی و روانی در بخش‌های قانونی و سلامت عمومی جایی نخواهد داشت. هنگامی که فعالیت کارگران جنسی غیرقانونی باشد، آنها اغلب از هر گونه تماس با ضابطین قانون از ترس پیگیرد یا آزار اجتناب خواهند کرد. جرم‌زدایی از کار جنسی نخستین گام مهم برای اعمال اثربخش و جامع چارچوب حقوق بشر بین‌المللی در مورد کارگران جنسی خواهد بود.

یک توافقنامهٔ بین‌المللی دیگر که به کار جنسی مرتبط است، کنوانسیون بین‌المللی حمایت از حقوق کلیهٔ کارگران مهاجر و اعضای خانواده‌های آنهاست که در دسامبر ۱۹۹۰ به تصویب مجمع عمومی ملل متحد رسید و در ۲۰مین سالگرد تصویبش در سال ۲۰۰۳ به اجرا گذارده شد. هرچند این سند به طور مشخص از کارگران جنسی یا تن‌فروشی یاد نمی‌کند، تعریف وسیعی از یک کارگر مهاجر ارائه می‌دهد و میان کارگران مهاجری که قانوناً در کشور میزبان به کار مشغولند و آنهایی که در وضعیت‌های "غیرعادی" (غیرقانونی) به سر می‌برند، خط تمایز می‌کشد. این کنوانسیون کشورهای طرف امضای خود را موظف می‌کند برای کلیهٔ کارگران مهاجر، صرف‌نظر از وضعیت قانونی‌شان، مجموعهٔ منتخبی از حقوق اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی قائل شوند. کلیهٔ کارگران باید در رابطه با دستمزد و شرایط کار از تبعیض مصون باشند و از این حق برخوردار باشند که در اتحادیه‌های کارگری شرکت جویند. این توافقنامه را در این لحظه کشورهای زیادی امضا نکرده‌اند. در ژوئن سال ۲۰۰۵، تنها ۳۰ کشور در سراسر جهان به آن پیوسته یا آن را امضا کرده بودند، از جمله چهار کشور از منطقهٔ اروپای مرکزی و شرقی و آسیای مرکزی: آذربایجان، بوسنی و هرزگوین، قرقیزستان و تاجیکستان. اما سرانجام، توانایی کنوانسیون در کمک به حمایت از کارگران جنسی مهاجر به میزان زیادی در کشورهایی که در آنها کار جنسی قانونی است، تقویت خواهد شد.

برخی ناظران بر این باورند که حمایت بیشتر از حقوق کارگران جنسی از طریق اعلامیه‌ای در سطح سازمان ملل متحد، که تعریف کلی قابل قبولی از کار جنسی ارائه دهد و حقوق بشر بین‌المللی مرتبط با کار جنسی را شرح و

<sup>۱</sup> در اینجا و هر جای دیگر این گزارش، "جرم‌شردن" کار جنسی به منع مشخص و آشکار قانونی پیشنهاد یا گرفتن پول در عوض روابط جنسی اشاره دارد. برعکس، جرم‌زدایی به لغو یا نبود-قوانینی اشاره دارد که کار جنسی را جرم می‌شمارند.

توضیح دهد و دولت‌ها را فرابخواند تا از کار جنسی جرم‌زدایی کنند، قابل حصول خواهد بود. در این میان، دیگران بر این باورند که چنین استراتژی غیرلازم است، زیرا کنوانسیون برچیدن کلیه اشکال تبعیض علیه زنان و میثاق بین‌المللی حقوق اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی و سیاسی حمایت‌های کافی از کارگران جنسی به عمل می‌آورند، کافی است مفاد آنها به اجرا درآیند. آنها همچنین ابراز نگرانی می‌کنند که با توجه به جو سیاسی و اجتماعی تحقیرآمیز و اهانت‌آوری که در مورد کار جنسی وجود دارد، یک اعلامیه ویژه فراگیر و گسترده از سوی سازمان ملل متحد ممکن است در واقع زیان‌بخش باشد. به باور آنها، این اعلامیه احتمالاً ضعیف‌تر از آنچه مورد نظر است از کار درخواهد آمد و در نتیجه به حقوق مقرر شده توسط دو کنوانسیون موجود دیگر لطمه خواهد زد.

### ۲-۳ مقررات ملی کار جنسی تجاری

قوانین و خط‌مشی‌ها به شیوه‌های متنوع و متفاوتی به کار جنسی برخورد می‌کنند، از تنظیم خود کار جنسی فردی تا تلاش برای ممنوع کردن کار جنسی سازمان‌یافته. در بسیاری از کشورهای منطقه اروپای مرکزی و شرقی و آسیای مرکزی که در آنها خود کار جنسی جرم به شمار نمی‌رود، کار تن‌فروشی به دلیل محدودیت‌های ایجاد شده بر سازمان‌دادن، آگهی کردن و گذران کردن از طریق درآمدهای کار جنسی، عملاً غیرممکن است. اقداماتی که به نام این محدودیت‌ها انجام می‌گیرند، اغلب به بازداشت غیرقانونی، تلکه کردن و دیگر اعمالی که نقض حقوق کارگران جنسی است، منجر می‌شوند.

### ۲-۳(۱) تن‌فروشی فردی

مقررات مربوط به کار جنسی فردی از کشوری به کشور دیگر در منطقه اروپای مرکزی و شرقی و آسیای مرکزی تفاوت می‌کند. جدول ۱۹ پیوست‌ها مقررات و قوانین ملی کار جنسی، جرم‌های مرتبط با آن (دلالی روسپی، دایر کردن فاحشه‌خانه، شرکت در کار جنسی) و قاچاق زنان را به صورت خلاصه بیان کرده است. سه چارچوب قانونی اصلی برای کار جنسی فردی عبارتند از ممنوعیت صریح، فقدان تنظیم مقررات و مجاز دانستن صریح کار جنسی.

ممنوعیت صریح. تن‌فروشی فردی در اغلب کشورهای این منطقه غیرقانونی است (بیانگر یک جرم اداری یا کیفری است). در حالی که برخی کشورها تنها یک جریمه اداری برای تن‌فروشی وضع کرده‌اند، در دیگر کشورها، افرادی که به کار جنسی مشغولند با مسئولیت کیفری روبه‌رو هستند. در سه کشور آلبانی، رومانی و اوکراین، تن‌فروشی فردی یک جرم کیفری است. در کشورهای دیگر، از جمله ارمنستان، بلاروس، بوسنی و هرزگوین، کرواسی، لیتوانی، مقدونیه، مولداوی، روسیه، صربستان و مونته‌نگرو، ترکمنستان و ازبکستان،



تن فروشی فردی صریحاً ممنوع است و برای کسانی که به خاطر تن فروشی فردی تحت پیگرد قرار می گیرند، مسؤلیت اداری اعمال می شود.

فقدان مقررات قانونی. پاسخ دهندگان به تحقیق پیمایشی CEEHRN و کارشناسان یازده کشور- آذربایجان، جمهوری چک، استونی، گرجستان، قزاقستان، قرقیزستان، لهستان، اسلواکی، اسلوانی و تاجیکستان- اظهار داشتند که آنها از وجود قانونی در کشورهای خود که یا به طور صریح تن فروشی را ممنوع کند یا به طور صریح تن فروشی فردی را مجاز اعلام کند، بی خبرند. از این رو، کار جنسی را "بدون قاعده و مقررات" یا "جرم زدایی شده" می دانند.

مجاز دانستن و تحت قاعده و مقررات در آوردن کار جنسی فردی. در دو کشور منطقه، یعنی مجارستان و لتونی، کار جنسی فردی به صراحت و تحت برخی مقررات ویژه مجاز شمرده شده است.

همان طور که پیشتر متذکر شدیم، این امر اهمیت دارد که بپذیریم نبود ممنوعیت قانونی به معنای آن نیست که کارگران جنسی به طور منظم مورد سوءاستفاده قرار نگیرند، آزار نبینند و به صورتی که گویی این کار صریحاً ممنوع است، به زندان نیفتند. تحلیل اوضاع و احوال کشورها نشان می دهد که ممکن است هیچ گونه پیوند صریحی میان مقررات قانونی و روش های واقعی عمل پلیس در بسیاری نقاط وجود نداشته باشد. در حالی که در برخی کشورها که قوانین منع کننده تری دارند، ممکن است پلیس برخورد نسبتاً ملایمی با کارگران جنسی داشته باشد، در کشورهای دیگر وضعیت کاملاً متفاوت است: قوانین بیانگر تحت پیگرد قرار دادن کارگران جنسی نیستند، اما با وجود این با آنها با تندی و خشونت رفتار می کند.

جدیت و نظم اجرای قانونی ممکن است به نگرش های موجود در مورد کار جنسی در یک کشور و نیز پاسخ های سنتی توسط نیروهای پلیس وابسته باشد. برای مثال، بلاروس و مقدونیه را کشورهایی می شناختند که در آنها تن فروشی فردی ممنوع است. در هر دو کشور، تن فروشی را یک جرم جرحه به شمار می آوردند که باید با جریمه مجازات شود (قانون بزه های ارتكابی علیه نظم و آرامش عمومی جمهوری مقدونیه، ماده ۲۷، قانون اداری جمهوری بلاروس، ماده ۱۷،۵)، و این در حالی است که در مقدونیه تنها ۳۶ کارگر جنسی در سال ۲۰۰۲ مجازات شدند (داده های مربوط به سال ۲۰۰۳ از سوی وزارت کشور منتشر نشده است). این تفاوت واجد اهمیت است، حتی اگر این واقعیت را به حساب آوریم که کل جمعیت بلاروی پنج برابر بیشتر از مقدونیه است. آزار پلیس آشکارا تهدید بیشتری را متوجه کارگران جنسی در بلاروس می کند، وضعیتی که شدیداً مانع از تحقق تلاش های پیشگیری و مراقبت از اچ آی وی/STI میان آنها می شود و از این رو، حق آنها برای برخورداری از سلامت را محدود می کند. پاسخ دهندگان به تحقیق پیمایشی در بلاروس یادآور شدند که به خاطر وضعیت غیرقانونی کار جنسی تجاری و سرکوب و منع پلیس، این گروه در دستیابی به پیام های پیشگیری و کاندوم با دشواری بی نهایت زیادی مواجه است.

پاسخ‌دهندگان روسیه نشان دادند که هرچند تن‌فروشی یک جرم اداری یا مدنی به شمار می‌رود که با جرم مجازات می‌شود (قانون اداری فدراسیون روسیه، ماده ۶-۱۱)، این ماده به ندرت در رابطه با کارگران جنسی به اجرا درمی‌آید، زیرا پلیس اغلب در اثبات این امر که در ازای خدمات جنسی پول گرفته شده است، با دشواری مواجه است. اما در واقعیت، کارگران جنسی اغلب بر اساس دیگر مفاد قانونی که نقض نظم عمومی، لات‌بازی یا نداشتن مجوزهای اقامت را تحت پوشش قرار می‌دهند، به زندان می‌افتند یا دستگیر می‌شوند (همچنین به بوریس و ویلنا، ۲۰۰۲ مراجعه کنید).

وضعیت در کشورهای که در آنها کار جنسی فردی به صراحت تحت قاعده و مقررات درنیامده است، نظیر قرقیزستان، همیشه بهتر نیست. طبق نظر پاسخ‌دهندگان بومی در آن کشور، اقدامات آیین‌نامه‌ای (دستورالعمل‌ها و راهکارهای ارائه شده توسط وزارت کشور) و روش‌های واقعی اجرای قانون، اغلب با قانون و به ویژه در زمینه مجاز دانستن کار جنسی فردی تناقض دارند. پلیس به طور مرتب کارگران جنسی را در خیابان دستگیر می‌کند یا برای تلکه کردن، آنها را تهدید به دستگیری می‌کند. آنها اغلب به خاطر نقض ادعایی مقررات پاسپورت یا برهم زدن نظم عمومی بازداشت می‌شوند. چنین تهدیدات و آزارهایی همچنان توانایی کارگران جنسی و تمایل آنها به دستیابی به خدمات حیاتی سلامت، از جمله خدمات درمانی و خدمات کاهش آسیب را محدود می‌کند.

### ۳-۲ (۲) تن‌فروشی سازمان‌یافته (شامل دلالی روسپی و دایر کردن فاحشه‌خانه)<sup>۱</sup>

قوانین موجود در مورد تن‌فروشی سازمان‌یافته بسیار بازدارنده‌ترند، حتی در کشورهایی که در آنها خود تن‌فروشی کمابیش قانونی است (مجارستان و لتونی) یا تحت کنترل قرار ندارد. در کلیه کشورهای منطقه اروپای مرکزی و شرقی و آسیای مرکزی دلالی روسپی ممنوع است (این کار در روسیه یک جرم اداری و در کلیه کشورهای دیگر یک جرم کیفری است) و مجازات آن از جرم تا زندان متفاوت است (به جدول ۱۰ در پیوست‌ها برای اطلاع از جزئیات امر مراجعه کنید). به نظر می‌رسد که سیاست‌گذاران با این محدودیت‌ها موافقت می‌کنند. برای مثال، یک تحقیق پیمایشی که در سال ۲۰۰۳ میان ۶۳ کارشناس در روسیه انجام گرفت (مسؤلان ضابط قانونی، قانون‌گذاران، سیاست‌گذاران ارشد، متخصصان امور درمانی و غیره)، نشان داد که کلیه ۱۰ قانون‌گذاری که از آنها سؤال شده بود، با این امر که تن‌فروشی سازمان‌یافته باید غیرقانونی شود، موافقت داشتند (AIDS Inforshare، ۲۰۰۳).

به طور کلی، به نظر می‌رسد که بازارهای تن‌فروشی در کشورهای منطقه از الگوی مشابهی برخوردارند: تن‌فروشی محلی به ندرت به صورت فردی انجام می‌گیرد و اغلب اوقات توسط دلالان روسپی کنترل می‌شود. برخوردارهای خشن پلیس با کارگران جنسی به وابستگی فزاینده کارگران جنسی به طرف ثالث، نظیر یک دلال

<sup>۱</sup> برپا کردن فاحشه‌خانه به صورت ایجاد اماکنی دائمی برای کار تن‌فروشی، یافتن تن‌فروشان و استخدام کادر پشتیبان تعریف شده است.

روسی، کمک می‌کند تا مراقب باشد پلیس سر نرسد و در صورت بازداشت شدن یا دستگیر شدن کارگران جنسی برای آزادی آنها تلاش و مذاکره کند. تحقیقات در بلغارستان نشان داد که کمتر از ۵٪ از کارگران جنسی که از آنها نظرخواهی شد بدون وجود یک دلال فعالیت می‌کردند (آرسووا، ۲۰۰۰). تن فروشی فردی در آن کشور تحت کنترل و محدودیت نیست. اما نظیر دیگر بخش‌های این منطقه، دلالی روسی در بلغارستان یک جرم کیفری به شمار می‌رود و تا سه سال زندان و یک جریمه مجازات دارد. بنابراین، هرچند تن فروشی فردی فی‌نفسه غیرقانونی نیست، در واقع اغلب اوقات با مفاد قوانین کیفری به شدت محدود می‌شود.

گزارش‌هایی که از منطقه تهیه شده‌اند، نشان می‌دهند که صرف‌نظر از اینکه قانون چه بگوید، پلیس بسیار مشتاق‌تر است که به دنبال کارگران جنسی فردی بیفتد تا دلالان روسی را تعقیب کند. برای مثال، در بلاروس، که در آن کار جنسی فردی یک جرم اداری به شمار می‌آید و دلالی روسی یک جرم کیفری است، بیش از ۴,۰۰۰ نفر در سال ۲۰۰۳ به خاطر تن فروشی به پرداخت جریمه محکوم شدند و این در حالی است که تنها ۳۴۷ دلال روسی در آن سال متهم شدند (طبق گزارش وزارت کشور بلاروس). در این میان در بلغارستان، گزارش پلیس درباره سال ۲۰۰۰ نشان داد که در این کشور تنها یک دلال روسی طی ۱۰ سال قبل محکوم شده بود و حتی محکومیت همین فرد نیز معلق شد (آرسووا، ۲۰۰۰).

هرچند تأثیر مقرراتی که نگهداری فاحشه‌خانه را محدود می‌کنند نیازمند تحقیق و بررسی بیشتر است، تحقیقی در روسیه بیانگر آن است که عواقب ناخواسته جرم‌شمردن دایر کردن فاحشه‌خانه ممکن است از جمله شامل سطوح تحرک بالاتر در میان کارگران جنسی باشد (ماریتتر، ۲۰۰۰). این امر اغلب به معنای آن است که کارکنان پروژه‌های مربوط به کارگران جنسی و کاهش آسیب تماس خود را برای دوره‌های زمانی طولانی با مشتریان از دست بدهند، امری که مستقیماً ارائه اثربخش خدمات حیاتی سلامت، قانونی و خدمات دیگر به کارگران جنسی را کاهش می‌دهد (EFEW, 2003a). ممنوعیت صریح دایر کردن فاحشه‌خانه همچنین به معنای آن است که کارگران جنسی اغلب مجبور شوند برای کار، بیشتر به خیابان‌ها یا در اتومبیل‌های مشتریان روی آورند که سلامت و ایمنی آنها را بیشتر در مخاطره قرار می‌دهد و آنها را به آماج دسترسی آسان مأموران بالقوه فاسد و متجاوز پلیس تبدیل می‌کند.

### ۳-۲ (۳) قاچاق انسان به کشور

اغلب کشورهای منطقه برای قاچاق انسان‌ها مجازات کیفری اعمال می‌کنند، اقدامی که شامل درصد بالایی از زنانی می‌شود که به منظور کار جنسی قاچاق می‌شوند. برای مثال، کرواسی که به طور عمده کشور ترانزیت قاچاق انسان‌هاست، در سال ۲۰۰۲ یک طرح ملی برای جلوگیری از قاچاق انسان‌ها به اجرا گذارد. قانون کیفری کشور، بردگی (قانون کیفری جمهوری کرواسی، ماده ۱۷۵) نقل و انتقال غیرقانونی اشخاص در مرزهای کشور

(ماده ۱۷۷)، و تن فروشی بین‌المللی (ماده ۱۷۸) را ممنوع می‌کند - که شامل تن فروشی اجباری و فریب دادن فردی به تن فروشی در کشور دیگر می‌شود.

در جمهوری چک، که یک کشور مقصد، مبدأ و ترانزیت برای قاچاق انسان است، قاچاق انسان‌ها به منظور بهره‌کشی جنسی توسط قانون کیفری ممنوع شده است و این کار ممکن است از یک تا پنج سال زندان مجازات داشته باشد (قانون کیفری جمهوری چک، ماده ۲۴۶). اگر قاچاقچی بخشی از یک گروه سازمان‌یافته را تشکیل داده باشد که به قاچاق کودکان اقدام کرده باشد یا با هدف استعمار قربانیان برای تن فروشی مرتکب جرم و جنایت شده باشد، این محکومیت ممکن است به حداکثر هشت سال افزایش یابد (ماده ۲۴۶(۲)). طبق این ماده، فریب‌دادن، به خدمت گرفتن یا نقل و انتقال دادن یک فرد به یک کشور خارجی یا از آن به منظور روابط جنسی، قابل مجازات است.

در استونی، هیچ‌گونه قرار قانونی برای مجازات "قاچاق انسان‌ها" به عنوان یک جرم واحد وجود ندارد. با وجود این، مواد قانونی وجود دارند که در مورد فعالیت‌های گوناگون به کار می‌روند و به موضوع قاچاق می‌پردازند، از جمله "به بردگی گرفتن" (قانون کیفری استونی، ماده ۱۳۳)، "آدم‌ربایی" (ماده ۱۳۴) و "عبور غیرقانونی از مرز یک کشور" (ماده ۱۶).

این قوانین به طور کلی مورد حمایت سیاست‌گذاران و مدافعان حقوق بشر هستند. با وجود این، معدودی از کشورهای این منطقه در عمل قادر یا مایلند پاسخ درخوری به مشکل قاچاق انسان‌ها ارائه دهند. برای مثال، در کرواسی، تنها ۱۶ تن در سال ۲۰۰۲ به خاطر تن فروشی بین‌المللی محکوم شدند. در بوسنی و هرزگوین، که هم یک کشور مقصد و هم مبدأ برای قاچاقچیان انسان به شمار می‌رود، مسؤولان دولتی طبق گزارش کار چندانی برای حمایت از زنان در مقابل قاچاقچیان انجام نمی‌دهند و غالباً آنها را به بی‌میلی در ارائه شهادت متهم می‌کنند. طبق گزارش دیدبان حقوق بشر در سال ۲۰۰۲، حتی برخی از اعضای نیروی ضربت پلیس بین‌المللی نیز به خرید زنان از قاچاقچیان اقدام کرده‌اند. آنها را بعداً مجازات کردند که چیزی بیشتر از یک "پشت‌دستی" نبود (دیدبان حقوق بشر، ۲۰۰۲).

همچنین پیوند مستقیمی میان قوانین ملی که تن فروشی را در کشور مبدأ/مقصد ممنوع می‌کنند و ترس زن قاچاق‌شده از افشا شدن به عنوان کارگر جنسی وجود دارد. در سال ۲۰۰۲، کمیساریای عالی سازمان ملل در امور پناهندگان (UNHCR)، یونیسف و سازمان امنیت و همکاری اروپا تحلیلی در مورد روندهای قاچاق زنان در اروپای جنوب شرقی انجام دادند. این گزارش نتیجه‌گیری کرد که از آنجایی که تن فروشی در آلبانی، بوسنی و هرزگوین، مولداوی، رومانی و صربستان و مونته‌نگرو غیرقانونی بود، "تهدید به افشا شدن به عنوان یک تن فروش، یعنی مشارکت داشتن در یک فعالیت غیرقانونی، در کشور مقصد، در کنار ترس از خشونت و بدهکاری و حضور غیرقانونی در کشور، اثربخش‌ترین ابزارهای کنترل مورد استفاده قاچاقچیان هستند. این

ابزارها همچنین عمده‌ترین دلایل بی‌میلی زنان به تماس با ارگان‌های مسؤل به شمار می‌آیند. فساد پلیس محلی و دیگر ارگان‌های مسؤل و پیوندهای آنها با قاچاقچیان دلیل دیگر این امر به شمار می‌رود" (UNHCR، یونیسف، ۲۰۰۲).

### ۳-۲ (۴) کار جنسی کنترل شده

مجارستان و لتونی، دو کشور منطقه‌اند که از طریق برخی مواد قانونی و قرارها و تصمیمات دولتی کار جنسی را کنترل می‌کنند. از آنجایی که لزوماً نمی‌توانند اعلام کنند که کار جنسی قانونی است - این حرفه در فهرست حرفه‌هایی که رسماً در کشور ثبت شده است، قرار نمی‌گیرد - اصطلاح "تقریباً قانونی" یا "کنترل‌شده" دقیق‌تر است.

کار جنسی در لتونی از نوامبر ۱۹۹۸ تقریباً قانونی بوده است و این هنگامی است که هیئت وزرا مقررات شماره ۴۲۷ را تصویب کرد که "مقررات محدود کردن تن‌فروشی" نام گرفت (لاتویاس وستنیسیس، ۱۹۹۸). پیش از این تاریخ هیچ‌گونه موادی در قانون لتونی، که کار جنسی را کنترل کند، وجود نداشت. در آوریل ۲۰۰۱، مقررات ممتمی توسط هیئت وزیران به تصویب رسید. این مقررات اطلاعات ویژه‌ای ارائه می‌داد در مورد اینکه چگونه و چه زمانی عرضه خدمات جنسی باید محدود و کنترل شود.

در زیر خلاصه‌ای از این مقررات ذکر شده است:

- هرکس که بخواهد به کار جنسی بپردازد و بیش از ۱۸ سال داشته باشد، می‌تواند به یک پزشک STI تأییدشده مراجعه کند و یک "کارت سلامت" مورد تأیید وزارت رفاه دریافت کند. این کارت به افراد اجازه می‌دهد که در منطقه‌ای که به طور ویژه توسط دولت تعیین شده است، به کار بپردازند. در شهرها یا شهرک‌هایی که کمتر از ۲۰,۰۰۰ نفر جمعیت دارند، به دولت‌های محلی این اختیارات داده شده است که منطقه فعالیت کارگران جنسی را تعیین کنند. عرضه خدمات جنسی یا پذیرش کمیسیون برای آن در خارج از این مناطق تعیین شده ممنوع است. خدمات جنسی نمی‌تواند در آپارتمان یا خانه‌ای عرضه شود، مگر اینکه این مکان به فرد تن‌فروش یا مشتری او تعلق داشته باشد یا نباید در آپارتمان یا فضای دیگری انجام گیرد که در آن یک فرد صغیر حضور داشته باشد یا ساکنان آن به این فعالیت معترض باشند.
- خدمات جنسی را نمی‌توان از طریق رسانه‌های جمعی - از جمله اینترنت یا مطبوعات (به استثنای نشریاتی که ماهیت شهوت‌برانگیز دارند) عرضه یا برای آنها تبلیغ کرد. همچنین نمی‌توان آنها را طریق مشارکت اشخاص دیگر عرضه یا برای آنها تبلیغ کرد.

- کارگران جنسی موظفند همه ماهه معاینه پزشکی بشوند. وزارت رفاه مشخص می‌کند که معاینات و آزمایش‌ها شامل چه مواردی باشند. هر گونه اطلاعات مربوطه - نظیر وضعیت STI و سیر درمان آن - در کارت سلامت فرد تن فروش توسط متخصص مورد تأیید بیماری‌های پوستی - مقاربتی درج می‌شود.
- کار تن فروشی توسط افرادی که اچ‌آی‌وی/ایدز دارند، ممنوع است.
- متخصص پوست - بیماری‌های مقاربتی که کارت‌های سلامت را صادر کرده است، ماهی یک‌بار فهرستی از شماره‌های ثبت کلیه کارت‌های سلامت را که صادر شده‌اند، به رئیس پلیس ملی تسلیم می‌کند.
- کارمند شبکه درمانی که کارت سلامت یک تن فروش را صادر کرده، او را معاینه کرده یا درمان معینی را برای او تعیین کرده است، باید به محض دریافت درخواستی مکتوب از سوی پلیس ملی، اطلاعات درخواستی او را ظرف مدت سه روز کاری در اختیار او قرار دهد. پلیس ملی ممکن است درخواست‌های مشابهی را به مرکز ثبت بیماری‌هایی که از طریق جنسی منتقل می‌شوند و بیماری‌های مسری پوستی، مرکز عفونت‌شناسی لتونی (بخش ایدز)، مرکز پیشگیری از ایدز یا دیگر نهادهای درمانی که در زمینه تشخیص، درمان یا مراقبت از STI تخصص دارند، ارسال کند.
- اجرای این مقررات تحت نظارت مأمورانی انجام می‌گیرد که از سوی فرمانده پلیس ملی و با همکاری دولت‌های محلی ذیربط تعیین شده‌اند. "بازرس کنترل کیفیت خدمات درمانی و تحلیل‌گر خبره توانایی‌های کار" بر دستورالعمل‌های ناظر بر معاینات ماهانه پزشکی تن فروشان نظارت دارد.

نقض این مقررات یک جرم کیفری به شمار می‌آید که یا با جریمه یا زندان روبه‌رو خواهد شد. تکرار نقض قانون مستوجب بازداشت، کار اجباری، کار اجتماعی یا جریمه‌ای معادل با ۵۰ برابر حداقل دستمزد خواهد بود (دهنه، ۲۰۰۰).

طبق قانون لتونی تنها کار جنسی فردی مجاز است. مدیریت کار جنسی (شامل دلالی روسپی) به وسیله قانون کیفری لتونی ممنوع است (ماده ۱۶۵) و مرتکب آن ممکن است با مصادره یا بدون مصادره اموال تا چهار سال به زندان محکوم شود. اگر چنین جرمی توسط یک گروه یا در رابطه با افراد دارای صغر سنی روی دهد، ممکن است مرتکب با مصادره یا بدون مصادره اموال تا هشت سال به زندان محکوم شود. اگر پای افراد کم‌سن و سال تر از ۱۲ سال در میان باشد، مرتکبین ممکن است با مجازات زندان تا ۱۲ سال همراه با مصادره اموال مواجه شوند.

با توجه به این مقررات چنین به نظر می‌رسد که کارگران جنسی در لتونی در مقایسه با کشورهای دیگر منطقه وضع بهتری دارند، اما این مطلب ممکن است لزوماً درست نباشد، زیرا حملات پلیس و خشونت مشتریان همچنان روی می‌دهد. در یک تحقیق پیمایشی که در ۲۰۰۲ در لتونی انجام گرفت، ۸۶٪ (2۶n=1) از کارگران جنسی که در تحقیق شرکت کرده بودند، از خشونت جنسی نسبت به خود خبر دادند. این رقم در لتوانی، ۹۸٪

(n=154) و در استونی، ۴۶٪ (n=158) بود (کالیکوف، ۲۰۰۲). این داده‌ها نگرانی‌های مربوط به این واقعیت را تقویت می‌کند که اطلاعات موجود در کارت‌های سلامت به طور کامل محرمانه نمی‌ماند، زیرا همان‌طور که دیدیم، در مقررات نیز در میان گذاردن اطلاعات میان پزشکان معاینه‌کننده و پلیس الزامی شده است. برای مثال، محتمل است که رفتار مصرف مواد مخدر نیز روی کارت ذکر شود، امری که ممکن است دستگیری و آزار فرد توسط پلیس را موجب شود. ترس از این امر ممکن است برخی کارگران جنسی را از درخواست کارت رسمی سلامت برحذر و ادامه به کار در خارج از این نظام تشویق و با این کار، تماس منظم آنها را با نظام درمانی و سلامت محدود کند.

هرچند کار جنسی در مجارستان از ۱۹۹۳ به این سو یک جرم کیفری به حساب نمی‌آید، قانونی که کار جنسی را تحت مقررات درمی‌آورد تنها در ۱۹۹۹ از تصویب گذشت. رئوس قواعد اصلی در قانون مربوط به جرم سازمان‌یافته و حوزه‌های مرتبطه (قانون ۱۹۹۹: LXXV، بخش ۱۱-۷) ذکر شده است. طبق این قانون، کار جنسی طبق قانون و با شرایط زیر، قابل مجازات نیست:

- مشابه با لتونی، دولت‌های محلی در مجارستان از این اختیارات برخوردارند که مناطق به اصطلاح تحمل را که کارگران جنسی می‌توانند در آنها کار کنند، مشخص سازند، مشروط بر اینکه فعالیت کار جنسی در جامعه محلی (روستا، شهرک، یا شهر) امری "عادی" باشد یا تعداد زیادی را دربرگیرد. دولت‌های محلی باید در صورتی که تعداد افرادی که در این منطقه زندگی می‌کنند بیش از ۵۰,۰۰۰ تن باشد و فعالیت کار جنسی مداوم باشد، چنین مناطقی را تعیین کنند. کار جنسی اساساً در داخل این مناطق مجاز، قانونی است. دولت‌های محلی نمی‌توانند مناطق مجاز را در بخش‌های حفاظت شده (نظیر مدارس، دانشگاه‌ها، موزه‌ها، نهادهای مراقبت از کودکان، دفاتر اداری دولت، نهادهای مذهبی یا نهادهای دیپلماتیک) یا در محلات پیرامون این مناطق تعیین کنند.
- اگر کار جنسی خدمات خود را در خارج از منطقه مجاز عرضه دارد، او مرتکب جرم کیفری جزئی شده است (قانون LXXV مصوب ۱۹۹۹ در مورد "اصلاح مقررات مربوط به مبارزه علیه جرم سازمان‌یافته و پدیده‌های مرتبط با آن"). همین قانون در شرایط نداشتن یک مجوز بهداشتی معتبر یا در صورتی که خدمات جنسی به افراد دارای صغر سن عرضه شود (۱۸ سال سن قانونی برای به کار گرفتن یک صغر سنی در کار جنسی است).<sup>۱</sup> اگر فرد مورد بحث کمتر از ۱۴ سال داشته باشد، مرتکب با مسئولیت کیفری مواجه و طبق قانون جزا (قانون IV مصوب ۱۹۷۸) مجازات خواهد شد. همچنین پذیرش پیشنهاد فرد صغر سنی از سوی کارگر جنسی که خواهان استفاده از خدمات اوست، ممنوع است.

<sup>۱</sup> باید توجه داشت که سن قانونی برای رضایت به فعالیت جنسی در مجارستان ۱۴ سال است، اما این قید قانونی در رابطه با پرداخت پول در ازای روابط جنسی مناسبت ندارد.

- اگر کارگر جنسی در خارج از منطقه تعیین شده به کار پردازد، پلیس می‌تواند او را دستگیر کند. بزرگ‌ترین مجازات ممکن برای او جریمه است که حدود ۲۰۰-۱۰۰ دلار آمریکاست (یکی از نقایص عمده این قانون از دیدگاه کارگران جنسی این است که اگر آنها بکوشند در خارج از منطقه ویژه تعیین شده کار کنند، کل میزان جرایم ممکن است به سرعت بسیار زیاد شود. گذشته از این، هرچند این حقیقت دارد که مجازات تعیین شده نمی‌تواند محکومیت زندان باشد و تنها به صورت جریمه است، پلیس می‌تواند در صورتی که جریمه در ضرب‌العجل پرداخت نشود، آن را به زندان مشروط تبدیل کند. از این رو، هرچند کار جنسی در تئوری قابل مجازات نیست، قانون در عمل اغلب علیه کارگران جنسی به کار گرفته می‌شود).

- طبق مصوبه ۱۹۹۹ هیئت وزیران (مصوبه وزیر بهداشت، شماره ۴۱/۱۹۹۹ (IX.8))، کارگران جنسی باید در یک مرکز محلی خدمات STI تحت معاینات منظم پزشکی قرار گیرند و در زمینه سیفیلیس، سوزاک، اچ‌آی‌وی، کلامیدیا و هپاتیت ب معاینه شوند. اگر نتایج آزمایش آنها منفی باشد، به آنها کارت بهداشتی داده خواهد شد که تنها همراه با کارت شناسایی شخصی آنها معتبر خواهد بود. کارت بهداشتی تنها برای سه ماه اعتبار دارد.

قانون کیفری مجارستان نیز نظیر دیگر کشورهای منطقه، دلالتان روسپی و فاحشه‌خانه‌دارها را مجازات می‌کند. مجازات دایر کردن فاحشه‌خانه تا پنج‌سال زندان دارد و در صورتی که در آن از افراد زیر سن قانونی استفاده شود، از ۲ تا ۸ سال زندان خواهد داشت. دلالتی روسپی ممکن است با ۳ سال زندان مجازات و/یا ممنوعیت خروج از یک منطقه جغرافیایی مجازات شود.

طبق نظر اتحادیه حقوق مدنی مجارستان، که پاسخ‌دهنده به این پیمایش در مجارستان بود، بزرگ‌ترین مشکل کنترل کار جنسی در مجارستان این است که دولت‌های محلی، بجز جز استثنای آزمایشی، از تعیین مناطق مجاز امتناع می‌کنند. دلیل این امر معمولاً به مخالفت جوامع محلی مربوط می‌شود که نگران قیمت زمین و املاک هستند. گاه شهرهای بزرگ با مشکلات صلاحیت نیز دست‌به‌گریبان هستند. در بوداپست، دولت محلی اصلی (دفتر شهردار بوداپست) برای تعیین مناطق مجاز آمادگی دارد، اما تک تک نواحی تعیین شده با این اقدام مخالفند. این امر به وضعیتی منجر می‌شود که در آن کارگران جنسی به طور مرتب جریمه می‌شوند و روی هم جمع شدن جریمه به محکومیت‌های زندان مشروط منجر می‌شود. سازمان‌های محلی حقوق بشر و جمعیت تن‌فروشان مجارستان بر این امر اصرار می‌کنند که هر دولت محلی که از تعیین منطقه مجاز خودداری کند، قانون را نقض کرده است، اما تا به حال زیاد در تلاش‌هایشان موفق نبوده‌اند.

مطالعات عمیق قانع‌کننده درباره تأثیر قوانین بر سلامت عمومی ملی هنوز به طور کامل در لتونی یا مجارستان انجام نگرفته است. اما مطالعات نشان می‌دهند که اتخاذ رویکردهای مشابه به کار جنسی خیابانی در کشورهای



نظیر استرالیا به بهبود شاخص‌های سلامت میان کارگران جنسی و مشتریان آنها منجر شده است (مورتون و دیگران، ۲۰۰۲). در این میان، مطالعات دیگر نشان می‌دهند که برخی جنبه‌های خط‌مشی‌ها در لتونی و مجارستان - نظیر آزمایش اجباری اچ‌آی‌وی/STI و نقض مرتب حریم خصوصی کارگران جنسی به هنگامی که سوابق پزشکی آنها با پلیس در میان گذاشته می‌شود، ممکن است کارگران جنسی را بیشتر به حاشیه براند و مزوی کند و دسترسی آنها را به درمان STI دشوارتر سازد (دهنه، ۲۰۰۰). این امر یک بار دیگر بر اهمیت رعایت استانداردهای حقوق بشر، نظیر دسترسی به آزمایش و درمان داوطلبانه و محرمانه به هنگام به اجرا درآوردن خط‌مشی‌های ابتکاری سلامت عمومی تأکید می‌کند. بخش زیر توجه خود را بر جنبه‌های گسترده حقوق بشر در متن کار جنسی در منطقه اروپای مرکزی و شرقی و آسیای مرکزی متمرکز می‌کند.

### ۳-۳ حقوق بشری کارگران جنسی

هنگامی که به دنبال ما می‌آیند، دراز می‌کشیم، آرام می‌مانیم، می‌لرزیم و می‌ترسیم.

- ایرا، ۲۷ ساله، کارگر جنسی و معتاد تزریقی در اوکراین (UJHRA, ۲۰۰۴)

### ۳-۳ (۱) نقض حقوق بشر از سوی پلیس

هرچند قوانین مربوط به تن‌فروشی در کشورهایی که در آنها تحقیق انجام گرفته است، متفاوتند، روش‌های برخورد پلیس با افرادی که به کار جنسی مشغولند، در سراسر منطقه یکسان است. در کلیه ۲۷ کشور پیمایش شده، ناظران محلی و کارکنان پروژه‌ها گزارش داده‌اند که آزار پلیس بیانگر یکی از مهم‌ترین عواملی است که آسیب‌پذیری کارگران جنسی در مقابل خشونت و خطراتی که متوجه سلامت آنهاست را تقویت می‌کند.

پلیس برای آزار دادن کارگران جنسی زمینه‌های متعددی در اختیار دارد که مسائل مربوط به اسناد و مدارک رایج‌ترین توجیه آنهاست. اغلب این‌گونه جرایم، نظیر نداشتن مدارک شناسایی و مجوزهای اقامت، جرایمی کم‌اهمیتند و معمولاً دادگاه در مورد آنها حکم به پرداخت جریمه می‌کند. با وجود این، کارگران جنسی اغلب به صورت غیرقانونی بازداشت و زندانی می‌شوند و هر سند و مدرکی که ممکن است در اختیار داشته باشند، از آنها می‌گیرند، امری که آنها را در مقابل حملات آتی پلیس آسیب‌پذیرتر می‌کند. کارگران جنسی که از مواد مخدر استفاده می‌کنند از آسیب‌پذیری ویژه‌ای در جریان حملات پلیس برخوردارند. در بسیاری موارد، پلیس که به دنبال پر کردن سهمیه دستگیری خود از متهمین مواد مخدر است - که یکی از موزیانه‌ترین عواقب سیاست‌های تند مواد مخدر است - مواد مخدر را مخفیانه در وسایل کارگر جنسی معتاد قرار می‌دهند.

اما اغلب اوقات، پلیس برای یافتن بهانه‌ای جهت آزار دادن کارگران جنسی یا تلکه کردن آنها، حتی خود را به زحمت نیز نمی‌اندازد - هر دوی این کارها به صورت یک امر بدیهی انجام می‌گیرند. حتی در کشورهایی که

کار جنسی جرم محسوب نمی‌شود، کارگران جنسی امری بدیهی می‌دانند که به مأموران پلیس یا با پول یا خدمات جنسی، حق حساب بدهند.

طیف موارد نقض قانون توسط پلیس که توسط پاسخ‌دهندگان به تحقیق مطرح شده یا در ادبیات موضوع ارائه شده است، چشمگیر و ناامیدکننده است و از بددهنی و آزمایش اجباری گرفته تا بازداشت غیرقانونی، بهره‌کشی جنسی و شکنجه، شامل تجاوز و ضرب و جرح مکرر را دربر می‌گیرد. در حکایت زیر، کارگری جنسی در ازبکستان، طیف گسترده‌ای از مواد ممکن نقض حقوق بشر را که کارگران جنسی به صورت روزمره با آنها مواجه هستند، شرح داده است:

“فرض کنید در یک بزرگراه کار می‌کنید. یک اتومبیل پلیس نزدیک می‌شود. شما را می‌گیرند و به زور سوار اتومبیل می‌کنند. البته آنها (پلیس) در تمامی راه به شما دشنام می‌دهند. مدت زمانی را در آن اتومبیل می‌مانید، زیرا آنها همه شهر را به دنبال پیدا کردن دیگر اشخاص زیر پا می‌گذارند. آنها سپس شما را به روود (یکی از دفاتر پلیس که توسط اداره ناحیه‌ای وزارت کشور اداره می‌شود) می‌برند و در اختیار ارشد اداره مبارزه با مواد مخدر و تن‌فروشی قرار می‌دهند. مهم است که خودتان باشید، زیرا در غیر این صورت احتمالاً کتک خواهید خورد. پلیس شما را مجبور می‌کند که بنویسید چرا در بزرگراه ایستاده بودید: “برای تن‌فروشی”. آنها از شما می‌خواهند که کتباً تأیید کنید که یک تن‌فروش هستید. گاه این کار را هنگامی انجام می‌دهند که شما می‌توانید امتحان کنید و با پیشنهاد رابطه جنسی رایگان به مأمور رشوه دهید... پس از آنکه کتباً تأیید کردید، آنها یا ممکن است بگذارند بروید، اما پاسپورت شما را نگه می‌دارند، یا شما را به درمانگاه STI برای آزمایش اجباری می‌برند. در درمانگاه STI، اگر آزمایش شما به این یا آن دلیل مثبت بود، برای مدت ۳۰ روز در آنجا می‌مانید و مجبورید پول درمان را نیز بپردازید. البته شما را برای اچ‌آی‌وی نیز آزمایش می‌کنند. اگر “پاک” باشید، پلیس شما را از درمانگاه برمی‌دارد و مجدداً به روود برمی‌گرداند. در آنجا شما بازم مجبورید نامه دیگری بنویسید و در آن بگویید که جریمه اداری را خواهید پرداخت و دیگر به کار تن‌فروشی نخواهید پرداخت. دادگاه در این مورد تصمیم می‌گیرد که آیا شما را جریمه کند یا نه. پس از آن شما یک پرنده آزادید. پلیس دست کم تا سه روز در آن بزرگراه کاری به کار شما نخواهد داشت، زیرا درمانگاه STI در چنین فاصله کوتاهی مجدداً شما را نخواهد پذیرفت.”

- یک کارگر جنسی از تاشکند، ازبکستان

این حکایت مؤید اظهارات پاسخ‌دهندگان به تحقیق در این مورد است که تن‌فروشان که در خیابان‌ها و بزرگراه‌ها کار می‌کنند، در معرض بیشترین خطر حملات و خشونت پلیس قرار دارند. و همان‌طور که می‌توان انتظار داشت، نخست آنکه کارگران خیابانی بیش از همه احتمال دارد که دچار فقر و بینوایی بشوند (آنها در مقایسه با دیگر کارگران جنسی در ازای خدماتشان از همه کمتر دریافت می‌کنند). طبق نظر پاسخ‌دهندگان ملی به پرسشنامه‌ها، برخی کارگران جنسی در تاجیکستان در ازای هر یک از خدمات جنسی خود ۳۰ سنت آمریکا دریافت می‌کنند و این در حالی است که همکاران خوش‌شانس‌تر آنها در اوکراین شاید برای هر یک از خدمات خود ۵ دلار دریافت کنند. پاسخ‌دهندگان اعلام کردند که آنهایی که به کار در خیابان‌ها می‌پردازند، اطلاعات کمتری دربارهٔ سرایت اچ‌آی‌وی/ایدز دارند، کمتر با مشتریانشان به رابطهٔ جنسی بی‌خطر می‌پردازند، میزان شیوع اعتیاد تزریقی، سوء‌مصرف الکل و STI میان آنها بیشتر است، بیش از همه نیازمند حمایت در مقابل مشتریان دمدمی مزاج هستند و با حقوق خود نسبتاً ناآشنا هستند یا قادر به اقدام برای دستیابی به آنها نیستند.

خشونت فیزیکی. دو- سوم (۶۶٪) از کارگران جنسی که توسط مرکز اختلالات اعتیادی ویلنیوس در لیتوانی نظرسنجی شدند، شهادت دادند که با خشونت فیزیکی از سوی پلیس روبه‌رو شده‌اند. در نیژنی‌نووگورود روسیه، مرکز ایدز ناحیه گزارش داد که یک کارگر جنسی از هر سه کارگر مصاحبه شده نوعی خشونت را تجربه کرده بودند و ۲۱٪ آنها به صراحت از بی‌رحمی پلیس شکایت داشتند.

بازداشت بر اساس نداشتن مدارک. در بلغارستان، نظیر دیگر کشورهای منطقه، پلیس بنابر گزارش‌ها، تعداد زیادی از کارگران جنسی را به دلیل کنترل پاسپورت دستگیر می‌کند. این کار از نظر ارگان‌های مسئول یک اقدام محکمه‌پسند و حتی به لحاظ اجتماعی مطلوب تلقی می‌شود (آرسووا، ۲۰۰۰). این وضعیت برای کارگران جنسی در روسیه از همه وحشتناک‌تر است که در آن نظام "پروپیسکا" (شرایط اقامت) به صورتی جدی در بسیاری شهرها به اجرا درمی‌آید. این نظام وجود یک تمبر در پاسپورت داخلی شخص را که نشان می‌دهد او مجاز به اقامت در این منطقه است، الزامی می‌داند. فقدان چنین تمبری این بهانه را در اختیار پلیس قرار می‌دهد که کارگران جنسی را بر اساس آن دستگیر و بازداشت کند.

رابطهٔ جنسی تحمیلی. پاسخ‌دهندگان کشورهای بوسنی و هرزگوین از چندین مورد تجاوز به عنف توسط پلیس خبر دادند. بسیاری موارد این نوع وحشیگری و عدم تحمل پلیس از قرار معلوم در منطقه‌ای میان دو ایالت (یا منطقه) کشور روی داده است. طبق گزارش، پلیس یک ایالت، دیگر کارگران جنسی خیابانی را مجبور کرده است در یک ایالت دیگر اقامت‌گزینند تا خدمات جنسی رایگان در اختیار آنها قرار دهند. همان پاسخ‌دهنده همچنین گزارش داد که کارگران جنسی که در کلوب‌های شبانه و مشروب‌فروشی‌ها کار می‌کنند نیز با تحمیل روابط جنسی از سوی مأموران پلیس روبه‌رو شده‌اند که خود را به عنوان مشتری جا زده بودند. پاسخ‌دهنده متذکر شد که پلیس‌های حومه اغلب توافق‌های متقابلی با صاحبان مشروب‌فروشی‌ها دارد که طبق آن، مالکان

خدمات کارگران جنسی مشروب‌فروشی‌های خود را به پلیس عرضه می‌کنند و پلیس هم در عوض گزارش نمی‌دهد که در این اماکن تن‌فروشی روی می‌دهد (تن‌فروشی در بوسنی و هرزگوین غیرقانونی است).

تحقیقی که میان کارگران جنسی مسکو، روسیه انجام گرفت (n=242) به این نتیجه دست یافت که ۱۸٪ آنها مورد تجاوز جنسی پلیس قرار گرفته بودند (ناشخوئف، ۲۰۰۲). در گرجستان، ۴۲٪ از ۱۶۰ کارگر جنسی که با آنها مصاحبه شد گزارش دادند که طی سال قبل با خشونت جنسی یا فیزیکی مواجه شده‌اند. جوان‌ترین‌ها، یعنی آنهایی که کمتر از ۱۹ سال داشتند، از همه بیشتر آسیب دیدند: ۵۰٪ آنها بی‌گناهانه به پرسش‌ها پاسخ داده بودند، اظهار کردند که مورد سوءاستفاده جنسی یا بدرفتاری فیزیکی قرار گرفته‌اند. در کل، تنها ۴۲ تن مایل بودند که هویت مرتکب را مشخص کنند و از این گروه، ۲۶٪ از پلیس نام بردند (ستویلیا و دیگران، ۲۰۰۳).

رشوه و تلکه‌کردن. هرچند دلالتی روسپی در اغلب کشورهای مورد مطالعه غیرقانونی هستند، برخی مدعیند که فساد پلیس نیز به کار جنسی سازمان‌یافته بسط یافته است. برای مثال، در قزاقستان، گزارش دیدبان حقوق بشر از دعاوی شاهدان خبر داد مبنی بر اینکه پلیس به دلالتان روسپی‌پیشنهاد کرده است که آنها را در عوض پول و خدمات جنسی رایگان از پیگرد کیفی مصون دارد (دیدبان حقوق بشر، ۲۰۰۳).

تحوالات مشابهی توسط یک سازمان غیردولتی محلی گزارش شد که برای حمایت از حقوق قانونی کارگران جنسی در بیشکک، قرقیزستان فعالیت می‌کند. رایج‌ترین مشکلی که توسط کارگران جنسی از آن یاد شد، بر موارد نقض حقوق از سوی مؤسسات ضابط قانون و پلیس تأکید داشت - به صورتی که اغلب مشتریان این سازمان از اخاذی و تلکه‌کردن پول و بازداشت غیرقانونی توسط این ارگان‌ها شکایت داشتند (Tais Plus، ۲۰۰۴).

در گزارشی از روسیه، که در آن کار جنسی یک جرم اداری محسوب می‌شود، از سطوح بالای اخاذی‌ها و تلکه‌کردن‌ها یاد می‌شود. مردان پلیس درخواست خود برای رشوه و خدمات جنسی را بر قوانینی استوار می‌کردند که به آشوب‌گری و لات‌بازی یا نداشتن اسناد درست مربوط می‌شدند (لاوندس و دیگران، ۲۰۰۳).

تغییر مکان دادن کارگران جنسی. خط‌مشی‌های اجرای قانون که آماجشان را تن‌فروشی خیابانی تشکیل می‌دهد، به ندرت کل موارد این فعالیت‌ها را کاهش می‌دهند. آنها برعکس، صرفاً به بازتوزیع جغرافیایی این فعالیت‌ها در بخش‌های مختلف همان شهرک یا شهر منجر می‌شوند. این‌گونه بیرون راندن کارگران جنسی از محل‌های کنونی‌شان، آنها را در معرض خطر بزرگ‌تری قرار می‌دهد، زیرا آنها اغلب ممکن است منطقه جدید فعالیت یا مشتریان جدید خود را که زیاد به سراغشان می‌آیند، نشناسند. این خط‌مشی‌ها همچنین این احتمال را که کارگران جنسی مجبور شوند کار خود را دیرتر و شب‌هنگام انجام دهند، به سراغ مناطق پرت‌تر و از این رو خطرناک‌تر برونند تا از دید پلیس به دور بمانند، افزایش می‌دهند. این واقعیت نیز دلیل دیگری بر این امر است

که کارگران جنسی از آسیب‌پذیری ویژه‌ای در مقابل خشونت برخوردارند. حکایت زیر از قرقیزستان گزارشی صریح از چگونگی تغییر جای کارگران جنسی و برخی از عواقب آن به دست می‌دهد:

“پلیس دو دختر را که به ادعای آنها در “محل مناسبی” کار نمی‌کردند، همراه با خود بردند. پلیس بدون رودربایستی و صریح اعلام کرد که به پول نیاز دارد. دلال روسپی پول را پرداخت. اکنون دخترها از پلیس خیلی می‌ترسند، تا حدی به این دلیل که به آنها اصلاً اجازه نمی‌دهد کار کنند...”

– گزارش داوطلبانه، Tais Plus، قرقیزستان

پاسخ‌دهندگان لهستانی همچنین از بازگرداندن غیرلازم و غیرقانونی کارگران جنسی به کشورشان توسط پلیس خبر دادند.

آزمایش اجباری اچ‌آی‌وی/STI. در اواسط دهه ۱۹۹۰، در اوج یکی از امواج ترس و وحشت بی‌دلیل جهانی نسبت به اچ‌آی‌وی/ایدز، تصویب قوانینی که انجام آزمایش اچ‌آی‌وی و TI و تجویز اتهامات جنایی برای انتقال بیماری‌های جنسی را الزامی می‌کرد، در بسیاری از کشورهای اروپای مرکزی و شرقی و آسیای مرکزی امری عادی بود. اغلب این قوانین تعدیل یا لغو شده‌اند، اما سنن تحمیل سلامت به کمک قانون و پیوندهای به نحو ناپسندیده نزدیک میان خدمات سلامت و پلیس همچنان نیرومند باقی مانده‌اند. آزمایش کردن اجباری کارگران جنسی دستگیر شده برای STI و اچ‌آی‌وی، و نیز بستری کردن آنها به خاطر درمان اجباری STI، در بسیاری کشورها، از جمله روسیه گزارش شده است (لاوندس و دیگران، ۲۰۰۳، لاکومالانی، ۱۹۹۷، پلت، ۱۹۹۸، ایدز اینفورشر، ۲۰۰۱). آزمایش اجباری در پاسخ‌های کشورهای به مشکلات اچ‌آی‌وی/ایدز چنان ریشه دارد که گاه ارائه‌دهندگان خدمات آن را به صورت اجباری تلقی نمی‌کنند. برای مثال، یک مرکز ایدز در یکی از شهرهای روسیه، مطلب زیر را برای تحقیق پیمایشی به عمل آمده گزارش داد: “آزمایش و درمان زورکی وجود ندارد. در این میان، آزمایش الزامی اچ‌آی‌وی برای بیماران STI، معتادان تزریقی و به هنگام ورود به مرحله بازداشت پیش از محاکمه وجود دارد” (تأکید از ویراستاران است).

---

<sup>۱</sup> طبق گزارش AFEW، برخی از این قوانین تند و غلاظ و شداد هنوز در بخش‌هایی از آسیای مرکزی برجای خود باقی هستند و به اجرا درمی‌آیند. یک ارزیابی سریع که در سال ۲۰۰۰ میان کارگران جنسی در دوشنبه، تاجیکستان انجام شد، نشان می‌داد که مواد ۱۲۵ و ۱۲۵ قانون کیفری به طور مکرر به عنوان پایه‌ای برای دستگیری یا بازداشت کارگران جنسی مورد استفاده قرار می‌گیرند. ماده ۱۲۵ آلوده کردن آگاهانه شخص دیگر به اچ‌آی‌وی را ممنوع اعلام می‌کند. ماده ۱۲۵ آلوده کردن آگاهانه شخص دیگر به یکی از بیماری‌های STI را ممنوع اعلام می‌کند. طبق تحقیق به عمل آمده در سال ۲۰۰۰، اتهامات نقض این ماده یا آن ماده یا هر دوی آنها همه ساله علیه دست‌کم یک زن در صنعت جنسی مطرح شده است. در این تاریخ هنوز هیچ پرونده‌ای در این زمینه به دادگاه برده نشده بود، اما چنین قانونی می‌تواند کارگر جنسی را از روی آوری به خدمات آزمایش و درمان بازدارد، زیرا طبق قانون جرم هنگامی روی می‌دهد که متهم تشخیص مربوط به خود را بداند. گذشته از این، تلاش برای دسترسی به خدمات STI یا اچ‌آی‌وی/ایدز بخش دولتی نیازمند ثبت موارد مثبت تشخیص‌هست، اقدامی که می‌تواند احتمال بستری شدن، ردگیری تماس‌ها و ارتباطات و از دست دادن احتمالی شغل را افزایش دهد. (AFEW، ۲۰۰۳)

پروژه پالمیرا در قرقیزستان گزارش داد که بر اثر حملات پلیس، آزمایش اجباری اچ‌آی‌وی اغلب (و بدون مشاوره قبل از آزمایش) به اجرا درمی‌آید. پاسخ‌دهندگان لهستانی مواردی را ذکر کردند که در آن از کارگران جنسی خواسته شده بود که نتایج آزمایش اچ‌آی‌وی/STI خود را به پلیس نشان دهند.

این‌گونه روش‌ها جدا از اینکه آشکارا نقض حقوق بشری‌اند، همچنین ممکن است موجب شوند کارگران جنسی تصورات عمیقاً منفی از خدمات سلامت عمومی داشته باشند. آنها ممکن است در نتیجه این برداشت‌ها بکوشند در آینده و هر گاه که میسر باشد از این مراکز اجتناب کنند، امری که می‌تواند پاسخ‌های جامع فردی و کشوری به اچ‌آی‌وی/ایدز را باز هم محدودتر کند.

اجرای ضعیف قانون در موارد مرتبط با کارگران جنسی. حاکمیت ضعیف قانون و بی‌توجهی و غفلت در اغلب کشورهای اروپای مرکزی و شرقی و آسیای مرکزی، نظیر نقض مکرر روند رسیدگی قانونی بازهم آسیب‌پذیری کارگران جنسی را در مقابل اعمال غیرقانونی پلیس بیشتر می‌کند که اکیداً تحت قانون بین‌المللی (نظیر میثاق بین‌المللی حقوق مدنی و سیاسی) ممنوع است. کارگران جنسی اغلب بر این باورند که ارگان‌های مسؤل تنها برای آزار دادن آنها وجود دارند و به اوضاع و احوال کاری ندارند. بنابراین، هرچند تجاوز به عنف در کلیه کشورهای تحت مطالعه یک جرم کیفری است، بسیاری از کارگران جنسی به دنبال تأمین عدالت یا پیگیری اتهامات خود از طریق نظام‌های قضایی کشور نیستند. همان‌طور که مرکز ایدز در ویلنیوس خاطر نشان کرد، "پلیس عملاً موارد تجاوز به عنف یا سرقتی را که کارگران جنسی گزارش می‌دهند، ثبت نمی‌کنند، زیرا طبق تعریف آنها کارگران جنسی را نمی‌توان مورد تجاوز جنسی قرار داد".

### ۳-۳ (۲) خشونت از سوی دلال روسپی

در نیژنی نووگورود، روسیه، مرکز ایدز ناحیه گزارش داد که یک-سوم کارگران جنسی که مورد تحقیق قرار گرفتند، نوعی خشونت را تجربه کرده بودند و اینکه اغلب آنها (۵۵٪) خشونت از سوی دلال هایشان را تجربه کردند.

یک کارشناس محلی در بلغارستان وضعیتی را که کارگران جنسی با آن مواجه هستند، به شرح زیر توصیف کرد: "در بدترین حالت، کارگران جنسی نمی‌توانند در این مورد که آیا کار کنند یا نه، در چه زمانی، چگونه و کجا کار کنند، دست به انتخاب بزنند. نمی‌توانند در این مورد که آیا می‌توانند به سفر بروند یا نه و اینکه آیا نزد یک دکتر بروند یا نه، تصمیم بگیرند. آنها اغلب قربانیان قاچاق، تجاوز به عنف و خشونت دائمی (به دست) دلال‌های خود یا گروه‌های سازمان‌یافته‌ای هستند که برای آنها کار می‌کنند" (کاندژیکووا، ۲۰۰۴).

قانونی کردن کار جنسی موجب می‌شود که کارگران جنسی بتوانند برای خود و بدون نیاز به طرف ثالث به کار بپردازند. اگر آنها همچنان تحت نظر دلالتان کار کنند، فراهم کردن محیطی جرم‌زدایی شده نیز می‌تواند کار را برای آنها آسان‌تر کند و به آنها امکان دهد موارد خشونت جسمی و جنسی دلالتان را گزارش دهند.

### ۳-۳) خشونت از سوی مشتریان

در کل، حدود ۸۰٪ از کارگران جنسی که در کشورهای اروپای مرکزی و شرقی و آسیای مرکزی کار می‌کنند خشونت فیزیکی از سوی مشتریان را تجربه می‌کنند. تحقیقات عمیق انجام گرفته در مسکو، روسیه، که وضعیت روانی کارگران جنسی را بررسی کرده است (n=242) نشان داد که ۳۸٪ از زنان از بیش از یکبار تجاوز به عنف از سوی مشتریان گزارش داده‌اند (ناشخوئف، ۲۰۰۲). در نیژنی‌نووگورود، روسیه، مرکز ایدز ناحیه گزارش داد که یک-سوم کارگران جنسی که با خدمات این مرکز سروکار دارند، نوعی خشونت را تجربه کرده‌اند و ۲۳٪ آنها معتقدند که مشتریان در این امر دخیل بوده‌اند.

پاسخ‌دهنده بومی به تحقیق پیمایشی در بوسنی و هرزگوین گزارش داد که آزار جنسی، شامل تجاوز به عنف، رایج‌ترین نوع خشونت بود که کارگران جنسی تجربه می‌کردند. پاسخ‌دهنده متذکر شد که کارگران جنسی تلاش می‌کردند به شیوه‌های گوناگون از خود حفاظت کنند. در پی به قتل رسیدن یک کارگر جنسی توسط یک مشتری در چند سال قبل، کارگران جنسی در یکی از شهرهای بوسنی از کار در خیابان‌ها به هنگام شب خودداری کردند و به هنگام کار در اطراف بزرگراه‌ها و چهارراه‌ها به ویژه مراقبت بودند. در لتونی، طبق گزارش، کارگران جنسی خیابانی اغلب شماره اتومبیل‌های "مشتریان بدقلق" خود را یادداشت و به یکدیگر منتقل می‌کنند. دیگر اشکال رایج خشونت از سوی مشتریان، طبق آنچه توسط پاسخ‌دهندگان در بوسنی و هرزگوین و دیگر کشورهای منطقه گزارش شده است، شامل کتک‌زدن و کار جنسی دهانی و مهلبی بدون استفاده از کاندوم می‌شود.

در بلغارستان، برخی کارگران جنسی اظهار داشتند که ترجیح می‌دهند در خارج کار کنند، زیرا فکر می‌کردند نگرش مشتریان در این کشورها نسبت به حرفه آنها "متمدانه‌تر" است. کارگران جنسی در بلغارستان نیز نظیر بسیاری از کشورهای دیگر، اظهار می‌کردند که برای تأمین دست‌کم حمایت محدود در مقابل آزار یا بی‌رحمی مشتریان، که شامل ربودن پول و مایملک آنها و تجاوز به عنف به آنها یا ربودن آنها می‌شود، به دلالت‌هایشان وابسته بودند.

در قزاقستان، بیش از ۶۰٪ از کارگران جنسی گزارش دادند که با خشونت از سوی مشتریان روبه‌رو شده‌اند. طبق تحقیقی که در ویلنیوس، لیتوانی، انجام گرفت، ۸۶٪ از کارگران جنسی اظهار کردند که طی یک دوره ۱۲ ماهه در سال ۲۰۰۳ با بدرفتاری جنسی از سوی دست‌کم یک مشتری مواجه شده‌اند.

در گرجستان، از میان ۱۶۰ کارگر جنسی زن خیابانی که با آنها مصاحبه شد، ۴۲٪ (n=67) گزارش دادند که طی سال قبل با خشونت جنسی یا فیزیکی مواجه شده‌اند. بیشترین درصد (۵۰٪)، ۱۸ ساله یا جوان‌تر بودند. تنها ۴۲ زن از میان ۱۶۰ نفری که در تحقیق پیمایشی شرکت کردند، اظهار داشتند که مایلند هویت مرتکبین را مشخص کنند که از میان آنها، ۵۲٪ اعلام کردند که خشونت توسط یک مشتری اعمال شده است.

### ۳-۳ (۴) آزار از سوی رسانه‌های گروهی

حق کارگران جنسی به داشتن زندگی خصوصی و محرمانه ماندن هویتشان بارها توسط رسانه‌های گروهی در منطقه اروپای مرکزی و شرقی و آسیای مرکزی نادیده گرفته شده است. بسیاری از روزنامه‌ها عکس‌های آنها را منتشر کرده‌اند و هویت‌های آنها- با یا بدون رضایت آنها- هرازگاهی در تلویزیون برملا شده است. رسانه‌ها با این اقدامات اغلب در تقویت انگی که به کارگران جنسی می‌زنند و کاهش توانایی و تمایل آنها در دسترسی به خدمات حیاتی سلامت و قانونی نقش دارند. یکی از پاسخ‌دهندگان به تحقیق در بلغارستان، اظهار داشت که رسانه‌های گروهی ملی به ندرت به نیاز به محرمانه ماندن کارگران جنسی توجه می‌کنند: معمولاً از {کارگران جنسی} خلاف خواست و رضایتشان عکس می‌گیرند. هیچ تلاشی برای سری نگهداشتن هویت آنها به عمل نمی‌آید!"

یکی از پاسخ‌دهندگان بومی در گرجستان، هرچند می‌پذیرد که موارد نقض رسانه‌های گروهی در این کشور زیاد و مکرر نیست، یک مورد بسیار مهم را به یاد می‌آورد:

"یکی از کارگران جنسی از ما درخواست کرد به او در برخورد با مرد پلیسی که حقوق او و همکارانش را نقض کرده بود، کمک کنیم. او همیشه آنها را کتک می‌زد، از آنها حق‌السکوت می‌گرفت و به رایگان از خدمات جنسی آنها استفاده می‌کرد. به همراه کارگر جنسی، دو مددکاری که در سازمان غیردولتی تانادگوما کار می‌کردند {سازمانی غیردولتی که با کارگران جنسی کار می‌کند} با رئیس کمیته محلی حقوق بشر تماس گرفتند و از او خواستند به کارگر جنسی کمک کند و از او در مقابل اقدامات آتی پلیس متخلف حمایت نماید. عضو کمیسیون قول کمک داد، اما کار چندانی نکرد. ما می‌دانیم که دیدار ما از عضو کمیسیون بدون رضایت ما ضبط و فیلم‌برداری و در فاصله‌ای کم از تلویزیون محلی پخش شد. در نتیجه، مرد پلیس کارگر جنسی را شناخت و او را با خشونت فیزیکی حتی بدتری تهدید کرد. همکاران آن زن از او روی برگرداندند، او را همکار پلیس و رفیق نیمه‌راه خواندند و برای مدتی طولانی به او اجازه ندادند با آنها کار کند."

- یک پاسخ‌دهنده محلی در تفلیس، گرجستان



پاسخ‌دهندگان تالین، استونی، گزارش دادند که فیلم تلویزیونی که از یکی از حملات پلیس به کارگران جنسی پخش شد، چهره‌های آنهایی را که دستگیر شده بودند، بدون کسب رضایت از آنها، نشان داد و امکانی در اختیار کارگران جنسی قرار نداد که هویت خود را پنهان کنند.

شواهدی وجود دارد حاکی از اینکه وضع ممکن است در جهت مثبت تغییر کند. بسیاری از پاسخ‌دهندگان از یک کاهش جزئی در موارد نقض افشای هویت‌ها توسط رسانه‌های گروهی طی چند سال گذشته خبر داده‌اند. برای مثال، پاسخ‌دهندگان کرواسی گزارش دادند که هنگامی روزنامه‌نگاران گزارش‌های خود را درباره کار جنسی می‌نویسند، به میزان فزاینده‌ای تلاش می‌کنند با استفاده از اسامی ساختگی از آنها حمایت کنند. در قزاقستان، اغلب مؤسسات رسانه‌ای طبق گزارش بر حفاظت از هویت کارگران جنسی تأکید داشتند، به صورتی که بتوانند در آینده نیز با آنها کار کنند.

### ۳-۳ (۵) دسترسی به خدمات سلامت

حق کارگران جنسی به بالاترین استاندارد قابل حصول سلامت، طبق آنچه در میثاق بین‌المللی حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی ذکر شده است، ظاهراً هر روز و تا حد زیادی به این دلیل که خط‌مشی‌های انعطاف‌ناپذیر حکومت عامل راندن بیش از پیش آنها به سوی زیرزمینی و پنهان شدن است، نقض می‌شود. در حالی که دسترسی به خدمات درمانی رایگان به دلیل مقررات ملی متفاوت، از کشوری به کشور دیگر تفاوت می‌کند، آنچه از مرور تعدادی از تحقیقات پیمایشی آشکار شد، آن بود که کارگران جنسی معمولاً در استفاده از نظام‌های سلامت عمومی بی‌میل‌اند یا قادر به استفاده از آنها نیستند. ادبیات موضوع و پاسخ‌های افراد به تحقیق هر دو نشان داد که اغلب کارگران جنسی به هنگامی که به سراغ درمان می‌روند، ترجیح می‌دهند شغل خود را فاش نکنند و اینکه بسیاری از آنها به دلایل گوناگون، شامل نداشتن پول برای پرداخت حق‌الزحمه خدمات یا دارو، فقدان ثبت‌نام یا بیمه، ترس از بازداشت شدن برای درمان اجباری STI و نگرانی‌های مربوط به انگی که به حرفه آنها خورده است، تمایلی به رفتن به سراغ مراکز درمانی ندارند. بسیاری از کارگران جنسی، هنگامی که بتوانند به سراغ این خدمات بروند، ظاهراً ترجیح می‌دهند به سراغ "کسی بروند که می‌شناسند"، حتی اگر این ارائه‌دهنده خدمات جزئی از نظام سلامت ملی نباشد. یکی از پاسخ‌دهندگان به تحقیق در قزاقستان، اظهار داشت که اغلب کارگران جنسی کشور او پزشکان مورد اعتماد خود را دارند. کسانی که فقیرند و از عهده پرداخت هزینه‌ها بر نمی‌آیند، معمولاً اصلاً به نظام سلامت عمومی دسترسی ندارند.

همان‌طور که در جدول ۹ پیوست‌ها نشان داده شده است، اکثریت کارگران جنسی در بسیاری از شهرهای این منطقه مهاجرند. این وضع اغلب به معنای آن است که آنها هیچ‌گونه بیمه سلامت ندارند و واجد شرایط درمان رایگان یا ارزان نیستند. کارگران جنسی که بیمه سلامت ندارند معمولاً باید به سراغ درمانگاه‌های خصوصی بروند و/یا هزینه‌های بالاتری برای خدمات بپردازند که اغلب آنها از عهده آن بر نمی‌آیند. بزرگ‌ترین موانع بر

سر راه تهیه بیمه سلامت فقدان مدارک شناسایی مناسب یا مجوز اقامت و رویه‌های اداری طولانی است. طبق یک تحقیق پیمایشی که در اوایل ۲۰۰۴ در مورد کارگران جنسی در بیشکک، قرقیزستان، به عمل آمد، حدود ۴۶٪ از ۱۷۸ پاسخ‌دهنده اظهار کردند که هیچ‌گونه پاسپورتی ندارند و ۷۰٪ فاقد مجوز اقامت در بیشکک بودند (تایس پلاس، ۲۰۰۴). در تالین، استونی، ۹۰٪ از کارگران جنسی مورد تحقیق اعلام کردند که به این دلیل که هیچ‌گاه در حرفه‌ای که شناسایی رسمی داشته باشد، کار نکرده‌اند، فاقد کارت بیمه هستند (کالیکف، ۲۰۰۲).

بنیاد سلامت و توسعه اجتماعی در صوفیه، بلغارستان، گزارش داد که دسترسی رایگان به خدمات پزشکی در آن کشور تنها برای شهروندان بیمه‌شده میسر است. اما به دلیل پیچیدگی نظام بیمه، که پرداخت قسط‌های ماهانه را الزامی می‌کند، کارگران جنسی به طور کلی قادر به دسترسی به آن نیستند. با توجه به اینکه امکانات درمانی خصوصی معمولاً از دسترسی آنها خارج است، تنها خدمات درمانی قابل دسترسی که برای کارگران جنسی بیمه‌نشده در بلغارستان باقی می‌ماند، بخش‌های اورژانس بیمارستانهاست. یکی از پاسخ‌دهندگان به تحقیق در بلغارستان یادآوری کرد که مثنی مرکز آستانه پایین برای مراجعه کارگران جنسی به آنها وجود دارد که اغلب آنها در صوفیه واقع هستند که این به معنای آن است که کارگران جنسی دیگر مناطق به آنها دسترسی ندارند.

طبق گزارش مرکز ایدز در ویلنیوس، لیتوانی، اغلب کارگران جنسی در آن کشور مهاجر و زنانی هستند که به صورت قاچاق به آن کشور آورده شده‌اند. در نتیجه، فاقد اسناد رسمی هویت یا اقامت دائمی هستند که هر دوی آنها معمولاً برای تهیه بیمه سلامت لازمند.

علاوه بر مهاجرین، کارگران جنسی معتاد تزریقی نیز گروه فرعی به ویژه آسیب‌پذیری را تشکیل می‌دهند. طبق یک تحقیق پیمایشی که در ۲۰۰۴ توسط جمعیت کاهش آسیب اوکراین در ۲۱ منطقه اوکراین انجام گرفت، کارگران جنسی معتاد تزریقی و کارگران جنسی که اچ‌آی‌وی دارند به هنگام مراجعه به ارائه‌دهندگان خدمات درمانی، با بالاترین سطح تبعیض مواجه می‌شوند. نمونه‌های تبعیض اعمال شده شامل نگرش‌های منفی و اشکال‌تراشی از سوی ارائه‌دهندگان خدمات، بی‌توجهی و سهل‌انگاری، قیمت‌های بالا و خودداری از ارائه خدمات درمانی و سلامت ضروری بوده است (UHRA، ۲۰۰۴). دو مثال زیر از این تحقیق پیمایشی گرفته شده است:

اگر تو یک معتادی، معنایش این است که کارت تمام است. من در یک درمانگاه سل بستری بودم. باید مرا به خاطر سل عمل می‌کردند. به محض اینکه فهمیدند معتادم، جوابم کردند.

—ژنیا (زن)

نگرش پزشکان امید را در آدم می‌کشد. هنگامی که به اولین بیمارستان رفتم، پزشکی که مرا معالجه می‌کرد، به من گفت، "همه معتادان و مطلقاً همه آنها، ایدز دارند، حتی اگر نمونه‌های خون آنها چیزی

را نشان ندهد". هیچ کس از تو مراقبت نخواهد کرد. بگرد خودت یک پرستار بگیر". نگرش پزشکان پر از نفرت و بیگانگی است. آنها نمی‌خواهند با تو ارتباطی داشته باشند، اصلاً هیچ ارتباطی...

- گالینا (زن)

بسیاری از کارگران جنسی می‌گویند که آنها به ندرت به ارائه‌دهندگان تخصصی خدمات سلامت اعتماد می‌کنند، زیرا هزینه‌هایی که آنها بابت خدماتشان مطالبه می‌کنند، گران یا غیرلازم است. علاوه بر این، آنها به دلیل این تصور ذهنی یا واقعی که این گونه مراکز گاه به قصد اخاذی از بیماران، تشخیص غیردقیقی ارائه می‌دهند، اغلب به مراکز درمانی دولتی بی‌اعتمادند. حکایت زیر از یکی از کارگران جنسی در گرجستان نقل شده است:

آنها در نتایج آزمایش دست می‌برند و نتایج غیردقیقی در اختیار ما قرار می‌دهند، زیرا فکر می‌کنند چون ما کارگر جنسی هستیم، یک عالمه پول داریم. پزشکان نیز هنگامی که متوجه می‌شوند ما کارگر جنسی هستیم، پول اضافی از ما می‌گیرند. هنگامی که برای آزمایش مجدد به یک درمانگاه دیگر رفتم که در آنجا مرا به عنوان کارگر جنسی نمی‌شناسند، نتایج آزمایش متفاوت با نتایج آزمایش قبلی بود.

- گزارش توسط سازمان غیردولتی "تانادگوما"، تفلیس، گرجستان

بی‌میلی برخی کارگران جنسی در مراجعه به درمانگاه‌های دولتی ممکن است همچنین از این تصور یا واقعیت ناشی شود که کیفیت خدمات آنها پایین است، امری اغلب پیامد وضعیت وخیم نظام‌های سلامت از نظر بودجه و امکانات انسانی در بسیاری از کشورهای اروپای مرکزی و شرقی و آسیای مرکزی است. دو نقل قول زیر از سازمان‌های غیردولتی منطقه این وضعیت را به نمایش می‌گذارد:

نظام داروخانه‌های بیمارستان‌ها و درمانگاه‌ها در این لحظه در وضعیت اقتصادی بسیار بدی قرار دارد و اغلب اوقات فاقد اقلام درمانی مصرفی ضروری‌اند.

- بنیاد سلامت و توسعه اجتماعی، صوفیه، بلغارستان

در رومانی، برای همگان بسیار دشوار است که خدمات باکیفیتی از نهادهای درمانی دولتی دریافت کنند. اگر بیمه درمانی یا کار داشته باشید یا اگر هنوز مشغول تحصیل باشید، این امر اهمیتی ندارد. برای دریافت خدمات مناسب و کافی لازم است پول اضافی (انعام) به کادر درمانی پرداخت کنید. وضعیت تبعیض آمیز همه را دربر می‌گیرد و مهم نیست که کارگر جنسی باشید یا مصرف‌کننده مواد مخدر، مهاجر و غیره.

- آراس، بوخارست، رومانی

گذشته از این، پلیس ظاهراً همچنان به آوردن کارگران جنسی به درمانگاه‌ها برای آزمایش و درمان اجباری ادامه می‌دهد. همان‌طور که می‌توان انتظار داشت، این کار این نتیجه را به بار آورده است که اشتیاق کارگران جنسی به اجتناب از هر گونه ارتباط با هر دو، هم پلیس و هم متخصصان خدمات درمانی را افزایش داده است.

اغلب پاسخ‌دهندگان متذکر شدند که آزمایش رایگان اچ‌آی‌وی به ندرت با رضایت طرفین انجام گرفته است. آنها همچنین متذکر شدند که مشاوره قبل و بعد از آزمایش، اگر اصولاً انجام گرفته باشد، به صورتی گهگاهی بوده است، مگر اینکه کارگران جنسی به درمانگاه‌های تخصصی مرتبط با پروژه‌های کاهش آسیب یا پیشگیری از اچ‌آی‌وی مراجعه کرده باشد. همین مطلب در مورد آزمایش اس‌تی‌آی صادق است. برای مثال، در بلغارستان، آزمایش و درمان STI توسط درمانگاه‌های STI عرضه می‌شود، اما نه رایگان است نه به صورت ناشناخته انجام می‌گیرد. پاسخ‌دهنده‌های بلاروس گزارش دادند که هرچند کارگران جنسی به آزمایش و درمان STI دسترسی رایگان دارند، اما درمان STI به صورت ناشناخته انجام نمی‌گیرد - و کارگران جنسی در نتیجه به ندرت حرفه خود را افشا می‌کنند.

پروژه‌هایی از بلغارستان، بلاروس، قزاقستان، لیتوانی و تاجیکستان گزارش دادند که خدمات درمان STI در کشورهایشان همواره به صورت ناشناخته و محرمانه ارائه نبوده است. همچنین، همان‌طور که حکایت زیر نشان می‌دهد، اغلب افراد ملزم هستند برای این خدمات هزینه پردازند:

خدمات سلامت بسیار گرانبند. بنابراین، کارگران جنسی اصلاً به سراغ آنها نمی‌روند و مجبورند به خوددرمانی پردازند. رفتن به مطب متخصص بیماری‌های زنان به همین دلیل یک اتفاق نادر است. در مورد درمان اعتیاد، که قرار است رایگان باشد، از افراد خواسته می‌شود حدود ۵۰ دلار و حتی بیشتر برای دارو پردازند. همین مطلب عیناً در مورد مراکز توزیع داروهای بیماری‌های پوستی و مقاربتی صادق است که در آنها درمان STI ارائه می‌شود. علاوه بر این، اعتقاد عمومی بر این است که اصلاً تضمینی برای محرمانه ماندن وجود ندارد.

—سازمان غیردولتی ران (RAN)، دوشنبه، تاجیکستان

پروژه‌هایی از بلاروس، بلغارستان و ازبکستان نیز مواردی از درمان اجباری STI، به ویژه سفیلیس گزارش کرده‌اند. در قزاقستان، کارگران جنسی اظهار کردند که مجبور به درمان STI شده‌اند که برای آن مجبور به پرداخت هزینه شده‌اند.

### ۳-۳ (۴) اطلاع و آگاهی از حقوق بشر و مسائل حقوقی داخلی

شواهد تجربی نشان‌دهنده سطح نسبتاً پایین اطلاع از حقوق خود میان کارگران جنسی است. در بسیاری کشورها، کارگران جنسی از مقررات قانونی که در مورد کارشان وجود دارد یا سازوکارهای موجود که برای حمایت از حقوق آنها طراحی شده است، آگاه نیستند. با توجه به اینکه از نظر کارگران جنسی قوانین حمایتی و خط‌مشی‌های حق‌محور اغلب به آنها مربوط نمی‌شود، این امر زیاد تعجب‌آور نیست. آنها اغلب بر این باورند که با متوسل شدن به قانون برای مقابله با فساد پلیس، تبعیض (نظیر خودداری از ارائه خدمات سلامت) و در اختیار نداشتن اطلاعات پیشگیری و درمان برای اچ‌آی‌وی و STI، چیزی عاید آنها نخواهد شد.

یک تحقیق پیمایشی خیابانی که توسط سازمان غیردولتی تایس پلاس در بیشکک، قرقیزستان انجام گرفت، به بررسی میزان آگاهی کارگران جنسی از وجود مقررات کار جنسی در کشور پرداخت (کار جنسی فردی بزرگسالان تابع مقررات قانون کیفری یا اداری نیست). از ۱۸۱ کارگر جنسی که از آنها نظرسنجی شد، سه تن نتوانستند به این پرسش پاسخ دهند، ۳۹٪ (n=70) پاسخ را نمی‌دانستند، ۷٪ (n=13) پرسش را نمی‌فهمیدند یا نمی‌دانستند منظور از واژه "مسئولیت" چیست و ۱۷٪ بر این باور بودند که کار جنسی فردی یا مسئولیت اداری دارد یا کیفری. تنها ۳۴٪ به درستی اعلام کردند که کار جنسی فردی هیچ‌گونه مسئولیتی دربر ندارد و جرم و خطا محسوب نمی‌شود. از این رو، دو-سوم پاسخ‌دهندگان وضعیت‌هایی را که ممکن بود در آنها به خاطر رفتارشان مجازات شوند، نمی‌شناختند یا تصورات غلطی درباره آنها داشتند. در همین تحقیق، کمی بیش از یک-سوم پاسخ‌دهندگان بر این باور بودند که ممکن است به خاطر کار جنسی به زندان بیفتند ("تایس پلاس"، ۲۰۰۴).

در این ضمن، تحقیقی که در سال ۲۰۰۴ توسط پروژه پالمیرا در قرقیزستان انجام گرفت، نشان داد که هنگامی که این فرصت برای کارگران جنسی فراهم می‌شود که به طور رایگان مشاوره حقوق دریافت دارند، همچنان با بی‌میلی با این فرصت برخورد و از آن استفاده نمی‌کنند. آنها به عنوان دلیل اصلی گزارش نکردن موارد نقص تصویری یا واقعی حقوقشان، به ترس از تلافی جویی اشاره می‌کنند (پالمیرا، ۲۰۰۴). اغلب کارگران جنسی که با آنها مصاحبه شد، اظهار داشتند که دلشان می‌خواست موارد اخاذی و تلکه پول توسط پلیس از خود را مستند کنند، اما شکایتی نکردند، زیرا نمی‌خواستند زندگی خود را در خطر قرار بدهند.

تایس پلاس از قرقیزستان همچنین گزارش داد که طی یک دوره سه ساله، کارکنانش تنها از سه مورد خبردار شدند که طی آنها کارگران جنسی به پیگرد قانونی روش‌های غیرقانونی ضابطین قانون اقدام کرده بودند. در سال ۲۰۰۰، یک کارگر جنسی شکایتی قانونی علیه یک مأمور پلیس اقامه کرد که به اخاذی و تلکه کردن پول از او اقدام کرده بود. اما او در نهایت به خاطر فشار پلیس و تمایل به محرمانه ماندن موارد نقض و تخلف، شکایت خود را پس گرفت. در یک مورد دیگر، درخواست شکایت و رسیدگی از سوی یک کارگر جنسی در مارس سال ۲۰۰۳ ثبت شد، اما تا ۱۶ ماه بعد هیچ‌قراری صادر نشد. طبق نظر تایس پلاس، دو دلیل اصلی برای

بی میلی کارگران جنسی نسبت به دریافت کمک‌های حقوقی وجود دارد. یک دلیل، اداری است - آنها فاقد اسناد شناسایی لازم برای دنبال کردن دعوی حقوقی هستند. دلیل دیگر که بیشتر فلسفی است، از رد مبارزه جویانه نیاز به هر گونه حمایت یا کمک از سوی نظام دادگستری و قضا از سوی کارگران جنسی ناشی می‌شود. این موضع ممکن است با توجه به اینکه این حمایت در درجه اول چقدر غیرمحمّل یا نازل است، در واقع نمونه‌ای از "واقع‌گرایی قانونی" از سوی آنها باشد.

پلیس اغلب از اطلاعات اندک کارگران جنسی از حقوق قانونی‌شان در جهت تلکه کردن آنها و گسترش ترس و وحشت میان این گروه بسیار منزوی و حاشیه‌ای سوءاستفاده می‌کند. بنابراین، بالا بردن آگاهی آنها نسبت به قانون از اهمیت بسیار برخوردار است و این کار همچنین ممکن است موجب شود جرایمی که علیه آنها روی می‌دهد، بیشتر به چشم بیاید. هم‌زمان باید فشار را روی پلیس و دیگر مؤسسات ضابط قانون (از جمله قوه قضاییه) افزایش داد تا مسئولیت خود را برای حمایت از کلیه شهروندان به شیوه‌ای صریح و غیرتبعیض‌آمیز به عهده گیرند. آنها باید هنگامی که موارد نقض قانون برملا می‌شوند (و آنهایی که موارد نقض را گزارش می‌دهند باید قادر باشند این کار را به شیوه‌ای محرمانه انجام دهند) با اقدام انضباطی جدی روبه‌رو شوند.

### ۳-۳ (۷) افکار عمومی

از هنگامی که نوع بشر برای نخستین بار به یک حیوان اجتماعی تبدیل شد، تن‌فروشی در کلیه فرهنگ‌ها و جوامع وجود داشته است. این واقعیت همیشه موجب نشده است که تن‌فروشی در نظر بسیاری از مردم حرفه‌ای مقبول باشد. در اغلب بخش‌های جهان - از جمله کشورهای اروپای مرکزی و شرقی و آسیای مرکزی - کار جنسی همیشه انگ‌خورده است و این وضع امروز هم همین‌طور است. افرادی که ممکن است نسبت به بسیاری رفتارها با تسامح برخورد کنند، اغلب به شدت مخالف کار جنسی هستند و آن را زشت و ناپسند، موهن و شرم‌آور می‌دانند. اما هم‌زمان، بسیاری از آنها برای تن‌فروشان دل می‌سوزانند و لزوماً این اعتقاد را ندارند که شرایطی باید به وجود آید که به آزار کارگران جنسی منجر شود.

متأسفانه، این گونه نگرش‌های مخالف بدرفتاری با تن‌فروشان اغلب اوقات تحت‌الشعاع هم‌سرایی تنفر سرسختانه نه تنها نسبت به رفتار، بلکه نسبت به خود تن‌فروشان، قرار می‌گیرند و نادیده گرفته می‌شوند. در بسیاری موارد، افکار عمومی محافظه‌کار و ارزش‌گذار در رابطه با کارگران جنسی، شدیداً بر باورها و آراء قانون‌گذاران و سیاست‌گذاران، پلیس، رسانه‌های گروهی، مشتریان و ارگان‌های مسئول سلامت عمومی تأثیر می‌گذارند. افکار عمومی خصومت‌آمیز کانون اصلی این تحقیق را تشکیل نمی‌دهد، بلکه نگرش‌های به‌غایت خشن - و اغلب ریاکارانه - نسبت به کار جنسی میان آحاد عامه مردم ارزش توجه را دارد.

طبق یک تحقیق پیمایشی از بیشکک، قرقیزستان، که در ۲۰۰۱ توسط سازمان غیردولتی "Tais Plus" انجام گرفت، ۱۱٪ از پاسخ‌دهندگان با نابود کردن فیزیکی کارگران جنسی موافق بودند ("Tais Plus"، ۲۰۰۴). در سراسر منطقه، ساکنان محلاتی که کار جنسی در آنها انجام می‌گیرد، به طور مرتب شکایات مکتوبی به ارگان‌های مسئول ضابط قانون ارسال کرده‌اند که در آنها خواستار موقوف شدن فعالیت کارگران جنسی شده‌اند. پلیس از این شکایات برای توجیه آزار و اذیت کارگران جنسی، صرف‌نظر از مسائل قانونی و حقوق بشری که به وجود می‌آورد، استفاده کرده است (Info Focus، ۲۰۰۳).

همان‌طور که پاسخ‌دهندگان بومی در مجارستان اظهار داشتند، جنبش ضدتن‌فروشی در آن کشور در سال‌های اخیر قوی‌تر شده است. جنبش یک مجارستان‌عاری از تن‌فروشی پوشش رسانه‌ای و حمایت عمومی قابل توجهی را به خود اختصاص داده است. برای مثال، در سال ۲۰۰۴، بزرگ‌ترین روزنامه مجارستان، از انتشار مقاله‌ای که توسط اتحادیه آزادی‌های مدنی مجارستان در پاسخ به دو مقاله مفصل منتشره در روزنامه که خطوط کلی موضع صریح ضد-تن‌فروشی روزنامه را ترسیم می‌کردند، خودداری کرد.

نگرش‌های خصمانه عامه بیانگر یک مانع عمده بر سر راه پیاده‌سازی خدمات جامع به کارگران جنسی به شمار می‌رود. طبق یک نظرسنجی که در سازمان‌هایی به عمل آمد که در سه کشور آسیای مرکزی (قرقیزستان، تاجیکستان و ازبکستان) با و برای کارگران جنسی کار می‌کردند، افکار عمومی منفی به عنوان یکی از عوامل اصلی شناخته شد که به توانایی آنها در ارائه خدمات به کارگران جنسی و دیگر گروه‌های منزوی شده و مطرود، از جمله معتادان تزریقی، لطمه می‌زد (AFEW، ۲۰۰۳). در این کشورها و دیگر کشورهای اروپای مرکزی و شرقی و آسیای مرکزی، زنان از شرکت در کار جنسی اظهار شرم و گناه کرده‌اند، احساساتی که به میزان زیادی بر اثر اخلاقیات اجتماعی غالب شکل گرفته‌اند. هنگامی که در جوامعی زندگی و کار می‌کنیم که رفتار انسان به شکلی خشن، صرف‌نظر از اوضاع و احوال، محکوم می‌شود، تلاش برای کسب حمایت از حقوق بشری و انتظار رعایت آنها را داشتن بدون تردید دشوار خواهد بود.

## ۴. اچ‌آی‌وی/STI و مداخلات کاهش آسیب میان کارگران جنسی

هدف این بخش آن است که نگاهی اجمالی به مداخلات اچ‌آی‌وی و اس‌تی‌آی‌اس میان کارگران جنسی در سی‌ای‌ای/سی‌ای‌ای بیندازد، میزان ارائه خدمات به این جمعیت را در این منطقه بررسی کند و پوششی را که آنها به دست می‌آورند، ارزیابی کند. هدف این بخش آن نیست که تحلیلی تفصیلی از خدمات موجود ارائه دهد. برعکس، می‌کوشد اطلاعات و مشاهدات مربوط به تعداد مشتریانی که آنها تحت پوشش قرار می‌دهند، نیازهای ویژه آنها، انواع خدمات ارائه شده و موانعی که با آنها مواجهند، از جمله تأثیر روندها و خط‌مشی‌های کلی بر تک تک پروژه‌های مداخله را در اختیار خواننده قرار دهد.

### ۴-۱ دستورالعمل‌ها و رهنمون‌های مربوط به ارائه خدمات به کارگران جنسی

طبق اسناد یونیسف، تدابیر اثربخش برای جلوگیری از انتقال اچ‌آی‌وی و STI میان کارگران جنسی از جمله شامل موارد زیر است (یونیسف، ۲۰۰۱):

- ارائه خدمات رایگان/ارزان و قابل دسترسی برای پیشگیری و درمان STI، که اغلب در انتقال اچ‌آی‌وی هم به و هم از کارگران جنسی، از عوامل کمکی به شمار می‌روند. این اقدامات را باید به خدمات آزمایش و مشاوره داوطلبانه پیوند زد تا مشوق انجام آزمایش و مروج استفاده از روش‌های بی‌خطر باشند.
- پیاده‌سازی کارزارهای تبلیغ برای کاندوم (که باید شامل کارزارهای رسانه‌ای هدفمند، توزیع کاندوم و تقویت مهارت‌های چانه‌زنی جنسی بی‌خطرتر باشد) به منظور کمک به کلیه کارگران جنسی در تلاششان برای پافشاری بر استفاده کلیه مشتریان از کاندوم.
- افزایش دسترسی کارگران جنسی که مواد مخدر تزریق می‌کنند به سوزن، سرنگ و دیگر وسایل تزریق. یکی از عناصر اصلی باید عرضه یا تعویض سوزن/سرنگ باشد تا امکانات مورد نیاز برای کاهش استفاده مشترک از وسایل تزریق فراهم شود.
- تولید و توزیع اطلاعات روشن و مشخص میان کارگران جنسی در مورد شیوه‌های حفاظت از خود در مقابل ابتلا یا انتقال اچ‌آی‌وی و انگیزش دادن و کمک به آنها برای استفاده منظم از کاندوم.
- ارائه خدمات فوق‌توسط کارگران معتبر و قابل اعتماد - اغلب، همتایان کارگران جنسی شامل کارگران جنسی سابق یا فعال - در قالب‌هایی جذاب و قابل دسترسی نظیر امدادی، خدمات سیار و مراکز مراجعه. این اقدامات بخشی از تلاش برای کمک‌رسانی به کارگران جنسی در اماکنی امن و در فضایی دوستانه



نسبت به کارگران جنسی است که گفتگو و مشاوره در مورد طیف گسترده‌ای از مسائل مورد علاقه گروه هدف و نیز کمک به آنها برای یافتن مشاغل دیگر در صورت تمایل، را امکان‌پذیر می‌کند.

- توانمندسازی کارگران جنسی از طریق ایجاد گروه‌هایی برای حمایت از رفتارهای قانونی و پلیسی مناسب و حمایت از این گروه‌ها و کمک به بهبود مهارت‌های چانه‌زنی کارگران جنسی به منظور محافظت از خودشان.
- توسعه پیوند و ارجاع میان پروژه‌های تعویض سوزن/سرنگ، برنامه‌های درمان اعتیاد، خدمات STI و دیگر خدمات سلامت، درمانی، قانونی و اجتماعی برای کارگران جنسی - به منظور مرتبط کردن مجدد آنها با نظام‌های اجتماعی و ایجاد فرصت‌های متعدد برای آموزش اثربخش آنها در مورد پیشگیری از اچ‌آی‌وی.

## ۴-۲ تاریخچه مختصر فعالیت‌های کاهش آسیب برای کارگران جنسی

تقریباً کلیه سازمان‌های بین‌المللی سلامت در این مورد توافق دارند که کاهش آسیب باید یکی از مهم‌ترین عناصر کلیه برنامه‌ها و استراتژی‌ها برای مبارزه با اچ‌آی‌وی/ایدز را تشکیل دهد. همان‌طور که برنامه بین‌المللی توسعه کاهش آسیب (IHRD) انستیتو جامعه باز (OSI) تعریف کرده است، "کاهش آسیب یک رویکرد عمل‌گرا و بشردوستانه به کاهش آسیب‌های فردی و اجتماعی مرتبط با مصرف مواد مخدر به ویژه خطر عفونت اچ‌آی‌وی است. کاهش آسیب می‌کوشد مشکلات مرتبط با مصرف مواد مخدر را به کمک روش‌شناسی‌هایی که از شأن، انسانیت و حقوق بشری افرادی که مواد مخدر مصرف می‌کنند، حراست می‌کنند، کاهش دهد".<sup>۱</sup> این تعریف به طور مشخص به مصرف مواد مخدر اشاره دارد، اما از کاهش آسیب به طور کلی برای به کار بردن آن در مورد استراتژی‌هایی استفاده می‌کند که برای کاهش آسیب سلامت و اجتماعی از سوی هرگونه رفتار بالقوه پرخطر، نه صرفاً مصرف مواد مخدر، اتخاذ شده‌اند.

استراتژی‌های کاهش آسیب با شدت‌های گوناگون از سوی کشورها، از اوایل دهه ۱۹۹۰ در منطقه به کار گرفته شده‌اند. نخستین پروژه‌های کاهش آسیب توجه خود را بر پیشگیری از اچ‌آی‌وی و خدمات دیگر برای معتادان تزریقی متمرکز کرده بودند. اما زیاد طول نکشید که معلوم شد بسیاری از کارگران جنسی از این خدمات استفاده می‌کنند، که با توجه به همبستگی نیرومند میان کار جنسی و مواد مخدر، شاید اتفاق تعجب‌آوری نبوده است. IHRD در پذیرش نیاز به تأمین خدمات کاهش آسیب هدفمندتر برای کارگران جنسی، در سال ۲۰۰۰ یک پروژه آزمایشی را برای کارگران جنسی منطقه اروپای مرکزی و شرقی و آسیای مرکزی تأمین مالی کرد. این پروژه با ۳۳ سازمان در ۱۲ کشور آغاز شد: بلاروس، بلغارستان، استونی، لتونی، لیتوانی، لهستان، رومانی،

<sup>۱</sup> این تعریف و اطلاعات اضافی در مورد کاهش آسیب را می‌توان در وبسایت برنامه بین‌المللی توسعه کاهش آسیب در نشانی

روسیه، اسلواکی، ترکمنستان، اوکراین و ازبکستان. در تنها شش ماهه نخست، به بیش از ۶,۵۰۰ کارگر جنسی دست کم یک بار کمک‌رسانی شد و اطلاعات مربوط به کاهش آسیب در مورد اچ‌آی‌وی، STI و مصرف مواد مخدر در اختیار آنها قرار گرفت. تقریباً ۶,۲۰۰ (۹۵٪) نفر از آنها بیش از یک‌بار از خدمات اطلاعات تکمیلی، آموزش، مشاوره و ارجاع به مراکز دیگر بهره‌گرفتند. طبق گزارش، بیش از ۵,۱۰۰ کارگر جنسی در خدمات تعویض سوزن و سرنگ شرکت جستند (IHRD و OSI، ۲۰۰۱).

تعداد پروژه‌های کاهش آسیب که کارگران جنسی و/یا دیگر گروه‌های فرعی پرخطر را هدف خود قرار داده‌اند، پس از سال ۲۰۰۰ مداوماً افزایش یافته است. مطالعه‌ای که در مورد ارزیابی نیازها در سال ۲۰۰۲ توسط CEEHRN انجام گرفت، متوجه شد که ۴۲ پروژه از میان ۱۷۴ عضو این شبکه در آن زمان هدف خود را کارگران جنسی قرار داده‌اند. (در آن سال، CEEHRN برای تسهیل مبادله میان پروژه‌هایی که با کارگران جنسی کار می‌کردند، یک زیرشبکه موضوعی به وجود آورد). یک بررسی که در سال ۲۰۰۳ انجام گرفت، تنها در روسیه ۳۷ پروژه را شناسایی کرد که هدف خود را کارگران جنسی تعیین کرده بودند (پلت و مونتگومری، ۲۰۰۳). یک تحقیق پیمایشی گسترده که توسط CEEHRN در مورد برنامه‌های تعویض سوزن انجام گرفت و توجه خود را بر داده‌های همان سال متمرکز کرده بود، ۲۳۷ برنامه کاهش آسیب از ۲۷ کشور در این منطقه شناسایی کرد که ۸۵ برنامه از میان آنها مشخصاً کارگران جنسی را به عنوان گروه هدف مهم، اگر نه گروه هدف اصلی، تعیین کرده بودند (CEEHRN، ۲۰۰۴).

#### ۴-۳ تأمین بودجه

هدف از تهیه این گزارش در اصل آن نبود که تأمین مالی و منابع تأمین مالی را مورد بررسی قرار دهد. اما در جریان گردآوری اطلاعات، واضح شد که برخی محدودیت‌ها در ارائه خدمات اساساً یا دست کم تاحدی از خط‌مشی‌ها و شرایط وام‌دهندگان و کمک‌کنندگان ناشی می‌شود. همچنین، یک تحقیق پیمایشی قبلی CEEHRN که در ۲۰۰۳ در مورد ارزیابی نیازهای ۲۶ سازمان که با کارگران جنسی کار می‌کردند، انجام گرفته بود، نشان داد که محدودیت‌های مالی یکی از مهم‌ترین موانع بر سر راه توسعه خدمات اثربخش و دستیابی به پوشش کارآمد برای جمعیت‌های هدف به شمار می‌رود (جیره‌سووا، ۲۰۰۳).

مؤلفان این گزارش به دلایلی که ذکر شد تصمیم گرفتند اطلاعات موجود در مورد منابع تأمین مالی در این منطقه را بررسی کنند. یکی از منابع تأمین اطلاعات، تحقیقی پیمایشی بود که در سال ۲۰۰۴ توسط CEEHRN انجام گرفت که ۲۳۷ برنامه تعویض سوزن را در ۲۷ کشور اروپای مرکزی و شرقی و آسیای مرکزی دربر می‌گرفت. ۸۵ برنامه به صراحت هدف خود را کارگران جنسی قرار داده بودند. بر اساس بررسی شاخص‌های عملیات و عملکرد این برنامه‌ها در سال ۲۰۰۳، معلوم شد که تقریباً نیمی از برنامه‌های کاهش آسیب در منطقه جزناً یا کلاً توسط ارگان‌های مسؤول کشور تأمین بودجه شده‌اند. بودجه‌های ملی یا محلی اغلب مخارج برنامه

در برخی کشورها، شامل کرواسی، جمهوری چک، لیتوانی و لهستان را پوشش می‌داد. در این کشورها و دیگر نقاط، حمایت‌های پولی یا جنسی مستقیم ملی یا محلی سهم مهمی در فعالیت برخی پروژه‌ها داشتند که همچنان به میزان زیادی به وام‌دهندگان و کمک‌کنندگان خارجی متکی بودند.

طبق گزارش این ۸۵ سازمان<sup>۱</sup>، عمده‌ترین وام‌دهندگان و کمک‌کنندگان خارجی در منطقه در سال ۲۰۰۳ شامل (به ترتیب میزان نهاده): IHRD (۵۸ پروژه)، USAID (۹ پروژه)، DFID (۶ پروژه)، و OHI (۴ پروژه) بودند. دیگر ارگان‌های تأمین مالی شامل UNAIDS، UNDP و صندوق جهانی برای مبارزه با ایدز، سل و مالاریا (GFATM) می‌شدند.

در سال ۲۰۰۴، وضعیت تأمین مالی در این منطقه شروع به تغییر کرد. هشت کشور از ۲۷ کشور منطقه به اتحادیه اروپا پیوستند که به این معنا بود که این کشورها دیگر واجد شرایط بسیاری از کمک‌های بلاعوض از سوی وام‌دهندگان بین‌المللی و سازمان‌های چندجانبه نیستند. دیگر تحول مهم دیگر، ایجاد GFATM بود که در دور چهارم خود (در پایان سال ۲۰۰۴) به ۱۸ کشور منطقه کمک بلاعوض داده بود و بخش قابل توجهی از کمک‌های تحویلی به پیشگیری میان جمعیت‌های منزوی شده و حاشیه‌ای اختصاص یافته بود. کمک اضافی GFATM به منطقه احتمالاً در دور پنجم در سال ۲۰۰۵ تصویب خواهد شد. در برخی کشورها، از جمله بلغارستان، قزاقستان و قرقیزستان، سازمان‌هایی که خدمات در اختیار کارگران جنسی قرار می‌دهند، بودجه‌های خود را از طریق GFATM دریافت کرده‌اند. با وجود این، تأثیر کمک GFATM بر زندگی کارگران جنسی در این سه کشور و کشورهای دیگر، با توجه به این امر که این کمک‌های بلاعوض تنها به تازگی به سمت این کشورها جریان یافته‌اند، مشخص نیست.

اگر GFATM و اتحادیه اروپا را کنار بگذاریم، مسئله تأمین بودجه همچنان یکی از مشکلات ارائه‌دهندگان خدمات کاهش آسیب در بسیاری از کشورها را تشکیل می‌دهد. برای مثال، در روسیه، یک بررسی ۷۵ پروژه کاهش آسیب را مشخص کرد که ۴۲ پروژه از آنها به طور میانگین ۲۸,۰۰۰ دلار از DFID/OSI کمک دریافت می‌کردند (رودس و دیگران، ۲۰۰۴). اما در سال ۲۰۰۳، کمک‌های DFID دیگر وجود نداشت<sup>۳</sup> و انستیتو Open Health - بنیاد ملی جانشین OSI در کشور - کمک مالی به ۱۱ پروژه را متوقف کرد، زیرا حمایت مورد انتظار از بانک جهانی را دریافت نکرد. در نتیجه این تغییرات، میزان کمکی که به این پروژه‌ها ارائه

<sup>۱</sup> این داده‌ها توسط خود سازمان‌ها ارائه شده بودند، از این رو گاه دشوار است که منبع واقعی تأمین بودجه را مشخص کنیم. برای مثال، اغلب کمک‌های مالی به سازمان‌های کاهش آسیب روسیه توسط DFID ارائه شدند، اما کمک‌های بلاعوض توسط OHI مدیریت می‌شدند.

<sup>۲</sup> برآوردهای به عمل آمده از میزان کمک مالی هر یک از وام‌دهندگان و کمک‌کنندگان در دسترس نیست. این تحلیل صرفاً بر تعداد پروژه‌هایی که توسط وام‌دهنده کمک مالی شده‌اند، متکی است و نه به میزان کمک ارائه شده.

<sup>۳</sup> در سال ۲۰۰۳، DFID پروژه موقتی خود را که هدف از ایجاد آن حمایت از فعالیت‌های کاهش آسیب در روسیه پیش از رسیدن کمک‌های پیش‌بینی شده از سوی GFATM و بانک جهانی بود، تعطیل کرد.

می‌شد، به طور میانگین ۱۴,۰۰۰ دلار کاهش یافت (لتیازینا، ۲۰۰۳). متأسفانه، وعده کمک GFATM و بانک جهانی در آن سال تحقق نیافت و کمبودها را نیز منابع دولت یا دیگر وام‌دهندگان و کمک‌کنندگان پوشش ندادند.

همان‌طور که این مثال نشان می‌دهد، خط‌مشی‌های وام‌دهندگان خارجی می‌تواند تأثیر نامتناسبی بر پروژه‌های کاهش آسیب در کشورهایی باقی‌گذارد که در آنها دولت‌های ملی یا محلی بودجه ناچیزی به این امر اختصاص می‌دهند یا اصلاً بودجه‌ای اختصاص نمی‌دهند. خط‌مشی‌های وام‌دهندگان اغلب می‌تواند در صورتی که پول در اختیار این پروژه‌ها قرار بگیرد، به فعال شدن این برنامه‌ها کمک کنند، اما برعکس، آنها می‌توانند در صورتی که کمک ارائه شده به‌ناگهان قطع شود یا به میزان قابل توجهی کاهش یابد، اثربخشی پروژه‌ها را از بین ببرند. در صورتی که حالت اخیر روی دهد، خدمات مهمی که در اختیار کارگران جنسی و معتادان تزریقی قرار می‌گیرد، ممکن است اجباراً محدود شود یا کاهش یابد.

کمک مؤسسات وام‌دهنده به خدمات کاهش آسیب و کارگران جنسی نیز ممکن است تحت تأثیر خط‌مشی‌ها و رویه‌هایی قرار بگیرد که مستقیماً به هزینه‌ها و پرداخت‌های مالی مربوط نمی‌شوند. این نکته به ویژه در رابطه با یکی از بزرگ‌ترین کمک‌کنندگان به این منطقه در حوزه سلامت، یعنی دولت ایالات متحده آمریکا، صادق است که برنامه‌های سلامت را از طریق مؤسسه توسعه بین‌المللی (USAID) حمایت می‌کند. این مؤسسه اغلب به برنامه‌هایی کمک مالی می‌کند که به کارگران جنسی و قربانیان قاچاق انسان خدمات می‌دهند. اما طبق قانون، USAID نمی‌تواند کمک مالی برای "پیشبرد یا حمایت از قانونی کردن یا کار تن‌فروشی یا قاچاق جنسی" صرف کند. دریافت‌کنندگان این وجوه باید همچنین از خط‌مشی‌ای پیروی کنند که صریحاً مخالف با تن‌فروشی و قاچاق جنسی باشد. در آغاز این شرط اخیر تنها در مورد سازمان‌های غیردولتی به کار می‌رفت که مرکزشان در ایالات متحده قرار نداشت. اما اخیراً دولت ایالات متحده برنامه‌هایی را برای بسط دادن این شرط به کلیه سازمان‌های غیردولتی اعلام کرد. این شرط با بحث و مجادلات قابل ملاحظه‌ای همراه بوده است، زیرا معنای آن ناروشن است و برخی گروه‌ها از این امر نگران بودند که فعالیت جانبدارانه به حمایت از حقوق کارگران جنسی ممکن است ناقض این خط‌مشی باشد. صرف‌نظر از این امر، این محدودیت‌ها شواهد روشنی از قدرت و تأثیر سیاست‌گذاران محافظه‌کار یا ارزش‌گذاری را به نمایش می‌گذارد که شدیداً مخالف استراتژی‌هایی هستند که بر اجتناب از کلیه انواع رفتارهای بالقوه پرخطر تأکید نمی‌کنند.

در همین راستا، دولت ایالات متحده همچنین به USAID اجازه نمی‌دهد که برای برنامه‌های تعویض سوزن/سرنگ یا برنامه‌های تحقیقاتی مربوط به آن، وسایل تزریق خریداری یا توزیع کند. USAID دیگر خدماتی را که هدفشان را معتادان تزریق قرار داده‌اند، نظیر مطالب آموزشی، مشاوره و آزمایش، توزیع کاندوم و آموزش روابط جنسی بی‌خطرتر، کمک مالی می‌کند (راهنمای USAID، ۲۰۰۴).

ایالات متحده همچنین به کشورهای دیگر فشار می‌آورد برنامه‌های تعویض سوزن/سرنگ را تعطیل کنند. برای مثال این کشور با گنجاندن عباراتی در حمایت از تعویض سوزن در کمیسیون مواد مخدر مخالف کرده است و از دفتر مقابله با مواد و جرم ملل متحد درخواست کرده است که مطالب مربوط به تعویض سوزن را از وبسایت خود حذف کند.

این خط‌مشی‌ها و تحولات ثابت بسیاری از برنامه‌های کاهش آسیب در منطقه اروپای مرکزی و شرقی و آسیای مرکزی را تهدید می‌کند، زیرا بسیاری از دولت‌ها برای کسب راهنمایی درباره‌ی اینکه چگونه به بهترین نحو به بیماری مسری اچ‌آی‌وی/ایدز پاسخ دهند، چشم به ایالات متحده دارند. ممکن است علائق سیاسی محلی ایالات متحده موجب شوند نظام شکننده و بی‌نهایت محدود خدماتی که در حال حاضر در مناطق فقیر (در کشورهای که برخلاف ایالات متحده در لحظه حاضر، با چنگ و دندان برای مقابله با فاجعه سلامت عمومی در رابطه با اچ‌آی‌وی/ایدز که در مقابل آنها قد علم کرده است، مبارزه می‌کنند) در اختیار کارگران جنسی و دیگر گروه‌های منزوی شده و حاشیه‌ای جامعه قرار دارد، با اختلالات بیشتر مواجه شود.

#### ۴-۴ گروه‌های هدف

اغلب پروژه‌هایی که در این گزارش مورد پیمایش قرار گرفتند، خدمات خود را به طور عمده در اختیار کارگران جنسی زن قرار می‌دهند. پروژه "وی استرچا" از مینسک، بلاروس، تنها پروژه‌ای است که توجه خود را بر کارگران جنسی مرد متمرکز کرده است. هفت پروژه دیگر این گروه فرعی را به عنوان جزئی از جمعیت کلی کارگران جنسی تحت پوشش قرار می‌دهند. این پروژه‌ها شامل پروژه‌هایی در مینسک، بلاروس، صوفیه و وارنا در بلغارستان، اوش، قرقیزستان، سترومیکا، مقدونیه، بوخارست، رومانی، براتیسلاوا، اسلواکی و دوشنبه، تاجیکستان هستند.

ویژگی‌های جمعیتی مشتریان پروژه به تفصیل در بخش ۲ این گزارش ارائه شده است. اغلب مشتریان زنانی در سن ۲۰-۳۰ هستند که در خیابان کار می‌کنند. ۶۵٪ از پروژه‌هایی که مورد تحقیق پیمایشی قرار گرفتند، معتادان تزریقی را گروه ویژه‌ای از کارگران جنسی می‌دانستند (داده‌های تفصیلی‌تر در رابطه با درصد کارگران جنسی معتاد تزریقی تحت پوشش این پروژه‌ها در بخش ۲ و در جدول ۸ پیوست‌ها ارائه شده‌اند). اکثریت این پروژه‌ها چنین گزارش دادند که بخش قابل توجهی (اغلب دست کم ۵۰٪) از مشتریان‌شان مهاجرینی از مناطق روستایی، شهرهای منطقه‌ای یا دیگر کشورهای منطقه هستند (به جدول ۹ پیوست‌ها مراجعه کنید).

#### ۴-۵ میزان پوشش خدمات

هیچ تعریف دقیق و مورد قبول همگانی از واژه "پوشش" در زمینه ارائه خدمات وجود ندارد (به عبارت گسترده‌تر، این واژه اغلب برای اشاره به دو چیز درهم تنیده به کار می‌رود: میزان دسترسی افراد هدف در یک

جامعه توصیف شده به خدمات و بهره‌برداری از آنها، و دامنه و گستره این خدمات). همچنین هیچ‌گونه توصیه‌های بین‌المللی ویژه‌ای در رابطه با آنچه پوشش اثربخش جمعیت‌های کارگر جنسی را تشکیل می‌دهد، وجود ندارد. با وجود این، در سال ۲۰۰۰، گروه کار UNAIDS برای پیشگیری از اچ‌آی‌وی میان معتادان تزریقی در اروپای مرکزی و شرقی، هدف ۶۰٪ پوشش برای برنامه‌های کاهش آسیب در کشورهای اتحاد شوروی سابق را تعیین کرد. بسیاری از تحلیل‌گران این درصد را آستانه یا نزدیک به آستانه لازم برای متوقف کردن سرایت اچ‌آی‌وی در یک جامعه خاص، که به ویژه از پیوستگی زیادی نظیر معتادان تزریقی برخوردارند، می‌دانند.

پروژه‌های کاهش آسیب به طور اعم یا خدمات تعویض سوزن به طور اخص در معدودی از نقاط این منطقه به این هدف دست یافته‌اند. یک بررسی که در سال ۲۰۰۴ توسط گروه مرجع ملل متحد در مورد پیشگیری و مراقبت از اچ‌آی‌وی/ایدز در میان معتادان تزریقی در کشورهای در حال توسعه و در حال گذار به عمل آمد، نشان داد که در سراسر منطقه اروپای مرکزی و شرقی و آسیای مرکزی، ۷۷ برنامه کاهش آسیب از ۲۰۲ برنامه‌ای که در مورد آنها داده وجود داشت، پوشش کلی کمتر از ۵٪ داشته‌اند (برای مثال، تیرانا، آلبانی: ۰٫۰۷٪). کلاً ۹۶ برنامه میان ۱۵٪ و ۶۰٪ پوشش داشتند (برای مثال، پراگ، جمهوری چک: ۱۶٪، مینسک، بلاروس: ۲۲٪، براتیسلاوا، اسلواکی: ۲۶٪)، اما اعتقاد بر این بود که دو پروژه در مورد مشتریان معتاد تزریقی خود به پوشش بیشتر از ۶۰٪ درصد رسیده‌اند (پلوودیو، بلغارستان: ۷۰٪ و لویو، اوکراین: ۹۴٪). این برآوردهای محدود تنها در مورد پروژه‌های تعویض سوزن وجود دارند بدون اینکه هیچ‌گونه آمار تفکیکی ویژه‌ای در مورد دسته‌بندی‌های مختلف نظیر کارگران جنسی معتاد تزریقی وجود داشته باشد.

با توجه به فقدان مطالعات ویژه در مورد پوشش جمعیت‌های کارگر جنسی در منطقه اروپای مرکزی و شرقی و آسیای مرکزی، مؤلفان این گزارش تصمیم گرفتند که داده‌های به دست آمده از تحقیق پیمایشی را مورد تجزیه و تحلیل قرار دهند. برای اهداف این گزارش، "پوشش" به صورت کل تعداد مشتریانی (کارگران جنسی) تعریف شد که پروژه‌ها دست کم یک بار با آنها تماس داشته‌اند تقسیم بر برآورد تعداد کارگران جنسی شهری که این پروژه‌ها در آن فعالیت می‌کنند. از ۳۹ مرکزی که اطلاعات در اختیار تحقیق قرار دادند، اطلاعات مربوط به برآورد تعداد کارگران جنسی در شهر و مشتریانی که خدمات ارائه شده به آنها رسیده است، در ۳۱ پروژه وجود داشت (این داده‌ها در جدول ۹ پیوست‌ها ارائه شده است).

همان‌طور که در جدول ۸ دیده می‌شود، برآورد جمعیت کارگران جنسی در برخی شهرها بسیار متفاوت بود (برای مثال، در مسکو، از ۳۰,۰۰۰ تا ۱۵۰,۰۰۰). در این گونه موارد، از میانگین کلیه برآوردهای ارائه شده استفاده شد. برخی پاسخ‌دهندگان تنها برآورد حداقل تعداد کارگران جنسی را ارائه کردند (برای مثال، اومسک: بیشتر از ۱,۰۰۰) یا برآورد یکی، یا بیشتر، از انواع کارگران جنسی را عرضه کردند (برای مثال، سن پترزبورگ:

۸,۰۰۰ کارگر جنسی خیابانی). در این موارد، مؤلفان تنها به داده‌های موجود اتکا کردند. داده‌ها همچنین از نظر تعداد مشتریان نیز استاندارد نبود. برخی پاسخ‌دهندگان تنها می‌توانستند برای رقم مشتریانی که پروژه‌ها به آنها خدمات داده‌اند، یک رقم تقریبی ارائه دهند (برای مثال، بارنال: 200~) یا داده‌های خود را به صورت طیف عرضه کردند (برای مثال، ایروان: ۱۳۰۰-۱۰۰۰). در این موارد، داده‌های موجود یا رقم میانگینی برای محاسبه به کار رفت. نتایج این تحلیل در زیر جمع‌بندی شده است.

کل برآورد جمعیت کارگر جنسی که در مناطقی زندگی می‌کردند که ۳۱ پروژه مورد بحث به فعالیت مشغول بودند، حدود ۱۴۸,۰۰۰ نفر بود. پوشش این پروژه‌ها حدود ۲۱,۳۰۰ تن از این جمعیت (۱۴٪ از کل جمعیت) را شامل می‌شد. طیف میزان این پوشش از ۱۰٪ (تالین، استونی، اوسسک، روسیه، بوخارست، رومانی، و پلوودیو و وارنا، بلغارستان) تا ۵٪ (پروژه‌ای در مسکو) را شامل می‌شد.

طبق این برآوردهای تقریبی که از داده‌های پیمایش به دست آمده‌اند، ۸۶٪ (n=21) از پروژه‌های منطقه اروپای مرکزی و شرقی و آسیای مرکزی به پوشش ۶۰٪ کل تعداد کارگران جنسی در شهرهایی که در آنها به کار مشغولند، دست نیافته بودند. یک سوم از این ۲۱ پروژه به پوشش ۱۰٪ از کارگران جنسی یا کمتر رسیده بودند. یک سوم بعدی به پوشش ۳۰٪-۱۱٪ از کارگران جنسی دست یافته بودند و یک سوم آخر به پوشش ۶۰٪-۳۱٪ رسیده بودند. از سوی دیگر، ۳۲٪ پروژه‌ها از پوشش ۶۰٪ از مشتریان بالقوه یا بیشتر خبر داده بودند. این داده‌ها، به ویژه در مقایسه با داده‌های پوشش جمعیت معتاد تزریقی که در بالا ارائه شدند، بد نیستند. آنها همچنین نشان می‌دهند که دستیابی به پوشش معقول در مورد کارگران جنسی، حتی برای پروژه‌های کوچک، کار واقع‌بینانه‌ای به شمار می‌رود.

باید متذکر شد که داده‌هایی که در اینجا ارائه شدند، ممکن است گویای وضعیت واقعی در بسیاری نقاط نباشند. برای مثال، در شهرهای بزرگی نظیر مسکو، چندین سازمان کاهش آسیب وجود دارد که کارگران جنسی را هدف خود قرار داده‌اند (پلت، ۲۰۰۳)، اما اطلاعات این تحقیق تنها توسط یک پروژه ارائه شد. در این میان، در اسکوپیه، مقدونیه، پاسخ‌دهنده به پرسش‌های تحقیق، گزارش داد که هرچند برآورد کل کارگران جنسی شهر ۱,۰۰۰ نفر بود، تنها حدود ۱۰۰ نفر از آنها در خیابان‌ها کار می‌کردند- معهدا، پروژه محلی توانسته بود به تقریباً کلیه اعضای این آسیب‌پذیرترین زیرگروه خدمات بدهد.

اینها تنها دو نمونه از نمونه‌های متعدد از سراسر منطقه هستند که نشان می‌دهند اطلاعات مربوط به سطح پوشش باید با دقت زیاد تفسیر شود. محدودیت‌های تحقیق و اطلاعات شامل فقدان برآوردهای قابل اعتماد از اندازه جمعیت‌های کارگران جنسی در شهرها، روش‌های متفاوت و اغلب نه چندان پیشرفته گردآوری داده و پایش خدمات، فقدان نظام پایش و شاخص‌های استاندارد و داده‌های نامنسجمی است که توسط پروژه‌ها در اختیار این گزارش قرار گرفتند.

## ۴-۶ خدمات پروژه

### ۴-۶(۱) توزیع کاندوم، اطلاعات و مشاوره

بخش ۲ از این گزارش به بحث درباره نشانه‌های عمومیت یافتن سرایت جنسی اچ‌آی‌وی، به ویژه میان شرکای جنسی معتاد تزریقی و معتادان تزریقی که به کار جنسی مشغولند، می‌پردازد. برخی از مطالعاتی که در بخش ۲ این گزارش مرور شدند، از شیوع بالای STI میان کارگران جنسی معتاد تزریقی و نیز پوشش محدود معتادان تزریقی و کارگران جنسی مصرف‌کننده مواد مخدر توسط پروژه‌های کاهش آسیب خبر دادند. جدول ۱۲ در پیوست‌ها به طور خلاصه طیف خدماتی را که به وسیله پروژه‌های فعال در منطقه ارائه شده است، برشمرده‌اند. خدماتی که توسط کلیه ۳۹ پروژه مورد تحقیق ارائه شده‌اند، عبارتند از توزیع کاندوم (۱۰۰٪) و اطلاعات و مشاوره (۱۰۰٪).

به عنوان جزئی ناگسستی از مداخلات موجود برای پیشگیری از اچ‌آی‌وی که هدفشان را کارگران جنسی تشکیل می‌دهد، ترکیبات گوناگونی از فعالیت‌ها و استراتژی‌ها برای افزایش آگاهی کارگران جنسی و مشتریان نسبت به سلامت جنسی توصیه شده است. این مداخلات شامل اجرای کارزارهای تبلیغ کاندوم می‌شود که باید شامل کارزارهای رسانه‌ای هدفمند و بهبود مهارت‌های چانه‌زنی روابط جنسی کم‌خطرتر و افزایش فراهمی کاندوم می‌شود.

استفاده ناپیگیر از کاندوم در میان کارگران جنسی نیز به چندین عامل دیگر مربوط می‌شود که مقابله با آنها از دشواری ویژه‌ای برخوردار است. برای مثال، مشتریان اغلب از تهدیدهای فیزیکی یا بددهنی برای مجبور کردن کارگران جنسی به داشتن رابطه بدون کاندوم استفاده می‌کنند. در این ضمن، برخی مشتریان ممکن است برای داشتن روابط جنسی بدون کاندوم مبالغ بسیار بیشتری پیشنهاد کنند. بسیاری از کارگران جنسی همچنین کمتر احتمال دارد با شرکای جنسی دائمی یا رایگان خود، از جمله شوهران و دوست‌پسرهاشان از کاندوم استفاده کنند (برای کسب اطلاعات بیشتر به بخش ۲-۱۱ مراجعه کنید).

### ۴-۶(۲) برنامه‌های سوزن و سرنگ

کارگران جنسی که مواد مخدر تزریق می‌کنند، با انگ حتی بدتری روبه‌رو هستند و در مقابل خطراتی که متوجه سلامت آنها می‌شود، از کسانی که مواد مخدر تزریق نمی‌کنند، آسیب‌پذیرترند. در نتیجه، در مقایسه با دیگر کارگران جنسی، شمار نامتناسبی از کارگران جنسی معتاد تزریقی در خیابان‌ها کار می‌کنند و درآمد کمتری نیز دارند. آنها در نتیجه از عهده پرداخت هزینه خدمات سلامت نیستند. در نتیجه، اگر هم آنها تماسی با نظام سلامت عمومی داشته باشند، این تماس بسیار محدود است. عواقب نگران‌کننده این‌گونه دسترسی غیراستاندارد را این واقعیت که مصرف تزریقی مواد مخدر و رفتارها پرخطر مرتبط با آن از جمله عوامل مهمی



هستند که آسیب پذیری کارگران جنسی را در مقابل عفونت اچ آی وی افزایش می دهند، و خیم تر می کند. در نتیجه، این امر اهمیت دارد که در نقاطی که کار جنسی به مصرف تزریقی مواد مخدر پیوند می خورد، دسترسی آنها را به خدمات کاهش آسیب (شامل برنامه های سوزن و سرنگ، درمان جایگزین، اطلاعات پیشگیری و ارجاع به مراکز دیگر) فراهم آوریم. همان طور که در بخش ۲ مورد بحث قرار گرفت، اغلب پروژه ها از مصرف تزریقی مواد مخدر توسط بخش قابل توجهی از کارگران جنسی مشتری خود خبر داده اند (برای کسب اطلاعات بیشتر به جدول ۸ در پیوست ها مراجعه کنید).

تعویض سوزن و سرنگ در بسیاری نقاط جهان محل بحث و اختلاف است. نظیر بسیاری از دیگر مسائل مرتبط با مصرف مواد مخدر و فعالیت جنسی، اخلاقیات شخصی و عمومی هرگز از قلب کلیه این مسائل به دور نبوده است. مخالفان، از جمله سیاست گزاران بانفوذ در دولت ایالات متحده آمریکا و برخی مقامات کلیدی در کشورهای منطقه اروپای مرکزی و شرقی و آسیای مرکزی (به ویژه روسیه)، معتقدند که تعویض سوزن مشوق مصرف غیرقانونی مواد مخدر است که به باور آنها امری همیشه اشتباه و غیراخلاقی است. در دیدگاه آنها، توجه به این امر هرگونه و کلیه مزایای سلامت کمی بالقوه یا واقعی، نظیر کاهش انتقال اچ آی وی و اس تی آی میان معتادان تزریقی را از بین می برد. در پاسخ، حامیان تعویض سوزن، مخالفان را به خاطر امتناع از پذیرش تدابیری که می تواند از بیماری و مرگ جلوگیری کند، ضداخلاق می نامند. اما از دیدگاه علمی و سلامت عمومی، هیچ گونه تناقض و بحثی وجود ندارد: کاهش آسیب (شامل تعویض سوزن و سرنگ) یکی از مداخلات اثربخش سلامت عمومی است. تقریباً کلیه سازمان های بین المللی پیشرو نیز این مداخله را تأیید می کنند.

به نظر می رسد که حامیان این مداخله کلاً در منطقه اروپای مرکزی و شرقی و آسیای مرکزی غلبه داشته باشند. تعویض سوزن و سرنگ توسط اغلب کشورهای منطقه به عنوان بخشی از برنامه ریزی ملی در مورد اچ آی وی/ایدز در نظر گرفته شده است، هرچند گسترش آن کند بوده و در برخی مناطق متوقف شده است. از ۳۹ پروژه ای که در تحقیق شرکت کردند، ۳۳ پروژه خدماتی ارائه می دادند که هدفشان را کارگران جنسی تشکیل می داد (به جدول ۱۲ پیوست ها مراجعه کنید). شش پروژه دیگر علی رغم این واقعیت که برخی از آنها همچنین از سطوح قابل توجهی از تزریق مواد مخدر میان کارگران جنسی مشتری خود حکایت کرده بودند، خدمات تعویض سوزن و سرنگ ارائه نمی کردند. برای مثال، پروژه ای در تاشکند، ازبکستان، گزارش داد که ۳۰٪ از بیش از ۱۴۰۰ کارگر جنسی که مشتری آن بودند، در عین حال معتاد تزریقی نیز هستند و اینکه ۳۰٪ آنها به استفاده مشترک از سوزن و سرنگ اقرار کرده اند. این پروژه خدمات تعویض سوزن/سرنگ ارائه نمی داد، زیرا حجم عمده بودجه خود را از USAID می گرفت که اجازه استفاده از کمک های آن برای چنین فعالیت هایی را نمی دهد (به بخش ۴-۳ مراجعه کنید).

در مسکو، پروژه یاسن که توسط سازمان غیر دولتی "NAN" به اجرا درمی آمد، گناه نداشتن خدمات تعویض سوزن و سرنگ را به گردن این واقعیت می انداخت که چنین فعالیت هایی از سوی ارگان های مسئول سلامت شهر مجاز شمرده نمی شوند. طبق نظر کارکنان این پروژه، عواقب این کار سطح پایین آگاهی معتادان تزریقی نسبت به خطرات مرتبط با مصرف تزریقی مواد مخدر و تداوم استفاده مشترک از سوزن و سرنگ توسط مشتریان پروژه است. دیگر پروژه هایی که از آنها نظرسنجی شد و به دلایل گوناگون خدمات تعویض سوزن و سرنگ ارائه نمی دادند، شامل سازمان غیردولتی "جازاس" (بلگراد، صربستان و مونته نگرو)، سازمان غیردولتی "آمبرلا" (کراکوف، لهستان) و سازمان غیردولتی "بلايو" (مینسک، بلاروس) هستند.

#### ۴-۶ (۳) مشاوره و آزمایش داوطلبانه اچ آی وی/STI

داده های اپیدمیولوژیک (شناخت بیماری های همه گیر) که در فصل ۲ ارائه شد و مورد بحث قرار گرفت، از شیوع بالای STI و شیوع قابل توجه HIV و HCV میان کارگران جنسی در منطقه اروپای مرکزی و شرقی و آسیای مرکزی حکایت دارند (به جدول ۶ در پیوست ها مراجعه کنید). بنابراین، پشتیبانی و ترویج مداوم خدمات سلامت اولیه و قرار دادن آنها در اختیار همگان، خدمات مشاوره و آزمایش داوطلبانه (VCT) برای اچ آی وی و STI، و درمان فوری و اثربخش اچ آی وی/STI همچنان جزو استراتژی های مهم پیشگیری از اچ آی وی در منطقه اروپای مرکزی و شرقی و آسیای مرکزی به شمار می رود.

طبق داده های مربوط به کل تعداد آزمایش های اچ آی وی در سال ۲۰۰۲ که هر سال به منظور تشخیص (به استثنای آزمایش های مربوط به موارد ناشناخته و غیرمرتبط و موارد اهدای خون) انجام می گیرند، تعداد آزمایش ها در هر ۱,۰۰۰ نفر از جمعیت به میزان قابل ملاحظه ای متغیر بود- از کمتر از ۵ در آلبانی، ارمنستان، مقدونیه، لهستان و تاجیکستان، تا ۳۰ در جمهوری چک، تا بیش از ۱۰۰ در روسیه. چشمگیرترین تغییر (که یک تغییر روبه پایین بود) در اوایل دهه ۱۹۹۰ روی داد، یعنی هنگامی که استراتژی های قبلی آزمایش اجباری در مقیاس وسیع در زیرجمعیت های گوناگون به صورت فزاینده ای کنار گذاشته شدند.

اما حتی امروز، کیفیت آزمایش اچ آی وی/STI در سراسر منطقه تفاوت می کند. این آزمایش ها همیشه رایگان نیستند، محرمانه نگهداشتن اطلاعات بیماران همیشه ممکن نیست و دادن آزمایش به صورت ناشناخته هنوز محدود است. در برخی کشورها، عوامل اقتصادی و فراهمی بی نظم و شلخته وار کیت های آزمایش اچ آی وی نیز ممکن است موجب تغییرپذیری و محدودیت هایی در تعداد آزمایش های انجام گرفته بشود (EuroHIV، ۲۰۰۲). طبق پاسخ های پاسخ دهندگان از تاجیکستان، هیچ گونه آزمایش اچ آی وی/STI رایگانی در آن کشور عرضه نمی شود، وضعیتی که بدون شک تعداد کسانی را که مورد آزمایش قرار می گیرند، محدود می کند. تمایل و توانایی به دادن آزمایش اچ آی وی همیشه در کشورهای ثروتمندتر این منطقه فراگیرتر نیست. برای مثال، سازمان غیردولتی اودیوسوس در اسلواکی گزارش داد که ۹۵ نفر از هر ۱۰۰ نفری که در سال ۲۰۰۳ از آنها

نظرخواهی شد، در فکر دادن یک آزمایش اچ‌آی‌وی بودند، اما تنها ۵ نفر واقعاً این کار را انجام دادند- و حتی آنها نیز تنها به این دلیل آزمایش شدند که خون اهدا کرده بودند.

فراهم بودن امکان آزمایش برای گروه‌های پرخطر، از جمله کارگران جنسی، لزوماً گستردگی بیشتری ندارد. برای مثال، پاسخ‌دهندگان به پرسش‌های تحقیق در استونی اظهار داشتند که تنها یک سازمان، مرکز اطلاعات و پشتیبانی ایدز، وجود داشت که خدمات آزمایش و درمان رایگان، محرمانه و ناشناخته ایدز به کارگران جنسی ارائه می‌دهد. در قزاقستان، پاسخ‌دهندگان به نظرسنجی اظهار داشتند که کارگران جنسی به آزمایش دسترسی دارند، اما خدمات رایگان به طور ویژه از کیفیت خوبی برخوردار نیستند.

پاسخ‌دهندگان کشور ارمنستان، گرجستان، قرقیزستان، روسیه، تاجیکستان، اوکراین و ازبکستان مواردی از آزمایش اجباری اچ‌آی‌وی و STI در کشورهای خود گزارش دادند که به طور عمده به مواردی مربوط می‌شد که کارگران جنسی به هنگام تزریق مواد مخدر مشاهده و نیز در جریان حملات پلیس دستگیر شده بودند. علاوه بر این، آزمایش‌های اجباری بیماران اس‌تی‌آی در نیژنی نووگورود، روسیه، گزارش شده است.

در لتونی، گزارشی که در آوریل ۲۰۰۲ توسط "شبکه منابع قوانین مواد مخدر و خطمشی سلامت" تهیه شد، خاطر نشان می‌کرد که هرچند آزمایش اچ‌آی‌وی داوطلبانه است و تحت حمایت قانون لتونی قرار دارد، مواردی وجود دارد که طی آنها مأموران شبکه درمانی آزمایش‌های اچ‌آی‌وی را بدون اجازه بیماران انجام داده‌اند. گذشته از این، همان‌طور که در بخش ۳ متذکر شده است، کارگران جنسی ملزم هستند که در لتونی و مجارستان تحت آزمایش‌های پزشکی منظم قرار بگیرند، کشورهایی که کار جنسی تجاری در آنها قانونی اما شدیداً کنترل شده است. بنابراین در هر دو کشور، آزمایش اچ‌آی‌وی برای کارگران جنسی در واقعیت داوطلبانه نیست و به صورت ناشناخته انجام نمی‌شود. اما این وضع آشکارا نقض قانون است و بسیاری از ناظران بر این باورند که این شیوه از دیدگاه حقوق بشر، مورد سؤال است- صرف نظر از مزایای خطمشی‌های قانونی و کنترلی حاکم بر کار جنسی.

در بالاکووو، روسیه، یک مرکز بحران برای گروه‌های آسیب‌پذیر وجود دارد که طیف گسترده‌ای از خدمات سلامت ارائه می‌دهد. در این برنامه، که بخشی از طرح جامع شهر برای مبارزه با اچ‌آی‌وی/ایدز است، کارگران جنسی و دیگران می‌توانند به طور رایگان آزمایش شوند، مشاوره بگیرند و برای درمان به مراکز مربوطه ارجاع شوند.

در گرجستان، سازمان غیردولتی تانادگوما با سازمان دیگر، کابینه سلامت همکاری می‌کند تا خدمات آزمایش رایگان، ناشناخته و محرمانه برای اچ‌آی‌وی و ایدز ارائه دهد. در این ضمن، در مرکز ایدز نیژنی نووگورود، روسیه، کارگران جنسی می‌توانند خدمات زیر را به طور رایگان به دست آورند: آزمایش ناشناخته برای ایدز،

سیفیلیس و هپاتیت و نیز دریافت مشاوره از سوی متخصصان مختلف (شامل آنهایی که در زمینه بیماری‌های عفونی، پوست و بیماری‌های آمیزشی، بیماری‌های زنان، بیماری‌های دهان و نوروپاتولوژی - بیماری‌های اعصاب - تخصص دارند). با همکاری انستیتو پوست و بیماری‌های آمیزشی، مشاوره و درمان اضافی برای STI در اختیار بیماران قرار می‌گیرد.

در ویلنیوس، لیتوانی، مرکز بیماری محله به نام "دمترا" (که از طریق مرکز ایدز اداره می‌شود) خدمات گوناگونی به کارگران جنسی، به ویژه آنهایی که در خیابان‌ها کار می‌کنند، ارائه می‌کند، شامل دسترسی به کاندوم‌های رایگان، وسایل تزریق استریل و مشاوره و آزمایش برای اچ‌آی‌وی و STI. اما این مرکز تنها مرکز در نوع خود در کل کشور به شمار می‌رود.

#### ۴-۶ (۴) دسترسی به درمان STI و اچ‌آی‌وی

با توجه به نقش STI به عنوان عامل کمک‌کننده به رسوخ عفونت اچ‌آی‌وی، نرخ‌های بالای STI در میان کارگران جنسی را می‌توان به عنوان پیش‌درآمد بیماری مسری اچ‌آی‌وی دانست که هم‌زمان با آن سربرآورده است (UNAIDS، ۲۰۰۲). از این رو، پیشگیری و درمان STI و تقویت مراقبت‌های سلامت عمومی باید در قلب تلاش‌های پیشگیری از اچ‌آی‌وی جای داشته باشد. اما حتی در غیاب اچ‌آی‌وی، شیوع بالای STI بیانگر تهدید بزرگی است که متوجه سلامت کارگران جنسی می‌شود و دسترسی آنها به درمان و مراقبت رایگان و جامع امری اساسی است.

فراهم کردن خدمات درمانی محرمانه و ناشناخته برای STI روش خوبی برای ترغیب کارگران جنسی به استفاده از درمانگاه‌ها/خدمات STI است. اما داده‌های گردآوری شده از منطقه نشان می‌دهد که درمان ناشناخته STI در اغلب موارد رایگان نیست. نگرانی نسبت به ناشناخته ماندن و محرمانه ماندن، دلایل عمده‌ای است که چرا بسیاری از کارگران جنسی ترجیح می‌دهند با پزشکان مورد اعتماد خود تماس بگیرند، حتی اگر آنها جزو نظام سلامت عمومی نباشند و از درمانگاه‌های خصوصی استفاده کنند - که به طور کلی در زمینه تضمین و اعمال ناشناخته و محرمانه ماندن اطلاعات بیماران عملکرد بهتری دارند. اما اغلب کارگران جنسی نمی‌توانند از عهده هزینه‌های خدمات خصوصی برآیند که نشان می‌دهد چرا باید بر اصلاح ارائه خدمات از طریق بخش عمومی تأکید کرد و به آن اولویت داد.

پروژه‌هایی از مقدونیه، رومانی، اسلواکی و اوکراین بر نیاز به خدمات تخصصی‌تر برای کارگران جنسی در کشورهایشان تأکید کردند. آنها به خدمات بدکیفیت و نابسندۀ بخش عمومی و فقدان ارائه‌دهندگان تخصصی خدمات سلامت که نیازها و سبک زندگی کارگران جنسی را بشناسند، اشاره کردند.

سازمان غیر دولتی ارس (ARAS) گزارش داد که پروژه "شب به شب" این سازمان در رومانی تنها پروژه‌ای است که خدمات درمانی تخصصی به کارگران جنسی ارائه می‌کند. این پروژه در مشارکت با دیگر نهادها، خدمات تشخیص و درمان STI به کارگران جنسی که مشتری او هستند، ارائه می‌دهد. همچنین در ماه مه ۲۰۰۴، ارس به ایجاد یک سازمان شراکتی کمک کرد که خدمات درمانی جامع به کارگران جنسی ارائه می‌داد.

بسیاری پروژه‌های دیگر در منطقه نیز در توسعه شراکت‌های مشابه با خدمات و درمانگاه‌های سلامت عمومی موجود موفق شده‌اند. آنها با ارائه خدمات تخصصی STI به کارگران جنسی در نهادهای سلامت عمومی موجود قادرند از طیف کامل توان تخصصی و تجهیزات این مراکز بهره‌گیرند. این گونه شراکت‌ها به طور عمده تحول نویدبخشی هستند، اما در رابطه با رویه‌ها، تأمین و تجهیز نیروی انسانی، تأمین حریم خصوصی مشتریان و راهکارهای اکید در رابطه با اجبار بالقوه باید بر مشکلات مهمی غلبه کرد.

در سن پترزبورگ، روسیه، شبکه‌ای از درمانگاه‌های صمیمی (که کادر آنها را پزشکان معتمد تشکیل می‌دهند) خدمات زیر را ارائه می‌دهند:

- در بیمارستان بیماری‌های عفونی شماره ۳۰ (باتکین هاسپیتال)، درمان بیماران سرپایی شامل مشاوره با یک پزشک بیماری‌های عفونی و انجام آزمایش اچ‌آی‌وی، هپاتیت بی، هپاتیت سی و سیفلیس می‌شود. مراقبت و درمان از بیماران بستری شامل بستری کردن و درمان کلیه بیماری‌های عفونی و نیز کمک به درمان مواد مخدر می‌شود.
- در درمانگاه پوست و بیماری‌های آمیزشی (نواحی کالینین، کیروف و نوکا) مراقبت از بیماران سرپایی شامل معاینه، درمان و در صورت لزوم بستری کردن می‌شود.
- در مرکز بهداشت باروری جوانان ("جوونتتا")، مراقبت از بیماران سرپایی شامل غربالگری و درمان STI و نیز خدمات بیماری‌های زنان می‌شود.
- در بیمارستان درمان مواد مخدر، خدمات ارائه شده شامل مشاوره و درمان بستری مصرف‌کنندگان مواد مخدر می‌شود.

سازمان غیردولتی "ماریجا" (ولگاگرا، روسیه) کارت‌های "پزشکان معتمد" را میان کارگران جنسی توزیع می‌کند که خدمات درمانی ناشناخته و رایگان به آنها ارائه می‌کنند. این پزشکان با "مرکز توزیع داروهای پوست و بیماری‌های آموزشی" قرارداد دارند که طبق آن می‌توانند ماهی ۵-۶ کارگر جنسی را به طور رایگان آزمایش و درمان کنند.

در قرقیزستان، سازمان غیر دولتی پودروگا مشتریان خود را برای درمان رایگان STI به یکی از سه پزشک معتمدی که با آنها همکاری دارند، معرفی می‌کند. طی بیش از یک سال اخیر، کلاً ۴۱۵ کارگر جنسی به این پزشکان ارجاع داده شدند و ۳۶۷ نفر خدمات درمان STI دریافت داشتند.

در صوفیه، بلغارستان، یک درمانگاه STI آستانه پایین و چهار واحد درمانی سیار برای گروه‌های آسیب‌پذیر وجود دارد، از جمله درمانگاهی که به صورت اختصاصی برای کارگران جنسی خیابانی طراحی شده است. هفت واحد درمانی سیار دیگر برای کل کشور برنامه‌ریزی شده است و قرار است بودجه آنها با کمک بلاعوضی که از سوی GFATM پرداخت می‌شود، تأمین شود. انتظار می‌رود که این واحدها بکوشند شکاف میان گروه‌های منزوی شده و حاشیه‌ای و نظام سلامت را پر کنند.

داده‌هایی که از پروژه‌های تحت پوشش این تحقیق گردآوری شدند، در رابطه با دسترسی به درمان اچ‌آی‌وی اطلاعات مشروح‌تری در اختیار ما قرار ندادند. اما طبق نتایج یک تحقیق پیمایشی که توسط CEEHRN ("مصرف‌کنندگان تزریقی مواد مخدر، درمان اچ‌آی‌وی/ایدز و مراقبت‌های اولیه در اروپای مرکزی و شرقی و اتحاد شوروی سابق") منتشر شد، دسترسی به درمان ضد رتروویروسی (ART) از هر نوع، به ویژه درمان سه‌گانه که از سوی سازمان بهداشت جهانی به عنوان روش استاندارد درمان شناخته شده است، برای کلیه افرادی که اچ‌آی‌وی دارند، در سراسر این منطقه محدود است. سازمان بهداشت جهانی برآورد کرد که در پایان سال ۲۰۰۴ دست کم ۱۵۰,۰۰۰ نفر در این منطقه به ART نیاز دارند، اما تنها ۱۵,۰۰۰ نفر (۱۰٪) از آن بهره‌مند می‌شوند.

دسترسی به درمان میان اعضای گروه‌های پرخطر، منزوی شده و کنارگذاشته شده، شامل کارگران جنسی، معتادان تزریقی، مردانی که با مردان روابط جنسی دارند، زندانیان و در برخی محیطها، مهاجرین یا گروه‌های اقلیت قومی حتی از این هم محدودتر است (WHO، 2004b). تبعیض یکی از دلایل عمده‌ای است که، در مورد کسانی که در حال حاضر به درمان ART مشغولند، که درصد افراد پرخطر بسیار کمتر از نسبت افراد نیازمند این درمان است. برای مثال، در روسیه، داده‌های اخیر نشان می‌دهد که تنها ۵٪ از روس‌های اچ‌آی‌وی-مثبت که ART دریافت می‌کنند، مصرف‌کننده سابق یا فعلی مواد مخدرند، هرچند این گروه اکثریت قابل توجه کلیه مبتلایان را تشکیل می‌دهند.<sup>۱</sup>

<sup>۱</sup> UNAIDS، گزارش به‌روز بیماری مسری ایدز، دسامبر ۲۰۰۴، اطلاعات بیشتر به صورت آنلاین در نشانی زیر وجود دارد:

برای آنکه دسترسی به ART میان این جمعیت‌ها را افزایش دهیم، لازم است ارائه‌ی اثربخش و جامع خدمات را افزایش دهیم و به صورتی سازش‌ناپذیر با انگ و تبعیض در کلیه سطوح جامعه مبارزه کنیم. گذشته از این، ادغام خدمات کاهش آسیب در مراکز ارائه‌ی خدمات درمان اچ‌آی‌وی امری بسیار مهم است.

#### ۴-۶ (۵) دسترسی به خدمات اجتماعی

در صورتی که دسترسی به خدمات اجتماعی بهبود یابد، آسیب‌پذیری کارگران جنسی و خطر ابتلای آنها به اچ‌آی‌وی/ایدز را می‌توان به میزان قابل‌ملاحظه‌ای کاهش داد (UNAIDS، ۲۰۰۲). به نظر می‌رسد که به هم پیوستن شرایط فقر، فرصت اقتصادی محدود و فقدان آموزش، نیروهای محرک عمده‌ای هستند که زنان را وادار می‌کنند به روابط جنسی تجاری روی آورند، امری که در داده‌های پروژه بازتاب یافته است. این داده‌ها نشان می‌دهند که کار جنسی تنها منبع درآمد اکثریت بزرگ کارگران جنسی را تشکیل می‌دهد.

سازمان غیردولتی "تانادگوما" در گرجستان گزارش داد که از ۲,۴۰۸ کارگر جنسی که در فاصله ۲۰۰۳-۲۰۰۱ در این مرکز مورد مشاوره قرار گرفتند، ۶۱٪ به عنوان دلایل اصلی تصمیم خود به شرکت در کار جنسی، از ناامیدی اقتصادی و ۲۴٪ از بیکاری نام بردند. در ولگاگراد روسیه، سازمان غیردولتی ماریجا گزارش داد که از ۲۲۰ کارگر جنسی که در یک تحقیق پیمایشی برگزار شده در اوت ۲۰۰۴ با آنها مصاحبه کرده است، ۹۴٪ اظهار داشتند که کار جنسی تنها منبع درآمد آنها را تشکیل می‌دهد. در تفلیس، گرجستان، از ۱۵۸ کارگر جنسی که محققان در ۲۰۰۲/۲۰۰۳ با آنها تماس گرفتند (ستویلیا و دیگران، ۲۰۰۳)، تنها حدود ۱۰٪ اظهار داشتند که منابع درآمدی دیگری نیز دارند. اگر منابع دیگری هم داشتند، این منابع به طور کلی از حمایت‌های پدری یا کسب‌وکار جزئی بوده است. اکثریت قاطع کارگران جنسی (۸۵٪) عائله‌ای داشتند (بچه، والدین، پدر و مادر بزرگ) که به لحاظ مالی از آنها حمایت می‌کرده‌اند. همچنین کمی بیشتر از نیمی از کارگران جنسی (۵۲٪) که عائله‌ای داشتند یا مطلقه بودند یا از شوهرانشان جدا شده بودند و اغلب آنها همچنین گزارش می‌دادند که کار جنسی تنها منبع درآمد آنها به شمار می‌آید.

"برای پیدا کردن کار به شهری وارد شدم. زندگی در روستا غیرممکن بود. سه کودک امید به من بسته بودند. در آنجا کاری از دست من بر نمی‌آمد. سه ماه در یک فروشگاه کار کردم و ... با دستمزد روزانه چه مشکلی حل می‌شود؟"

یک کارگر جنسی از تفلیس، گرجستان، نقل توسط سازمان غیردولتی "تانادگوما"

طبق نتایج یک تحقیق پیمایشی نظارت رفتاری اچ‌آی‌وی/ایدز/STI در مورد کارگران جنسی، که در لتونی در سال ۲۰۰۲ انجام گرفت، تنها ۴۱٪ از ۹۲ کارگر جنسی نظرخواهی شده آموزش ابتدایی را گذرانده بودند.

سازمان غیردولتی RAN در تاجیکستان گزارش داد که ۲۶٪ از ۴۹۳ کارگر جنسی که در تحقیق شرکت کردند، هیچ گونه آموزش رسمی ندیده بودند و اینکه ۴۹٪ تنها مدرسه ابتدایی را تمام کرده بودند.

این گونه داده‌ها نشان می‌دهند که کمک به کارگران جنسی برای آنکه مهارت‌های جدید یا اضافی یاد بگیرند، به عنوان بخشی از تلاش برای گسترش امکانات درآمدزایی آنها، می‌تواند یکی از اولویت‌های مهم پروژه‌ها در سراسر منطقه به شمار رود. این تلاش‌ها محتملاً وضعیت اقتصادی و اجتماعی کارگران جنسی را بهتر و به کاهش رفتارهای پرخطر و آسیب‌پذیری آنها کمک می‌کند. این مطلب از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است، زیرا کارگران جنسی که به عنوان تنها ممر معاش خود به کار جنسی متکی نیستند در مقایسه با آنهایی که کار جنسی تنها منبع درآمد آنها را تشکیل می‌دهد، کمتر احتمال دارد که اچ‌آی‌وی بگیرند (لونگو و دیگران، ۱۹۹۷).

علی‌رغم اهمیت آشکار عوامل اجتماعی-اقتصادی، عملاً هیچ‌گونه خدماتی در منطقه وجود ندارد که فرصت‌های اشتغال دیگر یا آموزش حرفه‌ای در اختیار کارگران جنسی قرار دهند. تنها یکی از پاسخ‌دهندگان به این گزارش (مرکز اطلاعات و حمایت ایدز در تالین، استونی) اظهار داشت که برنامه‌هایی برای تقویت مهارت‌های مشتریان، نظیر آموزش زبان خارجی و استفاده از کامپیوتر در آینده نزدیک داشته است. دیگر مشکل مهم این است که حتی اگر کارگر جنسی از مهارت‌های پرمقتضای برخوردار باشد، ممکن است به دلیل محدودیت‌های قانونی نتواند شغلی پیدا کند. در برخی کشورها، دستیابی به مشاغل که رسماً مورد تأیید هستند - اگر دسترسی به خدمات سلامت و اجتماعی گوناگون را کنار بگذاریم - تنها در صورت در اختیار داشتن اسناد شناسایی و مجوزهای اقامت مناسب میسر است. اگر نه اغلب، بسیاری از کارگران جنسی مدارک مورد نیاز را ندارند و از این رو، توانایی آنها در یافتن و حفظ دیگر منابع درآمدزا بیشتر محدود می‌شود. حتی اگر فرد واجد شرایط دریافت مدارک باشد، تهیه مدارک ممکن است به زمان طولانی نیاز داشته باشد. طبق داده‌های گزارش، تهیه پاسپورت رسمی در بیشکک، قرقیزستان، ممکن است تا ۲-۱ سال به طول بکشد.

پنج‌هزار و یک درصد از پروژه‌هایی که در تحقیق پیمایشی مد نظر قرار گرفتند، اظهار کردند که خدمات اجتماعی گوناگونی به کارگران جنسی عرضه می‌کنند، شامل مشاوره سلامت و ارجاع به مراکز، کمک در تهیه اسناد شخصی، کمک اجتماعی و انسان‌دوستانه و مشاوره روانی-اجتماعی. مرکز اطلاعات و حمایت از ایدز در تالین، استونی، اظهار داشت که فضایی در مرکز مراجعه خود پیش‌بینی کرده است که در آن به کارگران جنسی، قهوه، چای یا غذای گرم می‌دهد و نیز جایی برای دوش گرفتن و شستن رخت‌ها اختصاص داده است.

مهاجرین. چندین پروژه گزارش دادند که به تعداد زیادی از کارگران جنسی که مهاجر هستند (فصلی یا اقامتی)، خدمات می‌دهد. بخشی از داده‌های مربوط به این مهاجرین در جدول ۹ پیوست‌ها منعکس شده است، اما این پروژه‌ها هیچ‌گونه داده‌ای در مورد خدمات مشخصی که در اختیار این زیرگروه از کارگران جنسی قرار داده‌اند، ارائه نکرده‌اند. این حذف و نادیده گرفتن به روشنی نیاز به آگاهی بیشتر درباره مسائل مهاجرین میان



پروژه‌ها و دیگر تأمین‌کنندگان خدمات را نشان می‌دهد، به ویژه از آنجایی که کارگران جنسی که مهاجرت می‌کنند یا در یکجا مستقر نیستند و جابه‌جا می‌شوند، اغلب بیشتر از کارگران جنسی محلی در خطر ابتلا به اچ‌آی‌وی و دیگر عوارض بهداشتی منفی قرار دارند (مان و دیگران، ۱۹۹۶). مهاجرین اغلب در بخش‌هایی از صنعت جنسی، نظیر خیابان‌ها، کار می‌کنند که از کمترین محافظت برخوردار است. دسترسی آنها به خدمات و اطلاعات اغلب به دلیل فقدان جایگاه مدنی و قانونی محدود است. آنها به این دلیل که متعهدند یا قاچاقی به این سرزمین آمده‌اند، از آزادی محدودی برخوردارند، محدودیت زبان دارند، از موانع فرهنگی رنج می‌برند و با بی‌اعتمادی شدید و ترس از ارگان‌های مسؤل دست به گریبانند.

دیگر تحول قابل توجه در رابطه با کار جنسی و مهاجرین به صراحت در تحقیق مورد توجه قرار نگرفته، اما با وجود این شایسته یادآوری است. از هنگام سقوط کمونیسم، بسیاری از مهاجرین از این منطقه (به ویژه کشورهای اتحاد شوروی سابق) به ارائه خدمات جنسی در اروپای غربی مشغول بوده‌اند. برخی از آنها به میل خود مهاجرت کردند و به کار در صنعت جنسی پرداختند، اما دیگران به صورت قاچاق آمدند و مجبور به تن‌فروشی شدند. صرف نظر از چگونگی و چرایی ورود این گروه به اروپای غربی، آنها اغلب واجد شرایط دریافت طیف گسترده‌ای از خدمات و کمک‌های دولتی، که در اختیار کارگران جنسی داخلی قرار می‌گیرد، نیستند. این مغایرت یکی از نگرانی‌های عمده بسیاری از سازمان‌های غیردولتی و گروه‌های کارگر جنسی در اروپای غربی را تشکیل می‌دهد. همکاری بیشتر میان حکومت‌ها، تأمین‌کنندگان خدمات و سازمان‌های حامی حقوق در اروپای غربی و منطقه اروپای مرکزی و شرقی و آسیای مرکزی در شناسایی کسانی که بیش از همه در خطرند و کمک به آنها در دستیابی به خدمات کاهش آسیب و دیگر خدمات حیاتی مفید خواهد بود.

بچه‌های کارگران جنسی. داده‌های پیمایش نشان داد که تعداد قابل ملاحظه‌ای از کارگران جنسی در منطقه بچه دارند. پروژه‌ای در ازبکستان گزارش داد که ۶۱٪ از ۲۵۰ کارگر جنسی که تحت پوشش پروژه قرار دارند، بچه داشته‌اند. تقریباً همین درصد، ۴۶٪ از ۸۳۲ کارگر جنسی تحت پوشش، طبق اعلام پاسخ‌دهندگان قرقیزستانی همین وضع را داشته‌اند. گذشته از این، بیش از یک سوم آنها بیش از یک بچه داشته‌اند. در لیتوانی، ۵۸٪ از ۱۵۴ کارگر جنسی اظهار داشتند که بچه دارند و ۲۶٪ اعلام کردند که ۲-۳ بچه دارند. در مقدونیه، ۵۶٪ از ۵۳ کارگر جنسی که از آنها نظرخواهی شد، اعلام کردند که بچه دارند.

در اغلب موارد، کودکان کارگران جنسی در فقر به سر می‌برند و در صورتی که رفتار مادرشان شناخته شده باشد، با انگ و تبعیض روبه‌رو هستند. و احتمال اینکه به رفتارهای بالقوه ویرانگر، نظیر مصرف مواد مخدر روی بیاورند، بیشتر از میانگین است. به همه این دلایل، نیاز زیادی وجود دارد که خدمات اجتماعی به طور مشخص این گروه را هدف قرار دهد. پروژه‌ها در مورد این موضوع اطلاعات اندکی ارائه داده‌اند. پروژه‌های فعال در زنیکا، بوسنی و هرزگوین، ویلنیوس، لیتوانی، و تاشکند در ازبکستان، تنها پروژه‌هایی بودند که از میان ۳۹ پروژه

از عرضه خدمات اجتماعی ویژه به کودکان کارگران جنسی خبر دادند. سازمان غیردولتی مارجینا از زینکا، بوسنی و هرزگوین، کمک اجتماعی در رابطه با فعالیت‌های مدرسه ارائه می‌داد و، اغلب در همکاری با سازمان‌های غیردولتی دیگر، به سازمان دادن فعالیت‌های درمانگری کمک می‌کرد. مرکز ایدز در ویلنیوس، لیتوانی، آموزش‌هایی در زمینه موضوعات پیشگیری از مصرف مواد مخدر، الکل، STI، و اچ‌آی‌وی/ایدز ارائه می‌داد. به هنگام انجام تحقیق، ۳۶ زن این آموزش‌ها را گذرانده بودند. این مرکز همچنین به کارگران جنسی که بچه داشتند، در صورتی که از آنها کمک می‌خواستند، کمک می‌کرد اسناد لازم برای دریافت رفاه اجتماعی را تهیه و پر کنند و کودکانشان را به مدارس شبانه‌روزی بفرستند. کارکنان این پروژه‌ها همچنین غذا، پوشاک و محصولات بهداشتی برای این کودکان تهیه می‌کردند و در اعیاد مراسم شام برای کودکان ترتیب می‌دادند.

#### ۴-۶ (۶) آموزش هم‌تایان

هدف آموزش اثربخش هم‌تایان ایجاد محیطی توانمندساز برای کارگران جنسی است تا مهارت‌های مورد نیاز مطالبه از حقوق خود را برای چانه‌زنی بر سر استفاده از روش‌های جنسی امن‌تر به کار بندند و شرایط زندگی و کار خود را بهتر کنند. استراتژی‌های آموزش هم‌تایان، اگر به نحو جامع و گسترده‌ای به کار گرفته شوند، می‌توانند نهایتاً بر هنجارهای اجتماعی جامعه تأثیر بگذارند و آنها را تغییر دهند و برنامه‌ها و تغییرات در خطمشی‌ها را در سطحی بالا فعال کنند (UNAIDS، ۲۰۰۲). رویکردهای مبتنی بر هم‌تایان به طور کلی موفقیت‌آمیزتر از آنهایی هستند که حتی اگر با حسن‌نیت، اما بدون اتکا به جامعه اعمال می‌شوند، زیرا نقاط قوت ذاتی اعضای گروه و توانایی کمک به خودشان را ارجح می‌گذارند.

نیمی از پروژه‌هایی که در منطقه مورد تحقیق قرار گرفتند، آموزش هم‌تایان را به اجرا درآورده بودند. کارگران جنسی که به عنوان آموزش‌دهنده در این پروژه‌ها فعالیت می‌کنند، طبق گزارش به ارائه اطلاعات در مورد اچ‌آی‌وی/ایدز، STI و روابط جنسی امن‌تر، توزیع کاندوم، تعویض سوزن و سرنگ، همراهی کردن کارگران جنسی تا مراکز سلامت و شرکت در گروه‌های کانونی و میزگردها می‌پردازند. فعالیت هم‌تایان آموزش‌دهنده به ویژه در کمک‌رسانی به آسیب‌پذیرترین کارگران جنسی که ممکن است بدون کمک و مشارکت آنها با پروژه‌ها تعامل و پیوندی نداشته باشند، به ویژه مفید بوده است.

مرکز ایدز در لیتوانی گزارش داد که در ۲۰۰۳-۲۰۰۴، هفت کارگر جنسی یک دوره آموزش حرفه‌ای برای هم‌تایان آموزش‌دهنده را گذراندند که توسط یک پروژه جدید التاسیس به نام "فتریت" برگزار شده بود. در بالا کوووی روسیه، داوطلبان، که کارگران جنسی بودند، همکارانشان را ترغیب می‌کردند که در گروه‌های کانونی و آموزش شرکت کنند. آنها مطالب اطلاعاتی چاپی توزیع می‌کردند، به توزیع مجدد سوزن اقدام می‌کردند و اطلاعات دریافتی طی در آموزش‌های خود و در فعالیت‌های کمک‌رسانی را با مشتریان، دلال‌ها و بین خود در میان می‌گذاشتند.

در تالین، استونی، مرکز اطلاعات و حمایت ایدز در کار خود از ۱۸ کارگر جنسی به عنوان آموزش‌دهنده استفاده کرد. کارگران جنسی همچنین در پروژه‌ای که بین الملل خدمات جمعیتی (PSI) در تاشکند، ازبکستان، به اجرا گذارده بود، فعالیت می‌کردند.

چندین سازمانی که مورد تحقیق قرار گرفتند، متذکر شدند که در شرکت دادن کارگران جنسی به عنوان همتای آموزش‌دهنده در فعالیت‌های خود با دشواری مواجه بوده‌اند. دلایلی که آنها برای این امر ارائه دادند، شامل فقدان اعتماد و احترام از سوی دیگر کارگران جنسی، کنترل بیش از حد از سوی دلال‌ها و وابستگی بیش از حد به آنها و صحنه ذاتاً ناپایدار و متحرک کار جنسی است. با وجود این، این پروژه‌ها همگی اعلام کردند که آنها با آموزش مداوم کارگران جنسی و به اجرا درآوردن فعالیت‌هایی که از نیازهای پیشگیری اچ‌آی‌وی و STI فراتر می‌روند، به تلاش خود برای گنجاندن آموزش هم‌تایان در کار خود و تقویت روابط خود با جامعه کارگران جنسی ادامه می‌دهند.

#### ۴-۶ (۷) خدمات حقوقی و حفاظت از حقوق بشر کارگران جنسی

بخش ۳-۴ این گزارش به تفصیل مسائل مرتبط با حراست از سلامت، ایمنی و حقوق بشری کارگران جنسی را مورد بحث قرار می‌دهد. امر واضحی است که برای اکثریت کارگران جنسی منطقه، خشونت روزمره از سوی پلیس، مشتریان و دلال‌ها نگرانی بزرگ‌تری از اچ‌آی‌وی و دیگر مسائل سلامت به شمار می‌رود. به هنگامی که مداخلات و خدمات، شامل آنهایی که هدف خود را پیشگیری از اچ‌آی‌وی قرار داده‌اند، را برنامه‌ریزی می‌کنیم، باید این عامل مهم را مد نظر قرار دهیم. سازوکارهای لازم برای تأمین ایمنی کارگران جنسی و حراست از حقوق بشری آنها باید عناصر محوری کلیه این خدمات را تشکیل دهند. متأسفانه، به دلیل محدودیت‌های گوناگون، خدمات قانونی برای کارگران جنسی در منطقه اروپای مرکزی و شرقی و آسیای مرکزی زیاد توسعه نیافته است. تنها ۳۶٪ از پروژه‌ها (۱۴ پروژه از ۳۹ پروژه) گزارش دادند که به منظور افزایش آگاهی کارگران جنسی از حقوقشان، ارائه مستقیم کمک‌های قانونی یا خلق محیطی توانمندساز که دستیابی به این حقوق در متن آن راحت‌تر باشد، به اجرای فعالیت‌هایی مشغولند.

یکی از این ۱۴ سازمان، سازمان غیردولتی "تایس پلاس" در بیشکک، قرقیزستان، است. در سال ۲۰۰۳، این سازمان یک پروژه آزمایشی را به اجرا گذارد ("حمایت قانونی از افرادی که به کار جنسی مشغولند") که طیف گسترده‌ای از خدمات، شامل کمک قانونی مستقیم، کارزارهای PR (کار با رسانه‌ها، شرکت در کنفرانس‌های گوناگون و تبلیغ نتایج آنها و غیره)، تدوین مطالب اطلاعاتی-آموزشی برای کارگران جنسی، و برگزاری جلسات آموزشی برای داوطلبان، به کارگران جنسی عرضه می‌کرد. این سازمان در همان حال که به توسعه این خدمات می‌پرداخت، به همکاری نزدیک با شهرداری، اداره پلیس و وکلا و قضات پرداخت. این پروژه در سال نخست در ۷۶ پرونده حقوقی درگیر شد که هدف آنها را افراد یا زیرگروه‌هایی از مردم تشکیل می‌داد که به

طور مستقیم یا غیرمستقیم در کار جنسی شرکت داشتند (کارگران جنسی زن، کارگران جنسی مرد، مدیران پروژه‌های کار جنسی، معتادان تزریقی و مالکان هتل‌ها و مشروب‌فروشی‌ها).

دیگر پروژه‌ها/سازمان‌هایی که اظهار داشتند که کمک قانونی و حقوقی مستقیم عرضه می‌کنند، عبارت بودند از سنیم در شیمکنت، قزاقستان، اقدام انسان‌دوستانه در سن پترزبورگ، روسیه، RAN در دوشنبه، تاجیکستان، سلامت اجتماعی در پولتاوا، اوکراین، و هوپس (HOPS) در اسکوپیه، مقدونیه. این پروژه‌ها خدماتی نظیر تلفن‌های مشاوره فوری، مراکز مشاوره در مورد حقوق قانونی، تهیه اسناد قانونی و برعهده گرفتن وساطت در ارتباطات با نهادهای دولتی ارائه می‌دادند.

حقوق بشری جمعیت‌های منزوی شده‌ای نظیر کارگران جنسی و مصرف‌کنندگان مواد مخدر اولویت بالایی در فهرست دولت‌های ملی یا اغلب سازمان‌های ملی حقوق بشر احراز نمی‌کند. بنابراین، پروژه‌های کاهش آسیب اغلب نخستین نقطه تماس برای کارگران جنسی، مصرف‌کنندگان مواد مخدر و افرادی به شمار می‌رود که اچ‌آی‌وی/ایدز دارند و به دنبال کسب کمک در مورد مسائل حقوقی و حقوق بشری هستند. در برخی کشورها، مؤسسات عمده حقوق بشر با انجام اقداماتی برای مثال، پیگیری پرونده‌های مربوط به نقض حقوق بشر جمعیت‌های سنتاً منزوی شده، تلاش برای تغییر این وضعیت را آغاز کرده‌اند. در روسیه، گروه مسکو هلسینکی، تعدادی پروژه مرتبط با اچ‌آی‌وی/ایدز را اداره می‌کند و اخیراً به شریک فعالی در جنبش کاهش آسیب تبدیل شده است. این تلاش‌ها اهمیت دارند، اما باید گسترده‌تر و پرمناخ‌تر شوند. برخی مؤسسات حقوق بشری همچنان گوش خود را بر ندای کارگران جنسی و معتادان تزریقی بسته‌اند و این در حالی است که دیگران پذیرفته‌اند که دانش و مهارت‌های لازم برای کمک‌رسانی به این جمعیت‌های به حاشیه رانده و منزوی شده و حمایت از آنها را ندارند.

## ۴-۷ تلاش برای حمایت از کارگران جنسی و تدوین خطمشی‌های مناسب

علاوه بر پاسخ‌ها و مداخلاتی نظیر آنهایی که در بخش ۴-۶ تشریح شدند، باید تأکید بیشتری بر بهبود فضای خطمشی‌ها و سیاست‌ها و روش‌های مؤثر بر سرنوشت کارگران جنسی به عمل آید. در بسیاری نقاط، انگ و سنن اجتماعی و فرهنگی محافظه‌کارانه شدیداً سهولت توسعه برنامه‌ها و خطمشی‌ها و معقول بودن ظاهری آنها را محدود می‌کنند. از این رو، این امر اهمیت دارد که آگاهی را میان دولت‌ها، مؤسسات ضابط قانون، نهادهای مذهبی، دیگر گروه‌های جامعه مدنی و نیز عموم مردم نسبت به ارزش و ضرورت سرمایه‌گذاری در شیوه‌های پیشگیری از اچ‌آی‌وی و اس‌تی‌آی‌اس میان کارگران جنسی که در محل مقبولیت دارند، افزایش دهیم. اکثریت پروژه‌هایی که تحت پوشش این تحقیق قرار گرفتند، گزارش دادند که بر توسعه تلاش‌های حمایتی که هدفشان را ایجاد محیط مطلوب‌تری برای فعالیت‌های آنها تشکیل دهد (تلاش‌هایی که شامل نزدیک شدن به مأموران دولت محلی، مؤسسات ضابط قانون و رسانه‌ها می‌شود) تأکید می‌کنند.

با توجه به رابطه میان پروژه‌ها و ارگان‌های ضابط قانون، اغلب پروژه‌ها نگرش این ارگان‌ها را خنثی توصیف کردند. این بدان معناست که آنها رسماً از فعالیت‌های پروژه‌ها حمایت نمی‌کنند، اما لزوماً (دست کم از نظر خطمشی کلی) مانعی بر سر راه آنها نیز به شمار نمی‌آیند. اغلب این پروژه‌ها پس از توضیح اهداف و فعالیت‌های پروژه به توافق زبانی با مؤسسات ضابط قانون دست یافتند. تنها معدودی از این پروژه‌ها با امضای یک سند، که در برخی موارد لازم بوده است، به این رابطه سر و سامان داده‌اند. یک نمونه از این میان، سازمان غیردولتی ARAS از بوخارست، رومانی است.

در آغاز پروژه (سپتامبر ۱۹۹۹)، هیچ رابطه‌ای با پلیس و ارگان‌های مسئول دیگر نداشتیم. پس از مدتی و پس از مشکلات زیاد، متوجه شدیم که خیلی مهم است که هدف پروژه را برای آنها توضیح بدهیم و توافقنامه‌ای با پلیس شهرداری امضا کردیم. در این لحظه می‌توانیم متذکر شویم که با حداقل حمایت از سوی پلیس روبه‌رو هستیم. ما آنها را در جریان هدف و فعالیت‌های پروژه، محل‌هایی که خدمات در این آنها ارائه می‌شود و آمارهای پایه‌ای درباره مشتریان خود قرار دادیم. پلیس از مداخلات خاص در این اماکن و در اوقاتی که کارکنان امداد ارس (ARAS) با مشتریان دیدار می‌کنند، خودداری می‌کند. آنها از وارد آوردن اتهام به خاطر سرنگ‌های استفاده‌شده‌ای که در تملک کارکنان امدادی هستند، سرنگ‌های که برای سوزانده شدن جمع‌آوری شده‌اند، خودداری می‌کنند.

سازمان‌های دیگر نیز گزارش دادند که به توسعه مدل‌های همکاری معقول، اگر نه خوب، با مؤسسات ضابط قانون اقدام کرده‌اند. در بورگاس، بلغارستان، سازمان غیر دولتی "دوز عشق" به طور مرتب و هر شش ماه یک‌بار، درباره فعالیت‌هایش به شهرداری محلی و پلیس اطلاعات می‌دهد، گام‌هایی که به ایجاد و حفظ روابط خوب با این نهادها کمک می‌کنند. LAT، سازمانی در زاگرب، کرواسی، پروژه مشترکی با پلیس به وجود آورد تا نقاطی از محلات را که غالباً سرنگ‌ها را در آنجا می‌ریزند، پاکسازی کنند.

پروژه‌های کاهش آسیب در پولتاوا، اوکراین، گزارش دادند که با موفقیت مجوز پایش اقدامات/حملات پلیس را برای مستند کردن موارد نقض حقوق بشری کارگران جنسی دریافت کرده‌اند. مأموران پلیس معمولاً از قبل محل و زمان حملات را به آنها اطلاع می‌دهند. آنها همچنین آمارها را جمع‌آوری و با ارائه کمک حمل و نقل و کمک‌های مشابه، در تأمین دسترسی کارگران جنسی به خدمات سلامت، همکاری می‌کنند. این پروژه‌ها در عوض آموزش لازم را در زمینه مدارا و تساهل، ویژگی‌های کار اجتماعی با جمعیت‌های آسیب‌پذیر و مسائل روان‌شناختی که غالباً بر معتادان تزریقی و کارگران جنسی تأثیر دارند، به نمایندگان پلیس ارائه می‌دهند.

به همین ترتیب، در بالاکووو، روسیه، سازمان غیردولتی NAN گزارش داد که هر ماه مأموران پلیس را در مورد مسائل اچ‌آی‌وی/ایدز، شامل اصول و فلسفه کاهش آسیب، آموزش می‌دهد. پلیس همچنین در فعالیت‌های این

سازمان غیردولتی شرکت می‌کند: برای مثال، در سال ۲۰۰۳، ۱۴ مأمور پلیس داوطلبانه به کاشت درخت در "کوچه زندگی"، که به تقویت آگاهی دربارهٔ ایدز در میان عامهٔ مردم اختصاص یافته است، کمک کردند.

در سن پترزبورگ، روسیه، سازمان غیردولتی اقدام انسان‌دوستانه برنامه‌ای آموزشی در مورد مسائل کاهش آسیب، اچ‌آی‌وی/ایدز، هیپاتیت و STI به اجرا گذاشته است که از تیمی از آموزش‌دهندگان حرفه‌ای متشکل از روان‌شناسانی که در ادارهٔ امور داخلی شهر کار می‌کنند، تشکیل شده است. هدف اصلی این برنامه تغییر نگرش ارگان‌های ضابط قانون و خطمشی‌هایی است که در مورد برنامه‌های کاهش آسیب وجود دارند.

برخی از پروژه‌ها، در زمینهٔ فعالیت‌های حمایت‌گرانهٔ خود از تأمین مشارکت طیف وسیعی از کارشناسان در فعالیت‌های کاهش آسیب خود خبر داده‌اند. برای مثال، سازمان غیردولتی "ماریجه" (ولگاگراد، روسیه) سمینارهایی را سازمان می‌دهد که در آنها کارشناسان گوناگون (مددکاران اجتماعی، روان‌شناسان و کارکنان آموزشی) به بحث دربارهٔ مسائل مهم با نمایندگان دولت می‌پردازند. یک کنفرانس روسی-آلمانی در ولگاگراد، با عنوان "بهبود همکاری عمومی در حراست از حقوق و منافع گروه‌های آسیب‌پذیر"، به بحث دربارهٔ حقوق و منافع کارگران جنسی پرداخت.

هوپس (اسکوپیه، مقدونیه) اعلام کرد که رابطه همکاری عالی با انستیتو کار اجتماعی و سیاست در دانشگاه سیریل اند متودیوس برقرار کرده است که از طریق آن، اصول و مسائل کاهش آسیب در رابطه با کار با گروه‌های منزوی شده برای دانشجویان تشریح می‌شود.

## ۴-۸ خودسازمان‌دهی

کمک به تقویت توانایی و تمایل کارگران جنسی به سازماندهی در میان خود باید یکی از اولویت‌های عمدهٔ پروژه‌های کاهش آسیب و دیگر سازمان‌ها را که با کارگران جنسی کار می‌کنند، تشکیل دهد. حمایت و کمک این پروژه‌ها، مؤسسات دولتی و دیگر ارگان‌ها و افراد متعهد از اهمیت حیاتی برخوردار است. با وجود این، تنها خود کارگران جنسی قادرند به طور کامل آنچه را که می‌خواهند و به آن نیاز دارند، تبیین کنند - و با قدرت تمام از حقوق بشر، سلامت و رفاه خود و همتایانشان دفاع کنند. همان‌طور که مؤلفان تحقیقی دربارهٔ این‌گونه تلاش‌ها متذکر شده‌اند:

“خودسازمان‌دهی می‌تواند به غلبه بر مشکلات انزوا و فقدان عزت‌نفس که نادیده گرفته شدن و منزوی شدن و انگ خوردن موجب آن شده است، کمک کند. این کار همچنین می‌تواند با افزایش کنترل کارگران جنسی بر محیط کارشان به پیشبرد و حفظ و تداوم روابط جنسی کم‌خطر و شرایط کاری امن کمک کند. برخی از سازمان‌های کارگران جنسی به صورت نیروهای قدرتمندی در دفاع و حمایت از منافع خود درآمده‌اند که فعالانه موارد نقض حقوق بشر و علل آسیب‌پذیری کارگران جنسی را به

چالش می‌کشند. استراتژی‌های بسیاری توسط سازمان‌های کارگران جنسی برای بهبود شرایط کارگران جنسی تدوین شده و به اجرا درآمده‌اند، در بسیاری موارد پیش از آنکه اچ‌آی‌وی مورد توجه قرار گیرد و برنامه‌های مربوطه تأمین بودجه شوند”

-(لونگو و دیگران، ۱۹۹۷)

خودسازمان‌دهی کارگران جنسی در منطقه اروپای مرکزی و شرقی و آسیای مرکزی در بهترین حالت در فازهای اولیه توسعه خود قرار دارد. طبق داده‌های به دست آمده از تحقیق پیمایشی، نه سطح رضایت‌بخشی از ظرفیت خودسازمان‌دهی وجود دارد و نه آگاهی میان کارگران جنسی در مورد نیاز به سازمان‌دهی بهتر تلاش‌های متقابل با هدف حمایت از حقوق آنها مشاهده می‌شود. پروژه‌ها از ایجاد تعداد محدودی گروه خودکفا توسط کارگران جنسی و برای آنها خبر داده‌اند.

برای مثال، در آوریل ۲۰۰۴، سازمان غیر دولتی اودیسیوس از براتیسلاوا، اسلواکی، شروع کرد به ایجاد یک گروه خودکفای دوماهانه برای کارگران جنسی زن کمک کند. اما طی چند ماهه نخست، هر بار تنها ۲-۴ کارگر جنسی زن در این گروه شرکت جست. مرکز ایدز در ویلنیوس، لیتوانی، گزارش داد که در سال ۲۰۰۲، سازمانی متشکل از کارگران جنسی میان اعضایش تأسیس شد. از جمله فعالیت‌های این سازمان، ایجاد یک گروه خودکفا بود که فعالیت‌های گوناگونی نظیر گروه‌درمانی و استفاده از تکنیک‌های آرام‌سازی را سازمان می‌داد. مرکز ایدز گزارش داد که ۱۶-۵ زن در این گروه شرکت می‌کردند، اما فعالیت‌های گروه، دست کم به دلیل فقدان رهبری میان کارگران جنسی، همیشه جاافتاده نبوده است.

در نیکولایف، اوکراین، یک سازمان دولتی به اورچید تأسیس شد که از حمایت یک بنیاد محلی خیریه به نام بلاگودینیسست برخوردار بود تا توجه خود را بر مسائلی مربوط به حمایت از حقوق کارگران جنسی متمرکز کند. از قرار معلوم، چندین عضو اورچید از تجربه کار با کارگران جنسی برخوردار بودند.

به دلیل نیاز به کمک متقابل و خودسازمان‌دهی بهتر، برخی از کارگران جنسی به ایجاد گروه‌های غیررسمی کوچکی اقدام کرده‌اند که در داخل آن به برآوردن نیازهای شخصی اولیه می‌پردازند. برای مثال، در پولتاوا، اوکراین، گروه کوچکی از کارگران جنسی خود را به نحوی سازمان داده‌اند که درآمد خود را روی هم می‌ریزند، به هنگام بیماری از یکدیگر مراقبت می‌کنند و از بچه‌های زنان دیگر نگهداری می‌کنند.

## ۵. نتیجه‌گیری‌ها و توصیه‌ها

با اوج گرفتن بیماری همه‌گیر اچ‌آی‌وی/ایدز در بیشتر منطقه اروپای مرکزی و شرقی و آسیای مرکزی، بهبود سلامت، رفاه و وضعیت حقوق بشر کارگران جنسی اهمیت بسیاری بیشتری از همیشه کسب می‌کند. ممکن است کارگران جنسی به انزوا رانده شوند، با بی‌توجهی روبه‌رو گردند، با تبعیض روبه‌رو شوند و به طور مرتب با خشونت مواجه شوند، اما نادیده گرفتن و حتی چشم‌پوشی از این رفتار می‌تواند پیامدهای بسیار ویرانگرتر و زشت‌تری از صرفاً بی‌توجهی نفرت‌انگیز به شأن و حقوق بشری یک گروه منزوی از افراد دارد. اچ‌آی‌وی وارد این منطقه شده است و همه در نهایت آسیب‌پذیرند. روشن نیست که از نظر انتقال اچ‌آی‌وی، آیا کارگران جنسی بیانگر "پلی" میان معتادان تزریقی و کل جمعیت به شمار می‌روند یا نه، اما واضح است که تهدید سر جای خود باقی است. از این رو، سلامت و ایمنی کلیه شهروندان به کار با کارگران جنسی و برای آنها به منظور کمک به آنها برای حفاظت از خود در مقابل آسیب وابسته است. این کار نیازمند تعهد بیشتر میان کلیه اعضا جامعه برای پذیرش و حمایت از تأمین خدمات جامع و مفید به آنهاست که از همه بیشتر نیازمند آنند. این کار همچنین به پذیرش این امر وابسته است که اجرای استانداردهای بین‌المللی حقوق بشر سنگ پایه تلاش‌های برجیدن انگ و تبعیض به شمار می‌رود.

اگر به موضوع از دید وسیع‌تری بنگریم، باید گفت که باید به کارگران جنسی اعضای جامعه به طور کلی هستند و به این صورت نیز باید به آنها نگاه کرد و از این رو سزاوار برخورداری از همان حقوق و خدماتی هستند که در اختیار همگان قرار دارد. این باور در قلب کلیه توصیه‌هایی قرار دارد که در زیر ارائه شده‌اند و از یافته‌های این گزارش مشتق شده‌اند. این توصیه‌ها به بخش‌های مرتبط به هم اما متمایز تقسیم شده‌اند: برای سیاست‌گذاران، برای ارگان‌های مسئول سلامت، برای ارگان‌های ضابط قانون، برای ارائه‌دهندگان خدمات و برای محققین. هدف بسیاری از توصیه‌ها تصمیم‌گیری‌هایی که در سطوح بالا قرار دارند، مدیران پروژه‌ها، یا افرادی غیر از آنهاست که به کار جنسی مربوط نمی‌شوند، اما می‌توانند تأثیر مستقیمی بر زندگی کارگران جنسی داشته باشند. با وجود این به طور هم‌زمان، درک این امر اهمیت دارد که بپذیریم توفیق همه این توصیه‌ها در عین حال تاحدی به برداشتن موانعی وابسته است که مانع از آن می‌شوند کارگران جنسی به سازمان‌دهی خود پردازند یا قادر باشند به یکدیگر اعتماد کنند، اعتماد به مأموران ضابط قانون یا دیگر چهره‌های بانفوذ که جای خود را دارد. هر قدر کارگران جنسی بیشتر احساس راحتی کنند و به طور کلی کمتر بهراسند، بیشتر قادر خواهند بود با یکدلی و پیگیری بیشتر با یکدیگر برای دفاع از حقوق خود کار کنند. این تحول، نظیر هر چیز دیگری، می‌تواند تأثیر مثبت ویژه‌ای بر سلامت خود آنها و سلامت آنهاست که در زندگی آنها حضور دارند، داشته باشد.



## ۵-۱ توصیه به سیاست گزاران

- مأموران حکومت از همه طیف آن باید سطوح بالاتری از اراده و تعهد سیاسی را برای مقابله با منزوی سازی و نادیده انگاری اجتماعی، محرومیت اقتصادی و خشونت در متن حیطة وسیع کنترل حکومت به خدمت بگیرند.

یافته‌های این گزارش نقش مهمی را که عوامل خارجی در محدود کردن حیطة و اثربخشی پیشگیری از اچ‌آی‌وی و STI میان کارگران جنسی در منطقه اروپای مرکزی و شرقی و آسیای مرکزی بازی می‌کنند، برجسته ساخته‌اند. از جمله این عوامل عبارتند از بی‌ثباتی اقتصادی، فقر، سطوح بالای بیکاری، خطمشی‌ها و قوانین سرکوبگرانه، نابرابری اجتماعی، اجرای ضعیف تضمین‌های حقوق بشری، خشونت گسترده و پذیرفته شده میان عموم علیه زنان، تبعیض علیه مهاجرین، و فقدان خدمات کافی سلامت عمومی. دولت‌ها باید بکوشند به منظور کاهش عوارض اچ‌آی‌وی/ایدز در کشورهايشان، به ویژه در میان منزوی شده‌ترین شهروندانشان به کلیه این مسائل پردازند.

- باید سازوکارهایی، ترجیحاً در همکاری با گروه‌های حقوق بشری و جامعه مدنی، برای ارتقاء پایش مستقل توافقنامه‌های حقوق بشر، حراست از حقوق جمعیت‌های آسیب‌پذیر و مجازات ناقضان آنها، به کار گرفته شود.

حقوق بشری کارگران جنسی، به ویژه آنهایی که در خیابان‌ها به کار مشغولند و مواد مخدر تزریق می‌کنند، به سهولت و به صورت روزمره، به ویژه توسط پلیس، دلال‌ها، مشتریان، رسانه‌های عمومی و ارائه‌کنندگان خدمات سلامت عمومی نقض می‌شود. جدا از اینکه این حقوق فی‌نفسه اهمیت دارند، تضمین حقوق بشری کارگران جنسی باید به عنوان یک عنصر اساسی از پاسخ کلی یک کشور به اچ‌آی‌وی دیده شود. توانایی و تمایل کارگران جنسی به دسترسی به خدمات کاهش آسیب، به هنگامی که حقوق آنها به طور منظم نقض می‌شود، به شدت کاهش می‌یابد. آنها سزاوار برخورداری از حقوق برابر و عدالت - و فراهم بودن کمک حقوقی مقتضی برای دستیابی به این امکانات هستند.

- قوانین سرکوبگرانه ملی در رابطه با مصرف مواد مخدر و عرضه مداخلات اثربخش، نظیر خدمات کاهش آسیب، را باید اصلاح کرد تا به خطمشی‌های مفید و عملی و دلسوزانه منتهی شوند. از همه مهم‌تر اینکه مجازات‌های شدید برای مصرف مواد مخدر را باید کنار گذاشت، زیرا آنها توانایی و تمایل کسانی را که در خطر قرار دارند برای کسب اطلاعات و خدمات به منظور حفاظت از سلامت خود و سلامت کسانی که در اطراف آنها هستند، محدود می‌کنند.

داده‌های اپیدمیولوژیک (مربوط به بیماری‌های مسری) تأیید می‌کنند که تزریق مواد مخدر همچنان شیوه اصلی انتقال اچ‌آی‌وی در اغلب کشورهای اروپای مرکزی و شرقی و آسیای مرکزی است. همان‌طور که رهنمودهای ملل متحد در مورد اچ‌آی‌وی/ایدز و حقوق بشر مطرح کرده‌اند، باید برای خلق محیطش توانمندساز برای پاسخی اثربخش به اچ‌آی‌وی، قوانین و خط‌مشی‌های ملی تصویب شوند. حکومت‌ها باید، همان‌طور که در اعلامیه ملل متحد در مورد تعهد نسبت به اچ‌آی‌وی/ایدز بیان شده است، تعهدات خود را نسبت به پیشگیری و مراقبت از اچ‌آی‌وی به طور کلی و به ویژه نسبت به تدابیر کاهش آسیب، افزایش دهند.

• کار جنسی باید از جرم بودن خارج شود و دیگر خط‌مشی‌های ملی که تأثیری منفی بر حقوق بشری کارگران جنسی و دسترسی آنها به خدمات سلامت باقی می‌گذارند، باید مورد تجدید نظر قرار گیرند یا لغو شوند.

جرم‌زدایی از کار جنسی یک گام اولیه و حیاتی در جهت افزایش دسترسی کارگران جنسی به خدمات سلامت و پیشگیری از اچ‌آی‌وی و کاهش خشونت و بدرفتاری است که این افراد به طور مرتب با آن مواجهند. رسیدن به این هدف ممکن است نیازمند فرایندهای متفاوتی در سراسر منطقه اروپای مرکزی و شرقی و آسیای مرکزی باشد، زیرا وضعیت قانونی کار جنسی و کارگران جنسی از کشوری به کشور دیگر تفاوت می‌کند. ارگان‌های مسئول ملی و محلی در کشورهایی که در آنها کار جنسی جرم محسوب نمی‌شود، باید تمامی تلاش خود را به خرج دهند تا مطمئن شوند خط‌مشی‌ها و رویه‌ها در نهایت حقوق کارگران جنسی را نقض نخواهند کرد، نظیر بازداشت خودسرانه و آزار. در کشورهایی که کار جنسی در آنها قانونی است، باید تلاش کرد این صنعت را به نحو شایسته‌ای تحت قاعده درآورد و موانع موجود بر سر راه پرداختن قانونی به کار جنسی را از بین برد. هر جا که کار جنسی تجاری آشکارا توسط قانون ممنوع شده باشد، سیاست‌گذاران ترغیب شده‌اند که به دقت عواقب سلامت عمومی این قوانین را بررسی کنند که تجربه نشان می‌دهد تقریباً همیشه عمیقاً منفی هستند- و سپس در آنها مطابق با اسناد بین‌المللی حقوق بشر تجدید نظر به عمل آورند.

کلیه اقدامات در جهت جرم‌زدایی باید هم‌زمان با تلاش برای آموزش دادن عامه بالقوه متخصصی با مفید بودن و مقتضی بودن تحت مقررات درآوردن کار جنسی انجام گیرد. مجارستان و لتونی، که در آنها از کار جنسی جرم‌زدایی شده است، می‌توانند به عنوان الگوهای مفید عمل کنند، هرچند برخی خط‌مشی‌ها در این کشورها باید تغییر یابد (نظیر حراست از محرمانه بودن اطلاعات سلامت و اجرای قوانینی که تعیین مناطق مجاز کار جنسی را الزامی می‌کند).

باید به هنگام به کار بستن یا اصلاح مقررات حاکم بر کار جنسی، تلاش هماهنگی برای تضعیف قدرت دلالت‌رسانی روسپی صورت گیرد. دلالت‌ها اغلب خشن، متکی به زور و فشار و باج‌گیری‌اند. زندگی اغلب کارگران جنسی در صورتی که آنها بتوانند به روابط خود با دلالت‌هایشان خاتمه دهند و برای خود به کار پردازند به صورتی غیرقابل

سنجش بهتر می‌شود. این اقدام همچنین احتمال آن را که کارگران جنسی بتوانند و بخواهند خود را سازمان بدهند و شبکه‌های هم‌تایان دلسوز و حمایتگری به وجود آورند، افزایش می‌دهد.

- باید شرکت دادن کارگران جنسی در کلیه ابتکارات مربوط به اچ‌آی‌وی/ایدز و حقوق بشر که توسط دولت سازمان داده می‌شوند، به یک اولویت تبدیل و تضمین شود.

باید نمایندگان کارگران جنسی در کمیسیون‌های حقوق بشر، سازمان‌های محلی و ملی برنامه‌ریزی اچ‌آی‌وی/ایدز، شامل آنهایی که با پیشگیری و درمان سروکار دارند، و سازوکارهای هماهنگی کشوری (CCMS) در کشورهایی که GFATM در آنها فعالیت می‌کند، وجود داشته باشند. گذشته از این، هرگونه و کلیه خط‌مشی‌هایی که بر کارگران جنسی تأثیر دارند، تنها با مشارکت و پذیرش نمایندگان کارگران جنسی باید مورد بررسی قرار گیرند و به کار بسته شوند.

## ۵-۲ توصیه به ارگان‌های سلامت

- آزمایش اچ‌آی‌وی باید برای کلیه افراد، شامل کارگران جنسی، معتادان تزریقی و دیگری که در خطر بالای ابتلا به این ویروس قرار دارند، داوطلبانه و محرمانه باشد.

آزمایش تحمیلی و اجباری، چه توسط ارگان‌های مسئول سلامت انجام گیرد یا ضابط قانون، موجب پراکندن بی‌اعتمادی و ترس میان کارگران جنسی و اعضای دیگر گروه‌های منزوی و نادیده گرفته می‌شود. از این رو آنها ممکن است از مراکز سلامت و مراکز درمانی دوری کنند. در نتیجه، آنها کمتر احتمال دارد به نظام‌های سلامت عمومی بپیوندند. این امر توانایی ارگان‌های مسئول سلامت در ایجاد یک پاسخ جامع به اچ‌آی‌وی/ایدز را محدود می‌کند.

- خدمات کاهش آسیب، شامل تعویض سوزن/سرنگ، باید در کلیه مراکز سلامت عمومی در اختیار همگان قرار داشته باشد.

تعداد و دامنه فعالیت برنامه‌های کاهش آسیب در اغلب کشورهای اروپای مرکزی و شرقی و آسیای مرکزی، به ویژه در کشورهای اتحاد شوروی سابق، بسیار محدود است. مراکز سلامت عمومی باید چنین خدماتی را به صورت یک دوره، به عنوان بخشی از یک تلاش کلی برای پیشگیری از گسترش اچ‌آی‌وی، عرضه دارند. خدمات موجود باید شامل مشاوره و آزمایش داوطلبانه برای اچ‌آی‌وی و STI، ترویج استفاده از کاندوم و فراهم کردن آن برای عموم، آموزش روابط جنس کم‌خطرتر، تعویض سوزن و سرنگ، درمان جایگزین برای وابستگی به مواد مخدر، و درمان اچ‌آی‌وی و STI بشود. به ویژه، کارگران جنسی که مواد مخدر تزریق می‌کنند باید از وجود و فراهمی این خدمات و اینکه چگونه می‌توانند به آنها دسترسی پیدا کنند، مطلع شوند.

- مهاجرین باید دسترسی بهتری به خدمات سلامت عمومی داشته باشند.

مهاجرین داخلی یا خارجی، که اکثریت کارگران جنسی در بسیاری از بخش‌های منطقه را تشکیل می‌دهند، از آسیب‌پذیری ویژه‌ای در مقابل اچ‌آی‌وی و STI برخوردارند و دسترسی آنها به خدمات سلامت بسیار محدود است. آنها اغلب اوقات به دلیل نداشتن مدارک اقامت یا هویت، هیچ‌گونه بیمه سلامت ندارند و مجبورند به سراغ درمانگاه‌های خصوصی بروند و برای خدمات پول پرداخت کنند که اغلبشان از عهده‌اش بر نمی‌آیند. مراکز سلامت عمومی باید صرف‌نظر از جایگاه قانونی مهاجرین، خدمات آستانه‌پایین ویژه‌ای به آنها عرضه کنند. این خدمات باید شامل آزمایش و مشاوره اچ‌آی‌وی مهاجرین به صورت رایگان و ناشناخته، درمان مشکلات پزشکی و ارجاع آنها به دیگر خدمات اجتماعی مقتضی باشد.

- خط‌مشی‌ها و رویه‌های ارائه مراقبت‌های سلامت که علیه معتادان تزریقی و کارگران جنسی تبعیض اعمال می‌کنند باید مشخص و برچیده شوند.

تحقیقات انجام گرفته برای این گزارش از موارد مرتب تبعیض علیه کارگران جنسی پرده برداشتند که طی آنها، کارکنان مراقبت سلامت و کارکنان شبکه درمان از ارائه خدمات مراقبت به معتادان تزریقی و کارگران جنسی خودداری کرده‌اند. این‌گونه اقدامات تبعیض‌آمیز بیانگر نقض آشکار حق افراد به سلامت است و به هر دلیل، هرگز نباید تحمل شود یا مورد پشتیبانی قرار گیرد. ارگان‌های مسئول سلامت باید برنامه‌های آموزشی برای کلیه کارکنان به اجرا گذارند و نیز سازوکارهای پایشی به خدمت گیرند که در آن شکایات به طور جامع و محرمانه مورد تحقیق و بررسی قرار گیرند.

شواهد همچنین نشان می‌دهد که معمولاً از دسترسی معتادان تزریقی به درمان ضد رتروویروسی (ART) جلوگیری می‌شود یا آنها در انتهای لیست اولویت بیماران قرار می‌دهند. این روش‌ها زشت و غیراخلاقی‌اند و بر انگ و تبعیض و فقدان درک نسبت به توانایی و تمایل اغلب معتادان تزریقی به تبعیت از رژیم‌های درمانی اغلب پیچیده استوارند. معتادان تزریقی و کارگران جنسی باید از دسترسی برابر به ART و درمان STI و دیگر بیماری‌ها برخوردار باشند.

### ۳-۵ توصیه به ارگان‌های ضابط قانون

- باید برای کمک به ریشه‌کن کردن آزار و بدرفتاری با کارگران جنسی توسط پلیس به اجرای خط‌مشی‌های تحمل صفر اقدام کرد.

در کلیه کشورهای مورد تحقیق، از موارد نقض حقوق کارگران جنسی توسط پلیس به عنوان یک مشکل پایدار نام برده شده است. آزار و بدرفتاری اغلب شامل خشونت فیزیکی، از جمله کتک زدن، می‌شود. بازداشت‌ها و دستگیری‌های غیرقانونی و غیرموجه، مجبور کردن فرد به روابط جنسی، رشوه‌گیری و اخاذی، جابه‌جا کردن

کارگران جنسی، اجرای آزمایش‌های اجباری اچ‌آی‌وی/STI و امتناع از به اجرا گذاردن قوانینی که از کارگران جنسی و دیگرانی که در کار جنسی شرکت دارند، حمایت می‌کنند. چنین وضعیتی نیازمند اقدام فوری توسط ارگان‌های ضابط قانون در سراسر منطقه است. مأموران پلیسی که حقوق کارگران جنسی و کلیه دیگر افراد را نقض کرده‌اند، باید مجازات شوند. باید رویه‌هایی برای پایش به وجود آورد و امنیت و محرمانه ماندن شکایات را تضمین کرد و باید کارزارهای عمومی برای تشویق شهروندان به گزارش دادن موارد بدرفتاری و آزار و اذیت پلیس به اجرا گذارد.

- کلیه اعضای پلیس و دیگر ارگان‌های ضابط قانون باید به طور مرتب در زمینه مسائل مربوط به ایدز، مصرف مواد مخدر و حقوق قانونی و انسانی کلیه افراد، به ویژه کارگران جنسی و دیگر گروه‌های آسیب‌پذیر، آموزش ببینند. همچنین باید از پلیس انتظار داشت کارگران جنسی و معتادان تزریقی را - البته نه هرگز به شیوه‌ای اجباری یا تهدیدآمیز - به برنامه‌ها، پروژه‌ها و سرپناه‌هایی ارجاع دهند که در آنها می‌توانند کمک مناسب دریافت دارند.

تلاش‌های آموزشی که هدفشان را ضابطین قانون تشکیل می‌دهد، از فواید ویژه‌ای برخوردارند، زیرا مأموران پلیس به طور مرتب با کارگران جنسی و معتادان تزریقی تماس دارند. این ارگان‌ها با دریافت آموزش و انگیزش مناسب خواهند توانست با فراهم کردن اطلاعات سلامت و نیز ارجاع و معرفی غیرخشونت‌آمیز بیماران به خدمات سلامت، نقش‌های بسیار مثبتی در اقدامات پیشگیری از اچ‌آی‌وی بازی کنند. در حال حاضر، مثال‌هایی از همکاری نزدیک میان پلیس و مراکز سلامت، به ویژه سازمان‌های کاهش آسیب، در منطقه وجود دارد. مأموران ارشد اداره پلیس می‌توانند با تسهیل کردن برگزاری جلسات مرتب میان پلیس و خدمات سلامت عمومی به این فرایند سرعت دهند.

## ۵-۴ توصیه به ارائه‌دهندگان خدمات

- برنامه‌هایی که هدفشان را کارگران جنسی به طور اعم و گروه‌های ویژه در داخل جمعیت‌های کارگران جنسی تشکیل می‌دهد، باید گسترش یابند و متنوع شوند.

پوشش کارگران جنسی توسط ارائه‌دهندگان خدمات طبق آنچه در این تحقیق برآورد شد، کمی بیشتر از پوشش معتادان تزریقی توسط اغلب سازمان‌های کاهش آسیب بوده است. اما در اغلب موارد، این میزان پوشش هنوز کمتر از سطح پوشش لازم برای کنترل اثربخش و کاهش بیماری‌های همه‌گیر اچ‌آی‌وی و STI در میان کارگران جنسی بوده است که به اعتقاد برخی کارشناسان حدود ۶۰٪ در داخل یک جامعه مفروض است. از این رو، ارائه‌دهندگان خدمات باید تلاش‌های کمک‌رسانی خود و نیز طیف خدماتی را که عرضه می‌کنند، از جمله دسترس به کاندوم و سوزن/سرنگ و خدمات اجتماعی، نظیر مسکن، مراقبت از کودکان، کمک به تهیه اسناد لازم، آموزش حرفه‌ای و آموزش و کمک حقوقی گسترش دهند.

- ارائه‌دهندگان خدمات باید بکوشند به عنوان جزئی از یک تلاش برتر برای پایش موارد نقض حقوق، پیوندهای بهتری با سازمان‌ها/فعالان حقوق بشر و دیگر گروه‌های ذینفع در منطقه برقرار کنند.

نقض مکرر و مداوم حقوق بشر، شامل خشونت، تهدید، بازداشت خودسرانه و خودداری از ارائه خدمات، تأثیر منفی بر کارگران جنسی در کلیه کشورها باقی می‌گذارد. سازمان‌های حقوق بشر اغلب به توجه و پایش دقیق موارد نقض حقوق کارگران جنسی، با بی‌میلی برخورد کرده‌اند، اما علائمی وجود دارد حاکی از اینکه این سازمان‌ها به تدریج پاسخ مناسب‌تری در این زمینه ارائه می‌دهند. ارائه‌دهندگان خدمات باید فعالانه خواستار کمک این سازمان‌ها باشند و برای افشای موارد بدرفتاری و به اجرا گذاردن اصلاحات در خط‌مشی‌ها به همکاری نزدیک با آنها پردازند. آنها همچنین باید بکوشند به عنوان جزئی از تلاش خود برای بهبود سلامت و ایمنی کارگران جنسی، فعالیت‌های حمایت‌گرانه خود را میان طیف وسیعی از دیگر گروه‌های ذینفع - برای مثال، از بخش آموزش گرفته تا مأموران دولت‌های محلی و ملی - افزایش دهند.

- پایش و ارزشیابی بهتر برنامه‌ها باید گام مفیدی در جهت بهبود برنامه‌ریزی و ارائه خدمات به طور کلی باشد.

بسیاری پروژه‌ها قادر به گردآوری منظم داده‌های قابل اعتماد درباره برنامه‌های خود نیستند. این امر می‌تواند به شدت اثربخشی آنها را کاهش دهد و جلوی ارائه پاسخ‌های مناسب به اچ‌آی‌وی/ایدز در سطح محلی و ملی را بگیرد. پروژه‌هایی که به کندی حرکت می‌کنند و از برنامه عقب هستند، باید به جستجوی کمک مالی و فنی برای بهبود رویه‌های پایش و ارزشیابی خود باشند. در این میان، پروژه‌های دیگر باید همچنان گوش به زنگ و هشیار باقی بمانند تا رویه‌های آنها همچنان اثربخش و جامع باشند.

## ۵-۵ توصیه به وام‌دهندگان خارجی

- کمک‌کنندگان، به ویژه مؤسسات خارجی توسعه، باید پاسخ و بودجه‌های خود را بر وضعیت واقعی موجود و بر شواهد علمی مبتنی کنند و نه بر ملاحظات ایدئولوژیک داخلی در کشورهای خود

خط‌مشی‌های وام‌دهندگان، به ویژه در کشورهای کم‌درآمد منطقه، می‌تواند به میزان زیادی بر اثربخشی پاسخ به اچ‌آی‌وی/ایدز تأثیر بگذارد و می‌گذارد. وام‌دهندگان باید تشویق شوند که ماهیت این بیماری همه‌گیر و اینکه کدام نوع مداخلات در پیشگیری گسترش اچ‌آی‌وی و درمان آنهاست که با اچ‌آی‌وی/ایدز زندگی می‌کنند، از همه مناسب‌تر و اثربخش‌ترند را بشناسند و درک کنند. این امر در منطقه اروپای مرکزی و شرقی و آسیای مرکزی به معنای آن است که آنها باید از خدمات کاهش آسیب، شامل تعویض سوزن/سرنگ، برای معتادان تزریقی، که بسیاری از آنها کارگران جنسی هستند، پشتیبانی کنند. خودداری کردن از پرداخت این وجوه برای پرداختن به عوامل عمده خطر، ممکن است بدتر از آن باشد که اصلاً پولی پرداخت نکنید، زیرا چنین خط‌مشی‌هایی می‌تواند اثری مستقیم بر کل پاسخ ملی داشته باشد.

- کارکنان ارگان‌های وام‌دهنده چندجانبه و دوجانبه - و نیز کارکنان نظام سلامت عمومی در کلیه سطوح - باید تشویق شوند که در پاسخ به سوءمدیریت‌هایی که مشاهده می‌کنند، تعیین نادرست اولویت‌ها و تبعیض به اعتراض برخیزند و بی‌پروا سخن بگویند. آنها باید قادر باشند اعتراضات خود را به صورت محرمانه و بدون خطر تلافی جویی‌هایی نظیر اخراج مطرح کنند.

پرسنلی که با GFATM، بانک جهانی، دفاتر سازمان ملل متحد و وام‌دهندگان دوجانبه کار می‌کنند، اغلب در موقعیتی قرار دارند که می‌توانند تأثیر مثبتی بر توزیع کمک توسط ارگان‌های مسئول ملی، منطقه‌ای و محلی داشته باشند. توانایی و تمایل آنها برای کمک به پایش کمک و توسعه برنامه می‌تواند این اطمینان را پدید آورد که وجوه و خدمات به دست گیرندگان مورد نظر برسد. اما هم‌زمان، ارگان‌های وام‌دهنده بین‌المللی نباید کنترل غیرلازمی بر خطمشی‌ها و اولویت‌های سلامت عمومی ملی اعمال کنند. مأموران محلی نیز باید این احساس را داشته باشند که می‌توانند وام‌دهندگان بین‌المللی را بدون آنکه باخطر از دست دادن شغل‌هایشان یا مشارکت در فعالیت‌های آتی روبه‌رو باشند، مورد انتقاد قرار دهند.

- خطمشی‌ها و برنامه‌های وام‌دهندگان گوناگون باید به منظور تضمین تداوم خدمات، به ویژه در کشورهای که در آنها عرضه خدمات به طور عمده به کمک وام‌دهندگان وابسته است، سازماندهی و هماهنگ شود.

اغلب اوقات، وام‌دهندگان استراتژی‌های حمایتی خود را بر این فرض استوار می‌کنند که پس از چند سال وام‌دهی، مسئولیت تأمین مالی اجرای مداخلات به دولت‌های ملی واگذار شود. اما متأسفانه، این وضع طی دهه گذشته در منطقه روی نداده است. در بسیاری موارد، دولت‌های ملی به دلیل تنگناهای مالی یا ظرفیتی، به ویژه کمبود شدید کادر قابل در کلیه سطوح، یا به این دلیل که حمایت مورد انتظار از دیگر منابع به آنها نمی‌رسد، برای بر عهده گرفتن مسئولیت پروژه‌ها آمادگی ندارند. وام‌دهندگان باید تمامی تلاش خود را به خرج دهند تا انعطاف‌پذیری لازم را تأمین کنند تا امر تأمین خدمات حیاتی به گروه‌های آسیب‌پذیر به دلیل خلاءهای ناشی از تأمین مالی مختل نشود.

## ۵-۶ توصیه به محققان

- محققان، دانشمندان، دولت‌های ملی و سازمان‌های چندجانبه باید برای ایجاد تیم‌های تحقیقاتی حرفه‌ای و پایدار که داده‌های مشخص‌تر و دقیق‌تری در مورد بیماری همه‌گیر اچ‌آی‌وی/ایدز و جمعیت‌های آسیب‌پذیر، از جمله کارگران جنسی، در سی‌ای‌ای/سی‌ای‌ای منتشر کنند، با یکدیگر تشریک مساعی کنند.

همان‌طور که پاسخ‌های ارائه شده به پرسشنامه این گزارش نشان می‌دهند، داده‌های مربوط به برخی اقلام کلیدی مربوط به اچ‌آی‌وی اغلب غیردقیق یا تهیه آنها دشوار است. این اقلام شامل موارد زیر می‌شوند (که البته قطعاً به

این موارد محدود نیستند): کل تعداد افرادی که به ویروس آلوده شده‌اند، کل تعداد معتادان تزریقی در کشور مورد بحث یا منطقه، ناقل‌ها و روندهای انتقال بیماری، به ویژه با توجه به مصرف تزریقی مواد مخدر و جنسیت، کل تعداد کارگران جنسی، به تفکیک کشور، منطقه و واحد شهرداری، تعداد کارگران جنسی که اچ‌آی‌وی و/یا STI دارند، شیوع اچ‌آی‌وی میان کارگران جنسی و روندهای آلودگی، کل تعداد افراد نیازمند به درمان ضد رتروویروسی (شامل شمار کارگران جنسی نیازمند) و اینکه افراد عملاً چگونه داروهای مورد نیاز را دریافت می‌کنند، درصد کارگران جنسی که بیمه سلامت دارند و نرخ‌های بدرفتاری و آزار پلیس نسبت به کارگران جنسی.

این فهرست به هیچ‌وجه کامل نیست. اما فی‌نفسه دلیل روشنی مبنی نابسندگی بودن فعالیت‌های کنونی جمع‌آوری داده ارائه می‌دهد. کلیه گروه‌های ذینفع که در این امر مشارکت دارند، به تهیه اطلاعات بهتر در مورد دامنه و وسعت این بیماری همه‌گیر و نیز کسانی که از آن لطمه دیده‌اند، علاقه‌مند و در آن ذینفعند. شاید باید یک نهاد تحقیقاتی یا دفاتر سازمان ملل متحد نقش رهبری را در ایجاد ظرفیت تحقیقات اپیدمیولوژیک و اجتماعی در مورد اچ‌آی‌وی/ایدز در سراپای اروپای مرکزی و شرقی و آسیای مرکزی به عهده گیرد. با توجه به تفاوت‌های سیاسی، اقتصادی و اجتماعی گسترده در منطقه - شامل برای مثال، دولت قرنطینه‌گرا در ترکمنستان و نگرانی‌های موجود در دیگر نقاط نسبت به آزمایش اجباری، مسائل مربوط به محرمانه نگهداشتن و تحمیل و زور، این تلاش ممکن است پیچیده و دشوار باشد. اما در درازمدت، ارائه خدماتی جامع و با هدف‌گیری مناسب، می‌تواند تنها با مبتنی کردن آن بر داده‌های نسبتاً دقیق تحقق یابد. همچنین داده‌های بهتر به دولت‌ها و وام‌دهندگان کمک می‌کند از نظر تخصیص امکانات مالی، تهیه و تدارک دارو و تهیه پیام‌های پیشگیری، برنامه‌ریزی بهتری برای آینده به عمل آورند.

- اثرات جرم‌زدایی از کار جنسی باید به دقت تجزیه و تحلیل شود و نتایج آن به طور گسترده‌ای در اختیار همگان قرار گیرد. باید توجه ویژه‌ای مبذول تجربیات دیگر کشورهای منطقه (به ویژه مجارستان و لتونی) بشود.

بسیاری از دولت‌های منطقه اروپای مرکزی و شرقی و آسیای مرکزی به ویژه به جرم‌زدایی از کار جنسی بی‌میلند. آنها از این امر نگرانند که جمعیت‌های کارگر جنسی و/یا نرخ‌های اچ‌آی‌وی و STI به شکل انفجاری رشد کنند. اغلب مطالعات انجام گرفته در دیگر نقاط جهان نشان می‌دهند که هیچ‌یک از این دو اتفاق روی نمی‌دهد. در واقع، چنین به نظر می‌رسد که جرم‌زدایی سلامت کارگران جنسی را ارتقا می‌دهد و از انتقال اچ‌آی‌وی در میان آنها می‌کاهد. اما دیگر کشورهای منطقه به دلایل قانع‌کننده بیشتری نیاز دارند و ممکن است در عین حال نقشه‌های اصلی این سیاست را بر اساس خط‌مشی‌های جرم‌زدایی اجرا شده و تنظیم بعدی کار جنسی در دیگر نقاط از ما طلب کنند.



تحقیقات البته باید به شیوه‌ای کاملاً عینی انجام گیرند و حتی اصلاحاتی در مقررات موجود در مجارستان و لتونی پیشنهاد کنند. برای مثال، نگرانی‌هایی وجود دارد مبنی بر اینکه در این دو کشور، آزمایش الزامی اچ‌آی‌وی/STI در مورد کارگران جنسی و فقدان محرمانه ماندن تشخیص ممکن است کارگران جنسی را بیشتر به حاشیه براند و منزوی کند و دسترسی آنها به درمان اچ‌آی‌وی و STI را دشوارتر سازد. اینها مسائل حقوق بشری مهمی هستند که باید به شکل مناسبی مورد توجه قرار داد تا جرم‌زدایی به مهم‌ترین اهداف خود دست یابد: مراقبت‌های سلامت بهتر برای کارگران جنسی و کاهش بدرفتاری، آزار و تبعیض.

## ۶. منابع

- AIDS Inforshare (۲۰۰۱). "ویژگی‌های اصلی صنعت جنسی تجاری در چهار منطقه روسیه که در آنها فعالیت‌های پیشگیری از اچ‌آی‌وی/STI طبق فعالیت پروژه‌های ایدز AIDS Inforshare برقرار هستند".
- AIDS Inforshare (۲۰۰۳). نظرسنجی خیرگان: "نیازهای مناطق در کنترل قانونی و هنجاری کار جنسی تجاری (تن‌فروشی)". گزارش از طریق CEEHRN قابل تهیه است.
- EFEW (2003). خلاصه گزارش ویژگی‌های اصلی هم‌تاهای NGOها در ازبکستان، تاجیکستان و قرقیزستان. تهیه شده تحت برنامه کاهش تقاضای مواد مخدر در آسیای مرکزی.
- EFEW (2003a). "گزارش مربوط به ارزیابی و پاسخ سریع به کار جنسی، مصرف مواد مخدر و اچ‌آی‌وی در جمهوری تاجیکستان در آسیای مرکزی". تهیه شده تحت برنامه کاهش تقاضای مواد مخدر در آسیای مرکزی.
- آندروشچاک، ال‌آی و خوداخیویچ، ال‌ان (۲۰۰۰). کاهش آسیب‌پذیری زنانی که در اوکراین به کار جنسی مشغولند در مقابل اچ‌آی‌وی از طریق بسیج اجتماعی و ایجاد شبکه‌های خودکفا. ژورنال میکروبیولوژی، اپیدمیولوژی ای ایمونوبیولوژی، 4:118-119.
- آرسووا تی. (۲۰۰۰). تن‌فروشی و کارگران جنسی در بلغارستان: تحلیل وضعیت و خطر در رابطه با اچ‌آی‌وی/ایدز/STD. بنیاد سلامت و توسعه اجتماعی، UNDP، پروژه شماره BUL/98/005، برنامه‌ریزی استراتژی ملی اچ‌آی‌وی/ایدز.
- گزارش خبری مشاوره در مورد تن‌فروشی زنان آسیا-اقیانوس آرام (۱۹۹۷). آنلاین: [www.hartford-hwp.com/archives/50/008.html](http://www.hartford-hwp.com/archives/50/008.html) (دسترسی از ۱۶ ژانویه ۲۰۰۵)
- بنوش، ای. سوملای، ای‌ام، پینکرتون، اس‌دی، کلی، جی‌ای، آستروفسکی، دی. گور-فلتون، سی و کوزلوف، ای‌پی (۲۰۰۴). "مصرف مواد مخدر و رفتارهای پرخطر جنسی میان معتادان تزریقی زن روسیه که در ازای دریافت پول یا مواد مخدر به تن‌فروشی می‌پردازند". *مجله بین‌المللی STD&AIDS*, 15:347-343.
- بورینسکو، ک، سافارووا، ای، شگای، ام، فیلاتووا، ای و شلیهوف، ان (۱۹۹۹). "ویژگی‌های اجتماعی-جمعیتی کارگران جنسی زن که برای درمان STI در مرکز درمانگاهی "سنم" در مسکو شرکت می‌کنند". کنفرانس بین‌المللی در مورد اچ‌آی‌وی/STI، دنور، USA.
- بوریس اس، ویلنا، دی (۲۰۰۲). "انطباق با واقعیت انتخاب دشوار خطمشی اچ‌آی‌وی در روسیه، چین و هند"، *مجله حقوق بشر، زمستان ۲۰۰۲*.
- CEEHRN (۲۰۰۴). پروژه نقشه‌ها. آنلاین: [www.ceechn.org/index.php?ItemId=12227](http://www.ceechn.org/index.php?ItemId=12227)
- CEEHRN (۲۰۰۲). "مصرف کنندگان تزریقی مواد مخدر، درمان اچ‌آی‌وی/ایدز و مراقبت‌های اولیه در اروپای مرکزی و شرقی و اتحاد شوروی سابق"، ژوئیه ۲۰۰۲.
- شورای اروپا، امور حقوقی. "کرواسی: مفاد قانونی مربوط به قانون کیفی". آنلاین: [www.coe.int](http://www.coe.int).

دیویس، ای جی، دومینی، ان جی، پترز، ای دی و ریچاردسون، ای ام (۱۹۹۶). تفاوت‌های جنسیتی در رفتارهای پرخطر اچ‌آی‌وی معنادار تریقی در ادینبورگ. *مراقبت از ایدز*، 8:517-527.

دهنه، ک. و کویشچا، وای (۲۰۰۰). "بیماری همه‌گیر اچ‌آی‌وی در اروپای مرکزی و شرقی - به‌روز شده در ۲۰۰۰": ۲۰

دهنه، ک. و کویشچا، وای، همرز، اف و شوارتلندر، ب. (۱۹۹۹). "بیماری همه‌گیر اچ‌آی‌وی/ایدز در اروپای شرقی: الگوها و روندهای اخیر و پیامدهای آنها برای سیاست‌گذاری". *ایدز*. 13:741-749.

دریزین، ای (۲۰۰۰). "کار با تن‌فروشان خیابانی در چارچوب یک پروژه کاهش آسیب در کالینینگراد". *مجله روسی اچ‌آی‌وی/ایدز و مسائل مرتبط با آن*، 4(1):134.

ای یو (۲۰۰۴). "اقدام مورد نیاز برای مقابله با گسترش صنعت جنسی". پارلمان اروپا. آنلاین:

[http://www.europarl.eu.int/comparl/femm/news\\_docs/2004/200404\\_eriksson\\_pr\\_en.pdf](http://www.europarl.eu.int/comparl/femm/news_docs/2004/200404_eriksson_pr_en.pdf).

*Euro HIV* (۲۰۰۲). "نظارت بر اچ‌آی‌وی/ایدز در اروپا". گزارش پایان سال ۲۰۰۲، شماره ۶۸.

Tampep/Europap (۱۹۹۹). "تن‌فروشی سالم: توسعه خدمات برای کارگران جنسی در اروپا". شبکه اروپایی پیشگیری از اچ‌آی‌وی/STI در میان تن‌فروشان، لندن، ۱۹۹۹.

گزارش‌های پیشرفت صندوق جهانی مبارزه با ایدز، سل و مالاریا (۲۰۰۴). آنلاین:

[www.theglobalfund.org/en/funds\\_raised/reports](http://www.theglobalfund.org/en/funds_raised/reports).

همرز، اف اف و داونز، ای ام (۲۰۰۳). "اچ‌آی‌وی در اروپای مرکزی و شرقی". *لانست*، 361(9362): 1035-44.

هزیزای، ای اچ (۲۰۰۲). "آموزش در مقابل اچ‌آی‌وی/ایدز و خشونت جنسیت‌محور در آلبانی پس از دوران کمونیسم". ۱۴مین کنفرانس بین‌المللی ایدز، ۱۲-۱۷ ژوئیه ۲۰۰۲، بارسلون.

HOPS (۲۰۰۲)، نظرسنجی توسط پروژه ماریا، هویس (HOPS). اسکوپیه، مقدونیه. گزارش به صورت فایل از هویس یا CEEHRN قابل تهیه است.

دیدبان حقوق بشر (۲۰۰۵). "اچ‌آی‌وی/ایدز در ۴۸مین کمیسیون ملل متحد در مورد مواد مخدر (C&D)". خلاصه گزارش دیدبان حقوق بشر.

دیدبان حقوق بشر (۲۰۰۳). "دمیدن به شعله‌ها: چگونه نقض حقوق بشر بیماری مسری را در قزاقستان گسترش می‌دهد". ص ۲۹.

دیدبان حقوق بشر (۲۰۰۲). "خیانت به امید: قاچاق زنان و دختران به بوسنی و هرزگوین پس از کشمکش به منظور تن‌فروشی اجباری". سال ۱۴(۹)(D).

دیدبان حقوق بشر (۲۰۰۱). گزارش مطبوعاتی در مورد تاجیکستان.

برنامه بین‌المللی توسعه کاهش آسیب انستیتو جامعه باز (۲۰۰۱). گزارش شش‌ماهه ابتکار کاهش آسیب کارگران جنسی، "راهنمای تماس‌ها و خدمات در اروپای مرکزی و شرقی و اتحاد شوروی سابق".

در کانون (۲۰۰۳). یک خبرنامه آسیای مرکزی برای متخصصانی که در حوزه پیشگیری از اچ‌آی‌وی/ایدز کار می‌کنند، شماره ۸ ص ۶.

جیرسوا، ک. (۲۰۰۳). "کار جنسی، مصرف مواد مخدر و کاهش آسیب در اروپای مرکزی و شرقی و دولت‌های تازه استقلال یافته". ارائه شده در کنفرانس بین‌المللی کاهش آسیب در چیانگ مای، تایلند.

کالیف، جیری (۲۰۰۲). تحقیق پیمایشی از کارگران جنسی در کشورهای حوزه بالتیک برای مرکز اطلاعات و حمایت ایدز، تالین، استونی.

کانژیکووا، وی (۲۰۰۴) بنیاد سلامت و توسعه اجتماعی، بلغارستان. مکاتبه شخصی هماهنگ کننده پروژه.

کاراپتیان، ای‌اف، سوکولوفسکی، وی‌وی، آرویسکایا، ای‌آر، زوراتاو، ای‌ای، آستروفسکی، دی‌وی و هاگان، اچ (۲۰۰۲). "سیفیلیس میان مصرف‌کنندگان تزریقی مواد مخدر: وضعیت اپیدمیولوژیک در سن پترزبورگ، روسیه". *مجله بین‌المللی اس‌تی‌دی اند ایدز*، 13:618-623.

کلی، جی‌ای، امیرخانیان، وی (۲۰۰۳). "تازه‌ترین بیماری همه‌گیر: مروری بر وضعیت اچ‌آی‌وی/ایدز در اروپای مرکزی و شرقی". *مجله بین‌المللی STD&AIDS*، 14:361-371.

خرومووا، وی، سفرووا، ای، دوبوفسکایا، ال، آورچنکو، اس‌ای، دوگاشوا، ال، رایان، سی، آرال، اس‌او، سن لورنس، جی، لوئیس، جی، براکستون، جی، و شاکاریشویلی، ای (۲۰۰۲). "نرخ‌های بالای بیماری‌های قابل انتقال از طریق روابط جنسی (STD)، اچ‌آی‌وی و رفتارهای پرخطر میان زندانیان زن در مسکو"، روسیه. ۱۴مین کنفرانس بین‌المللی ایدز-۱۲-۷ ژوئیه ۲۰۰۲، بارسلون.

کانینگ، ای. (۱۹۹۶). "تن‌فروشی و اچ‌آی‌وی/ایدز در منطقه اروپای مرکزی و شرقی و آسیای مرکزی"، UNAIDS.

کونگوروف، ان، سیرنوا، تی و نیکیتینا، ام (۱۹۹۹). "جنبه‌های درمانی و اجتماعی روانی تن‌فروشی در بخش سوردلوسک". *عفونت‌هایی که از طریق روابط جنسی منتقل می‌شوند*.

کورمانووا، جی (۱۹۹۹). در مورد تأمین کمک فنی به پروژه آزمایشی "تقویت پیشگیری از اچ‌آی‌وی/ایدز/STD میان گروه‌های آسیب‌پذیر زنان جوان در ترکمنستان". عشق آباد، ترکمنستان.

کورمانووا، جی (۲۰۰۰). گزارش ارزیابی شیوع اچ‌آی‌وی/ایدز/STD میان کارگران جنسی در دوشنبه، تاجیکستان.

کورمانووا، جی (۲۰۰۴). مرور کوتاه مقررات قانونی کار جنسی در قرقیزستان. قابل تهیه از CEEHRN.

کوروا، تی، ماله‌سوا، اس‌ام و مارد، پی‌ای (۱۹۹۸). "تن‌فروشی در ریگا، لتونی - یک موضوع اجتماعی - پزشکی نگران‌کننده". *آکتا آبنستریشیا گونه کولوگیا، اسکاندیناویا*، 77(1):86-83.

لادناپا، انان، پوکروفسکی، وی‌وی و سوکولووا، وی‌وی (۲۰۰۲). "بیماری همه‌گیر اچ‌آی‌وی در مناطق روسیه در ۲۰۰۲"، مرکز علمی و روشی فدرال وزارت بهداشت فدراسیون روسیه برای پیشگیری از ایدز و مبارزه با آن، مسکو.

لاخومالانی، وی (۱۹۹۷). "وضعیت تن‌فروشی در تعدادی از شهرهای روسیه، اوکراین و بلاروس". *مجله میکروبیولوژی و ایمنولوژی*، 104-102:1.

لاتویاس وستنسیس (۱۹۹۸) شماره ۳۳۶ "مقررات برای محدود کردن تن‌فروشی".

لتیازینا، وی، هماهنگ‌کننده ارشد انستیتو آزاد سلامت، ۲۰۰۳، مکاتبه شخصی منعکسه در سارانگ ای، استویکیت، آر، بایکوف، آر، "اجرای تدابیر کاهش آسیب در اروپای مرکزی و شرقی و آسیای مرکزی: درس‌آموخته‌ها".

لونگو، پی و اوورز، سی (۱۹۹۷). "بی‌خطر کردن کار جنسی"، ای‌اچ‌آرتی‌ای‌جی و شبکه پروژه‌های کار جنسی.

لوزوا، او و ناشخوئف، ام (۱۹۹۹). "کارگران جنسی: منشأ اجتماعی، رفتار جنسی، احتمالات گسترش STI". *بولتن بیماری‌های پوست و آمیزشی*، 22-16:3.

لوندس، سی‌ام، رودس، تی، جود، ای، میخائیلووا، ال، سارانگ، ای، رایلکوف، ای، تیچونف، ام، پلت، ال، و رنتون، ای (۲۰۰۲). "زنان مصرف‌کننده تزریق مواد مخدر که در شهر توگلیاتی، فدراسیون روسیه، به کار جنسی مشغولند: شیوع اچ‌آی‌وی و رفتار پرخطر". *کنفرانس جهانی ایدز*، ۲۰۰۲.

لوندس، سی، آلاری ام و پلت، ال (۲۰۰۳). "مصرف تزریقی مواد مخدر، کار جنسی تجاری و بیماری‌های همه‌گیر اچ‌آی‌وی/STI در فدراسیون روسیه". *بیماری‌هایی که از طریق روابط جنسی منتقل می‌شوند*، ژانویه: ۴۸-۴۶.

مان، جی و تارانتولا، د (۱۹۹۶). ایدز در جهان. انتشارات دانشگاه آکسفورد، نیویورک.

مارینر، دلبیو (۲۰۰۰). مسائل قانونی در پیشگیری از اچ‌آی‌وی میان کارگران جنسی در فدراسیون روسیه. دانشکده سلامت عمومی دانشگاه بوستون، ص ۳-۲.

بازاریابی و مشاوره، اوکی (۲۰۰۰). "تحقیق درباره رفتار جنسی میان کارگران جنسی تجاری زن در بخش ساراتوف". *ساراتوف*، روسیه.

وزارت کشور مقدونیه (۲۰۰۲). اداره تحلیل و تحقیقات. گزارش‌های ادواری داخلی به نقل از نماینده دفتر کشوری UNODC در اسکوپیه، مقدونیه.

موموت، او، راشکینووا، ای و بلینوفسکایا، ای (۱۹۹۷). نقش تن‌فروشی در گسترش عفونت اچ‌آی‌وی در بخش کالینینگراد. *مسائل مواد مخدرشناسی* 57-58:3.

مورتون، ای، تبریزی، اس، گارلند اس، لی پی و دیگران (۲۰۰۲). آیا قانونی کردن کار جنسی خیابانی به بهبود سلامت کمک می‌کند؟ *عفونت‌هایی که از طریق روابط جنسی منتقل می‌شوند* 309: 78.

ناشخوئف، ام آر (۲۰۰۲). "ویژگی‌های اجتماعی-روانی و رفتاری کارگران جنسی و پیشگیری از عفونت‌هایی که از طریق روابط جنسی منتقل می‌شوند در این گروه". انستیتو مرکزی تحقیقات دانشگاهی در مورد پوست و بیماری‌های آمیزشی، وزارت سلامت، فدراسیون روسیه. دانشگاه دوستی مردم، مسکو.

دفتر نماینده عالی ملل متحد برای حقوق بشر و برنامه مشترک ملل متحد در مورد اچ‌آی‌وی/ایدز رهنمون‌های بین‌المللی اچ‌آی‌وی/ایدز و حقوق بشر (از دومین مشاوره بین‌المللی در مورد اچ‌آی‌وی/ایدز و حقوق بشر (۲۵-۲۳ سپتامبر، ۱۹۹۶، ژنو)، U.N.Doc. HR/PUB/98/1, p. 29 (e).

اوست و وگلز، آر (۱۹۹۷). "ارزیابی مدارهای روابط جنسی تجاری در بیشکک، قرقیزستان". یوان‌ایدز، بیشکک، قرقیزستان.

اوست و وگلز، آر (۱۹۹۹). "ارزیابی مدارهای روابط جنسی تجاری در کاراگاندا، قزاقستان". یوان‌دی‌پی، کاراگاندا، قزاقستان.

اوست و وگلز، آر (۲۰۰۱). "ارزیابی کارگران جنسی زن و مشتریان آنها در تاشکند، جمهوری ازبکستان"، یوان‌دی‌پی، تاشکند، ازبکستان.

پروژه پالمیرا (۲۰۰۴). "حمایت قانونی از افرادی که به کار جنسی اشتغال دارند". گزارش نهایی برای پروژه پالمیرا ۱۱ اسناد پیوست به پرسشنامه‌های پیمایش، ۲۸ نوامبر، ۲۰۰۳-۲۸ مه، ۲۰۰۴.

پلاتوشینا، او، و چایکا، ان (۱۹۹۵). "مطالعه خطر اسلی انتقال عوامل STD توسط روابط جنسی". کنفرانس کشورهای اسکاندیناوی در مورد تن‌فروشی.

پلت، ال، رودس، تی، لوندس، سی‌ام، مدن، پی، سارانگک، ای، میخائیلووا، ال، رنتون، ای، پوزنر، وای، سولیوان، کی و خوتوسکوی، ام (۲۰۰۵). "تأثیر جنسیت و کار جنسی بر رفتارهای جنسی و تزریقی و پیوند آنها با مثبت بودن اچ‌آی‌وی میان مصرف‌کنندگان تزریقی مواد مخدر در بیماری همه‌گیر اچ‌آی‌وی در شهر توگلیاتی، فدراسیون روسیه". بیماری‌هایی که از طریق روابط جنسی منتقل می‌شوند (زیر چاپ)

پلت، ال (۱۹۹۸). "وضعیت کارگران جنسی در مسکو". مسکو، ایدز اینفوشر.

پوکروفسکی، وی (۲۰۰۱-۲۰۰۰). اچ‌آی‌وی در روسیه: پیش‌بینی یک کارشناس. کاهش آسیب در روسیه: ۱۲-۱۰.

دادستان در مقابل آنتو فوروتزیا (۱۰ دسامبر، ۱۹۹۸)، ۳۸، آی.ال.ام. ۳۱۷ (۱۹۹۹).

رنتون، ای‌ام، بورینسکو، ک، میهوس، ای و گرومیکو، ای‌ای (۱۹۹۸). "بیماری‌های همه‌گیر سیفلیس در دولت‌های تازه استقلال یافته اتحاد شوروی سابق". عفونت‌هایی که از طریق روابط جنسی منتقل می‌شوند 74:166-165.

رودس، تی، سارانگک، ای، باریک، ای، بابکوف، ای، پلت، ال (۲۰۰۴). سرایت اچ‌آی‌وی و پیشگیری از اچ‌آی‌وی در ارتباط با مصرف تزریقی مواد مخدر در فدراسیون روسیه. مجله بین‌المللی خط‌مشی مواد مخدر، 15:39-54.

رودس، تی، بال، ای، استیمسون، جی، کوبیشچا، وای، فیچ، سی، پوکروفسکی، وی، بزروچنکو-نواچوک، ام، بوروز، دی، رنتون، ای و آندروشچاک، ال (۱۹۹۹). "عفونت اچ‌آی‌وی در ارتباط با مصرف تزریقی مواد مخدر در کشورهای تازه استقلال یافته اروپای شرقی: محیط اجتماعی و اقتصادی بیماری‌های مسری". اعتیاد، 94:1323-1336.

رودس، تی، لوندس، سی‌ام، جود، ای، میخائیلووا، ال، سارانگک، ای، ریلکوف، ای، تیخونوف، ام، لویس، ک، اولیانووا، ان، آلپاتووا، تی، کاراواشکین، وی، خوتورسکوی، ام، هیگمن، ام، پری، جی‌وی و رنتون، ای (۲۰۰۲). "گسترش انفجارگونه و شیوع بالای عفونت اچ‌آی‌وی میان مصرف‌کنندگان تزریقی مواد مخدر در شهر توگلیاتی، روسیه". ایدز، 16:F25-F31.

رودس، تی. سیمیک، ام، گروند، جی پی، سیمون، اس، یانکوویچ، کک، جورتیچ، تی، کاستلیچ، ای و فیچ، سی (۲۰۰۴). "پیشگیری از اچ آی وی در میان جمعیت های آسیب پذیر در صربستان و مونتنگرو". ابتکار پیشگیری از اچ آی وی میان جمعیت های آسیب پذیر در صربستان و مونتنگرو: ۵۱

رودینا، تی و والیهوا، اس (۲۰۰۲). "پاسخ به بیمارهای همه گیر اچ آی وی و اس تی آی میان کارگران جنسی تجاری در شهرک شیمکنت". ۱۴مین کنفرانس بین المللی ایدز- ۱۲-۷ ژوئیه ۲۰۰۲، بارسلون.

ریابنکو، اس (۲۰۰۱). "خدمات برای کارگران جنسی". ۱۲مین کنفرانس بین المللی در مورد کاهش آسیب مرتبط با مواد مخدر، هند.

سارانگ، ای، استویکیت، آر، بایکوف، آر (۲۰۰۴). "اجرای تدابیر کاهش آسیب در اروپای مرکزی و شرقی و آسیای مرکزی: درس آموخته ها".

شونینگ، اس و بوزوروف، ای (۱۹۹۹). ارزیابی نیازها- قزاقستان، پزشکان جهان: ۳۲.

ستویلیا، کک، درشم، ال، گورولا بونیا، اس، تسرتلی، ان و دالابتا، جی (۲۰۰۳). "ویژگی ها، رفتارهای پرخطر و دانش STI/اچ آی وی/ایدز و شیوع STI/اچ آی وی میان کارگران جنسی زن خیابانی در تفلیس، گرجستان- ۲۰۰۲". گزارش در مورد تحقیق پیمایشی نظارت بر عوامل رفتاری و نشانگرهای زیستی. قابل تهیه از CEEHRN.

تایس پلاس (۲۰۰۴). "وضعیت قانونی کارگران جنسی در بیشکک، قرقیزستان". گزارش فنی در مورد نتایج تحقیق (در صورت درخواست می توان از CEERN تهیه کرد).

چودومیرووا، کک، دومیکا، ام و مارد، پی ای (۱۹۹۷). "داده های جمعیتی در مورد تن فروشان بلغارستان- یک کشور میزبان تن فروشان بین المللی (مهاجرین)". *مجله بین المللی SRD&AIDS*, 8(3): 187-91

توماس، آر. ام (۱۹۹۶). "ارزیابی صحنه کار جنسی تجاری در آلماتی، قزاقستان". یوان ایدز، آلماتی، قزاقستان.

توماس، آر. ام (۱۹۹۶). "ارزیابی صحنه کار جنسی تجاری در تاشکند، ازبکستان"، یوان ایدز، تاشکند، ازبکستان.

یواچ آرای (۲۰۰۴). گزارش روایتی در مورد وضعیت حفظ حقوق بشر در اوکراین در رابطه با معتادان مواد مخدر و افرادی که اچ آی وی مثبت هستند. گزارش پروژه جمعیت کاهش آسیب اوکراین. گزارش را می توان به زبان روسی از CEEHRN تهیه کرد.

UNAIDS (۱۹۹۹). "پاسخ به اچ آی وی/ایدز، STD و مصرف مواد مخدر در کشورهای آسیای مرکزی به کمک سازمان ملل متحد" (قزاقستان، قرقیزستان، تاجیکستان، ترکمنستان و ازبکستان). آلماتی، قزاقستان.

یونسکو (۲۰۰۰). پیک یونسکو، فوریه ۲۰۰۰، شماره ۱۴. آنلاین: <http://www.unesco.org>

یونسکو (۲۰۰۲). "کار جنسی و اچ آی وی/ایدز"، به روز رسانی فنی سند توسط UNAIDS، ژوئن ۲۰۰۲.

UNFPA (۱۹۹۴). برنامه اقدام کنفرانس بین المللی در مورد جمعیت و توسعه. آنلاین:

[www.unfpa.org/icpd/icpd\\_poa.htm#ch7](http://www.unfpa.org/icpd/icpd_poa.htm#ch7).

UNHCR، یونیسف (۲۰۰۲). سازمان امنیت و همکاری اروپا، "قاچاق انسان در اروپای جنوب شرقی، وضعیت جاری و پاسخ به قاچاق انسان در آلبانی، بوسنی و هرزگوین، بلغارستان، کرواسی، جمهوری فدرال یوگسلاوی، اف‌وای‌آر مقدونیه، مولداوی، رومانی". آن‌لاین: [www.unhchr.ch/women/trafficking.pdf](http://www.unhchr.ch/women/trafficking.pdf).

یونیسف (۲۰۰۱). اطلاع‌رسانی و ارتباط برای پیشگیری از اچ‌آی‌وی/ایدز در لیتوانی.

یونیسف (۲۰۰۱). "ارزیابی سریع استونی در مورد موانع و فرصت‌های اطلاع‌رسانی درباره اچ‌آی‌وی/ایدز به جوانان".

یونیسف (۲۰۰۱). اچ‌آی‌وی/ایدز در جنوب شرقی اروپا.

یونیسف (۲۰۰۱). "راه رفتن بر دو پا: پاسخی تدریجی و اضطراری به اچ‌آی‌وی/ایدز در میان مصرف‌کنندگان جوان مواد مخدر در اروپای مرکزی و شرقی/آسیای مرکزی/بالتیک و منطقه آسیای مرکزی". بررسی مقاله، ژنو.

یونیسف (۲۰۰۲). "ارزیابی سریع و پاسخ به اچ‌آی‌وی/ایدز در میان افراد جوان دارای آسیب‌پذیری ویژه در صربستان". بلگراد. یونیسف: ۸۵-۱.

USAID (۲۰۰۴). "رهنمودهایی در مورد تعریف و استفاده از نرخ بقای نوزادان و صندوق برنامه‌های سلامت و حساب پروژه جهانی اچ‌آی‌وی/ایدز"، سال مالی ۲۰۰۴.

بنیاد اعتباربخشی، PHSD و AFEW (۲۰۰۳). "آگاهی نسبت به اچ‌آی‌وی/ایدز و نگرش نسبت به مردمی که با اچ‌آی‌وی/ایدز زندگی می‌کنند". مسکو: ۲۸.

WHO (۲۰۰۲). "نگاه اجمالی به وضعیت اچ‌آی‌وی/ایدز/STI در منطقه اروپا- گزارش به‌روزشده WHO. WHO اروپا"، ژانویه ۲۰۰۲.

WHO (2004a). "پوشش بزرگسالان در کشورهای در حال توسعه در زمینه درمان ضد‌رتروویروسی توسط منطقه WHO، وضعیت در ژوئیه ۲۰۰۴".

WHO (2004b). "۳ تا ۵" (درمان ۳ میلیون نفر تا ۲۰۰۵). گزارش پیشرفت، WHO، دسامبر ۲۰۰۴.

ژوسوپوف، ب. (۲۰۰۰). "زنان، جوانان و اچ‌آی‌وی/ایدز در قزاقستان. جلسه گروه کارشناسان درباره بیماری همه‌جاگیر اچ‌آی‌وی/ایدز و پیامدهای جنسیتی آن". ویندهوک، نامیبیا.

زیلر، اس (۱۹۹۴). "زنان، رابطه جنسی و اچ‌آی‌وی". *اپیدمیولوژی (شناخت بیماری‌های همه‌گیر)*، 5:565-567.



## معاهدات بین المللی

کنوانسیون برچیدن کلیه اشکال تبعیض علیه زنان. توصیه عمومی ۱۹، UN GAOR، ۱۹۹۲، Doc. No. A/47/38.

کنوانسیون برچیدن کلیه اشکال تبعیض علیه زنان. توصیه عمومی ۲۴، UN GAOR، ۱۹۹۹، Doc. No. A/54/38 Rev.

1.

قانون رم درباره دادگاه جنایی بین المللی، سازمان ملل متحد، Doc. A/CONF.183/9.

میثاق بین المللی حقوق شهری و سیاسی، مجمع عمومی سازمان ملل متحد، قطعنامه

2200A (XXI), 21 U.N. GAOR Supp. (No. 16) at 52, U.N. Doc. A/6316 (1966), 999 N.T.S. 171,

در ۲۳ مارس ۱۹۷۶ به اجرا گذارده شد.

آنلاین: [http://193.194.138.190/html/menu3/b/a\\_ccpr.htm](http://193.194.138.190/html/menu3/b/a_ccpr.htm).

میثاق بین المللی حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی، مجمع عمومی، قطعنامه

2200A (XXI), 21 U.N. GAOR Supp. (No. 16) at 49, U.N. Doc. A/6316 (1966), 993

N.T.S. 3, در ۳ ژانویه ۱۹۷۶ به اجراء آمد.

آنلاین: [www.unhchr.ch/html/menu3/b/a\\_cescr.htm](http://www.unhchr.ch/html/menu3/b/a_cescr.htm)

ملل متحد. کنوانسیون برای جلوگیری از قاچاق انسانها و بهره کشی از تن فروشی دیگران، قطعنامه مجمع عمومی (1949)(IV)317. قابل اجرا از ۲۵ ژوئیه ۱۹۵۱.

ملل متحد. کنوانسیون درباره از بین بردن کلیه اشکال تبعیض علیه زنان. قطعنامه مجمع عمومی. قابل اجرا از ۳ سپتامبر ۱۹۸۱.

34/180, 34 U.N. GAOR Supp. (No. 46) at 193, U.N. Doc. A/34/46, entered into force Sept. 3, 1981.

آنلاین: [www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/cedaw.htm](http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/cedaw.htm).

پروتکل پیشگیری، مقابله با و مجازات قاچاق اشخاص، به ویژه زنان و کودکان. متمم کنوانسیون ملل متحد علیه جرایم سازمان یافته فراملی، قطعنامه مجمع عمومی شماره ۲۵، پیوست ۲، قابل اجرا از ۹ سپتامبر ۲۰۰۳

U.N. GAOR, 55th Sess., Supp. No. 49, at 60, U.N. Doc. A/45/49 (Vol. I) (2001),

اعلامیه جهانی حقوق بشر، قطعنامه شماره ۲۱۷ مجمع عمومی (1948). U.N. Doc A/810 at 71 (III), 217A

آنلاین: <http://193.194.138.190/udhr/lang/eng.pdf>.

UNGASS (۲۰۰۱) اعلامیه تعهد در مورد اچ‌آی‌وی/ایدز.

آنلاین: [www.un.org/ga/aids/coverage/FinalDeclarationHIVAIDS.html](http://www.un.org/ga/aids/coverage/FinalDeclarationHIVAIDS.html).

## قوانین ملی

### بلاروس

قانون اداری جمهوری بلاروس، ماده ۱۷,۵

### بلغارستان

قانون کیفری بلغارستان، بند ۸، دیوچری، ماده ۱۵۵ (پس از اصلاح - SG, Nos. 28/1982, 10/1993)

62/1997

### لتونی

قانون کیفری لتونی، ماده ۱۶۴.

### مقدونیه

قانون ارتکاب بزه علیه آرامش و نظم عمومی جمهوری مقدونیه، ماده ۲۷

### روسیه

قانون اداری جمهوری فدراتیو روسیه، ماده ۶,۱۱

## ۷. پیوستها

### جدول ۱

گزارش موارد اچ‌آی‌وی در اروپای مرکزی و شرقی و آسیای مرکزی، ۲۰۰۳-۱۹۹۷<sup>۱</sup>

کل انباشته	نرخ در میلیون در ۲۰۰۳	۲۰۰۳	۲۰۰۲	۲۰۰۱	۲۰۰۰	۱۹۹۹	۱۹۹۸	۱۹۹۷	
۱۱۹	۶,۶	۲۱	۲۶	۲۰	۱۰	۴	۵	۳	آلبانی
۲۳۹	۹,۵	۲۹	۴۱	۲۹	۲۹	۳۵	۹	۳۷	ارمنستان
۵۹۷	۱۳,۹	۱۱۶	۱۰۵	۱۲۸	۶۴	۸۱	۶۶	۱۳	آذربایجان
۷۰	۲,۹	۱۲	۸	۶	۲	۹	۲۳	۲	بوسنی و هرزگوین
۵,۴۸۵	۷۲,۱	۷۱۳	۹۱۵	۵۷۸	۵۲۷	۴۱۱	۵۵۴	۶۵۳	بلاروس
۴۶۵	۸,۰	۶۳	۴۳	۴۰	۴۹	۲۷	۲۶	۳۰	بلغارستان
۴۱۶	۱۰,۲	۴۵	۴۲	۲۹	۳۲	۴۸	۳۶	۱۷	کرواسی
۶۶۲	۶,۰	۶۱	۵۰	۵۱	۵۷	۵۰	۳۱	۶۳	جمهوری چک
۳,۴۰۰	-	۵۴۱	۸۹۹	۱,۴۷۴	۳۹۰	۱۲	۱۰	۹	استونی
۴۷۵	۱۹,۵	۱۰۰	۹۵	۹۳	۷۹	۳۴	۲۴	۱۸	گرجستان
1.104	6.4	63	80	84	47	62	74	۷۱	مجارستان
4.001	48.4	747	694	1.175	347	185	299	۴۳۷	قزاقستان
494	25.3	130	160	151	16	10	6	2	قرقیزستان
2.720	174.7	403	542	807	466	242	162	۲۵	لتونی
845	31.9	110	397	72	65	66	52	۳۱	لیتوانی
64	0.5	1	4	5	7	5	9	۰	مقدونیه
1.946	60.5	258	209	234	176	155	408	۴۰۴	مولداوی
8495	15.8	610	577	560	629	527	637	۵۷۹	لهستان
5.708	10.9	244	335	440	290	364	648	۶۵۰	رومانی
268.367	275.5	39.470	50.529	87.177	59.281	19.951	4.062	۴,۳۷۷	روسیه
1.816	9.1	96	88	97	71	85	105	۱۰۳	صربستان و مونته‌نگرو
192	2.4	13	11	8	19	2	11	۸	اسلواکی
220	7.1	14	22	16	13	15	14	۸	اسلوونی
119	6.7	42	29	34	7	0	1	۱	تاجیکستان
1.712	2.8	197	192	184	159	120	108	۱۴۵	ترکیه
2	-	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	ترکمنستان
62.365	206.3	10.009	8.756	7.000	6.212	5.827	8.575	۸,۹۱۳	اوکراین
3.596	70.4	1.836	981	549	154	28	3	۷	ازبکستان
<b>375.684</b>	-	<b>65.831</b>	<b>55.944</b>	<b>101.003</b>	<b>69.195</b>	<b>28.229</b>	<b>15.942</b>	<b>۱۶,۵۹۴</b>	<b>کل</b>

منبع: Euro HIV، نظارت بر اچ‌آی‌وی/ایدز در اروپا. گزارش پایان سال ۲۰۰۳. سن موریس: اینستیتوت ویله سنیتز، ۲۰۰۴. شماره ۷۰.

<sup>۱</sup> این داده‌ها صرفاً شامل موارد اچ‌آی‌وی هستند که به طور رسمی ثبت شده‌اند. در اغلب کشورهای منطقه، نظر بر این است که رقم واقعی افرادی که با اچ‌آی‌وی زندگی می‌کنند، بسیار بیشتر است.

## جدول ۲

تشخیص سیفیلیس در هر ۱۰۰,۰۰۰ نفر در سی ای ای/سی ای، از ۱۹۹۴ تا ۲۰۰۳

۲۰۰۳	۲۰۰۲	۲۰۰۱	۲۰۰۰	۱۹۹۹	۱۹۹۸	۱۹۹۷	۱۹۹۶	۱۹۹۵	۱۹۹۴	
۰,۱۹	۰,۳۲			۰,۳۲	۰,۲۶	۰,۵۴	۰,۰۶	۰,۰۳	۰	آلبانی
		۵,۸۳	۶,۹۲	۱۱,۶۲	۱۳,۱۲	۱۶,۶۱	۱۷,۳۹	۱۱,۹۲	۱۱,۴۸	ارمنستان
	۲,۹۵				۷,۲۶	۹,۱۴	۷,۱۳	۸,۸۴	۸,۲۷	آذربایجان
	۰,۴۱									بوسنی و هرزگوین
۴۷,۷۹	۵۷,۷۵	۷۹,۰۸	۱۰۳,۳۴	۱۲۷,۸۶	۱۶۳,۰۳	۱۹۷,۷	۲۰۹,۵۷	۱۴۸,۶۶	۷۱,۹۸	بلاروس
		۱۸,۵	۲۰,۳۲	۳۱,۲۱	۳۳,۳۷	۱۵,۲۴	۲۷,۳	۲۰,۰۸	۱۴,۴۲	بلغارستان
	۰,۲۴	۰,۴۳	۰,۲۱	۰,۴۳	۰,۳	۰,۴۳	۰,۳۴	۱,۰۸	۰,۳۵	کرواسی
			۹,۴۱	۷,۱۱	۵,۵	۵,۸۶	۵,۳۴	۴,۱۹	۳,۵۷	جمهوری چک
۱۵,۶۱	۲۱,۰۲	۲۹,۶۴	۴۳,۴۲	۵۷	۷۳,۵۴	۷۶,۰۳	۶۶,۳۹	۶۹,۶۸	۵۶,۶	استونی
	۲۵,۴۲	۲۱,۸۶	۱۶,۵۹	۲۲,۲۷	۴۱,۶۲	۴۰,۱۶	۱۶,۲۸	۱۶,۳۹	۱۴,۱۳	گرجستان
		۴,۳۱	۳,۶۶	۲,۵۹	۳,۱	۲,۹۲	۲,۱۵	۲,۳۴	۲,۳۵	مجارستان
			۱۴۸,۳۸	۱۶۷,۳۱	۲۲۰,۴۷	۲۵۷,۸۷	۲۲۹,۸۸	۱۲۲,۳۹	۳۲,۷۳	قزاقستان
		۵۹,۹۲	۸۶,۹۴	۱۱۰,۵۴	۱۴۱,۰۸	۱۶۴,۷۴	۱۶۱,۹۶	۷۲,۲۹	۲۲,۰۶	قرقیزستان
۳۲,۹۶	۲۸,۳۹	۲۴,۶۹	۴۲,۱۸	۶۳,۲۷	۱۰۵,۹۸	۱۲۱,۹	۱۲۵,۵۲	۹۳,۷	۵۹,۶۷	لتونی
۱۲,۵۲	۱۱,۴۹	۲۳,۸۸	۳۱,۶۸	۴۵,۲۸	۶۲,۷۹	۸۴,۸۷	۱۰۱,۳۷	۹۰,۹۶	۵۷,۵۵	لیتوانی
	۰,۰۵	۰,۱	۰,۱۵	۰,۱	۰,۱۵	۰	۰,۲۵	۰,۰۵	۰,۱	مقدونیه
		۸۵,۸۹	۹۷,۲۷	۱۱۵,۳۳	۱۵۵,۳	۱۸۸,۰۴	۲۰۰,۶۲	۱۷۴,۵	۱۱۸,۰۷	مولداوی
	۳,۰۲	۲,۷۴	۲,۵۱	۲,۷۵	۲,۷۱	۳,۱۴	۳,۸۸	۴,۰۶	۴,۶	لهستان
۴۳,۵۴	۵۷,۰۱	۵۶,۰۱	۴۵,۱۷	۳۶,۸۶	۳۴,۴۶	۳۴,۱۷	۳۲,۲	۳۵	۲۹,۰۴	رومانی
۴۳,۵۴	۵۷,۰۱	۵۶,۰۱	۴۵,۱۷	۳۶,۸۶	۳۴,۴۶	۳۴,۱۷	۳۲,۲	۳۵	۸۵,۲۵	روسیه
	۰	۱,۹۲	۰,۷۱	۰,۷۳	۰,۸۲	۱,۰۳	۱,۲۵	۱,۴۴	۰,۹۵	صربستان و مونته‌نگرو
			۵,۷۱	۴,۵۶	۳,۱۷	۳,۵۵	۲,۸۵	۲,۱۳	۱,۶۶	اسلواکی
۰,۵۶	۰,۶۶	۱,۲۱	۰,۵۵	۰,۵۵	۲,۰۱	۱,۴۵	۲,۳۱	۲,۳۶	۲,۲۷	اسلوونی
	۰,۵۷	۱۲,۰۴	۱۳,۱۴	۱۷,۲	۲۲,۹۴	۱۹,۶۵	۱۹,۳۹	۲۰,۱	۷,۸۹	تاجیکستان
	۰,۷۱									ترکمنستان
-	-	-	-	۱۱۵,۶	۱۳۸,۹	۱۴۷,۷	۱۵,۶	۱۱۹	۶۹	اوکراین
		۲۷,۳۱	۲۹,۲۷	۳۷,۵۵	۴۴,۷۵	۴۶,۷۳	۳۹,۳۵	۲۴,۸۲	۱۱,۳۴	ازبکستان

منبع: سازمان بهداشت جهانی. نظام اطلاعاتی متمرکز برای بیماری‌های عفونی - بیماری‌های قابل سرایت، نظارت و پاسخ. دفتر اروپایی سازمان بهداشت جهانی

online: <http://data.euro.who.int/cisid/>

### جدول ۳

شیوع اچ‌آی‌وی در میان کارگران جنسی بر اساس آزمایش متعارف

درصد اچ‌آی‌وی	اندازه نمونه	مؤلف	سال	محل
۰٫۰	۲۷۴	دهنه و کوبیشچا، ۲۰۰۰	۱۹۹۹/۲۰۰۰	بلغارستان
۰٫۱	۲٫۹۲۶	دهنه و کوبیشچا، ۲۰۰۰	۱۹۹۹/۲۰۰۰	جمهوری چک
۰٫۵	۸۶۰	دهنه و کوبیشچا، ۲۰۰۰	۱۹۹۹/۲۰۰۰	گرجستان
۰٫۰	*۱۳۸٫۳۷۰	لادنایا و دیگران، ۲۰۰۲	۱۹۹۵	روسیه
۰٫۰۰۱	*۱۳۵٫۵۰۴	لادنایا و دیگران، ۲۰۰۲	۱۹۹۶	روسیه
۰٫۰۲	*۱۵۲٫۹۱۵	لادنایا و دیگران، ۲۰۰۲	۱۹۹۷	روسیه
۰٫۰	*۱۷۲٫۹۲۷	لادنایا و دیگران، ۲۰۰۲	۱۹۹۸	روسیه
۰٫۱	*۹۰٫۵۷۱	لادنایا و دیگران، ۲۰۰۲	۱۹۹۹	روسیه
۱۵	n/a	پوکرووسکی، ۲۰۰۱	۲۰۰۰	مسکو، روسیه
۰٫۰	۷۵	دهنه و کوبیشچا، ۲۰۰۰	۲۰۰۰	اسلواکی
۰٫۶	۵۴٫۱۶۶	دهنه و کوبیشچا، ۲۰۰۰	۱۹۹۸	اوکراین
۰٫۸	۲۹٫۰۳۴	دهنه و کوبیشچا، ۲۰۰۰	۱۹۹۹	اوکراین
1993:0.004% 1996:0.4%	n/a	کانینگز، ۱۹۹۶	۱۹۹۶	اوکراین

n/a = اطلاعات موجود نیست

\* نمونه به صورت تعداد اشخاص با شرکای جنسی تصادفی تعریف شده است

## جدول ۴

میزان شیوع اچ‌آی‌وی در نمونه‌هایی از کارگران جنسی و کارگران جنسی معتاد تزریقی

محل	سال	مؤلف	ویژگی‌های نمونه	اندازه نمونه	درصد اچ‌آی‌وی
ایروان، ارمنستان	۱۹۹۹	دهنه و کوبیشچا، ۲۰۰۰	کارگران جنسی که به درمانگاه STI مراجعه می‌کنند، به طور عمده کارگران جنسی خیابانی	۲۰۰	۷,۵
ایروان، ارمنستان	۲۰۰۰	دهنه و کوبیشچا، ۲۰۰۰	کارگران جنسی خیابانی معتاد تزریقی	۱۲۸	۲,۳
بلاروس	۱۹۹۸	دهنه و کوبیشچا، ۲۰۰۰	زنانی که چندین شریک جنسی دارند	۱۸۰۰	۰,۰
جمهوری چک و اسلواکی	۱۹۹۸	کاسه‌نا و دیگران، ۱۹۹۸	آزمایش ادرار برای اچ‌آی‌وی با استفاده از یک آنزیم سنجش ایمنی مورد تأیید بانک جهانی	۳۵	۰
گرجستان	۲۰۰۲	ستولیا و دیگران، ۲۰۰۳	کارگران جنسی زن خیابانی	۱۵۸	۰,۰
لتونی	۱۹۹۷	کورووا و دیگران، ۱۹۹۸	غربال‌گری در مراکز درمانی خصوصی	۱۰۸۰	۰,۰
ریگا، لتونی	۱۹۹۸	دهنه و کوبیشچا، ۲۰۰۰	کارگران جنسی	۱۹۸	۰,۵
لیتوانی	۲۰۰۱	یونیسف، ۲۰۰۱	کارگران جنسی خیابانی - برآورد توسط درمانگاه بیماری‌های اجتماعی "دمترا"	n/a	۲,۵
ویلنیوس، لیتوانی	۲۰۰۲	کریکسیو کایتایت، ۲۰۰۲	کارگران جنسی خیابانی معتاد تزریقی	142	۱,۴
منطقه گدانسک، لهستان	۱۹۹۲	توویانسکا و دیگران، ۱۹۹۲	کارگران جنسی که به درمانگاه اس‌تی‌آی مراجعه می‌کنند	349	۰
کالینینگراد، روسیه	۱۹۹۷	دهنه و کوبیشچا، ۲۰۰۰	کارگران جنسی معتاد تزریقی	300	۶۵
کالینینگراد، روسیه	۱۹۹۷	موموت و دیگران، ۱۹۹۷	کارگران جنسی خیابانی	n/a	۸۴,۰
مسکو، روسیه	۲۰۰۰	دهنه و کوبیشچا، ۲۰۰۰	کارگران جنسی که از خدمات کمک‌رسانی استفاده می‌کنند	123	۱۵,۴
مسکو، روسیه	۲۰۰۲	شاکاریشویلی و دیگران، ۱۹۹۷	تحقیق مقطعی جمعیت بی‌خانمان با رفتارهای جنسی پرخطر	۴۰۰ (۲۰۰ زن و ۲۰۰ مرد)	۱,۰ در کل، ۳,۰ در میان زنانی که خود را کارگر جنسی اعلام می‌کنند
مسکو، روسیه	۲۰۰۲	خرومووا و دیگران، ۲۰۰۲	تحقیق پیمایشی مقطعی از زنان بازداشتی ۴۵-۱۵ سال. طبق گزارش، ۴۷,۵٪ از این گروه در ازای دریافت پول به روابط جنسی تن می‌دهند (کارگران جنسی)	۴۰۰ (۱۹۰ کارگر جنسی)	۲,۸ (کارگران جنسی)
سن پترزبورگ، روسیه	۱۹۹۸	دهنه و کوبیشچا، ۲۰۰۰	کارگران جنسی معتاد تزریقی	۸۳	۰,۰
سن پترزبورگ، روسیه	۱۹۹۹	دهنه و کوبیشچا، ۲۰۰۰	کارگران جنسی معتاد تزریقی	۱۹۲	۱۶,۶
توگلیاتی، روسیه	۲۰۰۱	پلت و دیگران، ۲۰۰۴	کارگران جنسی معتاد تزریقی زن	۷۷	۶۲,۰
ولگاگرد، روسیه	۲۰۰۲	ریانکو، ۲۰۰۲	کارگران جنسی معتاد تزریقی زن	۱۰۲	۳,۰
دونتسک، اوکراین	۱۹۹۹	دهنه و کوبیشچا، ۲۰۰۰	مراقبت نگهداران	۵۳	۱۳,۲
اودسا، اوکراین	۱۹۹۷	دهنه و کوبیشچا، ۲۰۰۰	کارگران جنسی در مراکز مراجعه	۲۴۰	۲,۵
استانبول، ترکیه	۱۹۹۶	دهنه و کوبیشچا، ۲۰۰۰	تن‌فروشان غیر ترک ثبت نشده (رومانیایی، روس، اوکراینی)	۲,۰۰۰	۰,۲

## جدول ۵

میزان شیوع STI در نمونه‌های کارگران جنسی

محل	سال	مؤلف	ویژگی‌های تحقیق	اندازه نمونه	میزان شیوع	توضیحات
تفلیس، گرجستان	۲۰۰۳	ستویلیا و دیگران	شیوع STI/اچ‌آی‌وی و تحقیق رفتاری از کارگران جنسی زن خیابانی	۱۵۸	۱۷٫۱٪ سوزاک، ۲۵٫۳٪ کلامیدیا، ۲۷٫۸٪ سیفیلیس	
ویلنیوس، لیتوانی	۲۰۰۱	برونت و دیگران	گزارش یونیسف شامل داده‌های مربوط به خدمات STI	۹۶	۹۷٪	مشکلات سلامت در رابطه با یک بیماری STI طی ۱۲ ماه گذشته
کالیننگراد، روسیه	n/a	برونت و دیگران	تحقیق پیمایشی درباره شیوع سیفیلیس میان کارگران جنسی خیابانی	۱۰۳	۳۲٪	۳۲٪ معنادار تریقی بودند
مسکو، روسیه	1998	سلامف	خوداظهاری STI میان کارگران جنسی خیابانی	۷۰	۳۱٪ (۴) سیفیلیس، ۲۹٪ (۲۰) سوزاک، ۱۰٪ کلامیدیا (۱۰٪)	۲۲٫۸٪ (۱۸) هپاتیت بی یا هپاتیت سی
مسکو، روسیه	1999	بورسنکو و دیگران	غربالگری برای سیفیلیس و سوزاک میان کارگران جنسی که به یک درمانگاه STI خصوصی مراجعه می‌کنند	۱۴۹	۳۵٪	
مسکو، روسیه	2000	کوروا و دیگران	آزمایش برای هپاتیت بی و هپاتیت سی و سیفیلیس میان کارگران جنسی مرد و زن	n/a	۲۶٪ اچ‌سی‌وی، ۲۲٪ اچ‌بی‌وی، ۳۳٫۳٪ سیفیلیس	
مسکو، روسیه	2001	دهنه و کویشچا	معرفی شده توسط اداره امور داخلی (وزارت کشور)	۵۵۰	۳۴٪	
مسکو، روسیه	2002	شاکاریشویلی و دیگران	مطالعه مقطعی جمعیت بی‌خانمان	۲۰۰ مرد و ۲۰۰ زن	۳۲٪ سیفیلیس، ۱۱٪ کلامیدیا، ۱۷٪ سوزاک، ۲۱٪ اچ‌اس‌وی-۲	
مسکو، روسیه	2002	خرومووا و دیگران	پیمایش مقطعی از بازداشتی‌های زن، ۴۷٫۵٪ از تن‌فروشی خبر دادند (کارگران جنسی)	۴۰۰ ۱۹۰ کارگر جنسی	سیفیلیس: ۴۱٫۲٪ (کارگران جنسی)، ۲۳٫۷٪ (غیر کارگر جنسی) (p<0.01). سوزاک: ۲۹٫۵٪ (کارگر جنسی)، ۲۴٫۹٪ (غیر کارگر جنسی) (p<0.05). هر گونه اس‌تی‌آی باکتریال: ۶۹٫۵٪ (کارگر جنسی)، ۴۸٪ (غیر کارگر جنسی) (p<0.01)	
مسکو، روسیه	2003	تروینکف	معتادان تزریقی زن	۸۲	۸۴٪	علائم STI داشته است
ساراتف، روسیه	2000	اواندکی مارکینینگ	توزیع پرسشنامه میان کارگران جنسی	۳۸۵	۲۵٪	از داشتن یک بیماری STI طی سال قبل خبر داده‌اند، ۵۰٪ مادام که درمان می‌شوند به کار جنسی ادامه می‌دهند
سن پترزبورگ، روسیه	2001	دهنه و کویشچا	تن‌فروشان خیابانی معتاد تزریقی	۹۱	۳۳٪	

کارگران جنسی ۹ برابر بیشتر احتمال دارد که سیفیلیس داشته باشند تا غیر کارگر (OR: ۸,۶ CI ۳,۲-۲۰,۵)	۲۸٪ سیفیلیس	۲۸۵	معتادان تزریقی زن که ۶۶٪ از آنها زمانی در ازای مواد مخدر، کالا یا پول تن فروشی کرده‌اند	کاراپتیان و دیگران، ۲۰۰۲	2002	سن پترزبورگ، روسیه
در یک زمانی STI داشته‌اند	۳۰٪ سیفیلیس، ۲۴٪ سوزاک	۸۳	غربالگری کارگران جنسی معتاد تزریقی که در پروژه تعویض سرنگ شرکت دارند	ریابنکو	2001	ولگاگرد، روسیه
	۸٪	۲۴۰	به مراکز خدمات مشاوره مراجعه کرده‌اند	یوان‌ایدز	2001	اودسا، اوکراین

n/a: وجود ندارد



## جدول ۶

داده‌های پروژه‌ها: شیوع اچ‌آی‌وی/HVC/STI میان کارگران جنسی و کارگران جنسی معتاد تزریقی در منطقه اروپای مرکزی و شرقی و آسیای مرکزی

محل	سال	ویژگی‌های نمونه	اندازه نمونه	اچ‌آی‌وی	سیفیلیس	HCV
ایروان، ارمنستان	۲۰۰۲	کارگران جنسی خیابانی، بدون دلال	۴۰۰۰-۵۰۰۰	۳٪	n/a	n/a
مینسک، بلاروس	۲۰۰۲-۲۰۰۳	کارگران جنسی خیابانی	۱۲۰۰	۴٪	~4.2%	-
زنیکا، بوسنی و هرزگوین	۲۰۰۴	کارگران جنسی	۶۴	۰	4.7%(3)	63%(3)
بورگاس، بلغارستان	۲۰۰۱	کارگران جنسی خیابانی، آپارتمانی، باشگاهی	۱,۰۰۰	۰	6.0%	1.0%
پلوودیف، بلغارستان	n/a	خیابانی مدیریت شده	۱,۰۹۶	۰	3.0%	0
زاگرب، کرواسی	۲۰۰۴	کارگران جنسی خیابانی	۲۵	۰	0	4%(1)
تالین، استونی	۲۰۰۴	کارگران جنسی	۲۵۰	۱,۶ n=4	0.8% n=2	
کاستانای، قزاقستان	۲۰۰۳	کارگران جنسی	۹۰-۱۲۰	n=15	~۲۵-۳۰٪	
پاولودار، قزاقستان	۲۰۰۳	کارگران جنسی خیابانی	۳۵۰-۵۰۰	12%	۸٪	30.0%
شیمکنت، قزاقستان	۲۰۰۳	کارگران جنسی خیابانی	۸۰۰	n=14	n=22	n/a
ویلنیوس، لیتوانی	۲۰۰۲	کارگران جنسی خیابانی	۱۵۰-۲۰۰	n/a	n=40	n=60
کراسنویارسک، روسیه	۲۰۰۴	کارگران جنسی (۳۱٪ معتاد تزریقی)	۶۳۸	۲,۳٪	10%	25%
نیژنی نووگورود، روسیه	۲۰۰۴	کارگران جنسی خیابانی (۱۵٪ معتاد تزریقی)	۳۷۰	۱,۱٪	14%	13%
سن پترزبورگ، روسیه	۲۰۰۳	کارگران جنسی خیابانی	۸,۰۰۰	۴۸٪	32%	-
براتیسلاوا، اسلواکی	۲۰۰۴	کارگران جنسی خیابانی	~350	امورد معلوم	n/a	n/a
دوشنبه، تاجیکستان	۲۰۰۴	کار جنسی در خیابان‌ها، فاحشه‌خانه‌ها، هتل‌ها با تلفن	5.000	۱۴٪	38%	79%
اودسا، اوکراین	۲۰۰۳	کارگران جنسی، شامل کارگران جنسی خیابانی و سیار	2.500	۳۵٪	n/a	n/a
پولتاوا، اوکراین	۲۰۰۳	کارگران جنسی سیار	n/a	تقریباً ۴۰٪	70%	n/a

n/a اطلاعات موجود نیست

## جدول ۷

برآورد کارگران جنسی و کل جمعیت در برخی شهرهای منطقه اروپای مرکزی و شرقی و آسیای مرکزی

محل	مؤلف	جمعیت شهر	برآورد تعداد کارگران جنسی	برآورد شیوع کار جنسی
ایروان، ارمنستان	دهنه و کوبیشچا، ۲۰۰۱	۱,۲۰۰,۰۰۰	۷,۰۰۰-۸,۰۰۰	٪۰,۶
ایروان، ارمنستان	کنترل و مراقبت اچ آی وی، ۲۰۰۲	۱,۳۰۵,۰۰۰	۴۰۰۰-۵۰۰۰ (میانگین: ۴۵۰۰)	٪۰,۳
میشسک، بلاروس	آی اچ آردی، ۲۰۰۱	۱,۶۷۱,۰۰۰	۱۰۰۰۰-۲۰۰۰۰ (میانگین: ۱۵۰۰۰)	٪۰,۹
زنیکا، بوسنی و هرزگوین	یونیسف، ۲۰۰۳	۳۹۸,۱۶۲	۱۲۰-۱۵۰	٪۰,۰۳
بورگاس، بلغارستان	برآورد پروژه، ۲۰۰۴	۱۹۹,۴۷۰	۱۰۰۰	٪۰,۵
پلوودیف، بلغارستان	برآورد پروژه، ۲۰۰۴	۳۴۴,۳۲۶	۱۰۹۶	٪۰,۳
صوفیه، بلغارستان	برآورد پروژه، ۲۰۰۴	۱,۲۲۰,۰۰۰	۳۰-۳۴۰ (میانگین: ۳۲۰)	٪۰,۰۳
ریه کاه، کرواسی	برآورد پروژه، ۲۰۰۴	۱۶۷,۹۶۴	۱۱۰-۲۰۰ (میانگین: ۱۵۵)	٪۰,۱
زاگرب، کرواسی	برآورد پروژه، ۲۰۰۴	۶۹۴,۱۰۰	۱۷۰-۲۵۰	٪۰,۰۳
تالین، استونی	آرای آر، ۲۰۰۳	۴۰۰,۰۰۰	۲۵۰۰-۳۰۰۰ (میانگین: ۲۷۵۰)	٪۰,۷
تفلیس، گرجستان	ستوبلیا، ۲۰۰۳	۱,۳۹۸,۹۶۸	۲,۴۰۸	٪۰,۲
بوداپست، مجارستان	دهنه و کوبیشچا، ۲۰۰۱	۱,۹۰۰,۰۰۰	۳۰۰۰-۵۰۰۰ (میانگین: ۴۰۰۰)	٪۰,۲
آلماتی، قزاقستان	توماس، ۱۹۹۶	۱,۱۵۰,۰۰۰	۲۵۰۰	٪۰,۲
کاستانای، قزاقستان	برآورد پروژه، ۲۰۰۳-۲۰۰۴	۲۲۰,۰۰۰	۲۸۰-۳۵۰ (میانگین: ۲۶۵)	٪۰,۱
پاولودار، قزاقستان	یوان ایدز، ۲۰۰۰	۳۴۲,۵۰۰	۳۵۰-۵۰۰ (میانگین: ۴۲۵)	٪۰,۱
شیمکنت، قزاقستان	مطالعین اصلی، ۲۰۰۴	۴۰۴,۰۰۰	۱۵۰۰	٪۰,۴
شیمکنت، قزاقستان	رودینا، ۲۰۰۲	۵۰۰,۰۰۰	۱۵۰۰	٪۰,۳
کلایداء، لیتوانی	مطالعین اصلی، ۲۰۰۴	۲۰۲,۴۸۰	۲۵۰-۳۵۰ (میانگین: ۳۰۰)	٪۰,۱
ویلنوس، لیتوانی	آرای آر، ۲۰۰۱	۳۲۲,۸۶۱	۱۰۰۰-۳۰۰۰ (میانگین: ۲۰۰۰)	٪۰,۶
اسکوبیه، مقدونیه	مطالعین اصلی، رسانه‌های گروهی، ۲۰۰۳	۴۶۹,۸۰۰	۱۰۰۰ (۳۰۰۰ در مقدونیه)	٪۰,۲
سترومیکا، مقدونیه	تحقیقات کیفی، ۲۰۰۳	۴۵,۳۰۰	۸۰-۱۰۰ (میانگین: ۹۰)	٪۰,۲
بوخارست، رومانی	برآورد پروژه، ۲۰۰۴	۱,۹۲۶,۳۳۴	۵۰۰ کارگران جنسی آشکار)*	٪۰,۰۳
بالاکووو، روسیه	RAR تحقیق، ۲۰۰۲	۲۳۴,۳۵۷	۶۰۰	٪۰,۳
بارنال، روسیه	مشاهدات مرکز ایدز، ۲۰۰۲	۶۰۲,۰۰۰	۱۰۰۰	٪۰,۲
کراسنویارسک، روسیه	پلیس، ۲۰۰۴	۳,۵۰۰,۰۰۰	۱۲۰۰	٪۰,۰۳

محل	مؤلف	جمعیت شهر	برآورد تعداد کارگران جنسی	برآورد شیوع کار جنسی
مسکو، روسیه	ایدز اینفورم، ۲۰۰۱	۸۸۰،۰۰۰	۱۵۰،۰۰۰-۳۰۰،۰۰۰ (میانگین: ۹۰،۰۰۰)	٪۱
نیژنی نووگورود، روسیه	آرای آر، ۲۰۰۴	۱،۳۶۱،۵۰۰	۳۵۰۰-۵۰۰۰	٪۰،۳
اومسک، روسیه	مطالعین اصلی، ۲۰۰۴	۱،۱۵۷،۶۰۰	>1000	٪۰،۱
سن پترزبورگ، روسیه	آرای آر، ۲۰۰۳	۴،۵۹۶،۰۰۰	۸،۰۰۰ (خیابانی)	٪۰،۲
سن پترزبورگ، روسیه	بنوش و دیگران، ۲۰۰۴	۴،۵۹۶،۰۰۰	۱۱،۱۰۰ زن کارگر جنسی معتاد تزریقی	٪۰،۲
ولنگراد، روسیه	آرای آر، ۲۰۰۲	۱،۰۲۵،۹۰۰	۱،۵۰۰	٪۰،۱
بلغراد، صربستان و مونتنگرو	رسانه‌های گروهی	۱،۵۹۴،۴۸۳	۳،۰۰۰	٪۰،۲
براتیسلاوا، اسلواکی	برآورد پروژه، ۲۰۰۴	۴۴۹،۵۴۷	۴۵۰	٪۰،۱
دوشنبه، تاجیکستان	مرکز ایدز شهر، ۲۰۰۳	۶۰۲،۰۰۰	۵۰۰۰	٪۰،۸
دوشنبه، تاجیکستان	کورمانووا، ۲۰۰۰	۵۸۲،۴۰۰	۲۷۲۵	٪۰،۵
عشق‌آباد، ترکمنستان	کورمانووا، ۱۹۹۹	۵۸۰،۰۰۰	۷۰۰	٪۰،۱
کیف، اوکراین	کوزلف، ۲۰۰۰	۲،۶۰۰،۰۰۰	۱۰،۰۰۰	٪۰،۴
اودسا، اوکراین	انسیتو تحقیقات اجتماعی اوکراین، ۲۰۰۳	۱،۰۲۹،۰۰۰	۲،۵۰۰	٪۰،۲
پولتاوا، اوکراین	انسیتو تحقیقات اجتماعی اوکراین، ۲۰۰۲	۳۱۷،۰۰۰	۴۰۰	٪۰،۱
تاشکند، ازبکستان	آرای آر، یوایدز، ۲۰۰۳	۲،۱۲۱،۰۰۰	۶۰۰۰	٪۰،۱
تاشکند، ازبکستان	دهنه و کوبیشچا، ۲۰۰۱	۲،۳۰۰،۰۰۰	۵۰۰۰	٪۰،۲

\* برآورد دقیق‌تر در اواخر ۲۰۰۵ به دست خواهد آمد، یعنی هنگامی که RAR ارزیابی خود از جمعیت کارگر جنسی در بوخارست را به پایان خواهد برد.

## جدول ۸

داده‌های پروژه: برآوردهایی از کارگران جنسی، مصرف مواد مخدر و نوع مواد مخدر مورد استفاده میان کارگران جنسی که در برنامه‌های کاهش آسیب در منطقه اروپای مرکزی و شرقی و آسیای مرکزی شرکت می‌کنند.

کشور	محل	سازمان	برآورد کارگران جنسی شهر	تعداد مشتریانی که خدمات در اختیار آنها قرار	برآورد درصد پوشش	توزیقی اند	درصد مشتریان پروژه که متنا	نوع مواد مخدر مورد استفاده	رفتارهای پرخطر تزریقی
ارمنستان	ایروان	اتحادیه پیشگیری از اچ‌آی‌وی	۴۰۰۰-۵۰۰۰ (میانگین: ۴۵۰۰)	۲۵,۶	۱۷	n/a	n/a		
بلاروس	مینسک	وسترخا	۳۰۰ (کارگر جنسی مرد)	۱۵۰	۵۰	۴۰	n/a	n/a	n/a
	مینسک	بلایو	-۲۰۰۰۰ (۱۰۰۰۰) میانگین: (۱۵۰۰۰)	۱۴۰۰-۱۵۰۰ میانگین: (۱۴۵۰)	۹,۷	n/a	n/a	n/a	n/a
بوسنی و هرزگوین	زنیکا	مارجینا	۱۲۰-۱۵۰ (میانگین: ۱۳۵)	۶۴	۴۷,۴	۸	هروئین، متادون	استفاده مشترک از لوازم جانبی مصرف مواد مخدر و تزریق مواد مخدر میان شرکای جنسی با سوزن‌ها/سرنگ‌های مشترک	
بلغارستان	پلوودیف	بنیاد نوشدارو	۱۰۹۶	۱۰۹۶	۱۰۰	۵	هروئین	تزریق با سوزن‌ها و سرنگ‌های مشترک، مصرف بیش از حد	
	بورگاس	جمعیت دوز عشق	۱۰۰۰	۱۵۰	۱۵	۰	مواد محرک		
	صوفیه	سلامت و توسعه اجتماعی	۳۰۰-۳۴۰ (میانگین: ۳۱۵)	۲۵۰	۷۹,۴	۴۰	هروئین، چسب	تزریق با سوزن‌ها/سرنگ‌های استفاده شده	
	وارنا	بنیاد خانواده‌های در خطر SOS	۸۹	۸۹	۱۰۰	۱۲	هروئین ماری‌جوا نا	n/a	
کرواسی	ریه‌کا	سازمان غیر دولتی ترا	۱۱۰-۲۰۰ (میانگین: ۱۵۵)	۱۱	۷,۱	۱۱	هروئین	استفاده مشترک از لوازم جانبی تزریق	
	زاگرب	سازمان غیردولتی لت (LET)	۱۷۰-۲۵۰ (میانگین: ۲۱۰)	۲۵	۱۱,۹	۴	هروئین و ماری‌جوا نا	هیچ‌گونه رفتار پرخطر تزریقی گزارش نشده است	

کشور	محل	سازمان	پروژه کارگران جنسی شهر	تعداد مشتریانی که خدمات در اختیار آنها قرار می گیرد	پوشش	پروژه درصد تزریقی اند	نوع مواد مخدر مورد استفاده	رفتارهای پرخطر تزریقی
استونی	تالین	سازمان غیر دولتی مرکز پیشگیری از ایدز و حمایت از آن	۳۰۰۰-۲۵۰۰ (میانگین: ۲۷۵۰)	۲۵۰۰-۳۰۰۰ (میانگین: ۲۷۵۰)	۱۰۰	۱۰-۱۴ (=150)	آمفتامین ها	n/a
قزاقستان	کاستانای	پوموش	۳۵۰-۲۸۰ (میانگین: ۲۶۵)	۹۰-۱۲۰ (میانگین: ۱۰۵)	۳۹,۶	۶۰	هروئین/ مواد افیونی دست ساز	نظر بر این است که تزریق با سوزن ها/سرنگ های مشترک انجام می گیرد و مصرف بیش از حد به دلیل کیفیت پایین مواد مخدر امر رایجی است
	پاولودار	توران	۵۰۰-۳۵۰ (میانگین: ۴۲۵)	n/a	-	۳۰	هروئین/ مواد افیونی دست ساز	تا ۷۰٪ از استفاده مشترک از لوازم جانبی و آب در تزریق مواد مخدر میان خود و مشتریانشان خبر داده اند
	شیمکت	سینیم	۱۵۰۰	۸۰۰	۵۳,۲	۲۲	هروئین	معدودی گزارش در مورد تزریق مواد مخدر با سوزن/سرنگ استفاده شده، گزارش مکرر از تزریق مواد مخدر با لوازم جانبی مشترک
لیتوانی	کلاپیدا	مرکز اختلالات اعتیادی	۳۵۰-۲۵۰	n/a	-	n/a	مواد افیونی	مشتریان می گویند که تزریق با سوزن/سرنگ مشترک، علی رغم اطلاع از خطر عفونت اچ آی وی امری رایج است
	ویلنیوس	مرکز ایدز						بیرون کشیدن مواد افیونی از ظرف مشترک، امری رایج است، مصرف بیش از حد، به ویژه میان زنان، امری رایج است، تزریق با سوزن/سرنگ استفاده شده امری رایج است
مقدونیه	سکوپیه	پروژه روش های سالم اسکوپیه (HOPS)	۱۰۰۰	۱۰۰	۱۰	۴۷,۱	هروئین، متادون	تزریق با سوزن/سرنگ استفاده شده امری رایج است، استفاده مشترک از لوازم جانبی رایج است، وجود آبسه نیز رایج است
	سترومیکا	IZBOR	۸۰-۱۰۰ (میانگین: ۹۰)	۳۵	۳۸,۹	۳	هروئین، متادون	استفاده مشترک از سوزن و سرنگ در گذشته رایج تر بود، اما هنوز هم اتفاق می افتد
مولداوی	بلتسی	جوانان برای حق زندگی	n/a	108	-	n/a	n/a	n/a
لهستان	کراکو	مرکز پیشگیری و آموزش اجتماعی	۲۱۴	۲۰۰	۹۳,۵	محدود افراد	n/a	n/a
رومانی	بوخارست	جمعیت رومانیایی مبارزه با ایدز (ARAS)	۵۰۰	۵۰۰	۱۰۰	۳۵	هروئین	طبق گزارش، ۷۲,۵٪ از معنادان تزریقی در ماه قبل با سوزن/سرنگ استفاده شده مواد تزریق کرده اند (تحقیق BSS که توسط شبکه کاهش آسیب رومانی انجام گرفت)

کشور	محل	سازمان	پروژه	سبب	تعداد مشتریان که خدمات در اختیار آنها قرار می‌گیرد	تعداد مشتریان که پوشش برآورد درصد	پروژه که معنادار تریقی اند	درصد مشتریان مورد استفاده	نوع مواد مخدر	رفتارهای پرخطر تزریقی
روسیه	بالاکووو	NAN			۶۰۰	۶۳,۳	n/a	n/a	تحقیقات نشان داد که ۴۸٪ (اندازه نمونه مشخص نیست) مواد مخدر تزریق می‌کردند، طبق گزارش ۲۷٪ مصرف‌بیش‌ازحد و دیگر مشکلات سلامت در رابطه با تزریق مواد مخدر داشته‌اند، ۲۹٪ در ازای خدمات جنسی مواد مخدر تزریق می‌کرده‌اند، استفاده مشترک مستقیم سوزن یا سرنگ نداشته‌اند	
	بارنال	پروژه سبیری			۱۰۰۰	۲۰,۰	۸۰	هروئین	n/a	
	کراسنویار سک	ما علیه ایدز			۱۲۰۰	۵۳,۲	۴۷	هروئین	۷۱٪ گزارش دادند که با سوزن/سرنگ استفاده شده تزریق می‌کردند، ۲۹٪ با آشنایان تصادفی از سرنگ‌های مشترک استفاده می‌کردند، ۴۳٪ با سوزن/سرنگ دوستان نزدیک مواد تزریق می‌کردند، ۸۶٪ بیش از یک‌بار از سوزن/سرنگ یکسانی استفاده کردند، ۱۰۰٪ به طور مشترک از لوازم جانبی تزریق استفاده می‌کردند، ۱۴٪ از سرنگ‌های از پیش‌پرسیده استفاده می‌کردند، ۲۹٪ از اینکه یک وقتی مصرف‌بیش‌ازحد مواد داشته‌اند، خبر داده‌اند.	
	مسکو	NAN			۱۵۰,۰۰۰-۳۰,۰۰۰ (میانگین: ۹۰,۰۰۰)	۴,۸	n/a	هروئین/ وینت	به این دلیل که هیچ‌گونه برنامه کاهش آسیب در مسکو وجود ندارد، تهیه اطلاعات درباره رفتارهای پرخطر میان کارگران جنسی کار دشواری است. تزریق مواد با سوزن/سرنگ‌های استفاده شده و استفاده مشترک از لوازم جانبی تزریق امر رایجی است	
	نیژنی نووگورود	مرکز ایدز بخش			-۵۰۰۰-۳۵۰۰ (میانگین: ۴۲۵۰)	۸,۷	۲۳,۶	مواد افیونی دست‌ساز / وینت	هیچ‌گونه شواهدی از تزریق با سوزن/سرنگ‌های استفاده شده یا استفاده مشترک از لوازم جانبی تزریق وجود ندارد. تقریباً ۵۶٪ از کارگران جنسی که مواد مخدر تزریق می‌کرده‌اند، گزارش داده‌اند که یک وقتی مصرف‌بیش‌ازحد مواد مخدر داشته‌اند که تصور بر این است که به خاطر کیفیت پایین هروئین بوده است	
	اومسک	آینده بدون مواد مخدر			>1000	100	n/a	n/a	نظر بر این است که تزریق با سوزن/سرنگ‌های استفاده شده و استفاده‌بیش‌ازحد مواد امری رایج است	
	سن پترزبورگ	اقدام انسان دوستانه			۸۰۰۰ (خیابانی)	-	۹۵	هروئین	تزریق با سوزن/سرنگ‌های استفاده شده: اغلب اوقات: ۲۷٪ گاهی مواقع: ۴۴٪ هرگز: ۲۹٪ استفاده مجدد از سوزن/سرنگ: اغلب موارد: ۲٪ گاهی مواقع: ۶۶٪ هرگز: ۳۲٪	
	تولا	NAN			۱۵۰۰	-	n/a	هروئین	گزارش‌های مبنی بر تزریق با سوزن/سرنگ‌های استفاده شده نادرند، اما استفاده مشترک از لوازم جانبی تزریق رایج است.	
	ولگاگراد	ماریا			۱۵۰۰	۱۴,۷	n/a	هروئین، افدرین	تزریق با سوزن/سرنگ‌های استفاده شده و استفاده مشترک از لوازم جانبی تزریق رایج است. هیچ‌گونه شواهدی از استفاده‌بیش‌ازحد از مواد مخدر گزارش نشده است.	

کشور	محل	سازمان	برآورد کارگران جنسی شهر	تعداد مشتریان که خدمات در اختیار آنها قرار می گیرد	برآورد درصد پوشش	تزیقی اند پروژه که معناد درصد مشتریان	نوع مواد مخدر مورد استفاده	رفتارهای پرخطر تزیقی
صربستان و مونتنگرو	بلگراد	یازاس - جمعیت مبارزه با اچ آی وی / ایدز	۳۰۰۰	۲۰۰۰	۶۶٫۷	n/a	حشیش، هروئین، اکس	۱۹٪ با سوزن / سرنگ های استفاده شده تزریق می کنند
اسلواکی	براتیسلاوا ۱	سی ای اودیسیوس	۴۵۰	۳۵۰	۷۷٫۸	۸۰	هروئین، وینت	n/a
تاجیکستان	دوشنبه	RAN	۵۰۰۰	۴۹۳	۹٫۹	۷۵	هروئین، مواد افیونی دست ساز	۹۶٪ مشتریان گزارش داده اند که به کمک سوزن / سرنگ های استفاده شده تزریق می کنند، هر چند آگاهی نسبت به اچ آی وی بالاست، ۲۸٪ از مشتریان اظهار کرده اند که به هنگام تزریق مواد مخدر مرتباً از وسایل تزریق مشترک استفاده می کنند
اوکراین	اودسا	دوروگا ک. دومو	۲۵۰۰	۶۰۰	۲۴	n/a	مواد افیونی دست ساز	۵۸٪ اظهار داشته اند که هر بار که تزریق می کنند از سوزن / سرنگ تازه ای استفاده می کنند، ۴۲٪ برآورده کرده اند که دست کم سه ماه یک بار از سوزن / سرنگ استفاده شده برای تزریق استفاده کرده اند
	پولتاوا	سازمان غیردولتی سلامت عمومی	۴۰۰	۲۳۹	۵۹٫۸	n/a	مواد افیونی دست ساز، دیمدرول، هروئین، وینت	n/a
ازبکستان	تاشکند	PSI	۶۰۰۰	۱۴۰۰	۲۳٫۳	۲۸	هروئین، حشیش	n/a

n/a = اطلاعات وجود ندارد

## جدول ۹

داده‌های پروژه: رفتارهای جنسی پرخطر و ویژگی‌های جمعیتی کارگران جنسی که در برنامه‌های کاهش آسیب در منطقه اروپای مرکزی و شرقی و آسیای مرکزی شرکت می‌کنند.

کشور	محل	سازمان	تعداد	رفتار جنسی پرخطر	مکان	سن	ویژگی‌ها
ارمنستان	ایروان	اتحاد برای پیشگیری از اچ‌آی‌وی	۱۰۰۰-۱۳۰۰	۶۸٪ مشتریان استفاده از کاندوم را رد کردند	خیابان	۳۰٪ کمتر از ۲۵ سال	۴۶٪ اهل ایروان، ۱۳٪ متأهل
بلاروس	مینسک	وسترخا	۱۵۰	در ازای پول بیشتر از استفاده از کاندوم خودداری می‌کنند، ۰٪ گفته‌اند که همیشه از کاندوم استفاده می‌کنند	خیابان، مشروب‌فروشی‌ها	۱۵-۳۰ سال	کارگران جنسی مرد، دانش‌آموز
	مینسک	بلايو	۱۴۰۰-۱۵۰۰	۷۲٫۴٪ گزارش داده‌اند که برای مشتریان از کاندوم استفاده می‌کنند	خیابان، ایستگاه‌ها	۲۰-۳۰ سال	اکثریت مهاجر هستند
بوسنی و هرزگوین	زینیکا	مارجینا	۶۴	در ازای پول بیشتر از کاندوم استفاده نمی‌کند		سن میانگین: ۲۳ سال	اغلب مهاجرند، برخی اهل روسیه، اوکراین، مولداوی هستند
بلغارستان	بورگاس	جمعیت دوز عشق	۱۵۰	برای کسب پول بیشتر از کاندوم استفاده نمی‌کند	فاحشه‌خانه‌ها، آپارتمان‌ها، کار خیابانی سازمان‌یافته	سن میانگین: ۲۳	۹۰٪ مهاجرند
	پلوودیف	بنیاد نوشدارو	۱۰۹۶	برای کسب پول بیشتر از کاندوم استفاده نمی‌کند	کارگران خیابانی		۳۲٪ متأهل نیستند
	صوفیه	سلامت و توسعه اجتماعی	۲۵۰	برای کسب پول بیشتر از کاندوم استفاده نمی‌کند	کارگران خیابانی	سن میانگین: ۲۰	از کولی‌ها و دیگر مهاجران اروپای جنوبی و شرقی
	وارنا	بنیاد SOS- خانواده‌ها در خطر	۸۹	برای کسب پول بیشتر از کاندوم استفاده نمی‌کند، فقدان همبستگی میان کارگران جنسی برای پیشبرد استفاده از کاندوم در ازای مبلغ ثابت	خیابان	۱۶-۳۷ سال	
کرواسی	ریه‌کا	سازمان غیر دولتی ترا	۱۱	n/a	کارگران جنسی خیابانی مدیریت شده و مستقل	سن میانگین: ۲۴-۲۵ سال	به طور عمده زنان محلی و غیرمتأهل
	زاگرب	سازمان غیردولتی لت (LET)	۲۵	برخی اظهار کرده‌اند که به ابتکار مشتریان یا دلال‌ها کاندوم استفاده نمی‌کنند	کارگران جنسی خیابانی مدیریت شده	سن میانگین: ۲۴-۲۸ سال	به طور عمده محلی، برخی کولی و برخی اهل بوسنی و هرزگوین



کشور	محل	سازمان	تعداد	رفتار جنسی پرخطر	مکان	سن	ویژگی‌ها
قزاقستان	کاستانای	پاموش	۹۰=۱۲۰	به خاطر پول بیشتر یا در صورتی که تهدید به خشونت شود، کاندوم استفاده نمی‌کند	n/a	n/a	اکثریت از مهاجران شهرهای دیگر هستند
	پاولودار	توران	-	اکثریت کارگران جنسی خیابانی از کاندوم استفاده نمی‌کنند، زیرا اغلب تحت تأثیر الکل هستند		سن میانگین: ۲۶	
	شیمکنت	سنیم	۸۰۰	اکثریت می‌گویند که از کاندوم استفاده می‌کنند، اما آن را همراه خود نمی‌برند، از این رو احتمالاً در استفاده از کاندوم پیگیر نیستند. ۷۰٪ می‌گویند در ازای پول بیشتر از کاندوم استفاده نمی‌کنند	خیابان	سن میانگین: ۲۴-۲۸	اکثریت از مهاجران شهرهای منطقه‌ای هستند
لیتوانی	کلاپیدا	مرکز اختلالات اعتیاد	۲۵۰-۳۵۰	اکثریت از استفاده پیگیر از کاندوم خبر داده‌اند، اما در صورتی که به آنها اصرار شود یا پول بیشتری به آنها بپردازند از استفاده از آن صرف‌نظر می‌کنند	بندر، کارگران خیابانی	اکثریت بین ۲۰-۱۷ سال سن دارند	کار جنسی را برای تأمین مصرف مواد آغاز کرده‌اند
	ویلیوس	مرکز ایدز	۲۵۰-۲۵۰	اکثریت از استفاده پیگیر از کاندوم خبر داده‌اند	کارگران جنسی خیابانی مستقل	۲۹-۲۰ سال	۴۰٪ اهل لیتوانی، ۳۰٪ لهستانی
مقدونیه	اسکوپیه	پروژه روش‌های سالم اسکوپیه (HOPS)	۱۰۰	روابط جنسی بدون کاندوم در ازای پول بیشتر رایج است	مدیریت‌شده خیابانی	۳۰٪ کمتر از ۲۵ سال	چند قومیتی: ۳۰٪ مقدونیه‌ای، ۴۳٪ روما (کولی)، صرب ترک، آلبانیایی
	استرومیکا	ایزبور	۳۵	سطوح آگاهی پایین نسبت به STI/اج‌آی‌وی. روابط جنسی بدون کاندوم در ازای پول بیشتر	خیابانی مدیریت شده	۴۰-۱۶ سال	۷۵٪ زن، ۴۰٪ مهاجر از مقدونیه غربی یا دیگر نقاط FSU/CEE

کشور	محل	سازمان	تعداد	رفتار جنسی پرخطر	مکان	سن	ویژگی‌ها
مولداوی	بلتسی	جوانان برای حق زندگی	۱۰۸	n/a	خیابان، مشروب‌فروشی، آپارتمان، هتل	میانگین سن: ۲۴	اکثریت متأهل و مهاجر از نواحی روستایی اند
رومانی	بوخارست	جمعیت رومانیایی مبارزه با ایدز (ارس)	۵۰۰	مدیریت درباره استفاده از کاندوم چانه‌زنی می‌کند، اما روابط جنسی غیرتحمیلی و حفاظت نشده اغلب روی می‌دهد	کارگران جنسی خیابانی مدیریت شده	میانگین سن: ۲۰	مهاجران نواحی روستایی و شهرک‌های منطقه‌ای
روسیه	بالاکووو	ان‌ای‌ان	۳۸۰	۲۴٪ می‌گویند که مشتریان اغلب با کاندوم مخالفت می‌کنند و پول بیشتری برای رابطه بدون کاندوم پرداخت می‌کنند	خیابان	۷۴٫۵٪ کمتر از ۲۵ سال	۵۱٫۵٪ متأهل
	بازنال	ابتکار سبیری	~200	n/a	خیابان، آپارتمان	n/a	n/a
	کراسنویارسک	ما علیه ایدز	۶۳۸	۱۰٪ برای کسب پول بیشتر از استفاده از کاندوم خودداری می‌کنند	خیابان، آپارتمان	۶۰٪ ۲۴-۲۰ سال دارند	۳۵٪ کارگران جنسی مهاجر از منطقه‌اند
	مسکو	ان‌ای‌ان	۴۳۲۰	اغلب تلاش می‌کنند از کاندوم استفاده کنند. امتناع از کاندوم ابتکار مشتری یا به خاطر دانش ناکافی کارگر جنسی از اچ‌آی‌وی است	خیابان	۴۰-۱۶ سال	اکثریت از اوکراین، مولداوی، بلاروس، مناطق روسیه
	نیژنی‌نووگورود	مرکز ایدز بخش	۳۷۰	۵۹٪ اظهار کرده‌اند که در جریان درمان اس‌تی‌آی‌اس به کار ادامه می‌دهند	خیابان، آپارتمان	۲۶٪ کمتر از ۱۸ سال دارند	۳۰٪ مهاجر از شهرهای دیگر
	اومسک	آینده بدون مواد مخدر	~1000	در ازای پول بیشتر از کاندوم استفاده نمی‌کند	خیابان، آپارتمان	n/a	n/a
	سن پترزبورگ	اقدام انسان‌دوستانه	n/a	در ازای پول بیشتر از کاندوم استفاده نمی‌کند، اما ۹۲٪ با خود کاندوم به همراه دارند	خیابان	۳۷-۱۷ سال، میانگین سن: ۲۴	اکثریت ساکنان شهرند، ۲۰٪ متأهل یا با شریک جنسی دائمی‌اند
	تولا	NAN	n/a	در ازای پول بیشتر از کاندوم استفاده نمی‌کند. استفاده از کاندوم را ایمنی بیشتر مشتریان می‌داند نه خود	خیابان	n/a	ساکنان شهر
	ولگاگراد	ماریا	۲۲۰	در ازای پول بیشتر از کاندوم استفاده نمی‌کند	خیابان	۳۰-۱۹ سال، میانگین سن: ۲۴	۵۰٪ ساکنان شهر، ۴۸٪ اظهار می‌کنند که با شرکای رایگان خود از کاندوم استفاده نمی‌کنند

کشور	محل	سازمان	تعداد	رفتار جنسی پرخطر	مکان	سن	ویژگی‌ها
صربستان و مونته‌نگرو	بلگراد	JAZAS- جمعیت مبارزه با اچ‌آی‌وی/ایدز	۲۰۰۰	روابط جنسی بدون استفاده از کاندوم در ازای پول بیشتر گزارش شده است. میانگین مشتری در ماه ۳۸,۳ است	n/a	n/a	n/a
اسلواکی	براتیسلاوا	سی‌ای اودیسیوس	۳۵۰	روابط جنسی بدون استفاده از کاندوم در ازای پول بیشتر	۹۴٪ خیابانی	میانگین سن: ۲۷	۸٪ کارگران جنسی مرد. اکثریت اهل براتیسلاوا هستند
تاجیکستان	دوشنبه	RAN	۴۹۳	بسته به مشتری کلیه انواع خدمات جنسی ارائه می‌شود (دهانی، مقعدی)	خیابانی	۱۳-۴۰ ساله. اکثریت بین ۱۷ و ۲۵ سال سن دارند	۵۷٪ متأهل نیستند
اوکراین	اودسا	دوروگا کی دومو	۶۰۰	اغلب از نرخ بالای استفاده از کاندوم خیر می‌دهند. برخی اظهار می‌دارند که در ازای پول بیشتر از کاندوم استفاده نمی‌کنند یا وقتی مواد مخدر مصرف می‌کنند، در این مورد بی‌قید هستند	اساساً خیابانی (بزرگراه‌ها و بندر). اغلب به طور مستقل کار می‌کنند	۱۸-۳۵ ساله	۶۰٪ از دیگر مناطق اوکراین، روسیه، مولداوی آمده‌اند. تغییرات فصلی در تعداد
	پولناوا	سازمان غیردولتی سلامت عمومی	۲۳۹	برخی از روابط جنسی بدون استفاده از کاندوم در ازای پول بیشتر خیر داده‌اند	خیابان (بزرگراه‌ها)	۱۸-۳۵ سال	۵۰٪ مهاجرین روستاها هستند
ازبکستان	تاشکند	PSI	۱۴۰۰	برخی از روابط جنسی بدون استفاده از کاندوم در ازای پول بیشتر خیر داده‌اند. میزان استفاده از کاندوم در مورد شرکای جنسی رایگان پایین است	اکثراً کارگران جنسی خیابانی‌اند	۱۸-۲۴/۶۳ سال دارند	

n/a = اطلاعات موجود نیست

## جدول ۱۰

مقررات قانونی کار جنسی

داده‌ها مربوط به نوامبر ۲۰۰۴-ژانویه ۲۰۰۵

علائم اختصاری: AC- قانون اداری، CC- قانون کیفری، PC- قانون جزا

کشور	تن فروشی فردی	دلایلی روسپی	دایر کردن فاحشه‌خانه	مشارکت در وادار کردن افراد به تن فروشی	قاچاق زنان
آلبانی	جرم کیفری ماده ۱۱۳، PC جریمه نقدی یا زندان تا ۳ سال	جرم کیفری ماده ۱۱۴، PC جریمه نقدی یا زندان تا ۵ سال  در صورتی که جرم نسبت به افراد صغیر یا با توسل به زور روی داده باشد: زندان از ۵ تا ۱۰ سال	جرم کیفری ماده ۱۱۵، PC استفاده از اماکن برای تن فروشی  جریمه نقدی یا زندان تا ۱۰ سال	جرم کیفری ماده ۱۱۴/ا، PC زندان از ۷ تا ۱۵ سال	جرم کیفری ماده ۱۱۴/ب، PC قاچاق زنان برای تن فروشی:  زندان از ۷ تا ۱۵ سال  هنگامی که با همدستی دیگری یا به طور مکرر یا همراه با بدرفتاری یا تهدید یا زنان صدمه دیده برای ارتکاب اعمال گوناگون یا وارد کردن آسیب شدید به سلامت آنها صورت گیرد: محکومیت زندان به میزان حداقل ۱۵ سال  هنگامی که موجب مرگ شود: حبس ابد
ارمنستان	جرم اداری ماده ۱۷۹،۱، AC جریمه.  در صورتی که جرم ظرف یک سال تکرار شود: جریمه بیشتر	جرم کیفری ماده ۲۶۲، CC جریمه نقدی یا کار اجباری تا ۱ سال یا بازداشت به مدت ۱-۳ ماه یا زندان تا ۵ سال.	جرم کیفری ماده ۲۶۲، CC نگهداری فاحشه‌خانه یا دلایلی روسپی  جریمه نقدی یا کار اجباری تا ۱ سال، یا بازداشت به مدت ۱-۳ ماه یا زندان تا ۵ سال	جرم کیفری ماده ۲۶۱، CC مجبور کردن کسی به تن فروشی  جریمه نقدی یا کار اجباری تا ۱ سال یا بازداشت به مدت ۳-۱ ماه یا زندان تا ۲ سال	جرم کیفری ماده ۱۳۲، CC قاچاق انسان‌ها  جریمه نقدی یا کار اجباری تا ۱ سال یا بازداشت به مدت ۲ ماه یا زندان از ۱ تا ۴ سال  اگر با توافق قبلی توسط یک گروه سازمان یافته باشد، یا استفاده از زور یا تهدید، علیه افراد صغیر یا علیه دو نفر یا بیشتر انجام گیرد: تا ۲ سال کار اجباری یا ۴ تا ۷ سال زندان  اگر توسط یک گروه جنایتکار سازمان یافته انجام گیرد یا موجب مرگ قربانی یا دیگر عواقب شدید دیگر شود: ۸-۵ سال زندان

کشور	تن فروشی فردی	دلالتی روسپی	دایر کردن فاحشه‌خانه	مشارکت در وادار کردن افراد به تن فروشی	قاچاق زنان
آذربایجان	تابع مقررات نیست	جرم کیفری ماده ۲۴۳، CC	جرم کیفری ماده ۲۴۴، CC	جرم کیفری ماده ۲۴۳، CC	جرم کیفری ماده ۱۷۳، CC
		جریمه نقدی، کار اجباری به مدت ۲۴۰-۱۶۰ ساعت یا زندان تا ۳ سال	محول کردن کار اجتماعی از ۲۰۰ تا ۲۴۰ ساعت یا کار اجباری تا ۲ سال یا زندان تا ۳ سال	جریمه نقدی، کار اجباری به مدت ۲۴۰-۱۶۰ ساعت یا زندان تا ۳ سال در شرایط مشدده (علیه شخص معلول یا اشخاصی که اختلالات فیزیکی یا روانی دارند یا توسط یک گروه سازمان یافته): زندان از ۳ تا ۶ سال اگر در رابطه با افراد صغیر باشد: زندان از ۳ تا ۸ سال مشروط به وجود شرایط مشدده (ماده ۱۷۱، CC)	زندان از ۳ تا ۸ سال اگر موجب مرگ قربانی شود: زندان از ۸ تا ۱۲ سال
بلاروس <sup>۱</sup>	جرم اداری ماده ۱۷،۵، CC جریمه نقدی. تکرار جرم ظرف ۱ سال: افزایش جریمه	جرم کیفری ماده ۱۷۱، CC	جرم کیفری ماده ۱۷۱، CC	جرم کیفری ماده ۱۷۱، ۱، CC	جرم کیفری ماده ۱۸۱، CC
		از ۳ تا ۵ سال زندان	از ۳ تا ۵ سال زندان	از ۱ تا ۳ سال زندان	۱۰ تا ۱۲ سال زندان همراه با مصادره اموال اگر جرم توسط یک گروه سازمان یافته صورت گیرد یا اگر موجب مرگ یا آسیب شدید به قربانی شود: از ۱۲ تا ۱۵ سال زندان. اگر شخصی به خاطر بهره‌کشی جنسی بوده شود: از ۵ تا ۱۵ سال زندان همراه با مصادره اموال. در شرایط مشدده، مجازات ۱۰ تا ۱۵ سال زندان به همراه دارد (در صورت ارتکاب جرم توسط گروه سازمان یافته یا در صورتی که قربانی به او وارد صدمات شدیدی به او وارد شود). (ماده ۱۸۲، سی سی)
		در شرایط مشدده (اقدامات مربوط به قاچاق اشخاص از مرزها، ارتکاب جرم علیه افراد صغیر، با استفاده از اختیارات رسمی یا به صورت گروه سازمان یافته): زندان از ۷ تا ۱۰ سال همراه با مصادره اموال	در شرایط مشدده (اقدامات مربوط به قاچاق یک شخص از مرزها، تکرار جرم، ارتکاب جرم علیه یک فرد صغیر، با استفاده از اختیارات رسمی یا به صورت گروه سازمان یافته): زندان از ۷ تا ۱۰ سال همراه با مصادره اموال	در شرایط مشدده متفاوت (ارتکاب جرم علیه یک فرد صغیر، تکرار جرم، ارتکاب جرم با استفاده از زور، ارتکاب جرم علیه یک صغیر توسط والدین، آموزگار یا شخص دیگری که مسئولیت تربیت و پرورش او را برعهده دارد یا توسط یک گروه سازمان یافته): زندان از ۳ تا ۱۰ سال	۱۰ تا ۱۲ سال زندان همراه با مصادره اموال اگر جرم توسط یک گروه سازمان یافته صورت گیرد یا اگر موجب مرگ یا آسیب شدید به قربانی شود: از ۱۲ تا ۱۵ سال زندان. اگر شخصی به خاطر بهره‌کشی جنسی بوده شود: از ۵ تا ۱۵ سال زندان همراه با مصادره اموال. در شرایط مشدده، مجازات ۱۰ تا ۱۵ سال زندان به همراه دارد (در صورت ارتکاب جرم توسط گروه سازمان یافته یا در صورتی که قربانی به او وارد صدمات شدیدی به او وارد شود). (ماده ۱۸۲، سی سی)

<sup>۱</sup> داده‌ها مربوط به ۱ ژوئن ۲۰۰۵ (پس از اصلاحات صورت گرفته در قانون کیفری از ۴ مه ۲۰۰۵)

کشور	تن فروشی فردی	دلایلی روسپی	دایر کردن فاحشه‌خانه	مشارکت در وادار کردن افراد به تن فروشی	قاچاق زنان
بوسنی و هرزگوین <sup>۱</sup>	هیچ گونه قانون و مقرراتی در قوانین کشوری وجود ندارد. جرم اداری (نقض نظم عمومی) طبق قوانین ارگان‌های دولتی	هیچ گونه مقررات ویژه‌ای در قوانین وجود ندارد. در صورتی که مقررات مربوط به آن تدوین شود (مطابق با قوانین کیفری ارگان‌های دولتی)، جرم کیفری محسوب می‌شود  فدراسیون بوسنی و هرزگوین: ماده ۲۱۰، CC  ۱ تا ۵ سال زندان  تحت شرایط مشدده) ارتکاب جرم با استفاده از زور، ارتکاب جرم علیه فرد (صغیر): تا ۱۵ سال زندان.	هیچ گونه مقررات و مفاد قانونی وجود ندارد	هیچ گونه مقررات ویژه‌ای در قوانین کشور وجود ندارد.  جرم کیفری طبق قوانین کیفری ارگان‌های دولت (در صورتی که به صورت مقررات تدوین شود)  فدراسیون بوسنی و هرزگوین: ماده ۲۲۹، CC  ترویج تن فروشی میان زنان: ۳ ماه تا ۳ سال زندان  در شرایط مشدده، ۱ تا ۱۰ سال زندان (در صورتی که جرم را علیه یک دختر نوجوان مرتکب شود یا به زور، تهدید یا حقه‌بازی متوسل شود)	جرم کیفری ماده ۱۸۶، CC، بوسنی و هرزگوین  از ۱ تا ۱۰ سال زندان.  پانندازی بین‌المللی برای تن فروشی: از ۶ ماه تا ۵ سال زندان. در رابطه با افراد صغیر: از ۱ تا ۱۰ سال زندان (ماده ۱۸۷، سی‌سی، بوسنی و هرزگوین).
بلغارستان	مقرراتی برای آن وجود ندارد	جرم کیفری ماده ۱۵۵، PC  تا ۳ سال زندان و جریمه نقدی	جرم کیفری ماده ۱۵۵، PC  تا ۵ سال زندان و جریمه نقدی  در صورتی که اماکنی در ازای پرداخت پول به این منظور اختصاص یابد یا در صورت تبلیغ عمومی به این منظور: از ۱ تا ۶ سال زندان.  اگر پای افراد صغیر در میان باشد: از ۲ تا ۸ سال زندان  دادگاه ممکن است همچنین حکم اقامت اجباری بدهد	هیچ گونه مقررات ویژه‌ای در قوانین کشوری وجود ندارد.  جرم کیفری طبق قوانین در صورتی که برای آن مقررات تدوین شود، طبق قوانین کیفری دولت  فدراسیون بوسنی و هرزگوین: ماده ۲۲۹، سی‌سی  ترویج تن فروشی میان زنان: از ۳ ماه تا ۳ سال زندان.  در موارد مشدده، از ۱ تا ۱۰ سال زندان (در صورتی که جرم علیه یک دختر نوجوان واقع شود یا به زور، تهدید یا حقه‌بازی باشد)	جرم کیفری ماده ۱۸۶، CC، بوسنی و هرزگوین  از ۱ تا ۱۰ سال زندان  پانندازی بین‌المللی برای تن فروشی: از ۶ ماه تا ۵ سال زندان. در رابطه با فرد صغیر: از ۱ تا ۱۰ سال زندان (ماده ۱۸۷، سی‌سی، بوسنی و هرزگوین)

<sup>۱</sup> بوسنی و هرزگوین دولت پیچیده‌ای است که از دو موجودیت سیاسی تشکیل شده است، فدراسیون بوسنی و هرزگوین و جمهوری سرپسکا، که جایگاه ویژه‌ای به ناحیه برکو اعطا کرده است.

کشور	تن فروشی فردی	دلایلی روسپی	دایر کردن فاحشه‌خانه	مشارکت در وادار کردن افراد به تن فروشی	قاچاق زنان
کرواسی	جرم اداری ماده ۱۲، قانون مربوط به جرایم علیه قانون و نظم عمومی جریمه یا تا ۳۰ روز زندان	جرم کیفری ماده ۱۹۵ (بخش‌های ۱، ۳، ۴) قانون کیفری جریمه نقدی یا تا ۱ سال زندان اگر در رابطه با یک نوجوان باشد: از ۶ ماه تا ۵ سال زندان. اگر در رابطه با یک کودک باشد: از ۱ تا ۸ سال زندان	هیچ مفاد قانونی ویژه‌ای علیه دایر کردن فاحشه‌خانه وجود ندارد، اما دو ماده دیگر ۱۹۵ و ۱۷۵ قانون کیفری ممکن است در اینجا کاربرد داشته باشند	جرم کیفری ماده ۱۹۵ (بخش‌های ۲، ۳، ۴) قانون کیفری اگر جرم با توسل به زور یا تهدید به اعمال زور یا با تقلب روی داده باشد: جریمه یا تا ۳ سال زندان اگر در رابطه با یک نوجوان باشد: از ۶ ماه تا ۵ سال زندان. اگر در رابطه با یک کودک باشد: از ۱ تا ۸ سال زندان	جرم کیفری ماده ۱۷۵، قانون کیفری از ۱ تا ۱۰ سال زندان اگر جرم علیه یک فرد صغیر یا توسط یک گروه یا یک سازمان جنایتکار یا علیه تعداد زیادی از مردم صورت گرفته باشد یا اگر یک نفر یا بیشتر از مردم کشته شوند: حداقل ۵ سال زندان در صورت تن فروشی بین‌المللی (ماده ۱۷۸): از ۶ ماه تا ۵ سال زندان اگر جرم تن فروشی بین‌المللی به زور یا تهدید به اعمال زور یا حقه‌بازی صورت گیرد: از ۱ تا ۸ سال زندان اگر تن فروشی بین‌المللی علیه یک کودک یا فرد صغیر انجام گیرد: حداقل ۳ سال زندان
جمهوری چک	خود تن فروشی جرم محسوب نمی‌شود، اما قانون، مقرراتی برای این کار تدوین نکرده است	جرم کیفری ماده ۲۰۴، CC ۳ سال زندان اگر توسط یکی از اعضای یک گروه سازمان یافته صورت گیرد یا علیه افراد کمتر از ۱۸ سال باشد: از ۲ تا ۸ سال زندان. اگر در رابطه با شخص کمتر از ۱۵ سال باشد: از ۵ تا ۱۲ سال زندان	هیچ مفاد قانونی ویژه‌ای وجود ندارد	هیچ مفاد قانونی ویژه‌ای وجود ندارد	جرم کیفری ماده ۲۴۶، CC ۱ تا ۵ سال زندان اگر توسط یک گروه سازمان یافته، علیه افراد صغیر با هدف بهره‌کشی از افراد به روش تن فروشی صورت گیرد: از ۳ تا ۸ سال زندان. اگر موجب لطمات شدید به سلامت افراد، مرگ یا دیگر عواقب شدید شود یا با هدف کسب منافع قابل ملاحظه انجام گیرد: از ۵ تا ۱۲ سال زندان

کشور	تن فروشی فردی	دلایلی روسپی	دایر کردن فاحشه خانه	مشارکت در وادار کردن افراد به تن فروشی	قاچاق زنان
استونی	مقرراتی برای آن وجود ندارد	جرم کیفری ماده ۲۶۸، PC	جرم کیفری ماده ۲۶۸، PC	جرم کیفری ماده ۱۷۶-۱۷۵، PC اگر جرم علیه یک فرد صغیر انجام گیرد (هیچ گونه مقرراتی ناظر به اشخاص بیشتر از ۱۸ سال وجود ندارد)	جرم کیفری ماده ۱۳۴، PC مجازات پولی یا تا ۵ سال زندان اگر جرم علیه دو شخص یا بیشتر روی دهد یا علیه شخصی کمتر از ۱۸ سال سن روی دهد: از ۲ تا ۱۰ سال زندان
گرجستان	مقرراتی برای آن وجود ندارد	هیچ مفاد قانونی ویژه‌ای وجود ندارد	جرم کیفری ماده ۲۵۴، CC جریمه نقدی یا تا ۴ سال زندان	جرم کیفری ماده ۲۵۳، CC جریمه نقدی یا تا ۲ سال زندان اگر توسط یک گروه سازمان یافته انجام گیرد: تا ۵ سال زندان. در صورتی که جرم علیه یک فرد صغیر انجام گیرد: از ۲ تا ۵ سال زندان (ماده ۱۷۱، CC)	جرم کیفری ماده ۱۴۳ و ۱۷۲، CC از ۵ تا ۱۲ سال زندان. تا ۲۰ سال زندان در موارد مشدده



کشور	تن فروشی فردی	دلالتی روسپی	دایر کردن فاحشه خانه	مشارکت در وادار کردن افراد به تن فروشی	فاجاق زنان
مجارستان	<p>قانونی با محدودیت‌های زیاد</p> <p>از ۱۹۹۹، با قانون ۱۹۹۹ تحت مقررات درآمده است: قانون LXXV مصوب ۱ سپتامبر ۱۹۹۹ در مورد مقررات مداخله علیه جرم سازمان یافته و پدیده‌های فردی در رابطه با آن و متمم‌های مربوط به آن</p> <p>کارگران جنسی مجاز هستند صرفاً در مناطق مجاز خدمات ارائه کنند و مجاز نیستند در برخی مناطق حفاظت شده (برای مثال، نزدیک به مدارس، کلیساها و غیره) به ارائه خدمات بپردازند و موظفند گواهی پزشکی معتبر داشته باشند (ماده ۱۴-۷ قانون ۱۹۹۹: قانون LXXV)</p> <p>نقض مقررات تن فروشی جرم اداری محسوب می‌شود و مشمول جریمه نقدی یا دستگیری به مدت از ۱ تا ۶۰ روز می‌شود (حداکثر ۹۰ روز در صورتی که فرد محکوم پرونده‌های متعدد داشته باشد و مجموع روزها از ۶۰ تجاوز کند (ماده ۱۴۳، قانون ۱۹۹۹: LXIX در مورد جرایم اداری)</p>	<p>جرم کیفری ماده ۲۰۶، PC</p> <p>امرار معاش با تن فروشی</p> <p>تا ۳ سال زندان. به عنوان تنبیه تکمیلی ممکن است از تبعید نیز استفاده شود</p>	<p>جرم کیفری ماده ۲۰۵، PC</p> <p>ترویج تن فروشی</p> <p>تا ۵ سال زندان</p> <p>اگر افراد صغیر به خدمت گرفته شوند یا دایر کردن فاحشه خانه بخشی از سازمان جنایی را تشکیل دهد: از ۲ تا ۸ سال زندان</p> <p>اگر اماکن برای کار تن فروشی در اختیار قرار گیرند: تا ۳ سال زندان</p>	<p>جرم کیفری ماده ۲۰۷، PC</p> <p>تا ۳ سال زندان</p> <p>اگر فعالیت مورد بحث شبیه به کسب و کار باشد: از ۱ تا ۵ سال زندان.</p> <p>اگر در رابطه با یک فرد صغیر، همراه با خشونت یا به عنوان بخشی از یک سازمان جنایتکار باشد: از ۲ تا ۸ سال زندان</p>	<p>جرم کیفری ماده ۱۷۵/B، PC</p> <p>از ۱ تا ۵ سال زندان</p> <p>در موارد مشدده (ارتکاب جرم علیه فرد صغیر، توسط سازمان جنایتکار و غیره) از ۲ سال زندان تا حبس ابد، بسته به سطح مشدده</p>

کشور	تن‌فروشی فردی	دلالتی روسپی	دایر کردن فاحشه‌خانه	مشارکت در وادار کردن افراد به تن‌فروشی	فاجاق زنان
قزاقستان	مقرراتی برای آن وجود ندارد	جرم کیفری ماده ۲۷۱، CC جریمه نقدی یا تا ۳ سال زندان (برای دلالتی با انگیزه‌های نفرت‌آور) از ۳ تا ۵ سال زندان در شرایط مشدده (ارتکاب عمل توسط یک گروه سازمان‌یافته یا توسط شخصی که قبلاً نیز جرایم مرتبط با تن‌فروشی مرتکب شده است)	جرم کیفری ماده ۲۷۱، CC جریمه نقدی یا تا ۳ سال زندان از ۳ تا ۵ سال زندان در شرایط مشدده (ارتکاب عمل توسط یک گروه سازمان‌یافته یا توسط شخصی که قبلاً نیز جرایم مرتبط با تن‌فروشی مرتکب شده است)	جرم کیفری ماده ۲۷۰، CC جریمه نقدی یا تا ۵ سال زندان (برای به کار گرفتن افراد برای تن‌فروشی با استفاده از خشونت یا تهدید به خشونت، با استفاده از شرایط فرد تحت تکفل، اخذی، از بین بردن یا آسیب زدن به اموال یا از طریق فریب) از ۳ تا ۷ سال زندان در شرایط مشدده (ارتکاب جرم توسط یک گروه سازمان‌یافته، تن‌فروشی مکرر، جرایم مرتبطه)	جرم کیفری ماده ۱۲۸، CC جریمه نقدی، محدود کردن آزادی تا ۲ سال، بازداشت تا ۶ ماه یا زندانی کردن تا ۱ سال  تا ۵ سال زندان در موارد مشدده (ارتکاب جرم توسط گروهی که از قبل برنامه‌ریزی کرده‌اند یا ارتکاب جرم علیه فرد صغیر) ۳ تا ۸ سال زندان یا بدون مصادره اموال در صورتی که جرم توسط یک گروه سازمان‌یافته انجام گرفته باشد یا قربانیان از کشور خارج شوند یا از کشور ترانزیت شوند
قرقیزستان	مقرراتی برای آن وجود ندارد	هیچ‌گونه مفاد قانونی ویژه‌ای برای آن وجود ندارد	جرم کیفری ماده ۲۶۱، CC جریمه نقدی یا ۲ تا ۵ سال زندان همراه با مصادره اموال	جرم کیفری ماده ۲۶۰، CC جریمه نقدی یا تا ۳ سال زندان (برای به کارگرفتن افراد جهت تن‌فروشی با استفاده از خشونت فیزیکی یا تهدید به خشونت، اخذی، از بین بردن اموال یا فریب) افزایش جریمه یا ۳ تا ۵ سال زندان اگر توسط گروه سازمان‌یافته انجام گیرد در حالتی که فرد نوجوان را به تن‌فروشی وادار کرده باشد (ماده ۱۵۷، CC): بازداشت از ۳ تا ۶ ماه و زندان تا ۳ سال. در صورت تکرار جرم یا استفاده از زور یا تهدید به زور تا ۵ سال زندان	جرم کیفری ماده ۱۲۴، CC از ۳ تا ۸ سال زندان یا بدون مصادره اموال. از ۵ تا ۲۰ سال زندان همراه با مصادره اموال در موارد مشدده و بسیار مشدده (ارتکاب جرم در مورد بیش از یک شخص، علیه فرد صغیر، تکرار جرم، توسط گروهی با نقشه و برنامه قبلی، سوءاستفاده از قدرت یا پست، علیه افراد تحت تکفل یا عبور غیرقانونی از مرز یا با استفاده از تهدید به استفاده از خشونت که ممکن است زندگی و سلامت فرد را مورد تهدید قرار دهد، ارتکاب توسط یک گروه سازمان‌یافته، با استفاده از اسلحه یا مواد مخدر یا روان‌گردان علیه زن حامله، با تهدید به استفاده از خشونت یا استفاده از خشونتی که برای زندگی و سلامت فرد خطرناک باشد، و موجب مرگ یا دیگر لطمات شدید بر اثر بی‌توجهی شود)

کشور	تن فروشی فردی	دلالتی روسپی	دایر کردن فاحشه‌خانه	مشارکت در وادار کردن افراد به تن فروشی	قاچاق زنان
لتونی	قانونی با محدودیت‌های بسیار با "مقررات محدود کردن تن فروشی" مصوبه هیئت وزیران شماره ۴۲۷ مورخ ۴ نوامبر ۱۹۹۸ تحت کنترل قرار گرفته است. این مصوبه سپس جای خود را به قانون شماره ۲۱۰ مورخ ۲۲ مه ۲۰۰۱ داد. برای افراد صغیر و نوجوانان، برای خارجی‌ها، برای اشخاصی که گواهی سلامت ندارند، به صورت گروهی، در خارج مناطق مجاز تعیین شده توسط ارگان‌های محلی یا در نقاطی که در آنها یک شخص صغیر حضور دارد، مجاز نیست. شخصی که خدمات جنسی ارائه می‌دهد باید مورد معاینات پزشکی ماهانه قرار گیرد و غیره. نقض این محدودیت یک <u>جرم اداری</u> است و با جریمه نقدی مجازات می‌شود. (ماده ۱۷۴,۴ AC)	جرم کیفری ماده ۱۶۵، CC بهره‌گیری از شخصی که به تن فروشی مشغول است، به منظور سود مادی: تا ۴ سال زندان با یا بدون مصادره اموال	جرم اداری یا کیفری ماده ۱۷۴,۴ AC جریمه نقدی بازداشت یا خدمات اجتماعی یا جریمه نقدی، اگر مورد نقض ظرف مدت ۱ سال تکرار شود (ماده ۱۶۳، CC)	جرم کیفری ماده ۱۶۴، CC تا ۳ سال زندان یا بازداشت یا جریمه نقدی با یا بدون مصادره اموال تا ۵ سال زندان یا جریمه نقدی با یا بدون مصادره اموال در صورت وجود عوامل مشدده حکم (ارتکاب جرم با سوءاستفاده از اعتماد کسی یا با تقلب و فریب، با یا سوءاستفاده از وابستگی شخص یا سوءاستفاده از ناچاری فرد)	جرم کیفری ماده ۱۶۵,۱ CC فرستادن شخصی به یک کشور خارجی برای استثمار جنسی اگر با رضایت او باشد: تا ۴ سال زندان اگر به منظور کسب ثروت یا در رابطه با یک نوجوان باشد: تا ۱۰ سال زندان، با یا بدون مصادره اموال اگر توسط یک گروه سازمان یافته انجام گیرد یا در رابطه با یک فرد صغیر باشد، از ۸ تا ۱۵ سال زندان، با یا بدون مصادره اموال
	اگر نقض قانون ظرف مدت یک سال تکرار شود، آنگاه جرم به جرم کیفری تبدیل می‌شود و شخص مرتکب ممکن است با دستگیری، یا خدمات اجتماعی یا جریمه نقدی مجازات شود. (ماده ۱۶۳، CC)	تا ۸ سال زندان همراه با مصادره اموال در صورتی که جرم توسط یک گروه متعاقب توافق یا در رابطه با نوجوانان روی دهد. از ۵ تا ۱۲ سال زندان همراه با مصادره اموال، در صورتی که جرم در ارتباط با افراد صغیر روی دهد	در مورد یک نوجوان: تا ۶ سال زندان با یا بدون مصادره اموال (ماده ۱۶۴، CC)	اگر در رابطه با یک نوجوان یا فرد صغیر باشد: میزان زندان از ۶ تا ۱۲ سال تا ۶ سال تا ۵ تا ۱۲ سال متغیر خواهد بود (با یا بدون مصادره اموال)	

کشور	تن فروشی فردی	دلایلی روسپی‌گری	دایر کردن فاحشه‌خانه	مشارکت در وادار کردن افراد به تن‌فروشی	قاچاق زنان
لیتوانی	جرم اداری ماده 182(1) AC	جرم کیفری ماده 307 CC بهره‌گیری از شخصی که به تن‌فروشی مشغول است با هدف نفع مادی: جریمه، محرومیت از آزادی یا بازداشت یا تا 4 سال زندان. تا 6 سال زندان در صورتی که شخص تن‌فروشی را سازمان بدهد یا مدیریت کند در صورت ارتکاب جرم علیه فرد صغیر از 2 تا 8 سال زندان	جرم اداری ماده 182 AC یک جرمه نقدی (برای ایجاد لانه فساد، بدون ذکر ویژه تن‌فروشی). افزایش جریمه یا بازداشت تا 30 روز در حالت تکرار جرم	جرم کیفری ماده 308 CC جریمه نقدی یا تا 3 سال زندان از 2 تا 7 سال زندان، در صورتی که جرم علیه فرد صغیر، شخصی که به دلیل موقعیتش یا به دلایل دیگر وابستگی مادی داشته است یا با استفاده از خشونت فیزیکی یا روانی یا با فریب، روی داده باشد	جرم کیفری ماده 307 CC اگر شخصی را از مرز قاچاق کرده باشد، تا 6 سال زندان در صورتی که جرم را علیه یک فرد صغیر مرتکب شده باشد، از 2 تا 8 سال زندان
مقدونیه	جرم اداری ماده 27، قانون بزه‌ها علیه آرامش و نظم عمومی جریمه نقدی جریمه نقدی افزایش جریمه یا بازداشت تا 30 روز درمورد تکرار جرم	جرم کیفری ماده 191 CC جریمه نقدی یا تا 1 سال زندان اگر با استفاده از زور یا تهدید جدی به استفاده از زور، یا با فریب یا ارتکاب جرم علیه فرد صغیر: از 6 ماه تا 5 سال زندان اگر جرم علیه یک کودک اعمال شود: از 1 تا 5 سال زندان سازمانده جرایم از 1 تا 10 سال زندان مجازات می‌شود ماده 192: پانندازی برای اعمال جنسی یک نوجوان: از 3 ماه تا 5 سال زندان ایجاد امکان برای روابط جنسی با یک نوجوان: از 3 ماه تا 3 سال زندان	هیچ‌گونه مفاد قانونی ویژه‌ای وجود ندارد	جرم کیفری ماده 191 CC به کار گرفتن، تشویق یا تحریک به تن‌فروشی: از 6 ماه تا 5 سال زندان جریمه نقدی یا تا 1 سال زندان اگر علیه یک کودک صورت گیرد: از 1 تا 5 سال زندان سازمانده جرایم با تا از 1 تا 10 سال زندان مجازات می‌شود	جرم کیفری ماده 408/a CC تا 4 سال زندان اگر علیه یک کودک یا یک نوجوان یا توسط گروه سازمان یافته مرتکب شده باشد: تا 5 سال زندان اگر علاوه بر این، از خدمات جنسی شخص قاچاق شده مشخص استفاده شود: از 6 ماه تا 5 سال زندان (در مورد نوجوان یا یک کودک: دست کم 5 سال زندان)

کشور	تن فروشی فردی	دلایلی روسپی	دایر کردن فاحشه خانه	مشارکت در وادار کردن افراد به تن فروشی	فاچاق زنان
مولداوی	جرم اداری ماده ۱۷۱/۱، AC	جرم کیفری ماده ۲۲۰، CC	هیچ گونه مفاد قانونی ویژه‌ای وجود ندارد	جرم کیفری ماده ۲۲۰، CC	جرم کیفری ماده ۲۰۶، CC
	جریمه نقدی یا تا ۲۰ روز بازداشت	جریمه نقدی یا از ۲ تا ۵ سال زندان		جریمه نقدی یا از ۲ تا ۵ سال زندان	از ۱۰ تا ۱۵ سال زندان با استفاده از زور یا تهدید
	افزایش جریمه یا بازداشت تا ۳۰ روز در صورت تکرار جرم	اگر جرم در رابطه با یک فرد صغیر باشد یا توسط گروه جنایتکار سازمان یافته انجام گرفته باشد یا منجر به پیامدهای شدید شود: از ۴ تا ۷ سال زندان		اگر جرم در رابطه با یک فرد صغیر باشد یا توسط گروه جنایتکار سازمان یافته انجام گرفته باشد یا منجر به پیامدهای شدید شود: از ۴ تا ۷ سال زندان	جدی: از ۱۵ تا ۲۰ سال زندان
لهستان	مقرراتی وجود ندارد	جرم کیفری ماده ۲۰۴، CC	هیچ گونه مقررات ویژه‌ای وجود ندارد، اما ماده ۲۰۴، CC می تواند کاربرد داشته باشد	جرم کیفری ماده ۲۰۴ و ۲۰۳، CC	جرم کیفری ماده ۲۵۳، CC
		تا ۳ سال زندان		تا ۳ سال زندان	حداقل ۳ سال زندان
		اگر جرم علیه یک فرد صغیر روی دهد: از ۱ تا ۱۰ سال زندان		اگر جرم علیه یک فرد صغیر روی دهد یا به زور (خشونت)، تهدید یا روش های غیرقانونی یا سوءاستفاده از رابطه تکفل یا بهره گیری از شرایط بحرانی صورت گیرد: از ۱ تا ۱۰ سال زندان	
رومانی	جرم کیفری ماده ۲۳۴، CC	جرم کیفری ماده ۲۳۵ (بخش های ۱ و ۳)، CC	هیچ گونه مفاد قانونی ویژه‌ای وجود ندارد	جرم کیفری ماده ۲۳۵ (بخش های ۱ و ۳)، CC	جرم کیفری ماده ۲۳۵ (بخش های ۲ و ۳)، CC
	از ۳ ماه تا ۱ سال زندان یا جریمه نقدی	از ۲ تا ۷ سال زندان و تعلیق برخی حقوق		از ۲ تا ۷ سال زندان و تعلیق برخی حقوق	از ۳ تا ۱۰ سال زندان و تعلیق برخی حقوق
		اگر در رابطه با یک فرد صغیر روی دهد یا با جنایات دیگر توأم باشد: از ۱۵ تا ۲۰ سال زندان		اگر در رابطه با یک فرد صغیر روی دهد یا با جنایات دیگر توأم باشد: از ۱۵ تا ۲۰ سال زندان	اگر در رابطه با یک فرد صغیر یا همراه با جنایات دیگر انجام شود: ۲۰-۱۵ سال زندان

کشور	تن فروشی فردی	دلایلی روسپی	دایر کردن فاحشه خانه	مشارکت در وادار کردن افراد به تن فروشی	قاچاق زنان
روسیه	جرم اداری ماده ۶،۱۱، AC	جرم اداری ماده ۶،۱۲، AC	جرم کیفری ماده ۲۴۱، CC	جرم کیفری ماده ۲۴۰، CC	جرم کیفری ماده ۱۲۷،۱، CC
	جریمه نقدی	جریمه نقدی یا بازداشت از ۱۰ تا ۱۵ دو هفته‌ای	جریمه نقدی یا محدود کردن آزادی تا ۳ سال یا تا ۵ سال زندان	جریمه نقدی یا محدود کردن آزادی تا ۳ سال یا تا ۳ سال زندان	تا ۵ سال زندان در شرایط مشخصه، از جمله در رابطه با یک فرد صغیر، استفاده از زور یا تهدید به زور: از ۳ تا ۱۰ سال زندان در حالت تهدید به مرگ یا موجب مرگ شدن یا جرم سازمان یافته توسط یک گروه: از ۸ تا ۱۰ سال زندان
صربستان و مونته‌نگرو	جرم اداری ماده ۱۴، قانون نظم عمومی	جرم کیفری ماده ۲۵۱، CC	جرم اداری ماده ۱۴، قانون نظم عمومی	جرم کیفری ماده ۲۵۱، CC	جرم کیفری ماده ۱۱۱b، CC
	بازداشت تا ۳۰ روز در مورد افراد صغیر: بازداشت تا ۶۰ روز	از ۳ ماه تا ۵ سال زندان در صورت استفاده از زور یا در ارتباط با افراد صغیر: از ۱ تا ۱۰ سال زندان	تا ۳۰ روز بازداشت در رابطه با افراد صغیر: تا ۶۰ روز بازداشت	از ۳ ماه تا ۵ سال زندان در صورت استفاده از زور یا در رابطه با افراد صغیر: از ۱ تا ۱۰ سال زندان	از ۱ تا ۱۰ سال زندان
اسلوواکی	مقرراتی در این زمینه وجود ندارد	جرم کیفری ماده ۲۰۴، PC	هیچ گونه مفاد قانونی ویژه‌ای وجود ندارد	جرم کیفری ماده ۲۰۴، PC	جرم کیفری ماده ۲۰۴، PC
		از ۲ تا ۸ سال زندان		تا ۳ سال زندان	از ۱ تا ۵ سال زندان از ۳ تا ۸ سال زندان، در صورتی که مرتکب جرم عضو یک گروه سازمان یافته باشد، این جرم را نسبت به زنی کمتر از ۱۸ سال مرتکب شده باشد
				اگر این اقدام با خشونت، تهدید به خشونت یا تهدید به وارد کردن صدمات شدید یا با سوءاستفاده از پریشان‌حالی یا اعتیاد یا مشکلات دیگر روی دهد: از ۱ تا ۵ سال زندان اگر جرم توسط یک گروه سازمان یافته انجام گرفته باشد یا در رابطه با فرد صغیر باشد: از ۲ تا ۸ سال زندان	

کشور	تن فروشی فردی	دلالتی روسپی	دایر کردن فاحشه خانه	مشارکت در وادار کردن افراد به تن فروشی	قاچاق زنان
اسلونی	در سال ۲۰۰۴ تاحدی از آن جرم زدایی شده است	جرم کیفری ماده ۱۸۵، PC از ۳ ماه تا ۵ سال زندان در صورت انجام جرم در مورد یک فرد صغیر: از ۱ تا ۱۰ سال زندان	هیچ گونه مقررات ویژه‌ای در این مورد وجود ندارد	جرم کیفری ماده ۱۸۶، PC از ۳ ماه تا ۵ سال زندان اگر جرم با زور، تهدید یا فریب انجام شود: از ۱ تا ۱۰ سال زندان	جرم کیفری ماده ۳۸۷، PC از ۱ تا ۱۰ سال زندان
تاجیکستان	مقرراتی در مورد آن وجود ندارد	جرم کیفری ماده ۲۳۹، CC جریمه نقدی یا تا ۵ سال زندان	جرم کیفری ماده ۲۳۹، CC جریمه نقدی یا تا ۵ سال زندان	جرم کیفری ماده ۲۳۸، CC جریمه نقدی یا تا ۳ سال محدود کردن آزادی یا تا ۲ سال محروم کردن از آزادی در صورت تکرار جرم یا سازمان یافتن جرم توسط یک گروه: جریمه نقدی یا از ۲ تا ۵ سال زندان در صورتی که جرم در مورد یک فرد صغیر روی دهد: تا ۱ سال کار تأدیبی یا تا ۲ سال زندان. در موارد مشدده: تا ۵ سال زندان با محرومیت از برخی حقوق (ماده ۱۶۶، CC)	جرم کیفری ماده ۱۳۲، CC جریمه نقدی یا تا ۲ سال محدود کردن آزادی یا از ۲ تا ۵ سال زندان در موارد مشدده: تا ۱۲ سال زندان
ترکمنستان	جرم اداری و کیفری ماده شماره n/a، AC، ماده ۱۳۸، CC جریمه نقدی در صورت تکرار جرم ظرف مدت ۱ سال: افزایش جریمه یا تا ۲ سال کارهای تأدیبی یا تا ۲ سال زندان	جرم کیفری ماده ۱۴۲، CC از ۲ تا ۶ سال زندان با یا بدون مصادره اموال در صورت تکرار جرم: از ۳ تا ۸ سال زندان با یا بدون مصادره اموال	جرم کیفری ماده ۱۴۰، CC تا ۵ سال زندان با یا بدون مصادره اموال در صورت تکرار جرم (برای مثال، در رابطه با یک فرد صغیر): از ۳ تا ۸ سال زندان با یا بدون مصادره اموال	جرم کیفری ماده ۱۳۹، CC تا ۲ سال کار تأدیبی یا تا ۲ سال زندان در موارد مشدده: از ۳ تا ۸ سال زندان	مقرراتی در این مورد وجود ندارد

کشور	تن فروشی فردی	دلایلی روسپی	دایر کردن فاحشه خانه	مشارکت در وادار کردن افراد به تن فروشی	قاچاق زنان
اوکراین	جرم کیفری ماده ۳۰۳، CC	جرم کیفری مواد ۳۰۲-۳۰۳، CC	جرم کیفری ماده ۳۰۲، CC	جرم کیفری ماده ۳۰۳، CC	جرم کیفری ماده ۱۴۹، CC
	جریمه نقدی یا ۱۲۰ ساعت کار تأدیبی	جریمه یا محدود کردن آزادی تا ۲ سال اگر جرم به صورت گروه سازمان یافته واقع شود: از ۵ تا ۷ سال زندان	جریمه نقدی یا تا ۵ سال محدودیت آزادی اگر جرم به صورت گروه سازمان یافته یا توسط شخصی که سابقه محکومیت دارد، واقع شود: تا ۵ سال زندان اگر در رابطه با یک فرد صغیر باشد: از ۲ تا ۷ سال زندان	جریمه نقدی یا تا ۶ ماه بازداشت یا از ۱ تا ۳ سال زندان اگر جرم در رابطه با یک فرد صغیر یا توسط گروه سازمان یافته روی دهد: از ۳ تا ۵ سال زندان	از ۳ تا ۸ سال زندان در صورت عوامل مشدده (جرم علیه یک فرد صغیر روی داده باشد، توسط یک گروه سازمان یافته انجام گرفته باشد، به طور مکرر یا با توافق و قرار قبلی روی داده باشد، علیه کودکان روی داده باشد): از ۵ تا ۱۵ سال زندان یا یا بدون مصادره اموال
ازبکستان	جرم اداری ماده ۱۹۰، AC	جرم کیفری ماده ۱۳۱، CC	جرم کیفری ماده ۱۳۱، CC	هیچ گونه مقررات ویژه‌ای وجود ندارد	جرم کیفری ماده ۱۳۵، CC
	جریمه نقدی در صورت تکرار جرم ظرف مدت ۱ سال: افزایش جریمه	جریمه نقدی یا تا ۳ سال کار تأدیبی اگر جرم در رابطه با افراد صغیر روی دهد، شخص سابقه محکومیت داشته باشد: تا ۶ ماه بازداشت یا تا ۵ سال زندان	جریمه نقدی یا تا ۳ سال کار تأدیبی اگر جرم در رابطه با افراد صغیر روی دهد، شخص سابقه محکومیت داشته باشد: تا ۶ ماه بازداشت یا تا ۵ سال زندان		از ۵ تا ۸ سال زندان



## جدول ۱۱

برآورد پوشش خدمات<sup>۱</sup>

محل	سازمان	برآورد تعداد کارگران جنسی در شهر (میانگین)	برآورد تعداد کسانی که به آنها خدمات داده می‌شود (میانگین)	درصد پوشش
ایروان، ارمنستان	اتحاد برای پیشگیری از اچ‌آی‌وی	۴۵۰۰	۱۱۵۰	۲۵,۶
زینکا، بوسنی و هرزگوین	وسترخا	۱۵۰۰۰	۱۵۰	۱
مینسک، بلاروس	مارگارینا	۱۳۵	۶۴	۴۷,۴
بورگاس، بلغارستان	جمعیت دوز عشق	۱۰۰۰	۱۵۰	۱۵
پلوودیف، بلغارستان	بنیاد نوشدارو	۱۰۹۶	۱۰۹۶	۱۰۰
صوفیه، بلغارستان	سلامت و توسعه اجتماعی	۳۲۰	۲۵۰	۷۸,۱
ریه‌کا، کرواسی	ان‌جی‌او ترا	۱۰۰	۱۱	۱۱
زاگرب، کرواسی	ان‌جی‌او لت (ال‌ای‌تی)	۲۱۰	۲۵	۱۱,۹
کاستانای، قزاقستان	پوموش	۳۱۵	۱۰۵	۳۳,۳
شیمکنت، قزاقستان	سنیم	۱۵۰۰	۸۰۰	۵۳,۳
ویلنیوس، لیتوانی	مرکز ایدز	۲۰۰۰	۲۰۰	۱۰
اسکوپیه، مقدونیه	پروژه روش‌های سالم اسکوپیه (هوپس)	۱۰۰۰	۱۰۰	۱۰
استرومیکا، مقدونیه	ایزبور	۹۰	۳۵	۳۸,۹
بوخارست، رومانی	جمعیت مبارزه با ایدز رومانی (ارس)	۵۰۰	۵۰۰	۱۰۰
بالاکووو، روسیه	NAN	۶۰۰	۳۸۰	۶۳,۳
بارنال، روسیه	ابتکار سبیری	۱۰۰۰	۲۰۰	۲۰
کراسنویارسک، روسیه	ما علیه ایدز	۱۲۰۰	۶۳۸	۵۳,۲
مسکو، روسیه	NAN	۹۰۰۰۰	۴۳۲۰	۴,۸
نیژنی‌نووگورود، روسیه	مرکز ایدز بخش	۴۲۵۰	۳۷۰	۸,۷
اومسک، روسیه	آینده بدون مواد مخدر	۱۰۰۰	۱۰۰۰	۱۰۰
ولگاگراد، روسیه	ماریا	۱۵۰۰	۲۲۰	۱۴,۷
بلغراد، صربستان و مونته‌نگرو	جازاس - جمعیت مبارزه علیه اچ‌آی‌وی/ایدز	۳۰۰۰	۲۰۰۰	۶۶,۷
براتیسلاوا، اسلواکی	سی‌ای اودیسیوس	۴۵۰	۳۵۰	۷۷,۸
دوشنبه، تاجیکستان	RAN	۵۰۰۰	۴۹۳	۹,۹
اودسا، اوکراین	دوروگا کی دومو	۲۵۰۰	۶۰۰	۲۴
پولتاوا، اوکراین	NGO سلامت عمومی	۴۰۰	۲۳۹	۵۹,۸
تاشکند، ازبکستان	PSI	۶۰۰۰	۱۴۰۰	۲۳,۳
کل		۱۴۴,۶۶۶	۱۶,۸۴۶	۱۱,۶
میانگین		۵,۳۵۸	۶۲۴	۳۹,۳

<sup>۱</sup> منبع: گزارش‌های پروژه به تحقیق پیمایشی CEEHRN (۲۰۰۴)

## جدول ۱۲

داده‌های پروژه: خدمات ارائه شده به کارگران جنسی، مشتریان برنامه‌ها

کشور	شهر	سازمان	خدمات پروژه											
			توزیع کاندوم	تجویس سوزن	آزمایش اچ‌آی‌وی	آزمایش HCV	درمان STI و آزمایش و مشاوره	اطلاعات و	کمک قانونی	به کودکان	کمک اجتماعی	دیگر کمک‌های اجتماعی	نهاد های تماس با	غیره
ارمنستان	ایروان	اتحاد برای پیشگیری از اچ‌آی‌وی	بله	بله	بله	/	بله	بله	بله	بله	بله	/	/	بله <sup>۱</sup>
بلاروس	مینسک	وسترخا	بله	بله	بله	/	بله	بله	بله	بله	بله	/	/	/
	مینسک	بلاپو	بله	/	/	/	بله	بله	بله	بله	بله	/	/	/
بوسنی و هرزگوین	زینکا	مارجینا	بله	بله	بله	بله	بله	بله	بله	بله	بله	/	بله	بله <sup>۳</sup>
بلغارستان	بورگاس	جمعیت دوز عشق	بله	بله	بله	بله	بله	بله	بله	بله	بله	/	بله	بله <sup>۴</sup>
	پلیون	بنیاد قرن ۲۱ پلیون	بله	بله	بله	بله	بله	بله	بله	بله	بله	/	بله	/
	پلوودیف	بنیاد نوشدارو	بله	بله	بله	/	بله	بله	بله	بله	بله	/	بله	/
	صوفیه	سلامت و توسعه اجتماعی	بله	بله	بله	بله	بله	بله	بله	بله	بله	/	بله	/
کرواسی	وارنا	بنیاد اس‌اواس خانواده‌ها درخطر	بله	بله	بله	/	/	/	بله	بله	بله	/	بله	/
	ریه‌کا	NGO ترا	بله	بله	بله	بله	بله	بله	بله	بله	بله	/	بله	/
استونی	زاگرب	LAT NGO	بله	بله	بله	/	/	/	بله	بله	بله	/	بله	/
	تالین	NGO مرکز پیشگیری و حمایت از ایدز	بله	بله	بله	/	بله	بله	بله	بله	بله	/	بله	بله <sup>۵</sup>

<sup>۱</sup> ایجاد گروه خودکفا

<sup>۲</sup> آزمایش تنها برای کلامیدیا، سیفلیس، سوزاک انجام می‌گیرد.

<sup>۳</sup> معاینات زنانه استاندارد رایگان و آزمایش‌های پاپ

<sup>۴</sup> معاینات زنانه رایگان را تأمین می‌کند و روغن‌های رایگان تأمین می‌کند.

<sup>۵</sup> در مراکز مراجعه (مراکز روزانه) امکاناتی از قبیل: دوش، ماشین رختشویی، اینترنت، ویدئو، قهوه-چای، وسایل پخت و پز و در آینده نزدیک، کلاس‌های کامپیوتر و زبان ارائه می‌شود.

کشور	شهر	سازمان	خدمات پروژه									
			توزیع کاندوم	تجویز سوزن	آزمایش اجزای وی	آزمایش HCV	آزمایش و درمان STI	مشاوره و اطلاعات	کمک قانونی	کمک به کودکان اجتماعی	کمک دیگر کمک‌های اجتماعی	تماس با نهادهای دولتی
گرجستان	تفلیس	جمعیت تانادگوما	بله	/	بله <sup>۱</sup>	بله <sup>۲</sup>	بله <sup>۳</sup>	بله	بله	/	بله	بله <sup>۴</sup>
قزاقستان	کاستانای	پوموش	بله	بله	بله	/	بله	بله	بله	/	بله	/
	پاولودار	توران	بله	بله	بله	/	بله	بله	بله	/	بله	/
	شیمکت	سنیم	بله	بله	بله	/	بله	بله	بله	/	بله	بله <sup>۵</sup>
لتونی	ریگا	مرکز پیشگیری از ایدز	بله	بله	بله	/	بله	بله	بله	/	بله	/
لیتوانی	کلاپیدا	مرکز اختلالات اعتیاد	بله	بله	/	/	/	/	بله	/	بله	/
	ویلنیوس	مرکز اختلالات اعتیاد	بله	بله	/	/	/	/	بله	/	بله	/
	ویلنیوس	مرکز ایدز	بله	بله	بله	بله	بله	بله	بله	بله	بله	/
مقدونیه	اسکوپیه	پروژه روش‌های سالم اسکوپیه (HOPS)	بله	بله	آغاز از ژانویه ۲۰۰۵	آغاز از ژانویه ۲۰۰۵	آغاز از ژانویه ۲۰۰۵	بله	بله	بله	بله	بله <sup>۶</sup>
	استرومیکا	ایزبور	بله	بله	/	/	/	بله	بله	/	بله	/
مولداوی	بلتسی	سازمان جوانان برای حق زندگی	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	بله <sup>۷</sup>
لهستان	کراکوف	آمبرکا (چتر) - مرکز پیشگیری و آموزش اجتماعی	بله	بله	/	/	/	بله	بله	/	بله	/

<sup>۱</sup> معرفی به مرکز ایدز<sup>۲</sup> برای زندانیان<sup>۳</sup> معرفی به نظام درمانگاه‌های "کابینه سالم"<sup>۴</sup> غربالگری اولیه با آزمایشگاه‌های سیار - تهیه مطالب اطلاعاتی - آموزشی که هدفشان را هر یک از گروه‌های هدف (کارگران جنسی، معتادان تزریقی زندانی، نوجوانان، عامه مردم)<sup>۵</sup> معاینه برای مصرف‌کنندگان مواد مخدر - کارگران جنسی و معاینات زنانه.<sup>۶</sup> معرفی به خدمات اجتماعی و میانجیگری، کمک به پیشبرد رویه‌های دشوار متفاوت، کمک مالی برای تأمین هزینه‌های اداری گوناگون، دیدار از متقاضیان در خانه‌هایشان، حمایت روانی - اجتماعی، سبدهای بهداشتی و غیره.<sup>۷</sup> معاینات رایگان زنانه و وسایل جلوگیری رایگان برای مشتریانی که بیمه سلامت ندارند. درمان آسبه‌های مصرف‌کنندگان مواد مخدر - کارگران جنسی.

مراکز مراجعه با تسهیلات متفاوت (خدمات اجتماعی، قانونی و درمانی). دوش و ماشین‌های رختشویی از ژانویه ۲۰۰۵

<sup>۸</sup> تشخیص، تهیه و توزیع مطالب اطلاعاتی و کالاهای دارویی، مشاوره و غیره

کشور	شهر	سازمان	خدمات پروژه											
			نوع کاندوم	تعیین سوزن	اج آ آی وی آزمایش	آزمایش HCV	آزمایش و درمان STI	اطلاعات و مشاوره	کمک قانونی	کمک اجتماعی	کمک اجتماعی دیگر	تماس با نهادهای	غیره	
رومانی	بوخارست	جمعیت مبارزه با ایدز رومانی (ARAS)	بله	بله	بله	بله	بله	بله	بله	/	/	بله	بله	بله <sup>۱</sup>
روسیه	بالاکووو	NAN	بله	بله	بله	بله	بله	بله	بله	بله	بله	/	/	بله <sup>۲</sup>
	بامال	ابتکار سبیری	بله	بله	بله	بله	بله	بله	بله	بله	بله	/	بله	/
	کراسنویار سک	ما علیه ایدز	بله	بله	بله	بله	بله	بله	بله	بله	بله	/	بله	/
	مسکو	NAN	بله	/	بله	بله	/	بله	بله	بله	بله	/	بله	/
	نیژنی نووگو رود	مرکز ایدز بخش	بله	بله	بله	بله	بله	بله	بله	بله	بله	/	بله	/
	اومسک	آینده بدون مواد مخدر	بله	بله	بله	بله	بله	بله	بله	بله	بله	/	بله	/
	سن پترزبورگ	اقدام انسان دوستانه	بله	بله	بله	بله	بله	بله	بله	بله	بله	/	بله	بله <sup>۳</sup>
	تولا	NAN	بله											بله <sup>۴</sup>
صربستان و مونته‌نگرو	ولگاگراد	ماریا	بله	بله	بله	بله	بله	بله	بله	بله	بله	/	بله	/
	بلگراد	جازاس	بله	/	بله	/	/	/	بله	بله	بله	/	/	/
اسلوواکی	براتیسلاوا	CA اودیسیوس	بله	بله	تنها در ماه‌های دسامبر	ژوئیه- سپتامبر ۲۰۰۴ به بعد	آزمایش برای سیفلیس و کمک به درمان	بله	بله	بله	بله	/	بله	/
تاجیکستان	دوشنبه	RAN	بله	بله	بله	بله	بله	بله	بله	بله	بله	/	/	/
اوکراین	اودسا		بله	بله	بله <sup>۵</sup>	/	/	/	بله	بله	بله	/	بله	بله <sup>۶</sup>
	پولتاوا		بله	بله	بله	بله <sup>۸</sup>	/	بله <sup>۹</sup>	بله	بله	بله	/	بله	بله <sup>۱۰</sup>
ازبکستان	تاشکند	پی‌اس‌آی	بله	/	بله	بله	بله	بله	بله	بله	بله	/	بله	/

<sup>۱</sup> مراقبت‌های درمانی اولیه، حمایت روانی، واکسیناسیون اج‌آ‌آ‌وی، اج‌پی‌وی، حمل و نقل رایگان برای خدمات درمانی و اجتماعی

<sup>۲</sup> مشاوره فردی، مشاوره گروهی، برگزاری سمینارها، سازمان‌دادن و اجرای آموزش هم‌تایان، توزیع مطالب اطلاعاتی. اطلاع‌رسانی در مورد ساعات کاری، محل نهادهای درمانی، مشاوره و آزمایش رایگان اس‌تی‌آی در فضای پذیرش بیماران به صورت ناشناخته، درمان رایگان طبق رهنمون‌های پروژه.

<sup>۳</sup> حمایت درمانی و روانی-اجتماعی

<sup>۴</sup> کمک روان‌شناسی

<sup>۵</sup> اعزام برای آزمایش رایگان اج‌آ‌آ‌وی، به جایی که زن بتواند از درمانگاه بیماری‌های پوستی و آمیزی استفاده کند. اما در اودسا، آزمایش رایگان در درمانگاه بیماری‌های پوست و آمیزی به صورت ناشناخته انجام نمی‌شود، اما آزمایشی که هزینه‌های آن پرداخت شود می‌تواند به صورت ناشناخته انجام گیرد.

<sup>۶</sup> کمک انسان‌دوستانه، توزیع دارو.

<sup>۷</sup> کمک به خرید لوازم آزمایشگاهی جهت آزمایش اج‌آ‌آ‌وی/STI (رنگ‌های آزمایشگاهی، واکشگرها) برای نهادهای درمانی، خرید دارو برای بیمارستان‌های دولتی و درمانگاه سل

<sup>۸</sup> اعزام به درمانگاه بیماری‌های پوستی و آمیزی به منظور آزمایش رایگان و ناشناخته اج‌آ‌آ‌وی (طبق توافق با درمانگاه بیماری‌های پوستی و آمیزی)

<sup>۹</sup> اعزام برای درمان در درمانگاه بیماری‌های پوستی و آمیزی و بخش زنان بیمارستان پنجم شهر (فیث سیتی هاسپیتال) (طبق توافق با بیمارستان پنجم شهر)

<sup>۱۰</sup> کار با مشتریان بالقوه- انجام سخنرانی و مشاوره در نگاه‌های حمل و نقل، واحدهای نظامی، نهادهای آموزشی

طراحی: دونالد آندزیلیوس، کارشناس اکس آرته

صفحه‌آرایی: بیروت ویلوتن، کارشناس اکس آرته

روی جلد: تکنیک‌های توانمندسازی کارگران جنسی که سازمان غیردولتی ARAS رومانی ترویج می‌کنند

عکس‌ها: ماریان اورسان، ARAS، رامینتا ستویکیت، CEEHRN، دونالدز آندزیولیس، لیتوانی، الکساندر گلا دیلوف، اوکراین

منتشره توسط اکس آرته UAB، لیتوانی

ISBN 9955-9791-0-0