

*І.Л. Демченко,  
канд. екон. наук*

*I.L. Demchenko,  
Candidate of Econom. Sci.*

## **МОНІТОРИНГ ЕПІДЕМІЇ ВІЛ/СНІД У ПЕНІТЕНЦІАРНИХ ЗАКЛАДАХ: СОЦІАЛЬНИЙ АНАЛІЗ**

**Abstract.** The article is devoted to the methodology and methods of behavioural monitoring studies on the problem of HIV/AIDS among convicts. By analyzing the experience and the data of executed investigations, the author present the own look at both the improvement of the methods of calculation of the national indices of a monitoring and the estimation of the efficiency of measures which ensure the control over the epidemic state.

Пенітенціарні установи розглядаються у усьому світі як заклади підвищеного ризику поширення соціально небезпечних інфекцій, серед яких одне з провідних місць посідає ВІЛ. За оцінками міжнародних експертів, рівень інфікування засуджених у 1,5–2 рази вищий, ніж серед загального населення в державах, де домінує гетеросексуальний спосіб поширення ВІЛ, і в 5–20 разів вищий там, де епідемія концентрується серед споживачів ін'єкційних наркотиків. До останньої групи країн, починаючи з 1995 р., входить і Україна. Саме тому моніторинг за епідемією та ефективністю відповіді на неї в пенітенціарних закладах є пріоритетним напрямом поведінкових досліджень, які ґрунтуються на соціологічних методах збору даних та їх аналізу. Їх значення в оцінці масштабів поширення ВІЛ, впливу на епідемію окремих шляхів інфікування є не менш важливим, ніж накопичення медичної статистики і епідемічні дослідження, які здійснюють центри СНІДу.

Неабияка роль соціологічних методів у контролі за епідемічною ситуацією з ВІЛ/СНІД в цілому і серед засуджених зокрема пов'язана з особливостями поширення та перебігом цього захворювання. Адже ВІЛ/СНІД є прямо або опосередковано наслідком ризикованої поведінки. Передусім ідеться про споживання ін'єкційних наркотиків і безладні статеві зносини. Тривалий час ця хвороба не має зовнішніх ознак й навіть до двох місяців після інфікування може не визначатися навіть за допомогою лабораторних аналізів. Додатковим імпульсом для розвитку поведінкових досліджень стало приведення українського законодавства до міжнародних стандартів, відповідно до яких, починаючи з 1998 р., закріплено право на добровільність тестування. Ця норма поширюється на всіх українських й іноземних громадян, осіб без громадянства, у тому числі тих, хто перебуває в закладах кримінально-виконавчої системи. Результатом введення цієї норми стало зменшення кількості тестувань і послаблення епідемічного контролю за поширенням ВІЛ.

Не менш важливими для визначення національної стратегії протидії епідемії є знання про те, наскільки доступними населенню є заходи з профілактики, в якій мірі охоплено превентивними програмами соціальні групи, в яких ВІЛ поширюється випереджаючими темпами, наскільки ці програми є адекватними потребам зазначених груп, в якій мірі їх реалізація зменшує кількість випадків ризикованої поведінки. Більш достовірну (порівняно з відомчою статистикою) інформацію з цих питань можна отримати на основі соціологічних даних, зібраних за спеціально розробленою методикою.

Саме тому з 1997 р. в Україні проводяться поведінкові дослідження серед груп з підвищеним ризиком інфікування ВІЛ: споживачів ін'єкційних наркотиків, представників комерційного сексу, чоловіків, які мають секс з чоловіками, засуджених<sup>1</sup>. Їх ключовими завданнями стали оцінка рівня поінформованості щодо ВІЛ/СНІД, ставлення до проблеми, вимірювання обсягів ризикованої поведінки і охоплення цих груп профілактичними заходами. Спочатку пілотні дослідження обмежувались окремими населеними пунктами, пізніше – регіонами. Часто-густо для них застосовувались різні методики, включаючи розбіжності в побудові і реалізації вибірок, методах опитування, системах вимірників індикаторів знань, стигматизації, поведінки, що унеможливило коректні порівняння отриманих даних як в часі, так і між окремими групами, викликало жваві дискусії соціологів і медиків щодо адекватності та об'єктивності отриманих даних.

З 2004 р. в Україні завдяки коштам Глобального фонду для боротьби зі СНІДом, туберкульозом та малярією здійснюються національні поведінкові дослідження основних груп ризику як компонент епідагляду за ВІЛ другого покоління<sup>2</sup>. Вони ґрунтуються на методології, розробленій експертами ЮНЕЙДС для всіх країн. Результати проведених досліджень увійшли у Перший національний звіт з виконання Україною рішень Декларації про відданість справі боротьби з ВІЛ/СНІДом<sup>3</sup>. Нині збираються та аналізуються дані для Другого національного звіту. Проте і дотепер залишається низка дискусійних питань з методології, методики та інтерпретації даних поведінкових досліджень серед груп підвищеного ризику, зокрема засуджених.

Нині в Україні проведено два національних поведінкових дослідження у пенітенціарних закладах – 2004 р. і 2007 р. Їх здійснено Аналітичним центром “Соціо-консалтинг” спільно з Державним департаментом України з питань виконання покарань за єдиною методологією, методикою (ідентичні вибірка, блоки запитань в анкеті, метод опитування) та іншими вимогами, передбаченими їх моніторинговим характером<sup>4</sup>. Проаналізуємо на основі отриманих даних основні проблемні дослідницькі питання, а також тенденції поширення епідемії у виправних колоніях і національні показники успішності протидії їй.

На відміну від інших ризикованих категорій поведінкові дослідження серед засуджених мають свої переваги і обмеження. Засуджені – це єдина група ризику, основні кількісні характеристики якої відомо. Державний департамент України з питань виконання покарань має точні, регулярно оновлювані дані про кількість засуджених у кожному регіоні, у тому числі за окремими типами колоній: вперше і

неодноразово засуджені, чоловічі та жіночі тощо. Це дозволяє побудувати дійсно репрезентативну вибірку сукупність. Наявність списків засуджених у виправних колоніях, доступність представників цільової групи, інтерес більшості з них до участі в соціологічних опитуваннях дозволяють застосувати випадковий метод відбору респондентів на останньому ступені реалізації вибірки та отримати справді надійні дані.

Водночас не до кінця вирішеною залишається проблема довіри респондентів до інтерв'юєрів і дослідження в цілому. Відповідно до завдань дослідження інструментарій (анкета) має містити запитання про особистий досвід ризикованої поведінки, включаючи споживання наркотиків і гомосексуальні зносини в період позбавлення волі. Засуджені добре знають про заборону зберігання та розповсюдження наркотичних речовин, розуміють, що доведення прилученості до цієї практики може значно ускладнити їм відбування строку покарання й навіть продовжити його. Тому, попри вживання соціологами необхідних заходів із забезпечення гарантій анонімності (самозаповнення анкет засудженими, використання індивідуальних конвертів, право на відмову від участі в опитуванні, спеціальне навчання інтерв'юєрів, які проводили опитування), певна частка засуджених (5–9%) не дає прямих відповідей щодо зазначених питань. До цього слід додати відоме соціологам обмеження методу анкетування: низька порівняно з методом інтерв'ю якість заповнення анкет. Це проявляється у наявності суперечливих відповідей, чималої кількості “невідповідей” і обумовлено як загально низьким освітнім рівнем респондентів, так і особливостями їх ставлення (підозра, іронія, роздратованість тощо) до дослідження. Мінімізувати зазначені обмеження, на нашу думку, можливо за умов проведення анкетування представниками неурядових організацій, які мають досвід роботи інтерв'юєрами або волонтерами, із числа засуджених, що користуються довірою респондентів і пройшли спеціальне тренінгове навчання.

Не до кінця вирішеними залишаються зміст і методологія розрахунку національних індикаторів протидії епідемії, якими звітує Україна відповідно до своїх зобов'язань, взятих Президентом країни на спеціальній сесії Генеральної Асамблеї ООН у 2001 р. Стосовно засуджених експерти ЮНЕЙДС рекомендують визначити три показники, а саме:

- відсоток осіб, які пройшли тестування протягом останніх 12 місяців і знають свої результати;
- відсоток осіб, яких охоплено програмами попередження ВІЛ/СНІДу;
- відсоток осіб, які не тільки правильно визначають способи запобігання передачі ВІЛ статевим шляхом, а й заперечують загальні хибні уявлення щодо передачі ВІЛ<sup>5</sup>.

Отже, під час збору зазначених показників не ставиться завдання проаналізувати дані про поширеність ризикованої поведінки. Проте основним шляхом інфікування ВІЛ у виправних колоніях в Україні, як і в інших країнах, залишається вживання ін'єкційних наркотиків. За даними поведінкових досліджень, у Канаді частка СНІ серед засуджених становить 11%, в країнах Європейського Союзу і Норвегії коливається у межах 0,3–34%, Російській Федерації – 10%. Кількість засуджених в українських виправних установах, які хоча б раз вводили наркотики за допомогою шприца або саморобного інструментарію протягом останніх 12 місяців, становила у 2007 р.

8%. Порівняно з 2004 р. зазначений відсоток майже не змінився. Водночас за цей період помітно збільшилася частка СІН, що практикують спільне використання шприців або саморобного інструментарію. Тому, на нашу думку, показник ризикованої поведінки серед засуджених має бути включений до переліку національних показників. Адже він передбачає вимірювання результативності заходів з первинної та вторинної профілактики ВІЛ, на відміну від тих, що пропонуються ЮНЕЙДС і орієнтованих здебільшого на контроль за процесом превентивних втручань.

Можливо, до показника спільного споживання ін'єкційних наркотиків слід додати поширеність ризикованої сексуальної поведінки серед засуджених. З покращанням економічної ситуації в країні засуджених більш активно відвідують родичі. Для тих, хто перебуває у шлюбі, раз на квартал дозволяються довготривалі відвідування у виправних колоніях. Під час побачень засуджені можуть вступати у сексуальні зносини із подружжями. За даними опитування 2007 р., протягом останніх 6 місяців такі стосунки мали 18% респондентів, у тому числі 19% чоловіків і 9% жінок. Використання запобіжних засобів не є типовою моделлю поведінки між подружжями: два із трьох респондентів, які мали сексуальні відносини під час побачень, не користувались презервативами. Крім цього у виправних колоніях існує практика гомосексуальних стосунків. Хоча вона є, за соціологічними даними, не надто поширеною, проте здебільшого ризикованою (без використання презервативів). Це пов'язане з кількома чинниками:

- недоступністю презервативів для засуджених та їхніх сексуальних партнерів;
- традиціями безладних сексуальних зносин;
- психологічними забобонами і стереотипами, пов'язаними з використанням презервативів;
- недостатнім рівнем поінформованості про шляхи попередження інфікування ПСШ та іншими захворюваннями;
- низьким рівнем усвідомлення особистого ризику та відповідальності за здоров'я подружжя;
- прагненням засуджених жінок завагітніти з метою послаблення режимних умов і дострокового звільнення;
- насильство тощо.

Зазначені чинники роблять сексуальні практики засуджених небезпечними з точки зору поширення ВІЛ/ПСШ у виправних колоніях, так і за їх межі через статеві зносини з подружжями, які відвідують засуджених, а також з особами, які звільняються з місць позбавлення волі.

Як свідчать поведінкові та епідемічні дослідження, поінформованість про шляхи передачі ВІЛ і засоби її попередження не є достатньою передумовою для утримання від ризикованої поведінки. Проте без відповідної обізнаності щодо епідемії ВІЛ/СНІД, адекватної оцінки пов'язаних із цим захворюванням ризиків взагалі не можливі протидія поширенню епідемії, ефективне пом'якшення її наслідків. Передує ідеться про подолання стигматизації і дискримінації щодо ВІЛ-позитивних людей, формування у хворих прихильності до лікування АРВ-препаратами, включаючи попередження вертикальної трансмісії від матери до дитини. Тому одним з

провідних показників контролю за епідемією ВІЛ/СНІД у групах підвищеного щодо інфікування ВІЛ ризику має залишатися рівень знань про основні шляхи передачі ВІЛ-інфекції й те, як вона не передається. Проте методологія розрахунку цього показника залишається предметом жвавих дискусій спеціалістів.

Зрозуміло, що досить важко визначити оптимальну кількість запитань про шляхи передачі ВІЛ/СНІД, засоби його уникнення для вимірювання обізнаності груп ризику. З одного боку, чим більше індикаторів – тим об'єктивніше можна оцінити знання. Водночас існують вимоги щодо тривалості інтерв'ю, універсальності (прийнятності для всіх ризикованих груп) та економічності таких опитувань. Сьогодні експерти ЮНЕЙДС пропонують для розрахунку рівня знань використати 5 видів запитань: про статевий шлях передачі ВІЛ (незалежно від статі партнерів), умови його попередження, можливість відсутності ознак захворювання на зовнішньому вигляді ВІЛ-позитивної людини та ризику інфікування ВІЛ побутовим шляхом і через укуси комах. Рівень знань засуджених у 2007 р., розрахований за цією методикою, становив на національному рівні 36%. Цей відносно невисокий показник можна пояснити поширеністю хибних уявлень про можливість інфікування ВІЛ побутовим шляхом, а саме: при спільному користуванні туалетом, банею (32%) та через укуси комах (40%). Стосовно справжнього ризику, який становлять нерозбірливі статеві зносини з випадковими партнерами, та захисних можливостей презервативів рівень обізнаності засуджених є значно вищим – відповідно 72 і 80%. Добрими залишаються знання респондентів про те, що здорова на вигляд людина може бути носієм ВІЛ (80%).

Хоча представлені результати і характеризують рівень обізнаності засуджених про ВІЛ, проте вони не досить точно відповідають особливостям поширення епідемії в Україні. Зокрема, відсутні запитання про значний ризик інфікування ВІЛ ін'єкційним шляхом при спільному використанні інструментарію та “брудних”, виготовлених кустарним способом, наркотиків. Адже саме він залишався провідним для України протягом останніх 10 років. Тому до показника знань варто включити запитання і про цей ризик. Якщо загальну кількість запитань, що використовуються для розрахунку показника, не змінювати, то запитання про ін'єкційний шлях має замінити одне із помилкових суджень щодо ВІЛ, наприклад, про укуси комах. У цьому випадку значення показника обізнаності збільшиться і на національному рівні становитиме 40%.

Проте більш об'єктивно оцінити знання засуджених про ВІЛ дозволить розрахунок інтегрального показника, розрахованого на основі відповідей на всі 15 запитань, які були включені до анкети 2007 р. Ці запитання стосувались усіх трьох шляхів передачі ВІЛ, включаючи вертикальну трансмісію, засобів їх попередження, підвищення вразливості до ВІЛ за наявності інших інфекцій, які передаються статевим шляхом, а також кількох хибних уявлень про можливості інфікування. За цим показником рівень обізнаності засуджених становитиме 9%, у тому числі чоловіків – 10%, жінок – 7%. Це свідчить, що поінформованість засуджених стосовно основних шляхів інфікування і попередження ВІЛ нині не можна вважати достатньою. Особливе занепокоєння викликає тенденція до погіршення окремих складових знань,

наприклад, дещо меншою порівняно з 2004 р. стала обізнаність про ризик передачі ВІЛ через ін'єкційне вживання наркотиків, при анальних сексуальних контактах і про можливість знизити ризик інфікування за умов сексуальних стосунків лише з одним вірним, неінфікованим партнером (-9%). Виходячи із отриманих даних і розуміючи підходи ЮНЕЙДС, слід зазначити, що моніторинг обізнаності засуджених з ВІЛ/СНІД важливо відстежувати не лише за “міжнародними” стандартами, але і в більш розширеному форматі, щонайменше на основі усіх 15 запитань, дані за якими накопичуються з 2004 р.

Спірною залишається методика розрахунку ще одного із національних показників – охоплення засуджених профілактичними заходами. Його вимірниками є кількість осіб, які знають, де можна пройти добровільне тестування на ВІЛ, і разом з тим протягом останніх 12 місяців отримували презервативи, у тому числі від громадських організацій. Для споживачів ін'єкційних наркотиків при розрахунку національного показника експертами ЮНЕЙДС було рекомендовано включити додаткове запитання: “Чи отримували Ви протягом останніх 12 місяців стерильні голки та шприци, у тому числі від громадських організацій в програмах обміну шприців?” Оскільки рішення щодо обміну шприців у виправних колоніях донині не прийнято, це запитання засудженим не ставилось. Відповідно до зазначеної методики, 8% засуджених охоплено профілактичними програмами, тобто знають, де можна пройти добровільне тестування на ВІЛ, та отримували протягом останніх 12 місяців хоча б один презерватив. Для жінок цей показник становить 1%, для чоловіків – 10%.

Слід зазначити, що методика ЮНЕЙДС не повністю відображає навіть мінімальний набір профілактичних засобів, які справді необхідні для протидії епідемії ВІЛ/СНІДу серед засуджених. На нашу думку, цей показник має включати в себе також інформаційну складову, таку як кількість засуджених, які отримували інформацію про ВІЛ/СНІД під час перебування у виправній колонії. Індикатор “кількість засуджених, які знають, де можна пройти добровільне тестування на ВІЛ”, що використовується при обчисленні національного показника за методикою ЮНЕЙДС, на нашу думку, є лише одним з елементів санітарної просвіти. Крім нього засудженим слід надати інформацію і про шляхи передачі ВІЛ, і методи запобігання інфікуванню тощо. Тому ми вважаємо, що запитання про добровільне тестування не варто включати до розрахунку національного показника. Такий індикатор, як “кількість осіб, які стикалися з інформацією про ВІЛ/СНІД під час відбування покарання”, також не зовсім адекватно відображає рівень охопленості засуджених інформаційно-просвітницькою діяльністю. Інформацію про різні аспекти ВІЛ/СНІДу (шляхи передачі, методи запобігання тощо) засуджені можуть отримувати в розмові з іншими засудженими, родичами, які їх відвідують, працівниками колонії, які не пройшли спеціальну підготовку з інформування засуджених щодо цих питань. Тобто така інформація може бути неповною або недостовірною. Тому для нас більш показовим індикатором є кількість засуджених, які отримували друковані інформаційні матеріали з проблем ВІЛ/СНІДу та ІПСШ (буклети, брошури), які можна самостійно засвоювати, або проходили індивідуальне консультування із спеціалістом.

Отже, в обчисленні національного показника *“Відсоток осіб, яких охоплено профілактичними програмами, серед засуджених”*, на нашу думку, мають враховуватись:

- кількість засуджених, які отримували за останні 12 місяців презервативи;
- кількість засуджених, які отримували буклет/брошуру/листівку про ВІЛ/СНІД та ІПСШ або проходили індивідуальне консультування з цього приводу.

За результатами опитування засуджених у 2007 р., частка осіб, які отримували і презервативи, і, разом з тим, друковані матеріали з ВІЛ/СНІД або індивідуальну консультацію, не перевищує 6% (71 особа). Якщо до цих індикаторів додати ще один, який відображає основний профілактичний захід щодо інфікування через кров в умовах виправних колоній, а саме кількість засуджених, що отримували дезінфікуючі розчини для обробки шприців, голوک, лез для гоління, то цей відсоток буде значно меншим – 1,4% (17 осіб).

На жаль, недостатні обсяги профілактики в пенітенціарних закладах за національним показником підтверджуються іншими соціологічними даними. З усіх заходів профілактики ВІЛ/СНІДу та ІПСШ більшість засуджених охоплена лише просвітою. З інформацією про ВІЛ/СНІД стикалися протягом перебування у колонії 66% опитаних. Проте реалізовані просвітницькі заходи, як правило, націлені на пасивне інформування за допомогою стенда або плаката у медчастині, гуртожитку або на території колонії. У такому вигляді інформацію помічали 84% тих, хто взагалі її отримував. Серед заходів з активного інформування переважають групові форми – лекція (39%), прослуховування радіопередач (16%). Усього активними формами інформування (лекція, розповсюдження буклетів/брошур або прослуховування радіопередач) охоплено 62% респондентів з числа отримувачів інформації про ВІЛ. Лише 15% з них проходили індивідуальне консультування з проблем ВІЛ/СНІДу, хоча, за даними попередніх досліджень, саме індивідуальні консультації, які проводяться разом із наочними формами агітації за здоровий спосіб життя, є найбільш впливовими у попередженні ризикованої поведінки засуджених. Здебільшого засуджені (51%) отримують інформацію про ВІЛ/СНІД та ІПСШ від медичних працівників. Про участь в інформуванні представників громадських організацій зазначило 18% респондентів. Інші особи називалися респондентами значно рідше.

Доступність інших профілактичних заходів (забезпечення презервативами, дезінфікуючими розчинами, індивідуальними станками/лезами для гоління) через брак державного фінансування є значно нижчою – 15–22%. Попри певні зусилля громадських організацій, які на впровадження профілактичних заходів залучають кошти Глобального фонду та інших міжнародних донорів, обсяги цієї діяльності недостатні для реального покращення ситуації. Навіть серед засуджених, які коли-небудь отримували безкоштовні презервативи або станки/леза для гоління, більшість зазначила, що це відбувалося рідше одного разу на місяць. Особливе занепокоєння викликає ситуація із забезпеченням безкоштовними презервативами, дезінфікуючими розчинами та станками/лезами для гоління у жіночих колоніях: 96% жінок ніколи не отримували презервативи, 90% – дезінфікуючі розчини, 84% – станки/леза для гоління.

Більшість респондентів (майже 80%) зацікавлені у додатковій інформації щодо проблем ВІЛ/СНІДУ та ІПСШ, збільшенні обсягів і покращенні форм профілактичної роботи в установах виконання покарань. При цьому засуджені більше цікавляться не засобами запобігання цим захворюванням, а інформацією для тих, хто вже, можливо, є ВІЛ-інфікованим або має інші захворювання: види та симптоми ІПСШ, можливості їх лікування. З одного боку, це може бути результатом того, що основну увагу при інформуванні цільових аудиторій акцентують саме на шляхах передачі та методах запобігання ВІЛ. Тому засуджені непогано ознайомлені з цими аспектами. З іншого боку, опосередковано це може свідчити про значно більший відсоток ВІЛ-позитивних і хворих на ІПСШ, ніж він виявлений під час анкетування.

Із заходів, які респонденти вважають першочерговими для профілактики ВІЛ/СНІД та ІПСШ, близько половини (47%) відмітили забезпечення засуджених засобами гігієни (мило, зубні щітки, пральний порошок), тобто саме цих заходів, які реально не зменшують ризик ВІЛ-інфікування, хоча можуть і запобігти іншим небезпечним інфекціям. Водночас інтерес до забезпечення безкоштовними презервативами, дезінфектантами, станками/лезами для гоління був значно меншим – 31%.

Враховуючи зазначені обмеження при зборі та інтерпретації даних поведінкових досліджень, слід визнати, що національний моніторинг знань щодо ВІЛ/СНІД і ризикованої поведінки засуджених має залишатися важливою складовою контролю за епідемічною ситуацією в Україні, який забезпечує визначення найбільш проблемних ланок у протидії епідемії у виправних колоніях і дозволяє довести необхідність впровадження чіткої та різнобічної стратегії протидії епідемії ВІЛ/СНІД у виправних колоніях. Найбільш важливими її компонентами мають стати:

- Пріоритетність активних заходів, спрямованих на попередження поширення ВІЛ серед засуджених, порівняно з діями, необхідними для пом'якшення наслідків зростання захворювання на ВІЛ/СНІД, гепатити В, С, туберкульоз, ІПСШ тощо.
- Забезпечення доступності тестування, до- та післятестового консультування для всіх бажаючих засуджених з акцентом на формуванні подальшої безпечної щодо ВІЛ поведінки та сприяння прийняттю добровільної інформованої згоди щодо тестування на ВІЛ.
- Збільшення обсягів і покращення якості просвіти щодо ВІЛ/ІПСШ, перенесення фокусу на більш активні з точки зору засвоєння інформації заходи.
- Зменшення ризику передачі ВІЛ статевим шляхом через забезпечення засуджених безкоштовними презервативами в достатньому обсязі, посилення роботи щодо попередження сексуального насильства у ВК.
- Запровадження системних освітніх програм для персоналу ВК, впровадження заходів щодо його захисту від інфікування ВІЛ під час виконання службових обов'язків.
- Впровадження програм вторинної профілактики для засуджених СНІ, передусім забезпечення доступності для них дезінфектантів, чистих шприців, замісної терапії.
- Докладання зусиль для покращення медичного обслуговування засуджених, забезпечення гарантій попередження ВІЛ і гепатитів В, С медичним шляхом, своєчасного лікування ІПСШ, туберкульозу та ін.



<sup>1</sup> Оценка возможностей развития программ профилактики ВИЧ в среде потребителей инъекционных наркотиков / О.Н.Балакирева, М.Ю.Варбан, А.А.Яременко, Л.И.Андрушак, О.Р.Артюх. – К.: Центр “Социальный мониторинг”, 2003. – 160 с.; Огляд роботи зі споживачами наркотиків в Україні в контексті боротьби з епідемією ВІЛ/СНІД / Л. Амджадін, Л. Андрушак, І. Звершховська та ін. – К.: Центр соціальних експертиз Ін-ту соціології НАН України, 2005. – 172 с.; Діяльність громадських організацій по профілактиці ВІЛ/СНІДу серед жінок секс-бізнесу: За результатами другого проекту “Створення мережі неурядових організацій, які працюють із жінками секс-бізнесу в Україні” / О. Балакірева, Л. Андрушак, М. Варбан та ін. – К.: Укр. ін-т соціальних досліджень, 2000. – 176 с. та ін.

<sup>2</sup> Моніторинг поведінки жінок, які надають сексуальні послуги за плату як компонент епідагляду другого покоління / О.Р. Артюх, О.М. Балакірева, Л.В. Бочкова та ін. – К.: МБФ “Міжнар. Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні”, 2005; Моніторинг поведінки споживачів ін’єкційних наркотиків як компонент епідагляду другого покоління / О.Р. Артюх, О.М. Балакірева, Л.В. Бочкова та ін. – К.: МБФ “Міжнар. Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні”, 2005; Моніторинг поведінки чоловіків, які мають секс з чоловіками, як компонент епідагляду другого покоління / Л. Амджадін, К. Кашенкова, Т. Коноплицька та ін. – К.: МБФ “Міжнар. Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні”, 2005.

<sup>3</sup> Україна. Національний звіт з виконання рішень Декларації про відданість справі боротьби з ВІЛ/СНІДом. Звітний період: січень 2003 р. – грудень 2005 р. – К.: МБФ “Міжнар. Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні”, 2006.

<sup>4</sup> Дослідження проведені за фінансової підтримки МБФ “Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні” в рамках програми “Подолання епідемії ВІЛ/СНІД в Україні”, підтриманої Глобальним фондом для боротьби зі СНІДом, туберкульозом та малярією. *Тип вибірки*: багатоступенева, стратифікована, індивідуальна, з використанням випадкового методу відбору респондентів на останньому ступені; репрезентативна за типом ВК (вперше засуджені до позбавлення волі та неодноразово засуджені), регіоном, віком і статтю засуджених. *Реалізовані вибіркові сукупності*: 2004 р. – 1240 респондентів; 2007 р. – 1234 респонденти у 12 виправних колоніях (№№ ВК залишилися незмінними), розташованих у 6 областях України. Випадкова (теоретична) помилка вибірки складає +/- 1,7 – 2,9%.

<sup>5</sup> Моніторинг Декларації о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом: руководящие принципы разработки ключевых показателей: отчетность за 2008 год. – Женева, Швейцария, 2007.

<sup>6</sup> ВИЧ/СПИД в тюрьмах стран Центральной и Восточной Европы и бывшего Советского Союза / Канадская легальная сеть по ВИЧ/СПИДу// <http://www.aidslaw.ca/Maincontent/issues/prisons.htm>.