

Вивчення соціальних практик

УДК 316.378.616

ЖІНКИ ТА ВІЛ: ГЕНДЕРНІ ЛІНЗИ ЗДОРОВ'Я

WOMEN AND HIV: GENDER LENSES OF HEALTH

Алла Ярошенко

аспірантка Академії праці, соціальних відносин і туризму

Alla Yaroshenko

PhD student, Academy of Labour, Social Relations and Tourism

 orcid.org/0000-0002-0112-3112

 yaroshenko.aa@socosvita.kiev.ua

Анотація

Стаття має на меті виявлення гендерних чинників уразливості жінок і дівчат до ВІЛ на індивідуальному, соціальному й структурному рівнях. На основі аналізу літератури з'ясовано, що гендерно обумовлені причини уразливості жінок пов'язані з нерівним розподілом влади та відмінними порівняно з чоловіками соціальними нормами й очікуваннями щодо моделей їхньої сексуальної поведінки. Описано стратегії, які розкривають ступінь і характер включення гендерних питань до програм та політик у відповідь на епідемію ВІЛ. Здійснено репрезентацію гендерних континуумів, що дає змогу отримати інструменти для оцінювання гендерної компоненти в профілактичних та лікувальних заходах. Моделі використання гендерно-усвідомлених підходів проілюстровані прикладами відповідних програм. Доведено, що гендерна інтеграція закладає міцні підвалини ефективного соціального втручання для забезпечення гендерної рівності й зменшення рівня уразливості жінок і дівчат до ВІЛ.

Abstract

In Ukraine, as of January 2018, 316,969 cases of HIV infection were officially registered, with women accounting for 42.5% of the total number of infected people in 2016. The need to study the gender relations in the HIV

Ключові слова:

уразливість, підходи до профілактики, гендерний континуум, емпowerмент, гендерно-усвідомлені програми.

Key words:

vulnerability, prevention approaches, gender continuum, empowerment, gender aware programming.

Інформація про рукопис

Надійшов до редакції:
18.01.2018

Рецензований: 1.02.2018

Подано доопрацьовану
версію: 18.03.2018

Прийнятий до друку:
14.03.2018

epidemic through the prism of inequality, interdependence and domination of stereotypical perceptions regarding the risks of own infection is evident.

The paper is aimed at the identification of gender factors of vulnerability of women and girls to HIV at individual, social and structural levels, as well as analysis of models for integrating gender components into programs in response to the HIV epidemic. The paper is based on desk-review study. Within the scope of the study literature, programs and media materials were selected and analyzed. The main attention is paid to studying the experience of developed countries. The thematic analysis covered the following areas: factors of vulnerability of women and girls to HIV; inclusion of gender issues in HIV/AIDS programs, approaches and gender perspectives from the point of view of empowerment of women.

On the basis of literature review, it was found that gender-related causes of women's vulnerability are associated with an unequal distribution of power and different, in comparison with men, social norms and expectations regarding patterns of sexual behavior. The study has proven that gender integration provides a solid foundation for effective social interventions to ensure gender equality and reduce the vulnerability of women and girls to HIV.

Strategies that reveal the extent and nature of gender issues in programs and policies regarding HIV response have been described. A few gender continuums (Gupta, 2000; UNAIDS, 2014; IGWG, 2017) which provide tools for assessing the gender inclusion into preventive, curative and palliative care of HIV have been reviewed. Models of using gender aware approaches are illustrated with the examples of relevant programmes.

At the current moment in Ukraine it is expedient to implement a transitional model that includes elements of both gender-neutral approaches and empowerment, stimulating the abandonment of discriminatory gender roles.

Вступ

Епідемія вірусу імунодефіциту людини (ВІЛ) стала викликом для толерантності й загострила проблеми, пов'язані з гендерною нерівністю і новим визначенням соціальних норм і ролей жінок у суспільстві. Глобальна статистика свідчить, що жінки становлять половину всіх дорослих людей, що живуть з ВІЛ. У 2016 р. нових випадків інфікування з-поміж молодих жінок віком від 15 до 24 років було виявлено на 44% більше, ніж серед молодих чоловіків цієї ж вікової групи [1]. В Україні станом на січень 2018 р. офіційно зареєстровано 316 969 випадків ВІЛ-інфекції [2], причому жінки становили 42,5% від загальної кількості інфікованих у 2016 р. людей [3].

Що стосується шляхів інфікування, то гетеросексуальний статевий контакт із часткою в 60,8% є сьогодні провідним [2]. Дослідження сексуальної поведінки серед жінок ключових груп засвідчує, що більше половини задіяних у секс-бізнесі погоджувалися на незахищений контакт без використання презерватива через наполягання клієнтів (45%) або заради отримання від них додаткової плати (23,7%) [4]. Водночас моніторинг поширеності ВІЛ серед людей, які вживають ін'єкційні наркотики, та їхніх статевих партнерів виявив, що лише близько половини з них (48%) використовували презерватив під

час останнього статевого контакту, причому найпоширенішою причиною відмови від його використання (50,5%) була впевненість у тому, що партнер(ка) здоровий(а) [5].

Опитування 2016 р., спрямоване на виявлення ступеня обізнаності населення з епідемією ВІЛ в Україні, продемонструвало, що до переважних причин поширення ВІЛ-інфекції українці зараховують комерційний секс (93%), торгівлю наркотиками (93%) і гомосексуальні зв'язки (86%). Більше половини наших співгромадян нетолерантні до представників ключових груп і звинувачує їх у недбалості та аморальній поведінці.

Такі уявлення відповідають етапу початку епідемії ВІЛ, коли переважним джерелом інфікування були маргіналізовані групи. Однак дихотомічна позиція «я - вони» загрожує недооцінюванням ризиків інфікування, які вбачають для себе реальним лише 26% респондентів. Частка осіб віком від 15 до 49 років, які пройшли тестування на ВІЛ і знають свої результати, теж виявилася невеликою - 15% жінок і 13% чоловіків [6]. Між тим діагностування ВІЛ вважають першим кроком до ефективного лікування і контролю ВІЛ-інфекції та синдрому набутого імунodefіциту (СНІД), і переважно люди без визначеного ВІЛ-статусу підтримують активність епідемічного процесу. За попередніми розрахунками, наразі близько 100 тисяч українців не знають про свій ВІЛ-позитивний статус, що становить майже половину від оціночної кількості людей, які живуть з ВІЛ у нашій країні [7].

Наведені дані переконують у необхідності вивчення місця гендерних відносин в епідемії ВІЛ крізь призму нерівності, взаємозалежності та панування стереотипних уявлень стосовно ризиків власного інфікування. Очевидною видається потреба включити гендерні питання, а саме моделі впровадження справедливих соціальних норм і структур, до відповідних програм та політик.

В Україні питання запровадження гендерних підходів, зокрема їх застосування у ВІЛ-сервісі, вивчали Л. Гейдар [8], Т. Говорун, О. Кікінежді [9], Е. Ламах [10], Т. Марценюк [11], Т. Семигіна [12-14], М. Скорик [15] та ін. Однак поза увагою дослідників залишилася інтеграція гендерних пріоритетів у заходи на користь жінок із застосуванням уже виробленого інструментарію. Важливість формування стратегій із гендерною домінантою у відповідь на епідемію ВІЛ важко переоцінити. Адже зростання кількості випадків інфікування серед жінок у стабільних стосунках демонструє, що програми й політики, розроблені без розуміння складного взаємозв'язку між гендером і ВІЛ, приречені на невдачу [16].

Методологія дослідження

Метою розвідки є виявлення чинників уразливості жінок і дівчат до ВІЛ, пов'язаних із гендерною нерівноправністю, а також аналіз моделей включення гендерних складових до програм у відповідь на епідемію ВІЛ. У межах кабінетного дослідження було здійснено огляд літератури, програм і матеріалів, розміщених у засобах масової інформації (ЗМІ). Головну увагу приділено вивченню досвіду розвинених країн.

На першому етапі збирання даних здійснено пошук джерел за ключовими словами з використанням різних ресурсів, серед яких: цільові сайти PubMed, ResearchGate, Google Scholar, Academia.edu; встановлюваний пошук Google; бази даних «сірої» літератури¹; нормативно-правові акти; результати соціологічних і моніторингових досліджень.

На другому етапі знайдені джерела проаналізовано щодо відповідності таким критеріям: 1) актуальні, 2) містять результати експерименту, 3) мають доступну повнотекстову версію, 4) спираються на первинні джерела (або самі є такими), 5) опубліковані англійською мовою. Перевага надавалась дослідженням, здійсненим в 2010-2017 рр., що обумовлено кількома причинами.

По-перше, в 2010 р. затверджено операційний план Об'єднаної програми Організації Об'єднаних Націй з ВІЛ/СНІДу (ЮНЕЙДС) щодо заходів для жінок, дівчат, гендерної рівності та ВІЛ, механізм дії

¹ Під «сірою» літературою розуміють джерела інформації, які не були надруковані в паперовому вигляді, препринти, дисертаційні дослідження, робочі документи й технічну документацію науково-дослідних груп, урядових агенцій тощо [17].

якого порушив питання гендерного бюджетування, адвокації, зміцнення потенціалу та мобілізації ресурсів задля забезпечення відповідних заходів у контексті ВІЛ-інфекції [18]. У тому ж році засновано «ООН-Жінки» - структуру Організації Об'єднаних Націй із питань гендерної рівності та розширення прав і можливостей жінок, що стало важливим кроком у формулюванні та реалізації політик, глобальних стандартів і норм стосовно гендерної рівності [19].

По-друге, в 2011 р. розпочалося втілення в життя стратегії ЮНЕЙДС «У напрямку мети «Нуль», один із трьох основних напрямів якої здійснювався під гаслом «Нуль дискримінації». У стратегії виразно наголошено на забезпеченні гендерної рівності, протидії гендерному насильству, задоволенні потреб і прав жінок та дівчат як сталої відповіді на епідемію ВІЛ [20].

Вищезазначені фактори скерували подальший розвиток програм у напрямку створення умов для інновацій із урахуванням гендерних чинників, що знайшло відображення у численних публікаціях.

На третьому етапі на основі принципів тематичного і структурного контент-аналізу відібрано та опрацьовано 190 джерел, зокрема наукові статті, дисертації (магістерські й на здобуття наукового ступеня доктора філософії), посібники, програмні документи, соціологічні дослідження, виступи на конференціях, статті у ЗМІ. Якісний аналіз контенту ґрунтувався на наступних темах: чинники уразливості жінок і дівчат до ВІЛ, включення гендерних питань до програм протидії епідемії ВІЛ, підходи та гендерні континууми з погляду емпauerменту жінок (надання їм повноважень, їх активізації та наснаження).

Результати аналізу викладено в напрямку від загального огляду до прикладів застосування гендерного інструментарію. Крім того, частину інформації систематизовано й наочно представлено у формі таблиць і рисунків.

Під час написання тексту статті до уваги взято рекомендації ЮНЕЙДС щодо вживання термінології, оскільки зважене використання мовних зворотів дає змогу посилювати глобальні заходи з протидії епідемії ВІЛ [21]. Дослідження здійснено з опертям на визначення гендеру, запропонованого «ООН-Жінки»: «Соціальні характеристики та можливості, пов'язані з належністю до чоловічої або жіночої статі, з відносинами між жінками та чоловіками, дівчатками та хлопчиками, а також із відносинами між жінками й між чоловіками» [22].

Виклад основних результатів

Уразливість жінок і дівчат: розриваючи цикл нерівності

Для структурного опису епідеміологічних чинників N. Krieger і S. Zierler (1997) пропонують використовувати чотири теоретичних підходи: феміністський, соціальний / політико-економічний, екосоціальний і ґрунтований на правах людини [23]. Чинники, що впливають на епідеміологію ВІЛ, D. D. Celentano, K. E. Poundstone, S. A. Strathdee (2004) згрупували на трьох рівнях: структурному, соціальному та індивідуальному [24]. До структурних чинників віднесені: політичне середовище та законодавство, демографічні зміни, насильство, дискримінація, війна та мілітаризація. Соціальні чинники включають райони проживання, матеріальні обставини, культуральні контексти й мережі соціальних контактів (табл. 1).

Табл. 1. Чинники соціального та структурного рівнів, що впливають на епідеміологію ВІЛ

Категорії	Рівень	Приклади уразливості
Структурні чинники		
Структурне насильство та дискримінація	Включають дискримінацію та стигматизацію за ознакою гендеру, раси, етнічної приналежності, сексуальної орієнтації, ВІЛ-статусу, соціоекономічного статусу.	ВІЛ-позитивні жінки частіше, ніж ВІЛ-позитивні чоловіки, мають низький рівень освіти, є безробітними та не мають страховки.
Закон і правоохоронні органи	Впливають на ключові соціальні детермінанти ВІЛ включно із забезпеченістю житлом, бідністю, нерівністю доходів, расизмом і соціальною організацією суспільства.	Жінки з ВІЛ наражаються на звинувачення в недогляді, якщо їхні діти інфікуються ВІЛ під час вагітності, пологів або грудного вигодовування.
Демографічні зміни	Включають глобалізацію, урбанізацію, трудову / внутрішню / маятникову міграцію, біженців, переселення, вікову та гендерну структури субпопуляцій, співвідношення чоловіків і жінок.	Глобалізація призвела до збільшення кількості жінок і дівчат, які стали жертвами секс-трафікінгу, що пов'язано із сексуальним насильством, ризикованими сексуальними практиками.
Політичне середовище	Відіграє центральну роль у виникненні та контролі епідемії ВІЛ, впливаючи через макроекономічну та соціальну політику, політику в галузі охорони здоров'я, політику в сфері боротьби з незаконним обігом наркотиків.	Деякі держави, що стикнулися з фінансовою кризою, спробували урізати фінансування програм лікування людей, що живуть з ВІЛ.
Війна та мілітаризація	Порушують звичні соціальні зв'язки, послаблюють або руйнують медичну інфраструктуру, підвищують бідність, соціальну нестабільність та сприяють зростанню кількості випадків сексуального насильства й надання комерційних секс-послуг у зоні конфлікту.	В умовах відсутності відкритого конфлікту розташування військ поблизу міст загрожує зростанням ризиків інфікування ВІЛ для міського населення.
Соціальні чинники		
«Ефект сусідства»	Включає перетин соціальних мереж і фізичного просторового розташування («соціогеографічних мереж»), соціоекономічні чинники, що збільшують імовірність контакту з носієм ВІЛ.	Житлова сегрегація та соціальна ізоляція маргіналізованих груп в умовах бідності збільшують імовірність передачі ВІЛ у межах цієї групи.
Соціальні мережі	Впливають включно із мережами сексуальних контактів та споживання наркотиків на передачу ВІЛ та профілактику за допомогою поведінкових норм, інформації та соціальної підтримки.	Чоловіки частіше мають паралельні статеві партнерства, тому для жінок із одним партнером ризик інфікування ВІЛ залишається актуальним.
Культуральний контекст	Формує сексуальну поведінку, усвідомлення ризиків, ставлення до здоров'я та хвороби, впливає на характер гендерних відносин, визначає можливості й умови для дій у соціальній групі.	Соціальні норми диктують різні моделі сексуальної поведінки жінок і чоловіків, що впливає на ризики інфікування ВІЛ.

Джерела: Складено авторкою на основі К. Е. Poundstone, S. A. Strathdee, D. D. Celentano «The social epidemiology of human immunodeficiency virus/acquired immunodeficiency syndrome» [24]; «HIV prevention toolkit: a gender-responsive approach» [25].

Під індивідуальними чинниками згадані вище автори [24; 25] розуміють біологічні, демографічні та поведінкові ризики, що впливають на інфікування ВІЛ і прогресування захворювання. Такі чинники, на переконання дослідників, мають прихований характер і діють як рушії стигматизації (рис. 1).

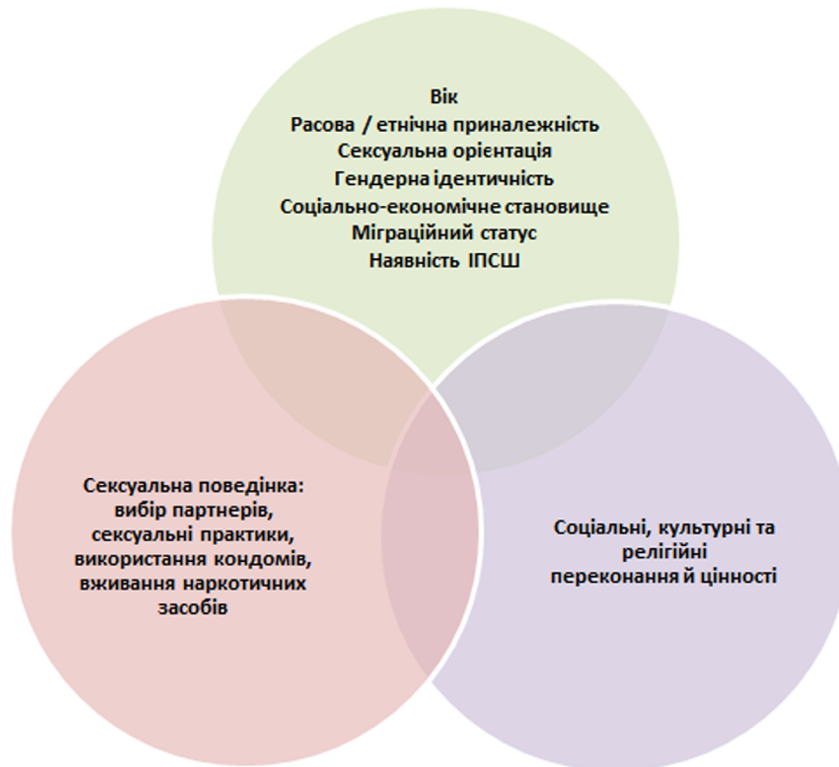


Рис. 1. Чинники індивідуального рівня, що впливають на епідеміологію ВІЛ.

Джерело: Складено авторкою на основі «HIV prevention toolkit: a gender-responsive approach» [25].

У багатьох культурах біологічні відмінності між статями інтерпретуються в певний спосіб, перетворюючись на соціальні очікування щодо того, які моделі поведінки та види діяльності вважаються для них відповідними, та якими правами, ресурсами і повноваженнями вони мають володіти. G. R. Gupta (2000) зауважує, що «звичаї та практики, пов'язані з чоловічими й жіночими ролями і сексуальністю, у багатьох суспільствах сьогодні компрометують права та свободи людей, підтримуючи цикл хвороби і смерті» [26, с. 92].

Крім того, на думку M. S. Kimmel (2000), незалежно від сприйняття свого суспільного становища чоловіки як група все ж таки мають більшу владу над жінками як групою, тому будь-яке адекватне пояснення гендеру має зважати не тільки на гендерну відмінність, а й на чоловіче домінування [27]. Саме тому ще в 2001 р. у інформаційному бюлетені глобальної ініціативи протидії епідемії ВІЛ причину особливої уразливості жінок до інфікування окреслено так: «... у них недостатньо влади вирішувати, де, коли і як відбудеться секс» [28]. Наслідком такого гендерного дисбалансу влади є вищий рівень інфікування жінок порівняно з чоловіками з трьох основних причин: 1) переважання гетеросексуального статевого шляху передачі ВІЛ - три з чотирьох випадків (виняток становлять розвинені промислові країни); 2) залучення переважно жінок до секс-бізнесу; 3) напрямок інфікування - від чоловіків до жінок [29].

Розподіл влади в сексуальних відносинах між чоловіками та жінками бере свій початок у пубертаті. Серед гендерно зумовлених причин уразливості дівчат і молодих жінок до ВІЛ називають

не тільки біологічні чинники (уразливий вагінальний і анальний епітелій) [30], а й гендерні норми, що обмежують сексуальність молодих жінок і впливають на їхній сексуальний досвід і очікування. У багатьох суспільствах підлітки, позбувшись повного контролю з боку дорослих, усе ще не мають їхніх прав та обов'язків. Характеризуючи особистість у цьому віці, F. Dolto (1988) зауважує, що для підлітка компроміси, з яких складається співіснування з іншими людьми, ще не почалися, але він змушений буде на них піти, щоб вижити та задовольнити свою сексуальність [31].

Як вважають G. R. Gupta, E. Weiss, D. Whelan (2000), дівчата й молоді жінки, входячи у світ дорослих відносин, стикаються з необхідністю примирити свої сексуальні почуття та бажання з прийнятими культурними та сімейними нормами [32]. Нижче (табл. 2) систематизовано соціально-економічні та культурні чинники, які обмежують здатність цієї групи застосовувати форми поведінки, що забезпечують від інфікування ВІЛ, інфекціями, що передаються статевим шляхом (ІПСШ), та дають змогу уникнути небажаної вагітності.

Табл. 2. Чинники уразливості до ВІЛ/ІПСШ дівчат і молодих жінок

Чинники	Опис
Гендерні відмінності в процесі соціалізації	<ol style="list-style-type: none"> 1. Менший доступ до навчання, освіти та фінансових ресурсів, що знижує їхній соціальний статус і зменшує можливості вжити заходів захисту в сексуальних контактах. 2. Відмінності в конструюванні моделей сексуальності, коли ініціатива та контроль сексуальної взаємодії належать чоловікові. 3. Нерівний розподіл ролей і домашніх обов'язків, пов'язаний зі зменшенням мобільності дівчат, вільного часу вдома й поза домом, що негативно впливає на навички комунікації, здатність приймати рішення, шукати інформацію й послуги впродовж усього життєвого циклу. 4. Більші обмеження щодо сексуальної поведінки на відміну від заохочення хлопчиків у пубертаті до сексуального експериментування як соціально прийняттого аспекту формування мужності.
Соціальні очікування щодо цноти як цінності	<ol style="list-style-type: none"> 1. Збереження цноти й альтернативні сексуальні практики. Попри те що відтермінований початок сексуального життя вважається важливим складником профілактичних програм, у деяких випадках соціальний тиск, пов'язаний зі збереженням цноти, є для них бар'єром. Так, задля збереження цноти та запобігання вагітності вагінальний статевий акт може бути замінений на альтернативні сексуальні практики (наприклад, на анальний контакт), які несуть у собі високий ризик інфікування. 2. Пасивність, невисокий рівень знань про сексуальність і власне тіло. Брак знань про сексуальність і функціонування власних репродуктивних і статевих органів у дівчат-підлітків пов'язаний із «культурою замовчування», коли пошуку інформації цієї тематики перешкоджає страх бути викритою в сексуальній активності. Водночас дорослі нерідко побоюються, що сексуальне виховання призведе до сексуальної активності. 3. Підтримання цнотливого образу. Незалежно від рівня знань демонстрація високої поінформованості у сфері сексуальності та відвідування гінеколога можуть створити враження активного сексуального життя й за наслідок мати стигматизацію, а також примушування до сексуальних стосунків.
Почуття і сексуальний досвід	<ol style="list-style-type: none"> 1. Дошлюбні сексуальні стосунки. Багато молодих жінок мають статеві контакти до одруження через емоційний і фізичний потяг, а також в обмін на гроші, подарунки або послуги. 2. Сексуальні стосунки зі старшими партнерами. Матеріальна вигода є однією з основних причин сексуальних контактів зі старшими партнерами. 3. Примушування до сексуальних стосунків. Сексуальні контакти проти волі пов'язані з погрозами та застосуванням сили.

Джерело: Складено авторкою на основі E. Weiss, D. Whelan, G. R. Gupta «Gender, sexuality and HIV: making a difference in the lives of young women in developing countries» [32].

Чинники, пов'язані зі здоров'ям підлітків обох статей, теж гендерно зумовлені. Виокремлюють, зокрема, такі відмінності: різні ризики для здоров'я і різні захисні фактори; дисбаланс між потребами в сфері охорони здоров'я і доступом до ресурсів; різний вплив політик і програм охорони здоров'я. Серед тенденцій, що впливають на пріоритетні напрями у галузі охорони здоров'я для дівчат, необхідно враховувати значний соціальний тиск у питанні початку статевого життя, недостатній рівень повноважень у переговорах про використання презервативів, високий ризик сексуальної експлуатації та насильства, утруднений доступ до інформації щодо ВІЛ/ІПСШ [33].

Наголошуючи на актуальності проблеми, автори звіту ЮНЕЙДС за 2017 р. звертають увагу на необхідність надання рівноцінного доступу дівчаткам і хлопчикам до адекватного їхньому віку комплексного статевого виховання, що ґрунтується на правах людини, розглядає питання статевої рівності, створює здорові взаємовідносини та стимулює активно звертатися по медичну допомогу [34].

Отже, у науковій та практичній літературі виокремлюють широкий спектр структурних, соціальних та індивідуальних чинників, що зумовлюють уразливість дівчат і жінок до ВІЛ та ІПСШ.

Гендерні підходи: від «АВС» до інших літер алфавіту

Далі розглянемо підходи, спрямовані на впровадження гендерних складових у програми протидії епідемії ВІЛ.

Зауважимо насамперед, що гендерний підхід полягає у включенні гендерної перспективи та гендерного аналізу до всіх етапів розробки, реалізації та оцінювання проектів, стратегій і програм [35]. Такий підхід поділяють на гендерну інтеграцію та гендерний мейнстримінг. Гендерна інтеграція зосереджена на розробці, аналізі, моніторингу та оцінюванні програм із урахуванням гендерних чинників, тоді як гендерний мейнстримінг спрямований на комплексне включення гендерних питань до організаційних процесів та політик, які тривають і після завершення проекту [36].

Гендерний аналіз є вихідною точкою в розробці заходів у відповідь на епідемію ВІЛ, які якнайкраще посприятимуть усуненню нерівності та задоволенню потреб різних груп населення. Його розглядають як необхідну основу для побудови всіх видів комунікації (зокрема стратегічної) у програмах профілактики, догляду та підтримки у зв'язку з ВІЛ [37]. За твердженням ЮНЕЙДС, до керівних принципів гендерного оцінювання й моніторингу програм і політик відносять: представницьку участь жінок і дівчат, реалізацію етичних заходів на основі рівності та справедливості, доказовий підхід, неупередженість і прозорість, сильне й сміливе лідерство тощо [18].

Наявні стратегії і підходи, що визначають ступінь і характер включення гендерних питань до програм протидії епідемії ВІЛ, варіюються і відрізняються акцентами гендерної інклюзії, що стосуються фокуса, спрямованості та відповідного пункту роботи, а також ставленням до рівності статей і відмінностей між ними.

Одним із перших підходів був «АВС», який спрямовувався на зміну сексуальної поведінки та поведінкових практик заради профілактики ВІЛ-інфекції. Ключами до розуміння та профілактики передачі ВІЛ статевим шляхом називали такі: «А» (abstinence / delay of sexual debut) - стримування, відтермінування початку сексуального життя; «В» (being faithful / partner reduction) - збереження вірності, зменшення кількості партнерів; «С» (correct and consistent condom use) - правильне та послідовне використання презерватива.

Надалі обмеження стратегії «АВС» були критично переглянуті насамперед тому, що підхід базувався на індивідуальному прийнятті рішень із фокусуванням на чоловіках [38]. До того ж дослідження моделей соціальних мережевих структур засвідчили, що колективна взаємодія більше, ніж відмінності в ризикованій поведінці окремих людей, пояснює поширення ВІЛ [39; 40].

Серед зауважень щодо «АВС» влучною видається пропозиція К. М. De Cock (2006) не розглядати стратегію як «чудодійний засіб» у профілактиці ВІЛ-інфекції, а як дещо складніше, ніж те, що стоїть

за трьома буквами абетки. Він наголосив на важливості включення нових складників, а саме: «D» (diagnosis) - діагностика / тестування на ВІЛ і «E» (everything else) - решта [41, с. 775]. Щодо елементів, які мали бути включені до «E», то J. V. Lazarus, J. D. Lundgren (2012) визначили їх такими, що стосуються тестування на ВІЛ: encourage, empower, expand - заохочення, розширення можливостей і збільшення охоплення доступу до тестування та консультивання; ethics - дотримання професійної етики фахівцями, які проводять тестування; evidence - накопичення даних про те, як подолати бар'єри на шляху до тестування; evaluation - оцінювання та моніторинг програм тестування; effectiveness - ефективність програм тестування та їхній зв'язок із лікуванням [42].

Ці компоненти з групи «E» у подальшому були доповнені з огляду на особливу уразливість дівчат-підлітків та молодих жінок до ВІЛ. Так, одна з програм протидії епідемії, реалізована в країнах Африки у 2016 р., проходила під гаслом «empowerment + engagement = equality» («емпауермент + залучення = рівність»). Такий підхід був спрямований на розв'язання проблеми гендерної нерівності, з якою пов'язують високий рівень інфікування, через посилення повноважень та активнішого залучення жінок і дівчат до заходів [43].

Маючи на меті розширити межі стратегії «ABC» і наголосити на довгостроковому, всебічному та гендерно сфокусованому характері профілактики ВІЛ-інфекції, S. L. Dworkin, A. A. Ehrhardt (2007) запропонували додаткові стратегії профілактики «GEM», зосереджені на «G» (gender relations) - гендерних відносинах, «E» (economic contexts) - економічних контекстах і «M» (migration) - міграції [44]. Складова «G» включала гендерно-специфічні й такі, що розширюють можливості жінок, інтервенції: навички відмови або ведення переговорів про безпечний секс, використання фемідомів, контакт без проникнення. Також були порушені питання шкоди, завданої вузьким і обмежувальним визначенням маскуліності, що включає домінування в прийнятті рішень і контроль відносин. «E»-стратегія зачіпала структурні інтервенції, а також економічні та освітні контексти - рівний доступ до освіти та фінансової незалежності, що безпосередньо пов'язано з переговорними перевагами в стосунках, статусом у суспільстві та прийняттям рішень у сім'ї. «M»-стратегія включала міграцію й рух населення. Оскільки чимало жінок задіяні в домашньому сервісі, сфері обслуговування або індустрії розваг, вони переміщуються між різними пунктами всередині своєї країни й поза нею. Це створює безперервну циркуляцію між вищим і нижчим рівнями серопревалентності ВІЛ у групах чоловіків і жінок, у такий спосіб збільшуючи ризики інфікування.

Отже, у підходах до профілактики ВІЛ-інфекції відбувся перехід від початкової спрямованості на зміну індивідуальної поведінки до охоплення проблем гендерної нерівності, бідності та міграції, розв'язання яких, у свою чергу, підтримує зміни на поведінковому рівні.

Гендерні інструменти: майстерня інтеграції

З метою інтеграції гендерних складових до програм у відповідь на епідемію ВІЛ, а також для реорганізації діяльності за проектом у цьому напрямі пропонується використовувати гендерні континууми, які дають змогу оцінити включення гендерних питань до профілактичних і лікувальних заходів.

1. Континуум гендерних підходів, який став основою для подальших досліджень у цьому напрямі, було представлено G. R. Gupta (2000) на 13-й Міжнародній конференції зі СНІДу в м. Дурбан (Південно-Африканська Республіка) [26]. На шкалі розміщено низку підходів континууму від заподіяння шкоди до емпауерменту. Пропонуємо розглянути зміст кожного з підходів, які представлені на схемі (рис. 2), з виділенням основних характеристик.

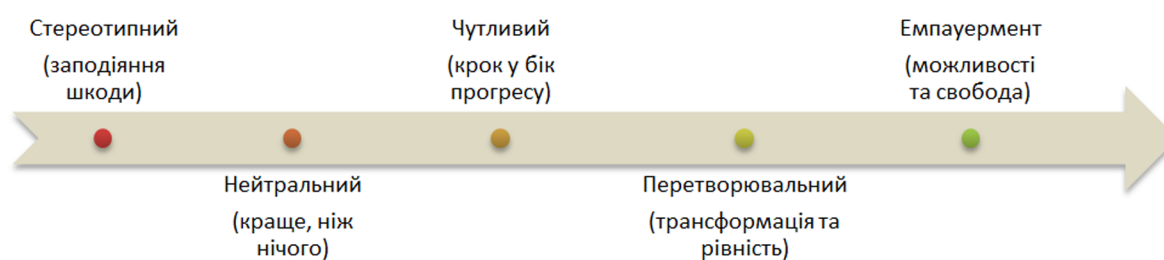


Рис. 2. Континуум гендерних підходів.

Джерело: Складено авторкою на основі G. R. Gupta «Gender, sexuality, and HIV/AIDS: the what, the why, and the how» [26].

За *стереотипного* підходу відмінності в гендері / сексуальності не визнаються та не враховуються у програмах, що призводить до «заподіяння шкоди». *Нейтральний* підхід («не нашкодь») визнає відмінності в гендері / сексуальності, але не зважає на них у програмах. Положення підходу на континуумі - «краще, ніж нічого».

Чутливий, *перетворювальний* підходи й *емпауермент* визнають відмінності в гендері / сексуальності й враховують їх у програмах, але різною мірою спрямовані на зміни гендерних ролей і побудову справедливіших гендерних відносин. Так, *чутливий* підхід орієнтований на інтервенції, спрямовані на покращення доступу жінок до профілактики, лікування та догляду. Проте він виявився недостатнім для подолання дисбалансу сил у гендерних відносинах, що підвищує уразливість жінок. Положення підходу на континуумі - «крок у бік прогресу».

Перетворювальний підхід передбачає політики, спрямовані на розширення прав і можливостей жінок, питання сексуального здоров'я та гендерного насильства. У ньому наголошують на необхідності залучати до програм чоловіків через проведення спільного консультування пар, формування конструктивних ролей у сферах сексуального та репродуктивного здоров'я, раннього втручання в процес соціалізації хлопчиків для перегляду традиційних уявлень про маскуліність. Положення підходу на континуумі - «трансформація та рівність».

Емпауермент передбачає розширення прав і можливостей, а також звільнення жінок і чоловіків від впливу гендерних і деструктивних норм. Програми спрямовані на заохочення жінок до процесу прийняття рішень, поліпшення їхнього доступу до інформації, послуг і технологій. Суттєве значення для жінок має набуття нових навичок і відмінної від сім'ї групової ідентичності, яка стає ресурсом, джерелом сили. Положення підходу на континуумі - «можливості та свобода».

Авторка континууму зазначає, що *чутливий*, *перетворювальний* підходи й підхід, який розширює можливості, не виключають один одного й мають застосовуватися одночасно з розширенням варіантів у кожній із категорій.

2. *Гендерний інтеграційний континуум* (Gender Integration Continuum, GIC), оприлюднений організацією «Interagency Gender Working Group» (IGWG) у 2017 р., розроблено задля узагальнення низки підходів до гендерно-інтеграційних програм і політик у галузі планування сім'ї та репродуктивного здоров'я. Автори GIC пропонують розділити підходи на гендерно-сліпі та гендерно-усвідомлені, що відбиває ступінь аналізу та урахування гендерних норм, відносин і нерівностей під час планування, реалізації та моніторингу проектів [45].

Гендерно-усвідомлені політики та програми розробляють з урахуванням набору властивих певній культурі економічних, соціальних і політичних ролей, обов'язків, прав, норм, зобов'язань, які асоціюються з жінками та чоловіками. Такий підхід бере до уваги динаміку владних відносин між пред-

ставницями й представниками обох статей різних вікових груп. *Гендерно-сліпі* політики та програми, навпаки, всі ці питання не порушують, що лише посилює гендерну нерівність.

Нижче в таблиці (табл. 3) представлено описи трьох основних підходів GIC та приклади відповідних заходів, передбачених гендерними програмами.

Табл. 3. Гендерні підходи до програм/політик у відповідь на епідемію ВІЛ

Вид гендерних програм	Приклади
<p>Гендерно-експлуаторські програми / політики (exploitative gender programming) Підхід гендерної експлуатації включає:</p> <ul style="list-style-type: none"> - навмисне чи ненавмисне підкріплення або використання гендерної нерівності та стереотипів для отримання результатів проекту; - використання підходу, що посилює нерівність. <p>Такий підхід є шкідливим і може в довгостроковій перспективі підірвати цілі програми.</p>	<p><i>Мета:</i> залучення чоловіків до участі в прийнятті рішень щодо планування сім'ї. <i>Зміст:</i> розміщення плакатів із зображеннями на спортивну тематику та написами «Грайте в гру правильно, варто вам тільки почати контролювати ситуацію - і ви легко станете переможцем» і «Це ваш вибір». <i>Результат:</i> чоловіки були набагато більше схильні вважати себе відповідальними за планування сім'ї, але без обов'язкового спільного з жінкою прийняття рішень.</p>
<p>Гендерно-погоджувальні програми / політики (accommodating gender programming) Підхід гендерного погодження включає:</p> <ul style="list-style-type: none"> - визнання гендерних відмінностей і нерівності; - організацію роботи навколо гендерних відмінностей і нерівності задля досягнення мети проекту. <p>Такий підхід може призвести до короткострокової користі й отримання результатів проекту, але він не спрямований на зменшення гендерної нерівності або звертається до гендерних систем, які сприяють відмінностям і нерівності.</p>	<p><i>Мета:</i> набуття задіяними у секс-бізнесі жінками навичок ведення переговорів про безпечний сексуальний контакт і збільшення кількості випадків використання презервативів їхніми клієнтами. <i>Зміст:</i> заклик до власників борделів дотримуватися політики використання клієнтами презервативів у 100% випадків. <i>Результат:</i> власники борделів мали достатню владу й авторитет для встановлення правил, що призвело до поширення практики безпечного сексу в борделях, які брали участь у проекті.</p>
<p>Гендерно-перетворювальні програми / політики (transformative gender programming) Підхід гендерного перетворення включає:</p> <ul style="list-style-type: none"> - сприяння критичному осмисленню нерівності, гендерних ролей, норм і динаміки; - визнання й посилення позитивних норм, які підтримують рівність і сприятливе довкілля; - покращення становища жінок, дівчат і маргіналізованих груп; - перетворення основних соціальних структур, політик і загальноприйнятих соціальних норм, які зберігають гендерну нерівність. <p>Такий підхід спрямований на трансформацію гендерних відносин для просування рівності та досягнення програмних цілей.</p>	<p><i>Мета:</i> публічне обговорення широкого спектра соціальних проблем включно зі сферою охорони здоров'я (ВІЛ, небажана вагітність, гендерне насильство, дискримінація людей із інвалідністю). <i>Зміст:</i> включення до сюжетної лінії популярної теленовели епізодів, пов'язаних із сексуальним насильством і його впливом на інтимне життя та права жінок, із відкритим обговоренням партнерами сексуального здоров'я та питання планування сім'ї тощо. <i>Результат:</i> оскільки теленовела була популярною серед молоді, вона дала змогу звернутися до розгляду й оскарження традиційних гендерних ролей і норм.</p>

Джерело: Складено авторкою на основі «The gender integration continuum: training session user's guide» [45].

3. У цьому контексті слід згадати *Інструмент гендерної оцінки національних відповідей на ВІЛ* (Gender assessment tool for national HIV responses), розроблений ЮНЕЙДС (2014) для підтримки розвитку й оцінювання національних стратегічних планів та інтеграції у них гендерної рівності. Інструмент спрямований на зрушення заходів від гендерно-сліпих (гендерно-негативних) через гендерно-чутливі

до гендерно-перетворювальних програм [46]. Якщо порівняти таку класифікацію із розглянутою вище, то можна припустити, що гендерно-чутливі програми цього інструменту відповідають гендерно-погоджувальним у GIC.

Отже, принципи гендерної інтеграції полягають у гендерно-усвідомленій позиції й русі до гендерного перетворення. Хоча програми та заходи можуть переміщатися вздовж континууму й містити елементи всіх трьох компонентів (експлуатації, погодження, перетворення) [47].

Незручні питання: розбиваючи скляну стелю

Сьогодні, як відзначалось раніше, забезпечення гендерної рівності розглядають як захід, покликаний зменшити уразливість жінок до ВІЛ. Він, за характеристикою Світового банку (2001), полягає в рівності перед законом, у рівності можливостей (доступу до людського капіталу та економічних ресурсів, а також в оплаті праці), в рівноправності голосу, а також у можливості вибору жінками та чоловіками різних (або подібних) ролей і результатів - залежно від їхніх схильностей, уподобань і цілей [29].

Пошук шляхів упровадження ефективних заходів профілактики ВІЛ-інфекції вимагає порушення нешаблонних і незручних питань про гендерні проблеми загалом і потреби дівчат і жінок зокрема, а також поступок і змін у поведінці тих, кому належать влада й ресурси [16]. Тому актуальними залишаються вимога дискусій навколо доцільності тих чи тих заходів, необхідність розробки й об'єднання довкола доказових інклюзивних підходів [48]. Зокрема, в резолюції Генеральної Асамблеї ООН (2015) зі сталого розвитку на період до 2030 року підкреслюється роль залучення чоловіків і хлопців до ліквідації всіх форм дискримінації та насильства щодо жінок і дівчат [49]. ЮНЕЙДС (2015) вважає, що вкрай потрібне визнання того, що представники обох статей мають власні обмеження й відмінні, нерідко конфліктні, погляди, потреби, інтереси та пріоритети [21]. Тобто гендерна рівність не передбачає, що жінки та чоловіки будуть однаковими, проте однаковими повинні бути права, на які вони претендують [50]. В іншому разі, як зауважила Н. Clinton (2012), «у миру та процвітання буде власна скляна стеля» [51].

Обговорення результатів

Наразі можна стверджувати, що в Україні існує потреба трактування гендеру як інтегральної частини соціальних проблем замість «маргіналізації» гендерних питань шляхом їх відокремлення та замовчування. Включення гендеру та сексуальності як невід'ємних складників до програм у відповідь на епідемію ВІЛ передбачає визнання гендерного впливу й соціально-економічного статусу як важливих критеріїв, що визначають соціальні процеси. Гендерна рівність і емпвауермент жінок, зокрема в сексуальній і репродуктивній сферах, видаються засадничими в побудові гендерно збалансованих програм профілактики, лікування, догляду та підтримки у зв'язку з ВІЛ та СНІДом.

Проведений аналіз літератури і документів засвідчив, що погляди дослідників на причини уразливості жінок і дівчат та на зміст програм у відповідь на епідемію ВІЛ розвивалися поступово - від гендерно-сліпих підходів, за яких чоловіки виступали в ролі домінуючих партнерів, які регулюють безпечність сексуального контакту, до гендерно-усвідомлених, коли жінки мають рівне з чоловіками право на власний захист і доступ до ресурсів.

У перетворювальних інтервенціях гендерну рівноправність розглядають одночасно як мету і як шлях профілактики, лікування та догляду у зв'язку з ВІЛ та СНІДом. Однак дослідження й програми, які сьогодні реалізуються в Україні, здебільшого позиціонуються як гендерно-чутливі [52; 53], що відповідає середній позиції на шляху до гендерно-перетворювальних програм. Спостерігається використання термінології, яка не завжди узгоджена з рекомендаціями ЮНЕЙДС. Наприклад, трапляється словосполучення «фемінізація епідемії» [54, с. 3], яке рекомендовано уникати через його нечіткість та

потенційний ризик стигматизації, замінюючи на конкретні факти та цифри [21]. До того ж дослідження проблеми уразливості підлітків до ВІЛ із урахуванням шкідливих гендерних норм охоплюють здебільшого представників молодих ключових груп [55]. Проте під соціальним тиском або під впливом певних обставин підлітки з різних прошарків населення можуть стати більш уразливими до ВІЛ. Тому, переконані, важливо здійснити гендерний аналіз реалізованих у нашій країні проектів, щоб надалі рухатися у напрямку гендерно-перетворювальних програм, упровадження яких вкрай необхідне для викорінення шкідливих гендерних уявлень.

З нашого погляду, за сучасного соціально-економічного та культурного розвитку в Україні можлива реалізація транзиторної, перехідної моделі, яка включає елементи як гендерно-нейтральних підходів, так і емпauerменту. Її використання дасть змогу зменшити уразливість жінок різних груп та почати рух у бік трансформації гендерних відносин. Сьогодні існує потреба у заходах для чоловіків, які були б спрямовані на стимулювання відмови від жорстких дискримінаційних гендерних ролей та «шкідливих версій» мужності на користь прийняття альтернативних і гендерно-справедливих норм. Водночас жінки нерідко й далі підтримують у партнерах традиційний образ маскуліності. До того ж існує нерозв'язана дилема між жіночністю і одночасною здатністю виявити ініціативу зі взяттям на себе відповідальності за безпечний сексуальний контакт.

Страх гендерної різноманітності та побоювання, пов'язані з рівністю жінок і чоловіків, виявляються в підтриманні традиційних гендерних норм, високому рівні гомофобії та стигматизації представників ключових груп, що підвищує уразливість до ВІЛ, про що свідчать вітчизняні дослідження [6]. У контексті профілактики актуальними залишаються питання релігійних норм і уявлень про «гріховність» проявів сексуальності, небезпечного статевого контакту та бажання завагітніти, сексуальної освіти підлітків обох статей на основі рівного діалогу. Ці та багато інших питань потребують розгляду крізь «гендерні лінзи здоров'я» для зменшення уразливості жінок і чоловіків, а також дівчат і хлопців до ВІЛ, пошуку адекватних українських моделей практики соціальної роботи в цій сфері.

Висновки

Проведений аналіз дає підстави для твердження, що чинники уразливості жінок і дівчат до ВІЛ, пов'язані із гендерною нерівністю, можна розподілити на три рівні: індивідуальний (біологічні, демографічні та поведінкові ризики), соціальний (місце проживання, матеріальні обставини, культурні чинники, мережа соціальних контактів) та структурний (політичне середовище та законодавство, демографічні зміни, насильство, дискримінація, війна та мілітаризація). Виокремлюють також гендерні чинники, пов'язані зі здоров'ям підлітків обох статей: різні ризики для здоров'я та різні захисні фактори; дисбаланс між потребами в сфері охорони здоров'я і доступом до ресурсів; різний вплив політик і програм охорони здоров'я.

Актуальною залишається проблема планування заходів протидії поширенню ВІЛ, які б ураховували специфічні гендерні аспекти. З огляду на це підходи, спрямовані на зміни в індивідуальній поведінці (традиційна модель «АВС»), були спочатку доповнені стратегіями діагностики та інтервенціями на основі емпauerменту, а згодом замінені гендерно-орієнтованими стратегіями, які підтримують політики й програми щодо гендерної рівності, бідності та міграції.

З метою інтеграції гендерних складових у програми на етапах планування, реалізації та оцінювання розроблено спеціальний інструментарій, зокрема континуум гендерних підходів (2000); інструмент гендерної оцінки національних відповідей на ВІЛ (2014); гендерний інтеграційний континуум (2017). Континуум гендерних підходів (2000) містить низку підходів, що утворюють послідовну шкалу: стереотипний, нейтральний, чутливий, перетворювальний та емпauerмент. Інший континуум - гендерний інтеграційний, на якому підходи розташовані на шкалі в напрямку від гендерно-сліпих до гендерно-

усвідомлених програм і політик у відповідь на епідемію ВІЛ. Останні включають розширення прав і можливостей жінок, питання сексуального здоров'я та гендерного насильства, а також звільнення від деструктивних гендерних норм.

Для повноцінного впровадження в Україні сучасних гендерних підходів та інструментів потрібне визнання наявного дисбалансу у владних повноваженнях жінок і чоловіків, які до того ж мають власні потреби, що видається важливим кроком на шляху до досягнення рівності у сфері охорони здоров'я та якості життя. На нинішній момент в Україні доцільна й можлива реалізація перехідної моделі, яка включає елементи як гендерно-нейтральних підходів, так і емпauerменту, стимулювання відмови від дискримінаційних гендерних ролей.

Перелік літератури та джерел інформації

1. Ending AIDS: progress towards the 90-90-90 targets. Geneva: UNAIDS, 2017. 196 p.
2. Оперативна інформація про офіційно зареєстровані випадки ВІЛ-інфекції, СНІДу та кількість смертей, зумовлених СНІДом, за січень 2018 року // Державна установа «Центр громадського здоров'я МОЗ України». URL: <http://phc.org.ua/uploads/documents/83da57/edddc50bba7c43f0c2091a68b9f087f7.pdf> (дата звернення: 5.03.2018).
3. ВІЛ-інфекція в Україні: інформаційний бюлетень № 47. Київ: Державна установа «Центр громадського здоров'я МОЗ України», 2017. 148 с.
4. Середа Ю. В., Сазонова Я. О. Моніторинг поведінки та поширення ВІЛ-інфекції серед осіб, які надають сексуальні послуги за винагороду: аналіт. звіт (націон. частина). Київ: МБФ «Альянс громадського здоров'я», 2017. 142 с.
5. Барська Ю. Г., Сазонова Я. О. Моніторинг поведінки та поширеності ВІЛ серед людей, які вживають ін'єкційні наркотики, та їхніх статевих партнерів. Київ: МБФ «Альянс громадського здоров'я», 2016. 130 с.
6. Волосевич І., Коноплицька Т., Мун Н. Обізнаність населення про епідемію ВІЛ в Україні 2016 / GfK на замовлення GIZ. Київ: GfK Ukraine. 2017. 92 с.
7. Епідемічна ситуація з ВІЛ-інфекції в Україні станом на 01.01.2018 р. // Державна установа «Центр громадського здоров'я МОЗ України». URL: <https://phc.org.ua/uploads/documents/83da57/5bc7bd744850ae49ad733e92a0ddc1e.pdf> (дата звернення: 5.03.2018).
8. Методичні рекомендації з питань ВІЛ та ЧСЧ для працівників сфери охорони здоров'я: метод. посібник / Л. М. Гейдар та ін.; за ред. А. А. Ярошенко; Програма розвитку ООН в Україні, Центр соціальних експертиз Інституту соціології НАН України. Київ: Центр соціальних експертиз ІС НАНУ. 2011. 80 с.
9. Говорун Т. В., Кікінежді О. М. Конструювання гендеру в когнітивній парадигмі // Наукові записки. Серія «Психологія і педагогіка». Тематичний випуск «Актуальні проблеми когнітивної психології». Острог: Вид-во Нац. ун-ту «Острозька академія», 2010. Вип. 14. С. 55-65.
10. Ламах Е. Гендерна складова у політиці протидії ВІЛ-інфекції в Україні // Вісник Національної академії державного управління при Президенті України. 2013. № 1. С. 271-278.
11. Марценюк Т. Гендерна рівність і недискримінація: посібник для експертів і експерток аналітичних центрів. Київ, 2014. 65 с.
12. Семігіна Т. В. Політичні аспекти охорони здоров'я: на перетині глобального і локального. К.: Вид-во «Києво-Могилянська академія». 2013. 400 с.
13. Семігіна Т. В. Розвиток економічної спроможності клієнтів соціальної роботи (на прикладі ВІЛ-позитивних жінок) // Вісник Академії праці, соціальних відносин і туризму. 2016. № 1-2. С. 84-92.
14. Semigina T. Is zero discrimination possible? Voices from Ukraine // M. Henrickson et al. Getting to zero: Global social work responds to HIV. Geneva: IASSW, UNAIDS, 2017. P. 255-280.
15. Скорик М. М. Гендерний аналіз соціополітичних процесів: метод. Розробка / Програма розвитку ООН в Україні, Київський інститут гендерних досліджень. Київ: Златограф, 2004. 32 с.
16. HIV/AIDS and gender relations: men have yet to take it seriously / Egerö B. et al. / Sida, Lund University. Stockholm: Sida, Department for democracy and social development, 2006. 27 p.

17. Павлов Л. П. Серая литература как источник научной и технической информации. Москва: Горячая линия - Телеком. 2016. 298 с.
18. Agenda for accelerated country action for women, girls, gender equality and HIV: operational plan for the UNAIDS action framework. Geneva: UNAIDS, 2010. 28 p.
19. UN creates new structure for empowerment of women: United Nations press release // UN Women. July 2, 2010. URL: <http://www.unwomen.org/-/media/headquarters/media/stories/en/unwomenpressrelease201007021pdf.pdf> (дата звернення: 5.03.2018).
20. В направлении цели «ноль»: стратегия на 2011-2015 год. Женева: ЮНЭЙДС, 2010. 64 с.
21. Руководство ЮНЭЙДС по терминологии. Женева: ЮНЭЙДС. 2015. 70 с.
22. Concepts and definitions // UN Women. URL: <http://www.un.org/womenwatch/osagi/conceptsanddefinitions.htm> (дата звернення: 5.03.2018).
23. Zierler S., Krieger N. Reframing women's risk: social inequalities and HIV infection // Annual review of public health. 1997. Vol. 18. P. 401-436.
24. Poundstone K. E., Strathdee S. A., Celentano D. D. The social epidemiology of human immunodeficiency virus/acquired immunodeficiency syndrome // Epidemiologic reviews. 2004. Vol. 26. Iss. 1. P. 22-35.
25. HIV prevention toolkit: a gender-responsive approach. Washington, D. C.: Department of health and human services, Office on women's health. 2016. 129 p.
26. Gupta G. R. Gender, sexuality, and HIV/AIDS: the what, the why, and the how // Canadian HIV/AIDS Policy and Law Review. 2000. Vol. 5. No. 4. P. 86-93.
27. Kimmel M. S. The gendered society. New York: Oxford University Press. 2000. 315 p.
28. Fact sheet: worldAIDS campaign 2001 // The body. URL: http://img.thebody.com/legacyAssets/07/14/fs_wac.pdf (дата звернення: 5.03.2018).
29. Engendering development: through gender equality in rights, resources, and voice / International bank for reconstruction and development, World Bank. Washington, D. C.: World Bank; New York: Oxford University Press, 2001. 364 p.
30. Abbai N. S., Wand H., Ramjee G. Biological factors that place women at risk for HIV: evidence from a large-scale clinical trial in Durban // BMC women's health. March 19, 2016. URL: <http://bmcwomenshealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12905-016-0295-5> (дата звернення: 5.03.2018).
31. Дольто Ф. На стороне подростка / пер. с фр. А. К. Борисовой. Екатеринбург: Рама Паблишинг, 2010. 423 с.
32. Gupta G. R., Weiss E., Whelan D. Gender, sexuality and HIV: making a difference in the lives of young women in developing countries // Sexual and Relationship Therapy. Vol. 15. No. 3. 2000. P. 233-245.
33. Гендерный инструмент «Европейская стратегия «Здоровье и развитие детей и подростков»: рабочий документ. Женева: Всемирная организация здравоохранения, 2007. 29 с.
34. Пресс-релиз ЮНЭЙДС от 1 декабря 2017 года // ЮНЭЙДС. URL: http://www.unaids.org/sites/default/files/20171201_PR_BlindSpot_ru.pdf (дата звернення: 5.03.2018).
35. Практическое руководство по внедрению гендерного подхода: методология, обзор по секторам, сборник примеров из практики. Братислава: Региональный центр ПРООН. 2007. Ч. 1. 171 с.
36. Houck F., Silva R., Rottach E. Integrating gender and gender-based violence into HIV programs: workshop report, February 21-23, 2012. Maputo, Mozambique. Washington, DC: Futures group, Health policy project, 2012. 20 p.
37. McKee N., Bertrand J. T., Becker-Benton A. Strategic communication in the HIV/AIDS epidemic. Thousand Oaks: Sage Publications. 2004. 351 p.
38. The «ABCs» of HIV prevention: report of a USAID technical meeting on behavior change approaches to primary prevention of HIV/AIDS. Washington, D. C.: USAID, 2002. 16 p.
39. Friedman S. R. et al. Network-related mechanisms may help explain long-term HIV-1 seroprevalence levels that remain high but do not approach population-group saturation // American journal of epidemiology. 2000. Vol. 152. No. 10. P. 913-922.
40. Curtis R. et al. Street-level drug markets: network structure and HIV risk // Social networks. 1995. Vol. 17. No. 3-4. P. 229-249.

41. De Cock K. M. D for diagnosis and E for everything else // Bulletin of the World Health Organization. 2006. Vol. 84. No. 10. P. 774-775.
42. Lazarus J. V, Lundgren J. D. «E» is for everything else, not least for expanding HIV testing in Europe // Bulletin of the World Health Organization. 2012. Vol. 90. No. 9. P. 634-634A.
43. Уменьшение негативного влияния ВИЧ на девочек-подростков: репортаж // ЮНЭЙДС. 11 ноября 2016 года. URL: http://www.unaids.org/ru/resources/presscentre/featurestories/2016/november/20161111_unwomen (дата звернення: 5.03.2018).
44. Dworkin S. L., Ehrhardt A. A. Going beyond «ABC» to include «GEM»: Critical reflections on progress in the HIV/AIDS epidemic // American Journal of Public Health. 2007. Vol. 97. No. 1. P. 13-18.
45. The gender integration continuum: training session user's guide / E. Neason; Population reference bureau, U.S. agency for international development. Washington, D. C.: PRB, 2017. 28 p.
46. Gender assessment tool: towards a gender-transformative HIV response. Geneva: UNAIDS, 2014. 41 p.
47. Santillán D. et al. To be (gender aware) or not to be (gender blind); that is the question! / Global health mini-university. Washington, D.C.: USAID, 2014. 14 p.
48. Halperin D. T. et al. The time has come for common ground on preventing sexual transmission of HIV // Lancet. 2004. Vol. 364. No. 9449. P. 1913-1915.
49. Transforming our world: the 2030 agenda for sustainable development; resolution adopted by the General Assembly on 25 September 2015 // United Nations. URL: <http://documents-dds-ny.un.org/doc/undoc/gen/n15/291/89/pdf/n1529189.pdf> (дата звернення: 5.03.2018).
50. Что такое гендерно-ориентированный подход: пособие германской инициативы BACKUP. Эшборн: GIZ, 2013. 7 с.
51. Gender equality and female empowerment policy: USAID policy. Washington, D.C.: USAID, 2012. 21 p.
52. Bulyga N. et al. Gender-sensitive harm reduction interventions in Ukraine: clients' perspective // Вісник Академії праці, соціальних відносин і туризму. 2017. № 3. С. 12-25.
53. Практики предоставления гендерно-чувствительных услуг женщинам уязвимых групп: из опыта реализации инициативы «Женщины для женщин» в Украине. Киев: Управление ООН по наркотикам и преступности, 2013. 84 с.
54. Гендер в снижении вреда: от гендерно-чувствительных услуг до гендерного равенства (информация для сотрудников ВИЧ-сервисных НПО) / М. Варбан и др. Киев: Альянс общественного здоровья, 2016. 28 с.
55. Посилення компонента по роботі з підлітками в рамках національної програми ВІЛ/СНІД: адвокац. звіт / За ред. О. М. Балакіревої. Київ: Укр. ін-т соц. дослідж. ім. О. Яременка» 2017. 88 с.