

**ВІЛ ТА ПІДЛІТКИ:
КЕРІВНИЦТВО З КОНСУЛЬТУВАННЯ
І ТЕСТУВАННЯ НА ВІЛ-ІНФЕКЦІЮ
ТА ДОГЛЯДУ ЗА ПІДЛІТКАМИ,
ЯКІ ЖИВУТЬ З ВІЛ**

UNICEF/UKRAINE/2005/G.Pirozzi

ПЕРЕКЛАД РЕКОМЕНДАЦІЙ ВООЗ ДЛЯ ПРАЦІВНИКІВ
СИСТЕМИ ГРОМАДСЬКОЇ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я
І КЕРІВНИКІВ ВИЩОЇ ЛАНКИ ТА МЕНЕДЖЕРІВ

ВІЛ та підлітки:
керівництво з консультування і тестування
на ВІЛ-інфекцію та догляду за підлітками,
які живуть з ВІЛ

**Переклад рекомендацій ВООЗ
для працівників системи охорони здоров'я
і керівників вищої ланки та менеджерів**

Українське видання здійснено Представництвом ЮНІСЕФ в Україні
за сприяння Державної служби України з питань протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу
та інших соціально небезпечних захворювань

УДК 616.89:578.828ВІЛ]-053.6

ББК 55.148

В44

Бібліотека ВООЗ: каталогізація даних публікації.

ВІЛ та підлітки: керівництво з консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію та догляду за підлітками, які живуть з ВІЛ (переклад рекомендацій ВООЗ для працівників системи охорони здоров'я і керівників вищої ланки та менеджерів).

1. ВІЛ-інфекція – діагностика. 2. ВІЛ-інфекція – профілактика та контроль. 3. Консультування. 4. Підлітки. 5. Медичні послуги, що надаються підліткам. 6. ВІЛ-серопозитивність – діагноз. 7. Керівництво І. Всесвітня організація охорони здоров'я.

ISBN 978 92 4150616 8 (NLM класифікація: WC 503,1)

Всі права захищені. Публікації Всесвітньої організації охорони здоров'я можна знайти на веб-сайті ВООЗ (www.who.int) або придбати у відділі преси ВООЗ за адресою: Всесвітня організація охорони здоров'я, вул. Аппія, 20, 1211 Женева 27, Швейцарія.

(Тел.: +41 22791 3264, факс: +41 22 791 4857, електронна пошта: bookorders@who.int).

Запити на отримання дозволу на відтворення або переклад публікацій ВООЗ – або для продажу, або для некомерційного поширення – слід направляти до Відділу преси ВООЗ через веб-сайт ВООЗ (http://www.who.int/about/licensing/copyright_form/en/index.html).

Використані позначення та виклад матеріалу в цьому виданні не відображають думку Всесвітньої організації охорони здоров'я щодо правового статусу тієї чи іншої країни, території, міста/району або їх органів влади чи делімітації їх кордонів. Пунктирні лінії на географічних картах позначають приблизні межі, щодо яких поки що не існує повної згоди.

Згадка конкретних компаній або продукції певних марок не означає, що вони схвалені або рекомендовані Всесвітньою організацією охорони здоров'я і мають перевагу перед іншими компаніями або продуктами аналогічного характеру, що не є згаданими в тексті. За винятком допущених помилок і пропусків, всі назви патентованих продуктів виділяються початковими великими літерами.

Всі можливі запобіжні заходи були прийняті Всесвітньою організацією охорони здоров'я для перевірки інформації, що міститься в цій публікації. Проте, опубліковані матеріали поширюються без будь-якої гарантії. Відповідальність за інтерпретацію і використання матеріалів лягає на користувачів. В жодному разі Всесвітня організація охорони здоров'я не несе відповідальності за збитки, що можуть виникнути в результаті використання цієї публікації.

Українське видання здійснено Представництвом Дитячого фонду ООН (ЮНІСЕФ) в Україні (www.unicef.org.ua) за сприяння Державної служби України з питань протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу та інших соціально небезпечних захворювань (www.dssz.gov.ua).

УДК 616.89:578.828ВІЛ]-053.6

ББК 55.148

© Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ), 2013

© Представництво Дитячого фонду ООН (ЮНІСЕФ) в Україні, 2013

ISBN 978 92 4150616 8

Українське видання

ЗМІСТ

Подяки	5
Абревіатури та скорочення	8
Фінансування	9
Огляд документа	10
Частина 1. Керівництво	14
Розділ 1. Огляд ситуації	14
1.1 Існуючі дані	14
1.2 Цілі	19
1.3 Цільова аудиторія	20
1.4 Розробка Керівництва	20
1.5 Оцінка доказів	21
1.6 Вагомість рекомендацій	22
Розділ 2. Рекомендації та обґрунтування	23
2.1 Послуги з КіТ для підлітків	23
2.2 Підлітки, які живуть з ВІЛ: розкриття статусу, прихильність і дотримання режиму лікування	34
2.3 Загальні рекомендації з надання послуг	51
Частина 2. Впровадження рекомендацій на практиці	54
Розділ 1. Керівництво для впровадження рекомендацій	54
1.1 Добровільне тестування	54
1.2 Неоднорідність підлітків	54
1.3 Значуща участь підлітків	54
1.4 Мінімальні стандарти для КіТ	54
1.5 Гендерні питання	55
1.6 Права людини	55
1.7 Доцільність	55
1.8 Підтримуюче і сприятливе правове та політичне середовище	56
1.9 Правовий захист	56
Розділ 2. Програмний досвід і вивчені уроки	56
2.1 КіТ	57
2.2 Розкриття статусу	59
2.3 Підходи на рівні громади	60
2.4 Навчання	65
2.5 Інші важливі питання	66
Розділ 3. Впровадження Керівництва	78
Розділ 4. Прогалини в дослідженнях	79
Список використаних джерел	81

Додатки доступні на веб-сайті ВООЗ:

<http://www.who.int/hiv/en>

http://www.who.int/maternal_child_adolescent/

Подяки

Це Керівництво було підготовлено Всесвітньою організацією охорони здоров'я (ВООЗ), Департаментом з ВІЛ/СНІДу та Департаментом з охорони здоров'я матерів, новонароджених, дітей і підлітків у співпраці з Глобальною мережею людей, які живуть з ВІЛ/СНІДом (Глобальною мережею ЛЖВ), Організацією Об'єднаних Націй з питань освіти, науки і культури (ЮНЕСКО), Фондом народонаселення ООН (ЮНФПА) та Дитячим фондом ООН (ЮНІСЕФ).

ВООЗ хотіла б подякувати багатьом людям, які зробили свій внесок у розроблення цього документа. Ми хочемо особливо подякувати співголовам зустрічей групи експертів під час написання цього Керівництва – Сабріні Бакеєра – Кітака і Шаффик Ессадже, а також всім членам групи, чії імена наведені нижче.

Рейчел Багглей і Джейн Фергюсон були відповідальні за загальну технічну координацію розробки цього Керівництва. Їм допомагали Готфрід Херншалл, Елізабет Мейсон і Сьюзан Норріс. Цей документ був упорядкований Мері Хендерсон і відредагований працівниками компанії «Юра едіторіал сервісиз». Технічна підтримка була також надана Кетлін Фокс, Дженніфер Хіннерс, Омаром Абдель Маннаном, Елізабет Марум, Кетрін Ното і Амітабхом Сузаром; Розвайтер Гватирина, Надя Хіلال і Клер Орі Шерер надали адміністративну та матеріально-технічну підтримку.

Робоча група з розробки Керівництва

Академічний внесок / проведені дослідження

Бейлорський університет – Бейлорський медичний коледж – Міжнародна педіатрична ініціатива з лікування СНІДу у Техаській дитячій лікарні, США – Едвард Петіт; Клінічний центр університету Ібн Рочд, Марокко – Мехді Каркури; Дитяча лікарня при Медичному коледжі Монтефіоре-Ейнштейна, США – Донна Фаттерман; Інститут інфекційних хвороб, Бразилія – Маринелла Делла Негра; Університет Джонса Хопкінса, Школа громадської охорони здоров'я, США – Брюс Дік; Лондонська школа гігієни і тропічної медицини та Біомедичний науковий та навчальний інститут, Зімбабве – Рашида Ферран; Університет Макерере, Уганда – Сабріна Бакеєра-Кітака; Рада з народонаселення, Кенія – Гарріет Бірінгі; Південно-Африканська рада з медичних досліджень і Департамент з дослідження здоров'я підлітків, Університет Кейптауна, Південна Африка – Катерин Метьюз; Університетський коледж Лондона/Університет Зімбабве – Френсіс Коуен; Університет Малаві – Ерік Умар; Університет Вітватерсранда – Департамент з репродуктивного здоров'я та ВІЛ – Вітс, Південна Африка – Генрі Джон Моултрі.

Національні керівники програм

Міністерство охорони здоров'я і соціального забезпечення дітей, Зімбабве – Гертруда Нкьюб; Національний Департамент охорони здоров'я, Папуа – Нова Гвінея – Нік Маве Дала.

Виконавці програм, громадянське суспільство та представники громадськості

Africaid, Зімбабве – Нікола Джейн Вілліс; Ініціатива Клінтона з питань охорони здоров'я, США – Шаффик Ессайе; Асоціація з протидії поширення ВІЛ-інфекції серед дітей, Південна Африка – Аліса Армстронг; Фонд Huesped, Аргентина – Маріанна Васкес; Глобальна мережа людей, які живуть з ВІЛ, Нідерланди – Адам Гарнер; Глобальна мережа молоді, яка живе з ВІЛ/СНІДом, Гани – Сіндей Тете Хуші; Альянс з ВІЛ/СНІД, Індія – Сонал Мехта; Міжнародна мережа для підготовки до лікування, Таїланд – Ед Аттапон Нгоксін; Ямайська мережа молоді для проведення інформативно-просвітницької діяльності – Джейвіон Нельсон; Інститут досліджень та тренінгів Джон Сноу Інк, програма AIDSTAR-One, США – Ендрю Фуллем; Міжнародна організація Pathfinder, США – Гвін Хейнсворт; Організація Save Children, Азія – Скотт МакГілл; Організація TEMWA, Малаві – Тондер Маното; організація Youth RISE, Великобританія – Аніта Коло.

Права людини і закон

Медична школа ім. Нельсона Манделі – Центр з проведення досліджень з питань СНІДу в Південній Африці (CAPRISA) – Джером Сінгх.

Двосторонні організації

Агентство США з міжнародного розвитку (USAID) – Відділ з охорони здоров'я, підрозділ, що займається питаннями ВІЛ/СНІДу – Вінсент Вонг.

Багатосторонні організації

Штаб-квартира ЮНЕСКО – Дхианарай Четто; Регіональна група підтримки для Східної і Південної Африки – Патрісія Мачавіра.

Штаб-квартира ЮНФПА – Мері Отієно; регіональне представництво, Південна Африка – Аша Мохамуд.

Штаб-квартира ЮНІСЕФ – Сьюзан Каседде, Ліонг Лі Нгуєн, П'єр Роберт; Регіональний офіс, Східна Азія і Тихоокеанський регіон – Вінг-Сі Ченг; Регіональний офіс, Східна та Південна Африка – Рік Олсон; Представництво в Зімбабве – Джудіт Шерман.

Систематичні огляди

Медична школа Північного Онтаріо, Канада – Джессіка Чан; Університет Каліфорнії, Сан-Франциско, США – Бен Анкок, Ендрю Англемер, Ліза М. Батлер, Джейн Дрейк, Тара Хорват (керівник групи), Гейл Е. Кеннеді, Роуз Філіпс, Джей Раджан, Сара Ройс, Джордж Резерфорд, Нанді Зігфрід, Бретт Сміт, Гаврилах Уеллс, Крістен Вендорф; Школа з охорони громадського здоров'я Університету Міннесоти, США – Елісен Сполдінг; Університет Вандербільта, США – Мері Лу Ліндегрєн.

Методисти за системою GRADE

Університет Каліфорнії, Сан-Франциско, США – Ліза Батлер, Нанді Зігфрід.

Представники організацій, що зробили внесок, – не з ВООЗ

Академічний внесок/проведені дослідження

Фонд досліджень з питань СНІДу, США – Кент Кліндера; Фонд Арієля Глейзера, Мозамбік – Паула Ваз; Школа з охорони громадського здоров'я Гіллінгс, Університет Північної Кароліни, США – Одрі Петтіфор; Лондонська школа гігієни і тропічної медицини, Великобританія – Девід Росс; Інститут з охорони громадського здоров'я Носсал, Австралія – Емма Братвейт; Науково-дослідницький інститут Triangle, Азіатський регіон – Девід Стівенс; Королівський інститут тропічної медицини, Нідерланди – Анке ван дер Кваак; Перуанський університет Кауєтано Херідіа, Перу – Карлос Касерес.

Національні керівники програм

Міністерство охорони здоров'я, Біомедичний центр Руанди – Симон П'єр Ніонсенга.

Виконавці програми, громадянське суспільство та представники громадськості

Організація FHI 360 – Дой Каннінгем; Глобальна мережа людей, які живуть з ВІЛ – Джорджина Касвелл; Міжнародна федерація планування сім'ї – Доортъє Брекен, Джон Хопкінс; Організація SONKE, Південна Африка – Реммі Шава.

Міжнародні фінансові установи

Глобальний фонд для боротьби зі СНІДом, туберкульозом та малярією – Аде Факойя.

Двосторонні організації

Агентство США з міжнародного розвитку (USAID) – Енн Макколі.

Інші багатосторонні організації

Штаб-квартира ЮНЕЙДС – Мікаела Хільдебранд, Мартіна Бростром, Джейсон Сігедсон.

Штаб-квартира ЮНІСЕФ – Рейчел Ятс; **Регіональний офіс ЦСЄ/СНД** – Ніна Ференчіч;

Регіональний офіс Східної Азії та Тихоокеанського регіону – Беттіна Шунтер.

Представники організацій, що зробили внесок, – не з ВООЗ.

Департамент з охорони здоров'я матерів, новонароджених, дітей та підлітків – Джейн Фергюсон, Лулу Мухе; **Департамент з питань боротьби поширення ВІЛ/СНІДу** – Рейчел Баггалей, Рауль Гонсалес-Монтеро, Готфрід Херншалл, Ейерусалем Кебеде Негуссіе, Джулі Самуельсон, Натан Шаффер, Аннет Верстер, Марко Віторія; **Департамент репродуктивного здоров'я та досліджень Манхула Лусті** – Нарасімхан.

Регіональний офіс для міждержавної групи підтримки для Східної і Південної Африки – Тешоме Вханна Деста, Буле Нкюбе, Брайан Пазвакавамбва.

Регіональний офіс країн Америки – Матильде Мадделано, Фредді Перес.

Регіональний офіс країн Східного Середземномор'я – Джурмана Хермез.

Регіональний офіс країн Європи – Валентина Балтаг, Лалі Хотенашвілі.

Регіональний офіс країн Південно-Східної Азії – Раджеш Мехта, Разія Пендзе.

Регіональний офіс країн Західного Тихоокеанського регіону – Чжао Пенгфей.

Абревіатури та скорочення

МПДП	Медичні послуги, дружні до підлітків
USAID	Агентство США з міжнародного розвитку
АРВ	Антиретровірусна терапія, що проводиться безпосередньо
АРП	Антиретровірусні препарати
АРТ	Антиретровірусна терапія
ВдПС	Втрата для подальшого спостереження
ВІЛ	Вірус імунодефіциту людини
ВООЗ	Всесвітня організація охорони здоров'я
Глобальна мережа ЛЖВ+	Глобальна мережа людей, які живуть з ВІЛ
ГО	Громадські організації
ДКІТ	Добровільне консультування і тестування
ДОЧМУ	Добровільне обрізання чоловіків в медичних установах
ДС	Допологове спостереження
ЖСО	Жіночі статеві органи
ЗМД	Здоров'я матері і дитини
ЗМНД	Здоров'я матерів, новонароджених і дітей
ЗМНДП	Здоров'я матерів, новонароджених, дітей та підлітків
ІПСШ	Інфекції, що передаються статевим шляхом
КГР	Ключова група ризику
КІТ	Консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію
КІТІП	Консультування і тестування з ініціативи провайдерів
КНСРД	Країни з низьким і середнім рівнем доходу
КПД	Конвенція про права дитини
ЛЖВ+	Людина/люди, які живуть з ВІЛ
ЛСІН	Люди, які споживають ін'єкційні наркотики
ЛТ	Людина-транссексуал
МіО	Моніторинг і оцінка
МПДМ	Медичні послуги, дружні до молоді
НППБС	Надзвичайний план президента з боротьби зі СНІДом
ОЗТ	Опіоїдна замісна терапія
ПВПР	Проблема/Втручання/Порівняння/Результат
ПЖВ+	Підлітки, які живуть з ВІЛ
ППМД	Профілактика передачі ВІЛ від матері до дитини
ППЛ	«Проект про прискорення лікування»
ПППТ	Підтримка після проходження тестування
ППЯ	Постійне поліпшення якості

РКД	Рандомізоване контрольоване дослідження
СІН	Споживання ін'єкційних наркотиків
СНІД	Синдром набутого імунодефіциту
СРЗ	Статеве та репродуктивне здоров'я
СРЗП	Статеве та репродуктивне здоров'я підлітків
ТБ	Туберкульоз
ФГО	Фокус-група для обговорення
ЦДД	Центр денного догляду
ЦКЗ	Центри США по контролю і профілактиці захворювань
ЦПД	Центр передового досвіду
ЧСЧ	Чоловіки, які мають статеві контакти з чоловіками
ЮНЕЙДС	Об'єднана програма Організації Об'єднаних Націй з питань ВІЛ/СНІДу
ЮНЕСКО	Організація Об'єднаних Націй з питань освіти, науки і культури
ЮНІСЕФ	Дитячий фонд Організації Об'єднаних Націй
ЮНФПА	Фонд народонаселення Організації Об'єднаних Націй
FHI 360	Міжнародна організація «Здоров'я сім'ї»

Фінансування

Фінансування для підтримки цієї роботи – в тому числі проведення систематичних оглядів зібраних даних, збір та аналіз самих даних, проведення нарад експертів, написання, редагування та друк проекту документа – було надане Об'єднаною програмою Організації Об'єднаних Націй з питань ВІЛ/СНІДу (ЮНЕЙДС), Фондом народонаселення Організації Об'єднаних Націй (ЮНФПА) і Агентством США з міжнародного розвитку (USAID). Додаткові кошти та експерти були залучені із Департаменту ВООЗ з ВІЛ/СНІДу та Департаменту ВООЗ з охорони здоров'я матерів, новонароджених, дітей і підлітків. Ми хотіли б висловити вдячність за вагомий фінансовий внесок Дитячому фонду Організації Об'єднаних Націй (ЮНІСЕФ) під час проведення систематичного огляду і розроблення цього Керівництва.

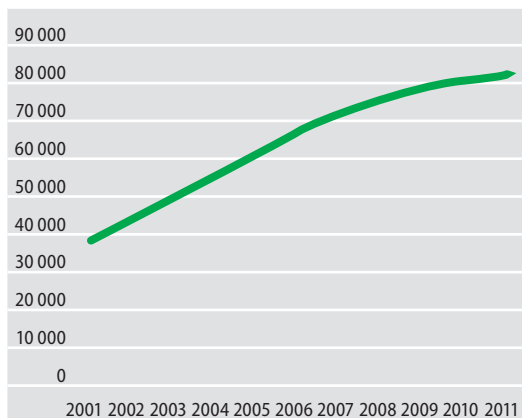
Огляд документа

Незважаючи на всі зусилля, підлітки (10-19 років) і молодь (20-24 років) залишаються уразливими групами ризику¹ як в соціальному, так і в економічному контексті, щодо поширення ВІЛ-інфекції (1). Насамперед це стосується підлітків, особливо дівчаток, які живуть у місцях з генералізованою епідемією ВІЛ або які є членами ключових груп ризику, та які підпадають під найбільший ризик зараження та передачі ВІЛ-інфекції статевим шляхом та шляхом вживання ін'єкційних наркотиків. У 2012 році у світі проживало близько 2,1 млн ВІЛ-позитивних підлітків (2). Приблизно одна сьома всіх нових випадків зараження ВІЛ-інфекцією відбувається в підлітковому віці (2).

Доступ до інформації та послуг з консультування і тестування (КіТ), а також користування цими послугами серед підлітків є значно нижчим, ніж серед дорослих. За даними опитувань, проведених в Центральній та Західній Африці, тільки 10% молодих чоловіків і 15% молодих жінок (віком 15-24 років) знали про свій ВІЛ-статус. Однак, треба відзначити, що доступ і охоплення значно різняться в країнах і регіонах.

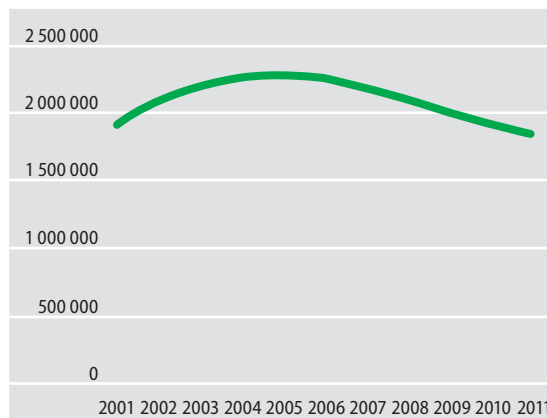
У період з 2005 року по 2012 рік, у зв'язку з ВІЛ смертність серед підлітків збільшилася на 50%, тоді як загальна кількість смертей, пов'язаних з ВІЛ, знизилася на 30% (2). Таке зростання смертності серед ВІЛ-позитивних підлітків пов'язано в першу чергу із виключенням підлітків із пріоритетних груп під час розробки та впровадження національних планів з боротьби із ВІЛ-інфекцією, відсутністю належного доступу і прийняттого консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію, ненаданням медичних послуг і відсутністю підтримки підлітків з метою продовження лікування і дотримання режиму антиретровірусної терапії (АРТ).

Рис. 1. Загальна кількість смертей серед підлітків, пов'язаних із ВІЛ-інфекцією.



Джерело: Каседде С. та ін. (3)

Рис. 2. Загальна кількість смертей, пов'язаних із ВІЛ-інфекцією.



Джерело: ЮНЕЙДС (2)

Мета розроблення Керівництва

Була визнана необхідність у розробці Керівництва для надання КіТ та догляду за підлітками, які живуть з ВІЛ-інфекцією (ПЖВ+), у якому були б безпосередньо розглянуті потреби і проблеми саме підлітків. Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) у співпраці з Дитячим фондом Організації Об'єднаних Націй (ЮНІСЕФ), Фондом народонаселення Організації Об'єднаних Націй (ЮНФПА), Організацією Об'єднаних Націй з питань освіти, науки і культури (ЮНЕСКО) та Глобальною мережею людей, які живуть з ВІЛ (ЛЖВ +), розробили

¹ Цей документ орієнтований на підлітків віком від 10 до 19 років. Однак, багато програм передбачено для молоді віком 15-24 років. Невідповідність у зборі даних часто призводить до дублювання вікової категорії. Ця проблема також виникає внаслідок використання різних визначень «дитини», «підлітка», «молодої людини» і «молодого дорослого». В результаті дані, що стосуються підлітків, часто не враховуються, тому що ця група відноситься до різних вікових діапазонів.

це Керівництво для надання конкретних рекомендацій та експертних пропозицій щодо визначення пріоритетів, планування та надання послуг з консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію, лікування та догляду за підлітками. Цей документ, насамперед, призначається для керівників вищої ланки на національному рівні, керівників програм та їх партнерів і зацікавлених сторін.

Сфера застосування Керівництва

Консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію

Попередні рекомендації ВООЗ з КіТ були зосереджені на підтримці КіТ з ініціативи провайде-ра (КТіП). В Керівництві 2011 року акцент був зроблений на надання КіТ для сімейних пар, а у 2013 році увага також була приділена наданню послуг з боку громади. Організація Об'єднаних Націй на глобальному рівні не видала керівництв, що стосувалися б задоволення потреб підлітків і надавачів послуг, але деякі країни і організації (наприклад, організація «Єф Ейч Ай 360», Центри США по контролю і профілактиці захворювань і AmFAR) розробили рекомендації щодо тестування молодих людей у віці 10-24 років. Рівень доступу та використання можливостей КіТ підлітками (особливо членами ключових груп ризику) нижчий, ніж серед багатьох інших груп. В результаті вони опиняються у складному становищі з точки зору отримання послуг з профілактики поширення ВІЛ-інфекції, лікування та догляду. Пізня діагностика ВІЛ-інфекції призводить до затримки початку антиретровірусної терапії (АРТ). Це особливо стосується підлітків, які інфікувалися перинатальним шляхом.

Догляд за підлітками, які живуть з ВІЛ

Доступ до лікування та догляду за підлітками, які живуть з ВІЛ, також залишається недостатньо розповсюдженим. Після КіТ подальше надання послуг та утримання під наглядом мають незадовільну оцінку серед більшості груп ризику, а рівень охоплення АРТ для підлітків є нижчим, ніж для інших вікових груп. Інтервенції (втручання), дотримання лікування і одержання своєчасної допомоги є проблемними питаннями в багатьох країнах. Неможливість вирішення цих питань для підліткової групи призвело до неефективності лікування і високого рівня ВІЛ-захворюваності та смертності. Вирішення цих проблем та використання систем для надання високоякісних, ефективних медичних послуг та соціальної підтримки для підлітків є вкрай необхідним. Зведене керівництво ВООЗ з використання антиретровірусних препаратів для лікування та попередження поширення ВІЛ-інфекції (далі Зведене керівництво АРВ) надає комплексні медичні рекомендації з надання АРТ для всіх груп ризику (4), включаючи підлітків, а у цьому Керівництві з попередження поширення ВІЛ-інфекції серед підлітків зазначені додаткові рекомендації та дії з метою надання послуг, щоб допомогти підліткам залишатися під наглядом і дотримуватися АРТ.

У цьому документі також обговорюються шляхи надання підтримки, забезпечення режиму лікування й утримання під наглядом ПЖВ+, у тому числі **надання послуг на рівні громад і навчання медичних працівників**. Наведено також ряд інших рекомендацій з надання послуг, зазначених у «Зведеному керівництві АРВ», з оглядом на потреби і проблеми підлітків.

Ключові групи ризику

В рамках цього документа **ключові групи ризику** визначаються як групи населення, які перебувають під високим ризиком інфікування ВІЛ (ці групи непропорційно інфіковані у всіх регіонах, незалежно від типу епідемії – зокрема, це особи, які надають комерційні сексуальні послуги, чоловіки, які мають статеві відносини з чоловіками, трансгендерні особи та люди, які споживають ін'єкційні наркотики). Питання, розглянуті нижче, безпосередньо стосуються ключових груп серед підлітків, тобто людей у віці від 10 до 19 років. На додаток до вищезгаданих груп до найуразливіших підлітків також відносяться ті, хто зазнав сексуального насильства та/або експлуатації, та ті, хто знаходяться у в'язницях та інших закритих установах.

Принципи, за якими розроблялися рекомендації

- Обов'язкове або примусове тестування на ВІЛ-інфекцію з точки зору охорони здоров'я або для будь-яких інших цілей є порушенням прав людини і не відповідає загальноприйнятним поняттям тестування, лікування та догляду. Таким чином, обов'язкове тестування не підтримується в рамках цього документа.
- Завдяки визнанню відмінностей серед підлітків підкреслюється необхідність у гнучкості й адаптації послуг і підходів, виходячи з умов і типу епідемії.
- Участь підлітків, зокрема ПЖВ+, а також представників найуразливіших груп має вирішальне значення для розробки і впровадження ефективних і прийнятних КіТ, лікування ВІЛ та догляду за підлітками.
- Всі форми КіТ мають дотримуватися п'яти принципів: згода, конфіденційність, консультування, правильні результати тестування і подальша робота з лікування, догляду та надання послуг з профілактики.
- Питання, які можуть бути пов'язані зі статтю підлітків або їх трансґерденістю, повинні бути розглянуті і визнані при розробці, впровадженні, проведенні моніторингу та оцінки послуг для підлітків.
- Всі послуги повинні бути надані в рамках визнаних прав людини.²
- Сприятливі політичні умови та належна законодавча база мають важливе значення для ефективного і прийняттого надання послуг.³
- Для підлітків, молодших за 18 років, консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію повинні проводитися за умов захисту інтересів дітей, а також перенаправлення до органів захисту дітей повинно бути здійснено у випадках, коли діти стали жертвами насильства чи знаходяться під ризиком зловживань. Переадресація для отримання юридичних/соціальних послуг також необхідна для підлітків у віці 18-19 років.

У цьому Керівництві висвітлюються питання, пов'язані з отриманням згоди від підлітків для надання КіТ. Законодавчі акти щодо встановлення віку, коли особа має право самостійно надати згоду на тестування, можуть стати перешкодою для доступу підлітків до отримання КіТ та інших медичних послуг. Хоча вік, коли особа отримує право на надання згоди на тестування на ВІЛ, є різним в різних країнах, міністерствам охорони здоров'я пропонується переглянути свої законодавчі акти, у випадку необхідності дотримання прав підлітків на їх вибір щодо свого здоров'я і благополуччя (з урахуванням різних рівнів зрілості і розуміння). У цьому документі наполегливо рекомендується розглянути шляхи зростання **підтримки підлітків в питаннях розкриття їх статусу**.

У Керівництві розглянуті **оперативні підходи** і варіанти, а також надані програмні приклади і принципи для їх реалізації. **Дослідницькі прогалини**, виявлені в ході нарад експертів і процесу розробки Керівництва, також задокументовані.

Рекомендації

1. Консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію щодо профілактики, лікування та догляду рекомендуються всім підліткам груп ризику в будь-яких умовах (при початковій, концентрованій та генералізованій епідемії).
2. В умовах **генералізованої** епідемії консультування і тестування щодо профілактики, лікування та догляду рекомендуються всім підліткам.

² Див. Конвенцію про права дитини, Зауваження загального порядку 4-<http://tb.ohchr.org/default.aspx?Symbol=CRC/GC/2003/4>, Зауваження загального порядку № 15 (2013) – Право дитини на найвищий досяжний рівень здоров'я (Стаття 24).

³ Сприятливе правове та політичне середовище має вирішальне значення для підлітків у отриманні доступу і проходженні консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію, а також перенаправленні до відповідної установи для отримання лікування та догляду. Криміналізація передачі ВІЛ-інфекції, нараження на небезпеку та нерозголошення обмежує можливості підлітків у отриманні доступу і використанні цілого ряду послуг, пов'язаних з ВІЛ.

3. В умовах епідемії низького рівня **та концентрованої епідемії** консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію, профілактику, лікування та догляд рекомендується зробити **доступними** для всіх підлітків.
4. Підліткам повинно бути повідомлено про потенційні переваги та ризики розкриття свого ВІЛ-статусу та надано інформацію і підтримку для визначення того, коли, як і кому розкривати свій статус.
5. Надання послуг на рівні громад може сприяти продовженню лікування та дотриманню медичних приписів серед підлітків, які живуть з ВІЛ.
6. Навчання медичних працівників може сприяти продовженню лікування та дотриманню медичних приписів серед підлітків, які живуть з ВІЛ.

Рекомендації щодо КіТ для підлітків, розкриття статусу, надання послуг з боку громад та навчання медичних працівників передбачають значні переваги у соціально-економічному та епідеміологічному контексті та повинні бути розглянуті як Керівництво на глобальному рівні. Водночас визнається, що країни з недостатніми ресурсами для надання медичних послуг, особливо з недостатньо розвинутими послугами охорони здоров'я для підлітків, зустрінуться з чималими труднощами у впровадженні цих рекомендацій, але саме тому ці країни зможуть отримати найбільшу користь з них. Урядам пропонується розглянути це Керівництво з огляду на характер епідемії ВІЛ, враховуючи національні політику, програми та ресурси.

Це Керівництво було розроблено із урахуванням прав людини в результаті проведення систематичного огляду опублікованої та неопублікованої літератури і консультацій із підлітками та медичними працівниками, а також використовуючи досвід роботи на місцях і думки експертів. Опублікована доказова база з питань, пов'язаних з підлітками, є дуже обмежена або відсутня, саме тому значну увагу при розробці документа було надано думкам експертів, підлітків і надавачів медичних послуг, а також практичному досвіду фахівців-практиків.

Частина 1. Керівництво

Розділ 1. Огляд ситуації

1.1 Існуючі дані

На сьогодні понад 35,3 млн осіб живуть з ВІЛ, а 2,1 млн (5,9%) з них є підлітками у віці 10-19 років (1, 2)⁴. У 2012 році кожного дня у світі було зареєстровано більш ніж 6300 нових випадків інфікування ВІЛ (2). Близько 2500 цих випадків припадають на підлітків та молодь у віці 15-24 років (2, 5).

Більшість із приблизно 712 нових випадків інфікування ВІЛ, які діагностуються кожен день серед дітей віком до 15 років, пов'язані з вертикальною передачею, і лише невеликий відсоток осіб цієї групи були інфіковані горизонтальним шляхом, у тому числі статевим шляхом у випадках сексуального насильства/примусового сексу або статевих стосунків у ранньому віці (5). Підлітки і молоді люди залишаються вкрай уразливими до ВІЛ-інфекції, особливо дівчата, які живуть в умовах генералізованої епідемії ВІЛ, або які є членами груп високого ризику інфікування, або передачі ВІЛ (див. розділ 1, підрозділ 2.1.2. Підлітки – ключова група ризику).

За останні десять років спостерігався значний прогрес у розширенні доступу до лікування ВІЛ та догляду. На кінець 2012 року понад 9,7 млн осіб в країнах з низьким та середнім рівнем доходів (КНСРД) мали доступ до антиретровірусної терапії (АРТ) (1). Це призвело до зниження рівня смертності, пов'язаного з ВІЛ. Проте, глобальне охоплення АРТ все ще є недостатнім – 61%⁵, і більшість людей, які живуть з ВІЛ, не знають свого серологічного статусу (2).

Рання діагностика і лікування можуть зменшити прогресування ВІЛ-інфекції та запобігти передачі, але підлітки менш схильні, ніж дорослі, до проходження тестування, лікування і дотримання медичних рекомендацій, тим самим знижуючи вірусне навантаження (6, 7, 8, 9, 10). Хоча дані про підлітків, які отримують лікування, є обмеженими, проте вони свідчать, що кількість підлітків, які звертаються за медичними послугами та проходять лікування, є нижчою, ніж серед представників інших вікових груп (11, 12). Наразі вкрай важливим є питання ідентифікації та залучення ПЖВ+ в рамках медичних втручань до лікування і надання подальших послуг з догляду та підтримки.

Станом на 2012 рік близько 630 000 немовлят, дітей і підлітків до 15 років розпочали АРТ. Таким чином було досягнуто рівня охоплення у 28% всіх дітей, які потребують педіатричної АРТ (1). Таких результатів було досягнуто завдяки зверненню уваги на програми з профілактики передачі ВІЛ від матері до дитини (ПППМД), в рамках яких проводилася рання діагностика на ВІЛ-інфекцію і лікування немовлят.⁶ Протягом наступного десятиліття ці немовлята і маленькі діти, які живуть з ВІЛ і одержують АРТ, стануть підлітками та зіткнуться з фізичними, емоційними та соціальними змінами, характерними для підліткового віку, і цей період буде ускладнений наявністю хронічної інфекції і питанням профілактики передачі.

Наразі в південній частині Африки можна спостерігати прогресуючу епідемію ВІЛ серед підлітків, які були інфіковані перинатальним шляхом. Серед цих підлітків є ті, які розпочали отримувати АРТ ще немовлятами в рамках програм з ППМД, і ті, які були інфіковані у перинатальному періоді, але не отримували АРТ, тому що їх матері не були охоплені програмами з ППМД, або вони не дотримувалися режиму лікування і вижили без АРТ (так звані «повільні прогресори»). Дані свідчать про те, що майже одна третина ВІЛ-інфікованих немовлят, які не почали АРТ, є повільними прогресорами, і в середньому можуть прожити довше, ніж 10 років (13). Зростаюче загальне число повільних прогресорів, немовлят та маленьких дітей,

⁴ Див. додаток 1 «Список основних термінів і визначень».

⁵ Згідно з Керівництвом ВООЗ щодо проведення АРВ 2010 р.

⁶ В деяких країнах ці програми визначені як програми з профілактики передачі ВІЛ від одного із батьків до дитини; в рамках цього документа ми будемо використовувати більш поширений термін ПППМД.

які отримують АРТ (яким необхідна підтримка, щоб впоратися із проблемами, пов'язаними із тривалим лікуванням), є дуже важливою і складною проблемою, яку необхідно вирішувати в ранньому віці, не зволікаючи, не відкладаючи лікування й надання подальших послуг з догляду та підтримки (14). Все частіше ВІЛ визнається загальною причиною гострих захворювань і смертності у лікарнях серед підлітків в умовах поширеної, генералізованої епідемії (15, 16, 17).

Хоча завдяки швидкому поширенню лікування ВІЛ-інфекції значно покращилися показники виживання, тривалості і якості життя людей, які живуть з ВІЛ (ЛЖВ+), затримка початку АРТ залишається проблемою в багатьох регіонах, в тому числі у країнах з високим рівнем доходів (18, 19). У попередніх рекомендаціях ВООЗ визначено, що АРТ слід розпочинати при показниках нижче рівня 350 клітин/мм³. 42 країни з низьким та середнім рівнем доходу затвердили ці рекомендації у своєму національному керівництві з АРТ (20). На сьогодні ВООЗ рекомендує (у Зведеному керівництві щодо використання антиретровірусних препаратів для лікування і профілактики ВІЛ-інфекції – 2013 року) починати АРТ для всіх ЛЖВ+ з числом лімфоцитів CD4 на рівні 500 клітин/мм³ і нижче (4)⁷. Однак, більшість пацієнтів в даний час починають АРТ при рівні CD4 клітин набагато нижчому щодо національних рекомендацій. Низький рівень CD4 має прямий негативний вплив на результат лікування ВІЛ та медичні витрати, пов'язаних із лікуванням на пізніх стадіях ВІЛ-інфекції, в тому числі госпіталізацій.

Деякі фактори, які пов'язані з наданням медичних послуг, затримують початок проведення АРТ і знижують бажання лікуватися. Серед цих факторів визначаються наступні: діагностування ВІЛ-інфекції на просунутій стадії, поганий зв'язок з подальшими необхідними послугами, недотримання лікування після виявлення ВІЛ-позитивного статусу (21, 22, 23), а також втрата подальшого догляду за підлітками, що особливо часто відбувається в період між тестуванням і початком АРТ. Додатковими факторами також можуть стати юридичні та/або сімейні труднощі навколо розкриття статусу, а також відсутність емоційної та фінансової підтримки.

Всі ці питання представляють потенційно складні завдання для підлітків, які стикаються з наявними чи передбачуваними бар'єрами для проходження тестування на ВІЛ та лікування, ніж для населення в цілому. ПЖВ+ також можуть зіткнутися із труднощами при переході від педіатричних послуг – коли батьки та опікуни часто несуть основну відповідальність за них – до отримання послуг, які надаються дорослим, коли вони самі мають турбуватися про своє здоров'я. У разі децентралізованих послуг, коли тільки одна послуга з АРТ є доступною, найбільшою проблемою є не перехід від одного набору послуг до іншого, а швидше безпосередня відповідальність за своє здоров'я. Як правило, це тривалий процес, під час якого підліток починає самостійно приймати конкретні рішення щодо свого здоров'я згідно зі своїми можливостями.

1.1.1 Консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію підлітків

Консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію (КіТ) є важливим компонентом програм для забезпечення загального доступу до профілактики, лікування, догляду та підтримки. Незалежно від шляху передачі ВІЛ, невчасне консультування і тестування призводить до пізньої діагностики. Більш поширене КіТ може привести до ранньої діагностики та більш ефективного надання допомоги.⁸ У зв'язку зі зростанням доступності АРТ та послуг з профілактики, рання діагностика може стримати поширення інфекції, тим самим зменшуючи рівень захворюваності на ВІЛ і пов'язаних з ним хвороб та смертності.

КіТ для підлітків і для дорослих пропонує багато важливих переваг. Підлітки, які дізнаються про свій ВІЛ-позитивний статус, швидше за все отримують емоційну підтримку та будуть практикувати превентивну модель поведінки, щоб знизити ризик передачі ВІЛ, а також от-

⁷ Також для запобігання передачі інфекції неінфікованим партнерам ВООЗ рекомендує призначення АРТ ВІЛ-позитивним партнерам у середісдордантних парах незалежно від кількості лімфоцитів CD4.

⁸ Хоча дані відсутні, але вважається, що значний відсоток підлітків, які пройшли тестування і дізналися про свій статус, але які не були переадресовані для отримання подальших послуг з догляду та лікування, не розпочали лікування, коли їм це було вкрай необхідно (Г. Хейнсворт, Pathfinder, особисте спілкування, 2013).

римають лікування і догляд, якщо ці послуги доступні для них. Надання медичних послуг на ранній стадії допоможе їм почувати себе краще і жити довше, ніж у випадку тестування і отримання лікування, коли їх ВІЛ-позитивний статус вже на просунутій стадії. Доступ до КіТ є також важливий для підлітків, які не інфіковані ВІЛ, тому що вони отримують можливість доступу до послуг і засобів з профілактики. Останні дані з Південної Африки свідчать, що серед підлітків, які проходили тестування, рівень захворюваності ВІЛ був нижчий протягом тривалого часу в порівнянні з тими, хто не проходив тестування (24). КіТ також є важливим компонентом пакету послуг в рамках програм з проведення добровільного медичного чоловічого обрізання з метою профілактики поширення ВІЛ, які проводяться в 14 пріоритетних країнах Центральної і Західної Африки, в яких підлітки є важливою цільовою групою (25).

Доступ до КіТ та використання цієї послуги є значно нижчими серед підлітків, ніж серед дорослих.⁹ За даними, зібраними з 2005 року по 2010 рік, в країнах Центральної і Західної Африки, лише 10% молодих чоловіків і 15% молодих жінок (віком 15-24 років) знали про свій ВІЛ-позитивний статус (26). Однак, доступ і охоплення суттєво різняться між країнами і регіонами. Наприклад, в Малаві і Зімбабве дані свідчать, що серед всіх клієнтів, які звертаються за послугами з КіТ, близько 40% – це особи у віці 15-24 років. Серед цих молодих клієнтів – близько 60% становлять жінки (Р. Олсон, ЮНІСЕФ – Південна Африка, інтерв'ю, 2013).

Оскільки в даний час звертання за КіТ відбувається рідко серед підлітків, і послуги з КіТ для підлітків не були розроблені у багатьох умовах, в рамках цього Керівництва рекомендується розширення доступу до КіТ для підлітків у різних епідеміологічних умовах.¹⁰ У цьому документі також обговорюються підходи до надання послуг, які є прийнятними і ефективними, щоб збільшити кількість підлітків, які звертаються за КіТ, і зокрема відзначаються оперативні питання, які необхідно вирішувати для ефективного здійснення рекомендацій.

1.1.2 Догляд та лікування ВІЛ серед підлітків, які живуть з ВІЛ

Шляхи передачі

Підлітки можуть бути інфіковані ВІЛ двома шляхами – вертикальним або горизонтальним шляхом.

Вертикальний (від матері до дитини) шлях передачі:

До групи підлітків, які живуть з ВІЛ, входять особи, які були інфіковані вертикальним шляхом та вижили, перебуваючи на лікуванні, та ті, хто не отримували лікування (повільні прогресори). Деякі з цих підлітків отримують догляд в рамках програм з ППМД. Однак, значна частина з них не була діагностована через втрату контролю над ними для подальшого спостереження або недостатнє охоплення програмами з ППМД.

Горизонтальний шлях передачі:

Горизонтальна передача відбувається двома способами:

Передача статевим шляхом

В більшості частин світу сексуальна активність починається в підлітковому віці, хоча вік і умови дуже відрізняються. Ризики інфікування ВІЛ включають секс без використання презервативів, примусовий секс у ранньому віці, сексуальну експлуатацію та сексуальне насильство.

Передача парентеральним шляхом

Передача інфекції нестатевим шляхом серед підлітків може відбуватися під час споживання ін'єкційних наркотиків (СІН), практикування форм поведінки, заснованих на звичаях (наприклад, обрізання жіночих статевих органів, порізи лезом загального використання під час гоління і методи лікування, що вимагають зрізання шкіри), а також деяких медичних процедур, наприклад, небезпечних хірургічних процедур, ін'єкції та переливання крові.

⁹ В країнах, де підлітки віком 15-19 років вважаються дорослими, доступ до КіТ надається в рамках допологового пакету послуг, таким чином виключаючи підлітків чоловічої статі і тому зменшуючи доступ для цієї групи.

¹⁰ Під розширенням доступу також розуміється переглядання існуючих послуг та їх адаптація до потреб підлітків.

Існують соціальні і контекстуальні фактори, що роблять підлітків уразливими до передачі ВІЛ-інфекції горизонтальним шляхом. Ці чинники включають: вік, стать, соціальні та культурні норми і системи цінностей про сексуальну активність, розташування (де підлітки проживають, навчаються і заробляють), економічний та освітній статус і сексуальну орієнтацію. Серед особливо уразливих підлітків відзначаються підлітки ключових груп ризику, а також діти-сироти, діти мігрантів та біженців, ув'язнених та інших груп, які відчувають соціальну маргіналізацію та дискримінацію, та підлітки, постраждалі від гуманітарних криз. Конфлікт, переміщення і відсутність продовольчої безпеки також посилюють ризик. Сама епідемія ВІЛ також збільшує уразливість, наприклад, підлітки, осиротілі внаслідок СНІДу, можуть бути більш уразливими до ВІЛ, якщо обставини примушують їх займатися сексом з дорослими і/або з декількома партнерами для отримання фінансової чи емоційної підтримки.

Оптимальне лікування ВІЛ для різних груп підлітків

Існує кілька різних груп ПЖВ+, які слід заохочувати і яким слід надавати доступ до АРТ, догляд та підтримку, і яких необхідно підтримувати в процесі лікування. Оптимальне лікування ВІЛ для різних груп ПЖВ+ варіюється залежно від способу передачі, віку, статі і соціальних факторів. Нижче розглянуті 3 великі групи, кожна з яких має конкретні потреби і проблеми:

Підлітки, які були інфіковані вертикальним шляхом, отримали діагноз на ранній стадії і почали отримувати АРТ

Тільки у 2012 році вертикальним шляхом було інфіковано приблизно 260 000 дітей (2). Поточні зусилля по оптимізації програм з ППМД захищаються недостатніми для припинення інфікування ВІЛ новонароджених. Доступ до медичних послуг для матері і дитини необхідно значно покращити. Це також стосується заходів з профілактики, таких як профілактика передачі і лікування ВІЛ до вагітності.

У країнах, що розвиваються, успішна рання діагностика немовлят та переадресування для отримання медичних послуг призвели до того, що більш ніж 630 000 дітей почали отримувати АРТ (1). Протягом наступного десятиліття ці діти стануть підлітками, і їм необхідно буде перейти до отримання послуг, які надаються дорослим. Саме тому дуже важливо надати їм підтримку для продовження АРТ і дотримання режиму лікування. Медичні працівники, навіть ті, які мають багатий досвід роботи з дорослими, які живуть з ВІЛ, часто є недостатньо підготовленими для роботи з підлітками. У багатьох країнах такий досвід є недостатнім і недосконалим, оскільки саме засуджуваче ставлення до сексуально активних підлітків є перешкодою до встановлення взаємопорозуміння і надання подальших послуг та задоволення конкретних потреб підлітків.

Значна частка вагітних жінок є підлітками (приблизно 16 мільйонів народжень на рік припадає на підлітків) (27). Дівчатка-підлітки, які живуть з ВІЛ, мають менший доступ до програм з ППМД, ніж дорослі жінки, і вони потребують покращеного доступу до послуг, пов'язаних з материнством, та інших медичних послуг.

Підлітки, які були інфіковані вертикальним шляхом, не отримали діагноз на ранній стадії і не почали отримувати АРТ

В умовах генералізованої епідемії зростає частка дітей, які були інфіковані ВІЛ перинатальним шляхом і досі не знають про свій статус (28). Ці повільні прогресори дожили до підліткового віку, не отримавши діагнозу і не розпочавши АРТ. Вони можуть мати хронічні захворювання та затримки у розвитку, і саме тому встановлення діагнозу, початок лікування, отримання послуг з догляду та підтримки можуть тільки поліпшити їх ситуацію.

Хоча в останній час і зросло охоплення програмами з ППМД, багато матерів досі не мають доступу до допологових послуг або ППМД. У країнах з низьким і середнім рівнем доходу охоплення ефективною антиретровірусною терапією в рамках програм з ППМД досягло лише 57% у 2011 році (2). В країнах Центральної та Західної Африки, де проживає 92% загальної кількості вагітних жінок, які живуть з ВІЛ, тільки 59% отримували АРТ або послуги з профілактики під час вагітності та пологів.

Навіть коли послуги з ППМД є доступними, вони не є стовідсотково ефективними в запобіганні вертикальної передачі ВІЛ. Крім того, під час впровадження багатьох програм існує проблема втрати пацієнтів для надання подальших послуг, в результаті чого інфіковані немовлята не проходять тестування, і значна частина інфікованих перинатальним шляхом дітей не отримують медичних послуг на ранній стадії. Без АРТ у цих дітей у багатьох випадках будуть виявлені симптоми захворювань, пов'язані з ВІЛ, у ранньому віці, і це стане сигналом для отримання термінового лікування ВІЛ й інших послуг.

Пізня діагностика ВІЛ-інфекції для інфікованих перинатальним шляхом підлітків визнається дуже серйозною проблемою, тому що вона призводить до запізнілого початку проведення АРТ, недотримання режиму лікування та неохочення необхідних інших послуг. Ситуація може бути ускладнена небажанням деяких батьків і ненаданням дозволу для проведення тестування і/або початку АРТ, побоюючись потенційної стигматизації або актів насильства, пов'язаних зі статусом. За неофіційними даними, у деяких регіонах довіра до народних цілительів і страх щодо побічних ефектів АРТ спонукає батьків і опікунів до відкладання діагностики та лікування дітей.

Підлітки, які були інфіковані горизонтальним шляхом

Основним шляхом передачі ВІЛ-інфекції серед хлопців і дівчат-підлітків в умовах генералізованої епідемії є незахищені гетеросексуальні стосунки (іноді за примусом чи із застосуванням сили). За зібраними доказами, досвід статевих стосунків за примусом є досить поширеним серед молодих людей і призводить до ризикованої статевої поведінки у подальшому (29). В рамках проведення огляду національних репрезентативних обстежень в Буркіна-Фасо, Гані, Малаві і Уганді відстежувалось питання поширеності перших статевих стосунків за примусом серед дівчаток-підлітків (віком 12-19 років) (30). Тридцять вісім відсотків дівчаток в Малаві визнали, що вони були «не готові взагалі» до свого першого статевого акту; дівчата в Гані (30%), Уганді (23%) і Буркіна-Фасо (15%) відповіли аналогічно. Глибинні інтерв'ю, що проводилися в 2003 році з представниками тієї ж групи, виявили, що існує чотири основних типи сексуального примусу: примус до сексу; тиск шляхом пропонування грошей або подарунків; лестощі, приставання і погрози займатися сексом з іншими дівчатами, а також пасивна згода.

У багатьох випадках підлітки також уразливі до ВІЛ-інфекції через споживання ін'єкційних наркотиків та сексуальну експлуатацію, яка часто пов'язана з незахищеними гетеро- і гомосексуальними стосунками (30). Невелика кількість випадків припадає на внутрішньо лікарняну передачу, тобто у випадках небезпечних медичних практик і процедур або форм поведінки, заснованих на звичаях.

Поширення доступу до КіТ з подальшим переадресуванням для отримання послуг з лікування та догляду часто вимагають різних підходів для підлітків, інфікованих горизонтальним шляхом, ніж для підлітків, інфікованих вертикальним шляхом. Під час розроблення підходів необхідно враховувати потреби підлітків, які були інфіковані під час статевих стосунків у ранньому віці або в результаті сексуального насильства.

Додаткові проблеми

У багатьох країнах з обмеженими ресурсами і високими показниками ВІЛ, обмежені можливості медичних систем становлять серйозну проблему для розвитку послуг з КіТ, лікування та догляду за підлітками. Саме тому дуже важливо мінімізувати неефективність процесу надання ВІЛ-послуг, вивчити інноваційні підходи до надання послуг, а також оптимізувати результати лікування, налагодивши зв'язки та інтеграцію з іншими послугами. Крім того, лікування хронічних захворювань вимагає переглядання моделей надання послуг, які найчастіше призначені в першу чергу для забезпечення невідкладної допомоги.

Це Керівництво закликає надавати послуги на рівні громад, покращити підготовку медичних працівників і допомогти ПЖВ+ у розкритті свого статусу іншим та дотриманні режиму лікування. Наголошується нагальна необхідність у початку АРТ за клінічними показниками,

дотриманні режиму АРТ та догляді за ПЖВ+. Вік надання згоди на тестування також обговорюється як питання для розгляду при плануванні та наданні послуг підліткам.

1.2 Цілі

ВООЗ визнає необхідність приділяти першочергову увагу розширенню доступу до КіТ для підлітків і зростанню прихильності до лікування та дотримання режиму.

Це Керівництво було розроблено з метою:

- сформулювати рекомендації та пропозиції для політиків і керівників національних програм, громадських організацій та технічних і фінансових партнерів щодо пріоритетності, планування і забезпечення консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію, лікування та догляду для підлітків в умовах обмежених ресурсів;
- підтримати надання всеосяжних, доступних, відповідних і прийнятних послуг для підлітків в рамках пакету послуг (у тому числі консультування і тестування, лікування та догляд і переадресація для отримання медичних послуг сексуального, репродуктивного та психічного характеру, а також підтримки громадян);
- доповнити і включити відповідні рекомендації із Зведеного керівництва ВООЗ щодо використання антиретровірусних препаратів для лікування і профілактики ВІЛ-інфекції. ВООЗ і партнери ООН, міністерства охорони здоров'я та широке коло інших виконавців визнали необхідність підкреслити важливість ефективних і доступних послуг для підлітків, які живуть з ВІЛ, для підтримки дотримання режиму АРТ та одержання медичних послуг. Було вирішено зробити наголос саме на цій, досі знехтуваній групі ризику;
- надати країнам і програмам науково-обґрунтовані рекомендації разом з розглядом питань щодо їх імплементації.

Очікується, що це Керівництво буде надавати підтримку країнам та програмам для досягнення наступних цілей:¹¹

- 1. Забезпечення загального доступу до консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію для підлітків** в умовах генералізованої епідемії та для підлітків ключових груп ризику в умовах будь-якого типу епідемії, беручи до уваги особливості, потреби і проблеми підліткового віку¹²;
- 2. Покращення лікування та догляду для підлітків, які живуть з ВІЛ.** Важливо спростити процес початку лікування для підлітків одразу після отримання результатів тестування і визначення ВІЛ-позитивного статусу, а також допомогти підліткам, які отримують АРТ, безпечно і ефективно зробити перехід від отримання педіатричних послуг до отримання послуг, призначених для дорослих. Також визнається необхідність зменшення випадків відстроченого початку АРТ для ПЖВ+ і надання підтримки для дотримання АРТ та утримання під наглядом.

Передбачається, що виконання цих завдань буде гарантувати, що підлітки будуть більш ефективно і відповідально ставитися до питань, пов'язаних з їх ВІЛ-позитивним статусом, а це призведе до покращення здоров'я і виживання. Вони будуть підготовлені до того, щоб нести відповідальність за вчасне отримання необхідних їм послуг та жити як дорослі, які живуть з ВІЛ.

¹¹ Ці цілі також стосуються рекомендацій з впровадження послуг, зазначених у Зведеному керівництві ВООЗ щодо використання антиретровірусних препаратів для лікування і профілактики ВІЛ-інфекції. Див. розділ 2.3.

¹² Досягнення мети 1 підтримає ПЖВ+ у дотриманні лікування та отриманні інших медичних послуг, а також підтримає ВІЛ-негативних підлітків залишитися ВІЛ-негативними.

1.3 Цільова аудиторія

Основною цільовою аудиторією цього загального Керівництва є політики і менеджери програм. Його більш спрощена, електронна версія буде розроблена для медичних працівників, які надають профілактичні послуги та інші медичні послуги для підлітків у всіх умовах епідемії ВІЛ, в тому числі для непрофесійних консультантів і соціальних працівників охорони здоров'я. Це Керівництво призначено також для урядових та неурядових/громадських організацій, донорів, правозахисних організацій та груп, які надають підтримку пацієнтам з метою профілактики ВІЛ-інфекції серед підлітків, лікування та догляду. Адаптація Керівництва рекомендується відповідно до типу епідемії ВІЛ-інфекції та з оглядом на культурні та соціально-економічні умови конкретних країн.

1.4 Розробка Керівництва

Департамент ВООЗ з охорони здоров'я матерів, новонароджених, дітей і підлітків та Департамент ВООЗ з ВІЛ/СНІДу очолили розробку цього Керівництва у співпраці з ЮНІСЕФ, ЮНФПА, ЮНЕСКО та Глобальною мережею ЛЖВ+. Оцінка доказів, використаних під час розробки Керівництва, складалася із трьох напрямків роботи – систематичних оглядів, описових звітів консультацій і додаткових оглядів літератури з опублікованих і неопублікованих досліджень, а також аналізу досвіду з впровадження програм. Цей документ є синтезом результатів цієї роботи, а також базується на експертному висновку Групи з розробки Керівництва і рецензентів.

1.4.1 Систематичні огляди доказової бази

Дослідники розробили протоколи пошуку і провели систематичні огляди наявних наукових даних. Побудова стратегій пошуку, використаних під час систематичного огляду, мета-аналізів і профілів GRADE відповідають методології, що описана у «Довіднику для систематичних оглядів інтервенцій», за редакцією Кочрейн (31).

Систематичні пошуки досліджень, що мають відношення до питань PICO (популяція, втручання, порівняння, наслідки), були проведені в Інтернеті за допомогою загальних електронних баз даних (Додатки 3 і 4 див. на веб-сайті ВООЗ). Якість доказів і вагомість рекомендацій були оцінені з використанням методології GRADE (32, 33). Система GRADE (система класифікації для розробки, аналізу та оцінки рекомендацій) була використана для всіх питань PICO, але не було можливості розробити відповідні профілі за системою GRADE для кожного питання, тому що була визнана значна неповність досліджень щодо системи GRADE у відношенні до підлітків і КіТ, прихильності до лікування та утриманні під наглядом.

1.4.2 Цінності і переваги, огляди літератури та досвід реалізації програм

В рамках аналізу якісних даних досліджували цінності та уподобання підлітків (з оглядом на КіТ) та медичних працівників, які надають послуги з КіТ підліткам. У повному звіті (Додаток 10 див. на веб-сайті ВООЗ) викладені висновки, що були зібрані шляхом проведення семінарів у двох країнах з генералізованою епідемією та в одній країні з низьким рівнем доходу/концентрованою епідемією, проведення мультирегіонального анонімного електронного опитування та інтерв'ю з вибраними надавачами послуг в трьох країнах, де були проведені семінари. Аналогічно було проведено міжрегіональне анонімне електронне опитування ПЖВ+ з метою дослідити їх досвід з АРТ, розкрити їх статус та отримати послуги з догляду та підтримки, а також їхні погляди на медичних працівників, з якими вони співпрацюють (текст повного звіту у Додатку 11 див. на веб-сайті ВООЗ).

Завдяки проведенню огляду опублікованих і неопублікованих досліджень, була зібрана додаткова інформація щодо КіТ, прихильності до лікування ВІЛ-інфекції та утримання під наглядом ВІЛ-пацієнтів.

Програмний досвід і наглядові дослідження були використані для ілюстрації оперативних аспектів рекомендацій, наголошуючи на ключових ресурсах і процесах для поліпшення доступу та ефективності КіТ, лікування та догляду для ПЖВ+. Тематичні дослідження та програмні дані надають додаткову інформацію і цінність Керівництву. Вони наводять реальні приклади

реалізації програм і послуг, на відміну від висновків в рамках досліджень, та пропонують деякі ідеї для успішного впровадження програм, розроблених спеціально для підлітків, пояснюючи, чому і як вони працювали і які труднощі виникали під час здійснення заходів.

1.4.3 Консультації експертів і розробка рекомендацій

ВООЗ скликала консультативну нараду експертів у жовтні 2012 в місті Хараре, Зімбабве, для вироблення рекомендацій щодо КіТ, прихильності до лікування та утримання під наглядом підлітків. Учасники оцінили докази для кожного з питань РІСО, а також ризику та переваги, пов'язані з кожною можливою рекомендацією. В результаті був досягнений консенсус. Розбіжності були врегульовані шляхом продовження дебатов і перегляду рекомендацій для забезпечення додаткової точності або інформації, що були не включені до оригінальних питань РІСО.

Остаточні рекомендації та поради були вироблені з огляду на якість доказів, фінансові витрати, можливість здійснення рекомендацій та цінності й уподобання підлітків, чие життя залежатиме від Керівництва, і цінності та уподобання медичних працівників.

Після консультацій повний проект Керівництва був підготовлений та розповсюджений серед представників групи з розробки Керівництва та інших міжнародних експертів для подання зауважень, які були включені в остаточний проект Керівництва.

1.4.4 Сфера застосування Керівництва

Надання медичних послуг, призначених для підлітків, в умовах обмежених ресурсів є дуже складним питанням. В рамках роботи над Керівництвом ця проблема була окремо розглянута, і були розроблені рекомендації з огляду та цю ситуацію. Однак, рекомендації можуть бути використані в умовах будь-якого типу епідемії ВІЛ та економічної ситуації, а тому це Керівництво розглядається як глобальне. Регіональні та національні зустрічі можуть бути проведені, щоб адаптувати ці глобальні рекомендації до місцевих потреб, типу епідемії ВІЛ та існуючих послуг для здійснення рекомендацій.

1.5 Оцінка доказів

Розробка рекомендацій керується якістю наявних доказів. Інші фактори впливають на вагомість рекомендації (ефективні або умовні), особливо коли наявні дані є недостатніми за кількістю і/або якістю.

Як інтерпретувати якість доказів

За системою GRADE якість доказів визначається як ступінь впевненості, що отримана оцінка ефекту (бажаного або небажаного) за доступними доказами буде близька до фактичних наслідків. Корисність оцінки ефекту (втручання) залежить від рівня довіри до цієї оцінки. Чим вища якість доказів, тим більша вірогідність вироблення ефективної рекомендації. Тим не менше, не завжди було можливим провести оцінку за системою GRADE всіх досліджень з інтервенцій через наявність лише непрямих доказів або відсутність даних та інформації для розрахунку необхідних коефіцієнтів ризику.

В рамках системи GRADE визначаються чотири рівні якості даних (34), як зазначено в таблиці 1.

Таблиця 1. Визначення вагомості доказів за 4 рівнями системи GRADE

Якісний рівень	Визначення
Високий	Ми впевнені, що істинний ефект є близьким до оцінки ефекту.
Середній	Ми майже впевнені в оцінці ефекту: істинний ефект, ймовірно, буде близький до оцінки ефекту, але є ймовірність, що він істотно відрізняється.
Низький	Наша впевненість в оцінці ефекту обмежена: істинний ефект може суттєво відрізнятись від оцінки ефекту.
Дуже низький	У нас дуже мало довіри до оцінки ефекту: істинний ефект, ймовірно, буде істотно відрізнятися від оцінки ефекту.

Цінності та переваги цільової групи (підлітків) та погляд групи з розвитку Керівництва, що сформулювався на основі технічної експертизи або програмного досвіду, можуть відрізнятися з огляду на бажані результати та ефективне використання ресурсів. Незважаючи на чіткі переваги, іноді в конкретних умовах є неможливим впровадження запропонованих рекомендацій. Рішення має бути зроблено відносно ефективності/сили рекомендації.

1.6 Вагомість рекомендацій

Сила рекомендації відображає ступінь впевненості Групи з розвитку Керівництва, що бажані наслідки, у разі здійснення рекомендацій, переважать небажані наслідки. Бажані ефекти можуть включати позитивні результати щодо здоров'я (наприклад, зниження поширення ВІЛ і зниження захворюваності та смертності), ефект від надання послуг (наприклад, збільшення випадків звернення за послугами з профілактики ВІЛ, поліпшення доступу до послуг і прихильність до лікування та догляду); менше навантаження на людину та/або служби охорони здоров'я, які надають послуги, а також потенційна економія витрат на індивідуальному, програмному та/або системному рівні. Небажані ефекти можуть стосуватися надавачів медичних послуг, приватних осіб або сімей. Додатковим навантаженням можуть стати витрати на виконання рекомендацій в рамках програми чи на рівні надавачів послуг, або на особистому рівні. Прикладами цього можуть бути зміна інфраструктури, підвищені вимоги щодо підготовки надавачів послуг, які працюють з підлітками, труднощі у стосунках з підлітками, які отримують позитивний діагноз, або юридичні проблеми, де певні практики є кримінально відповідальними.

Вагома рекомендація (за або проти) надається, коли є впевненість, що бажані наслідки у випадку впровадження рекомендації значно переважають небажані ефекти, або не переважають.

Умовна рекомендація (за чи проти) надається, коли якість доказів низька або може застосовуватися тільки до певних груп або за певних обставин. Група експертів робить висновок (але не впевнена в усіх ситуаціях), що бажані наслідки у разі впровадження рекомендації, ймовірно, переважають небажані ефекти або тісно збалансовані. Причинами цього можуть стати: відсутність високоякісних доказів, наявність неточних оцінок переваг та шкоди, невизначеність, як різні особи оцінять результати, невеликі переваги та вигоди, що можуть бути не варті витрат (у тому числі вартості впровадження рекомендації). **Умовна рекомендація не є рекомендацією проти.** Замість цього втручання, що впроваджуються на основі цих рекомендацій, слід пильно відстежувати і оцінювати. Необхідне подальше проведення досліджень для вирішення невизначеності і збору нових доказів, які, ймовірно, можуть змінити розрахунок балансу.

Таблиця 2. Додаткові питання, що розглядаються в оцінці вагомості рекомендацій

Питання	Обґрунтування
Вигоди і ризики	Під час розробки нової рекомендації, необхідно зважити бажані ефекти (вигоди) проти небажаних ефектів (ризиків), враховуючи всі попередні або альтернативні рекомендації. Чим більша різниця або градієнт на користь переваг порівняно з ризиками, тим більша вірогідність створення вагової рекомендації.
Цінності та переваги (прийнятності)	Якщо рекомендація найімовірніше буде широко прийнята або високо оцінена, така рекомендація буде вагомою. Якщо є багато мінливих факторів або причин того, що курс дій за рекомендацією навряд чи буде прийнято, то, швидше за все, ця рекомендація буде умовною.
Витрати/фінансові наслідки	Вагома рекомендація можлива в умовах низьких витрат (грошових, інфраструктурних, витрат на обладнання або людських ресурсів) або більшої ефективності.
Можливість здійснення	Якщо втручання можна впровадити в умовах, коли очікується найбільший вплив, буде надана вагома рекомендація.

Розділ 2. Рекомендації та обґрунтування

2.1 Послуги з КіТ для підлітків

Всі питання, розглянуті у цьому Керівництві, так чи інакше торкаються двох тем: вік надання згоди на тестування і визнання того, що підліткам з ключових груп ризику необхідно приділити особливу увагу для підвищення доступності та прийнятності надання послуг з КіТ для цієї вікової групи.

Нижче наводяться три рекомендації з КіТ для підлітків разом з оглядом доказів і коротким викладом дискусій Групи з розробки Керівництва та інші міркування. Доказова база включає систематичний огляд за системою GRADE окремих досліджень, огляд цінностей і переваг, що були визначені під час консультацій з представниками громади, а також електронні опитування підлітків та надавачів послуг. Короткий огляд дискусій, що відбувалися під час наради експертів у місті Хараре, доповнюється висновками, отриманими з огляду опублікованих і неопублікованих досліджень і доповідей, що стосуються КіТ і підлітків, а також коментарями рецензентів.

2.1.1 Згода на тестування на ВІЛ

Прийняття рішень щодо здоров'я вимагає від людини здійснювати своє право на самостійне прийняття рішень. Здебільшого права підлітків обмежені, хоча причини цього обмеження значно відрізняються у різних країнах. У деяких випадках взагалі не існує нормативно-правової бази щодо інформованої згоди, а іноді права підлітків регулюються в рамках заплутаної нормативно-правової системи.

ВІК НАДАННЯ ЗГОДИ В ПІВДЕННІЙ АФРИЦІ

У Південній Африці вік надання згоди відрізняється в залежності від типу послуг, пов'язаних з ВІЛ, таких як лікування, хірургічні процедури, добровільне обрізання чоловіків в медичних закладах, надання фармацевтичних препаратів, контрацепція і тестування на ВІЛ. Згода на тестування на ВІЛ дитини (у Південній Африці дитина визначається як особа молодша за 18 років) може бути надана (а) самою дитиною, якщо дитина (i) у віці 12 років і старше, або (ii) у віці до 12 років, але вже досягла достатнього рівня зрілості для розуміння переваг, ризиків та соціальних наслідків тестування, (б) батьками або піклувальниками, якщо дитина віком до 12 років не досягла достатнього рівня зрілості, щоб зрозуміти переваги, ризики та соціальні наслідки такого тестування. Таким чином, законне право дитини на надання згоди на тестування на ВІЛ-інфекцію залежить від того, наскільки дитина задовольняє біологічні (вік) і когнітивні («рівень зрілості») критерії. Аналогічним чином інші країни розглядають обидва (біологічний і когнітивний) критерії для оцінки «стадії розвитку» і визнають автономію дитини, якщо дитина демонструє якості, притаманні «зрілій неповнолітній особі» або «емансипованій неповнолітній особі» (Додаток 15 див. на веб-сайті ВООЗ).

Таким чином, політики повинні уважно розглянути питання встановлення вікових показників для надання згоди чи кваліфікаційні критерії, призначені для захисту підлітків, які можуть вплинути на доступ дітей до медичних послуг. З цією метою політикам слід переглянути існуючу нормативно-правову базу, що регламентує доступ підлітків до медичних послуг, з метою забезпечення врегулювання нормативно-правової бази і полегшення доступу до необхідних послуг. Наприклад, підліток, який має законне право на отримання послуг з КіТ, повинен мати автономний доступ до послуг з профілактики ВІЛ-інфекції та методів лікування, що представлені в комплексі послуг, які надаються. Уряд повинен також окремо розглянути питання полегшення доступу до КіТ і переадресації для отримання інших послуг для сиріт і уразливих підлітків, в тому числі тих, які живуть на вулицях, підлітків, які керують домогосподарствами, і особливо уразливих підлітків з ключових груп ризику, дівчаток, які мають статеві стосунки з чоловіками старшого віку, дівчаток, які мають одночасно декілька статевих партнерів, а також дівчаток-підлітків, які зазнають сексуальної експлуатації.

Влада повинна також розглянути питання про роль «сурогатних осіб», які приймають рішення щодо КіТ. У деяких країнах тільки батьки або опікуни можуть дати згоду на доступ дитини до послуг з КіТ. Але в таких місцях, як Південна Африка (див. вставку на попередній сторінці), дитина може самостійно дати згоду на тестування на ВІЛ-інфекцію, якщо їй виповнилося 12 років, або якщо вона молодша за 12 років, але досягла достатнього рівня зрілості, щоб зрозуміти переваги, ризики і соціальні наслідки тестування на ВІЛ. Проте дітям, віком до 12 років з недостатнім рівнем зрілості для розуміння переваг, ризиків і соціальних наслідків КіТ, один із батьків/опікунів або надавач послуг може дати згоду на тестування. Водночас, визнання надавача послуг в якості «сурогатної особи», яка має право прийняти рішення за дитину щодо тестування на ВІЛ, означає, що відсутність батьків або опікунів не повинна стати перешкодою для доступу дитини до КіТ. Навіть якщо у дитини є піклувальник – надавач послуг, який визначається в Південній Африці як будь-яка особа, яка не є одним із батьків або опікуном, але фактично доглядає за дитиною.

Урядові органи також повинні пам'ятати, що вони юридично зобов'язані захищати права дітей в рамках міжнародного права. Зокрема, у статті 3 Конвенції про права дитини 1989 року (КПД) зазначається:

В усіх діях щодо дітей, незалежно від того, здійснюються вони державними чи приватними установами, що займаються питаннями соціального забезпечення, судами, адміністративними чи законодавчими органами, першочергова увага приділяється якнайкращому забезпеченню інтересів дитини.

Стаття 24 КПр:

1. Держави-учасниці визнають право дитини на користування найбільш досконалими послугами системи охорони здоров'я та засобами лікування хвороб і відновлення здоров'я. Держави-учасниці намагаються забезпечити, щоб жодна дитина не була позбавлена свого права на доступ до подібних послуг системи охорони здоров'я.
2. Держави-учасниці домагаються повного здійснення цього права, зокрема, вживають заходів щодо:
 - ... б) забезпечення надання необхідної медичної допомоги та охорони здоров'я всіх дітей з приділенням першочергової уваги розвитку первинної медико-санітарної допомоги.

Для дотримання цих зобов'язань необхідно полегшити підліткам доступ до послуг з КіТ та догляду і підтримки.

2.1.2 Ключові групи ризику

У контексті цього Керівництва ключовими групами ризику визначаються ті групи населення, що є найуразливішими до ВІЛ-інфекції (ці групи ризику уразливі до ВІЛ в усіх регіонах і незалежно від типу епідемії. Це насамперед особи, які надають комерційні сексуальні послуги, чоловіки, які мають статеві контакти з чоловіками, трансгендерні особи та особи, які споживають ін'єкційні наркотики).

В рамках цього Керівництва увага приділяється конкретно підліткам із ключових груп ризику, віком 10-19 років. На додаток до вищезгаданих груп, до найуразливіших підлітків також належать підлітки, які зазнають сексуального насильства та/або експлуатації, та ті, які знаходяться у в'язницях й інших закритих установах.

Надання комерційних сексуальних послуг за визначенням включає тільки дорослих. Участь дітей і підлітків у віці до 18 років в наданні комерційних сексуальних послуг класифікується як сексуальна експлуатація через залучення до надання комерційних сексуальних послуг.

До сьогодні дуже мало обговорювалися конкретні потреби підлітків груп ризику. Чотири групи підлітків вважаються найбільш уразливими до інфікування ВІЛ (підлітки з ключових груп ризику): хлопці-підлітки, які мають статеві контакти з чоловіками (ЧСЧ), підлітки, які зазнають сексуальної експлуатації (і також особи старші за 18 років, які надають комерційні

сексуальні послуги), підлітки, які споживають ін'єкційні наркотики (ПСІН) і трансгендерні (ТГ) підлітки (хлопці та дівчата). Інші групи підлітків, особливо в умовах генералізованої епідемії, також є уразливими до ВІЛ-інфекції. До них відносяться підлітки, постраждалі від СНІДу (сироти та діти опікунів, які мають хронічну стадію захворювання) (35), клієнти осіб, які надають комерційні сексуальні послуги, секс-партнери цих клієнтів, ВІЛ-негативні партнери у серодіскордантних парах, а також дівчата, в умовах високої поширеності інфекції, які сексуально експлуатуються старшими чоловіками чи мають статеві стосунки з підлітками ЧСЧ (36). В рамках програм необхідно знайти способи для проведення роботи з сексуально активними підлітками (чий ІПСШ та небажані вагітності вказують на небезпечні статеві практики) за рахунок тісної інтеграції скринінгу на ВІЛ з послугами щодо статевого і репродуктивного здоров'я. Також потрібно взяти до уваги вікові відмінності серед підлітків ключових груп ризику і їх можливості для отримання доступу до послуг.

Часто існують політичні та правові бар'єри на шляху надання послуг для молодих представників ключових груп ризику. У деяких випадках певні моделі поведінки та сексуальної орієнтації кримінально переслідуються, в інших випадках існує обмежувальна освітня політика чи умови, такі як вимоги для шкіл розкривати ВІЛ-статус учнів або відсутність навчених вихователів для надання консультації або підтримки. Такі ситуації повинні бути переглянуті і змінені.

Враховуючи маргіналізовану соціальну позицію та небажання підлітків звертатися за діагностичними та медичними послугами через побоювання стигматизації, в тому числі можливих правових наслідків, розширення доступу до КіТ для підлітків з ключових груп ризику є одним із пріоритетів в умовах будь-якого типу епідемії ВІЛ.

2.1.3 Рекомендації КіТ для підлітків

1. Консультації та тестування на ВІЛ-інфекцію щодо профілактики, лікування та догляду рекомендується всім підліткам груп ризику в будь-яких умовах (при початковій, концентрованій та генералізованій епідемії). *Вагома рекомендація, дуже низька якість доказів.*
2. В умовах **генералізованої** епідемії консультації та тестування щодо профілактики, лікування та догляду рекомендується всім підліткам. *Вагома рекомендація, дуже низька якість доказів.*
3. В умовах епідемії низького рівня **та концентрованої епідемії** консультації та тестування на ВІЛ-інфекцію щодо профілактики, лікування та догляду рекомендується зробити **доступними** для всіх підлітків. *Умовна рекомендація, дуже низька якість доказів.*

Всі три рекомендації мають зв'язок з послугами з профілактики, лікування та догляду. Медичні працівники, звичайно, будуть стикатися з більшою кількістю проблем при забезпеченні підліткам належного зв'язку з послугами з профілактики, лікування та догляду, ніж вони мають, працюючи з дітьми, яких супроводжують опікуни, або з дорослими пацієнтами, які зазвичай несуть відповідальність за своє здоров'я.

Будь-яке втручання, пов'язане з консультаванням, доглядом та наданням підтримки підліткам, повинно включати елементи статевого виховання. Крім того, питання сексуальності підлітків слід розглядати у позитивному неупередженому світлі з усіма підлітками, незалежно від їх ВІЛ-статусу (37, 38, 39).

Поширення КіТ серед підлітків призведе до виявлення більшої кількості горизонтально інфікованих підлітків. Навіть, якщо багато хто з них не відразу вимагатиме лікування, в рамках надання медичних послуг необхідно буде переконатися, що ця група послідовно звертається за послугами з профілактики, догляду та підтримки в довгостроковій перспективі. Для всіх ПЖВ+, які проходять лікування, необхідно забезпечити зв'язок для отримання послуг з підтримки, догляду та дотримання режиму лікування.

Огляд доказової бази

Деякі потреби підлітків часто не можуть бути вирішені шляхом впровадження Керівництва, заснованого на фактичних даних і рекомендаціях, що стосуються дітей або дорослого населення. Крім того, самі підлітки не є однорідною групою. Фізичний та психологічний (когнітивний та емоційний) розвиток варіюється серед підлітків, а різні соціальні і культурні чинники, здібності підлітків, які тільки розвиваються, можуть впливати як на їх здатність приймати важливі особисті рішення, так і на їх доступ до послуг. З цих причин в рамках Керівництва розглядається спектр потреб і проблем підлітків. На сьогодні проведено дуже мало досліджень, пов'язаних з КіТ підлітків і підлітків, які живуть з ВІЛ. Саме тому при розробці цього документа значна увага була звернена на думки експертів, підлітків і медичних працівників, а також практичний досвід виконавців програм.

Систематичний огляд: короткий виклад основних результатів

Повний текст систематичного огляду щодо КіТ з метою профілактики передачі ВІЛ-інфекції серед підлітків і поліпшення охоплення медичними послугами наведений у Додатку 3 (див. на веб-сайті ВООЗ).

Було знайдено кілька рандомізованих контрольованих досліджень (РКД), в рамках яких вивчалися наслідки проведення тестування на ВІЛ-інфекцію та результати, важливі для підлітків і молодих людей в умовах генералізованої епідемії чи для найуразливіших груп в умовах епідемії низького рівня.

Генералізована епідемія

В умовах генералізованої епідемії не проводилося жодних рандомізованих досліджень серед підлітків. Проте, за непрямыми доказами, що були отримані під час РКД, проведених серед дорослих, КіТ є ефективним засобом зниження випадків статевого акту без використання засобів захисту з неосновним партнером і зниження ІПСШ серед груп ризику. Крім того, поширення консультування після проходження тесту, що включає в себе підтримку з боку представників громади, є ефективним, щоб збільшити випадки звернень по допомогу до початку АРТ серед пацієнтів з ВІЛ.

І хоча наразі вже існують нові докази на підтримку лікування як профілактики і потенціалу потужних схем антиретровірусної терапії для зменшення ВІЛ-захворюваності та смертності, все ще необхідні додаткові дані про вплив різних стратегій КіТ на захворюваність ВІЛ та переадресацію для отримання допомоги серед підлітків, які живуть з ВІЛ. Більшість даних про ефективність КіТ отримані в результаті вивчення моделі добровільного консультування і тестування (ДКіТ), яка включає в себе персональну оцінку ризиків і розробку особистого плану по зниженню ризику для кожного клієнта. Інтервенції з використанням короткого обговорення замість такого персоналізованого консультування потребують подальшої оцінки. Крім того, необхідні дані щодо найбільш економічно ефективних стратегій для тестування підлітків чи то в установах, чи громаді. Необхідно також зібрати доказову базу щодо ефективних стратегій переадресації ВІЛ-позитивних підлітків для отримання догляду та лікування і ВІЛ-негативних підлітків для отримання послуг з попередження поширення інфекції і засобів захисту.

Епідемія низького рівня або концентрована епідемія

КіТ продемонстрували ефективність в умовах генералізованої епідемії серед дорослих. В умовах епідемії низького рівня серед уразливої молоді, дані, отримані в результаті проведення субаналізу одного з РКД, показали, що КіТ знижує кількість випадків ІПСШ серед гетеросексуальних підлітків, які відвідують клініки для лікування ІПСШ. Таке інтерактивне консультування щодо зниження ризику включає особисту оцінку ризиків та плани щодо зниження ризиків. Ця інтервенція залишається мало вивченою щодо її застосування в найуразливіших групах ризику, в тому числі молодими ЧСЧ, підлітками, які живуть на вулиці, та споживачами ін'єкційних наркотиків. У випадках епідемії низького рівня поки ще не можна стверджувати про доцільність цієї доказової бази щодо ключових груп ризику серед підлітків. Може існувати потреба

в спеціалізованій консультації та наданні послуг з боку громади через причини поширення ризикованої поведінки і відсутності знань про ВІЛ-інфекцію. Дані з іншого РКД серед молоді, яка отримує послуги з боку громади для припинення зловживання речовинами, підтверджують ефективність швидких, оральних технологій тестувань, що проводяться в місцях надання послуг, поширення тестування на ВІЛ, гепатит В і С. Це може стати моделлю для надання цих послуг підліткам груп ризику. Не було проведено жодних досліджень для оцінки впливу тестування на ВІЛ серед підлітків в умовах епідемії низького рівня на рівень захворюваності ВІЛ, поширення інфекції та смертності. Необхідно зібрати додаткові дані від і про підлітків ЧСЧ та інших підлітків ключових груп ризику для оцінки ефективності заходів з КіТ на результати, важливі для пацієнтів, і на переадресацію для отримання подальших послуг.

Якість доказів

У цьому аналізі якість доказів РКТ варіювала від дуже низької до помірної – в умовах генералізованої епідемії; і від низької до дуже низької – в умовах епідемії низького рівня. Якість доказів була помірною для оцінки рівня захворюваності ІПСШ, на основі одного РКТ (40), яка була знижена тільки для опосередкованості через переважання дорослого населення. Однак, доказова база для всіх інших результатів, отриманих з РКД в умовах генералізованої епідемії та епідемії низького рівня, була або низької, або дуже низької якості, знижена з причин неточності (мало учасників і подій) і опосередкованості (зібрані дані значною мірою стосувалися дорослого населення, або це була самооцінка поведінкових результатів). Крім того, якість даних одного з досліджень була також зменшена з причин опосередкованості (представники груп ризику були хворі чи госпіталізовані) (41).

У цьому аналізі якість доказів з наглядових досліджень була дуже низькою, знижена з причин серйозних обмежень у побудові дослідження (без порівнянь), неточності (кілька учасників і подій) і опосередкованості (самооцінка поведінкових результатів або дані, що значною мірою стосуються дорослого населення).

Цінності і переваги: КіТ

Вивчення цінностей і точок зору підлітків і надавачів послуг сприятиме участі тих, хто у першу чергу відчує результати у разі поліпшення доступу до КіТ. Вкрай важливо буде долучити їх до процесу, щоб їхні погляди були включені в процес розробки Керівництва (повний текст доповіді в Додатку 10 див. на веб-сайті ВООЗ). На Філіппінах, у Південній Африці і Зімбабве було проведено 10 семінарів за участю 98 учасників (у віці 15-24 років). Онлайн-опитування було проведено також на чотирьох мовах, щоб забезпечити більш широке географічне охоплення; 655 респондентів з 92 країн заповнили анкети. Також були проведені інтерв'ю з 16 надавачами послуг в різних медичних установах у трьох країнах.

Фактори мотивації та стримування до проходження тестування

Під час консультацій на Філіппінах, у Південній Африці і Зімбабве молоді люди (віком 15-29 років) повідомили, що, незважаючи на різні бар'єри до проходження тестування, вони визнають переваги тестування і отримання діагнозу, в тому числі автономії у прийнятті рішення про власне здоров'я і виживання. Вони говорили про взяття свого життя під контроль, важливість догляду за власним здоров'ям, необхідність «вжити правильні кроки» при отриманні позитивного діагнозу і в разі отримання негативного результату про необхідність підтримки та порад для збереження свого ВІЛ-негативного статусу. Багато учасників зазначили почуття відповідальності до себе, своїх партнерів, сімей і суспільства як мотивацію для проходження тестування. Початок нових відносин був згаданий в якості мотивації серед 15% респондентів опитування, а 40% зазначили, що пропонування КіТ при зверненні за іншими медичними послугами було вагомою причиною до тестування. Кожний шостий респондент вказав, що заохочення з боку інших спонукало його пройти тестування.

Водночас деякі учасники зазнали тиску або вимоги з боку батьків або партнерів пройти тестування, тоді як один з учасників заявив про тиск з боку надавачів медичних послуг: «Вони не будуть надавати медичних послуг, якщо ти не пройшов тестування, навіть якщо ти захворів».

Найбільшим бар'єром для тестування для всіх учасників є страх процесу, результату, реакції їх батьків, проблем в отриманні освіти та ймовірно смерть. Майже 9% молодих ЧСЧ, які пройшли тестування, повідомили, що вони живуть зі страхом того, що їхні батьки будуть поінформовані; цей показник був в два рази вищий, ніж серед інших респондентів – хлопців. На відміну від результатів інших країн, респонденти у Південній Африці зазначили конкретні фактори, чому отримання ВІЛ-позитивного статусу може стати тягарем і змінити їх спосіб життя: необхідність використання презервативів, дотримання режиму АРТ, споживання здорової їжі та регулярне відвідування клініки. Філіппінські учасники відзначили, що «КіТ завжди несе за собою багато негативного». Таке ставлення є значним стримуючим фактором до тестування.

Одним з основних стримуючих чинників до тестування є вірогідність стигматизації та дискримінації. Учасники семінару неодноразово згадували, що у разі отримання позитивного статусу, друзі, сім'я та громада можуть просто від них відвернутися. Це мотивувало їх не звертатися за послугами з тестування. Побоювання з приводу стигматизації та її наслідків були також досить часто зазначені у відповідях електронного опитування: 16% респондентів побоювалися думки інших і тому вирішували не проходити тестування. Це занепокоєння було ще більш очевидним (27%) серед підлітків ЧСЧ.

Всі учасники семінару погодилися, що відсутність гідних умов для проходження тестування є також значною перешкодою. Серед проблем були згадані недоступні місця, витрати, тривалість очікування і обмежені години роботи. Деякі з учасників вважали, що на місцях було недостатньо медичного персоналу та інших ресурсів, щоб надати послуги всім, хто їх потребує. Що стосується доступу, 27% онлайн-респондентів повідомили, що вони хотіли б пройти тестування, але не знали, де це можна зробити, або не мали можливості (34%). Тільки 17% з 351 онлайн-респондентів, які проходили тестування, повідомили про переадресацію для отримання інших послуг, після підтвердження позитивного чи негативного ВІЛ-статусу, тоді як 70% не були переадресовані, 13% взагалі не відповіли на це питання.

Підлітки і молоді люди: поліпшення доступу і проходження тестування серед підлітків

Учасники семінару і респонденти висловили свої ідеї щодо поліпшення доступу і збільшення кількості випадків КіТ серед підлітків. Вони запропонували варіанти, які потрібно розглянути на чотирьох різних рівнях:

- **Залучення громади.** Необхідно «працювати з молодими людьми» в їх власному середовищі, а також «зробити тестування менш страшним». Заходи та кампанії для підвищення обізнаності можуть бути розроблені спеціально для підлітків у місцях, що є зручними для них, таких як школи, нічні клуби, спортивні центри і церкви. Серед інших пропозицій було зазначено залучення знаменитостей і однолітків, які живуть з ВІЛ, в якості прикладів, які б закликали до проходження тестування. Ця стратегія значно залежить від наявності та доступності точної та повної інформації і оптимального використання соціальних ЗМІ, бібліотек і каналів масової комунікації. «Нормалізація» часто згадувалася як важливий крок на шляху поглиблення розуміння і зменшення стигми, пов'язаної з ВІЛ і КіТ.
- **Роль надавачів медичних послуг.** Для підлітків є дуже важливим встановлення зв'язку з особою, яка проводить КіТ. В ідеальній ситуації це може означати залучення підлітків і ПЖВ+ у якості надавачів інформації і надавачів послуг з КіТ, таким чином, встановлюючи зв'язок між підлітками і медичними послугами. Насамперед, існує необхідність у шанобливих, розуміючих, дружніх і підтримуючих провайдерах для заохочення підлітків до проходження тестування.
- **Надання послуг з КіТ.** Учасники семінарів зазначили, що умови, в яких надаються послуги, є дуже важливими для підлітків. Вони включають кілька компонентів: дружелюбна до молоді атмосфера, гнучкий графік роботи, окремі зони очікування для підлітків, альтернативні пункти надання послуг (наприклад, школи, соціальні центри і мобільні центри) та забезпечення конфіденційності (одним із варіантів може стати можливість для самотестування).

- **Удосконалення системи охорони здоров'я**, а саме: збільшення кількості центрів для тестування (оцінка потенціалу, а також поширення доступу у сільській місцевості, зменшення відстані), зниження вартості та інших витрат на тестування і зміцнення системи переадресації з громадських організацій та сільських клінік.

Надавачі послуг: поліпшення доступу і проходження тестування серед підлітків

Надавачі послуг визнають, що підлітки в багатьох ситуаціях є дуже уразливими до ВІЛ-інфекції, а тому ефективність та доступність послуг для підлітків є пріоритетом. Водночас надавачі відзначають, що політика і послуги з КіТ часто не спрямовані конкретно на підлітків, і потребам цієї групи приділяється недостатньо уваги.

Надавачі послуг визнають, що робота з підлітками є складною і емоційно виснажливою. Серед причин вони називають культурні норми або погляди суспільства на ВІЛ і секс, вплив релігійних обмежень і стигматизацію та дискримінацію. Багато надавачів послуг також відзначають відсутність відповідної підготовки і відсутність навичок, необхідних для роботи з підлітками. Крім того, нестача персоналу вважається проблемою в багатьох місцях. В таких умовах надавачі послуг не мають можливості витратити час для вирішення конкретних потреб підлітків. Крім того, довгі черги і години очікування демотивують підлітків звертатися за послугами. Поширення доступу до КіТ шляхом децентралізації та залучення до участі громадських організацій може допомогти полегшити тиск дефіциту кадрів в офіційних медичних установах. Застосування підходів, дружніх до підлітків, в рамках яких послуги надаються на рівні громад, може збільшити прийнятність послуг для підлітків (особливо для ключових груп ризику). Послуги легше надавати у приміщеннях громадських організацій, ніж у великих або більш формальних установах.

Багато надавачів послуг порушили питання про вік надання згоди. Невідповідність у практичному застосуванні законів щодо надання згоди стала значною проблемою, навіть у Південній Африці, де підлітки можуть пройти тестування у віці 12 років. Деякі надавачі відзначили, що вік надання згоди в їх організаціях був встановлений вищим, ніж за національним законодавством. Інші зізналися, що порушували закон, «щоб зробити те, що краще для підлітка». Коли постає вибір між дотриманням закону і тестуванням неповнолітніх підлітків, провайдери побоюються можливих наслідків при обранні одного з варіантів. Деякі підлітки не мають батьків або опікунів, а деякі звертаються за послугами з дорослим, який начебто є одним із батьків. Закони повинні бути роз'яснені, і надавачі повинні навчатися дотримуватися законів чи офіційного Керівництва, діючи в найкращих інтересах своїх клієнтів-підлітків.

Надавач послуг запропонував кілька стратегій для розширення доступу та збільшення випадків КіТ підлітків, а саме:

- **надання інформації** підліткам для підвищення обізнаності та зниження страху щодо тестування;
- **створення умов для тестування, дружніх до підлітків;**
- **залучення підлітків** у процес розробки та надання послуг;
- **роз'яснення правових питань**, особливо у зв'язку з наданням згоди.

Огляд дискусій групи експертів та інші питання

У даному розділі розглянуті ключові питання щодо КіТ, що обговорювалися в ході зустрічей експертів у Хараре, а також коментарі та зауваження, надані в процесі огляду.

Підлітковий вік

Підлітки рідше, ніж дорослі, проходять тестування і менш імовірно, у разі отримання позитивного результату, будуть переадресовані до інших установ для отримання подальших послуг. ВІЛ-негативні підлітки, які пройшли тестування, часто також не переадресовуються до інших установ для отримання послуг з профілактики, щоб зберегти свій негативний статус.

Особи, відповідальні за програми з попередження поширення ВІЛ-інфекції, повинні розуміти, що зміни, які відбуваються в підлітковому віці, впливають на те:

- як підлітки сприймають і розуміють інформацію;
- яка інформація і які канали інформації впливають на їх поведінку;
- як вони думають про майбутнє і приймають рішення сьогодні;
- як вони сприймають ризик в період експериментування і отримання першого досвіду;
- як вони ставляться до сексу (особливо у пізньому підлітковому віці);
- як вони формують відносини, реагують на соціальні цінності і норми, які їх оточують, і чи знаходяться під впливом своїх ровесників.

Керівникам програм необхідно буде переконатися, що інтервенції будуть змінені в разі необхідності, щоб відобразити певний діапазон характеристик підліткового віку і різних підгруп підліткової групи ризику, наприклад, молодші/старші, чоловіки/жінки і підлітки з ключових груп ризику.

В більшості випадків близьким оточенням підлітка є його сім'я та громада. Школи особливо важливі тим, що вчителі відіграють важливу роль у сприянні КіТ. Батьки та опікуни повинні бути освіченими і готовими підтримати свою дитину у проходженні тестування (і супроводити підлітка для проходження тестування, якщо він або вона цього хочуть). Громади потребують більш глибокого розуміння важливості тестування, а також важливості поваги прав підлітків, у тому числі їх права на конфіденційність. Водночас, залучення батьків не завжди є позитивним, і деяким підліткам необхідна додаткова підтримка. Це особливо стосується підлітків з ключових груп ризику, які можуть бути відчужені від своїх сімей та які визначають сім'ю та громаду не так як інші підлітки.

Тестування на ВІЛ

Тестування не слід розглядати як самоціль. Необхідне чітке визначення зв'язків і механізмів переадресації для отримання послуг після проходження тестування, незалежно від його результатів. Відстеження і моніторинг надання послуг є також важливим.

Відсутність зв'язків між тестуванням і подальшими послугами демотивує підлітків взагалі звертатися за послугами з тестування на ВІЛ. Післятестова підтримка особливо важлива для підлітків, саме тому необхідне розроблення стандартів для якісного консультування після проходження тестування. Слід уникати потенційно негативних результатів неадекватного або низькоякісного консультування після проходження тестування. Необхідно також розробити Керівництво щодо ефективних підходів до консультування (до і після тестування), тестування, переадресації і надання послуг з профілактики, лікування, догляду та захисту.

Економічна ефективність є важливим критерієм при вирішенні, яким чином впроваджувати ці принципи. Розширення доступу до КіТ є головною метою, але це не означає, що всі підлітки повинні регулярно проходити тестування. Під час розробки програм необхідно отримати інформацію щодо епідеміології в певних умовах для полегшення оптимального використання ресурсів. За будь-яких обставин КіТ повинно бути доступним для будь-якого підлітка, який захоче його пройти. В умовах генералізованої епідемії необхідно докласти зусиль з розширення доступу до КіТ для всіх підлітків, і в будь-яких умовах при наданні послуг пріоритет повинен надаватися підліткам з ключових груп ризику. У місцях з низьким рівнем епідемії або концентрованою епідемією важливо зрозуміти, які саме групи є найуразливішими до ВІЛ-інфекції, і заохочувати їх спонукати представників своєї громади до проходження тестування. Оцінка ризиків «тест-для-тестування» та інші інструменти скринінгу дозволяють ідентифікувати підлітків, які можуть бути найбільш уразливі (42). Деякі підлітки, особливо ті, які живуть на вулиці, або є сиротами, можливо, зазнали сексуального насильства, але вони можуть не розцінювати це насильство як «секс» або не можуть, або не бажають говорити про це. Це може ускладнити проведення ефективного скринінгу щодо ризику передачі ВІЛ-інфекції. Для всіх, хто опинився в групі найуразливіших підлітків в

результаті скринінгу, необхідно налагодити процес регулярних оглядів, а також розробити системи відстеження тих осіб, за якими не велося спостереження. Важливо також сприяти більш повній інтеграції КіТ з СРП, особливо для підлітків, чий ІПСШ та небажані вагітності вказують на ризиковану статеву поведінку. Необхідне краще розуміння ступеня вимушеної сексуальної активності серед підлітків і встановлення кращих зв'язків між КіТ і службами захисту для переадресації тих, хто став жертвами насильства і статевого домагання. Коли під час КіТ розкриваються випадки сексуального насильства, повинні бути механізми для інформування служб захисту для того, щоб підлітки не були змушені повертатися в умови, де їх кривдять.

Пропонування регулярного тестування в медичних установах при генералізованій епідемії, тобто консультування і тестування з ініціативи провайдерів (КіТІП), особливо важливо для 10-14 річних підлітків для того, щоб виявити як повільних прогресорів, так і підлітків з явними симптомами, які ще не були діагностовані, незважаючи на клінічні прояви захворювання. Представникам цих двох груп необхідно якнайшвидше встановити діагноз і розпочати лікування. Проте, надавачі послуг повинні уникати неправильного тлумачення КіТІП як обов'язкового тестування і поінформувати підлітків про те, що вони мають право відмовитися від тестування.

Міністерствам охорони здоров'я необхідно розробити стандарти, керівництво, моделі, протоколи контролю та нагляду, систему підзвітності та механізми юридичної відповідальності.

Згода на тестування

Дослідження показали, що необхідність отримання згоди батьків на КіТ може демотивувати підлітків звертатися за послугами, побоюючись негативної реакції від батьків/опікунів або медичних працівників і стигматизації (43, 44). Підлітки можуть вирішити не звертатися по медичну допомогу, тому що вони не хочуть повідомляти батьків про свої проблеми зі здоров'ям і сексуальну активність (45).

Необхідно також знати, якщо законний вік надання згоди на КіТ є визначений і остаточно зафіксований, медичні працівники не мають права використовувати свої власні судження при розгляді окремих випадків, як часто робить велика кількість медичних працівників. Крім того, переваги участі батьків і згоди батьків на надання психологічної підтримки для дотримання режиму лікування і догляду повинні бути збалансовані з негативними аспектами необхідності отримання згоди батьків, якщо батьки/опікуни не підтримують, або коли підлітки побоюються насильства або інших несприятливих дій з боку батьків/опікунів.

Сучасні політики щодо надання згоди є ключовою перешкодою для підлітків для звернення за послугами.¹³ Уряди країн повинні визначити, як краще вирішувати ці питання в рамках власного правового та соціального контексту і як, в цілому, знизити віковий поріг на надання згоди на КіТ. Необхідно розглянути коло питань, у тому числі варіанти, за якими інша особа може надати згоду від імені неповнолітнього, наприклад, старший брат або родич.¹⁴ В країнах, де вік надання згоди був зменшений до 12 років (наприклад, Лесото і ПАР), було відмічено поширення доступу і зростання кількості підлітків, які звертаються за послугами з КіТ, без несприятливих наслідків (Міністерство охорони здоров'я ПАР, інтерв'ю, 2013 р.).

Урядам країн пропонується переглянути свою політику щодо віку надання згоди і розглянути питання про зниження вікових бар'єрів для КіТ і можливості переадресації для отримання послуг з профілактики, лікування та догляду після проходження тестування.

Безпосередність доказів

Певний досвід роботи з дорослими щодо розширення доступу до КіТ може бути використаний у контексті роботи з підлітками із внесенням відповідних змін, що стосуються віку. Проте, деякі питання, особливо ті, що стосуються віку надання згоди, потребують детального розгляду та перегляду політики для задоволення потреб підлітків і захисту їх прав.

¹³ Див. Додаток 15 для огляду поточної ситуації щодо надання згоди в країнах Центральної і Західної Африки.

¹⁴ У разі смерті батьків, опіка часто юридично не оформляється, але, як правило, надається голові домогосподарства, в якому проживає підліток на той час.

Переваги КіТ

Підлітки не мають достатнього доступу до потрібних їм послуг, тому необхідні зміни в системах, які забезпечують доступ до КіТ, лікування та надання належного та прийняттого догляду за підлітками. Очікується, що зростання кількості звертань за покращеними послугами серед підлітків, в тому числі переадресація для отримання послуг з профілактики, лікування та догляду, матиме переваги як для здоров'я окремої людини, так і для здоров'я загалом.

Зростання кількості звертань за послугами з КіТ серед підлітків

Регулярне КіТП, КіТ на дому, а також експрес-тестування можуть допомогти збільшити кількість звертань за послугами з КіТ серед підлітків, особливо повільних прогресорів та вагітних підлітків. В умовах низької поширеності, коли інфекція найчастіше передається статевим шляхом і зосереджена в ключових групах ризику, аутріч-КіТ або КіТ у спеціальному приміщенні можуть бути більш ефективними для підлітків, які є соціально маргіналізовані і мають обмежений доступ до звичайних медичних послуг, а також потенційно можуть зазнати дискримінації та правових наслідків.

Багато дівчат-підлітків, які становлять високий відсоток вагітних, вже проходять тестування в рамках програм з ППМД¹⁵. Уроки успішного розширення масштабів КіТ в рамках програм допологового спостереження (ДС) можуть бути використані для розробки програми планової перевірки підлітків, особливо в країнах Центральної і Західної Африки (в азіатському контексті, низьке охоплення програмами з ППМД і ДС обмежує ці можливості). Деякі дані свідчать про те, що підлітки більш ймовірно припиняють лікування після пологів, ніж дорослі жінки. Це повинно вирішуватися шляхом запровадження програм, дружніх до молоді, і налагодження системи переадресації. В рамках програм з ППМД часто виникають труднощі з переадресацією для отримання профілактичних послуг підлітків з негативним статусом (Г. Хейнсворт, організація Pathfinder, інтерв'ю, 2013 р.).

Підлітки постійно виявляють свою прихильність співчутливим, доброзичливим і компетентним працівникам; консультуванню, пов'язаному з тестуванням, та іншим послугам з метою попередження поширення ВІЛ-інфекції; а також безкоштовному експрес-тестуванню.

Серед основних бар'єрів для тестування зазначаються стигматизація і дискримінація, думка про належність до групи з низьким ризиком передачі ВІЛ, страх розкриття свого ВІЛ-статусу і життя з ВІЛ.

Використання наступних підходів для збільшення охоплення числа користувачів послугами з КіТ потребує подальшого дослідження. Серед них: інформація щодо зниження ризику перед тестуванням, соціальні мережі, комп'ютеризовані тестування, послуги, дружні до підлітків, та аутріч-КіТ в супроводі з мотиваційним інтерв'юванням. Набори для самотестування також можуть розширити можливості для підлітків, які не хочуть звертатися за будь-якими послугами з КіТ. Також необхідно провести дослідження, щоб визначити ефективність цього підходу для цієї групи ризику.

Ключові групи ризику

В умовах будь-якого типу епідемії доступні та прийнятні послуги з КіТ повинні бути доступні для підлітків ключових груп ризику і мають надаватися таким чином, щоб не наражати їх на небезпеку.

Хоча в умовах епідемії низького рівня і концентрованої епідемії особлива увага приділяється наданню необхідних послуг з КіТ для підлітків з ключових груп ризику, КіТ повинно бути доступним для кожного підлітка, який хоче пройти тестування. В умовах епідемії низького рівня і концентрованої епідемії ключові групи ризику є найбільш уразливі, тому важливо створити для них умови, щоб вони не відчували себе відокремленими або уразливими до маргіналізації. В умовах різних типів епідемії під час надання послуг з тестування та інших

¹⁵ Приблизно на 16 мільйонів жінок у віці 15-19 років щороку припадає близько 11% всіх народжень у світі. Див. http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/maternal/adolescent_pregnancy/en/index/html

послуг слід брати до уваги соціально-правове середовище ключових груп ризику, інші соціально-культурні фактори для підлітків в цілому, а також економічну ефективність в різних ситуаціях. Інтервенції з адаптації надання послуг включають можливість отримувати аутріч-послуги в місцях, де збираються підлітки з ключових груп ризику, використовувати соціальні мережі і метод «сніжна куля» для встановлення зв'язку з цими підлітками безпечним і прийнятним способом.

В деяких країнах епідемія має гетерогенний або змішаний характер – в деяких регіонах країни визначається генералізована епідемія ВІЛ, а в інших вона все ще концентрована. У багатьох країнах з генералізованою епідемією відзначаються також більш гострі епідемії серед підлітків з ключових груп ризику. У країнах з обмеженими ресурсами особливо важливо розрізнити субнаціональні епідемії для уникнення нераціонального використання обмежених ресурсів. Однак, спрямування послуг лише на ключові групи ризику призведе до зростання стигматизації. З цієї причини дуже важливо, щоб кожна людина мала доступ до тестування. В умовах концентрованої епідемії послуги з тестування повинні бути доступні для будь-якого підлітка, який хоче пройти тестування. Однак, як правило, в таких умовах проведення кампанії для сприяння тестування серед різних груп населення є нерентабельним.

Підлітки з ключових груп ризику часто не мають рівного доступу до послуг. Дуже мало медичних працівників або політиків враховують потреби цих груп, а більшість не в змозі взагалі визнати цю підліткову групу. Це обмежує політику та можливість надання послуг людям у віці від 18 років.

Хоча до ключових груп ризику зазвичай відносять ЧСЧ, трансгендерних людей, підлітків, які зазнають сексуальної експлуатації, і СІН, в багатьох місцях, особливо в умовах генералізованої епідемії, інші групи ризику, такі як дівчатка-підлітки і діти-сироти, повинні також входити у пріоритетну групу через їх підвищену уразливість до ВІЛ-інфекції і бути включеними в планування програм.¹⁶

Для кожної країни дуже важливо зрозуміти ситуацію власної епідемії, тобто, які групи є найуразливішими чи стикаються з найбільшою кількістю бар'єрів на шляху отримання доступу до медичних послуг. Ці групи потребують впровадження пріоритетних заходів для забезпечення доступного і прийняттого тестування та додаткової підтримки.

Нагальною потребою є розроблення практичних вказівок в цій області.

Узгоджені рекомендації

У багатьох країнах існують затверджені процеси, згідно з якими послуги з КіТ мають супроводжуватися переадресацією для отримання подальших послуг з профілактики, лікування та догляду. Проте у багатьох випадках система переадресації впроваджується непослідовно і покладається на «пасивну» переадресацію з місць проходження КіТ, і саме тому, зокрема, підлітки не отримують необхідних послуг. В усіх рекомендаціях, що стосуються КіТ, зазначається необхідність встановлення зв'язку з послугами з профілактики, лікування та догляду, як найважливішого компонента ефективного надання послуг з КіТ для підлітків.

В рамках перших двох рекомендацій Група ВООЗ з розробки Керівництва розглянула переваги та економічну ефективність послуг з КіТ для всіх вікових груп, а також зосередила увагу на нагальній необхідності виявлення підлітків, яким необхідно розпочати АРТ або надати більш ефективну підтримку для профілактики. З цієї причини нижче наведені вагомні рекомендації з розширення доступу для ключових груп ризику в умовах будь-якого типу епідемії і для всіх підлітків в умовах генералізованої епідемії.

Під час обговорення третьої рекомендації виникли сумніви з приводу наявності ресурсів і їх використання для інтервенцій з КіТ в умовах концентрованої епідемії. Проте, ця рекомендація вважається важливою з огляду на надання підліткам, які хочуть знати свій ВІЛ-статус, можливості пройти тестування.

¹⁶ Сироти можуть стикатися з особливими перешкодами, коли вихователі не знають про ВІЛ-статус дитини, за яку вони взяли на себе відповідальність, або не хочуть розкривати статус дитини, якщо вони знають.

2.2 Підлітки, які живуть з ВІЛ: розкриття статусу, прихильність і дотримання режиму лікування

У цьому розділі розглядаються рекомендації щодо надання підліткам підтримки для розкриття свого статусу іншим і посилення підтримки для забезпечення прихильності до лікування та дотримання режиму, зокрема шляхом впровадження інтервенцій на рівні громади і навчання медичних працівників.

В цьому документі розкриття ВІЛ-статусу визначається як розкриття підлітками свого статусу іншим для одержання підтримки у разі позитивного діагнозу для забезпечення прихильності до лікування та дотримання режиму, а також для зменшення вірогідності нових випадків інфікування.

Питання про розкриття провайдерами чи батьками ВІЛ-статусу дітям/підліткам розглядаються в Керівництві ВООЗ з розкриття ВІЛ-статусу дітям. Згідно з рекомендаціями, дітям шкільного віку повинно бути повідомлено про їх ВІЛ-позитивний статус і/або про ВІЛ-позитивний статус їх батьків або опікунів. Дітям молодшого віку повинно бути повідомлено про їх статус поступово, згідно з їх когнітивними здібностями і емоційною зрілістю, в рамках підготовки до повного розкриття (46). Ці рекомендації ВООЗ також відносяться до підлітків. Повне розкриття рекомендується для всіх дітей молодшого шкільного віку. Однак, у багатьох ситуаціях підлітки часто не знають про свій ВІЛ-статус, а це незнання призводить до низького попиту на медичні послуги і лікування ВІЛ-інфекції (47).

Щоб АРТ була ефективною в довгостроковій перспективі важливо, щоб підлітки одержували підтримку під час проведення режиму лікування і залишалися під наглядом. Під час розробки цього Керівництва було вивчене питання, чи зможе навчання надавачів послуг покращити рівень прихильності лікуванню і дотримання режиму. У цьому звіті також розглянуто широкий спектр підходів на рівні громади і робочі питання, які рекомендуються у «Зведеному керівництві ВООЗ щодо використання антиретровірусних препаратів для лікування і профілактики ВІЛ-інфекції» (4). Нижче наведені рекомендації щодо розкриття підлітками свого статусу і дві рекомендації щодо покращення рівня прихильності до лікування і дотримання режиму, огляд зібраних доказів і короткий виклад дискусій під час проведення робочих зустрічей Групи з розробки Керівництва. Серед доказів наведений огляд окремих досліджень з їх оцінкою за системою GRADE, а також цінності і переваги, отримані в результаті проведення електронного опитування підлітків, які живуть з ВІЛ. Огляд обговорень Групи з розробки Керівництва супроводжується додатковою інформацією, отриманою в результаті проведення аналізу опублікованих і неопублікованих досліджень і доповідей, пов'язаних з наданням АРВ-послуг підліткам, а також коментарями рецензентів. Також наведено 13 рекомендацій щодо надання послуг, зазначених у «Зведеному керівництві ВООЗ щодо використання антиретровірусних препаратів для лікування і профілактики ВІЛ-інфекції» (4).

2.2.1 Рекомендація – розкриття статусу

Підлітки повинні бути поінформовані щодо потенційної користі для здоров'я і ризиків розкриття свого ВІЛ-статусу іншим. Їм має бути надана підтримка, щоб визначити коли, як і кому розкривати свій статус. *Умовна рекомендація, дуже низька якість доказів.*

Огляд доказової бази

Систематичний огляд: короткий виклад основних результатів

Додаток 4 (див. на веб-сайті ВООЗ) для повного тексту систематичного огляду, пов'язаного з розкриттям ВІЛ-статусу підлітками іншим.

В цілому, дослідження підлітків виявили, що розкриття статусу призводить до поліпшення клінічних результатів, які вимірюються збільшенням кількості клітин CD4 (48), зниження кількості партнерів (але не зменшення випадків незахищеного сексу) (49), зростання тиску, коли про статус повідомляють знайомим, та статистично незначних розладів психічного здоров'я, коли членам сім'ї та близьким друзям розкривають ВІЛ-статус (50).

За результатами семи досліджень, проведених серед дорослих, розкриття статусу було пов'язано з кращою прихильністю до лікування і дотриманням режиму АРТ (51, 52, 53, 54, 55, 56, 57), і тільки одне дослідження не виявило зв'язку (58). Інші дослідження показали, що розкриття статусу було пов'язане з більш високим рівнем клітин CD4 (59), а не розкриття було пов'язане з вірусологічною неефективністю лікування на 48 тижнів (60). Розкриття статусу було пов'язане з кращим тестуванням і лікуванням ВІЛ-інфекції невірапіном у новонароджених, матері яких повідомили про свій ВІЛ-позитивний статус своїх партнерів (61, 62), тоді як нерозголошення призвело до несприятливих результатів ППМД (63).

В рамках інших досліджень були отримані додаткові результати. Розкриття статусу статевим партнерам було пов'язане із збільшенням випадків використання презервативів і зменшенням числа статевих партнерів; ті, хто розкрив свій статус ВІЛ-негативним партнерам, були менш схильні до незахищеного анального сексу в порівнянні з тими, хто не став розкривати свій ВІЛ-статус (64, 65, 66, 67, 68, 69, 70). В одному з досліджень дорослих жінок трьох етнічних груп у Сполучених Штатах Америки не було виявлено зв'язку між розкриттям статусу і пригніченим настроєм або психологічним розладом здоров'я, і тільки у групі латиноамериканських жінок був встановлений незначний зв'язок (71). У чотирьох дослідженнях дорослих розкриття статусу було пов'язане з більш високим рівнем стигматизації; жінки, які розкривали свій статус партнерам повідомляли про негативні наслідки, такі як гнів і засудження, а в одному із досліджень жінки повідомили, що партнери відповіли насильством і припинили відносини після розкриття статусу (66, 72, 73, 74).

Обговорення в малих групах або групові консультації задля підтримки розкриття статусу серед підлітків, які живуть з ВІЛ в США, показали значне зменшення випадків незахищеного сексу серед підлітків. В інших дослідженнях в США, коли невеликі групові дискусії були використані для підтримки розкриття свого статусу батьками (75), не було виявлено значного збільшення випадків розкриття статусу своїм дітям-підліткам, навпаки, батьки мали значно вищий середній рівень депресії на третьому місяці роботи у групах (без істотної різниці на 15 або 24 місяці). Дорослі ЧСЧ, які живуть з ВІЛ, також були не схильні повідомляти про свій статус більшій кількості членів сім'ї (в цілому статистично незначимо), ніж це спостерігалось в контрольній групі (76).

Структуровані групи підтримки або семінари в Африці призвели до значного збільшення випадків розкриття статусу вагітними жінками з ВІЛ на другому та восьмому місяці спостереження, не було виявлено статистично важливих відмінностей у виявленні депресії (77). Іншим дослідженням (78) не виявлено суттєвих відмінностей через тиждень після участі жінок, які живуть з ВІЛ, у семінарах, що проводилися з метою допомогти їм впоратися з емоційними наслідками збереження свого ВІЛ-статусу в таємниці.

Консультації один-на-один значно збільшили кількість випадків розкриття свого позитивного статусу матерями своїм маленьким дітям в одному дослідженні (79), але якість доказів була дуже низькою.

Поведінкові інтервенції, що проводилися за принципом «рівний-рівному», значно збільшили мотивацію дорослих ЧСЧ повідомити про свій статус статевим партнерам (80).

Було також розглянуто дев'ять додаткових досліджень, але вони не аналізувалися за системою GRADE через недостатню кількість даних. В одному із досліджень вивчалася лише одна інтервенція з розкриття статусу (81), в інших дослідженнях вивчалися більш комплексні заходи, спрямовані на усунення ряду проблем, пов'язаних з ВІЛ, а розкриття статусу було одним із питань.

Обговорення в малих групах (підлітки). Обмежені дані стосовно підлітків були отримані з одного дослідження (82), в рамках якого було встановлено, що обговорення в невеликих групах на чолі з професійним консультантом мало позитивний вплив на психічне здоров'я підлітків.

Обговорення в малих групах (дорослі). В рамках кластерного рандомізованого контрольованого дослідження вагітних жінок з ВІЛ було виявлено, що проведення сесій в малих групах на чолі з консультантом за принципом «рівний-рівному» призвело до зростання випадків профілактичної поведінки, зниження материнської депресії, а також кращих результатів для не-

мовлять; ніяких істотних наслідків інтервенції не спостерігалося по відношенню до розкриття жінками ВІЛ-статусу їхнім дітям (83). В результаті іншого рандомізованого контрольованого дослідження було виявлено, що групи підтримки, на чолі з професійним консультантом чи консультантом за принципом «рівний-рівному» для малозабезпечених жінок з ВІЛ, призвели до зростання випадків використання презервативів, але не мали ефекту щодо розкриття ВІЛ-статусу статевим партнерам (84).

Інтервенції на рівні громади щодо розкриття статусу. Одне дослідження показало нижчий рівень втрати клієнтів, поліпшення лікування та сприяння розкриттю статусу на рівні громади серед дорослих, які живуть з ВІЛ, в результаті отримання підтримки на рівні громади від координаторів, консультантів і добровольців із громади, в порівнянні із вихідними даними установ (85). В рамках іншого дослідження дорослих з ВІЛ було визначено, що у разі підтримки від медичних працівників на рівні громади, вони значно частіше розкривали свій ВІЛ-статус членам сім'ї (86).

Інтервенції з індивідуального консультування. За результатами одного дослідження дорослі, які щойно дізналися про свій ВІЛ-позитивний статус і пройшли консультування, мали нижчі показники виявлення депресії через чотири тижні після оцінки і значне зростання наміру розкрити свій статус (87). В рамках іншого дослідження було виявлено, що серед дорослих з ВІЛ, які повідомили про незахищений секс з партнером з негативним статусом або невідомим серостатусом, зменшилася кількість випадків незахищеного сексу незалежно від їх належності до контрольної групи чи групи, де проводилася інтервенція (88).

Комп'ютерні інтервенції, що проводилися онлайн. В одному з досліджень не було виявлено жодних відмінностей у випадках розкриття ВІЛ-статусу серед ЧСЧ (з та без ВІЛ) після перегляду онлайн інтервенції, спрямованої на заохочення критичного мислення про ризик передачі ВІЛ-інфекції. Але вони були менш схильні повідомляти про нового або випадкового статевого партнера, або незахищений анальний секс, ніж до інтервенції (89). За результатами іншого дослідження, поведінка щодо розкриття статусу поліпшилася з точки зору намірів і відношення серед ЧСЧ, які живуть з ВІЛ, після проведення контрольованої інтервенції, адаптованої для розкриття статусу випадковим статевим партнерам (81).

Цінності і уподобання: розкриття статусу

Вивчення цінностей і уподобань молодих людей, які живуть з ВІЛ (віком 10-24 років), було проведено з метою отримання відповідей від тих, на кого направлені послуги з лікування та догляду для ПЖВ+, і забезпечити врахування їхніх думок у процесі розробки Керівництва (Частина 1, розділ 2.2.2 для короткого огляду та Додаток 11 для повного звіту див. на веб-сайті ВООЗ).

В рамках оглядового аналізу було виявлено, що розкриття ВІЛ-статусу корелює з підвищеною соціальною підтримкою, соціальною впевненістю в собі і зниженою проблемною поведінкою. У деяких дослідженнях було відзначено, що розкриття свого позитивного статусу іншим – це навик, який потребує часу для формування і може бути покращений за рахунок підтримки і навчання з боку медичних працівників.

Анонімне опитування онлайн не досліджувало конкретно питання про розкриття статусу, але за деякими із зауважень респондентів можна припустити, що підтримка для розкриття статусу є необхідною і корисною для підлітків.

«Конфіденційність є проблемою... Не всі з нас готові розкрити свій статус... Коли ми стоїмо у черзі біля вікна [позначеного] 'АРВ'... кожен може побачити, що ми є ВІЛ-інфікованими, і це може погіршити стигматизацію... Моя сім'я ще не знає... Навчіть нас, як відкрити [свій ВІЛ-статус] родині».

Під час семінарів в Південній Африці і Зімбабве (в рамках роботи, проведеної для дослідження цінностей і уподобань, пов'язаних з КіТ, див. Частина 1, розділ 2.1.3), учасники погодилися з тим, що розкриття ВІЛ-статусу є рішенням або правом людини. Думки розділилися, однак, щодо необхідності розкривати свій статус іншим, і якщо так, то кому. На думку деяких учасників, статус можна розкривати «тим, кому можна довіряти», від кого можна «отримати необхідну підтримку», особливо для прийняття позитивного діагнозу. Інші учасники, особливо

на Філіппінах і в Південній Африці, висловили думку, що *«краще взагалі не розкривати [свій ВІЛ-позитивний статус] іншим»*. Ця точка зору відображає хвилювання, що *«хтось може використовувати цю інформацію проти вас у майбутньому»* або *«поширити її іншим особам без вашого дозволу»*, або що розкриття може призвести до відмови і втрати відносин.

Надавачі послуг, які були опитані в ході консультацій щодо КіТ, висловили більш складний погляд на ситуацію, ніж підлітки. Багато з них зізналося, що розкриття статусу є дуже складним питанням для обговорення, і йому досить часто не приділяється достатньо уваги під час консультування, до і після тестування. На Філіппінах деякі надавачі зазначали, що керівні принципи чи політики щодо розкриття статусу були недостатньо чіткими чи взагалі відсутні. Тоді, як більшість надавачів послуг стверджували, що розкриття статусу має бути рішенням підлітка, інші надавачі виступили за розкриття статусу батькам самими провайдерами для забезпечення підтримки, необхідної ПЖВ+. Деякі підкреслили необхідність враховувати бажання і готовність кожного підлітка розкривати свій статус.

Огляд дискусій групи експертів та інші питання

У даному розділі зазначаються ключові питання, що були розглянуті під час дискусії з розкриття статусу серед учасників на нараді експертів у Хараре, а також коментарі та матеріали, надані рецензентами.

Вигоди і ризики розкриття статусу

Підтримка з боку сім'ї і близьких друзів може бути особливо важливою для підлітків, які ще не достатньо зрілі або яким бракує досвіду та впевненості, щоб самим впоратися з ВІЛ-позитивним статусом. Вони матимуть підтримку, тільки якщо довірені члени сім'ї та близькі друзі довідаються про їх ВІЛ-статус. З точки зору здоров'я, розкриття статусу є важливим для запобігання подальшій передачі ВІЛ-інфекції.

Однак, підлітки, які розкривають свій позитивний статус, стикаються зі стигматизацією, насильством і занедбаністю часто з боку близьких їм людей. Молоді заміжні жінки та підлітки з ключових груп ризику можуть частіше і/або більш інтенсивно це відчувати.

Важливо підкреслити, що розкриття статусу також супроводжується різними ступенями ризику, залежно від того, хто і кому розкриває свій статус. Наслідками розкриття підлітком свого статусу іншим можуть стати ризик насильства з боку статевих партнерів, а також ризик правових наслідків згідно з законами, за якими особа несе кримінальну відповідальність за нерозголошення свого ВІЛ-статусу, та нараження на ризик передачі ВІЛ-інфекції. Зокрема, для членів ключових груп ризику розкриття статусу може спричинити переслідування або певні правові наслідки у випадках незаконного поведіння або практик.

Розкриття статусу іншим особам

Розкриття статусу статевим партнерам і розкриття статусу батькам, друзям, колегам та іншим людям є різними процесами, що відбуваються з багатьох причин і може мати різноманітні наслідками. Можлива підтримка, яку можна отримати після розкриття статусу членам сім'ї чи друзям, може бути вирішальним кроком до надання допомоги підлітку, і вона є однією з основних причин того, що підліток погоджується розкрити свій статус. Розкриття статусу статевому партнеру (минулому або майбутньому) може призвести до отримання підтримки, але також може мати значні негативні наслідки для самооцінки і впевненості у своїй сексуальності і сексуальних і репродуктивних правах. Основною мотивацією розкриття статусу партнеру є почуття відповідальності.

Запобігання подальшій передачі ВІЛ-інфекції

Основною перевагою розкриття статусу повинна бути максимальна підтримка підлітка. Розкриття статусу статевим партнерам заради їх здоров'я слід розглядати лише як один із засобів, за рішенням підлітка, запобігти подальшій передачі ВІЛ-інфекції. А саме тому, розкриття статусу статевим партнерам не входить до рекомендацій. Важливим та рекомендованим, однак, є створення безпечних умов для розкриття статусу. Водночас, ВООЗ визнає,

що чесність при розкритті статусу партнерам є хорошою практикою і частиною етичного розвитку підлітка. Підлітки повинні навчитися брати на себе відповідальність за подальшу передачу ВІЛ-інфекції, наприклад, завжди користуватися презервативами, а партнери повинні мати доступ до постконтактної профілактики та екстренної контрацепції, якщо презерватив порвався.

Необхідне розроблення практичних рекомендацій для розкриття підлітками статусу своїм статевим партнерам. Ці послуги мають входити до «пакету послуг з попередження передачі ВІЛ-інфекції», включаючи використання презервативів, ППМД. Особливу увагу необхідно приділити нормативно-правовій базі та наслідкам.

Загалом, розкриття статусу статевим партнерам різниться для підлітків і для дорослих. Підлітки рідко перебувають в довгострокових стабільних відносинах і можуть не мати знань та емоційних навичок для розв'язання складних питань, що виникають у разі розкриття статусу партнерам, у тому числі переривання відносин. Динаміка нерівних сил, що є характерною серед підлітків (наприклад, між дівчатами-підлітками і старшими партнерами), також може мати наслідки, коли партнер-підліток стає більш уразливим до ізоляції або насилля, спричиненими розкриттям статусу. Крім того, існують серйозні проблеми із забезпеченням того, щоб ПЖВ+ захищали себе і своїх партнерів від передачі ВІЛ; наприклад, недостатнє і непослідовне використання презервативів є очевидною проблемою. Вживання алкоголю, наркотиків та інші види ризикованої поведінки, які часто виникають в підлітковому віці, також можуть обмежити ефективне розкриття статусу та запобігти безпечній статевій поведінці. Надавачі послуг повинні розуміти всі питання і динаміки, пов'язані з розкриттям статусу підлітками, щоб особа, яка розкриває свій статус, продовжувала залишатися в безпеці.

Підтримка від медичних працівників при розкритті статусу

Розкриття свого позитивного серологічного статусу може включати розкриття інформації про інші аспекти життя (зокрема, для членів ключових груп ризику). Медичним працівникам та консультантам за принципом «рівний-рівному» потрібне оперативне керівництво щодо надання підтримки підліткам для прийняття рішень про розкриття статусу, у тому числі у роз'ясненні їх прав на розголошення та нерозголошення свого статусу. Особливо важливим для підлітків є наявність анонімних систем звітності з метою забезпечення конфіденційності та захисту. Обов'язкове розкриття ВІЛ-позитивного статусу медичними працівниками представникам влади може бути потужним стримуючим фактором для членів ключових груп ризику та інших ПЖВ+ до звернення за послугами з КіТ. Крім того, це може призвести до втрати клієнтів, які ще не проходять лікування, а також не дотримання режиму лікування особами, які вже почали отримувати необхідні послуги. У рамках КіТ надавачі послуг можуть обговорити питання про спільну відповідальність за запобігання, а також розкриття позитивного діагнозу за рішенням підлітка, який живе з ВІЛ.

Розкриття підлітками свого статусу іншим вимагає, щоб вони були обізнані про власний ВІЛ-позитивний статус (див. Частина 1, розділ 2.1.3 для обговорення важливості КіТ). У деяких випадках підлітки можуть не знати, що вони живуть з ВІЛ, хоча вони, можливо, отримали діагнози і навіть можуть проходити лікування. Коли батьки або інші особи не повідомили вертикально інфікованим підліткам, що він або вона мають ВІЛ-позитивний статус, цілком можливо, що батьки можуть бути більш стурбовані розкриттям власного ВІЛ-статусу, ніж здоров'ям і благополуччям свого підлітка. Всі підлітки повинні бути поінформовані про свій ВІЛ-позитивний статус, тому що це має значні переваги. Уряди країн повинні забезпечити наявність та дієвість раціональних політик, інструментів, програм з навчання і підтримки, щоб допомогти працівникам охорони здоров'я інформувати підлітків про їх статус у випадках, коли вони ще про нього не знають.

В умовах, коли медичні працівники відчувають себе некомфортно під час надання консультацій з розкриття статусу і підтримки, або де є нестача кадрових ресурсів в медичних установах, або існують інші обмеження щодо медичних працівників, консультанти за принципом «рівний-рівному» та громадські організації можуть надавати цінну підтримку для розкриття статусу.

Правові питання

Група з розроблення Керівництва висловила серйозну стурбованість з приводу прийняття і застосування **кримінально-правових норм** щодо осіб, які живуть з ВІЛ, а також потенційних наслідків цих законів для підлітків, які живуть з ВІЛ. Безпечне розкриття статусу з отриманням підтримки можливе тільки в правовому і політичному середовищі, де підлітки не ризикують бути переслідуваними або заарештованими поліцією, незалежно від їх рішення розголошувати чи не розголошувати про свій ВІЛ-статус.

Підлітки менш обізнані про закони, ніж старші особи. Вони можуть мати погане розуміння правового середовища, в якому вони живуть, і не мати можливості отримати юридичну підтримку. Зростаюча тенденція прийняття нових законів, що передбачають кримінальну відповідальність за передачу ВІЛ-інфекції, та нараження на ризик інфікування, а також застосування існуючих законів для судового переслідування людей, які живуть з ВІЛ, можуть істотно стримувати підлітків від розкриття статусу або отримання доступу до послуг. Підлітки, які живуть з ВІЛ, можуть бути менш схильні розкривати свій статус, якщо вони бояться бути звинуваченими попередніми «незадоволеними» статевими партнерами, а потім зазнавати кримінального переслідування. Щоб уникнути юридичних наслідків, люди можуть обрати нерозголошення свого статусу, відмовляючи собі у доступі отримати підтримки і життєво важливих послуг з лікування та догляду. У таких умовах закони продовжують перешкоджати отриманню доступу до основних послуг з КіТ і стримують молодих людей, чиє розуміння закону обмежене. В умовах, де нерозголошення ВІЛ-статусу є злочином, найбезпечнішим правовим захистом є незнання власного серостатусу. А це, у свою чергу, призводить до контрпродуктивної поведінки щодо захисту власного здоров'я та не забезпечує права людини на здоров'я і виживання.

Інші питання

Відмова розкрити статус може стати серйозною проблемою для дівчат-підлітків, які вагітні або народжують. Якщо партнер молоді жінки або члени сім'ї не знають про її ВІЛ-позитивний статус, вона не матиме підтримки для безпечного вигодовування немовлят і одержання послуг в рамках програми з ППМД й інших послуг.

У розділі з огляду літератури (Додаток 11 див. на веб-сайті ВООЗ) було визначено поняття «навики» для розкриття статусу. Для розвинення цих навиків необхідна інформація і підтримка з боку медичних працівників та інших. В результаті проведення деяких досліджень було виявлено, що розкриття статусу може призвести до зростання соціальної підтримки, впевненості в собі і зниження ризикованої поведінки.

Деякі працівники і підлітки відзначили, що поняття «ВІЛ зупиняється на мені» стає актуальним і прийнятним серед людей, які живуть з ВІЛ. Люди, які живуть з ВІЛ, беруть на себе відповідальність за попередження передачі ВІЛ-інфекції іншим.¹⁷ Однак, підлітки повинні відчувати себе в безпеці і бути захищеними від дискримінації та інших несприятливих наслідків розкриття свого статусу. Саме тому, в рамках цієї рекомендації необхідно розглянути юридичні, етичні та соціальні питання. В актуальних і прийнятних умовах необхідно проведення консультування партнерів/пар і спонукання до взаємного розкриття серостатусу (у тому числі під час ДС) (90).

Угода щодо рекомендацій

Хоча доказова база для розробки рекомендації була обмеженою, Група з розробки Керівництва зробила висновки, що консультування та надання допомоги для розкриття статусу є надзвичайно важливими. Ця позиція представлена в Керівництві в якості рекомендації, заснованої на думці досвідчених працівників і експертів з цих питань. Рекомендація служить основою для підтримки подальших досліджень для оцінки підходів до реалізації.

¹⁷ Підлітки у дискусіях фокус-групи (ДФГ) в Зімбабве висловили це ставлення, зазначивши почуття відповідальності за себе і своїх партнерів, їх сім'ї та суспільство (див. розділ 2.1.3, стосовно мотивації і стримуючих факторів щодо тестування).

2.2.2. Рекомендації – дотримання лікування та догляду

Підходи на рівні громади можуть поліпшити дотримання лікування та догляд за підлітками, які живуть з ВІЛ. *Умовна рекомендація, дуже низька якість доказів.*

Навчання працівників охорони здоров'я може сприяти дотриманню лікування та покращенню догляду за підлітками, які живуть з ВІЛ. *Умовна рекомендація, дуже низька якість доказів.*

Два основних типи інтервенцій, які могли б сприяти дотриманню АРТ та догляду, – навчання медичних працівників, а також ряд підходів на рівні громади – були спеціально розглянуті Групою для розробки Керівництва на додаток до інтервенцій, що рекомендовані у Зведеному керівництві ВООЗ із використання антиретровірусних препаратів для лікування і профілактики ВІЛ-інфекції (тобто інтеграції послуг, децентралізації, перерозподілу обов'язків і мобільних текстових повідомлень), пов'язаних з підлітками.

Огляд доказів

Систематичний огляд: короткий виклад основних результатів

Додаток 4 (див. на веб-сайті ВООЗ) для повного звіту щодо систематичних оглядів, пов'язаних з підходами на рівні громади та навчання для посилення дотримання лікування та догляду за підлітками, які живуть з ВІЛ.

Підходи на рівні громади

В цілому, результати були сумішшю позитивних ефектів і відсутності ефектів, що пов'язано з широким діапазоном підходів на рівні громади в різних групах населення і контекстах.

Шістнадцять з сімнадцяти досліджень, що піддаються аналізу за системою GRADE, проводилися серед дорослого населення, і лише одне стосувалося дітей молодше 16 років. Таким чином, результати цього огляду не можуть бути поширені на підлітків. Інші побоювання стосуються фінансових витрат, пов'язаних зі стратегіями на рівні громади, щодо поліпшення результатів здоров'я для населення з ВІЛ, а також оптимізації дотримання протоколів програми і якості медичної допомоги, яку забезпечують працівники охорони здоров'я. Крім того, можуть виникнути значні проблеми на шляху розширення масштабів програм для підтримки якості медичної допомоги, де є обмежена інфраструктура для моніторингу, або підтримки працівників охорони здоров'я.

Десять проаналізованих РКД запропонували докази низької або дуже низької якості щодо переваг інтервенцій на рівні громади і докази дуже низької якості для більшості результатів, у зв'язку із спостережним характером досліджень, невеликою кількістю повідомлених подій і опосередкованістю вивченого населення (тобто дорослих або дітей молодше 10 років).

Оцінка стану здоров'я вдома, освіта та підтримка з боку працівників охорони здоров'я.

Інтервенції на рівні громади, які включали оцінку здоров'я вдома, навчання і підтримку з боку працівників охорони здоров'я, були пов'язані з кращими рівнями дотримання АРТ в одному з трьох досліджень (91), з «придушенням» вірусу в одному з трьох досліджень (92) і зниженням показників смертності у двох з чотирьох досліджень (92, 93).

Інтервенції з підтримки здоров'я, що впроваджувалися працівниками охорони здоров'я за принципом «рівний-рівному» під час домашніх візитів.

Всі дослідження залучали доросле населення. За результатами одного дослідження, інтервенції за принципом «рівний-рівному» разом із послугами, що надавалися за допомогою мобільних пристроїв, призвели до більш значного «придушення» вірусу через 96 тижнів після початку лікування (94). Однак, ніякого важливого зв'язку між послугами, що надавалися за допомогою мобільних пристроїв, та вірусологічним придушенням не спостерігалось на більш ранніх стадіях часу (94, 95, 96). Жодне з чотирьох досліджень інтервенцій, впроваджених за допомогою мобільних пристроїв, не показали зв'язку з дотриманням АРТ (94, 95, 96, 97). Жодне з трьох досліджень інтервенцій, впроваджених за допомогою мобільних пристроїв, що вивчали смертність, не показали відмінностей у показниках смертності експериментальної та контрольної груп (94, 95, 96). Хоча наявні дані свідчать про те, що інтервенції за принципом «рівний-рівному», що впроваджуються за допомогою мобільних пристроїв, можуть відігравати певну роль у підтримці режиму

лікування та догляду в певних умовах. Ці дані не є достатньо переконливими, і не дають чіткої відповіді на те, коли і як вони повинні використовуватися для досягнення найкращого ефекту. Потрібне подальше дослідження щодо впливу інтервенції за принципом «рівний-рівному» разом із послугами, що надаються за допомогою мобільних пристроїв.

Стосовно інтервенцій, що впроваджуються за допомогою мобільних пристроїв, у документі «Зведені рекомендації ВООЗ з використання антиретровірусних препаратів для лікування і профілактики ВІЛ-інфекції» наполегливо рекомендується взяти до уваги розсилку мобільних текстових повідомлень дорослим пацієнтам з нагадуванням про необхідність прийняти їх ліки АРТ. Ця інтервенція відкриває широкі перспективи також для підлітків, оскільки використання мобільних телефонів широко поширене в оточеннях з низьким і середнім рівнем доходу. Проте, необхідний ретельний моніторинг та оцінка цього підходу для підлітків, щоб встановити прийнятне і ефективне виконання.

Інтервенції з надання підтримки за принципом «рівний-рівному». В рамках 1 з 3 інтервенцій з підтримки за принципом «рівний-рівному» було виявлено зв'язок між послугами з підтримки і кращим дотриманням (98). Одне дослідження інтервенції з надання підтримки за принципом «рівний-рівному», яке вивчало вплив інтервенції на смертність, не показало ніякого ефекту (98). Одне дослідження, в якому вивчався вплив інтервенції на дотримання наступних призначень, не виявило жодного ефекту (99).

Соціально-економічна підтримка. Лише одне дослідження заходів соціально-економічної підтримки виявило зниження смертності (100).

Антиретровірусна терапія, що проводиться безпосередньо на рівні громади (АРТ на рівні громади). Жодне з двох досліджень АРТ на рівні громади не показало зв'язок з кращим дотриманням (101, 102). Дослідження АРТ на рівні громади, в рамках яких вивчалася смертність, не показали впливу інтервенцій на смертність (102). Проте, одне з двох досліджень показало зв'язок між отриманням АРТ на рівні громади і зниженням середнього вірусного навантаження (103). В одному з досліджень, яке вивчало АРТ на рівні громади, не виявлено ніякого ефекту на дотримання першого ряду АРТ (103). Десять досліджень були визначені для включення в даний огляд, але вони представили недостатньо інформації для аналізу GRADE; їм не вистачало регресійних параметрів (104), вони не мали компаратора, або компаратор не відповідав визначеним критеріям (тобто був стандартного піклування) (104, 105, 106, 107, 108, 109, 110, 111, 112), або в них зазначалося відношення ризиків без чисельників (113). Таким чином, нижче описані зв'язки викладені в стислій формі.

Смертність

В іншому спостережному проспективному дослідженні групи підлітків і дорослих, які живуть з ВІЛ (> 15 років), в клініці АРТ на рівні громади в Південній Африці повідомили про ймовірність смерті протягом першого року АРТ (7,9%, 95% ДІ 7,0% – 8,9%) і сукупну ймовірність смертності після шести років (15,2%, 95% ДІ 13,1% – 17,6%) (110). Чоловіча стать, кількість лімфоцитів CD4 нижче базового рівня, III і IV ступені за шкалою ВООЗ були пов'язані з більш високим ризиком смертності. В іншому спостережному дослідженні, яке порівнювало підлітків з ВІЛ (9-19 років) і молодих дорослих з ВІЛ (20-28 років) в програмі державного сектору АРТ на рівні громади в Південній Африці, повідомляють аналогічний загальний рівень смертності – 1,2 (95% ДІ 0,3-4,8) смертей на 100 людино-років серед підлітків і 3,1 (95% ДІ 2,4-3,9) смертей на 100 людино-років серед молодих дорослих (111).

В іншому спостережному проспективному дослідженні, проведеному в Руанді, повідомили про низьку смертність (5%) через два роки після початку АРТ серед дорослих з ВІЛ на базі програми АРТ на рівні громади (112).

Одне нерандомізоване проспективне групове дослідження, яке проводилось в Уганді, порівнювало результати лікування та смертність за результатами програми АРТ, що впроваджувалася на рівні сільської громади, з показниками програми, впровадженої в лікарнях в тому ж районі (108). У цьому дослідженні смертність на протязі шести місяців істотно не відрізняється між групами (11,9% проти 9,0%).

Вірусологічна неефективність лікування або придушення вірусу

Спостережене дослідження, яке оцінювало результати пацієнтів, включених до комплексної програми АРВ лікування на основі громади в Уганді, де працюють медичні працівники-однолітки та медсестри, повідомило, що 86% активних пацієнтів (211 з 246 перевірених) мають вірусне навантаження < 400 копій/мл (107). Вірусологічна неефективність лікування значно пов'язана з недостатністю відповіді CD4 та будь-якої історії попереднього застосування АРВ лікування. Жодного зовнішнього компаратора не було включено у дослідження. Інше ретроспективне дослідження групи пацієнтів з ВІЛ в урядових установах для лікування ВІЛ-інфекції в Південній Африці показало, що значно вища частина пацієнтів, які мали представника громади, який надає підтримку для дотримання лікування, підтримували пригнічене вірусне навантаження на рівні < 400 копій/мл після шести місяців лікування порівняно з пацієнтами без представника громади для допомоги (104). Крім того, значно більша частина пацієнтів в установах, які отримували допомогу від працівників громади для дотримання лікування, підтримували пригнічене вірусне навантаження і на більш тривалий період порівняно з пацієнтами, яких доглядали в клініках без працівників громади для дотримання лікування.

Ще одне проспективне дослідження, що вивчало групу підлітків і дорослих з ВІЛ (тобто > 15 років) в клініці АРТ лікування на основі громади в Південній Африці, вказало на високий рівень вірусологічного придушення через 16 тижнів після початку АРТ і відсутність значної зміни **між наступними роками одужання** (110). Відсутність вірусологічного придушення було пов'язано з молодшим віком (<25 років) і **високим рівнем вірусного навантаження** (> 5 log₁₀ копій/мл).

В іншому дослідженні, яке порівнювало підлітків з ВІЛ (9-19 років) і молодих людей з ВІЛ (20-28 років) в секторі АРТ лікування на основі громади в Південній Африці, виявили, що підлітки мають значно нижчі показники вірусологічного придушення через 48 тижнів, ніж молоді люди (111). Крім того, підлітки мали значно вищий ризик вірусологічної неефективності лікування, ніж молоді люди, хоча зв'язок був незначним, коли порівняння було обмежено перинатально інфікованими.

Ще одне ретроспективне дослідження групи, проведене в Руанді, показало високий рівень вірусологічного придушення протягом двох років після початку АРТ (97,5% з < 500 копій/мл) серед дорослих з ВІЛ в рамках програми АРТ лікування на основі громади (112).

В іншому проспективному дослідженні групи, що проводилося в Південній Африці, доповіли про високі і стійкі темпи вірусологічного придушення (< 400 копій/мл) протягом 3 років (100%, 92% і 98% для 2002, 2003 і 2004 груп) серед дорослих з ВІЛ, за якими доглядають в державних клініках АРТ на рівні громади (106). В рамках ще одного ретроспективного дослідження в Кенії було виявлено, що у пацієнтів, які брали участь в групах підтримки однолітків та/або отримували домашні візити, проходило більше часу до моменту, коли лікування ставало неефективним, ніж у тих, хто цього не робив (105). Крім того, ризик неефективності лікування був значно нижчим серед пацієнтів, які брали участь в групах підтримки, ніж серед тих, хто цього не робив.

За результатами одного нерандомізованого проспективного дослідження груп, що проводилося в Уганді, було визначено, що вірусологічне придушення через шість місяців суттєво не відрізнялося між пацієнтами, які були включені в програми АРТ на основі сільських громад, і пацієнтами, які доглядалися за програмою в лікарні в тому ж районі (90,1% проти 89,3%) (108). Проте, в наступній доповіді (109) автори повідомили, що пацієнти, включені в програми АРТ на основі сільських громад, більш імовірно досягнуть зменшення рівня інфікування вірусом через два роки після подальшого лікування і спостереження в порівнянні з пацієнтами, які доглядаються за програмою в лікарні.

Дотримання АРТ

Інше ретроспективне дослідження групи пацієнтів з ВІЛ, які отримують допомогу в урядових установах для лікування ВІЛ-інфекції в Південній Африці, показало, що більша частина хворих пацієнтів із представником громади, який надає підтримку для дотримання лікування, досягла вищих показників в лікуванні в 95% випадків, ніж пацієнти без допомоги представника громади (104). В іншому ретроспективному дослідженні групи пацієнтів, проведеному в

Мозамбіку, повідомили, що пацієнти, які мали партнера по лікуванню, мали значно вищі рівні підтримки, ніж пацієнти без партнера по лікуванню (113). Жодної відмінності в дотриманні не спостерігалося між пацієнтами, які мали партнера по лікуванню, наданого громадою, і пацієнтами з самостійно обраними партнерами по лікуванню. Ще одне ретроспективне дослідження групи, проведене в Кенії, повідомило, що значно більший відсоток пацієнтів, які брали участь у групах підтримки, досягли в середньому більш високого рівня дотримання лікування, ніж пацієнти, які не брали участі у групах підтримки (105).

Продовження лікування під наглядом

Інше ретроспективне дослідження групи пацієнтів з ВІЛ, які отримують допомогу в урядових установах для лікування ВІЛ-інфекції в Південній Африці, показало, що в середньому рівень продовження лікування під наглядом був значно вищим серед пацієнтів, які знаходяться під наглядом в установах на основі громади, де мали представника громади для надання підтримки для дотримання лікування, ніж серед пацієнтів в клініках, які не мали представника громади для надання підтримки для дотримання лікування (104).

В іншому наглядовому ретроспективному дослідженні, проведеному в Руанді, повідомили про високий рівень продовження лікування під наглядом через два роки після початку АРТ (92,3%) серед дорослих з ВІЛ, за якими наглядали за програмою АРТ на рівні громади (112). За результатами багатофакторного аналізу, виснаження було пов'язано з більш старшим віком (> 50 років). Взаємодія існує між клінічною стадією за шкалою ВООЗ на початку дослідження і статтю. Чоловіки, але не жінки з 3 або 4 стадією хвороби за шкалою ВООЗ на початку дослідження, частіше перестають продовжувати лікування, ніж ті, хто мають 1 або 2 стадію захворювання за шкалою ВООЗ на початку дослідження.

В рамках одного наглядового ретроспективного дослідження в Південній Африці було виявлено низький рівень відмови від подальшого лікування на протязі 3-х років (2,9%) серед дорослих з ВІЛ, за якими доглядають в державних клініках АРТ на основі громади (106).

Навчання медпрацівників

Не було знайдено жодного дослідження оцінки підготовки працівників охорони здоров'я, які надають лікування та догляд підліткам, які живуть з ВІЛ, а також вплив цього навчання на дотримання лікування підлітками та подальшого догляду. Однак, було проведено квазіекспериментальне дослідження. Воно оцінювало використання методів для підвищення здатності медичних працівників відповідати на потреби їх юних клієнтів ефективно і чуйно. У зв'язку з обмеженою кількістю доступної опублікованої літератури в цій сфері, рецензенти також розглядали дослідження, що стосуються працівників охорони здоров'я, які забезпечують догляд за підлітками з іншими хронічними захворюваннями. Було проведено два рандомізовані контрольовані дослідження, що оцінювали підготовку працівників охорони здоров'я, які надавали допомогу підліткам з іншими хронічними захворюваннями. Ефективність цього навчання на якість медичної допомоги позначилась на здоров'ї підлітків.

Загальна мета оцінки в штаті Гуджарат, Індія, (114) була визначити, чи є для обраних послуг в області репродуктивного здоров'я в центрах первинної медико-санітарної допомоги програма орієнтації з питань здоров'я підлітків для медичних працівників, за програмою ВООЗ і Посібник ВООЗ по роботі з підлітками, що дозволить поліпшити якість надання послуг і сприятиме набуттю досвіду по догляду за молодими жінками віком 15-25 років. Висновки вказали на ряд позитивних результатів навчання, що включали:

- покращення розуміння фахівцями, які надають медичну допомогу, необхідності забезпечення конфіденційності для молодих жінок-клієнтів;
- поліпшення ставлення до молодих жінок-клієнтів з боку працівників охорони здоров'я в місцях проведення інтервенції;
- поліпшення дотримання рекомендованих методик проведення оцінки, пояснення попереднього обстеження і лікування;
- поліпшення сприйняття клієнтами якості наданих консультацій та задоволення послугами.

Результати РКД (*рандомізованого контрольованого дослідження*) інтервенції «Поговоримо про Діабет» були опубліковані в двох документах (115, 116). Інтервенція включала навчання працівників щодо встановлення порядку денного, знаходження стилю спілкування і гнучкого **меню** консультаційних стратегій для підтримки зміни поведінки, орієнтованої на пацієнта. Було виявлено, що навчання команди по догляду за хворими діабетом не мало впливу на рівень HbA1c (маркер для контролю діабету) або на власне дотримання прийому діабетичних ліків. Автори повідомляють, що поліпшення глікемічного контролю у дітей, які відвідують спеціалізовані клініки лікування діабету, не можливе за допомогою короткого навчання всієї команди навичкам надання консультації.

Результати РКД другої інтервенції, в даному випадку за участю дітей з астмою, були опубліковані в одній статті (117). Для дослідження було відібрано дітей та підлітків віком 3-17 років, які живуть з астмою в США, для направленої інтервенції «планової медичної допомоги» (n=213), направленої інтервенції за принципом «рівний-рівному» (n=226) або контрольованої інтервенції стандартного лікування (n=199). Інтервенція за принципом «рівний-рівному» складалася з роботи з кожним лікарем окремо стосовно головних методів лікування астми та методики навчання у співпраці з колегами. Інтервенція «планової медичної допомоги» поєднувала інтервенцію за принципом «рівний-рівному» за підтримки медсестри, заплановані візити з оцінками, планування догляду та підтримки самоврядування у співпраці з лікарями. Планова медична допомога мала значний ефект на кількість днів з проявами симптомів астми у порівнянні з контрольною групою і незначну тенденцію на користь принципу «рівний-рівному» порівняно з контрольною групою. У випадках двох інтервенцій оральне використання у цільовій групі було нижчим, ніж у контрольній. Автори зробили висновок, що планова медична допомога є ефективною моделлю для поліпшення догляду за астмою в установах первинної медичної допомоги, і хоча навчання за принципом «рівний-рівному» саме по собі також може працювати, воно менш всебічне, ніж планова медична допомога.

Цінності і переваги: лікування та догляд

Були проведені опитування і огляд літератури якісних досліджень щодо лікування та догляду за ЛЖВ+, щоб краще зрозуміти, що є значними перешкодами і бар'єрами на шляху доступу до послуг і продовження отримання допомоги та послуги з лікування, та щоб зрозуміти точку зору підлітків на ВІЛ, догляд та послуги з лікування (Додаток 11 див. на веб-сайті ВООЗ).

Опитування

Опитування складалося з двох етапів:

- **Оглядовий аналіз опублікованої та «сірої» літератури** визначив ключові питання, які були включені у розробку анонімного глобального опитування.
- **Опитування ЛЖВ+** (в електронному та паперовому вигляді) було проведено з метою виявити діапазон і зрозуміти точки зору респондентів щодо догляду, який вони отримують для лікування та ведення ВІЛ, а також інших медико-санітарних потреб. Остаточне опитування складалося з 36 питань, 33 закритих і 3 відкритих питань, і було перекладено на п'ять мов в додаток до англійської.

В опитуванні ЛЖВ+ брали участь 447 молодих людей (10-24 років) – 215 жінок, 213 чоловіків і 19 транссексуалів, інших або незазначених – з 57 країн. Підлітки, які вже активно беруть участь в допомозі та лікуванні ВІЛ-інфекції, надали найбільше число відповідей. З цієї причини, результати опитування були обмежені і не представляють тих підлітків з ВІЛ, які не мають зв'язку з мережею або отримують послуги з догляду.

Простота доступу. Для більшості підлітків і молодих людей, які брали участь в опитуванні, доступ до медичної допомоги та відвідування закладів охорони здоров'я був або дуже легким, або не становив серйозної проблеми. Двадцять шість відсотків тих, хто відповів на відкрите питання стосовно того, що їм сподобалося найбільше в допомозі, яку вони отримують, заявили, що це – доступ до лікування: від наявності та вартості послуг регулярного медичного обстеження та медичного лікування (АРТ) до безпосередньої близькості послуг, коротких черг і

спеціалізованих медичних працівників. Декілька респондентів відзначили важливість НУО в підтримці надання життєво важливих ліків і послуг.

Ті, для кого доступ був дещо складним або дуже складним, зазначили такі бар'єри для доступу до послуг, як вартість, відсутність запасів АРП, недостатність лікарів або відповідним чином підготовлених медичних фахівців, відсутність послуг в лікуванні ВІЛ в багатьох (особливо в сільських) місцевостях, відсутність послуг, дружніх до молоді, а також погане поводження і стигматизація працівників медичної допомоги.

Перехід до послуг, які надаються дорослим. Дослідження показало, що більшість підлітків і молодих людей або не отримують педіатричних послуг, або, якщо й отримують, то не обговорюють перехід до надання подальших. Серед респондентів, які сказали, що вони в даний час отримують педіатричні або підліткові послуги (n = 282), 38% обговорювали з працівником охорони здоров'я перехід до допомоги, яка надається дорослим, хоча б один раз, 40% обговорювали це два-три рази і 22% обговорювали це більш ніж три рази з працівником, який надає допомогу.

Взаємодія з працівниками, які надають допомогу. Більшість респондентів зазначили, що мають позитивний досвід взаємодії з працівниками, які надають медичну допомогу. Вісімдесят п'ять відсотків респондентів повідомили про помірно добру (51%) та дуже хорошу (34%) взаємодію з працівниками з точки зору комфорту в з'ясуванні загальних питань, пов'язаних зі здоров'ям, тоді як 15% повідомили про менш сприятливі взаємодії з їх працівниками. Вісімдесят вісім відсотків респондентів повідомили про помірно хороші (51%) та дуже хороші (38%) взаємодії з працівниками, які надають їм допомогу, в плані комфорту з'ясування питань, пов'язаних з ВІЛ. Тридцять п'ять відсотків повідомили, що працівники зв'язуються з ними, якщо вони пропускають зустріч.

Автономія. Відповіді, що стосуються, в якій мірі респонденти беруть на себе відповідальність за охорону їх здоров'я, пропонують високий рівень автономії серед опитаних групи. Автономія вимірювалася за показниками респондентів, що вони взяли на себе відповідальність за цілий ряд заходів щодо звернення за медичною допомогою і записів на прийом, взаємодії з працівниками, які надають допомогу, і дотримання лікування.

Найбільш позитивні аспекти догляду, зазначені респондентами, включали чутливе і турботливе лікування, надане медичними працівниками; відвідування на дому; можливості зустрічатися з іншими ЛЖВ+ для обміну досвідом і співчуття іншим; а також взаємодію з працівниками, які надають допомогу та зберігають почуття оптимізму і надії. Двадцять три відсотки респондентів на відкрите питання з проханням зазначити, що їм сподобалося найбільше у догляді, який вони отримують, відповіли, що вони цінують підтримку, яку одержують в групах «рівний-рівному», підліткових клубах і від наставників за принципом «рівний-рівному».

Пропозиції щодо поліпшення послуг для ЛЖВ+ включають підтримку відповідно до віку,¹⁸ матеріальну підтримку (одяг, продукти харчування, підтримку дітей-сиріт), більш високий рівень захисту від шкідливого впливу стигми/забобон та дискримінації, більш повну інформацію про всі способи передання ВІЛ, спеціалізовані місця та заходи, де ЛЖВ+ можуть бути з людьми, які розуміють, що це таке жити з ВІЛ, і можливість отримати освіту, для тих, хто не ходить до школи.

Огляд літератури

Всебічний огляд опублікованої літератури розглянув результати широкого ряду досліджень, включаючи рандомізовані контрольовані дослідження, квазіекспериментальні і описові дослідження для того, щоб розібратися в цінностях, уподобаннях, сприйнятті і ставленні підлітків та молоді до ВІЛ лікування та догляду.

Конфіденційність та розкриття. Для ЛЖВ+ приватність і конфіденційність є основними проблеми при наданні медичної допомоги. Підлітки, залучені до дослідження, вказали, що вони особливо чутливі до стигматизації, пов'язаної з ВІЛ, і зазначили, як важливо, що медпрацівники можуть запропонувати безпечне середовище, де присутня приватність для молодих

¹⁸ Наприклад, поділ послуг, які надаються підліткам і дорослим, за місцем розташування, днем або часом, з наданням підтримки однолітків у групах, у формі наставництва, в підліткових клубах або таборах.

пацієнтів або клієнтів і конфіденційність їх обговорень, рішень, результатів тестування та лікування. Краща практика розкриття була сформульована як поступовий процес, що повинен бути заснований на розвитку підлітка і готовності до розкриття свого ВІЛ-статусу іншим, і що цей процес вимагає широкого спектру підтримки – від працівників, що надають медичну допомогу і догляд, однолітків і громади – і розвиток навичок, щоб збільшити впевненість у собі, самоефективність і розширення прав і можливостей. Основними перешкодами для розкриття їх ВІЛ-статусу, були страх ненавмисного або небажаного розкриття вчителями, батьками або друзями, або через недостатню конфіденційність в клініках або аптеках, і страх негативної реакції з боку сім'ї, друзів і суспільства.

Доступ до допомоги. Визначення доступу до медичної допомоги в широкому сенсі включає фізичний доступ до лікування та догляду, а також фінансову і соціальну підтримку. Підлітки, які вивчалися у дослідженні, хотіли загального доступу до лікування, а також до догляду, розробленому спеціально для їх потреб і наданому у дружній атмосфері для молоді. Відносини довіри з батьками або опікунами та медичними працівниками, а також наявність консультування та підтримки були основними посередниками для підлітків, які звертаються по допомогу. Медичний працівник, який надає допомогу, і стигматизація, і неадекватна або невірна інформація про ВІЛ були розглянуті як основні бар'єри на шляху використання наявних послуг.

Дотримання АРТ. Високий рівень дотримання АРТ серед ЛЖВ+ був пов'язаний з психологічним пристосуванням, ефективними механізмами виживання і прийняття певної процедури лікування. ЛЖВ+ визначили як позитивні, так і негативні фактори-посередники в дотриманні АРТ: позитивні – наприклад, безкоштовні ліки або за низькою вартістю, електронні нагадування, підтримка сім'ї і однолітків, формування самооцінки та розширення прав і можливостей та підтримка; і негативні, наприклад, регулярне приймання ліків, щоб «люди не помітили, що я хворий», страх наслідків і страх повторного зараження або суперінфекції. Депресія, в тому від режиму, низький рівень системи охорони здоров'я, відсутність послуг для молоді та конфіденційності, дезінформація були зазначені як основні перешкоди на шляху дотримання АРТ для ЛЖВ+.

Усі медичні установи або місця надання послуг повинні бути безпечними місцями, де підлітки можуть вільно висловлювати свої емоції і проблеми і де працівники демонструють терпіння, розуміння, прийняття і знання про вибір і послуги, доступні для підлітка.

Дотримання догляду. Також важливою є сила взаємозв'язку між медичним працівником і підлітком (і батьком або опікуном, залежно від віку і готовності підлітка). Інші ключові висновки стосуються рівня самооцінки ЛЖВ+ і відчуття розширення прав і можливостей для прийняття рішень, що поліпшують дотримання, а також підтримки сім'ї або середовища сімейного типу та підтримки рівних. Так само, бар'єрами на шляху дотримання догляду є недостатність послуг, орієнтованих на молодь, відсутність конфіденційності, поганий зв'язок з працівниками медичної допомоги, дезінформація та тривоги або депресія.

Успішний перехід до послуг, які надаються дорослим. Дуже важливо, щоб підліток мав чітко визначені шляхи для переходу до допомоги, яка надається дорослим, і щоб перехід був добре керованим. Різкі зміни можуть бути дестабілізуючими і заплутаними; безперервність надання медичної допомоги та перехід до послуг, які надаються дорослим, повинні бути результатом спільних зусиль підлітка, його батьків або опікунів і медичного працівника, баланс між ними має бути визначений на основі прав, готовності та бажання підлітка взяти на себе відповідальність за різні заходи, спрямовані на поліпшення та підтримку здоров'я, наприклад, приймання ліків, запис на прийом, з'ясування питань з медичними працівниками, а також допомога у виборі власних планів лікування. Стимули для ЛЖВ+, що беруть на себе відповідальність для цих типів діяльності, включають підтримку сім'ї і однолітків/рівних та консультування; почуття власної гідності, розширення прав і можливостей, і дії, спрямовані на розвиток навичок щодо поліпшення вміння справлятися з життєвими труднощами, та підтримку, а також поступовий підхід до розвитку, враховуючи індивідуальні потреби. Найбільшими бар'єрами на шляху до успішного переходу ЛЖВ+ є погана оцінка здібностей підлітків отримувати і обробляти інформацію, а також відсутність або поганий зв'язок з працівниками, які надають медичну допомогу. Втрата хороших відносин з педіатром також була основною перешкодою для успішного переходу ЛЖВ+ до послуг, які надаються дорослим, коли це обумовлено розвитком.

Огляд дискусій групи експертів та інші питання

В даному розділі описуються ключові питання, порушені в ході обговорення підходів на основі громади і навчання серед учасників на консультації в Хараре, а також зворотний зв'язок та матеріали, представлені в рамках проекту огляду. В ньому також представлені основні висновки огляду літератури, досліджувані стимули і бар'єри на шляху отримання допомоги та лікування.

Огляд літератури: дотримання режиму лікування і отримання подальших послуг

Був проведений окремий огляд літератури, опублікованих і неопублікованих досліджень і доповідей, щоб розглянути саме стимули і бар'єри на шляху дотримання підлітками лікування і отримання подальших послуг (Додаток 13 див. на веб-сайті ВООЗ). Деякі з досліджень і доповідей, включені в цей огляд, зазначили, що безперервність отримання медичної допомоги під час переходу від дитинства до дорослого життя повинні бути в центрі уваги політиків і менеджерів програм. Безперервність отримання допомоги і переходи на різні етапи повинні бути досягнуті спільними зусиллями підлітків, надавачів послуг, сім'ї/вихователів, медичних установ, шкіл і більш широкої спільноти.¹⁹

Ставлення до медичних працівників є важливим фактором у сфері послуг для ЛЖВ+. В місцях для надання послуг має бути створене безпечне оточення, де пацієнти можуть висловити гнів, розчарування, страх і розгубленість. Надавачі повинні мати час, щоб відповісти на питання, перевірити почуття, пояснити вибір, визначити і організувати підтримку і висловити безумовне прийняття.

Деякі аспекти структури клініки та наявність засобів і ресурсів можуть допомогти підліткам отримати доступ до догляду, підтримки, профілактики і лікування, коли і як вони хочуть. Існують способи зробити послуги більш доступними і прийнятними для клієнтів-підлітків. До них відносяться дні, відведені тільки для підлітків, або вечірні години з гнучким графіком прийому, або можливість прийти у будь-який час, а також переадресація до інших установ, що надають підтримку та послуги за межами клініки.

Інтервенції на рівні громад

Надання послуг на рівні громади має важливе значення для підлітків, бо це може звести до мінімуму матеріально-технічні та фінансові труднощі і запропонувати послуги у звичному і легкодоступному оточенні. Рівень громади визначається як сусідство, де підлітки живуть, так і послуги, що надаються в певному співтоваристві підлітків із загальними характеристиками або проблемами (наприклад, ключові групи ризику). Доступні послуги поруч можуть підтримувати ефект лікування та отримання подальших послуг для ЛЖВ+, мінімізувати ризиковану поведінку, а також при отриманні негативного результату тестування сприяти розвитку ефективної та низької за затратами системи переадресації для надання своєчасних послуг і підтримки з попередження передачі ВІЛ-інфекції.

Як і в управлінні іншими хронічними захворюваннями в підлітковому віці, ЛЖВ+ мають серйозні проблеми з дотриманням лікування. Більшість досліджень показує, що це є більшою проблемою для підлітків, ніж для дорослих.

Послуги на рівні громади можуть пом'якшити частину тягаря, з яким стикаються підлітки, які потребують доступної і безкоштовної/низької за затратами системи підтримки у лікуванні. Більша доступність, прийнятність і доступність за вартістю лікування також можуть допомогти збільшити можливість надання подальших послуг і зменшити втрати під час подальшого спостереження.

Тим не менш, в деяких випадках, «знайомство» з послугами на рівні громади може бути стримуючим фактором для підлітків через побоювання з приводу конфіденційності. Необхідні додаткові дослідження для визначення цієї проблеми.

¹⁹ Проблеми, пов'язані з переходом до допомоги, яка надається дорослим, поширені в тактиці ведення багатьох хронічних захворювань у підлітків; працівники, які надають допомогу ЛЖВ+, можуть зв'язатися і навчатися у медичних працівників, які лікують підлітків з іншими хронічними захворюваннями.

Залежно від ситуації, однією з ключових проблем децентралізації та залежності від послуг на рівні громади буде розвиток деякого ступеня здатності надавати широкий спектр послуг, пов'язаних з ВІЛ, необхідних підліткам, в периферійних установах. У деяких випадках, особливо з підлітками, які були інфіковані вертикальним шляхом, комплексні питання здоров'я, ймовірно, буде складніше вирішити на рівні громади, наприклад, серцеві захворювання, питання когнітивного та статевого розвитку. Крім того, підлітки, які дотримуються АРТ, повинні щорічно перевірятися щодо довгострокової токсичності та супутніх захворювань; але існують обмеження щодо сфери послуг, які надавачі послуг на рівні громади можуть запропонувати.

Враховуючи різноманітність підходів на рівні громади, важливо відзначити, що є аспекти деяких поточних програм, які не можуть мати ніякої користі, можуть збільшувати стигматизацію та дискримінацію або вважаються шкідливими (наприклад, ті, в яких пацієнтам рекомендується призупинити своє лікування). Це занепокоєння і відсутність консенсусу призвели до умовних рекомендацій.

Загальні елементи або умови, необхідні для проведення ефективних заходів на рівні громади:

1. Підлітки повинні бути залучені в розробку і виконання інтервенцій на рівні громад, щоб ці програми відображали їх знання, мотивацію і навички.
2. Послуги на рівні громади повинні розглядатися як невід'ємна частина континууму/безперервності догляду з формальною прив'язкою до послуг на базі медико-санітарних установ.
3. Має бути розроблена гнучкість в наданні послуг на рівні громади для підлітків, щоб задовольнити потреби різних груп ризику, особливо молодих членів ключових груп ризику і підлітків різного віку, які були інфіковані вертикальним шляхом і які живуть з ВІЛ багато років.²⁰
4. Повинні бути чітко визначені критерії для відбору працівників/агентів на рівні громади, а також процедура нагляду і контролю.
5. Ретельний моніторинг та оцінка підходів на рівні громади, як вони реалізовані, залишаються пріоритетом для оцінки прийнятності, рентабельності і ефективності.

Теми, які добре підходять для співпраці між громадою і сектором охорони здоров'я, включають адресацію до міфів про ВІЛ та дотримання, почуття, пов'язані з боротьбою з ВІЛ, та пошук підтримки для розкриття.

Навчання медичних працівників

Хоча не було знайдено ніяких досліджень оцінки підготовки працівників охорони здоров'я, які надають послуги ЛЖВ+, і ефективності цього навчання на дотримання лікування та подальшого догляду, було досягнуто консенсусу в Групі для розробки Керівництва, що навчання потрібне для надання медичних послуг підліткам. Медичні працівники також потребують навчання, не тільки щоб мати справу з колом питань, з якими стикаються і цікавляться підлітки, але й для підтримки режиму догляду і подальшої медичної допомоги.

Підліткам часто важко думати про майбутні наслідки сьогоднішніх дій. Коли вони починають думати про себе і соціальне середовище, вони кидають виклик владі і шукають нових вражень, що іноді є ризикованим. Така поведінка має приховане значення для інформації та підтримки, якої потребують підлітки, і того, як вони реагують на поради. Підлітки сприйнятливі до впливу однолітків і побоювань з приводу зовнішності. Вони часто мають менш структуроване життя, ніж дорослі, що може зробити дотриманість лікування важчим. Безробіття і бідність підвищують ймовірність того, що вони повинні покладатися на фінансову та інші види підтримки від батьків. Ці фактори обмежують їх здатність приймати незалежні рішення про використання медичної допомоги та інших послуг.

²⁰ Інтервенції на рівні громад мають важливе значення для виявлення та охоплення підлітків у ключових групах ризику, які можуть не прагнути отримати послуги на базі установ через побоювання стигматизації та/або правових наслідків.

Беручи до уваги способи мислення і реакції підлітків – яким чином вони піддаються впливу, зміни їх потенціалу та самостійності, відносну недостатність інформації, навичок та ресурсів, а також цінності і норми, що їх оточують (які впливають на те, як громади і працівники охорони здоров'я реагують на них), – необхідно мобілізувати і вчити надавачів послуг на багатьох рівнях, якщо існує можливість доступу до підлітків і підхід дотримання ними послуг.

Деякі підлітки, які були інфіковані вертикальним шляхом і були діагностовані на ранній стадії, можуть бути вже на лікуванні протягом 10 або більше років. Вони, можливо, почали з неоптимальних схем лікування ВІЛ або мали перерваги в лікуванні. Вони можуть мати комплекс ВІЛ-інфекції з різними мутаціями лікарської стійкості, а також стикатися з різними хронічними хворобами і затримками в розвитку, депресіями. Необхідні спеціальні навички для управління складними випадками хвороб цих підлітків.

Медичні працівники потребують навчання, щоб допомогти багатьом підліткам, які живуть з ВІЛ, зрозуміти і усунути бар'єри, які вони мають в процесі лікування, на шляху його дотримання.

Оцінка бар'єрів на шляху дотримання лікування цими підлітками включає розгляд когнітивних навичок підлітка, їх згоду на режими лікування, ситуації у домі і підтримку сім'ї, розпорядок підлітків і час, коли вони швидше за все можуть пропустити прийом дози (ліків), а також шлях спрощення схеми, в тому числі скорочення кількості прийомів ліків на день.

Перехід пацієнтів з дитинства до підліткового віку може бути складним для працівників охорони здоров'я. Вони часто не відчують готовності мати справу з новими питаннями, що несе цей перехід, – секс і сексуальність, коло питань розвитку. Важливо, щоб медичні працівники були інформовані про те, як підлітки відрізняються від дорослих і від малих дітей, а також знали, які ресурси у їх громадах доступні для підтримки підлітків. Медичні працівники повинні поєднувати коло інших практикуючих лікарів і організацій, які можуть допомогти (наприклад, медичних працівників на рівні громади, НУО, організації на рівні громади (ОРГ), групи взаємної підтримки ЛЖВ+).

Водночас, немає необхідності – і, зазвичай, нема можливості – створити окремі кадри медичних працівників, які спеціалізуються в області потреб ЛЖВ+. Було б ідеально, щоб було більше фахівців і центрів передового досвіду, але першочергове значення має здатність медпрацівників, які надають послуги ПЖВ+, в цілому адекватно реагувати на потреби ЛЖВ+ децентралізованим та інтегрованим способом. Наприклад, ретроспективне дослідження групи в Зімбабве виявило, що залучення підлітків до планування та впровадження додаткових медичних і соціальних послуг для підлітків у клініці АРТ сектору, призвело до значного збільшення початку АРТ та дотримання подальшого лікування, а також зниження смертності у порівнянні із даними щодо інших груп пацієнтів-підлітків в країні (118).

Як було підсумовано одним із членів Групи з розробки Керівництва:

Навчання саме по собі рідко призводить до великих змін в якості послуг або у відносинах надавача послуг. Навчання, швидше, має бути частиною безперервного процесу поліпшення якості (ППЯ), який включає в себе такий ряд елементів на рівні надавача, як допоміжні матеріали, підтримуючий нагляд, навчання подальшої діяльності і наставництва. На рівні установи ППЯ може включати такий ряд дій, як невеликі зміни інфраструктури, зміна процедури допуску або вивісок для підвищення секретності та конфіденційності для клієнтів-підлітків. Інформаційні матеріали та наочні посібники можуть допомогти надавачам послуг краще спілкуватися з ЛЖВ+ щодо їх лікування та потреб догляду; наявність необхідного обладнання та товарів під рукою полегшує належне та своєчасне надання послуг. Залучення однолітків і непрофесійних медичних працівників може зменшити навантаження на медичних працівників та забезпечити додаткову підтримку.

Негативне ставлення медичних працівників вражає підлітків більше, ніж дорослих, і вони впливають на молодих людей у ключових групах ризику більше, ніж на інших підлітків. У зв'язку з цим медичні працівники повинні мати навички уважно слухати, чітко говорити і усвідомлювати стриманість підлітків і їх занепокоєння в спілкуванні з надавачами. Медичним працівникам необхідне навчання, щоб краще зрозуміти, як надавати такий догляд.

Навчання медичних працівників для надання послуг, пов'язаних з ВІЛ, потребує нагальної уваги, особливо стосовно того, як його пов'язати і побудувати на існуючому навчанні. Наприклад, в існуюче навчання щодо лікування ВІЛ-інфекції у дорослих можна інтегрувати інформацію щодо підлітків, або зміст щодо ВІЛ може бути інтегрований в існуюче навчання з охорони здоров'я підлітків або послуг з охорони здоров'я для підлітків. Необхідно також приділити увагу навчанню до початку надання послуг (охорона здоров'я підлітків, ЛВЖ+, статеве та репродуктивне здоров'я підлітків, ключові групи ризику молодого населення). Крім того, інші фахівці, наприклад, соціальні працівники, відіграють ключову роль в підтримці ЛЖВ+; їх участь має бути прийнята до уваги при плануванні щодо зміцнення людських ресурсів.

Під час навчання медпрацівників необхідно приділяти особливу увагу:

- **первинному догляду:** хронічним захворюванням у ЛЖВ+, психологічній та емоційній хворобі, контрацепції та сексуальним та репродуктивним аспектам здоров'я, харчуванню;
- **профілактиці:** презервативам, профілактиці поведінки високого ризику (наприклад, вживання алкоголю і психоактивних речовин), зниженню шкоди для споживачів ін'єкційних наркотиків та розвитку комунікативних навичок;
- **лікуванню і догляду при ВІЛ:** дотриманню лікування та подальшому догляду, самоврядуванню;
- **психічному здоров'ю:** позитивному і негативному подоланню стресу, питанням депресії і психічного здоров'я, мати справу з історією зловживання, а також з історією смерті батьків;
- **розкриттю:** підтримці підлітків у розкритті (а) перед іншими для того, щоб надати необхідну їм підтримку, і (б) перед статевими партнерами, з тим щоб сприяти більш безпечному сексу/запобіганню розповсюдження ВІЛ (хоча пріоритетним для фізичних осіб повинно бути дотримання лікування і правильне, постійне використання презервативів).

Інші теми, що мають особливу важливість для підлітків, включають в себе:

- осмислення своїх почуттів і навчання справлятися з ними;
- пошук підтримки;
- знання, як впливає ВІЛ на їх тіла, як вести здоровий спосіб життя, коли і чому АРТ, і її дотримання важливі;
- знання про безпечний секс, відносини і вибір плану народжуваності (тобто мати дітей чи ні і підтримка при будь-якому виборі), і будівництва планів на майбутнє, в тому числі освіти та праці.

В деякій мірі навчання медичних працівників – це зміна ставлення і поведінки, яка скорше не відбудеться через один навчальний захід. Проте, рекомендація для проходження навчання є відправною точкою і одним з компонентів роботи на шляху збільшення дотримання лікування та надання подальшої допомоги. Поточний нагляд і професійна підтримка є дуже важливими як частина процесу змін.

Угода щодо рекомендацій

Що стосується підтримки режиму лікування та отримання подальшої допомоги через інтервенцію і підготовку працівників охорони здоров'я на рівні громади, не було знайдено достатньо доказів в систематичних оглядах або в огляді опублікованої описової і «сірої» літератури, на основі яких можна було б дати рекомендації. Проте заходи, про які йде мова, є досить важливими, щоб бути представленими в цьому Керівництві як краща оцінка практиків і адвокатів, і бути поштовхом для подальшого дослідження, зосередженого на виконанні.

Обидві рекомендації мають низькі бази фактичних даних, але відповідають критеріям умовних рекомендацій.

2.3 Загальні рекомендації з надання послуг

У Зведених рекомендаціях ВООЗ з використання антиретровірусних препаратів для лікування та профілактики ВІЛ інфекції представлений ряд рекомендацій з надання послуг, як показано в таблиці 3.²¹ Коли були підготовлені огляди за системою GRADE для Керівництва APB, що призвели до цих рекомендацій з надання послуг, дослідникам було спеціально поставлено завдання провести визначальні дослідження, які були б проведені спеціально для підлітків або за участю підлітків. Однак, вони не проводили ніяких досліджень серед підліткового населення. Ці рекомендації були також обговорені на нараді експертів з питань підлітків – і конкретні зауваження для підлітків буди зроблені в кожній області, як показано нижче.

Таблиця 3. Рекомендації про надання послуг в Консолідованих рекомендаціях ВООЗ з використання антиретровірусних препаратів для лікування та профілактики ВІЛ інфекції

<p>Консультування і тестування на ВІЛ та на рівні громади</p>	<p>В умовах генералізованої епідемії ВІЛ ВООЗ рекомендує починати консультування і тестування на ВІЛ із переадресацією для отримання послуг з попередження передачі ВІЛ-інфекції на базі громади, догляду та лікування на додаток до консультування і тестування за ініціативою провайдера (вагома рекомендація, низька якість доказів).</p> <p>В умовах будь-якого типу епідемії ВІЛ ВООЗ рекомендує починати консультування і тестування на ВІЛ із переадресацією для отримання послуг з попередження передачі ВІЛ-інфекції на базі громади, догляд та лікування для ключових груп ризику на додаток до консультування і тестування за ініціативою провайдера (вагома рекомендація, низька якість доказів).</p>
<p>Інтеграція служб і зв'язок</p>	<p>В умовах генералізованої епідемії АРТ слід починати і підтримувати у вагітних та жінок після пологів, які цього потребують, у немовлят в утробі матері, новонароджених і дітей в медичних установах, з метою переадресації/спрямування для отримання постійної медичної ВІЛ допомоги та АРТ, коли це необхідно (вагома рекомендація, дуже низька якість доказів)</p> <p>В умовах високої поширеності ВІЛ-інфекції ($\geq 5\%$) серед хворих на туберкульоз АРТ слід починати для ВІЛ-позитивних людей, які хворі на туберкульоз, в медичних установах ТБ, з метою переадресації для отримання постійної медичної ВІЛ-допомоги та АРТ (вагома рекомендація, дуже низька якість доказів).</p> <p>В умовах з високим навантаженням ВІЛ та ТБ лікування туберкульозу має бути передбачено для людей з ВІЛ в установах з догляду за ВІЛ-інфікованими, де діагноз ТБ був також поставлений (вагома рекомендація, дуже низька якість доказів).</p> <p>В умовах забезпечення опіоїдної замісної терапії АРТ слід починати і підтримувати у людей з ВІЛ, які мають право на АРТ (вагома рекомендація, дуже низька якість доказів).</p>
<p>Децентралізація лікування та догляду</p>	<p>Наступні варіанти повинні бути розглянуті для децентралізації ініціювання і підтримки АРТ:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Початок АРТ в лікарнях з подальшою підтримкою/дотриманням АРТ в периферійних медичних установах (вагома рекомендація, низька якість доказів). • Початок АРТ з подальшою підтримкою/дотриманням АРТ в периферійних медичних установах (вагома рекомендація, низька якість доказів). • Початок АРТ в периферійних медичних установах з подальшою підтримкою/дотриманням на рівні громади між регулярними відвідуваннями клініки (тобто за межами медичних установ в таких умовах, як пункти надання аутріч-послуг, медичні пункти, послуги на дому або організації на рівні громади) (вагома рекомендація, низька якість доказів).

²¹ Щодо підоснови для цих рекомендацій, будь ласка, дивись доповідь із зустрічі Групи з розробки оперативного керівництва про надання послуг, Женева, Швейцарія, 6-8 листопада 2012 року.

Перерозподіл обов'язків	Навчені медичні працівники, які не є лікарями, акушерки і медсестри можуть ініціювати АРТ першого ряду (вагома рекомендація, середня якість доказів). Навчені медичні працівники, які не є лікарями, акушерки і медсестри можуть підтримувати АРТ (вагома рекомендація, середня якість доказів). Навчені медпрацівників громади, працюючи під наглядом, можуть виконувати АРТ між регулярними відвідуваннями клініки (вагома рекомендація, середня якість доказів).
Інтервенція з метою дотримання АРТ	Мобільні текстові повідомлення можуть розглядатися як інструмент нагадування для сприяння дотримання АРТ (вагома рекомендація, середня якість доказів).

2.3.1 Послуги з КіТ «на рівні громади»²²

Надання послуг з КіТ дуже важливо для всіх підлітків, і всі доступні, можливі і прийнятні підходи, що збільшують ймовірність проходження тестування підлітками, повинні бути вивчені. Це особливо важливо для старших підлітків, які були інфіковані горизонтальним шляхом, адже ця група дуже неадекватно тестується в умовах генералізованої епідемії.²³ Однак, незважаючи на те, що збільшення тестування на ВІЛ підлітків є важливим, необхідно також приділяти належну увагу наступному:

- післятестове консультування, переадресація послуг (профілактики, лікування та догляду) і згода/конфіденційність є основними проблемами для підлітків;
- розуміння того, що підлітки з позитивним результатом тесту на ВІЛ, можливо, ще не вимагають лікування, але потребують турботи і дотримання з боку системи охорони здоров'я;
- особливі питання чи труднощі у підлітків з цільових груп ризику при зверненні за послугами з консультування і тестування.

2.3.2 Інтеграція лікування ВІЛ-інфекції з туберкульозом, ДС/ППМД та послугами для СІН

Інтеграцію послуг в області ВІЛ в інші клінічні умови можна також розглядати і для підлітків, але для надання цих послуг необхідно:

- заохочувати підлітків на ранніх стадіях долучатися до ППМД/ДС (профілактики передачі ВІЛ-інфекції від матері до дитини/дородового спостереження) (нині пізніше залучення до ДС є серйозною проблемою для вагітних жінок-підлітків) і їх підтримки під час вагітності, в тому числі: доступ до АРТ і дотримання консультування з ППМД і АРТ щодо стану їх здоров'я, а також підтримка при виборі безпечних варіантів вигодовування немовляти і виборі післяпологової контрацепції, і залученні батька дитини/партнера (ів) і членів сім'ї, які її підтримують;
- розглянути можливість зробити всі медичні послуги більш відповідними до потреб підлітків (не тільки догляд за матерями, немовлятами і дітьми (ДМНД), але ДМНДП (догляд за матерями, немовлятами, дітьми і підлітками);
- зрозуміти, що в усіх аспектах програм і політики підлітки в ключових групах ризику потребують спеціального розгляду. Наприклад, більшість молодих людей, які вживають ін'єкційні наркотики, рідше користуються регулярними медичними послугами, тому лікування ВІЛ повинно бути інтегроване в послуги, які надаються споживачам ін'єкційних наркотиків;
- забезпечити, щоб національні плани/стратегії охоплювали підлітків.

²² Послуги «на рівні громади» в даному контексті визначаються як послуги (у тому числі послуги з КіТ, що надаються НУО та ГО), доступні в громадах, де живуть підлітки, з подальшою переадресацією до медичних установ.

²³ Повільні прогресори, швидше за все, будуть діагностовані, в рамках ПДНД (програми з догляду за немовлятами і дітьми).

2.3.3 Децентралізація лікування та догляду при ВІЛ

Надання послуг поруч з будинком, де мешкають підлітки, може бути важливим, оскільки це швидше за все полегшить їм доступ до послуг. Водночас важливо забезпечити, щоб:

- надавачі послуг отримали принаймні мінімальне навчання: як реагувати на конкретні потреби підлітків; підтримувати розкриття і дотримання лікування підлітками; забезпечити просвітництво з питань профілактики та підтримки підлітків (наприклад, безпечне використання презервативів), і переадресувати до інших (наприклад, до групи і працівників на рівні громади), які можуть мати більше можливостей, щоб підтримати особливі потреби і складні проблеми, з якими стикаються підлітки.
- групи підтримки для ЛЖВ+ були також децентралізовані, де це необхідно (залежно від типу епідемії і контексту);
- було надано особливі міркування щодо підлітків у ключових групах ризику;
- була достатня дизагрегація/розбивка за віком (і статтю) регулярно зібраних даних для моніторингу і планування;
- були ефективні системи направлення до спеціалістів з інших проблем здоров'я (наприклад, хронічних хвороб, депресії, статевого та репродуктивного здоров'я).

2.3.4 Перерозподіл обов'язків для догляду та лікування ВІЛ

Це можна розглядати для підлітків, але:

- люди, яким передаються обов'язки, повинні пройти навчання, як реагувати на потреби підлітків;
- повинен бути міцний зв'язок з НУО та групами, що працюють з підлітками/ЛЖВ+, які можуть підтримати розкриття, дотримання і т.д.

2.3.5 Використання мобільних технологій для підтримки дотримання і соціальної підтримки ЛЖВ+

Мобільні технології успішно використовуються для інших хронічних захворювань серед підлітків, і ця технологія їм знайома. Її використання потенційно може поліпшити дотримання і підтримку, але важливо, щоб ЛЖВ+ брали участь у розробці програм.

Частина 2. Впровадження рекомендацій на практиці

Розділ 1. Керівництво для впровадження рекомендацій

Це Керівництво має бути в основі проекту, розробки, впровадження, моніторингу та оцінки КіТ і медичних послуг для підлітків.

1.1 Добровільне тестування

Послуги з тестування повинні постійно пропонуватися та бути доступними, але не мають бути обов'язковими. Національні політики та практики з КіТ мають бути переглянуті для усунення всіх недобровільних форм тестування. Тестування не повинно бути обов'язковим або примусовим для членів ключових груп ризику з підвищеним ризиком інфікування ВІЛ та інших уразливих груп ризику, у тому числі вагітних жінок, споживачів ін'єкційних наркотиків і їх статевих партнерів, чоловіків, які мають статеві контакти з чоловіками, осіб, які надають комерційні сексуальні послуги, мігрантів, біженців і переміщених осіб, а також трансгендерних осіб.²⁴

1.2 Неоднорідність підлітків

Підлітки всі різні. Неоднорідність підлітків повинна бути поділена за шляхом зараження (вертикальний/горизонтальний), їх віком, статтю, сексуальною орієнтацією, їх роллю та обов'язками у сім'ї і громаді та за різним ступенем зрілості і готовності до дорослого життя. Пропоновані послуги мають відображати цю неоднорідність, а також брати до уваги умови їх життя.

1.3 Значуща участь підлітків

Підлітки, у тому числі ті, які живуть з ВІЛ, та представники ключових груп ризику повинні бути залучені до розробки та впровадження прийнятних і відповідних програм та процесу розвитку національних політик.

1.4 Мінімальні стандарти для КіТ

Нижче наведені ключові принципи з КіТ. Вони також мають бути застосовані при наданні послуг для підлітків у будь-яких умовах:

- Підлітки, які звернулися за послугами з КіТ, мають надати інформовану згоду на консультування і тестування (див. обговорення питання в Частина 1, розділ 2.1.1 та Керівництво для отримання згоди на практиці в Частина 2, розділ 2.1). Підліткам повинно бути повідомлено про процес КіТ і роз'яснені наслідки розкриття ВІЛ-статусу.
- Послуги для підлітків мають бути **конфіденційними**. Це означає, що будь-які питання, обговорені між надавачем послуг з КіТ та підлітком, який звертається за послугами, не розкриваються нікому без згоди підлітка. Рішення, кому розкривати свій статус, повинно бути зроблено за підтримки надавача послуг або консультанта і члена родини або друга, якщо це можливо. Однак, забезпечення конфіденційності не повинно підвищувати секретність, стигматизацію або відчуття сорому. Консультанти повинні підняти питання про те, чи підліток бажає розкрити свій статус іншим, як він/вона хотів/хотіла б це зробити і т. ін.
- Послуги з КіТ для підлітків повинні супроводжуватися наданням відповідної та якісної інформації до проведення тестування і **консультування** після тестування (забезпечується шляхом впровадження механізмів з контролю за якістю та систем з надання підтримки).

²⁴ Див. «Заява з питань політики в галузі консультування і тестування на ВІЛ». ВООЗ і ЮНЕЙДС не підтримують обов'язкове тестування http://www.who.int/hiv/events/2012/world_aids_day/hiv_testing_counselling/ru/index.html

- Програми для підлітків повинні прагнути до високої якості послуг з тестування та використання механізмів з контролю за якістю з метою забезпечення правильних результатів тестування. Для гарантії якості необхідно застосування як внутрішніх, так і зовнішніх механізмів, а також в разі необхідності отримання підтримки від Національної довідкової лабораторії.
- Послуги з КіТ для підлітків повинні забезпечити ефективну **переадресацію/налагодження належного зв'язку** для отримання підлітками подальших необхідних послуг, в тому числі підтримки для довгострокової профілактики і лікування.

1.5 Гендерні питання

Гендерні питання мають бути розглянуті під час впровадження всіх рекомендацій, беручи до уваги специфічні потреби хлопців-підлітків, дівчат-підлітків і трансгендерних підлітків.

1.6 Права людини

З точки зору прав людини всі дії для надання послуг з КіТ, лікування та догляду мають виконуватись для забезпечення інтересів підлітка. Як зазначено в Конвенції про права дитини, підлітки мають:

- право на захист від дискримінації;
- право на конфіденційність, в тому числі при отриманні поради і консультування з питань здоров'я;
- право вільно висловлювати свої погляди і розраховувати, що вони належним чином будуть прийняті до уваги;
- право брати участь в процесах прийняття рішень, які мають відношення до їх життя, і рішень, прийнятих від їх імені;
- право на здоров'я та розвиток, у тому числі право на проходження тестування на ВІЛ і звертання за ВІЛ-послугами;
- право на безпечне довкілля;
- право на доступ до достовірної інформації, особливо в питаннях, пов'язаних зі здоров'ям;
- право бути здоровим і добре почуватися;
- право на захист від насильства, в тому числі захист від усіх форм сексуальної експлуатації та сексуального насильства;
- право розраховувати на те, що всі рішення щодо дитини приймаються в найкращих інтересах дитини.

Ці принципи поширюються на всіх дітей, незалежно від обставин і їх поведінки (споживання ін'єкційних наркотиків чи надання комерційних сексуальних послуг), і дають їм право на захист і доступ до послуг (у тому числі зменшення шкоди), необхідних їм для попередження зараження ВІЛ та іншими інфекціями, а також для захисту і поліпшення їх здоров'я і благополуччя.

1.7 Доцільність

Послуги повинні відображати відповідні зміни для ряду стадій когнітивного та фізичного розвитку. Континуум послуг з допомоги має відображати розвиваючі здібності і потреби підлітків. Хоча це Керівництво зосереджується на підлітковому віці, надавачі послуг повинні будуть розглянути різні варіанти переходів до отримання належних послуг і за межами підліткового віку, а також підготувати підлітків до впорядкування свого життя і здоров'я, як дорослих.

1.8 Підтримуюче і сприятливе правове та політичне середовище

Підтримуюче і сприятливе правове та політичне середовище має вирішальне значення для підлітків для отримання доступу і звертання за послугами з консультування і тестування на ВІЛ та переадресації для отримання відповідного лікування та догляду. Криміналізація передачі ВІЛ, нараження на ризик інфікування, нерозголошення статусу і конкретних поведінок (одностатевих відносин, споживання ін'єкційних наркотиків та надання комерційно-сексуальних послуг) підлітка істотно обмежує його можливості отримання доступу до ряду необхідних послуг з попередження передачі ВІЛ-інфекції.

1.9 Правовий захист

У випадках сексуальної експлуатації та насильства підлітки потребують переадресації для отримання відповідних послуг із захисту дітей, у тому числі юридичних послуг та послуг з захисту від надавачів, які мають досвід із консультування підлітків (наприклад, поліцейські служби та/або служби із захисту дітей та спеціалізовані служби для надання допомоги жертвам зґвалтування і сексуального насильства).

Розділ 2. Програмний досвід і вивчені уроки

Існує широкий консенсус щодо необхідності розширення охоплення та доступу до послуг з КіТ серед підлітків в усіх умовах для поліпшення якості медичних послуг для підлітків, які живуть з ВІЛ, та розширення доступу підлітків до послуг і використання наявних послуг. Проте, необхідні відповіді на оперативні питання:

- як краще надавати підліткам послуги з КіТ, збільшити охоплення і забезпечити переадресацію для отримання належних послуг з догляду?
- як краще впроваджувати інтервенції та послуги для підлітків, які живуть з ВІЛ?
- як інтегрувати накопичений досвід і кращі практики в існуючі системи з урахуванням обмежених ресурсів і можливостей?
- як підвищити якість, охоплення і рівність під час надання послуг підліткам, які живуть з ВІЛ в умовах з обмеженими ресурсами?
- як збільшити економічну ефективність і стійкий розвиток?

Щоб розкрити ці питання і розповісти про роботу, проведено в умовах з обмеженими ресурсами, ЮНІСЕФ ініціював проект «ПЖВ+, Вивчені уроки», в рамках якого було розроблено документ з акцентом на «як це було зроблено». Цей документ був призначений для реєстрації досвіду, який стимулюватиме і спрямовуватиме прискорені дії для задоволення потреб ПЖВ+ (див. Додаток 14). У нових областях програмування в умовах відсутності належної наукової бази даних для розроблення програмного керівництва досвід тих, хто вже впроваджував подібні програми, може стати прикладом для інших. У попередньому звіті по цьому проекту представлено огляд успішних або перспективних програм, які можуть бути поширені у майбутньому. Ці програми зосереджені на тестуванні, початку і дотриманні лікування, наданні послуг з догляду, попередженні поширення інфекції серед ПЖВ+ (наприклад, уникнення високо ризикованої поведінки) і отримання ПЖВ+ первинних послуг з догляду (наприклад, допомоги при хронічних хворобах і проблемах зі здоров'ям статевого чи репродуктивного характеру).

У цьому розділі розглядаються умови і підходи, які сприятимуть ефективному розширенню послуг з КіТ для підлітків і підтримки прихильності до лікування та утримання під наглядом. Нижче наведено багато прикладів і питань для обговорення, що зазначалися у звіті ЮНІСЕФ «Вивчені уроки», а також інші приклади з впровадження програм, наданих членами Групи з розроблення Керівництва й іншими учасниками.

Оперативні питання часто залежать від контексту. ВООЗ, ЮНЕСКО, ЮНІСЕФ, ЮНФПА та Всесвітня мережа ЛЖВ+ визнають гетерогенність підлітків, відмінності у епідеміології та соці-

альному контексті, а також різноманітність систем надання медичної допомоги між країнами і всередині країн. Також до уваги необхідно брати і рівень ресурсів, тягар хвороби і пріоритети місцевого сектору з охорони здоров'я. Політики щодо надання згоди на тестування, розкриття статусу і конфіденційності також відрізняються одна від одної в різних країнах і впливають на реалізацію комплексу інтервенцій. При адаптації цих оперативних рекомендацій необхідно брати до уваги всі реалії конкретного контексту.

2.1 КіТ

2.1.1 Надання згоди на тестування на ВІЛ

Особливою проблемою, що має значення для багатьох аспектів програмування, а також для дослідження, є питання про надання згоди. Отримання необхідної інформованої згоди може зайняти багато часу; це повинно бути зазначено в плануванні програми. Інформована згода має ґрунтуватися на принципах захисту прав людини (наприклад, захисту найкращих інтересів дитини, беручи до уваги ступінь розвитку здібностей дитини), а до процесу мають бути залучені ПЖВ+, батьки, опікуни і медичні працівники.

Зниження віку надання згоди на тестування (Південна Африка)

В Південній Африці з липня 2007 року підлітки у віці 12 років і старші мали право на надання згоди на тестування на ВІЛ, якщо це визнається в його/її найкращих інтересах – за умовами, якщо він/вона досяг/ла достатнього рівня зрілості, щоб зрозуміти переваги, ризики і соціальні наслідки тестування. Відповідно до Керівництва з консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію у Південній Африці тестування на ВІЛ-інфекцію забезпечує інтереси дітей, якщо тестування призведе до доступу та отримання постійної допомоги і підтримки для їх фізичного та емоційного благополуччя.

Вік надання згоди на тестування на ВІЛ-інфекцію був визначений в рамках ширшого процесу. В Південній Африці було розпочато процес інтенсивного перегляду законодавства і реформування після закінчення апартеїду. У 1997 році Законодавчій комісії Південної Африки було доручено переглянути старий Закон із догляду за дітьми (який дозволяв дітям віком старше 14 років надавати згоду на лікування та дітям віком старше 18 років надавати згоду на хірургічні процедури). Комісія збила коментарі та провела консультації в період між 1998 і 2002 роками. В результаті огляду і консультації з громадськістю, що також співпали з епохою заперечення СНІДу під головуванням Табо Мбекі, конституційний захист прав дітей в умовах епідемії ВІЛ/СНІДу став пріоритетним. Примітно, що комісія активно залучала до процесу самих дітей.

В результаті проведеної роботи було прийнято прогресивний новий Закон про захист дітей, який скасовував вікові бар'єри для доступу дітей до медичних послуг. Вік надання згоди на медичні інтервенції, в тому числі КіТ, був принаймні частково близький до віку початку статевого життя, темпів поширення ІПСШ серед підлітків і усвідомлення того, що віковий поріг потрібно було знизити, щоб дозволити дітям молодше 14 років отримувати доступ до послуг для забезпечення статевого та репродуктивного здоров'я. Крім того, рішення було обумовлене бажанням визнати і підтримати зростаючу автономію підлітків.

Вплив зменшення віку надання згоди на КіТ важко оцінити кількісно. По-перше, зміна була відносно невеликою, раніше вік надання згоди був визначений на рівні 14 років. По-друге, медичні дані, включаючи дані з КіТ, збираються у такий спосіб, що робить неможливим оцінити використання підлітками медичних послуг. Окремі повідомлення від медичних працівників свідчать, що 12-14 річні підлітки звертаються та отримують послуги з КіТ в медичних установах, як правило, після отримання інформації про ВІЛ-інфекцію у школах. Немає підтверджених випадків серйозних несприятливих наслідків для тих, хто отримав позитивний результат тесту. А медичні працівники зазначають, що підлітки проходять тестування на кількість CD4-клітин і розпочинають АРТ, якщо необхідно.

За додатковою інформацією звертайтеся до Генрі Джон Мултри: hmoultrie@wrhi.ac.za

2.1.2 Встановлення зв'язку між тестуванням та послугами з профілактики, лікування та догляду

Серед рекомендацій цього Керівництва, що стосуються КіТ, особливо відзначається важливість встановлення зв'язку з послугами з профілактики, лікування та догляду. Всі підлітки повинні мати доступ до тестування, але важливо переконатися, що найуразливіші підлітки і підлітки з високоризикованою поведінкою отримують підтримку і доступ до тестування і належного консультування після тестування (що особливо важливо для підлітків), а також переадресовуються для отримання послуг з профілактики та/або лікування та догляду, залежно від результатів тесту. Ще одним важливим фактором є консультування до тестування на ВІЛ, і як це консультування заохочує або перешкоджає доступу до послуг підлітків.

Тоді як конкретні програми можуть бути розроблені для тестування підлітків (наприклад, в школах), всі існуючі стратегії, спрямовані на дорослих, у тому числі консультування/тестування на рівні громади, програми з ППМД і КіТ за ініціативою провайдерів, мають бути адаптовані з огляду на особливі потреби підлітків.

Групова програма для нещодавно діагностованих ПЖВ+ із залученням консультантів на рівні громади (Південна Африка)

Хланганани – це інтерактивна модульна (3-6 модулів) групова програма, в рамках якої щойно діагностованих підлітків переадресовують для отримання необхідних послуг. Консультанти на рівні громади проводять групові семінари. Навчальний модуль для них був розроблений. Підлітки, які брали участь, дійсно мали дуже позитивний досвід. За попередніми даними підлітки, які брали участь у програмі, швидше за все, починали АРТ у разі необхідності, ніж підлітки, які не брали участі.

Водночас груповий підхід до консультування є доступними не для всіх. Ті, хто приєднався до групових семінарів, визнали, що отримали значну підтримку в рамках програми. Подальший моніторинг буде проводитися, щоб визначити, чи підлітки, які брали участь у програмі, будуть мати вищий рівень дотримання режиму лікування і догляду, ніж ті, хто не був учасником цієї програми. Планується адаптувати цю програму для підлітків, інфікованих перинатальним шляхом, для надання підтримки під час переходу до отримання послуг для підлітків, а потім і для дорослих.

За підтримки з боку Фонду з попередження поширення ВІЛ/СНІДу імені Десмонда Туту (DTHF) та Програми з попередження поширення СНІДу серед підлітків в Бронксі, м. Нью-Йорк, що фінансується в рамках виконання Надзвичайного плану Президента по боротьбі зі СНІДом/Центри з контролю і профілактики захворювань.

За додатковою інформацією можна звертатися до Лінди-Гейл Беккер:

linda-gail.bekker@hiv-research.org.za або Донни Фамтерман: dfutterman@adolescentaids.org

2.1.3 Зростання попиту на послуги серед підлітків

Підвищення якості послуг з КіТ і переадресації підлітків (країни Західної та Центральної Африки)

ЮНІСЕФ надає підтримку для впровадження в декількох країнах Західної і Центральної Африки ініціативи, спрямованої на підвищення кількості звернень за послугами з КіТ і переадресації підлітків. В рамках цього проекту використовуються інноваційні підходи до налагодження комунікації та взаємовідносин з підлітками – за допомогою телебачення, радіо, мобільних телефонів, соціальних медіа та графічного роману (онлайн, окремого видання чи регулярних публікацій в газетах) – для забезпечення надання підліткам важливої інформації і переадресації до необхідних послуг. Робота проводиться насамперед з підлітками та молоддю в шести країнах Західної і Центральної Африки, які мають надзвичайно високий рівень вірусного навантаження, з метою покращення знань і встановлення та зростання попиту на послуги з КіТ, щоб допомогти поліпшити планування, координацію і систему переадресації для підлітків та молоді, моніторити процес надання ВІЛ-послуг і переадресації представників цієї вікової групи.

За попередніми даними відзначається хороший рівень знань про переваги використання презервативів, але серед підлітків і молодих людей є стійка думка щодо ряду питань, що може обмежити зусилля зі збільшення охоплення послугами з КіТ. Наприклад, існує небажання просити партнерів пройти тестування через страх викликати підозри і звинувачення в невірності або негативній поведінці в минулому. Також відзначається, що хлопці-підлітки з ВІЛ мають менш сприятливе ставлення до КіТ і супутніх послуг, вони менш ймовірно розкриють свій статус, розкажуть про накопичений досвід або звернуться по допомогу у випадку зґвалтування або сексуального насильства.

Є цілий ряд правових, технічних та адміністративних питань, що необхідно вирішити для того, щоб розширити доступ і поліпшити попит на послуги з КіТ серед підлітків. Дійти згоди в багатьох країнах залишається серйозною перешкодою для звертання за послугами з КіТ, тому що підлітки часто не хочуть або бояться звертатися за послугами, для отримання яких вимагається згода батьків або опікунів. Також існують численні перешкоди і недоліки, наприклад, проблеми з постачанням необхідних матеріалів, недостатня кількість працівників, які пройшли навчання для роботи з підлітками, а також недоліки у веденні медичних справ пацієнтів та подальшому наданні послуг, які можна визначити за неповними або паралельними записами даних. Переадресація тих, хто отримав позитивний результат тесту, занадто залежить від самомотивації; ті, хто отримав негативний результат, дуже рідко чи взагалі ніколи не переадресовуються для отримання подальших послуг.

За додатковою інформацією звертайтеся до Сьюзен Каседде: skasedde@unicef.org

2.2 Розкриття статусу

Під час надання послуги з статевого і репродуктивного здоров'я підлітків (СРЗП) для ПЖВ+ потрібно робити великий акцент на розкритті статусу та підвищенні самооцінки. Багато молодих людей, які живуть з ВІЛ, є сексуально активними і роблять вибір мати дітей. В рамках програми з СРЗП необхідно підкреслювати їх обов'язки щодо свого власного статевого здоров'я (та здоров'я партнерів). Для представників цієї групи дуже важко знайти баланс між життям з позитивним статусом і задоволенням сексуальних потреб (зокрема з точки зору розкриття статусу через страх, що ВІЛ-позитивний статус може відштовхнути потенційного партнера. Як і інші підлітки, ПЖВ+ мають право на приємне і здорове сексуальне та репродуктивне життя та на доступ до програм, які відповідають їх потребам і проблемам (наприклад, чи може серодискордантна пара отримати доступ до постконтактної профілактики, якщо презерватив порвався?).

2.2.1 Підтримка для розкриття статусу та прихильності до лікування

Розкриття статусу та прихильність до лікування серед матерів-підлітків: досвід роботи організації Eve for Life (Ямайка)

Місцева НУО Eve for Life працює з Міністерством охорони здоров'я, щоб забезпечити комплексний підхід до надання підтримки і догляду за матерями-підлітками, які живуть з ВІЛ. В даний час НУО працює для надання послуг з підтримки дотримання режиму лікування та розкриття статусу у трьох парафіях з найвищими показниками поширення ВІЛ-інфекції.

Рекрутмент: набір підлітків в програму відбувається через програми з надання медичних послуг у допороговому періоді. Консультанти або соціальні працівники перенаправляють клієнтів, які вважаються особливо уразливими та потребують додаткової підтримки. Таким чином, в рамках програми була налагоджена співпраця з медичними установами.

Оцінка: після реєстрації в рамках проведення оцінки потреб визначаються питання, що необхідно вирішувати для покращення результатів для підлітків та їхніх дітей. Також збираються додаткові дані, у тому числі демографічна інформація, знання і відношення щодо первинної і вторинної профілактики та лікування ВІЛ, а також дані щодо емоційного здоров'я, сексуального здоров'я і досвіду з точки зору примусового сексу та інших випадків насильства за ознакою статі. Клієнтів потім переадресовують до інших відповідних освітніх, психологічних програм та програм з соціального захисту для задоволення їхніх потреб.

Отримання довіри: у цій програмі застосовується загальний підхід, що використовується у секторі для підтримки прихильності до режиму лікування серед ЛЖВ+. Це робиться за допомогою залучення літніх жінок, які живуть з ВІЛ, так званих «життєвих тренерів», і програмних «випускників» – «мами-наставниці». Ці жінки складають ключову частину команди. У разі порушення конфіденційності працює система звітності та відшкодування. Підліткам, які беруть участь, повідомляється про проведені дії.

Групи підтримки: клієнти можуть обговорити свої проблеми і успіхи в безпечному середовищі, вільному від стигми, дискримінації та осуду. Життєві навички також посилюються в групах підтримки.

Підтримка для дотримання режиму лікування: для проведення цієї роботи використовується командний підхід. За згодою клієнтів «мами-наставниці» встановлюють зв'язок з консультантами і соціальними працівниками для контролю за дотриманням та наданням допомоги у подоланні відповідних бар'єрів. Приділення уваги психосоціальним проблемам призвело до задовільного рівня прихильності, і менше ніж у 1% дівчат, які брали участь у програмі, були зареєстровані повторні випадки вагітності у підлітковому віці.

Підтримка для розкриття статусу батькам/опікунам та партнерам: розкриття статусу розглядається як найважливіший компонент для успішного дотримання режиму лікування, тому що це створює атмосферу довіри і підтримки. Розкриття статусу коханій людині є показником для вимірювання успіху участі в програмі. Дівчат закликають до розкриття статусу протягом всієї програми, і таке розкриття розглядається як одна з життєвих навичок. З дівчатами обумовлювався процес розкриття інформації та проводилися рольові ігри, щоб уявити розмову зі своїми близькими. В рамках програми розглядалися ситуації розкриття статусу партнеру (ам), члену (членам) сім'ї або другу/подрузі (друзям), як і в якому випадку вони будуть потребувати допомоги «життєвого тренера», «мами-наставниці» або професійного консультанта. Кожна з жінок-тренерів розкрила свій статус партнеру або члену сім'ї, а тому вони можуть надати оптимальну допомогу дівчатам у цьому питанні.

Стратегія поширення програми: розширення співпраці з МОЗ включає навчання працівників охорони здоров'я з метою покращення їх навичок в наданні послуг для ПЖВ+. Крім того, підлітки, які закінчили програму, встановлюють зв'язок на рівні громади з іншими матеріями-підлітками, які користуються послугами в рамках програм з надання допологових послуг або програм з лікування ВІЛ у медичних установах.

Сприятливі фактори

- тісна співпраця з урядом
- командний підхід прихильності до лікування
- надання підтримки за принципом «рівний-рівному»
- залучення літніх жінок, які живуть з ВІЛ, у якості непрофесійних консультантів/наставників
- розкриття ВІЛ- статусу (ключовий компонент програми)
- бар'єри
- обмежені масштаби програми (впроваджуються тільки в трьох сферах і націлені на ПЖВ+, які є матеріями)
- обмежене фінансування загрожує сталому розвитку.

За додатковою інформацією звертайтеся до Новія Конделл: ncondell@unicef.org

2.3 Підходи на рівні громади

Коли підліток отримує негативний результат тесту, надання послуг на рівні громад може допомогти звести до мінімуму ризиковані форми поведінки і сприяти своєчасній та недорогій переадресації для отримання профілактичних послуг. Нижче наведені приклади підходів для надання допомоги підліткам, які отримали позитивний результат тесту.

2.3.1 Підтримка для дотримання режиму лікування

Як і для лікування інших хронічних захворювань, забезпечення дотримання режиму АРТ є проблемою; підліткам необхідна підтримка з боку різних людей, щоб дотримуватися прийому своїх препаратів і схем догляду. Серед різних підходів відзначаються домашні візити медичних працівників, непрофесійних консультантів і однолітків ПЖВ+ для надання підтримки ПЖВ+ та членам їх сімей. Необхідно встановлення довгострокових відносин медичних працівників з опікунами пацієнтів і самими підлітками і розробки групи підтримки для ПЖВ+.

Надання підтримки для дотримання режиму лікування за участю консультантів на рівні громади (Південна Африка)

В рамках цієї інтервенції консультанти на рівні громади надавали пацієнтам регулярну підтримку для дотримання режиму лікування і психосоціальну підтримку, а також приходили додому для вирішення проблем побутового характеру, що впливають на прихильність до лікування. Члени сім'ї та домогосподарства оцінювалися разом з пацієнтами, запитання обговорювалися на зустрічах мультидисциплінарної команди.

Проект був оцінений в рамках групового дослідження декількох центрів з використанням клінічних даних, регулярно зібраних в установах, що надають послуги з АРТ, за підтримки місцевої НУО Kheth'Impilo. Цільовою групою були підлітки та молодь (у віці 10-25 років), які почали АРТ між 2004 і 2010 роками. За всіма визначеними критеріями (дотримання режиму лікування, смертність, втрата для подальшої діяльності і стримування поширення вірусу), підлітки, які отримували підтримку консультантів на рівні громади, показали кращі результати.

Сприятливі фактори

- Відносини, що склалися між працівниками, які спонукають до дотримання режиму, і підлітками, мають позитивний вплив на поведінку останніх з огляду їх прихильності до лікування.
- Тривала подальша робота, щоб стимулювати успіх довгострокового лікування.
- Ефективність з обмеженими ресурсами.
- Наявні труднощі.
- Довгострокове фінансування в умовах глобального економічного спаду.
- База даних для соціальних працівників перебуває на стадії розробки.
- Надання послуг пацієнтам, які живуть далеко від клінік.

*За додатковою інформацією звертайтеся до Нонтутхузело Манджезі:
Nontuthuzelo.Manjezi@khethimpilo.org*

2.3.2 Зміцнення континууму догляду за дітьми та підлітками з ВІЛ і поліпшення утримання під наглядом

В умовах генералізованої епідемії: Дитячий клінічний центр передового досвіду Ботсвана – Бейлор (Ботсвана)

При зверненні за послугами у Клініку зі скрінінгу та КІТ клієнти потрапляють до Центру передового досвіду (ЦПД). Для тих, хто отримав позитивний результат тесту на ВІЛ, метою є оптимізація лікування та прихильності, утримання під наглядом, уникнення високоризикованої поведінки та забезпечення усвідомленого і плавного переходу до отримання послуг, які надаються дорослим. Відкрита у 2003 році головна клініка в Габороне налічує серед своїх пацієнтів більше, ніж 2300 дітей і підлітків. Ще 4000 пацієнтам надаються аутріч-послуги та консультації по всій країні. Таким чином, ЦПД працює з більш ніж двома третинами усіх педіатричних хворих, які отримують АРТ в країні.

Кожен пацієнт отримує різні послуги в рамках багатогранних, але пов'язаних інтервенцій, що включають: спрощений і послідовний процес розкриття статусу; навчальні курси для основного опікуна і щонайменше одного іншого члена родини; харчову підтримку та консультування; домашні візити; ранкову групу з догляду за дітьми; додаткові класи для учнів, які мають труднощі з навчанням; щорічний тижневий табір; підтримку підлітків; послуги, що надаються в підліткових клубах (відпочинок, придбання життєвих навичок і СРЗ), а також структуровану програму переходу до отримання послуг, які надаються дорослим. Для вагітних дівчаток-підлітків є група підтримки, де їм розказують про батьківство і закликають повернутися до школи; тим, хто не в змозі або не бажає повертатися до школи, пропонують різні види діяльності, які приносять дохід.

Основні сприятливі фактори

- Основний акцент в роботі ЦПД робиться на ВІЛ.
- Інноваційний і чуйний персонал.
- ЦПД є неурядовою організацією, що працює в партнерстві з урядом.

Основні труднощі

- Надання аутріч-послуг великій кількості дітей і створення інформаційно-просвітницьких клубів для підлітків в партнерстві з місцевими громадськими організаціями і АРТ-клініками (міжнародна неурядова організація Airborne Lifeline надала співробітникам ЦПД безкоштовні рейси до віддалених куточків країни).
- Досягнення відмінного рівня утримання під наглядом завдяки візитам додому і навчання надавачів послуг.

Більш детальну інформацію про програму можна знайти на веб-сайті <http://botswanateenclub.wordpress.com/>

Для отримання більш загальної інформації звертайтеся до ЦПД: ganabwani@baylorbotswana.org.bw

Робота з ПЖВ+: досвід Узбекистану

Загальною метою роботи з ПЖВ+ є поліпшення якості їх життя шляхом надання інформації (про ВІЛ/СНІД, шляхи передачі ВІЛ, АРТ, прихильність до лікування, рівень клітин CD4, вірусне навантаження, профілактику та лікування опортуністичних інфекцій, харчування, гігієну, репродуктивне здоров'я, психічне здоров'я), освітньої діяльності (профілактика для ВІЛ-позитивних, розвиток життєвих навичок, лідерство/волонтерство, розвиток навичок, пов'язаних з конкретними інтересами), і психологічна підтримка для розкриття ВІЛ-статусу.

Послуги для ПЖВ+ були інтегровані в існуючу систему послуг для дітей з ВІЛ та їх сімей через центри денного догляду (ЦДД) для дітей та сімей, які зіткнулися з ВІЛ-інфекцією в Узбекистані. Більше 100 ПЖВ+ наразі відвідують ЦДД, хоча тільки близько 40 з них отримали повне розкриття свого ВІЛ-статусу.

Цілі надання послуг

- Забезпечення психосоціальної підтримки ПЖВ+ та членів їх родин на всіх етапах розкриття ВІЛ-статусу.
- Створення сприятливих умов для переходу підлітків до отримання медичних та немедичних послуг, які надаються дорослим ЛЖВ, та координації різних видів допомоги для ПЖВ+.
- Зміцнення зв'язку між ПЖВ+ в різних регіонах Узбекистану з метою обміну досвідом і надання взаємної підтримки.

Основні стратегії/заходи

- Психологічне/соціальне консультування, особливо для підтримки розкриття ВІЛ-статусу.
- Регулярні групи самопомоги для підлітків, які знають про свій ВІЛ-статус, а також групи організованого проведення дозвілля для підлітків, які також знають про свій ВІЛ-статус, у тому числі гурток в'язання, бісероплетіння, використання комп'ютера і вивчення мов (російської, англійської).

- Інформаційні матеріали для ПЖВ+ (записи в особистому щоденнику, художні календарі, буклети з ВІЛ/СНІДу), навчальні заходи для батьків ПЖВ+.
- Розвиток онлайн-платформи для зміцнення зв'язків між ПЖВ+ з різних регіонів країни.

Додаткова діяльність, яка лише частково була проведена в таборах/школах для ПЖВ+ в на-рощуванні їх потенціалу, лідерства та здатності самостійно захищати свої права на різних рівнях. Семінари для ПЖВ+ були проведені з низки тем, у тому числі:

- Сприяння здоровому способу життя.
- Розробка широкого спектру життєвих навичок, включаючи боротьбу зі стигматизацією та дискримінацією.
- Розвиток навичок для відповідальної підтримки здоров'я.
- Тренінги з підтримки профілактики для ВІЛ-позитивних (тренінг для тренерів).
- Заплановані заходи.
- Впровадження системи для переходу ПЖВ+ від педіатричних послуг до послуг, які надаються дорослим (послуги СНІД-центрів, Департаменту з питань здоров'я матері і дитини МОЗ).
- Нормативно-правове забезпечення розкриття ВІЛ для ПЖВ+.
- Адаптація і прийняття Рекомендацій ВООЗ/протоколів з розкриття ВІЛ-статусу для дітей.

Причини, з яких програма визнається успішною

- Створені групи підтримки для ПЖВ+, які знають свій ВІЛ-статус, в ЦДД в Ташкенті і Ан-дигані.
- Всі батьки повідомляють про зміни на краще серед ПЖВ+, які працювали з персоналом ЦДП, у тому числі підлітки взяли на себе відповідальність за своє здоров'я та дотримання режиму лікування, проявили більший інтерес до життя, менше конфліктували з батька-ми і проявили кращі навички в спілкуванні з однолітками.
- Партнерство для роботи з ПЖВ+ (СНІД-центри, ПРООН, Проект Глобального Фонду для боротьби зі СНІДом, туберкульозом та малярією, ЮНЕЙДС, ЮНФПА).
- Фактори, що сприяли успіху.
- Наявність команди кваліфікованих фахівців – соціальних працівників, психологів, педіа-трів та фахівців з інфекційних захворювань.
- Фінансова підтримка для проведення груп підтримки, тренінгів, закупівлі офісної тех-ніки та оргтехніки.
- Мобілізація ПЖВ+, які стали лідерами і добровольцями для роботи з новими підлітками, чий статус досі не розкритий.

Труднощі

- Відсутність сприятливих умов для ПЖВ+ (нерозуміння в державному секторі важливо-сті роботи з підлітками, нормативні обмеження або відсутність нормативно-правової бази для підлітків з ВІЛ).
- Зростання числа випадків ВІЛ-інфекції серед підлітків, поганий стан здоров'я підлітків і затримка із зверненням по допомогу через нерозкриття статусу, заперечення серед бать-ків, а також через відповідні сімейні стреси.
- Відсутність системи підтримки ПЖВ+ після отримання ВІЛ-позитивного діагнозу.

Для отримання додаткової інформації звертайтеся в Центр денного догляду для дітей та сімей, які стикнулися з проблемою ВІЛ-інфекції – «Qaldirgoch» Ташкент, Узбекистан: qaldirgoch@gmail.com або Каміла Фатіхова: kfatikhova@unicef.org

2.3.3 Залучення підлітків та інтеграція послуг

Інтегрована модель Zvandiri з надання комплексних послуг з профілактики, лікування, догляду та підтримки (Зімбабве)

НУО Africaid в Зімбабве прагне допомогти дітям, підліткам та молодим людям, які живуть з ВІЛ (віком від 5-24 років), у отриманні знань, розвитку навичок і впевненості, щоб впоратися з їх ВІЛ-статусом і жити щасливим, здоровим і повноцінним життям. Для досягнення цієї мети впроваджується інноваційна програма Zvandiri, в рамках якої забезпечуються послуги з лікування, догляду, підтримки та профілактики ВІЛ-інфекції на рівні громад, які інтегровані з медичними послугами державного і приватного сектору. Така інтеграція створює можливість надання надійної безперервної допомоги дітям і молодим людям, які живуть з ВІЛ, та їх сім'ям, а також спрямована на зміцнення фізичного та психосоціального здоров'я.

Програма Zvandiri (що в перекладі означає «як я») очолюється ВІЛ-позитивними підлітками, які проходять підготовку і мають надавачів послуг у якості супервайзерів. В рамках проведення груп підтримки та надання послуг в Zvandiri аутріч- і клінічних центрах ПЖВ+ виявляють дітей для тестування на ВІЛ-інфекцію, переадресовують дітей, які живуть з ВІЛ, для отримання послуг з лікування та догляду, забезпечують консультування для дітей, підлітків та їх сімей і навчають життєвим навичкам своїх однолітків. Підлітки, які надають підтримку для лікування, на рівні громади (ППЛГ) є ВІЛ-позитивними підлітками, які забезпечують моніторинг прихильності і надають підтримку в клініках і вдома, відслідковують тих, хто зупинив лікування, і надають допомогу у визначенні підлітків з високим ризиком переривання лікування. В рамках програми Zvandiri приділяється увага СРЗ молодих людей, які живуть з ВІЛ. Підліткам надають інформацію та розвивають їх навички і впевненість, щоб вони могли приймати обґрунтовані рішення щодо запобігання поширення інфекції, а також переадресовують для отримання послуг, у тому числі для лікування ІПСШ, консультацій з планування сім'ї, послуг програм з ППМД і груп підтримки молодих батьків. Підлітки, які живуть з ВІЛ, також проводять навчання та консультування і навчають медичних працівників, вчителів, соціальних працівників, церковних лідерів і членів громади.

Програма Zvandiri в даний час поширюється по всій країні в рамках виконання Національного плану дій уряду Зімбабве для інших уразливих дітей. Програма Zvandiri була визнана високо-ефективною та інноваційною моделлю для надання постійних послуг з лікування, догляду, підтримки та профілактики для дітей та підлітків, які живуть з ВІЛ. У 2012 році програма була визнана Співтовариством розвитку Півдня Африки (САДК) найкращою регіональною та національною ініціативою в рамках Національного плану дій уряду Зімбабве для інших уразливих дітей 2009 року.

Основні труднощі

- Покращення доступу шляхом децентралізації до рівня громади.
- Задоволення попиту під час поширення програми в рамках виконання Національного плану дій уряду Зімбабве для інших уразливих дітей.
- Забезпечення якості, використовуючи надійні координаційні системи і стандартизовані матеріали (наприклад, щотижневі зустрічі з молодими надавачами послуг для планування і нагляду, навчальні посібники і стандартні оперативні процедури відповідно до національних і міжнародних керівних принципів для надання якісних послуг).

За додатковою інформацією пишуть на електронну адресу: info@africaid-zvandiri.org
або Нікола Вілліс: nicola@maruva.org

2.4 Навчання

2.4.1 Підтримка для забезпечення прихильності до лікування та утримання під наглядом

Важливим аспектом консультування з моменту початку АРТ є надання підтримки для дотримання режиму лікування. У багатьох місцях, де кількість медичних працівників є недостатньою, для задоволення місцевих потреб консультування проводиться непрофесійними консультантами на рівні громади. Таким чином, одним з підходів щодо підтримки прихильності до лікування є постійне навчання та контроль за консультантами.

Навчання та контроль за консультантами, які надають послуги з метою змінити поведінку (Південна Африка)

В рамках проведення оцінки прихильності до АРВ в Західній Капській провінції, Південна Африка, було виявлено, що консультанти на рівні громади не дотримувались міжнародних стандартів надання консультативних послуг (а саме, зосередження на клієнті та вирішення проблем, що призводить до розробки персоналізованих планів для зміни поведінки) (119). Замість цього вони використовували в основному директиви і метод надання порад, взявши на себе роль «експерта» під час сесій з клієнтами. У дослідженні робиться висновок, що, як мінімум, за консультантами повинен проводитися регулярний контроль, приділяючи увагу мікронавичкам консультанта, задля уникнення вживання неадекватних стратегій, у тому числі повчальної, попереджувальної і конфліктної. Нагляд повинен також включати розгляд справ, в рамках якого існуюча модель консультування та методи управління проблемною ситуацією будуть переглянуті для застосування. Наскільки непрофесійні консультанти на рівні громади можуть використовувати і запроваджувати більш науково обґрунтовані моделі консультування для забезпечення прихильності до лікування було неясно.

«Варіанти для здоров'я» – це втручання з метою зміни поведінки шляхом мотиваційного інтерв'ювання (MI) (120). Тридцять дев'ять непрофесійних консультантів, які працюють задля забезпечення прихильності до АРВ в Західній Капській провінції, були навчені надавати своїм пацієнтам «Варіанти», щоб допомогти їм оптимізувати АРТ прихильність. Оцінка здатності консультантів впроваджувати цю інтервенцію ефективно після 35 годин навчання показала, що консультантам не вдалося досягти майстерності в IM (121). В рамках наступних досліджень було вивчено вплив семінарів з підвищення кваліфікації та нагляду на знання консультантів щодо інтервенції. Було виявлено, що рекомендації, отримані під час проведення оцінки, були застосовані з багатообіцяючими результатами (122). За 12-місячний період 18 годин було затрачено на проведення семінарів з підвищення кваліфікації та нагляду. За результатами цієї роботи консультанти змогли покращити основні комунікативні навички для консультування і навчилися використовувати терапевтичні підходи. У порівнянні з контрольною групою консультантів, їх консультування було більш чуйним, направлено на співпрацю, надання підтримки і вирішення проблем... (123). Це дослідження демонструє важливість постійного навчання та нагляду для забезпечення і підтримки високоякісних послуг непрофесійними консультантами на рівні громад.

Масштабні інтервенції, впроваджені непрофесійними надавачами, потребують значних фінансових ресурсів (124). Саме тому необхідно проведення додаткових досліджень (особливо в умовах, коли непрофесійні надавачі послуг на рівні громади вкрай необхідні для надання послуг), щоб зрозуміти, як отримати найбільшу користь від значних інвестицій.

За додатковою інформацією звертайтеся до Kemi Mathews: cathy.mathews@mrc.ac.za

Створення груп підтримки за принципом «рівний-рівному» може посилити і поглибити зусилля непрофесійних консультантів на рівні громад для забезпечення дотримання режиму лікування підлітками.

Навчання та групи підтримки для поліпшення прихильності до лікування (Мозамбік)

Фонд Fundação Ariel Glaser надає підтримку Міністерству охорони здоров'я для забезпечення клінічного догляду у всіх районах в Мапуту і провінцій Кабо-Дельгадо з генералізованою епідемією ВІЛ. З метою підвищення прихильності до АРТ з боку підлітків і поліпшення утримання цієї групи під наглядом працівники фонду Fundação Ariel Glaser у співпраці зі співробітниками обласних управлінь охорони здоров'я провели спеціальну підготовку консультантів на рівні громад, психологів і психіатрів з питань дитячої та підліткової психосоціальної підтримки, приділяючи особливу увагу прихильності режиму лікування і розкриття ВІЛ-статусу (серед підлітків). Водночас, робітники пройшли навчання і покращили навички у створенні та наданні допомоги групам підтримки серед дітей та підлітків. Ці групи в даний час існують в семи з восьми районів. Кожна група складається з 20 підлітків (віком 10-19 років). Для забезпечення підтримки у підготовці учасникам була надана низка матеріалів, в тому числі допоміжні засоби для роботи, фліп-чарт і керівництво по кожній з груп підтримки.

Існують відмінності в прихильності серед підлітків, які відвідують групи підтримки. Причини невідвідування потребують подальшого вивчення (іноді пов'язані з відстанню, проблемами в сім'ї та/або психологічними проблемами). Групи підтримки, здається, позитивно впливають не тільки на дотримання лікування, а й на почуття власної гідності і боротьби з ВІЛ в цілому.

З 2013 року фонд Fundação Ariel Glaser підтримуватиме надання послуг, дружніх до молоді, і підлітків, які наразі знаходяться в процесі активізації з боку Міністерства охорони здоров'я. При цьому планується використати досвід роботи з ПЖВ+.

За додатковою інформацією звертайтеся до Паули Ваз: pvaz@arielglaser.org.mz

2.5 Інші важливі питання

2.5.1 Ключові групи ризику

Необхідно працювати з найбільш уразливими підлітками, особливо в ключових групах ризику, які живуть з ВІЛ, і задовольняти їх потреби. У цьому розділі висвітлюються питання, які можуть вплинути на всіх підлітків, але можуть бути особливо важливими для підлітків з ключових груп ризику.

Молоді ЧСЧ

Дослідження показали, що серед молодих ЧСЧ такі фактори як стигматизація, дискримінація (125), менше використання презервативів, більше вживання алкоголю і наркотиків, і секс з дорослими партнерами (126) сприяють навіть більшому ризику інфікування ВІЛ, ніж серед старших ЧСЧ.

Цей аналіз виявив, що молоді ЧСЧ значно рідше користувалися презервативами під час останнього статевого акту, частіше вживали алкоголь або наркотики під час останнього статевого акту і, швидше за все, мали чотири або більше партнерів впродовж життя, ніж молоді люди, які мали статеві контакти тільки з жінками. Така поведінка пов'язана зі значним ризиком зараження інфекцією. В одному дослідженні серед ЧСЧ відносний ризик для нових випадків зараження ВІЛ-інфекцією склав 29% за використання алкоголю або наркотиків до сексу і 32% за наявності від чотирьох до дев'яти статевих партнерів (127). Крім того, у дослідженні, насамперед, молодих ЧСЧ, 75% чоловіків з гострою ВІЛ-інфекцією повідомили про секс під впливом наркотиків або алкоголю, у порівнянні з 31% ЧСЧ з ВІЛ-негативним результатом. Ризик зараження ВІЛ-інфекцією збільшився вдвічі для ЧСЧ зі статевим партнером, що є на п'ять років старший, і в чотири рази – з секс-партнером старшим на десять років (3, 126).

Роль однолітків

Роль підтримки або консультування однолітків важлива для всіх підлітків, які живуть з ВІЛ, але особливо для молодих людей з ключових груп ризику.

Розкриття та конфіденційність

Для підлітків у ключових групах ризику існує ризик бути «розкритими» під час проведення деяких необхідних заходів (наприклад, отримання ліків в клініках первинної медико-санітарної допомоги). Крім того, деякі види діяльності на рівні громади можуть становити значний ризик для особистої безпеки, а також правові ризики для цих підлітків. Примусове розкриття ВІЛ-статусу або розголошення без згоди особи часто змушує представників ключових груп ризику і ЛЖВ+ в цілому відмовитися від послуг з КіТ і перешкоджає дотриманню подальшого лікування.

В умовах, коли консультанти перебувають у складному становищі щодо надання підтримки для розкриття статусу, консультанти на рівні громади і НУО можуть надати цінну підтримку, щоб компенсувати деякі ризики, а також забезпечити анонімність при наданні даних в будь-якій ситуації. В рамках постачання послуг необхідно створити систему унікальних кодів ідентифікації, тому що збір даних з іменем для урядових установ на національному рівні і донорів порушує конфіденційність.

Закони та правові умови

Закони, що регулюють доступ до опіїдної замісної терапії (ОЗТ) для молодих споживачів наркотиків і доступ до АРТ повинні бути узгоджені з іншими напрямками політики, наприклад, з програмами щодо поширення голочок і шприців. Критерії прийнятності для цих програм також необхідно роз'яснити.

Політичні та правові бар'єри на шляху надання послуг повинні бути переглянуті і змінені. У деяких випадках певні моделі поведінки та сексуальної орієнтації внесені в розряд протизаконних. В інших випадках, освітні установи вимагають, щоб абітурієнти розкривали свій ВІЛ-статус в якості попередньої умови для вступу. Доки такі закони і практики не будуть змінені, багато ВІЛ-позитивних підлітків з ключових груп ризику, можливо, будуть потребувати юридичної підтримки після КіТ.

2.5.2 Відповідь сектору освіти

Доступ до освіти не повинен жодним чином бути пов'язаним зі станом здоров'я. Сектор освіти відіграє важливу роль у триваючому розвитку ЛЖВ+ в шкільному середовищі і потенційно в фактичному отриманні послуг з КіТ.²⁵ Є п'ять важливих компонентів відповіді сектору загальної освіти на ВІЛ і СНІД (128):

1. **Якісна освіта:** доступ до освітніх можливостей є широко визнаним ефективним засобом для зниження уразливості дітей та молоді до ВІЛ.
2. **Контент, навчальні програми та матеріали,** що мають доказову базу, будують знання та навички для захисної поведінки і починаються з раннього віку, та є послідовними і адаптованими до віку та стадії розвитку учня.
3. **Педагогічна підготовка та підтримка,** яка включає попередню підготовку і підвищення кваліфікації щодо знань про ВІЛ, довірчі та комунікативні навички та нагляд і що звертається до власної уразливості педагогів до ВІЛ, особливо тих, хто сам живе з ВІЛ.
4. **Політика, управління і системи,** які включають політику на робочих місцях для забезпечення нульової терпимості до насильства, жорстокого поводження та дискримінації, і стратегічні плани, які фінансуються з метою реалізації, забезпечення і контролю цієї політики.
5. **Підходи і точки входу,** в тому числі шкільні програми охорони здоров'я, освіта однолітків, втручання в засоби зв'язку та масової інформації і набуття життєвих навичок.

²⁵ Потенційна участь сектору освіти в наданні послуг з КіТ необхідно вивчати, хоча в даний час немає істотних доказів для цього.

Практичні рекомендації для сектору освіти з метою задоволення потреб і прагнень ЛЖВ+ повинні (129):

- **Знати свою епідемію** для того, щоб визнати тенденції і оцінити природу і наслідки її впливу на систему освіти і на учнів стосовно отримання доступу, дотримання та успішності в школі.
- **Визнати наявність студентів, які живуть з ВІЛ.** Деякі, можливо, знають свій статус, інші – ні. Деякі з них захочуть його розкривати, а інші, можливо, ні. ЛЖВ+ мають ті ж потреби, що й інші учні, а також потреби властиві для ВІЛ.²⁶
- **Створювати та зміцнювати зв'язки з іншими секторами,** щоб допомогти забезпечити участь сектору освіти в плануванні відповіді і розподілі ресурсів.
- **Оглянути, адаптувати та активізувати існуючу політику і практику,** щоб вони приносили користь ЛЖВ+. Зокрема, політика, пов'язана з особистим життям і конфіденційністю в рамках освітнього контексту, має бути посилена.
- **Розробити і створити системи моніторингу та оцінки.**
- **Продовжувати удосконалення знань про ВІЛ** серед викладацького, управлінського та адміністративного персоналу.
- **Заохочувати і підтримувати надання неформальної освіти.**
- **Визнати цінність викладачів, співробітників, батьків і членів громади, які живуть з ВІЛ,** як частину відповіді, і встановити зв'язок з профспілками, групами підтримки і мережами ЛЖВ+.

Освіта щодо лікування – це галузева ініціатива більш широкої досяжності, ніж діяльність безпосередньо у школі. Це важливий компонент зусиль щодо забезпечення загального доступу до профілактики, лікування та догляду (130). Освіта щодо лікування залучає громади і окремих осіб з метою дізнатися про АРТ, щоб:

- заохочувати до користування послугами з КіТ;
- покращити розуміння АРТ і схем медичного лікування;
- розуміти і бути готовим до витрат, пов'язаних з лікуванням;
- виступати за більший і справедливіший доступ до лікування (у тому числі гендерну рівність);
- підтримувати дотримання лікування;
- заохочувати захисну поведінку та здоровий спосіб життя;
- знижувати стигматизацію та дискримінацію по відношенню до ЛЖВ+;
- поєднувати ініціативи з тестування, профілактики, догляду та лікування для відповіді на ВІЛ.

2.5.3 Залучення підлітків

Залучення ПЖВ+ важливо для програм: ніхто не розуміє їх проблеми краще, ніж вони самі. Залучення також сприяє розвитку їх особистості. Розширення прав і можливостей молодих людей, які живуть з ВІЛ, бути наставниками-однолітками і відігравати ключову роль у програмі в якості консультантів, тренерів та адвокатів, не тільки покращує програми, завдяки їх ентузіазму та творчості, але й надає ПЖВ+ нових навичок, влади і знань. Крім того, надання підліткам фізичного простору, що належить їм, допомагає будувати сприятливі довгострокові відносини і показує, що громада зацікавлена у вирішенні їх потреб в галузі охорони здо-

²⁶ Проведення орієнтації для персоналу (наприклад, зокрема на житлових об'єктах) має важливе значення для чутливості до потреб учнів, які знаходяться на АРТ і можуть бути піддані переслідуванням (щодо медичного призначення, особистої поведінки і т.д.), які можуть перешкоджати дотриманню.

ров'я. Міністерства охорони здоров'я повинні подбати, щоб внески підлітків у надання послуг були офіційно включені і визнані в національних планах.

Значуще й ініціативне залучення підлітків до програм, що надають послуги, а також турбота про їх власне здоров'я вимагає постійної освіти пацієнтів, розробленої спеціально для підлітків, яка супроводжується прийнятною і ефективною підтримкою.

Підлітки також повинні мати можливість і підтримку для прийняття рішень щодо їх власного здоров'я з кінцевою метою самоврядування в рамках переходу до дорослого життя.

2.5.4 Збільшення прийнятності і споживання послуг

Для збільшення прийнятності і споживання послуг серед підлітків, водночас знижуючи прямі і непрямі витрати на хворих, існує цілий ряд підходів для розгляду:

- мінімізація кількості необхідних відвідувань установ;
- надання послуг у період, коли підлітки можуть відвідувати установи, не відриваючи їх від відвідування закладів освіти;
- скорочення часу очікування під час візитів;
- облаштування окремих зон очікування для підлітків, надання підтримки за принципом «рівний-рівному», розповсюдження матеріалів та проведення заходів, орієнтованих на підлітків.

Координація отримання послуг в одній установі (наприклад, проходження клінічного лікування, отримання лабораторних послуг і лік в аптеці) або в установах за різними адресами має важливе значення для зменшення тягаря, пов'язаного з отриманням/наданням послуг, для хворих і надавачів.

2.5.5 Живи позитивно

Клуб для підлітків Бейлор (Свазіленд)

Свазіленд має найвищий рівень ВІЛ-інфекції у світі. Клуб для підлітків виник з бажання допомогти підліткам, які живуть з ВІЛ, стати потужними провідниками змін. Починаючи з 2006 року, клуб для підлітків розрісся і включає в себе одне щомісячне зібрання у кожному з чотирьох регіонів Свазіленду. В даний час є чотири центри – клуби в Мбабане, Манзіні, Хлатикулу і Сіфофанені.

Місія клубів для підлітків полягає в розширенні можливостей для підлітків з ВІЛ в Свазіленді, щоб вони могли жити позитивно і успішно перейти в доросле життя. Послуги, запропоновані в клубах, включають емоційну і освітню підтримку шляхом структурованих заходів, спрямованих на отримання життєвих навичок, сприяння відносин і зміцнення довіри. Клуби створили форум, де підлітки можуть конструктивно висловлювати свої думки і обговорювати питання, що стосуються їх стану без загрози стигми.

Кожен місяць більше 350 ПЖВ+ відвідують групи підтримки вранці по суботах. Кожна зустріч починається з ігор та заходів, що створюють дружню атмосферу і допомагають новим членами швидко відчути комфорт під час знайомства з новими друзями. Потім члени Клубу для підлітків беруть участь в освітніх і розвиваючих заходах, розроблених в рамках навчальної програми коледжу Бейлор. У ході зустрічей підлітки діляться на різні вікові групи, що дозволяє молодшим підліткам займатися на уроках, побудованих на основі різних заходів, тоді як старші підлітки ведуть поглиблені бесіди на більш дорослі теми. За допомогою дорослих координаторів підліткового клубу, уроки проводяться підлітками-лідерами, старшими членами підліткового клубу, які успішно завершили Програму для розвитку лідерських навичок у підлітків. Темі включають питання захисту, зміни тіла, розкриття, тиску з боку однолітків, самовираження, безпечний секс, горе і важку втрату, самовираження і реалізацію вашої мрії. Щоб полегшити фінансове навантаження на наших членів, кожен підліток отримує харчування і відшкодування подорожі на громадському транспорті.

Сильне керівництво, партнерство і постійне навчання дорослих волонтерів і підлітків-лідерів забезпечують сталий розвиток діяльності підліткового клубу. З розширенням груп підтримки, появою офісу підліткового клубу і відданих своїй справі працівників, клубу Бейлор вдалося збільшити участь підлітків при зниженні середніх витрат. Незважаючи на досягнення останніх шести років, все ще існує декілька проблем, що стоять на шляху розвитку клубів для підлітків.

Це успіх?

Коли підлітки, які живуть з ВІЛ, отримують право голосу і підтримку для подолання перешкод на шляху до доброго здоров'я, їх сила, творчість і пристрасть можуть породити надію навіть в найбезвихідніших ситуаціях. Клуб для підлітків допомагає збільшити здатність громадянського суспільства Свaziленду надавати підтримку підліткам Свaziленду в боротьбі з ВІЛ. Недавня оцінка підліткових клубів показала, що підлітки з ВІЛ цінять послуги, що надаються через клуби, і вони мають форум, на якому підлітки з ВІЛ можуть зібратися разом, щоб поділитися своїм особистим досвідом та надати один одному дуже необхідну психологічну та емоційну підтримку. Члени клубу для підлітків отримують користь від того, що можуть говорити відкрито і вільно, без страху, стигми та дискримінації. Обмеження членства в Клубі підлітками, які живуть з ВІЛ, вважається однією з головних причин успіху клубів.

Хоча є багато переваг відвідування підліткового клубу, досягнення краще описані самими членами клубу: «Я не один, і я можу допомогти іншим підліткам, які живуть з ВІЛ», «Я хочу навчитися життєвих навичок і як поліпшити своє здоров'я», «Я хочу бути лідером».

Проблеми, що стоять перед програмою:

- Як краще забезпечити поживну їжу при обмеженому бюджеті?
- Як краще децентралізувати підліткові клуби, щоб більше підлітків, які живуть з ВІЛ, могли отримати життєво необхідну їм підтримку?
- Як розширити можливості підлітків для успішного переходу до охорони здоров'я та послуг, які надаються дорослим?

Для отримання додаткової інформації звертайтеся до Др. Хайлу, Директора Baylor Свaziленд: Nailun@baylorswaziland.org.sz або Др. Сара (відповідає за заходи, що проводяться за підтримки ЮНІСЕФ, включаючи Клуб для підлітків): sarah_h_banner@yahoo.com або Makhosini A. Мамба: mtamba@unicef.org

2.5.6 Важливість батьків і опікунів

Важливо приділяти належну увагу підтримці батьків і опікунів ПЖВ+, щоб вони, у свою чергу, могли краще підтримати своїх підлітків. Почуття партнерства між медичними працівниками та батьками і опікунами ПЖВ+ може сприяти дотриманню лікування та подальшій допомозі. Надавачам послуг також важливо визнавати та регулювати конфлікти, які можуть існувати між батьками/опікунами і ПЖВ+ (і навіть з вихователями, і консультантами за принципом «рівний-рівному») з таких питань, як і коли підліткам розкривати свій статус для інших, і що робити, якщо ПЖВ+ стає сексуально активним, не дотримується лікування або схеми догляду, або завагітніла. Безперервне консультування та освіта опікунів ПЖВ+ має вирішальне значення для успіху програм. Водночас важливо визнати напруженість між автономією і захистом; найкращі інтереси підлітка, а також його потреби і права можуть домінувати над думкою батьків і опікунів.

Програми слугуватимуть інтересам підлітків, коли вони будуть враховувати проблеми, які стоять перед опікунами, особливо у випадку тих, хто здійснює догляд за дітьми-сиротами або іншими уразливими дітьми, які часто не отримують за це платню, і хто також доглядає за іншими членами сім'ї.

Деякі підлітки не мають батьків або мають байдужих та таких, які їх кривдять. Це може бути важливим питанням для підлітків у ключових групах ризику і має важливе значення для

здатності і прав підлітків забезпечити собі інформовану згоду. Якщо батько відсутній, важливо заохочувати підлітків визначити іншого дорослого, який може надати підтримку.

Важливість відносин між надавачами медичної допомоги та сім'єю – Instituto de Infectologia Emilio Ribas (Бразилія)

Клінічна група ВІЛ була створена в 1985 році, коли почалася епідемія ВІЛ в Бразилії, і перша дитина з ВІЛ була направлена до лікарні. Команда складається з фахівців з інфекційних захворювань, педіатрів, медсестер, соціальних працівників та психологів.

Експертиза була спочатку розроблена на основі досліджень в медичній літературі, обміну досвідом з іншими групами по всьому світу і щоденного навчання на прикладі успіхів і розчарувань в роботі з пацієнтами. Такий навчальний підхід допоміг персоналу відповідати на такі питання, як розкриття діагнозу, тестування на ВІЛ, дотримання лікування та соціальна інтеграція. Рішення шукались, коли виникали проблеми; так як це була перша команда в країні для боротьби з ВІЛ-інфекцією серед дитячого населення, творчість, інновації та терпіння були важливі.

В даний час команда зустрічається щоденно, і всі виникаючі проблеми детально обговорюються. Крім того, та ж сама команда працює разом над клінічними дослідженнями і підготовкою молодих фахівців, таким чином усі члени завжди мають доступ до найостанніших публікацій та думок експертів з усього світу.

Ключовий фактор успіху

Команда дуже мало змінилася з 1985 року, і тому стало можливим встановити хороші партнерські відносини з опікунами пацієнтів і самими дітьми, і підлітками.

За додатковою інформацією звертайтеся Маринелли Делла Негра: aacphiv@uol.com.br

2.5.7 Інтеграція послуг

Профілактика ВІЛ, діагностика, лікування та догляд за підлітками повинні, наскільки це можливо, бути інтегрованими в такі ж самі послуги, що надаються дорослим і дітям.²⁷ Водночас, сектор охорони здоров'я повинен мати можливість ефективно реагувати на конкретні потреби підлітків в цілому (наприклад, медичні послуги, орієнтовані на підлітків), залучаючи для цього персонал, який не схильний засуджувати інших, якому подобається, і який зрозуміє підлітків, а також, вирішуючи такі питання, як доступність медичної допомоги та конфіденційність.

Необхідно інтегрувати на рівні громади послуги з охорони здоров'я, освіти і соціального забезпечення, а також державні послуги, долучаючи персонал та інші зацікавлені сторони. Партнерство і співпраця між державою і громадянським суспільством/громадою мають важливе значення для розширення доступу до послуг і забезпечення якості послуг і континууму (сталості) допомоги на всіх рівнях. Державна система охорони здоров'я повинна бути тісно пов'язана з послугами і надавачами на рівні громади. Необхідно встановити зв'язки і системи переадресації для безперервного догляду в обох напрямках – від громади до офіційної системи охорони здоров'я та від офіційної системи охорони здоров'я назад до громади.

Послуги та підтримка ПЖВ+ (Намібія)

Програма зосереджена на дослідженні підлітків віком 10-19 років в регіонах Капріві і Кхомас в Намібії, в тому числі і ПЖВ+, з метою зміцнення проектування, розробки і впровадження механізмів надання послуг для підвищення споживання і якості послуг з КіТ для підлітків і молодих людей, у тому числі послуги з підтримки після проходження тестування (ПППТ), і поліпшення надання послуг для ПЖВ+.

Діяльність включає збір, складання та аналіз базових даних, розробку навчальних матеріалів; навчання підлітків-посередників, які живуть з ВІЛ, та їх батьків, опікунів та медичних

²⁷ Деякі ПЖВ+ потребують особливої чутливості по відношенню до зовнішності. Фізична незрілість багатьох підлітків, які були інфіковані вертикальним шляхом, може виділяти їх у клініках для дорослих, і надавачі повинні бути готові забезпечити житло, яке заспокоїть цих підлітків, якщо це необхідно.

працівників; створення груп взаємної підтримки і місць для проведення зустрічей, а також використання методу для розкриття статусу усіх підлітків з ВІЛ, які відвідують педіатричні цільової установи АРТ.

До того ж, послуги з КіТ вважаються відправною точкою для профілактики, а також для догляду, лікування і підтримки послуг через: ПППТ для підтримки всіх підлітків і молодих людей (з ВІЛ чи ні); зміцнені зв'язки для переадресації між КіТ, ПППТ та іншими службами профілактики, догляду і лікування; допоміжні служби, а також механізми мобілізації на рівні громади, в тому числі міжособистісної комунікації і за допомогою засобів масової інформації, щоб звернутися до підлітків і молоді.

Причини успіху програми

- Започаткована в одній з лікарень, де вже функціонував підлітковий клуб.
- Створення керівного комітету для контролю за реалізацією проекту.
- Технічна допомога та фінансування для збільшення можливостей ПЖВ+, батьків/опікунів і медичних працівників.
- Залучення підліткового клубу від самого початку.
- Відповідальними за проект є установа, в якій надається АРТ, та керівництво лікарні.
- Більш широка участь зацікавлених сторін у розробці національних керівництв.
- Розробка і впровадження навчального плану з питань медичних послуг, орієнтованих на молодь та ПЖВ+, у національному медичному навчальному центрі при МОЗ.
- Залучення НУО, які працюють з дітьми та підлітками з питань ВІЛ та СРЗ, до проектів.

Фактори, що посприяли успіху проекту:

- Залучення персоналу і ПЖВ+ до глобальної консультації з розробки програм для ПЖВ+.
- Прихильні і віддані співробітники.
- Наявність простору і стимулів для участі (наприклад, надання напоїв установою, де проводяться зустрічі, для діяльності підліткового клубу).

Проблеми, що стояли перед програмою

- Конфіденційність: згода батьків і опікунів надати дозвіл медичним працівникам ввести педіатричний метод для розкриття статусу дітей та підлітків; згода від батьків і опікунів на те, щоб медичні працівники залучили НУО для забезпечення навчання ПЖВ+ і їх опікунів, а також згода на те, щоб ПЖВ+ могли добровільно записатися до підліткового клубу. Це зайняло багато часу і затримало реалізацію проекту.
- Фінансування: фінансування дійшло кінця тоді, коли потреба в ресурсах була більшою, ніж тоді, коли проект стартував (для навчання на електронних пристроях для відстеження тих, хто зупинив лікування).
- Непривітне приміщення: приміщення, надане підлітковому клубу на території установи, потребує реконструкції, фарбування та додаткового обладнання.

За додатковою інформацією звертайтеся до Глорії М. Сусехо: gsiseho@unicef.org

Зв'язки з послугами, дружніми до підлітків, у сфері статевого та репродуктивного здоров'я (Мозамбік)

У 2004 році Світовий банк запустив пілотний проект під назвою «Проект по прискоренню лікування ВІЛ/СНІДу» (ППЛ) в Мозамбіку, Буркіна-Фасо та Гані, спрямований на уповільнення епідемії шляхом розширення доступу до добровільного консультування і тестування (ДКіТ) і дотримання лікування та подальшого догляду. У Мозамбіку чотирирічний «Проект по прискоренню лікування ВІЛ/СНІДу» (ППЛ) з бюджетом в 1,25 млн доларів США впроваджувався

організацією Pathfinder International у співпраці з урядом Мозамбіку за додаткової технічної та фінансової підтримки ЮНФПА. ППЛ побудував і розширив успіхи національної програми Gegaçao Biz. ППЛ був запроваджений у двох провінційних лікарнях, які надають послуги, дружні до молоді, у сфері статевого та репродуктивного здоров'я (ПДМ) в Мапуту і Шаї-Шаї в провінції Газа.

Через ППЛ консультування і тестування на ВІЛ, АРТ і послуги з ППМД були вперше інтегровані в пакеті послуг ПДМ. Молоді люди з позитивним результатом тестування отримували невідкладну підтримку та консультування, проходили тест на кількість клітин CD4 і при необхідності переадресовувались на лікування. Вагітні підлітки з позитивним результатом були переадресовані до послуг з ППМД. Крім того, професійний психолог проводив кілька годин на день в ПДМ, пропонуючи консультацію та підтримку для розкриття статусу, а також позитивного і здорового способу життя. Молоді люди з позитивним результатом тестування були відразу переадресовані до консультанта за принципом «рівний-рівному» з ВІЛ, який пройшов підготовку, щоб забезпечити догляд і підтримку, і «укриття».²⁸ Нарешті, всім молодим клієнтам з позитивним результатом тесту на ВІЛ було рекомендовано приєднатися до щотижневої групи підтримки на території ПДМ установи, яку очолюють консультанти за принципом «рівний-рівному» за підтримки надавачів послуг і психолога. Протягом проекту близько 12,000 молодих людей пройшли тестування на ВІЛ, причому близько 25% отримали позитивний результат тесту, і 656 молодих людей почали АРТ. Програма мала високі рівні дотримання АРТ, і лише 11% і 16% клієнтів АРТ покинули лікування протягом проекту в Мапуту і Шаї-Шаї, відповідно.

МОЗ та інші партнери в країні вважають програму досить успішною. Вона стала катализатором для розширення масштабів консультування і тестування на ВІЛ в рамках всіх ПДМ установ в Мозамбіку. Консультування і тестування на ВІЛ в даний час пропонуються в 335 Gegaçao Biz ПДМ установах по всій країні, і приблизно 153 000 молодих людей були протестовані в 2011 році. Крім того, консультанти за принципом «рівний-рівному», які живуть з ВІЛ, залишаються активними в Програмі Gegaçao Biz, а в 2011 році Міністерство охорони здоров'я видало Керівництво, за яким всі ПДМ установи повинні мати групи підтримки для молодих людей, які живуть з ВІЛ. Це великий крок у розширенні деяких ключових елементів ППЛ, але проект все ще не повноцінно (не на повну потужність) функціонує в країні.

Фактори, які сприяли успіху ППЛ

- Проект був побудований на існуючій національній програмі з добре відомими і успішними послугами, дружніми до молоді, що дозволило молодим людям бути в курсі послуг та збільшило участь молоді в програмі.
- Розширення прав і можливостей молодих людей, які живуть з ВІЛ, в якості консультантів за принципом «рівний-рівному» і можливість відігравати ключову роль в програмі не тільки поліпшили програму, а й надали молодим людям, які живуть з ВІЛ, навичок, влади і знань, щоб поліпшити і своє здоров'я, і здоров'я однолітків.
- Групи підтримки і «укриття», в тому числі візити на дому, мали вирішальне значення для дотримання лікування та подальшого догляду серед молодих людей, які живуть з ВІЛ.

Проблеми, що стоять перед програмою

Психологи відіграють ключову роль в програмі, але їх небагато в Мозамбіку, особливо у віддалених районах. Можна навчити консультантів за принципом «рівний-рівному» виконувати деякі обов'язки, але потрібен нагляд для забезпечення якості.

За додатковою інформацією звертайтеся до Ріти Бейдіані: rbadiani@pathfinder.org або Гвін Хейнсворт: ghainsworth@pathfinder.org

²⁸ У цьому проекті «укриття» відноситься до ролі консультанта за принципом «рівний-рівному» в наданні підтримки молоді, у якій вперше було виявлено ВІЛ, супроводжуючи його/її під час консультування та медичних призначень, забезпечуючи розуміння і підтримку в зв'язку з лікуванням (у тому числі дотриманням) і пропонуючи соціальну підтримку на території і за межами клініки. Укриття також включає ситуацію, що консультант за принципом «рівний-рівному» приходить додому до молодих клієнтів та їх сімей, коли молода людина вирішує розкрити свій статус.

В умовах концентрованої епідемії: інтеграція послуг – Serviço de Imunologia Clínica e Hospital-Dia do IMIP, Instituto de Medicina Integral Професор Фернандо Фігуейра (Бразилія)

Програма була розпочата в 1987 році, коли перший педіатричний випадок СНІДу був діагностований в північно-східному регіоні Бразилії. У 1988 році служба стала національним довідковим центром з ВІЛ-інфекції серед дітей та почала підготовку місцевих медичних працівників і також з інших регіонів Бразилії. Після того, як служба почала проводити тестування всіх вагітних жінок на ВІЛ, вона стала ВІЛ-клінікою матері і дитини. У 1998 році було розпочато лікування інших дорослих, а в 2003 році переїзд у нове приміщення дозволив зібрати професійну команду, щоб запропонувати послуги комплексного і денного догляду за дітьми та підлітками.

В даний час комплекс IMIP надає довідкові послуги з питань ВІЛ з педіатрами, імунологами, інфекціоністами, гінекологами, ревматологами, психологами, стоматологами, медперсоналом та соціально медичну допомогу. Приблизно 450 дітей і підлітків, які живуть з ВІЛ, були зареєстровані у службі, з яких 300 живі і продовжують отримувати послуги. Крім того, клініка стежить за 10 дітьми, народженими від матерів з ВІЛ, які були інфіковані в перинатальному періоді; тільки одна з них має ВІЛ.

Вивчені уроки

- Підвищення кваліфікації медичних працівників має важливе значення, щоб вони могли краще зрозуміти і лікувати підлітків, які потребують суворого дотримання антиретровірусної терапії.
- Важливі гнучкі підходи до переходу до послуг, які надаються дорослим (в тій же клініці).
- На початку Програми «Клініка СНІД» називалася Амбулаторне відділення для лікування імунодефіциту, а потім Клінічна імунологічна служба і для пацієнтів з ВІЛ, і без ВІЛ (у тому числі первинний імунодефіцит, алергія і ревматологія). Важливо, щоб ця служба мала таку назву, яка допоможе зменшити стигму і дискримінацію (денний стаціонар використовується в основному пацієнтами без ВІЛ).

За додатковою інформацією звертайтеся до Едвальдо Соуза: edvaldo.es@gmail.com або заходьте на сайт www.imip.org.br

2.5.8 Розширення інтервенції

Якщо програми необхідно постійно розширювати, то важливо працювати через існуючі системи і структури, включаючи розробку навчальних матеріалів і Керівництва. Системи охорони здоров'я уряду забезпечують установи, через які можна надавати послуги, а інтеграція допомагає гарантувати, що пацієнти з іншими хронічними захворюваннями та ті, які належать до уразливих груп, можуть отримати користь від служб для ПЖВ+. Одна з проблем, які були згадані в кількох програмах, є відсутність відповідної політики, наприклад, відсутність офіційної політики щодо підлітків, які живуть з ВІЛ, або точніше відсутність політики з розкриття ВІЛ-статусу для дітей та підлітків з ВІЛ. Крім того, відсутні конкретні стандарти і керівництво, що стосуються підлітків, наприклад, для дотримання лікування та психосоціальної підтримки. Важливо відзначити, що тоді як багато країн мають такі принципи щодо маленьких дітей, ці документи часто не мають відношення до підлітків, особливо старших підлітків.

Програми для/з ПЖВ+ повинні бути пов'язані та інтегровані до програм, які надають послуги з охорони здоров'я молодим людям в більш загальному плані, у тому числі послуги для інших пацієнтів з хронічними хворобами, програми для ПСРЗ та заходи профілактики для молодих людей. Те, що вони ґрунтуються на існуючих успішних національних програмах, допомагає молодим людям знати, мати впевненість і збільшувати використання послуг. Можливо також залучати НУО, які зосереджені на роботі з підлітками, щоб вони також доклали зусиль з поліпшення послуг для ПЖВ+. Надання послуг ПЖВ+ в рамках загальних послуг, дружніх до

підлітків (у тому числі послуг в області ВІЛ), може допомогти в зниженні стигми, яка асоціюється зі зверненням до «клініки ВІЛ».

В Азії послуги для основних груп ризику надаються в основному в недержавних та громадських організаціях. Необхідно розширити ці послуги, щоб включити підлітків з ключових груп ризику (це включає в себе питання згоди). Надаючи чіткі принципи, уряди будуть підтримувати і узаконювати діяльність НУО в цій роботі. В умовах концентрованої епідемії цей підхід може бути більш ефективним, ніж послуги, що надаються державними установами.

Децентралізація також важлива для розширення інтервенції для підлітків, оскільки вона робить послуги ближчими до клієнта, що є важливим аспектом у зниженні бар'єрів у використанні послуг підлітками. Успішна децентралізація послуг для підлітків потребує навчання працівників охорони здоров'я, децентралізацію групи підтримки в місця або місцеві медичні центри, системи, які включають в себе дані з розбивкою по моніторингу за віком, і надійні системні напрямки для ряду проблем, які торкаються підлітків. Молоді люди з ключових груп ризику потребують особливої уваги.

2.5.9 Повідомлення

Під час проведення комунікативних кампаній з питань охорони здоров'я необхідно привертнути особливу увагу до роботи з підлітковими групами ризику, використовуючи нетрадиційні підходи, для визначення місць і заходів для розповсюдження інформації та ключових повідомлень, наприклад, спортивні клуби, бари, молодіжні центри, професійні центри, ринки, школи. В ідеалі – повідомлення повинні розроблятися підлітками або за допомогою підлітків для врахування їх точки зору. Це особливо важливим є для підлітків ключових груп ризику.

Серед інших підходів ефективною комунікації з підлітками є соціальний маркетинг ключових продуктів і послуг та «зразки для наслідування» серед представників громад, особливо тих, хто живе з ВІЛ-інфекцією позитивно і відкрито. Використання нових технологій може бути особливо потужним інструментом для комунікації з підлітками. Спілкування в соціальних мережах і використання мобільних технологій може сприяти створенню тісного зв'язку між підлітками у всьому світі та швидкому і ефективному поширенню життєво важливої інформації. Створення партнерств між урядовими та неурядовими установами також може сприяти поширенню повідомлень і послуг для підлітків; ці партнерства будуть мати різні цілі та канали комунікації в різних ситуаціях.

2.5.10 Питання на національному рівні

ВІЛ як можливість винесення питань з охорони здоров'я підлітків на національний рівень

Тоді, як в рамках системи охорони здоров'я нова енергія і ресурси приділяються питанням задоволення потреб підлітків, необхідно докласти всіх зусиль і максимально використати можливості, щоб питанням лікування ПЖВ+ було приділено більше уваги на національному рівні при розгляді проблем підлітків з хронічними захворюваннями та наданням послуг для підлітків загалом (наприклад, послуг з СРЗ). Процес збору та аналізу даних на національному рівні, використовуючи інформаційну систему управління медичними даними, необхідно покращити з метою збору і оцінки інформації, що стосується підлітків окремо.

Розбивка даних

Існують прогалини в галузі збору та аналізу стратегічної інформації щодо ПЖВ+ і підлітків з ключових груп ризику.

Розбивка даних залишається проблемою (або в багатьох випадках уникнення агрегування даних, коли вони передаються вищим установам). Досить існує недостатньо знань щодо ПЖВ+ через способи агрегування даних. Як правило, дані зводять в більш широкі групи ризику (15-49 років або 15 років і старші), або дані щодо молодих підлітків групуються з даними

щодо немовлят та дітей (віком 0-14 років), а дані щодо більш дорослих підлітків групуються з даними, що стосуються молодих людей (віком 15-24 років).

Щоб розвивати послуги для підлітків в рамках національної системи управління охороною здоров'я, необхідно відокремити дані стосовно підлітків відповідно до вікової групи (віком 10-19 років) або підгруп (10-14 років, 15-19 років), а також відповідно до статі. Це покращить розуміння потреб і практик підлітків та дозволить більш ефективно проводити моніторинг та оцінку (МіО) для цієї вікової групи (наприклад, оцінку ефективності програми з огляду на відповідність послуг для ПЖВ+, а також визначення прогалин у континуумі пропонованих послуг) і сприяти більш точному плануванню загального постачання, закупівлі та розподілу. Серед основних показників для оцінки роботи з підлітками виділяють наступні: звернення за послугами з тестування, переадресація для надання необхідних і тенденції з втрати пацієнтів для продовження роботи.

Щоб оцінити, наскільки добре задовольняються потреби підлітків з ключових груп ризику, необхідно отримати відповідь на кілька питань:

- Як існуючі національні системи збору даних підтримують надання послуг і моніторинг тих, хто потребує послуг у сфері ВІЛ найбільше?
- Як характеризуються маргінальні особи, які не належать до ключових груп ризику (згідно із визначенням)?
- Яким чином МіО може найкраще ідентифікувати і задокументувати успішні моделі і кращі практики надання послуг на рівні громад для ключових груп ризику?

Політики і законодавчі акти, що стосуються питань, характерних для підлітків

Є цілий ряд політик, що потребують окремої уваги, зокрема політики і законодавчі акти, що стосуються інформованої згоди підлітків (без згоди батьків), і закони, що криміналізують поведінку підлітків з ключових груп ризику.

2.5.11 Адвокація

Східноєвропейське та центральноазійське об'єднання людей, які живуть з ВІЛ (СЦО ЛЖВ): мобілізація підлітків, які живуть з ВІЛ/СНІДом в Східній Європі і Центральній Азії

Метою проекту СЦО ЛЖВ було краще сформулювати потреби і проблеми підлітків, які живуть з ВІЛ (ПЖВ+), та донести їх до дорослих ЛЖВ, лідерів громад, місцевих органів влади, надавачів послуг, урядів та інших зацікавлених осіб. Цілі проекту включали: зміцнення адвокаційних навичок, надання інформації щодо проблем, з якими стикаються ПЖВ+ (у тому числі дотримання режиму лікування, права на охорону здоров'я, освіту та інші соціальні послуги), а також створення мереж задля розширення прав і можливостей підлітків відстоювати свої права в Україні, Росії, Казахстані, Узбекистані, Киргизстані та Білорусі. Проект включав в себе розробку і моніторинг соціальних мереж, інформаційно-просвітницьких заходів, де підлітки відстоювали права ПЖВ+ перед регіональними і національними лідерами, а також зміцнення психосоціальних та інших послуг. В рамках проекту також було проведено «картографування» організацій, що надають медичні та соціальні послуги ПЖВ+ в країнах-учасниках проекту і за їх межами.

Вивчені уроки

- Незважаючи на численні тренінги для розвитку адвокаційних навичок, участь у місцевих та регіональних заходах, групи підтримки і т.д., багато підлітків досі не прийняли свій позитивний діагноз. Не всі підлітки готові говорити про свої почуття, пов'язані з ВІЛ, і ще менша кількість готова говорити про їхнє життя відкрито. Більшість з них до цих пір володіють тільки основною інформацією про ВІЛ/СНІД, АРВ-препарати і дотримання режиму лікування.

- Часто питання ВІЛ не є пріоритетом у житті ВІЛ-позитивних підлітків. Вони повинні впоратися з численними іншими важкими життєвими ситуаціями, в тому числі бідністю, виключенням зі школи і відсутністю постійного місця проживання через позбавлення батьків прав на батьківство, через вживання наркотиків або знехтування дітьми.
- Підлітки постійно живуть в стресі і стикаються зі стигмою та дискримінацією. Це часто призводить до припинення прийому АРВ-препаратів.
- Слабка державна підтримка зменшує доступ до критично важливих соціальних послуг, наприклад, розміщення ПЖВ+ в прийомних сім'ях або школах-інтернатах. Координатори проектів та інших ініціатив зрештою мають вирішувати деякі соціальні питання, якими необхідно займатися уряду.
- Під час надання соціальної допомоги (або в рамках проектів на рівні громади, або з боку соціальних служб) підлітки, які живуть з ВІЛ/СНІДом, отримують допомогу у вирішенні проблем, що безпосередньо не пов'язані з ВІЛ/СНІДом, але все ж їх якість життя поліпшується.

Додаткову інформацію можна отримати на веб-сайті:

http://old.ecuo.org/for_about/About_mission_goal/Listovka_A4_eng_final_150.pdf

2.5.12 Дослідження

Немає єдиного рішення, яке відповідає потребам всіх ПЖВ+. Деякі з програм, висвітлені в цьому посібнику, підкреслюють необхідність бути інноваційними та гнучкими і мислити нестандартно. Це часто простіше для НУО, ніж для державних медичних систем, а це у свою чергу має значення для подальшої інтеграції, децентралізації та збільшення масштабів. НУО можуть бути стороною, що працює від імені уряду, і уряди можуть отримати підтримку в реалізації демонстраційних проектів з метою започаткування їх широкого впровадження.

Дослідження для підтримки надавачів послуг (Зімбабве) (131)

Мета: розробити алгоритм для медичних працівників, які надають первинну допомогу, для виявлення підлітків з ВІЛ в групах населення з високим ризиком передачі ВІЛ від матері до дитини.

Методи: п'ятсот шість підлітків (10-18 років) стали учасниками дослідження в двох клініках первинної допомоги в Хараре, Зімбабве. «Тестовий» набір даних, відібраний за принципом випадковості (n=251), був вжитий для створення алгоритму із використанням змінних, що за результатами багатофакторної логістичної регресії були пов'язані з ВІЛ. Правильність алгоритму була оцінена за допомогою другої половини тестових даних (n=255) на різних рівнях поширеності ВІЛ.

Результати: розповсюдження ВІЛ склало 17%, і інфекція була незалежно пов'язана з сирітством, повідомленим клієнтом, колишньою госпіталізацією, проблемами зі шкірою, що передаються з інфекцією статевим шляхом, і недостатньою функціональною здатністю. Класифікація підлітків як таких, які вимагають ВІЛ-тестування, якщо вони повідомили про >1 з цих п'яти критеріїв, мала високу чутливість (74%) і специфічність (80%), причому алгоритм правильно передбачав ВІЛ-статус у 79% учасників. Навіть в оточенні з низьким поширенням ВІЛ (<2%) алгоритм мав би високу негативну прогностичну цінність (≥99,5%) і призвів би приблизно до 60%-вого зниження кількості людей, які потребують перевірки, щоб визначити одну людину з ВІЛ, порівняно з універсальним тестуванням.

Висновки: простий алгоритм, що був розроблений, може визначити людей, які швидше за все будуть наражатися на інфекцію або інфіковані ВІЛ, з достатньою точністю, щоб забезпечити інструмент скринінгу для використання в умовах, де ще не вводять політику універсального тестування у цій віковій групі, наприклад, іммігранти до країн з низькою поширеністю ВІЛ.

За додатковою інформацією звертайтеся до Рашида Ферранда: rashida.ferrand@lshtm.ac.uk

Розділ 3. Впровадження Керівництва

Країнам доведеться адаптувати це Керівництво з огляду на конкретні умови, враховуючи наступні питання:

- **різномірність підлітків** (за віком, статтю, сімейним станом, роллю в сім'ї та громаді);
- **швидкий фізичний, пізнавальний і соціальний розвиток**, що є характерним у цьому віці;
- **особливі уразливості підлітків у ключових групах ризику**;
- шляхи самовизначення і формування громади серед підлітків ключових груп ризику, а також **як підлітки дотримуються норм громади та їх місцезнаходження**;
- особливі **характеристики епідемії** в конкретній країні (на національному чи субнаціональному рівні), а також загальні характеристики підлітків в країні, з точки зору віку, початку статевого життя, кількості підлітків, які знаходяться без роботи та не ходять до школи і т.д.

Нормативне Керівництво ВООЗ розроблялося з огляду на ситуацію у світі. Очікується, що кожна країна буде адаптувати рекомендації, щоб задовольнити свої власні потреби. Впровадження деяких рекомендацій може бути складним у деяких умовах з урахуванням різної поширеності ВІЛ-інфекції та обмежених наявних і обіцяних ресурсів. Нові рекомендації направлені на істотне зростання доступу людей до послуг з КіТ, лікування та догляду, що призведе до зростання загальної вартості надання послуг. Негайне і повне виконання цих рекомендацій може бути недоцільним, неможливим або недоступним. Проте, стратегічне планування на рівні країни повинно бути спрямоване на виконання цих рекомендацій крок за кроком та надання загального доступу до послуг з тестування на ВІЛ-інфекцію, лікування та догляду для підлітків.

Розділ 4. Прогаляни в дослідженнях

Дослідження інтервенцій, направлених на підлітків, досі не є пріоритетними. Необхідно терміново звернути увагу на зростаюче число інфікованих перинатальним шляхом немовлят і дітей, які отримують АРТ і які наразі стають підлітками і дорослими з відповідними потребами, а також на підлітків повільних прогресорів, які потребують отримання діагнозу, лікування та догляду. У таблиці 4 наведені питання, що, на думку групи з розробки Керівництва та інших експертів, мають стати пріоритетними для вивчення в рамках наукових досліджень підлітків і ПЖВ+.

Таблиця 4. Потреби у дослідженнях з НТС для підлітків і лікування та догляд за підлітками, які живуть з ВІЛ

Тема	Область дослідження
Загальне	<ul style="list-style-type: none"> Здійснювати програми таким чином, щоб забезпечити максимальну доказову базу; необхідно включати порівняльні дослідження ефективності В рамках програм необхідно посилити системи МіО і поширювати отримані дані Розробити, з оглядом на конкретне середовище методів оцінки психічного здоров'я, стигми та прихильності серед підлітків Проводити дослідження щодо актуальності питань, розглянутих в цьому Керівництві Проводити рандомізовані контрольовані дослідження (РКД) Розглянути інтервенції для підлітків в рамках досліджень педіатричних послуг та послуг, які надаються дорослим
КіТ	<ul style="list-style-type: none"> Економічна ефективність рутинного КіТ в умовах генералізованої епідемії Інноваційні стратегії для роботи з підлітками ключових груп ризику В умовах генералізованої епідемії розуміння того, як КіТ впливає на поведінку дівчат і молодих жінок До проведення тестування на ВІЛ-інфекцію «Скринінг-питання/тести» (оцінка ризиків) Порівняльна ефективність і рентабельність інтервенцій з поліпшення доступу до послуг з КіТ і системи переадресації для отримання послуг Оцінка можливості, прийнятності, етичності та ефективності самотестування Оцінка можливості, прийнятності, етичності та ефективності тестування на базі шкіл КіТ і ефективність, наприклад, визначити один результат з впливу і зміни поведінки на індивідуальному рівні, а потім дослідити його для всіх підлітків (ВІЛ-позитивних чи негативних) Дослідження інтервенцій, в рамках яких був успішно поширений доступ до послуг КіТ для підлітків ключових груп ризику Необхідно проводити дослідження в країнах, де вік згоди на тестування був знижений для визначення, чи не привело це до більш ризикованої поведінки серед молодих людей; база, що була розроблена для отримання доказів, що статеве виховання не призводить до збільшення ризикованої поведінки, може бути використана <p>Результати:</p> <ol style="list-style-type: none"> Необхідно перевірити цифри <ul style="list-style-type: none"> з огляду на догляд/ДПС з огляду на профілактичні інтервенції (обрізання, контрацепція, профілактичні поведінкові інтервенції) Дані з економічної ефективності Кошти, необхідні для однієї особи, у якої виявили ВІЛ та переадресували для отримання профілактичних послуг і догляду – за різними підходами

Тема	Область дослідження
Доступ та переадресація для отримання послуг	<ul style="list-style-type: none"> • Масштаби і причини втрати пацієнтів на кожному кроці процесу лікування • Інтервенції (досконало оцінені) • Інтервенції, що впроваджуються з метою переадресації молодих людей з ключових груп ризику для отримання послуг і дотримання лікування під наглядом • Гендерні бар'єри для дотримання лікування під наглядом • Інтеграція послуг в приміщеннях шкіл • Можливість/рентабельність/результати децентралізації • Оптимальні стратегії утримання під наглядом до початку АРТ (систематичний огляд моделей надання допомоги до початку АРТ для підлітків) • Інтеграція з послугами з СРЗ для молоді з ІПСШ або іншими показниками, що вказують на небезпечні статеві практики <p>Результати</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Доступ до послуг b. Переадресація для отримання послуг c. Утримання під наглядом
Розкриття статусу	<ul style="list-style-type: none"> • Інтервенції, що допоможуть батькам/опікунам підтримати розкриття статусу • Інтервенції з надання підтримки підліткам у розкритті їх статусу • Навчання надавачів послуг <p>Результати</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Короткострокові та довгострокові психосоціальні результати
Прихильність до лікування	<ul style="list-style-type: none"> • Ефективні інтервенції для дотримання режиму лікування • Навчання надавачів послуг
Інтервенції на рівні громади	<ul style="list-style-type: none"> • Визначити ефективні компоненти і комбінації інтервенцій на рівні громади, що поліпшують дотримання режиму лікування, переадресацію і утримання під наглядом (а також проксимальні результати) • Визначити, які аспекти роботи на рівні громади є найефективнішими (наприклад, соціально-психологічні, економічні, навчання грамотності); не всі ініціативи на рівні громади є ефективними
Децентралізація	<ul style="list-style-type: none"> • Клінічні результати і уподобання пацієнта, особливо у віковій групі (існують дані, що говорять про те, що утримання під наглядом може бути кращим варіантом)

Список використаних джерел

1. WHO, UNICEF, UNAIDS. *Global update on HIV treatment 2013: results, impact and opportunities*. Geneva, World Health Organization, 2013. <http://www.who.int/hiv/pub/progressreports/update2013/en/index.html>
2. *Global report: UNAIDS report on the global AIDS epidemic 2013*. Geneva, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, 2013. http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/epidemiology/2013/gr2013/UNAIDS_Global_Report_2013_en.pdf
3. Kasedde S et al. Reducing HIV and AIDS in adolescents: opportunities and challenges. *Current HIV/AIDS Report*, 2013, 10:159–168.
4. *Consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection*. Geneva, World Health Organization, 2013.
5. *UNAIDS World AIDS Day report – Results*. World AIDS Day Report. Geneva, Joint United Nations Programme on HIV and AIDS, 2012. <http://www.unaids.org/en/resources/publications/2012/name,76120,en.asp>
6. Nachega JB et al. Antiretroviral therapy adherence, virologic and immunologic outcomes in adolescents compared with adults in southern Africa. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 2009, 51(1):65–71.
7. Lindsey JC et al. Early patterns of adherence in adolescents initiating highly active antiretroviral therapy predict long-term adherence, virologic, and immunologic control. *AIDS Patient Care and STDs*, 2009, 23(10):799–801.
8. Hall HI et al. Continuum of HIV care: differences in treatment and care by sex and race/ethnicity in the United States [abstract FRLBX05]. 19th International AIDS Conference; Washington DC, 2012.
9. Schouten EJ et al. More HIV positive infants and mothers identified through HIV testing in immunization clinics [abstract THAC0102]. 19th International AIDS Conference; Washington DC, 2012.
10. Matson CA et al. Integration of infant HIV testing at nine month immunisation visit in South Africa: a proposed model of service delivery [abstract WEPE661]. 19th International AIDS Conference, Washington DC, 2012.
11. *Children and AIDS Fifth stocktaking report*. New York, United Nations Children's Fund, 2010. http://www.unicef.org/publications/files/Children_and_AIDSFifth_Stocktaking_Report_2010_EN.pdf
12. Wringe A et al. Antiretroviral therapy uptake and coverage in four HIV community cohort studies in sub-Saharan Africa. *Tropical Medicine & International Health*, 2012, August; 17(8):e38–e48.
13. Bygrave H et al. Antiretroviral therapy outcomes among adolescents and youth in rural Zimbabwe. *PLoS ONE*, 2012, 7(12):e52856.
14. Ferrand RA et al. AIDS among older children and adolescents in Southern Africa: projecting the time course and magnitude of the epidemic. *AIDS*, 2009, 23(15):2039–2046.
15. Ferrand RA et al. Causes of acute hospitalization in adolescence: Burden and spectrum of HIV-related morbidity in a country with an early-onset and severe HIV epidemic: a prospective survey. *PLoS Medicine*, 2010, 7(2):e1000178.
16. Ferrand RA et al. Undiagnosed HIV infection among adolescents seeking primary health care in Zimbabwe. *Clinical Infectious Diseases*, 2010, 51:844–851.
17. Ramirez-AL et al. Routine HIV testing in adolescents and young adults presenting to an outpatient clinic in Durban, South Africa. *PLoS ONE*, 2012, 7(9):e45507.
18. May M et al. Impact of late diagnosis and treatment on life expectancy in people with HIV-1: UK collaborative HIV cohort (UK CHIC) study. *British Medical Journal*, 2011, 343:d6016.
19. The Antiretroviral Therapy Cohort Collaboration. Mortality of HIV-infected patients starting potent antiretroviral therapy: comparison with the general population in nine industrialized countries. *International Journal of Epidemiology*, 2009, 38(6):1624–1633.

20. Renaud-Théry F. Annual 2010 survey on ARV use and trends in implementation of WHO 2010 ART recommendations. WHO survey on ARV use. December, 2010. Presented at the WHO & UNAIDS Annual Consultation with Pharmaceutical Companies—Global Forecasts of Antiretroviral Demand 2011-2012, Geneva, 9&10 December 2010 (version 15 February 2011). http://www.who.int/hiv/amds/who_arv_trends_f_renaud.pdf
21. Kranzer K et al. Quantifying and addressing losses along the continuum of care for people living with HIV infection in sub-Saharan Africa: a systematic review. *Journal of the International AIDS Society*, 2012, 15(2):17383.
22. Rosen S, Fox MP. Retention in HIV care between testing and treatment in sub-Saharan Africa: a systematic review. *PLoS Medicine*, 2011, 8(7):e1001056.
23. Mugglin C et al. Loss to programme between HIV diagnosis and initiation of antiretroviral therapy in sub-Saharan Africa: systematic review and meta-analysis. *Tropical Medicine & International Health*, 2012, 17(12):1509–1520.
24. Rosenberg N et al. The effect of HIV counseling and testing on HIV acquisition among South African youth: a protective association [abstract 1084]. 20th Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections (CROI); Atlanta, 2013. <http://www.retroconference.org/2013b/Abstracts/46309.htm>
25. *Voluntary medical male circumcision for HIV prevention*. Geneva, World Health Organization, 2012 (http://www.who.int/hiv/topics/malecircumcision/fact_sheet/en/index.html, accessed 4 April 2013).
26. *Promoting equity for children living in a world with HIV and AIDS*. New York, United Nations Children's Fund, 2012. http://www.unicef.org/aids/files/PromotingEquity_Final.pdf
27. *Preventing early pregnancy and poor reproductive outcomes among adolescents in developing countries*. Geneva, World Health Organization, 2011. http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/preventing_early_pregnancy/en/
28. Ferrand R et al. Survey of children accessing HIV services in a high prevalence setting: time for adolescents to count? *Bulletin of the World Health Organization*, 2010, 88(6):428–34.
29. Agardh et al. Experience of sexual coercion and risky sexual behavior among Ugandan university students. *BMC Public Health*, 2011, 11:527.
30. Moore AM et al. Coerced first sex among adolescent girls in sub-Saharan Africa: prevalence and context. *African Journal of Reproductive Health*, 2007, 11(3):62–82.
31. Higgins JPT et al, eds. *Cochrane handbook for systematic reviews of interventions*. Chichester, England, John Wiley & Sons Ltd., 2008.
32. Atkins D et al. Grading quality of evidence and strength of recommendations. *British Medical Journal*, 2004, 328:1490.
33. Guyatt GH et al. GRADE: an emerging consensus on rating quality of evidence and strength of recommendations. *British Medical Journal*, 2008, 336(7650):924–926.
34. Balshem H et al. GRADE guidelines: 3. Rating the quality of evidence. *Journal of Clinical Epidemiology*, 2011, 64(4):401–406.
35. Cluver L et al. AIDS-orphanhood and caregiver HIV/AIDS sickness status: effects on psychological symptoms in South African youth. *Journal of Pediatric Psychology*, 2012, 37(8):857–867.
36. Interagency Youth Working Group. *Young People Most at Risk of HIV: A Meeting Report and Discussion Paper from the Interagency Youth Working Group*, U.S. Agency for International Development, Joint United Nations Programme on HIV and AIDS Inter-Agency Task Team on HIV and Young People, and FHI. Research Triangle Park, NC, FHI, 2010. <http://aidsdatahub.org/reference-librarycols2/hiv-prevention/item/15895-young-people-most-at-risk-of-hiv-unaid-and-fhi-2010?lang=en>
37. *International technical guidance on sexuality education: an evidence-informed approach for schools, teachers and health educators. Volume 1: the rationale for sexuality education*. Paris, United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization, 2009. <http://unesdoc.unesco.org/images/0018/001832/183281e.pdf>

38. *Healthy, Happy and Hot. A young person's guide to their rights, sexuality and living with HIV.* London, International Planned Parenthood Federation, 2010. http://ippf.org/sites/default/files/healthy_happy_hot.pdf
39. *It's all one curriculum. Volume 1: guidelines for a unified approach to sexuality, gender, HIV and human rights education.* New York, USA, Population Council, 2011. http://www.popcouncil.org/pdfs/2011PGY_ItsAllOneGuidelines_en.pdf
40. Coates TJ. Efficacy of voluntary HIV-1 counselling and testing in individuals and couples in Kenya, Tanzania, and Trinidad: a randomized trial. *Lancet*, 2000, 356 (9224):103–112.
41. Wanyenze RK et al. Linkage to HIV care and survival following inpatient HIV counselling and testing. *AIDS and Behavior*, 2011, 15:751–760.
42. Ferrand RA et al. A primary-care level algorithm for identifying HIV infected adolescents among populations at risk of long-term survival following mother-to-child transmission. *Tropical Medicine and International Health*, 2011, 16:349–355.
43. Denison J et al. Social relationships and adolescents' HIV counselling and testing decisions in Zambia. New York, Population Council, 2006. <http://www.popcouncil.org/pdfs/horizons/zambvctyth.pdf>
44. Ho WW et al. Complexities in HIV consent in adolescents. *Clinical Pediatrics*, 2005, 44(6):473–478.
45. Klein JD et al. Access to medical care for adolescents: results from the 1997 Commonwealth Fund Survey of the Health of Adolescent Girls. *Journal of Adolescent Health*, 1999, 25(2):120–130.
46. *HIV disclosure counselling for children up to 12 years.* Geneva, World Health Organization, 2011. http://www.who.int/hiv/pub/hiv_disclosure/en/index.html
47. Arrivé E et al. HIV status disclosure and retention in care in HIV-infected adolescents on antiretroviral therapy (ART) in West Africa. *PLoS One*, 2012, 7(3):e33690.
48. Sherman BF et al. When children tell their friends they have AIDS: possible consequences for psychological well-being and disease progression. *Psychosomatic Medicine*, 2000, 62(2):238–247.
49. Dempsey AG et al. Patterns of disclosure among youth who are HIV-positive: a multisite study. *Journal of Adolescent Health*, 2012, 50(3):315–317.
50. Lam PK et al. Social support and disclosure as predictors of mental health in HIV-positive youth. *AIDS Patient Care and STDs*, 2007, 21(1):20–29.
51. Sayles JN et al. The inability to take medications openly at home: does it help explain gender disparities in HAART use? *Journal of Women's Health*, 2006, 15(2):173–181.
52. Beyene KA et al. Highly active antiretroviral therapy adherence and its determinants in selected hospitals from south and central Ethiopia. *Pharmacoepidemiology and Drug Safety*, 2009, 18(11):1007–1015.
53. Ochieng-Ooko V et al. Influence of gender on loss to follow-up in a large HIV treatment programme in western Kenya. *Bulletin of the World Health Organization*, 2010, 88:681–688
54. Rotheram-Borus MJ et al. Benefits of family and social relationships for Thai parents living with HIV. *Prevention Science*, 2010, 11(3):298–307.
55. Abaynew Y, Deribew A, Deribe K. Factors associated with late presentation to HIV/AIDS care in South Wollo Zone Ethiopia: a case-control study. *AIDS Research and Therapy*, 2011, 8(1):8.
56. Ding Y et al. HIV disclosure in rural China: predictors and relationship to access to care. *AIDS Care*, 2011, 23(9):1059–1066.
57. Hatcher AM et al. Predictors of linkage to care following community-based HIV counseling and testing in rural Kenya. *AIDS and Behavior*, 2012, 16(5):1295–1307.
58. Skogmar S et al. Effect of antiretroviral treatment and counselling on disclosure of HIV-serostatus in Johannesburg, South Africa. *AIDS Care*, 2006, 18(7):725–730.
59. Strachan ED et al. Disclosure of HIV status and sexual orientation independently predicts increased absolute CD4 cell counts over time for psychiatric patients. *Psychosomatic Medicine*, 2007, 69(1):74–80.

60. Chepkurui NH et al. *Non-disclosure of HIV status among patients with advanced HIV starting antiretroviral therapy (ART) is associated with virologic failure: the Kericho IRIS study* [abstract THPE450]. 19th International AIDS Conference, Washington DC, 2012.
61. Peltzer K, Mlambo G. Factors determining HIV viral testing of infants in the context of mother-to-child transmission. *Acta Paediatrica*, 2010, 99(4):590–596.
62. Peltzer K, Sikwane E, Majaja M. Factors associated with short-course antiretroviral prophylaxis (dual therapy) adherence for PMTCT in Nkangala district, South Africa. *Acta Paediatrica*, 2011, 100(9):1253–1257.
63. Jasseron C et al. Non-disclosure of a pregnant woman's HIV status to her partner is associated with non-optimal prevention of mother-to-child transmission. *AIDS and Behavior*, 2013, 2:488–497.
64. Sigxashe TA et al. Attitudes to disclosure of HIV status to sexual partners. *South African Medical Journal*, 2001, 91(11):908–909.
65. Crepaz N et al. Serostatus disclosure, sexual communication and safer sex in HIV-positive men. *AIDS Care*, 2003, 15(3):379–387.
66. Kassaye KD et al. Determinants and outcomes of disclosing HIV seropositive status to sexual partners among women in Mettu and Gore towns, Illubabor Zone southwest Ethiopia. *Ethiopian Journal of Health and Development*, 2005, 19(2):126–131.
67. Parsons JT et al. Consistent, inconsistent, and non-disclosure to casual sexual partners among HIV-seropositive gay and bisexual men. *AIDS*, 2005, 19(Suppl. 1):S87–S97.
68. Wong LH et al. Test and tell: correlates and consequences of testing and disclosure of HIV status in South Africa (HPTN 043 Project Accept). *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 2009, 50(2):215–222.
69. Bird JD et al. Ethnic differences in HIV-disclosure and sexual risk. *AIDS Care*, 2011, 23(4):444–448.
70. Seid M et al. Disclosure of HIV positive result to a sexual partner among adult clinical service users in Kemissie district, northeast Ethiopia. *African Journal of Reproductive Health*, 2012, 16(1):97–104.
71. Comer LK et al. Illness disclosure and mental health among women with HIV/AIDS. *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 2000, 10(6):449–464.
72. Kilewo C et al. HIV counseling and testing of pregnant women in sub-Saharan Africa: experiences from a study on prevention of mother-to-child HIV-1 transmission in Dar es Salaam, Tanzania. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 2001, 28(5):458–62.
73. Gari T, Habte D, Markos E. HIV positive status disclosure among women attending art clinic at Hawassa University Referral Hospital, South Ethiopia. *East African Journal of Public Health*, 2010, 7(1):87–91.
74. Holzemer WL, et al. Impact of HIV stigma on disclosure of HIV status [abstract THPE437]. 19th International AIDS Conference, Washington DC, 2012.
75. Rotheram-Borus MJ et al. An intervention for parents with AIDS and their adolescent children. *American Journal of Public Health*, 2001, 91:1294–1302.
76. Serovich JM et al. An intervention to assist men who have sex with men disclose their serostatus to family members: results from a pilot study. *AIDS and Behaviour*, 2011, 15(8):1647–1653.
77. Mundell JP et al. The impact of structured support groups for pregnant South African women recently diagnosed HIV positive. *Women's Health*, 2011, 51(6):546–565.
78. Otis J et al. Effects of an empowerment programme on the ability of women living with HIV in Mali to manage decisions regarding whether or not to disclose HIV status [abstract MOPE502]. 19th International AIDS Conference, Washington DC, 2012.
79. Murphy DA et al. Pilot trial of a disclosure intervention for HIV+ mothers: the TRACK programme. *Journal of Consultative Clinical Psychology*, 2011, 79(2):203–214.
80. Wolitski RJ, Gomez CA, Parsons JT. Effects of a peer-led behavioral intervention to reduce HIV transmission and promote serostatus disclosure among HIV-seropositive gay and bisexual men. *AIDS*, 2005, 19(Suppl. 1):S99–S109.

81. Serovich JM et al. An intervention to assist men who have sex with men disclose their serostatus to casual sex partners: results from a pilot study. *AIDS Education and Prevention*, 2009, 21(3):207–219.
82. Smith-Fawzi MC et al. Psychosocial support intervention for HIV-affected families in Haiti: implications for programmes and policies for orphans and vulnerable children. *Social Science & Medicine*, 2012, 74(10):1494–503.
83. Rotheram-Borus MJ et al. *Masihambisane: an HIV+ peer community health worker intervention for South African mothers living with HIV improves longitudinal maternal and infant outcomes*. Presented to the 2012 International AIDS Conference, District of Columbia, July 22–27, 2012, abstract WEPE680.
84. Teti M et al. A mixed methods evaluation of the effect of the protect and respect intervention on the condom use and disclosure practices of women living with HIV/AIDS. *AIDS and Behavior*, 2010, 14(3):567–579.
85. Dewo Z et al. Strengthening treatment, care and support to people living with HIV through community-based treatment services [abstract TUAD0202]. 19th International AIDS Conference, Washington DC, 2012.
86. Wouters E et al. Community support and disclosure of HIV serostatus to family members by public-sector antiretroviral treatment patients in the Free State Province of South Africa. *AIDS Patient Care and STDs*, 2009, 23(5):357–364.
87. Olley BO. Improving well-being through psycho-education among voluntary counseling and testing seekers in Nigeria: a controlled outcome study. *AIDS Care*, 2006, 18(8):1025–1031.
88. Patterson TL, Shaw WS, Semple SJ. Reducing the sexual risk behaviors of HIV+ individuals: outcome of a randomized controlled trial. *Annals of Behavioral Medicine*, 2003, 25(2):137–145.
89. Chiasson MA et al. Increased HIV disclosure three months after an online video intervention for men who have sex with men (MSM). *AIDS Care*, 2009, 21(9):1081–1089.
90. *Guidance on couples HIV testing and counselling including antiretroviral therapy for treatment and prevention in serodiscordant couples: recommendations for a public health approach*. Geneva, World Health Organization, 2012. <http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/9789241501972/en/>
91. Kabore I et al. The effect of community-based support services on clinical efficacy and health-related quality of life in HIV/AIDS patients in resource-limited settings in sub-Saharan Africa. *AIDS Patient Care and STDs*, 2010, 24(9):581–594.
92. Fatti G et al. Improved survival and antiretroviral treatment outcomes in adults receiving community-based adherence support: 5-year results from a multicenter cohort study in South Africa. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 2012, 61(4):e50–e58.
93. Grimwood A et al. Community adherence support improves programme retention in children on antiretroviral treatment: a multicentre cohort study in South Africa. *Journal of the International AIDS Society*, 2012, 15(2):17381.
94. Chang LW et al. Effect of peer health workers on AIDS care in Rakai, Uganda: a cluster-randomized trial. *PLoS One*, 2010, 5(6):e10923.
95. Chang LW et al. Impact of a mHealth intervention for peer health workers on AIDS care in rural Uganda: a mixed methods evaluation of a cluster-randomized trial. *AIDS and Behavior*, 2011, 15(8):1776–1784.
96. Selke HM et al. Task-shifting of antiretroviral delivery from health care workers to persons living with HIV/AIDS: clinical outcomes of a community-based programme in Kenya. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 2010, 55(4):483–490.
97. Simoni JM et al. Peer support and pager messaging to promote antiretroviral modifying therapy in Seattle: a randomized controlled trial. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 2009, 52(4):465–473.
98. Taiwo BO et al. Assessing the virologic and adherence benefits of patient-selected HIV treatment partners in a resource-limited setting. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 2010, 54(1):85–92.

99. Futterman D et al. Mamekhaya: a pilot study combining a cognitive-behavioral intervention and mentor mothers with PMTCT services in South Africa. *AIDS Care*, 2010, 22(9):1093–1100.
100. Talisuna-Alamo S et al. Socioeconomic support reduces nonretention in a comprehensive, community-based antiretroviral therapy programme in Uganda. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 2012, 59(4):e52–e59.
101. Altice FL et al. Superiority of directly administered antiretroviral therapy over self-administered therapy among HIV-infected drug users: a prospective, randomized, controlled trial. *Clinical Infectious Diseases*, 2007, 45(6):770–778.
102. Pearson CR et al. Randomized control trial of peer-delivered, modified directly observed therapy for HAART in Mozambique. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 2007, 46(2):238–244.
103. Macalino GE et al. A randomized clinical trial of community-based directly observed therapy as an adherence intervention for HAART among substance users. *AIDS*, 2007, 21(11):1473–1477.
104. Igumbor JO et al. An evaluation of the impact of a community-based adherence support programme on ART outcomes in selected government HIV treatment sites in South Africa. *AIDS Care*, 2011, 23(2):231–236.
105. Achieng L et al. An observational cohort comparison of facilitators of retention in care and adherence to anti-retroviral therapy at an HIV treatment center in Kenya. *PLoS One*, 2012, 7(3):e32727.
106. Bekker LG et al. Rapid scale-up of a community-based HIV treatment service: programme performance over 3 consecutive years in Guguletu, South Africa. *South African Medical Journal*, 2006, 96(4):315–320.
107. Chang LW et al. Two-year virologic outcomes of an alternative AIDS care model: evaluation of a peer health worker and nurse-staffed community-based programme in Uganda. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 2009, 50(3):276–282.
108. Kipp W et al. Results of a community-based antiretroviral treatment programme for HIV-1 infection in Western Uganda. *Current HIV Research*, 2010, 8(2):179–185.
109. Kipp W et al. Comparing antiretroviral treatment outcomes between a prospective community-based and hospital-based cohort of HIV patients in rural Uganda. *BMC International Health and Human Rights*, 2011, 11(Suppl. 2):S12.
110. Nglazi MD et al. Changes in programmatic outcomes during 7 years of scale-up at a community-based antiretroviral treatment service in South Africa. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 2011, 56(1):e1–8.
111. Nglazi MD et al. Treatment outcomes in HIV-infected adolescents attending a community-based antiretroviral therapy clinic in South Africa. *BMC Infectious Diseases*, 2012, 12(1):21.
112. Rich ML et al. Excellent clinical outcomes and high retention in care among adults in a community-based HIV treatment programme in rural Rwanda. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 2012, 59(3):e35–e42.
113. Stubbs BA et al. Treatment partners and adherence to HAART in Central Mozambique. *AIDS Care*, 2009, 21(11):1412–1419.
114. Nanda P et al. *A study to evaluate the effectiveness of WHO tools—Orientation programme on adolescent health care providers and adolescent job aid—in improving the quality of health services provided by health workers to their female clients in India*. Geneva, World Health Organization, 2012. <http://www.icrw.org/publications/study-evaluate-effectiveness-who-tools>
115. Robling M et al. The effect of the Talking Diabetes consulting skills intervention on glycaemic control and quality of life in children with type 1 diabetes: cluster randomised controlled trial (DEPICTED study). *British Medical Journal*, 2012, Apr 26;344:e2359.
116. Gregory J et al. Development and evaluation by a cluster randomised trial of a psychosocial intervention in children and teenagers experiencing diabetes: the DEPICTED study. *Health Technology Assessment*, 2011, 15(29):1–202.

117. Lozano P et al. A multisite randomized trial of the effects of physician education and organizational change in chronic-asthma care: health outcomes of the Pediatric Asthma Care Patient Outcomes Research Team II Study. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 2004, 158(9):9,875–883.
118. Shroufi A et al. HIV-infected adolescents in Southern Africa can achieve good treatment outcomes: Results from a retrospective cohort study. *AIDS*, 2013, 27:1971–1978.
119. Dewing S et al. “It’s important to take your medication everyday ok?” An evaluation of counselling by lay counsellors for ARV adherence support in the Western Cape, South Africa. *AIDS and Behaviour*, 2012, 17(1):203–212.
120. Fisher JD et al. Clinician-delivered intervention during routine clinical care reduces unprotected sexual behaviour among HIV-infected patients. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 2006, 41(1):44–52.
121. Dewing S et al. From research to practice: lay counsellors’ fidelity to an evidence-based intervention for promoting antiretroviral adherence in the Western Cape, South Africa. [Manuscript submitted for publication.]
122. Dewing S et al. Lay counsellors’ ability to deliver counselling for behaviour change. [Manuscript submitted for publication.]
123. Dewing S et al. Improving the counseling skills of lay counselors in antiretroviral adherence settings: A cluster randomized control trial in the Western Cape, South Africa. [Manuscript in preparation.]
124. Lewin SA et al. Lay health workers in primary and community health care for maternal and child health and the management of infectious diseases. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2010, CD004015.
125. Wong CF et al. Harassment, discrimination, violence, and illicit drug use among young men who have sex with men. *AIDS Education and Prevention*, 2010, 22:286–298.
126. Hurt CB et al. Sex with older partners is associated with primary HIV infection among men who have sex with men in North Carolina. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 2010, 54:185–190.
127. Koblin BA et al. Risk factors for HIV infection among men who have sex with men. *AIDS*, 2006, 20:731–739.
128. EDUCAIDS: *A comprehensive education sector response*. Paris, United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization, 2013 (<http://www.unesco.org/new/en/hiv-and-aids/our-priorities-in-hiv/educaids/>, accessed 11 April 2013).
129. *Positive Learning: Meeting the needs of young people living with HIV (YPLHIV) in the education sector*. Paris and Amsterdam, United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization and the Global Network for People Living with HIV, 2012. <http://unesdoc.unesco.org/images/0021/002164/216485E.pdf>
130. UNAIDS Inter-Agency Task Team on Education. HIV and AIDS treatment education: a critical component of efforts to ensure universal access to prevention, treatment and care. Paris, United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization, 2006. <http://unesdoc.unesco.org/images/0014/001461/146114e.pdf>
131. Ferrand RA et al. A primary care level algorithm for identifying HIV infected adolescents in populations at high risk through mother-to-child transmission. *Tropical Medicine and International Health*, 2011, 16:349–355.

**ВІЛ ТА ПІДЛІТКИ:
КЕРІВНИЦТВО З КОНСУЛЬТУВАННЯ І ТЕСТУВАННЯ
НА ВІЛ-ІНФЕКЦІЮ ТА ДОГЛЯДУ ЗА ПІДЛІТКАМИ,
ЯКІ ЖИВУТЬ З ВІЛ**

Всі права захищені. Публікації Всесвітньої організації охорони здоров'я можна знайти на веб-сайті ВООЗ (www.who.int) або придбати у відділі преси ВООЗ за адресою: Всесвітня організація охорони здоров'я, вул. Аппія, 20, 1211 Женева 27, Швейцарія.

Тел.: +41 22791 3264, факс: +41 22 791 4857, електронна пошта: bookorders@who.int

Запити на отримання дозволу на відтворення або переклад публікацій ВООЗ – або для продажу, або для некомерційного поширення – слід направляти до Відділу преси ВООЗ через веб-сайт ВООЗ http://www.who.int/about/licensing/copyright_form/en/index.html

Українське видання здійснено Представництвом Дитячого фонду ООН (ЮНІСЕФ) в Україні (www.unicef.org.ua) за сприяння Державної служби України з питань протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу та інших соціально небезпечних захворювань www.dssz.gov.ua

Підписано до друку 12.06.2014
Формат 70x100/16. Папір офсетний.
Ум. друк. арк. 7,1. Обл.-вид. арк. 7,9.
Тираж 1000

Дизайн українського видання ТОВ «Сільвер Стайл», 2014

