2016

Технічний огляд утримання в системі допомоги та прихильності до лікування

Авторки: Емілі Евенс та Джуліана Моралес

fhi360
THE SCIENCE OF IMPROVING LIVES

Технічний огляд утримання в системі допомоги та прихильності до лікування

Авторки: Емілі Евенс та Джуліана Моралес

Перекладено й опубліковано в рамках Проекту USAID RESPOND, який виконує в Україні організація Пакт у партнерстві з FHI 360.
respond.org.ua

Публікація стала можливою завдяки щирій підтримці американського народу, наданій через Агентство США з міжнародного розвитку (USAID).
Зміст не обов'язково відображає погляди USAID або уряду США.

КОНТЕКСТ

У 2014 р. Офіс глобального координатора з питань СНІДу оприлюднив Стратегію PEPFAR 3.0 і плани дій щодо боротьби з епідемією ВІЛ та досягнення покоління без СНІДу[1]. Через свою Програму ударної дії (Impact Action Agenda) PEPFAR спрямований на те, щоб робити правильні речі у правильних місцях і в правильний час задля досягнення глобальних цілей ЮНЕЙДС «90–90–90» (до 2020 року 90% людей, які живуть з ВІЛ, знатимуть свій діагноз; із них 90% прийматимуть антиретровірусну терапію (АРТ), а у 90% осіб на АРТ буде пригнічено вірус) у регіонах з високим тягарем захворювання, де працює PEPFAR[1, 2].

Для того щоб до 2020 року досягти цілей «90–90–90» та до 2030 року покласти край епідемії СНІДу, необхідно буде покращити утримання в системі допомоги та лікування щодо ВІЛ, а також прихильність до них[3]. І утримання, і прихильність є надзвичайно важливими для покращення клінічних результатів у людей, які живуть із ВІЛ (ЛЖВ), у тому числі для досягнення пригнічення вірусного навантаження[4], зменшення розвитку резистентності до АРТ[5], зниження ризику передачі ВІЛ[6] та сповільнення прогресування хвороби і зменшення смертності[7–9].

Визнаючи вплив утримання та прихильності на захворюваність і смертність, пов'язані з ВІЛ, PEPFAR визначив пріоритетом засновані на доказах втручання, спрямовані на утримання та прихильність, як одні з чотирьох універсальних втручань, що може бути застосовано до всіх ЛЖВ в усіх контекстах (див. Вставку 1)[10]. Щоб досягти максимального впливу програми, PEPFAR також наголосив на важливості утримання та прихильності у своїх Індикаторах з моніторингу, оцінки та звітування (Monitoring, Evaluation, and Reporting, MER) та в Системі покращення сайту через моніторинг (Site Improvement through Monitoring System, SIMS) – методології швидкої оцінки, яка здійснює моніторинг якості послуг на рівні закладу та громади[10, 12]. У таблицях 1 і 2 наведено приклад індикаторів моніторингу, оцінки та звітування і запитань з оцінки SIMS, пов'язаних з утриманням та прихильністю.

PEPFAR також підтримує рекомендації Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) 2015 р. щодо початку АРТ у всіх ЛЖВ незалежно від кількості клітин CD4 або стадії захворювання та надання диференційованої допомоги ЛЖВ відповідно до їхніх потреб1[3, 14]. З огляду на те що країни просуваються в напрямі підходу «Тестуй і стартуй» (Test and START), який також називають «Тестуй усіх» або «Тестуй та лікуй», засновані на доказах втручання набуватимуть все більшої ваги для покращення утримання та прихильності серед нових пацієнтів на АРТ з різноманітними потребами, кількість яких зростатиме[14].

Вставка 1. Універсальні втручання PEPFAR щодо лікування та підтримки, які, як очікується, матимуть найбільший вплив на захворюваність і смертність, пов'язані з ВІЛ, у кожній країні, для всіх ЛЖВ

1. Регулярний клінічний і лабораторний моніторинг, у тому числі встановлення стадій захворювання за класифікацією ВООЗ і, якщо можливо, кількості CD4 та/або вірусного навантаження, відповідно до національних керівництв.
2. Скринінг на активний туберкульоз (інтенсивне виявлення випадків) з перенаправленням для діагностики та лікування за потреби.
3. Профілактика котримоксазолом (CTX) для осіб, які відповідають критеріям, відповідно до національних керівництв.
4. Засновані на доказах втручання для покращення утримання в системі допомоги та прихильності до АРТ, які спрямовані на подолання місцевих прогалин та перешкод.

Таблиця 1. Індикатори моніторингу, оцінки та звітування щодо утримання та прихильності[11]

ГРУПА ПРОГРАМНИХ НАПРЯМІВ	КОД ІНДИКАТОРА	НАЗВА ІНДИКАТОРА
Лікування	TX_RET	Відсоток дорослих і дітей, про яких відомо, що вони живі та продовжують лікування через 12 місяців після початку антиретровірусної терапії (рекомендовано: 6, 24, 36 місяців)

Таблиця 2. Приклади запитань та підрахунку балів для оцінки утримання та прихильності за системою SIMS[12]

ВІДСТЕЖЕННЯ ПАЦІЄНТА (ключові елементи: окреслені ролі/відповідальність персоналу, процедури ідентифікації та відстеження пацієнтів і стандартизована документація)	
Запитання 1. Чи є стандартні процедури ідентифікації та відстеження пацієнтів з числа дорослих та дітей, які ще не на АРТ/на АРТ і які пропустили візити до клініки?	Якщо «Ні» = червоний; якщо «Так» = Запитання 2.
Запитання 2. Чи заповнено документацію щодо пацієнтів, які ще не на АРТ/на АРТ, і чи є в ній дані про пацієнтів з невдачею АРТ, які повернулися до системи допомоги?	Якщо «Ні» = жовтий; якщо «Так» = Запитання 3.
Запитання 3. Чи використовуються результати відстеження для оновлення індикаторів закладу (напр., показники кількості пацієнтів, втрачених з-під медичного нагляду)?	Якщо «Ні» = жовтий; якщо «Так» = Запитання 4.
Запитання 4. Чи існують у письмовому вигляді процедура або алгоритм виявлення та відстеження пацієнтів, які припинили лікування?	Якщо «Ні» = світло-зелений; якщо «Так» = темно-зелений.
ПІДТРИМКА ПРИХИЛЬНОСТІ (ключові елементи: консультування щодо прихильності перед початком АРВ-лікування, рутинна оцінка прихильності під час АРТ, консультативні втручання для пацієнтів з низькою прихильністю)	
Запитання 1. Чи запроваджено процедури підтримки прихильності?	Якщо «Ні» = червоний; якщо «Так» = Запитання 2.
Запитання 2. Чи запроваджено всі три елементи підтримки прихильності?	Якщо «Ні» = жовтий; якщо «Так» = Запитання 3.
Запитання 3. Перегляньте 10 карток дорослих пацієнтів на АРТ ≥12 місяців. Який відсоток переглянутих карток містить задокументовану оцінку прихильності, проведену під час останнього візиту до клініки?	Якщо <60% = жовтий; якщо 60–79% = світло-зелений; якщо ≥80%, тоді Запитання 4.
Запитання 4. Чи існують у письмовому вигляді процедура або алгоритм, які охоплюють усі елементи підтримки прихильності?	Якщо «Ні» = світло-зелений; якщо «Так» = темно-зелений.

*Червоний = потребує негайного виправлення; жовтий = потребує покращення; світло-зелений = відповідає очікуванням; темно-зелений = перевищує очікування.

Для покращення утримання та прихильності в контексті PEPFAR 3.0 та підходу «Тестуй і стартуй» у цьому технічному огляді узагальнено засновані на доказах втручання та перспективні практики, зібрані з рецензованої літератури та інтерв'ю, проведених з працівниками польових програм і технічними експертами FHI 360 PEPFAR (див. Вставку 2). Усі отримані дані стосуються пацієнтів з числа загального населення пацієнтів, якщо не вказано інше.

Визначення утримання та прихильності

За визначенням ВООЗ, **утримання в системі допомоги** – це «залучення до комплексного пакету послуг профілактики, підтримки та допомоги незалежно від конкретного клінічного закладу»[15] і **прихильність до лікування** – це «величина, на яку поведінка особи щодо прийому ліків, дотримання дієти та/або зміни способу життя співвідноситься з узгодженими рекомендаціями медичного працівника»[16]. Оцінка величини утримання пацієнтів у системі допомоги щодо ВІЛ та їхньої прихильності до лікування виявилася складним завданням, тому що бракує оптимальних засобів визначення й вимірювання утримання та прихильності[17–20]. Показники утримання можуть включати пропущені візити до клініки та кількість пацієнтів, втрачених з-під медичного нагляду (loss-to-follow-up, LTFU), в конкретний період часу і в конкретному закладі[15, 19], але часто вони не враховують самопереведення пацієнтів, які продовжують перебувати в системі допомоги[21]. Далі, показники прихильності до АРТ (самозвіти пацієнтів, підрахунок кількості таблеток, вірусне навантаження) і порогові значення, які свідчать про хорошу прихильність, варіюють відповідно до умов програм чи досліджень і наявних ресурсів, кожні з них мають свої сильні і слабкі сторони[18–20, 22]. Необхідно буде стандартизувати ці визначення для точного вимірювання та порівняння ефективності програм у сфері ВІЛ у довгостроковій перспективі.

Оцінки утримання та прихильності

Метааналіз, проведений у країнах Африки на південь від Сахари з метою вивчення пацієнтів перед початком АРТ, виявив медіану 59% дорослих, які утримувалися в системі допомоги з моменту тестування на ВІЛ до отримання результатів визначення кількості CD4 або стадії захворювання, медіану 46% – від залучення в систему допомоги до моменту можливості отримання АРТ за показаннями та медіану 68% – від моменту можливості отримання АРТ за показаннями до моменту початку лікування[23]. Подібним чином, у двох метааналізах, проведених у країнах Африки на південь від Сахари, з'ясовано, що пацієнти, які мають право отримувати АРТ, з більшою ймовірністю залишалися в системі допомоги, ніж ті, хто не відповідав критеріям для початку АРТ[24, 25]. Відповідно до вказівки ВООЗ «Тестуй і стартуй», усі діагностовані ЛЖВ зараз мають право отримувати АРТ, що зменшує втрату можливостей утримувати ЛЖВ в системі допомоги; ця втрата спостерігалася б у випадку визнання ЛЖВ такими, що не відповідають критеріям початку АРТ[14].

Вставка 2. Польові програми і технічні експерти FHI 360 PEPFAR, з якими проведено інтерв'ю

- **Проект USAID/SIDHAS, Нігерія**
- **Проект USAID/CHASS, Мозамбік**
- **Проект USAID/ZPCT III-Bridge, Замбія**
- **Проект USAID/AphiaPlus Rift Valley, Кенія**
- **Проект USAID/Maatla, Ботсвана**
- **Проект USAID/SMART TA, В'єтнам**
- **Проект USAID/Saath Saath, Непал**
- **Джастін Мандала, Старший технічний радник, ППМД та ВІЛ у педіатрії**
- **Стів Міллс, Технічний директор, Азіатсько-Тихоокеанський регіональний офіс**

У країнах з низьким і середнім рівнями доходів (low- and middle-income countries, LMICs) показники утримання були найвищими в період 12 місяців після початку АРТ і поступово знижувалися в подальші роки (див. Таблицю 3)[26–28]. У Кот-д'Івуарі, Мозамбіку, Свазиленді й Замбії рівень відсіву дорослих чоловіків був вищим у порівнянні з жінками через 54 місяці після початку АРТ[29]. Подібним чином, у Кот-д'Івуварі, Мозамбіку й Танзанії у підлітків та молодих дорослих були вищі показники втрати з-під медичного нагляду, ніж у старших дорослих (≥ 50 років)[30].

Метааналіз, спрямований на вивчення прихильності до АРТ, виявив, що 77% дорослих в Африці та 55% дорослих у Північній Америці прихильні до АРТ на етапах і в часових проміжках, визначених у кожному дослідженні[31]. Подальший метааналіз виявив, що лише 62% підлітків досягли прихильності до АРТ на рівні 95% або більше, причому вищі рівні прихильності спостерігалися в Африці (84%) та Азії (84%), а нижчі – в Північній Америці (53%), Європі (62%) та Латинській Америці (63%)[32].

Таблиця 3. Середні показники утримання на окремих часових проміжках після початку АРТ[26–28]

ПАЦІЄНТИ	КРАЇНИ (ДЖЕРЕЛО)	12 МІСЯЦІВ	24 МІСЯЦІ	36 МІСЯЦІВ	48 МІСЯЦІВ	60 МІСЯЦІВ
Дорослі	18 країн з низьким і середнім рівнями доходів (Глобальні оновлені дані ВООЗ щодо лікування ВІЛ, 2013 р.)	86%	82%	Н/Д	Н/Д	72%
	43 країни з низьким і середнім рівнями доходів (Фокс і Розен, метааналіз щодо дорослих, 2015 р.)	83%	74%	68%	64%	60%
Діти	23 країни з низьким і середнім рівнями доходів (Фокс і Розен, метааналіз щодо дітей, 2015 р.)	88%	72%	67%	Н/Д	Н/Д

Перешкоди і сприятливі фактори щодо утримання та прихильності

На глобальному рівні ключові перешкоди і сприятливі фактори, пов'язані з прихильністю до АРТ, включають проблеми на індивідуальному рівні (демографічні, клінічні, психологічні та соціоекономічні) та на рівні закладів і громад[19, 33, 34]. За винятком факторів, пов'язаних з ліками, утримання має практично ті самі перешкоди і сприятливі фактори, що й прихильність[19, 35, 36]. Перешкоди і сприятливі фактори можуть відрізнятися залежно від контексту, тому PEPFAR наголошує на необхідності розуміти ці контекстуальні фактори при виборі заснованих на доказах втручань для покращення утримання та прихильності[10]. Персонал польових програм FHI 360 підкреслив важливість таких питань, як стигма, страх розкриття статусу, відстань до клініки, перезаповненість медичних закладів. Хоча більш віддалені фактори (з боку попиту), такі як заперечення, страх розкриття та самостигма, – це важливі перешкоди для утримання та прихильності, вони виходять за рамки цього огляду, оскільки в ньому йдеться насамперед про втручання, які може бути впроваджено у програмах надання послуг.

Таблиця 4. Перешкоди і сприятливі фактори щодо утримання та прихильності[19, 22, 33–49]

ПАЦІЄНТ: ДЕМОГРАФІЧНІ ФАКТОРИ	ПАЦІЄНТ: КЛІНІЧНІ ФАКТОРИ	ПАЦІЄНТ: ПСИХОСОЦІАЛЬНІ ФАКТОРИ	ПАЦІЄНТ: СОЦІОЕКОНОМІЧНІ ФАКТОРИ	ЗАКЛАД	ГРОМАДА
• Вік • Гендер • Психічне здров'я • Зловживання психоактивними речовинами	• Стадія захворювання/CD4 • Наявність/відсутність симптомів • Частота прийому згідно з дозуванням і його складністю • Обсяг ліків для прийому • Побічні ефекти • Наявність/відсутність супутніх захворювань • Звернення до народних та релігійних цілителів для лікування ВІЛ	• Заперечення • Страх розкриття • Знання та переконання щодо ВІЛ • Самостигма • Самоефективність щодо прихильності	• Витрати (напр., транспорт, альтернативні витрати) • Родинні/робочі зобов'язання • Фінансові джерела доходу • Незабезпеченість харчами • Грамотність	• Відстань • Якість допомоги • Час очікування • Брак персоналу • Брак ліків • Виплати • Співвідношення послуг з перенаправлення/інтегрованих • Системи даних • Стосунки клієнт-надавач послуг	• Знання та переконання громади щодо ВІЛ • Стигма • Сімейна підтримка • Соціальна підтримка

Засновані на доказах втручання для покращення утримання та прихильності

У літературі повідомляється про широкий спектр втручань, спрямованих на покращення утримання та прихильності. Далі детальніше описано засновані на доказах втручання з боку надавача послуг, які стосуються програм надання послуг щодо ВІЛ та узгоджуються з нещодавніми керівництвами PEPFAR та ВООЗ[10, 12–14, 50].

Таблиця 5. Засновані на доказах втручання для покращення утримання та прихильності[26, 28]

ВТРУЧАННЯ	МІЖНАРОДНІ КЕРІВНИЦТВА*	ПЕРВИННІ ПЕРЕШКОДИ, НА ЯКІ СПРЯМОВАНО ВТРУЧАННЯ
Утримання в системі надання допомоги		
Децентралізація	PEPFAR, ВООЗ	Відстань, транспортні витрати, час очікування, брак персоналу, стосунки з надавачем послуг
Перерозподіл обов'язків	PEPFAR, ВООЗ	Брак персоналу, час очікування, стосунки з надавачем послуг
Відстеження пацієнтів	PEPFAR, ВООЗ	Обмеження систем даних
Підтримка силами рівних (в т.ч. консультування «рівний–рівному»)	PEPFAR, ВООЗ	Стигма, страх розкриття, соціальна підтримка, знання та переконання щодо ВІЛ, самоефективність
Прихильність до АРТ		
Текстові повідомлення-нагадування на мобільний телефон	PEPFAR, ВООЗ	Частота прийому згідно з дозуванням і його складністю, самоефективність
Консультування з питань прихильності	PEPFAR, ВООЗ	Знання та переконання щодо ВІЛ, самоефективність, заперечення
Втручання щодо споживання психоактивних речовин/психічного здоров'я	PEPFAR, ВООЗ	Споживання психоактивних речовин, психічне здоров'я
Підтримка з питань харчування	PEPFAR, ВООЗ	Незабезпеченість харчами
Фінансова підтримка та економічне посилення	PEPFAR, ВООЗ	Витрати, не пов'язані з закладами (напр., транспортні витрати), витрати закладів, фінансова незалежність, незабезпеченість харчами

*Керівництва та рекомендації ВООЗ містяться у Зведених керівництвах ВООЗ щодо АРВ-препаратів (2013, 2105 рр.)[14, 50]; керівництва та рекомендації PEPFAR містяться в його виданні «Оцінки закладів та громад за допомогою SIMS»[12], його додатку «Допомога та підтримка щодо ВІЛ» до Журналу з питань синдрому набутого імунодефіциту[10] та його виданні «Технічні міркування щодо робочих планів країни/регіону на 2016 фіскальний рік»[13].

Утримання в системі надання допомоги

Децентралізація. У Керівництві ВООЗ щодо антиретровірусних препаратів рекомендовано децентралізацію послуг початку та подальшого надання АРТ до периферійних закладів охорони здоров'я, а послуг подальшого надання АРТ – до умов громади[14, 50]. Дослідження в країнах Африки на південь від Сахари підтримують децентралізацію допомоги щодо ВІЛ до закладів первинної допомоги як ефективну стратегію для того, щоб розширити доступ до АРТ і покращити утримання[51–53]. Більше того, в системному огляді подальшого надання АРТ в країнах Африки на південь від Сахари, включаючи підтримку та моніторинг прихильності, виявлено зіставні результати щодо відсіву та результатів лікування на базі громади і на базі закладу надання допомоги[54]. З огляду на те що децентралізація вимагає додаткових організаційних зусиль та навчання, перш ніж планувати її, важливо взяти до уваги інфрастуктуру системи охорони здоров'я та характеристики епідемії (в тому числі кількість пацієнтів)[55]. Перспективні моделі, які забезпечують децентралізацію подальшого надання АРТ до умов громади (такі як групи АРТ в громадах та клуби прихильності), обговорюються далі в розділі про перспективні практики.

Перерозподіл обов'язків. PEPFAR рекомендує передати тестування на ВІЛ, призначення та видачу АРТ, а також клінічний моніторинг та ведення побічних ефектів медсестрам або медичним працівникам у громаді (МПГ/ community health workers, CHWs)[13]. Керівництва ВООЗ також рекомендують передати початок та подальше надання АРТ навченим клініцистам, які не є лікарями, акушеркам та медсестрам, а видачу АРТ – навченим МПГ, які працюють під супервізією[14, 50]. У новому повідомленні ВООЗ про

хорошу практику підтримано взяття крові з пальця навченими МПГ, які працюють під супервізією, для збору зразків крові[14]. У системних оглядах з'ясовано, що передача рутинних завдань допомоги щодо ВІЛ від лікарів до клініцистів-не-лікарів, медсестер або МПГ не викликала значних відмінностей у смертності і втраті з-під медичного нагляду на етапі 12 місяців[51, 56]. Крім того, в іншому системному огляді встановлено, що перерозподіл обов'язків зумовив значну економію коштів і часу лікарів[57]. Ці результати свідчать по те, що перерозподіл обов'язків може скоротити витрати, пов'язані з наданням АРТ, без поступок щодо медичних результатів. У багатьох польових програмах FHI 360 залучення МПГ до відвідувань у громаді або вдома, в тому числі надання консультування та здійснення нагляду щодо прихильності (підрахунок кількості таблеток), навчання пацієнта (допомога опікунам, самодопомога пацієнта) і відстеження пацієнтів, які припинили лікування, покращило і утримання в системі допомоги, і прихильність до АРТ.

Відстеження пацієнтів. PEPFAR визначає ключовими елементами оцінки закладу за системою SIMS відстеження пацієнтів перед АРТ, на АРТ і пацієнтів в аспекті ППМД; у керівництвах ВООЗ рекомендовано здійснювати відстеження пацієнтів для покращення прив'язки до допомоги після встановлення діагнозу ВІЛ-інфекції[12, 14]. Відстеження пацієнтів може включати контактування по телефону, особисті візити до них додому або й те, й інше[58], що часто виконують МПГ[59]. У системному огляді встановлено, що лікувальні програми з заходами фізичного відстеження пацієнта після початку АРТ мали нижчі оціночні показники втрачених з-під медичного нагляду, вищий рівень утримання пацієнтів на АРТ і вищий рівень утримання пацієнтів на початковому місці отримання послуг[58]. Також було виявлено, що фізичне відстеження призводить до вищих оціночних показників смертності; причина цього може полягати в тому, що при відстеженні виявлялося, що пацієнти, які вважалися втраченими з-під медичного нагляду, насправді померли[58]. Крім покращення класифікування невідомих результатів, ці результати свідчать, що фізичне відстеження може привести до повернення пацієнтів у систему допомоги. Попри обмежені дані про відстеження пацієнтів задля повернення та утримання тих із них, які готуються до початку АРТ, це може виявитися все менш важливим, тому що допомога щодо ВІЛ прямує до моделі «Тестуй і стартуй». Залучення організацій у громаді, МПГ і волонтерів для проведення фізичного відстеження спрацювало у великій кількості польових програм, впроваджуваних FHI 360.

Підтримка «рівний–рівному». Керівництва PEPFAR та ВООЗ рекомендують втручання за принципом «рівний–рівному», в тому числі консультантів за цим принципом, для сприяння утриманню та прихильності[13, 14, 50]. Дослідження в країнах з низьким і середнім рівнями доходів виявили, що підтримка за принципом «рівний–рівному», в тому числі інструктори, МПГ і групи підтримки за принципом «рівний–рівному», може бути ефективною стратегією для підвищення рівня знань пацієнтів про ВІЛ[60], їх прив'язки та утримання в системі допомоги[54,61–63], а також нижчих рівнів вірусологічної невдачі[62]. Подібним чином у системному огляді, який провела Міжвідомча технічна робоча група PEPFAR з питань надання допомоги та підтримки дорослим (PEPFAR Adult Care and Support interagency technical working group, TWG), встановлено зв'язок груп підтримки з підвищенням рівня утримання в системі допомоги, покращенням якості життя та зниженням захворюваності та смертності в країнах з низьким і середнім рівнями доходів[64]. Робоча група оцінила якість даних щодо втручань з соціальної підтримки як належну, а її вплив на захворюваність і рівень утримання – як високий. Хоча підтримка за принципом «рівний–рівному» може викликати певні труднощі (в тому числі логістичні, пов'язані зі створенням таких груп), польові програми FHI 360 засвідчили успішне застосування підтримувальних втручань «рівний–рівному», таких як клієнти-експерти і мами-наставниці для підтримки прив'язки та перенаправлень, а також групи підтримки – для відстеження пацієнтів, які припинили лікування, і надання консультування щодо прихильності. Наприклад, у Нігерії проект SIDHAS («Посилення інтегрованого надання послуг у сфері ВІЛ/СНІДу», Strengthening Integrated Delivery of HIV/AIDS Services) працював з персоналом медичних закладів та організаціями в громаді, щоб розробити програми клієнтів-експертів і мам-наставниць та зменшити навантаження на медичні заклади. Клієнти-експерти і мами-наставниці – це ВІЛ-позитивні навчені наставники, які прив'язують ЛЖВ до системи допомоги. Наприклад, мами-наставниці консультують ВІЛ-позитивних жінок щодо того, як запобігти передачі ВІЛ їхнім малюкам, і заохочують їх отримувати послуги ППМД, формуючи в них мотивацію щодо утримання в системі допомоги та лікування. Мами-наставниці також працюють з організаціями в громаді, щоб відстежити мам з немовлятами і залучити їх до послуг ППМД і ранньої діагностики немовлят. Перспективні моделі підтримки «рівний–рівному», такі як групи АРТ у громаді та посилені інструктори «рівний–рівному», детальніше обговорюються в розділі про перспективні практики.

Прихильність до АРТ

Текстові повідомлення-нагадування на мобільний телефон. Керівництва PEPFAR і ВООЗ рекомендують використовувати СМС – текстові повідомлення на мобільний телефон – як нагадування для покращення прихильності до АРТ[13, 14, 50]. Кокранівський огляд втручань з використанням СМС, проведений у Кенії, виявив, що щотижневі надсилання СМС покращили прихильність до АРТ серед дорослих на 48–56 тижнях у порівнянні зі стандартними підходами до допомоги[65]. У системному огляді втручань ППМД з'ясовано, що СМС-нагадування покращили утримання пар «мама–немовля»

упродовж 18 місяців, та рекомендовано використовувати цей метод з огляду на його зручність і низьку вартість[66]. Польові програми FHI 360 в Африці та Азії використовують платформи mHealth, такі як CommCare, в рамках їхніх пакетів підтримки прихильності. CommCare дозволяє надавачам послуг здійснювати моніторинг утримання та прихильності пацієнтів шляхом їх відстеження в режимі реального часу і надсилання їм СМС-нагадувань. Проте персонал в обох регіонах повідомляв про операційні труднощі, пов'язані з СМС-нагадуваннями, включаючи брак правильних номерів мобільних телефонів пацієнтів (через їхній страх розкриття) та недостатній доступ до Інтернету. Якщо думати про майбутнє, то вже розробляються втручання, спрямовані на підвищення прихильності до АРТ, у формі ігор для мобільних телефонів (що називається «ігрифікацією»)[67]. Перспективні моделі ігрифікації детальніше обговорюються в розділі про перспективні практики.

Консультування з питань прихильності. PEPFAR визначає консультування з питань прихильності, рутинну оцінку прихильності та консультаційні втручання як ключові елементи оцінки закладів і громад за системою SIMS[12]. Більше того, в керівництвах ВООЗ просвіту і консультування пацієнта визначено найважливішими втручаннями для оптимізації утримання та прихильності[50]. Системні огляди та дослідження, проведені в країнах Африки на південь від Сахари, виявили, що послуги консультування і просвіта пацієнтів приводять до значно нижчих рівнів відсіву[68], вищого рівня прихильності[69] і нижчих рівнів вірусологічної та лікувальної невдачі[70]. Як доведено в глобальних керівництвах, консультування з питань прихильності є надзвичайно важливим і до початку АРТ, і після нього, оскільки воно допомагає пацієнтам сформувати краще розуміння їхнього захворювання та створює для них більш підтримувальне середовище[19]. У проекті SIDHAS (Нігерія) консультування з питань прихильності під час кожного візиту до клініки та посилення такого консультування за рахунок фармацевтів, МПГ, груп підтримки й волонтерів покращує прихильність до АРТ.

Втручання у сфері споживання психоактивних речовин і психічного здоров'я. PEPFAR і ВООЗ рекомендують одночасно лікувати споживання психоактивних речовин і психічні розлади для покращення утримання та прихильності[10, 50]. ВООЗ, UNODC і ЮНЕЙДС рекомендують (і PEPFAR підтримує) комплексний пакет, який включає дев'ять заснованих на доказах втручань для людей, котрі споживають ін'єкційні наркотики (враховуючи вплив цих втручань на профілактику та лікування ВІЛ): програми обміну голок та шприців, опіоїдну замісну терапію, консультування і тестування на ВІЛ, АРТ, профілактику та лікування ІПСШ, програми надання презервативів, цільову комунікацію, спрямовану на зміну поведінки, профілактику та лікування вірусних гепатитів і профілактику та лікування туберкульозу[71, 72]. PEPFAR і ВООЗ також рекомендують здійснювати рутинний скринінг та ведення психічних розладів (напр., депресії та тривожності) серед ЛЖВ[10, 13, 50]. Існує низка стратегій лікування психічних розладів, які покращують прихильність до АРТ, починаючи з консультування, що охоплює обидва питання, до когнітивно-поведінкової терапії ЛЖВ з психічними розладами[50]. Когнітивно-поведінкова терапія – це підхід, спрямований на вивчення та зміну упереджень, оцінку стресогенних факторів та розвиток навичок управління стресом і копінг-стратегій; в останніх керівництвах ВООЗ з АРТ цей підхід було визначено як втручання, рекомендоване для підтримки прихильності[14, 73]. Системні огляди когнітивно-поведінкових втручань у країнах з низьким, середнім і високим рівнями доходів виявили зниження депресії та тривожності серед ЛЖВ[73, 74]. Більше того, у глобальному швидкому системному огляді було встановлено, що когнітивно-поведінкова терапія може в деяких умовах покращити прихильність до АРТ[75]. Втім, критично важливо провести серйозніші наукові дослідження щодо впливу когнітивно-поведінкової терапії на прихильність до АРТ у країнах з низьким і середнім рівнями доходів.

Підтримка з питань харчування. Оцінка, допомога та підтримка з питань харчування – це рекомендовані ВООЗ втручання для покращення утримання та прихильності[50]. Крім того, PEPFAR визначає регулярні оцінки, консультування та перенаправлення з питань харчування як частину своєї оцінки закладів та громад за системою SIMS[12]. У системному огляді було встановлено, що в Індії підтримка з питань харчування підвищує показники завершення скринінгу на відповідність критеріям АРТ і початку АРТ[61]. Далі, в кількох глобальних оглядах, у тому числі в системному огляді, який провела технічна робоча група PEPFAR з питань надання допомоги та підтримки дорослим, з'ясовано, що підтримка з питань харчування покращує різноманітні показники прихильності до АРТ[76–78], а пацієнти з більшою ймовірністю прихильні до АРТ, коли видача продуктових наборів залежить від відвідування клінік або аптек[78]. Проте загальна якість цих доказів є не дуже високою, тому потрібно проводити більше серйозних наукових досліджень для визначення впливу оцінки, допомоги та підтримки з питань харчування на покращення прихильності в країнах з низьким і середнім рівнями доходів[76].

Фінансова підтримка та економічне посилення. У керівництвах ВООЗ рекомендовано для підвищення прихильності надавати фінансову підтримку, наприклад, відшкодування витрат на допомогу щодо ВІЛ[50]. У системному огляді з'ясовано, що фінансова підтримка пов'язана зі зниженням рівня неприхильності через 12 місяців після проведення втручання в порівнянні зі стандартом допомоги; проте якість цих даних було оцінено як дуже низьку. PEPFAR визначає економічне посилення (напр., втручання з мікрофінансування та створення джерел доходів) та підтримку соціального захисту (напр., грошові перекази та звільнення від оплати) як ключові найважливіші елементи своєї оцінки громади за системою SIMS[12]. У системному огляді, який провела технічна робоча група PEPFAR з питань

надання допомоги та підтримки дорослим, встановлено, що втручання з економічного посилення мали певний зв'язок зі смертністю і захворюваністю, пов'язаними з ВІЛ, утриманням та передачею ВІЛ[79]. Ці втручання мали великий очікуваний вплив на якість життя, проте загальна якість цих доказів була не дуже високою. Як і щодо підтримки з питань харчування, необхідно провести більше серйозних досліджень для визначення впливу цих втручань на утримання та прихильність.

Перспективні практики для покращення утримання та прихильності

Крім впровадження заснованих на доказах втручань, у друкованій літературі та в інтерв'ю ключових інформантів з числа персоналу польових програм і технічних експертів FHI 360 висвітлено перспективні практики для покращення утримання та прихильності.

Посилені інструктори «рівний–рівному»

ВІЛ-сервісні програми FHI 360 в Азіатсько-Тихоокеанському регіоні пілотують підхід «мобілізація посилених працівників «рівний–рівному», який розширює роль інструкторів «рівний–рівному» на весь каскад профілактики, допомоги та лікування у сфері ВІЛ, щоб утримувати меншу за розміром, більш професійну та більш сталу когорту інструкторів «рівний–рівному», діяльність яких винагороджується відповідно до їхньої ефективності. Цей підхід знижує тиск на систему охорони здоров'я та спирається на окреслену потребу персоналу медичних закладів в інструкторах «рівний–рівному» для пошуку пацієнтів, втрачених з-під медичного нагляду. У Лаосі й Таїланді інструктори «рівний–рівному» проходять додаткове навчання і мають додаткові обов'язки щодо роботи з окремими клієнтами, в тому числі подальший нагляд, забезпечення відвідання пацієнтами клініки та вирішення проблем. Навчання дозволяє подолати побоювання потенційних надавачів послуг щодо спроможності інструкторів «рівний–рівному» надавати послуги консультування, бути відповідальними, бути професійними та дотримуватись конфіденційності. Для того щоб ця перспективна практика була успішною, необхідно отримати згоду місцевої влади інвестувати в інструкторів «рівний–рівному» як більш професійних членів команди допомоги у сфері ВІЛ. На Філіппінах проект ROMP («Досягаючи груп найвищого ризику», Reaching Out to Most-at-Risk Populations) продемонстрував успішність інвестування місцевої влади в посилених інструкторів «рівний–рівному».

Групи прихильності в громаді

Проект CHASS («Посилення клінічних послуг у сфері ВІЛ/СНІДу», Clinical HIV/AIDS Services Strengthening) у Мозамбіку та проект ZPCTP II («Партнерство з питань профілактики, допомоги та лікування в Замбії-II», Zambia Prevention, Care and Treatment Partnership II) у Замбії запровадили групи АРТ у громаді (ГАГ/Community ART groups, CAG) для покращення утримання та прихильності шляхом зменшення кількості візитів у медичні заклади, зниження навантаження на медичних працівників, підвищення соціальної підтримки та розширення можливостей пацієнтів.

У цій моделі, яку вперше пілотувала організація «Лікарі без кордонів» (Médecins Sans Frontières, MSF) у провінції Тете (Мозамбік), один представник групи (із самостворено групи стабільних пацієнтів у складі до 6 осіб) по черзі щомісяця відвідує медичний заклад для проходження клінічного обстеження та визначення кількості CD4, збирає місячний запас АРВ-препаратів для всієї групи, надає закладові охорони здоров'я інформацію про підрахунок таблеток та зворотний зв'язок[80, 81]. Результати роботи ГАГ за підтримки MSF у Мозамбіку засвідчили високий рівень утримання: 97,7% на етапі 12 місяців, 96% – на етапі 36 місяців та 91,8% – на етапі 48 місяців[82].

Клуби прихильності

Модель клубів прихильності до АРТ, вперше випробувана MSF у місті Хайєлітша (Південно-Африканська Республіка), – це перспективна практика, яку нещодавно висвітлено в технічному огляді PEPFAR і рекомендовано ВООЗ у новому керівництві щодо АРВ-препаратів[13,

Вставка 3. Групи прихильності в громаді

Критичні елементи

- **Надійні закупівлі, управління аптеками та мережею постачання**
- **Формування, навчання та моніторинг ГАГ, орієнтованої на певні кадри**
- **Мінімальний рівень клінічного нагляду повинен бути гарантований через безпосередній контакт із медичним працівником, відповідальним за надання АРТ**
- **Спрощені системи моніторингу з мінімальним набором індикаторів, необхідні для забезпечення якості**

Джерело: Community ART Group Toolkit: How to Implement the CAG Model.

[14, 83]. Клуби прихильності – це групи у складі близько 30 стабільних пацієнтів, які зустрічаються кожні два місяці в закладі охорони здоров'я або в громаді для короткої клінічної оцінки та консультаційної сесії, які проводить МПГ[83]. Під час цих зустрічей МПГ видає підготовлені пакети АРТ і за потреби перенаправляє учасників до клініцистів. Час від часу учасники можуть також посилати «друзяку» зібрати їхню АРТ. Раз на рік медсестра, яка працює в медичному закладі і має назву «менеджер клубу», проводить рутинне лабораторне тестування та клінічні консультації. Нещодавні результати свідчать, що участь у клубах прихильності пов'язана з високими рівнями утримання та прихильності: 97% членів клубу прихильності в Гугулету залишалися на АРТ через 12 місяців після її початку, а ймовірність того, що їх буде втрачено з-під медичного нагляду, на 67% нижча у клубі прихильності, ніж у при отриманні допомоги від медичного закладу[84]. Модель клубів прихильності також було адаптовано до сімейних клубів (для дітей та їхніх опікунів) та підліткових клубів (для підлітків, яким було щойно встановлено діагноз; для тих, хто щойно розпочав лікування; або для підлітків-стабільних пацієнтів)[83, 85].

Вставка 4. Клуби прихильності до АРТ Кожні два місяці (під керівництвом МПГ)

- **Швидка клінічна оцінка**
- **Збір двомісячного запасу АРТ**
- **Швидка оптимізована підтримка з боку групи**
- **Спрощений моніторинг**

Щороку (під керівництвом медсестри з закладу охорони здоров'я)

- **Взяття крові на CD4 та вірусне навантаження**
- **Клінічні консультації клініциста**

Критичні елементи
Нагляд за клубами у громаді та керування ними

- **Постачання препаратів АРТ**
- **Ведення зустрічей клубу**
- **Належний моніторинг**
- **Доступ до клінічної допомоги та клінічного нагляду**

Джерело: ART Adherence Club Report and Toolkit.

Ігрифікація

Мобільні додатки, які використовують принципи, розроблені на основі ігор, також можуть підвищити прихильність до АРТ. Відповідно до системного огляду нещодавніх втручань з використанням мобільних телефонів, зараз розробляються два рандомізовані контрольовані випробування для вимірювання впливу ігрових додатків на прихильність до АРТ[67]. Один з цих ігрових додатків надаватиме молодим ВІЛ-позитивним чоловікам, які мають секс із чоловіками, спеціальні ігри та соціальні мережі для посилення прив'язки до допомоги щодо ВІЛ, прийому АРТ і прихильності; інший надаватиме ВІЛ-позитивній молоді доступ до ігор щоразу, коли вони відкриватимуть пляшечки з ліками, для покращення їхніх знань у сфері ВІЛ, мотивації до прихильності до візитів у клініку та до АРТ, а також навичок дотримання здорової поведінки[67]. У рамках діяльності FHI 360 проект SMART TA («Стале управління відповіддю на ВІЛ/СНІД та перехід до технічної допомоги», Sustainable Management of the HIV/AIDS Response and Transition to Technical Assistance) розробив дві ініціативи у сфері ігрифікації, спрямовані на підвищення рівня тестування на ВІЛ та залучення до системи, як частину свого Посиленого аутріч-підходу (Enhanced Outreach Approach, EOA): гра «Виклик Фансипану» (Fansipan Challenge) розрахована на всі цільові групи, а «Одягнися для успіху» (Dress for Success) – на секс-працівниць[86]. У грі «Виклик Фансипану» волонтери «рівний–рівному», які працюють на громадських засадах, набирають команди з представників ключових груп населення, щоб змагатися у віртуальному сходженні на гору Фансипан (найвищу гору В'єтнаму): учасники заробляють бали, коли формують команду, коли проходять тестування на ВІЛ і залучаються до системи допомоги. Команди можуть отримати призи (напр., додаткові хвилини мобільного зв'язку), коли досягають певної ключової точки, а набравши 3 143 бали, вони сходять на вершину гори і виграють гру. Гра «Одягнися для успіху» використовує схожу модель, але замість змагання у сходженні на гору Фансипан учасниці змагаються за збирання повного строю одягу.

Інтервенції, спрямовані на розвиток економічної самостійності в області сільського господарства

Для вирішення взаємопов'язаних проблем нестачі харчів, бідності й захворюваності, пов'язаної з ВІЛ, проекти KickStart, Adok Timo та FACES («Послуги для сімей щодо допомоги і просвіти з питань ВІЛ», Family AIDS Care & Education Services) впровадили у провінції Ньянза (Кенія) втручання з питань життєдіяльності *«Шамба-Майша»* (мовою суахілі – «Життя на фермі»)[87]. У рамках цього втручання ВІЛ-позитивним дорослим надаються мікропозики, а також навчання з сільського господарства та фінансового управління. Люди використовували ці позики для закупівлі сільськогосподарського обладнання та пристроїв, наприклад, ручних зрошувальних насосів, аби знизити залежність від сезонних дощів. Під час навчання з питань сільського господарства, зокрема, проводилися практичні демонстрації сталих фермерських технік використання водяних насосів, рослинництва, збереження грунту та води, а також інтегрованого ведення боротьби з захворюваннями та шкідниками. Фінансова

частина навчання стосувалася бухгалтерського обліку, заощаджень та інвестицій. Учасники, охоплені втручанням *«Шамба-Майша»*, змогли підвищити кількість і якість їжі, яку споживали. В цей час у них підвищилася кількість клітин CD4, а показник пригнічення вірусного навантаження зріс приблизно наполовину. На противагу цьому, в контрольній групі і кількість клітин CD4, і показники пригнічення вірусного навантаження впали. Це перше випробування, в якому сільське господарство пов'язане з результатами щодо ВІЛ і надає перспективний підхід до подолання проблеми нестачі харчів (яка є перешкодою до утримання та прихильності) і захворюваності, пов'язаної з ВІЛ.

Покращення утримання та прихильності: як розпочати?

Розмірковуючи над тим, які втручання або які комбінації втручань обрати для впровадження, спеціалісти-практики повинні ретельно розглянути власні контексти, а також доцільність і прийнятність впровадження. Вказані нижче керівництва та інструменти містять корисну інформацію, якою можуть скористатися спеціалісти для початку цієї діяльності.

Керівництва

1. PEPFAR 3.0 Strategy (2014) ().
2. UNAIDS 90-90-90 Strategy (2014).
3. WHO Progress Report: Global Health Sector Response to HIV, 2000-2015: Focus on Innovations in Africa (2015).
4. WHO Policy Brief: Consolidated Guidelines on the Use of Antiretroviral Drugs for Treating and Preventing HIV Infection: What's New (2015).
5. WHO Consolidated Guidelines on the Use of Antiretroviral Drugs for Treating and Preventing HIV Infection: Recommendations for a Public Health Approach (2013).

Інструменти

6. A Toolkit for Health Facilities: Differentiated Care for HIV and Tuberculosis (2015).
7. HIV Cascade Framework for Key Populations (2015).
8. Enhanced Outreach Approach (EOA): Strategy and User Guide (2014).
9. ART Adherence Club Report and Toolkit (2014).
10. Family ART Adherence Clubs: An Overview (2015).
11. Community ART Group Toolkit: How to Implement the CAG Model (2013).

Посилання

1. Office of the U.S. Global AIDS Coordinator. *PEPFAR 3.0 – Controlling the epidemic: delivering on the promise of an AIDS-free generation.* Washington, D.C.: OGAC;2014.
2. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. *90-90-90 An ambitious treatment target to help end the AIDS epidemic.* Geneva: UNAIDS;2014.
3. Office of the U.S. Global AIDS Coordinator. *PEPFAR country/regional operational plan (COP/ROP) 2016 guidance.* Washington, D.C.: OGAC;2015.
4. Paterson DL, Swindells S, Mohr J, et al. Adherence to protease inhibitor therapy and outcomes in patients with HIV infection. *Ann Intern Med.* Jul 4 2000;133(1):21–30.
5. Clavel F, Hance AJ. HIV drug resistance. *N Engl J Med.* Mar 4 2004;350(10):1023–1035.
6. Cohen MS, Chen YQ, McCauley M, et al. Prevention of HIV-1 infection with early antiretroviral therapy. *N Engl J Med.* Aug 11 2011;365(6):493–505.
7. Bangsberg DR, Perry S, Charlebois ED, et al. Non-adherence to highly active antiretroviral therapy predicts progression to AIDS. *AIDS (London, England).* Jun 15 2001;15(9):1181–1183.
8. Giordano TP, Gifford AL, White AC, Jr., et al. Retention in care: a challenge to survival with HIV infection. *Clin Infect Dis.* Jun 1 2007;44(11):1493–1499.
9. Nachega JB, Hislop M, Dowdy DW, et al. Adherence to highly active antiretroviral therapy assessed by pharmacy claims predicts survival in HIV-infected South African adults. *J Acquir Immune Defic Syndr.* Sep 2006;43(1):78–84.
10. Langley CL, Lapidos-Salaiz I, Hamm TE, et al. Prioritizing HIV care and support interventions-moving from evidence to policy. *J Acquir Immune Defic Syndr.* Apr 15 2015;68 Suppl 3:S375-378.
11. Office of the U.S. Global AIDS Coordinator. *PEPFAR MER 2.0 indicators summary list.* Washington, D.C.: OGAC;2016.
12. Office of the U.S. Global AIDS Coordinator. *PEPFAR SIMS master facility tool v 2.0*. Washington, D.C.: OGAC; Dec 2015.
13. Office of the U.S. Global AIDS Coordinator. *PEPFAR fiscal year 2016 technical considerations for country/regional operational plans.* Washington, D.C.: OGAC;2016.
14. World Health Organization. *Policy brief: Consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection – What's new.* Geneva: WHO;2015.
15. World Health Organization. *Retention in HIV programmes: defining the challenges and identifying solutions: meeting report, 13–15 September 2011.* Geneva: WHO;2012.

16. World Health Organization. *Adherence to long-term therapies: evidence for action.* Geneva: WHO;2003.
17. Mugavero MJ, Westfall AO, Zinski A, et al. Measuring retention in HIV care: the elusive gold standard. *J Acquir Immune Defic Syndr.* Dec 15 2012;61(5):574–580.
18. Mbuagbaw L, Sivaramalingam B, Navarro T, et al. Interventions for Enhancing Adherence to Antiretroviral Therapy (ART): A Systematic Review of High Quality Studies. *AIDS Patient Care STDS.* May 2015;29(5):248–266.
19. Patel A, Hirschhorn L, Fullem A, Ojikutu B, Oser R. *Adult adherence to treatment and retention in care.* Arlington, VA: USAID | AIDSTAR-ONE PROJECT, Task Order 1;2010.
20. Stricker SM, Fox KA, Baggaley R, et al. Retention in care and adherence to ART are critical elements of HIV care interventions. *AIDS and behavior.* Oct 2014;18 Suppl 5:S465–475.
21. Wilkinson LS, Skordis-Worrall J, Ajose O, Ford N. Self-transfer and mortality amongst adults lost to follow-up in ART programmes in low- and middle-income countries: systematic review and meta-analysis. *Tropical medicine & international health : TM & IH.* Mar 2015;20(3):365–379.
22. Nachega JB, Uthman OA, Anderson J, et al. Adherence to antiretroviral therapy during and after pregnancy in low-income, middle-income, and high-income countries: a systematic review and meta-analysis. *AIDS (London, England).* Oct 23 2012;26(16):2039–2052.
23. Rosen S, Fox MP. Retention in HIV care between testing and treatment in sub-Saharan Africa: a systematic review. *PLoS Med.* Jul 2011;8(7):e1001056.
24. Mugglin C, Estill J, Wandeler G, 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 : TM & IH.* Dec 2012;17(12):1509–1520.
25. Kranzer K, Govindasamy D, Ford N, Johnston V, Lawn SD. Quantifying and addressing losses along the continuum of care for people living with HIV infection in sub-Saharan Africa: a systematic review. *J Int AIDS Soc.* 2012;15(2):17383.
26. Fox MP, Rosen S. Systematic review of retention of pediatric patients on HIV treatment in low and middle-income countries 2008-2013. *AIDS (London, England).* Feb 20 2015;29(4):493–502.
27. Fox MP, Rosen S. Retention of Adult Patients on Antiretroviral Therapy in Low- and Middle-Income Countries: Systematic Review and Meta-analysis 2008-2013. *J Acquir Immune Defic Syndr.* 2015;69(1):98–108.
28. World Health Organization. *Global update on HIV treatment 2013: results, impact and opportunities.* Geneva: WHO;2013.
29. U.S. Centers for Disease Control and Prevention. Differences between HIV-infected men and women in antiretroviral therapy outcomes – six African countries, 2004–2012. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* Nov 29 2013;62(47):945–952.
30. Auld AF, Agolory SG, Shiraishi RW, et al. Antiretroviral therapy enrollment characteristics and outcomes among HIV-infected adolescents and young adults compared with older adults – seven African countries, 2004–2013. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* Nov 28 2014;63(47):1097–1103.
31. Mills EJ, Nachega JB, Buchan I, et al. Adherence to antiretroviral therapy in sub-Saharan Africa and North America: a meta-analysis. *Jama.* Aug 9 2006;296(6):679–690.
32. Kim SH, Gerver SM, Fidler S, Ward H. Adherence to antiretroviral therapy in adolescents living with HIV: systematic review and meta-analysis. *AIDS (London, England).* Aug 24 2014;28(13):1945–1956.
33. Langebeek N, Gisolf EH, Reiss P, et al. Predictors and correlates of adherence to combination antiretroviral therapy (ART) for chronic HIV infection: a meta-analysis. *BMC Med.* 2014;12:142.
34. Gari S, Doig-Acuna C, Smail T, Malungo JR, Martin-Hilber A, Merten S. Access to HIV/AIDS care: a systematic review of socio-cultural determinants in low and high income countries. *BMC Health Serv Res.* 2013;13:198.
35. Govindasamy D, Ford N, Kranzer K. Risk factors, barriers and facilitators for linkage to antiretroviral therapy care: a systematic review. *AIDS (London, England).* Oct 23 2012;26(16):2059–2067.
36. Bergmann H, Pitorak H, Cornman H. *Linkage and retention in pre-ART care: best practices and experiences from fourteen countries.* Arlington, VA: USAID | AIDSTAR-ONE PROJECT, Task Order 1;2013.
37. Nachega JB, Uthman OA, Peltzer K, et al. Association between antiretroviral therapy adherence and employment status: systematic review and meta-analysis. *Bull World Health Organ.* Jan 1 2015;93(1): 29–41.
38. Lall P, Lim SH, Khairuddin N, Kamarulzaman A. Review: an urgent need for research on factors impacting adherence to and retention in care among HIV-positive youth and adolescents from key populations. *J Int AIDS Soc.* 2015;18(2 Suppl 1):19393.
39. Hudelson C, Cluver L. Factors associated with adherence to antiretroviral therapy among adolescents living with HIV/AIDS in low- and middle-income countries: a systematic review. *AIDS Care.* 2015;27(7):805–816.

40. Hodgson I, Plummer ML, Konopka SN, et al. A systematic review of individual and contextual factors affecting ART initiation, adherence, and retention for HIV-infected pregnant and postpartum women. *PLoS One.* 2014;9(11):e111421.
41. Young S, Wheeler AC, McCoy SI, Weiser SD. A review of the role of food insecurity in adherence to care and treatment among adult and pediatric populations living with HIV and AIDS. *AIDS and behavior.* Oct 2014;18 Suppl 5:S505–515.
42. Mhaskar R, Alandikar V, Emmanuel P, et al. Adherence to antiretroviral therapy in India: a systematic review and meta-analysis. *Indian J Community Med.* Apr 2013;38(2):74–82.
43. Gourlay A, Birdthistle I, Mburu G, Iorpenda K, Wringe A. Barriers and facilitating factors to the uptake of antiretroviral drugs for prevention of mother-to-child transmission of HIV in sub-Saharan Africa: a systematic review. *J Int AIDS Soc.* 2013;16:18588.
44. Phelps BR, Ahmed S, Amzel A, et al. Linkage, initiation and retention of children in the antiretroviral therapy cascade: an overview. *AIDS (London, England).* Nov 2013;27 Suppl 2:S207–213.
45. Mbuagbaw L, Thabane L, Ongolo-Zogo P, et al. Trends and determining factors associated with adherence to antiretroviral therapy (ART) in Cameroon: a systematic review and analysis of the CAMPS trial. *AIDS Res Ther.* 2012;9(1):37.
46. Rachlis BS, Mills EJ, Cole DC. Livelihood security and adherence to antiretroviral therapy in low and middle income settings: a systematic review. *PLoS One.* 2011;6(5):e18948.
47. Denison JA, Koole O, Tsui S, et al. Incomplete adherence among treatment-experienced adults on antiretroviral therapy in Tanzania, Uganda and Zambia. *AIDS (London, England).* Jan 28 2015;29(3):361–371.
48. Koole O, Denison JA, Menten J, et al. Reasons for Missing Antiretroviral Therapy: Results from a Multi-Country Study in Tanzania, Uganda, and Zambia. *PLoS One.* 2016;11(1):e0147309.
49. Koole O, Tsui S, Wabwire-Mangen F, et al. Retention and risk factors for attrition among adults in antiretroviral treatment programmes in Tanzania, Uganda and Zambia. *Tropical medicine & international health : TM & IH.* Dec 2014;19(12):1397–1410.
50. World Health Organization. *Consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection: recommendations for a public health approach.* Geneva: WHO;2013.
51. Okeke NL, Ostermann J, Thielman NM. Enhancing linkage and retention in HIV care: a review of interventions for highly resourced and resource-poor settings. *Curr HIV/AIDS Rep.* Dec 2014;11(4):376–392.
52. Assefa Y, Alebachew A, Lera M, Lynen L, Wouters E, Van Damme W. Scaling up antiretroviral treatment and improving patient retention in care: lessons from Ethiopia, 2005-2013. *Global Health.* 2014;10:43.
53. Humphreys CP, Wright J, Walley J, et al. Nurse led, primary care based antiretroviral treatment versus hospital care: a controlled prospective study in Swaziland. *BMC Health Serv Res.* 2010;10:229.
54. Decroo T, Rasschaert F, Telfer B, Remartinez D, Laga M, Ford N. Community-based antiretroviral therapy programs can overcome barriers to retention of patients and decongest health services in sub-Saharan Africa: a systematic review. *Int Health.* Sep 2013;5(3):169–179.
55. World Health Organization. *Progress report: global health sector response to HIV, 2000–2015: focus on innovations in Africa* Geneva: WHO;2015.
56. Kredo T, Adeniyi FB, Bateganya M, Pienaar ED. Task shifting from doctors to non-doctors for initiation and maintenance of antiretroviral therapy. *Cochrane Database Syst Rev.* 2014;7:Cd007331.
57. Mdege ND, Chindove S, Ali S. The effectiveness and cost implications of task-shifting in the delivery of antiretroviral therapy to HIV-infected patients: a systematic review. *Health Policy Plan.* May 2013;28(3):223-236.
58. McMahon JH, Elliott JH, Hong SY, Bertagnolio S, Jordan MR. Effects of physical tracing on estimates of loss to follow-up, mortality and retention in low and middle income country antiretroviral therapy programs: a systematic review. *PLoS One.* 2013;8(2):e56047.
59. Wouters E, Van Damme W, van Rensburg D, Masquillier C, Meulemans H. Impact of community-based support services on antiretroviral treatment programme delivery and outcomes in resource-limited countries: a synthetic review. *BMC Health Serv Res.* 2012;12:194.
60. Medley A, Kennedy C, O'Reilly K, Sweat M. Effectiveness of peer education interventions for HIV prevention in developing countries: a systematic review and meta-analysis. *AIDS Educ Prev.* Jun 2009;21(3):181–206.
61. Govindasamy D, Meghij J, Kebede Negussi E, Clare Baggaley R, Ford N, Kranzer K. Interventions to improve or facilitate linkage to or retention in pre-ART (HIV) care and initiation of ART in low- and middle-income settings – a systematic review. *J Int AIDS Soc.* 2014;17:19032.
62. Chang LW, Kagaayi J, Nakigozi G, et al. Effect of peer health workers on AIDS care in Rakai, Uganda: a cluster-randomized trial. *PLoS One.* 2010;5(6):e10923.
63. Genberg BL, Shangani S, Sabatino K, et al. Improving Engagement in the HIV Care Cascade: A Systematic Review of Interventions Involving People Living with HIV/AIDS as Peers. *AIDS and behavior.* Feb 2 2016.
64. Bateganya MH, Amanyeiwe U, Roxo U, Dong M. Impact of support groups for people living with HIV on clinical outcomes: a systematic review of the literature. *J Acquir Immune Defic Syndr.* Apr 15 2015;68 Suppl 3:S368–374.

65. Horvath T, Azman H, Kennedy GE, Rutherford GW. Mobile phone text messaging for promoting adherence to antiretroviral therapy in patients with HIV infection. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012;3:Cd009756.
66. Ambia J, Mandala J. A systematic review of interventions to improve prevention of mother-to-child HIV transmission service delivery and promote retention. *J Int AIDS Soc.* 2016;19(1):20309.
67. Muessig KE, Nekkanti M, Bauermeister J, Bull S, Hightow-Weidman LB. A systematic review of recent smartphone, Internet and Web 2.0 interventions to address the HIV continuum of care. *Curr HIV/AIDS Rep.* Mar 2015;12(1):173–190.
68. Lamb MR, El-Sadr WM, Geng E, Nash D. Association of adherence support and outreach services with total attrition, loss to follow-up, and death among ART patients in sub-Saharan Africa. *PLoS One.* 2012;7(6):e38443.
69. Barnighausen T, Tanser F, Dabis F, Newell ML. Interventions to improve the performance of HIV health systems for treatment-as-prevention in sub-Saharan Africa: the experimental evidence. *Curr Opin HIV AIDS.* Mar 2012;7(2):140–150.
70. Chung MH, Richardson BA, Tapia K, et al. A randomized controlled trial comparing the effects of counseling and alarm device on HAART adherence and virologic outcomes. *PLoS Med.* Mar 2011;8(3):e1000422.
71. World Health Organization UNOoDaC, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. *WHO, UNODC, UNAIDS technical guide for countries to set targets for universal access to HIV prevention, treatment and care for injecting drug users.* Geneva: WHO;2009.
72. Office of the U.S. Global AIDS Coordinator. *Comprehensive HIV prevention for people who inject drugs, revised guidance* Washington, D.C.: OGAC;2010.
73. Spies G, Asmal L, Seedat S. Cognitive-behavioural interventions for mood and anxiety disorders in HIV: a systematic review. *Journal of affective disorders.* Sep 5 2013;150(2):171–180.
74. Chibanda D, Cowan FM, Healy JL, Abas M, Lund C. Psychological interventions for Common Mental Disorders for People Living With HIV in Low- and Middle-Income Countries: systematic review. *Tropical medicine & international health : TM & IH.* Jul 2015;20(7):830–839.
75. Chaiyachati KH, Ogbuoji O, Price M, Suthar AB, Negussie EK, Barnighausen T. Interventions to improve adherence to antiretroviral therapy: a rapid systematic review. *AIDS (London, England).* Mar 2014;28 Suppl 2:S187–204.
76. Tang AM, Quick T, Chung M, Wanke CA. Nutrition assessment, counseling, and support interventions to improve health-related outcomes in people living with HIV/AIDS: a systematic review of the literature. *J Acquir Immune Defic Syndr.* Apr 15 2015;68 Suppl 3:S340–349.
77. Singer AW, Weiser SD, McCoy SI. Does Food Insecurity Undermine Adherence to Antiretroviral Therapy? A Systematic Review. *AIDS and behavior.* Aug 6 2014.
78. de Pee S, Grede N, Mehra D, Bloem MW. The enabling effect of food assistance in improving adherence and/or treatment completion for antiretroviral therapy and tuberculosis treatment: a literature review. *AIDS and behavior.* Oct 2014;18 Suppl 5:S531–541.
79. Bateganya MH, Dong M, Oguntomilade J, Suraratdecha C. The impact of social services interventions in developing countries: a review of the evidence of impact on clinical outcomes in people living with HIV. *J Acquir Immune Defic Syndr.* Apr 15 2015;68 Suppl 3:S357–367.
80. Médecins Sans Frontières. Community ART group toolkit: How to implement the CAG model – Bringing treatment closer to home and empowering patients 2016; http://www.msf.org/sites/msf.org/files/cag_toolkit.pdf.
81. Decroo T, Telfer B, Biot M, et al. Distribution of antiretroviral treatment through self-forming groups of patients in Tete Province, Mozambique. *J Acquir Immune Defic Syndr.* Feb 1 2011;56(2):e39–44.
82. Decroo T, Koole O, Remartinez D, et al. Four-year retention and risk factors for attrition among members of community ART groups in Tete, Mozambique. *Tropical medicine & international health : TM & IH.* May 2014;19(5):514–521.
83. Médecins Sans Frontières. ART adherence club report and toolkit. 2014; https://www.msf.org.za/msf-publications/how-to-keep-art-patients-long-term-care-art-adherence-club-report-and-toolkit
84. Grimsrud A, Lesosky M, Kalombo C, Bekker LG, Myer L. Implementation and Operational Research: Community-Based Adherence Clubs for the Management of Stable Antiretroviral Therapy Patients in Cape Town, South Africa: A Cohort Study. *Journal of acquired immune deficiency syndromes.* Jan 1 2016;71(1):e16–23.
85. Médecins Sans Frontières. Family ART adherence clubs: An overview. 2015; http://samumsf.org/documents/2015/06/family-art-clubs.pdf.
86. USAID/SMART TA. *Enhanced Outreach Approach (EOA): strategy and user guide.* Vietnam: USAID/SMART TA;2014.
87. Weiser SD, Bukusi EA, Steinfeld RL, et al. Shamba Maisha: randomized controlled trial of an agricultural and finance intervention to improve HIV health outcomes in Kenya. *AIDS (London, England).* 2015;Publish Ahead of Print.

Перекладено й опубліковано в рамках Проекту USAID RESPOND, який виконує в Україні організація Пакт у партнерстві з FHI 360.
respond.org.ua

Публікація стала можливою завдяки щирій підтримці американського народу, наданій через Агентство США з міжнародного розвитку (USAID).
Зміст не обов’язково відображає погляди USAID або уряду США.