

خدمات المراهقين المتعاشين مع فيروس نقص المناعة البشرية المعتمدة على الحقوق ودعم الفاعلية الذاتية والآثار المترتبة على النظر الصحية في زامبيا

بقلم: جيتاو مبورو،^(أ) إيان هودجسون،^(ب) أنجا تلتشيك،^(ج) مالا رام،^(د) تشولوي هاموجومبا،^(هـ) ديفيا باجباي،^(و) بياتريس موتالي^(ز)

- (أ) مستشار أقدم في مجال فيروس نقص المناعة البشرية ونظم الصحة، التحالف الدولي لمكافحة فيروس نقص المناعة البشرية/مرض الإيدز، هوف، المملكة المتحدة، للمراسلة: gmburu@aidsalliance.org
- (ب) محاضر زائر، مركز الصحة العالية، جامعة دبلن، كلية ترينيتي، دبلن، أيرلندا؛ ومسؤول بحوث أقدم، التحالف الدولي لمكافحة فيروس نقص المناعة البشرية/مرض الإيدز، هوف، المملكة المتحدة.
- (ج) مستشار أقدم، الوقاية من فيروس نقص المناعة البشرية، التحالف الدولي لمكافحة فيروس نقص المناعة البشرية/مرض الإيدز، هوف، المملكة المتحدة.
- (د) مسؤول، الفعالية المؤسسية، التحالف الدولي لمكافحة فيروس نقص المناعة البشرية/مرض الإيدز، هوف، المملكة المتحدة.
- (هـ) منسق بحوث، خالف زامبيا، لوساكا، زامبيا.
- (و) مستشار أقدم، الصحة الجنسية والإيجابية، التحالف الدولي لمكافحة فيروس نقص المناعة البشرية/مرض الإيدز، هوف، المملكة المتحدة.
- (ز) رئيس فريق أفريقيا، التحالف الدولي لمكافحة فيروس نقص المناعة البشرية/مرض الإيدز، هوف، المملكة المتحدة.

ترجمة: شہرت العالم

موجز المقال: لقد أخذ النهج القائم على الحقوق، في مجال تقديم الخدمات للكبار المصابين بفيروس نقص المناعة البشرية، يمد جذوره بتزايد في أفريقيا جنوب الصحراء في سياق زيادة توافر الأدوية المضادة للفيروسات القهقرية. بيد أن التقدم في تعزيز نهج يرتكز على الحقوق، في مجال الخدمات المقدمة للبالغين المصابين بالفيروس، لا يزال محدودًا نسبيًا؛ وهو ما عرفناه من خلال دراسة نوعية أجريت في عام ٢٠١٠ لعدد ١١١ من المراهقين المصابين بالفيروس، و ٢١ من الآباء والأمهات، و ٣٨ من مقدمي الرعاية الصحية، في ثلاث مقاطعات في زامبيا. وقد أفاد المراهقون، خلال هذه الدراسة، بمجموعة من المعلومات واحتياجات الدعم، وكانوا يرغبون في تدخلات محلية ذات صلة بتلبية تلك الاحتياجات. لقد أعربوا عن رغبتهم في زيادة فرص الحصول على معلومات صحية حول فيروس نقص المناعة البشرية وحول الصحة الجنسية والإيجابية، ومعلومات حول كيفية حماية أنفسهم، وحول الخصوصية والسرية في مواقع الخدمة، وحول مهارات التدريب، حتى يمكنهم كسب المال، وتحسين رفايتهم على كشف حالة إصابتهم بالفيروس إلى آخرين. وقد أقر العاملون الصحيون والآباء والأمهات أن المعلومات والخدمات يجب تحسينها لتلبية تلك الاحتياجات على نحو أفضل بكثير. تقدم هذه الورقة أمثلة لبرامج ناجحة في كل من زمبابوي، وأوغندا، وتنزانيا، وبوتسوانا، وجنوب أفريقيا، وتدعو إلى ربط الخدمات المقدمة للمراهقين بخدمات طب الأطفال والكبار، وإنشاء شبكات الأقران لزيادة قدرة المراهقين على التعبير الجماعي عن شواغلهم وتدعيم بعضهم بعضًا، فضلًا عن التدخلات التي تدعم رقابة المراهقين على الكشف الذاتي، وأخيرًا أن تصبح صحة المراهقين تخصصًا تدريبيًا في أفريقيا جنوب الصحراء. © مجلة قضايا الصحة الإيجابية ٢٠١٣

Rights-based services for adolescents living with HIV: adolescent self-efficacy and implications for health systems in Zambia. Gitau Mburu, Ian Hodgson, Anja Teltschik, Mala Ram, Choolwe Haamujompa, Divya Bajpai, Beatrice Mutali, Reproductive Health Matters 2013;21(41):176-185

الكلمات الدالة: فيروس نقص المناعة البشرية/مرض الإيدز، الحقوق الإيجابية، المراهقون والشباب، نظم الصحة، زامبيا.

والإيجابية. بغض النظر عن حالتهم في ما يتعلق بفيروس نقص المناعة البشرية.^(١٧، ١١، ١٢) وفي الوقت نفسه، يواجه دائمًا المراهقون المصابون بالفيروس في زامبيا صعوبات اجتماعية وعاطفية إضافية نتيجة الوصمة المرتبطة بالفيروس، والمسؤوليات الأسرية الإضافية:^(١٨) كما تميل نتائج العلاج عبر جنوب أفريقيا إلى أن تكون أسوأ مقارنة بنتائج علاج البالغين.^(١٩، ٢٠) وهذه الحقائق تتطلب اهتمامًا أكبر.

إن تعزيز النظم الصحية للاستجابة لاحتياجات الصحة الجنسية والإيجابية، وغيرها من احتياجات الحماية الاجتماعية الأخرى للمراهقين المصابين بفيروس نقص المناعة البشرية، يُعد استراتيجية لا غنى عنها للتخفيف من تأثير الفيروس على صحة المراهقين.^(٢١، ٢٢) بالإضافة إلى ذلك، يُعد إعداد خدمات صحية تناسب احتياجات المراهقين المصابين بالفيروس بمثابة فرصة للقيام بتدخلات مناسبة للفئة العمرية، وتعزز في الوقت نفسه حقهم في الصحة.^(٢١، ٢١) تتطلب اتفاقية الأمم المتحدة حول حقوق الطفل احترام حقوق جميع الأطفال، وحمايتهم، وتحقيقها.^(٢٣، ٢٤) وهذه الحقوق، في سياق الشباب المصابين بالفيروس، تشمل الحق في الصحة والخدمات الصحية.^(٢٥، ٢٤)

أدى النموذج القائم على الحقوق إلى مطالبة عدد أكبر بكثير من البالغين المصابين بالفيروس بتيسير إمكانية الوصول للأدوية المضادة للفيروسات القهقرية، وحققوا ذلك في نهاية المطاف خلال أواخر تسعينيات القرن العشرين.^(٢٦) على الرغم من الاعتقاد السائد في ذلك الوقت بعدم إمكانية تحقيق ذلك، لقد حقق الوصول إلى العلاج، إلى حد كبير، من خلال مبادرات المناصرة متعددة الأوجه، التي ترمي إلى تخفيف الحواجز الهيكلية أمام العلاج في البرازيل وغيرها من البلدان، وأخيرًا في أفريقيا الجنوبية.^(٢٧، ٢٨) ويبدو أن المسار المماثل بشأن خدمات المراهقين لم يكتسب زخمًا، حتى على الرغم من أن المناصرة العالمية لتشخيص الرضع المبكر قد أسهمت في الارتقاء بعلاج الأطفال.^(٢٩) نتيجة لذلك، وعلى الرغم من أن الوفاء باحتياجات جميع الفئات العمرية يُعد أساسيًا في تلك السلسلة المتصلة

يتزايد وباء فيروس نقص المناعة البشرية في أفريقيا جنوب الصحراء، وبالتالي يتزايد المراهقون والشباب الآخرون المتعايشون مع الفيروس.^(١) في زامبيا، يتزايد عدد المراهقين المصابين بالفيروس، حيث أن زيادة توافر الأدوية المضادة للفيروسات القهقرية، تتيح للأطفال المصابين بالفيروس من أمهاتهم، بالبقاء على قيد الحياة ودخول مرحلة المراهقة.^(٢) يشكل المراهقون - وأغلبهم نشطون جنسيًا^(٣) - ما يقرب من نصف الإصابات الجديدة بفيروس نقص المناعة البشرية في زامبيا.^(٤، ٥) في نهاية عام ٢٠٠٩، بلغ عدد المصابين من الشباب، الذين تتراوح أعمارهم بين ١٠-١٩ سنة، حوالي ٨٠ ألف في زامبيا.^(٦)

وعلى هذا النحو، يزداد خديد المراهقين لمسار وباء فيروس نقص المناعة البشرية في جنوب أفريقيا.^(٧، ٨) لقد جذبت الدلالة الوبائية لوجود مجموعة من المراهقين يتعايشون مع الفيروس اهتمامًا كبيرًا، من حيث إمكانية التأثير على ما إذا كانت الأهداف الإنمائية للألفية المتعلقة بفيروس نقص المناعة البشرية والصحة تحققت أم لم تتحقق.^(٩) وقد أدى هذا التمايز إلى تعزيز الوعي بأن احتياجاتهم تختلف عن احتياجات الأطفال والسكان البالغين المصابين بالفيروس.^(١٠، ١١)

في زامبيا، كما في سائر بلدان أفريقيا جنوب الصحراء، غالبًا ما ترد البيانات المتعلقة بالمراهقين في الفترة العمرية ١٠-١٩ المصابين بفيروس نقص المناعة البشرية ضمن بيانات الفئات العمرية ٠-١٤، أو ١٥-١٩، أو ١٥-٢٤؛ مما يجعل من الصعب أن نحدد بدقة مدى حصولهم على الخدمات الخاصة بالفيروس.^(١٢، ١٣) وعلى الرغم من أن الإطار الاستراتيجي الوطني الحالي لمرض الإيدز في زامبيا للفترة ٢٠١١-٢٠١٥ يضع الوقاية من فيروس نقص المناعة البشرية بين الشباب في موقع الأولوية.^(١٤) فإنه يفتقر إلى أحكام محددة تتعلق برعاية المراهقين والشباب الآخرين المصابين فعلاً بالفيروس.^(١٥) وهو أمر مهم، لا سيما في ضوء الدراسات الأخيرة التي توضح وجود كوكبة من العوامل - على المستوى الفردي والمجتمعي - تحوّل دون حماية جميع المراهقين في زامبيا، والوفاء بحقوقهم في مجال الصحة الجنسية

البشرية ويتبنون - على سبيل المثال - ممارسات جنسية أكثر أماناً.^(٣٨) كما أن إمكانات المراهقين في التأثير إيجابياً على مجرى وباء فيروس نقص المناعة البشرية^(٣٩) تعزز بدورها. الدعوة العالمية لزيادة حصولهم على العلاج والرعاية والخدمات الأخرى.^(٤٠) بيد أن محركي الدعوة لهذه الخدمات لا يزالون من العناصر الفاعلة الأخرى. كما يبدو في معظم الحالات. لا من المراهقين أنفسهم؛ مثل شبكات المصابين بالفيروس (وهي تتكون. إلى حد كبير. من البالغين. والهيئات الحكومية. والمنظمات غير الحكومية. والمنظمات الدولية). بالإضافة إلى ذلك. وفي حين اكتسب مفهوم الحقوق الإيجابية كأحد الجوانب الأساسية لحقوق الإنسان قبولاً عالمياً.^(٤١) لا تزال المناهج الحالية بشأن صحة المراهقين في زامبيا. وغيرها من بلدان أفريقيا جنوب الصحراء. تواصل التركيز على سلوكيات المراهقين الجنسية ونتائجها. مع قليل من التشديد على حقوقهم الجنسية والإيجابية. وقدرتهم على وضع حقوقهم موضع التنفيذ.^(٣٨. ٤١) في زامبيا. وعلى الرغم من التقدم الذي أحرزته الحكومة في تعزيز توفير الخدمات الصديقة للمراهقين.^(٤٢) لا يزال ضعف النظم الصحية عاملاً يحد من الوفاء بحقوق المراهقين الجنسية والإيجابية.^(٤٢. ٣١. ٤٣) إننا نبحث. خلال ورقة المناقشة هذه. كيف تُشكل القدرات المتطورة للمراهقين المصابين بالفيروس قدرتهم على التعبير عن احتياجاتهم. وكيف يجب أن تستجيب الخدمات الصحية. نحن نقدم مقتطفات من مناقشات المجموعات البؤرية. والمقابلات التي أُجريت مع الشباب الذين تتراوح أعمارهم بين ١٠-١٩ سنة. ومقتطفات من أقوال الآباء والأمهات. ومقدمي الرعاية الصحية. لدعم حججنا.

منهاج الدراسة

أُجريت الدراسة بين أبريل وديسمبر ٢٠١٠؛ وترد النتائج الرئيسية في موضع آخر.^(٣١) يهدف جزء من هذه الدراسة إلى توثيق احتياجات الصحة النفسية

لرعاية المصابين بالفيروس.^(٤٤) فقد تخلف الاعتراف بالاحتياجات الخاصة للمراهقين المصابين به.^(٣٠. ٤١) كثيرا ما يُنظر للمراهقين بشكل خاطئ باعتبارهم بالغين صغارا أو أطفالاً كباراً.^(٣١. ٣٢) وهو ما أسفر عن إمدادهم بخدمات مصممة للبالغين أو للأطفال.^(٣٤. ٣٣) قد نقول إن هناك فجوة كامنة في قدرة النظم الصحية على إجراء التدخلات المناسبة للفئة العمرية للمراهقين عموماً. وليس فقط للمصابين بفيروس نقص المناعة البشرية.^(٣١. ٣٥) وهي المشكلة التي أصبحت أكثر وضوحاً مع تزايد أعداد الشباب سواء الذين يحتاجون للخدمات أو يطالبون بها.^(٧)

بالإضافة إلى النظم الصحية غير المستجيبة. فقد أدت البيئة القانونية والاجتماعية في أفريقيا جنوب الصحراء إلى تقليص قدرة المراهقين على الطلب والوصول إلى الخدمات الصحية بشكل عام.^(٣٥) حيث يُعتبر المراهقين غالباً تحت مسؤولية الكبار.^(٣٦) في ظل محدودية الحصول على المعلومات. أو صنع القرار بشأن وضع إصابتهم بالفيروس.^(٣٧) علاوة على ذلك. كثيراً ما تعوق الأعراف الثقافية حصولهم على المعلومات المتعلقة بالصحة الجنسية والإيجابية.^(٣٦. ٣٧) إن إعراب المراهقين المصابين بالفيروس عن احتياجاتهم. وحديثهم الحواجز الثقافية. يقود إلى خلق فرصة للتغلب على بعض هذه التحديات. علاوة على ذلك. يمكن أن يؤدي أيضاً إشراك المراهقين المصابين بالفيروس في التعبير عن احتياجاتهم من الخدمات المتصلة بفيروس نقص المناعة البشرية إلى تعزيز مطالبهم بالتدخلات ذات الصلة بالصحة الجنسية والإيجابية.^(٣١. ٤٥)

إن المفهوم المركزي الذي يشكل أساس قدرة المراهقين على اكتساب بعض السيطرة والسلطة التقديرية على رفاههم هو مفهوم الفاعلية الذاتية والجماعية - أي بمعنى مدى سيطرة وتأثير الأفراد على ظروفهم الخاصة. تتطور لدى المراهقين القدرة على اتخاذ إجراءات لتلبية حقهم في الصحة.^(٣٧) وقد أوضحت البحوث في زامبيا أن المراهقين يدركون الظروف التي تعرضهم لخطر فيروس نقص المناعة

(بيمبا، لوزي، ونيانجا). كما كانت تُسجل صوتيًا ثم يُفرغ الشريط ويُترجم إلى الإنجليزية. عُدت. بعد ذلك، مناقشات لثمانى مجموعات بؤرية، مع ٥٣ مراهقًا إضافيًا مصابًا بالفيروس، ومجموعتين ل ٢١ من الآباء (إحدهما حضرية والأخرى ريفية). وثلاث مجموعات تضم ٢٤ من مقدمى الرعاية الصحية (مجموعتان حضريتان ومجموعة ريفية). من بين مجموعات المراهقين، ضمت مجموعتين فتيات تتراوح أعمارهن بين ١٠-١٤ سنة. وضمت مجموعتين فتيات تتراوح أعمارهن بين ١٥-١٩ سنة. وضمت مجموعتين فتيانًا وفتيات تتراوح أعمارهم بين ١٠-١٤ سنة. وضمت مجموعتين فتيانًا وفتيات تتراوح أعمارهم بين ١٥-١٩ سنة. وأديرت مناقشات شبه بنوية باستخدام أسئلة مفتوحة ومجسات للمتابعة، تركز على ما إذا كانت، وكيف، تلبى الخدمات الصحية احتياجات المراهقين المصابين بالفيروس. أُجريت المناقشات باللغة الإنجليزية أو باللغات المحلية، واستمرت لحوالى ٥٠-١٠ دقيقة، وكانت تُسجل رقميًا. ثم يجري تفرغها وترجمتها إلى اللغة الإنجليزية ثم تحليلها باستخدام NVivo ٧ (مطور دولي لبرمجية البحوث الكيفية)، مع نصوص مُشفرة استقرائيًا لتحديد الموضوعات التي تبرز^(٤١)، والاحتياجات التي يُعبر عنها المراهقون.

الشعور بالحقوق، والأحققيات، والتوقعات

في مجموعة مقابلة المراهقين، كان معظمهم (٤٦) يعيشون في مناطق حضرية، وكان نصفهم من الذكور ونصفهم من الإناث، وكان حوالى ٥٠٪ منهم في علاقة جنسية في وقت الدراسة. كان المراهقون الناشطون جنسيًا من الأكبر سنًا، وكان ستة منهم متزوجين ولديهم أطفال؛ في حين كان ٢٨ منهم يخططون لإجاب أطفال في المستقبل. لم يكشف اثنان فقط من المراهقين الناشطين جنسيًا عن وضعهم فيما يتعلق بفيروس نقص المناعة البشرية إلى شركائهم الجنسيين، ويرجع ذلك أساسًا إلى خشيتهم من أن يؤدي ذلك إلى إنهاء العلاقة. ومع يبدو أنهم يتبنون مفهوم العيش بإيجابية، ومع

والجنسية والإيجابية للمراهقين المصابين بفيروس نقص المناعة البشرية في زامبيا، وتحديد الفجوات بين تلك الاحتياجات والخدمات المتاحة حاليًا للمراهقين. أُجريت الدراسة في إحدى المناطق الريفية (كالومو) واثنين من المناطق الحضرية (لوساكا وكيثوي) في زامبيا، حيث يُشكل المراهقون ما يقرب من ربع عدد السكان البالغ ١٠ مليون^(٤٢) وقد أُختيرت هذه المناطق لتنوعها من حيث الموقع الجغرافي، والسياق، والتدخلات المتاحة. كان المراهقون، في المناطق الثلاث جميعًا، يصلون إلى الخدمات الإكلينيكية الخاصة بفيروس نقص المناعة البشرية في العيادات الحكومية المكرسة لذلك، فضلاً عن الدعم غير الإكلينيكي من مراكز المجتمع المحلي التي تديرها المنظمات غير الحكومية، وكانت بمثابة مواقع جذب المراهقين لدراستنا.

كنا نُجذب المراهقين الراغبين في المشاركة عندما يحضرون إلى العيادة أو المركز، وكان الآباء والأوصياء للمراهقين في الفترة العمرية من ١٠-١٨ سنة من بدون موافقة شفاهية، يوقعون نموذج موافقة. بينما كان المراهقون في الفترة العمرية ١٨-١٩ سنة يوقعون نموذج الموافقة بأنفسهم، وكان جميع المراهقين المشاركين على علم بإصابتهم بفيروس نقص المناعة البشرية؛ وقد بذلت الجهود الرامية إلى الحفاظ على السرية، بما يتسق والتوصيات المتعلقة بالبحوث بين الشباب^(٤٣، ٤٤) لقد أتاح لنا إدراج المقابلات مع الآباء ومقدمى الرعاية الصحية تثلث النتائج^(٤٥) وحصلنا على الموافقة الأخلاقية من «لجنة أخلاقيات بحوث الطب الحيوي» في جامعة زامبيا.

أُجريت مقابلات شبه بنوية مع المراهقين المتعايشين مع فيروس نقص المناعة (٥٨) ومقدمى خدمات الرعاية الصحية (١٤). وقد شملت هذه الأخيرة الأطباء (٥)، والمرضات (٤) والمستشارين (٢)، والمسؤولين الإكلينكيين (٢)، والموظفين الإداريين (١). وقد صُممت الأسئلة لتناسب المراهقين الأصغر سنًا (١٠-١٤ سنة)، والمراهقين الأكبر سنًا (١٥-١٩ سنة)، والمُبلِغين الرئيسيين. كانت مدة المقابلة تتراوح بين ٣٠-٤٠ دقيقة، باللغة الإنجليزية أو اللغات المحلية

بحقهم في السرية كمجموعة منفصلة. «لقد حاولت أن أطلب منهم الحصول على مزيد من المعلومات. لكنهم لم يعطوني ما يكفي. وما قالوه لي لم يكن على درجة كبيرة من الفائدة. أنا أحب أن تزداد إمكانية وصولي إلى المعلومات والمهارات الحياتية. ليس لدى ما يكفي من معلومات حول تنظيم الأسرة، وهو أحد حقوقي». (مقابلة مع فتاة تبلغ من العمر ١٧ سنة، لوساكا)

«ينبغي أن توجد مساحة أكبر بحيث إنه. يمكن أن تتمتع بالخصوصية أثناء الإنتظار في مكان خاص بنا. حيث يمكن للمصابين أن يكونوا معًا ويدردشون حول كيفية العيش على نحو إيجابي، وهو ما قد يكون أحد الدوافع». (مناقشة المجموعة البؤرية، فتاة تبلغ من العمر ١٦ سنة، كيتوي)

«يجب أن يفصلوا بيننا وبين الكبار. ومساعدتنا في ما نحتاج إليه كأطفال في مجال الصحة الجنسية والإيجابية». (مقابلة مع فتى يبلغ من العمر ١٦ سنة، كالومو)

وأعرب البعض عن الحاجة إلى خدمات أسرع وكراهيتهم للطوابير الطويلة، وهو ما يدعو إلى تحسين النظم وتوفير موظفين أفضل. ويبدو أن هذه المشاعر ترتبط بوجه خاص بالوصمة التي يواجهها المراهقون في عيادات فيروس نقص المناعة البشرية. على اعتبار أنه كان مفترضًا على نطاق واسع أنهم أصيبوا بالفيروس نتيجة للممارسة الجنسية. والمجتمع يتوقع منهم عدم ممارسة الجنس. هذا يعني أنهم لا يحبون إنفاق الوقت في بيئات إكلينيكية.

«التحدي الآخر الذي يواجه مراهقينا المصابين بفيروس نقص المناعة البشرية هو الوصمة والتمييز. يجب محاربة هذا العيب بحيث يمكن أن تتوفر لمراهقينا حرية الوصول إلى الخدمات. إذ إنهم يرفضون أحياناً الذهاب إلى المستشفى خوفاً من أن يُعرف ذلك. يجب أن نتناول هذه المسألة عندما ننشئ الخدمات

حق الشباب المصابين بالفيروس من التمتع حياة جنسية جيدة. وعلى سبيل المثال، يعتقد الغالبية في ضرورة السماح للمصابين بالفيروس بالزواج والإيجاب. إذا رغبوا في ذلك.

«المصابون بفيروس نقص المناعة البشرية لديهم مشاعر ... [إنهم] بشر يعيشون حياة طبيعية. والزواج هو حق للجميع. سواء كانت الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية إيجابية من عدمه». (مقابلة مع فتاة تبلغ من العمر ١٩ سنة، لوساكا)

«لدينا الحق في تكوين أسرة وإيجاب الأطفال». (مناقشة المجموعة البؤرية، فتاة تبلغ من العمر ١٧ سنة، كالومو)

«لا أعتقد أن التحليل الإيجابي للإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية يجب أن يمنعك من الدخول في علاقة. كما لا يجعل العلاقة مختلفة: ستظل مثل علاقة من تكون خليلاتهم غير إيجابية». (مقابلة مع فتى يبلغ من العمر ١٧ سنة، لوساكا)

وكانوا شديدي الوضوح في التعبير عن حقهم في تحديد الكشف من عدمه عن وضع إصابتهم بالفيروس إلى الآخرين. وبالتالي، عندما تم الكشف دون رضاها عن إصابتها بالفيروس. قالت إحدى المشاركات في الدراسة:

«كان الجميع ينظرون نحوي بطريقة مضحكة ويهمسون هذه هي المريضة. لديها مرض الإيدز. وهو ما كان مؤلماً جداً بالنسبة لي. لأنني اعتقدت أنه من حقي أن اكشف أو لا أكشف للناس عن حالتي. لقد شعرت بأن حقوقي قد انتهكت». (مناقشة المجموعة البؤرية، فتاة تبلغ من العمر ١٦ سنة، لوساكا).

التعبير عن الاحتياجات غير الملابة

اعتبر كثيرون أن النظام الصحي ضعيف ولا يفي باحتياجاتهم فيما يتعلق بفيروس نقص المناعة البشرية، واحتياجاتهم الجنسية والنفسية، ولا يفي

«لأنني كفيف، فإنني أود حقًا أن أتعلّم بعض المهارات حتى يمكنني إعالة نفسي». (مقابلة مع فتى يبلغ من العمر ١٢ سنة، كالومو)

لقد كانت هذه الشكاوى والطلبات، التي نعتقد أن إثارتها لم تكن عَرَضًا، تتسم بأهمية خاصة نظرًا لحقيقة أن بعض المراهقين تقع على عاتقهم مسؤوليات رعاية أطفالهم أو أشقائهم. علاوة على ذلك، كانوا يشعرون بالحرمان لأن النظام الصحي يتمحور حول رعاية الأطفال والكبار؛ وأدى تعبيرهم الصريح، أو الضمني، عن تلك المشاعر إلى توتر مقدمي الخدمات الصحية، وقاد في كثير من الأحيان إلى إقرار مقدمي الخدمات بالحاجة إلى توفير خدمات صديقة للمراهقين.

إقرار مقدمي الرعاية الصحية وأولياء الأمور باحتياجات المراهقين

أقر مقدموا الرعاية الصحية وأولياء الأمور بأن حصول المراهقين على الخدمات المناسبة في مجال فيروس نقص المناعة البشرية كان مهمًا. على الرغم من الحواجز الثقافية وغيرها، لكن تحقيق ذلك يستغرق بعض الوقت.

«ليس لدينا خدمات صديقة للمراهقين، لأنه كان مفترضًا في البداية أن الطفل المولود بفيروس نقص المناعة البشرية، على سبيل المثال، سيموت في غضون بضعة أشهر، وبالتالي لم تُصمّم خدمات حتى للمراهقين، بمعنى أن حصولهم على العلاج مسألة صعبة». (مقابلة مع أحد مقدمي الخدمات الصحية، لوساكا)

«هناك حاجة لوجود شخص متفرغ، مدرب خصيصًا للتعامل مع المراهقين». (مناقشة المجموعة البؤرية، أحد مقدمي الخدمات الصحية، كالومو)

«أحد الأشياء التي نبحث عنها هو وجود مبادئ توجيهية وطنية من شأنها أن تدعم الحقوق والصحة الإيجابية والجنسية للمراهقين المتعاشين مع فيروس

الصدية للطفل». (مناقشة المجموعة البؤرية، الآباء والأمهات، كالومو)

لقد أعرب المراهقون مرارًا عن حاجتهم إلى أن يحترم مقدمو الرعاية الصحية حقهم في الخصوصية. وأن يكونوا أكثر ودية، وأقل إصدارًا للأحكام عليهم. وعلى نحو أقل تكرارًا، تظهر سرديات حول الحقوق والاستحقاقات، حيث يتهمون مقدمي الخدمة بالفشل في تلبية توقعاتهم.

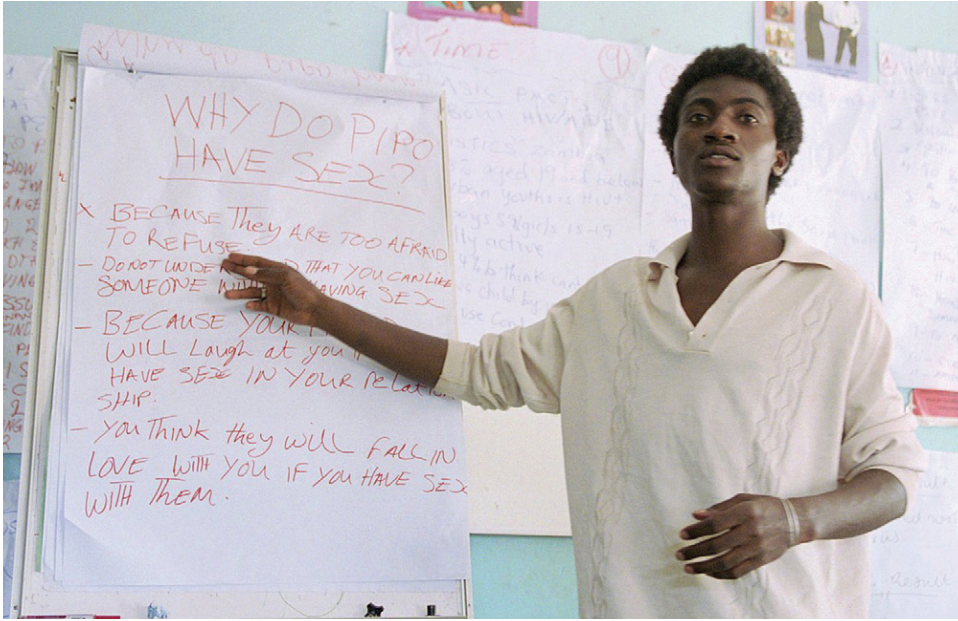
«ما تعلمته في العيادة كان مفيدًا بالفعل، لكنني أود حقًا أن أعرف المزيد، لا سيما في ما يتعلق بكيف يمكنني حماية نفسي. أشعر بخيبة الأمل أحيانًا». (مقابلة مع فتاة عمرها ١٤ سنة، لوساكا)

«أود أن أعرف المزيد حول كيفية حدوث الحمل، وما الذي يمكنك استخدامه لحماية نفسك من الحمل». (مقابلة مع فتاة عمرها ١٦ سنة، كالومو)

«أريد أن أعرف ما إذا كان يمكن أن يكون لي صديق، لأن والدتي تقول لا كلما سألتها. كما أحب أن أتعرّف أيضًا على الجنس المأمون والأمومة الآمنة». (مناقشة المجموعة البؤرية، فتاة عمرها ١٤ سنة، لوساكا)

طرحت المناقشات الأخرى أن المراهقين يتوقعون تيسير الوصول إلى أنشطة سبل العيش والتدريب على المهارات التي كانت متاحة للكبار (مثل الخياطة). إذ لم يكن الوصول إلى هذه الفرص متاحًا للمراهقين. على سبيل المثال، وردًا على سؤال حول مدى سعادتهم بالخدمات التي يحصلون عليها في العيادات الصحية، أعرب المراهقون عن توقعهم الحصول على تدريب على المهارات المهنية.

«أحد الأشياء التي أريدها بالفعل هو أن أتعلّم مهارات الحياة. لأننا في الوضع الحالي لا أحد يعلمنا هذه الأمور. أود أن تعلم كيفية الطبخ، والخياطة أيضًا». (مناقشة المجموعة البؤرية، فتاة عمرها ١٤ سنة، لوساكا)



نيل فرديان / فيروس نقص المناعة البشرية الولية / التحالف ضد الإيدز

التثقيف الجنسي عن طريق الأقران. زامبيا

شيء حساس ... وفي رأيي أن نغير رؤيتنا تجاه تناول ذلك باعتباره من المحرمات». (مناقشة المجموعة البويرة، أولياء الأمور، لوساكا)

«نحن كأولياء أمور لسنا على دراية تامة أيضًا، إلى حد ما، بمعلومات عن الصحة الجنسية والإيجابية بما يمكن أن يساعد المراهقين المتعاشين مع فيروس نقص المناعة البشرية بالنمو وهم على علم جيد بالوضع. لكنها مرة أخرى مشكلة تتعلق بعدم توفر عيادات الأطفال والزوايا الصديقة للشباب». (مناقشة المجموعة البويرة، أولياء الأمور، كالومو)

مناقشة

إن الإقرار بتطور قدرات المراهقين الاجتماعية والقانونية^(١٢)، وإشراكهم في تصميم برامج الصحة، يمكن أن يعزز عمل تدخلات مُصممة للملاءمة احتياجاتهم^(١٣)، وفي فترة مبكرة ترجع إلى عام ١٩٨٩، أكدت اتفاقية حقوق الطفل أهمية إشراك الأطفال بالرأي في المسائل التي تؤثر عليهم^(١٤)، وفي عام ١٩٩٤، ركز المؤتمر الدولي للسكان والتنمية، بصفة

نقص المناعة البشرية». (مناقشة المجموعة البويرة، أحد مقدمي الخدمات الصحية، لوساكا)

«إننا نشعر، ونعتقد، أنه حق للشباب الوصول إلى هذه الخدمات مثل ... الصحة الجنسية والإيجابية، إننا نتحدث عن المسائل المتعلقة بوسائل منع الحمل، والإجهاض غير الآمن، والأمومة الآمنة، إننا نتحدث عن تمكينهم من اتخاذ قرارات مستنيرة، الخدمات تتطور في الأساس، لكن ذلك يستغرق وقتاً طويلاً». (مقابلة مع أحد مقدمي الخدمات الصحية، لوساكا)

«أعتقد أن الشيء الرئيسي هو المعلومات ... ثم دعم المجموعات وجعل هذا مركزاً للإحالة ... والفكرة هي أن يوجد مركز إحالة فرعي متخصص للمراهقين والأطفال الذين يعانون من مشكلات إكلينيكية، ومشكلات في العلاج والالتزام». (مقابلة مع أحد مقدمي الخدمات الصحية، لوساكا)

«ليس بإمكان معظم المراهقين لدينا الوصول إلى المعلومات بسبب التقاليد - نحن أولياء الأمور لا نحب مناقشة مثل هذه القضايا، لأن الحياة الجنسية هي

المناعة البشرية الاحتياجات المعيشية للمراهقين المتعاشين معه. ففي حين يُعتبر التدريب المهني والتدريب على مهارات الحياة أمرًا شائعًا في برامج فيروس نقص المناعة البشرية الموجهة للبالغين، فإنه نادر الحدوث في الخدمات الموجهة للمراهقين. على أنه قد يكون مهمًا للمراهقين الذين كانوا، كما هو الحال في دراستنا، مقدمي الرعاية الأساسية لأطفالهم. في أحد البرامج النادرة في زمبابوي، أُدرج المراهقون المصابون بالفيروس إلى برنامج للدخار ومهارات الحياة، يركز على المجتمع المحلي؛ وكان البرنامج، إلى جانب تمكينهم اقتصاديًا، يعمل أيضًا على تحسين فاعليتهم الذاتية، واحترامهم الذاتي.^(٥١)

ثانيًا؛ يجب دعم المراهقين المتعاشين مع فيروس نقص المناعة البشرية لإنشاء شبكات الأقران الخاصة بهم، المماثلة لتلك الموجودة لدى الكبار، كجزء من برمجة الخدمات الخاصة بالفيروس والمقدمة للمراهقين. وهو الأمر الذي سيزيد قدرتهم على التعبير الجماعي عن شواغلهم وتفضيلاتهم بشأن الخدمات، فضلًا عن قدرتهم على دعم بعضهم بعضًا، والتغلب على الوصمة الاجتماعية، وفي أوغندا، بدأت برامج فيروس نقص المناعة البشرية في إشراك جماعات الأقران من المراهقين للتشاور مع بعضهم بعضًا، وتعزيز الالتزام بالتقنيات الإيجابية المساعدة، وتوعية مجتمعاتهم حول الفيروس بمشاطرة تجاربهم في التعايش مع الفيروس.^(٥٢) إن هذا التيسير لفاعلية المراهقين الجماعية يجب أن يمثل ركيزة أساسية لخدمات فيروس نقص المناعة البشرية. فقد أوضحت أدلة محاولة عشوائية أخيرة في تنزانيا أن المراهقين - عندما يحصلون على دعم لفهم الإيكولوجيا الاجتماعية، والمواطنة، وفيروس نقص المناعة البشرية، وقضايا صحة المجتمع الأوسع نطاقًا، فضلًا عن كيفية تقييم الاحتياجات واتخاذ مواقف جماعية - يمكنهم تثقيف وتعبئة مجتمعاتهم المحلية. كما يمكنهم أيضًا النجاح في إشراك المنظمات الحكومية وغير الحكومية لتقديم مجموعة واسعة من الخدمات لهم ومجتمعاتهم المحلية.^(٥٣) ولذا، يجب أن تعمل برامج فيروس نقص المناعة البشرية

خاصة، على حماية وتعزيز حقوق الصحة الإيجابية للمراهقين.^(٤٧) ومؤخرًا، ربط الهدف ٣ من الأهداف الإنمائية للألفية، واللجنة المعنية بالسكان والتنمية (الدورة ٤٥، عام ٢٠١٢)، بين تعزيز الصحة الجنسية والإيجابية للشباب وحققهم في الحصول على الخدمات المتصلة بفيروس نقص المناعة البشرية وغيرها من خدمات الأمراض المنقولة جنسيًا.^(٤٨) إذن، ما المطلوب حديدًا؟

أولًا؛ يمكن أن يُعد إضافة خدمات المراهقين، المرتبطة بخدمات الأطفال والكبار، آلية لترسيخ نموذج لصحة المراهقين قائم على الحقوق، جَادِل سوبر وآخرون^(٥١) (Sawyer et al) أن طبيعة الخدمات الصديقة للمراهقين يجب أن يحددها المراهقون أنفسهم، ونحن نوافق. في نموذج زمبابوي الذي وصفته أروكار وآخرون^(٤٩) (Erukar et al)، عندما طُلب من المراهقين تحديد الخصائص التي يرونها تُعبر عن الخدمات الصديقة للشباب، جُدهم يحددون السرية، وقصر فترة الانتظار، وانخفاض التكلفة، وود الموظفين، باعتبارها أهم الخصائص. أقل الخصائص أهمية شملت خدمات للشباب فقط، مما يطرح أن المراهقين لا يفضلون بالضرورة الخدمات التي تقتصر على الشباب، فقد تخالف التوقعات.^(٤٩)

إن تحديد هذه الخصائص، التي قد تختلف تبعًا للسياق ولظروف المراهقين الاجتماعية، يجب أن يسبق تنفيذ خدمات فيروس نقص المناعة البشرية للمراهقين. وعلى سبيل المثال، كان لدى بعض المراهقين في دراستنا أطفال، وهو الأمر الذي يدعو إلى الانتقال السلس والروابط الوثيقة بين خدمات الأطفال والمراهقين والكبار، فضلًا عن تكامل أفضل للصحة الجنسية والإيجابية مع خدمات فيروس نقص المناعة البشرية للمراهقين الأكبر سنًا المتعاشين مع الفيروس.^(٥٠) وتوضح الأدلة من بلدان أخرى أن الموقع المكاني المشترك، وتقديم مجموعة تدخلات تضم الحماية المزدوجة ووسيلة لمنع الحمل داخل خدمات فيروس نقص المناعة البشرية للمراهقين، يمكنه تسهيل التكامل.^(٥٠، ٥٢) وبالمثل، يجب أن تتناول خدمات فيروس نقص

الحديث حول الجنس. والحياة الجنسية. والعلاقات. قد يتطلب برامج تركز على الآباء لتمكينهم من تحسين التواصل مع مراهقيهم المصابين بفيروس نقص المناعة البشرية. مثلما حقق ذلك بنجاح في أوغندا.^(١٠) رابعًا؛ هناك حاجة إلى ضمان تدريب مقدمي الخدمات الصحية. بوجه خاص. على صحة المراهقين. وعلى خلاف ما يحدث في معظم البلدان الغربية. فإن صحة المراهقين ليست تخصصًا تدريبياً في أفريقيا جنوب الصحراء.^(١١) على أن التدريب القائم على الكفاءة. لمقدمي الرعاية الصحية. حول صحة المراهقين قد ثبتت فاعليته في بوتسوانا.^(١٢) وحققت وزارة الصحة في أوغندا نجاحًا في تحسين مهارات التشاور حول الفيروس مع المراهقين لدى المستشارين المتخصصين. وذلك عن طريق برنامج تدريبي مائل على أساس الكفاءة. لقد كانت السمة المميزة لهذه المبادرة. التي نُفذت بالشراكة مع المنظمات غير الحكومية. تتمثل في مشاركة ذات مغزى من جانب المستفيدين الرئيسيين في تحديد احتياجاتهم في مجال المشورة. مما أسهم في تطوير منهج أولي وتعزيز قدرة مقدمي الخدمة على تناول قضايا المراهقين.^(١٣) وفي زمبابوي. كان تدريب مقدمي الرعاية الصحية يُشرك المراهقين أنفسهم. حيث يشرحون تجربتهم في التعايش مع الفيروس واحتياجاتهم النفسية.^(١٤)

وبإيجاز: تطرح النتائج التي توصلنا إليها أن الخدمات الصحية في زامبيا يمكن أن تتغير لتصبح أكثر ملاءمة للمراهقين. وذلك من خلال عدد من المقاربات. بما فيها: (١) استخدام المقاربات التشاركية لتحديد الخدمات التي تُقدم للمراهقين: (٢) تحديد مقدمي الرعاية الصحية الذين يمكنهم تحمل مسؤولية رعاية المراهقين وحثيهم من طب الأطفال إلى خدمات الكبار: (٣) تعزيز الكفاءات لدى مقدمي الرعاية الصحية لتقديم الخدمات الصديقة للمراهقين: (٤) الاستجابة للظروف الفردية. فضلًا عن السياق الاجتماعي الأوسع من المراهقين المتعايشين مع فيروس نقص المناعة البشرية. أي في ما يتعلق بالحوازر الاجتماعية. والاقتصادية. والوصمة. وغيرها

على إنشاء المنابر والفرص. التي تؤدي إلى تمكين الحوار بين الشباب ومجتمعاتهم وحكوماتهم. كما حدث بنجاح للبالغين المتعايشين مع الفيروس.^(٥٤، ٥٦) وفي المقابل. يجب أن يسعى صناع السياسة إلى المراهقين المتعايشين مع الفيروس. ويستمعون إليهم. عند صياغة السياسات ذات الصلة. وكذا إلى الشباب. بغية ضمان أن السياسات الوطنية تركز على الوقاية من فيروس نقص المناعة البشرية بين الشباب. فضلًا عن توفير خدمات مناسبة لأولئك المتعايشين بالفعل مع الفيروس.

ثالثًا؛ هناك مسألة الكشف عن الإصابة بالفيروس. التي ثبت أنها مشكلة مهمة للمراهقين المصابين به. من الضروري أن يمتلك المراهقون وأسرهم قدرًا أكبر من التحكم في كيفية ومتى يكشفون عن إصابتهم للآخرين. وهو ما يتطلب معرفة مهارات الكشف. على الرغم من محدودية الخبرة حول كيفية تحقيق ذلك. توضح أدلة جنوب أفريقيا أن المقاربات التي تتخذ من الأسرة مركزًا لها. وتعمل على تحسين مهارات الكشف لدى أولياء الأمور المتعايشين مع الفيروس. تمثل منهجية مهمة يمكن تبنيها مع المراهقين.^(٥٥) إن المداخلات التي تدعم كشف المراهقين عن حالتهم يجب أن تضع في حساباتها تطور قدراتهم. وفاعليتهم الذاتية. والعلاقات الجنسية والأسرية.^(٥٧، ٥٨)

إن تحقيق الصحة الجنسية والإيجابية للمراهقين المتعايشين مع فيروس نقص المناعة البشرية يتطلب أن تقوم البرامج الخاصة بالفيروس بإشراك المراهقين ومجتمعاتهم المحلية في التصدي للوصمة الاجتماعية. وغيرها من الحواجز الثقافية التي تمنع المراهقين من التمتع بحياة جنسية صحية. في دراستنا. كان المراهقون المتعايشون مع الفيروس مصممون على إقامة علاقات جنسية صحية. لكن التقاليد الثقافية كانت غالبًا ما تحول دون مناقشة علاقاتهم الجنسية مع والديهم. إن تعزيز قدرة التواصل بين الآباء والمراهقين. حول الجنس والعلاقات. يمكن أن يُيسر ويؤثر إيجابيًا على السلوك الجنسي للمراهقين.^(٥٩، ٥٨) كما أن تحسين الشعور بالراحة عند

بين آخرين: وإلى ممولي الدراسة. «الوكالة السويدية للتعاون الإنمائي الدولي» *Swedish International Development Cooperation Agency* من خلال «برنامج أفريقيا الإقليمي للتحالف الدولي لفيروس نقص المناعة البشرية/مرض الإيدز» *Africa Regional Programme of the International HIV/AIDS Alliance*. ووزارة التنمية الدولية بالملكة المتحدة من خلال «دليل اتحاد أعمال البحوث» *Action Research Consortium*.

من الحواجز الثقافية: (٥) تمكين المراهقين المتعاضدين مع الفيروس من الدفاع عن أنفسهم. وأن يصبحوا عناصر رائدة من أجل التغيير.

شكر وتقدير

نود أن نتوجه بالشكر للشباب، ومساعدتي البحث، والبالغين الذين شاركوا؛ وإلى فابيان كاتالدو *Fabian Cataldo*. الذي شارك في تصميم بروتوكول الدراسة؛ وإلى الفريق الاستشاري للبحث، بما فيه «رابطة الإيدز أفريقيا الجنوبية» *Southern Africa AIDS Trust*. من

المراجع

1. Ferrand R, Lowe S, Whande B, et al. Survey of children accessing HIV services in a high prevalence setting: time for adolescents to count? *Bulletin of World Health Organization* 2010;88(6):428–34.
2. United Nations Children's Fund. *Children and AIDS: Fifth Stocktaking Report*, 2010. New York: UNICEF; 2010.
3. Siziya S, Muula AS, Kazembe LN, et al. Harmful lifestyles' clustering among sexually active in-school adolescents in Zambia. *BMC Pediatrics* 2008;8(6).
4. Ministry of Health [Zambia], Central Statistical Office [Zambia] and ORC Macro. *Zambia HIV/AIDS Service Provision Assessment Survey 2005*. Calverton, MD: Ministry of Health, Central Statistical Office and ORC Macro; 2006.
5. Agha S, Van Rossem R. Impact of a school-based peer sexual health intervention on normative beliefs, risk perceptions, and sexual behavior of Zambian adolescents. *Journal of Adolescent Health* 2004;34(5):441–52.
6. United Nations Children's Fund. *The State of the World's Children 2011*. New York: UNICEF; 2011.
7. Ferrand RA, Corbett EL, Wood R, et al. *AIDS among older children and adolescents in Southern Africa: projecting the time course and magnitude of the epidemic*. *AIDS* 2009;23(15):2039–46.
8. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. *We can empower young people to protect themselves from HIV*. Geneva: UNAIDS; 2010.
9. UNAIDS. *Global Report: UNAIDS Report on the Global AIDS Epidemic 2010*. Geneva: UNAIDS; 2010.
10. Sawyer SM, Afifi RA, Bearinger LH, et al. *Adolescence: a foundation for future health*. *Lancet* 2012;379(9826):1630–40.
11. World Health Organization. *Antiretroviral Therapy of HIV Infection in Infants and Children in Resource-limited Settings: Towards Universal Access*. Geneva: WHO; 2006.
12. WHO. *Adolescent Friendly Health Services: An Agenda for Change*. Geneva: WHO; 2002.
13. Mahy M, Garcia-Calleja JM, Marsh KA. Trends in HIV prevalence among young people in generalized epidemics: implications for monitoring the HIV epidemic. *Sexually Transmitted Infections* 2012;88(Suppl.2):65–75.
14. National AIDS Council [Zambia]. *National AIDS Strategic Framework 2011–2015*. Lusaka: National AIDS Council [Zambia]; 2010.
15. Kalibala S, Mulenga D. *Situation Assessment of the HIV Response Among Young People in Zambia*. Geneva: UNAIDS; 2011.
16. Magnani RJ, Karim AM, Weiss LA, et al. *Reproductive health risk and protective factors among youth in Lusaka, Zambia*. *Journal of Adolescent Health* 2002;30(1):76–86.
17. Warenus L, Pettersson KO, Nissen E, et al. *Vulnerability and sexual and reproductive health among Zambian secondary school students*. *Culture, Health & Sexuality* 2007;9(5):533–44.
18. Menon A, Glazebrook C, Campaign N, et al. *Mental health and disclosure of HIV status in Zambian adolescents with HIV in-*

- fection: implications for peer-support programs. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes* 2007;46(3):349–54.
19. Nachega JB, Hislop M, Nguyen H, 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.
20. Nglazi MD, Kranzer K, Holele P, et al. Treatment outcomes in HIV-infected adolescents attending a community-based antiretroviral therapy clinic in South Africa. *BMC Infectious Diseases* 2012;12:21.
21. Bakeera-Kitaka S, Nabukeera-Barungi N, Nostlinger C, et al. Sexual risk reduction needs of adolescents living with HIV in a clinical care setting. *AIDS Care* 2008;20(4):426–33.
22. Koenig LJ, Pals SL, Chandwani S, et al. Sexual transmission risk behavior of adolescents with HIV acquired perinatally or through risky behaviors. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes* 2010;55(3):380–90.
23. McMillan AS, Simkiss D. The United Nations Convention on the Rights of the Child and HIV/AIDS. *Journal of Tropical Pediatrics* 2009;55(2):71–72.
24. Gruskin S, Tarantola D. Universal access to HIV prevention, treatment and care: assessing the inclusion of human rights in international and national strategic plans. *AIDS* 2008;22(Suppl 2):S123–32.
25. Ayres JR, Paiva V, Franca Jr I, et al. Vulnerability, human rights, and comprehensive health care needs of young people living with HIV/AIDS. *American Journal of Public Health* 2006;96(6):1001–06.
26. Berkman A, Garcia J, Munoz-Laboy M, et al. A critical analysis of the Brazilian response to HIV/AIDS: lessons learned for controlling and mitigating the epidemic in developing countries. *American Journal of Public Health* 2005;95(7):1162–72.
27. Chopra M, Ford N. Scaling up health promotion interventions in the era of HIV/AIDS: challenges for a rights based approach. *Health Promotion International* 2005;20(4):383–90.
28. Baryamutuma R, Baingana F. Sexual, reproductive health needs and rights of young people with perinatally acquired HIV in Uganda. *African Health Sciences* 2011;11(2):211–18.
29. WHO, UNAIDS. Key elements in HIV/AIDS care and support. Geneva: WHO, UNAIDS; 2000.
30. WHO. Integrating sexual health interventions into reproductive health services: programme experience from developing countries. Geneva: WHO; 2005.
31. Hodgson I, Ross J, Haamujompa C, et al. Living as an adolescent with HIV in Zambia – lived experiences, sexual health and reproductive needs. *AIDS Care* 2012;24(10):1204–10.
32. WHO. A qualitative review of psychosocial support interventions for young people with HIV. Geneva: WHO; 2009.
33. Gruskin S, Ferguson L, O'Malley J. Ensuring sexual and reproductive health for people living with HIV: an overview of key human rights, policy and health systems issues. *Reproductive Health Matters* 2007;15(29 Suppl):4–26.
34. Birungi H, Obare F, Mugisha JF, et al. Preventive service needs of young people perinatally infected with HIV in Uganda. *AIDS Care* 2009;21(6):725–31.
35. Binagwaho A, Fuller A, Kerry V, et al. Adolescents and the right to health: eliminating age-related barriers to HIV/AIDS services in Rwanda. *AIDS Care* 2012;24(7):936–42.
36. Siu GE, Bakeera-Kitaka S, Kennedy CE, et al. HIV serostatus disclosure and lived experiences of adolescents at the Transition Clinic of the Infectious Diseases Clinic in Kampala, Uganda: a qualitative study. *AIDS Care* 2012;24(5):606–11.
37. Carlson M, Brennan RT, Earls F. Enhancing adolescent self-efficacy and collective efficacy through public engagement around HIV/AIDS competence: a multilevel, cluster randomized-controlled trial. *Social Science & Medicine* 2012;75(6):1078–87.
38. Michelo C, Sandoy IF, Fylkesnes K. Marked HIV prevalence declines in higher educated young people: evidence from population-based surveys (1995–2003) in Zambia. *AIDS* 2006;20(7):1031–38.
39. Kayeyi N, Fylkesnes K, Michelo C, et al. Decline in HIV prevalence among young women in Zambia: national-level estimates of trends mask geographical and socio-demographic differences. *PLoS One* 2012;7(4):e33652.
40. Bearinger LH, Sieving RE, Ferguson J, et al. Global perspectives on the sexual and reproductive health of adolescents: patterns, prevention, and potential. *Lancet* 2007;369(9568):1220–31.
41. Ministry of Health [Zambia]. Adolescent HIV Care and Treatment: A Training Curriculum for Multidisciplinary Health Care Teams. Lusaka: MOH [Zambia]; 2011.
42. Ferrinho P, Siziya S, Goma F, et al. The human resource for health situation in Zambia: deficit and maldistribution. *Human Resources for Health* 2011;9(1):30.

43. Save the Children. So you want to involve children in research? Stockholm: Save the Children; 2004.
44. World Medical Association. Declaration of Helsinki: Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects. Ferney-Voltaire: WMA; 2008.
45. Bhopal R. Concepts of Epidemiology: Integrating the Ideas, Theories, Principles and Methods of Epidemiology. 2nd ed. Oxford: Oxford University Press; 2008.
46. Silverman D. Interpreting Qualitative Data: Methods for Analyzing Talk, Text and Interaction. 2nd ed. London: Sage Publications; 2001.
47. UN Population Fund. International Conference on Population and Development Programme of Action 1994. www.unfpa.org/public/icpd/.
48. UN Commission on Population and Development. (45th session, 2012) Draft Resolution on Adolescents and Youth, E/CN.9/2012/8. www.un.org/esa/population/cpd/cpd_resolutions.html.
49. Erulkar AS, Onoka CJ, Phiri A. What is youth-friendly? Adolescents' preferences for reproductive health services in Kenya and Zimbabwe. African Journal of Reproductive Health 2005;9(3):51-58.
50. Birungi H, Obare F, van der Kwaak A, et al. Maternal health care utilization among HIV-positive female adolescents in Kenya. International Perspectives on Sexual and Reproductive Health 2011;37(3):143-49. doi: 10.1363/3714311.
51. Senefeld S, Miller C, Mgugu D, et al. Self-esteem, self-efficacy and hope among vulnerable adolescents affected by HIV participating in community-based savings and lending groups in rural Nyanga district, Zimbabwe. Presented at 19th International AIDS Conference, Washington, DC, 2012. Abstract No. WEAE0402.
52. Mukasa Mbooga B, Kawuma E, Batamwita R, et al. Responding to the sexual and reproductive health needs of adolescents living with HIV and AIDS: the Mildmay Uganda experience. Paper presented at 19th International AIDS Conference, Washington, DC, 2012. Abstract No. MOPE668.
53. Hodgson I, Nakiyemba A, Seeley J, et al. Only connect - the role of PLHIV group networks in increasing the effectiveness of Ugandan HIV services. Aids Care: Psychological and Socio-Medical Aspects of AIDS/HIV 2012;24(11):1368-74. doi: 10.1080/09540121.2012.656568.
54. de Souza R. Creating "communicative spaces": a case of NGO community organizing for HIV/AIDS prevention. Health Communication 2009;24(8):692-702. doi: 10.1080/10410230903264006.
55. Rochat TJ, Mkwanazi N, Bland R. Maternal HIV disclosure to HIV-uninfected children in rural South Africa: a pilot study of a family-based intervention. BMC Public Health 2013;13(1):147. doi: 10.1186/1471-2458-13-147.
56. Cook R, Dickens BM. Recognizing adolescents' 'evolving capacities' to exercise choice in reproductive healthcare. International Journal of Gynecology & Obstetrics 2000;70(1):13-21.
57. Wiener LS, Battles HB. Untangling the web: a close look at diagnosis disclosure among HIV-infected adolescents. Journal of Adolescent Health 2006;38(3):307-09.
58. Benavides Torres RA, Villarreal A, Rew L, et al. Parents' and adolescents' influences on Mexican adolescents' intentions for sexual behaviors: a model building approach. Paper presented at 17th International AIDS Conference, 2008. Abstract No. WEPE0852.
59. Miller KS, Maxwell KD, Fasula AM, et al. Pre-risk HIV-prevention paradigm shift: the feasibility and acceptability of the Parents Matter! Program in HIV risk communities. Public Health Report 2010;125(Suppl.1):38-46.
60. Kisaakye VNK, Nyombi J, Nakalawa L. Designing interventions for parents/guardians of HIV perinatally infected adolescents in Uganda. Presented at 5th IAS Conference on HIV Pathogenesis and Treatment. Cape Town, 2005. Abstract No. WEPE200.
61. Stefan C, van der Merwe PL. Treating adolescents in South Africa: time for adolescent medicine units? South African Medical Journal 2008;98(3):184-85, 187.
62. Lowenthal ED, Szalda D, Harari N, et al. Relationship of training to self-reported competency and care of adolescents in an African health care setting. Journal of Adolescent Health 2011;49(4):431-33.
63. Chimulwa TN, Nyombi JK, Birungi J. Evaluation of strengthening HIV counselor training (SCOT) project in Uganda: successes and lessons learnt. Paper presented at HIV Capacity Building Summit, Nairobi, 2011. www.hivcapacityforum.org/userfiles/Chimulwa%20T.pdf.
64. Gamanya G. Improving the quality of care for adolescents living with HIV/AIDS by introducing psychosocial support services at Beatrice Road Infectious Disease Hospital Opportunistic Infections and Antiretroviral Therapy Clinic in Harare, Zimbabwe. Paper presented at 18th International AIDS Conference, Vienna, 2010. Abstract No. TUPE0832.