

**ANNEDEN BEBEĞE HIV ENFEKSİYONUNUN GEÇİŞİNİ
AZALTMADA YAKLAŞIMLAR VE ETİK SORUNLAR**

*APPROACHES IN DECREASING THE RISK OF MOTHER-TO-CHILD
TRANSMISSION OF HIV INFECTION AND ETHICAL PROBLEMS*

Ayla BAYIK

Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Halk Sağlığı Hemşireliği ABD (Prof. Dr.)

Anahtar Sözcükler: Anneden bebeğe HIV geçişi, yaklaşımlar, etik sorunlar

Key Words: HIV infection, Mother-to-child transmission, approaches. ethical problems

ÖZET

Dünyada 32 milyon I-HIV ile enfekte insandan bir milyondan fazlasını çocuklar oluştururken, 2000 yılında dünyada 10 milyon çocuğun HIV tipi ile enfekte olacağı beklenmektedir. Gelişmekte olan ülkelerde, tüm yeni HIV enfeksiyon olgularının %5-10 'unda, anneden bebeğe geçiş sorumlu tutulmaktadır. Yatay geçiş olarak adlandırılan doğum öncesi, doğum ve doğum sonrası dönemde anneden bebeğe enfeksiyonun geçişi, eğer hiç bir önlem alınmazsa %15-35 oranında gerçekleşir. Annede viral yük, HIV'in klinik düzeyi, annenin HIV'e ilişkin bağışıklık düzeyi, doğumun şekli, annenin bebeğin' emzirmesi, HIV enfeksiyonunun anneden bebeğe geçişinde etkili risk faktörleridir. Perinatal geçişin azaltılmasında kanıtlanmış etkili yaklaşımlar arasında: anneye yada bebeğe uygulanan mono/kombine antiretroviral sağaltım, doğum şekli olarak sezeryan doğumun yeğlenmesi ve özellikle HIV pozitif annelerin bebeklerini emzirmekten sakınmaları belirlenmiştir. Teorik etkinliği olan yaklaşımlar arasında da, doğum kanalının dezenfektanlarla yıkanması (%05 klorhexidine), membranın yapay olarak açılmasından sakınılması, immün sağaltım ve anneye A vitamini verilmesi üzerinde çalışmalar sürdürülmektedir. Gelişmekte olan ülkelerde, özellikle antiretroviral sağaltımların pahalı olması, ilacın yan etkileri gibi nedenlerle yaygın kullanımı güç olmaktadır. Gebelerden HIV testi istenmesi, annelere bebeklerini emzirmemelerinin öğütlenmesi, ilaçların deney grupları üzerinde denenmesi, sağlık bakımında HIV'in anneden bebeğe geçişini azaltma ve korunmaya yönelik yaklaşımlar olmakla birlikte, beraberinde etik sorunları da getirmektedir. Bu nedenle bu yaklaşımlarda: gizlilik, gebenin özerkliği, zarar vermeme, yarar sağlama, üreme haklarına saygı duyma gibi etik ilkelere özellikle tüm sağlık çalışanlarının özen göstermesi gerekmektedir.

SUMMARY

While more than one million of HIV infected cases are children among 32 million HIV infected people around the world. it is expected that 10 million of children will be infected with type of HIV 1 in the years of 2000. In developing countries, between five to ten percent of all new cases are assumed to responsible with mother-to-child transmission. Since intrauterine, intrapartum and postpartum periods are responsible for vertical transmission, if some preventive measures are not taken. the risk of transmission is about 15-35 percent. Mothers' viral load, clinical level of the disease, mothers' status of immunization, type of delivery, weaning practice of the mother are the risk factors in transmission. Monocombine antiviral therapies, applying for cesarean section and searing from weaning are among the effective approaches in reducing perinatal transmission. Among the effective approaches theoretically effective are washing the cervical canal with disinfectants such as chlorhexidine (0.05%), avoiding opening the membrane artificially, immunotherapy and prescribing vitamin A to mother. In developing countries, as the drugs are expensive and have some side effects, it is difficult to make use of them widely. Although approaches such as asking for the pregnant woman to have HIV test, advising mothers not to wean and testing the new drugs on human beings seem to be decreasing the transmission and feasible for prevention but it is clear that it will bring some ethical problems. For that reason, health personnel should be sensitive to apply for ethical principles such as: confidentiality, autonomy, nonmaleficence, beneficence and reproductive rights.

GiRiş

Dünyada 32 milyon HIV ile enfekte insandan bir milyondan fazlasını çocuklar oluştururken, her yıl yaklaşık 590 000 çocuk, anneden bebeğe hastalığın geçişi ile enfekte olmaktadır (UNAIDS, 1997; Winter, 1997). Epideminin dünyada ortaya çıkmasından beri, iki milyon HIV pozitif çocuğun HIV pozitif anneden doğduğu belirlenmiştir (Winter, 1997). Hergün yaklaşık 1000 çocuk HIV ile enfekte olmaktadır, 2000 yılına gelindiğinde dünyada 10 milyon çocuğun HIV'le enfekte olması beklenmektedir. Yine 5-10 milyon çocuğun annesini yada anne ve babasının her ikisini de yitirerek yetim kalacağı bildirilmiştir (Rooks, 1989; UNAIDS, 1997; WHO, 1988; Winter, 1997; Yordi, 1990).

HIV ile enfekte olan çocukların % 90'ı, bu enfeksiyonu anneden almıştır. Doğum öncesi, doğum ve doğum sonrası dönemde, yatay geçiş-le enfeksiyonun, HIV ile enfekte anneden doğan bebeklerde %15-%35 oranında gelişebileceği belirtilmektedir (Bayık, 1994; Reagan and others, 1993; Rooks, 1989; Stephenson, 1994). Anneden bebeğe geçişin, Avrupa'da %15-20, ABD'de %15-30, Afrika'da %25-35 olduğu saptanmıştır (Bayık, 1994). Anneden bebeğe HIV'in geçişi yatay geçiş olarak adlandırılır,

Anneden HIV enfeksiyonunun geçişinde üç yol söz konusudur (McIntyre, 1999; Newell, Peackham 1993; Newell, 1999; AIDS action, 1999; WHO/MCH, 1988; Winter,1997; Yordi, 1996).

1. Gebelik sırasında
2. Doğum sırasında
3. Emzirme yolu ile

Geçişin pek sık olmaması nedeniyle doğum öncesi ve doğum sonrası dönemler. HINrin anneden bebeğe geçişini önlemede girişimlerin yoğunlaştırılabileceği dönemlerdir. Anneden bebeğe geçiş, anneye ait bazı özellikler ve doğum eylemini kapsayan bazı faktörlerle ilgili olup, emzirmeyi de içermektedir (Tablo1).

Tablo 1: I I IV Enfeksiyonunun Anneden Bebeğe Geçişinde Etkili Risk Faktörleri

Oldukça Etkili Faktörler	Az Etkili Faktörler
Anneye ait	
El HIV 'in klinik düzeyi	▫ Diğer hastalıklar
▫ HIV'e ilişkin bağışıklık düzeyi	
Doğum Süreci	
Prematürite	▫ Obstetrik işlemler
▫ Doğumun şekli	▫ Menranın açıklık süresi
▫ Doğumun süresi	
Postpartum Dönem	
▫ Emzirme	▫ Bebeğin yıkanması

Gebelikte bir kadının immün sistemi normalde zayıflar. HIV'in bilinen toplam immün sistemi baskılayıcı etkisi ile de, gebeliğin HIV enfeksiyonunu ve AIDS gelişimini hızlandırabileceği düşünülebilir (Bayık, 1994). HIV enfeksiyonunun gebelik sonucuna etkisi incelendiğinde erken membran yırtılmasının, düşük doğum ağırlıklı bebek doğurma ve prematür bebek ölümlerine yol açtığı görülmüştür (Bayık, 1994). Annenin viral yükü arttıkça geçiş riski de yavaş yavaş artmaktadır (McIntyre 1999; Newell. Peackham 1993; Newell, 1999; Reagan and Others, 1993; AIDS Action 1999; WHO/MCH.1988). Bununla birlikte virüs yoğunluğunun yatay geçişte tek başına etkili faktör olmadığı belirtilmektedir. Prematüre doğum, yeni doğanın enfekte olma riskini arttırırken membranın açılması ve doğum eyleminin başlaması arasındaki sürenin yatay geçiş riskini arttırdığı bazı çalışmalarda belirlenmiştir

(McIntyre, 1999; Newell, Peackham, 1993). Membranın açılmadan doğum öncesi dönemde sezeryan doğum şeklinin seçilmesi ile de geçiş riskinin yarı yarıya azaltılabileceği, son zamanlarda yürütülen çalışmalarda doğrulanmıştır (McIntyre,1999; Newell.1999). Emzirme yolu ile enfeksiyonun geçişi de söz konusudur. Enfekte kadınlarda doğum sonrası dönemde riskin yaklaşık %30 olduğu tahmin edilmektedir (Safe Motherhood, 1997; Reagan and Others, 1993; Stephenson, 1994; WHO/GPA/INF, 1992; WHO/MCH,1988). HIV'le enfekte olan kadınlar için emzirme yolu ile geçişte risk inutero yada doğum sırasında oluşan geçişe ek olarak %7-%22'dir (Newell, Peackham. 1993). Brezilya ve Güney Afrika'da yürütülen çalışmalarda emzirilen bebeklerde geçiş riskinin ikiye katlandığı belirlenmiştir. Enfeksiyonun emzirme ile geçişinde, emzirme süresi ile ilgili bulgulara pek rastlanmamıştır.

Yatay Geçişin Azaltılmasında Stratejiler

HIV enfeksiyonuna karşı, doğurgan çağdaki kadınlara yönelik enfeksiyonun önlenmesine yönelik çabaların artırılması gerekiyorsa da, anneden bebeğe geçişin önlenmesine yönelik yollarla da ilgilenilmektedir (Yordi, 1996).

Gebelikte, doğum sırasında ve doğum sonrasında bu geçiş, aşağıdaki yollarla azaltılabilir (Tablo 2):

- Emzirirken, gebelik öncesinde ve gebelik sırasında, güvenli cinsel uygulamaları ile kadının ve eşinin korunması bu riski azaltabilir,
- Doğum sırasında yada öncesinde gebelere HIV'e karşı ilaçlar verilerek azaltılabilir,
- Gebelik sırasında veya doğum sırasında amniosentez gibi çok gerekli olmayan invaziv işlemlerden kaçınılması
- Uygun alternatif bebek besleme yöntemleri ile emzirmeden kaçınılması, anne sütü ile HW geçişi engellenerek
- Kadına ve bebeğine, kontamine kan transfüzyonlarından sakınılması

Bu alternatif yöntemlerden yararlanan Avrupa ülkelerinde HIV pozitif çocukların %20'den fazlası 10 yaşına gelmiş halen yaşıyor iken. ancak Zambia gibi bazı ülkelerde aksine. HIV pozitif çocukların ⁰/050`si iki yaşına gelmeden ölmüştür (Winter,1997).

Tablo 2: Perinatal Geçişin önlenmesinde Yaklaşımlar

K; mtlannuş etkili yaklaşımlar	Teorik Etkinliği Olan Yaldaşnırlar
Cl Antiretroviral sağaltım (Mono/kombine)	El özellikle Doğurgan çağdaki kadınlarda emzirirken yeni enfeksiyonların önlenmesi
1:1 Sezeryan doğum	❑ Cinsel eş sayısını sınıflandırma
❑ Emzirmeden sakınma	D Gebelik sırasında cinsel ilişki sıklığını azaltma Cl irnmön sağaltım 131 A vitamini
	D Skalp elektrodların kullanılmasından ve felüsten kan örneklerinin alınmasından sakınma
	❑ Doğum kanalmm temizlenmesi

A- DOĞUM ÖNCESİ DÖNEMDE KORUYUCU YAKLAŞIMLAR 1.

Antiretroviral Sağaltım

Antiretroviral sağaltım (ARV), HIV virüsü ile savaşıta son yıllarda yaygın kullanılmaktadır (AIDS ACTION, 1999; Brocklehurst, 1999; Meintyre, 1999; Simmonds, 1998). ARV sağaltımı ile 1-HIV ile enfekte hastalar sağlıklı kalabilmektedir. Ancak bu ilaçlar pahalı olup yan etkileri ,bulunmaktadır. (Simmonds,1998). Doğru kullanılmayacak olursa, direnç gelişebilmektedir. Anneden bebeğe geçişi önlemede yada iğne batması gibi durumlarda geçiş riskini azalmada sağaltım amacı ile tek başına kullanılabilirirnektedir. Ancak HIV% hastalarda kısa sürede direnç geliştiği için, tek başına kullanulamamaktadır. Antiretroviral ilaçlar, nükleosid analoglar, nonnükleosid reverse transkriptaz inhibitörleri ve protease inhibitörleri ile ayrı ayrı olmak üzere üç çeşit birleşik kullanımlarından yararlanılabilmektedir (Brocklehurst, 1999; Newell, 1999]. ARV sağaltımı yalnızca, pozitif HIV tanısı almış olanlara verilebilmektedir. Sağaltıma viral yük artmadan ve immün sistem zarara uğramadan başlanması önerilmektedir. ARV sağaltımının yılda maliyetinin 8000-20.000 dolar civarında olması, pek çok ülkede ne yazık ki hastalara ve devlete ağır yük getirirken, hastaların çoğu zaman sağaltım rejimini terk etmelerine neden olmaktadır. ARV sağaltımında en yaygın karşılaşılan yan etkiler arasında, ateş, kusma, ishal, diabet ve panlçreatit olduğu belirtilmektedir (UNAIDS, 1997). ARV sağaltım rejimlerinin viral yükü azaltarak hastalık geçiş riskini azaltma& beklenmektedir. Zidovudine (AZT), bir antiretroviral ilaç olup 1987 yılından beri ABD'de uygulanmaktadır. Bu ilaç nükleosid analog olup HIV çoğalmasını bastırarak, viral yükü azaltarak

hastalık geçiş riskini azaltabiliyor. Gebe kadınlarda kullanımının güvenli olduğu belirtilmektedir. Gelişmekte olan ülkelerde düzenli antiretroviral sağaltımların HIV pozitif kadınlara uygulanması ile çocuklarda enfeksiyon görülme sıklığında yoğun düşüşler saptanmıştır. Örneğin, ABDde enfeksiyon geçiş riskinin 1992-1994 yılları arasında, %22'den %1 l'e düştüğü bildirilmiştir. (Simmonds,1998). Artık gelişmiş ülkelerde HIV ile enfekte gebe kadınlarda önleyici olarak AZT'nin, düzenli uygulanması önerilmektedir. Sağaltım rejimi, tüm olası geçişi kapsarlıyı hedeflediğinden, doğum öncesi geçişin önlenmesi için 14 haftalık sağaltım ve doğum sırasındaki geçişin önlenmesi için de doğum sırasında yoğun damar içi ilaç uygulanması gerekmektedir. Ayrıca bebeğe yönelik önlem açısından, doğumdan sonra 6 hafta süre ile bebeğin ağızdan sağaltımını da gerekli kılabilmektedir.1994 yılında ABD ve Fransa'da, ACTG 076 olarak isimlendirilen bir çalışmada HIV pozitif gebe kadınlara ve yeni doğan bebeklerine AZT verilmiştir. AZT bilindiği gibi, tek başına HIV ile enfekte olanlarda etkili olmamaktadır. Bununla birlikte HIV ile etkilenme söz konusu olduğunda hemen verilecek olursa HIV enfeksiyon geliştirme riskini azaltabiliyor, örneğin bir hemşirenin eline *iğne* batması gibi. AZT sağaltımı, anneden bebeğe geçişi de azaltabilmektedir. Yukarıda sözü edilen çalışmada, gebeliğin üçüncü ayından itibaren doğum başlayıncaya kadar gebelere günde beş kez AZT verilmiştir. Bu kadınlara doğum sırasında AZT enjeksiyonu ayrıca damar içi yolla yine verilmiş ve doğan bebeklerine de doğumdan itibaren altı hafta süre ile günde dört kez AZT ağızdan sıvı ilaç olarak devam edilmiştir. Her anneye ayrıca emzirmemesi önerilmiştir. Bu yolla bu araştırmada anneden bebeğe geçişin %60 azaldığı saptanmıştır (Brocklehurst. 1999). Bu bulgularla, bu sağaltım programının 100 HIV pozitif kadına uygulanması durumunda. sekizinin bebeğinin HIV pozitif doğacağı sonucuna varılmıştır. Eğer bu sağaltım uygulanmayacak olursa, 23 bebek HIV pozitif doğacaktır. Sonuçlar başarılı görülüyorsa da, sağaltım programının bir hayli karmaşık ve pahalı olduğu açıktır. Bu nedenle daha kısa süreli, basit ve ucuz sağaltım yöntemlerinin planlanabilmesi doğrultusunda çalışmalar sürdürölmektedir.

Tayland'da yürütölen bir başka çalışmada, bebekler doğmadan dört hafta önce gebelere günde iki kez AZT tabletleri verilmiş, doğum sırasında doğum gerçekleşinceye kadar üç saat aralıklarla ilacın verilmesine devam edilmiştir. Bu çalışmada bebeklere ilaç verilmemiş ve annelerinden de bebeklerini emzirmemeleri istenmiştir. 1998 yılında yayınlanan bu çalışmada da belirtildiği üzere, anneden bebeğe geçiş hızı %50 azaltılmıştır (McIntyre, 1999: Newell, 1999).

1999 yılında yürütülen bir başka çalışmada, sağaltım süresinin kısaltılmasının geçişi azaltmada etkili olabileceği gösterilmiştir. Bu çalışma, PETRA olarak adlandırılmış ve G üney Afrika, Uganda ve Tanzania'da yürütölmüştür (Brocklehurst,1999). Çalışma kapsamına alınan kadınlardan bebeklerini emzirmemesi istenmiştir. Çalışma kapsamındaki HIV pozitif kadınlara AZT ve buna ek olarak yeni bir antiretroviral bir ilaç olan 3TC veya Eпивir olarak bilinen Lamivudine, doğum sırasında ve doğumdan sonra bir hafta süre ile verilmiştir. Bu sağaltım programı ile de geçişin, %37 oranında azaldığı gösterilmiştir. Bu çalışma sırasında, ikinci bir grup kadına da. doğum sırasında bu iki ilaç verilmiş, ancak bebeklerine verilmemiştir, Sonuçlara bakıldığında ancak bu sağaltımın enfeksiyon geçişini azaltmada etkili olamadığı belirlenmiştir. Aynı çalışmada, üçüncü bir HIV pozitif kadın grubunda ise, bebekler doğmadan önce aynı tür sağaltıma başlanmış ve doğum sırasında ilacın verilmesine devam edilmiş, ayrıca hem bebeklere hem de annelerine doğumdan sonra bir hafta süre ile ilacın verilmesine devam edilmiştir. Bu sağaltım planına göre de anneden bebeğe geçişin %50 oranında azaltıldığı sonucuna ulaşılmıştır.

Bu alanda yürütölen değişik çalışmalar değerlendirildiğinde, elde edilen relatif riskin 0.30 bulunması ile uzun süreli sağaltım planlarının kısa süreli olanlara göre HIV geçişini daha fazla azalttığı sonucuna varılabilir (McIntyre,1999). Ancak sağaltım programının benimsenmesinde bölgesel koşullann göz ardı edilmemesi önerilmektedir. Bunun yanı sıra ilaçların yalnız başına yada birden fazla ilacın birlikte kullanılmasının etkililiği yada fetüs üzerinde uzun süreli olası yan etkilerinin neler olabileceğine ilişkin henüz yeterli bilgi bulunmamaktadır. Bununla birlikte, bebekte prematür ve düşük doğum ağırlıklı doğumlara, annede de anemi, nötropeni, ve trombositopeniye neden olduğu belirlenmiştir (Brocklehurst,1999).

B- İNTRAPARTUM DÖNEMDE KORUYUCU YAKLAşIMLAR 1.

Sezeryan Doğum

HIV ile enfekte kadınlara pek çok Avrupa ülkesinde, sezeryan doğum şekli sıklıkla önerilmektedir. Bu yolla anneden bebeğe geçiş riskinin %50 oranında azaltılabileceği belirtilmektedir (Bayık,1994; Brocklehurst, 1999). Bununla birlikte yatay geçiş riskini azaltmada bu yaklaşımın yeğlenmesinde, anne ve bebek açısından sağlık hizmetlerinde uygun alt yapı ve sağlıklı koşulların sağlanabildiği yerlerde benimsenmesi gerek-

mektedir. Bu kapsamda gerek normal doğum, gerekse sezeryan doğumda sağlık personeli arasında jinekologların ve ebe ve hemşirelerin de enfeksiyon alma riskleri göz önünde bulundurularak her ülkenin kendi koşullarına göre, yasal düzenlemelere gitmesi önerilmektedir. Sezeryan doğumlarında bebeğin anneden ayrılarak neonatal üniteye kalma olasılığı da unutulmamalıdır. Ayrıca ameliyat kontrendikasyonu olarak anne de doğum sonu dönemde ateş ortaya çıkabilir.

2. Doğum Kanalının Temizlenmesi

Doğum sırasında bebeği enfeksiyondan korumak için, doğum kanalının invitro aktiviteleri etkisi nedeniyle bir antiseptik yada virus öldürücü bir sıvı ile temizlenmesi önerilmektedir (Brocklehurst, 1999). Bu sıvı, HIV1 inaktive edebilmeli yada hiç yerel veya sistemik zehir etkiye sahip olmamalı, kullanımı, uygulaması kolay olmalıdır. Buna ek olarak bebek açısından da güvenilir olmalıdır. Bu yöntem göreceli olarak ucuz ve kullanımı kolay olduğu için kadının HIV açısından test yaptırmasını da gerektirmez. HIV geçişini önleme ve azaltmasının yanı sıra başka yararları da olabilir. Bu özellikleri nedeniyle pek çok kurum için kullanılmak üzere çekici görünebilir. Malawi'de bir klinik deneysel çalışmada To051lik clorhexidine ile doğum kanalının yıkanması sonucunda yan etkiler saptanmamıştır. Doğum kanalının temizlenmesi ile uzun süren membran yırtığı olan kadınlarda yatay geçiş kısmen azalmıştır. Bu çalışmada elde edilen önemli bir bulgu da, neonatal sepsiste azalmaya bağlı mortalitede ve bebek ölümlerinde azalma olmuştur.

3. Membranın Yapay Yolla Açılmasından Sakınılması (Arnniotomy)

Membranın açıklık süresi HIVin anneden bebeğe geçişinde bağımsız bir risk faktörü olarak belirlenmiştir (Winter, 1997). Yapay yolla membran yırtılmasından sakınılması geçişi önleyebilir. Yapay membran yırtığından sakınılması, öte yandan uzamış doğum eylemi gibi diğer durumlar da ayrı güçlükler yaratabilir ve geçiş riskini de arttırabilir.

C- POSTPARTUM DÖNEMDE KORUYUCU YAKLAŞIMLAR 1.

Annenin Bebeğin Emzirmemesi

HW anne sütünde saptanmıştır ve doğum sonu dönemde anne sütü ile HIV geçişi de bildirilmiştir (WHO/MCH, 1991). Kadınların çoğunluğunun emzirdiği toplumlarda HIV pozitif çocukların yaklaşık üçte

birinin virusu emzirme yolu ile aldığı belirtilmektedir. Ancak milyonlarca bebek ölümüne neden olan ishal, pnömoni gibi hastalık ölümlerinin önlenmesinde anne sütünün önemi göz önüne alınacak olunursa DS45, UNICEF ve UNAIDS'in 1998 yılında yayınladığı bir öneri listesinde, özellikle enfeksiyon hastalıklarının yaygın olduğu toplumlarda HIV ile enfekte annelerin bile emzirineyi sürdürmeleri önerilmektedir (WHO/ GPA/INF, 1992). Çünkü bebek beslenmesinde anne sütünün ücretsiz olması, bebeği enfeksiyonlarda_n koruması nedeniyle en iyi yoldur. Bu öneriler kapsamında ayrıca aşağıdaki yaklaşımlardan en az birinin uygulanmasına dikkat edilmesi gerekmektedir:

1:1 HIV pozitif anneden doğum öncesi dönemde HIV geçişini azaltmak için kısa süre AZT sağaltımı sağlanmalıdır,

❑ HIV pozitif kadınlar, emzirme yerine geçebilecek bebek besleme tekniklerine ulaşabilmeleri için bilgilendirilmeli, onlar ve bebekleri için uygun kaynaklar sağlanmalıdır,

1:1 Ancak biberon kullanımı ve değişik beslenme tekniklerinin kullanımının getireceği riskler yoksa, HIV ile enfekte annelerin bebeklerini emzirmeden kaçınmaları önerilmelidir. Bununla birlikte anneye önerilmesi açısından uygun olacak altı aylık süre bir emzirme süresinin, 6 ay gibi sınırlı bir dönem dışında olabileceği tartışılmaktadır.

Ancak EIN pozitif kadınlar, sağlık personeli, HIV destek grupları açısından bu konuda açık olmayan halen yanıtlanmamış sorular da bulunmaktadır. Örneğin;

❑ Bebekleri 6 ay oluncaya kadar emzirmek HIV geçişini gerçekten azaltır mı?

• Emzirme yolu ile HIV geçiş riskinde antiretroviral sağaltımın etkisi nedir?

❑ Bebeğe ve anneye ait hangi faktörler (Örneğin annenin meme başı çatlağı, mastit veya bebeğin ağızında yara olması gibi) emzirme sırasında HIV geçiş riskini etkiler?

❑ Bu geçiş riskini azaltmak için, yoksul toplumlarda neler yapılabilir?

E- DİĞER KORUYUCU YAKLAŞIMLAR I.

immün Sağaltım

HIV enfeksiyonuna annenin immün yanıtı, pek çok çalışmada değişik hulgularla gösterilmiş olsa da, perinatal geçişin önlenmesinde önemli bir rol oynamaktadır. Uganda'da yürütülen bir klinik çalışmada, hem kadınlara hem de yeni doğanlara. semptomsuz HIV ile enfekte Ugandalı bireylerden alınan kanlardan hazırlanan immünglobulin yüksek dozlarda verilmiştir (Brocklehurst. 1999). Bu ancak pahalı ve kullanımı zor bir seçenek olması nedeniyle pek benimsenmemiştir. öte yandan anne-de immün sağaltımın anafilaksi ortaya çıkarma riski de belirtilmektedir. Anneden bebeğe HW geçişini azaltmada, pasif ve aktif immün sağaltım önerilmektedir. Antiretroviral sağaltım ile birlikte hiperimmüoglobulin ile pasif immün sağaltıma yönelik klinik deneyler halen sürdürülmektedir.

2. A Vitamini Uygulamaları

Annede ciddi boyutlarda A vitamini eksikliğinin, anne sütünde virüs yükünün artışıyla etkili olarak, A vitamini eksikliği olan HIV enfeksiyonu olan kadınlarda bebeklerine enfeksiyonu geçirme riskini de arttıraeği belirtilmektedir. Malawi. Güney Afrika ve Tanzania'da A vitamini verilmesinin, yatay geçiş riskine olan etkisi, çeşitli klinik deneylerle araştırılmıştır. A vitamini uygulamalarının pahalı bir yöntem olmaması ve kolay uygulanabilir olmasına karşın yürütülen çalışmalara ilişkin ön bulgular. yatay geçiş riskini azaltmada bu yöntemin pek de etkili olduğunu göstermemiştir. Bununla birlikte A vitamin! kullanımı HTV ile enfekte anneden doğan bebeklerde morbidite ve mortaliteyi azaltabilir. Plasebo, diğer vitaminlerle birlikte A vitamini ve yalnızca multivitamin verilerek düzenlenen faktöriyel desenli çalışmalara ilişkin ayrıntılı sonuçlar henüz ortaya çıkmamıştır (Fawzi Etall. 1998). Multivitaminlerin CD4, CD8. CD3, hücrelerde artışa yol açması yanı sıra, düşük doğum ağırlıklı bebek ölümlerini azalttığı gösterilmiştir (Fawzi Etall. 1998).

SONUÇ

Tüm eldeki araştırma sonuçları değerlendirildiğinde, anneden bebeğe HIV enfeksiyonunun geçişini azaltmada en etkili yöntemler arasında önleyici olarak antiretroviral sağaltımların, sezeıyan doğum şeklinin uygulanmasının, seçilmesinin ve emzirmeden kaçınmanın korunma-

da etkili olabileceği sonucuna gidilebilir. Bununla birlikte, bu yaklaşımların HIV ile enfekte tüm Bebeler için uygun alamayacağı açıktır. Özellikle kaynakları sınırlı olan ülkelerde, doğurgan çağdaki kadınlar arasında doğurganlık yüksek oranlardadır ve HW enfeksiyon prevalansı yüksektir. Öte yandan sağlık hizmetlerinde alt yapı eksikliği söz konusu olup, anneler doğum öncesi dönemde hiçbir bakım almadan evde doğum yapabilmektedirler. Bu gerçekler göz önünde bulundurularak aşağıdaki önlemlerin ve uygulamaların sağlık sistemleri içinde benimsenmesi ve uygulamalara geçirilmesi güvenli annelik ve sağlıklı kuşaklar açısından kaçınılmazdır (Türkiye Aile Planlaması Derneği,1997: WHO, 1990).

Birinci] bakım düzeyinde ilk karşılaşmada neler yapılabilir?

- ❑ HIV enfeksiyonunun yaygın olduğu bölgelerde, tüm sağlık personeli ve özellikle kadınlarla daha yakın ilişki içinde olan ebe ve hemşireler, tüm gebe kadınları gönüllü danışmanlık hizmetlerinden yararlanmaları konusunda cesaretlendirmeli, HIV testi yaptırmaları için inandırmalıdır.
- ❑ Gebelik sırasında HIV pozitif kadınların antiretroviral sağaltımlardan yararlanabilmelerine yardımcı olunmalı, bu amaçla her basamak hizmetlerde uygun laboratuvar olanakları geliştirilmeli, deneyimli personel yetiştirilmeli, yeterli ilaç sağlanmalı ve dağıtımına gidilmelidir.
- ❑ Doğum sırasında, ebe, hemşire ve hekimler özellikle 4 saatten daha uzun süre membran açıklığı söz konusu ise, vajinal kanalı %05 lik clorhexidine ile yıkamalıdır,
- ❑ Gebelere HIV' in anne sütü ile geçebildiği anlatılmalı, emzirmenin yararları ve sakıncaları tartışılmalıdır.

İkinci! bakım düzeyinde (hastanede) yapılabilecekler neler olabilir?

- ❑ Risk grubu tüm kadınlara danışmanlık ve HIV testi yapılmalıdır,
- ❑ HIV pozitif gebelerin antiretroviral sağaltımları sürdürülmelidir,
- ❑ HIV pozitif annelere alternatif besleme yöntemleri öğretilmeli ve destek sağlanmalıdır,
- ❑ Uzamış membran açıklığından olabildiğince sakınılmalıdır,
- ❑ Annelere emzirme danışmanlığı yapılmalıdır.

Evde ve toplumda neler yapılabilir?

- Tüm kadınlara özellikle gebelere ve eşlerine cinsel danışmanlık programları yürütülmelidir,
- HIV pozitif kadınlar sağlık merkezlerine sevk edilmelidir,
- Toplumda eşlerden biri enfekte olmasına karşın çocuk isteniyorsa, çifte evlat edinebileceği anlatılabilir. Erkek enfekte ise, kadın yapay dölllenme yolu ile enfekte olmayan verici semen kullanabilir. Enfekte olmayan erkeği korumak için kadın, eşinin semeni ile yapay olarak döllenirilebilir. Bu durumda bebeğin enfekte olma şansı yine olacaktır (Bayık, 1994) .
- Tüm gebe kadınlara nitelikli doğum öncesi ve doğum sonrası bakım hizmetleri sağlanmalıdır,
- Temiz su sağlanmalıdır,
- Toplum ve aile destek hizmetleri sağlanmalıdır. ETİK

SORUNLAR

I-11V ile enfekte kadınların 0/0851 15-44 yaş üreme çağı grubundadırlar (Hayik. 1994). Kadınların biyolojik olarak iç yapı özellikleri yanı sıra, eğitim olanaklarından erkeklere göre daha az oranda yararlanmalar, eş seçimine kendilerinin karar vermelerinde sınırlılıklar, güvenli sex ve cinsel konularda bilgi eksiklikleri, kadına yönelik cinsel şiddet ve kadınların pek çok ülkede sex pazarında kullanımı gibi sosyal ve ekonomik nedenlerle, kadınlar AIDS'e daha fazla yakalanmaktadır (Hanley, Lincoln, 1992). Çünkü erkekten kadına geçiş, kadından erkeğe göre 2-4 kez daha kolay olmaktadır (Gibbbs, Zeeman 1993; Hanley, Lincoln 1992).

Geleneksel toplumlarda üreme hakları yanısıra, kadınların çoğu eşlerine çocuk verme konusunda sorumluluk hissederler. Bu durum HIV'e enfekte pek çok kadının çocuk istememesine rağmen onları gebelikten alıkoyamamaktadır.

Dünyada pek çok kadın HIV ile enfekte olduğunu bile bilmemektedir. Bazı toplumlarda kadınlar ve gebeler HIV testini ret edebilirler. Bu durumda sağlık personeli etik ilkeleri göz ardı ederek HIV testi yaptırma konusunda baskı uygulama, ayrıca gizliliğe dikkat etmeme gibi durumlardan sakınmalıdır.

HW ile enfekte çocukların çoğunluğu virüsü perinatal dönemde alırlar. Çocuklar HIV den doğrudan ve dolaylı olarak etkilenmektedirler.

Doğrudan hasta olabilecekleri gibi yaşamlarının ilk yıllarında AİDS nedeniyle ebeveynlerinin birini yada ikisini kaybedebilmektedirler. Bu durumda bu çocukların bakımı varsa kız kardeşlere kalmaktadır. Bu çocuklar eğitim olanaklarından yararlanamamakta, öte yandan yetim çocuklar korku, ihmal, horlanma gibi durumlarla karşı karşıya kalmaktadırlar (Rooks.1989; Stephenson, 1994).

Yoksul toplumlarda eğer HIV ile enfekte anneler bebeklerini emzirmeyecek olurlarsa bebek enfeksiyonları ve ölümleri artacaktır. Annelere eğer alternatif besleme teknikleri öğretilmez ve olanaklar sağlanamaz-sa, pek çok anne bebeğin! analık iç güdüsü ile kendi sütü ile beslemeye devam edecektir. Bazı ülkelerde emzirmeyi seçmeyen kadınların HIV pozitif olarak toplumda damgalanma duygusu yaşamaları söz konusu olabilmekte ve ayırımı tutulup horlandığı hatta öldürüldüğü bile belirtilmektedir (Newell, 1993).

HIV ile enfekte annelere verilecek sağlık bakımında ve hemşirelik bakımında, gebenin, gebeliğini sonlandırması sürdürmeye karar vermesi, bakımı, bebeğini ernzirme seçimi gibi danışmanlık konularında bireyin özerkliği, gizlilik, bilgilendirilmesi, üreme haklarına saygı, hizmetlerden yararlanabilmesine ilişkin savunuculuğunun yapılması, zarar vermeme, yarar sağlama gibi etik ilkelere ve mesleki değerlere özen gösterilmesinde tüm sağlık personeline büyük sorumluluklar düşmektedir.

KAYNAKLAR

1. Bayık A (1994). Güvenli annelik ve HIV/AIDS. AİDS Dergisi. 3. 20-24,
2. Brocklehurst P (1999). Enterventions aimed at deereasing the risk of mother-ta-ehild transmission of HIV infeetion. WHO Reproductive Health Library, Issue 2.
3. Fawzi WW., etal, (1998). For the Taniania Vitamin and HIV infection Trial Team. Randonised trial of effeeLs of vitamin Supplements on pregnaney outeomes and T eell counts in HIV-1 infected Women in Tarmania.L. kneet, 351:1477-1482.
4. Gibbs G. Zeernan B (1993). "HiV Irifeetion in women" in HIV infeetion in Clinteal Manual. Ed. Libman H., Witzburg. R. A _Utile Brown and Conpany, Boston, 467-483.
5. E lanley E., Lineoln P (1992). HIV Infeetion in women. Implications for Nursing Practice. Nursing. Clinics of North America.. 27: 4, 925-936.
6. introduceing antireiroviral therapy (1999). Aids Action. 4:3, Jan-Mar., 6-7
7. McIntyre J (1999). Recommendations ta decrease the risk of inother-ta-ehild transmission of HIV infeetion. WEIO Reproductive Health Library. 1sstie 2.
8. Newell ML., Peackharn C (1993). Risk factors for vertical transmission of HIV-1 and early markers of KIEV- Infeetion in ehildren. AIDS. 7 (Stuppl.1) 591-597.

9. Newell ML (1999). How can we prevent mother-to-child transmission of HIV Infection?. IPPF Medical Bulletin, 33:3. 1-3.
10. Postpartum care (1997). What's best for mother and baby. Safe Motherhood. 24: 2, 4-7.
11. Reagan AM and others (1993). "Overview of Pediatric HIV Infection" in HIV Infection. A Clinical Manual, Ed. Libman H., Witzburg RA. Little Brown and Company. Boston. 484-502.
12. Reducing Mother-to-Child HIV transmission (1999). AIDS Action.. Child Health Dialogue. An Insert in AIDS. Issue 43 and Child Health Dialogue issue 14.
13. Rooks CA (1989). Ethical Issues Related to the Nurse's Role in Fertility Treatment and Counseling for patients with AIDS. Nursing Clinics Of North America. 24: 4, 1051-1057.
14. Simmonds R.L. et al (1998). Impact of Zidovudine use on risk and factors for perinatal transmission of HIV. AIDS, 12(B): 301-308.
15. Stephenson KS (1994). "Pediatric Infection" in HIV Manual For Health Care Professionals. Ed. by Murnan R D and others. Appleton Lange, 177-202.
16. Türkiye Aile Planlaması Derneği (1997). AIDS hakkında bilinmesi gerekenler. Ed. Zerrin Beşer. TAPD Yayın No: 53.
17. UNAIDS (1997). Report on the Global HIV/AIDS epidemic. Dec. Geneva 1-3.
18, WHO
IGPA/INF 09921. Global Programme on AIDS. Consensus Statement from the WHO/UNICEF consultation on HIV transmission and breast-feeding, 30 april-1 May.
19. WHO/MCH (1991). Maternal and Perinatal Infections. Report of a WHO Consultation. 28 Nov., -2 Dec.
20. WHO (1990). AIDS Prevention: Guidelines for MCH/FP Programme Managers. I. AIDS and Family Planning, Geneva.
21. Winter A (1997). Children Living in a world with AIDS. Entre Nous, 36-37. 16.
22. Yordi I (1996). Women and AIDS. A growing threat. Entre Nous, 32. May, 4-5.