

## HIV POZİTİF GEBELERDE PRENATAL, POSTNATAL HEMŞİRELİK YAKLAŞIMI

Bil. Uzm. N. Ayten DİNÇ

İ.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Doktora Öğrencisi

### ÖZET

Son yıllarda HIV enfeksiyonu prevalansı kadınlarda erkeklere oranla daha hızlı yükselmektedir. ABD'de reproduktif çağıdaki kadınlarda görülen ölümlerin beşinci sırasında AIDS vardır. Gebelikte HIV enfeksiyonu varlığı hem fetal geçiş riski, hem de gebeliğin, hastalığın seyri üzerindeki etkisi nedeniyle daha fazla önem kazanmaktadır. Gebelik esnasında maternal morbiditeyi azaltan ve HIV'in vertikal transmisyonunu büyük oranda önleyen bir takım girişimlerin mevcudiyeti cesaret vericidir.

HIV ile enfekte gebenin takibi enfeksiyonun derecesi ile sıkı ilişkilidir. Asemptomatik kadına standart prosedürler uygulanır. CD4+ lenfosit sayısı 500/mm<sup>3</sup>'den az ise antiretroviral tedaviye başlanır. Her prenatal kontrolde HIV enfeksiyonu komplikasyonlar açısından değerlendirilmelidir.

Doğum eylemindeki bakım hedefleri fetal ve maternal komplikasyonları erken dönemde teşhis etmek ve gerekli önlemleri almak, hastaya psikolojik destek sağlamak, genel koruyucu önlemlerle enfeksiyonu kontrol altına almaktır. Postpartum dönemdeki bakım, rutin loğusalık bakımına ilaveten HIV pozitif kadının özel bakım ihtiyaçlarını içerir.

HIV ile enfekte gebe kadının bakımı multidisipliner bir ekip yaklaşımı gerektirir. Ekibin vazgeçilmez üyesi olan hemşireler gebelik ve postpartum periyot süresince danışman, eğitimci, uygulayıcı ve araştırmacı rolleriyle önemli görevler üstlenmektedirler.

**Anahtar Kelimeler:** HIV, AIDS, Gebelik, Hemşirelik Yaklaşımı

## SUMMARY

### *Nursing Intervention of the HIV-Positive Pregnant Women in Prenatal&Postnatal Periods:*

With in the last few years, the prevalence of the HIV virus has been growing much faster among women than among men. In the United States AIDS ranks fifth as the cause of death in women of reproductive age.

The presence of the HIV infection during pregnancy takes on importance not only due to the risk of its transferring to the fetus but also due to its effects on drawing out pregnancy related illnesses. It is reassuring that there are many means of considerably reducing maternal morbidity and the vertical transmission of HIV.

Infection of HIV pregnancy women inspection, the degree of infection. Effect to the asymptomatic women is standard procedure. If CD4+ lymphocyte 500/ mm<sup>3</sup> under level, beginning the antiviral therapy. All the prenatal control HIV infections complication must be value.

Intrapartum care goals of nursing management include preventing and identifying early fetal or maternal complications, providing psychosocial support, and preventing nosocomial infection through adherence to universal precautions. The postpartum nursing care of the HIV-infected women will include the care commonly delivered to all women and special care need of HIV-positive women

Care of the HIV infected pregnant women require a multidisciplinary team approach. Being an indispensable member of such a team, nurse assumes important roles as carer counselor, educator, and researcher during pregnancy and postpartum periods.

**Key Words:** HIV, AIDS, Pregnancy, Nursing Intervention

## GİRİŞ

Son on yıl içinde AIDS, hızla başlıca toplum sağlığı sorunlarından biri haline gelmiş ve kadınların üreme sağlığına tehdit oluşturmuştur. Salgının başlamasından 1999 yılı sonlarına kadar dünyada tahminen 34.3 milyon kişi HIV enfeksiyonuna yakalanmıştır (33 milyonu yetişkin, 1.3 milyonu 15 yaş altı çocuk). Bunların %71'den fazlası(24.5 milyon)Sahra Altı Afrika'ya, diğer %16'sı (5.6 milyon) Güney ve Güneydoğu Asya'ya aittir. Sadece 1999 yılı itibarıyla HIV/AIDS vakalarından ölenlerin oranı yaklaşık 2.8 milyondur (22).

Dünyada HIV/AIDS vakalarının yaklaşık % 47'sini kadınlar oluşturmaktadır(22). Center for Disease Control (Hastalık Kontrol Merkezleri-ABD) 1985-1999 raporlarına göre ABD'de kadınlarda AIDS vakalarının %7'den %23'e çıktığı bildirilmektedir ve son yıllarda prevalans erkeklere oranla hızla yükselmektedir. HIV enfeksiyonlu kadınların %80'i doğurganlık çağındadır (20). ABD'de HIV enfeksiyonuna bağlı ölümün doğurganlık çağındaki kadının beşinci sıradaki ölüm nedeni olduğu bildirilmiştir. ABD'deki kadınların %75'i heteroseksüel ilişkilerle, %25'i parenteral ilaç kullanımı ile HIV virusunu edinmişlerdir(5).

## GEBELİKTE İMMÜNİTE

Gebelik süresince plasenta anatomik ve fizyolojik olarak annenin fetusa karşı immün cevap oluşturmasını engeller. Gebelik süresince üretilen gebeliğe özgü protein ve steroid yapıdaki hormonlar (Human Plasenta Laktojen, Human Chorionik Gonadotrop, Östrojen, Progesteron) lokal immün cevabı baskılamaktadır.

Hamileliğin az da olsa bağışıklık sistemini baskılayan bir durum olduğu göz önünde bulundurulmalıdır. Gebelikte CD4+T<sub>4</sub> lenfosit seviyeleri ve fonksiyonlarının azalmasından dolayı enfeksiyonlar daha şiddetli seyretmektedir. T<sub>4</sub> lenfositlerinin T<sub>8</sub>'lere oranı 1.7-2.3 arasında iken 0.9-1.92 civarına düşmüştür(15). Ancak buna rağmen bazı kaynaklara göre, gebe kadına ait genel immün cevabın yeterli olduğu söylenmektedir(13,15).

## HIV İLE GEBELİK ARASINDAKİ ETKİLEŞİM

Gebelikte HIV enfeksiyonu varlığı hem fetal geçiş riski, hem de gebeliğin hastalığın seyri üzerindeki etkisi nedeniyle daha fazla önem kazanmaktadır. Gebelikte sellüler immünütede hafif azalma olduğundan, HIV pozitif gebelerde AIDS ve buna bağlı komplikasyonların daha sık görülmesi ve daha ağır seyretmesi beklenmektedir. New York ve Miami'de HIV ile enfekte bebek doğuran annelerin takip edildiği bir kısım çalışmada asemptomatik kadınların %45-70'inde doğumdan 28-60 ay sonra AIDS semptomları geliştiği gösterilmiştir(18). Bu çalışma da gebeliğin asemptomatik HIV enfeksiyonlu kadınlarda AIDS oluşumunu kolaylaştırdığı görüşünü desteklemektedir.

Bir kısım çalışmalarda ise asemptomatik HIV enfeksiyonunun gebeliğe hiçbir zararlı etkisi olmadığı iddia edilmektedir(13,15).

Bazı araştırmalara göre HIV pozitif gebe kadınlarda Pnömocystis Carinii pnömonisine bağlı mortalitenin artmış olduğu tespit edilmiştir. Bu konuda asıl belirleyici CD4+ hücre sayısıdır. CD4+ hücre sayısı 300 mm<sup>3</sup>' ten fazla olan gebelerde ciddi enfeksiyon riski yoktur. CD4+ hücre sayısı daha az olan hastalar ise büyük riske sahiptirler. Pnömocystis Carinii pnömonisindeki hipoksi de fetal iyiliği kötü yönde etkilemektedir(13,18).

Gebelikte sellüler immünitede ortaya çıkan değişiklikler gebelik ile birlikte HIV pozitifliğin seyrini de gebe olmayanlara göre daha karışık hale getirmiştir. Varolan bulgulara göre, gebelik HIV enfeksiyonunun seyrini kötü yönde etkilemektedir. Ancak, HIV pozitif kadınlarda abortus, düşük doğum ağırlığı, erken doğum eylemi gibi gebelik komplikasyonlarında artış izlenmemiştir. Halen varolan bulgular, HIV'in kongenital anomalilere yol açmadığı yönündedir(13,18).

### HIV ENFEKSİYONUNUN ANNEDEN BEBEĞE GEÇİŞİ

Enfekte bir anneden fetusa HIV enfeksiyonunun geçiş oranı %25-40 arasında değiştiği bildirilmiştir. Yapılan çalışmalara göre dikey geçiş, ya da başka bir deyişle anneden çocuğa enfeksiyon geçmesinde çocuk açısından en riskli dönem, %20 ile geç gebelik dönemi ve doğum eylemidir. Ayrıca %14' lük bir risk de emzirme döneminde ortaya çıkmaktadır(23). Maternal antikorların geçiş nedeni ile yenidoğanda oluşan pasif korunma yaklaşık 18 ay devam eder. Bu durum yenidoğanda HIV çalışmasını güçleştirmektedir. Bu nedenle HIV pozitif annelerin bebeklerinde mutlaka PCR testi spesifik HIV IgA veya IgM çalışması yapılmalıdır. HIV'in vertikal geçişini etkileyen ana faktör enfeksiyonun şiddetidir. Maternal yaşla birlikte başka seksüel geçişli hastalığın varlığı, korioamnionitis, prematürite ve infantın genetik kompozisyonu diğer etkili faktörlerdir. Maternal antiretroviral tedavinin geçişi azalttığı bildirilmiştir. 1994 yılında Malawi'de HIV enfeksiyonlu kadınlar üzerinde yapılan bir araştırma, gebelik dönemlerinde A vitamini yetersiz olan kadınların %32'sinin bebeklerine HIV'i daha kolay aktardığını ortaya koymuştur. A vitamini yeterli olan kadınlarda ise bu oran, yalnızca %7'dir. Enfekte yenidoğanlardaki prognoz kötüdür. Enfekte bebeklerin %50'sinde 1 yaşında, %82'sinde ise 3 yaşında AIDS tanısı konmaktadır. Bebeklerde AIDS tanısından sonra ortalama ömrün 6 ay olduğu belirtilmektedir(13,23).

## HIV İLE ENFEKTE GEBE VE FETUSUN TAKİBİ

Prenatal bakımın amacı, AIDS yönünden kadının risk altında olup olmadığını tanımlamak, anne ve fetusun sağlığını optimal düzeyde korumak ve geliştirmek olmalıdır.

- AIDS'in gittikçe artan risk faktörü oluşturması nedeniyle tüm gebelere, erken gebelik aylarında anti HIV antikör testi yaptırması önerilmelidir ve bu konuda danışmanlık yapılmalıdır.

- HIV enfeksiyonunun kesin tanısı için anti-HIV antikörlerinin ELİSA testi ile iki kez pozitif bulunması ve bunun ardından daha seçici bir test olan Western blot gibi bir yöntemle doğrulanması gerekir. Western blot ile doğrulanmış ELİSA testleri pozitifse anneye AIDS'in kendisini ve fetusu nasıl etkileyeceğine ilişkin danışmanlık hizmeti verilmelidir. Gebeliğin devamına karar veren kadınlara gebelik süresince kullanılacak profilaktik ve antiviral ilaç tedavisi hakkında bilgi verilmelidir. Ayrıca bu kadınların psikososyal yönden özel olarak desteklenmeye ihtiyaçları vardır. Bu nedenle gerekli destek sistemlerinin oluşması için sosyal servislerle görüşmesi sağlanmalıdır.

- HIV ile enfekte gebenin takibi enfeksiyonun derecesi ile sıkı ilişkilidir. Asemptomatik ve hafif semptomlu bir gebe kadına standart prosedürler uygulanır.

- HIV cinsel yolla bulaşan bir hastalık olduğu için kadın sifiliz, gonore, klamidya, cytomegalovirüs, toxoplazma, Herpes Simplex Tip 2, Hepatit B gibi diğer CYBH açısından değerlendirilmelidir.

- Tüberkülozis; AIDS'li popülasyonda 500 kez daha sık görülmektedir. Bu nedenle PPD ile cilt tarama testi yapılmalı, Tbc düşündürecek semptomlar iyi araştırılmalıdır.

- Uygun aşılar temin edilmeli, hastalara pnömokok, influenza, hemofilus influenza ve şüpheli olgulara Hepatit B aşısı yapılmalıdır.

- İlk antenatal vizitte ve her trimesterde tam kan sayımı ve periferik yayma yaptırılmalıdır. Çünkü hem HIV enfeksiyonu ve hem de antiviral tedavide anemi, lökopeni ve trombositopeni görülebilmektedir. Total ve oransal CD4+ lenfosit sayımı düzenli olarak yaptırılmalıdır. CD4+ lenfosit sayısı 500/mm<sup>3</sup> den az ise antiretroviral tedaviye başlanmalıdır.

- 2 DV (Zidovudin) maternal geçiş hızını azaltır. Ancak çok kısa sürede rezistans gelişebilir. Destek tedavide ikinci seçenek Didonasine, Zalcitabine önerilmektedir. Bu ilaçların teratojenik etkisi tam olarak bilinmemektedir. An-

çak maternal makrositik anemi, lökopeni ve baş ağrısı bilinen yan etkileridir. İlk trimesterde kullanımı, artmış abortusa neden olmalarından dolayı annenin sağlığı ciddi tehlikede değilse önerilmemektedir.

CD4+ T lenfosit sayısı  $200/\text{mm}^3$  den az ise P. Carinii pnömonisi için profilaksiye başlanmalıdır.

Her prenatal kontrolde HIV enfeksiyonu komplikasyonları açısından değerlendirilmelidir. Bu komplikasyonlar, ikinci ve üçüncü trimesterde kilo kaybı ya da ateştir. Ağız, mantar enfeksiyonunun belirtileri yönünden gözlenmeli, akciğerler pnömoni bulguları, lenf nodları, karaciğer ve dalak ise büyüme açısından değerlendirilmelidir. Toksoplazmozis retinitisi komplikasyonuna karşı her trimesterde göz muayenesi yaptırılmalıdır(1,4,6,13,17,18,20).

AIDS'li kadınlarda, servikal hastalık oranlarının fazla olması nedeniyle 4-6 ayda bir PAP smear yaptırılmalıdır. Yüksek displazi bulgusunda, sitoloji ve histoloji sonuçlarının uyumsuzluk ihtimalinin fazla olması nedeniyle kolposkopi yaptırılması önerilmektedir(1,9,13,16).

### **Fetal Takip**

Gebede saptanan HIV enfeksiyonunun klinik durumu ne olursa olsun hastalığın gebelik üzerindeki riskleri göz önünde bulundurulmalıdır. Kadında opportunistic (fırsatçı) enfeksiyonlar, madde bağımlılığı, malnütrisyon gibi durumlarda immün durumun hızlı bir şekilde gerilemesi mümkün olacağından asemptomatik HIV'e karşı çok dikkatli olunmalıdır. Ancak gebelikte HIV'e karşı kullanılan ilaç tedavisinin yan etkileri fetal büyüme gelişmeyi tehlikeye sokabilir.

Bütün bu potansiyel riskler için, fetusun göz altında tutulmasını sağlayan teknikler antenatal bakımın kritik bölümlerini oluşturur. Bireysel ihtiyaçların karşılanabilmesi için antenatal ziyaretlerin daha sık yapılması gerekir. NST (nonstress test) gibi fetusun durumunu gösteren testler, 32. haftadan itibaren haftada bir tekrarlanmalıdır. Seri ultrasonlar, intrauterin gelişme geriliğinin erken dönemde saptanmasına yardımcı olur. Biyofizik profil fetusun sağlık durumu hakkında bilgileri destekler. Amniosentez ve koryon villus aspirasyonu gibi invaziv yöntemler sadece genetik ve obstetrik endikasyonlar varsa kullanılmalıdır. Çünkü bu gibi invaziv yöntemler, fetusun HIV ile kontamine olmasına neden olabilir(1,3).

## DOĞUM EYLEMİNDE BAKIM

Doğum eylemindeki bakım, asemptomatik HIV enfeksiyonlu gebe kadının rutin bakımı gibidir. Bu dönemde hemşirenin üç önemli hedefi şunlar olmalıdır:

- Fetal ve maternal komplikasyonları erken dönemde teşhis etmek ve gerekli önlemleri almak,
- Hastaya psikososyal destek sağlamak,
- Genel koruyucu önlemlerle enfeksiyonu kontrol altına almak.

Semptomatik HIV enfeksiyonlu kadınlara doğum esnasındaki bakımda annenin medikal desteği, fetusun gözetimi ve bebeğin emniyetli bir şekilde doğumu için yüksek riskli yönetim tekniklerine ihtiyaç vardır(1,2,16 ).

### Fetal/Maternal Komplikasyon İhtimali

HIV enfeksiyonlu kadın, trombositopeni nedeniyle doğum sırası ve süresinde hemoraji açısından büyük risk altındadır. Doğum esnasında kan kaybına bağlı olarak ağır anemi oluşabilir. Hemşire, dekolman plasenta gibi doğum komplikasyonları ile doğum anı ve sonrası oluşabilecek kanamalara karşı ve yine sezaryan endikasyonlarına karşı uyanık olmalıdır.

Doğum esnasında gözlenebilen önemli bir sorun da enfeksiyondur. HIV enfeksiyonlu bir kadında CD4+ ve makrofaj sayısı düşüş gösterir, granülositopeni sık rastlanılan bir bulgu olup antiviral tedavi altındaki kadında daha da şiddetlenir. Vital bulgular sık aralıklarla takip edilmeli, ateşin yükselmesi gibi temel bulgulardaki değişiklikler enfeksiyon açısından değerlendirilmelidir. Kadında, hastane enfeksiyonlarına neden olacak üriner kateterizasyon, intravenöz ve vaginal girişimler sırasında hemşire, asepsi-antisepsi ve sterilizasyona son derece dikkat etmelidir(1,13).

Doğum eylemi süresince yeni doğan, HIV enfeksiyonu açısından risk altındadır. Bu yüzden doğum esnasında mümkün olduğunca yenidoğanın enfekte maternal kan ve sekresyonları ile teması önlenmelidir. Yenidoğanın cilt bütünlüğünü bozacak müdahalelerden kaçınılmalıdır. Sezaryan ile enfeksiyonun bebeğe geçişinin azalacağı konusunda da kesin bilgi yoktur. Doğumdan sonra, maternal kan ve sekresyonlardan bebeği uzaklaştırmak için, yenidoğan en kısa sürede sabun ve su ile dikkatli bir şekilde yıkamalıdır.

K vitamini gibi ilaçların enjeksiyonu ve göz profilaksisi yapılmadan önce enfekte maternal kan ve sekresyonlar bebekten uzaklaştırılmış olmalıdır (1,18,20).

### **Psikososyal Destek**

HIV ile enfekte olan hastaların psikososyal yönden desteklenmeye gereksinimleri vardır. Flasherüs'a göre AIDS, hastayı kriz, suçluluk, anksiyete, depresyon, korku, ümitsizlik, terk etme, reddetme, sosyal damgalanma ile karşı karşıya bırakır. Doğum eylemi sırasında ise bebeğine HIV enfeksiyonunu geçirebileceğini düşünmek kadını daha fazla psiko-sosyal sıkıntıya sokmaktadır. Hemşire bu konularda çatışma yaşayan HIV'li hastasını ve ailesini terapötik bir şekilde yargılamadan kabul ederek destek olmalıdır(1,21).

### **Sağlık Personeli Açısından Enfeksiyon Kontrolü**

Doğum eylemi, sağlık elemanlarının, kan ve vücut sıvıları ile daha çok temas etmelerine neden olur. Hastalarının çoğunun HIV durumları bilindiğinden, enfeksiyon kontrolü için genel önlemler alınmalıdır. Koruyucu gözlükler takılmalı ve çalışanlar enfekte vücut sıvılarından korunmak için çift eldiven kullanılmalıdır. Eldiven çıkarıldıktan sonra eller yıkanmalı, iğne ve diğer kesici aletlerden kaçınılmalı ve kullandıktan sonra dayanıklı çöp kutularında muhafaza edilmelidir. Ağız ağıza resüsitasyon yerine ağız-tüp resüsitasyonları kullanılmalıdır.

Kan ve vücut sıvılarını laboratuvara taşıyan personel de yukarıdaki önlemlere dikkat etmelidir. Potansiyel enfeksiyon maddelerin hastane ortamından uzaklaştırılması esnasında eldiven kullanılmalı ve diğer standart önlemler alınmalıdır.

HIV ile enfekte materyalle parenteral temasın şüphelenildiği durumlarda sağlık personeli profilaktik Zidovudin kullanma olasılığını hatırdta tutmalıdır. En kısa zamanda HIV antikor testi yaptırılmalıdır(1,3,7,13,18).



## HIV İLE ENFEKTE KADININ POSTNATAL BAKIMI

### Fiziksel Bakım

HIV ile enfekte kadının postpartum dönemindeki bakımı, rutin loğusalık bakımına ilaveten HIV pozitif kadının özel bakım ihtiyaçlarını içerir.

Bu loğusalar, postpartum dönemi süresince özellikle kanama ve enfeksiyon semptomları açısından gözlenmelidir. HIV seropozitif kadınlarda immün sistemin değişik derecelerde baskılanmasından dolayı yaralar daha geç iyileşebilir ve postpartum enfeksiyon riski de artabilir. Yapılan çeşitli çalışmalarda, HIV pozitif kadınlarda endometritis ve puerperal ateş gibi postpartum enfeksiyonların daha fazla meydana geldiği saptanmıştır.(Gloeb, O'sullivan Efartis, 1988). Yine bu kadınlarda, genito üriner sistem enfeksiyon ve CYBH riskinin arttığı da belirlenmiştir. Hemoraji, HIV pozitif kadında diğer postpartum komplikasyonlar arasında yer alır. HIV'e bağlı trombositopeni postpartum kanama için zemin hazırlar(2,9).

HIV enfeksiyonlu annelere, hem emzirme yoluyla dikey virüs aktarımı hem de mevcut koşullarda mamayla bebek beslemenin getirebileceği enfeksiyonlar konusunda bilgi verilmelidir. Diğer alternatifler arasında, bebeği HIV'li olmayan bir kadının emzirmesi veya HIV'li annenin sütününün 30 dakika süre ile 62.5 derecede ısıtılması virüsü yok edeceğinden bu yollar kimi kadınlar için uygun olabilir(23).

### Danışmanlık ve İşbirliği

HIV enfeksiyonlu kadının, postpartum dönem süresince HIV hastalığının yönetimi için uzman kişilerden bilgi almaya ihtiyacı vardır. Ayrıca HIV enfeksiyonu olan kadının psikososyal yardım, destek grupları veya madde bağımlılığı tedavi programları hakkında danışmanlığa ihtiyacı vardır. Danışmanlık hizmeti bireylerin kendi sağlık sorumluluğunu almalarına, bulaşmanın önlenmesine, riskli davranışların azaltılmasına ve erken tedavi sağlanmasına fırsat verir. Hemşirelerin, danışmanlık hizmeti yapabilecek sağlık profesyonelleri arasında önemli bir yeri vardır(2,4,11).

### Kendi Kendine Bakımın Sağlanması

Hastaya öncelikle hastanede yattığı süre içerisinde ve taburcu olduktan sonra kendi öz bakımını nasıl sağlayacağı öğretilmelidir. Örneğin perine baki-

mını nasıl yapacağı, antiseptik solüsyonu nasıl hazırlayacağı konusunda bilgi verilmelidir. Yine annenin bebeği ile temas edeceği zaman enfeksiyon kontrolünün sağlanması için iyi bir şekilde el yıkama, vücut sıvıları ile temasın önlenmesi konusundaki eğitimi önemlidir. Hemşire kadını normal lochiamın özellikleri, lochia karakterindeki değişiklikler (renginin, kokusunun, miktarının değişmesi) ve bunun sonucunda olabilecekler konusunda eğitmelidir. Yine hemşire hastayı yorgunluk, iştahsızlık, kilo kaybı, boğazda ağrı hissi, öksürük, ciltte hasar veya anormal vaginal akıntı gibi HIV'in ilerlediğini gösteren belirtiler yönünden eğitmelidir. Vaginal tampon kullanılmamalıdır. Çünkü bu ortam mikroorganizmaların üremesi için çok uygundur(2,17).

### **Güvenilir Cinsel İlişki ve Kontraseptif Yöntem Seçiminde Danışmanlık**

HIV enfeksiyonlu loğusa kadına güvenli cinsel ilişki ve kontraseptif yöntemler konusunda danışmanlık yapılmalıdır. Kadın, hangi yöntemi kullanacağına bütün yöntemler konusunda danışmanlık aldıktan sonra karar vermektedir. Bu karar gönüllü ve bilinçli olmalı, söz konusu olabilecek koşullar göz önüne alınarak verilmelidir. Bazı kontraseptif yöntemler HIV ve diğer CYBH'lerin bulaşması olasılığını azaltabilmektedir. Örneğin lateks kondomların kullanımı HIV ve diğer CYBH geçişini önler. Bu nedenle düzenli ve doğru kullanıldığı takdirde kondomlar gebeliğin önlenmesi ve hastalık bulaşma riskinin azalması gibi iki temel amaca hizmet edebilir. Gebeliği önlemeye karşı başka yöntem kullanmak isteyenler, oral kontraseptifler, Norplant, enjeksiyonlar, tüp ligasyon veya vazektomi yöntemini kullanabilirler. Ancak bu yöntemler, HIV ve diğer CYBH geçişini engellemezler(2,6,8,12,14,16).

### **AIDS'e Karşı Güvenli Cinsel Yaşam Olanakları Nelerdir?**

AIDS'e karşı cinsel yaşamını güvence altına almak isteyenler için seçenekler vardır. Bunlar:

- HIV taşımayan kişi ile karşılıklı sadakate dayalı ilişki kurmak.
- Vaginal, anal, oral (kadın veya erkek) tüm cinsel ilişkilerde prezervatif kullanmak ve prezervatifi doğru kullanmak.
- Cinsel birleşme yerini okşamak, hafif öpmek, mastürbasyon, masaj, vücut teması, erotik konuşmalar ve fantezileri paylaşmak gibi ilişkilerle yetinmek.

- Cinsel eş sayısının fazlalığının, bulaşma riskini artıran bir faktör olduğunu bilmek.
- Alkol ve uyuşturucular doğru ve sağlıklı düşünmeyi engelleyerek, cinsel ilişki sırasında olumsuz davranışlara neden olabileceğinden bunlarda kaçınmak.
- Başkasının iç çamaşırını kullanmamak(2,6,8,11,12,14,16,17).

### **Enfeksiyonlardan Kaçınmak**

Kadına seksüel önlemler dışında diğer enfeksiyonlardan kaçınmak için eğitim verilmelidir. Salmonella enfeksiyonu riskini azaltmak için çiğ yumurta, pişmemiş et tüketimi ile ilgili uygulamalar konusunda eğitim yapılmalıdır. Eğer evde kedi besleniyorsa, toxoplazmozis riskini azaltmak için hayvanların yattığı yeri temizlerken eldiven kullanılması teşvik edilmelidir. Dış fırçası, tıraş bıçağı gibi kişisel aletlerin paylaşılmaması konusunda bilgi verilmelidir. Mutfak, banyo temizliğinde 1/10 oranında çamaşır suyu kullanılmalıdır. Seyahat planlandığı zaman enterit, solunum yolu ve vektör enfeksiyonlarına karşı özel önlemler alınmalı, gerekirse aşı ve kemoprofilaksi uygulanmalıdır (2,20).

### **Beslenme, Hidrasyon**

İyi beslenme, hidrasyonun gerekliliği üzerinde önemle durulmalıdır. İmmün sistemdeki bozukluklar malnütrisyonla neden olabildiği gibi AIDS'li hastalarda oluşan malnütrisyon da immün sistemi olumsuz yönde etkiler. Yine AIDS tedavisinde kullanılan bazı ilaçlar iştahı baskılayabilir, tat ve koku alma duyusunu değiştirebilir ve besinlerin emilimini bozabilir. Amaç ideal kiloyu optimal düzeyde sürdürmek, yeterli sıvı ve elektrolit almasını sağlamak olmalıdır.

Hasta her gün tartılmalı, gerekli kalori miktarı saptanmalı, bir diyetisyenle de işbirliği kurarak diyeti belirlenmelidir. AIDS'li hastaya az miktarda ancak proteinden zengin ve yüksek kalorili besinler alması gerektiği öğretilmelidir(2,10,19).

### Jinekolojik Takip

Son zamanlardaki verilere göre HIV pozitif kadınların anormal PAP smear oranlarında büyük artış olduğu ve servikal hastalık oranlarının arttığı saptanmıştır. Bu yüzden 4-6 ayda bir PAP smear yaptırılmaları, hatta kolposkopi yaptırılmaları önerilmelidir.

Hemşire hastayı, hastalıkların belirti ve bulguları konusunda eğitmeli ve sık sık test yaptırması konusunda teşvik etmelidir(2,8,9,17,18).

Sonuç olarak, HIV ile enfekte gebe kadının bakımında optimal maternal ve fetal sonuç sağlamak için multidisipliner bir ekip yaklaşımı gerekir. Ekibin vazgeçilmez bir üyesi olan hemşireler, gebelik ve postpartum periyot süresince HIV ile enfekte kadının ve bebeğin bakımında danışman, eğitici, uygulayıcı ve araştırmacı rolleri ile önemli görevler üstlenmektedirler.

### KAYNAKLAR

1. Acosta, M., Goodwin, G., Amoya, N.: HIV Disease and Pregnancy: Antepartum and Intrapartum Care, *JOGNN*, p:21:2, Marc/April, (1992).
2. Bastin, N., Tomaya, O., Tinkie, M.: HIV Disease and pregnancy, postpartum care of the hiv positive women and her newborn, *JOGNN*, p:21:2, March/ April, (1992).
3. Behreman, E., Kliegmen, R.: Essentials of pediatrics, W.B. Saunders Company, Philadelphia, London, Tokyo, (1996), p: 373-375.
4. Boehm, D.: Women and HIV/AIDS: Act Local/Think Global, *JOGNN*, p:30:3, May/June, (2001).
5. Center for Disease Control and Prevention(CDS). *HIV/AIDS Surveillance Report*; 11, (no 2) (1999), p:1-44.
6. Çetin, E.: Cinsel Temasla Bulaşan Hastalıklar ve AIDS, Bayda Basım Yayım, İstanbul, (1996).
7. Dambro, M.R., Klinik Tanı ve Tedavi. Çeviri ed.: Ü. Değerli, Williams and Wilkins & Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, (1998).
8. Duggan, J., Walerius, H., Purohit, A., Kuhider, S., Bowler, M. et.al: Reproductive issues in HIV- seropositive women. A survey regarding counseling, contraception, safer sex, and pregnancy choices. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*,10(5), (1999).

9. Ellerbrock, T., Chiasson, M., & Bush, T.: Incidence of cervical squamous intraepithelial lesion in HIV-Infected women. *Journal of the American Medical Association*, (2000), p: 283:8.
10. Eroğlu, G., Rakıcıoğlu, N.: AIDS: Beslenme Tedavisi, *Sendrom, Aylık Aktüel Tıp Dergisi*, p: 6:6, (1994).
11. ....HIV ve AIDS, *AIDS Savaşım Bülteni*, Sayı:20, Aralık, (1996).
12. Hutchinson, M.K. Something to talk about: Sexual risk communication between young women and their partners. *JOGGN*, 27, p: 127-133, (1998).
13. Kişnişçi, Gökşin, Durukan, Üstay ve ark.: Temel Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi, Güneş Kitabevi, Ankara, (1996).
14. Mary Lee, Cannel, O.: The effect of Birth Control Methods and Sexually Transmitted Disease, *HIV risk*, p:25:6, (1996).
15. Mindy, J., Amoya, M., Tomaya O.: HIV Disease and Pregnancy, : Pathogenesis and Notwel History, *JOGNN*, p:21:2 March/April, (1992) .
16. Morrison, D., Lewis, B.: HIV Prevention in Single, Urban Women: Condom-Use Readiness, *JOGNN*, p: 30:2, March/ April, (2001).
17. Neyzi, O., Yolsal, N.: Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar Tanı ve Tedavi Rehberi, İnsan Kaynağını Geliştirme Vakfı, İstanbul, (1997).
18. Pasinlioğlu, T., HIV Enfeksiyonu ve Gebelik, *Sendrom Aylık Aktüel Tıp Dergisi*, p: 7:7, Temmuz, (1995).
19. Pektaş, H. Tümerdem, Y.: HIV/AIDS lilerde Beslenme. *AIDS Savaşım Bülteni*, Sayı:23, Eylül, (1997).
20. Taşkın, L.: Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği. Sistem Ofset Matbaacılık, Ankara, (1997).
21. Ulupınar, S.: AIDS'li Hastanın Psikolojik Durumu ve Hemşirelik Yaklaşımı, *Türk Hemşire Derg.*, 43:1, (1993).
22. UNAIDS: Report on the global HIV/AIDS Epidemic, June, 2000.
23. UNICEF: Dünya Çocuklarının Durumu, 1998.