

# A HIV-pozitív nők periterminális ellátásának és szülésvezetésének korszerű szemlélete és gyakorlata

Up-to-date aspect of periterminal delivery and delivery practice for HIV-positive women

Szerzők: Tóth Szabolcs Péter<sup>a</sup>✉, Juhász Mónika<sup>b</sup>, Lipienné Krémer Ibolya<sup>c</sup>, Szlávik János<sup>d</sup>, Balogh Zoltán<sup>e</sup>, Juhász Mónika<sup>f</sup>

*a: Semmelweis Egyetem, Fogorvostudományi Kar, b: Semmelweis Egyetem, Egészségtudományi Kar, c: Semmelweis Egyetem, Egészségtudományi Kar, Szülészeti és Nőgyógyászati Klinikai Ismeretek Tanszék, d: Dél-pesti Centrumkórház – Országos Hematológiai és Infektológiai Intézet, e: Semmelweis Egyetem, Egészségtudományi Kar, Ápolástan Tanszék, f: Semmelweis Egyetem II. Sz. Belgyógyászati Klinika*

Beküldve: 2018. 06. 19.

doi: 10.24365/ef.v59i5.337

**Összefoglaló:** A szülészeti ellátás terén viszonylag kevés a HIV-pozitív várandósok aránya, a gondozásukban részt vevő szakembereknek azonban ismerniük kell a legújabb kezelési módokat, vizsgálati eredményeket. Jelenleg sem a szülésznő, sem a védőnő nem gondolhat önálló hatáskörön belül HIV-vel élő várandós anyát, hiszen ez az állapot a nagy kockázatú kategóriába tartozik, azonban a várandósgondozást végző szakemberek kompetenciájának folyamatos bővülése miatt elengedhetetlen az aktuális kutatási eredmények megismerése. A kutatások alapján jelentős javulások érhetők el a HIV-pozitív várandósok körében szakszerű ápolással, gondozással: a szülés, a szoptatás, ugyanolyan szép élmény lesz az anya számára, mint az egészséges várandósok esetén. Tanulmányunk célja az volt, hogy eloszlassuk a még meglévő sztereotípiákat a HIV-pozitív várandósok gondozásával, ellátásával kapcsolatban, valamint hogy felhívjuk a figyelmet az egészségügy szakemberek ismereteinek folyamatos fejlesztésére ezen a területen.

**Kulcsszavak:** várandós; szülés; szülésznő; HIV-fertőzés; AIDS-betegség

**Summary:** In the field of obstetrics, there is a relatively low rate of HIV prevalence among pregnant women, however, we still believe that the professionals involved in their care need to know the latest treatment methods and test results. Currently, midwives, and nurses can not care for mothers with HIV independently, as it belongs to the high risk category but, and we still think that due to the constantly changing competency of professionals in the field of pre-screening, it is essential to get acquainted with current research findings. Based on current research, significant improvements can be found among HIV-positive pregnant women in relation to nursing and nursing care; giving birth will be as beautiful and elevated experience for the mothers as for healthy pregnant women. The aim of our study was to dispel existing stereotypes about the care and provision of HIV positive pregnancies and to draw attention to the continuous development of health professionals' knowledge in this field.

**Keywords:** pregnant women; giving birth; midwife; HIV-infection; AIDS-disease

## BEVEZETÉS

A szerzett immunhiányos tünetegyüttest (*acquired immune deficiency syndrome, AIDS*) a Center of Disease Control and Prevention 1981. december 1-jén nyilvánította önálló betegségnek. A kórkép akkor egy igen speciális, súlyos és halálos tünetegyüttest takart, mely milliókat tartott rettegésben, és letalitásával világszerte, megjelenésétől napjainkig 70 millió fertőzöttet és 35 millió halálos áldozatot követelt.<sup>1</sup>

Az aktuális protokolláris terápiának (*highly active antiretroviral treatment, HAART*) megfelelően az AIDS kór állapot az utolsó 15 évben teljesen megváltozott, ezt már az a tény is bizonyítja, hogy a HIV-pozitivitás krónikus betegségként nyilvántartott kórképpé alakult. A gyógyszeres terápia eredményessége azt a változást is maga után vonta, hogy a HIV-fertőzött páciensek nemcsak az infektológián jelentek meg, hanem az egészségügy legkülönbözőbb szakterületein, így a szülészobán is.<sup>2</sup>

Ha egy nő megfelelő életminőséggel, újszülöttjének veszélyeztetése nélkül, elég hosszú ideig élhet ahhoz, hogy felnevelhesse gyermekét, miért ne vállalhatna egy HIV-pozitív nő, gyermeket?<sup>2(85.old)</sup> Tervezett várandósságról legyen szó vagy sem, a kismamának szüksége van védőnőre, szülész nőre és ebben a speciális esetben a nőgyógyász szakorvos mellett infektológus szakorvosra is.

E kórkép esetében a társadalomban jelen lévő legnagyobb tabuk mind megtalálhatók, ilyen a szexualitás és a gyógyszertől való függőség is.<sup>3</sup> A megfelelő egészségügyi ellátáshoz szakmailag kifogástalan tudás valamint előítéletmentes, empatikus attitűd szükséges.<sup>4</sup>

Minden embernek joga van az egészségügyi ellátáshoz. Minden szakdolgozónak kötelessége ezen ellátást nyújtani páciensei számára.<sup>3(28.old)</sup> Azonban az egészségügyben dolgozók körében sem ritka az előítéletesség és a kirekesztés. E viselkedésminták mögött sok esetben a nem elegendő szaktudás, az elégtelen kórismeret és az ebből fakadó félelem van jelen. Orvosi és szakdolgozói körökben is találkozhatunk alapvető előítéletekkel, melyek nem magyarázhatók észérvekkel, és pusztító hatásukat nem vesszük elég komolyan.<sup>3(28.old)</sup>

Magyarországon ma a sztereotípiáknak megfelelően a HIV-vel élők 80%-a fiatal férfi (*MSM: „men who have sex with men”, férfiak, akik férfiakkal létesítenek szexuális kapcsolatot*). Ebből kifolyólag kevesebb nőt érint a fertőzés. Évente nagyjából 5-6, detektáltan HIV-pozitív anya szül gyermeket, közülük 3-4 a fővárosban. A várandós nők HIV-fertőzöttségüket gyakran csupán nőgyógyászuknak vallják be várandósságuk kezdetekor, vagy az ellátás elutasításától való félelem miatt akkor sem.<sup>5</sup>

Bár jelenleg a szülésznő önállóan nem gondozhat HIV-vel élő várandósnak, mivel ez az állapot a patológias gravititás kategóriába tartozik, a szakdolgozók kompetenciáinak növelése és a fertőzés krónikussá nyilvánítása miatt elengedhetetlen az aktuális protokolláris ellátásnak megfelelő szaktudás frissítése. Fontos megemlíteni azt is, hogy a szülésznők képzés reformja a robbanászerű tudományos és technikai fejlődés előrehaladása talán magával vonhatja a jelen állapot változását is.<sup>6</sup>

Mi sem bizonyítja ezt jobban, mint a védőnők viszonylag újkeletű felhatalmazása a méhnyakrákszűrés elvégzésére és a mintavétel mozzanatainak beépítése az oktatásukba,<sup>7</sup> ami a 2017/18-as tanévtől a szülésznők képzési kimeneti követelményében is szerepel.

Még a kezelt HIV-vel élők közt is gyakoribbak bizonyos daganatos megbetegedések, ilyenek például a fej-nyaki és az anogenitális részek daganatai, így a humán papillomavírus (HPV) által okozott méhnyakrák is. Kifejezetten fontos tehát ez a védőnők által is elvégezhető prevenció intézkedés a HIV-vel élő nők számára.<sup>1(1.old)</sup>

Lehetséges, hogy egy védőnő a munkássága során soha nem találkozik HIV-pozitív várandóssal, vagy hogy csupán egyetlen ilyen várandóssággal kell foglalkoznia, de egyetlen nem megfelelő vagy elmaradt preventálás is egy gyermek fertőződésébe kerülhet, ami nem egyeztethető össze a védőnői hivatás alapjaival.

A szülésznők további szerepeit nézve megemlítendő, hogy jelentős törekvések vannak a várandósok kötelező szűréseinek olyan irányú módosítására, amelynek alapján kötelező lenne a HIV-teszt elvégzése minden várandósnak, a többi

kötelező terhességi szűrés mellett, akárcsak a transzplantációs elővizsgálatok során.<sup>8</sup>

## A HIV-FERTŐZÉS ÉS AZ AIDS STÁDIUMA

A humán immundeficiencia-vírus (HIV) a retrovírusok lentivirus genusába tartozik. A HIV reverz transzkriptáz enzimet tartalmaz, emiatt a retrovírusok családjába, ezen belül pedig hosszú inkubációs ideje miatt a lentivirus genusba sorolandó (lentus=lassú). Ebben a genusban többféle, általában csak állatokra veszélyes vírusok kapnak még helyet, az állatokra veszélyes HIV-hez nagyon hasonló vírusokat SIV-nek (simian=majom immundeficiencia-vírus), illetve FIV-nek (feline=macska immundeficiencia-vírus) nevezzük. Az embereket megbetegítő humán immundeficiencia-vírusnak két típusa van, a HIV-1 és a HIV-2. Több mint 55% különbség van e két vírus nukleinsavbázisainak sorrendjében. A HIV-2 virulenciája

alacsonyabb, mint a másik típusé, ezért földünkön a legtöbb HIV-fertőzést a HIV-1 vírus okozza.<sup>9</sup>

A vírus hatására három fő változás jelenik meg a szervezetben, amelyek egymással ellentétes, mégis egymást erősítő folyamatokat eredményeznek:

- A CD4+ lymphocyták számának folyamatos csökkenése a vérben;
- Az immunrendszer CD4-sejtszámtól független zavarai (csökkent T-sejt-válaszkészség, csökkent antigén-prezentáció, gyengébb ellenanyagválasz);
- Az immunrendszer aktiválódása, ami hozzájárul a betegség progressziójához (hypergammaglobulinaemia, aktivált CD8+ sejtek a vérben, citokinek és egyéb, immunaktivációt jelző molekulák többszörös mennyiségre emelkedése a plazmában).

A vírus nem terjed hétköznapi kontaktussal, konyhai eszközök közös használatával, közös fürdőszoba- és toilette-használattal, és rovarok sem képesek terjeszteni.<sup>9(85.old)</sup> [1. táblázat]

1. táblázat: A HIV transzmissziós útjai<sup>9(3.old)</sup>

Ondó és női nemi váladékok útján a fertőzött egyénből	A fertőzött egyén vérének vagy szöveteinek átkerülésével	Anyáról magzatra vagy újszülöttre
Hüvelybe történő heteroszexuális nemi érintkezés során nőről férfire vagy férfiről nőre	Intravénás kábítószerrelés során a közösen használt tűvel és fecskendővel	A méhlepényen át
Végbélbe történő nemi érintkezés során férfiről nőre vagy férfiről férfire	Vérátömlesztés során	A szülés során
Orális-genitális nemi érintkezés során férfiről nőre vagy nőről férfire	Vérkészítmények adagolásával	Anyatejjel
Mesterséges megtermékenyítés útján	Szervtranszplantációval	
	Egészségügyi dolgozókra, fertőzött éles eszközzel való sérülés és fertőzött vér nyálkahártyára jutása során	

Az akvirációtól kezdve különböző stádiumokra oszthatjuk a fertőzés lefolyását. Az alábbi klinikai stádiumok különíthetők el:

1. HIV-fertőzés,
2. primer/akut HIV-tünetegyüttes,
3. krónikus, tünetmentes HIV-fertőzés,
4. tünetekkel járó HIV-fertőzés,
5. kifejezett HIV-betegség: az AIDS stádiuma.

A fertőzést követően a vírus folyamatosan replikálódik. Ez a vérben lévő HIV mennyiségének folyamatos növekedését eredményezi, amire válaszként megjelenik az immunrendszer aktiválódása.<sup>9(85.old)</sup>

A primer HIV-tünetegyüttes a fertőzés első hat hetében, általában a harmadik héten jelentkezik. Tanulmányok szerint az esetek 90%-ában megjelenik, de tünetei nem specifikusak, sőt gyakran

alig észlelhetőek a hétköznapi folyamatos tevékenységei, rohanó életvitel következtében. Visszagondolva fertőződésének lehetséges kezdetére, a betegek alig néhány százaléka emlékszik a tünetek megjelenésére a már diagnosztizált betegek közül. Ha az egyén tüneteket is észlelt magán (pl. nyirokcsomók duzzanata, láz, éjszakai izzadás, hasmenés, hányás, fáradtság, gyengeségérzés, izomfájdalom, garatgyulladás, fejfájás, fénykerülés, afták és gombás fertőzés a szájban), ezek pár nap alatt, maximum 10 nap után elmúlnak, és kialakul a tünetmentes vírushordozás.<sup>9(85.old)</sup>

Ebben a stádiumban a tünetek észlelése és a fertőzés felismerése különösen fontos, mert ha már ebben a szakaszban hatékony antiretrovirális terápiában részesül a fertőzött, alacsony vírusszámmal léphet a krónikus stádiumba, ami a további stádiumok kialakulásának kitolásában fontos tényező.<sup>9(85.old)</sup>

## NŐKÉNT HIV-VEL ÉLNI

Globálisan 17,4 millió nő él HIV-vel, közülük egy adott időben 1,5 millióra tehető a várandósok száma. A fertilis korú nők közti vezető halálok a világon a HIV-hez köthető.<sup>10</sup>

A fertőzöttek túlnyomó többsége heteroszexuális úton kapja el a fertőzést, így pl. Afrikában a várandós nők 60%-a is fertőzött lehet.<sup>9(85.old)</sup>

1985-től 2016-ig 343 nőről derült ki HIV-fertőzöttsége Magyarországon. Az utóbbi években, évente mintegy 20-20 újabb nőbeteget verifikáltak. Náluk általában a fertőzés későbbi stádiumában kerül sor a diagnosztizálásra, vagy akkor, amikor újszülöttjük tünetei utalnak az anya fertőzöttségére.<sup>11</sup>

Bár szignifikánsan kevesebb problémával kell szembenéznük a korszerű kART-ot szedő nőknek, mint azoknak, akik 8-10 évvel ezelőtt részesültek HIV-ellenes terápiában, egyes élethelyzetekben mégis több kihívás éri őket, mint a nem HIV-fertőzött nőket. Jellemzően a várandósság és a szülés kapcsán kell a státuszuk okozta nehézségekre számítani, ezenkívül arra is, hogy a HIV-fertőzés miatt fokozódik a kockázata egyes betegségek – például a méhnyak laphámkarcinómája – kialakulásának.<sup>12</sup>

A női szerepek mindegyikét befolyásolja a fertőzés. A munkahelyen akár vezető akár alkalmazotti

beosztásban is szorongással töltheti el a nő egészségi státuszának esetleges kiderülése. A rizkócsoportokba való besorolás, stigmatizáció mindenütt jelen van, és ha ez a munkahelyen is megtalálható, akár egzisztenciális válságot is kialakíthat az egyén életében. „Nem mondhatom meg az igazságot. Ha megtudnák, hogy HIV-pozitív vagyok, azonnal elbocsájtának. Az AIDS rosszabb, mint a rák. A rákost sajnálják, tőlünk undorodnak, minket megvetnek.”<sup>13</sup>

A HIV-fertőzéssel élő munkavállaló a jelenlegi álláspont alapján ugyanannyira alkalmas a munkavégzésre, mint bárki más, kivéve a szűrő- és vágóeszközök használatával, nagy testüreg megnyitásával vagy vérzéssel járó egészségügyi tevékenységeket.<sup>14</sup>

A várandósok egészséges újszülöttre vágnak, könnyű és gyors szülést szeretnének, olyan közegben, amely háborítatlan és elfogadó. Egy HIV-vel élő nőnek ezek az elvárások, kívánalmak még több aggodalommal társulhatnak, hiszen alapvető kérdésként már abban döntenie kell, hogy elég bizalom fűzi-e orvosához ahhoz, hogy elárulja neki státuszát. Aggodalmat jelent a baba egészsége, a saját egészsége, az egészségügyi dolgozók esetleges empátiahiánya és előítélete, a megváltozott élethelyzettel járó szokásos aggodalmakon kívül.

## A MAGZAT ÉS AZ ÚJSZÜLÖTT FERTŐZŐDÉSE

A három lehetséges vírusátadási út a transzplacentáris, a szülés közbeni és az anyatejen át történő. A transzplacentáris fertőződés konkrét időpontja és kiváltója nem teljesen tisztázott, már a graviditás első heteiben megfertőződött magzatot is találtak, így a placenta előregedésének logikája nem feltétlenül állja meg a helyét.<sup>9(85.old)</sup> Valószínűleg maga a placenta fertőződhet meg a vírussal, hiszen a placenta gyulladással jelei a fertőződés valószínűségét fokozzák. A transzmisszió előfordulásánál az anyai vírusmennyiség (*viral load*) a mérvadó.

A fertőzések nagy része (20-30%-a) azonban a szülés közben alakul ki. Lényegesen nagyobb az átvitel esélye, hiszen a vírus rákerülhet a magzat nyálkahártyájára, és ott van jelen először esély az anyai vérrel való találkozásra is. Ezenkívül pedig fontos szerepe van a magzataburok-repedés és a

születés közt eltelt időnek, amely ha 4 óránál hosszabb, jelentősen növekszik a fertőződés esélye. Az anyatejjel való átadás a fejlődő országokban jellemzőbb, a kombinált antiretrovirális terápiával kezelt kismamák tekintetében az esély elenyészően kicsi, így elméletben a kolosztrum nagyobb vírusszáma sem jelent különösebb veszélyt a babára.<sup>9(85.old)</sup>

Ugyanakkor pszichés frusztráltságot jelent maga a gyógyszer-alkalmazás is, hiszen a legtöbb kismama próbálja távol tartani magát a gyógyszeres kezeléstől várandóssága alatt.<sup>15</sup>

Mikor megszületett az újszülött, kardinális kérdéssé válik táplálása. A legjobb táplálék a baba számára az anyatej. Ugyanakkor a vertikális transzmisszió megakadályozása érdekében a baba anyatejjel táplálása nem ajánlott a terápiában részesülő HIV-fertőzöttek esetében sem.<sup>12(5.old.)</sup>

Bár itthon a tápszerrel való ellátottság nem jelent akkora problémát, mint a fejlődő országokban, a társadalom, a közvetlen család hozzáállása és a női szerepben beállt kudarc és büntudat érzése az anyatejes táplálás kihagyását illetően akár depresszióhoz is vezethet. Afrika egyes országaiban azt a nőt, aki nem táplálja gyermekét rögtön anyatejjel, HIV-fertőzöttnek bélyegzik, és még tettlegességig is fajulhat a helyzet, akár beigazolódik a gyanú, akár nem.<sup>16</sup>

A fejlődő országokban, ahol terápiához nem mindenki juthat, óriási problémát jelent az anyatej elhagyása, mert bár a transzmisszió szempontjából előnyös, nagyobb a veszélye a baba kiszáradásának vagy valamely más fertőzés akvirálásának, amely halálos kimenetelű is lehet. A nekrotizáló enterocolitis is gyakoribb az anyatej protektív és enterális immunrendszert kialakító faktorainak hiánya esetén. Így ezekben az országokban a megfelelő felvilágosítás és oktatás mellett a pasztörizálás technikáját ajánlják az anyáknak tejük vírusmentessé tételére.

Ha 30 percen át 56 °C-os vízbe állított üvegben hőkezeljük az anyatejet, az összes vírus elpusztul benne, míg az értékes tápanyagok és immunglobulinok megmaradnak. Emellett pedig több tényező befolyásolja a veszélyt, pl. mastitis fennállása vagy a mellbimbón, a baba szájában lévő sebek. A kizárólagos (sem más táplálék, sem víz) anyatejes táplálás csökkenti a vírusátadás esélyeit.<sup>17</sup>

Az anyatejes táplálással nagyjából 30-38% az esélye a vírus átadásának, ha az anya nem szed HIV-ellenes

gyógyszereket. A kART 2%-ra csökkenti ennek az esélyét minden nemű mama-baba transzmisszióra is értve.<sup>12(5.old.)</sup>

Pár éve Magyarországon is bevett gyakorlat, hogy az ismert HIV-pozitív, kART-ban részesülő kismamát nem ajánlott profilaktikus császármetszésben részesíteni, ha a vírusszáma határérték alatti mind a várandósság mind a szülés ideje alatt. A körülmények között beállított terápia nem jelent veszélyt a magzatra, és nem hajlamosítja rendellenességekre, ugyanakkor egyes szakirodalmak szerint, általában magasabb a koraszülés esélye, arányuk a következőképp alakul: 37 hétnél rövidebb gesztációs idő 13%, ezen belül 32 hétnél rövidebb 23%.

Amennyiben a kismamáról már várandóssága ideje alatt derül ki fertőzöttsége, a 14. hétig nem ajánlott a kART elkezdése. De minden terápiás beavatkozásról a nő dönt, az orvos csupán a megfelelő tájékoztatásért felelős. A legtöbb információt a zidovudin nevű nukleozid reverz transzkriptáz inhibitorral kapcsolatban birtokoljuk az összes szer közül, így ezt a vegyületet mindegyik kombinációnak ajánlott tartalmaznia a várandósoknál. Emellett pedig a végleges, verifikált diagnózisig az újszülöttet ajánlott 4-6 héten át zidovudin sziruppal profilaxisban részesíteni.

Az újszülött továbbá PCP (*pneumocystis carinii*/*jirovecii pneumonia*) elleni védelemre is szorul a negatív státusz beigazolásáig. Pozitív teszt esetén további egy éves korig alkalmazandó a PCP-profilaxis.<sup>12(5.old.)</sup>

Emellett pedig tbc elleni immunizálást és minden élő vakcinával történő oltást szintén a negatív diagnózisig halasztani kell.<sup>9(85.old)</sup>

A magzati korban fertőződött babák második életnapján már kimutatható a vírus, míg a szülés vagy szoptatás alatt megkapott fertőzés a 6. hét előtt csupán PCR-technikával mutatható ki, 50%-os bizonyossággal.<sup>9(85.old)</sup>

A HIV-pozitív gyermekek ellátása 1989 óta a Szent László Kórházban működik. A HIV-vel élő anyák újszülöttjeinek szűrése is itt történik. 2005 és 2015 között 35 újszülöttet vettek gondozásba, akik közül szinte mindegyik HIV-negatívnak bizonyult.<sup>2(85.old)</sup>

A kezdetektől kezelt gyermekek száma 2015-ben 10 volt, közülük 9-en kaptak specifikus terápiát, és 8-an tartósan vírusmentesek. Évente egy-két eset kerül felismerésre, de becslések alapján ennél jóval több HIV-pozitív gyermek lehet az országban.<sup>2(85.old)</sup>

## PREVENCIÓ

A HIV-expozícióhoz kapcsolódó prevenciók kezelését pre- és posztexpozíciós profilaxisra oszthatjuk. A preexpozíciós profilaxis (PrEP) a fertőzés kivédésére szolgál HIV-negatív embereknél egy, a HIV-fertőzés terápiájában is alkalmazott gyógyszer-csoporttal. Európában prevenciók célokra használhatónak nyilvánították, a biztonságos szexualitás melletti alkalmazással. Elsősorban a rizikócsoportba tartozó egyének számára ajánlották 2015-től ezt a fajta megelőzési módszert. A poszt-expozíciós profilaxis (PEP) HIV-fertőzött vérrrel szennyezett sérülések, vágás, tűsérülés stb. esetén használatos terápia, az elsődleges sebellátást követően 4-72 órán belül alkalmazandó.<sup>12(5.old.)</sup>

Fertőzött vérrrel szennyezett sérülések, vágások és tűszúrások esetén a fertőződés esélye kb. 0,3-0,5%, ez a kockázat függ a seb mélységétől, a tű nagyságától és a fertőzött egyén vérének víruskoncentrációjától. Egyes kutatások szerint ép nyálkahártyával érintkező fertőzött vér esetén a fertőzés átvitelének esélye 0,09%.<sup>12(5.old.)</sup>

A tünetegyütteseket a kombinált antiretrovirális terápia 1995-ös megjelenése előtt kizárólag tünetileg kezelték, azt követően azonban hatékony terápia állt rendelkezésre. Ez a kezelés eleinte még rengeteg mellékhatást, bonyolult szedési rendet, alkalmanként több tablettát bevitelét jelentette. Fokozatosan jelentek meg az egyre hatásosabb és jobb compliance-t biztosító szerek. Ma már napi egyetlen tablettával akár három támadásponton is ható gyógyszereket szednek a fertőzöttek, ami vírusszámukat a kimutatható mennyiség alá csökkenti.<sup>2(85.old.)</sup>

Jelenleg a kezelés a budapesti Egyesített Szent István és Szent László Kórház és Rendelőintézet Infektológiai Osztályán kívül három decentrumban (Miskolcon, Pécsen és Debrecenben) történik. A 100%-os támogatás miatt a pácienseknek csupán dobozdíjat kell fizetniük gyógyszereikért.<sup>12(5.old.)</sup>

## ÖSSZEFOGLALÁS

Tanulmányunk célja az volt, hogy bemutassuk a HIV-vel élő szülők ápolásának, gondozásának, terápiájának legújabb változásait az elmúlt évtizedekhez képest. Bizonyosságot nyert, hogy a HIV-vel élő nők szülésére jelenleg semmilyen különleges intézkedés, irányelv nem vonatkozik, és nem is áll rendelkezésünkre, új jogszabályok nem születtek. A családalapítási szándék a kezdeti terápia megtervezésekor fontos tényező; gyógyszer-kombináció váltása indokolt lehet, ha már eleve szedett HIV-ellenes kombinációt a HIV-vel élő nő, ugyanakkor már meglévő várandósság esetében a gyógyszerelváltás kockázattal jár, így a fertőzés átvitelének megakadályozása érdekében gyógyszerelváltástól ebben az esetben általában eltekintenek. Mindenfajta terápiával kapcsolatos döntést kizárólagosan a kismama hozhat meg, így a mindenre kiterjedő tájékoztatás után az egészségügyi szakembereknek ezt a döntést maradéktalanul el kell fogadniuk.<sup>12(5.old.)</sup>

## JAVASLATOK

A betegség primer prevenciója különösen fontos a nők vonatkozásában, mert egy nő, egy anya érintettsége a kórbán az egész család egyensúlyát erősen kibillentheti, a családot krízisbe sodorhatja. A fiatalok, elsődlegesen a fiatal lányok számára érdemes lenne egy olyan tananyagot összeállítani – vagy akár egy ahhoz hasonló<sup>18</sup> kézikönyvet készíteni –, mint amelyet a családalapítás, a szülőiségre felkészítés során már sikeresen használtak, amely a résztvevők aktivitására és a programozott oktatás elveire épülő programhoz<sup>19,20,21</sup> hasonló speciális, releváns, korszerű ismereteket tartalmaz. Az egészségügyi szakembereken túl a primer prevenciók szabadidős programok megvalósítására kötelezett szociális és gyermekvédelmi szakembereket<sup>22,23</sup> is érdemes a munkába bevonni, más témákhoz hasonlóan,<sup>24</sup> velük együtt, közösen dolgozni.

Továbbá javasoljuk, rendszeres továbbképzések szervezését a legújabb kutatások, a gyógyszeres terápia és a prevenció területén az egészségügyi dolgozók számára.

## HIVATKOZÁSOK

- <sup>1</sup> Egyesített Szent István és Szent László Kórház. AIDS világnapi szakmai nyílt nap. [Brosúra]. Budapest, 2017.
- <sup>2</sup> Egyesített Szent István és Szent László Kórház. III. Nemzeti AIDS Konferencia. [Brosúra]. Budapest, 2015.
- <sup>3</sup> Táncos GE. () HIV fertőzöttek gondozása napjainkban Magyarországon. Szakdolgozat, SE Egészségtudományi Kar, Ápolástan Tanszék, 2017.
- <sup>4</sup> Buda B. Empátia - A beleélés lélektana. Budapest: L'Harmattan Kiadó, 2012.
- <sup>5</sup> Szlávik J. HIV-fertőzöttek ellátása és korszerű terápiája Magyarországon. In press. 2017.
- <sup>6</sup> Juhász M. A HIV-pozitív nők periterminális ellátása és szülése Magyarországon a szülész- és védőnő hallgatók empátiájának tükrében. Szakdolgozat, SE Egészségtudományi Kar, Ápolástan Tanszék, 2018.
- <sup>7</sup> 49/2004. (V. 21.) ESzCsM rendelet a területi védőnői ellátásról. [http://njt.hu/cgi\\_bin/njt\\_doc.cgi?docid=84519](http://njt.hu/cgi_bin/njt_doc.cgi?docid=84519) Elérve: 2018. 06. 10.
- <sup>8</sup> Bereczky T, Kováts V. Útikalauz HIV és más nemi úton terjedő betegségek teszteléséhez és tanácsadáshoz. [Füzet]. Alternatíva Alapítvány, Budapest, 2016.
- <sup>9</sup> Bánhegyi DD, Tóth F, Füst Gy. HIV-fertőzés – AIDS. Budapest, Melania Kiadó Kft., 2002.
- <sup>10</sup> Leyva-Moral JM, Piscoya-Angeles PN, Edwards JE, et al. The Experience of Pregnancy in Women Living With HIV: A Meta-Synthesis of Qualitative Evidence. *The Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*. 2017;28(4). doi:10.1016/j.jana.2017.04.002
- <sup>11</sup> Országos Epidemiológiai Központ. Epiinfo. Országos Epidemiológiai Központ. Budapest, 2017.
- <sup>12</sup> Szlávik J, Lakatos B, Bánhegyi D, et al. HIV betegek diagnosztikus és terápiás protokollja. In press. 2017.
- <sup>13</sup> Gyarmathy A (szerk.). AIDS – tények és előrejelzések a legújabb kutatások tükrében. NEFELEJCS AIDS Megelőzési és Szexedukációs Alapítvány, Budapest, 1996.
- <sup>14</sup> Stutterheim SE, Brands R, Baas I, et al. HIV Status Disclosure in the Workplace: Positive and Stigmatizing Experiences of Health Care Workers Living with HIV. *The Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*. 2017;28(6):923-937. doi:10.1016/j.jana.2017.06.014
- <sup>15</sup> Carmel K, Alderdice F, Lohan M. Psychosocial challenges of testing positive for HIV during pregnancy. *British Journal of Midwifery* 2009;17(2):76-81. doi:10.12968/bjom.2009.17.2.39375
- <sup>16</sup> Chivonivoni C, Ehlers VJ, Roos JH. Mothers' attitudes towards using services preventing mother-to-child HIV/AIDS transmission in Zimbabwe: an interview survey. *International Journal of Nursing Studies*. 2008;45(11):1618-24. doi:10.1016/j.ijnurstu.2008.04.002
- <sup>17</sup> Minnie CS, Greeff M. The choice of baby feeding mode within the reality of the HIV/AIDS epidemic: health education implications. *Curationis*. 2006;29(4):19-27. [http://www.academia.edu/3863095/Minnie - The choice of infant feeding mode within the reality of the HIV AIDS epidemic](http://www.academia.edu/3863095/Minnie_-_The_choice_of_infant_feeding_mode_within_the_reality_of_the_HIV_AIDS_epidemic) Elérve: 2018. 10. 29.
- <sup>18</sup> Soósné Kiss Zs. A sikeres családalapítás többé nem titok. Családot alapító párok, őket felkészítő szakemberek kézikönyve. General Press, Budapest, 2014.
- <sup>19</sup> Soósné Kiss Zs. Programozott oktatás és alkalmazási lehetősége a szülésre felkészítésben. *Egészségnevelés*. 2002;43(6):276-9.
- <sup>20</sup> Soósné Kiss Zs. Egy speciális szülésre felkészítő modell módszertani elemeinek bemutatása. *Egészségfejlesztés*. 2006;47(3):11-4.
- <sup>21</sup> Soósné Kiss Zs. Ergebnisse des Programms „Vorbereitung auf aktive Elternschaft“: Werdende Eltern Erfolgreich schulen. *Pflegezeitschrift*. 2009;62(5):268-9.
- <sup>22</sup> 1993. évi III. törvény a szociális igazgatásról és ellátásról <https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=99300003.TV> Elérve: 2018. 06. 07.
- <sup>23</sup> 1997. évi XXXI. törvény a gyermekek védelméről és a gyámügyi igazgatásról [http://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy\\_doc.cgi?docid=99700031.TV](http://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy_doc.cgi?docid=99700031.TV) Elérve: 2018. 06. 06.
- <sup>24</sup> Soósné Kiss Zs. Egészségügyi és szociális szakemberek közös felelőssége az első gyermeket váró szülők támogatásában. *Nővér*. 2002;15(5):7-10.