



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΔΥΤΙΚΗΣ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ**

**ΤΜΗΜΑ ΜΑΙΕΥΤΙΚΗΣ
ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**

**«ΗIV ΣΤΗΝ ΚΥΗΣΗ, ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΣΤΙΓΜΑ ΚΑΙ Ο
ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΜΑΙΑΣ ΣΤΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΑΥΤΩΝ»**

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΦΟΙΤΗΤΗ

ΓΑΡΔΕΡΑΚΗ ΜΑΡΙΑ

1553-22

ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ

ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ ΠΑΠΟΥΤΣΗΣ

ΧΕΙΜΕΡΙΝΟ ΕΞΑΜΗΝΟ 2022-2023

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

• ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ.....	3
• ΔΗΛΩΣΗ ΛΟΓΟΚΛΟΠΗΣ.....	4
• ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	5
• ΓΕΝΙΚΑ ΠΕΡΙ ΗΙΥ.....	6
- ΤΙ ΑΚΡΙΒΩΣ ΕΙΝΑΙ Ο ΗΙΥ.....	6
- ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ.....	9
- ΠΟΡΕΙΑ ΤΗΣ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ.....	12
- ΔΙΑΓΝΩΣΗ.....	15
- ΘΕΡΑΠΕΙΑ.....	18
- ΠΡΟΛΗΨΗ.....	24
• Ο ΗΙΥ ΣΤΗΝ ΚΥΗΣΗ.....	26
- ΘΕΡΑΠΕΙΑ.....	31
- ΤΟΚΕΤΟΣ.....	39
- ΝΕΟΓΝΟ.....	48
- ΘΗΛΑΣΜΟΣ.....	54
- ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ.....	56
- ΜΤСТ.....	62
- ΚΑΤΕΥΘΥΝΤΗΡΙΕΣ ΟΔΗΓΙΕΣ ΚΑΙ ΣΥΣΤΑΣΕΙΣ.....	66
- ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ.....	76
• ΣΤΙΓΜΑ.....	86
- ΕΚΦΑΝΣΕΙΣ ΣΤΙΓΜΑΤΟΣ.....	87
- ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΣΤΙΓΜΑΤΟΣ.....	111
• ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	124
• ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΕΙΚΟΝΩΝ.....	126
• ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	128

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Η παρούσα πτυχιακή εργασία εκπονήθηκε στο Τμήμα Μαιευτικής της Σχολής Επιστημών Υγείας του Πανεπιστημίου Δυτικής Μακεδονίας. Η επιλογή του θέματος έγινε από την φοιτήτρια του 7^{ου} εξαμήνου Γαρδεράκη Μαρία με επιβλέποντα καθηγητή τον Επίκουρο Καθηγητή Δημήτριο Παπουτσή.

Πρώτα από όλα, θα ήθελα θερμά να ευχαριστήσω τον καθηγητή μου, Επίκουρο Καθηγητή Δημήτριο Παπουτσή, για το ενδιαφέρον που έδειξε για το θέμα, την προθυμία να αναλάβει την επίβλεψη του και την υποστήριξη και βοήθεια του καθ' όλη την διαδικασία της συγγραφής.

Θερμά ευχαριστώ θα ήθελα επίσης να απευθύνω σε όλους τους καθηγητές που με έχουν διδάξει κατά τη διάρκεια της ακαδημαϊκής μου πορείας, τόσο για τις γνώσεις και δεξιότητες που μου μετέφεραν αλλά και ιδιαίτερα για την συνεχόμενη υποστήριξη τους κατά την περίοδο της εξ' αποστάσεως διδασκαλίας στην διάρκεια της πανδημίας του Covid-19, όπου μου έδειξαν τι σημαίνει υπομονή, επιμονή και προσαρμογή στην αντιξοότητα.

 **ΔΗΛΩΣΗ ΜΗ ΛΟΓΟΚΛΟΠΗΣ ΚΑΙ ΑΝΑΛΗΨΗΣ**
ΠΡΟΣΩΠΙΚΗΣ ΕΥΘΥΝΗΣ

Με πλήρη επίγνωση των συνεπειών του νόμου περί πνευματικών δικαιωμάτων, δηλώνω ενυπογράφως ότι είμαι αποκλειστικός συγγραφέας της παρούσας Πτυχιακής Εργασίας, για την ολοκλήρωση της οποίας κάθε βοήθεια είναι πλήρως αναγνωρισμένη και αναφέρεται λεπτομερώς στην εργασία αυτή. Έχω αναφέρει πλήρως και με σαφείς αναφορές, όλες τις πηγές χρήσης δεδομένων, απόψεων, θέσεων και προτάσεων, ιδεών και λεκτικών αναφορών, είτε κατά κυριολεξία είτε βάση επιστημονικής παράφρασης.

Αναλαμβάνω την προσωπική και ατομική ευθύνη ότι σε περίπτωση αποτυχίας στην υλοποίηση των ανωτέρω δηλωθέντων στοιχείων, είμαι υπόλογος έναντι λογοκλοπής, γεγονός που σημαίνει αποτυχία στην Πτυχιακή μου Εργασία και κατά συνέπεια αποτυχία απόκτησης του Τίτλου Σπουδών, πέραν των λοιπών συνεπειών του νόμου περί πνευματικών δικαιωμάτων.

Δηλώνω, συνεπώς, ότι αυτή η Πτυχιακή Εργασία προετοιμάστηκε και ολοκληρώθηκε από εμένα προσωπικά και αποκλειστικά και ότι, αναλαμβάνω πλήρως όλες τις συνέπειες του νόμου στην περίπτωση κατά την οποία αποδειχθεί, διαχρονικά, ότι η εργασία αυτή ή τμήμα της δε μου ανήκει διότι είναι προϊόν λογοκλοπής άλλης πνευματικής ιδιοκτησίας."

Όνομα και Επώνυμο Συγγραφέα: ΓΑΡΔΕΡΑΚΗ ΜΑΡΙΑ.....
Υπογραφή: ΓΑΡΔΕΡΑΚΗ ΜΑΡΙΑ.....
Ημερομηνία: 8/10/2022.....

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο HIV είναι ένας ρετροϊός ο οποίος επιτίθεται στα CD4 λεμφοκύτταρα αποδυναμώνοντας εν καιρό το ανοσοποιητικό σύστημα, οδηγώντας στο χρόνιο σύνδρομο της επίκτητης ανοσοανεπάρκειας. Μεταδίδεται με την σεξουαλική επαφή και την κοινή χρήση μολυσμένων συρίγγων ή μετάγγισης, μέσω των σωματικών υγρών, καθώς και κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, του τοκετού και του θηλασμού από την μητέρα στο έμβρυο και στο νεογνό. Η ασθένεια περιβάλλεται από δεκαετίες κοινωνικού στιγματισμού που οδηγεί τους ασθενείς σε κοινωνικό αποκλεισμό, διακρίσεις και θάνατο από αμέλεια. Ενώ ο ιός δεν επηρεάζει αυτός καθαυτός την κύηση, οι επιπτώσεις του στην υγεία της γυναίκας μπορεί να επηρεάσουν με τη σειρά τους το καλώς έχειν της εγκυμοσύνης. Οι γυναίκες και κυρίως οι εγκυμονούσες αποτελούν μία ιδιαίτερα ευαίσθητη ομάδα τόσο ως προς την επιμόλυνση από τον ιό αλλά και την επίδραση του κοινωνικού στίγματος που συνοδεύει την ασθένεια. Η μαία ως ο κύριος πάροχος υπηρεσιών υγείας και υποστήριξης της αναπαραγωγικής υγείας της κάθε γυναίκας παίζει κεντρικό ρόλο στην διαχείριση της ασθένειας και του στίγματος τόσο για την γυναίκα όσο και σε επίπεδο κοινότητας.

Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η ανασκόπηση των τελευταίων βιβλιογραφικών δεδομένων και κατευθυντήριων οδηγιών σχετικά με την επίδραση του ιού HIV στην περιγεννητική περίοδο, καθώς και τον ρόλο της μαίας στην διαχείριση της ασθένειας αλλά και στην αντιμετώπιση του κοινωνικού στίγματος γύρω από αυτήν.

Για τους σκοπούς αυτής της εργασίας, χρησιμοποιήθηκαν οι παρακάτω λέξεις κλειδιά (key words):

- HIV/AIDS - κύηση (pregnancy) - νεογνό (infant) - μητέρα (mother)
- θηλασμός (breast feeding/chest feeding/ nursing) - μαία (midwife)
- στίγμα (stigma).

Αναζητήθηκαν στοιχεία από τις βάσεις δεδομένων Pubmed, Cochrane library, CDC, NHS, Act Up, UNAIDS.

Τα στοιχεία που παρατίθενται επεκτείνονται σε δημοσιεύσεις χρονικής περιόδου 20 ετών.

Με βάση τον παγκόσμιο οργανισμό υγείας την δεκαετία του 1980 και στις αρχές της δεκαετίας του 1990 ξέσπασε με επίκεντρο τις ΗΠΑ και στην συνέχεια επεκτάθηκε και στις υπόλοιπες χώρες ο ιός του HIV και η νόσος τους AIDS, αν και η ασθένεια προϋπήρχε για δεκαετίες στον πλανήτη. Από την αρχή της πανδημίας μέχρι και σήμερα υπολογίζονται πάνω από 70 εκατομμύρια θάνατοι παγκοσμίως.

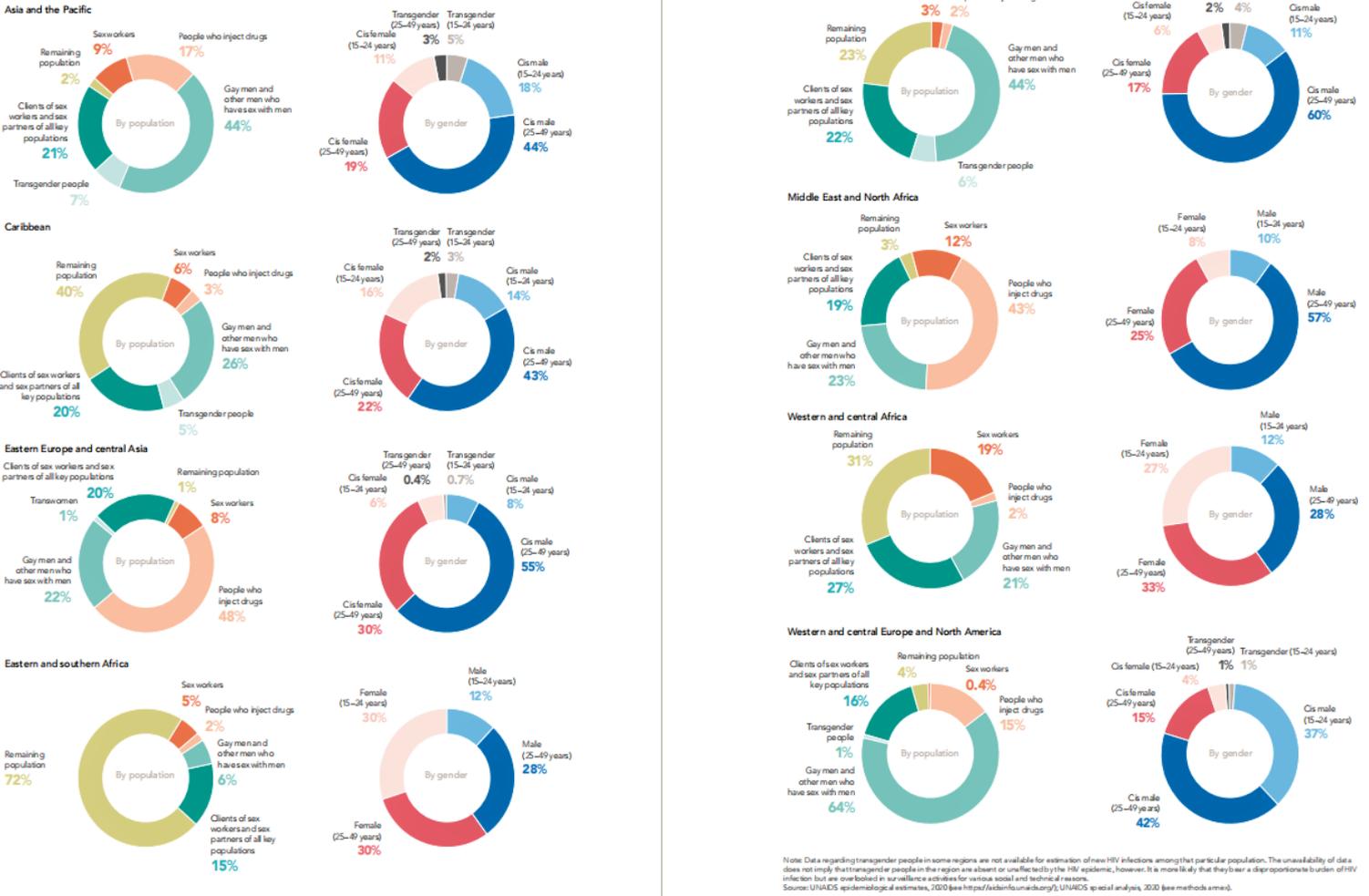
- ΤΙ ΑΚΡΙΒΩΣ ΕΙΝΑΙ Ο HIV

Έχουν εντοπιστεί δύο τύποι του ρετροϊού HIV. Ο HIV-1 είναι πιο διαδεδομένος από τον HIV-2, ο οποίος εντοπίζεται κυρίως στη Δυτική Αφρική. Ο HIV-2 είναι λιγότερο λοιμογόνος και λιγότερο μεταδοτικός από τον HIV-1.

Ο ιός της ανθρώπινης ανοσοανεπάρκειας γνωστός ως HIV είναι ένας ιός που επιτίθεται στο ανοσοποιητικό σύστημα, συγκεκριμένα στα CD4 λεμφοκύτταρα. Μεταδίδεται δια μέσου σωματικών υγρών όπως το αίμα, τα πρωκτικά, σπερματικά και κοιλικά υγρά, το αμνιακό υγρό και το μητρικό γάλα. Ιστορικά οι πιο κοινοί τρόποι μετάδοσης είναι η χωρίς προφυλακτικό σεξουαλική επαφή, η κοινή χρήση μολυσμένης σύριγγας και ο κοιλικός τοκετός.

Δεν είναι ο ιός αυτός καθαυτός που προκαλεί τον θάνατο αλλά η επίδραση του στον οργανισμό, καθώς με το πέρασμα του χρόνου η καταστροφή των CD4 λεμφοκυττάρων οδηγεί στην αποδυνάμωση του ανοσοποιητικού συστήματος, καθιστώντας τον οργανισμό ευάλωτο σε ευκαιριακές λοιμώξεις και ασθένειες όπως συχνά πνευμονία και τύποι καρκίνου. Η κατάσταση αυτή ονομάζεται σύνδρομο επίκτητης ανοσοανεπάρκειας κοινώς γνωστό ως AIDS. Αν και δεν υπάρχει θεραπεία για τον ιό του HIV, πλέον οι σύγχρονες θεραπείες δίνουν τη δυνατότητα στα άτομα που νοσούν να ζήσουν μια μακρά ζωή, με χαμηλό έως και μηδενικό κίνδυνο μετάδοσης.

Distribution of new HIV infections by gender and population, by region, 2019



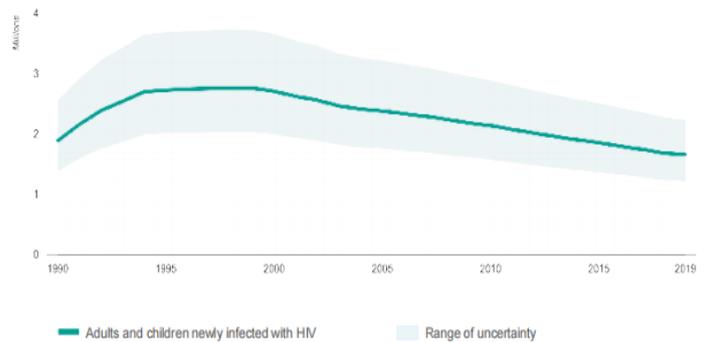
1.01 1.01 UNAIDS Joint United Nations Programme on HIV/AIDS UNAIDS DATA 2020 REFERENCE UNAIDS 2020 «Δημογραφικά στατιστικά με βάση φύλο και πληθυσμό λοιμώξεων HIV για το 2019»

Regional HIV and AIDS statistics and features | 2019

Region	Adults and children living with HIV	Adults and children newly infected with HIV	Adult and child deaths due to AIDS
Eastern and southern Africa	20.7 million [18.4 million–23.0 million]	730 000 [580 000–940 000]	300 000 [230 000–360 000]
Western and central Africa	4.9 million [3.9 million–6.2 million]	240 000 [150 000–360 000]	140 000 [100 000–210 000]
Middle East and North Africa	240 000 [170 000–400 000]	20 000 [11 000–38 000]	8000 [4 900–14 000]
Asia and the Pacific	5.8 million [4.3 million–7.2 million]	300 000 [210 000–390 000]	160 000 [94 000–240 000]
Latin America	2.1 million [1.4 million–2.8 million]	120 000 [73 000–180 000]	37 000 [23 000–56 000]
Caribbean	330 000 [270 000–400 000]	13 000 [8 700–19 000]	6900 [4 900–10 000]
Eastern Europe and central Asia	1.7 million [1.4 million–1.9 million]	170 000 [140 000–190 000]	35 000 [26 000–46 000]
Western and central Europe and North America	2.2 million [1.7 million–2.6 million]	65 000 [49 000–87 000]	12 000 [8 700–19 000]
GLOBAL	38.0 million [31.6 million–44.5 million]	1.7 million [1.2 million–2.2 million]	690 000 [500 000–970 000]

The ranges around the estimates in this table define the boundaries within which the actual numbers lie, based on the best available information.

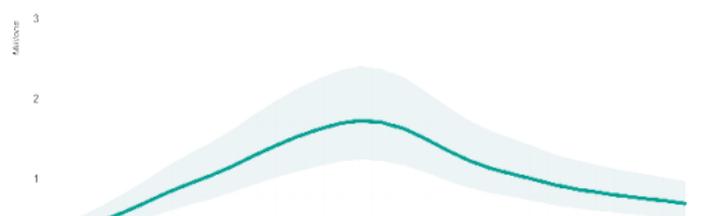
Adults and children newly infected with HIV | 1990–2019



Adults and children estimated to be living with HIV | 1990–2019



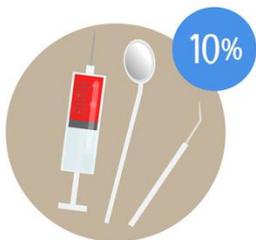
Adult and child deaths due to AIDS | 1990–2019





HIV/AIDS

HIV is transmitted



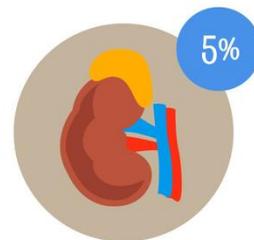
use of non-sterile syringes and tools



pregnancy
breastfeeding



blood transfusion



organ transplant



unprotected sex

HIV is not transmitted



food, drink,
utensils



insect bites



kiss, touch



clothes, towels



toilet, shower

ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

- **Προέλευση του ιού**

Η επιστήμη εντοπίζει την προέλευση του HIV στους χιμπατζήδες και τον ιό της ανοσολογικής ανεπάρκειας πιθήκων (SIV), έναν ιό που μοιάζει με τον ιό του HIV και επιτίθεται στο ανοσοποιητικό σύστημα των πιθήκων. Το 1999, οι ερευνητές εντόπισαν ένα στέλεχος πιθηκικού SIV που ονομάζεται SIVcpz, το οποίο ήταν σχεδόν πανομοιότυπο με τον HIV. Οι χιμπατζήδες, φαίνεται πως κυνηγούν και τρώνε δύο είδη μικρότερων πιθήκων— μαγκαμπέι με κόκκινα σκούφια και κιληδωτούς πιθήκους— που μεταφέρουν και μολύνουν τους χιμπατζήδες με δύο στελέχη SIV. Αυτά τα δύο στελέχη πιθανότατα συνδυάστηκαν για να σχηματίσουν το SIVcpz, το οποίο μπορεί να εξαπλωθεί μεταξύ χιμπατζήδων και ανθρώπων.

Το SIVcpz πιθανότατα μεταδόθηκε στους ανθρώπους μέσω της κατανάλωσης μολυσμένου κρέατος ή την επαφή με το μολυσμένο αίμα των χιμπατζήδων (Paul M. Sharp, et al., 2011). Οι ερευνητές πιστεύουν ότι η πρώτη μετάδοση του SIV ως HIV σε ανθρώπους που στη συνέχεια οδήγησε στην παγκόσμια πανδημία συνέβη το 1920 στην Κινσάσα, την πρωτεύουσα και μεγαλύτερη πόλη της Λαϊκής Δημοκρατίας του Κονγκό. Πιθανολογείται πως η διασπορά του ιού συνέβη μέσω μετανάστευσης και του σεξουαλικού εμπορίου.

Στη δεκαετία του 1960, ο HIV εξαπλώθηκε από την Αφρική στην Αϊτή και την Καραϊβική όταν οι επαγγελματίες της Αϊτής στην αποικιακή Λαϊκή Δημοκρατία του Κονγκό επέστρεψαν στην πατρίδα τους. Στη συνέχεια, ο ιός μεταφέρθηκε από την Καραϊβική στη Νέα Υόρκη γύρω στο 1970 και στη συνέχεια στο Σαν Φρανσίσκο αργότερα μέσα στην ίδια δεκαετία.

Από εκεί τα διεθνή ταξίδια από τις Ηνωμένες Πολιτείες οδήγησαν στην εξάπλωση του ιού στον υπόλοιπο κόσμο (U.S. Department of Health & Human Services 2022).

- **Η επιδημία του AIDS**

Αν και ο HIV εμφανίστηκε στις Ηνωμένες Πολιτείες γύρω στο 1970, δεν ήρθε στην προσοχή του ευρύτερου κοινού μέχρι τις αρχές της δεκαετίας του 1980.

Το 1981, το Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων (CDC) δημοσίευσε μια έκθεση σχετικά με πέντε προηγουμένως υγιείς ομοφυλόφιλους άνδρες που μολύνθηκαν από *Pneumocystis pneumonia*, η οποία προκαλείται από τον συνήθως αβλαβή μύκητα *Pneumocystis*

jirovecii. Αυτός ο τύπος πνευμονίας, σημείωσε το CDC, δεν επηρεάζει σχεδόν ποτέ άτομα με υγιές ανοσοποιητικό σύστημα.

Το επόμενο έτος, οι New York Times δημοσίευσαν ένα ανησυχητικό άρθρο σχετικά με τη νέα διαταραχή του ανοσοποιητικού συστήματος, η οποία, μέχρι τότε, είχε επηρεάσει 335 ανθρώπους, σκοτώνοντας 136 από αυτούς. Επειδή η ασθένεια φαινόταν να επηρεάζει κυρίως ομοφυλόφιλους άνδρες, οι αρμόδιες αρχές, την ονόμασαν ανοσολογική ανεπάρκεια που σχετίζεται με τους ομοφυλόφιλους ή GRID.

Αν και το CDC ανακάλυψε όλες τις κύριες οδούς μετάδοσης της νόσου - καθώς και ότι οι γυναίκες σύντροφοι ανδρών θετικών στο AIDS θα μπορούσαν να μολυνθούν - το ζήτημα είχε πάρει πλέον κοινωνικές προεκτάσεις και πατώντας στην ομοφοβία και στις προκαταλήψεις της εποχής, το 1983, το κοινό θεώρησε το AIDS μια γκέι ασθένεια αποδίδοντας της τον τίτλο «γκέι πανούκλα» για πολλά χρόνια μετά.

Τον Σεπτέμβριο του 1982, το CDC χρησιμοποίησε τον όρο AIDS για να περιγράψει την ασθένεια για πρώτη φορά. Μέχρι το τέλος του έτους, περιπτώσεις AIDS αναφέρθηκαν επίσης σε ορισμένες ευρωπαϊκές χώρες (U.S. Department of Health & Human Services 2022).

- Το διαγνωστικό τεστ για τον ιό του HIV

Το 1984, οι ερευνητές εντόπισαν τελικά την αιτία του AIDS - τον ιό HIV με τον Αμερικάνικο Οργανισμό Τροφίμων και Φαρμάκων (FDA) να δίνει άδεια για την πρώτη εμπορική εξέταση αίματος για HIV το 1985.

Σήμερα, πολυάριθμα τεστ μπορούν να ανιχνεύσουν τον HIV, τα περισσότερα από τα οποία λειτουργούν με την ανίχνευση αντισωμάτων HIV. Οι εξετάσεις μπορούν να γίνουν σε αίμα, σάλιο ή ούρα, αν και οι εξετάσεις αίματος ανιχνεύουν τον HIV νωρίτερα μετά την έκθεση λόγω υψηλότερων επιπέδων αντισωμάτων.

Το 1985 ανησυχώντας για την εισαγωγή του HIV στις τράπεζες αίματος, ο FDA θέσπισε επίσης κανονισμούς που απαγορεύουν στους ομοφυλόφιλους άνδρες να δίνουν αίμα. Ο FDA αναθεώρησε τον συγκεκριμένο κανονισμό το 2015 για να επιτρέψει στους ομοφυλόφιλους άνδρες να δίνουν αίμα εάν είναι έγγαμοι για ένα χρόνο, αν και οι τράπεζες αίματος κάνουν τακτικά έλεγχο αίματος για HIV.

Μέχρι το τέλος του 1985, είχαν αναφερθεί περισσότερα από 20.000 κρούσματα AIDS, με τουλάχιστον ένα κρούσμα σε κάθε περιοχή του κόσμου (U.S. Department of Health & Human Services 2022).

- AZT

Το 1987, έγινε διαθέσιμο το πρώτο αντιρετροϊκό φάρμακο για τον HIV, η αζιδοθυμιδίνη (AZT) (U.S. Department of Health & Human Services 2022).

Πολλά άλλα φάρμακα για τον ιό HIV είναι πλέον διαθέσιμα και συνήθως χρησιμοποιούνται συνδυαστικά ως αντιρετροϊκή θεραπεία (ART) ή όπως αλλιώς ονομάζεται εξαιρετικά ενεργή αντιρετροϊκή θεραπεία (HAART). Η αγωγή λειτουργεί καταστέλλοντας τον πολλαπλασιασμό του ιού, δίνοντας στο ανοσοποιητικό σύστημα την ευκαιρία να ανακάμψει και να καταπολεμήσει τις λοιμώξεις και τους καρκίνους που σχετίζονται με τον HIV. Η θεραπεία βοηθά επίσης στη μείωση του κινδύνου μετάδοσης του HIV, μεταξύ άλλων μεταξύ μιας μολυσμένης μητέρας και του εμβρύου κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης και μητέρας και νεογνού κατά τον θηλασμό (U.S. Department of Health & Human Services 2022).

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ), το 1988, κήρυξε την 1η Δεκεμβρίου ως Παγκόσμια Ημέρα κατά του AIDS. Μέχρι το τέλος της δεκαετίας του 1980, υπήρχαν τουλάχιστον 100.000 αναφερόμενες περιπτώσεις AIDS στις Ηνωμένες Πολιτείες και ο ΠΟΥ εκτιμά 400.000 περιπτώσεις AIDS παγκοσμίως.

Το 1991, η κόκκινη κορδέλα έγινε διεθνές σύμβολο ευαισθητοποίησης για το AIDS (U.S. Department of Health & Human Services 2022).

ΠΟΡΕΙΑ ΤΗΣ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ

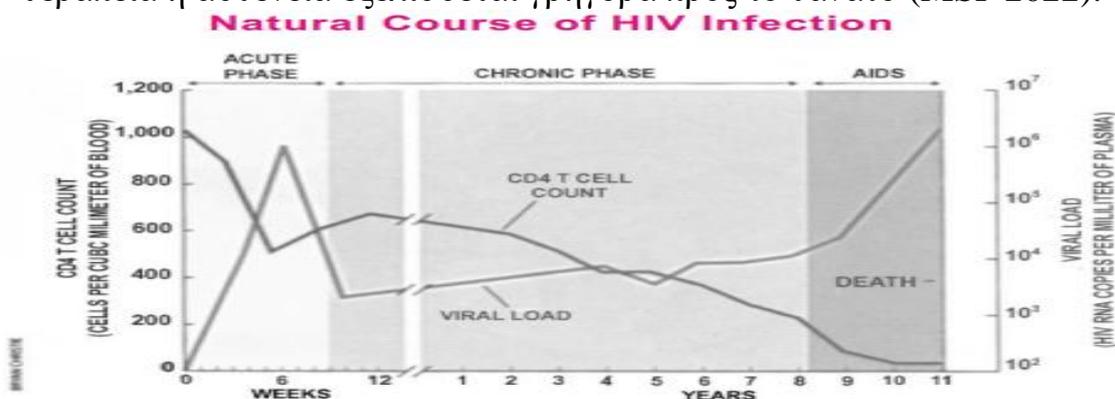
Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ) έχει προτείνει μια κλινική ταξινόμηση της λοίμωξης από τον ιό HIV σε 4 στάδια βαρύτητας

Πρωτοπαθής λοίμωξη ή οξύ ρετροϊκό σύνδρομο: 50 έως 70% των ατόμων που έχουν μολυνθεί πρόσφατα εμφανίζουν συμπτώματα κατά τη διάρκεια της ορομετατροπής (από 15 ημέρες έως 3 μήνες μετά την έκθεση), ένα ιογενές σύνδρομο με πυρετό, κακουχία και λεμφαδενοπάθεια.

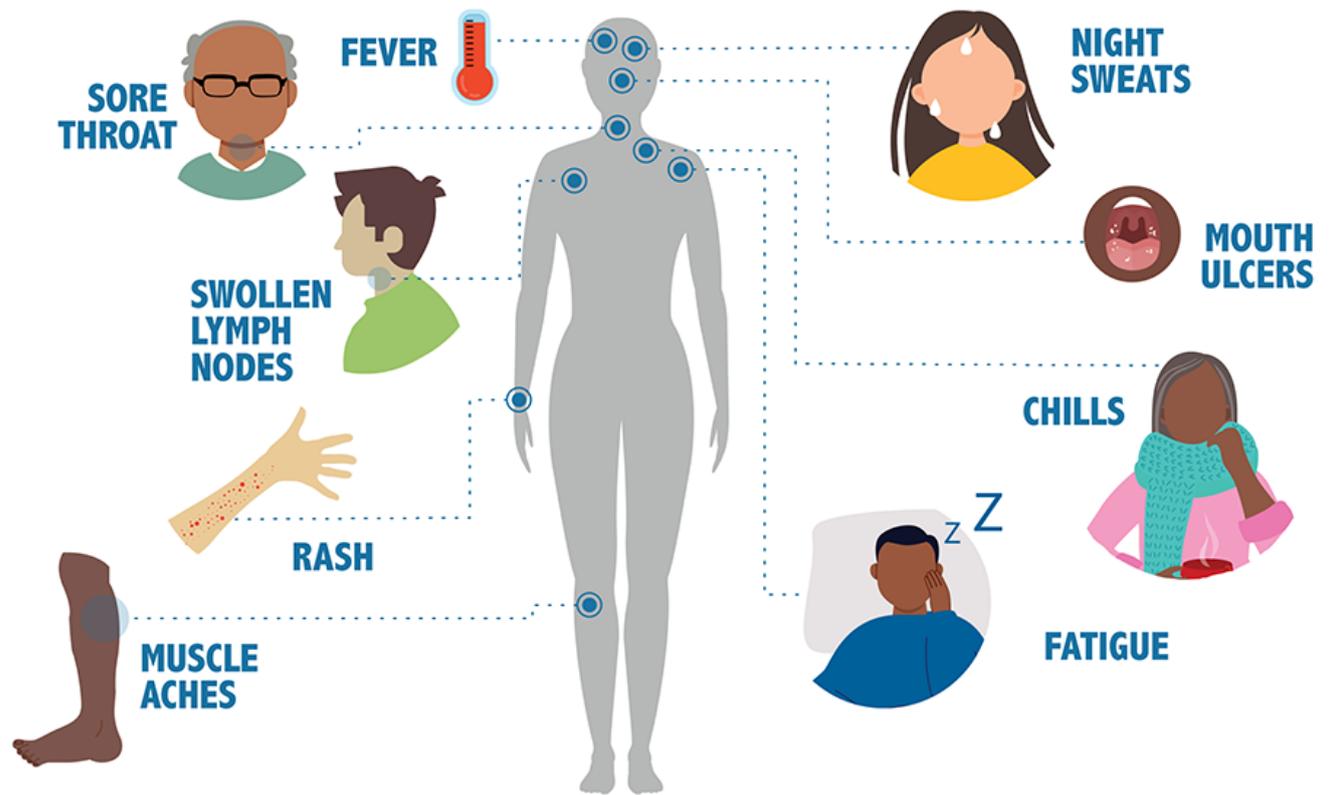
Ασυμπτωματική λοίμωξη HIV (μετά από ορομετατροπή): περίοδος κλινικής λανθάνουσας κατάστασης, αλλά όχι ιικής λανθάνουσας κατάστασης, εννοώντας πως αν και στα περισσότερα άτομα τα συμπτώματα υποχωρούν, εξακολουθούν να έχουν ισχυρό ιικό φορτίο. Η χρονική περίοδος για την εξέλιξη από τη μόλυνση από τον ιό HIV στην ανάπτυξη σοβαρής ανοσολογικής ανεπάρκειας στις δυτικές χώρες είναι περίπου 10 χρόνια. Αυτή η περίοδος φαίνεται να είναι μικρότερη στις αναπτυσσόμενες χώρες.

Συμπτωματική HIV λοίμωξη: με προοδευτική καταστροφή του ανοσοποιητικού συστήματος, συχνότερες και πιο σοβαρές ασθένειες εμφανίζονται συχνότερα και με υψηλότερη θνησιμότητα, σε οροθετικά άτομα.

AIDS: Το σύνδρομο επίκτητης ανοσολογικής ανεπάρκειας (AIDS) είναι το πιο προχωρημένο στάδιο μόλυνσης από τον ιό της ανθρώπινης ανοσοανεπάρκειας (HIV). Αυτό το στάδιο αντιστοιχεί στην ανάπτυξη σοβαρών ευκαιριακών λοιμώξεων και νεοπλασιών. Από βιολογική άποψη, το AIDS ορίζεται ως αριθμός CD4 < 200 κύτταρα/mm³. Χωρίς θεραπεία η ασθένεια εξελίσσεται γρήγορα προς το θάνατο (MSF 2022).



1.03 WHO 2002 Fact Sheets on HIV/AIDS for Nurses and Midwives “Ανοσολογικός μηχανισμός HIV λοίμωξης.”



1.04 CDC 2022 «Συμπτώματα HIV λοίμωξης»

HIV 101

Without treatment, HIV (human immunodeficiency virus) can make a person very sick and even cause death. Learning the basics about HIV can keep you healthy and prevent transmission.

HIV CAN BE TRANSMITTED BY



Sexual Contact



Sharing Needles to Inject Drugs



During Pregnancy, Birth, or Breast/Chestfeeding

HIV IS NOT TRANSMITTED BY



Air or Water



Saliva, Sweat, Tears, or Closed-Mouth Kissing



Insects or Pets



Sharing Toilets, Food, or Drinks

PROTECT YOURSELF FROM HIV

- Get tested at least once or more often if you have certain risk factors.
- Use condoms the right way every time you have anal or vaginal sex.
- Choose activities with little to no risk like oral sex.
- Don't inject drugs, or if you do, don't share needles, syringes, or other drug injection equipment.



- If you engage in behaviors that may increase your chances of getting HIV, ask your health care provider if pre-exposure prophylaxis (PrEP) is right for you.
- If you think you've been exposed to HIV within the last 3 days, ask a health care provider about post-exposure prophylaxis (PEP) right away. PEP can prevent HIV, but it must be started within 72 hours.
- Get tested and treated for other STDs.



KEEP YOURSELF HEALTHY AND PROTECT OTHERS IF YOU HAVE HIV

- Find HIV care and stay in HIV care.
- Take your HIV treatment as prescribed.
- Get and keep an undetectable viral load. This is the best way to stay healthy and protect others.
- If you have an undetectable viral load, you will not transmit HIV through sex.



- If your viral load is not undetectable—or does not stay undetectable—you can still protect your partners by using other HIV prevention options.
- Learn more at www.cdc.gov/hiv/basics/livingwithhiv.



For more information, please visit www.cdc.gov/hiv.

1.05 CDC 2022 «Πρωτόκολλα και κατευθυντήριες οδηγίες για το κοινό σχετικά με τον HIV»

ΔΙΑΓΝΩΣΗ

- Διάγνωση λοίμωξης HIV

Η διάγνωση γίνεται με ορολογικό (ανίχνευση αντισωμάτων κατά του ιού) ή ιολογικό (ειδικά σε βρέφη) έλεγχο.

Οι δοκιμές θα πρέπει πάντα να γίνονται εθελοντικά και με ενημερωμένη συγκατάθεση, όλα τα αποτελέσματα των τεστ HIV πρέπει να είναι αυστηρώς εμπιστευτικά, με κύριο μέλημα την προστασία της ιδιωτικότητας του ασθενούς, προκειμένου να αποφευχθούν οι διακρίσεις, το κοινωνικό στίγμα που σχετίζεται με την ασθένεια και ο κοινωνικός αποκλεισμός. Το άτομο θα πρέπει να έχει πρόσβαση σε υπηρεσίες που προσφέρουν συμβουλευτική, θεραπεία και υποστήριξη πριν και μετά τον έλεγχο.

Ο HIV μπορεί να διαγνωστεί με εξέταση αίματος ή σάλιου. Οι διαθέσιμες δοκιμασίες περιλαμβάνουν:

- Δοκιμασίες αντιγόνου/αντισώματος. Αυτές οι εξετάσεις συνήθως περιλαμβάνουν λήψη αίματος από μια φλέβα. Τα αντιγόνα είναι ουσίες του ίδιου του ιού HIV και είναι συνήθως ανιχνεύσιμες στο αίμα μέσα σε λίγες εβδομάδες μετά την έκθεση στον HIV.

Τα αντισώματα παράγονται από το ανοσοποιητικό σύστημα όταν αυτό εκτίθεται στον HIV. Μπορεί να χρειαστούν εβδομάδες έως μήνες για να γίνουν ανιχνεύσιμα τα αντισώματα. Οι δοκιμές συνδυασμού αντιγόνου/αντισώματος μπορεί να χρειαστούν 2 έως 6 εβδομάδες μετά την έκθεση για να γίνουν θετικές.

- Δοκιμασίες αντισωμάτων. Αυτές οι εξετάσεις αναζητούν αντισώματα κατά του HIV στο αίμα ή στο σάλιο. Οι περισσότερες γρήγορες εξετάσεις HIV, συμπεριλαμβανομένων των αυτοελέγχων που γίνονται στο σπίτι, είναι τεστ αντισωμάτων. Οι εξετάσεις αντισωμάτων μπορεί να χρειαστούν 3 έως 12 εβδομάδες μετά την έκθεση για να γίνουν θετικές.
- Δοκιμασίες νουκλεϊκών οξέων (NATs). Αυτές οι εξετάσεις αναζητούν το ελεύθερο ιικό φορτίο στο αίμα και πραγματοποιούνται με αιμοληψία (MSF 2022)

- **Δοκιμασίες για τη σταδιοποίηση της νόσου και θεραπεία**
 - Αριθμός CD4 T κυττάρων. Τα CD4 T κύτταρα είναι λευκά αιμοσφαίρια που στοχεύονται ειδικά και καταστρέφονται από τον HIV. Η μείωση των CD4 κυττάρων είναι ένας δείκτης της εξέλιξης της ανοσοκαταστολής. Το επίπεδο του αριθμού των κυττάρων CD4 είναι προγνωστικός παράγοντας για την ανάπτυξη ευκαιριακών λοιμώξεων ή νεοπλασμάτων και μπορεί να χρησιμοποιηθεί για τον προσανατολισμό της διάγνωσής τους. Ακόμα κι αν δεν εκδηλώνονται συμπτώματα, η λοίμωξη από τον ιό HIV εξελίσσεται σε AIDS όταν ο αριθμός των CD4 T κυττάρων πέσει κάτω από το 200.
 - Ιικό φορτίο (HIV RNA). Αυτό το τεστ μετρά την ποσότητα του ιού στο αίμα. Μετά την έναρξη της θεραπείας για τον HIV, ο στόχος είναι να το μη ανιχνεύσιμο ιικό φορτίο. Αυτό μειώνει σημαντικά τις πιθανότητες για ευκαιριακή μόλυνση και άλλες επιπλοκές που σχετίζονται με τον HIV.
 - Αντίσταση απέναντι στην θεραπεία. Ορισμένα στελέχη του HIV είναι ανθεκτικά στα φάρμακα. Αυτό το τεστ βοηθά τον πάροχο υγειονομικής περίθαλψης να προσδιορίσει εάν η συγκεκριμένη μορφή του ιού έχει αντοχή σε κάποιο φάρμακο και καθοδηγεί τις αποφάσεις θεραπείας (MSF 2022).

Είναι σημαντικό τα άτομα που λαμβάνουν διάγνωση HIV να απευθύνονται σε ειδικούς παρόχους που εξειδικεύονται στην διαχείριση της νόσου, ώστε εξατομικευμένα να δημιουργηθεί πλάνο θεραπείας που να περιλαμβάνει πιθανές περεταίρω δοκιμές, προσδιορισμό συγκεκριμένης θεραπείας, παρακολούθηση της εξέλιξης της νόσου καθώς και της διαχείρισης των συμπτωμάτων.

- **Εξετάσεις για επιπλοκές**

Ο πάροχος υγειονομικής περίθαλψης μπορεί επίσης να παραγγείλει εργαστηριακές εξετάσεις για να ελέγξει για άλλες λοιμώξεις ή επιπλοκές, όπως:

Φυματίωση

Ηπατίτιδα Β ή λοίμωξη από τον ιό της ηπατίτιδας C

ΣΜΝ

Ηπατική ή νεφρική βλάβη

Λοίμωξη του ουροποιητικού συστήματος

Καρκίνος τραχήλου και πρωκτού

Κυτταρομεγαλοϊός
Τοξοπλάσμωση
Δοκιμασίες ηπατικής λειτουργίας
Ουροανάλυση(MSF 2022)

Η διάγνωση της λοίμωξης HIV μπορεί να γίνει μόνο αφού τουλάχιστον 2 διαφορετικά αποτελέσματα δοκιμασιών (2 διαφορετικές εμπορικές συσκευασίες) είναι σαφώς θετικά: το θετικό αποτέλεσμα μιας αρχικής (υψηλής ευαισθησίας) εξέτασης πρέπει να επιβεβαιωθεί με τη χρήση μιας δεύτερης (πολύ ειδικής) εξέτασης. Σε περιοχές όπου ο επιπολασμός του HIV είναι χαμηλός, η διάγνωση επιβεβαιώνεται μετά από 3 θετικά αποτελέσματα.

- **Ευκαιριακές λοιμώξεις**

Είναι σημαντικό να γίνεται έλεγχος για σοβαρές ευκαιριακές λοιμώξεις σε άτομα που κινδυνεύουν (π.χ. έλεγχος για κρυπτοκοκκικό αντιγόνο για όλους τους ενήλικες με αριθμό CD4 < 100 κύτταρα/mm³ ανεξαρτήτως συμπτωμάτων).

ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Επί του παρόντος, δεν υπάρχει θεραπεία για το HIV/AIDS.. Ωστόσο, υπάρχουν πολλά φάρμακα που μπορούν να ελέγξουν τον HIV και να αποτρέψουν τις επιπλοκές. Αυτά τα φάρμακα ονομάζονται αντιρετροϊκή θεραπεία (ART). Όλοι όσοι έχουν διαγνωστεί με HIV θα πρέπει να ξεκινούν με ART, ανεξάρτητα από το στάδιο της μόλυνσης ή τις επιπλοκές τους.

Το ART είναι συνήθως ένας συνδυασμός δύο ή περισσότερων φαρμάκων από πολλές διαφορετικές κατηγορίες φαρμάκων. Αυτή η προσέγγιση έχει τις καλύτερες πιθανότητες να μειώσει την ποσότητα του HIV στο αίμα.

- **Αντιρετροϊκή (ARV/ART) θεραπεία**

Μια αντιρετροϊκή θεραπεία πολλαπλών φαρμάκων (τουλάχιστον 3) (ART) είναι η θεραπεία εκλογής. Δεν εκριζώνει τον ιό, αλλά επιβραδύνει την εξέλιξη της νόσου και βελτιώνει την κλινική κατάσταση του ασθενούς μειώνοντας τον πολλαπλασιασμό του ιού και κατά συνέπεια αυξάνοντας τον αριθμό των κυττάρων CD4 σε επίπεδα πέρα από το όριο των ευκαιριακών λοιμώξεων δίνοντας στον οργανισμό τον χρόνο και την ευκαιρία να ανακάμψει.

Υπάρχουν πολλές επιλογές ART που συνδυάζουν πολλαπλά φάρμακα για τον HIV σε ένα χάπι, που λαμβάνεται μία φορά την ημέρα.

Κάθε κατηγορία φαρμάκων μπλοκάρει τον ιό με διαφορετικούς τρόπους. Η θεραπεία περιλαμβάνει συνδυασμούς φαρμάκων από διαφορετικές κατηγορίες στοχεύοντας στον κάθε διαφορετικό ιικό γονότυπο, στην αποφυγή δημιουργίας νέων στελεχών HIV ανθεκτικών στα φάρμακα και στην μέγιστη καταστολή του ιικού φορτίου στο αίμα

Χρησιμοποιούνται τέσσερις κύριες κατηγορίες ARV:

- NRTI (αναστολείς ανάστροφης μεταγραφάσης νουκλεοσιδίου/νουκλεοτιδίου) Οι νουκλεοσιδικοί ή νουκλεοτιδικοί αναστολείς της ανάστροφης μεταγραφάσης (NRTIs) είναι ελαττωματικές εκδοχές των δομικών στοιχείων που χρειάζεται ο HIV για να δημιουργήσει αντίγραφο του εαυτού του.

Παραδείγματα περιλαμβάνουν αβακαβίρη (Ziagen), tenofovir disoproxil fumarate (Viread), emtricitabine (Emtriva), lamivudine (Epivir) και

zidovudine (Retrovir) ζιδοβουδίνη (AZT), λαμβουδίνη (3TC), αβακαβίρη (ABC), τενοφοβίρη (TDF), εμτρισιταβίνη (FTC). Διατίθενται επίσης συνδυασμένα φάρμακα, όπως emtricitabine/tenofovir disoproxil fumarate (Truvada) και emtricitabine/tenofovir alafenamide fumarate (Descovy).

- NNRTI (μη νουκλεοσιδική αναστολή της ανάστροφης μεταγραφάσης): Οι μη νουκλεοσιδική αναστολή της ανάστροφης μεταγραφάσης (NNRTIs) απενεργοποιούν μια πρωτεΐνη που χρειάζεται ο HIV για να δημιουργήσει αντίγραφο του εαυτού του:

Παραδείγματα περιλαμβάνουν το efavirenz (Sustiva), το rilpivirine (Edurant) και το doravirine (Pifeltro) εφραβιρένζη (EFV), νεβιραπίνη (NVP), ετραβιρίνη (ETR).

Ο HIV-2 είναι φυσικά ανθεκτικός στους NNRTIs.

- PI (αναστολή πρωτεάσης): Οι αναστολή πρωτεάσης (PIs) απενεργοποιούν την πρωτεάση του HIV, μια άλλη πρωτεΐνη που χρειάζεται ο HIV για να δημιουργήσει αντίγραφο του εαυτού του.

Παραδείγματα περιλαμβάνουν αταζαναβίρη (Reyataz), δαρουναβίρη (Prezista) και λοπιναβίρη/ριτοναβίρη (Kaletra). αταζαναβίρη (ATV), λοπιναβίρη (LPV),

- INI (αναστολή ιντεγκράσης): Οι αναστολή ιντεγκράσης λειτουργούν απενεργοποιώντας μια πρωτεΐνη που ονομάζεται ιντεγκράση, την οποία ο HIV χρησιμοποιεί για να εισάγει το γενετικό του υλικό στα CD4 T κύτταρα

Παραδείγματα περιλαμβάνουν bictegravir sodium/emtricitabine/tenofovir fumarate alafenamide (Biktarvy), ραλτεγκραβίρη (Isentress), dolutegravir (Tivicay) και cabotεντολουτεγκραβίρη, ραλτεγκραβίρη.

- Οι αναστολή εισόδου ή σύντηξης: εμποδίζουν την είσοδο του HIV στα CD4 T κύτταρα.

Παραδείγματα περιλαμβάνουν ενφουβιρτίδη (Fuzeon) και μαραβιρόκ (Selzentry) (MSF 2022).

- **Αρχές ARV/ART θεραπείας**

Η καθημερινή τριπλή θεραπεία πρέπει να λαμβάνεται εφ' όρου ζωής. Είναι σημαντικό ο ασθενής να το κατανοήσει αυτό και να συμμορφωθεί σχετικά με την πιστή τήρηση της για βέλτιστο αποτέλεσμα.

Τα πρωτόκολλα ART που συνιστώνται από το εθνικό πρόγραμμα HIV.

Τα πιο ευρέως χρησιμοποιούμενα και πιο εύκολα χορηγούμενα σχήματα είναι 2 NRTI + 1 NNRTI: π.χ. TDF/3TC/EFV.

Σε περίπτωση αποτυχίας της θεραπείας, και τα 3 φάρμακα θα πρέπει να αντικατασταθούν με ένα σχήμα δεύτερης γραμμής: 2 άλλοι NRTI + 1 PI. Υπάρχουν άλλοι πιθανοί συνδυασμοί που χρησιμοποιούνται λιγότερο συχνά ή είναι πιο δύσκολοι στη διαχείριση (MSF 2022).

- **Κριτήρια για την αντιρετροϊκή θεραπεία**

Κατά προτεραιότητα η ART θα πρέπει να ξεκινά σε όλους τους ασθενείς με κλινικό στάδιο 3 ή 4 με βάση την ταξινόμηση του ΠΟΥ και σε ασθενείς με $CD4 < 350 /mm^3$. Ωστόσο, όσοι έχουν υψηλότερο αριθμό $CD4$ μπορούν επίσης να ξεκινήσουν ART (MSF 2022).

- **Παρακολούθηση της αντιρετροϊκής θεραπείας**

Το υικό φορτίο του HIV είναι ένα απαραίτητο εργαλείο για την παρακολούθηση της αποτελεσματικότητας της ARV. Ο αριθμός $CD4$ είναι χρήσιμος για τον εντοπισμό σοβαρής ανοσοκαταστολής. Άλλες εξετάσεις όπως αιματολογικές εξετάσεις, εξετάσεις για το ήπαρ (ALAT) και τη νεφρική λειτουργία (κάθαρση κρεατινίνης) δεν είναι απαραίτητες, αλλά μπορεί να είναι χρήσιμες για την ανίχνευση ανεπιθύμητων ενεργειών.

- **Παρενέργειες της θεραπείας**

Οι παρενέργειες της θεραπείας μπορεί να περιλαμβάνουν

Ναυτία, έμετος ή διάρροια

Καρδιακή ασθένεια

Βλάβες στα νεφρά και στο ήπαρ

Εξασθενημένα οστά ή απώλεια οστού

Μη φυσιολογικά επίπεδα χοληστερόλης

Υψηλότερο σάκχαρο στο αίμα

Γνωστικά και συναισθηματικά προβλήματα, καθώς και προβλήματα ύπνου

Η θεραπεία για τον HIV μπορεί να δημιουργεί προβλήματα όταν συνδυάζεται με άλλες αγωγές και άρα συστήνεται πριν την χορήγηση οποιασδήποτε νέας φαρμακευτικής αγωγής να ενημερώνονται οι αρμόδιοι πάροχοι περίθαλψης

- **Θεραπεία ευκαιριακών και άλλων λοιμώξεων**

Με την προοδευτική ανοσοκαταστολή, οι ασθενείς με HIV λοίμωξη που δεν λαμβάνουν τριπλή θεραπεία (ή ασθενείς υπό ART αλλά με κακή συμμόρφωση) γίνονται όλο και πιο ευαίσθητοι σε λοιμώξεις. Για καταστάσεις των κλινικών σταδίων 2 και 3, οι τυπικές θεραπείες είναι συνήθως αποτελεσματικές. Οι ασθενείς μπορεί να ωφεληθούν από την πρωτογενή προφύλαξη έναντι ευκαιριακών λοιμώξεων. Η φυματίωση (TB) είναι η πιο κοινή σοβαρή ευκαιριακή λοίμωξη. Ωστόσο, μπορεί να είναι δύσκολο να διαγνωστεί σε ασθενείς με HIV λοίμωξη (MSF 2022).

- **Θεραπεία για τον πόνο**

Αντιμετωπίζονται σε όλους τους ασθενείς για τον σχετικό πόνο

- **Μη φαρμακευτικές παρεμβάσεις στην καθημερινότητα**

Κατανάλωση υγιεινών τροφών. Τα φρέσκα φρούτα και λαχανικά, τα δημητριακά ολικής αλέσεως και οι άπαχες πρωτεΐνες κρατούν τον οργανισμό δυνατό, παρέχουν περισσότερη ενέργεια και υποστηρίζουν το ανοσοποιητικό όταν καταναλώνονται σε επαρκή ποσότητα.

Συστήνεται η αποφυγή του ωμού κρέατος, αυγών, μη παστεριωμένων γαλακτοκομικών και μη μαγειρεμένων ψαριών και άλλων. Οι ασθένειες όπως η σαλμονέλα, μπορεί να είναι ιδιαίτερα σοβαρές σε άτομα που έχουν μολυνθεί από τον ιό HIV.

Σωστός και πλήρης εμβολιασμός. Αυτά μπορεί να αποτρέψουν τυπικές λοιμώξεις όπως η πνευμονία και η γρίπη. Ο κάθε πάροχος υγειονομικής περίθαλψης μπορεί επίσης να συστήσει άλλους εμβολιασμούς, όπως για τον HPV, την ηπατίτιδα Α και την ηπατίτιδα Β. Τα αδρανοποιημένα εμβόλια είναι γενικά ασφαλή, αλλά τα περισσότερα εμβόλια με ζωντανούς ιούς δεν είναι, λόγω του εξασθενημένου ανοσοποιητικού συστήματος.

Προσοχή απαιτείται στα κατοικίδια και στις ζωνόσους και τα παράσιτα που δυνητικά φέρουν.

Υπάρχουν ισχυρισμοί πως κάποια συμπληρώματα διατροφής ανακουφίζουν από συμπτώματα και ενισχύουν το ανοσοποιητικό σύστημα ωστόσο, δεν υπάρχει καμία επιστημονική απόδειξη ότι οποιοδήποτε συμπλήρωμα διατροφής βελτιώνει την ανοσία και πολλά μπορεί να επηρεάσουν άλλα φάρμακα που αποτελούν την φαρμακευτική αγωγή, έτσι πριν την κατανάλωση πάντα συστήνεται ο έλεγχος με τον πάροχο υγείας. (MSF 2022)

- Συμπληρώματα που μπορεί να είναι χρήσιμα

Υπάρχουν λίγα στοιχεία σχετικά με την αποτελεσματικότητα και τα οφέλη των συμπληρωμάτων για τον HIV. Μερικά παραδείγματα με περιορισμένη έρευνα περιλαμβάνουν:

Ακετυλο-L-καρνιτίνη. Οι ερευνητές χρησιμοποίησαν ακετυλο-L-καρνιτίνη για τη θεραπεία νευρικού πόνου, μούδιασμα ή αδυναμία (νευροπάθεια) σε άτομα με διαβήτη. Μπορεί επίσης να ανακουφίσει τη νευροπάθεια που συνδέεται με τον ιό HIV εάν η ουσία υπολείπεται.

Πρωτεΐνη ορού γάλακτος και ορισμένα αμινοξέα. Τα πρώτα στοιχεία δείχνουν ότι η πρωτεΐνη ορού γάλακτος, ένα υποπροϊόν του τυριού, μπορεί να βοηθήσει ορισμένα άτομα με HIV να κερδίσουν βάρος. Τα αμινοξέα L-γλουταμίνη, L-αργινίνη και υδροξυμεθυλβουτυρικό (HMB) μπορεί επίσης να βοηθήσουν στην αύξηση βάρους.

Προβιοτικά. Υπάρχουν κάποιες ενδείξεις ότι το προβιοτικό *Saccharomyces boulardii* μπορεί να βοηθήσει στη διάρροια που σχετίζεται με τον HIV, αλλά χρησιμοποιείται μόνο σύμφωνα με τις οδηγίες του παρόχου υγειονομικής περίθαλψης. Το βόειο πρωτόγαλα μελετάται επίσης για τη θεραπεία της διάρροιας. Χρειάζεται όμως περισσότερη έρευνα.

Βιταμίνες και μεταλλικά στοιχεία. Οι βιταμίνες A, D, E, C και B — καθώς και τα μέταλλα ψευδάργυρος, σίδηρος και σελήνιο — μπορεί να είναι χρήσιμες εάν τα επίπεδα τους είναι χαμηλά στον οργανισμό. Η υπερβολική ποσότητα ορισμένων βιταμινών και μετάλλων μπορεί να είναι επιβλαβής, οπότε συστήνεται η συμβουλή γιατρού (8).

- Συμπληρώματα που μπορεί να είναι επικίνδυνα

Βαλσαμόχορτο. Ένα κοινό φάρμακο κατά της κατάθλιψης, το οποίο μπορεί να μειώσει την αποτελεσματικότητα πολλών τύπων φαρμάκων κατά του HIV κατά περισσότερο από το μισό.

Συμπληρώματα σκόρδου. Αν και το ίδιο το σκόρδο μπορεί να βοηθήσει στην ενίσχυση του ανοσοποιητικού συστήματος, τα συμπληρώματα σκόρδου μπορεί να αλληλεπιδράσουν με ορισμένα φάρμακα κατά του HIV και να μειώσουν την ικανότητά τους να λειτουργούν. Η περιστασιακή κατανάλωση σκόρδου στα τρόφιμα φαίνεται να είναι ασφαλής.

Εκχύλισμα κόκκινης μαγιάς ρυζιού. Μερικοί άνθρωποι το χρησιμοποιούν για να μειώσουν τη χοληστερόλη, αλλά το αποφεύγουν σε συνδυασμό με έναν αναστολέα πρωτεάσης ή μια στατίνη (MSF 2022).

- Πρακτικές μυαλού-σώματος

Πρακτικές όπως η γιόγκα, ο διαλογισμός, το μασάζ και ο βελονισμός έχει αποδειχθεί ότι μειώνουν το άγχος και τον πόνο, καθώς επίσης προσφέρουν χαλάρωση και βελτιώνουν την ποιότητα ζωής. Αν και χρειάζονται περισσότερη μελέτη, αυτές οι πρακτικές μπορεί να είναι χρήσιμες.

ΠΡΟΛΗΨΗ ΛΟΙΜΩΞΗΣ

- **Σεξουαλική μετάδοση**

Η πιο αξιόπιστη μέθοδος πρόληψης είναι η χρήση ανδρικών ή γυναικείων προφυλακτικών.

Η ανδρική περιτομή μειώνει σημαντικά τον κίνδυνο μετάδοσης του HIV.

Η έγκαιρη διάγνωση και θεραπεία των σεξουαλικά μεταδιδόμενων

λοιμώξεων είναι απαραίτητη καθώς μειώνουν τη μετάδοση του HIV

Η ART στον οροθετικό και συμμορφωμένο με την θεραπεία σύντροφο προστατεύει τον αρνητικό σύντροφο από τη μόλυνση από τον ιό HIV (MSF 2022).

- **Επαγγελματική μετάδοση**

Τυχαίοι τραυματισμοί από βελόνα ή τραυματισμοί με μολυσμένα αντικείμενα, επαφή μολυσμένο αίμα ασθενούς

Η πρόληψη βασίζεται στη χρήση τυπικών προφυλάξεων για την αποφυγή μόλυνσης με μολυσμένο υλικό ή δυνητικά μολυσμένα σωματικά υγρά.

Προφύλαξη μετά την έκθεση (PEP): π.χ. σε περίπτωση βιασμού ή επαγγελματικής τυχαίας έκθεσης στο αίμα, η αντιρετροϊκή θεραπεία που ξεκινά το συντομότερο δυνατό εντός 72 ωρών από την έκθεση για διάρκεια 1 μήνα μπορεί να μειώσει τον κίνδυνο μόλυνσης (MSF 2022).

- **Νοσοκομειακή μετάδοση**

Η πρόληψη της νοσοκομειακής λοίμωξης HIV βασίζεται στην ασφαλή χρήση των συρίγγων και στον αυστηρό σεβασμό της υγιεινής και των διαδικασιών αποστείρωσης και απολύμανσης ιατρικού υλικού.

Για τη μετάγγιση: η αυστηρή τήρηση των ενδείξεων για μετάγγιση και ο συστηματικός ορολογικός έλεγχος του αίματος του δότη είναι οι δύο απαραίτητες προφυλάξεις για την πρόληψη της μετάδοσης του HIV μέσω μεταγγίσεων (MSF 2022).

- **Μετάδοση σε χρήστες ενέσιμων ναρκωτικών**

Τα προγράμματα ανταλλαγής βελόνων και συρίγγων με βελόνες και σύριγγες μιας χρήσης για χρήστες μπορούν να μειώσουν τον κίνδυνο (MSF 2022).

- **Μετάδοση από μητέρα σε παιδί (MTCT)**

Ο παγκόσμιος ρυθμός κάθετης μετάδοσης κυμαίνεται από 20 έως 40%. Ο κίνδυνος μετάδοσης μέσω του θηλασμού εκτιμάται σε περίπου 12% και παραμένει ενεργός για όλη τη διάρκεια του θηλασμού (MSF 2022).

Σε έγκυες γυναίκες: Η μετάδοση του HIV από μητέρα σε παιδί μπορεί να μειωθεί με ART. Το πρωτόκολλο που ονομάζεται Option B+ είναι το διεθνώς προτιμώμενο πρωτόκολλο. Όλες οι έγκυες γυναίκες που έχουν μολυνθεί από τον ιό HIV λαμβάνουν ισόβια θεραπεία με τριπλή φαρμακευτική αγωγή, ανεξάρτητα από τον αριθμό των CD4 ή το κλινικό στάδιο, τόσο για τη δική τους υγεία όσο και για την πρόληψη της μετάδοσης στο παιδί. Το πιο συχνά συνιστώμενο ART είναι το TDF/3TC/EFV ή το TDF/FTC/EFV, με πιθανές διαφοροποιήσεις ανάλογα τις εθνικές συστάσεις. Επιπλέον, χορηγείται ART στο νεογνό. Τα προγράμματα που απευθύνονται σε εγκύους περιλαμβάνουν επίσης άλλα προληπτικά μέτρα, όπως την αποφυγή τεχνητής ρήξης των μεμβρανών και της συστηματικής επισιοτομής (MSF 2022).

Σε γυναίκες που θηλάζουν: ο θηλασμός δεν συστήνεται σε οροθετικές γυναίκες αλλά αν θηλάσουν τότε συστήνεται αποκλειστικός θηλασμός για τους πρώτους 6 μήνες της ζωής, εισαγωγή συμπληρωματικών (στερεών) τροφών στους 6 μήνες, σταδιακή διακοπή του θηλασμού έως την ηλικία των 12 μηνών (MSF 2022).

ΠΡΟΛΗΨΗ ΕΥΚΑΙΡΙΑΚΩΝ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ

Αν δεν ακολουθείται σχήμα θεραπείας ARV, όλα τα άτομα που έχουν μολυνθεί από τον ιό HIV γίνονται συμπτωματικά και εξελίσσονται προς το AIDS. Ωστόσο, ορισμένες ευκαιριακές λοιμώξεις μπορούν να προληφθούν.

Πρωτοπαθής προφύλαξη

Για ασθενείς με HIV λοίμωξη που δεν έχουν προηγουμένως προσβληθεί από ευκαιριακή λοίμωξη, προκειμένου να αποφευχθεί η ανάπτυξη ορισμένων ευκαιριακών λοιμώξεων.

Δευτερογενής προφύλαξη

Για ασθενείς που αναπτύσσουν μια συγκεκριμένη ευκαιριακή λοίμωξη, προκειμένου να αποφευχθεί η υποτροπή μετά την ολοκλήρωση της θεραπείας για τη λοίμωξη (MSF 2022).

HIV ΣΤΗΝ ΚΥΗΣΗ

Οι γυναίκες αντιπροσωπεύουν το 47% των νέων περιπτώσεων HIV, σε παγκόσμια κλίμακα, με τον αριθμό των νέων περιπτώσεων HIV στα παιδιά να έχει μειωθεί στο 47%³, λόγω της αυξημένης διαθεσιμότητας ART σε έγκυες γυναίκες (Georgia Pontiki, et al, 2022).

Η έρευνα δείχνει ότι ο κίνδυνος μόλυνσης από τον ιό HIV κατά τη διάρκεια της απροστάτευτης κολπικής επαφής είναι 2-4 φορές υψηλότερος για τις γυναίκες από τους άνδρες. Οι γυναίκες είναι επίσης πιο ευάλωτες σε άλλα ΣΜΝ (δεκαπλασιάζοντας τον κίνδυνο μόλυνσης από τον ιό HIV). Ένας σημαντικός λόγος για αυτό είναι ότι οι γυναίκες έχουν μεγαλύτερη επιφάνεια βλεννογόνου εκτεθειμένη στις εκκρίσεις του συντρόφου τους κατά τη σεξουαλική επαφή. Επιπλέον, το σπέρμα που έχει μολυνθεί με HIV συνήθως περιέχει υψηλότερη συγκέντρωση ιού από τις σεξουαλικές εκκρίσεις μιας γυναίκας. Οι νεότερες γυναίκες διατρέχουν ακόμη μεγαλύτερο κίνδυνο επειδή ο ανώριμος τράχηλος της μήτρας και οι ελάχιστες κολπικές εκκρίσεις αποτελούν ανεπαρκή φραγμό στον HIV και είναι επιρρεπείς σε εκδορές του κολπικού βλεννογόνου. Υπάρχουν επίσης στοιχεία ότι οι γυναίκες γίνονται ξανά πιο ευάλωτες στη μόλυνση από τον ιό HIV μετά την εμμηνόπαυση. Επιπλέον, η δακρύρροια και η αιμορραγία κατά τη διάρκεια της σεξουαλικής επαφής, είτε από έντονη σεξουαλική πράξη, βιασμό ή προηγούμενο ακρωτηριασμό των γεννητικών οργάνων, πολλαπλασιάζουν τον κίνδυνο μόλυνσης από τον ιό HIV, όπως και η πρωκτική επαφή, η οποία μερικές φορές προτιμάται από την κολπική επαφή επειδή πιστεύεται ότι διατηρεί την παρθενία και λόγω αποφυγής του κινδύνου εγκυμοσύνης. Η πρωκτική επαφή χωρίς σωστή προετοιμασία συχνά οδηγεί σε εκδορές στους ευαίσθητους ιστούς του πρωκτού και παρέχει εύκολη πρόσβαση στον ιό στην αιματική κυκλοφορία.

Η συμμόρφωση με τη θεραπεία ART είναι ίσως ο κύριος παράγοντας που εξασφαλίζει τα καλύτερα αποτελέσματα των θεραπευτικών σχημάτων και για αυτόν το λόγο είναι άκρως σημαντική η έγκαιρη διάγνωση, η σωστή και έγκαιρη εφαρμογή θεραπείας, η πρόληψη των νεογνών και εμβρύων αν η γυναίκα εγκυμονεί ή επιθυμεί να εγκυμονήσει και η μετά την έκθεση προφύλαξη των νεογνών.

Αρχικά πρέπει να διευκρινιστεί πως ο HIV δεν επηρεάζει την πορεία της εγκυμοσύνης σε γυναίκες που λαμβάνουν ART. Ο HIV επίσης δεν επηρεάζει την υγεία του εμβρύου κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, εκτός εάν η μητέρα αναπτύξει μια ευκαιριακή λοίμωξη.

Ο ιός του HIV μπορεί να μεταδοθεί από την μητέρα στο έμβρυο κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, του κολπικού τοκετού και του θηλασμού. Αυτή η διαδικασία μετάδοσης οδηγεί σε αυτό που ονομάζεται περιγεννητική λοίμωξη. Αυτού του τύπου η μετάδοση ονομάζεται κάθετη. Ο μεγαλύτερος παράγοντας κινδύνου για κάθετη μετάδοση είναι το ικό φορτίο της μητέρας, το οποίο μπορεί να κυμαίνεται από υψηλό μέχρι μη ανιχνεύσιμο (μη ανιχνεύσιμο ικό φορτίο < 50 αντίγραφα/mL). Εάν το ικό φορτίο μιας γυναίκας είναι μη ανιχνεύσιμο κατά τον τοκετό, ιδιαίτερα αν αυτό ισχύει καθ' όλη τη διάρκεια της εγκυμοσύνης – ο κίνδυνος κάθετης μετάδοσης είναι σχεδόν μηδενικός.

Η εγκυμοσύνη από μόνη της μπορεί να επηρεάσει το επίπεδο των CD4 κυττάρων προκαλώντας μείωση του αριθμού τους. Ο αριθμός CD4 είναι το τεστ που δείχνει εάν ο HIV έχει βλάψει το ανοσοποιητικό σύστημα. Τα κύτταρα CD4 είναι ένας τύπος λευκών αιμοσφαιρίων που βοηθούν το σώμα να καταπολεμήσει τις λοιμώξεις. Είναι τα κύτταρα που μολύνει ο HIV και τα χρησιμοποιεί για να κάνει αντίγραφα. Ο αριθμός CD4 είναι ο αριθμός των κυττάρων CD4 σε ένα κυβικό χιλιοστό (κύτταρα/mm³) αίματος. Οι αριθμοί CD4 ποικίλλουν, αλλά ένας HIV αρνητικός ενήλικας θα περίμενε να έχει αριθμό CD4 από 400 έως 1.600).

Η πτώση των CD4 στην εγκυμοσύνη μπορεί να ποικίλλει, αλλά συνήθως είναι περίπου κατά 50 κύτταρα. Δεν πρόκειται για πραγματική μείωση των κυττάρων CD4 αλλά για την ίδια ποσότητα σε μεγαλύτερη ποσότητα αίματος (αύξηση αίματος και υγρών κατά την εγκυμοσύνη). Η πτώση είναι μόνο προσωρινή. Ο αριθμός των CD4 θα επανέλθει γενικά στο προκύσεως επίπεδο του αμέσως μετά τον τοκετό. Μερικές φορές, εάν ξεκινήσει η ART αγωγή στην εγκυμοσύνη, ο αριθμός των CD4 μπορεί να μην αυξηθεί πολύ, παρόλο που το ικό φορτίο μειώνεται.

Με βάση τον ΠΟΥ και τις κατευθυντήριες οδηγίες από το CDC για οροθετικές εγκυμονούσες συστήνεται η αυστηρώς πειθαρχημένη ακολούθηση της θεραπείας και η χορήγηση προφυλακτικής (PrEP) αγωγής στο νεογνό για τις πρώτες 4-6 εβδομάδες ζωής, καθώς έτσι μειώνεται το ρίσκο μετάδοσης του ιού στο έμβρυο σε >1% (2). Σε περίπτωση που το ελεύθερο ικό φορτίο της μητέρας δεν είναι στα επιθυμητά χαμηλά όρια τότε υπάρχει η επιλογή της εκλεκτικής καισαρικής για την πραγματοποίηση του τοκετού.

Οι κατευθυντήριες γραμμές του Ηνωμένου Βασιλείου συνιστούν την εφαβιρένζη ή την ενισχυμένη αταζαναβίρη, καθώς υπάρχουν ακόμη περιορισμένες μόνο πληροφορίες σχετικά με την ασφάλεια ορισμένων νεότερων φάρμακα για τον HIV. Ορισμένα φάρμακα και συνδυασμοί δεν

συνιστώνται στην εγκυμοσύνη. Για παράδειγμα, δαρουναβίρη ή ελβιτεγκραβίρη ενισχυμένη με κομπισιστάτη ή ραλτεγκραβίρη μία φορά την ημέρα. Η σύλληψη με ντολουτεγκραβίρη ή η λήψη της κατά το πρώτο τρίμηνο, δεν συνιστάται επί του παρόντος. Αυτό οφείλεται στον πιθανό αυξημένο κίνδυνο για ανωμαλίες του νευρικού σωλήνα, αλλά η λήψη του αργότερα στην εγκυμοσύνη φαίνεται να είναι ασφαλής. Εάν η γυναίκα παίρνει ήδη ντολουτεγκραβίρη και επιθυμεί να συλλάβει, θα της συστηθεί ένα εναλλακτικό σχήμα ART (CDC 2022). Εάν ανακαλύψει ότι είναι έγκυος μετά από 8 εβδομάδες εγκυμοσύνης (πρώτο τρίμηνο) δεν συνιστάται να αλλάξει θεραπευτικό σχήμα.

Σε γενικές γραμμές η σύσταση είναι οι γυναίκες που επιθυμούν να μπουν σε διαδικασία προσπάθειας σύλληψης και οι γυναίκες που ανακαλύπτουν πως εγκυμονούν ενώ παίρνουν θεραπεία να συνεννοούνται με την θεραπευτική τους ομάδα (γιατρός-μαία-παιδίατρος και άλλοι) για το καλύτερο πλάνο θεραπείας και οι γυναίκες που διαγιγνώσκονται κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης να απευθύνονται στους αρμόδιους παρόχους υπηρεσιών υγείας ώστε να ξεκινήσουν δια βίου θεραπεία ART κατάλληλη για τις ανάγκες τους.

Οι παρούσες οδηγίες για τον θηλασμό αντικρούονται από περιοχή σε περιοχή, ωστόσο η επίσημη οδηγία από το CDC είναι τα οροθετικά άτομα να απέχουν από τον θηλασμό και την μάσηση τροφής για τα νεογνά και βρέφη τους καθώς ακόμη και αν υποβάλλονται σε θεραπεία και διατηρούν μη ανιχνεύσιμο ιικό φορτίο ο κίνδυνος μετάδοσης είναι μεν μειωμένος αλλά όχι ανύπαρκτος (CDC 2022).

Οι οδηγίες συχνά αντικρούονται καθώς σε περιοχές του κόσμου που ο βρεφικός υποσιτισμός οδηγεί σε αυξημένα ποσοστά νοσηρότητας και θνησιμότητας συχνά ο τακτικά ελεγχόμενος για μετάδοση αποκλειστικός θηλασμός και η προφυλακτική αγωγή είναι η προτιμότερη από όλες τις εναλλακτικές, καθώς η υποκατάστατη σίτιση δεν είναι κοινωνικά αποδεκτή, εφικτή, οικονομικά προσιτή, βιώσιμη και ασφαλής, έτσι σε αυτές τις περιπτώσεις συνιστάται αποκλειστικός θηλασμός κατά τους πρώτους μήνες της ζωής, καθώς έχει βρεθεί πως αν πραγματοποιείται αποκλειστικός θηλασμός, η παροχή εκτεταμένης αντιρετροϊκής προφύλαξης στο βρέφος μειώνει τον κίνδυνο μετάδοσης.

Παράλληλα συστήνεται ο έλεγχος για τους συντρόφους οροθετικών και μη ατόμων κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης ή όσο γίνονται προσπάθειες για εγκυμοσύνη για την συνεχιζόμενη προστασία τόσο των γονέων αλλά και του παιδιού.

- HIV-2

Η κάθετη μετάδοση του HIV-2 είναι πολύ λιγότερο συχνή από ό,τι του HIV-1, και κυμαίνεται μεταξύ 0% και 4% απουσία οποιασδήποτε παρέμβασης για τη μείωση της μετάδοσης. Είναι πιθανό ότι αυτό μπορεί να εξηγηθεί από τα χαμηλότερα ιικά φορτία που παρατηρούνται στη μόλυνση με HIV-2. Ωστόσο, μπορεί να συμβεί κάθετη μετάδοση. Σημειώνεται ότι μπορεί να συμβεί διπλή μόλυνση με HIV-1 και -2 καθώς και μονολοίμωξη. Δεν υπάρχουν για την ώρα συστηματικά στοιχεία που να καθοδηγούν την επιλογή θεραπείας για έγκυες γυναίκες με HIV-2 ή PEP για το βρέφος και για αυτό συστήνεται η διαχείριση αυτών των ασθενών να γίνεται από θεραπευτικές ομάδες που έχουν εμπειρία με την συγκεκριμένη ασθένεια. Το θεραπευτικό σχήμα το οποίο συνηθίζεται είναι ένα ενισχυμένο σχήμα που βασίζεται σε PI (BHIVA 2020)

- Καθυστερημένη διάγνωση

Αν και είναι δυνατό να συμβεί, η καθυστερημένη διάγνωση HIV δεν συνηθίζεται πλέον καθώς όλες οι γυναίκες υποβάλλονται σε εξέταση ελέγχου αντισωμάτων στα πλαίσια προγεννητικού ελέγχου από τη στιγμή που γίνει η κύηση αντιληπτή και τακτικά κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Ωστόσο υπάρχουν και περιπτώσεις καθυστερημένης διάγνωσης όπως για γυναίκες που προσβάλλονται από τον ιό κατά τη διάρκεια της κύησης, γυναίκες που αντιλαμβάνονται αργά την εγκυμοσύνη τους και γυναίκες που δεν έχουν υποβληθεί σε προγεννητική παρακολούθηση και έλεγχο.

Η καθυστερημένη διάγνωση ορίζεται ως μετά την 28η εβδομάδα της εγκυμοσύνης αλλά πριν από την έναρξη του τοκετού (BHIVA 2020). Μερικές γυναίκες σε αυτή την κατάσταση θα εξακολουθούν να μπορούν να κάνουν κολπικό τοκετό, εάν ξεκινήσουν την ART χωρίς καθυστέρηση και αποκτήσουν μη ανιχνεύσιμο ιικό φορτίο μέχρι τη στιγμή του τοκετού. Οι αναστολείς της ενσωματάσης μετατρέπουν το ιικό φορτίο σε μη ανιχνεύσιμο πολύ γρήγορα. Ένα σχήμα που βασίζεται σε αναστολέα ιντεγκράσης (συνήθως ραλτεγκραβίρη) είναι πιθανό να συνιστάται στα τέλη της εγκυμοσύνης, ιδιαίτερα σε γυναίκες με υψηλό ιικό φορτίο.

Αν η διάγνωση γίνει στην φάση του τοκετού ακόμα και σε αυτό το τελευταίο στάδιο, υπάρχουν πράγματα που μπορούν να γίνουν. Σε αυτήν την περίπτωση, μια γυναίκα θα λάβει αμέσως μία μόνο δόση nevirapine. Η θεραπεία 3TC και AZT σε ένα μόνο χάπι και η ραλτεγκραβίρη θα πρέπει επίσης να ξεκινήσουν αμέσως. Τόσο η νεβιραπίνη όσο και η ραλτεγκραβίρη διασχίζουν τον πλακούντα πολύ γρήγορα. Μπορεί επίσης

να προστεθεί ενδοφλέβια AZT καθ' όλη τη διάρκεια του τοκετού. Στη μητέρα μπορεί να χορηγηθεί διπλή δόση τενοφοβίρης εάν ο τοκετός είναι πρόωρος. Αυτό συμβαίνει επειδή τα πρόωρα νεογνά δεν μπορούν να απορροφήσουν καλά τα φάρμακα όταν τους χορηγούνται από το στόμα. Όπως η νεβιραπίνη και η ραλτεγκραβίρη, η τενοφοβίρη διαπερνά τον πλακούντα πολύ γρήγορα πράγμα που είναι θετικό. (BHIVA 2020)

Συχνή ερώτηση των γυναικών είναι το αν θα πρέπει να συνεχίσουν την θεραπεία μετά την γέννηση του παιδιού του και η απάντηση είναι ναι. Τώρα το ART συνιστάται σε όλους τους ασθενείς με HIV και είναι ρουτίνα να συνεχιστεί η θεραπεία ART μετά τη γέννηση του μωρού.

- Προγεννητικός έλεγχος/ Απεικόνιση

Η υπερηχογραφική απεικόνιση του εμβρύου θα πρέπει να γίνεται σύμφωνα με τις εθνικές κατευθυντήριες οδηγίες, ανεξάρτητα από την κατάσταση της μητέρας ως προς τον HIV μεταξύ 18+0 και 20+6 εβδομάδων κύησης (BHIVA 2020).

Συνιστάται η συνδυασμένη προληπτική εξέταση για εμβρυϊκές ανευλοειδίες και μη επεμβατική προγεννητική εξέταση (NIPT) για όσους κάνουν προσυμπτωματικό έλεγχο, καθώς έχει την καλύτερη ευαισθησία και ειδικότητα και είναι το λιγότερο επεμβατικό.

Ο επεμβατικός προγεννητικός διαγνωστικός έλεγχος δεν πρέπει να διενεργείται παρά μόνο αφού η κατάσταση της γυναίκας ως προς τον HIV είναι γνωστή και μάλιστα θα πρέπει να αναβάλλεται έως το ικό φορτίο του HIV να έχει κατασταλεί επαρκώς σε <50 αντίγραφα HIV RNA/mL. Εάν η γυναίκα δεν υποβάλλεται σε θεραπεία και η διαδικασία επεμβατικής διαγνωστικής δοκιμής δεν μπορεί να καθυστερήσει έως ότου επιτευχθεί ική καταστολή, συνιστάται στις γυναίκες να ξεκινήσουν ART με ραλτεγκραβίρη και να τους χορηγηθεί μια εφάπαξ δόση νεβιραπίνης 2-4 ώρες πριν από τη διαδικασία (BHIVA 2020).

- Πολύδυμη κύηση

Δεν υπάρχουν δημοσιευμένες μελέτες που να συγκρίνουν πολύδυμες έναντι μονήρους κήσεις με HIV. Με βάση τα διαθέσιμα στοιχεία, δεν υπάρχει αυξημένος κίνδυνος κάθετης μετάδοσης σε πολύδυμες κήσεις σε σχέση με τις μονήρης.

Οι πολύδυμες κήσεις θα πρέπει να αντιμετωπίζονται σύμφωνα με τις μαιευτικές ανάγκες της γυναίκας και σύμφωνα με τα πρωτόκολλα για τον HIV-αρνητικό πληθυσμό

• ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΣΤΗΝ ΚΥΗΣΗ

Η ART είναι συνήθως ένας συνδυασμός που αποτελείται από:

- Δύο φάρμακα για τον HIV τύπου NRTIs.
- Ένα τρίτο φάρμακο από διαφορετική κατηγορία φαρμάκων για τον HIV. Αυτός θα είναι ένας NNRTI (ένας μη νουκλεοσιδικός αναστολέας της ανάστροφης μεταγραφάσης), ένας αναστολέας ιντεγκράσης ή ένας αναστολέας ενισχυμένης πρωτεάσης (PI).

Οι NRTI είναι πιο πιθανό να είναι το tenofovir DF και το FTC (emtricitabine) ή αβακαβίρη με 3TC (λαμιβουδίνη). Σε ορισμένες περιπτώσεις μπορεί να επιλεγθεί το AZT (ζιδοβουδίνη) με 3TC.

Το τρίτο φάρμακο είναι πιθανό να είναι: ένα NNRTI (εφαβιρένζη ή ριλπιβιρίνη), ένας αναστολέας ιντεγκράσης (ντολουτεγκραβίρη μετά από οκτώ εβδομάδες εγκυμοσύνης ή ραλτεγκραβίρη δύο φορές την ημέρα) ή ένα PI (αταζαναβίρη ή δαρουναβίρη ενισχυμένη με ριτοναβίρη) (CDC 2022)(BHIVA 2020).

• Θεραπευτική διαχείριση

Ο προληπτικός γενικός έλεγχος σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων συνιστάται για έγκυες γυναίκες που έχουν πρόσφατα διαγνωστεί με HIV, καθώς συχνά συνυπάρχει με κάποια άλλη λοίμωξη που μπορεί να επηρεάσει την κατάσταση των γεννητικών οργάνων και άρα το είδος τοκετού καθώς και μπορεί να υπάρχει κίνδυνος για χοριοαμνιονίτιδα ή πρόωρο τοκετό. (CDC 2022)

Σε γυναίκες που ξεκινούν ART στην εγκυμοσύνη, θα πρέπει να πραγματοποιείται εξέταση για έλεγχο ιικού φορτίου HIV 2-4 εβδομάδες μετά την έναρξη της ART, τουλάχιστον μία φορά κάθε τρίμηνο, στις 36 εβδομάδες και κατά τον τοκετό (BHIVA 2020).

Ο έγκαιρος έλεγχος του συντρόφου κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης θα πρέπει να ενθαρρύνεται όπου είναι δυνατόν και να παρέχεται υποστήριξη. Το τεστ HIV θα πρέπει να συστήνεται, αν υπάρχουν, και στα υπόλοιπα παιδιά της γυναίκας. Στην πράξη, εάν τα παιδιά είναι ασυμπτωματικά, ο έλεγχος γίνεται πιο εύκολα όταν το νεογέννητο παρακολουθεί παιδιατρική παρακολούθηση για διαγνωστικές εξετάσεις HIV

Σε έγκυες γυναίκες που ζουν με τον ιό HIV, μια πρόσθετη εξέταση είναι οι πιθανές επιπτώσεις της παρουσίας λοίμωξης των γεννητικών οργάνων στην κάθετη μετάδοση του HIV. Αυτό μπορεί να συμβεί μέσω της αύξησης του ιικού φορτίου του HIV στο γεννητικό σύστημα ή/και της παρουσίας χοριοαμνιονίτιδας. Επιπλέον, ορισμένες λοιμώξεις μπορεί να συνδέονται με πρόωρο τοκετό, ένα συμβάν που εμφανίζεται πιο συχνά σε γυναίκες που ζουν με HIV σε σύγκριση με τις HIV αρνητικές γυναίκες (BHIVA 2020).

Η χοριοαμνιονίτιδα μπορεί να οδηγήσει σε πρόωρη ρήξη των υμένων με πιθανότητα πρόωρου τοκετού. Η χοριοαμνιονίτιδα, η παρατεταμένη ρήξη των μεμβρανών και ο πρόωρος τοκετός έχουν συσχετιστεί με κάθετη μετάδοση του HIV (BHIVA 2020).

Σε γυναίκες που ξεκινούν ART στην εγκυμοσύνη, θα πρέπει να εκτελούνται δοκιμασίες ηπατικής λειτουργίας (LFTs) σύμφωνα με την τακτική έναρξη της ART και στη συνέχεια με κάθε εξέταση αίματος ρουτίνας (13), καθώς υπάρχει πιθανότητα να εμφανιστεί ηπατοτοξικότητα ως αποτέλεσμα της έναρξης ART ή/και της ανάπτυξης μαιευτικών επιπλοκών όπως η μαιευτική χολόσταση, η προεκλαμψία, το σύνδρομο HELLP (αιμόλυση, αυξημένα ηπατικά ένζυμα, χαμηλός αριθμός αιμοπεταλίων) και το οξύ λιπώδες ήπαρ (BHIVA 2020).

Οι τρέχουσες κατευθυντήριες οδηγίες θεραπείας BHIVA συνιστούν τη θεραπεία όλων των ατόμων που ζουν με HIV, ανεξάρτητα από τον αριθμό των κυττάρων CD4 ή την κλινική κατάσταση. Μελέτες έχουν δείξει ότι η άμεση έναρξη του ART βελτιώνει τα κλινικά αποτελέσματα για τους ασθενείς, ανεξάρτητα από τον αρχικό αριθμό των CD4 κυττάρων, και μειώνει τη μετάδοση του HIV μεταξύ οροθετικών συντρόφων, εάν ο σύντροφος με HIV έχει μη ανιχνεύσιμο ιικό φορτίο HIV υπό ART. Όλες οι έγκυες γυναίκες που ζουν με HIV θα πρέπει να λαμβάνουν συμβουλές σχετικά με τη σημασία της συνέχισης του cART μετά τον τοκετό.

Όλες οι γυναίκες που δεν λαμβάνουν αντιρετροϊκά φάρμακα πρέπει να ξεκινήσουν

- Μόλις μπορέσουν να το κάνουν στο δεύτερο τρίμηνο όπου το βασικό ιικό φορτίο ≤ 30.000 αντίγραφα HIV RNA/mL.
- Στην αρχή του δεύτερου τριμήνου ή όσο το δυνατόν συντομότερα στη συνέχεια, σε γυναίκες με βασικό ιικό φορτίο 30.000–100.000 αντίγραφα HIV RNA/mL.

- Εντός του πρώτου τριμήνου εάν το ιικό φορτίο >100.000 αντίγραφα HIV RNA/mL ή/και ο αριθμός των κυττάρων CD4 είναι μικρότερος από 200 κύτταρα/mm³ (BHIVA 2020).

Όλες οι γυναίκες θα πρέπει να έχουν ξεκινήσει ART την 24^η εβδομάδα της εγκυμοσύνης.

Οι παράγοντες που συμβάλλουν στην λήψη της απόφασης γύρω από τη στιγμή της έναρξης της θεραπείας είναι:

- Τα θεωρητικά ζητήματα για την αποφυγή της φαρμακευτικής αγωγής κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, ιδιαίτερα του πρώτου τριμήνου.
- Απόδειξη κινδύνου συγγενούς ανωμαλίας μετά από έκθεση σε ART
- Μητρική υγεία.
- Κίνδυνος κάθετης μετάδοσης στο βρέφος, όπως προσδιορίζεται από το μητρικό ιικό φορτίο, εάν το ART λαμβάνεται κατά την εγκυμοσύνη και το χρόνο μετάδοσης του ART πριν από τον τοκετό.

Ως εκ τούτου, συνιστάται η έναρξη θεραπείας το συντομότερο δυνατό σε γυναίκες με αρχικό ιικό φορτίο >100.000 αντίγραφα HIV RNA/mL και στην αρχή του δεύτερου τριμήνου ή το συντομότερο δυνατό μετά από αυτό, σε γυναίκες με αρχική τιμή ιικού φορτίο μεταξύ 30.000 και 100.000 αντιγράφων HIV RNA/mL (BHIVA 2020).

Η αναβολή της θεραπείας για την έναρξη του δεύτερου τριμήνου μπορεί να είναι απαραίτητη εάν η γυναίκα εμφανίζει ναυτία και/ή εμετό κατά την εγκυμοσύνη. Ωστόσο, όπου κινδυνεύει ή έχει παρουσιάσει ευκαιριακή λοίμωξη, η έναρξη της ART δεν θα πρέπει να καθυστερήσει λόγω εγκυμοσύνης, για την προστασία της υγείας τόσο της μητέρας όσο και του εμβρύου.

Σε γυναίκες με ιστορικό πρόωρου τοκετού (PTD) μπορεί να είναι συνετό να ξεκινήσει η ART το συντομότερο δυνατό μετά το πρώτο τρίμηνο για να μεγιστοποιηθεί ο χρόνος θεραπείας πριν από τον τοκετό.

- Φάρμακα

Συνιστάται στις γυναίκες να ξεκινούν το tenofovir DF ή το abacavir με emtricitabine ή lamivudine ως νουκλεοσιδική βάση.

Συνιστάται ο τρίτος παράγοντας στο ART να είναι η εφαιβιρένζη ή η αταζαναβίρη/r, καθώς αυτοί είναι παράγοντες με τα περισσότερα δεδομένα ασφάλειας στην εγκυμοσύνη. (CDC 2022)

Ως εναλλακτικές μπορούν να χρησιμοποιηθούν ριλπιβιρίνη (25 mg ημερησίως), ραλτεγκραβίρη (400 mg ανά ημέρα) ή δαρουναβίρη/r (600/100 mg ανά ημέρα). Θα πρέπει να συνταγογραφείται δαρουναβίρη/r στη δόση δύο φορές την ημέρα (600/100 mg bd) εάν είναι γνωστή η αντίσταση, και θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη η χρήση αυτής της υψηλότερης δόσης εάν η δαρουναβίρη ξεκινήσει κατά την εγκυμοσύνη.

Η ντολουτεγκραβίρη (50 mg od) μπορεί να ληφθεί υπόψη από την 6η εβδομάδα κύησης, κάτι που πρέπει να επιβεβαιωθεί καθώς έχει συσχετιστεί με ανωμαλίες του νευρικού σωλήνα. (CDC 2022)

Η μονοθεραπεία με ζιδοβουδίνη δεν συνιστάται και θα πρέπει να χρησιμοποιείται μόνο σε γυναίκες που μειώνουν την θεραπεία τους με ικό φορτίο <10.000 αντίγραφα HIV RNA/mL και επιθυμούν να υποβληθούν σε καισαρική τομή (CS). (CDC 2022)

Το Tenofovir alafenamide μπορεί να συνταγογραφηθεί για γυναίκες μετά το πρώτο τρίμηνο της εγκυμοσύνης. (CDC 2022)

Η μονοθεραπεία με PI, η δαρουναβίρη/κομπισιστάτη και η ελβιτεγκραβίρη/κομπισιστάτη δεν συνιστώνται στην εγκυμοσύνη.

Μια γυναίκα που παρουσιάζει μετά από 28 εβδομάδες θα πρέπει να ξεκινήσει ART χωρίς καθυστέρηση.

Εάν το ικό φορτίο είναι άγνωστο ή >100.000 αντίγραφα HIV RNA/mL, προτείνεται ένα σχήμα τριών ή τεσσάρων φαρμάκων που περιλαμβάνει ραλτεγκραβίρη 400 mg bd ή ντολουτεγκραβίρη 50 mg od. (CDC 2022)

Συνοπτικά από τον Ιανουάριο του 2018 ισχύει για τα φάρμακα που έχουν δοθεί σε βρέφη:

- Αβακαβίρη, αταζαναβίρη, λαμβουδίνη, εμτρισιταβίνη, λοπιναβίρη, νεβιραπίνη, ριτοναβίρη, τενοφοβίρη DF και ζιδοβουδίνη: υπάρχουν τώρα περισσότερες από 200 προοπτικές αναφορές έκθεσης στο πρώτο τρίμηνο χωρίς σήμα αυξημένου κινδύνου.
- Η δαρουναβίρη, η εφαιβιρένζη, η ινδιναβίρη, η ραλτεγκραβίρη και η ριλπιβιρίνη έχουν αποδειχθεί ότι έχουν ποσοστά συγγενών δυσπλασιών εντός του αναμενόμενου εύρους

- Για πιο καινούργια φάρμακα (cobicistat, dolutegravir, elvitegravir και tenofovir alafenamide) και έναν αριθμό παλαιότερων ενώσεων που συνταγογραφούνται λιγότερο συχνά (σακουιναβίρη, φοσαμπρεναβίρη, ενφουβιρτίδη, tipranavir, maraviroc και ετραβιρίνη) δεν υπάρχουν αρκετά στοιχεία. (CDC 2022)

Οι γυναίκες πρέπει συγκεκριμένα να ενημερώνονται πλήρως για τις επιπλοκές στον νευρικό σωλήνα σε σχέση με ντολουτεγκραβίρη κατά τη σύλληψη από ό,τι με άλλους τύπους ART κατά τη σύλληψη (που ισοδυναμεί με 2 ανά 1000 γεννήσεις έναντι 1 ανά 1000 γεννήσεις). Όλες οι γυναίκες που επιλέγουν να συνεχίσουν το dolutegravir ενώ σχεδιάζουν να συλλάβουν θα υποστηριχθούν σε αυτήν την απόφαση και θα συμβουλευθούν να ξεκινήσουν ή να συνεχίσουν φολικό οξύ 5 mg/od με βάση τα αρχικά δεδομένα του Ιατρικού Ερευνητικού Συμβουλίου για την πρόληψη των ελαττωμάτων του νευρικού σωλήνα στον γενικό πληθυσμό.

Τα πιο συνήθη φάρμακα εκλογής για την κύηση είναι η εφαβιρένζη ή η αταζαναβίρη/r

Συστήνεται επίσης έλεγχος αντοχής στα φάρμακα εάν το ιικό φορτίο δεν είναι <50 στις 36 εβδομάδες καθώς και οφείλει να εξεταστεί το ενδεχόμενο αλλαγής της θεραπείας και η συμμόρφωση της γυναίκας.

Εάν προγραμματίζεται επεμβατικός προγεννητικός έλεγχος (πχ αμνιοπαρακέντηση), συνιστάται να καθυστερήσει μέχρι το ιικό φορτίο να είναι μη ανιχνεύσιμο. Εάν η γυναίκα δεν βρίσκεται υπό αγωγή και η εξέταση δεν μπορεί να καθυστερήσει, πρέπει να ξεκινήσουν αντιρετροϊκά φάρμακα που περιλαμβάνουν ραλτεγκραβίρη και μια εφάπαξ δόση nevirapine 2-4 ώρες πριν από τη διαδικασία. (CDC 2022)

Γυναίκες που ξεκινούν ARV κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης θα πρέπει να ξεκινούν είτε tenofovir disoproxil/emtricitabine είτε abacavir/lamivudine. Το tenofovir alafenamide μπορεί να χρησιμοποιηθεί μετά το πρώτο τρίμηνο. Ο 3ος παράγοντας πρέπει να είναι η εφαβιρένζη ή η ενισχυμένη αταζαναβίρη (εναλλακτικές λύσεις είναι ριλπιβιρίνη, ραλτεγκραβίρη bd, δαρουναβίρη bd, ντολουτεγκραβίρη (μετά από 6 εβδομάδες κύησης). Ως τρίτος παράγοντας θεωρείται ένας αναστολέας ιντεγκράσης εάν το αρχικό ιικό φορτίο >100.000 ή το τρέχον θεραπευτικό σχήμα δεν καταστείλει τον ιό. (CDC 2022)

Η από του στόματος δοσολογία των αντιρετροϊκών φαρμάκων είναι πολύ σημαντικό να συνεχίζεται καθ' όλη τη διάρκεια του τοκετού.

Υπάρχουν κάποια περιορισμένα και αντικρουόμενα δεδομένα σχετικά την HAART (Highly Active Antiretroviral Therapy) και τον πρόωρο τοκετό με κάποιες μελέτες να προτείνουν ότι εμπλέκονται τα PI.

Η αποτελεσματική αγωγή που ξεκίνησε πριν από τη σύλληψη θα πρέπει να συνεχίζεται καθ' όλη τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, εκτός εάν δεν είναι τυπικό σχήμα (π.χ. μονοθεραπεία PI) ή σχήμα που περιέχει κομπισιστάτη, μια φορά την ημέρα ραλτεγκραβίρη ή τενοφοβίρη αλφεναμίδη. Αυτά τα σχήματα θα πρέπει να τροποποιηθούν ώστε να περιλαμβάνουν ένα ή περισσότερα αντιρετροϊκά φάρμακα που διαπερνούν τον πλακούντα και είναι ασφαλή για την κύηση π.χ. tenofovir disoproxil, ραλτεγκραβίρη δύο φορές την ημέρα.

Οι γυναίκες που συλλαμβάνουν υπό δαρουναβίρη/ριτοναβίρη 800/100 mg ημερησίως και με πλήρη καταστολή, μπορούν να συνεχίσουν τη δόση μία φορά την ημέρα.

Όλες οι γυναίκες θα πρέπει να συμβουλευούνται σχετικά με την συνέχιση της αγωγής ARV μετά τον τοκετό (CDC 2022)(BHIVA 2020).

- **Παρενέργειες της θεραπείας**

- Στην έγκυο

Περίπου 8 στις 10 έγκυες που λαμβάνουν ART θα παρουσιάσουν κάποιου είδους παρενέργειες. Αυτό είναι παρόμοιο με το ποσοστό των ατόμων που λαμβάνουν ART εκτός εγκυμοσύνης. Οι περισσότερες ανεπιθύμητες ενέργειες δεν είναι σοβαρές και περιλαμβάνουν ναυτία, πονοκέφαλο, αίσθημα κόπωσης και διάρροια. Μερικές φορές, αλλά πιο σπάνια, μπορεί να είναι πολύ σοβαρές (BHIVA 2020).

Ένα μεγάλο πλεονέκτημα της εγκυμοσύνης είναι η τακτική παρακολούθηση στις επισκέψεις στην κλινική, καθώς διευκολύνεται η συζήτηση παρενεργειών με τους παρόχους φροντίδας

Ορισμένες παρενέργειες της ART, όπως η πρωινή ναυτία, είναι πολύ παρόμοιες με τις αλλαγές στο σώμα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Αυτό μπορεί να κάνει πιο δύσκολο τον διαχωρισμό μεταξύ των παρενεργειών από την θεραπεία και των επιδράσεων της κύησης. Τα φάρμακα για τον HIV μπορεί μερικές φορές να προκαλέσουν ναυτία και έμετο. Αυτό είναι πιο συνηθισμένο όταν ξεκινήσει η αγωγή για πρώτη φορά. Σε περίπτωση εγκυμοσύνης, ωστόσο, τέτοιες παρενέργειες μπορεί να παρουσιάσουν επιπλέον προβλήματα ως προς την συμμόρφωση στην

αγωγή. Εάν η πρωινή ναυτία δημιουργεί προβλήματα, η μαίες μπορούν να συμβουλευθούν την γυναίκα για την αντιμετώπιση όπως θα συμβούλευαν μία οροαρνητική έγκυο, ενώ μπορούν να χορηγηθούν και φάρμακα κατά της ναυτίας (αντιεμετικά), τα οποία είναι ασφαλή για χρήση στην εγκυμοσύνη.

Μπορεί να παρατηρηθεί αίσθηση κόπωσης η οποία είναι επίσης κάτι το αναμενόμενο, ειδικά εάν ξεκινάει ART και ταυτόχρονα με το πρώτο τρίμηνο εγκυμοσύνης.

Η αναιμία (χαμηλά ερυθρά αιμοσφαίρια) μπορεί να προκαλέσει κόπωση. Είναι μια πολύ συχνή παρενέργεια τόσο του HIV όσο και της εγκυμοσύνης. Με εξέταση αίματος τίθεται η διάγνωση και χορηγούνται τα κατάλληλα συμπληρώματα.

Όλες οι έγκυες γυναίκες κινδυνεύουν να αναπτύξουν υψηλό σάκχαρο στο αίμα (υπεργλυκαιμία) και διαβήτη κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης (BHIVA 2020). Οι γυναίκες που λαμβάνουν PI στην εγκυμοσύνη μπορεί να έχουν υψηλότερο κίνδυνο αυτής της κοινής επιπλοκής. Επομένως, θα πρέπει να παρακολουθούνται στενά τα επίπεδα γλυκόζης και να γίνεται έλεγχος για διαβήτη κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Αυτό είναι ρουτίνα για όλες τις έγκυες γυναίκες.

Εκτός εγκυμοσύνης, οι PIs έχουν συσχετιστεί με αυξημένα επίπεδα χολερυθρίνης, χωρίς να προκαλούν ωστόσο κανένα πρόβλημα.

- **Χορήγηση άλλων φαρμάκων κατά την εγκυμοσύνη**

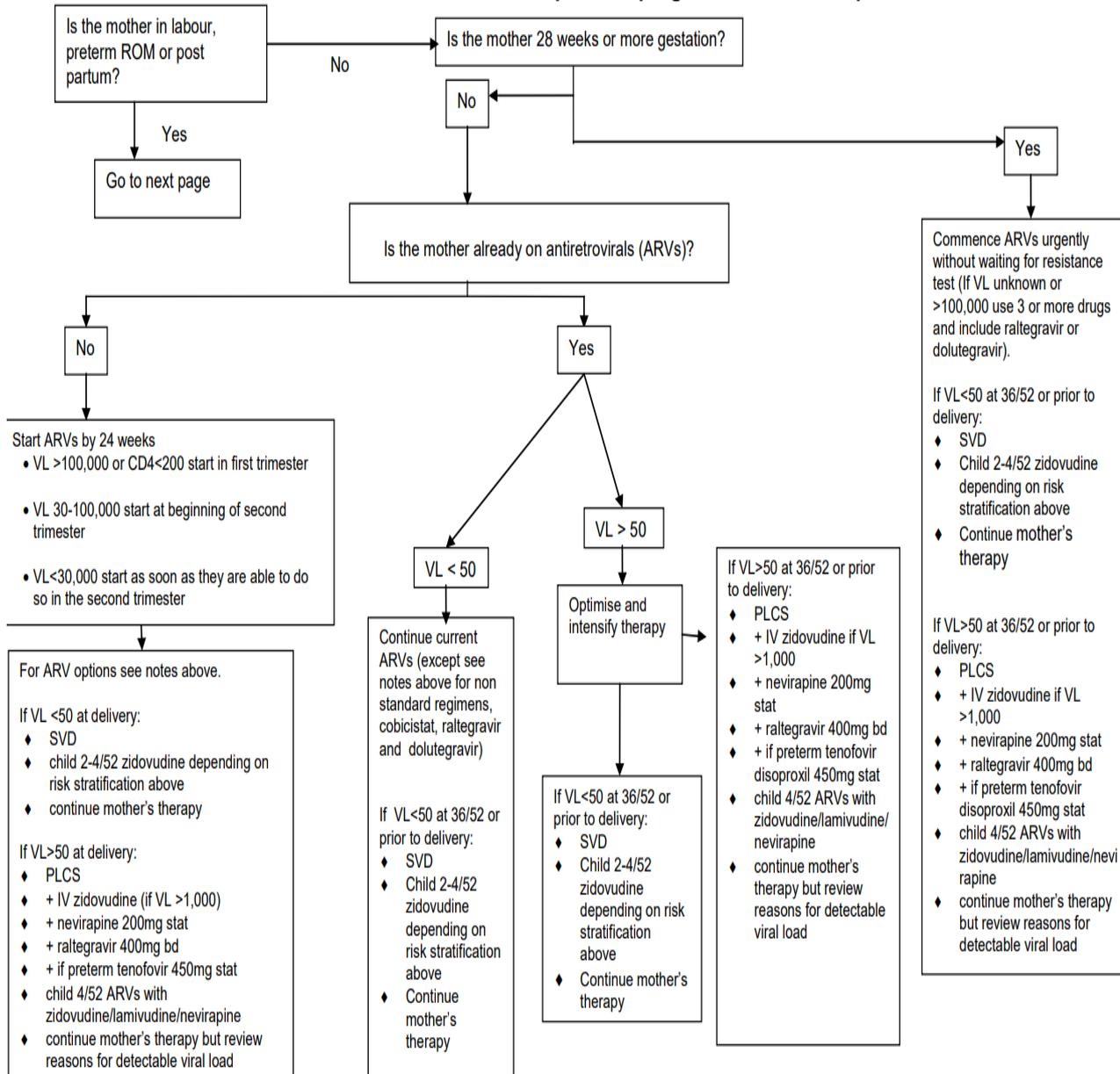
Η εγκυμοσύνη είναι από μόνη της μια κατάσταση ανοσοκαταστολής και ο HIV ως ασθένεια που επηρεάζει το ανοσοποιητικό συνιστά ακόμη μεγαλύτερη ανάγκη για προφύλαξη από λοιπές ευκαιριακές λοιμώξεις.

- Εμβόλια. Οι έγκυες γυναίκες διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο γρίπης και θα πρέπει να εμβολιάζονται είτε είναι οροθετικές είτε αρνητικές. Θα πρέπει να τους χορηγηθεί το εμβόλιο της γρίπης (που περιέχει εμβόλια εποχής και H1N1). Τα εμβόλια για την ηπατίτιδα Α (HAV), την ηπατίτιδα Β (HBV) και τον πνευμονιόκοκκο μπορούν να χρησιμοποιηθούν και μάλιστα συνιστώνται κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Τα εμβόλια ενεργών ιών (συμπεριλαμβανομένης της ιλαράς, της παρωτίτιδας και της ερυθράς) δεν πρέπει να χρησιμοποιούνται κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης.

- Σε περίπτωση συν-λοίμωξης με ηπατίτιδες A, B και C, φυματίωση, έρπητα γενετικών οργάνων, σύφιλης και λοιπών λοιμώξεων είναι πολύ σημαντική η έγκαιρη διάγνωση και ενημέρωση ολόκληρης της θεραπευτικής ομάδας ώστε να δημιουργηθεί ένα συγκεκριμένο πλάνο θεραπείας που θα αντιμετωπίσει όλες τις ασθένειες κατάλληλα (BHIVA 2020).

• **TOKETOS**

Flow chart to aid treatment choice in HIV positive pregnant women who present before labour



2.01 Summary of British HIV Association (BHIVA) Guidelines: Management of HIV Infection in Pregnant Women 2020 «Αλγόριθμος θεραπείας HIV οροθετικών γυναικών προ τοκετού»

• Προετοιμασία για τον τοκετό

Πολλά βιβλία για την εγκυμοσύνη αλλά και η ίδια η καθημερινότητα συνιστούν να υπάρχει μια τσάντα ή μια μικρή βαλίτσα εκ των προτέρων ετοιμασμένη για την διαμονή στο μαιευτήριο. Αυτό είναι κάτι το οποίο θα πρέπει να συζητήσει η μαία με την γυναίκα στα πλαίσια της προγεννητικής προετοιμασίας καθώς είναι ιδιαίτερα σημαντικό σε περίπτωση κολπικού τοκετού όπου χρειάζεται γρήγορη μετακίνηση στο

μαιευτήριο. Συστήνεται να περιλαμβάνονται πιτζάμες ή κάτι άνετο και ελαστικό, μια οδοντόβουρτσα και προϊόντα υγιεινής. Το πιο σημαντικό: πρέπει να συμπεριλαμβάνονται τα φάρμακά για τον HIV, καθώς είναι πάρα πολύ σημαντικό τα κατάλληλα φάρμακα να παρθούν στις ώρες που πρέπει. Αυτό περιλαμβάνει την ημέρα του κολπικού τοκετού ή προγραμματισμένης καισαρικής τομής. Είναι ιδιαίτερα σημαντικό να είναι βέβαιο πως δεν θα παραληφθεί καμία δόση. Αυτό μέσα στην ένταση μπορεί να είναι δύσκολο οπότε βοηθάει αν είναι δυνατό, να είναι το να είναι ενήμερος ο συνοδός και η ομάδα υγειονομικής περίθαλψης για το πρόγραμμα των φαρμάκων και το πού βρίσκονται.

Για τις γυναίκες που λαμβάνουν ART, θα πρέπει να ληφθεί απόφαση σχετικά με τον τρόπο τοκετού μετά από ανασκόπηση των αποτελεσμάτων του ιικού φορτίου στο πλάσμα στις 36 εβδομάδες. Για γυναίκες με ικό φορτίο πλάσματος <50 αντίγραφα HIV RNA/mL στις 36 εβδομάδες και ελλείψει μαιευτικών αντενδείξεων, θα πρέπει να υποστηρίζεται ο προγραμματισμένος κολπικός τοκετός .

Για γυναίκες με ικό φορτίο πλάσματος 50–399 αντίγραφα HIV RNA/mL στις 36 εβδομάδες, θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη η προγραμματισμένη ΚΤ πριν τον τοκετό, λαμβάνοντας υπόψη το πραγματικό ικό φορτίο, την πορεία του ιικού φορτίου, τη χρονική διάρκεια θεραπείας, θέματα συμμόρφωσης, μαιευτικούς παράγοντες και τις απόψεις της γυναίκας.

Όπου το ικό φορτίο είναι ≥ 400 αντίγραφα RNA HIV/mL στις 36 εβδομάδες, συνιστάται προγραμματισμένη ΚΤ. Όταν η ένδειξη για ΚΤ είναι η πρόληψη της κάθετης μετάδοσης, θα πρέπει να πραγματοποιείται μεταξύ 38 και 39 εβδομάδων κύησης (BHIVA 2020).

Σε γυναίκες για τις οποίες έχει προγραμματιστεί κολπικός τοκετός και έχει ξεκινήσει ο τοκετός, η μαιευτική αντιμετώπιση θα πρέπει να ακολουθεί τις ίδιες οδηγίες όπως για τον HIV-αρνητικό πληθυσμό.

- Κολπικός Τοκετός

Οι οδηγίες της BHIVA συνιστούν κολπικό τοκετό για μητέρες που υποβάλλονται σε ART με μη ανιχνεύσιμο ικό φορτίο <50 copies/mL. Αυτό ισχύει εκτός εάν υπάρχουν άλλες επιπλοκές, και η συζήτηση για την απόφαση θα γίνει με την ομάδα παρακολούθησης στις 36 εβδομάδες. Αυτή η απόφαση θα ληφθεί μετά την ανασκόπηση των αποτελεσμάτων του ιικού φορτίου (BHIVA 2020).

Σε περίπτωση προηγούμενης ΚΤ εάν το ικό φορτίο είναι μη ανιχνεύσιμο και δεν υπάρχουν άλλοι λόγοι που να το απαγορεύουν, συζητείται το

ενδεχόμενο του VBAC. Σε HIV αρνητικές γυναίκες, στο Ηνωμένο Βασίλειο, το 70% σε αυτή την κατάσταση υποβάλλεται σε κολπικό τοκετό. Ο κολπικός τοκετός μετά από ΚΤ (VBAC) μπορεί να προσφερθεί σε γυναίκες με ικό φορτίο <50 αντίγραφα HIV RNA/mL (BHIVA 2020)

Όταν λοιπόν, έχει συσταθεί κολπικός τοκετός με βάση την θεραπευτική αγωγή και το ικό φορτίο, η διαχείριση του τοκετού από τη μητέρα, συμπεριλαμβανομένης της απόφασης σχετικά με το VBAC, θα πρέπει να είναι όπως για μια γυναίκα χωρίς HIV.

Εν ολίγης ο κολπικός τοκετός είναι επιτρεπτός σε γυναίκες με HIV που πληρούν τις κατάλληλες προϋποθέσεις, χωρίς αυτό όμως να σημαίνει πως δεν υπάρχει πιθανότητα ανάγκης ΚΤ για άλλους μαιευτικούς λόγους, καθώς μελέτες στο Ηνωμένο Βασίλειο βρίσκουν πως ενώ ένας αυξανόμενος αριθμός γυναικών στοχεύει και επιτυγχάνει έναν κολπικό τοκετό, το ποσοστό επειγούσας CS έχει αυξηθεί.

- Καισαρική Τομή

Πριν την σύγχρονη ART, η προγραμματισμένη καισαρική τομή μείωνε σημαντικά την κάθετη μετάδοση σε σύγκριση με τον κολπικό τοκετό, αλλά δεν υπάρχει διαφορά σε πιο πρόσφατες μελέτες που χρησιμοποιούν ART και ελέγχους ικού φορτίου. Η προγραμματισμένη καισαρική τομή δεν προσφέρει επιπλέον όφελος εάν το ικό φορτίο της μητέρας είναι μη ανιχνεύσιμο. Αλλά μπορεί μερικές φορές να χρειαστεί για κάποιον άλλο λόγο. Εάν υπάρχει ανάγκη για προγραμματισμένη καισαρική τομή, πρέπει να γίνει πριν από την έναρξη του τοκετού και τη ρήξη των μεμβρανών. Αυτό ονομάζεται επίσης «προγεννητική», «εκλεκτική» ή «προγραμματισμένη» καισαρική τομή.

Μια προγραμματισμένη καισαρική τομή χρειάζεται εάν το ικό φορτίο είναι μεταξύ 50 και 399 αντίγραφα/mL στις 36 εβδομάδες, λαμβάνοντας υπόψιν τα πιο πρόσφατα και προηγούμενα αποτελέσματα ικού φορτίου, πόσο καιρό γίνεται λήψη θεραπείας και η συμμόρφωσή της ασθενούν. Εάν το ικό φορτίο είναι πάνω από 400 αντίγραφα/mL, συνιστάται προγραμματισμένη καισαρική τομή. Εάν η προγραμματισμένη καισαρική τομή είναι για να αποτρέψει την κάθετη μετάδοση (και όχι λόγω άλλων επιπλοκών) θα χρειαστεί να πραγματοποιηθεί στις 38 με 39 εβδομάδες εγκυμοσύνης.

Σε περίπτωση ρήξης υμένων προ της προγραμματισμένης ΚΤ τότε το ικό φορτίο είναι σημαντικός παράγοντας για τη λήψη της απόφασης. Εάν το ικό φορτίο είναι πάνω από 50 αλλά λιγότερο από 1000 αντίγραφα/mL η θεραπευτική ομάδα θα εξετάσει το ενδεχόμενο επειγούσας καισαρικής

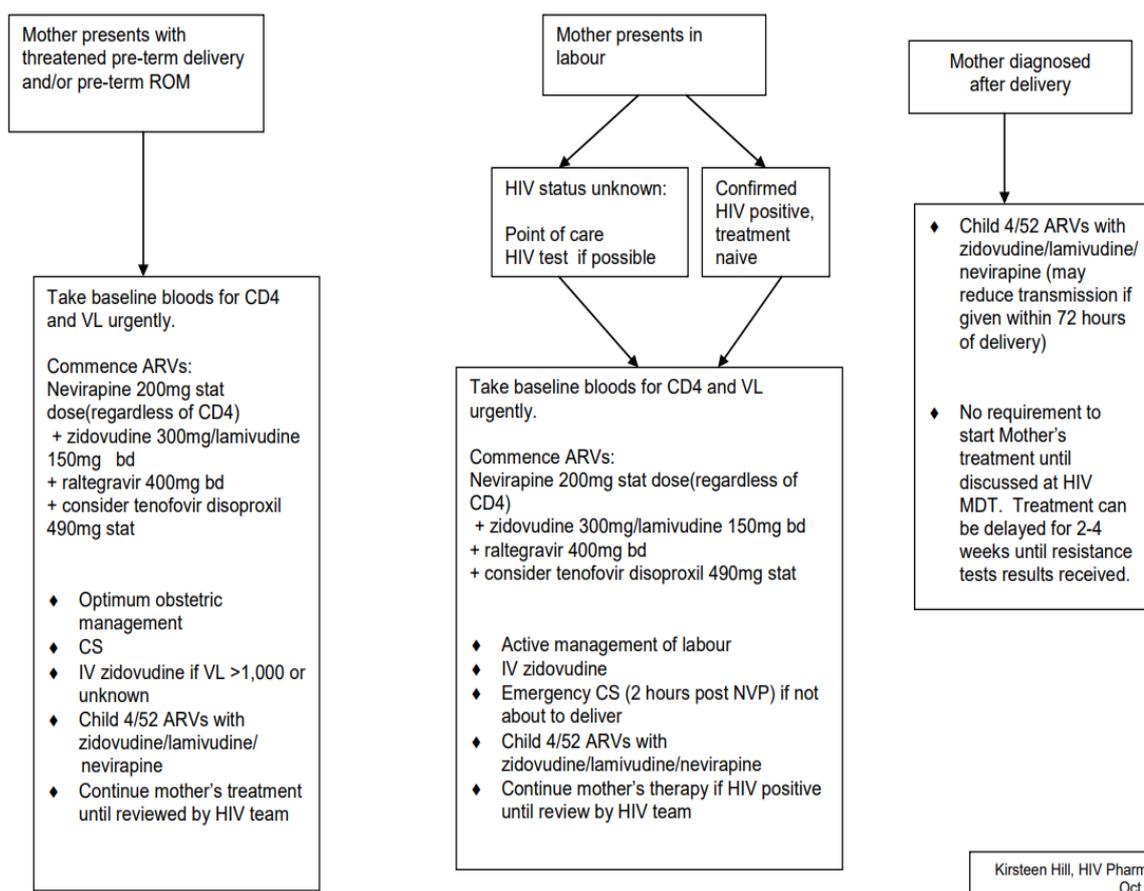
τομής. Εάν είναι πάνω από 1000 αντίγραφα/mL, συνιστάται ανεπιφύλακτα (BHIVA 2020).

Στην περίπτωση παρούσας ΚΤ, ο κολπικός τοκετός στο μέλλον είναι πιθανός αλλά πιο περίπλοκος. Αυτό είναι σημαντικό να το γνωρίζει η γυναίκα εάν σκοπεύει να κάνει περισσότερα παιδιά σε μια χώρα όπου η προγραμματισμένη καισαρική τομή δεν είναι δυνατή, ασφαλής ή εύκολα διαθέσιμη και υπάρχει λιγότερη πρόσβαση στη μαιευτική περίθαλψη.

- Αντιμετώπιση γυναίκας που διαγιγνώσκεται κατά τον τοκετό χωρίς προηγούμενη θεραπευτική αγωγή.

Flow chart to aid treatment choice in HIV positive pregnant women who present during labour, after delivery or with a threatened unplanned delivery

Note: Nevirapine included in these regimes as it crosses the placenta rapidly and lasts in the infant circulation for up to 10 days. Tenofovir disoproxil and Raltegravir also rapidly cross the placenta.



Kirsteen Hill, HIV Pharmacist
Oct 2020

2.02 Summary of British HIV Association (BHIVA) Guidelines: Management of HIV Infection in Pregnant Women 2020 «Αλγόριθμος θεραπείας HIV οροθετικών γυναικών κατά τη διάρκεια και μετά τον τοκετό»

Γυναίκες που εμφανίζονται όντας σε τοκετό χωρίς τεκμηριωμένο αποτέλεσμα HIV πρέπει να συμβουλευονται να κάνουν επείγουσα

εξέταση HIV. Ένα αντιδραστικό/θετικό αποτέλεσμα πρέπει να γίνει άμεσα, με την έναρξη των παρεμβάσεων για την πρόληψη της κάθετης μετάδοσης του HIV χωρίς περαιτέρω αναμονή .

Σε όλες αυτές τις γυναίκες θα πρέπει να χορηγείται μια δόση nevirapine 200 mg και από του στόματος ζιδοβουδίνη 300 mg, λαμβουδίνη 150 mg bd., ραλτεγκραβίρη 400 mg bd; και ενδοφλέβια ζιδοβουδίνη κατά τη διάρκεια του τοκετού.

Μια εφάπαξ δόση νεβιραπίνης, ανεξάρτητα από τον αριθμό των κυττάρων CD4 (ακόμα και αν είναι διαθέσιμο) ή την κατάσταση ηπατίτιδας, θα πρέπει να χορηγηθεί αμέσως καθώς αυτή διαπερνά γρήγορα τον πλακούντα και εντός 2 ωρών επιτυγχάνει και στη συνέχεια διατηρεί αποτελεσματικές συγκεντρώσεις στο νεογνό για έως και 10 ημέρες (BHIVA 2020)

- Εξωτερικός μετασχηματισμός

Μπορεί να προσφερθεί σε γυναίκες με ιικό φορτίο πλάσματος <50 αντίγραφα HIV RNA/mL αν και δεν υπάρχουν στοιχεία για την εμπειριστατωμένη λήψη της απόφασης καθώς δεν υπάρχουν στοιχεία που να υποστηρίζουν πρόσθετο κίνδυνο μετάδοσης (BHIVA 2020)

- Πρόωρη ρήξη υμένων

Σε όλες τις περιπτώσεις ο στόχος θα πρέπει να είναι τοκετός εντός 24 ωρών.

Η διαχείριση στις ≥ 34 εβδομάδες είναι η ίδια με εκείνη του μη HIV θετικού πληθυσμού

Σε <34 εβδομάδες:

- Τα ενδομυϊκά στεροειδή θα πρέπει να χορηγούνται σύμφωνα με τις εθνικές οδηγίες.
- Έλεγχος του ιικού φορτίου.
- Θα πρέπει να υπάρχει διεπιστημονική συζήτηση σχετικά με το χρονοδιάγραμμα και τον τρόπο τοκετού καθώς απαιτείται αξιολόγηση ορισμένων παραγόντων, συμπεριλαμβανομένης της ακριβούς ημερομηνίας κύησης, των διαθέσιμων εγκαταστάσεων, του μητρικού ιικού φορτίου και της παρουσίας άλλων συννοσηροτήτων, όπως η μόλυνση και η προεκλαμψία.

Μια επιπλέον ανησυχία είναι ότι το πρώιμο πρόωρο νεογνό μπορεί να μην μπορεί να ανεχθεί από του στόματος θεραπεία και επομένως συνιστάται η μέσω της διαπλακουντιακής οδού χορήγηση θεραπείας(BHIVA 2020).

- Πρόωρος τοκετός

Τα ποσοστά πρόωρου τοκετού σε γυναίκες με HIV είναι υψηλά. Ωστόσο, δεν υπάρχουν επαρκή δεδομένα σχετικά με τη συσχέτιση του και διαφορετικών αντιρετροϊκών φαρμάκων, με πολλές διαφορετικές μελέτες να δίνουν αντικρουόμενα αποτελέσματα και με κάποιες να εμπλέκουν ενισχυμένους PI. Τα πιο εμπειριστατωμένα ευρήματα υποδεικνύουν ότι το lopinavir/r πρέπει να αποφεύγεται, ενώ τα πιο πρόσφατα δεδομένα στο Ηνωμένο Βασίλειο ευνοούν μόνο την atazanavir/r εάν ενδείκνυται κάποιος PI.

Σε πρόωρο τοκετό, εάν το βρέφος είναι απίθανο να μπορέσει να απορροφήσει φάρμακα από το στόμα, εξετάζεται το ενδεχόμενο προσθήκης διπλής δόσης tenofovir DF στη θεραπεία της μητέρας με στόχο την διαπλακουντιακή μεταφορά της θεραπείας.

- Τόπος τοκετού

Σε όλες τις γυναίκες που ζουν με HIV συνιστάται να γεννούν σε εγκαταστάσεις που έχουν άμεση πρόσβαση σε παιδιατρική περίθαλψη

- Τοκετός σε νερό

Υπάρχουν ελάχιστα στοιχεία ασφάλειας για την υποστήριξη των γεννήσεων στο νερό σε γυναίκες που ζουν με HIV. Ωστόσο, οι γυναίκες που επιλέγουν έναν τοκετό στο νερό θα πρέπει να υποστηρίζονται για να το επιτύχουν αυτό όταν το ιικό φορτίο είναι <50 αντίγραφα HIV RNA/mL. Η έλλειψη δεδομένων θα πρέπει να συζητηθεί με γυναίκες που ζουν με HIV που σκέφτονται να γεννήσουν στο νερό. Ωστόσο όλες οι γυναίκες ανεξαρτήτως μόλυνσης από HIV μπορούν να χρησιμοποιήσουν το νερό ως μέσω αναλγησίας κατά την διάρκεια του 1^{ου} σταδίου του τοκετού.

- Παρακολούθηση εμβρύου

Η επεμβατική εμβρυϊκή παρακολούθηση με διεισδυτικά ηλεκτρόδια που προσάπτουν στο τριχωτό της κεφαλής του εμβρύου μπορεί να σχετίζονται με αυξημένο κίνδυνο μετάδοσης και άρα δεν συστήνεται για

γενική χρήση παρά μόνο ως υπολογισμένο ρίσκο όταν θεωρείται πως υπάρχει μεγάλη ανάγκη (BHIVA 2020).

- Μετά τον τοκετό

Η πιο συνηθισμένη έγνοια των γονέων είναι το πότε μπορούν με ασφάλεια να γνωρίζουν πως το νεογνό τους είναι αρνητικό. Το συνηθισμένο τεστ αντισωμάτων HIV δεν χρησιμοποιείται για τον έλεγχο του HIV σε νεογνά. Τα νεογνά που γεννιούνται από μητέρες θετικές στον ιό HIV θα είναι θετικά στον ιό HIV χρησιμοποιώντας τεστ αντισωμάτων για τον HIV πράγμα που είναι φυσιολογικό και δεν σημαίνει ότι το νεογνό έχει HIV. Μερικές φορές χρειάζονται έως και 18 μήνες για να εξαφανιστούν σταδιακά αυτές οι αποκρίσεις (15).

Το νεογνό θα εξεταστεί χρησιμοποιώντας μια εξέταση HIV PCR DNA ή RNA. Αυτές οι εξετάσεις αναζητούν ιούς στο αίμα του νεογνού. Στο Ηνωμένο Βασίλειο, είναι ρουτίνα να εξετάζεται το νεογνό την ημέρα που γεννιέται. Η εξέταση επαναλαμβάνεται μετά από έξι εβδομάδες και ξανά σε τρεις μήνες. Εάν όλα αυτά τα τεστ είναι αρνητικά και δεν θηλάζει η μητέρα τότε το νεογνό θεωρείται αρνητικό και μετά θα εξεταστεί ξανά για αντισώματα στους 18 μήνες.

Παράλληλα όλα τα νεογνά πρέπει να λαμβάνουν μια σειρά φαρμάκων για τον HIV για τις πρώτες δύο έως τέσσερις εβδομάδες της ζωής τους, εάν η μητέρα τους είναι οροθετική. Αυτή η προφύλαξη μετά την έκθεση (PEP) θα πρέπει να ξεκινήσει το συντομότερο δυνατό μετά τη γέννηση και τουλάχιστον εντός τεσσάρων ωρών. Εάν η μητέρα έχει λάβει ART για περισσότερο από 10 εβδομάδες και είχε δύο μη ανιχνεύσιμα αποτελέσματα ιικού φορτίου κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και στις 36 εβδομάδες, το μωρό θα λάβει δύο εβδομάδες AZT. Συνιστώνται τέσσερις εβδομάδες AZT εάν το ιικό φορτίο της μητέρας είναι μη ανιχνεύσιμο στις 36 εβδομάδες, αλλά δεν ήταν σε όλη την εγκυμοσύνη ή το μωρό είναι πρόωρο. Και ο συνδυασμός PEP συνιστάται εάν το ιικό φορτίο της μητέρας είναι >50 HIV/mL την ημέρα της γέννησης, εάν δεν είναι σίγουρη η συμμόρφωσή της ή εάν το ιικό της φορτίο δεν είναι γνωστό (BHIVA 2020).

- Αντισύλληψη

Οι συζητήσεις σχετικά με την αντισύλληψη που ξεκίνησαν κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης θα πρέπει να επαναληφθούν, μετά τον τοκετό όσο και σε συνεχή βάση όταν η γυναίκα επιστρέφει για εξετάσεις καθώς κάποια σχήματα θεραπείας περιλαμβάνουν φάρμακα τα οποία

επηρεάζονται από τα αντισυλληπτικά χάπια και αντίστροφα η αποδοτικότητα κάποιων αντισυλληπτικών σχημάτων επηρεάζεται από την αγωγή.

Επίσης είναι σημαντικό τυχόν μελλοντικές κήσεις να είναι προγραμματισμένες καθώς κάποια θεραπευτικά σχήματα κατά του HIV σχετίζονται με ανωμαλίες στην ανάπτυξη του νευρικού σωλήνα οπότε μια απρογραμμάτιστη κήση την οποία η γυναίκα δεν γνωρίζει όσο παίρνει αγωγή δεν είναι ασφαλής για το έμβρυο.

Παράλληλα στην περίπτωση που η γυναίκα νόσησε κατά την κήση είναι σημαντικό οι επαγγελματίες υγείας να κάνουν ξεκάθαρο πως η χρήση μόνο αντισυλληπτικών δισκίων μπορεί να αποτρέψει μια κήση αλλά δεν προστατεύει τους σεξουαλικούς συντρόφους της γυναίκας από τη μετάδοση του ιού οπότε συστήνεται η χρήση προφυλακτικού.

Οι ανάγκες αντισύλληψης θα πρέπει να συζητηθούν με όλες τις γυναίκες και η ART μπορεί να αλλάξει για να βελτιστοποιήσει την επιλογή αντισύλληψης μιας γυναίκας.

- Λοχεία

Σε όλες τις γυναίκες συνιστάται να συνεχίσουν το ART μετά τον τοκετό αν και για τις γυναίκες που ξεκινήσαν θεραπεία κατά την κήση μπορεί το σχήμα της θεραπείας να τροποποιηθεί

Η συμμόρφωση μπορεί να μειωθεί κατά τη μεταγεννητική περίοδο ως αποτέλεσμα ανησυχιών σχετικά με τις παρενέργειες, τη δια βίου φύση της θεραπείας, τον φόβο για κοινή γνώση της κατάστασης του HIV και τον φόβο του στίγματος που σχετίζεται με τον HIV στην κοινότητα και στις κλινικές. Είναι σημαντικό να παρέχεται κατάλληλη υποστήριξη, συμπεριλαμβανομένης της καθοδήγησης από άτομα που επίσης νοσούν, η οποία έχει αποδειχθεί ότι βελτιώνει την συμμόρφωση

Όλες οι γυναίκες θα πρέπει να επανεξετάζονται κατά τη μεταγεννητική περίοδο εντός 4-6 εβδομάδων.

Οι γυναίκες θα πρέπει να αξιολογούν τις ανάγκες ψυχικής τους υγείας μετά τον τοκετό και όσες έχουν προβλήματα ψυχικής υγείας θα πρέπει να παραπέμπονται σε κατάλληλες υπηρεσίες, στην κοινότητα ή/και σε εθελοντικές ομάδες χωρίς καθυστέρηση.

Οι γυναίκες με λοίμωξη από τον ιό HIV, λόγω της ανοσοκαταστολής που προκαλεί ο ιός διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο μόλυνσης μετά τον τοκετό

και σχετίζονται με κακή επούλωση τραυμάτων, ενώ η αιμορραγία μετά τον τοκετό αποτελεί επίσης κίνδυνο λόγω της θρομβοπενίας που σχετίζεται με τον HIV (13). Οι γυναίκες που έχουν μολυνθεί από τον ιό HIV είναι έτσι πιο επιρρεπείς σε ιατρικές επιπλοκές όπως λοιμώξεις του ουροποιητικού συστήματος, λοιμώξεις στο στήθος, σηψαιμία στην επισιοτομή και σηψαιμία τραύματος της μήτρας και της καισαρικής τομής.

Οι μαίες λοιπόν, θα πρέπει να είναι σε εγρήγορση για σημεία λοίμωξης όπως πυρετός, γρήγορος σφυγμός, πόνος στην επισιοτομή ή πόνος στην κάτω κοιλιακή χώρα και δύσοσμα λόγια.

Οι γυναίκες θα πρέπει να διδάσκονται τρόπους φροντίδας των τραυμάτων τους αλλά και τη διαχείριση της φυσιολογικής αποβολής των λοχίων και τον σωστό τρόπο απόρριψης των περινεϊκών επιθεμάτων για να μειωθεί ο κίνδυνος έκθεσης άλλων, σε μολυσμένα με HIV σωματικά υγρά. Τα περινεϊκά επιθέματα πρέπει να τοποθετούνται σε σφραγισμένη πλαστική σακούλα και να απορρίπτονται σε δοχείο απορριμμάτων με πλαστική επένδυση. Οι διαρροές αίματος πρέπει να καθαρίζονται με χαρτοπετσέτες και η περιοχή πρέπει να καθαρίζεται με σαπούνι και νερό και στη συνέχεια να σκουπίζεται με διάλυμα οικιακής χλωρίνης αναμεμειγμένο με νερό σε αναλογία 1 προς 10.

Παράλληλα τόσο για τις γυναίκες που θηλάζουν αλλά και για τις μη θηλάζουσες είναι πολύ σημαντικό να εκπαιδευτούν οι γυναίκες για την σωστή φροντίδα των μαστών τους ώστε να αποφευχθεί ο κίνδυνος υπερφόρτωσης και μαστίτιδας (BHIVA 2020).

- NEOFNO

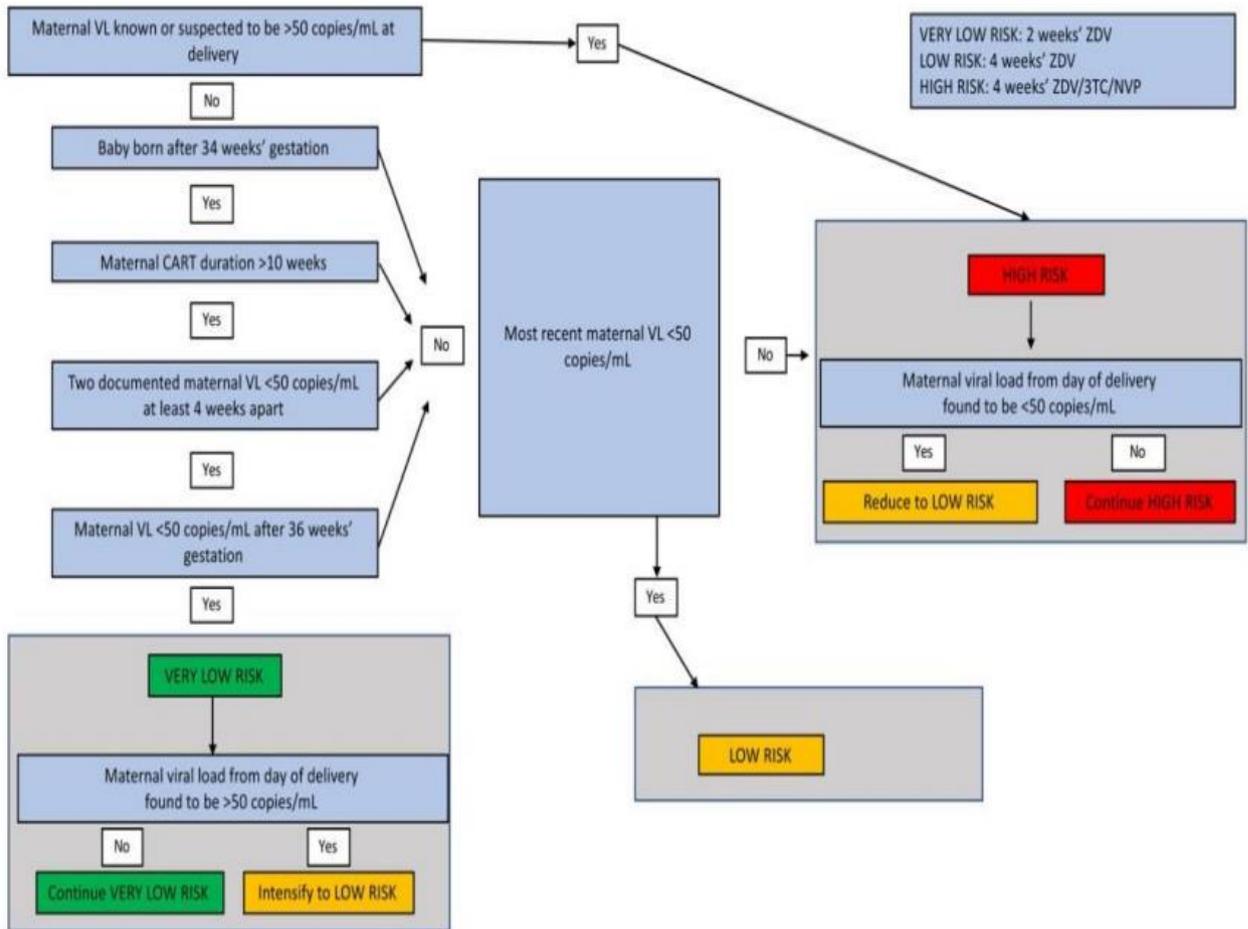


Figure 9.1. Algorithm for infant treatment

2.03 Αλγόριθμος νεογνικής θεραπείας BHIVA guidelines on the management of HIV in pregnancy and postpartum 2020

- Προφύλαξη μετά την έκθεση για νεογνά

Η προστατευτική θεραπεία πρέπει να ξεκινήσει το συντομότερο δυνατό μετά τη γέννηση, ιδανικά εντός 4 ωρών, ειδικά εάν η μητέρα δεν ήταν υπό αγωγή ART και θα πρέπει να χορηγείται για 2-4 εβδομάδες ανάλογα με τον κίνδυνο.

VERY LOW RISK
Two weeks of zidovudine monotherapy is recommended if all the following criteria are met:
<ul style="list-style-type: none">• The woman has been on cART for longer than 10 weeks;
AND
<ul style="list-style-type: none">• Two documented maternal HIV viral loads <50 HIV RNA copies/mL during pregnancy at least 4 weeks apart;
AND
<ul style="list-style-type: none">• Maternal HIV viral load <50 HIV RNA copies/mL at or after 36 weeks.
LOW RISK
Extend to 4 weeks of zidovudine monotherapy:
<ul style="list-style-type: none">• If the criteria in 9.1.1 are not all fulfilled but maternal HIV viral load is <50 HIV RNA copies/mL at or after 36 weeks;• If the infant is born prematurely (<34 weeks) but most recent maternal HIV viral load is <50 HIV RNA copies/mL.
HIGH RISK
Use combination PEP if maternal birth HIV viral load is known to be or likely to be >50 HIV RNA copies/mL on day of birth, if uncertainty about recent maternal adherence or if viral load is not known.
Neonatal PEP should be commenced as soon as possible after birth, and at least within 4 hours

2.04 Κριτήρια θεραπείας νεογνών μετά από έκθεση. Summary of British HIV Association (BHIVA) Guidelines: Management of HIV Infection in Pregnant Women 2020

Καθώς οι κρίσιμες αποφάσεις σχετικά με την κατηγοριοποίηση του κινδύνου σχετίζονται άμεσα με το μητρικό ιικό φορτίο κατά τη στιγμή του τοκετού, αυτή η πληροφορία πρέπει να είναι διαθέσιμη όσο το δυνατό συντομότερα και σίγουρα εντός 72 ωρών από τον τοκετό, χωρίς να αποδεικνύεται κάποιο όφελος εάν ξεκινήσει η προφυλακτική αγωγή μετά από 72 ώρες. Η άμεση χορήγηση του PEP είναι ιδιαίτερα σημαντική όταν η γυναίκα δεν έχει λάβει καμία ART.

Εάν μια γυναίκα είναι γνωστό ότι έχει λοίμωξη από τον ιό HIV-2, ακολουθούνται τα ίδια πρωτόκολλα όπως και για τη βρεφική PEP με HIV-1, με εξαίρεση τις περιπτώσεις υψηλού κινδύνου όπου η nevirapine δεν θα είναι αποτελεσματική (BHIVA 2020). Σε περίπτωση που εξειδικευμένη συμβουλευτική δεν είναι άμεσα διαθέσιμη, συστήνεται έναρξη με ζιδοβουδίνη, λαμβιβουδίνη και ραλτεγκραβίρη έως ότου να υπάρξουν πιο συγκεκριμένες οδηγίες.

Το PEP για βρέφη δεν θα πρέπει να χορηγείται πέραν των 2 εβδομάδων για πολύ χαμηλού κινδύνου νεογνά ή 4 εβδομάδων για νεογνά χαμηλού κινδύνου, ακόμη και αν το νεογνό θηλάζει.

Το PEP δεν θα πρέπει να ξαναρχίζει εκτός εάν υπάρξει σημαντική επακόλουθη έκθεση (π.χ. μητρικό ιικό φορτίο που μπορεί να ανιχνευθεί κατά τη διάρκεια του θηλασμού).

- Παρενέργειες θεραπείας της μητέρας στο έμβρυο/νεογνό

Μέχρι στιγμής, όλα τα διαθέσιμα στοιχεία, για περισσότερα από 25 χρόνια, δείχνουν ότι τα φάρμακα για τον HIV είναι ως επί το πλείστον ασφαλή. Μέχρι σήμερα δεν υπάρχουν ενδείξεις ότι η πιο επί του παρόντος χρησιμοποιούμενη ART αυξάνει τον κίνδυνο γενετικών ανωμαλιών, με εξαίρεση το ότι μπορεί να υπάρχει ελαφρώς αυξημένος κίνδυνος δυσπλασιών του νευρικού σωλήνα με την ντολουτεγκραβίρη.

Αρκετές μελέτες επίσης, δείχνουν μεγαλύτερο κίνδυνο προωρότητας (μωρό που γεννήθηκε σε λιγότερο από 37 εβδομάδες) και χαμηλού βάρους γέννησης για μωρά που γεννήθηκαν από μητέρες που λαμβάνουν ART. Αυτό συμβαίνει ιδιαίτερα με τα PI. Μια βρετανική μελέτη βρήκε ένα συνολικό ποσοστό προωρότητας 13%. Αυτό είναι ελαφρώς υψηλότερο από το ποσοστό των HIV αρνητικών γυναικών στο Ηνωμένο Βασίλειο, περίπου 6-8%. Αυτό δεν πρέπει να είναι λόγος για μια μητέρα να αποφεύγει την ART κατά την εγκυμοσύνη. Ωστόσο, είναι σημαντικό να γνωρίζει τους κινδύνους και τις επιλογές της ώστε να βεβαιωθεί ότι λαμβάνει την καλύτερη δυνατή θεραπεία, φροντίδα και παρακολούθηση για την ίδια και το μωρό της στην περίπτωση της.

Αναιμία έχει παρατηρηθεί σε νεογνά που γεννήθηκαν από μητέρες που έπαιρναν φάρμακα για τον HIV. Αυτό περνά γρήγορα και σπάνια χρειάζεται μετάγγιση.

Εάν η θεραπεία περιλαμβάνει αταζαναβίρη, τα επίπεδα χολερυθρίνης στο νεογνό μπορεί να είναι υψηλότερα από το κανονικό. Η ομάδα φροντίδας θα παρακολουθεί πολύ προσεκτικά τα επίπεδα χολερυθρίνης του νεογνού, το οποίο μπορεί να υποβληθεί σε φωτοθεραπεία (BHIVA 2020).

Τα νεογνά HIV θετικών μητέρων παρακολουθούνται προσεκτικά για όλες αυτές τις γνωστές επιπλοκές και υποβάλλονται σε τακτικούς ελέγχους.

- Εμβολιασμοί

Οι εμβολιασμοί πρέπει να γίνονται σύμφωνα με το εθνικό πρόγραμμα εμβολιασμού. Το εμβόλιο για τον ροταϊό δεν αντενδείκνυται (εκτός εάν η διάγνωση του HIV έχει επιβεβαιωθεί και το βρέφος έχει σοβαρή ανοσοκαταστολή).

- Σίτιση

Στο Ηνωμένο Βασίλειο και σε άλλα περιβάλλοντα υψηλού εισοδήματος, η ασφαλέστερη μέθοδος σίτισης νεογνών που γεννιούνται από γυναίκες με HIV είναι με υποκατάστατα γάλακτος, καθώς υπάρχει διαρκής κίνδυνος έκθεσης στον ιό HIV μετά τη γέννηση μέσω κάθετης μετάδοσης του HIV μέσω του θηλασμού.

Σε περιπτώσεις που η γυναίκα επιλέγει να θηλάσει δεν συνιστάται προφυλακτική αγωγή για το νεογνό καθώς επαρκεί η θεραπεία της μητέρας που περνάει στο βρέφος μέσω του γάλακτος

- Νεογνική διάγνωση

- Βρέφη που δεν θηλάζουν

Η μοριακή διάγνωση για τη μόλυνση από τον ιό HIV θα πρέπει να διεξάγεται στις ακόλουθες περιπτώσεις:

- Κατά τις πρώτες 48 ώρες και πριν από την έξοδο από το νοσοκομείο.
- Στις 6 εβδομάδες (ή τουλάχιστον 2 εβδομάδες μετά τη διακοπή της βρεφικής προφύλαξης).
- Στις 12 εβδομάδες (ή τουλάχιστον 8 εβδομάδες μετά τη διακοπή της βρεφικής προφύλαξης).
- Σε άλλες περιπτώσεις, εάν υπάρχει πρόσθετος κίνδυνος, συμπεριλαμβανομένης της ηλικίας 2 εβδομάδων εάν το περιστατικό θεωρήθηκε υψηλού κινδύνου κατά τον τοκετό.

Έλεγχος αντισωμάτων

- Εάν η κατάσταση των αντισωμάτων της μητέρας δεν τεκμηριώνεται, θα πρέπει να γίνει τεστ αντισωμάτων HIV στο πρώτο δείγμα από το βρέφος.

- Ο έλεγχος αντισωμάτων HIV για οροαναστροφή θα πρέπει να ελέγχεται σε ηλικία 22–24 μηνών.

- Αν και ένα τεστ αντισωμάτων για τον HIV μπορεί να είναι αρνητικό πριν από αυτό το διάστημα, η φροντίδα θα πρέπει να συνεχιστεί μέχρι την ηλικία των 18 μηνών τουλάχιστον (BHIVA 2020).

- Βρέφη που θηλάζουν

Η μοριακή διάγνωση για τη μόλυνση από τον ιό HIV θα πρέπει να διεξάγεται στις ακόλουθες περιπτώσεις:

- Κατά τις πρώτες 48 ώρες και πριν από την έξοδο από το νοσοκομείο.
- Σε ηλικία 2 εβδομάδων.
- Μηνιαία για τη διάρκεια του θηλασμού.
- Στις 4 και 8 εβδομάδες μετά τη διακοπή του θηλασμού.

Έλεγχος αντισωμάτων

- Εάν το HIV status της μητέρας δεν τεκμηριώνεται, θα πρέπει να πραγματοποιηθεί δοκιμή αντισωμάτων HIV στο πρώτο δείγμα από το βρέφος.
- Ο έλεγχος αντισωμάτων HIV για οροαναστροφή θα πρέπει να ελέγχεται σε ηλικία 22-24 μηνών ή τουλάχιστον 8 εβδομάδες μετά τη διακοπή του θηλασμού, εάν αυτό είναι αργότερα (BHIVA 2020).

- Διαχείριση βρεφών με διάγνωση HIV

- Τα βρέφη με θετικό τεστ για HIV θα πρέπει να ξεκινούν με προφύλαξη με κοτριμοξαζόλη από την ηλικία των 4 εβδομάδων.
- Τα βρέφη με θετικό τεστ για HIV θα πρέπει να παραπέμπονται επειγόντως σε ένα εξειδικευμένο κέντρο για τη διαχείριση του HIV σύμφωνα με τις κατευθυντήριες οδηγίες της Παιδικής Ένωσης για τον HIV (CHIVA) και του Παιδιατρικού Ευρωπαϊκού Δικτύου για τη Θεραπεία του AIDS (Penta).
- Μια θετική διάγνωση HIV σε ένα νεογνό θα πρέπει να ανατροφοδοτείται στη μαιευτική μονάδα γέννησης για να επιτραπεί η διερεύνηση τυχόν παραγόντων μετάδοσης που μπορούν να αποφευχθούν.

Εάν κάποιο από τα τεστ HIV για νεογνά βρεθεί θετικό, θα πρέπει να ζητηθεί άμεση επανάληψη της εξέτασης σε νέο δείγμα για να επιβεβαιωθεί η μόλυνση. Όταν ένα νεογνό διαγνωστεί με HIV, η προφύλαξη με PCP θα πρέπει να ξεκινά μόλις φτάσει την ηλικία των 4 εβδομάδων ή αμέσως για τα βρέφη που είναι ήδη άνω των 4 εβδομάδων.

• ΘΗΛΑΣΜΟΣ

Οι οδηγίες για τη βρεφική σίτιση του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (ΠΟΥ) απευθύνονται σε γυναίκες σε χώρες όπου η υποκατάστατη σίτιση δεν είναι ασφαλής ή διαθέσιμη. Σε αυτές τις περιπτώσεις ο ΠΟΥ συνιστά ότι ο θηλασμός είναι ασφαλέστερος εάν η μητέρα ή το νεογνό λαμβάνει φάρμακα για τον HIV. Η BHIVA και η Παιδική Ένωση για τον HIV (CHIVA) συνιστούν την πλήρη αποφυγή του θηλασμού για τις οροθετικές μητέρες, ακόμη και αν η μητέρα είναι υγιής, έχει μη ανιχνεύσιμο ιικό φορτίο ή υποβάλλεται σε ART όπου αυτό είναι δυνατό (BHIVA 2020).

Αν και οι κατευθυντήριες οδηγίες της BHIVA συνεχίζουν να συνιστούν σθεναρά τη διατροφή με υποκατάστατο γάλακτος για την πρόληψη της κάθετης μετάδοσης, αναγνωρίζεται πως μερικές γυναίκες μπορεί να εξακολουθούν να θέλουν να θηλάζουν τα μωρά τους για ψυχολογικούς, θρησκευτικούς και κοινωνικοοικονομικούς λόγους. Οι οδηγίες συνιστούν ότι αυτές οι γυναίκες πρέπει να ενημερώνονται για τον συνεχιζόμενο κίνδυνο μετάδοσης του HIV και να υποστηρίζονται στην απόφασή τους εάν έχουν μη ανιχνεύσιμο ιικό φορτίο και καλή προσκόλληση. Εάν μια γυναίκα αποφασίσει να θηλάσει, αυτή και το μωρό της θα πρέπει να υποβάλλονται κάθε μήνα σε έλεγχο ιικού φορτίου κατά τη διάρκεια και για 2 μήνες μετά τη διακοπή του θηλασμού.

Η αποχή από το θηλασμό μπορεί να έχει οικονομικές και ψυχολογικές επιπτώσεις για τις γυναίκες, απαιτώντας υποστήριξη από την θεραπευτική ομάδα.

Από πλευρά κοινωνικής μέριμνας, γυναίκες που συμβουλεύονται να μην θηλάζουν για την υγεία του νεογνού τους θα πρέπει να λαμβάνουν δωρεάν υποκατάστατα σίτισης για να ελαχιστοποιηθεί η κάθετη μετάδοση του HIV λόγω οικονομικών παραμέτρων. Υπάρχει ο κίνδυνος κάποιες γυναίκες με ανεπαρκή οικονομικούς πόρους να παραγκωνίσουν τις δικές τους διατροφικές ανάγκες προκειμένου να αντέξουν οικονομικά τη φόρμουλα για το βρέφος τους, θέτοντας έτσι σε κίνδυνο τη δική τους υγεία και δυνητικά θέτοντας σε κίνδυνο την αποτελεσματικότητα της θεραπείας τους για τον HIV. Η παροχή δωρεάν γάλακτος φόρμουλας και ο κατάλληλος εξοπλισμός για τη χρήση του, ανακουφίζει κάθε οικονομική επιβάρυνση που συνδέεται με αυτό το βασικό μέτρο πρόληψης. Αυτό διασφαλίζει ότι οι γυναίκες μπορούν να λάβουν αποφάσεις για το πώς θα ταΐσουν το βρέφος τους χωρίς τις επηρεάζει το κόστος. Η δωρεάν παροχή γάλακτος φόρμουλας έχει επίσης τη

δυνατότητα να βελτιώσει τη διατήρηση της αγωγής των γυναικών στη θεραπεία του HIV μετά τον τοκετό.

Σε υποανάπτυκτες χώρες όπου ο θηλασμός αποτελεί την μοναδική επιλογή σίτισης, η πρώιμη διακοπή του θηλασμού (πριν τους 6 μήνες) συσχετίστηκε με αυξημένο κίνδυνο βρεφικής νοσηρότητας. Η πρώιμη διακοπή του θηλασμού στους 4 μήνες συσχετίστηκε με μειωμένη μετάδοση του HIV αλλά και με αυξημένη παιδική θνησιμότητα και ο θηλασμός βρεφών μολυσμένων με HIV πέραν των 6 μηνών συσχετίστηκε με βελτιωμένη επιβίωση σε σύγκριση με τη διακοπή του θηλασμού (WHO 2006).

Στο επίπεδο της μετάδοσης της πληροφορίας και της συμβουλευτικής έχει βρεθεί πως οι αδύναμες και κακώς οργανωμένες υπηρεσίες υγείας επηρεάζουν την ποιότητα ζωής του βρέφους και της μητέρας όσον αφορά την συμβουλευτική και την υποστήριξη σίτισης. Η ανακριβής, ανεπαρκής ή ανύπαρκτη παροχή συμβουλών για τη διατροφή των βρεφών έχει οδηγήσει σε ακατάλληλες επιλογές σίτισης τόσο από γυναίκες με HIV όσο και από μη μολυσμένες.

Η καταλληλότερη επιλογή βρεφικής σίτισης για μια μητέρα με HIV λοίμωξη θα πρέπει να συνεχίσει να εξαρτάται από τις ατομικές της περιστάσεις, συμπεριλαμβανομένης της κατάστασης της υγείας της και της τοπικής κατάστασης, αλλά θα πρέπει να λαμβάνει περισσότερο υπόψη τις διαθέσιμες υπηρεσίες υγείας και τη συμβουλευτική και υποστήριξη που είναι πιθανό και εφικτό να λάβει η γυναίκα.

Εν τέλη ο αποκλειστικός θηλασμός συνιστάται σε γυναίκες με HIV λοίμωξη για τους πρώτους 6 μήνες της ζωής αποκλειστικά, εκτός εάν η αντικατάσταση σίτισης είναι αποδεκτή, εφικτή, προσιτή, βιώσιμη και ασφαλής. Όταν η αντικατάσταση σίτισης είναι αποδεκτή, εφικτή, προσιτή, βιώσιμη και ασφαλής, συνιστάται η εξολοκλήρου αποφυγή του θηλασμού.

Ωστόσο γνωρίζοντας τα οφέλη του θηλασμού και του μητρικού γάλακτος θα ήταν άκρως ενδιαφέροντος να ερευνηθεί και η επιλογή της δωρεάς μητρικού γάλακτος μέσω της χρήση των τραπεζών μητρικού γάλακτος.

Το φάρμακο εκλογής για την διακοπή της γαλουχίας είναι η καβεργολίνη (BHIVA 2020).

• ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ

Ο HIV σχετίζεται με αυξημένα ποσοστά νοσηρότητας γύρω από την ψυχική υγεία τόσο σε προσωπικό επίπεδο αλλά και σε κοινωνικό. Οι γυναίκες μπορεί να αντιμετωπίσουν σημαντικά ψυχοκοινωνικά εμπόδια στην πρόσβαση στη φροντίδα του HIV, όπως το στίγμα που σχετίζεται με τον HIV, η ανεργία, η έλλειψη οικονομικών πόρων, το χαμηλό εκπαιδευτικό επίπεδο και η ανεπαρκής πληροφόρηση σχετικά με τη διαδικασία ελέγχου και θεραπείας, με την εγκυμοσύνη να λειτουργεί ως ένας ακόμη επιβαρυντικός παράγοντας που μπορεί να οξύνει την κακή ψυχολογική αντίδραση τόσο στη διάγνωση αλλά και στην θεραπεία.

Σύμφωνα με μια συστηματική ανασκόπηση του HIV και της περιγεννητικής ψυχικής υγείας, ο επιπολασμός της επιλόχειας κατάθλιψης μεταξύ των γυναικών που ζουν με HIV σε περιβάλλοντα υψηλού εισοδήματος αναφέρεται ότι είναι μεταξύ 30% και 53% (BHIVA 2020)

Παράγοντες που σχετίζονται με επιλόχειο κατάθλιψη σε γυναίκες που ζουν με HIV περιλαμβάνουν το προηγούμενο ιστορικό προβλημάτων ψυχικής υγείας, οικονομικές ανησυχίες, ανησυχίες σχετικά με τη μετανάστευση και τη στέγαση, την έλλειψη κοινωνικής υποστήριξης, το στίγμα που σχετίζεται με τον HIV, βία από στενό σύντροφο, κατάχρηση ουσιών και έλλειψη υποστήριξης από το σύντροφο και την οικογένεια, καθώς και σε ορισμένες περιπτώσεις θρησκευτικό στιγματισμό και ανησυχίες περί κοινωνικής περιθωριοποίησης.

Η αξιολόγηση της πειγεννητικής κατάθλιψης θα πρέπει να πραγματοποιείται κατά την εισαγωγή και 4-6 εβδομάδες μετά τον τοκετό και 3-4 μήνες μετά τον τοκετό σύμφωνα με τις κατευθυντήριες γραμμές του Εθνικού Ινστιτούτου Φροντίδας και Αριστείας Υγείας (NICE). Αυτό περιλαμβάνει τον εντοπισμό γυναικών με προηγούμενη ή παρούσα σοβαρή ασθένεια ψυχικής υγείας, συμπεριλαμβανομένου του προηγούμενου ιστορικού μεταγεννητικής ψύχωσης. Αυτές οι γυναίκες θα πρέπει να αντιμετωπίζονται σε συνδυασμό με μια ομάδα περιγεννητικής ψυχικής υγείας.

Οι γυναίκες που διαγιγνώσκονται με HIV για πρώτη φορά κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης μπορεί να βιώσουν σημαντικό ψυχοκοινωνικό στρες και τραύμα ως αποτέλεσμα της διάγνωσης στο πλαίσιο της εγκυμοσύνης, και ως εκ τούτου θα χρειαστούν την υποστήριξη μαιευτικής ομάδας έμπειρων ατόμων. Μια νέα διάγνωση για τον HIV μπορεί να οξύνει ένα πολύπλοκο μείγμα συναισθηματικών,

ψυχοκοινωνικών, σχεσιακών, οικονομικών και, μερικές φορές, νομικών ζητημάτων. Με την εγκυμοσύνη να επισπεύδει αναγκαστικά το χρονικό πλαίσιο μέσα στο οποίο η έγκυος πρέπει να αποδεχθεί την νέα της πραγματικότητα και να αναπτύξει εμπιστοσύνη στην θεραπευτική της ομάδα ώστε να μπορέσει να λάβει τις κατάλληλες για εκείνη αποφάσεις. Η άμεση διασύνδεση με φορείς ψυχολογικής υποστήριξης αμέσως μετά την προγεννητική διάγνωση HIV είναι ιδιαίτερα ευεργετική για την γυναίκα και με πολύ προληπτικό χαρακτήρα.

Η συζήτηση γύρω από τον HIV θα πρέπει να ενθαρρύνεται σε όλες τις γυναίκες, αλλά θα πρέπει να θεωρείται ως μια διαδικασία που μπορεί να πάρει κάποιο χρόνο. Η συζήτηση για τον HIV με ένα μέλος της οικογένειας, εκτός από τον σεξουαλικό σύντροφο, θα πρέπει να ενθαρρύνεται καθώς αυτό έχει αποδειχθεί ότι μειώνει τα επίπεδα της επιλόχειας κατάθλιψης. Υπάρχουν περιπτώσεις στις οποίες μια γυναίκα που έχει λάβει νέα διάγνωση HIV μπορεί να είναι απρόθυμη να το μοιραστεί με έναν τρέχοντα σεξουαλικό σύντροφο ή να φαίνεται να θέλει να το καθυστερήσει. Αυτό μπορεί να οδηγήσει σε περίπλοκες επαγγελματικές, ηθικές, και, ενδεχομένως, νομικές καταστάσεις. Καθώς δημιουργείται μία σύγκρουση μεταξύ του καθήκοντος εμπιστευτικότητας προς τον ασθενή και του καθήκοντος αποτροπής βλάβης σε άλλους. Η παραβίαση του απορρήτου προκειμένου να ενημερωθεί ο σεξουαλικός σύντροφος εγκρίνεται ως έσχατη λύση από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ) και την GMC. Ωστόσο, δεν πρέπει να ληφθεί σοβαρά υπόψη, καθώς θα μπορούσε να αποτρέψει άλλους από τον έλεγχο λόγω του φόβου περί εμπιστευτικότητας και της απώλειας εμπιστοσύνης από τους ασθενείς στην εμπιστευτική σχέση γιατρού-ασθενούς. Είναι σημαντικό να καταγράφονται με ακρίβεια οι συζητήσεις και η στρατηγική διαχείρισης σε αυτές τις περιπτώσεις.

- Βία με βάση το φύλο

Η σχέση μεταξύ της βίας με βάση το φύλο και του HIV είναι καλά τεκμηριωμένη. Όπως και στον γενικό πληθυσμό, οι γυναίκες που ζουν με HIV μπορεί να διατρέχουν κίνδυνο βίας από στενό σύντροφο κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, με το ποσοστό επικράτησης της βίας από στενό σύντροφο κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης να εκτιμάται στο 14% στις γυναίκες που ζουν με HIV στο Ηνωμένο Βασίλειο. Ως εκ τούτου, είναι ιδιαίτερα σημαντικό να ερωτώνται όλες οι έγκυες γυναίκες σχετικά με την ενδοοικογενειακή βία.

Η βία με βάση το φύλο έχει τις ρίζες της στις ιστορικά άνισες σχέσεις εξουσίας (κοινωνικές, οικονομικές, πολιτιστικές και πολιτικές) μεταξύ

ανδρών και γυναικών. Η βία με βάση το φύλο λαμβάνει πολλές μορφές και μπορεί να περιλαμβάνει σωματική, συναισθηματική ή σεξουαλική κακοποίηση. Μπορεί να συμβεί σε καιρό πολέμου ή σε περιόδους ειρήνης (Heise L, et al 1999). Στα πλαίσια της επιρροής της βίας με βάση το φύλο στην ευαλωτότητα των γυναικών και των κοριτσιών η βία με βάση το φύλο συμβάλλει στη μετάδοση του HIV σε επίπεδο βίας από άγνωστο και βίας από οικείο πρόσωπο με τους εξής τρόπους:

Σε περίπτωση βίας από άγνωστο

- Βιολογικής ευαλωτότητας: Σε περιπτώσεις βιασμού, το θύμα μπορεί να παρουσιάσει αιμορραγία και σχίσιμο της γεννητικής περιοχής. Αυτό μπορεί να δημιουργήσει διόδους εισόδου του HIV στην κυκλοφορία του αίματος.
- Έλλειψη επικοινωνίας: Συζητήσεις για ασφαλέστερο σεξ, κατάσταση HIV ή μείωση του κινδύνου HIV είναι απίθανο να πραγματοποιηθούν σε καταστάσεις βιασμού, ιδιαίτερα όταν ο βιαστής έχει όπλο.
- Έλλειψη χρήσης προφυλακτικού: Τα προφυλακτικά δεν είναι πιθανό να χρησιμοποιηθούν σε περιπτώσεις βιασμού ή εξαναγκασμού σεξ, θέτοντας τόσο το θύμα όσο και τον δράστη σε κίνδυνο HIV και άλλων σεξουαλικά μεταδιδόμενων λοιμώξεων.

Σε περίπτωση βίας από οικείο πρόσωπο

- Βιολογική ευαλωτότητα: Η βία μεταξύ οικείων μπορεί να οδηγήσει σε μια σειρά ιατρικών προβλημάτων για τον πάσχοντα, όπως διαταραχές αναπαραγωγικής υγείας. Οι ανοιχτές πληγές μπορούν να δημιουργήσουν διόδους για τη μόλυνση από τον ιό HIV.
- Έλλειψη επικοινωνίας: Η βία μεταξύ οικείων συχνά συμβάλλει στη μετάδοση του HIV βλάπτοντας την ικανότητα των συντρόφων να επικοινωνούν ανοιχτά μεταξύ τους σχετικά με το ασφαλές σεξ, την κατάστασή τους ως προς τον HIV ή τρόπους μείωσης του κινδύνου μόλυνσης.
- Έλλειψη χρήσης προφυλακτικού: Όπου οι σύντροφοι δεν μπορούν να μιλήσουν ελεύθερα για πρακτικές ασφαλέστερου σεξ, δεν είναι πιθανό να χρησιμοποιηθούν προφυλακτικά. Μερικές γυναίκες μπορεί να αποφεύγουν να μιλήσουν για προφυλακτικά με έναν σύντροφο από φόβο βίαιων αντιποίνων. (Heise L, et al 1999)

Το ανώριμο γεννητικό σύστημα και η έλλειψη δύναμης ενάντια σε ενήλικες θήτες θέτουν τα παιδιά σε κίνδυνο μόλυνσης από τον ιό HIV από τη σεξουαλική κακοποίηση και την παιδική πορνεία. Η ανώριμη γεννητική οδός και η έλλειψη δύναμης ενάντια σε ενήλικες ή συνομήλικους θήτες θέτουν τις έφηβες σε κίνδυνο μόλυνσης από τον ιό HIV από βιασμό και εξαναγκαστικό σεξ, σεξ με οικονομικά κίνητρα, αναγκαστική πορνεία ή βιασμό ραντεβού.

Η βία από τα ακόλουθα συμβάλλει στον κίνδυνο μόλυνσης των γυναικών στα ενήλικα αναπαραγωγικά τους χρόνια: βία από στενό σύντροφο, βίαια αντίποινα συζύγων ή συντρόφων με υπόδειξη χρήσης προφυλακτικού, και εκπόρνευση. Οι γυναίκες αργότερα στη ζωή μπορεί να είναι ιδιαίτερα ευάλωτες στη βία ως αποτέλεσμα της οικονομικής ανασφάλειας και (σε ορισμένες κοινωνίες) της μειωμένης κοινωνικής θέσης, καθώς και της ψυχικής τους κατάστασης. Η βία κατά των ηλικιωμένων γυναικών μπορεί να περιλαμβάνει βιασμό και βία μεταξύ οικείων, τα οποία ενέχουν κίνδυνο μετάδοσης του HIV με τους τρόπους που προαναφέρθηκαν (Heise L, et al 1999)

Violence against women: possible direct and indirect pathways to STIs and HIV



2.05 « Βία κατά των γυναικών και τρόποι μετάδοσης ΣΜΝ» Heise, L., Ellsberg, M., and Gottemoelle, M. Ending Violence Against Women. Population Reports, December 1999, Series L(11) HIV/AIDS and Gender-Based Violence

- Κοινωνικό επίπεδο

Πολλές γυναίκες που ζουν με HIV αντιμετωπίζουν προβλήματα που σχετίζονται με την κοινωνική υποστήριξη ή/και τη μετανάστευση. Και στις δύο περιπτώσεις, είναι σημαντικό να εντοπιστούν τα ζητήματα όσο το δυνατόν νωρίτερα, ώστε οι γυναίκες να μπορούν να παραπεμφθούν σε κατάλληλους φορείς συμβουλευτικής και υποστήριξης. Συστήνεται λοιπόν, όλες οι έγκυες γυναίκες που ζουν με τον ιό HIV να ερωτώνται

τακτικά για την κοινωνική κατάσταση τους όσο το δυνατόν νωρίτερα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης τους

- Peer support

Η καλή επικοινωνία είναι ζωτικής σημασίας λόγω της πολυπλοκότητας των θεμάτων. Μια έγκαιρη αξιολόγηση των κοινωνικών συνθηκών μιας γυναίκας με νέα διάγνωση HIV είναι σημαντική. Οι ασθενείς που αρχικά αρνούνται τις παρεμβάσεις πρέπει να εντοπιστούν και να παρακολουθούνται ενεργά. Η υποστήριξη από εκπαιδευμένους συνεργάτες υποστήριξης είναι πολύτιμη για την φροντίδα μιας γυναίκας που ζει με HIV και θα πρέπει να συνεχιστεί μέχρι την περίοδο μετά τον τοκετό. Τα προγράμματα Peer Mentor Mother για την υποστήριξη των γυναικών που ζουν με HIV κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης είναι καθιερωμένα στο Ηνωμένο Βασίλειο και διεθνώς, με θετικές πολυδιάστατες επιπτώσεις σε ευάλωτες γυναίκες και βελτιώσεις στα κλινικά αποτελέσματα (όπως η τήρηση, η πρόληψη της κάθετης μετάδοσης και μετά τον τοκετό και χαμηλότερα ποσοστά κατάθλιψης) (BHIVA 2020),

Οι έγκυες γυναίκες είναι συχνά αρχικά απρόθυμες να συμμετάσχουν σε ομάδες υποστήριξης λόγω φόβων σχετικά με την εμπιστευτικότητα. ωστόσο, η μεγάλη πλειοψηφία των γυναικών που συμμετάσχουν διαπιστώνουν ότι αποτελεί ιδιαίτερα σωτήρια παρέμβαση.

- Τήρηση της αγωγής

Η κλινική εμπειρία δείχνει ότι η διαχείριση ζητημάτων όπως η προσαρμογή στη διάγνωση του HIV, η αβεβαιότητα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και οι η εμπιστευτικότητα, έχουν αντίκτυπο στη συμμόρφωση με την ART και την αποδοχή των συνιστάμενων παρεμβάσεων. Η τήρηση της φαρμακευτικής αγωγής είναι ζωτικής σημασίας για την επιτυχία της ART. Οι έγκυες γυναίκες μπορεί να χρειαστούν επιπλέον υποστήριξη και προγραμματισμό σε αυτόν τον τομέα, ειδικά εάν υπάρχουν πρακτικά ή ψυχοκοινωνικά ζητήματα που μπορεί να επηρεάσουν αρνητικά την συμμόρφωση τους. Μπορεί να εξεταστεί η παραπομπή σε ομάδες ατόμων που πάσχουν από HIV, η ψυχολογική υποστήριξη και η τηλεφωνική επικοινωνία. Η συμμόρφωση μπορεί μερικές φορές να είναι μην είναι ιδανική μετά τον τοκετό, με αποτέλεσμα την αύξηση του ιικού φορτίου. Η έγκαιρη ενασχόληση με τη φροντίδα του HIV κατά την περίοδο μετά τον τοκετό έχει αποδειχθεί ότι βελτιώνει τη συμμόρφωση. Η διαβεβαίωση σχετικά με την εμπιστευτικότητα είναι εξαιρετικά σημαντική, ειδικά όσον αφορά τα

μέλη της οικογένειας και τους φίλους που μπορεί να μην γνωρίζουν ότι η γυναίκα ζει με τον ιό HIV. Για ζευγάρια όπου ένας άνδρας σύντροφος είναι αρνητικός στον HIV, θα πρέπει να παρέχονται συμβουλές σχετικά με τη χρήση προφυλακτικού και PEP μετά από σεξουαλική έκθεση εάν μια γυναίκα δεν έχει μη ανιχνεύσιμο ιικό φορτίο. Η σημασία της ενημέρωσης των κατάλληλων εργαζομένων στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης σχετικά με το HIV status θα πρέπει να τονιστεί στις γυναίκες καθώς και η ανάγκη να συμπεριληφθεί η κατάσταση HIV στο σχέδιο τοκετού όπου είναι δυνατόν. Αυτό περιλαμβάνει μαίες, γενικούς ιατρούς, επισκέπτες υγείας και παιδίατρος. Η διαδικασία της ενδονοσοκομειακής περίθαλψης θα πρέπει να εξηγείται με σαφήνεια, έτσι ώστε οι γυναίκες να μπορούν να στηριχθούν πάνω στην μαιευτική τους ομάδα και να μην ανησυχούν για την εμπιστευτικότητα γύρω από την κατάσταση τους.

Συμβουλές που βοηθούν στην τήρηση

Πρώτα απ' όλα, συστήνεται οι γυναίκες να συλλέξουν όλες τις αναγκαίες πληροφορίες πριν ξεκινήσουν την θεραπεία ART:

- Πόσα χάπια και με ποια συχνότητα;
- Πόσο ακριβής πρέπει να είναι η τήρηση του χρονοδιαγράμματος;
- Υπάρχουν περιορισμοί τροφίμων ή αποθήκευσης;
- Υπάρχουν ευκολότερες επιλογές;

Συστήνεται η χρήση εβδομαδιαίου κουτιού χαπιών, ώστε να μπορεί η γυναίκα να κρατάει τις μέρες με ευκολία.

Σε περίπτωση βραχείας ή μακράς μετακίνησης για μέρες συστήνεται να παίρνει η γυναίκα έξτρα φάρμακα μαζί της, βοηθάει επίσης το να ξέρει ένα κοντινό πρόσωπο που να μπορεί να το υπενθυμίσει στην γυναίκα εάν βρίσκονται κάπου μαζί. Βοηθάει επίσης το ξυπνητήρι ή η σύνδεση με κάποια άλλη καθημερινή ρουτίνα

Φαίνεται πως βοηθάει ένα περιβάλλον υποστήριξης από άτομα που επίσης λαμβάνουν θεραπεία (BHIVA 2020).

- **MTCT (Mother-To-Child-Transmission)**

Η PMTCT (Prevention of Mother To Child Transmission) του HIV θα πρέπει να είναι πρόγραμμα πολλαπλών στόχων που περιστρέφεται γύρω από: πρωτογενή πρόληψη της μόλυνσης από τον ιό HIV σε νεαρές γυναίκες, πρόληψη ακούσιας εγκυμοσύνης σε γυναίκες που έχουν μολυνθεί από τον ιό HIV και βέλτιστη φροντίδα των μολυσμένων με HIV μητέρων και νεογνών. Το θεμέλιο του PMTCT είναι η χρήση θεραπειών ARV κατά τη διάρκεια της κύησης, του τοκετού και μετά τον τοκετό σε μητέρες και νεογνά (Stacey A. Hurst, et al, 2015).

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ) προωθεί μια ολοκληρωμένη προσέγγιση στα προγράμματα PMTCT (prevention of mother-to-child-transmission) που περιλαμβάνουν την πρόληψη από νέες μολύνσεις από HIV σε γυναίκες αναπαραγωγικής ηλικίας, την πρόληψη μη προγραμματισμένων κυήσεων σε γυναίκες που ζουν με HIV (WLHIV), την πρόληψη της μετάδοσης του HIV από μια γυναίκα που ζει με HIV στο έμβρυο ή νεογνό της και παροχή κατάλληλης θεραπείας, φροντίδας και υποστήριξης σε μητέρες που ζουν με HIV και στα παιδιά και τις οικογένειές τους (Anifat O. Saka, et al, 2020).

Για να είναι αποτελεσματικά, τα προγράμματα PMTCT απαιτούν οι γυναίκες και τα βρέφη τους να λαμβάνουν μια σειρά από παρεμβάσεις όπως προγεννητικές υπηρεσίες και τεστ HIV κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, χρήση αντιρετροϊκής θεραπείας (ART) από έγκυες γυναίκες που ζουν με τον ιό, ασφαλείς πρακτικές τοκετού και κατάλληλη βρεφική σίτιση, τεστ HIV σε βρέφη και άλλες υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης μετά τον τοκετό.

Η χρήση των υπηρεσιών PMTCT έχει δείξει σε μελέτες άμεση συσχέτιση με μειωμένα ποσοστά περιγεννητικής μετάδοσης του ιού. Η χρήση των υπηρεσιών έχει συσχετιστεί με τη γνώση, την αντίληψη και την προσβασιμότητα των υπηρεσιών PMTCT μεταξύ άλλων. Αρκετές μελέτες εντόπισαν ότι η γνώση και η αντίληψη για τις υπηρεσίες υγείας είναι βασικοί και καθοριστικοί παράγοντες της αποδοχής τέτοιων υπηρεσιών (Anifat O. Saka, et al, 2020).

Τα προγράμματα που επιδιώκουν την εξάλειψη της MTCT πρέπει να λαμβάνουν υπόψη τους συνεχείς κινδύνους απόκτησης HIV από τις μητέρες μετά από προγεννητικό έλεγχο, είτε αυτοί οι κίνδυνοι είναι ιατρικοί ή σεξουαλικοί, και πρέπει να προσδιορίζουν νέα κρούσματα μόλυνσης από τον ιό HIV μέσω επανεξέτασης των γυναικών. Ο έλεγχος κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, κατά τον τοκετό, σε παιδιατρικές

επισκέψεις ή σε συνδυασμό αυτών θα επέτρεπε την ανίχνευση μητρικών περιστατικών και την παροχή καθυστερημένων αντιρετροϊκών παρεμβάσεων σε μολυσμένες γυναίκες και προφύλαξη στα βρέφη τους.

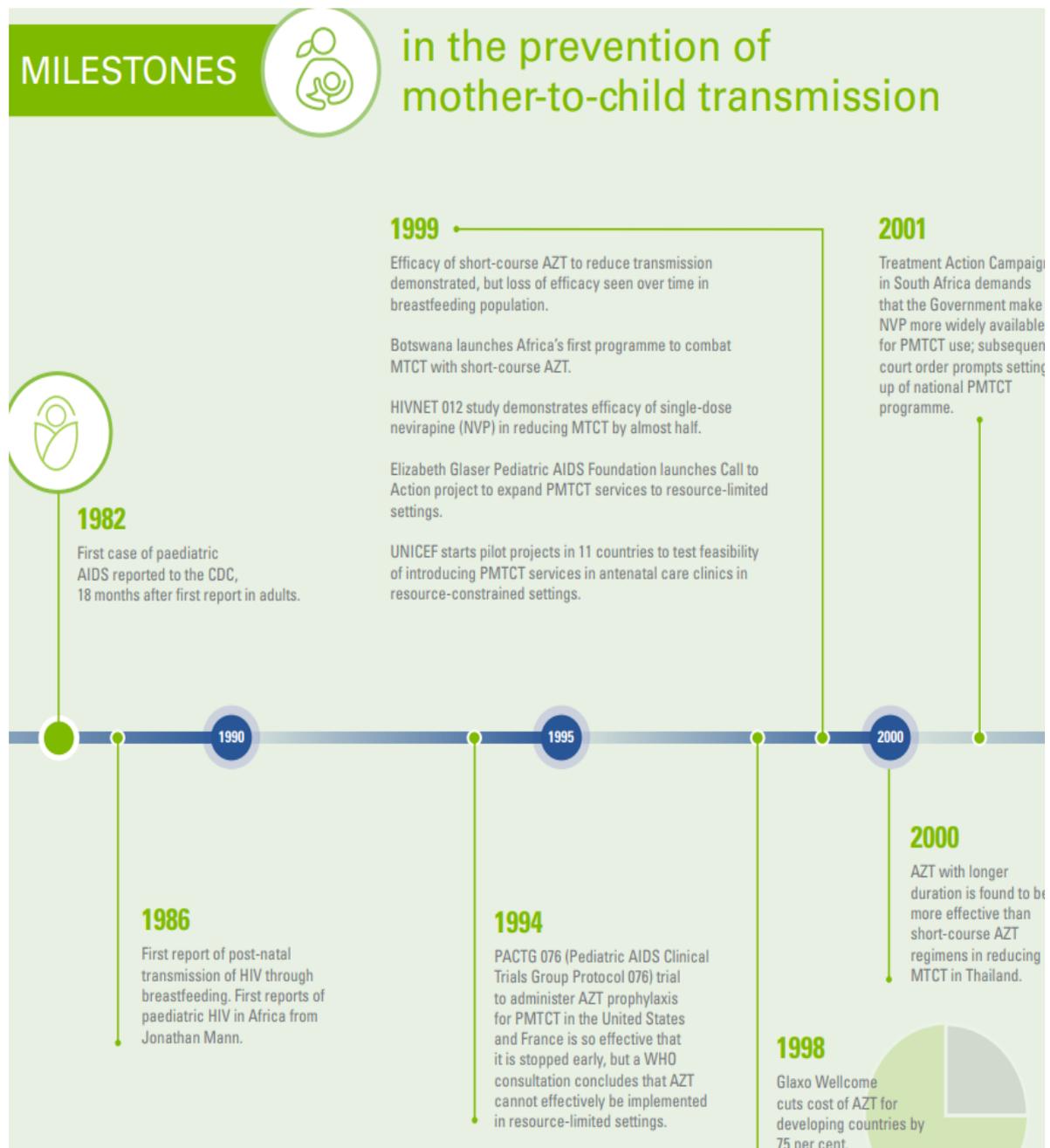
Η εφαρμογή των παρεμβάσεων πρόληψης MTCT έχει παρεμποδιστεί από πολλούς παράγοντες παγκοσμίως, συμπεριλαμβανομένης της περιορισμένης ή καθυστερημένης πρόσβασης στην προγεννητική φροντίδα και στη μητρική εξέταση HIV και CD4, έλλειψη εκπαιδευμένων εργαζομένων στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης για τη διενέργεια εξετάσεων και θεραπείας, το κόστος και την τήρηση της αγωγής και ανησυχίες σχετικά με την ασφάλεια, το κόστος και την αποδοχή της υποκατάστατης σίτισης (Shahin Lockman, et al, 2009).

Ορισμένες προκλήσεις που εντοπίστηκαν σε φάσμα πολλών μελετών ως προς την προσέγγιση των ασθενών σχετίζονται με τη χρήση των υπηρεσιών PMTCT και το στίγμα, τις διακρίσεις, οικονομικούς περιορισμούς, την έλλειψη επίγνωσης των υπηρεσιών HIV και τις υπηρεσίες κακής ποιότητας (Anifat O. Saka, et al, 2020).

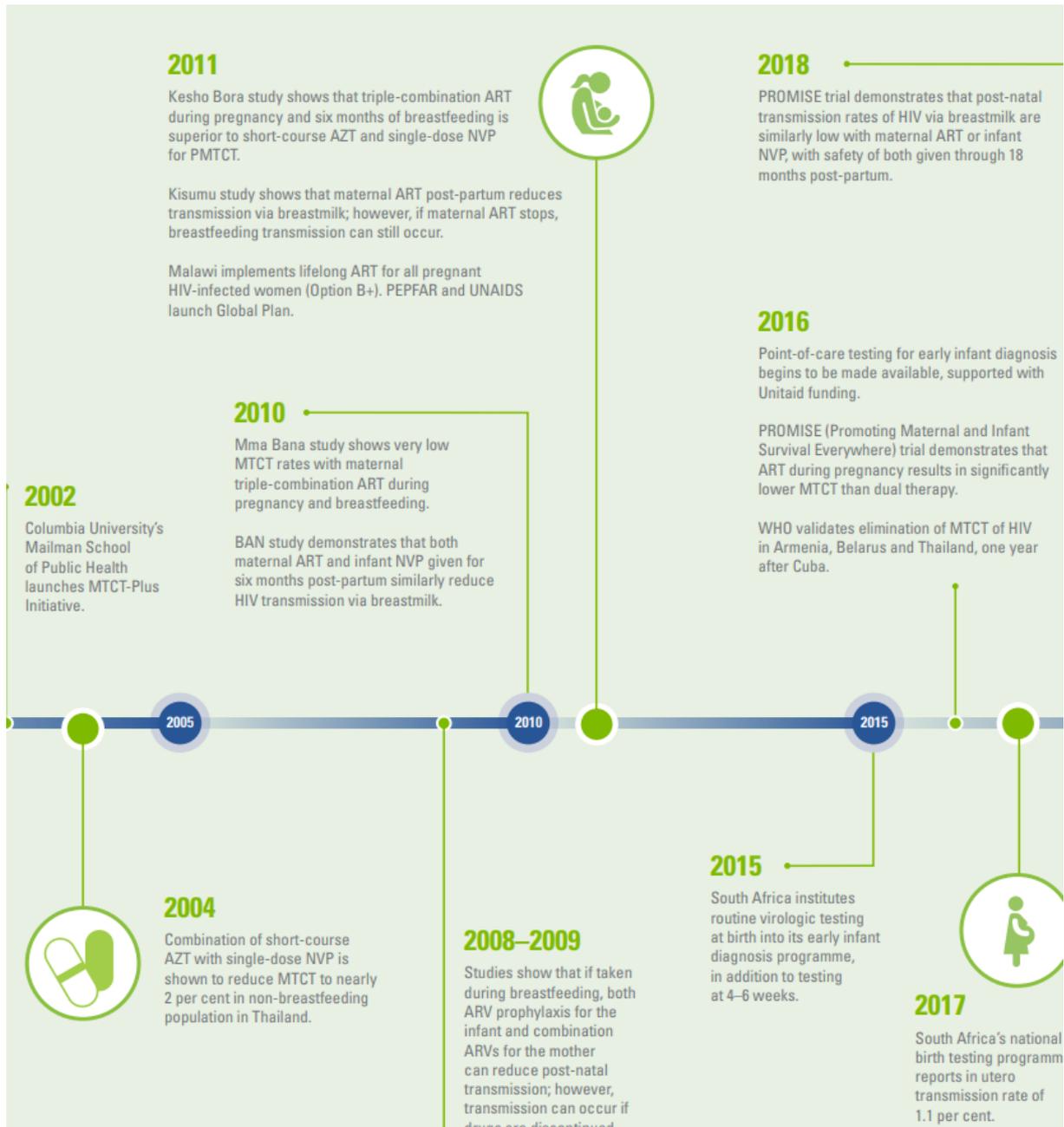
Έτσι, υπάρχει ανάγκη να βρεθούν μέτρα για την εξάλειψη αυτών των παραγόντων, τα οποία μπορούν να επιτευχθούν μέσω του να γίνουν οι υπηρεσίες προσιτές για τους πολίτες από την κυβέρνηση, βελτιώνοντας την ποιότητα των υπηρεσιών και ευαισθητοποιώντας το κοινό σχετικά με τις αρνητικές συνέπειες του στιγματισμού και των διακρίσεων στην υγεία αυτών των γυναικών. Υπάρχει επίσης ανάγκη περαιτέρω έρευνας για την αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας των υπηρεσιών PMTCT στη μείωση της μετάδοσης από μητέρα σε παιδί καθώς και τη σύγκριση της αντιμετώπισης των γυναικών στα αστικά κέντρα και εκείνων που διαμένουν σε πιο απομακρυσμένες περιοχές. Η συμμετοχή του περιβάλλοντος (οικογένεια και σύντροφος), οι υπηρεσίες PMTCT καλής ποιότητας και η έλλειψη διακρίσεων μεταξύ των ατόμων που ζουν με HIV θα πρέπει να ενθαρρυνθούν, καθώς θα συμβάλουν στην προώθηση της χρήσης των υπηρεσιών PMTCT.

Ως εκ τούτου, υπάρχει παράλληλα ανάγκη βελτίωσης του επιπέδου γνώσεων των γυναικών κατά τη διάρκεια των προγεννητικών κλινικών επισκέψεων μέσω της εκπαίδευσης για τις υπηρεσίες PMTCT και της σημασίας τους. Η ανταπόκριση στις υπηρεσίες κυμαίνεται μεταξύ αποδοχής και θετικής στάσης και αρνητικής αντίδρασης βασισμένη στην αντίληψη πως το ζήτημα είναι πνευματικό και άρα αντίστοιχη θα πρέπει να είναι και η αντιμετώπιση του. Ο τρόπος με τον οποίο ένα άτομο αντιλαμβάνεται την υγεία του ή ορισμένες υπηρεσίες υγείας ή συμπεριφορές αναζήτησης υγείας θα καθορίσει σε ποιο βαθμό το άτομο

είναι πρόθυμο να αναζητήσει ή να χρησιμοποιήσει υγειονομική περίθαλψη. Αυτό υποστηρίζεται από το Μοντέλο Πεποιθήσεων για την Υγεία, το οποίο δηλώνει ότι «η πίστη ενός ατόμου σε μια προσωπική απειλή μιας ασθένειας ή η πίστη ενός ατόμου για την αποτελεσματικότητα της συνιστάμενης συμπεριφοράς ή δράσης για την υγεία θα προβλέψουν την πιθανότητα το άτομο να υιοθετήσει τη συμπεριφορά»(Anifat O. Saka, et al, 2020). Αυτό πρέπει να ληφθεί υπόψιν στον τρόπο προσέγγισης του ζητήματος με τις γυναίκες και τις οικογένειες τους.



2.06 UNICEF 2018 «Σημαντικά σημεία στην πορεία της πρόληψης της μετάδοσης HIV από μητέρα σε παιδί»



ΚΑΤΕΥΘΗΝΤΗΡΙΕΣ ΟΔΗΓΙΕΣ ΚΑΙ ΣΥΣΤΑΣΕΙΣ

Ο ιός της ανθρώπινης ανοσοανεπάρκειας (HIV) προκαλεί μια κατάσταση που μπορεί να ελεγχθεί, αλλά όχι να θεραπευτεί, με αντιρετροϊκά φάρμακα. Οι εναλλακτικές θεραπείες, οι αλλαγές στον τρόπο ζωής και οι βελτιωμένες συνθήκες διαβίωσης συμβάλλουν στη βελτίωση των αποτελεσμάτων της θεραπείας.

Ο HIV χωρίς θεραπεία εξελίσσεται σε σύνδρομο επίκτητης ανοσοανεπάρκειας (AIDS) εντός 5 έως 15 ετών. Η συνεχής συμμόρφωση με τη χρήση αντιρετροϊκών φαρμάκων μπορεί να επιβραδύνει την εξέλιξη του HIV σε σχεδόν διακοπή και το προσδόκιμο ζωής μπορεί να αυξηθεί σημαντικά.

Έτσι ώστε να αντιμετωπιστεί ο HIV ως ένα χρόνια νόσημα και όχι ως θανατική καταδίκη, διασφαλίζοντας στο άτομο μια μακροχρόνια και καλής ποιότητας ζωή, έχουν δημιουργηθεί αρκετές κατευθυντήριες οδηγίες για την διαχείριση του τόσο σε επίπεδο ασθενούς όσο και σε επίπεδο επαγγελματιών υγείας. Στα πλαίσια της συγκεκριμένης εργασίας η επικέντρωση περιστρέφεται γύρω από τον ρόλο των μαιών στην αντιμετώπιση τόσο του ίδιου του ιού αλλά και τη διαχείριση των ασθενών στο επίπεδο της θεραπείας και την αντιμετώπιση και διαχείριση του κοινωνικού στίγματος που συνοδεύει την ασθένεια, για την καλύτερη φροντίδα των γυναικών και των νεογνών.

- **Κατευθυντήριες οδηγίες με βάση τη Διεθνή Συνομοσπονδία των Μαιών (ICM)**
 - I. Όλες οι γυναίκες έχουν δικαίωμα σε πλήρη ενημέρωση σχετικά με την αποφυγή της μόλυνσης από τον ιό HIV και του AIDS, τη γνώση του δικού τους HIV status και τον τρόπο πρόληψης της μετάδοσης του HIV από τη μητέρα στο παιδί.
 - II. Όλες οι θετικές στον ιό HIV έγκυες έχουν δικαίωμα πρόσβασης σε αντιρετροϊκά φάρμακα για τις ίδιες και τα νεογνά τους.
 - III. Οι μαιές, υπό την ιδιότητά τους ως επαγγελματιών και μελών των κοινοτήτων, παροτρύνονται να είναι εκπαιδευτές καθώς και επαγγελματίες που εργάζονται για την πρόληψη της εξάπλωσης του HIV και την παροχή φροντίδας και θεραπείας όταν αυτά είναι διαθέσιμα.
 - IV. Ο Προσωπικός Προστατευτικός Εξοπλισμός (PPE) – γάντια λατέξ κ.λπ. – θα πρέπει να είναι διαθέσιμος στις μαιές σε προσιτό κόστος

Οι μαίες καλούνται να αποδεχτούν τις ευθύνες τους στον τομέα του HIV και του AIDS:

A. Προσωπικά:

- Αποφεύγοντας τραυματισμούς από βελόνα και με τη σωστή απόρριψη του χρησιμοποιημένου εξοπλισμού ένεσης
- Διατηρώντας ενημερωμένες γνώσεις στον τομέα του HIV και του AIDS, συμπεριλαμβανομένων των εξελίξεων που σχετίζονται με το θηλασμό και τη γαλουχία
- Ακολουθώντας τις καθολικές προφυλάξεις κατά το χειρισμό σωματικών υγρών και σε άλλες στιγμές χειρισμού μολυσμένου ή δυνητικά μολυσμένου αίματος ή προϊόντων βαμμένα με αίμα: (ιδιαίτερα σχολαστικό πλύσιμο των χεριών πριν και μετά την άμεση επαφή, χρήση γαντιών και κατά τον τοκετό, χρήση γυαλιών, υποδημάτων και κάλυψη όλων των ανοιχτών πληγών, χρήση εγκεκριμένων διαλυμάτων για τον καθαρισμό του μη αναλώσιμου εξοπλισμού που έχει μολυνθεί
- Εξασφαλίζοντας τις σωστές διαδικασίες για το χειρισμό λερωμένων αντικειμένων/λινών για πλύσιμο ή καταστροφή

B. Κοινοτικά με:

- Εκπαίδευση όλων των ηλικιακών ομάδων εντός των κοινοτήτων, με ιδιαίτερη έμφαση στην ενδοσχολική εκπαίδευση, στον τρόπο εξάπλωσης του ιού
- Ενθάρρυνση μιας υπεύθυνης προσέγγισης της σεξουαλικής δραστηριότητας τόσο της ετεροφυλόφιλης όσο και της ομοφυλοφιλικής
- Αποθάρρυνση της πρακτικής του ακρωτηριασμού των γυναικείων γεννητικών οργάνων σε χώρες όπου αυτό είναι διαδεδομένο
- Εργασία με οικογένειες σχετικά με την ευημερία των ορφανών νεογνών
- Τήρηση εχεμύθειας και αποφυγή στιγματισμού της γυναίκας

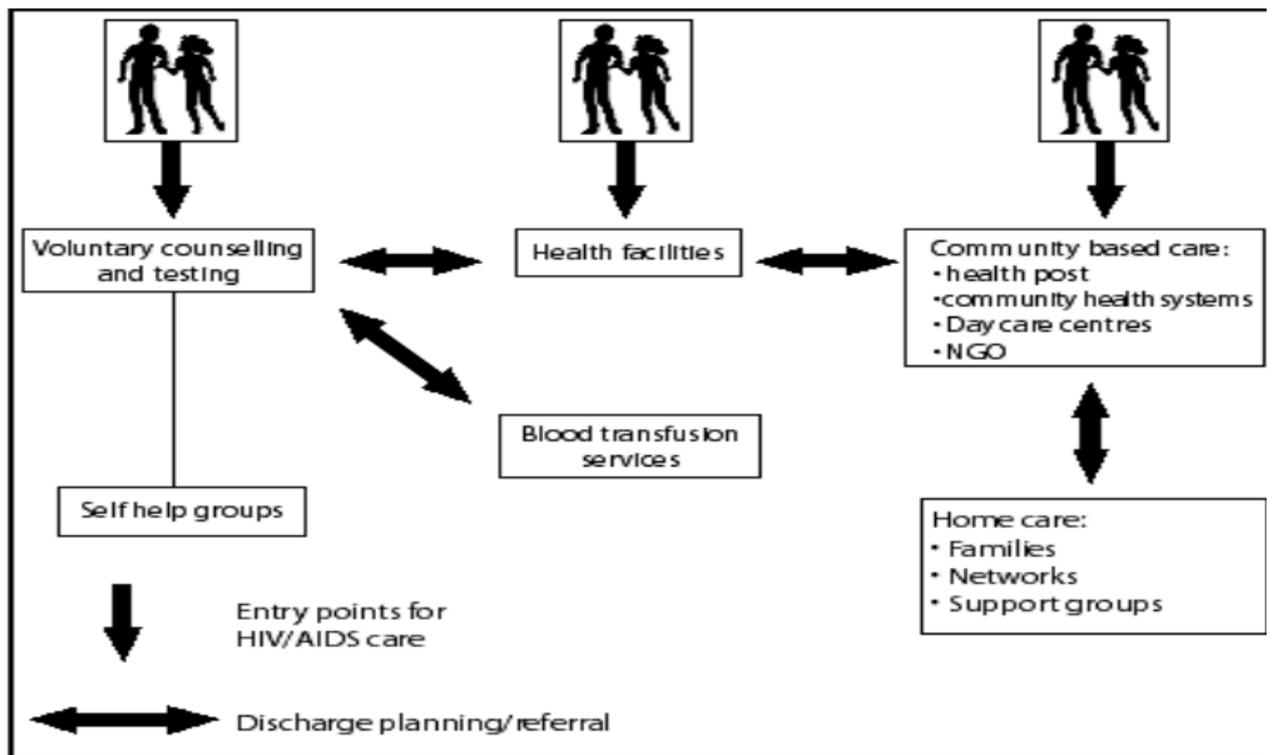
Γ. Σε γυναίκες αναπαραγωγικής ηλικίας με:

- Διασφάλιση ότι οι γυναίκες έχουν πρόσβαση σε φροντίδα χωρίς διακρίσεις, η οποία καλύπτει όλες τις ανάγκες τους
- Παροχή πληροφοριών οικογενειακού προγραμματισμού
- Παροχή συμβουλευτικής και εξέτασης για τον HIV ή παραπομπή για εξέταση σύμφωνα με το τοπικό πρωτόκολλο

- Παροχή πληροφοριών για τον HIV και το AIDS, συμπεριλαμβανομένων των εξελίξεων στον θηλασμό και τη γαλουχία σε μορφή που μπορεί να γίνει κατανοητή
- Λήψη αποστειρωμένου εξοπλισμού για την προστασία των γυναικών από μετάδοση μέσω του αίματος κατά τη διάρκεια του τοκετού
- Συνεργασία με ιατρικό προσωπικό και γυναίκες για τη συμφωνία της βέλτιστης μεθόδου τοκετού για την ελαχιστοποίηση της μετάδοσης από τη μητέρα στο έμβρυο
- Όπου είναι δυνατόν, αποφυγή πρόιμης ρήξης των μεμβρανών, εφαρμογής ηλεκτροδίου εμβρυϊκού τριχωτού της κεφαλής, δειγματοληψία αίματος εμβρύου και επισιοτομή.
- Συνεργασία με γυναίκες για τον καθορισμό της βέλτιστης μεθόδου σίτισης του νεογνού για την πρόληψη της κάθετης μετάδοσης και παροχή υποστήριξης για την εφαρμογή της μεθόδου σίτισης που επιλέγει η γυναίκα
- Παροχή συμβουλευτικής που είναι ευαίσθητη στις γυναίκες και τους συντρόφους τους.

Δ. Σε συνεργασία με τις αρμόδιες υπηρεσίες των τοπικών αρχών και των κυβερνήσεων για τη διασφάλιση ότι:

- Αναπτύσσονται και εφαρμόζονται συγκεκριμένες γραπτές οδηγίες και πρωτόκολλα που καλύπτουν τον προγεννητικό έλεγχο, τις καθολικές προφυλάξεις, τη διεξαγωγή φυσιολογικού τοκετού και τις επαγγελματικές και νομικές ευθύνες των μαιών
- Παρέχεται και είναι προσβάσιμη η κατάλληλη εκπαίδευση και συμβουλευτική για τις μαιές
- Υπάρχουν και λειτουργούν προγράμματα καταγραφής και παρακολούθησης (ICM 2014)



Reproduced from: Osborne, C. M., van Praag, E. & Jackson, H. (1997). *Models of care for patients with HIV/AIDS. AIDS (11B), 135-141.*

2.07 WHO 2000 Fact Sheets on HIV/AIDS for nurses and midwives «Υπηρεσίες φροντίδας HIV»

• Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας

Πέρα από τις κατευθυντήριες οδηγίες που έχουν αναφερθεί σε προηγούμενα κεφάλαια ως προς την ιατροκεντρική προσέγγιση της νόσου ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας αναγνωρίζει και τα πιο συγκεκριμένα και καθημερινά προβλήματα και δυσκολίες που αντιμετωπίζουν οι επαγγελματίες υγείας στο επίπεδο της διαχείρισης των ασθενών ως ολιστικές οντότητες και έτσι παρέχει κάποιες συστάσεις για τους επαγγελματίες υγείας.

- Ευαλωτότητα των γυναικών

Οι γυναίκες ανήκουν σε μία από τις ευπαθείς ομάδες ως προς την νόσηση από HIV λόγω παραγόντων όπως κοινωνική και οικονομική ευπάθεια, έλλειψη εκπαίδευσης, έλλειψη οικονομικών ευκαιριών, έλλειψη ελέγχου στις σχέσεις και υψηλότερα ποσοστά πορνείας στις γυναίκες απ' ότι στους άντρες (WHO 2002).

Οι τρόποι αντιμετώπισης αυτών των παραγόντων κατά τον ΠΟΥ απευθύνονται σε αλλαγές και παρεμβάσεις συστημικές και κοινοτικές

που περιλαμβάνουν την παροχή υπηρεσιών φιλικές προς τις γυναίκες, την ανάπτυξη μεθόδων πρόληψης ελεγχόμενων από γυναίκες, την ενίσχυση της οικονομικής ανεξαρτησίας των γυναικών και την μείωση της ευπάθειας των γυναικών μέσω πολιτικής και νομικής αλλαγής

- Δυσκολίες στη συζήτηση

Οι πολιτιστικές, σεξουαλικές, θρησκευτικές και νομικές επιρροές συχνά καθιστούν δύσκολη τη συζήτηση σχετικά με τις σεξουαλικές πρακτικές, τις προτιμήσεις, τις σεξουαλικές επιθυμίες, τον αριθμό και το είδος των σεξουαλικών συντρόφων και τη χρήση προφυλακτικών και ενδοφλέβιων ναρκωτικών. Επιπλέον, υπάρχει συχνά ένα πέπλο σιωπής που σχετίζεται με σεξουαλικές πρακτικές και με παράνομη χρήση ναρκωτικών. Οι πολιτισμικοί κανόνες της σιωπής σχετικά με τις σεξουαλικές πρακτικές, τις προτιμήσεις και τις επιθυμίες μπορεί να είναι προβληματικοί. Αυτές οι σεξουαλικές πρακτικές μπορεί να περιλαμβάνουν ομοφυλόφιλες σεξουαλικές σχέσεις, σεξουαλική κακοποίηση, κακοποίηση παιδιών και ελεύθερη ετεροφυλοφιλική επαφή. Τέτοια θέματα είναι συχνά ταμπού και συνδέονται με αμηχανία, ντροπή, ενοχή, φόβο και απόρριψη. Ο πρόσθετος φόβος για το HIV/AIDS ως θανατηφόρα ασθένεια και σχετικά με τον κοινωνικό στιγματισμό που την ακολουθεί εντείνει το πρόβλημα της συζήτησης αυτών των ευαίσθητων θεμάτων. Παράλληλα σε ορισμένες κοινωνίες, η χρήση προφυλακτικών ως μέθοδος αντισύλληψης δεν εγκρίνεται από τους θρησκευτικούς ηγέτες. (WHO 2002).

- Το υγειονομικό προσωπικό

Μελέτες έχουν δείξει πως οι ίδιοι οι εργαζόμενοι του τομέα της υγείας αποτελούν κάποια από τα χειρότερα παραδείγματα όσον αφορά τη διάκριση και την άρνηση να φροντίσουν ασθενείς που πάσχουν από HIV. Τέτοιες συμπεριφορές είναι απαράδεκτες και κυρίως προέρχονται από παραπληροφόρηση σχετικά με την μετάδοση του ιού, φόβο μόλυνσης και των παρενεργειών της και του στιγματισμού που περιστρέφει την ασθένεια.

Ωστόσο, η αλλαγή θα επέλθει μόνο μέσω της εξέτασης μακροχρόνιων προκαταλήψεων, συναισθημάτων και συμπεριφορών τόσο αυτών που έχουν εσωτερικευθεί μετά από δεκαετίες έκθεσης σε κοινωνικές διακρίσεις αλλά και της εξέτασης της συμπεριφοράς της κοινωνίας και του κάθε κράτους απέναντι στην αντιμετώπιση των οροθετικών ατόμων. Κάτι τέτοιο μπορεί μόνο να επιτευχθεί μέσω εκπαίδευσης τόσο των ίδιων των εργαζομένων αλλά και των πολιτών σε επίπεδο σεξουαλικής και αναπαραγωγικής παιδείας, πρόληψης τόσο της ίδιας της ασθένειας όσο

και της δημιουργίας στερεοτύπων και στιγματισμού και οργανωμένης φροντίδας των πασχόντων.

Παράλληλα ως προς το προσωπικό είναι πολύ σημαντικό να αναφερθεί πως υπάρχουν αρκετά στοιχεία που υποδηλώνουν ότι οι νοσηλευτές, οι μαίες και οι υπόλοιποι πάροχοι φροντίδας χρειάζονται συνεχή υποστήριξη και φροντίδα και οι ίδιοι, δεδομένου ότι η φροντίδα για τον άρρωστο και η υποστήριξη του ίδιου και της οικογένειας του καθώς και η προσπάθεια πρόληψης της μετάδοσης είναι κάτι το πολύ αγχωτικό. Αν δεν υπάρχει επαρκής εκπαίδευση, επίβλεψη, συμβουλευτική και άλλες υπηρεσίες υποστήριξης που είναι διαθέσιμες για τους φροντιστές, το αποτέλεσμα μπορεί να είναι το επαγγελματικό “burn out” (WHO 2002).

Έτσι συμπερασματικά φαίνεται πως είναι σημαντικό να συνδυάζεται η φροντίδα με τις στρατηγικές εκπαίδευσης και πρόληψης. Η συζήτηση θα πρέπει να ρέει μεταξύ του ατόμου που επηρεάζεται και του επαγγελματία υγείας και να μην περιορίζεται μόνο στην στείρα μεταφορά επιστημονικής πληροφορίας. Οι συμβουλευτικές υπηρεσίες, οι κλινικές για τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα, οι κλινικές για την υγεία των μητέρων και παιδιών και άλλες υγειονομικές και κοινωνικές υπηρεσίες μπορούν να διαδραματίσουν σημαντικό ρόλο. Με αυτόν τον τρόπο, είναι δυνατή η εθελούσια εξέταση και παροχή συμβουλών, η εκπαίδευση σχετικά με τις επικίνδυνες συμπεριφορές και η διανομή προφυλακτικών. Τέτοιες δραστηριότητες θα πρέπει να συνδυάζονται με συμβουλευτική, κλινική διαχείριση και υγειονομική περίθαλψη.

Είναι λοιπόν πάρα πολύ σημαντικό η φροντίδα να είναι ολιστική και για να γίνει αυτό απαιτείται διεπιστημονική προσέγγιση καθώς το ζήτημα είναι το ίδιο πολυδιάστατο. Κάτι τέτοιο μπορεί να επιτευχθεί διασυνδέοντας πολλαπλές υπηρεσίες, ειδικότητες και την ίδια την κοινότητα. Για να γίνει αυτό αποτελεσματικά ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας στα φυλλάδια οδηγιών για Νοσηλευτές και Μαίες σχετικά με τη φροντίδα του AIDS συστήνει:

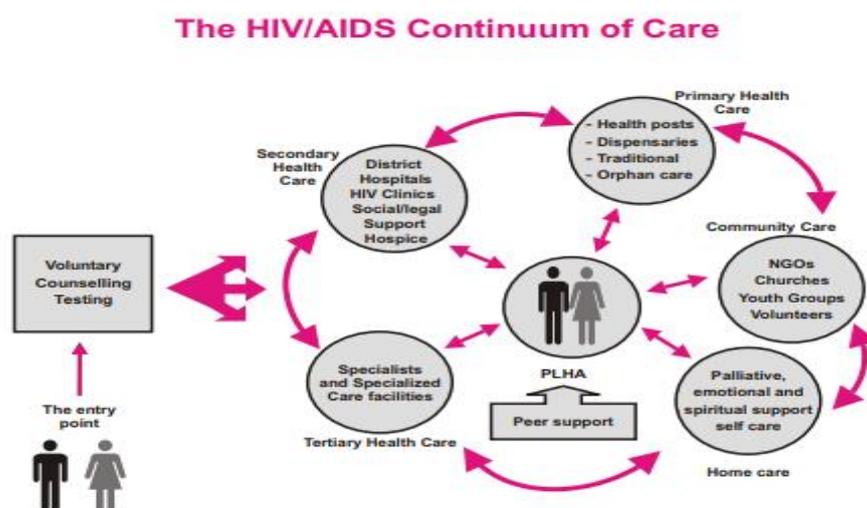
1. Αξιολόγηση του επίπεδου και του είδους της ανάγκης
2. Ανάπτυξη ισχυρών συστημάτων παραπομπής και διασύνδεσης
3. Εξειδικευμένο προσωπικό
4. Ευρύτερη εμπλοκή της κοινότητας και της πολιτείας
5. Συμβουλευτική

6. Φροντίδα στο σπίτι
7. Παροχές για τη διαχείριση του κόστους φροντίδας
8. Παρακολούθηση του προγράμματος

Με στόχο την δημιουργία μιας κοινής γραμμής προσέγγισης του ζητήματος για τους επαγγελματίες υγείας, χωρίς ωστόσο να οδηγεί σε ανελαστικότητα στην διαχείριση του κάθε ξεχωριστού περιστατικού.

- Ο ρόλος της μαίας

Συγκεκριμένα ως προς τις μαίες ο Παγκόσμιος οργανισμός υγείας υποστηρίζει πως οι μαίες πρέπει να βρίσκονται σε μία συνεχόμενη θέση και εκπαιδευτή και εκπαιδευόμενου, καθώς οι ίδιες οφείλουν να κατέχουν επίκαιρες και έγκυρες γνώσεις γύρω από τη διαχείριση των περιστατικών HIV τόσο σε επίπεδο ιατρογενούς περίθαλψης αλλά και σε επίπεδο υποστήριξης.



(From: WHO Geneva)

2.08 WHO 2002 Fact Sheets on HIV/AIDS for Nurses and Midwives “Κύκλος περίθαλψης και φροντίδας για τον HIV”

- **Ηθική και Δεοντολογία**

Στα πλαίσια της ανάπτυξης πρωτοκόλλων για τη μείωση της μετάδοσης του HIV, μια ιδιαίτερα σημαντική και ευαίσθητη παράμετρος είναι η αξιολόγηση των συστάσεων και των κατευθυντήριων οδηγιών σε επίπεδο

πολιτισμικά αποδεκτών αξιών για τους πληθυσμούς στους οποίους οι οδηγίες απευθύνονται. Ένα κεντρικό παράδειγμα στο ζήτημα αποτελεί ο θηλασμός, ο οποίος αποτελεί μια κεντρική αξία στις κοινωνίες Αφρικής (ένα από τα επίκεντρα της επιδημίας του HIV) αλλά και άλλων κοινωνιών του κόσμου, και ενέχει μεγάλο κίνδυνο κάθετης μετάδοσης σε μητέρες που είναι HIV θετικές. Ένα δίλημμα το οποίο δημιουργείται λοιπόν είναι η αντιμετώπιση και η ανταλλαγή πληροφοριών που αμφισβητεί τις πολιτιστικά αποδεκτές πρακτικές μιας κοινωνίας.

Οι τρέχουσες οδηγίες για χώρες περιορισμένων υποδομών και πόρων σχετικά με τη μετάδοση από μητέρα σε παιδί συνιστούν είτε αποκλειστικό θηλασμό με γρήγορο απογαλακτισμό στους έξι μήνες είτε αποκλειστική υποκατάστατη σίτιση. Η πολιτιστική καθημερινή πρακτική ωστόσο, ευνοεί τον θηλασμό με την προσθήκη δημητριακών, δηλαδή, μεικτής σίτισης. Αυτές οι πρακτικές οδηγούν σε υψηλό κίνδυνο μετάδοσης και μόλυνσης στο νεογνό (Dohrn, J. E. 2005).

Όταν το ζήτημα της κάθετης μετάδοσης μέσω του θηλασμού αντιμετωπίζεται γυναικοκεντρικά και από την οπτική των ανθρώπινων δικαιωμάτων περί σωματικής αυτονομίας και ελευθερίας επιλογής, το ζήτημα του ρόλου των γυναικών σε κοινωνίες που ο θηλασμός αποτελεί πολιτισμικό (κοινωνικό ή θρησκευτικό) πρότυπο και της επιλογής τους, ή της έλλειψης επιλογής τους στη λήψη αποφάσεων, απαιτείται προσοχή και τόσο προσωπική όσο και πολιτιστική ευαισθησία και ενσυναίσθηση. Πρέπει επίσης, να λαμβάνονται υπόψιν οι απόψεις, οι στάσεις, οι αντιλήψεις, τα κοινωνικά καθήκοντα και οι γνώσεις και τον ίδιων των μαιών που αναλαμβάνουν την φροντίδα αυτών των γυναικών. Μια ηθική προσέγγιση, από διεθνή σκοπιά, απαιτεί συζήτηση γύρω από τα ζητήματα που αντιμετωπίζουν οι γυναίκες αυτών των κοινωνιών και την αυτοδύναμή τους, ή την έλλειψη εξουσίας τους γύρω από την φροντίδα του εαυτού και του νεογνού τους.

Συστάσεις για το πως αυτό μπορεί να επιτευχθεί στρέφονται πρώτα και κύρια γύρω από την ενθάρρυνση του ανοιχτού διαλόγου με τους αρμόδιους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης, ιδιαίτερα με τις μαιές, αντί της απαίτησης για παθητική αποδοχή κάθε νέας κατευθυντήριας οδηγίας από τρίτους. Αυτό θα πρέπει να γίνει με σεβασμό απέναντι στην διαφορετικότητα, την αυτονομία, τις πολιτιστικές αξίες και μεγάλη εκτίμηση για την πολυπλοκότητα της κατάστασης. Μια πιο κατάλληλη προσέγγιση είναι η ανταλλαγή γνώσεων, η εκτίμηση των διλημμάτων που προκύπτουν και η υποστήριξη των μαιών καθώς εξετάζουν την τρέχουσα πολιτική και ενισχύουν ή αγωνίζονται να την αλλάξουν. Η διατήρηση της ανοιχτής επικοινωνίας είναι ένα κρίσιμο μέσο ανταλλαγής

γνώσεων και στάσεων απέναντι στο θηλασμό (Dohrn, J. E. 2005). Η επικοινωνία είναι ζωτικής σημασίας για τον σεβασμό των κανόνων που υπάρχουν σε μια κουλτούρα και τη δυνατότητα αλλαγής τους με στόχο όχι την πολιτισμική απαλλοτρίωση αλλά την ασφάλεια όλων όσων εμπλέκονται στο ζήτημα.

Ένας τρόπος ακόμη να επιτευχθεί η ποιο ομαλή ενσωμάτωση αυτών των εργαζομένων και ασθενών είναι η ενθάρρυνση στην συμπερίληψη τους στην έρευνα (Dohrn, J. E. 2005). Η έρευνα για τους τρόπους διατροφής των βρεφών είναι πολύ απαραίτητη, καθώς και ο τρόπος υποστήριξης και προώθησης τους από παρόχους υγείας, αναπτύσσοντας πιο ασφαλείς πρακτικές. Αυτό θα μεγιστοποιήσει επίσης τη συμβολή των γυναικών στις πολιτικές που τις επηρεάζουν, ενθαρρύνοντας τον διάλογο μεταξύ των παρόχων φροντίδας και των κοινωνιών μέσα στις οποίες δρουν. Χρειάζονται ειλικρινείς συζητήσεις με τόσο τις ίδιες τις γυναίκες και αλλά και τις οικογένειες τους, στις εκκλησίες, στα σχολεία και στα κέντρα υγείας για τα ζητήματα του HIV, τη μετάδοσή του, την πρόληψη και τη θεραπεία του. Τα ζητήματα των σεξουαλικών πρακτικών και του θηλασμού - οι δύο κύριες μορφές μετάδοσης του HIV, μπορούν να αντιμετωπιστούν καλύτερα από γηγενείς παρόχους υγειονομικής περίθαλψης, οι οποίοι κατανοούν τα πολιτισμικά ταμπού και τις προσδοκίες και απαιτήσεις του κοινωνικού περίγυρου. Δηλαδή, εάν μπορεί, να δημιουργηθεί ένα περιβάλλον από-στιγματισμού της ασθένειας, όπου επιτρέπεται να είναι ανοιχτά κάποιος οροθετικός και να λαμβάνει υποστήριξη, με τις γυναίκες να κατανοούν το πώς μπορούν να προστατευτούν από τη μόλυνση και, εάν μολυνθούν, να αποτρέψουν τα μωρά τους από μετάδοση.

- **Η μαιευτική φροντίδα ασθενών με HIV στην εποχή του Covid**

Η μαιευτική περίθαλψη και ιδιαίτερα το κομμάτι της μαιευτικής φροντίδας πάντοτε ξεπερνούσε το κομμάτι της στείρας κλινικής περίθαλψης. Για πολλές μαιέες αλλά και για τις γυναίκες που εγκυμονούν και τις οικογένειες τους ο ρόλος της μαιέας συμπεριλάμβανε πρόσωπο με πρόσωπο επαφή και υποστήριξη που συχνά έχει την εικόνα μιας μαιέας να κρατάει το χέρι της γυναίκας, μία να τρίβει την πλάτη και να βοηθάει με τις ανάσες αναπνέοντας μαζί με τη γυναίκα κ.α Όμως, με την εμφάνιση και άνοδο της κρίσης του HIV-AIDS το 1980 , η ανάγκη προστασίας από μόλυνση διείσδυσε στο μαιευτικό έργο με τρόπους που άλλαξαν δραματικά τις πρακτικές ειδικά με βάση τις συνήθειες και τα έθιμα της εποχής. Οι πάροχοι περιγεννητικής φροντίδας συμβουλευτήκαν να

χρησιμοποιούν προστασία ολόκληρου του προσώπου και του σώματος για να προσεγγίσουν έναν ασθενή καθώς υπήρχε μεγάλη ανησυχία ως προς τα σωματικά υγρά.

Κατά τις προηγούμενες δεκαετίες οι μαίες και οι πάροχοι μαιευτικής φροντίδας βρήκαν τρόπους να προφυλάξουν τους εαυτούς τους και τους ασθενείς τους, να διαχειριστούν τους φόβους τους και να συνεχίσουν να είναι παρόντες για την φροντίδα των γυναικών, των νεογνών και των οικογενειών, γεγονός που δεν βοήθησε μονάχα στην διαχείριση του HIV αλλά και στην διαχείριση κάθε γενικευμένης επιδημίας από τότε. Οι μαίες που παρέχουν φροντίδα σε εμπόλεμες ζώνες και στρατόπεδα προσφύγων και σε περιοχές που έχουν πληγεί από φυσικές καταστροφές, αντιμετώπισαν συντριπτικές πιθανότητες και συνέχισαν να φροντίζουν τους ασθενείς τους. Οι μαίες έχουν παράσχει φροντίδα σε εστίες SARS, H1N1, MERS, Zika, Έμπολα και άλλες επιδημίες, γεγονός που αν μη τι άλλο εφοδίασε τον κλάδο για την ανταπόκριση στην πιο πρόσφατη κρίση της πανδημίας του Covid (Patricia Aikins Murphy, et al, 2020).

Για την ώρα από τον παγκόσμιο οργανισμό υγείας ως προς την διαχείριση των οροθετικών εγκυμοσνούσων εν μέσω της πανδημίας του Covid-19 συστήνεται ο προληπτικός εμβολιασμός και η προσοχή στην καθημερινότητα μέσα από χρήση μάσκας και καλής προσωπικής υγιεινής, ώστε να προφυλαχθούν αυτές οι ήδη ανοσοκατεσταλμένες και άρα πιο ευάλωτες γυναίκες από τον κίνδυνο της νόσου (CDC 2022).

ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ

• PEPFAR 2007

Το 2007 οι συστάσεις του Σχεδίου Έκτακτης Ανάγκης για το AIDS (PEPFAR) του Προέδρου στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής στα πλαίσια βοήθειας προς το Γραφείο του Παγκόσμιου Συντονιστή για το AIDS (OGAC) παροτρύναν το να συμπεριληφθεί ο παράγοντας του φύλου ως κεντρική παράμετρος στις πολιτικές και τα προγράμματά γύρω από την προσέγγιση, την αντιμετώπιση και τη διαχείριση του HIV (Geeta Rao Gupta, et al, 2007).

Για να γίνει κάτι τέτοιο εφικτό ήταν απαραίτητα από κεντρικής κρατικής γραμμής η συστηματική παρακολούθηση, καταγραφή, ανάλυση, αξιολόγηση και σταδιακά ενσωμάτωση του παράγοντα του φύλου (Geeta Rao Gupta, et al, 2007).

Παράλληλα σημαντικό είναι να ενισχυθεί η εμπειρογνωμοσύνη σε θέματα φύλου και η συμμετοχή των ατόμων που ζουν με HIV στη λήψη αποφάσεων της OGAC, καθώς έτσι πιο αποτελεσματικά θα ανταποκριθούν τα προγράμματα διαχείρισης και υποστήριξης και οι κυβερνήσεις στις ανάγκες των γυναικών.

Σε αυτό το επίπεδο μπορούν και οφείλουν να συμμετάσχουν οι μαίες ως ο πρωτογενής πάροχος φροντίδας υγείας στις γυναίκες, καθώς οι μαίες είναι που θα κάνουν την διαλογή, θα πάρουν το ιστορικό, θα απευθύνουν τις γυναίκες σε ειδικούς και θα παίξουν κύριο ρόλο στο κομμάτι της συμβουλευτικής και υποστήριξης τους. Έτσι οι μαίες λόγω του ιδιαίτερου αυτού ρόλου τους και της άμεσης σχέσης και επαφής που έχουν με τις γυναίκες μπορούν να υποστηρίξουν, επεκτείνουν και να κατευθύνουν προγράμματα όπως το PEPFAR.

Κάποιες από τις κύριες συστάσεις που έκανε το πρόγραμμα ήταν:

- Αντιμετώπιση των αναπαραγωγικών αναγκών γυναικών και κοριτσιών στο πλαίσιο του HIV και του AIDS,
- Μείωση του στίγματος και των διακρίσεων που σχετίζονται με το AIDS,
- Διασφάλιση ότι οι γυναίκες και τα κορίτσια έχουν πρόσβαση σε οικονομικά περιουσιακά στοιχεία και

- Ανάπτυξη μιας ολοκληρωμένης στρατηγικής για την αντιμετώπιση των τρωτών σημείων της καθημερινότητας των κοριτσιών και των νέων γυναικών (Geeta Rao Gupta, et al, 2007).

Για να επιτευχθεί κάτι τέτοιο η αντιμετώπιση των ανισοτήτων και των ευπαθειών που σχετίζονται με το φύλο πρέπει να είναι κεντρική σε όλες τις προσπάθειες περιορισμού της επιδημίας του AIDS. Είναι γνωστό κοινωνικό πρόβλημα πως η γυναίκες για πολλούς κοινωνικοπολιτικούς, θρησκευτικούς και οικονομικούς λόγους έχουν περιορισμένη πρόσβαση σε παραγωγικούς πόρους, όπως η εκπαίδευση και οι οικονομικοί πόροι και τα περιουσιακά στοιχεία, σε συνδυασμό με ευπάθειες που σχετίζονται με το φύλο, όπως η βία κατά των γυναικών, περιορίζοντας έτσι την ικανότητα τους να προστατεύονται από τον HIV, αλλά και να διαχειριστούν την μόλυνση και ασθένεια τους. Έτσι είναι πολύ σημαντικό πριν καν αρχίσει η διαχείριση της ίδιας της ασθένειας να αναγνωριστούν και να αντιμετωπιστούν οι επιβαρυντικοί παράγοντες.

Τα προγράμματα PEPFAR προτείνουν να ξεκινήσει αυτή η διαχείριση μέσω:

- Της αύξησης της ισότητας των φύλων σε προγράμματα και υπηρεσίες.
- Της διαχείρισης του ανδρικού παράγοντα από πλευράς κοινωνικών κανόνων και συμπεριφορών.
- Της μείωσης της βίας και του σεξουαλικού εξαναγκασμού.
- Της αύξησης της νομικής προστασίας των γυναικών και αύξησης της πρόσβασης των γυναικών σε καλύτερο εισόδημα και σε παραγωγικούς πόρους και
- Της αντιμετώπισης των αναγκών των θυμάτων σεξουαλικής βίας, αλλαγή των επιζήμιων προτύπων ανδρισμού και αύξησης της πρόσβασης των γυναικών σε εισόδημα

Απαιτείται δηλαδή, μια απάντηση που επενδύει πιο ολοκληρωμένα στην αντιμετώπιση της δυναμικής των φύλων στην επιδημία και αναγνωρίζει τα τρωτά σημεία των γυναικών προστατεύοντας τα δικαιώματά τους μέσω ισχυρής πολιτικής και οικονομικής δέσμευσης για τα δικαιώματα και τις ανάγκες των γυναικών και των κοριτσιών.

Η PEPFAR μπορεί να αναζητήσει μια τέτοια δέσμευση σε θεσμικό επίπεδο σχετικά με τα δικαιώματα και τις ανάγκες των γυναικών και των κοριτσιών στο πλαίσιο του HIV και του AIDS, τη δέσμευση των

υπουργείων που ασχολούνται με τη διαχείριση του ζητήματος μέσω της υιοθέτησης και επιβολής εθνικών νόμων και πολιτικών που δημιουργούν ένα ευνοϊκό περιβάλλον (ιδίως νόμους, πολιτικές και πρακτικές που προστατεύουν τα δικαιώματα ιδιοκτησίας των γυναικών και των κοριτσιών και την ποινικοποίηση της βίας κατά των γυναικών και κορίτσια) και δεσμεύσεις προϋπολογισμού σε προγράμματα που θα προωθήσουν την ισότητα των φύλων, ειδικά σε μεγαλύτερα διαρθρωτικά ζητήματα όπως η εκπαίδευση, η δημιουργία εισοδήματος, η στέγαση και η κοινωνική πρόνοια (Geeta Rao Gupta, et al, 2007).

- Συμμετοχή της κοινωνίας των πολιτών στη διαμόρφωση πολιτικών και προγραμμάτων.

Το PEPFAR θα πρέπει να ενθαρρύνει τις κυβερνήσεις να συμπεριλάβουν συστηματικά ομάδες γυναικών, άτομα που ζουν με HIV ή AIDS και άλλους φορείς της κοινωνίας στο σχεδιασμό και την εφαρμογή πολιτικών, στρατηγικών και προγραμμάτων για τον HIV. Αυτή η συμμετοχή θα διασφαλίσει ότι τα προγράμματα PEPFAR είναι σχετικά με τις ανάγκες των ίδιων των κοινοτήτων. Με αυτό τον τρόπο ενισχύεται η βελτίωση των αποτελεσμάτων του προγράμματος σε εθνικό και τοπικό επίπεδο.

Η έρευνα δείχνει ότι η συμμετοχή οροθετικών ατόμων στο σχεδιασμό, την εφαρμογή και την παρακολούθηση του κάθε προγράμματος όχι μόνο βελτιώνει τα αποτελέσματα του προγράμματος, αλλά βοηθά επίσης στη μείωση του στίγματος του HIV λόγω της εμπλοκής των ατόμων και την ευαισθητοποίηση της κοινότητας (Geeta Rao Gupta, et al, 2007). Σε τοπικό επίπεδο, η PEPFAR θα πρέπει να ενθαρρύνει την απασχόληση οροθετικών γυναικών και ανδρών ως αμειβόμενα μέλη του προσωπικού όποτε είναι δυνατόν, αντί να βασίζεται αποκλειστικά στο πνεύμα του εθελοντισμού τους.

Σε επίπεδο κοινοτικής συμβολής των μαιών συγκεκριμένα πρέπει οι να αντιμετωπιστούν οι ανάγκες αναπαραγωγικής υγείας των γυναικών, διασφαλίζοντας πως η πρόληψη και θεραπεία του HIV/AIDS συνδέονται με την υγεία της μητέρας και του παιδιού και προγράμματα οικογενειακού προγραμματισμού/αναπαραγωγικής υγείας. Όπου είναι δυνατόν, τα προγράμματα PEPFAR θα πρέπει να ενσωματώνουν υπηρεσίες αναπαραγωγικής υγείας στο πακέτο υπηρεσιών τους. Ειδικότερα, η OGAC θα πρέπει να επιβάλει τα προγράμματα πρόληψης της μετάδοσης του HIV από τη μητέρα στο παιδί (PMTCT) να παρέχουν ένα ελάχιστο πακέτο υπηρεσιών αναπαραγωγικής υγείας, συμπεριλαμβανομένων πληροφοριών σχετικά με την πρόληψη μη

προγραμματισμένων εγκυμοσύνων, προϊόντα αντισύλληψης, τεστ Παπανικολάου και προληπτικούς ελέγχους για τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας (Geeta Rao Gupta, et al, 2007). Το PEPFAR θα πρέπει επίσης να διασφαλίσει ότι τα προγράμματα που υποστηρίζει αντιμετωπίζουν τις επιθυμίες γονιμότητας των γυναικών που ζουν με HIV με τρόπο που να προασπίζει τα ανθρώπινα δικαιώματά τους, μειώνοντας το στίγμα και τις διακρίσεις κατά του HIV.

Καθώς αναφερόμαστε στην κοινότητα στα πλαίσια ενός ιδιαίτερα πολυπαραγοντικού ζητήματος είναι πολύ σημαντικό οι μαίες να αποτελούν τμήμα μιας ευρύτερης ομάδας που στοχεύει στην βελτίωση της επιβολής του νόμου με την εκπαίδευση της τοπικής αστυνομίας, δικηγόρων, δικαστών, κοινωνικών λειτουργών και των τοπικών αρχών και στη δημιουργία καινοτόμων παρεμβάσεων με βάση την κοινότητα όπως για παράδειγμα η παροχή νομικών πληροφοριών και βοήθειας για την υποστήριξη των γυναικών και την προάσπιση των δικαιωμάτων τους.

Εξίσου σημαντικό είναι και το κομμάτι της εκπαίδευσης καθώς έχει φανεί πως στατιστικά πλήττονται περισσότερο τα χαμηλότερα κοινωνικοοικονομικά στρώματα με προφανή ισχυρή σχέση μεταξύ της επίσημης εκπαίδευσης και του μειωμένου κινδύνου HIV. Έτσι είναι συνετό να γίνουν προσπάθειες στο να κρατηθούν τα κορίτσια, ιδιαίτερα εκείνα που είναι ορφανά ή που δεν έχουν υποστήριξη από τον κοινωνικό τους περίγυρο, στο σχολείο. Παράλληλα θα ήταν εύλογο να παρέχεται εκπαίδευση δεξιοτήτων, συμπεριλαμβανομένων περιεκτικών και κατάλληλων για την ηλικία πληροφοριών σχετικά με τη σεξουαλικότητα, πρακτικές ασφαλούς σεξ και την αναπαραγωγική υγεία των κοριτσιών, ιδιαίτερα εκείνων που έχουν εγκαταλείψει το σχολείο, των ορφανών και ανύπαντρων έφηβων μητέρων. Οι ερευνητές ανακάλυψαν ότι τα ολοκληρωμένα προγράμματα δεξιοτήτων έχουν θετικά αποτελέσματα για τα κορίτσια όσον αφορά τη μεγαλύτερη αυτοπεποίθηση και τη βελτίωση της φροντίδας της αναπαραγωγικής υγείας τους (Geeta Rao Gupta, et al, 2007).

Εν τέλη αυτό που συστήνουν τα προγράμματα PEPFAR είναι η πρόληψη και η υποστήριξη των ασθενών HIV λαμβάνοντας υπόψιν τον παράγοντα του φύλου, στοχεύοντας τόσο στην διαχείριση των περιστατικών αυτών καθ'αυτών αλλά και στην ευαισθητοποίηση της κοινότητας και σε προσπάθειες νομικής μεταρρύθμισης για την μείωση επιβαρυντικών παραγόντων, παρέχοντας παράλληλα ποιοτική εκπαίδευση και υπηρεσίες οικογενειακού προγραμματισμού και αναπαραγωγικής υγείας

Illustrative Program Indicators

Recommendation	Illustrative Program Goal Related to Gender	PEPFAR Program Area
Address women's reproductive health needs	Integration of HIV/AIDS with family planning/reproductive health services	<i>Prevention of Mother-to-Child Transmission (PMTCT)</i>
		<i>HIV/AIDS Treatment/ARV Services</i>
Respond to needs of women and girls threatened by violence	Integration of gender-based violence into HIV/AIDS and preventing violence against women services	<i>Prevention/Other Behavior Change</i>
		<i>PMTCT</i>
		<i>Counseling and Testing</i>
		<i>HIV/AIDS Treatment/ARV Services</i>
Reduce the stigma and discrimination that restrict use of services	Reduce stigma and discrimination among key populations	<i>Prevention/Other Behavior Change</i>
		<i>Prevention/Medical Transmission/Blood Safety</i>
		<i>HIV/AIDS Treatment/ARV Services</i>
Reach adolescent girls and young women	Provision of life skills programming	<i>Orphans and Vulnerable Children</i>
Implement comprehensive gender responsive programming	Protection of women's property rights	<i>Policy Development and System Strengthening</i>

2.09 2007 International Center for Research on Women (ICRW) «Προσέγγιση της φροντίδας HIV με βάση το φύλο στα προγράμματα PEPFAR»

● Tonse Pamodzi

Μία από τις κυριότερες δυσκολίες που αντιμετωπίζουν οι πάροχοι φροντίδας στο κομμάτι της διαχείρισης του HIV είναι η συμμόρφωση των ασθενών με την πιστή και συνεπή τήρηση της θεραπευτικής αγωγής. Για αυτόν τον λόγο ένα από τα κύρια μελήματα των θεραπευτικών ομάδων και των υγειονομικών μονάδων είναι η δημιουργία ενός σαφούς και εύκολα εφαρμόσιμου πλάνου παρέμβασης στο επίπεδο της συμμόρφωσης.

Ένα ιδιαίτερα υποσχόμενο πρόγραμμά δημιουργήθηκε το 2020 με βάση την υποσακχάρια Αφρική και στρέφεται γύρω από την αντιμετώπιση της MTCT μετάδοσης του ιού και την συμμόρφωση των γυναικών στην τήρηση της αγωγής με πλαίσιο εφαρμογής την κοινότητα και τις πιο χαμηλών πόρων κοινωνίες. Το πρόγραμμα ονομάστηκε Tonse Pamodzi («όλοι μαζί») (Hill LM, et al, 2021), και αποτελεί μια προσαρμόσιμη παρέμβαση που ενσωματώνει βιοϊατρικά και συμπεριφορικά στοιχεία για την υποστήριξη της θεραπείας και της πρόληψης του HIV.

Για την εξάλειψη της μετάδοσης του HIV από τη μητέρα στο παιδί (MTCT), απαιτούνται στρατηγικές για την ενίσχυση συμμόρφωσης τόσο για την αντιρετροϊκή θεραπεία (ART) όσο και για την προφύλαξη πριν από την έκθεση (PrEP). Ο τρόπος παρέμβασης που προτείνει το συγκεκριμένο πρόγραμμα, ενσωματώνει την γυναιкоκεντρική συμβουλευτική και την εξατομικευμένη φροντίδα καθώς περιλαμβάνει τη δέσμευση ενός υποστηρικτή συμμόρφωσης επιλεγμένου από τις ίδιες τις έγκυες και θηλάζουσες που ξεκινούν ART ή PrEP.

Οι ασθενείς που λαμβάνουν την παρέμβαση συμμετέχουν σε συνεδρίες τις οποίες το πρόγραμμα ονομάζει Ολοκληρωμένη Συμβουλευτική Επόμενου Βήματος (inNSC) με εκπαιδευμένους συμβούλους για να αναπτύξουν και να διατηρήσουν τις δεξιότητες συμμόρφωσης (Hill LM, et al, 2021). Κάθε ασθενής έχει επίσης την επιλογή να επιλέξει έναν υποστηρικτή συμμόρφωσης (σύντροφο, μέλος της οικογένειας ή φίλο) που μπορεί να συμμετέχει σε συνεδρίες inNSC και να παρέχει υποστήριξη εκτός αυτών των συνεδριών.

Η συμβουλευτική inNSC στα πλαίσια της παρέμβασης Tonse Pamodzi είναι σκόπιμα πλασιωμένη ως διαδικασία και όχι ως δομημένη συζήτηση μεταξύ ιατρού-ασθενή. Η βάση της συζήτησης είναι η κατανόηση του πλαισίου στο οποίο κάθε γυναίκα βιώνει τη δική της σεξουαλική υγεία (Hill LM, et al, 2021). Η επικοινωνία είναι σκόπιμα ουδέτερη (δηλαδή, μη επικριτική), αποφεύγει να λέει στις γυναίκες τι πρέπει να κάνουν και

βασίζεται σε δυνατότητες, πόρους και μέσα υποστήριξης και διευκόλυνσης. Ωστόσο, οι σύμβουλοι επηρεάζουν την κατεύθυνση της συνομιλίας που κινείται μέσα σε ένα συγκεκριμένο πλαίσιο με ερωτήσεις και προβληματισμούς. Οι εμπειρίες των γυναικών γύρω από την σεξουαλική υγεία ή τη φροντίδα ως προς τον HIV μπορεί να περιλαμβάνουν προσωπικούς, διαπροσωπικούς, κοινωνικούς, πολιτισμικούς ή δομικούς παράγοντες. Οι στρατηγικές και οι στόχοι που προκύπτουν από τις συζητήσεις του inNSC μπορούν παρομοίως να καλύπτουν αυτά τα επίπεδα και οι σύμβουλοι του inNSC προετοιμάζονται εκ των προτέρων έχοντας εξοικειωθεί με τις τοπικές υπηρεσίες αλλά και τα διάφορα κοινωνικά υπόβαθρα.

Οι συνεδρίες ποικίλλουν σε διάρκεια, αλλά η πρώτη συνεδρία είναι συνήθως 30-45 λεπτά με τις συνεδρίες παρακολούθησης περίπου 15-30 λεπτά (Hill LM, et al, 2021).

Η παρέμβαση Tonse Ramodzi συστήνει την παρακολούθηση σε τρεις τύπους συνεδρίας inNSC

- Μια αρχική συνεδρία υποδοχής ξεκινά με μια ανασκόπηση του προτύπου εκπαίδευσης φροντίδας για τον HIV. Ακολουθεί μια γενική συζήτηση που επικεντρώνεται στις προκλήσεις περί σεξουαλικής υγείας και ευεξίας. Τέλος, αυτό μετακινείται σε μια στοχευμένη συζήτηση σχετικά με τον τρόπο επίτευξης και διατήρησης της τήρησης της αγωγής.
- Οι συνεδρίες ελέγχου συμμόρφωσης μπορούν να προσφέρονται κάθε 1–3 μήνες για την επιθυμητή διάρκεια υποστήριξης συμμόρφωσης. Αυτές οι συνεδρίες ξεκινούν με μια ανασκόπηση της προηγούμενης συζήτησης και των στόχων που τέθηκαν στην τελευταία συνεδρία. Στη συνέχεια ακολουθούν τη δομή του inNSC που αποτελείται από δύο μέρη, το Welcome Session—μια ευρύτερη συζήτηση σχετικά με γενικά ζητήματα υγείας που ακολουθείται από μια συζήτηση που επικεντρώνεται στην αντιετροϊκή συμμόρφωση. Ο σύμβουλος κατά τη διάρκεια της συνεδρίας συστήνεται να κρατάει σημειώσεις.
- Μια τελική Συνεδρία Συντήρησης Συμμόρφωσης κλείνει την ενισχυμένη υποστήριξη συμμόρφωσης και διευκολύνει τη μετάβαση στην τυπική περίθαλψη. Ο στόχος αυτής της τελικής συνεδρίας είναι να εντοπίσει νέα εμπόδια στη συμμόρφωση με τα φάρμακα και πώς να τα αντιμετωπίσει. Χρησιμοποιείται επίσης για να συνοψίσει προηγούμενες στρατηγικές και να παρέχει σε κάθε γυναίκα κάποιες γνώσεις σχετικά με τη συνεχή δέσμευση σε αυτήν την προσέγγιση επίλυσης προβλημάτων. Μετά τη συζήτηση δύο μερών σχετικά με τη γενική ευεξία και τη συμμόρφωση, η συνεδρία κλείνει με συζήτηση των μελλοντικών

βημάτων για συνεχή συμμόρφωση και επιτυχή μετάβαση στο πρότυπο περίθαλψης.

Το πρόγραμμα αυτό βασίζεται στην συλλογική και υποστηρικτική προσέγγιση της περίθαλψης τόσο στο επίπεδο του επαγγελματία αλλά και στο επίπεδο του προσωπικού υποστηρικτή που έχει επιλέξει η γυναίκα. Τα κύρια χαρακτηριστικά του είναι η ενσυναίσθηση, η αποδοχή, η εμπιστοσύνη και φροντίδα καθώς και οι τρόποι παροχής ενσυναίσθητης λεκτικής υποστήριξης, υλικοτεχνικής υποστήριξης και ενημερωτικής υποστήριξης. Οι αρχές της μη τιμωρητικής υποστήριξης (ενθάρρυνση της συμμόρφωσης χωρίς έκφραση θυμού, βίας ή συγκράτησης υλικών αναγκών) και της επικέντρωσης στον ασθενή (θέτοντας τις ανάγκες, την προοπτική και τις απόψεις του ασθενούς μπροστά) είναι επίσης κύρια στοιχεία αυτής της προσέγγισης (Hill LM, et al, 2021).

Το πρόγραμμα λειτουργεί συμπληρωματικά αντί να αντικαθιστά το κλινικό πρότυπο υποστήριξης συμμόρφωσης στη φροντίδα, είναι ευέλικτο ώστε να βασίζεται σε οποιαδήποτε εκπαίδευση και παρακολούθηση συμμόρφωσης είναι διαθέσιμα σε τοπικό επίπεδο.

Με αυτά τα χαρακτηριστικά, η παρέμβαση θα μπορούσε να ενσωματωθεί σε υπάρχουσες υπηρεσίες PMTCT για την παροχή ενισχυμένης υποστήριξης συμμόρφωσης ή ως στοχευμένη υποστήριξη για όσους αντιμετωπίζουν συγκεκριμένες προκλήσεις συμμόρφωσης. Έχει προσωποκεντρική προσέγγιση και βασίζεται στα θεμέλια των τεχνικών συνεντεύξεων και της κοινωνικής υποστήριξης, οι οποίες έχουν χρησιμοποιηθεί αποτελεσματικά σε άλλους τομείς για την προώθηση της τήρησης της φαρμακευτικής αγωγής.

Τέλος το πρόγραμμα έχει λόγω της συνεδριακής φύσης του την δυνατότητα να εφαρμοστεί και σε μια άλλης πτυχής προβληματικής και ελλιπούς συμμόρφωσης ως προς την διαχείριση και πρόληψη μετάδοσης του HIV και αυτή είναι η νεογνική σίτιση, υποστηρίζοντας τις γυναίκες είτε στην υποκατάστατη σίτιση και επομένως διακοπή του θηλασμού ή στην σίτιση με αποκλειστικό θηλασμό για 6 μήνες και άμεσο απογαλακτισμό με αυστηρή τήρηση της φαρμακευτικής αγωγής τόσο ως αντιρετροϊκής αγωγής για την μητέρα αλλά και ως προφυλακτική αγωγή για το παιδί.

● Παραδοσιακοί συνοδοί τοκετού

Σε όλο τον κόσμο, αλλά κυρίως σε υποανάπτυκτες χώρες, έξω από αστικά κέντρα, περισσότερες από ένα εκατομμύριο γυναίκες που έχουν μολυνθεί από τον ιό HIV υπολογίζεται ότι γεννούν χωρίς επαγγελματική περίθαλψη (Marc Bulterys, et al, 2002).

Τις τελευταίες δυο δεκαετίες, οι παραδοσιακοί συνοδοί τοκετού σε πολλές περιοχές έχουν εκπαιδευτεί στη μαιευτική και στη βασική υγιεινή ως μέρος μιας πρωτοβουλίας ασφαλούς μητρότητας με στόχο τη μείωση της μητρικής θνησιμότητας. Οι παραδοσιακοί συνοδοί τοκετού μιλούν τις τοπικές γλώσσες, επιτρέπουν την τήρηση παραδοσιακών πρακτικών τοκετού και συχνά έχουν την εμπιστοσύνη και το σεβασμό της κοινότητας.

Πρακτικά εμπόδια όπως οι αποστάσεις και ο φόβος της βίας ή των διακρίσεων μπορεί επίσης να επηρεάσουν την απόφαση μιας γυναίκας να υποβληθεί σε εξετάσεις και επαγγελματική φροντίδα. Οι υπηρεσίες ταχείας εξέτασης HIV - στρατηγικές που παρέχουν τεστ HIV, το αποτέλεσμα του και παροχή συμβουλών ειδικά για το αποτέλεσμα κατά τη διάρκεια μιας προγεννητικής επίσκεψης - φαίνεται να είναι αποτελεσματικές και αποδεκτές από τις έγκυες γυναίκες. Τα προγράμματα για την πρόληψη της περιγεννητικής μετάδοσης του HIV που απευθύνονται σε γυναίκες στις απομακρυσμένες και επαρχιακές περιοχές θα χρειαστούν ενδεδειγμένη προετοιμασία με τη συμμετοχή της κοινότητας, διάδοση πληροφοριών σχετικά με αποτελεσματικές στρατηγικές για την πρόληψη της περιγεννητικής μετάδοσης του HIV, εκπαίδευση των εργαζομένων στον τομέα της υγείας της κοινότητας και ενίσχυση των δεσμών μεταξύ της κατ' οίκων φροντίδας και διαθέσιμες προγεννητικές και μαιευτικές κλινικές.

Οι παραδοσιακοί (ή «εκπαιδευμένοι») συνοδοί θα μπορούσαν να διαδραματίσουν κρίσιμο ρόλο προσεγγίζοντας έγκυες γυναίκες που δεν λαμβάνουν επίσημη προγεννητική φροντίδα και βοηθώντας στην παροχή πρωτογενών υπηρεσιών που έχουν σχεδιαστεί για να πρόληψη της μετάδοσης του HIV.

Οι παραδοσιακοί συνοδοί θα μπορούσαν επίσης να συμβουλεύουν τις γυναίκες και τους συντρόφους τους για το πώς να μειώσουν τον κίνδυνο μετάδοσης του HIV στο παιδί, εστιάζοντας ιδιαίτερα στην περίοδο της λοχείας.

Σε ορισμένες περιπτώσεις, μπορεί να είναι δυνατό να εκπαιδευτούν οι παραδοσιακοί συνοδοί στο να παρέχουν εμπιστευτικές συμβουλές για τον HIV και να κάνουν εξετάσεις, ίσως χρησιμοποιώντας ταχεία εξέταση υγρών από το στόμα ή αίματος.

Οι περισσότεροι παραδοσιακοί συνοδοί τοκετού είναι αναλφάβητοι και αυτό μπορεί να είναι ένας σημαντικός περιορισμός στην εκπαίδευσή τους ώστε να παρέχουν φροντίδα υψηλής ποιότητας. Μελέτες στη Γκάμπια διαπίστωσαν ότι πολλοί εκπαιδευμένοι συνοδοί πραγματοποιούν ορισμένες δραστηριότητες με επιτυχία, αλλά υπάρχουν κάποιες ελλείψεις στη φροντίδα που παρέχουν—κυρίως λόγω της χρήσης παραδοσιακών πρακτικών ή της ανεπαρκούς γνώσης τους (Marc Bulterys, et al, 2002). Η συνεχής εκπαίδευση και επίβλεψη των συνοδών είναι ζωτικής σημασίας και θα πρέπει να περιλαμβάνει εκπαίδευση σχετικά με τον έλεγχο μολύνσεων.

Υπάρχει ωστόσο και η αντίθετη όψη του ζητήματος με μια έρευνα γυναικών στην αγροτική Γκάμπια, να δείχνει ότι τα συμπτώματα ασθενειών αναφέρθηκαν δύο φορές συχνότερα στους γυναικολόγους από ότι στις συνοδούς τοκετού της κοινότητας (Marc Bulterys, et al, 2002). Σε μια έρευνα παρακολούθησης, ορισμένες γυναίκες ανέφεραν ότι ήταν πιο δύσκολο γι' αυτές να συζητήσουν ευαίσθητα θέματα με μια γυναίκα από την κοινότητά τους παρά με έναν ξένο (τον γυναικολόγο). Μερικές γυναίκες φοβήθηκαν ότι μπορεί συζητηθούν τα συμπτώματά τους με άλλους στις κοινότητές τους. Ως εκ τούτου, οι γυναίκες μπορεί να φοβούνται να συζητήσουν την κατάστασή τους HIV με παραδοσιακούς συνοδούς τοκετού (Marc Bulterys, et al, 2002). Η εμπλοκή λοιπόν, παραδοσιακών συνοδών τοκετού στη μείωση της περιγεννητικής μετάδοσης του HIV, θα πρέπει λοιπόν να περιλαμβάνει το να εκπαιδευτούν σχετικά με την προστασία του απορρήτου των ασθενών και η κατανόηση των κοινοτήτων για τον HIV θα πρέπει επίσης να αυξηθεί.

Πρέπει λοιπόν να διερευνηθεί καλύτερα το ποιες γυναίκες αναζητούν άμεσα τη φροντίδα τους, ποιες γυναίκες την αποφεύγουν και τους λόγους πίσω από αυτές τις επιλογές.

Παρά τις δεκαετίες επιστημονικής προόδου στην πρόληψη και τη θεραπεία, καθώς και τις εκτεταμένες προσπάθειες κοινωνικής ευαισθητοποίησης, ο φόβος της μόλυνσης από τον ιό HIV και η αρνητική στάση απέναντι στους ανθρώπους που ζουν με HIV αποτελούν επίμονο εμπόδιο για την αντιμετώπιση της επιδημίας. Το στίγμα που σχετίζεται με τον HIV εντοπίζεται στις αρνητικές στάσεις και συμπεριφορές απέναντι στους ανθρώπους που ζουν με HIV. Οι διάκριση αυτή συχνά ξεπερνά το άτομο ως μεμονωμένη οντότητα και επεκτείνεται στο να περιλαμβάνει συγκεκριμένους κοινωνικούς πληθυσμούς συμπεριλαμβανομένων των ομοφυλόφιλων ανδρών και άλλων ανδρών που κάνουν σεξ με άντρες, των τρανσέξουαλ, των εργαζόμενων του σεξ, των ατόμων που κάνουν ενέσιμα ναρκωτικά, των γυναικών και των κοριτσιών χαμηλών κοινωνικών στρωμάτων και άλλων ομάδων με υψηλότερο κίνδυνο να προσβληθούν από τον ιό HIV, όπως οι πληθυσμοί μεταναστών, οι φυλακισμένοι κ.α. (UNAIDS 2018)

Πηγάζοντας από δεκαετίες κοινωνικών προκαταλήψεων, αυτές οι στάσεις περιλαμβάνουν συχνά την πεποίθηση ότι ο HIV είναι μια τιμωρία για ανήθικη συμπεριφορά, ότι οι περισσότεροι άνθρωποι που ζουν με HIV δεν ενδιαφέρονται αν μολύνουν άλλους ανθρώπους και ότι συγκεκριμένα για τις γυναίκες, μπορεί να είναι σκόπιμο να στειρωθεί μια γυναίκα που ζει με HIV, ακόμη και χωρίς τη συγκατάθεσή της.

Το στίγμα και οι διακρίσεις που σχετίζονται με τον HIV εντοπίζονται σε κάθε τομέα της κοινωνικής ζωής, από εντός των οικογενειών και των κοινοτήτων έως περιβάλλοντα εκπαίδευσης και εργασίας, και εντός του συστήματος δικαιοσύνης. Το στίγμα και οι διακρίσεις που σχετίζονται με τον HIV επιδεινώνονται επίσης κατά τη διάρκεια ανθρωπιστικών καταστροφών και σε καταστάσεις έκτακτης ανάγκης.

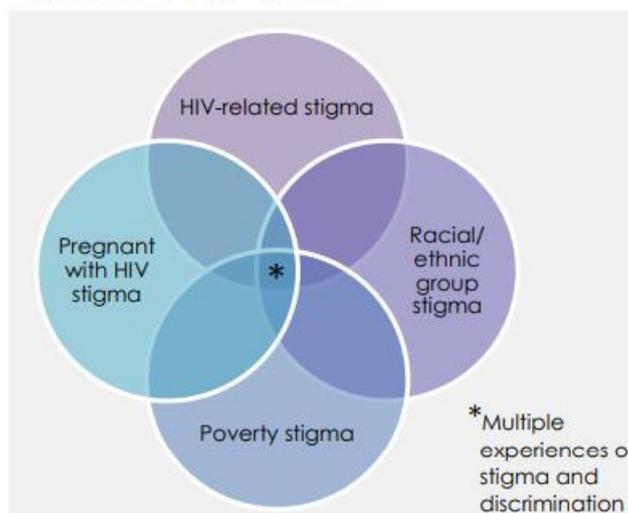
Η Πολιτική Διακήρυξη των Ηνωμένων Εθνών του 2016 για τον τερματισμό του AIDS αναγνώρισε την επιδημία του HIV ως πρόκληση για τα ανθρώπινα δικαιώματα. Εκφράστηκε σοβαρή ανησυχία για το ότι συνεχίζουν να αναφέρονται το στίγμα και οι διακρίσεις και ότι τα περιοριστικά νομικά και πολιτικά πλαίσια εξακολουθούν να αποθαρρύνουν και να εμποδίζουν τους ανθρώπους από το να έχουν πρόσβαση στις υπηρεσίες πρόληψης, αντιμετώπισης και υποστήριξης του HIV.

Το στίγμα που σχετίζεται με τον HIV παραμένει ένα παγκόσμιο πρόβλημα δημόσιας υγείας με εκτεταμένες συνέπειες

Το στίγμα μπορεί είτε να είναι:

- Θεσπισμένο/βίωμα στιγματισμού- πραγματικές εμπειρίες διάκρισης,
- Αναμενόμενο/αντιλαμβανόμενο/αισθανόμενο στίγμα-ο φόβος του να υποστούν τα άτομα διακρίσεις
- Εσωτερικευμένο στίγμα-αποδοχή ντροπής, ενοχής και φόβου που σχετίζεται με το να είναι κάποιος οροθετικός και
- Πυραμίδα στιγμάτων HIV που τοποθετείται πάνω από το προϋπάρχον στίγμα που συχνά απευθύνεται στις ομάδες που βρίσκονται σε μεγαλύτερο κίνδυνο (UNAIDS 2018).

Figure 3: Overlapping Stigmas



3.01 Stigma and Discrimination: Key Barriers to Achieving Global Goals for Maternal Health and the Elimination of New Child HIV Infections « Πολλαπλές ταυτόχρονες μορφές στίγματος»

Παγκοσμίως, ένας στους οκτώ ανθρώπους που ζουν με HIV βιώνουν κάποια μορφή στίγματος που σχετίζεται με την ασθένειά τους

Το διαρκές στίγμα που σχετίζεται με τον HIV οφείλεται εν μέρει στους μύθους και εσφαλμένες αντιλήψεις σχετικά με τη μετάδοση και την πρόγνωση του HIV/AIDS. Το στίγμα έχει πολλές αρνητικές συνέπειες όπως απώλεια εισοδήματος και διαβίωσης, απώλεια γάμου και επιλογών τεκνοποίησης, κακή φροντίδα στον τομέα της υγείας, απόσυρση της φροντίδας στο σπίτι, απώλεια ελπίδας, αισθήματα αναξιοσύνης, και απώλεια φήμης.

- Η θέση των γυναικών στην επιδημία του HIV

Ενώ αρχικά η λοίμωξη του HIV έπληττε κυρίως αντρικούς πληθυσμούς με την πάροδο του χρόνου και ιδιαίτερα τις τελευταίες δύο δεκαετίες οι γυναίκες είναι αυτές που έχουν υποστεί δυσανάλογα τον αντίκτυπο του HIV, τόσο ως πάροχοι αλλά και ως λήπτες φροντίδας και περίθαλψης, στα περιβάλλοντα που πλήττονται περισσότερο. Οι γυναίκες στην Αφρική και στις περισσότερες άλλες αντίστοιχες περιοχές αυξημένων κρουσμάτων, αποτελούν μακράν το μεγαλύτερο μερίδιο φροντιστών, εργαζομένων σε επίπεδο κοινότητας και εθελοντών που παρέχουν κρίσιμες υπηρεσίες θεραπείας, πρόληψης και υποστήριξης του HIV τόσο εντός όσο και εκτός των οικογενειών τους (UNICEF 2018)

Παγκόσμιος καταλογισμός κρουσμάτων δείχνει πως οι γυναίκες αντιπροσωπεύουν το 50% των ατόμων που ζουν με HIV (Jolle J, et al. 2022) ένα ποσοστό το οποίο δείχνει εκθετική άνοδο, όπως προαναφέρθηκε τις τελευταίες δύο δεκαετίες.

Η UNICEF στα πλαίσια κινητοποίησης του 2018 για το αντίκτυπο της επιδημίας του AIDS στα παιδιά με τις γυναίκες στο επίκεντρο (United Nations Children's Fund, Women: At the heart of the HIV response for children 2018) εξέφρασε ιδιαίτερη ανησυχία για το αντίκτυπο αυτής της κατάστασης κυρίως σε χώρες χαμηλής εκπαίδευσης καθώς αυτό το γεγονός φέρει τον κίνδυνο το AIDS να γίνει ακόμη περισσότερο μια «γυναικεία νόσος» στην πραγματικότητα και την κοινωνική αντίληψη, κάτι το οποίο θα μπορούσε να έχει οπισθοδρομικές κοινωνικές, πολιτιστικές και οικονομικές συνέπειες για τις γυναίκες και τα κορίτσια, όπως καθώς και για τις προσπάθειες μείωσης της ανισότητας των φύλων. Το θετικό είναι ότι οι γυναίκες ασχολούνται τόσο με την αναζήτηση φροντίδας και υποστήριξης για τον ιό HIV για τον εαυτό τους όσο και με την παροχή της σε άλλους, συμπεριλαμβανομένων των παιδιών και εφήβων καθώς μεταξύ των ανθρώπων που ζουν με τον ιό στις περιοχές που έχουν πληγεί περισσότερο, οι γυναίκες και τα κορίτσια έχουν 24% περισσότερες πιθανότητες από τους άνδρες και τα αγόρια να γνωρίζουν την κατάστασή τους ως προς τον HIV και 39% περισσότερες πιθανότητες να αποκτήσουν πρόσβαση σε θεραπεία, πληροφόρηση και εκπαίδευση (UNICEF 2018)

Με βάση αυτά λοιπόν τα δεδομένα, τα οποία τοποθετούν τις γυναίκες στο κέντρο της επιδημίας τόσο ως ασθενείς αλλά και ως φροντιστές οι μελλοντικές παρεμβάσεις συστήνεται να εκλάβουν υπόψη τους διαφορετικούς τρόπους με τους οποίους οι γυναίκες μπορούν να συνεισφέρουν στην διαχείριση της επιδημίας. Από τη μία πλευρά, οι

εξαιρετικές συνεισφορές τους αποτελούν παράδειγμα από τη συλλογική τους συμμετοχή ως φροντιστές, καινοτόμους, ηγέτες και υποστηρικτές από την κοινότητα έως το παγκόσμιο επίπεδο. Από την άλλη πλευρά, οι γυναίκες αποτελούν εξαιρετικά ευάλωτο πληθυσμό, όπως φαίνεται από τη δυσανάλογη ευαισθησία τους στον HIV και παράλληλα λαμβάνοντας υπόψιν το ρόλο που παίζει σε αυτό ο παράγοντας του φύλου. Η υπέρβαση του τελευταίου εξαρτάται από την καλύτερη αναγνώριση, υποστήριξη και χρήση της ηγεσίας των γυναικών πιο εκτενώς και δημιουργικά στις επόμενες φάσεις της συνολικής απόκρισης στον HIV (UNICEF 2018)

- Επιδράσεις του στίγματος γύρω από τον HIV ως προς τις γυναίκες

Οι γυναίκες αναπαραγωγικής ηλικίας —και ιδιαίτερα οι έγκυες— είναι ιδιαίτερα ευάλωτες στις δυσμενείς επιπτώσεις του στίγματος και των διακρίσεων που σχετίζονται με τον HIV. Επειδή μια έγκυος γυναίκα είναι συχνά το πρώτο μέλος της οικογένειας που υποβάλλεται σε εξέταση για HIV, είναι ευάλωτη στην θεώρηση ότι αυτή εισάγει τον ιό στην οικογένεια και συχνά υποφέρει από αρνητικές συνέπειες της αποκάλυψης της οροθετικής της κατάστασης (Charlotte Watts, et al, 2010). Επιπλέον, οι γυναίκες αναπαραγωγικής ηλικίας που ζουν με HIV συχνά παλεύουν με τις προκλήσεις των πολλαπλών μορφών στίγματος. Εκτός από το στίγμα του να είσαι οροθετικός, αυτά μπορεί να περιλαμβάνουν το στίγμα που σχετίζεται με την απόκτηση παιδιού όντας οροθετική ή αντίστροφα, του να είσαι άτεκνος ή να χρησιμοποιείς οικογενειακό προγραμματισμό σε κοινωνίες που εκτιμούν έντονα τη γονιμότητα, το στίγμα του να είσαι φτωχός ή αμόρφωτος, το στίγμα του να είσαι θύμα βίας, το στίγμα του να ανήκεις σε μια περιθωριοποιημένη φυλετική/εθνοτική ομάδα και το στίγμα του να είσαι ανύπαντρη έγκυος σε πολλά περιβάλλοντα. Αυτοί οι τύποι στίγματος μπορεί επίσης να συνδυάζονται με άλλα προϋπάρχοντα στίγματα, όπως στίγματα προς ομοφυλόφιλοτητα, εργασία του σεξ και την χρήση ναρκωτικών (Charlotte Watts, et al, 2010).

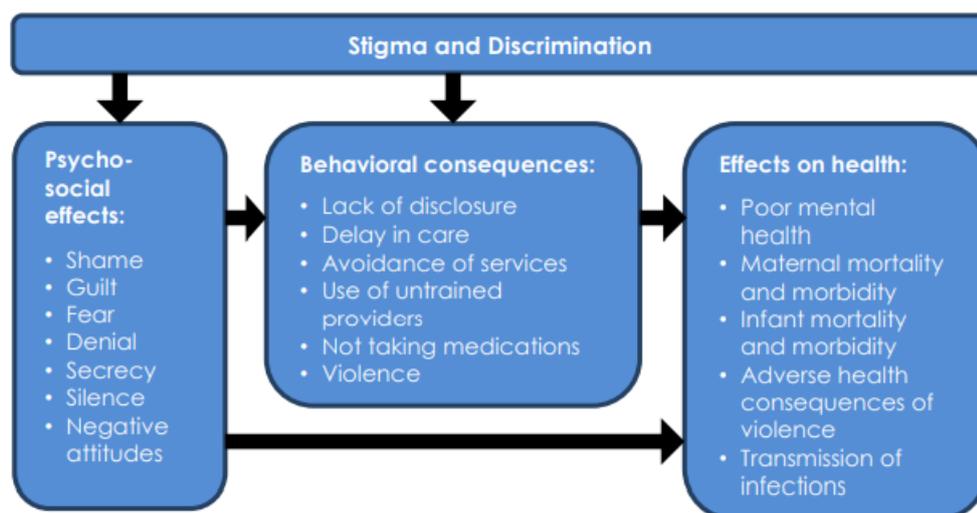
Οι γυναίκες αναπαραγωγικής ηλικίας μπορεί να φοβούνται ή να βιώνουν το στίγμα και τις διακρίσεις που σχετίζονται με τον ιό HIV σε ένα πλήθος πλαισίων στην καθημερινή τους ζωή—στην προσωπική τους σχέση, στην οικογένειά τους, στην κοινότητα, στην εργασία και στις υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης.

Το στίγμα που σχετίζεται με τον εαυτό (ή εσωτερικευμένο) είναι μια άλλη σημαντική δύναμη που επηρεάζει αρνητικά την ποιότητα ζωής των γυναικών, τη χρήση της υγειονομικής περίθαλψης και την ψυχική υγεία (Charlotte Watts, et al, 2010).

Οι έγκυες γυναίκες έχουν γίνει ιδιαίτερα ευάλωτες στο στίγμα και τις διακρίσεις, καθώς οι υπηρεσίες μητρότητας έχουν πλέον γίνει πρωταρχικές τοποθεσίες για τον έλεγχο HIV και την παροχή παρεμβάσεων PMTCT, ειδικά στις χώρες της υποσαχάριας Αφρικής με τον υψηλότερο επιπολασμό HIV.

- Αναμενόμενο στίγμα: Οι έγκυες γυναίκες μπορεί να αποφύγουν να αναζητήσουν προγεννητική φροντίδα ή υπηρεσίες τοκετού κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, εάν φοβούνται τον έλεγχο HIV και αναμένουν στίγμα εάν διαπιστωθεί ότι είναι θετικές στον ιό.
- Αντιληπτό κοινοτικό στίγμα: Οι οροθετικές έγκυες γυναίκες μπορεί να αποφύγουν τις υπηρεσίες PMTCT και τη θεραπεία HIV για τη δική τους υγεία, εάν αντιληφθούν ότι οι γυναίκες που ζουν με HIV στην κοινότητά τους βιώνουν στίγμα και διακρίσεις εάν χρησιμοποιούν υπηρεσίες σχετικές με τον HIV.
- Αυτό-στίγμα: Οι οροθετικές γυναίκες που κατηγορούν τους εαυτούς τους και εσωτερικεύουν αρνητικές αντιλήψεις για τα άτομα που ζουν με HIV μπορεί να είναι λιγότερο πιθανό να αναζητήσουν φροντίδα και θεραπεία μπορεί να υποφέρουν από κατάθλιψη.
- Θεσμοθετημένο στίγμα: Έγκυες γυναίκες ή γυναίκες που επιθυμούν να μείνουν έγκυες, οι οποίες αποκαλύπτουν την οροθετική τους κατάσταση μπορεί να κακοποιηθούν σωματικά ή λεκτικά ή να απομονωθούν κοινωνικά (Charlotte Watts, et al, 2010).

Figure 2: A Framework for the Effects of Stigma on Maternal, Neonatal, and Child Health



Adapted from Kumar et al., *Culture, Health, and Sexuality*, 2009.

3.02 Stigma and Discrimination: Key Barriers to Achieving Global Goals for Maternal Health and the Elimination of New Child HIV Infections 2012 « Επιδράσεις του στίγματος και των διακρίσεων στην υγεία των γυναικών, μητέρων και νεογνών»

Σε όλο τον κόσμο, περισσότερες από 700 εκατομμύρια γυναίκες που ζουν σήμερα παντρεύτηκαν πριν από τα 18α γενέθλιά τους, αυξάνοντας τον κίνδυνο πρόωρης εγκυμοσύνης και σεξουαλικά μεταδιδόμενων λοιμώξεων, συμπεριλαμβανομένου του HIV (UNAIDS 2018). Συχνά έχουν περιορισμένη πρόσβαση σε πληροφορίες πρόληψης και περιορισμένη ικανότητα προστασίας από τη μόλυνση από τον ιό HIV.

Μελέτες έχουν δείξει ότι μεταξύ 68% και 95% των γυναικών που ζουν με HIV βιώνουν βία από στενό σύντροφο κατά τη διάρκεια της ζωής τους και σε ορισμένους πληθυσμούς και περιβάλλοντα, οι πιθανότητες είναι διπλάσιες σε σχέση με γυναίκες που δεν ζουν με HIV (UNAIDS 2018).

Παρεμβάσεις έκτακτης ανάγκης και ανθρωπιστικής βοήθειας, πόλεμος, κλιματική αλλαγή, επισιτιστική ανασφάλεια, κακή διακυβέρνηση και άλλες προκλήσεις έχουν συχνά ως αποτέλεσμα την διακοπή της πρόσβασης σε υπηρεσίες πρόληψης, θεραπείας και υποστήριξης για τον HIV και αύξηση των επικίνδυνων συμπεριφορών. Η επισιτιστική ανασφάλεια σε καταστάσεις έκτακτης ανάγκης καθιστά δυσκολότερη την τήρηση και δραστηριότητα της θεραπείας, καθώς συχνά επίσης παρατηρείται να οδηγεί σε συναλλακτικό σεξ που θέτει τα άτομα σε υψηλότερο κίνδυνο μόλυνσης. Οι πρόσφυγες από βασικούς πληθυσμούς που ζουν με HIV μπορεί να αντιμετωπίσουν τριπλό στίγμα για την κατάστασή τους.

Παράλληλα παρατηρείται πως σε ανθρωπιστικές κρίσεις όπου το απόρρητο δεν διατηρείται, τα άτομα που ζουν με HIV θα είναι απρόθυμα να αναζητήσουν υποστήριξη.

Παρά αυτές τις προκλήσεις, περιορισμένες μελέτες έχουν διερευνήσει τον τρόπο με τον οποίο οι έγκυες μητέρες που ζουν με HIV ζουν και αντιμετωπίζουν αυτές τις προκλήσεις. Η καταπολέμηση του στίγματος που σχετίζεται με τον HIV έχει ακολουθήσει διαφορετικές στρατηγικές, όπως ανοιχτές εκστρατείες κατά του στίγματος και των διακρίσεων, θέσπιση νομοθεσίας κατά του στίγματος και των διακρίσεων και της δημιουργίας υπηρεσιών και κοινοτικών παρεμβάσεων με έμφαση στην ανταλλαγή εμπειριών. Ωστόσο, εξακολουθούν να υπάρχουν κενά στην αντιμετώπιση του στίγματος που σχετίζεται με τον HIV μεταξύ των εγκύων. Για να αντιμετωπιστούν αυτά τα κενά, υπάρχει ανάγκη να διερευνηθούν οι εμπειρίες στίγματος που σχετίζονται με τον HIV που βιώνουν οι έγκυες μητέρες και η αντιμετώπιση αυτών από τις ίδιες.

Μετά από πολλαπλές μελέτες και συζητήσεις με τις γυναίκες ως προς τα βιώματα των ίδιων σχετικά με τις εκφάνσεις του στιγματισμού και των διακρίσεων στην καθημερινότητα τους, συμπεραίνεται πως το σίγμα επηρεάζει τις γυναίκες τόσο στην κοινωνική όσο και στην προσωπική ζωή τους κυρίως με τους εξής τρόπους:

- Κοινωνική απόρριψη

Η κοινωνική απόρριψη ορίστηκε ως πραγματικές ενέργειες ή απόπειρες αποκλεισμού των οροθετικών εγκύων από κοινωνικές σχέσεις ή/και κοινωνικές αλληλεπιδράσεις με τρόπο που ήταν αντιληπτός από το θύμα. (Heise, L, et al, 1999) Αυτό αντανακλάται σε μια σειρά συμπεριφορών όπως η επισήμανση, η προσβολή, η αποφυγή και η απόδοση αρνητικών και επικριτικών στερεοτύπων.

Η κοινωνική απόρριψη ήταν ένα μεγάλο μέρος των αρνητικών εμπειριών που περιγράφουν οι οροθετικές έγκυες γυναίκες. Η πλειοψηφία των γυναικών απορρίφθηκαν και απομονώθηκαν από μέλη της κοινότητάς τους ή μέλη της οικογένειάς τους. Το ανησυχητικό αποτέλεσμα αυτού του κοινωνικού παραγκωνισμού είναι πως αυτές οι εμπειρίες φαίνεται πως είναι δυνητικά ικανές να υπονομεύσουν την προθυμία των γυναικών να αναζητήσουν ιατρική φροντίδα και κοινωνική υποστήριξη στο μέλλον.

Αυτή η απομόνωση που η κοινωνική απόρριψη φέρνει μπορεί να οδηγήσει σε χαμηλή αυτοεκτίμηση, αισθήματα ανεπάρκειας και ανικανότητας, κατάθλιψη και αυτοκτονικό ιδεασμό, καθώς και έχει

άμεση σύνδεση με φαινόμενα επιλόχειου κατάθλιψης (Poku O.B, et al, 2020). Αυτά τα ευρήματα υποδηλώνουν ότι απαιτείται ακόμη περισσότερη προσπάθεια για την εξάλειψη της κοινωνικής απόρριψης των ατόμων που ζουν με HIV.

- Δημόσια γελοιοποίηση

Η δημόσια γελοιοποίηση ορίζεται ως υποτιμητική και περιφρονητική γλώσσα και/ή συμπεριφορές με την πλειονότητα των γυναικών σε εύρος μελετών να εκφράζει τη δημόσια γελοιοποίηση ως την πρωταρχική και πιο συνηθισμένη και καθημερινή μορφή στιγματισμού που σχετίζεται με τον ιό HIV (Heise, L, et al, 1999).

Λόγω της συχνότητας και καθημερινότητας της συγκεκριμένης κατάστασης πολλές γυναίκες χωρίς αναγκαστικά να έχουν λάβει κάποια επαγγελματική υποστήριξη έχουν αναπτύξει προσωπικές στρατηγικές αντιμετώπισης του στίγματος που σχετίζονται με τον ιό HIV όπως, η αγνόηση, η κοινωνική υποστήριξη μέσα στο δικό τους περιβάλλον και σε συγκεκριμένα ιδιαίτερα θρησκευτικό-κεντρικά περιβάλλοντα τις προσευχές. Ωστόσο αν και οι περισσότερες γυναίκες σταδιακά προσαρμόζονται στο να αγνοούν το στίγμα και τις διακρίσεις που στρέφονταν εναντίον τους, οι περισσότερες από αυτές αν ερωτηθούν συχνά αναφέρουν ότι αρχικά ενοχλήθηκαν από αρνητικά σχόλια από μέλη της οικογένειας και της κοινότητας πριν αναπτύξουν κάποια από αυτά τα μέτρα αντιμετώπισης (Heise, L, et al, 1999).

- Απόδοση ευθυνών

Οι οροθετικές γυναίκες θεωρούνται συνήθως υπεύθυνες για την κατάστασή τους και επομένως η κοινωνική απόρριψη είναι σχεδόν αναπόφευκτη. Τέτοιες συνθήκες περιορίζουν την αποκάλυψη της κατάστασης τους ως προς τον ιό τόσο από επαγγελματίες υγείας αλλά και από το άμεσο οικογενειακό τους περιβάλλον, την πρόσβαση σε τεστ διάγνωσης του HIV, θεραπεία και άλλες υπηρεσίες αντιμετώπισης του HIV.

Αυτά είναι κοινά ευρήματα στο εύρος πολλαπλών μελετών και υποδεικνύουν ότι ένα μεγάλο μέρος του πληθυσμού εξακολουθεί να μην βλέπει το HIV/AIDS ως μια χρόνια πάθηση με πολλούς τρόπους μετάδοσης και διαχείρισης αλλά μάλλον ως μια θανατηφόρα ασθένεια που προέρχεται από την ανευθυνότητα και ανηθικότητα των ατόμων που νοσούν.

Μελέτες που αξιολογούν την κοινωνική υποστήριξη και το στίγμα μεταξύ των οροθετικών ασθενών υποδεικνύουν το ρόλο της κοινωνικής υποστήριξης ως ρυθμιστικό παράγοντα για το καλώς έχειν τον ασθενών. Δικαιολογημένα, η κοινωνική υποστήριξη έχει αποδειχθεί ότι προάγει την τήρηση της αντιρετροϊκής θεραπείας, υποδηλώνοντας έτσι ότι η κοινωνική υποστήριξη είναι ανεκτίμητη για τις οροθετικές εγκύους, με ιδιαίτερα σημαντική την υποστήριξη από τον σύντροφο και την στενή οικογένεια (Heise, L, et al, 1999).

Το στίγμα που σχετίζεται με τον HIV μεταξύ των εγκύων γυναικών έχει επίσης, όπως προαναφέρθηκε, συσχετιστεί με κατάθλιψη, βία, ανεπαρκή παρακολούθηση, κακή συμμόρφωση στη θεραπεία, αυξημένο ιικό φορτίο και αυξημένο κίνδυνο μετάδοσης του HIV από τη μητέρα στο παιδί. Το 90% της λοίμωξης από τον ιό HIV στα παιδιά οφείλεται στην κάθετη μετάδοση από μητέρα σε παιδί (UNAIDS 2018).

Πέρα από το στίγμα αυτό καθαυτό υπάρχουν πολλοί άλλοι παράγοντες που μπορεί να επηρεάσουν την έκταση του αντίκτυπου που έχει το στίγμα στην περιγεννητική περίοδο ξεκινώντας από το πως νιώθει η γυναίκα για την ίδια την κύηση μέχρι την προθυμότητα της να αναζητήσει βοήθεια και να ακολουθήσει την αγωγή.

Συγκεκριμένα, οι γυναίκες με AIDS αντιμετωπίζουν συνεχείς ψυχολογικές δυσκολίες κατά την περίοδο της κύησης, παρόλο που η ίδια η εγκυμοσύνη μπορεί να είναι φυσιολογική και υγιής. Είναι γνωστό ότι η ισορροπημένη ψυχική κατάσταση είναι βασικός καθοριστικός παράγοντας για μια φυσιολογική εγκυμοσύνη και αποτελεί την αφετηρία για μια καλή ποιότητα ζωής (Janet Turan, et al, 2012). Παρόλο που η πρόοδος τόσο στην τεχνολογία όσο και στην ιατρική είναι ταχεία, οι μολυσμένες έγκυες φαίνεται να μην έχουν αυτή τη βασική απαίτηση.

- Ακούσια εγκυμοσύνη

Έχει παρατηρηθεί πως μια θετική διάγνωση HIV επηρεάζει άμεσα τις επιθυμίες των γυναικών ως προς την απόκτηση παιδιών, γεγονός που βασίζεται κυρίως σε ανησυχίες για την μετάδοση του ιού στο παιδί, την αδυναμία φροντίδας των παιδιών τους, τον αυξημένο κίνδυνο για την υγεία της μητέρας, την αυξημένη οικονομική επιβάρυνση, καθώς και τον στιγματισμό που μπορεί να αναφέρεται στην μητέρα που επιλέγει να «εκθέσει σε κίνδυνο» ένα νέο παιδί ή στην αποκάλυψη του HIV status της γυναίκας κατά την εγκυμοσύνη και τη λοχεία. Ορισμένες μελέτες έχουν βρει ότι τα άτομα που ζουν με τον ιό HIV μπορεί να αποφασίσουν να κάνουν επιπλέον παιδιά καθώς αρχίζουν να αισθάνονται πιο υγιείς

όσο προχωράει η θεραπευτική αγωγή και αρχίζουν να νιώθουν πιο ασφαλείς ως προς την μετάδοση της νόσου. Ενώ πολλές οροθετικές γυναίκες μπορεί να θέλουν να αποφύγουν μια εγκυμοσύνη, η ακούσια εγκυμοσύνη (το ποσοστό των κυήσεων που ήταν επιθυμητές αργότερα ή καθόλου) είναι γενικά υψηλό μεταξύ των γυναικών που ζουν με HIV/AIDS με μελέτες να έχουν επίσης βρει υψηλά ποσοστά ακούσιας εγκυμοσύνης μεταξύ αυτών των γυναικών: μεταξύ 68 και 71% στη Νότια Αφρική, 66–92% στην υποσακχάρια Αφρική, 60% στον Καναδά και 83% στις Ηνωμένες Πολιτείες (Poku O.B, et al, 2020)

Παράλληλα έχει παρατηρηθεί πως η προσωπικές και κοινωνικές πιέσεις γύρω από την προώθηση μιας «φυσιολογικής» εικόνας υγείας και ζωής οδηγούν τα άτομα που ζουν με τον ιό HIV να κάνουν παιδιά ανεξαρτήτως αν τα θέλουν ή όχι.

Δεδομένου ότι ορισμένες γυναίκες αναφέρουν ανησυχίες σχετικά με τη φροντίδα και την οικονομική υποστήριξη των οικογενειών τους ως λόγους για τους οποίους δεν επιθυμούν επιπλέον παιδιά, η παροχή θέσεων εργασίας και άρα εισοδήματος και οι δραστηριότητες προσωπικής ενδυνάμωσης μέσα από προγράμματα κατάρτισης και υποστήριξης θα μπορούσαν επίσης να διερευνηθούν ως τρόποι μείωσης των συναισθημάτων εσωτερικευμένου στίγματος σε περίπτωση ακούσιας εγκυμοσύνης, παρέχοντας παράλληλα υπηρεσίες οικογενειακού προγραμματισμού για το μέλλον καθώς και υπηρεσίες προώθησης εκμάθησης αναπαραγωγικής υγείας.

Ως προς την παράμετρο του στίγματος φαίνεται να υπάρχει μια ισχυρή σύνδεση μεταξύ του εσωτερικευμένου στίγματος και των προθέσεων γονιμότητας μιας γυναίκας. Ενώ η συσχέτιση μεταξύ ακούσιας εγκυμοσύνης και εσωτερικευμένου στίγματος παρέμεινε σημαντική ως προς το προσωπικό βίωμα του στίγματος, απαιτείται περαιτέρω έρευνα σχετικά με το εάν η εμπειρία διάκρισης που σχετίζεται με τον HIV ή η εμπειρία βίας ως συνέπεια του HIV status μεσολαβεί στη συσχέτιση μεταξύ ακούσιας εγκυμοσύνης και εσωτερικευμένου στίγματος (Poku O.B, et al, 2020).

Η επέκταση των προσβάσεων σε ολοκληρωμένες υπηρεσίες HIV ή ο εξοπλισμός των εργαζομένων στον τομέα της υγείας να παρέχουν αμερόληπτες υπηρεσίες αναπαραγωγικής υγείας μπορεί να συμβάλει στη μείωση των φραγμών που αντιμετωπίζουν οι γυναίκες στην διαδικασία πρόσβασης σε μεθόδους αντισύλληψης.

Εδώ είναι που δίνεται ιδιαίτερη έμφαση στον ρόλο των μαιών και των παρόχων υπηρεσιών υγείας καθώς μπορεί να παίξουν καθοριστικό ρόλο

στον οικογενειακό προγραμματισμό και δίνοντας έτσι στην κάθε γυναίκα την αίσθηση ελέγχου και αυτοκυριαρχίας ως προς τις αναπαραγωγικές της αποφάσεις να οδηγήσουν σε μείωση αρνητικών συναισθημάτων απέναντι στον εαυτό τους.

Ως εκ τούτου, και λαμβάνοντας υπόψιν την πιθανή αλλαγή αναπαραγωγικών επιθυμιών της κάθε γυναίκας όσο προσαρμόζεται με τον καιρό στην θεραπεία, είναι επακόλουθο συχνά να αλλάζουν και οι ανάγκες για αντισύλληψη και οι πάροχοι υγειονομικής περίθαλψης θα πρέπει να φροντίσουν να διατηρήσουν ένα συνεχόμενο ανοικτό διάλογο με την κάθε γυναίκα για τις ανάγκες της. Είναι επίσης πολύ σημαντικό να τονιστεί πως με τον προγραμματισμό των κυήσεων μπορεί επίσης να μειωθεί το εσωτερικευμένο στίγμα της κάθε γυναίκας, καθώς με τον να είναι γνωστή μια εγκυμοσύνη καθίσταται ευκολότερη η φαρμακευτική της διαχείριση και η διασφάλιση της καλής υγείας του παιδιού και της μητέρας. Τα προγράμματα οικογενειακού προγραμματισμού και διαχείρισης του HIV, και άλλα, όπως οι υπηρεσίες μητρικής και προγεννητικής φροντίδας, θα πρέπει να συνεχίσουν να διερευνούν πώς να υποστηρίξουν καλύτερα την πρόσβαση των γυναικών σε ολοκληρωμένες υπηρεσίες αναπαραγωγικής υγείας και οικογενειακού προγραμματισμού και να συνεχίσουν να αντιμετωπίζουν το στίγμα και τις διακρίσεις για τον HIV, ώστε τα άτομα που ζουν με HIV να έχουν πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας χωρίς φόβο κοινωνικής ή οικογενειακής απόρριψης.

- Υπηρεσίες PMTCT

Το στίγμα δεν επηρεάζει μόνο την γυναίκα ψυχολογικά αλλά έχει πιθανό αντίκτυπο και στα ποσοστά κάθετης μετάδοσης του ιού από τη μητέρα στο έμβρυο/νεογνό, μέσα από προβλήματα που σχετίζονται με την προσβασιμότητα σε υπηρεσίες παροχής φροντίδας, τη συνέχεια των εξετάσεων και τις προμήθειες φαρμάκων, το κόστος πρόσβασης στην περίθαλψη και την συμμόρφωση με την αγωγή μετά τον τοκετό.

Τα ευρήματα υποδηλώνουν ότι οι επιδράσεις του στίγματος ευθύνονται για περισσότερες από τις μισές λοιμώξεις από μητέρα σε παιδί σε ορισμένες περιπτώσεις. Ένα εξαιρετικά αποτελεσματικό πρόγραμμα μείωσης του στίγματος θα μπορούσε να μειώσει τις βρεφικές λοιμώξεις έως και 33 % (Sara Chace Dwyer, et al, 2021)

Το στίγμα και οι διακρίσεις για τον HIV είναι σημαντικοί παράγοντες, μαζί με άλλους παράγοντες φύλου, όπως η ανισότητα και η βία κατά των γυναικών, στην αποτροπή της χρήσης και της τήρησης των υπηρεσιών, γεγονός που συμβάλλει στη μετάδοση του ιού και τη νοσηρότητα.

Το PMTCT είναι ένα ολοκληρωμένο πρόγραμμα πρόληψης πολλαπλών σταδίων που ακολουθεί τις γυναίκες καθ' όλη την περιγεννητική περίοδο και άρα αποτελεί εξαιρετικά εύφορο έδαφος για την εφαρμογή προγραμμάτων αντιμετώπισης του στίγματος, στο επίπεδο της προσέγγισης των ίδιων των γυναικών. Με δυνητικά έως και τις μισές κάθετες μεταδόσεις να αποδίδονται στο στίγμα, περισσότερες επενδύσεις στην αντιμετώπιση του στιγματισμού αποτελούν επείγουσα ανάγκη.

Απαιτείται, βέβαια περαιτέρω έρευνα για να αυξηθεί η κατανόηση των προοπτικών των γυναικών σχετικά με το PMTCT και πώς το στίγμα και άλλοι παράγοντες που σχετίζονται με το φύλο επηρεάζουν τη συμμετοχή σε κάθε βήμα της διαδικασίας PMTCT και για να υποστηριχθεί ο προγραμματισμός προγραμμάτων και παρεμβάσεων που είναι ακριβή και αποτελεσματικά. Έτσι πρόσφατες μελέτες δείχνουν πως οι επενδύσεις σε παρεμβάσεις μείωσης του στίγματος παράλληλα με πιο «παραδοσιακά» προγράμματα ιατρικών υπηρεσιών θα έχουν πολλαπλασιαστικό αποτέλεσμα εντός των κοινοτήτων, το οποίο θα επηρεάσει όχι μόνο τα προγράμματα PMTCT αλλά και τα προγράμματα ART και άλλες μορφές πρόληψης και φροντίδας γύρω από τον HIV. Αυτά τα οφέλη μπορεί να είναι εκτεταμένα, καθώς το στίγμα αποτελεί δομική κινητήρια δύναμη των προβλημάτων της διαχείρισης της επιδημίας του HIV και των συνεπειών της. (Sara Chace Dwyer, et al, 2021)

Για την επίτευξη του PMTCT, είναι σημαντικό να διερευνηθούν οι εμπειρίες στίγματος που σχετίζονται με τον HIV και οι στρατηγικές διαχείρισης των εγκύων γυναικών σε πολιτιστικά πλαίσια στην κάθε χώρα.

Μία από τις πιο συχνά αναφερόμενες παραμέτρους που εκφράζουν οι γυναίκες ως προς την διστακτικότητα τους να προσεγγίσουν υπηρεσίες περίθαλψης και ως προς την τήρηση της αγωγής είναι ο φόβος τους για ακούσια αποκάλυψη της κατάστασης τους και αμφιβολίες σχετικά με την εμπιστευτικότητα των αποτελεσμάτων, την πρόβλεψη του μελλοντικού στιγματισμού, των διακρίσεων και τις αρνητικές αντιδράσεις σε ένα θετικό αποτέλεσμα HIV με τα οποία αναμένουν να έρθουν αντιμέτωπες. Οι έρευνες δείχνουν ότι ο φόβος του στιγματισμού και οι διακρίσεις εμποδίζουν την απόφαση μιας γυναίκας να αναζητήσει ή και να υποβληθεί σε εξέταση για HIV. Οι έγκυες γυναίκες φοβούνται μήπως λάβουν ένα θετικό αποτέλεσμα και τις αρνητικές αντιδράσεις που μπορεί να υποστούν από τους επαγγελματίες υγείας, την οικογένεια, τους φίλους ή/και την κοινότητα (Sara Chace Dwyer, et al, 2021),

Οι έγκυες ή οι γυναίκες μετά τον τοκετό φαίνεται να είναι σημαντικά λιγότερο πρόθυμες να δεχτούν ένα τεστ HIV εάν αντιλαμβάνονταν πως η κοινωνική υποστήριξη από την οικογένεια και την κοινότητα ήταν χαμηλά.

Ωστόσο παρά την παροχή υπηρεσιών PMTCT σε πολλές χώρες, οι γυναίκες συνεχίζουν να πεθαίνουν και τα βρέφη συνεχίζουν να προσβάλλονται από τον ιό HIV, οδηγώντας σε ασθένεια και θάνατο. Αυτή η κατάσταση φαίνεται να οφείλεται στη χαμηλή χρήση γνωστών, αποτελεσματικών (και συχνά διαθέσιμων) παρεμβάσεων για PMTCT σε πολλά περιβάλλοντα. Τα δεδομένα από διάφορες χώρες δείχνουν μεγάλες μειώσεις στην απορρόφηση και διατήρηση στις υπηρεσίες PMTCT σε κάθε στάδιο της όλης διαδικασίας. Αν και έχουν σημειωθεί μεγάλα βήματα στον προγεννητικό έλεγχο HIV - και η εισαγωγή του γρήγορου τεστ σε πολλά περιβάλλοντα έχει ουσιαστικά εξαλείψει το χάσμα μεταξύ αυτών των εγκύων που δέχονται εξετάσεις για HIV και εκείνων που λαμβάνουν τα αποτελέσματα του τεστ HIV - οι μεγαλύτερες απώλειες παρατηρούνται κατά την έναρξη και διατήρηση της αγωγής.

Πολλαπλές αναφορές και μελέτες που πραγματοποιήθηκαν σε διάφορες τοποθεσίες χωρών δείχνουν ότι οι φόβοι και οι εμπειρίες για στίγμα και διακρίσεις από την κοινότητα, την οικογένεια και τους εργαζόμενους στον τομέα της υγείας είναι από τα σημαντικότερα εμπόδια στην αποδοχή των τεστ HIV από τις εγκύους κατά τη διάρκεια της προγεννητικής φροντίδας, της αρχικής συμμετοχής τους σε προγράμματα για PMTCT και τη διατήρηση και τήρησή τους σε αυτά τα προγράμματα.

Οι έγκυες γυναίκες συχνά τίθενται σε ένα αβάσιμο δίλημμα στο οποίο αναγκάζονται να επιλέξουν ανάμεσα σε άμεσες απειλές για την κοινωνική, οικονομική και σωματική τους ευημερία εάν αποκαλυφθεί η κατάστασή τους ως προς τον HIV και τα μελλοντικά οφέλη για την υγεία τους και το αγέννητο παιδί τους που θα τους παρέχει η χρήση υπηρεσιών PMTCT.

Οι φόβοι για αποκάλυψη και μη αποκάλυψη φαίνεται να είναι βασικοί μηχανισμοί μέσω των οποίων το στίγμα και οι διακρίσεις λειτουργούν ως εμπόδια στη χρήση των υπηρεσιών PMTCT και μητρότητας. Η αποκάλυψη της κατάστασης του HIV μπορεί να έχει σημαντικά οφέλη, όπως η απόκτηση πρόσβασης σε υπηρεσίες κοινωνικής υποστήριξης, η μείωση του κινδύνου μετάδοσης του HIV στους συντρόφους, η απόκτηση άμεσων οφελών για την υγεία, η λήψη πιο κατάλληλης ιατρικής θεραπείας, η μείωση άγχους και η εδραίωση κοινωνικού δικτύου ασφαλείας. (Charlotte Watts, et al, 2010)

Οι ολοκληρωμένες υπηρεσίες αναπαραγωγικής υγείας και HIV δεν θα φτάσουν στο έπακρο της δυνατότητας τους να σώσουν ζωές χωρίς να αντιμετωπιστεί το πλαίσιο της ζωής των γυναικών και, ειδικότερα, οι συνεχιζόμενες απειλές στιγματισμού και διακρίσεων που συνδέονται με την οροθετική κατάσταση σε τόσες πολλές χώρες.

Η πρόωμη ώθηση για την επέκταση των υπηρεσιών PMTCT, όπου οι ανάγκες είναι μεγαλύτερες, ξεκίνησε το 1999 όταν οι υποστηρικτές, συμπεριλαμβανομένου του Ιδρύματος Παιδιατρικού AIDS Elizabeth Glaser (EGPAF), έκαναν έκκληση για επέκταση των υπηρεσιών PMTCT σε περιοχές περιορισμένων πόρων. Ταυτόχρονα, η UNICEF ξεκίνησε πιλοτικά έργα σε 11 διεθνείς τοποθεσίες προς μελέτη της σκοπιμότητας εισαγωγής υπηρεσιών HIV στην προγεννητική φροντίδα. Τέτοια βήματα βοήθησαν να αναγκαστεί ο κατασκευαστής της ζιδοβουδίνης (AZT), του πρώτου φαρμάκου στον κόσμο που εγκρίθηκε για τη θεραπεία του HIV, να μειώσει τις τιμές του κατά 75 τοις εκατό για τις αναπτυσσόμενες χώρες.

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ) δημοσίευσε τις πρώτες του κατευθυντήριες οδηγίες θεραπείας σε σχέση με το PMTCT το 2001 και συνεχίζει να τις ενημερώνει τακτικά με βάση τα νέα στοιχεία. Με τα χρόνια, οι συστάσεις έχουν εξελιχθεί για να διευρύνουν ευρέως την επιλεξιμότητα και την πρόσβαση. Μία περίοδο, για παράδειγμα, το συνιστάμενο σχήμα PMTCT, με βάση επιστημονικά στοιχεία και εκτιμήσεις κόστους, ήταν εφάπαξ δόση nevirapine που χορηγούταν σε έγκυες γυναίκες που ζούσαν με HIV πριν από τον τοκετό και στα μωρά τους αμέσως μετά τη γέννηση. Σήμερα, σε όλους όσους υποβάλλονται σε προγράμματα PMTCT προσφέρεται, αμέσως μετά τη διάγνωση, ισόβια θεραπεία με τα τυπικά σχήματα ART θεραπείας που περιλαμβάνει το κάθε εθνικό σχέδιο (UNICEF 2018).

Οι γυναίκες ήταν κρίσιμες για την ανάπτυξη και υλοποίηση στρατηγικών αντιμετώπισης, είτε με το να ηγούνται, είτε με το να εργάζονται για κυβερνήσεις, οργανώσεις της κοινότητας και εγκαταστάσεις υγειονομικής περίθαλψης, είτε ως εθελοντές ή σε οργανισμούς των Ηνωμένων Εθνών όπως το UNAIDS, η UNICEF, το Ταμείο Πληθυσμού των Ηνωμένων Εθνών (UNFPA) και ο ΠΟΥ.

Μερικές από αυτές τις γυναίκες με επιρροή ζούσαν ή επηρεάζονταν άμεσα από τον ιό HIV, συμπεριλαμβανομένων υποστηρικτών και ειδικών από τη Διεθνή Κοινότητα Γυναικών που Ζουν με HIV (ICW) και το Παγκόσμιο Δίκτυο Ατόμων που Ζουν με HIV (GNP+), τα οποία και τα

δύο έχουν παίξει ουσιαστικό ρόλο στη διασφάλιση των δικαιωμάτων και στο να εξασφαλίσουν πως οι ανάγκες όλων των γυναικών που ζουν με HIV αντικατοπτρίζονται σε κάθε πτυχή της ανταπόκρισης στον HIV. (UNICEF 2018)

Αυτές οι γυναίκες πρόσφεραν πολύτιμη καθοδήγηση με βάση τις προσωπικές τους εμπειρίες και τις επαφές τους με συνομηλίκους που μπορεί να είχαν λάβει υπηρεσίες PMTCT κάποια στιγμή ή μπορεί να τις χρειαστούν στο μέλλον. Τέτοιες συνεισφορές από γυναίκες που ζουν με HIV έχουν επηρεάσει τη διαμόρφωση του προγραμματισμού PMTCT.

Η παροχή τεστ HIV και αντιρετροϊκών σκευασμάτων για PMTCT σε κέντρα πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας όπου οι έγκυες γυναίκες είχαν ήδη πρόσβαση στη φροντίδα για τον εαυτό τους και τα παιδιά τους ήταν καθοριστικής σημασίας για την αύξηση της κάλυψης ARV μεταξύ των εγκύων γυναικών.

Επιπλέον, τα κανάλια μέσων -όπως η τηλεόραση, το ραδιόφωνο, το Διαδίκτυο και οι αφίσες/αφίσες- μπορεί να θεωρηθεί ότι δείχνουν ότι ο HIV επηρεάζει κοινούς ανθρώπους και δίνουν στην επιδημία ένα ανθρώπινο πρόσωπο. Προγράμματα όπως το "Siyayinqoba Beat It!" στη Νότια Αφρική (Community Media Trust 2011) έχουν παρουσιάσει ιστορίες εγκύων γυναικών που ζουν με HIV. Ωστόσο, ενώ μία ποιοτική έρευνα με γυναίκες που παρακολουθούν υπηρεσίες PMTCT στη Νότια Αφρική αποκάλυψε ότι αυτή η προσοχή των μέσων ενημέρωσης γύρω από τον HIV και το PMTCT θα μπορούσε να έχει θετικά αποτελέσματα - με τη μορφή βοήθειας στη διευκόλυνση της επιθυμητής αποκάλυψης - μπορεί επίσης να έχει αρνητικά αποτελέσματα, προκαλώντας ανεπιθύμητη αποκάλυψη και στίγμα δημιουργώντας μια δημόσια συσχέτιση μεταξύ του HIV και ορισμένων πρακτικών υγείας της μητέρας και του παιδιού (δηλαδή, ο αποκλειστικός θηλασμός). Στην Κένυα, εκστρατείες μέσων ενημέρωσης PMTCT που τονίζουν τη σημασία του τοκετού σε εγκαταστάσεις υγείας για οροθετικές εγκύους μπορεί να έχουν ακούσια ενισχύσει την εικόνα ότι ο τοκετός σε υγειονομική μονάδα είναι κάτι μόνο για γυναίκες με επιπλοκές ή ασθένειες όπως ο HIV. Επομένως, συνιστάται όταν σχεδιάζονται εκστρατείες μέσων για PMTCT να είναι θεμελιώδης η συμμετοχή και η συμβολή ομάδων υπεράσπισης και εγκύων θετικών στον ιό HIV. (Charlotte Watts, et al, 2010)

- Συμμετοχή ανδρών συντρόφων εγκύων γυναικών στην προγεννητική φροντίδα και στο PMTCT.

Δεδομένων των φόβων των εγκύων γυναικών για αντιδράσεις των αρσενικών συντρόφων τους και, επομένως, της έλλειψης αποκάλυψης, τα προγράμματα θα πρέπει επίσης να περιλαμβάνουν παρεμβάσεις που εμπλέκουν τους άνδρες συντρόφους εγκύων γυναικών σε προγεννητικό τεστ HIV, PMTCT και φροντίδα HIV. (Charlotte Watts, et al, 2010)

Πράγματι, οι στρατηγικές συμβουλευτικής ζευγαριών για εγκύους και τους άνδρες συντρόφους τους ήταν επιτυχείς σε πολλά περιβάλλοντα. Ωστόσο, μέχρι σήμερα, οι στρατηγικές συμβουλευτικής ζευγαριών έχουν ωφελήσει μόνο τη μειοψηφία των ζευγαριών που μπορούν να έρθουν μαζί στην κλινική. Έτσι, υπάρχει ανάγκη να διερευνηθούν παρεμβάσεις που βασίζονται στην κοινότητα και στο σπίτι που συναντούν τους άνδρες όπου βρίσκονται και βοηθούν στην αλλαγή στιγματιστικών στάσεων και μεροληπτικών και βίαιων συμπεριφορών (Charlotte Watts, et al, 2010).

- Mother2Mother παρέμβαση

Μια ιδιαίτερα αποτελεσματική και πολλά υποσχόμενη παρέμβαση είναι το πρόγραμμα Mother-To-Mother στο οποίο γυναίκες που έχουν πρόσφατα διαγνωσθεί με HIV κατά την περιγεννητική περίοδο φέρνονται μέσω των υπηρεσιών περίθαλψης και φροντίδας σε επαφή με άλλες γυναίκες οι οποίες είχαν περάσει το ίδιο στο παρελθόν, δημιουργώντας μία σχέση μητέρας μέντορα που στρέφεται γύρω από την προώθηση πρακτικών, καθημερινών πληροφοριών ως προς την διαχείριση της ασθένειας και την υποστήριξη της νέας μητέρας κατά αυτήν την ιδιαίτερα ευαίσθητη φάση της ζωής της.

Είναι μία προσέγγιση που χρησιμοποιείται συχνά για να βοηθήσει στην ενίσχυση της συμμόρφωσης και της διατήρησης της θεραπείας μεταξύ εγκύων και θηλαζουσών γυναικών, καθώς μια συνομήλικη που ακολουθούσε για περισσότερο καιρό αγωγή ART και έχει εκπαιδευτεί στο να παρέχει πληροφορίες, συμβουλές και υποστήριξη σε τακτική βάση, και που θα συνοδεύει και στις επισκέψεις στην κλινική την νέα ασθενή ως «μητέρα μέντορας» ως προσέγγιση συνοψίζει τις μοναδικές ευκαιρίες και την αξία της φροντίδας και της υποστήριξης που παρέχεται από τις γυναίκες σε κοινοτικό επίπεδο.

Η παροχή φροντίδας βασίζεται τόσο σε παράγοντες προγραμματισμού όσο και σε παράγοντες συμπεριφοράς, συμπεριλαμβανομένης της σταθερής διαθεσιμότητας φαρμάκων (συχνά ένα ζήτημα της

εφοδιαστικής αλυσίδας), της υποστήριξης συμμόρφωσης (συχνά που προσφέρεται καλύτερα από συνομηλικούς που βασίζονται στην κοινότητα) και των δεσμών μέσω της ψυχοκοινωνικής και οικονομικής υποστήριξης, παράλληλα με την παρακολούθηση από επαγγελματίες υγείας και την παροχή υπηρεσιών υγείας (UNICEF 2018).

Μεταξύ άλλων, η ποιοτική φροντίδα περιλαμβάνει:

- Παρακολούθηση του ικού φορτίου των μητέρων σε ART. E
- Επανάληψη εξετάσεων
- Πρόσβαση σε υπηρεσίες σεξουαλικής και αναπαραγωγικής υγείας και δικαιωμάτων (SRHR), συμπεριλαμβανομένου του οικογενειακού προγραμματισμού και
- Υπηρεσίες υποστήριξης στους τομείς της διατροφής, της μείωσης του στίγματος και της βίας με βάση το φύλο (UNICEF 2018).

Οι κοινοτικοί οργανισμοί που ιδρύονται και διευθύνονται σε μεγάλο βαθμό από και για γυναίκες που ζουν με ή είναι ευάλωτες στον HIV έχουν μακρά ιστορία σημαντικής υποστήριξης για καλύτερα αποτελέσματα της PMTCT. Τα ευρήματα από έρευνες και αναφορές που εστιάζουν στις εμπειρίες και τις ανάγκες των ατόμων στα οποία απευθύνονται υπογραμμίζουν την αξία τέτοιων υπηρεσιών που βασίζονται στην κοινότητα.

- Η επίδραση του στίγματος γύρω από τον HIV ως προς τους εφήβους και συγκεκριμένα τα έφηβα κορίτσια

Η επιβάρυνση του HIV στον παιδικό πληθυσμό επηρεάζει δυσανάλογα τους εφήβους, ιδιαίτερα τα έφηβα κορίτσια. Η πρόοδος είναι πιο αργή όσον αφορά την πρόληψη νέων μολύνσεων από τον ιό HIV μεταξύ των εφήβων παγκοσμίως, και ιδιαίτερα μεταξύ των εφήβων κοριτσιών και των νεαρών γυναικών στην υποσακχάρια Αφρική και σε άλλα περιβάλλοντα χαμηλού εκπαιδευτικού και κοινωνικοοικονομικού επιπέδου.

Πολλοί παράγοντες καθιστούν τα κορίτσια και τις νέες γυναίκες ιδιαίτερα ευάλωτα στην προσβολή και μόλυνση από τον ιό του HIV, συμπεριλαμβανομένων των πρώιμων φαινομένων βίας λόγω φύλου, ανασφαλών συμπεριφορών που σχετίζονται με περιορισμένη πρόσβαση σε οικονομικές ευκαιρίες και εγκατάλειψης του σχολείου για διάφορους λόγους, συμπεριλαμβανομένης της ακούσιας εφηβικής εγκυμοσύνης (UNICEF 2018).

Κάθε χρόνο από το 2000, τα κορίτσια αντιπροσωπεύουν τουλάχιστον τα δύο τρίτα ετήσιων νέων μολύνσεων HIV μεταξύ όλων των ατόμων ηλικίας 15-19 παγκοσμίως. Τα κορίτσια και οι γυναίκες, όποια και αν είναι η ηλικία τους, είναι βιολογικά πιο ευάλωτα στην απόκτηση του HIV από τους άνδρες σε ετεροφυλοφιλικές σχέσεις. Αλλά αυτός ο ελαφρώς αυξημένος κίνδυνος εντείνεται από κοινωνικούς, πολιτιστικούς, οικονομικούς, νομικούς και πολιτικούς παράγοντες (UNICEF 2018).

Σε πολλές κοινωνίες με υψηλή επικράτηση του HIV, οι γυναίκες και τα κορίτσια έχουν ελάχιστα ή καθόλου δικαιώματα λήψης αποφάσεων ή οποιοδήποτε λόγο για το ποιον ή πότε θα παντρευτούν, αν μπορούν να φοιτήσουν ή να παραμείνουν στο σχολείο κ.α. Τους στερούνται ευκαιρίες να κληρονομήσουν ή να κατέχουν γη, να έχουν δικό τους εισόδημα ή να συμμετέχουν ουσιαστικά σε κυβερνητικές ή πολιτικές διαδικασίες. Η κακοποίηση και η βία που στρέφονται κατά των γυναικών ενσωματώνονται συχνά στις κοινωνίες τους, καθιστώντας ουσιαστικά αδύνατη την δίωξη των δραστών ακόμη και όταν υπάρχουν σαφή στοιχεία. Οι γυναίκες που προσπαθούν να αναφέρουν τέτοια περιστατικά διατρέχουν κίνδυνο περαιτέρω βίας που θα μπορούσε να είναι πολύ χειρότερη.

Τα έφηβα κορίτσια και οι νεαρές γυναίκες που μεγαλώνουν και ζουν σε τέτοια περιβάλλοντα έχουν συχνά περιορισμένη ικανότητα να μάθουν ακόμη και για βασικά ζητήματα σεξουαλικής και αναπαραγωγικής υγείας, συμπεριλαμβανομένου του HIV.

Ακόμη και όταν έχουν κάποια γνώση, μπορεί να μην είναι σε θέση ή να μην επιθυμούν να ενεργήσουν σχετικά με αυτό αναζητώντας πρόσθετες πληροφορίες και υπηρεσίες, συμπεριλαμβανομένων των εξετάσεων για HIV και σεξουαλικά μεταδιδόμενων λοιμώξεων ή χρησιμοποιώντας προληπτικά εργαλεία, όπως προφυλακτικά. Η περιθωριοποίηση τους λόγω φύλου και η αδυναμία συχνά συνεχίζουν να περιορίζουν τον έλεγχο του σώματός τους και της υγείας τους, ακόμη κι αν έχουν πρόσβαση σε τέτοιες πληροφορίες και υπηρεσίες. Οι σύζυγοι, οι φίλοι τους ή άλλοι σεξουαλικοί σύντροφοί τους μπορεί να αρνηθούν να χρησιμοποιήσουν προφυλακτικό, για παράδειγμα, και να γίνουν σωματικά ή συναισθηματικά βίαιοι όταν τους ζητηθεί. Σε ορισμένες χώρες, περισσότερο από το 10% των κοριτσιών ηλικίας 15-19 ανέφεραν ότι είχαν βιώσει αναγκαστικό σεξ. Ο πρώιμος γάμος και η πρώιμη έναρξη σεξουαλικών επαφών σε ορισμένες κοινότητες με υψηλή επικράτηση του HIV μπορεί να εντείνει την ευαλωτότητα των εφήβων κοριτσιών στον HIV.

Απαιτούνται πιο αποτελεσματικά σημεία προσέγγισης για την πρόληψη του HIV για να προσεγγιστούν αυτά τα κορίτσια και οι νεαρές γυναίκες και, όπου είναι δυνατόν, οι σεξουαλικοί τους σύντροφοι. Οι ανισότητες μεταξύ των φύλων γύρω από την έναρξη σεξουαλικής πράξης, είτε επικεντρώνονται στον γάμο είτε όχι, υποδεικνύουν μια ευρύτερη ανάγκη βελτίωσης του προγραμματισμού πρόληψης μεταξύ των έφηβων κοριτσιών και των νεαρών γυναικών και του αντίστοιχου αντρικού πληθυσμού. Η φτώχεια και η έλλειψη ευκαιριών προκύπτουν από αυτούς τους υποκείμενους παράγοντες και συμβάλλουν περαιτέρω σε υψηλά επίπεδα ευπάθειας στον ιό HIV μεταξύ των έφηβων κοριτσιών και των νεαρών γυναικών(UNICEF 2018)

Το αναγκαστικό σεξ και το σεξ με τους μεγαλύτερους συντρόφους είναι επίσης ένας από τους παράγοντες μετάδοσης του HIV

Η επιτυχία στις προσπάθειες για την κάλυψη των αναγκών πρόληψης και υποστήριξης του HIV των εφήβων κοριτσιών και νεαρών γυναικών θα βασίζεται σε ενέργειες, μεταρρυθμίσεις και βελτιώσεις για την αντιμετώπιση των διαφορών μεταξύ των φύλων σε ένα ευρύ φάσμα υγείας και ανάπτυξης με στόχο την δημιουργία νέων ευκαιριών για πρόοδο σε τομείς που κυμαίνονται από την υιοθέτηση των υπηρεσιών σεξουαλικής και αναπαραγωγικής υγείας από τις γυναίκες έως την απασχόληση, την εκπαίδευση και την ανεξαρτησία στη λήψη αποφάσεων. Η ισότητα ευκαιριών είναι ένα πρώτο βήμα προς την ισότητα πρόσβασης και πληροφόρησης, συμπεριλαμβανομένων των νέων γυναικών ευάλωτων στον HIV.

Επίσημα και άτυπα δίκτυα νέων, ορισμένοι από τους οποίους ζουν ανοιχτά με τον ιό, συμμετέχουν στην ευαισθητοποίηση σχετικά με τον HIV σε χώρες σε όλο τον κόσμο

Η πρόληψη του HIV στους νέους απαιτεί ιδιαίτερη προσοχή σε τρεις βασικές ομάδες πληθυσμού: τους άνδρες που κάνουν σεξ με άνδρες, τους ανθρώπους που κάνουν ενέσιμα ναρκωτικά και τους εργαζόμενους του σεξ. Ενώ έχουν γίνει παγκόσμιες προσπάθειες για την εκτίμηση του μεγέθους αυτών των βασικών πληθυσμών σε εθνικό επίπεδο, λίγη προσοχή έχει δοθεί στους νέους (κάτω των 25 ετών) σε αυτές τις ομάδες. Η UNICEF προσπαθεί επί του παρόντος να οικοδομήσει τη βάση στοιχείων για αυτούς τους πληθυσμούς έχοντας ως πυρήνα ένα πακέτο παρεμβάσεων που υπερβαίνουν τον τομέα του HIV και της υγείας για την αντιμετώπιση των δομικών παραγόντων που αυξάνουν άμεσα ή έμμεσα τον κίνδυνο HIV των νέων κοριτσιών, συμπεριλαμβανομένης της

φτώχειας, της ανισότητας των φύλων, τη σεξουαλική βία και την έλλειψη εκπαίδευσης (UNICEF 2018).

Οι δραστηριότητες και οι στρατηγικές προτεραιότητας θα πρέπει να είναι συγκεκριμένες για το κάθε πλαίσιο, παρόλο που ορισμένες μπορεί να έχουν ευρύτερες εφαρμογές. Όπου κι αν ζουν, για παράδειγμα, οι περισσότεροι νέοι μπορεί να ωφεληθούν από την μεταρρύθμιση των νόμων και των πολιτικών για την ηλικία συναίνεσης για τεστ HIV, έναρξη ART και πρόσβαση σε πληροφορίες και υπηρεσίες σεξουαλικής υγείας, συμπεριλαμβανομένων των προφυλακτικών. Η διευρυμένη πρόσβαση σε PrEP και στις υποστηρικτικές υπηρεσίες (συμπεριλαμβανομένης της υποστήριξης συμμόρφωσης με βάση τους ομοτίμους) θα μπορούσε να έχει μεταμορφωτικά αποτελέσματα σε αυτούς τους πληθυσμούς στα περισσότερα περιβάλλοντα. Το ίδιο θα μπορούσε να επιτύχει και η σεξουαλική διαπαιδαγώγηση με βάση το σχολείο που περιλαμβάνει μη επικριτική, τεκμηριωμένη πληροφόρηση σχετικά με όλες τις συμπεριφορές κινδύνου για τον HIV και τις σχετικές επιλογές πρόληψης (UNICEF 2018)

Προκειμένου οι έφηβοι και οι νέοι να προσεγγίζονται και να υποστηρίζονται με μεγαλύτερη επιτυχία, τα ανθρώπινα δικαιώματα και το φύλο θα πρέπει να αποτελούν τον πυρήνα της παροχής ολοκληρωμένων υπηρεσιών που απευθύνονται σε εφήβους και νέους, καθώς και τη διαβεβαίωση ότι μπορούν έχουν πρόσβαση όποτε θέλουν με εμπιστευτικό τρόπο.

Περισσότερα και καλύτερα δεδομένα είναι απαραίτητα

Για να ενδυναμωθούν πραγματικά αυτά τα κορίτσια, πρέπει να ξεπεραστούν τα ταμπού και η άρνηση, για να τα προσεγγίσουν με σεξουαλική διαπαιδαγώγηση, πληροφορίες και ποιοτικές υπηρεσίες που ανταποκρίνονται στις ανάγκες τους. Για αυτούς, ενδυνάμωση σημαίνει την ικανότητα να συναινέσουν στο σεξ εάν το επιθυμούν – χωρίς ντροπή ή φόβο και με άφθονες πληροφορίες, υπηρεσίες και HIV εργαλεία πρόληψης (όπως προφυλακτικά ή PrEP) για την υποστήριξη αυτής της απόφασης και όχι όταν δεν το επιθυμούν χωρίς φόβο για βίαιες συνέπειες (UNICEF 2018).

Ορισμένες ομάδες, όπως η ICW, επιδιώκουν να ενισχύσουν τις προσπάθειες κοινής χρήσης πόρων και υπεράσπισης σε παγκόσμιο, εθνικό και τοπικό επίπεδο για την προστασία των δικαιωμάτων των γυναικών που ζουν με HIV και να τις βοηθήσουν να κάνουν ενημερωμένες επιλογές σχετικά με τη φροντίδα τους. Οι λύσεις πρέπει να

προέρχονται από δύο πηγές: παρόχους υπηρεσιών υγείας και μέλη της οικογένειας ή κηδεμόνες.

Εργαζόμενοι στον τομέα της υγείας, συμπεριλαμβανομένων εκείνων που εργάζονται σε εγκαταστάσεις υπηρεσιών υγείας μητέρων και παιδιών, θα πρέπει να εκπαιδεύονται και να υποστηρίζονται ώστε να μπορούν να παραπέμπουν και να καθοδηγούν τους νέους ασθενείς και τις οικογένειες τους σε υπηρεσίες θεραπείας και πρόσθετη υποστήριξη. Οι φροντιστές, με τη σειρά τους, πρέπει να λάβουν υποστήριξη και επαρκείς πληροφορίες για όλες τις πτυχές της θεραπείας του HIV.

Οι περισσότερες τρέχουσες στρατηγικές επικεντρώνονται πλέον στη συνδυαστική πρόληψη, η οποία αναφέρεται στη διάθεση όσο το δυνατόν περισσότερων σχετικών εργαλείων για την κάλυψη όλων των αναγκών των εύάλωτων ατόμων που σχετίζονται με την πρόληψη. Αυτές περιλαμβάνουν βιοϊατρικές παρεμβάσεις όπως την προφύλαξη πριν από την έκθεση (PrEP), την προφύλαξη μετά την έκθεση (PEP), συμβουλευτική και ολοκληρωμένη σεξουαλική εκπαίδευση με στόχο τη βελτίωση της γνώσης, την αλλαγή συμπεριφοράς και την αύξηση της πρόσβασης σε προγράμματα κοινωνικής προστασίας και οικογενειακού προγραμματισμού.

Αν και ο HIV είναι ο κύριος κινητήριος παράγοντας των παρεμβάσεων δίνεται έμφαση σε μια ευρύτερη ανάλυση και στον εντοπισμό ολοκληρωμένων λύσεων στους τομείς της υγείας και της ανάπτυξης. Απαιτείται περισσότερη δημιουργικότητα και ευελιξία για να αρχίσει να παρατηρείται διαφορά και να αποτραπούν περαιτέρω οπισθοδρομήσεις στην υγεία των νέων και στα ανθρώπινα δικαιώματα.

Τουλάχιστον, όλες οι παρεμβάσεις που εστιάζονται στους εφήβους θα πρέπει να είναι αποδεκτές από αυτούς και να ταιριάζουν στη ζωή τους όσο πιο πολύ γίνεται. Μεταξύ των χρήσιμων προσεγγίσεων είναι: η ενημέρωση για την πρόληψη του HIV και την παραπομπή σε υπηρεσίες ολοκληρωμένης σεξουαλικής εκπαίδευσης, η μείωση των νόμων και πολιτικών για την ηλικία συναίνεσης για την πρόσβαση σε υπηρεσίες σεξουαλικής υγείας και τεστ HIV και ενσωμάτωση μηνυμάτων και υπηρεσιών ευαισθητοποίησης για τον HIV σε χώρους με επίκεντρο τη νεολαία, όπως αθλητικές εκδηλώσεις, κέντρα υποδοχής νέων και κινητές μονάδες εξυπηρέτησης (UNICEF 2018)

- Φαινόμενα στίγματος στα πλαίσια του νόμου

Οι διακρίσεις μπορούν να εντοπιστούν σε νόμους, πολιτικές και πρακτικές που εστιάζουν αρνητικά σε άτομα και περιθωριοποιημένες ομάδες που ζουν με τον ιό HIV, συμπεριλαμβανομένων των ποινικοποιημένων πληθυσμών. Ειδικοί νόμοι για τον ιό HIV, όπως αυτοί που ποινικοποιούν τη μη αποκάλυψη, την έκθεση και τη μετάδοση του HIV, εδραιώνουν περαιτέρω το στίγμα και τις διακρίσεις. Οι περιοριστικοί νόμοι και πολιτικές, όπως η απαίτηση γονικής συναίνεσης για πρόσβαση σε υπηρεσίες για εφήβους και νέους, αποθαρρύνουν την αναζήτηση βοήθειας. Οι διακρίσεις που σχετίζονται με τον ιό HIV μπορεί να επιδεινωθούν από άλλες μορφές διάκρισης, συμπεριλαμβανομένων των διακρίσεων λόγω φυλής, φύλου, κοινωνικοοικονομικής κατάστασης, σεξουαλικού προσανατολισμού, ηλικίας, ταυτότητας φύλου ή εθνική καταγωγή εμποδίζοντας έτσι τους ανθρώπους από το να αναζητήσουν υπηρεσίες πρόληψης, εξετάσεων και θεραπείας για τον HIV (UNAIDS 2018).

Οι νόμοι που κάνουν διακρίσεις εις βάρος των ατόμων που ζουν με HIV (καθώς και των ατόμων που υποτίθεται ότι ζουν με HIV, κινδυνεύουν από HIV λοίμωξη ή επηρεάζονται από τον ιό HIV), περιλαμβάνουν νόμους που αφορούν τη μη αποκάλυψη, την έκθεση και τη μετάδοση του HIV, τους ταξιδιωτικούς περιορισμούς, υποχρεωτικά τεστ (συμπεριλαμβανομένων των εγκύων γυναικών) και νόμους για τη γονική συναίνεση.

Τα δικαστήρια ενδέχεται να παραβιάσουν το απόρρητο των ασθενών χρησιμοποιώντας θεραπευτικά αρχεία ως αποδεικτικά στοιχεία κατά των ατόμων που ζουν με HIV σε περιπτώσεις που αφορούν τη μη αποκάλυψη, την έκθεση και τη μετάδοση του HIV. Πολλές χώρες θεωρούν τη σεξουαλική δραστηριότητα με το ίδιο φύλου ως ποινικό αδίκημα και η ποινικοποίηση της σεξουαλικής εργασίας και της χρήσης ναρκωτικών δημιουργεί ένα άκρως εχθρικό περιβάλλον στο οποίο τα φαινόμενα βίας από τη μεριά των πολιτών και της αστυνομίας κατά των ατόμων που ζουν με HIV είναι διάχυτα και η νομική αποκατάσταση των θυμάτων είναι αδύνατη.

Όπου η κατοχή προφυλακτικών αντιμετωπίζεται ως απόδειξη της σεξουαλικής εργασίας και η κατοχή συρίγγων αντιμετωπίζονται ως απόδειξη χρήσης ναρκωτικών, είναι δύσκολο να γίνει προγραμματισμός χορήγησης προφυλακτικών και προληπτικών παρεμβάσεων. Επιπλέον, η φυλάκιση και η υποχρεωτική κράτηση εκθέτουν τους κρατούμενους σε κίνδυνο σεξουαλικής επίθεσης και μη ασφαλείς πρακτικές ενέσεων,

διαιώνιζοντας έτσι τον κίνδυνο μετάδοσης του ιού και το επερχόμενο στιγματισμό.

Οι νομικοί κανόνες επηρεάζουν άμεσα τον κίνδυνο μόλυνσης των γυναικών από τον ιό HIV. Σε πολλές χώρες όπου οι γυναίκες κινδυνεύουν περισσότερο, οι νόμοι για την προστασία τους είναι αδύναμοι έως σχεδόν ανύπαρκτοι. Η έλλειψη νομικών δικαιωμάτων ενισχύει την υποδεέστερη θέση των γυναικών, ιδίως σε σχέση με τα δικαιώματα τους ως προς το διαζύγιο, την κατοχή και κληρονομιά περιουσίας, την σύναψη συμβάσεων, την μήνυση και κατάθεση στο δικαστήριο, την συναίνεση για ιατρική περίθαλψη και το άνοιγμα τραπεζικού λογαριασμού

- Φαινόμενα στίγματος στα πλαίσια του υγειονομικού τομέα

Οι διακρίσεις σε χώρους υγειονομικής περίθαλψης είναι ένα από τα σημαντικότερα εμπόδια για τη διαχείριση της επιδημίας. Οι διακρίσεις σε χώρους υγειονομικής περίθαλψης αποκλείουν ή αποτρέπουν τους ανθρώπους από την αναζήτηση υπηρεσιών υγείας από φόβο στιγματισμού, επικριτικών στάσεων ή παραβίασης του απορρήτου. Αυτό έχει αρνητικές επιπτώσεις στην πορεία της περίθαλψης, από την πρόληψη και τον έλεγχο του HIV, έως τη θεραπεία και την παρατεταμένη καταστολή του ιικού φορτίου.

Διακρίσεις σε περιβάλλοντα υγειονομικής περίθαλψης μπορεί να εκδηλωθούν όταν ένα άτομο ή ομάδα δεν έχει πρόσβαση σε υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης που είναι διαφορετικά διαθέσιμες σε άλλους, ή όταν η περίθαλψη, η θεραπεία και/ή οι ιατρικές διαδικασίες απορρίπτονται ή καθυστερούν για λόγους μεροληψίας (UNAIDS 2018)

Οι UNAIDS σε πρόσφατες έρευνες εντόπισε πως:

- Τα άτομα που ζουν με HIV και βιώνουν υψηλά επίπεδα στιγματισμού που σχετίζεται με τον HIV έχουν 2,4 φορές περισσότερες πιθανότητες να καθυστερήσουν το να απευθυνθούν σε υπηρεσίες παροχής υγείας έως ότου να είναι πλέον πολύ άρρωστα.
- Σε 19 χώρες με διαθέσιμα δεδομένα, περίπου μία στις τρεις γυναίκες που ζουν με HIV αναφέρουν ότι έχουν βιώσει τουλάχιστον μία μορφή διάκρισης που σχετίζεται με τη σεξουαλική και αναπαραγωγική τους υγεία σε χώρους υγειονομικής περίθαλψης, όπως άρνηση παροχής υπηρεσιών ή αποθάρρυνση από την τεκνοποίηση από επαγγελματίες υγείας

ακόμη και προσπάθειες εξαναγκασμού τους σε στείρωση.
(UNAIDS 2018)

Μείωση του στίγματος και των διακρίσεων στις εγκαταστάσεις υγείας απαιτεί όχι μόνο την αντιμετώπιση των στάσεων και πρακτικών των εργαζομένων στον τομέα της υγείας, αλλά και την κάλυψη των αναγκών τους για πληροφορίες σχετικά με τον HIV, εκπαίδευση στην υγειονομική περίθαλψη των ατόμων που ζουν με HIV και προμήθειες για καθολικές προφυλάξεις για την πρόληψη από την επαγγελματική έκθεση στον HIV των ίδιων των εργαζομένων του τομέα της υγείας.

Προτείνεται οι πολιτικές και τα προγράμματα να απευθύνονται σε όλους τους υπαλλήλους του νοσοκομείου – από το προσωπικό καθαριότητας μέχρι τους προϊστάμενους των νοσοκομείων – αφού όλοι έχουν να παίξουν ρόλο στην αλλαγή στάσεων και συμπεριφορών (UNAIDS 2007). Έτσι λοιπόν, φαίνεται πως είναι αναγκαία η ανάπτυξη και εφαρμογή πολιτικών που αντιμετωπίζουν τις ανησυχίες των εργαζομένων στον τομέα της υγείας στη φροντίδα μητρότητας. Μπορούν να πραγματοποιηθούν παρεμβάσεις για την αντιμετώπιση των ειδικών ανησυχιών των εργαζομένων, συμπεριλαμβανομένων μέτρων για τη διασφάλιση της ασφάλειας του προσωπικού που έρχεται σε εκτεταμένη επαφή με σωματικά υγρά σε περιβάλλοντα όπως μονάδες τοκετού— συμπεριλαμβανομένης της διαθεσιμότητας προστατευτικού εξοπλισμού και της προφύλαξης μετά την έκθεση—και εκπαίδευση που δίνει έμφαση στην καθολική πρακτική των καθολικών προφυλάξεων (σε αντίθεση με την επιλεκτική χρήση των καθολικών προφυλάξεων).

Επιπλέον, οι παρεμβάσεις μπορούν να υποστηρίξουν την ανάπτυξη και την επιβολή (π.χ. μέσω ενός συστήματος παρακολούθησης και επανόρθωσης) πολιτικών σε επίπεδο υγειονομικής περίθαλψης που επιβάλλουν συμπεριφορές που δεν προκαλούν διακρίσεις στη θεραπεία εγκύων, γυναικών που προσπαθούν να συλλάβουν και μετά τον τοκετό, καθώς και στην διαχείριση νέων κοριτσιών και ηλικιωμένων γυναικών που είναι σεξουαλικά ενεργές. Δεδομένης της αυξημένης ευπάθειας των εγκύων γυναικών στο στίγμα, τις διακρίσεις και τη βία, ιδιαίτερη έμφαση απαιτείται σχετικά με τις πολιτικές υγειονομικών εγκαταστάσεων για την εμπιστευτικότητα και το απόρρητο του HIV status των γυναικών και βρεφών (Charlotte Watts, et al, 2010).

- Φαινόμενα στίγματος στα πλαίσια του εκπαιδευτικού συστήματος

Τα παιδιά και οι νέοι που ζουν με HIV μπορεί να εγκαταλείψουν το σχολείο ή να αποκλειστούν εντελώς από την εκπαιδευτική διαδικασία. Οι

διακρίσεις σε βάρος παιδιών και νέων που ζουν με HIV περιλαμβάνουν την απομόνωση μέσα στην τάξη μέσω συγκεκριμένων θέσεων στην αίθουσα και την απόρριψη κατά τη διάρκεια δραστηριοτήτων ή παιχνιδιού και λεκτικό και σωματικό bullying οδηγώντας σε περιθωριοποίηση που έχει ως αποτέλεσμα την χαμηλή αυτοεκτίμηση και συχνά την χαμηλή μαθησιακή επίδοση. Ο στιγματισμός μπορεί με τους ίδιους τρόπους να απευθύνεται και σε καθηγητές. Αυτός ο παραγκωνισμός έχει ως αποτέλεσμα τη δημιουργία ενός φαύλου κύκλου καθώς πέρα από το ότι εντείνονται οι αντιλήψεις προκατάληψης, η έλλειψη πρόσβασης σε ολοκληρωμένη σεξουαλική εκπαίδευση διαιωνίζει το στίγμα και τις διακρίσεις που σχετίζονται με τον HIV.

Παράλληλα λόγω της φτώχειας και των πολιτιστικών κανόνων, πολλά έφηβα κορίτσια έχουν δυσανάλογα λιγότερες ευκαιρίες να παρακολουθήσουν σχολείο. Επιπλέον, σε τριτοκοσμικές χώρες έχει παρατηρηθεί το φαινόμενο όπου για να φοιτήσουν στο σχολείο, τα έφηβα κορίτσια να υποβάλλονται σε συναλλακτικό σεξ για να καλύψουν τα σχολικά δίδακτρα και άλλα έξοδα. Αυτό θέτει τα κορίτσια σε κινδύνους ακούσιας εγκυμοσύνης, επιμόλυνσης από HIV και φαινομένων βίας λόγω φύλου.

- Φαινόμενα στίγματος στα πλαίσια του χώρου εργασίας

Το στίγμα και οι διακρίσεις στο χώρο εργασίας παραμένουν υψηλά. Τα άτομα που ζουν με HIV έχουν υψηλότερα ποσοστά ανεργίας από τον εθνικό μέσο όρο και η έλλειψη πρόσβασης στην εργασία αυξάνει την ευαλωτότητα των άτομα που ζουν με HIV. Παράλληλα η απώλεια του απορρήτου ως αποτέλεσμα των υποχρεωτικών εξετάσεων, παραμένει κεντρικό ζήτημα στο χώρο εργασίας. Ένα οροθετικό αποτέλεσμα συχνά αποκαλύπτεται σε εργοδότες ή συναδέλφους χωρίς τη συγκατάθεση των ατόμων που ζουν με HIV. Οι περισσότερες χώρες εξακολουθούν να αποκλείουν τα άτομα που ζουν με HIV από τη συμμετοχή σε ορισμένους τύπους απασχόλησης, όπως η θητεία στις ένοπλες δυνάμεις, στις αρχές επιβολής του νόμου και στις σωφρονιστικές υπηρεσίες.

Ωστόσο ο χώρος εργασίας παρέχει ένα κατάλληλο περιβάλλον για την προσέγγιση οροθετικών ατόμων συμβάλλοντας καθοριστικά στην πραγματοποίηση διαγνωστικών τεστ σε ευάλωτους εργαζόμενους, τις οικογένειές τους και τα μέλη της κοινότητας. Αυτές οι δίοδοι πρόληψης και έγκαιρης διάγνωσης παραμένουν κλειστές όταν οι χώροι εργασίας είναι εχθρικοί για τους ανθρώπους που ζουν με HIV

Εν τέλη μέσα στις οικογένειες και τις κοινότητές τους, τα άτομα που ζουν και επηρεάζονται από τον HIV, αντιμετωπίζουν εσωτερικευμένο στίγμα και απομόνωση ως αποτέλεσμα της κρίσης και της απόρριψης. Επιπλέον, μπορεί να βιώσουν αποκλεισμό από χώρους λατρείας και άλλα κοινοτικά ιδρύματα. Στο σπίτι και στην κοινότητα, το στίγμα και οι διακρίσεις που σχετίζονται με τον ιό HIV μπορούν επίσης να εκδηλωθούν μέσω λεπτών χειρονομιών, όπως η άρνηση να μοιραστεί κάποιος φαγητό ή σκεύη με άτομα που ζουν ή πιστεύεται ότι ζουν με τον ιό HIV, καθώς και πιο εμφανείς ενέργειες, όπως η απόρριψη ή η αποφυγή ενός ατόμου που ζει με HIV.

Η ανισότητα των φύλων και οι επιβλαβείς κανόνες φύλου διαιωνίζουν το στίγμα και τις διακρίσεις και εμποδίζουν την ικανότητα των γυναικών και των κοριτσιών να αποτρέψουν τη μόλυνση από τον ιό HIV και να περιορίσουν τον αντίκτυπό της στη ζωή τους εφόσον μολυνθούν. Η βία με βάση το φύλο και η βία από τους οικείους συντρόφους, καθώς και οι κοινωνικοί και πολιτισμικοί κανόνες που ενισχύουν το στίγμα, επηρεάζουν τους τύπους φροντίδας που στους οποίους μπορεί να έχουν πρόσβαση οι γυναίκες. Η βία, ή ο φόβος της βίας, καθιστά πολύ δύσκολο για τις γυναίκες να επιμείνουν στο ασφαλέστερο σεξ και να χρησιμοποιούν και να επωφελούνται από τις υπηρεσίες σεξουαλικής και αναπαραγωγικής υγείας. Οι γυναίκες που ζουν με τον ιό HIV που βιώνουν ή φοβούνται τη βία από τον σύντροφο είναι πολύ λιγότερο πιθανό να ξεκινήσουν ή να ακολουθήσουν αντιρετροϊκή θεραπεία και έχουν χειρότερα κλινικά αποτελέσματα από άλλες γυναίκες που ζουν με HIV

- **Τρόποι Αντιμετώπισης του Στίγματος**

Είναι πολύ σημαντικό πριν γίνουν οποιεσδήποτε προσπάθειες παρέμβασης ως προς την καταπολέμηση του στίγματος γύρω από τον HIV, όλοι οι αρμόδιοι φορείς και πάροχοι υπηρεσιών συμπεριλαμβανομένων φυσικά και των εργαζομένων, να είναι πλήρως και επίκαιρα ενημερωμένοι ως προς την επιδημία και να κατανοούν τόσο τα φαινόμενα στίγματος και διακρίσεων αλλά και τις κοινωνίες μέσα στις οποίες εμφανίζονται και από που πηγάζουν ώστε οι απόπειρες παρέμβασης να είναι ρεαλιστικές και δυνατές ως προς την υλοποίηση τους.

Η UNAIDS το 2007 στα πλαίσια της γενικής συνέλευσης για την αντιμετώπιση της επιδημίας του AIDS στην Γενεύη συγκεκριμένα για την καταπολέμηση του στίγματος παρείχε τις εξής προτάσεις για τους επαγγελματίες υγείας:

- Οι επαγγελματίες υγείας πρέπει να λάβουν ηγετικό ρόλο στον τονισμό της αναγκαιότητας της μείωσης του στίγματος και των διακρίσεων ως μέρος της εθνικής στρατηγικής κάθε χώρας ως προς την αντιμετώπιση της επιδημίας του AIDS

- Συμπερίληψη της διαχείρισης του στίγματος και των διακρίσεων στον εθνικό στρατηγικό σχεδιασμό, τη χρηματοδότηση και τις δραστηριότητες αντιμετώπισης για τον HIV.

- Προώθηση των προσεγγίσεων που αντιμετωπίζουν τις βαθύτερες αιτίες του στίγματος και των διακρίσεων

- Υποστήριξη μια πολύπλευρης εθνικής προσέγγισης για το στίγμα και τις διακρίσεις.

- Συνεχόμενος έλεγχος και αξιολόγηση της εξέλιξης των προγραμμάτων παρέμβασης και αντιμετώπισης

- Προώθηση και ενθάρρυνση στις περαιτέρω έρευνες γύρω από το θέμα (UNAIDS 2007)

Εκτός από το ότι είναι παγκοσμίως διάχυτο, το στίγμα και οι διακρίσεις λειτουργούν σε πολλαπλά επίπεδα σε όλη την κοινωνία: εντός ατόμων, οικογενειών, κοινοτήτων, θεσμών και μέσω ενημέρωσης και στις κυβερνητικές πολιτικές και πρακτικές

Οι τρεις κύριες αιτίες του στιγματισμού και των διακρίσεων φαίνεται να στρέφονται γύρω από τρεις άξονες:

- Έλλειψη κατανόησης ως προς πράξεις που αποτελούν στιγματισμό και διάκριση και των επιβλαβών συνεπειών τους.

- Φόβος μόλυνσης από τον ιό HIV μέσω της καθημερινής επαφής. Και

- Σύνδεση των ατόμων με HIV με συμπεριφορά που θεωρείται ανάρμοστη ή ανήθικη. (UNAIDS 2007)

Σε πολλές χώρες και κοινότητες, το στίγμα που σχετίζεται με τον HIV και οι διακρίσεις που προκύπτουν μπορεί να είναι εξίσου καταστροφικό με την ίδια την ασθένεια καθώς έχει ως αποτέλεσμα:

- εγκατάλειψη από το σύζυγο και/ή την οικογένεια,

- κοινωνικός εξοστρακισμός,

- απώλεια εργασίας και περιουσίας,

- αποβολή από το σχολείο,

- άρνηση ιατρικών υπηρεσιών,

- έλλειψη φροντίδας και υποστήριξης και

- βία.

Αυτές καθαυτές οι συνέπειες ή ο φόβος για αυτές έχουν ως αποτέλεσμα οι γυναίκες να είναι πιο διστακτικές στο να απευθυνθούν σε κλινικές για

διαγνωστικό έλεγχο, να μοιραστούν την κατάσταση τους με επαγγελματίες υγείας και τον περίγυρο τους, να υιοθετήσουν προληπτική συμπεριφορά για τον HIV ή να αποκτήσουν έγκαιρη πρόσβαση σε θεραπεία, φροντίδα και υποστήριξη. (UNAIDS 2007)

Πολυάριθμες μελέτες έχουν βρει ότι το στίγμα και οι διακρίσεις επηρεάζουν δυσμενώς την αποκάλυψη σε συντρόφους, παρόχους υγειονομικής περίθαλψης και μέλη της οικογένειας. Τόσο οι γυναίκες όσο και τα κορίτσια αναφέρουν περιστατικά αυξημένης βίας στα χέρια των συντρόφων τους όταν ζητήσουν να χρησιμοποιήσουν προφυλακτικό κατά την σεξουαλική επαφή, τον τακτικό έλεγχο ΣΜΝ, το να απευθυνθούν σε συμβουλευτική, και την άρνηση σεξ εντός ή εκτός γάμου (UNAIDS 2007)

Το στίγμα και οι διακρίσεις είναι καθημερινές πραγματικότητες για τους ανθρώπους που ζουν με HIV και για άτομα που ανήκουν σε ομάδες ιδιαίτερα ευάλωτες σε λοίμωξη από τον ιό. Τέτοιες ομάδες περιλαμβάνουν εργαζόμενους του σεξ, άνδρες που κάνουν σεξ με άνδρες, άτομα που κάνουν ενέσιμα ναρκωτικά, κρατούμενους και άτομα με φυματίωση καθώς και τις γυναίκες και τα νέα κορίτσια χαμηλών κοινωνικοοικονομικών στρωμάτων. Τα μέλη αυτών των ομάδων όντας ήδη στιγματισμένα από πολλές πλευρές είναι πιθανό να αντιμετωπίσουν ακόμη περισσότερες διακρίσεις όταν διαγνωστούν με HIV σε σχέση με άλλους πληθυσμούς, συμπεριλαμβανομένης της άρνησης παροχής υπηρεσιών.

Η πολυπλευρικότητα του στίγματος που βιώνουν τα άτομα αυτών των ομάδων καθιστά την κάλυψη των αναγκών τους ως προς την διαχείριση του HIV ως μία ακόμη πιο μεγάλη πρόκληση. Τα μέλη αυτών των ομάδων συχνά αποφεύγουν, ή καθυστερούν, να αναζητήσουν τις απαραίτητες υπηρεσίες από φόβο μήπως «ανακαλυφθούν», ταπεινωθούν ή/και αντιμετωπιστούν διαφορετικά από τους επαγγελματίες υγείας και, σε ορισμένες περιπτώσεις, διωχθούν και φυλακιστούν.

Μια πρωταρχική αρχή για την αντιμετώπιση του στίγματος και των διακρίσεων είναι η αντιμετώπιση των άμεσων υποκείμενων αιτιών τους, οι οποίες είναι εντυπωσιακά παρόμοιες σε εύρος διαφορετικών χωρών και ηπείρων. Η γνώση του επιπολασμού του στίγματος και των διακρίσεων που σχετίζονται με τον HIV και η γνώση των επιπτώσεών τους στην απορρόφηση της πρόληψης, των εξετάσεων, της θεραπείας, της φροντίδας και της υποστήριξης του HIV είναι βασικά στοιχεία για να κατανοήσουν την επιδημία και τις πραγματικές της ανάγκες και προκλήσεις οι αρμόδιοι φορείς και να ταιριάζουν και προσαρμόσουν την απάντησή τους στις πραγματικές ανάγκες του προβλήματος.

Οι πιο ελπιδοφόρες προσεγγίσεις για το στίγμα και τη μείωση των διακρίσεων κατά την UNAIDS περιλαμβάνουν έναν συνδυασμό των ακόλουθων στρατηγικών:

- ενδυνάμωση των ατόμων που ζουν με HIV,
- ενημερωμένη εκπαίδευση σχετικά με τον HIV και δραστηριότητες που ενθαρρύνουν την άμεση ή έμμεση αλληλεπίδραση μεταξύ των ατόμων που ζουν με HIV και των βασικών ακροατηρίων στα οποία απευθύνονται (UNAIDS 2007).

Αυτός ο τύπος αλληλεπίδρασης, είτε μέσω των μέσων μαζικής ενημέρωσης, είτε μέσω πάνελ γνωριμίας και αλληλεπίδρασης, ή μέσω συνεργασίας για την επίτευξη κοινών στόχων, θεωρείται ιδιαίτερα χρήσιμος για την εξάλειψη επιβλαβών μύθων και στερεοτύπων και την αλλαγή προκατειλημμένων στάσεων. Η συμμετοχική εκπαίδευση –η οποία ενθαρρύνει τους ανθρώπους να προβληματιστούν για τις δικές τους στάσεις και πράξεις– είναι ιδιαίτερα αποτελεσματική για την προώθηση προσωπικής αλλαγής γύρω από το στίγμα και τις διακρίσεις σε οποιοδήποτε επίπεδο, αλλά ειδικότερα, σε επίπεδο κοινότητας. Μια συμμετοχική προσέγγιση, η οποία περιλαμβάνει δραστηριότητες που ενθαρρύνουν το διάλογο, την αλληλεπίδραση και την κριτική σκέψη, βρίσκεται στον πυρήνα πολλών πολλά υποσχόμενων προγραμμάτων μείωσης του στίγματος και των διακρίσεων. Αυτά τα προγράμματα περιλαμβάνουν διαδραστικά εργαστήρια μικτού κοινού.

Παράλληλα είναι πολύ σημαντική η συμμετοχή των πασχόντων ατόμων στην διαχείριση και αντιμετώπιση της επιδημίας, καθώς προγράμματα που προωθούν ένα συνδυασμό κοινωνικής κινητοποίησης, ανθρωπίνων δικαιωμάτων και νομικού ακτιβισμού μετατρέπουν τα «θύματα» του στιγματισμού και των διακρίσεων σε εξουσιοδοτημένες ομάδες που ασχολούνται με αυτοδιάθεση για την κοινωνική αλλαγή. Τα άτομα που ζουν με HIV πρέπει να συμμετέχουν ενεργά στην ανάπτυξη και εφαρμογή παρεμβάσεων για την καταπολέμηση του στίγματος και τη μείωση των διακρίσεων (UNAIDS 2007).

- Σε κρατικό επίπεδο

Μια αποτελεσματική κλιμακούμενη εθνική απάντηση θα χρησιμοποιήσει μια σειρά προσεγγίσεων για:

- (α) πρόληψη και μείωση του στίγματος και των διακρίσεων μεταξύ διαφορετικών βασικών κοινών και κοινοτήτων.
- (β) να αμφισβητήσει το στίγμα και τις διακρίσεις σε θεσμικά περιβάλλοντα· και

(γ) την εδραίωση και προστασία των ανθρωπίνων δικαιωμάτων και νομικής κάλυψης τους.

Για να επιτευχθεί αυτό, τα εθνικά προγράμματα για το AIDS πρέπει:

- Να συμπεριλάβουν συνολικά το στίγμα και τις διακρίσεις στα εθνικά στρατηγικά σχέδια και τα ετήσια σχέδια δράσης για το AIDS.
- Να δοθεί προτεραιότητα στον στρατηγικό σχεδιασμό για την αντιμετώπιση του στίγματος και τις δραστηριότητες μείωσης των διακρίσεων.
- Να υποστηριχθούν όλοι οι ενασχολούμενοι εργαζόμενοι και φορείς κατά την διεξαγωγή δραστηριοτήτων μείωσης του στίγματος και των διακρίσεων. (UNAIDS 2007)

Ένα από τα σημαντικότερα εμπόδια που εμποδίζουν την περαιτέρω πρόοδο στη μείωση του στίγματος και των διακρίσεων είναι η έλλειψη δεδομένων παρακολούθησης και αξιολόγησης

Η συνεχόμενη παρακολούθηση και αξιολόγηση των παρεμβάσεων μείωσης του στίγματος είναι άκρως σημαντική καθώς θέτει τα ερωτήματα του αν είναι ρεαλιστικό το χρονικό πλαίσιο δράσης, επίδρασης και αποτελεσμάτων και αν τα μέτρα στοχεύουν τον κατάλληλο πληθυσμό.

Το στίγμα και οι διακρίσεις είναι τα κύρια εμπόδια για την εξέλιξη της πρόληψης, της θεραπείας, της φροντίδας και της υποστήριξης του HIV. Ο φόβος του στιγματισμού και των διακρίσεων κάνει τους ανθρώπους λιγότερο πιθανό να υιοθετήσουν προληπτική συμπεριφορά για τον HIV, μειώνει τις πιθανότητες να υποβληθούν σε εξετάσεις και κάνει λιγότερο πιθανό το να αποκαλύψουν το HIV status τους στους συντρόφους και τους φροντιστές, ενώ παράλληλα το στίγμα και οι διακρίσεις συνδέονται με την αναβολή ή την απόρριψη φροντίδας και τη μη συμμόρφωση στη θεραπεία και τα φάρμακα για τον HIV.

Υπάρχει μια σειρά αποδεδειγμένων στρατηγικών για την αντιμετώπιση του στίγματος και των διακρίσεων και περιλαμβάνει:

- Ενδυνάμωση των ατόμων που ζουν με HIV και άλλες ευάλωτες ομάδες ώστε να γνωρίζουν και να διεκδικούν τα δικαιώματά τους.
- Επιστράτευση δημόσιων προσώπων, συμπεριλαμβανομένων των θρησκευτικών ηγετών, για να υπερασπιστούν την καταπολέμηση του στίγματος και των διακρίσεων.
- Προώθηση νόμων και νομικής υποστήριξης για την προστασία των δικαιωμάτων των ατόμων που ζουν με HIV και άλλων ευάλωτων ομάδων.

- Υποστήριξη των δράσεων που βασίζονται στην κοινότητα που ενισχύουν την κριτική σκέψη και εμπνέουν αλλαγή συμπεριφοράς.
- Προώθηση πρωτοβουλιών κατά του στίγματος μεταξύ των παρόχων υγειονομικής περίθαλψης, της αστυνομίας, του δικαστικού σώματος, των δημοσιογράφων και των εκπαιδευτικών. (UNAIDS 2007)

Τον Δεκέμβριο του 2017, το 41ο Συντονιστικό Συμβούλιο του Προγράμματος UNAIDS εξέτασε τα διαθέσιμα στοιχεία σχετικά με τις επιπτώσεις των διακρίσεων σε περιβάλλοντα υγειονομικής περίθαλψης σχετικά με τις προσπάθειες επίτευξης των παγκόσμιων στόχων πρόληψης και θεραπείας του HIV. Στη συνέχεια προσδιόρισε προγραμματικές ενέργειες για την άρση αυτών των φραγμών, οδηγώντας στην δημιουργία της Παγκόσμιας Συνεργασίας για Δράση για την Εξάλειψη όλων των Μορφών Στίγματος και Διακρίσεων που σχετίζονται με τον HIV. Αυτή η συνεργασία δημιουργεί την ευκαιρία να αξιοποιηθεί η συνδυασμένη ισχύς των κυβερνήσεων, της κοινωνίας των πολιτών και των Ηνωμένων Εθνών στην αντιμετώπιση και τον περιορισμό των φαινομένων των διακρίσεων.

Η παγκόσμια συνεργασία στοχεύει αρχικά στο να επικεντρωθεί στην υγειονομική περίθαλψη, την εκπαίδευση, τον εργασιακό χώρο, το νόμο και το δίκαιο, την οικογένεια και την κοινότητα και τα επείγοντα και ανθρωπιστικά περιβάλλοντα δημιουργώντας παρεμβάσεις για άτομα που ζουν με HIV, βασικούς πληθυσμούς, αυτόχθονες πληθυσμούς, κρατούμενους και άλλους έγκλειστους, μετανάστες και γυναίκες και κορίτσια, ιδιαίτερα έφηβες και νεαρές γυναίκες. Οι πρωτοβουλίες αντιμετωπίζουν κρίσιμες διαστάσεις του στίγματος και των διακρίσεων που αντιμετωπίζουν αυτοί οι πληθυσμοί. Αυτά περιλαμβάνουν επιβλαβείς κανόνες φύλου, κοινωνικών και πολιτισμικών κανόνων, σεξουαλική βία και βία με βάση το φύλο, το νομικό και πολιτικό περιβάλλον, τον αντίκτυπο του φύλου σε κοινωνικές και οικονομικές ανισότητες, πολιτικές κοινωνικής προστασίας, επικοινωνία και μέσα ενημέρωσης και εσωτερικευμένο και βιωμένο στίγμα. (UNAIDS 2018)

Μετά από σύγκληση και διασύνδεση των υπηρεσιών του ΟΗΕ, των κρατών μελών και άλλων ενδιαφερομένων για να καταλύσουν την ηγεσία και να ενισχύσουν την προώθηση νομικών πλαισίων και πολιτικών για την αντιμετώπιση του στίγματος και των διακρίσεων που σχετίζονται με τον HIV δημιουργήθηκαν κάποιες παγκόσμιες συστάσεις:

- Διαμοιρασμός μεταξύ των κρατών βέλτιστων πρακτικών, γνώσεων και καινοτόμων στρατηγικών για την εφαρμογή προγραμμάτων μη

διάκρισης που σχετίζονται με τον HIV στο διεθνές, περιφερειακό και τοπικό επίπεδο

- Εντοπισμός και υποστήριξη ευκαιριών για την εδραίωση των προγραμμάτων κάτι που αποδεδειγμένα αντιμετωπίζει το στίγμα και τις διακρίσεις
- Ενίσχυση των μηχανισμών παρακολούθησης και αναφοράς των προγραμμάτων και των πολιτικών με στόχο το καλώς έχειν τους
- Προώθηση της ηγεσίας της κοινότητας στις προσπάθειες προώθησης νόμων, πολιτικών και προγραμμάτων, συμπεριλαμβανομένης της συμμετοχής τους στην παρακολούθηση και την αναφορά προόδου και σε άλλους μηχανισμούς λογοδοσίας.
- Ενώ οι δράσεις των χωρών θα είναι προσαρμοσμένες στο τοπικό πλαίσιο, όλες οι χώρες θα επιδιώξουν να εφαρμόσουν ένα βασικό σύνολο προτεινόμενων προγραμμάτων και πολιτικών για κάθε ρύθμιση
- Δημιουργία ή χρήση μιας υπάρχουσας εθνικής διεπιστημονικής ομάδας για τη διαχείριση του στίγματος και των διακρίσεων που σχετίζονται με τον HIV, με εντολή να αναπτύξει τη βασική γραμμή αξιολόγησης σχετικά με το στίγμα και τις διακρίσεις που σχετίζονται με τον HIV
- Ανάπτυξη ή αξιοποίηση υφιστάμενων πολιτικών, προγραμμάτων και νομικών αξιολογήσεων που σχετίζονται με το στίγμα και τις διακρίσεις που σχετίζονται με τον HIV
- Ανάπτυξη προγραμμάτων για εθνική δράση μέσω ευρείας συμβουλευτικής διαδικασίας
- Χρησιμοποίηση συνισταμένων δεικτών στιγματισμού και διακρίσεων, συμπεριλαμβανομένων εκείνων που περιέχονται στις κατευθυντήριες γραμμές για την παγκόσμια παρακολούθηση του AIDS, για την παρακολούθηση της προόδου και τη σύνταξη ετήσιας έκθεσης προόδου. (UNAIDS 2018)

Η UNAIDS συνιστά τα προγράμματα που αντιμετωπίζουν το στίγμα και τις διακρίσεις να περιλαμβάνονται στα εθνικά στρατηγικά σχέδια για τον HIV και να ενσωματώνονται ως βασικές δραστηριότητες στα επιχειρησιακά σχέδια. Τα προγράμματα θα πρέπει να κοστολογηθούν με τους διατεθέντες προϋπολογισμούς και να υπάρχουν δείκτες για παρακολούθηση της προόδου τους. Όπου βρίσκονται σε εξέλιξη εθνικές διαδικασίες ή όπου έχουν αναπτυχθεί παρόμοια σχέδια δράσης, οι κυβερνήσεις θα πρέπει να συνεργαστούν με τους εθνικούς φορείς για να καλύψουν τυχόν κενά στα υπάρχοντα σχέδια.

Αναμένεται ότι οι κυβερνήσεις και οι εταίροι θα βασιστούν στα υπάρχοντα εθνικά πλαίσια και προσπάθειες, αντιμετωπίζοντας τα νομικά

εμπόδια και λαμβάνοντας υπόψιν την τήρηση των ανθρωπίνων δικαιωμάτων στην παροχή υπηρεσιών διαχείρισης του HIV και όλες τις μορφές στίγματος και διακρίσεων που σχετίζονται με τον HIV με χρηματοδότηση από εγχώριους, διμερείς ή πολυμερείς πόρους.

- Η διαχείριση του στίγματος και των διακρίσεων συγκεκριμένα ως προς τις έγκυες

Υπάρχει επείγουσα ανάγκη για πολιτιστικές παρεμβάσεις μείωσης του στίγματος του HIV. Οι έγκυες γυναίκες που ζουν με τον ιό HIV χρειάζονται ιδιαίτερα υπηρεσίες για να προστατεύσουν όχι μόνο τη ζωή τους αλλά και τη ζωή των παιδιών τους, καθώς έχει παρατηρηθεί πως η χρήση των υπηρεσιών HIV παγκοσμίως παρεμποδίζεται από το στίγμα προς τα άτομα που ζουν με HIV/AIDS.

Σε συγκεκριμένο παράδειγμα, από το 2002, η Μποτσουάνα παρέχει ένα μετασχηματιστικό εθνικό πρόγραμμα για να προσφέρει δωρεάν αντιρετροϊκή θεραπεία (ART) σε όλους τους πολίτες της. Ενώ η επιλεξιμότητα βασιζόταν αρχικά στον αριθμό των CD4, από το 2016, η Μποτσουάνα έχει εφαρμόσει μια στρατηγική «Treat All» για να προσφέρει δωρεάν ART θεραπεία αμέσως μετά τη διάγνωση του HIV σε όλους. Ωστόσο παρατηρήθηκε πως παρά τη διαθεσιμότητα της ART, ιδιαίτερα για τις μητέρες, υπάρχουν προκλήσεις όσον αφορά τη διατήρηση της συμμόρφωσης μετά τον τοκετό παρατηρώντας απώλεια παρακολούθησης μετά τον τοκετό και μειωμένη συμμόρφωση στην ART (Jolle J, et al, 2022).

Μελέτες από τη γειτονική Νότια Αφρική, η οποία όπως η Μποτσουάνα είναι μια χώρα μεσαίου εισοδήματος που παρέχει δωρεάν ART, δείχνουν επίσης αυξημένη απώλεια μετά τον τοκετό. Οι εξηγήσεις περιλαμβάνουν μειωμένο κίνητρο των μητέρων μετά την προστασία του νεογνού τους από τον ιό HIV κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και της γέννησης και τις επιδράσεις του σοβαρού στιγματισμού που οδηγεί σε αρχικά έλλειψη αποκάλυψης του HIV στους επαγγελματίες υγείας που ασχολούνται με την επιλόχειο φροντίδα, στο άμεσο οικογενειακό περιβάλλον, έλλειψη αναζήτησης θεραπείας και υποστήριξης και ελαττωμένη συμμόρφωση με την αγωγή (Jolle J, et al, 2022).

Αυτό που συμπεραίνεται από όλες αυτές τις παρατηρήσεις είναι πως για να υπάρξει επαρκής τήρηση της αγωγής μετά τον τοκετό, πρέπει να ξεκινήσει προετοιμασία της μητέρας από την προγεννητική περίοδο παρακολούθησης της.

Η αντιμετώπιση του στίγματος για τη βελτίωση της προγεννητικής συμμόρφωσης των μητέρων με βάση το πρότυπο του ΠΟΥ (≥ 4 προγεννητικές επισκέψεις, με την 1η επίσκεψη στο 1ο τρίμηνο) θα μπορούσε να βελτιώσει τα αποτελέσματα νεογνικής προστασίας (Jolle J, et al, 2022). Η επίτευξη μείωσης του στίγματος σε αυτήν την κρίσιμη περίοδο είναι ζωτικής σημασίας για τη μελλοντική αξιολόγηση των πιο μακροπρόθεσμων βρεφικών αποτελεσμάτων, όπου το στίγμα μπορεί να έχει μεγαλύτερες δυσμενείς επιπτώσεις (π.χ. θηλασμός και MTCT). Θεωρείται ότι με την παροχή υποστηρικτικών υπηρεσιών για την μείωση του αντίκτυπου του στίγματος κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, η μείωση της επίδρασης του στίγματος θα διατηρηθεί μετά τον τοκετό και θα μπορούσε να βοηθήσει στη διατήρηση της τήρησης της ART κατά τη διάρκεια μιας χρονικής περιόδου κατά την οποία οι μητέρες παραμένουν ιδιαίτερα ευάλωτες στο στίγμα.

Εκτός από παράγοντες όπως η χαμηλή εκπαίδευση και η φτώχεια, οι μελέτες έχουν εντοπίσει πολιτισμικές πτυχές του στίγματος που σχετίζονται με το φύλο που διαμορφώνουν δυναμικά την συμμόρφωση στην ART (Jolle J, et al, 2022). Επιπλέον, το στίγμα συνδέεται με τον φόβο της απώλειας των συντρόφων και μπορεί να οδηγήσει σε εγκατάλειψη λόγω αντιλήψεων περί απιστίας. Οι γυναίκες που έχουν αναγνωριστεί ότι έχουν HIV κινδυνεύουν επίσης να κατηγορηθούν για τη μόλυνση και τη διάδοσή του στους συντρόφους τους, λόγω της αντίληψης ότι ήταν ανεύθυνες και ανήθικες και άρα και υπεύθυνες για οποιαδήποτε αρνητικό συμβάν που επηρεάζει την οικογένεια είτε αυτό αφορά διάγνωση είτε κοινωνικό στιγματισμό.

Συγκεκριμένα στο παράδειγμα της Μποτσουάνας στα πλαίσια δράσεων για την αντιμετώπιση του στίγματος και των επιδράσεων του στις έγκυες και νέες μητέρες δόθηκε ιδιαίτερη βάση στο πως ακριβώς επηρεάζονται οι γυναίκες και τι μπορεί να γίνει για να βοηθηθούν. Αυτό που παρατηρήθηκε ήταν πως το κύριο πράγμα που επηρέαζε τις γυναίκες μετά από μία θετική διάγνωση HIV ήταν η αποκοπή τους από καθημερινές δραστηριότητες θέτοντας έτσι σε κίνδυνο την αίσθηση της ταυτότητας τους ως αξιόλογο μέλος της τοπικής πολιτιστικής τους ομάδας. Αυτό λοιπόν που παρατηρήθηκε ήταν πως η επίτευξη ή η διατήρηση των δραστηριοτήτων που συμβαδίζουν με την έννοια της κοινωνικής ταυτότητας των γυναικών μπορεί να επιτρέψει σε ένα άτομο να αντισταθεί στο στίγμα του HIV.

Χρησιμοποιώντας αυτή τη θεωρία, διαπιστώθηκε ότι η ολοκληρωμένη γυναικεία ταυτότητα στην κοινωνία Μποτσουάνας εκφράζεται μέσω της ύπαρξης ως μητέρα. Ωστόσο, για να φροντίσουν σωστά τα παιδιά, πολλές

γυναίκες στη Μποτσουάνα εξαρτώνται επίσης από έναν άνδρα σύντροφο για την παροχή οικονομικής υποστήριξης. Έτσι, το στίγμα μπορεί να απειλήσει το αίσθημα ταυτότητας για πολλές γυναίκες, καθώς η διάγνωση με HIV μπορεί να οδηγήσει σε εγκατάλειψη από έναν άνδρα σύντροφο λόγω αρνητικών στερεοτύπων, απειλώντας την ικανότητα των γυναικών να φροντίζουν σωστά τα παιδιά τους και άρα απειλώντας τον ρόλο τους ως μητέρες και συνεπώς κλονίζοντας την κοινωνική τους ταυτότητα. Από την άλλη πλευρά, μια γυναίκα με HIV μπορεί να είναι σε θέση να αντισταθεί στο στίγμα εάν εξακολουθεί να είναι σε θέση να εκπληρώσει τις ικανότητες, του να είναι μια «καλή μητέρα», αν το επιλέξει, φέρνοντας και μεγαλώνοντας παιδιά με τρόπους που ευθυγραμμίζονται με τις πολιτιστικές προσδοκίες. (Jolle J, et al, 2022)

Όπως προαναφέρθηκε μία από τις πιο συχνές ακούσιες συνέπειες είναι ότι οι γυναίκες αντιμετωπίζουν επίσης μεγαλύτερη ευπάθεια στο στίγμα, επειδή τα προγράμματα PMTCT απαιτούν εξέταση ρουτίνας για τον HIV κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, οδηγώντας έτσι στη διάγνωση της κατάστασης HIV συχνά πρώτα των γυναικών μέσα στο ζευγάρι κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, δημιουργώντας συχνά αβάσιμες αντιλήψεις για το ποιος νόσησε πρώτος πράγμα που συχνά ακολουθείτε από κατηγορίες περί απιστίας κ.α

Οι παρεμβάσεις μείωσης στιγματισμού έχουν αποδειχθεί πολλά υποσχόμενες για τη μείωση του στίγματος και τη βελτίωση των ψυχοκοινωνικών αποτελεσμάτων. Ειδικότερα, ένα βασικό χαρακτηριστικό για τη μείωση του στίγματος ψυχικών ασθενειών είναι η χρήση μιας μεθόδου «βασισμένης στην επαφή» μέσω ενός συν-ηγέτη που μοιράζεται το στιγματισμένο status αλλά έχει ανταποκριθεί στη διαχείριση του με επιτυχία. Η επαφή μειώνει το στίγμα παρέχοντας αλληλεπίδραση με ένα άτομο που διαψεύδει τα προϋπάρχοντα στερεότυπα που ενδέχεται να έχει εσωτερικεύσει κάθε γυναίκα και το οικογενειακό της περιβάλλον.

Στα πλαίσια μαιευτικών παρεμβάσεων στην Μποτσουάνα δημιουργήθηκε το πρόγραμμα MME (Mothers Moving towards Empowerment) που στοχεύει στη μείωση του στίγματος, στη βελτίωση των ψυχοκοινωνικών αποτελεσμάτων και στη διατήρηση της συμμόρφωσης στην ART μεταξύ εγκύων και γυναικών μετά τον τοκετό που ζουν με HIV καθώς και το πως η μείωση του στίγματος και η τήρηση της ART φέρει αποτελέσματα ως προς το βάρος γέννησης, τον πρόωρο τοκετό και την έγκαιρη επίτευξη αναπτυξιακών ορόσημων στο νεογνό.

Η παρέμβαση MME αποτελείται από 8 συνεδρίες και ενσωματώνει τη μείωση της επίδρασης του στίγματος μέσα από τρεις κύριες τεχνικές που περιλαμβάνουν την ψυχο-εκπαίδευση για τον HIV, την αμφισβήτηση ανακριβών στερεοτύπων του HIV και τον εντοπισμό συμπεριφορικών αντιδράσεων αντιμετώπισης για διακρίσεις που σχετίζονται με τον HIV, τεχνικές οι οποίες έχουν όλες ισχυρή εμπειρική υποστήριξη στη βελτίωση ενός ή περισσότερων πρωταρχικών αποτελεσμάτων σε γυναίκες που ζουν με HIV/AIDS. Επιπλέον, το καθένα έχει αποδειχθεί ότι μειώνει το στίγμα, βελτιώνει πολλαπλά ψυχοκοινωνικά αποτελέσματα και αυξάνει τη γνώση σχετικά με τη θεραπεία ART και επακολούθως την συμμόρφωση στην αγωγή (Jolle J, et al, 2022).

Το MME συνδύασε αυτά τα στοιχεία σε ένα ενιαίο, συνεκτικό πακέτο περιορισμού του στίγματος. Κάτι το οποίο φάνηκε να έχει μεγάλο αντίκτυπο στο πρόγραμμα ήταν η πολιτισμική ευθυγράμμιση της κατεύθυνσης του προγράμματος ώστε να συμβαδίζει με το περιβάλλον στο οποίο εφαρμόζεται και άρα να ανταποκρίνεται σε αυτό που όντως χρειάζονται οι γυναίκες, στην συγκεκριμένη περίπτωση, την επικύρωση και διατήρηση της κοινωνικής τους ταυτότητας.

Η παρέμβαση υποστηρίζει τις γυναίκες στο να χτίσουν συμπεριφορές απέναντι στο στιγματισμό και τα στερεότυπα μέσα από την προσωπική τους ενδυνάμωση και αυτοεκτίμηση καθώς και στην αντίληψη του ίδιου του εαυτού τους ως προς τον μητρικό τους ρόλο, χωρίς να επηρεάζονται από ένα επικριτικό περιβάλλον. Η κύρια έμφαση της παρέμβασης εστιάζει σε αυτές τις τρεις πτυχές και στόχους που αντιστέκονται στο εσωτερικευμένο στίγμα και τις διακρίσεις που σχετίζονται με τον HIV. Η παρέμβαση έχει σχεδιαστεί για να καθοδηγείται από συν-ηγέτες που αποτελούνται από έναν κλινικό ιατρό ψυχικής υγείας και ένα συνομήλικο άτομο που έχει βιώσει τον ίδιο στιγματισμό.

Η ψυχοεκπαίδευση των γυναικών περιλαμβάνει εκπαίδευση σχετικά με τα αίτια, τη μετάδοση και τη θεραπεία του HIV, συγκεκριμένα τον τρόπο με τον οποίο η τήρηση της ART και η προγεννητική φροντίδα δρα για την προώθηση της υγείας για τις ίδιες τις γυναίκες και τα παιδιά τους. Πλαισιώνεται έτσι λοιπόν η τήρηση της ART που εκτείνεται στην περίοδο και μετά τον τοκετό στα πλαίσια του μητρικού καθήκοντος αμφισβητώντας τα στερεότυπα των γυναικών που ταυτίζονται με τον ιό HIV, όπως η ακολασία, που απειλούν τις βασικές πτυχές της κοινωνικής ταυτότητας των γυναικών της Μποτσουάνας και εμποδίζουν τη συμμόρφωση στη θεραπεία. Περιλαμβάνει επίσης και δεξιότητες αντιμετώπισης των διακρίσεων που σχετίζονται με τον HIV, συμπεριλαμβανομένης της πιθανής απόρριψης ή εγκατάλειψης από τους

άνδρες συντρόφους που οδηγεί στη διακοπή της συμμόρφωσης στη θεραπεία και φέρει επιπτώσεις στην ανατροφή των παιδιών. Επιπλέον, ενσωματώνει μια ενότητα σχετικά με τις γενικές στρατηγικές για την αποκάλυψη της κατάστασης του HIV, δίνοντας έμφαση στις δεξιότητες ενδυνάμωσης όταν μια μητέρα επιθυμεί να αποκαλύψει την κατάστασή της ως προς τον HIV. Όντας γνωστό πως ο κύριος κίνδυνος και επιφύλαξη είναι η αποκάλυψη να οδηγήσει σε φαινόμενα ενδοοικογενειακής βίας, η παρέμβαση ΜΜΕ παρέχει σε όλους τους συμμετέχοντες στοιχεία επικοινωνίας για καταφύγια γυναικών που παρέχουν υπηρεσίες σε γυναίκες που έχουν υποστεί ενδοοικογενειακή βία, καθώς και για ψυχολογικές υπηρεσίες υποστήριξης. (Jolle J, et al, 2022)

Οι 8 συνεδρίες της παρέμβασης πραγματοποιούνται εβδομαδιαία για περίπου 90 λεπτά ανά συνεδρία. Κάθε συνεδρία επικεντρώνεται σε ένα συγκεκριμένο θέμα, όπως Εισαγωγή και Ορισμός του Στίγματος, Κοινοί Μύθοι και Γεγονότα για τη Μετάδοση του HIV, Κοινοί Μύθοι και Γεγονότα για την Πρόληψη της Μετάδοσης από Μητέρα στο Παιδί (PMTCT), Ο Δρόμος προς την Αυτοαποδοχή και την Ελευθερία: Στρατηγικές Αντιμετώπισης, Αντιμετώπιση με Διακρίσεις: Κοινωνική Υποστήριξη και Αυτο-Αποκάλυψη, Ο Δρόμος προς την Αυτοαποδοχή και την Ελευθερία Μέρος 2: Αυτόματες Σκέψεις, Τι Έχει Σημασία, Ανασκόπηση και Αποφοίτηση. Δίνονται εργασίες για το σπίτι οι οποίες εξετάζονται στην επόμενη συνεδρία. Τα πιστοποιητικά παρέχονται στους συμμετέχοντες που ολοκληρώνουν την παρέμβαση (≥ 5 συνεδρίες) σε μια τελετή αποφοίτησης με πολιτιστικά κατάλληλο τόνο η οποία προωθεί και ενθαρρύνει την αυτό-ενδυνάμωση και αυτό-αποδοχή των γυναικών (Jolle J, et al, 2022).

Η παρέμβαση εστιάζει ρητά σε αυτό βοηθώντας τις γυναίκες να αντισταθούν στο στίγμα που απειλεί την θέση τους στην κοινότητα. Εκπαιδεύοντας ομότιμους συν-ηγέτες, το πρόγραμμα βασίζεται στους ήδη υπάρχοντες πόρους ανθρώπινου δυναμικού και ενισχύει την τοπική κοινότητα καθώς και παρέχει την ιδιαίτερη υποστήριξη που βασίζεται στο κάθε πολιτιστικό πλαίσιο και δημιουργεί ένα δίκτυο ασφαλείας και υποστήριξης το οποίο μπορεί να συνεχίσει να είναι διαθέσιμο και μετά την αποφοίτηση της κάθε γυναίκας από το πρόγραμμα. Παράλληλα μέσα από συνεργασία με τους τοπικούς φορείς και ακολουθώντας τα ξεχωριστά τοπικά πολιτισμικά πρότυπα οι πάροχοι υπηρεσιών υγείας και συγκεκριμένα οι μαίες μπορούν να δημιουργήσουν ένα δίκτυο συνεργασίας το οποίο διασφαλίζει την συστηματική παρακολούθηση κάθε γυναίκας καθώς και την ολιστική προσέγγιση και υποστήριξης της.

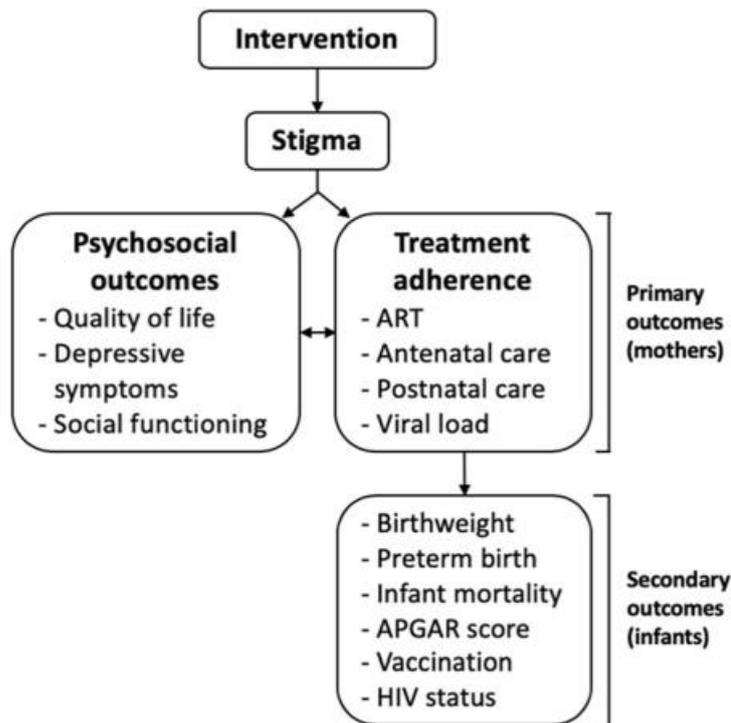


Fig. 1 Model for stigma's effect on treatment adherence

3.03 Poku, O.B., Ho-

Foster, A.R., Entaile, P. *et al*, 2020 «Επιδράσεις του στίγματος ως προς την συμμόρφωση στην θεραπεία»

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Ο HIV είναι μία ασθένεια η οποία δεν περιορίζεται στα φυσικά συμπτώματα και κινδύνους αλλά αποτελεί ένα πολυδιάστατο ζήτημα με ιδιαίτερα ευαίσθητες κοινωνικές πτυχές που συνοδεύονται από δεκαετίες προκαταλήψεων, φόβου, παραπληροφόρησης και στιγματισμού, που γίνονται ακόμη πιο έντονα σε συνδυασμό με την ιδιαίτερα ευαίσθητη κατάσταση της εγκυμοσύνης. Έτσι λοιπόν, η ολιστική προσέγγιση των οροθετικών εγκύων γυναικών πριν και μετά τον τοκετό είναι το θεμέλιο για τη διαχείριση τους τόσο ως προς τη συμμόρφωσή τους με την θεραπεία για την υγεία των ίδιων και των παιδιών τους αλλά και τόσο ως προς την διαχείριση τους ως άνθρωποι και όχι μόνο ως ασθενείς, στα πλαίσια της ψυχολογικής υποστήριξης της δια βίου αγωγής με ένα χρόνιο νόσημα και της αντιμετώπισης του κοινωνικού στίγματος που το περιβάλλει.

Συγκεκριμένα για τις έγκυες γυναίκες έχει παρατηρηθεί πως η συμμόρφωση με την αγωγή βασίζεται σε μεγάλο βαθμό στην σωστή και επαρκή πληροφόρηση τους σχετικά με τον ιό και τη θεραπεία και ακόμη περισσότερο στην ψυχοκοινωνική τους υποστήριξη τόσο από το άμεσο περιβάλλον τους και τους επαγγελματίες υγείας αλλά και μέσα από την διασύνδεση τους με άτομα που και τα ίδια πάσχουν και άρα μπορούν καλύτερα να κατανοήσουν τα ιδιαίτερα προβλήματα και ανάγκες τους.

Επομένως, οι επαγγελματίες υγείας και ιδιαίτερα οι μαίες που αποτελούν την πρώτη γραμμή αντιμετώπισης και διαχείρισης των γυναικών σε κάθε πτυχή της αναπαραγωγικής τους υγείας καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής τους, θα πρέπει να αναπτύξουν σχέσεις που να βασίζονται στην αμοιβαία εμπιστοσύνη και σεβασμό απέναντι στις ανάγκες των γυναικών και να αναγνωρίζουν έγκαιρα την ανάγκη υποστήριξης ατόμων που μπορεί να αντιμετωπίζουν προβλήματα. Απαιτείται η συνεργασία μεταξύ των επαγγελματιών υγείας και των εγκύων γυναικών και του υποστηρικτικού περιβάλλοντος τους προκειμένου να μειωθούν τα εμπόδια στο μεγαλύτερο δυνατό βαθμό.

Οι μαίες και όλη οι επαγγελματίες υγείας καλούνται να μένουν έγκυρα ενημερωμένοι για τις εξελίξεις γύρω από το ζήτημα τόσο στις ιατροθεραπευτικές αλλά και στις κοινωνικές πτυχές του, έχοντας το διπλό καθήκον τόσο του εκπαιδευόμενου αλλά και του εκπαιδευτή, οφείλοντας να αντιμετωπίσουν πρώτα οποιεσδήποτε τυχόν προκαταλήψεις και παραπληροφόρηση οι ίδιοι έχουν, προσεγγίζοντας κάθε ασθενή χωρίς να κάνουν διακρίσεις στην παροχή φροντίδας.

Η διαχείριση του HIV τόσο σε επίπεδο κοινωνίας αλλά και θεραπείας πρέπει να είναι προσωποκεντρική και να περιλαμβάνει τα άτομα που πάσχουν στον αγώνα για την ενημέρωση των νόμων, την δημιουργία κατάλληλων θεραπειών και κοινωνικών προσεγγίσεων των ασθενών και την ευαισθητοποίηση της ευρύτερης κοινωνίας με στόχο την πρόληψη και καταπολέμηση τόσο του ίδιου του ιού αλλά και του στίγματος και προκατάληψης που τον ακολουθεί.

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΕΙΚΟΝΩΝ

Εικόνα 1.0. UNAIDS 2020 «Δημογραφικά στατιστικά με βάση φύλο και πληθυσμό λοιμώξεων HIV για το 2019»

Εικόνα 1.02 CDC 2022 «Τρόποι μετάδοσης HIV»

Εικόνα 1.03 WHO 2002 Fact Sheets on HIV/AIDS for Nurses and Midwives
“Ανοσολογικός μηχανισμός HIV λοίμωξης.”

Εικόνα 1.04 CDC 2022 «Συμπτώματα HIV λοίμωξης»

Εικόνα 1.05 CDC 2022 «Πρωτόκολλα και κατευθυντήριες οδηγίες για το κοινό σχετικά με τον HIV»

Εικόνα 2.01 Summary of British HIV Association (BHIVA) Guidelines: Management of HIV Infection in Pregnant Women 2020
«Αλγόριθμος θεραπείας HIV οροθετικών γυναικών προ τοκετού»

Εικόνα 2.02 Summary of British HIV Association (BHIVA) Guidelines: Management of HIV Infection in Pregnant Women 2020
«Αλγόριθμος θεραπείας HIV οροθετικών γυναικών κατά τη διάρκεια και μετά τον τοκετό»

Εικόνα 2.03 Αλγόριθμος νεογνικής θεραπείας BHIVA guidelines on the management of HIV in pregnancy and postpartum 2020

Εικόνα 2.04 Κριτήρια θεραπείας νεογνών μετά από έκθεση. Summary of British HIV Association (BHIVA) Guidelines: Management of HIV Infection in Pregnant Women 2020

Εικόνα 2.05 « Βία κατά των γυναικών και τρόποι μετάδοσης ΣΜΝ» Heise, L., Ellsberg, M., and Gottemoelle, M. Ending Violence Against Women. Population Reports, December 1999, Series L(11)
HIV/AIDS and Gender-Based Violence

Εικόνα 2.6 UNICEF 2018 «Σημαντικά σημεία στην πορεία της πρόληψης της μετάδοσης HIV από μητέρα σε παιδί»

Εικόνα 2.07 WHO 2000 Fact Sheets on HIV/AIDS for nurses and midwives
«Υπηρεσίες φροντίδας HIV»

- Εικόνα 2.08 WHO 2002 Fact Sheets on HIV/AIDS for Nurses and Midwives “Κύκλος περίθαλψης και φροντίδας για τον HIV”
- Εικόνα 2.09 2007 International Center for Research on Women (ICRW) «Προσέγγιση της φροντίδας HIV με βάση το φύλο στα προγράμματα PEPFAR»
- Εικόνα 3.01 Stigma and Discrimination: Key Barriers to Achieving Global Goals for Maternal Health and the Elimination of New Child HIV Infections « Πολλαπλές ταυτόχρονες μορφές στίγματος»
- Εικόνα 3.02 Stigma and Discrimination: Key Barriers to Achieving Global Goals for Maternal Health and the Elimination of New Child HIV Infections 2012 « Επιδράσεις του στίγματος και των διακρίσεων στην υγεία των γυναικών, μητέρων και νεογνών»
- Εικόνα 3.03 Poku, O.B., Ho-Foster, A.R., Entaile, P. *et a*, 2020 «Επιδράσεις του στίγματος ως προς την συμμόρφωση στην θεραπεία»

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Anifat O. Saka, Chiemerigo A. Onyeneho, Chizoma M. Ndikom Perception and utilization of prevention of mother-to-child transmission of human immunodeficiency virus (HIV) services among women living with HIV European Journal of Midwifery 31 May 2020 <https://doi.org/10.18332/ejm/140454>
2. Anne Kat The Evolving Art of Caring for Pregnant Women With HIV Infection JOGNN CLINICAL ISSUES May 2002 Volume 32, Number 1
3. Charlotte Watts, Cathy Zimmerman, Traci Eckhaus and Laura Nyblade Modelling the Impact of Stigma on HIV and AIDS Programmes: Preliminary Projections for Mother-to-Child Transmission ICRW
4. Dohrn, J. E. (2005). Breastfeeding in the HIV Epidemic: A Midwife's Dilemma in International Work. Online Journal of Health Ethics. <http://dx.doi.org/10.18785/ojhe.0201.02>
5. Eamonn Murphy, Meg Doherty, Wafaa El Sadr, Irum Zaidi, Adeeba Kamarazulman, Siobhan Crowley, Florence Riako Anam, Chinmay Modi, Erika Castellanos, Alex Garner, Neil McCulloch, Aditia Taslim, Paulie “Amanita” Calderon Cifuentes, Peter D Ghys, Peter Godfrey-Faussett, Luisa Frescura, Kevin M DeCock Innovations, adaptations, and accelerations in the delivery of HIV services during COVID-19
6. Emmanuel N Kontomanolis Spyridon Michalopoulos Grigorios Gkasdaris Zacharias Fasoulakis The social stigma of HIV–AIDS: society’s role HIV/AIDS - Research and Palliative Care 2017:9 111–118
7. Enhancement of Nursing and Midwifery Contribution to National HIV/AIDS, TB and Malaria Programmes World Health Organization (2002)
8. Geeta Rao Gupta and Kathleen Selvaggio It Can Be Done: Addressing Gender in the AIDS Epidemic through PEPFAR Programs 2007 International Center for Research on Women ICRW

9. Georgia Pontiki, Katerina Lykeridou, Victoria G. Vivilaki European Journal of Midwifery 2022 October Good communication and trust relationships with women are critical for HIV positive pregnant woman <https://doi.org/10.18332/ejm/146167>

10. Heise, L., Ellsberg, M., and Gottemoelle, M. Ending Violence Against Women. Population Reports, December 1999, Series L(11) HIV/AIDS and Gender-Based Violence

11. Hill LM, Saidi F, Freeborn K, Amico KR, Rosenberg NE, Maman S, et al. (2021) Tonse Pamodzi: Developing a combination strategy to support adherence to antiretroviral therapy and HIV pre-exposure prophylaxis during pregnancy and breastfeeding. PLoS ONE 16(6): e0253280. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0253280>

12. Horvath T, Madi BC, Iuppa IM, Kennedy GE, Rutherford GW, Read JS. Interventions for preventing late postnatal mother-to-child transmission of HIV. Cochrane Database of Systematic Reviews 2009, Issue 1. Art. No.: CD006734. DOI:10.1002/14651858.CD006734.pub2.

13. i-Base Guide to HIV Pregnancy & Women's Health April 2019 HIV written by Polly Clayden Artwork copyright Keith Haring Studio

14. Integrating Multiple Gender Strategies to Improve HIV and AIDS Interventions: A Compendium of Programs in Africa. International Center for Research on Women. May 2009.

15. International Confederation of Midwives, Strengthening Midwifery Globally Position Statement Human Immunodeficiency Virus and Acquired Immunodeficiency Syndrome (HIV and AIDS) ICM 2014

16. Janet Turan, Laura Nyblade, and Philippe Monfiston of the Health Policy Project Stigma and Discrimination: Key Barriers to Achieving Global Goals for Maternal Health and the Elimination of New Child HIV Infections JULY 2012

17. Jolle J, Kabunga A, Okello TO, Kadito EO, Aloka J, Otiti G, et al. (2022) HIV-related stigma experiences and coping strategies among pregnant women in rural Uganda: A qualitative descriptive study.

PLoS ONE 17(10): e0272931.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0272931>

18. Manchester University NHS Foundation Trust HIV in Pregnancy and the Puerperium April 20 2018
19. Marc Bulterys, Mary Glenn Fowler, Nathan Shaffer, Pius M Tih, Alan E Greenberg, Etienne Karita, Hoosen Coovadia, Kevin M De Cock Role of traditional birth attendants in preventing perinatal transmission of HIV BMJ VOLUME 324 p. 222-225 26 JANUARY 2002
20. Patricia Aikins Murphy, CNM, DrPH Deputy Editor Midwifery in the Time of COVID-19 Journal of Midwifery & Women's Health 2020 by the American College of Nurse-Midwives Volume 65, No. 3, May/June 2020 doi:10.1111/jmwh.13121
21. Paul M. Sharp and Beatrice H. Hahn Origins of HIV and the AIDS Pandemic Cold Spring Harb Perspect Med 2011;1:a00684
22. Poku, O.B., Ho-Foster, A.R., Entaile, P. *et al.* 'Mothers moving towards empowerment' intervention to reduce stigma and improve treatment adherence in pregnant women living with HIV in Botswana: study protocol for a pragmatic clinical trial. *Trials* **21**, 832 (2020). <https://doi.org/10.1186/s13063-020-04676-6>
23. RCM (2017). Stepping up to Public Health: A new maternity model for women and families, midwives and maternity support workers. London: Royal College of Midwives.
24. Renaud Becquet, Didier K. Ekouevi, Elise Arrive, Jeffrey S. A. Stringer, Nicolas Meda, Marie-Laure Chaix, Jean-Marc Treluyer, Valeriane Leroy, Christine Rouzioux, Stephane Blanche, and Francois Dabis Universal Antiretroviral Therapy for Pregnant and Breast-Feeding HIV-1-Infected Women: Towards the Elimination of Mother-to-Child Transmission of HIV-1 in Resource-Limited Settings. *Clinical Infectious Diseases* 2009 by the Infectious Diseases Society of America 49:1936–45 DOI: 10.1086/648446
25. Sara Chace Dwyer, Aparna Jain, Wilson Liambila and Charlotte E. Warren The role of unintended pregnancy in internalized stigma among women living with HIV in Kenya Chace Dwyer et al. BMC

26. Shahin Lockman and Tracy Creek, Brigham and Women's Hospital, Boston, Massachusetts; Prevention of Mother-to-Child Transmission Team, Global AIDS Program, Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta, Georgia; Botswana Harvard School of Public Health AIDS Initiative Partnership, Gaborone, Botswana Acute Maternal HIV Infection during Pregnancy and Breast-Feeding: Substantial Risk to Infants *The Journal of Infectious Diseases* 2009;200:667–9
27. Stacey A. Hurst, Kristie E. Appelgren, and Athena P. Kourtis Prevention of mother-to-child transmission of Human Immunodeficiency Virus Type 1 (HIV): the role of neonatal and infant prophylaxis *Expert Rev Anti Infect Ther.* 2015 February ; 13(2): 169–181. doi:10.1586/14787210.2015.999667.
28. Summary of British HIV Association (BHIVA) Guidelines: Management of HIV Infection in Pregnant Women 2020
29. Summary of British HIV Association (BHIVA) Guidelines: Management of HIV Infection in Pregnant Women 2020
30. The RCM standards for midwifery services in the UK 2016
31. UNAIDS (2007), Reducing HIV Stigma and Discrimination: a critical part of national AIDS programmes. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS
32. UNAIDS Joint United Nations Programme on HIV/AIDS GLOBAL PARTNERSHIP FOR ACTION TO ELIMINATE ALL FORMS OF HIV-RELATED STIGMA AND DISCRIMINATION
33. UNAIDS Joint United Nations Programme on HIV/AIDS UNAIDS DATA 2020 REFERENCE
34. United Nations Children's Fund, Women: At the heart of the HIV response for children, UNICEF, New York, July 2018.

35. Where there's a will there's a way Nursing and midwifery champions in HIV/AIDS care in Southern Africa Sue Armstrong Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS) 2003
36. WHO Fact Sheets on HIV/AIDS for nurses and midwives
37. WHO HIV and Infant Feeding Technical Consultation Held on behalf of the Inter-agency Task Team (IATT) on Prevention of HIV – Infections in Pregnant Women, Mothers and their Infants – Consensus statement" (PDF). October 25–27, 2006
38. <http://www.europeanjournalofmidwifery.eu/Topic-HIV+infection/4731>
39. <https://medicalguidelines.msf.org/en/viewport/CG/english/hiv-infection-and-aids-16690043.html>
40. <https://npin.cdc.gov/publication/recommendations-use-antiretroviral-drugs-pregnant-hiv-1-infected-women-maternal-health>
41. <https://www.acog.org/womens-health/faqs/hiv-and-pregnancy>
42. <https://www.hiv.gov/hiv-basics/hiv-prevention/reducing-mother-to-child-risk/preventing-mother-to-child-transmission-of-hiv>
43. <https://www.hiv.gov/hiv-basics/overview/history/hiv-and-aids-timeline#year-2022>
44. <https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/hiv-aids/diagnosis-treatment/drc-20373531>
45. <https://www.mkuh.nhs.uk/patient-information-leaflet/hiv-and-pregnancy-you-and-your-baby#>
46. <https://www.nhs.uk/common-health-questions/pregnancy/can-hiv-be-passed-to-an-unborn-baby-in-pregnancy-or-through-breastfeeding/>
47. <https://www.rcog.org.uk/for-the-public/browse-all-patient-information-leaflets/hiv-and-pregnancy-patient-information-leaflet/>

48. [https://www.womenandbirth.JournalofTheAustralianCollegeofMidwives.org/article/S1871-5192\(15\)00235-8/fulltext](https://www.womenandbirth.JournalofTheAustralianCollegeofMidwives.org/article/S1871-5192(15)00235-8/fulltext)