

Att förebygga HIV-smitta från mamma-till-barn i utvecklingsländer

Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa

FÖRFATTARE Hanna Danielsson Eklund

PROGRAM/KURS Sjuksköterskeprogrammet 180 högskolepoäng
Examensarbetet i omvårdnad, kandidatnivå
Termin 6, VT 2011

OMFATTNING 15 högskolepoäng

HANDLEDARE Annika Janson-Fagring

EXAMINATOR Kerstin Dudas

Sahlgrenska akademien



GÖTEBORGS UNIVERSITET

Förord

A generation of children free from AIDS is not impossible (UNICEF 2009)

| | |
|--|---|
| Titel (svensk): | Att förebygga HIV-smitta från mamma-till-barn i utvecklingsländer |
| Titel (engelsk): | Preventing HIV mother-to-child-transmission in developing countrys |
| Arbetets art: | Självständigt arbete |
| Program/kurs/kurskod/ kursbeteckning: | Sjuksköterskeprogrammet, 180 högskolepoäng Examensarbete i omvårdnad |
| Arbetets omfattning: | 15 Högskolepoäng |
| Sidantal: | 24 sidor |
| Författare: | Hanna Danielsson Eklund |
| Handledare: | Annika Janson-Fagring |
| Examinator: | Kerstin Dudas |

SAMMANFATTNING

Syfte: Syftet med arbetet är att belysa hur sjuksköterskan utifrån forskning och WHO:s riktlinjer kan stödja och vägleda HIV-smittade mammor i U-länder om amning och infantfeeding vid risk för smittoöverföring från mamma till barn samt undersöka vilka hinder och möjligheter för genomförande av HIV-preventivt arbete för att hindra smitta mellan mamma och barn som finns. Studien syftar även till att undersöka om det finns skillnad i kunskap och attityd om HIV-smitta och amning mellan män och kvinnor. **Bakgrund:** Nya riktlinjer från WHO 2010 öppnar möjligheten för medicinsk behandling under barnets 6 första månader samt amning även för HIV-smittade mammor men den medicinska behandlingen når inte alla. De som inte har tillgång till medicinsk behandling kan räddas genom rätt omvårdnadsinsatser. **Metod:** Examenssuppsats utformad som en litteraturoversikt baserad på 23 vetenskapliga artiklar. **Resultat:** Samtliga studier stödjer uteslutande amning som den bästa metoden, men menar att andra metoder såsom mjölkersättning kan komma ifråga om den kan ges under tillfredsställande hygieniska förhållanden. Samtliga studier om infantfeeding visar på att blandning mellan olika infantfeedingmetoder är det sämsta alternativet. Samtliga artiklar påvisar behovet av rådgivning samt god kunskapsnivå om infantfeeding hos den rådgivande sjuksköterskan. Efterfrågan på djupare och mer detaljerad rådgivning och information i U-länder påvisades i flera studier. **Diskussion:** Sociala och kulturella traditioner spelar en stor roll för hur väl uteslutande infantfeeding efterlevs. Männen har en mer ovilliga inställning än kvinnorna till att barnet ska få uteslutande amning, men är samtidigt mycket måna om att kvinnan ammar barnet i varje fall delvis. **Konklusion:** Det viktigaste är inte *vilken* infantfeedingmetod man väljer av bröstmjolk och mjölkersättning, utan *att man ger det uteslutande* (exklusivt). Papporna och männen måste involveras i infantfeedingfrågan för att en metod ska kunna tillämpas exklusivt. Ökad provtagning för HIV hos både gravida kvinnor och människor i riskområden i allmänhet behövs för att minska spridningen av HIV.

Nyckelord: HIV, mamma till barn, sjuksköterska, amning, infantfeeding, genus.

| | |
|--|-----------|
| INNEHÅLL | Sid |
| INTRODUKTION | 1 |
| INLEDNING | 1 |
| BAKGRUND | 1 |
| Historia, genus och samhällspåverkan | 1 |
| <i>Statistik och varför fler kvinnor än män får HIV</i> | 2 |
| <i>Samhällsutvecklingen</i> | 3 |
| Sjukdomsfysiologi | 3 |
| <i>HIV-1 & HIV-2: olika stammar av HIV</i> | 4 |
| <i>Smittvägar</i> | 4 |
| <i>Smittorisken från mamma till barn</i> | 4 |
| Behandling | 5 |
| <i>Medicinsk behandling</i> | 5 |
| <i>Graviditet</i> | 5 |
| <i>HIV-test och rådgivning</i> | 5 |
| Förebygga mamma-till-barn-smitta av HIV, vad säger WHO's råd? | 6 |
| <i>Bristande tillgång till förebyggande av mamma-till-barn</i> | |
| <i>smitta i utvecklingsländer</i> | 7 |
| Teoretisk referensram | 8 |
| <i>Förebygga</i> | 8 |
| <i>Interaktion</i> | 8 |
| <i>Holistiskt synsätt</i> | 8 |
| <i>Attityder</i> | 9 |
| <i>Informerade val</i> | 9 |
| TIDIGARE FORSKNING | 9 |
| Problemformulering | 10 |
| SYFTE | 10 |
| METOD | 10 |
| LITTERATURSTUDIE | 10 |
| ANALYS | 11 |
| RESULTAT | 12 |
| VILKA INFANTFEEDINGVAL SOM REKOMMENDERAS | |
| OCH VARFÖR | 12 |
| Olika infantfeedingval för HIV-smittade mammor | 12 |
| Varför amning är så bra | 12 |
| <i>Klimatets inverkan</i> | 13 |
| Att blanda olika infantfeedingmetoder – vanligast men sämst | 13 |
| <i>Vad gör att matningsmetoder blandas?</i> | 14 |
| Hur mammans hälsa påverkar smittorisken | 14 |
| SJUJSKÖTERSKAN OCH RÅDGIVNING | 15 |
| Rådgivning och support från sjuksköterskor ökar | |
| frekvensen av mammor som ammar | 15 |
| <i>Viktigt att sjuksköterskorna har uppdaterad</i> | |
| <i>kunskap om infantfeeding</i> | 16 |
| <i>Motsägelsfulla och förenklade budskap</i> | |
| <i>leder till missuppfattning</i> | 16 |

| | |
|--|-----------|
| Att minska mamma-barn-smittan | 16 |
| MÖJLIGHETER OCH HINDER | 17 |
| Etiska aspekter och motsägelsefulla känslor att amma | 17 |
| Genus: papporna måste blandas in i rådgivningen | 17 |
| Stigmatisering | 18 |
| Sociokulturella aspekter | 19 |
| Ekonomi och utbildning påverkar valen | 19 |
| DISKUSSION | 20 |
| <hr/> | |
| METODDISKUSSION | 20 |
| RESULTATDISKUSSION | 21 |
| Är man ingen riktig mamma om man inte ammar sitt barn? | 21 |
| Är män mer fästa vid amning än kvinnor? | 21 |
| Vilka faktorer ökar rådgivningens chanser att etablera exklusiv infantfeeding? | 22 |
| <i>WHO:s tio steg till lyckad amning</i> | 22 |
| <i>Det informerade valet</i> | 23 |
| FÖRSLAG PÅ FORTSATT FORSKNING | 24 |
| SLUTSATS | 24 |
| REFERENSER | 25 |
| <hr/> | |
| BILAGOR | 29 |
| <hr/> | |

FÖRKLARING TILL FÖRKORTNINGAR OCH BEGREPP

| | |
|---------------|---|
| AFASS | Acceptable, feasible, affordable, sustainable and safe. Gradering för att ange om hygieniska förhållande vid näringsersättning till barnet är godtagbara. |
| AIDS | Acquired immune deficiency syndrome |
| ART | Antiretroviral therapy, medicin som hämmar HIV-replikationen. |
| CD4-räkning | Mätning av immunsystemets styrka. |
| EBF | Exclusive breastfeeding, uteslutande amning |
| HIV | Human immunodeficiency virus |
| INFANTFEEDING | att ge näring till barnet. Kan vara amning eller annan metod. |
| MTCT | Mother-to-child-transmission of HIV |
| PMTCT | Prevention of Mother-to-child-transmission of HIV |
| RF | Replacement feeding, mjölk-/näringsersättning |
| WHO | World Health Organization |

INTRODUKTION

INLEDNING

Human immunodeficiency virus (HIV) är ett globalt spritt virus som orsakar sjukdomen Acquired immune deficiency syndrome (AIDS) och orsakar stort lidande (1). Varje år skördar HIV/AIDS miljoner människors liv och rädslan för att smittas av HIV skapar en stor rädsla för många och bidrar till segregering av människor genom både klass, kön och etnicitet. Bristfällig tillgång till preventivmedel och sjukvård gör att HIV fortsätter spridas och för gravida kvinnor utgör smittorisken en fara i dubbel bemärkelse, eftersom de riskerar att dels själva bli smittade, men även att barnet föds smittat eller får sjukdomen under amning (2).

Förutom allt mänskligt lidande HIV orsakar har det blivit en sjukdom som inte bara kan diskuteras ur medicinska aspekter, utan påverkar både ekonomi och framtid så mycket att resten av världen inte kan blunda för de problem i synnerhet Afrikas länder söder om Sahara står inför. Området söder om Sahara är hårdast drabbat av HIV i världen och flera länder där står nu inför faktum att en hel generation riskerar att smittas av HIV innan deras första levnadsår är till ända (2). Men med förhållandevis enkla medel och rätt kunskap kan sjuksköterskan minska risken för spridning av HIV från mamman till barn radikalt och kan därmed bidra till att förändra utsikten inför framtiden för barnen.

För många kvinnor utgör sjuksköterskekontakt den enda kontakten med sjukvården och därför måste sjuksköterskan kunna ge människor råd om amning och infantfeeding samt även kunna stödja och ge hopp till föräldrarna trots sjukdom och informera om hur smitta av HIV kan förebyggas.

Program riktade till sjuksköterskor att arbeta utifrån för att förebygga mamma-till-barn-smitta av HIV har utvecklats av FNs hälsoorgan World Health Organisation (WHO) (1, 3).

Målet med programmen är samma globalt sett, i både I- och U-länder är målet en överlevande och hälsosam HIV-fri generation med en levande mamma vid god hälsa (4).

Vägen dit skiljer sig dock, frågan om att förebygga mamma-till-barn-smitta under barnets första levnadsår måste förstås utifrån tex. fattigdom, sociokulturella traditioner, bristande möjligheter till hjälp vid förlossning samt genus- och maktfrågor (1).

I Sjuksköterskans yrkeskodex ingår bland annat att främja hälsa och lindra lidande utifrån de resurser och tillgångar patienten har (5) och uppsatsen belyser sjuksköterskans ansvar och möjligheter att stoppa spridningen av HIV och att trots fattigdom öka möjligheterna för nästa generation att starta livet hälsosamt.

BAKGRUND

Bakgrunden är indelad i fem delar: del ett redogör för *historia, genus och samhällspåverkan* kring sjukdomen. Del två förklarar *sjukdomsfysiologi*. Del tre förklarar *behandling*. Del fyra beskriver *teoretisk förankring om HIV-prevention i sjuksköterskans arbete*. I sista delen behandlas *tidigare forskning*.

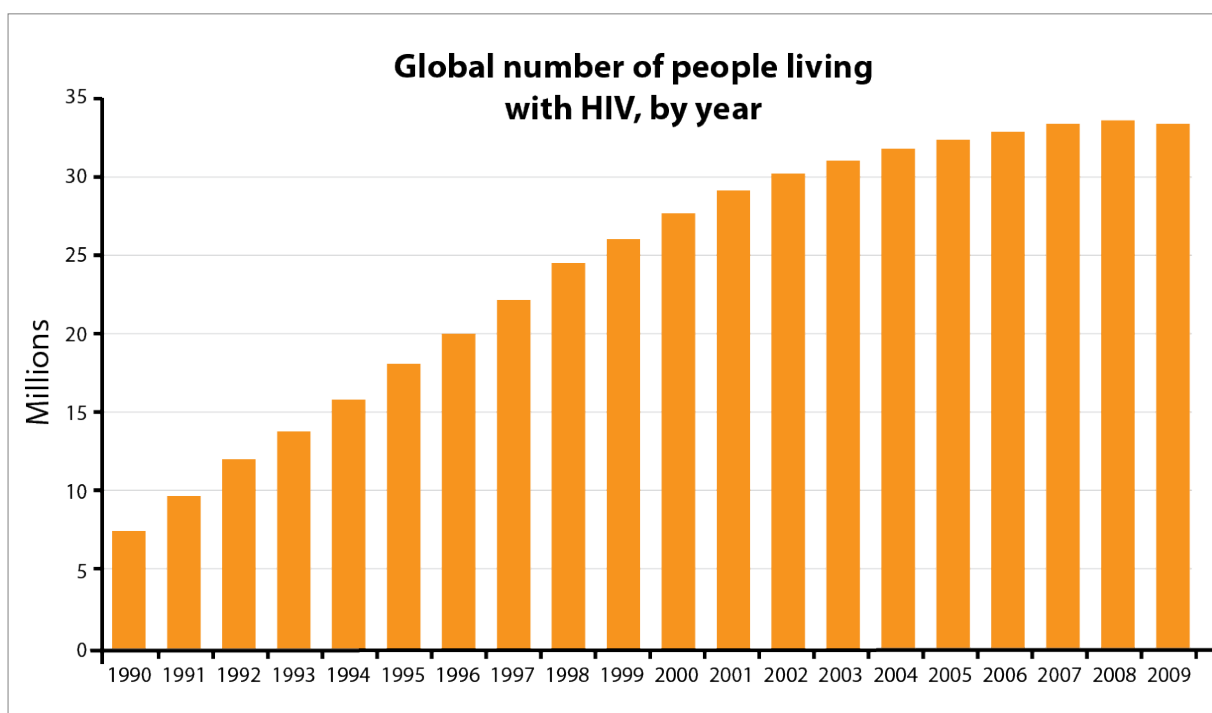
Historia, genus och samhällspåverkan

HIV är ett virus som är ganska nytt för mänskligheten. Viruset har troligtvis funnits hos apor långt innan människan kom i kontakt med det. 1999 fann man en variant av HIV som kallas SIV hos schimpanser. Aporna bär på viruset utan att själva bli sjuka, men när människan kom i kontakt med blod från aporna fick viruset en ny värd och i den nya miljön kom viruset att ge det svåra sjukdomstillståndet AIDS (6).

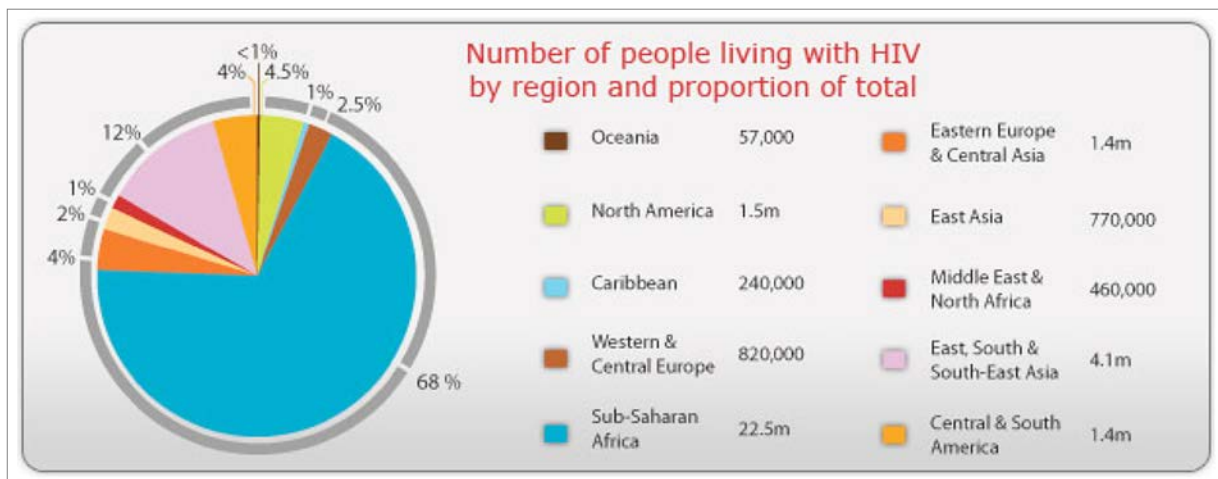
HIV hos människan upptäcktes och dokumenterades första gången i augusti 1981 i USA, men det första HIV-positiva blodprovet kommer från en man från Kingshasa och är taget 1959. Med hjälp av det tror sig forskare kunna spåra att de HIV-stammar som människor smittas av uppkom under 1940-50 talet i Afrika (7). 1986 upptäckte man att HIV hos människan består av två olika stammar, HIV-1 och HIV-2, vilka dock är snarlika (6).

Statistik och varför fler kvinnor än män får HIV

I slutet av 2009 levde 33,3 miljoner människor med HIV och AIDS (figur 1) varav 2,6 miljoner blev smittade under året och 1,8 miljoner dog i AIDS, varav 260 000 var barn (8). HIV har drabbat hela världen, men Afrikanska länderna söder om Sahara är de hårdast drabbade, 68% av samtliga HIV-smittade i världen bor i Afrika söder om Sahara (figur 2). Hårdast drabbade landet är Botswana, 17% av befolkningen är smittade av HIV (8).



Figur 1. Antal människor med HIV i världen 1990-2009 (9, 10)



Figur 2 Antal människor som har HIV i olika områden (11).

I västvärlden och höginkomstländer figurerade under 80- och 90-talet HIV som en sjukdom mest utbredd bland homosexuella män (7), medan HIV i låginkomstländerna snarare drabbar kvinnor i högre utsträckning. 60% av de smittade är kvinnor globalt sett. I Afrika söder om Sahara är ca 70% av de smittade kvinnor. Att kvinnor smittas i högre grad än män kan förklaras av kulturella traditioner som att män föredrar yngre sexpartners och att kvinnans sociala ställning är lägre än mannens vilket gör kvinnor mer utsatta för sexuellt våld samt att männen har fler sexpartners än kvinnorna (12).

Samhällsutvecklingen

Alla samhällen har inte accepterat HIV som en sjukdom och okunskapen är stor, i de värst drabbade områdena har som mest endast 65% av ungdomarna i åldern 15-24 år korrekt kunskap om HIV/AIDS (13). I de här områdena föder många kvinnor sitt första barn under åldersperioden och smittorisken ökar när kunskap saknas. Sexualundervisning är bristvara och få kvinnor och män vet hur de kan skydda sig mot HIV och undvika att föra smittan vidare. Det är inte ovanligt att människor som smittas förskjuts från sin familj, arbete eller skola och beskylls för att de begått synder och därför straffats med HIV, därmed ökar risken att smittade inte får grundläggande utbildning (2).

| % of young people (15–24 years old) who have comprehensive knowledge of HIV (2003-2008) | | |
|---|-----------|---------|
| Country | Women (%) | Men (%) |
| Central African republic | 17 | 27 |
| Namibi | 65 | 62 |
| Swaziland | 52 | 52 |
| Uganda | 32 | 38 |
| Tanzania | 39 | 42 |
| Zambia | 34 | 37 |

Figur 3 Procent kvinnor/män 15-24 år med korrekt kunskap om HIV (13).

I spåren av HIV-infektionen blir många barn föräldralösa. En hel generation håller på att

försvinna och bristen på människor i arbetsför ålder är ett stort problem. I Swaziland och Tanzania har mer än 5% av befolkningen HIV/AIDS. I Tanzania lever 17% av barnen under 18 år utan föräldrar, 60% lever med bägge föräldrarna. I Swaziland lever 34% av barnen under 18 år utan föräldrar och 22% har bägge föräldrarna kvar (13).

Brist på lärare, sjukvårdspersonal, mammor och pappor gör att barnen löper en större risk att själva bli smittade av HIV när inte någon passar på dem eftersom prostitution, missbruk av narkotika och sexuellt våld är vanliga smittvägar av HIV (2).

Sjukdomsfysiologi

Human immunodeficiency virus (HIV) är ett virus som sprids mellan människor via blod, urin, sperma och andra kroppsvätskor via slemhinnor eller öppna sår.

Viruset förstör T-celler, en typ av vita blodkroppar som är en del av immunförsvaret. De vita blodkroppar viruset angriper kallas CD4-cell (6).

Ca 2-8 veckor efter infektion av HIV kan en influensaliknande känsla uppkomma under någon vecka, men vissa får inga symtom alls (6).

Människor kan vara sjuka i HIV under många år utan att märka av några symtom, men utan behandling insjuknar personen inom några år i Acquired immune deficiency syndrome (AIDS), vilket är det sjukdomstillstånd som uppkommer som en följd av HIV-infektionen (6).

AIDS är ett tillstånd när immunförsvaret blivit så nedsatt av HIV att det inte längre kan skydda kroppen mot angrepp av andra virus och bakterier.

Den AIDS-sjuka som drabbas av vanligt förekommande infektionssjukdomar som normalt sett har ett lugare eller mindre dödligt sjukdomsförlopp dör istället av de sjukdomarna. Lever- och njurproblem, TBC och cancer är vanliga dödsorsaker för AIDS-sjuka .

Genomsnittstiden för att insjukna i AIDS från infektion av HIV är ca 10 år om ingen behandling sätts in, sätts behandling in tidigt kan en HIV-smittad människa leva ett nästan normalt liv. Tillståndet AIDS är temporärt men HIV-infektionen är kronisk (14).

HIV-1 & HIV-2: olika stammar av HIV

Det finns två olika stammar av HIV. De två typerna sprids på samma sätt, ger samma symtom och båda leder till AIDS. Det är möjligt att bli smittad av båda stammarna av HIV.

Normalt när benämningen HIV används syftar det på den vanligaste stammen HIV-1.

HIV-2 finns endast i ett litet område i Västafrika i Senegal, Nigeria, Ghana och Elfenbenskusten (Ivory coast). Nya HIV-tester indikerar för både HIV1 och HIV-2, men vanligtvis används test som bara visar HIV-1 utanför områden där HIV-2 är ovanligt (15).

Smittvägar

Den vanligaste smittvägen av HIV är oskyddat samlag, därefter kommer smitta mamma till barn under barnets första år och sedan smitta via blod samt stick och skärskador (2).

Användande av kondom är det enda skyddet mot sexuell smittoöverföring av HIV men en del religioner och kulturer runt om i världen förbjuder användning av kondom och andra preventivmedel, vilket ökar smittorisken av HIV och försvårar familjeplaneringsarbetet (2).

Även livsstil och sociala omständigheter påverkar smittorisken. Risken att smittas av HIV varierar med ålder, olika sociala nivåer och fattigdom, sexuellt beteende och drogmissbruk. En person som utsätts för smittorisken av HIV och samtidigt har andra sexuellt överförbara sjukdomar har ökad risk att smittas (7).

Yngre personer löper ökad risk att smittas, i gruppen 15-24 år är smittorisen störst. Att yngre löper en ökad risk beror på flera faktorer, bland annat för att de har mindre kunskap och erfarenhet om var de kan vända sig för att få hjälp samt mindre tilltro eller ekonomiska möjligheter att utnyttja den hjälp som finns (2).

Stora insatser görs i kampen mot HIV, men i t.ex. Botswana där ca 17 % av befolkningen har HIV är bromsmedicin gratis och informationskampanjerna massiva, trots det fortsätter HIV att spridas, även om en minskning i utbredningen skett under de senaste åren (2).

Smittorisen från mamma till barn

Av de HIV-positiva barn under 15 års ålder har 90% fått HIV via mamman under förlossning eller amning. Om en mamma inte får någon form av behandling mot HIV när hon blir gravid är risken att viruset överförs till barnet ca 35%. Av de smittade barnen får ca 17% HIV under graviditeten, ca 50% får det under själva förlossningen och ca 33% får HIV under amningstiden (2). Under graviditeten kan medicinsk behandling med bromsmediciner till mamman ges för att minska moderns sjukdomsstatus och därmed skydda fostret. Under förlossningen är kejsarsnitt att föredra då det ger ytterligare minskad smittorisk (2).

Under barnets första levnadsår beror smittorisen på om barnet ammas eller ej, men även mammans sjukdomsgrad påverkar smittorisen till barnet. CD4-värdet visar hur starkt immunsystemet är, ju lägre värde desto sämre immunförsvar. Barn födda och ammade av mammor med CD4 under 200 celler/ml blod har 4 gånger högre risk att smittas av HIV jämfört med barn födda och ammade av mammor med CD4 över 500 celler/ml blod, behandling mot HIV ges generellt vid ett CD4-värde på 350 celler/ml blod eller lägre. Värdena av HIV i bröstmjölken är högst i den första bröstmjölken som produceras direkt efter födseln (16). Vid amning kan mamman få fortsatt bromsmedicin specifikt för att minska smittorisk under amningstiden, men ca 3% smittorisk kvarstår trots behandling (1, 2, 3, 16, 17, 18, 19).

I länder med god hygienisk standard och tillgång på rent vatten och bra ersättningsmedel för bröstmjölken kan mamman ge barnet mjölkersättning och därmed utesluta risken för smitta av HIV (hygienstandarden går under förkortningen AFASS: Acceptable, feasible, affordable, sustainable and safe (1)).

Få familjer i U-länderna når upp till de hygienkrav som ställs för att mjölkersättningen ska kunna ges utan risk för barnet att utsättas för andra smittor via t.ex. smutsigt vatten och i de familjerna är amning ofta ett förstaval (1, 2, 3, 16, 17, 18, 19).

Behandling

Medicinsk behandling

Medicinsk behandling mot HIV ges för att minska virusreplikationen och stoppa utveckling av sjukdom, behandling kan även ges som postexpositionsprofylax 4-36 timmar efter sex. oskyddat samlag, stickskada eller annan exponering med smittorisk för HIV. Den medicinska behandlingen består av antiretroviral terapi (ART), som är en bromsmedicin. Det finns ännu inte någon behandling som totaleliminerar viruset från kroppen (7, 14).

För att avgöra hur lång framskriden sjukdomen är räknar man antalet vita blodkroppar som finns kvar i blodet, CD4-räkning. Hur mycket behandling som behövs beror på hur högt själva värdet är samt hur snabbt det sjunkit. Generellt indikerar ett värde under 350 celler/ml

blod på behandling (17).

Insatt behandling tidigt i sjukdomsskedet ger bäst resultat. Tas inte läkemedlet regelbundet finns stor risk för resistens mot läkemedlet och resultatet av behandlingen blir sämre, behandlingen är livslång eftersom viruset alltid finns kvar i kroppen (7, 14).

Minska spridningen av HIV samt möjliggöra global tillgång till bromsmediciner för alla som behöver är ett av FN's 15 millennium mål (8).

Graviditet

Genom medicinsk behandling kan man minska infektionsrisken för barnet vid amning om mamman är HIVsmittad. Med de bromsmediciner (ART) som ges idag kan behandlingen ges både under graviditeten, förlossningen, amningstiden samt även till den nyfödda babyn.

Ge behandling till gravida och ammande kvinnor infördes i WHO's riktlinjer år 2010 och resultatet och utvecklingen av behandlingen från längre och utförligare studier förväntas komma först under 2014, men redan nu vet man att risken för barnet att smittas av HIV från mamman vid behandling uppgår till ca 3% jämfört med 35% risk utan behandling (1, 16, 17).

HIV-test och rådgivning

Information kring sjukdomen, smittvägar och HIV-test den viktigaste förebyggande åtgärden för att minska smittspridningen. I många områden förnekas sjukdomens existens och enligt UNAIDS, FN's organisation för HIV, vet 9/10 personer som bär på viruset i Afrika söder om Sahara inte om att de är smittade (2).

Antalet gravida som testas för HIV varierar mellan olika länder, allt från 3% i Sudan till 95% i Sydafrika (figur 5), befolkningsstorleken varierar dock mycket mellan länderna (13).

| Rank | Country | 2009 |
|------|------------------------------|------|
| 1 | South Africa | >95% |
| 2 | Nigeria | 13% |
| 3 | Mozambique | 77% |
| 4 | Uganda | 64% |
| 5 | United Republic of Tanzania | 66% |
| 6 | Kenya | 63% |
| 7 | Zambia | >95% |
| 8 | Malawi | 52% |
| 9 | Zimbabwe | 46% |
| 10 | India | 21% |
| 11 | Democratic republic of Kongo | 9% |
| 12 | Camerun | 41% |
| 13 | Ethiopia | 16% |
| 14 | Côte d' Ivorie | 47% |
| 15 | Chad | 6% |
| 16 | Angola | 26% |
| 17 | Burundi | 40% |
| 18 | Sudan | 3% |
| 19 | Lesotho | 50% |
| 20 | Ghana | 51% |
| 21 | Botswana | 93% |
| 22 | Rwanda | 77% |
| 23 | Swaziland | 73% |
| 24 | Namibia | 88% |
| 25 | Burkina Faso | 42% |

Figur 4. Procent av gravida kvinnor som HIV-testas och får rådgivning i de 25 länder med högst förekomst av HIV-positiva gravida kvinnor i världen 2009 (13).

Förebygga mamma till barn smitta av HIV, Vad säger WHO's råd?

Preventing mother to child transmission (PMTCT) är benämningen på WHO's globala program för att minska smittspridningen av HIV från mamma till barn, där mamman har HIV eller riskerar att smittas av det under tiden hon ammar och därmed riskerar att överföra smittan till sitt barn. WHO's riktlinjer fungerar som teoretiska riktlinjer för när, hur och under vilka förhållanden olika infantfeedingalternativ bör användas, hur medicinsk behandling för mamma och barn samt hur screening och vård för HIV-smittade mammor kan utformas (1). PMTCT genomförs i fyra steg: 1. *HIV-test och rådgivning*, 2. *familjeplanering*, 3. *infantfeeding-rådgivning och support*, 4. *medicinsk behandling med ART-profylax* (1).

I nuläget rekommenderas HIV-positiva mammor i låg- och medelinkomstområden att antingen ge mjölkersättning till sitt barn under det första året om de har god hygienisk standard (AFASS) eller i annat fall att amma under barnets 6 första månader med behandling med bromsmedicin. I U-länder hamnar mamman ibland i ett läge där hon varken har tillgång till rent vatten så hon kan ge mjölkersättning eller tillgång till bromsmedicin. I det fallet ska mamman enligt WHO's riktlinjer rekommenderas att amma barnet trots smittorisk (1, 16, 17).

| Geographical region | Number of pregnant women with HIV receiving antiretrovirals | Estimated number of women with HIV in need of antiretrovirals | Estimated coverage |
|---------------------------------|---|---|--------------------|
| Sub-Saharan Africa | 672 800 | 1 240 000 | 54 % |
| East & South Africa | 584 700 | 860 000 | 68 % |
| West & central Africa | 88 100 | 380 000 | 23 % |
| Latin America and the Caribbean | 16 200 | 29 900 | 54 % |
| Latin America | 11 800 | 22 400 | 53 % |
| Caribbean | 4 400 | 7 400 | 59 % |
| East & south Asia | 23 800 | 73 800 | 32 % |
| Europ & central Asia | 14 300 | 15 300 | 93 % |
| North Africa & Middle east | 500 | 15 700 | 3 % |
| All low & middle income | 727 600 | 1 380 000 | 53 % |

Figur 5. Antal kvinnor med HIV som har tillgång till medicin och antalet kvinnor med HIV i behov av medicin År 2009 (13)

Bristande tillgång till förebyggande av mamma till barn smitta i utvecklingsländer

Förebyggande av smitta från mamma till barn är i västvärlden framgångsrikt och få barn smittas av HIV via sin mamma. Men i länder där tillgång till kunskap, betalningsmedel och medicin är låg utgör smittan från mamma till barn under barnets första år ett stort problem (figur 6). Många födslar sker utanför sjukhusen och utan närvarande utbildad personal. Låg hygienisk standard och tillgång till rent vatten gör att mjölkersättning istället för amning innebär en stor risk för barnet att drabbas av andra sjukdomar och infektioner, tex diarré och undernäring(1, 2, 12).

I flera afrikanska länder saknas tillräckligt med sjukvårdspersonal för att kunna ge vård till alla sjuka. Förebyggande behandling är avgörande för utvecklingen eftersom HIV inte går att bota, men resurserna fördelas inte så de räcker till alla som smittas (1,2, 3, 12, 17).

Utvecklade hälso- och sjukvårdssystem, krig eller naturkatastrofer bidrar dessutom till logistiska svårigheter att nå ut med medicin till befolkningen regelbundet (3, 17). Rådgivning och andra alternativa omvårdnadsmetoder som bidrar till att minska smittorisken, från mamma till barn under barnets 6 första månader, blir därför extra viktiga när det råder bristande tillgång till materiella tillgångar (12).

Teoretisk referensram

Förebygga

All omvårdnad innehåller förebyggande aspekter och sjuksköterskans professionella ansvar innebär att ha kunskap och kunna värdera patientens hälsosituation.

Sjuksköterskan ska förebygga hälsa hos människor som är utsatta för hälsosvikt eller kan förväntas få hälsokomplikationer av olika anledningar (20).

Det hälsoförebyggande arbetet bedrivs på tre nivåer: Primär nivå: identifiera riskgrupper och förhindra hälsosvikt genom att påverka eller avlägsna riskmomentet. Sekundär nivå:

Identifiera hälsosvikt eller ökad risk för ohälsa eller sjukdom på ett tidigt stadium och motverka vidareutveckling av ohälsan genom hälsofrämjande åtgärder. Tertiär nivå: Förebygga komplikationer vid akut sjukdom och skada, och även att förhindra komplikationer för patienter med kronisk sjukdom (20).

Sjuksköterskan uppgift i det förebyggande hälsovårdsarbetet är att undervisa och utföra ordinerade medicinska behandlingar och omvårdnadsbehandlingar. I det förebyggande hälsovårdsarbetet är konkreta åtgärder såsom karläggning och kontroll och screening av riskfaktorer samt rådgivning och hälsoupplýsning, främjande av god hygien och god nutritionsstandard (21), och inte minst motivationsstöd, viktiga delar för att hjälpa människor till ett hälsosamt liv (20).

Interaktion

Sjuksköterskan kan bidra till att förbättra människors hälsa med hjälp av information, stöd och kunskap om patientens egna resurser och tillgångar stärka enskilda individers förmåga att fatta goda hälsobeslut (21). För att patienten ska följa behandling och råd är det viktigt att inte sjuksköterskan tar beslutet åt patienterna, utan är lyhördhet för patientens behov och möjligheter och låter denne själv forma beslutet (20).

Rådgivningen beskrivs som en interaktiv process och tidiga omvårdnadsteoretiker som Orland och Travelbee betonade betydelsen av interaktion mellan patient och sjuksköterska. (20). Interaktionen mellan sjuksköterska och patienten/ mamma-barn och andra anhöriga är viktig för att sjuksköterskan ska kunna uppfatta det samlade behovet av hjälp samt vilka resurser patienten själv har och därmed kunna starta, upprätthålla, förändra eller stödja patienten/familjen på rätt sätt i hälsoarbete (22).

Holistiskt synsätt

I Socialstyrelsens allmänna råd står att omvårdnadens ska planeras och utföras utifrån en helhetssyn (SOSFS 1993:17) (23) och i Sjuksköterskans yrkeskodex ingår att inge hopp, främja hälsa och lindra lidande utifrån de resurser och tillgångar patienten har (5). Sjuksköterskans synsätt ska därför präglas av en holistisk hållning. Med holistisk hälsosyn menas att inte bara se till biologisk/fysisk eller psykisk hälsa som enskilda delar, utan att se till hela människan och dess behov (20).

Hälsa påverkas inte uteslutande av individen själv, utan är en helhet som påverkas mycket av en mängd faktorer kring den enskilda människan, såsom miljö, kultur och samhälle (24) och att ge vård behöver därför inte innebära att det bara är en sjukdom som vårdas (25). Mamman och barnets hälsa är nära sammankopplade och att vårda och ge råd ur ett holistiskt synsätt innebär att sjuksköterskan inte bara ser till barnet eller mammans hälsa, utan till helheten. Det kan göras genom att t.ex. minska risken för att barnet blir sjukt samt stödja mamman i att ge barnet goda möjligheter till ett tillräckligt stort och säkert näringsintag (22).

Attityder

Människor har olika värden i sin tillvaro. Några värderar trygghet, andra värderar frihet och oberoende högt, men oavsett vilket värde människor anser vara viktigast avspeglas det i dess handlingar och uppfattningar vilket kallas attityd. Attityd består av tre komponenter: kognition, affektion och intention.

Kognition består av kunskap och kännedom om ämnet. Ju större kunskap en person har, desto

mindre blir fördomarna. Attityder som baseras på okunskap och uttrycker negativa känslor kallas fördomar. Fördomar kan även utvecklas om en människa känner sig hotad av andra grupper eller människor (23). Affektiva komponenten baseras på känslan för andra personer och situationer och baseras både på medvetna och omedvetna värderingar. Intention eller beteendemässig komponent beskriver personens benägenhet att uppträda gentemot personen eller speciella situationer och baseras på både de kognitiva och affektiva delarna, dvs. kunskap, vetenskap, känslor och värden (23). Den kognitiva komponenten är viktig vid förändring av attityder, med större kunskap förändras nämligen även känslan, den affektiva komponenten, och därmed förändras människans tendens, intention, att handla på ett visst sätt (23). Medvetenhet om egna attityder och fördomar är ett första steg mot positiv utveckling och förändring (23).

Informerade val

Människan gör många val i livet utifrån attityder och omedvetna värden och utan eftertänksamhet om konsekvenser. Valen följer ofta tillfälligheter och yttre omständigheter. För att öka möjligheten för en positiv förändring och minska de ogynnsamma konsekvenserna bör hälsovården sträva efter att medvetandegöra valen. I ett val behöver människan vara medveten om både egna värden och vilka alternativ som finns att välja mellan för att kunna välja optimalt (23). Ibland är religiös syn på livet ett avgörande värde, för andra kan hälsan vara det värde som avgör i olika val.

Som sjuksköterska har man ansvar även för det man inte säger eller gör och inte bara det man gör (och säger). Genom att vara medveten om sina egna personliga attityder och genom att ge patienten information om olika alternativ kan man hjälpa denne att hitta en hälsofrämjande attityd och göra ett informerat val (23).

TIDIGARE FORSKNING

WHO har sedan 2001 gett ut riktlinjer för hur rådgivningen och behandlingen i förebyggande mamma-till-barn-smitta-programmen (PMTCT) ska styras.

WHO vill med sina riktlinjer införa behandling som genom empirisk forskning visat sig framgångsrik för att minska risken för mamma-till-barn-smitta av HIV under graviditet, födsel samt barnets första levnadsår. Riktlinjer har under 2000-talet utkommit 2001, 2006 samt senaste 2010 (1).

De nya riktlinjerna förändrar behandlingsstrategin till stor del eftersom medicinsk behandling före, under och efter förlossningen nu anses möjlig, vilket det inte tidigare gjorts.

Äldre forskning om behandling samt råd baserade på de gamla riktlinjerna från 2006 och tidigare innan medicin till den gravida eller ammande mamman och det nyfödda barnet var möjligt är nu delvis inaktuellt, men forskningsfältet är både stort och aktivt.

FNs oberoende organisationer UNAIDS och WHO publicerar dagligen rapporter på nya forskningsrön rörande HIV/AIDS baserat på de otaliga studier som utförs. Inom omvårdnadsområdet består majoriteten av studierna av fältstudier från hela världen, men med tyngdpunkt på länder i Afrika söder om Sahara där HIV är mest utbrett.

Problemformulering

Sedan HIV-epidemin började spridas under 1980-talet har världen idag nått en punkt där de hårdast drabbade länderna har förlorat en hel generation. I många länder har HIV epidemin slagit ut en stor del av den arbetsföra befolkningen.

WHO:s riktlinjer från 2006 reviderades 2010 med nya direktiv gällande medicinsk behandling

med antiretroviral medicin (ART) (3), men i de länder där HIV-epidemin slagit som hårdast kvarstår till stor del samma problem som under de senaste 20 åren: bristfällig tillgång till mediciner samt uppföljning och vidare medicinsk behandling. Där förändrar de nya riktlinjerna lite för människor som riskerar att smittas eller redan är smittade av HIV. Avsaknad av medicinsk behandling och dålig tillgång till kvalificerad vård utgör fortfarande den största bristen i det preventiva arbetet för att minska risken för överföring av HIV mellan mamma och barn (PMTCT). HIV har drabbat fattiga U-länder hårdast och framförallt Afrika söder om Sahara är hårdast drabbat i världen (3,12, 26).

Som en del i UNAIDS plan för att minska spridningen av HIV föreslås flera afrikanska länder öka sjuksköterskornas kunskap och ansvarsområden inom behandlingen av HIV, vilket ökar möjligheterna för HIV-smittade att få tillgång till kvalificerad vård. I dags dato ligger huvudansvaret för behandlingen på läkare. HIV-epidemin skulle med gemensamma krafter kunna stoppas till 2015 och därmed uppfylla ett av FN's millennium mål, människor måste förenas i kampen och inte minst behöver sjuksköterskorna stor kunskap om HIV för att lyckas stoppa spridningen (26).

SYFTE

Syftet med litteraturstudien är att belysa hur sjuksköterskan utifrån forskning och WHO's riktlinjer kan stödja och vägleda HIV-smittade mammor i U-länder om amning och infantfeeding vid risk för smittoöverföring från mamma till barn, samt undersöka vilka hinder och möjligheter för genomförande av HIV-preventivt arbete för att hindra smitta mellan mamma och barn som finns. Studien syftar även till att undersöka om det finns skillnad i kunskap och attityd om HIV-smitta och amning mellan män och kvinnor.

METOD

LITTERATURSTUDIE

Studien är en litteraturstudie där artiklar söktes och analyserats enligt modell i Fribergs bok (27). Sökningen av artiklar utfördes i två databaser: *Pubmed* och *Cinahl*. Eftersom tillgången och variationen på artiklar räckte till mer än nog konsulterades inte fler databaser utan tiden lades istället på att noggrant välja ut artiklar för att få både global spridning på artiklarnas uppkomstområde samt forskningsmetod.

I den inledande sökningen användes endast sökorden *HIV* och *pregnancy* för att få ett grepp om området. Efter hand förfinades ämnesval och sökorden *HIV* och *breastfeeding* användes. Artiklarna som kom fram gav mer specifika sökord som användes för sekundärsökningen. Med hjälp av WHO's riktlinjer för preventing mother to child transmission 2010 (1) avgränsades sökningen och sökorden i sekundärsökningen blev tillslut *HIV, infected mothers, newborn feeding, breastfeeding, nursing* samt *preventing mother to child transmission*. Sökorden kombinerades på olika sätt och med eller utan "AND" mellan.

Artiklarna skulle vara skrivna på engelska eftersom det är det internationella språk som tillämpas inom många vetenskapliga institutioner. För att få aktuella artiklar sattes gränsen till publicering inom de tre senaste åren, men utökades efter hand i sekundärsökningen till att även innefatta äldre artiklar så långt tillbaka i tiden som 1989 eftersom artikeln tillförde unik kunskap som fortfarande kan ses som aktuell. Artiklar från sekundärsökningen sorterades inte

ut efter publiceringsår, utan beaktades endast ur hur relevant fakta de innehöll sett i förhållande till de nya riktlinjerna från WHO, nya riktlinjer från WHO kom ut i november 2009.

Urvalet av artiklarna i en sökning skedde genom att välja rubriker som kändes relevanta och läsa abstract till artikeln. Verkade abstract intressant granskades artikeln ytterligare, där artiklar var snarlika valdes den som berörde omvårdnad mest eller var publicerad senast. Även några artiklar som inte framkom i sökningen av databaserna men var relaterade till artiklar som redan hade valts ut användes i arbetet. Artiklar som enbart berörde HIV-prevention med tillgång till medicinsk behandling valdes bort, liksom artiklar som endast redogjorde för rent medicinska behandlingsaspekter av HIV.

I urvalet av de artiklar som användes till uppsatsen gjordes ingen skillnad på om studien var av kvalitativ eller kvantitativ art, men en snabb kontroll gjordes för att säkra att båda metoderna fanns med. Målet var att uteslutande använda empiriska forskningsrapporter eller artiklar i resultatet, men en litteraturstudie valdes att tas med i uppsatsens resultat då den var av ypperlig kvalitet och bidrog med omvårdnads kunskap som inte framkom i någon av de övriga artiklarna. Till slut fanns det kvar 23 artiklar kvar som användes.

Faktaböcker, en litteraturbaserad artikel och hemsidor från stora etablerade organisationer, som därmed kan ses som tillförlitliga kunskapskällor, användes i bakgrunden. Eftersom utgångspunkten i uppsatsen baseras på forskning som bara är året gammalt återfinns mestadels hemsidor på internet som referenser, då böcker i ämnet inte hunnit uppdateras.

ANALYS

Artiklarna skulle ha en tydlig forsknings och omvårdnadsvetenskaplig prägel och kvalitetsgranskades i övrigt enligt modell i Fribergs bok (27). Eftersom ämnesvalet i huvudsak baseras på människors fria val värderades de etiska ställningstagandena i undersökningarna nogsamt, studier som inkräktade på människans fria val påträffades som tur var inte, men studier som redogjorde för etiska ställningstaganden föredrogs framför de som saknade redogörelse. Artiklarna granskades även ur genusperspektiv, eftersom fokus av naturliga orsaker ligger på kvinnan eftersträvades både manliga och kvinnliga författare i artiklarna.

Samtliga utvalda artiklar lästes först igenom en gång och fick understrykningar och kommentarer för att förenkla sammanfattningen av artikeln och artiklar som jag fann inte höll måttet ersattes med en ny, därefter sorterades artiklarna upp i olika teman och lästes ännu en gång. Utifrån de olika temana framkom rubriker och underrubriker, under vilka de olika resultaten från artiklarna redovisades. Samma artikel kunde hamna under flera rubriker då den berörde olika aspekter och frågor.

RESULTAT

Resultatet har indelats i olika tre olika ämnesområden: första delen handlar om *Vilka infantfeedingval som rekommenderas och varför* samt hälsoaspekter av metoderna, andra delen handlar om *Sjuksköterskan och rådgivning* och sista delen handlar om *Möjligheter och hinder* att förebygga smitta från mamma till barn och beskriver olika faktorer som inverkar på infantfeedingval. Även hur rådgivning och hjälp tas emot samt genus och samhällssynen på HIV behandlas här.

VILKA INFANTFEEDINGVAL SOM REKOMENDERAS OCH VARFÖR

Olika infantfeedingval för HIV-smittade mammor

Generella rekommendationer såsom mjölkersättning till barn till HIV-positiva mammor fungerar i I-länder där de allra flesta har en liknande godtagbar hygienisk standard, men i stora delar av de länder som är hårdast drabbade av HIV varierar hygienstandarden inom landet så mycket mellan olika områden att generella råd inte kan ges (28, 29, 30). Råden om mjölkersättning för barn till HIV-positiva mammor togs dock emot utan vidare efterforskning under 1990- och 2000-talet. Mjölkersättning delades ut gratis i vissa länder och användes ofta trots att mammorna var fattiga och inte hade rent vatten (31, 32).

För majoriteten av den HIV-smittade befolkningen i U-länder är fördelarna med mjölkersättning knappast jämförbara med riskerna. Låg hygienisk standard och dålig tillgång till rent vatten gör att risken för barnet att drabbas av diarré eller luftvägssjukdomar är så stor att smittrisen av HIV inte står i proportion till risken att barnet dör av ovan nämnda sjukdomar under det första året (33). Under HIV-epidemin har många olika förslag avlöst varandra och det råder numera en förvirring bland både föräldrar, sjuksköterskor och övrig hälsovårdspersonal över vilket alternativ som bör välja allteftersom nya råd tillkommer (31).

Uteslutande amning under barnets 6 första månader stöds i samtliga studier som den bästa metoden att ge näring till barnet, även med hänsyn till risken för mamma-till-barn-smitta. Efter 6 månaders ålder täcker inte amning hela barnets energibehov, men det är av stor vikt att inte byta ut amningen helt, även efter 6 månader, i fattiga och resurssnåla områden. Istället bör man komplettera den med andra näringskällor, eftersom undernäring är en större risk än mamma-till-barn-smitta vid amning (34).

Varför amning är så bra

Orsaken till smitta av HIV-1 genom bröstmjolk är inte helt kartlagd, men trots risken för HIV genom amning under barnet första år ska man ändå inte glömma att det är fler barn som inte blir smittade av HIV än som faktiskt blir det under amningstiden (35).

Hur uteslutande amning skyddar barnet mot HIV och andra infektioner är heller ej helt klart, men att undvika att ge barnet annan mjölk än bröstmjolk tros underlätta för barnets semipermeabla mucosala barriär, som är tillfälligt extra känslig direkt efter födseln för att lättare kunna ta upp mammans antikroppar ur bröstmjölken, att slutas. Om inte öppningarna/förbindelserna (tight junctions) mellan de ytliga mucosala cellerna stängs tillräckligt under de först 6 månaderna tror man att HIV-cellerna lättare tränger igenom den mucosala barriären och infekterar barnet.

Varför dessa tight junctions sluter sig fortare med uteslutande amning kan bero på antingen att själva bröstmjölken gör att de sluter sig fortare eller att exponering för annan typ av mjölk försenar förslutningen (36). Med uteslutande amning exponeras inte barnet för smutsigt vatten och annat som kan skada barnets matsmältningssystem och därmed göra det känsligt och mera mottagligt för andra infektioner och sjukdomar (35).

Att avsluta amningen vid sex månader minskar risken för smitta. Smittorisken av HIV beräknas vara konstant och lika stor under hela amningstiden, men ju längre tid barnet ammas, desto större är risken att barnet smittas, varför en amningstid på ca 6 månader rekommenderas för HIV-smittade mammor (38). Amning i 15 månader eller mer ger dock en betydligt större tillväxt för barn födda av HIV-smittade kvinnor (34). WHO:s riktlinjer anger att HIV-positiva mammor som inte kan ge mjölkersättning under säkra hygieniska förhållanden (AFASS) bör fortsätta amma även efter 6 månader, eftersom bröstmjölken utgör 50% av energibehovet för en 6-8 månaders baby och 33% av energibehovet för ett 12-23 månaders barn (34, 35, 36, 38).

Klimatets inverkan

Fram till 15 månaders ålder råder generellt en skillnad i tillväxt mellan barn som ammas jämfört med barn som inte ammas, oavsett klimatet. Barn som ammas har högre tillväxt under tiden fram till 15 månader där grupperna blev jämförbara. Att inte amma under regnsäsongen i tropiska länder visar sig dock inverka dramatiskt på barnets tillväxt i negativ bemärkelse och risken för undernäring ökade jämfört med att inte ammas under torrtiden. Det tros bero på både ökad risk för barnet att drabbas av andra infektionssjukdomar än HIV och förändringen i det fysiska klimatet under regnsäsongen (34).

Att blanda olika infantfeedingmetoder – vanligast men sämst

I flera studier påvisas att den vanligaste infantfeedingmetoden är att ge barnet både amning och andra sorters näringskällor, som t.ex. mjölkersättning, fruktjuice, komjolk, redan innan 6 månaders ålder. Det är den sämsta metoden sett ur smittorisken av HIV, överlevnad samt tillväxt för barnet men ändå den som förekommer mest frekvent världen över. Med blandad infantfeeding menas alla former av infantfeeding som inte är exklusiva/uteslutande, dvs. även mindre mängder t.ex. te eller vatten som ges till barnet under amningstiden (28, 34, 33).

Risken att barnet ska smittas av HIV påverkas av en rad fysiologiska faktorer, men överlevnadsmöjligheterna för barnet beror inte bara på smittorisken av HIV.

I en studie från Durban i Sydafrika undersöktes smittorisken av HIV från mamma-till-barn vid olika infantfeedingmetoder. Barnen undersöktes från födseln och fram till 3, 6 och 15 månaders ålder. Barnen delades in i tre olika grupper: uteslutande amning, mixat amning och andra näringskällor och endast/uteslutande mjölkersättning.

Vid 3 och 6 månaders ålder hade barnen som fått uteslutande amning och mjölkersättning samma mamma-till-barn-smitta frekvens, 4%, och var betydligt lägre än för barnen som fått mixad amning och andra näringskällor. Vid 15 månader var mamma-till-barn-smitta frekvensen för de barn som fått mixade näringskällor 36%, uteslutande amning 25% och mjölkersättning 19% (De 19 % som fick HIV vid matning med mjölkersättning hade smittats av HIV under graviditeten eller förlossningen) (39, 40).

Trots risken för mamma-till-barn-smitta vid amning framkom i studien från Durban att skillnaden i antal döda barn inte skilde sig nämnvärt åt i slutänden mellan gruppen som

ammades och de som fick mjölkersättning.

Anledningen var att barn som fick mjölkersättning eller ammadas under mindre än 6 månader fick en ökad risk att insjukna i andra infektioner, bland annat fanns betydligt större förekomst av lunginflammation, sepsis, diarré, undernäring och fler barn dog tidigare än jämfört med gruppen som ammadas under 6 månader. Bland barn som var 2 månader gamla och aldrig hade ammat var risken dubbelt så stor att de hade haft någon sjukdomsperiod under de två månaderna jämfört med barn i samma ålder som hade ammat, oberoende om barnet var HIV-positivt eller ej (39, 40).

En annan studie från Botswana visar liknande resultat. I den studien utreddes varför barn i en diarré-epidemi drabbades så olika. I epidemin under 2006 dog 450 barn av diarré, jämfört med 21 döda av samma anledning året innan. Resultatet visade liksom studie från Durban gjorde att barn som hade fått mjölkersättning, oavsett HIV-status, blev sjukare och fler av dem avled än jämfört med de barn som hade fått amning (32).

Vad gör att matningsmetoder blandas?

Anledningen till att föräldrar ger barnen näring både från bröstmjolk och externa näringskällor är många. Förvirring och okunskap rörande infantfeeding både bland rådgivare och föräldrar, rädsla för att bröstmjölken inte täcker barnets näringsbehov, komplikationer som mastit, såriga bröst, liten mjölkproduktion eller andra problem hos mamman såväl som kulturella seder och sociala traditioner påverkar kvinnans möjligheter att ge uteslutande amning (28, 34, 41, 42).

I en kvalitativ studie från Sydafrika nämns en situation där kvinnan inte vill avslöja sin HIV-status genom att ge barnet mjölkersättning, när andra människor är närvarande vid matningen ger kvinnan sitt barn bröstmjolk men när mamman är ensam ger hon barnet mjölkersättning (28). Samma studie visar dock att lika många mammor i gruppen som inte hemlighöll sin HIV-status som i gruppen som hemlighöll det gav blandad infantfeeding till sitt barn, vilket visar att HIV-status inte är enda anledningen till att mammorna blandar matningsmetoder (28).

I en annan studie från Etiopien berättar en HIV-positiv kvinna som valt att amma sitt barn om svårigheterna att fortsätta amma i 6 månader och hålla sig till en metod:

“I was sure that I was going to continue breastfeeding for six months, but knowing that I am poisoning my child can't give me peace of mind. You feel like you are a criminal doing something bad to your own child. That was how breastfeeding was for me, and now I don't even want to think that I breastfed for one second” (33, sid 4)

Hur mammans hälsa påverkar smittorisken

Risken för amningsrelaterad smitta från mamma till barn beror på en rad olika faktorer. Graden på HIV-smitta i mammans blod och mängd HIV i bröstmjolk är faktorer som inverkar på chansen att barnet smittas (33). Även mastit (mjölkstockning) och blockering av mjölkgångarna leder till högre mängd HIV-partiklar i bröstmjölken med ökad risk för smittoöverföring till barnet som följd.

Man har tidigare inom forskningen trott att mastit ökar risken för smitta, men det har visat sig att mastit i sig själv vid en låg förekomst av HIV-partiklar hos mamman inte ökar risken för barnet att smittas. Risken för smitta från mamman till barnet vid mastit ökar dock om

mamman redan hade ett högt värde av HIV-partiklar i blodet.

Frekvent eller uteslutande amning leder till en minskning i förekomsten av mastit (33) men amning kan ge såriga och blödande bröstvårtor, vilket ökar både infektionsrisken i mammans bröst med mastit som följd samt ökar risken att barnet exponeras för modernas blod.

En annan faktor som påverkar risken för barnet att smittas är munhälsostatusen. Sår i barnets mun eller andra infektioner höjer risken för smitta av HIV från mamman vid amning (34).

Men amning handlar inte bara om att barnet ska överleva, utan även om att mamman ska klara sig. HIV-smittade mammor som ammar får en sänkning i halt av CD4-celler jämfört med icke ammande mammor. Ju färre CD4-celler, desto sämre immunförsvar mot HIV. Dock fick mammorna ingen ökning av virusmängden eller ökad dödlighet under 2 år från förlossningen (44). Mamman behöver äta och dricka ordentligt för att ha en god hälsa och kunna producera tillräckligt med mjölk åt barnet, därmed undviker hon att behöva kompensera och ge annan näring eller avbryta amningen under de första 6 månaderna. En undernärd mamma med lågt BMI under födseln är dessutom direkt kopplat till ökad smittorisk från mamman till barnet (34).

SJUKSKÖTERSKAN OCH RÅDGIVNING

Rådgivning och support från sjuksköterskor ökar frekvensen av mammor som ammar

Under de senaste 20 åren har de flesta sjukhus satsat stort på HIV-prevention, men många kvinnor runtom i världen föder inte på sjukhuset utan i hemmet utan närvaro av sjuksköterska eller barnmorska. Sjukhusen är dessutom ofta fulla och har ont om personal, varför rådgivning om infantfeeding kan ha svårt att nå ut till samtliga mammor (28). Kvinnor som vill amma blir instruerade att ge uteslutande amning, men får alltför lite support och praktiska tips om hur de ska gå tillväga, vilket har visat sig leda till att kvinnor inte ammade fullt ut, utan även ger annan näring och därmed ger blandad infantfeeding (28).

I Uganda har 68% av de HIV-positiva mammor som ingick i en studie diskuterat infantfeeding med sjuksköterska eller annan hälsopersonal, att jämföra med 15% ur befolkningen i övrigt i Uganda (28).

I fyra olika studier från Brasilien, Mexico, Bangladesh och Sydafrika ges exempel på att uteslutande amning är vanligt direkt efter förlossningen men att andelen som endast ammar sedan avtar om mamman inte får tillräckligt med stöd och support även efter förlossningen. I studierna gav ca 70% av mammorna som fick hembesök av en amningsrådgivare uteslutande amning under barnets första tre månader, men endast 6-13% av mammorna gav det i gruppen som inte fick hembesök (45, 46, 47, 48).

Viktigt att sjuksköterskorna har uppdaterad kunskap om infantfeeding

Kunskapen och råden mamman får om infantfeeding från sjuksköterskor har visat sig varieras beroende på var och när sjuksköterskorna har fått sin utbildning och om de har uppdaterad kunskap (28).

De flesta sjuksköterskor i samhällssektorn som kommer i kontakt med HIV-smittade har fått sin kunskap om HIV och infantfeeding under sin utbildning att bli professionell hälsopersonal, medan många av sjuksköterskorna i den icke statliga sjukvården har fått extra utbildning i rådgivning och därmed har mer uppdaterad och specifik kunskap. Generellt sett känner sig dock både personal och föräldrar skeptiska till hur stor tillförlitligheten på råden egentligen är oavsett vem de talar med (28).

Motsägelsefulla och förenklade budskap leder till missuppfattning

En av bristerna i rådgivningen är det förenklade budskap som förs fram. Rådgivarna och sjuksköterskorna önskar att ge föräldrarna enkel och koncis information men helheten utelämnas på grund av den förenklade informationen, vilket leder till att råden får en felaktig innebörd eller att det missuppfattas (28, 33, 49). Ytterligare problem i rådgivningen är de motsägelsefulla budskapen. Under många år under 1990 och 2000-talet har råden varit att ge mjölkersättning hellre än att amma, men under intåget av de nya medicinerna från 2010 och nya studieresultat har råden förändrats till att mamman bör amma barnet i majoriteten av fallen (33).

En intervju med en rådgivande sjuksköterska som arbetar på ett sjukhus i Etiopien visar på oron hur de nya råden ska tas emot av befolkningen:

“How can we tell these mothers? They have been told repeatedly about the risk of HIV transmission through breastfeeding, and now all of a sudden breastfeeding is ‘good’ again”

(33, sid 6)

Att minska mamma-till-barn-smittan

Så hur kan sjuksköterskan gå tillväga för att minska mamma-till-barn-smitta?

1. Sjuksköterskan bör för det första börja med att utföra *HIV-test hos samtliga gravida* i risksonen för att bära på viruset. Genom att sjuksköterskan ser till att provtagning av HIV och räkning av CD4-värdet blir gjort hos alla gravida kvinnor innan eller efter graviditeten, enligt riktlinjerna från WHO, kan behandlingen och rådgivningen preciseras för att ge mamman och hennes barn bästa förutsättningarna för en hälsosam framtid (50).

Ett blodprov där CD4-cellerna räknas visar risken för smitta vid amning (Om mamman har CD4-värde över >500 celler/ml blod är risken för smitta liten, om CD4 är <300 celler/ml blod är smittorisken högre och mamman behöver dessutom behandling för både sig och sitt barns skull) (43, 44, 50).

2. Om en gravid kvinna är HIV-positiv bör sjuksköterskan *undersöka kvinnans möjligheter att ge mjölkersättning eller amning*. För att sjuksköterskan ska råda kvinnan att ge mjölkersättning måste god hygienisk standard (AFASS) kunna uppfyllas, i annat (vanligaste) fall ska sjuksköterskan råda kvinnan att ge uteslutande amning (50).

3. Utifrån kvinnans socioekonomiska situation ska sjuksköterskan ge råd och stöd om infantfeeding. Beroende på vilka råd kvinnan får behöver hon sannolikt hjälp och support från sjuksköterskan för att under barnets första 3-6 månader kunna ge säker och uteslutande praktisering av det valda alternativet av infantfeeding (50).

Jackson har i sin artikel skapat en mall för användande av WHO:s riktlinjer för att förebygga smitta från mamma till barn:

*” Screen all women for HIV and if positive screen for acceptable, feasible, affordable, sustainable and safe (AFASS) criteria, especially for safety.
Understand the mother’s individual circumstance: social, financial, health.
Promote and actively counsel on exclusive breastfeeding (EBF) for 6 months if ALL AFASS criteria not met.
Avoid mixed feeding, early weaning, abrupt weaning.
Prepare for stopping BF at 6 months if AFASS criteria met.
Organise, demonstrate and support EBF if all AFASS criteria are met.
Review all infants monthly in first year of life and start complementary feeding at 6 months.
Treat sick mothers and children with antiretroviral therapy (ART) according to local guidelines treat lactating HIV-infected women with low CD4 or advanced disease and test all HIV-exposed children for HIV and treat as indicated.”*

(50, sid 227)

MÖJLIGHETER OCH HINDER

Etiska aspekter och motsägelsefulla känslor att amma

Rädsla snarare än kunskap om riskerna avgör i många fall om barnet kommer ammas eller ej. Grundproblemet och mammornas syn på amning beskrevs som majoriteten av HIV-positiva kvinnor i en studie som att de känner sig skamfulla och klandrar sig själva:

“I am very lucky that my child is HIV negative. If he were positive, I know what I would have done, I would have killed myself. But thanks to God, He saved me and my baby”

(33, sid 4)

Samtidigt ansåg mammorna i studien att amning var en stor del av att vara en god och bra mor, men rädslan för att ge barnen “dålig” mjölk gjorde att de trots allt kände sig som dåliga mammor.

“Every time the baby was sucking my breasts I felt like throwing up” (33, sid 4)

I Uganda tillfrågades 235 HIV-positiva mammor om vad de ansåg om uteslutande amning, 70% menade att de ansåg det vara skadligt att ge endast amning under flera månader till sitt barn, medan 30% ansåg att det var bra. Det visar att trots att över hälften av mammorna hade pratat om amning med en sjuksköterska ansåg det att amningen var skadlig för barnet (28).

Genus: papporna måste blandas in i rådgivningen

För att få bäst resultat av rådgivningen om infantdeefing måste papporna tar med. Men i samtliga studier om infantfeeding, utom i en med syfte att utforska genderperspektivet, ligger fokus naturligt på kvinnan eftersom det är hon som föder barnet och ammar.

Även om det är mamman som anses göra valet om vilken infantfeedingmetod hon vill använda är det inte säkert att det är hon som förfogar över makten eller tillgångarna för att kunna utföra valet. Ofta är hygienisk standard och tillgång till rent vatten inte ens uppfyllt från kommunal nivå (42).

Många kvinnor kan och får på grund av fattigdom, ekonomiskt beroende och ojämställdhet/underlägsenhet gentemot familjefadern eller äldre familjemedlemmar inte

påverka eller själva bestämma i val som ytterst är deras, såsom just infantfeeding, vilket kan vara tänkvärt i en fråga som ses som "kvinnans egna val" (42).

För en HIV-positiv kvinna kan amningen upplevas som mycket ångestfylld men beroendet till andra människor tvingar fram ett beslut som inte är hennes. I en intervju i Fadnes studie från Uganda vittnar en kvinna om svårigheterna:

"I'm sorry, I can't (give replacement feeds) because the man will know (my HIV status) and he will send me away and will not even buy milk for this child. How am I then going to care for this child?" (28, sid 6)

I en kvalitativ studie om genusperspektivet på infantfeeding beskriver en grupp män sin syn på amning. De menar att det är den enda metoden att använda och en stor del uppger att de skulle tvinga mamman att amma barnet om hon vägrar, männen känner sig hotade som förälder om kvinnan gör valet att inte amma deras barn (42). Männen påpekar även att deras familj kan uppfattas som fattig om de inte ger barnet något mer än bröstmjölk. I många U-länder anses det kulturellt sett vara en fattig familj om barnet endast får bröstmjölk, men samtidigt anses det vara fattigt och "fullt" att ge endast mjölkersättning, eftersom det visar att mamman är sjuk och HIV klassas i en del länder som de fattigas sjukdom (42). Ett stort problem är att mammans partner eller pappan sällan involveras i rådgivningen och därför inte får samma kunskap som mamman om infantfeeding-val. I intervjuerna uppger majoriteten av männen att de skulle vilja delta i rådgivningen och få kunskap om infantfeeding (42).

Stigmatisering

Stigmatisering av HIV och infantfeeding vid HIV är en stor anledning till att råd inte efterlevs eller att människor inte söker sjukvård, gör HIV-test eller litar på rådgivningen om infantfeeding (28). I och med rädslan för att pekas ut som sjuk och fattig eller idéer som att HIV är ett straff för synder förekommer svårigheter i att få människor att våga följa råd som ges och fullfölja behandling och kontroller på sjukhus av rädsla för att andra ska upptäcka att personen har HIV. Dock rapporterar flera hälsovårdsarbetare att stigmatiseringen av HIV minskat (28). Exempel på det kommer från Sydafrika och visar att kvinnor som upplever negativa effekter av att avslöja sin HIV-status är mer undantag än regel, stigmatiseringen beror generellt sett på hur väl samhället i övrigt accepterar och stödjer HIV-positiva människor (28).

I en studie från Etiopien, utförd 2007, uppger att majoriteten, 19/22 av de HIV-positiva kvinnorna att de har berättat om sin HIV-status för minst en person, 5 kvinnor berättar att de har blivit lämnade av sin man efter att de avslöjat att de har HIV. Huruvida männen som lämnade dem har HIV eller inte framgår inte (33).

Sociokulturella aspekter

Svåra och komplexa val gällande infantfeeding-metoder skapar osäkerhet och rädsla hos många föräldrar. Att inte amma anses vara mycket kulturellt kontroversiellt, oavsett anledning, samtidigt som många HIV-positiva mammor samt mammor med okänd HIV-status upplever en stor ångest av att amma sitt barn (28 33, 41). Att amma sitt barn inom en timme från födseln anges i WHO:s riktlinjer som en viktig start för att lyckas med uteslutande

amning under barnets första 6 månader (42), men från Uganda beskriver en studie hur lokala traditioner kan bidra till att försena första amningstillfället för en nyfödd baby:

“Some people believe that an elder has to give a name to the child before the mother breastfeeds. He puts his finger in water, and then puts it in the baby’s mouth before the mother breastfeeds”
(42, sid 5)

Att ge barnet annat än bröstmjök, tex vatten eller sockervatten nämns av flera mammor i studien:

“My mother stepped me from giving breast milk unless I first gave sugar water”
(42, sid 5)

Återigen återkommer vikten av att förebyggande mamma-till-barn-smitta-program (PMTCT) även involverar familjefäder, lokala välgörare (healers), äldre kvinnor och andra personer som traditionellt fungerar som hälsorådgivare för att kunna förmå mammor att hålla fast vid uteslutande amning under 6 månader (41). Traditioner och gammal folktro är starkast på landsbygden och glesbefolkade områden, men förekommer även på mer centrala platser. Flera kvinnor på landsbygden i en Sydafrikansk studie uppger att de är rädda för att låta sjuksköterskor och hälsopersonal ens besöka barnet i hemmet för uppföljning, eftersom mammorna tror att barnet kan få ”onda ögat” om någon främling besöker det, eller att främlingen ska stjäla barnets identitetskort och sedan få bidragspengarna för barnet (49).

Ekonomi och utbildning påverkar valen

Ekonomi och utbildning inverkar på hur olika infantfeedingmetoder tillämpas. Fattigdom är en stor orsak till att preventivt arbete och behandling mot mamma-till-barn-smitta av HIV inte lyckas eller att resultatet blir sämre. Om mamman går i skolan och/eller arbetar utgör det hinder för att kunna ge barnet uteslutande amning (28). Många föräldrar saknar dessutom förkunskap att värdera rådgivningen och olika infantfeeding-val för att kunna göra ett informerat val eller saknar ekonomiska medel för att kunna välja den mest optimala infantfeeding-metoden (28).

En studie från Zambia visar att materiell tillgång i form av elektricitet, kranvatten, kylskåp eller spisplatta/ugn i hemmet inverkar positivt på barnets tillväxt (34). Hygienisk standard och tillgång till rent vatten är dock en bristvara och de flesta familjer i Afrika söder om Sahara har inte råd att ge mjölkersättning hygieniskt (AFASS) eftersom nödvändig utrustning saknas (41). En HIV-smittad desperat mamma i en studie från Etiopien beskriver hur hon hellre ber om pengar på gatan till mjölkersättning än ammar sitt barn, trots att hon inte ens har pengar till mat till sig själv (33).

En annan kvinna från Uganda beskriver att hon vill amma sitt barn, men att hennes ekonomiska situation påverkar hennes möjlighet att göra det:

“Poverty makes me fail to buy food and so I don’t eat a balanced diet which limits the milk for the baby”
(42, sid 6)

DISKUSSION

METODDISKUSSION

Förebyggande arbete för att minska mamma-till-barn-smittan är ett stort och brett område

med många nya resultat, den här studien skulle vara intressant att göra om om ett par år, för att se resultatet av de nya behandlingsmetoderna och se om det blivit några förändringar i samhällets syn på HIV och infantfeeding.

Litteraturstudie var ett bra sätt att täcka ett så stort område. Friberg beskriver i sin bok "analys av kvalitativ forskning med grund i evidensbaserad omvårdnad" (27) att varje forskningsstudie har ett kunskapsvärde, men att om flera studiers resultat sammanförs skapas ett större kunskapsvärde och så vill jag beskriva en litteraturstudie över förebyggande av mamma-till-barn-smitta av HIV.

Det finns många studier inom området så det är inte alltid nödvändigt att göra en ny empirisk studie, men när några av de befintliga empiriska studierna förs samman i t.ex. en litteraturstudie syns mönster och trender tydligare.

Förebyggande av mamma-till-barn-smitta är ett område som liksom många andra folkhälsoprojekt präglas av många variabler som ska stämma för att det preventiva arbetet mot spridning av HIV ska lyckas. Mamman måste både vilja, kunna och veta hur hon ska gå tillväga för att lyckas med en bra infantfeedingmetod.

Genom att använda litteraturstudie som forskningsmetod kan flera av områdena täckas och sammanställas till en helhetsbild av vilka frågor, hinder och möjligheter sjuksköterskan, mamman och hennes familj står inför.

Eftersom artiklarna till uppsatsen skulle beröra de nya riktlinjerna trodde jag det skulle bli svårt att hitta material, eftersom mycket är skrivet utifrån de tidigare gällande riktlinjerna, men så visade sig inte vara fallet. Många av de äldre artiklarna hade ett fokus som gjorde det möjligt att använda resultatet även om de var gamla. HIV är ett område som väckt stor uppmärksamhet och eftersom både rika och fattigare länder drabbats av sjukdomen forskas det mycket på alla olika områden av HIV såsom genus, ålder och samhällsfaktorer.

Ett av problemen under litteratursökningen var att minska sökträffarna och få fram det bästa materialet ur den stora floden av utmärkta artiklar, samt att skilja sjuksköterskan från annan hälsopersonal såsom folkhälsovetare och även särskilja barnmorskan och sjuksköterskans uppgifter inom området.

De tre yrkeskategorierna har i frågan om förebyggande av mamma-till-barn-smitta många gemensamma intressen, det kan vara svårt att hålla isär begreppen då samtliga yrkeskategorier ofta benämns som "hälsopersonal" eller ibland blandas samman med ännu fler yrkeskategorier, såsom till exempel folkhälsovetare eller amningsrådgivare, under begreppet "rådgivare".

Arbetet med en c-uppsats präglas av att ständigt sätta gränser, man kan alltid gå in i detaljer ännu djupare eller ändra och ändra, men någon gång måste man begränsa sig och komma vidare (27). Att sätta rubriker i resultat och diskussion var en utmaning i gränsdaggning då samtliga delar hänger tätt samman.

RESULTATDISKUSSION

Är man ingen riktig mamma om man inte ammar sitt barn?

I Hofmans studie från Burkina Faso om amning och mjölkersättning menar de att deras resultat visar att om kvinnorna hade fått tillgång till gratis medicin istället för gratis mjölkersättning skulle resultatet av att förebygga mamma-till-barn-smitta-programmen varit

mycket mer framgångsrika och pengarna effektivare använda, eftersom amning redan är så djupt socialt och kulturellt förankrat. Det visar på möjligheterna med den nya medicinska behandlingen där mammorna kan ge amning med en mycket mindre smittorisk än tidigare (41).

Frågan är egentligen bara hur stor smittorisk en ammande mamma kan acceptera för att ge sitt barn bröstmjolk. Även om risken reduceras till mindre än 3% vid behandling med ART tror inte jag skuld känslan försvinner för alla mammor (41). Som sjuksköterska kan man alltid berätta om att riskerna är förhållandevis små och förklara hur bra amning är men vad mamman tänker när besöket hos rådgivaren eller sjuksköterskan är över är ändå det som avgör utgången i infantfeedingvalet (41). Hofman beskriver hur amningen är djupt förankrad både kulturellt och traditionellt. I många kulturer anses mamman inte vilja barnets bästa om hon inte ammar. De allra flesta kvinnor som rekommenderas att amma vill göra det, samtidigt känner många mammor en stor skuld över att riskera att ge sitt barn HIV genom amning (41). I en av Hofmans intervjuer sätter en kvinna ord på både möjligheter och hinder för det HIV-preventiva arbetet:

”If a woman gives birth to a child and doesn't breastfeed, her role is not complete”
(41, sid 324)

Sjuksköterskan kan genom att ge tydlig information stärka och stödja kvinnan i sitt beslut om hur barnet ska matas. De flesta människor känner sig säkrare på beslut de tar om de får stöd av någon som är kunnig i ämnet, även om de själva har tagit beslutet.

Är män mer fästa vid amning än kvinnor?

I ett par av artiklarna nämns män och deras inverkan på kvinnans möjligheter till olika infantfeedingmetoder (33, 41, 42) men i de flesta artiklarna och även i större delen av det övriga material jag tagit del av nämns mestadels mamman som den som väljer och ansvarar för barnets näringsintag. Men efter att ha läst om de sociokulturella traditionerna som råder i många områden där HIV är utbredd inser även jag det omöjliga i att lyckas minska mamma-till-barn-smittan utan att flytta fokus från mamman som enda beslutsfattare och istället involvera männen och andra som är med och beslutar hur barnet ska näras (41).

Hofman fann följande svar från en kvinna i en intervju:

”A husband would never accept that his woman gives up breastfeeding” (41, sid 325)

Både Hofman (41) och Engebretsen (42) beskriver hur männen ofta har det sista ordet i frågan. Många män anser att bara uteslutande amning inte räcker, men att uteslutande mjölkersättning inte heller är ett alternativ vilket leder till att mamman tvingas ge barnet bägge delar, dvs. mixad matning, vilket ju är det sämsta alternativet av alla. Eftersom män hittills fått ett ytterst begränsat deltagande i rådgivningen är få män medvetna om alternativen och riskerna för de olika infantfeedingvalen (42). För att få självständiga och starka kvinnor behöver mammor även kunna få tillgång till utbildning och möjlighet att arbeta trots att de har barn. När sjuksköterskan ska ge råd om infantfeeding kan denna försöka nå både mamman och pappan, eller andra personer som kvinnan lever i nära relation med, för att undervisa. Information som delas ut bör riktas till både män och kvinnor och undvika att ha ett alltför riktat genusprägel. Att involvera pappor i rådgivning och göra dem delaktiga i matningen av barnet ger kvinnorna möjlighet att överlåta matningen av barnet till pappan under tiden mamman är borta från hemmet, vilket även kan bli en väg ur fattigdom så

kvinnan kan arbeta eller utbilda sig (41, 42).

Vilka faktorer ökar rådgivningens chanser att etablera exklusiv infantfeeding?

Den stora frågan är precis som flera av artiklarna påpekar inte vilken metod av amning eller mjölkersättning kvinnan väljer, utan hur man ska få mammorna att ge den exklusivt/uteslutande. Att få en hel generation 0-6 månader gamla barn att matas uteslutande med en metod skulle, om man ser till resultat från amningsstudier som både Arpadi (34), Engebretsen (42), Koricho (33), och Hofman (41) anger, ge en barngrupp med god tillväxt och liten risk för andra infektioner och sjukdomar.

Precis som både Koricho (33) Fadnes (28) skriver, är det viktigt att förena sin kunskap inom sjuksköterskorna och annan hälsopersonal och stödjande mammor att amma, och att göra det genom att ge information om fördelar och nackdelar så mamman *vågar* ge uteslutande amning. Om sjuksköterskorna (och samhället i övrigt) även lyckas få med männen i diskussionen om infantfeeding tror jag utvecklingen av HIV kommer se helt annorlunda ut om 10 år. Att få männen att göra infantfeedingval ihop med mamman snarare än mot henne kan rädda situationen om minskad smittspridning och göra uteslutande matningsmetoder hållbara (28, 33, 41, 42, 49).

Enligt Fadnes (28) är ett stort problem att stora delar av vårdpersonal och sjuksköterskor har ej aktuell kunskap i hur man förebygger mamma-till-barn-smitta av HIV. Sjuksköterskor som arbetar i områden med många HIV-smittade bör därför enligt min mening hålla sig uppdaterade på nya riktlinjer och forskningsresultat, vilket bidrar till förbättrad och effektivare vård, eftersom färre blir obotligt smittade av HIV. Självklart kan jag som sjuksköterska önska fler utbildningar och bättre behandlingsmöjligheter till patienterna, men att börja med att själv, i egenskap av sjuksköterska och medmänniska, är bättre än inget och jag tror att i det här fallet kan det tillföra en stor skillnad. Fadnes (28) menar även att rådgivning och information bör även riktas till samhället i stort för att nå alla riskgrupper, och inte bara de känt HIV-smittade, eftersom så många inte vet att de är smittade.

En ganska enkel och kostnadseffektiv början som sjuksköterskor kan göra för att minska mamma-till-barn-smittan är att utföra HIV-test på alla mammor med risk att bära på HIV (28).

WHO's tio steg till lyckad amning

1. Ha en skriven amningspolicy som regelbundet förs ut till all hälsopersonal.
2. Ge all hälsopersonal träning i amning för att kunna implementera policyn.
3. Informera alla gravida kvinnor om amning och dess hälsovinster.
4. Hjälpt alla mammor att amma barnet inom en halvtimme efter förlossningen.
5. Visa alla mammor hur de bör amma och hur barnet kan få tillgång till bröstmjölken även när mamman inte är där.
6. Ge inte barnet något annat än bröstmjölken, om det inte är medicinskt befogat.
7. Ge mamman och barnet möjlighet att vara tillsammans dygnet runt, 24 timmar om dygnet.
8. Uppmuntra amning på efterfrågan.

9. Ge ingen artificiell amningshjälp eller nappar till barn som ammas.
10. Utforma grupper för amningsstöd och hänvisa mammorna som besöker kliniker och sjukhus till dem.

(45, 46, 48)

Det informerade valet

Att förändra flera generationers syn på infantfeeding är inget en sjuksköterska kan göra ensam, Engebretsen (42) beskriver på flera sätt hur lokala traditioner sätter käppar i hjulet för att tillämpa en exklusiv infantfeeding. Traditioner som funnits i långa tider och vuxit sig starka i hela samhället är inget som försvinner över en natt eller som ens den mest målmedvetna sjuksköterska kan utrota, men att utbilda mammor och pappor i infantfeeding kan ge en förändring över tid och göra dem starkare i sitt val att själva välja bort lokala traditioner till förmån för barnets bästa (42).

Rådgivningen har förändrats mycket under de senaste 10 åren, tilliten mattas av när nya råd kommer och går och är motsägelsefulla. Större kunskap bakom råden innebär att både patient och sjuksköterskan behöver komplexare grundkunskap för att förstå råden fullt ut och därmed kunna sätta dem i relation till sin egen värld (28, 33).

Koricho (33) och Fadsnes (28) visar att djupare kunskap efterfrågas av föräldrarna och baserat på det tror jag att sjuksköterskan behöver öka medvetenheten om att inte förenkla svaren och råden för mycket, även om det blir komplicerat att förklara hela perspektivet för någon som inte har någon som helst grundläggande kunskap inom ämnet. Definitionsfrågor som tex: vad är uteslutande amning och hur smittar HIV verkar vara begrepp som inte är fullt definierade för majoriteten av befolkningen och i synnerhet för mammorna i de flesta av de U-länder där studierna av amning vid HIV genomförts.

Att ge föräldrarna möjlighet att göra ett informerat val tror jag är viktigt. Valet av infantfeedingmetod beror inte bara på *vad* sjuksköterskan rekommenderar utan även på *hur* det rekommenderas, om mamman förstår meningen och syftet, och i slutändan hur mamman tolkar riskerna med de olika metoderna (28, 33).

Nor (49) beskriver att bra rådgivning baserat på de senaste tillförlitliga forskningsresultaten och sett ur mammans socioekonomiska situation utgör grunden för att lyckas implementera de säkraste infantfeedingmetoderna och jag håller med i det. Kunskap är det starkaste vapen som finns och ALLA behöver mer av den, både män, kvinnor, unga och gamla. Eftersom sjuksköterskans roll är både vägledande, rådgivande och stödjande för både friska och sjuka är området förebyggande mamma-till-barn-smitta brännhet och förtjänar stort utrymme. Att vänta på bättre bromsmediciner, förändring av samhällssystem, mer sjukvårdspersonal eller att människor ska få leva under samma villkor kommer vara en väntan som tar lång tid. Men som sjuksköterska kan man med förenade krafter börja förändringen idag. Genom att ha kunskap om vad som sätter käppar i hjulet för uteslutande infantfeeding kan sjuksköterskan bejaka de svaga punkterna och lägga kraften där den behövs. Att slåss mot en gigantisk fiende som HIV-epidemin, och besegra den går bara om man vet dess svaga punkter.

En kunnig sjuksköterska som både kan fakta om de olika metoderna men även kan se alternativen utifrån föräldrarnas kulturella perspektiv i val av infantfeedingmetod, är en sjuksköterska som jag tror har goda förutsättningar för att lyckas förebygga HIV-smitta från mamma till barn.

FÖRSLAG PÅ FORTSATT FORSKNING

Det ska bli intressant att se resultaten av hur de nya riktlinjerna från WHO 2010 påverkar minskningen av smittspridning av HIV från mamma till barn. Hur har det gått? Hur kommer det att gå med ökat ansvar inom HIV för sjuksköterskorna? Kommer beslut att tas tillräckligt snart så inte många behöver lida på grund av brist på kvalificerad sjukvårdspersonal?

SLUTSATS

Det viktigaste är inte *vilken* infantfeedingmetod man väljer av bröstmjolk och mjölkersättning, utan *att man ger det exklusivt* (uteslutande) och inte blandar dem. Vilken infantfeedingmetod som används måste värderas och väljas utifrån varje områdes och familjs ekonomiska situation, sanitära förhållanden och sociokulturella traditioners inverkan.

Papporna och männen måste involveras i infantfeedingfrågan för att en metod ska kunna tillämpas exklusivt. Tydligare riktlinjer från sjuksköterska och andra hälsorådgivare gällande vilken metod som ska användas när samt i vilken kombination det ska användas efterfrågas. Ökad provtagning för HIV hos både gravida kvinnor och människor i riskområden i allmänhet behövs för att minska spridningen av HIV. Sist men inte minst behöver sjuksköterskorna ha ökad uppdaterad och god kunskap i ämnet.

REFERENSER

1. World health organization. Guidelines on HIV and infant feeding 2010: Principles and recommendations for infant feeding in the context of HIV and a summary of evidence. Geneve: WHO press; 2010.
2. UNICEF. Barn och AIDS. 2010 [hämtad 2011 Maj 20]. Tillgänglig på: <http://www.unicef.se/om-unicef/fakta-om-unicef-och-barns-rattigheter/barn-och-aids>
3. New guidance on prevention of mother-to-child transmission of HIV and infant feeding in the context of HIV. World health organization 2010 [hämtad 2011 Maj 20]. Tillgänglig på: <http://www.who.int/hiv/pub/mtct/PMTCTfactsheet/en/index.html>
4. World leaders launch plan to eliminate new HIV infections among children by 2015.UNAIDS 2011 [hämtad 2011 Okt 29] Tillgänglig på: <http://www.unaids.org/en/resources/presscenter/pressreleaseandstatementarchive/2011/june/20110609prglobalplanchildren>
5. ICN:s etiska kod för sjuksköterskor. Svenska sjuksköterskeföreningen 2005 [hämtad 2011 Maj 20]. Tillgänglig på: <http://www.swenurse.se/PageFiles/2582/SSF%20Etisk%20kod%20t%20webb2.pdf>
6. Basic Information about HIV and AIDS. Centers for Disease Control and Prevention 2010 [hämtad 2011 Maj 20]. Tillgänglig på: <http://www.cdc.gov/hiv/topics/basic/index.htm>
7. Lindstrand A, Bergström S, Rosling H, mf. Global health, an introductory textbook. Lund: Studentlitteratur; 2006.
8. Millennium development goals nr 6: Combat HIV/AIDS, malaria and other diseases. World Health Organization 2009 [hämtad 2011 Maj 20]. Tillgänglig på: http://www.who.int/topics/millennium_development_goals/diseases/en/index.html
9. Global HIV and AIDS estimates, end of 2009. AVERT 2010 [hämtad 2011 Maj 20]. Tillgänglig på: <http://www.avert.org/worldstats.htm>
10. Regions & countries. UNAIDS 2011 [hämtad 2011 Maj 20]. Tillgänglig på: <http://www.unaids.org/en/regionscountries/regions/>
11. Worldwide HIV & AIDS Statistics. AVERT 2010 [hämtad 2011 Maj 20]. Tillgänglig på: <http://www.avert.org/worlstatinfo.htm>
12. Coovadia HM, Bland RM. (2007) Preserving breastfeeding practice through the HIV pandemic. Tropical medicine and international health 12:9, 1116-1133.
13. Children and AIDS: fourth stocktaking report 2009. UNICEF 2009[hämtad 2011 Maj 20]. Tillgänglig på: <http://www.unicef.se/assets/children-and-aids-fourth-stocktaking-report-en-120209.pdf>

14. Gisslén M. HIV/AIDS. Sjukvårdsupplysningen 1177 2011 [hämtad 2011 Maj 20]. Tillgänglig på: <http://www.1177.se/Fakta-och-rad/Sjukdomar/Hiv-och-aids/>
15. HIV types, subtypes groups and strains. AVERT [hämtad 2011 Maj 20]. Tillgänglig på: <http://www.avert.org/hiv-types.htm>
16. Louise Kuhn, Prisca Kasonde, Moses Sinkala, Chipepo Kankas et al. (2005) Does severity of HIV disease in HIV-infected mothers affect mortality and morbidity among their uninfected infants? *Clinical infectious diseases* 41, 1654-1661.
17. Maria Zolfo, Anja De Weggheleire, Erik Schouten, Lutgarde Lynen (2010) Time for "test and treat" in prevention of mother-to-child transmission programs in low- and middle-income countries. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes* 55:3, 287-289.
18. Antiretroviral therapy. World health organization 2011 [hämtad 2011 Maj 20]. Tillgänglig på: <http://www.who.int/hiv/topics/treatment/en/index.html>
19. Gisslén M. HIV behandling. *Internetmedicin* 2010 [hämtad 2011 Maj 20]. Tillgänglig på: http://www.internetmedicin.se/dyn_main.asp?page=161
20. Jahren Kristoffersen N. Kap 2: Sjuksköterskans yrkes- och ansvarsområden inom hälso- och sjukvården; Kap 4: Omvårdnadens värdegrund. I: Allmän omvårdnad 1- Profession och ämnesområde. Stockholm: Liber; 2002.
21. Pellmer K, Wramner B. Hälsofrämjande arbete. I: Pellmer K, Wramner B. Grundläggande folkhälsovetenskap. Stockholm: Liber; 2007.
22. Eriksson, K. Vårdandets idé. Stockholm: Liber; 1995.
23. Jahren Kristoffersen N. Kap 4: Omvårdnadens värdegrund. I: Allmän omvårdnad 1- Profession och ämnesområde. Stockholm: Liber; 2002.
24. Eriksson, K. Vårdprocessen. Stockholm: Norstedts; 1988.
25. Fealy G. (1995) Professional caring: the moral dimension. *Journal-of-Advanced-Nursing* 22(6): 1135-40 [hämtad 2011 Maj 20]. Tillgänglig på: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2648.1995.tb03115.x/pdf>
26. Fairall LR, Mollentze WF, Uebel KE, van Rensburg DH, et al. (2011) Task shifting and integration of HIV care into primary care in South Africa: The development and content of the streamlining tasks and roles to expand treatment and care for HIV (STRETCH) intervention. *Implement sci.* 2011 Aug 2;6(1)86.
27. Friberg F, red. Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten. Lund: Studentlitteratur; 2006.
28. Lars T Fadnes, Ingunn MS Engebretsen, Karen M Moland, Jolly Nankunda, et al. (2010) Infant feeding counselling in Uganda in a changing environment with focus on the general population and HIV-positive mothers - a mixed method approach. *BMC Health*

services research 10:260.

29. Dabis F, Msellati P, Meda N et al. (1999) 6-month efficacy, tolerance, and acceptability of a short regimen of oral zidovudine to reduce vertical transmission of HIV in breastfed children in Cote d'Ivoire and Burkina Faso: a double-blind placebo-controlled multicentre trial. *Lancet* 353, 786–792.
30. Wiktor SZ, Ekpini E, Karon JM et al. (1999) Short-course oral zidovudine for prevention of mother-to-child transmission of HIV-1 in Abidjan, Cote d'Ivoire: a randomised trial. *Lancet* 353, 781–785.
31. Botswana PMTCT Advisory Group (2001) An Evaluation of Infant Feeding Practices by Mothers at PMTCT and Non-PMTCT Sites in Botswana. Rapport, Botswana Food and Nutrition Unit, Ministry of Health, Botswana and UNICEF, Botswana.
32. Creek T (2006) Role of infant feeding and HIV in a severe outbreak of diarrhoea and malnutrition among young children – Botswana 2006. Abstract no. LB1, Pefar Implementers Meeting, Durban, South Africa.
33. Adsera T Koricho, Karen Moland, Astrid Blystad (2010) Poisonous milk and sinful mothers: the changing meaning of breastfeeding in the wake of the HIV epidemic in Addis Ababa, Ethiopia. *International breastfeeding journal* 5:12.
34. Stephen Arpadi, Ashraf Fawzy, Grace M Aldrovandi, Chipepo Kankasa, et al. (2009) Growth faltering due to breastfeeding cessation in uninfected children born to HIV-infected mothers in Zambia. *The American journal of clinical nutrition* 90, 344-353.
35. Kourtis A, Butera S, Ibegbu C, Belec L & Duerr A (2003) Breast milk and HIV-1: vector of transmission or vehicle of protection? *Lancet* 3, 786–793.
36. Smith M & Kuhn L (2000) Exclusive breast-feeding: does it have the potential of reduce breast-feeding transmission of HIV-1? *Nutrition Research Review* 58, 333–340.
37. Black RE, Lopez de Romana G, Brown KH, Bravo N, Bazalar OG & Kanashiro HC (1989) Incidence and etiology of infantile diarrhoea and major routes of transmission in Huascar, Peru. *American Journal of Epidemiology* 129, 785–799.
38. Bahl R, Frost C, Kirkwood B et al. (2005) Infant feeding patterns and risks of death and hospitalization in the first half of infancy: multicentre cohort study. *Bulletin of the World Health Organization* 83, 418–426.

39. Coutsooudis A, Pillay K, Spooner E, Kuhn L & Coovadia HM (1999) Influence of infant-feeding patterns on early mother-to-child transmission of HIV-1 in Durban, South Africa: a prospective cohort study. South African Vitamin A Study Group. *Lancet* 354, 471–476.
40. Coutsooudis A, Pillay K, Kuhn L, Spooner E, Tsai WY & Coovadia HM (2001) Method of feeding and transmission of HIV-1 from to children by 15 months of age: prospective cohort study from Durban, South Africa. *AIDS* 15, 379–387.
41. Jennifer Hofmann, Manuela De Allegri, Malabika Sarker, Mamadou Sanon, et al. (2008) Breast milk as the "water that supports and preserves life" -Socio-cultural constructions of breastfeeding and their implications for the prevention of mother to child transmission of HIV in sub-Saharan Africa. *Health policy* 89, 322-328.
42. Ingunn MS Engebretsen, Karen M Moland, Jolly Nankunda, Charles A Karamagi, et al. (2010) Gender perceptions on infant feeding in Eastern Uganda: continued need for exclusive breastfeeding support. *International breastfeeding journal* 5:13.
43. Kevin M. Lunney, Peter Iliff, Kuda Mutasa, Robert Ntozini, et al. (2010) Associations between breast milk viral load, mastitis, exclusive breast-feeding, and postnatal transmission of HIV. *Clinical infectious diseases* 50, 762-769.
44. Otieno P, Brown E, Mbori-Ngacha D et al. (2007) HIV-1 disease progression in breastfeeding and formula feeding mothers: a prospective 2-year comparison of T-cell subsets, HIVRNA levels, and mortality. *Journal of Infectious Diseases* 195, 220–229.
45. Coutinho S, Cabral de Lira P, de Carvalho Lima M & Ashworth A (2005) Comparison of the effect of two systems for the promotion of exclusive breastfeeding. *Lancet* 366, 1094–1100.
46. Morrow AL, Guerrero ML, Shults J et al. (1999) Efficacy of homebased peer counselling to promote exclusive breastfeeding: a randomised controlled trial. *Lancet* 353, 1226–1231.
47. Haider R, Ashworth A, Kabir I & Huttly SR (2000) Effect of community-based peer counsellors on exclusive breastfeeding practices in Dhaka, Bangladesh: a randomised controlled trial. *Lancet* 356, 1643–1647.
48. Coovadia HM, Rollins NC, Bland RM, Little K, Bennish ML & Newell ML (2007) Mother-to-child transmission of HIV-1 infection during exclusive breastfeeding in the first 6 months of life: an intervention cohort study. *Lancet* 369, 1107–1116.
49. Barni Nor, Yanga Zembe, Karen Daniels, Tanya Doherty, et al. (2009 "Peer but not Peer":

Considering the context of infant feeding peer counseling in a high HIV prevalence area.
Journal of human lactation 25:427.

50. Debra J. Jackson, Ameena E. Goga, Tanya Doherty, Mickey Chopra (2009) An Update on HIV and Infant Feeding Issues in Developed and Developing Countries. Journal of obstetric, gynecologic & neonatal nursing 38, 219-229.

BILAGOR

BILAGA 1: ARTIKELSÖKNING

| Databas | Sökdatum | Sökord | Begränsning | Träffar | Referens nr. |
|---------|------------|---|--|---------|---|
| Cinahl | 20.01.2011 | HIV AND infected mothers AND newborn AND feeding | 2007-2011 | 16 | 34, 49 |
| Pubmed | 20.01.2011 | HIV infected mothers newborn feeding | Inget | 240 | 43, 49 |
| Cinahl | 20.01.2011 | HIV AND breastfeeding | Engelska 2007-2011 | 66 | 34, 41 |
| Pubmed | 28.01.2011 | HIV AND infected mothers AND newborn AND breastfeeding | Engelska, publicerad under senaste tre åren. | 255 | 34, 33, 49 |
| Pubmed | 28.01.2011 | HIV mother child transmission prevention breast feeding | Engelska, publicerad under senaste tre åren. | 89 | 12, 33, 42. Sekundärsökning av 12: 29-32; 35-40; 44-48. |
| Cinahl | 14.02.2011 | HIV AND breastfeeding AND nursing | Engelska 2007-2011 | 2 | 50 |
| Pubmed | 14.02.2011 | HIV AND mother AND child AND transmission AND prevention AND breast AND feeding AND nursing | Engelska, publicerad under senaste tre åren. | 101 | 42, 33 |

BILAGA 2: ARTIKELSAMMANSTÄLLNING

Referens 26

Titel Infant feeding counselling in Uganda in a changing environment with focus on the general population and HIV-positive mothers - a mixed method approach.

Författare Lars T Fadnes, Ingunn MS Engebretsen, Karen M Moland, Jolly Nankunda, et al.

Syfte Att bedömma hur infantfeeding rådgivning utfördes och upplevdes av rådgivare och mammor i östra Uganda i kontext av de äldre PMTCT riktlinjerna från WHO för att kunna implementera de nya riktlinjerna som kom 2009.

Metod Både kvalitativ och kvantitativ studie, intervju av 18 personer som arbetar inom hälsovården, 15 fokusgrupp diskussioner med slumpvis utvalda personer från befolkningen i allmänhet samt fokusgrupp med patienter från en HIV-klinik.

Källa BMC Health services research

År 2010

Studieland Uganda

Referens 29

Titel 6-month efficacy, tolerance, and acceptability of a short regimen of oral zidovudine to reduce vertical transmission of HIV in breastfed children in Côte d'Ivoire and Burkina Faso: a double-blind placebo-controlled multicentre trial.

Författare Dabis F, Msellati P, et al.

Syfte Att bedömma acceptans, tolerans och 6-månaders effekt av en kort behandling med oral bromsmedicin vid amning.

Metod 421 kvinnor gravida i vecka 36-38 delades in i två grupper där den ena gruppen fick bromsmedicin (Zidovudine) och den andra fick placebo. Kvinnorna fick preparaten fram till 7 dagar efter förlossningen. Därefter togs HIV-prov på barnen vid 1-8, 45, 90 och 180 dagars ålder.

Källa Lancet

År 1999

Studieland Côte d'Ivoire och Burkina Faso

Referens 30

Titel Short-course oral zidovudine for prevention of mother-to-child transmission of HIV-1 in Abidjan, Côte d'Ivoire: a randomised trial.

Författare Wiktor SZ, Ekpini E, et al.

Syfte Undersöka effekten och säkerheten av behandling med oral bromsmedicin hos HIV-positiva ammande kvinnor.

Metod 280 gravida kvinnor fick behandling med bromsmedicin (zidovudine) eller placebo från 36e graviditetsveckan till förlossningen. Barnen HIV-testades vid födsel, 4 veckor och 3 månader.

Källa Lancet

År 1999

Studieland Elfenbenskusten (Côte d'Ivoire)

Referens 31

Titel Evaluation of infant feeding practices in PMTCT and non-PMTCT sites in Botswana.

Författare Mompoti K, Luo C, et al.

Syfte Utvärdera program för infantfeeding med gratis mjölkersättning i Botswana.

Metod Cross-sectional analys över faktorer som inverkar på val av infantfeedingmetod och mammornas deltagande vid program för gratis mjölkersättning samt sjukvårdspersonalens

kunskap, attityd och praxis.

Källa *International Conferance AIDS, Food and Nutrition Unit, Gaborone, Botswana*

År 2002

Studieland Botswana

Referens 32

Titel Role of infant feeding and HIV in a severe outbreak of diarrhoea and malnutrition among young children, Botswana, 2006

Författare Creek T

Syfte Undersöka vad som gjorde att 25 gg så många barn (35046 barn och 532 dödsfall jämfört med 9166 insjuknade och 21 döda 2005) insjuknade i diarré under tiden januari-mars 2006.

Metod Alla patienter yngre än 5 år med diarré som inkom till sjukhus under tiden 20 februari till 10 mars 2006 registrerades och föräldrarna tillfrågades att delta i studien. Mammorna intervjuades och barnen HIV-testades.

Källa Pepfar Implementers Meeting, Durban, South Africa.

År 2006

Studieland Botswana

Referens 33

Titel Poisonous milk and sinful mothers: the changing meaning of breastfeeding in the wake of the HIV epidemic in Addis Ababa, Ethiopia.

Författare Adsera T Koricho, Karen Moland, Astrid Blystad

Syfte Att undersöka hur infantfeeding val, amning och risken för smitta av HIV genom amning tolkas av HIV-positiva mammor och deras rådgivare i PMTCTprogram i Addis Ababa i Etiopien.

Metod Studie av kvalitativa intervjuer och observationer av rådgivningstillfällen av 22 HIV-positiva mammor och 10 hälsorådgivare som arbetar i PMTCTkliniker.

Källa International breast feeding journal

År 2010

Studieland Etiopien

Referens 34

Titel Growth faltering due to breastfeeding cessation in uninfected children born to HIV-infected mothers in Zambia.

Författare Stephen Arpadi, Ashraf Fawzy, Grace M Aldrovandi, Chipepo Kankasa, et al.

Syfte Värdera effekten av tidigt avbruten amning på barnets tillväxt.

Metod Kvantitativ studie där vikt-ålder, längd-ålder och vikt-längd från barn 4-15 månader gamla födda av HIV-positiva mammor jämfördes utifrån olika amnings- och infantfeeding val.

Källa The American journal of clinical nutrition

År 2009

Studieland Zambia

Referens 35

Titel Breast milk and HIV-1: vector of transmission or vehicle of protection?

Författare Kourtis AP, Butera S, et al.

Syfte På cellnivå undersöka hur HIV smittar genom bröstmjolk, samt hur bröstmjölken kan ge immunologiskt skydd mot HIV.

Metod Labratoriestudier av prover på specifika antikroppar och test av cellrespons.

Källa Lancet infectious diseases

År 2003

Studieland -

Referens 36

Titel Exclusive breast-feeding: does it have the potential to reduce breast-feeding transmission of HIV-1?

Författare Smith M, Kuhn L.

Syfte Undersöka de biologiska mekanismerna associerade med uteslutande amning som skyddar mag-tarmorganen, skyddar mot astma och allergiska sjukdomar och utvärderar relevansen av dessa mekanismer för HIV-1 smitta.

Metod Laboratoriestudier och prover från barn indelade i grupper efter hur de matas (infantfeedingmetod).

Källa Nutrition research review

År 2000

Studieland -

Referens 37

Titel Incidence and etiology of infantile diarrhea and major routes of transmission in Huascar, Peru.

Författare Black RE, Lopez de Romana G, et al.

Syfte Undersöka orsaken till diarréepidemier hos spädbarn i fattiga/resurssnåla områden.

Metod Områdesbaserad provtagning och datainsamling av föräldrar till spädbarn.

Källa American journal of epidemiology

År 1989

Studieland Peru

Referens 38

Titel Infant feeding patterns and risks of death and hospitalization in the first half of infancy: multicentre cohort study.

Författare Bahl R, Frost C, et al.

Syfte Undersöka sambandet mellan olika infantfeedingmetoder och infektionsrisk samt mortalitet under barnets första halvår.

Metod Sekundäranalys av en tidigare studie på A-vitamin till spädbarn. 9424 barn fick hembesök var fjärde vecka under det första halvåret. Mamman tillfrågades vad barnet hade fått för näring och därefter delades barnen in i olika grupper (exclusive breastfeeding, predominant breastfeeding, partial breastfeeding och no breastfeeding) och följdes upp under sex månader för att undersöka om någon grupp hade ökad risk för infektion eller mortalitet.

Källa Bulletin World health organisation

År 2005

Studieland Ghana, Indien, Peru

Referens 39

Titel Influence of infant-feeding patterns on early mother-to-child transmission of HIV-1 in Durban, South Africa: a prospective cohort study. South African Vitamin A Study Group.

Författare Coutsoodis A, Pillay K, et al.

Syfte Undersöka om amning är en kritisk faktor för tidig mamma-till-barn överföring av HIV-1.

Metod Barn till 549 HIV-smittade kvinnor jämfördes utifrån smittorisken beroende på om de får uteslutande amning, mixad matning eller mjölkersättning.

Källa Lancet
År 1999
Studieland Sydafrika

Referens 40

Titel Method of feeding and transmission of HIV-1 from mothers to children by 15 months of age: prospective cohort study from Durban, South Africa.

Författare Coutsooudis A, Pillay K, et al.

Syfte Undersöka risken för HIV-smitta vid olika infantfeedingmetoder.

Metod 551 HIV-smittade kvinnor med nyfödda barn fick information om amning under minst tre månader och mjölkersättning och delades in i olika grupper beroende på vilket de valde, därefter HIV-testades barnen vid 3-6 månaders ålder.

Källa AIDS

År 2001

Studieland Sydafrika

Referens 41

Titel Breast milk as the "water that supports and preserves life" -Socio-cultural constructions of breastfeeding and their implications for the prevention of mother to child transmission of HIV in sub-Saharan Africa.

Författare Jennifer Hofmann, Manuela De Allegri, Malabika Sarker, Mamadou Sanon, et al.

Syfte Undersöka sociokulturella konstruktioner kring infantfeeding, HIV och praktiserande av amning på landsbygden i Afrika söder om Sahara.

Metod Kvalitativ studie av 32 individuella intervjuer och 3 fokusgruppsdiskussioner med kvinnor i olika åldrar.

Källa Health policy

År 2008

Studieland Burkina Faso

Referens 42

Titel Gender perceptions on infant feeding in Eastern Uganda: continued need for exclusive breastfeeding support.

Författare Ingunn MS Engebretsen, Karen M Moland, Jolly Nankunda, Charles A Karamagi, et al.

Syfte Att undersöka mammor och pappors uppfattning av olika infantfeeding val samt synen på EBF och ERF.

Metod Induktiv innehållsanalys av 8 kvalitativa fokusgruppsintervjuer med sammanlagt 81 deltagare. 4 grupper var män som samtalade med andra män, 4 grupper var kvinnor som samtalade med andra kvinnor.

Källa International breast feeding journal

År 2010

Studieland Uganda

Referensnummer 43

Titel Associations between breast milk viral load, mastitis, exclusive breast-feeding, and postnatal transmission of HIV.

Författare Kevin M. Lunney, Peter Iliff, Kuda Mutasa, Robert Ntozini, et al.

Syfte Undersöka associationen mellan virusmängd i bröstmjölk, mastit, EBF och postnatal smitta av HIV.

Metod kvantitativ studie. Jämförelse av bröstmjölk- och plasmavprov från EBF och MBF

HIV-positiva mammor.
Källa Clinical Infectious diseases
År 2009
Studieland Zimbabwe

Referens 44

Titel HIV-1 disease progression in breast-feeding and formula-feeding mothers: a prospective 2-year comparison of T cell subsets, HIV-1 RNA levels, and mortality.

Författare Otieno P, Brown E, et al.

Syfte Undersöka hur bromsmedicin under graviditeten påverkar mamman vid amning.

Metod 296 gravida HIV-1 smittade kvinnor fick en kort behandling med bromsmedicin och delades in i två grupper, de som ammade och de som gav mjölkersättning. Därefter undersöktes HIV-1 RNA-nivåer och CD4 cellerna räknades vid förlossning och vid 1, 3, 6, 12, 18 och 24 månader efter förlossning och jämfördes mellan mammor som ammade och mammor som gav mjölkersättning.

Källa Journal of infectious diseases

År 2007

Studieland -

Referens 45

Titel Comparison of the effect of two systems for the promotion of exclusive breastfeeding.

Författare Coutinho SB, de Lira PI, et al.

Syfte Undersöka om rådgivning om amning på sjukhus eller vid hembesök ger bäst resultat för antal överlevande barn under 6 månaders ålder.

Metod 350 mammor fick antingen rådgivning om infantfeeding på sjukhus direkt efter förlossningen eller under tio hembesök fram till barnet var 6 månader gammalt. Antalet mammor som gav uteslutande amning ur de bägge grupperna jämfördes vid 1, 10, 30, 60, 90, 120 och 180 dagar.

Källa Lancet

År 2005

Studieland Brasilien

Referens 46

Titel Efficacy of home-based peer counselling to promote exclusive breastfeeding: a randomised controlled trial.

Författare Morrow AL, Guerrero ML, et al.

Syfte Undersöka hur hembesök påverkar antalet mammor som ger uteslutande amning.

Metod 170 kvinnor fick hembesök från strax efter förlossningen och tre månader framåt antingen tre eller sex gånger.

Källa Lancet

År 1999

Studieland Mexico

Referens 47

Titel Effect of community-based peer counsellors on exclusive breastfeeding practices in Dhaka, Bangladesh.

Författare Haider R, Ashworth A, et al.

Syfte Undersöka om hembesök av rådgivare kan öka andelen mammor som ger uteslutande amning tills barnet är 5 månader gammalt.

Metod 726 gravida kvinnor delades in i en grupp som fick 15 hembesök fram till barnet var 5

månader gammalt och en grupp som inte fick några hembesök alls.

Källa Lancet

År 2000

Studieland Bangladesh

Referens 48

Titel Mother-to-child transmission of HIV-1 infection during exclusive breastfeeding in the first 6 months of life: an intervention cohort study.

Författare Coovadia HM, Rollins NC, et al.

Syfte Undersöka smittorisken av HIV-1 vid uteslutande amning och andra infantfeedingmetoder.

Metod Data från 2722 Hiv-positiva och negativa kvinnor om infantfeedingval samlades varje vecka från förlossning fram till barnet var sex månader gammalt. HIV-test på barnet togs en gång i månaden. Smittorisken för HIV vid uteslutande amning vid 6 och 22 veckors ålder analyserades utifån datan enligt Kaplan-Meier kurva.

Källa Lancet

År 2007

Studieland Sydafrika

Referens 49

Titel "Peer but not Peer": Considering the context of infant feeding peer counseling in a high HIV prevalence area.

Författare Barni Nor, Yanga Zembe, Karen Daniels, Tanya Doherty, et al.

Syfte Beskriva hur kvinnor upplevde "kvinna-till-kvinna"/jämlig infantfeeding-rådgivning.

Metod Kvalitativ studie av 17 intervjuer och 10 observationer med både HIV-negativa och HIV-positiva kvinnor.

Källa International lactation consultant association

År 2009

Studieland Sydafrika

Referens 50

Titel An Update on HIV and Infant Feeding Issues in Developed and Developing Countries

Författare Debra J. Jackson, Ameena E. Goga, Tanya Doherty, Mickey Chopra

Syfte Att undersöka rådande kunskapsläge, pågående forskning och ger kunskap om rådgivning och support för sjuksköterskor och barnmorskors arbete i både I- och U-länder, samt ger en uppdatering av tidigare rapporter.

Metod Litteraturstudie

Källa Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing

År 2009

Studieland -