

6 ZUSAMMENFASSUNG

Von den weltweit etwa 40 Millionen Menschen mit HIV/AIDS leben circa 60% in Afrika südlich der Sahara. Davon sind rund 58% Frauen (ca. 14 Millionen). Nahezu alle der etwa 600.000 Neuinfektionen pro Jahr bei Kindern sind Folge der HIV-Übertragung von der Mutter auf das Kind während Schwangerschaft und Geburt oder durch Stillen. Elektive Schnittentbindung und Stillverzicht als wirksame Maßnahmen zur Reduktion der Mutter-Kind Übertragung von HIV (Prevention of Mother to Child Transmission, PMTCT) sind in den meisten ressourcenschwachen Ländern aus verschiedenen Gründen nicht durchführbar. Da die Transmissionsrate durch antiretrovirale Prophylaxe um bis zu 50% gesenkt werden kann, kommt der medikamentösen Intervention im Rahmen von PMTCT-Programmen in diesen Ländern eine wichtige Rolle zu. Nevirapin (NVP) ist aufgrund der Wirksamkeit, seiner pharmakologischen Eigenschaften und der einfachen Einnahmевorschriften (Einmaldosis für Schwangere und Kind) ein geeignetes Medikament zur Anwendung in PMTCT-Programmen in ressourcenschwachen Ländern. Die medikamentöse Intervention erfordert die Kenntnis und Akzeptanz des HIV-Serostatus. Der HIV-Beratung und -Testung kommt daher eine Schlüsselrolle in PMTCT-Programmen zu.

Gründe für die Ablehnung von HIV-Beratung und -Testung und der medikamentösen Intervention sind bisher kaum untersucht worden. In dieser Arbeit sollte der Zusammenhang zwischen soziodemographischen sowie weiteren personenbezogenen Daten und der Teilnahme an einem PMTCT- Programm untersucht werden. Die Kenntnis dieser Zusammenhänge ermöglicht eine Optimierung der Programmaktivitäten, sodass die Zahl der Schwangeren, die als HIV-positiv identifiziert werden und nachfolgend einer antiretroviralen Prophylaxe und gegebenenfalls Behandlung zugeführt werden können, steigt.

In vier öffentlichen Gesundheitseinrichtungen im Westen Ugandas wurden die ersten 15 Monate (Juli 2002 bis September 2003) eines neu implementierten PMTCT-Programms analysiert. Ausführliche Daten wurden bei jeder dritten sich vorstellenden Schwangeren erhoben. Diese Schwangeren bilden die Studienpopulation (N= 3781).

Die Teilnahme an HIV-Beratung und -Testung und der medikamentösen Intervention wurden auf mögliche Zusammenhänge mit Alter, ethnischer Zugehörigkeit, Religion, Familienstand, Dauer des Schulbesuchs, Art der Beschäftigung, Vorliegen von Symptomen HIV-assoziiierter Erkrankungen, Anzahl der Schwangerschaften, Anzahl der verstorbenen Kinder, Zahl der Besuche zur Schwangerschaftsvorsorge und Ort der letzten Entbindung untersucht. Die Erhebung der Daten

erfolgte durch die Hebammen im Rahmen der Schwangerschaftsvorsorge. Die Angaben wurden auf speziellen Fragebögen dokumentiert und in SPSS und Epi-Info ausgewertet.

73,5% aller Schwangeren der Studienpopulation wurden zu HIV beraten. Frauen, die sich signifikant seltener zu HIV beraten ließen, gehörten der ethnischen Gruppe der Bakiga an ($p < 0,05$), waren Hausfrauen ($p < 0,05$), berichteten Symptome HIV-assoziiierter Erkrankungen ($p < 0,005$), waren das erste Mal zur Schwangerschaftsvorsorge gekommen ($p < 0,001$) und hatten das letzte Kind zu Hause entbunden ($p < 0,05$).

57,9% der beratenen Schwangeren stimmten einem HIV-Test zu. Die Ablehnung des Tests war mit der ethnischen Zugehörigkeit Bakiga ($p < 0,001$), dem Familienstand „verheiratet“ ($p < 0,005$), geringem Bildungsgrad ($p < 0,001$) und der Beschäftigung als Bäuerin ($p < 0,001$) assoziiert.

Schwangere ohne Symptome HIV-assoziiierter Erkrankungen ($p < 0,005$) und Schwangere, die ihr letztes Kind zu Hause ($p < 0,001$) entbunden hatten, ließen seltener einen HIV-Test durchführen.

Die HIV-Prävalenz in der Studienpopulation lag bei 22,1%.

57,3% der getesteten Schwangeren erschienen nach dem HIV-Test zu einem Beratungsgespräch, in dem auch das Testergebnis mitgeteilt wurde. Schwangere ohne Symptome HIV-assoziiierter Erkrankungen ($p < 0,05$) und HIV-negative Schwangere kamen signifikant seltener ($p < 0,001$).

Von 311 HIV-positiven Schwangeren, denen das Testergebnis mitgeteilt wurde, erklärten 90% die Intention zur NVP-Einnahme. Von allen im Untersuchungszeitraum dokumentierten Entbindungen hatten 80,5% der Frauen nach eigener Aussage NVP eingenommen. 80,9% der Neugeborenen erhielten NVP. Neugeborene, deren Mütter kein NVP eingenommen hatten, bekamen signifikant seltener NVP verabreicht ($p < 0,001$).

Die höhere Stigmatisierung von Personen mit HIV/AIDS unter den Bakiga könnte eine Ursache für die geringere Inanspruchnahme der HIV-Beratung unter Schwangeren dieser Ethnie sein.

Destigmatisierung mit Hilfe von Sensibilisierungs- und Aufklärungsmaßnahmen ist dringend notwendig und könnte bewirken, dass sich Frauen mit Symptomen HIV-assoziiierter Erkrankungen öfter zu HIV beraten lassen. Alle Informationen zur HIV-Testung sollten so aufbereitet sein, dass auch Schwangere ohne bzw. mit kürzerer Schulbildung erreicht werden.

Damit auch Schwangere ohne Symptome HIV-assoziiierter Erkrankungen häufiger einem HIV-Test zustimmen sollte in der Beratung betont werden, welche Vorteile die Kenntnis des eigenen HIV-Status hat, auch wenn keine Beschwerden vorliegen. Um das Vertrauen in die Gesundheitseinrichtung und den darin arbeitenden Personen zu stärken, was zu einer größeren Teilnahme an

Beratung und Testung führt, sollten gerade die Frauen gezielt zu weiteren Vorsorgeuntersuchungen aufgefordert werden, die beim ersten Besuch Beratung und Testung ablehnten.

Es ist vorstellbar, dass Schwangere, die selbst vermuten, HIV-infiziert zu sein, häufiger zum Gespräch nach dem Test kamen, weil sie ihr ungeborenes Kind schützen und die Möglichkeit der antiretroviralen Langzeitbehandlung im Rahmen des Programms nutzen wollten.

Die Angst vor der Reaktion des Partners (Gewalt/ Vertreibung) könnte der Grund dafür sein, dass sich verheiratete Schwangere in Westuganda seltener auf HIV testen ließen. Allzu oft liegt die Last der Entscheidungsfindung allein bei den Frauen. Daher muss der Einbezug von Partnern/Männern und Entscheidungsträgern der Gemeinschaft kontinuierlicher Bestandteil jedes PMTCT-Programms sein, um durch eine die Frauen unterstützende Haltung zu einer größeren Programmteilnahme beizutragen.

Die Umsetzung der durch diese Untersuchung gewonnenen Erkenntnisse kann die Akzeptanz von PMTCT-Programmen in der Bevölkerung erhöhen. Präventionsprogramme dieser Art müssen flächendeckend in die Schwangerschaftsvorsorgedienste in HIV-Hochprävalenzländern integriert werden. Nur so kann eine deutliche Reduktion der kindlichen HIV-Neuinfektionen erreicht werden.