



LAUREA
AMMATTIKORKEAKOULU

Uuden edellä

Namibialaisten hoitajien tiedot HIV:n tarttumisesta ja tartunnan ehkäisystä - ja tunteet potilaiden hoidossa

Hakkarainen Saara, Rajala Lotta, Sulkava Maija

2012 Tikkurila

Laurea-ammattikorkeakoulu
Tikkurila

Namibialaisten hoitajien tiedot HIV:n
tarttumisesta ja tartunnan ehkäisystä
- ja tunteet potilaiden hoidossa

Hakkarainen Saara
Rajala Lotta
Sulkava Maija
Hoitotyön koulutusohjelma
Opinnäytetyö
Tammikuu, 2012

Laurea-ammattikorkeakoulu
Tikkurila
Hoitotyön koulutusohjelma

Tiivistelmä

Hakkarainen, Rajala & Sulkava

Namibialaisten hoitajien tiedot HIV:n tartumisesta ja tartunnan ehkäisystä - ja tunteet potilaiden hoidossa

Vuosi	2012	Sivumäärä	51
-------	------	-----------	----

Namibiassa HIV -positiivisten määrä on maailman korkeimpia suhteutettuna väkilukuun. Keväällä 2011 suoritimme työharjoittelun Namibian pääkaupungin Windhoekin kunnallisessa sairaalassa. Suuri HIV-positiivisten potilaiden määrä näkyi sairaalan arjessa monella tapaa. Opinnäytetyömme tarkoitus onkin selvittää namibialaisten hoitajien tietoutta HIV:n tartumisesta ja tartunnan ehkäisystä. Halusimme myös selvittää millaisia tunteita HIV-positiivisen potilaan hoitaminen hoitajissa herättää. Työn teoriapohjana on käytetty suomenkielistä ja englanninkielistä kirjallisuutta, Internet-lähteitä sekä alan tutkimuksia.

Suoritimme opinnäytetyömme soveltaen etnografista tutkimusta. Käytimme aineistonkeruumenetelmänä osallistuvaa havainnointia ja kyselylomaketta. Aineisto kerättiin puolistrukturoidulla kyselylomakkeella, joka sisälsi 21 monivalintakysymystä ja 4 avointa kysymystä. Kysely suoritettiin ehdottoman luottamuksellisesti ja siihen vastattiin anonyymisti. Aineisto analysoitiin PASW Statistics -ohjelmalla.

Opinnäytetyömme tuloksista ilmeni, että kunnallisen sairaalan hoitajilla on hyvä tietous HIV-infektiosta. Hoitajat tiesivät pääsääntöisesti kuinka HIV-infektio tarttuu ja kuinka tartuntaa voidaan ehkäistä. Heillä oli myös tietoa kuinka suojautua HIV-tartunnalta. HIV-positiivisten potilaiden hoitaminen herätti hoitajissa sekä sääliä että empatiaa potilaita kohtaan, mutta myös pelkoa tartunnan saamisesta. Merkittävä tulos vastauksissa oli hoitajien esiintuoma tarve kohdella kaikkia potilaita tasa-arvoisesti. Tämä näkyi käytännössä myös hoitajien päivittäisessä työskentelyssä.

Tutkimus tehtiin hyvin pienelle osalle Namibialaisista hoitajista, joten työmme tuloksia ei voi yleistää. Tutkimus tarjoaa kuitenkin suuntaa antavaa tietoa kunnallisen Katuturan sairaalan äitiyshuollon hoitajien HIV-tietoudesta. Kyselylomakkeiden vastausten ja tekemiemme havaintojen välillä ilmeni ristiriitaa. Hoitajien HIV-tietous ei juuri näkynyt käytännön hoitotyössä ja potilaiden kohtaamisessa. Mielenkiintoista olisikin jatkossa lukea tutkimus, jossa tutkittaisiin asenteiden ja opittujen käytänteiden vaikutusta työtapoihin.

Asiasanat: Namibia, hoitaja, HIV-infektio, tartunta, ehkäisy

Laurea University of Applied Sciences
Tikkurila
Bachelor of nursing, Bachelor of health care

Abstract

Hakkarainen, Rajala & Sulkava

Namibian nurses knowledge of HIV-transmission and prevention of contamination - and emotions about nursing HIV-positive patients

Year 2012

Pages 51

The number of HIV positive people in Namibia is one of the highest proportional to population. In spring 2011 we did our practical training in a Namibia's capitals Windhoek's state hospital. The high amount of HIV positive patients can be seen in hospitals daily life in many ways. The meaning of our thesis is to clarify Namibian nurses knowledge of HIV-transmission and prevention of contamination. We also wanted to clarify what kind of emotions arouse to the nurses while nursing HIV positive patient. The theoretical framework is based on Finnish and English literature, internet sources and field studies.

We did our thesis applying ethnographic research. We used as a legwork method involved observation and questionnaire. The material was collected by structured questionnaire which contained 21 multiple-choice questions and 4 open questions. The query was implemented with absolute confidentiality and it was answered anonymously. Material was analyzed with PASW Statistics-software.

From the results of our thesis occurs that the nurses of state hospital had good knowledge of HIV infection. Nurses knew in most cases how HIV infection is transmitted and how to prevent transmission. They had also knowledge of how to protect themselves from transmission. Nursing HIV positive patients aroused pity and empathy in nurses but also fear of getting transmission. Significant result from the answers was the nurses need to treat every patient equally. This was also shown in nurses daily nursing habits.

The research was made for a very small part of Namibian nurses so the results of this thesis cannot be generalized. The research gives indicative information about Katutura state hospitals nurses knowledge about HIV. Between the answers in questionnaire and the observation made by us occurred a conflict. Nurses knowledge of HIV was not much shown in daily nursing and in confronting patients. In the future it would be interesting to read research about how attitudes and acquired practices influence working methods.

Keywords: Namibia, nurse, HIV infection, contamination, prevention

Sisällys

1 Johdanto	7
2 Namibia	8
3 HI-virus	8
3.1 HI-viruksen alkuperä, rakenne ja ominaisuudet	8
3.2 HIV:n kohdesolut ja vaikutukset elimistössä	9
3.3 Immunijärjestelmän tuhoutuminen ja lääkehoito	9
3.4 Tartunnan toteaminen ja sairauden vaiheet elimistössä	10
4 HIV:n tartuntatiet	11
4.1 Tartunta kehon nesteiden ja eritteiden kautta	11
4.2 Veritartunta	12
5 HIV:n ehkäisy terveydenhuollossa	13
5.1 Tavanomaiset varotoimet ja tartunnalta suojautuminen	13
5.2 Tartuntavaaran minimointi ja välinedesinfektio	14
5.3 Veritartuntavaara hoitotyössä	15
5.4 Toiminta pistotapaturmatilanteessa	15
6 Suomalaisen hoitohenkilöstön AIDS- tietous ja asenteet	16
6.1 Hoitohenkilöstön HIV- ja AIDS- tiedot ja asenteet	16
6.1.1 Hoitajien HIV- ja AIDS- tietous	16
6.1.2 Hoitajien asenteet HIV/AIDS- potilaita ja sairautta kohtaan	17
6.2 Kotisairaanhoidossa työskentelevien terveydenhoitajien ja sairaanhoitajien HIV- ja AIDS- tiedot ja asenteet	18
6.2.1 Hoitajien yleinen HIV-tietous sekä tietous HIV: n tartumisesta	19
6.2.2 Hoitajien yleiset asenteet HIV/AIDS- potilasta kohtaan	20
7 Opinnäytetyön tausta ja tarkoitus	20
8 Opinnäytetyön toteutus	21
8.1 Opinnäytetyön aiheen valinta, tutkimuskysymykset ja opinnäytetyön suunnittelu	21
8.2 Kyselylomakkeen laadinta	21
8.3 Tutkimusluvan saaminen ja tutkimusjoukon valinta	22
8.4 Tutkimusaineiston kerääminen ja analysointi	23
9 Tulokset	24
9.1 Vastaaajien taustatiedot	24
9.2 Strukturoidut kysymykset	24
9.3 Avoimet kysymykset	27
9.3.1 Hoitajien tiedot ensioireiden ilmenemisestä HIV- tartunnan jälkeen	28
9.3.2 Hoitajien tiedot HIV- infektion ensioireista	28
9.3.3 Hoitajien tiedot HIV- tartunnalta suojautumisesta	29
9.3.4 Hoitajien tunteet HIV- positiivista potilasta hoidettaessa	29

10 Pohdinta	29
10.1 Tutkimuksen luotettavuus	29
10.2 Tutkimuksen eettisyys.....	30
10.3 Havainnointi tutkimusmenetelmänä	31
10.4 Tulosten tarkastelu	31
10.5 Itsearviointi	34
Lähteet.....	36
Liitteet	38
Liite 1. Immuunikadon seurannaistaudit.....	38
Liite 2. Kyselylomake.....	39
Liite 3. Havainnointipäiväkirja	43
Liite 4. Hoitajien tiedot ensioireiden ilmenemisestä HIV- tartunnan jälkeen taulukko alkuperäisilmauksineen	46
Liite 5. Hoitajien tiedot ensioireiden ilmenemisestä HIV-tartunnan jälkeen.....	48
Liite 6. Hoitajien tiedot HIV-infektion ensioireista	49
Liite 7. Hoitajien tiedot HIV- infektiolta suojautumisesta	50
Liite 8. Hoitajien tunteet HIV-positiivista potilasta hoidettaessa	51

1 Johdanto

UNAIDS: n (2010) uusimman maailmanlaajuisen AIDS- epidemia raportin mukaan vuoden 2009 lopussa maailmassa oli 33.3 miljoonaa HIV- tartunnan saanutta ihmistä. Saman vuoden (2009) lopussa HIV-tartunnan saaneita Namibiassa oli 180 000. Luku on 13.1 prosenttia Namibian väestöstä. (UNAIDS REPORT ON THE GLOBAL AIDS EPIDEMIC 2010.) AIDS on Namibian yleisin kuolinsyy (Namibiassa AIDS-orvot saavat ruokaa ja elämäntaitoja 2005).

Keväällä 2010 saimme tietää mahdollisuudesta suorittaa ammattitaitoa edistävä työharjoittelu ulkomailla. Kohdemaana tarkentui Namibiaksi, joten aloimme suunnitella opinnäytetyön liittämistä työharjoitteluun. Aloimme etsiä tietoa kohdemaasta. Huomasimme HIV:n olevan Namibiassa suuri, yhteiskunnallinen ongelma, joten meille heräsi kiinnostus tehdä opinnäytetyö HIV-infektiosta. HIV- positiivisten potilaiden hoitaminen on namibialaisille arkipäivää ja halusimme saada tietoa hoitajien HIV - tietoudesta. Opinnäytetyön aiheeksi rajautui kunnallisen sairaalan hoitajien tiedot HIV:n tarttumisesta ja tartunnan ehkäisystä. Tutkimus tehtiin keväällä 2011.

Tutkimusmenetelmänä käytimme kyselykaavaketta ja sovelsimme etnografista tutkimusta. Kyselytutkimuksen tueksi kirjoitimme havainnointipäiväkirjaa. Toteutimme tutkimuksen Namibian pääkaupungin Windhoekin kunnallisessa sairaalassa, Katutura State Hospitalissa. Tutkimusjoukoksi rajautui sairaalan äitiyshuollon osastojen sairaanhoitajat/kätilöt.

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on antaa lukijalle tietoa HI- viruksesta, sen tarttumisesta ja tartunnan ehkäisystä. Opinnäytetyöstä toivomme olevan hyötyä Namibiaan työharjoitteluun lähteille muille opiskelijoille sekä kaikille aiheesta kiinnostuneille. Kirjallinen työ antaa tietoa kunnallisessa sairaalassa työskentelevien namibialaisten hoitajien tietoudesta HIV:n tarttumisesta ja tartunnan ehkäisystä. Kirjallisen työn avoimella kysymyksellä selvitimme myös hoitajien tunteita HIV-positiivisten potilaiden hoidossa.

2 Namibia

Namibia sijaitsee Afrikan lounaisrannikolla. Sen eteläinen naapurimaa on Etelä-Afrikka ja pohjoinen Angola. Läntisiä rajanaapureita ovat Sambia, Botswana ja Zimbabwe. Namibia on Saksan entinen siirtomaa. Se itsenäistyi pitkän sisällissodan päätteeksi vuonna 1990. Namibia on tasavalta. (Namibia country profile 2010.) Aukkaita Namibiassa on 2,12 miljoonaa. Odotettu elinikä Namibiassa on 51.95 vuotta (naiset 51.64, miehet 52.25). Väestön kasvuvauhti on kääntynyt laskuun HIV:n ja AIDS:n takia. (Namibia 2011.) Namibian virallinen kieli on englanti, jota puhuu 7 prosenttia väestöstä. Namibialaisista kuusikymmentä prosenttia puhuu afrikaansia, 32 prosenttia saksaa ja yksi prosentti puhuu paikallisia kieliä, kuten oshivamboa, hereroa ja namaa. (Namibia: kehityksen haasteet 2011.)

AIDS:n köyhdyttävä vaikutus Namibiassa on valtava ja AIDS-epidemian vuoksi vajaa puolet väestöstä elää äärimmäisessä köyhyydessä. Namibiassa on myös jatkuva ruokapula johtuen muun muassa kuivuudesta ja AIDS-epidemiasta. Suuri osa perheen tuloista menee terveydenhuoltokustannuksiin ja terveet perheenjäsenet joutuvat työssäkäynnin sijaan jäämään kotiin hoitamaan sairaita. Tilanne on huolestuttava myös tulevaisuuden kannalta, sillä vajaa kolmannes uusista tartunnoista on 15-24 -vuotiailla. (Eriarvoisuus ja työttömyys vaikeuttavat köyhyyden vähentämistä Namibiassa 2010.)

3 HI-virus

3.1 HI-viruksen alkuperä, rakenne ja ominaisuudet

HI-virus eli Human Immunodeficiency virus on retrovirus, joka kuuluu lentivirusten ryhmään (Mochine 2010: 12,15). Muita lentiviruksia esiintyy eläimillä, mutta HIV on ainoa ihmisillä todettu lentivirus (Suni, Saksela & Ristola 2010: 640). Lentivirukset aiheuttavat tartunnan saaneelle hitaasti etenevän kroonisen sairauden (Hirvinen ym. 2008: 17).

HI-virus on tarttunut alun perin apinasta ihmiseen. HI-virus jaetaan kahteen tyyppiin. HIV-1 löytyi vuonna 1983 ja on tarttunut ihmiseen simpanssista. Toinen tyyppi, HIV-2, on eristetty vuonna 1985 ja on tarttunut ihmiseen apinasta. (Leinikki 2005: 581; Suni ym.2010: 640.) HI-virus on pyöreä, kooltaan noin 100 nm halkaisijaltaan oleva partikkeli, jota ympäröi lipidivaippa. Sen genomi eli perintöaines muodostuu kahdesta identtisestä yksisäikeisestä RNA-molekyylistä. (Suni ym. 2010: 643.) HI-virukselle tunnusomaista on kyky muuntua nopeasti. Tämä johtuu siitä, että käänteiskopioijaentsyymi, joka huolehtii HI-viruksen perintöaineksen kopioimisesta, ei pysty korjaamaan tekemiään virheitä. Samaan aikaan kohdesoluun tunkeutuessaan ja perintöaineksensa yhdistämällä eli rekombinaatiolla kaksi eri

virusta voi muodostaa uuden viruksen, jonka perintöaines on kokonaan uusi. (Hirvinen, Mäkinen & Pakarinen 2008: 17.)

3.2 HIV:n kohdesolut ja vaikutukset elimistössä

HIV tarttuu soluun erityisesti auttaja-T-solujen, makrofagien ja dendriittisten solujen pinnalla esiintyvän CD4-molekyylin avulla. Molekyyli toimii reseptorina HI-virukselle sen tarttuessa soluun. (Suni ym. 2010: 645.) Tunkeutuessaan soluun HI-virus käynnistää heti genominsa käänteiskopioinnin. (Suni ym. 2010: 646.) CD4-positiiviset T-lymfosyytit ovat merkittävimpiä HI-viruksen kohdesoluja. Näistä soluista vain pieni osa on perifeerisessä verenkierrössä ja suurin osa lymfaattisissa kudoksissa, kuten imusolmukkeissa, pernassa, suoliston imukudoksissa ja kateenkorvassa. Kuitenkin myös muilla solutyypeillä on keskeinen rooli AIDS:n patogeenisissä ja varsinkin sairauden loppuvaiheessa on potilaan kudoksista löytenyt merkkejä monien eri solujen HIV-infektiosta. (Suni ym. 2010: 647.)

3.3 Immuunijärjestelmän tuhoutuminen ja lääkehoito

Potilaan oireettoman HIV-vaiheen loppuvaiheessa ja sairauden edetessä AIDS- vaiheeseen, potilaan veren HIV-pitoisuus nousee jälleen. Joillakin tartunnan saaneilla virusmäärät jäävät jo taudin aktiivisen vaiheen jälkeen suuriksi, joka ennustaa lyhyttä oireetonta vaihetta. Elimistön virusmäärä akuutin viremian jälkeen ja sen tason pysyminen korreloi aikaa, kuinka kauan AIDS- vaiheen puhkeamiseen kuluu. (Suni ym. 2010: 649.) Infektion edetessä potilaan veren HIV-määriin vaikuttavat useat seikat. On havaittu, että hyvällä immuunivasteella, etenkin soluvälitteisellä olisi tärkeä rooli tässäkin. Perinnöllinen vaihtelu immuunipuolustusjärjestelmässä sekä ulkoiset tekijät, kuten muut infektiot, vaikuttavat infektion kulkuun. (Suni ym. 2010: 650.)

Joka päivä miljardeja uusia HIV-soluja infektoituu tavalla, jossa virhealtis RNA-genomia käänteiskopioituu DNA:aksi. Tämä takaa HIV:lle huimat muuntelumahdollisuudet. Yhden aminohapon muuttuminen voi hävittää immuunivasteen kannalta tärkeän antigeenisen epitopin tai aiheuttaa resistenssin tietylle viruslääkkeelle. Tästä syystä lääkehoito on erittäin hankalaa toteuttaa. (Suni ym. 2010: 649.) Keskeisin rooli immuunikadon kehittymiseen on immuunijärjestelmälle oleellisten CD-4- positiivisten T-solujen tuhoutuminen. CD-4-positiivisia T-soluja tarvitaan myös muiden immuunipuolustusjärjestelmään kuuluvien solujen toimimiseen. Solujen massiivisen kulutuksen vuoksi niiden uusiutumiskapasiteetti ei enää riitä. Uusiutumiskapasiteetin häviämisen lisäksi huomattavaa on, että T-solujen toimintakyky on yleensä jo selvästi heikentänyt ennen kuin niiden määrä potilaan veressä laskee. T-solujen tuhoutuessa myös

niiden toiminta häiriintyy. Lisäksi HIV-partikkelien runsas kerääntyminen imukudoksiin edesauttaa immuunijärjestelmän tuhoutumista. (Suni ym. 2010: 651.)

Lukuisista tutkimuksista huolimatta AIDS:n patogeneesin mekanismi ei ole vielä täysin selvinnyt. Pitkälle edetessään sairaus johtaa immuunikatoon, jossa potilaan elimistö ei pysty enää tehokkaaseen ja tarkoituksenmukaiseen immuunivasteeseen eri taudinaiheuttajia vastaan. Immuunijärjestelmän tuhoutumisen lisäksi immuunijärjestelmän yleistyneellä aktivaatiolla on keskeinen rooli AIDS:n patogeneesissä. Sairauden loppuvaiheessa sairastuneen henkilön immuunikato syvenee, jonka seurauksena terveelle elimistölle vaarattomat mikrobit aiheuttavat hengenvaarallisen infektion. Myös monet virusinfektioihin liittyvät syövät yleistyvät. (Suni ym. 2010: 650, 651.)

Vaikka HIV:n lääkehoito on kehittynyt huomasti, ei siihen ole parantavaa lääkitystä. Nykyhoidoilla HIV-potilaiden ennuste on kuitenkin merkittävästi parantunut. Heidän elinaikansa on lisääntynyt kymmenillä vuosilla sekä työkykyisyys ja terveydentila parantuneet. (Laine & Mikkola 2010: 29) Nykyisellä tehokkaalla lääkehoidolla tartunnan saanut henkilö voi elää lähes täyspitkän elämän (Hiv ja aids - mitä eroa niillä on? 2011) Lääkehoitona käytetään kolmen HI-viruslääkkeen yhdistelmää (HAART) (Kurki ja Pammo 2010: 55). Lääkehoidon onnistuessa CD-4-positiivisten solujen määrä nousee ja riski saada jokin seurannaistaudeista pienenee (Laine & Mikkola 2010: 30). Hoitovasteen saavuttamiseksi lääkityksen on oltava keskeytymätöntä. Hoidon keskeytyessä virus alkaa kehittää pysyvää lääkeresistenssiä. Tämän vuoksi potilaan sitoutuminen lääkehoitoon on äärimmäisen tärkeää. (Kujala 2005: 456.) HIV-infektion lääkehoitoon liittyy runsaasti sivuvaikutuksia, joita uusilla lääkeyhdistelmillä on pyritty vähentämään ja näin lisäämään hoitomyöntyvyyttä (Kujala 2005: 4956).

3.4 Tartunnan toteaminen ja sairauden vaiheet elimistössä

HIV - diagnoosi perustuu vasta-aineiden määrittämiseen (Tartunnan toteaminen 2010). Jokaiselta tartunnan saaneelta voidaan lähes poikkeuksetta osoittaa vasta-aineita (Suni ym. 2010: 652). HIV-vasta-aineiden kehittyminen elimistössä alkaa kahdesta kahdeksaan viikkoon tartunnan saamisesta ja viimeistään kolmen kuukauden kuluttua ne voidaan havaita verikokeessa (Tartunnan toteaminen 2010). Tämän takia luotettavan tuloksen varmistamiseksi HIV-testi kannattaa ottaa vasta kolmen kuukauden kuluttua mahdollisesta tartunnasta. Negatiivinen testitulokset tarkoittaa, että testatulla ei ole HIV-vasta-aineita veressä eikä hän ole viruksen kantaja. Mikäli testitulokset on positiivinen, eli testattavan veressä on HIV-vasta-aineita, varmistetaan testitulokset suoniverinäytteellä. Positiivisen suoniverinäytteen jälkeen henkilölle voidaan tehdä diagnoosi HIV:stä. HI- virusten määrä veressä on suurimmillaan heti tartunnan saannin jälkeen, jolloin virusta voi tietämättään tartuttaa eteenpäin. (Hiv- testi.)

HIV-infektion etenemisnopeus on jokaisella ihmisellä yksilöllinen. HIV:n aiheuttamaa immuunipuolustusjärjestelmän tuhoutumista kuvaa veren CD-4-positiivisten lymfosyyttien taso. HIV-infektion etenemisestä AIDS:n puhkeamiseen voidaan tunnistaa neljä vaihetta: ensitauti, oireeton HIV-infektio, oireinen HIV-infektio ja lopulta AIDS. Ensitaudin aikana oireita kehittyy 30-50 prosentille potilaista. Oireita kehittyy 2-6 viikon aikana tartunnasta ja oireet kestävät 1-4 viikkoon. Ensitaudin aikana oireet ovat usein lieviä ja muistuttavat flunssan tai mononukleosiin oireita. Tyypillisiä oireita ensitaudin aikana ovat kuume, kurkkukipu, päänsärky, väsymys, lihas- ja nivelkivut ja ripuli. Potilaalla saattaa olla myös suurentuneita imusolmukkeita tai pieninäppyläistä ihottumaa vartalossa. Toisinaan oireet ovat niin voimakkaat, että potilas tarvitsee sairaalahoitoa. HIV:n diagnosoiminen ensitaudin aikana on haasteellista, sillä ensitaudin alkaessa HIV-vasta-aineet voivat olla negatiiviset. Oireeton HIV-infektion vaihe kestää useimmiten vuosia ja potilaat pystyvät elämään normaalia elämää. Potilailla saattaa esiintyä suurentuneita imusolmukkeita jatkuvasti tai hetkittäin. (Suni ym. 2010: 657.)

Oireisen HIV-infektion vaiheen alkaessa virusten määrä potilaan veressä on usein lisääntynyt ja CD-4-positiivisten lymfosyyttien taso veressä laskenut. HIV-infektion etenemisestä kertovat oireet ovat usein epäspesifejä. Oireina esiintyy väsymystä, pitkittynyttä kuumeilua, joka voi kestää viikkoja tai jopa kuukausia, laihtumista, ripulia, voimakasta yöhikoilua ja seborrooisen ihottuman ilmaantumista. Potilas voi saada ennen esiintymättömiä infektioita ja nuorellekin potilaalle voi puhjeta vyöruusu. Veren kuvassa voidaan havaita trombositopenia, anemia, leuko- tai lymfobenia ja lasko on yleensä yli sen viitearvon. Nämä infektiot sellaisenaan eivät kuitenkaan riitä täyttämään AIDS-luokituksen ehtoja. HIV-infektion puhkeaminen AIDS:iksi luokitellaan, kun potilaalle kehittyy jokin erikseen määritellyistä immuunikadon seurannaistaudeista. Luokitus on kansainvälisesti yhteneväinen. (Suni ym. 2010: 657, 658.) Kansanterveyslaitoksen (2006) tartuntatauti-ilmoitus B:ssä on lueteltu immuunikadon seurannaistaudit. (Liite 1)

4 HIV:n tartuntatiet

4.1 Tartunta kehon nesteiden ja eritteiden kautta

HIV-infektion yleisin tartuntatapa on suojaamaton seksi. Tartunta tapahtuu sukupuolielinten eritteissä olevan viruksen tai infektoituneiden makrofaagien tai lymfosyyttien välityksellä. Virusta voi olla emättimen ja kohdunkaulan eritteessä, siemennesteessä, mutta myös siemensyöksyä edeltävässä liukastavassa nesteessä. Virusta on myös eturauhasen ja muiden virtsaputkeen aukeavien rauhasen eritteissä. (Ranki, Ristola & Valle 2003: 81- 82.) Tartuntariski seksin välityksellä vaikuttaa viruksen biologinen luonne sekä viruksen määrä limakalvolla. Tartuntariski vaikuttaa myös limakalvoaltistusten määrä sekä kesto. HIV-

tartunnan voi saada jo yhdestä ainoasta yhdyntäkerrasta ilman asianmukaista suojaa, eli lateksikondomia tai polyuretaanista naisten kondomia. (Ranki ym. 2003: 82.)

HIV-tartunnan riski vaihtelee seksitavoista riippuen. Anaalivyhdynnässä, eli peräsuoleen tapahtuvassa yhdynnässä tartuntariski on suuri, koska suolen seinämä on herkästi vaurioituvaa ja haavautuva. Emätinyhdynnässä naisen riski saada tartunta mieheltä on suurempi kuin miehen riski saada tartunta emättimestä. Kuukautisten aikana riski saada tartunta kasvaa miehen, mutta myös naisen osalta. Riskiä lisäävät kaikissa seksitavoissa osapuolten haavautuneet ja rikkiäiset limakalvot sekä muut sukupuolitaudit tai tulehdukset. HIV-tartunta voi tapahtua myös kontaminaationa, missä veriset tai eritteiset seksivälineet ja lelut toimivat tartuttajina. Tartunta on mahdollista saada myös suuseksissä, eli suun ja sukupuolielinten välisessä kontaktissa. Suurin riski saada tartunta on sillä, joka suuseksissä saa siemennestettä suuhunsa. Tartunta on kuitenkin myös mahdollinen, jos henkilön sylkeen sekoittuneissa valkosoluissa on HI- virusta ja se joutuu seksikumppanin limakalvoille. (Ranki ym. 2003: 82.)

Sukupuolieritteiden ja veren lisäksi HI- virus on eristetty myös HIV-positiivisen henkilön syljestä. Syljen ja veren viruspitoisuutta verrattaessa, on syljessä oleva virusmäärä lähes olematon. Rankin ym. (2003: 82) mukaan tartunta on siis mahdollista saada toistuvasta ja runsaasta sylkialtistuksesta, jos esimerkiksi elämäkumppani on HIV-positiivinen. Kevyttä suukottelua ei kuitenkaan nykytiedon valossa pidetä tartuntariskinä. (Ranki yms. 2003: 82)

Sukupuolieritteiden lisäksi tartuntavaarallisia kehon nesteitä on myös lapsivesi, perikardiumneste, nivelneste, selkäydinneste, kudoksenäytteet sekä kaikki verellä kontaminoidut näytteet (Ristola 2005: 381). Rintalan (2006: 7) mukaan virtsassa, ulosteessa ja oksennuksessakin voi olla HI- virusta. Näissä eritteissä vasta-aine pitoisuudet ovat kuitenkin niin pieniä, ettei tartunta ole pelkästään niiden kautta mahdollinen. Mikäli eritteet ovat verisiä, on mahdollisuus tartunnalle kuitenkin olemassa. (Rintala 2006: 7.)

4.2 Veritartunta

HIV-tartunnan voi saada kontaktissa virusta sisältävän veren kanssa. Terve iho muodostaa hyvän suojan veriteitse tarttuvia mikrobeja vastaan. Mikrobien on siis päästävä ihon läpi, jotta tartunta on mahdollinen. Mikrobien pääsy vereen voi tapahtua esimerkiksi neulan tai muun ihoa läpäisevän esineen mukana. Tartunta on mahdollinen myös jos virusta sisältävää verta joutuu ihottumaiselle tai haavaiselle iholle. Haavat ja ihottuma-alueet heikentävät ihon suojaavuutta mikrobeja vastaan. (Anttila, Lumio & Meurman 2005: 454- 455.)

Veritartunta voi myös tapahtua yhdynnässä ilman kondomia limakalvohaavaumien kautta (Rintala 2006: 7). Myös ehjän limakalvon altistus voi johtaa tartuntaan, koska limakalvojen suoja mikrobeja vastaan ei ole yhtä hyvä, kuin terveen ihon suoja. Raportoiduissa ehjien limakalvojen kautta tapahtuneissa tartunnoissa virusta sisältävät limakalvolle joutuneet verimäärät ovat kuitenkin olleet suuria. Veren ja eritteiden viruspitoisuuteen vaikuttaa HIV-infektion vaihe, sekä tartunnan saaneen henkilön sen hetkinen lääkitys. (Anttila ym. 2005: 454- 455.) HIV-tartunnan voi saada verituotteista verensiirron yhteydessä, mikäli verta ei ole testattu. Riski tartuntaan on olemassa myös testatun veren kautta, sillä tuore HIV-tartunta ei näy seulonnassa. Verensiirron ja elinsiirteiden kautta saadut tartunnat ovat kuitenkin tarkan testauksen ja seulonnan takia nykyään hyvin harvinaisia. (Ranki ym. 2003: 83.)

HIV-tartunta voi siirtyä äidistä lapseen joko raskauden tai synnytyksen yhteydessä. Tartuntariski on suurin äidin ollessa sairauden loppuvaiheessa, tai silloin kun äiti saa tartunnan raskauden aikana. Lapsen HIV-tartunnan saamisen riskiin voidaan vaikuttaa lapselle annettavalla estolääkityksellä, äidille annettavalla yhdistelmä-lääkityksellä sekä synnytyksen aikana annettavalla tsidovudiini-infuusiolla. (Ranki ym. 2003: 83.)

HI- virus voi levitä yhteisten neulojen ja ruiskujen kautta, eli suonensisäisten huumeiden yhteydessä tai työperäisissä neulanpistotapaturmissa. Tartunta on kuitenkin mahdollista saada myös pistotapaturmasta, eli pistettäessä neulalla tai viilletessä iho rikki veitsellä, joka on ollut kontaktissa HI- virusta sisältävään vereen aiemmin. (Ranki ym. 2003: 83- 84.) Pistotapaturmiin liittyvissä altistustilanteissa tartuntariski on noin 0,3 %, riippuen kuitenkin yksittäisistä tapaukseen liittyvistä tekijöistä (Ristola 2005: 381). Tartunta on mahdollinen myös akupunktion, tatuoinnin tai lävistysten laitton yhteydessä mikäli neulat ovat altistuneet HI- virukselle aiemmin. Kontaminaation lähteinä voivat olla myös yhteiset hammasharjat tai partakoneen terät. (Anttila, Hannu, Hovi & Taskinen 2008: 14.)

5 HIV:n ehkäisy terveydenhuollossa

5.1 Tavanomaiset varotoimet ja tartunnalta suojautuminen

Tavanomaisilla varotoimilla tarkoitetaan tartuntojen ehkäisyä ja eteenpäin saattamista eli kosketus- ja veritartuntateiden katkaisua kahden ihmisen välillä (Anttila ym. 2008: 21). Tavanomaisia varotoimia tulee noudattaa aina, vaikkei potilaan infektioitausta olisi tiedossa. Tavanomaisiin varotoimiin kuuluvat erityisesti pisto- ja viiltotapaturmien välttäminen ja verikontaminaatiolta välttyminen. Ohjesääntönä on, että jokaisen potilaan verta pidetään tartuntavaarallisena ja sen käsittelyssä on noudatettava annettuja ohjesääntöjä. (Hirvinen ym. 2008: 47.) Jokaisessa toimipisteessä tulee olla yleiset ohjeet veritapaturmien ehkäisemiseksi sekä ohjeet toimenpidekohtaisesti (Meurman ym. 2005: 459).

Tartunnalta suojautumiseen kuuluu useita eri osa-alueita. Ehjä ja kimmoisa iho on paras suoja tartuntaa vastaan mahdollisen veri- tai eriteroiskeen sattuessa. (Hirvinen ym. 2008: 47.) Käsissä oleva ihottuma ja kynsivallin tulehdukset tulee hoitaa ajoissa (Schantz 2005: 28). Suojainten käytön tarkoituksena on estää potilaan veren tai muun tartuntavaaralliseksi luokitellun eritteen joutuminen työntekijän kudoksiin, limakalvolle tai edes terveelle iholle (Anttila ym. 2008: 23). Hoitotilanteessa suojakäsineitä käytetään, jos kosketetaan toisen ihmisen verta, kehon nesteitä, eritteitä, limakalvoja tai rikkiäistä ihoa. Kädet desinfioidaan huolellisesti ennen käsineiden laittoa ja niiden poisoton jälkeen. Jos hoitotilanteeseen liittyy riski veren tai eritteiden roiskumisesta, käytetään suojana lisäksi maskia ja visiiriä sekä kertakäyttöistä esiliinaa. (Hirvinen ym. 2008: 47.) Veren välityksellä tarttuvia tauteja kantavien potilaiden leikkauksissa suositellaan tiettyjä erityismenettelyjä (Meurman ym. 2005: 460). Tavanomaisesti potilasta hoidettaessa tai tutkittaessa suojaimia ei yleensä tarvita (Meurman ym. 2005: 459). Verenvälityksellä tarttuvaa virusta kantavan potilaan eristäminen muista potilaista on vain harvoin tarpeellista (Anttila ym. 2008: 22). Vuodeosastolla potilas tulee sijoittaa yhden hengen huoneeseen, jos arvioidaan riskinä olevan veren tai eritteiden runsas tai hallitsematon vuoto (Hirvinen ym. 2008: 47).

HIV- tartuntaa ei voi saada tavallisessa kanssakäymisessä. Perushoitotoimenpiteiden yhteydessä riski saada HIV-tartunta on olematon. (Hirvinen ym. 2008: 19). HIV ei tartu sosiaalisessa kontaktissa, halaamalla tai koskettamalla. Tartuntaa ei voi saada wc-istuimesta, saunan lauteilta tai tekstiileistä. Tartunta ei ole mahdollinen ruokailuvälineiden, ruoan tai juoman kautta. Hyttyset tai muut eläimet eivät voi tartuttaa ihmistä. (Miten hiv ei tartu.)

5.2 Tartuntavaaran minimointi ja välinedesinfektio

Tartuntavaaran minimoimiseksi noudatetaan tiettyjä varotoimenpiteitä. Potilaan pistämisessä käytettyä neulaa ei saa koskaan laittaa takaisin neulasuojukseen. Terävät ja viiltävät esineet, esimerkiksi neulat tai kertakäyttöiset partakoneenterät laitetaan saman katsekontaktin aikana niille varattuun keräysastiaan. Näkyvät veri- tai eritetahrat poistetaan välittömästi. Tahrain poistaa ensimmäinen tahrain huomannut henkilö. (Hirvinen 2008: 47.)

Välineiksi tahrain poistoon varataan kertakäyttöiset suojakäsineet, imeviä kertakäyttöpyyhkeitä, desinfektioainetta sekä jätöpussi. Puhdistuksen aluksi kaikki näkyvä erite imeytetään kertakäyttöpyyhkeeseen. Kaikki käytetyt kertakäyttöpyyhkeet laitetaan jätöpussiin. Desinfektioainetta laitetaan tahrain päälle ja annetaan sen vaikuttaa hetki. Vaikuttamisen jälkeen pinta pyyhitään puhtaalla kertakäyttöpyyhkeellä. Lopuksi pestään kädet ja hierotaan niihin runsaasti käsihuuhdetta. Kaikki tutkimus- ja hoitovälineet desinfioidaan ja steriloidaan instrumentin käyttötarkoituksen mukaan. Desinfiointi voidaan

tehdä kahdella tavalla: kemiallisesti tai lämpödesinfektiota käyttäen. Desinfioidun jälkeen tutkimusväline on turvallinen lähetettäväksi steriloitavaksi. (Hirvinen 2008: 47)

5.3 Veritartuntavaara hoitotyössä

Työperäisen virusinfektion riskiin vaikuttaa työn luonne, tartunnan saaneiden potilaiden määrä, viruslaji, viruksen määrä potilaan veressä tai eritteessä, vammatyypit ja veren määrä ihon rikkovassa esineessä. Riskiin vaikuttaa myös aika, kuinka kauan iho on vierasesineen läpäisemä, altistusalueen puhdistus ja profylaksitoimenpiteet. (Anttila, Kalima, Ristola 2000: 2217.) Kroonisten virusinfektioiden kantajien määrä väestössä vaikuttaa myös luonnollisesti hoitohenkilöstön ja muiden ammattialojen riskiin saada työperäinen virustartunta. (Anttila ym. 2000: 2218.)

Hoitohenkilöstön pistotapaturmatilanteissa tulee ottaa huomioon ehkäisyn näkökulma. Hoitajasta lähtöisin olevan tilanteen hallintaan vaikuttavat tekijät ovat osa ehkäisyä. Rauhallisuus pistotilanteessa sekä hallittu tekniikka vähentävät riskiä pistotapaturmaan. Työyhteisössä tulisi olla aina kirjalliset ohjeet pistotapaturman varalle. Työyhteisössä olisi myös hyvä yhdessä miettiä keinoja, miten tilanteita voi ehkäistä sekä pitää kirjaa tapahtuneista tapaturmista. Kun tilanteet raportoidaan tarkasti, niistä on mahdollisuus löytää riskikohtia ja tilanteita mihin voidaan myöhemmin vaikuttaa. Myös työympäristön vaikutusta pistotapaturmiin on syytä miettiä. Muun muassa sitä mihin neulankeräysastia sijoitetaan ja onko niitä osastolla riittävästi. (Anttila ym. 2000: 2222- 2223.)

5.4 Toiminta pistotapaturmatilanteessa

Pistotapaturman sattuessa olisi syytä säilyttää rauhallisuus niin hyvin kuin mahdollista. Ensimmäisinä varotoimina estetään aiheuttamasta lisää pistotapaturmia. On huolehdittava siitä, ettei vahinko tapahdu uudestaan, joten neulat ja ruiskut kerätään niille kuuluviin astioihin. Haavaa ei tule koskaan puristaa eikä siitä vuotavaa verta tule puristaa ulos. Haava huuhdellaan runsaalla vesimäärällä juoksevan veden alla useita minutteja. Ja sen jälkeen haavan päälle asetetaan kahdeksi minuutiksi alkoholipitoinen haude (Alkoholia vähintään 70 %).

Infektoitunut haava-alue hoidetaan rauhassa, jonka jälkeen arvioidaan HIV-tartunnan sekä muiden veriteitse tarttuvien mikrobien vaara. Infektiolääkärinä tulee tarpeen mukaan konsultoida mahdollisesta altistuksen jälkeisestä lääkeprofylaksiasta. Pistotapaturman saaneesta henkilöstä sekä altistuksen saaneesta tulee ottaa tarvittavat näytteet, eli HIV-vasta-aineet sekä tarvittaessa muita kokeita. (Anttila ym. 2000: 2219- 2220.)

Mikäli infektiolääkäri näkee profylaksian tarpeelliseksi, aloitetaan se mielellään korkeintaan kaksi tuntia altistumisen tapahduttua. Pistotapaturman saaneen henkilön lääkeannokset ja tarvittavat rokotukset tulee selvittää tarkkaan, esimerkiksi B-hepatiittirokote. Pistotapaturmasta tulee aina tehdä ilmoitus työyhteisössä käytössä olevaan seurantajärjestelmään. Potilaan tulee aina myös käydä otattamassa tarvittavat jatkoseurantatellit. Mikäli on aloitettu profylaktinen lääkehoito, laboratorioseuranta on tarpeen lääkehoidon aikana. (Anttila ym. 2000: 2223.)

6 Suomalaisen hoitohenkilöstön AIDS- tietous ja asenteet

6.1 Hoitohenkilöstön HIV- ja AIDS- tiedot ja asenteet

Kempin (2008) tutkimuksessa ”Hoitohenkilöstön HIV- ja AIDS- tiedot, asenteet potilasta kohtaan ja mahdollisen homofobian ilmeneminen” oli tarkoituksena kuvata hoitohenkilöstön HIV- ja AIDS- tietoutta sekä heidän asenteitaan HIV- ja AIDS- potilaita kohtaan.

Kyselytutkimus tehtiin suomalaisessa yliopistosairaalassa vuonna 2006 ja kohderyhmänä oli kaikki kirurgian-, naistentautien- ja sisätautiklinikalla työskentelevät kättilöt, sekä sairaan- ja terveydenhoitajat. Kyselytutkimuksen aikana näillä kolmella klinikalla työskenteli yhteensä 427 tutkimukseen sopivaa hoitajaa. Heistä 322 vastasi kyselyyn. Vastausprosentti oli 75,4 %. (Kemppi 2008: 37.)

Kyselyyn vastanneiden hoitajien keskimääräinen terveydenhuoltoalan opiskeluaika oli 4,3 vuotta. Hoitajat olivat opiskelleet vähintään 2,4 vuotta ja enintään 11,3 vuotta.

Työkokemukset vastaajilla vaihtelivat laajasti. Keskimääräisesti työkokemusta oli 15 vuotta, vähimmillään alle kuukausi ja enimmillään 42,7 vuotta. Suurin osa hoitajista oli töissä kirurgian- ja sisätautien toimialalla. (Kemppi 2008: 38.)

6.1.1 Hoitajien HIV- ja AIDS- tietous

Kempin (2008) tutkimuksessa selvisi enemmistön hoitajista tietävän AIDS: n vahingoittavan elimistön vastustuskykyä. Suurin osa vastaajista (83 %) myös tiesi, ettei AIDS: iin ole olemassa parannuskeinoa. Vastaajat tiesivät suonensisäisten huumeiden käyttäjien, suojaamatonta seksiä harjoittavien ja prostituoitujen kuuluvan AIDS- tartunnan riskiryhmiin. (Kemppi 2008: 39.)

Enemmistö vastaajista (91 %) tiesi, ettei HIV-vasta-ainetestin positiivinen tulos merkitse sairauden etenemistä AIDS vaiheeseen. Vastaajista 64 % eli kaksi kolmasosaa tiesi mitä tarkoittaa ARC- vaihe. He tiesivät myös testituloksen olevan positiivinen ja vaiheeseen liittyä

tiettyjä kliinisiä oireita. Kaksi kolmasosaa (66 %) tiesi AIDS: ia aiheuttava viruksen eroavan muita sukupuolitauteja aiheuttavista viruksista. (Kemppi 2008: 39- 40.)

Tutkimukseen vastanneista hoitajista 96 % tiesi AIDS: in sairautena liittyvän enemmän seksuaaliseen riskikäyttäytymiseen kuin seksuaaliseen suuntautumiseen. Suurin osa (95 %) tiesi seksuaalipartnereiden määrän kasvaessa myös riskin saada HIV/AIDS lisääntyvän. Vastajista 97 % tiesi HIV:n leviävän veren ja verituotteiden välityksellä. Lähes kaikki tiesivät HIV:n tarttuvan sekä homo- että heteroseksuaalisessa kanssakäymisessä (99 %). He tiesivät myös kondomin käytön seksuaalisessa kanssakäymisessä vähentävän HI- viruksen leviämistä. Kaksi kolmasosaa (62 %) tiesi, ettei kondomin käyttö yhdynnässä anna 100 % suojaa AIDS: ia vastaan. Hoitajista 37 % tiesi, ettei ole olemassa luotettavaa todistusaineistoa AIDS: in tarttumisesta sikiöön ennen syntymää. (Kemppi 2008: 40- 41.)

Enemmistö vastajista (81 %) tiesi AIDS- potilaan eristystarpeen määräytyvän potilaan sen hetkisen tulehdustilan mukaan. Suurin osa eli 97 % hoitajista tiesi, että sairaalassa tulee noudattaa ja käyttää verivarotoimenpiteitä AIDS- potilaita hoidettaessa. Hoitajista 91 % tiesi, että hoitajan tulee käyttää silmäsuojia tilanteissa, joissa ihmisen verta tai eritettä voi roiskua silmään. Lähes kaikki suomalaisista sairaanhoitajista tiesivät, ettei täydellisen suojavaatetuksen eikä kasv suojaimen käyttö ole tarpeellista AIDS- potilasta hoidettaessa. Kaksi kolmasosaa (60 %) hoitajista tiesi, ettei taudista johtuvien tulehduskomplikaatioiden ehkäisyssä potilaan steriliin ympäristöön eristäminen ole osoittautunut tehokkaaksi tavaksi. (Kemppi 2008: 41- 42)

Kyselyyn vastanneilla suomalaisilla hoitajilla oli tietyillä osa-alueilla selvästi puutteita AIDS-tietoudessa. Suurin osa vastanneista ei tiennyt, että HI- virus ei hyökkää veren granulosityttejä vastaan. Kaksi kolmasosaa tiesi AIDS: ia sairastavalla T-auttajasolujen määrän laskevan (65 %). Kolmannes vastanneista (32 %) ei osannut sanoa laskevatko T-auttajasolujen määrä AIDS: ia sairastavalla. Vastajista 16 % luuli virheellisesti, että syljestä, kyynelnesteestä ja virtsasta on löydetty suuria määriä HI- virusta. Kolmasosa hoitajista vastasi edeltävään kysymykseen ”en osaa sanoa”. Vajaalla kolmanneksella (27 %) oli väärä käsitys siitä, että tartunnan oireet ilmestyvät tartunnasta kuuden kuukauden kuluttua. Kolmannes hoitajista (31 %) ei osannut sanoa ilmenevätkö oireet kuuden kuukauden kuluttua tartunnasta. (Kemppi 2008: 42- 43.)

6.1.2 Hoitajien asenteet HIV/AIDS- potilaita ja sairautta kohtaan

Suurimmalla osalla suomalaisista hoitajista asenteet HIV/AIDS- potilaita ja itse sairautta kohtaan olivat myönteisiä. Kempin tutkimukseen osallistuneista hoitajista suurin osa (78 %) vastanneista hoitajista ei kieltäytyisi hoitamasta AIDS: ia sairastavaa potilasta ja enemmistö

(85 %) hoitajista oli sitä mieltä, ettei terveydenhuoltolaitoksilla ole oikeutta kieltäytyä HIV/AIDS- potilaiden hoitamisesta. Vastaajista kuudesosan mielestä HIV:tä tai AIDS: ia sairastavan potilaan hoitamisen tulisi perustua vapaaehtoisuuteen. Heidän mielestään hoitajalla tulisi olla myös mahdollisuus kieltäytyä HIV/AIDS- potilaiden hoitamisesta. (Kemppi 2008: 45.)

Lähes puolet hoitajista (44 %) ei pelännyt HIV: n tarttuvan itseensä ollessaan tekemisissä tartunnan saaneiden henkilöiden kanssa. Enemmistö (66 %) hoitajista ei myöskään pelännyt kuolevansa HI- virukseen tai AIDS: iin. Vastaajista viidesosa (21 %) pelkäsi saavansa AIDS: in, jos on tekemisissä HIV- positiivisen kanssa. Suurin osa eli 66 % vastaajista ei uskonut HIV/AIDS- potilaiden hoitamisen vaarantavan perhettään ja ystäviään. Hoitajista 75 % ei kokenut kanssakäymisen HIV/AIDS: ia sairastavan kanssa vaikuttavan lähimmäissuhteisiin. (Kemppi 2008: 46.)

Suurin osa (88 %) hoitajista koki AIDS: ia sairastavan kuolevan potilaan kanssa käyttämänsä ajan ja energian arvokkaaksi. Vastaajista 56 % ei kokenut kuolevan potilaan hoitamista epämiellyttäväksi. Enemmistö (70 %) ei olisi jättänyt mieluummin hoitamatta HIV/AIDS- potilasta huonon tautiennusteen vuoksi. Viidennes hoitajista oli sitä mieltä, ettei heillä ollut tarpeeksi tietoa ja koulutusta suojata itseään HIV- tartunnalta kohdatessaan HIV/AIDS- potilaan. Viidennes vastaajista ei halunnut, että heidät määrättäisiin hoitamaan AIDS: ia sairastavia potilaita. He kokivat, ettei heillä ollut tarpeeksi valmiuksia vastata potilaan kokemuksiin fyysisiin ja psyykkisiin tarpeisiin. (Kemppi 2008: 46.)

6.2 Kotisairaanhoidossa työskentelevien terveydenhoitajien ja sairaanhoitajien HIV- ja AIDS- tiedot ja asenteet.

Tutkimuksessa tavoitteena oli tutkia kotisairaanhoidossa työskentelevien terveydenhoitajien ja sairaanhoitajien HIV- ja AIDS- tietoutta ja asenteita HIV- ja AIDS- potilaita kohtaan. Tarkoituksena oli myös kuvata hoitajien asenteita itse sairautta kohtaan. Kohderyhmänä tutkimuksessa oli erään suomalaisen kaupungin kotisairaanhoidossa työskentelevät terveydenhoitajat sekä sairaanhoitajat (n=128). Vastaukset kerättiin kyselylomakkeen avulla. Kyselylomakkeet lähetettiin vuonna 1998. (Hoitotiede 2000: 184.)

Tutkimukseen osallistuneiden hoitajien keski-ikä oli 41 vuotta. Heistä nuorin oli 24-vuotias ja vanhin 59-vuotias. Lähes kaikki vastaajista oli naisia (98 %). Hoitajat olivat opiskelleen terveydenhuoltoalaa vähimmillään 2,5 vuotta. Työkokemusta heillä oli lyhimmillään vuoden verran ja pisimmillään 38,6 vuotta. (Hoitotiede 2000: 187.)

6.2.1 Hoitajien yleinen HIV-tietous sekä tietous HIV: n tarttumisesta

Hoitajista enemmän kuin 90 % tiesi AIDS: in olevan tappava tauti, joka vahingoittaa elimistön vastustuskykyä. He tiesivät riskiryhmiin kuuluvan suonensisäisten huumeiden käyttäjät, suojaamatonta seksiä harjoittavat sekä prostituoidut. Hoitajat tiesivät HIV:n tarttuvan veren välityksellä sekä homo- että heteroseksuaalisessa kanssakäymisessä. Kondomin käytön hoitajat tiesivät vähentävän HI- viruksen leviämistä ja että AIDS: in voi saada käyttämällä samaa neulaa AIDS: ia sairastavan suonensisäisten huumeiden käyttäjän kanssa. Hoitajat tiesivät AIDS: in saamisen riskin kasvavan seksuaalipartnereiden lisääntyessä ja että AIDS on liitettävissä enemmän seksuaaliseen riskikäyttäytymiseen kuin seksuaaliseen suuntautumiseen. Yli 90 % hoitajista tiesi, että henkilö voi tartuttaa HI- viruksen vaikka hänellä ei olisikaan oireita. Yli 90 % hoitajista tiesi, että AIDS- potilaan sairaalahoidon yhteydessä käytetään verivarotoimia ja että kasvosuojainten käyttäminen ei ole aina tarpeen ollessa tekemisissä AIDS: ia sairastavan kanssa. (Hoitotiede 2000: 188.)

Vastaajista 80-90% tiesivät, että positiivinen HIV: in vasta-ainetesti ei tarkoita, että henkilöllä on AIDS. He myös tiesivät, että AIDS: iin ei ole olemassa parannus keinoa. Vastaajat tiesivät potilaan eristys tarpeen määräytyvän potilaan sairauden tilan mukaan. He tiesivät myös, ettei täydellisen suojavaatetuksen käyttäminen ole tarpeen oltaessa tekemisissä AIDS- potilaan kanssa. Vastaajista viidesosa (21 %) pelkäsi saavansa AIDS: in, jos on tekemisissä HIV- positiivisen kanssa. Hoitajat olivat tietoisia silmäsuojusten käytön tarpeellisuudesta tilanteissa, joissa silmiin saattaa roiskua ihmisen verta tai eritteitä (78 %). (Hoitotiede 2000: 188-189.)

Vastaajat (n=128)tiesivät melko hyvin, että syljestä, kyynelnesteestä ja virtsasta ei ole löydetty merkittävän suuria määriä HI- virusta. Hoitajista 67 % eli noin kaksi kolmasosaa tiesi T-auttajasolujen vähentyvän AIDS: ia sairastavalla ihmisellä ja 73 % vastaajista tiesi AIDS-related complexin olevan HI- viruksen aiheuttama taudin vaihe, jossa vasta-ainetesti antaa positiivisen tuloksen. Vastaajista yli puolet (66 %) tiesi, että AIDS: ia aiheuttaa erilainen virus kuin muita sukupuolitauteja. (Hoitotiede 2000: 189.)

Noin puolet hoitajista (47 %) vastasi väärin ja luuli HI- viruksen hyökkäävän veren soluja kuten granulosityyttejä vastaan. Kolmasosalla heistä oli luulo, että kondomin käyttö antaa 100 % suojan tartunnalta ja että HIV-tartunta alkaa oireilla kuuden kuukauden kuluessa tartunnasta. Hoitajista 49 % tiesi, ettei ole olemassa hyvää todistusaineistoa siitä, että AIDS tarttuisi sikiöön ennen syntymää. Hoitajista 27 % ei ottanut kantaa AIDS: in tarttumisesta sikiöön koskevaan väitteeseen. Vastaajista 23 % vastasivat virheellisesti väitteeseen, että eristämällä AIDS: ia sairastava steriiliin ympäristöön ehkäistäisiin tehokkaasti taudista aiheutuvia tulehduskomplikaatioita. (Hoitotiede 2000: 189.)

6.2.2 Hoitajien yleiset asenteet HIV/AIDS- potilasta kohtaan

Kotisairaanhoidossa työskentelevistä hoitajista (n=128) 66 % eli kaksi kolmasosaa oli sitä mieltä, ettei heillä ole oikeutta kieltäytyä olemasta tekemisissä AIDS: ia sairastavan potilaan kanssa. Heistä 93 % ei kieltäytyisi hoitamasta AIDS: ia sairastavaa henkilöä eikä heidän mielestään terveydenhoitolaitoksillakaan tulisi olla oikeutta kieltäytyä hoitamisesta. Toisaalta kuitenkin yli kolmasosa hoitajista eli 38 % oli sitä mieltä, että hoitamisen tulisi perustua vapaaehtoisuuteen. Suurin osa eli 71 % vastaajista ei ollut huolissaan perheensä tai omaistensa vaarantumisesta. Vastaajista 74 % ei kokenut kanssakäymisen AIDS: ia sairastavien ihmisten kanssa vaikuttavan lähimmäissuhteisiinsa. Hoitajista 84 % ei pelännyt omaa sairastumistaan AIDS: iin ja siitä johtuvaa kuolemaa. Hoitajista melkein kaikki (99 %) kokivat arvokkaaksi käyttää aikaansa kuolevan AIDS- potilaan hoitamiseen. Heistä 88 % ei kieltäytyisi hoitamasta AIDS: ia sairastavia potilaita, vaikka potilaiden tautiennuste olisi huono. Vastaajista 90 % eivät kokeneet kuolevan potilaan hoitamista epämiellyttäväksi. (Hoitotiede 2000: 189.)

Tutkimukseen vastanneista hoitajista osa koki epävarmuutta hoitaessaan AIDS- potilaita. Viidesosa heistä toivoi, ettei heitä määrätä hoitamaan AIDS: ia sairastavaa potilasta. Syynä kieltäytymiseen oli hoitajien tunne, etteivät he ole kykeneviä vastaamaan potilaan fyysisiin (21 %) tai psyykkisiin (27 %) tarpeisiin. Noin kolmasosa (32 %) toi esiin, ettei heillä ollut tarpeeksi koulutusta, jotta he voisivat suojata itsensä riittävällä tavalla hoitotilanteissa. (Hoitotiede 2000: 190.)

7 Opinnäytetyön tausta ja tarkoitus

Opinnäytetyön tarkoituksena on tuottaa tietoa ajankohtaisesta aiheesta. Toivomme, että opinnäytetyöstämme olisi hyötyä muille Namibiaan lähteville suomalaisille opiskelijoille, erityisesti hoitotyönopiskelijoille. Opinnäytetyön tarkoitus on antaa tietoa HIV-tilanteesta sekä hoitohenkilökunnan tietoudesta HIV:n tartumisesta ja tartunnan ehkäisystä Namibian kunnallissairaalassa Windhoekissa. Lisäksi se antaa tietoa hoitajien tunteista heidän hoitaessaan HIV-positiivisia potilaita. Opinnäytetyöstä on hyötyä kaikille, jotka ovat kiinnostuneet HI- viruksesta ja viruksen tartumisesta, tartunnan ennaltaehkäisystä sekä HIV-positiivisen potilaan hoidosta. Lisäksi meillä itsellämme on vahva kiinnostus työskennellä tulevaisuudessa ulkomailla ja toivomme opinnäytetyöstä olevan hyötyä meille tulevaisuudessa.

8 Opinnäytetyön toteutus

8.1 Opinnäytetyön aiheen valinta, tutkimuskysymykset ja opinnäytetyön suunnittelu

Syksyllä 2010 suunnittelimme lähtöä Namibiaan työharjoitteluun ja samalla meille syntyi ajatus opinnäytetyön liittamisestä työharjoittelujaksoon. Matkaa varten hankimme runsaasti tietoa Namibiasta. Huomasimme HIV:n olevan maanlaajuisesti valtava ongelma ja yhteiskunnallisesti merkittävä ongelma Namibiassa. Kiinnostuksen kohteeksi opinnäytetyössä valikoitui muun muassa se millaisia tunteita HIV namibialaisia HIV-potilaisissa herättää. Päädyimme siihen, että aihe voi olla paikallisille arka ja uuden luotettavan tiedon saaminen aiheesta olisi hankalaa. Opinnäytetyön aiheeksi lopulta valikoitui namibialaisten hoitajien tiedot HIV:n tarttumisesta ja tartunnan ehkäisystä. Halusimme kuitenkin ottaa hoitajien tunteet jollakin tavalla tutkimukseen mukaan, vaikka aihe muuttuikin.

Tutkimuskysymyksiksi valikoitui:

1. Namibialaisten hoitajien tiedot HIV:n tarttumisesta?
2. Namibialaisten hoitajien tiedot HIV:n tartunnan ehkäisystä?
3. Namibialaisten hoitajien tunteet HIV-positiivista potilasta hoitaessa?

Opinnäytetyön aiheen muodostuttua aloimme hankkia lupaa opinnäytetyön toteuttamiseen. Käännymme opinnäytetyötä ohjaavan opettajan puoleen. Hän ohjeisti meitä kääntymään koulumme kansainvälisistä asioista vastaavan opettajan puoleen, joka toimi yhteishenkilönämme Namibiaan. Hän antoi meille luvan opinnäytetyön tekemiseen, mutta ohjeisti meitä vielä kysymään lupaa opinnäytetyön tekemiseen paikan päällä yhteishenkilöltämme, joka on paikallinen hoitotyön opettaja ja toimii ulkomaalaisten opiskelijoiden yhteishenkilönä sairaalaan. Kun olimme saaneet Suomessa luvan opinnäytetyön tekemiseen, aloimme tehdä opinnäytetyön suunnitelmaa. Päätimme toteuttaa opinnäytetyön puolistrukturoidulla kyselylomakkeella ja käyttää kyselyn tukena havainnointipäiväkirjaa. Opinnäytetyön ohjaava opettaja hyväksyi opinnäytetyön suunnitelman.

8.2 Kyselylomakkeen laadinta

Opinnäytetyön teoreettisen viitekehyksen valmistuttua aloimme laatia suomenkielistä kyselylomaketta. Tavoitteena oli tuottaa etnografista tutkimusmenetelmää soveltaen kyselylomake. Kyselylomakkeen lisäksi päätimme kirjoittaa havainnointipäiväkirjaa. Kukaan meistä ei ollut aikaisemmin laatinut kyselylomaketta ja lomakkeen laatiminen osoittautui

haasteelliseksi. Laadittu kyselylomake sisälsi kolme sivua. Tutkimukseen osallistuvat saivat tietoa tutkimuksen tarkoituksesta. Kyselylomakkeessa painotettiin kyselylomakkeella saatavien tietojen käyttöä luottamuksellisesti ja että annettuja vastauksia tullaan käyttämään ainoastaan opinnäytetyöhömmme. Tarkensimme kyselylomakkeiden säilyttämistä ja hävittämistä tutkimukselle asetettujen sääntöjen mukaisesti. Kyselylomakkeen lopussa kerrotaan, että vastaaminen on vapaaehtoista ja vastaaja voi halutessaan jättää tutkimukseen vastaamisen kesken. Vastaajat vastaavat nimettöminä. Vastaajia kiitettiin jo etukäteen vastauksista ja ohjeistettiin kuinka kyselylomakkeeseen vastataan.

Kyselylomakkeessa oli 25 kysymystä. Kyselylomakkeessa käytettiin avoimia kysymyksiä ja lisäksi strukturoituja kysymyksiä, joihin voi vastata kyllä, ei tai en tiedä. Kysymykset jaettiin aihealueen mukaan kolmeen osioon: hoitajien tiedot HIV - infektiosta, tiedot HIV- infektion tarttumisesta ja tiedot HIV- infektiolta suojautumisesta. Ensimmäisessä osiossa kartoitettiin hoitajien tietoja HIV- infektion tarttumisesta neljän strukturoidun kysymyksen ja kahden avoimen kysymyksen avulla. Kysymyslomakkeen toisessa osiossa kartoitettiin hoitajien tietoja HIV - infektiosta kahdeksalla strukturoidulla kysymyksellä. Kolmannessa osiossa selvitettiin hoitajien tietoja suojautumisesta HIV- infektion tarttumista vastaan. Se muodostui neljästä strukturoidusta kysymyksestä ja yhdestä avoimesta kysymyksestä. Viimeisen kysymyksen avulla haluttiin saada tietoa hoitajilta siitä, millaisia tunteita HIV- positiivisen potilaan hoitaminen heissä hoitajina herättää. (Liite 2) Ennen lähtöä Namibiaan suomenkielinen kyselylomake esiteltiin kahdella suomalaisella sairaanhoitajalla.

8.3 Tutkimusluvan saaminen ja tutkimusjoukon valinta

Namibiaan saavuttuamme aloitimme ammattitaitoa edistävän työharjoittelun Katutura State Hospitalissa. Katutura State Hospital sijaitsee Namibian pääkaupungissa Windhoekissa ja on toinen kahdesta kaupungin ylläpitämistä sairaaloista. Sairaala sijaitsee Katuturan esikaupunkialueen laitamilla. Katutura State Hospitalin potilaat koostuvat lähes poikkeuksetta köyhemmästä väestöstä. Sairaalan potilaat joutuvat maksamaan pienen maksun sairaalassa käynnistä.

Ammattitaitoa edistävän harjoittelun alussa tutustuimme sairaalan eri osastoihin ja siellä toteutettuun hoitotyöhön. Suurimman osan ammattitaitoa edistävästä harjoittelusta suoritimme eri äitiyshuollon yksiköissä. Sairaalan äitiyshuolto koostui äitiysklinikasta, jonka yhteydessä toimi HIV- klinikka sekä synnytysosastosta ja kahdesta lapsivuode-osastosta. Äitiyshuollon yksiköt muodostivat yhtenevän kokonaisuuden ja kaikilla yksiköillä oli yhteinen osastonhoitaja. Päätimme kysyä lupaa opinnäytetyön tekemiseen äitiyshuollon osastoilla.

Kysyimme lupaa tutkimuksen tekoon paikalliselta yhteyshenkilöltä. Hän antoi luvan opinnäytetyön tekemiseen ja ohjeisti meitä vielä kysymään lupaa opinnäytetyön toteuttamiseen äitiyshuollon osastonhoitajalta. Osastonhoitaja antoi meille luvan opinnäytetyön toteuttamiseen. Luvan saatuaamme kyselylomake käännettiin englanninkielelle ja esitettiin paikallisella yhteyshenkilöllä. Toivoimme hänen paikallisena arvioivan, että tekemämme lomake on korrekti ja kirjoitettu kielellä, jota paikalliset sairaanhoitajat ymmärtävät. Hän hyväksyi lomakkeen.

8.4 Tutkimusaineiston kerääminen ja analysointi

Kyselylomakkeen esitetauksen jälkeen otimme uudelleen yhteyttä äitiyshuollon osastonhoitajaan. Hän ohjeisti meitä kääntymään hoitoyksiköiden vastuuhoidajan puoleen. Hän puolestaan jakasi kyselylomakkeet osaston sairaanhoitajille. Informoimme kunkin hoitoyksikön hoitajaa siitä, mistä opinnäytetyössä on kyse ja selitimme heille ohjeet kyselylomakkeeseen vastaamiseen. Vastaava hoitaja jakoi lomakkeet osastonsa sairaanhoitajille. Kyselylomakkeet jaettiin osaston sairaanhoitajien määrän mukaan: äitiysklinikalle neljä kyselylomaketta ja äitiysklinikan yhteydessä toimivalle HIV - klinikalle yksi, synnytysosastolle kahdeksan lomaketta ja molemmille lapsivuode-osastoille kuusi lomaketta. Täytetyt kyselylomakkeet saimme takaisin viikon kuluttua vastaavalta sairaanhoitajalta. Kyselylomakkeet säilytettiin suljetussa kirjekuoressa ja analysoimme aineiston Suomessa.

Lomakkeita jaettiin osastoille yhteensä 25 kappaletta. Analysointivaiheeseen valikoitui 20 lomaketta. Kolme lomaketta palautui tyhjänä, kahta lomaketta ei käytetty työssämme, koska vastaajat olivat opiskelijoita ja opinnoissaan vielä alkuvaiheessa. Vastausprosentti kyselylomakkeiden osalta oli 80 %. Kyselylomakkeiden analysointi tehtiin syyskuussa 2011 tehtyyn PASW Statistics - ohjelman havaintomatriisiin. Kyselylomakkeen aineiston tulokset kirjattiin prosentti- ja frekvenssijakaumina. Taulukoiden ja kuvioiden avulla selvensimme tuloksia.

Opinnäytetyön kyselytutkimuksen lisäksi kirjoitimme havainnointipäiväkirjaa. Kirjoitimme havainnointipäiväkirjaa opinnäytetyön luotettavuuden lisäämiseksi ja kattavamman aineiston kokoamiseksi. Havainnoimme hoitajia päivittäin koko harjoittelun ajan. Hoitajia havainnoidessamme kiinnitimme huomiota erityisesti asioihin, joihin kyselytutkimuksen avulla pyrimme saamaan tietoa. Kirjoitimme päivittäin muistiinpanoja, joista kokosimme harjoittelun lopuksi yhteenvedon. (Liite 3)

9 Tulokset

9.1 Vastaajien taustatiedot

Kaikki kyselylomakkeeseen vastanneet olivat naisia ja kansalaisuudeltaan namibialaisia (n=20). Vastaajien ikäjakauma oli 22-58 vuotta. Kymmenen vastaajaa oli iältään 50-59 vuotta. Neljännnes vastaajista oli alle 30-vuotiaita. Katutura State Hospital- sairaalassa laillistetun sairaanhoitajan lisäksi osastoilla työskenteli myös eri koulutuksen saaneita hoitajia. Osa synnytysosaston hoitajista oli nimikkeeltään ”Enrolled nurse” joka tarkoitti kättilönä toimivaa hoitajaa. Hoitajalla on kättilön sekä lähihoitajan pätevyys. Suurin osa vastaajista oli laillistettuja sairaanhoitajia. Yksi vastanneista oli kolmannen vuoden sairaanhoitajaopiskelija, jonka kyselylomakkeen otimme mukaan tutkimukseen hänen pitkän työkokemuksen vuoksi. Yli puolet hoitajista oli työskennellyt hoitoalalla yli 15 vuotta. Kolmannes vastaajista oli työskennellyt hoitoalalla alle vuoden.

9.2 Strukturoidut kysymykset

Taulukkoon HIV-infektion tarttumisesta on kerätty tutkimuslomakkeen kysymysten 6, 7, 8 ja 11 vastaukset. Vastausvaihtoehdoiksi annettiin (Kyllä), (Ei) ja (En tiedä), mistä vastaaja rastitti eniten oikealta tuntuvan vaihtoehdon. Tulokset on ilmoitettu lukumäärinä ja % - lukuina.

Taulukko 1. Hoitajien tiedot HIV- infektion tarttumisesta

	Kyllä	Ei	En tiedä	Yhteensä
Kysymys 6. Vahingoittaako HIV elimistön puolustusjärjestelmän tärkeitä soluja?(n=20)	20 (100 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	20
Kysymys 7. Näkykö HIV vasta-aineet verikokeessa heti tartunnan saamisen jälkeen? (n=20)	3 (15 %)	17 (85 %)	0 (0 %)	20

Kysymys 8. Voiko negatiivisen HIV testituloksen saanut henkilö olla HIV-viruksen kantaja? (n=19)	11 (58 %)	4 (21 %)	4 (21 %)	19
Kysymys 11. Ovatko veri, siemenneste ja emättimen erite ainoita kehon eritteistä minkä välityksellä Hi-virus voi tarttua? (n=19)	7 (37 %)	12 (63 %)	0 (0 %)	19

Kaikki hoitajat (100 %) vastasivat HIV:n vahingoittavan elimistön puolustusjärjestelmän tärkeitä soluja. Hoitajista 12 (63 %) vastasi, että veri, siemenneste ja emättimen erite eivät ole ainoita HI- virusta tartuttavia kehon eritteitä. Yksi hoitaja ei vastannut ollenkaan kysymyksen 8. eikä yksi hoitaja vastannut ollenkaan kysymyksen 11.

Taulukko 2. Hoitajien tiedot HIV- infektion tartunnan ehkäisystä

	Kyllä	Ei	En tiedä	Yhteensä
Kysymys 12. Voiko HIV tarttua veren ja verituotteiden välityksellä? (n=20)	20 (100 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	20
Kysymys 13. Voitko saada tartunnan jos infektoituneen henkilön sylkeä menee sinun limakalvoille? (n=20)	11 (55 %)	9 (45 %)	0 (0 %)	20
Kysymys 14. Onko olemassa riski saada tartunta verisen ulosteen kautta?(n=20)	16 (80 %)	2 (10 %)	2 (10 %)	20

Kysymys 15. Heikentävätkö ihottuma ja haavat iholla ihon kykyä suojautua mikrobeilta?(n=20)	19 (95 %)	0 (0 %)	1 (5 %)	20
Kysymys 16. Voiko erite mikä sisältää HI- virusta tartuttaa terveeseen ihon läpi? (n=20)	4 (20 %)	14 (70 %)	2 (10 %)	20
Kysymys 17. Onko naisella korkeampi riski saada tartunta kuukautisten aikana? (n=20)	10 (50 %)	7 (35 %)	3 (15 %)	20
Kysymys 18. Saako HIV-positiivisen äidin lapsi aina tartunnan raskauden aikana? (n=19)	1 (5 %)	18 (95 %)	0 (0 %)	19
Kysymys 19. Voiko äidistä lapseen tartunnan saamisen ehkäistä raskauden aikana käytettävällä lääkityksellä? (n=20)	20 (100 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	20

Taulukkoon HIV-infektion tartunnan ehkäisystä on kerätty tutkimuslomakkeen kysymysten 12-19 vastaukset. Kysymysten 16. ja 17. kohdalla vastauksissa ilmeni hajontaa. Yksi hoitajista oli jättänyt vastaamatta kysymykseen 18. Kaikki vastasivat, että HIV-infektion tarttumisen äidistä lapseen voi ehkäistä raskauden aikaisella lääkityksellä.

Taulukko 3. Hoitajien tiedot HIV-infektiolta suojautumisesta

	Kyllä	Ei	En tiedä	Yhteensä
Kysymys 20. Voiko oireeton HIV kantaja tartuttaa toisen henkilön? (n=20)	19 (95 %)	0 (0 %)	1 (5 %)	20

Kysymys 21. Voiko HIV tarttua kättelemällä? (n=20)	0 (0 %)	20 (100 %)	0 (0 %)	20
Kysymys 22. Voiko HIV-positiivinen potilas olla samassa huoneessa muiden potilaiden kanssa? (n=20)	20 (100 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	20
Kysymys 23. Onko aina tarpeellista käyttää maskia ollessasi kosketuksissa HIV-positiiviseen potilaaseen? (n=20)	0 (0 %)	20 (100 %)	0 (0 %)	20

Kyselylomakkeeseen vastanneet hoitajat vastasivat yksimielisesti kysymyksiin HIV- infektiolta suojautumisesta. Yksi vastaajista ei tiennyt voiko oireeton HIV kantaja tartuttaa toisen henkilön.

9.3 Avoimet kysymykset

Hoitotieteellisissä tutkimuksissa tutkimusaineiston analyysimenetelmänä käytetään usein sisällönanalyysiä. Sisällönanalyysin avulla voidaan dokumentteja analysoida systemaattisesti ja objektiivisesti. Sisällönanalyysin avulla pyritään saamaan tutkittavasta ilmiöstä kuvaus tiivistetyssä ja yleisessä muodossa. Sisällönanalyysiä käytetään kirjallisen materiaalin analyysiin. Tutkittavasta ilmiöstä tuotetaan analyysin lopputuloksena ilmiötä kuvaavia kategorioita. Sisällönanalyysin käyttö tutkimusaineiston analyysimenetelmänä on aikaa vievä prosessi ja sen haasteena on, miten tutkija onnistuu pelkistämään aineiston ja muodostamaan siitä tutkittavaa ilmiötä mahdollisimman luotettavasti kuvaavat kategoriat. Luotettavan tuloksen saamiseksi on tärkeää, että pystytään osoittamaan yhteys tulosten ja aineiston välillä. Suorilla lainauksilla aineistosta lisätään raportin luotettavuutta ja niiden avulla lukijalle osoitetaan mistä tai minkälaisesta alkuperäisaineistosta kategoriat ovat muodostuneet. (Kyngäs & Vanhanen 1999: 1-12.)

Opinnäytetyömme kyselylomakkeessa oli neljä avointa kysymystä. Englanninkieliset vastaukset kirjattiin PASW- Statistics ohjelmaan tarkasti alkuperäisessä muodossaan. Sen jälkeen vastaukset käännettiin suomeksi. Suomenkielisistä vastauksista etsittiin yhtäläisyyksiä, joista syntyi alaluokat. Vastausten analysoinnin helpottamiseksi alaluokkia

yhdistettiin ja näistä syntyivät yläluokat. Taulukoista tiivistettiin selkeämmät kokonaisuudet jättämällä alkuperäisilmaukset pois ja laittamalla tilalle muokatut ilmaiset. Näin jokaisesta avoimesta kysymyksestä muodostui kaksi erilaista taulukkoa. Molemmat sisällönanalyysin vaiheet olivat tärkeitä vastausten hahmottamisen kannalta. Tiivistetystä taulukosta ja tulosten analysoinnista jäivät pois vastaukset, jotka eivät opinnäytetyön kysymysten osalta vastanneet tarkoitukseen oleellisesti. Opinnäytetyön liitteenä on esimerkki taulukosta alkuperäisillä ilmaisuilla (Liite 4) sekä taulukosta muokatuilla ilmaisuilla (Liite 5).

9.3.1 Hoitajien tiedot ensioireiden ilmenemisestä HIV- tartunnan jälkeen

Kysyimme paikallissairaalan hoitajilta kuinka pian potilailla ilmenee ensimmäisiä oireita HIV-tartunnan jälkeen. Vastajaista noin puolet vastasi selkeästi aikamääreellä, kuten esimerkiksi viikkoina tai kuukausina. Vastauksissa oli selkeää hajontaa. Aikamääreet vaihtelivat neljästä viikosta yli kahteen vuoteen. Hoitajista neljä vastasi HIV:n ensioireiden ilmenevän ”3 kuukauden jälkeen” tartunnasta. Kuusi hoitajaa liitti vastauksen potilaiden yksilöllisyyteen, vastaten esimerkiksi ”Riippuu immuunijärjestelmästä”. Kaksi hoitajaa toi vastauksessaan ilmi sairauden aiheuttamat muutokset solutasolla, esimerkiksi ”valkosolujen ja punasolujen tuhoutumisen jälkeen, riippuu yksilöstä”. Hoitajista kaksi oli jättänyt vastaamatta kysymykseen. Yksi vastaus jätettiin pois analysoinnista sen epäselvän sisällön vuoksi (n=17). (Liite 4 ja 5).

9.3.2 Hoitajien tiedot HIV- infektion ensioireista

Hoitajilta kysyttiin millaisia HIV:n ensioireet ovat. Vastauksista nousi esille kaksi luokkaa, jotka olivat flunssan kaltaiset oireet ja ruuansulatuskanavaan liittyvät oireet ja ongelmat. Vastauksissa tuli ilmi myös muita oireita, joilla ei ollut luokittelun kannalta yhdistävää tekijää. Näitä olivat esimerkiksi ihottuma, nivelkipu, imusolmuketauti ja lihasten surkastuminen. Hoitajista kuusi oli yhdistänyt vastauksessaan sekä flunssan kaltaiset oireet että ruuansulatuskanavaan liittyvät oireet ja ongelmat, esimerkiksi: ” Kuume, yli kolme viikkoa kestävä yskä, painon lasku ilman selvää syytä, ripuli”. Flunssan kaltaisiin oireisiin luokiteltiin kuuluvan esimerkiksi kuume, yskä ja väsymys. Ruuansulatuskanavaan liittyviksi oireiksi ja ongelmiksi luokiteltiin esimerkiksi ripuli, painon lasku ja oksentaminen. Kymmenen vastaajaa oli huomionnut vastauksessaan painon laskun olevan yksi ensioireista. Hoitajista yksi oli jättänyt vastaamatta kysymykseen ja kaksi vastausta jätettiin analysoinnista pois niiden epäselvän sisällön vuoksi (n=17). (Liite 6)

9.3.3 Hoitajien tiedot HIV- tartunnalta suojaumisesta

Hoitajilta kysyttiin kuinka he suojaavat itsensä hoitaessaan HIV- positiivista potilasta, jos riskinä on veren roiskuminen. Lähes kaikki eli 17 vastaajaa kertoivat suojaavansa itsensä hansikkaita käyttämällä. Yli puolet hoitajista vastasi käyttävänsä silmäsuojuksia hoitotoimenpiteissä, jolloin on vaarana veren roiskuminen. Hoitajat olivat yhdistäneet useissa vastauksissa monia eri suojuksia kuten ”Hoitajan täytyy käyttää hansikkaita, esiliinaa ja maskia ja silmäsuojat silmiä suojaamaan.”. Hoitajista neljä oli vastannut suojaavansa itseään käsiä pesemällä. Lisäksi kaksi hoitajaa toi vastauksissaan esille haavojen suojaamisen/ peittämisen osana tartunnalta suojautumista. Lähes puolet kysymykseen vastanneista eli yhdeksän hoitajaa oli maininnut esiliinan osana tartunnalta suojautumista. (n=20) (Liite 7)

9.3.4 Hoitajien tunteet HIV- positiivista potilasta hoidettaessa

Hoitajilta kysyttiin millaisia tunteita HIV-positiivisen potilaan hoitaminen heissä herättää. Vastauksista ilmeni selkeästi potilaslähtöisiä tunteita sekä hoitajalähtöisiä tunteita. Potilaslähtöisiä tunteita olivat esimerkiksi tasa-arvon tunne, empatia ja sääli. Empatia ja/tai sääli tuli ilmi useissa vastauksissa esimerkiksi ”Tunnen sääliä potilaita kohtaan jotka ovat saaneet tappavan taudin tartunnan, yritän kohdella heitä kuten niitä joilla ei ole tartuntaa. En halua heidän tuntea olevansa syrjittyjä.”. Hoitajalähtöisiin tunteisiin kuuluivat pelko tartunnan saamisesta ja sen ehkäisyyn liittyvät tunteet. Kolmanteen yläluokkaan kuuluivat muut tunteet, kuten selittämätön pelko. (n=17) (Liite 8)

10 Pohdinta

10.1 Tutkimuksen luotettavuus

Reliabiliteetilla eli luotettavuudella tarkoitetaan tutkimuksen tai mittaustulosten toistettavuutta. Tutkimuksen tuloksien ei tule olla sattumanvaraisia. Tieteellisiä tuloksia ei pidä yleistää niiden pätevyysalueen ulkopuolelle. Yhteiskunnan vaihtelevuuden ja monimuotoisuuden vuoksi yhden tutkimuksen tulokset eivät päde muuna aikana tai toisessa yhteiskunnassa. Tutkimusta tehdessä virheitä voi sattua tietojen keruu-, syöttö-, käsittely- tai tulkintavaiheessa. Tutkijan tulee olla tarkka ja kriittinen tulosten analysoinnissa. Luotettavuuden takaamiseksi tulee huomioida, että otos edustaa koko tutkittavaa perusjoukkoa. Tutkimus ei anna tietoa koko perusjoukosta, jos tutkimukseen osallistuu vain joitakin siihen kuuluvia ryhmiä. (Heikkilä 2008: 30-31.) Opinnäytetyön kyselylomakkeeseen vastanneita oli 20 henkilöä, joten se ei anna luotettavaa tietoa namibialaisten hoitajien HIV-tietoudesta. Paikallissairaalan äitiyshuollon osastojen hoitajista 80 prosenttia vastasi

kyselyyn, joten tulokset antavat melko luotettavan kuvan tämän otantajoukon HIV-tietoudesta ja tunteista.

Tutkimuksen luotettavuutta lisää opinnäytetyön yksityiskohtaiset tiedot tutkimuksen toteutumisesta. Aineiston keruu ja tuottamisen olosuhteet tulee kertoa selvästi ja totuudenmukaisesti. (Hirsjärvi 2007: 227.) Opinnäytetyön luotettavuuden lisäämiseksi kirjoitimme Namibiassa havainnointipäiväkirjaa sekä oppimispäiväkirjaa ammattitaitoa edistävän harjoittelun aikana. Olemme opinnäytetyössämme kertoneet tutkimuksemme kulun yksityiskohtaisesti.

Kyselylomakkeella tehdyssä tutkimuksessa on aina väärinymmärtämisen mahdollisuus, koska vastaaja ei voi saada lisätietoa epäselvien kysymysten esiintyessä. Laaditussa lomakkeessa tulee olla huolelliset vastausohjeet. Lomakkeen tulee olla selkeä ja sen esitustus on tärkeä vaihe lomakkeen kehittämisessä. (Valli 2001: 30-31.) Pyrimme tekemään kyselylomakkeesta selkeän kokonaisuuden ja laadimme vastaajille vastausohjeet. Haastavuutta kyselylomakkeen tekoon toi kyselylomakkeen kääntäminen englanniksi. Esitetasimme lomakkeen suomenkielisen version kahdella, suomalaisella sairaanhoitajalla ennen kyselylomakkeen kääntämistä englanniksi. Englanninkielinen versio esitettiin namibialaisella hoitotyön opettajalla, joka toimi yhteyshenkilönämme kohdemaassa. Luotettavuuden lisäämiseksi säilytimme saadut vastaukset suljetussa kirjekuoressa. Vastaukset kirjattiin ja analysoitiin Suomessa PASW Statistics -ohjelmalla ja havaintomatriisin teossa työskentelimme yhteistoiminnallisesti virheiden minimoimiseksi.

Tutkimukseen vastasivat namibialaiset hoitajat englanninkielisellä kyselylomakkeella. Englanninkieltä äidinkielenään namibialaisista puhuu vain seitsemän prosenttia. Englanninkieli on heidän opiskelukielensä koulussa ja sairaalassa yleisesti käytetty kieli. On mahdollista, että vastanneista hoitajista kaikki eivät ole ymmärtäneet kyselylomakkeen kysymyksiä. Haasteita vastausten tulkitsemisessa toi kyselylomakkeessa esiintyneet epäselvät ilmaisut, toisinaan epäselvä käsiala sekä kieliopillisesti haastavat tekstit.

10.2 Tutkimuksen eettisyys

Tutkijan on otettava huomioon monta eettistä kysymystä tutkimuksen teossa. Yleisesti hyväksytyjä ovat tiedon hankintaan ja julkistamiseen liittyvät tutkimuseettiset periaatteet. Edellytyksenä hyvälle tutkimukselle on hyvän tieteellisen käytännön noudattaminen tutkimuksen teossa. Tutkimuksessa tulee olla lähtökohtana ihmisarvon kunnioittaminen. Ihmisten itsemääräämisoikeutta tulee kunnioittaa antamalla ihmisille oikeus päättää haluavatko he osallistua tutkimukseen. Tutkimushenkilöille tulee selvittää tarkoin kaikki

tärkeät näkökohdat siitä, mitä tutkimuksessa tulee tapahtumaan ja saattaa tapahtua tutkimuksen kuluessa. (Hirsjärvi 2007: 23, 25.)

Opinnäytetyöhön laaditussa kyselylomakkeessa korostettiin tutkimuksen luottamuksellisuutta. Painotimme, että heidän vastauksiaan tullaan käyttämään ainoastaan opinnäytetyössä. Tarkensimme, että tulemme säilyttämään kyselylomakkeet asiallisesti ja että ne tullaan hävittämään asianmukaisella tavalla tutkimuksen jälkeen. Tutkimuslomakkeessa kerroimme, että vastaaminen on vapaaehtoista ja vastaaja voi halutessaan jättää tutkimukseen vastaamisen kesken. Pysimme vastaajia vastaamaan nimettöminä, heidän anonymiteettinsä säilyttämiseksi. Kirjallisen osion HIV- teoretieto on ajankohtaista ja lähdeaineistoa on käytetty asianmukaisesti.

10.3 Havainnointi tutkimusmenetelmänä

Kyselyn ja haastattelun avulla saadaan tietoa henkilöiden ajattelutavasta ja uskomuksista. Havainnointimenetelmää soveltaen saadaan tietoa mitä tilanteessa todella tapahtuu. Havainnointi tuottaa välitöntä tietoa yksilöiden, ryhmien tai organisaatioiden toiminnasta ja käyttäytymisestä. Havainnointi pois sulkee keinotekoisuuden, joka on monien muiden aineistonkeruumenetelmien rasitteena. Havainnoinnissa haasteena on, että joissain havainnointitilanteissa tutkijan voi olla vaikea tallentaa tietoa välittömästi, jolloin tutkijan täytyy kirjata havainnot myöhemmin. (Hirsjärvi 2007: 207.)

Opinnäytetyöprosessin alussa emme olleet varmoja tulevasta toimintaympäristöstämme paikallissairaalassa, joten laaditun kyselylomakkeen tueksi päätimme havainnoida hoitajia sekä heidän toimintatapojaan ja kirjoittaa hoitotilanteista havainnointipäiväkirjaa. Kirjoitimme päivittäin yhdessä havaintoja havaintopäiväkirjaan. (Liite 3.)

10.4 Tulosten tarkastelu

Opinnäytetyömme tavoitteena oli selvittää namibialaisten hoitajien tiedot HIV- infektion tarttumisesta, tiedot HIV-infektiosta sekä tiedot HIV-infektiolta suojautumisesta. Tutkimukseen osallistui 20 hoitajaa eri ammattinimikkeillä kunnallisen Katuturan sairaalan äitiyshuollon osastoilta. Kaikki vastaajat olivat naisia ja kansalaisuudeltaan namibialaisia. Yli puolella hoitajista oli kokemusta hoitoalalta yli 15 vuotta. Tutkimukseen käytettyjen lomakkeiden osuus palautetuista lomakkeista oli 80 %.

Olimme jakaneet kyselylomakkeen kolmeen osaan aihealueen mukaan. Ensimmäisessä osassa kartoitimme hoitajien tietämystä HIV-infektion tarttumisesta. Osiossa oli neljä strukturoitua kysymystä ja kaksi avointa kysymystä. Kaikki hoitajat tiesivät HIV:n vahingoittavan elimistön

puolustusjärjestelmän tärkeitä soluja. Lähes kaikki vastaajat (17) tiesivät, että HIV vastaanaineet eivät näy verikokeessa heti tartunnan saamisen jälkeen. Kysymyksen 8 ”Voiko negatiivisen HIV testituloksen saanut henkilö olla HI- viruksen kantaja?” ja kysymyksen 11 ”Ovatko veri, siemenneste ja emättimen erite ainoita kehon eritteistä minkä välityksellä HI- virus voi tarttua?” vastauksissa ilmeni hajontaa. Kysymykseen vastanneista 37 prosenttia eivät tiedäneet, että HI- virus voi tarttua myös muiden kehon eritteiden kuin veren, siemennesteen ja emättimen eritteiden välityksellä. (Taulukko 1.)

Kysyimme hoitajilta avoimessa kysymyksessä 9. kuinka pian tartunnan jälkeen potilas saa ensioireet. Teoriaosuudessa lukee, että 30 - 50 prosentille kehittyy ensitaudin oireita. Oireita kehittyi 2- 6 viikon aikana tartunnasta ja oireet kestävät 1-4 viikkoon. Odotimme hoitajien huomioivan vastauksissaan aikamääreen sekä potilaiden yksilöllisyyden. Vastaajista yhdeksän oli huomionnut vastauksissaan potilaan yksilöllisyyden. Yhtä moni hoitajista oli vastannut selkeästi aikamääreellä. Vastaajista vain kolme oli maininnut molemmat asiat vastauksessaan esimerkiksi ”Riippuu immuunijärjestelmästäsi, kuinka vahva se on. (Heikoimmilla nopeammin, neljän viikon sisällä)”. (Liite 4 ja 5.) Suomalaisen hoitohenkilöstön HIV-tietoutta koskevassa tutkimuksessa (Kemppi 2008) ilmenee, että myös suomalaisella hoitohenkilöstöllä on epätietoutta HIV-oireiden alkamisajankohdasta. Vastaajista (n=319) 27 % uskoi tartunnan oireiden ilmestyvän kuuden kuukauden kuluttua tartunnasta. Vastaajista 31 % ei osannut sanoa ilmestyvätkö oireet kuuden kuukauden kuluttua tartunnasta.

Kysyimme hoitajilta avoimessa kysymyksessä 10. millaisia ensioireet ovat. Haimme vastauksista flunssan ja mononukleosin kaltaisia oireita. Lähes kaikki vastaajat mainitsivat vastauksessaan joitakin näihin ryhmiin kuuluvia oireita kuten kuume, ripuli ja yskä. Esimerkiksi kuume mainittiin kuudessa vastauslomakkeessa. Näiden oireiden lisäksi hoitajat toivat esille muita oireita, kuten painon lasku, joka oli mainittu kymmenessä vastauksessa. Monet olivat vastanneet kysymykseen lyhyesti mainiten vain muutaman oireen. (Liite 6.)

Kyselylomakkeemme toisessa osiossa oli kahdeksan strukturoitua kysymystä HIV:n infektion tarttumisesta. Kaikki vastaajista tiesivät HIV:n tarttuvan veren ja verituotteiden välityksellä, mutta vain reilut puolet vastaajista tiesivät sen voivan tarttua myös syljen välityksellä. Lähes kaikki vastaajat tiesivät, että HIV-positiivisen äidin lapsi ei saa aina tartuntaa raskauden aikana ja että tartunta voidaan ehkäistä käyttämällä lääkitystä raskauden aikana. (Taulukko 2.) Kempin (2008) julkaisemassa suomalaisen hoitohenkilöstön HIV- ja AIDS - tietoutta koskevassa tutkimuksessa tulee ilmi, että 97 % tutkimukseen vastanneista tietää HIV:n leviävän veren ja verituotteiden välityksellä.

Kyselylomakkeemme kolmas osio kostuu neljästä strukturoidusta ja yhdestä avoimesta kysymyksestä koskien HIV-tartunnalta suojautumista. Kaikilla hoitajilla oli hyvä tietämys HIV-

infektiolta suojautumisesta. Se kävi ilmi vastauksista, jotka olivat yhdenmukaisia. Ainoastaan yksi hoitaja oli vastannut ”En tiedä” kysymykseen voiko oireeton HIV-kantaja tartuttaa toisen henkilön. (Taulukko 3.)

Hoitajat vastasivat strukturoituihin kysymyksiin pääsääntöisesti oikein ja vastaukset olivat yhteneviä. Hoitajien vastauksissa ilmeni hajontaa lähinnä kysymyksissä, joissa kysyttiin HIV-infektion tarttumista eritteiden kautta. Hajontaa ilmeni myös kysymyksissä, joissa kysyttiin kuka voi olla HI-viruksen kantaja.

Kysyimme avoimella kysymyksellä 24. kuinka hoitajat suojaavat itsensä hoitaessaan HIV-positiivista potilasta, jos riskinä on veren roiskuminen. Vastaajilla oli hyvät tiedot itsensä suojaamisesta. Lähes kaikissa vastauksissa oli mainittu yksi tai useampi suojain, esimerkiksi hansikkaat oli mainittu lähes jokaisessa vastauksessa. Hansikkaiden lisäksi vastauksissa oli mainittu esimerkiksi maski, esiliinat ja silmäsuojukset. (Liite 7.) Suomalaisen hoitohenkilöstön HIV-tietoutta koskevassa tutkimuksessa (Kemppi 2008) ilmenee, että suurin osa eli 97 % hoitajista tiesi, että sairaalassa tulee noudattaa ja käyttää verivarotoimenpiteitä AIDS-potilaita hoidettaessa. Suomalaisista hoitajista 91 % tiesi, että hoitajan tulee käyttää silmäsuojia tilanteissa, joissa ihmisen verta tai eritettä voi roiskua silmään.

Avoimen kysymyksen vastaukset olivat ristiriidassa omien havaintojemme kanssa. Synnytyssalissa emme nähneet hoitajien käyttävän silmäsuojuksia, vaikka riskinä oli veren roiskuminen. Teoriatietomme mukaan silmäsuojuksien käyttö on aiheellista, jos riskinä on veren roiskuminen, koska kontaminoituneen veren roiskuminen silmien limakalvoille altistaa tartunnalle. Synnytyssalissa hoitajat käyttivät hansikkaita, mutta muilla osastoilla hansikkaiden käyttö oli meidän havaintojemme pohjalta puutteellista ja vähäistä. Hoitajat eivät käyttäneet hansikkaita tilanteissa, joissa oli vaarana veriroiskeiden syntyminen, esimerkiksi verinäytteiden otto. Osastoilla kiinnitimme huomiota, että hoitajat eivät aina vaihtaneet hansikkaita potilaiden välillä. Synnytyssalissa leikkaussalissa työskennellessämme näimme jopa kaksi peräkkäistä leikkausta suoritettavan samoilla hansikkailla. Havaintojemme mukaan esiliinan käyttö rajoittui hoitajilla synnytyssaliin. Hirvisen (2008) mukaan hoitotilanteissa käytetään suojana hansikkaita, maskia, visiiriä ja kertakäyttöesiliina aina, kun tilanteeseen liittyy veriroiskeiden riski.

Opinnäytetyön kyselylomakkeen tuloksista käy ilmi, että äitiyshuollon osastojen hoitajilla on tietoa kuinka suojata itseään. Havaintojemme pohjalta suojaimia oli sairaalassa tarjolla hoitajien käyttöön. Pohdimmekin yhdessä mistä suojainten vähäinen käyttö johtuu. Hoitajille HIV-positiivisten potilaiden hoitaminen Katuturan sairaalassa on päivittäistä, joten voisiko kyseessä olla hoitajille syntynyt välinpitämättömyys itsensä ja potilaan suojaamista kohtaan.

Olimme kiinnostuneita saamaan tietoa hoitajien tunteista HIV-positiivisten potilaiden hoidossa. Laadimme kyselylomakkeeseen avoimen kysymyksen 25. millaisia tunteita HIV-positiivisen potilaan hoitaminen herättää sinussa hoitajana. Vastaukset jakaantuivat selkeästi kahteen ryhmään. Toisessa ryhmässä tunteet kohdistuivat potilaaseen, esimerkiksi sääli ja empatia. Monissa vastauksissa ilmeni hoitajien tarve kohdella kaikkia potilaita tasa-arvoisesti. Toisessa ryhmässä hoitajien tunteet kohdistuivat heihin itseensä. Potilasta hoitaessaan he tunsivat pelkoa tartunnan saamisesta. Jäimmekin pohtimaan miksi hoitajat eivät suojanneet käytännössä itseään tartunnalta, vaikka toivat vastauksissaan esille pelon tuntemuksia tartunnan saamisesta. Saatujen kyselylomakkeen vastausten mukaisesti oli ilmennyt että hoitajilla oli tietoa suojautumiskeinoista, joten päätelmiemme mukaan tiedon puutteesta ei ollut kyse. Sisällönanalyysiä soveltaessamme avointen kysymysten kohdalla jouduimme jättämään pois joitain vastauksia, koska mielestämme vastaukset eivät vastanneet esitettyyn kysymykseen. Saatujen ilmaisujen pohjalta potilaiden tasa-arvoinen kohtelu toteutui mielestämme hyvin. Hoitajien käyttäytymisestä potilasta kohtaan ei voinut päätellä potilaan HIV statusta. (Liite 8.) Kempin (2008) tutkimuksen mukaan HIV-positiivisten potilaiden hoitaminen aiheutti myös suomalaisissa hoitajissa pelkoa tartunnan saamisesta.

Hoitajien vastauksista käy ilmi, että heillä on runsaasti tietoa HIV- infektion tarttumisesta ja tartunnan ehkäisystä. Tämä ei kuitenkaan havaintojemme mukaan näkynyt päivittäisessä hoitotyössä. Sairaalan hygieniataso oli puutteellista, hoitovälineitä ei puhdistettu potilaiden välillä ja veri- tai eritetahrojen syntymistä ei huomioitu havaintojemme mukaan. Potilaiden HIV- status oli merkitty pahvisiin potilaskortteihin, mutta tiedot kortissa olivat usein puutteelliset tai tietoa ei tarkistettu kortista potilasta hoidettaessa. Hoitajien työskentelyä havainnoidessamme emme nähneet heidän juurikaan pesevän käsiään. Havaintojemme mukaan hoitajat desinfioivat käsiään harvoin, vaikka käsidesinfektioainetta oli heille tarjolla. Hoitotilanteissa, joissa potilaille annettiin injektioita hoitajat toimivat usein varomattomasti. He hylsivät neulat pistämisen jälkeen ja neuloja säilytettiin pahvisissa keräysastioissa. Havainnoimme eri osastoja 1-2 viikon jaksoissa, joten havaintojemme perusteella ei varmoja yleistyksiä voi tehdä.

10.5 Itsearviointi

Opinnäytetyömme tekeminen kokonaisuudessaan on ollut haastavaa, sekä aikaa ja syventymistä vaativaa. Haasteita aiheutti erityisesti se, että teimme tutkimuslomakkeen englanninkielellä, joka ei ole äidinkiellemme. Tutkimuksen tekeminen vieraassa kulttuurissa ja vieraalla kielellä osoittautui yllättävän raskaaksi. Ennen Namibiaan lähtöä emme tieneet onko tutkimuksen toteuttaminen kohdemaassa mahdollista. Siitä huolimatta olimme valmiit ottamaan riskin, että emme saa lupaa tutkimuksen tekemiseen. Teoreettisen viitekehyksen

muodostaminen ja tutkimuskysymysten laatiminen oli vaativaa, koska emme kirjoitusvaiheessa tienneet tarkkaa tutkimusympäristöä ja kohdejoukkoa.

Kyselylomakkeen laatiminen oli vaativaa. Haastavuutta tuotti tutkimuslomakkeen kääntäminen vierasalle kielelle niin, että asiayhteys säilyi alkuperäisenä. Vaikeutta tulosten luotettavassa analysoinnissa lisäsi englanninkielisten vastausten kääntäminen suomenkielelle. Kyselylomakkeen laadinta oli meille uusi asia, mutta olemme lopputulokseen tyytyväisiä. Saimme lomakkeen avulla vastaukset tutkimuskysymyksiin, joiden pohjalta voidaan tehdä johtopäätöksiä Katuturan sairaalan äitiyshuollon osastoilla työskentelevien hoitajien tiedoista HIV:n tartumisesta ja tartunnan ehkäisystä. Vastauksia analysoidessamme huomasimme joidenkin kysymysten kohdalla, että tarkempi kysymysten asettelu olisi ollut tarpeellista. Olemme erityisen ylpeitä kahden tutkimusmenetelmän soveltamisen yhdistämisestä. Saimme eri menetelmiä soveltamalla monipuolisempaa ja kattavampaa tietoa opinnäytetyön aiheesta.

Opinnäytetyön tekeminen oli antoisaa. Erityisen hienoa oli tehdä tutkimus aiheesta, joka on meille tärkeä. Aihe oli tärkeä, koska tulevaisuudessa toivomme työskentelevämme ulkomailla mahdollisesti HIV-positiivisten potilaiden parissa. Prosessin aikana olemme oppineet paljon tutkimuksen tekemisestä. Tulevina hoitotyön ammattilaisina olemme saaneet paljon tietoa HIV:n tartumisesta ja tartunnan ehkäisystä. Toivomme, että opinnäytetyöstä on hyötyä tulevaisuudessa ulkomaille lähteville opiskelijoille, hoitoalan ammattilaisille sekä muille aiheesta kiinnostuneille

Lähteet

Anttila, V., Lumio, J. & Meurman, O. 2005. Veren välityksellä tarttuvat taudit. Infektioiden torjunta sairaalassa. 5. uudistettu painos. Suomen Kuntaliitto. Porvoo : WS Bookwell Oy.

Country profiles Namibia. UNAIDS. Viitattu 17.2.2011. <http://www.unaidsrstes.org/regional-country-profiles-home/country-profiles/namibia>

Eriarvoisuus ja työttömyys vaikeuttavat köyhyyden vähentämistä Namibiassa. Ulkoasiainministeriö 14.6.2010. Viitattu 8.2.2011. <http://global.finland.fi/public/default.aspx?nodeid=39473>

Heikkilä T. 2008. Tilastollinen tutkimus. Edita Helsinki.

Hirsjärvi, S., Remes, P., Sajavaara, P. 2007. Tutki ja kirjoita. Tammi Helsinki.

Hirvonen, S., Mäkinen, H. & Pakarinen, M. (toim.) 2008. HIV- Hoitotyön käsikirja. 2. uudistettu painos. Suomen HIV/aids-sairaanhoitajayhdistys ry, Hiv-säätiö/Aids-tukikeskus ja HUS, HYKS, Infektiosairauksien yksikkö, Auroran sairaala sekä kirjoittajat. Viitattu 6.2.2011. <http://www.hus.fi/default.asp?path=1,28,2547,26564,26566>

Hiv ja Aids - mitä eroa niillä on? Terveiden ja hyvinvoinninlaitos. Viitattu 7.2.2011. www.ktl.fi/portal/suomi/tietoa_terveydesta/terveys_ja_sairaudet/infektioaudit/hiv_ja_aids/perustietoa/

Hiv-tartunnan toteaminen. Terveiden ja hyvinvoinninlaitos. Viitattu 10.2.2011. http://www.ktl.fi/portal/suomi/osastot/infe/palvelut/hiv-diagnostiikka/tartunnan_toteaminen/.

Hiv-testi. Aids-tukikeskus. Viitattu 7.2.2011 http://www.aidstukikeskus.fi/sivut/index.php?option=com_content&task=view&id=23&Itemid=38

Kaurila, T., Lohrmann, C., Muinonen, U., Peate, I., Suominen, T., Välimäki, M., 2000. Hoitajien suhtautuminen HIV- ja AIDS- potilaiden hoitoon. Kotisairaanhoidossa työskentelevien terveydenhoitajien ja sairaanhoitajien tiedot ja asenteet. Hoitotiede 2000 (4), 184-195.

Kemppi, L. 2008. Hoitohenkilöstön HIV- ja AIDS-tiedot, asenteet potilasta kohtaan ja mahdollisen homofobian ilmeneminen. Kuopion yliopiston pro-gradu-tutkielma. Hoitotieteen laitos. Kuopio

Kurki R. & Pammo H. 2010. Tartuntataudit ja hoitotyön osaaminen. Helsinki :WSOYpro Oy

Kujala P. 2005. HIV-infektion hoito on kehittynyt, mutta torjunnassa riittää haasteita. Suomen lääkärilehti 48/2005, 4955-4956.

Kyngäs H. & Vanhanen L. Sisällön analyysi. Hoitotiede 1999 (1) (1-12)

Laine J. & Mikkola J. 2010. Lääkärin käsikirja. DUODECIM.

Leinikki, P. 2005. HIV-epidemian menneisyys ja tulevaisuus. Lääkärilehti Duodecim. 2005, 121581-2. <http://www.terveysportti.fi/xmedia/duo/duo94865.pdf>

Miten hiv ei tartu. Aids - tukikeskus. Viitattu 17.2.2011. <http://www.aidstukikeskus.fi/sivut/>

Mochine V. 2010. The Impact of an Education Intervention on Nurses' Knowledge of and Attitudes towards HIV and Willingness to Take Care of HIV-positive People in Lithuania. Väitöskirja. Tampereen yliopisto.

Namibian aids-ortot saavat ruokaa ja elämäntaitoja.2005. Ulkoasiainministeriö. Viitattu 17.2.2011.

<http://formin.finland.fi/public/default.aspx?contentId=45517&nodeId=15317&contentlan=1&culture=fi-FI>

Namibia. Central intelligence agency 2011. Viitattu 10.2.2011.

<https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/geos/wa.html>

Namibia country profile. BBC 2010. Viitattu 10.2.2011.

http://news.bbc.co.uk/2/hi/africa/country_profiles/1063245.stm

Namibia: kehityksen mittarit. Ulkoasiainministeriö 2011. Viitattu 9.2.2011.

<http://formin.finland.fi/public/default.aspx?nodeid=17623&contentlan=1&culture=fi-FI>

Namibiassa maailman suurimmat tuloerot. Ulkoasiainministeriö 3.2.2011. Viitattu 7.2.2011.

<http://formin.finland.fi/public/default.aspx?contentid=212160&nodeid=17430&contentlan=1&culture=fi-FI>

Ranki, A., Ristola, M. & Valle, S. 2003. HIV-infektio. Teoksessa Paavola, J., Reunala, T. & Ros-tila, T. (toim.) Sukupuolitaudit. 2. Uudistettu painos 2003. Kustannus Oy Duodecim. Hämeenlinna : Karisto Oy.

Report of HIV and AIDS in Namibia 2008. UNAIDS/WHO 2008. Viitattu 15.2.2011.

http://apps.who.int/globalatlas/predefinedReports/EFS2008/full/EFS2008_NA.pdf

Rintala, E. 2006. Mikä HIV on? Käsikirja HIV-positiiviselle. Positiiviset Ry. Painotalo Casper Oy.

Suni J., Saksela K. & Ristola M. 2010. Mikrobiologia. DUODECIM.

Sutinen, J. 2008. HIV-epidemian Hallinta. Lääkärilehti Duodecim. 2008; 124:1695-6.

<http://www.terveysportti.fi/xmedia/duo/duo97409.pdf>

Tartuntatautilomake B. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 9.2.2011.

<http://www.ktl.fi/attachments/suomi/osastot/infe/hiv-lomake2006lopullinen.pdf>

UNAIDS Report on the global AIDS epidemic includes. UNAIDS. Viitattu 17.2.2011.

http://www.unaids.org/globalreport/Global_report.htm

UNDP verkkosivut. Viitattu 8.2.2011. www.undp.fi/

United Nations General Assembly Special Session (UNGASS) Country Report. Report in period April 2006-March 2007. Republic of Namibia Ministry of health and social services. Viitattu 15.2.2011.

http://www.unaids.org/en/dataanalysis/monitoringcountryprogress/2010progressreportsubmittedbycountries/2008progressreportsubmittedbycountries/namibia_2008_country_progress_report_en.pdf

Vainionpää R., Hedman K. & Hyypiä T.2000. Mitä lääkärin on hyvä tietää virusdiagnoosista. DUODECIM 1/2000.

Valli R. 2001. Johdatus tilastolliseen tutkimukseen. PS - kustannus Jyväskylä.

Von Schantz, M. Sairaala-infektioiden torjunta hoitotyön toimintona. Hoitotyön opiskelijoiden, hoitotyöntekijöiden sekä potilaiden tiedot ja käsitykset. Turun yliopiston julkaisu 2005.Painosalama OY Turku 2005

Liitteet

Liite 1. Immuunikadon seurannaistaudit

- 1 Pneumocystis carinii -pneumonia
- 2 Ruokatorven kandidoosi
- 3 Henkitorven, keuhkoputkien tai keuhkojen kandidoosi
- 4 Herpes simplex-infektio
- 5 Sytomegalovirusretiniitti
- 6 Sytomegalovirustauti
- 7 Keuhkotuberkuloosi
- 8 Muu tuberkuloosi
- 9 M. avium complex- tai M. kansasii-infektio
- 10 Muu mykobakteeri-infektio
- 11 Uusiutuva salmonellasepsis
- 12 Aivojen toksoplasmoosi
- 13 Uusiutuva pneumonia
- 14 Progressiivinen multifokaalinen leukoencefalopatia
- 15 Kryptokokkoosi
- 16 Kryptosporidioosi
- 17 Kokkidiodomykoosi
- 18 Histoplasmoosi
- 19 Isosporiaasi
- 20 Multippeli tai uusiva bakteeri-infektio (alle 13 v.)
- 21 Kaposin sarkooma
- 22 Primaarinen aivolympooma
- 23 Immunoblastinen lymfooma
- 24 Burkittin lymfooma
- 25 Hiv-encefalopatia
- 26 Kohdun kaulan invasiivinen karsinooma
- 27 Lymfoidi interstitiellinen pneumonia (alle 13 v.)
- 28 Hiv-näivetyystauti

Yes [] No [] I don` t know []

9. How soon the patients get their first symptoms after contamination?

10. What are the first symptoms like?

11. Are blood, semen and vaginas secretion the only secretions of body which can consist HI- virus?

Yes [] No [] I don` t know []

HIV Infection

12. Can HI-Virus be transmitted by blood or blood products?

Yes [] No [] I don` t know []

13. Can you get infected if saliva of an infected person gets to your mucous membrane?

Yes [] No [] I don` t know []

14. Is there a risk to get infected if you are in touch with bloody feces?

Yes [] No [] I don` t know []

15. Does wounds and rash in the skin weaken the protection against microbes?

Yes [] No [] I don` t know []

16. Can secretion that includes HI-virus infect through healthy skin?

Yes [] No [] I don` t know []

17. Does a woman have a higher risk to get HIV infected during her period?

Yes [] No [] I don` t know []

18. Does a child of an HIV-positive mother always get infection during pregnancy?

Yes [] No [] I don` t know []

19. Can you prevent the mother-to child transmission of HIV by medication during pregnancy or delivery?

Yes [] No [] I don` t know []

Protection against HIV-infection

20. Can symptomless HIV infected carrier infect another person?

Yes [] No [] I don` t know []

21. Can HIV be transmitted by shaking hands?

Yes [] No [] I don` t know []

22. Can a HIV-positive patient be in a same patient room with other patients?

Yes [] No [] I don` t know []

23. Is it always necessary to wear facemask when being in contact with HIV-positive patient?

Yes [] No [] I don` t know []

24. How do you protect yourself while nursing HIV-positive patient if there is a risk of blood splashing?

25. What kind of feelings does nursing of an HIV-positive patient rouse in You as a nurse?

THANK YOU!!

Liite 3. Havainnointipäiväkirja

Havaintoja Katuturan sairaalasta

Työharjoittelussa Katutura State Hospitalissa havainnoimme päivittäin hoitajien käyttäytymistä ja asenteita potilaita hoitaessaan. Erityistä huomiota kiinnitimme heidän työskentelyynsä HIV-positiivisten potilaiden parissa. Havainnoimme eroavatko hoitokäytännöt hoidettaessa HIV-positiivisia potilaita verrattuna HIV-negatiivisiin potilaisiin tai potilaisiin, joiden HIV-statusta ei ole testattu. Harjoittelupäivän päätteeksi kirjasimme yhdessä havaintojamme hoitotilanteista. Kirjatut havainnot koskivat hoitajien työskentelyä synnytyssalissa, äitiysklinikalla sekä lapsivuodeosastoilla A ja B, joilta kerättiin aineisto Namibialaisten hoitajien tiedoista HIV:n tartumisesta ja tartuntojen ehkäisystä opinnäytetyön kyselylomakkeeseen.

Hoitajien käyttäytyminen ja asenteet

Namibialainen hoitokulttuuri eroaa suuresti suomalaisesta hoitokulttuurista. Eroja ilmenee henkilöiden persoonallisuuksissa, luonteenpiirteissä sekä taustoissa ja asenteissa. Namibialaiset hoitajat ovat meistä suomalaisista usein äänekkäitä ja hyvin suoraviivaisia. Namibiassa hoitajan ammatti arvostetaan korkealle ja tämä näkyy myös hoitajien asenteissa. Sairaalan hierarkian mukaan hoitajat ovat arvoasteikolla potilaita ylempänä ja lääkäri taas hoitajien yläpuolella. Hoitajien tapoihin ei yleisesti kuulu tervehtiä potilaita tai kertoa heille tulevista toimenpiteistä tai tutkimuksista. Potilaille ei esimerkiksi kerrottu mitä lääkkeitä he saavat. Hoitajat saattoivat kommentaa potilaita kovaäänisesti ja saattoivat läimäyttää potilasta esimerkiksi tilanteessa, jossa potilas huusi tuskissaan synnytyksen aikana.

Lääkäriin potilaat luottivat kyseenalaistamatta heidän sanomaansa ja lääkärin nähtyään potilaat olivat hyvin kiitollisia. Potilaat käyttäytyivät lääkärin ja hoitajien läsnä ollessa hyvin nöyrästi, eivätkä useinkaan vastustelleet tai kyseenalaistaneet heidän hoitokäytäntöjään. Suomalaisessa hoitokulttuurissa tuttu päivittäinen juttelu, kannustus ja rohkaisu hoitajien ja potilaiden välillä puuttui lähes kokonaan. Poikkeuksiakin tietenkin oli ja harjoittelun aikana näimme myös joidenkin hoitajien kohtelevan potilaita lämpimästi ja empaattisesti. Hoitajat eivät kätelleet potilaita, mutta se liittynee enemmän hierarkiaan hoitajan ja potilaan välillä kuin pelkoon HIV:n tartumisesta.

Potilaan HIV- statuksen merkintä

Potilaan HIV-status oli merkittynä potilaan henkilökohtaiseen potilaskorttiin. Kortissa oli rastilla merkitty kohta HIV-positiivinen, HIV- negatiivinen tai HIV-status ei tiedossa.

Läheskään kaikki synnyttäneet äidit eivät olleet käyneet äitiysklinikalla tai muualla HIV-testeissä ja useiden äitien kohdalla tietoa äidin HIV-statuksesta ei ollut. Potilaskortteihin kirjattiin käsin ja usein pahviset kortit olivat ikivanhoja ja repaleisia, joten välillä tietoa oli hankala korteista löytää. Statuksen selvittämistä vaikeutti usein myös hoitajien epäselvä käsiala. Erityisesti synnytyssalissa hoitajat kuitenkin useimmiten tarkistivat äidin tullessa tämän HIV-statuksen ja opastivat meitä tekemään samoin. Muilla osastoilla HIV-statusta ei läheskään aina tarkastettu. Positiivinen tai negatiivinen status ei kuitenkaan juuri vaikuttanut potilaiden hoitamiseen käytännössä.

Hoitajien suojautuminen

Osastojen käytävillä oli tarjolla käsidesinfektioaineita käytettäväksi. Pullot olivat usein kuitenkin paikoissa, joista niitä oli vaikea havaita. Huomattavaa oli, että pullossa oleva käsidesinfektio oli laimennettu vedellä. Ammattitaitoa edistävän harjoittelun aikana näimme hoitajien pesevän kätensä tai käyttävän käsidesiä ainoastaan muutaman kerran. Synnytyssalissa hoitajat useimmiten käyttivät hanskoja, mutta osastojen puolella vaihtelevasti. Synnytyssalissa hoitajat käyttivät suojanaan essua, mutta eivät muita suojaimia kuten maskia tai visiiriä. Hanskoja oli saatavilla, mutta hoitajat eivät läheskään aina käyttäneet niitä hoitotyössä. Usein hoitajat eivät myöskään vaihtaneet hanskoja potilaiden välillä. Verenpainemittareita, kuumemittareita tai happisaturaatiomittareita ei puhdistettu potilaiden välissä. Virtsanäytepurkit huuhdottiin vedellä käytön välissä. Keisarinleikkauksia leikkaussalissa katsomassa ollessamme näimme jopa kaksi peräkkäistä leikkausta suoritettavan samoilla hanskoilla. Hoitajilla oli siis kiinnostusta suojata itseään, mutta ei niinkään potilasta. Hoitotilanteissa, joissa potilaalle annettiin injektioita hoitajat toimivat melko varomattomasti. He hylsivät neulat pistämisen jälkeen ja neulankeräysastia oli tehty pahvista. Neulat kuitenkin vaihdettiin jokaiseen potilaan jälkeen.

Varotoimenpiteet ja hygienia

Työskentely sairaalassa oli hektistä ja potilaiden sairaalassaoloajat lyhyitä. Potilas kotiutettiin heti kun siihen oli mahdollisuus. Potilaspaikkoja annettaessa potilaan HIV-status ei vaikuttanut siihen, mihin huoneeseen tai mille paikalle potilas laitettiin. Potilas sai paikan huoneesta, jossa oli tilaa. Lapsivuodeosastoilla oli kuitenkin oma huoneensa äideille, jotka olivat menettäneet lapsensa synnytyksessä tai synnytyksen jälkeen.

Osastoilla työskenteli siivooja, joka pyyhki päivittäin lattian ja pinnat kostealla luutulla. Sekä lattia että erilaiset pinnat pyyhittiin samalla vedellä. Vettä ei myöskään vaihdettu huoneiden välillä. Leikkaussalissa, jossa suoritettiin hätäsektioita, kaikki pinnat ja laitteet pyyhittiin joka leikkauksen jälkeen desinfektioaineella. Huoneiden siivousjärjestyksessä ei otettu

huomioon mahdollisia infektiopotilaita tai siivousjärjestystä puhtaasta likaiseen. Veriroiskeita tai veritahroja osastolla ei huomioitu usein mitenkään.

Namibiassa ammattitaitoa edistävän harjoittelujaksomme aikana oli heillä maanlaajuinen kampanja, jossa olivat mukana Namibian valtio, UNICEF ja WHO. Kampanjan tarkoituksena on vähentää HIV:n tarttumista HIV-positiivisilta äideiltä lapsille raskauden, synnytyksen ja imetyksen aikana. Tietoa kampanjasta levitettiin hoitajille, jotka puolestaan levittivät tietoa äideille. Kampanjan mainosjulisteita oli myös sairaalan ilmoitustauluilla. Meillä ei ole tietoa millaisia vaikutuksia kampanjalla oli Namibiassa, mutta ainakin kampanjan vastaanotto kuulijoiden kesken oli myönteinen.

Ajatuksia koetusta työharjoittelusta Katutura State Hospitalissa

Työharjoittelun aikana havainnoimme päivittäin hoitajien työskentelyä heidän hoitaessaan potilaita. Juttelimme heidän kanssaan päivittäin ja kysyimme erilaisia kysymyksiä. Meille jäi sairaalan hoitajista kuva, että he tietävät paljon. Syitä epäkohtiin hoitotyössä lienee useita. Namibiassa HIV on osa hoitajien päivittäistä elämää. He ovat kosketuksissa HIV:n kanssa työskennellessään hoitajina, mutta myös siviili-elämässä. HIV aiheuttaa heissä varmasti samanlaista pelkoa kuin länsimaalaisissa hoitajissakin, mutta he ovat tottuneet asiaan. Vanhempien hoitajien suojautuminen potilaita hoidettaessa ja suhtautuminen potilaisiin erosi nuoremmista hoitajista ja paikallisista sairaanhoitaja-opiskelijoista. Meille jäi mielikuva, että suurin syy hoitajien laiminlyönteihin itsensä ja potilaiden suojaamisessa oli opitut hoitokulttuurin mukaiset toimintamallit ja yleinen toimintatapa. Kaikki toimivat osastolla samalla tavalla. Pohdimme, että takana ovat puutteellinen koulutus ja myös tietynlainen välinpitämättömyys. Syvään juurtuneita toimintamalleja on varmasti vaikea muuttaa työyhteisössä, jossa työskentelee voimakasluonteisia, afrikkalaisia naisia. Eräs sairaalan lääkäreistä sanoi meille, että vaikka Namibia on köyhä maa, olisi valtiolla tarjota sairaalalle enemmän rahaa. Ongelma on, ettei kukaan näe vaivaa vaatia sitä.

Mielestämme hoitajien välinpitämättömästä asenteesta potilaita kohtaan kertoo myös se, että toisiaan kohtaan hoitajat olivat hyvin avuliaita ja empaattisia. Afrikkalaiseen tyyliin he kutsuivat toisiaan esimerkiksi lausahduksella ”Hey Sister” ja halasivat toisiaan. Potilaat saivat odottaa, jos hoitajilla oli jokin mielenkiintoinen keskustelu keskenään kesken. Hoitajilla ei ollut kiire hoitaa potilaita ja aamun lääkekierto usein myöhästyi usein jopa tunnilla, jos hoitajien kahvitauko oli kesken.

Liite 4. Hoitajien tiedot ensioireiden ilmenemisestä HIV- tartunnan jälkeen taulukko alkuperäisilmauksineen

Alkuperäinen ilmaus	Suomennos	Alaluokka	Yläluokka
4 wks past exposure	4 viikkoa altistumisen jälkeen	ALLE 3 KUUKAUTTA	AIKA 4 viikkoa altistumisen jälkeen 6-10 viikkoa 12 viikkoa 3. kuukauden jälkeen 3. kuukauden jälkeen 1. vuosi kontaminaatiosta Parin vuoden jälkeen
6-10 week	6-10 viikkoa	4 viikkoa altistumisen jälkeen 6-10 viikkoa 12 viikkoa	
12 weekes	12 viikkoa		
After 3 months	3 kuukauden jälkeen	3 KK- 1. VUOSI	
After 3 months	3 kuukauden jälkeen	3. kuukauden jälkeen 3. kuukauden jälkeen 1. vuosi kontaminaatiosta	
After 1 year of contamination	1 vuosi kontaminaatiosta		
After few years.	Parin vuoden jälkeen	1. VUOSI TAI ENEMMÄN Parin vuoden jälkeen	
Can take up to few years and depend to immune system of individual	Voi kestää jopa pari vuotta ja riippuu yksilön immuunijärjestelmästä	IMMUUNIJÄRJESTELMÄ Voi kestää jopa pari vuotta ja riippuu yksilön immuunijärjestelmästä	YKSILÖLLISYYS Voi kestää jopa pari vuotta ja riippuu yksilön immuunijärjestelmästä
Depend on the immune system	Riippuu immuunijärjestelmästä	Riippuu immuunijärjestelmästä	Riippuu immuunijärjestelmästä
Depend on your immune system how strong is it. (Weaker faster within four weeks)	Riippuu immuunijärjestelmästäsi, kuinka vahva se on. (Heikoimmilla nopeammin, neljän viikon sisällä)	Riippuu immuunijärjestelmästäsi, kuinka vahva se on. (Heikoimmilla nopeammin, neljän viikon sisällä)	Riippuu immuunijärjestelmästäsi, kuinka vahva se on. (Heikoimmilla

Depends on patients defence mechanism	Riippuu potilaan puolustusjärjestelmästä	Riippuu potilaan puolustusjärjestelmästä	on. (Heikoimmilla nopeammin, neljän viikon sisällä)
Depends on the strength of the t-cell (immunity)	Riippuu T-solujen vahvuudesta (immunteetti)	Riippuu T-solujen vahvuudesta (immunteetti)	Riippuu potilaan puolustusjärjestelmästä
F 3 month or longer depends on the immune system of patient how strong it is	3 kuukautta tai enemmän, riippuu kuinka vahva potilaan immuunijärjestelmä on	3 kuukautta tai enemmän, riippuu kuinka vahva potilaan immuunijärjestelmä on	Riippuu T-solujen vahvuudesta (immunteetti)
It depends on the individuals immune system	Riippuu yksilön immuunijärjestelmästä	Riippuu yksilön immuunijärjestelmästä	3 kuukautta tai enemmän, riippuu kuinka vahva potilaan immuunijärjestelmä on
It differ from person to person	Vaihtelee yksilöittäin	Vaihtelee yksilöittäin	Riippuu yksilön immuunijärjestelmästä
After destruction of white-cells & edcells depend on an individual	Valkosolujen ja punasolujen tuhoutumisen jälkeen, riippuu yksilöstä.	Valkosolujen ja punasolujen tuhoutumisen jälkeen, riippuu yksilöstä.	Vaihtelee yksilöittäin
			Valkosolujen ja punasolujen tuhoutumisen jälkeen, riippuu yksilöstä

Liite 5. Hoitajien tiedot ensioireiden ilmenemisestä HIV-tartunnan jälkeen

Muokattu ilmaus	Alaluokka	Yläluokka
4 viikkoa altistumisen jälkeen	Alle 3 kuukautta	1. kuukauden - 2-3.vuoden päästä
6-10 viikkoa		
3 kuukauden jälkeen	3 kuukautta - 1 vuosi	
1 vuosi		
Parin vuoden jälkeen	1 vuosi tai enemmän	
Riippuu immuunijärjestelmästä	Immuunijärjestelmä	
Vaihtelee yksilöittäin	Yksilöllisyys	
Riippuu T-solujen vahvuudesta	Vaikutus solutasolla	
Valkosolujen ja punasolujen tuhoutumisen jälkeen		

Liite 6. Hoitajien tiedot HIV-infektion ensioireista

Muokattu ilmaus	Alaluokka	Yläluokka
Kehon voimattomuus	Jaksamattomuus	Flunssan kaltaiset ja flunssaan liittyvät oireet
Väsymys		
Yskä	Flunssan kaltaiset oireet	
Pitkittänyt yskä		
Kuume		
Sahaava kuume		
Flunssa		
Ripuli	Ruuansulatuskanavaan liittyvät oireet	
Krooninen ripuli		
Oksentaminen		
Painon lasku	Painon lasku	
Huono ruokahalu	Huono ruokahalu	
Ihottuma	Ihottuma	Muut oireet
Nivelkipu	Nivelkipu	
Opportunisti sairaudet	Opportunisti sairaudet	
Imusolmuketauti	Imusolmuketauti	
Lihasten surkastuminen	Lihasten surkastuminen	

Liite 7. Hoitajien tiedot HIV- infektiolta suojautumisesta

Muokattu ilmaus	Alaluokka	Yläluokka
Käyttämällä hansikkaita	Käsien suojaaminen	Ehkäisemällä tartunnan käsien kautta
Haavojen suojaaminen/peittäminen		
Käsien pesu	Käsien pesu	
Käyttämällä silmäsuojusta	Kasvojen suojaaminen	Ehkäisemällä tartunta kasvojen limakalvojen kautta
Käyttämällä kasvosuojusta/maskia		
Käyttämällä esiliinaa	Suojaava vaatetus	Ehkäisemällä tartunta muilla keinoilla
Suojaava vaatetus		
Käyttämällä suojamyssyä		
Suojaavat kengät		

Liite 8. Hoitajien tunteet HIV-positiivista potilasta hoidettaessa

Muokattu ilmaus	Alaluokka	Yläluokka
Tasa-arvoisuus	Tasa-arvoisuus	Potilaslähtöiset tunteet
Empatia	Samaistumiseen liittyvät tunteet	
Sääli		
Itseni suojaaminen	Tartunnan saamiseen ja sen ehkäisyyn liittyvät tunteet	Hoitajalähtöiset tunteet
Pelko tartunnan saamisesta		
Pelko	Pelon tunne	Muut tunteet