



VAASAN AMMATTIKORKEAKOULU
UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Tellu Kangas

KOULUTUSINTERVENTION VAIKU-
TUS NUORTEN HIV/AIDS-TIETOIHIN
SEKÄ ASENTEISIIN HIV-POSITIIVISIA
KOHTAAN

Sosiaali- ja terveysala
2017

TIIVISTELMÄ

Tekijä	Tellu Kangas
Opinnäytetyön nimi	Koulutusintervention vaikutus nuorten HIV/AIDS-tietoihin sekä asenteisiin HIV-positiivisia kohtaan
Vuosi	2017
Kieli	suomi
Sivumäärä	49 + 3 liitettä
Ohjaaja	Johanna Latvala

Tutkimuksessa selvitettiin koulutusintervention vaikutusta nuorten kykyihin vastata oikein HIV/AIDS-aiheisiin kysymyksiin sekä sen vaikutusta nuorten asenteisiin HIV-positiivisia kohtaan. Tutkimushypoteesina oli, että koulutusinterventio lisää nuorten HIV/AIDS-tietoutta ja parantaa heidän asenteitaan HIV-positiivisia kohtaan.

Tutkimukseen osallistui 30 oppilasta Orongon yläkoulusta Kisumun piirikunnasta Keniasta. Tutkimukseen osallistuneet olivat 16–21-vuotiaita (16 miestä ja 14 naista). Tutkimukseen osallistuneet täyttivät HIV-aiheisen kyselylomakkeen kaksi kertaa. Ensimmäisen kerran ennen tutkimuksen yhteydessä pidettyä lyhyttä koulutusinterventiota ja toisen kerran heti intervention jälkeen. Koulutusinterventio sisälsi tietoa HIV-infektion tartuntatavoista ja ennaltaehkäisystä. Kyselylomakkeessa oli 18 vastaajien HIV/AIDS-tietoja mittaavaa kysymystä sekä 6 väittämää jotka kuvasivat heidän asenteitaan HIV-positiivisia kohtaan.

Intervention jälkeen oikeat vastaukset HIV-aiheisiin kysymyksiin lisääntyivät 13,45 % ja väärät vastaukset vähenivät 38,54 % kaikkien vastaajien keskiarvona. Positiivinen asenne HIV-positiivisia kohtaan lisääntyi intervention jälkeen 10,1 % kaikkien vastaajien kesken. Positiivista asennetta kuvaavat vastaukset lisääntyivät intervention jälkeen miehillä 19,65 % ja naisilla niiden määrä pysyi samana kuin ennen interventiota. Negatiivista asennetta kuvaavat vastaukset vähenivät intervention jälkeen 24,2 % (miehillä) ja 13,4 % (naisilla).

Eri kysymysten välillä havaittiin suuria eroja intervention vaikutuksessa. Intervention vaikutuksessa havaittiin jonkin verran eroja myös eri sukupuolten ja ikäluokkien välillä. Tutkimuksen tuloksista voidaan kuitenkin päätellä, että koulutusinterventio paransi oppilaiden kykyä vastata HIV/AIDS-aiheisiin kysymyksiin.

ABSTRACT

Author	Tellu Kangas
Title	The Impact of an Education Intervention to Adolescents' HIV/AIDS-Knowledge and Attitudes towards HIV-Positive People
Year	2017
Language	Finnish
Pages	49 + 3 Appendices
Name of Supervisor	Johanna Latvala

This study examined the impact of an education intervention on adolescents' ability to answer correctly to HIV/AIDS-related questions and its impact to the adolescents' attitudes towards HIV-positive people. The research hypothesis was that the intervention increases the adolescents' knowledge of HIV/AIDS and improves their attitudes towards HIV-positive people.

The study was participated by 30 students from Orongo Secondary school in Kisumu county Kenya. The participants were between 16-21-years old (16 male and 14 female). The participants answered to a HIV-related questionnaire twice. The first time occurred before a brief education intervention held in connection with the intervention. The second time occurred immediately after the intervention. The education intervention included information about HIV prevention and the modes of HIV transmission. The questionnaire included 18 questions that measured the participants' HIV/AIDS-related knowledge and 6 statements that reflected their attitudes towards HIV-positive people.

After the intervention, correct answers to the HIV-related questions increased by 13,45 % and incorrect answers decreased by 38,54 %, as an average between all participants. Positive attitudes increased overall by 10,1 % after the intervention. Positive attitude on the male respondents' answers increased by 19,65 % after the intervention and the female respondents' positive attitude answers remained the same as before the intervention. Negative attitude decreased after the intervention 24,2 % (male) and 13,4 % (female).

The impact of the education intervention varied significantly between the questions. The impact of the education intervention also varied slightly between sexes and between age groups. Overall, the results of the study concluded that the intervention increased the students' ability to answer HIV/AIDS-related questions.

Keywords HIV, AIDS, adolescents, education intervention, stigma

SISÄLLYS

TIIVISTELMÄ

ABSTRACT

1	JOHDANTO.....	9
2	TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TAVOITE.....	12
3	TEOREETTINEN VIITEKEHYS.....	13
3.1	HIV ja PLWHA	13
3.1.1	HIV-tartunta ja taudin eteneminen.....	14
3.1.2	ARV-lääkitys HIV-infektion hoidossa.....	16
3.1.3	HIV Keniassa	17
3.1.4	Miesten ympärileikkaus HIV-tartuntojen ennaltaehkäisyssä.....	17
3.1.5	Lasten ja nuorten HIV-tartunnat	18
3.1.6	HIV/AIDS-stigma	19
3.2	Koulutusinterventio HIV-tartuntojen ennaltaehkäisyssä.....	20
3.3	Orongon Lesket ja Orvot järjestö.....	22
4	TUTKIMUKSEN METODIT	23
4.1	Aineiston keruu.....	23
4.2	Kyselylomake	23
4.3	Aineiston analysointi	24
4.4	Tutkimuseettiset kysymykset.....	25
5	TUTKIMUKSEN TULOKSET.....	26
5.1	Nuorten HIV-tietoutta mittaavat kysymykset.....	26
5.1.1	Tietämyksen erot miesten ja naisten välillä	26
5.1.2	Tietämyksen erot eri ikäluokkien välillä.....	27
5.1.3	Koulutusintervention vaikutus nuorten HIV/AIDS-tietoihin.....	29
5.1.4	Seksuaalisen aktiivisuuden vaikutus tuloksiin.....	30
5.1.5	Tietämyksen erot eri kysymysten välillä.....	32
5.2	Asennekysymykset	34
5.2.1	Asenteet ennen koulutusinterventiota ja sen jälkeen	34
5.2.2	Asenteet ja niiden muutokset eri ikäluokissa.....	36
5.2.3	Asenteet ja niiden muutokset eri väittämien välillä	37

6	JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA	41
6.1	Tutkimuksen luotettavuuden arviointia	42
6.2	Eettisyys	44
6.3	Jatkotutkimusehdotuksia.....	45
	LÄHTEET.....	46

LIITTEET

KUVIOLUETTELO

Kuvio 1. Q1 ja Q2 tulosten vertailu sukupuolten välillä.	27
Kuvio 2. Q1 ja Q2 vertailu ikäryhmittäin.	28
Kuvio 3. Sukupuolten väliset erot koulutusintervention vaikutuksessa.	29
Kuvio 4. Vastausten muutokset ikäryhmittäin.	30
Kuvio 5. Seksuaalisen aktiivisuuden vaikutukset vastauksiin (Q1 ja Q2).	31
Kuvio 6. Seksuaalisen aktiivisuuden vaikutus koulutusintervention tuloksiin.	31
Kuvio 7. Vastaajien asenne PLWHA kohtaan ennen koulutusinterventiota.	35
Kuvio 8. Vastaajien asenteet PLWHA kohtaan koulutusintervention jälkeen.	35
Kuvio 9. Asenteiden muutokset ikäryhmittäin.	36
Kuvio 10. Asenteiden muutokset väittämässä 1.	37
Kuvio 11. Asenteiden muutokset väittämässä 2.	38
Kuvio 12. Asenteiden muutokset väittämässä 3.	38
Kuvio 13. Asenteiden muutokset väittämässä 4.	39
Kuvio 14. Asenteiden muutokset väittämässä 5.	39

LIITELUETTELO**LIITE 1.** Saatekirje**LIITE 2.** Kyselylomake**LIITE 3.** Lupa käyttää HIV-HQ-18 kyselylomaketta

Lyhenteet

AIDS	Acquired Immune Deficiency Syndrome (Hankittu Immuunipuutos Oireyhtymä)
ARV	Antiretroviral (Antiretroviraali)
cART	Combination Antiretroviral Therapy (Antiretroviraali Yhdistelmä lääkehoito)
CD4	T-Helper White Blood Cells (T-Auttaja Valkosolut)
HIV	Human Immunodeficiency Virus (Ihmisen Immuunipuutos Virus)
MTCT	Mother to Child Transmission (Äidistä Lapseen Tartunta)
PLWHA	People Living With HIV/AIDS (HIV/AIDS Sairastavat Ihmiset)
UNAIDS	The Joint United Nations Programme on HIV and AIDS (Yhdistyneiden Kansakuntien HIV/AIDS Vastainen Ohjelma)
VMMC	Voluntary Medical Male Circumcision (Vapaaehtoinen Lääketieteellinen Miesten Ympärileikkaus)
WHO	The World Health Organization (Maailman Terveysjärjestö)

1 JOHDANTO

Tässä tutkimuksessa tutkittiin koulutusintervention vaikutusta Kenialaisten Orongon kylän yläkoulun (Orongo Secondary School) oppilaiden tietoihin HIV-infektiosta sekä sen vaikutusta oppilaiden asenteisiin HIV-positiivisia kohtaan. Tutkimuksen yhteydessä järjestetty HIV-aiheinen koulutustilaisuus sisälsi tietoa HIV-infektion tartuntatavoista ja ennaltaehkäisystä. Orongon kylä, jossa tutkimus suoritettiin, sijaitsee Kenian länsiosassa Kisumun piirikunnassa jossa HIV-positiivisten määrä on maan toiseksi suurin, lähes 20 % väestöstä (UNAIDS 2014a).

Ihmisen immuunipuutos virus (HIV) ja hankittu immuunipuutos oireyhtymä (AIDS) ovat edelleen yksi maailman merkittävimmistä kansanterveydellisistä haasteista joka on vuosien varrella vaatinut jo yli 35 miljoonan ihmisen hengen. Vuoden 2015 loppuun mennessä maailmassa oli arviolta 36,7 miljoonaa HIV-infektiota ja AIDSia sairastavaa ihmistä (PLWHA) ja samana vuonna uusia infektioita todettiin maailmassa 2,1 miljoonaa. (WHO 2016a.) AIDS-ongelman ratkaisemiseksi UNAIDS on kehittänyt maailmanlaajuisen strategian lopettaa AIDS vuoteen 2030 mennessä. Tavoite on kunnianhimoinen ja vaatii kaikkien maiden yhteistyötä onnistuakseen. (UNAIDS 2014b.)

Kenia on yksi maailman korkean esiintyvyyden maista. 5,9 % maan väestöstä on HIV-positiivisia. Keniassa vuosina 2009–2013 ulkopuolinen rahoitus kattoi 70 % koko HIV:n vastaisesta työstä. 17 % rahoituksesta tuli Kenian valtiolta ja 13 % yksityisiltä lahjoittajilta. Suurin osa rahoituksesta keskittyi hoidon kulmakiviin; lääkitykseen (52 %) ja ennaltaehkäisyyn (21 %). (UNAIDS 2014.)

Suomessa HIV-positiivisia on vain 3000–4000. HIV:n voittaminen Suomessa ei kuitenkaan ole mahdollista, jos sen hoitoon ja ennaltaehkäisyyn ei keskitytä maailmalla. HIV-infektiolla on suuria yhteiskunnallisia vaikutuksia erityisesti niissä maissa missä esiintyvyys on suurin. Monet suuren esiintyvyyden maat ovat myös maailman köyhimpiä. Kansainvälinen tuki on ollut jo vuosien ajan HIV-epidemian hoidon kulmakivi erityisesti korkean esiintyvyyden maissa. (Keronen & Pekonen 2016, 12–13.)

Muutokset HIV-infektion hoidon ja ennaltaehkäisyyn metodeissa erityisesti suuren esiintyvyyden maissa ovat johtaneet suuriin harppauksiin HIV-epidemian hallinnassa. Edistys on maailmanlaajuisten strategioiden tulosta, joiden tavoitteena oli lisätä HIV-testauksen ja hoidon parissa olevien ihmisten määrää ja vähentää uusia infektiota. Vuoden 2016 puoliväliin mennessä 18,2 miljoonaa ihmistä sai Antiretroviraali (ARV) lääkitystä joka kattaa lähes puolet kaikista maailman PLWHA. ARV-lääkitys hidastaa HIV-infektion kehittymistä Aidsiksi pienentämällä viruksen määrän lähes olemattomiin jolloin myös infektion tartuttavuus vähenee. WHO 2016b.)

ARV-lääkityksen saatavuuden yleistyessä muun muassa äidiltä lapseen tartunnat ovat vähentyneet maailmalla. Lasten HIV-tartunnat vähenevät vuosien 2012–2015 välillä noin 35 %. Samalla aikavälillä nuorten (15–24-vuotiaiden) uudet HIV-tartunnat vähenivät kuitenkin vain hiukan yli 4 %. Vuonna 2015 nuorten osuus kaikista uusista HIV-tartunnoista maailmalla oli yli 30 %. Tilanne on samansuuntainen tarkasteltaessa maailman AIDS-kuolemia. Kaikkien ikäluokkien AIDS-kuolemat vähenivät vuosien 2012 ja 2015 välillä yli 20 %, lasten AIDS-kuolemat vähenivät yli 25 % kun taas nuorten AIDS-kuolemat vähenivät vain vajaa 2 %. (UNAIDS 2015.)

Nuorten riskikäyttäytyminen (suojaamaton seksi sekä alkoholin ja huumeiden käyttö), kehittymättömät elämäntaidot ja puutteellinen ymmärrys asioista, taloudellinen riippuvuus sekä nuoriin kohdistuvat raiskaukset ja seksiin pakottaminen lisäävät merkittävästi nuorten riskiä saada HIV-tartunta (Fong 2016). HIV/AIDS-stigman eli niin sanotun häpeäleiman kokemus tai sen pelko vaikuttaa erityisesti nuorten hoitoon hakeutumiseen, lääkehoitoon sitoutumiseen sekä lääkehoidon onnistumiseen. Huono lääkehoitoon sitoutuminen, lääkkeiden epäsäännöllinen käyttö ja negatiiviset asenteet ARV-lääkitystä kohtaan ovat johtaneet hoitoresistenttien HIV-infektioiden määrän kasvuun nuorten keskuudessa. Lääkehoidon epäonnistuminen selittää osaltaan sen miksi nuorten AIDS-kuolemat eivät ole kääntyneet laskuun ARV-lääkityksen ansiosta samassa suhteessa kuin muiden ikäryhmien. (Abubakar, Van de Vijver, Fischer, Hassan, Gona, Dzombo, Bomu, Katana & Newton 2016.)

Koulujen tarjoamalla seksuaalikasvatuksella on tärkeä rooli HIV:n ennaltaehkäisyssä nuorten keskuudessa. Seksuaalikasvatus lisää nuorten tietoa HIV-infektiosta ja muista sukupuolitaudeista sekä vaikuttaa muutoksiin käyttäytymisessä. (Maticka-Tyndale, Mungwete & Jayeoba 2013.) Keniassa tehdyn tutkimuksen mukaan vain 47,5 % nuorista naisista ja 54,9 % nuorista miehistä kykenivät vastaamaan oikein HIV-aiheisiin kysymyksiin ja hylkäämään väärät väittämät HIV-infektion tartuntatavoista (UNAIDS 2014a).

Tässä tutkimuksessa nuorten kykyä vastata HIV-aiheisiin kysymyksiin sekä heidän asenteitaan HIV-positiivisia kohtaan testattiin sekä ennen HIV-aiheista koulutusinterventiota että sen jälkeen. Tutkimus tehtiin yhteistyössä koulun henkilökunnan sekä työn tilaajan Orongon Lesket ja Orvot järjestön kanssa. Tutkimus suoritettiin Orongon yläkoulussa Tammikuussa 2017. Tässä työssä esitellään tutkimuksesta saadut tulokset koulutusintervention vaikutuksesta nuorten HIV/AIDS-tietoihin sekä sen vaikutuksesta heidän asenteisiin HIV-positiivisia kohtaan.

Huomiotavaa on että koulusysteemi Keniassa on erilainen kuin Suomessa. Kahdeksanvuotinen alakoulu eli Primary School käsittää suomalaista koulutusjärjestelmään vastaavat luokat 1–8 ja nelivuotinen yläkoulu/lukio eli Secondary School luokat 9–12. Tässä tutkimuksessa tutkija käyttää selkeyden vuoksi Primary Schoolista suomenkielistä nimitystä alakoulu ja Secondary Schoolista suomenkielistä nimitystä yläkoulu.

Tutkija itse kiinnostui aiheesta ensimmäisellä Kenian vierailullaan vuonna 2015. Aiheen valintaan vaikutti tutkijan henkilökohtainen mielenkiinto aihetta kohtaan sekä aiheen merkityksellisyys kansainvälisessäkin mittakaavassa. Aiempaa tutkimustietoa aiheesta ei ole. Aihetta on kuitenkin sivutettu tutkimuksissa joissa tutkittiin *Primary School Action for Better Health* mallin vaikutusta alakouluikäisten lasten tietoihin, asenteisiin ja seksuaalikäyttäytymiseen Nyanzan provinssin alueella, johon Kisumun piirikuntakin kuuluu. Myöhemmin aihetta on tutkittu laajemmin koko Keniassa. Näistä tutkimuksista on saatu hyvin positiivisia tuloksia joihin palataan myöhemmin tässä työssä.

2 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TAVOITE

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää koulutusintervention vaikutusta Orongon yläkoulun oppilaiden kykyyn vastata HIV/AIDS-aiheisiin kysymyksiin sekä sen vaikutusta heidän asenteisiin HIV-positiivisia kohtaan. Tavoitteena oli osoittaa koulutusintervention käyttökelpoisuus yhtenä keinona lisätä yläkouluikäisten HIV/AIDS-tietoja sekä keinona vaikuttaa heidän asenteisiin HIV-positiivisia kohtaan.

Tutkimuksen hypoteesina oli, että koulutusinterventio lisää nuorten HIV/AIDS-tietoja ja parantaa heidän asenteitaan HIV-positiivisia kohtaan. Hypoteesi on asetettu Careyn ja Shroederin (2002) sekä Maticka-Tyndalen ym. (2013) tutkimustuloksiin nojaten joiden mukaan tieto lisää tietoisuutta ja parantaa asenteita.

Tässä tutkimuksessa pyritään vastaamaan seuraaviin kysymyksiin:

1. Mikä on Orongon yläkouluikäisten nuorten nykyinen tietämys HIV-infektiosta ja millaiset ovat heidän asenteensa HIV-positiivisia kohtaan?
2. Miten koulutusinterventio vaikuttaa Orongon yläkouluikäisten HIV/AIDS-tietoihin sekä heidän asenteisiinsa HIV-positiivisia kohtaan?

3 TEOREETTINEN VIITEKEHYS

Teoreettinen viitekehys tutkimukseen saatiin suorittamalla kirjallisuuskatsaus Pubmed, Cinahl ja JBI tietokannoista. Haut suoritettiin englannin kielellä. Asiasanat, joita käytettiin eri yhdistelmiä vaihdellen, olivat *Adolescents, Africa, AIDS, ARV, cART, Children, Education, HIV, Intervention, Kenya, Knowledge, Prevention, School, Stigma ja VMMC*. Asiasana HIV oli mukana jokaisessa haussa. Haku rajattiin niihin tuloksiin, joissa oli koko teksti saatavilla (*full text available*) ja hausta riippuen joko viimeisimpien 5 tai 10 vuoden aikana suoritettuihin tutkimuksiin (*last 5 years ja last 10 years*). Tietoa meneillään olevista projekteista ja levinneisyyden uusimmat tilastot saatiin kahden maailman johtavan HIV/AIDS-organisaation, WHO:n ja UNAIDS:in, julkaisuista ja internetsivuilta.

3.1 HIV ja PLWHA

Valtaosa maailman n. 37 miljoonasta HIV-positiivisesta asuu Saharan eteläpuolisessa Afrikassa. Afrikassa HIV ei ole vain riskiryhmien (seksityöläiset, homoseksuaalit ja suonensisäisiä huumeita käyttävät) tauti, vaan sitä esiintyy kaikissa ikäluokissa kaikkialla yhteiskunnassa. Afrikan maiden ja alueiden välillä on suuria eroja HIV-infektion esiintyvyydessä. Erityisen suuri esiintyvyys on Eteläisessä Afrikassa, jossa HIV-positiivisten osuus väestöstä on Swazimaassa 28,8 %, Etelä-Afrikassa 19,2 %, Botswanassa 22,2 % ja Lesothossa 22,7 %. (UNAIDS 2015.)

HIV on virus, joka häiritsee elimistön puolustustautumista tauteja vastaan hyökkäämällä elimistön immuunijärjestelmää vastaan. HIV kuuluu retrovirusten ryhmään. Retroviruksilla on käänteinen transkriptaasi joka tarkoittaa, että ne pystyvät käänteiskopioijanentsyyminsä avulla kopioimaan RNA:n DNA:ksi (normaali geneettisen informaation suunta on DNA:sta RNA:ksi). HIV:n reseptoreita ihmisellä on CD4-soluissa (T-auttaja solut) jotka ovat elimistön valkosoluja. CD4-solut ovat keskeisiä ihmisen puolustusjärjestelmän (immuunipuolustuksen) soluja jotka auttavat elimistöä taistelemaan sairauksia vastaan. HIV tuhoaa CD4-soluja sitoutumalla niiden reseptoreihin, ja tunkeutumalla solujen sisään. Solun oikea tehtävä elimistön puolustuksessa lakkaa,

kun virus alkaa tuottaa omaa DNA:ta (eli lisääntymään) isäntäsolun sisällä käänteiskopioijaentsyyminsä avulla. Puolustusjärjestelmän elintärkeät CD4-solut vähenevät vähitellen ja ihminen altistuu vakaville infektioille sekä tietyn tyyppisille syöville. (Kurki & Pammo 2010, 47; Vuento 2016, 55–64.)

HI-virusta on kahta päätyyppiä: HIV-1 ja HIV-2. Näistä yleisempää HIV-1-virusta tavataan kaikkialla maailmassa, kun taas HIV-2-virusta tavataan yleisesti vain Länsi-Afrikassa. Molemmat HIV-tyypit sisältävät myös useita eri alaluokkia, ja jokainen alaluokka on eri virustyyppinsä. Tämän vuoksi myös kaksi HIV-positiivista voivat tartuttaa toisensa, jos sairastavat eri virustyyppiä. (Kurki & Pammo 2010, 47; Vuento 2016, 55.)

Toisin kuin kehittyneissä maissa, Afrikassa HIV leviää erityisesti heterosuhteissa sekä synnytyksen ja imetyksen kautta. Kondomi suojaa tartunnalta seksin aikana mutta sen käyttö on vähäistä, erityisesti maissa joissa esiintyvyys on suuri. (Kemppainen 2011, 5, 16.) Vuoden 2014 tilaston mukaan Keniassa vain 40 % naisista ja 43 % miehistä joilla oli useampi kuin yksi seksipartneri viimeisen 12 kuukauden aikana käytti kondomia viimeisimmän kumppaninsa kanssa (UNAIDS 2014a).

Uskonto on yksi syy kondomien käytön hitaaseen leviämiseen Afrikassa. Vielä vuonna 2009 Katolisen kirkon silloisen johtajan Paavi Benedictuksen kanta oli, että kondomin käyttö on syntiä eikä se suojaa HIV-tartunnalta. Myös Muslimien ja Kristinuskon johtajien kanta Afrikassa oli vielä vuosien 2008–2009 tienoilla kondomivastainen. Vuoden 2009 jälkeen kondomimyönteinen asenne on vähitellen lisääntynyt. (Vuento 2016, 60–61.)

3.1.1 HIV-tartunta ja taudin eteneminen

HI-virusta on kehon eritteistä tartuttava määrä ainoastaan veressä, siemennesteessä, esiliukasteessa, emättimen ja kohdunkaulan eritteessä sekä äidinmaidossa. HIV ei tartu sosiaalisissa kontakteissa kuten kosketuksessa, halaamisessa, suutelemisessä tai jakamalla ruokaa, juomaa ja/tai ruokailuvälineitä infektoituneen henkilön

kanssa. HIV ei tartu WC-istuimelta eikä myöskään infektoituneen henkilön syljen, kyynelten, hien, virtsan tai ulosteen kautta. (Kurki & Pammo 2010, 50, 67.)

Seksuaalisten nesteiden (siemenneste, esiliukaste, emättimen ja kohdunkaulan eritteet) kautta HIV tarttuu suojaamattomassa seksissä (anaali-, vaginaali- tai suuseksi). Veren välityksellä HIV voi tarttua muun muassa neulojen välityksellä (suonensisäisten huumeiden käyttäjät tai neulanpistotapaturmat) sekä kudosluvovutuksessa (elintensiirrot tai verensiirto). Äidistä lapseen HIV voi tarttua kohdussa, synnytyksessä tai äidinmaidon välityksellä imetyksessä. (Adler & Sultan 2012, 1–2.)

HIV-infektion eteneminen Aidsiksi voidaan jakaa neljään vaiheeseen. Akuutti primääri-infektio on ensimmäinen vaihe. Ensimmäisten viikkojen aikana tartunnan saamisen jälkeen osa tartunnan saaneista saa flunssan kaltaisia oireita kuten kuumetta, kurkkukipua, ihottumaa, imusolmukkeiden turpoamista, päänsärkyä ja/ tai lihas ja nivelkipuja, mutta primäärivaihe voi olla myös oireeton. Oireet joita osalla infektoituneista esiintyy ovat seurausta immuunijärjestelmän yrityksestä taistella infektiota vastaan. Luotettava HIV-testi voidaan kuitenkin ottaa vasta noin kolmen kuukauden päästä tartunnasta. Ensimmäisen vaiheen jälkeen seuraa pitkä joskus jopa kymmenen vuotta kestävä oireeton vaihe. Virus on edelleen aktiivinen elimistössä ja se lisääntyy ja tuhoaa koko ajan uusia soluja heikentäen immuunijärjestelmää. (Kurki & Pammo 2010, 47–48; Tenant-Flowers & Mindel 2012, 20–22.)

HIV-infektion kolmas vaihe on oireinen. Oireinen vaihe alkaa, kun infektoituneen henkilön CD4-lymfosyytit ovat vähentyneet radikaalisti ja ovat nyt alle $0.30\text{--}0.35 \times 10^9/l$. Tässä vaiheessa immuunijärjestelmä on jo vakavasti vahingoittunut ja infektoitunut henkilö voi kärsiä painon laskusta, kroonisesta ripulista, yöllisestä hikoilusta, kuumeilusta, pitkittyneestä yskästä sekä suun ja ihon ongelmista. Tartunnan saaneella on suuri riski sairastua yhteen tai useampaan opportunistiinfektioon jotka johtavat Aidsiin. AIDS on HIV-tartunnan neljäs ja viimeinen vaihe. Opportunistisia infektiota voivat olla esimerkiksi tietyn tyyppiset syövät, keuhkokuume, aivokalvontulehdus ja tuberkuloosi. Tässä vaiheessa CD4-solujen

määrä on pudonnut alle $0,20 \times 10^9/l$. Henkilöstä riippuen HIV-infektion kehittyminen Aidsiksi voi kestää kahdesta viiteentoista vuotta. (Kurki & Pammo 2010, 47–48; Tenant-Flowers & Mindel 2012, 20–22.)

3.1.2 ARV-lääkitys HIV-infektion hoidossa

ARV yhdistelmälääkitystä (cART) suositellaan maailmanlaajuisesti HIV-infektion hoidossa. cART voi hidastaa taudin kehittymistä Aidsiksi jopa 75%:lla. (Thurman, Luckett, Taylor & Carnay 2016.) WHO:n (2013) suositusten mukaan cART aloitetaan siinä vaiheessa, kun CD4-lymfosyyttien määrä on laskenut alle $0.5 \times 10^9/l$ (entinen suositus $0.35 \times 10^9/l$). cART:n aloituksen aikaistamisen on tutkittu vähentävän HIV-infektion tartuttavuutta huomattavasti verrattuna viivästyneeseen cART:n aloitukseen (Cohen, Chen, McCauley, Gamble, Hosseinipour, Kumarasamy, Hakim, Kumwenda, Grinsztejn, Pilotto, Godbole, Mehendale, Chariyalertsak, Santos, Mayer, Hoffman, Eshleman, Piwowar-Manning, Wang, Makhema, Mills, de Bruyn, Sanne, Eron, Gallant, Havlir, Swindells, Ribaldo, Elharrar, Burns, Taha, Nielsen-Saines, Celentano, Essex, & Fleming 2011). Tämä tutkimus tukee WHO:n uusia määräyksiä.

Liian myöhäinen cART aloitus vaikuttaa ratkaisevasti hoidon tuloksiin ja lisää taudin hoidon vaikeusastetta ja sitä kautta sairauden aiheuttamia kuluja kuten sairaalajaksojen määrää. (WHO 2013.) ARV-lääkitys on sen aloittamisen jälkeen elinikäinen. Lääkityksen avulla elimistön CD4-solujen määrä kasvaa ja viruksen määrä elimistössä laskee. Tavoitteena on saada lääkityksellä virusmäärä pienennettyä niin pieneksi, että HIV-positiivisen henkilön tartuttavuus on lähes olematon. Äidiltä lapseen tartunnan (MTCT) riski on mahdollista saada lääkityksen avulla pienennettyä n.1 %:iin (ilman lääkitystä 20-30 %). (Benn, Sethi & Williams 2012, 87, 97–100.) ARV-lääkkeiden ottamisessa säännöllisyys on tärkeää, sillä lyhytaikaisestakin epäsäännöllisyydestä voi aiheutua viruksen muuttuminen lääkkeille resistentiksi. Tämä resistenssi on pysyvää, ja ainoa vaihtoehto sen korjaamiseen on kokeilla uutta lääkettä/lääkekombinaatiota. (Sutinen 2014.)

3.1.3 HIV Keniassa

Vuonna 2015 Keniassa oli noin 1,5 miljoonaa HIV-positiivista, joka tarkoittaa 5,9 % koko väestöstä. Samana vuonna maassa todettiin 78 000 uutta infektiota ja 36 000 ihmistä kuoli AIDS:iin. Vain 59 % HIV-positiivisista Keniassa sai ARV-lääkitystä. (UNAIDS 2015.) HIV:n esiintyvyys Keniassa vaihtelee suuresti eri piirikuntien välillä. Homa Bayn piirikunnassa Länsi-Keniassa HIV-tartuntojen esiintyvyys on suurin (27,1 % väestöstä). Kisumun piirikunta niin ikään myös Länsi-Keniassa on sijalla kaksi HIV-tartuntojen suhteen (18,7 % väestöstä). Alin esiintyvyys HIV-infektiolla on Wijirin piirikunnassa Koillis-Keniassa (0,2 % väestöstä). (UNAIDS 2014a.)

Vuoden 2013 tilaston mukaan 57 % HIV-positiivisista Keniassa oli naisia ja 43 % miehiä. 15–24-vuotiailla nuorilla naisilla on suurempi riski sairastua HI-virukseen kuin saman ikäisillä miehillä. Vuoden 2013 tilaston mukaan 3 % 15–24-vuotiaista naisista oli HIV-positiivisia, kun taas saman ikäisten HIV-positiivisten miesten määrä oli vain 1,1 %. Kuten monissa muissakin Saharan eteläpuoleisissa Afrikan maissa, naiset ja tytöt Keniassa ovat epätasa-arvoisessa asemassa koulutuksen, työllisyyden ja terveydenhuollon suhteen. Sen seurauksena miehet usein dominoivat seksuaalisia suhteita eikä naisilla ole niissä usein valtaa päättää turvaseksin käytöstä, vaikka he tietäisivätkin riskit. Nuoret naiset Keniassa joutuvat kolme kertaa miehiä todennäköisemmin seksuaalisen väkivallan uhreiksi. Myös pakkoavioliitot nuorilla ovat tavanomaisia. (UNAIDS 2014a.)

3.1.4 Miesten ympärileikkaus HIV-tartuntojen ennaltaehkäisyssä

Miesten ympärileikkauksen on todettu vähentävän heteroseksuaali seksissä HIV-infektion tarttumista ensimmäisen kerran jo vuonna 1986. Asiaa on tutkittu vuoden 1986 jälkeen erilaisissa havainnointitutkimuksissa ja satunnaisissa kontrolloiduissa kokeissa ja niissä saatujen tulosten mukaan miesten ympärileikkaus vähentää HIV-infektion tarttumista jopa 60 %. Näiden tulosten pohjalta WHO ja UNAIDS ratifioivat miesten ympärileikkauksen lisäkeinona HIV-tartuntojen ennaltaehkäisyssä. Kenia on yksi maailman johtava maa vapaaehtoisen lääketieteellisen miesten ympärileikkauksen (VMMC) ohjelman toteuttamisessa

WHO:n ja UNAIDS:n suositusten pohjalta. (Westercamp, Agot, Ndinya-Achola & Bailey 2011.)

Ohjelma alkoi Keniassa vuonna 2008. Vuosien 2008 ja 2013 välillä VMMC oli suoritettu Keniassa 670 000 miehelle (vuoden 2014 arvio n.900 000), joista noin 50% tehtiin 15–19-vuotiaille nuorille miehille. 80 % näistä VMMC suoritettiin Nyanzan alueella, johon Kisumukin kuuluu. Ympärileikkausohjelmien keskittyminen erityisesti Nyanzan alueelle johtuu siitä, että Nyanzan alueella asuva Luo-heimo ei perinteisesti ympärileikkaa poikalapsia, joka on poikkeuksellista maan muiden heimojen tapoihin verrattuna. Arvion mukaan 91 % 15–49-vuotiaista miehistä Keniassa on ympärileikattu. (UNAIDS 2014a; Suhonen & Wafula 2014.)

3.1.5 Lasten ja nuorten HIV-tartunnat

Joka päivä yli 2000 lasta ja nuorta maailmalla sairastuu HI-virukseen, alle 15-vuotiaita heistä on noin 400. Kaikista uusista HIV-tartunnoista lasten ja nuorten (0–24-vuotiaiden) osuus vuonna 2015 oli 40 %, josta 15–24-vuotiaiden nuorten osuus oli 32 %. HIV-positiivisia lapsia (0–14-vuotiaita) oli vuonna 2015 1,8 miljoonaa ja HIV-positiivisia nuoria (15–24-vuotiaita) vuonna 2015 oli 3,9 miljoonaa. (UNAIDS 2015.) Tutkimuksen mukaan vain 10 % nuorista miehistä ja 15 % nuorista naisista Saharan eteläpuolisessa Afrikassa on tietoisia omasta HIV-statuksestaan (WHO 2013).

Aikainen diagnosointi on lasten ja nuorten keskuudessa tärkeää. Erityisen tärkeää aikainen diagnosointi on pienten lasten keskuudessa. Jopa puolet HIV-infektoituneista vauvoista ja pienistä lapsista kuolevat ilman lääkitystä johonkin liitännäistautiin ennen kahden vuoden ikää. (Thurman ym. 2016.) Lasten HIV-tartunnoista suurin osa on vertikaalisia HIV-positiiviselta äidiltä lapseen tartuntoja (MTCT). MTCT määrä on vähentynyt huomattavasti ARV-lääkityksen lisääntymisen myötä. ARV-lääkityksellä HIV-positiivisen äidin kehossa olevan viruksen määrä saadaan pienennettyä jonka seurauksena viruksen tartuttavuus vähenee. Horisontaaliset lasten HIV-tartunnat ovat harvinaisempia ja ne ovat useimmiten peräisin seksuaalisesta kanssakäymisestä esimerkiksi raiskausten, seksuaalisen pahoinpitelyn ja hyväksikäytön yhteydessä. (WHO 2013.)

Nuorten lisääntynyt seksuaalikäyttäytyminen ja erityisesti nuoriin tyttöihin kohdistunut seksuaalinen väkivalta ja raiskaukset osaltaan vaikuttavat HIV-tartuntojen lisääntymiseen nuorten keskuudessa. Erityisesti nuoret naiset ovat hyvin alttiita HIV-infektioille. Tutkimuksen mukaan useat 12–19-vuotiaat naiset Saharan eteläpuolisessa Afrikassa ovat raportoineet ensimmäisen seksuaalisen kokemuksensa olleen pakotettu (38 % Malawilla, 30 % Ghanassa ja 23 % Ugandassa). Seksiin pakottamiseen liittyy tutkimusten mukaan fyysistä väkivaltaa, rahan tai tarvikkeiden tarjoamista seksiä vastaan (erityisesti köyhissä maissa), uhkailua ja/tai henkistä väkivaltaa. (WHO 2013.) Tilastollisesti 60 % kaikkien nuorten uusista HIV-infektioista vuonna 2015 todettiin nuorilla naisilla. (UNAIDS 2015.)

3.1.6 HIV/AIDS-stigma

Englanninkielen sanakirja määrittelee stigman vahvaksi paheksunnan tunteeksi, jonka suuri osa ihmisistä yhteiskunnassa kokee jotain asiaa kohtaan, erityisesti silloin kun se on epäoikeudenmukaista (Cambridge Dictionary). HIV/AIDS-tartuntoihin liittyvä stigma korostuu muiden ihmisten tavassa kohdata ja kohdella HIV-positiivisia ihmisiä. Stigma on sosiaalinen prosessi, koettu tai odotettu, johon kuuluu ulkopuolelle jättämistä, syrjintää tai syytöstä. HIV/AIDS-stigmaan kuuluu myös sosiaalista hylkäämistä ja jopa väkivaltaa. Stigman pelko vaikeuttaa HIV-epidemian hallintaa vähentämällä ihmisten halukkuutta hakeutua HIV-testauksiin ja hoitoihin. Ulkoisen stigman lisäksi stigma voi myös esiintyä myös sisäisesti jolloin tartunnan saanut henkilö itse kokee olevansa moraaliton tai epäpuhdas. HIV-stigma vaikuttaa ratkaisevasti hoitojen onnistumiseen ja niihin sitoutumiseen sekä HIV-positiivisten mielenterveyteen. (Feyissa, Lockwood, & Munn 2015; Harper, Lemos & Hosek 2014; Kerr, Valois, DiClemente, Carey, Romer, Farber, Brown, Vanable, Salazar, Juzang & Fortune 2015.)

Stigma vaikuttaa HIV-positiivisiin nuoriin monin tavoin. Koettu stigma tai sen pelko voi vaikuttaa nuoren henkilön itsensä hyväksymiseen ja aiheuttaa siten itsetunnon alenemista ja sosiaalista eristäytymistä. (Harper ym. 2014.) Nuorten keskuudessa stigman ja syrjinnän pelko on erityisen voimakasta. Stigman kokemus

tai sen pelko määrittelee tutkimusten mukaan sen, kenelle nuori tartunnastaan kertoo, miten nuori sairauttaan hoitaa ja millaiset sosiaaliset suhteet nuorelle muodostuvat. ARV-hoidon epäonnistuminen ja lääkeresistenssin muodostuminen ovat nuorilla HIV-positiivisilla todennäköisempää kuin HIV-positiivisilla aikuisilla tai lapsilla. Nuorten HIV-positiivisten lääkehoidon epäonnistumisen syynä pidetään nuorten huonoa sitoutumista hoitoon. Nuorilla lääkehoitoon sitoutumista vähentää stigman pelko ja tarve salata HIV-positiivisuus muilta sekä ikätovereiden vaikutus nuoren käyttäytymiseen. Edellä mainitut käytökseen liittyvät esteet lääkehoidon onnistumisessa on mahdollista poistaa käyttäytymistä ja asenteita muuttamalla. Käytökseen ja asenteisiin vaikuttaville interventioille nähdäänkin olevan suuri tarve tulevaisuudessa erityisesti nuorten keskuudessa. (Abubakar ym. 2016.)

HIV-infektioon liittyvä stigma ei ainoastaan koske virukseen sairastuneita vaan sitä esiintyy myös niiden lasten ja nuorten kohdalla jotka ovat menettäneet vanhempansa taudille. AIDS-orvot kokevat usein stigmaa ja syrjintää ympärillään olevilta ihmisiltä ja tämän pelossa eivät uskalla kertoa syytä vanhempiansa kuolemaan. (Thupayagale-Tshweneagae & Benedict 2011.) HIV-infektioon liittyvän stigman esiintymiseen vaikuttaa suurelta osin ihmisten huonot tiedot HIV-infektion tartuntatavoista aiheuttaen ihmisten keskuudessa kohtuuttoman tartunnan pelon. Koulutusinterventiot jotka nimenomaan korostavat oikeaa informaatiota tartuntatavoista ja ennaltaehkäisystä voivat suurelta osin vaikuttaa HIV-positiivisten kokeman stigman vähenemiseen. (Kerr ym. 2015.)

3.2 Koulutusinterventio HIV-tartuntojen ennaltaehkäisyssä

Tutkimusten mukaan HIV-infektion riski vähenee mitä enemmän erilaisia interventioita yksilö kohtaa elämänsä aikana. Interventioita tulisi suorittaa yksilö, ryhmä, koulu ja yhteisö tasolla käyttäen erityyppisiä interventio metodeja. Interventioiden moniulotteisuus on erityisen tärkeää ennaltaehkäisevässä työssä. Moniulotteisuudella tarkoitetaan tässä eri tilanteissa ja eri metodein tapahtuvia terveyskasvatus ja koulutus tilaisuuksia yksilön elämän aikana. Uusista HIV-infektioista nuorten osuus on lähes puolet ja sen vuoksi erityisesti nuoriin keskittyvä ennaltaehkäisy tulisi ottaa huomioon yhä enemmän tulevaisuudessa. (Stanton, Bo,

Deveaux, Lunn, Rolle, Xiaoming, Braithwaite, Dinaj-Koci, Marshall & Gomez 2015.)

Etelä-Afrikassa tehdyssä 4000 nuoren tutkimuksessa todettiin HIV-testauksen ja neuvonnan vähentävän uusien HIV-tartuntojen määrää 41 %:lla neljän vuoden aikana. HIV-testauksen ja neuvonnan lisäämisellä voidaan siis suoraan vaikuttaa nuorten tartuntojen ennaltaehkäisyyn. (AVERT.) Koulujen asema seksuaaliterveyskasvatuksessa ja erityisesti HIV-infektioiden ennaltaehkäisyssä on äärimmäisen tärkeä. Seksuaaliterveyskasvatus kouluissa, erityisesti peruskouluissa, luo pohjan lasten ja nuorten seksuaalikäyttäytymiselle, asenteille ja tiedoille ennen kuin heistä tulee seksuaalisesti aktiivisia. Yhä useampi Saharan eteläpuolisen Afrikan valtioista tarjoaa ilmaisen peruskoulutuksen lapsille joka teoriassa tarkoittaa sitä, että kaikilla lapsilla olisi mahdollisuus koulutukseen. Tätä kautta seksuaaliterveyskasvatus joka pidetään kouluissa, saataisiin kattavasti kaikkien lasten ulottuville. (Maticka-Tyndale ym. 2013.)

Keniassa otettiin vuonna 2002 käyttöön *Primary School Action For Better Health* (PSABH) interventiomalli jonka tarkoituksena on vaikuttaa oppilaiden tietoihin, asenteisiin ja käyttäytymiseen seksivälitteisen HIV-tartuntojen ennaltaehkäisyyn liittyen. Malli otettiin ensimmäiseksi käyttöön Nyanzan alueella alueen suuren HIV-esiintyvyyden vuoksi. Interventiot toteutettiin osana koulun opetusohjelmaa ja sitä käyttävät opettajat koulutettiin PSABH mallin käyttöön. Mallin toimivuutta tutkittiin sen käyttöönoton jälkeen vuosien 2002–2003 aikana. Tutkimukseen osallistui 40 koulua, joissa PSABH malli oli ollut käytössä ja vertailukohtana oli samalta alueelta 40 koulua jossa malli ei ollut käytössä. Tutkimukseen osallistuneet oppilaat olivat 11–16-vuotiaita. Tutkimuksessa saatiin hyvin positiivisia tuloksia, jonka seurauksena PSABH malli otettiin laajemmin käyttöön Keniassa. (Maticka-Tyndale ym. 2013.)

Vuonna 2012 PSABH mallia tutkittiin uudelleen suuremmissa mittakaavassa. Vuoden 2012 tutkimukseen osallistui 26461 oppilasta 110:stä alakoulusta ympäri maan. Aiemmasta tutkimuksesta poiketen vuoden 2012 tutkimus tutki PSABH interventioiden vaikutusta ennen mallin käyttöönottoa sekä 10 kuukautta ja 20

kuukautta PSABH interventioiden aloituksen jälkeen. Tutkimuksen tuloksista voitiin todeta, että kouluissa tarjottu HIV-valistus lisäsi oppilaiden HIV-tietoutta, vaikutti positiivisesti oppilaiden asenteisiin HIV-positiivisia kohtaan, lisäsi HIV-positiivisten hyväksyntää, vaikutti oppilaiden käyttäytymiseen vähentämällä seksuaalista aktiivisuutta ja/tai lykkäämällä ensimmäisen seksuaalisen kokemuksen ajankohtaa myöhemmäksi, sekä kannusti osallistumaan HIV-testaukseen. (Maticka-Tyndale ym. 2013.)

3.3 Orongon Lesket ja Orvot järjestö

Noin 5000 asukkaan Orongon kylä sijaitsee piirikunnan pääkaupungin Kisumun laitamilla, vajaan kymmenen kilometrin päässä keskustasta. Kylän asukkaat ovat köyhiä ja moni heistä elää alle köyhyysrajan. Kylässä toimii paikallisen rouvan, Mama Florencen, perustama Orongon Lesket ja Orvot järjestö. Orongon Lesket ja Orvot järjestö auttaa toiminnallaan kylän leskiä ja orpoja selvitytymään köyhyyden mukana tuomista haasteista.

Orongon kylässä on järjestön arvion mukaan 100–150 AIDS-orpoa joista valtaosa on menettänyt molemmat vanhempansa taudille. Keniassa AIDS-orpojen määrä on arviolta 660 000 ja koko maailmassa AIDS-orpojen määrä on arvioitu olevan yli 13 miljoonaa (UNAIDS 2014, 2015). Tutkimuksen aihe ja tutkimuksen toteutus suunniteltiin yhdessä Orongon Lesket ja Orvot järjestön kanssa. Järjestön avulla solmittiin yhteistyö Orongon yläkoulun (Orongo Secondary School) kanssa jossa tutkimus suoritettiin Tammikuussa 2017.

4 TUTKIMUKSEN METODIT

Tässä kappaleessa esitellään aineiston keruu menetelmä, kyselylomake, aineiston analysointi, tulosten raportointi sekä tutkimuseettiset kysymykset. Tutkimukseen osallistuvat oppilaat valittiin satunnaisesti yläkoulun 3. ja 4. -luokkien oppilaista. Tutkimukseen osallistui 30 oppilasta: 16 poikaa ja 14 tyttöä. Oppilaiden valinnan suoritti koulun rehtori. Osallistuminen oli vapaaehtoista ja tutkimukseen osallistuvat oppilaat joka selvitettiin saatekirjeessä jonka oppilaille luettavaksi ja allekirjoitettavaksi ennen tutkimusta (Liite 1.)

4.1 Aineiston keruu

Aineisto kerättiin Orongon yläkoulun oppilaille järjestetyssä HIV-aiheisessa koulutusinterventiossa, jonka tutkija piti yhdessä Orongon Lesket ja Orvot järjestön kanssa. Koulutusinterventioon osallistui 96 oppilasta joista 30 oli valittu osallistumaan tutkimukseen. Koulutusintervention sisälsi HIV / AIDS-aiheisen opetusvideon, ryhmätehtävän sekä kysymykset osion jossa oppilailla oli mahdollisuus esittää anonyymisti HIV / AIDS-aiheisiä kysymyksiä.

Tutkimukseen osallistuvat oppilaat täyttivät HIV-aiheisen kyselylomakkeen koulutusintervention alussa (Liite 2). Kyselylomakkeella testattiin oppilaiden tietoja HIV-infektiosta sekä heidän asenteitaan HIV-positiivisia kohtaan. Ensimmäisen kyselylomakkeen jälkeen pidettiin lyhyt koulutusinterventio. Koulutusintervention jälkeen tutkimukseen osallistuvat oppilaat täyttävät saman kyselylomakkeen uudelleen. Kyselyt täytettiin luokassa ja ne kerättiin kirjekuoriin, jotka merkittiin numeroin 1 ja 2. Kuori 1 sisälsi ennen koulutusinterventiota täytetyt kyselyt ja kuori 2 sisälsi intervention jälkeen täytetyt kyselyt. Kyselyjen tunnistamisen varmistamiseksi myös kyselylomakkeet merkittiin numeroin 1 ja 2.

4.2 Kyselylomake

Oppilaiden tietoja HIV-infektiosta ja sen leviämistavoista testattiin 18 kohdan kyselylomakkeella (HIV-KQ-18) jonka on suunnitellut Michael Carey ja Kerstin Shroder vuonna 2002. Kyselylomake on lyhennetty versio alkuperäisestä 45

kysymyksen HIV-kyselylomakkeesta vuodelta 1997. HIV-KQ-18 kyselyssä on 18 HIV-aiheista väittämää joihin tutkittava vastaa kyllä, ei tai en tiedä. Kyselylomake on testattu ja todettu toimivaksi mittariksi henkilön HIV-tietoisuuden testaamisessa ja on suunniteltu käytettäväksi tieteellisissä tutkimuksissa ja terveydenhuollossa. Testissä keskitytään erityisesti henkilön tietoihin HIV-infektion tartuntatavoista ja ennaltaehkäisystä. Testi on suunniteltu siten että se soveltuu käytettäväksi erityisesti kehitysmaissa. (Carey ym. 2002.)

Tässä tutkimuksessa tutkija käytti HIV-KQ-18 lomaketta, joka muokattiin tähän tutkimukseen soveltuvaksi. Osa kysymyksistä lyhyemmästä HIV-KQ-18 lomakkeesta korvattiin kysymyksillä alkuperäisestä pidemmästä 45 kysymyksen tutkimuksesta. Tutkija myös muutti joidenkin kysymysten sanamuotoa nykyaikaisemmaksi ja paremmin tutkimuksen kohderyhmälle soveltuvaksi. Tutkija on pyytänyt ja saanut kirjallisen luvan kyselylomakkeen käyttämisestä tässä tutkimuksessa. Lupa on pyydetty ja saatu myös kysymysten muokkaamiseen tähän tutkimukseen sopivaksi. Lupa on saatu sähköpostitse Michael Careyltä 9.12.2016 (Liite 3).

Nuorten asenteita HIV-positiivisia ihmisiä kohtaan tutkittiin kuudella HIV/AIDS-aiheisella väittämällä, jotka kuvastivat tutkittavien asenteita HIV-positiivisia kohtaan. Kysely toteutettiin 5:n kohdan Likert asteikolla, jossa vastausvaihtoehdot olivat: täysin eri mieltä, jokseenkin eri mieltä, ei eri mieltä eikä samaa mieltä, jokseenkin samaa mieltä ja täysin samaa mieltä. Neutraalia vastausta asteikolla kuvaa ei samaa eikä eri mieltä vastausvaihtoehto. Taustakysymyksiä tutkittavilta kysyttiin neljä (ikä, sukupuoli, onko harrastanut seksiä ja onko koskaan käynyt HIV-testissä). Yhteensä kyselyssä oli 28 kysymystä (4 taustakysymystä, 18 tietokysymystä ja 6 asennekysymystä). Aikaa kyselyn täyttämiseen meni noin 15 minuuttia.

4.3 Aineiston analysointi

Tutkimuksen jälkeen aineisto analysoitiin käyttämällä SPSS-analyysiohjelmaa (Statistical Package for Social Sciences) jonka käyttö hoitotieteellisessä tutkimuksessa on hyvin yleistä (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 128).

SPSS on tietojenkäsittelyn ohjelmisto kvantitatiivisen tutkimuksen analysointiin (Mamia 2005, 6). Aineisto analysoidaan vertaamalla kyselyiden tuloksia keskenään (oikeiden, väärin ja en tiedä vastausten lukumäärä) ennen interventiota ja sen jälkeen. Eri sukupuolten ja eri ikäryhmien vastuksia verrataan myös keskenään.

Englannin kielinen selvitys tutkimuksen tuloksista toimitetaan Orongon Lesket ja Orvot järjestölle Kevään 2017 aikana. Tutkimusta ja koulutusinterventiota varten tarvittavat resurssit sekä matkasta aiheutuvat kulut tutkija hankki ja maksoi itse. Osan koulutusinterventiossa käytettävistä materiaaleista (mm. esitteitä ja julisteita) tutkija sai lahjoituksena Suomen HIV-tukikeskukselta.

4.4 Tutkimuseettiset kysymykset

American Nurses Association (ANA) julkaisi vuonna 1995 eettiset ohjeet hoitotieteelliseen tutkimukseen. Näiden ohjeiden mukaan mm. tutkijan tulee estää tai minimoida negatiiviset vaikutukset jotka tutkimuksesta voi olla tutkittavalle ja edistää tutkimuksen positiivisia vaikutuksia erityisesti kaikkein haavoittuvimpien ryhmien kanssa. Tutkijan tulee varmistaa, että tutkimukseen osallistuvia informoidaan tutkimuksen vapaaehtoisuudesta ja tutkittavan oikeudesta kieltäytyä tutkimuksesta ja jättää se kesken missä tutkimuksen vaiheessa tahansa. Tutkijan tulee suojella tutkittavien anonymiteettiä parhaansa mukaan eikä tutkittavan antamia tietoja saa kyetä yhdistämään tutkittaviin missään tutkimuksen vaiheessa. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen. 2013, 217-218.)

Ennen tutkimusta tutkimukseen osallistuvat lukivat ja allekirjoittivat saatekirjeen, jossa selvitettiin tutkimuksen tarkoitus ja tavoitteet sekä tutkimuksen anonymiteetti. Saatekirjeestä tuli myös ilmi, että tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista ja tutkimuksesta voi vetäytyä missä vaiheessa tahansa. Tutkimukseen osallistuvilta vaadittiin yli 15-vuoden ikä, jotta he pystyivät antamaan kirjallisen suostumuksensa.

5 TUTKIMUKSEN TULOKSET

Tässä luvussa esitellään tutkimuksesta saadut tulokset koulutusintervention vaikutuksesta nuorten HIV/AIDS-tietoihin sekä heidän asenteisiinsa HIV-positiivisia kohtaan. Tyttöjen ja poikien tuloksia tarkastellaan sekä yhdessä että erikseen. Myös eri ikäluokkien eroja tarkastellaan. Tutkimukseen vastasi 30 nuorta. Tutkimukseen vastanneet olivat väliltä 16–21-vuotta ja ikäluokat jaetaan kolmeen eri luokkaan tarkastelussa: 16–17-vuotiaat, 18–19-vuotiaat ja 20–21-vuotiaat.

Vastaajista 53,3 % oli miehiä (n=16) ja 46,7 % oli naisia (n=14). Vastaajista 43,3 % (n=13) oli 16–17-vuotiaita, 40 % (n=12) 18–19-vuotiaita ja 16,7 % (n=5) 20–21-vuotiaita. Taustatiedoista selvisi, että vastaajista 56,7 % (n=17) oli harrastanut seksiä vähintään kerran elämässään ja 43,3 % (n=13) ei ollut koskaan harrastanut seksiä. Vastaajista 93,3 % (n=28) oli käynyt HIV-testissä ainakin kerran ja 6,7 % (n=2) ilmoitti että ei ole koskaan käynyt HIV-testissä.

5.1 Nuorten HIV-tietoutta mittaavat kysymykset

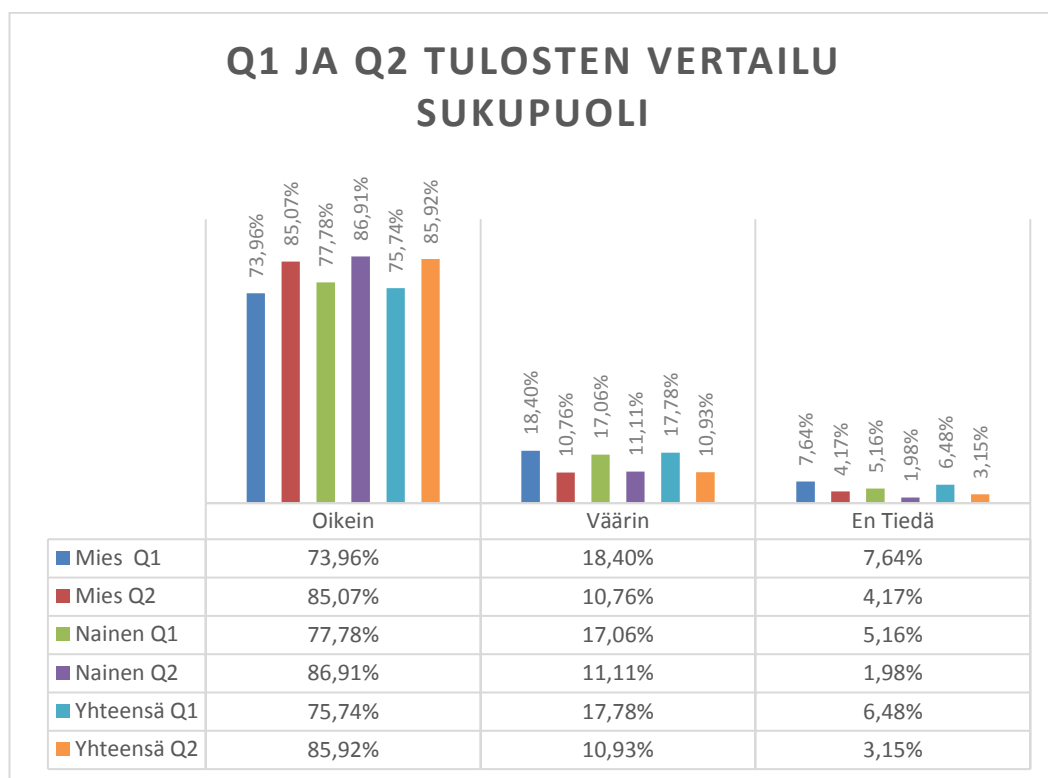
Kyselylomakkeen yksi (Q1) nuoret täyttivät ennen koulutusinterventiota. Q1:ssä oikeiden vastausten määrä oli 75,74 %. Vääriä vastauksia Q1:ssä tuli 17,78 %. En tiedä vastausten määrä Q1:ssä oli 6,48 %.

Kyselylomakkeen kaksi (Q2) nuoret täyttivät koulutusintervention jälkeen. Q2:ssa oikeita vastauksia nuorilta tuli 85,92 %. Vääriä vastauksia nuorilta tuli Q2:ssa 10,93 %. En tiedä vastausten määrä Q2:ssa oli 3,15 %.

5.1.1 Tietämyksen erot miesten ja naisten välillä

Ennen koulutusinterventiota täytetyssä kyselyssä (Q1) naisten oikeiden vastausten keskiarvo oli 77,78 %. Miehet vastasivat oikein keskimäärin 73,96 % kysymyksistä. Naisilla vääriä vastauksia oli Q1:ssä 17,06 % ja miehillä taas vastaavasti 18,4 %. Naisten en tiedä vastausten määrä oli kyselyssä yksi 5,16 % ja miesten vastaavasti 7,64 %.

Koulutusintervention jälkeen täytetyssä kyselyssä kaksi (Q2) naisten oikeiden vastausten määrä 86,91 % ja miehillä vastaavasti 85,07 %. Naisilla väärää vastauksia Q2:ssa oli 11,11 % kun taas miehillä väärää vastauksia oli 10,76 %. En tiedä vastausten määrä Q2:ssa naisilla oli 1,98 % ja miehillä vastaavasti en tiedä vastausten määrä oli 4,17 % (Kuvio 1).



Kuvio 1. Q1 ja Q2 tulosten vertailu sukupuolten välillä.

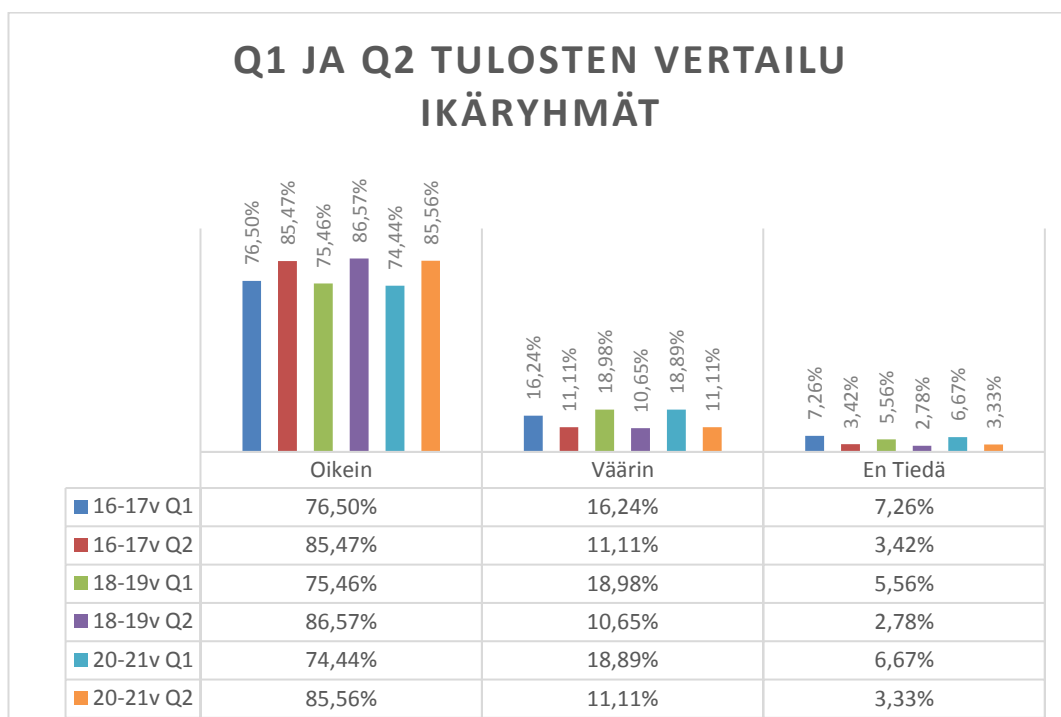
5.1.2 Tietämyksen erot eri ikäluokkien välillä

Vastauksien muutoksia kyselyiden välillä vertailtiin myös eri ikäluokkien kesken. Ikäluokat oli jaettu tarkastelussa seuraavasti: 16–17-vuotiaat, 18–19-vuotiaat ja 20–21-vuotiaat. Kyselyyn yksi (Q1) oikeita vastauksia tuli 16–17-vuotialta 76,50 %, 18–19-vuotialta 75,46 % ja 20–21-vuotialta 74,44 %. Q1 väärää vastauksia 16–17-vuotialta tuli 16,24 %, 18–19-vuotialta 18,98 % ja 20–21-vuotialta 18,89 %.

Q1 en tiedä vastauksen määrä 16–17-vuotiailla oli 7,26 %, 18–19-vuotiailla 5,56 % ja 20–21-vuotiailla 6,67 %.

Koulutusinterventio jälkeen täytettyyn Q2 oikeita vastauksia 16–17-vuotiailla oli 85,47 %, 18–19-vuotiailla 86,57 % ja 20–21-vuotiailla 85,56 %. Vääriä vastauksia 16–17-vuotiailla oli kyselyssä kaksi 11,11 %, 18–19-vuotiailla 10,65 % ja 20–21-vuotiailla 11,11 %. En tiedä vastauksia 16–17-vuotiailla oli kyselyssä kaksi 3,42 %, 18–19-vuotiailla 2,78 % ja 20–21-vuotiailla 3,33 %.

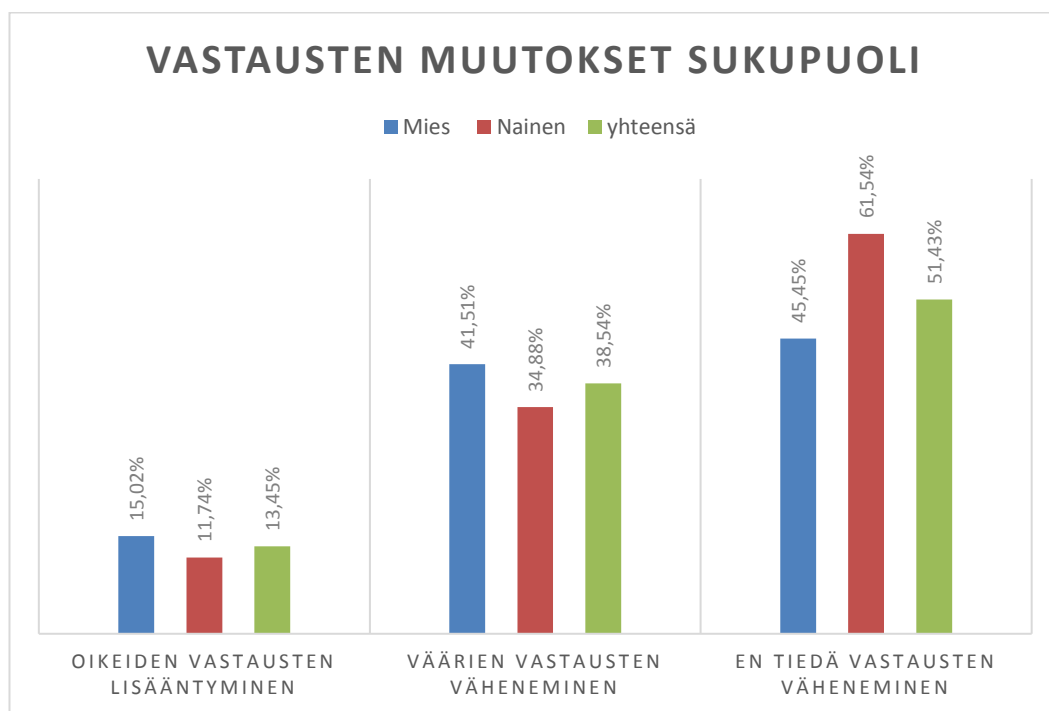
Q1:ssä eniten oikeita vastauksia oli ikäryhmässä 16–17-vuotiaat (76,50 %). Q2:ssa eniten oikeita vastauksia oli 18–19-vuotiailla (86,57 %). Eniten vääriä vastauksia Q1:ssä oli ikäryhmässä 18–19-vuotiaat (18,89 %). Q2:ssa eniten vääriä vastauksia oli ikäryhmillä 16–17-vuotiaat (11,11 %) ja 20–21-vuotiaat (11,11 %). Eniten en tiedä vastauksia Q1:ssä oli 16–17-vuotiailla (7,26 %). Myös Q2:ssa eniten en tiedä vastauksia oli 16–17-vuotiailla (3,42 %) (Kuvio 2).



Kuvio 2. Q1 ja Q2 vertailu ikäryhmittäin.

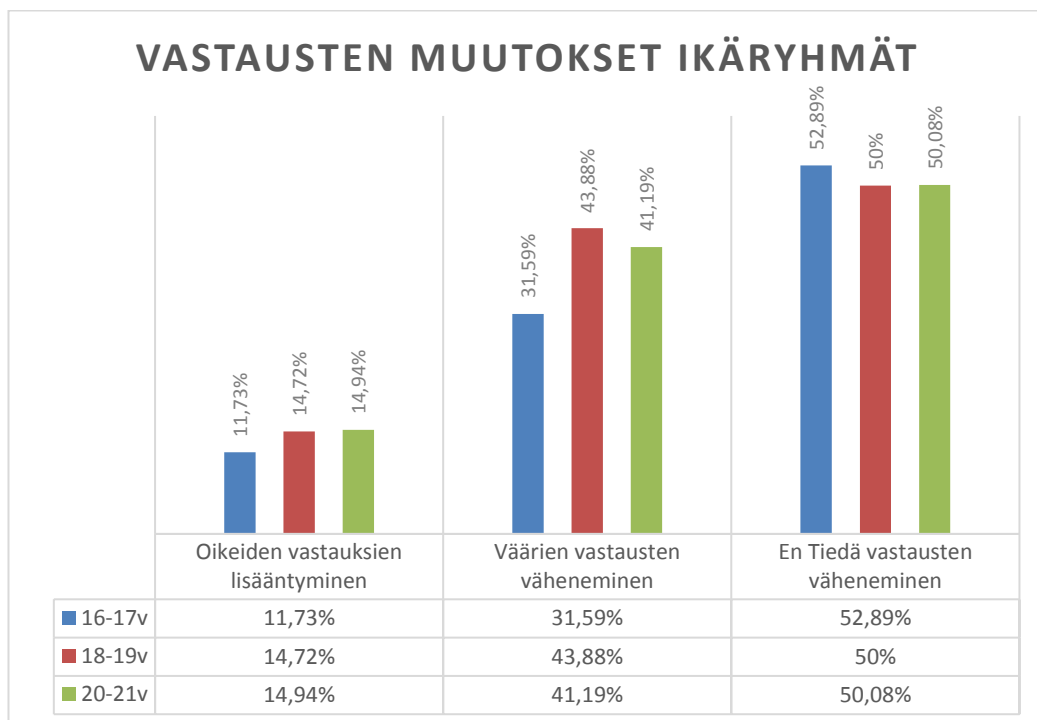
5.1.3 Koulutusintervention vaikutus nuorten HIV/AIDS-tietoihin

Oikeat vastaukset lisääntyivät kyselyn yksi ja kaksi välillä 13,45 %. Naisten oikeat vastaukset kasvoivat 11,74 % ja miesten oikeat vastaukset kasvoivat 15,02 %. Väärien vastausten määrä väheni 38,54 % kaikkien vastaajien keskiarvona. Naisten väärät vastaukset vähenivät 34,88 % ja miesten väärät vastaukset vähenivät 41,51 %. En tiedä vastausten määrä väheni koulutusintervention jälkeen 51,43 %. Naisilla en tiedä vastaukset vähenivät 61,54 % ja miehillä en tiedä vastaukset vähenivät 45,45 % (Kuvio 3).



Kuvio 3. Sukupuolten väliset erot koulutusintervention vaikutuksessa.

Vastausprosenttien muutoksia tarkasteltiin myös eri ikäryhmien välillä. Eniten oikeat vastaukset lisääntyivät 20–21-vuotiaiden ryhmässä (14,94 %). Väärät vastaukset puolestaan vähenivät eniten 18–19-vuotiaiden ryhmässä (43,88 %). En tiedä vastaukset vähenivät eniten 16–17-vuotiaiden ryhmässä (52,89 %) (Kuvio 4).

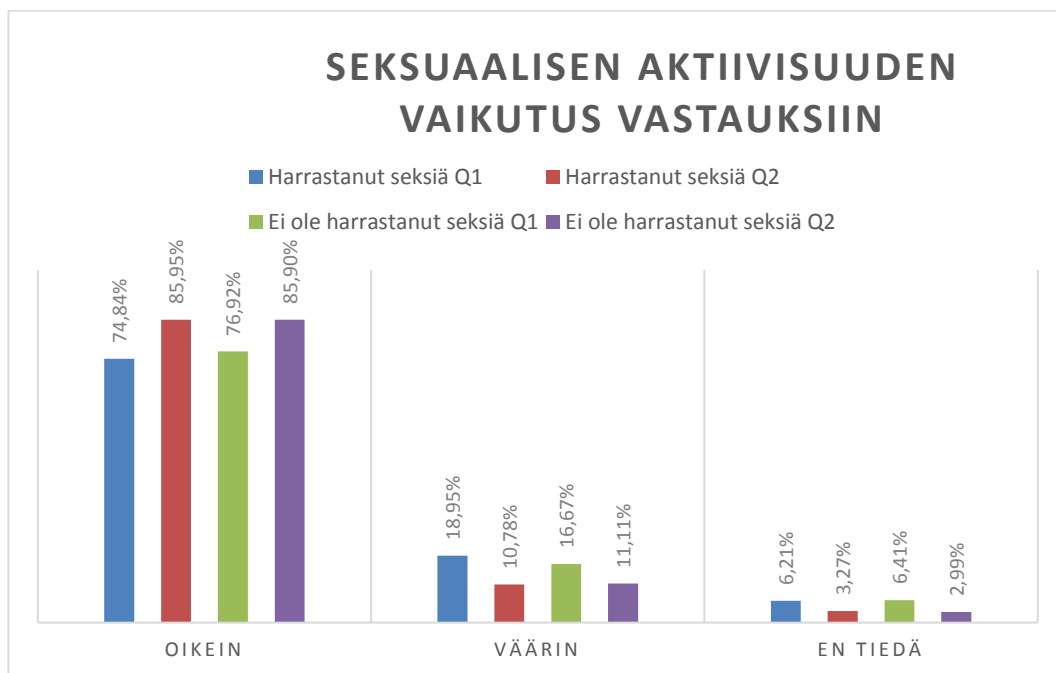


Kuvio 4. Vastausten muutokset ikäryhmittäin.

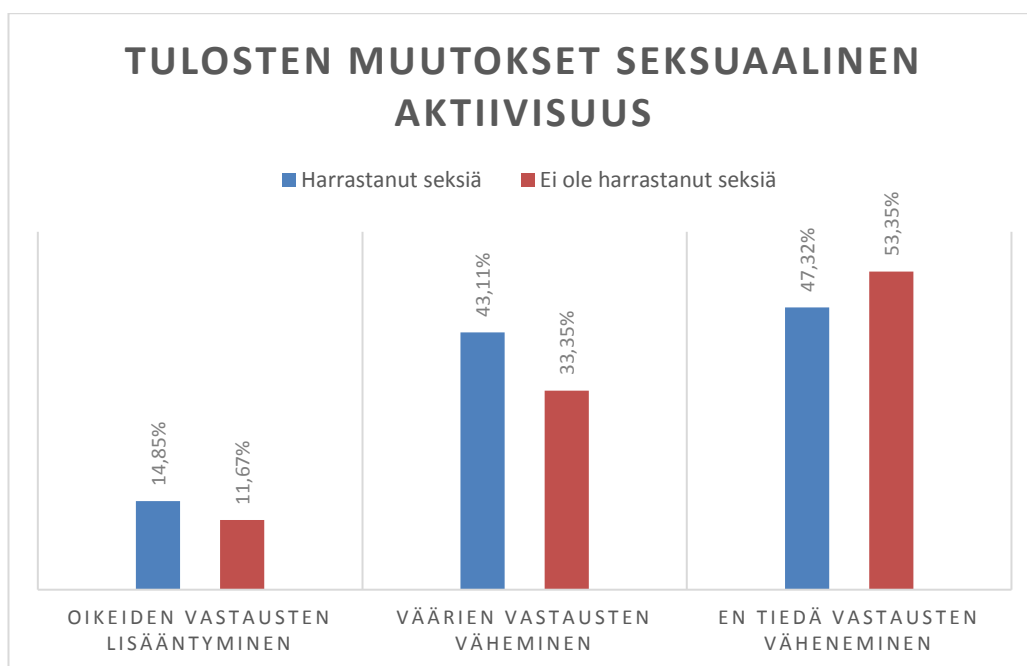
5.1.4 Seksuaalisen aktiivisuuden vaikutus tuloksiin

Ennen koulutusinterventiota 74,84 % vastauksista oli oikein vastaajilla, jotka olivat harrastaneet seksiä vähintään kerran elämässään. Vastaajat jotka ilmoittivat, että eivät ole harrastaneet seksiä vastasivat kyselyssä yksi oikein 76,92 % kysymyksistä. Koulutusintervention jälkeen seksiä harrastaneiden ryhmä sai oikeita vastauksia 85,95 % kysymyksistä ja ei seksiä harrastaneiden ryhmä 85,90 % kysymyksistä.

Väriä vastauksia kyselyssä yksi oli seksiä harrastaneiden ryhmässä 18,95 % ja ei seksiä harrastaneiden ryhmässä 16,67 %. Intervention jälkeen väriiden vastausten määrä seksiä harrastaneiden ryhmässä oli 10,78 % ja ei seksiä harrastaneiden ryhmässä 11,11 %. En tiedä vastausten määrä ennen koulutusinterventiota seksiä harrastaneiden ryhmässä oli 6,21 % ja ei seksiä harrastaneiden ryhmässä 6,41 %. Koulutusintervention jälkeen en tiedä vastausten määrä seksiä harrastaneiden ryhmässä oli 3,27 % ja ei seksiä harrastaneiden ryhmässä 2,99 % (Kuvio 5).



Kuvio 5. Seksuaalisen aktiivisuuden vaikutukset vastauksiin (Q1 ja Q2).



Kuvio 6. Seksuaalisen aktiivisuuden vaikutus koulutusintervention tuloksiin.

Koulutusintervention jälkeen oikeiden vastausten määrä lisääntyi seksiä harrastaneiden ryhmässä 14,85 % ja ei seksiä harrastaneiden ryhmässä 11,67 %. Väärien vastausten määrä väheni koulutusintervention jälkeen seksiä harrastaneiden ryhmässä 43,11 % ja ei seksiä harrastaneiden ryhmässä 33,35 %. En tiedä vastaukset vähenivät koulutusintervention jälkeen seksiä harrastaneiden ryhmässä 47,32 % ja ei seksiä harrastaneiden ryhmässä 53,35 % (Kuvio 6).

5.1.5 Tietämyksen erot eri kysymysten välillä

Koulutusintervention vaikutusta nuorten tietoihin tarkasteltiin myös eri kysymysten välillä. Eniten koulutusinterventiolla oli vaikutusta nuorten vastauksiin kysymyksissä kolme, kuusi, ykstitoista ja viisitoista.

- Kysymys 3: Suutelemalla HIV-positiivista HIV todennäköisesti tarttuu.
- Kysymys 6: HIV-infektio EI VOI siirtyä rintaruokinnassa äidiltä lapselle.
- Kysymys 11: Antiretroviraali-lääkitys, jota käytetään HIV:n hoidossa, pienentää positiivisen henkilön tartuttavuutta.
- Kysymys 15: Seksuaalisen pidättäytymisen lisäksi KONDOMI (naisten tai miesten) on paras keino suojautua HIV-tartunnalta.

Q1 kysymykseen kolme oikein vastasi 40 % vastaajista, väärin vastasi 53,3 % vastaajista ja en tiedä vastasi 6,7 % vastaajista. Koulutusintervention jälkeen suoritettussa Q2 tähän kysymykseen oikein vastasi 86,7 % vastaajista, väärin vastasi 10 % vastaajista ja 3,3 % vastaajista vastasi en tiedä. Oikeiden vastausten määrä lisääntyi kysymyksessä kolme intervention jälkeen 116,7 %, väärin vastausten määrä väheni 81,2 % ja en tiedä vastausten määrä väheni 50 %.

Kysymyksessä 3 tuli myös ilmi suurimmat sukupuolten väliset erot ja sen vuoksi niitä tarkastellaan tämän kysymyksen osalta vielä erikseen. Kysymykseen 3 oikean vastauksen ennen koulutusinterventiota tiesi naisista 14,3 % ja miehistä 62,5 %. Koulutusintervention jälkeen kysymykseen 3 vastasi oikein miehistä 87,5 % ja naisista 85,7 %. Naisten oikeiden vastausten määrä intervention jälkeen kasvoi 500 %, ja miesten oikeiden vastausten määrä kasvoi 40 %.

30,8 % 16–17-vuotiaista vastasi oikein kysymykseen 3 ennen koulutusinterventiota. Koulutusintervention jälkeen kysymykseen 3 oikein vastasi 84,6 % 16–17-vuotiaista. 18–19-vuotiaista kysymykseen 3 ennen koulutusinterventiota oikein vastasi 58,3 % ja koulutusintervention jälkeen 91,7 %. 20–21-vuotiaista 20 % vastasi kysymykseen 3 oikein ennen koulutusinterventiota ja intervention jälkeen heistä oikein vastasi 80 %. 20–21-vuotiaiden oikeiden vastausten määrä kasvoi 300 %.

Kysymykseen kuusi ennen koulutusinterventiota oikein vastasi 63,3 %, väärin vastasi 30 % ja en tiedä vastasi 6,7 %. Koulutusintervention jälkeen kysymykseen kuusi oikein vastasi 93,3 % vastaajista, väärin vastasi 6,7 % vastaajista ja en tiedä vastauksia ei tullut lainkaan. Oikeiden vastausten määrä kysymyksen kuusi kohdalla kasvoi koulutusintervention jälkeen 47,37 %, väärin vastausten määrä väheni 77,78 % ja en tiedä vastausten määrä väheni 100 %.

Kysymykseen 11 vastasi ennen koulutusinterventiota 13,3 % oikein, 76,7 % vastasi väärin ja 10 % vastasi en tiedä. Koulutusintervention jälkeen kysymykseen yksitoista vastasi oikein 30 % vastaajista, väärin vastasi 63,3 % ja en tiedä vastasi 6,7 % vastaajista. Oikeiden vastausten määrä kasvoi 125 %, väärin vastausten määrä väheni 17,39 % ja en tiedä vastausten määrä väheni 66,67 %. Oikeiden vastausten lisääntymisestä huolimatta kysymys 11 oli intervention jälkeenkin huonoimmin tiedetty kysymys.

Kysymykseen 15 oikein vastasi ennen koulutusinterventiota 66,7 % vastaajista, väärin vastasi 26,7 % vastaajista ja en tiedä vastasi 6,7 % vastaajista. Koulutusintervention jälkeen kysymykseen 15 oikein vastasi 93,3 % vastaajista, väärin vastasi 6,7 % vastaajista ja en tiedä vastauksia ei tullut lainkaan. Oikeiden vastausten määrä kasvoi koulutusintervention jälkeen 40 %, väärin vastausten määrä väheni 75 % ja en tiedä vastausten määrä väheni 100 %.

5.2 Asennekysymykset

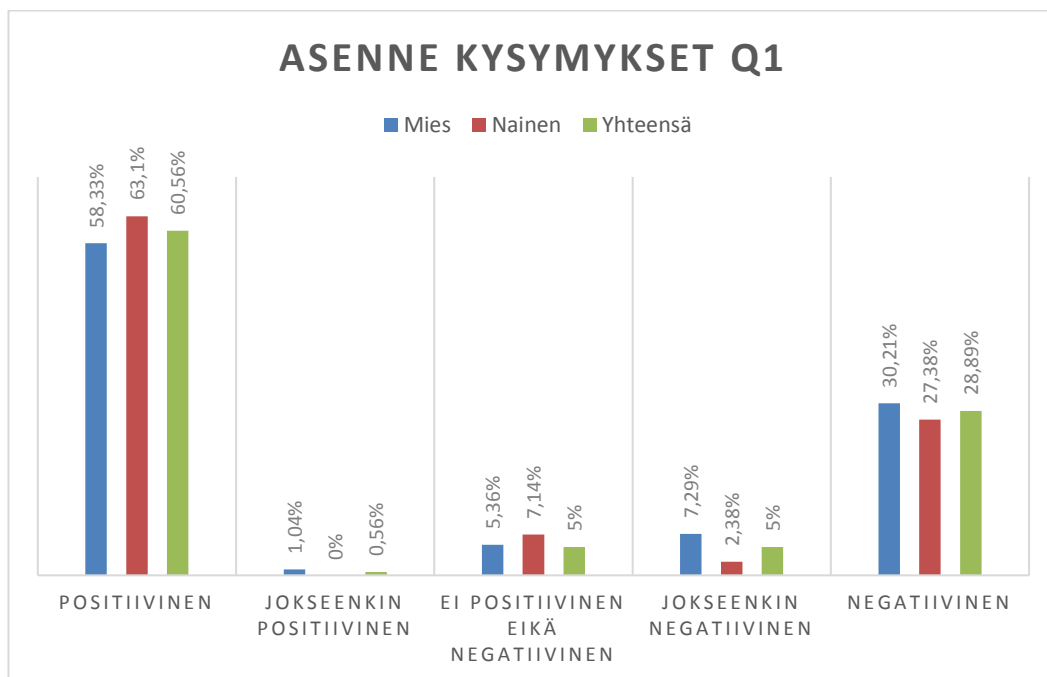
Kyselylomakkeen osio kolme mittasi nuorten asenteita HIV-positiivisia kohtaan. Osiossa oli kuusi väittämää. Vastausvaihtoehdot olivat täysin eri mieltä, jokseenkin eri mieltä, ei samaa eikä eri mieltä, jokseenkin samaa mieltä ja täysin samaa mieltä.

Jokainen väittämä arvioitiin ensin erikseen sen mukaan, kuvastiko väittämä positiivista vai negatiivista asennetta HIV-positiivisia kohtaan. Esimerkiksi väittämä yksi: *En voisi olla HIV-positiivisen ystävä.* Tässä väittämässä täysin samaa mieltä vastaus tulkittiin negatiiviseksi asenteeksi ja täysin eri mieltä tulkittiin positiiviseksi asenteeksi.

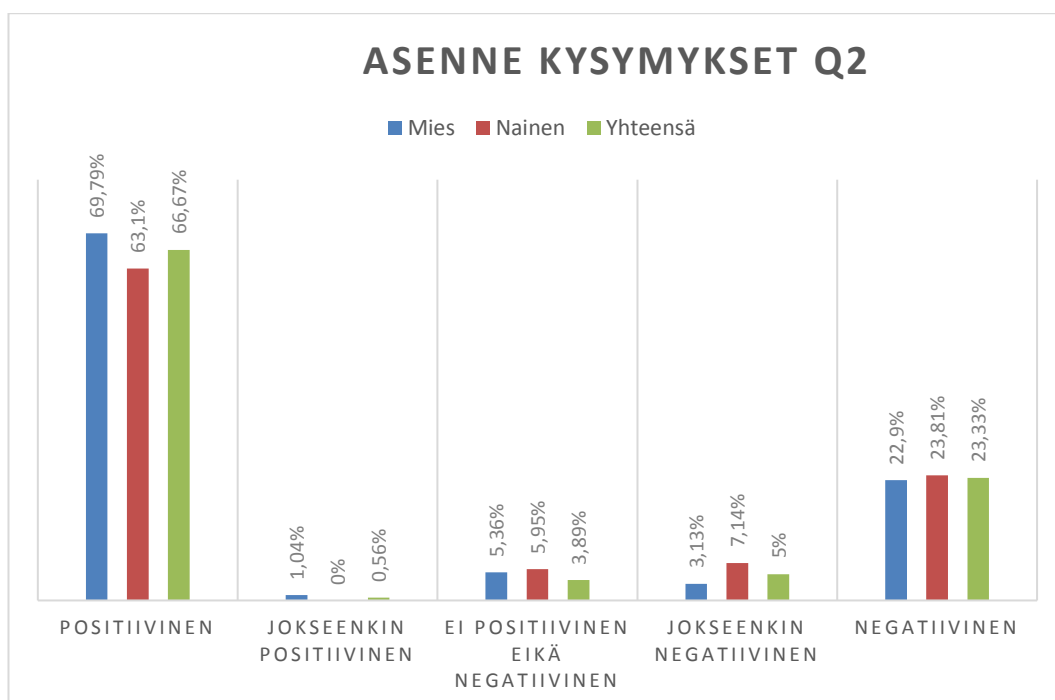
5.2.1 Asenteet ennen koulutusinterventiota ja sen jälkeen

Ennen koulutusinterventiota 60,56 % vastauksista kuvasti positiivista asennetta PLWHA kohtaan. Negatiivista asennetta kuvasti 28,89 % vastauksista ja 5 % jokseenkin negatiivista asennetta. 5 % vastauksista oli ei samaa eikä eri mieltä vastauksia ja 0,56 % vastauksista oli jokseenkin positiivisia. Naisilla oli kyselyssä yksi (Q1) miehiin verrattuna positiivisempi asenne PLWHA kohtaan. 63,1 % naisten vastauksista kuvastivat positiivista asennetta PLWHA kohtaan, kun vastaavasti miesten vastauksista 58,33 % kuvastivat positiivista asennetta. 30,21 % miesten vastauksista osoitti negatiivista asennetta PLWHA kohtaan, naisilla vastaavasti 27,38 %. Miehillä oli myös enemmän jokseenkin negatiivisen asenteen kuvaavia vastauksia (7,29 % miehet, 2,38 % naiset) (Kuvio 7).

Koulutusintervention jälkeen miesten vastauksista positiivista asennetta PLWHA kohtaan kuvasti 69,79 % miesten vastauksista joka on 19,65 % positiivisempi kuin ennen koulutusinterventiota. Naisten positiivista asennetta kuvasi intervention jälkeen 63,1 % vastauksista, joka oli sama kuin ennen interventiota. Miesten negatiivista asennetta PLWHA kohtaan kuvasi intervention jälkeen 22,9 % vastauksista joka on 24,20 % vähemmän kuin ennen interventiota. Naisten negatiivinen asenne väheni myös intervention jälkeen. Q2 naisten negatiivista asennetta kuvasti 23,81 % vastauksista joka on 13,4 % vähemmän kuin ennen interventiota (Kuvio 8).



Kuvio 7. Vastaajien asenne PLWHA kohtaan ennen koulutusinterventiota.

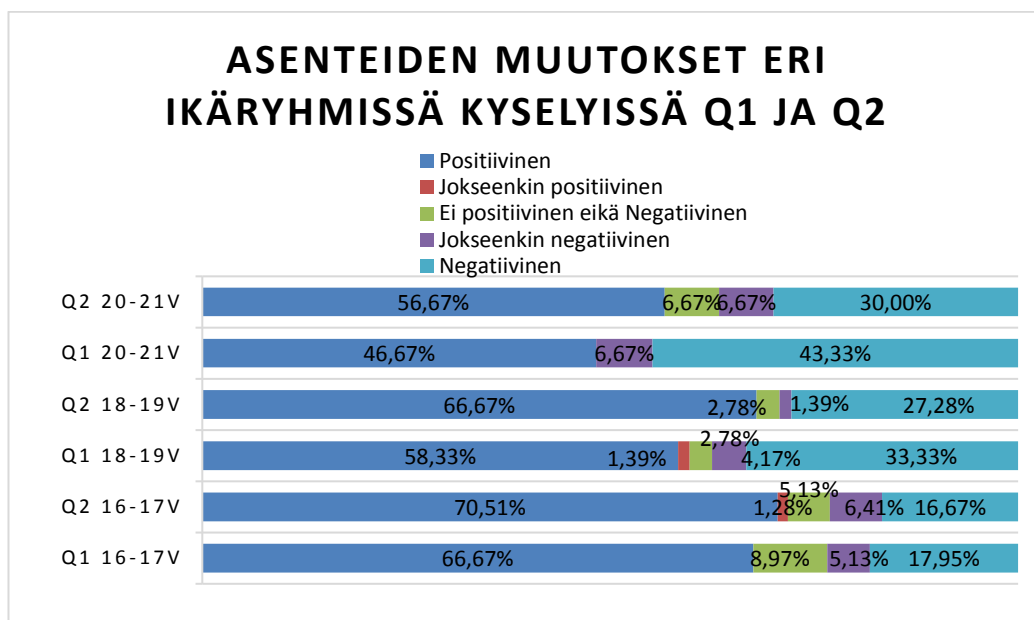


Kuvio 8. Vastaajien asenteet PLWHA kohtaan koulutusintervention jälkeen.

5.2.2 Asenteet ja niiden muutokset eri ikäluokissa

Ennen interventiota täytetyssä Q1 lomakkeessa 16–17-vuotiailla nuorilla oli kaikkein positiivisin asenne PLWHA kohtaan. 66,67 % 16-17-vuotiaiden vastauksista kuvasti positiivista asennetta, kun vastaavasti 18–19-vuotiaiden vastauksista 58,33 % ja 20–21-vuotiaiden vastauksista 46,67 % kuvasti positiivista asennetta PLWHA kohtaan. Negatiivisin asenne PLWHA kohtaan ennen interventiota oli 20-21-vuotiailla (43,33 % vastauksista negatiivisia).

Intervention jälkeen 16–17-vuotiaiden asenne oli edelleen positiivisin PLWHA kohtaan, vastauksista 70,51 % kuvasti positiivista asennetta. Negatiivisin asenne intervention jälkeen oli edelleen 20–21-vuotiailla (30 % vastauksista). Kuitenkin on huomioitava, että koulutusintervention jälkeen 20–21-vuotiaiden positiivista asennetta kuvaavat vastaukset lisääntyivät 21,43 %, 18-19-vuotiaiden 14,30 % ja 16–17-vuotiaiden 5,76 %. Negatiivinen asenne väheni 20–21-vuotiailla 30,76 %, 18–19-vuotiailla 17,85 % ja 16–17-vuotiailla 7,13 % (Kuvio 9).

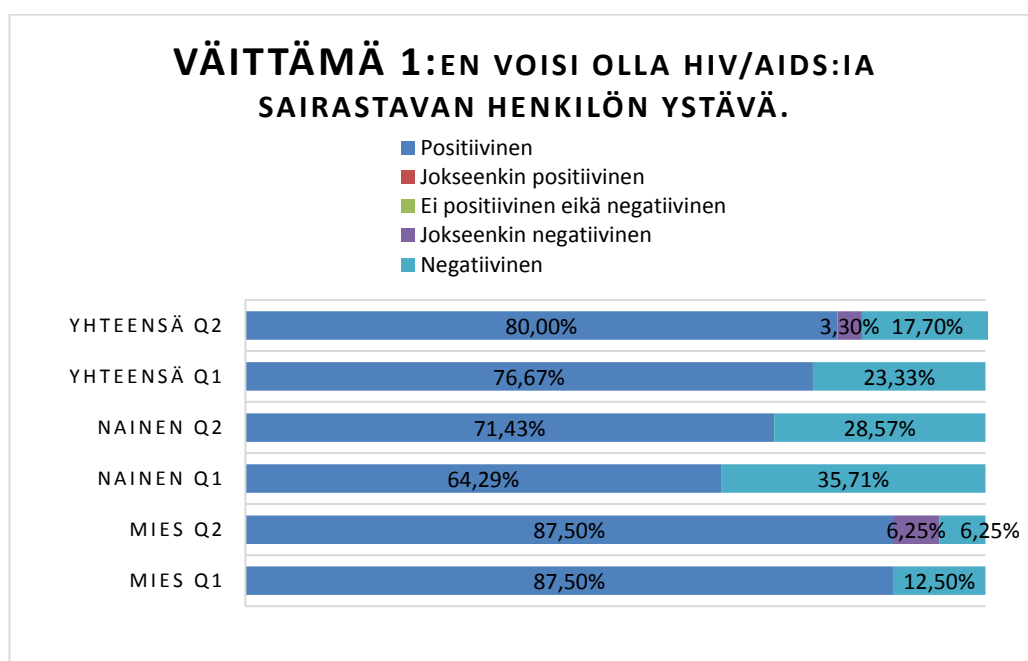


Kuvio 9. Asenteiden muutokset ikäryhmittäin.

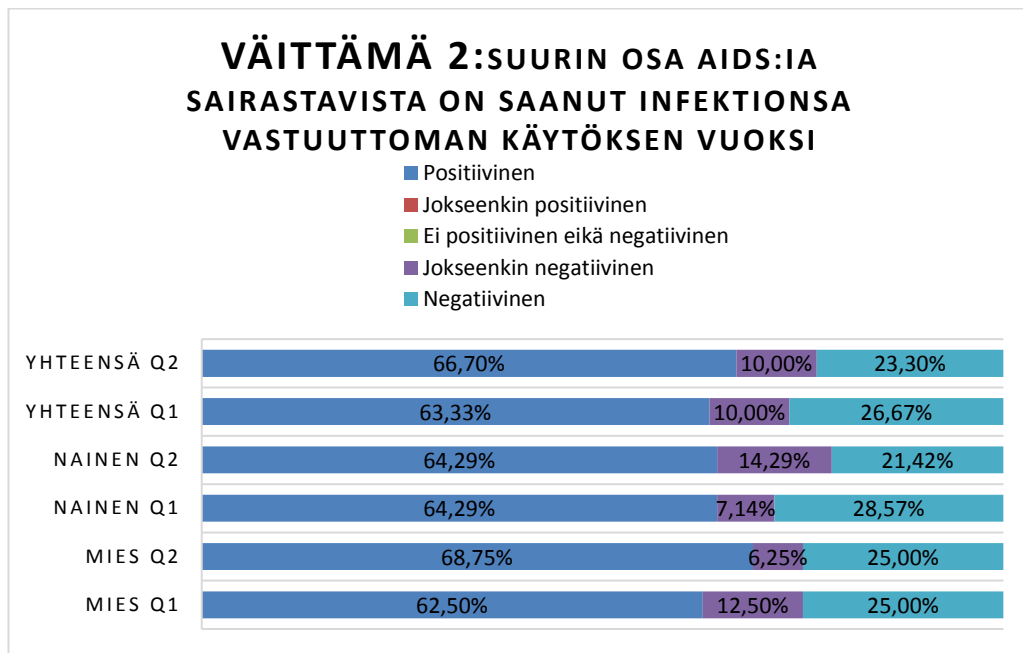
5.2.3 Asenteet ja niiden muutokset eri väittämien välillä

Positiivisinta asennetta tutkimukseen osallistuvat osoittivat väittämässä viisi ja kuusi, kun molempien sukupuolten vastauksia tarkasteltiin yhdessä, erikseen tarkasteltuna huomataan suuria eroja eri sukupuolten välillä eri väittämässä (Kuviot 10-15). Suurimmat muutokset asenteisiin huomattiin väittämässä kolme ja neljä. Väittämän kolme positiiviset vastaukset lisääntyivät 62,35 % ja negatiiviset vastaukset puolestaan vähenivät 10,47 %. Väittämän neljä positiiviset vastaukset lisääntyivät 62,35 % (miehillä 125 % ja naisilla 0 %). Negatiiviset vastaukset vähenivät väittämässä neljä 50 %.

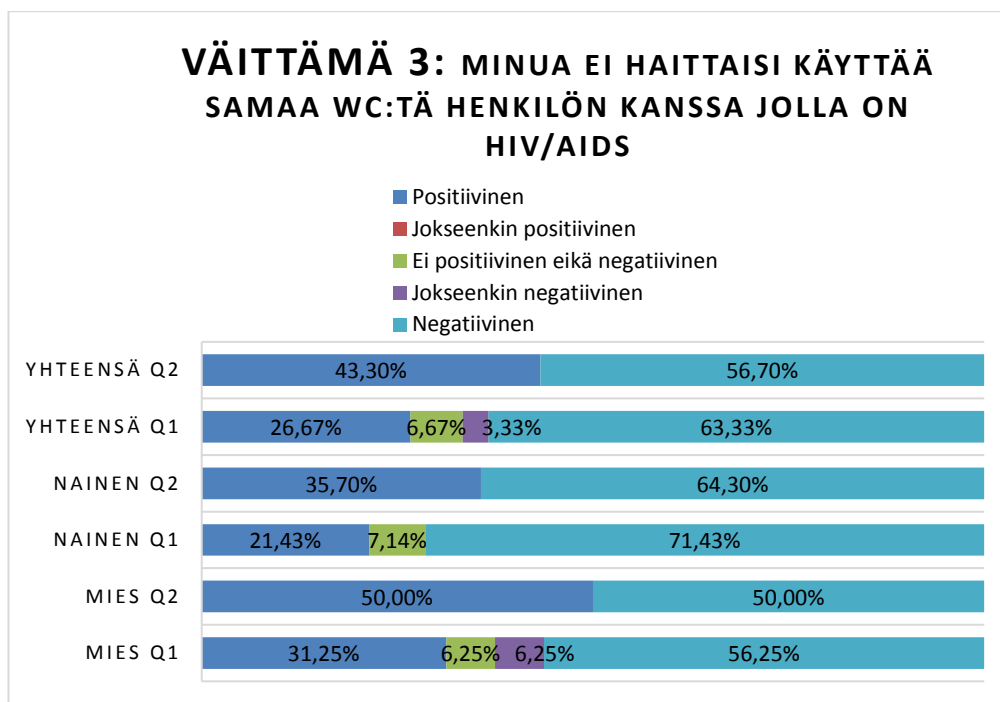
Väittämät viisi ja kuusi osoittivat naisten vastauksissa hyvin positiivista asennetta, erityisesti ennen koulutusinterventiota. Koulutusintervention jälkeen naisten positiivinen asenne hieman heikkeni väittämässä viisi ja kuusi. Naisten positiiviset vastaukset vähenivät väittämässä viisi 14,27 % ja miesten positiiviset vastaukset lisääntyivät väittämässä viisi 18,18 %. Väittämässä kuusi naisten positiiviset vastaukset vähenivät 7,14 %.



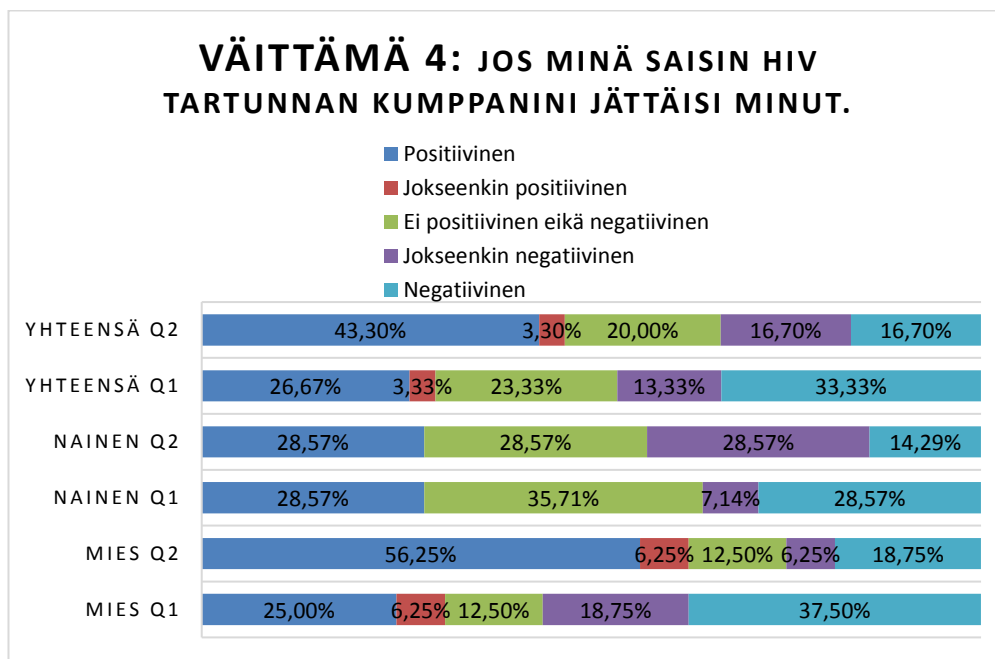
Kuvio 10. Asenteiden muutokset väittämässä 1.



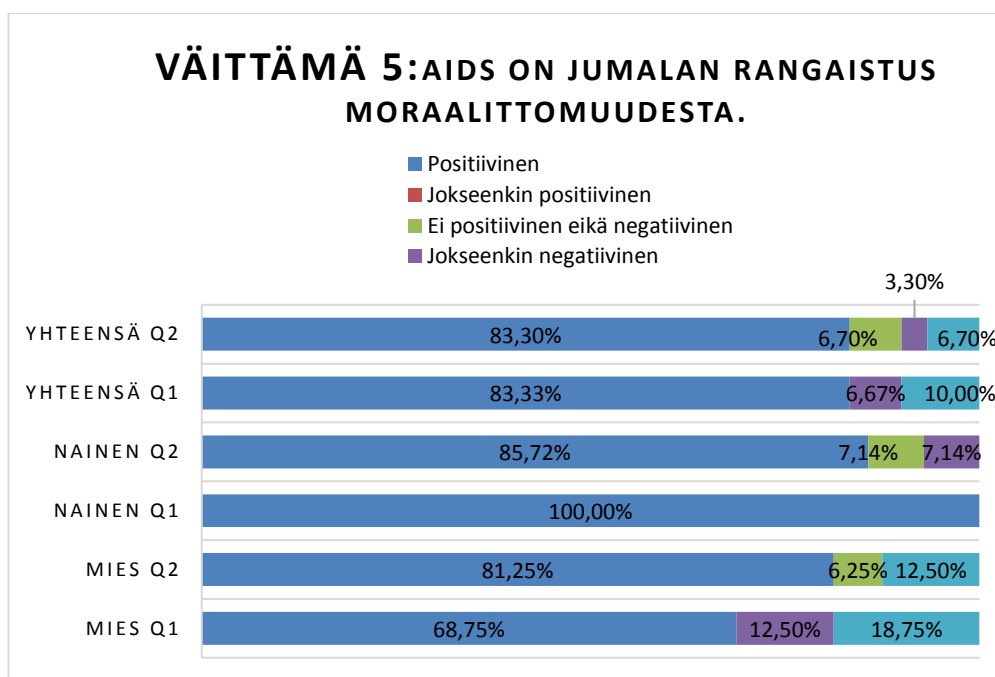
Kuvio 11. Asenteiden muutokset väittämässä 2.



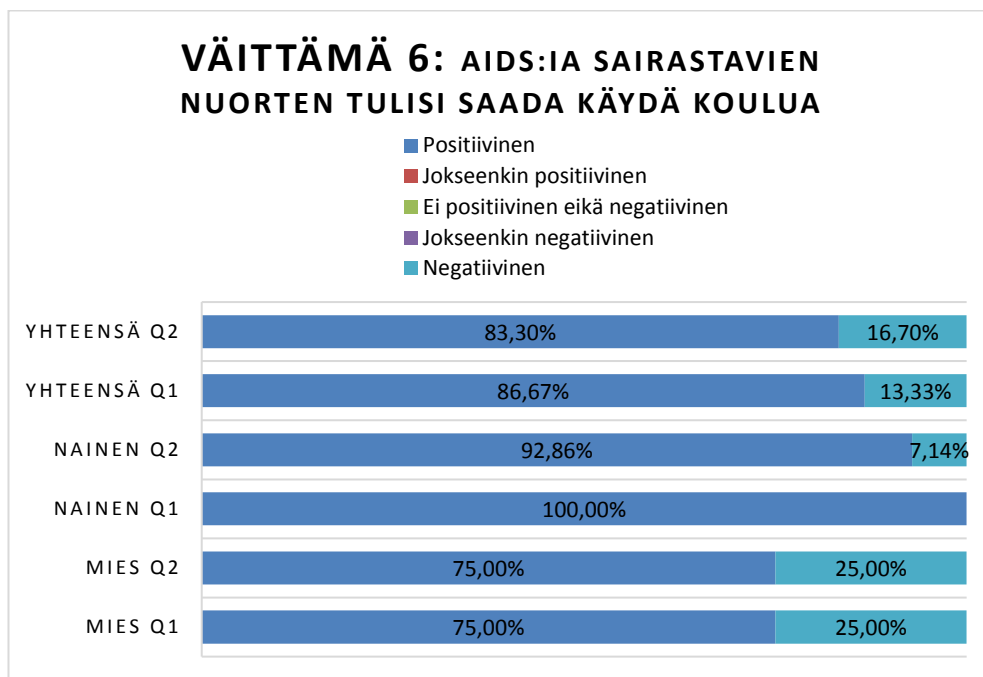
Kuvio 12. Asenteiden muutokset väittämässä 3.



Kuvio 13. Asenteiden muutokset väittämässä 4.



Kuvio 14. Asenteiden muutokset väittämässä 5.



Kuvio 15. Asenteiden muutokset väittämässä 6.

6 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA

Tutkimuksen mukaan koulutusinterventio lisäsi oppilaiden tietämystä HIV-aiheisissa kysymyksissä. Oikeiden vastausten määrä kasvoi 13,45 % ja väärin vastausten määrä väheni 38,54 % kaikkien vastaajien vastauksien keskiarvona. Miesten vastaukset paranivat intervention vaikutuksesta enemmän (15,02 %) kuin naisten (11,74 %). Intervention jälkeen miesten väärät vastaukset vähenivät enemmän (41,51 %) kuin naisten väärät vastaukset (34,88 %). Ikäryhmien välillä tarkasteltuna 20-21-vuotiaiden ryhmässä oikeat vastaukset lisääntyivät eniten (14,94 %) koulutusintervention vaikutuksesta. Väärät vastaukset vähenivät puolestaan eniten 18–19-vuotiaiden keskuudessa (43,88 %).

Intervention vaikutus vaihteli suuresti eri kysymysten välillä, suurin parannus oppilaiden vastauksiin tiedot osiossa oli kysymyksessä kolme: *Suutelemalla HIV-positiivista HIV todennäköisesti tarttuu*. Ennen koulutusinterventiota kysymykseen kolme oikean vastauksen tiesi naisista 14,3 % ja miehistä 62,5 %. Intervention jälkeen kysymykseen kolme oikein vastasi 87,5 % miehistä ja 85,7 % naisista. Tämä tarkoittaa naisten kohdalla lähes 500 % kasvua oikeiden vastausten määrässä intervention jälkeen ja miehillä 40 % kasvua oikeiden vastausten määrässä.

Koulutusintervention jälkeen myös asenteet HIV-positiivisia kohtaan muuttuivat. Intervention jälkeen positiivista asennetta kuvaavat vastaukset lisääntyivät 10,1 %. Asenteiden muutoksessa oli kuitenkin suuria sukupuolien välisiä eroja. Positiiviset vastaukset miehillä lisääntyivät intervention jälkeen 19,65 % kun naisilla ne pysyivät samana. Negatiivista asennetta kuvaavat vastaukset miehillä vähenivät intervention jälkeen 24,2 % ja naisilla 13,4 %. Interventiolla oli siis vähäisempi vaikutus naisten asenteisiin kuin miesten. Tämä johtuu osaltaan siitä, että naisten asenteissa intervention jälkeen huomattiin kahden väittämän kohdalla muutosta negatiivisempaan suuntaan, joka puolestaan vaikutti naisten kokonaisasenteen arviointiin negatiivisesti.

Eri ikäryhmien välillä tarkasteltuna 20–21-vuotiaiden positiivista asennetta kuvaavat vastaukset lisääntyivät 21,43 % intervention jälkeen. 18–19-vuotiaiden ryhmässä ne lisääntyivät 14,30 % ja 16–17-vuotiaiden ryhmässä 5,76 %.

Negatiivinen asenne väheni 20–21-vuotiailla 30,76 %, 18–19-vuotiailla 17,85 % ja 16–17-vuotiailla 7,13 %.

Tutkimuksen perusteella voidaan siis todeta, että koulutusinterventio lisää nuorten tietoutta HIV:stä ja parantaa erityisesti miesten asenteita HIV-positiivisia kohtaan. Tutkimushypoteesi voidaan tulosten perusteella hyväksyä osittain. Tämän tutkimuksen tulokset myös tukevat aiemmin julkaistujen tutkimusten tuloksia joiden mukaan kouluissa järjestettyjen HIV-aiheisten interventioiden on todettu vaikuttavan positiivisesti oppilaiden tietoihin ja asenteisiin HIV:tä ja HIV-positiivisia kohtaan (Dao Le 2017; Maticka-Tyndale ym. 2013).

6.1 Tutkimuksen luotettavuuden arviointia

Koulutusinterventioon osallistui 96 oppilasta joista 30 oli valittu osallistumaan tutkimukseen koulun rehtorin toimesta. Kaikkien 96 oppilaan osallistuminen tutkimukseen olisi mahdollisesti lisännyt tutkimuksen luotettavuutta. Kaikkien 96 oppilaan osallistuminen ei kuitenkaan tässä tutkimuksessa ollut mahdollista koska tarvittavaa ennakkotietoa interventioon osallistuvien oppilaiden määrästä ei ollut saatavilla, eikä suurempaan tutkittavien joukkoon näin ollen oltu varauduttu ennakkoon.

Toinen luotettavuuteen vaikuttava tekijä oli ajalliset resurssit. Tutkija oli alun perin suunnitellut koulutusintervention kestävän keskimäärin kaksi tuntia ja kyselyn täyttämiseen oli varattu aikaa 15 minuuttia kyselyä kohden eli puoli tuntia yhteensä. Alun perin koko tutkimus koulutusinterventioineen olisi siis kestänyt 2,5 tuntia. Koulun toiveesta tutkimukseen ja koulutusinterventioon käytetty aika kuitenkin jouduttiin lyhentämään 1,5 tuntiin. Tästä johtuen koulutusintervention sisältöä jouduttiin muokkaamaan ja osioita poistamaan. Koulutusinterventio sisälsi HIV/AIDS-aiheisen opetusvideon, ryhmäkeskustelun ja kysymykset osion. Video kesti 30 minuuttia, kyselyt 2x15 minuuttia, joten ryhmäkeskustelulle ja kysymyksille jäi aikaa yhteensä ainoastaan 30 minuuttia. Kysymyksiä tutkijalle tuli runsaasti, lähes 100, eikä niitä ajanpuutteen vuoksi ehditty käymään läpi intervention aikana kuin noin 1/3. Kysymyksiin vastaamatta jättäminen saattoi

heikentää tuloksia koska nuoret eivät saaneet vastauksia heitä askarruttaviin kysymyksiin.

Ajanpuute vaikutti myös kyselyiden täyttämiseen. Viimeinen kysely täytettiin koulupäivän päätyttyä ja kiire lähteä luokasta saattoi vaikuttaa vastaajien keskittymiseen eikä siten mahdollisesti kuvaa todellista oppimisen tasoa. Tätä teoriaa tukee esimerkiksi se, että intervention jälkeen täytetyissä lomakkeissa osa vastauksista oli jäänyt tyhjäksi, kun ennen interventiota suoritetussa kyselyssä yhtään vastausta ei ollut jäänyt tyhjäksi. Tästä tutkija tulkitsee, että osalla vastaajista on saattanut olla kiire vastata kysymyksiin ja palauttaa lomake päivän päätteeksi. Tällaiset tyhjäksi jääneet vastaukset tutkija tulkitsee tiedot osiossa en tiedä vastauksiksi ja asenne osiossa ei samaa eikä eri mieltä vastauksiksi. Tutkija olisi voinut jättää kysymykset tällöin huomioimatta mutta koska materiaali oli suppea, niin tutkija teki tietoisesti valinnan tulkita kaikki tyhjät vastaukset samalla tavalla.

Kolmas tutkimuksen luotettavuuteen vaikuttava tekijä oli itse koulutusintervention sisällön suunnittelu. Kaikkiin kyselyssä kysytyihin kysymyksiin oli löydettävissä vastaus videolta tai kysymysten kautta mutta osa vastauksista piti osata tulkita ymmärryksen kautta. Suoria vastauksia interventiossa ei annettu kaikkiin kysymyksiin vaan osa vaati asian sisäistämistä. Tutkija tiedostaa, että antamalla suorat vastaukset koulutusinterventiossa kyselyn kysymyksiin olisi mitä luultavimmin tuottanut paremmat tulokset koulutusintervention vaikutuksista mutta varsinainen oppiminen olisi tutkijan mielipiteen mukaan jäänyt vähemmälle. Asioiden sisäistäminen lyhyessä ajassa on hyvin haasteellista ja sen vuoksi kaikki eivät löytäneet oikeita vastauksia kysymyksiin koulutusintervention jälkeenkään.

Tutkijan vaikutus tuloksiin täytyy myös ottaa huomioon tässä tutkimuksessa. Tutkijan vaikutus korostuu tässä tutkimuksessa koulutusintervention vuoksi. Koulutusinterventiossa tutkijan rooli vaihtui kouluttajan rooliksi, ja kouluttajan roolissa tutkijan ulosannilla ja viestintätaidoilla on suurempi merkitys kuin itse tutkimuksen suorittamisessa. Viestintätaidot ja ulosanti saattavat vaikuttaa

merkittävästi intervention sisällön sisäistämiseen ja sen vuoksi eri tutkijan/kouluttajan suorittamana tutkimuksen tulokset saattaisivat olla hieman erilaiset.

Tutkimuksen tuloksista kävi ilmi, että myös asenteita pystytään muuttamaan, kun ihmiset saavat oikeaa tietoa asiasta. Asenteiden muuttuminen kuitenkin vaatii yleisesti enemmän aikaa eikä yhden koulutusintervention aikana pystytä tekemään suuria asennemuutoksia. Tutkimuksen tuloksista selviää, että kyselyssä kaksi ikäluokissa 16–17-vuotiaat ja 18–19-vuotiaat keskimääräistä enemmän oikeita vastauksia saaneilla (16 tai <) oli positiivisempi asenne HIV positiivisia kohtaan kuin vastaajilla joilla oli keskimääräistä vähemmän oikeita vastauksia (15 tai >) joka osittain tulee myös tutkimushypoteesia jonka mukaan tieto parantaa asenteita. 20–21-vuotiailla tämä oli kuitenkin päinvastoin, niillä oppilailta joilla oli 16 tai enemmän oikeaa vastausta kahdeksastatoista oli negatiivisempi asenne HIV-positiivisia kohtaan kyselyssä kaksi kuin niillä 20–21-vuotiailla jotka saivat 15 tai alle oikeaa vastausta kyselyssä kaksi. Syytä tähän tutkija ei osaa selittää.

6.2 Eettisyys

Kaikki tutkimukseen osallistuvat olivat yli 15-vuotiaita ja olivat sekä ikänsä että psyykeensä vuoksi kykeneväisiä antamaan oman suostumuksensa tutkimukseen osallistumisesta. Tutkimukseen vastaaminen oli tutkittaville vapaaehtoista ja se kerrottiin tutkittaville tutkimuksen alussa. Jokainen tutkimukseen osallistuva luki ja allekirjoitti ennen tutkimuksen alkua saatekirjeen, jossa esitellään tutkimus ja kerrotaan tutkimuksen vapaaehtoisuudesta ja anonymiteetistä.

Tutkittavien henkilöllisyys pysyi salassa koko tutkimuksen ajan eikä tutkija tai muut tahot pysty selvittämään tutkittavien henkilöllisyyttä heidän antamiensa vastausten perusteella. Koska tutkimus keskittyi koulutusintervention vaikutuksiin, taustakysymyksiä tutkimuksessa kysyttiin vain neljä (ikä, sukupuoli, onko harrastanut seksiä ja onko käynyt HIV testissä). Kyselylomakkeet tutkija hävitti asianmukaisesti tulosten analysoinnin jälkeen.

6.3 Jatkotutkimusehdotuksia

Tutkija esittää aiheen tutkimista jatkossa suuremmassa mittakaavassa. Tutkimukseen osallistuneiden määrän kasvattaminen voisi tuoda enemmän vaihtelevuutta tuloksiin ja parantaa tutkimuksen yleistettävyyttä, kun kyseessä olisi suurempi tutkittavien joukko esimerkiksi useammasta yläkoulusta Kisumun alueella. Myös koulutusintervention pituutta ja kattavuutta kasvattamalla voitaisiin saada parempia tuloksia aikaiseksi.

Tutkija ehdottaakin, että aihetta tutkittaisiin samalla alueella uudestaan mutta mukaan otettaisiin useampi yläkoulu alueelta jolloin tutkittavien määrä olisi helppo kasvattaa satoihin jopa tuhansiin oppilaisiin. Tutkimuksen tuloksia olisi hyvä tarkastella heti intervention jälkeen mutta myös myöhemmin, esimerkiksi 12 kuukautta intervention jälkeen. Näin saataisiin paremmin selville mahdolliset muutokset asenteissa sekä se, miten tiedon lisääntyminen on vaikuttanut käyttäytymiseen.

HIV/AIDS-tietämys olivat tutkimukseen osallistuneilla oppilailla hyvä jo ennen koulutusinterventiota. HIV-tartuntojen vastaista työtä on tehty Keniassa ja erityisesti korkean esiintyvyyden alueilla jo pitkään, jonka vuoksi oppilaat omaavat hyvät perustiedot HIV-infektiosta ja sen tartuntatavoista. Tulokset olisivat voineet olla erilaisia jossain toisessa Afrikan maassa tai jollain toisella alueella Keniassa jossa HIV-esiintyvyys on pienempi. Laajempi tutkimus voisi tuoda esille oppilaiden eroavaisuuksia paremmin ja kyselylomakkeeseen olisi hyvä liittää haastavampia kysymyksiä eroavaisuuksien selvittämiseksi.

Vielä tänäkin päivänä HIV/AIDS- tartuntoihin liittyy paljon vääristynyttä tietoa, uskomuksia sekä legendoja jotka leviävät kuulopuheen perusteella. Yksi tutkimusaihe olisikin tutkia mitä HIV/AIDS-aiheisia uskomuksia alueen nuorilla on ja mitkä ovat ne kysymykset mihin he toivoisivat eniten vastauksia. Tutkijan pitämän koulutusintervention aikana oppilaat saivat esittää tutkijalle kirjallisesti nimettömänä kysymyksiä aiheeseen (HIV/AIDS) liittyen. Kysymyksiä nuorilta tuli lähes 100. Näistä kysymyksistä saisi hyvää materiaalia jatkotutkimuksen tekemiseen aiheesta.

LÄHTEET

Abubakar, A., Van de Vijver, F., Fischer, R., Hassan, A., Gona, J., Dzombo, J., Bomu, G., Katana, K. & Newton, C. 2016. 'Everyone has a secret they keep close to their hearts': challenges faced by adolescents living with HIV infection at the Kenyan coast. Viitattu 14.1.2017.

https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4772469/pdf/12889_2016_Article_2854.pdf

Adler, M. & Sultan, B. 2012. Development of the epidemic. Teoksessa ABC of HIV and AIDS s. 1-5. Kuudes painos. Toim. Adler, M., Edwards, S., Miller, R., Sethi, G. & Williams I. West Sussex. Wiley-Blackwell.

Akpabio, I., Asuzu, M., Fajemilehin, B. & Bola, O. 2007. Utilisation of focus group discussion (FGD) as a research tool in community health nursing practice: a case study of the views and beliefs of secondary school students in Nigeria about HIV/AIDS and its prevention. Viitattu 6.12.2016.

http://uir.unisa.ac.za/bitstream/handle/10500/9841/ajnm_v9_n1_a4.pdf?sequence=1&isAllowed=y

AVERT- Averting HIV and AIDS. Verkkosivut. Viitattu 1.12.2016.

<https://www.avert.org/professionals/hiv-around-world/sub-saharan-africa/kenya>

Benn, P., Sethi, G. & Williams, I.G. 2012. Antiretroviral Drugs. Teoksessa ABC of HIV and AIDS s. 97-100. Kuudes painos. Toim. Adler, M., Edwards, S., Miller, R., Sethi, G. & Williams I. West Sussex. Wiley-Blackwell.

Cambridge Dictionary Online. Viitattu 13.12.2016.

<http://dictionary.cambridge.org/dictionary/english/stigma>

Cohen, M., Chen, Y., McCauley, M., Gamble, T., Hosseinipour, M., Kumarasamy, N., Hakim, J., Kumwenda, J., Grinsztejn, B., Pilotto, J., Godbole, S., Mehendale, S., Chariyalertsak, S., Santos, B., Mayer, K., Hoffman, I., Eshleman, S., Piwowar-Manning, E., Wang, L., Makhema, J., Mills, L., de Bruyn, G., B.Ch., Sanne, I., Eron, J., Gallant, J., Havlir, D., Swindells, S., Ribaud, H., Elharrar, V., Burns, D., Taha, E., Nielsen-Saines, K., Celentano, D., Essex, M., & Fleming, T. 2011. Prevention of HIV-1 Infection with Early Antiretroviral Therapy. Viitattu 4.3.2017.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3200068/pdf/nihms320818.pdf>

Dao Le, L.K. 2017. HIV (Adolescents): Prevention (Interventions Primarily Designed to Target Adolescents and Young Adults). Viitattu 24.3.2017.

http://ovidsp.uk.ovid.com.ezproxy.puv.fi/sp-3.24.1b/ovidweb.cgi?&S=NDAHPDDLCPHFJCPCFNHKKIHEGOPIEAA00&Link+Set=S.sh.21%7c3%7csl_190

Feyissa, G.T., Lockwood, C. & Munn, Z. 2015. The effectiveness of home-based HIV counselling and testing in reducing stigma and risky sexual behaviour among adults and adolescents: a systematic review and meta-analysis. Viitattu 22.2.2017.
http://ovidsp.uk.ovid.com.ezproxy.puv.fi/sp-3.24.1b/ovidweb.cgi?&S=NDAHPPDLCPHFJCPCFNHKKIHEGOPIEAA00&Link+Set=S.sh.21%7c24%7csl_190

Fong, E. 2016. Adolescents and Young Adults Living with HIV: Adherence to Antiretroviral Therapy. Viitattu 23.3.2017.
http://ovidsp.uk.ovid.com.ezproxy.puv.fi/sp-3.24.1b/ovidweb.cgi?&S=NDAHPPDLCPHFJCPCFNHKKIHEGOPIEAA00&Link+Set=S.sh.21%7c5%7csl_190

Harper, G., Lemos, D. & Hosek, S. 2014. Stigma Reduction in Adolescents and Young Adults Newly Diagnosed with HIV: Findings from the Project ACCEPT Intervention. Viitattu 13.12.2016.
<http://web.a.ebscohost.com.ezproxy.puv.fi/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=4&sid=239b071c-522b-441e-8988-0f6804142699%40sessionmgr4008&hid=4206>

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen K. 2013. Tutkimus hoitotieteessä. 3 painos. Helsinki. Sanoma Pro Oy.

Kemppainen, K. 2011. Positiivinen Aids Afrikassa. Helsinki. Suomen Lähetysseura.

Keronen, J. & Pietilä, V. 2016. Tietoa, tukea & tunnetta- Hiv-tukikeskus 30-vuotta. Helsinki. Hiv-säätiö/Hiv-tukikeskus.

Kerr, J., Valois, R., DiClemente, R., Carey, M., Romer, D., Farber, N., Brown, L., Vanable, P., Salazar, L., Juzang, I. & Fortune, T. 2015. The Effects of a Mass Media HIV-Risk Reduction Strategy on HIV-Related Stigma and Knowledge Among African American Adolescents. Viitattu 12.12.2016.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4442566/>

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

Mamia, T. 2005. SPSS –alkeisopas. Viitattu 4.12.2016.
http://groups.jyu.fi/sporticus/lahteet/LAHDE24_spss.pdf

Maticka-Tyndale, E., Mungwete, R. & Jayeoba, O. 2013. Replicating impact of a primary school HIV prevention programme: primary school action for better health, Kenya. Viitattu 3.12.2016:
<http://her.oxfordjournals.org/content/29/4/611.full.pdf+html>

Parempaa elämää. HIVn tarttuminen. Viitattu 14.12.2016
<http://www.parempaaelamaa.fi/hiv/hiv-n-tarttuminen>

Stanton, B., Bo, W., Deveaux, L., Lunn, S., Rolle, G., Xiaoming, L., Braithwaite, N., Dinaj-Koci, V., Marshall, S. & Gomez, P. 2015. Assessing the Effects of a Complementary Parent Intervention and Prior Exposure to a Preadolescent Program of HIV Risk Reduction for Mid-Adolescents. Viitattu 2.12.2016: <http://web.b.ebscohost.com.ezproxy.puv.fi/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=4&sid=8ea49b9e-7038-4c06-aed4-aebff89aa047%40sessionmgr120&hid=115>

Suhonen, E. & Wafula, E. 2014. Miesten ympärileikkauksella hiviä vastaan. Mmailman Kuvalehti. Viitattu 3.3.2017. <https://www.maailmankuvalehti.fi/2014/4/lyhyet/miesten-ymparileikkauksilla-hivia-vastaan>

Sutinen, J. 2014. HIV lääkehoidon hyödyt ja haasteet. Sic!Lääketieto Fimeasta 2/2014. Viitattu 4.3.2017. http://sic.fimea.fi/documents/721167/862630/26258_2_14_12-15_HIV-laakehoidon_hyodyt_ja_haasteet.pdf

Tenant-Flowers, M. & Mindel, A. 2012. Clinical Staging and Natural History of Untreated HIV Infection. Teoksessa ABC of HIV and AIDS s.20-24. Kuudes painos. Toim. Adler, M., Edwards, S., Miller, R., Sethi, G. & Williams I. West Sussex. Wiley-Blackwell.

Thupayagale-Tshweneagae, G. & Benedict, S. 2011. The Burden of Secrecy Among South African Adolescents Orphaned By HIV And AIDS. Viitattu 13.12.2016. <http://web.b.ebscohost.com.ezproxy.puv.fi/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=8&sid=b7a99b3f-7143-4c5e-9eb9-c28a3cc2d09d%40sessionmgr2>

Thurman, T., Luckett, B., Taylor, T. & Carnay, M. 2016. Promoting uptake of child HIV testing: an evaluation of the role of a home visiting program for orphans and vulnerable children in South Africa. Viitattu 2.12.2016: <http://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1080/09540121.2016.1176679?needAccess=true>

UNAIDS. 2014a. Kenya AIDS Response Progress Report 2014. Viitattu 29.11.2016. http://www.unaids.org/sites/default/files/country/documents/KEN_narrative_report_2014.pdf

UNAIDS. 2014b. Fast Track- ending the AIDS epidemic by 2030. Viitattu 17.3.2017. http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/JC2686_WAD2014report_en.pdf

UNAIDS. 2015. AIDS info. UNAIDS verkkosivut. Viitattu 1.12.2016. <http://aidsinfo.unaids.org/>

Vuento, M. 2016. Virukset, näkymättömät viholliset. Helsinki. Gaudeamus.

Westercamp, M., Agot, K., Ndinya-Achola, J. & Bailey, R. 2011. Circumcision preference among women and uncircumcised men prior to scale-up of male circumcision for HIV prevention in Kisumu, Kenya. Viitattu 14.12.2016.
<http://web.a.ebscohost.com.ezproxy.puv.fi/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=3&sid=de1d360d-5344-4a93-be06-044b99820ad8%40sessionmgr4006&hid=4002>

World Health Organization. 2013. HIV and adolescents: Guidance for HIV testing and counselling and care for adolescents living with HIV Guidance document. Viitattu 7.12.2016.
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/94334/1/9789241506168_eng.pdf?ua=1

World Health Organization. 2016a. Progress report 2016. Prevent HIV, test and treat all. Viitattu 3.12.2016.
<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/251713/1/WHO-HIV-2016.24-eng.pdf?ua=1>

World Health Organization. 2016b. Global Health Sector Strategy on HIV 2016–2021- Towards ending AIDS. Viitattu 6.12.2016.
<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/246178/1/WHO-HIV-2016.05-eng.pdf?ua=1>

LIITE1

SAATEKIRJE

Hyvä Opiskelija,

Tämä tutkimus, johon kutsumme sinut osallistumaan, suoritetaan tutkiaksemme koulutusintervention vaikutusta oppilaiden tietämykseen HIV-infektiosta sekä heidän asenteisiin HIV-positiivisia kohtaan. Tutkimus on osa Tellu Kankaan opinnäytetyötä.

Kutsumme 30 oppilasta koulustanne osallistumaan tähän tutkimukseen ja koulutusinterventioon, joka pidetään teidän koulullanne samana päivänä. Koulutusintervention ja tutkimuksen kysymykset ovat HIV-aiheisia.

Tutkimuksessa teitä pyydetään täyttämään kaksi kyselylomaketta. Ensimmäinen kyselylomake täytetään ennen koulutusinterventiota ja toinen kyselylomake koulutusintervention jälkeen. Kyselylomakkeen kysymykset ja sisältö ovat molemmilla kerroilla sama.

Kyselyyn vastaaminen on nimetöntä eikä vastaajien tunnistaminen tekstistä ja tuloksista ole mahdollista missään tutkimuksen vaiheessa. Tutkija ei saa luovuttaa mitään tietoja sinusta ulkopuolisille (mukaan lukien tämän koulun opettajat) joista antamiesi tietotojen yhdistäminen sinuun olisi mahdollista.

Tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista.

Minä _____ olen ymmärtänyt tämän asiakirjan sisällön ja annan suostumukseni osallistumisestani tähän tutkimukseen.

Allekirjoitus _____

Tellu Kangas

Hoitotieteen opiskelija Vaasan Ammattikorkeakoulu

Sähköposti: [REDACTED] Puhelinnumero: [REDACTED]

Opinnäytetyön ohjaava opettaja on Johanna Latvala, Vaasan Ammattikorkeakoulu

LIITE 2

KYSELYLOMAKE 1.

Tämä kysely testaa vastaajien tietoja HIV infektiosta ja asenteita HIV:tä ja HIV positiivisia ihmisiä kohtaan. Kyselyssä on kolme osaa.

Ensimmäisessä osassa kysytään neljä taustakysymystä saadaksemme paremman käsityksen vastaajan taustasta. Kyselyn toisessa osassa testataan vastaajien tietoutta HIV:n tartumisesta ja ennaltaehkäisystä. Kolmannessa osassa kysymykset koskevat vastaajan asenteita HIV-infektiota ja HIV-positiivisia kohtaan.

OSIO 1. TAUSTATIEDOT

Vastaathan ikäsi vuosina kiitos.

1. Ikä _____ vuotta

Vastaathan seuraavaan kysymykseen merkitsemällä oikea vastaus

2. Sukupuoli Mies Nainen

Vastaathan seuraaviin kysymyksiin merkitsemällä oikea vastaus . Vastausvaihtoehdot ovat: **KYLLÄ**, **EI** ja **EN TIEDÄ**.

	<i>Kyllä</i>	<i>Ei</i>	<i>En Tiedä</i>
3. Oletko koskaan harrastanut seksiä?			
4. Oletko koskaan käynyt HIV-testissä?			

OSIO 2. HIV:n TARTUNTA JA ENNALTAEHKÄISY

Seuraavassa on 18 väittämää HIV/AIDS-tartunnoista ja ennaltaehkäisystä joihin toivomme, että vastaatte parhaan tietonne mukaan.

Vastaathan seuraaviin väittämiin merkitsemällä mielestäsi oikea vastaus ☒:

TOSI (jos väittämä on mielestäsi OIKEIN)

EPÄTOSI (jos väittämä on mielestäsi VÄÄRIN)

EN TIEDÄ (jos et tiedä vastausta)

	<i>Tosi</i>	<i>Epätosi</i>	<i>En Tiedä</i>
<i>1. HIV on virus, joka tuhoaa ihmisen omaa immuunijärjestelmää (immuunijärjestelmä = puolustusmekanismi sairauksia vastaan.)</i>			
<i>2. Henkilö VOI saada HIV-tartunnan HIV-positiivisen henkilön syljestä, kyynelistä, hiestä ja virtsasta.</i>			
<i>3. Suutelemalla HIV-positiivista ihmistä HIV todennäköisesti tarttuu.</i>			
<i>4. Henkilö EI VOI saada HIV-tartuntaa, jos harrastaa seksiä toisen ihmisen kanssa vain kerran.</i>			
<i>5. Kaikki raskaana olevat HIV-positiiviset naiset synnyttävät lapsia joilla on AIDS.</i>			
<i>6. HIV-infektio EI VOI siirtyä rintaruokinnassa äidiltä lapselle.</i>			
<i>7. HIV voi tarttua anaaliseksiä (anaaliseksi = penis peräaukkoon/anukseen).</i>			
<i>8. Peniksen poistaminen emättimestä ennen laukeamista (=orgasmia/siemensyöksyä) estää naisen HIV-tartunnan seksin yhteydessä.</i>			

	<i>Tosi</i>	<i>Epätosi</i>	<i>En Tiedä</i>
<i>9. Suihkussa käyminen ja/tai genitaalialueen pesu yhdynnän jälkeen estää HIV-tartunnan.</i>			
<i>10. AIDSiin on olemassa parannuskeino.</i>			
<i>11. Antiretroviraali lääkitys, jota käytetään HIV:n hoidossa, pienentää positiivisen henkilön tartuttavuutta.</i>			
<i>12. Joku joka näyttää täysin terveeltä ja tuntee itsensä terveeksi voi olla HIV-positiivinen.</i>			
<i>13. Nainen ei voi saada HIV-infektiota, jos harrastaa seksiä kuukautisten aikana.</i>			
<i>14. HIV voi tarttua likaisista neuloista (tatuoinneissa tai injektioimalla huumeita samalla neulalla HIV-positiivisen kanssa).</i>			
<i>15. Seksuaalisen pidättäytymisen lisäksi KONDOMI (naisten tai miesten) on paras keino suojautua HIV-tartunnalta.</i>			
<i>16. HIV-tartuntaa ei voi saada antibioottikuurin aikana.</i>			
<i>17. HIV-testin ottaminen viikon kuluttua yhdynnästä kertoo, onko henkilö saanut HIV-tartunnan.</i>			
<i>18. Miesten ympärileikkaus ESTÄÄ HIV:n tarttumisen eikä muita suojakeinoja tarvita.</i>			

OSIO 3. ASENTEET HIV INFEKTIOTA JA HIV POSITIIVISIA KOHTAAN

Tässä osiossa haluamme tietää teidän mielipiteenne seuraavista väittämistä. Valitse vastausvaihtoehdoista se joka mielestäsi parhaiten kuvaa SINUN ajatuksiasi ja mielipidettäsi aiheesta.

Vastaathan seuraaviin kysymyksiin merkitsemällä sinun mielipidettäsi parhaiten kuvaava vastaus . Vastausvaihtoehdot ovat: **TÄYSIN SAMAA MIELTÄ**, **JOKSEENKIN SAMAA MIELTÄ**, **EI SAMAA EIKÄ ERI MIELTÄ**, **JOKSEENKIN ERI MIELTÄ** ja **TÄYSIN ERI MIELTÄ**.

	<i>Täysin samaa mieltä</i>	<i>Jokseenkin samaa mieltä</i>	<i>Ei samaa eikä eri mieltä</i>	<i>Jokseenkin eri mieltä</i>	<i>Täysin eri mieltä</i>
<i>1. En voisi olla HIV/AIDS:ia sairastavan henkilön ystävä.</i>					
<i>2. Suurin osa HIV-positiivista on saanut infektionsa vastuuttoman käytöksen vuoksi.</i>					
<i>3. Minua ei häittäisi käyttää samaa WC:tä henkilön kanssa jolla on HIV/AIDS</i>					
<i>4. Jos minä saisin HIV-tartunnan kumppanini jättäisi minut.</i>					
<i>5. AIDS on Jumalan rangaistus moraalittomuudesta.</i>					
<i>6. AIDS:ia sairastavien nuorten tulisi saada käydä koulua</i>					

Kiitos vastauksistasi ja osallistumisestasi tutkimukseen.

LIITE 3

Lupa käyttää HIV-KQ-18 lomaketta

On Dec 9, 2016, at 3:19 PM, Kangas, Tellu-Maria <[REDACTED]> wrote:

Dear Sir,

I am hoping that this email finds you well. I am writing you due to the interest of the questionnaire you have developed (HIV-KQ-18). I am a Nursing student from Finland (Vaasa University of applied sciences) and I am doing my Bachelors' thesis on the subject of: The impact of an education intervention on adolescents' knowledge of HIV and to their attitudes towards HIV and people living with HIV. I am conducting the study in Orongo Secondary School in Kisumu Kenya in early January 2017. The aim is to test the students' knowledge on HIV related questions before and after an education intervention (that is held at the school on the same day). As I did my research on this topic I came across the questionnaire you had designed together with your colleague.

I am now asking for your permission to use this questionnaire in my research. As my research is focusing on the adolescents and also tests their attitudes I might not be able to use the questionnaire in full or I would need to alter it a bit to make it better suited. I have also seen the longer version of the questionnaire and wanted to know your opinion and permission in combining questions from these two to find the ones that fit for the purpose of my research. If you do grant me the permission to use your questionnaire I would be the most grateful.

Sincerely,

Tellu Kangas.

Nursing student, Vaasa University of Applied Sciences. Vaasa, Finland. Tel. +35840719352

On Dec 9, 2016, at 10:27 PM, Carey Michael <[REDACTED]> wrote:

Dear Tellu,

Permission granted.

Best wishes,

Michael P. Carey, PhD
Director, Centers for Behavioral and Preventive Medicine, The Miriam Hospital
Professor of Psychiatry and Human Behavior, Alpert Medical School
Professor of Behavioral and Social Sciences, School of Public Health
Brown University

Mailing Address:
The Miriam Hospital Centers for Behavioral and Preventive Medicine
Coro West, [Suite 309](#), [164 Summit Ave](#), [Providence, RI 02906](#)