

Opinnäytetyö (AMK)

Hoitotyö

Sairaanhoitaja

2010

Maria Leiniö & Annariina Manner

SAIRAAHOITAJAN ROOLI HIV:N ENNALTAEHKÄISYSSÄ

– Kirjallisuuskatsaus



TURUN AMMATTIKORKEAKOULU
TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Maria Leiniö & Annariina Manner

SAIRAANHOITAJAN ROOLI HIV:N ENNALTAEHKÄISYSSÄ

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää sairaanhoitajan roolia HIV:n ennaltaehkäisyssä. HIV leviää yleisimmin seksin välityksellä sekä suonensisäisten huumeidenkäyttäjien keskuudessa (Leinikki 2009). Joten opinnäytetyö käsittelee aihetta kyseisestä näkökulmasta. Tavoitteena on antaa tietoa sairaanhoitajan roolista HIV:n ennaltaehkäisyssä ja työtä tullaan hyödyntämään osana ImPrim-projektin maiden perusterveydenhuollon parantamisessa.

Opinnäytetyö on ImPrim-projektia (Improvement of public health by promotion of equitably distributed high quality primary health care systems). ImPrim-projekti on yhteistyöhanke väestön terveyden ja sosiaalisen hyvinvoinnin parantamisessa. Hankkeen tarkoituksena on parantaa Itämeren alueen itäisissä osissa väestön terveyttä, oikeudenmukaistaa perusterveydenhuollon järjestelmää, ennaltaehkäistä tartuntatautien leviämistä sekä vähentää sosiaalisista tekijöistä johtuvia terveysongelmia.

Tämä opinnäytetyö pohjautuu kirjallisuuteen eli opinnäytetyö on teoreettinen tutkimus. Aineisto hankittiin kirjallisuushaun avulla. Kirjallisuushaku suoritettiin neljässä elektronisessa tietokannassa, Medic, Arto, Cinahl ja Pubmed. Haku antoi yhteensä yksitoista alkuperäistutkimusta. Tutkimukset on taulukoitu ja analysoitu työtä ohjaavan kysymyksen mukaisesti.

Opinnäytetyön tulosten mukaan sairaanhoitajilla on keskeinen ja tärkeä rooli HIV:n ennaltaehkäisyssä. Tuloksien mukaan sairaanhoitajan keskeisin rooli HIV:n ennaltaehkäisyssä on neuvonnan, ohjauksen, potilaille annettavan koulutuksen sekä tuen antaminen.

ASIASANAT:

HIV-tartunta; ennaltaehkäisy; sairaanhoitajat

Maria Leiniö & Annariina Manner

NURSE'S ROLE AT HIV PREVENTION

The meaning of literature review is to solve what is the nurse's role at HIV prevention. HIV expands mainly by sex and among people who use intravenous drugs, so this diploma work handles this issue from that point of view. Our aim is to give knowledge of nurse's role at HIV prevention and this diploma work will be used as a part of ImPrim-project's battle to make better public health care in countries in question.

Diploma work is part of ImPrim-project (Improvement of public health by promotion of equitably distributed high quality primary health care systems). ImPrim-project is a part of communal plan which tries to make better different countries peoples' health and social prosperity. The plan's idea is to try to make better those peoples health who live in the Baltic Sea's eastern parts, legitimize the public healthcare system, prevent the spreading of infectious diseases and lower healthproblems which derives from social issues.

This diploma work is based on literature so the work is pedagogical research. Material source is from literature review. The literature review was done from four electronic databases. Review gave eleven indigenous research. All the research's have tabulated and analysed in accordance with the question which leading the whole diploma work.

According to the results of diploma work nurses have fundamental and important role at HIV prevention. Nurses the most fundamental role in HIV prevention are patients consultation, direction, patient-education and give support for the patient.

KEYWORDS: HIV- infection; prevention; nurses

SISÄLTÖ

1 JOHDANTO	6
2 SAIRAAHOITAJA	8
3 HUMAN IMMUNODEFICIENCY VIRUS (HIV)	9
3.1 HIV:n levinneisyys	10
3.2 HIV:n tartuntatavat	10
3.3 HIV:n diagnosointi	13
3.4 HIV:n taudinkuva ja oireet	14
3.4.1 Vaiheet	14
3.4.2 Seurannaistaudit	16
3.5 Hoito	17
3.6 HIV ja mielenterveys	19
3.7 HIV-infektion huomiointi terveydenhuollossa	19
4 ENNALTAEHKÄISY	20
4.1 HIV:n ennaltaehkäisy	21
4.1.1 Primaaripreventio	21
4.1.2 Sekundaaripreventio	24
5 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA SITÄ OHJAAVA KYSYMYS	26
6 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS	27
6.1 Menetelmä	27
6.2 Aineisto	28
6.2.1 Hakusanat ja sisäänottokriteerit	28
6.2.2 Kirjallisuushaun vaiheet ja tietokantahaut	30
6.3 Aineiston analyysi	31
7 TUTKIMUKSEN TULOKSET	32
7.1 Valittujen tutkimusten kuvailua	32
7.2 Tiivistelmä tuloksista	39
8 POHDINTA	40
8.1 Luotettavuus	40
8.2 Eettisyys	42
8.3 Tulosten tarkastelua	43
9 JOHTOPÄÄTÖKSET	47
LÄHTEET	48

LIITTEET

- Liite 1. HIV:n levinneisyys maailmalla
- Liite 2. HIV Suomessa 10/2010
- Liite 3. Seurannaistaudit
- Liite 4. Kondomin oikeanlainen käyttö
- Liite 5. Hakutaulukko

KUVAT

- Kuva 1. Seksin välityksellä tarttuneet HIV tapaukset Suomessa 11

TAULUKKO

- Taulukko 1. Tutkimusten taulukointi 36

1 JOHDANTO

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää sairaanhoitajan roolia HIV:n ennaltaehkäisyssä. Tavoitteena on antaa tietoa sairaanhoitajan roolista HIV:n ennaltaehkäisyssä ja työtä tullaan hyödyntämään osana ImPrim-projektin maiden perusterveydenhuollon parantamisessa.

Opinnäytetyö on osa Turun ammattikorkeakoulun ja kansainvälisen ImPrim-projektin (Improvement of public health by promotion of equitably distributed high quality primary health care systems) yhteistyöhanketta. Hankkeen tarkoituksena on parantaa Itämeren alueen itäisissä osissa väestön terveyttä, oikeudenmukaistaa perusterveydenhuollon järjestelmää, ennaltaehkäistä tartuntatautien leviämistä sekä vähentää sosiaalisista tekijöistä johtuvia terveysongelmia. Hankkeessa mukana olevat maat ovat Ruotsi, Suomi, Viro, Liettua, Latvia ja Valko-Venäjä. (Compera 2009.)

Human Immunodeficiency Virus eli HIV on virus, joka tuhoaa ihmisen puolustusjärjestelmää tuhoamalla veren valkosoluja. HIV aiheuttaa ihmisen elimistöön pysyvän infektion. HIV voi tarttua seksin välityksellä, suonensisäisten huumeiden käyttövälineiden yhteisellä käytöllä, äidistä lapseen raskauden, synnytyksen sekä imetyksen yhteydessä tai veren- tai elinsiirronyhteydessä. (HIV-säätiö/ AIDS- tukikeskus 2010.)

HIV on suuri ongelma maailmalla; vuonna 2008 sairastuneita oli 33.4 miljoonaa. HIV ongelma koskettaa erityisesti Afrikkaa, Aasia sekä itäistä Eurooppaa. (WHO 2008.) Muihin länsimaihin verrattuna suomessa HIV- tartuntoja on vähän. Alle 100 uutta HIV-tartuntaa on todettu olevan vuosituhannen vaihteeseen asti, mutta sen jälkeen HIV-tartunnan lukumäärä nousi suonensisäisten huumeidenkäyttäjien keskuudessa levinneen epidemian vuoksi. 2000-luvulla tartuntoja on todettu alle 200 tapausta vuosittain. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2010.) Virossa ja muissa Baltian maissa sekä myös Venäjän lähialueilla HIV epidemiat ovat lisääntyneet viime vuosina. Yhtenä syynä HIV:n leviämiseen

näissä maissa pidetään Neuvostoliiton hajoamiseen liittyviä yhteiskunnallisia sekä sosiaalisia muutoksia. (Salminen 2006.)

Suojaamaton seksi ja ruiskuhuumeiden käyttö ovat merkittävimmät HIV-infektion riskitekijät. HIV epidemioita on aiheuttanut ruiskuhuumeiden käyttö muun muassa Luoteis-Venäjällä ja Baltian maissa. Ruiskujen ja neulojen yhteiskäyttö on merkittävin HIV:n riskitekijä. Tartuntatautilaki ja -asetus edellyttävät Suomen kunnissa tarjottavan ruiskujen ja neulojen vaihtomahdollisuutta, lääketieteellistä ja sosiaalista tukea, HIV- testausta anonymisti sekä ohjausta. Näiden keinojen on todettu olevan tehokkaita ennaltaehkäisy keinoja. (Leinikki 2009.) Seksiin liittyvät tartunnat ovat lisääntyneet 2000-luvun jälkeen. Miesten heteroseksitartunnoissa HIV-infektiot ovat lisääntyneet; erityisesti matkailuun liittyvät tartunnat ovat nousussa. (Terveyden - ja hyvinvoinnin laitos 2008.)

Väestölle annettava tehokas valistus, tiedon antaminen, asenne- ja käyttäytymiskasvatus sekä ehkäisyvälineiden helppo saatavuus ovat HIV:n ennaltaehkäisy tärkeimpiä keinoja. (Leinikki 2009.) Huumeidenkäyttäjien HIV-infektioiden rajoittamiseksi tärkeimmät keinot ovat aikainen toteaminen, tiedottaminen sekä puhtaiden neulojen ja ruiskujen saatavuus (Kivelä 2009).

Tämän opinnäytetyön tuloksien avulla saatiin kerättyä tarpeellista tietoa sairaanhoitajien roolista HIV:n ennaltaehkäisyssä terveydenhuoltoalan ammattilaisille, opiskelijoille sekä ImPrim - hankkeen jäsenmaille.

2 SAIRAANHOITAJA

Sairaanhoitajalla tarkoitetaan hoitotyön asiantuntijaa. Sairaanhoitajana voi toimia ainoastaan henkilö, joka on suorittanut sairaanhoitajan tutkinnon ja jolla on terveydenhuollon oikeusturvakeskuksen myöntämä ammatinharjoittamisoikeus laillistettuna sairaanhoitajana. Ulkomailta suoritettu tutkinto vaatii suomalaisen rekisteröinnin. Suomessa sairaanhoitajan ammatinharjoittamisoikeutta säätelee laki terveydenhuollon ammattihenkilöstä 26.4.1994/559 sekä asetus terveydenhuollon ammattihenkilöistä. Valvira eli sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto valvoo ja antaa oikeuden työskennellä laillistettuna ammattihenkilönä. (Sairaanhoitajaliitto 2010.)

Sairaanhoitajaksi opiskellaan ammattikorkeakoulussa. Koulutuksen kesto on kolme ja puoli vuotta, laajuudeltaan 210 opintopistettä. Sairaanhoitajien koulutus on samanlaista Euroopan maissa. Koulutus määräytyy Euroopan unionin asettamiin direktiiveihin. Perustutkinnon jälkeen sairaanhoitaja voi suorittaa ammattikorkeakoulun jatkotutkinnon tai jatkaa yliopistossa terveystieteiden opiskelua. (Sairaanhoitajaliitto 2010.)

Sairaanhoitajan työ on erittäin vastuullista ja vaatii päätöksiä monissa hoitoon liittyvissä asioissa itsenäisesti. Sairaanhoitajan on toimittava eettisesti oikein ja huolehdittava ammattitaidon ajantasaisuudesta. Sairaanhoitaja on aina potilaan asialla. Työhön kuuluu muun muassa hoitotyön suunnittelua ja vaikuttavuuden seurantaa, lääkehoidon suunnittelua ja toteutusta, elintoimintojen tarkkailua sekä hoitotoimenpiteiden ja tutkimusten tekemistä. Jokaisessa hoitotyön tilanteessa on myös potilaiden ja läheisten ohjausta, neuvontaa ja tukemista. (Sairaanhoitajaliitto 2010.)

Sairaanhoitaja edistää yksilöiden, perheiden ja yhteisöjen terveyttä sekä ehkäisee sairauksia, auttaa sairastuneita, tukee toipumista ja motivoi kuntoutumaan. Sairaanhoitaja hoitaa myös kuolevia potilaita. Lähtökohtana hoitotyössä ovat yksilön, perheen tai yhteisön omat voimavarat, joita sairaanhoitaja tukee omalla ammattitaidollaan ja hoitotyön auttamismenetelmillä. (Sairaanhoitajaliitto 2010.)

Sairaanhoidaja voi työskennellä sairaaloissa, vuodeosastoilla, poliklinikoilla, terveysasemien vastaanotoilla, kotisairaanhoidossa, vanhainkodeissa, kuntoutuslaitoksissa tai erilaisissa toimenpideyksiköissä. Työ vaatii fyysistä sekä psyykkistä kestävyyttä ja hyvää stressinsietokykyä. Päätöksentekokyvyn ohella tarvitaan myös ongelmanratkaisutaitoa, tarkkuutta ja huolellisuutta. Ammatti edellyttää käytännöllisiä taitoja ja teoreettisia tietoja. Sairaanhoidajan työ vaatii hyviä vuorovaikutustaitoja erilaisten potilaiden kohtaamisessa ja yhteistyössä toisten hoitoon osallistuvien kanssa. On kyettävä toimimaan joustavasti ja sopeuduttava muuttuviin tilanteisiin. (Työ- ja elinkeinotoimisto 2008.)

Täydennyskoulutus ja tiedon hankinta on tärkeää alan menetelmien ja välineiden kehittyessä. Sairaanhoidajan tulee myös kehittää omaa työtään tutkimuksesta saatavan tiedon avulla. (Työ- ja elinkeinotoimisto 2008.)

3 HUMAN IMMUNODEFICIENCY VIRUS (HIV)

HIV-infektion aiheuttaa HI- virus. Lyhenne HIV tulee sanoista Human Immunodeficiency Virus. HIV tarkoittaa ihmisen immuunikatovirusta, joka tuhoaa veren valkosoluja. HIV on uusi sairaus ja siitä ensimmäiset tutkimukset ovat ilmestyneet Yhdysvalloissa vuonna 1981. HI-virusta on kahta päätyyppiä, HIV 1 ja HIV 2. Infektioista suurin osa on HIV 1:n aiheuttamia. HIV 1 ja HIV 2 tarttuvat samalla tavoin, mutta HIV 2 aiheuttaa tietyvästi hitaammin etenevän taudin. (Aho & Hiltunen-Back 2007.)

Hi-virus on lentivirus, joka tarttuu soluihin T-solujen sekä makrofagien pinnalla olevien CD4-molekyylien kautta. Lentivirukselle ominaista on, että se aiheuttaa hitaasti etenevän sairauden. Soluun tunkeuduttuaan HI-virus kykenee muuntautumaan perimänsä dna-muotoon ja siten siirtämään viruksen ihmisten solujen DNA:n joukkoon. Tästä syystä HIV:tä on hankala poistaa lääkkeitä. HIV lisääntyy auttaja T-lymfosyyteissä, mutta voi infektoida myös muita soluja. Auttaja T-lymfosyytit ovat immuunijärjestelmän toimimisen kannalta tärkeitä. Ne auttavat tuhoamaan taudinaiheuttajia. HIV:n levittäjänä elimistössä toimii

valkosolut, koska HI-virus infektoi ensin valkosolut. Infektoituneet valkosolut levittävät virusta elimistössä tuhoten auttaja T-soluja. Tästä seuraa se, että auttaja T-solujen määrä vähenee ja ihmisen puolustusjärjestelmä vaurioituu. Hoitamaton HIV lamauttaa immuunipuolustuksen toiminnan kokonaan, josta seuraa AIDS. (Valkonen 2008, 17- 19.)

3.1 HIV:n levinneisyys

Vuonna 2008 maailmassa on tiedetty olevan n. 33,4 miljoonaa HIV-tartunnan saanutta ihmistä, joista suurin osa asuu Afrikassa. HIV-tartunnan saa vuosittain n. 5 miljoonaa ihmistä, päivittäin n. 14000 ihmistä. (Liite 1.) (WHO 2008.)

Vuodesta 1980 lähtien Kansaneläkelaitos on kerännyt tilastoa Suomen HIV-infektiotilanteesta. Suomessa lokakuuhun 2010 mennessä ilmoitettuja HIV-tartunnan saaneita oli 2744, joista miehiä 1996 ja naisia 748. Tilaston mukaan Suomessa HIV-tartuntojen määrä pysyi ennen suhteellisen alhaisena, kunnes 1998 pistoshuumeiden käyttäjillä ilmeni HIV-epidemia. (Liite 2.) (Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos 2010.)

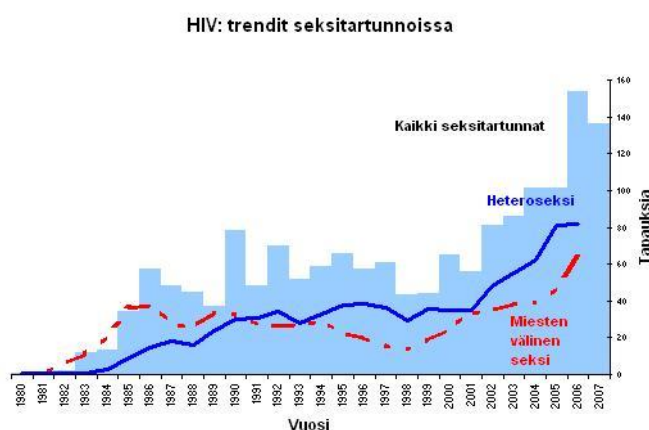
Tällä hetkellä Itä-Euroopassa HIV leviää nopeammin, erityisesti ruiskuhuumeiden käyttäjillä. Uudet HIV- tartunta määrät nousivat Virossa vuonna 2001 ja Latviassa vuonna 2002, mutta HIV- tartuntojen määrä on vähentynyt tämän jälkeen. Tämä hetkellinen HIV- tartuntojen lisääntyminen johtuu siitä, että suonensisäisten huumeidenkäyttäjien keskuudessa tartunnat leviävät lyhyessä ajassa, jonka jälkeen tartuntojen määrä tasaantuu. Tasaantuminen johtuu tartunnalle alttiiden suonensisäisten huumeidenkäyttäjien vähenemisestä tai mahdollisesti huumeiden käyttäjien käytöksen muuttumisesta. (EMCDDA 2005.)

3.2 HIV:n tartuntatavat

Teoriassa mikä tahansa ihmiselimistön nesteistä, eritteistä sekä kudoksista voi toimia tartunnan siirtäjänä, jos olosuhteet ovat hyvät. Yleisimmin HIV tarttuu suojaamattomassa seksikontaktissa. Anaalivyhdynnässä on suurin riski saada tartunta, koska limakalvot rikkoutuvat herkästi. Ehjät limakalvot eivät suoja

HIV-tartunnalta, koska limakalvoilla on suuri määrä makrofageja, joiden tarkoituksena on tuhota elimistöön pyrkivät tunkeilijat. Suojaamattomassa suuseksissä on myös pieni riski saada HIV-tartunta. (Aho & Hiltunen-Back 2007.)

Seksin välityksellä tarttuvien HIV-infektioiden määrä on reilusti kasvanut vuoden 2000 jälkeen. HIV-infektion tartuntatavoissa on havaittavissa myös muutosta. Vuosina 1981 - 1990 miesten välinen seksi on ollut HIV-infektion levittäjänä. 1990-luvun jälkeen heteroseksitartunnoissa on tapahtunut nousua (Kuva 1).



Kuva 1. Seksin välityksellä tarttuneet HIV-tapaukset Suomessa (Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos 2008).

Heteroseksitartuntojen nousuun on erityisesti vaikuttanut matkalta hankitut tartunnat. Matkusteluun liittyviä tartuntoja todetaan kauko- kuin lähikohteistakin. Lähialueilta todetut tartunnat ovat olleet kasvussa viime vuosina. Venäjältä - ja Baltian maista saadut tartunnat voivat ylittää jossakin vaiheessa Suomessa saatujen tartuntojen määrän. (Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos 2008.)

HIV-tartuntojen lisääntyminen seksinvälityksellä saattaa johtua ihmisten lisääntyneestä riskinotosta, epidemian kehityksestä sekä kasvaneesta maahanmuutosta. Ihmisten lisääntynyt riskikäyttäytyminen sekä lähialueidemme HIV-epidemiat voivat luoda tilanteen, että suojaamattomassa seksisuhteessa tartunnan saamisen mahdollisuus on korkeampi. (Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos 2008.)

HIV leviää veren välityksellä veren- tai elinsiirroissa. Vuoden 1985 jälkeen Suomessa ei ole todettu yhtään HIV-tartuntaa, joka olisi saatu verensiirron yhteydessä. Tämä johtuu siitä, että Suomen Punainen Risti (SPR) aloitti luovutetun veren testauksen. (Aho & Hiltunen-Back 2007.)

HIV-tartunta leviää suonensisäisten huumeiden käytön välityksellä. HIV voi tarttua myös äidistä lapseen raskauden, synnytyksen tai imetyksen aikana. Pistotapaturmissa HIV-tartunnan riski on hyvin pieni, noin 0,3 %. (Aho & Hiltunen-Back 2007.)

Tartuntariski on sitä suurempi, mitä enemmän tartuttajalla on viruksia veressään. Veressä on runsaasti HI-virusta ensitautivaiheessa sekä AIDS -vaiheessa, jollei potilaalla ole lääkitystä. (Kurki & Pammo 2010, 50.)

HIV-positiivinen ihminen ei ole vaaraksi toisille ihmisille päivittäisessä kanssakäymisessä. HIV ei leviä käytettäessä samoja ruokailuvälineitä, saunan lauteilta, wc-tiloista tai pisaratartuntana yskiessä. HI-virusta on myös hyvin vähän ihmisen kyynel nesteessä, syljessä, virtsassa ja ulosteessa, joten viruksen leviäminen on lähes mahdotonta näiden eritteiden kautta. Terve iho myös suojaa HIV-tartunnalta. (Punainen risti 2010.)

Venäjällä suurin osa HIV-tartunnan saaneista on huumeiden käyttäjiä sekä seksityön tekijöitä. Viime vuosina Venäjä on ruvennut toimiin HIV-epidemian pysäyttämiseksi. HIV-epidemian pysäyttämiseksi on panostettu erityisryhmiin, kuten huumeiden käyttäjiin, seksityöntekijöihin sekä vankeihin. Terveystieteiden tutkimusten on huomattu saavan aikaan myönteisen käyttäytymismuutoksen, joka vähentää HIV:n leviämistä. Venäjällä on käynnistetty erilaisia ohjelmia, muun muassa Anti HIV/AIDS -ohjelma, joka on osa kansallisen sosiaalisten sairauksien ennaltaehkäisy- ja kontrolliohjelmaa 2007 - 2010. (Anttila ym. 2008, 11 - 14.)

Yhdistyneiden kansakuntien jäsenmaat ovat sitoutuneet pysäyttämään HIV-epidemian etenemisen vuoteen 2015 mennessä. Suomi on onnistunut HIV/aids-epidemioiden hallinnassa hyvin sekä kansainvälisesti että EU-tasolla. (Salminen 2008, 7.)

3.3 HIV:n diagnosointi

HIV-tartunta diagnosoidaan ainoastaan HIV-testillä. Testissä tutkitaan verestä vasta-aineita. Tartunta ei näy ihmisestä päällepäin eikä sitä voida diagnosoida ainoastaan oireiden perusteella. Vasta-ainetestillä mitataan, onko elimistöön muodostunut HI-viruksen vasta-aineita. Vasta-aineet näkyvät tämänhetkisillä testeillä kolmen kuukauden kuluttua mahdollisesta tartunnasta. Kolmen kuukauden kuluttua voidaan olla varmoja testin luotettavuudesta. (Hannuksela 2010.)

HIV-testi voidaan ottaa kyynärtaipeen laskimoverestä tai sormenpään veripisarasta. Suonesta otetun testin vastauksen saamiseen menee noin 1-2 viikkoa. Sormenpäätesti on niin sanottu pikatesti ja vastaus saadaan noin 15 minuutissa. Asiakkaan varatessa aikaa HIV-testiin on hyvä ottaa huomioon jo tällöin asiakkaan tarvitsema neuvonta ja tukeminen. Hoitajan on hyvä osata kuunnella potilaan pelkoja ja antaa potilaalle selkeää tietoa HIV:stä. Hoitajalla tulee olla valmiudet rauhalliseen ja moralisoimattomaan keskusteluun sekä kuunteluun. Ennen testausta on hyvä miettiä yhdessä asiakkaan kanssa testituloksen merkitystä ja keskustella siitä, jos testitulos on positiivinen ja sen aiheuttamista tunteista. (Sarajärvi & Hammarberg 2008.)

Negatiivinen tulos tarkoittaa sitä, että veressä ei ole todettu HIV-vasta-aineita, joten testatulla ei ole tällöin HIV-tartuntaa. Testitulos on positiivinen, jos veressä todetaan HIV-vasta-aineita. Jos veressä on HIV-vasta-aineita, tulee ottaa varmistustesti suonesta. Varmistustestin jälkeen vasta voidaan tehdä HIV-tartuntadiagnoosi. (Sarajärvi & Hammarberg 2008.)

Rintalan ja Sutisen (2005) katsausartikkelin mukaan Suomessa HIV-infektion diagnoosi viivästyy liian usein. Artikkelin mukaan HIV-testi pitäisi tehdä aina, kun potilaan oireiden taustalla voi olla mahdollisesti HIV tai jos altistumisella on ollut mahdollisuus. Suojaamaton seksikontakti on aina syy HIV-testaukselle. Lääkäreiden tulisi enemmän ehdottaa HIV-testejä ja madaltaa testauskynnystä. Artikkelissa muistutetaan, että potilaan tulee olla HIV-testaukseen

myöntäväinen ja hänelle on annettava riittävästi tietoa. Myös seulontaa on pohdittu, mutta sitä ei nähdä tarpeelliseksi Suomessa. Suomessa on käytössä kuitenkin raskaana olevien vapaaehtoinen HIV-seulonta. (Rintala & Sutinen 2005.)

3.4 HIV:n taudinkuva ja oireet

HIV-tartunnan saaneelle voi ilmestyä ensioireita muutamien viikkojen kuluttua tartunnasta. Oireet voivat olla flunssan kaltaisia esimerkiksi kurkkukipu, kuume, kaularauhasten turvotus. Ensioireiden jälkeen ihmisillä tulee täysin oireeton vaihe. Oireeton vaihe voi kestää monta vuotta. Oireettoman vaiheen jälkeen tulee oireinen vaihe. Tässä vaiheessa ihmisellä esiintyy kuumeilua, laihtumista, yöhikoilua, ripulointia sekä väsymystä. Oireiseen vaiheeseen ei vielä liity AIDS-vaiheeseen kuuluvaa oheis- eli seurannaistautia. (Aho & Hiltunen-Back 2007.)

HIV:n oireita sekä etenemistä on lähes mahdotonta ennustaa. Virukseen vaikuttavat lääkkeet voivat hidastaa taudin etenemistä, mutta eivät paranna sitä. Lääkkeet HIV-infektioon kehittyvät jatkuvasti. Seurannaistautien ehkäisy sekä aikainen hoito on tärkeää ja se pidentää elinikää sekä elämänlaatua. HIV-tartunnasta johtuvien ensioireiden jälkeen HIV-positiiviset ovat yleensä vuosia oireettomia. Kun puolustuskyky heikkenee, muuttuu taudinkulku yleensä vaihtelevaksi. Tässä vaiheessa seurannaistauteja saattaa esiintyä, mutta ne saadaan yleensä hoidetuksi. Elin aika HIV-tartunnan jälkeen riippuu eri tekijöistä, muun muassa virusmäärästä, vastustuskyvystä, toisista sairauksista ja iästä. Tilastojen mukaan länsimaissa odotettavissa oleva elinikä tartuntahetkestä on noin 12 -vuotta. AIDS -vaiheeseen siirtymisen jälkeen eliniän ennuste on noin kaksi ja puoli vuotta. Eliniän ennuste pidentyy jatkuvasti lääkehoidon kehittymisen ansiosta. (Positiiviset ry 2006, 8-10.)

3.4.1 Vaiheet

HIV-infektion kulku voidaan jakaa viiteen erilaiseen vaiheeseen. Vaiheet ovat ensitauti eli primääritauti, oireeton vaihe, LAS-, ARC ja AIDS -vaihe. HIV-infektioon sairastunut ei käy välttämättä kaikkia vaiheita läpi. Kerrallaan voi olla

vain yhdessä vaiheessa. Tauti saattaa edetä myös hyppäyksittäin tai sitten se saattaa pysähtyä johonkin vaiheeseen. Eri vaiheisiin luokittelu auttaa arvioimaan taudin tilaa sekä huomioimaan seurannaistauteja ja yleisoireita. Sairauden eri vaiheissa samanlaiset oireet voivat johtua eri syistä ja ne tarvitsevat erilaisia hoitoja ja jatkotutkimuksia. Luokittelussa käytetään erilaisia mittareita, jotka kertovat esimerkiksi CD4-solujen määrän. Käytettäviä mittareita ovat erilaiset oireet sekä verikokeet. (Positiiviset ry 2006, 8 - 10.)

3.4.1.1 Ensitauti eli primaarivaihe

Potilaista 30–50 %:lle kehittyy ensioireita kahdesta neljään viikkoon tartunnan saannista. Laboratoriotutkimuksissa ei välttämättä ole suuria muutoksia oireiden alkaessa. Virusmäärät verenkierrossa ovat suuret primaarivaiheen kehittyessä ja tauti tarttuukin helpoiten tässä vaiheessa, kunnes se rauhoittuu seuraavan oireettoman vaiheen tullessa ja tällöin virusmäärät pienenevät. Serokonversio tapahtuu ensioireiden aikana eli vasta-aineet muuttuvat positiivisiksi. HIV-positiivisuus voidaan todeta usein viimeistään kolmen kuukauden päästä tartunnasta eli vasta yleensä primaarivaiheen oireiden loppuessa. Kansanterveyslaitos suosittelee, että HIV- testi otetaan vasta kolmen kuukauden jälkeen tartunnasta. (Holmström & Leinikki 1997.)

On tärkeää tunnistaa taudin primaarivaihe. Primaarivaihe on ensimmäinen merkki sairaudesta sen kantajalle ja on ensiarvoisen tärkeää ryhtyä toimiin leviämisen ehkäisyssä. Primaaritauti kestää noin viikosta neljään viikkoon. Oireet ovat lievän virusinfektion kaltaisia. Tyypillisiä oireita ovat kuume, ihottuma, päänsärky, suurentuneet imusolmukkeet sekä limakalvojen kipeät haavaumat. Oireet voivat olla myös hyvin voimakkaita, jolloin potilas on ohjattava sairaalahoitoon. Ensioireet kestävät yhdestä neljään viikkoon. (Syrjänen 2006.)

3.4.1.2 Oireeton vaihe & LAS- vaihe

Oireeton vaihe voi kestää useitakin vuosia ja se pitää CD4-solujen määrän samana sekä HIV-pitoisuuden alhaisena. LAS- vaihe

(lymfadenopatiaoireyhtymä) todetaan, kun potilaalla on kolmen kuukauden ajan ollut yli yhden senttimetrin kokoisia imusolmukkeita kahdella tai useammalla alueella. Nivusalueen imusolmukkeita ei oteta huomioon. LAS- vaihe voi kestää jopa vuosia ja vaiheen lopussa CD4-solujen määrä laskee. Kun CD4-solut alkavat laskea, potilaalla alkaa ilmetä herkkyyksiä eri infektioille. (Holmström & Leinikki 1997.)

3.4.1.3 ARC-vaihe

ARC- vaihe (AIDS-related complex) tarkoittaa esi-AIDS- vaihetta. Tällöin on lisääntynyt riski AIDS- vaiheen kehittymiselle. Potilaan yleiskunto heikkenee ja ilmaantuu painonlaskua ja väsymystä. Lisäksi potilaalla saattaa olla pitkään jatkunutta kuumeilua, ripulia, yöhikoilua. ARC- vaihe diagnosoidaan, kun HIV-positiivisella on ollut yllämainituista oireista vähintään kaksi kolmen kuukauden ajan. Näitä oireita ei yleensä esiinny primaari- eikä oireettomassa vaiheessa. (Holmström & Leinikki 1997.)

3.4.1.4 Aids

Aids-vaihe diagnosoidaan, kun HIV-positiivisella on yksi kahdestakymmenestäkahdeksasta seurannaistaudista. CD4-solutaso ei vaikuta AIDS - vaiheen määrittelyyn. Osa AIDS:n seurannaistaudeista saattaa esiintyä jo taudin alkuvaiheessa, kun vastustuskyky on vielä vahva, muun muassa Kapoosin sarkooma sekä verisuonikasvain. Osa seurannaistaudeista tulee vasta immuunijärjestelmän ollessa AIDS-vaiheessa. Potilaan vointi ja kesto vaihtelevat suuresti. (Positiiviset ry 2006, 10.)

3.4.2 Seurannaistaudit

HI- viruksen aiheuttama kroonisen tulehduksen etenemisnopeutta sekä oireita on lähes mahdoton ennustaa. Osa oireista johtuu HIV:stä, kuten ensitauti ja HIV-dementia. Suurimman osan taudinkuvasta aiheuttaa seurannais- eli opportunistitaudit. Niitä voi kehittyä potilaalle useita. Kun puolustuskyky heikkenee, kasvaa riski sairastua seurannaistauteihin. Tartuntatauti-ilmoituksen

mukaisesti seurannaistauteja tiedetään olevan 28 (Liite 3.) (Valkonen 2008, 22.)

Seurannaissairauksien lääke- ja sairaalahoito on Suomessa ilmainen potilaalle tartuntatautilain mukaisesti. HIV-positiivisella saattaa esiintyä vakavia seurannaistauteja, vaikka tilanne onkin parantunut. Eräät seurannaistaudit ovat vaikeasti hoidettavissa. Koska seurannaistaudit ovat vähentyneet, voi hoitohenkilökunnan olla vaikeaa tunnistaa seurannaissairauksien oireita. (Valkonen 2008, 22 - 23.)

3.5 Hoito

HIV- infektioiden hoito on erikoissairaanhoidon alaa. HIV:n hoito on sairaaloissa keskitetty infektiosairauksien tai sisätautisten sairauksien yksikköön. Infektioita hoidetaan polikliinisesti, mutta erityistutkimukset ja aids-vaiheen hoito tapahtuu vuodeosastolla. (Positiiviset ry 2006, 73.)

HIV:n ei ole keksitty parantavaa hoitoa. Lääkehoito on kylläkin kehittynyt viime vuosina ja uusia lääkkeitä on tullut markkinoille. Viime vuosien aikana käyttöön tulleet lääkkeet hidastavat tautiprosessia, mutta eivät johda pysyvään paranemiseen. Ei voida ennustaa, kuinka kauan hoitovaste kestää, mutta arvioiden mukaan HIV-positiivinen, joka käyttää lääkkeitä säännöllisesti, voi elää kymmeniä vuosia ja samalla sairastuneen elämänlaatu paranee (Valkonen 2008, 22–23.)

Hoito on melko ongelmallista ja vaatii sairastuneelta hoitomyöntyvyyttä sekä sitoutumista hoitoon. Suurin osa lääkkeistä tarvitsee vähintään kolmen eri lääkkeen yhdistelmän parhaimman hoitovasteen saavuttamiseksi. Lääkkeitä on siis usein monia ja ne tulee ottaa tiettyinä lääkkeen ottoaikoina. Lääkitys saattaa aiheuttaa runsaasti erilaisia sivuvaikutuksia. (Ranneliike 2008.)

HI- viruksen määrää pyritään vähentämään ja auttajasolujen (CD4) määrää pyritään lisäämään antiretroviraalihoidolla (HAART= highly active antiretroviral therapy). Markkinoilla on tällä hetkellä 20 antivirusräikkettä ja niitä käytetään

parantamaan potilaan vastustuskykyä. Käänteiskopioijan estäjät, proteaasin estäjät ja fuusion estäjät ovat antiretroviraalilääkkeitä. Käänteiskopioijan estäjiä ovat nukleosidi- tai nukleotidijohdannaiset (NRTI) ja non-nukleosidianalogit (NNRTI). Hi-virus tarvitsee muuttaakseen perimäaineksensa DNA-muotoon käänteiskopioijaentsyymien toimintaa ja näillä lääkkeillä estetään se. Ihmisellä perimäainekseksi on DNA:ssa ja HI-viruksella RNA:ssa. (Kurki & Pammo 2010, 55.)

On myös olemassa NRTI-yhdistelmälääkkeitä. Proteaasin estäjät eli proteaasi-inhibiittorit (PI) lopettavat viruksen kypsymisen ja saavat sen jäämään haitattomaan raakakopiomuotoon. Yksinomaisena hoitona tätä ei ole syytä käyttää, koska virukset kehittävät nopeasti näille lääkkeille vastustuskykyisiä muotoja. (Kurki & Pammo 2010, 55.)

Fuusionestäjät eli fuusioinhibiittorit estävät HI-viruksen sulautumisen soluun. Suomessa on käytössä vain yksi fuusionestäjälääke. Integraaniestäjät estävät puolestaan viruksen genomien liittymisen kohdesolun genomiin. Ko-reseptoriestäjät estävät HIV:n pääsyä CD4-solun ko-reseptoriin. (Kurki & Pammo 2010, 56.)

Tulokset ovat sitä paremmat mitä aikaisemmin tartunta todetaan ja sen seuraaminen ja hoito aloitetaan. Nykyään diagnoosi pystytään tekemään jo varhaisessa vaiheessa vasta-aine- tai antigeenitestin ansiosta. (Ranneliike 2008.) HIV-lääkehoito aloitetaan myös raskauden aikana sikiön tartuntavaaran minimoimiseksi. (Kurki & Pammo 2010, 56.)

HIV:n hoidossa on tutkittu rokotteita jo vuodesta 1984 alkaen, mutta rokotetta ei ole vielä kehitetty. HIV:n kuorikerroksella on laajamittainen muuntautumiskyky ja se näin ollen vaikeuttaa rokotteen kehittämistä. Rokotetta ei tulla kehittämään vielä hetkeen. Kun rokotetta ei ole, tulee käyttää tehokkaasti muita ehkäisytöitä. (Aho & Hiltunen-Back 2007.)

3.6 HIV ja mielenterveys

Sairaus ei ole koskaan ainoastaan fyysistä, vaan sairaudella on aina vaikutus ihmisen psyykkiseen sekä sosiaaliseen puoleen. HIV altistaa ihmisen yleensä psyykkiselle oireilulle. Edelleen HIV-infektiota pidetään leimaavana sairautena, joten HIV vaikuttaa ihmiseen kokonaisvaltaisesti. Jokaisella HIV-tartunnan saaneella on oma elämäntarinansa, joten infektion aiheuttamat psyykkiset oireet vaihtelevat suuresti. Tämän vuoksi jokaisen tartunnan saaneen psyykkisen tuen tarve tulee huomioida yksilöllisesti. (Kaivola 2008.)

Monelle HIV:n toteaminen aiheuttaa psyykkisen kriisin, vaikkakin HIV:n luonne tappavasta taudista on vaihtunut pitkäaikaissairaudeksi. Sairauteen liittyvät mielikuvat, leimaavuus sekä negatiiviset asenteet ovat osasyynä kriisiin. Potilaan lisäksi tulee HIV:n yhteydessä huomioida potilaan läheiset sekä omaiset ja tarjota heille myös mahdollisuus oman kriisin läpikäymiseen. Tämän avulla myös omaiset voivat antaa potilaalle potilaan tarvitsemaa tukea. (Kaivola 2008.)

3.7 HIV-infektion huomiointi terveydenhuollossa

Terveydenhuollossa hoitavahenkilökunta saattaa altistua tahtomattaan HIV-infektioon. Tyypillisin tällainen tilanne on neulanpistotapaturma, jossa hoitohenkilökunta vahingossa pistää itsensä kontaminoituneella neulalla. Tartunnan riskiä lisää se, että neula on tunkeutunut syväälle ihoon tai ihon alle on neulan mukana mennyt verta tai muita ihmisen nesteitä. Terveelle iholle/limakalvoille mennyt veri tai neste ei aiheuta tartunnanvaaraa. Paras keino HIV-tartunnan ehkäisemiseksi terveydenhuollossa on työtapojen kehittäminen sairaanhoitajille turvallisiksi. (Leinikki 2009.)

Sairaanhoitaja kohtaa työssään monia ihmisiä, eikä hänellä aina ole tiedossa potilaan mahdollisia tartuntasairauksia. Tästä syystä hoitajan tulee käyttää tavanomaisia varotoimia kaikkien potilaiden kanssa. Näillä tavanomaisilla varotoimilla pyritään ehkäisemään infektioiden siirtyminen potilaasta hoitajaan, hoitajasta potilaaseen sekä infektion siirtymistä hoitajan kautta toiseen

potilaaseen. Tavanomaisilla varotoimilla tarkoitetaan oikeanlaista käsihygieniaa, oikeanlaisten suojainten käyttöä, oikeanlaisia työtapoja sekä pistotapaturmien välttämistä. (Kujala & Kotilainen 2005.)

Verivarotoimia käytetään potilailla, joilla tiedetään olevan verenvälityksellä tarttuva tauti. Veri ei ole kuitenkaan ainut erite, joka saattaa levittää tautia. Muita nesteitä ovat siemenneste, vaginaerite sekä verta sisältävät eritteet. Tärkeintä verivarotoimissa on muistaa pistotapaturmien välttäminen. (Kujala & Kotilainen 2005.)

4 ENNALTAEHKÄISY

Terveyden edistämisen (health promotion) tarkoituksena on terveen ihmisen eliniän pidentäminen. Ihmisen terveydelle on maailmassa monenlaista uhkaa esimerkiksi köyhyys, väkivalta, tartuntatautien lisääntyminen. Onnistunut terveyden edistäminen vaatii terveellistä yhteiskuntapolitiikan kehittämistä, terveellisen ympäristön aikaansaamista, tehostusta yhteisöjen toiminnassa, henkilökohtaisten taitojen kehittämistä sekä terveystalouden uudistamista. (Koskenvuo & Mattila 2009.)

Ihmiselle käytännönläheisempi terveyden edistämisen muoto on sairauksien ennaltaehkäisy (preventio). Ennaltaehkäisyllä tarkoitetaan keinoja, joilla pystytään ylläpitämään terveyttä. Sairauksien ennaltaehkäisyllä vaikutetaan tautien ja sairauksien ilmaantumiseen sekä pyritään vähentämään sairauksien aiheuttamia haittoja. Ennaltaehkäisy perustuu ajatukseen, että ehkäisemällä sairauden synty, voidaan sairauksien hoitoa vähentää ja jopa joltakin osalta todeta tarpeettomaksi. Ennaltaehkäisyn tarkoituksena on vähentää yksilön kärsimyksiä, lisätä yksilön ja yhteisön toimintakykyä sekä säästää sairaanhoidon kustannuksia. (Koskenvuo & Mattila 2009.)

Näkökulmia ennaltaehkäisyyn on kaksi: ennaltaehkäisy terveyden näkökulmasta ja sairauksien näkökulmasta. Terveyden näkökulmasta ennaltaehkäisyn tarkoituksena on kasvattaa yksilön sekä yhteisön voimavaroja terveyden ylläpitämisessä, kun taas sairauksien ennaltaehkäisyllä pyritään

ehkäisemään sairauksia, tapaturmia sekä kuolemaa. (Koskenvuo & Mattila 2009.)

Ennaltaehkäisy eli preventio jaetaan kolmeen eri vaiheeseen. Vaiheita ovat primaaripreventio, sekundaaripreventio sekä tertiaaripreventio. Primaaripreventiolla eli ensisijaisella ehkäisyllä yritetään muuttaa ihmisten riskikäyttäytymistä ja pyritään estämään ihmisten joutumista tekemisiin terveydelleen haitalliseksi todettujen asioiden kanssa. Primaariprevention keinoja ovat rokotukset ja neuvonta. Sekundaariprevention tarkoituksena on vähentää sairauden pahenemista poistamalla riskitekijät. Sekundaaripreventio liittyy lähinnä sairauden hoitoon, joten sekundaaripreventio ei ole suoranaista sairauden ennaltaehkäisyä. Seulontoja voidaan pitää osana sekundaaripreventiota. Tertiaaripreventio on sairauden aiheuttamien haittojen estämistä. Tässä vaiheessa ihmisellä on todettu jo jokin sairaus. Tertiaaripreventio liittyy lähinnä kuntoutukseen, jossa pyritään ylläpitämään ihmisen työ- ja toimintakykyä. (Koskenvuo & Mattila 2009.)

4.1 HIV:n ennaltaehkäisy

Sosiaali- ja terveysministeriön vuonna 2002 laatiman HIV/AIDS-strategian mukaan uusien HIV-tartuntojen ehkäisy on strategian tärkein pylväs. Ennaltaehkäisyn tarkoituksena on estää taudin leviäminen mahdollisimman hyvin. Ennaltaehkäisyllä pyritään siihen, ettei kukaan saa tartuntaa tietämättään. Ennaltaehkäisyn tärkein ehkäisykeino on terveystkasvatus sekä terveysneuvonta. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2002.) Kasvatuksen ja neuvonnan tärkeimpänä kohteena pidetään nuoria, mutta haasteen ennaltaehkäisyyn tuovat syrjäytyneet, huumeiden käyttäjät ja maahanmuuttajat (Leinikki 2009).

4.1.1 Primaaripreventio

Väestölle sekä riskiryhmille tarkoitettulla tehokkaalla primaaripreventiolla eli ensisijaisella ehkäisymuodolla saadaan hyviä tuloksia HIV:n leviämisen ehkäisemisessä. HIV:n primaaripreventioon kuuluu ihmisten hyvä neuvonta ja

ohjaus. Primaariprevention tarkoituksena on vähentää riskikäyttäytymistä, estää HIV:n leviämistä suojaamattomassa seksissä sekä ruiskuhuumeiden välityksellä. Ihmisille tulee antaa tietoa HIV-tartunnasta, miten HIV tarttuu ja miten se ei tartu sekä kondomin, ruiskujen sekä neulojen käytöstä. (Leinikki 2009).

Kondomien oikeanlainen käyttö (liite 4) on ainut luotettava tartuntojen ehkäisykeino, mutta sukupuolitautilien yleisyys kertoo lisääntyneestä riskikäyttäytymisestä. Ennaltaehkäisyn yksi tärkeimmistä asioista on kondomien helppo saatavuus. Kondomien saatavuudella on katsottu olevan yhteyttä sukupuolitautilien esiintyvyyteen. Muidenkin sukupuolitautilien seuranta on yksi osa HIV:n ennaltaehkäisyä, koska ihmisiltä, jotka sairastavat jotakin muuta sukupuolitautia, tulisi myös tutkia HIV-tartunnan mahdollisuus. (Leinikki 2009.)

Seksinvälityksellä leviävän HIV:n ehkäisyyn on pyritty kehittämään monen vuoden ajan mikrobisideja. Mikrobisidi on ennen yhdyntää emättimeen laitettava valmiste. Valmiste voi olla erimuotoista, esimerkiksi vaahtoa, geeliä, emätinpuikkoja tai emätinrenkaita. Mikrobisidin vaikutuksen tutkiminen on ollut haastavaa ja tuloksetonta. (Lähteenmäki & Heikinheimo 2009.) Vuonna 2010 on lopulta saatu tuloksia mikrobisidigeelin positiivisesta vaikutuksesta HIV:n ennaltaehkäisyssä. Emätinpuikkeen on todettu vähentävän naisten riskiä saada HIV-tartunta. (Fhi. The science of improving lives 2010.)

Myös kertakäyttöisten ruiskujen ja neulojen helppo saatavuus on tärkeä osa HIV-tartunnan leviämisen ehkäisyä. Injektiovälineet ovat Suomessa halpoja ja niiden saamisessa ei ole ongelmia. Venäjällä puhtaiden neulojen ja ruiskujen anto katsotaan huumeiden käytön ylläpitämiseksi (Salminen 2006). Vuonna 1996 Helsinkiin perustettiin ensimmäinen ruiskuhuumeiden käyttäjille tarkoitettu matalan kynnyksen terveysneuvontapiste. Terveysneuvontapisteessä huumeiden käyttäjille annettiin terveysneuvontaa ja tämän lisäksi heille annettiin mahdollisuus vaihtaa käytettyjä neuloja puhtaisiin välineisiin. HIV-infektion levittäessä vuonna 1998 terveysneuvontapalveluja laajennettiin. Tartuntatautiasetukseen lisättiin vuonna 2004 perusterveydenhuollolle velvoite

järjestää ruiskuhuumeiden käyttäjille pistosvälineiden vaihtomahdollisuus sekä terveysneuvontaa. (Salminen 2007.)

Neuloja tai huumeruiskuja käyttäviä ihmisiä tulee ohjeistaa käyttämään vain omassa käytössä olevia välineitä. Yksin tämä ei kuitenkaan riitä. Tärkeämpää olisi pystyä kehittämään terveyden edistämisen ohjelma. Ohjelmaan sisältyisi ihmisten riskikäyttäytymisen vähentäminen valistuksen sekä puhtaiden neulojen ja ruiskujen avulla. Ohjelmaan kuuluisi myös huumeiden aiheuttamien sivuvaikutusten vähentäminen, ammatillista ja sosiaalista kuntoutusta sekä valistusta, joka tähtäisi huumeiden käytön vähentämiseen. (Leinikki 2009.)

Törmä ja Huotari (2008) ovat selvittäneet tutkimuksessaan Viipurin terveysneuvontapalvelun toteutusta, painopisteenä huumeidenkäyttäjien tavoittaminen palveluihin. Tutkimus käsittelee myös terveysneuvontapalvelua huumeidenkäyttäjien palvelutarpeiden kannalta.

Tutkimusaineisto koostui kolmesta eri aineistosta: Terveysneuvontakokeiluun liittyvät dokumentit, esim. hankesuunnitelmat, asiantuntijoiden teemahaastattelut (n= 13) sekä viipurilaisten huumeiden käyttäjien strukturoidut haastattelut (n=70). Tutkimusaineisto oli jakautunut siten, että yli kaksi kolmasosaa haastateltavista oli miehiä, keski-ikä oli 23 vuotta. Suurin osa heistä asui asunnottomana Viipurissa, kolmasosa oli kirjoilla Viipurissa. Lähes kaikki haastatteluun osallistuvat olivat kovien huumeiden käyttäjiä. (Törmä & Huotari 2008.)

Tutkimuksen tuloksista selvisi, että viipurilaiset huumeiden käyttäjät eivät ole tottuneet, että heillä on mahdollisuus palveluihin. Palveluita enemmän heitä on yritetty saada miliisikontrolliin sekä vankiloihin, joten ymmärrettävästi neuvontapisteen asiakasmäärät ovat vähäiset ja heillä esiintyy luottamuksen puutetta neuvontapalvelun henkilökuntaa kohtaan. Haastatteluissa ilmeni huumeidenkäyttäjien toivottomuus. Tämä ilmeni huumeidenkäyttäjien ajattelussa, että he ovat itse aiheuttaneet tilanteensa ja että heidän tilanteeseensa ei ole apua, sillä he ”kuolevat joka tapauksessa muutaman vuoden sisään ensimmäisestä injektiosta.” (Törmä & Huotari 2008.)

Tutkimus tulosten mukaan Viipurin huumeiden käyttäjillä on tarvetta terveysneuvontapalveluihin, erityisesti neuvonnalle, puhtaiden pistosvälineiden vaihdolle sekä HIV-pikatestauksille. Huumeiden käyttäjät tiesivät ruiskujen ja neulojen yhteiskäytön riskeistä, mutta tietämys riskien välttämisestä oli vähäistä. He eivät osanneet ajatella, että terveysneuvonta liittyy riskien välttämiseen, vaan he ajattelivat terveysneuvonnan olevan vain puhtaiden ruiskujen ja neulojen jakoa. Huumeiden käyttäjien avun tarve oli laaja-alaista. He olisivat tarvinneet neuvoja myös elämiseen. Huumeiden käyttäjät toivoivat, että työntekijät olisivat tulleet heidän keskuuteensa ja keskustelleet heidän kanssaan. Terveysneuvonnan sijainti vaikutti myös käyntiin pisteellä. Neuvontapiste olisi tarvinnut sijoittaa kauemmas miliiseistä, koska tällöin huumeiden käyttäjät olisivat pelänneet vähemmän rekisteröintiä sekä palvelun kuulumista osaksi kontrolliviranomaisia. (Törmä & Huotari 2008.)

4.1.2 Sekundaaripreventio

Sekundaaripreventio on tarkoitettu tartunnan saaneille ihmisille, altistuneille sekä riskiryhmille. Riskiryhmillä tarkoitetaan ryhmiä, joissa HIV-tartunnan vaara on keskimääräistä isompi eli esimerkiksi huumeidenkäyttäjät. (Leinikki 2009.)

Tartuntakontaktien jäljitys on sekundaariprevention tehokkain muoto. Tartuntakontaktien jäljityksen tarkoituksena on saada tartunnan saaneen henkilön sukupuolipartnerit hakeutumaan tutkimuksiin. Tartuntalain mukaan tartunnan saanut on velvollinen kertomaan hoitavalle lääkärille tartunnan kulusta hoitavan lääkärin tiedusteltaessa asiaa. Ilmoituksen tartunnan altistuneelle voi potilas tehdä itse, hoitava lääkäri tai ilmoittamisvastuu voidaan antaa terveyskeskuksen vastaavalle lääkärille. Ilmoituksen yhteydessä lääkäri ei paljasta tartunnan saaneen henkilöllisyyttä. Uusien lääkkeitöiden tehokkuus on lisännyt kontaktien jäljityksen merkitystä. Tärkeää on, että tartunnan saaneen henkilön seksikumppanit saadaan tutkimuksiin ja tarvittava hoito voidaan aloittaa. (Leinikki 2009.)

Vaikeat eettiset ongelmat liittyvät kontaktien jäljittämiseen. Kontaktien jäljittäminen saattaa johtaa tilanteeseen, että tartunnalle altistunut henkilö ei halua mennä tutkimuksiin eikä hoitoon. (Leinikki 2009.)

HIV-tutkimusten kokeminen yksilön kannalta hyödylliseksi lisää sekundaariprevention vaikutusta. Uudet lääkkeet ovat parantaneet HIV:n tilannetta, ja aikainen hakeutuminen HIV-testiin on tulossa yhä tärkeämmäksi. HIV- pikatestien tekeminen edistää myös HIV- tapausten löytymistä. Esimerkkinä HIV-pikatestausta voidaan käyttää esimerkiksi siten, että matalan kynnyksen toimipisteessä pikatesti voidaan tehdä potilaan odottaessa ja jos tulos on positiivinen, potilas ohjataan tarkempiin tutkimuksiin ja mahdolliseen hoitoon. (Leinikki 2009.)

5 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA SITÄ OHJAAVA KYSYMYS

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää sairaanhoitajan roolia HIV:n ennaltaehkäisyssä. Tavoitteena on antaa tietoa sairaanhoitajan roolista HIV:n ennaltaehkäisyssä ja työtä tullaan hyödyntämään osana ImPrim-projektissa.

Opinnäytetyötä ohjaava kysymys:

1. Mikä on sairaanhoitajan rooli HIV:n ennaltaehkäisyssä?

6 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

6.1 Menetelmä

On olemassa erilaisia tutkimustapoja ja niitä voidaan tyypitellä erilaisin perustein. Eräs keino erottaa tutkimustyytit toisistaan on jakaa ne teoreettisiin ja empiirisiin tutkimuksiin. Opinnäytetyö on teoreettinen tutkimus. Teoreettiselle tutkimukselle on ominaista, että se pohjautuu tutkijan omaan päättelyyn sekä aikaisemmin tutkittuun kirjallisuuteen. (Jyväskylän yliopisto 2010.)

Opinnäytetyömme on systemaattinen kirjallisuuskatsaus. Kirjallisuuskatsaus on tieteellisen tiedon siirtoa. On olemassa erilaisia tunnusmerkkejä tieteelliselle tiedolle. Yksi merkittävimmistä tunnusmerkeistä on se, että tieto on julkista. Tieteellistä tietoa voi olla ainoastaan silloin, kun se on julkista. Sen tulee olla myös kaikkien luettavissa, arvioitavissa sekä käytettävissä. Kirjallisuuskatsauksia on monia erilaisia, mutta yhteistä niille kaikille on, että aiheesta jota tutkitaan, on olemassa tutkittua tietoa jonkin verran. Kirjallisuuskatsauksella on mahdollista selvittää sekä hahmottaa kokonaisuuksia olemassa olevista tutkimuksista. Yhteen kokoamalla tiettyyn aiheeseen koskevia tutkimuksia saadaan kuvaa ja ymmärrystä siitä, kuinka paljon tutkittua tietoa on jo olemassa ja millaista se on menetelmällisesti ja sisällöllisesti. (Johannsson ym. 2007, 2 - 3.)

Näyttöön perustuvan toiminnan myötä systemaattisten kirjallisuuskatsausten tekeminen on yleistynyt. Sen avulla pystytään löytämään tutkimustuloksia, jotka ovat laadullisesti korkeatasoisesti tutkittuja. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus on tarkoin rajattua, olemassa olevaa sekä valikoitua tutkittua tietoa yhdistävä tutkimus. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus kohdistuu aina tiettyinä aikoina tehtyihin tutkimuksiin, olennaisten tulosten säilyttämiseksi niitä on välillä päivitettävä. Systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessa kaikki vaiheet on tarkoin määriteltävä ja kirjattava ylös, jotta minimoitaisiin virheet sekä mahdollistettaisiin katsauksen toistettavuus. (Johannsson ym. 2007, 4.) Opinnäytetyötä tehdessä olemme pyrkineet kirjaamaan ylös eri vaiheet, joita olemme tehneet.

Hoitotieteen näkökulmasta systemaattisen tiedonhaku on järjestelmällistä, tarkoin määriteltyä sekä rajattua tiedonhakua, joka on mahdollista toistaa uudelleen. Tiedonhakuprosessissa on tärkeää tiedontarpeen ja tiedon käyttötarkoituksen määrittely. Olennaista on myös arvioida käytettävissä olevia resursseja. Lähteiden valinta on prosessissa tärkeää. Eri tietolähteisiin tulee tutustua huolellisesti, niiden toimintaan ja sisältöön. Parhaat hakutulokset pitää osata valita, paikallistaa sekä hyödyntää oikein. Tiedonhakuprosessia tulee arvioida kriittisesti ja se tulee dokumentoida vaihe vaiheelta. (Johansson ym. 2007, 10–11.)

Tässä opinnäytetyössä kohde on rajattu tarkasti. Työ on rajattu seksin välityksellä leviävän HIV:n sekä ruiskuhuumeiden käytön välityksellä leviävän HIV:n ennaltaehkäisyyn. Tarkemmin työssä ei ole rajattu kohderyhmien ikäjakaumaa tai sukupuolijakaumaa. Tutkimuskohteena opinnäytetyössä on sairaanhoitajan rooli HIV:n ennaltaehkäisyssä.

Systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessa hakuprosessi on tärkein ja kriittisin vaihe. Jos hakuprosessissa tapahtuu virheitä, se saattaa johtaa katsauksen tulosten harhaisuuteen ja antaa epäluotettavan kuvan aiheesta sekä siinä olemassa olevasta näytöstä. Hakustrategian avulla on tarkoituksena löytää ja tunnistaa kaikki katsauksen kannalta oleelliset sekä luotettavat tutkimukset. Hakuprosessin suunnittelussa sekä toteuttamisessa kannattaa käyttää apuna informaattikkoa, sillä hänellä on kokemusta tiedonhausta. (Johansson ym. 2007, 49.)

6.2 Aineisto

6.2.1 Hakusanat ja sisäänottokriteerit

Hakutermeinä tässä systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessa on käytetty termejä: HIV, ennaltaehkäisy, hoitotyö, huumeiden käyttäjä, prevention, nursing, drug user, prevalence, nurse. Tässä opinnäytetyössä hakukoneiden sekä

hakusanojen määrittely on toteutunut informaation eli kirjastonalan asiantuntijan avustuksella. Hakuja tehtiin useilla hakusanoilla ja yhdistelmillä ja näistä parhaat tulokset tuottaneet hakusanat ja yhdistelmät otettiin mukaan opinnäytetyömme varsinaiseen kirjallisuushakuun. Haku on suoritettu syyskuussa 2010.

Haut tehtiin seuraavissa kotimaisissa elektronisissa tietokannoissa: Medic ja Arto ja ulkomaisissa elektronisissa tietokannoissa: Pubmed ja Cinahl. Tietokantojen valinnat on tehty informaation sekä opinnäytetyötä ohjaavan opettajan avustuksella. Tällä varmistettiin se, että kirjallisuushaut tehtiin tarpeeksi laajasti kaikista niistä tietokannoista, jotka ovat merkittäviä opinnäytetyön kannalta. Varsinaiset haut ja tutkimusten valinnat suorittivat opinnäytetyön tekijät yhdessä. Tutkimusten hakuun ei kuulunut manuaalista tiedonhakuja alan lehdistä, mutta suoritimme manuaalista hakuja sähköisessä muodossa.

Tutkimuksen valinta- ja sisäänottokriteerien tulee systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessa ilmetä mahdollisimman tarkasti sekä täsmällisesti. Tutkittavan aiheen kannalta valinta- ja sisäänottokriteerien tulee olla johdonmukaisia ja merkityksellisiä. Tämän tarkoituksena on ehkäistä systemaattisen virheiden syntymistä. (Johansson ym. 2007, 48, 59.) Opinnäytetyöhön hyväksyttävät ja ei-hyväksyttävät tutkimukset valittiin huolellisesti vaiheittain. Peruseriaatteenamme oli se, että haussa saadut tutkimukset vastaavat sisäänottokriteereitä. Tarkastelimme tutkimuksia otsikko-, abstrakti- ja koko tekstitasolla. Opinnäytetyön sisäänottokriteereiksi määriteltiin, että tutkimuksissa tuli ilmetä sairaanhoitajan rooli HIV:n ennaltaehkäisyssä. Tutkimusten tuli olla 2000-luvulla julkaistuja tutkimuksia joko suomen- tai englanninkielisiä. Osa hauista rajattiin koskemaan vuosia 2005 – 2010, koska vuosivälillä 2000-2010 tuli osuvia todella paljon. Tutkimusten tuli liittyä seksinvälityksellä sekä ruiskuhuumeiden välityksellä leviävien HIV-infektioiden ennaltaehkäisyyn.

6.2.2 Kirjallisuushaun vaiheet ja tietokantahaut

Tämän opinnäytetyön kirjallisuuskatsauksen aineisto hankittiin neljästä eri tietokannasta, monessa eri vaiheessa. Ensimmäinen haku suoritettiin Medic-tietokannassa. Haku suoritettiin asiasanahakuna. Tutkimusten julkaisukieliä rajattiin suomen- ja englanninkieli ja tutkimusten julkaisuajaksi 2000 - 2010. Ensin hakusanoiksi laitettiin HIV AND Sairaanhoidaja, hakutuloksia saatiin nolla. Sitten hakusanoihin laitettiin HIV AND hoitotyö AND ennaltaehkäisy, jolloin hakutuloksi löytyi kaksi, mutta otsikkotason tarkastelun perusteella kumpikaan ei vastannut hakukriteereitä. Yhdistelemällä HIV AND ennaltaehkäisy, tämä yhdistelmä tuotti 38 osua. Näistä valitsimme 14 julkaisua abstrakti- sekä kokotekstitarkasteluun. Lähemmässä tutkimuksessa selvisi, että valitsemamme julkaisut eivät olleet alkuperäistutkimuksia. Tämä haku ei tuottanut yhtään tutkimusta, joita olisi hyväksytty opinnäytetyöhön.

Toisessa vaiheessa haku suoritettiin Arto-tietokannassa. Haku suoritettiin tarkennettuna hakuna. Haku aloitettiin laittamalla hakusanoiksi HIV AND sairaanhoidaja. Haku suoritettiin asiasana- sekä sanahakuna. Haku rajattiin vuosille 2000 - 2010 ja kieleksi Suomi. Osumia saatiin neljä, joista kolme valittiin otsikkotason tarkastelun jälkeen abstraktitason tarkasteluun. Yksi pois suljettiin jo otsikkotason tarkastelun jälkeen, koska aihe käsitteli HIV-positiivista ihmistä. Tarkemman tarkastelun jälkeen otsikon perusteella valitut julkaisut, eivät myöskään täyttäneet sisäänottokriteerejämme. Seuraavaksi kokeilimme samoilla hakusanoilla, mutta muutimme kielen englanniksi, tämä ei tuottanut yhtään tulosta. Tämäkään haku ei siis tuottanut yhtään uutta tutkimusta katsaukseemme.

Kolmannessa vaiheessa haku suoritettiin ulkomaisessa Cinahl -tietokannassa. Haku suoritettiin asiasana-hakuna. Hakusanoiksi laitettiin HIV AND nursing AND prevention, haku rajattiin vuosille 2005–2010, kieleksi rajattiin englanti. Osumia saatiin 316, otsikkotason perusteella valitsimme 21 tutkimusta jatkokäsittelyyn. Abstraktitason tarkastelun jälkeen kuusi tutkimusta hyväksyttiin kokotekstitarkasteluun, jonka jälkeen näistä kolme tutkimusta täyttivät opinnäytetyömme sisäänottokriteerit. Seuraaviksi hakusanoiksi laitoimme HIV

AND nurse AND prevention. Haku rajattiin vuosille 2005–2010, kieleksi englanti. Näillä hakusanoilla löytyi 129 osumaa, joista 11 valittiin otsikkotason perusteella tarkasteluun. Abstraktitason tarkastelun jälkeen valitsimme kaksi tutkimusta kokotekstitarkasteluun, joista vain yksi hyväksyttiin opinnäytetyöhömmme.

Neljännessä vaiheessa haku suoritettiin ulkomaisessa Pubmed-tietokannassa. Haku suoritettiin asiasana hakuna. Hakusanoiksi asetettiin HIV AND nursing AND prevention. Haku rajattiin koskemaan vuosia 2005–2010, kieleksi rajattiin englanti. Osumia tällä hakusanayhdistelmällä saimme 726. Tämän jälkeen haku rajattiin niin, että haku tuottaa vain tutkimukset, jotka ovat saatavilla kokoteksteinä. Tämän jälkeen osumamäärä pieneni 142 osumaan. 19 tutkimusta hyväksyttiin otsikkotason perusteella tarkempaan tarkasteluun. Abstraktien tarkastelun jälkeen hyväksyttiin seitsemän tutkimusta kokotekstitarkasteluun. Näistä viisi täyttivät opinnäytetyömme sisäänottokriteerit.

Cinahl- ja Pubmed- tietokannoissa tehdyt haut tuottivat samoja tutkimuksia. Samoja tutkimuksia löytyi yhdeksän. Alkuperäistutkimuksen valintaan vaikutti suurimmaksi osaksi se, että alkuperäistutkimusta ei välttämättä ollut saatavilla kokotekstinä molemmissa tietokannoissa.

Sähköisellä manuaalisella haulla Pubmedista löysimme, löysimme kaksi tutkimusta, jotka vastasivat sisäänottokriteereitä.

Kaiken kaikkiaan kirjallisuushaut tuottivat 11 alkuperäistutkimusta, jotka hyväksyttiin tutkimukseen otsikko-, abstrakti- ja kokotekstitason tarkastelun jälkeen. Alkuperäistutkimuksista kaikki olivat englanninkielisiä. (Liite 5.)

6.3 Aineiston analyysi

Tutkimuksen teossa aineiston analyysi on keskeisin asia. Tässä vaiheessa tutkimuksen tekijälle ilmenee vastaukset tutkimusongelmaan. Aineiston analyysi on hyvä aloittaa heti aineiston keräämisen jälkeen, koska aineisto kiinnostaa tällöin vielä tutkijaa ja lyhyellä aikavälillä aloitettu aineiston analyysi mahdollistaa aineiston täydentämisen ja aineiston tarkentamisen. (Hirsjärvi ym.

2007.) Opinnäytetyössä aineiston analyysi aloitettiin välittömästi kun aineiston valinta oli tehty.

Tutkimusten valintojen jälkeen tulee tutkimukset lukea läpi. Huomio tutkimusten lukemisessa tulee kiinnittää olennaisiin asioihin esimerkiksi aineistoon ja käytettyihin tutkimusmenetelmiin, luotettavuuteen ja tuloksiin. Tutkimusten tulkintaa ja käyttöä helpottaa tutkimusten taulukointi. (Johansson ym. 2007, 62 - 68.)

Valitut tutkimukset taulukoitiin. Taulukoista voidaan katsoa valittujen tutkimusten tekijät, vuosi, tutkimusten tarkoitukset, aineiston ja aineiston keruutavan sekä tutkimusten keskeiset tulokset.

7 TUTKIMUKSEN TULOKSET

7.1 Valittujen tutkimusten kuvailua

Analysoitavista tutkimuksista kaksi tutkimusta oli vertailevaa tutkimusta. Vertailevissa tutkimuksissa verrattiin hoitajien antamaa koulutusneuvontaa ja motivoivaa haastattelua, sekä terveysneuvonnan määrää sairaanhoitajien ollessa paikalla ja kun sairaanhoitajat eivät olleet paikalla poliklinikka käynneillä. Loput yhdeksän tutkimusta oli empiiristä tutkimusta. Tutkimuksissa esiintyi eri tutkimusstrategioita. Strategioita olivat kokeellinen tutkimus, poikittaistutkimus, toimintatutkimus, survey-tutkimus sekä määrällinen tutkimus.

Kohderyhmänä tutkimuksissa oli sairaanhoitajat tai potilaat. Otantakoot vaihtelivat tutkimuksissa paljon. Pienin otanta oli (N= 9) ja suurin otanta oli (N= 650). Lähes kaikissa tutkimuksissa, joissa tutkittiin sairaanhoitajien toimintaa, tutkittavien enemmistö oli naissukupuolta, mutta osassa tutkimuksista ei kerrottu sukupuolijakaumaa.

Tutkimuksissa oli käytetty aineistonkeruumenetelminä kyselyä sekä haastattelua. Osassa tutkimuksista haastattelut oli nauhoitettu, jonka jälkeen

aineisto oli litteroitu. Osassa kyselylomakkeiden analysoinnissa oli käytetty SPSS-ohjelmaa.

Tutkimusten luotettavuutta ei ollut osassa tutkimuksista pohdittu laajasti. Alkuperäistutkimukset olivat kaikki 2000-luvulta, joten tutkimusten tulokset ovat tuoreita. Osassa tutkimuksista otanta oli niin pieni, että tutkimuksen tulokset eivät olleet yleistettävissä. Tutkimusten tuloksia tarkastellessa esille nousi sairaanhoitajan roolin tärkeys asiakkaiden saamassa neuvonnassa ja ohjauksessa. Opinnäytetyöhön valitut tutkimukset on taulukoitu. (Taulukko 1.)

Taulukko 1. Tutkimusten taulukointi

Tekijät, vuosi & maa	Tutkimuksen tarkoitus	Aineisto, aineiston keruutapa	Keskeiset tulokset
Lin, S., Gebbie, K., Fullilov, R & Arons , R 2004. USA	Selvittää potilaiden näkökulmasta onko sairaanhoitajilla vaikutusta terveysneuvonnan määrään ja laatuun potilaan käydessä poliklinikalla.	Mukana olivat potilaat, jotka kävivät sairaalan avopuolella ja ensiapupoliklinikoilla. Kyselytutkimus	Sairaanhoitajilla suuri rooli sukupuolitauteja ennaltaehkäisevässä työssä. Tulosten mukaan painopiste sairaanhoitajilla on neuvonnassa ja potilaan koulutuksessa.
Ping, X.,Zen, S.,Qin, Q., Lin,S & Xia, Y 2005. Kiina	Selvittää potentiaalisesti tehokas koulutusmenetelmä sairaalanammattilaisille huumeiden käyttäjien valistuksesta ja HIV-tartunnan tiedon lisäämisestä.	N= 161 huumeiden käyttäjiä, osallistuja prosentti 99, 4 %. Hoitohenkilökunnalle pidettiin AIDS-seminaareja sekä opetusmenetelmistä.	Huumeiden käyttäjät yksimielisiä HIV:n korkeariskisestä leviämisestä. 86 % oli yksi seksipartneri, 15 % oli enemmän seksipartnereita. 8% käytti kondomia, 48% käytti kondomia satunnaisesti, 44% ei käyttänyt lainkaan.

Taulukko 1.(jatkuu)

Taulukko 1. (jatkuu)

Tekijät, vuosi & maa	Tutkimuksen tarkoitus	Aineisto, aineiston keruutapa	Keskeiset tulokset
		<p>Hoitajat kouluttivat aids tietoutta huumeiden käyttäjille. Kyselylomake, ennen koulutusta ja koulutuksen jälkeen.</p>	<p>14 % käytti ihon alle laitettavia huumeita, 34 % käytti suonensisäisiä huumeita. Näistä 84% ei jakanut ruiskua muiden kanssa ja 13% jakoi ruiskun toisen henkilön kanssa. Koulutuksen jälkeen HIV tietous kasvoi, suhtautuminen aidsin leviämiseen muuttui. Ennen koulutusta 21% piti itseään riskinä hiv:n leviämiselle, koulutuksen jälkeen 37%.</p>
<p>Bryne, A., Watson, C., Butler, C & Accroni, A 2006. Lontoo</p>	<p>Kouluttaa hoitajia motivoivan haastattelun käyttöön seksuaaliterveyttä koskevissa keskusteluissa.</p>	<p>N = 10 hoitohenkilökuntaan kuuluvaa. Koulutus tapahtui kolmevaiheisena koulutuksena.</p> <p>Ensimmäisessä vaiheessa sairaanhoitajat kuuntelivat koulutusta. Tämän jälkeen he tekivät itse koulutuspaketin ja viimeisessä vaiheessa seurasivat muiden koulutusta.</p>	<p>Koulutus lisäsi hoitajien itseluottamusta sekä tietämystä soveltaa motivoivaa haastattelua. Koulutuksella vaikutusta hoitajien tietoihin, taitoihin, asenteisiin.</p>

Taulukko 1. (jatkuu)

Taulukko 1. (jatkuu)

Tekijät, vuosi & maa	Tutkimuksen tarkoitus	Aineisto, aineiston keruutapa	Keskeiset tulokset
Hughes, E & Gray, R 2007. Englanti	Selvittää mielenterveystyöntekijöiden asenteita, tietoja ja käytännön valmiuksia koskien HIV:tä ja muita sukupuolitauteja , ihmisillä joilla on vakava mielenterveysongelma.	N= 650 mielenterveystyöntekijää. Kyselylomake	Työntekijöillä positiivinen asenne seksuaaliterveyden edistämiseen. He olivat tietoisia riskitekijöistä. Käsineiden käytön noudattaminen oli hyvää. Hoitajilla joilla oli aikaisempaa kokemusta huume- ja alkoholikoulutuksesta käyttivät hanskoja parhaiten. Hoitajien tietämys HIV:stä skitsofreenikoilla oli huonoa sekä seksuaaliterveyden edistäminen mielenterveysongelman potilaan kohdalla oli huonoa.
Nyamathi, A., Vatsa, M., Khakha, D., McNeese-Smith, D., Leake B Fahey , J 2008. Intia	Selvittää sairaanhoitajien johdolla HIV koulutusohjelman vaikutukset sairaanhoitajien HIV tietojen parantamiseen.	N = 10, vanhempia sairaanhoitajia. Heillä jokaisella kymmenen vastaavan koulutuksen saanutta hoitajaa. N= 100. Strukturoitu kyse-lylomake.	Tiedot HIV:n leviämisestä paranivat koulutuksen myötä. Tulosten mukaan sairaanhoitajien koulutusohjelmaan tarvitaan enemmän tietoa HIV:stä.

Taulukko 1.(jatkuu)

Taulukko 1. (jatkuu)

Tekijät, vuosi & maa	Tutkimuksen tarkoitus	Aineisto, aineiston keruutapa	Keskeiset tulokset
Drainoni, M-L., Dekker, D., Lee-Hood, E., Boehmer, U & Relf, M 2009. USA	Selvittää HIV:n ennaltaehkäisyn neuvonnan nykytilaa ja neuvonnan saavutuksia klinikalla. Tarkoituksena myös tarkastella neuvonnan haittoja ja hyötyjä. Havaita tärkeät alueet, joissa hoitohenkilökunta uskoo tarvitsevänsä uutta koulutusta.	Seitsemän palkattua klinikkaa ja kolme vapaaehtoisten voimilla toimivaa klinikkaa. N=9. Haastattelu.	Riskien vähentäminen kuuluu ehkäisyneuvontaan. Ehkäisyneuvontaan kuuluu kysyä potilaiden riskikäyttäytymisestä, sukupuolitaudeista, kondomin käytöstä. Päihdeohjaajan tarve, kun keskustellaan huumeiden käytön vaikutuksesta riskikäyttäytymiseen. Kulttuuriset erot, kieliongelmat, mielisairaat potilaat, lukutaidottomuus ovat haaste. Lisää koulutusta ja aikaa.
Sharma, R., Rasania, S-K., Verma, a & Singh, S 2009.	Selvittää neulanpistotapa-turmien esiintyvyyttä terveydenhuollon työntekijöiden keskuudessa.	N= 322. Poikittaistutkimus, haastattelu	80 % raportoi yhdestä tai useammasta neulanpistotapa-turmasta urallaan. 22 % ilmoitti saaneensa neulanpistotapa-turman viimeisen kuukauden aikana. 50% ilmoitti väsymyksen syyksi. 34% tapaturmista sattui kun neula laitettiin takaisin neulansuojukseen. 61% pesivät neulanpistokohdan saippualla ja vedellä. 15 % ei tehnyt mitään. Vain 8 % otti altistumisen jälkeen profylaksiahoidon.
Adams-Skinner, J., Exner, T & Leu, C 2009. USA	Esittää alustavia todisteita kaksoissuojaneuvonnan pätevydestä tarkistuslistan avulla. Tarkistuslistan avulla arvioidaan hoitajien uskollisuutta kaksoissuojaneuvonnan toteutumisesta perhesuunnittelussa.	N= 78 asiakasta, 15 hoitajaa. Asiakasohjaus istunnot nauhoitettiin.	Kaksoissuojaneuvonnan tarkistus ja merkitys olivat luotettavia. Kaksoissuojahoitaja lisäsi varmuutta ja tuen merkitystä ihmisen käyttäytymiselle. Laadukas potilas-hoitaja vuorovaikutussuhde vähensi riskikäyttäytymistä.

Taulukko 1. (jatkuu)

Taulukko 1. (jatkuu)

Tekijät, vuosi & maa	Tutkimuksen tarkoitus	Aineisto, aineiston keruutapa	Keskeiset tulokset
Kuyper, L., Wit, J., Heijman, T., Fennema, H., Bergen, J & Vanwesenbeeck, I 2009. Alankomaat	Verrata koulutus-neuvontaa ja motivoivaa haastattelua sukupuolitautilien poliklinikalla.	N = 428 Kvasikokeellinen tutkimus, kyselylomake	<p>Motivoiva haastattelu koettiin teholtaan paremmaksi kondomin käytön opetuksessa kuin neuvonnan muodossa annettu koulutus. Puoli vuotta myöhemmin motivoivan haastattelun saaneet käyttivät kondomia useammin kuin neuvonnan muodossa saaneet osallistujat. Merkittäviä eroja ei näkynyt jos kyseessä oli tilapäinen seksikumppani.</p> <p>Motivoivan haastattelun tehokkuus näkyi myös partnereille ilmoittamisessa. Sairaanhoidajien mukaan motivoiva haastattelu tarjoaa selkeitä käytännön työkaluja. Voidaan kunnioittaa asiakkaan vuorovaikutusta ja neuvonnasta voidaan tehdä enemmän henkilökohtaista. Negatiiviset puolet motivoivassa haastattelussa ovat; Haastattelu tehokkaampaa jos asiakas palaa toiseen neuvontaan sekä asiakkaiden nopea käynti poliklinikalla, jolloin heille ei kyettä antamaan aktiivista neuvontaa. Motivoiva haastattelu vaatii investointeja sekä työtä henkilökunnalta.</p>

Taulukko 1. (jatkuu)

Taulukko 1. (jatkuu)

Tekijät, vuosi & maa	Tutkimuksen tarkoitus	Aineisto, aineiston keruutapa	Keskeiset tulokset
White, D., Warren, O., Schibner, A & Frazee, B 2009. Kalifornia	Ilmaista määrällisesti hukatut seulontamahdollisuudet ja arvioida mikä diagnostinen testi edistää HIV-infektion havaitsemista.	Ensiavussa käyneet potilaat 2005-2006, väestölaskennan mukaan 75.000. Seulonta sopiville asiakkaille.	95 testattiin HIV positiiviseksi. 70 % Hiv diagnosoitiin ensimmäisellä käynti kerralla. 31% joutui käymään useamman (1-8) kerran ensiavussa ennen kuin HIV diagnosoitiin. Syitä miksi seulontaa ei tarjottu oli; Henkilökunnan kiire, henkilökohtainen asia, osaamattomuus tai jokin muu syy. Syitä miksi asiakas ei ollut seulonta-kelpoinen; Muuttunut henkinen tila, kieli-este, äskettäinen HIV testi tai jokin muu syy.
Lifson, A., Rybicki, S., Hadsall, C., Dickinson, S., Van, A & Carr, P 2009. USA	Parantaa hoitajien kykyä suorittaa riskikäyttäytymisen arviota sekä ennaltaehkäisyä. Opettaa hoitajat diagnosoimaan HIV sekä parantaa sairaanhoitajien kliinistä osaamista kun HIV-testin tulos on positiivinen. Kertoa koulutusmateriaalien käytöstä.	N = 122. 15 sairaanhoitajaa, 75 muuta terveydenhuoltoalan asiantuntijaa, 10 muuta terveydenhuollon toimijaa, neljä lääkärin avustajaa, 18 muuta edustajaa kuten lääkärit, sosiaalityöntekijät. Kyselytutkimus	Suurin osa sitä mieltä, että he osaavat seuloa potilaalta klamydian. 2/3 sitä mieltä, että he osaavat huolehtia potilaasta jolla klamydia. Puolet tutkittavista oli sitä mieltä, että he eivät hallitse HIV potilaan hoitoa. 63 % oli sitä mieltä, että he ovat saaneet viimeiset hoitolinjaukset HIV:n ja muiden sukupuolitautilien hoidosta. 77% uskoi, että heillä on ennaltaehkäisy materiaalia käytettävissä. Puolet osallistujista muisti aina kysyä potilaalta riskikäyttäytymisestä. 70 % osasi raportoida potilaalle HIV:stä.

7.2 Tiivistelmä tuloksista

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää, mikä on sairaanhoitajan rooli HIV:n ennaltaehkäisyssä. Tähän kysymykseen haettiin vastauksia analysoimalla tutkimukset ja apuna käytettiin edellä esitettyä taulukkoa.

Tutkimusten perusteella sairaanhoitajien roolia HIV:n ennaltaehkäisyssä on tutkittu melko runsaasti 2000-luvulla, mutta lähinnä ulkomailla. Tutkimukset on kohdistettu lähinnä poliklinikalla käyviin asiakkaisiin.

Keskeisin sairaanhoitajan rooli HIV:n ennaltaehkäisyssä on analysoitavien tutkimusten tulosten perusteella ohjaus, neuvonnan antaminen, hoitajien antama koulutus potilaalle sekä tuen antaminen. Sairaanhoitajien tulee osata seuloa mahdolliset uudet HIV tapaukset, sekä myös ohjata potilaita HIV-testeissä. Tutkimusten mukaan myös osa sairaanhoitajan roolia on positiivinen asenne toteuttaessaan HIV:n ennaltaehkäisyä.

Tutkimusten tuloksissa korostui, että sairaanhoitajan koulutusohjelmaan tulee sisältyä riittävä tietoperusta HIV:stä ja siitä mikä on sairaanhoitajan rooli HIV:n ennaltaehkäisyssä. Sairaanhoitajien tulee valmistumisen jälkeen hankkia lisäkoulutusta HIV:n ennaltaehkäisystä ja omaksua uusia tapoja. Ennen kuin sairaanhoitaja kykenee antamaan potilaalle tietoa HIV:stä ja sen ennaltaehkäisystä, tulee hänellä itsellä olla riittävä tietopohja.

Tuloksista esille nousi esille, että sairaanhoitajan tulee ohjata asiakkaita kondomin oikeanlaisessa käytössä. Lisäksi sairaanhoitajan tulee antaa neuvontaa ruiskuhuumeiden käyttäjille muun muassa ruiskujen ja neulojen oikeanlaisesta käytöstä.

Tutkimuksista nousi myös esille käsineiden käytön tärkeys. Sairaanhoitajan rooliin kuuluu neulanpistotapaturmien välttäminen ja oikea toiminta neulanpistotapaturman sattuessa. Tutkimuksista korostui myös, että sairaanhoitajan rooliin kuuluu luoda hyvä vuorovaikutussuhde potilaan kanssa.

8 POHDINTA

8.1 Luotettavuus

Systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessa kriittisellä arvioinnilla on suuri merkitys. Kriittisellä arvioinnilla pystytään arvioimaan katsauksen luotettavuutta. Erittäin suositeltavaa on ottaa katsaukseen mukaan eri kielillä tehtyjä tutkimuksia. Toistojulkaisun vaara on otettava huomioon luotettavuuden kannalta. Toistojulkaisu tarkoittaa sitä, että samat tutkimukset ovat julkaistu eri kielillä ja kirjoittajien nimet saattavat vaihdella. Katsauksessa jossa käytetään vain englanninkielisiä tutkimuksia, voi syntyä kieliharha. Muilla kielillä tehdyt tutkimukset tulisi myös huomioida, jotta olennainen asia myös säilyisi. (Johansson ym. 2007, 53.) Opinnäytetyössämme tutkimukset rajattiin englannin- sekä suomenkielisiin tutkimuksiin. Käytettävissä ollut aikamme ei mahdollistanut, että olisimme kääntäneet muilla kielillä olevia tutkimuksia. Työssämme on käytetty vain englanninkielisiä tutkimuksia, koska suomenkielisiä tutkimuksia aiheesta ei löytynyt, joten kieliharhan mahdollisuutta ei ole työstämme pystytty kokonaan poistamaan.

Keskeinen tekijä luotettavuuden kannalta on selkeä kuvaus säännöistä, jonka avulla katsaukseen kuuluvat tutkimukset on tunnistettu, arvioitu sekä yhdistetty lopputuloksiksi. Tärkeää luotettavuuden kannalta on kirjata kaikki tehty työ muistiin, jotta työn lukijat pystyvät seuraamaan tutkijoiden työskentelyprosessia. Prosessin avulla lukijat pystyvät arvioimaan tulosten luotettavuutta. Tutkimussuunnitelman tulee systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessa ohjata sekä tukea muistia prosessin eri vaiheissa. (Johansson ym. 2007, 54.) Opinnäytetyössä olemme pyrkineet noudattamaan tutkimussuunnitelman eri vaiheita. Olemme pyrkineet kirjaamaan opinnäytetyön eri vaiheet ylös, jotta luotettavuus ei kärsi. Työstämme käy ilmi tarkasti, että millä perusteilla analysoitavat tutkimukset on työhön valittu.

Hakuprosessin, hakustrategian suunnittelun sekä haun suorittamisessa saatu apu alan asiantuntijalta lisää katsauksen luotettavuutta. Paras kokemus tiedonhausta on kirjastoalan asiantuntijalla ja informaattikolla, joten heiltä kannattaa kysyä apua. (Johansson ym. 2007, 49.) Tässä opinnäytetyössä on käytetty koulun informaattikkoa apuna hakukoneiden opetuksessa sekä hakuprosessin suunnittelussa luotettavuuden parantamiseksi sekä virheiden ehkäisemiseksi.

Luotettavuutta systemaattisen kirjallisuuskatsauksen tekemiseen lisää kahden tutkijan yhteistyö, koska virheiden mahdollisuus vähenee, kun tutkijoita on enemmän kuin yksi. (Johansson ym. 2007, 51.) Tämän opinnäytetyön luotettavuutta lisää se, että tutkijoita on ollut kaksi. Olemme yhdessä valinneet tutkimukset ja olemme voineet keskustella mahdollisista eroavaisuuksista ja tämän jälkeen tehneet päätökset tutkimuksien mukaan ottamisesta katsaukseen.

Valittujen tutkimusten laadulla on vaikutusta luotettavuuteen. Tämä tarkoittaa sitä, että valittujen tutkimusten laadussa tulee huomiota kiinnittää tutkimuksessa käytettyjen menetelmien laatuun, tutkimuksen sovellettavuuteen sekä tutkimuksen käyttöön. (Johansson ym. 2007, 62.) Tässä opinnäytetyössä valittujen tutkimusten laatua on pyritty arvioimaan. Joidenkin tutkimusten kohdalla luotettavuutta heikentää tutkimuksissa käytetty pieni otanta, jolloin tutkimustuloksia ei voida yleistää ja pitää kovin luotettavana.

Luotettavuutta voidaan tarkastella analysoidessa tutkimuksien aineistoa sisällöllisesti tutkijan, aineiston laadun sekä analyysin ja tulosten julkaisemisen kannalta. Tutkijan tiedot, taidot ja tulosten totuudenmukainen esittäminen ovat tarkastelua vaativia asioita luotettavuuden kannalta aineiston analysoinnissa. (Jauhonen & Nikkonen 2003, 36–37.)

8.2 Eettisyys

Eettisesti oikeanlainen työskentely on tärkeää tutkimuksen jokaisessa vaiheessa. Eettisesti on tärkeää, että tutkimuksessa tuodaan rehellisesti julki puutteet ja epäonnistumiset, jos tällaisia on. Tulokset tulee kertoa totuudenmukaisesti; niitä ei tule kaunistella tai vääristellä. Epärehellisyyttä tulee välttää opinnäytetyötä tehdessä, esimerkiksi plagiointi eli toisten tekstien suora lainaaminen on kiellettyä. Kaikkien tutkimukseen osallistuneiden tutkijoiden nimet tulee mainita julkaisussa. (Hirsjärvi ym. 2007, 25–27.) Opinnäytetyössä olemme ottaneet huomioon edellä mainittuja asioita ja olemme pyrkineet toteuttamaan näitä huolellisesti.

Kaikille tutkimuksille on oleellista, että tutkimuksessa on selkeästi tuotu esille ne asiat, joita halutaan tutkia. Näiden pohjalta tutkimus tulee tarkasti rajata asettaessaan tutkimusongelmaa. Eettinen näkökulma hoitotieteen tutkimukseen on, että hoitotieteen tehtävänä on tuottaa tietoa meitä ympäröivästä maailmasta. (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1997, 28.) Tutkimus kannattaa rajata tutkijan mielenkiinnon mukaan. Yksi tärkeistä rajaukseen vaikuttavista tekijöistä on tutkimukseen käytettävä aika. Rajaus kannattaa tehdä tarkasti. Tarkasti rajatussa aiheessa voidaan tutkimuksessa päästä syvemmälle. (Jyväskylän yliopisto.) Opinnäytetyössä mietittiin, että mistä asiasta halutaan hakea tietoa. Työssä tuotiin esille, että mitä halutaan tutkia ja mistä näkökulmasta. Opinnäytetyötä ohjaavien tutkimuskysymysten avulla opinnäytetyötä on rajattu ja tarkennettu. Opinnäytetyöntekijöille annettiin mahdollisuus tarkentaa opinnäytetyön aihetta, mutta alkuperäisen aiheen tuli jollakin tavalla näkyä työssä. Tarkensimme aihetta oman mielenkiinnon, sekä sen mukaan, mikä tällä hetkellä on tärkeintä HIV:n leviämisen ennaltaehkäisyn kannalta.

Etiikka kuuluu jokaiseen tutkimusprosessin vaiheeseen. Aihevalinnan näkökulmasta voidaan myös tarkastella tutkimusprosessia sekä sen eettisyyttä. Tutkittavan aiheen tulee olla tutkijalle mielenkiintoinen ja motivoiva, jotta tutkijan mielenkiinto tutkimukseen säilyy koko prosessin ajan. Tutkimuksia voidaan tehdä myös tilaustyönä, tällöin aihe saadaan tilaajalta. Eri aloilla yhteiskunta

määrittää tarpeita ja vaatimuksia, joiden mukaan tutkijat joutuvat toimimaan ja tutkijat joutuvat myös mukautumaan näihin vaatimuksiin projekteissaan. (Jyväskylän yliopisto 2010.)

8.3 Tulosten tarkastelua

Tämän opinnäytetyö tarkoituksena oli selvittää sairaanhoitajan roolia HIV:n ennaltaehkäisyssä. Tarkoituksena oli saada tietoa siitä, millä keinoilla sairaanhoitaja voi ennaltaehkäistä HIV:tä. Aikaisempien tutkimustulosten perusteella sairaanhoitajilla on merkittävä rooli HIV:n ennaltaehkäisyssä.

Tärkeimmiksi keinoiksi ennaltaehkäistä HIV:tä nousi sairaanhoitajien kokonaisvaltainen rooli, johon kuuluu ohjauksen, neuvonnan, koulutuksen ja tuen antaminen potilaalle tai asiakkaalle. (Lin ym. 2004; Bryne ym. 2006; Hughes & Gray 2007; Drainoni ym. 2009; Adams-Skinner ym. 2009; Kuyper ym. 2009; Lifson ym. 2009.) Tulosten pohjalta voidaan päätellä, että sairaanhoitajat eivät ole omaksuneet sitä, että heillä on merkittävä rooli HIV-infektion ennaltaehkäisyssä. Sairanhoitajat saattavat joissakin tilanteissa pitää riskikäyttäytymiseen sekä asiakkaan muuhun henkilökohtaiseen elämään puuttumista liian tunkeilevana. HIV:n ennaltaehkäisy ei kuulu vain jollekin, vaan kaikki sairaanhoitajat ovat vastuussa ennaltaehkäisevässä työssä.

Ennen kuin sairaanhoitaja kykenee antamaan potilaalle tai asiakkaalle luotettavaa ohjausta, neuvontaa tai koulutusta, tulee sairaanhoitajalla itsellään olla riittävä määrä tietämystä aiheesta. Sairanhoitajien tulee olla tietoisia erilaisista ennaltaehkäisyn muodoista ja tunnistaa potilaiden mahdollinen riskikäyttäytyminen. (Bryne ym. 2006; Nyamathi ym. 2008.) Tutkimustulosten perusteella voidaan päätellä, että sairaanhoitajat tarvitsevat lisäkoulutusta valmistumisen jälkeen HIV:n ennaltaehkäisystä ja HIV-infektioon liittyvää koulutusta tulisi lisätä jo sairaanhoitajien koulutusohjelmaan.

Sairaanhoitajien antaman ohjauksen ja neuvonnan tulee perustua molemminpuoliseen vuorovaikutussuhteeseen. Sairaanhoitajan rooliin kuitenkin kuuluu varmistaa, että asiakas on ymmärtänyt annetun ohjauksen ja sen merkityksen. Sairaanhoitajalla tulee olla rohkeutta puuttua asioihin ja havaita mahdollinen riskikäyttäytyminen, joka voi aiheuttaa HIV-tartunnan. Sairaanhoitajan rooliin kuuluu kantaa vastuu siitä, jos ei olekaan kykeneväinen puhumaan avoimesti esimerkiksi turvaseksistä potilaan/asiakkaan kanssa. Tällöin sairaanhoitajan tulee ohjata potilas jollekin toisella asiantuntijalle. Sairaanhoitajan tulee keskustella asiakkaan kanssa mahdollisista useista seksikumppaneista sekä kondomin oikeanlaisesta käytöstä. (Drainoini ym. 2009; Kuyper ym. 2009.) Tutkimusten perusteella voimme päätellä, että sairaanhoitajan antamalla neuvonnalla ja ohjauksella on myönteisiä vaikutuksia potilaan riskikäyttäytymiseen ja tietoon, miten voi ennaltaehkäistä HIV:tä. Vaikutusta HIV:n ennaltaehäisyyteen on myös työtavalla, joilla hoitajat ohjaavat ja neuvovat asiakkaita. Tulosten perusteella voidaan sanoa, että motivoiva haastattelutapa on todettu paremmaksi ennaltaehkäisyn keinoksi kuin neuvonnan muodossa annettu tapa (Kuyper ym. 2009).

Sairaanhoitajien on oltava tarkkana sekä valppaana työssään. Heidän tulee myös varoa neulanpistotapaturmia ja välttää neulan hylsytämistä, eli laittamasta neulaa uudelleen suojaan. Neulankeräys-astia on syytä olla aina lähellä käsitellessä käytettyä neulaa. (Sharma ym. 2009.) Sairaanhoitajan tulee myös muistaa, ettei tartuta itseensä HIV:tä, esimerkiksi neulanpistotapaturman yhteydessä. Sairaanhoitajan rooliin kuuluu tietää miten toimia, jos neulanpistotapaturma tapahtuu.

Hanskojen, suunenä-suojuksen, visiirin sekä esiliinan käyttö nousi sairaanhoitajilla tärkeäksi ennaltaehkäisyn keinoksi, joilla he voivat ennaltaehkäistä HIV:n tarttumista itseensä ja sitä kautta muihin ihmisiin. Pisto- ja viiltotapaturmien välttäminen ja verikontaminaation estäminen on tärkeää. Sairaanhoitajan tulee huolehtia ihonsa kunnosta, koska terve iho suojaa HIV-tartunnoilta. (Hughes & Gray 2007.) Tutkimustulosten pohjalta voidaan päätellä, että mitä tietoisempia sairaanhoitajat ovat HIV:stä, sitä parempi on

sairaanhoitajien suojautuminen. Sairaanhoitajien tulisi ymmärtää, että hanskoja tulisi käyttää jokaisen potilaan kohdalla, eikä vain silloin kun tiedossa on jokin tartuntavaarallinen tauti. Hoitaja ei voi tietää kenellä on diagnosoimaton HIV.

Tutkimus tuloksista esille nousi sairaanhoitajien kiireisyys (White ym. 2009). Sairaanhoitajien tulee kiireestä huolimatta paneutua HIV:n ennaltaehkäisyyn jokaisen potilaan/ asiakkaan kohdalla yksilöllisesti. Tulosten pohjalta on mietitty kehittämissuhteita kiireen vähentämiseksi, jotta sairaanhoitaja kykenisi antamaan potilaalle tarvittavan ohjauksen sekä neuvonnan. Kiireen poissulku vaatii tarvittaessa lisää henkilökuntaa ja pohdintaa, onko kiire todellista vai hoitajien itse aiheuttamaa.

Ihmisen tullessa sukupuolitauteihin, olisi hoitajan hyvä tarjota mahdollisuutta HIV-testeihin, sillä muu sukupuolitauti lisää HIV:n riskiä. Sairaanhoitajan täytyy osata neuvoa ja ohjata potilaalle HIV-testien merkitys, näytteenottotapa sekä testin ajankohta. Tietämys testin ajankohdasta on tärkeää tietää, koska HIV-infektio on todettavissa vasta noin kolmen kuukauden kuluttua mahdollisesta tartunnasta. Sairaanhoitajan tulee osata neuvoa mahdollisen HIV-tartunnan saanutta henkilöä tämän sukupuolikäyttäytymisessä ennen testituloksen varmentumista. Sairaanhoitajan tulee osata valistaa HIV-positiivista henkilöä ja miten hän toiminnallaan ennaltaehkäisee HIV:n edelleen tartuttamista. (White ym. 2009; Lifson ym. 2009.)

Tulevaisuudessa sairaanhoitajien tulisi antaa ihmisille valistusta sukupuolitauteiden sekä HIV-testin tärkeydestä ja näiden merkityksestä leviämisen ennaltaehkäisyssä. Jo nyt ja tulevaisuudessa sairaanhoitajan roolissa tulee osata lisääntyvässä määrin ohjata sekä kohdata eri kansalaisuuksia sekä uskontoja HIV:n ennaltaehkäisyssä. Eri kansalaisuuksilla saattaa olla usein myyttejä, uskomuksia, tiedottomuutta HIV:stä ja sen ennaltaehkäisystä. Sairaanhoitajien tulisi rohkeasti sekä innovatiivisesti osallistua ja kehittää uusia projekteja koskien HIV:n ennaltaehkäisyä. (Drainoni ym. 2009.)

Tämän opinnäytetyön tavoitteisiin pääsimme suhteellisen hyvin ja tulosten avulla saimme vastauksen opinnäytetyötä ohjaavaan kysymykseen. Opinnäytetyön tuloksista on hyötyä terveydehuoltoalan opiskelijoille kuin ammattilaisille ja erityisesti ImPrim-hankkeessa mukana oleville maille. Jatkossa olisi mielenkiintoista saada tutkittua tietoa siitä, mikä on sairaanhoitajien rooli HIV:n ennaltaehkäisyssä Suomessa, koska opinnäytetyömme koski vain ulkomalaisia tutkimuksia, sillä Suomessa ei ole aihetta tutkittu.

9 JOHTOPÄÄTÖKSET

1. Kirjallisuuskatsauksen perusteella voidaan todeta, että sairaanhoitajilla merkittävä rooli HIV:n ennaltaehkäisyssä. Sairaanhoitajien tulee antaa neuvontaa, ohjausta sekä koulutusta HIV:n ennaltaehkäisyä potilaille/asiakkaille.
2. Sairaanhoitajien kouluttautuminen ja koulutus on tärkeää HIV:n ennaltaehkäisyssä. Sairaanhoitajilla tulee olla riittävä tietämys HIV:stä, jotta he voivat antaa ohjausta ja neuvontaa potilaille/asiakkaille. Sairaanhoitajien tulee olla tietoisia HIV:n tartuntatavoista, itämisajasta, oireista, seulonnasta, hoidosta sekä erityisesti HIV:n ennaltaehkäisyn merkityksestä.
3. Sairaanhoitajilla tulee olla rohkeutta puuttua potilaiden riskikäyttäytymiseen ja heidän tulee rohkeasti tunnistaa ja kysyä riskikäyttäytymisestä. Sairaanhoitajien tulee keskustella potilaiden/asiakkaiden kanssa mahdollisista useista seksikumppaneista, kondomin oikeanlaisesta käytöstä.
4. Sairaanhoitajien oikeanlaiset työtavat ovat tärkeitä HIV:n ennaltaehkäisyssä. Oikeanlaisilla työtavoilla sairaanhoitajat ennaltaehkäisevät HIV:n tarttumista itseensä ja toisiin potilaisiin. Esimerkiksi oikeanlaisten suojainten käyttö, neulapistotapaturmien välttäminen ovat tärkeitä keinoja HIV:n ennaltaehkäisyssä.
5. Sairaanhoitajien roolia HIV:n ennaltaehkäisyssä on tutkittu ulkomailla, mutta Suomessa aihetta ei ole lainkaan tutkittu, joten kaivattaisiin lisää tietoa siitä, miten sairaanhoitajat Suomessa toteuttavat HIV:n ennaltaehkäisyä.

LÄHTEET

Adams-Skinner, J.; Exner, T.; Pili, C.; Wallace, B.; Hoffman, S. & Leu, C. 2009. The Development and Validation of a tool to assess nurse performance in dual protection counseling. *Patient Educ Couns.*, 76(2), 256-271.

Aho, K. & Hiltunen-Back, E. 2007. HIV-tartunta. *Terveyskirjasto*. Duodecim. Viitattu 12.9.2010 http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=tes00009&p_haku=hiv%20tartunta

Anttila, M.; Karvonen, O.; Sinkkonen, M.; Tuomi, M.; Vaittinen, S.; Vienonen, A. 2008. Pelot-toivo-luottamus. Näkökulmia Luoteis-Venäjän hiv- ja aids kysymykseen. STAKES. Helsinki

Byrne, A.; Watson, R.; Butler, C. & Accoroni, A. 2006. Increasing the confidence of nursing staff to address the sexual health needs of people living with HIV: The use of motivational interviewing. *AIDS Care*, Vol 18, No. 5, 501-504.

Compera. 2009. NDPHS "Imprim" project approved for funding from the Baltic Sea Region Programme 2007-2013. Viitattu 12.5.2010. <http://www.competence-research-centres.eu/crcs/news/single-view/article/1015/815/>

Drainoni, M-L.; Dekker, D.; Lee-Hood, E.; Boehmer, U. & Relf, M. 2009. HIV Medical Care Provider Practices for Reducing High-Risk Sexual Behavior: Results of a Qualitative Study. *AIDS Patient Care and STDs*, Vol 23, No.5, 347-356.

Fhi. The science of improving lives. Study of microbicide gel shows reduced risk of hiv & herpes infections in women. Viitattu 27.10.2010.

http://www.fhi.org/en/AboutFHI/Media/Releases/res_CAPRISA.htm

Hannuksela, M. 2010. HIV-infektio, AIDS. Viitattu 10.10.2010. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00421&p_haku=hiv

Herttuala, M. & Lainevuori, S. HIV- hoitotyön käsikirja. HIV-infektioon liittyvät seurannaissairaudet ja terveysongelmat. Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri. Viitattu 10.9.2010. <http://www.hus.fi/default.asp?path=1,28,2547,26564,26566>

Hirsjärvi, S.; Remes, P.; Sajavaara, P. 2007. Tutki ja kirjoita. 13., uudistettu painos. Keuruu: Otava

HIV säätiö/ Aids-tukikeskus. HIV ja aids. Viitattu 12.11.2010. http://www.aidstukikeskus.fi/sivut/index.php?option=com_content&task=view&id=27&Itemid=42

HIV säätiö/ Aids-tukikeskus. Kortonkikirja. Viitattu 12.11.2010. http://www.aidstukikeskus.fi/sivut/images/materiaalit/kortonkikirja_esite.pdf

Holmström, P. & Leinikki, P. 1997. HIV tietopaketti perusterveydenhuollossa toimiville. HIV seulonta äitiysneuvolassa. Kansanterveyslaitos. Viitattu 12.09.2010. <http://www.ktl.fi/portal/suomi/julkaisut/aihealueittain/?msg=22>

Hughes, E. & Gray, R. 2008. HIV prevention for people with serious mental illness: a survey of mental health workers' attitudes, knowledge and practice. *Journal of Clinical Nursing*, 18, 591-600.

Jauhonen, S & Nikkonen, M. 2003. Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Helsinki: WSOY. Juva: WS Bookwell Oy.

Johansson, K.; Axelin, A.; Stolt, M & Ääri, R-L. 2007. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja: Tutkimuksia ja raportteja A 51.

Jyväskylän yliopisto. 2010. Kurssi- ja oppimateriaalipolku koppa. Aiheeseen perehtyminen. Viitattu 8.11.2010.

<https://webapps.jyu.fi/koppa/avoimet/hum/menetelmapolkuja/tutkimusprosessi/aiheeseen-perehtyminen>

Jyväskylän yliopisto. 2010. Kurssi- ja oppimateriaalipolku koppa. Teoreettinen tutkimus. Viitattu 8.11.2010.

<https://webapps.jyu.fi/koppa/avoimet/hum/menetelmapolkuja/menetelmapolku/tutkimusstrategiat/teoreettinen-tutkimus>

Kaivola, T. 2008. HIV-infektio ja mielenterveys. HIV-hoitotyön käsikirja. Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri. Viitattu 10.9.2010. <http://www.hus.fi/default.asp?path=1,28,2547,26564,26566>

Kivelä, P. 2009. Väitöstutkimuksesta uutta tietoa HIV-epidemioiden ennaltaehkäisyyn. Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri. Viitattu 10.11.2010. <http://www.hus.fi/default.asp?path=1,28,2530,15595,7595,28521>

Koskenvuo, M & Mattila, K. 2009. Sairauksien ehkäisy. Terveiden edistämisen ja sairauksien ehkäisy periaatteet. Duodecim. Viitattu 26.10.2010.

http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_teos=seh&p_artikkeli=seh00001

Kujala, P & Kotilainen. 2005. Eristäminen ja varotoimet infektiosairauksissa. Therapia fennica. Viitattu 28.10.2010.

http://therapiafennica.fi/wiki/index.php?title=Erist%C3%A4minen_ja_varotoimet_infektiosairauksissa

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

Kuyper, L.; Wit, J.; Heijman, T.; Fennema, H.; Bergen, J. & Vanwesenbeeck, I. 2009. Influencing Risk Behavior of Sexually Transmitted Infection Clinic Visitors: Efficacy of a New Methodology of Motivational Preventive Counseling. AIDS patient care and STDs, Vol 23, No. 6, 423-431.

Leinikki, P. 2009. Sairauksien ehkäisy. HIV-infektio ja AIDS. Duodecim. Viitattu 26.10.2010. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=seh00123&p_teos=seh&p_osio=101&p_selaus=

Lifson, A.; Rybicki, S.; Hadsall, C.; Dickinson, S.; Van, A. & Carr, P. 2009. A Training Program for Nurses and Other Health Professionals in Rural-Based Settings on Screening and Clinical Management of HIV and Other Sexually Transmitted Infections. Journal of the Association of Nurses in AIDS care, Vol 20, No. 1, 77-85.

Lin, S.; Gebbie, K.; Fullilove, R. & Arons, R. 2004. Do Nurse Practitioners Make a Difference in Provision of Health Counselling in Hospital Outpatient Departments? Journal of the American Academy of Nurse Practitioners, Vol 16, No.10, 462-466.

Nyamathi, A.; Vatsa, M.; Khakha, D.; McNeese-Smith, D.; Leake, B. & Fahey, J. 2008. HIV Knowledge Improvement among Nurses in India Using a Train-the-Trainer Program. J Assoc Nurses AIDS Care, Vol 19, No.6, 443-449.

Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. 1997. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Juva: WSOY.

Ping, X.; Zhen, S.; Qin, Q.; Lin, S. & Xia, Y. 2005. Effects of drug relief hospital-based AIDS educational methods on drug users. Cell Research, 15, 891-894.

Positiiviset ry. 2006. Käsikirja HIV-positiiviselle. Casper Oy. Viitattu 11.11.2010. <http://www.positiiviset.fi/kasikirja/index.shtml>

Punainen risti. 2010. Tietoa ja tukea hiv:stä ja aidista. Viitattu 1.11.2010

http://www.redcross.fi/apuajatukea/hivneuvonta/fi_FI/hiv-tietoa/

Ranneliike. 2008. HIV:n tarttuminen, siltä suojautuminen ja sen hoito. Viitattu 12.09.2010.
<http://ranneliike.net/teema/hivn-tarttuminen-silta-suojautuminen-ja-sen-hoito?srt=0&cid=46&aid=1083>

Rintala, E. & Sutinen, J. 2005. HIV- testaus, miksi, milloin ja miten? Suomen lääkärilehti. Vol. 48, 4977- 4984.

Sairaanhoitajaliitto.2010. Opiskelu sairaanhoitajaksi. Viitattu 12.11.2010.
http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/opiskelu_sairaanhoitajaksi/

Sairaanhoitajaliitto.2010.Sairaanhoitajan työ ja hoitotyön kehittäminen. Viitattu 12.11.2010.
http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/sairaanhoitajan_työ_ja_hoitotyön/

Salminen, M. 2006. HIV-epidemiat Venäjän lähialueilla ja Baltian maissa. Kansanterveyslaitos. Viitattu 10.10.2010.
http://www.ktl.fi/portal/suomi/julkaisut/kansanterveyslehti/lehdet_2006/nro_4_2006/hiv-epidemiat_venajan_lahialueilla_ja_baltian_maissa

Salminen, M. 2007. Ruiskuhuumeita käyttävien terveysneuvonta on vaikuttava interventio. Kansanterveyslaitos HIV-yksikkö. Viitattu 2.9.2010.
http://www.ktl.fi/portal/suomi/julkaisut/kansanterveyslehti/lehdet_2007/nro_7_2007/ruis-kuhuumeita_kayttavien_terveysneuvonta_on_vaikuttava_interventio

Salminen, M. 2008. Ungass HIV/ AIDS country progress report finland . January 2006-December 2007.Kansanterveyslaitoksen julkaisuja. Viitattu 2.9.2010.
http://www.ktl.fi/attachments/suomi/julkaisut/julkaisusarja_b/2008/2008b04.pdf

Sarajärvi, M. & Hammarberg, L. 2008. HIV-hoitotyön käsikirja. Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri. Viitattu 10.9.2010. <http://www.hus.fi/default.asp?path=1,28,2547,26564,26566>

Sharma, R.; Rasanía, SK.; Verma, A.& Singh, S. 2010. Study of Prevalence and Response to Needle Stick Injuries among Health Care Workers in a Tertiary Care Hospital in Delhi, India. Indian journal of Community Medicine, Vol 15, No.1, 74-77.

Syrjänen, J. 2006. Terveysten- ja hyvinvoinninlaitos. HIV-infektion primaaritaudin tunnistaminen. Viitattu 12.09.2010.
http://www.ktl.fi/portal/suomi/julkaisut/kansanterveyslehti/lehdet_2000/10_2000/hiv-infektion_primaaritaudin_tunnistaminen

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2010. Tartuntatautiin torjunta ja sairauksien ehkäisy. Viitattu 15.11.2010. <http://www.stm.fi/hyvinvointi/terveydenedistaminen/tartuntataudit>

Törmä, S. & Huotari, K. 2008. Viipurin huumeiden käyttäjät ja Lenininkadun terveysneuvontapiste. Viitattu 25.10.2010 <http://www.stakes.fi/yp/2008/3/torma.pdf>

Terveysten- ja hyvinvoinninlaitos. 2010. HIV suomessa- HIV finland. Viitattu 12.10.2010.
<http://www.ktl.fi/ttr/gen/rpt/hivsuo.html>

Terveysten – ja hyvinvoinninlaitos. 2010. HIV suomessa: Seksi yleisin tartuntatapa. Viitattu 12.10.2010.
http://www.ktl.fi/portal/suomi/tietoa_terveydesta/terveys_ja_sairaudet/infektiotaudit/hiv_ja_aids/s-eksi_ja_hiv/

Työ- ja elinkeinotoimisto. 2010. Avo. Ammattitiedot.Sairaanhoitaja. Viitattu 12.11.2010.
<http://www.mol.fi/avo/avo.htm>

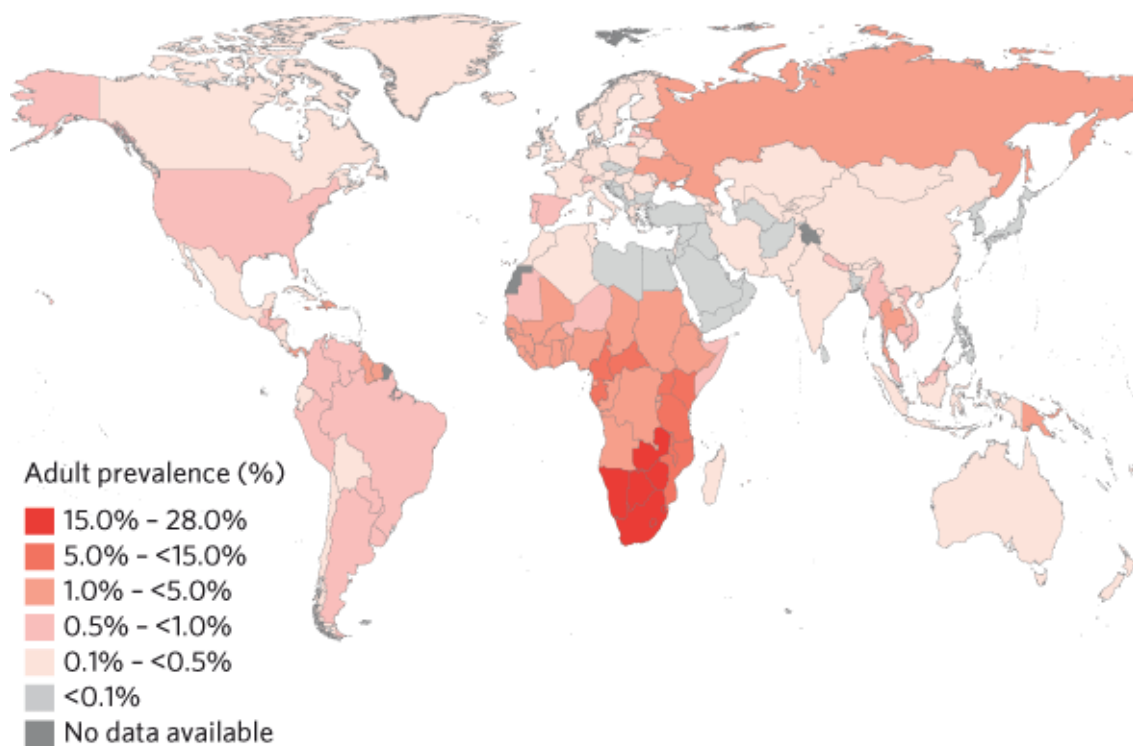
The European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.2005. Huumeisiin liittyvät tartuntataudit. HIV ja aids. Viitattu 1.12.2010. <http://ar2005.emcdda.europa.eu/fi/page062-fi.html>

Valkonen, S. 2008. HIV-hoitotyön käsikirja. Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri. Viitattu 10.9.2010. <http://www.hus.fi/default.asp?path=1,28,2547,26564,26566>

White, D.; Warren, O.; Scribner, A. & Frazee, B. 2009. Missed Opportunities for Earlier HIV Diagnosis in an Emergency Department Despite an HIV Screening Program. AIDS Patient Care and STDs, Vol 23, No.4, 245-250.

World health organization.2008. Global summary of the HIV/ Aids epidemic, December 2008. Viitattu 11.09.2010. http://www.who.int/hiv/data/2009_global_summary.gif

HIV:n levinneisyys maailmalla



(WHO/UNAIDS 2008.)

HIV Suomessa 10/2010 (Terveyden – ja hyvinvoinninlaitos 2010.)

Vuosi	Kaikki HIV tartunnat	Ulkomailta saadut	Tartuntaryhmät			Sukupuolijakauma		Seksitartunnat			Ruiskuhuumeet		Harvinaiset tartunnat	
			seksi	ruisku-huumeet	Ei ilmoitettu	Miehet	Naiset	Homoseksii miehet	Heteroseksii miehet	Heteroseksii naiset	Miehet	Naiset	Veri	Äiti-lapsi
2010	154	69	92	4	56	106	48	31	27	34	4	0	1	1
2009	178	79	137	12	27	108	70	42	39	56	9	3	0	2
2008	148	62	110	7	31	104	44	45	34	30	6	1	0	0
2007	188	57	145	12	30	136	52	72	40	33	8	4	0	1
2006	193	63	155	10	27	134	59	62	47	46	6	4	0	1
2005	138	58	101	16	20	97	41	32	37	32	15	1	0	1
2004	126	36	101	10	14	101	25	46	37	18	9	1	0	1
2003	130	40	88	22	19	92	38	31	29	28	17	5	0	1
2002	129	43	81	24	21	91	38	39	22	20	18	6	0	3
2001	130	38	56	50	24	97	33	28	17	11	38	12	0	0
2000	142	37	65	55	19	93	49	23	19	23	39	16	1	2
1999	146	20	44	85	16	106	40	15	13	16	64	21	0	1
1998	81	22	44	20	17	50	31	13	15	16	13	7	0	0
1997	72	21	61	1	9	48	24	19	21	21	1	0	0	1
1996	67	29	57	1	9	47	20	22	17	18	1	0	0	0
1995	73	23	66	1	6	44	29	24	16	25	1	0	0	0
1994	69	12	59	2	6	55	14	34	17	8	0	2	1	1
1993	63	16	52	4	5	47	16	21	17	14	4	0	2	0
1992	91	29	70	5	16	70	21	32	19	19	4	1	0	0
1991	60	26	48	1	11	49	11	24	14	10	1	0	0	0
1990	86	25	78	0	7	73	13	42	25	11	0	0	1	0
1989	44	8	37	3	2	38	6	25	8	4	2	1	0	2
1988	48	14	45	2	1	43	5	25	15	5	2	0	0	0
1987	56	10	48	6	1	46	10	32	9	7	3	3	1	0
1986	65	11	57	2	3	59	6	44	10	3	1	1	3	0
1985	38	5	34	0	0	36	2	29	4	1	0	0	4	0
1984	14	2	13	1	0	12	2	12	0	1	0	1	0	0
1983	12	1	12	0	0	11	1	11	0	1	0	0	0	0
1982	2	0	2	0	0	2	0	1	1	0	0	0	0	0
1981	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1980	1	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0
Yht.	2744	856	1959	356	397	1996	748	876	570	511	266	90	14	18

Seurannaistaudit

1. Pneumocystis carinii –pneumonia
2. Ruokatorven kandidoosi
3. Henkitorven, keuhkoputkien tai keuhkojen kandidoosi
4. Herpes simplex-infektio
5. Sytomegalovirusretiniitti
6. Sytomegalovirustatuti
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 leukoenkefalopatia
15. Kryptokokkoosi
16. Kryptosporidoosi
17. Kokkidioidimykoosi
18. Histoplasmoosi
19. Isosporiaasi
20. Multippeli tai uusiutuva bakteeri-infektio (alle 13 v.)
21. Kaposin sarkooma
22. Primaarinen aivolymfooma
23. Immunoblastinen lymfooma
24. Burkittiin lymfooma
25. Hiv-enkefalopatia
26. Kohdun kaulan invasiivinen karsinooma
27. Lymfoidi interstielli pneumonia (alle 13 v.)
28. Hiv-näivetystauti

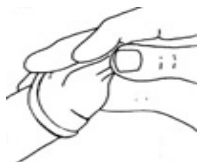
(Herttuala & Lainevuola 2008.)

Kondomin oikeanlainen käyttö

1. Säilytä kondomi valolta suojattuna, huoneenlämmössä.
2. Tarkista aina ennen käyttöä, että pakkaus ehjä ja päivämäärä ei ole ylittynyt.



3. Avaa kondomipakkaus varovaisesti. Älä käytä hampaita avaamiseen ja varo pitkiä kynsiä.



4. Vedä esinahka taakse ja tarkista, että kondomi avautuu oikeaan suuntaan. Purista ilma pois kondomin kärjestä, ettei sisään jäänyt ilma riko kondomia.



5. Rullaa kondomi erektiossa peniksen päälle sen juureen asti.



6. Heti siemensyöksyn jälkeen vedä penis heti ulos, ennen kuin erektio häviää. Pidä kondomin juuresta kiinni kun vedät peniksen ulos. Hävitä sekajätteen mukana.

7. Älä käytä kahta kondomia päällekkäin, sillä se ei suojaa tehokkaammin, vaan hinkauksesta molemmat kondomit voivat hajota. Jos kondomi hajoo yhdynnän aikana, vaihda se välittömästi uuteen.

(HIV-säätiö/ Aids-tukikeskus 2005.)

Hakutaulukko

Tietokanta	Rajaukset	Hakusanat	Osumat	Otsikko	Abstrakti	Kokoteksti	Valitut
Medic	Asiasanahaku Suomi & Englanti 2000-2010	HIV AND sairaanhoitaja	0	0	0	0	0
Medic	Asiasanahaku Suomi & Englanti 2000-2010	HIV AND hoitotyö AND ennaltaehkäisy	2	2	0	0	0
Medic	Asiasanahaku Suomi & Englanti 2000-2010	HIV AND ennaltaehkäisy	38	14	14	0	0
Arto	Asiasanahaku, sanahaku Suomi 2000-2010	HIV AND sairaanhoitaja	4	4	3	0	0
Arto	Asiasanahaku, sanahaku Englanti 2000-2010	HIV AND sairaanhoitaja	0	0	0	0	0

Cinahl	Asiasanahaku Englanti 2005-2010	HIV AND nursing AND prevention	316	316	21	6	3
Cinahl	Asiasanahaku Englanti 2005-2010	HIV AND nurse AND prevention	129	129	11	2	1
Pubmed	Asiasanahaku Englanti 2005-2010	HIV AND nursing AND prevention	726	-	-	-	-
Pubmed	Asiasanahaku Englanti 2005-2010 Fulltext	HIV AND nursing AND prevention	142	142	19	7	5
Manuaalinen haku							2