

Opinnäytetyö (AMK)

Hoitotyö

Sairaanhoitaja

2010

Maija Lehto

**SAIRAAAN- JA
TERVEYDENHOITAJIEN
TIEDOT JA ASENTEET HIV
/AIDS:sta
– KYSELYTUTKIMUS**



TURUN AMMATTIKORKEAKOULU
TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

OPINNÄYTETYÖ (AMK) | TIIVISTELMÄ

TURUN AMMATTIKORKEAKOULU

Hoitotyön koulutusohjelma | Sairaanhoidaja

Marraskuu 2010 | 48

Ohjaaja Maika Kummel

Maija Lehto

Sairaanhoitajien ja terveydenhoitajien tiedot ja asenteet HIV/AIDS:sta

Terveysasemien sairaanhoitajat ja terveydenhoitajat ovat tekemisissä HIV/AIDS- positiivisten henkilöiden kanssa päivittäin. Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää varsinaissuomalaisten terveysasemien sairaanhoitajien ja terveydenhoitajien asenteita HIV/AIDS- positiivisia kohtaan ja heidän perustietoja HIV/AIDS: sta.

Tutkimus ongelmat olivat 1) millaiset perustiedot suomalaisilla sairaanhoitajilla ja terveydenhoitajilla on HIV:stä/AIDS:sta, 2) minkälaisia asenteita suomalaisilla sairaanhoitajilla ja terveydenhoitajilla on HIV/AIDS-positiivisia kohtaan ja 3) miten taustatekijät, kuten ikä, sukupuoli ja työkokemusvaikuttavat suomalaisten sairaanhoitajien asenteisiin HIV/AIDS-positiivisia kohtaan? Aineisto kerättiin kahdella strukturoidulla kyselomakkeella. Saatu aineisto (n=36) analysoitiin SPSS 18.0 tilastointiohjelmalla.

Tutkimus osoitti, että suomalaisten sairaanhoitajien ja terveydenhoitajien perustiedot HIV:stä/AIDS:sta sekä tartuntareiteistä olivat pääosin hyvät. Suomalaiset sairaanhoitajat ja terveydenhoitajat suhtautuivat myönteisesti HIV/AIDS- positiivisiin ihmisiin ja asioimiseen heidän kanssaan.

ASIASANAT:

sairaanhoitaja, asenne, HIV- tartunta, AIDS, immuunikato

BACHELOR'S THESIS | ABSTRACT

UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Health care | Degree programme in Nursing

November 2010 | 48

Instructor Maika Kummel

Maija Lehto

The knowledge and attitude of nurses and public health nurse of HIV/AIDS

Nurses and public health nurses work daily in contact with HIV/AIDS positive patients. The aim of this study was to examine opinions and knowledge of primary care nurses and public health nurses in their work with HIV/AIDS positive patients in Southwest Finland.

Research questions were 1) what kind of basic knowledge Finnish nurses and public health nurses have on HIV and AIDS, 2) what kind of attitudes do Finnish nurses and public health nurses have towards HIV/AIDS positive patients and 3) does their background factors as age, sex or years in the work to affect on their attitude? The material is based on structural postal questionnaire. The data (n=36) was analyzed by SPSS 18.0 statistics program.

This study shows that the basic knowledge of Finnish nurses and public health nurses about HIV/AIDS was good. Finnish nurses and public health nurses have positive attitudes towards HIV/AIDS-patients and dealing with them.

KEYWORDS:

Nurse, attitude, HIV-infection, AIDS, immunodeficiency

SISÄLTÖ

1 JOHDANTO	5
2 HIV (HUMAN IMMUNODEFICIENCY VIRUS)	7
2.1 HI-viruksen vaikutukset elimistöön	8
2.2 HIV:n tartuntatavat	8
2.3 HIV:n toteaminen	10
2.3.1 HIV-infektion toteamiseen käytettävät menetelmät	11
2.4 HIV-infektion vaiheet	12
2.5 AIDS	13
2.7 HIV-positiivinen terveydenhuollossa	16
2.8 HIV Suomessa	16
2.9 Hoitohenkilöstö	17
3 HOITOTYÖNTEKIJÖIDEN PERUSTIETOIHIN JA ASENTESIIN LIITYVÄT AIKAISEMMAT TUTKIMUKSET	19
4 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSONGELMAT	26
5 TUTKIMUKSEN EMPIIRINEN TOTEUTTAMINEN	27
6 TULOKSET	30
7 POHDINTA	34
7.1 Tutkimuksen luotettavuus	34
7.2 Tutkimuksen eettisyys	35
7.3 Tutkimus tulosten tarkastelua	36
8 JOHTOPÄÄTÖKSET	38
LÄHTEET	39
LIITE 1 KYSELYLOMAKE 1: PERUSTIETOA HIV-INFEKTIOSTA	42
LIITE 2 KYSELYLOMAKE 2: ASENTIET HIV-POSITIIVISIA KOHTAAN	43
LIITE 3 TAULUKKO 2. PERUSTIETO KAIKKI KYSYMYKSET (%)	44
LIITE 4 TAULUKKO 3. ASENTIET HIV-POSITIIVISIA KOHTAAN (%)	47

1 Johdanto

Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää varsinaissuomalaisten terveysasemien sairaanhoitajien ja terveydenhoitajien perustietoja HIV/AIDS:sta sekä heidän asenteita HIV/ AIDS- positiivisia kohtaan.

Opinnäytetyö on osa laajempaa kokonaisuutta ImPrim-projektia, jonka lyhenne tulee ”Improvement of public health by promotion of equitably distributed high quality primary healthcare systems”. ImPrim on monikansallinen hanke, jonka tarkoituksena on edistää Itämeren alueen itäisten maiden perusterveydenhuoltoa ja ihmisten terveyttä. Projektin ensisijaisena tarkoituksena on estää tartuntatautien leviämistä ja ehkäistä elämäntavoista johtuvia ei-tarttuvia sairauksia kuten sydän- ja verisuonisairauksia. Toisena tarkoituksena on nostaa projektiin osallistuneiden maiden ihmisten elintaso. (The Northern dimension partnership in public health and social well-being 2010) ImPrim-projekti järjesti luentokoulutuksen syksyllä 2010 Suomessa Turun ammattikorkeakoululla ja tutustumiskäyntejä Turun perusterveydenhuollon yksiköihin. Suomesta monikansallinen luentoryhmä jatkoi Ruotsiin luentokoulutukseen, missä myös järjestettiin tutustumiskäyntejä Ruotsin perusterveydenhuollon yksiköihin.

Tutkimuksen teoreettisessa viitekehyksessä korostuu sairaanhoitajien ammattietiikan mukainen työskentelytapa, johon ei tulisi vaikuttaa hoitajan omat ennakkoasenteet (Sairaanhoitajaliitto 2010) sekä laki potilaan asemasta ja oikeuksista (17.8.1992/785), jonka mukaan potilaalla on oikeus saada hoitoa ilman minkään muotoista syrjintää.

Tutkimuksia, joissa selvitettiin sairaanhoitajien perustietoja HIV/AIDS:sta sekä heidän asennettaan HIV/AIDS- potilaita kohtaan on julkaistu Suomessa muutamia kuten Kempin tutkimus hoitohenkilöstön HIV- ja AIDS-tiedot, asenteet potilasta kohtaan ja mahdollisen homofobian ilmeneminen vuodelta 2008. Näissä Suomessa tehdyissä tutkimuksissa ei kuitenkaan ole useinkaan selvitetty sitä, vaikuttaako henkilön ikä, sukupuoli tai työhistoria heidän vastauksiinsa. Ei ole myöskään tietoa siitä, onko sairaanhoitajien tai

terveydenhoitajien perustiedoissa HIV/AIDS:sta eroja? Terveystenhoitaja koulutus pitää sisällään sairaanhoitajakoulutuksen, jonka vuoksi perustiedot tulisivat olla yhtenäiset koulutuksen osalta. Myöskään ei ole tutkittu aikaisemmin sitä, suhtautuvatko he eri tavalla HIV/AIDS- potilaita kohtaan. Tutkimuksen kohderyhmäksi valikoitui varsinaissuomalaisia terveysasemia, koska alueen terveysasemilla on aikaisemmin selvitetty lääkäreiden perustietoja sekä asenteita HIV/AIDS- potilaista Forteliuksen (2010) tutkimuksessa.

2 HIV (Human Immunodeficiency Virus)

HIV on ihmisen immuunikatovirus, keskikokoinen lipidivaipallinen RNA- virus. HI- virus on lentivirusten ryhmään kuuluva retrovirus, jolle on tyypillistä hidas patogeesi eli hidas eteneminen ja keskushermoston rappeuttaminen. (Suni, Saksela & Ristola 2008, 560.) Hi- viruksen päätyypit ovat HIV – 1 ja HIV- 2. Viruksilla on ollut sama esivirus, josta nykyiset tyypit ovat zonoosien kautta siirtyneet apinoista ihmisiin (Valkonen 2008, 17).

HIV- 1 jaetaan kahteen pääryhmään M (Main) eli pääryhmä ja O (Outgroup) eli ulkoryhmä. M- ryhmän alatyypit jaetaan geneettisesti kahdeksaan, joita merkitään kirjaimilla A-H. Länsi-Euroopan, Pohjois-Amerikan, Etelä-Amerikan ja Aasian maiden tartunnoista enemmistö on alatyypin B aiheuttamia ja se onkin alatyypeistä eniten levinnein. E-tyyppiä esiintyy pääasiassa Kaakkois-Aasiassa ja Thaimaassa. Alatyypin C on yleisin Intiassa. Itä-Euroopassa i. v- huumeiden käyttäjien paikalliset HIV epidemiat ovat olleet G- ja F-tyyppien aiheuttamia. Afrikassa esiintyy muita alatyyppejä, joita ei esiinny suurissa määrin muilla mantereilla. (Suni, Saksela & Ristola 2008, 560.)

O (Outgroup) eli ulkoryhmä, jonka viruksia esiintyy enimmäkseen Gabonissa ja Kamerunissa. Vuonna 1983 eristetty HIV-1 on läheisempää sukua simpanssien SI-virukselle kuin muiden apinalajien SI-viruksille (virus) tai HIV-2:lle. Lisääntynyt tieto simpanssien eri alalajien SI-viruksista ja Afrikassa eristetyt maailman HIV-1 epidemiaa hallitsevista M-ryhmän HIV-1 viruksista huomattavasti poikkeavat O- ja N-ryhmän virukset ovat vahvistaneet HIV-1:n suorasta polveutumisesta simpanssien SIV:stä. HIV-1 erkaneminen SI-viruksesta on tapahtunut vuosien 1915–1940 välillä, sillä vanhin HIV-1 genominen sekvenssi on peräisin vuodelta 1959. (Suni, Saksela & Ristola 2008, 560.)

HIV pystyy muuntumaan nopeasti, koska viruksen perintöaineksen kopioimisesta vastaava käänteiskopioijaentsyymi käynnistyy heti viruksen tunkeuduttua soluun. (Valkonen 2008, 19.) HIV:n muuntelu mahdollisuudet ovat valtavat, sillä uusia soluja infektoituu jatkuvasti. Hi-viruksen RNA-genomin käänteiskopiointi DNA:ksi on hyvin altis virheille, eikä tehtyjä virheitä korjata.

Kaksi virusta pystyy muodostamaan perintöainekseltaan kokonaan uudenlaisen viruksen tunkeutuessaan samaan aikaan kohdesoluun. (Valkonen 2008, 17.)

HI- viruksen nopea muuntautuminen aiheuttaa muutoksia sen biologisiin ominaisuuksiin ja näin ollen se jakautuu samanlaisiksi viruksiksi, joissa on vain pieni muutos edelliseen verrattuna. Kopioimisvirhe auttaa virusta olosuhteiden muuttuessa, kun elimistössä syntyy vasta-aineita tai soluvälitteinen immuniteetti jotakin viruksen rakennetta vastaan kasvaa. (Salminen & Leinikki 1996, 112–130.)

2.1 HI-viruksen vaikutukset elimistöön

HIV tarttuu soluihin erityisesti auttaja- T-solujen, makrofagien ja dendriittisten solujen pinnalla esiintyvän CD4-molekyylin kautta tämän toimiessa reseptorina. (Suni, Saksela & Ristola 2008, 566.) HI-viruksen tärkeimmät kohdesolut ovat CD4- positiiviset T- lymfosyytit. Suurin osa näistä soluista on lymfaattisissa kudoksissa, kuten imusolmukkeista, pernassa, kateenkorvassa ja suoliston imukudoksissa. Nämä solut tuottavat 93–99% elimistön koko virustentuotannosta infektoiduttuaan HI- viruksella. (Valkonen 2008, 19.) HIV- infektion etenemiseen vaikuttavat perinnölliset immuunipuolustuksen erot ja ulkoiset tekijät kuten samaan aikaan olevat muut infektiot (Valkonen 2008, 19).

2.2 HIV:n tartuntatavat

HI-virusta on HIV-positiivisen ihmisen kehossa tartuttavissa määrin veressä, siemennesteessä, emättimen ja kohdunkaulan eritteissä ja äidinmaidossa.(Valkonen 2008, 18.)

Suurin osa HIV- tartunnoista saadaan suojaamattomassa seksikontaktissa. Emättimen kuivuus vähentää yhdynnän turvallisuutta, sillä limakalvon rikkoutumisen riski kasvaa. Tartunta voi tapahtua ehjänkin limakalvon kautta esimerkiksi suojaamattomassa emätinyhdynnässä. Haavaumat ja sukupuolitautien aiheuttamat tulehdukset lisäävät myös HIV:n tartuttavuutta ja tartunta-alttiutta. (Suni, Saksela & Ristola 2008, 561; Valkonen 2008,18.)

Suojaamattomassa suuseksissä on myös mahdollista saada HIV-tartunta siemennesteen tai emätineritteen välityksellä. Suurin mahdollisuus saada HI-virus tartunta on suojaamattomassa peräaukkoyhdyntäessä, koska peräsuolen seinämän limakalvot ovat helposti hauraat ja helposti rikkoutuvat. (Valkonen 2008, 18.)

Veren välityksellä HIV voi tarttua suonensisäisten huumeiden käytön yhteydessä jos käyttää samoja neuloja, ruiskuja tai muita pistovälineitä kuin HIV-positiivinen on käyttänyt aikaisemmin. Veren- ja elinsiirtojen yhteydessä on myös mahdollista saada HIV-tartunta, mutta Suomessa ei ole vuoden 1985 jälkeen ilmoitettu HIV-tartuntaa, joka olisi tullut elin- tai verensiirron yhteydessä (Valkonen 2008, 18.). Suomessa Veripalvelulle luovutettu veri testataan veren välityksellä leviävien sairauksien vuoksi, kuten HIV:n, hepatiitti A, B ja C:n, syfilisbakteerin ja parvoviruksen. (Suomen punainen risti veripalvelu, 2010)

HIV voi tarttua äidistä lapseen raskauden, synnytyksen ja imetyksen aikana. Sikiön riski saada HIV-tartunta kasvaa hyvin korkeaksi loppuraskaudessa tai synnytyksessä jos HIV-positiivinen äiti ei ole saanut hoitoa HIV-infektionsa. (Heikinheimo ym. 2002, 1405–1409.) Tehokkaalla HIV-lääkehoidolla sikiön ja vastasyntyneen tartuntariski laskee jopa alle prosenttiin (Valkonen 2008, 18).

Hoitotyössä HIV-tartuntariski pistotapaturmissa on 0,3 %, joka on keskimääräinen riski. Tartuntariskin suuruuteen vaikuttavat HIV-infektion vaihe ja veressä olevien virusten määrä. Verenkierrossa on paljon vapaata HI-virusta akuutissa ensitauti vaiheessa sekä ilman lääkitystä olleella potilaalla pitkälle edenneessä AIDS-vaiheessa, jolloin tartuntariski on suurempi kuin HIV-infektion oireettomassa ja oireisessa vaiheessa. (Valkonen 2008, 18–19.)

HI-virus ei tartu tavallisessa kanssakäymisessä kuten ruuan tai ruokailuvälineiden välityksellä, halauksista, WC-istuimesta, saunan lauteilta, hyttystenpuremista, yskiessä pisaratartuntana, virtsan tai oksennuksen välityksellä. HIV-positiivinen ei muodosta erityistä tartuntariskiä ympäristölleen

ja kykenee toimimaan yhteiskunnassa lähes kaikissa tehtävissä. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2010b; Suomen punainen risti 2010)

2.2.1 Tartunnan ilmoitus ja jäljitys

HIV on ilmoitettava tartuntatauti. Lääkärin tulee täyttää positiivisesta testituloksesta tartuntatauti-ilmoitus, B-lomake. Tartuntatautilain perusteella HIV-infektion hoito, mahdollisten liitännäissairauksien hoito ja lääkehoito on potilaalle ilmaista. HIV-positiivisella on velvollisuus kertoa mahdollisille seksikumppaneille tartunnastaan ennen yhdyntää. Mikäli HIV-positiivinen henkilö ei kerro tartunnastaan seksikumppanilleen ja tartuttaa tämän viruksella johtaa se oikeustoimiin. (Hirvinen & Mäkinen 2008, 33.) Tartunnan toteamisvaiheessa tartunnan saaneella on velvollisuus kertoa oma käsityksensä tartunnan kulun ajankohdasta ja myös ottaa kantaa tartunnanjäljitykseen, jotta kaikki mahdollisesti tartunnalle altistuneet saataisiin HIV-testeihin ja mahdollisesti tartunnan saaneet hoidon piiriin. Laboratoriokokeiden tulokset selventävät infektion vaihetta ja näin ollen potilaan on helpompi kartoittaa kaikki mahdollisesti tartunnan saaneet henkilöt. Potilas voi siirtää tartunnanjäljityksen sukupuolitautilien poliklinikalle jos ei halua itse ilmoittaa asiaa mahdollisen HIV-tartunnan saaneille. Sukupuolitautilien poliklinikalta hoitaja ottaa tällöin yhteyttä potilaan antamiin mahdollisesti tartunnan saaneisiin henkilöihin ja kertoo heidän mahdollisesti altistuneen sukupuolitauditartunnalle ja pyytää heitä tulemaan HIV-testeihin samaan hoitopaikkaan johon tiedot on annettu. Potilaan henkilöllisyys ja tartunta- ajankohta pidetään salassa. (Aaltonen 2008, 38.)

2.3 HIV:n toteaminen

HIV:n diagnosoiminen perustuu elimistöön kehittyvien HIV-vasta-aineiden testaukseen, joita kehittyä vereen, sylkeen ja virtsaan 2- 8 viikossa tartunnasta. Viimeistään HIV-vasta-aineet voidaan todeta verestä kolmen kuukauden kuluttua mahdollisesta tartunnasta. Vasta- aineiden kehitymisessä on yksilöllisiä eroja riippuen ihmisen perintötekijöistä ja immunitetista. Yleisimmin seulontatesteissä käytetään entsyymi-immunologista vasta-aineiden määrittämenetelmää, EIA (Sarajärvi & Hammarberg 2008, 25). Nykyisten HIV-

vasta-ainetestien kyky ja tarkkuus löytää seulontapositiiviset tulokset on 99 %. Positiiviset tulokset varmistetaan vielä Western blot-varmistustestillä, joka antaa varman negatiivisen tai varman positiivisen tuloksen. (Sarajärvi & Hammarberg 2008, 26) Suomessa HIV-testeissä voi käydä Aids-tukikeskuksen toimipisteissä, Suomen Punaisen Ristin Plus-pisteissä, terveyskeskuksissa, sukupuolitautilien poliklinikoilla, opiskelijaterveydenhuollossa tai yksityisillä lääkäriasemilla (HIV-säätiö/Aids-tukikeskus 2010, 6).

2.3.1 HIV-infektion toteamiseen käytettävät menetelmät

Antigeenimääritykset perustuvat HIV-vasta-aineiden ja HIV-antigeenien havaitsemiseen. Aikaisimmillaan tartunnan saamisesta antigeenit voidaan todeta alle viikossa. Antigeenien määrä kuitenkin vähenee ajan kuluessa ja voi olla mittaamattomissa 2 kuukauden kuluttua tartunnan saamisesta. Kaikille HIV-tartunnan alkuvaiheessa saaneille ei kehity mitattavaa määrää HIV-antigeeniä. (Sarajärvi & Hammarberg 2008, 26.)

PCR-menetelmä (polymeraasiketjureaktio) perustuu viruksen nukleiinihapon monistamiseen, jolloin voidaan osoittaa HIV:n RNA:ta ja soluissa esiintyvää viruksen DNA:ta. (Lappalainen ym. 1999, 1031.) HI-viruksen nukleiinihapon osoitustestejä käytetään määriteltäessä potilaan virusmäärää esimerkiksi lääkehoidon tehon seurannassa tai vastasyntyneen mahdollisen HIV-tartunnan toteamiseen. PRC-menetelmää käytetään myös varmistamaan epäselviä varmistustestituloksia. (Sarajärvi & Hammarberg 2008, 26.)

2.3.2 Resistenssimääritykset

Resistenssimäärityksiä käytetään jos HIV-lääkehoito on epäonnistunut, lapsipotilailla, raskaana olevilla, lääkehoidon jälkeistä profylaksiaa suunniteltaessa tai ennen lääkehoidon aloittamista potilailla, joilla on tuore alle 6kk infektio tai krooninen infektio. (Sarajärvi & Hammarberg 2008, 26.)

2.4 HIV-infektion vaiheet

HIV-infektion oireet johtuvat suurimmalta osalta immuunipuolustuksen vähittäisestä heikkenemisestä ja infektion seurannaissairauksista. HIV:n etenemisnopeus vaihtelee paljon ihmisten välillä (Valkonen 2008, 21).

2.4.1 Ensitauti

Tartunnan jälkeen 30–50%:lle infektion saaneista kehittyy ensioireisto, jonka oireet voivat olla lieviä muistuttaen kuumeista influenssaa. Osalla ensitautiin liittyen nousee korkea kuume tai tulee neurologisia oireita joiden vuoksi potilas hakeutuu sairaalahoitoon. (Suni, Saksela & Ristola 2008, 575; Valkonen 2008, 21) Mahdollisia oireita ovat kuume, kurkkukipu, suurentuneet kaulan imusolmukkeet, ihottuma ja ripuli. Oireet voivat kestää yhdestä neljään viikkoon. (Suni, Saksela & Ristola, 574.) Ensitaudin alkaessa HIV- vasta-aineet voivat olla negatiiviset (Valkonen 2008, 21).

2.4.2 Oireeton Hiv- Infektio

Suurelle osalle HIV- tartunnan saaneista infektio ei aiheuta oireita moneen vuoteen tai oireita on hyvin vähän (Valkonen 2008, 21). Vähäoireisen jakson aikana useimmilla potilailla on todettavissa suurentuneita imusolmukkeita joko ajoittain tai jatkuvasti. Suurin osa viruksen infektoimista soluista siirtyy imukudoksiin, imusolmukkeisiin, pernaan ja suolistoon. (Suni, Saksela & Ristola 2008, 575) Hitaasti etenevän HIV-infektion merkkejä ovat normaali CD4-lymfosyyttien määrä ja vähäinen HI-viruksen määrä veressä. Nopeasti etenevän HI- virus infektion merkinä on suurentunut viruspitoisuus veressä ja CD4-lymfosyyttien määrän raju lasku. (Suni, Saksela & Ristola 2008, 575.)

2.4.3 Oireinen vaihe

Oireetonta vaihetta seuraa oireinen vaihe, jossa veren HI-virus pitoisuus on huomattavasti aikaisempaa korkeampi ja CD4-lymfosyyttien määrä laskenut. Potilaan kokemat oireet ovat vaihtelevia, kuten laihtumista ja pitkittynyttä väsymystä. Vaiheen lopulla elimistön puolustusmekanismien heiketessä alkaa esiintyä opportunistisia infektioita kuten esimerkiksi iholla ja limakalvoilla hiiva-,

bakteeri ja virusinfektioita. Tavallisimpia tulehduksia ovat suun- ja emättimen hiivatulehdukset, jalkojen ja kynsien sienitulehdukset. Infektiot eivät oireisessa vaiheessa kuitenkaan täytä AIDS-luokituksen ehtoja. (Suni, Saksela & Ristola, 575–576.)

2.5 AIDS (Acquired Immunodeficiency Syndrome)

AIDS on HIV-infektion viimeinen vaihe, jossa immuunijärjestelmä on heikentynyt selvästi. HI-viruksen pitoisuus on veressä suurempi verrattaessa aikaan ennen oireita aiheuttavan immuunikadon kehittymistä (Suni, Saksela & Ristola 2008, 577). Elimistön vastustuskyky bakteereja ja mikrobeja kohtaan on alentunut (Leinikki 2009). AIDS-diagnoosi tehdään, kun henkilölle kehittyy jokin luokituksen ehdon täyttävä seurannaistauti (Suni, Saksela & Ristola 2008, 576). Terveystieteiden tutkimuskeskus on listannut AIDS-diagnoosiin johtavat opportunistiset infektiot. AIDS-luokitus on lähes yhtenäinen kansainvälisesti, mutta Yhdysvalloissa on käytössä lisäksi kriteerit veren CD4-lymfosyyttien määrästä (Valkonen 2008, 22.)

2.5.1 AIDS-luokitus

AIDS-diagnoosi annetaan, kun potilaalle kehittyy jokin opportunistinen infektio, kuten muun muassa pneumocystis carinii-pneumonia, ruokatorven, henkitorven, keuhkoputkien tai keuhkojen kandidoosi, herpes simplex-infektio, sytomegalovirusretiniitti, sytomegalovirustauti, keuhkotuberkuloosi tai jokin muu AIDS-luokituksen 28 opportunistista infektiosta. (Valkonen 2008, 22)

HIV-tartunnan jälkeinen odotettavissa oleva elinikä riippuu virustyyppistä ja tartuntahetkellä siirtyvästä virusmäärästä, henkilön elimistön omasta vastustuskyvystä ja muista mahdollisista sairauksista, iästä, HIV-lääkehoidon aloitus ajankohdasta ja sen toteutumisesta (Positiiviset ry 2010). AIDS-vaiheessa seurataan CD4-auttajalymfosyyttien määrää, sillä joidenkin opportunisti-infektioiden esiintymisen mahdollisuus kasvaa suuresti (Suni, Saksela & Ristola 2008, 577).

HIV-lääkityksen ansiosta niiden potilaiden ennuste on parantunut joiden, HIV-infektio on edennyt AIDS- vaiheeseen ennen HIV-infektion toteamista. Säännöllisellä HIV-lääkityksellä voidaan palauttaa potilaan toimintakyky lähes ennalleen ja eliniän odote on lähes yhtä korkea kuin saman ikäisillä HIV-negatiivisilla ihmisillä. (Valkonen 2008, 23.)

2.6 HIV:n lääkehoito

Lääkehoidon aloitus määräytyy potilaan CD4-solumäärän ja yleisvoinnin perusteella. Potilaan halukkuus ja sitoutuminen lääkehoitoon vaikuttaa myös hoidon aloitukseen, sillä epäsäännöllinen lääkitys voi johtaa lääkeresistenssiin. Lääkehoito suunnitellaan yhteistyössä potilaan kanssa kartoittaen tämän elämänrytmiä ja toiveita tai rajoituksia lääkehoidon suhteen. (Herttuala & Mäkinen 2008, 82.) HIV-lääkitys toteutetaan yleensä yhdistelmähoitona, jolloin kahden nukleosidijohdoksen yhdistelmään liitetään kolmanneksi jokin proteaasiestäjä tai muu käänteiskopioijaentsyymiin estäjä (Suni, Sakela & Ristola 2008, 580).

HAART(high active antiretroviral therapy), antiretroviraalihoidolla pyritään vähentämään HI-viruksen määrää elimistössä ja lisäämään auttajasolujen määrää. Hoidon avulla voidaan ehkäistä liitännäissairauksia ja pidentää potilaan elinikää. Antiretroviraalilääkitys on elinikäinen, sillä virusta ei voida poistaa elimistöstä, eikä estää sen tarttumista. (Herttuala & Mäkinen 2008, 82.)

Käänteiskopioinnin estäjät jaetaan kahteen ryhmään: Nukleosidianalogit, NRTI (Nucleoside Reverse Transcriptase Inhibitor), jonka alaryhmät ovat nukleotidianalogi ja Non-nukleosidianalogit, NNRTI (Non Nucleoside Reverse Transcript Inhibitor). Ryhmien lääkkeiden vaikuttavan aineen molekyylit ovat rakenteeltaan erilaisia. (Herttuala & Mäkinen 2008, 85.) HI-virus tunkeutuu soluun ja siirtää oman perintöaineksensa isäntäsolun perimään. Käytettyään hyväksi solua HI-virus tuhoaa sen. HI-viruksen ja ihmisen perimäainekset ovat erilaisissa rakenteissa. HI-viruksella RNA-molekyylissä ja ihmisenperimä DNA-molekyylissä, HI-viruksen on muutettava oma perimäaineksensa DNA-muotoon käänteiskopioijaentsyymiin avulla. NRTI- ja NNRTI-ryhmien lääkkeet estävät

käänteiskopioijaentsyymiä toimimasta, jolloin virus jää soluun harmittomaan RNA-muotoon. NNRTI-ryhmän lääkkeitä käytetään yhdessä kahden NRTI-ryhmän lääkkeen kanssa. (Herttuala & Mäkinen 2008, 84.)

Proteaasin estäjät estävät HI- viruksen proteiinivaipan muodostumista ihmisen solun sisällä, jolloin virus jää ilman ulkokuorta eikä näin ollen ole elinkelpoinen (Suni, Saksela & Ristola 2008, 580-582).

Fuusion estäjä -lääkkeet pysäyttävät HI- viruksen tarttumisen solun ulkopintaan, jolloin se ei pääse sulautumaan soluun eikä tartuta solua. Samalla tavoin toimivia lääkkeitä ovat integraasin estäjät, CCR5-antagonistit. (Herttuala & Mäkinen 2008, 86.)

Potilaan vointia seurataan poliklinikoilla lääkehoidon toteutumisen ja mahdollisten sivuvaikutuksien kautta. Potilas tapaa hoitajan ja lääkärin vastaanottojen yhteydessä. Lääkehoidon aloituksen yhteydessä laboratoriotestejä otetaan tiiviimmin ja seurantakäyntejä on enemmän. Verikokeilla seurataan maksan, munuaisten ja haiman toimintaa sekä verenkuvaa. P-HIV1Nä- näyte mittaa HI-viruksen ja CD4-solujen määrää, ja yhdessä nämä arvot kertovat lääkehoidon toteutumisesta ja tehosta. Lääkehoidon tavoitteena on saada HI-viruksen määrä muutamassa kuukaudessa laskemaan alle 40 kopiota/ml. CD4-solumäärien nousu on hitaampaa. Lääkehoidon toimiessa verikokeita otetaan 3-4 kuukauden välein. (Herttuala & Mäkinen 2008, 84.)

HI-virus voi kehittää lääkkeitä vastustuskykyisen eli resistentin muodon itsestään. Lääkeresistenssin kehittymiseen voi johtaa lääkepitoisuuden epätasaisuus ja viruksen tappamiseen riittämätön lääkkeen määrä elimistössä. HI-viruksen hoitoon käytettävistä lääkkeistä osa on samankaltaisia keskenään, joten resistentin kehittyessä tietylle lääkkeelle on se myös resistentti sen sukulaislääkkeille. Resistentti muoto pystyy lisääntymään elimistössä ja vaurioittamaan elimistön immuunijärjestelmää. Lääkkeille resistentti virus voi tarttua tartuntareittejä pitkin toiseen henkilöön aiheuttaen tällekin tietylle lääkkeelle resistentin viruskannan riippumatta siitä, onko henkilö jo todettu HIV-

positiiviseksi tai aikaisemmin käyttänyt kyseistä valmistetta. (Herttuala & Mäkinen 2008, 84.) Tärkeintä lääkeshoidon jatkumisen kannalta on estää lääkkeille resistenttien kantojen syntyminen. Verikokeilla voidaan selvittää, mille lääkeaineille potilaan HIV-kanta on tullut vastustuskykyiseksi. (Herttuala & Mäkinen 2008, 85.)

2.7 HIV-positiivinen terveydenhuollossa

HIV-positiivisella henkilöllä on samat oikeudet saada terveyden- ja sairaushoitoa ilman syrjintää kuin muillakin terveydenhuollon asiakkaila. HIV-positiivisen potilaan kohtaaminen on moniulotteista, sillä potilaiden suhtautuminen tartuntaansa vaihtelee paljon. Hoitajan on tärkeää tunnistaa tuoreen tartunnan saaneen potilaan hoidon tarve, jotta potilas jää hoidon piiriin ja saa asianmukaista tietoa HIV:stä ja AIDS:sta. Potilaan kulttuuri, perhekäsitys ja uskonto vaikuttavat potilaan muodostamaan käsitykseen HIV:stä. Hoitajan on tärkeää ottaa potilas avoimesti vastaan, jotta hoito olisi jokaisen kohdalla yksilöllistä. (Pakarinen & Essak 2008, 142.) HIV-positiivisen hoito on moniammatillista tiimityöskentelyä, jonka osana toimivat lääkärit, sairaanhoitajat sekä terveydenhoitajat. Tartuntatautilaissa potilaalle on turvattu maksuton hoito. (Salaasti, Simola & Vänskä 2008, 147.)

2.8 HIV Suomessa

Suomessa on tavattu lähes kaikkia HI-viruksen alatyyppejä. Kaksi kolmasosa Suomessa tavatuista HIV-tartunnoista on B-alatyypin aiheuttamia. (Ventomäki 2008, 14.) Suomessa HIV tilastoidusti on yleisin 20–54-vuotiaiden keskuudessa, joista miehillä esiintyvyys on huomattavasti naisia suurempi. Miesten HIV-tartuntojen lähde oli yleisemmin miesten välisen seksin tai ruiskuhuumeiden välityksellä saatu, naisten tartunnat olivat peräisin pääosin heteroseksistä. (THL 2010a; THL 2010b)

Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirissä 14.11.2010 mennessä on ilmoitettu vuoden 2010 aikana kolme kotimaista HIV-tartuntaa. Vuosien 1980–2010 välisenä aikana Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin alueella HIV-tartuntoja on

rekisteröity kaiken kaikkiaan 85.(THL 2010d.) Vuosien 1980- 1984 välillä ei Varsinais- Suomen alueella ilmennyt lainkaan HIV tartuntoja. Koko Suomessa on vuoden 2010 aikana ilmennyt 89 HIV tartuntaa kaikissa sairaanhoitopiireissä yhteensä. (THL 2010c.)

HIV-tartuntojen lisäys Suomessa johtuu seksivälitteisten tartuntojen määrän kasvusta. Tartuntojen määrä on kasvanut sekä miesten välisen seksin ryhmässä, että heteroseksiteitse. Tartuntavaaraa ei koeta suureksi riskiksi eikä omakohtaiseksi, jolloin turvaseksin tarpeellisuutta vähätellään. Ruiskuhuumevälitteisten tartuntojen määrä on pysynyt Suomessa matalalla tasolla, sillä huumeidenkäyttäjien on mahdollista saada puhtaita välineitä viemällä käytetyt välineet matalan kynnyksen pisteisiin, jotka tarjoavat vaihtopalvelua. (Kansanterveyslaitos 2007, 25–26)

Matkailuun liittyvä riski saada HIV-tartunta on yhä korkea, 130 suomalaisten saamasta tartunnasta 40 on todennäköisesti saatu ulkomailta. Kansanterveyslaitoksen tietojen mukaan ulkomailta saatujen tartuntojen kohdalla suurin osa oli miehiä, jakaantuen melkein tasan heteromiesten ja miesten välisen seksin ryhmiin. Heteromiesten saamien tartuntojen alkuperä-alueena ovat Suomen lähialueet, kun taas miesten välisen seksin ryhmässä Länsi-Eurooppa on yhä johtava alue tartuntojen määrässä. (KTL 2007, 25.)

2.9 Hoitohenkilöstö

Hoitotyön perusajatuksena on ihmisen kunnioittaminen, terveyden edistäminen, lohduttaminen ja kärsimyksen lievittäminen. Hoitotyön tavoitteena on, että potilas tulee autetuksi. Tukemalla potilaan itsemääräämis- ja tiedonsaantioikeutta hänelle luodaan paremmat edellytykset ottaa myös itse vastuuta omasta hoidostaan. Sairauksien ennaltaehkäisy on osa erikoissairaanhoitoa.(Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri 2006.)

Hoitamista ja hoitotyötä toteutetaan yhteisöllisesti, verkostoituen ja asiantuntijuutta vahvistaen. Käytössä olevat hoitokäytännöt perustuvat

tutkittuun tietoon ja niitä tutkimusten pohjalta uudistetaan koko ajan. (HUS 2006.)

2.9.1 Sairaanhoitaja

Sairaanhoitaja on hoitotyön ammattilainen, joka on suorittanut ammattikorkeakoulu tutkinnon hoitotyöstä, sen laajuus on 210 opintopistettä. Sairaanhoitaja koulutus perustuu Suomessa Euroopan unionin asettamiin direktiiveihin. Sairaanhoitajan osaaminen on moniulotteista, sillä hän toimii itsenäisesti toteuttaessaan potilaan hoitoa ja lääkärin ohjeistuksen mukaista lääkehoitoa. Sairaanhoitaja toteuttaa ja kehittää hoitotyötä, joka on samanaikaisesti terveyttä edistävää ja ylläpitävää, sairauksia ehkäisevää ja parantavaa sekä kuntouttavaa. (Sairaanhoitajaliitto ry 2010.)

Hoitotyö edellyttää sairaanhoitajalta hoitotieteen, lääketieteen ja farmakologian, muiden terveystieteiden sekä yhteiskunta- ja käyttäytymistieteiden hallintaa ja kykyä soveltaa tietoa käytännön tilanteisiin (Sairaanhoitajaliitto ry 2010).

2.9.2 Terveydenhoitaja

Terveydenhoitaja on terveydenhuollon laillistettu ammattihenkilö, joka on suorittanut ammattikorkeakoulussa laajuudeltaan 240 opintopistettä olevan sairaanhoitaja- ja terveydenhoitajatutkinnon. Terveydenhoitajan työssä keskeistä on ylläpitää ihmisten toimintakykyä ennaltaehkäisevällä hoitotyöllä. (Terveydenhoitajaliitto 2010.)

Terveydenhoitajan toimintaa ohjaavat terveydenhoitajatyön arvot ja eettiset periaatteet sekä voimassa oleva sosiaali- ja terveydenhuollon lainsäädäntö sekä Suomen terveystieteiden poliittiset linjaukset. Terveydenhoitaja työskentelee usein itsenäisesti, mutta myös osana moniammatillista tiimiä. (Terveydenhoitajaliitto 2010.)

3 Hoitotyöntekijöiden perustietoihin ja asenteisiin liittyvät aikaisemmat tutkimukset

Välimäki ym. (2008) on tutkinut sairaanhoitajien asenteita HIV/ AIDS- potilaita kohtaan kyselytutkimuksena Suomessa, Virossa ja Liettuassa (vuonna 2006). Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata ja verrata mahdollisia maiden välisiä eroja hoitajien halukkuudessa hoitaa HIV/AIDS- potilaista. Tutkimuksen kohderyhmäksi valittiin jokaisen maan suuren kaupungin iso sairaala, koska HIV:n esiintyminen on yleisempi isoissa kaupungeissa. Tutkimukseen osallistuneet sairaanhoitajat työskentelivät joko yleis- tai leikkausosastolla tai gynekologisella osastolla. Suomalaisia tutkimukseen osallistui 427, virolaisia 221 ja liettualaisia tutkimukseen osallistuneista oli 185.

Välimäen ym.(2008) tutkimuksen tulokset osoittivat, että yleisesti kaikki kyselyyn vastanneet olivat suostuvaisia hoitamaan HIV/AIDS-positiivista potilasta. Eri maiden välisiä eroja tarkasteltiin sairaanhoitajan halukkuudesta hoitaa HIV/AIDS- positiivista potilasta kolmessatoista eri hoitotyön toiminnossa. Tulokset olivat pääosin positiiviset, sillä tutkimukseen osallistuneet kokivat suoriutuvansa melkein kaikista hoitotyön toiminnoista, ainoastaan potilaan eritteisiin kohdistuvat toiminnot koettiin epä mukavimmiksi suorittaa. Kyselyssä oli Likert-asteikko, jonka vastausvaihtoehdot väittämiin muodostuivat vaihtoehtoista ”täysin samaa mieltä, samaa mieltä, en osaa sanoa, eri mieltä ja täysin erimieltä”. Suomalaiset sairaanhoitajat olivat täysin samaa mieltä neljän väittämän kanssa, jotka koskivat HIV/AIDS-potilaalle ruokatarjottimen tuomista ja syöttämistä, lakanoiden vaihtoa ja elintoimintojen seuranta. Suomalaiset ja liettualaiset sairaanhoitajat kokivat pystyvänsä muovikäsineet kädessään puhdistamaan instrumentteja, katetroimaan ja tyhjentämään katetrin pussia, aloittamaan i. v. nesteytystä ja verensiirtoa HIV/AIDS-positiiviselle. Virolaiset olivat pääosin samaa mieltä suomalaisten ja liettualaisten kanssa kyselyyn vastanneiden kanssa, lukuun ottamatta kuutta kohtaa. He eivät olleet halukkaita suorittamaan HIV/AIDS-positiivisen potilaan pesua sängyssä, siivoamaan

tämän oksennusta tai ulosteita, vaihtamaan lakanoita, puhdistamaan instrumentteja, katetroimaan potilasta tai ajamaan potilaan karvoitusta. Kyselyn yhteen laskettujen tulosten perusteella liettualaiset sairaanhoitajat olivat kaikkein halukkaimpia hoitamaan HIV/AIDS-positiivista potilasta kokonaisvaltaisesti, suomalaiset saivat toiseksi eniten pisteitä ja pisteiden perusteella virolaiset sairaanhoitajat olivat vähiten halukkaita hoitamaan HIV/AIDS-potilaita. (Välimäki ym. 2008, 591–596)

Tutkimuksen tuloksia vertailtiin myös vastaaja maakohtaisesti. Suomalaisten vastaajien taustoista ei löytynyt yhtä tekijää, joka olisi erotellut vastausten jakaantumista vaan vastaukset olivat homogeenisiä. Virossa sukupuoli nousi erottavaksi tekijäksi halukkuudessa hoitaa HIV/AIDS-positiivista potilasta, miehet suhtautuivat naisia myönteisemmin HIV/AIDS-positiivisten hoitoon. Siviilisäädyllä todettiin olevan myös vaikutusta Virossa, sillä naimattomat olivat leskiä tai asumuserossa olevia myönteisempiä HIV/AIDS-positiivisen hoitoon. Kolmantena taustatekijänä Virolaisten vastaajien taustatekijöistä ikä vaikutti hoitajien vastauksiin, nuoremmat olivat positiivisempia kuin vanhemmat sairaanhoitajat. Liettualaisista vastaajista ne joilla oli aikaisempi kontakti HIV/AIDS-positiiviseen, olivat myönteisempiä hoidon suhteen kuin muut vastaajista. Tutkimuksen tulokset vahvistivat, että olisi tärkeää järjestää sairaanhoitajille standardien mukaista koulutusta HIV:sta ja AIDS:sta. (Välimäki ym. 2008, 596-598)

Kempin (2008) tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata hoitohenkilöstön tietoja HIV:stä ja AIDS:sta, asenteita potilasta kohtaan ja mahdollisen homofobian esiintymistä. Tutkimus suoritettiin kyselytutkimuksena yliopistosairaalassa ja kohdejoukkona olivat kaikki kätilöt sekä sairaan- ja terveydenhoitajat, jotka työskentelivät kirurgian-, naistentautien- ja sisätautien klinikoilla. Tutkimusotoksen suuruus oli 322 ja vastausprosentti oli 75,4.% Tutkimuksen tulokset osoittivat hoitohenkilöstön tiedot HIV:stä ja AIDS:sta melko hyviksi. Suurin osa sairaanhoitajista tiesi hyvin yleiset HIV:n /AIDS:n liittyvät asiat kuten tartunta-, suojautumisen- ja eristämiskäytännöt. Hoitajien asenteet olivat pääosin hyvät HIV/AIDS-potilaita kohtaan. He osoittivat enemmän myötätuntoa, jos

potilas oli saanut HIV-tartunnan verensiirrossa kuin suonensisäisten huumeiden käytön seurauksena tai seksuaalisen kanssakäymisen yhteydessä. Hoitajien vastausten epävarmuus kohdistui viruksen käyttäytymiseen verenkierrossa ja hoitotyössä vähemmälle huomiolle jääviin asioihin. Kempin tutkimuksesta käy myös ilmi, että hoitajien asenteet ovat positiivisemmat koskien HIV/AIDS-positiivisen potilaan hoitoa, jos heillä on aikaisempaa kokemusta vastaavasta tilanteesta tai tuntevat jonkun HIV - positiivisen entuudestaan.

Laakkonen (2008) on tutkinut pro gradu-tutkielmassaan suomalaisten hoitoalan opiskelijoiden HIV- ja AIDS-tietoja, asenteita ja halukkuutta hoitaa HIV/AIDS-positiivisia potilaita. Tutkimusaineisto kerättiin strukturoidulla kyselylomakkeella yhden ammattikorkeakoulun valmistuvilta hoitotyön opiskelijoilta (n=169). Laakkosen tutkimuksen tulokset olivat samansuuntaiset kuin Kempin(2008) tekemässä tutkimuksessa. Hoitoalan opiskelijoiden tiedot HIV:stä ja AIDS:sta olivat hyvät, he tiesivät yleisiä ja tartuntaan liittyviä asioita HIV:stä. Tartunnalta suojautumiskäytännöt ja potilaan eristämisen käytännöt olivat opiskelijoille tutut. Puutteelliset tiedot liittyivät viruksen yhteydessä käytettävästä termistöstä, viruksen toiminnasta veressä ja liitännäissairauksista. Opiskelijoiden asenteet olivat myönteiset niin HIV:tä ja AIDS:ia kohtaan kuin tartunnan saaneita. Opiskelijat olivat pääosin halukkaita hoitamaan HIV/AIDS-positiivisia, mutta halukkuus laski jos toimenpiteet sisälsivät veren tai eritteiden käsittelyä. Aikaisempi hoitokontakti HIV/AIDS-positiiviseen potilaaseen ja henkilökohtainen kontakti HIV/AIDS-positiiviseen vaikuttivat myönteisesti asenteisiin.

Suominen ym. (2009) ovat tutkineet hoitotyönopiskelijoiden(sairaanhoitaja-, terveydenhoitaja- ja kättilöopiskelijat) 471 asenteita HIV/AIDS- potilaita kohtaan, homofobisuuden esiintymistä ja vastaajien taustatekijöiden vaikutusta edellä mainittuihin asioihin strukturoituna kyselytutkimuksena Suomessa 169, Virossa 132 ja Liettuassa 170 vuoden 2005 syksyn ja vuoden 2006 kevään välillä.

Suomisen ym. (2009) tekemän tutkimuksen tulokset osoittivat hoitotyönopiskelijoiden suhtautuvan HIV/AIDS- positiivisiin ja homoseksuaaleihin keskimäärin positiivisesti. Suomalaisten opiskelijoiden ammattikuntien välinen eroavaisuus näkyi sairaanhoitajaopiskelijoiden

positiivisempänä asenteena verrattuna kättilöopiskelijoiden negatiivisempaan suhtautumiseen HIV/AIDS-positiivisia kohtaan. Vastaajien iän todettiin vaikuttavan positiivisesti vastauksiin, jolloin vanhempien vastaajien suhtautuminen HIV/AIDS-positiivisiin oli nuorempia vastaajia positiivisempaa.

Taustamuuttujilla oli vain vähän vaikutusta Suomisen ym.(2009) tutkimuksessa virolaisten hoitotyönopiskelijoiden asenteisiin. Sairaanhoidajaopiskelijoiden todettiin suhtautuvan Virossa myönteisemmin HIV/AIDS- potilaisiin. Vastaajista ne, jotka suhtautuivat myönteisemmin HIV/AIDS-positiivisten hoitamiseen, olivat myönteisempiä heitä kohtaan. Virossa kättilöopiskelijoiden asenteet homoseksuaaleja kohtaan olivat negatiivisemmat kuin sairaanhoidajaopiskelijoiden.

Suomisen ym. (2009) tutkimuksessa liettualaisten vastauksissa korostui positiivinen asennoituminen HIV/AIDS- positiivisia kohtaan ja halukkuus hoitaa heitä mikäli opiskelija tunti jonkun HIV- tartunnan saaneen. Hoitotyönopiskelijat, joilla oli lapsia, suhtautuivat myönteisemmin homoseksuaaleihin ja aikaisempi kokemus vaikutti asenteisiin. Opiskelijoiden positiiviset asenteet vaikuttivat haluun hoitaa homoseksuaaleja myös positiivisesti. Niiden liettualaisten hoitotyönopiskelijoiden asenteet homoseksuaaleja kohtaan olivat negatiivisemmat joilla ei ollut lapsia, myös vastaajan ikä vaikutti negatiivisesti asenteeseen.

Suomalaiset hoitotyönopiskelijat olivat tulosten mukaan suvaitsevaisia ja halukkaita hoitamaan myös homoseksuaaleja. Maiden välisiä eroja löytyi osittain, suomalaiset suhtautuivat kaikista positiivisimmin HIV/AIDS-positiivisiin ja homoseksuaaleihin, heidän positiivisiin asenteisiin vaikutti oleellisesti aikaisempi kokemus HIV/AIDS- potilaista. (Suominen ym. 2009)

Belizessä tehdyssä tutkimuksessa Andrewinin ja Chienin (2008) tutkimuskohteena olivat Belizen seitsemän alueellisen julkisen sairaalan lääkärit ja sairaanhoitajat (n= 230). Tutkimus suoritettiin Belizessä elo-syyskuun välillä vuonna 2007. Tutkimus suoritettiin kyselytutkimuksena, jossa oli strukturoituja kysymyksiä ja avoimia kysymyksiä, myös vastaajien taustatietoja kartoitettiin

kuten ikä, sukupuoli, uskonto ja vastaajan ammatillista taustaa, kuten suoritettu tutkinto, mahdolliset koulutukset HIV:sta ja AIDS:sta, osallistuminen HIV-positiivisen hoitoon ja tiedossa olevat käytännöt liittyen HIV:n testaukseen. Tutkimukseen osallistuneiden keski-ikä oli 36.8 vuotta, 75 % vastaajista oli naisia, 61 % sairaanhoitajia ja 74 % vastaajista oli Belizestä kotoisin. Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää millainen asenne lääkäreillä ja sairaanhoitajilla oli HIV/AIDS-positiivisia kohtaan, kuinka heidän asenteensa näkyi hoitotyössä ja oliko virallisella HIV/AIDS koulutuksella vaikutusta asenteeseen. Tulokset osoittivat virallisen HIV/AIDS koulutuksen lieventävän syrjintää. Lääkäreiden asenne oli leimaavampi, mutta sairaanhoitajien henkilökohtainen negatiivisempi asenne näkyi enemmän hoitotoimenpiteissä kuin lääkäreiden negatiivinen asennoituminen. Uskonnollisten naisten suhtautuminen oli negatiivisinta, kun taas nuorempien miesten suhtautuminen oli positiivisempaa. Iäkkäämpien sairaanhoitajien koettiin olevan suvaitsevaisempia kuin nuorempien sairaanhoitajien. (Andrewin & Chien 2008, 897- 905)

Turkissa on tutkittu myös sairaanhoitajaopiskelijoiden 227 asenteita HIV/ AIDS-positiivisia kohtaan. Tutkimus suoritettiin syyslukukaudella 2005 ja kevätlukukaudella 2006 Antalyassa sijaitsevassa School of Health and Akdeniz University-oppilaitoksessa. Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää vaikuttaako HIV:sta/AIDS:sta saatu tieto oppilaiden asenteisiin. Tutkimus toteutettiin kyselynä, jossa oli strukturoituja sekä avoimia kysymyksiä. Kyselylomakkeen ensimmäinen osa koostui kolmesta osiosta: vastaajan taustatiedot, perustieto-osio HIV:stä/AIDS:sta ja asenne-osio. Kyselyn toisessa osassa oli 45 väittämää, jotka liittyivät neljään kategoriaan kysymyksiä: HIV:n ennalta ehkäisy, HIV/AIDS-tartuntaväylät, HIV/AIDS-diagnosointi ja hoito, HIV/AIDS riskiryhmät. Tutkimuksessa oli myös laadullinen osuus, joka kerättiin sairaanhoitajaopiskelijoiden kirjoittamista luottamuksellisista esseistä, jotka he kirjoittivat kyselyn täytön jälkeen. (Bektas & Kulakac 2007, 888–894)

Vastaajien keski-ikä oli 21 vuotta ja kaikki vastaajat olivat naisia. Sairaanhoitajaopiskelijoita oli kaikilta luokka-asteilta, eli he olivat 1 – 4 vuotta

opiskelleita. Kyselyn tulosten keskiarvo HIV/AIDS tietämyksestä oli 28.99 pistettä kun maksimipistemäärä oli 45 pistettä. Opiskeluvuosien määrä korreloi kyselystä saatuja pisteitä, kauemmin opiskelleet saivat paremmat pisteet. Selvästi paremmat pisteet HIV/AIDS tieto-osuudesta saivat myös ne, joilla oli seksikumppani. Sairaanhoidajaopiskelijoiden halukkuus hoitaa HIV/AIDS-positiivista potilasta kasvoi kyselystä saatujen pisteiden määrän mukaisesti. Opiskelijoiden tietämys oli heikoin tartuntatavoista. Puolet vastaajista valitsi väärät tartuntareitit oikeiksi. 27.8 % vastaajista oli samaa mieltä väittämän kanssa, että HIV:n ja AIDS:n aiheuttaja on tuntematon. 26 % vastaajista ajatteli, että AIDS ei ole lainkaan vakaa, vaan se on flunssan kaltainen. Parhaiten tiedetty osuus oli HIV/AIDS riskiryhmään kuuluneet kysymykset, mutta huomattavia eroja oli ensimmäisen vuoden ja neljännen vuoden opiskelijoiden tuloksissa. Tulokset osoittivat myös kuten Kempin(2008), Laakkosen(2008) ja Suomisen ym. (2009) opiskelijoiden suhtautuvan positiivisemmin HIV/AIDS-positiivisiin, jotka eivät olleet saaneet tartuntaansa suonensisäisten huumeidenkäytön seurauksena. Tutkimuksen tulosten perusteella koulutusta tulisi parantaa HIV/AIDS tietämyksen osalta, jotta oppilaiden asenne potilaita kohtaan muuttuisi ja he olisivat halukkaampia hoitamaan HIV/AIDS- potilaita. (Bektas & Kulakac 2007, 888–894)

Forteliuksen (2010) tutkimuksen kohderyhmänä olivat Turun terveyskeskuksissa työskentelevät lääkärit. Tutkimuksen tarkoituksena oli tutkia Turun terveyskeskuslääkäreiden käsityksiä HIV-infektion tartuntateista ja selvittää millaisia asenteita heillä oli HIV-positiivisia kohtaan. Lääkäreille suunnattu kysely suoritettiin sähköpostitse toimitettavana webropol kyselynä, kyselyyn osallistui 57 terveyskeskuslääkäriä. Tutkimuksen tulokset osoittivat lääkäreiden perustietojen HIV:stä ja AIDS:sta ja niiden tartuntateista olevat pääosin hyvät. 98 % vastanneista kuitenkin oli samaa mieltä väittämän kanssa, että HIV:n voi saada yleisistä käymälöistä.

Tutkimukseen osallistuneiden lääkäreiden asennoituminen HIV/AIDS-positiivisiin oli myönteistä. Hajontaa vastauksiin oli tullut kysymyksissä kuten HIV:n tarttumisesta äidinmaidosta lapseen, jolloin 61 % vastaajista oli samaa

mieltä väittämän kanssa, 23 % ei ollut varma ja 16 % oli erimieltä väittämän kanssa. Väittämään HIV:n tartunta mahdollisuudesta yleisistä käymälöistä terveyskeskuslääkäreistä 98 % oli samaa mieltä väittämän kanssa, mikä on hyvin epätodennäköistä. Väittämät, jotka käsittelivät omaa tai läheisen kanssakäymistä HIV/AIDS-positiivisten henkilöiden kanssa, kuten työskentely tai lapsen osallistuminen kouluopetukseen tai päiväkotiin aiheuttivat hajontaa vastauksiin.(Fortelius 2010, 16- 21)

4 Tutkimuksen tarkoitus ja tutkimusongelmat

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää varsinaissuomalaisten terveysasemien sairaanhoitajien ja terveydenhoitajien perustietoja HIV/AIDS:sta sekä heidän asenteita HIV/ AIDS- positiivisia kohtaan.

1. Millaiset perustiedot suomalaisilla sairaanhoitajilla ja terveydenhoitajilla on HIV:sta/AIDS:sta?
2. Minkälaisia asenteita suomalaisilla sairaanhoitajilla ja terveydenhoitajilla on HIV/ AIDS- positiivisia kohtaan?
3. Miten taustatekijät, kuten ikä, sukupuoli ja työkokemus vaikuttavat suomalaisten sairaanhoitajien ja terveydenhoitajien asenteisiin HIV/AIDS-positiivisia kohtaan?

5 Tutkimuksen empiirinen toteuttaminen

5.1 Aineisto

Tutkimus suoritettiin kyselytutkimuksena varsinaissuomalaisilla terveysasemilla ja niiden lähipalvelupisteillä. Kohdejoukkona olivat terveysasemien sairaanhoitajat ja terveydenhoitajat. Otokokoa suunniteltaessa huomioitiin terveysasemien suhteellisen pieni työntekijämäärä ja kadon vaikutus kyselytutkimuksessa.

Syksyllä 2010 järjestetyssä varsinaissuomen terveysasemien osastonhoitajien kokouksessa käsiteltiin opinnäytetyötäni ja kyselylomakkeet palautuskuoriin annettiin terveysasemien osastonhoitajille jaettaviksi vastuualueidensa terveysasemien sairaanhoitajille ja terveydenhoitajille. Tutkimuslupa tutkimuksen suorittamiseen myönnettiin syksyllä 2010 ja kysely suoritettiin lokakuun alussa varsinaissuomalaisilla terveysasemilla ja niiden lähipalvelupisteillä. Kyselylomakkeet (Liite 1, Liite 2) toimitettiin saatekirjeen ja Turun ammattikorkeakoulun säännösten mukaisen suostumuslomakkeen kanssa terveysasemien sairaanhoitajille ja terveydenhoitajille. Lomakkeiden mukana oli iso palautuskirjekuori kyselylomakkeille ja pieni kirjekuori suostumuslomakkeelle. Suljetut kuoret palautettiin isoon palautuskuoreen, jonka tutkija kävi noutamassa jokaiselta terveysasemalta erikseen. Lähipalvelupisteiden lomakkeet palautuivat terveysasemille, joiden alaisuuteen ne kuuluvat.

Tutkimuslomakkeet jaettiin 55 sairaanhoitajalle/terveydenhoitajalle, joista 36 palautti täytetyt lomakkeet täytetyn suostumuslomakkeen kanssa. 2 palautti lomakkeet ilman suostumuslomaketta ja 2 tyhjän suostumuslomakkeen kanssa, nämä hylättiin. Jaetuista kyselyistä 15 kyselyä jäi palautumatta. Vastausprosentti kyselyyn oli 64 %. Kyselyyn vastasi 18 sairaanhoitajaa ja 18 terveydenhoitajaa, joten ammattikuntien suhteen tutkittava aineisto jakautui kahtia. Suurin osa vastanneista oli naisia, miehiä vastanneista oli vain kaksi.

Vastausaikaa kyselyyn oli annettu viikko siitä päivästä lähtien kun vastaaja sai kyselyn, lyhyt vastaus aika vaikutti vastaajien määrään.

5.2 Menetelmä – Strukturoitu kyselytutkimus

Tutkimuksen menetelmänä käytettiin strukturoitua kyselytutkimusta. Kyselytutkimuksen hyvä puoli on, että tutkija ei läsnäolollaan vaikuta vastaajan vastauksiin. Kyselytutkimuksen etuna on mahdollisuus laajan tutkimusaineiston keräämiseen. (Valli 2001, 100–105.) Vastaaja sai valita itselleen sopivan ajankohdan kyselyn täyttöön ja pohtia kysymyksiä ja niihin vastaamista viikon ajan.

5.3 Mittari

Tutkimuksen tiedon keruussa käytettiin kahta valmista kyselylomaketta, jotka on muokattu Stakesin raportoiman Pietarissa tehdyn venäjänkielisen tutkimuksen kyselylomakkeiden ja Yhdysvaltojen tartuntatautien valvonta- ja ehkäisykeskuksen englanninkielisten kyselylomakkeiden perusteella. Kyselylomakkeita on aikaisemmin käytetty vuonna 2008 Christina Forteliuksen lääketieteen syventävien opintojen tutkimukseen, jolloin lomakkeet käännettiin alkuperäiskielestä asiasisältöä noudattaen suomenkielisiksi. Asennelomakkeeseen lisättiin suomennusten jälkeen yksi väittämä: ”Jos päiväkodissa joku sairastaisi aidsia, olisin huolissani lapseni päivähoidosta.” Lupa suomennettujen kyselylomakkeiden käyttöön saatiin LT. Paula Vainiomäeltä.

Kysely sisälsi kaksi kyselylomaketta: perustietolomakkeessa on 25 kysymystä HIV:n tartuntateistä ja AIDS:sta ja asennelomakkeessa on 11 väittämää suhtautumisesta HIV/AIDS- positiiviseen henkilöön, ja neljä vastaajan taustatietoja keräävää kohtaa. Vastaajan taustatiedoista kysyttiin sukupuoli, ikä, ammatti ja työvuosien määrä terveysasemalla, jossa vastausvaihtoehdot olivat: alle 1 vuosi, 1-5 vuotta ja yli 5 vuotta. Perustieto- ja asennemittarilomakkeista vastaaja valitsi vastauksen 5-portaiselta Likert-asteikolta sen perusteella onko hän samaa, eri mieltä tai ei ole varma väittämästä. Kysymykset oli esitetty

selvästi, mutta käsitteitä AIDS ja HIV on käytetty sekaisin väittämässä, mikä sopisi paremmin maallikkojen tutkimiseen kuin ammattilaisten.

5.4 Aineiston analyysi

Aineisto analysoitiin SPSS for Windows 18.0-tilastointiohjelmalla. Kerätty aineisto analysoitiin käyttäen kuvailevia analyysimenetelmiä. Tutkimuksen tuloksia kuvailtiin tilastollisten tunnuslukujen avulla, jotka antavat yleiskuvan taustamuuttujista sekä vastausten jakautumisesta (Hirsjärvi ym. 2009, 229-233). Tunnuslukuja vertailemalla tehtiin suuntaa antavia päätelmiä sairaanhoitajien ja terveydenhoitajien perustiedoista HIV:stä/AIDS:sta ja heidän asenteistaan HIV/AIDS- positiivisia kohtaan.

Taustamuuttujien avulla haluttiin saada tietoa niiden yhteydestä perustietoihin ja asenteisiin. Taustamuuttujat koodattiin niin, että niiden hyödyntäminen analysoidessa oli helppoa. Ikä luokiteltiin kolmeen luokkaan, jotka olivat alle 25 vuotta, 26–30 vuotta ja yli 31-vuotiaat. Työkokemus luokiteltiin aikaisemman kolmen luokan sijasta 2 luokkaan, jotka olivat sairaanhoitajat ja terveydenhoitajat. Perustieto- osio koostui 25 kysymyksestä, joihin vastattiin viisiportaisella Likert-asteikolla. Asenne- osio muodostui 11 väittämästä ja niihin vastattiin viisiportaisella Likert-asteikolla. Osion väittämät olivat sekä positiivisia että negatiivisia. Likert-asteikon vastausvaihtoehtoja täysin samaa mieltä ja samaa mieltä ei yhdistetty vastaamaan vastausvaihtoehtoa, jossa vastaaja oli samaa mieltä esitetyn asian suhteen. Vastausvaihtoehtoja eri mieltä ja täysin eri mieltä ei myöskään yhdistetty vastaamaan kielteistä kantaa esitettyyn asiaan, vaan ne koodattiin erikseen.

T-testiä käytettiin vertaamaan kahden ryhmän keskiarvot tilastollisesti merkittävästi toisistaan ja varianssianalyysia (ANOVA) käytettiin tutkittaessa eroavatko kahden tai useamman ryhmän keskiarvot tilastollisesti merkitsevästi toisistaan. Varianssianalyysin avulla tutkittiin sitä, olivatko selitettävän muuttujan keskiarvot tilastollisesti merkitsevästi erisuuruisia selittävän muuttujan eri luokissa. Mann-Whitneyn U-testiä käytettiin mikäli, selitettävän muuttujan jakauma olisi selvemmin normaalista poikkeava. (Mellin 2006, 160- 165.)

6 Tulokset

Sairaanhoitajien keski-ikä oli 44.6 ± 10.1 vuotta ja terveydenhoitajien keski-ikä 38.3 ± 11.8 vuotta. Ryhmien iän välillä ei ollut tilastollisesti merkitsevää eroa. Vastaajista vanhin oli 59-vuotias ja nuorin 24-vuotias.

Taulukko 1. Vastaajien taustatiedot (n, %)

Ikä luokiteltuna (n=35)*	n	%
< 25 vuotta	6	16.7
26–30 v	3	8.3
>31 v	26	72.2
Sukupuoli (n=36)		
Mies	2	5.6 %
Nainen	34	94.4 %
Ammatti (n=36)		
Sairaanhoitaja	18	50 %
Terveydenhoitaja	18	50 %
Muu	0	0 %
Työvuodet (n=36)		
Alle 1 v	6	16.7 %
1-5 v	10	27.8 %
>5 v	20	55.6 %

* yksi tutkitukseen osallistuneista ei ilmoittanut ikäänsä

Taulukossa 1 on esitetty vastaajien taustatiedot. Naisia oli selvä enemmistö, joten sukupuolten välisiä mahdollisia eroja ei voitu tutkia. Ammattiryhmittäin verrattaessa sairaanhoitajia oli yhtä paljon kuin terveydenhoitajia. Useammalla kuin joka toisella vastaajista oli työkokemusta enemmän kuin viisi vuotta. Vastaajista 17 %:lla oli työkokemusta vähemmän kuin 1 vuosi.

6.1 Perustiedot HIV:sta ja AIDS:sta

Taulukossa 2. (Liite 3) on esitetty sairaan- ja terveydenhoitajien yleistiedot HIV:stä ja AIDS:sta. Vastaajien yleistiedot HIV:stä ja AIDS:sta olivat pääosin

hyvät, joitakin merkittäviä eroavaisuuksia tärkeissä perustiedoissa sairaanhoitajien ja terveydenhoitajien välillä oli.

Perustieto-osion kysymyksistä kysyttäessä ainoastaan AIDS-vaihetta sairastavien potilaiden vaarasta tartuttaa HIV-infektion muihin 11 % sairaanhoitajista oli täysin samaa mieltä ja 6.6 % ei ollut asiasta varma. Terveydenhoitajat tiesivät, että väite ei pitänyt paikkaansa.

Väitettäessä, että HIV voi tarttua lapseen äidinmaidon kautta vastaukset hajosivat molemmissa ryhmissä. Terveydenhoitajista eri mieltä tai täysin eri mieltä oli 23 %, sairaanhoitajista 11 %.

Väitettäessä, että AIDS:ia sairastavat näyttävät aina sairailta täysin samaa tai samaa mieltä oli 28 % sairaanhoitajista kun taas terveydenhoitajista ei kukaan (0 %). Kysymykseen ”Voiko HIV tartunnan saada polttamalla samaa savuketta HIV-positiivisen kanssa?” sairaanhoitajista 17 % vastasi tähän kysymykseen olevansa täysin samaa mieltä kun samaa mieltä väittämän kanssa terveydenhoitajista oli 11 %.

Kysyttäessä, ”Voiko HIV-tartunnan voi saada hyönteisten, kuten hyttysten ja kirppujen puremien välityksellä?” sairaanhoitajien keskuudessa oli selvästi epätietoisuutta. Heistä 22 % ei ollut asiasta varma ja 11 % oli sitä mieltä, että voi.

Molemmissa ryhmissä oli selvästi epätietoisuutta siitä, voiko HIV-infektion aikana olla ajanjakso, jolloin HIV-vasta-ainetestitulokset voi olla negatiivinen. Molemmissa ryhmissä lähes puolet vastaajista ei ollut asiasta varma (44 %). Sairaanhoitajista 11 % oli sitä mieltä, että HIV-tartuntaa ei voi saada yhdynnässä terveeltä tuntuvan partnerin kanssa, terveydenhoitajista kukaan ei ollut samaa mieltä väittämän kanssa. Kysyttäessä ”Voiko HIV tarttua kädenpuristuksessa?” tiesivät terveydenhoitajat, että se ei ole todennäköinen tartuntareitti kun taas sairaanhoitajista 11 % oli sitä mieltä, että HIV voi tarttua kädenpuristuksessa.

6.2 Taustatekijät

6.2.1 Ikä

Tutkimuksessa selvitettiin myös edellä olevien kysymysten suhteen sitä, kuinka ikä vaikuttaa vastaajien HIV/AIDS-perustietoa kartoittavien kysymysten vastauksiin (ANOVA). Kysyttäessä ainoastaan AIDS-vaihetta sairastavien potilaiden vaarasta tartuttaa HIV-infektion muihin samaa mieltä olevat vastaajat olivat tilastollisesti merkitsevästi muita vastaajia vanhempia ($p < 0.05$). Samoin merkitsevästi iäkkäämpiä ($p < 0.001$) olivat ne, jotka epäilivät että HIV-tartunnan voi saada polttamalla samaa savuketta HIV-positiivisen kanssa. Vanhemmat vastaajat myös vastasivat HIV-tartunnan voivan tulla hyönteisten, kuten hyttysten ja kirppujen puremien välityksellä. Muissa kysymyksissä ei ollut todettavissa eroja vastaajien iän perusteella

6.2.2 Työkokemus

Tutkimuksessa selvitettiin myös sitä, vaikuttaako vastaajien työkokemus heidän vastauksiinsa. Työkokemusta kartoitettiin kysymällä työssäoloaikaa (< 1 vuosi, 1-5 vuotta ja > 5 vuotta). Työssäoloaika jaettiin kahteen luokkaan: työssä alle 5 vuotta ja työssä yli 5 vuotta. Selvisi, että työssäolovuosilla ei ollut tilastollista merkitystä siihen miten yleistietoa kartoittaviin kysymyksiin vastattiin (ANOVA).

6.3 Asenteet HIV/AIDS-positiivisia kohtaan

Asenteita kartoittavien kysymysten tulokset on esitetty kokonaisuudessaan taulukossa 3. (Liite 4). Kysymykset, joilla on kartoitettu sairaanhoitajien ja terveydenhoitajien asenteita HIV/AIDS-potilaita kohtaan koostuivat omasta tai läheisen kanssakäymisestä HIV/AIDS-positiivisen kanssa ja ne jakoivat vastauksia ilmentäen negatiivistakin suhtautumista. Kysyttäessä sitä, "Voitko työskennellä aidsia sairastavien ihmisten kanssa?" molemmissa ryhmissä kaikki vastasivat voivansa. Vastaajat suhtautuivat myös positiivisesti AIDS:ia sairastavien ihmisten käymisestä ravintoloissa ja kahviloissa.

Sairaanhoitajista 11 % vastasi välttävänsä ihmistä, jonka perheenjäsen sairastaa aidsia, terveydenhoitajista taas ei kukaan. Väite ”On epämukavaa työskennellä HIV-positiivisten potilaiden parissa” jakoi mielipiteitä; sekä sairaanhoitajista että terveydenhoitajista suurin osa ei osannut sanoa mielipidettään varmasti. Väittämään ”Jos opettajalla olisi AIDS, olisin huolissani lapseni osallistumisesta hänen tunnilleen” tai ”Jos joku päiväkodissa sairastasi AIDS:ia, olisin huolissani lapseni päivähoidosta” erotti ammattiryhmät selvästi, terveydenhoitajat olivat selvästi enemmän samaa mieltä kyseessä olevien väitteiden kanssa.

7 Pohdinta

7.1 Tutkimuksen luotettavuus

Ihmisiä tutkittaessa luotettavuuden perustana on tutkittavien yhteistyöhalu. Tutkimusaineiston keruussa on kiinnitettävä aina huomiota tutkittavien ihmisten oikeuksiin ja kohteluun. Lähtökohtaisesti tutkittavia on kohdeltava rehellisesti ja kunnioittavasti. Kunnioitus sisältää suostumuksenannon tutkimukseen osallistumisesta, johon tarvitaan monipuolista etukäteen annettavaa informaatiota tutkimuksesta. Tutkittaville on myös suotava mahdollisuus kieltäytyä osallistumisesta tutkimukseen. Tutkittaville tulee myös taata, että heidän henkilötietojaan ei missään vaiheessa paljasteta (Leino-Kilpi & Välimäki 2004, 290- 292.) Tutkimuksen luotettavuutta lisää kysymysten esittäminen samassa muodossa jokaiselle vastaajalle, eivätkä näin ollen tutkijan painotukset vaikuta koehenkilöihin (Valli 2001, 100–105.)

Otantatutkimukseen liittyy aina otannasta johtuvia satunnaisvirheitä ja usein kadon aiheuttamaa vääristymää. Mittausvirheitä voi syntyä mittausvälineiden epätarkkuuden, kuten mittarin heikkouden vuoksi (Heikkilä 2008, 27–30.) Survey-tutkimuksen pääasiallinen virhelähde vilpillinen vastaus, sillä tutkija ei voi tietää onko vastaaja vastannut todenmukaisesti (Heikkilä 2008, 66.)

Tutkimuksen otos on edustava ja tarpeeksi suuri vastausprosentin ollessa 64 %, sillä se kuvaa varsinaissuomalaisilla terveysasemilla kyselyn suorittamisen aikana työskennelleiden kyselyyn osallistuneiden sairaanhoitajien ja terveydenhoitajien perustietoja HIV:stä/AIDS:sta ja asenteita HIV/AIDS-positiivisia kohtaan. Tulokset eivät kuitenkaan ole yleistettävissä, sillä otos pieni ja eikä kuvaa kaikkien varsinaissuomalaisilla terveysasemilla ja niiden lähipalvelupisteillä työskentelevien sairaanhoitajien ja terveydenhoitajien perustietoja ja asenteita HIV:stä ja AIDS:sta. Kysymykset mittasivat sairaanhoitajien ja terveydenhoitajien perustietämystä HIV/AIDS:n tarttumisesta ja asenteista HIV/AIDS-positiivisia kohtaan, joten tutkimus on onnistunut saamaan vastaukset tutkimusongelmiin.

Tutkimusta tehtäessä noudatettiin hyvää tieteellistä käytäntöä: rehellisyyttä, huolellisuutta, tarkkuutta tutkimustyössä, tulosten tallentamisessa ja esittämisessä, sekä tutkimusten ja niiden tulosten arvioinnissa (Suomen Akatemia 2007). Tutkimuksen luotettavuus huomioitiin siten, että kyselylomakkeiden mukaan lisättiin saatekirja ja suostumuslomake tutkimukseen osallistumisesta, jolla varmistettiin vastaajan suostumus hänen antamiensa tietojen käyttöön tutkimuksessa. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 177) Tutkimukseen ei hyväksytty palautuneita kyselylomakkeita, joiden mukana ei palautunut asianmukaisesti täytettyä suostumuslomaketta.

Tietojen tallennuksessa pyrittiin tarkkuuteen ja virheettömyyteen. Kyselylomakkeen kysymykset olivat ymmärrettävässä muodossa, eivätkä ne sisältäneet kaksoismerkityksiä. Kyselylomakkeissa esitettyjen kysymysten määrä on suhteellisen pieni, joten lomakkeen täyttö ei ollut aikaa vievä. Tietojen syötössä tapahtuvia virheitä pyrittiin estämään syöttämällä tiedot kahdesti.

Vastaamattomuus on yleisesti kyselytutkimuksen ongelma, sillä vastaamattomat lomakkeet laskevat tutkimuksen luotettavuutta. (Hirsjärvi ym. 2009, 195.) Kyselyjä jäi palautumatta tässä tutkimuksessa 15 kappaletta, joka on kuitenkin suuri määrä pienessä otoksessa, joka vähentää oleellisesti tutkimuksen tulosten hyödynnettävyyttä.

7.2 Tutkimuksen eettisyys

Tutkimukselle haettiin tutkimuslupaa ennen tutkimuksen toteuttamista. Tutkimuksen tulokset raportoitiin erittelemättä eri terveysasemien mielipide eroja ja säilyttämällä vastaajien anonymiteettiä. Tutkimukseen osallistuneilla oli mahdollisuus kieltäytyä osallistumasta tutkimukseen tai jättää vastaamasta osaan kysymyksistä. Tutkimukseen osallistuminen varmistettiin suostumuslomakkeella. Halutessaan heillä oli mahdollisuus saada lisätietoa sähköpostitse tai puhelimitse tutkimuksesta tutkimuksen tekijältä ja tämän ohjaajalta. Tutkimuslomakkeita käsitteli ainoastaan tutkija itse ja niitä säilytettiin asianmukaisesti. Kyselylomakkeet hävitetään tutkimuksen hyväksymisen

jälkeen asianmukaisesti. Tutkimuksen analyysi tehtiin tieteellisesti luotettavasti hyödyntäen koko kerättyä aineistoa. Tutkimuksen eettisyyttä pyrittiin huomioimaan joka vaiheessa (Leino-Kilpi & Välimäki 2004, 290- 296.)

7.3 Tutkimus tulosten tarkastelua

Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää millaiset perustiedot varsinaissuomalaisien terveysasemien sairaanhoitajilla ja terveydenhoitajilla oli HIV:stä ja AIDS:sta. Taustatekijöiden vaikutusta perustietoihin ja asenteisiin tutkittiin iän, ammattinimikkeen, työvuosien perusteella. Otoskoon tulisi olla suurempi, jotta voitaisiin vertailla miesten ja naisten välisiä eroja asenteissa HIV/AIDS-positiivisia kohtaan tai eroavaisuuksia perustiedoissa koskien HIV:tä ja AIDS:ia.

Tutkimuksen tuloksista käy ilmi varsinaissuomalaisien terveysasemien sairaanhoitajien ja terveydenhoitajien perustietojen olevan hyvät koskien HIV:tä ja AIDS:ia. Hoitajien asenteet olivat myös positiiviset, kuten Kempin(2008) tekemässä tutkimuksessakin. Tutkimuksen tulokset ovat samansuuntaiset muiden sairaanhoitajien ja terveydenhoitajien asenteista ja perustiedoista HIV:stä/AIDS:sta tehtyjen tutkimusten perusteella, joissa korostui aikaisempi kokemus HIV/AIDS-positiivisen potilaan kohtaamisesta (esim. Bektas & Kulakac 2007; Suominen ym. 2009; Kemppi 2008). Aikaisemmin tehtyjen tutkimusten tulokset osoittivat myös, että sairaanhoitajien ja terveydenhoitajien asenteet olivat tiukempia kysymysten kohdalla jotka liittyivät potilaiden eritteiden käsittelyyn (esim. Laakkonen 2008) Tässä tutkimuksessa käytetyt kyselylomakkeet eivät kartoittaneet kuinka usein sairaanhoitaja tai terveydenhoitaja oli ollut mukana aikaisemmin HIV/AIDS-positiivisen hoidossa, mikä oli muun muassa Kempin(2008), Bektasin ja Kulakacin (2007) tekemissä tutkimuksissa osoittanut merkittäväksi eroksi asenteissa HIV/AIDS-positiivisia kohtaan. Suomessa aiheesta tehtäviin jatkotutkimuksiin tulisi lisätä osio, joka kartoittaa taustavaikuttajia enemmän kuten hoitajien aikaisempi kokemus HIV/AIDS-positiivisen hoitoon osallistumisesta, mahdollisten AIDS/HIV-koulutusten määrä ja niiden vaikutus asenteisiin.

Lomakkeiden väittämissä käytettiin käsitteitä HIV ja AIDS sekaisin, mikä on ammattilaisten testaukseen epäsopivaa. Muutama tähän tutkimukseen osallistuneista vastaajista koki, että heidän ammattitaitoaan ja tietämystään aliarvostettiin.

Jatkotutkimuksien osalta olisi mielenkiintoista selvittää laajemmin suomalaisten sairaanhoitajien ja terveydenhoitajien perustietoja HIV:sta/AIDS:sta ja vertailla tuloksia maanlaajuisesti. Olisi myös aiheellista selvittää HIV/AIDS-opetuksen määrää ja sisältöjä eri terveydenhuollon oppilaitoksissa Suomessa.

8 Johtopäätökset

1. Tämän tutkimuksen tulosten perusteella voidaan todeta sairaanhoitajien ja terveydenhoitajien tietämyksen HIV:n tartuntareiteistä ja AIDS:sta olevan asianmukaista.
2. Tutkimukseen osallistuneiden sairaanhoitajien ja terveydenhoitajien asenteet HIV/ AIDS- positiivisia kohtaan olivat pääosin positiiviset.
3. Ihmisten liikkuvuuden lisääntyessä on tärkeää ehkäistä mahdollisia tartuntoja ennaltaehkäisevän hoitotyön keinoin perusterveydenhuollossa.
4. Hoitajan tulisi suhtautua ennakkoluulottomasti HIV- positiiviseen potilaaseen, sillä hoitajan oma asenne voi vaikuttaa potilaan hyväksytyksi tulemisen tunteeseen ja näin ollen vaikuttaa potilaan hoitoon sitoutumiseen.
5. Miesten ja naisten välisiä eroja perustiedoissa ja asenteissa HIV/AIDS:sta tulisi tutkia jatkossa suuremmalla otoskolla.

LÄHTEET

Aaltola, J. & Valli R. 2001. Ikkunoita tutkimusmetodeihin, metodeihin I, metodin valinta ja aineiston keruu: virikkeitä aloittelevalle tutkijalle. Jyväskylä: PS – Kustannus Gummerus Kirjapaino Oy.

Aho, K. & Hiltunen-Back, E. 2007. HIV- tartunta. Terveyskirjasto. Viitattu 9.2.2010 http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=tes00009

Andrewin, A. & Chien, L-Y. 2008. Stigmatization of Patients with HIV/AIDS among Doctors and Nurses in Belize. *AIDS Patient Care and STDs* Vol. 22, No. 11/2008, 897-906.

Bektas, H. A. & Kulakac, Ö. 2007. Knowledge and attitudes of nursing students toward patients living with HIV/AIDS (PLHIV): A Turkish perspective, *AIDS Care* Vol. 19, No.7/2007, 888-894.

Fortelius, C. 2010. Turun terveystieteiden kyselytutkimus HIV-infektion tartuntareiteistä ja asenteet HIV- positiivisia kohtaan vuonna 2008. Syventävien opintojen kirjallinen työ. Turun Yliopisto. Yleislääketieteen laitos.

Hannuksela, M. 2010. HIV-infektio; AIDS. Terveyskirjasto. Viitattu 3.11.2010 http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00421

Heikinheimo, O.; Lehtovirta, P.; Skogberg, K.; Salo, E.; Ristola, M. & Ämmälä, P. 2002. HIV-positiivinen synnyttävä. *Duodecim*. Vol. 118, No.13/2002, 1405–1409.

Heikkilä, T. 2004. Tilastollinen tutkimus. 5., uudistettu painos. Helsinki: Edita Prima Oy.

Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri 2006. Hyvä hoitosuhde. Viitattu 16.10.2010 <http://www.hus.fi/default.asp?path=1,32,818,1733,3727,6345>.

Hirsjärvi, S.; Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. 15., uudistettu painos. Helsinki: Tammi.

HIV-säätiö/Aids-tukikeskus 2010. Hiv näkyy vain testeissä. Viitattu 12.10.2010. http://www.aidstukikeskus.fi/sivut/images/materiaalit/hiv_nakyy_vain_testissa_esite.pdf

Hulkko, T.; Lyytikäinen, O.; Kuusi, M.; Seppälä, S. & Ruutu, P. 2010. Tartuntataudit Suomessa 1995- 2009. Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitos. Helsinki: Yliopistopaino.

Kankkunen, P. & Vehviläinen- Julkunen, K. 2009. Tutkimus hoitotieteessä, 1. painos. Helsinki: WSOY pro Oy.

Kansanterveyslaitos. 2007. Tartuntataudit Suomessa.

Kemppi, L. 2008. Hoitohenkilöstön HIV- ja AIDS-tiedot, asenteet potilasta kohtaan ja mahdollisen homofobian ilmeneminen. Pro-gradu tutkielma. Kuopion Yliopisto. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Hoitotieteen laitos.

Leinikki, P. 2009. HIV-infektio ja AIDS. Terveystieteen laitos. Viitattu 11.10.2010 http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=seh00123.

Leino- Kilpi, H. & Välimäki, M. 2003. Etiikka hoitotyössä. 1.-2-painos. Ws Bookwell Oy. Juva 2004.

Laakkonen, L. 2008. Hoitoalan opiskelijoiden HIV ja AIDS- tiedot, asenteet ja halukkuus hoitaa. Pro-gradu tutkielma. Kuopion Yliopisto. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Hoitotieteen laitos.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785.

Lappalainen, M.; Söderlund, M.; Piiparinen, H.; Puolakkainen, M.; Mannonen, L.; Suni, J.; von Bonsdorff, C-H.; Koskiniemi, M.; Hyypiä, T.; Vaheri, A. & Hedman, K. 1999. Geenimonistusmenetelmät virusdiagnoosissa. *Duodecim* Vol. 115, No.9 /1999, 1031.

NDPHS 2010. About NDPHS. Viitattu 16.10.2010 http://www.ndphs.org/?about_ndphs

Positiiviset ry 2010. Millainen on sairauden kulku? Viitattu 15.10.2010 http://www.positiiviset.fi/faq.shtml#Millainen_on_sairauden_kulku.

Punainen risti 2010. Tietoa ja tukea HIV:stä ja aidsista. Viitattu 12.10.2010 http://www.redcross.fi/apuajatukea/hivneuvonta/fi_FL/hiv-tietoa/

Salminen, M. & Leinikki, P.1996. HI-viruksen evoluutio. *Duodecim* Vol. 112, No.2/1996, 130.

Suni, J.; Saksela, K. & Ristola, M. 2008. Ihmisen immuunikatovirukset. Teoksessa Huovinen P, Meri, S.; Peltola, H.; Vaara, M.; Vaheri, A. & Valtonen, V. (toim.) *Mikrobiologia ja infektiosairaudet*. Kirja 1. 1 painoksen muuttumaton jatkopainos. Gummerus Kirjapaino Oy. Jyväskylä.

Suomen Akatemia 2010. Eettiset ohjeet, hyvä tieteellinen käytäntö. Viitattu 28.4.2010 <http://www.aka.fi/fi/A/Tutkijalle/Rahoituksen-kaytto/Eettiset-ohjeet/1-Hy-va-tieteellinen-kaytando/>

Suomen Punainen risti, veripalvelu 2010. Luovuttajasta tehtävät tutkimukset, 2008. Viitattu 14.12.2010 <http://www.veripalvelu.fi/www/237>

Suomen Sairaanhoidajaliitto ry. 2010. Sairaanhoidajan eettiset ohjeet, 1996. Viitattu 9.6.2010 www.sairaanhoidajaliitto.fi/sairaanhoidajan_tyo_ja_hoitotyon/sairaanhoidajan_tyo/sairaanhoidajan_eettiset_ohjeet/

Suomen terveydenhoitajaliitto 2010. Perustietoa koulutuksesta. Viitattu 20.10.2010 http://www.terveydenhoitajaliitto.fi/fi/koulutus/perustietoa_koulutuksesta

Suominen, T.; Koponen, N.; Staniulienė, V.; Istomina, N.; Aro, I.; Kisper-Hint, I-R.; Vänskä, M-L. & Välimäki, M. 2008. Nursing students' attitudes towards HIV/AIDS patients in Finland, Estonia and Lithuania. *Department of Nursing Science, University of Tampere. Scandinavian Journal of caring science* Vol. 23, No. 2/2009, 282–289.

Terveyden ja hyvinvoinninlaitos 2010a. Tietoa terveydestä. Viitattu 8.2.2010 http://www.ktl.fi/portal/suomi/tietoa_terveydesta/terveys_ja_sairaudet/infektiotaudit/sukupuolitaudit/hiv_aids/

Terveyden ja hyvinvoinninlaitos 2010b. Perustietoa HIVistä ja AIDSista. Viitattu 10.11.2010 http://www.ktl.fi/portal/suomi/osastot/infe/yksikot/hiv-yksikko/perustietoa_hivista_ja_aidssista/

Terveyden ja hyvinvoinninlaitos 2010c. HIV Suomessa. Viitattu 6.12 <http://www.ktl.fi/ttr/gen/rpt/hivsuo.html>

Terveyden ja hyvinvoinninlaitos 2010d. HIV Suomessa sairaanhoitopiireittäin. Viitattu 25.10.2010 http://www.ktl.fi/ttr/gen/rpt/hivs_hpkotim.html

Valkonen, S.; Hirvonen, S.; Mäkinen, H.; Aaltonen, T.; Herttua, M.; Mäkinen H.; Parinen, M.; Essak, B.; Sarajärvi, M.; Hammarber, L.; Salaasti, L.; Simola S.; Vänskä, P. Teoksessa Hirvonen, S.; Mäkinen, H.; Pakarinen, M. & Ventomäki, S. (toim.) *HIV-hoitotyön käsikirja*. 2. uudistettu painos. Suomen HIV/aids-sairaanhoidajayhdistys ry, Hiv- säätiö/Aids-tukikeskus ja HUS, HYKS, Infektiosairauksien yksikkö, Auroran sairaala. 17–26,33,38,82–86,140–143,147.

Vilka, H. 2007. Tutki ja mittaa, määrällisen tutkimuksen perusteet. Painopaikka Gummerus Kirjapaino Oy, Jyväskylä.

Välimäki, M.; Makkonen, P.; Blek-Vehkaluoto, M.; Mockiene, V.; Istomina, N.; Raid, U.; Vänskä, M-L. & Suominen, T. 2006. Willingness to care for patients with HIV/AIDS. *Nursing Ethics*. Vol. 15, No. 5/2008, 586-600.

LIITE 1 Kyselylomake 1: PERUSTIETOA HIV-INFEKTIOSTA

YMPYRÖI MIELESTÄSI SOPIVIN VAIHTOEHTO

Vastausvaihtoehdot: täysin samaa mieltä 1, samaa mieltä 2, en ole varma 3, olen eri mieltä 4, olen täysin eri mieltä 5

	Täysin samaa mieltä	Samaa mieltä	En ole varma	Olen eri mieltä	Olen täysin eri mieltä
1. HIV-positiivinen ihminen voi näyttää terveeltä ja tunteakin itsensä terveeksi.	1	2	3	4	5
2. Laskimonsisäisiä huumeita käyttävien riski saada HIV vähenee, jos he eivät käytä yhteisiä neuloja.	1	2	3	4	5
3. Aidsia voi hoitaa, jos hoito aloitetaan aikaisessa vaiheessa.	1	2	3	4	5
4. Vain AIDS- vaihetta sairastavat voivat tartuttaa HIV-infektion muihin.	1	2	3	4	5
5. HIV-infektion voi saada suojaamattomassa yhdynnässä HIV-positiivisen kanssa.	1	2	3	4	5
6. HIV voi tarttua lapseen äidinmaidon kautta.	1	2	3	4	5
7. HIV voi tarttua toiseen ihmiseen HIV-positiivisen miehen siemennesteen välityksellä.	1	2	3	4	5
8. Aidsia sairastavat näyttävät aina sairailta.	1	2	3	4	5
9. HIV-positiivinen voi tartuttaa veriteitse.	1	2	3	4	5
10. HIV-positiivinen äiti voi tartuttaa syntymättömän lapsensa.	1	2	3	4	5
11. HIV-tartunnan voi saada likaisista neuloista.	1	2	3	4	5
12. HIV-tartunnan voi saada polttamalla samaa savuketta HIV-positiivisen kanssa.	1	2	3	4	5
13. HIV-tartuntariski vähenee käyttämällä kondomia.	1	2	3	4	5
14. HIV-tartunnan voi saada hyönteisten, kuten hyttysten ja kirppujen puremien välityksellä.	1	2	3	4	5
15. HIV-tartunnan voi saada verenluovutuksessa.	1	2	3	4	5
16. HIV-infektion aikana voi olla ajanjakso, jolloin HIV-vasta-ainetestitulokset voi olla negatiivinen.	1	2	3	4	5
17. Positiivisen HIV-testituloksen saanut voi tartuttaa toisen ihmisen.	1	2	3	4	5
18. HIV-tartunnan voi saada yleisistä käymälöistä.	1	2	3	4	5
19. HIV-tartuntaa ei voi saada yhdynnässä terveeltä tuntuvan partnerin kanssa.	1	2	3	4	5
20. HIV voi tarttua kädenpuristuksessa.	1	2	3	4	5
21. Laskimonsisäisiä huumeita käyttävien riski saada HIV pienenee, jos neuloja puhdistetaan pesuaineella.	1	2	3	4	5
22. HIV-positiiviset eivät aina tiedä saaneensa tartuntaa.	1	2	3	4	5
23. Kondomit antavat 100 %:in suojan HIV-infektiota vastaan.	1	2	3	4	5
24. HIV-tartuntaa epäilevät voivat selvittää asian verikokeilla.	1	2	3	4	5
25. Suojaamaton yhdyntä laskimonsisäisiä huumeita käyttävän kanssa lisää riskiä saada HIV-tartunta.	1	2	3	4	5

LIITE 2 Kyselylomake 2: ASENTEET HIV-POSITIIVISIA KOHTAAN

YMPYRÖI MIELESTÄSI SOPIVIN VAIHTOEHTO

Vastausvaihtoehdot: täysin samaa mieltä 1, samaa mieltä 2, en ole vama 3, olen eri mieltä 4, olen täysin eri mieltä 5

	Täysin samaa mieltä	Samaa mieltä	En ole varma	Olen eri mieltä	Olen täysin eri mieltä
1. Voin työskennellä aidsia sairastavien ihmisten kanssa.	1	2	3	4	5
2. Aidsia sairastavat ihmiset saavat käydä ravintoloissa ja kahviloissa.	1	2	3	4	5
3. Vältän ihmistä, jonka perheenjäsen sairastaa aidsia.	1	2	3	4	5
4. Voin olla aidsia sairastavan kanssa kokouksessa samassa huoneessa.	1	2	3	4	5
5. Aidsia sairastavat opiskelijat tulisi eristää muista opiskelijoista.	1	2	3	4	5
6. Aidsia sairastavien liikunta pitäisi järjestää erillään muista ihmisistä.	1	2	3	4	5
7. On epämukavaa työskennellä HIV-positiivisten potilaiden parissa.	1	2	3	4	5
8. Aidsia sairastavilta pitäisi kieltää työskentely ravintoloissa ja kahviloissa.	1	2	3	4	5
9. Jos opettajalla olisi AIDS, olisin huolissani lapseni osallistumisesta hänen tunnilleen.	1	2	3	4	5
10. Voin halata HIV-positiivista ystävääni.	1	2	3	4	5
11. Jos päiväkodissa joku sairastaisi aidsia, olisin huolissani lapseni päivähoidosta.	1	2	3	4	5

12. Sukupuoli M N

13. Ikä _____ vuotta

14. Työskentelen terveysasemalla

Sairaanhoitajana

Terveystenhoitajana

muu, mikä _____

15. Työvuodet terveysaseman sairaanhoitajana/ terveystenhoitajana

< 1 vuotta 1-5 vuotta > 5 vuotta

Kiitos vastauksista!

LIITE 3 Taulukko 2. Perustieto kaikki kysymykset (%)

	Sairaanhoidaja					Terveystenhoitaja				
	Täysin samaa mieltä	Samaa mieltä	En ole varma	Olen eri mieltä	Olen täysin eri mieltä	Täysin samaa mieltä	Samaa mieltä	En ole varma	Olen eri mieltä	Olen täysin eri mieltä
1.HIV-positiivinen ihminen voi näyttää terveeltä ja tunteakin itsensä terveeksi.	88,9	11,1	0	0	0	83,3	16,7	0	0	0
2. Laskimonsisäisiä huumeita käyttävien riski saada HIV vähenee, jos he eivät käytä yhteisiä neuloja.	94,4	0	5,6	0	0	72,2	27,8	0	0	0
3. Aidsia voi hoitaa, jos hoito aloitetaan aikaisessa vaiheessa.	72,2	11,1	5,6	5,6	5,6	38,9	50,0	5,6	0	5,6
4. Vain AIDS- vaihetta sairastavat voivat tartuttaa HIV-infektion muihin.	11,1	0	5,6	5,6	77,8	0	0	0	22,2	77,8
5. HIV-infektion voi saada suojaamattomassa yhdynnässä HIV-positiivisen kanssa.	94,4	5,6	0	0	0	88,9	11,1	0	0	0
6. HIV voi tarttua lapseen äidinmaidon kautta.	38,9	16,7	27,8	0	11,1	27,8	22,2	22,2	16,7	5,6
7. HIV voi tarttua toiseen ihmiseen HIV-positiivisen miehen siemennesteen välityksellä.	77,8	16,7	0	0	0	50	38,9	5,6	5,6	0
8. Aidsia sairastavat näyttävät aina sairailta.	5,6	22,2	16,7	22,2	33,3	0	0	11,1	44,4	44,4

9. HIV-positiivinen voi tartuttaa veriteitse.	100	0	0	0	0	94,4	5,6	0	0	0
10. HIV-positiivinen äiti voi tartuttaa syntymättömän lapsensa.	72,2	16,7	0	5,6	5,6	61,1	33,3	5,6	0	0
11. HIV-tartunnan voi saada likaisista neuloista.	94,4	5,6	0	0	0	77,8	22,2	0	0	0
12. HIV-tartunnan voi saada polttamalla samaa savuketta HIV-positiivisen kanssa.	16,7	0	22,2	44,4	16,7	0	11,1	16,7	44,4	27,8
13. HIV-tartuntariski vähenee käyttämällä kondomia.	94,4	5,6	0	0	0	78,2	22,2	0	0	0
14. HIV-tartunnan voi saada hyönteisten, kuten hyttysten ja kirppujen puremien välityksellä.	5,6	5,6	22,2	27,8	38,9	0	0	5,6	44,4	50
15. HIV-tartunnan voi saada verenluovutuksessa.	44,4	22,2	5,6	11,1	16,7	33,3	16,7	0	38,9	11,1
16. HIV-infektion aikana voi olla ajanjakso, jolloin HIV-vasta-ainetestitulokset voi olla negatiivinen.	22,2	11,1	44,4	16,7	5,6	5,6	16,7	44,4	16,7	16,7
17. Positiivisen HIV-testituloksen saanut voi tartuttaa toisen ihmisen.	72,2	27,8	0	0	0	61,1	33,3	5,6	0	0
18. HIV-tartunnan voi saada yleisistä käymälöistä.	0	0	0	44,4	55,6	0	0	0	55,6	44,4
19. HIV-tartuntaa ei voi saada yhdynnässä terveeltä tunnut partnerin kanssa.	11,1	0	0	5,6	83,3	0	5,6	0	27,8	66,7

20. HIV voi tarttua kädenpuristuksessa.	11,1	0	0	5,6	83,3	0	0	0	22,2	77,8
21. Laskimonsisäisiä huumeita käyttävien riski saada HIV pienenee, jos neuloja puhdistetaan pesuaineella.	0	0	5,6	22,2	72,2	0	0	0	44,4	55,6
22. HIV-positiiviset eivät aina tiedä saaneensa tartuntaa.	83,3	16,7	0	0	0	72,2	27,8	0	0	0
23. Kondomit antavat 100 %:in suojan HIV-infektiota vastaan.	0	33,3	0	33,3	33,3	0	16,7	5,6	50	27,8
24. HIV-tartuntaa epäilevät voivat selvittää asian verikokeilla.	94,4	5,6	0	0	0	83,3	16,7	0	0	0
25. Suojaamaton yhdyntä laskimonsisäisiä huumeita käyttävän kanssa lisää riskiä saada HIV-tartunta.	88,9	11,1	0	0	0	83,3	16,7	0	0	0

LIITE 4 Taulukko 3. Asenteet HIV-positiivisia kohtaan (%)

	Sairaanhoitaja						Terveystenhoitaja					
	Täysin samaa mieltä	Samaa mieltä	En ole varma	Olen eri mieltä	Olen täysin eri mieltä	Olen täysin eri mieltä	Täysin samaa mieltä	Samaa mieltä	En ole varma	Olen eri mieltä	Olen täysin eri mieltä	
1. Voin työskennellä aidsia sairastavien ihmisten kanssa.	83,3	16,7	0	0	0	55,6	44,4	0	0	0		
2. Aidsia sairastavat ihmiset saavat käydä ravintoloissa ja kahviloissa.	100	0	0	0	0	72,2	27,8	0	0	0		
3. Vältän ihmistä, jonka perheenjäsen sairastaa aidsia.	5,6	5,6	0	27,8	61,1	0	0	0	44,4	55,6		
4. Voin olla aidsia sairastavan kanssa kokouksessa samassa huoneessa.	100	0	0	0	0	77,8	22,2	0	0	0		
5. Aidsia sairastavat opiskelijat tulisi eristää muista opiskelijoista.	0	0	0	33,3	66,7	0	0	0	50	50		
6. Aidsia sairastavien liikunta pitäisi järjestää erillään muista ihmisistä.	0	5,6	0	27,8	66,7	0	0	0	38,9	61,1		
7. On epämukavaa työskennellä HIV-positiivisten potilaiden parissa.	0	16,7	27,8	22,2	33,3	0	16,7	22,2	27,8	33,3		
8. Aidsia sairastavilta pitäisi kieltää työskentely ravintoloissa ja kahviloissa.	0	11,1	11,1	33,3	44,4	0	5,6	16,7	33,3	44,4		
9. Jos opettajalla olisi AIDS, olisin huolissani lapseni osallistumisesta hänen tunnilleen.	5,6	11,1	11,1	11,1	61,1	0	11,1	16,7	22,2	50		
10. Voin halata HIV-positiivista ystävääni.	77,8	22,2	0	0	0	50	44,4	0	5,6	0		

11. Jos päiväkodissa joku sairastaisi aidsia, olisin huolissani lapseni päivähoitosta.	16,7	16,7	27,8	33,3	5,6	0	30,6	16,7	33,3	11,1
--	------	------	------	------	-----	---	------	------	------	------