

Hiv-testaustoiminta terveysasemien hoitajien ja lääkäreiden arvioimana

TIIA BAZIA

TtM, työterveyshoitaja

Työplus, Kokkola

PIA VÄSTINSALO

TtM, erityissuunnittelija

HIV-säätiö/Hiv-tukikeskus

HELI-MARIA KUIVILA

TtM

Oulun yliopisto

Hoitotieteen ja terveystieteiden tutkimusyksikkö

MARIA KÄÄRIÄINEN

TtT, professori (ma), asiantuntija

Oulun yliopisto

Hoitotieteen ja terveystieteiden tutkimusyksikkö

Pohjois-pohjanmaan sairaanhoitopiiri

Oulun yliopistollinen sairaala

Medical Research Center

TIIVISTELMÄ

Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata terveysasemien hoitajien ja lääkäreiden hiv-testaustoimintaa, hiv-tietoa ja -asenneitumista, sekä niiden välistä yhteyttä heidän itsensä arvioimana. Kohderyhmänä olivat ryväsotannalla valittujen 14 terveysaseman hoitajat ja lääkärit (N = 471). Aineisto kerättiin sähköisesti huhti-toukokuussa 2015 kyselylomakkeella, joka mittasi hiv-testaustoimintaa, hiv-tietoa ja -asenneitumista. Aineisto analysoitiin kuvailevin tilastomenetelmin.

Tulosten mukaan hoitajien ja lääkäreiden hiv-testaustoiminnassa oli vaihtelua, eivätkä Suomen hiv-strategian suositukset aina toteutuneet. Yli puolet vastaajista teki hiv-testejä tai lähetteitä hiv-testiin harvemmin kuin muihin seksitautitesteihin, vaikka seksitautiepäily on hiv-testin indikaatio. Suurin osa vastaajista kartoitti asiakkaan omaehtoisesti hiv-testiin hakeutumisen syytä eli riskitilanteen luonnetta ja ajankohtaa. Riskikartoituksen tekemättä jättämisellä oli yhteys matalampaan hiv-tietoon ja negatiivisempaan hiv-asenneitumiseen. Kaiken kaikkiaan vastaajien hiv-tieto osoittautui melko hyväksi ja hiv-asenneituminen melko myönteiseksi.

Terveysaseman hoitajilla ja lääkäreillä on hyvät edellytykset tehokkaaseen hiv-testaustoimintaan, mutta he tarvitsevat lisätietoa hiv-testaustoimintaan liittyvistä toimintakäytännöistä ja strategioista, hivin tartuntareiteistä ja taudilta suojautumisesta. Tuloksia on mahdollista hyödyntää kehitettäessä terveysasemien hiv-testaustoimintaa ja suunniteltaessa hoitajien ja lääkärin täydennyskoulutusta.

Avainsanat: *toiminta, tieto, asenteet, hoitajat, lääkärit*

ABSTRACT

HIV testing practice evaluated by health center's nurses and physicians

Tiia Bazia, MHSc, Occupational Health Nurse

Pia Västinsalo, MHSc, Special Planner

Heli-Maria Kuivila, MHSc

Maria Kääriäinen, PhD, Professor (acting), Consultant

The aim of this study was to describe the HIV testing practice and its relation to HIV knowledge and attitudes of nurses and physicians at Finnish urban municipality health centers. The study is based on self-evaluation by the target groups, which were nurses and physicians (N = 471) from 14 health centers which were chosen by cluster sampling. The data about HIV testing practice, knowledge and attitudes was collected through an online questionnaire in April/May 2015, and the data was analyzed by descriptive statistics.

There were variations in HIV testing and the Finnish HIV strategy guidelines were not always followed. Most of the respondents did not perform HIV tests even when testing for other sexually transmitted diseases, even if suspicion of this kind of a disease is usually regarded as an indication for running a HIV test. Most of the respondents indicated that they tried to map the reasons behind, or in other words the nature of the risk situation and the occasion, leading to the clients' decisions to voluntarily seek to be tested for HIV. The study reveals a correlation between a low level of HIV knowledge and negative attitudes on the one hand and refraining from performing risk evaluations on the other hand. Overall the HIV knowledge of the respondents turned out to be quite good and attitudes quite positive.

Both nurses and physicians have good possibilities for effective HIV testing, but they do need more information about HIV testing practice and strategies, the HIV transmission routes and ways to avoid infection. The results of this study may be utilized for developing and planning the education for health center's nurses and physicians.

Keywords: practice, knowledge, attitude, nurses, physicians

Mitä tutkimusaiheesta jo tiedetään:

- Hiv-tartunnan varhainen diagnoosi parantaa hoidon ennustetta ja vähentää jatkotartuntojen mahdollisuutta.
- Varhainen diagnoosi edellyttää tehokasta hiv-testaustoimintaa.

Mitä uutta tutkimus tuo:

- Tutkimus antaa uutta tietoa terveysasemien hiv-testaustoiminnasta ja sen yhteydestä hiv-tietoon ja -asentoitumiseen hoitajien ja lääkäreiden näkökulmasta.

Mikä merkitys tutkimuksella on hoitotyölle, hoitotyön koulutukselle ja/ johtamiselle:

- Tutkimuksen tuottamaa tietoa voidaan hyödyntää hiv-tartunnan saaneiden varhaisen diagnosoimisen ja hoitoon pääsyn kehittämiseen terveysasemilla sekä terveydenhuoltoalan ammattilaisten hiv-tartuntojen ennaltaehkäisyyn, testaukseen ja hoitoon liittyvän osaamisen ja koulutuksen kehittämiseen.

Tutkimuksen tausta

Hiv on seksi- ja verikontaktissa tarttuva virus, joka hoitamattomana johtaa aidsiin, ja lopulta kuolemaan (Sutinen 2011.) Ajoissa diagnosoidun hiv-positiivisen eliniänennuste on nykyaikaisen hiv-lääkityksen ansioista kutakuinkin sama kuin muun väestön (Laine & Mikkola 2008). Sen lisäksi, että myöhäinen hiv-diagnoosi huonontaa paitsi hoidon ennustetta, se lisää myös jatkotartuntojen mahdollisuutta, koska riskikäyttäytymisen on todettu vähenevän henkilön saadessa tietää hiv-positiivisuudestaan (Marks ym. 2005). Suurin osa hiv-tartunnoista saadaan henkilöiltä, jotka eivät tiedä olevansa hiv-positiivisia (Marks ym. 2006).

Suomessa hiv-tartuntoja oli huhtikuuhun 2016 mennessä tilastoitu 3576 (THL 2016). Hiv-positiivisuudestaan tietämättömiä on arvioitu olevan noin 1000 (THL 2012). Noin puolet Suomen hiv-tartunnoista todetaan vasta useiden vuosien kuluttua tartunnasta, kun lääkitys olisi pitänyt jo aloittaa (Kivelä ym. 2010, THL 2014). Viime vuosina avoterveydenhuollon osuus hiv-infektion toteamisessa on vähentynyt, vaikka diagnoosin teon siirtyminen erikoissairaanhoidon tarkoittoa usein myös viivästyntä diagnoosia (Kivelä ym. 2010). Hiv-testaustoimintaa tulee tehostaa, jotta tartunnat on mahdollista löytää nykyistä varhaisemmin (THL 2014), mutta se edellyttää testaustoiminnan arviointia (Deblonde ym. 2011, Hemminki ym. 2012).

Hiv-testaustoiminnalla tarkoitetaan tässä tutkimuksessa hoitajien ja lääkäreiden toimintaa, heidän arvioidessaan asiakkaan hiv-testin tarvetta. Hoitajien ja lääkäreiden hiv-testaustoimintaa arvioidessa on selvitettävä, miten he kartoittavat asiakkaan riskitilanteen luonnetta ja ajankohtaa, ja millä perusteilla he päättävät tehdä hiv-testin tai lähettää asiakas hiv-testiin. Aiempien tutkimusten mukaan hiv-testaustoimintaan vaikuttavat testajan tiedot ja asenteet (Sison ym. 2013, Meyerson ym. 2014). Esimerkiksi hiv-potilaiden hoitoa heikentävät terveydenhuoltohenkilökunnan puutteelliset tiedot, negatiiviset asenteet ja seuraamusten pelko (Mockiene 2010). Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL) pyrkii yhdenmukaistamaan hiv-testauskäytäntöjä suosituksellaan ”Hiv-testauksen periaatteista perusterveydenhuollose” (2010). Suositus on linjassa kansainvälisten suositusten kanssa (THL 2010, ks. Deblonde 2011, Hemminki ym. 2012).

Hiv-tiedolla tarkoitetaan tässä tutkimuksessa sellaista tietoa, mikä auttaa hoitajia ja lääkäreitä hiv-testaukseen liittyvässä arvioinnissa ja päätöksenteossa (Petroll ym. 2008).

Terveydenhuoltohenkilökunnan tulee tietää hiv-testin tarjoamisen perusteista, eli kenelle ja milloin testiä kannattaa tarjota (O’Byrne 2012). Hiv-testin tarvetta ja oikea-aikaisuutta arvioidessa hoitajat ja lääkärit tarvitsevat tietoa milloin altistuminen on ollut mahdollinen ja milloin testitulokset on luotettava (Sutinen 2011). Hiv-tartunta jää usein vuosiksi oireettomaksi, joten hiv-diagnoosi perustuu aina laboratoriotutkimuksiin (Petroll ym. 2008, Sutinen 2011). Hiv-testiä tuleekin tarjota hiv-infektioon sopivia oireita sairastavien lisäksi oireettomille henkilöille, jotka ovat mahdollisesti altistuneet hiv-virukselle (Laine & Mikkola 2014). Myös tieto hiv-suosituksista ja sopivista testauskäytännöistä parantaa hiv-testauksen laatua (Sison ym. 2013).

Terveydenhuoltohenkilökunnalla on tärkeä rooli myös tiedon välittäjänä (Suominen ym. 2008) ja heidän tulisi jakaa seksuaali- ja lisääntymisterveydestietoa osana omaa työtään nykyistä monipuolisemmin (THL 2014). Säännöllinen koulutus onkin välttämätöntä tietojen päivittämiseksi ja taitojen parantamiseksi (Mockiene 2010).

Hiv-aseennoitumisella tarkoitetaan tässä tutkimuksessa hoitajien ja lääkäreiden aseenoitumista hiviä, hiviä sairastavia ja hivin keskeisiä riskiryhmiä kohtaan. Terveydenhuoltohenkilökunnan aseenoitumisella on tärkeä merkitys hivin ennaltaehkäisyssä ja hoidossa (Suominen ym. 2008),

koska tutkimusten mukaan hiv-testiin hakeutumista voivat vähentää sosiaalisen leimautumisen pelko (Deblonde ym. 2010), terveysasemien erilaiset hiv-testauskäytännöt ja terveydenhuoltohenkilökunnan hiv-testaustoiminta (Hemminki ym. 2012, Meyerson ym. 2014). Terveydenhuoltohenkilökunnan pelko hiv-tartunnasta voi aiheuttaa ahdistusta (Delobelle ym. 2009) ja heikentää hiv-potilaiden hoitoa (Mockiene 2010). Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen tavoitteena on, että seksitautitesteihin varmistetaan sujuva pääsy ilman leimautumisen pelkoa. Myöskään henkilökunnan kielteiset asenteet eivät saisi sitä hidastaa. (THL 2014.) Arvioidessa hiv-testin tarvetta tärkeintä on kartoittaa potilaan riskikäyttäytymistä, ei tiettyyn riskiryhmään kuulumista (Sutinen 2011). Terveydenhuoltohenkilökunnan tulee olla ajan tasalla myös seksuaalikäyttäytymisen suhteen ja luopua hetero-oletuksesta (Pakarinen ym. 2014).

Tutkimuksen tarkoitus ja tutkimuskysymykset

Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata terveysasemien vastaanottojen hoitajien ja lääkäreiden hiv-testaustoimintaa, hiv-tietoa ja -asenneitumista sekä niiden välistä yhteyttä heidän itsensä arvioimana. Tutkimuskysymykset olivat seuraavat:

1. Millaista on hoitajien ja lääkäreiden hiv-testaustoiminta, hiv-tieto ja hiv-asenneituminen.
2. Miten hoitajien ja lääkäreiden taustatiedot, hiv-testaustoiminta, hiv-tieto ja hiv-asenneituminen ovat yhteydessä toisiinsa?

Tutkimusaineisto ja -menetelmät

Tutkimus toteutettiin yhteistyössä hiv-tukikeskuksen kanssa. Aineisto kerättiin terveysasemilla työskenteleviltä hoitajilta ja lääkäreiltä (N=417), koska perusterveydenhuollon keskeinen tehtävä on terveysneuvonta ja tartuntojen mahdollisimman varhainen toteaminen (THL 2014). Kaksivaiheinen ryväsotanta toteutettiin valitsemalla yksinkertaisella satunnaisotannalla (Burns & Grove 2011) ensin kunta ja tämän jälkeen terveysasema, jonka kaikki vastaanotoilla työskentelevät hoitajat ja lääkärit valikoituivat otokseen. Tutkimusotos rajattiin kaupunkimaisiin kuntiin, joiden väestöstä vähintään 90 % asuu taajamissa tai suurimman taajaman väkiluku on vähintään 15000 (Tilastokeskus 2015). Rajaus tehtiin, koska tiheämmin asutuilla alueilla hiv-tartunnan riski on suurin. Valtaosa Suomen hiv-tartunnoista todetaan Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirissä (THL 2015). Otokseen valikoitui 14 terveysasemaa.

Tutkimusaineisto kerättiin anonyymisti verkkokyselyllä huhti-toukokuussa 2015. Kyselylomake kehitettiin kirjallisuuden ja hiv-testaussuositusten perusteella (THL 2010). Lisäksi kysymyslomakkeeseen lisättiin hiv-tietoja ja -asenteita mittaavia väittämiä Suomisen (ym. 2000, 2008) kaksoiskääntämistä ja testaamista Knowledge of HIV ja Attitudes towards HIV -mittareista (Held 1993). Mittareiden käyttöön saatiin tutkijoiden luvat. Tässä tutkimuksessa käytetyn kyselylomakkeen kysymysten/väittämien sisällöllistä asiaankuuluvuutta ja ajankohtaisuutta arvioivat HIV-testauksen asiantuntijat (n=6) kirjallisesti neliportaisella asteikolla (kysymys/väittäjä: 1= erittäin oleellinen, 4= ei lainkaan oleellinen) (Burns & Grove 2011). Asiantuntija-arvioiden perusteella 10 väittäjää poistettiin ja 8 lisättiin kyselylomakkeeseen. Tämän jälkeen laadittiin verkkokysely, joka esitettiin yhdellä terveysasemalla. Esitestauksen tarkoituksena oli arvioida kysymysten ymmärrettävyyttä ja vastausvaihtoehtojen sopivuutta, verkkokyselyn teknistä toimivuutta ja vastaamiseen kuluvaan aikaa (Polit & Beck 2012).

Esitestaukseen vastasi 11 henkilöä. Esitestauksen perusteella 4 väittämää poistettiin, kysymysten muotoilua täsmennettiin ja saatekirjeeseen lisättiin vastaamiseen kuuluva aika.

Lopullinen kyselylomake sisälsi vastaajien taustatietoja kartoittavan 8 kysymyksen (Taulukko 1) lisäksi kolme osa-aluetta: hiv-testaustoiminta (10 kysymystä, joista 4 sisälsi myös avoimen vastausvaihtoehdon), hiv-tieto (30 monivalintakysymystä) ja hiv-asettuminen (13 väittämää 6-portaisella likert-asteikolla). Taustatietoja kartoittavissa kysymyksissä saadun hiv-koulutuksen määrää kysyttiin yleisesti, eikä esimerkiksi täydennyskoulutuksen osuutta tarvinnut arvioida erikseen. Terveysalan työkokemusta, hiviin liittyvää työkokemusta (hiv-työkokemus) ja muuta kuin työhön liittyvää kokemusta hivistä (henkilökohtainen hiv-kokemus) kysyttiin erikseen. Vastaajien hiv-tietoa selvitettiin kartoittamalla hivin tartuntareittien tunnistamista (13 kysymystä), hiv-testin indikaatioiden tunnistamista (6 kysymystä) ja yleisiä hiviä koskevia väitteiden tietämistä. (11 kysymystä). (Polit & Beck 2012.) Tutkimukseen valikoituneiden terveysasemien hoitajille ja lääkäreille lähetettiin esimiesten välityksellä sähköinen saatekirje sekä muistutuskirje, jotka molemmat sisälsivät linkin kyselylomakkeeseen. Kyselyyn vastattiin nimettömänä. Myöskään tietoa siitä, miltä koneelta tai mistä sähköpostiosoitteesta kyselyyn on vastattu, ei kerätty. Aineiston keruu kesti 2 viikkoa.

Aineiston analysointi

Aineiston analysoinnissa käytettiin SPSS-ohjelmaa (versio 20.0). Aineistosta tarkasteltiin frekvenssijakaumia ja tunnuslukuja. Taustamuuttujia (ikä, työkokemus, ammattiryhmä) luokiteltiin uudelleen; esimerkiksi ammattiryhmän muuttujista sairaanhoitajat, terveydenhoitajat ja lähihoitajat yhdistettiin yhdeksi ammattiryhmäksi (hoitajat). (Taulukko 1.) Tietoa mittaavassa osa-alueessa yleiset hiviä koskevien väitteiden väärät ja En tiedä -vastaukset yhdistettiin yhdeksi luokaksi, jolloin kaikki kyseisen osa-alueen vastaukset olivat joko oikein tai väärin. Hiv-asettumista mittaavassa osa-alueessa likert-vastaukset yhdistettiin kolmeksi eri luokaksi (samaa mieltä, eri mieltä ja neutraali/En osaa sanoa) ja muuttujista muodostettiin yksi summamuuttuja laskemalla keskenään korreloivien väittämien arvot yhteen ja jakamalla ne sitten väittämien lukumäärällä. Summamuuttujan normaalijakautuneisuutta tarkasteltiin Kolmogorov-Smirnovin testillä, joka osoitti jakauman olevan vino ($p < 0.001$). Muuttujia, jotka eivät korreloineet keskenään, tarkasteltiin yksittäisinä muuttujina. Taustamuuttujien yhteyttä summamuuttujaan tai yksittäisiin muuttujiin tarkasteltiin Mann-Whitneyn U-testillä tai Kruskal-Wallis -testillä käyttämällä bonferroni -korjausta. Luokkamuuttujia tarkasteltiin myös ristiintaulukoimalla. Tilastollisen merkitsevyyden rajana pidettiin p-arvoa $< 0,05$ (Polit & Beck 2012). Avointen kysymysten vastaukset luokiteltiin sisällön samankaltaisuuden perusteella ja kvantifioitiin.

Tutkimustulokset

Taustatiedot

Kyselyyn vastasi 106 hoitajaa ja lääkäriä. Vastaajista suurin osa oli naisia (84 %) ja hoitajia (64 %) (Taulukko 1). Miesvastaajista suurin osa oli lääkäreitä ($p < 0.001$). Vastaajien iän keskiarvo oli 41 vuotta ja 5 kuukautta (md=41, min 23 - max 63, SD=11,4) ja he olivat työskennelleet terveydenhuollossa keskimäärin 13 vuotta ja 10 kuukautta (md=10, min 0 - max 39, SD=10,6).

Taulukko 1 tähän

Suurin osa vastaajista (73 %) oli saanut hiv-koulutusta. Hiv-koulutuksen saamisella oli yhteys sukupuoleen ($p=0,001$), ammattiin ($p=0,024$), hiv-työkokemukseen ($p<0,001$) ja henkilökohtaiseen hiv-kokemukseen ($p=0,003$). Kaikki miehet olivat saaneet hiv-koulutusta. Lääkärit olivat saaneet hiv-koulutusta enemmän kuin hoitajat ($p=0,049$). Paljon hiv-koulutusta saaneista, 89 %:lla oli hiv-työkokemusta. Vastaavasti hyvin vähän hiv-koulutusta saaneista, 76 %:lla ei ollut hiv-työkokemusta. Hyvin vähän hiv-työkokemusta omaavista, 86 %:lla ei ollut henkilökohtaista hiv-kokemusta. Vastaavasti henkilökohtaista hiv-kokemusta omaavista, 77 %:lla oli hiv-työkokemusta. Eniten henkilökohtaista hiv-kokemusta oli heillä, joilla oli paljon hiv-koulutusta. Vastaavasti hyvin vähän hiv-koulutusta saaneista, 86 %:lla ei ollut henkilökohtaista hiv-kokemusta.

Hiv-testaustoiminta ja siihen yhteydessä olevat taustatekijät

Arviointia hiv-testin tarpeesta tehtiin vastaanottokäyntien yhteydessä ja puhelimitse. Hiv-testejä tai lähetteitä hiv-testiin tehtiin harvemmin kuin muihin seksitautitesteihin. Pienellä osalla (5 %) vastaajien työpaikoilla ohjeistettiin tekemään hiv-testi muun seksitautitestin yhteydessä. Ammatti ($p=0,014$), hiv-koulutus ($p=0,030$) ja hiv-työkokemus ($p=0,047$) olivat yhteydessä hiv-testien tekemisen määrään. Hoitajat tekivät lääkäreitä useammin hiv-testejä tai lähetteitä hiv-testeihin ja muihin seksitautitesteihin. Harvemmin kuin kuukausittain hiv-testejä tai lähetteitä hiv-testeihin tekevät olivat saaneet hyvin vähän hiv-koulutusta, eikä heillä juurikaan ollut hiv-työkokemusta. Vastaajista kolmasosa arvioi tekevänsä yhtä paljon hiv-testejä tai lähetteitä hiv-testiin kuin muihin seksitautitesteihin. Heillä oli muita enemmän hiv-työkokemusta ($p=0,008$) ja he tekivät hiv-testejä viikoittain ($p<0,001$). Hiv-testejä tai lähetteitä hiv-testiin harvemmin kuin muihin seksitautitesteihin tekevät arvioivat hiv-testien vähäisemmän määrän johtuvan siitä, että he olivat tehneet muut seksitautilähteet selkeiden oireiden perusteella (37 %), he olivat arvioineet hiv-tartunnan epätodennäköiseksi (27 %), asiakas oli kieltäytynyt hiv-testauksesta (11 %) tai hiv-testaus ei ollut tullut mieleen (5 %). Niillä vastaajilla, joille hiv-testaus ei ollut tullut mieleen, ei juuri ollut hiv-työkokemusta ($p=0,015$).

Asiakkaan omaehtoisesti hakeutuessa hiv-testiin, 12 % vastasi tekevänsä pelkän testin tai lähetteen hiv-testiin, ei muita toimenpiteitä. Pelkän testin tekijöistä ($n=13$) 70 %:lla oli käsitys, että kaikilla on oikeus hiv-testiin siihen hakeutuessaan ja 46 %:lla oli työpaikallaan vastaava ohjeistus. Pelkän testin tekijät perustelivat asiakkaan hiv-testiin hakeutumisen syyn selvittämättä jättämistä sillä, että syy on asiakkaan yksityisasia ($n=2$), ei halua olla epäkohtelias kysymällä asiasta ($n=2$), tieto ei ole tärkeää ($n=4$), testauksen matala kynnyks on tärkeintä ($n=2$) ja/tai että asia tulee vielä uudelleen käytyä läpi ($n=3$). Pelkän testin tekijöistä neljäsosalla ($n=3$) ei juuri ollut hiv-työkokemusta.

Asiakkaan omaehtoisesti hakeutuessa hiv-testiin, suurin osa (73 %) hoitajista ja lääkäreistä vastasi tekevänsä testin tai lähetteen hiv-testiin ja selvittävänsä lisäksi asiakkaan hiv-testiin hakeutumisen syyn eli riskitilanteen luonteen ja ajankohdan. Vastaajista 11 % päättäisi hiv-testistä vasta testiin hakeutumisen syyn selvittämisen jälkeen. Molemmista syyn selvittäjäryhmistä ($n=89$) 79 %:lla oli käsitys, että kaikilla on oikeus hiv-testiin siihen hakeutuessaan ja 40 %:lla oli työpaikallaan siitä ohjeistus. Syyn selvittäjät perustelivat toimintaansa sillä, että riskitiedon avulla olisi mahdollista arvioida muut tarvittavat toimenpiteet ($n=69$), kertoa testituloksen luotettavuudesta ($n=52$) tai tarjota yksilöllistä neuvontaa ($n=40$). 16 %:lla ($n=14$) työpaikalla ohjeistettiin kartoittamaan hiv-testiin hakeutumisen syyt. Hoitajista 4 %:lla oli työpaikallaan käytäntö, että lähetteet hiv-testiin tekee lääkäri.

Lähes kaikki vastaajat arvioivat tekevänsä edes jonkinlaista riskikartoitusta. Mahdollista hiv-tartunnan ajankohtaa kartoitti 94 % vastaajista. Vastaajista 5 % ilmoitti, ettei tehnyt minkäänlaista riskikartoitusta. Riskikartoituksen tekemättä jättävillä ei juuri ollut hiv-koulutusta ($p < 0,001$). Riskikartoituksen tekivät aina alle 7 vuotta työskennelleet sekä miehet. Lääkärit kartoittivat hoitajia useammin seksitapaa ($p = 0,027$), seksikumppanin sukupuolta, ($p = 0,015$), suojaamattomien seksikertojen määrää ($p < 0,001$), seksikumppaneiden lukumäärä ($p = 0,005$), päihteiden käyttöä ($p = 0,002$) sekä muuta ($p = 0,006$). Hyvin vähän hiv-työkokemusta omaavat eivät kartoittaneet päihteiden käyttöä ($p = 0,003$). Hoitajat arvioivat riskikartoituksen vaikeammaksi kuin lääkärit ($p = 0,005$) ja naiset riskikartoitukseen liittyvän neuvonnan vaikeammaksi kuin miehet ($p = 0,007$).

Hiv-tieto ja sen yhteys vastaajien taustatietoihin ja hiv-testaustoimintaan

Hoitajien ja lääkäreiden hiv-tieto oli melko hyvää. Tietoa mittaavan osa-alueen oikeiden vastausten keskiarvo oli 25.22 (md=26, min 18 - max 30, SD=2,4) 30 kysymyksestä. Alle 34-vuotiaiden tietotaso oli korkeampi kuin yli 50-vuotiaiden ($p = 0,041$). Kaikki tunnistivat suojaamattoman anaaliseksiin ja yhteiset neulat hivin tartuntareitiksi. Suojaamattoman emätinseksiin hivin tartuntareitiksi tunnisti 99 %, suuseksiin 95 % ja veren 96 %. Tartuntareiteistä huonoiten tunnistettiin imetyks (43 %). Alle 34-vuotiaat tunnistivat parhaiten, että sylki ($p = 0,007$), kyynelneste ($p = 0,011$) ja ruokailuvälineet ($p = 0,033$) eivät ole hivin tartuntareittejä. Paljon hiv-koulutusta saaneet tunnistivat parhaiten, että hiv voi tarttua imetyksen yhteydessä ($p = 0,022$).

Kaikki vastaajat tunnistivat, että omaehtoinen hiv-testiin hakeutuminen on hiv-testin indikaatio. Henkilökohtaista hiv-kokemusta ($p = 0,044$) ja hiv-työkokemusta omaavat ($p = 0,054$) tiesivät parhaiten, että positiivinen tulos ei tarkoita, että henkilöllä on aids. Alle 6 vuotta työkokemusta omaavat tiesivät parhaiten, että silmäsuojia tulee käyttää aina, mikäli asiakkaan verta tai eritettä voi roiskua toisen henkilön silmiin ($p = 0,004$). Yli 50-vuotiaat ($p = 0,011$) ja yli 17 vuotta työkokemusta omaavat ($p = 0,004$) tiesivät parhaiten, että hiv-tartunnat saadaan yleensä suojaamattoman seksin välityksellä. Paljon hiv-koulutusta saaneet ($p = 0,022$) sekä miehet ($p = 0,052$) tiesivät parhaiten, ettei hiv-tartunta johda aina aidsiin. Vastaajien hiv-tietotaso oli yhteydessä hiv-testaustoimintaan. Riskikartoituksen tekemättä jättävillä oli muita matalampi hiv-tietotaso ($p = 0,002$).

Hiv-asennoituminen ja sen yhteys vastaajien taustatietoihin ja hiv-testaustoimintaan

Hoitajien ja lääkäreiden asennoituminen hiv-potilaita ja riskiryhmiä kohtaan oli melko myönteistä (ka 2,4; MD=2,6; min 0,86 - max 3, SD=0,4). Kenenkään mielestä terveydenhuoltohenkilökunnalla ei tulisi olla oikeutta kieltäytyä hoitamasta hiv-potilasta. Negatiivista asennoitumista homoseksuaaleja kohtaan ei esiintynyt. Lääkäreiden asennoituminen hiv-potilaita kohtaan oli hoitajia positiivisempaa ($p = 0,038$). Lääkäreistä 87 % haluaisi hoitaa hiv-potilaita, hoitajista 68 % ($p = 0,009$). Paljon hiv-koulutusta omaavilla oli muita negatiivisempi asennoituminen ruiskuhuumeiden käyttäjiä kohtaan ($p = 0,005$). Vastaajista melkein kolmasosa arvioi, ettei omannut tarpeeksi tietoa suojautua hiv-tartunnalta. Näin arvioivat etenkin hyvin vähän hiv-koulutusta saaneet ($p = 0,044$). Hiv-työkokemusta omaavat arvioivat tietonsa suojautua hiv-tartunnalta muita paremmaksi ($p = 0,041$). Vastaajien hiv-asennoituminen oli yhteydessä hiv-testaustoimintaan. Riskikartoituksen tekemättä jättävillä oli muita negatiivisempi hiv-asennoituminen ($p = 0,006$).

Yli puolet (53 %) vastaajista arvioi, että terveysasemilla tehdään liian vähän hiv-testejä. Suurimman osan mielestä (83 %) terveysasemien henkilökunnan lisäkoulutus on keino parantaa hiv-tartuntojen varhaista toteamista.

Pohdinta

Eettiset näkökohdat

Tutkimus on toteutettu huolellisesti ja raportoitu avoimesti hyvää tieteellistä käytäntöä noudattaen (Polit & Beck 2012, TENK 2012). Tutkimusluvut haettiin ja saatiin kaikilta tutkimukseen osallistuneilta kunnilta (9) tai organisaatioilta (5). Yksittäistä vastaajaa, kuntaa tai terveysasemaa ei ole mahdollista tunnistaa. Vastaajille lähetetyssä saatekirjeessä informoitiin tutkimuksen tarkoituksesta, vastaamisen vapaaehtoisuudesta, anonyymiudesta ja keskeyttämismahdollisuudesta, joten vastaamista voidaan pitää suostumuksena tutkimukseen (Burns & Grove 2011).

Luotettavuus

Tutkimus on pyritty suunnittelemaan johdonmukaisesti, jotta tutkimustulokset johtuisivat vain tutkimusasetelmasta. Kyselylomakkeen väittämiin pääsi vastaamaan vain, mikäli myönsi ensimmäisessä kysymyksessä hiv-testaustoiminnan kuuluvan työtehtäviin. Kyselylomakkeen kaikkiin kysymyksiin oli vastattava edetäkseen kyselyssä. Vastausprosentiksi muodostui 22 % muistutuskierron jälkeen. Tuloksia ei voi yleistää, koska kyselyyn vastanneet edustavat vain pientä osaa perusterveydenhuollosta henkilökunnasta. Vastaajakatoa pyrittiin minimoimaan esimiesten informoinnilla, motivoivalla saatekirjeellä ja sähköisellä kyselylomakkeella. Vastaajia ei identifioitu, mikä esti henkilökohtaisen muistutusviestin lähettämisen, mutta toisaalta nimettömyyden nähtiin madaltavan vastaamiskynnystä. Katoon on voinut vaikuttaa vastaajien kiire ja vastaamisen keskeytykset, koska 47 avasi kyselyn, mutta ei sitä kuitenkaan palauttanut. Sähköisellä lomakkeella kerätty aineisto siirrettiin suoraan SPSS-ohjelmaan, jolla välttyttiin mahdollisilta tallennusvirheiltä.

Kyselylomakkeen sisältö- ja facevaliditeettia on pyritty varmistamaan asiantuntija-arvioinneilla ja esitestauksella. Kyselylomakkeen sisältövaliditeetti arvioitiin asiantuntijoilla, jotka arvioivat kattavatko kysymykset riittävästi tutkittavat käsitteet. (Polit & Beck 2012). Haasteena oli kehittää kiireiselle henkilökunnalle helposti vastattava kysely, joka kuitenkin antaisi riittävästi tietoa tutkittavasta asiasta. Asennoituminen-osan sisäinen johdonmukaisuus varmistettiin Cronbachin alfakertoimen avulla, joka oli 0,6. Tätä voidaan pitää vielä hyväksyttävänä rajana (Nunnally & Bernstein 1994). Aikaisemmissa tutkimuksissa Asenne-mittarin Cronbachin alfan arvo on vaihdellut 0.60 (Välimäki ym. 2000) ja 0.91 välillä (Suominen ym. 2000).

Tulosten tarkastelua

Tulosten mukaan terveysasemien hoitajien ja lääkäreiden hiv-testaustoiminnassa esiintyi vaihtelua. Hivin tehokas ehkäisy ja hoito edellyttävät, että hiv-testiin pääsee helposti, ilman lääkärin lähetettä, anonyymisti ja vieraalla paikkakunnalla (THL 2010). Kuitenkin osalla terveysasemista oli käytäntöjä, joiden mukaan vain lääkäri tekee hiv-testilähetteen, ja vaikka anonyymiuden tiedetään kannustavan hiv-testiin hakeutumiseen (Hemminki ym. 2012), nimettömänä tehtävä hiv-testaus toteutui vain kahdella tutkimukseen osallistuneista neljästätoista terveysasemasta. Tutkimukseen osallistuneista hoitajista ja lääkäreistä neljäsosa oli tietämätön, että hiv-testiin voi hakeutua vieraalla paikkakunnalla, joten on mahdollista, että hiv-testiin hakeutuneita ulkopaikkakuntalaisia ei ole aina testattu. Vastausten perusteella puhelinpalveluun liittyvän kiireen takia ohjausta annettiin toisinaan vasta hiv-testituloksen kuulemisen yhteydessä. Neuvontaa tulisi kuitenkin antaa jo ennen

testituloksen selviämistä. Etenkin turvaseksistä puhuminen on tärkeää, ettei asiakas tietämättään tartuttaisi muita. (Kurki & Pammo 2010.)

Suurin osa tutkimukseen osallistuneista hoitajista ja lääkäreistä vastasi tekevänsä edes jonkinlaista riskikartoitusta. Kuitenkin suurin osa vastaajista ei tehnyt hiv-testiä tai lähetettä hiv-testiin muun seksitautitestin yhteydessä, vaikka seksitautiepäily on hiv-testin indikaatio (THL 2010). Hiv-testin tarjoaminen seksitautitestin yhteydessä tulisikin olla rutiinia (Deblonde ym. 2011, THL 2012). Kun hiv-testin tarjoaminen on riippuvainen riskiarvioinnista, on mahdollista, että asiakkaalta ei osata kysyä oikeita kysymyksiä, hiv-testiä ei uskalleta ehdottaa, asiakas ei uskalla sitä pyytää tai hiv-testaus ei tule mieleen. Puheeksiotto ja neuvonta vaativat henkilökunnalta riittäviä sosiaalisia taitoja ja lääketieteellisiä tietoja (THL 2014). Rutiininomainen hiv-testin tarjoaminen seksitautitestien yhteydessä voisi vähentää henkilökunnan ja asiakkaiden ennakkoluuloja.

Hiv-testaustoiminnalla havaittiin yhteys sukupuoleen, hiv-koulutukseen, hiv-työkokemukseen, henkilökohtaiseen hiv-kokemukseen ja ammattiin. Myös Delobelle ym. (2009) ovat havainneet yhteyden hiv-testaustoiminnan ja ammatin välillä. Tämän tutkimuksen perusteella lääkärit kartoittivat riskitilanteita monimuotoisemmin ja arvioivat riskikartoituksen, neuvonnan ja kirjauksen helpommaksi, kuin hoitajat. Hoitajat kuitenkin tekivät lääkäreitä enemmän hiv-testejä tai läheteitä hiv-testeihin ja muihin seksitautitesteihin.

Tulosten mukaan terveysasemien hoitajien ja lääkäreiden hiv-tieto osoittautui melko hyväksi. Samansuuntaisia tuloksia suomalaisista hoitajista ovat havainneet myös Suominen ym. (2000, 2008). Korkeamman hiv-tietotason yhteyden hiv-koulutuksen saamiseen ovat havainneet myös Delobelle ym. (2009), miessukupuoleen ja nuoreen ikään Suominen ym. (2000, 2008), henkilökohtaiseen hiv-kokemukseen ja hiv-työkokemukseen Suominen ym. (2000, 2008) ja Delobelle ym. (2009). Parhaiten tunnistettiin jo pitkään tiedossa olleet asiat.

Tulosten mukaan terveysasemien hoitajien ja lääkäreiden hiv-assennoituminen osoittautui melko myönteiseksi. Samansuuntaisia myönteisiä tuloksia suomalaisten hoitajien asennoitumisesta hiv-potilaita kohtaan ovat havainneet myös Suominen ym. (2008) ja homoseksuaaleja kohtaan Kemppi ym. (2011). Samansuuntaisia tuloksista negatiivisesta asennoitumisesta ruiskuhuumeiden käyttäjiä kohtaan ovat puolestaan havainneet Suominen ym. (2000) ja Andrewin & Chien (2008). Saatu hiv-koulutus ja hiv-työkokemus sekä lääkärin ammatti olivat yhteydessä myönteisempään hiv-assennoitumiseen. Lääkäreiden positiivisemmän hiv-assennoitumisen ovat havainneet myös Delobelle ym. (2009). Samansuuntaisia tuloksia lääkäreiden korkeasta halukkuudesta hoitaa hiv-potilaita ovat havainneet myös Massiah ym. (2004). Lääkäreiden positiivisempaan hiv-assennoitumiseen voi tuki vaikuttaa ammattikunnan erilaiset työtehtävät (Andrewin & Chien 2008). Terveydenhuoltohenkilökunnan myönteisiä asenteita ei kuitenkaan tule pitää selviönä, koska asenteet voivat muuttua (Kemppi ym. 2011).

Tässä tutkimuksessa hiv-tiedon ja hiv-assennoitumisen välillä havaittiin yhteys, kuten myös Delobelle ym. (2009) ovat havainneet. Matalammalla hiv-tiedolla ja negatiivisemmalla hiv-assennoitumisella oli yhteys riskikartoituksen tekemättä jättämiseen.

Johtopäätökset ja jatkotutkimushaasteet

Tämän tutkimuksen mukaan terveysasemien hoitajilla ja lääkäreillä on hyvät edellytykset tehokkaaseen hiv-testaustoimintaan, mutta hiv-testaustoiminnan tehostaminen edellyttää henkilökunnan täydennyskoulutusta. Myös suurimman osan tähän tutkimukseen vastanneiden hoitajien ja lääkäreiden mielestä terveysasemien henkilökunnan täydennyskoulutus olisi keino parantaa hiv-tartuntojen varhaista toteamista.

Tulosten mukaan hiv-testaustoiminnassa oli vaihtelua, millä voi olla yksittäisen asiakkaan kohdalla paljon merkitystä. Myös riskikartoituksen taso vaihteli paljon. Merkittävää on, että riskikartoituksen tekemättä jättävät omasivat matalamman hiv-tietotason ja negatiivisemmän hiv-asetoitumisen. Lisäksi lähes kolmasosa tutkimukseen vastanneista hoitajista ja lääkäreistä arvioi, ettei omannut tarpeeksi tietoa hiv-tartunnalta suojautumisesta, millä voi olla vaikutusta hiv-asetoitumiseen. Asiakkaan omaehtoinen hakeutuminen hiv-testiin tai muuhun seksitautitestiin tulisi nähdä tilaisuutena lisätä väestön seksuaalitetoutta, mutta tämän tutkimuksen perusteella näin ei välttämättä tapahdu.

- 1.) Hiv-testaustoiminnan yhdenmukaistamiseksi hoitajat ja lääkärit tarvitsevat lisätietoa hiv-testiin liittyvistä toimintakäytännöistä ja hiv-strategioista.
- 2.) Ajantasaisen tiedon välittämiseksi asiakkaille ja riittävän monipuolisen riskikartoituksen toteuttamiseksi hoitajat ja lääkärit tarvitsevat lisätietoa hivin tartuntareiteistä ja taudilta suojautumisesta.

Tutkimustuloksia on mahdollista hyödyntää kehitettäessä terveysasemien hiv-testaustoimintaa ja suunniteltaessa hoitajien ja lääkäreiden täydennyskoulutusta.

Jatkossa olisi perusteltua tutkia millaiseksi terveysasemien asiakkaat arvioivat hiv-testaustoiminnan ja siihen liittyvän neuvonnan.

VASTUUALUEET

Tutkimuksen suunnittelu: TB, MK, PV, Aineiston keruu ja analysointi: TB, MK, Käsikirjoituksen kirjoittaminen: TB, MK, Käsikirjoituksen kommentointi: HK, PV

LÄHTEET

- Andrewin A. & Chien L-Y. (2008) Stigmatization of Patients with HIV/AIDS among Doctors and Nurses in Belize. *AIDS Patient Care and STDs* **22**(11), 897–906.
- Burns N. & Grove S. (2011) *Understanding Nursing Research. Building an evidenced-based practice*. Fifth edition. St. Louis. Elsevier Saunders.
- Brummer-Korvenkontio H. (2014) *Käytä kondomia, vältä hiv-tartunta*. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. <https://www.thl.fi/fi/aiheet/tietopakettit/kesaterveys/heita-vapaalle-vastuullisesti/kayta-kondomia-valta-hiv-tartunta> (11.3.2015)
- Deblonde J., De Koker P., Hamers F, Fontaine J., Luchters S., Temmerman M. (2010) Barries to HIV testing in Europa: a systematic review. *European Journal of Public Health* **20**(4), 422–432.
- Deblonde J., Meulemans H., Callens S., Luchters S., Temmerman M., Hamers F. (2011) HIV testing in Europe: Mapping policies. *Health Policy* **103**, 101–110.
- Delobelle P., Rawlinson J., Ntuli S., Malatsi I., Decock R. & Depoorter A. (2009) HIV/AIDS knowledge, attitudes, practices and perceptions of rural nurses in South Africa. *Journal of Advanced Nursing* **65**(5), 1061–1073.
- Held S. (1993) The effects of an AIDS education program on the knowledge and attitudes of a physical therapy class. *Physical Therapy* **73**, 156–164.
- Hemminki E., Regushevskaya E., Rütel K., Barros H., Niemiec T., Nikula M., Kuusio H. & Deblonde J. (2012) Is HIV testing normal or special? Opinions of health professionals in four European countries in 2008. *AIDS Care* **24**(1), 91–99.
- Kemppi L., Suominen T., Kankkunen P. & Välimäki M. (2011) Hoitajien asennoituminen homoseksuaaleihin potilaisiin. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* **48**, 53–60.
- Kivelä P., Krol A., Salminen M. & Ristola M. (2010) Determinants of late HIV diagnosis among different transmission groups in Finland from 1985 to 2005. *HIV Medicine* **11**(6), 360–367.
- Kurki R. & Pammo H. (2010) *Tartuntataudit ja hoitotyön osaaminen*. WSOYpro Oy. Helsinki.
- Laine J. & Mikkola J. (2014) HIV-infektio. *Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim* **130**(5), 509–512.
- Massiah E., Roach T., Jacobs C., St. John A., Inniss V., Walcott J. & Blackwood C. (2004) Stigma, discrimination, and HIV/AIDS knowledge among physicians in Barbados. *Pan American Journal of Public Health* **16**(6), 395–401.
- Marks G., Grepaz N. & Janssen R. (2006) Estimating sexual transmission of HIV from persons aware and unaware that they are infected with the virus in the USA. *AIDS* **20**, 1447–1450.
- Marks G., Grepaz N. & Janssen R. (2005) Meta-analysis of high-risk sexual behavior in persons aware and unaware they are infected with HIV in the United States: Implications for HIV prevention programs. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes* **39**, 446–453.
- Meyerson B., Barnes P., Emetu R., Bailey M., Ohmit A. & Gillespie A. (2014) Institutional and Structural Barries to HIV Testing: Elements for a Theoretical Framework. *AIDS PATIENT CARE and STDs* **28**(2), 22–27.
- Mockiene V. (2010) *The Impact of an Education Intervention on Nurses' Knowledge of and Attitudes towards HIV and Willingness to Take Care of HIV-positive People in Lithuania*. Väitöskirja. Tampereen Yliopisto, Tampere.
- Nunnally J. & Bernstein I. (1994) *Psychometric theory*. Third edition. McGraw-Hill. New York.

- O'Byrne P. (2012) HIV Prevention in the Context of Care: HIV Testing and Public Health Practice. *Public Health Nursing* **29**(2), 175–184.
- Pakarinen M., Helminen M., Kylmä J. & Suominen T. (2014) Ammattiin opiskelevien 15-19 -vuotiaiden nuorten seksuaalikäyttäytyminen. *Hoitotiede* **26**(3): 166–176.
- Petroll A., Hare C. & Pinkerton S. (2008) The essentials of HIV: A review for nurses. *Journal of Infusion Nursing* **31**, 228–235.
- Polit D. & Beck C. (2012) *Nursing Research: Generating and assessing evidence for nursing practice*. Eighth edition. Lippincott Williams & Wilkins. Philadelphia.
- Sison N., Yolken A., Poceta J., Mena L., Chan P., Barnes A., Smith E. & Nunn A. (2013) Healthcare Provider Attitudes, Practices, and Recommendations for Enhancing Routine HIV Testing and Linkage to Care in the Mississippi Delta Region. *AIDS PATIENT CARE and STDs* **27**(9) 511–517.
- Suominen T., Koponen N., Kemppi L., Laakkonen L., Vänskä M-L. & Välimäki M. (2008) *Tartuntatautia sairastavan henkilön terveyden edistäminen. Mitä edellytyksiä hoitajien tiedot ja asenteet HIV/AIDSsta antavat?* Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 165. Kuopion yliopisto, Kuopio.
- Suominen T., Muinonen U., Välimäki M., Peate I., Lohrmann C. & Kaurila T. (2000) Hoitajien suhtautuminen HIV- ja AIDS-potilaiden hoitoon. Kotisairaanhoidossa työskentelevien terveydenhoitajien ja sairaanhoitajien tiedot ja asenteet. *Hoitotiede* **12**(4), 184–195.
- Sutinen J. (2011) Milloin pyydän potilaastani HIV-testin? *Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim* **127**(10), 1027–32.
- TENK (2012) *Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa*. Tutkimuseettinen neuvottelukunta. http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf (19.3.2015)
- THL (2010) *Hiv-testauksen periaatteita: Suositus perusterveydenhuollon toimipisteille ja matalan kynnyksen palvelupisteille*. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. <http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/79951/a94c748d-3b0a-487f-a5b9-2ae07fbcce37.pdf?sequence=1> (9.3.2015)
- THL (2012) *Suomen hiv-strategia 2013–2016*. Terveyden ja hyvinvoinninlaitos. http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/90918/THL_SUO007_2012Web.pdf?sequence=1 (12.3.2015)
- THL (2014) *Edistä, ehkäise, vaikuta. Seksuu- ja lisääntymisterveyden toimintaohjelma 2014–2020*. Klemetti R & Raussi-Lehto E. (Toim.) Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/116162/THL_OPAS33_VERKKO.pdf?sequence=1 (10.1.2016)
- THL (2016) *Hiv Suomessa*. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. <https://www.thl.fi/ttr/gen/rpt/hivsuo.pdf> (24.4.2016)
- Tilastokeskus (2015) *Kunnat ja kuntapohjaiset aluejaot 2015*. http://www.stat.fi/tup/julkaisut/tiedostot/julkaisuluettelo/yksk28_201500_2015_13520_net.pdf (18.3.2015)
- Välimäki M., Suominen T., Muinonen U., Lohrmann C., Peate I., Kaurila T. (2000) Terveydenhuoltoalan opiskelijoiden ja hoitajien tiedot HIV- ja AIDSsairaudesta ja asennoituminen tähän. *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti* **37**, 318–329.

*Tiia Bazia, TtM, työterveyshoitaja, Työplus, Mariankatu 28, 672200 Kokkola,
tiia.bazia@gmail.com*

*Pia Västinsalo, TtM, erityissuunnittelija, HIV-säätiö/Hiv-tukikeskus, Unioninkatu 45 C 1,
00170 Helsinki, pia.vastinsalo@hivtukikeskus.fi*

*Heli-Maria Kuivila, TtM, Oulun yliopisto,
Hoitotieteen ja terveyshallintotieteen tutkimusyksikkö, PL 5000, 90014 Oulun yliopisto,
heli-maria.kuivila@oulu.fi*

*Maria Kääriäinen, TtT, professori (ma), asiantuntija, Oulun yliopisto,
Hoitotieteen ja terveyshallintotieteen tutkimusyksikkö, PL 5000, 90014 Oulun yliopisto,
Oulun yliopistollinen sairaala, maria.kaariainen@oulu.fi*

TAULUKOT

Taulukko 1. Vastaajien taustatiedot

Taustatieto	n (%)	ka (md, sd)
Sukupuoli		
naiset	89 (84)	
miehet	17 (16)	
Ammattiryhmä		
lääkärit	38 (36)	
hoitajat	68 (64)	
-sairaanhoitajat	44 (41)	
-terveydenhoitajat	20 (19)	
-lähihoitajat	4 (4)	
Ikä		41 (41, 11,4)
23–34-vuotiaat	37 (35)	
35–49-vuotiaat	38 (36)	
50–63-vuotiaat	31 (29)	
Työkokemus		
		14 (10, 10,6)
6 vuotta tai alle	36 (34)	
7-16 vuotta	34 (32)	
17 vuotta tai yli	36 (34)	
Hiv-koulutus		
paljon	16 (15)	
jonkin verran	61 (58)	
hyvin vähän/ei ollenkaan	29 (27)	
Hiv-työkokemus		
jonkin verran	56 (53)	
hyvin vähän/ei ollenkaan	50 (47)	
Henkilökohtainen hiv-kokemus		
jonkin verran	31 (29)	
ei ollenkaan	75 (71)	
Työskentelykunnan koko		
yli 100 000	19 (18)	
50 000-100 000	52 (49)	
alle 50 000	35 (33)	