

ENDOMETRIOOSI JA VAIHDEVUODET

Sofia Paavola ja Noora Raivio

ENDOMETRIOOSI JA VAIHDEVUODET

Sofia Paavola
Noora Raivio
Opinnäytetyö, syksy 2013
Diakonia-ammattikorkeakoulu
Hoitotyönkoulutusohjelma
Terveystenhoitaja (AMK)
Sairaanhoitaja (AMK)

TIIVISTELMÄ

Paavola, Sofia & Raivio, Noora. Endometrioosi ja vaihdevuodet. Diak, syksy 2013, 72 sivua ja 2 liitettä. Diakonia-ammattikorkeakoulu, hoitotyön koulutusohjelma / terveydenhoitotyön suuntautumisvaihtoehto, terveydenhoitaja (AMK) / sairaanhoitaja (AMK).

Opinnäytetyömme tavoitteena oli selvittää, vaikuttaako vaihdevuosi-ikä endometrioosia sairastaviin naisiin. Tarkoituksemme oli kuvailla vastausten yhteneväisyyksiä ja eroavaisuuksia sekä tulosten vastaavuutta tällä hetkellä vallitsevaan teorian tietoon. Tavoitteenamme oli myös tuottaa Endometrioosiyhdistys ry:lle, sen jäsenille ja hoitotyön ammattilaisille lisää tietoa endometrioosin ja vaihdevuosien yhteydestä toisiinsa.

Opinnäytetyössämme käsitelimme endometrioosia sairautena, sen oireita, eri hoitomuotoja ja niiden vaikutusta naisen elämään. Lisäksi kävimme läpi vaihdevuosi-ikä ja siihen liittyviä hormonihoitaja sekä vaihtoehtoisia hoitomenetelmiä. Tutkimuksen lopussa analysoimme tutkimuksemme vastauksia, pohdimme omaa ammatillista kasvuamme, työn luotettavuutta ja eettisyyttä sekä koko opinnäytetyöprosessia.

Opinnäytetyömme toteutettiin laadullisena tutkimuksena. Analysointimenetelmänä käytimme aineistolähtöistä sisällönanalyysimenetelmää. Opinnäytetyömme aineisto kerättiin Webropol-kyselynä endometrioosiyhdistyksen jäseniltä. Vastauksia saimme yhteensä kahdeksan.

Johtopäätöksenä tutkimuksessa oli, että endometrioosin aiheuttamat fyysiset kivut helpottuvat vaihdevuosi-ikään tultaessa ja sen aikana. Fyysisten kipujen helpottumisella oli myös selkeä vaikutus sosiaalisen kanssakäymisen parantumiseen. Myös psyykkisen hyvinvoinnin osalta oli tulkittavissa kehitystä parempaan, kun sairauden käsittelyyn ja hyväksyntään oli ollut tarpeeksi aikaa. Vaihdevuodet olivat kuitenkin tuoneet uusia haasteita naisten psyykkiseen hyvinvointiin. Suurimpana haasteena koettiin hormoniepätasapaino.

Asiasanat: Vaihdevuodet, endometrioosi, estrogeeni, kipu, kyselytutkimus

ABSTRACT

Paavola, Sofia and Raivio, Noora. Endometriosis and menopause. 72 p., 2 appendices. Language: Finnish. Autumn 2013. Diaconia University of Applied Sciences. Degree programme in Nursing, Option in Health Care. Degree: Public Health Nurse / Option in Nursing. Degree: Nurse.

Goal of this thesis was to investigate endometriosis and climacteric and how they affect each other. This thesis was made in co-operation with the Endometriosis association. Results of this thesis were intended for Endometriosis association and medical staff.

This thesis processed endometriosis, symptoms and treatment and how these are related to climacteric and medication. Sources of material were used such as books, surveys, science articles and the Internet. This thesis also included our qualitative survey's results, conclusions and discussions, as well as our survey's ethic and reliability.

This thesis was a qualitative survey. Method of analysis in this thesis was content analysis. Member of Endometriosis association were asked to answer a Webropol questionnaire. The questionnaire gave eight replies.

This thesis results were similar as in previous studies. However, some differences were found. The conclusion of this thesis was that women experienced physical pain during and after the climacteric. When the physical pain was milder, it also increased social welfare. Understanding and accepting the disease enhanced the women's psychological well-being. Climacteric caused different kinds of challenges to women's psychological well-being. The biggest challenge was the hormonal balance.

Key words: climacteric, endometriosis, estrogens, pain, survey

SISÄLLYS

1 JOHDANTO	7
2 ENDOMETRIOOSI	8
2.1 Endometrioosin oireet	9
2.2 Endometrioosin hoitomuodot.....	14
2.2.1 Endometrioosin lääkehoito.....	14
2.2.2 Endometrioosin leikkaushoito	20
2.2.3 Endometrioosissa käytettävät vaihtoehtoiset hoitomuodot	20
3 VAIHDEVUODET.....	26
3.1 Vaihdevuosien lääkehoito.....	26
3.2 Vaihdevuosiin käytettävät vaihtoehtoiset hoitomuodot	28
4 TUTKIMUSPROSESSI	29
4.1 Tutkimuksen tarkoitus ja tavoite	29
4.2 Tutkimusmenetelmä	30
4.3 Aineiston keruu ja kohderyhmä	33
4.4 Aineiston analyysi.....	35
5 TUTKIMUKSEN TULOKSET JA JOHTOPÄÄTÖKSET.....	38
5.1 Psykykinen hyvinvointi.....	38
5.2 Sosiaalinen hyvinvointi	39
5.3 Fyysinen hyvinvointi	40
5.4 Lääkehoito ja vaihtoehtoiset hoitomuodot	42
5.5 Johtopäätökset.....	43
6 TUTKIMUKSEN LUOTETTAVUUS JA EETTISYYS.....	48
6.1 Luotettavuus.....	48
6.2 Eettisyys	50
7 POHDINTA	56
7.1 Prosessin kulku	56
7.2 Ammatillisuus	58
LIITE 1. Saatekirje	67
LIITE 2. Kyselylomake	68

1 JOHDANTO

Opinnäytetyömme käsittelee vaihdevuosien vaikutuksia endometrioosiin. Endometrioosi on kohdun limakalvon sirottumatauti, joka muodostaa limakalvon tapaisia pesäkkeitä kohdun ulkopuolelle. Sitä sairastaa noin 10 % hedelmällisessä iässä olevaa naista. (Tiitinen 2012 a.) Vaihdevuodet ajoittuvat suomalaisilla naisilla noin 45–55 ikävuoden välille. Vaihdevuosien aikana munasarjojen toiminta vähenee ja lopulta loppuu. Samalla myös estrogeenihormonin eritysvähenee. (Tiitinen 2012 b.)

Opinnäytetyömme aihe tuli Endometrioosiyhdistys ry:n tarpeesta tuoda lisää tietoa vaihdevuosien vaikutuksista endometrioosia sairastaviin naisiin. Valitsimme tämän aiheen koska se herätti kiinnostusta meissä. Lisäksi koimme, että aiheesta on tarpeellista tuoda lisää tietoa, koska aiheesta on vähän suomenkielisiä tutkimuksia. Endometrioosi sairautena kuuluu naistentauteihin ja hoitotyön ammattilaisina kohtaamme työssämme säännöllisesti naisasiakkaita ja -potilaita.

Tällä opinnäytetyöllä pystymme tarjoamaan endometrioosia sairastaville ja aiheesta kiinnostuneille lisää tietoa vaihdevuosi-ikäisen vaikutuksista sairauteen. Tutkimuksellamme saadut tulokset tukevat pääosin vallitsevaa teoretista tietoa aiheesta. Tuloksista nousee esiin myös uutta tietoa, jota emme löytäneet aiemmista tutkimuksista. Opinnäytetyöllämme tuotamme myös lisää suomenkielistä materiaalia aiheesta. Opinnäytetyömme tarkoituksena on lisätä omaa ammatillista tietouttamme sairaudesta ja kykyä kohdata, hoitaa ja antaa tietoa endometrioosista ja vaihdevuosista naisille sairaanhoitajana ja terveydenhoitajana työskennellessämme.

2 ENDOMETRIOOSI

Endometrium on latinankielinen nimi kohdun limakalvolle. Endometrioosi on kohdun pesäkkeiden sirottumatauti, jossa kohdun limakalvon tapainen kudus on muodostanut pesäkkeitä kohdun ulkopuolelle. Sirottumia voi olla missä tahansa vatsaontelossa. Yleisin endometrioosin sijaintipaikka on munasarjoissa. Endometrioosi voi sijaita myös vatsaontelon ulkopuolella esimerkiksi emättimessä, mutta se on harvinaisempaa. Endometrioosin syntymekanismi on epäselvä, eikä sille ole parantavaa hoitoa. (Setälä, Härkki, Perheentupa, Heikkinen & Kauko 2009, 4141–4145; Guo 2012, 65–66.)

Endometrioosia esiintyy fertiili-ikäisillä eli hedelmällisessä iässä olevilla naisilla. Endometrioosin esiintyvyydestä on tehty useita tutkimuksia. Noin 10 %:a naisista on saanut endometrioosiin diagnoosin, mutta edelleen endometrioosi on ali-diagnosoitu sairaus. Endometrioosi voi aiheuttaa lapsettomuutta, ja noin puolet endometrioosia sairastavista kärsii lapsettomuudesta. (Härkki 2006, 1869–1870.)

Limakalvopesäkkeissä tapahtuu samanlaisia muutoksia kuin kohdun limakalvolla, koska ne toimivat estrogeenin vaikutuksesta. Kuukautisten aikaan pesäkkeet turpoavat ja muuttuvat verisiksi, ja ne tihkuvat samalla tavoin kuin kuukautisvuodossa. Endometrioosikudos voi sijaita paikassa, josta vuoto ei pääse ulos, esimerkiksi munasarjoissa. Silloin pesäkkeiden ympärille voi muodostua vanhan veren täyttämiä rakkuloita, joita kutsutaan suklaakystiksi. (Eskola & Suoranta 2002, 307–208.)

Estrogeeni on ryhmä naishormoneja, siihen kuuluvat estradioli, estroni ja estrioli. Ne vaikuttavat naisen sukupuolielinten kasvuun ja toimintaan sekä sukupuoliseen halukkuuteen. Lisäksi sen tarkoituksena on pitää yllä naisen luumassaa. Estrogeeniä tuottavat munasarjat, ja se erittyy kypsästä munarakkulasta. Lisäksi estrogeeniä erittyy rasvakudoksen tuottamana. (Bjälje, Haug, Sand, Sjaastad & Toverud 2009, 416–417.)

Endometrioosin loppumista vaihdevuosi-iässä on tutkittu vain vähän. Vähäisten tutkimusten mukaan endometrioosin oireet häviävät, kun nainen tulee vaihdevuosi-ikänsä. Noin 2 % endometrioosia sairastavista naisista sairastaa vielä vaihdevuosi-iässä endometrioosia. Kyseisillä henkilöillä endometrioosipesäkkeitä on esiintynyt munasarjoissa. (Oxholm, Knudsen, Kryger-Baggesen & Ravn 2007.)

2.1 Endometrioosin oireet

Endometrioosia epäillään, kun henkilöllä on siihen viittaavia oireita. Niitä ovat muun muassa kipu, vuotohäiriöt ja lapsettomuus. Oireiden ilmetessä tehdään gynekologinen tutkimus. Koska endometrioosipesäkkeet sijaitsevat yleensä vatsaontelossa, ainoa varma diagnoositapa on laparoskopia eli vatsaontelon tähytys. Laparoskopian yhteydessä olisi hyvä poistaa myös endometrioosipesäkkeet. (Setälä ym. 2009, 4143–4144.) Virtsaamis- ja ulostamiskipujen yhteydessä tehdään kystoskopia ja kolonoskopia eli virtsarakon ja paksusuolen tähytys (Härkki 2006, 1869–1870).

Endometrioosia sairastavilla naisilla voi ilmetä erilaisia vuotohäiriöitä. Kuukautiset voivat pitkittyä tai kuukautisten välissä voi esiintyä välivuotoja. Jos nainen kärsii hedelmättömyydestä, on syytä tutkia, onko naisella endometrioosi. Endometrioosi voi aiheuttaa lapsettomuutta, jos pesäkkeet ovat esteenä hedelmöitymiselle. (Hippeläinen 2001, 710.)

Ihminen ymmärretään hoitotyössä kokonaisvaltaisena, johon kuuluu fyysinen, psyykinen, sosiaalinen ja hengellinen kokonaisuus. Siinä ymmärretään, että jokainen osa-alue vaikuttaa toisiinsa. Sairaudet ja niiden oireet ovat sidoksissa jokaiseen osa-alueeseen. Hoitotyöntekijät työskentelevät eri alueilla terveydenhuollossa edistään ja hoitaen ihmisten terveyttä asiakaslähtöisesti. Hoitotyössä vaaditaan kykyä kuunnella, eläytyä ja ymmärtää ihmisten erilaisia sairauksia ja ongelmia. Hoitotyöntekijänä toimiminen vaatii lääketieteen, farmakologian, hoitotieteen ja terveystieteiden tiedon hallintaa ja niiden soveltamista hoitotyöhön. (Sairaanhoitajaliitto 2012.)

Endometrioosin oireet vaikuttavat naiseen kokonaisvaltaisesti ja voi aiheuttaa naisessa erilaisia tunteita ja pelkoja. Lisäksi gynekologinen sairaus vaikuttaa naisen itsetuntoon ja kokemukseen naiseudesta. Naisen tulee saada tarpeeksi tietoa sairaudestaan, terveydentilastaan ja hoitomahdollisuuksista sekä niiden vaikutuksesta elämään. Asiakkaan tai potilaan välillä tulisi hallita luottamuksellinen ja avoin yhteistyö. (Eskola&Hytönen 2002, 303–310.)

Yleisin oire endometrioosissa on kuukautisten aikana ja sitä ennen esiintyvät kivut. Kipu esiintyy kaikilla eri tavoin. Oireina voi olla alavatsakipua, pahoinvointia, oksentelua, väsymystä, huimausta, ripulia ja päänsärkyä. Alavatsakipu aiheutuu kohdun supistelusta, ja se voi säteillä alaselkään ja reisiin. (Härkki 2013; Adamson 2012, 82–83.) Endometrioosipesäkkeiden sijainnista riippuen oireina voi olla myös ulostamis- ja virtsaamiskipua sekä yhdyntäkipua. Lisäksi endometrioosi voi aiheuttaa vuotohäiriöitä, mikä ilmenee yleensä tiputteluvuotona. (Tiitinen 2012 a.; Adamson 2012, 82–83.)

Kivut esiintyvät jokaisella kuukautiskierolla ja alkavat yleensä ennen kuukautisvuotoa. Särkylääkkeet ja ehkäisytabletit voivat helpottaa kipua, mutta eivät vie sitä kokonaan pois kaikilta. Joillekin endometrioosia sairastaville särkylääkkeet ja ehkäisytabletit ovat kuitenkin riittävä hoitomuoto. Kuukautiskivut voivat olla kovia ja aiheuttaa poissaoloja koulusta ja töistä. Endometrioosipesäkkeet voivat sijaita munanjohtimissa, emättimessä tai paksusuolella. Riippuen endometrioosipesäkkeiden olinpaikasta kipua voi esiintyä virtsatessa, ulostaessa tai yhdynnässä. (Setälä ym. 2009, 4141–4145.)

Kansainvälisen kivuntutkimusyhdistyksen määritelmän mukaan *”kipu on epämiellyttävä sensorinen tai emotionaalinen kokemus, joka liittyy tapahtuneeseen tai mahdolliseen kudosvaurioon tai jota kuvataan kudosvaurioon tavoin”* (Salanterä, Hagelberg, Kauppila & Närhi 2006, 7). Kipu vaikuttaa henkilön psyykkiseen, fyysiseen ja sosiaaliseen hyvinvointiin. Kivun kokeminen ja siitä puhuminen on yksilöllistä. Siihen vaikuttavat muun muassa aikaisemmat kipukokemukset, ikä, kehitystaso, sukupuoli, persoonallisuus, kulttuuri sekä sosiaaliset suhteet.

Jokainen ihminen voi tuntea kipua, vaikka ei sitä pysty sanallisesti kertomaan. (Salanterä, Hagelberg, Kauppila & Närhi 2006, 7.)

Kipu jaetaan krooniseen ja akuuttiin kipuun. Akuutti kipu on kehon viestintää, ettei elimistössä ole kaikki kunnossa. Sitä esiintyy yleensä ulkoisen vamman vuoksi, mikä helpottaa paranemisen ja kipulääkkeiden myötä. (Suomen kivunhoitoyhdistys i.a.) Kroonisella kivulla tarkoitetaan pitkäaikaista kipua, joka on jatkunut yli kuusi kuukautta tai kipua aiheuttava sairaus jatkuu. Krooninen kipu johtuu hermovauriosta tai kudospainovauriosta. (Paakkari 2013.)

Hoitotyön tavoitteena on kivuton potilas ja kivun syyn selvittäminen. Kuitenkin kroonisesta kiputilasta sairastavan kohdalla hoidon tavoitteeksi voidaan asettaa kivun ja kärsimyksen lievittyminen, toimintakyvyn koheneminen ja hyvä elämänlaatu. Potilaan kroonisen kiputilan hoito on pitkäaikainen prosessi ja koko hoitoprosessin ajan tulisi arvioida potilaan toimintakyvyn palautumista, koska se on keskeinen osa hoitoa ja kuntoutusta. (Suomen kivuntutkimusyhdistys 2008, 1.)

Pitkäaikaisesta kivusta kärsivää potilasta hoidetaan moniammatillisesti. Siksi on tärkeää, että hoitoon osallistuvien tavoitteet olisivat yhteneväiset ja selkeästi määritellyt. Potilasta hoidetaan kokonaisvaltaisesti eli huomioiden hänet fyysisesti, psyykkisesti ja sosiaalisesti. (Haapalainen 2013a.)

Hoidon suunnittelussa on tärkeää saada potilaan oma kuvaus kiputilanteestaan. Lisäksi hoitajan on havainnoitava potilasta, esiintyykö hänellä kipureaktioita kuten akuutissa kivussa verenpaineen ja pulssin nousua, silmäterien laajenemista, ihon kalpeutta ja kylmänhikisyyttä, oksentelua tai pahoinvointia, lihasten jäykistymistä, kasvojen kurtistamista, kipeän kohdan hieromista, levottomuutta, paikallaanoloa tai yhdessä asennossa olemista. Nämä kipureaktiot liittyvät yleensä akuuttiin kipuun. Hoitaja voi myös mitata kipua esim. verenpaineen mittaamisella sekä erilaisilla kipumittareilla, kipujanoilla ja kipusanastoilla. (Haapalainen 2013a.)

Hoitoympäristön huomioiminen, mielikuvien käyttö ja erilaiset hoitomuodot ovat hyväksi havaittuja kipupotilaan hoitotyön menetelmiä. Potilaan kivun hoidossa

hoitaja voi kiinnittää huomiota potilaan fyysiseen ympäristöön. Tärkeitä asioita, joita hoitaja voi huomioida ympäristön osalta, ovat huoneen viihtyisyys, valaistus, äänet ja lämpötila. Omalla asenteellaan ja huumorin käytöllä hoitotyössä hoitaja voi kääntää potilaan ajatukset pois kivusta. Erilaiset lämpöhoidot, hieronta ja rentouttaminen voivat auttaa kipuun. (Haapalainen 2013a.)

Kroonisen kiputilan oireisiin liittyy usein masennusta, ahdistuneisuutta, ärtyneisyyttä, syyllisyyttä, univaikeuksia sekä muisti- ja keskittymisvaikeuksia (Haapalainen 2013b). Hoitotyön tarvetta määriteltäessä on huomioitava, että krooninen kipu vaikuttaa laajasti potilaan toimintakykyyn. Hoitotyötä tehdessä hoitajan on osattava havainnoida ja arvioida, miten kiputilat vaikuttava potilaan toimintakykyyn. Hoitaja voi käyttää apuna myös depressiomittareita kuten DEPS ja Beck sekä yleisiä terveyteen liittyviä elämänlaatumittareita muun muassa RANDia. Lisäksi hoitaja voi käyttää apuna omaisten arviota kivun vaikutuksista potilaaseen. (Kankkunen; Nousiainen & Kylmä 2009, 13.) Hoitajan on tuettava ja autettava potilasta löytämään omat voimavaransa ja selviytymiskeinonsa (Haapalainen 2013b).

Krooninen kiputila voi myös haitata potilaan sosiaalisia suhteita. Se voi vaikuttaa alentamalla potilaan työkykyä tai aiheuttaa työkyvyttömyyttä. Tämä puolestaan voi johtaa taloudellisiin ongelmiin, sosiaalisten suhteiden vähenemiseen ja epävarmuuteen tulevaisuutta ajatellen. Lisäksi potilas ei välttämättä pysty vapaa-ajalla samanlaisiin toimintoihin kuin aikaisemmin muun muassa entisiin harrastuksiinsa ja uusien harrastusten löytäminen voi olla vaikeaa. Ihmissuhteet voivat myös vähentyä, koska niitä voi olla vaikea ylläpitää. Nämä kaikki voivat aiheuttaa potilaassa syrjäytymistä, koska kipu rajoittaa ja estää potilasta osallistumasta aikaisemmin onnistuneisiin jokapäiväisiin toimintoihin. (Haapalainen 2013b.)

Hoitotyön arvioinnissa tärkeää on, että endometrioosia sairastavan potilaan kiputilan voimakkuus ja sen vaikuttaminen potilaan toimintakykyyn ja elämänlaatuun on arvioitu hoidon alussa. Näin saadaan vertailukohta sille, onko potilaan saama hoito tehonnut hoitajakson aikana hänen kiputiloihinsa ja onko sillä ollut vaikutusta parantavasti hänen toimintakykyynsä ja elämänlaatuunsa. Lisäksi on

tärkeää kuulla myös potilaan oma subjektiivinen kokemus siitä, kokeeko hän, että hoito on auttanut. (Suomen kivuntutkimusyhdistys 2008, 3.)

Eloranta on tehnyt pro-gradu-tutkielmansa kroonisen kivun vaikutuksesta elämään. Tutkielmassaan hän on teemahaastatellut seitsemää henkilöä, jotka kärsivät kroonisesta kivusta. Sukupuolijakauma on kaksi miestä ja viisi naista. Tutkielmassa tulee esille, että kipu on subjektiivinen, omakohtainen tulkinta. (Eloranta 2002, 30–33.)

Suurin osa haastateltavista Elorannan gradussa tiesi, että kivun syy on sairaudessa. Kivun ilmaiseminen toisille ihmisille oli vaikeaa, ja osa haastateltavista oli salaillut todellista kipua. Haastateltavien läheiset kuitenkin olivat nähneet läheisensä kivun ja tuskan sekä ymmärtäneet sen vaikutuksen elämään. Arkielämässä kipu näkyy monin eri tavoin. Se vaikuttaa parisuhteeseen, lapsiin ja ystävyys-suhteisiin. Vapaa-aika lisääntyi, kun haastateltavat olivat joutuneet luopumaan harrastuksistaan ja sairauslomat olivat lisääntyneet. Näiden vaikutuksesta myös psyykinen hyvinvointi oli haastateltavilla muuttunut. Lisäksi siihen oli vaikuttanut kova kipu ja turhautuminen. Kivun pois saaminen omasta mielestä edes hetkeksi oli koettu tärkeäksi ja oman mielihyvän tuottaminen oli myös tärkeää tulosten mukaan. Henkilöt olivat kokeilleet useita kipulääkkeitä ja vaihtoehtoisia hoitomenetelmiä. Osa kokeiluista oli auttanut. Suurin pelko haastateltavilla oli kipulääkeoravanpyörään joutuminen. (Eloranta 2002, 32–39.)

Hoitamaton kipu aiheuttaa monia fyysisiä ongelmia potilaan elintoiminnoissa. Sydän- ja verenkiertoelimistössä sydämen syke ja verenpaine nousevat. Tämä altistaa sydämen rytmihäiriöille ja laskimotukoksille. Kipu vaikuttaa hengitykseen kiihdyttämällä hengitystaajuutta ja heikentämällä keuhkotuuletusta. Ruuansulatus ja aineenvaihdunta hidastuvat kivun ollessa hoitamattomana pitkään. Kivun vaikuttaessa elintoimintoihin se vaikuttaa myös päivittäiseen toimintaan. (Salanterä ym. 2006 76–77.)

Kipu voi hallita jokapäiväistä elämää ja vaikuttaa sosiaaliseen hyvinvointiin. Kivusta kärsivä tarvitsee sosiaalista tukea läheisiltä ja ammattiauttajilta. Sosiaali-

sen tuen teho on kaksivaikutteista. Se vahvistaa henkilön identiteettiä ja auttaa selviytymään stressitilanteissa. (Salanterä ym. 2006, 23.)

Kivun hoitotyön lähtökohtana on potilaan kuunteleminen, koska potilas on kumpunkin paras asiantuntija. Kivun hoitotyön laatua voidaan parantaa moniammatillisella yhteistyöllä, jossa on eri alan asiantuntijoita auttamassa potilasta. Kivun hoidon kulmakiviä ovat henkilökunnan koulutus, potilasohjauksen taito, kivunhoitomenetelmien kehittäminen, kivun mittaaminen ja seuranta, hoidon tulosten seuranta ja arviointi sekä tutkimustyö. (Salanterä ym. 2006, 66–67.)

2.2 Endometrioosin hoitomuodot

Endometrioosiin ei ole parantavaa hoitoa, mutta eri menetelmillä voidaan vähentää oireita ja parantaa elämänlaatua. Lääkehoidossa käytettävät lääkkeet ovat hormonaalisia lääkkeitä ja niitä käytetään myös ehkäisylääkkeinä. Hormonihoidolla pyritään vähentämään estrogeenin stimuloivaa vaikutusta endometriosipesäkkeessä ja näin pienentämään pidemmän ajan kuluessa endometriosipesäkkeitä. Tämä pohjautuu ajatukseen, että endometriosikudos reagoi kuten kohdun limakalvo. Endometrioosin lääkehoito voidaan aloittaa oirekuvan pohjalta ja sitä voidaan jatkaa ilman laparoskopiatutkimusta lääkityksen auttaessa oireisiin. Lääkkeet vaikuttavat ihmisiin yksilöllisesti ja sopivan lääkityksen löytäminen voi viedä aikaa. Lääkehoidon tulisi olla pitkäkestoista. (Härkki, Heikkinen & Setälä 2011, 1839.)

2.2.1 Endometrioosin lääkehoito

Anti-inflammatoriset analgeetit eli tulehduskipulääkkeet ovat eniten käytettyjä kipulääkkeitä. Niitä käytetään lievien ja kohtalaisten kiputilojen hoitoon. Niiden tärkein vaikutus perustuu anti-inflammatoriseen eli tulehdusoireita poistavaan vaikutukseen. Tällöin ne tehoavat kiputiloihin, joihin liittyy tulehdusreaktio. Tulehduskipulääkkeiden vaikutus kestää pitkäaikaisessakin hoidossa. Tulehduskipulääkkeitä ovat esimerkiksi asetyyylisalisyylihappo, ibuprofeini, ketoprofeini ja

naprokseeni. Tulehduskipulääkkeet sopivat myös kuumelääkkeiksi niiden anti-pyreettisen eli kuumetta alentavan vaikutuksen takia. (Nurminen 2011, 290–291.)

Tulehduskipulääkkeitä eli NSAID-lääkkeitä käytetään endometrioosin hoidossa kuukautisten aikaisiin kiputiloihin. Prostaglandiinia kehittyy kohdussa kuukautisten aikana. Tulehduskipulääkkeet estävät sen muodostumista kohdussa. Tulehduskipulääkkeet sopivat myös endometrioosin hoidossa käytetyn laparoskopisen leikkaushoidon jälkeiseen kivunhoitoon. Leikkauksen aikana kudosaärsyyntyy ja alkaa erittää runsaasti prostaglandiinia. Tämä on osasyynä leikkauksen jälkeiseen kiputilaan. (Evans 2006, 63; Johnson 2012, 344–346.)

Tulehduskipulääkkeiden vaikutus perustuu prostaglandiinin muodostumisen estämiseen elimistössä. Solukalvoilla on arakidoni-happoa, joka yhdessä syklooksygenaasi (COX) entsyymin kanssa muodostaa prostaglandiinia. Prostaglandiini on kudoshormoneihin kuuluva tyydyttämätön rasvahappo. COX-entsyymejä on lähes kaikissa elimistön soluissa ja niitä on kahta tyyppiä: COX-1:stä ja COX-2:sta. COX-1-entsyymi vastaa fysiologisesta prostaglandiinituotannosta, jossa muodostuu muun muassa mahalaukun limakalvoja suojaavaa prostaglandiinia. COX-2-entsyymi toimii tulehdusreaktioissa sekä muodostaa haitallisia prostaglandiineja, jotka muun muassa herkistävät hermopäitä kivulle. Tulehduskipulääkkeet vaikuttavat estämällä molempien COX-entsyymien toimintaa. COX-2-entsyymin esto rauhoittaa tulehdusreaktioita mutta haittavaikutuksena se estää COX-1-entsyymin toimintaa, joka voi aiheuttaa mahasuolikanavan oireita. On kehitetty myös COX-2-selektiivisiä lääkeaineita, jotka vaikuttavat vain COX-2-entsyymiin ja tavoitteena onkin tulehduskipulääkkeiden haittavaikutusten vähentäminen. (Nurminen 2011, 292–293.)

Kivun lievityksessä tulehduskipulääkkeillä on selkeä enimmäisvaikutus, joten annoksen kasvaessa on hyvin todennäköistä, että vain haittavaikutukset kasvavat. Tulehduskipulääkkeillä esiintyy runsaasti haittavaikutuksia. Tavallisimpia ovat ruoansulatuskanavan oireet kuten pahoinvointi, oksentelu, vatsakipu ja närästys. Etenkin pitkäaikaiskäytössä ne voivat aiheuttaa ulkustaudin eli mahalaukun limakalvolle haavaumia. Haittavaikutuksina voivat esiintyä myös allergi-

set reaktiot, esimerkiksi nuha, tukkoinen nenä ja iho-oireet. Tulehduskipulääkkeet voivat aiheuttaa myös särkylääkepäänsärkyä jatkuvasti käytettyinä. Hoitona tähän on kipulääkkeiden käytön lopettaminen. Muina haittavaikutuksina voi esiintyä huimausta, turvotuksia ja munuaisten verenkierron heikkenemistä, mikä voi johtaa munuaisvaurioon. (Nurminen 2011, 290, 293–295.)

Keskushermostoon vaikuttavia kipulääkkeitä kutsutaan opioideiksi eli euforisoiviksi analgeeteiksi. Ne ovat voimakkaimpia käytössä olevia kipulääkkeitä, joiden vaikutus perustuu siihen, että ne estävät kivun välittymistä aivoissa ja selkäytimessä. Kivun lievityksen lisäksi kyseiset lääkkeet saavat aikaan euforian eli voimakkaan hyvänolontunteen sekä vähentävät tuskaisuutta ja ahdistuneisuutta. Pitkäaikaisessa käytössä euforisoivat analgeetit voivat aiheuttaa voimakkaan riippuvuuden. Käytön lopettamisen jälkeen vieroitusoireina voi esiintyä hikoilua, ahdistuneisuutta, sydämentykytystä ja vapinaa. Lisäksi pitkäaikaisessa käytössä euforisoivat kipulääkkeet kehittävät toleranssin, jolloin kyseinen lääke menettää tehoaan, joka johtaa annoksen suurentamistarpeeseen. (Nurminen 2011, 297–298.)

Heikkoihin opioideihin luetaan kuuluvaksi tramadoli eli muun muassa kauppanimeltään Tramal, joka soveltuu keskivaikeiden ja vaikeiden kiputilojen hoitoon. Tramadoli vaikuttaa opioidijärjestelmän lisäksi myös keskushermoston serotoniini- ja noradrenaliinijärjestelmän kautta. Haittavaikutuksina saattaa esiintyä pahoinvointia, huimausta, päänsärkyä ja väsymystä. Tramadoli aiheuttaa vähemmän riippuvuutta kuin vahvat opioidit. Vahvoihin opioideihin kuuluu oksikodoni esimerkiksi kauppanimeltään Oxynorm. Sen haittavaikutuksina saattaa esiintyä hengityksen, verenkierron ja yskänrefleksin lamaantumista, ummetusta, pahoinvointia ja oksentelua. Lääkeyhdistelmänä kivun hoidossa voidaan myös käyttää tulehduskipulääkkeitä ja euforisoivia kipulääkkeitä, jotka vaikuttavat kivunjärjestelmän eri osiin ja niiden on tutkittu lisäävän toistensa vaikutusta. Yksi tällainen särkylääkeyhdistelmä on parasetamoli ja kodeiini eli kauppanimeltään Panacod. (Nurminen 2011, 297, 299, 302.)

Endometriosisin hoidossa yhdistelmäehkäisytabletteja käytetään muun muassa estämään ovulaatio, jolloin prostaglandiinia erittyy vähemmän ja sen aiheutta-

mat kivut vähenevät. Lisäksi yhdistelmäehkäisytabletteja käyttämällä kuukautisia voidaan säännöstellä ja siirtää, jolloin endometrioosia sairastava nainen kärsii vähemmän kuukautisten aikana ilmenevästä kivusta. (Evans 2006, 79; Horne & Critchley 2012, 351–352.) Australialaisen tutkimuksen mukaan yli viisi vuotta yhdistelmäehkäisytabletteja käyttäneillä naisilla on todettu 30 %:a pienempi mahdollisuus sairastua endometrioosiin, kuin naisilla, jotka eivät käytä yhdistelmäehkäisytabletteja (Evans 2006, 79).

Yhdistelmäehkäisytabletit koostuvat progestiinista ja estrogeenista. Ehkäisyvalmisteiden estrogeenina on normaalisti synteettinen etinyyliestradioli mutta markkinoilla on myös luonnollista estrogeenia eli estradiolia. Progestiineina ehkäisytableteissa voi olla levonorgestreeliä, desogestreeliä, gestodeeniä, syproterona ja dienogestia. Aivolisäkkeen gonadotropiinin erityös estyy käytettäessä estrogeenia sisältäviä yhdistelmäehkäisytabletteja. Tämä estää munasolun irtoamista munasarjasta eli ovulaation tapahtumista. (Nurminen 2011, 422.) Tällöin ne estävät kohdun limakalvon- ja endometriosipesäkkeiden kasvua (Härkki ym. 2011). Tästä syystä yhdistelmäehkäisytablettien teho on parempi kuin minipillereiden. Ehkäisytehoa voi huonontaa ripuli ja oksentelu, jolloin tabletin sisältämää hormonia ei imeydy ruoansulatuskanavasta riittävästi. Ehkäisytehoon vaikuttaa myös, jos tabletti unohdetaan ottaa ja tauko kasvaa liian pitkäksi tai käytetään samanaikaisesti maksa–aineenvaihduntaa kiihdyttäviä valmisteita. (Nurminen 2011, 422.)

Joidenkin yhdistelmäehkäisytablettien on todettu myös auttavan premenstruaalioireyhtymään eli PMS-oireisiin, joita voi esiintyä ennen kuukautisia. Lisäksi yhdistelmätabletteja käyttävillä naisilla on todettu vähemmän munasarjasyöpää, kohdun limakalvon syöpää, hyvänlaatuisia rintarauhasen sairauksia ja munasarjan toiminnallisia rakkuloita. Haittavaikutuksina yhdistelmäehkäisytablettien käytössä voi esiintyä esimerkiksi pahoinvointia, painon nousua, turvotuksia ja ärtyisyyttä. Pahimpina haittavaikutuksina voi ilmetä verisuonitukos, sydäninfarkti tai aivohalvaus. (Nurminen 2011, 422–423.)

Minipillereitä käytetään endometrioosin hoidossa kuukautisten siirtoon ja ovulaation pysäyttämiseen, jolloin myös kuukautisten aikainen kipu vähenee. Li-

säksi minipillerit tekevät endometriosipesäkkeistä vähemmän aktiivisia. (Evans 2006, 75–76.) Minipillerit sisältävät keltarauhashormonia eli progestiinia. Minipillerit sopivat ehkäisyvaihtoehdoksi kaikenikäisille naisille. Minipillerit muuttavat kohdunsuun liman siittiöitä läpäisemättömäksi sekä vaikuttavat kohdun limakalvoon siten, että hedelmöittyneen munasolun on vaikea kiinnittyä siihen. Haittavaikutuksina saattaa esiintyä pitkittyneitä kuukautisvuotoja ja välivuotoja sekä turvotuksia, hiusten ja ihon rasvoittumista sekä aknea. Raskaana olevat ja maksasairauksista kärsivät eivät voi käyttää minipillereitä. (Nurminen 2011, 421.)

Endometriosia sairastavilla naisilla hormonikierukka vähentää kuukautisia ja samalla helpottaa kuukautisten aikaisia kipuja. Italialaisen tutkimuksen mukaan naiset, joille on asennettu hormonikierukka laparoskopisen toimenpiteen yhteydessä, kärsivät vähemmän toimenpiteen jälkeen kivuista. Naiset, joille ei ole asennettu hormonikierukkaa toimenpiteen yhteydessä kärsivät kovemmista kivuista. (Evans 2006, 77–78.)

Hormonikierukka on yksi ehkäisyvaihtoehto. Hormonikierukka vapauttaa keltarauhashormonia, ja pienen hormonimäärän takia vaikutus on paikallinen, jolloin se kohdistuu ainoastaan kohdun limakalvoon. Hormonikierukka sopii hyvin naisille, joilla on runsaat kuukautiset koska se vähentää kuukautisvuodon määrää. Tiputteluvuotoa voi esiintyä ensimmäisten kuukautisten aikana. Vaihde- ja tasannevuosien aikana hormonikierukkaa voidaan käyttää myös estrogeenikorvaushoitoon liitettävänä keltarauhashormonihoitona. (Nurminen 2011, 421–422.)

Endometriosin hoidossa GnRH-analogeja käytettäessä kuukautiset loppuvat, jolloin kuukautisten aikaiset kivut helpottuvat. Tilaa kutsutaan lääkkeelliseksi menopausiksi. Se aiheuttaa käyttäjälle vaihdevuosisoireita ja luuston haurastumista. Endometriosin leikkaushoidon jälkeen GnRH-analogit ovat yksi lääkitysvaihtoehto, mutta se ei ole parantava hoito. Lääkityksen lopettamisen jälkeen, jäljelle jääneet endometriosipesäkkeet aktivoituvat usein puolen vuoden sisällä ja kivut palaavat. (Evans 2006, 69–70; Härkki ym. 2011.)

Gonadotropiinin vapauttajahormonia eli GnRH:ta erittyy aivojen hypotalamuksesta. GnRH:n johdannaista käytetään naisilla muun muassa rintasyövän hoidossa. GnRH-analogeja ovat esimerkiksi leuproreliini ja triptoreliini. Ne annetaan joka neljäs viikko ihonalaisena tai lihakseen pistettävänä pitkävaikutteisena injektiona. Vatsan ihon alle asetettavia implantteja ovat puolestaan busereliini ja gosereliini. Busereliiniä on myös nenäsumutteena. GnRH-analogien vaikutus perustuu aivolisäkkeen gonadotropiinin erityksen vähentämiseen. Tämän seurauksena sukupuolirauhasten estrogeenituotanto heikkenee eli syntyy kemiallinen kastratio. Haittavaikutuksena hoidon alussa gonadotropiinin muodostuminen lisääntyy, jolloin estrogeenia erittyy normaalia enemmän. (Nurminen 2011, 383–384.)

Endometriosipesäkkeet tarvitsevat estrogeeniä selviytyäkseen. Osa estrogeenistä syntyy munasarjoissa ja osan estrogeenistä endometriosipesäkkeet tuottavat itse. Endometriosipesäkkeet tarvitsevat estrogeenin tuottamiseen aromataasientsyymiä, jolla se muuttaa muita hormoneja estrogeeniksi. Tällöin endometriosipesäkkeet voivat jatkaa kasvuaan ja kehittää omia estrogeenivaroja. Tämän vuoksi munasarjojen poisto ei välttämättä auta endometriosipesäkkeiden häviämiseen. Käyttämällä aromataasin estäjiä pystytään estämään endometriosipesäkkeiden oma estrogeenin tuotanto. Aromataasin estäjiä on ennen suositeltu vaihdevuosi-ikä yrittäneille naisille, mutta nykyään niitä käyttävät myös fertiili-ikäiset naiset. (Evans 2006, 85; Bulun ym. 2012, 357–360.)

Vaihdevuosien jälkeen estrogeenia muodostuu pääosin lisämunuaisen tuottamista androgeeneista. Aromataasin estäjät vaikuttavat estämällä androgeenin muuttumista estrogeeniksi. Anastrotsoli ja letrotsoli ovat muun muassa aromataasin estäjiä. Haittavaikutuksena voi esiintyä kuumia aaltoja ja pahoinvointia sekä luuston haurastumista, jonka vuoksi D-vitamiinin ja kalsiumin saannista on huolehdittava. (Nurminen 2011, 384.)

2.2.2 Endometrioosin leikkaushoito

Leikkaushoitoa suositellaan, jos endometrioosin oireet eivät pysy pois lääkehoidolla. Leikkaushoidon tavoitteena on poistaa endometriosipesäkkeet eli palauttaa normaali anatomia. Leikkaushoidolla pyritään säilyttämään hedelmällisyys ja parantamaan elämänlaatua. Leikkaus tehdään yleensä laparoskopiana eli vatsantalon tähytysleikkauksena. Toinen leikkausvaihtoehto on laparostomia eli vatsan avoleikkaus. Endometrioosin oireet voivat jatkua tai uusiutua leikkauksen jälkeen. Noin puolet leikkaushoidon saaneista sairastuu uudestaan endometrioosiin kymmenen vuoden sisällä, syinä siihen ovat nuori-ikä ja epätäydellinen endometriosipesäkkeiden poisto. (Härkki ym. 2011, 1842; Lam, Bignardi & Khong 2012, 387–389.)

Leikkaushoidossa poistetaan endometriosipesäkkeitä ja samalla varmistutaan sairauden diagnoosista. Radikaalileikkaus eli perusteellinen kohdun ja munasarjojen poistoleikkaus ei ole hoitovaihtoehto, jos samalla ei poisteta kaikkia endometriosipesäkkeitä vatsan alueelta. Radikaalileikkausta voidaan suunnitella, jos henkilö ei halua enää tulla raskaaksi ja endometrioosin aiheuttavat kivut eivät helpota millään muilla hoitovaihtoehdoilla. (Härkki ym. 2011, 1842.)

2.2.3 Endometrioosissa käytettävät vaihtoehtoiset hoitomuodot

Vaihtoehtoisilla hoitomuodoilla tarkoitetaan tieteellisen tutkimuksen ulkopuolelle jääviä hoitomuotoja (Duodecim i.a.). Virallinen lääketiede ei hyväksy kaikkia vaihtoehtoisia hoitomuotoja, koska niistä ei ole tieteellistä näyttöä. Vaihtoehtoisista hoitomuodoista saatu hyöty koetaan subjektiivisesti, eivätkä kaikki hyödy niistä. (Lampinen & Haapio 2000, 228–229.) Lisäksi Suomessa on hyvin erilaisia ja eritasoisia vaihtoehtohoitomuotoja ja niiden harjoittajia, mikä osaltaan vaikuttaa vaihtoehtohoitomuotojen luotettavuuteen (Lampinen 2000, 242). Vaihtoehtoisissa hoitomuodoissa ollaan kiinnostuneita ihmisestä, hänen terveydestään ja oireista kokonaisuutena. Sitä toteutetaan asiakkaan voimavaroihin tukeutuen. (Lampinen & Haapio 2000, 228–229.) Potilaan asemaa ja oikeutta

koskevan lain mukaan jokaisella on oikeus hyvään ja turvalliseen hoitoon sekä oikeus valita omat hoitomuodot (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992). Suomessa ei ole tehty säännöksiä ja määräyksiä vaihtoehtoisista hoitomuodoista eikä niiden harjoittajia valvota. Osa vaihtoehtohoidoista on hyväksytty virallisesti terveydenhuoltoon ja ne ovat Kansaneläkelaitoksen hoitokorvausluettelossa. (Lampinen & Haapio 2000, 228–229.)

Akupunktio-sana tulee latinan kielen sanoista *acus* ja *puncture*, jotka tarkoittavat neulaa ja pistämistä. Akupunktio on vanha kiinalaisen lääketieteen hoitomuoto. Kiinalaisessa lääketieteessä huomioidaan terveyteen vaikuttavat ulkoiset ja sisäiset tekijät sekä yksilön ja ympäristön suhde. Akupunktio perustuu elämän energiaan, joka jakautuu kahteen toisiaan täydentävään energiaan. Elimistössä syntyy häiriötilanteita, kun toisiaan täydentävät energiat ovat epätasapainossa. (Suomen fysioterapeuttien akupunktuuri yhdistys ry i.a.)

Akupunktiolla helpotetaan kipua, särkyä ja kehon rentoutumista. Suomessa koulutetaan fysioterapeutteja ja hoitohenkilökuntaa akupunktuurin toteuttamiseen. (Suomen fysioterapeuttien akupunktuuriyhdistys ry, i.a.) Hoito ei tehoa yhdellä akupunktiokerralla. Suositeltavaa onkin, että hoito uusitaan kolmesta neljään kertaan viikon sisällä, jolloin se riittää hoidoksi. Kolmas osa akupunktuurin testaaajista ei reagoi akupunktuuriin ollenkaan. Kolmannes saa selvän helpotuksen akupunktuurista ja viimeisellä kolmanneksella ei ole mielipidettä tilan helpotukseen. (Junnila 2007.) Saarelma (2012) toteaa tutkimuksessaan, akupunktion vaikutuksen kuukautiskipuihin olevan todettua pienempi, lumehoitoa suurempi vaikutus. Ihmisen vartalossa on satoja akupunktiopisteitä, jotka vaikuttavat energiajärjestelmään. Akupunktiossa, haastattelun ja oireiden perusteella, neulat laitetaan tiettyihin akupunktiopisteisiin. Neulojen avulla elimistössä oleva energiaepätasapaino stimuloidaan tasapainoon. (Klassisen akupunktion yhdistys ry, i.a.)

Homeopatiaa on käytetty jo antiikin kreikan aikoina. Sen perusajatuksena on samankaltaisuus. Sillä tarkoitetaan että, homeopaattinen aine, joka suurina määrinä aiheuttaa sairauden tunnetta terveelle henkilölle voi pieninä annoksina tai molekyyliarajan ylittävänä annoksena parantaa oireita sairaalta henkilöltä.

Homeopaattiset lääkkeet ovat lääkekasvien osia tai mineraaleja. Homeopaattisessa hoidossa hoito aloitetaan anamneesin eli esitietojen keräämisellä. Anamneesin tekee homeopaatti eli homeopatiaan koulutettu henkilö. Lääkkeiden valintaan vaikuttavat kokonaiskäsitys siitä, mitä asiakas kertoo vaivastaan ja sen aiheuttamista tunteistaan homeopaatille. Homeopaattiset lääkkeet vaikuttavat yksilöllisesti, ja ne määrätään yksilöllisesti anamneesiin pohjautuen. Homeopaattisia lääkkeitä voidaan käyttää kaikkiin vaivoihin, joissa henkilön omat biologiset paranismekanismit voidaan aktivoida. Esimerkiksi flunssa, erilaiset säryt ja vatsavaivat voidaan hoitaa homeopaattisin lääkkein. Kroonisissa sairauksissa kuten gynekologisissa vaivoissa homeopatiaa voidaan käyttää täydentävänä hoitona. Homeopatia ei korvaa kirurgisia toimenpiteitä. Akuuttihoitoa vaativia sairauksia niillä ei voida hoitaa. (Helin 2004, 24–28.)

Aromaterapiassa eteeriset eli haihtuvat öljyt saavat aikaan rentouttavan ja hoitavan vaikutuksen. Sitä toteutetaan erilaisilla menetelmillä, esimerkiksi hieromalla, hauteilla ja kylvyillä. Lääkinnällistä aromaterapiaa toteuttavat lääkärit. Hoitoterapeutillisia eteerisiä öljyjä käytetään ulkoisesti ja sitä toteuttavat koulutetut hoitajat. Siinä kylmäpuristettu öljy sekoitetaan eteeriseen öljyyn, joka hierotaan iholle, tai eteerinen öljy hengitetään höyryhengityksen kautta. Sen on todettu poistavan lihasjännitystä ja turvotusta sekä psykososiaalisia ongelmia. Kosmeettisessa aromaterapiassa eteerisiä öljyjä käytetään kauneuden hoidossa. (Helin 2004, 12–13.) Eteeriset öljyt ovat tarkkaan määriteltäviä tietyistä kasvilajeista. Käytetyimpiä ja tunnetuimpia öljyjä ovat laventeli, kamomilla ja rosmariini. Aromaterapian tarkoituksena on edistää terveyttä ja estää sairauksia. (Luonnonlääketieteen keskusliitto Ikl ry, i.a.) Aromaterapian on todettu vaikuttavan naisten PMS-oireisiin ennen kuukautisia, jotka esiintyvät 2–14 päivää ennen vuoden alkua. PMS-oireista kärsii noin 85 %:a naisista. Oireita ovat muun muassa rintojen turvotus ja aristus, pääkipu, turvotus, painon nousu, ruuansulatushäiriöt, mielialavaihtelut ja väsymys. (West Coast Institute of aromatherapy i.a.)

Lämpö kivunhoitomenetelmänä on jo satoja vuosia vanha keino. Lämpö rentouttaa lihaksia ja vilkastuttaa verenkiertoa ja aineenvaihduntaa elimistössä. Lämpöhoito voidaan toteuttaa syvä- tai pintalämpöhoitona. Syvälämpöhoito to-

teutetaan ultraäänilaitteiden avulla. Pintalämpöhoito toteutetaan erilaisilla lämpöpakkauksilla sekä savi- ja parafiinihoidoilla. Lämpöhoitoa toteuttaa Suomessa koulutetut fysioterapeutit. Lämpöhoidon on todettu helpottavan lyhytkestoisesti kipua. (Pohjalainen 2009, 237.) Lämpöhoitoa voidaan toteuttaa myös itsehoitomenetelmin esimerkiksi erilaisilla lämpötyynyillä ja lämpöpakkauksilla. Sen vaikutuksesta verenkierto vilkastuu, aineenvaihdunta kiihtyy ja lihasjännitys laukeaa. Lämpöhoidossa käytettävän välineen lämpötila tulee olla 40–45 astetta. Kerralla lämpöhoitoa voidaan toteuttaa noin puoli tuntia. (Hoikka 2013.)

Vyöhyketerapialla voidaan hoitaa fyysistä ja psyykkistä terveyttä. Se on hyvin suosittu hoitomuoto kivunhoidossa. Vyöhyketerapia perustuu kehon eri alueiden ja elinten vyöhykkeiden aktivoimiseen. Nämä alueet sijaitsevat jalkapohjassa tai jalkapöydällä. Vyöhyketerapiaa toteuttaa koulutettu henkilö. (Suomen vyöhyketerapeutit ry 2010.) Vyöhyketerapialla on todettu olevan vaikutusta endometrioosia sairastavien naisten elämänlaatuun ja kivun hallintaan. Naiset ovat kokeneet vyöhyketerapiasta olleen suurinta apua seuraavina päivinä, jolloin fyysinen ja psyykinen kunto on ollut huomattavasti parempi. (Koivu, 2005.)

Rentoutuminen ei ole automaattinen reaktio, mutta jokainen ihminen tarvitsee sitä aika ajoin. Rentoutumisen estävät erilaiset syyt esimerkiksi rauhaton mieli, kipu ja sen lisääntymien, ajan puute sekä keskittymisvaikeudet. Rentoutumisen tavoitteena on passiivinen suhtautuminen mielessä oleviin asioihin. Rentoutumisen aikaansaamiseksi voidaan käyttää erilaisia tekniikoita. Saatavilla on erilaisia rentoutusäänitteitä, joissa ohjataan rentoutumaan. Niille tyypillisenä piirteenä on, että henkilö pystyy kohdistamaan mielensä tiettyyn asiaan, kuten hengitykseen tai mielikuvaan. Palleahengityksellä on todettu olevan myös vaikutusta rentoutumiseen. (Vainio, 2009.) Hyviä rentoutustekniikoita ovat muun muassa jooga ja meditaatio. Rentoutus auttaa myös kuukautisia edeltäviin PMS-oireisiin. Rentoutuksen aikana on mahdollista unohtaa perhe-elämän aiheuttamat huolet ja työstressi. Samalla naisella on mahdollisuus saada tunne-elämä takaisin kontrolliin. Lisäksi erilaisten ennen seksiä tehtävien rentoutustekniikoiden on todettu auttavan yhdynnän aikaiseen kipuun. (Evans 2006, 231, 236.)

Ihminen voi itse parantaa omaa hyvinvointiaan erilaisilla itsehoitomenetelmillä kuten liikunnalla ja ruokavaliolla sairaudesta huolimatta (Lampinen & Haapio 2000, 228–229). Suomalaisen käypä hoito - suosituksen mukaan 18–64-vuotiaille henkilöille suositellaan kohtuullisesti kuormittavaa kestävyysliikuntaa kaksi ja puoli tuntia viikossa tai raskasta liikuntaa tunnin ja vartin verran. Sen on todettu ehkäisevän sairauksia, helpottavan sairauksien hoitoa ja edistävän kuntoutumista. (Käypä hoito 2012.)

Liikunta kroonisen kivun hallinnassa on merkittävää. Se parantaa sekä fyysistä että psyykkistä hyvinvointia merkittävästi. Kivulla on kokonaisvaltainen vaikutus elämään, myös masennus ja alakuloisuus on mahdollista pitkittyneessä kiputilassa. Tutkimuksen mukaan liikunnan harrastaminen paransi psyykkistä terveyttä huomattavasti. (Pohjalainen, Orenius, Hurri & Haanpää 2010.)

Ruokavaliolla voidaan vähentää endometrioosin aiheuttamaa kipua. Estrogeenitasoon vaikuttavat tyydyttyneet rasvat ja alkoholi. Tällaisia ruokia tulisi välttää. Omega 3-rasvahapoilla on hidastava vaikutus prostaglandiinihormonin tuotantoon. Omega 3-rasvahappoja löytyy erityisesti kalasta. Kyseinen hormoni aiheuttaa kohdun supistelun. Ruokailurytmi on hyvä pitää tasaisena, joka takaa verensokerin tasapainon. Verensokerin ollessa tasapainossa kipukynnys ei pääse laskemaan. (Bricklin 2006, 34–36.)

Päivittäinen runsas kahvin juonti lisää estrogeenin tuotantoa jopa 70 %:lla. Hyvänä vaihtoehtona voidaan käyttää teetä, jossa on puolet vähemmän kofeiinia kuin kahvissa. Muina vaihtoehtoina voidaan pitää kofeiinitonta teetä ja kahvia tai yrttiteetä, mikäli halutaan pitää estrogeenitasot alhaisina. (Evans 2006, 253.)

Endometrioosia sairastavien naisten olisi hyvä välttää sokeripitoisia ruokia. Sokeripitoinen ruoka laittaa haiman tuottamaan insuliinia, kun tämä tapahtuu riittävän usein, syntyy insuliiniresistanssi. Insuliinin kasvu veressä lisää ruoan meno rasvasoluihin, mikä altistaa painon nousulle ja vaikeuttaa laihduttamista. Rasvasolut tuottavat estrogeenia aromataasientsyymien kanssa. Lisäksi insuliini kiihdyttää prostaglandinin tuotantoa ja näin lisää kiputiloja. Hiilihydraatteja vält-

tämällä voidaan siis vähentää endometriooasia sairastavan naisen kipuja. (Evans 2006, 261–262.)

Vaihtoehtoiset hoitomuodot näkevät ihmisen terveyden ja sairastumisen eritavalla kuin lääketiede. Lisäksi myös erilaisissa vaihtoehtohoidoissa vallitsee eriäviä käsityksiä ihmisestä, terveydestä ja sairastumisesta. Niitä yhdistää kuitenkin näkemys ihmisestä yhtenäisenä kokonaisuutena, jolla on voimavaroja. Vaihtoehtohoitoimuodoissa pidetään tärkeänä asiakkaan ja terapeutin subjektiivisuutta, eikä objektiivisuus ole edes tavoiteltavaa. (Lampinen 2000, 242.)

3 VAIHDEVUODET

Vaihdevuodet, latinaksi klimakterium, ovat naisen elämässä ajanjakso, jolloin naisen lisääntymiskyky loppuu. Vaihdevuosien aikana naisen kuukautiskierto loppuu ja sitä kutsutaan menopaussiksi. Suomalaisten naisten kuukautiset jäävät keskimäärin pois 45–52-vuotiaana. Vaihdevuodet voidaan jakaa kahteen osaan. Premenopaussilla tarkoitetaan menopaussia edeltäviä oireita ja postmenopaussilla tarkoitetaan menopaussin jälkeisiä vaihdevuosioireita. (Eskola & Hytönen 2002, 359.)

Vaihdevuosi-ikässä naisen munasarjat eivät tuota enää munasoluja, mikä mahdollistaisi hedelmöittymisen. Kypsien munarakkuloiden määrä vähenee ja samalla munasarjan tuottamat hormonit vähenevät. Munasarjan hormonituotantoa ohjaa aivoissa sijaitseva hypofysis. (Vihko 2004, 14–16.)

Vaihdevuosioireet johtuvat estrogeenin vähenemisestä elimistössä. Oireet alkavat ennen menopaussia ja jatkuvat muutaman vuoden menopaussin jälkeen. Voimakkaimmillaan oireet ovat menopaussin jälkeisinä vuosina. Jokaisen naisen kokemukset vaihdevuosista ja sen oireista ovat yksilölliset ja jokaisen elimistö reagoi vaihdevuosiin eri tavalla. Vaihdevuosioireita ovat hikoilu, kuumat aallot, unihäiriöt, emättimen limakalvon oheneminen, virtsaivaivat ja luumassan haurastuminen. (Tiitinen 2012 b.)

3.1 Vaihdevuosien lääkehoito

Kun naisen estrogeenituotanto loppuu, voidaan aloittaa estrogeenikorvaushoito. Se voidaan toteuttaa joko tabletteina, laastarina tai geelinä. Elimistön pääestrogeeni on ennen vaihdevuosi-ikää luonnollinen estrogeeni esimerkiksi estradioli, jota käytetään myös hormonikorvaushoidossa. Hormonikorvaushoitoon liitetään usein myös jaksottainen progestiini eli keltarauhashormonijohdos. Mikäli käytetään ainoastaan yhtäjaksoista estrogeenihoidoa, se saa aikaan kohdun limakalvon liikakasvua ja voi kehittää myöhemmin syntyvän kohdun runko-osan syö-

vän. Tähän voidaan vaikuttaa ottamalla jaksottainen progestiini osaksi hormonikorvaushoitoa. Progestiini saa aikaan kohdun limakalvon poistumisen kuu-
kautisten tavoin ja näin estää kohdun limakalvon liikakasvua ja syövän syntyä. Saatavilla on myös estrogeeni–progestiiniyhdistelmävalmisteita. Naisilla, joilla kohtu on poistettu, hormonikorvaushoidoksi riittää pelkkä estrogeenihoito. (Nurminen 2011, 427.) Hormonikorvaushoito lisää riskiä laskimotukokseen sekä keuhkoveritulppaan hoidon ensikuukausina. Pitkäaikaisessa käytössä hormonikorvaushoito lisää riskiä sairastua rintasyöpään ja munasarjasyöpään. (Javanainen 2007.)

Tällä hetkellä estrogeenihoito vaikuttaa parhaiten vaihdevuosi-ikään liittyviin kuumiin aaltoihin ja hikoiluun. Epätyypillisissä vaihdevuosisoireissa esimerkiksi unettomuudessa, ärtyneisyydessä, keskittymiskyvyn puutteessa, päänsäryssä ja mielialan vaihteluissa, ei ole todettu yhtä selvää näyttöä hormonikorvaushoidon tehosta. Estrogeeni estää osteoporoosin syntyä sekä ehkäisee murtumia. Lisäksi se saattaa vähentää riskiä sairastua verisuonisairauksiin, sydäninfarktiin ja paksusuolen syöpään. (Nurminen 2011, 427.)

Estrogeeni lievittää myös myöhäisvaiheen vaihdevuosisoireita kuten virtsaputken, virtsarakon ja emättimen limakalvojen haurastumista. Näihin oireisiin voidaan käyttää myös paikallisesti voiteena tai emätinpuikkona estriolia eli heikkoa estrogeeniä. Estrogeenikorvaushoidon haittavaikutuksina voi esiintyä rintojen aristusta ja turvotuksia sekä pitkäaikaisessa käytössä rintasyövän riski kasvaa. Estrogeeni–progestiiniyhdistelmähoidossa riski sairastua rintasyöpään on hie-
man korkeampi kuin pelkässä estrogeenihoidossa. Hormonikorvaushoidon lopettamisen jälkeen riski saada rintasyöpä pienenee. Estrogeenihoidon alussa, riski saada laskimotukos ja keuhkoveritulppa, on lisääntynyt. Naisella, jolla on ollut rinta- tai kohtusyöpä, selvittämätöntä verenvuotoa emättimestä, aktiivinen maksasairaus tai taipumus veritulppiin, ei tule aloittaa hormonikorvaushoitoa. (Nurminen 2011, 428.)

Vaihtoehtoisena lääkkeenä estrogeenin sijasta vaihdevuosisoireisiin voidaan käyttää hormonivalmiste tibolonia. Tibolonilla on samanlaisia vaikutuksia kuin estrogeenilla, keltarauhashormonilla ja mieshormoneilla. Se sisältää sekä est-

rogeenia että keltarauhashormonia, jolloin se ei aiheuta kohdun limakalvon paksunemista. Tiboloni ei myöskään saa aikaan kuukautisten kaltaista vuotoa mutta hoidon alussa voi esiintyä tiputteluvuotoa. Riski sairastua rintasyöpään on myös kasvanut tibolonia käytettäessä. (Nurminen 2011, 428–429.)

SERM-lääkkeisiin eli selektiivisiin estrogeenireseptorin muuntelijoihin kuuluvaa raloksifeenia käytetään osteoporoosin hoitoon ja ehkäisyyn. Se sopii estrogeenin vaihtoehdoksi silloin, kun ongelmana eivät ole enää vaihdevuosisoireet. SERM-lääkkeet vaikuttavat kudoksesta riippuen estrogeenin kaltaisesti tai estrogeenin vastavaikuttajana. Raloksifeeni ei pitkäaikaisessakaan käytössä aiheuta rintasyöpää. (Nurminen 2011, 429.)

3.2 Vaihdevuosiin käytettävät vaihtoehtoiset hoitomuodot

Vaihdevuodet ja sen oireet esiintyvät jokaisella naisella eri tavoin. Toimintaa haittaavista vaihdevuosisoireista kärsii joka toinen vaihdevuosi–ikäinen nainen. Tupakoivat ja ylipainoiset naiset kärsivät enemmän vaihdevuosisoireista. Estrogeenilääkityksen tiedetään auttavan oireisiin, mutta siihen liittyvät riskit ovat lisänneet tarvetta vaihtoehtoisille hoitomuodoille. (Luoto, Mikkola & Tomas 2012.)

Liikunnalla on todettu olevan positiivinen vaikutus vaihdevuosi–oireisiin. Se vähentää kuumien aaltojen määrää ja parantaa hyvinvointia eri osa–alueilla. Eri-tyisesti liikunta parantaa psyykkistä hyvinvointia. (Luoto ym. 2012.) On myös tutkittu, että rintasyöpäpotilailla, joilla ei voida käyttää estrogeenia vaihdevuosisoireisiin, on hyödytty pitkäkestoisesta akupunktiosta. Tutkimuksessa oli verrattu akupunktiota ja venlafaksiinilääkitystä rintasyöpäpotilailla vaihdevuosisoireisiin vuoden ajan. Venlafaksiini on lääkeaine, jota on käytetty vaihdevuosisoireiden kuten kuumien aaltojen ja yöhikoilun hoitona. Tuloksena todettiin, että akupunktio toimi lähes yhtä hyvin kuumiin aaltoihin kuin venlafaksiinilääkitys. Lisäksi akupunktion vaikutus oli pitempikestoinen ja se ei aiheutanut sivuvaikutuksia. (Walker ym. 2010, 634–640.)

4 TUTKIMUSPROSESSI

Tutkimusprosessiin kuuluu perehtyminen tutkittavaan aiheeseen ja suunnitelman laatiminen, tutkimuksen toteutus ja tutkimusselosteen laadinta. Tutkimusprosessi voidaan nähdä viisiportaisena kuvauksen, joka on tavanomaista empiirille tutkimukselle. Ensimmäisellä askelmalla valitaan tutkittava aihe ja rajataan se. Lisäksi laaditaan tutkimusaikataulu ja keskustellaan aiheesta tutkimusta ohjaavan ohjaajan kanssa. Toisella askelmalla etsitään teoretietoa tutkittavasta aiheesta ja kerätään aineistoa sekä tehdään siitä muistiinpanoja. Kolmas askelma sisältää aineiston tarkastelemista kriittisesti. Siinä arvioidaan aineiston sopivuutta ja hyödyllisyyttä tutkimuksen kannalta. Lisäksi karsitaan turha aineisto pois ja kerätään lisää sopivaa aineistoa tutkimukseen. Neljäs askelma pitää sisällään aineiston loogisen järjestämisen, analysoinnin ja tulkitsemisen. Lisäksi tehdään johtopäätökset. Viimeisessä askelmassa kirjoitetaan ja muokataan tekstiä sekä viimeistellään ja tarkistetaan tutkimus. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2013, 63–64.)

4.1 Tutkimuksen tarkoitus ja tavoite

Jokaisella tutkimuksella on tarkoitus ja päämäärä, joita tavoitellaan. Yleisimmät tutkimuksen tarkoitustyyppit ovat kartoittava, kuvaileva, selittävä ja ennustava. Yksi tutkimus voi sisältää useamman kuin yhden tarkoitustyyppin ja tutkimuksen tarkoitus voi vaihtua tutkimuksen edetessä. (Hirsjärvi ym. 2013, 137–139.)

Tutkimuskysymyksemme oli; miten vaihdevuosi-ikä vaikuttaa endometrioosia sairastaviin naisiin?

Kuvailevan tutkimuksen tavoitteena on esittää kuvauksia henkilöistä, tapahtumista tai tilanteista sekä dokumentoida ilmiöstä keskeisimmät piirteet (Hirsjärvi ym. 2013, 139). Opinnäytetyössämme tarkoituksenamme oli kuvailla, miten vaihdevuosi-ikä vaikuttaa endometrioosia sairastaviin naisiin. Olimme kiinnostuneita siitä, kuinka vastaajat kuvailevat endometrioosia sairautena ja vaihde-

vuosi-ien vaikutusta siihen. Selvitimme myös, löytyykö kyselymme vastausten pohjalta yhteneväisyyksiä ja eroavaisuuksia teorialtietoon verrattaessa. Lisäksi halusimme tietää, tukevatko löydökset vallitsevaa teorialtietoa. Tavoitteenamme oli tarjota Endometriosisyhdistykselle ja sen jäsenille tarkempaa tietoa endometriosisin ja vaihdevuosien yhteydestä.

4.2 Tutkimusmenetelmä

Tutkimusmenetelmänämme opinnäytetyössämme käytimme laadullista eli kvalitatiivista sekä empiiristä tutkimusta. Empiirisellä tarkoitetaan kokemusperäistä tutkimusta. Sitä kautta saimme parhaiten vastaukset tutkimuskysymykseemme. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa pyritään todellisuuden kuvaamiseen tutkittavasta aiheesta sekä tarkastelemaan sitä mahdollisimman monipuolisesti. Lisäksi tutkimuksestamme löytyi laadulliselle tutkimukselle tyypillisiä piirteitä, kuten haastattelut ja kohderyhmä valinta tarkoituksenmukaisesti sekä induktiivisen analyysin käyttö. (Hirsjärvi ym. 2013, 160–166.) Induktiivisella analyysillä tarkoitetaan etenemistä yksittäisistä havainnoista suurempiin kokonaisuuksiin. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006.)

Tutkimusta tehdessä tulee päättää millainen osuus teorialla on tutkimukseen. Vaihtoehtoina on esitetty kolme eri vaihtoehtoa, ne ovat teorialähtöinen, teoriasidonnainen tai aineistolähtöinen tutkimus. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006). Teorialähtöisessä tutkimuksessa tutkimuksen tekijä osoittaa teorialtiedolla näkökulmia, miten hän tutkittavaa asiaa lähestyy ja miten perustelee ratkaisujaan. Teorialtiedolla osoitetaan myös se, mihin suurempaan kokonaisuuteen tutkimus osoitetaan. (Virtuaaliammattikorkeakoulu 2010.) Käytimme opinnäytetyössämme teorialähtöistä tutkimusta. Kappaleissa kaksi ja kolme käsittelemme teorialtietoa, jonka pohjalta kyselylomakkeen kysymykset muotoutuivat.

Tutkimuskyselyn lomakkeen laadinta ja kysymysten tarkka suunnittelu tehostavat tutkimuksen onnistumista. Kyselyissä käytetään yleensä joko avoimia-, monivalinta- ja asteikkoihin perustuvia kysymyksiä yksistään tai yhdessä. Kvalitatiivisissa tutkimuksissa käytetään yleensä avoimia kysymyksiä. Myös monivalin-

takysymyksiä suositaan verkkokyselyissä. (Hirsjärvi ym. 2013, 202–203.) Omassa opinnäytetyössämme olimme käyttäneet avoimia- ja monivalintakysymyksiä. Avoimet kysymykset antavat vastaajan ilmaista itseään omin sanoin sekä kertoa, mikä on vastaajista tärkeää aiheen kannalta ja osoittaa vastaajien tunteiden voimakkuutta aiheeseen liittyen. Lisäksi avoimet kysymykset auttavat monivalintakysymysten vastausten tulkinnassa. Monivalintakysymysten avulla vastauksia pystyttiin vertailemaan mielekkäästi, lisäksi vastaajaa pystytään auttamaan tunnistamaan asia, jolloin vastaaminen on helpompaa sekä vastauksia on helpompi analysoida ja käsitellä tietokoneella. (Hirsjärvi ym. 2013, 198–201.)

Kyselylomakkeen laadinnassa tärkeitä asioita ovat kyselyn selvyys, tarkat kysymykset, lyhyet kysymykset, kysymysten määrä ja järjestys, kysymysten kaksoismerkitysten välttäminen sekä sanojen valinta ja käyttö (Hirsjärvi ym. 2013, 198–201). Olimme laatineet oman opinnäytetyökyselymme näiden ohjeiden perusteella. Pyrimme luomaan kyselystä mahdollisimman selvän ja välttämään epämääräisyyksiä kysymyksissä. Rajasimme kysymykset niin, etteivät ne olleet tulkinnanvaraisia vaan spesifisiä kysymyksiä tutkimusaiheestamme. Teimme kysymyksistä mahdollisimman lyhyitä, jotta vastaajan oli helppo ymmärtää ne. Sijoitimme kyselymme alkupuolelle yleiset kysymykset ja helpommin vastattavat kysymykset. Lisäksi ikäkysymyksen asettelimme niin, että valittavana oli ikäryhmä esimerkiksi 45–50, eikä tarkka ikä, sillä joillekin vastaajille tarkan iän ilmoittaminen voi olla arka aihe. Tarkentavat kysymykset laitoimme kyselyn loppupuolelle. Lisäksi tarkistimme vielä lopuksi, kuinka kauan kysely vie aikaa ja ettei kyselyssä ole liian paljon kysymyksiä. Kyselymme sanavalinnat muotoilimme myös niin, eivät ne ole ammattisanastoa vaan yleisesti ymmärrettäviä sekä tarkistimme, etteivät kysymykset ole johdattelevia (Liite 2.)

Kun olimme saaneet kysymykset valmiiksi, laadimme niistä lomakkeen. Pyrimme siihen, että se näytti helposti täytettävältä ja oli ulkoasultaan houkutteleva. Varmistimme myös, että avoimiin kysymyksiin oli riittävästi tilaa vastata. Saatekirjeessä kerroimme kyselymme tarkoituksen ja merkityksen vastaajille. Kerroimme millaisia kysymyksiä kyselylomakkeemme sisältää ja kuinka kauan kyselyyn vastaaminen kestää. Lisäksi ilmoitimme mihin mennessä vastaukset tu-

lee palauttaa ja mistä tutkimuksemme tulokset on löydettävissä. Saatekirjeen lopussa kiitimme vastaajia vastaamisesta (Liite 1.)

Ennen kyselyn lähettämistä kohderyhmälle kyselylomake on esitestattava. Esitestauksen tarkoituksena on karsia turhat kysymykset pois ja muokata kysymykset kohderyhmälle sopiviksi. Kyselyä tehdessä ja esitestausvaiheessa yhteistyö yhteistyötahon kanssa on tärkeää. Yhteistyötaho tietää kohderyhmän ja osaa arvioida sen sopivuutta heille. Esitestauksen pohjalta saadun palautteen pohjalta kyselylomaketta muokataan ja ennen varsinaista lähetystä se tulee hyväksyttäväksi yhteistyötaholla. (Virtuaaliammattikorkeakoulu 2010.)

Opinnäytetyömme yhteistyötahona on Endometrioosiyhdistys ry, joka tarjoaa endometrioosia sairastaville naisille vertaistukea, tietoa sairaudesta ja tuottaa yhdistyksen jäsenille jäsenlehteä sekä toimii yhteistyössä kansainvälisten yhdistysten kanssa. Pääosin vapaaehtoisvoimin toimiva yhdistys tarjoaa tietoa myös potilaiden läheisille, hoitotyöntekijöille ja muille asiasta kiinnostuneille. Yhdistyksellä on jäseniä 696. Yhdistys ei ole tallentanut jäsenten syntymäaikoja rekistereihinsä, joten jäsenten ikäjakaumaa ei tiedetä. (Endometrioosiyhdistys ry 2009.)

Opinnäytetyömme kyselyn esitestaus suoritettiin yhteistyössä yhteistyökumppanimme Endometrioosiyhdistys ry:n kanssa. Yhdistyksen hallitus vastasi kyselyymme ja antoi palautetta ja korjausehdotuksia. Lisäksi opiskelukaverimme vastasivat kyselyyn ja arvioivat kyselyn kysymysten asettelua, kysymysten ymmärrettävyyttä ja ulkonäköä. Palautteen pohjalta muokkasimme kyselyä, jonka jälkeen lähetimme sen hyväksyttäväksi ohjaavalle opettajalle ja yhteistyökumppanimme yhteyshenkilölle.

Kvalitatiivisessa tutkimuksessa valitaan kohdejoukko tarkoituksenmukaisesti ja tutkimussuunnitelma muuttuu tutkimuksen edetessä, koska tilanne elää koko ajan, kun ollaan tekemisissä ihmisten ja heidän kokemusten kanssa. Tutkimusaineistoa tulkittaessa on muistettava, että jokainen vastaaja on yksilö ja ainutlaatuinen ja hän kokee asiat omalla tavalla. (Hirsjärvi ym. 2013, 160–166.) Omassa opinnäytetyöprosessissamme huomasimme tämän kyselylomaketta

esitestatessamme. Saimme palautetta yhteistyökumppani yhdistyksen hallituk-
selta, joilla on kokemusperäistä tietoa. Palautteen pohjalta kyselylomakkeemme
muokkautui heille sopivaksi. Tätä opinnäytetyötä tehtiin yhteistyössä yhdistyk-
sen ja sen jäsenten kanssa, myös aikatauluissa tuli muutoksia.

4.3 Aineiston keruu ja kohderyhmä

Kvalitatiivisessa eli laadullisessa tutkimuksessa luotetaan ihmisten väliseen
vuorovaikutukseen ja niistä syntyneisiin havaintoihin. Tutkimusaineistoa kerä-
tessä valitaan sellaisia metodeja eli menetelmiä, joiden avulla tutkittavien näkö-
kulmat ja oma ääni pääsevät esille. Näin saadaan materiaalia, joka kertoo todell-
lisesta elämästä. (Hirsjärvi ym. 2013, 160–166.) Omassa tutkimuksessamme
emme pystyneet tapaamaan ja haastattelemaan tutkimukseen osallistuvia hen-
kilöitä, koska he asuivat ympäri Suomea, siksi toteutimme tutkimuksemme ky-
selytutkimuksena.

Käytimme opinnäytetyössämme tiedonkeruu menetelmänä survey-tutkimusta eli
kyselytutkimusta. Sitä käytetään kvalitatiivisessa tutkimuksessa vähemmän kuin
kvantitatiivisessa eli määrällisessä tutkimuksessa. Survey-tutkimuksen tarkoi-
tuksena on koota olemassa olevasta tiedosta yksityiskohtaista tietoa, tunnistaa
ongelmia ja olemassa olevia käytäntöjä. Lisäksi se vertailee sekä määrittelee,
miten muut toimivat samanlaisissa tilanteissa ja ongelmissa ja hyödyntää tästä
saatua tietoa. Survey-tutkimuksessa aineisto kerätään tietyltä, valikoidulta jou-
kolta. Kysymykset tulee esittää jokaisella vastaajalle samalla tavalla. Survey-
tutkimuksen ongelmia ovat, ettei kysymyksiin ole olemassa yhtä tiettyä vastaus-
ta, kysymykset saatetaan ymmärtää väärin, kysymyksen asettelu on väärä eikä
kaikkia asioita saada selville kysymällä. (Anttila 1996, 253.)

Posti- ja verkkokyselyiden suurena ongelmana on kato. Kato-käsitteellä tarkoi-
tetaan vastaamattomuutta. Se, kuinka suureksi kato kasvaa, riippuu tutkimuk-
sen aihepiiristä ja vastaajajoukosta. (Hirsjärvi ym. 2013, 195–196.) Kato voi il-
metä ulkoisena tai sisäisenä katona. Sisäinen kato tarkoittaa vastausten puut-
tumista kyselylomakkeesta esimerkiksi vastaushaluttomuuden vuoksi. Ulkoisella

kadolla tarkoitetaan kyselyn kohdehenkilöstön tavoittamattomuutta. (Tilastokeskus 2011.) Verkkokyselyiden vastaajaprocentti parhaimmillaan voi olla noin 30–40 %. (Hirsjärvi ym. 2013, 196.) Verkkokyselyillä saavutetaan kuitenkin parempi vastausprosentti kuin perinteisellä postikyselyllä, mikäli verkkokysely on kohdistettu vastaanottajaryhmälle. Jos kysely olisi vapaasti verkossa vastattavissa, tutkimuksen ongelmaksi nousisivat luotettavuuden ja aineiston edustavuuden arviointi. (Kuula 2006, 174.)

Valitsimme aineistonkeruumenetelmäksi verkkokyselyn postikyselyn sijasta, koska meillä ei ollut saatavana rahoitusta opinnäytetyöhömme, jolloin olisimme joutuneet itse kustantamaan osallistujien postimaksut jo valmiiksi etukäteen palautuskuoria varten sekä itse kyselyn lähettämiseen. Endometrioosiyhdistyksellä on jäsenrekisteri, mutta sitä ei luovuteta ulkopuolisten käyttöön, jolloin osoitteiden saanti olisi tullut hankalaksi. Endometrioosiyhdistys ei ole tallentanut jäsenrekisteriin jäsenten iäkiä. Jolloin ongelmaksi olisi voinut muodostua se, että pysyttäisiinkö kyselyämme lähettämään juuri oikealle kohderyhmälle eli vaihdevuosi-ikäisille naisille. Yleensä myös henkilörekisterin käyttöön on saatava lupa. Näistä syistä katsoimme verkkokyselyn helpoimmaksi tavaksi toteuttaa kyselymme.

Aineisto kerättiin Endometrioosiyhdistys ry:n jäseniltä, jotka ovat vaihdevuosi-ikässä olevia naisia. Ehdotus aineiston keräämistavasta tuli yhdistykseltä itseltään. Yhdistyksen toimijat lupasivat välittää laatimamme tutkimuskyselyn yhdistyksensä jäsenille Facebookin ja yhdistyksen nettisivujen välityksellä. Mikäli kyselytutkimus lähetetään tarkennetulle kohderyhmälle voi vastausprosentti olla odotettua parempi, mikäli vastaajat katsovat kyselyn aiheen olevan heidän kannaltaan tärkeä (Hirsjärvi ym. 2013, 196).

Opinnäytetyössämme aineistonkeruumenetelmänä käytettiin Webropol-verkkokyselyä. Kysely valikoitui aineistonkeruumenetelmäksi, koska se tavoitti tutkimusryhmän parhaiten, mahdollisesti laajan tutkimusaineiston saamisen, Se oli tehokas tapa sekä aineisto voitiin käsitellä tallennettuun muotoon ja analysoida nopeasti tietokonetta apuna käyttäen. Webropol-kysely tarjosi tutkittaville helpon tavan osallistua tutkimukseen. Kysely oli vapaaehtoinen ja se oli helppo

tehdä tietokoneella. Kyselyyn oli mahdollisuus vastata noin kuukauden ajan internetissä Endometrioosiyhdistyksen kotisivuilla tai Facebookissa. Vastaukset tulivat suoraan meille internetin välityksellä.

4.4 Aineiston analyysi

Empiirisen tutkimuksen vaiheet jaetaan kolmeen osaan. Ensimmäisessä osassa tarkistetaan aineiston tiedot. Onko niissä puutteita tai virheitä. Toisessa vaiheessa muuta aineistoa täydennetään esimerkiksi kyselyn tai karhuamisen avulla. Kolmannessa vaiheessa saatu aineisto järjestetään tallentamista ja analysointia varten. (Hirsjärvi ym. 2013, 177–186.)

Aloitimme opinnäytetyömme kyselylomakkeen vastausten analysoinnin tarkistamalla, olimmeko saaneet riittävästi vastauksia ja esiintyikö niissä puutteita. Ensimmäisen vastausajan sulkeuduttua olimme saaneet vain kaksi vastausta kyselyymme. Päätimme täydentää tietoja ja karhuta mahdollisilta vastaajilta lisää vastauksia kyselyymme. Jatkoimme vastausaikaa kolmella viikolla, jonka jälkeen vastauksia oli tullut kahdeksan. Tämän jälkeen aloitimme vastausten analysoinnin sisällön analyysillä.

Laadullisessa tutkimuksessa saatu aineisto usein litteroidaan, mutta koska toutimme tutkimuskyselymme Webropol-kyselynä, emme tarvinneet kyselyn analyysissa litterointia, koska saatu aineisto oli jo valmiiksi tekstimuodossa. Litteroinnin tarkoituksena on aineiston puhtaaksikirjoitus sanatarkasti ennen aineiston analysoinnin aloittamista (Hirsjärvi ym. 2013, 222).

Aineiston analyysissä käytimme aineistolähtöistä sisällönanalyysia eli induktiivista analyysia, jolloin yksittäisistä vastauksista pyritään luomaan yleinen kokonaisuus. Induktiivinen aineiston analyysi voidaan jakaa kolmeen osaan: pelkistämiseen eli redusointiin, ryhmittelyyn eli aineiston klusterointiin ja teoreettisten käsitteiden luontiin eli abstrahointiin (Tuomi & Sarajärvi 2009, 108–109).

Aineiston pelkistämävaiheessa saadusta aineistosta karsitaan tutkimuksen kannalta turha aineisto pois. Se voidaan tehdä saadun tiedon tiivistämisellä tai pilkkomisella osiin. Aineistosta voidaan etsiä tutkimuskysymystä vastaavia pelkistettyjä ilmauksia esimerkiksi yksittäisiä tiettyjä asioita kuvaavia sanoja, jotka listataan muistiin. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 108–109.) Aloitimme aineiston analyysin käymällä jokaisen vastaajan vastaukset yksitellen läpi. Kirjasimme jokaisen vastaajan vastauksista tutkimuskysymyksen kannalta oleellisen tiedon ylös paperille. Samalla karsimme turhan aineiston pois, jotta vastauksista saatiin mahdollisimman pelkistettyjä. Arvioimme myös vastausten luotettavuutta teoria-tietoon pohjautuen.

Aineiston ryhmittelyvaiheessa etsitään aineistosta yhteneväisyyksiä ja eroavaisuuksia kuvaavia käsitteitä. Tässä voi käyttää apuna aineiston pelkistämävaiheessa listattuja sanoja. Näiden avulla pyritään ryhmittelemään asiat ja luomaan niille omat luokat. Luokat nimetään niiden sisältöä kuvaavalla sanalla. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 110–112.) Pelkistämävaiheen jälkeen siirryimme aineiston ryhmittelyvaiheeseen. Kävimme aineiston uudelleen läpi kohta kohdalta ja etsimme sieltä yhteneväisyyksiä ja eroavaisuuksia vastauksista. Loimme yksittäisille sanoille niitä kuvaava yläotsikot ja näin saimme luotua niille omat luokat sekä tiivistettyä aineistoa yhdeksi kokonaisuudeksi.

Viimeisessä vaiheessa eli abstrahoinnissa aineistosta valitaan tutkimuksen kannalta oleellinen tieto ja sen perusteella pyritään luomaan teoreettisia käsitteitä ja johtopäätöksiä tutkittavasta asiasta. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 110–112.) Saatuamme luotua neljä yläotsikkoa aineistosta, kirjoitimme niiden pohjalta yhteenvedon tutkimusaineiston tuloksista. Tämän jälkeen teimme johtopäätökset tutkittavasta aiheesta ja peilasimme sitä teoriatietoon.

Kuviossa 1. näkyy esimerkki analysointitavastamme. Se koskee kyselylomakkeemme kysymystä kuusi. Kysymys kuusi oli miten endometrioosi on vaikuttanut psyykkiseen hyvinvointiisi? Ensin kävimme läpi kaikkien vastaajien vastaukset kysymyksestä kuusi. Etsimme vastauksista yksittäisiä sanoja, jotka vastaavat esitettyyn kysymykseen. Tämän jälkeen ryhmittelimme yksittäiset sanat, alla olevan kaavion mukaisesti. Käytimme värejä apuna samanlaisten sanojen löy-

tämiseen eri vastaajilta. Tämän jälkeen kokosimme samaa tarkoittavat sanat yhteen ja loimme niille yläluokan. Saimme yhteensä kolme yläluokkaa, joista muodostimme kaksi pääluokkaa.

Kuvio 1. Esimerkki aineistolähtöisestä sisällönanalyysistä kysymyksestä kuusi

V1: naiseus lapsettomuus leikkauskomplikaatiot	<u>Mieliala</u> epävarmuus masennus mielialavaihtelut	<u>Psyykinen hyvin-</u> <u>vointi</u> mieliala naiseus
V2: kovat kivut masennus	<u>Naiseus</u> lapsettomuus	<u>Fyysinen hyvinvointi</u> fyysiset oireet
V3: Kipu	<u>Fyysiset oireet</u>	
V4: krooninen kipu mieliala lapsettomuus	runsaat kuukautiset leikkaus komplikaatiot kipu	
V5: kivut runsaat kuukautiset alavireys		
V6: epävarmuus		
V7: mielialavaihtelut		
V8: kivut		

5 TUTKIMUKSEN TULOKSET JA JOHTOPÄÄTÖKSET

Hoitotyön ja terveydenhoitotyön opiskelijoina ymmärrämme, että ihminen on kokonaisvaltainen fyysinen, psyykkinen ja sosiaalinen kokonaisuus. Kaikki nämä osa-alueet ovat sidoksissa toisiinsa ja vaikuttavat ihmisen hyvinvointiin samanaikaisesti. Tutkimuksemme kokonaisvastaaja määrä oli kahdeksan (n=8). Suurimpaan osaan kysymyksistä vastasi kaikki kyselyyn osallistuneet ja osassa kysymyksistä vastaajamäärä oli pienempi. Tulokset ovat jaoteltu psyykkisen, sosiaalisen ja fyysisen hyvinvoinnin osa-alueiksi sekä lääkehoitoa ja vaihtoehtoisia hoitomuotoja käsitteleviin kappaleisiin. Kyselyssämme oli käytetty sekä monivalintakysymyksiä että avoimiakysymyksiä. Avoimiin kysymyksiin vastatesa yksittäinen vastaaja on voinut vastauksessaan käsitellä monia eri aiheita kysymykseen liittyen. Tästä johtuen tekstissä olevat vastaajamäärät eivät välttämättä täsmää kyselyn tehneiden lukumäärään.

Vastaajien taustatiedoista selvisi, että kolme vastaajista oli alle 45-vuotiaita ja loput 45–54-vuotiaita vaihdevuosi-iässä olevia tai sen ylittäneitä endometrioosia sairastavia naisia. Keskimäärin vastaajien vaihdevuodet olivat alkaneet alle 45-vuotiaana ja loppuilla vastaajilla 46-54-vuoden välillä. Vastaajien ensimmäiset endometrioosin oireet olivat alkaneet keskimäärin 25-ikävuoden tienoilla. Endometrioosidiagnoosin vastaajat olivat saaneet keskimäärin 35-vuotiaana.

5.1 Psyykkinen hyvinvointi

Vastaajista kuudella oli esiintynyt väsymystä endometrioosin aiheuttamana oireena, muina psyykkisinä oireina mainittiin yliherkkyys ja mielialavaihtelut. Vastaajista puolet nosti esille lapsettomuuden ja sen vaikutuksen psyykkiseen hyvinvointiin jossakin vaiheessa elämää. Kipu ja runsaat kuukautiset olivat vaikuttaneen kaikkien vastaajien psyykkiseen hyvinvointiin. Lisäksi turhat lupaukset hoitohenkilökunnan puolelta ja leikkauskomplikaatiot endometrioosin hoidossa olivat tuoneet mukanaan epävarmuutta ja mielialan laskua naisten elämään.

Järkyttävintä oli, kun jo kuusi vuotta sitten sanottiin, että kohdunpoisto vie taudin. Eipä parantunut. Mutta kun vietiin vielä munasarjatkin, niin eipä auttanut sekään. (3)

Naiseuden tunteminen ja lapsettomuus ovat välillä koetelleet ranskastikkin. (1)

Vaihdevuosi-iässä olevista vastaajista kaksi ei ollut vielä huomannut vaihdevuosien vaikutusta endometrioosiin, koska ne olivat juuri alkaneet. Osa vastaajista oli kokenut vaihdevuosien helpottavan huomattavasti endometrioosin aiheuttamia psyykkisiä oireita ja parantavan kokonaisvaltaista hyvinvointia. Kun taas toisilla kivut hallitsivat edelleen elämää ja vaikuttivat psyykkiseen hyvinvointiin. Kolme vastaajista koki, että endometrioosin oireet olivat hävinneet, mutta mielialanvaihtelut hormoniepätasapainon vuoksi olivat alkaneet, joka hankaloitti vuorostaan jokapäiväistä elämää. Vastaajista kaksi oli saanut apua vaihdevuosioireisiin lääkityksestä.

Vaihdevuoteni ovat alussa ja olen innoissani niistä. Ihanaa kun endo alkaa olla vain ikäviä muistoja. (1)

Kivut jatkuvat hirveinä eli psyykkisesti jaksan todella huonosti nyt, kun taudin piti parantua kun munasarjat poistetaan. (3)

Lääkitys auttaa hyvin vaihdevuosi oireisiin! (4)

5.2 Sosiaalinen hyvinvointi

Vastaajista kuusi koki endometrioosin joillain tavalla rajoittavan heidän sosiaalista elämäänsä ja loput vastaajat eivät kokeneet endometrioosin vaikuttavan heidän sosiaaliseen elämäänsä. Sosiaalista elämää eniten rajoittavana tekijänä esiintyi endometrioosin aiheuttamat kiputilat, jotka rajoittivat liikkumista ja tekivät voimattomaksi. Vastauksista tuli kuitenkin ilmi, että kipulääkkeitä käyttämällä pyrittiin hallitsemaan kiputiloja ja näin osallistumaan erilaisiin sosiaalisiin tilanteisiin. Endometrioosin mukanaan tuoma epätäydellisyyden tunne ja mielialan alentuminen koettiin myös sosiaalisia suhteita rajoittavana tekijänä. Lisäksi endometrioosin vaatimat leikkaushoidot rajoittivat vastaajien sosiaalisia suhteita hetkellisesti. Sosiaalisten suhteiden ylläpitämiseen olivat auttaneet oma periksi

antamattomuus, kipujen kanssa elämään oppiminen ja sairauden hyväksyminen.

Kivuttomana koen olevani virkeämpi ja innostuneempi. (4)

Hormoniepätasapainon aikana ehkä vetäydyin kuoreeni jonkin verran – voihan syy olla muuallakin, mutta uskoisin sen olevan yksi syy. (6)

Pahimmassa vaiheessa kivut vähän rajoittivat menoja ja oli tuskaa.(1)

Olen ollut sitkeästi kaikessa mukana, vaikka särkylääkkeiden avulla.(2)

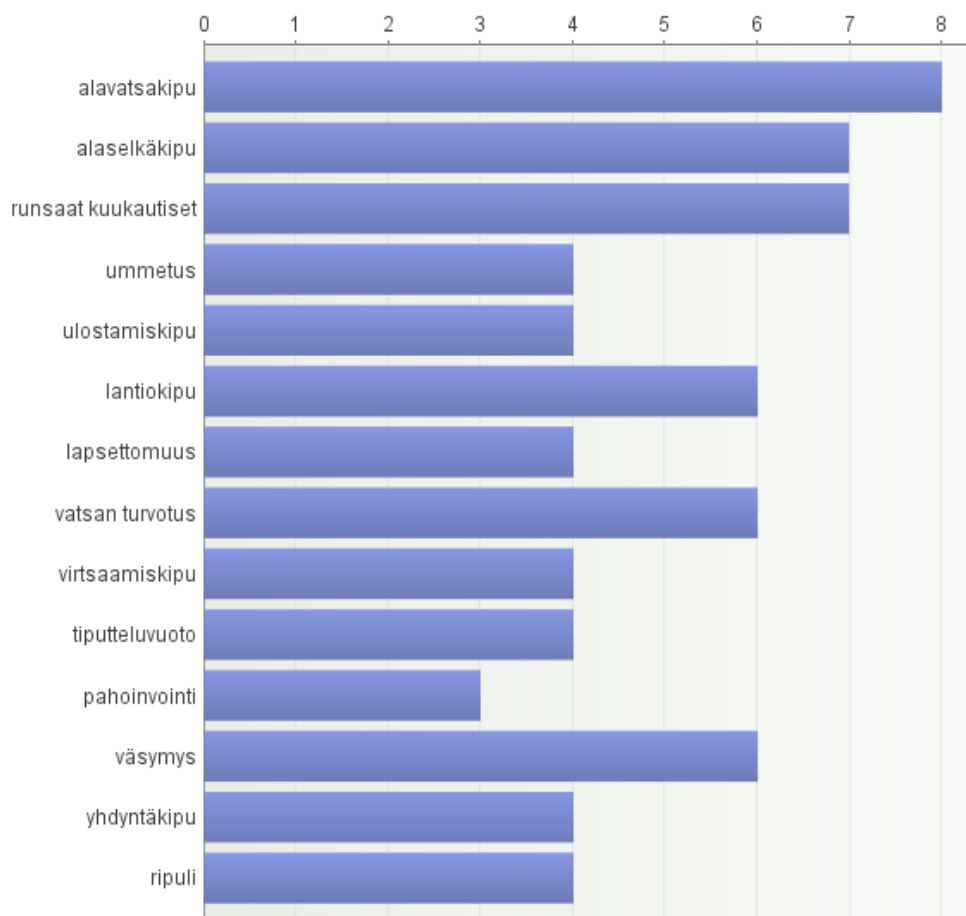
Kolme vastaajaa ei kokenut vaihdevuosien rajoittaneen heidän sosiaalisia suhteitaan ja yksi vastaaja koki vaihdevuosien parantaneen hänen sosiaalisia suhteitaan, koska koki olevansa kivuton ja leikkaushoidosta oli ollut apua sairautteen. Kaksi vastaajaa koki vaihdevuosien huonontaneen heidän sosiaalisia suhteitaan esimerkiksi hormoniepätasapainon takia ja voimavarojen puuttuessa.

Ei oo jaksanut olla niin sosiaalinen. (8)

5.3 Fyysinen hyvinvointi

Endometriosioireiden ja sen aiheuttamien haittojen osalta vastaajista kaikilla oli esiintynyt alavatsakipuja. Vastaajista seitsemällä oli esiintynyt selkäkipuja ja runsaita kuukautisia. Kuusi vastaajista oli kokenut lantiokipua. Neljällä vastaajista oli ilmennyt ulostamiskipuja, virtsaamiskipuja, ummetusta, ripulia ja yhdyntäkipuja, lapsettomuutta, tiputtelu- ja valkovuotoa sekä kolmella pahoinvointia. Muita oireita ja haittoja koskevaan kysymykseen oli vastannut viisi henkilöä. Vastauksista nousi esiin seuraavia oireita ja haittoja: reisikipu, suolisärky, vartalonpistely, sydämen lisälyönnit, verensokerin heittäily ja ruumiin lämmön nousu sekä kuumeilu. Seuraavalla sivulla on esitetty kuviossa 2 kysymyksen 10 tulokset.

Kuvio 2. Endometrioosin aiheuttamat fyysiset haitat ja oireet



Kaikille kahdeksalle vastaajalle oli tehty leikkaustoimenpide, joka oli ollut joko säästävä tai radikaali. Vastaajista viidelle oli tehty vain yksi leikkaus ja kolmelle useampia leikkauksia. Suurella osalla vastaajista leikkausten vaikutus kipuun oli ollut aluksi helpottava ja kivut poisvievä. Kivut olivat palautuneet yksilöllisesti kuukausien ja vuosien aikana. Kipujen palautuminen oli nähtävissä niillä vastaajilla, joille oli tehty säästävä leikkaus endometrioosin hoidoksi.

Elämäni paras asia on, että minulle tehtiin radikaalileikkaus. Olin onneksi ehtinyt käsitellä lapsettomuus asian, joten se helpotti asiaa. En voi sanoa kuvailla kuinka hyvä olo minulla on tällä hetkellä, kun olen melko kivuton. (4)

Kaksi kertaa täyhystysleikkaus. Auttoi molemmilla kerroilla, mutta vähitellen kivut tulivat takaisin. (2)

Radikaalileikkaus, loppui hirveät kuukautiset ja auttoi endometrioosiin, mutta vaihdevuodet oireili muuten. (5)

Vaihdevuosi-iässä ja sen jälkeen endometrioosin fyysiset oireet olivat loppuneet pikkuhiljaa kolmella. Se oli parantanut vastaajien kokonaisvaltaista hyvinvointia suuresti. Yhdellä vastaajista oireet olivat jatkuneet vaihdevuosi-iässä, eikä lääkitys ollut tasapainossa vielä. Kahdella vastaajista vaihdevuodet olivat alkaneet radikaalileikkauksen johdosta. Vastaajista puolella lääkitys oli vähentynyt vaihdevuosi-iässä. Kipulääkkeitä käytettiin enää satunnaisesti ja hormonihoitona käytettiin pääasiassa estrogeenia. Vastauksista kävi myös ilmi, että hormonikorvaushoidossa käytettävien lääkkeiden antotapaa oli yhdellä muutettu suun kautta otettavasta ihon kautta otettavaksi.

Kivut ovat vähentyneet. Mitään tiputteluvuotoja ei ole. Koen oloni hyväksi, paremmaksi kuin vuosiin. (4)

Endometrioosivaivoja ei ole enää juurikaan ollut. (1)

5.4 Lääkehoito ja vaihtoehtoiset hoitomuodot

Kaikki vastaajat olivat käyttäneet kipulääkkeitä, joista ibuprofeeni ja naprokseeni olivat käytetyimmät kipulääkkeet. Vahvempina kipulääkkeinä mainittiin tramadoli (Tramal), parasetamolin ja kodeiinifosfaattihemihydraatin yhdistelmä (Panacod) sekä oksikodonihydrokloridia (Oxynorm). Vastaajista viisi ei ollut käyttänyt hormonikierukkaa eikä minipillereitä endometrioosin hoitoon. GnRH-analogeista injeksiota oli käyttänyt kaksi vastaajista. Kukaan vastaajista ei ollut käyttänyt aromataasin estäjiä. Vaihdevuosi-ikään tullessa vastaajien lääkityksen tarve oli vähentynyt huomattavasti.

Totaalileikkauksen jälkeen olisin toivonut tarkempaa selvitystä, miten hormonitasapaino vaikuttaa koko kroppaan.. Yllättäen vasta ne tinkeskustelupalstoilta löytyi kokemustietoa, jonka perusteella osasin hakea apua lääkitykseni korjaamiseen. (7)

Lääkkeettömistä hoitokeinoista liikunta ja ruokavalio olivat käytetyimmät. Lääkkeettömänä hoitomuotona kaksi vastaajista oli käyttänyt vyöhyketerapiaa ja

lämpöhoitoa. Yksi vastaajista oli kokeillut endometrioosin oireiden lievittämiseen rentoutusta, hierontaa, akupunktiota ja homeopatiaa.

... joudun tasapainoilemaan edelleen ruokavalion kanssa, mutta kipulääkityksestä olen päässyt lähes eroon. (4)

5.5 Johtopäätökset

Endometrioosi on pitkäaikaissairaus, joka vaikuttaa naisen elämään laaja-alaisesti. Endometrioosi sairautena voi rajoittaa elämän monia osa-alueita, mutta sairauden kanssa elämiseen ja siitä selviytymiseen oli löydetty selviytymiskeinoja ja voimavaroja. Endometrioosin kanssa elämistä tuki sairauden ja sen tuomien muutosten hyväksyminen osaksi naiseutta. Voimavaroina vastauksista nousi esille sitkeys, periksiantamattomuus ja usko parempaan ja kivuttomampaan tulevaisuuteen.

Vaihdevuodet ja niiden alkaminen ovat merkittävä tapahtuma naisen elämässä. Naisen hormonitoiminnassa tapahtuu suuria muutoksia ja sammalla nainen hyväksyy sen, ettei voi saada enää lapsia. Endometrioosia sairastavilla naisilla vaihdevuodet voivat alkaa tavallista aikaisemmin, johtuen sairauden vaatimista radikaalileikkauksista. Hedelmällisessä iässä olevalla naisella, joka sairastaa endometrioosia, vaakakupissa voivat olla kivuttomampi elämä tai lapsettomuuden hyväksyminen, leikkausvaihtoehtoa pohdittaessa.

Endometrioosi sairautena on psyykkisesti kuormittava kipujen ja naiseuden kanssa tasapainoillessa. Vaihdevuosi-ikään tultaessa endometrioosin aiheuttamat oireet usein helpottavat, mutta vaihdevuodet tuovat mukanaan uudenlaisen hormoniepätasapainon ja muutoksen elämään. Se vaikuttaa naisen mielialoihin parantavasti tai huonontavasti. Vastauksista kävi ilmi, että osa naisista koki vaihdevuosien aloittaneen uuden, paremman ajanjakson heidän elämässään. Mielialaa kohensi suuresti se, että endometrioosin aiheuttamat oireet olivat vähentyneet huomattavasti tai loppuneet kokonaan. Toisille vaihdevuodet olivat tuoneet mukana mielialanvaihteluita ja yliherkkyyttä, jotka hankaloittivat joka-

päiväistä elämää. Niillä vastaajilla, jotka kokivat vaihdevuosien vaikuttaneen alentavasti heidän mielialaansa, olivat lopettaneet hormonikorvaushoidon tai hormonihoidon lääketasapainon kanssa oli ollut ongelmia. Vastauksista käy myös ilmi, että endometrioosi ilmenee yksittäisesti ja jokainen nainen on kokenut sen eritavoin. Myös vaihdevuosien alkamisen jälkeen yksilöllisiä eroja on havaittavissa. Olemme koonneet suoria lainauksia havainnollistamaan niitä aikaisemmin tässä opinnäytetyössä.

Kaikilla vastaajilla oli esiintynyt erilaisia kiputiloja ympäri kehoa. Ne olivat rajoittaneet sosiaalista elämää ja sosiaalisia suhteita. Vaihdevuosien myötä kivut olivat lieventyneet, joka oli vaikuttanut sosiaalisiin suhteisiin myönteisesti ja seksuaalista aktiivisuutta lisäävästi. Niillä vastaajilla, joilla vaihdevuodet olivat vasta alkaneet, endometrioosikivut olivat vielä voimakkaita ja lääkityksen kanssa tasapainoiltiin.

Opinnäytetyömme tutkimuksemme johtopäätöksenä oli, että endometrioosin aiheuttamat fyysiset kivut helpottavat vaihdevuosi-ikään tultaessa ja sen aikana. Tämä vaikutti myös myönteisesti sosiaalisen kanssakäymisen lisääntymiseen ja päivittäiseen jaksamiseen. Kyselyssä käy ilmi, että pitkään endometrioosin kanssa eläneet olivat hyväksyneet sairauden ja sen tuomat muutokset osaksi naiseutta. Psykkinen hyvinvointi oli parantunut ajan kuluessa, kun oli ollut aikaa riittävästi sairauden käsittelyyn. Psykkistä hyvinvointia oli kuitenkin ajoittain horjuttanut turhat lupaukset ja pettymyksen kokemukset hoitojen toimivuudesta endometrioosiin. Vaihdevuosi-ikässä oli ilmennyt psyykkistä hyvinvointia horjuttava tekijä, hormoniepätasapaino. Tämä oli aiheuttanut naisilla mielialavaihteluita, yliherkkyyttä ja masentuneisuutta, jotka osaltaan heijastuivat heidän sosiaaliseen elämään.

Verratessa teoretietoja ja kyselylomakkeemme vastauksia, oli havaittavissa yhteneväisyyksiä ja eroavaisuuksia niiden välillä. Vastaajillamme vaihdevuodet olivat alkaneet 45-54 vuoden välillä. Myös teoretiedossa todetaan vaihdevuosien alkavan näinä ikävuosina. (Eskola & Hytönen 2002, 359). Lisäksi endometrioosi oli alkanut oireilemaan seitsemällä vastaajalla heidän ollessaan fertiilissä

iässä. Tämä vastaa täysin sairaudesta tutkittua tietoa (Härkki 2006, 1869–1870).

Vastauksista oli myös huomattavissa se, että diagnoosi endometrioosisairaudesta oli keskimäärin saatu suhteellisen myöhään. Saman havainnon on tehnyt myös Härkki (2006, 1869–1870), että endometrioosi sairautena on edelleen alidiagnosoitu. Johtuuko se sitten monista eri oireista ja haitoista, joita sairaus aiheuttaa ja näin vaikeuttaa diagnoosin tekemistä. Vai hakeutuvatko endometrioosia sairastavat naiset myöhemmin hoitoon epämääräisten oireiden takia. On vaikea sanoa, mistä myöhäinen diagnoosi voi johtua ja samalla todeta, että todennäköisesti siihen vaikuttaa moni eri tekijä.

Kaikki vastaajamme kärsivät jonkinlaisesta endometrioosin aiheuttamasta kivusta. Myös teoritiedossa mainitaan, että kipu on yksi yleisimmistä endometrioosin aiheuttamista oireista. Vastauksista käy myös ilmi, että osa vastaajista kärsii lapsettomuudesta. Se yksi endometrioosin aiheuttama haitta. (Setälä ym. 2009, 4143–4144.) Vastaajat olivat maininneet myös sellaisia endometrioosin aiheuttamia oireita, joita teoritieto ei tuonut esiin kuten suuret verensokeritasojen vaihtelut, vartalon pistely, sydämen lisälyönnit ja selittämätön lämpöily. Se, johtuuko edellä mainitut oireet endometrioosista vai lääkehoidon aiheuttamasta sivu- tai haittaoireista jää epäselväksi.

Yhtenä lääkehoitomuotona endometrioosisairauteen käytetään lieviä ja voimakkaita kipulääkkeitä (Evans 2006, 63; Johnson 2012, 344–346). Tämä ilmeni myös kyselymme vastauksista, jossa kaikki vastanneet kertoivat käyttäneensä joitain kipulääkkeitä. Lisäksi lääkehoitona voidaan käyttää yhdistelmäehkäisytabletteja, minipillereitä ja hormonikierukkaa (Evans 2006, 75–79; Horne & Critchley 2012, 351–352.). Kyselystämme ilmenee että niitä olivat käyttäneet myös vastaajat. Pieni osa vastaajista oli käyttänyt GnRH-analogia endometrioosin hoitoon. Ne ovat yksi vaihtoehto endometrioosin hoitoon (Evans 2006, 69–70; Härkki ym. 2011). Tuloksista huomasimme, ettei kukaan vastaajistamme ollut käyttänyt aromataasin estäjiä endometrioosin hoitoon, vaikka ne mainitaan yhtenä lääkehoitovaihtoehtona. (Evans 2006, 85; Bulun ym. 2012, 357–360.) Tämä voi kuitenkin johtua siitä, että niitä määrätään yleensä vasta vaihdevuosi-ikäen

ylittäneille naisille, koska niiden hättavaikutuksena esiintyy muun muassa luumatoa, väsymystä ja vaihdevuosisioireita (Evans 2006, 85).

Teoriatietoa endometrioosin lääkehoidosta vaihdevuosi-ikään tultaessa ja sen jälkeen on todella niukasti. Tutkimuksemme osoitti, että suurin muutos vastaajilla oli tapahtunut kipulääkkeiden käytön vähenemisenä ja hormonihoidon muuttumisena. Osa vastaajista kuitenkin koki, että hormonikorvaushoidon saaminen tasapainoon oli ollut todella vaikeaa, eikä riittävää informaatiota hormonikorvaushoidon aiheuttamista vaikutuksista ollut annettu. Tähän voi osaltaan vaikuttaa se, ettei tutkimuksia lääkehoidon muuttumisesta, endometrioosia sairastavalla, vaihdevuosi-ikässä ole tehty tarpeeksi ja kliinistä näyttöä sen vaikutuksista ei ole.

Vastauksiemme pohjalta myös leikkaushoidoista saatu hyöty oli osittain teoriatiedon kanssa yhteneväistä. Noin 50 % hyötyy leikkaushoidosta ja lopuilla sairaus uusiutuu (Härkki ym. 2011, 1842; Lam ym. 2012, 387–389). Kaikki vastaajamme olivat saaneet leikkaushoitoa endometrioosiin. Vastaajista suurin osa oli käynyt läpi useamman eri leikkauksen, sillä endometrioosi oli uusiutunut leikkauksista huolimatta. Kuitenkaan radikaalileikkauskaan ei ollut välttämättä auttanut kaikilla vastaajilla vaikka teoriatiedossa ehkä niin annetaan ymmärtää (Härkki ym. 2011, 1842). Vastaajamme tapauksessa myös hoitavasta yksiköstä oli annettu ymmärtää, että radikaalileikkaus hävittää endometrioosisairauden. Tämä oli mielestämme eettisesti hyvin arveluttavaa, antaa kätteettomia lupauksia hoidon tehosta ja millaisia jälkivaikutuksia sillä voi olla potilaaseen. Vastaajat olivat yllättyneitä radikaalileikkausten jälkeen alkavista vaihdevuosista ja siihen liittyviä fyysisiä ja psyykkisiä oireista nuorella iällä.

Seitsemän vastaajista oli myös käyttänyt lääkkeettömiä hoitokeinoja endometrioosin hoitoon ja kolme vastaajista koki niiden auttaneen. Näyttöön perustuvaa tietoa lääkkeettömien hoitokeinojen tehosta ei ole mutta kokemusperäistä tietoa niiden tehosta kuitenkin löytyy. (Saarelma 2012; Helin 2004, 24–28; West Coast Institute of aromatherapy i.a.; Pohjalainen 2009, 237; Koivu, 2005; Evans 2006, 231, 236; Pohjalainen ym. 2010; Bricklin 2006, 34–36.) Voidaan siis todeta, ett-

ei hoitoa tarvitse perustaa aina tutkittuun tietoon vaan apua voi löytyä myös kokemusperäiseen tietoon pohjautuvista hoitomuodoista.

Tutkimuksemme tukee vähäisestä teorian tiedosta saatua informaatiota vaihdevuosien vaikutuksesta endometrioosiin. Teorian tiedosta käy ilmi, että endometrioosi helpottaa ja saattaa hävitä vaihdevuosi-ikään tultaessa. Pienellä osalla tauti ei kuitenkaan häviä edes vaihdevuosi-ikässä. (Oxholm ym. 2007.) Vastajien kohdalla oli huomattavissa, että suurella osalla fyysiset oireet olivat helpottaneet tai hävinneet kokonaan. Näiden tilalle olivat kuitenkin tulleet mielialanvaihtelut, joita ei löytämässämme teorian tiedoissa mainita. Yhdellä vastaajista endometrioosi oli pahentunut, mikä myös osoittaa tutkimuksemme ja teorian tiedon yhteneväisyyttä.

6 TUTKIMUKSEN LUOTETTAVUUS JA EETTISYYS

Olimme allekirjoittaneet sekä Endometrioosiyhdistys ry:n kanssa heidän laatimansa yhteistyösopimuksen ja ammattikorkeakoulumme laatiman työelämän kanssa tehtävä sopimuksen opinnäyteyhteistyöstä. Endometrioosiyhdistyksen kanssa sitouduimme tekemään opinnäytetyötämme yhteistyössä, pitämään heidät ajan tasalla työn edistymisestä ja hyväksyttämään valmiin opinnäytetyömme heillä. Kirjoitamme lehtiartikkelin yhdistyksen lehteen opinnäytetyön valmistuttua. Endometrioosiyhdistyksellä on oikeus jakaa ja käyttää opinnäytetyötämme yhdistyksen nimissä.

Ammattikorkeakoulumme kanssa tehty sopimus kattaa vaitiolovelvollisuuden, tutkimuseettisen neuvottelukunnan laatimat ohjeet ja endometrioosiyhdistykseltä mahdollisesti saadun aineiston käyttämisen vain tähän työhön. Lisäksi sopimus kattaa määritellyt ehdot työn aineiston luovuttamisesta ja julkaisemisesta muille tahoille, valmiin työn luovuttamisen ja mahdollisen esittämisen Endometrioosiyhdistys ry:lle sekä mahdollisuuden purkaa opinnäytetyösopimuksen tiettyjen kriteereiden perusteella.

6.1 Luotettavuus

Opinnäytetyömme toteutettiin laadullisena tutkimuksena, jolloin sen luotettavuutta voi olla vaikeampi arvioida, kun määrällisen tutkimuksen. Jotta opinnäytetyömme ja siitä saatava tutkimustulos olisivat mahdollisimman luotettavia, oli meidän pyrittävä kertomaan työssämme mahdollisimman tarkasti kaikki tutkimuksen vaiheet. Kuinka olimme laatineet ja toteuttaneet tutkimuskyselyn, miten olimme tulkinneet ja luokitelleet vastaukset sekä miten ja mihin johtopäätökseen olimme päätyneet tutkimusvastausten suhteen. (Hirsjärvi ym. 2013, 231–233.)

Verkkokyselyä toteuttaessamme meidän oli huomioitava myös mahdollisuus, ettei kyselyymme vastata, tällöin emme olisi saaneet tutkimustamme varten tarvittavaa tutkimustietoa eikä tutkimustulos olisi voinut olla luotettava. Mikäli em-

me olisi saaneet vastuksia, olisimme voimme yrittää käyttää apuna lomakkeiden karhuamista, jossa tutkittaville lähetetään muistutus tutkimukseen vastaamisesta (Hirsjärvi ym. 2013, 196).

Lisäksi lisäsimme opinnäytetyömme luotettavuutta tutkijatriangulaation avulla. Tutkijatriangulaatio tarkoittaa sitä, että tutkimuksen tekoon ja analysointiin osallistuu useampi henkilö. Tämä auttaa varmistamaan työmme validiutta. (Hirsjärvi ym. 2013, 233.) Koska teimme opinnäytetyömme parityönä, pystyimme hyödyntämään tätä menetelmää etenkin tutkimustulosten analysoinnissa ja tulkitsemisessä.

Tulosten analyysivaiheessa huomasimme vastauksista, että kyselylomakkeemme kysymyksiä olisi pitänyt tarkentaa ja tarkentavia kysymyksiä olisi pitänyt esittää. Osa vastauksista oli tulkinnan varaisia juuri tästä syystä. Siihen vaikutti kokemuksen puute internet kyselylomakkeiden laadinnassa, riittävän teoriatiedon puuttuminen kyselylomakkeita tehdessä ja kapeakatseisuus. Lisäksi huomasimme vastauksista, ettei kaikkia kysymyksiä oltu välttämättä ymmärretty oikein. Vastausten luotettavuuteen olisi voinut vaikuttaa tekemällä haastattelut henkilökohtaisesti. Päätimme kuitenkin tehdä internetkyselyn, koska vastaajat olivat ympäri Suomea, aikataulumme sovittelun vuoksi, eikä työhömmme ollut budjetoitu rahaa esimerkiksi matkustuskustannuksia varten.

Kyselylomakkeen esitestauksesta huolimatta kysymysten kehittämiskohdat jäivät huomioimatta. Tulevaisuutta ajatellen, tiedämme, kuinka laatia parempi kyselylomake ja esitestaus ovat kehittämiskohtien löytämiseksi välttämätön, jotta kyselyvastaukset olisivat mahdollisimman luotettavia ja tarkkoja.

Analyysivaiheessa vastausten ollessa tulkinnanvaraisia, koimme eduksi, että olimme työskentelypari. Pystyimme keskustelemaan vastauksista ja kuinka ymmärsimme ne. Sen myötä koimme, että tutkimuksen luotettavuus parani. Analyysivaiheessa huomioimme myös sen, että kyselymme oli ollut avoimella nettisivustolla, jolloin siihen pystyi vastaamaan kuka tahansa. Jolloin oli mahdollista, että kyselyyn oli vastannut henkilö, joka ei kuulunut kohderyhmäämme.

Vastauksien perusteella kävi ilmi, että vastaukset perustuivat selkeästi kokemusperäiseen tietoon.

Opinnäytetyömme luotettavuuteen vaikutti myös runsas tutkitun tiedon ja monipuolisten sekä luotettavien lähteiden käyttö. Tutkimuskyselyyn vastanneiden henkilöiden määrä eli kuinka kattava aineisto oli. Se määrittelee pitkälti, voiko tutkimustulosta pitää luotettavana ja yleistettävänä. (Eskola & Suoranta 2008, 60.)

Vastausten pienen määrän takia opinnäytetyötämme edustavuus kärsii. Haasteena vastausten analysoinnissa oli myös ollut vastaajien anonymiteetin huomiointi ja suojele. Tästä johtuen emme voi laittaa kyselylomakkeemme vastauksia liitetietoihin, vaan olemme siteeranneet joitakin vastauksia kyselylomakkeemme tulokset osiossa. Pohdimme myös, millaiset ihmiset vastasivat kyselyymme, olivatko he sellaisia, joilla oli vain huonoja kokemuksia esimerkiksi vaihdevuosi-ikäen vaatimasta hormonikorvaushoidosta ja jättävätkö puolestaan taas sellaiset henkilöt vastaamatta, jotka kokevat, että kaikki oli sujunut ongelmitta endometrioosisairauden kanssa vaihdevuosi-ikässä. Tämä asia on myös otettava huomioon arvioitaessa opinnäytetyömme luotettavuutta. Vastaustemme perusteella kummankin ryhmän vastaajat olivat vastanneet kyselyymme, naiset, joilla oli esiintynyt ongelmia ja naiset, joilla kaikki oli sujunut ongelmitta.

6.2 Eettisyys

Tutkimusetiikka rajataan yleensä koskemaan vain tieteen sisäisiä asioita. Se voidaan määritellä tutkijoiden ammattietiikaksi, jonka mukaan tutkijan olisi noudatettava eettisiä periaatteita, normeja, arvoja ja hyveitä tehdessään tutkimusta. Tutkimusetiikan normit voidaan jakaa kolmeen alueeseen: tiedon luotettavuus ja totuuden etsiminen, tutkittavien ihmisarvo ja tutkijoiden keskinäiset suhteet. (Kuula 2006, 23–24.)

Tiedon luotettavuus ja totuuden etsiminen ohjaavat tutkijaa noudattamaan tieteellisen tutkimuksen menetelmiä ja valitsemaan luotettavaa tietoa, joiden oi-

keellisuus on tarkistettavissa. Tutkimusaineiston keruu, käsittely ja säilytys liittyvät tiedon luotettavuuteen ja tarkistettavuuteen. Tutkittavien ihmisarvoa kunnioitetaan hyväksymällä heidän itsemääräämisoikeutensa ja välttämällä tutkimuksen aiheuttamaa vahinkoa heille. Lisäksi tutkittaville on informoitava tarkasti tutkimuksen aihe ja sen tavoitteet, osallistumisen seuraukset sekä tutkimuksen tuloksista on raportoitava ymmärrettävästi. Tutkijoiden keskinäiseen suhteeseen liittyy toisen tutkijan kunnioittaminen ja huomioiminen. (Kuula 2006, 24, 232–233.) Välitimme viestin vastaajille saatekirjeen muodossa, jossa kerroimme kyseiset asiat.

Tutkimusetiikan voidaan katsoa koskevan myös tutkittavien suojaa ja aineiston hankintaa, tieteellisen teoriatiedon soveltamista, käyttöä ja vaikutusta sekä tieteen sisäisiä asioita. Eettisenä arvona voidaan pitää uuden tiedon tuottamista, pyrkimystä riippumattomuuteen ja itsenäisyyteen. Lähtökohtana on päästä parhaimpiin tuloksiin ja ymmärrykseen uutta tietoa etsittäessä tieteen luomilla metodeilla ja päämäärillä. Tutkijat ovat vastuussa omasta tutkimustyöstään ja sitä koskevista eettisistä ratkaisuista. Tutkijan on noudatettava yhteisesti sovittuja periaatteita tutkimustyötä tehdessään. (Kuula 2006, 25–26.)

Hyvien tieteellisten menettelytapojen noudattaminen takaa luotettavan ja uskottavan tutkimuksen. Eettisesti hyvä tutkimus tarvitsee tieteellistä tietoa ja taitoa sekä hyviä toimintaperiaatteita niin sosiaalisessa tiedeyhteisössä kuin ympäröivässä yhteiskunnassa. Hyvään tieteelliseen tutkimukseen kuuluu rehellisyys, huolellisuus ja tarkkuus tutkimustyössä, tulosten tallentamisessa ja esittämisessä sekä tutkimuksen ja tulosten arvioinnissa. Tutkimuksen on oltava tieteellisten kriteerien mukainen ja eettisesti kestävä niin tiedonhankinnan kuin tutkimus- ja arviointimenetelmien osalta. Lisäksi tuloksia julkaistaessa tiedon on oltava avointa. (Kuula 2006, 34.)

Muita hyvän tieteellisen tutkimuksen kriteereitä ovat toisten tutkijoiden kunnioittaminen ja heidän saavutustensa huomiointi asianmukaisella tavalla omassa tutkimuksessa ja tulosten julkaisussa. Tutkimus on suunniteltu, toteutettu ja raportoitu tarkasti ja tieteellisen tiedon asettamalla tavalla. Tutkimusryhmän jäsenten oikeudet, asema, osuus tekijyydestä, vastuusta ja velvollisuudesta sekä tu-

lostien omistajuudesta ja aineiston säilyttämisestä on määritelty ja dokumentoitu ennen tutkimuksen aloittamista. Tutkimusta julkaistaessa raportoidaan tutkimuksessa käytetyt rahoituslähteet ja tutkimuksen kannalta muut olennaiset sidonnaisuudet. (Kuula 2006, 35.)

Tutkimuseettiset normit eivät sido laillisesti tutkijaa mutta ne velvoittavat ammatillisesti. Ihmistieteessä normit perustuvat neljään periaatteeseen: hyötyperiaate, autonomian kunnioituksen periaate, vahingon välttämisperiaate ja oikeudenmukaisuuden periaate. Lisäksi tutkijaa velvoittaa tieteen sisäisen etiikan periaate muun muassa käyttää tieteellisiä menetelmiä rehellisesti ja avoimesti. Tutkimuksen tekemiseen liittyy vielä tutkittavia koskevien tietojen luottamuksellisuuden turvaamisen periaate. (Kuula 2006, 58–59.)

Tutkimusta tehdessä ihmisen itsemääräämisoikeuden kunnioittamisella halutaan antaa ihmiselle mahdollisuus päättää, osallistuuko hän tutkimukseen vai ei. Jotta tämä toteutuisi, on ihmisen saatava riittävästi tietoa tutkimuksesta ja siitä mihin tutkimusaineistoa käytetään. Muuten vapaaehtoista päätöstä tutkimukseen osallistumisesta ei voi tehdä. Tutkittavien riittävä ja tarkka informaatio tutkimuksesta on tarpeellista, jotta tietosuojalainsäädäntö toteutuu ja tutkimus on yleisesti hyvien tieteellisten käytäntöjen mukainen. (Kuula 2006, 61–62.)

Kaikissa ihmistieteen eettisissä ohjeissa mainitaan vahingon välttämisen normit tutkittavalle. Vaikka fyysistä vahinkoa tutkittavalle ei aiheutuisikaan, voi tutkittavalle kuitenkin koitua psyykkistä, sosiaalista tai taloudellista vahinkoa tutkimuksesta. Sosiaaliset ja taloudelliset vahingot voivat aiheutua, mikäli tutkimusaineisto joutuu väärin käsiin tai tietoja luovutetaan ulkopuolisille. Jotta vahingon aiheuttamiselta vältyttäisiin, on tutkijan huolehdittava asianmukaisesta tutkimustietojen tietosuojasta. (Kuula 2006, 62.)

Tutkimuksella henkisen vahingon aiheuttamista tutkittavalle, on vaikea ennustaa etukäteen. Tutkijan on kuitenkin kunnioitettava tutkittavia etenkin vuorovaikutustilanteissa. Tutkijan on muistettava, ettei hän edusta vain itseään vaan koko tiedeyhteisöä ja oppiainettaan. Lisäksi on huomioitava tutkittavien ikä, sukupuoli, koulutus, kulttuuristausta ja käsiteltävä aihe. Myös julkaistuilla tutkimus-

tuloksilla voi olla haitallinen vaikutus tutkittavaan, mikä on muistettava tutkimustuloksia kirjoittaessa. (Kuula 2006, 63.)

Tutkittavien yksityisyyden kunnioittamisella ja suojelemisella tarkoitetaan sitä, ettei tutkittavat ole tunnistettavissa tutkimusteksteistä ja tutkittavilla on oikeus määrittää se, mitä tietoja he antavat tutkimuskäyttöön. Luottamusperiaate perustuu siihen, että tutkittavat tietävät etukäteen, mihin tutkimusaineistoa käytetään ja heidän antamansa tiedot ovat luottamuksellisia. Ensisijaisesti luottamus perustuu siihen, että tietoja käytetään, käsitellään ja säilytetään niin kuin tutkimuksen alussa on luvattu. Tutkittavien tietosuojalla tarkoitetaan sitä, että tutkittavan yksityisyyttä kunnioitetaan ja suojellaan sekä jokainen tutkija noudattaa tietosuojalainsäädäntöä. Lain huolellisuusvelvoite määrää, että tutkittavien yksityisyyden suojaa ei loukata. Lain suojaamisvelvoite puolestaan käsittää sen, että henkilötiedot suojataan niin, etteivät asiattomat pääse tietoihin käsiksi. (Kuula 2006, 64.)

Tutkimusaineistoa määrittäviä lainsäädäntöjä ovat muun muassa perustuslaki, joka määrittää, että tutkijalla on oikeus valita tutkimusaiheensa ja menetelmänsä sekä järjestää tulosten julkaisu. Yliopistolaki puolestaan määrittää tutkimussopimuksia, jossa voidaan päättää tutkimusaineiston kohtalosta. Ihmistieteissä tutkimusaineisto jää yleensä tutkimuksen toteuttamispaikkaan eli tutkimuslaitokselle, ellei toisin ole sovittu. Lisäksi tekijänoikeuslaki on merkittävä tutkimukselle niin lainsäädännöllisesti kuin tutkimuseettisesti. (Kuula 2006, 66–67.)

Internet voidaan käsittää tutkimuksen kohteena, tutkimusvälineenä ja aineiston lähteenä. Aineistonkeruu menetelmänä Internetissä voidaan käyttää esimerkiksi verkkolomakkeita, sähköpostikyselyitä- ja haastatteluja. Tutkimusetiikan ja tietosuojan kannalta sähköinen tutkimusaineiston kerääminen ei poikkea perinteisistä aineistonkeruu menetelmistä. Perustuslain määrittämä luottamuksellinen viestintä koskee myös Internetissä käytävää viestintää. Lisäksi Internetin avulla tehtävissä tutkimuksissa vallitsevat samat tutkimusetiikan ja lainsäädännön perusperiaatteet, kuin muissakin tietojen ja aineistojen hankinta tavoissa. (Kuula 2006, 169, 173, 192.)

Opinnäytetyötämme tehdessämme olemme noudattaneet tutkijan eettisiä periaatteita, normeja, arvoja ja hyveitä. Olemme huomioineet tutkimuseetiikan normien kolme osa-aluetta: tiedon luotettavuus ja totuuden etsiminen, tutkittavien ihmisarvo ja tutkijoiden keskinäiset suhteet. Olemme käyttäneet tieteellisen tutkimuksen menetelmää tutkimuksessa ja tulosten analysoinnissa eli opinnäytetyömme on tehty laadullisen tutkimuksen mukaan ja aineiston analyysissä on käytetty aineistolähtöistä sisällönanalyysimenetelmää.

Olemme valinneet työmme lähteet luotettavista tietolähteistä, jolloin myös teoriatiedon luotettavuus on tarkistettavissa. Olemme työllämme luoneet uutta tietoa aiheesta. Tehneet opinnäytetyömme niin, että olemme saavuttaneet parhaat mahdolliset tulokset aikarajojemme puitteissa, käyttäen apuna tutkimuksen vaatimia metodeja ja päämääriä. Lisäksi tutkimusta tehdessämme olemme noudattaneet lainsäädännön vaatimia kriteereitä tutkimuksen teosta sekä omaa ammatillista toimintaamme.

Tutkittavien ihmisarvon olemme huomioineet opinnäytetyötä tehdessämme antamalla riittävää ja kattavaa informaatiota tutkimusaiheestamme ja tutkimuksemme tavoitteista, tutkimukseen osallistumisen seurauksista sekä siitä miten tutkimuksen tulokset raportoidaan ja mistä ne ovat saatavissa. Painotamme, että osallistuminen tutkimukseen on vapaaehtoista ja luottamuksellista sekä tutkittavien anonymiteetti säilyy koko tutkimuksen ajan.

Opinnäytetyötä työstäessämme olemme huomioineet ja kunnioittaneet myös muita tutkijoita esimerkiksi merkitsemällä käyttämämme lähteet asianmukaisesti. Näin huolehdimme, ettemme plagioi toisten tekstejä ja lainatut tekstit ovat asianmukaisesti merkitty. Huolehdimme siitä, että kun teemme opinnäytetyön yhdessä tutkijaparina, kummankin tekijän nimet ovat kaikissa työn julkaisuissa. Lisäksi olemme työssämme kertoneet, että Endometriosisyhdistys ry:llä on oikeus käyttää ja jakaa opinnäytetyötämme.

Olemme huolehtineet, että opinnäytetyö on tehty huolellisesti, tarkasti ja rehellisesti. Kyselytutkimuksesta saadut tulokset on hankittu Internetiä apuna käyttäen ja tallennettu sekä analysoitu sovitusti. Tutkimuksemme tulokset on kerrottu

totuudenmukaisesti, eikä niitä ole muunneltu tai keksitty. Lisäksi olemme kertoneet tutkimusprosessi kappaleessa tutkimuksen eri vaiheet ja menetelmät. Opinnäytetyössämme tulokset on löydettävissä tutkimuksen tulokset ja johtopäätökset osiossa. Kyselytutkimuksella saadut vastaukset hävitettiin asianmukaisesti, kun yhteenveto oli saatu tehtyä. Opinnäytetyö tullaan julkaisemaan Theseus-tietokannassa ja Endometrioosiyhdistys ry:n verkkosivuilla, jolloin tutkimuksemme on avoin kaikille.

7 POHDINTA

7.1 Prosessin kulku

Aloitimme opinnäytetyöprosessin syksyllä 2012. Opinnäytetyöaihepankista löysimme meitä kiinnostavan opinnäytetyön aiheen. Sen pohjalta olimme yhteydessä yhteistyökumppaniimme. Syksyn aikana keskityimme tiedon hankintaan ja keräsimme aineistoa opinnäytetyötä varten. Lisäksi tutustuimme aikaisemmin julkaistuun materiaaliin aiheestamme, jonka saaminen osoittautui haasteelliseksi. Syksyn aikana esitimme ideapaperin ja opinnäytetyön suunnitelman seminaareissa sekä allekirjoitimme yhteistyösopimuksen yhteistyökumppanin kanssa. Alkukevästä 2013 suunnittelimme kyselylomakkeen, esitetasimme sen ja esitimme opinnäytetyön käsikirjoituksen seminaareissa. Kesän 2013 aikana kyselymme oli auki Endometrioosiyhdistyksen kotisivuilla ja Facebookissa.

Elokuun loppupuolella olimme saaneet kyselymme vain kaksi vastausta. Päätimme yhdessä endometrioosiyhdistyksen kanssa muistuttaa vastaajia kyselystä. Yhteistyötahomme informoi kohderyhmän vastaajia vielä henkilökohtaisesti. Jatkoimme vastausaikaa kuukaudella, mikä tuotti kuusi vastausta lisää. Yhteensä saimme kahdeksan vastausta. Opinnäytetyömme ohjaajamme ja yhteistyötahomme katsoi, että kahdeksan vastausta on riittävä määrä vastauksia tutkimuksellemme. Olisimme mielellämme jatkaneet vastausaikaa, mutta työmme haasteeksi tuli aikataulu, koska opinnäytetyömme piti valmistua marraskuussa 2013.

Yhteistyö Endometrioosiyhdistys ry:n kanssa on sujunut ongelmitta ja hyvin koko opinnäytetyömme ajan. Yhdistys oli korvaamattomana apuna kyselyyn vastaajia saadessa. Lisäksi olemme saaneet heiltä hyviä ohjeistuksia ja vinkkejä, kuinka jatkaa opinnäytetyötä eteenpäin. Vaikka emme ole nähneet kasvotusten yhteistyökumppanimme kanssa, yhteistyö on sujunut mutkattomasti koko prosessin ajan.

Vastausten lukumäärä oli niukempi kuin odotimme. Kyselyn oli aukaistu yli sata kertaa ja jäimme miettimään, miksi kyselyyn ei ollut vastattu. Emme saavuttaneet kyselyllämme 30–40 % vastaajaprosenttia, joka yleensä saadaan verkkokyselyillä toteutetuksi. Jos kyselyn olisi voinut lähettää suoraan kohderyhmälle, olisi vastausprosentti voinut olla suurempi. Kuitenkin uskomme, että verkkokyselyllä saavutimme paremman vastausprosentin kuin perinteisellä postikyselyllä. Saatekirjeessämme kerroimme kyselyn kohderyhmämme, joten emme usko, että kyselyä olisi avannut kohderyhmään kuulumattomat. Toisaalta kysely on saattanut kiinnostaa myös muita kuin vaihdevuosi-ikäisiä endometrioosisairastavia naisia esimerkiksi hoitotyön opiskelijoita, jotka ovat ehkä itse tekemässä verkkokyselyä ja haluavat nähdä millaisia kyselyitä muut ovat tehneet. Kyselylomakkeemme oli laadittu niin, että se näkyi kokonaisuudessa vastaajille. Olemme pohtineet, että vastaajat saattoivat pitää kyselyä liian pitkän näköisenä tai heillä ei ollut aikaa vastata siihen. Jatkoa ajatellen, kyselylomake kannattaa varmasti laatia niin, että vain yksi kysymys näkyisi kerrallaan.

Syyskuussa 2013 aloitimme vastausten analysoinnin, jonka koimme haasteelliseksi. Siihen vaikutti analyysimenetelmän valinta ja käyttö. Kummallakaan meistä ei ollut aikaisempaa kokemusta analyysimenetelmän käytöstä, lukuun ottamatta aiheesta käytyä oppituntia. Opiskelimme aihetta kirjallisuudesta, ja sen pohjalta aloitimme analyysin teon. Analyysin tekoon meni useampi päivä, johon emme olleet varautuneet. Näiden päivien aikana tapahtui paljon oppimista ja ammatillista kehitystä.

Tulosten analyysivaiheen jälkeen siirryimme kirjoittamaan johtopäätöksiä tutkimustuloksista ja työmme pohdintaosiota. Samalla kirjoitimme tiivistelmän suomeksi ja englanniksi. Aikataulujen yhtensovittamisen ja työharjoittelujen vuoksi saimme ensimmäisen yksilöohjausajan vasta lähelle opinnäytetyömme esitarkastukseen jättöä. Yksilöohjaustapaamisen jälkeen hioimme työtämme entisestään.

Suomenkielisiä tutkimuksia ja lähteitä endometrioosista ja vaihdevuosista on todella niukasti. Jatkotutkimuksen aiheena voisi olla lisää tutkimuksia aiheesta suomenkielelle. Oman opinnäytetyömme pohjalta jatkotutkimuksen aiheena

voisi olla endometrioosia sairastavien vaihdevuosi-ikäisen hormoniepätasapaino ja hormonihoitot. Aiheista on saatavilla niukasti tutkittua tietoa.

7.2 Ammatillisuus

Yhteistyömme työparina sujui hyvin ja ilman ristiriitoja koko opinnäytetyömme ajan. Etenimme opinnäytetyö projektissämme koulun opinnäytetyöprosessin mukaisesti, joka sisältyi tiiviisti kolmeen viiden opintopisteen tutkimus ja kehittäminen kurssiin. Prosessilla oli selkeä alku ja loppu, ja jokaisen lukukauden lopussa oli edetty tiettyyn tavoitteeseen. Aikaa prosessiin oli varattu kolme lukukautta ja suoritimme samalla muita opintoja. Tämä auttoi meitä hallitsemaan työmme tekoa ja aikataulussa pysymistä. Lisäksi opinnäytetyö seminaareista saimme jatkuvaa palautetta ohjaavilta opettajiltamme ja työmme opponijilta. Sen pohjalta pystyimme muokkaamaan ja hiomaan työtämme parempaan suuntaan. Opiskelukavereiden vertaistuki oli korvaamatonta, saimme sitä seminaareissa ja samassa työvaiheessa olevilta opiskelijoilta.

Voimavarana työskennellessämme koimme parityöskentelyn. Kun toisesta tuntui, ettei työ etene, toinen kuunteli ja antoi tukea sekä jakoi kannustaa eteenpäin työskentelyssä. Henkilökemiamme toimivat hyvin yhteen ja täydensimme työskennellessä toisiamme.

Oman haasteen tähän prosessiin toi eri koulutusohjelmissa opiskelu. Se vaikutti aikataulujen järjestämiseen ja yhteisen ajan löytämiseen. Välillä yhteisen ajan löytäminen oli ollut todella vaikeaa ja hidasti työmme etenemistä. Asioiden laittaminen tärkeysjärjestykseen koulumaailmassa ja vapaa-ajalla auttoi meitä selviämään tässä haasteessa. Koemme, että olemme oppineet tästä haasteesta tulevaa työelämää varten pitkäjänteisyyttä, prosessityöskentelyä, tiimityötä ja asioiden priorisointia.

Sairaanhoitajan ja terveydenhoitajan työ on itsenäistä ja vastuullista työtä, jossa pyritään ennaltaehkäisemään ja hoitamaan sairauksia, edistämään terveyttä ja hyvinvointia sekä lievittämään kärsimystä (Sairaanhoitajaliitto 2012). Lisäksi

terveydenhoitaja on terveydenhoitotyön ja kansanterveystyön asiantuntija (STHL RY i.a.) Eri koulutusohjelmissa opiskelu toi opinnäytetyöhömmme laajakatseisuutta ja eri näkökulmia. Terveystenhoitajan näkökulmasta endometrioosia sairastava nainen voi tulla vastaanotolle esimerkiksi työterveyshuollossa epämääräisten ja vaikeiden oireiden takia. Tämän työn pohjalta terveydenhoitaja osaa yhdistää oireita endometrioosi sairauteen ja ohjata asiakasta jatkotutkimuksiin. Tämän työn pohjalta terveydenhoitaja voi keskustella, neuvoa ja ohjata endometrioosia sairastavaa vaihdevuosi-ikäistä naista häntä askarruttavissa kysymyksissä ja ongelmissa.

Sairaanhoitaja voi puolestaan kohdata endometrioosia sairastavan naisen, kun hän olisi tulossa esimerkiksi leikkaustoimenpiteeseen. Sairaanhoitaja voisi ohjata ja kertoa erilaisista tutkimuksista ennen toimenpidettä, valmistella potilaan preoperatiivisesti ja olla mukana postoperatiivisessa hoidossa. Sairaanhoitajan ja terveydenhoitajan työkuvassa korostuu puhumisen ja kuuntelemisen taito. On tärkeää kohdata potilas tai asiakas yksilöllisesti, tukea ja auttaa häntä löytämään omat voimavaransa.

Sairaanhoitaja ja terveydenhoitaja voi auttaa endometrioosia sairastavaa ja sen oireista kärsivää potilasta tai asiakasta kertomalla erilaisista etuuksista, kuntoutuksesta ja työjärjestelyistä, joita potilas tai asiakas on oikeutettu saamaan sekä pyytää tarvittaessa sosiaalityöntekijää tapaamaan potilasta tai asiakasta. Lisäksi hoitotyöntekijä voi ohjata ja neuvoa potilasta tai asiakasta erilaisiin tukiryhmiin ja potilasjärjestöihin sekä kertoa esimerkiksi internetissä olevista tukiryhmäsivustoista.

Kyselyvastauksiemme pohjalta olimme täydentäneet työmme teoritietoa ja etsineet sitä lisää sekä vertailleet aikaisemmin hankkimaamme teoritietoa ja kyselyvastauksia toisiinsa. Hakiessamme teoritietoa, huomasimme että suomenkielisiä teoksia aiheestamme oli todella niukasti. Tämän takia, käytimme englanninkielisiä lähteitä työssämme, joka oli osaksi hidastanut työskentelyämme. Tiedonhaku oli opettanut meille lähdekriittisyyttä ja luotettavan tiedon tunnistamista ja hakemista niin suomeksi kuin englanniksi.

Olemme oppineet opinnäytetyömme aikana, kuinka tehdään tutkimus ja miten paljon työtä ja aikaa se vaatii. Lisäksi opimme tekemään tutkimustuloksia havainnollistavia taulukoita ja kaavioita. Opimme opinnäytetyö prosessin aikana endometrioosista sairautena ja kuinka kokonaisvaltaisesti se vaikuttaa sitä sairastavan naisen elämään. Opinnäytetyömme antoi meille myös näkemyksen siitä, kuinka endometrioosi sairautena muuttuu vaihdevuosi-iässä ja sen jälkeen. Muiden töiden opponointien avulla, opimme antamaan rakentavaa palautetta ja kehittämisehdotuksia. Opponointeja tehdessä huomasimme myös oman työn puutteita ja kehittämiskohtia. Opponoinnit olivat vastavuoroisia ja opimme myös vastaanottamaan rakentavaa palautetta työstämme. Se avasi näkökulmia työhömmä ja auttoi kehittämään opinnäytetyötämme eteenpäin.

Opinnäytetyömme aihetta valitessamme emme tienneet, että suomenkielistä materiaalia aiheesta on vain vähän. Mikäli olisimme tienneet ja ottaneet selvää asiasta ennen aiheen valintaa, se olisi voinut vaikuttaa aihevalintaamme. Koska englannin kielen kääntäminen suomeksi on ollut haasteellista ja aikaa vievää meille. Haasteet on tehty voitettavaksi ja olemme saaneet onnistumisen kokemuksia ja kielitaitomme oli kehittynyt prosessin aikana. Emme tämän kielihaasteen takia halunneet jättää työtä kesken ja olemme panostaneet työhön entistä enemmän.

Kaikki edellä mainitut asiat ovat kehittäneet ammatillista kasvuamme. Tämän myötä olemme valmiimpia kehittämään ammattissamme hoitotyötä ja näyttöön perustuvaa hoitotyötä eteenpäin. Havaitimme prosessin aikana paremmin kehittämiskohtia omassa ammattissamme ja niiden vaatimia näyttöön perustuvia tutkimuksia.

LÄHTEET

- Adamson, G. David 2012. Endometriosis: Disease Classification and Behavior. Teoksessa Linda C. Giudice, Johannes L. H. Evers & David L. Healy (toim.) Endometriosis: science and practice. Chichester: Wiley-Blackwell, 81–91.
- Anttila, Pirkko 1996. Tutkimisen taito ja tiedon hankinta. Helsinki: Akatiimi.
- Bjålie, Jan G; Haug, Egil; Sand, Olav; Sjaastad, Qystein V & Toverud, Kari C 2009. Ihminen. Fysiologia ja anatomia. Helsinki: Wsoy.
- Bricklin, Mark 2006. Suuri kivunhoito kirja. Helsinki: Otava.
- Bulun, Serdar E.; Attar, Erkut; Gurates, Bilgin; Chen, You–Hong; Tokunaga, Hideki; Monsivais, Diana & Pavone, Mary Ellen 2012. Medical Therapies: Aromatase Inhibitors. Teoksessa Linda C. Giudice, Johannes L. H. Evers & David L. Healy (toim.) Endometriosis: science and practice. Chichester: Wiley-Blackwell, 357–365.
- Duodecim. i.a. Uskomuslääkintä. Viitattu 3.3.2013.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=Ilt03636.
- Eloranta, Maj-Brit 2002. Krooninen kipu osana elämää. Viitattu 4.9.2013.
<http://tutkielmat.uta.fi/pdf/gradu00136.pdf>.
- Endometrioosiyhdistys Ry 2009. Endometrioosiyhdistys. Viitattu 30.10.2012.
<http://www.endometrioosiyhdistys.fi/index.php?section=10>.
- Endometrioosi ja vaihdevuodet -kysely 2013. Opinnäytetyömme liite 2.
- Eskola, Jari & Suoranta, Juha 2008. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Tampere: Vastapaino.
- Eskola, Kaarina & Hytönen, Eeva 2002. Nainen hoitotyön asiakkaana. Helsinki: WSOY.
- Evans, Susan 2006. Endometriosis and other pelvic pain: a comprehensive guide to all treatment options. London: Piatkus.
- Guo, Sun–Wei 2012. Pathogenesis: Epigenetics. Teoksessa Linda C. Giudice, Johannes L. H. Evers & David L. Healy (toim.) Endometriosis: science and practice. Chichester: Wiley-Blackwell, 65–78.

- Haapalainen, Paula 2013a. Kivun arviointi ja hoitotyön näkökulma. Luentodiat. Helsinki: Diakonia-ammattikorkeakoulu.
- Haapalainen, Paula 2013b. Kivun psykologiaa, sosiologiaa ja hoidon eettisiä kysymyksiä. Luentodiat. Helsinki: Diakonia-ammattikorkeakoulu.
- Härkki, Päivi 2006. Ajankohtaista lääkärin käsikirjasta. Endometriosis. Lääkärilehti Duodecim 122 (15) 1869 – 1870.
- Härkki, Päivi 2013. Kuukautiskipu. Lääkärinkäsikirja. Viitattu 6.10.2013. http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/koti?p_haku=kuukautiskivut.
- Härkki, Päivi; Heikkinen, Anna-Mari & Setälä, Anna-Mari, 2011. Endometriosisin nykyhoito. Lääkärilehti Duodecim 127 (17), 1837–1847.
- Helin, Kaija 2009. Täydentävien hoitomuotojen moniulotteinen kenttä. Kuvaus kahdeksasta yleisemmin käytetystä täydentävästä hoitomuodosta suomessa. Viitattu 6.9.2013. <http://www.lkl.fi/eriava/LIITE%202.pdf>.
- Hippeläinen, Maritta 2001. Endometriosis. Lääkärilehti Duodecim 117 (7), 703–711.
- Hirsjärvi, Sirkka; Remes, Pirkko & Sajavaara, Paula 2013. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi.
- Hoikka, Arja 2013. Lääkkeetön kivunhoito. Viitattu 20.10.2013. ana.diak.fi:2078/dtk/shk/koti?p_haku=lämpöhoito.
- Horne, Andrew & Critchley, Hilary O.D. 2012. Medical Therapies: Progestins. Teoksessa Linda C. Giudice, Johannes L. H. Evers & David L. Healy (toim.) Endometriosis: science and practice. Chichester: Wiley-Blackwell, 351–356.
- Javanainen, Marika 2007. Hormonikorvaushoidon riskit. Viitattu 20.10.,2013. http://www.terveyskirjasto.fi/terveysportti/tk.koti?p_artikkeli=avv00032&p_teos=avv&p_osio=107&p_selaus=4566.
- Javanainen, Marika 2007. Kasviperäiset estrogeenit. Viitattu 25.10.2013. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=avv00037&p_teos=avv&p_osio=&p_selaus=4544.
- Johnson, Neil P. 2012. Medical Therapies: Randomized Controlled Trials/Traditional Medical Therapies. Teoksessa Linda C. Giudice, Johannes L. H. Evers & David L. Healy (toim.) Endometriosis: science and practice. Chichester: Wiley-Blackwell, 343–350.

Junnila, Seppo 2007. Akupunktuuri. Viitattu 5.9.2013.

http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/koti?p_haku=akupunktuuri.

Kankkunen, Päivi; Nousiainen, Hannele & Kylmä Jari 2009. Pitkäaikaisesta kivusta kärsivän voimavarat. Tutkiva Hoitotyö, vol. 7 (2). Viitattu 31.7.2013. Opintojakson materiaali.

Käypä hoito. 2012. Liikunta. Viitattu 2.3.2013.

<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/naytaartikkeli/tunnus/hoi50075#s33>.

Klassisen akupunktion yhdistys ry. I.a. Viitattu 1.3.2013.

<http://www.akupunktuuriyhdistys.net/akupunktio>.

Koivu, Eijaliisa. 2005. Vyöhyketerapiaa endometrioosi oireisiin. Viitattu

4.3.2013. <http://www.lkl.fi/hoitomuodot/aromaterapia>.

Kostamo, Marianne 2012. Magneettihoito-opas pähkinänkuoressa. Viitattu

4.3.2013. <http://www.annbet.fi/44>.

Kuula, Arja 2006. Tutkimusetiikka: aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys. Tampere: Vastapaino.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992. Viitattu 3.3.2013.

<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785#L2P3>.

Lam, Alan; Bignardi, Tommaso & Khong, Su-Yen 2012. Surgical Therapies:

Principles and Triage in Endometriosis. Teoksessa Linda C. Giudice,

Johannes L. H. Evers & David L. Healy (toim.) Endometriosis: science and practice. Chichester: Wiley-Blackwell, 387–395.

Lampinen, Anu 2000. Yhteenveto. Teoksessa Sailo, Eerika & Vartti, Anne-

Marie (toim.) Kivunhoito. Helsinki: Tammi, 242.

Lampinen, Anu & Haapio, Marja. 2000. Vaihtoehtoisia hoitomuotoja. Teoksessa

Sailo, Eerika & Vartti, Anne-Marie (toim.) Kivunhoito. Helsinki:

Tammi, 228–243.

Luonnonlääketieteen keskusliitto lkl ry. i.a. Viitattu 2.3.2013.

<http://www.lkl.fi/hoitomuodot/aromaterapia>.

Luoto, Riitta; Mikkola, Tomi & Tomas, Eija 2012. Elintapojen merkitys vaihdevuosi-iässä. Viitattu 22.10.2013.

http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/arkisto?p_p_id=Article_WAR_DL6_Articleportlet&p_p_lifecycle=0&_Article_WAR_DL6_Articleportlet_p_frompage=uusinumero&_Article_WAR_DL6_Articleportlet_

viewTy-

pe=viewArticle&_Article_WAR_DL6_Articleportlet_tunnus=duo1000
0.

Nurminen, Marja–Leena 2011. Lääkehoito. Helsinki: WSOYpro.

Oxholm, Dorthe; Knudsen, Ulla Breth; Kryger-Baggesen & Ravn Peter 2007.

Postmenopausal endometriosis. Viitattu 2.3.2013.

www.ncbi.nlm.gov/pubmed.

Paakkari, Pirjo. 2013. Tietoa potilaalle: Krooninen (pitkäaikainen) kipu – lääkehoito. Viitattu 9.3.2013.

http://www.terveysportti.fi/dtk/shk/koti?p_haku=kipu.

Pohjalainen, Timo 2009. Fysioterapeuttisen menetelmät. Teoksessa Eija Kalso, Maija Haanpää & Anneli Vainio (toim.) Kipu. Helsinki: Duodecim, 236–238.

Pohjalainen, Timo; Orenius, Tage; Hurri, Heikki & Haanpää, Maija. 2010. Kipukuntoutuksen varhentaminen parantaa tuloksia. Viitattu 10.3.2013.

<http://www.fimnet.fi/cl/laakarilehti/pdf/2010/SLL172010-1535.pdf>.

Ravn, Pernille. 2007. Postmenopausal endometriosis. Viitattu 1.3.2013.

<http://anna.diak.fi:2100/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=d70b3e62-6498-461a-8499-e62da59b1b43%40sessionmgr12&vid=4&hid=25>.

Reiskanen, Terhi 2009. Vaihdevuodet. Kuumia aaltoja vai voimavirtoja. Viitattu 4.11.2012.

http://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/4619/Reiskanen_Terhi.pdf?sequence=1.

Saaranen–Kauppinen, Anita & Puusniekka, Anna 2006. KvaliMOTV. Menetelmäopetuksen tietovaranto [verkkójulkaisu]. Tampere. Viitattu 28.10.2012. <<http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/>>.

Saarelma, Osmo. 2012. Akupunktuurin (akupunktion) teho kiputilojen hoidossa on vähäinen. Viitattu 2.3.2013.

http://www.terveysportti.fi/dtk/shk/koti?p_haku=kipu.

Sairaanhoitajaliitto 2012. Sairaanhoitajan työ. Viitattu 30.10.2012.

http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/sairaanhoitajan_ty_o_ja_hoitotyon/sairaanhoitajan_ty_o/.

Salanterä, Sanna; Hagelberg, Nora; Kauppila, Marjo & Närhi, Matti 2006. Kivun hoitotyö. Helsinki: WSOY.

- Setälä, Marja-Leena; Härkki, Päivi; Perheentupa, Antti; Heikkinen, Anna-Mari & Kauko, Minna 2009. Särkylääke ei auta kuukautiskipuihin – epäile endometriooasia. Lääkärilehti Duodecim 64 (48), 4141-4145.
- STHL Ry i.a. Terveystenhoitaja. Viitattu 30.10.2012.
http://www.terveydenhoitajaliitto.fi/fi/sthl_ry/terveydenhoitaja.
- Suomen fysioterapeuttien akupunktuuriyhdistys ry. I.a. Viitattu 2.3.2013.
<http://www.akupunktuuriyhdistys.net/akupunktio>.
- Suomen kivunhoito yhdistys i.a. Mitä kipu on? Viitattu 10.3.2013.
[http://www.suomenkivuntutkimusyhdystys.fi/system/files/files/Mit%C3%A4%20kipu%20on%20%E2%80%93%20Kopio\(3\).pdf](http://www.suomenkivuntutkimusyhdystys.fi/system/files/files/Mit%C3%A4%20kipu%20on%20%E2%80%93%20Kopio(3).pdf).
- Suomen kivuntutkimusyhdystys 2008. Krooninen kipu. Helsinki: Facultas.
Suomen vyöhyketerapeutit ry. 2010. Vyöhyketerapia hoito. Viitattu 3.3.2013.
<http://suomenvyohyketerapeutit.fi/vyohyketerapiahoito/>.
- Tiitinen, Aila 2012 a. Tietoa potilaalle: Endometriooasi. Lääkärikirja Duodecim. Viitattu 30.10.2012.
http://www.terveysportti.fi/dtk/shk/koti?p_haku=endometriooasi.
- Tiitinen, Aila 2012 b. Tietoa potilaalle: Vaihdevuodet. Lääkärikirja Duodecim. Viitattu 30.10.2012.
http://www.terveysportti.fi/dtk/shk/koti?p_haku=vaihdevuodet.
- Tilastokeskus 2011. Kato. Viitattu 14.10.2013.
<https://www.tilastokeskus.fi/meta/kas/kato.html>.
- Tuomi, Jouni & Sarajärvi, Anneli 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi.
- Vainio, Anneli. 2009. Rentoutuminen. Viitattu 6.3.2013.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=kha00088.
- Valli, Raine 2010. Vastaaja asettaa tulkinnalle haasteita. Teoksessa Juhani Aaltonen & Raine Valli (toim.) Ikkunoita tutkimusmetodeihin 1. Näkökulmia aloittelevalle tutkijalle tutkimuksen teoreettisiin lähtökohtiin ja analyysimenetelmiin. Jyväskylä: Ps-kustannus, 100–112.
- Vihko, Kimmo 2004. Hormoneja vai ei? Kysymyksiä ja vastauksia vaihdevuosisista. Helsinki: Tammi.
- Virtuaaliammattikorkeakoulu 2010. Kyselyyn perustuvan tutkimuksen suorittaminen. Viitattu 6.11.2013.

<http://www2.amk.fi/digma.fi/www.amk.fi/opintojaksot/0709019/1193463890749/1193464131489/1194289345955/1194290010211.html>.

Virtuaaliammattikorkeakoulu 2007. Tutkimussuunnitelman laatiminen. Viitattu 29.10.2012.

<http://www.amk.fi/opintojaksot/0709019/1193463890749/119346414103/1194104861206/1194105197045.html>.

Walker, Eleanor M.; Rodriguez, Alba I.; Kohn, Beth; Ball, Ronald M.; Pegg, Jan; Pocock, Jeffrey R.; Nunez, Ramon; Peterson, Ed; Jakary, Susan & Levine, Robert A. 2009. Acupuncture Versus Venlafaxine for the Management of Vasomotor Symptoms in Patients With Hormone Receptor–Positive Breast Cancer: A Randomized Controlled Trial. *Journal of Clinical Oncology* 2010, vol 28, nro 4. Viitattu 25.10.2013. <http://jco.ascopubs.org/content/28/4/634.full.pdf+html>.

West Coast Institute of aromatherapy i.a. Using Essential Oils for Menstrual Problems. Viitattu 5.9.2013.

<http://www.westcoastaromatherapy.com/newsletter-articles/articles-archive/using-essential-oils-for-menstrual-problems/>.

LIITE 1. Saatekirje

Hyvät Endometrioosiyhdistys ry:n jäsen!

Opiskelemme Diakonia-ammattikorkeakoulussa Helsingissä sairaanhoitaja ja terveydenhoitaja tutkintoja. Teemme opinnäytetyötä aiheesta Endometrioosi ja vaihdevuodet. Yhteistyötoimintamme toimii Endometrioosiyhdistys ry. Opinnäytetyömme valmistuu syksyllä 2013.

Tutkimme miten vaihdevuosi-ikä vaikuttaa endometrioosia sairastaviin naisiin. Olemme laatineet aiheesta kyselylomakkeen ja toivoisimme Teitä ystävällisesti vastaamaan siihen. Kysely sisältää sekä monivalintakysymyksiä että avoimia kysymyksiä. Kyselyyn vastaaminen kestää noin 15 min. Vastausaikaa on 31.5.2013 asti.

Kysely on luottamuksellinen ja tietoja käytetään ainoastaan opinnäytetyön tekoon. Kyselyyn vastataan anonyymisti ja saadut vastaukset hävitetään asianmukaisesti tulosten analysoinnin jälkeen.

Vastaamme mielellämme kysymyksiin tutkimuksesta tai kyselystä. Kysymykset voi lähettää sähköpostitse osoitteeseen sofia.paavola@student.diak.fi tai noora.raivio@student.diak.fi.

Valmis opinnäytetyö julkaistaan Endometrioosi yhdistyksen nettisivuilla, sekä Theseus—julkaisuarkistossa.

Kiitämme kaikkia kyselyyn vastanneita.

Ystävällisin terveisin

Sofia Paavola

terveydenhoitajaopiskelija

Noora Raivio

sairanhoitajaopiskelija

LIITE 2. Kyselylomake

Endometrioosi ja vaihdevuodet

1. Minkä ikäinen olet? Vastaajamäärä = V: 8/8

- alle 45
- 45-50
- 51-54
- 55-59
- 60-64
- yli 64

2. Minkä ikäisenä vaihdevuotesi ovat alkaneet? V:8/8

- alle 45
- 46-48
- 49-51
- 52-54
- 55-57
- 58-60

3. Mikäli olet jo ylittänyt vaihdevuosi-iän, kauanko vaihdevuotesi kestivät? V:8/8

- 1 vuotta
- 2 vuotta
- 3 vuotta
- 4 vuotta
- yli 4 vuotta

4. Minkä ikäisenä aloit oireilemaan endometrioosista? V:8/8

5. Minkä ikäisenä sait diagnoosin endometrioosiin? V:8/8

6. Miten endometrioosi on vaikuttanut psyykkiseen hyvinvointiisi? V:8/8

7. Onko vaihdevuosi-ikä muuttanut psyykkistä hyvinvointiasi? Jos on, niin miten? V:8/8

8. Miten endometrioosi on vaikuttanut sosiaaliseen elämäsi? V:8/8

9. Onko vaihdevuosi-ikä muuttanut sosiaalista elämäsi? Jos on, niin miten? V:6/8

Endometrioosin ja vaihdevuosien haitat ja oireet

10. Millaisia haittoja ja oireita endometrioosi on aiheuttanut sinulle? V:8/8

- | | | | |
|---|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> alavatsa
kipu | <input type="checkbox"/> alaselkä
kipu | <input type="checkbox"/> runsaat kuukautiset | <input type="checkbox"/> ulostamis-
kipu |
| <input type="checkbox"/> lantiokipu | <input type="checkbox"/> lapsettomuus | <input type="checkbox"/> vatsan turvotus | <input type="checkbox"/> virtsaamiskipu |
| <input type="checkbox"/> ummetus | <input type="checkbox"/> pahoinvointi | <input type="checkbox"/> väsymys | <input type="checkbox"/> yhdyntäkipu |
| <input type="checkbox"/> ripuli | <input type="checkbox"/> tiputteluvuoto | | |

11. Muita haittoja ja oireita? V:5/8

12. Kuinka endometrioosin aiheuttamat haitat ja oireet ovat muuttuneet vaihdevuosi-ikään tullessasi? V:8/8

13. Kuinka endometrioosin aiheuttamat haitat ja oireet ovat muuttuneet vaihdevuosi-ikäsi aikana? V:6/8

14. Kuinka endometrioosin aiheuttamat haitat ja oireet ovat muuttuneet vaihdevuosi-ikäsi jälkeen? V:3/8

Lääkehoito

15. Mitä hormonikorvaushoitoa olet käyttänyt vaihdevuosi-iän oireisiin? V:7/8

16. Oletko käyttänyt jotain seuraavista tulehduskipulääkkeistä endometrioosin aiheuttamiin oireisiin? V:8/8

- Asetyyilisalisyylihappo (mm. Aspirin, Disperin)
- Ibuprofeeni (mm. Burana, Ibumetin, Ibuprofen, Ibuxin)
- Ketoprofeeni (mm. Ketorin, Ketomex)
- Naprokseeni (mm. Pronaxen, Naproxen)

17. Oletko käyttänyt jotain seuraavista yhdistelmäehkäisytableteista endometrioosin aiheuttamiin oireisiin? V:5/8

- Microgynon, Trikvilar
- Gracial, Laurina, Marvelon, Mercilon
- Femoden, Gestodilat, Gestidyl, Harmonet, Meliane, Minulet, Mirelle, Tri-Femoden
- Cilest
- Yasmin, Yasminelle, Yaz
- Qlaira
- Cypretyl, Diane Nova, Feminil, Vreya
- Femilar

18. Oletko käyttänyt hormonikierukkaa endometrioosin aiheuttamiin oireisiin? V: 8/8

- Kyllä
- Ei

19. Oletko käyttänyt minipillereitä endometrioosin aiheuttamiin oireisiin? V:8/8

- Kyllä
- Ei

20. Oletko käyttänyt jotakin GnRH-analogia endometrioosin hoitoon? V:2/8

- nenäsumute: (Suprefact Depot)
- injektio: (Eligard, Enanton Depot, Procren Depot)
- implantti:(Suprefact Depot, Zoladex)

21. Oletko käyttänyt aromataasineestäjiä endometrioosin hoitoon? V:0/8

- Arimidex
- Aromasin
- Femar

22. Millaisia muita lääkkeitä olet käyttänyt endometrioosin hoidossa? V:2/8

23. Onko endometrioosin lääkehoito muuttunut vaihdevuosi-iässä?
Jos on, niin miten? V:5/8

24. Kuinka koet lääkityksesi vaikuttaneen endometrioosin hoitoon? V:5/8

Muu hoito

25. Oletko saanut leikkaushoitoa endometrioosiin? Jos olet, kuinka se auttoi? V:8/8

26. Oletko käyttänyt jotain seuraavista lääkkeettömistä hoitokeinoista endometrioosin hoitoon? V:7/8

- Liikunta
- Ruokavalio
- Akupunktio
- Aromaterapia
- Homeopatia
- Vyöhyketerapia
- Rentoutus
- Lämpöhoito

27. Oletko käyttänyt muita lääkkeettömiä hoitokeinoja endometrioosin hoitoon? V:4/8

28. Kuinka lääkkeettömät hoitokeinot vaikuttivat endometrioosiisi? V:3/8

29. Mitä muuta haluaisit sanoa? V:7/8

Kiitämme vastauksestasi!

