



# **KOHDUNPOISTON VAIKUTUS NAISEN SEKSUAALISUUTEEN**

Ada Anttonen

Opinnäytetyö  
Joulukuu 2010  
Hoitotyön koulutusohjelma  
Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto  
Tampereen ammattikorkeakoulu

**TAMPEREEN AMMATTIKORKEAKOULU**  
**Tampere University of Applied Sciences**

## TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu  
Hoitotyön koulutusohjelma  
Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto

ANTTONEN ADA:

Kohdunpoiston vaikutus naisen seksuaalisuuteen

Opinnäytetyö 58 s., liitteet 1 s.  
Joulukuu 2010

---

Suomessa tehdään vuosittain noin 10 000 kohdunpoistoleikkausta erilaisista syistä. Leikkauspäätökseen voi johtaa vuotohäiriöt, myoomat, syövät sekä laskeumat. Kohdunpoiston ollessa yleisin gynekologinen leikkaus Suomessa, tarvitsee hoitohenkilökunta tieteellistä ja teoreettista tietoa leikkauksen vaikutuksista seksuaalisuuteen. Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli luoda kirjallisuuskatsaus aiheeseen ja vastata kysymyksiin: Miksi ja miten kohdunpoistoleikkauksia tehdään; miten kohdunpoistoleikkaus vaikuttaa naisen seksuaalisuuteen; sekä mitä muutoksia leikkaus voi seksuaalisuuteen aiheuttaa.

Valitsin kirjallisuuskatsaukseen yhteensä 7 tutkimusta, pääkriteerinä tutkimuksia valitessa oli tutkimusten ajankohtaisuus ja merkittävyys aiheeni kannalta. Tutkimuksista kuusi on kansainvälisiä tutkimuksia, jotka ovat tehty 2000-luvulla. Halusin lisäksi valita ainoan löytämäni kotimaisen tutkimuksen mukaan, vaikka tutkimus onkin tehty jo vuonna 1995.

Keräsin tutkimuksista opinnäytetyöni kannalta oleellisen, jonka tiivistin jokaisen tutkimuksen kohdalla omaksi kappaleekseen. Tämän lisäksi kokosin tutkimuksista taulukon, josta pystyy helposti katsomaan tutkimusten yleiset johtopäätökset. Tämä opinnäytetyö sisältää hyödyllistä tietoa opiskelijoille, sekä hoitajille, jotka työskentelevät naistentautien osastolla.

Johtopäätöksinä kohdunpoistoleikkaus vaikuttaa naisen seksuaalisuuteen yksilöllisesti monin eri tavoin. Yleisesti leikkaustavalla ei ole merkitystä seksuaalisuuteen postoperatiivisesti. Tutkimuksista käy selvästi esille, että yhdyntäkivut leikkauksen jälkeen vähenevät huomattavasti. Seksuaalinen halu ja mielenkiinto voi tutkimusten mukaan joko lisääntyä tai vähentyä. Pääosin kohdunpoisto kuitenkin vaikuttaa seksuaalisuuteen positiivisesti tai neutraalisti. Kohdunpoistoon johtaneen syyn poistuessa, muutokset seksuaalisuudessa ovat usein positiiviset. Täytyy kuitenkin muistaa, että leikkaus vaikuttaa jokaiseen potilaaseen yksilöllisesti.

---

Asiasanat: Kohdunpoisto, seksuaalisuus

## ABSTRACT

Tampereen ammattikorkeakoulu  
Tampere University of Applied Sciences  
Degree Programme in Nursing

ANTTONEN ADA:

The influence of hysterectomy to woman's sexuality

Bachelor's Thesis 58 pages  
December 2010

---

Hysterectomy occurs about 10 000 times per year for several different reasons. Menorrhagia, myomas, cancer and prolapses can lead to a decision to do a surgery. When hysterectomy is the most common gynaecological surgery in Finland, nursing staff needs scientific and theoretical information about the surgery's influences on women's sexuality. The purpose of this thesis was to create a literature survey about the subject and answer to the following questions: why and how hysterectomy is made; how does the hysterectomy influence women's sexuality; and what kind of changes can hysterectomy inflict on women's sexuality.

In the seven studies I chose to my literature survey, one of the main criteria was their topicality and relevance. Six of the studies were international studies that were made in the 21<sup>st</sup> century. Also, I wanted to choose the only Finnish study about the subject, even though the study was made in 1995.

The essential information was collected from the studies, which I condensed to own section in each study. In addition, I gathered a chart of the studies, of which it is easy to check the main conclusions of the thesis. This thesis offers useful information about the subject to students and nurses who work in gynaecological ward.

In conclusion, hysterectomy can influence women's sexuality individually in many different ways. In general, the form of the surgery doesn't have a significant meaning to sexuality post-operatively. It became clear that dyspareunia decreased substantially post-operatively. Sexual desire and interest can either increase or decrease depending on the study. Nonetheless hysterectomy affects sexuality mainly positively or in a neutral way. When the reason for the surgery is no more, the alteration in sexuality is often positive. However, it is important to bear in mind that the influences of hysterectomy are unique in every patient.

---

Keywords: hysterectomy, sexuality

## SISÄLLYS

1. JOHDANTO.....	6
2. NAISEN ANATOMIA JA FYSIOLOGIA.....	7
2.1 Ulkoiset sukupuolielimet.....	7
2.2 Sisäiset sukupuolielimet.....	8
2.3 Kuukautiskierto.....	11
3. KOHDUNPOISTON INDIKAATIOT.....	13
3.1 Vuotohäiriöt.....	13
3.2 Endometrioosi.....	15
3.3 Laskeumat.....	16
3.4 Kasvaimet.....	18
3.4.1 Myoomat.....	18
3.4.2 Kohdun limakalvon hyperplasia.....	20
3.4.3 Endometriumien polyypit.....	21
3.4.4 Kohdunrunkonsyöpä.....	21
3.4.5 Sarkoomat.....	23
4. KOHDUNPOISTOMENETELMÄT.....	25
4.1 Laparotomia.....	25
4.2 Laparoscopia.....	26
4.3 Vaginaalinen hysterektomia.....	27
4.4 Fyysinen toipuminen leikkauksesta.....	28
5. NAISEN HOITOTYÖ SAIRAANHOITAJAN TEHTÄVÄALUEENA.....	31
5.1 Seksuaalisuuden kohtaaminen hoitotyössä.....	31
5.2 Hoitosuhdetyöskentely.....	32
5.3 Ohjaus ja neuvonta.....	32
5.4 Plissit-malli.....	33
5.5 Seksuaaliterapia.....	35

6. NAISEN SEKSUAALINEN EHEYS.....	37
6.1 Minäkäsitys ja minäkuva.....	37
6.2 Seksuaalisuus.....	38
6.3 Seksuaaliterveys ja lisääntymisterveys.....	40
6.4 Sairauden ja leikkauksen vaikutus seksuaalisuuteen.....	40
6.5 Naisen seksuaalihäiriöt.....	42
6.5.1 Hoganin malli.....	43
7. KIRJALLISUUSKATSAUKSEN TARKOITUS JA TEHTÄVÄ.....	44
8. TUTKIMUSMENETELMÄ JA TOTEUTUS.....	45
9. KIRJALLISUUSKATSAUKSEN TULOKSET.....	46
9.1 Seksuaalinen kiihottuminen.....	46
9.2 Seksuaalitoiminnot ja potilaiden odotukset.....	46
9.3 Seksuaalisuus, kipu ja psykososiaalisuus.....	47
9.4 Virtsaamis –ja seksuaalitoiminnot.....	48
9.5 Seksuaalielämän laatu ja määrä.....	49
9.6 Seksuaalielämä leikkauksen jälkeen .....	49
9.7 Seksuaaliset toimintahäiriöt.....	50
9.8 Yhteenveto.....	51
10. POHDINTA.....	52
LÄHTEET.....	54
LIITTEET.....	58
Seksuaalioikeudet.....	58

## 1. JOHDANTO

Kohdunpoisto on yleisin gynekologinen leikkaus Suomessa. Niitä tehdään noin 10 000 vuosittain. Syinä leikkauksiin ovat muun muassa vuotohäiriöt, myoomat, syöpä, endometriooosi sekä laskeumat. Suomessa tehtiin 1990-luvulla ja 2000-luvun alussa noin 9 000-10 000 kohdunpoistoa vuodessa ja vuonna 2004 alle 8 000 (Paananen 2006, 57). Vaikka leikkauksissa on tapahtunut merkittävä lasku, Suomella on yhdessä Luxemburgin ja Unkarin kanssa OECD:n tilastojen mukaan teollistuneiden maiden korkein väestöön suhteutettu kohdunpoistojen määrä (Paananen 2006, 57).

Hoitotyön opetuksessa korostuu ihmisen kokonaisvaltainen hoito, mutta käytännössä seksuaalisuuden osa-alue jää monesti huomioimatta. Hoitajan tulisi etenkin antaa potilaalle lupa seksuaalisuudesta puhumiseen ja kysymiseen. Seksuaalisuudesta keskusteleminen voi olla myös hoitajalle itselleen hankalaa, ja onkin tärkeää että hoitohenkilökunta on sinut oman seksuaalisuutensa kanssa. Tämä mahdollistaa asiasta puhumisen potilaan kanssa. Kirjallisuudessa (Esim. Ihme, Rainto, 2008) seksuaalisuuden ohjaus ja neuvonta tulisi nähdä vahvana osana hoitosuhdetta. Hoitajan tehtävänä on luoda turvallinen ja luottamuksellinen ilmapiiri, jotta nainen uskaltaa puhua hyvinkin henkilökohtaisista kokemuksistaan.

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on tehdä kansainvälinen kirjallisuuskatsaus kohdunpoiston vaikutuksesta naisen seksuaalisuuteen. Kun ymmärrämme enemmän aiheesta, voimme hoitajina tukea potilasta kokonaisvaltaisemmin. Toivon opinnäytetyöni syventävän omaa, muiden opiskelijoiden sekä tätä työtä lukevien ymmärrystä aiheesta.

## 2. NAISEN ANATOMIA JA FYSIOLOGIA

### 2.1 Ulkoiset sukupuolielimet

Naisen ulkoiset sukupuolielimet eli ulkosynnyttimet ovat häpykukkula (mons pubis), häpykieli eli klitoris (clitoris), sen alapuolella oleva virtsaputken ulkosuu (ostium urethrae externum, parilliset pienet (labia minora pudenti) ja isot häpyhuulet (labia majora pudenti), emättimen aukko (ostium vaginae) ja Bartholinin rauhaset. Uloimpana ulkoisista sukupuolielimistä ovat isot häpyhuulet, jotka ovat ihon peittämät ja niissä kasvaa häpykarvoitusta. Niissä on myös runsaasti tali – ja hikirauhasia. Ulkoisten häpyhuulien välissä on sisemmät häpyhuulet. Ne ovat tummaa, vaaleaa, tai vaaleanpunaista ohutta ihokudosta ja limakalvoa. Niiden sidekudos on tiivistä ja niissä on vain muutamia hikirauhasia, mutta runsaasti talirauhasia. Usein sisimmistä häpyhuulista toinen on alempana kuin toinen. Sisemmät, karvattomat häpyhuulet saattavat olla ulompien häpyhuulten välissä piilossa, tai ne voivat olla näkyvillä. ( Ihme 2008, 38-39; Paananen 2006, 89, Kajan 2006, 104-105.)

Vatsanpuolella pienet häpyhuulet liittyvät toisiinsa kahdella poimulla, joiden väliin jää häpykieli. Häpykieli on naisen seksuaalisen nautinnon keskus. Se on pienen ihopoimun (praeputinum clitoridis) suojassa. Toinen poimu on häpykielen side (frenulum clitoridis). Nämä kaksi poimua peittävät häpykielen rungon, mutta sen kärki (glans clitoridis) on näkyvissä. Klitoris on pehmeää paisuvaiskudosta, jonka seksuaalinen kiihottuminen saa paisumaan. Se on erittäin tuntoherkkä ja hermotettu alue. (Paananen 2006, 89; Ihme 2008, 39; Kajan 2006, 105.)

Häpykielen alapuolella sijaitsee virtsaputken suu, joka voi olla naisella vaikeasti paikannettavissa. Virtsaputken suun alapuolella on emättimen aukko, jonka molemmilla puolilla on Bartholinin rauhaset, jotka erittävät limaista nestettä. (Ihme 2008, 39-40.) Limaa erittävät myös lukuisat pienemmät rauhaset (Paananen 2006, 90).

## 2.2 Sisäiset sukupuolielimet

Naisen sisäisiin sukupuolielimiin kuuluu emätin (vagina), kohtu (uterus), munasarjat (ovaria) ja munanjohtimet (tuba uterina, salpinx) (Ihme 2008, 35). Vagina on noin 10 senttimetrin pituinen putkimainen elin, joka muodostaa synnytyskanavan lopun, jonka kautta kuukautisveri poistuu. Se ulottuu kohdunsuulta aina ulkosynnyttimiin asti. Emättimen etuseinä on takaseinää lyhyempi siihen työntyvän kohdunnapukan takia. Etu- ja takaseinä ovat yleensä painuneet toisiaan vasten muodostaen H-kirjaimen muotoisen poikkileikkauksen. Emättimessä on kerrostunutta levyepiteeliä, jonka alla on sidekudosta sekä sileää lihaskudosta. Emättimen limakalvorauhaset sekä kohdunkaulan limarauhaset (glandula cervicalis) huolehtivat emättimen kostutuksesta. (Ihme 2008, 37; Paananen 2006, 87-88, Kajan 2006, 110.) Emättimen eteiseksi kutsutaan tilaa, johon avautuvat emätin, virtsaputki, Skenen rauhaset sekä Bartholinin rauhaset. Bartholinin rauhaset avautuvat emättimen eteiseen emättimen aukon etupuolelle muutaman senttimetrin pituisen käytävän kautta. Myös Bartholinin rauhaset erittävät seksuaalisen kiihottumisen yhteydessä pienen määrän nestettä emättimen eteiseen. (Kajan 2006, 106.)

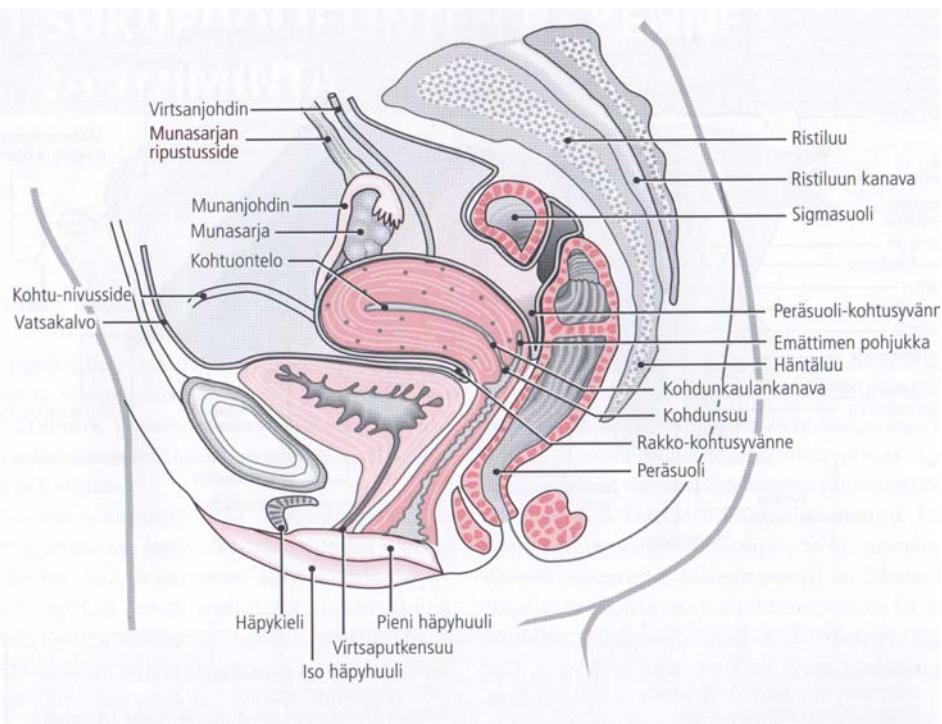
Kohtu (uterus) on elimistön suurin pääasiassa sileästä lihaskudoksesta muodostunut elin. Sen on tarkoitus tarjota sikiölle kasvupaikka raskauden aikana. Naisen hedelmällisen iän aikana, raskausaikaa lukuun ottamatta, kohtu valmistautuu joka kuukausi ottamaan vastaan hedelmöittyneen munasolun. Kohtu muistuttaa hieman litistynyttä, eteenpäin taipunutta päärynää, jonka pituus on noin 7-8 cm. Kohdun leveys on sen pohjan kohdalta suunnilleen 4-5 senttimetriä ja seinämän paksuus on noin 2,5-3 senttimetriä. Kohtu sijaitsee lantion keskiviivassa virtsarakon ja peräsuolen välissä. (Paananen ym. 2006, 82-83; Eskola, Hytönen 2002, 37; Edwards 2006, 52.) Kohtua tukee lantionpohja sekä monet siteet eli ligamentit kuten kohdun poikittainen side (ligamentum transversum cervicis), ristiluu-kohtusiteet (ligamentum sacro-uterinum), häpyluu-rakkoside (ligamentum pubovesicale), kohdun leveä kannatin (ligamentum latum uteri) sekä kohtu-nivussiteet (ligamentum teres uteri) (Paananen 2006, 90).

Kohtu painaa noin 30-40g ja se jakautuu kolmeen osaan: kohdunkaulaan (cervix uteri), joka on kohdun alin osa; kohdun runkoon (corpus uteri), joka on kohdun seinämän



pääosa ja päättyy kohdunkaulaan; sekä kohdunpohjaan (fundus uteri), joka on kohdun ylin osa. (Bjälje, Haug, Sand, Sjaastad, Toverud 2005, 413.)

Kohdun pääasiallisiin osiin luetaan kohdun runko (corpus uteri), joka muodostaa koko kohdusta noin kaksi kolmasosaa. Sen sisällä on kohtuontelo (cavum uteri). Kohdunpohja (fundus uteri) on oikeastaan osa runkoa. Se on ikään kuin kupumainen katto munatorvien liitoskohtien välissä, niiden yläpuolelle. Kohdunpohjan kaudaalinen pinta (fascies vesicalis) on kohti rakkoa ja kraniaalinen pinta (fascies intestinalis) kohti suolistoa. Kohdunsarveksi (cornu uteri) kutsutaan kohdun pohjan ja rungon sivuseinien yhtymäkohdassa olevaa kulmaa, johon munanjohtimet liittyvät. Kohtuontelo (cavum uteri) on rungon rajaama ahdas noin viiden kuutiosenttimetrin kokoinen ontelo. (Paananen 2006, 84-85; Ihme 2008, 36; Niemi 1995, 21.)



KUVA 1. Naisen sukupuolielimet lantion sagittaalisessa leikkauksessa (Paananen 2006, 82).

Kohdunkaulan (cervix uteri) sisällä on kohdunkaulan kanava (canalis cervicis uteri), joka on aikuisella naisella noin kolmannes kohdun pituudesta eli noin 2,5 senttimetriä. Kohdunkaula liittyy runkoon niin kutsutun kohdunsolan (isthmus uteri) kohdalla. Kohdunkaulan kanavassa on vinosti ylöspäin suuntautuneita limakalvopoimuja (mon.

plicae palmatae). Osa kohdunkaulaa on emättimen yläpuolella oleva osa (portio supravaginalis cervicis) ja niin sanottu kohdunnapukka (portio vaginalis cervicis), joka on työntyneenä emättimeen. Tässä osassa on kohdun ulkosuu eli (ostium uteri). Suun muoto on synnyttämättömillä pyöreä, mutta synnyttäneillä se levenee poikittaiseksi raoksi. Emättimen aluetta, joka ympäröi kaaren muotoisena kohdunnapukkaa, sanotaan emättimen pohjukaksi (fornix vaginae). (Paananen 2006, 84-86, Ihme 2008, 36.)

Kohdun seinämä on kolmikerroksinen. Sisimpänä on limakalvo (endometrium), keskellä kohtulihak (myometrium), joka muodostuu sileästä lihaskudoksesta sekä sidekudoksesta; ja uloimpana kohdun päällyskalvo (perimetrium). Päällyskalvo sisältää runsaasti sidekudosta ja se sulautuu vatsakalvon kanssa yhteen. Kohdun limakalvossa on runsaasti rauhasia, joiden toimintaa munasarjojen erittämät hormonit säätelevät. Kohtua pitää paikallaan vahva, säikeinen sidekudos, joka ulottuu kohdunkaulasta pikkulantion luihin. Kohdunontelossa on kolme aukkoa: yksi kohdunkaulassa ja kaksi kohdunpohjassa, johon munanjohtimet yhtyvät. Kohdunkaulakanava yhdistää kohdun emättimeen. Peräsuoli-kohtusyvänne (fossa Douglasi, excavatio recto-uterina) muodostaa syvän pussin peräsuolen (rectum) ja kohdun väliin. Syvänteeseen voi joskus kertyä nestettä (ascites). Myös virtsarakon (vesica urinaria) ja kohdun väliin muodostuu syväne, jota kutsutaan rakko-kohtusyvänneeksi (excavatio vesicouterina). (Bjälle 2005, 413; Paananen 2006, 83-84, Ihme 2008, 36-37; Edwards 2006, 52.)

Kohdun asentoon liittyvät termit fleksio ja versio. Versiolla tarkoitetaan kohdunkaulan suuntaa joko emättimen pituusakseliin tai kehon pystyakseliin nähden. Kohdunkaula voi suuntautua joko eteen (anteversio) tai taakse (retroversio). Joskus kohdunkaula on emättimen akselin suuntainen eikä versiokulmaa aina ole. Kohdunkaula voi myös olla suuntautunut joko vasemmalle (sinistroversio) tai oikealle (dekstroversio). Fleksiolla viitataan taas kohdunkaulan ja kohdun runko-osan väliseen kulmaan. Antefleksiossa kohdun rungon akseli on eteenpäin suuntautunut kohdunkaulan akseliin nähden. Retrofleksiossa akseli suuntautuu taaksepäin. Emätin, kohdunkaula ja kohdun runko voivat olla myös suorassa linjassa toisiinsa nähden. Nämä kallistuskulmat eivät ole pysyviä. Ne voivat muuttua tilapäisesti esimerkiksi sen mukaan, kuinka täynnä virtsarakko on. Raskauden aikana kohdun asento muuttuu sen kasvaessa. (Eskola 2002, 325; Paananen 2006, 86-87; Ihme 2008, 37.)

Munasarjat sijaitsevat vatsakalvon (peritoneum) ulkopuolella, vatsakalvon muodostamassa syvennyksessä. Fertiili-ikäisen naisen munasarja painaa noin 6 grammaa ja on 2-5 cm pituinen ja 1,5-3,5 cm levyinen. (Paananen 2006, 80). Munasarjassa on ydin – ja kuorikerros. Ydinosaa (medulla) on löyhää sidekudosta, jonka sisällä kulkee veri – ja imusuonet sekä hermot. Ydintä ympäröi kuorikerros (cortex), jossa sijaitsevat munarakkulat (folliculus ovarius), joissa puolestaan kehittyy munasolu (ovum). Munasarjojen tehtävänä on tuottaa ja varastoida munasoluja sekä toimia umpieritysrauhaskudoksena tuottaen naisen sukupuolihormoneja: estrogeeneja ja progesteronia. Munasarjat ja munanjohtimet (salpinx, tuba uterina) ovat molemmat parillisia (Ihme 2008, 35). Munanjohtimet ovat käyrät, noin 10-12 cm pituiset elimet, joita pitkin siittiöt kulkevat kohti munasolua ja hedelmöittynyt munasolu, tsygootti kuljetetaan kohtuun. Munasarjan puoleisessa päässä on pieni aukko niin kutsutun suppilon (infundibulum tubae uterinae) pohjalla. Suppilon reunoilla on sormimaisia ulokkeita (fimbria ovarica), jotka pyydystävät munasolun munanjohtimeen. Munanjohtimen ontelossa on aluksi laaja avartuma (ampulla), mutta kapenee sitten munanjohtimen solaksi (isthmus tubae uterinae). Munanjohtimen kohtuun liittyvä osa on kokonaan kohdun seinämän sisällä ja sen suuaukko (ostium uterinum tubae uterinae) avautuu kohtuonteloon. (Paananen 2006, 80-81.)

### 2.3 Kuukautiskierto

Kuukautiskierto on ajanjakso, jolloin munasolu kypsyy, irtoaa ja siirtyy munatorveen. Jo sikiökaudella esimunarakkuloissa eli primordiaalifollikkeleissa on alkumunasolut. Niiden meioosin vähennysjako on pysähtynyt alkuvaiheeseen. Jotkut munarakkulat eli follikkelit alkavat kypsyä jo ennen syntymää, mutta niiden kehitys päättyy aina surkastumiseen. Vasta kuukautisten alkamisiässä ensimmäinen munarakkula todella kypsyy. Suomessa keskimääräinen kuukautisten alkamisikä on 12 vuotta ja loppumisikä 51-52 vuotta. Kuukautiskierron myötä tapahtuu muutoksia kohdun limakalvolla ja muualla elimistössä. Kuukautiskierron aikana kohdussa ja munasarjoissa tapahtuvia muutoksia säätelevät hormonit. Hypotalamuksen gonadoliberiinit eli gonadotropiiniin vapauttajahormonit (GnRH) saavat aivolisäkkeen etulohkon (adenohypofysis) tuottamaan ja vapauttamaan gonadotropiineja. Näitä ovat follitropiini eli follikkelia stimuloiva hormoni (FSH) ja lutropiini eli luteinisoiva hormoni (LH). FSH vaikuttaa

munasarjoissa oleviin follikkeleihin ja saa ne kasvamaan ja tuottamaan estrogeeneja. LH vaikuttaa myös munarakkuloiden kehitykseen ja hormonien tuottoon, saa aikaan ovulaation ja puhjenneen follikkelin muuttumisen toimivaksi keltarauhaseksi. Kuukautiskierto on kestoltaan noin 25-35 päivää. (Paananen 2006, 109; Eskola 2002, 40-42; Grénman 2000, 31; Ihme 2008, 44-45.)

Normaalin kuukautiskierron pituus lasketaan ensimmäisestä vuotopäivästä seuraavan kierron ensimmäiseen vuotopäivään ja on yleensä n.28 päivää. Kuukautiskierto jaetaan kolmeen vaiheeseen, joista kaksi, kuukautisvuoto ja proliferaatiovaihe (kohdun limakalvon kasvuvaihe), on ennen ovulaatiota. Kolmas vaihe, sekreetiovaihe eli kohdun limakalvon eritysvaihe, on ovulaation jälkeen. Vaiheet on nimetty kohdussa tapahtuvien muutosten mukaan. Kuukautisvuodon alku on merkki kuukautiskierron alkamisesta. Ellei munasolu hedelmöity, kohdun limakalvo irtoaa noin 14 vuorokauden kuluttua ovulaatiosta. Tämä johtuu keltarauhasen progesteronituotannon lakkaamisesta. Progesteronituotannon väheneminen supistaa valtimoita, jotka tuovat verta kohdun limakalvoon. Limakalvon uloin kerros joutuu kuolioon, ja syntyy verenvuotoja, jotka irrottavat limakalvon pintakerroksen kohdun seinämästä. Limakalvon kappaleet huuhtoutuvat ulos veren ja eritteiden mukana osana kuukautisvuotoa. Vuoto kestää (duraatio) keskimäärin viisi päivää, 3:sta 8:aan päivään. Kuukautisvuodon kokonaismäärä on noin 30-50 ml. Vuodon loputtua kohdun limakalvo on ohut. (Ihme 2008, 45; Bjälle 2005, 416; Grénman 2000, 31.)

Kun kuukautisvuoto on päättynyt, estradioli stimuloi jäljelle jääneitä kohdun limakalvon soluja, jotka alkavat jakaantua voimakkaasti (proliferaatio). Estradiolituotannon lisääntyminen munarakkulavaiheen jälkipuoliskolla saa aikaan kohdun limakalvon nopean uudistumisen. Kohtulihaksen verisuonista kasvaa uusia haaroja, ja limakalvoon muodostuu rauhasia. Ovulaatioon mennessä limakalvo on täysin uusiutunut, ja tämä on kestänyt vai 8-10 vuorokautta. Kuukautisvuoto ja kohdun limakalvon kasvuvaihe kestävät yhteensä yhtä kauan kuin munasarjan follikkelivaihe. Estradioli myös lisää kirkkaan ja juoksevat eritteen tuotantoa, joka helpottaa siittiöiden kulkua kohdunkaulan läpi kohtuun. Progesteroni puolestaan kiihdyttää siittiöiden kulkua estävän sitkeän eritteen muodostumista. Ovulaatiohetkellä estradiolipitoisuus on suuri ja progesteronipitoisuus pieni, joten kohdunkaulan limaa on juoksevaa, ja siittiöt pääsevät helposti kohtuun. (Bjälle 2005, 417-418.)

### 3. KOHDUNPOISTON INDIKAATIOT

Tavallisimmat syyt kohdunpoistoleikkaukseen eli hysterectomiaan ovat suuret tai verenvuotoja aiheuttavat myoomat, endometrioosi ja vuotohäiriöt. 7 prosenttia kohdunpoistoleikkauksista tehdään syövän vuoksi. Leikkauksen yhteydessä on mahdollista korjata kohdun, virtsarakon ja peräsuolen laskeumia. (Ihme 2008, 227; Paananen 2006, 588.)

#### 3.1 Vuotohäiriöt

Vuotohäiriöt voidaan jaotella toiminnallisiin, systeemisiin tai orgaanisesta syystä johtuviin. Ne voivat ilmentyä runsaina mutta jokseenkin normaalin kestoisina kuukautisvuotoina (menorragia) tai määrältään ja kestoltaan vaihtelevina vuotoina (metrorrhagia). Vuoto voi olla harvoin tuleva (oligomenorrea), määrältään niukka (hypomenorrea) tai se voi puuttua kokonaan (amenorrea). Primaarisessa amenorreassa kuukautisia ei ole tullut 16 ikävuoteen mennessä, sekundaarisessa amenorreassa kuukautiset ovat alkaneet, mutta jääneet pois yli kuudeksi kuukaudeksi. (Hurskainen, Ylikorkala 2008, 84; Eskola 2002, 304-306; Puolakka 2000, 21-23; Paananen 2006, 569-570.)

Vuotohäiriöitä voi esiintyä, vaikka kuukautiskierron häiriöitä ei olisikaan. Jos kuukautisvuoto on tavallista runsaampaa, mutta kestoltaan normaali ja kierto on säännöllinen, kyseessä on menorragia. Määrältään ja kestoltaan vaihtelevaa vuotoa, joka saattaa tulla ennen tai jälkeen varsinaisten kuukautisten, jopa keskellä kiertoa, kutsutaan metrorragiaksi. Monesti kyseessä on näiden yhdistelmä eli menometrorragia. Poikkeavan runsaina kuukautisia pidetään, jos vuodon määrä ylittää 80 ml, mutta käytännössä vuotomäärien mittaaminen on hankalaa ja diagnostiikassa tukeudutaan yleensä naisen omaan käsitykseen asiasta ja arvioidaan lisäksi oireiden vaikeutta, kuten kuukautissuojien käyttöä ja mahdollista anemiaa. Runsaat kuukautiset ovat tavallinen häiriö, josta kärsii noin 10% suomalaisista naisista. (Käypä hoito 2009; Paananen 2006, 570; Hurskainen 2001,11, 14-16.)

Primaarisessa menorragiassa kohdussa ei ole elimellistä vikaa eikä potilaalla ole mitään vuoto- tai hyytymissairautta. Tämä menorragia johtuu endometriumin toimintahäiriöstä (esim. prostaglandiini E:n tai prostasykliinin ylituotannosta). Syynä voi olla myös endometriumin hidastunut uusiutuminen jonkin kasvutekijän tai sytokiinin vähyyden vuoksi. Sekundaarinen menorragia johtuu kohtusairaudesta, kierukan käytöstä tai systeemisestä sairaudesta. Myooma, varsinkin endometriumin alle kasvava submukoottinen myooma, on tavallinen menorragian syy. Vuodon määrää voi myös lisätä adenomyoosi, kaksiosainen kohtu ja endometriumin polyyppi. Kierukka keskimäärin kaksinkertaistaa vuodon määrän. Kohdunpoisto sopii hyvin runsaan vuodon hoidoksi, varsinkin jos nainen ei halua lisää lapsia ja vuoto johtuu selvästä viasta, kuten esimerkiksi myoomasta. Munasarjoja ei tarvitse poistaa ilman erinäistä syytä. (Hurskainen, Ylikorkala 2008, 85-86, 89; Paananen 2006, 570, Hurskainen 2001, 14-16.)

Myös eräät yleissairaudet voivat aiheuttaa vuotohäiriöitä, kuten hypotyreoosi eli kilpirauhasen vajaatoiminta, maksakirroosi sekä hyytymishäiriöt. Maksasairauksien yhteydessä veren seerumin estrogeenitaso nousee. Tämä aiheuttaa lisääntyntä endometriumin proliferaatiota ja vuotohäiriöitä. Maksasairaudet voivat myös vaikuttaa hyytymistekijöiden valmistukseen ja siten lisätä kuukautisvuodon määrää. Hyytymistekijähäiriöiden on todettu olevan syynä runsaisiin kuukautisvuotoihin 3-19%:ssa tapauksista. (Grénman 2000, 32.)

Runsasta vuotoa voidaan niukentaa ehkäisytableteilla, traneksaamihapolla, prostaglandiinisynteesin estäjillä tai hormonikierukalla. Vuodon määrää pystytään huomattavasti vähentämään runsaimpina vuotopäivinä otettavalla traneksaamihapolla, joka estää hyytymän hajoamista. Tulehduskipulääkkeet (prostaglandiinisynteesin estäjät) vähentävät kivun lisäksi vuodon määrää. Myös hormonikierukka on erittäin tehokas kuukautisvuotojen vähentäjä ja samalla se auttaa kuukautiskipuihin sekä on luotettava raskaudenehkäisykeino. Jos konservatiivisesta hoidosta ei ole apua tai sitä ei voida käyttää, hoitovaihtoehtoina ovat kohdun limakalvon tuhoaminen erilaisin lämpökäsittelyin (termoablaatio) tai koko limakalvon pois höylääminen (endometriumablaatio) tai kohdun poisto. Operatiivisista hoidoista kohdunpoisto on tehokkain ja käytetyin. (Hurskainen, Ylikorkala 2008, 84; Paananen 2006, 570; Hurskainen 2001, 26-32.)

### 3.2 Endometrioosi

Endometrioosi (endometriosis) on sairaus, jossa kohdun limakalvon (endometrium) kaltaista kudosta on kohtuontelon ulkopuolella. Tavallisimmin kudosta on vatsaontelon sidekalvolla tai munasarjoissa, mutta joskus myös kokonaan vatsaontelon ulkopuolella. Munasarjoissa voi olla sekä pinnallista muutosta että suurempia, munasarjan sisällä olevia puolijuoksevaa massaa sisältäviä kystamaisia muodostumia, joita kutsutaan endometrioomiksi. Jos pesäkkeitä on kohdun lihasseinämän sisällä, niin tilanteesta käytetään nimitystä adenomyoosi. Endometriosisin synnystä on useita teorioita, mutta ainakin osan endometriosisista ajatellaan syntyvän siten, että kuukautisten aikana kohdun limakalvosoluja pääsee avoimien munitorvien kautta vatsaonteloon, jossa ne tarttuvat vaurioituneen vatsakalvon pintaan. Munasarjahormonit vaikuttavat näihin soluihin samoin kuin kohdun limakalvoon, mutta koska nämä solut eivät pääse vuotamaan ulos, ajan mittaan syntyy pesäkkeitä, joissa on tuoretta tai vanhaa verta tai kudostenestettä. Pesäkkeet liimaavat helposti kudospintoja yhteen, jolloin syntyy tiukkoja kiinnikkeitä. Pesäkkeet voivat kasvaa myös suolen, virtsarakon tai virtsanjohtimen seinämään. (Tiitinen 2009; Paananen 2006, 571; Eskola 2002, 307-308; Ihme 2008, 157, Harkki 2008, 935.)

Endometrioosi on yleinen sukukypsän iän sairaus, joka paranee menopaussissa itsestään. Noin 1-7% naisista sairastuu endometrioosiin sukukypsän ikänsä aikana. Endometrioosi on länsimaalaisten naisten sairaus. Sitä potevat naiset ovat yleensä alle 35-vuotiaita (keskimäärin 25-29-v.). Se on harvinainen teini-ikässä ja häviää menopaussin jälkeen itsestään. Perinnölliset tekijät säätelevät alttiutta sairastua endometrioosiin. Joissakin suvuissa endometrioosi on yleinen. Endometriosisin kasvu ja toiminta vaativat ensisijaisesti estrogeenin ja toissijaisesti progesteronin tukivaikutusta. Raskaus surkastuttaa ja voi jopa hävittää endometriosisin kokonaan ja endometriosisivaivat loppuvat vaihdevuosien jälkeen, sillä endometriosisipesäkkeet kutistuvat ilman hormonisäätelyä. (Santala, Kauppila 2008, 96-98, Eskola 2002, 307.)

Oirekirjo on vaihteleva. Yhdellä neljäsosalla potilaista ei ole mitään oireita. Usein endometrioosi esiintyy samanaikaisesti jonkin muun gynekologisen sairauden kanssa, mikä hämärtää taudinkuvaa. Endometriosisin oireet ovat jossain määrin sijaintikohteen mukaisia. Kipu, vuotohäiriöt ja hedelmättömyys ovat endometriosisin kolme pääoiretta.

Fertiili-ikäiselle se aiheuttaa muun muassa kuukautiskipuja eli dysmenorreaa, tärinä-, yhdyntä- ja ulostamiskipua, jatkuvaa alavatsakipua, vuotohäiriöitä, tiputteluvuotoja, runsasta ja pidentynyttä vuotoa eli menorragiaa ja lapsettomuusongelmia. (Forrest 2004, 305; Santala, Kauppila 2008, 100; Ihme 2008 157; Paananen 2006, 571.)

Endometrioosia hoidetaan leikkauksella tai lääkkeillä, tai molempia edellä mainituista vuorotellen. Diagnoosi varmistetaan laparoskooppisesti. Säästävässä leikkaushoidossa endometriosipesäkkeet poistetaan eksidoimalla tai diatermia- ja lasermenetelmillä. Radikaalisessa kirurgisessa hoidossa poistetaan kohtu, munasarjat tai molemmat, jolloin oireet häviävät. Lääkehoidossa käytetään aivolisäke-munasarja-akselin toiminnan sammuttavia ja siten endometriosirauhaset surkastuttavia hormonivalmisteita, kuten progестиineja. Lieviä kipuoireita voidaan helpottaa myös tulehduskipulääkkeillä (ibuprofeeni, ketoprofeeni). Yhdistelmäehkäisytabletit rajoittavat usein endometrioosia ja pitävät oireet kurissa. (Eskola 2002, 309; Santala, Kauppila 2008, 96; Ihme 2008, 158, Forrest 2004, 309.)

### 3.3 Laskeumat

Ainakin viidennekselle naisista ilmaantuu ikääntyessä mutta joskus jo nuorempaan laskeumia, joita voidaan kutsua gynekologiseksi tyräksi. Ne alkavat useimmiten oireilla painontunteena alavatsalla ja näkyvät sittemmin emättimestä ulos työntyvinä pullistumina. Ne voivat aiheuttaa mm. virtsarakon ja suolen tyhjentämistä vaikeuksia. Laskeumat syntyvät, kun lantionpohjan (deaphragma pelvis) sidekudos- ja lihasrakenne heikentyy ja synnyntielimiä sekä muita vatsaontelon elimiä kannattava tuki pettää. Eri maiden ja rotujen välillä näyttää olevan eroja laskeumien yleisyydessä. Kulttuurien väliset erot esimerkiksi synnytystavassa samoin kuin geneettiset tekijät selittävät ainakin osaltaan sen, että laskeumia esiintyy enemmän valkealla kuin mustalla rodulla. Laskeumien esiintyminen nuorilla ja synnyttämättömillä työikäisillä on harvinaista. (Mäkinen 2008, 195; Eskola 2002, 324-326; Paananen 2006, 582.)

Noin 5% kaikista laskeumista aiheutuu synnyntäisestä lantionpohjan, erityisesti sidekudusrakenteiden (faskiat ja ligamentit) heikkoudesta. Raskauden aikana lantionpohjan tukirakenteet löystyvät ja venyvät, mutta synnytyksen jälkeen jo noin



kuukaudessa ne yleensä palautuvat sekä rakenteellisesti että toiminnallisesti kutakuinkin ennalleen. Joskus raskauden aikana lantionpohjan kuormitus voi tosin olla niin suuri, että se aiheuttaa raskaudenaikaisen kohdun laskeuman (1/10 000-15 000:ta raskautta kohti). Sen sijaan synnytykseen voi liittyä useita erilaisia tapahtumia, jotka vaurioittavat synnytyskanavan ja lantionpohjan kudoksia johtavat välittömään tai myöhemmin ilmaantuvaan laskeumaan. Täysiaikainen raskaus lisää synnytystavasta huolimatta laskeuman kehittymisen riskiä ja tukikudokset voivat vammautua pysyvästi vaikean synnytyksen yhteydessä (imukuppi-, pihti- ja syöksysynnytys). Raskas työ, krooninen yskä, ummetus sekä askites, isot lantion alueen kasvaimet (myoomat, munasarjakystat) ja monisikiöraskaus nostavat vatsaontelon sisäistä painetta, mikä voi johtaa lantionpohjan kudosten liialliseen venyttymiseen ja laskeumien syntyyn. Myös normaali vatsaontelon paine saattaa aiheuttaa laskeuman, jos lantionpohjan rakenne muuttuu. Vanhuksilla yli puolet kaikista heille tehdyistä gynekologisista leikkauksista on laskeuman korjausleikkauksia. Iän mukana tapahtuvia kudosten muutoksia pidetäänkin yhtenä tärkeimmistä laskeumien alttiutta lisäävistä tekijöistä. Munasarjojen hormonitoiminnan väheneminen ja loppuminen myötävaikuttavat ratkaisevasti laskeumien syntyyn. (Forrest 2004, 330; Tiitinen 2009; Mäkinen 2008, 195-196; Paananen 2006, 582-583; Nieminen 2008, 937.)

Laskeumat jaotellaan sen mukaan, mikä osa synnytimelistä laskeutuu. Emättimen etuseinämän laskeumaa kutsutaan kystoseeleksi (cystocele) ja takaseinämän laskeumaa rektoseeleksi (rectocele). Joskus pelkästään kohtu saattaa laskeutua (prolapsus uteri tai descensus uteri). Laskeuma on yleensä sen vaikea-asteisempi, mitä alemmaksi se ulottuu – ääritilanteissa koko kohtu saattaa tulla emättimestä ulos (prolapsus uteri totalis). Kohdun ja peräsuolen välisen kuopan pullistuma on nimeltään enteroseele (entorocele). (Paananen ym. 2006, 583) Laskeumamuutokset voidaan jaotella neljään vaikeusasteeseen. 1. asteen laskeuma esiintyy korkeintaan emättimen ulkokolmanneekseen saakka. 2. asteen laskeuma on nähtävissä emättimen ulkoaukolta. Kun kyseessä on 3. asteen laskeuma, rakenteet pullistuvat selvästi emättimen aukosta ulos ja 4. asteen laskeumassa esimerkiksi kohtu on kokonaan luiskahtanut emättimen aukon ulkopuolelle. (Ihme 2008, 234; Nieminen 2008, 937, Forrest 2004, 330.)

Laskeumaa voidaan hoitaa lantionpohjan lihaksia voimistuttamalla ja postmenopausaalisilla naisilla emättimeen paikallisesti annettavalla estrogeenihoidolla.

Voidaan myös käyttää sopivan kokoista tukirengasta, joka pitää laskeuman emättimen sisäpuolella. Pitkäaikaisessa käytössä tukirenkaat voivat kuitenkin lisätä infektioriskiä ja painehaavaumien mahdollisuutta. Laskeumien varsinainen hoito on operatiivinen. Leikkauksen laajuus riippuu laskeuman vaikeusasteesta, naisen iästä ja muista mahdollisista perussairauksista. Tyypillisesti laskeumat leikataan emättimen kautta, vaginaalinen hysterectomia. Leikkauksessa poistetaan kohtu, vahvistetaan emättimen ja virtsarakon sekä emättimen ja peräsuolen välisiä väliseiniä, leikataan ylimääräiset pullistumat pois ja kiinnitetään emättimen pohjukka alimpiin kohdun kannatinsiteisiin. Joskus voidaan säästää kohdun runko-osa ja lyhentää vain kohdunkaulaa, jos kyseessä on nuorempi naishenkilö. Uusiutuneessa laskeumassa voidaan käyttää vahvikkeena tukiverkkoa ja kiinnittää emättimen pohjukka lantiorenkaan tai ristiluun tukirakenteisiin. (Eskola 2002, 326-327; Mäkinen 2008, 195, Tiitinen 2009; Paananen 2006, 583-584.)

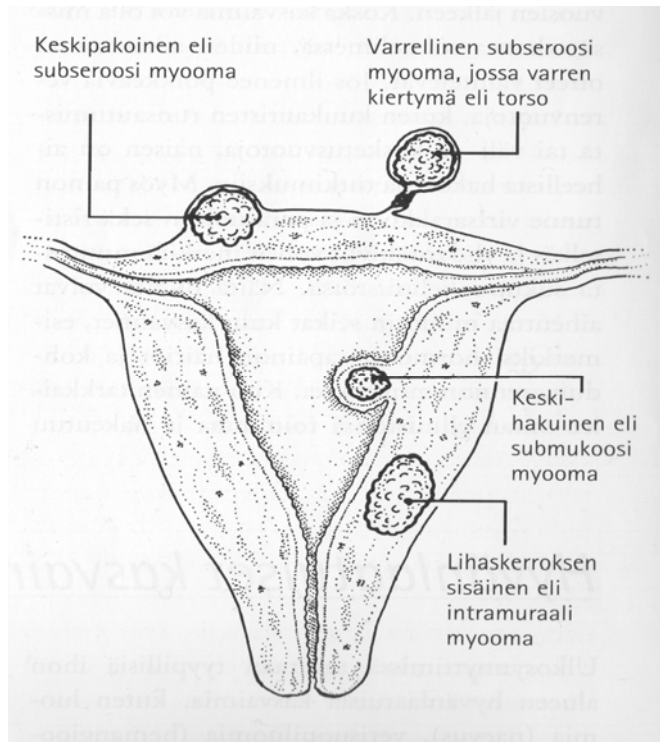
### 3.4 Kasvaimet

#### 3.4.1 Myoomat

Myooma on hyvänlaatuinen kohtulihaksen kasvain, joka on yleensä lähtöisin yhdestä kohtulihassolusta. Myoomia esiintyy 20-30%:lla yli 30-vuotiasta naisista, ja valtaosassa tapauksista todetaan useita myoomia. Myoomissa on sekä estrogeeni -että progesteronireseptoreita, ja hormonit säätelevät niiden kasvua. Myoomat saattavat suurentua raskauden aikana ja pienenevät vaihdevuosien jälkeen. Myooma on tavallisesti pyöreä, kiinteä ja tarkkarajainen. Sitä ympäröi litistyneen kohtulihaksen muodostama valekapseli, jossa verisuonet sijaitsevat. Myoomat ovat usein runsassoluisempia kuin niitä ympäröivä kohtulihaks, mutta niiden mitoottinen aktiivisuus on vähäistä. Progestiinit lisäävät lievästi myoomien mitottista aktiivisuutta. Myoomista korkeintaan 0,1-0,5% muuttuu leiomyosarkoomiksi. Myooma on yleisin kohdunpoiston indikaatio. (Grénman 2008, 229-230; Heinonen 2008b, 943.)

Myoomat saattavat sijaita joko kohdun seinämän sisällä (intramuraalinen), kasvaa kohdun seinämästä ulospäin (subseroosi) tai kohtuonteloon päin (submukoottinen). Subseroosi myooma saattaa olla joskus pitkällä, ohuella varrella kiinni kohdun

seinämässä. Myoomien koko voi vaihdella muutamasta millimetristä koko vatsaontelon täyttäviin usean kilon painoisiin kasvaimiin. Perimmäistä myoomien syntymisen syytä ei tiedetä, mutta munasarjahormonit vaikuttavat niiden käyttäytymiseen. Myoomat ovat tavallisempia synnyttämättömillä naisilla, kun taas monisyntyäjillä niitä tavataan harvemmin. Myös vaihdevuosien aikainen hormonihoito saattaa kasvattaa myoomia. (Eskola 2002, 342-343; Paananen 2006, 577-578.)



KUVA 2. Kohdun lihaskasvaimet (Eskola 2002, 342).

Oireet riippuvat myoomien koosta, sijainnista ja lukumäärästä. Myoomat sijaitsevat useimmiten kohtulihaksen sisällä (intramuraalinen), jolloin kohtu voi tuntua palpaatiossa pallomaiselta. Selvimmin kohdun muotoa muuttavat kohdun ulkopinnalle pullistuvat subseroosit myoomat, jotka voivat olla myös varrellisia. Kohtuonteloon päin kasvavat submukoottiset myoomat aiheuttavat eniten vuotohäiriöitä, sillä ne lisäävät endometriumin pinta-alaa ja vähentävät endometriumin verenkiertoa paineoireiden seurauksena. Tyypillisin myooman aiheuttama oire ovat vuotohäiriöt, joita esiintyy jopa kolmanneksella potilaista. Useimmiten todetaan menorragiaa, joskin kaikenlaiset vuotohäiriöt ovat mahdollisia. Kipu on harvinainen myooman aiheuttama oire. Se voi ilmaantua äkillisenä ja voimakkaana, jos varrellinen myooma kiertyy vartensa ympäri ja

menee kuolioon. Suuri myooma voi aiheuttaa lantion alueella painontunnetta. Leikkaus on tärkein myoomien hoitomuoto. Submukoosiset myoomat voidaan poistaa hysteroskooppisesti, mutta myoomien yleisin hoito oireisissa tapauksissa on kohdunpoistoleikkaus. (Grénman 2008, 227, 230-231; Eskola 2002, 343.)

### 3.4.2 Kohdun limakalvon hyperplasia

Kun kohdun limakalvon solumäärä jostain syystä lisääntyy, puhutaan hyperplasiasta. Solut voivat olla rakenteeltaan normaaleja, tällöin on kyseessä niin sanottu yksikertainen hyperplasia. Soluissa voi olla eriaisteisia rakenteellisia muutoksia, jolloin kyseessä on atyyppinen hyperplasia. Muutokset voivat olla paikallisia (fokaalinen hyperplasia) tai ne voivat käsittää lähes koko limakalvon. Hyperplasian tavallisin aiheuttaja on pitkäaikainen estrogeenivaikutus ilman välillä tapahtuvaa keltarauhashormonivaikutusta. Taustalla voi olla esimerkiksi kuukautiskierron häiriö (anovulatorinen kierto), monirakkulaiset munasarjat (PCO) tai estrogeenia tuottava munasarjakasvain. Hyperplasian tavallisin oire on kuukautisvuodon määrän ja keston lisääntyminen tai ylimääräiset vuodot. Diagnoosi selviää kohdun limakalvonäytteen histologisesta tutkimuksesta. Kaikututkimuksessa limakalvo on yleensä normaalia paksumpi. (Paananen 2006, 576; Grénman 2000, 38,39.)

Estrogeeni lisää kohdun limakalvon solujen proliferaatiota, kun taas progesteroni vähentää sitä. Liiallisen estrogeenistimulaation seurauksena kehittyä ensin endometriumien hyperplasia ja tilanteen jatkuessa osalle potilaista syöpä. Postmenopausaalisen vuodon syynä on endometriumien syöpä 10-20%:ssa tapauksista. Endometriumien hyperplasiat muistuttavat kliiniseltä käyttäytymiseltään kohdunkaulan esiastemuutoksia. Osa muutoksista voi normalisoitua itsestään tai hormonihoidolla, osa etenee hoitamattomana invasiiviseksi syöväksi. (Grénman 2008, 227-228.)

Endometriumien hyperplasiat hoidetaan potilaan iän ja hyperplasian vaikeuden mukaan hormoneilla tai leikkauksella. Nuoren naisen hyperplasia hoidetaan syklisellä progestiinilla ja hoitotulos tarkistetaan kohdun limakalvonäytteellä, endometriumnäytteellä. Osa nuorten naisten hyperplasioista korjaantuu myös itsestään. Vaihdevuosi-ikää lähestyvälle tai sen ohittaneelle naiselle sen sijaan kohdunpoisto on

ensisijainen hoitomuoto. (Grénman 2008, 227; Grénman 2000, 39; Paananen 2006, 576-577.)

### 3.4.3 Endometriumin polyypit

Kohdun limakalvon polyypit ovat kohdun limakalvon kasvaimia, ja niitä esiintyy noin 10%:lla vaihdevuosi-ikässä olevista naisista. Ne ovat pehmeitä pitkulaisia endometriumin värisiä kasvaimia, jotka yleensä sijaitsevat kohtuontelon yläosassa. Polyypin koko vaihtelee muutamasta millimetristä usean senttimetrin läpimittaiseen koko kohtuontelon täyttävään kasvaimeen. (Paananen 2006, 577; Grénman 2008, 228-229.)

Polyypit voivat aiheuttaa menorragisia tai menometrorragisia vuotoja, mutta usein ne löydetään sattumalta kohdunpoiston yhteydessä. Kohdun limakalvon polyypin syynä on lisääntynyt paikallinen herkkyys estrogeeneille tai progesteronireseptorien määrän paikallinen vähenemä. Hyperplastiset solut eivät reagoi syklisesti hormoneihin eivätkä irtoa kuukautisvuodon mukana, joten uusiutuva solukerros työntää niitä kohtuontelon suuntaan. Endometriumpolyypeissa todetaan pahanlaatuinen muutos < 0,5%:ssa paitsi entiestrogeenihoitoa saavilla rintasyöpäpotilaille <3%:lla todetaan muutoksia. Polyypin poisto onnistuu varmimmin kohtuontelon tähtäyksessä. Sitä täydennetään kohtuontelon kaavinnalla, sillä hyvänlaatuinen polyypin ei sulje pois karsinoman mahdollisuutta. Kaavinnassa polyypin poistuminen on myös epävarmaa. Erityisesti vaihdevuosi-ikää lähenevälle tai sen ohittaneelle naiselle kohdun poisto on ensisijainen vaihtoehto, mikäli oireelliset polyypit uusivat. (Grénman 2008, 228-229; Paananen 2006, 577; Grénman 2000, 38; Eskola 2002, 342.)

### 3.4.4 Kohdunrungonsyöpä

Suomessa kohdunrungonsyöpä on naisten kolmanneksi yleisin pahanlaatuinen kasvain ja yleisin gynekologinen syöpä. Uusia tapauksia todetaan vuosittain lähes 800 ja potilaiden keski-ikä on 66 vuotta. Kohdun runko-osan syöväälle altistavia tekijöitä ovat muun muassa ikä, ylipaino, sokeritauti, synnyttämättömyys, metabolinen oireyhtymä (MBO), myöhäinen menopaus, pelkän estrogeenin käyttö vaihdevuosisihormonina ja perinnöllinen alttius. Useiden riskitekijöiden yhteinen aiheuttaja on estrogeenin

liiallisuus keltarauhashormoniin verrattuna. Perinnöllisen muodon osuus on noin viisi prosenttia ja sen takana on sama geenivirhe kuin perinnöllisessä paksusuolensyövässä. Geenivirheen kantajilla sairastumisriski on 50-60%, jonka vuoksi heille suositellaan 30 vuoden iästä alkaen säännöllistä vuosittaista gynekologista tutkimusta (sisältäen endometrium-, ja Papa näytteet). Ennaltaehkäisevä kohdunpoisto on suositeltavaa viimeistään vaihdevuosi-iässä. (Paananen 2006, 577; Salmi 2007, 126; Sankila 2006, 35, 40, 47; Aittomäki 2007, 69-70; Leminen 2007, 451, 452; Gröhn 1994, 213; Ihme 2008, 245.)

Valtaosa kohdun limakalvon pahanlaatuisista kasvaimista on lähtöisin rauhasepiteelistä (adenokarsinooma). Syöpä kasvaa ensin paikallisena ja tunkeutuu sitten kohdun seinämään ja myöhemmin imuteihin ja verisuoniin lähettäen etäpesäkkeitä eri puolille. Endometriumsyöpä luokitellaan levinneisyytensä ja histologisen erilaistumisen perusteella eri luokkiin (I-IV), jotka vaikuttavat hoidon valintaan ja ennusteeseen. Mitä laajemmalle levinnyt tauti on ja mitä erilaistumattomampi histologinen kuva, sen huonompi ennuste. (Paananen 2006, 577; Salmi 2007, 126; Heinonen 2008b, 944.)

Yli 90%:lla potilaista poikkeava verenvuoto on endometriumien syövän ensimmäinen oire. Tavallisimpana oireena on ylimääräinen verinen vuoto tai vaihdevuosien jälkeinen vuoto. Vaihdevuosien jälkeistä veristä vuotoa aiheuttavat myös limakalvojen oheneminen eli atrofia ja kohtuontelon hyvänlaatuiset polyyypit. Ensimmäisen postmenopausaalisen vuodon syynä on endometriumien syöpä 10-20%:ssa tapauksista. Syövän todennäköisyys on suurempi, jos vuotoja esiintyy toistuvasti. Kohdunrunгон syövän riski suurenee iän myötä ja noin puolet yli 70 vuotiaiden naisten vuodoista johtuu syövästä. Premenopausaalisilla potilailla voi esiintyä runsaita pitkiä vuotoja tai välivuotoja. Näiden oireiden esiintyminen saattaa olla endometriumien syövän oire myös hormonikorvaushoitoa käyttävällä naisella (Grénman 2008, 234; Salmi 2007, 126; Leminen 2007, 462; Gröhn 1994, 215.)

Leikkaus on kohdunrunгон syövän hoidon kulmakivi. Siinä selvitetään taudin levinneisyys ja poistetaan mahdollisuuksien mukaan kaikki makroskooppinen syöpäkudos. Leikkauksessa poistetaan aina kohtu ja sivuelimet. Lisäksi otetaan sytologinen näyte vatsaontelosta. Lisääntyvässä määrin pyritään myös poistamaan lantion alueen imusolmukkeet. Leikkauksen jälkeen annetaan lantion ulkoista

sädehoitoa niille potilaille, joilla kasvaimen erilaistumisaste on ollut huono tai jos kyseessä on ollut aggressiivinen kasvain. Ulkoinen sädehoito annetaan myös niille potilaille, joilla tauti on levinnyt kohdunkaulakanavaan. Seurannan tulisi jatkua viiden vuoden ajan hoidon päättymisestä. (Grénman 2008, 235; Leminen 2007, 463-465, Gröhn 1994, 215; Heinonen 2008b, 944.)

### 3.4.5 Sarkoomat

Suomessa todetaan vuosittain keskimäärin 37 kohdun sarkoomaa, eli niiden osuus kohdunrunгон pahanlaatuisista kasvaimista on noin 5% ja osuus kaikista gynekologisista syövästä 1-2%. Sarkoomien etiologia on tuntematon, eikä endometriumin syövän riskiä lisäävien tekijöiden ole todettu vaikuttavan kohdun sarkoomien riskiin. Lantion alueen sädehoito on tunnettu riskitekijä 5-10%:lla potilaista. Kolmasosa sarkoomaan sairastuneista on ylipainoisia ja heillä on verenpainetauti. Valtaosa sarkoomista on lähtöisin kohdun limakalvon soluista tai kohtulihaksesta. Sarkoomat ovat kohtusyöpien pahalaatuisin ryhmä. (Grénman 2008, 237; Leminen 2007, 465.)

Kolme tavallisinta sarkoomaa ovat leiomyosarkooma, homologiset ja heterologiset malignit myllerintiehytkasvaimet ja endometriaalinen stromaalinen sarkooma. Alkukohtana homologisissa myllerintiehytkasvaimissa on kohdun rauhas -ja stroomakudos, heterologisissa kasvaimissa on myös kohdulle vierasta kudosta, kuten luuta, rustoa tai poikkijuovaista lihasta. Homologisten kasvainten ennusten on heterologisia parempi. Pahalaatuiset myllerintiehytkasvaimet leviävät lantioon, imusolmukkeisiin, vatsakalvononteloon, keuhkoihin ja maksaan. Leiomyosarkoomaan sairastuvien naisten keskimääräinen ikä on 10 vuotta alhaisempi kuin muihin sarkoomiin sairastuvien. Leiomyosarkooma leviää myometriumiin, lantion alueen imu- ja verisuomiin, lantion alueen kudoksiin sekä keuhkoihin. Hoitona käytetään tällöin solunsalpaajahoitoa. Endometriaalinen stromaalinen sarkooma on varsin aggressiivinen tauti. Kohdun sarkoomista Müllerin sekakasvaimia on noin kaksi kolmasosaa, leiomyosarkoomia 16-30% ja endometriumin stroomasarkoomia alle 10%. (Leminen 2007, 465-466; Paananen 2006, 578.)

Sarkoomille tyypillisiä oireita ovat kohdun nopea kasvu, runsaat epäsäännölliset vuodot ja vuodon yhteydessä esiin tuleva polypoottinen kudosis kohdunkaulan kanavassa sekä lantion alueen kipu. Nopeasti kasvava kohdun kasvain osoittautuu usein sarkoomaksi. Diagnoosiin päästään kaavintanäytteellä. Joskus leiomyosarkooma voi sijaita syvällä kohtulihaksessa, jolloin se todetaan vasta alavatsakasvaimen vuoksi tehdyssä leikkauksessa. Noin puolet kohdun sarkoomista rajoittuu kohtuun, ja tärkein hoito on kohdun ja munasarjojen poisto. Imusolmukkeiden poisto auttaa taudin levinneisyysluokan arvioinnissa. Leikkauksen jälkeen annetaan usein solunsalpaajahoito. Huolellinen leikkauksenjälkeinen seuranta on varsin tärkeää, koska kaikista sarkoomista jopa yli 50% uusiutuu hoidoista huolimatta jo varhain. (Grénman 2008, 238; Leminen 2007, 465-467; Paananen 2006, 578; Gröhn 1994, 215.)



#### 4. KOHDUNPOISTOMENETELMÄT

Kohtu voidaan poistaa kokonaan laparotomiassa, emättimen kautta tai laparoskopia-avusteisesti. Leikkaustavan valinta riippuu kohdun koosta, liikkuvuudesta, laskeumasta, syövästä, mahdollisista lisätoimenpiteistä esimerkiksi sivuelimiin ja ennen kaikkea leikkaavan lääkärin taidosta ja kokemuksesta. 1990-luvun lopulla Suomessa noin puolet kohdunpoistoista tehtiin laparotomiassa tai laparoskopia-avusteisesti. Joissakin Suomen sairaaloissa yli 80% kohdunpoistoista tehtiin ilman laparotomiaa. (Heinonen 2008a, 282.)

Sekä vatsanpeitteidenläpi tehtävä että tähytyskohdunpoisto suoritetaan tavallisesti nukutuksessa. Alateitse tehtävä leikkaus tehdään nukutuksessa tai puudutuksessa. Kohdunpoistoleikkaus kestää valmistelevine toimenpiteineen ja herätyksineen leikkaustyyppistä riippuen yhdestä kahteen tuntia. (Vatanen 2008, 41-42.)

##### 4.1 Laparotomia

Laparotomiassa poistetaan kookas, huonosti liikkuva kohtu. Levinnyt pahanlaatuinen kasvain, epäselvä lantiokasvain, suolikiinnikemuodostus, hankala endometriooosi tai laparoskopia vasta-aihe vaatii avoleikkauksen. Laparotomia tehdään yleensä yleisanestesiassa, joten potilaan tulee olla nukutuskelpoinen. Laparotomiassa tehtävä leikkaus noudattaa yleisiä vatsaelinkirurgian periaatteita esimerkiksi potilaan leikkausvalmisteluissa. Toimenpiteessä vatsanpeitteet avataan kerroksittain tekemällä ihoviilto joko poikittain (ns. Pfannenstielerin viilto) tai pitkittäin (alakeskiviilto). Leikkauksessa kohtua tukevat siteet ja verisuonet sidotaan ja katkaistaan. Kohtu irrotetaan emättimestä ja poistetaan leikkaushaavan kautta. Emätin ja vatsanpeitteet suljetaan. (Heinonen 2008a, 282-283.)

Laparoskooppisen kirurgian kehittyminen on johtanut vaginaalisen kirurgian lisääntymiseen ja nykyään suurin osa kohduista poistetaan joko kokonaan emättimen kautta tai laparoskopia-avusteisesti. Erittäin kookkaat, huonosti liikkuvat kohdut ja epäselvät sivuelinkasvaimet leikataan edelleenkin avokirurgisesti, samoin kuin

syöpätapaukset lukuun ottamatta osaa kohdun runko-osan syövistä, jotka voidaan hoitaa laparoskooppisesti. Potilas on sairaalahoidossa 3-7 päivää laparotomian jälkeen. (Paananen 2006, 588; Heinonen 2008a, 283.)

#### 4.2 Laparoscopia

Vatsaontelon tähytys eli laparoscopia tehdään yleensä yleisanestesiassa leikkaussalissa. Tähytyksen yhteydessä vatsaonteloon johdetaan hiilidioksidia, jonka paine työntää suoliston syrjään vatsaontelon takaosaan, jolloin näkyvyys leikkausalueella paranee. Hiilidioksidia johdetaan vatsaonteloon 2-4 litraa. Navan alapuolelle tehdystä viillosta viedään tähytin eli skooppi ja siihen liittyvä optiikka paikalleen. Niiden avulla vatsaontelon elimistä saadaan perusteellista tietoa ja elimet pystytään valokuvaamaan. Tähytysleikkausta varten tehdään useita aukkoja vatsanpeitteisiin. (Eskola 2002, 56-57; Heinonen 2008a, 28.3)

Laparoskooppisen kohdunpoiston aiheet ovat paljolti samat kuin avoleikkauksen ja riippuvat leikkaavan lääkärin kokemuksesta. Kookas kohtu ja hankalat kiinnikkeet vaikeuttavat ja pidentävät tähytystoimenpidettä. Laparoskopian vasta-aiheita ovat ileus, yleistynyt peritoniitti, reponoitumaton ventraalihernia sekä yleisanestesian vasta-aiheet. Potilaan perussairaudet, ikä, hyytymishäiriöt, antikoagulanttihoito, poistettavan kasvaimen koko ja maligniteettiepäily on otettava huomioon harkittaessa laparoskooppista toimenpidettä. Massiivinen ylipaino heikentää näkyvyyttä vatsaontelossa. Kohtu voidaan irrotella kokonaan tähytyksen yhteydessä ja lopuksi poistaa emättimen kautta tai osa siteistä katkaista alakautta. Tähytysleikkaus voidaan hankaluuksien ilmetessä vaihtaa avoleikkaukseksi. Näin tehdään etenkin pahojen kiinnikkeiden tullessa vastaan tai kun leikkausalueella on vaikeuksia toimia turvallisesti sekä komplikaatioiden ilmetessä. Avoleikkauksen mahdollisuudesta informoidaan potilasta ennen tähytysleikkausta. (Heinonen 2008a, 283.)

Toimenpiteen yhteydessä voidaan poistaa myös munasarjat ja niissä olevat kasvaimet sekä munanjohtimissa olevia muutoksia. Leikkauksessa tehdään alavatsalle noin senttimetrin pituisia viiltoja 3-4 kappaletta, joiden kautta viedyillä instrumenteilla kohtu

irrotetaan kannattimistaan. Tähystysleikkaukseen voidaan yhdistää myös laskeuman korjaus. (Ihme 2008, 230.)

Laparoskopiaa käytetään jos pieni kohtu on kiinnikkeinen, esimerkiksi endometrioosin vuoksi, tai sivuelimissä on hyvänlaatuinen kasvain. On mahdollista poistaa vain kohdun runko-osa ja jättää kohdun napukka jäljelle (supraservikaalinen amputaatio). Amputaatioon voidaan tyytyä silloin, jos koko kohdun poisto on esimerkiksi kiinnikkeiden vuoksi teknisesti hankala. Amputaatio voidaan tehdä myös laparoskooppisesti. (Paananen 2006, 588.)

#### 4.3 Vaginaalinen hysterektomia

Vaginaalinen hysterektomia eli emättimen kautta tehtävä kohdunpoisto on ensisijainen leikkaustapa, kun kyseessä on laskeuma ja kohtu halutaan poistaa kokonaan. Myös laskeutumaton kohtu on poistettavissa alateitse. Kookas kohtu, epäily kiinnikkeistä, endometrioosi tai samanaikaisen sivuelinkirurgian tarve on useimmiten este vaginaaliselle kohdunpoistolle. Toimenpide on mahdollista suorittaa spinaalipuudutuksessa. Tällöin voidaan hoitaa huonokuntoisiakin potilaita, joille yleisanestesia on vasta-aiheinen. Myös vaginaalisesta kohdunpoistosta toipuu nopeammin ja kivuttomammin kuin laparotomiasta, ja potilas voidaan kotiuttaa ensimmäisenä tai toisena leikkauksenjälkeisenä päivänä kuten laparoskopiassa. (Heinonen 2008a, 283.)

Laskeumaleikkaukset tehdään pääsääntöisesti emättimen kautta puudutuksessa tai yleisanestesiassa. Tyypileikkauksessa poistetaan ensin kohtu, jonka jälkeen vahvistetaan emättimen ja virtsarakon (kolporrafia anterior) sekä emättimen ja peräsuolen (kolporrafia posterior) välisiä väliseiniä ja leikataan ylimääräinen kudos pois. (Paananen 2006, 589.)

Totaali hysterektomia on kohdun ja kohdunkaulan poisto. Kohtu on kiinni emättimen pohjukassa ja kannatinsäikeillä lantion seinämissä. Kohdun kannattimet ja verisuonet katkaistaan leikkauksessa ja niiden päät sidotaan kiinni. Kohdun etualaosassa kiinni oleva virtsarakko irrotellaan. Kohtu leikataan irti emättimen pohjukasta, joka suljetaan

ompelein ja sidotaan kiinni kohdun kannattimiin. Emättimen pituus säilyy entisenä ja pohja on arpeutumisen jälkeen täysin kestävä. Leikkauksessa haava tulee siis emättimen pohjaan. (Ihme 2008, 227; Rikala 1996, 33.)

#### 4.4 Fyysinen toipuminen leikkauksesta

Kohdunpoiston seurauksena kuukautisvuodot jäävät pois, eikä raskaaksi voi enää tulla. Jos kohdunpoistoleikkauksessa poistetaan molemmat munasarjat, toimenpiteen seurauksena estrogeeni- ja progesteronihormonituotanto loppuu. Jos toinen munasarja säästetään, hormonituotanto jatkuu. Estrogeenin puutteesta seuraa muun muassa limakalvojen kuivuminen ja oheneminen, mikä puolestaan saattaa aiheuttaa yhdyntäkipuja. Mikäli potilas on fertiili-ikäinen nainen, ohjauksessa ja toimenpiteen suunnitteluvaiheessa sovitaan mahdollisesta hormonikorvaushoidosta, koska hormonitoiminnan loppumisesta johtuvat oireet tulevat jo 3-4 päivän kuluttua leikkauksesta. Kohdunpoistoleikkauksen jälkeen nainen saa kipua ja mahdollisesti pahoinvointia estävää lääkitystä. Leikkauksen aikana naiselle on laitettu kestokatetri, joka poistetaan lääkärin luvalla yleensä seuraavana päivänä. Samalla potilas pääsee pesulle ja voinnin niin salliessa suihkuun. Sairaalassaoloaika on leikkaustyyppistä riippuen 2-5 vuorokautta. (Ihme 2008, 232.)

Virtsaamishäiriöt ovat tavallisia gynekologisen leikkauksen jälkeen. Virtsaampi menee yleensä ohi muutamassa päivässä, mutta virtsaamispakko rakon supistellessa äkillisesti voi jatkua pari kuukautta. Nainen voi havaita virtsaamisessaan myös kaksijakoisuutta: virtsaus alkaa normaalisti, mutta hidastuu pian. Tyypillistä on myös tyhjentyneen rakon kipu eli kouristeleva ja kirvelevä kipu virtsauksen jälkeen. (Eskola 2002, 337.)

Naista ohjeistetaan seuraamaan haavan paranemista, alapään jälkivuotoa sekä yleisvointia kotiutuksen jälkeen. (Ihme 2008, 233) Pääsääntöisesti haava pidetään koskemattomana ensimmäiset 24 tuntia. Haavainfektion merkkejä seurataan: punoitusta, turvotusta ja vuotoa. On tavallista, että haava vuotaa ensimmäisen vuorokauden pieniä määriä. Jos leikkauksen aikana kudoksesta vuotoa on ollut enemmän, on leikkaussalissa voitu laittaa dreeni. Vuodeosastolla dreenistä tulevaa eritettä seurataan ja dreeni poistetaan lääkärin määräyksestä, kun eritemäärä on vähentynyt. Alatieleikkauksissa

käytetään tamponia vuotojen tyrehtyttämiseksi ja se poistetaan leikkauspäivänä tai viimeistään ensimmäisenä postoperatiivisena päivänä. Poistamisen jälkeen seurataan vuodon määrää ja hajua. (Ihme 2008, 222.)

Alatieleikkauksessa haava on emättimen puolella ja suljettu itsestään sulavilla ompelilla. Jos leikkauksessa on emättimeen viety tamponi, se poistetaan viimeistään seuraavana päivänä, koska verta ja kudokset keräävänä se on hyvä kasvualusta pieneliöille. Potilaan siteestä seurataan emättimestä erittyvän vuodon määrää ja laatua. Ommelärsytys voi aiheuttaa valkovuodon tapaista eritettä. Haavan paranemisprosessi on pitkä, jopa useita kuukausia. Tänä aikana voi haavan alueella olla tuntemuksia, kuten kipua, kutinaa tai kiristystä. Jos haava on emättimessä, se voi aiheuttaa yhdyntäkipuja ja emätinieritteen lisääntymistä. Jälkivuoto kestää noin 1-4 viikkoa. Sitä voi olla kauemminkin, jos emätinärpeen kehittyä keloidikudosta. Tämä voi johtaa yhdynnän jälkeiseen verenvuotoon. (Eskola 2002, 337.)

Naisen hygieniasta huolehditaan hyvin leikkauksen jälkeen. Tärkeää on huolehtia intiimialueiden hygieniasta. Alapesu tulee suorittaa jokaisen wc-käynnin yhteydessä. Leikkaustavasta riippuen nainen voi nousta pesulle jo leikkauksena tai ensimmäisenä postoperatiivisena päivänä. Ennen ylösnousua naisen kanssa kerrataan ylösnousutekniikka: leikkaushaava tuetaan, ettei se aukea. Nainen avustetaan suihkuun voimien sallimissa rajoissa. Aina ennen sängystä nousua kysytään naisen vointia ja havainnoidaan hänen yleistilaansa. Naiselle on hyvä antaa kipulääkettä hyvissä ajoin ennen kuin hän ensimmäisen kerran nousee sängystä. (Ihme 2008, 222-223.)

Kohdun poistaminen saattaa varhentaa vaihdevuosien alkamista 1-3 vuodella. Häiriöt suolentoiminnassa ja virtsankarkailu ovat mahdollisia myöhäisvaikutuksia. Myöhemmin kehittyvät laskeumat johtuvat osin iän mukana tuomasta kudosten heikkenemisestä. (Heinonen 2008a, 285.)

Leikkauksen jälkeen potilasta kehoitetaan liikkumaan vähäisestä liikkumisesta mahdollisesti aiheutuvan veritulppavaaran takia ja suoliston motiliteetin palauttamiseksi. Vatsantoiminnan palautuminen on sairaalasta kotiuttamisen edellytys. Toipumisaikana on syytä välttää raskaiden esineiden nostelua ja fyysistä ponnistelua. Ammeessa kylpeminen ja uiminen ovat kiellettyjä jälkitarkastukseen asti. Päivittäisestä

alapesusta ja hyvästä hygieniasta huolehtiminen on tärkeää. Mikäli ilmaantuu kuumetta, verenvuotoa leikkaushaavasta tai runsasta tai pahanhajuista verenvuotoa, on syytä hakeutua lääkäriin. Vähäinen vuoto emättimestä kuuluu usein leikkauksen jälkeen asiaan riippumatta leikkaustavasta. Yhdyntää ei suositella 4-6 viikkoon leikkauksen jälkeen emättimen pohjukassa olevan arven vuoto –ja tulehdusvaaran takia. (Rikala 1996,112.) Postoperatiivisen hoidon tavoitteena on naisen toipuminen leikkauksesta ja kuntoutuminen fyysisesti, psyykkisesti ja sosiaalisesti (Ihme 2008, 201).

Komplikaatioita esiintyy 10-25%:lla leikatuista sen mukaan, kuinka lievät sivuhäiriöt otetaan huomioon. Suomessa vuonna 1996 hyvänlaatuisten sairauksien vuoksi tehdyissä 10 110 kohdunpoistossa esiintyi 13,2%:lla hoidetuista komplikaatioita. Tulehdukset ja verenvuodot olivat yleisimpiä komplikaatioita. Myöhäisvuodot ovat harvinaisia. Kohdunpoisto on puhdas kontaminoitunut leikkaus, koska emätin avautuu vatsaonteloon ja bakteerit voivat tulehduttaa leikkausalueen. Mikrobilääkeprofylaksia vähentää leikkauksenjälkeisten tulehdusten määrää. Haavainfektiot liittyvät laparotomiaan ja niitä esiintyy 2-7%. Virtsatietulehdus on tavallinen vaginaalisen kohdunpoiston jälkeen laskeumapotilailla. Leikkausalueen yleisin leikkauksenjälkeinen infektio on emättimen pohjan tulehdusselluliitti. Ilmaantuvuus on noin 1-5% riippumatta leikkaustavasta. Oireina ovat kuumeilu, alavatsakipu ja pahanhajuinen verestävä vuoto. Emättimen pohja on ärtynyt, herkästi vuotava ja tutkimuksessa aristava. Hoitona ovat lepo ja mikrobilääkitys. Lievä tulehdus hoidetaan avohoidossa. (Heinonen 2008a, 284; Hurskainen 2001, 32.)

Lantioon muodostuva verikertymä (5%) aiheuttaa painontunnetta ja kuumeilua. Tavallisesti verenpurkauma sulaa itsestään tai tyhjenee emättimen kautta. Verikertymää estetään asettamalla toimenpiteessä lantion leikkausalueelta ulos dreeni vuorokaudeksi. Virtsarakon puhkeaminen (0,2-1,3%) huomataan yleensä leikkauksessa ja korjataan välittömästi. Virtsanjohdinten vaurioituminen on yleisempi endoskooppisen kohdun poiston yhteydessä kuin muilla leikkaustavoilla. Tämä johtunee polttavien instrumenttien lämpövaikutuksesta tai verenvuodon heikentämästä näkyvyydestä. Kohdun poistoon liittyy kuolleisuutta (0,1%), koska hyvinkin huonokuntoisia potilaita joudutaan leikkaamaan. Syvän laskimotukoksen lähettämä keuhkoembolia on yleisin kuolinsyy. Tromboosiprofylaksia on aiheellinen riskipotilaille kohdunpoiston yhteydessä. (Heinonen 2008a, 284-285.)

## 5. NAISEN HOITOTYÖ SAIRAANHOITAJAN TEHTÄVÄALUEENA

### 5.1 Seksuaalisuuden kohtaaminen hoitotyössä

Vuorovaikutukseen ja erityisesti kosketukseen liittyy läheisyyden, välittämisen ja rakkauden viestejä. Jokainen nainen kokee koskettamisen eri tavoin. Siihen vaikuttaa muun muassa naisen ikä ja menneisyys. Hoitotoimenpidettä tekevän hoitajan on hyvä kysyä lupa intiimialueen koskettamiseen, sillä potilas voi kokea luvatta koskemisen loukkaavana. Jotta hoitaja pystyy kohtaamaan seksuaalisuuden, puhumaan siitä ja tukemaan potilasta hänen seksuaalisuuteen liittyvissä tarpeissaan, tulee hoitajan olla tietoinen ja tasapainossa oman seksuaalisuutensa kanssa. Hoitajan ja potilaan välinen vuorovaikutus sisältää elämän muiden osa-alueiden ohella seksuaalisuuden. Käsiteltäessä seksuaalisuutta kohdataan usein varauksellisia asenteita ja mielipiteitä juuri hoitohenkilökunnassa ja hoitajan kielteinen suhtautuminen vaikuttaa potilaaseen ja hoitosuhteeseen. (Iivanainen, Jauhiainen, Pikkarainen 2004, 68; Ihme 2008, 29-30, Vilka, H. 2010, 85-86.) Ilmosen (2006) mukaan hoitaja saattaa jäädä usein odottamaan, että asiakas itse ottaa seksuaalisuuteen liittyvät asiat puheeksi ja jättää vastuun asiakkaalle. Ammatillisuus kuitenkin edellyttää, että työntekijä uskaltaa olla aloitteentekijä ja toimii luvan antajana myös seksuaalisuudesta puhumiseen.

Iivanainen (2004, 68-69) mukaan seksuaalisuuteen liittyvät asiat ovat osa hoitotyötä, mutta seksuaaliongelmista keskusteleminen ei ole helppoa. Se vaatii tietoa, taitoa ja tahdikkuutta sekä suvaitsevaisuutta ja herkkyyttä. Luottamuksellisen hoitosuhteen luomiseksi hoitajan on puhuttava sellaista kieltä, jota potilas ymmärtää. Hoitotyön tilanteissa, joissa joudutaan koskettelemaan tai tutkimaan naisen intiimejä alueita, on olosuhteiden oltava sellaiset, että potilaan ei tarvitse pelätä ulkoisia häiriötekijöitä.

Naisen seksuaali- ja lisääntymisterveyttä edistävässä hoitotyössä sairaanhoitaja kohtaa intiimejä asioita ja ohjauksen tukena voidaan käyttää seksuaalioikeuksia. (LIITE 1) Oikeudet on määritelty kansainvälisesti ja ne ovat osa ihmisoikeuksia. Naisella on oikeus ilmaista omaa seksuaalisuuttaan sekä päättää omaan seksuaali- ja lisääntymisterveyteen liittyvistä asioista vapaasti ilman pakkoa, väkivaltaa tai syrjintää. (Ihme 2008, 27.)

## 5.2 Hoitosuhdetyöskentely

Hoitosuhteella tarkoitetaan hoitajan ja potilaan tietoista, suunnitelmallista ja tavoitteellista yritystä hyödyntää vuorovaikutusta ihmisen hoitamisessa. Hoitosuhteessa, joka perustuu vuorovaikutukseen, mahdollistetaan potilaalle terveys kasvuprosessina. Hoitosuhde on vuorovaikutussuhde, jossa molemmilla osapuolilla on oma vastuullinen osuutensa päädyttäessä hoitopäätöksiin. Sille on luonteenomaista luottamuksellisuus, vastavuoroisuus sekä sitoutuminen. (Mäkelä 2001, 12,17-18.)

Naistentautien osastolla hoidetaan eri-ikäisiä naisia ja erilaisia terveysongelmia, esimerkiksi laskeumia ja vuotohäiriöitä, joiden vuoksi nainen tulee kohdunpoistoleikkaukseen (Ihme 2008, 194). Naistentautien osastolla tapahtuvassa hoitosuhteessa korostuvat turvallisuuden ja luottamuksellisuuden periaate sekä avoimuus. Naista ja mahdollisesti mukana olevia omaisia tuetaan ja rohkaistaan esittämään kysymyksiä epäselvistä asioista sekä kertomaan toiveistaan ja odotuksistaan vaikkapa aikaisempien sairaalakokemusten perusteella. Esimerkiksi leikkauksen vaikutus seksuaalisuuteen aiheuttaa pohdintaa, ja naisen voi olla vaikea ottaa aihetta hoitohenkilökunnan kanssa esille. Keskustelun tavoitteena on hoitotyytyväisyyden lisääntyminen, jännityksen vähentäminen ja mahdollisten pelkojen lievittäminen. Osa naisista ei tosin halua tietoa leikkauksesta, joten ohjaus tulee tehdä naista ja naisen toiveita kunnioittaen. Naistentautien hoitotyössä vaikeiden tunteiden kohtaaminen saattaa aiheuttaa hoitajassa epävarmuutta, hämmennystä ja ahdistusta. Hyvän ja luottamuksellisen hoitosuhteen syntymisen perusta on hyväksyvä asennoituminen ja kiinnostus naista kohtaan. (Ihme 2008, 199-200.)

## 5.3 Ohjaus ja neuvonta

Ohjaus ja neuvonta tulisi nähdä vahvana osana hoitosuhdetta. Naistentautien osastolla hoitosuhteessa korostuvat turvallisuuden ja luottamuksellisuuden periaate sekä avoimuus. Gynekologiseen leikkaukseen tulevan naisen ohjaaminen on hoitoyön keskeinen auttamismenetelmä naistentautien osastolla. Ohjaustilanteen tavoitteena on että nainen pystyisi elämään mahdollisimman itsenäisesti ja olemaan sinut uuden minäkuvansa kanssa leikkauksen jälkeen. Ohjaustilanteissa sairaanhoitajan tulee auttaa



naista ymmärtämään terveydentilaansa, sairauttaan, hoitoaan ja kuntoutustaan. Hoitotilanteissa ohjauksen tavoitteena on, että nainen hyväksyy oman seksuaalisuutensa. Hoitajan kanssa keskusteleminen ja oikean tiedon saaminen voivat auttaa naista luopumaan häpeästä ja syyllisyydestä. Avoimien kysymysten käyttö kannustaa asiakasta puhumaan terveysongelmastaan. Asiakas saattaa tuoda hyvin vaikeita ja arkoja asioita esille ja hoitajan tehtävänä on luoda turvallinen ja luottamuksellinen ilmapiiri, jotta nainen uskaltaa puhua näistä henkilökohtaisista asioista. (Ihme 2008, 27-28, 199-200.)

Sairaanhoitajan tulee pyrkiä havaitsemaan miten paljon ja millä tavalla nainen on valmis keskustelemaan seksuaalisuuteen liittyvistä kysymyksistä. Hoitojakson alussa asiaa sivutaan ja annetaan naiselle lupa puhua mieltä painavista asioista ja asiaan palataan hoitojakson kuluessa, sitten kun nainen on siihen valmis. Yleispätevää toimintamallia ei ole vaan jokaisen potilaan kanssa keskustellaan yksilöllisesti. Suurin osa kommunikaatiosta on sanatonta ja hoitajan on huomioitava myös se mitä ei sanota. Sanaton viesti kuten eleet ja ilmeet kertovat hoitajalle potilaan todellisesta tunnetilasta enemmän kuin sanat. Sanaton viestintä tulee ottaa huomioon ohjaus ja neuvontatilanteissa. (Mäkelä 2001,12-14; Ihme 2008, 27-28, 199-200; Iivanainen 2004, 57-59.)

#### 5.4 PLISSIT-malli

Seksuaalisuudesta puhumisen helpottamiseksi Jack Annon (1976) on kehittänyt PLISSIT-mallin, joka rakentuu seksuaaliongelmien esiintyvyyden yleisyydelle eikä sen soveltamiseen tarvita mitään määrättyä terapeuttista viitekehystä. PLISSIT-lyhenne on peräisin englanninkielisistä ilmauksista: permission, limited information, spesific suggestions ja intensive therapy. Nämä ilmaukset voidaan kääntää suomeksi: luvan antamiseksi tai sallimiseksi, rajatun tiedon antamiseksi, erityisohjeiden antamiseksi ja intensiiviseksi terapiaksi. Mallin ajatuksena on, että kaikki hyötyvät luvan antamisesta, hyvin monet tiedon jakamisesta ja että harvempi ihminen tarvitsee kohdennettuja ehdotuksia ja hyvin harva varsinaista terapiaa. (Vuola 2003, 261; Fogel 2004, 127; Paananen 2006, 554.)

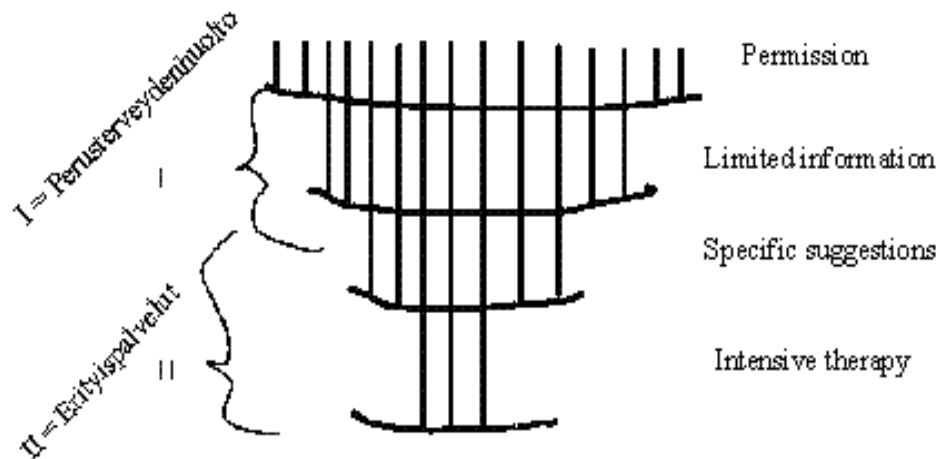
Ensimmäisen tason, P-tason ongelmaan riittää hoidoksi luvan antaminen. Potilaalle tai asiakkaalle annetaan lupa kysyä ja puhua omasta seksuaalisuudestaan. Luvan antaminen jokaiselle asiakkaalle tai potilaalle omaan seksuaalisuuteen, nautintoon ja myös siitä puhumiseen voi tapahtua monella tapaa, suorasti tai epäsuorasti ilmaistuna. Luvan antaminen on sekä ehkäisevää että hoitavaa toimintaa eikä siinä ole tarkoituskaan pureutua syvällisiin tai traumaattisiin seksuaaliongelmiiin. Hoitohenkilökunnan suorat, sukupuolineutraalit ja asialliset kysymykset potilaan seksuaalisuudesta luovat tilanteeseen luottamuksellisen ja sallivan sävyn. Suurin osa ihmisistä on autettavissa pelkästään siten, että heille annetaan tämä lupa. (Paananen 2006, 554-555; Vuola 2003, 261; Ilmonen 2006, 46-47; Fogel 2004, 127.)

Toista tasoa kuvaavat kirjaimet L ja I. Ne merkitsevät rajatun tiedon (limited information) antamista. Kun asiakas on saanut luvan ottaa seksuaalisuus puheeksi, usein hänellä herää kysymyksiä, joihin hän tarvitsee tietoa ja vastauksia. Rajatun tiedon antaminen on jokaisen terveydenhuollossa työskentelevän käytössä päivittäin. Ihmisillä on paljon ennakkoluuloja ja vääriä tietoja seksuaalisuudesta, jotka haittaavat seksuaalisen tyydytyksen saamista. Kohdennettu tieto voi ratkaista useita huolenaiheita samalla kerralla ja asiallisella, myönteiseen sävyyn kerrotulla tiedolla voi olla huomattava merkitys sukupuolielämän tyydyttävyyteen. Kahdella ensimmäisellä PLISSIT- mallin tasolla on myös ennaltaehkäisevä ulottuvuus eikä siihen liity tavoitetta muutokseen. Kahden ensimmäisen tason ongelmat kuuluvat perusterveydenhuollossa työskenteleville sairaanhoitajille, eivätkä vaadi erityiskoulutusta. (Fogel 2004, 127; Paananen 2006, 555; Vuola 2003, 261.)

Kolmas taso, SS-taso on erityistiedon taso ja vaatii työntekijältä perehtyneisyyttä seksuaaliongelmiiin ja vähintään lyhyt- tai ratkaisukeskeisen työtavan hallintaa. Tyypillisiä tällä tasolla käsiteltäviä ongelmia ovat seksuaalinen haluttomuus, kiihottumisongelmat, erektio- ja ejakulaatiohäiriöt, orgasmiongelmat tai kivulias yhdyntä. (Paananen 2006, 555; Fogel 2004, 127.)

Viimeinen taso, IT (intensive therapy), on varsinaisen pitkäkestoisen seksuaaliterapian taso. Varsinaisessa seksuaaliterapiassa seksuaaliterapeutti ohjaa asiakkaita erilaisiin harjoituksiin, joiden tarkoitus on rikkoa syntyneitä noidankehiä. Asiakkaan ongelmat ovat monitahoisia, laajoja ja traumaattisia kokemuksia sisältäviä. Tavoitteena

molemmissa viimeisen tason vuorovaikutusprosesseissa on muutos asiakkaan tilassa ja ne edellyttävät myös asiakkaan omaa aktiivista toimintaa tavoitteen saavuttamiseksi terapeutin tuen avulla. Traumaattiset, seksuaalisuutta loukkaavat kokemukset kuten insesti tai seksuaalinen väkivalta vaativat usein pitkäkestoisen terapian. SS- ja IT-tasojen auttamistyö vaatii työntekijältä seksuaaliterapeutin koulutuksen. (Paananen 2006, 555; Vuola 2003, 262.)



KUVIO 1. PLISSIT –malli

## 5.5 Seksuaaliterapia

Terveydenhuollossa ihminen pyritään kohtaamaan kokonaisvaltaisesti. Tällöin tulisi huomioida myös seksuaalisuuden alue, joka usein unohdetaan. Se jää asiakastyössä helposti muiden terveyteen ja hyvinvointiin liittyvien asioiden varjoon. (Eskola 2002, 65.) Ohjauksen ja neuvonnan järjestämiseksi on kehitetty nk . PLISSIT-kaavio, jossa seksuaalineuvonta (P&LI) katsotaan perusterveydenhuollon tehtäväksi ja seksuaaliterapiaa (SS&IT) varten tarvitaan erityispalveluita. On tärkeää, että asiakas saa kaikissa hoitosuhteissaan tuoda esiin myös seksuaalisuuteen liittyviä kysymyksiä ja niihin saa vastauksen heti tarvittaessaan. Näin voidaan ehkäistä ongelmien syntymistä ja pahenemista ja vähentää myös erityispalveluiden tarvetta. (Eskola 2002, 66.)

Seksuaaliterapia voidaan määritellä lyhytterapiaksi, joka terapeuttinen tavoite on seksuaaliongelman tai -ongelmien ratkaiseminen terapeuttisesta mallista tai mallien yhdistelmästä riippumatta. Seksuaaliterapiaa pidetään yhtenä käyttäytymisterapian sovelluksena. Vaikka seksuaaliterapia on kehitetty seksuaalielämän toiminnallisten häiriöiden hoitoon, sen harjoituksia voidaan käyttää myös osana muuta pari- tai perheterapiaa sekä parisuhteen rikastuttamiseksi että diagnostisessa mielessä. Kautta koko terapian avoin seksuaalisuudesta ja siihen liittyvistä tunteista ja asenteista puhuminen ja rohkaisu niiden ilmaisemiseen luo sen ilmapiirin, jossa muutos on mahdollinen. (Kontula, Lottes (toim.) 2000, 149-150.)

Apter (2006, 354) mukaan nykyinen seksuaaliterveyskasvatus, yleisen ilmapiirin vapautuminen ja palvelujen saatavuus ovat tukeneet ihmisten valmiutta hakea apua erilaisissa seksuaalisissa kysymyksissä. Naisena ja miehenä olemisen problematiikka, ikääntyminen, sairauksien ja vammautumisen vaikutukset seksuaalielämään, ihmissuhteiden muutokset, seksuaali- ja sukupuoli-identiteetikysymykset sekä seksuaalisen väkivallan kokemukset ovat esimerkkejä hoitoon hakeutumisen syistä.

Kohdun poiston ja seksiongelmiin yhteydestä on pitkään käyty keskustelua. On ilmeistä, että kohdun poiston jälkeen naiset tarvitsevat seksiasioista perusteellista tietoa. Naisen omaa yksilöllistä päätäntävaltaa toimenpiteen laajuudesta (koko kohdun poisto vai supravaginaalinen amputaatio, munasarjojen poisto vai ei) pitäisi kunnioittaa niin paljon kuin mahdollista. Asiallisella tiedon ja harkinta-ajan antamisella vältetään monia turhia seksiongelmiä. (Hovatta 2008, 142-143.)

## 6. NAISEN SEKSUAALINEN EHEYS

Leikkaus on ainutkertainen tapahtuma, ja jokainen kokee sen omalla tavallaan. Esimerkiksi kohdunpoiston kokemiseen vaikuttavat ikä, elämäntilanne ja historia. Kohdunpoisto voi olla vaikea asia. Kohtu mahdollistaa raskauden ja synnyttämisen ja on siten yhteydessä naiseuden kokemiseen. Kohdunpoisto saattaa vaikuttaa naisen minäkuvaan ja aiheuttaa pelkoa, jolloin potilaan kokonaisvaltainen psykososiaalinen tukeminen on tärkeää. (Ihme 2008, 231.)

### 6.1 Minäkäsitys ja minäkuva

Karjalainen, Kukkonen (2005, 56) mukaan minäkäsitys muodostaa persoonallisuuden ytimen, suhteellisen pysyvän käsityksen itsestään. Se kehittyy vuorovaikutuksessa ympäristön ja erityisesti tärkeiden ihmisten kanssa. Minäkäsitys ohjaa ihmisen toimintaa, pitää psyykkisesti tasapainossa ja antaa merkityksen kokemuksille.

Minäkuva on sosiaalinen tuotos, joka syntyy vuorovaikutuksessa yksilön ja hänen ympäristönsä, erityisesti hänelle tärkeiden ihmisten kanssa. Näkemys itsestä sävyttyy sen mukaan, miten kuvittelemme muiden näkevän itsemme. Jos koemme, että muut ihmiset arvostavat meitä, arvostamme itsekkin itseämme. (Naisen terveys, hyvän elämän strategiset mitat 1995, 91.) Identiteetillä tarkoitetaan minäkuva eli ihmisen omaa kokemusta itsestään. Minäkuvaan kuuluu käsitys omasta fyysisyydestä, ulkoisesta olemuksesta ja ruumiinkuvasta. Siihen kuuluu myös yhteisöllinen näkökulma, esimerkiksi kokemus työyhteisöön kuulumisesta. Fyysinen sairaus aiheuttaa aina muutoksia minäkuvaan joko väliaikaisesti tai pysyvästi. Sairaus voi horjuttaa identiteettiä ja identiteetin heikkenemiseen tai menettämiseen liittyy sairastuneen kokema arvonmenetyks ja toisten ihmisten arvostuksen menettämisen pelko. Potilaan identiteetti säilyy ja vahvistuu kun häntä kuunnellaan ja ymmärretään sekä puhutellaan arvokkaasti. (Karjalainen, Kukkonen 2005. 180, 258) Yksilö pyrkii luomaan myös itselleen kuvan, sisäisen mallin todellisuudesta, jossa hän elää. Tähän kuvaan, maailmakuvaan, hän liittyy itsensä. (Herrala, Kahrola, Sandström 2008, 12-13.)

## 6.2 Seksuaalisuus

Seksuaalisuudella tarkoitetaan sukupuoliviettiin perustuvaa käyttäytymistä, tunne-elämän kokonaisuutta, erotiikkaa, tunneperäistä kiintymystä ja rakkautta sekä sukupuolisuutta. Seksuaalisuudesta puhuttaessa voidaan tarkoittaa seksuaalista suuntautuneisuutta tai sukupuolista halua ja kyvykkyyttä. Seksuaalisuus voidaan nähdä myös kokonaisuutena, jossa on mukana biologinen, sosiaalinen, sosiokulttuurinen ja eettinen ulottuvuus. Biologinen ulottuvuus sisältää fyysisen ulkonäön, seksuaalisuuden fyysisten tunnusmerkkien kehityksen, suvunjatkamiskyvyn, toimenpiteet raskauden ehkäisyyn sekä reaktiot seksuaalisiin ärsykkeisiin. Psykkinen osuus taas sisältää omaan itseensä sekä muihin ihmisiin kohdistuvia asenteita, käsityksiä ja tunteita. Kulttuurinen ulottuvuus koostuu monista tekijöistä, kuten yhteiskunnallisesta kehityksestä, koulu – ja perheinstituutiosta, kirkosta, tiedotusvälineistä, mainonnasta jne., jotka muovaavat ihmisten käsityksiä seksuaalisuudesta ja sen hyväksyttävistä ilmenemismuodoista. Seksuaalisuuteen liittyvät käsitykset oikeasta ja väärästä ovat osa eettistä ulottuvuutta. (Virtanen 2002, 22; Karjalainen 2005, 53-54; Paananen 2006, 539.)

Biologinen ulottuvuus	Psyykinen ulottuvuus
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lisääntyminen</li> <li>• Hedelmällisyyden kontrollointi</li> <li>• Seksuaalinen kiihottuminen</li> <li>• Kasvaminen ja kehittyminen</li> <li>• Fyysinen olemus ja fyysisyys</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mielikuvat seksuaalisuudesta</li> <li>• Tunteet</li> <li>• Kokemukset</li> <li>• Käsitys omasta itsestä seksuaalisena olentona</li> <li>• Opitut asenteet</li> <li>• Opittu käyttäytyminen</li> </ul>
Eettinen ulottuvuus	Kulttuurinen ulottuvuus
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ihanteet</li> <li>• Uskomukset</li> <li>• Uskonnolliset asenteet</li> <li>• Mielenpitoet moraalista ja toiminnasta</li> <li>• Arvot</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Perheen kulttuuri</li> <li>• Naapurit, ikätoverit, asuinalue, koulu jne.</li> <li>• Seurusteluun liittyvät kulttuurit</li> <li>• Avioliitto</li> <li>• Lait, tavat</li> <li>• Sukupuoliroolit</li> </ul>

KUVIO 2. Seksuaalisuuden ulottuvuudet (Greenberg, 1989).

Luonnonvalinnan ja evoluution näkökulma seksuaalisuuteen liittyy lajien lisääntymisjärjestelmiin, jotka ovat sopeutuneet erilaisissa ympäristöissä jälkeläistuottoon ja hengissä säilymiseen. Seksuaalisuuden voi kuitenkin nähdä laajempänä kokonaisuutena, johon ovat yhteydessä myös aistilliseen nautintoon ja mielihyvään liittyvä läheisyyden tarve ja sen tyydyttäminen. Seksuaalisuus liittyy ihmisen persoonallisuuteen ja sen kautta tunneperäisenä kiintymyksenä toisiin ihmisiin. Seksuaalisuuteen kuuluvat ihmisten väliset vuorovaikutustapahtumat. Ihmisten välisessä vuorovaikutuksessa onkin miltei aina mukana seksuaalisuuden heijastuma. Yhteenvedona voi sanoa, että seksuaalisuus on laaja, kaikki edellä mainitut osa-alueet kattava kokonaisuus. Siihen voi laajimmillaan sisällyttää kaiken, mitä ihmisinä olemme, tunnemme, ajattelemme ja teemme. (Paananen 2006, 539; Karjalainen 2005, 53-54; Hovatta 1995, 7-8.)

Naisen seksuaalisuus alkaa jo syntymästä tai itse asiassa ennen syntymää. On nimittäin havaittu, että sikiö erittää emättimen nestettä jo kohdussa ollessaan. Lisäksi on huomattu, että joillakin vauvoilla on minikuukautisia. Tämä luultavasti johtuu siitä, että äidistä erkaantumisen aikana vauvan estrogeenitasot heilahtavat ja se saa aikaan hetkellisen, kuukautisiin täysin verrattavissa olevan vuodon. (Heusala 2003, 215.)

Seksuaalisuus on olennainen osa ihmisyyttä koko elämän ajan. Se sisältää seksuaalisen kehityksen, biologisen sukupuolen, sosiaalisen sukupuoli-identiteetin ja sen mukaisen roolin, seksuaalisen suuntautumisen, eroottisen mielenkiinnon, nautinnon ja intiimiyden sekä suvunjatkamisen. Seksuaalisuus koetaan ja voidaan ilmaista eri tavoin: ajatuksin, fantasioin, haluin, uskomuksin, asentein ja arvoin, käyttäytymisessä, rooleissa sekä suhteessa itseensä ja toisiin. Vaikka kaikki nämä ulottuvuudet voivat sisältyä seksuaalisuuteen, niitä kaikkia ei aina koeta ja ilmaista. Seksuaalisuus on ihmisen synnynnäinen kyky ja valmius reagoida fyysisesti ja psyykkisesti aistimuksiin ja virikkeisiin kokemalla eroottista tai seksuaalista mielihyvää ja valmius pyrkiä näihin kokemuksiin. Seksuaalisuus voidaan kokea ja se voi saada ilmaisunsa kaikessa, mitä ihminen on, tuntee, ajattelee ja tekee. Seksuaalisuus palvelee sekä biologista lajin säilymistä että psyykkistä nautintoa. Monet seksuaalisuuteen liitetyt ilmaisut kytkevät sen sukupuoleen, jolloin määrittely tahattomasti korostaa seksuaalisuuden lisääntymisfunktiota. Vaikka lajin säilyminen edellyttää kahta sukupuolta tai

kahdenlaisia sukusoluja, nautinnon kokeminen edellyttää ainoastaan ihmisyyttä. Seksuaalisuus on sitä, mitä olemme, seksi on sitä, mitä teemme. (Apter, Väisälä, Kaimola (toim.) 2006, 450-451; Niemi 1995, 12-13; Karjalainen, Kukkonen 2005, 54.)

### 6.3 Seksuaaliterveys ja lisääntymisterveys

Maailman terveysjärjestö WHO määrittelee seksuaaliterveyden seksuaalisuuteen liittyväksi fyysiseksi, psyykkiseksi ja sosiaalisesti hyvinvoinnin tilaksi. Hyvä seksuaaliterveys edellyttää WHO:n mukaan positiivista ja kunnioittavaa asennetta seksuaalisuuteen ja seksuaaliin suhteisiin sekä mahdollisuutta nautinnollisiin ja turvallisiin seksuaaliin kokemuksiin pakottamatta, syrjimättä ja väkivallatta. Hyvän seksuaaliterveyden saavuttaminen ja ylläpito edellyttää jokaisen ihmisen seksuaalisten oikeuksien kunnioittamista, suojelemista ja toteuttamista. (Ihme 2008, 9; Seksuaali –ja lisääntymisterveyden edistäminen 2007, 20-21.)

Seksuaaliterveys on edellytys lisääntymisterveydelle ja on käsitteenä suurempi kuin lisääntymisterveys. Seksuaaliterveys on tavoite, mihin pyritään ja se kattaa yksilön kyvyn nauttia seksuaalisuudesta ilman ei-toivotun raskauden, sukupuolitautien tai pakotetuksi tulemisen riskejä. Seksuaaliterveys myös liittyy ihmisen koko elämänkaaren aikaan, eikä rajoitu hedelmälliseen ikään. Lisääntymisterveyttä voidaan puolestaan tarkastella väestöpoliittisesti tärkeänä kansanterveyden osa-alueena ja sillä tarkoitetaan seksuaalisuuteen, lisääntymiseen ja ihmiskehon lisääntymisjärjestelmään liittyviä ilmiöitä, joilla on terveysulottuvuus ja siksi se on osa seksuaaliterveyttä. Lisääntymisterveyden osa-alueita ovat muun muassa perhesuunnittelu, raskauden –ja synnytyksen suunnittelu sekä hoito, raskauden ehkäisy jne. (Paananen 2006, 540; Ihme 2008, 9; Seksuaali-ja lisääntymisterveyden edistäminen 2007, 20.)

### 6.4 Sairauden ja leikkauksen vaikutus seksuaalisuuteen

Monet sairaudet ja terveysongelmat saattavat tukahduttaa sekä ulkoisen että sisäisen seksuaalisen ilmentymisen. Sairauden myötä potilaalle voi tulla häiriöitä seksuaaliseen mielenkiintoon ja haluun, kykyyn kokea nautintoa ja tyytyväisyyttä sekä omiin



asenteisiin. Sairastuminen voi myös viedä ajatukset pois seksuaalisuuteen liittyvistä asioista ja lääkkeet sekä syövän hoidossa käytettävä sädehoito voivat häiritä seksuaalisuutta. (Rautasalo 2008, 32; Ihme 2008, 28) Sairauteen liittyvä kipu, uupumus, toimintarajoitukset ja muutokset minäkuvassa voivat aiheuttaa eroottisten tunteuksien ja tarpeiden rajoittumista. Halun häiriö voi sairauksien yhteydessä johtua sairauden biologisista, psykologisista, sosiaalisista tai vuorovaikutuksellisista muutoksista. (Virtanen 2002, 139, 159.)

Biologiset tekijät	Psykologiset tekijät	Sosiaaliset ja vuorovaikutukselliset tekijät
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sairauden aiheuttamat suorat anatomis-fysiologiset muutokset</li> <li>- Sairauden hoitoon, kuten lääkehoitoon tai leikkaukseen liittyvät muutokset</li> <li>- Fyysinen uupuneisuus</li> <li>- Rakon tai suolen pidätyskyvyn häiriö</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Potilaan rooli sairauden yhteydessä</li> <li>- Muuttunut ruumiinkuva</li> <li>- Sairauteen liittyvä ahdistus, ärtymys tai pelko</li> <li>- Pelko kumppanin torjumaksi tai hylkäämäksi tulemisesta</li> <li>- Arvojen uudelleenjärjestely ja priorisointi</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Vaikeuden viestiä tunteista ja seksuaalisuudesta</li> <li>- Vaikeus aloittaa seksiä uudelleen sairauden tai leikkauksen aiheuttaman tauon jälkeen</li> <li>- Pelko sairaan kumppanin vahingoittumisesta</li> <li>- Yksityisyyden puute (esim. osastolla)</li> </ul>

KUVIO 3. Sairausten biologiset, psykologiset, sosiaaliset ja vuorovaikutukselliset vaikutukset seksuaalisuuteen (Virtanen 2002, 159).

Leikkaus on ainutlaatuinen tapahtuma naisen elämässä ja jokainen kokee sen omalla tavallaan. Kohdunpoiston kokemiseen vaikuttavat naisen iän lisäksi hänen elämäntilanteensa ja historia. Kohdunpoisto voi olla vaikea asia. Kohtu mahdollistaa raskauden ja synnyttämisen ja on siten yhteydessä naiseuteen. Kohdunpoisto saattaa vaikuttaa naisen minäkuvaan ja aiheuttaa pelkoa, jolloin potilaan kokonaisvaltainen psykososiaalinen tukeminen on tärkeää. Erityisen vaikeaa kohdunpoistosta päättäminen on fertiili-ikäisille naisille, jotka eivät ole synnyttäneet. Toisaalta joillekin kohtu on vain

raskauselin, jolla ei ole enää käyttöä ja leikkauspäätös on helppo tehdä. Kohdunpoisto voi parantaa naisen elämänlaatua, kun kivut ja vuodot leikkauksen jälkeen loppuvat. (Ihme 2008, 231-232.)

Jos leikkauksessa poistetaan molemmat munasarjat, toimenpiteen seurauksena naisen elimistön estrogeeni- ja progesteronihormonituotanto loppuu. Tämä aiheuttaa limakalvojen kuivumista ja ohenemista, mikä puolestaan aiheuttaa yhdyntäkipuja. Sen lisäksi gynekologiset leikkaukset voivat aiheuttaa hermovaurioita genitaalialueelle, mikä aiheuttaa tuntuuutoksia. Arpikudosta voi myös muodostua leikkausalueelle. (Ihme 2008, 232.)

### 6.5 Naisen seksuaaliset toimintahäiriöt

Naisen seksuaaliset toimintahäiriöt ovat vaikeasti määriteltävissä, sillä sitä mukaa kun seksuaalikulttuuri muuttuu, muuttuvat myös diagnostinen luokitus ja käsitys siitä, mitä pidetään ns. normaalina ja mitä häiriönä. Naisen seksuaalihäiriöiden luokitus perustuu vuonna 1998 pidetyn konsensuskokouksen julkilausumaan. Luokittelun perustana on neljä ryhmää: halun, kiihottumisen, orgasmin ja seksuaalisen kivun häiriöt. Häiriö on voinut ilmaantua tietyssä elämänvaiheessa tai olla läsnä koko elämän ajan. (Räsänen 2003, 220.) Virtasen (2002) mukaan häiriöt voivat johtua elimellisistä tai ei-elimellisistä syistä joko yksinään tai yhdessä (Virtanen 2002, 135).

Tyypillistä on, että naisten toimintahäiriöissä fyysiset, psyykkiset ja ihmissuhdeongelmat kietoutuvat toisiinsa (Räsänen 2003, 219). Seksuaali-identiteetin suppeassa määrittelyssä se on yksilön sisäistä kokemusta siitä kokeeko hän olevansa mies vai nainen. Seksuaalisissa toimintahäiriöissä ihmisen seksuaali-identiteetti ja käyttäytyminen ovat normaaleja, mutta jokin fysiologinen, anatominen, kemiallinen, psyykinen tai psykososiaalinen tekijä estää tai rajoittaa sukupuolielämää. Häiriöt voivat olla lyhytkestoisia tai hyvinkin pitkäkestoisia, jolloin ne rajoittavat sukupuolielämää huomattavasti. (Virtanen 2002, 48, 133.)

### 6.5.1 Hoganin malli

Hoganin (1978) mallissa tarkastellaan seksuaalisten toimintahäiriöiden syntyä monitasoisina, ei vain fysiologisina ja psykologisina virheinä, vaan myös parisuhteen viestintään, elämäntilanteeseen, olosuhteisiin sekä ulkopuolisiin tekijöihin liittyvinä prosesseina. Akuuttiin seksuaaliseen epäonnistumiseen liittyy ajankohtaisten tekijöiden lisäksi myös historiallisia tekijöitä. Tekijät voivat olla esimerkiksi anatomis-fysiologisia, kuten elimellisiä sairauksia, aiempia kokemuksia tai sosiologisia. Yksittäisten epäonnistumisien jälkeen tilanne voi johtaa oireen uusiutumiseen, jolloin kehittyä krooninen epäonnistuminen eli seksuaalinen toimintahäiriö. (Virtanen 2002, 136.)



KUVIO 4. Hoganin (1978) malli seksuaalisen toimintahäiriön synnystä (Virtanen 2002, 137).

## 7. KIRJALLISUUSKATSAUKSEN TARKOITUS JA TEHTÄVÄ

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on luoda kansainvälinen kirjallisuuskatsaus aiheeseen kohdunpoiston vaikutus naisen seksuaalisuuteen ja vastata kysymyksiin:

1. Miksi ja miten kohdunpoistoleikkauksia tehdään?
2. Miten kohdunpoisto vaikuttaa naisen seksuaalisuuteen?
3. Mitä muutoksia seksuaalisuudessa leikkaus voi aiheuttaa?

## 8. TUTKIMUSMENETELMÄ JA TOTEUTUS

Kirjallisuuskatsaus on selvitys siitä, minkälaisia tutkimuksia aiheesta on tehty. Se on kirjallisuuden ja tutkimusten esittely, jonka tehtävänä on vastata valittuun kysymykseen. Kirjoittaja kerää tietoa jo tuotetusta aineistosta ja näin hakee vastausta esittämäänsä kysymykseen. Kirjallisuuskatsauksen soveltamisen ymmärtämisestä on tullut esim. terveydenhuoltoalan ammattilaisille välttämätöntä.

Valitsin tutkimukseeni yhteensä seitsemän tutkimusta, joista kuusi oli 2000-luvulla tehtyjä, kansainvälisiä tutkimuksia. Tutkimukset ovat suurelta osin eurooppalaisia, mutta mukana on myös muualla, kuten Yhdysvalloissa tehtyjä tutkimuksia. Halusin näiden tutkimusten lisäksi ottaa hieman vanhemman suomalaisen tutkimuksen aiheesta, mikä oli ainoa löytämäni kotimainen tutkimus aiheesta.

Tein valitsemistani tutkimuksista yhteenvedoksi taulukon. Taulukosta löytyy tiivistetysti kaikki olennainen tutkimuksesta, kuten tutkimuksen tekijät, vuosi, maa jossa tutkimus on tehty, tutkimuksen tarkoitus ja aineiston keruumenetelmät, sekä tutkimustulokset. Taulukosta on helppo jokaisen asiasta kiinnostuneen löytää olennaiset tutkimukset ja tutkimustulokset aiheesta.

## 9. KIRJALLISUUSKATSAUKSEN TULOKSET

### 9.1 Seksuaalinen kiihottuminen

Vuonna 2004 tehdyssä hollantilaisessa tutkimuksessa tutkittiin 12 naista, joille oli tehty tavallinen kohdunpoisto ja 12 jolle oli tehty radikaali hysterectomia ja 17 naista, jotka olivat saman ikäisiä kuin kahdessa muussa ryhmässä, mutta heille ei oltu tehty operaatiota. Näiden ryhmien tuloksia vertailtiin keskenään emättimeen asetettujen pulssiantureiden mittaamaa voimakkuutta tarkastelemalla kiihottumisen aikana. Naiset katsoivat eroottisia elokuvia ja he raportoivat kiihottumisen vahvuudesta. Radikaalihysterectomia, jota käytetään muun muassa kohdunkaulansyövän hoidossa, aiheuttaa vaurioita autonomisiin hermoihin, jotka vastaavat lisääntyneestä verenvirtauksesta vaginassa seksuaalisen kiihottumisen yhteydessä. Hermojen vaurioituminen saattaa aiheuttaa emättimen kostumisen vähenemistä ja verekkyyttä kiihottumisvaiheessa. Tavallinen kohdunpoisto aiheuttaa lähinnä rajoittunutta häiriötä verenvirtauksessa. (Maas CP, ter Kuile MM, Laan E, Tuijnman CC, Weijnen PT, Trimbos JB, Kenter GG 2004.)

Tutkimustuloksena naisilla, joille oli tehty radikaali kohdunpoisto, oli alempi vaste, kuin ryhmällä jonka naiset eivät olleet leikkauksessa, mutta molemmissa ryhmissä todettiin olevan yhtä voimakas seksuaalinen kiihottuminen. Radikaali kohdunpoisto vaikuttaa liittyvän häiriintyneeseen verenvirtaukseen emättimen alueella kiihottumisen yhteydessä. Tätä ei kuitenkaan pystytä selittämään pelkästään kohdun poistamisella, koska sitä ei ole tutkittu samassa mittakaavassa tavallisen kohdunpoiston yhteydessä, mutta se saattaa liittyä vaginan hermotuksen vähenemiseen, mikä lisääntyy suhteessa leikkauksen radikaaliuteen. (Maas CP, ter Kuile MM, Laan E, Tuijnman CC, Weijnen PT, Trimbos JB, Kenter GG 2004.)

### 9.2 Seksuaalitoiminnot ja potilaiden odotukset

Yhdysvalloissa vuonna 2004 tehdyn tutkimuksen tarkoituksena oli tutkia miten seksuaalitoiminnot muuttuvat kohdunpoiston jälkeen ja miten potilaat itse odottavat

seksuaalitoimintojen muuttuvan leikkauksen jälkeen. Tutkimukseen osallistui 75 potilasta, joille oltiin tehty kohdunpoisto ja heitä haastateltiin ennen ja jälkeen leikkausta. Suurin osa potilaista ei odottanut muutosta seksuaalihuissa eikä orgasmin laadussa. Kohdunpoistolla ei ollut mitään vaikutusta seksuaaliaktiivisuuteen eikä orgasmin saamiseen. Leikkauksen jälkeen potilailla oli pienempi todennäköisyys ilmoittaa yhdyntäkivuista. 49,3% potilaista oli keskustellut seksuaalitoiminnoista kohdunpoiston jälkeen lääkärisä kanssa ja 64,8% potilaista kertoivat itse aloittaneen keskustelun aiheesta. (Dragisic KG, Milad MP 2004.)

Tutkimuksen johtopäätöksiä suurin osa potilaista ei odottanut eikä kokenut muutosta seksuaalihuissa, orgasmitaajuudessa tai orgasmin voimakkuudessa kohdunpoiston jälkeen. Kohdunpoistolla näyttää olevan yhdyntä-kipuja vähentävä vaikutus. (Dragisic KG, Milad MP 2004.)

### 9.3 Seksuaalisuus, kipu ja psykososiaalisuus

Toisen yhdysvaltalaisen tutkimuksen tarkoituksena oli tutkia kohdunpoiston aiheuttamia vaikutuksia seksuaalisuuteen, kipuun ja psykososiaalisiin tekijöihin ja verrata tuloksia totaali ja subtotaalin leikkauksen välillä. Tutkimukseen valittiin naisia, jotka kärsivät hyvälaatuisista gynekologisista sairauksista ja heidät jaettiin kahteen ryhmään. A-ryhmään kuului 32 naista, joille oli tehty vaginaalinen kohdunpoisto ja B-ryhmään kuului 31 naista, joille oli tehty supraservikaalinen amputaatio, jossa siis kohdun runko-osa poistetaan, mutta jäljelle jätetään kohdun napukka. Kaikki tutkittavat naiset olivat premenopausaalisia ja heille oli tehty kohdunpoisto, mutta munasarjat oltiin jätetty. Ryhmien tuloksia verrattiin kahden verrokkiryhmän tuloksiin. Verrokkiryhmä C:n kuului 30 naista, joille oltiin tehty pieni gynekologinen leikkaus ja D:n 40 naista, joille ei oltu tehty mitään gynekologista operaatiota. Kaikkia naisia, joille oltiin leikkaus tehty, arvioitiin 2-3 viikkoa ennen ja 6-7 kuukautta leikkauksen jälkeen. Naisia arvioitiin haastatteluilla, standardoiduilla kyselyillä ja gynekologisen tutkimuksen avulla. (Flory, N., Bissonnette, F., Amsen RT., Binik, YM. 2006.)

Tutkimustuloksina ryhmän A naisten seksuaalinen kiihottuminen ja käyttäytyminen paranivat huomattavasti leikkauksen jälkeen. B-ryhmässä seksuaalinen käyttäytyminen

ja kaiken kaikkiaan seksuaalitoiminnot parantuivat huomattavasti. Molemmissa A ja B-ryhmissä kipu gynekologisen tutkimuksen yhteydessä ja sitä ennen ja jälkeen väheni huomattavasti. Suurimmalla osalla ryhmien naisista kokonaisvaltainen psykososiaalinen toiminta ei juurikaan muuttunut leikkauksen jälkeen. Johtopäätöksinä tutkimuksesta kohdunpoisto sai aikaan vatsan alueen kiputilojen vähenemisen ja vaikutti hieman parantavasti naisten seksuaalitoimintoihin. Leikkaustapa ei vaikuttanut tutkittavien psykososiaaliseen hyvinvointiin. (Flory, N., Bissonnette, F., Amsen RT., Binik, YM. 2006.)

#### 9.4 Virtsaamis- ja seksuaalitoiminnot

El-Toukhy, Hefnin, Daviesin ja Mahadevan Englannissa tehdyssä tutkimuksessa tarkkailtiin eri kohdunpoistomenetelmien vaikutusta virtsaamis- ja seksuaalitoimintoihin. Tutkimukseen osallistui 187, iästään 29-73 -vuotiasta naista, joille oltiin tehty kohdunpoisto erilaisista syistä. Naisia, joille oltiin tehty kohdunpoistoleikkaus vaikea-asteisen kohdunlaskeuman takia, ja naisia joille oltiin tehty radikaali kohdunpoisto ei otettu mukaan tähän tutkimukseen. Tutkimukseen osallistuneilta naisilta poistettiin kohtu jollakin seuraavista menetelmistä: laparotomia, vaginaalinen hysterectomia, laparaskopia tai supraservikaalinen amputaatio. Potilaista 73:lle (39%) tehtiin laparotomia, 62:lle (34%) tehtiin vaginaalinen, 38:lle (21%) laparaskoopinen ja 11:sta (6%) supraservikaalinen amputaatio. Jokainen potilas täytti standardoidun kyselylomakkeen seksuaali- ja virtsaamisoireistaan ja heille tehtiin urodynaaminen testi ennen ja 6 kuukautta leikkauksen jälkeen. . (El-Toukhy TA, Hefni M, Davies A, Mahadevan S 2004.)

Kuusi kuukautta leikkauksen jälkeen virtsaamisongelmia esiintyi vähemmän ja urodynaamisissa tutkimuksissa ei havaittu muutosta. Sen lisäksi potilaat raportoivat heillä olevan huomattavasti vähemmän muun muassa ponnistusinkontinenssia ja yhdyntäkipuja verrattuna leikkausta edeltävään aikaan leikkaustavasta huolimatta. Johtopäätökset tutkimuksesta ovat, että kohdunpoistoleikkauksissa leikkaustavasta huolimatta, leikkaus ei vaikuta haitallisesti naisen virtsaamis- ja seksuaalitoimintoihin 6 kuukautta leikkauksen jälkeen. (El-Toukhy TA, Hefni M, Davies A, Mahadevan S 2004.)



### 9.5 Seksuaalielämän laatu ja määrä

Puolalaisten tutkijoiden tekemän tutkimuksen tarkoituksena oli analysoida kohdunpoiston vaikutusta naisen seksuaalielämän laatuun ja määrään. Tutkimuksessa haastateltiin 539 naista, jotka oli leikattu vuosina 1990-2000. Heitä haastateltiin oireista ja laparotomialla tehdyn leikkauksen hyödyistä sekä haitoista. (Wydra D, Ciach K, Sawicki S, Emerich J. 2003.)

Tutkimustuloksina naisten seksuaaliset halut leikkauksen jälkeen vähenivät, sekä kivuliiden yhdyntöjen määrä väheni. Yhdyntöjen määrä ja orgasmit vähenivät ei-huomattavasti. Prosenttiosuus naisista, jotka kärsivät emättimen kuivuudesta väheni 18,5 %:sta 37,3 %:iin kohdunpoiston jälkeen. (Wydra D, Ciach K, Sawicki S, Emerich J. 2003.)

### 9.6 Seksuaalielämä leikkauksen jälkeen

Turkkilaisen tutkimuksen tavoitteena oli arvioida totaali kohdunpoiston, jossa siis kohtu ja kohdunkaula poistetaan, vaikutuksia naisten seksuaalielämään leikkauksen jälkeen. Tutkimukseen osallistui 86 potilasta, joille tehtiin kysely puhelimen välityksellä. Heiltä kysyttiin muun muassa yhdyntäkivuista, seksuaalisesta halukkuudesta sekä yhdyntöjen määrästä ja tyytyväisyydestä yhdyntöihin. Heiltä myös kysyttiin mielipidettä leikkauksen vaikutuksesta naiseuteen. Kyselyt tehtiin ennen leikkausta ja sen jälkeen. Kysymyksiin seksuaalisesta halukkuudesta, yhdyntäkivuista ja leikkauksen vaikutus naiseuteen potilaat vastasivat kyllä tai ei vastauksilla. He kertoivat yhdyntöjen määrän viikossa ja tyytyväisyyden seksielämään he arvioivat 0-2, 0:n ollessa ei tyytyväinen ja 2:n täysin tyytyväinen. (Kusku NK, Oruc S, Ceylan E, Eskicioglu F, Goker A, Caglar H. 2004.)

Tutkimustuloksina seksuaalinen halukkuus ja yhdyntöjen määrä väheni leikkauksen jälkeen, mutta muutoksia tyytyväisyydessä ja yhdyntäkivuissa ei ollut. Johtopäätöksinä leikkaus vaikutti lähinnä seksuaaliseen halukkuuteen ja viikoittaisten yhdyntöjen määrään. (Kusku NK, Oruc S, Ceylan E, Eskicioglu F, Goker A, Caglar H. 2004.)

## 9.7 Seksuaaliset toimintahäiriöt

Rikalan vuonna 1995 tekemässä tutkimuksessa kartoitettiin kohdunpoistopotilaan mahdollisia psyykkisiä ja seksuaalisia toimintahäiriöitä sekä niiden vaihteluita ennen ja jälkeen leikkauksen. Tässä kuitenkin keskityn lähinnä seksuaaliseen puoleen tutkimuksesta. Tutkimus selvitti miten kohdunpoiston kokeneen naisen seksuaalinen mielenkiinto, yhdyntätiheys ja orgasmin määrä sekä yhdyntäkipujen yleisyys pre – ja postoperatiivisesti muuttuivat. Tutkimukseen valittiin pääasiassa myoomapotilaita, syöpäpotilaita ei tutkimukseen valittu. Siihen osallistui 98 kohdunpoistoleikkauksen läpikäynyttä naista, jotka leikattiin 28.12.1983-21.11.1984 välisenä aikana. Naisista myooma oli 83:lla, vuotohäiriöitä 71:llä ja kipuja 47:llä. Naisista 87:lle tehtiin totaali hysterektomia. Leikkaukset tehtiin Kätilöopiston sairaalassa Helsingissä. Potilaita haastateltiin viisi kertaa. Haastatteluja tehtiin ennen leikkausta polikliinisesti kaksi kertaa, leikkauksen jälkeen kerran vuodeosastolla ja kaksi kertaa leikkauksen jälkeen polikliinisesti. Tilanteesta riippuen käytiin myös muutama puhelinhaastattelu sekä kaksi kotikäyntiä. Seksuaalisuuteen liittyvällä lomakkeella kysyttiin naisen omaa ja partnerin seksuaalista mielenkiintoa, yhdyntätiheyttä, orgasmiin päättyvien yhdyntöjen yleisyyttä, yhdyntöjen kivuliaisuutta, kivun astetta sekä seksuaaliongelmien olemassaoloa. Potilaat vastasivat seksuaalisuuteen liittyvään kyselykaavakkeeseen viikkoa ennen leikkausta, sekä puoli vuotta, kaksi vuotta ja viisi ja puoli vuotta leikkauksen jälkeen. (Rikala 1995, 32-33,38.)

Tutkimustuloksina kohdunpoistopotilaiden seksuaalinen mielenkiinto lisääntyi, mutta eroja yhdyntätiheydessä ja orgasmin määrässä ennen ja jälkeen leikkausta ei juuri ollut. Psykkisellä hyvinvoinnilla ja orgasmiesiintyvyydellä oli keskinäinen korrelaatio. Dyspareuniaa esiintyi naisista 69%:lla preoperatiivisesti, puoli vuotta leikkauksen jälkeen 46%:lla sekä kaksi vuotta leikkauksen jälkeen 37%:lla. Kivuliaiden yhdyntöjen määrä ja kipujen voimakkuus siis väheni tilastollisesti merkittävästi. Partnerin/puolison seksuaalisessa mielenkiinnossa ei tapahtunut muutoksia. Potilaiden seksuaalinen mielenkiinto taas lisääntyi leikkauksen jälkeen. (Rikala 1995, 65-72, 89-90.)

## 9.8 Yhteenveto

TUTKIMUKSEN TEKIJÄT, TUTKIMUSPAIKKA JA VUOSI	TUTKIMUKSEN TARKOITUS	AINEISTON KERUU	TUTKIMUSTULOK- SET
Maas CP, terKuile MM, Laan E, Tuijnman CC, Weijnenborg PT, Trimbos JB, Kenter GG. Hollanti. 2004.	Tutkia miten kohdunpoisto vaikuttaa seksuaaliseen kiihottumiseen	Yhteensä 24 leikattua naista ja 17 ei-leikattua. 12:sta naisista oltiin tehty radikaali kohdunpoisto, 12:sta tavallinen. Naisten emättimeen asetettiin pulssianturi, jonka mittaamaa voimakkuutta seksuaalisen kiihottumisen aikana. Leikattujen tuloksia verrattiin ei-leikattujen mittaustuloksiin	Eroja kiihottumisessa ei ollut leikattujen ja ei-leikattujen mittaustuloksissa, vaikka radikaali kohdunpoisto saattaakin aiheuttaa häiriintynyttä verenvirtausta emättimen alueella.
Dragisic KG, Milad MP. Yhdysvallat. 2004	Tutkia miten seksuaalitoiminnot muuttuvat kohdunpoiston jälkeen ja miten potilas itse odottaa leikkauksen vaikuttavan seksuaalitoimintoihin.	75 naista, joille oltiin tehty kohdunpoisto. Naisia haastateltiin ennen ja jälkeen leikkausta.	Kohdunpoistolla ei ollut vaikutusta seksuaaliseen aktiivisuuteen eikä orgasmin saamiseen. Yhdyntäkivut vähenivät haastatelluilla. Suurin osa leikatusta ei odottanut eikä kokenut muutosta seksuaalisissa haluissa.
Flory N, Bissonnette F, Amsen RT, Binik YM. Yhdysvallat 2006	Tutkia kohdunpoiston vaikutuksia seksuaalisuuteen, kipuun ja psykososiaalisiin tekijöihin sekä verrata tuloksia totaalin -ja subtotaalin leikkaustavan välillä.	Yhteensä 133 naista, joista 32:lle tehty vaginaalinen kohdunpoisto, 31:lle supraservikaalinen amputaatio, 30:lle pieni gynekologinen toimenpide ja 40:lle ei leikkausta ollenkaan. Naisia haastateltiin standardoidun kyselyn avulla sekä heille tehtiin gynekologinen tutkimus.	Kohdunpoisto sai aikaan vatsan alueen kiputilojen vähenemisen ja vaikutti yleisesti hieman parantavasti naisten seksuaalitoimintoihin. Eniten parannusta tapahtui naisilla, joille oltiin tehty vaginaalinen kohdunpoisto. Leikkaustapa ei vaikuttanut tutkittavien psykososiaaliseen hyvinvointiin.
EI-Toukhy, Hefni, Davies, Mahadeva. Englanti. 2004.	Tutkia kohdunpoiston vaikutusta virtsaamis -ja seksuaalitoimintoihin	187 naista, joita haastateltiin standardoidulla kyselyllä sekä heille tehtiin urodynaaminen testi.	Ponnistusinkontinenssi väheni ja yhdyntäkivut vähenivät.
Wydra D, Ciach K, Sawicki S, Emerich J. Puola. 2003.	Tutkia kohdunpoiston vaikutusta naisen seksuaalielämän laatuun ja määrään	539 naista haastateltiin.	Seksuaaliset halut vähenivät. Yhdyntäkivut vähenivät. Muutoksia yhdyntöjen määrässä ja orgasmien saamisessa verrattuna leikkausta edeltävään aikaan ei ollut huomattavasti. Emättimen kuivuus väheni.
Kusku NK, Ocucs, Ceylane, Eskicioglu F, Goker A, Caglar H. Turkki. 2004	Tutkia miten totaalihysterectomia vaikuttaa naisen seksielämään	89 naiselle tehtiin puhelinhaastattelut ennen ja jälkeen leikkausta.	Seksuaaliset halut vähenivät leikkauksen jälkeen ja yhdyntöjen määrä väheni. Tyytyväisyys seksuaalielämään pysyi ennallaan. Muutosta yhdyntäkivuissa ei ollut.
Rikala, K. Suomi. 1995.	Tutkia kohdunpoistopotilaan psykkisiä ja seksuaalisia toimintahäiriöitä ja niiden vaihteluja ennen ja jälkeen leikkausta	98 naista haastateltiin viisi kertaa sekä he täyttivät kyselylomakkeen.	Seksuaalinen mielenkiinto nousi leikkauksen jälkeen. Muutoksia yhdyntöjen määrässä tai orgasmeissa ei ollut havaittavissa. Kivuliaat yhdyntä vähenivät huomattavasti.

## 10. POHDINTA

Ollessani opiskelijana useilla naistentautien osastoilla kiinnostukseni kohdunpoiston kokeneita potilaita kohtaan heräsi. Koin, että potilailla oli monia kysymyksiä, mutta kiireellisessä osastohoidoissa osa kysymyksistä jäi ilman vastauksia. Kyse on hyvin intiimeistä asioista, eivätkä kaikki potilaat tohdi niistä kysyä. Siksi olisikin hyvä ottaa seksuaalisuudesta keskusteleminen mukaan jokapäiväiseen hoitotyöhön naistentautien osastolla. Hoitajien tulee myös olla sinut oman seksuaalisuutensa kanssa, ennen kuin toisten auttaminen on mahdollista. Hoitajat tarvitsevat myös hyvän tietopohjan, sekä aikaa luottamuksellisen hoitosuhteen luomiselle.

Tietoa naisen anatomiasta, fysiologiasta, kohdunpoiston indikaatioista ja menetelmistä löytyi alan oppikirjoista. Naisen seksuaalisen eheyden rajaaminen kokonaisuudeksi oli työläämpää, johon tarvittiin eri alojen kirjallisuutta. Päätin rajata työstäni naisen seksuaalisen reaktiosarjan, joka ei ollut mielestäni tutkimustulosten kannalta välttämätön. Rajasin myös teoriaosuudesta naisen elämänkaaren.

Huomasin, että tutkimusaineistoa aiheesta oli vähän. Halusin rajata tutkimuksista vanhemmat 90-luvulla tai sitä myöhemmin tehdyt pois. Löysin vain yhden suomalaisen tutkimuksen vuodelta 1995. Vaikka tutkimus oli vanha halusin ottaa sen mukaan suomalaisuuden vuoksi. Muut tutkimukset ovat kansainvälisiä. Kun olin valinnut sopivat tutkimukset kirjallisuuskatsaukseeni, paljon aikaa vei englanninkielisen tekstin kääntäminen suomeksi, koska nämä olivat tieteellistä tekstiä. Tutkimuksia etsin useista eri lähteistä, mutta PubMed:ssä oli mielestäni eniten valinnanvaraa katsauksen aihepiiristä.

Tutkimustulokset kertovat yhdyntäkipujen helpottaneen leikkauksen jälkeen (Rikala, K. 1995; Wydra D, ym. 2003; Dragisic KG, ym. 2004; El-Toukhy, ym. 2004). Myös Floryn ym. vuonna 2006 tehdyn tutkimuksen mukaan vatsan alueen kiputilat helpottivat leikkauksen jälkeen. Tutkimusten tulokset kuitenkin eriävät seksuaalisen halun ja mielenkiinnon kohdalla. Muun muassa Wydran (2003) mukaan naisen seksuaaliset halut vähenivät leikkauksen jälkeen. Myös Kuskun ym. (2004) tutkimustulokset olivat

samansuuntaiset. Kyseisessä tutkimuksessa myös kerrotaan seksuaalisten halujen vähentyneen sekä yhdyntöjen määrän vähenemisestä. Toista mieltä ovat Rikala (1995) ja Dragisic (2004), joiden tutkimuksissa kohdunpoistolla ei ollut vaikutusta yhdyntöjen määrään eikä seksuaalisiin haluihin. Leikkaus saattaa aiheuttaa veren virtauksessa muutoksia emättimen alueella ja vaikuttaa kiihottumiseen, mutta käsittelemissäni tutkimuksissa ei muutoksia merkittävästi havaittu. Myös orgasmien määrä pysyi samana ennen ja jälkeen leikkausta.

Tutkimustulokset, jotka ovat tietyiltä osa-alueilta, kuten yhdyntäkipujen vähenemisen kannalta yhteneviä, erosivat myös muun muassa seksuaalisen halun/mielenkiinnon alueilla. Syynä tähän pohdin olevan kulttuuriset erot. Eri kulttuureissa on eri käsitys naiseudesta, ja siitä kuuluuko kohtu olennaisena osana siihen vai ei.

Opinnäytetyön kautta olen saanut lisää tietoa kohdunpoiston kokeneen naisen seksuaalisuudesta ja siinä mahdollisesti tapahtuvista muutoksista leikkauksen jälkeen. Työni edetessä olen oppinut pitkäjänteiseen työskentelyyn innostukseni kautta. Teoriaosuudesta olen saanut paljon syventävää tietoa. Opiskelijana minulla on ollut mahdollisuus viettää enemmän aikaa potilaiden kanssa työharjoittelussa. Aika on mahdollistanut luottamuksellisten hoitosuhteiden muodostumisen ja näin potilaat ovat uskaltaneet kysyä myös intiimeistä asioista. Käytännön harjoitteluiden kautta olen saanut itsevarmuutta ottaa puheeksi seksuaalisuuteen liittyvät asiat ja kohdata potilaan kysymykset.

Kun olen valmistunut ja työelämässä toivon, että olisi mahdollista antaa aikaa potilaille ja kehittyä yhä enemmän potilaan kokonaisvaltaisessa hoitotyössä. Olisi mielenkiintoista tulevaisuudessa nähdä myös enemmän suomalaisia tutkimuksia seksuaalisuudessa tapahtuvista muutoksista kohdunpoistopotilaille. Jatkotutkimuksen aiheena voisi muutaman vuoden kuluttua olla kohdunpoistopotilaan kokema kokonaisvaltainen hoitotyö osastohoidossa.

## LÄHTEET

Aittomäki, K., Kääriäinen, H., Mecklin J-P., Oivanen, T. 2007, Periytyvä syöpäalttius. Teoksessa Joensuu, H., (toim.) Roberts, P., Lyly, T., Tenhunen, M. 3. painos. Jyväskylä: Duodecim

Apter, D., Väisälä, L., Kaimola, K. (toim.). 2006. Seksuaalisuus. Jyväskylä: Duodecim

Bjälle, J., Haug, E., Sand, O., Sjaastad, O., Toverud, K. 2006. Ihminen. Fysiologia ja anatomia. Helsinki: WSOY.

Dragisic KG, Milad MP. 2004. Sexual function and patient expectations of sexual functioning after hysterectomy. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>

Edwards, A., (toim.), Imwold, D., (toim.), Parker, J., (toim.) 2006. The human body atlas. How the human body works, Chartwell Books

El-Toukhy TA, Hefni M, Davies A, Mahadevan S. 2004. The effect of different types of hysterectomy on urinary and sexual functions: a prospective study. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15203584>

Eskola, K., Hytönen, E. 2002. Nainen hoitotyön asiakkaana. 1.-3. painos. Porvoo: WSOY.

Flory, N., Bissonnette, F., Amsen RT., Binik, YM. 2006. The psychosocial outcomes of total and subtotal hysterectomy: A randomized controlled trial. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>

Fogel, C. 2004. Women and Sexuality. Teoksessa Youngkin, E., Davis, M. Women's Health. A Primary Care Clinical Guide. 3<sup>rd</sup> edition. New Jersey: Pearson Education LTD.

Forrest, D. 2004. Common Gynecologic Pelvic Disorders. Teoksessa Youngkin, E., Davis, M. Women's Health. A Primary Care Clinical Guide. 3<sup>rd</sup> edition. New Jersey: Pearson Education LTD.

Grénman, S. 2008. Kohdun limakalvon ja kohtulihaksen kasvaimet. Teoksessa Ylikorkala, O., Kauppila, A., (toim.). Naistentaudit ja synnytykset. 4. uudistetun painoksen muuttamaton jatkopainos

Grénman, S., 2000, Vuotohäiriöt. Teoksessa Grénman, S., Haukkamaa, L., Haukkamaa, M., Kirkinen, P., Kivijärvi, A., Kujansuu, E., et al. 2002. Käytännön Gynekologia. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Gröhn, P., Maiche, A. 1994. Syöpäsairaudet ja syöpäpotilas Suomessa. Helsinki: Yliopistopaino

Harkki, P. 2008. Endometrioosi. Teoksessa Lääkärin käsikirja, Jyväskylä: Duodecim

Heinonen, P. K. 2008a. Tärkeimmät gynekologiset leikkaukset. Teoksessa Ylikorkala, O., Kauppila, A. (toim.) Naistentaudit ja synnytykset. 4., uudistetun painoksen muuttamaton jatkopainos

Heinonen, P. K. 2008b. Gynekologiset kasvaimet. Teoksessa Lääkäriin käsikirja, Jyväskylä: Duodecim

Herrala, H., Kahrola, T., Sandström, M. Psykofyysinen ihminen, 2008, WSOY.

Heusala, K. Naisen seksuaalisuus. 2006. Keuruu: Otava.

Hovatta, O. 2008. Seksologiaa. Teoksessa Ylikorkala, O., Kauppila, A., (toim.) Naistentaudit ja synnytykset. 4., uudistetun painoksen muuttamaton jatkopainos

Hovatta, O., Ojanlatva, A., Pelkonen, R., Salmimies, P., (toim.), 1995, Seksuaalisuus, Pieksämäki, Duodecim

Hurskainen, R., Ylikorkala, O. 2008. Vuotohäiriöt. Teoksessa Ylikorkala, O., Kauppila, A., (toim.) Naistentaudit ja synnytykset. 4., uudistetun painoksen muuttamaton jatkopainos

Hurskainen, R. 2001. Cost-effectiveness of Levonorgestrel Releasing Intrauterine System and Hysterectomy in the Treatment of Essential Menorrhagia. Väitöskirja, Saarijärvi: Gummerus Printing

Ihme, A., Rainto, S. 2008. Naisen terveys. Helsinki: Edita.

Ilmonen, T. 2006. Seksuaalineuvonta. Teoksessa Apter, D., Väisälä, L., Kaimola, K. (toim.) Seksuaalisuus. 1. painos. Jyväskylä: Gummerus.

Kajan, M. 2006. Naisen seksuaalianatomia ja fysiologia. Teoksessa Apter, D., Väisälä, L., Kaimola, K. (toim.) Seksuaalisuus. 1. painos. Jyväskylä: Gummerus.

Karjalainen, S., Kukkonen, P. 2005. Psykologista käyttötietoa. Helsinki: Edita Prima Oy

Keltinkangas-Järvinen, L. 2008. Hyvä itsetunto. Helsinki: WS Bookwell Oy

Kontula, O., Lottes, I. (toim) 2002. Seksuaaliterveys Suomessa Helsinki: Tammi

Korhonen, E., Lipsanen, L., Yli-Räisänen, H. 2009. Väestötietosarja 18. Seksuaalioikeudet kuuluvat kaikille. Helsinki: Priimus Paino Oy. [http://vaestoliitto-fi-bin.directo.fi/@Bin/3a47d11e1d303000bf7a7c6d9a486045/1288283463/application/pdf/313043/seksuaalioikeudet\\_kuuluvat\\_kaikille.pdf](http://vaestoliitto-fi-bin.directo.fi/@Bin/3a47d11e1d303000bf7a7c6d9a486045/1288283463/application/pdf/313043/seksuaalioikeudet_kuuluvat_kaikille.pdf)

Kusku NK, Oruc S, Ceylan E, Eskicioglu F, Goker A, Caglar H. 2004. Sexual life following total abdominal hysterectomy. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>

Leminen, A., Salmi, T. 2007 Gynekologiset syövät. Teoksessa Joensuu, H., (toim.) Roberts, P., Lyly, T., Tenhunen, M., Syöpätaudit. 3. painos. Jyväskylä: Duodecim

Maas CP, ter Kuile MM, Laan E, Tuijnman CC, Weijnenborg PT, Trimbos JB, Kenter GG. 2004. Objective assessment of sexual arousal in women with a history of hysterectomy. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15104610>

Mäkelä, A., Ruokonen, T., Tuomikoski, M. 2001. Hoitosuhdetyöskentely. Helsinki: Tammi

Mäkinen, J. 2008. Laskeumat. Teoksessa Ylikorkala, O., Kauppila, A., (toim.), Naistentaudit ja synnytykset. 4., uudistetun painoksen muuttamaton jatkopainos

Naisen terveys: hyvän elämän strategiset mitat. 1995. Tampere: Kirjayhtymä

Niemi, M. 1995. Seksuaalisuuden biologinen perusta. Teoksessa Hovatta, O., Ojanlatva, A., Pelkonen, R., Salmimies, P., (toim.). Seksuaalisuus. Pieksämäki, Duodecim

Niemi, M. 1995. Seksuaalisuus, suvunjatkamisen ja arvot. Teoksessa Hovatta, O., Ojanlatva, A., Pelkonen, R., Salmimies, P., (toim.). Seksuaalisuus. Pieksämäki: Duodecim

Nieminen, K. 2008. Gynekologiset laskeumat. Teoksessa Lääkärin käsikirja. Jyväskylä: Duodecim

Paananen, U., Pietiläinen, S., Raussi-Lehto, E., Väyrynen, P., Äimälä, A-M. (toim.) 2006. Kätilötyö. Tampere: Edita.

Puolakka, J. 2002. Kuukautiskiertoon liittyvät häiriöt. Teoksessa Grénman, S., Haukkamaa, L., Haukkamaa, M., Kirkinen, P., Kivijärvi, A., Kujansuu, E. yms. Käytännön Gynekologia. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Rautasalo, E. 2008. Hoitotyön ammattilaisten näkemyksiä ikääntyvien ihmisten seksuaalisuudesta. Jyväskylän yliopisto. Terveystieteiden laitos. Väitöskirja.

Rikala, K. 1995. Kohdunpoisto, psyyke ja seksuaalisuus. Helsinki: Yliopistopaino.

Rikala, K. 1996. Kohdunpoisto, psyyke ja seksi. Helsinki: Yliopistopaino

Runsaiden kuukautisvuotojen tutkimukset ja hoito. Käypä hoito 2009. Suomalaisen lääkäriseura Duodecimin ja Suomen Gynekologiyhdistys ry:n asettama työryhmä <http://kaupahoito.fi/web/kh/suositukset/nautartikkeli/tunnus/hoi50033>

Räsänen, M. 2003. Naisen seksuaalitoimintojen häiriöt. Duodecim 119(3):219-27

Salmi, T. 2007. Gynekologiset syövät. Teoksessa Laine, R. Miksi minä? ja mikä on ennusteeni. Helsinki: Edita

Sankila, R., Lyly, T., Vainio, H. 2007. Syövän yleisyys, syyt ja ehkäisy. Teoksessa Joensuu, H., (toim.) Roberts, P., Lyly, T., Tenhunen, M., Syöpätaudit. 2007. 3. painos. Jyväskylä: Duodecim



Santala, M., Kauppila, A. 2008. Endometrioosi. Teoksessa Ylikorkala, O., Kauppila, A., (toim.) Naistentaudit ja synnytykset. 4., uudistetun painoksen muuttamaton jatkopainos

Seksuaali –ja lisääntymisterveyden edistäminen, 2007, Toimintaohjelma 2007-2011, sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki, Viitattu 2.8.1020, [http://www.stm.fi/c/document\\_library/get\\_file?folderId=28707&name=DLFE-3584.pdf&title=Seksuaali\\_\\_ja\\_lisaantymisterveyden\\_edistaminen\\_fi.pdf](http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=28707&name=DLFE-3584.pdf&title=Seksuaali__ja_lisaantymisterveyden_edistaminen_fi.pdf)

Tiitinen, A. 24.9.2009. Endometrioosi. Lääkärikirja Duodecim, [www.terveyskirjasto.fi](http://www.terveyskirjasto.fi)

Tiitinen, A. 27.9.2009. Kohdun laskeuma. Lääkärikirja Duodecim, [www.terveyskirjasto.fi](http://www.terveyskirjasto.fi)

Vatanen, M. 2008. Kohdunpoistopotilaan hoitoprosessin kustannustehokkuuden parantaminen, Keski-Suomen sairaanhoitopiirin julkaisuja 120/2008, Jyväskylä

Vilka, H. 2010. Sukupuolen ja seksuaalisuuden kohtaaminen. Juva: PS-kustannus

Virtanen, J. 2002. Kliininen seksologia, Vantaa: WSOY

Vuola, T. 2003. Mitä seksuaaliterapia on? Duodecim 2003;119:261–6, <http://www.terveysportti.fi/xmedia/duo/duo93413.pdf>

Wydra D, Ciach K, Sawicki S, Emerich J. 2003. Sexual life after hysterectomy. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>

Ylikorkkala, O., Kauppila, A. (toim.) 2008. Naistentaudin ja synnytykset. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy.

## LIITE 1

## SEKSUAALIOIKEUDET

1. OIKEUS TASA-ARVOON JA YHTÄLÄISEEN LAINSUOJAAN SEKÄ KAIKEN SYRJINNÄN KIELTÄMINEN
2. OSALLISTUMISOIKEUS SUKUPUOLESTA RIIPPUMATTA
3. OIKEUS ELÄMÄÄN, VAPAUTEEN, TURVALLISUUTEEN JA RUUMIILLISEEN KOSKEMATTOMUUTEEN
4. OIKEUS YKSITYISYYTEEN
5. ITSEMÄÄRÄÄMISOIKEUS JA OIKEUS SEN TUNNUSTAMISEEN LAIN EDESSÄ
6. OIKEUS AJATTELUN -JA SANANVAPAUTEEN
7. OIKEUS TERVEYTEEN SEKÄ OIKEUS HYÖTYÄ LÄÄKETIETEEN KEHITTÄMISESTÄ
8. OIKEUS KOULUTUKSEEN JA TIETOON
9. OIKEUS PÄÄTTÄÄ NAIMISIINMENOSTA JA LASTEN HANKINNASTA
10. OIKEUS VAATIA SELVITYKSIÄ JA KORVAUKSIA SEKSUAALIOIKEUKSIEN LOUKKAUKSISTA

(Korhonen, E., Lipsanen, L., Yli-Räisänen, H. 2009, 4-5)