

Emmaliina Kangas & Anna Remes

NAISTEN KOKEMUKSIA ENDOMETRIOOSIKIPUJEN VAIKUTUKSISTA ELÄMÄNLAATUUN

Miten ja kuinka paljon endometrioosin eri kipuoireet vaikuttavat naisten elämäänlaatuun?

NAISTEN KOKEMUKSIA ENDOMETRIOOSIKIPUJEN VAIKUTUKSISTA ELÄMÄNLAATUUN

Miten ja kuinka paljon endometrioosin eri kipuoireet vaikuttavat naisten elämänlaatuun?

Emmaliina Kangas
Anna Remes
Opinnäytetyö
Syksy 2019
Hoitotyön tutkinto-ohjelma
Oulun ammattikorkeakoulu

TIIVISTELMÄ

Oulun ammattikorkeakoulu
Hoitotyön tutkinto-ohjelma, kättilötyön suuntautumisvaihtoehto

Tekijät: Emmaliina Kangas & Anna Remes

Opinnäytetyön nimi: Naisten kokemuksia endometrioosikipujen vaikutuksista elämänlaatuun

Työn ohjaajat: Lehtorit Marja Kinisjärvi ja Satu Rainto

Työn valmistumislukukausi ja -vuosi: Syksy 2019

Sivumäärä: 66 + 6

Endometrioosista eli hedelmällisessä iässä olevien naisten kohdun limakalvon pesäkesirottumataudista kärsii arviolta 10-15% suomalaisnaisista. Taudille tyypillistä ovat sen aiheuttama moniulotteinen krooninen kipu sekä mahdollinen hedelmättömyys, joilla on merkittävä naisten elämänlaatua heikentävä vaikutus. Vaikka tauti on yksi yleisimmistä naistentaudeista, on sillä tutkitusti noin 6,7 vuoden mittainen diagnostinen viive. Aiheen valintaan vaikuttivat sen ajankohtaisuus ja tärkeys sekä opinnäytetyön tekijöiden kiinnostus aihetta kohtaan.

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää endometrioosiin sairastuneiden naisten kokemuksia endometrioosikipujen vaikutuksista elämänlaatuun. Opinnäytetyön tavoitteena oli tutkimustulosten perusteella kehittää endometrioosiin liittyvien oireiden tunnistamista ja siten lyhentää diagnostista viivettä. Tavoitteena oli myös, että endometrioosin hoito oireiden mukaisesti tapahtuisi mahdollisimman varhaisessa vaiheessa ja, että naisten kertomat endometrioosikipukokemukset otettaisiin vakavasti, eikä niitä vähäteltäisi terveydenhuollossa.

Opinnäytetyön tietoperusta käsittelee endometrioosia, kroonista kipua ja hoitajan roolia hoidossa. Tietoperusta muodostuu aiheeseen liittyvistä väitöskirjoista ja monipuolisista kansainvälisistä tutkimuksista ja niiden hankkimiseen käytettiin monipuolisia lähteitä; lehtiä, kirjoja sekä hakukoneita. Tutkimus toteutettiin kvantitatiivisena tutkimuksena ja tutkimusaineisto kerättiin valmiiksi Oulun yliopistollisen sairaalan endometrioosipoliklinikan toimesta. Tutkimuksen kohteena olivat Oulun yliopistollisen sairaalan endometrioosipoliklinikan asiakkaat, joiden täyttämää endometrioosikipupotilaan esitietolomakkeita analysoitiin. Lomakkeessa oli esitetty laajasti kysymyksiä liittyen eri endometrioosikipuihin ja -oireisiin sekä myös elämänlaatua mittaavin kysymyksiin, jotka vastasivat hyvin tutkimuksemme tarkoitusta, tavoitetta sekä antoivat tietoa tutkimuskysymykseemme. Opinnäytetyö toteutettiin yhteistyössä Oulun yliopistollisen sairaalan erikoislääkäri Outi Uimarin sekä endometrioosityöryhmän kanssa.

Vastauksia kyselyyn tuli yhteensä 41 kappaletta. Tutkimuksen tuloksena selvisi, että endometrioosin aiheuttamat kivut ja oireet heikentävät naisten elämänlaatua vaikuttaen kaikilla heidän elämänsä osa-alueilla; naisten sosiaalisiin suhteisiin, parisuhteeseen, työ- ja opiskeluelämään. Lisäksi vastaajien endometrioosin diagnostinen viive on keskimääräisesti erittäin korkea verrattuna tutkimuksiin.

Tutkimustuloksesta hyötyy endometrioosikivuista kärsivä nainen, jonka oireita ei vielä ole osattu yhdistää endometrioosiin. Lisäksi hoitohenkilökunta pystyy hyödyntämään tietoa endometrioosin aiheuttamista kivuista ja niiden vaikutuksista naisten elämänlaatuun.

Asiasanat: endometrioosi, krooninen kipu, elämänlaatu, seksuaalisuus, lapsettomuus

ABSTRACT

Oulu University of Applied Sciences
Degree Programme in Nursing and Health Care, Option of Midwifery

Authors: Emmaliina Kangas & Anna Remes

Title of thesis: Women's experience on the effect of endometriosis-related pain to life quality

Supervisors: Marja Kinisjärvi & Satu Rainto

Term and year when the thesis was submitted: Autumn 2019

Number of pages: 66 + 6

Endometriosis is a condition in which tissue similar to the lining of the uterus grows outside of the uterus and on other areas in the body where it doesn't belong. This disease affects women of childbearing age, approximately 10 to 15% of Finnish women suffer from it. Endometriosis is characterized by its multi-dimensional chronic pain and possible infertility which has a significant impact on the quality of life of women. Although the disease is one of the most common gynecological diseases, studies tell that endometriosis has a diagnostic delay of 6,7 years.

The purpose of this thesis was to study how endometriosis pain affects on women's life quality. The aim of the thesis was to identify the symptoms of endometriosis and contain symptomatic treatment as early as possible. Thereby it would be possible to shorten the delay of diagnosis. In addition, the aim of the thesis was to take the endometriosis pain experienced women more seriously in health care.

The knowledge base of the thesis was focused on endometriosis, chronic pain and the role of the nurse in treatment. The knowledge base consists of related dissertations and diverse international studies. Various sources, such as journals, books and search engines were used to obtain the knowledge base. The study was carried out as a quantitative study and the data was collected by the endometriosis clinic at the University Hospital of Oulu. The subject of the study was the clients of the endometriosis clinic who had filled an initial information form of endometriosis symptoms. These information forms were analyzed by the researchers of the thesis. The information forms contained a wide range of questions about the various endometriosis pains and symptoms, as well as questions of quality of life, which corresponded well with the purpose and aim of the thesis. The thesis was carried out in cooperation with Outi Uimari, the specialist of the Oulu University Hospital and the endometriosis working group.

41 patients responded to the survey. The study found that the symptoms and pain of endometriosis reduce women's quality of life. These symptoms and pain affect negatively all aspects of life; women's commerces, relationships, work and studies. Compared to the previous studies, this study's patients had a much higher diagnosis delay of endometriosis.

The results of the research can help women who suffer from symptoms of endometriosis but don't have the diagnosis of this disorder. In addition, the health personnel can utilize the information about what is women's experience on the effect of endometriosis-related pain to life quality.

Keywords: endometriosis, chronic pain, life quality, sexuality, infertility

SISÄLLYS

1	JOHDANTO	6
2	ENDOMETRIOOSI.....	8
2.1	Patofysiologia	8
2.2	Diagnosointi	10
2.3	Hoito	11
2.3.1	Hoitokeinot	11
2.3.2	Hoitajan rooli hoidossa	13
3	KROONINEN KIPU OSANA ELÄMÄÄ.....	16
3.1	Kuukautiskivut.....	17
3.2	Seksuaalisuus ja parisuhde	17
3.3	Virtsaamiseen liittyvät oireet	20
3.4	Suoliston toimintaan liittyvät oireet	20
3.5	Psyykinen kuormitus	21
4	TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSKYSYMYKSET	23
5	TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN	24
5.1	Kohderyhmä	25
5.2	Aineiston hankinta	25
5.3	Aineiston analysointi	26
6	TULOKSET	29
6.1	Taustatiedot	29
6.2	Kuukautiskipujen vaikutus elämänlaatuun	34
6.3	Yhdyntäkipujen vaikutus seksuaalisuuteen ja parisuhteeseen	42
6.4	Virtsaamiskipujen vaikutus elämänlaatuun	45
6.5	Suolisto-oireiden vaikutus elämänlaatuun	47
6.6	Muiden alavatsakipujen vaikutus elämänlaatuun	49
7	POHDINTA.....	53
7.1	Johtopäätökset	54
7.2	Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus	58
7.3	Kehitysehdotukset ja jatkotutkimusaiheet	59
	LÄHTEET	61
	LIITTEET	67

1 JOHDANTO

Endometrioosi on yleinen hedelmällisessä iässä olevien naisten krooninen kohdun limakalvon pesäkesirottumatauti. Endometrioosille on ominaista krooninen kipu, jolla on merkittävä huonontava vaikutus naisen elämänlaatuun. (Härkki, Heikkinen & Setälä 2011, 1837.) Endometrioosiin liittyvät kivuliaat kuukautiset, yhdyntäkipu, krooninen lantion alueen kipu, epäsäännöllinen kohdun verenvuoto sekä mahdollisesti hedelmättömyys (Burney & Giudice 2012, 511). Endometrioosi voi myös aiheuttaa suolisto-oireita ja ulostamiskipua sekä virtsaamiseen liittyvää kipua (Uotila, Setälä, Härkki, Kössi & Lavonius 2014, viitattu 19.9.2018). Suomessa endometrioosi koskettaa jopa 10-15% naisista eli noin 200 000 naista (Endometrioosiyhdistys 2017, viitattu 25.5.2018). Sairaus itsessään koskettaa naisen oman sairauden tuoman pysyvän elämänmuutoksen lisäksi myös hänen läheisiään (Härkki ym. 2011, 1837).

Elämänlaatu tarkoittaa ihmisen kokemusta elämästään suhteutettuna odotuksiin ja mahdollisuuksiin. Siihen liittyviä asioita ovat onnellisuus ja tyytyväisyys, elämän mielekkyys sekä turvallisuuden tunne. TerveYTEEN liittyvä elämänlaatu tarkoittaa yksilön kokemusta terveydentilastaan ja hyvinvoinnistaan. Krooniset sairaudet voivat heikentää elämänlaatua ja kokemus elämänlaadusta voi pitkäaikaissairailta vaihdella sairauden eri vaiheissa. (Terveyskylä 2018, viitattu 25.4.2019.)

Opinnäytetyömme tarkoitus on selvittää endometrioosiin sairastuneiden naisten kokemuksia endometrioosikipujen vaikutuksista elämänlaatuun. Yksi opinnäytetyön tavoitteista on, että naisten kertomat endometrioosikipukokemukset otettaisiin vakavasti, eikä niitä vähäteltäisi terveydenhuollossa. Tutkimusten mukaan endometrioosin diagnostinen viive voi olla jopa 6-9 vuotta (Härkki ym. 2011, 1837). Tämä vaikeuttaa ja viivästyttää merkittävästi potilaan oikeanlaiseen hoitoon pääsyä. Opinnäytetyön toisena tavoitteena onkin, että endometrioosin oireiden tunnistaminen sekä endometrioosin hoito oireiden mukaisesti tapahtuisi mahdollisimman varhaisessa vaiheessa. Tutkimustuloksesta hyötyy endometrioosikivuista kärsivä nainen, jonka oireita ei vielä ole osattu yhdistää endometrioosiin. Lisäksi hoitohenkilökunta pystyy hyödyntämään tietoa endometrioosin aiheuttamista kivuista ja niiden vaikutuksista naisten elämänlaatuun. Opinnäytetyön aiheen valintaan vaikuttavina tekijöinä ovatkin sen ajankohtaisuus ja tärkeys.

Tutkimustapana oli määrällinen eli kvantitatiivinen tutkimus. Tutkimuskohteena olivat Oulun yliopistollisen sairaalan endometrioosipoliklinikan asiakkaat. Opinnäytetyö on tehty yhteistyössä erikoislääkäri Outi Uimarin sekä Oulun yliopistollisen sairaalan endometrioosiryhmän kanssa. Yhteistyökumppanimme on perehtynyt nimenomaan endometrioosin taudinkuvaan ja tutkinut asiaa myös kansainvälisesti. Tutkimusta toteutettaessa pystyttiin siis hyödyntämään ja lähestymään aihetta yhteistyökumppanin avulla myös lääketieteellisestä näkökulmasta, joka monipuolisti työskentelytapaamme.

2 ENDOMETRIOOSI

Endometrioosilla tarkoitetaan hedelmällisessä iässä olevien naisten kroonista kohdun limakalvon pesäkesirottumatautia, joka huonontaa merkittävästi elämänlaatua aiheuttamalla voimakasta lantion alueen kipua sekä heikentää hedelmällisyyttä. Endometrioosi on yksi yleisimmistä gynekologisista sairauksista. Sairaus itsessään on estrogeeniriippuvainen, minkä vuoksi oireet tyypillisesti loppuvat naisen vaihdevuosien alkaessa. Endometrioosipotilaille on diagnosoitu vatsaontelossa oleva krooninen tulehdustila. (Härkki ym. 2011, 1837.) Sairaudessa kohdun limakalvon kaltaista kudosta esiintyy kohdun ulkopuolella, yleisimmin vatsakalvon pinnalla, emättimen ja peräsuolen välissä tai munasarjojen pinnalla. Endometrioosia sairastaa noin joka kymmenes hedelmällisessä iässä oleva suomalainen nainen. (Terveyskirjasto 2017, viitattu 21.1.2018.) Kaiken kaikkiaan endometrioosi vaikuttaa 6-10 %:iin lisääntymisikäisistä naisista (Burney ym. 2012, 511).

Endometrioosin tunnusmerkkejä ovat muun muassa dysmenorrea eli voimakkaat kuukautiskivut, dyspareunia eli yhdyntäkipu, krooninen lantionkipu, epäsäännöllinen kohdun verenvuoto ja lapsettomuus. Tämän tilan esiintyessä naisen kokema kipu, hedelmättömyys tai molemmat, ovat jopa 35% -50%:n luokkaa. (Burney ym. 2012, 511.) Endometrioosin aiheuttamat kipuoireet voivat aiheuttaa toistuvia poissaoloja koulusta tai töistä. Lisäksi kivut huonontavat sekä henkistä että sosiaalista hyvinvointia. Endometrioosin aiheuttama mahdollinen lapsettomuus tuo oman kärsimyksen sen kanssa kamppaileville. (Terveystalo 2009, viitattu 11.10.2018.)

Endometrioosin yleisyyttä on vaikeaa määritellä sen kliinisen oirekuvan vaihtelevuuden vuoksi. Tarkka diagnoosi vaatii invasiivisia eli kajoavia tutkimuksia, jotka vain harvoin ovat hoidollisesti perusteltuja. Niinpä väestöön perustuvat tutkimukset osoittavat taudin esiintyvyyden olevan noin 1,5 %, kun taas sairaaloihin perustuvien tutkimusten mukaan luku on 6-15 %. (Hickey, Ballard & Farquhar 2014, 1.)

2.1 Patofysiologia

Endometrioosin syntymekanismi on yhä tuntematon. Sen patogeneesistä on useita eri teorioita, ja onkin mahdollista, että erityyppiset pesäkkeet voivat saada alkunsa eri tavoin (Huhtinen,

Perheentupa, Poutanen & Heikinheimo 2011, viitattu 7.10.2018). Kaikista tunnetuin teoria endometrioosin patogeneesistä perustuu 1920-luvulle. Kyseisen teorian mukaan endometrioosi saa alkunsa, kun kuukautisvuoto pääsee vatsaonteloon aukiolevia munanjohtimia pitkin. (Huhtinen ym. 2011, viitattu 7.10.2018.) Tällöin vatsaonteloon kulkeutuu kuukautisveren mukana kohdun limakalvon kappaleita, jotka kiinnittyvät ja muodostavat pesäkkeitä vatsaontelon elinten pinnalle tai vatsakalvolle. Endometrioosipesäkkeet reagoivat kuukautiskiertoon estrogeenitason muuttuessa ja alkavat siten paksuuntua estrogeenitason noustessa. Tällöin vatsaontelossa oleva veri ärsyttää vuotamisellaan viereisiä kudoksia ja aiheuttaa niihin tulehdustilan; syntyy ei-toivottu immuunivaste, joka ei kykene riittävän hyvin tuhoamaan ylimääräisiä pesäkkeitä. Tämä johtaa endometrioosipesäkkeiden jatkuvaan eloonjäämiseen sekä kasvuun. Tauti on siis estrogeenista riippuvainen. (Giudice & Kao 2004, 1789-1790.)

Endometrioosin myötä voi kehittyä kolmenlaisia pesäkkeitä. Näitä ovat pinnalliset pesäkkeet, munasarjan kystat eli endometrioomat sekä syvät pesäkkeet. Nämä kolme erilaista pesäkeryhmää aiheuttavat erilaisia oireita sekä niiden hoitokin on erilaista. Kaiken kaikkiaan 17-44%:sta endometrioosipotilailta löytyy endometriooma ja puolella endometrioosipotilaista todetaan syviä pesäkkeitä. (Härkki ym. 2011, 1837-1838.)

Pinnallisille pesäkkeille ominaisia oireita ovat kipu ja vuotohäiriöt. Nämä pesäkkeet sijaitsevat vatsakalvolla ja vatsaontelon elinten pinnalla. Pinnallisia pesäkkeitä ei voi tuntea gynekologisessa tutkimuksessa eikä niitä näy kaikukuvauksessa, mistä johtuen varman diagnoosin saamisen ainoana mahdollisuutena on laparoskopia eli vatsaontelon tähystysleikkaus. Munasarjojen endometrioomat voidaan löytää sattumalta vatsakipuisen naisen lisäksi myös oireettomalta naiselta kaikukuvauksen avulla. (Härkki ym. 2011, 1837-1838.)

Syvät pesäkkeet aiheuttavat kipua. Pesäkkeen sijainti vaikuttaa kivun ilmenemismuotoon; rektovaginaaliset pesäkkeet aiheuttavat yhdyntä- ja ulostuskipuja, kun taas suolistossa olevat pesäkkeet aiheuttavat ulostuskipuja sekä limaisia tai verisiä ulosteita. Jos syviä pesäkkeitä on virtsateissä, oireina ovat virtsaamiskivut sekä verivirtsaisuus. Yhdyntäkipua esiintyy useimmiten silloin, kun syviä pesäkkeitä esiintyy emättimessä. Syvien pesäkkeiden poisto tapahtuu laparoskopiassa. (Härkki ym. 2011, 1838.)

2.2 Diagnosointi

Ainoa luotettava tapa endometrioosin todentamiseen on laparoscopia eli vatsaontelon tähyystysleikkaus. Tässä saadaan selville endometrioosipesäkkeiden tarkka sijainti ja tarkka diagnoosi voidaan varmistaa patologis-anatomisella kudoksenäytteellä (PAN). Koska taudin diagnosointi voidaan varmistaa vain kirurgisella toimenpiteellä, viivästyttää se endometrioosin todentamista vaihtelevan oirekuvan ohella. Tutkimuksissa on tullut esiin, että potilaat, joille endometrioosi on diagnosoitu, kärsivät kovista kuukautiskivuista. (Hickey ym. 2014, 3.) Elämänlaatua heikentävä kuukautiskipu ei ole normaalia. Jos kipu ei helpota tavallisilla tulehduskipulääkkeillä, on syytä hakeutua gynekologisiin tutkimuksiin. (Terveystalo 2016, viitattu 3.10.2019.) Jos nainen kärsii kovista kivuista, eivät ne aina ole kuitenkaan perusteena invasiiviselle tutkimukselle kuten laparoskopialle, jonka myötä endometrioosin taudinkuva voitaisiin joko sulkea pois tai todentaa olemassa olevaksi (Hickey ym. 2014, 3).

Lisäksi endometrioosin patogeneesin ollessa tuntematon, vaikeuttaa se diagnosointia ennestään. (Hickey ym. 2014, 1.) Endometrioosi onkin alidiagnosoitu sairaus, johon liittyy keskimäärin 6,7 vuoden diagnostinen viive oireiden puhkeamisesta taudin toteamiseen (Burney ym. 2012, 511). Keskimääräinen ikä tautia sairastavan naisen ensimmäiselle endometrioosileikkaukselle on 29,6 - 35,8-vuotiaana (Suvitie, Hallamaa, Matomäki, Mäkinen & Perheentupa 2015, 97).

Verrattuna oirehtiviin aikuisiin naisiin murrosiässä olevat tytöt odottavat kolme kertaa pidempään ennen kuin etsivät apua endometrioosiin viittaaviin oireisiinsa. (Suvitie ym. 2015, 97). Nuorilla tytöillä ei ole aina itselläkään tietoa, millainen kipu kuuluu kuukautisiin (Ignatius 2018, 165). Nuorten kuukautiskipu onkin aliarvioitu ja huonosti hoidettu oire. Se mielletään herkästi normaaliksi ilmiöksi, eivätkä nuoret tytöt hae aktiivisesti apua oireisiinsa. Myös yksi syy siihen, miksi nuoret hakeutuvat myöhään hoitoon, voi olla pelko gynekologista tutkimusta kohtaan. (Suvitie 2017, 285.)

Diagnosoinnin helpottamiseksi tai endometrioosin epäilyn herättämiseksi sen moninaiset oireet tulisi ottaa huomioon. Kliinisissä tutkimuksissa on osoitettu, että esimerkiksi lantiokipu, joka esiintyy heti ensimmäisten kuukautisten jälkeen, voi olla merkki endometrioosin kehittymisestä. Kipu voi muuttua krooniseksi ja säteillä myös alaselkään. Lisäksi lisääntymiskyvyttömyys yhdistetään usein endometrioosin aiheuttamaksi, jolloin sen taudinkuva on ollut oireeton ja tulee ilmi vasta lapsettomuustutkimusten yhteydessä. (Hickey ym. 2014, 1-2.)

2.3 Hoito

Endometrioosi on taudinkuvaltaan uusiutuva, sillä lopullisesti parantavaa hoitokeinoa sairauteen ei ole vielä löytynyt. Endometrioosin varhainen diagnosointi on tärkeää, jotta hoito voidaan suunnitella asianmukaisesti. (Härkki ym. 2011, 1837). Hoidon valintaan vaikuttavat oireiden vakavuus, mahdolliset raskaus suunnitelmat, potilaan ikä sekä anamneesi. Endometrioosin ensisijainen ehkäisy ei ole tällä hetkellä mahdollista. (Hickey ym. 2014, 3.)

2.3.1 Hoitokeinot

Endometrioosin yksi yleisimmistä oireista on voimakas alavatsakipu eli dysmenorrea (Hickey ym. 2014, 2). Ensisijainen kuukautisten aikaisen alavatsakivun oireenmukainen hoito on tulehduskipulääkkeet. Tarvittaessa hoitoon voidaan yhdistää parasetamoli, joka yksin käytettynä on kuitenkin tehottomampi kuin tulehduskipulääke. (Suviitie 2017, 286.)

Hormonaalinen hoito on ensisijainen lievän endometrioosin hoidossa. Hormonaalisen hoidon tulisi olla pitkäkestoista. Tällä pyritään estämään estrogeenin stimuloiva vaikutus endometrioosikudokseen ja sitä kautta myös pienentämään endometrioosipesäkkeitä. (Härkki ym. 2011, 1837-1838.) Lisäksi hormonaalisella hoidolla on lieventävä vaikutus kipuihin (Hickey ym. 2014, 3). Vaikkei endometrioosia olisi diagnosoitu, voi lääkehoitokokeilun aloittaa pelkkien oireiden perusteella. Lääkevaihtoehtoja on useita mahdollisia valittavana. Eri vaihtoehtoja kokeilemalla kullekin potilaalle voidaan löytää tehokkain lääke vähimmillä mahdollisilla haittavaikutuksilla (Härkki ym. 2011, 1839.) Tieto siitä, ettei sisätutkimusta edellytetä hoitoa aloitettaessa, voi myös madaltaa nuorten kynnystä hakeutua hoitoon (Suviitie 2017, 290). Jos hoito osoittautuu tehokkaaksi, voidaan lääkehoitoa jatkaa ilman laparoskopiaa. Mikäli potilaan kivut kuitenkin jatkuvat, tulee hänen hakeutua erikoissairaanhoidon piiriin diagnoosin varmistamiseksi. Spontaanin raskauden halu on ratkaiseva tekijä lopulliseen päätökseen, sillä kaikki käytettävissä olevat hormonaaliset yhdisteet, joita käytetään endometrioosiin, häiritsevät ovulaatiota ja niillä on siten raskauden ehkäisyvaikutus. Tästä johtuen ne eivät sovellu raskautta toivovalle naiselle. (Vercellini ym. 2014, 265.)

Mikäli kivut käyvät hyvin vaikeiksi eikä hormonilääkityksellä saada kipuoireita kuriin, tarvitaan avuksi leikkaushoito (Hickey ym. 2014, 3). Kirurginen hoito onkin ensisijainen hoitomuoto vaikeaa endometrioosia sairastavilla. Leikkaushoidolla on kaksi päätavoitetta: kipujen helpottuminen ja

hedelmällisyyden kohentaminen tai näiden molempien osa-alueiden hoitaminen yhtä aikaa. Sekä laparoskopia että laparotomia eli vatsaontelon avoleikkaus ovat yhtä tehokkaita, mutta laparoskopia on ensisijainen ja nykyaikainen vaihtoehto sen kustannustehokkuuden vuoksi. Oireita aiheuttavat endometriosipesäkkeet pyritään jo ensimmäisellä kerralla poistamaan täydellisesti leikkaustoimenpiteessä. Monesti leikkaus helpottaa potilaan oireita, mutta lääkehoitoa suositellaan jatkettavaksi myös leikkauksen jälkeen, sillä endometrioosilla on korkea uusiutumiseriski. Tässä tilanteessa onkin jälleen syytä ottaa huomioon potilaan mahdollinen toive raskaudesta. (Härkki ym. 2011, 1837, 1842.)

Arviolta 25-50% lapsettomuudesta kärsivistä naisista sairastaa endometrioosia ja noin 30-50%:lla endometrioosia sairastavista naisista esiintyy lapsettomuutta. Jopa lievä endometrioosi voi heikentää hedelmällisyyttä. (Hickey ym. 2014, 2.) Lapsettomuus on asia, joka vaikuttaa ihmisen kaikista herkimpiin elämän osa-alueisiin eli lisääntymiseen ja seksuaalisuuteen. Kun parisuhteen intiimeimpään osaan tarvitaan ulkopuolista apua, saa se aikaan avuttomuuden, häpeän ja nöyryyksen tunteita. Kontrolli omaan kehoon koetaan tällöin menetetyksi. (Tulppala 2012, 2.) M. Sallisen tekemän tutkimuksen mukaan (2006) suurin osa tahattomasta lapsettomuudesta kärsivistä pareista koki elämässään kriisitilanteen lapsettomuuden myötä (Sallinen 2006, 2). Lapsettomuutta onkin verrattu läheisen menettämisen aiheuttamaan kriisiin (Tulppala 2012, 2). Lapsettomien parien kokemuksista löytyi piirteitä niin kehityskriisistä kuin traumaattisesta kriisistä. Samalla, kun lapsettomuus koettiin kasvattavana elämäkokemuksena, saattoi se traumaattiseen kriisiin liittyen aiheuttaa vakavampia tunnetiloja ja oireita. Näihin kuuluivat masennus, itsemurha-ajatukset, keskittymis- ja univaikeudet, asioiden välttely sekä kokonaisvaltainen toimintakyvyn aleneminen. (Sallinen 2006, 2.) Vaihtelevat toivon ja epätoivon tunteet tekevät lapsettomuudesta poikkeuksellisen kriisin käsitellä (Väestöliitto 2018, viitattu 23.10.2018).

Lapsettomuus on sekä henkilökohtainen asia että parisuhteen osapuolten yhteinen ongelma. Se voi vaikeudessaan joko lujittaa suhdetta tai etäännyttää toisistaan. Yksilöllinen lapsettomuuden käsitteleminen vaikuttaa vahvasti parisuhteeseen ja toisin päin. Naiset kokevat miehiä enemmän ahdistusta, paineita ja masentuneisuutta lapsettomuudesta johtuen ja syylistävät itseään lapsettomuuden aiheuttamisesta. Myös miehet kokevat syyllisyyttä ja epäonnistumisen tunnetta. Samalla heillä on suuri huoli kumppaninsa jaksamisesta. Lapsettomuusprosessin aikana puoliso alkaa näyttäytyä eri valossa ja parisuhteen tulevaisuuden pohdinta on ajankohtaista. Toisinaan lapsettomuuskriisin myötä suhteessa saattaa nousta esille käsittelemättömiä asioita menneisyydestä sekä uusia ongelmia. Parhaimmassa tapauksessa lapsettomuus kasvattaa

ymmärrystä toista kohtaan. Rakkauden antaminen ja sen kokeminen auttavat kriiseistä selviytymiseen yhdessä. (Tulppala 2012, 2-3.)

Endometrioosiin ja lapsettomuuteen liittyvät mekanismit ovat huonosti ymmärrettyjä, eikä syy-yhteyttä ole varmuudella osoitettu (Hickey ym. 2014, 2). Lapsettomuus voi johtua endometrioosin aiheuttamasta kroonisesta tulehdistilasta, muuttuneesta immuunivasteesta, hormonitoiminnan häiriöistä ja kohdun limakalvon muutoksista. Endometrioosin aiheuttama krooninen tulehdustila voi vaikuttaa hedelmöittymisen eri vaiheisiin. (Härkki ym. 2011, 1845.) Hoitojen tavoitteena onkin parantaa hedelmällisyyttä vähentämällä endometriosipesäkkeitä sekä palauttaa muuttunut synnytinelinten ja muidenkin vatsaontelon elinten anatomia. Hoitotapaa lapsettomuuteen mietittäessä otetaan huomioon seuraavat tekijät: lantion anatomia, endometrioosin laajuus, munasarjojen tilanne, potilaan ikä, miehen hedelmällisyys, endometrioosien esiintyminen ja lapsettomuuden kesto. (Hickey ym. 2014, 4.)

Kun lapsettomuuspotilaalla epäillään endometrioosia, harkitaan laparoskopiaa tapauskohtaisesti endometrioosin laajuuden paljastamiseksi. Mikäli laparoskopiassa todetaan vaikea endometrioosi, voidaan lapsettomuushoitoja nopeuttaa sekä kohdentaa oikein. Toistuvia munasarjaleikkauksia ei suositella, sillä ne heikentävät munasarjan verenkiertoa sekä munasolujen kehittymistä. Endometrioosin poiston mukana voidaan menettää myös tervettä munasarjakudosta ja täten lapsettomuushoitoja toteutetaan myös munasarjakystan kanssa. Lievässä endometrioosissa hoitomuotoina lapsettomuuteen ovat yleisesti munasarjojen stimulaatio yhdistettynä inseminaatioon eli keinosiemennykseen, mikä parantaa raskausennustetta lähes kuusinkertaisesti. Syvien endometriosipesäkkeiden aiheuttaessa hankalia kipuja on leikkaus usein tarpeen ennen lapsettomuushoitoja. (Härkki ym. 2011, 1845-1846.) Hoito valitaan yksilöllisesti kirurgian ja lapsettomuushoitojen välillä huomioiden potilaan oireet ja muut lapsettomuuteen vaikuttavat tekijät (Vercellini ym. 2014, 265). Yli puolet endometrioosipotilaista saa lapsen joko luonnollisesti tai lapsettomuushoitojen avulla (Härkki 2011, 1837).

2.3.2 Hoitajan rooli hoidossa

Hoitaja on avun tarpeessa olevalle potilaalle tuki ja turva. Jokainen potilas on kohdattava yksilönä, jonka sen hetkistä tilannetta arvioidaan ja tulevaa suunnitellaan potilaan tarpeet edellä. Potilaiden

tyytyväisyys hoitoonsa kasvaa, mitä enemmän hoitajat keskustelevat heidän kanssaan. Näin osoittavat monet tutkimustulokset. Tämän takia hoitotyössä tapahtuvaan vuorovaikutukseen on panostettava erityisen paljon. (Latvala, Heikkinen, Lehtimäki, Nelin, Nevala, Närkki & Pérez 2018, viitattu 31.10.2018.)

Emotionaalisen tuen antamista käytetään yhtenä auttamisen keinona hoitotyössä. Hoitajat toteuttavat sitä potilaiden ja heidän perheenjäsentensä kanssa tapahtuvassa vuorovaikutuksessa. (Lehto 2015, viitattu 31.10.2018.) Lähes jokainen tarvitsee emotionaalista tukea päivittäisessä elämässään. Kuunteleminen, keskusteleminen, läsnä oleminen ja koskettaminen ovat esimerkkejä emotionaalisen tuen muodoista. (Verkkopalvelu kehitysvammaisuudesta 2017, viitattu 31.10.2018.)

Molemminpuolinen vuorovaikutussuhde muodostuu potilaan vastaanottavuudesta sekä häntä hoitavan henkilön empaattisista taidoista. Potilaalle muodostuva ensivaikutelma hoitohenkilökunnasta määrittelee pitkälti hoitosuhteen syntymistä ja vaikuttaa potilaan ja hoitohenkilökunnan välisen luottamuksen kehittymiseen. Tervehtiminen sekä itsensä ja toimenkuvansa esitleminen koetaan merkityksellisiksi ensimmäisessä kohtaamisessa. Kokonaisuudessaan arvostavalla ja asianmukaisella tavalla toteutettu hoitoon vastaanottaminen lisää potilaan turvallisuuden tunnetta. (Leino 2011, 130, 132, 133.)

Mattilan (2012, 64) tutkimuksessa aikuispotilaan ja perheenjäsenen emotionaalisesta ja tiedollisesta tukemisesta sairaalahoidon aikana sairaanhoitajat kuvaavat molemminpuolisen hoitosuhteen koostuvan läsnäolosta, rehellisen ja luottamuksellisen tunnelman luomisesta sekä potilaan ja tämän perheenjäsenten toiveiden huomioonottamisesta. Sairaanhoitajat kertovat keskustelewansa potilaiden ja heidän perheenjäsentensä kanssa jaksamisesta ja tunteista sairauteen liittyen. Keskustelun aikana he kiinnittävät huomiota mahdollisiin merkkeihin voimattomuudesta ja ahdistuneisuudesta. Hoitajien omaan vaistoon luottaminen korostui tuen tarpeen tunnistamisessa. Myös hoitohenkilökunnan osoittama vilpittön kiinnostus ja ymmärrys ovat potilaalle tärkeitä. (Leino 2011, 138.)

Leinon (2011, 138-139) mukaan rintasyöpäpotilaat kokevat tärkeäksi tuntemuksiensa avaamisen hoitohenkilökunnalle. Negatiivisten tunteiden puheeksi ottaminen on potilaille vaikeaa, mistä syystä keskustelun aloittaminen hoitohenkilökunnan toimesta tuntuu heistä hyvältä. Tutkimukseen osallistuneiden hoitohenkilöiden mukaan on helpompaa lähestyä potilasta, joka kertoo tuen

tarpeestaan avoimesti. Varautuneemman potilaan kanssa keskustelulle annetaan enemmän aikaa ja tehdään tarvittaessa moniammatillista yhteistyötä psykiatrisen sairaanhoitajan kanssa.

Hoitotyön ammatilliseen osaamiseen liittyvän omahoitajuuden koettiin myös osakseen helpottavan keskusteluyhteyden syntymistä ja näin ollen merkityksellisen hoitosuhteen muodostumista. Lisäksi kollegoiden välinen yhteispeli potilaan ja perheenjäsenten tukemisessa painottui yhtenä hyvän hoitosuhteen muodostumisen edellytyksenä. (Mattila 2012, 64.) Myös K. Leinon tutkimuksessa tuli esille potilaiden tyytyväisyys omahoitajuuteen yhtenä tuen keinona (Leino 2011, 132).

3 KROONINEN KIPU OSANA ELÄMÄÄ

Endometrioosin aiheuttamat kipuoireet nuorena voivat vaikuttaa vielä aikuisässä heikentävästi elämään. Myöhäinen hoitoon hakeutuminen voi kostautua; se saattaa herkistää keskushermoston kivulle ja muokata aivojen rakennetta aiheuttaen aikuisena kivun kroonistumisen ja kipukynnyksen madaltumisen. (Suvitie 2017, 286). Endometrioosille ominaista onkin krooninen kipu, joka heikentää endometrioosia sairastavan elämänlaatua (Endometrioosiyhdistys 2018, viitattu 12.10.2018). Kipu määritetään krooniseksi eli pitkäaikaiseksi, kun se on kestänyt yli 6 kuukautta tai jos kipua tuottava sairaus on jatkuva (Paakkari 2017, viitattu 9.10.18). Kroonisella kivulla on neljä ominaisuutta: se on näkymätöntä, hallitsevaa ja kielteistä sekä se vaikuttaa koko ihmiseen (Ojala 2015, viitattu 9.10.18).

Kipu on näkymätöntä. Kipu onkin kokijan oma kokemus ja kertomus sen olemassaolosta eikä toinen ihminen voi kumota sitä. (Ojala 2015.) Jotta kivunhoito olisi laadukasta ja hyvää, on sen lähtökohtana perinpohjainen kivun arviointi. Oli kipu sitten akuuttia tai pitkäkestoista, on arvioinnin perustana potilaan oma kokemus ja ilmaisu terveydenhuollon ammattilaisille. (Terveyskylä 2018, viitattu 16.10.18.)

Kipu hallitsee ihmistä ja hänen elämäänsä. Kivun kroonistuessa raja kivuliaan ja kivuttoman kehon osan välillä himmenee ja siten kipu leviää täyttäen koko kehon ja mielen. Fyysisestä kivusta ja psyykkisestä kärsimyksestä tulee yhtä, ja ne muodostavat yhtenäisen kipukokemuksen. Kivulla on kielteinen vaikutus eli se sisältää epämiellyttävää tuntemusta ja mahdollisia rajoituksia toiminnoissa. Kipuun liittyy olennaisesti kielteisiä tunteita, esimerkiksi huolestuneisuutta, synkkyyttä ja lohduttomuutta. Nämä kielteiset tunteet liittyvät yksinäisyyden tunteeseen ja heikentyneeseen itsetuntoon. (Ojala 2015, viitattu 9.10.18.)

Moninaiset kipuoireet ovat keskeinen ongelma endometrioosin taudinkuvassa. Endometrioosia sairastavat naiset kärsivät kymmenen kertaa todennäköisemmin kivuliaista kuukautisista verrattaessa naisiin, joilla ei ole endometrioosia. Endometrioosia sairastavilla naisilla esiintyy myös kaksi kertaa todennäköisemmin virtsaamiseen liittyviä oireita, seitsemän kertaa todennäköisemmin muutoksia seksuaaliseen kanssakäymisessä ja peräti 13 kertaa todennäköisemmin lantiokipua. (Ballard, Seaman, de Vries & Wright 2008, viitattu 11.10.18) Niinpä huolellinen kivunhoito on aivan keskeisessä asemassa endometrioosin hoitoa.

3.1 Kuukautiskivut

Tunnusomainen endometrioosin oire on useita päiviä ennen kuukautisten alkamista esiintyvä alavatsakipu, johon eivät aina tehoa tavalliset särkylääkkeet (Härkki ym. 2011, 1837). Kipu voikin pakottaa naisen jäämään pois koulusta tai töistä (Härkki ym. 2011, 1837). Töistä tai koulusta poissaoloja aiheuttava kuukautiskipu ei kuulu normaaliin elämään, ja tällöin onkin syytä epäillä endometrioosia tavallisten kuukautiskipujen sijaan (Terveyskylä 2018, viitattu 19.10.2018).

Aluksi alavatsakipu kestää vain kuukautisten ajan (Härkki ym. 2011, 1837). Hoitamattomana ja endometrioosin edetessä alkaa esiintyä kipuja myös muulloin kuten yhdynnän aikana ja virtsatessa (Terveystalo 2016, viitattu 3.10.2019). Voimakkaista kuukautiskivuista, joihin liittyy voimakasta kipua ja vatsakramppeja, käytetään sanaa dysmenorrea (engl. dysmenorrhea). Dysmenorreaa esiintyy 80%:lla endometrioosia sairastavista naisista (Vercellini ym. 2014, 264).

Eritoten vaikeat kuukautiskivut vaikuttavat merkittävän heikentävästi tyttöjen elämänlaatuun; ne häiritsevät unen laatua, koulunkäyntiä, sosiaalista kanssakäymistä ja seksuaalisuutta. Eräs varsinaissuomalainen kyselytutkimus on selvittänyt tutkimuksessaan, että 68 prosentilla 15–19-vuotiaista tytöistä esiintyi kuukautiskipuja. Lisäksi heistä joka toinen koki kuukautiskivun erittäin voimakkaaksi (numerical rating scale eli NRS 8–10). Kyselyyn vastanneita oli kaiken kaikkiaan 1103, ja heistä 8 prosenttia ilmoitti olevansa kuukausittain tai lähes joka kuukausi poissa koulusta koviin kuukautiskipujen vuoksi. Maailmanlaajuisesti kuukautiskipuja esiintyy valtaosalla (68–93 %) teini-ikäisistä ainakin ajoittain. Kuukautiskipu mielletään monesti normaaliksi ilmiöksi, eivätkä nuoret tytöt aktiivisesti hae aina oireisiinsa apua. Nuorten kuukautiskipu on siis aliarvioitu ja huonosti hoidettu oire. (Suvi 2017, 285).

3.2 Seksuaalisuus ja parisuhde

Seksuaalisuus on asia, joka kulkee jokaisen ihmisen mukana läpi elämän. Se näkyy arvoissa ja asenteissa sekä suhteissa muihin ja omaan itseensä. Jokainen ihminen ymmärtää ja ilmaisee seksuaalisuuden henkilökohtaisella tavallaan. (Mielenterveystalo 2018, viitattu 31.10.2018.) Seksuaalisuuden ymmärretään usein tarkoittavan vain seksiä, vaikka todellisuudessa seksi on vain yksi seksuaalisuuden muoto. Seksuaalisuus ei koskaan häviä ihmisestä, vaan kehittyy jatkuvasti ja sen tarkoitus sekä tarve vaihtelevat elämän eri vaiheissa ja iän myötä. Seksuaalisuuden muuttuminen elämän varrella vaikuttaa oman itsensä lisäksi myös parisuhteeseen. (Kallio 2010,

viitattu 31.10.2018.) Seksuaalisuuden aiheuttamaan hyvinvointiin liittyy olennaisesti oman sekä toisen ihmisen seksuaalisuuden ja kehon kunnioittaminen (Mielenterveysseura 2018, viitattu 31.10.2018). Parhaassa tapauksessa kokonaisvaltainen seksuaalisuus on ihmiselle onnea ja mielihyvää tuottavaa sekä hyvinvointia lisäävää (Kallio 2010, viitattu 31.10.2018).

Yhdyntäkipu on toiseksi yleisin endometrioosin oire, josta kärsii 30% endometrioosia sairastavista (Vercellini 2014, 264). Sitä kuvaillaan jomottavavaksi ja teräväksi, syvällä tuntuvaksi kivuksi, jonka voimakkuus vaihtelee lievästä sietämättömään (Johnson & Hummelshoj 2012, viitattu 22.10.2018.) Kipu saattaa säteillä peräsuoleen (Tiitinen 2018, viitattu 22.10.2018). Yhdyntäkipua voi esiintyä yhdynnän aikana tai vasta 24-48 tuntia yhdynnän jälkeen, tai sekä että. Osa naisista kokee kipua aina yhdynnän aikana ja osa vain joitakin kertoja kuukaudessa kuten kuukautisten aikaan. Kivuliaan yhdynnän aiheuttaa endometriosipesäkkeiden venyminen sekä niiden sijaitseminen emättimen takana tai kohdun alapuolella. Joskus yhdyntäkipu johtuu emättimen kuivuudesta, joka taas on seurausta hormonaalisesta hoidosta tai kohdunpoistosta, jossa myös munasarjat on poistettu. (Johnson & Hummelshoj 2012, viitattu 22.10.2018.) Emättimen limakalvojen kuivuudesta johtuvaa yhdyntäkipua voi helpottaa liukastusgeeleillä (Tiitinen 2018, viitattu 22.10.2018). Yhdyntäkivuista kärsivälle naiselle tulisi aina tehdä gynekologinen tutkimus sekä selvittää, millaista kipu on ja, missä se tuntuu (Ryttyläinen & Valkama 2010, 173).

Naisen kokema kipu voi hankaloittaa hänen seksuaalisen halunsa löytymistä sekä seksistä nauttimista. Jos nainen ei kivun vuoksi kykene tyydyttävään seksuaaliseen kanssakäymiseen tai kumppanin tarpeiden tyydyttämiseen, voi se aiheuttaa syyllisyyden ja häpeän tunteita. Seksuaalisessa kanssakäymisessä ilmenevä kipu voi turhauttaa ja ahdistaa naista, mutta myös saada kumppanissa aikaan epävarmuutta. Kumppani ei välttämättä uskalla tehdä aloitetta seksiin tai koskettaa, koska pelko kivun ja ahdistuksen aiheuttamisesta naiselle on niin suuri. (Terveyskylä 2018, viitattu 5.11.2018.)

Parisuhteessa jommankumman osapuolen sairastuminen ja kroonisen kivun kanssa eläminen aiheuttavat suhteeseen kummankin voimavaroja kuluttavan kriisin (Ranta 2014, viitattu 5.11.2018). Kroonisen kivun tuomien muutosten myötä parisuhdetta saattaa myös varjostaa pelko (Terveyskylä 2018, viitattu 5.11.2018). Molempien lähestymistavalla kipuasiasia kohtaan on vaikutusta koettuun kriisiin ja sen käsittelyyn. Käsitykset kivusta ja kipuun sopeutuminen kumpuavat omasta menneisyydestä, elämäkokemuksesta sekä nykytilanteesta. (Ranta 2014, viitattu 5.11.2018.) Kipu vaikuttaa sekä keskinäiseen suhteeseen että rooleihin parisuhteessa. Vastuu kotitöistä tai

taloudellisen tilanteen ylläpidosta voi siirtyä terveelle puolisolle, mikä saattaa näyttäytyä hänellä uupumuksena ja turhautumisen tunteena. (Terveyskylä 2018, viitattu 5.11.2018). Kivun kokija taas tuntee usein syyllisyyttä ja riittämättömyyttä omasta tilanteestaan ja sen heijastumisesta parisuhteeseen (Ranta 2014, viitattu 5.11.2018).

On tärkeää, että kivuista sekä seksiin ja läheisyyteen liittyvistä toiveista keskustellaan avoimesti kumppanin kanssa. Suhteen molemmille osapuolille voi löytyä kivuista huolimatta tyydyttävä tapa nauttia seksuaalisuudesta antamalla itselle lupa keskeyttää seksuaalinen toiminta tai hidastaa tahtia omien tuntemuksien mukaan. (Terveyskylä 2018, viitattu 5.11.2018.) Seksuaalisuus ja seksuaalielämän ongelmat ovat parisuhteen osapuolten yhteisiä asioita, joissa seksuaaliterapeutin puoleen kääntyminen jo varhaisessa vaiheessa voi olla tarpeen. (Ranta 2014, viitattu 5.11.2018).

Seksuaalisuuden kohtaaminen ja puheeksi ottaminen erityisesti seksuaalisuuteen vaikuttavien sairauksien ja hoitojen kohdalla ovat osa kokonaisvaltaista hoitotyötä. Seksuaaliohjaus onkin jokaisen hoitotyön toimijan työnkuvaan kuuluvaa vuorovaikutuksellista tiedon jakamista ja potilaan seksuaalisuuden vahvistamista. Seksuaaliohjauksen tulee olla kaiken ikäisten ja eri elämäntilanteissa olevien saatavilla. (Ryttyläinen ym. 2010, 142.) Potilaan seksuaalisen itsetunnon vahvistaminen ja myönteisen minäkuvan tukeminen ovat seksuaaliohjauksen päämäärinä (Ihme & Rainto 2014, 26).

Seksuaalisuuden puheeksi ottaminen koetaan vaikeaksi ja kiusalliseksi asian intiimiyden vuoksi. Hoitajien epävarmuus omista tiedoistaan seksuaalisuuteen liittyen sekä pelko potilaan satuttamisesta sanoin häiritsevät seksuaalisuuden puheeksi ottamista. (Ihme ym. 2014, 27.) Jotta hoitaja kykenee luontevasti keskustelemaan seksuaalisuudesta ja antamaan seksuaaliohjausta potilaalle, hänen on oltava sinut oman seksuaalisuutensa kanssa. Hoitajan on tärkeää tunnistaa ja tiedostaa omat ajatuksensa seksuaalisuuden laajaan kirjoon liittyen, esimerkiksi sairauden ja iän tuomat muutokset seksuaalisuuteen. Myös omat seksuaalisuuteen liittyvät rajat saattavat heijastua ammatilliseen minään, joten niidenkin tunnistaminen on tarpeellista. Suvaitsevaisuus ja uusien näkökulmien vastaanottaminen lisäävät hoitajan ammatillisuutta. (Ryttyläinen ym. 2010, 133.)

Intiimeille alueille kohdistuvat sairaudet ja toimenpiteet vaikuttavat naisen seksuaalisuuteen sekä naiseuden kokemukseen. Hoitajan tehtävänä tällaisessa tilanteessa on havaita seksuaalisuuteen liittyvä avun tarve ja helpottaa tiedollaan terveysongelman herättämiä seksuaalisuuteen liittyviä pelkoja ja kysymyksiä. Naiselle annetaan tietoa sairauden vaikutuksista seksuaaliterveyteen,

parisuhteeseen ja seksiin. Terveysongelmasta keskustelemiseen kumppanin ja perheen kanssa rohkaistaan. Naiselle annetaan myös mahdollisuus keskustella asiasta hoitohenkilökunnan kanssa hänen omien tarpeidensa mukaan ja tarvittaessa ohjataan seksuaaliterapiaan. (Ihme ym. 2014, 28–29.) Seksuaaliohjauksessa tapahtuvaa vuorovaikutusta lisäävät hoitajan empaattisuus, luottamuksellisuus ja tuen antaminen potilaalle (Ryttyläinen ym. 2010, 147). Seksuaaliohjauksen ja seksuaalisuuden puheeksi ottamisen apuna voidaan käyttää BETTER- (Mick, Hughes & Cohen 2004) ja PLISSIT-malleja (Annon 1976) (Ryttyläinen ym. 2010, 139; Ihme ym. 2014, 31–32).

3.3 Virtsaamiseen liittyvät oireet

Endometrioosipesäkkeitä voi esiintyä myös virtsarakossa, mikä aiheuttaa erilaisia oireita endometrioosia sairastavalle naiselle. Oireet voivat vaihdella kuukautiskierron mukaan, yleensä ne ovat pahimmillaan muutama päivä ennen kuukautisten alkua ja kuukautisten aikana. Oireina voivat olla virtsarakon ärsytys, tihentynyt virtsaamistarve, kipu rakon ollessa täynnä sekä verivirtsaisuus. (Endometriosis UK 2018, viitattu 18.10.2018.) Endometrioosin esiintyminen virtsarakossa on kuitenkin harvinaista, vain 1-2 %:sta endometrioosia sairastavista naisista kärsivät virtsarakon oireista (Pastor, Diego, Gómez, Díez, Flórez, Olmos & Baños 2014, viitattu 18.10.2018).

3.4 Suoliston toimintaan liittyvät oireet

Endometrioosin aiheuttamaa oireilua voi esiintyä suolistossa, esimerkiksi suoliston pinnassa tai seinämissä. Vaikkei endometrioosia ilmenisi suoraan suolistossa, voi se aiheuttaa siitä huolimatta suoliston oireita. Suolistossa esiintyvää endometrioosia on yleensä alle 10-15 %:lla endometrioosia sairastavista naisista. Oireilu on usein ongelmallisimmillaan kuukautisten aikana tai niitä edeltävästi. Joillakin oireita voi olla useampia, toisilla voi olla vain yksittäinen oire. (Sinervo 2018, viitattu 18.10.2018.)

Suolistoon liittyviä oireita ovat kivuliaat suolenliikkeet, ummetus, ripuli, suoliston kouristelu, pahoinvointi ja/tai oksentelu, vatsakipu, peräsuolen verenvuoto ja kipu peräsuolella. Oirehtivat naiset saattavat hakeutua esimerkiksi kolonoskopiaan eli paksusuolen tähystykseen. Kun selittävää tekijää ei löydy kolonoskopiasta, aiheuttaa se turhautuneisuuden lisääntymistä naiselle. Toisaalta löydöksetön kolonoskopia voi tuoda naiselle helpotusta, sillä se on merkki siitä, ettei

endometrioosi ole tunkeutunut suolen seinämän läpi. (Center for Endometriosis Care 2018, viitattu 18.10.2018.)

3.5 Psyykkinen kuormitus

Krooninen kipu aiheuttaa merkittävää psyykkistä kuormitusta. Kipu itsessään on tietynlainen viesti, joka aktivoi ihmisessä stressireaktion. Täten jatkuva kivun tunteminen voi aiheuttaa pitkittynyttä stressiä. Pitkäaikainen kipu aiheuttaa ihmisessä monia muita tunteita; pelkoa, murehdintaa ja toivottomuutta. Krooninen kipu tuo kivusta kärsivälle myös huolta; mistä kipu johtuu ja miksen voi tehdä tälle mitään. (Terveyskylä 2018, viitattu 6.11.2018.) Kivun kroonistuttua voi ihmisestä tuntua kivun hallitsevan hänen koko elämää. Kipu varjostaa koko arkea; se määrää mihin voi ryhtyä ja miten voi toimia. Vaikka kivunhoitoyrityksiä olisi ollut terveydenhuoltojärjestelmän puolesta, ilman tuloksellista apua voi ihminen tuntea avuttomuutta ja neuvottomuutta. (Suomen kivuntutkimusyhdistys ry 2018, viitattu 2.10.2018.) Lisäksi kipu muuttaa ihmistä. M. Elorannan tutkiessa kroonisen kivun vaikutuksia elämään (2004, 34–35) kipupotilaat kokivat heidän elämänasenteensa muuttuneen. Elämän arvot ja asioiden tärkeysjärjestys saivat uusia ulottuvuuksia.

Kivun ilmi tuominen ei ole aina kivusta kärsivälle helppoa. M. Elorannan (2004, 31–32) tutkimuksessa selvisi kipupotilaiden pyrkivän salaamaan muilta ihmisiltä kipujaan. Kipu kuitenkin paistoi tutkittavien olemuksesta, esimerkiksi kasvoilta tai kävelytyylistä, milloin läheiset näkivät kivuliaisuuden. Toisaalta kipupotilaat saattoivat näyttää kipunsa ja kertoa niistä kotona, jotta perhe ymmärtäisi kipupotilaan väsymyksen ja pahantuulisuuden. Joka kymmenes nainen –teoksessa (Ignatius 2018, 50) tuodaan esiin endometrioosiin sairastuneiden naisten alkaneen pelätä ihmisten tapaamista endometrioosikipujensa vuoksi. Tämä niin kutsuttu sosiaalinen kipu aiheutti sen, että osa näistä naisista koki, etteivät ihmiset osanneet suhtautua heidän sairauteen, eivätkä ottaneet kipukokemuksia vakavasti.

M. Elorannan tutkimuksen (2004, 37) mukaan kipupotilaat kokivat kipujen vaikuttavan monin tavoin perhe-elämään. Osa koki sairauden tuoneen perhettä yhteen, osa koki perhe-elämän hankaloituneen ja roolien menneen sekaisin perheen keskuudessa. Kipupotilas tahtoi säästää perhettään samalla, kun perhe yritti säästää kipupotilasta. Onkin olemassa tekijöitä, jotka vaikuttavat kipuongelmaa kroonistavasti. Näitä ovat esimerkiksi sosiaaliset tekijät, joihin voidaan

lukea muun muassa ylihuolehtiva puoliso. Puolison ollessa liian huolehtivainen, voi hän tehdä asioita liikaa kivusta kärsivän puolesta tai voimistaa hänen pelkojaan kipujen suhteen. (Suomen kipuyhdistys 2018, viitattu 2.10.2018.) Näin ollen kipu vaikuttaa kivusta kärsivän lisäksi myös tämän läheisiin.

4 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää endometrioosiin sairastuneiden naisten kokemuksia endometrioosikipujen vaikutuksista elämänlaatuun. Opinnäytetyön tavoitteena on tutkimustulosten perusteella kehittää endometrioosiin liittyvien oireiden tunnistamista ja siten lyhentää diagnostista viivettä. Tavoitteena on myös, että endometrioosin hoito oireiden mukaisesti tapahtuisi mahdollisimman varhaisessa vaiheessa ja, että naisten kertomat endometrioosikipukokemukset otettaisiin vakavasti, eikä niitä vähäteltäisi terveydenhuollossa.

Tutkimuskysymyksemme on:

1. Miten ja kuinka paljon endometrioosin eri kipuoireet vaikuttavat tautia sairastavien naisten elämänlaatuun?

5 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN

Opinnäytetyömme on kvantitatiivinen eli määrällinen tutkimus. Kvantitatiivinen tutkimus auttaa selvittämään lukumääriin ja prosentuaalisiin osuuksiin liittyviä kysymyksiä, mistä johtuen sitä voidaan kutsua tilastolliseksi tutkimukseksi. Kvantitatiivisessa tutkimuksessa analysoitava tieto voi olla peräisin esimerkiksi muiden keräämistä tilastoista, rekistereistä, tietokannoista tai tiedot voidaan kerätä itse. Tuloksia kuvataan numeeristen suureiden avulla, ja niitä voidaan havainnollistaa erilaisten kuvaajien ja taulukoiden avulla. Lisäksi kvantitatiivisessa tutkimuksessa pyritään saamaan selville eri asioiden välisiä riippuvuuksia. (Heikkilä 2014, 15-16.)

Ennen aineiston analysointia tulee valita tutkimusmenetelmät eli ne käytännöt ja tavat, millä kerätään havainnot. Opinnäytetyömme on kartoittava kyselytutkimus, jonka avulla saadaan tietoa endometrioosia sairastavien naisten kokemuksista endometrioosikipujen vaikutuksista elämänlaatuun. Tutkimusmenetelmänä on ryväsotanta eli klusteriotanta. Ryväsotannasta on kyse, kun perusjoukko muodostuu luonnollisista ryhmistä. Näitä luonnollisia ryhmiä voi olla esimerkiksi kouluryhmät, kotitaloudet tai yritykset. Näistä eri joukoista arvotaan sattumanvaraisesti mukaan tulevat ja ne tutkitaan kokonaan, jolloin puhutaan yksiasteisesta ryväsotannasta. Tutkimuksessa ryväsotanta tuo usein helpotusta kenttätöskentelyyn, mutta vähentää otannan tarkkuutta. Tämä johtuu siitä, että ryväsotannassa voidaan keskittyä tiettyihin kaupunginosiin, mistä johtuen alueella esimerkiksi ihmisten asenteet ja varallisuus voivat olla samankaltaisia. (Heikkilä 2014, 34-37.) Voidaankin sanoa, että tutkimuksen kohteena olevien henkilöiden sattumanvarainen valinta tai henkilöiden samankaltaisuus tutkimuksessa voi johtaa tulokseen, joka eroaa siitä, mitä olisi voinut saada, jos olisi tutkittu koko kohderyhmä. Tällöin on kyse valinnan harhasta (engl. selection bias). Jos tutkittaisiin koko kohderyhmä ja kerättäisiin tarkat tiedot lopputuloksesta, olisi otannan tarkkuus totuudenmukainen. (Boston University 2016, viitattu 22.11.18.)

Analysoitavaan Endometrioosikipupotilaan –esitetolomakkeeseen (liite 1) olivat vastanneet Oulun yliopistollisen sairaalan endometrioosipoliklinikan asiakkaat. Koska endometrioosikivuista kärsiviä naisia löytyy joka puolelta maailmaa, oli tutkimuksen heikkoutena tästä aiheutuva mahdollinen valinnan harha. Opinnäytetyössä tutkittiin kaikkien kyselyyn vastanneiden vastaukset, mistä johtuen tutkimuksen otantamenetelmänä oli yksiasteinen ryväsotanta.

5.1 Kohderyhmä

Kvantitatiivinen tutkimus edellyttää riittävää otosta eli asianmukaista tutkittavien määrää. Otantatutkimuksella tarkoitetaan osatutkimusta eli vain tietty perusjoukon osa tutkitaan. Tilastollisen päättelyn keinoin aineiston analysoinnissa ja siitä saatujen tulosten avulla mahdollistetaan tutkittujen havaintoyksiköiden yleistäminen laajempaan joukkoon. Määrällisen tutkimuksen avulla tavoitetaan olemassa olevan tilanteen kartoittaminen, mutta asioiden syiden selvittäminen ei ole mahdollista. (Heikkilä 2014, 12, 15, 31.) Toisin sanoen tutkimuksen perusjoukkona olivat kaikki endometrioosista kärsivät naiset, mutta opinnäytetyön otokseksi oli valittu Oulun yliopistollisen sairaalan endometrioosipoliklinikan potilaat, joilla oli jo aiemmin diagnosoitu endometrioosi. Tutkimukseen osallistuvien määrä eli otos oli maltillinen (N=41). Perusjoukon suuruus ei kuitenkaan ole ratkaisevana tekijänä otoskoko määrättäessä. Heikkilän (2014, 42) mukaan, mitä suurempi perusjoukko on, sitä pienempi suhteellinen osuus riittää otokseksi luotettavien tulosten takaamiseksi. Käytimme niin suurta otosta kuin resurssit suinkin sallivat.

5.2 Aineiston hankinta

Aineiston hankinta oli tapahtunut Oulun yliopistollisen sairaalan endometrioosipoliklinikalla. Endometrioosipoliklinikan satunnaisesti valikoituneet asiakkaat olivat vastanneet poliklinikkakäynnin yhteydessä paperiseen endometrioosikipupotilaan esitetolomakkeeseen (liite 1). Siten aineiston kerääminen oli jo suoritettu yhteistyökumppanin toimesta. Lomakkeen sisältö ja ulkomuoto on toteutettu vuonna 2016 HUS:ssa (Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri), mistä se on laajentunut myös Oulun yliopistollisen sairaalan endometrioosipoliklinikan käytettäväksi. Lomake sisältää monivalintakysymyksiä muun muassa kuukautisista ja niiden laadusta, sairaanhoidollisiin palveluihin hakeutumisesta, hormonaalisesta ehkäisystä ja sen vaikutuksesta sekä mahdollisesta muusta lääkityksestä, lapsettomuudesta ja raskaaksi tulemisesta sekä endometrioosin muiden oireiden vaikutuksista naisen elämään. Lisäksi lomakkeessa kartoitetaan haastateltavien arvioimaa kivun voimakkuutta. Täten saadaan käsitys kivun aiheuttamasta haitasta arkielämässä.

Näiden lomakkeiden vastausten pohjalta oli mahdollisuus saada laaja kuva kunkin endometrioosia sairastavan naisen hoitopolusta, sekä saada selville naisten kokemuksia endometrioosikipujen

vaikutuksista elämänlaatuun. Ennen kyselylomakkeiden analysointia tarvitsimme tutkimusluvan Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiriltä, joka haettiin yhdessä yhteistyökumppanin kanssa. Lisäksi tehtiin yhteistyösopimus sekä suunnitelma opinnäytetyöhön käytettävästä ajasta.

5.3 Aineiston analysointi

Analysointia tehdessä tuli ensiksi huomioida kerätyn aineiston tiedot, esimerkiksi puuttuiko joistakin kohdista vastauksia. Jos jostain kyselylomakkeesta puuttuu useampia vastauksia, ei kyseisen lomakkeen käyttäminen ole mielekästä analysoinnissa. Jos lomakkeen kysymyksistä yhteen tai kahteen on jätetty vastaamatta, ei se ole syy hylätä kokonaan lomaketta. Tieto voidaan saada selville keskiarvotietoa käyttämällä täydennyksenä. (Hirsjärvi, S. Remes, P. & Sajavaara, P. 2004, 216-217.)

Endometrioosikipupotilaiden täyttämistä lomakkeista olimme kiinnostuneita erityisesti niistä kysymyksistä, joissa pureuduttiin potilaan kokemiin kipuihin, sekä miten endometrioosi vaikuttaa potilaan elämään. Tarkoituksena ei siis ollut eritellä tai analysoida niinkään muita aihealueita lomakkeesta, sillä ne eivät vastaisi tutkimuskysymykseen. Aluksi kuitenkin selvitettiin potilaiden iät ja milloin heillä on epäilty ja diagnosoitu endometrioosi. Tämän jälkeen aloitettiin tutkimuskysymykseen vastausten etsiminen.

Endometrioosin vaikutus elämänlaatuun näkyi jo siinä, onko potilas jouduttu leikkaamaan endometrioosin vuoksi (kyselylomakkeen kysymys 2) ja kuinka monta kyseistä leikkausta potilaalle on tehty (kysymys 3). Samalla lomakkeesta selvisi, onko potilaalta poistettu kohtu tai munasarjat sekä onko leikkaushoidosta ollut apua lantion alueen kipuihin (kysymykset 4 ja 5). Lomakkeen kysymyksistä 6, 7 ja 8 avulla selvitettiin potilaan endometrioosilääkitys, kipulääkitys sekä onko näistä lääkityksistä ollut apua. Kysymyksessä 18 pyydettiin potilasta arvioimaan asteikolla 1-10 tyytyväisyyttä terveydentilaan, mikä antoi paljon viitettä heidän elämänlaadustaan.

Lomakkeen KUUKAUTISKIVUT-osiossa tiedusteltiin kuukautiskivuista; kuinka kauan ne ovat kestäneet, esiintyykö kipuja joka kierrossa, kuinka monta päivää kivut kestävät sekä missä kuukautiskipu tuntuu. Kipujen alkamisiän vertaamisella endometrioosin diagnosoimisvuoteen, voitiin saada osviittaa kyselyyn vastanneiden endometrioosin diagnostisesta viiveestä, joka on yleisesti arvioitu olevan 6-9 vuotta (Härkki ym. 2011, 1837). Lisäksi selvitettiin kuukautiskipujen

voimakkuutta ilman kipulääkitystä sekä kipulääkkeen kanssa, ja oliko kipulääkkeestä apua. Iso tekijä kipujen vaikutuksista elämänlaatuun selvisi, kun kipupotilas kertoi joutuuko hän jäämään kuukautiskipujen vuoksi pois töistä tai koulusta.

Lomakkeen YHDYNTÄKIVUT JA SEKSUAALISUUS JA PARISUHDE –osiossa selvitettiin kipupotilaalta, onko hänellä esiintynyt yhdyntäkipuja, kuinka voimakasta kipu on, kuinka paljon yhdyntäkipu vaikuttaa seksielämään sekä onko yhdyntäkipu heikentänyt parisuhdetta. VIRTSAAMISEEN LIITTYVÄT OIREET –osiossa tutkittiin kokemuksia virtsaamiskivusta, kuinka kova kipu on, esiintykö kipuja rakon ollessa täynnä ja kuinka voimakasta on vaikein kipu rakon ollessa täynnä. Osiossa SUOLISTOON LIITTYVÄT OIREET tiedusteltiin, onko kipupotilaalla toistuvasti kipuja ulostaessa ja pyydetään potilasta arvioimaan kivun voimakkuutta. MUUT VATSAKIVUT –osio sisälsi kaikki muut kivut kuin kuukautis-, yhdyntä-, ulostamiseen tai virtsaamiseen liittyvät kivut. Ensiksi kysyttiin, onko kipupotilas kärsinyt vähintään puolen vuoden ajan toistuvista tai jatkuvista kivuista alavatsan alueella. Seuraavaksi selvitettiin, kuinka tiheään kipuja esiintyy sekä, kuinka voimakas kipu voi olla pahimmillaan. Lisäksi tiedusteltiin mahdollisuutta siihen, vaikuttavatko kuukautiset muiden vatsanalueen kipujen esiintymiseen ja joutuuko kipupotilas käyttämään kipulääkkeitä näiden kipujen vuoksi. Iso ja tärkeä kysymys esitettiin viimeiseksi, jossa selvitettiin, mikä kaikista kipuoireista (kuukautis-, yhdyntä-, ulostamis-, virtsaamiseen liittyvä tai muu alavatsakipu) häiritsee kipupotilaan elämää eniten.

Aineiston järjestäminen tiedon tallennusta ja analysointia ajatellen oli tärkeä vaihe ennen analysoinnin aloittamista. Kun on kyse kvantitatiivisesta tutkimuksesta, muodostetaan aineistosta muuttujia, ja aineisto muutetaan laaditun muuttujaluokituksen mukaisesti. Tällöin puhutaan koodaamisesta, jolla tarkoitetaan sitä, että jokaiselle tutkittavalle kohteelle annetaan jokin arvo jokaisella muuttujalla. (Hirsjärvi, S. Remes, P. & Sajavaara, P. 2004, 216-217.) Opinnäytetyön aineisto eli endometrioosikipupotilaan esitietolomakkeen vastaukset olivat paperisena versiona, joten ensimmäiseksi ne muutettiin sähköiseen muotoon Excel-taulukkoon. Tässä huomioitiin potilaiden turvallisuus ja yksityisyys, joten lomakkeet muutettiin anonyymeiksi; henkilötunnuksia tai nimiä ei jätetty Excel-taulukossa nähtäville, eikä tutkimustulosten julkistettaessa potilaita voida tunnistaa. Paperiset lomakkeet ovat numerojärjestyksessä lomakkeen täyttöpäivän mukaan. Siksi lomakkeiden tunnistekoodi muutettiin lomakkeiden vastauksia syötettäessä Exceliin niin, ettei näkyvissä ollut lomakkeiden numerojärjestys, vaan tunnistetietona oli eräänlainen koodi, jonka vain työn ohjaaja tiesi ja osasi yhdistää paperisiin lomakkeisiin. Täten estettiin se, että sähköisen

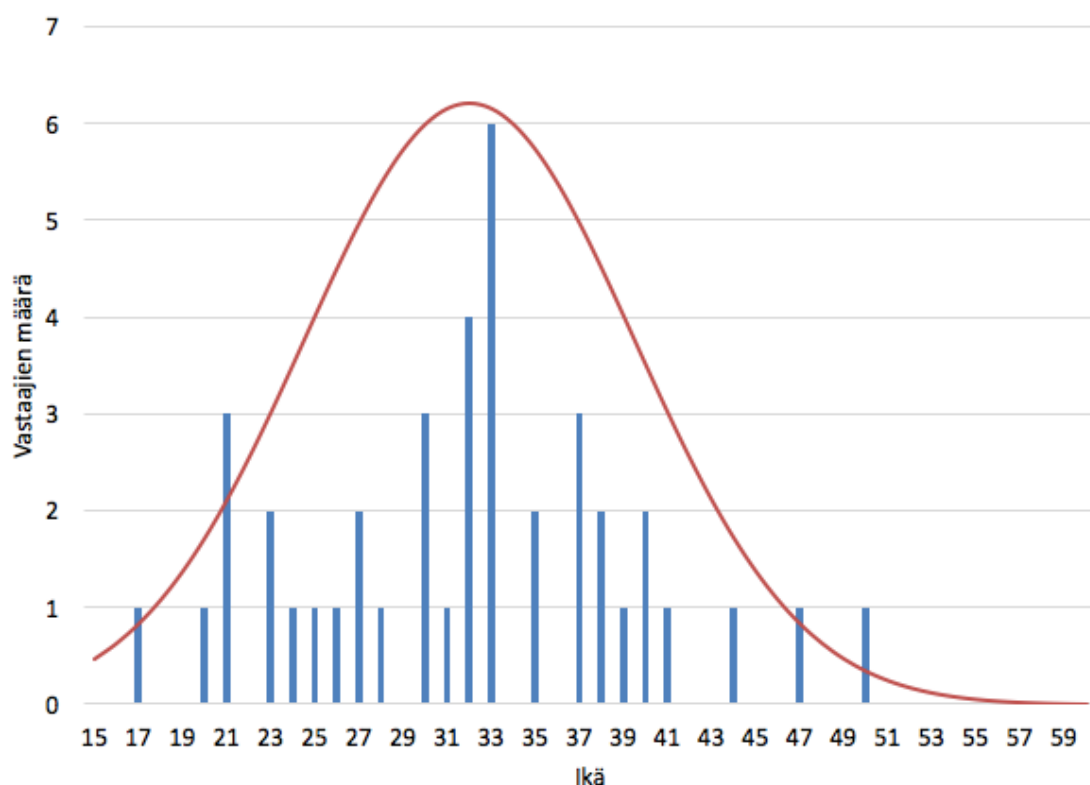
taulukon joutuessa väärin käsiin ulkopuoliset ihmiset eivät osaisi yhdistää Excelin tietoja paperisiin potilaslomakkeisiin.

Excel-taulukoinnin jälkeen aloitettiin muuttujien analysointi. Lopullisen analysoinnin tavoitteena oli, että kyselyn tulokset saataisiin konkreettisesti esiin muodostaen erilaisia kaavioita ja kuvioita, jotka toisivat tutkimustulokset helposti luettavaan muotoon. Kaikki kyselylomakkeet otettiin huomioon ja näin mahdollistettiin mahdollisimman kattavan tiedon saanti useammalta potilaalta heidän kokemusten kautta. Kun tutkittiin koko otos, toteutettiin yksiasteista ryväsotantaa tutkimusmenetelmänä.

6 TULOKSET

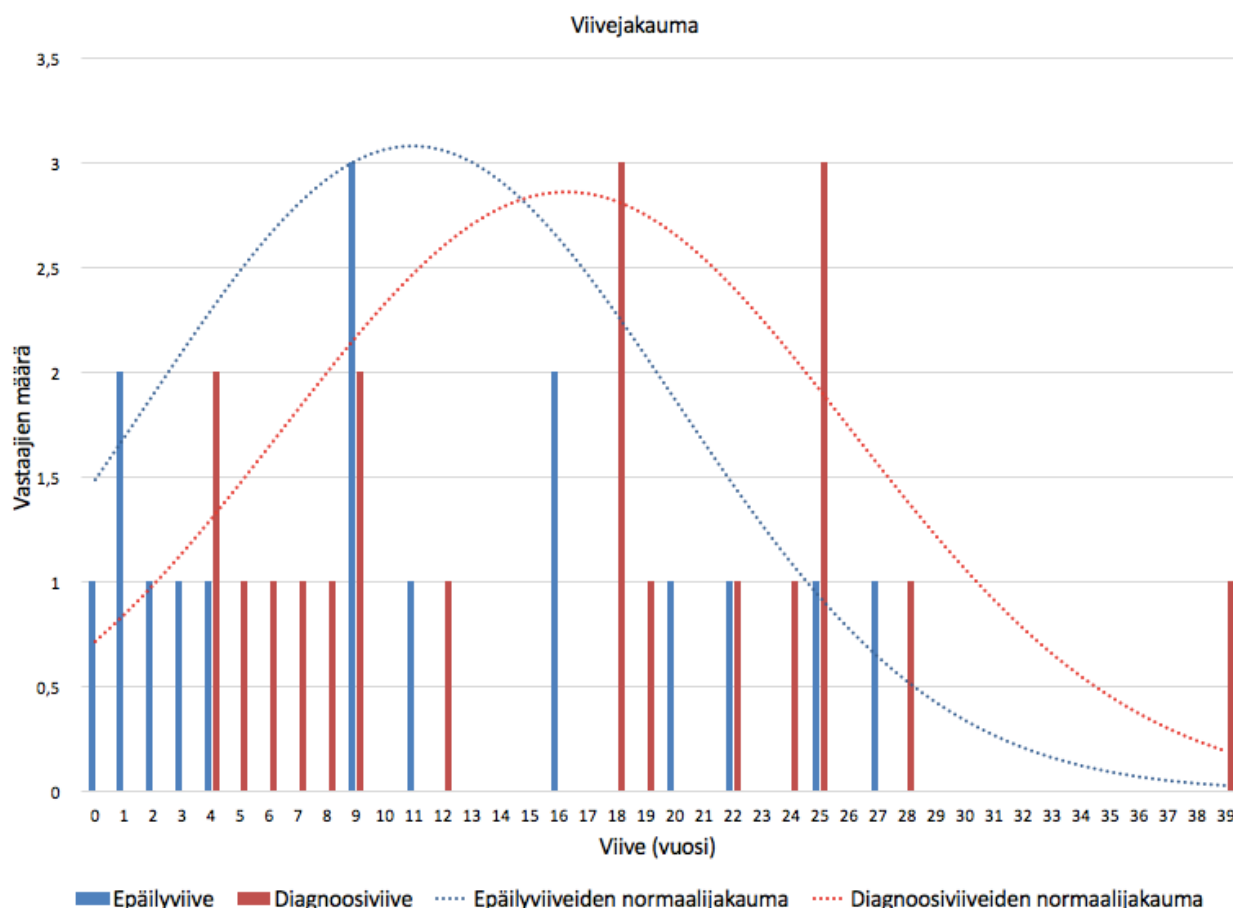
6.1 Taustatiedot

Analysoitavaan endometrioosikipupotilaan esitietolomakkeeseen vastasi 41 Oulun yliopistollisen sairaalan endometrioosipoliklinikan asiakasta. Kyselyyn vastanneiden keski-ikä oli 31,9 vuotta ja ikäjakauma välillä 17-50 (kuvio 1).



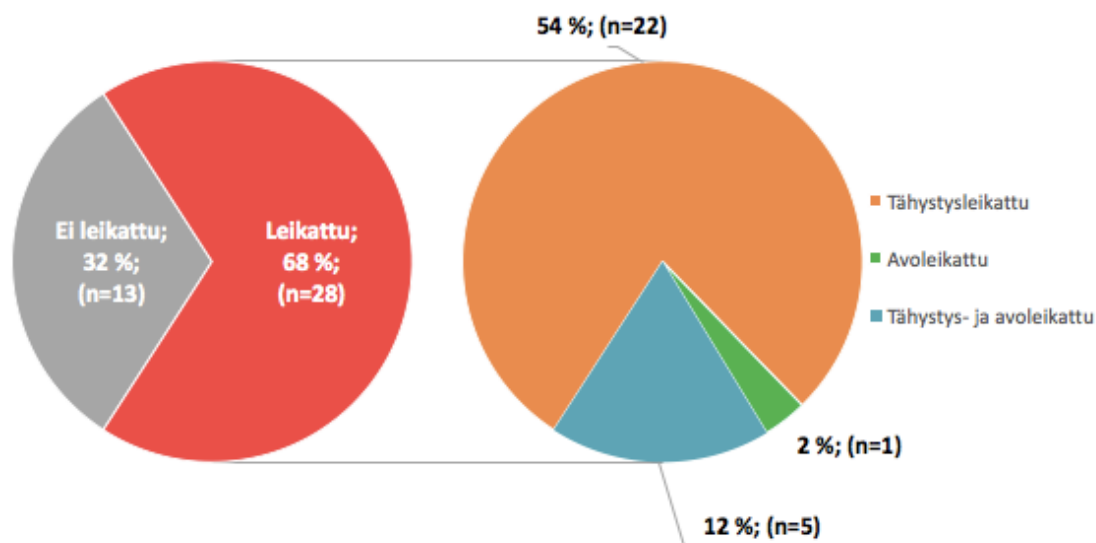
KUVIO 1. Vastaajien määrä ja ikäjakauma (N=41).

Kuviossa 2 on esitetty kyselyyn vastanneiden endometrioosin epäily- ja diagnoosiviiveet. Endometrioosia voidaan epäillä naisen kärsiessä pahenevista kuukautis-, yhdyntäkivuista tai lapsettomuudesta. Endometrioosin diagnoosi varmistuu laparoskopialla. (Hippeläinen, 2001.) Nämä viiveet saatiin vertailemalla vastaajien kuukautiskipujen alkamisvuotta endometrioosin epäily-/toteamisvuoteen. Vastaajien keskuudessa epäilyviiveen keskiarvo oli 10,9 vuotta ja diagnoosiviiveen jopa 16,3 vuotta. 7 vastaajaa oli jättänyt kertomatta, milloin kuukautiskivut olivat alkaneet tai minä vuonna endometrioosia oli epäilty tai todettu, joten näiden tapausten kohdalla endometrioosiviiveen laskeminen ei ollut mahdollista.



KUVIO 2. Epäily- ja diagnosiviiveiden jakautuminen (N=34).

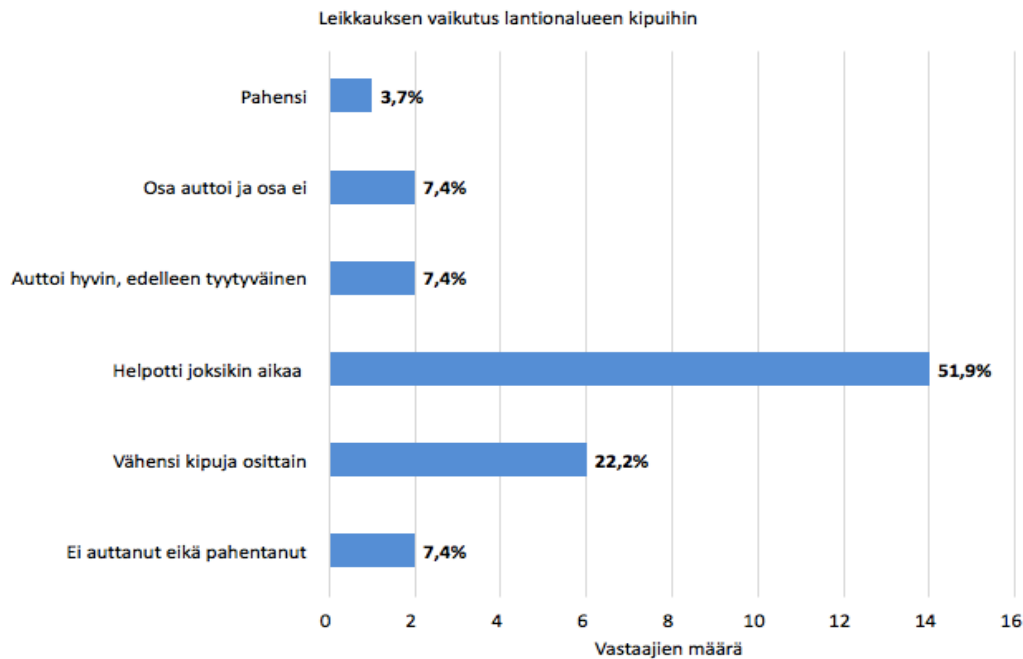
Endometrioosin vaikutus naisen elämään näkyi jo siinä, onko hänet jouduttu leikkaamaan endometrioosin vuoksi; kyselyyn vastanneista jopa 68% oli leikattu endometrioosin vuoksi (kuvio 3). Yli puolet vastaajista (54%) oli tähystysleikattu endometrioosin vuoksi. Yksi vastaajista (2%) ilmoitti olleensa avoleikkauksessa endometrioosin vuoksi. Hänen kohdallaan endometrioosipesäkkeitä oli poltettu sektion yhteydessä. 12%:lle leikatuista oli tehty sekä tähystysettä avoleikkaus endometrioosin vuoksi. Leikatuista naisista 15:lle (53,6%) oli tehty kerran vatsanalueen leikkaus, kuudelle vastaajalle (21,4%) kaksi kertaa ja kahdelle vastanneelle (7,1%) kolmesti. Viisi vastanneista (17,9%) oli leikattu yli kolme kertaa endometrioosin vuoksi. Leikatuista henkilöistä yhdellä oli poistettu leikkauksessa kohtu. Yhteensä seitsemältä henkilöltä oli poistettu leikkauksessa ainakin toinen munasarjoista. Loput 13 vastaajaa (32%) vastasi, ettei heitä ole koskaan leikattu endometrioosin vuoksi.



KUVIO 3. Endometrioosin vuoksi leikkaushoitoa saaneiden määrä (N=28) ja leikkausmenetelmät (N=28).

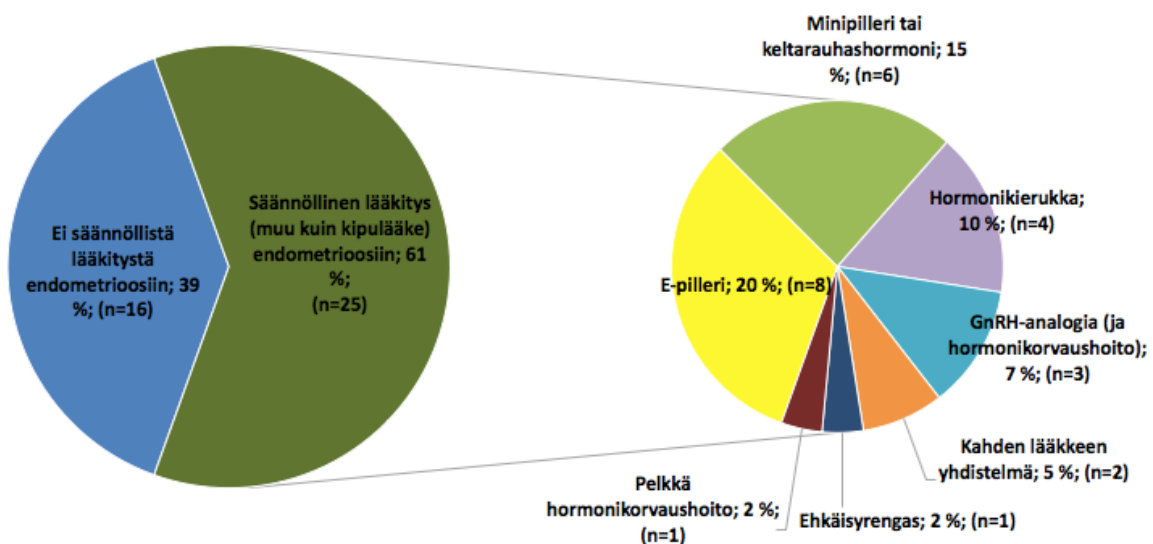
Kyselylomakkeessa esitettyyn kysymykseen leikkauksien vaikutuksista lantionalueen kipuihin vastasi yhtä lukuun ottamatta kaikki endometrioosin vuoksi leikatut naiset (kuvio 4). Kokemus leikkauksien auttamisesta endometrioosin tuomiin lantionalueen kipuihin vaihteli, mutta yli puolet (51,9%) vastaajista koki leikkauksien helpottaneen joksikin aikaa. Tämä aika vaihteli paljon vastaajien kesken muutamasta viikosta 15 vuoteen. Vastaajista 10 arvioi leikkauksien auttaneen keskiarvollisesti 2,6 vuoden ajan.

22,2% arvioi leikkauksien vähentäneen kipuja osittain. Vastaajista 7,4% kertoi leikkauksien auttaneen hyvin kipuihin ja olevansa edelleen tyytyväisiä. Sama prosenttiosuus vastaajista koki osan leikkauksista auttaneen ja osan ei. 7,4% koki, etteivät leikkaukset auttaneet eivätkä pahentaneet lantionalueen kipuoireita. Leikkauksilla oli ollut pahentava vaikutus lantionalueen kipuihin 3,7%:iin vastaajista.



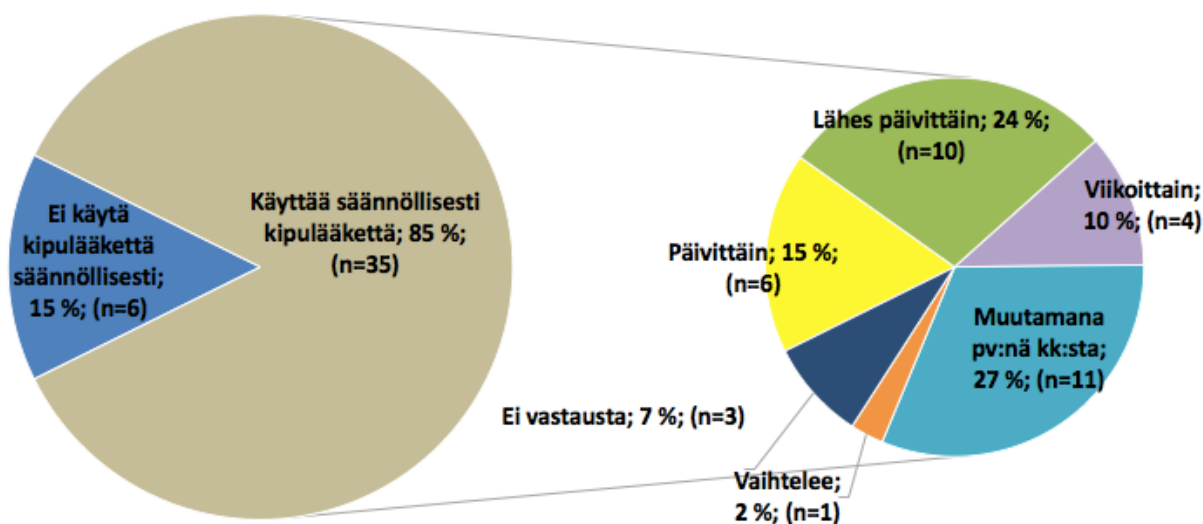
KUVIO 4. Leikkauksien vaikutus lantionalueen kipuihin (N=27).

25 vastaajaa käytti endometrioosiin säännöllistä lääkitystä, joka ei mukaan luenut kipulääkettä. Säännöllisiä lääkityksiä olivat e-pilleri, minipilleri tai keltarauhashormoni, ehkäisyrengas, hormonikierukka, GnRH-analogia ja hormonikorvaushoito sekä kahden lääkkeen yhdistelmä (kuvio 5). Näistä lääkityksistä e-pillerillä oli isoin käyttöosuus (20%). Vastaajista jäi jäljelle jopa 39% endometrioosipoliklinikan asiakasta, jotka eivät käyttäneet endometrioosiin säännöllistä lääkitystä.



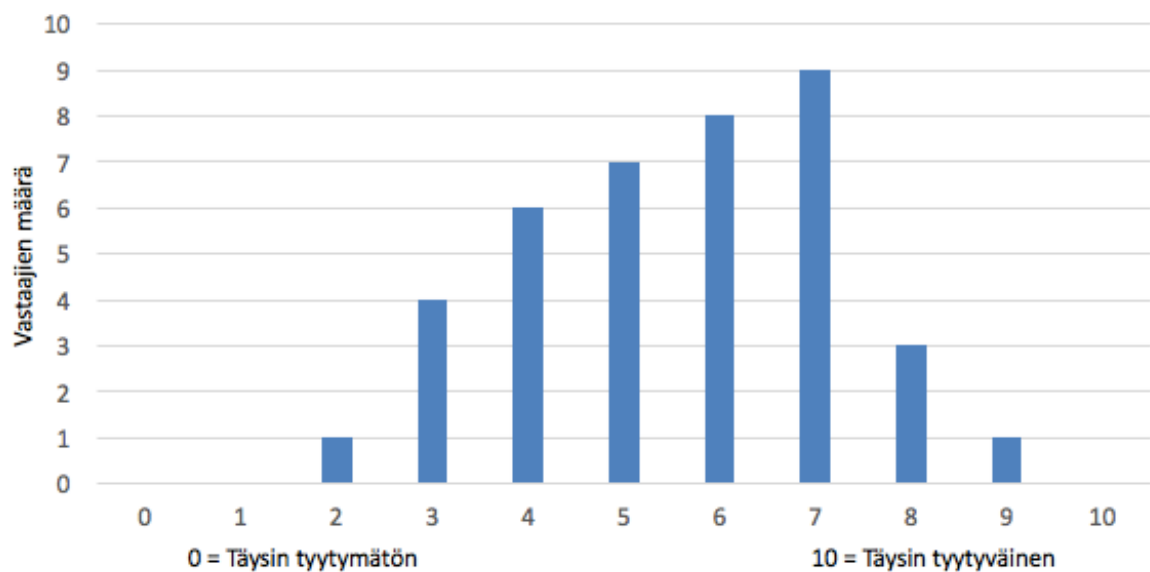
KUVIO 5. Säännöllisen lääkehoidon (muu kuin kipulääke) käyttö endometrioosipotilailla (N=41) ja käytössä oleva lääkitys (N=25).

Kyselyyn vastaavilta endometrioosipotilailta kysyttiin säännöllisen kipulääkityksen käyttöä endometrioosin vuoksi. Kaikki 41 olivat vastanneet kysymykseen ja iso osa heistä, jopa 85%, ilmoitti käyttävänsä säännöllisesti kipulääkettä (kuvio 6). Yleisimpiä vastaajien käytössä olleita kipulääkkeitä olivat Panadol, Pronaxen ja Burana.



KUVIO 6. Kipulääkkeiden käyttö endometrioosipotilailla (N=41) ja niiden käytön säännöllisyys (N=35).

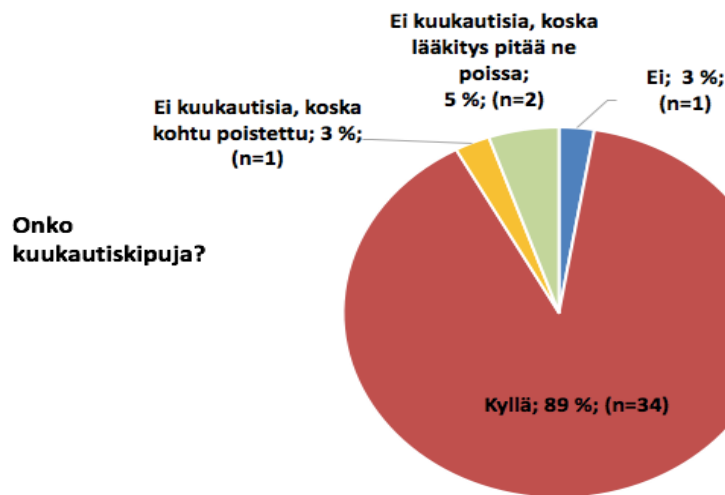
Kahta vastaajaa lukuun ottamatta endometrioosista kärsivät arvioivat numeraalisella asteikolla 0-10 tyytyväisyytään yleiseen terveydentilaansa (kuvio 7). Tyytyväisyyden keskiarvo oli noin 5,6. Kyselyyn vastanneista 33 ilmaisivat tekijöitä, jotka olivat syynä oman terveydentilan tyytymättömyyteen. Yksi tekijä nousi ylitse muiden; vastaajista 78,8% koki endometrioosin aiheuttamien kipujen laskevan tyytyväisyyttä terveydentilaan. Muita yleisimpiä tyytymättömyyteen liittyviä tekijöitä olivat väsymys, erilaiset ruoansulatuskanavaan liittyvät ongelmat kuten turvotus, ripuli, vatsan kouristukset ja refluksi. Lisäksi virtsaamisvaikeudet sekä alapään kuivuus ja toistuvat emättimen tulehdukset mainittiin tyytyväisyyttä heikentävinä tekijöinä. Myös endometrioosikipujen tuoma pelko ja ahdistus olivat yleisiä terveydentilan tyytyväisyyden heikentäjiä.



KUVIO 7. Tyytyväisyys yleiseen terveydentilaan (N=39).

6.2 Kuukautiskipujen vaikutus elämänlaatuun

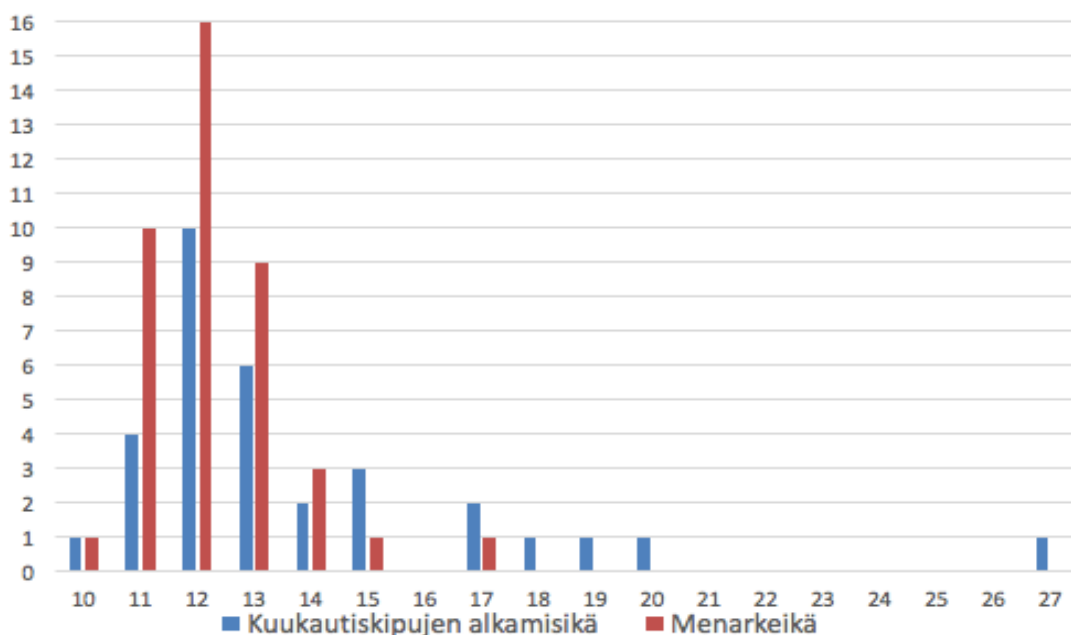
Kyselyyn vastanneista endometrioosipoliklinikan asiakkaista iso osa, jopa 89%, kärsi kuukautiskivuista (kuvio 8). Tämä tulos on hieman korkeampi verrattaessa ”Dysmenorreaa esiintyy 80%:lla endometrioosia sairastavista naisista” –väitteeseen (Vercellini ym. 2014, 264). Kahdella vastaajista (5%) ei ollut kuukautisia lääkityksen ansiosta ja yhdellä vastaajista (3%) oli poistettu kohtu, minkä myötä kuukautisia ei ollut. Vain yksi vastaaja (3%) ei kärsinyt kuukautiskivuista. Kolme vastaajaa oli jättänyt vastaamatta kokonaan Kuukautiskivut-osioon. Kyselylomakkeen 20. kysymyksessä kuitenkin kehoitetaan jättämään Kuukautiskivut-osio huomioimatta, jos vastaaja ei kärsi kuukautiskivuista. Voikin olla mahdollista, että aiemmin mainitut kolme vastaajaa jättivät tämän vuoksi vastaamatta kokonaan siihen, esiintyykö heillä kuukautiskipuja.



KUVIO 8. Endometrioosipotilaiden mahdolliset kuukautiskivut (N=38).

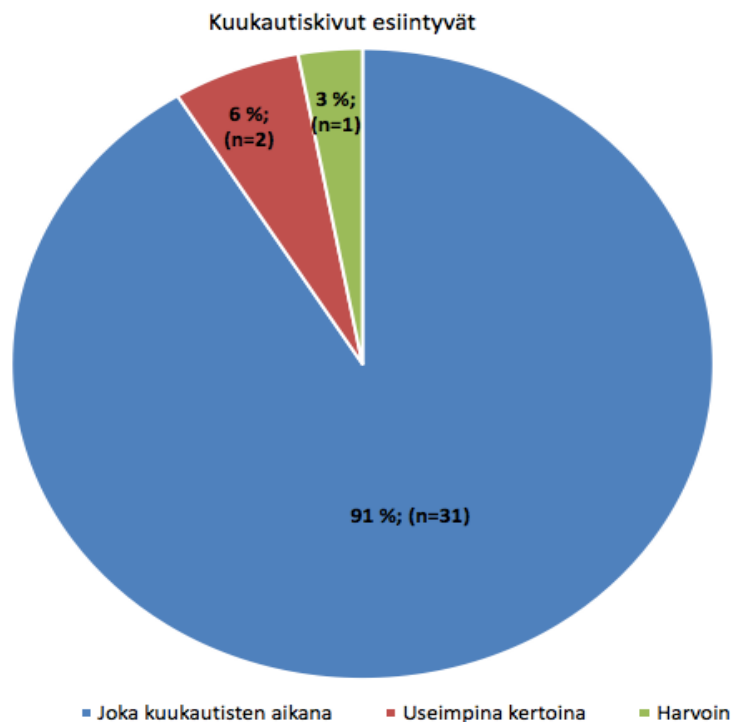
Kaikkien 41:n kyselyyn vastanneen menarkeiän keskiarvo oli 12,27 vuotta. 32 heistä oli ilmoittanut kuukautiskipujensa alkamisiän ja sen keskiarvoksi saatiin 13,84, joka oli siis hieman korkeampi menarkeiän keskiarvoon verrattuna. Suurella osalla vastaajista kuukautiskivut alkoivat pian kuukautisten alkamisen jälkeen. 16 vastaajista (39%) kuukautiset olivat alkaneet 12-vuotiaana. Yhdellä vastaajista kuukautiset olivat alkaneet 10-vuotiaana, jolloin myös kuukautiskivut olivat alkaneet.

Kymmenellä vastaajista (31%) kuukautiskivut olivat alkaneet 12-vuotiaana ja kuudella vastaajista (19%) 13-vuotiaana. Yhdellä vastaajista kuukautiskivut olivat alkaneet vasta 27-vuotiaana.



KUVIO 9. Endometrioosipotilaiden menarkeikä (N=41) ja kuukautiskipujen alkamisikä (N=32).

Kuukautiskipujen esiintymistä koskevaan kysymykseen vastanneista jopa 91% (N=34) koki kuukautiskipuja jokaisten kuukautisten aikana (kuvio 10). Useimpina kertoina kuukautiskipuja koki 6% ja harvoin 3% vastaajista.

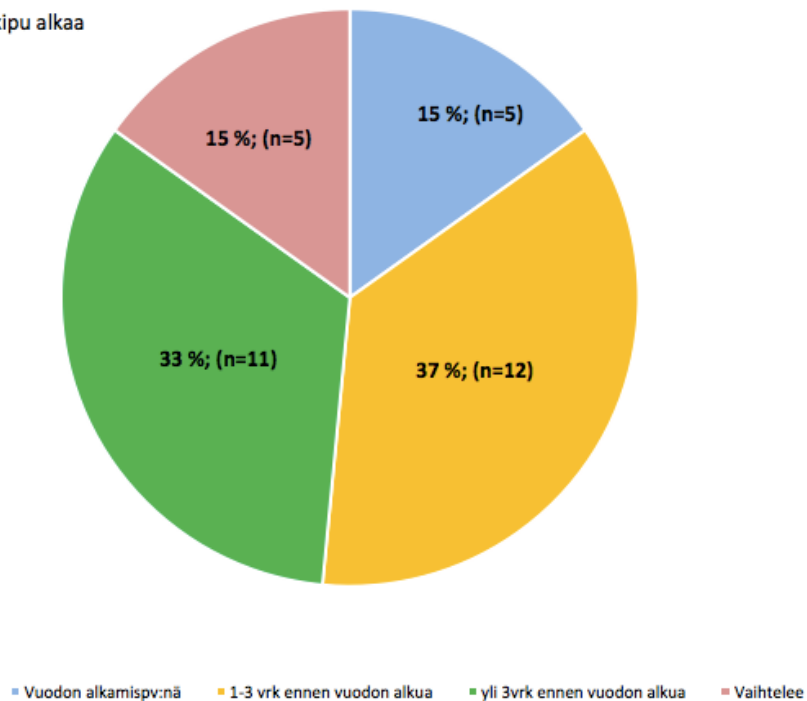


KUVIO 10. Kuukautiskipujen esiintyminen (N=34).

Kuukautiskipujen alkaminen jakaantui vastaajien (N=33) keskuudessa (kuvio 11). 33%:lla vastaajista kuukautiskivut alkoivat yli kolme vuorokautta ennen ja 37%:lla 1-3 vuorokautta ennen kuukautisvuodon alkua. 15%:lla kuukautiskivut alkoivat samana päivänä kuin kuukautisvuoto. Toiset 15% vastaajista ilmoitti kuukautiskipujensa alkamisajankohdan vaihtelevan. Yksi kuukautiskivuista kärsivä jätti vastaamatta, milloin kuukautiskipu alkaa.

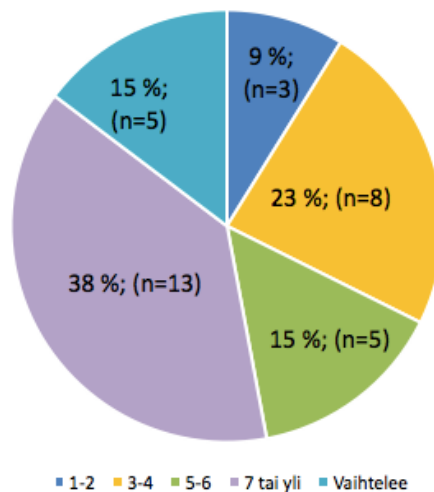
Kyselyyn vastanneita pyydettiin myös kertomaan arvio kuukautiskipujensa kestosta (kuvio 12). Jopa 38% vastaajista kärsi kuukautiskivuista ainakin 7 päivän ajan. 15% vastaajista ilmoitti kuukautiskipujensa kestävän 5-6 päivää ja 23%:lla kivut kestivät 3-4 päivää. 1-2 päivää kuukautiskivuista kärsi 9% vastaajista. 15% ilmoitti kuukautiskipujen keston vaihtelevan.

Kuukautiskipu alkaa



KUVIO 11. Kuukautiskipujen alkaminen (N=33).

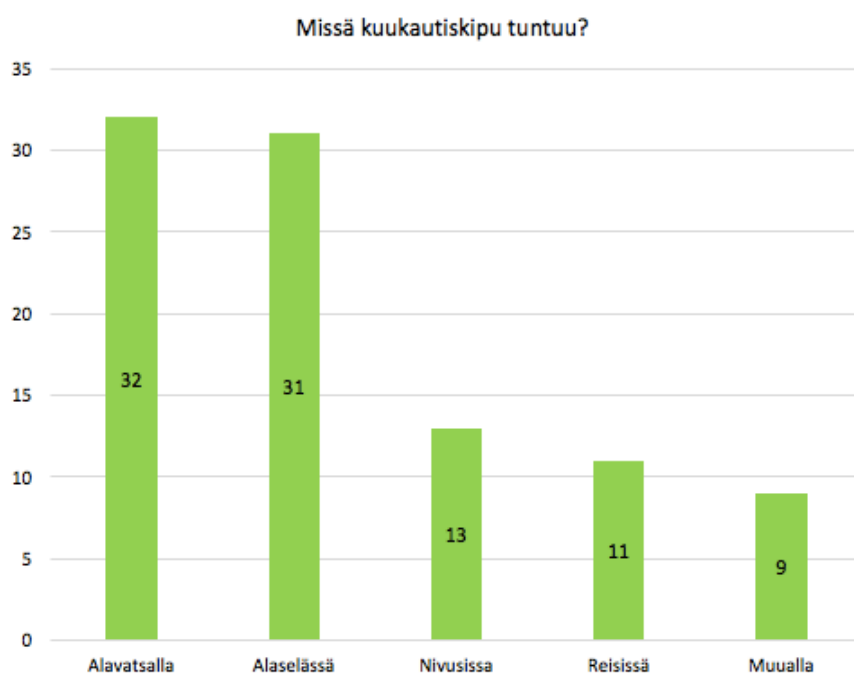
Kuinka monta päivää on keskimäärin kuukautiskipu?



KUVIO 12. Kuukautiskipujen kesto päivinä (N=34).

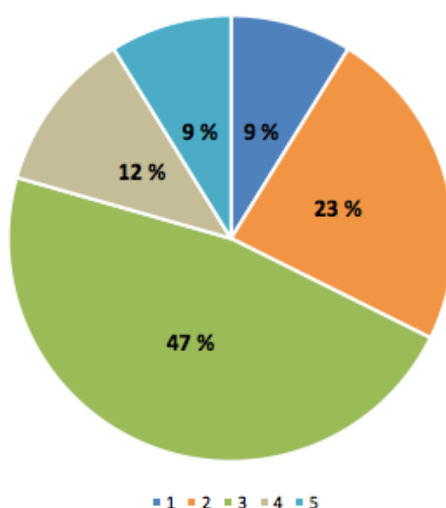
Kuukautiskipuja ilmeni usealla vastaajalla eri puolilla kehoa (N=34). Yleisimpiä kuukautiskipujen ilmenemisaikkoja olivat alavatsa ja –selkä (kuvio 13). Muita vastaajien kertomia kuukautiskipujen ilmenemisaikkoja olivat suolisto, ylävatsan kylkikaari, ylävatsa, lonkat, hartioiden ja kohdunkaula (N=9). Kuukautiskipujen ilmenemisaikkojen määrä vaihteli vastaajien keskuudessa, suurimmalla

osalla (47%) kuukautiskivut ilmenivät kolmessa eri kehonosassa (kuvio 14). Kuukautiskipujen ilmenemiskaikojen määrä oli keskiarvoltaan 2,8.



KUVIO 13. Kuukautiskipujen ilmenemiskaikat (N=34).

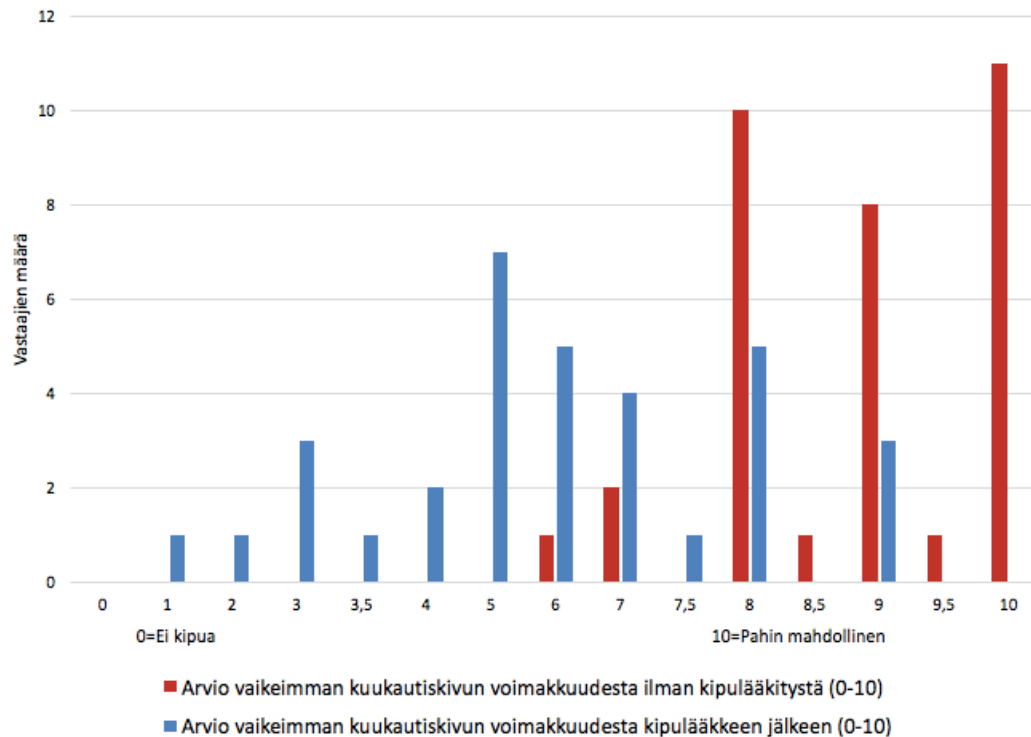
Kuukautiskipujen ilmenemiskaikat lukumäärällisesti/vastaaja



KUVIO 14. Kuukautiskipujen ilmenemiskaikat lukumäärällisesti (N=34).

Vaikeimman kuukautiskivun voimakkuutta arvioitiin numeraalisella asteikolla 0-10 ilman kipulääkettä ja kipulääkkeen kanssa (kuvio 15). Ilman kipulääkettä vastaajien arvioiman

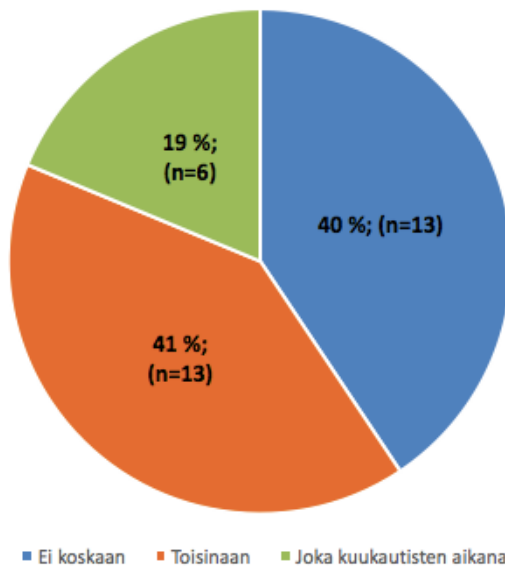
vaikeimman kuukautiskivun voimakkuuden keskiarvo oli 8,8. Kipulääkkeen oton jälkeen vaikeimman kuukautiskivun voimakkuus laski keskimäärin 5,8:n. Yksi vastaaja jätti vastaamatta kuukautiskivun voimakkuudesta kipulääkkeen oton jälkeen.



KUVIO 15. Vaikeimman kuukautiskivun voimakkuus ilman kipulääkitystä (N=34) sekä kipulääkkeen jälkeen (N=33).

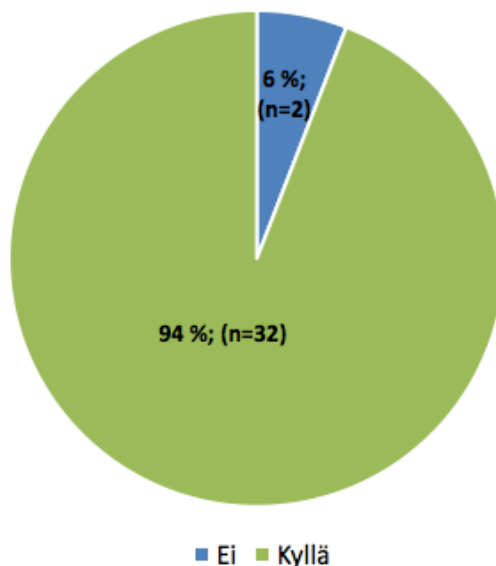
Kuviosta 16 on nähtävissä vastaajien (N=32) mahdolliset poissaolot töistä tai koulusta kuukautiskipujen vuoksi. Lähes viidesosa vastaajista ilmoitti olevansa joka kuukautisten aikana poissa koulusta tai töistä kuukautiskipujen vuoksi ja 41% vastaajista toisinaan. Vastaajista 40% ei koskaan joudu jättämään koulu- tai työpäiviä väliin kipujen vuoksi. Kuukautiskivuista kärsivistä kaksi jätti vastaamatta kysymykseen koskien kuukautiskivuista johtuvia poissaoloja.

Poissaolot koulusta/töistä kuukautiskipujen vuoksi



KUVIO 16. Endometrioosipotilaiden poissaolot töistä/koulusta kuukautiskipujen vuoksi (N=32).

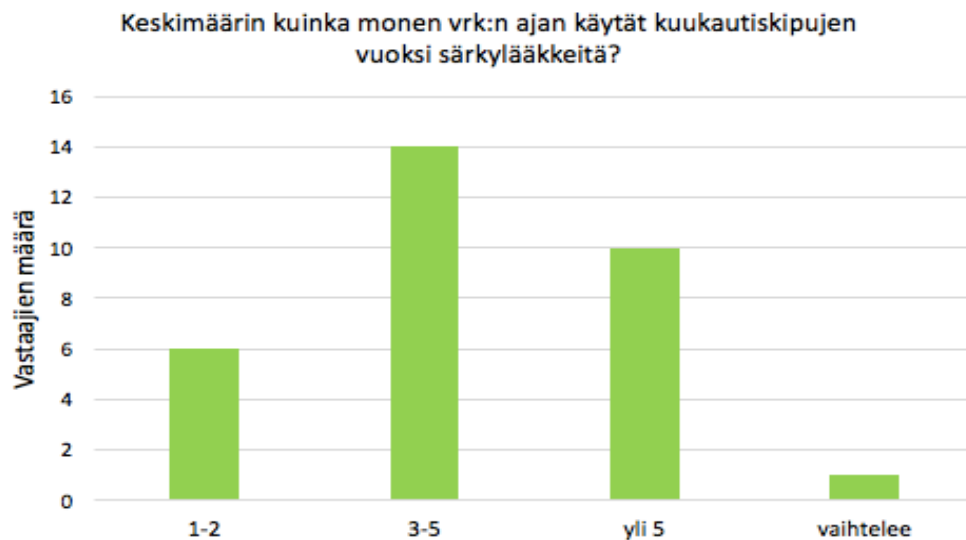
Säännöllisen kipulääkityksen käyttö kuukautiskipujen vuoksi on esitetty kuviossa 17. Kaikki kyselyyn vastanneista kuukautiskivuista kärsivistä naisista vastasivat kysymykseen (N=34). Heistä lähes kaikki (94%) käyttivät säännöllisesti kipulääkitystä kuukautiskipujen vuoksi.



KUVIO 17. Säännöllinen kipulääkitys kuukautiskipujen vuoksi (N=34).

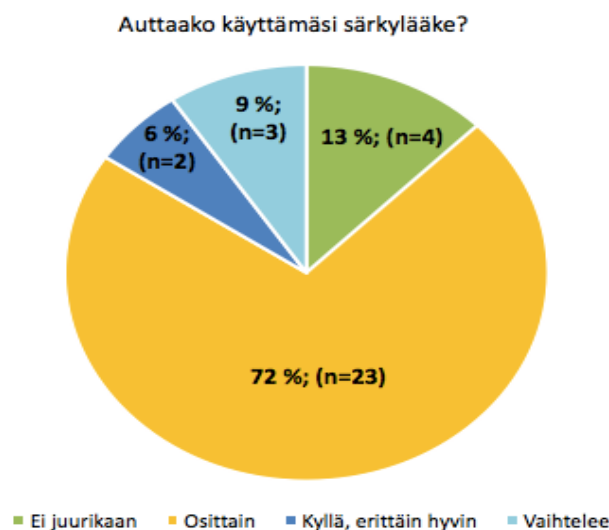
Kyselyssä pyydettiin kertomaan, kuinka monta vuorokautta keskimäärin vastaajat käyttävät särkylääkkeitä kuukautiskipujensa vuoksi (kuvio 18). Kysymykseen jätti vastaamatta kolme kuukautiskivuista kärsivää naista. 32% vastaajista ilmoitti käyttävänsä särkylääkkeitä

kuukautiskipujen vuoksi keskimäärin yli 5 vuorokautta. 45% vastaajista käyttää särkylääkkeitä keskimäärin 3-5 vuorokauden ja 20% 1-2 vuorokauden ajan kuukautiskipuihin. 1 vastaaja eli 3% vastasi sen vaihtelevan, kuinka monta vuorokautta hän käyttää särkylääkkeitä kuukautiskipujensa vuoksi.



KUVIO 18. Kipulääkkeiden käyttö vuorokausina kuukautiskipujen vuoksi (N=31).

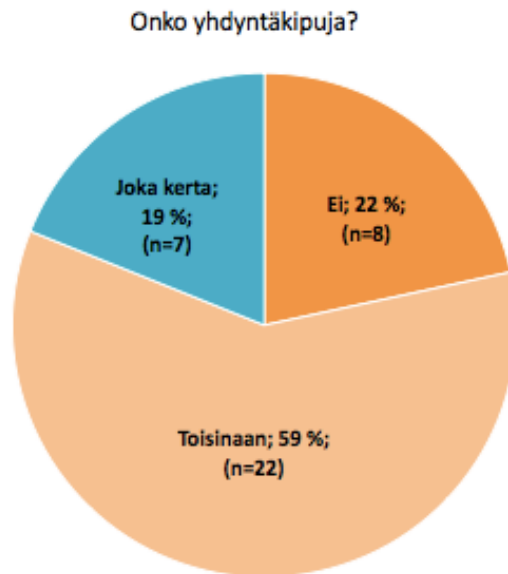
Kuviossa 19 nähdään vastaajien käyttämän särkylääkkeen tuoma apu kuukautiskipuihin. Kysymykseen vastasi 32 vastaajaa eli kaksi kuukautiskivuista kärsivää jätti vastaamatta. Suurin osa vastaajista (72%) koki särkylääkkeistä olevan osittain apua kuukautiskipuihin. 13% vastaajista ei juurikaan kokenut saavansa särkylääkkeistä apua ja 9%:lla vastaajista särkylääkkeen tuoma apu kuukautiskipuihin vaihteli. Vain 6% koki särkylääkkeiden auttavan erittäin hyvin.



KUVIO 19. Särkylääkkeen auttaminen kuukautiskipuihin (N=32).

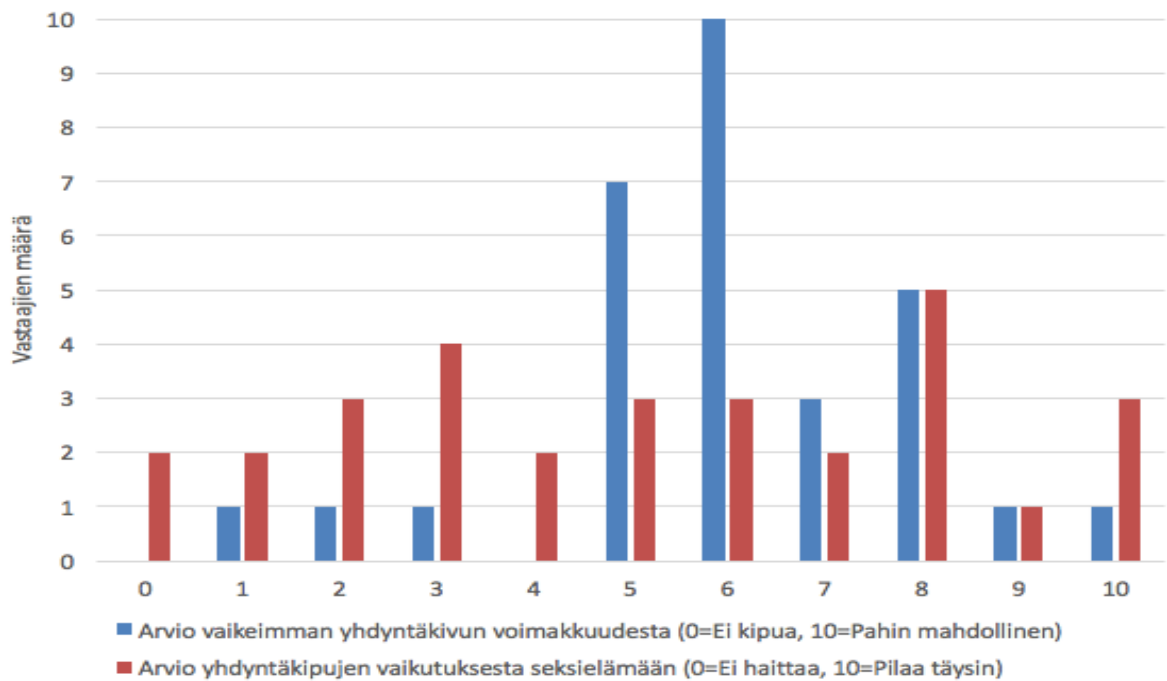
6.3 Yhdyntäkipujen vaikutus seksuaalisuuteen ja parisuhteeseen

Kyselyyn vastaajista 90%:lla oli ollut yhdyntöjä ja 7%:lla ei. Yksi naisista (3%) oli jättänyt vastaamatta kysymykseen. Kaikki 37 vastaajaa, jotka ilmoittivat heillä olleen yhdyntöjä, vastasivat myös kysymykseen yhdyntäkivuista (kuvio 11). Suurimmalla osalla eli 59%:lla vastaajista yhdyntäkipuja oli toisinaan. Joka kerta yhdyntäkipuja koki 19%.



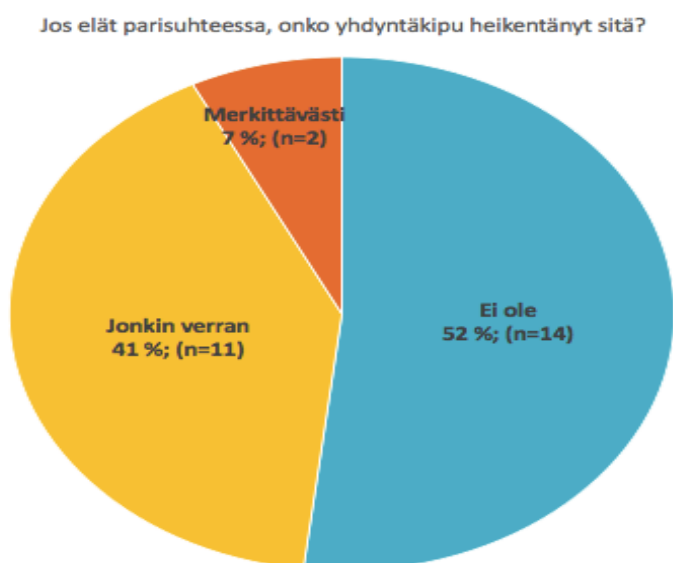
KUVIO 20. Yhdyntäkipujen esiintyminen endometrioosipotilailla (N=37).

Yhdyntäkiput vaikuttivat parisuhteessa olevien naisten elämään (kuvio 21). Vastaajat (N=30) arvioivat sekä vaikeimman yhdyntäkipunsa voimakkuuden että yhdyntäkipujen vaikutuksen seksielämäänsä numeraalisella asteikolla 0-10. Vastaajien keskiarvo vaikeimman yhdyntäkipun voimakkuudelle oli 6,0. Yhdyntäkipujen seksielämään vaikuttavuuden keskiarvo oli 5,1.



KUVIO 21. Endometrioosipotilaiden arvio yhdyntäkivun voimakkuudesta ja yhdyntäkivun vaikutuksesta seksielämään (N=30).

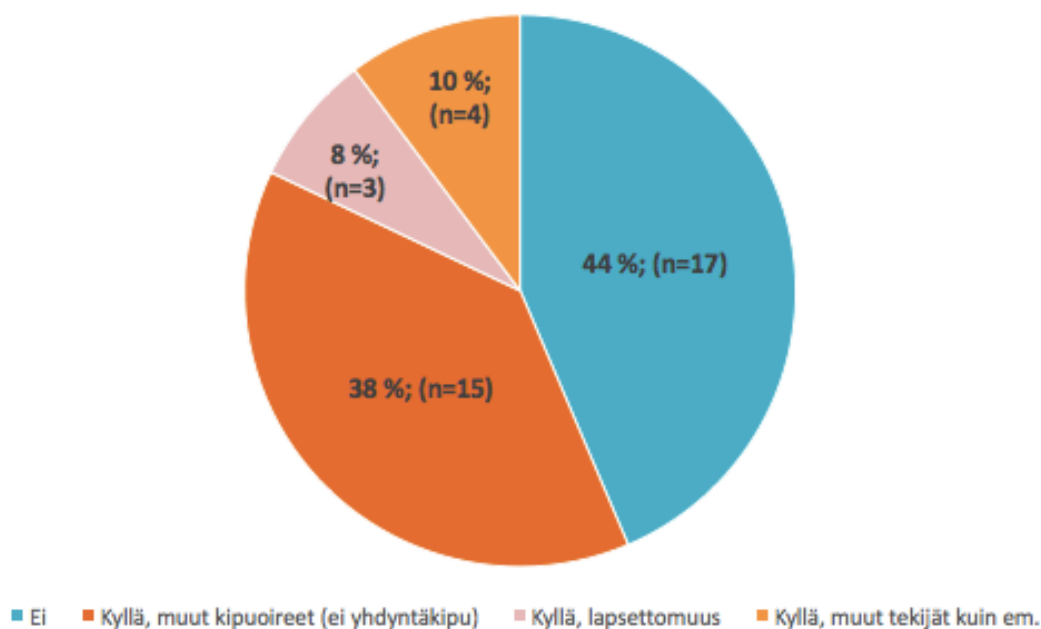
Kuviossa 22 on esitetty yhdyntäkivun heikentävä vaikutus parisuhteeseen. 7% vastaajista koki yhdyntäkivun heikentävän merkittävästi heidän parisuhdettaan ja 41% koki yhdyntäkivun heikentävän parisuhdetta jonkin verran. Yhdyntäkipuilla ei ollut heikentävää vaikutusta parisuhteeseen 52%:lla vastaajista. Seitsemän parisuhteessa elävää jätti vastaamatta kysymykseen.



KUVIO 22. Yhdyntäkivun vaikutus parisuhteeseen (N=27).

Myös muut tekijät kuin yhdyntäkipu vaikuttivat vastaajien parisuhteeseen (kuvio 23). Yksi parisuhteessa elävä jätti vastaamatta kysymykseen muiden tekijöiden vaikutuksista parisuhteeseen. Osa vastaajista valitsi useamman kuin yhden tekijän vaikuttavan heikentävästi parisuhteeseen. 38% vastaajista kertoi muiden kipuoireiden vaikuttavan merkittävästi parisuhteeseen. Lapsettomuus vaikutti merkittävästi parisuhteeseen 8%:lla vastaajista. 10% koki muiden kuin edellä mainittujen muiden kipuoireiden tai lapsettomuuden vaikuttavan parisuhteeseen merkittävästi. Kaksi vastaajista kertoi sanallisesti keskenmenojen ja endometriosilääkkeiden tuoman haluttomuuden vaikuttavan parisuhteeseen kielteisesti.

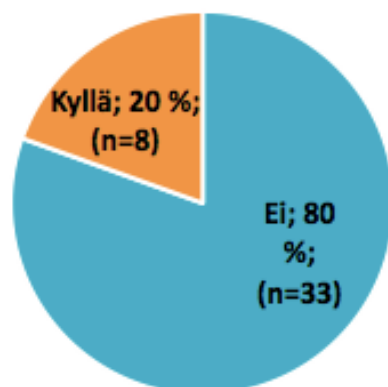
Jos elät parisuhteessa, vaikuttaako jokin muu tekijä parisuhteeseen merkittävästi?



KUVIO 23. Muiden tekijöiden vaikutus heikentävästi parisuhteeseen (N=39).

Kuviossa 24 on esitetty endometriosipotilaiden tutkiminen lapsettomuuden vuoksi (N=41). 20% vastaajista oli tutkittu lapsettomuuden vuoksi.

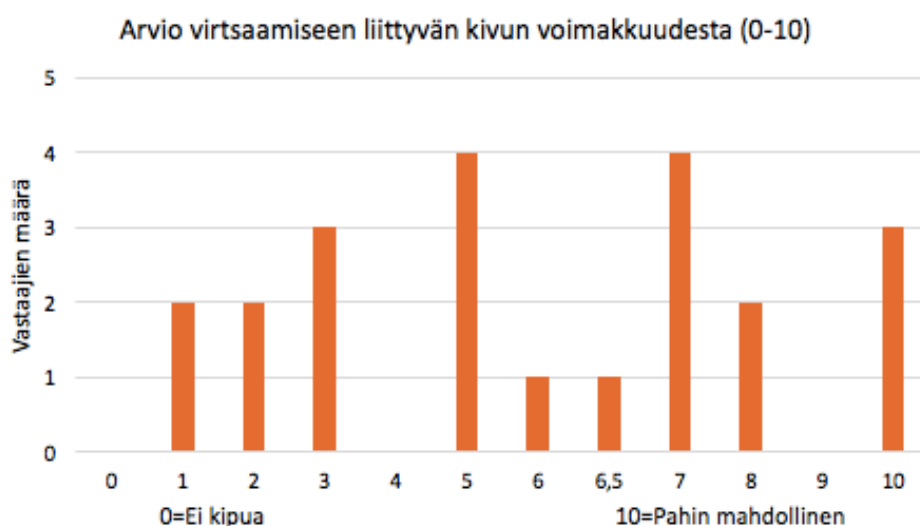
Lapsettomuuden vuoksi tutkiminen



KUVIO 24. Lapsettomuuden vuoksi tutkiminen (N=41).

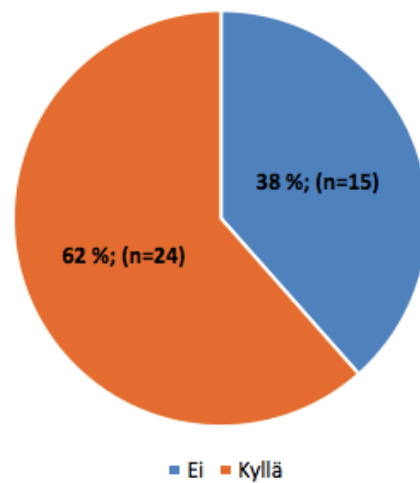
6.4 Virtsaamiskipujen vaikutus elämänlaatuun

Kyselyyn vastanneista yli puolet (51%) koki kipua virtsaamisen yhteydessä. Vastaajia pyydettiin arvioimaan vaikeimman virtsaamiseen liittyvän kivun voimakkuutta numeraalisella asteikolla 0-10. Voimakkaimman virtsaamiseen liittyvän kivun keskiarvo oli 5,5. Vastaajilta kysyttiin myös, esiintyykö heillä kipua virtsarakon ollessa täynnä (kuvio 26). 62% vastaajista ilmoitti kärsivänsä täyden rakon kivusta. Kaksi vastaajaa jätti vastaamatta kysymykseen.



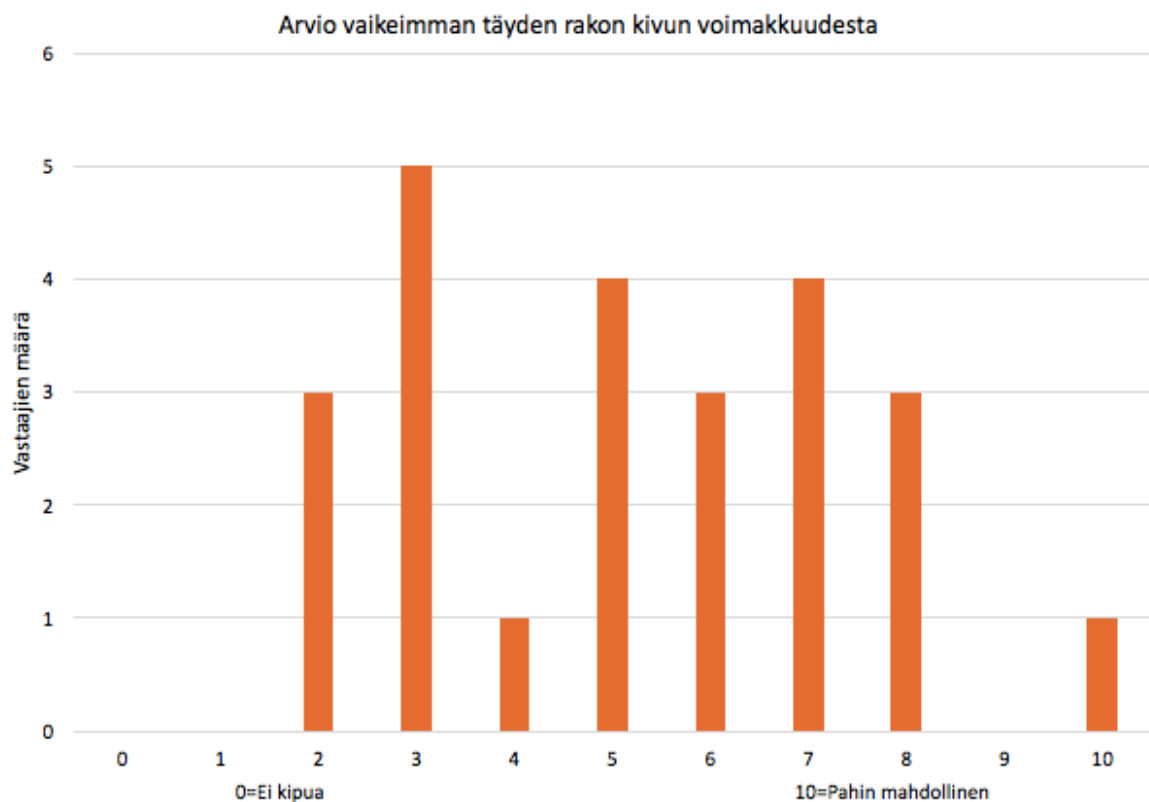
KUVIO 25. Arvio vaikeimman virtsaamiseen liittyvän kivun voimakkuudesta (N=22).

Onko kipua rakon ollessa täynnä?



KUVIO 26. Kivun esiintyminen täydellä rakolla (N=39).

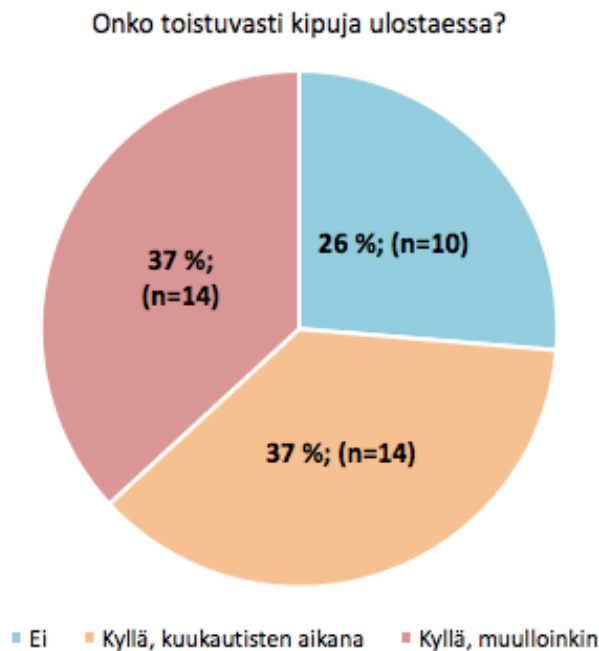
Kyselyssä vastaajien oli mahdollista myös arvioida vaikeimman täyden rakon kivun voimakkuutta numeraalisella asteikolla 0-10 (kuvio 27). Vaikeimman täyden rakon kivun voimakkuuden keskiarvo oli 5,2. Yksi vastaaja (4%) koki kivun olevan pahin mahdollinen eli 10 asteikolla.



KUVIO 27. Arvio vaikeimman täyden rakon kivun voimakkuudesta (N=24).

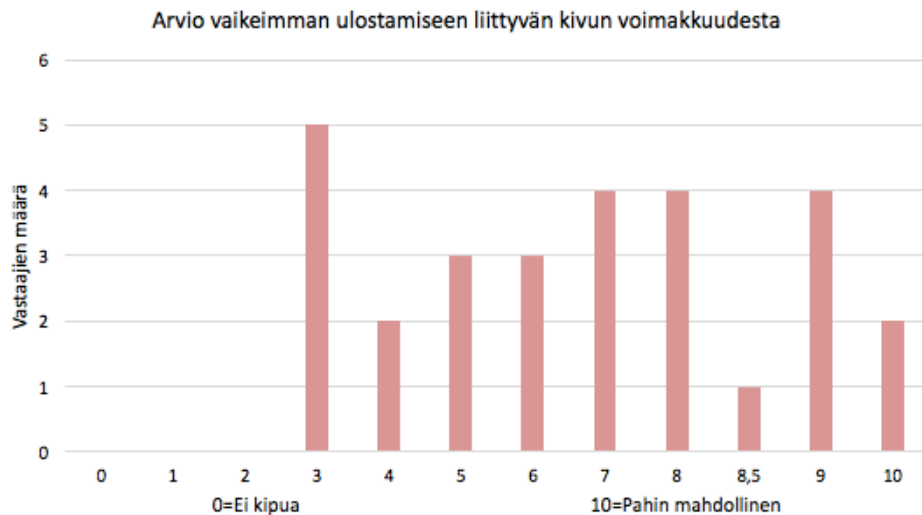
6.5 Suolisto-oireiden vaikutus elämänlaatuun

Toistuvien ulostamiskipujen esiintymistä kartoitettiin kyselyssä. Kolme vastaajaa jätti vastaamatta kysymykseen. 28 vastaajaa eli 74% kärsi toistuvista ulostuskivuista, joko kuukautisten aikana tai myös muulloin. Heistä 37% koki toistuvia ulostamiskipuja kuukautisten aikana ja 37% muulloinkin kuin kuukautisten aikana. Noin neljäsosa vastaajista ei kokenut toistuvia ulostamiskipuja.



KUVIO 28. Toistuvien ulostamiskipujen esiintyminen endometrioosipotilailla (N=38).

Vastaajat arvioivat vaikeinta ulostamiseen liittyvän kivun voimakkuutta numeraalisella asteikolla 0-10 (kuvio 29). Kysymykseen vastasivat kaikki, jotka ilmoittivat kärsivänsä toistuvista ulostamiseen liittyvistä kivuista (N=28). Vaikeimman ulostamiseen liittyvän kivun voimakkuuden keskiarvo oli 6,4. 7% ilmoitti kokevansa pahinta mahdollista kipua (VAS 10) ulostaessaan. Matalin vastaajien arvioima ulostamiseen liittyvä kipu oli 3 arviointiasteikolla, ja sen arvioi vaikeimmaksi ulostamiseen liittyväksi kivukseen 18%.



KUVIO 29. Endometrioosipotilaiden arvio vaikeimman ulostamiskivun voimakkuudesta (N=28).

Kyselyssä pyydettiin vastausta toistuvasti ilmenevistä suolistoon liittyvistä oireista ja kysymyksen tulokset ovat näkyvillä kuviossa 30. Kolme kyselyyn vastanneista jätti vastaamatta kysymykseen. 13% vastaajista ei kärsinyt mistään esitetyistä oireista. Vastaajista 66% ilmoitti kärsivänsä useammasta kuin yhdestä oireesta. 47% vastaajista ilmoitti heillä olevan kiire ulostamaan ja 24% koki ulostamisen tarvetta ilman suolen toimimista. Kaksi kolmesta vastaajasta kärsi paineen tunteesta alavatsalla ja hieman yli puolet ilmoitti kärsivänsä ripulista. Ummetusta oli oireena 45%:lla.



KUVIO 30. Endometrioosipotilaiden suolisto-oireita (N=38).

Kuviossa 31 on nähtävillä suolisto-oireiden määrä kutakin vastaajaa kohden. 13%:lla ei ollut mitään mainituista oireista. Noin viidesosa vastaajista ilmoitti kärsivänsä yhdestä mainitusta suolisto-oireesta ja lähes neljäsosa kahdesta oireesta. Vastaajista 16% kärsi kolmesta ja toiset 16% neljästä eri oireesta suolistoon liittyen. Jopa viidestä eri suolisto-oireesta kärsi 11% vastaajista.

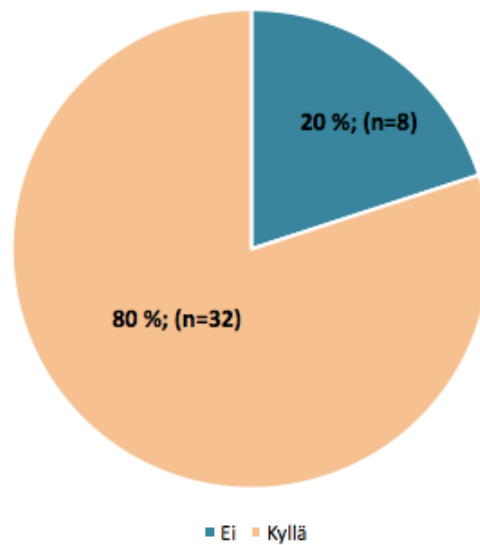


KUVIO 31. Vastaajien suolisto-oireiden määrä (N=38).

6.6 Muiden alavatsakipujen vaikutus elämänlaatuun

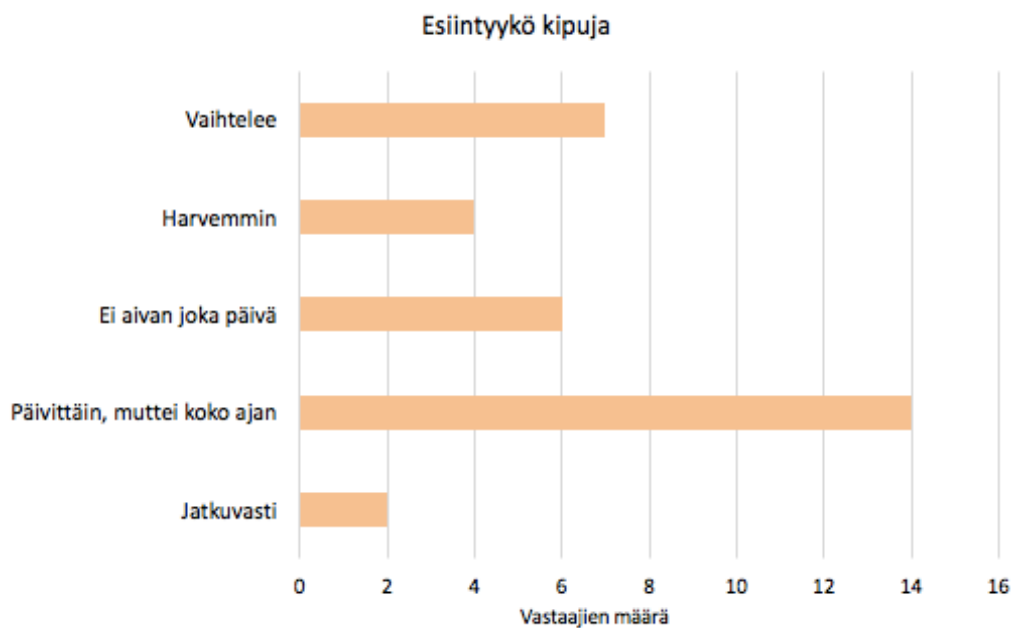
Kyselylomakkeessa kartoitettiin toistuvien tai jatkuvien alavatsan alueen kipujen esiintymistä vähintään puolen vuoden ajan. Yksi kyselyyn vastannut nainen jätti vastaamatta tähän kysymykseen. 80% kyselyyn vastaajista ilmoitti kärsineensä alavatsan alueen toistuvista tai jatkuvista kivuista vähintään puolen vuoden ajan.

Onko ollut toistuvia tai jatkuvia kipuja alavatsan alueella vähintään puolen vuoden ajan?



KUVIO 32. Muiden alavatsakipujen esiintyminen toistuvasti tai jatkuvasti vähintään puolen vuoden ajan (N=40).

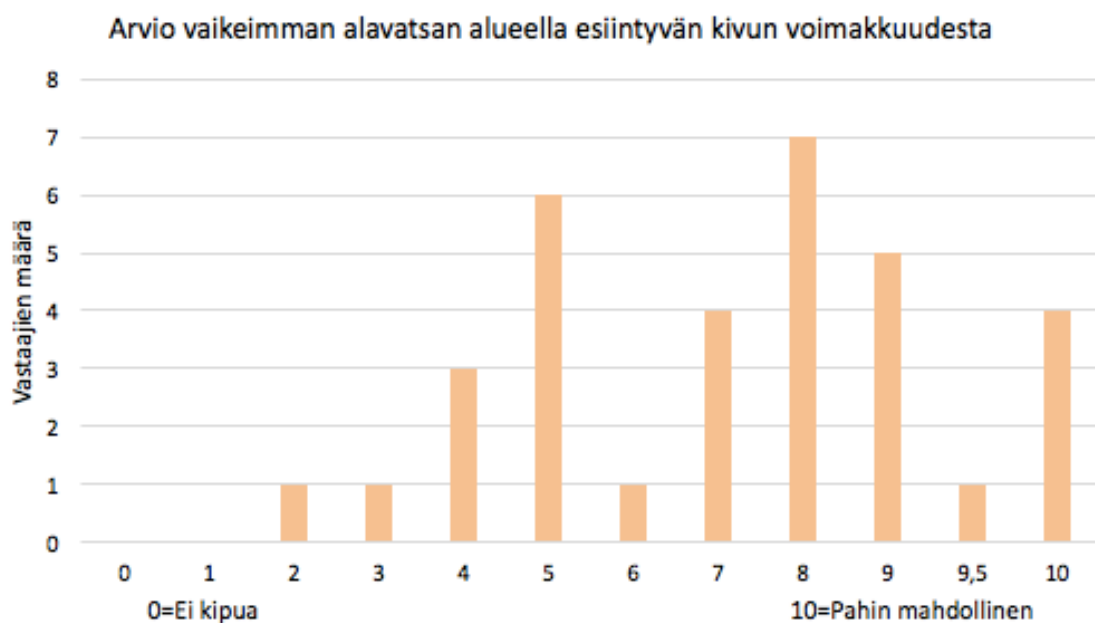
Alavatsan alueen kipujen esiintymistä kartoitettiin tarkemmin kyselyssä (kuvio 33). Noin viidesosa (21%) vastaajista ilmoitti alavatsan alueen kipujen esiintymisen vaihtelevan ja 12% koki näitä kipuja harvemmin. 18% ilmoitti, ettei koe kipuja aivan joka päivä. Suurin osa vastaajista (42%) ilmoitti kärsivänsä kivuista päivittäin, muttei koko ajan. 6% oli kärsinyt alavatsan alueen kivuista jatkuvasti vähintään puolen vuoden ajan. Yksi vastaaja jätti vastaamatta kysymyksen.



KUVIO 33. Muiden alavatsakipujen keskittymä (N=33).

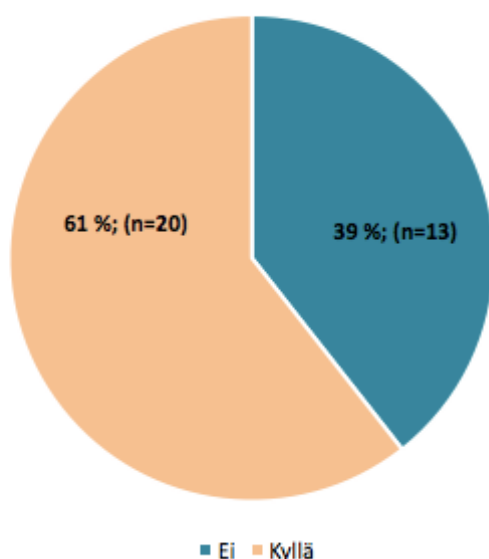
Kyselyssä vastaajat arvioivat myös alavatsan alueen vaikeimman kivun voimakkuutta asteikolla 0-10. Yksi alavatsakivuista kärsivä jätti vastaamatta kysymyksen. Tulokset ovat näkyvillä kuviossa 34. Vaikeimman alavatsakivun voimakkuuden keskiarvoksi tuli 7,0. Pahimmaksi mahdolliseksi kivuksi eli asteikolla 10:ksi vaikeimman alavatsan alueen kipunsa arvioi 12% vastaajista.

Kipulääkkeiden käyttöä vatsan alueen kipujen vuoksi arvioitiin myös kyselyssä (kuvio 35). 59% vastaajista (N=33) ilmoitti käyttävänsä kipulääkkeitä alavatsan alueen kipuihin. 38% vastaajista ei käyttänyt kipulääkkeitä. Yksi alavatsakivuista kärsivä ei vastannut käyttäkö kipulääkitystä alavatsan kipuihin.



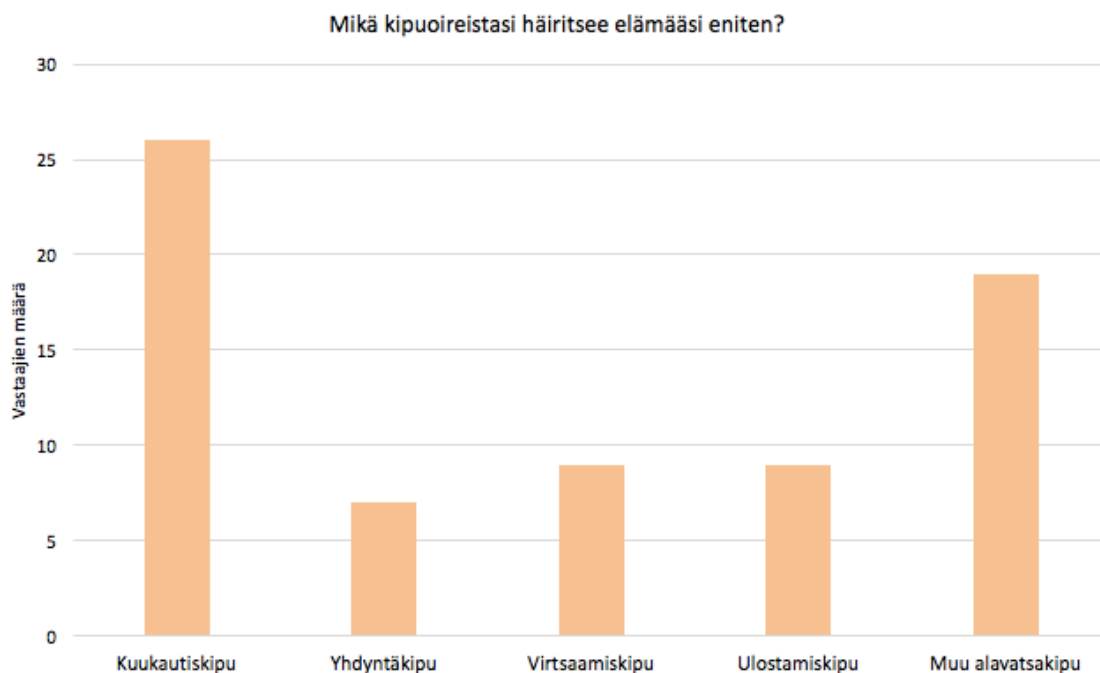
KUVIO 34. Arvio vaikeimmasta alavatsakivun voimakkuudesta (N=33).

Käytätkö kipulääkkeitä näiden vatsakipujen vuoksi?



KUVIO 35. Endometrioosipotilaiden kipulääkkeiden käyttö muihin alavatsan kipuihin (N=33).

Kyselyyn vastanneista endometrioosipotilaista lähes kaikki vastasivat kysymykseen heidän elämänsä eniten häiritsevistä kipuoireista (N=39). Moni kertoi useamman kuin yhden kipuoireen häiritsevän elämää eniten (kuvio 36). Kipuoireista kuukautiskipu sekä muu alavatskipu saivat eniten ääniä.



KUVIO 36. Endometrioosipotilaiden arvio häiritsevimmästä kipuoireesta (N=39).

7 POHDINTA

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää endometrioosia sairastavien naisten kokemuksia endometrioosikipujen vaikutuksista elämänlaatuun. Opinnäytetyön tavoitteena oli tutkimustulosten perusteella kehittää endometrioosiin liittyvien oireiden tunnistamista ja siten lyhentää diagnostista viivettä. Tavoitteena oli myös, että endometrioosin hoito oireiden mukaisesti tapahtuisi mahdollisimman varhaisessa vaiheessa ja, että naisten kertomat endometrioosikipukokemukset otettaisiin vakavasti, eikä niitä vähäteltäisi terveydenhuollossa. Kvantitatiivinen tutkimuksemme mahdollisti vastausten saamisen seuraavaan tutkimuskysymykseemme: Miten ja kuinka paljon endometrioosin eri kipuoireet vaikuttavat tautia sairastavien naisten elämänlaatuun? Samalla saatiin myös selville vastaajien epäily- ja diagnoosiviiveiden kestot.

Analysointivaiheen jälkeen voimme todeta saaneemme selkeän ja luotettavan vastauksen tutkimuskysymykseemme. Aiemmin ei ole tutkittu endometrioosia sairastavien naisten kokemuksia endometrioosikipujen vaikutuksista elämänlaatuun. Siten emme voi verrata tutkimustuloksia muihin aiemmin tehtyihin tutkimuksiin. Aiemmat endometrioosiin liittyvät opinnäytetyöt käsittelevät lähinnä endometrioosin taudinkuvaa ja hoitoa, endometrioosiin liittyvää lapsettomuutta sekä tautia sairastavan potilaan ohjausta. Lisäksi aiemmin on käsitelty, miten endometrioosi kokonaisuudessaan vaikuttaa sitä sairastavan elämänlaatuun ja miten endometrioosi on haittaavana tekijänä työelämässä.

Tämä opinnäytetyö eroaa aiemmista opinnäytetöistä niin, että se keskittyy siihen, miten naiset kokevat nimenomaan endometrioosikipujen vaikuttavan heidän elämänlaatuunsa. Krooninen kipu on vahvasti läsnä heidän elämässään vaikuttaen myös psyykkiseen hyvinvointiin. Lisäksi sairaus tuo mukanaan pysyvän elämänmuutoksen naiselle ja sitä kautta vaikuttaa hänen läheisiinsä. Olisikin tärkeää, että voimakkaista alavatsakivuista kärsivää naista hoidettaisiin terveydenhuollossa kokonaisvaltaisemmin eli tutkittaisiin pelkän oireen hoitamisen sijasta alavatsakivun todellista syytä ja aiheuttajaa.

Tämä opinnäytetyö toteutettiin paperisella kyselytutkimuksella yhteistyössä erikoislääkäri Outi Uimarin ja Oulun yliopistollisen sairaalan endometrioosiryhmän kanssa. Täytetyt kyselylomakkeet oli kerätty endometrioosipoliklinikan toimesta, jolloin meidän tehtäväksemme jäi lomakkeiden muuttaminen sähköiseen muotoon sekä vastausten analysointi.

Kyselyyn oli vastannut yhteensä 41 endometrioosipoliklinikan asiakasta. Kaikki kyselylomakkeet ja niiden vastaukset käytiin läpi muuttamalla lomakkeet paperiversioista sähköiseen muotoon Excel-ohjelman avulla. Kaikki vastaukset, jotka olimme suunnitteluvaiheessa aikoneet käydä läpi, otettiin huomioon.

Tutkimuksemme tuloksien luotettavuutta arvioidessa täytyy ottaa huomioon vastaajien vähäinen määrä. Vastaajia oli kaiken kaikkiaan 41. Pienen otoksen takia prosentuaalisesti ilmoitetut tulokset muuttuvat huomattavasti, mikäli yksi tai useampi vastaaja on jättänyt vastaamatta kysymykseen. Vastaajat ovat yliopistollisen sairaalan endometrioosipoliklinikan eli erikoissairaanhoidon potilaita, jolloin voidaan olettaa tapausten olevan haasteellisempia verrattuna perusterveydenhuollossa tavattaviin endometrioosipotilaisiin. Pieni vastaajamäärä sekä vastaajien mahdollinen vaikea endometrioosi/sairauden vaihe näkyy tutkimuksemme tuloksissa ja voi näin ollen vääristää tulosten todenmukaisuutta. Toisaalta mielestämme tutkimustulokset tuovat erinomaisesti esille sen, miten vaikea sairaus on kyseessä, ja miten kokonaisvaltaisesti se vaikuttaa naisten elämänlaatuun.

Paperisena kyselylomakkeena toteutettu aineiston keruu oli toteutettu Oulun yliopistollisen sairaalan endometrioosiryhmässä. Vastauksia analysoidessamme huomasimme joitain puutteita joidenkin kysymysten ja vastausvaihtoehtojen asettelussa, joilla oli vaikutusta vastausmääriin. Joissain kohdissa vastaajat olivat itse kirjoittaneet kysymyksen viereen oman vastauksensa jättäen valitsematta jonkin annetuista vaihtoehdoista. Täten vastauksia analysoidessamme jouduimme pohtimaan yhdessä yhteistyökumppanin kanssa, voimmeko ottaa joitain vastauksia ollenkaan huomioon. Tältä olisimme voineet välttyä, jos kysely olisi toteutettu sähköisessä muodossa, jossa vastausvaihtoehtoja voidaan rajata.

7.1 Johtopäätökset

Oulun yliopistollisen sairaalan endometrioosipoliklinikan asiakkailta kartoitettiin kyselyssä endometrioosin aiheuttamia oireita ja niiden vaikutusta heidän elämänlaatuunsa viideltä eri osa-alueelta; kuukautiskivut, yhdyntäkivut, virtsaamiseen liittyvät oireet, suolistoon liittyvät oireet ja muut alavatsakivut. Näiden lisäksi kyselyssä kartoitettiin kunkin vastaajan taustoja perustiedoista kuukautisten alkamisikään, kuukautiskipujen alkamisikään, endometrioosiepäilyn ja -diagnoosin ajankohtaa sekä endometrioosin vuoksi tehtyihin leikkauksiin.

Vastaajien endometrioosin epäily- ja diagnoosivuosislukujen avulla saatiin viitettä vastaajien epäily- ja diagnoosiviiveistä. Härkin (2011, 1837) arvioimaan endometrioosin 6-9 vuoden diagnostiseen viiveeseen verrattuna olivat kyselyn tulokset viiveen suhteen huomattavasti suuremmat; vastaajien keskuudessa epäilyviiveen keskiarvo oli 10,9 vuotta ja diagnoosiviiveen jopa 16,3 vuotta. Nämä tulokset herättävät kysymyksen siitä, kuinka pitkään endometrioosista kärsivät ovat joutuneet elämään kipuoireiden kanssa tietämättä syytä, joka on aiheuttanut oireet monien vuosien ajan.

Kyselystä selvisi, miten moni (68%) vastaajista oli jouduttu leikkaamaan endometrioosin vuoksi. Tästä voidaan päätellä, että suurimmalla osalla vastaajista endometrioosi oli vaikea, sillä kirurginen hoito on aiheellista vain vaikeaa endometrioosia sairastavilla (Härkki ym. 2011, 1837, 1842). Endometrioosileikkaukseen päädyttäessä potilaan kipuja ei ole saatu hormonilääkityksellä hallintaan (Hickey ym. 2014, 3). Lähes jokaiselle leikatuista oli tehty vatsaontelon tähystysleikkaus eli laparoskopia. Vähintään joka kymmenennelle leikatuista oli tehty endometrioosin vuoksi sekä avo- että tähystysleikkaus. Noin puolet oli leikattu yhden kerran ja noin joka viides oli leikattu enemmän kuin kolme kertaa endometrioosin vuoksi. Vastaajille tehdyt useat endometrioosileikkaukset saattavat viitata Parazzinin, Bertulessin ja Pasinin (2005, 216-9) tutkimuksen mukaan taudin korkeaan, jopa 14%:n, uusiutumisriskiin (Härkki ym. 2011, viitattu 31.5.2019). Epätäydellinen endometrioosipesäkkeiden poisto lisää endometrioosin uusiutumisriskiä (Vercellini ym. 2009, 177-88). Taudin uusiutumistaipumuksen voidaan ajatella heikentävän entisestään elämänlaatua, kun kokemus terveydentilasta ei parane leikkauksen jälkeen. Leikatuista yhdeltä oli poistettu endometrioosileikkauksessa kohtu ja seitsemältä henkilöltä oli poistettu vähintään toinen munasarjoista. Leikkaushoidolla endometrioosipesäkkeitä ja kiinnikkeitä pyritään poistamaan hedelmällisyyden kannalta välttämättömiä elimiä vaurioittamatta. Joissain vaikeissa endometrioositapauksissa päädytään tekemään kohdun ja munasarjojen poistoleikkaus (Endometrioosiyhdistys 2019, viitattu 28.5.2019).

Nykytutkimusten mukaan hyvänlaatuisista syistä tehdyllä kohdunpoistolla ei näyttäisi olevan merkittävää vaikutusta naisten kokemaan kokonaisvaltaiseen seksuaaliseen nautintoon, ja naisen kokemus seksuaalisuudesta voi jopa parantua leikkauksen myötä riippuen hänen tilanteensa lähtökohdista. Seksuaalitoimintoja kuitenkin huonontavat eniten kivut. (Hurskainen & Rantanen 2019, viitattu 29.5.2019). Muiden endometrioosihoidojen tapaan myös kohdunpoiston tulos on yksilöllinen, toiset kokevat saavansa siitä avun, mutta toisilla oireet jatkuvat (Endometrioosiyhdistys 2019, viitattu 28.5.2019). Munasarjojen poisto kohdunpoistoleikkauksen yhteydessä voi vaikuttaa

naisten kokemuksiin kohdunpoistosta sen tuomien hormonaalisten muutosten myötä (Hurskainen & Rantanen, 2019, viitattu 29.5.2019). Munasarjojen poistaminen aiheuttaa naiselle yleensä vaihdevuosisioireet, joihin estrogeenin puutteen myötä liittyy emättimen limakalvojen kuivuutta sekä seksuaalista haluttomuutta. Muita vaihdevuosisioireita voi myös esiintyä, esimerkiksi hikoilua, unihäiriöitä, luuston heikentymistä ja virtsankarkailua lantionpohjalihasten veltostumisen myötä. (Tiitinen 2018, viitattu 28.5.2019.) Vaihdevuosisioireiden helpottamiseksi voidaan aloittaa hormonikorvaushoito, jonka vaikutukset oireisiin ovat eittämättömät (Tiitinen 2009, viitattu 30.5.2019).

Vastaajien joukossa oli jopa 39% endometriosipoliklinikan asiakasta, jotka eivät käyttäneet endometrioosiin säännöllistä lääkitystä. Tämä herättää ihmetyksen siitä, miten näin moni vastaajista oli ilman asianmukaista endometriosilääkitystä, joka mahdollisesti vähentäisi endometriosipesäkkeiden syntyä sekä kasvua. Ennen endometriosipolille pääsyä vastaajien oli tullut asioida ensin perusterveydenhuollossa endometriosin vuoksi saadakseen lähetteen endometriosipoliklinikalle. Eikö heille ollut kerrottu endometriosilääkityksen hyödyistä ja tarjottu mahdollisuutta lääkitykseen? Entä voiko asiakkaiden mahdollisella ns. hormonipelolla olla osuutta lääkityksen vähyyteen? Erikoislääkäri Ahonkallion mukaan jopa kolmasosa naisista pelkää hormonaalista ehkäisyä. Sen ajatellaan aiheuttavan lapsettomuutta sekä tuovan erilaisia haittavaikutuksia kuten painonnousua. Nämä kuvitelmat eivät kuitenkaan pidä paikkaansa; hormonaalinen lääkitys suojaa hedelmällisyyttä, eikä hormonilääkityksellä tutkimusten mukaan ole vaikutusta painonnousuun. (Terveystalo 2017, viitattu 15.4.2019.)

Kuukautiskivut vaikuttivat heikentävästi monen naisen, jopa 83% vastaajan elämään. Heistä lähes jokaisella kuukautiskipuja esiintyi jokaisten kuukautisten aikana. Kuukautiskipujen alkamisikä (keskiarvo 13,8) verrattuna menarkeiän alkamiseen (keskiarvo 12,3) oli hieman korkeampi, mutta voidaan sanoa, että kuukautiskivut alkoivat pian ensimmäisten kuukautisten jälkeen. Vastaajien keskuudessa kuukautiskivut esiintyivät useammassa kuin yhdessä osassa kehoa ja keskiarvo kuukautiskipujen ilmenemispaikoille oli 2,8. Kuukautiskivut pakottivat jopa 60% vastaajan jäämään pois töistä tai koulusta joko jokaisten kuukautisten aikana tai toisinaan. Tämä tulos on merkittävä, sillä endometriosin kipuoireilla ja niiden aiheuttamilla poissaoloilla on huonontava vaikutus henkiseen ja sosiaaliseen hyvinvointiin (Kauko 2009, viitattu 11.10.2018). Säännöllinen kipulääkitys kuukautiskipuihin kosketti lähes jokaista kyselyyn vastannutta (94%). Heistä suuri osa joutui käyttämään kipulääkitystä useamman päivän ajan. Suurin osa vastaajista koki kipulääkkeiden auttavan vain osittain.

Myös yhdyntäkipuilla oli selvä heikentävä vaikutus naisten elämänlaatuun. Yhdyntäkipuja esiintyi suurimmalla osalla vastaajista (78%) joka kerta tai toisinaan. Keskiarvo vaikeimman yhdyntäkivun voimakkuudelle oli 6,0 ja yhdyntäkipujen seksielämään vaikuttavuuden keskiarvo oli 5,1 asteikolla 0-10. Yhdyntäkivut vaikuttivat joka kolmannen vastaajan parisuhteeseen.

Vastaajilta kysyttiin myös muista parisuhteeseen vaikuttavista tekijöistä kuin yhdyntäkipuista. Osa vastaajista valitsi useamman kuin yhden tekijän vaikuttavan parisuhteeseensa merkittävästi. 44% vastaajista ilmoitti, että muut kuin yhdyntäkipu ei vaikuta merkittävästi heidän parisuhteeseensa. 38% vastaajista koki muiden kipuoireiden kuin yhdyntäkivun vaikuttavan merkittävästi parisuhteeseensa. Lapsettomuus vaikutti parisuhteeseen merkittävästi 8%:lla. Kaksi vastaajaa kertoi sanallisesti keskenmenojen sekä endometrioosilääkkeiden tuoman haluttomuuden vaikuttavan parisuhteeseen.

Yli puolet (51%) kyselyyn vastanneista kärsi kivuista virtsaamisen yhteydessä. Vaikeimman virtsaamiseen liittyvän kivun voimakkuuden keskiarvo vastaajilla oli 5,5. 62% vastaajista kertoi kokevansa kipua virtsarakon ollessa täynnä.

Kyselyssä selvitettiin myös suolistossa esiintyviä kipuja ja oireita. Kysyttäessä ulostuskivuista 74% ilmoitti kokevansa toistuvia kipuja ulostaessaan joko kuukautisten aikana tai myös muulloin. Kyselyssä selvitettiin myös erilaisista suolisto-oireista kärsimistä. 66% vastasi kärsivänsä useammasta kuin yhdestä suolisto-oireesta. Lähes puolet vastanneista koki heillä olevan kiire ulostamaan ja viidesosa kärsi ulostamisen tarpeesta ilman suolen toimimista. Kaksi kolmesta kärsi paineen tunteesta alavatsalla. Yli puolet ilmoitti kärsivänsä ripulista ja lähes puolet ummetuksesta. 13%:lla vastaajista ei ollut mitään mainituista oireista. Yli kymmenesosa vastaajista kärsi jopa viidestä mainitusta suolisto-oireesta.

Alun perin tarkoituksenamme ei ollut ottaa huomioon suolisto-oireita opinnäytetyömme keskittyessä nimenomaan endometrioosikipuun. Koimme kuitenkin tärkeäksi nostaa esille endometrioosin aiheuttamia muita oireita tuodaksemme tietoisuuteen, miten laajasti endometrioosi vaikuttaa sitä sairastavien naisten elämään. Kiire ulostamaan tai ulostamisen tarve ilman suolen toimimista eivät varsinaisesti välttämättä aiheuta kokijalleen kipua, mutta niissä on kyse erittämiseen eli jokapäiväiseen toimintaan liittyvistä ikävistä vaivoista. Suolisto-oireet voivat heikentää elämänlaatua vaikuttaen esimerkiksi sosiaaliseen elämään.

Toistuvista tai jatkuvista alavatsan alueen kivuista ilmoitti kärsineensä vähintään puolen vuoden ajan 80% vastaajista. Heistä 42% kertoi kärsivänsä kivuista päivittäin, mutta ei koko ajan. Alavatsan alueen kivuista oli kärsinyt jatkuvasti puolen vuoden ajan 6%. Vastaajien keskuudessa vaikeimman alavatsan alueen kivun voimakkuuden keskiarvo oli 7. Pahimmaksi mahdolliseksi eli asteikolla 10:ksi kivun arvioi 12% vastaajista. 59% kertoi käyttävänsä kipulääkettä alavatsan alueen kipujen vuoksi.

Kipuoireista kuukautiskipu sekä muu alavatsan alueen kipu valittiin eniten elämää häiritseviksi kipuoireiksi. Moni vastaaja kertoi useamman kuin yhden kipuoireen häiritsevän heidän elämänsä eniten.

Näiden tutkimustulosten myötä voimme todeta endometrioosikipujen vaikuttavan heikentävästi naisten elämänlaatuun monella elämän osa-alueella. Kipujen voi ajatella heikentävän ja rajoittavan naisten elämää pakottaen heidät olemaan poissa töistä tai koulusta sekä heikentävän heidän parisuhdettaan, seksuaalisen nautinnon saamista sekä muutenkin jokapäiväistä elämää kivuliaan virtsaamisen ja suolisto-oireiden myötä.

7.2 Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus

Tutkimusta tehdessä oli tutkijoiden otettava huomioon sen sisältävän monia eettisiä kysymyksiä. Onkin tärkeää toteuttaa hyvää tieteellistä käytäntöä tutkimusta tehdessä, jotta tutkimus on eettisesti hyvä. Ihmisarvon kunnioittaminen on tutkimuksen kulmakivenä. Tätä toteutetaan muun muassa antamalla henkilölle mahdollisuus päättää tutkimukseen osallistumisesta. (Hirsjärvi ym. 2007, 23, 25.) Opinnäytetyön tekijöinä halusimme kunnioittaa ja toteuttaa tutkimuksessamme Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin toimintaan perustuvia arvoja, sillä tutkittavana kohteena olivat sairaanhoitopiirin potilaita. Ihmisarvo, vastuullisuus, oikeudenmukaisuus sekä uusiutumiskyky ja avoimuus kuuluvat PPSHP:n arvoihin ja eettisiin periaatteisiin, jotka otettiin huomioon tutkimuksessa. (Kejonen, Kyngäs & Meriläinen, 2016-2018. Viitattu 11.2.2019.) Opinnäytetyössä toimittiin hyvän tutkimuksen käytäntöjen ja periaatteiden mukaisesti ja niin, että molemmilla tekijöillä oli vastuu omasta tehtävästä sekä ryhmän toimivuudesta. Toisen työpanoksen arvostaminen sekä toiminnan kehittäminen olivat tärkeitä.

Tutkimukselle on myönnetty PPSHP:n rekisteritutkimuslupa. Tutkimuksen kyselyyn vastanneet naiset olivat huomioineet vastatessaan kysymyksiin antaneensa luvan vastausten läpikäymiseen

ja niiden analysoimiseen. Kyselylomakkeen aihealueet olivat hyvin henkilökohtaisia ja herkkiä, ja niihin liittyi eettisiä tekijöitä (seksuaalisuus, intymiteetti, lapsettomuus ja –hoidot). Vastausten muuttamisessa sähköiseen muotoon ja analysoinnissa olivatkin tärkeässä roolissa potilasturvallisuus ja salassapitovelvollisuus, minkä vuoksi lomakkeet muutettiin anonyymeiksi Aineiston analysointi –kappaleessa kerrotulla tavalla. Tutkimusta tehdessä huomioitiin potilasturvallisuus ja salassapitovelvollisuus myös siten, että lomakkeiden muuttaminen sähköiseen muotoon toteutettiin Oulun yliopistollisen sairaalan tiloissa eikä kyselylomakkeita viety sairaalan tilojen ulkopuolelle. Tutkimusta tehdessä oli otettava myös huomioon uusi GDPR-tietosuojalaki kyselylomakkeita käsiteltäessä. GDPR eli General Data Protection Regulation on EU-maissa vuonna 2018 käyttöön otettu henkilötietojen käsittelyä sääntelevä laki. Sen tavoitteena on muun muassa parantaa tietosuojaoikeuksia ja henkilötietojen suojaa sekä yhtenäistää kaikkien EU-maiden tietosuojasääntelyä. (Tietosuojavaltuutetun toimisto. 11.2.2019.)

Opinnäytetyössä aihetta käsiteltiin monipuolisesti sekä avattiin erilaisia käsitteitä. Erityistä huomiota oli kiinnitetty luotettavien lähteiden valinnassa ja tähän olivat opinnäytetyöntekijät saaneet apua myös yhteistyökumppanilta.

Tutkimustuloksia analysoidessamme olemme noudattaneet rehellisyyttä ja luotettavuutta. Olemme keränneet vastauksia ja luoneet niistä graafisia kuvioita täysin kyselyyn tulleiden vastausten perusteella.

7.3 Kehitysehdotukset ja jatkotutkimusaiheet

Kyselylomaketta analysoidessamme nousivat esiin lomakkeen ongelmakohtien tunnistaminen ja poistaminen. Lomakkeessa jotkin kysymysten asettelut saattoivat vaikuttaa saamiimme tuloksiin, sillä useammassa paperisessa kyselylomakkeessa oli jätetty yhteen tai useampaan kysymykseen vastaamatta vastaajien toimesta. Esimerkiksi kyselylomakkeen 20. kysymyksessä kysyttiin, onko vastaajalla ollenkaan kuukautiskipuja, vastausvaihtoehdot olivat ”ei” ja ”kyllä”. Jos kuukautiskipuja ei ollut, kehoitettiin jättämään Kuukautiskivut-osio kokonaan huomioimatta. Joissakin lomakkeissa oli jätetty kokonaan vastaamatta, oliko vastaajalla ollut kuukautiskipuja. Tällainen tilanne sai monesti miettimään, onko potilas tarkoituksella jättänyt vastaamatta kysymykseen seuraten ohjetta, jossa käsketään siirtymään suoraan seuraavaan osioon vai, onko hän jättänyt vastaamatta kysymykseen epähuomiossa esimerkiksi kiireen vuoksi.

Lisäksi analysointia tehdessämme silmiimme pisti kyselylomakkeen kohta 46, jossa vastausvaihtoehdot oli numeroitu. Muuttaessamme vastauksia sähköiseen muotoon, tuli meidän olla tarkkoja, sillä numero 5 oli merkattu lomakkeeseen kahdesti, vaikka vastausvaihtoehdot olivat näissä erit. Lisäksi kysymyskohdassa 32 oli mahdollinen painovirhe numeroiduissa vastausvaihtoehdoissa.

Kysymyskohdassa 2 kysyttiin vastaajien leikkausmenetelmiä endometrioosin vuoksi. Tähän kysymykseen ei ollut sisällytetty ollenkaan ”ei”-vastausvaihtoehtoa. Jos kyseinen vastausvaihtoehto olisi sisällytetty lomakkeeseen, olisi saatu varmuus, että vastaaja on varmasti lukenut kysymyksen ajatuksella läpi eikä jättänyt huomiotta kysymystä.

Näin tutkimuksen lopuksi voimme todeta, että sähköinen kyselylomake mahdollistaisi, etteivät vastaajat jättäisi vastaamatta kysymyksiin ja saataisiin täysi varmuus, että vastaaja on vastannut ajatuksella kysymykseen.

Tutkimuksen tulosten perusteella voisi laajemmalla aiheeseen liittyvällä tutkimuksella olla merkityksellisyyttä. Samansuuntaisella tutkimuksella suuremmalla otoksella ympäri Suomea perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon piireistä voitaisiin saada tärkeää tietoa endometrioosin laajuudesta ja vaikutuksista naisten elämänlaatuun. Myös kvalitatiivinen eli laadullinen tutkimus esimerkiksi haastatteleamalla endometrioosia sairastavia naisia voisi olla hyödyllinen ja tuoda uudenlaista näkökulmaa aiheeseen. Mielenkiintoista olisi tutkia ja keskittyä endometrioosipotilaiden diagnoosiviiveisiin ja selvittää, kuinka pitkät viiveet ovat olleet ja kuinka endometrioosista kärsivät ovat kokeneet saaneensa apua oireisiinsa.

Lisäksi olisi kiehtovaa tutkia hoitotyön ammattilaisten valmiuksia ja tietoutta endometrioosipotilaan hoitoon liittyen. Tällaisen tutkimuksen avulla voitaisiin esimerkiksi tuottaa hoitohenkilökunnalle suunnattua materiaalia endometrioosipotilaan ohjauksen tueksi, milloin pääosassa olisivat endometrioosin vaikutukset naisten hyvinvointiin ja elämänlaatuun liittyvillä osa-alueilla.

LÄHTEET

Ballard, K., Seaman H., de Vries, C. & Wright, J. 2008. Can symptomatology help in the diagnosis of the endometriosis? Findings from a national case-control. Viitattu 11.10.2018.
<https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1471-0528.2008.01878.x>

Burney R. & Giudice L. 2012. Pathogenesis and pathophysiology of endometriosis. Fertility and Sterility. Vol. 98, No. 3, 0015-0282: 511-519.

Boston University. 2016. Selection Bias. Viitattu 22.11.2018.
http://sphweb.bumc.bu.edu/otlt/MPH-Modules/EP/EP713_Bias/EP713_Bias2.html

Eloranta, M. 2002. Krooninen kipu osana elämää. Pro gradu -tutkielma. Tampereen yliopisto. Viitattu 2.10.2018.
<https://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/89983/gradu00136.pdf?sequence=1>

Endometrioosiyhdistys ry. 2017. Mitä endometrioosi on? Viitattu 25.5.2018 & 12.10.2018.
<http://www.endometrioosiyhdistys.fi/fi/tietoaendometrioosista>

Endometriosis UK. 2018. Endometriosis and the Bladder. Viitattu 18.10.2018.
<https://www.endometriosis-uk.org/endometriosis-and-bladder>

Giudice, L. & Kao, L. 2004. Endometriosis. Lancet. 364: 1789–99.

Heikkilä, T. 2014. Tilastollinen tutkimus. 9., uudistettu painos. Edita. Helsinki.

Hickey, M., Ballard, K. & Farquhar, C. 2014. Endometriosis. BMJ. 348:g1752: 1-9.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2007. Tutki ja Kirjoita. 13., osin uudistettu painos. Tammi. Helsinki.

Hippeläinen, M. 2011. Endometrioosi. Duodecim 117(7):703-711.

Huhtinen, K., Perheentupa, A., Poutanen, M. & Heikinheimo, O. 2011. Endometrioosin patogeneesistä. Viitattu 7.10.2018. <https://www.duodecimlehti.fi/api/pdf/duo99749>

Härkki, P., Heikkinen, A-M. & Setälä, M. 2011. Endometrioosin nykyhoito. Duodecim 127(17):1837-47.

Ignatius, A. 2018. Joka kymmenes nainen. Teos. Falund.

Ihme, A. & Rainto, S. 2014. Naisen terveys. Edita. Helsinki.

Johnson, E. & Hummelshoj, L. 2012. Painful intercourse. Viitattu 22.10.2018. <http://endometriosis.org/resources/articles/painful-intercourse/>

Kallio, M. 2010. Seksuaalisuus on enemmän kuin pelkkää seksiä. Viitattu 31.10.2018. <https://www.terve.fi/artikkelit/seksuaalisuus-on-enemman-kuin-pelkkaa-seksia>

Kauko, M. 2009. Millainen tauti on endometrioosi? Viitattu 11.10.2018. <https://www.terveystalo.com/fi/Ajankohtaista/Artikkelit/Millainen-tauti-on-endometrioosi/>

Latvala, A., Heikkinen S., Lehtimäki, M. Nelin, S., Nevala, S., Närkki, A. & Perez, J. Asiakkaan kohtaamisen taito. Super-liitto. Viitattu 31.10.2018. <https://www.superliitto.fi/viestinta/super-lehti/uusin-lehti/asiakkaan-kohtaamisen-taito/>

Lehto, B. 2015. Huolehtiva kanssakäyminen. Tampereen yliopisto. Viitattu 31.10.2018. https://www.terveyskirjasto.fi/terveysportti/uutissorvi_uusi.uutissivu?p_uutis_id=18697&p_palsta_id=23

Leino, K. 2011. Pirstaloitumisesta kohti naisena eheytymistä – Substantiivinen teoria rintasyöpäpotilaan sosiaalisesta tuesta hoitoprosessin aikana. Tampereen yliopisto.

Mattila, E. 2011. Aikuispotilaan ja perheenjäsenen emotionaalinen ja tiedollinen tuki sairaalahoidon aikana. Tampereen yliopisto.

Mielenterveysseura. 2018. Seksuaalisuus on osa ihmisyyttä. Viitattu 31.10.2018.

<https://www.mielenterveysseura.fi/fi/mielenterveys/ihmissuhteet/seksuaalisuus-osa-ihmisyytt%C3%A4>

Mielenterveystalo. 2018. Tietoa seksuaalisuudesta. Viitattu 31.10.2018.
https://www.mielenterveystalo.fi/aikuiset/itsehoito-ja-oppaat/itsehoito/seksuaalisuuden_omahoito/Pages/tietoa_seksuaalisuudesta.aspx

Ojala, K. 2012. Miten endometrioosi hoidetaan. Viitattu 2.12.2018.
<https://www.terve.fi/artikkelit/miten-endometrioosi-hoidetaan>

Ojala, T. 2015. Krooninen kipu täyttää sekä kehon että mielen. Viitattu 9.10.2018.
<https://www.suomenkipu.fi/2015/07/krooninen-kipu-tayttaa-seka-kehon-etta-mielen/>

Paakkari, P. 2017. Krooninen (pitkäaikainen kipu) – lääkehoito. Viitattu 9.10.2018.
https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00939

Parazzini F, Bertulesi C, Pasini A, ym. Determinants of short term recurrence rate of endometriosis. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 2005;121:216-9.

Pastor, J., Diego, R., Gómez, M., Díez, E., Flórez, A., Olmos, G. & Baños, J. 2014. Bladder Endometriosis and Endocervicosis: Presentation of 2 Cases with Endoscopic Management and Review of Literature. Viitattu 18.10.2018. <https://www.hindawi.com/journals/criu/2014/296908/>

Ranta, T-L. 2014. Puolison kipu koettelee parisuhdetta. Viitattu 5.11.2018.
<https://www.terve.fi/artikkelit/puolison-kipu-koettelee-parisuhdetta>

Ryttyläinen, K. & Valkama, S. 2010. Seksuaalisuus hoitotyössä. Edita. Helsinki.

Sallinen, M. 2006. Ruusunpunaisista pilvilinnoista tuuliajolle – Tahaton lapsettomuus psyykkisenä kriisinä. Tampereen yliopisto.

Sinervo, K. 2018. Endometriosis and Bowel Symptoms. Viitattu 18.10.2018.
<http://centerforendo.com/endometriosis-and-bowel-symptoms/>

Suomen kivuntutkimusyhdistys ry. 2018. Mitä kipu on? Perustietoa kivusta kaikille. Viitattu 2.10.2018. <https://www.skty.org/materiaalit/>

Suvitie, P. 2017. Nuoren tytön kuukautiskivut. Duodecim. 133:285–91.

Suvitie, P., Hallamaa M., Matomäki J., Mäkinen J. & Perheentupa A. 2015. Prevalence of Pain Symptoms Suggestive of Endometriosis Among Finnish Adolescent Girls (TEENMAPS Study). North American Society for Pediatric and Adolescent Gynecology. 29(2):97-103.

Terveyskirjasto. 2017. Viitattu 21.1.2018.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=snk05060

Terveyskylä. 2018. Endometrioosin oireet. Viitattu 19.10.2018.
<https://www.terveyskyla.fi/naistalo/gynekologinen-terveys/endometrioosi/endometrioosin-oireet>

Terveyskylä. 2018. Ihmissuhteet. Viitattu 5.11.2018.
<https://www.terveyskyla.fi/kivunhallintatalo/pitk%C3%A4aikainen-kipu/ihmissuhteet>

Terveyskylä. 2018. Kivun arviointi. Viitattu 16.10.2018.
<https://www.terveyskyla.fi/kivunhallintatalo/itsehoito/opi-arvioimaan-kipua>

Terveyskylä. 2018. Mitä elämänlaatu on? Viitattu 25.4.2019.
<https://www.terveyskyla.fi/palliativinentalo/palliativinen-hoito/el%C3%A4m%C3%A4nlaatu-jak%C3%A4rsimys/mit%C3%A4-el%C3%A4m%C3%A4nlaatu-on>

Terveyskylä. 2018. Psykkiset voimavarat. Viitattu 6.11.2018.
<https://www.terveyskyla.fi/kivunhallintatalo/pitk%C3%A4aikainen-kipu/psykkiset-voimavarat>

Terveystalo, 2017. Miten valita sopivin ehkäisymuoto? Viitattu 15.4.2019.
<https://www.terveystalo.com/fi/Ajankohtaista/Uutiset/Miten-valita-sopivin-ehkaisymuoto/>

Terveystalo, 2016. Kova kipu ei kuulu kuukautisiin. Viitattu 3.10.2019.
<https://www.terveystalo.com/fi/Ajankohtaista/Uutiset/Kova-kipu-ei-kuulu-kuukautisiin/>

Tietosuojavaltuutetun toimisto. 2018. Usein kysyttyjä kysymyksiä EU:n tietosuoja-asetuksesta. Viitattu 11.2.2019. <https://tietosuoja.fi/gdpr>

Tiitinen, A. 2018. Kuukautiskivut. Viitattu 16.10.2018. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00147

Tiitinen, A. 2009. Postmenopausaalinen hormonihoito. Viitattu 30.5.2019. <https://www.duodecimlehti.fi/lehti/2009/20/duo98382>

Tiitinen, A. 2018. Vaihdevuodet. Viitattu 28.5.2019. https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00179

Tiitinen, A. 2018. Vaihdevuosien hormonihoitoon vaikutukset kehossa. Viitattu 28.5.2019. https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk01160

Tiitinen, A. 2018. Yhdyntäkipu. Viitattu 22.10.2018. https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00185

Tulppala, M. 2002. Lapsettomuuden tuska. Duodecim. Viitattu 23.10.2018. <https://www.terveyskirjasto.fi/xmedia/duo/duo92833.pdf>

Uotila, R., Setälä, M., Härkki, P., Kössi, J. & Lavonius, M. 2014. Endometrioosipotilaiden suolionnereet ja kirurgian vaikutus niihin. Viitattu 19.9.2018. <https://www.duodecimlehti.fi/lehti/2014/9/duo11632>

Vercellini P, Somigliana E, Viganò P, Abbiati A, Barbara G, Crosignani PG. Surgery for endometriosis-associated infertility: a pragmatic approach. Hum Reprod 2009(b); 24:254-69.

Vercellini, P., Viganò, P., Somigliana, E. & Fedele, L. 2014. Endometriosis: Pathogenesis and Treatment. Endocrinology. 261-275.

Verkkopalvelu kehitysvammaisuudesta. 2017. Emotionaalinen tuki. Viitattu 31.10.2018. <https://verneri.net/yleis/emotionaalinen-tuki>

Väestöliitto. 2018. Lapsettomuus koskettaa aina. Viitattu 23.10.2018.
http://www.vaestoliitto.fi/parisuhde/tietoa_parisuhteesta/parisuhteen_kriisit/lapsettomuudesta/

LIITTEET

ANALYSOITAVA ENDOMETRIOOSIKIPUPOTILAAN ESITIELOMAKE

LIITE 1

1

Endometrioosikipupotilaan esitietolomake

1/2016

Nimi _____ Henkilötunnus _____

Lomakkeen täyttöpäivä _____. _____. _____

Ikä _____ v Pituus _____ cm Paino _____ kg

Kuukautisten alkamisikä _____ v Kuukautisvuodon kesto _____ vrk

Kuukautiskierron pituus (aika vuodon alusta seuraavan vuodon alkuun) _____ vrk

Raskaudet (lukumäärä) _____

Synnytykset (lukumäärä) _____ vuosina _____

Keskenmenot (lukumäärä) _____ vuosina _____

Keskeytykset (lukumäärä) _____ vuosina _____

Kohdunulkoiset raskaudet (lukumäärä) _____ vuosina _____

Rastita sopivat vaihtoehdot tämänhetkisen tilanteen mukaan.

1. Minä vuonna sinulla on epäilty tai todettu endometrioosi?

- ☐ Epäilty, milloin? _____
- ☐ Todettu leikkauksessa, milloin? _____
- ☐ En muista

2. Onko sinut leikattu endometrioosin vuoksi?

- ☐ Tähystysleikkauksella
- ☐ Avoleikkauksella
- ☐ Molemmilla

3. Kuinka monta vatsanalueen leikkausta sinulle on tehty endometrioosin vuoksi?

- ☐ 1
- ☐ 2
- ☐ 3
- ☐ yli kolme

Missä sairaalassa, milloin, mitä leikattiin? _____

4. Onko sinulta leikkauksessa poistettu

- Kohtu ☐ ei ☐ kyllä
- Munasarja ☐ vasen ☐ oikea ☐ molemmat

5. Onko leikkaushoito auttanut lantion alueen kipuihin?

- ☐ ei auttanut eikä pahentanut
- ☐ vähensi kipuja osittain
- ☐ helpotti joksikin aikaa, kesto _____?
- ☐ leikkaus auttoi hyvin, olen edelleen tyytyväinen
- ☐ osa leikkauksista auttoi ja osa ei
- ☐ pahensi kipua

6. Käytätkö säännöllisesti lääkitystä endometrioosiin (muu kuin särkylääke)?

☐ ei ☐ kyllä

- ☐ e-pilleriä
- ☐ minipilleriä tai keltarauhashormonia
- ☐ hormonikierukkaa

4. ☐ GnRH –analogia (ja hormonikorvaushoitoa)

5. ☐ kahden lääkkeen yhdistelmää

Käyttämäsi lääkkeen nimi? _____

7. Käytätkö säännöllisesti kipulääkitystä endometrioosiin? ☐ ei ☐ kyllä

1. ☐ päivittäin

2. ☐ lähes päivittäin

3. ☐ viikoittain

4. ☐ muutamana päivänä kuukaudesta

Käyttämäsi lääkkeen nimi? _____

8. Onko käyttämästäsi lääkityksestä apua?

1. ☐ ei

2. ☐ osittainen apu

3. ☐ kyllä, hyvä apu

9. Käytössäsi oleva ehkäisy menetelmä?

1. ☐ ei ehkäisyä

2. ☐ e-pilleri

3. ☐ minipilleri

4. ☐ hormonikierukka

5. ☐ kuparikierukka

6. ☐ kondomi

7. ☐ muu, mikä? _____

10. Onko sinua tutkittu tai hoidettu lapsettomuuden takia? ☐ ei ☐ kyllä

11. Onko sinulla tällä hetkellä raskaustoive? ☐ ei ☐ kyllä

12. Onko sinulla tulevaisuudessa raskaustoive ☐ ei ☐ kyllä

13. Onko lähisukulaisellasi todettu tai epäilty endometrioosia?

1. ☐ ei

2. ☐ kyllä, äidilläni

3. ☐ kyllä, sisarellani

4. ☐ kyllä, tyttärelläni

5. ☐ en tiedä

14. Tupakoitko? ☐ ei ☐ kyllä

YLEINEN TERVEYDENTILA

15. Onko sinulla jokin yleissairaus (muu kuin endometrioosi)? ☐ ei ☐ kyllä

Mikä, mitkä sairaudet?

1. ☐ Diabetes

2. ☐ Verenpainetauti

3. ☐ Sydänsairaus, mikä? _____

4. ☐ Migreeni

5. ☐ Keliakia

6. ☐ Crohnin tauti

7. ☐ Haavainen paksusuolentulehdus

8. ☐ Perinnöllinen verenvuototaipumus

9. ☐ Sairastettu laskimotukos

10. ☐ Masennus

11. ☐ Muu, mikä? _____

Lääkitys _____

16. Onko sinulla diagnosoitu jokin seuraavista?

1. ☐ Ärtävän suolen oireyhtymä

2. ☐ Peräaukon haavauma

3. ☐ Peräpukamat

4. ☐ Yliaktiivinen rakko
 5. ☐ Kivualias rakko/interstitiellinen kystiitti
 6. ☐ Fibromyalgia
 7. ☐ Vulvodynia

17. Onko sinulle tehty vatsanalueen leikkauksia muun sairauden kuin endometrioosin vuoksi?

1. ☐ ei
 2. ☐ kyllä, tähystysleikkaus
 3. ☐ kyllä, avoleikkaus
 4. ☐ kyllä, sekä avo- että tähystysleikkaus

Milloin, mitä leikattiin? _____

18. Ympyröi oheiseen numeroasteikkoon miten tyytyväinen olet yleiseen terveydentilaasi

Täysin tyytymätön 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Täysin tyytyväinen

19. Jos olet tyytymätön terveydentilaasi, mikä tai mitkä tekijät ovat syynä?

KUUKAUTISKIVUT

20. Onko sinulla kuukautiskipu? Jos vastaat ei, tai sinulla ei ole kuukautisia, siirry kysymykseen 33.

1. ☐ Ei
 2. ☐ Kyllä
 3. ☐ Minulla ei ole kuukautisia, koska
 a. ☐ Minulta on poistettu kohtu
 b. ☐ Käyttämäni lääkitys pitää kuukautiset poissa
 c. ☐ Syy on epäselvä

21. Kuinka kauan sinulla on ollut kuukautiskipu? _____ vuotta

22. Minkä ikäisenä kuukautiskivut alkoivat? _____-vuotiaana

23. Esiintyykö kuukautiskipu
 1. ☐ joka kerta
 2. ☐ useimpina kertoina
 3. ☐ harvoin

24. Kuinka monta päivää keskimäärin sinulla on kuukautiskipu? 1. ☐ 1 - 2
 2. ☐ 3 - 4
 3. ☐ 5 - 6
 4. ☐ 7 vrk tai enemmän

25. Alkaako kuukautiskipu
 1. ☐ vuodon alkamispäivänä
 2. ☐ 1-3 vrk ennen vuodon alkua
 3. ☐ yli kolme vrk ennen vuodon alkua

26. Missä kuukautiskipu tuntuu?
 1. ☐ Alavatsalla
 2. ☐ Alaselässä
 3. ☐ Nivusissa
 4. ☐ Reisissä
 5. ☐ Muualla, missä? _____

27. Ympyröi asteikkoon arvio vaikeimman kuukautiskipusi voimakkuudesta ilman kipulääkitystä

Ei kipua 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Pahin mahdollinen

28. Ympyröi asteikkoon arvio vaikeimman kuukautiskipusi voimakkuudesta jos otat kipulääkettä

Ei kipua 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Pahin mahdollinen

29. Joudutko kuukautiskipujen vuoksi olemaan poissa töistä tai koulusta?

1. ☐ en koskaan
2. ☐ toisinaan
3. ☐ joka kuukautisten aikana

30. Käytätkö kuukautiskipujen vuoksi särkylääkkeitä?

☐ ei ☐ kyllä

Jos vastasit ei, siirry kysymykseen 33

Mitä lääkettä/lääkkeitä? Annostus? _____

31. Keskimäärin kuinka monen vuorokauden ajan käytät kuukautiskipujen vuoksi särkylääkkeitä?

1. ☐ 1 - 2
2. ☐ 3 - 5
3. ☐ > 5

32. Auttaako käyttämäsi särkylääke?

1. ☐ ei juurikaan
2. ☐ osittain
4. ☐ kyllä, erittäin hyvin

YHDYNTÄKIVUT JA SEKSUAALISUUS JA PARISUHDE

33. Onko sinulla ollut yhdyntöjä? (Jos vastaat ei, voit siirtyä kysymykseen 38)

☐ ei ☐ kyllä

34. Onko sinulla yhdyntäkipuja?

1. ☐ ei (siirry kysymykseen 38)
2. ☐ toisinaan
3. ☐ joka kerta

35. Ympyröi oheiseen numeroasteikkoon arvio vaikeimman yhdyntäkipusi voimakkuudesta

Ei kipua 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Pahin mahdollinen

36. Ympyröi numeroasteikkoon yhdyntäkipujen vaikutus seksielämäsi

Ei huononna 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Pilaa täysin

37. Jos elät parisuhteessa, onko yhdyntäkipu heikentänyt parisuhdettasi?

1. ☐ ei ole vaikuttanut
2. ☐ on heikentänyt jonkin verran
3. ☐ on heikentänyt merkittävästi

38. Jos elät parisuhteessa, vaikuttaako jokin muu tekijä heikentävästi parisuhteeseesi?

1. ☐ ei vaikuta
2. ☐ kyllä, muut kipuoireet kuin yhdyntäkipu
3. ☐ kyllä, lapsettomuus
4. ☐ kyllä, muut tekijät kuin edellä mainitut

VIRTSAAMISEEN LIITTYVÄT OIREET

39. Onko Sinulla kipua virtsaamisen yhteydessä?

☐ ei ☐ kyllä

40. Ympyröi asteikkoon arviosi vaikeimman virtsaamiseen liittyvän kivun voimakkuudesta

Ei kipua 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Pahin mahdollinen

41. Onko sinulla kipua rakon ollessa täynnä?

☐ ei ☐ kyllä

42. Ympyröi asteikkoon arviosi vaikeimman täyden rakon kivun voimakkuudesta

Ei kipua 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Pahin mahdollinen

43. Vaikuttavatko kuukautiset virtsaamiseen liittyviin kipuihin?

1. ☐ ei
2. ☐ pahenee kuukautisten aikana
3. ☐ kipuja on vain kuukautisten aikana

SUOLISTON TOIMINTAAN LIITTYVÄT OIREET

44. Onko Sinulla toistuvasti kipuja ulostaessa?

1. ☐ ei (voit siirtyä kysymykseen 46)
2. ☐ kyllä, kuukautisten aikana
3. ☐ kyllä, muulloinkin

45. Ympyröi asteikkoon arviosi vaikeimman ulostamiseen liittyvän kivun voimakkuudesta

Ei kipua 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Pahin mahdollinen

46. Onko Sinulla toistuvasti jotain seuraavista?

1. ☐ ummetusta
2. ☐ ripulia
3. ☐ paineen tunnetta alavatsalla
4. ☐ ulostamisen tarvetta ilman suolen toimimista
5. ☐ kiire ulostamaan
5. ☐ ei mitään edellä mainituista oireista

47. Tuleeko Sinulta joskus verta ulostaessasi?

1. ☐ ei
2. ☐ kyllä, kuukautisten aikana
3. ☐ kyllä, muulloinkin

MUUT VATSAKIVUT (Muut kuin kuukautiskivut, yhdyntäkivut, ulostamiseen tai virtsaamiseen liittyvät kivut)

48. Onko Sinulla ollut toistuvia tai jatkuvia kipuja alavatsan alueella vähintään puolen vuoden ajan?

☐ ei ☐ kyllä

49. Esiintyykö kipuja

1. ☐ jatkuvasti
2. ☐ päivittäin, mutta ei koko ajan
3. ☐ ei aivan joka päivä
4. ☐ viikoittain
5. ☐ harvemmin

50. Ympyröi oheiseen asteikkoon arvio vaikeimman alavatsan alueella esiintyvän kivun voimakkuudesta

Ei kipua 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Pahin mahdollinen

51. Vaikuttavatko kuukautiset muiden vatsanalueen kipujen esiintymiseen?

1. ☐ eivät vaikuta
2. ☐ kyllä, kipu pahenee kuukautisten aikana

52. Käytätkö kipulääkkeitä näiden vatsakipujen vuoksi?

☐ ei ☐ kyllä

53. Mikä kipuoireistasi häiritsee elämääsi eniten?

1. ☐ kuukautiskipu
2. ☐ yhdyntäkipu
3. ☐ virtsaamiseen liittyvä kipu
4. ☐ ulostamiskipu
5. ☐ muu alavatsakipu

KIITOS VASTAUKSESTASI!