

Emilia Sarajärvi & Riikka Liikavainio

OPAS ENDOMETRIOOSIA SAIRASTAVALLE NAISELLE

OPAS ENDOMETRIOOSIA SAIRASTAVALLE NAISELLE

Emilia Sarajärvi & Riikka Liikavainio
Opinnäytetyö
Syksy 2021
Hoitotyön tutkinto-ohjelma
Oulun ammattikorkeakoulu

TIIVISTELMÄ

Oulun ammattikorkeakoulu
Hoitotyön tutkinto-ohjelma, kätilön ja sairaanhoitajan suuntautumisvaihtoehdot

Tekijät: Emilia Sarajärvi & Riikka Liikavainio

Opinnäytetyön nimi: Opas endometrioosia sairastavalle naiselle

Työn ohjaaja: Satu Rainto

Työn valmistumislukukausi ja -vuosi: Syksy 2021

Sivumäärä: 54

Endometrioosi on yksi yleisimmistä gynekologisista sairauksista, sekä meillä että maailmalla. Suomessa endometrioosia sairastaa noin 200 000 naista, eli noin 10–15 prosenttia hedelmällisessä iässä olevista naisista. Diagnoosi tehdään usein vasta lapsettomuushoitojen yhteydessä tai etsittäessä syitä vaikeille ja toistuville vatsanalueen kivuille. Sairauden oireet vaihtelevat täysin oireetomasta hyvin vaikeisiin, elämänlaatua merkittävästi heikentäviin oireisiin. Endometrioosin yksilötason vaikutukset ovat hyvin kokonaisvaltaiset ja suuret, joten sairaudella on myös merkittävä vaikutus yhteiskunnallisella tasolla.

Opinnäytetyön aihe nousi esiin Oulun yliopistollisen sairaalan tarpeesta endometrioosia käsittelevälle oppaalle. Opinnäytetyön tarkoituksena oli suunnitella ja tuottaa kirjallinen endometrioosioapas Oulun yliopistollisen sairaalan naistentautien poliklinikan käyttöön. Oppaan kohderyhmä oli endometrioosidiagnoosin jo saanut nainen, sekä hänen lähipiirinsä. Opinnäytetyön tavoitteena oli antaa endometrioosia sairastavalle naiselle laadukasta ja ajantasaista tietoa sairaudesta, sen yleisyydestä, patofysiologiasta, ilmenemismuodoista, oireista sekä hoitomuodoista. Tavoitteena oli myös luoda kirjallinen potilasopas endometrioosia sairastavan naisen potilasohjauksen tueksi Oulun yliopistollisen sairaalan naistentautien poliklinikalle.

Projektin lyhyen aikavälin kehitystavoitteena oli edistää ja täydentää endometrioosipotilaan saamaa kokonaisvaltaista ja perhekeskeistä hoitoa endometrioosin hoidossa Oulun yliopistollisen sairaalan naistentautien poliklinikalla. Pitkänajan kehitystavoitteena oli endometrioosia sairastavan naisen seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistäminen, ja sitä kautta myös kansanterveyden edistäminen.

Opinnäytetyö toteutui projektimuotoisena. Menetelmänä käytettiin laajoja tutkimushakuja ja laadukaan ja tuoreen tutkimustiedon keräämistä ja käyttämistä oppaan laadinnassa. Oppaan koostamiseen käytettiin lähteinä hoitoalan ja lääketieteen tietokirjallisuutta, tuoretta tutkimustietoa, sekä kotimaisia terveydenhuollon tietokantoja.

Opinnäytetyön tuotoksena syntyi kirjallinen potilasopas endometrioosia sairastavalle naiselle Oulun yliopistollisen sairaalan naistentautien poliklinikan käyttöön. Opas sisältää endometrioosia koskevan tiedon lisäksi myös lyhyen listauksen luotettavista tiedon lähteistä sekä vertaistukiryhmistä. Projektin kehittämisideana on suunnitella ja tuottaa endometrioositietoutta lisäävä opas terveydenhuollon ammattilaisille diagnostisen viiveen lyhentämiseksi.

Asiasanat: endometrioosi, kivunhoito, endometrioosin hoito, seksuaali- ja lisääntymisterveys, potilasopas, potilasohjaus

ABSTRACT

Oulu University of Applied Sciences
Degree Programme in Nursing and Healthcare, Option of Midwifery & of Nursing

Authors: Emilia Sarajärvi & Riikka Liikavainio
Title of thesis: Patient Guide for a Woman with Endometriosis
Supervisor: Satu Rainto
Term and year when the thesis was submitted: Autumn 2021
Number of pages: 54

Endometriosis is one the leading gynecological conditions worldwide. In Finland endometriosis affects approximately 10 – 15 per cent of women in reproductive ages. Often diagnosis is set not until infertility treatments or in search for the cause of serious and reoccurring pelvic pains. The symptoms of the disease vary from none to severe, life quality depleting symptoms. The significant and comprehensive effects of endometriosis to an individual also mean the disease has a considerable impact on the society on a larger scale.

The purpose of this thesis was to design and produce a written patient guide for a woman with endometriosis for Oulu University Hospital Polyclinic of Gynecology. The target group of the guide were women already diagnosed with endometriosis, but also their partners and circle of friends. The aim of the thesis was to provide evident based and recent information about endometriosis to a woman suffering from it. In addition, an aim was to provide a written tool to support the endometriosis patient counselling at the Oulu University Hospital Polyclinic of Gynecology. The long-term objective of the thesis was to improve the sexual and reproductive health of women with endometriosis and thereby also the public health of the Finnish society.

The thesis was carried out as a functional project in co-operation with the Oulu University Hospital Polyclinic of Gynecology. As a method, a comprehensive search of endometriosis was conducted and evidence based, recent and qualified sources were used in the production of the patient guide. The research results were mainly conducted of electronic databases. Expert literature and Finnish medical databases were also used as a source.

As an outcome the thesis provided a written patient guide for a woman with endometriosis. The guide includes general information about the disease, its pathophysiology, symptoms, and treatment options. A short listing of reliable sources and peer support sites for independent study are also provided in the guide.

A further development idea of the thesis is to design and produce an endometriosis related guide for health care providers. Currently the key challenge is the diagnostical delay, that partly is due to unawareness of the condition among health care providers. The aim would hence be the increasing of the awareness and knowledge of the condition amongst health care providers. This would promote efficient recognition of the symptoms, earlier diagnosis, and earlier start of treatment.

Keywords: Endometriosis, Pain Management, Treatment of Endometriosis, Sexual- and Reproductive Health, Patient Guide, Patient Counselling

SISÄLLYS

1	JOHDANTO	6
2	NAISEN SUKUPUOLIHORMONITOIMINTA	8
2.1	Naissukupuolihormonit	8
2.1.1	Estrogeenit.....	9
2.1.2	Progesteroni.....	10
2.2	Kuukautiskierto.....	11
3	ENDOMETRIOOSI SAIRAUTENA	13
3.1	Patofysiologia	13
3.2	Oireet	16
3.3	Diagnoosi	18
3.4	Endometriosin hoito ja hoidon tavoitteet.....	21
3.4.1	Lääkehoito	21
3.4.2	Leikkaushoito	24
3.4.3	Tukihoidot	26
4	ENDOMETRIOOSIN VAIKUTUS NAISEN ELÄMÄÄN JA SEKSUAALI- JA LISÄÄNTYMISTERVEYTEEN	29
5	POTILASOHJAUS ENDOMETRIOOSIPOTILAAN HOIDOSSA	32
5.1	Potilasohjaus osana endometriosipotilaan hoitotyötä	33
5.2	Kirjallisen materiaalin käyttö potilasohjausmateriaalina.....	34
6	PROJEKTIN TARKOITUS JA TAVOITTEET	37
6.1	Kohderyhmä & hyödynsaajat.....	38
7	PROJEKTI OPINNÄYTETYÖMENETELMÄNÄ	39
7.1	Projektin toteutus.....	40
7.2	Projektin tuotos.....	42
8	PROJEKTIN ARVIOINTI.....	43
8.1	Oppaan arviointi	43
8.2	Projektin arviointi	45
9	POHDINTA	48
9.1	Projektin eettisyys ja luotettavuus	50
	LÄHTEET.....	51

1 JOHDANTO

Endometrioosi on yksi yleisimmistä gynekologisista sairauksista, sekä meillä että maailmalla. Suomessa endometrioosia sairastaa noin 200 000 naista, eli noin 10–15 prosenttia hedelmällisessä iässä olevista naisista. (Korento ry, viitattu 22.9.2020). Maailmanlaajuisesti endometrioosista kärsiviä naisia on noin 176 miljoonaa (Edmonds, Bourne& Leeds 2018, 41100i). Todennäköisesti endometrioosia sairastavia on tätäkin enemmän, sillä usein diagnoosi tehdään vasta lapsettomuushoitojen yhteydessä tai etsittäessä syitä vaikeille ja toistuville vatsanalueen kivuille. Diagnoosia vaikeuttaa muun muassa vaihteleva ja monimuotoinen oirekuva. Sairauden oireet voivat vaihtelevat täysin oireettomasta hyvin vaikeisiin, elämänlaatua merkittävästi heikentäviin oireisiin. (Oats& Abraham 2016, 286–288).

Endometrioosissa eli kohdun sirottumataudissa kohdun limakalvon tapaista kudosta esiintyy myös kohdun ulkopuolella. Kudosesiintymiä kutsutaan pesäkkeiksi ja niillä on eri esiintymismuotoja. Endometrioosi on estrogeeniin riippuvainen sairaus. (Botha& Ryttyläinen-Korhonen 2016, 75). Sairaus on uusiutuva ja krooninen (Korento ry, viitattu 22.9.2020), eikä sen perimmäistä syytä vieläkään tunneta (Perheentupa& Härkki 2019, viitattu 24.9.2020).

Tyypillisimmin endometrioosi aiheuttaa erinäisiä kipuoireita (Perheentupa& Härkki 2019, viitattu 24.9.2020) ja on myös yksi merkittävin lapsettomuuden syy (Härkki, Heikinheimo, Tiitinen 2015, 221). On siis selvää, että endometrioosilla on isot vaikutukset ei ainoastaan sitä sairastavalle, mutta mahdollisesti myös hänen puolisolleen ja läheisilleen (Suvitie 2020, 884). Endometrioosin ei ole olemassa parantavaa hoitoa, mutta oireita voidaan kuitenkin lievittää ja taudin etenemistä hillitä. (Botha& Ryttyläinen-Korhonen 2016, s. 77–78).

Opinnäytetyön tarkoituksena oli suunnitella ja tuottaa kirjallinen endometrioosiopas Oulun yliopistollisen sairaalan naistentautien poliklinikan käyttöön. Oppaan oli tarkoitus olla niin sanottu yleisopas endometrioosidiagnoosin jo saaneelle naiselle. Tästä syystä oppaan toivottiin käsittelevän endometrioosia laaja-alaisesti, mutta napakasti ja informatiivisesti. Opinnäytetyön tavoitteena oli antaa endometrioosia sairastavalle naiselle laadukasta ja ajantasaista tietoa endometrioosista, sen yleisyydestä, patofysiologiasta, ilmenemismuodoista, oireista sekä hoitomuodoista. Tavoitteena oli

myös luoda Oulun yliopistollisen sairaalan naistentautien poliklinikan henkilökunnalle kirjallinen potilasopas endometrioosia sairastavan naisen potilasohjauksen tueksi. Opinnäytetyön keskeiset käsitteet olivat *endometrioosi*, *kivun hoito*, *itsehoito*, *fertiliteetti* ja *potilasohjaus*.

Opinnäytetyön tärkein tavoite oli siis endometrioosiin liittyvän tiedon lisääminen endometrioosia sairastavalle, sekä mahdollisesti myös hänen puolisolleen että lähipiirilleen. Koska endometrioosin yksilötason vaikutukset ovat hyvin kokonaisvaltaiset ja elämänlaatua heikentävät, on sairaudella myös merkittävä vaikutus yhteiskuntaan. Yhteiskunnalliset aspektit huomioiden endometrioositiedon lisääminen ei hyödytä ainoastaan yksilöä, vaan on tärkeä osa kansanterveytemme edistämistä. (THL 2014, 10). Opinnäytetyö tukee näin Terveyden ja hyvinvoinninlaitoksen laatiman Seksuaali- ja lisääntymisterveyden toimintaohjelman 2014–2020 tavoitteiden saavuttamista. Opinnäytetyön tavoitteena isommassa mittakaavassa oli siis kansanterveyden edistäminen seksuaali- ja lisääntymisterveyttä edistämällä.

Opinnäytetyö toteutui projektimuotoisena yhteistyössä Oulun yliopistollisen sairaalan naistentautien poliklinikan kanssa vuosina 2020–2021. Projektin päättymisen jälkeen endometrioosioppaan päivitys-, muokkaus- ja omistusoikeudet siirtyivät Oulun yliopistolliselle sairaalalle.

2 NAISEN SUKUPUOLIHORMONITOIMINTA

Elimistön toimintoja säädellään hermoston välityksellä ja nesteissä olevien viestiaineiden, hormonien avulla. (Litmanen 2012, 92) Elimistössä vaikuttavia hormoneja on useita satoja. Hormonit erittyvät rauhasista, kudoksista ja elimistä ja kulkeutuvat kohdekudoksiinsa pääsääntöisesti verenkierron välityksellä. Tärkeimpiä hormoneja tuottavia elimiä ovat muun muassa kilpirauhanen, lisämunuaiset, aivolisäke, haima sekä munasarjat. (Botha & Ryttyläinen-Korhonen 2016, 22–23). Raskausaikana naisen elimistössä hormoneja tuottaa myös istukka. (Litmanen 2012, 92.) Hormonit vaikuttavat kohdekudoksiinsa ja kontrolloivat näin monia elimistön toimintoja, kuten uni- ja valvetyymiä, tunnetiloja, verenkiertoa, sydämen sykettä ja verenpainetta, elimistön suorituskykyä, sekä sukupuoliominaisuuksia (Botha & Ryttyläinen-Korhonen 2016, 22–23).

2.1 Naissukupuolihormonit

Sukupuolihormoneiksi kutsutaan niin sanottuja nais- ja mieshormoneja. Naishormoneja ovat erilaiset estrogeenit sekä progesteroni eli keltarauhashormoni, mieshormoneja puolestaan androgeenit eli testosteroni. Sukupuolihormonit säätelevät muun muassa elimistön sukupuoliominaisuuksia ja muodostavat elimistön sukupuolelle ominaisia piirteitä. Naisella sukupuolihormonit säätelevät kuu-kautiskiertoa ja ylläpitävät raskautta, miehellä ne ovat välttämättömiä muun muassa siittiöntuotannossa. (Botha & Ryttyläinen-Korhonen 2016, 22–24). Sukupuolihormonit ovat siis myös lisääntymisen avainhormoneja. Kummankin sukupuolen elimistöt tuottavat sekä mies- että naishormoneja (Litmanen 2012, 92), mutta niiden pitoisuudet elimistössä ovat sukupuolelle ominaiset: naisella mieshormonipitoisuus on pieni, miehellä puolestaan naishormonipitoisuus on pieni. Naisella sukupuolihormoneja muodostuu munasarjoissa, lisämunuaisissa, rasvakudoksessa sekä istukassa. Miehellä sukupuolihormonituotannosta vastaavat kivekset ja lisämunuaiset. (Botha & Ryttyläinen-Korhonen 2016, 22–24). Iän myötä elimistön hormonituotanto muuttuu sekä miehellä että naisella (Litmanen 2012, 92).

Verenkierrossa hormonit ovat suurimmaksi osaksi sitoutuneina kantajamolekyyleihin, mutta ne voivat kulkea myös vapaina. Yleisimmin kantajina toimivat plasman proteiinit. Estrogeenit ja andro-

geenit sitoutuvat pääasiassa SHBG-molekyyliin eli sukupuolihormoneja sitovaan globuliiniproteiiniin ja jonkin verran myös albumiiniin. Progesteroni puolestaan sitoutuu kortikosteroidien käyttämään transkortiiniin. (Litmanen 2016, 92).

Kohdekudoksessa hormonit sitoutuvat kohdekudoksen solukalvoilla tai solujen sisällä oleviin hormoneille sopiviin reseptoreihin. Reseptorit ovat hormonikohtaisia, mutta joihinkin reseptoreihin voi sitoutua useampia hormoneja. Jotkin hormonit voivat sitoutua myös useampiin reseptoreihin. Hormonin tehoon vaikuttaa näin sekä hormonille sopivien reseptoreiden määrä, että hormonin kyky sitoutua eri reseptoreihin. (Litmanen 2016, 92).

Kemialliselta rakenteeltaan hormonit voivat olla proteiineja, glykoproteiineja, peptidejä, aminohappojohdannaisia tai kolesterolin johdannaisia. Sukupuolihormonit ovat kolesterolin johdannaisia. Sukupuolihormonit erittyvät vereen sukupuolirauhasista ja lisämunuaiskuoresta enimmäkseen biologisesti vaikuttavassa muodossa. Osa erittyy kuitenkin inaktiivisena esiasteena, joka aktivoidaan vasta muualla elimistössä. Esimerkiksi maksa ja rasvakudos muuttavat testosteronia entsyymien avulla estrogeeneiksi. (Litmanen 2016, 92).

2.1.1 Estrogeenit

Estrogeeniryhmään kuuluu lukuisia hormoneja. Kolmea estrogeenihormonia, estradiolia, estronia ja estriolia löytyy naisen elimistöstä merkittävässä määrin. (Litmanen 2012, 108). Näitä estrogeeneja kutsutaan luonnollisiksi estrogeeneiksi. Estrogeenit muodostuvat suurimmaksi osaksi munasarjoissa, mutta myös lisämunuaisessa, rasvakudoksessa ja miehellä kiveksissä. (Tuppurainen 2018, viitattu 22.10.2020). Endometrioosia sairastavalla estrogeenia muodostuu myös endometriosipesäkkeissä. Tämä paikallinen estrogeenituotanto poikkeaa normaalista kohdun limakalvon toiminnasta, ja ylläpitää pesäkkeiden tulehdustilaa ja ruokkii pesäkkeiden kasvua. (Suvitie 2020, 885).

Estrogeenit vaikuttavat elimistön toimintaan ja aineenvaihduntaan monella eri tapaa (Litmanen 2012, 108). Saavuttuaan kohdesoluun estrogeeni sitoutuu sille spesifisiin reseptoreihin. Estrogeenireseptoreita esiintyy eniten virtsa- ja sukupuolielimien kudoksissa ja rintarauhasissa, jonka vuoksi

estrogeenien vaikutus on näissä elimissä suurin (Oats & Abraham 2016, 12). Estrogeenireseptoreja löytyy kuitenkin myös lähes kaikista kudoksissa, eritoten keskushermostossa, sydämessä, verisuonissa, keuhkoissa, munuaisissa, paksusuolella sekä immuunijärjestelmässä (Tuppurainen 2018, viitattu 17.11.2020).

Sikiökaudella estrogeenin keskeisin vaikutus on kohdun, munanjohtimien ja emättimen kehittyminen (Tuppurainen 2018, viitattu 17.11.2020). Naisen toissijaiset sukupuoliominaisuudet, eli rintojen kasvaminen ja rasvan jakaantuminen naiselle tunnusomaisesti rintoihin, lantiolle, vatsaan ja häpykummulle, ilmaantuvat puberteetti-ikässä estrogeenin vaikutuksesta (Litmanen 2012, 108). Yksi estrogeenin tärkein tehtävä on kohdun limakalvon uusiutumisen säätely kuukautiskierroksen aikana. Sen vaikutuksesta kohdun limakalvo paksuuntuu ja kohdun lihaskerros vahvistuu, kohdun kaulakanavan limaneritys lisääntyy ja emättimen epiteeli paksuuntuu. Estrogeeni saa myös rintarauhaset kasvamään. (Tuppurainen 2018, viitattu 17.11.2020).

Estrogeeneilla on myös useita muita vaikutuksia eri kudoksissa. Ne osallistuvat muun muassa elimistön nestetasapainon säätelyyn kerryttämällä natriumia ja vettä elimistöön. Estrogeenit vaikuttavat myös aineenvaihduntaan, veren hyytymistekijöihin ja kolesteroliarvoihin myönteisesti. Estrogeenit vaikuttavat lisäksi muiden hormonien toimintaan. Estrogeenit ylläpitävät näin myös luuntiheyttä, vaikuttavat positiivisesti mielialaan, alentavat riskiä paksusuolen syövälle ja diabetekselle, laskevat silmänpainetta, ylläpitävät ihon kimmoisuutta, suojaavat aivoja sekä laajentavat verisuonia. (Tuppurainen 2018, viitattu 17.11.2020).

2.1.2 Progesteroni

Progesteroneja erittyy pääosin munasolun irtoamisen seurauksena syntyvästä keltarauhasesta (Litmanen 2012, 109; Tuimala 2018, viitattu 17.11.2020). Progesteronin päätehtävä on muuttaa kohdun limakalvo suotuisaksi hedelmöittyneen munasolun kiinnittymistä varten. Samalla se saa aikaan negatiivisen heijastinvasteen aivolisäkkeen gonadotropiinieritykselle. Tämä estää uuden munasolun kypsymisen. Mikäli raskaus alkaa, kilpailee progesteroni kohdun estrogeenireseptoreista ja estää kohdun supistelua. Tämä ylläpitää raskautta. (Tuimala 2018, viitattu 17.11.2020). Keltarauhanen tuottaa myös vähäisissä määrin relaksiinia, joka auttaa hedelmöittyneen munasolun kiinnittymistä rentouttamalla kohtulihasta. (Litmanen 2012, 109). Jos raskaus ei puolestaan ala, keltarauhanen surkastuu, progesteronituotanto vähenee, gonadotropiinieritys lisääntyy ja sitä

kautta uusi munasolu alkaa kypsyä. Näin alkaa uusi kuukautiskierto. (Tuimala 2018, viitattu 17.11.2020).

2.2 Kuukautiskierto

Suomalaisilla työillä kuukautiskierto alkaa keskimäärin 12,8 vuoden iässä. Normaalisti kuukautiset alkavat 10–16 vuoden iässä. Alkamisikään vaikuttavat sekä perinnölliset tekijät että ulkoiset seikat, kuten ravinto, liikunta ja painon ja pituuden suhde, eli painoindeksi. Jotta kuukautiset alkavat, on painoindeksi oltava riittävän suuri. (Botha& Ryttyläinen-Korhonen 2016, 20).

Normaali kuukautiskierron pituus on keskimäärin 28 vuorokautta. Normaali kierron pituus vaihtelee kuitenkin 23 ja 35 vuorokauden välillä. Kuukautiskierron ensimmäinen vuotopäivä on kierron ensimmäinen päivä. (Botha& Ryttyläinen-Korhonen 2016, 20). Kiertoon kuuluu kolme vaihetta: vuotovaihe, munasolun irtoamista edeltävä vaihe sekä irtoamisen jälkeinen vaihe. Munasolun irtoamista kutsutaan ovulaatioksi. Vuoto kestää yleensä noin viisi päivää (Litmanen 2012, 109), mutta yksilöllistä vaihtelua on paljon (Botha& Ryttyläinen-Korhonen 2016, 20). Kuukautisvuoto koostuu verestä ja kuolleesta kudoksesta. Normaali vuotomäärä on noin 50–150 millilitraa, josta veren osuus on noin 30–50 millilitraa. (Litmanen 2012, 109).

Normaalin kuukautiskiertoon vaaditaan normaali aivolisäkkeen toiminta, normaalit munasarjat sekä kohtu (Botha& Ryttyläinen-Korhonen 2016, 20) Kuukautiskierron aikana munasolu kypsyy, irtoaa ja siirtyy munatorveen (Litmanen 2012, 109). Kuukautiskierron alkuosassa munarakkula kypsyy. Tämän vaiheen aikana estrogeenit synnyttävät kohdun limakalvoon uusia verisuonten haaroja ja rauhasia, mikä saa kuukautisvuodon aikana rappeutuneen limakalvon kasvamaan ja uusiutumaan nopeasti. (Botha& Ryttyläinen-Korhonen 2016, 20). Limakalvon paksuus kaksinkertaistuu tämän kasvuvaiheen aikana (Litmanen 2012, 109).

Samalla kun kohdun limakalvo paksuntuu estrogeenin vaikutuksesta kehittyvät munarakkulat munasarjoissa (Botha& Ryttyläinen-Korhonen 2016, 20). Tätä kutsutaan follikkelivaiheeksi. Sen aikana munasarjoissa noin kymmenen munarakkulaa alkaa kasvaa ja kehittyä follikkelia stimuloivan hormonin (FSH) vaikutuksesta. Tämän vaiheen aikana FSH aktivoi aromataasi-entsyymiä ja saa munasolua verhoavat jyvässolut tuottamaan lisää estrogeeniä. Estrogeeni puolestaan lisää FSH-

reseptoreiden määrää follikkelissa, joten sen vaikutus korostuu entisestään. Näin sekä FSH:n että estrogeenihormonin pitoisuudet ovat korkeimmillaan juuri ovulaation aikaan. (Litmanen 2012, 110).

Yksi munarakkuloista kasvaa eniten verrattuna toisiin ja valikoituu johtavaksi munarakkulaksi eli follikkeliksi. Tämä kehittyy edelleen Graafin follikkeliksi, jonka halkaisija on noin kaksi senttimetriä. Follikkelia stimuloivan hormonin ja lutenisoivan hormonin (LH) tuotanto kiihtyy ja sen vaikutuksesta munarakkula alkaa kypsyä, eli lutenisoitua. Tämä lisää myös progesteronin tuotantoa. Estrogeenin tuotanto on tässä vaiheessa kuukautiskiertoa huipussaan. Sen korkea pitoisuus aiheuttaa äkillisen lisääntymisen lutenisoivan hormonin määrässä, mikä puolestaan saa aikaan munarakkulan eli Graafin follikkelin puhkeamisen. Munarakkulan puhkeaminen eli ovulaatio tapahtuu noin 12–36 tuntia LH-erityspiikin jälkeen. Munarakkulan sisäinen paine ja rakkulan seinämän sileiden lihassolujen supistelu kuljettavat munasolun munatorveen. Hormonit vaikuttavat myös emättimeen ja kohdunkaulaan, jotta olosuhteet ovat siittiöille mahdollisimman suotuisat ja niiden on helpompi matkata munasolun luo. (Litmanen 2012, 111).

Ovulaation jälkeinen vaihe kestää noin 14 vuorokautta. Munasarjojen osalta tätä vaihetta kutsutaan luteaalivaiheeksi. Lutenisoivan hormonin vaikutuksesta puhjenneen munarakkulan tilalle muodostuu keltarauhanen, joka tuottaa kahden viikon ajan keltarauhashormoneja eli progesteroneja. Mikäli raskaus ei ala, keltarauhanen surkastuu pois munasarjan valkoarveksi. (Litmanen 2012, 111). Kohdun limakalvo valmistautuu vastaanottamaan hedelmöittyneen munasolun yhä paksuuntumalla. Limakalvon rauhaset kasvavat, laajenevat ja kiertyvät voimakkaasti ja alkavat erittää glykogeenia, mikä varastoituu limakalvoon. Valtimot tekevät saman ja tiheään laskimosuonitukseen alkaa muodostua laajentumia. Näin limakalvo paisuu sinne kertyvästä kudospainesta. Mikäli munasolu on hedelmöittynyt, kiinnittyy se kohdun limakalvoon noin kuusi päivää ovulaatiosta. Keltarauhasen hormonitoimintaa ylläpitävää koriongonadotropiini-hormonia alkaa muodostua ja näin kohdun limakalvon eritysvaihe jatkuu. Mikäli raskaus ei ala, keltarauhasen eritystoiminta lakkaa. Estrogeenin määrä vähenee ja vielä korkea progesteronipitoisuus saa limakalvon valtimot supistumaan. Näin limakalvon rauhasen eritysvaihe lakkaa ja kudospainesta vähenee. Limakalvo alkaa rappeutua ja kuukautisvuoto alkaa. (Litmanen 2012, 111).

3 ENDOMETRIOOSI SAIRAUTENA

Endometrioosi on yksi yleisimmistä gynekologisista sairauksista. Suomessa endometrioosia sairastaa jopa 200 000 naista, eli 10–15 prosenttia hedelmällisessä iässä olevista naisista. (Korento ry, viitattu 22.9.2020). Maailmanlaajuisesti endometrioosia sairastaa arviolta noin 176 miljoonaa hedelmällisessä iässä olevaa naista (Edmonds, Bourne & Leeds 2018, 41100i). Esiintyvyyttä on kuitenkin vaikea määritellä, sillä usein endometrioosilöydös tehdään vasta lapsettomuustutkimusten aikana tai etsittäessä syytä vatsanalueen kivuille (Oats&Abraham 2016, 286). Endometrioosi on uusiutuva, krooninen sairaus (Korento ry, viitattu 22.9.2020), jonka perimmäinen syy on edelleen tuntematon. Endometrioosi on estrogeeniriippuvainen, joten vaihdevuosien jälkeen sitä esiintyy harvoin (Botha& Ryttyläinen-Korhonen 2016,75). Endometrioosin oireet ja niiden vaikeusasteet ovat moninaisia (Oats&Abraham 2016, 288). Sairautena endometrioosi aiheuttaa kroonista kipua, lapsettomuutta ja heikentää sairastajansa elämänlaatua (Korento ry, viitattu 22.9.2020).

3.1 Patofysiologia

Endometrioosia kutsutaan myös kohdun limakalvon sirottumataudiksi. Endometrioosissa kohdun limakalvon tapaista kudosta esiintyy myös kohdun ulkopuolella, yleisimmin pikkulantiossa vatsakalvon pinnalla, emättimen ja peräsuolen välissä tai munasarjojen pinnalla. Endometrioosia voi esiintyä kuitenkin missä kohdin vatsaonteloa tahansa, jopa sen ulkopuolella. (Botha& Ryttyläinen-Korhonen 2016, 75). Näitä kudosesiintymiä kutsutaan pesäkkeiksi. Pesäkkeiden koko vaihtelee yksittäisestä pienestä pesäkkeestä hyvin suuriin, munasarjojen ja pikkulantion anatomiaa vääristäviin pesäkkeisiin. Isoihin pesäkkeisiin liittyy usein myös huomattavaa kiinnikemuodostusta. (Perheentupa& Santala 2011, 93). Pesäkkeet voivat olla pinnallisia, syviä tai munasarjoissa esiintyviä kystia eli endometriomia. Estrogeeni saa pesäkkeet kasvamaan. Pesäkkeet tuottavat myös itse estrogeenia ja prostaglandiineja. Kudoksiin aiheutuu pesäkkäiden vaikutuksesta krooninen tulehdustila. Kuukautiskierto ja sen aikana tapahtuvat hormonaaliset muutokset vaikuttavat endometrioosipesäkkeisiin kohdun limakalvokudoksen lailla. (Botha& Ryttyläinen-Korhonen 2016, 75).

Endometrioosin perimmäinen syy on vielä tuntematon. Syntymekanismista on useita eri teorioita, mutta yksikään teoria ei luotettavasti selitä kaikkia taudin eri muotoja. (Perheentupa& Härkki 2019,

viitattu 24.9.2020). Endometrioosin ”löytäjänä” pidetään John A. Sampsonia. (Giudice, Evers, Healy 2012, 6). Hänen implantaatioteoria (1927) mukaan endometrioosipesäkkeet kulkeutuvat kohdun ulkopuolelle retrogradisen, eli taaksepäin suuntautuvan kuukautisvuodon seurauksena. (Perheentupa& Härkki 2019, viitattu 24.9.2020). Tätä teoriaa tukee se löydös, että endometrioosia esiintyy vain menstruoivilla kädellisillä. Myös endometrioosin yleisimmät esiintymispaikat selittyivät tällä teorialla. (Oats&Abraham 2016, 286). Sampsonin implantaatioteoria ei selitä niitä tautitapauksia, joissa endometrioosia on havaittu ennen kuukautisten alkamista, kuukautisten puuttuessa kokonaan, navassa tai äärimmäisen harvinaisena jopa miehellä (Edmonds ym. 2018, 41100i).

Imuneste- ja verenkiertojärjestelmän kautta tapahtuvan leviämisen mahdollisuutta on myös esitelty, sillä endometrioosilöydöksiä on tehty myös esimerkiksi navan, silmän ja keuhkojen alueelta. Nykyisen käsityksen mukaan taaksepäin suuntautuvaa kuukautisvuotoa esiintyy useimmilla naisilla, mutta sen seurauksena syntyviä pysyviä endometrioottisia rakkuloita syntyisi vain osalla. Epäselvää on vielä, miksi kohdusta lähtöisin oleva kudos pysyy hengissä kohdunulkoisessa kohteessa. Asiaan voi liittyä solutasoisen immuunijärjestelmän häiriöitä. (Oats&Abraham 2017, 286). Tämä selittäisi, endometrioosia sairastavilla naisilla todetaan normaalia useammin myös muita autoimmuunisairauksia (Edmonds ym. 2018, 41100i). Mahdollista on myös, että endometrioosi puhkeaa vasta sopivien ympäristötekijöiden tai olosuhteiden vaikutuksesta (Perheentupa& Härkki 2019, viitattu 24.9.2020).

Syntymekanismia selittävät myös kudosten mahdollinen muuntuminen toisentyyppiseksi, esiintymispaikalleen vieraaksi kudokseksi. Tätä ajatusta tukee induktioteoria, jonka mukaan vatsakalvon alueen solut muuntautuisivat endometrioottisiksi soluiksi eri tekijöiden vaikutuksesta, jotka puolestaan aiheutuisivat vatsaonteloon päätyneistä kohdun limakalvon soluista. Endometrioosia on esitetty myös heterogeeniseksi sairaudeksi, jonka eri muodot johtuvat erinäisistä syistä. On myös esitetty, että endometrioosin lievin muoto eli pinnallinen endometrioosi olisikin sairauden sijaan prosessi, missä elimistö siivoaa pieniä kohdun limakalvolta peräisin olevia pesäkkeitä pois vatsaontelosta. (Perheentupa& Härkki 2019, viitattu 24.9.2020).

Endometrioosia esiintyy pinnallisena ja syvänä endometrioosina, sekä munasarjan endometrioosina eli endometrioomana. Potilaalla voi esiintyä yhtä tai useampaa endometrioosin muotoa. (Suvitie 2020, 885). Pinnallinen endometrioosi esiintyy piste- tai laattamaisina pesäkkeinä eritoten pikkulantion alueella, mutta myös ylempänä vatsaontelossa tai palleassa. Pinnalliset pesäkkeet voivat olla tummia muutoksia, mutta myös punaisia, valkoisia tai kirkkaita rakkulaisia muutoksia.

Voi myös olla, että erinäköiset esiintymät edustavat taudin eri kehitysvaiheita. (Perheentupa& Härkki 2019, viitattu 24.9.2020).

Syvästä endometrioosista puhutaan, kun endometrioosipesäke kasvaa vähintään 5 millimetrin syvyyteen. Tätä tautimuotoa pidetään oireiden puolesta vaikeampana endometrioosin esiintymismuotona. Vaikeat oireet vaativat myös monimutkaisimmat ja laajimmat hoitomuodot. (Suvitie 2018, 15). Tässä tautimuodossa esiintyy myös usein runsaasti fibroosia, eli kovaa, vaaleaa ja puumaista kudosta. Syvä endometrioosia todetaan usein kohtu-ristiluusidoksissa, emättimessä, emättimen ja peräsuolen välisessä seinämässä, suolen ja virtsarakon seinämässä sekä virtsanjohtimissa, sekä suolessa peräsuolen ja sigman alueella, umpilisäkkeessä, umpisuolessa ja ohutsuolessa. Syvä endometrioosia voi aiheuttaa kuroutumisia, eli sen seurauksena voi syntyä jopa munuaisvaurio, suolen tukkeutuminen tai suolen puhkeaminen. (Perheentupa& Härkki 2019, viitattu 24.9.2020).

Endometriooma eli munasarjan endometrioosi on kystamainen kasvain, joka kasvaa munasarjan pintaepiteelin alla. Sen seinämän sisäpinta, eli kapseli on verhoiltu kohdun limakalvokudoksella ja sen sisällä on vanhaa verta. (Perheentupa& Santala 2011, 95). Kuukautisvuodon aikana endometriosikudos vuotaa samalla tavalla kuin kohdun limakalvokin, joten kystaan kertyy verta ja kudostestettä. (Oats& Abraham 2016, 288). Kysta eli nesterakkula voi olla yksittäinen ja toispuoleinen tai molemminpuolinen. Molemmin puolin esiintyviin kystiin liittyy usein myös muualla sijaitsevia pesäkkeitä. Munasarjat voivat myös molemminpuolisten kystien vaikutuksesta liimautua yhteen ja aiheuttaa niin sanotun "kissing ovaries"- tilanteen, minkä seurauksena tapahtuu usein myös fossa Dounglasin eli peräsuoli-kohtusyvänteen umpeen muurautuminen. Yksittäin kasvava kysta voi kasvaa hyvinkin kookkaaksi, mutta aiheuttaa silti verrattain vähän oireita. Endometriooma tuhoaa normaalia munasarjakudosta ja voi puhjetessaan muistuttaa taudinkuvaltaan akuutti vatsa – tilannetta. (Perheentupa& Härkki 2019, viitattu 24.9.2020).

Oli endometrioosin esiintymismuoto sitten pinnallinen, syvä tai kystamainen, reagoi se elimistön kuukautiskierrolliseen estrogeeni- ja progesteronipitoisuuteen aivan kuten kohdun limakalvokin. Kohdun limakalvokudokseen verrattuna endometrioottisen kudoksen estrogeeni-, prostaglandiini- ja akuutteihin tulehduksiin liittyvät sytokiiniipitoisuudet ovat kuitenkin kohonneet. Korkea sytokiiniipitoisuus voi edesauttaa pesäkkeiden muodostumista. Prostaglandiinit aiheuttavat kuukautiskipuja, verisuonten supistumista, kohdun supistelua, sekä tulehdus- että immuunipuolustusreaktiota. (Oats& Abraham 2016, 287–288).

Endometrioosi on osittain perinnöllinen sairaus. Endometrioosin riski ensimmäisen asteen sukulaisilla on jopa 6–9-kertainen. Todennäköisesti perinnölliseen riskiin vaikuttavat monet eri geenit. Ympäristötekijöillä ja olosuhteilla on luultavimmin myös vaikutusta taudin puhkeamiseen. (Perheentupa & Härkki 2019, viitattu 24.9.2020). Riskiin vaikuttavat myös useat kuukautisiin ja lisääntymiseen liittyvät tekijät. Aikainen kuukautisten alkamisikä, vaikeat kuukautiskivut, lyhyt kuukautiskierto ja runsas kuukautisvuoto lisäävät kaikki endometrioosin riskiä. (Suvitie 2018, 16). Anomaliat Müllerin tiehyissä saattavat myös lisätä merkittävästi endometrioosin riskiä, sillä ne voivat aiheuttaa runsasta taaksepäin suuntautuvaa kuukautisvuotoa. Synnyttämättömyys on riskitekijä, sillä raskauksien aikainen vuototauko puuttuu tällöin. Ylipaino ja autoimmuunisairausten sairastaminen lisäävät niin ikään endometrioosin puhkeamisen todennäköisyyttä. Hormonaalisen ehkäisyn käyttö ja liikunta saattavat puolestaan suojata endometrioosilta. (Perheentupa & Härkki 2019, viitattu 24.9.2020).

3.2 Oireet

Endometrioosin oirekuva on vaihteleva ja monimuotoinen. Jopa 25 prosenttia sairastavista on täysin oireettomia. Oireiden monimuotoisuus johtuu taudin eri ilmenemismuodoista ja -paikoista sekä siitä, että pesäkkeiden määrä ja koko eivät aina korreloi oireiden vaikeusasteiden kanssa. (Oats & Abraham 2016, 288).

Yleisin ja voimakkain endometrioosin aiheuttama oire on dysmenorrea, eli kuukautisiin liittyvä kipu (Perheentupa & Santala 2011, 96; Suvitie 2020, 887). Kuukautiskivut alkavat usein jo päiviä ennen kuukautisvuotoja ja ovat pahimmillaan parin viimeisen vuotopäivän aikana (Oats & Abraham 2016, 288). Kuukautiskipujen lisäksi krooniset vatsakivut, ovulaatiokivut, yhdyntäkivut ja ulostamiskivut ovat hyvin tyypillisiä (Perheentupa & Härkki 2019, viitattu 24.9.2020). Tärinäkipua voi esiintyä esimerkiksi juostessa tai pyöräillessä (Botha & Ryttyläinen-Korhonen 2016, 75). Endometrioosipesäkkeiden sijainti vaikuttaa paljon eri kipujen esiintymisiin. Kohtu-ristiluusidosten ja peräsuolen ja emättimen alueella sijaitsevat pesäkkeet aiheuttavat eniten yhdyntäkipuja. Mikäli pesäkkeitä on virtsarakon tai suolen alueella, aiheuttaa endometrioosi usein myös näiden elinten toimintoihin liittyviä kipuja. (Perheentupa & Härkki 2019, viitattu 24.9.2020).

Endometrioosiin liittyvän kivun synty on monimutkaista ja sen luonne ja laajuus muuttuvat usein sairauden edetessä tai kipujen pitkittyessä. Se voi olla tulehdus- tai kudsvauriokipua tai neuropaattista kipua ja se voi välittyä joko sisäelinhermojen tai somaattisten hermojen välityksellä. Endometrioosikipu voi kroonistua, sillä se voi tehdä sekä toiminnallisia että rakenteellisia muutoksia keskushermostoon ja herkistää sekä ääreis- että keskushermostoperäiselle kivulle. (Suvitie 2020, 887).

Sairauden alussa kipu on pääasiallisesti tulehduskipua, johon tulehduskipulääkkeet tehoavat kohdallaisen hyvin. Kivun esiintyminen syklisesti kuukautiskierron mukaan on tyypillistä. (Suvitie 2020, 887). Toisaalta myös ei-syklinen lantion alueen kipu on yksi endometrioosin tyypioireista (Uimari, Terho, Koivurova, Niinimäki 2020, 896). Myös kudsvauriokipua aiheutuu pesäkkeiden syklisen vuodon ja pesäkkeiden tai kiinnikkeiden venymisen seurauksena. Sairauden edetessä aiheutuu usein myös neuropaattista kipua, sillä pesäkkeet voivat ärsyttää ja vaurioittaa hermoja. Kivut voivat muuttua päivittäiseksi. Kipujen kroonistuessa tavanomaisten kipulääkkeiden teho heikkenee ja hormoni- ja leikkaushoidon vaste on jo usein huono. (Suvitie 2020, 887).

Jopa 90 prosentilla endometrioosipotilaista on suolioireita. Ennen endometrioosin toteamista monet ovat saaneet ärtyvän suolen oireyhtymän diagnoosin. Myös suolen toiminnallisia oireita esiintyy endometrioosia sairastavalla terveitä naisia enemmän. Vatsakipu, ripuli, ummetus ja vatsan turvotus ovat tyypillisiä endometrioosiin liittyviä vatsaoireita. (Suvitie 2020, 888). Myös veriulosteita, päänsärkyä ja oksentamista voi esiintyä. (Botha & Ryttyläinen-Korhonen 2016, 75).

Kuukautiskipujen lisäksi myös muut kuukautiskiertoon liittyvät vuotohäiriöt liittyvät usein endometrioosin oirekuvaan. Jopa 60 prosenttia endometrioosia sairastavista kertoo kärsivänsä näistä oireista. Oireita ovat muun muassa välivuodot, tiputteluvuodot sekä runsaat kuukautiset. Kuukautiskierto voi olla myös tavanomaista lyhyempi. (Oats & Abraham 2016, 288).

Lapsettomuus on myös yksi endometrioosin oireista, joskus jopa ainoa. Jopa 50 prosentilla lapsettomuuspotilaista tavataan endometrioosi (Härkki, Heikinheimo, Tiitinen 2015, 221). Usein endometrioosilöydös tehdäänkin vasta lapsettomuustutkimusten yhteydessä (Korenty ry 2020, viitattu 22.9.2020). Endometrioosi aiheuttaa lapsettomuutta monista eri syistä. Vatsaontelon krooninen tulehdustila vaikeuttaa siittiöiden liikkumista, munasolun kiinnittymistä sekä alkion kiinnittymistä koh-

tuun. (Botha& Ryttyläinen-Korhonen 2016, s.76). Endometriooma voi puolestaan häiritä munarakulan kehitystä, estää ovulaatiota ja haitata keltarauhasen toimintaa (Perheentupa& Santala 2011, s. 96). Mikäli endometrioosi on aiheuttanut kiinnikkeitä vatsaonteloon, voivat ne vaikuttaa munasarjojen ja -johtimien anatomiaan ja sitä kautta estää raskaaksi tulemisen (Botha& Ryttyläinen-Korhonen 2016, s.77). Vatsakalvon endometriosipesäkkeet voivat puolestaan vaikuttaa vatsakalvon nesteeseen aktivoimalla erinäisiä immunologisia muutoksia, joiden arvellaan myös heikentävän fertiilitettä. (Tiitinen& Unkila-Kallio 2011, s. 175). Lapsettomuus ja lapsettomuushoidot voivat aiheuttaa pelkoa ja ahdistusta ja sitä kautta olennaisesti vaikuttaa naisen ja parin elämään (Botha& Ryttyläinen-Korhonen 2016, s.76).

3.3 Diagnoosi

Endometriosidiagnoosin varmistumiseen voi kulua useampi vuosi oireiden alkamisesta (Perheentupa& Härkki 2019, viitattu 24.9.2020). Diagnoosin saamiseen oireiden alkamisesta kestää keskimäärin 6,7 vuotta (Nnoaham, Hummelshoj, Webster, d'Hooghe, Nardone, Jenkinson, Kennedy & Zondervan 2011, 366). Diagnostinen viive on endometrioosiin liittyvän hoidon yksi isoimmista ongelmista. Tämä johtuu monesta eri tekijästä, muun muassa endometrioosiin liittyvän tiedon puute niin naisten kuin terveydenhuollon ammattilaisten keskuudessa. Väestön ja terveydenhuollon ammattilaisten tiedon lisääminen on keskeistä, jotta oireet tunnistettaisiin mahdollisimman varhain. Diagnoosin viivästyminen aiheuttaa tarpeetonta kärsimystä ja hoitamattoman sairaus saattaa edetä nopeammin, uhata hedelmällisyyttä ja herkistää kivuille. (Suvitie 2018, 74–75). Varhaisen puuttumisen tavoitteena on parantaa elämänlaatua, estää tai hidastaa sairauden pahenemista ja vähentää näin leikkaushoidon tarvetta, ylläpitää hedelmällisyyttä ja työkykyä, estää kivun kroonistumista sekä pienentää yhteiskunnalle aiheutuvia kustannuksia (Suvitie 2020, 884–885). Diagnoosin nopeuttaminen endometriositietoutta lisäämällä ja kehittämällä non-invasiivisia, eli kajoamattomia diagnoosimenetelmiä onkin tärkeä tulevaisuuden tavoite endometriosin hoidossa. (Suvitie 2018, 11–12).

Vaikka endometrioosi onkin pääasiallisesti hedelmällisessä iässä olevan naisen sairaus, huomion-arvoista on se, että suurin osa sairastuneista on alkanut oirehtia jo teini-ikäisenä (Edmonds ym. 2018, s. 41100k). On myös todettu, että teini-ikäiset eivät aktiivisesti etsi helpotusta oireisiinsa.

Epäilyn tulisi aina herätä tyypillisten oireiden perusteella. On arvioitu, että 30–50 prosenttia tyypillisesti oirehtivista naisista sairastaa endometrioosia (Nnoaham ym. 2011, 366). Erityisen vahvoja indikaattoreita endometrioosin todennäköisyydelle ovat vaikeat kuukautiskivut, jotka aiheuttavat toistuvia poissaoloja koulusta ja harrastuksista, ja jotka eivät kipulääkityksellä ja hormonaalisen ehkäisyn avulla helpota. (Suvitie 2018, 75–77).

Toisaalta pelkkien oireiden perusteella diagnoosia on vaikea tehdä, sillä oireet voivat viitata myös muihin sairauksiin (Perheentupa & Härkki 2019, viitattu 24.9.2020). Keliakian, laktoosi-intoleranssin tai tulehduksellisten suolistosairauksien ja ruoka-aineallergioiden poissulkeminen on tärkeää diagnoosin tekemisen kannalta. (Suvitie 2020, 889) Myös sisäsynnytintulehdus (PID) tai munasarjan muu kysta voi oirehtia samantyyppisesti kuin endometrioosi (Oats & Abraham 2016, 289).

Koska endometrioosin keskeisin ja tyypillisin oire on kipu, tärkein diagnostiikkaan liittyvä työkalu on haastattelu. Haastattelun avulla ja tyypillisen oirekuvan perusteella kliininen diagnoosi voidaan asettaa jo perusterveydenhuollossa ja asianmukainen lääkehoito aloittaa. Kipuoireista tyypillisin ja voimakkain on kuukautiskipu. Mikäli kuukautiskipu kestää useita päiviä, alkaa päiviä ennen vuotoa ja tulehduskipulääkeauttaa huonosti, on potilaalla todennäköisesti endometrioosi. Kuvantamistutkimuksia ei alkuvaiheessa yleensä tarvita. Oireenmukainen hoito on joka tapauksessa perusteltua, joten yli-diagnosointia ei tarvitse pelätä. (Suvitie 2020, sivu 887).

Kliininen tutkimus sisältää aina gynekologisen perustutkimuksen. Sen löydöksenä on usein kipu ja arkuus kohdun takapinnalla ja liikutellessa (Botha & Ryttyläinen-Korhonen 2016, 77). Kliininen tutkimus olisi hyvä ajoittaa kuukautiskierron loppupuolelle tai kuukautisten aikana tapahtuvaksi, jolloin endometrioosioireet ovat yleensä pahimmillaan. Näin oireilu havaitaan ja paikallistetaan parhaiten. (Perheentupa & Härkki 2019, viitattu 24.9.2020). Lievässä endometrioosissa sisätutkimuslöydös voi olla täysin normaali (Botha & Ryttyläinen-Korhonen 2016, 77). Tähystin eli spekulatutkimuksessa etsitään merkkejä emättimen endometriosipesäkkeistä, sisätutkimuksessa puolestaan erityisesti kohtu-ristiluusidosten pesäkkeitä, jotka tyypillisesti tuntuvat aristavina pahkuroina ja nystyröinä. Kohtu on usein heikosti liikuteltava ja taaksepäin kallistunut. Munasarjat voivat poiketa kooltaan ja olla aristavat. Peräsuolen kautta tehtävällä tuseerauksella pyritään löytämään peräsuolen ja emättimen väliset ja peräsuoli- paksusuolen loppuosan pesäkkeet. (Perheentupa & Härkki 2019, viitattu 24.9.2020).

Endometrioosidiagnostiikan ensisijainen kuvantamismenetelmä on emättimen kautta tehtävä ultraäänitutkimus. Sen avulla voidaan tunnistaa tyypilliset, endometrioosiin viittaavat munasarjamuutokset ja erottaa ne muista munasarjamuutoksista hyvin luotettavasti. Myös virtsarakon seinämän pesäkkeet, peräsuolen ja emättimen väliset ja kohtu-ristiluusidosten syvät pesäkkeet voidaan havaita ultraäänitutkimuksessa. Ultraäänitutkimuksen avulla myös ainakin osa suolistoalueen endometrioosipesäkkeistä voidaan löytää. (Perheentupa & Härkki 2019, viitattu 24.9.2020). Toinen käytetty kuvantamismenetelmä endometrioosidiagnoosia tehtäessä on magneettikuvaus. Sen avulla endometrioosipesäkkeet saadaan hyvin luotettavasti kuvannettua. Magneettikuvaus on erityisen hyödyllinen diagnostinen menetelmä silloin, kun potilas kärsii hyvin hankalista oireista tai epäillään syvää endometrioosia. Magneettikuvauslöydöksiä voidaan käyttää apuna myös leikkaushoidon laajuutta suunniteltaessa. (Perheentupa & Härkki 2019, viitattu 24.9.2020).

Endometrioosin diagnostiikassa ei juurikaan hyödytä eri merkkiaineiden pitoisuuksien tutkimisesta. Ainoastaan CA12 – 5 merkkiaineen pitoisuus on erityisen hankalissa endometrioositapauksissa lievästi suurennut. (Perheentupa & Härkki 2019, viitattu 24.9.2020). Seerumin HE4 – merkkiainepitoisuuden määrittäminen sen sijaan on hyödyllinen erotusdiagnostisessa mielessä, sillä merkkiainepitoisuus kasvaa syöpätapauksissa mutta ei endometrioomassa tai endometriooman vuoksi (Suviitie 2018, 77). Etsintä luotettavan ja kajoamattoman tutkimusmenetelmän löytämiseksi käy kuitenkin kuumana. Lupaavia tuloksia on saatu kohdun limakalvonäytteen hermopäätevärjäyksistä. Kliinisessä käytössä riittävää näyttöä tämän menetelmän luotettavuudesta ei ole vielä kuitenkaan pystytty antamaan. (Suviitie 2020, 890).

Varmuudella endometrioosidiagnoosi voidaan tehdä ainoastaan laparoskopian eli vatsaontelon täyhystyksen avulla (Tiitinen 2019, viitattu 22.9.2020). Laparoskopiaa ei kuitenkaan suoriteta ainoastaan diagnoosin tähden, vaan leikkaushoidon tavoitteena on aina myös endometrioosin hoitaminen. (Suviitie 2020, 889). Diagnoosin varmistaminen laparoskopiallakaan ei aina ole helppoa. Se vaatii kokemusta ulkonäöltään erilaisten pesäkkeiden tunnistamisesta. Löydökset voivat myös jäädä laparoskopiassa niukaksi, mikäli syvää endometrioosia ei osata löytää tai etsiä. Pahimmillaan tauti tulkitaan näin lieväksi ja potilas jää ilman asianmukaista hoitoa. Laparoskopian yhteydessä voidaan tutkia munanjohdimien aukiolo, mikäli potilaalla on raskaustoiveita. Tarvittaessa otetaan myös koepala solujen mikroskooppitutkimusta varten. (Perheentupa & Härkki 2019, viitattu 24.9.2020). Mikäli potilaalla esiintyy myös virtsaamis- ja ulostamiskipuja, tehdään tarvittaessa myös virtsarakon täyhystys ja suolitähystys. Nämä tutkimukset ovat aiheellisia myös siinä tapauksessa, että oireena ovat veriulosteet. (Tiitinen 2019, viitattu 22.9.2020).

3.4 Endometrioosin hoito ja hoidon tavoitteet

Endometrioosiin ei ole olemassa parantavaa hoitoa (Perheentupa& Härkki 2019, viitattu 24.9.2020). Oireita voidaan kuitenkin lievittää ja taudin etenemistä hillitä (Botha& Ryttyläinen-Korhonen 2016, 77). Hoito tulee suunnitella yksilöllisesti (Perheentupa& Härkki 2019, viitattu 24.9.2020) ja siinä tulee ottaa huomioon endometriosipesäke-esiintymien laajuus, oireiden vaikeusaste sekä potilaan mahdolliset raskaustoiveet (Oats&Abraham 2016, 289). Lisäksi huomioon tulee ottaa potilaan ikä ja aiemmat leikkaukset (Perheentupa& Härkki 2019, viitattu 24.9.2020). Endometrioosin hoidon tavoitteena on oireiden lievittäminen, endometriosikudoksen ja -pesäkkeiden poistaminen, sairauden etenemisen hidastaminen, elämänlaadun parantaminen ja lapsettomuuden hoito (Botha& Ryttyläinen-Korhonen 2016, 77–78).

Hoitoa suunnitellessa potilaan tulee ensin valita kivunhoidon ja lapsettomuuden hoidon väliltä. Molempia ei voida hoitaa tehokkaasti samanaikaisesti, sillä kivun hoitoon käytetyillä hormoneilla on ehkäisevä vaikutus. Endometrioosin hoidon kulmakivet ovat tulehduskipulääkkeet, hormonihoido, leikkaushoito sekä leikkauksen jälkeinen pitkäaikainen hormonihoido. (Botha& Ryttyläinen-Korhonen 2016, 78). Myös erilaisten tukihoidojen on todettu auttavan endometriosikipuihin ja eritoten sairastavan kykyyn pärjätä sairauden kanssa (Korento ry 2020, viitattu 22.9.2020).

3.4.1 Lääkehoito

Endometriosipotilaan lääkehoidon kulmakivet ovat hormonihoido sekä kivunhoito. Kivunhoidon tavoitteet tulee aina asettaa yksilöllisesti. Työ- ja toimintakyvyn kohentaminen tai kipupäivien ja kipulääkitystarpeen väheneminen ovat esimerkkejä kivunhoidon mahdollisista tavoitteista. Täydellinen kivuttomuus sen sijaan ei välttämättä ole endometriosipotilaalle realistinen tavoite. (Uimari, Terho, Koivurova, Niinimäki 2020, 900).

Kipulääkkeistä endometrioosin hoitoon suositellaan ensisijaisesti **nonsteroidisia tulehduskipulääkkeitä** eli NSAID – lääkkeitä. Tulehdustila kuuluu oleellisesti endometrioosin taudinkuvaa, joten tulehduskipulääkkeiden käyttö on perusteltua. (Suvitie 2018, 47). Tutkimustieto NSAID – lääkkeiden tehosta endometrioosiin liittyvän kivun hoidossa on kuitenkin rajallista (Brown, Crawford, Allen, Hopewell, Prentice 2017, 2). Tulehduskipulääkkeillä, eli NSAID– lääkkeillä voidaan myös vähentää

prostaglandiinin muodostumista endometriosipesäkkeissä. Prostaglandiinit aiheuttavat kuukautiskivut, joten niiden muodostumisen estäminen ja hillitseminen vähentää näin ollen kuukautiskipuja. (Perheentupa & Härkki 2019, viitattu 24.9.2020). Käytössä tulee kuitenkin huomioida mahdolliset haittavaikutukset, raskautta yrittävällä myös niiden ovulaatiota häiritsevä vaikutus. Parasetamoli voidaan tarvittaessa yhdistää tulehduskipulääkkeen kanssa, mutta yksinään käytettynä se on ibuprofeinia tehottomampi. (Uimari ym. 2020, 899). Sairauden edetessä ja kivun kroonistuessa tulehduskipulääkkeiden teho voi kuitenkin heiketä (Suvitie 2020, 887).

Tulehduskipulääkkeet tai opioidit eivät tehoa **neuropaattiseen kipuun**, vaan sitä hoidetaan yleisimmin **masennus- ja epilepsialääkityksellä**. Niiden teho perustuu keskushermostoa laskevien, kipua fysiologisesti estävien ratojen aktivoitumiseen sekä hermoimpulssien syntymisen ehkäisyyn vaurioituneissa hermoissa. Endometriosipotilaan kivunhoitosuunnitelmaan tulisi aina sisältyä **voimakkaampi kipulääke akuuttia kipua** varten, sillä usein endometrioosiin liittyy pahenemisvaiheita. Mikäli kipu on kroonista ja vaikeaa, vaatii sen hoito usein moniammatillista yhteistyötä. (Uimari, Terho, Koivurova, Niinimäki 2020, 900).

Hormonihoidolla pyritään sisäsyntyisen **estrogenierityksen vähentämiseen** ja mahdollisimman täydelliseen **vuodottomuuteen** sekä **kipujen lievenemiseen** (Uimari ym. 2020, 896). Kierron pidentäminen ja kuukautisten poisjääminen vähentää kipuoireita, sillä kivut ovat tyypillisesti pahimmillaan kuukautisvuodon aikana. Erityisesti munasarjan endometrioosia sairastavalla ovulaation estäminen on tärkeää, sillä nimenomaan ovulaatio on yhdistetty endometriooman kehittymiseen (Suvitie 2018, 47). Endometriosioireet alkavat usein heti kuukautisten alkamisen jälkeen ja voivat jatkua vaihdevuosi-ikäen saakka, joten hormonihoidon tarve on pitkäaikainen. Se keskeytetään ainostaan raskautta toivottaessa ja lopetetaan vaihdevuosi-ikäen saavuttamisen jälkeen. Hormonihoidon tavoitteena on oireiden lievitys ja toistuvien leikkaushoitojen välttäminen (Uimari ym. 2020, 896).

Hormonihoidoa voidaan toteuttaa yhdistelmäehkäisytabletteilla, ehkäisyrenkaalla ja –laastarilla, keltarauhashormonilla, keltarauhashormonikierukalla, GnRH- analogeilla ja aromataasi- inhibiittoreilla (Botha & Ryttyläinen-Korhonen 2016, 78). Perusterveydenhuollossa lääkehoito toteutetaan ensisijaisesti yhdistelmäehkäisy- ja progestiini- ja progesteronivalmistein (Uimari ym. 2020, 896). Hormonivalmisteiden kipua hoitava vaikutus on kaikilla valmisteilla kutakuinkin sama ja niiden teho on hyvä: noin kaksi kolmesta potilaasta hyötyy hormonivalmisteiden käytöstä kivun hoidossa (Suvitie 2018, 46).

Progestiineja, eli progesteronin (keltarauhashormoni) synteettisiä johdannaisia on käytetty endometriosisin hoitoon jo lähes 40 vuotta. Progestiinilla on anti-inflammatorisia vaikutuksia ja se saa aikaan myös atrofiaa sekä kohdun limakalvoille että endometriosisipesäkkeisiin. (Uimari ym. 2020, 897). Paras vaste saadaan käyttämällä riittävää annosta riittävän pitkään. Haittavaikutuksina voi esiintyä tiputteluvuotoa, turvotusta, painon nousua, masennusta, muita psyykkisiä oireita ja aknea, joten hoitomyöntyvyys ei ole paras mahdollinen. Lisäksi pitkäaikaisen ja suuriannoksisen keltarauhashormonihoidon haittavaikutuksia ovat lipidiaineenvaihdunnan huononeminen sekä estrogeenierityksen estyminen. Keltarauhashormonia sisältävä ehkäisykierukka on todettu myös tehokkaaksi endometriosisin hoidoksi. (Perheentupa & Härkki 2019, viitattu 24.9.2020).

Hormonaalinen yhdistelmäehkäisyvalmiste sisältää sekä estrogeenia että progestiinia. Saatavilla on sekä tabletti-, laastari- että emätinrengasmuotoisia valmisteita (Uimari ym. 2020, 897). Yhdistelmäehkäisy vähentää tehokkaasti kuukautisvuotoja ja –kipuja. Parhaan vasteen saamiseksi yhdistelmäehkäisyä voidaan käyttää 3–6 kuukauteen pidennetyn syklin tai kokonaan tauottoman annostelun taktiikalla (Perheentupa & Härkki 2019, viitattu 24.9.2020). Näin kuukautiskipuja on harvemmin ja retrogradisen vuodon määrä vatsaonteloon vähenee. Tämä vähentää tulehdusta ja pesäkkeiden muodostumista. Yhdistelmäehkäisyllä on kuitenkin kontraindikaatioita, kuten laskimotukostaipumus tai aurallinen migreeni (Uimari ym. 2020, 897), sekä mahdollisia haittavaikutuksia. Haittavaikutuksia voidaan lieventää kokeilemalla eri hormonivalmisteita. (Perheentupa & Härkki 2019, viitattu 24.9.2020).

Niin sanottuja sekundaarisen linjan hormonivalmisteita ovat GnRH- agonistijohdannaiset sekä aromataasin estäjät (Suvitie 2018, 47). GnRH – agonistijohdokset lamaavat aivolisäke-munasarja-akselin toimintaa. Näin syntyy hypoestrogeninen tila, jonka seurauksena endometriosisipesäkkeiden toiminta hiipuu ja kivut lievittyvät. Tähän perustuu GnRH- agonistijohdosten endometriosisia hoitava vaikutus. Vaikutus aiheuttaa kuitenkin elimistöön menopaussin kaltaisen tilan ja sitä myöten myös merkittäviä haittavaikutuksia, kuten vaihdevuosisoireita ja luun tiheyden pienenemistä pitkäaikaisessa käytössä. Haittavaikutusten vuoksi GnRH- agonistien käyttöä tulee harkita tarkkaan, erityisesti nuorella potilaalla. Haittavaikutuksia voidaan kuitenkin lieventää niin sanotulla add-back- hoidolla eli estrogeeni- tai progestiinihoidolla (Uimari ym. 2020, 898). GnRH – lääkkeiden hinta on myös korkea, mikä rajoittaa niiden käytettävyyttä (Suvitie 2018, 48).

Aromataasin estäjät estävät paikallisen estrogeenisynteesin kohdun limakalvoilla ja endometriosisikudoksissa (Suvitie 2018, 48). Alun perin aromataasin estäjät on kehitetty rintasyövän hoitoon.

Aromataasin estäjiä käytetään harkinnanvaraisesti ja vain mikäli potilaan oireet eivät muilla lääkevalmisteilla ole helpottaneet. (Uimari ym. 2020, 898). Aromataasin estäjät stimuloivat ovulaatiota, joten hoitoon tulee aina yhdistää toinen hormonivalmiste. (Suvitie 2018, 48). Endometriosisin hoitoon voidaan samanaikaisesti määrätä myös useampaa hormonaalista valmistetta, mikäli yhdellä ei saada riittävää vastetta aikaan (Uimari ym. 2020, 898).

Pitkäkestoista hormonaalista lääkitystä suositellaan myös leikkaushoidon jälkeen, sillä endometriosisin uusiutumisen riski on suuri. Hormonihoidolla on uusiutumista estävä vaikutus, joka tosin vaikuttaa vain niin kauan kuin hormonilääkehoitoa käytetään. Leikkaushoidon jälkeen ensisijaisena hormonihoitona käytetään yhdistelmäehkäisy- tai progestiini- tai progestiini- ja estrogeeni- valmisteita. Endometriosisioireet voivat aktivoitua uudelleen myös vaihdevuosien jälkeen hormonikorvaushoidon estrogeenin vaikutuksen myötä. Estrogeeni- ja progestiiniyhdistelmähoitoa suositellaan näin myös vaihdevuosioireiden hoidossa, jopa niille potilaille, joilla kohtu on poistettu. (Uimari ym. 2020, 898).

3.4.2 Leikkaushoito

Endometriosisipesäkkeiden kirurgista poistoa on käytetty sairauden hoitona jo lähes sadan vuoden ajan. Tällöin leikkaus toteutettiin avoleikkauksena. Nykyisin laparaskopia eli tähystysleikkaus on endometriosisikirurgian ensisijainen ja tavoiteltava lähestymistapa, oli sairauden vaikeusaste mikä hyvänsä. (Setälä&Härkki 2020, 902). Avoleikkaukseen voidaan päätyä tilanteissa, joissa pesäkkeet ovat syviä tai hankalia kiinnikkeitä esiintyy (Rainto&Ihme 2014, 173). Endometriosisikirurgian kipuoireita lievittävä vaikutus on hyvä, mutta vaikutus heikkenee ajan myötä (Suvitie 2018, 49). Kohdallaisen vahvan tutkimusnäytön perusteella voidaan kuitenkin todeta, että laparaskoopinen hoitava leikkaus hyödyttää lievää tai keskivaikeaa endometriosisia sairastavaa potilasta kivunhoidollisessa mielessä, sekä myös fertiilitietin parantamisessa (Duffy, Arambage, Correa, Olive, Farquhar, Garry, Barlow, Jacobson 2014, 2). Sekä leikkaus- että lääkehoidon on todettu myös lievittävän endometriosisin aiheuttamia seksuaaliterveyteen liittyviä ongelmia, niiden kipua lievittävän vaikutuksen ansiosta (Barbara, Facchin, Meschia, Berlanda, Frattaruolo, Vercellini 2016, 684).

Kirurgisen hoidon tavoitteena on poistaa kaikki näkyvät pesäkkeet. On todettu, että kaikki pesäkkeet poistamalla kipu vähenee merkittävästi, raskauden todennäköisyys kasvaa ja potilaiden elämänlaatu paranee. Myös endometriosisin uusiutumisen riski pienenee, kun kaikki pesäkkeet saadaan

poistettua. (Setälä& Härkki 2020, 902–903). Huolellisinkaan endometrioosipesäkkeiden poistaminen ei silti varmuudella estä taudin uusiutumista (Perheentupa& Härkki 2019, viitattu 29.9.2020). Uusiutumisen riski vaihtelee tautimuodon ja potilasryhmien välillä. Uusintaleikkauksen tarve on suurin niillä potilailla, joilla endometrioosia esiintyy kaikissa sen muodoissa. (Suvitie 2018, 49).

Haittavaikutusten ja komplikaatoriskien vuoksi leikkaushoito on harvoin endometrioosin ensisijainen hoitomuoto. Puhtaasti diagnostisessa mielessä leikkaushoitoa ei käytetä enää lainkaan. Epäiltäessä lievää endometrioosia leikkaushoitoa harkitaan ainoastaan, mikäli kivut hormonihoitosta huolimatta jatkuvat, potilas ei voi käyttää hormonihoitoa tai jos potilas haluaa ehdottomasti saada varman diagnoosin kipujen aiheuttajasta. Vaikeassa tautimuodossa leikkaushoidon komplikaatoriskit ovat merkittävät ja leikkaushoitopäätös tehdään aina yksilöllisesti. Päätökseen vaikuttavat potilaan ikä, raskaustoive, mahdolliset aiemmat hoidot, taudin käyttäytyminen sekä oireiden kesto ja voimakkuus. (Setälä& Härkki 2020, 904–905). Erittäin tärkeää on potilaan riittävä informointi mahdollisista komplikaatioista (Perheentupa& Härkki 2019, viitattu 29.9.2020). Komplikaatoriskin vuoksi erityisen huolella leikkaushoidon tarpeellisuutta arvioidaan nuoren endometrioosipotilaan kohdalla (Setälä& Härkki 2020, 904). Komplikaatiot hidastavat toipumista ja johtavat usein uusintaleikkauksiin. Endometrioomat ovat usein tiukasti munasarjakudoksessa kiinni ja myös tervettä kudosta voi poistua leikkauksen yhteydessä. Näin munasarjan toiminta voi heiketä ja munasolujen määrä vähetä. Tämän vuoksi leikkaushoitoa vältetään, mikäli potilaalla on tulevaisuudessa raskaustoiveita. Lapsiluvun ollessa täysi endometrioomat sen sijaan pyritään kirurgisesti poistamaan, sillä niihin liittyy pieni riski pahanlaatuisiksi muuntautumisesta. (Setälä& Härkki 2020, 904).

Haastavinta endometrioosikirurgiaa on syvien pesäkkeiden poistaminen, sillä kudorajat häviävät pesäkkeiden kasvaessa lähikudoksiin kiinni. Kiinnikemuodostuma voi olla niin laajaa, että kaikki pikkulantion elimet ovat toisissaan kiinni yhtenä pakettina. Pesäkkeiden ja toisissaan kiinni olevien elimien irrottaminen toisistaan lisää komplikaation riskiä. Syvien pesäkkeiden poistaminen on kuitenkin tärkeää, sillä ne aiheuttavat vaikeimmat kipuoireet. Leikkauksen komplikaationa voi syntyä suolisauman peittäminen, ahtauma tai fisteli emättimen ja peräsuolen välille. Hankalin komplikaatio on peräsuolen ja virtsarakon hermojen vaurioituminen, mikä voi johtaa pitkäaikaiseen ja jopa pysyvään suolen ja virtsarakon toimintahäiriöön. (Setälä& Härkki 2020, 903–904). Leikkaukseen liittyvät aina myös niin sanotut tavalliset leikkauriskit, kuten tulehdus, vuoto ja tromboosi (Perheentupa& Härkki 2019, viitattu 29.9.2020). Usein endometrioosikirurgiaa toteutetaan yhteistyössä vatsaelinkirurgin ja urologin kanssa, sillä pesäkkeet eivät rajoitu ainoastaan gynekologisiin elimiin. (Setälä& Härkki 2020, 904).

Leikkaushoitoa voidaan myös harkita endometrioosin ensisijaisena hoitomuotona, mikäli potilaan kivut ovat erittäin voimakkaat. Leikkaushoitoon päädytään ensisijaisesti yleensä aina myös, mikäli syvät pesäkkeet aiheuttavat virtsanjohtimen tai suolen kuroutumista. (Setälä& Härkki 2020, 905). Kohdun poistaminen liitetään joskus leikkaushoitoon, mikäli potilaalle ei enää ole raskaustoivetta ja kuukautiskivut ovat vaikeat. Mikäli adenomyosia, eli kohdun endometrioosia epäillään kuukautiskipujen syyksi, päädytään kohdunpoistoon useimmiten. Munasarjoihin kajoamista pyritään välttämään, ellei niihin ole kohdistunut jo useita leikkauksia. (Setälä& Härkki 2020, 905).

Lapsettomuuden hoitoon leikkausta ei ensisijaisesti käytetä. Pinnallisessa endometrioosimuodossa pesäkkeiden poiston on todettu parantavan raskauden todennäköisyyttä, mutta hoitomuotoon ei yleensä päädytä, sillä raskauden todennäköisyys on kuitenkin suurin koeputkihedelmöityshoidoilla. Hoidollisesti haastavin tilanne on raskautta toivovan potilaan kohdalla, jolla endometrioosia esiintyy sekä syvinä pesäkkeinä että munasarjoissa endometriomana. Potilaan kivut ovat usein vaikeat ja endometrioman leikkaushoito voi lisätä lapsettomuuden riskiä. Todennäköisimmin vaikeaa endometrioosia sairastava potilas tulee raskaaksi koeputkihedelmöityshoidolla. Tulokset eivät ole kuitenkaan yhtä hyvät kuin lievempää tautimuotoa sairastavan. (Setälä& Härkki 2020, 906).

Kansainväliset ohjeet suosittelevat, että endometrioosin kirurginen hoito keskitetään endometriosiskeskuksiin. Näin taataan riittävä leikkausmäärä ja sitä kautta taitojen jatkuva ylläpitäminen ja opettaminen. Suomessa vaikean endometrioosin hoito on pyritty keskittämään yliopistosairaaloihin ja suuriin keskussairaaloihin. (Setälä& Härkki 2020, 907).

3.4.3 Tukihoitot

Lääke- ja leikkaushoidon lisäksi on myös olemassa niin sanottuja tukihoidoja, joiden avulla endometrioosia sairastava voi omatoimisesti pyrkiä lievittämään ja helpottamaan kipuoireita sekä muita oireita (Korento ry 2020, viitattu 1.10.2020). Endometrioosi voi oleellisesti vaikuttaa myös sairastajansa henkiseen hyvinvointiin. Moni kärsii stressistä, ahdistuksesta ja jopa masennuksesta. Yhtenä tärkeänä osana hoitoa onkin nimenomaan henkisen hyvinvoinnin turvaaminen ja edistäminen. (Evans, Fernandez, Olivea, Payne & Mikocka-Walus 2019, 2).

Henkistä hyvinvointia pyritään edistämään erityisesti stressiä lievittämällä ja rentoutumiskeinoja esimerkiksi. Näin myös kivut mahdollisesti helpottavat. (Evans ym. 2019, 2). Oma-aloitteisesti kipua ja stressiä voi pyrkiä lievittämään esimerkiksi erilaisten mindfulness- ja rentoutumisharjoitteiden avulla, vyöhyketerapialla tai akupunktiolla. Monella lämpö, esimerkiksi kuuma suihku tai kauratyyny, auttaa kipuihin. (Korento ry 2020, viitattu 1.10.2020). Erityisesti akupunktion käyttöä endometriosisin hoitomuotona tutkitaan maailmalla lisääntymässä määrin. Näyttöä akupunktion endometriosisikipuja lieventävästä vaikutuksesta on saatu useista tutkimuksista. Myös liikunnan, yogan ja elektroterapian (TENS) vaikutuksia on tutkittu ja niidenkin on todettu ainakin positiivisesti tukevan endometriosisipotilaan hoitoa. (Mira, Buen, Borges, Yela, Benetti & Benetti-Pinto 2018, 6).

Tähänastisen tutkimusnäytön mukaan myös ruokavalio ja elintavat vaikuttavat elimistön tulehdustiloihin, estrogeeniaktiiviteettiin, kuukautiskiertoon sekä prostaglandiinimetaboliaan. Tätä kautta ruokavalio voi mahdollisesti vaikuttaa myös riskiin sairastua endometriosisiin. Tutkimusnäyttö on toistaiseksi kuitenkin rajallista ja selkeää näyttöä ruokavalion ja endometriosisin välillä ei ole kiistattomasti pystytty todentamaan. (Jurkiewicz-Przondziona, Lemm, Kwiatkowska-Pamuła, Ziółko, Wójtowicz 2017, 96).

On havaittu, että ruokavaliosta saadut omega 6 – rasvahapot todennäköisesti pahentavat endometriosisioireita, sillä omega 6 – rasvahapot osallistuvat prostaglandiinisynteesiin. (Jurkiewicz-Przondziona ym. 2017, 96). Omega-6-rasvahappoa eli linolihappoa on runsaasti mm. rypsi-, aurinگونكككا- ja soijaöljyssä (Schwab 2020, viitattu 18.11.2020). Runsaasti palmitiinihappoa ja transrasvoja sisältävä ruokavalio lisää eniten endometriosisin riskiä ja oireita. (Jurkiewicz-Przondziona ym. 2017, 96–97). Palmitiinihappo on yksi yleisin tyydyttynyt rasvahappo, eli paljon palmitiinihappoa sisältävä rasva on niin sanottu kova rasva. Kovaa, tyydytynyttä rasvaa saa eritoten maitorasvasta eli voista, juustoista, rasvaisesta maidosta sekä muista rasvaisista maitovalmisteista, rasvaisesta lihasta, makkaroista ja useista leivonnaisista. Myös joissakin kasvikunnan rasvoissa, kuten kookosrasvassa ja – öljyssä, palmu-, palmuydin- ja sheaöljyssä, on paljon kovaa rasvaa. Transrasvoja suomalaisessa ruokavaliossa saadaan eniten eläinrasvoista, mutta myös kovetettua kasviöljyä sisältävistä tuotteista, kuten konditoria- tai uppopaistetuista tuotteista. (Schwab 2020, viitattu 18.11.2020). Eläinkokein on todettu, että ylipäättään runsaasti rasvaa sisältävän ruokavalio, jossa yli 45 prosenttia energiasta on peräisin rasvoista, lisää endometriosisin riskiä. Tämä johtuu rasvapitoisen ruokavalion ravintoaineiden oksidatiivista stressiä ja tulehdusta lisäävästä vaikutuksesta. (Jurkiewicz-Przondziona ym. 2017, 101).

Omega 3 – rasvahappojen on puolestaan todettu vähentävän tulehdusoireita. (Jurkiewicz-Przondziona ym. 2017, 96–97). Omega 3- rasvahappoa eli alfa-linoleenihappoa saa rapsiöljystä, saksanpähkinäöljystä, hampunsiemenöljystä sekä erityisen runsaasti pellavansiemenöljystä ja camelina- eli kitupellavaöljystä. Myös eritoten rasvaisessa kalassa on paljon pitkäketjuisia omega 3 – rasvahappoja. (Schwab 2020, viitattu 18.11.2020). Jonkin verran tutkimusnäyttöä löytyy myös punaisen lihan, soijavalmisteiden, ja alkoholin käytön endometriosiriskiä lisäävästä vaikutuksesta. Tutkimusnäyttö on kuitenkin vähäistä. Ristiriitaista tutkimusnäyttöä on puolestaan saatu tuoreiden hedelmien, ravintokuidun ja runsaasti kafeiinia sisältävän ruokavalion vaikutuksesta endometriosiriskiin. Vähärasvaisia maitotuotteita sisältävä ruokavalio ja korkea D- vitamiinin saanti on yhdistetty pienentyneeseen endometriosiriskiin. (Jurkiewicz-Przondziona ym. 2017, 96–99). Gluteenittoman ruokavalion noudattaminen voi myös tuoda lievitystä endometrioosiin usein liittyviin vatsa- ja suo- listo-oireisiin (Korento ry 2020, viitattu 18.11.2020).

Antioksidanttien, A-, C-, E- ja B- ryhmän vitamiinien sekä foolihapon vaikutus endometrioosin puhkeamisen riskin vähentämiseen näyttäisi olevan merkittävä. Vaikutus perustuu luultavimmin niiden oksidatiivista stressiä alentavaan sekä steroidihormonimetaboliaan liittyvään vaikutukseen. Merkittävää kuitenkin on, että samanlaista yhteyttä näiden aineiden ja endometriosiriskin välillä ei löydetty, mikäli antioksidantit ja vitamiinit saatiin ruokavalion sijaan vitamiinilisin. (Jurkiewicz-Przondziona ym. 2017, 96–99).

4 ENDOMETRIOOSIN VAIKUTUS NAISEN ELÄMÄÄN JA SEKSUAALI- JA LISÄÄNTYMISTERVEYTEEN

Endometrioosi vaikuttaa merkittävästi sekä sitä sairastavan elämään, hänen läheisiinsä, että myös yhteiskuntaan. Vaikutukset voivat ulottua useaan elämän peruspilariin, kuten seksuaalisuuteen, hedelmällisyyteen, parisuhteeseen, mielenterveyteen sekä työkykyyn. Ikävuosien karttuessa vaikutukset voivat kumuloitua. (Suvitie 2020, 884). Endometrioosi heikentää naisen työkykyä aiheuttamalla poissaoloja töistä sekä heikentämällä naisen työtehokkuutta. Kymmenen maan kansainvälisessä tutkimuksessa todettiin, että työkyvyn heikentymisen ja poissaolojen seurauksena syntyvät kustannukset ovat mittavat. (Nnoaham 2011, 370). Yhteiskunnalle aiheutuvat kustannukset ovat näin myös suuret. (Suvitie 2020, 884).

Kipu heikentää naisen elämänlaatua ja vaikuttaa näin ollen merkittävästi naisen elämään (Botha & Ryttyläinen-Korhonen 2016, 75). Moni sairastava kokee yhdyntäkipujen olevan eniten elämänlaatua heikentävä osatekijä. Endometrioosia sairastavan nainen kokee yhdynnät kivuliaaksi yhdeksänkertaa useammin verrattuna normaaliväestöön. (Barbara, Facchin, Meschia, Berlanda, Frattaruolo, Vercellini 2016, 669). Tämä voi johtua siitä, että siinä missä endometrioosin aiheuttamat kuukautiskivut esiintyvät sykleittäin, voi yhdyntäkipua esiintyä aina. Näin endometrioosi vaikuttaa merkittävästi myös sitä sairastavan puolisoon ja parisuhteeseen (Edmonds ym. 2018, s. 41100s).

Endometrioosin yleisyyden ja sen oireiden sekä niistä aiheutuvien seurausten perusteella endometrioosi on yksi merkittävin seksuaalisten toimintahäiriöiden aiheuttaja. Tutkimusten mukaan jopa kaksi kolmasosaa endometrioosia sairastavista naisista kärsii jonkinlaisesta seksuaalisuuteen liittyvästä häiriöstä. Koska seksuaalisuus on yksi ihmiselämän merkittävimmistä ulottuvuuksista, vaikuttaa se naisen sekä fyysiseen että psyykkiseen terveyteen, että elämänlaatuun. (Barbara ym. 2016, 668–669). Naisen seksuaalisuuteen ja seksuaaliseen toimintakykyyn vaikuttavat monet eri asiat, kuten sukupuolielimiin kohdistuvat leikkaukset tai sairauden tai lapsettomuuden aiheuttamat stressitekijät. Kipu yhdynnässä ja jo pelkästään pelko siitä aiheuttaa haluttomuutta, limakalvojen kuivuutta ja kiihottumis- ja orgasmivaikeuksia. Useat tutkimukset ovatkin osoittaneet korrelaation yhdyntäkipun kokemisen, ahdistuneisuuden, harventuneiden yhdyntöjen tai kokonaan loppuneiden yhdyntöjen, haluttomuuden, kiihottumis- ja orgasmivaikeuksien välille. Luonnollisesti tämä jo itses-

sään vaikuttaa endometrioosia sairastavan fertiilitettiin negatiivisesti. Seksuaali- ja lisääntymisterveyden ongelmien on puolestaan todettu vaikuttavan negatiivisesti naisen fyysiseen- että psyykkisen hyvinvointiin, sekä parisuhteeseen. Näin ollen endometrioosin vaikutukset naisen seksuaaliterveyteen tulisi ottaa yhtenä isoimmista aspekteista hoitoa suunniteltaessa ja hoitotavoitteita laadittaessa. (Barbara ym. 2016, 668–669).

Sekä leikkaus- että lääkehoidolla on todettu olevan positiivisia vaikutuksia endometrioosia sairastavan seksuaaliterveyttä ajatellen, sillä ne lievittävät endometrioosin aiheuttamaa kipua. Kuinka tehokas tai pitkäaikainen näiden hoitomuotojen vaikutus on, on tutkimustuloksien vielä heikosti osoitettu. Koska seksuaalisuus on moniulotteinen kokonaisuus, vaikuttavaa siihen eri tekijöitä. Näitä ovat esimerkiksi fyysiset ja psyykkiset, psykososiaaliset, emotionaaliset sekä kulttuuriset tekijät. Endometrioosia sairastavan hoidossa ei tulisi keksittyä puhtaasti pelkkiin oireisiin, vaan huomioon ottaa myös oireiden vaikutus naisen elämään. Näin endometrioosipotilaan seksuaaliterveyttä ja sitä kautta sekä fyysistä että psyykkistä terveyttä että elämänlaatua parannetaan ja tuetaan parhaalla mahdollisella tavalla. Seksuaaliterveyttä ajatellen hoidon suunnittelu ja tavoitteiden laadinta tulisi tapahtua moniammatillisen työryhmän voimin, johon kuuluisi sekä gynekologi, seksologi sekä psykologi tai psykoterapeutti. (Barbara ym. 2016, 684).

Endometrioosi vaikuttaa hyvin usein myös sairastajansa psyykkiseen hyvinvointiin. Krooniset kivut ilman asianmukaista hoitoa ovat omiaan aiheuttamaan psyykkistä kuormitusta ja stressiä. Jopa yli puolella endometrioosia sairastavalla on masennukseen ja ahdistukseen viittaavia ongelmia. Luku on huomattavan suuri normaaliväestöön verrattuna. Endometrioosin patofysiologiaan on liitetty myös psykologia aspekteja, sillä lisääntynyt stressi voi pahentaa elimistön tulehdustilaa ja häiritä elimistön neuroendokriinistä tasapainoa. On todennäköistä, että stressi, kipu ja tulehdus linkittyvät toisiinsa ja edesauttavat taudin etenemistä. Uniongelmat ovat myös yleisiä endometrioosia sairastavalla. Uniongelmat aiheuttavat väsymystä ja väsymys puolestaan lisää kipuherkkyyttä. Näin sekä fyysinen että psyykinen kuormitus ja stressi edelleen lisääntyvät. Psykologiset tekijät voivat myös vaikuttaa kivun aistimiseen ja sietokykyyn. Tämä voisi selittää myös sitä, miksi endometrioosin oireet eivät aina korreloi kliinisten löydösten kanssa. (Evans, Fernandez, Olivea, Payne & Mikocka-Walus 2019, 2).

Endometrioosi on yksi yleisimmistä lapsettomuuden syistä. Lapsettomuuspotilaista jopa 50 prosenttia sairastaa endometrioosia. Hyvä uutinen on kuitenkin se, että suurin osa endometrioosipotiti-

laista tulee spontaanisti raskaaksi. Lievässä tautimuodossa raskaus alkaa jopa 65 prosentilla kolmen vuoden seurantajakson aikana. Lapsettomuushoitoja tarvitaan sitä useammin, mitä vaikeampi asteinen sairaus naisella on. Hyvin vaikeaa endometrioosia sairastavan naisen mahdollisuus luonnollisesti raskaaksi tulemiseen on vain muutamia prosentteja. (Härkki ym. 2015, 221).

Endometrioosia sairastavan naisen ja pariskunnan lapsettomuushoitolinjaa valittaessa otetaan aina yksilölliset tekijät huomioon. Endometrioosidiagnoosin saaneen naisen lapsettomuushoidot valitaan sairauden vaikeusasteen mukaisesti. Sitä aktiivisempaan ja tehokkaampaan hoitolinjaan valitaan, mitä pidempi raskausyritys ja enemmän naisella on ikää. Mikäli kipu on hallinnassa ja sairaus on lievä, voidaan lapsettomuushoidot aloittaa munasarjojen stimulaatiolla ja inseminaatiolla. Mikäli sairaus on vaikea, siirrytään suoraan koeputkihedelmöityshoitoon. Joskus leikkaushoito on tarpeen ennen lapsettomuushoitojen aloitusta hankalahoitaisen kivun vuoksi. Myös puolison tilanne tutkitaan lapsettomuushoitojen alkuvaiheessa, sillä sperma-analyysin tulos vaikuttaa myös ratkaisevasti hoitolinjan valintaan. (Härkki ym. 2015, 223). Endometrioosipotilaan koeputkihedelmöitysten tulokset on todettu yhtä hyväksi verrokkilapsettomuuspotilaiden kanssa. Toisaalta endometrioosin vaikeusasteella voi olla vaikutusta koeputkihedelmöityksen onnistumiseen. Vaikeaa endometrioosia sairastavista kuitenkin jopa 40 prosenttia saa lapsen 1–4 koeputkihedelmöityshoitokierroksen jälkeen. (Härkki ym. 2015, 226a).

5 POTILASOHJAUS ENDOMETRIOOSIPOTILAAN HOIDOSSA

Potilasohjaus on määritelty kirjallisuudessa erinäisin tavoin (Leino-Kilpi & Kulju 2012, 3) Elorannan ja Virkin (2011, 7) mukaan se on yksi hoitotyön auttamismenetelmistä, jossa hoitaja vuorovaikutuksen avulla tukee potilaan toimintakykyä, omatoimisuutta ja itsenäisyyttä. Leino-Kilpi & Kulju (2012, 3) tarkoittavat artikkelissaan potilasohjauksella kaikkia kasvatuksellisia ja ohjaavia toimintoja, joiden päämääränä on tukea potilaan ja asiakkaan omia voimavaroja, sekä saavuttamaan omia terveyttä koskevia tavoitteita. Nykykäsityksen mukaan nimenomaan asiakas on ohjauksen aktiivinen osapuoli, ohjaaja pyrkii puolestaan edistämään asiakkaan kykyä ja aloitteellisuutta, jotta hän voi parantaa elämäänsä itse haluamallaan tavalla (Kyngäs, Kääriäinen, Poskiparta, Johansson, Hirvonen & Renfors, 2007, 25).

Ohjauksen kolme peruspilaria muodostavat lainsäädäntö, ammattietiikka sekä erinäiset toimintaa ohjaavat suositukset (Eloranta & Virkki 2011, 11). Ohjauksen taustalla olevia lakeja on useita (Kyngäs ym. 2007, 16). Ohjausta ei ole suoranaisesti mainittu yhdessäkään terveydenhuoltoa ohjaavassa laissa, potilaan ja asiakkaan asema sen sijaan on (Eloranta & Virkki 2011, 11). Yksilön tiedonsaantioikeus, itsemääräämisoikeus sekä oikeus hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon on kirjattu lakiin potilaan asemasta ja oikeuksista. Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä painottaa puolestaan ammattieettisissä velvollisuuksissa nimenomaan asiakkaan etua; päämääränä on terveyden ylläpitäminen ja edistäminen, sairauksien ehkäiseminen, sairaiden parantaminen sekä kärsimyksen lievittäminen (Kyngäs ym. 2007, 16–17).

Lainsäädännön lisäksi terveydenhuollon ammattilaisten työtä ohjaavat terveydenhuollon eettiset periaatteet, eli ammattietiikka. Näissä eettisissä periaatteissa ajatellaan ohjauksen sisältyvän hoitotyöhön merkittävänä osana. (Eloranta & Virkki 2011, 12). Erityisesti hoitajat pitävätkin asiakkaiden ja heidän omaistensa ohjausta erittäin tärkeänä ja olennaisena osana omaa työtänsä (Kyngäs ym. 2007, 5). Oikeus hyvään hoitoon sisältää myös tarvittavan ohjauksen. Itsemääräämisoikeuden ja oikeudenmukaisuuden periaatteet voivat toteutua hoitotyössä vain, jos asiakas saa riittävästi tietoa omien valintojensa ja päätöstensä tueksi. (Eloranta & Virkki 2011, 12).

Lakien ja ammattietiikan lisäksi ohjauksen taustalla on useita kansainvälisiä ja kansallisia terveyden ja hyvinvointiin liittyviä ohjelmia ja laatusuosituksia (Eloranta & Virkki 2011, 14), ammatillisia ja

hyviä käytänteitä, sekä yleisiä eettisiä periaatteita ja hyviä tapoja (Kyngäs ym. 2007, 13). Suosituksilla pyritään yhtenäiseen ja laadukkaaseen toimintaan. Ohjauksen laatua ei ole suosituksissa tai lainsäädännöllisesti määritelty, sillä ohjaus on yksi laadukkaan hoidon osatekijöistä. (Eloranta&Virkki 2011, 14).

5.1 Potilasohejaus osana endometrioosipotilaan hoitotyötä

Hoitoaikojen lyhentyessä ohjaukselle jää yhä vähemmän aikaa terveydenhuollossa, minkä seurauksena ohjauksen merkitys korostuu entisestään (Kyngäs ym. 2007, 5). Potilaat ja asiakkaat tarvitsevat myös lisääntymässä määrin ammattitaitoista ohjausta nimenomaan tiedon valintaan, sillä terveyttä ja hoitamista koskeva tieto on lisääntynyt yhteiskunnassamme valtavasti (Leino-Kilpi& Kulju 2012, 3). Myös toimintaympäristöjen ja käytäntöjen muuttuminen ja hoitajaresurssien pieneneminen korostavat laadukkaan ohjauksen merkitystä, sillä ne lisäävät asiakkaan ja potilaan vastuuta omasta hoidostaan (Eloranta& Virkki 2011, 8).

Ohjauksen mahdollisuudet ovat laajat. Sen avulla voidaan vaikuttaa ohjattavan kokemuksiin ja valmiuksiin myönteisellä tavalla. Se mahdollistaa ja rohkaisee asiakasta osallistumaan hoitoonsa liittyvään päätöksentekoon. (Eloranta& Virkki 2011, 15). Voimavaraistuminen on yksi potilasohejauksen päätavoitteista (Leino-Kilpi& Kulju 2012, 4). Päätöksentekoon osallistumalla ohjattava ottaa vastuun hoidostaan ja sitoutuu siihen. Ohjauksella edistetään myös ohjattavan valmiuksia omahoitoon ja sillä voidaan vähentää sairauteen ja muutostilanteisiin liittyvää ahdistusta ja pelkoa. Ohjattavan elämänlaatu ja hyvinvointi voivat parantua, sillä hyvä ohjaus edistää tyytyväisyyttä hoitoon. (Eloranta& Virkki 2011, 15).

Ohjauksen vaikuttavuutta voidaan tarkastella useammasta näkökulmasta. Koska laadukas ohjaus edistää asiakkaan terveyttä, on sillä yksilön näkökulmasta tarkasteltuna positiivinen vaikutus. Yksilöllisellä ohjauksella voidaan saavuttaa myös laajempi yhteiskunnallinen vaikutus: ohjauksen myötä vähentyä voivat muun muassa sairauteen liittyvät oireet, niiden toistuvuus, lisäsairaudet, hoitokäynnit, sairauspäivät ja lääkkeiden käyttö. Näin ollen ohjauksen vaikuttavuutta voidaan tarkastella myös kansanterveydellisten, -taloudellisten ja yhteiskunnallisten hyötyjen kautta. (Kyngäs ym. 2007, s. 145).

Asiakkaat odottavat ohjaukselta monia asioita. Ohjauksen myötä he odottavat saavansa tietoa sairauksista ja erilaisista hoitomuodoista, tehtävistä tutkimuksista ja toimenpiteistä, toipumismahdollisuuksista ja sairauden kanssa elämisestä, esimerkiksi elämäntavoista ja toiminnan rajoituksista. (Eloranta & Virkki 2011, 16). Tietoa halutaan myös sairauteen liittyvistä komplikaatioista, sairauden etenemisestä, mahdollisesta uusimisesta sekä lääkityksestä. (Kyngäs ym. 2007, 124).

Hyvä ja kokonaisvaltainen potilasohjaus koostuu monista elementeistä. Sekä hoitajan että asiakkaan on oltava aktiivisia ja tavoitteellisia, jotta onnistunut ohjaus voi toteutua. Asiakkaan omien valintojen edistäminen on yksi hoitajan ammatillisista vastuista. Merkittävässä roolissa ovat asiakkaan omat valmiudet vastuunottamiseen. Asiakas ei ota vastuuta omasta hoidostaan, mikäli ei usko omiin vaikutusmahdollisuuksiin tai kokee olevansa riippuvainen esimerkiksi hoitajasta. (Kyngäs ym. 2007, 41).

5.2 Kirjallisen materiaalin käyttö potilasohjausmateriaalina

Kirjallinen potilasohje on harvoin riittävä yksinään, mutta sen käytöllä voidaan täydentää ohjaustilanteen viestintää (Eloranta & Virkki 2011, 73). Erityisen tarpeellinen kirjallinen ohje on silloin, kun resurssit suulliseen ohjaukseen ovat pienentyneet (Kyngäs ym. 2007, 124). Kirjallisen materiaalin käyttäminen suullisen ohjauksen tukena auttaa ohjattavaa muistamaan ohjauksen sisällön todennäköisimmin, kun pelkkää suullista ohjausta käytettäessä. Kirjallinen ohje myös mahdollistaa asiaan palaamisen myöhemmin, itselle parhaalla hetkellä. Ohjeita on näin myös helpompi soveltaa omaan elämään ja tilanteeseen sopivaksi. (Eloranta & Virkki 2011, 73–74).

Kirjallinen ohje tulee olla sekä kirjallisesti, sisällöllisesti että ulkoasullisesti laadukas. Ohje tulee olla kirjoitettu asiakas- ja potilaslähtöisesti ja siinä kerrottujen asioiden tulee olla sisällöllisesti oikeita. Koska tavoitteena kirjallisella potilasohjeella on asiakkaiden ja potilaiden neuvonta ja kysymyksiin vastaaminen, merkittävää on myös se, miten asiat ohjeessa kerrotaan. (Eloranta & Virkki 2011, 74). Vaikeaselkoinen, liian laajasti ja yleisesti esitetty sisältö heikentää ohjeen ymmärrettävyyttä, aiheuttaa väärinymmärryksiä tai pahimmillaan jopa lisätä asiakkaan pelkoja ja huolestuneisuutta omasta tilastaan. Hyvin suunniteltua, tehokasta, oikein suunnattua ja asiakkaan valmiudet huomioivaa ohjetta voi asiakas sen sijaan käyttää jopa itseopiskeluun. (Kyngäs ym. 2007, 125).

Laadittaessa kirjallista ohjetta ensimmäisenä huomiota kiinnitetään ohjeen asenteeseen. Asenteen tulee olla asiallinen, arvostava sekä asiakkaan itsemääräämisoikeutta tukeva. Puhuttelumuoto tulee olla soveltuva, jotta se ei loukkaisi ketään. Tämän opinnäytetyön kirjallisen ohjeen asenteen toivottiin olevan positiivisen rohkaiseva ja kannustava. Ohjeessa suositetaan suoraa puhuttelua passiivimuodon sijaan, jotta esimerkiksi toimintatapojen ohjeistus on mahdollisimman selkeä. (Eloranta & Virkki 2011, 74).

Kirjallisen ohjeen pohjautuminen ajantasaiseen, virheettömään tietoon on myös ensiarvoisen tärkeää. Ohjeen tulee pystyä vastaamaan asiakkaan kysymyksiin mitä, miksi, milloin ja missä. (Eloranta & Virkki 2011, 75). Ohjeen tulee käsitellä asiaa kokonaisuudessaan, fyysiset, psyykkiset ja sosiaaliset vaikutukset huomioiden (Kyngäs ym. 2007, 126). Ohjeen tulee myös noudattaa voimassa olevaa hoitokäytäntöä, tässä tapauksessa Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin hoitokäytäntöjä endometriosipotilaan hoidossa. Ohjetta tulee myös järjestelmällisesti päivittää, jotta sen pohjautuminen ajantasaiseen ja virheettömään tietoon toteutuu. (Eloranta & Virkki 2011, 75). Endometriosioppaan päivitys-, muutos- ja omistusoikeudet siirtyvät projektin loputtua Oulun yliopistolliselle sairaalalle.

Ohjeen tulee myös olla esitystavaltaan selkeä ja helppolukuinen. Asioiden tulee liittyä loogisesti toisiinsa. Loogisuus määrittyy asiakohtaisesti, se voi olla esimerkiksi kronologisesti tai tärkeysjärjestyksessä etenevä. Otsikointi ja kappalejako selkeyttävät ohjetta ja keventävät tekstiä. Pääotsikko kertoo ohjattavalle mitä ohje käsittelee, väliotsikot puolestaan mistä asioista ohje koostuu. Otsikot voivat olla toteavia tai kysymysmuotoisia. Otsikoita ja keskeisiä sisältöjä voidaan korostaa lihavoinnilla tai suuraakkosilla. Alleviivaukset puolestaan heikentävät luettavuutta. Kuvia voidaan käyttää perustellusti, mikäli ne selkeyttävät tekstiä. Ohjeen värillisyydellä on mustavalkoisuutta parempi huomioarvo. (Eloranta & Virkki 2011, 75–76).

Tekstin tulee myös olla viimeisteltyä. Kirjoitus- ja huolimattomuusvirheet hankaloittavat ymmärtämistä ja antavat ammattitaidottoman vaikutelman. Ohjeen fontti tulee myös valita huolella, jotta se soveltuu kohderyhmälle ja on helposti luettava. (Eloranta & Virkki 2011, 76). Fonttikoko tulee olla vähintään 12 (Kyngäs ym. 2007, s. 127). Sanastoltaan ohjeen tulee olla yleiskielinen ja selkeä eikä ammattisanastoa tulisi käyttää. Pitkiä ja monimutkaisia lauseita ei kannata käyttää, jotta teksti on helposti ymmärrettävää. Toisaalta liian lyhyet lauseet voivat luoda vaikutelman töksähtävästä sävystä. Tulostettavassa ohjeessa tulee huomiota kiinnittää myös asetteluun, se tulee tehdä suunnitellun paperin ehdoilla. (Eloranta & Virkki 2011, 76).

Sisällöllisesti ohjeen tulee olla hyvin perusteltu – eli vastata kysymykseen miksi. Mitä enemmän ponnisteluja asiakkaalta vaaditaan, sitä tärkeämpää on perustella ohjeet hyvin. Ohjeen riittävä pituus riippuu ohjeessa käsiteltävästä asiakokonaisuudesta. Kohtalaisen lyhyt ohje tulee kuitenkin varmemmin kokonaisuutena luettuna. (Eloranta & Virkki 2011, 77).

6 PROJEKTIN TARKOITUS JA TAVOITTEET

Opinnäytetyön **tarkoituksena** oli suunnitella ja tuottaa kirjallinen endometrioosiopas Oulun yliopistollisen sairaalan naistentautien poliklinikan käyttöön. Oppaan oli tarkoitus olla niin sanottu yleisopas endometrioosidiagnoosin jo saaneelle naiselle. Tästä syystä oppaan toivottiin käsittelevän endometrioosia laaja-alaisesti, mutta napakasti ja informatiivisesti. Opinnäytetyön **tavoitteena** oli antaa endometrioosia sairastavalle naiselle laadukasta ja ajantasaista tietoa endometrioosista, sen yleisyydestä, patofysiologiasta, ilmenemismuodoista, oireista sekä hoitomuodoista. **Tavoitteena** oli myös luoda Oulun yliopistollisen sairaalan naistentautien poliklinikan henkilökunnalle kirjallinen potilasopas endometrioosia sairastavan naisen potilasohjauksen tueksi. Opinnäytetyön keskeiset käsitteet olivat *endometrioosi, kivun hoito, itsehoito, fertiilitteetti ja potilasohjaus*.

Projektin pitkänajan **kehitystavoitteena** oli lisätä endometrioosia sairastavan naisen tietoa ja ymmärrystä endometrioosista ja muun muassa sen hoidosta, ja sitä kautta edistää hänen lisääntymis- ja seksuaaliterveyttään. Seksuaali- ja lisääntymisterveys on olennainen osa ihmisen terveyttä ja hyvinvointia. Näin ollen se on myös tärkeä osa kansanterveyttämme. (THL 2014, 10). Koska endometrioosin yksilötason vaikutukset ovat hyvin kokonaisvaltaiset ja elämänlaatua heikentävät, on sairaudella myös merkittävä vaikutus yhteiskuntaan. Koska endometrioosia sairastaa jopa 10–15 prosenttia lisääntymiskäeisistä naisista (Korento ry 2020, viitattu 22.5.2020), voidaan projektin ajatella edistävän naisen seksuaali- ja lisääntymisterveyttä laajemminkin yhteiskunnallisessa mittakaavassa. Opinnäytetyö tuki näin Terveystieteiden tutkimuskeskuksen laatiman Seksuaali- ja lisääntymisterveyden toimintaohjelman 2014–2020 tavoitteiden saavuttamista. Opinnäytetyön **tavoitteena** isommassa mittakaavassa oli siis kansanterveyden edistäminen seksuaali- ja lisääntymisterveyttä edistämällä.

Projektin välittömiä, lyhyen aikavälin **kehitystavoitteita** oli edistää ja täydentää endometrioosipotilaan saamaa kokonaisvaltaista ja perhekeskeistä hoitoa endometrioosin hoidossa Oulun yliopistollisen sairaalan naistentautien poliklinikalla. Tähän pyrittiin tuottamalla laadukas kirjallinen potilasopas potilasohjauksen tueksi endometrioosipotilaan hoidossa.

Projektin tuotoksen **laatutavoitteena** oli tuottaa luotettavaan ja tuoreeseen tietoon perustuva, selkeä, kattava ja informatiivinen kirjallinen opas endometrioosia sairastavalle naiselle. **Lyhyen** aika-

välin **oppimistavoitteena** projektissa oli oppia tieteellisen ja tutkittuun tietoon perustuvan materiaalin tuottamista, kirjallisen potilasohjausmateriaalin tuottamista sekä projektiosaamisen kartuttamista. Jotta näihin tavoitteisiin päästiin, tuli projektin aikana opetella myös tiedonhakua, lähdekriittikiä ja kirjallisen tieteellisen tekstin tuottamista. **Pitkän** aikavälin **oppimistavoitteena** oli endometrioosioireiden varhainen tunnistaminen ja endometrioosipotilaan kokonaisvaltaisen hoidon hallitseminen.

6.1 Kohderyhmä & hyödynsaajat

Projektin ensisijainen kohderyhmä oli endometrioosidiagnoosin saanut nainen. Projektilla oli myös monia muita hyödynsaajia. Opas tuotti kirjallista materiaalia endometrioosia sairastavan hoitoon ja ohjaukseen, joten siitä hyötyy myös hoitohenkilökunta. Kirjallisen oppaan voi viedä kotiin ja lukea myös potilaan läheiset, esimerkiksi puoliso tai vanhemmat. Näin myös he saavat tietoa endometrioosista, sen oireista ja hoidosta ja hyötyvät näin projektista. Opinnäytetyön tekijät ja projektityöntekijät saivat myös projektin kautta syvällistä tietoa endometrioosista, sen hoidosta ja potilasohjauksesta ja sitä kautta työkaluja tulevaisuuden työhön hoitoalan ammattilaisina.

7 PROJEKTI OPINNÄYTETYÖMENETELMÄNÄ

Opinnäytetyö toteutui projektimuotoisena. Ruuska (2012, 19) määrittelee projektin joukkona ihmisiä ja muita resursseja, jotka on tilapäisesti koottu yhteen suorittamaan tiettyä tehtävää. Projekti perustuu aina asiakkaan tilaukseen ja siihen kohdentuu asiakkaan asettamia vaatimuksia ja reunaehdoja (2012, 20). Tarkemmin määriteltynä opinnäytetyö oli toimitusprojekti, sillä se oli asiakkaan toimeksiannosta toteutettava kertaluonteinen tuotteen, eli endometriosisioppaan toimitus (Mäntyneva 2016, 14).

Projekteja hyödynnetään useasti tilanteissa, joissa normaali organisaation toiminta ei sellaisenaan edistä tavoitteen, eli tässä tapauksessa endometriosisioppaan toteuttamista, vaan se tarvitsee oppaan kirjoittamiseen ja tuottamiseen keskittyneen projektin (Mäntyneva 2016, 12). Tyypillisesti projektiorganisaatio kehittää jotain, mikä projektin jälkeen jää tilaajaorganisaatiolle käyttöönotettavaksi (2016, 22). Projektin avulla työyhteisön rajalliset voimavarat voidaan keskittää tärkeimpiin tehtäviin. Projektille on myös ominaista, että sen tehtävät yleensä vastuutetaan tietyille henkilöille ja tahoille. (Mäntyneva 2016, 12). Projektia varten kootaan projektiorganisaatio, joka koostuu projektiryhmästä, projektin ohjausryhmästä ja mahdollisesti projektissa työskentelevistä asiantuntijoista (2016, 21). Tämän opinnäytetyön projektiorganisaatioon kuuluivat projektityöntekijät eli opinnäytetyön laatijat, Oulun yliopistollisen sairaalan naistentautien poliklinikan edustaja, naisten vastuualueen opetuskoordinaattori, Oulun ammattikorkeakoulun ohjaava opettaja, sekä Oulun yliopistollisen sairaalan naistentautien asiantuntijaedustaja.

Projekti on tehtäväkokonaisuus, joka jakaantuu elinkaarensa aikana useisiin eri vaiheisiin. Vaiheiden lukumäärästä löytyy erinäisiä mielipiteitä, mutta kaikista malleista löytyvät projektin peruselementit eli perustaminen, suunnittelu, toteutus sekä päättäminen. Vaiheet kulkevat projektissa pikemminkin limittäin kuin lineaarisesti. Usein jo päätyneeseen työvaiheeseen joudutaan palaamaan takaisin. (Ruuska 2012, 22–23). Hallittavuuden kannalta projektin jakaminen eri osiin on tärkeää. Ositus onkin tärkeä osa projektin suunnitteluvaiheen alkua. (Mäntyneva 2016, 61).

Projektin käynnistyspäätöksen jälkeen aloitettiin projektin suunnittelu. Suunnittelu aloitetaan määrittelemällä projektille tavoitteet (Mäntyneva 2016, 43). Riittävän kattavan ja yksityiskohtaisen projektisuunnitelman tekeminen on keskeinen edellytys projektin hallinnalle ja johtamiselle (Ruuska

2012, 37). Mäntynevan mukaan nimenomaan projektin suunnittelun laatu vaikuttaa projektin kokonaisuuden menestykseen (2016, 43–44). Laadukkaan suunnitelman laatiminen puolestaan edellyttää, että projektin rajauksesta on sovittu tarkasti (Ruuska 2012, 37). Laajuudenhallinta on myös Mäntynevan mielestä keskeinen osa projektin onnistumista: sen tavoitteena on varmistaa, että projektityöskentely on tuottavaa ja täyttää projektille asetetut vaatimukset (2016, 47). Hyvin laadittu projektisuunnitelma on myös projektin ohjauksen perusta (Mäntyneva 2016, 90).

Projektiviestintä liittyy projektin eri sidosryhmien väliseen vuorovaikutukseen ja tiedonsiirtoon. Projektiviestinnällä on suuri merkitys projektin onnistumisen kannalta, koska se tukee yhteistyötä. (Mäntyneva 2016, 114).

7.1 Projektin toteutus

Projekti toteutui yhteistyössä Oulun yliopistollisen sairaalan naistentautien poliklinikan kanssa. Opinnäytetyöprojekti aloitettiin helmikuussa 2020 ideariihellä Oulun ammattikorkeakoulun ohjaavan opettajan ja projektityöntekijöiden kesken opinnäytetyön aiheeseen liittyen. Tarve endometrioosia käsittelevälle potilasoppaalle oli noussut jo aiemmin Oulun yliopistollisen sairaalan puolelta. Ohjaajamme vinkistä tartuimme aiheeseen opinnäyteparimme kanssa, sillä se vaikutti hyvin mielenkiintoiselta. Koimme myös mahdollisuuden oppia itse lisää endometrioosista todella hyödylliseksi tulevia ammattejamme ajatellen.

Varsinaisesti projekti alkoi maaliskuussa 2020 yhteistyöpalaverilla projektityöntekijöiden, Oulun yliopistollisen sairaalan naistentautien poliklinikan edustajan ja naisten vastuualueen opetuskoordinaattorin kesken. Ensimmäisessä yhteistyöpalaverissa maaliskuussa 2020 aihetta rajattiin ja projektin tarkoitusta ja tavoitteita tarkennettiin. Tapaamisessa keskusteltiin myös oppaan sisällöstä, aihealueista ja keskeisistä käsitteistä. Myös alustavasta aikataulusuunnitelmasta oppaan valmistumiselle keskusteltiin. Lisäksi käytiin läpi oppaan tekijänoikeuksia. Oppaan valmistumisen jälkeen sen käyttö-, päivitys- ja omistusoikeudet siirtyivät Oulun yliopistolliselle sairaalalle. Oulun yliopistollisella sairaalalla on myös oikeus olla käyttämättä opinnäytetyön tuloksena syntynyttä potilasopasta, mikäli se ei vastaa heidän laatuvaatimuksiaan.

Projektissamme oli kolme vaihetta. Ensimmäinen vaihe oli projektisuunnittelu ja -suunnitelman kirjoittaminen, toinen endometrioosioppaan kirjoittaminen ja tuottaminen ja kolmas projektin raportointi ja esittäminen. Projektin ensimmäinen vaihe, eli projektisuunnittelu ja suunnitelman kirjoittaminen sisälsivät useita vaiheita. Riittävän kattavan ja yksityiskohtaisen projektisuunnitelman teko on projektin hallinnan ja johtamisen keskeinen edellytys (Ruuska 2012, 37). Ensimmäiseksi kartoitettiin projektisuunnitelman eri osa-alueita ja niiden sisältöjä. Projektille luotiin aikataulusuunnitelma ja kustannusarvio. Myös mahdolliset riskitekijät kartoitettiin SWOT- analyysin avulla.

Ohjausta projektisuunnitelmaan laatimiseen ja menetelmien valintaan saatiin ohjaavalta opettajalta. Ohjauspalaverissa menetelmäksi valittiin laajojen tutkimushakujen käyttäminen ja laadukkaan ja tuoreen tutkimustiedon kerääminen ja käyttäminen oppaan laadintaan. Menetelmään päädyttiin oppaan laaja-alaisuuden vuoksi. Kirjallisuuskatsauksen käyttäminen metodina ei olisi mahdollistanut endometriosin käsittelyä kokonaisuudessaan, vaan oppaassa olisi tullut keskittyä vain yhteen osa-alueeseen, esimerkiksi sairauden hoitoon. Ensi-oppaan laatimiseen vain yhden osa-alueen käsitteleminen ei olisi ollut kuitenkaan järkevää tai tarkoituksenmukaista. Projektisuunnitelma hyväksyttiin ensin ohjaavalla opettajalla, jonka jälkeen se lähetettiin Oulun yliopistolliselle sairaalalle hyväksyttäväksi. Suunnitelmaan tehtiin muutoksia vielä hyväksyttävissä vaiheessa ohjaajilta saadun palautteen perusteella.

Oppaan teoreettinen viitekehys koottiin pääosin korkeintaan kymmenen vuotta vanhoista alkupe-
räistutkimuksista ja -artikkeleista, systemaattisista tutkimuskatsauksista sekä katsausartikkeleista endometrioosiin ja sen hoitoon liittyen. Tutkimuksia ja artikkeleita haettiin sekä kotimaisista että ulkomaisista tieteellisistä lähteistä. Myös alan hoitosuosituksia ja muun muassa Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitoksen laatiman Seksuaali- ja lisääntymisterveyden toimintaohjelmaa 2014–2020 käytettiin lähteenä työn teoreettisen viitekehysten laatimisessa. Endometriosin patofysiologiaa, oireisiin ja hoitoon liittyvän tiedon keräämiseen käytettiin myös alan tietokirjallisuutta. Potilasohjausta käsiteltiin teoreettisessa viitekehyksessä omana osionaan ja myös tähän etsittiin laadukasta tutkimusaineistoa, sekä alan tietokirjallisuutta lähteeksi.

Projektin toinen vaihe, eli endometrioosioppaan kirjoittaminen ja tuottaminen aloitettiin suunnitelman hyväksymisen ja tutkimusluvan saamisen jälkeen keväällä 2021. Opas palautettiin Oulun yliopistollisen sairaalan naistentautien poliklinikalle tarkistettavaksi toukokuussa samana keväänä. Kesän ja alkusyksyn aikana tehtiin vielä toimeksiantajan palautteiden jälkeen pieniä loppuhiontoja,

jonka jälkeen oppaan viimeinen versio palautettiin toimeksiantajalle elokuun lopussa 2021. Projektin kolmannessa vaiheessa opinnäytetyö ja sen tuotoksena syntynyt endometrioosipas esiteltiin Oulun ammattikorkeakoulun opinnäytetyöpajassa Zoomin välityksellä syksyllä 2021. Projekti päättyi opinnäytetyön raportin palauttamiseen Theseukseen ja maturiteetin kirjoittamiseen syksyllä 2021.

Projektin viestintä projektityöntekijöiden, tilaajan että ohjaavan opettajan välillä tapahtui pääsääntöisesti sähköpostin välityksellä ja erinäisin etäpalaveroin vallitsevan koronaepidemian vuoksi. Sähköpostiviestinnän etuja olivat lisäksi sen nopeus, riippumattomuus ajasta sekä helppo jakelu (Ruuska 2012, 119).

7.2 Projektin tuotos

Projektisuunnitelman hyväksymisen ja tutkimusluvan saamisen jälkeen alettiin työstämään itse potilasopasta. Projektin tuotoksena oli kirjallinen, A4- arkin kokoinen, neljän sivun mittainen opas endometrioosia sairastavalle naiselle. Opas luovutettiin toimeksiantajalle sekä PDF-, että Word- dokumentin muodossa, jotta sitä on helppo tulostaa mutta tarvittaessa myös muokata. Oppaan tulostuksesta, sekä mahdollisista myöhemmistä muutoksista vastaa toimeksiantaja. Tuotoksena syntynyt opas sisältää tietoa endometrioosin yleisyydestä, patofysiologiasta, ilmenemismuodoista, oireista sekä hoitomuodoista. Myös estrogeenin ja endometrioosin yhteys käydään oppaassa läpi, jotta endometrioosia sairastava ymmärtää hormonien, hormonilääkehoidon ja endometrioosin yhteyden. Opas sisältää myös lyhyen listauksen siitä, mistä endometrioosista voi hakea lisää luotettavaa ja ajantasaista tietoa, sekä vertaistukea.

Tilaaja toiveesta opas on informatiivinen mutta kuitenkin napakka. Sivumääräksi asetettiin toimeksiantajan puolesta maksimiraja neljä yksipuolista A4- arkkia. Oppaan asetteluksi valittiin tavanomainen pystytulostus ja A4- arkki, jotta sen tulostaminen ja käyttöön saaminen olisi mahdollisimman helppoa. Tarkan sivurajoituksen myötä opas on kirjoitusasultaan tiivis. Lukijaystävällisyys pyrittiin kuitenkin ottamaan huomioon mahdollisimman hyvin. Fontiksi valittiin selkeä ja helposti luettava Cambria. Leipäteksti kirjoitettiin fonttikolla 12 ja otsikot kolla 18 helpon luettavuuden varmistamiseksi. Lisäksi otsikot lihavoitiin, jotta oppaan sisältö on helposti hahmotettavissa. Oppaan lisäksi projekti tuotti opinnäytetyöraportin, joka julkaistiin Suomen ammattikorkeakoulujen opinnäytetöiden tietokannassa Theseuksessa.

8 PROJEKTIN ARVIOINTI

8.1 Oppaan arviointi

Opinnäytetyön tarkoituksena oli suunnitella ja tuottaa kirjallinen endometrioosiopas Oulun yliopistollisen sairaalan naistentautien poliklinikan käyttöön. Toimeksiantaja toivoi oppaan sisältävän tietoa endometrioosista laaja-alaisesti, informatiivisesti ja samalla suhteellisen lyhyesti. Opinnäytetyön ja sen tuotoksena syntyneen endometrioosioppaan laatutavoitteet olivat korkeat, sillä tilaajana oli Oulun yliopistollinen sairaala.

Opinnäytetyöhön koottiin hyvin laaja tietoperusta, sillä oppaan toivottiin käsittelevän endometrioosia yleisesti ja laaja-alaisesti. Tietoperustassa käytetty lähdeaineisto koottiin hoitoalan ja lääketieteen tietokirjallisuudesta sekä tuoreista tutkimuksista, systemaattisista tutkimuskatsauksista sekä katsausartikkeleista. Laajoja lähdehakuja tehtiin pääsääntöisesti Cochrane Library, PubMed ja CINAHL – tietokannoista. Oppaan laaja-alaisuuden vuoksi systemaattisia tutkimuskatsauksia suositettiin yksittäisten tutkimusten sijaan. Kotimaisia katsausartikkeleita etsittiin Medic- tietokannasta. Kaikki projektissa lähteinä käytetyt artikkelit olivat vertaisarvioituja ja viimeisen kymmenen vuoden aikana julkaistuja. Lähteinä käytettiin myös kotimaisia Duodecimin ylläpitämiä Oppiportti ja Terveysportti – tietokantoja.

Kirjallisen ohjeen tulisi aina olla laadukas sekä kirjallisesti, sisällöllisesti että ulkoasullisesti (Elo-ranta & Virkki 2011, 74). Oppaan laatimisen isoin haaste oli oppaan sisällön laajuus ja samalla hyvin tiukaksi rajattu sivumäärä. Oppaasta jouduttiin tilanpuutteen vuoksi jättämään pois monia endometrioosipotilaalle oleellisia asioita, kuten lapsettomuutta käsittelevän osion. Myös endometrioosin vaikutus naisen seksuaalisuuteen ja lisääntymisterveyteen omana osionaan jäi pois, samoin kuin ruokavalioasiat tukihoidon osiosta. Asiasisällöt tyypistettiin niin lyhyiksi kuin mahdollista sen puitteissa, että sisältö vielä säilyi ymmärrettävänä ja informatiivisena. Tyypistämisen ja tiivistämisen myötä oppaaseen saatiin sisällytettyä kuitenkin kaikki oleelliset osa-alueet, jotta oppaan tarkoitus informatiivisena yleisoppaana säilyi.

Oppaan laatimisessa erityistä huomiota kiinnitettiin oppaan sisällön helppolukuisuuteen, ymmärrettävyyteen ja loogisuuteen. Pitkiä ja monimutkaisia lauseita vältettiin, sekä liiallista ammattisanaston käyttöä. Ohjeessa käsitellyt asiat perusteltiin huolellisesti, jotta lukija ymmärtäisi lukemansa. Tästä syystä koimme tärkeäksi käsitellä oppaassa endometrioosin, estrogeenin ja kuukautiskierron yhteyden – jotta lukija myös ymmärtäisi miksi endometrioosia hoidetaan hormonilääkityksellä. Tiilaajan toiveesta opas on kirjoitussävyltään positiivisen rohkaiseva. Oppaassa lukijaa puhutellaan aktiivimuodossa ja sinä- muodossa, jotta se olisi lukijasta helposti lähestyttävä ja toimeksiantajan toivoma positiivinen ja rohkaiseva asenne välittyisi lukijalle.

Oppaan ulkoasuun ei pystytty rajallisen sivumäärän myötä panostamaan niin paljon, kuin tekijöinä olisimme halunneet. Fontiksi valittiin selkeä, mutta aavistuksen Times New Romania tai Arialia persoonallisemman Cambrian. Fonttikoko 12 söi oppaalta paljon tekstiä, mutta sen käyttäminen oli välttämätöntä helppolukuisuuden ja selkeyden säilyttämiseksi. Lihavoiduilla ja isonnetuilla otsikoilla pyrittiin myös vahvistamaan oppaan selkeää yleisilmettä ja sisällön helppoa hahmottamista. Kuvia ei oppaaseen lisätty, sillä ne olisivat lyhentäneet tilaa entisestään tekstisisällöltä. Huomioarvon lisäämiseksi oppaan sivut rajattiin oranssinvärillä ohuella reunuksella, mikä myös toi elävyyttä oppaaseen.

Potilasopas lähetettiin ohjaavalle opettajalle sekä Oulun yliopistollisen sairaalan naistentautien poliklinikan edustajalle kommentoitavaksi ennen lopullista versiota. Oppaan lukijaystävällisyys ja käyttäjälähtöisyys testattiin pienellä kättilöopiskelijoista kootulla testilukijaryhmällä. Vastauksia saatiin kuudelta eri vaiheen kättilöopiskelijalta sähköpostin välityksellä. Testilukijaryhmän kommenttien perusteella korjattiin muutamia kirjoitusvirheitä, mutta isompia muutostarpeita ymmärrettävyyden ja lukijaystävällisyyden suhteen ei noussut esille. Testilukijoilta saimme positiivista palautetta oppaan selkeydestä, ymmärrettävyydestä ja kattavuudesta. Rakentavaa palautetta saatiin oppaan tiiviistä asetelusta, mikä sivurajoituksen myötä oli isona haasteena.

Naistentautien poliklinikan edustajan palaute oppaan lopullisesta versiosta oli positiivista: hänen mielestään opas vastasi heidän toiveitaan tilatusta työstä. Myös itse tekijöinä koemme työlle asetettujen laatutavoitteiden tulleen täytetyksi ja olemme projektin tuotokseen tyytyväisiä.

8.2 Projektin arviointi

Projektimme koostui kolmesta eri vaiheesta: projektisuunnittelusta ja -suunnitelman kirjoittamisesta, endometriosisioppaan kirjoittamisesta ja tuottamisesta, sekä projektin raportoimisesta ja esittämisestä. Projektimme eri vaiheet määräytyivät Oulun ammattikorkeakoulun opinnäyteprosessin mukaisesti. Projektisuunnittelu lähti liikkeelle jo maaliskuussa 2020. Oulun yliopistollinen sairaala oli ilmaissut tarpeensa endometriosisia käsittelevälle potilasoppaalle Oulun ammattikorkeakoululle. Ohjaajamme vinkistä tartuimme aiheeseen opinnäyteparimme kanssa, sillä se vaikutti hyvin mielenkiintoiselta. Koimme myös mahdollisuuden oppia itse lisää endometriosisista todella hyödylliseksi tulevia ammattejamme ajatellen.

Projektin aloittaminen ja suunnitteleminen tuntui aluksi todella vaikealta ja työläältä. Projektityöskentely, projektisuunnitelman laatiminen ja opinnäytetyöprosessi oli molemmille uutta. Emme opinnäyteparimme kanssa tunteneet toisiamme entuudestaan, emmekä olleet aiemmin työskennelleet yhdessä opintojen aikana. Toinen osapuolista päätyi vaihtamaan myös tutkinto-ohjelmaa projektin alkuvaiheessa kättilöpuolelta sairaanhoitajapuolelle. Opintoihin liittyvien harjoittelujen ja muiden teoriaopintojen sovittelu kahden eri tutkinto-opiskelijan välillä oli haastavaa ja pystyimme tapamaan harvoin opinnäytetyön työstämiseksi yhdessä. Näin ollen suurin osa projektiin liittyvästä työskentelystä on tapahtunut etänä ja itsenäisesti.

Tapasimme projektityöntekijöiden kesken muutamia kertoja loppukeväästä ja syksystä 2020 suunnitelman parissa ja ideoimme oppaan sisältöä. Saimme myös ohjausta suunnitelman laatimiseen ja muun muassa menetelmän valintaan ohjaavalta opettajalta. Suunnitelman tekeminen oli ehdottomasti projektin työläin osa; oppaan laaja-alaisuuden vuoksi teoreettinen viitekehys oli myös laaja ja sen laatiminen aikaa vievää. Luotettavien tietokantojen käyttäminen ja hakusanojen luominen oli aluksi haastavaa, mutta saimme siihen laadukasta ohjausta kirjaston informaatikolta. Saimme suunnitelmastamme kuitenkin erittäin positiivista palautetta sekä ohjaavalta opettajalta että toimeksiantajalta, ja se hyväksyttiin pienillä muutoksilla lähes sellaisenaan.

Suunnitelmavaiheessa olisi ehdottomasti ollut tarpeen suunnitella myös pääpiirteittäin varsinainen opas ja sen sisältöalueet, ja sopia toimeksiantajan kanssa tarkka sivumäärä jo suunnitelmaa laatiessa. Tämä olisi vähentänyt karsimisen tarvetta ja niin sanotun turhan työn tekemistä oppaan laatimisessa oleellisesti. Teoreettinen viitekehys ei niin ikään olisi näin kasvanut yhtä laajaksi ja

työmäärä sen suhteen olisi ollut pienempi Positiivisena puolena pidettäköön kuitenkin laajan aiheeseen perehtymisen hyödyttävän omaa ammatillista kehittymistä erittäin paljon. Projektisuunnitelma valmistui loppuvuonna 2020 ja tutkimuslupa saatiin alkuvuodesta 2021.

Varsinaista opasta alettiin työstämään tutkimusluvan saamisen jälkeen. Oppaan työstäminen ja kirjoittaminen oli hyvän projektisuunnitelmamme johdosta suhteellisen vaivatonta ja nopeaa. Ainoastaan oppaan laajuus ja annettu sivumäärärajoitus tuotti hankaluuksia. Oppaan ensimmäinen raakaversio oli lähes neljä kertaa pidempi lopulliseen tuotokseen nähden. Mielestämme onnistuimme kuitenkin selkeän kokonaisuuden laatimisessa ja oppaalle asetettujen tavoitteiden täyttämässä hyvin. Ensimmäisen raakaversion oppaasta palautimme toimeksiantajalle toukokuussa 2021 ja lopullisen version elokuussa 2021. Projektin kolmas vaihe eli työn esittäminen ja raportointi oli ehdottomasti projektin jouhevin vaihe. Raportti valmistui hyvän suunnitelman pohjalta helposti ja tieteellinen kirjoittaminenkin alkoi projektin loppuvaiheessa sujua jo hyvin.

Projektimme ehdoton heikkous on ollut aikataulusuunnitelmassa pysyminen. Alun perin aihetta varatessamme olimme asettaneet aikataulutavoitteeksi työn valmistumisen 2020 loppuun mennessä. Kaiken kaikkiaan työ valmistui siis lähes vuoden alkuperäissuunnitelmaa myöhässä. Jouduimme toteamaan jo suunnitelmavaiheen alussa, että aikataulusuunnitelma on todennäköisesti liian kunnianhimoisen. Aikataulumyöhästymisiä aiheuttivat oleellisesti samanaikaisesti suoritettavat harjoittelut, kesätyöt sekä teoriaopinnot. Koronapandemia loi omat haasteensa projektin läpiviemiselle. Lähiopinnot vaihtuivat etäopintoihin ja suoritettavien kirjallisten töiden määrä kasvoi huomattavasti etäopintojen myötä.

Työn etenemistä määritteli myös oleellisesti oma henkilökohtainen jaksaminen ja perhe- elämän sovittaminen opintoihin ja opinnäyteprojektiin. Pitkät tauot opinnäyteprojektissa söivät motivaatiota ja hankaloittivat työn etenemistä. Emme myöskään suunnitelmavaiheessa osanneet täysin varautua siihen, että aikatauluhaasteita tulisi myös toimeksiantajan puolesta. Palautimme ensimmäisen version oppaasta toimeksiantajan tarkastukseen tosin harmillisesti juuri ennen kesää, joten tämä oli varmasti myös yksi osasy syy aikatauluhaasteisiin.

Opinnäytetyön tekeminen projektina oli hyvin mielenkiintoinen, haastava ja opettavainen kokemus. Se antoi arvokasta kokemusta sekä projektisuunnitelman tekemisestä, projektin suorittamisesta, että raportin kirjoittamisesta. Seuraavan projektin aloittaminen ja läpivieminen ei luultavasti tuntuisi

likimainkaan niin työläältä ja vaikealta, kuin tämän opinnäyteprojektin. Aikatauluhaasteista ja projektin rajaamiseen liittyvistä ongelmista ja asiantuntijakommenttien puutteesta huolimatta suoriudimme projektista hyvin, ja sen tuotoksena oli toimeksiantajan edustajan odotuksia ja toiveita miellyttävä tuote, eli opas endometrioosia sairastavalle naiselle.

9 POHDINTA

Opinnäytetyön tarkoituksena oli suunnitella ja tuottaa kirjallinen endometrioosioapas Oulun yliopistollisen sairaalan naistentautien poliklinikan käyttöön. Oppaan oli tarkoitus olla niin sanottu yleisopas endometrioosidiagnoosin jo saaneelle naiselle. Opinnäytetyön tavoitteena oli antaa endometrioosia sairastavalle naiselle laadukasta ja ajantasaista tietoa endometrioosista, sen yleisyydestä, patofysiologiasta, ilmenemismuodoista, oireista sekä hoitomuodoista. Tavoitteena oli myös luoda Oulun yliopistollisen sairaalan naistentautien poliklinikan henkilökunnalle kirjallinen potilasopas endometrioosia sairastavan naisen potilasohjauksen tueksi. Projektin tuotoksen laatutavoitteena oli tuottaa luotettavaan ja tuoreeseen tietoon perustuva, selkeä, kattava ja informatiivinen kirjallinen opas endometrioosia sairastavalle naiselle. Mielestämme opinnäyteprojektimme tarkoitus ja tavoite, sekä tuotoksen laatutavoite toteutuivat kiitettävällä tasolla.

Projektilla oli lisäksi useita muita tavoitteita. Pitkänajan kehitystavoitteena oli lisätä endometrioosia sairastavan naisen tietoa ja ymmärrystä endometrioosista ja muun muassa sen hoidosta, ja sitä kautta edistää hänen lisääntymis- ja seksuaaliterveyttään. Välittömiä, lyhyen aikavälin kehitystavoitteena oli edistää ja täydentää endometrioosipotilaan saamaa kokonaisvaltaista ja perhekeskeistä hoitoa endometrioosin hoidossa Oulun yliopistollisen sairaalan naistentautien poliklinikalla tuottamalla kirjallista materiaalia potilasohjauksen tueksi. Näiden tavoitteiden täyttymisen arvioimiseksi tulisi tietää, missä laajuudessa opasta on sen käyttöönottamisen jälkeen jaettu ja minkälaista hyötyä oppaan kohderyhmä on siitä mielestään saanut. Näin ollen näiden tavoitteiden täyttymistä ei valitettavasti tässä työssä voida arvioida. Jatkotutkimusaiheena tämä olisi kuitenkin todella mielenkiintoinen ja hyödyllinen aihe, sekä meidän että toimeksiantajan näkökulmasta.

Projektin tavoitteena isommassa mittakaavassa oli myös kansanterveyden edistäminen seksuaali- ja lisääntymisterveyttä edistämällä. Tämän tavoitteen saavuttaminen vaatisi oppaan todella laajaa jakelua Oulun yliopistollisen sairaalan naistentautien poliklinikalla sekä vuosien tutkimusta aiheesta. Tavoite kansanterveyden edistämisestä on siis kunnianhimoinen. Endometrioosilla on yksitasolla kuitenkin niin kokonaisvaltaiset ja elämänlaatua heikentävät vaikutukset, että uskomme jo pienenkin positiivisen parannuksen endometrioosipotilaan hoidossa ja ohjauksessa tukevan tämän tavoitteen täyttymistä.

Lisäksi opinnäytetyöllämme oli sekä lyhyen että pitkän aikavälin oppimistavoitteita. Lyhyen aikavälin oppimistavoitteenamme projektissa oli oppia tieteellisen ja tutkittuun tietoon perustuvan materiaalin tuottamista, kirjallisen potilasohjausmateriaalin tuottamista sekä projektiosaamisen kartuttamista. Näihin tavoitteisiin voimme todeta päässeemme, sillä saimme vietyä projektimme loppuun sen tarkoituksen, tavoitteet ja laatukriteerit täyttäen.

Pitkän aikavälin oppimistavoitteena oli endometrioosioireiden varhainen tunnistaminen ja endometrioosipotilaan kokonaisvaltaisen hoidon hallitseminen. Tämän tavoitteen täytyminen oli ehdottomasti projektin paras anti meille projektityöntekijöille. Lähdeaineistoa läpi käydessä ja tietoperustaa laatiessa opimme endometrioosista valtavasti. Vaikka projektin tuotoksesta jäi tilan puutteen vuoksi pitkälti pois endometrioosin vaikutukset naisen seksuaalielämään ja lisääntymisterveyteen, törmäsimme tähän osa-alueeseen perehtyessä endometrioosin hoidon isoimpaan ongelmaan: diagnostiseen viiveeseen. Viive diagnoosissa aiheuttaa sairastajalleen turhaa kärsimystä, nopeuttaa sairauden etenemistä, uhkaa fertiilitettä ja herkistää kivuille. Endometrioosiin liittyvän tiedon puute terveydenhuollon ammattilaisten keskuudessa on yksi merkittävä diagnostista viiveeseen vaikuttava tekijä. (Suvitie 2018, 74–75). Näin ollen, tulevaisuuden terveydenhuollon työntekijöinä oman endometrioositietouden lisääntyminen ja endometrioosin oireiden tunnistaminen on todella arvokasta ammatillista osaamista. Endometrioositietouden lisääntymisen ansiosta voimme tulevaisuudessa vaikuttaa suoraan sekä yksilön terveyteen ja hyvinvointiin, että kansanterveyden edistämiseen suotuisalla tavalla.

Diagnostisen viiveen ongelma sekä endometrioosiin liittyvän tiedon puute terveydenhuollon ammattilaisten keskuudessa poiki myös projektin jatkokehitysidean. Olisi todella antoisaa ja hyödyllistä suunnitella ja toteuttaa endometrioosia käsittelevä opas juuri terveydenhuollon työntekijöille. Oppaassa voisi nimenomaan keskittyä käsittelemään endometrioosia sen oireiden tunnistamisen, varhaisen hoidon ohjauksen ja hoidon näkökulmasta. Erityisen hyödyllistä olisi lisätä esimerkiksi kouluterveyden- ja perusterveydenhuollon työntekijöiden endometrioositietämystä, jotta he osaisivat tunnistaa ja ohjata endometrioosioireista kärsivät nuoret hoitoon mahdollisimman pian oireiden ilmaantumisesta.

9.1 Projektin eettisyys ja luotettavuus

Projektin ja sen tuotoksen eli endometrioosioppaan luotettavuutta arvioitiin koko projektin ajan. Ohjausta saatiin suunnitelmavaiheessa sekä suunnitelman että lähdehakuja tekemiseen ohjaavalta opettajalta sekä sosiaali- ja terveysalan kirjaston informaatikolta. Ohjaava opettaja ja Oulun yliopistollisen sairaalan asiantuntija puuttuivat oppaan sisältö- ja kirjoitusvirheisiin niin ikään suunnitelmavaiheessa. Projektisuunnitelma hyväksyttiin ensin ohjaavalla opettajalla ja sen jälkeen tilaajalla eli Oulun yliopistollisen sairaalalla. Varsinaista opasta alettiin työstämään vasta suunnitelman hyväksymisen jälkeen.

Oulun yliopistollinen sairaala määritti oppaalle laatuvaatimukset ja sillä on oikeus myös olla käyttämättä opasta, mikäli laatuvaatimukset eivät täytyneet. Oppaan lukijaystävällisyyttä ja käyttäjälähtöisyyttä testattiin pienellä kättilöopiskelijoista kootulla testilukijaryhmällä. Projektin luotettavuus perustuu lisäksi laadukkaaseen lähdeaineistoon. Endometrioosiin liittyvä teoreettinen viitekehys koottiin hoitoalan ja lääketieteen tietokirjallisuudesta sekä tuoreista tutkimuksista, systemaattisista tutkimuskatsauksista sekä katsausartikkeleista. Laajoja lähdehakuja tehtiin pääsääntöisesti Cochrane Library, PubMed ja CINAHL – tietokannoista. Oppaan laaja-alaisuuden vuoksi systemaattisia tutkimuskatsauksia suositettiin yksittäisten tutkimusten sijaan. Kotimaisia katsausartikkeleita etsittiin Medic- tietokannasta. Kaikki projektissa lähteinä käytetyt artikkelit olivat vertaisarvioituja ja viimeisen kymmenen vuoden aikana julkaistuja. Lähteinä käytettiin myös kotimaisia Duodecimin ylläpitämiä Oppiportti ja Terveysportti – portaaleja. Opinnäytetyön muihin teoriaosuuksiin on käytetty alan tieto- ja menetelmäkirjallisuutta.

LÄHTEET

Ammattikorkeakouluopinnot, 2020. Opinnäytetyö. Viitattu 24.11.2020. <https://www.ammattikorkeakouluopinnot.fi/opinnaytetyo-8082>.

Barbara G., Facchin F., Meschia M., Berlanda N., Frattaruolo MP. & Vercellini P. 2017. When love hurts. A systematic review on the effects of surgical and pharmacological treatments for endometriosis on female sexual functioning. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, vol. 96, no. 6, 668–687.

Botha E., Ryttyläinen-Korhonen K. 2016. *Naisen hoitotyö*. Helsinki: Sanoma Pro.

Brown J, Crawford TJ, Allen C, Hopewell S, Prentice A. 2017. Nonsteroidal anti-inflammatory drugs for pain in women with endometriosis. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Issue 1. Art. No.: CD004753. DOI: 10.1002/14651858.CD004753.pub4.

Duffy J., Arambage K., Correa FJS., Olive D., Farquhar C., Garry R., Barlow DH., Jacobson TZ. 2014. Laparoscopic surgery for endometriosis. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Issue 4. Art. No.: CD011031. DOI: 10.1002/14651858.CD011031.pub2.

Edmonds K., Bourne T., Lees C. 2018. *Dewhurst's Textbook of Obstetrics and Gynaecology*. John Wiley & Sons, Incorporated. ProQuest Ebook Central.

Evans S, Fernandez S, Olive L, Payne LA, Mikocka-Walus A. 2019. Psychological and mind-body interventions for endometriosis: A systematic review. *J Psychosom Res*. 2019 Sep;124:109756. doi: 10.1016/j.jpsychores.2019.109756. Epub 2019 Jun 27. PMID: 31443810.

Giudice, L. C., Evers, J. L. H. & Healy, D. L. 2012. *Endometriosis: Science and Practice*. Wiley-Blackwell.

Härkki P., Heikinheimo O., Tiitinen A., 2015. Endometrioosi ja lapsettomuus: mitkä tekijät vaikuttavat hoidon valintaan? Katsausartikkeli. Suomen lääkärilehti - Finlands läkartidning. Vol. 70 no. 5 s. 221-226. <http://www.laakarilehti.fi/pdf/2015/SLL52015-221.pdf>

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

Jurkiewicz-Przondziona J, Lemm M, Kwiatkowska-Pamuła A, Ziólko E, Wójtowicz MK., 2017. Influence of diet on the risk of developing endometriosis. Ginekol Pol. 2017;88(2):96-102. doi: 10.5603/GP.a2017.0017. PMID: 28326519.

Korento ry 2020. Endometrioosin oireet. Viitattu 6.5.2020, 22.9.2020. <https://korento.fi/tietoa/endometrioosi/oireet/>.

Korento ry 2020. Mitä endometrioosi on? Viitattu 6.5.2020, 20.5.2020, 22.9.2020. <https://korento.fi/tietoa/endometrioosi/>.

Korento ry 2020. Tukihoidot. Viitattu 1.10.2020, 18.11.2020. <https://korento.fi/tietoa/endometrioosi/tukihoidot/>.

Leino-Kilpi H., Kulju K. 2012. Potilasohjauksen eettisiä kysymyksiä. M. Hupli, S. Rankinen, H. Virtanen (toim.) Potilasohjauksen ulottuvuudet 2. Turku: Turun Yliopiston hoitotieteen laitoksen julkaisu. Sarja A63, s. 3–4.

Litmanen K. 2016. Naisen sukupuolihormonit ja kuukautiskierto. Hormonieritys eri ikäkausina. U. Paananen, S. Pietiläinen, E. Raussi-Lehto, A. Äimälä (toim.) Kätilötyö. 6.–7. painos Helsinki: Edita. s. 92.

Litmanen K. 2012. Naisen sukupuolihormonit ja kuukautiskierto. Hormonieritys eri ikäkausina. U. Paananen, S. Pietiläinen, E. Raussi-Lehto, A. Äimälä (toim.) Kätilötyö. 2.–4. painos. Helsinki: Edita. s. 108–114.

Meristö T., Molarius R., Leppimäki S., Laitinen J., Tuohimaa H., 2007. Laadukas Swot- Työkalu pk-yrityksen innovaatiovetoisen tulevaisuuden menestyksen turvaamiseksi. Innorisk- hanke. Turku: Åbo Akademi/ Corporate Foresight Group CoFi

Mira, T. A. A., Buen, M. M., Borges, M. G., Yela, D. A., Benetti, P. C. L., & Benetti-Pinto, C. L. 2018. Systematic review and meta-analysis of complementary treatments for women with symptomatic endometriosis. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*. 143(1), 2–9. <https://doi-org.ezp.oamk.fi/2047/10.1002/ijgo.12576>.

Mäntyneva M, 2016. Hallittu projekti- Järkevästä suunnittelusta menestykselliseen toteutukseen. Helsinki: Kauppakamari

Nnoaham KE., Hummelshoj L., Webster P., d'Hooghe T., de Cicco Nardone F., de Cicco Nardone C., Jenkinson C., Kennedy SH., Zondervan KT. 2011. Impact of endometriosis on quality of life and work productivity: a multicenter study across ten countries. *World Endometriosis Research Foundation Global Study of Women's Health consortium. Fertil Steril*. Aug;96(2):366–373.

Oats J., Abraham S., 2016. *Fundamentals of Obstetrics and Gynaecology*. 10.painos. Llewellyn-Jones.

Oulun yliopisto, 2018. Opintasuoritusten arviointi. Viitattu 24.11.2020. <https://www oulu.fi/opiskelijalle/node/55251>.

Perheentupa A., Härkki P. 2019. Endometrioosi. Teoksessa *Naistentaudit ja synnytykset* (toim. Juha Tapanainen, Oskari Heikinheimo & Kaarin Mäkikallio). Oppiportti. Duodecim. Viitattu 24.9.2020. <https://www.oppiportti.fi/op/njs10902/do>. Vaatii käyttöoikeuden.

Perheentupa A., Santala M., 2011. Endometrioosi, adenomyoosi ja salpingitis isthmica nodosa. Julkaisussa: *Naisten taudit ja synnytykset*. 5. p. Toim. O. Ylikorkala & J.Tapanainen. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Ruuska K., 2012. *Pidä projekti hallinnassa*. 7. painos. Vantaa: Hansaprint

Schwab U. 2020. Ravinnon rasvat. *Lääkärikirja Duodecim*. Viitattu 18.11.2020. https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk01074. Vaatii käyttöoikeuden.

Schwab U. 2020. Omega-rasvahapot. Lääkärikirja Duodecim. Viitattu 18.11.2020 https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00900. Vaatii käyttöoikeuden.

Setälä M., Härkki P., 2020. Endometrioosin kirurginen hoito. Katsausartikkeli. Suomen lääkärilehti - Finlands läkartidning. Vol. 75. No. 14–15, s. 902–908. <https://www.laakarilehti.fi/tieteessa/katsausartikkeli/endometrioosin-kirurginen-hoito/>.

Suvitie, P. 2020. Milloin epäilen endometrioosia? Katsausartikkeli. Suomen lääkärilehti - Finlands läkartidning. Vol. 75. No. 14–15. s. 884–891. <https://www.laakarilehti.fi/tieteessa/katsausartikkeli/milloin-epailen-endometrioosia/>.

Suvitie, P. 2018. Modern Methods of Evaluating Endometriosis. Väitöskirja. Turun Yliopiston Julkaisuja – Annales Universitatis Turkuensis. Sarja - ser. D osa - tom. 1362 | Medica – Odontologica.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 2013. Seksuaali- ja lisääntymisterveyden toimintaohjelma 2014–2020. R. Klemetti & E. Raussi-Lehto (toim.) 3. tarkennettu painos. Tampere: Juvenes Print – Suomen yliopistopaino. Verkkojulkaisu. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-174-7>. S. 10.

Tiitinen A., 2019. Endometrioosi. Lääkärikirja Duodecim. Viitattu 13.5.2020, 22.5.2020, 22.9.2020. <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk00119/endometrioosi?q=endometrioosi>. Vaatii käyttöoikeuden.

Tuimala R. 2018. Progesteroni. Teoksessa Lääketieteellinen farmakologia ja toksikologia (toim. Heikki Ruskoaho & Jukka Hakkola). Oppiportti. Duodecim. Viitattu 17.11.2020. <https://www.oppiportti.fi/op/lft00346/do>. Vaatii käyttöoikeuden.

Tuppurainen M. 2018. Estrogeenien synteesi ja vaikutukset. Teoksessa Lääketieteellinen farmakologia ja toksikologia (toim. Heikki Ruskoaho & Jukka Hakkola). Oppiportti. Duodecim. Viitattu 22.10.2020, 17.11.2020. <https://www.oppiportti.fi/op/lft00342/do>. Vaatii käyttöoikeuden.

Uimari O., Terho A., Koivurova S., Niinimäki M., 2020. Endometrioosin lääkkeellinen hoito. Katsausartikkeli. Suomen lääkärilehti – Finlands läkartidning. Vol 75. No. 14–15. S. 896–902.