

ENDOMETRIOOSI-INFORMAATIOPAKETTI POTILAILLE
JA HOITOHENKILÖKUNNALLE

Taira Grön-Suonsivu

ENDOMETRIOOSI-INFORMAATIOPAKETTI POTILAILLE
JA HOITOHENKILÖKUNNALLE

Taira Grön-Suonsivu
Diakonia-ammattikorkeakoulu
Opinnäytetyö, syksy 2013
Hoitotyön koulutusohjelma
Terveystenhoitaja (AMK)

TIIVISTELMÄ

Grön-Suonsivu, Taira. Endometrioosi-informaatiopaketti potilaille ja hoitohenkilökunnalle. Helsinki, syksy 2013, s. 55, 2 liitettä.

Diakonia-ammattikorkeakoulu, Helsinki. Hoitotyön koulutusohjelma, Terveydenhoitotyön suuntautumisvaihtoehto, terveydenhoitaja (AMK).

Opinnäytetyön päätarkoituksena oli tuottaa suomenkielinen tietopaketti endometrioosia sairastaville ja ja endometrioosia sairastavia potilaita työssään kohtaaville terveydenhuollon ammattilaisille. Tavoiteena oli myös lisätä yleistä tietoisuutta tästä yllättävän huonosti tunnetusta, monimutkaisesta sairaudesta, joka vaikuttaa niin monen naisen hyvinvointiin, terveyteen ja raskaaksi tulo mahdollisuuksiin. Endometrioosiyhdistys ry oli nähnyt tällaisen tietopaketin tarpeelliseksi. Valmista informaatiopakettia tullaan tarjoamaan Endometrioosiyhdistyksen käyttöön.

Luotettaviin lähteisiin pohjautuvan ja näyttöön perustuvan tiedon saannin omasta sairaudesta on useissa tutkimuksissa todettu vahvistavan vakavaa sairautta sairastavien potilaiden selviytymiskeinoja. Sairauden diagnoosin varmistuttua suuri osa potilaista kokee epävarmuutta ja pelkoakin tulevaisuuden suhteen. Potilaat halusivat tietoa lähinnä diagnoosista, hoitovaihtoehtoista ja sairauden hoitoon käytettyjen lääkkeellisten ja kirurgisten menetelmien mahdollisista haittavaikutuksista.

Vieraalla kielellä julkaistun lääketieteellisen materiaalin ymmärtäminen on useimmiten hyvin haastavaa hoitoalan ammattilaisillekin, puhumattakaan niin kutsutuista maallikoista, joille lääketieteen terminologiakin on yleensä vierasta. Opinnäytetyöprosessin aikana ilmeni, että suomen kielellä on tuskin lainkaan julkaistu tuoretta, luotettaviin tieteellisiin lähteisiin pohjautuvaa tietoa endometrioosista ja eritoten sen vaikutuksista hedelmällisyyteen.

Työn tuloksena valmistui mahdollisimman kattava informaatiopaketti endometrioosista. Tekstin ymmärrettävyyden helpottamiseksi työssä on liitteenä aakkostettu sanasto työssä eniten käytetyistä termeistä (LIITE 2). Työ on lunastanut tekijänsä puolesta paikkansa, kun siitä on mahdollisimman paljon hyötyä potilaille, heidän läheisilleen ja hoitohenkilökunnalle. Suurin hyöty informaatiopakettista olisi, jos se julkaistaisiin Internetissä. Näin se olisi kaikkien halukkaiden luettavissa.

Informaatiopaketin työstämisen eri vaiheissa kerättiin palautetta sekä hoitotyön ammattilaisilta että maallikoilta. Palautteessa kerrottiin tuotetun tekstin olevan helppolukuista ja antavan runsaasti hyödyllistä informaatiota. Hoitoalan ammattilaiset mainitsivat lisäksi voivansa hyötyä informaatiopakettiin kerätystä tiedosta omassa työssään.

Asiasanat: endometrioosi, raskaus, diagnoosi, psykosomatiikka, lapsettomuus.

ABSTRACT

Grön-Suonsivu, Taira. An Information package about Endometriosis for patients and healthcare professionals. 55 p., 2 appendices. Language: Finnish. Helsinki, Autumn 2013.

Diaconia University of Applied Sciences. Degree Programme in Nursing, Option in Public Health Care. Degree: Public Health Nurse.

The aim of the thesis was to create an information package for people affected by endometriosis and especially for women suffering from this complex disease, and to raise awareness of this surprisingly poorly-known disease and its wide-ranging effects on female health, well-being and fertility. The Endometriosis Association of Finland and its members have seen a need for this type of information package.

Communication and information have recently been considered important in helping people to cope with serious diseases like endometriosis. A diagnosis of endometriosis may invoke uncertainty and fear that could be alleviated by information. It has been indicated that the vast majority of endometriosis patients want to be informed about their illness; basic information about the diagnosis, treatment options and common side effects of the treatment options considered and offered for them.

Understanding scientific research material in a foreign language is challenging to healthcare professionals and in most cases even harder for laymen not familiar with the terminology. In the course of writing this thesis, it became obvious that there are hardly any up-to-date reliable written scientific sources in Finnish about endometriosis and especially of its effects on pregnancy and fertility. It is very important to research the factors behind the increased infertility rate among those who suffer from endometriosis as it is the fervent wish of almost every woman to be a mother some day.

The objective of this study was to gather the most recent international research material of endometriosis and present it in Finnish. Published on the Internet it would be available for everyone's free use.

What comes to feedback, a few healthcare professionals and a few laymen interviewed told that this information package was very easy and pleasant to read. All of them also said that they could benefit from the information put together in this thesis. This thesis has redeemed its place when it would be of benefit for women suffering from endometriosis and healthcare professionals as well.

Keywords: Endometriosis, pregnancy, diagnosis, psychosomatics, infertility

SISÄLLYS

2.1 Endometrioosin etiologia ja patogeneesi	8
2.1.1 Endometrioosin eri tyypit	10
2.1.2 Endometrioosiin sairastumiseen vaikuttavat tekijät	13
2.2 Oireet	15
2.3 Diagnoosi	17
2.4 Hoito	19
2.4.1 Kirurgiset hoitomenetelmät	19
2.4.2 Lääkkeelliset hoitomenetelmät	21
2.5 Ruokavalion vaikutus endometrioosiin	23
3.1 Raskauden vaikutukset endometrioosiin	26
3.2 Endometrioosin vaikutukset raskauteen	27
3.3 Kirurgisten hoitomenetelmien vaikutukset raskaaksi tulon mahdollisuuksiin	29
3.4 Endometrioosi lapsettomuuden syynä tai osatekijänä	30
5.1 Laadukas terveystiedotus	40
5.2 Verkossa tapahtuva terveystiedotus omana erityisalueenaan	41
5.2.1 Terveystiedotuksen laatu Internetissä	42

1 JOHDANTO

Endometrioosin tutkimukseen on sairauden vakavuudesta, sitä sairastavien suuresta määrästä ja sen aiheuttamista valtavista kustannuksista ja inhimillisistä kärsimyksistä huolimatta panostettu maailmanlaajuisesti taloudellisessa mielessä huomattavan vähän. Tämä johtuu varmasti osittain siitä, että endometrioosi on hoidettavissa eikä se johda kuolemaan. Yleinen tietoisuus tästä monien naisten ja heidän lähipiirinsä elämää suuresti hankaloittavasta ja mittaamattomia inhimillisiä kärsimyksiä sekä taloudellisia menetyksiä aiheuttavasta sairaudesta on ollut hyvin vähäistä. Tässä mielessä endometrioosin saama huomio eroaa esimerkiksi Aidsin aikanaan herättämästä kohusta ja sitä seuranneesta maailmanlaajuisesta halusta panostaa taloudellisesti hoito- ja ennaltaehkäisy menetelmien löytämiseen.

Endometrioosi on monimutkainen sairaus eri tyypeineen, tasoineen ja oireineen. Endometrioosidiagnoosiin pääseminen kestää eri syistä johtuen usein useita vuosia, joiden aikana potilas ja hänen lähipiirinsä joutuvat elämään epä-tietoisuudessa oireiden syyn suhteen. Tämän lisäksi yhteiskunta ja potilas itse kärsivät runsaitakin taloudellisia tappioita turhien tutkimusten, hoitojen ja sairaspöissaolojen muodossa.

Endometrioosidiagnoosiin pääsemistä hankaloittaa taudin monimuotoisuus. Kaikille endometrioosimuodoille on kuitenkin todettu olevan yhteistä se, miten endometriumien solujen kaltaiset solut lisääntyvät ja valtaavat elintilaa ympäröivistä kudoksista. Sairastumisen taustalla voi olla useiden eri geneettisten tekijöiden ohella ympäristötekijöitä sekä muita vielä tutkimattomia altistajia, jotka tekevät diagnosoinnista entistäkin haastavampaa. Sairauden luonne myös vaihtelee osittain edellä mainituista tekijöistä johtuen suuresti potilaasta toiseen. Oikean diagnoosin löytyminen onkin potilaan kannalta erittäin merkittävä asia, ja vaatii lääkäriltä suurta perehtyneisyyttä sekä hyviä ihmissuhde- ja kuuntelutaitoja. Diagnoosiin pääseminen ja oikean hoitomuodon tai hoitomuotojen kombinaation löytyminen edellyttää osaamista endokrinologiassa, patologiassa, kirurgiassa, hedelmällisyystieteessä, onkologiassa, genetiikassa, immunologias-

sa, toksikologiassa ja kivun hoidossa. Näin ollen onkin ilmeistä, että endometrioosipotilaan hoito edellyttää lääkäreiltä erikoisalojen välistä yhteistyötä. Yhteiskunnan tehtäväksi jää huippuammattilaisten yhteistyön kaikinpuolinen mahdollistaminen ja tutkimustyön rahoituksen turvaaminen. Samoin on tärkeä huolehtia siitä, että myös seuraavia sukupolvia kiinnostaisi endometrioositutkimus.

Potilaan kannalta olennaista on endometrioosista johtuvien kipujen syyseuraussuhteiden selvittäminen ja tehokkaiden kivunhoitomenetelmien löytäminen sekä endometrioosin lisääntymisterveyteen vaikuttavien seikkojen ymmärtäminen. Ihmillisten kärsimysten vähentämisen ja taloudellisten resurssien säästämisen kannalta olisi tärkeä löytää mahdollisimman pian sellaiset diagnosointimenetelmät, jotka mahdollistaisivat sairauden tunnistamisen varhaisessa vaiheessa potilaalle turhia kärsimyksiä aiheuttamatta.

Endometrioosista ja sen hoidosta ei ole juuri lainkaan ajankohtaista, luotettavaan lähteisiin pohjautuvaa tutkimustietoa suomen kielellä. Haasteellista oli löytää edes vieraskielistä, ajankohtaista painettua materiaalia työtäni varten, mutta minulle tämä haaste oli mieluinen.

2 ENDOMETRIOOSI SAIRAUTENA

Termi endometrioosi tulee sanasta endometrium, kohdun limakalvo. Endometrium on kohdun, uteruksen sisäseinämää ympäröivän limakalvon lääketieteellinen nimitys. Endo tarkoittaa sisäpuolella, sisällä, ja metra tarkoittaa kohtua eli uterusta ja ose kroonista. (Evans 2005, 9; Medizinische Hochschule Hannover i.a.)

Endometrioosissa eli kohdun limakalvon sirottumataudissa kohdun limakalvokudoksen eli endometriumien kaltaista kudosta kasvaa kohdun ulkopuolella, paikoissa, joissa sitä ei kuuluisi esiintyä. Nämä kohdun ulkopuolella sijaitsevat limakalvopesäkkeet saavat kohde-elimissään aikaiseksi kroonisen tulehdusreaktion. Yleisimmät endometrioosin esiintymisalueet ovat lantion sisäseinämät ja lantion alueen elinten pinnat. Näihin endometrioosille alttiiden lantion alueen elimiin luetaan kuuluviksi kohtu, munasarjat, munanjohtimet, virtsarakko, suolisto, virtsanjohdin ja umpilisäke. Koska sekä lantion alueen elimet että lantion sisäseinämät ovat peritoneumin eli vatsakalvon peittämiä, suurin osa endometrioosipesäkkeistä löydetään juuri vatsakalvolta. (Evans 2005, 5–7.) Endometrioosia voi joissain harvoissa tapauksissa esiintyä myös navassa, vanhassa keisarinleikkaushaavassa tai jopa keuhkoissa (Evans 2005, 9).

Normaali kohdun sisäseinämän limakalvo poistuu osittain elimistöstä kuukautisvuodon mukana, kun taas endometrioosissa kohdun sisäseinämän kaltaisella kudoksella ei ole luontaista poistumistietä elimistöstä. Tämä endometrioottinen kudos kuitenkin kasvaa ja muuttuu estrogeenin vaikutuksesta aivan kuten normaali kohdun sisäseinämän kudokin täyttyen verestä ja yrittäen irtautua ympäröimiensä elinten seinämistä. Edellä mainitun on arveltu olevan endometrioottisen kivun taustalla. Munasarjojen lisäksi myös endometrioottinen kudos tuottaa estrogeenia ylläpitäen endometrioottisen kudoksen kasvua. (Kimball & Lions 2003, 11.) Endometrioosi on hyvälaatuinen, nopeasti leviävä, estrogeenista riippuvainen sairaus, johon sairastuu noin 20 prosenttia hedelmällisessä iässä olevista naisista. Sairaudesta johtuvat oireet vaihtelevat potilaasta toiseen, mut-

ta yhteistä kaikille endometrioosia sairastaville on terveitä heikompi hedelmöitymiskyky. (Schödewind 2009, 11.)

Endometrioosin etiologiaa eli taudin syntymekanismia ei vielä täysin tunneta, mutta taustalla on eri tutkimusten pohjalta epäilty olevan immunologisia, geneettisiä, alkion kehittymiseen ja ympäristöön sidoksissa olevia vaikuttajia. (Fertility Weekly 2010/28/6, 12).

Hoitomuodosta riippumatta noin 20 prosentilla endometrioosiin hoitoa saaneista naisista on vielä vuosi hoitojen päättymisestä oireita, eritoten kipuja lantion alueella, noin 50 prosentilla kipuja on vielä viiden vuoden jälkeen (Leeners 2012, 533; Al-Talib & Tulandi 2012, 295–296.) Lapsettomuudesta kärsivistä naisista noin 25–50 prosentilla todetaan endometrioosi kun taas muusta väestöstä vain noin 2–5 prosenttia saa endometrioosidiagnoosin (Moon, Cox & DeCherney 2012, 462).

2.1 Endometrioosin etiologia ja patogeneesi

Endometrioosista kirjoitti ensimmäisen kerran historiassa saksalainen lääkäri Daniel Shroen vuonna 1690 kirjassaan *Disputatio Inauguralis Medica de Ulceribus Ulceri*. Hän kuvaili endometrioosia sairaudeksi, jossa esiintyy haavaumia muun muassa virtsarakon ja sisäelinten alueella sekä kohdun ja kohdunkaulan ulkopuolella. Endometrioosiin huomattiin liittyvän kiinnikemuodostusta, hedelmättömyyttä ja toistuvia keskenmenoja. 1880-luvun loppupuolella edellä kuvattua oireyhtymää alettiin kutsua myös nimellä adenomyosis externa, joka tarkoitti sitä, että kohdun ulkopuolelta löydetyt rauhassolut muistuttivat huomattavasti kohdun sisäosan limakalvon rauhassoluja. (Al-Talib & Tulandi 2012, 295.)

Vaikka endometrioosin taudinkuva kuvailtiin ensimmäisen kerran jo vuonna 1860 Rokitanskyn toimesta, on endometrioosin patogeneesi eli käsitys sairauden synnystä ja kehityksestä edelleen epäselvä. Endometrioosin patogeneesistä on luotu useita eri teorioita jo vuosikymmenten ajan. (Schnödewind 2009, 11.)

Sampsonin vuonna 1927 laatima implantaatioteoria kuvailee endometrioosin syntymekanismin seuraavasti; retrogradinen eli taaksepäin suuntautuva kuukautisvuoto kuljettaa elinvoimaisia ja lisääntymiskykyisiä kohdun limakalvon soluja ja niiden osasia munanjohtimia pitkin kohtuontelon ulkopuolelle. Kohtuontelon ulkopuolella kohdun limakalvon solut kiinnittyvät eli implantoituvat vatsaonteloa vuoraavan sidekudoksesta muodostuneen vatsakalvon seinämiin. Vatsaontelossa endometrioosipesäkkeitä syntyy stroomasta eli vatsaontelon sidekudosverkosta ja soluväliaineesta. Tutkimusten mukaan noin 75 prosentilla naisista esiintyy retrogradista eli taaksepäin suuntautuvaa kuukautisvuotoa, mutta vain harvoin tämä aiheuttaa endometrioosia. Sampsonin aikaan endometrioosi diagnosoitiin laparotomiaa ja patologiaa hyödyntäen. (Schnödewind 2009, 12; Al-Talib & Tulandi 2012, 295; Sokalska & Duleba 2012, 369; Rogers & Weston 2012, 561.)

Vatsaontelon endometrioosin synnyn avaintapahtumana pidetään kuitenkin juuri implantoitumista. Sampsonin teoriaa tukevat lukuisat myöhemmin tehdyt tutkimukset, joissa havaittiin, että implantaation lisäksi endometriumien eli kohdun limakalvon soluja kulkeutuu kohtuontelon ulkopuolelle lisäksi verisuonia ja imunestekanavia pitkin sekä kirurgisten toimenpiteiden yhteydessä kudoksesta toiseen. (Schnödewind 2009, 12.)

Kirurgisen toimenpiteen yhteydessä kehittynyt endometrioosi on niin sanottu iatrogeeninen eli hoidosta johtuva, lääkärin tekemästä toimenpiteestä aiheutunut endometrioosi. Iatrogeeninen endometrioosi voi saada alkunsa esimerkiksi kohtuleikkauksista tai synnytykseen liittyvästä episodiotoomasta eli välilihan leikkauksesta. Tällaisessa tapauksessa endometriumien solut voivat päästä implantoitumaan leikkausalueelle muuttuen niin sanotuksi haavaendometrioosiksi. (Stratton & Berkley 2012; 230–232; Leyendecker & Wildt 2012, 200, 207–208.)

In vitro- eli koeputkiolosuhteissa suoritetuissa tutkimuksissa on havaittu kohtuontelon ulkopuolelle ajautuneiden endometriumien solujen implantoituvan erityisen herkästi vaurioituneen limakalvon pinnalle. Implantoitumista helpottaa suora yhteys sidekalvonalaiseen kudokseen. (Schnödewind 2009,12; Sokalska

& Duleba 2012, 367–369.) Implantaatioteorian mukaan muuntautumiskykyiset solut kohtuontelon ulkopuolella muuntautuvat endometriumin soluiksi. Muuntautumista on ajateltu stimuloivan tulehdustilat, sisäerityshormonit, endometriumin eritteet ja vatsaontelon nesteen ainesosat. (Schnödewind 2009, 12.; Sokalska & Duleba 2012, 369.)

Endometrioosin syntyyn vaikuttavat tutkimusten mukaan alentunut immuunipuolustus ja vatsaontelon puutteellinen suojautumiskyky vierailta soluilta. Näiden lisäksi tutkitaan soluvälitteisen ja vasta-ainevälitteisen immunitetin vaikutuksia endometrioosin syntyyn. (Härkki, Heikkinen & Setälä 2011, 1837–1847; Schödewind 2009, 12.) Tällä hetkellä osuvimpana endometrioosin syntyteorian pidetään teoriaa retrogradisesta menstruaatiosta yhdessä immunologisten ja vatsaontelon puolustusjärjestelmään vaikuttavien tekijöiden kanssa, joiden on ajateltu lisäävän verisuonten uudismuodostusta eli angiogeneesiä ja solunmuodostusta. (Schnödewind 2009, 12; Sokalska & Duleba 2012, 367–369.) Useissa tutkimuksissa on myös osoitettu yhteys endometrioosiin liittyvien tulehdusvälittäjäaineiden ja steriliteetin välillä. Endometrioosiin liittyvän lantion alueen elinten tulehduksen on tutkimusten mukaan ajateltu johtavan kiinnikemuodostukseen, munanjohtimien ahtautumiseen ja tukkeutumiseen sekä muiden lisääntymiseen liittyvien elinten muutoksiin. (Schödewind 2009, 12, 21; Sokalska & Duleba 2012, 367–369; Härkki ym. 2011.)

Uusimpiin kuuluvan endometrioosia käsittelevän tutkimuksen mukaan endometrioosin syntymekanismi on hyvin samantyyppinen hyvänlaatuisten eli benignien kasvainten synnyn kanssa. Tärkeimpänä tekijänä molemmissa pidetään solumuutoksia kuten mutaatioita. (Schnödewind 2009, 12–13.)

2.1.1 Endometrioosin eri tyypit

Endometrioosipotilaan parhaan mahdollisen hoidon edellytys on potilaan sairastaman endometrioosityypin luokittelu vaikeusasteen ja oirekuvan perusteella ja näiden mukaan laadittu yksilöllinen hoitosuunnitelma. Sairauden tason ja luokittelun selville saaminen edellyttää lähes poikkeuksetta tähytystutkimuksia ja

näiden yhteydessä otettujen koepalojen patologista analyysia. Jatkohoidon kannalta on merkityksellistä myös selvittää pesäkkeiden muoto, väri ja lähieliimiin levinneiden pesäkkeiden määrä ja sijainti. Samoin mahdolliset kiinnikemuodostumat tulee selvittää. (Medizinische Hochschule Hannover i.a.)

Klassinen endometrioosin eri tyyppien jaottelu perustuu endometrioosipesäkkeiden sijaintiin, määrään ja kokoon. Genitaalialueiden sisäseinämien endometrioosia havaitaan kohdun ja munanjohtimien alueella, ja se ilmenee adenomyosina kohdun, kohdunkaulan ja munanjohtimien alueella. Adenomyosilla tarkoitetaan sairautta, jossa endometriumini eli kohdun limakalvon rauhasista muodostuneita ulokkeita kasvaa kohdun eli uteruksen lihassyiden väliin kohtulihaksen eli myometriumin sisälle. (Schnödewind 2009, 13; Tiitinen 2012a.)

Sukuelinten ulkopintojen endometrioosia ilmenee kohdunkaulan ulkopinnalla, munanjohtimien seinämässä, munasarjoissa, kohdun ligamenteissa, peräsuolen ja kohdun väliin jäävällä alueella, virtsarakon yläosassa sekä emättimessä ja vulvassa. Sukuelinten ulkopuolista endometrioosia esiintyy virtsarakossa, suolistossa, virtsaputkessa, iholla ja keuhkopussissa. (Schnödewind 2009, 13.)

American Fertility Society (AFS) jaottelee endometrioosin eri luokkiin pesäkkeiden sijainnin, koon ja lukumäärän sekä lantion alueen elimiin kohdistuvien vaikutusten perusteella. Tämän kansainvälisesti tunnustetun pistetaulukon mukaisesti potilas saa omaa sairauden tilaansa kuvaavan pistemäärän. Mettlerin ja Semmin kehittämä endometrioosiluokittelu (EEC) eli Die endoskopische Endometriooseklassifikation puolestaan pohjautuu endometrioosipesäkkeiden luokitteluun koon ja muodon mukaan sekä potilaan oirekuvan kartoitukseen. EEC jaottelee endometrioosin neljään luokkaan. (Schnödewind 2009, 13; Adamson 2012, 81; Medizinische Hochschule Hannover i.a.) Luokan 1 endometrioosipesäkkeet ovat enimmillään 5 mm halkaisijaltaan ja sijaitsevat muun muassa peräsuolen ja kohdun välisessä vatsaontelon syvimässä pohjukassa eli niin kutsutussa douglas-tilassa tai virtsarakon päällä. Tämän luokan endometrioosipesäkkeet voidaan tuhota koaguloimalla eli hyydyttämällä laparoskopisesti. Luokan 2 pesäkkeet ovat kooltaan vähintään 5 mm halkaisijaltaan ja niitä on luokan 1 pesäkkeiden lisäksi muun muassa munanjohtimissa, munasarjoissa ja

virtсарakossa. Hoitomuotona on pesäkkeiden kirurginen poistaminen. Kolmannen luokan endometrioosissa pesäkkeitä on löydettävissä muun muassa kohdun ja peräsuolen välitilasta eli septumista, suolistosta ja kohdun seinämästä. Tässä luokassa toimenpiteenä on pesäkkeiden kirurginen poisto ja pesäkkeiden kasvualustan koaguloiminen eli hyydyttäminen. Vaikeimman eli 4. luokan endometrioosissa pesäkkeitä kasvaa suolistossa, vatsalaukun etuseinämässä, umpilisäkkeen alueella, virtсарakossa, keuhkoissa ja kainaloiden alueella. (Schnödewind 2009, 20–21.)

Rebekka Schnödewindin tutkimuksessa yhteensä 392 endometrioosia sairastavan naisen joukosta 42,19 prosenttia sairasti luokan 1 endometrioosia, 29,69 prosenttia luokan 2 endometrioosia, 25 prosenttia 3. luokan endometrioosia ja 3,13 prosenttia 4. luokan endometrioosia (Schnödewind 2009, 39).

Mikäli endometrioosipesäkkeitä löydetään kohdun ja peräsuolen välitilasta eli septumista tai suoliston yläosasta, toimenpiteenä on suolen osapoisto. Vatsakalvon ja vatsan etuseinämän endometrioosipesäkkeet voidaan yleensä tuhota koaguloimalla. (Schnödewind 2009, 20–21.)

Niin kutsuttu ENZIAN-pisteytysjärjestelmä kehitettiin määrittelemään muihin elimiin kuten esimerkiksi suolistoon ja virtсарakkoon levinneiden endometrioosipesäkkeiden tasoa. ENZIAN-taulukossa endometrioosi jaetaan luokkiin 1–4 oireiden vakavuuden mukaan. Luokan 1 oireet ovat minimaalisia, luokan 2 vähäisiä, luokan 3 oireet kohtuullisia ja luokan 4 oireet vakavia. (Medizinische Hochschule Hannover i.a.)

Endometrioosin tason luokittelua vaikeuttaa se, että oirekuva vaihtelee suuresti pesäkkeiden sijainnin mukaan. Myöskään kipujen voimakkuus ei ole suoraan verrannollinen pesäkkeiden kokoon. Pienet vatsakalvolla olevat pesäkkeet voivat aiheuttaa ENZIAN-taulukon luokan 4 kipuja, kun taas munasarjojen suuret pesäkkeet voivat olla lähes oireettomia. Luokittelusta tekee haastavan myös pesäkkeiden monimuotoisuus ja eri alueiden toisistaan poikkeavat pesäkkeet. (Medizinische Hochschule Hannover i.a.)

2.1.2 Endometrioosiin sairastumiseen vaikuttavat tekijät

Endometrioosi on yksi yleisimmistä hedelmällisessä iässä olevien naisten hyvälaatuisista gynekologisista sairauksista. Tarkkoja lukuja endometrioosia sairastavien naisten määrästä ei ole saatavilla, mutta lähteistä riippuen sairaiden prosenttiosuuden on arvioitu olevan noin 7–10 prosenttia koko naisväestöstä. Eri etnisten ryhmien välillä ei ole havaittu eroja sairastumisen todennäköisyyden suhteen. Tavallisin sairastumisikä 20:n ja 45 vuoden välillä. (Schnödewind 2009, 11; Setälä, Härkki, Perheentupa, Heikkinen & Kauko 2009, 4141–4142; Leeners 2012, 533.) Bérubén ja kanssatutkijoiden tekemässä tutkimuksessa todettiin, että eniten syviä endometriosipesäkkeitä on naisilla, jotka ovat jo 30-vuotiaita tai sitä vanhempia. Tämän on ajateltu johtuvan siitä, että syvien endometriosipesäkkeiden ja elimestä toiseen leviävien pesäkkeiden kehittyminen vaatii pidempään kuin pinnallisten pesäkkeiden. (Parazzini, Vercellini & Pelucchi 2012, 23.)

Lapsettomuusdiagnoosin saaneiden naisten keskuudessa endometrioosia sairastavien osuuden on arvioitu olevan noin 21 prosenttia koko naisväestöstä, ja kroonisista alavatsakivuista kärsivien joukossa endometrioosia on havaittu esiintyvän noin 33–82 prosentilla naisista. Eri kirjallisiin lähteisiin perustuen, noin 30–71 prosenttia hedelmättömistä naisista sairastaa endometrioosia. (Schödewind 2009, 11.) Lähisukulaisella kuten äidillä, siskoilla tai äidin ja/tai isän sisarilla todettu endometrioosi kasvattaa naisen riskiä sairastua (Lyons & Kimball 2003, 34).

Sairastuvuusriskiä on tutkimusten mukaan todettu lisäävän lyhentynyt kuukautiskierto, vuotojen pidempi kesto sekä varhain alkaneet kuukautiset. Suurimmiksi riskitekijöiksi on tähän päivään mennessä tehdyissä yli tuhannessa endometrioosia käsittelevässä tutkimuksessa todettu juuri lyhyt kuukautiskierto ja runsaat, kivuliaat kuukautiset sekä synnyttämättömyys. Tupakoivilla ja ylipainoisilla naisilla riski sairastua endometrioosiin on tutkitusti alhaisempi. Tupakoinnilla on antiestrogeeninen vaikutus, ja ylipainoisilla naisilla on muita useammin epäsäännöllinen kuukautiskierto ja munasolun irtoamishäiriöitä. Ylipainoisten

naisten keskuudessa endometrioosiin sairastumisen on todettu olevan harvinaisempaa kuin normaalipainoisten kohdalla. Tämän on ajateltu selittyvän osin sillä, että alempiin sosiaaliluokkiin kuuluvat naiset ovat taipuvaisempia ylipainoon, samoin kuten sillä, että raskauden myötä useimmille jää vaikeasti pudotettavaa ylipainoa, kun taas endometrioosin oireista kärsivät usein menettävät vähintäänkin osan ruokahalustaan oireista johtuen. Alle 30-vuotiaiden keskuudessa toteutetussa tutkimuksessa todettiin, että mitä pienempi ero naisella on vyötärön ja lantion sekä vyötärön ja reisien ympäräysmitassa suhteessa toisiinsa, sitä suurempi on endometrioosiin sairastumisriski. Äskettäin on lisäksi todettu, että mikäli tytöllä on ylipainoa jo 16 vuoden iässä, sitä suurempi on endometrioosiin sairastumisen riski. (Schödewind 2009, 14; Parazzini, Vercellini & Pelucchi 2012, 19–23.)

Myös immunologisilla tekijöillä on joissakin tutkimuksissa todettu olevan vaikutusta endometrioosin esiintyvyyteen. Tutkimuksessa Endometriosis Family Study havaittiin autoimmuuni- ja endokrinologisia sairauksia kuten esimerkiksi ms-tautia, hypotyreoosia, hypertyreosia, systeemistä lupus erythematosusta, fibromyalgiaa, Crohnin tautia, psoriasisista, kroonista väsymysoireyhtymää ja nivelreumaa sairastavien sairastavan myös endometrioosia useammin kuin kontrolliryhmään kuuluvien naisten. Tämä löydös tukee sitä hypoteesia, että immunologiset mekanismit voivat vaikuttaa endometrioosin syntyyn. Toisessa Yhdysvaltain Endometrioosiyhdistyksen ja Yhdysvaltain Kansallisen Terveystieteiden tutkimuksessa vuodelta 1998 todettiin, että endometrioosia sairastavilla ei esiinny kontrolliryhmään nähden tavallista enemmän hypertyreosia eikä diabetes-ta. Samassa tutkimuksessa kävi ilmi, että kaukaasialaista syntyperää olevilla, endometrioosia sairastavilla naisilla esiintyi vertailuryhmää enemmän päivikaljuutta, autoimmuuni tyreoidiittia ja MS-tautia. Autoimmuunisairauksien ja endometrioosin yhteydestä toisiinsa tulee jatkossa tehdä laajoja eri etnisten ryhmien sairastuvussaltiltutta kartoittavia tutkimuksia, jotta voidaan tieteellisesti todistaa näiden kahden komorbiditeetti. (Parazzini, Vercellini & Pelucchi 2012, 23; Pathivada & D' Hooghe 2012, 485, 493–494.)

Joissakin tutkimuksissa on havaittu, että runsas fyysisen aktiivisuuden määrä vähentää estrogeenin tuotantoa ja siten pienentää riskiä sairastua endome-

trioosiin. Aiheesta tarvitaan tosin lisätutkimuksia ennen kuin voidaan sanoa mitään varmaa liikunnan ja endometrioosiin välisestä kausaliteetista. (Parazzini, Vercellini & Pelucchi 2012, 23.)

Dioksiinille altistumisen on joidenkin 1990-luvulla tehtyjen tutkimusten mukaan todettu altistavan endometrioosille ja varsinkin sen vakavammille muodoille. Dioksiinialtistuksen on ajalteltu vaikuttavan negatiivisesti soluvälitteiseen immuuniteettiin ja altistavan täten tulehdusreaktioille. Myöhemmin tehdyt tutkimukset tämän tosin kumosivat. Aiheesta tarvitaankin lisätutkimuksia ennen kuin dioksiinin tai muidenkaan ympäristömyrkköjen voidaan luotettavasti todistaa lisäävän endometrioosiin sairastumisriskiä. (Parazzini, Vercellini & Pelucchi 2012, 23; Pathivada & D' Hooghe 2012, 493.)

On myös havaittu, että melanooman eli ultravioletisäteilylle altistumisesta johtuvan ihosyöpätyypin ja endometrioosiin sairastumisen välillä olisi selvä yhteys. Myös hiusten punapigmentin, pisamien ja auinrkoyliherkkyyden on todettu olevan yleisempiä piirteitä endometrioosia sairastavien keskuudessa kuin vertailuryhmässä. Tosin tästäkin aiheesta tarvitaan lisätutkimuksia ennen kuin mitään varmaa kausaliteettia näiden välillä voidaan todeta. (Parazzini, Vercellini & Pelucchi 2012, 23.)

Tulevaisuudessa tutkijoiden tehtäväksi jää selvittää endometrioosiin sairastumiseen johtavat riskitekijät, jotta jatkossa voitaisiin mahdollisesti torjua niitä ennalta käsin. Ennalta ehkäisy olisi sekä taloudellisesti kannattavaa että inhimillisesti katsottuna oikein. (Parazzini, Vercellini & Pelucchi 2012, 24.)

2.2 Oireet

Oireella tarkoitetaan lääketieteessä tietystä sairaudesta johtuvaa tai kertovaa ilmiötä (Nurmi 1998, 664). Endometrioosiin viittaavista kliinisistä oireista tyypillisimpiä ovat dysmenorrea eli kivuliaat kuukautiset, dyspareunia eli yhdyntäkivut naisella, vuotohäiriöt kuten kuukautisia edeltävät tihkutteluvuodot, hyvin runsaat vuodot eli menorragia ja poikkeuksellisen pitkä vuotoaika (7–14 vuorokautta),

verivirtsaisuus eli hematuria, lisääntynyt virtsaamistarve eli pollakisuria, kivulias virtsaaminen tai virtsaamisvaikeudet, ulostamisvaikeudet, lapsettomuus ja poikkeuksellinen väsymys. G. David Adamsonin tutkimuksissa noin 80 prosenttia endometrioosipotilaista kärsii lantion alueen kivuista kuukautiskierron vaiheesta riippumatta. Kivun on kuitenkin todettu olevan kovinta juuri ennen kuukautisvuodon alkua ja helpottuvan kuukautisvuodon loppua kohden. Lantion alueen kipu ilmenee muun muassa kipuna alavatsan alueella ja selässä, paineen tunteena peräsuolen alueella ja kovina kouristuksina. Harvinaisempiin oireisiin kuuluu kylkiluiden alapuolella kuukautisten aikana sisään hengitettäessä paheneva kipu, joka voi olla merkki pallean alueen endometrioosista. Pallean alueen endometrioosi oireilee usein hartiapistoksina. Keisarinleikkauksen kuukautisten aikana paheneva kipu on todennäköisesti merkki arven endometrioosipesäkkeestä. Harvinaisia ovat myös iskiashermon endometrioosi, joka ilmenee iskiashermon kipuna sekä navan alueen endometrioosi, joka ilmenee navan alueen aristuksena kuukautisten aikaan. Harvinaisempi keuhkoendometrioosi voi johtaa spontaanin ilmarinnan kehittymiseen. Kivut ovat hyvin erityyppisiä pesäkkeiden sijainnin mukaan. Endometrioosiin liittyvän kivun ajatellaan yleisesti johtuvan elimistön prostaglandiini- ja histamiiniaineenvaihdunnasta ja kiinnikkeiden sekä pesäkkeiden aiheuttamista anatomisista poikkeamista. Endometrioosi voi olla myös täysin oireeton. Oirekuva ei useinkaan korreloi endometrioosin vaikeusluokittelun tai kehitysvaiheen kanssa. Näin ollen joillakin selkeästi havaittavissa olevaa endometrioosia sairastavilla ei ole juurikaan kipuja kun taas luokittelun mukaan lievää endometrioosia sairastavat voivat kärsiä kovistaikin kivuista. Kipu voi uusiutua, vaikka pesäkkeet olisikin poistettu kirurgisin menetelmin. Samoin potilaalla voi olla koviakin kipuja vaikka pesäkkeitä ei olisiakaan havaittavissa. Potilaat voivat kokea kovaakin kipua, vaikka leikkauksessa endometrioosi vaikuttaisi hyvin lievältä. Kipuaistimus on usein seurausta siitä, että endometrioosipesäkkeet painavat kipuhermoja. Endometrioosin hoidossa käytetyt estradioli ja tulehdusreaktioon liittyvät sytokiinit herkistävät myös kipuaistimusta. Kipujen jatkuessa pitkään keskushermosto jää joskus ärtyneeseen tilaan, jolloin suhteessa pienikin kipuaistimus voidaan kokea hyvin hankalana. (Schödewind 2009, 14; Evans 2005, 25; Setälä ym. 2009, 4141–4143; Adamson 2012, 82–83; Härkki ym. 2011, 1837–1847; Medizinische Hochschule Hannover i.a.)

Endometrioosipotilaan oireet vaihtelevat suuresti potilaasta toiseen. Joillakin potilailla endometrioosi on satunnaislöydös normaalin gynekologisen perustutkimuksen yhteydessä, kun taas joillakin naisilla endometrioosin oireet ovat voimakkaasti toimintakykyä rajoittavia. Noin 20 prosenttia potilaista kärsii toistuvasti ilmenevistä oireista, erityisesti lantion alueen kivusta jo vuoden sisällä toteutetusta hoidosta, noin 50 prosenttia viiden vuoden sisällä hoidosta. Tulokset olivat käytetystä hoitomuodosta riippumattomia. Endometrioosia pidetään yhtenä naisen elämää ja toimintakykyä suurimmin rajoittavana sairautena. (Leeners 2012, 533.)

2.3 Diagnoosi

Kehittyneiden diagnoosi- ja hoitomenetelmien johdosta endometrioosin diagnosointi on nykyisin helpompaa ja diagnoosi saadaan sairauden aiempaa varhaisemmassa vaiheessa. Endometrioosin diagnosointi aloitetaan ei-invasiivisin menetelmin anamneesilla eli esitietojen keruulla, gynekologisella perustutkimuksella ja emättimen ultraäänikuvauksella. Gynekologisessa tutkimuksessa endometrioosin voi havaita palpoitaessa aristavina nystyinä. Ultraäänitutkimuksessa munasarjoja vaurioittanut endometrioosi näkyy niin sanottuina suklaakystina. Jos potilaan oireet jatkuvat vaikeina, munasarjoista löytyy endometrioosipesäkkeitä tai jos potilas todetaan hedelmättömäksi, tutkimuksia jatketaan laparoskopialla eli vatsaontelon tähystyksellä. Endometrioosiin viittaavia laparoskopialöydöksiä ovat aristavat, emättimen etu- tai takapohjukassa sijaitsevat pesäkkeet tai normaalia suurempi munasarja. Laparoskopinen tutkimus antaa varmimmin oikean diagnoosin. Tämän diagnosointimenetelmän etuna on myös samanaikainen mahdollisuus koepalojen ottoon ja endometrioottisen kudoksen poistoon. (Schnödewind 2009, 11–14; Tiitinen 2012; Väestöliitto 2013.)

Myös magneettikuvausta on menestyksellisesti hyödynnetty endometrioosin diagnosoinnissa. Erään tutkimuksen mukaan magneettikuvaus yhdistettynä CA-125-syöpäantigeenitutkimukseen nopeutti oikeaan diagnoosiin pääsyä, säästi potilasta invasiivisilta diagnosointimenetelmiltä ja oli myös taloudellisesti kestä-

vin diagnosointimenetelmä. Endometrioosin diagnoinnissa myös emättimen ultraäänitutkimuksen on todettu olevan varteen otettava menetelmä. Syvien pesäkkeiden löytämisessä tämä on todettu parhaaksi diagnosointimenetelmäksi. (Simoens & D' Hooghe 2012, 31; Härkki ym. 2011, 1837–1847.)

Joissakin tutkimuksissa on endometrioosiin viittaavista oireista kärsiviä potilaita hoidettu kolmen kuukauden ajan ensin GnRH- agonisteilla, jonka jälkeen lääkahoitoon positiivisesti reagoineille naisille on suoritettu laparoskopinen tutkimus. Tämän todettiin alentavan huomattavasti diagnosointikustannuksia ja olevan myös potilaan kannalta miellyttävämpi tapa päästä oikeaan diagnoosiin. (Simoens & D' Hooghe 2012, 32.)

Oikeaan diagnoosiin pääsemistä vaikeuttaa usein se, että endometrioosin aiheuttamat oireet vaihtelevat suuresti eri potilaiden välillä. Samoin lääkärit usein erehtyvät pitämään endometrioosista johtuvia suoliston alueen oireita ja lantion alueen oireita muista sairauksista kuten esimerkiksi ärtyneen suolen oireyhtymästä johtuvana. Samoin diagnoosiin pääsyä hankaloittaa joidenkin potilaiden kohdalla oireiden epätyypillisuus tai oireiden puuttuminen kokonaan. Oikeaan diagnoosiin pääseminen vaatii hoitavalta lääkäriltä vahvaa kokemusta muun muassa laparoskopian käytöstä diagnosointimenetelmänä. Diagnoosiin pääsyn ja hoidon aloittamisen viivästyminen aiheuttaa valtavia taloudellisia kustannuksia yhteiskunnalle lukuisten turhien tutkimusten, sairaspöissaolojen ja turhien lääkitysten vuoksi. Samoin potilas joutuu elämään epätietoisuudessa oireidensa aiheuttajan suhteen ja kärsimään hoidettavissa olevista oireista aivan liian kauan. (Simoens & D' Hooghe 2012, 27–30; Härkki ym. 2011, 1837–1847.)

Oireilun alkamisen ja diagnoosin saamisen välillä kuluu potilaan asuinmaasta riippuen noin 6–11 vuotta. Diagnoosin saamisen viivästyminen vaikuttaa muun muassa oireiden kokemisen subjektiivisuus. Tahatonta lapsettomuutta lukuun ottamatta muut oireet nähdään usein niin vähäisinä, ettei potilasta aleta tarkemmin tutkimaan. Endometrioosin aiheuttamat oireet sekoitetaan usein myös muihin lantion alueen kiputiloihin ja ärtyneen suolen oireyhtymään, jolloin oikeaan diagnoosiin pääsy ja hoidon aloitus viivästyy. Jos potilaan äidillä on ollut kovin kivuliaat kuukautiset, pidetään myös tyttären kivuliaita kuukautisia usein

normaalina ilmiönä eikä kipujen syytä näin ollen lähdetä tarkemmin selvittämään. Diagnoosiin pääsyä hidastaa myös se, vastaanottoajat ovat usein niin lyhyitä, että tarkempien oirekuvausten kuuntelu jää liian vähälle. Näin potilaalle voi välittyä tunne siitä, että hänen oireensa eivät ole tarpeeksi vakavasti otettavia. Tämä saa endometrioosia sairastavat naiset usein myös epäilemään omia oiretuntemuksiaan. On myös todettu, että naisten epäselvä oireilu helposti leimataan psykosomaattiseksi. Samoin emättimen ultraäänikuvaus johtaa usein väärin diagnooseihin, jolloin endometrioosin hoidon aloitus viivästyy. Naiset usein myös häpeilevät oireitaan, joka puolestaan viivästyttää tutkimuksiin ja hoitoon hakeutumista. Nuorten naisten kohdalla oikeaan diagnoosiin pääsemistä hidastaa puolestaan se, että nuoret naiset eivät useinkaan osaa kuvata oireitaan lääkärille tarvittavalla tarkkuudella. Tämä johtaa siihen, että nuorten naisten kohdalla diagnoosiin pääseminen kestää keskimäärin noin 9 vuotta. Diagnostia vaikeuttaa myös se, että laparoskopialla edeltävissä tutkimuksissa noin 50 prosentilla ei todeta mitään poikkeavaa, vaikka laparoskopisesti muutoksia todetaankin noin 50 prosentilla tutkittavista. Laparoskopiassa taas todetaan noin 70–90 prosentilla tutkittavista kliinisiä tutkimustuloksia tukevia muutoksia. (Leeners 2012, 535–536; Härkki ym. 2011, 1837–1847.)

2.4 Hoito

Oleellista on sovittaa endometrioosin hoitomenetelmät yksilöllisesti potilaan oireiden vaikeustason, endometrioosin laajuuden, potilaan iän ja mahdollisen tahattoman lapsettomuuden mukaisesti. Hoidon tavoitteeksi tulee asettaa potilaan oireettomuus sekä tulehduksen ja kudostuhon minimoiminen tai poistaminen. Endometrioosia voidaan hoitaa tehokkaasti joko lääkkeellisillä tai kirurgisilla menetelmillä tai näiden yhdistelmällä. (Schnödewind 2009, 15; Petrucco & Healy 2013, 455.)

2.4.1 Kirurgiset hoitomenetelmät

Kirurgisiin menetelmiin kuuluvat operatiivinen laparoskopia eli vatsaontelon täyhystys, jonka yhteydessä poistetaan sairasta kudosta sekä laparotomia eli vatsaontelon alueelle kohdistuva leikkaus. Kirurgiset hoitomenetelmät tulevat ky-

seeseen, jos endometriootin kudokse on jo tuhonnut kohde-elimensä, kivut ovat vaikeat, tai kun halutaan saada varma diagnoosi ja jos potilas kärsii tahattomasta lapsettomuudesta. Kirurgisia hoitomuotoja harkittaessa tulee ottaa huomioon potilaan ikä, aiemmat hoitomuodot, oireiden luonne ja vakavuusaste sekä pesäkkeiden sijainti ja sairauden vaihe. Kirurgisella hoidolla pyritään endometriosispesäkkeiden täydelliseen poistamiseen, normaalin anatomian palauttamiseen ja hedelmällisyyden säilyttämiseen. Lapsettomuuden hoidossa kirjallisuuden mukaan pelkkä lääkehoito ei ole riittävän tehokas vaan lisäksi tarvitaan operatiivisia hoitomenetelmiä. Lapsettomuutta voi aiheuttaa esimerkiksi endometriootin kudoksen ahtauttamat tai tukkimat munanjohtimet, jotka haittaavat ovulaatiota eli munasolun irtoamista ja hedelmöittyneen munasolun pääsyä kohtuun. Samoin endometriosispesäkkeet voivat heikentää hedelmöitymistä ja hedelmöittyneen munasolun kiinnittymistä kohdun limakalvolle. Kirurgiaa pidetään vaikeista oireista kärsivien kohdalla parhaana ja ensisijaisena hoitovaihtoehtona kun taas oireettomien ja lapsia haluamattomien kohdalla paikkaansa puoltavat muut hoitovaihtoehdot. Radikaaleihin kirurgisiin toimenpiteisiin turvaudutaan varsinkin lapsia haluamattomien kohdalla eritoten silloin kun lääkkeelliset tai aiemmat kirurgiset hoitotoimenpiteet eivät ole johtaneet toivottuihin tuloksiin. Kirurgiset hoitomenelmät ovat pois suljettuja siinä tapauksessa, että endometriosis on levinnyt myometriumin eli kohdun lihaskudoksen alueelle ja genitaalialueiden ulkopuolelle kuten esimerkiksi keuhkokudokseen, ja kun näihin yhdistettynä naisella on toive tulla raskaaksi. Viimeksi mainituissa tapauksissa hoitovaihtoehdoksi jää endometriosisin kasvua lamaava lääkehoito. (Schödewind 2009, 14–15, 20; Petrucco & D'Hooghe 2012, 455, 459; Härkki ym. 2011, 1837–1847.)

Ensijaisena, vähemmän invasiivisena menetelmänä suositaan laparoskopiaa. Jos endometriootin kudokse on kuitenkin läpäissyt useita lantion elimiä, leikkauksen laajuuden ja vaativuuden vuoksi ainoaksi vaihtoehdoksi jää laparotomia. Laparotomia on ainoa vaihtoehto myös suoliston, virtsarakon sekä virtsanjohtimen endometriosisia hoidettaessa. (Schödewind 2009, 16; Al-Talib & Tulandi 2012, 295–297.)

Useissa tutkimuksissa on vertailtu laparoskopian ja laparotomian etuja keskenään. Laparoskopiaa puoltaa pienempi verenhukka, vähemmät postoperatiiviset kivut ja lyhyempi sairaalassa olo- sekä toipumisaika. Kun seurattiin laparoskopisesti ja laparostomisesti operoituja endometriosipotilaita kahden vuoden ajan, potilaiden nykytila oli käytännössä yhtä hyvä. (Al-Talib & Tulandi 2012, 296.)

Suurin osa endometriosipotilaista on leikkaushoidon tarpeessa; 70–80 prosenttia niistä, joilla on pinnallisia pesäkkeitä, 40-50% niistä, joilla on syviä pesäkkeitä ja 30-50% niistä potilaista, joilla on endometrioomia (Setälä ym. 2009, 4141–4142).

Endometriosin kirurginen hoito on usein hyvin vaativaa ja edellyttää siten eri alojen lääkäreiden välistä tiivistä yhteistyötä. Leikkaukset tehdään yleensä gynekologien, gastrokirurgien ja urologien yhteistyönä parhaan lopputuloksen saavuttamiseksi. Potilaiden parhaan mahdollisen hoidon varmistamiseksi endometriosin kirurginen hoito olisi hyvä keskittää. Näin myös edistettäisiin alan huippuammattilaisten välistä yhteistyötä.

2.4.2 Lääkkeelliset hoitomenetelmät

Lääkkeellisistä hoitomenetelmistä munasarjojen estrogeenin tuotantoa lamaavat hormonivalmisteet ovat osoittautuneet erinomaisiksi endometriosin hoidossa. Näiden lääkkeiden kehittäminen lähti useissa tutkimuksissa saaduista samansuuntaisista tuloksista, joiden mukaan endometriosipesäkkeiden kehittyminen ja kasvu olivat estrogeenista riippuvaisia. Tutkimuksissa havaittiin, että lamaamalla munasarjojen estrogeenituotanto saadaan aikaiseksi endometriosipesäkkeiden kehittymisen ja kasvun taantuminen. Nämä lääkevalmisteet saavat elimistössä keinotekoisesti aikaan menopaussin eli vaihdevuosien kaltaisen tilan. Edellä mainittuja estrogeenituotantoa lamaavia valmisteita kutsutaan GnRH- agonisteiksi. GnRH-agonisti lamaa munasarjojen syklisen toiminnan valmisteen käytön ajaksi. (Schödewind 2009, 16; Evans 2005, 33; Suvanto-Luukkonen 2009.) Muun muassa leuproreliini ja triptoreliini kuuluvat näihin valmisteisiin (Nurminen 2007, 325). Uudemmat tutkimukset puoltavat aromaataasi-inhibiittorien käyttöä endometriosin hoidossa (Shödewind 2009, 16.) Aromataasi-inhibiittorit eli aromataasin estäjät estävät androgeenin muuttumista

estrogeeniksi. Aromataasi-inhibiittoreita ovat muiden muassa anastrotsoli ja letrotsoli. Aromataasi toimii estrogeenisynteesin avainentsyyminä. Tutkimuksissa aromataasientsyymiä on löydetty erityisen runsaasti endometriosipesäkkeistä, ei niinkään kohdun sisäseinämän terveeltä limakalvolta. (Schnödewind 2009, 16.) Yhteisenä sivuvaikutuksena sekä GnRH-antagonisteilla että aromataasi-inhibiittoreilla on luuston haurastuminen (Nurminen 2007, 326).

Ehkäisy pillereiden on useissa tutkimuksissa todettu vähentävän endometriosipesäkkeiden syntyä ja kasvua, kun taas jo lopetetun ehkäisy pillereiden käytön on todettu lisäävän sairastumisriskiä. On oletettu, että ehkäisy pillerit eivät paranna endometriosisia ja, että kohdun ulkopuoliset endometriosipesäkkeet säilyvät e-pillereiden käytön aikana passiivisina, mutta valmiina aktivoitumaan heti e-pillereiden käytön loputtua. Ehkäisy pillereiden käytön ja endometriosisin esiintyvyyden yhteyttä tulee kuitenkin tutkia lisää, jotta voitaisiin varmasti sanoa millainen kausaliteetti näiden kahden tekijän välillä vallitsee. (Parazzini, Vercellini & Pelucchi 2012, 22.)

Tänä päivänä endometriosisin hoidossa käytetään yhä enenevästi GnRH-agonisteja ja muita hormonoimintaa lamaavia lääkevalmisteita. Näiden ongelmana on kuitenkin hankalat sivuvaikutukset kuten kuukautiskierron häiriöt ja hypoestrogenismi. Nykytietämyksen valossa endometriosisiin liittyvän lapsettomuuden hoidossa ja endometriosipesäkkeiden kasvun ennalta ehkäisyssä olisikin suositeltavaa käyttää immuunipuolustusta tehostavia lääkevalmisteita kuten esimerkiksi tuumorinekroositekijä alfan inhibiittoreita. (Pathivada & D'Hooghe 2012, 486.)

Hormonaalisia, munasarjojen toimintaa lamaavia, endometriosisista johtuvaa kipua lievittäviä lääkkeitä ovat ehkäisy pillerit, danatsoli, gestrinone, GnRH-agonistit ja medroksiprogesteroniasetaatti (keltarauhashormonivalmiste). Tutkimuksissa näiden lääkkeiden on todettu lievittävän kovaa ja kohtuullista kipua keskenään yhtä tehokkaasti. Tulehduskipulääkkeiden (NSAID) vaikutuksesta endometriosisikivun lievittämisessä tarvitaan vielä lisätutkimuksia. (Johnson 2012, 343.) Tuumorinekroositekijä alfan estäjien, esimerkiksi pentoksifylliinin on joissakin tutkimuksissa todettu lievittävän endometriosiskipua. Tästäkin tarvitaan tosin lisätutkimuksia. (Johnson 2012, 346.)

Varsin uutena asiana endometrioosin lääkehoidossa ovat statiinit. Statiinien on todettu ehkäisevän kohdun limakalvon kaltaisten solun uudismuodostusta kohdun ulkopuolella sekä hillitsevän kiinnikkeitä muodostavien sidekudossolujen liikakasvua. Statiinit myös torjuvat tulehdusreaktioita, angiogeneesia ja oxidatiivista stressiä. Olemassa olevien tutkimusten mukaan statiinit yksin tai yhdessä muiden lääkehoitojen kanssa voivat estää endometrioosin syntyä ja sen etenemistä. (Sokalska & Duleba 2012, 366–378.) Ennen kuin statiineja voidaan pitää endometrioosin hoitoon suositeltavina lääkkeinä, tarvitaan runsaasti lisätutkimuksia. Tosin kun ymmärtää miten statiinit toimivat valtimosairauksien hoidossa, ei ole vaikea kuvitella niiden auttavan myös endometrioosin hoidossa. Onhan myös niin, että hormonitoiminta tarvitsee ihanteellisesti toimiakseen rasvoja, joiden aineenvaihduntaa statiinit omalta osaltaan säätelevät. Endometrioosin kehittymisessä ja pahenemisvaiheissa juuri tulehdusreaktioilla ja runsaalla estrogeenipitoisuudella on merkittävä rooli.

Statiinien on myös oletettu vaikuttavan endometrioosin aiheuttamaa kipua vähentävästi muun muassa tulehdusvälittäjäaineisiin vaikuttamalla. Statiineista on todettu olevan hyötyä myös endometrioosiin usein liittyvän depression hoidossa. Statiinit voisivat siis parhaimmillaan immuunipuolustusta parantamalla estää tulehdusreaktioita, kiputuntemuksia ja osin näistä johtuvaa depressiota. Statiinien potilaan mielialaan kohdistuvien positiivisten vaikutusten on oletettu johtuvan osin siitä, että statiinien ja mielialaan vaikuttavien tryptofaanien aineenvaihdunnan on ajateltu olevan toisistaan riippuvaisia. Statiinit yhdistettynä GnRH-analogeihin toisivat mukanaan luuta suojaavan vaikutuksen. Statiinien hyödyistä endometrioosin hoidossa tarvitaan toki lisätutkimuksia ennen kuin ne voidaan ottaa oleelliseksi osaksi endometrioosin hoitoa. (Sokalska & Duleba 2012, 366–378.)

2.5 Ruokavalion vaikutus endometrioosiin

Ruokavalion ja endometrioosin välisestä yhteydestä on tehty runsaasti epidemiologisia tutkimuksia. Epidemiologinen tutkimus kartoittaa sairauden esiinty-

vyyttä väestössä ja sairauden kausaliteettia eli syy-seuraussuhteita. (Auvinen & Nuorti 2011; Parazzini, Vercellini & Pelucchi 2012, 22.) Tutkimusten pääasiallinen kiinnostuksen on ollut se, miten runsasrasvainen ruokavalio vaikuttaa endometrioosin kehittymiseen. Tulokset ovat olleet osin kiistanalaisia, mutta on ajateltu, että koska endometrioosi on hormonaalinen sairaus, ruokavaliolla saattaa olla oleellinen vaikutus sen etiopatogeneesiin eli sairauden syntyyn. (Parazzini, Vercellini & Pelucchi 2012, 22 ; Valtonen, 2010.) Yhdysvalloissa tehdyssä tutkimuksessa havaittiin, että endometriottisten kystien riski oli sitä suurempi mitä runsasrasvaisempi ruokavalio oli. Rasvan kokonaismäärän lisäksi sairastumisriskiä lisäsi yksinkertaisesti tyydyttymättömän ja monitydyttymättömän rasvan runsas määrä. Italialaisessa tutkimuksessa havaittiin runsaasti vihreitä kasviksia ja tuoreita hedelmiä sisältävän ruokavalion madaltavan sairastumisriskiä, kun taas naudanlihan, ylipäänsä punaisen lihan ja kinkun todettiin kohottavan riskiä sairastua. (Parazzini, Vercellini & Pelucchi 2012, 22.)

Tutkimuksissa rasvojen vaikutuksen on ajateltu olevan yhteydessä niiden sisältämiin prostaglandiineihin, tyydyttymättömiin rasvahappoihin, joilla on voimakkaita hormonaalisia vaikutuksia muun muassa munasarjojen toimintaan. Runsaasti rasvaa sisältävä ruokavalio lisää elimistössä estrogeenin määrää ja siten myös endometrioosin riskiä. Samanlaisiin tuloksiin on päästy kahta muuta estrogeenista riippuvaista sairautta, rinta- ja endometriaalisia syöpiä eli kohdun limakalvolta lähtöisin olevia syöpätyyppejä koskevissa tutkimuksissa. Runsaasti vihreitä vihanneksia ja hedelmiä sisältävän ruokavalion on ajateltu suojaavan sekä endometrioosilta että edellä mainituilta estrogeeniriippuvaisilta syöpätyypeiltä. Suojavaikutusta on perusteltu näiden runsaalla C-vitamiini-, karotenoidi-, foolihappo- ja lykopeenipitoisuudella. Näillä vitamiineilla ja hivenaineilla on tutkimuksissa havaittu olevan pahanlaatuisten solujen lisääntymistä ja kasvua ehkäisevä vaikutus. (Parazzini, Vercellini & Pelucchi 2012, 22.)

3 ENDOMETRIOOSIPOTILAAN RASKAUS

Verrattuna moneen muuhun endometrioosia koskevaan aihealueeseen, endometrioosia ja raskautta ei ole tutkittu juurikaan. Suurin osa tätä aihealuetta koskevista tutkimuksista on joko vanhentuneita tai liian hataria. Raskauden vaikutuksista endometrioosiin ja endometrioosin vaikutuksista raskauteen tarvitaan siis lisää tutkimuksia. Tämän lisäksi kipua ja elämänlaatua ennen ja jälkeen raskauden kartoittavia kyselytutkimuksia ei ole tehty lainkaan. Raskauden vaikutuksia endometrioosista johtuvaan kipuun ja endometrioosista paranemiseen tai taudin regressioon on ehdotettu tutkittavan eläinkokein, erityisesti kädellisillä eli lähinnä apinoilla. Eläinkokeet mahdollistaisivat toistuvat laparoskopiset tutkimukset ennen raskautta, raskauden aikana ja raskauden jälkeen. (Falconer 2012, 519–522.)

Viime päiviin asti endometrioosin raskauden kululle mahdollisesti aiheuttamat riskit ovat olleet synnytyslääkäreille ja gynekologeille lähes tuntematonta aluetta. Endometrioosiin liittyy immuunipuolustuksen muutoksia ja angiogeneesiä eli verisuonten uudismuodostusta. Nämä tekijät huomioon ottaen on huolestuttavaa, että tätä aihealuetta on tutkittu niin vähän. Viime aikoina tehdyt tutkimukset ovat osoittaneet, että endometrioosi lisää ennenaikaisen synnytyksen ja muiden raskauskomplikaatioiden todennäköisyyttä. Pre-eklampsian eli raskausmyrkytyksen riskin on tutkimuksissa todettu olevan suurentunut endometrioosia sairastavilla, samoin endometrioosipotilailla on todettu olevan suurentunut riski synnytystä edeltäviin verenvuotoihin ja keisarinleikkauksiin. Edellä mainittujen komplikaatioiden on ajateltu johtuvan endometrioosia sairastavien verenkierron normaalia suuremmasta prostaglandiinipitoisuudesta ja kohdun limakalvon poikkeavuuksista. (Falconer 2012, 522.)

Yleisesti vallitseva käsitys näihin päiviin asti on ollut se, että raskaus helpottaa endometrioosista johtuvaa kipua ja muita oireita. Tätä käsitystä tukevaa tieteellistä tutkimusaineistoa on kuitenkin hyvin niukalti. Alkuraskaudessa voimakkaasti lisääntynyt estradiolituotanto johtaa endometrioosioireiden voimakkaaseen pahanemiseen. Estradioli on hedelmällisessä iässä olevan naisen tärkein

estrogeeni. Tätä vastoin taas raskauden aikaisilla endokrinologisilla muutoksilla ja muutoksilla progesteroni- eli keltarauhashormoniaineenvaihdunnassa yhdistettynä amenorreaan eli kuukautisten puuttumiseen on todennäköisesti oireita helpottava yhteisvaikutus. (Falconer 2012, 519; HUSLAB 2013.)

Tärkeää olisi kyetä tunnistamaan endometrioosin ja muiden tulehdussairauksien aiheuttamat riskit raskaudelle, jotta voitaisiin ennalta ehkäistä ennenaikaisia synnytyksiä, lapsen kuolleenä syntymistä ja pre-eklampsiaa (Falconer 2012, 519).

Japanilaisten tutkimusten mukaan raskauden aikaisen endometrioosin esiintyminen on merkittävästi lisääntynyt viime vuosina. Vuosien 1996–2001 ja vuosien 2002–2007 välisenä aikana tutkittiin yhteensä 7157 naista, joista kaikille tehtiin sisätutkimus ja ultraäänitutkimus ensimmäisen raskauskolmanneksen aikana. Ensimmäisen tutkimusjakson aikana endometrioosi todettiin 32 naisella ja myöhemmällä ajanjaksolla 49 naisella. Syytä tähän ilmiöön ei ole vielä varmasti esitettävissä, joten lisätutkimuksia tarvitaan. (Fertility Weekly 2010/28/6, 11.)

3.1 Raskauden vaikutukset endometrioosiin

Laajalle levinnyt uskomus, varsinkin potilaiden näkemyksiä edustavilla internet-sivustoilla on se, että raskaus parantaa endometrioosipotilaan vointia ja jopa parantaa endometrioosin. Tällaisilla sivustoilla endometrioosia sairastavia onkin kehoitettu hankkiutumaan nuorena raskaaksi, jolloin heille on voinut välittyä väärä käsitys siitä, että raskaus parantaa endometrioosin. Tieteellisesti ei ole pystytty todistamaan raskauden endometrioosioireita helpottavaa mekanismia, joten potilaiden kokemusten oireiden helpottumisesta on ajateltu johtuvan psykologisista tekijöistä. (Falconer 2012, 519).

Tutkimustietoa raskauden vaikutuksista endometrioosiin ei siis juurikaan ole käytettävissä eikä raskaana oleville tehtävät toistuvat biopsiat ja laparoskopiat olisi eettisesti kestäväällä pohjalla. Viimeisimmät tutkimukset raskaana olevilla paviaaneilla tekivät McArthur ja Ulfelder 1960-luvun alkupuoliskolla. Tutkimus-

ten tulokset olivat hyvin vaihtelevia; joillakin tutkittavista endometrioosipesäkkeet lamaantuivat, kun taas toisilla tauti ei osoittanut parantumisen merkkejä. D’Hooghe tutkijakollegoineen toteutti useita kokeita raskaana olevilla eläimillä ensimmäisen ja toisen trisemesterin eli raskauskolmanneksen aikana, mutta he eivät havainneet raskaudella olevan mitään vaikutuksia vatsaontelon endometrioosipesäkkeisiin. (Falconer 2012, 519–520.)

3.2 Endometrioosin vaikutukset raskauteen

Kaikki endometrioosin vaikutuksia raskauteen käsittelevät tutkimukset on toteutettu viimeksi kuluneiden kymmenen vuoden aikana. Tutkimusten tekoa ovat helpottaneet pitkälle kehittyneet epidemiologiset tutkimusmenetelmät. Epidemiologiset tutkimusmenetelmät edellyttävät laajan väestöpohjan kattavaa materiaalia, jonka saamisen hyvin organisoidut väestörekisterit ovat mahdollistaneet. Mitä harvinaisempi tutkittava ilmiö on, sitä suurempi tutkimusjoukon on oltava tulosten luotettavuuden takaamiseksi. (Falconer 2012, 520.)

Tutkimusten määrä on edelleen hyvin pieni. PubMed-haku hakutermeillä endometrioosi, ennenaikainen synnytys, raskauskomplikaatiot ja pre-eklampsia tuotti vain kuusi julkaisua. Näistä vain neljä täytti hyvän case-tutkimuksen kriteerit. Teemaa on käsitelty myös muutamissa tieteellisissä julkaisuissa, joista yksi viimeisimmistä osoitti subfertiilien eli hedelmällisyydeltään heikompien naisten olevan alttiimpia synnytyskomplikaatioille mukaan lukien pre-eklampsia ja istukan ennenaikainen irtoaminen. Tälläkin alueella tutkimusta tarvitaan vielä runsaasti lisää ennen kuin voidaan sanoa mitään varmaa asiasta.

Viimeisimmässä ja suurimmassa endometrioosin ja pre-eklampsian välistä syy-yhteyttä käsittelevässä vuonna 2009 julkaistussa tutkimuksessa ei löydetty todisteita endometrioosin pre-eklampsialle altistavuudesta. Tulos pysyi samana vaikka tutkittavien naisten ikää ja raskauden kestoa varioitiin. (Falconer 2012, 521.)

Juang tutkijakollegoineen selvitti vuonna 2007 adenomyoosin vaikutuksia raskauteen taiwanilaisessa populaatiossa. Adenomyoosi on hyvänlaatuisen eli benigni sairaus, jossa kohdun limakalvokudosta tunkeutuu kohtulihakseen muodostaen rauhas- ja stroomasolujen toimivan rakenteen. Tutkijat havaitsivat adenomyoosin lisäävän ennenaikaisen synnytyksen ja kalvojen liian varhaisen repeämisen riskiä. Adenomyoosia ja endometrioosia on pitkään pidetty yhtenä tautikokonaisuutena, mutta nykykäsityksen mukaan kyseessä on kaksi eri sairautta (Falconer 2012, 521; Tiitinen 2012a.)

Samansuuntaisia tuloksia endometrioosin altistavuudesta ennenaikaisille synnytyksille saatiin australialaisessa tutkimuksessa, jossa havaittiin myös lapsen syntymäpainon olleen usein raskaudenkeston nähden alhainen. Laajin tutkimus tehtiin Ruotsissa vuonna 2009. Tutkimuksessa analysoitiin 1 400 000 potilas- ja synnytyskertomusta vuosilta 1992–2006. Tämäkin tutkimus osoitti endometrioosin ja ennenaikaisen synnytyksen yhteyden. Samoin tutkimuslöydöksenä oli lisääntynyt pre-eklampsian ja synnytystä edeltävien verenvuotojen riski. Keisarinleikkaukset olivat lähes kaksi kertaa yhtä todennäköisiä endometrioosia sairastavilla kuin terveellä kontrolliryhmällä. Endometrioosia sairastaville suositeltiin tavallista useammin keisarinleikkausta todennäköisesti siksi, että heillä esiintyi useammin synnytystä edeltävää verenvuotoa. (Falconer 2012, 521–522; Moon, Cox & DeCherney 2012, 469.)

Yhtenä endometrioosipotilaiden ennenaikaisia synnytyksiä selittävänä tekijänä pidettiin sitä, että heillä keinoalkuiset raskaudet ovat noin kymmenen kertaa yleisempiä kuin muilla naisilla. Endometrioosipotilaiden raskauskomplikaatioille ei ole löydetty syytä. Taiwanilaisessa tutkimuksessa epäiltiin muuttuneen prostaglandiiniaineenvaihdunnan olevan ennenaikaisten synnytysten, ennenaikaisen kalvojen puhkeamisen ja adenomyoosin taustalla. Fernando ja tutkijaryhmänsä lähtivät siitä, että kohdun limakalvon poikkeamat voivat vaikuttaa istukan kehitykseen häiritsevästi. Tosin täytyy muistaa, että mikään käynnissä oleva epidemiologinen tutkimus ei ole kyennyt vahvistamaan näitä raskauskomplikaatioihin vaikuttavia fysiologisia tekijöitä. (Falconer 2012, 522.) Lisää tutkimusta siis tarvitaan edelleen.

3.3 Kirurgisten hoitomenetelmien vaikutukset raskaaksi tulon mahdollisuuksiin

Kansainvälisissä tutkimushankkeissa erityisenä mielenkiinnon kohteena on ollut endometrioosin kirurgisen hoidon vaikutukset raskaaksi tulon todennäköisyyteen ja raskauden kulkuun. Samoin tutkijoiden mielenkiinnon kohteena on ollut se, mikä kirurginen menetelmä on paras mahdollinen raskaaksi tulon kannalta, ja onko hedelmällisyshoidoista kirurgisiin toimenpiteisiin yhdistettynä etua raskauden aikaan saamisessa. (Schödewind 2009, 17.)

Lapsettomuuden hoidossa käytettyjä diagnostisia ja operatiivisia menetelmiä ovat laparostomia, laparoskopia ja hysteroskopia. Tutkimuksissa on todettu, että endometrioosia sairastavista naisista operatiivisen hoidon hedelmällisyyden palauttamiseksi läpikäyneet tulivat todennäköisimmin raskaaksi. Toisella sijalla raskauden todennäköisyyden suhteen olivat naiset, joille ei annettu mitään hoitoja. Kolmanneksi pienin raskaaksi tulon todennäköisyys oli naisilla, joita oli hoidettu lääkehoidon ja operatiivisen hoidon yhdistelmällä. Pienin raskaaksi tulon mahdollisuus oli niillä naisilla, joita oli hoidettu vain lääkkeellisesti. Tutkimuksista kävi myös ilmi, että lyhyen aikaa lapsettomuudesta kärsineet ovat halukkaimpia operatiivisiin hoitomuotoihin lapsettomuuden hoitamiseksi, kun taas keskimäärin 5 vuotta ja sitä kauemmin tahattomasti lapsettomana pysyneet olivat näihin vähiten halukkaita. Pitkään jatkuneessa lapsettomuudessa tulosta selittää osin varmasti se, että tässä vaiheessa on useimmiten hakeuduttu jo muiden hedelmällisyshoitojen piiriin. Halukkuus kirurgiseen hoitoon hakeutumiseen havaittiin olevan suurempi niiden naisten keskuudessa, jotka kärsivät lapsettomuudesta ja kovista kivuista. Edelleen on kuitenkin nähtävissä, että hoidon tulokset riippuvat suuresti operoivien lääkärin taidoista käyttää tähystysmenetelmiä endometrioosin hoidossa, ja usein epätäydellisen operaation seurauksena osa syvistä endometrioottisista pesäkkeistä jää elimistöön aiheuttamaan oireita. (Schnödewind 2009, 75–76; Petrucco & D'Hooghe 2012, 455.)

Hysteroskopian on useissa eri tutkimuksissa todettu olevan paras lapsettomuuden tutkimus- ja hoitomuoto, sillä se ei aiheuta vaurioita lantion alueen elimiin ja mahdollistaa täten mahdollisimman suuren raskaaksi tulon todennäköisyyden ja

lapsen elävänä syntymisen. Laparostomisesti ja laparoskopisesti tehdyt diagnosti- ja hoitotoimenpiteet sen sijaan valitettavan usein aiheuttavat kiinnikkeitä synnytyselinten alueelle, jotka puolestaan ovat tutkitusti merkittäviä keskenmenojen ja lapsettomuuden aiheuttajia. Jo 1970-luvun lopulta lähtien on pyritty välttämään invasiivisia diagnoosi- ja hoitomenetelmiä. Laparostomialla diagnoosi- ja hoitomuotona on omat hyvät puolensa; kirurgi saa paremman kuvan kudosten ja elinten kunnosta kun voi inspektoida niitä esteettä. Laparostomian merkitystä hoidossa ja diagnoosin teossa ei tulisikaan aliarvioida. (Schnödewind 2009, 75–76.)

3.4 Endometrioosi lapsettomuuden syynä tai osatekijänä

Maailman Terveysjärjestö WHO määrittelee primäärin hedelmättömyyden tilaksi, jossa toistuvista yhdynnöistä huolimatta kahden vuoden ajanjaksolla raskaaksi tulo ei onnistu. Sekundääri hedelmättömyys on kyseessä kun nainen on aiemmin kyennyt tulemaan raskaaksi, mutta se ei enää onnistu kaksi vuotta jatkuneesta yrittämisestä huolimatta. Tahaton lapsettomuus tarkoittaa tilaa, jossa hedelmöittyminen saattaa onnistua, mutta raskaus ei johda lapsen syntymään. (Schnödewind 2009, 1.)

Keskimäärin noin 14 prosenttia endometrioosipotilaista kärsii tahattomasta lapsettomuudesta. Endometrioosista johtuvan lapsettomuuden syntymekanismeja ei vielä täysin tunneta. Lapsettomuus voi olla seurausta endometrioosin aiheuttamista anatomisista muutoksista. Lapsettomuutta voi aiheuttaa esimerkiksi endometrioottisen kudoksen ahtauttamat tai tukkimat munanjohtimet, jotka haittaavat ovulaatiota eli munasolun irtoamista ja hedelmöittyneen munasolun pääsyä kohtuun ja sen implantoitumista kohdun limakalvolle. Endometrioottisen kudoksen vuoksi hedelmöittyneen munasolun kulkeutuminen kohtuun ja kiinnittyminen kohdun limakalvolle voi estyä jopa kokonaan. Lapsettomuuden hoidossa kirjallisuuden mukaan pelkkä lääkehoito ei ole riittävän tehokas vaan lisäksi tarvitaan operatiivisia hoitomenetelmiä. (Schnödewind 2009, 66, 92–93.)

Varsinkin EEC-luokituksen kolmannen ja neljännen tason endometrioosista kärsivillä potilailla anatomiset syyt ovat usein lapsettomuuden taustalla. Mitä vaikeamman tason endometrioosista oli kyse, sitä pidempään raskaaksi tuloa joutui odottamaan. Rebekka Schnödewindin tutkimuksessa EEC-luokittelun mukaan sairauden eri vaikeusasteille sijoittuvien naisten keskuudessa oli selviä eroja raskaaksi tulon suhteen ja myös hedelmällisyyden palauttamisessa hyödynnettyjen hoitojen osalta. Luokan 1 endometrioosia sairastavista, tutkimukseen osallistuneista 38 prosenttia tuli raskaaksi keskimäärin 37 vuoden iässä. Lapsettomuus oli kestänyt tässä ryhmässä keskimäärin noin 2 vuotta ja 4 kuukautta. Operatiivisen endometriosipesäkkeiden poiston lisäksi onnistuneeseen raskaaksi tuloon vaadittiin tässä otoksessa lisäksi muun muassa munanjohtimien aukiolotutkimuksia, kiinnikkeiden poistoja, koepalan otto munasarjasta ja kiinnikemuodostusta ennalta ehkäisevä geelikäsittely. Luokan 1 raskaaksi tulleiden iän suhteellisen korkeuden on arvioitu voivan johtua tämän ikäryhmän positiivisemmasta suhtautumisesta tutkimukseen osallistumiseen. Tämän ryhmän muita pienemmän raskaaksi tulo prosentin on oletettu johtuvan ryhmän korkeasta keski-ikästä. (Schnödewind 2009, 66, 92–93.)

Kuitenkaan endometriosipesäkkeet itsessään eivät aiheuta lapsettomuutta, mutta endometrioosin aiheuttamat kiinnikkeet lantion elimissä lisäävät lapsettomuuden todennäköisyyttä estämällä muun muassa munasolun hedelmöitymistä ja aiheuttamalla munasolun irtoamishäiriöitä. Muista kuin anatomisista syistä johtuva lapsettomuus endometriosipotilailla voi aiheutua muun muassa kuukautiskierron häiriöistä, munasolun kiinnittymisongelmista, alkion varhaisen kehityksen häiriöistä tai immunologisista tekijöistä. Saiton ja kumppaneiden vuonna 2002 julkistamien tutkimustulosten mukaan endometrioosia sairastavilla oli tavallista useammin havaittavissa poikkeamia munasoluissaan. Näitä olivat muun muassa lisääntynyt taipumus solukuolemiin, munasolun kehitysvaiheiden poikkeamiin ja oxidatiiviseen stressiin. Keinohedelmöityksellä eli inseminaatiolla alkunsa saaneet raskaudet johtivat lapsen syntymään lähes yhtä usein endometriosipotilailla kuin terveilläkin, tosin joissain tutkimuksissa todettiin jonkin verran alentunut hedelmöitysmahdollisuus. Endometriosipotilaiden keinohedelmöityshoitojen onnistumistodennäköisyyttä voidaan lisätä yhdistämällä hoitoon GnRH-analogit ja hormonaaliset hoidot. Luokan 3 ja 4 endometrioosia

sairastavien raskaaksi tulon todennäköisyys keinohedelmöityksellä oli jonkin verran alhaisempi kuin luokan 1 ja 2 potilaiden. (Adamson 2012, 82; Schnödewind 2009, 14–15, 21–22, 93; Moon, Cox & DeCherney 2012, 462–465.)

Kun miehestä johtuvat tekijät lapsettomuuden aiheuttajana ovat tutkimuksin pois suljettu, tutkitaan naisen lisääntymiskyvyttömyyden syyt muun muassa hysteroskopiaa eli kohdun tähystystä ja laparoskopiaa hyödyntäen. Tähystystutkimusten yhteydessä poistetaan mahdolliset sukupuolielimissä ja lantion alueella olevat, hedelmöitymistä estävät pesäkkeet ja kiinnikkeet. Erityistä huomiota lapsettomuustutkimuksissa on kiinnitetty myös potilaan iän, lapsettomuuden keston, perhehistorian, tehtyjen hedelmöityshoitojen, lantion alueen kipujen, endometrioosin luokan ja mahdollisten muiden lapsettomuutta aiheuttavien sairauksien tai tilojen vaikutuksiin raskaaksi tulon kannalta. (Schnödewind 2009, 17, 19–20; Moon, Cox & DeCherney 2012, 470.)

Endometrioosipotilaiden lapsettomuutta hoidetaan muun muassa kirurgisesti, inseminaatiolla ja muilla hedelmöityshoidoilla. Endometrioosipotilaan raskauden seuranta vaatii lisääntyneiden komplikaatoriskien vuoksi erityisen tarkkaa seurantaa sekä erityisosaamista. (Moon, Cox & DeCherney 2012, 462.)

4 ENDOMETRIOOSIN VAIKUTUKSET SEKSUAALISUUTEEN JA POTILAAN PSYYKKISEEN HYVINVOINTIIN

Laadukas seksielämä koostuu monesta eri osatekijästä. Näihin kuuluvat muun muassa halu, kiihottuminen, fyysiset toiminnot, uskomukset ja arvot, tunne-elämän tasapainoisuus, kyky olla intiimissä vuorovaikutuksessa tuntematta oloaan epämukavaksi, seksuaalinen nautinto, kehon kuva ja itsetunto. Endometrioosin oireet voivat vaikuttaa negatiivisesti kaikkiin näihin osa-alueisiin. Potilaan olisikin hyvä saada apua ja tukea hoitohenkilökunnalta seksuaalisuuteen liittyvissä kysymyksissä. Seksuaaliterapia olisikin hyvä ottaa osaksi endometrioosipotilaan hoitoa. (Leeners 2012, 524.)

Ihmisen seksuaaliseen toimintakykyyn vaikuttavat jokaisen yksilölliset ominaisuudet kuten esimerkiksi ikä, kehon kuva, yleinen hyvinvointi, yksilölliset seksuaaliset tarpeet ja fantasiat sekä mahdolliset sairaudet ja oma sekä kumppanin asenne sairautta kohtaan. Samoin ihmisen emotionaaliset, kognitiiviset sekä behavioraaliset coping-mekanismit määrittävät seksuaalista toimintakykyä. Helposti ahdistuvat, pahinta mahdollista vaihtoehtoa ajattelevat, vetäytyväiset, toivosta luopuneet, negatiivisiin asioihin keskittyvät ihmiset kärsivät muita useammin seksielämän vaikeuksista ja voivat ääritapauksessa haluta pidättäytyä seksistä kokonaan. (Leeners 2012, 524.)

Endometrioosi sairautena ja sen hoitomuodot saattavat johtaa liikkuvuuden vähenemiseen, krooniseen kipuun, dyspareuniaan eli yhdyntäkipuihin, väsymykseen ja masennukseen. Kaikki nämä vaikuttavat seksuaalista halua vähentävästi. Kohdun ja munasarjojen poisto sekä estrogeenin tuotantoa lamaava lääkitys saattaa aiheuttaa kuumia aaltoja, emättimen kuivuutta, sydämentykytyksiä ja unihäiriöitä, jotka kaikki vaikuttavat yleensä seksuaalista halukkuutta vähentävästi. Samoin endometrioosin aiheuttamat kliiniset oireet ja kirurgiset toimenpiteet saattavat saada naisen tuntemaan itsensä vähemmän naiselliseksi ja siten jopa menettämään seksuaaliset halunsa. Myös endometrioosiin usein liittyvä heikentynyt hedelmällisyys tai hedelmättömyys voi vaikuttaa naisen itsetuntoa laskevasti. Usein käy myös niin, että kun alentunut hedelmällisyys tulee pa-

rin tietoon, seksistä katoaa tunneyhteys ja siitä tulee lähinnä lapsen saamiseen tähtäävä toimenpide. Tunneyhteyden säilymisen ja molempia osapuolia tyydyttävän seksielämän edellytyksiksi on eri tutkimuksissa havaittu avoin kommunikointi tunteista ja toiveista. Naisen olisi lisäksi tärkeä kertoa puolisolleen avoimesti endometrioosin aiheuttamista oireista ja pyrkiä yhdessä puolisonsa kanssa muokkaamaan seksielämäänsä molempia tyydyttävään suuntaan sairaudesta riippumatta. (Leeners 2012, 524–525.)

Kansainvälinen ICD-10-tautiluokitus määrittelee seksuaalisuuteen liittyvän häiriön tilaksi, jossa ihminen kokee seksuaalisuuteen haitallisesti vaikuttavan oireen johtavan ahdistumiseen ja ihmissuhdevaikeuksiin. Endometrioosissa pääasiallinen oire on kipu, joka voi vaikuttaa usealla eri tavalla haluun, kiihottumiseen ja orgasmiherkkyyteen. Sairauden tasolla ei ole todettu olevan vaikutusta seksuaalisiin haittavaikutuksiin. (Leeners 2012, 525.)

Endometrioosista johtuviksi seksuaalielämän häiriöiksi luetaan kuuluviksi dyspareunia eli kivulias yhdyntä, seksuaalinen haluttomuus, seksuaalisen kiihottumisen häiriöt, vaginismus eli emätinkouristus ja orgasmivaikeudet. Endometrioosia sairastavilla naisilla dyspareunia on voimakkainta syvässä yhdynnässä ja erityisesti ennen kuukautisia. Kipua voi yrittää helpottaa vaihtamalla yhdyntäasentoa. Myös lantion alueen kiinnikkeet ja laskimolaajentumat, lantion alueen krooninen tulehdustila ja interstitiaalinen virtsarakontulehdus voivat aiheuttaa syvää dyspareuniaa. (Leeners 2012, 526; Tiitinen 2012b.)

Dyspareuniaan liittyy tutkimusten mukaan lisääntynyttä ahdistuneisuutta ja seksuaalista haluttomuutta. Kun kipu, kivun pelko ja pelosta johtuva vielä suurempi kipu muodostavat noidankehän, saattaa endometrioosia sairastava päätyä yhdynnästä kieltäytymiseen. Tärkeä onkin tutkia vaginismusta, joka voi olla dyspareuniasta johtuva sekundäärinen seksuaalisuuden häiriö. Dyspareunian ja vaginismuksen välillä saattaa vallita myös ko-morbidity eli tila, jossa nämä sairaudet lisäävät toistensa todennäköisyyttä. Dyspareuniaan liittyvän kivun pelolla on lähes itse kipua vastaava negatiivinen vaikutus nauttimiskykyyn, koska jo kivun pelko itsessään vaikuttaa kiihottumisen vaikeuksia ja emättimen kuivuutta. Tämän kaiken on todettu johtavan orgasmivaikeuksiin ja seksuaalisen nautin-

non katoamiseen. Seksistä tulee potilaalle usein kivun ja turhautumisen lähdteen sijaan, että se toisi tyydytystä ja iloa elämään. (Leeners 2012, 526; Petrucco & D' Hooghe 2012, 455.)

Seksuaalisen halukkuuden puute on oire, jolla tarkoitetaan vastavuoroisen seksuaalisen halun puutetta ja yleistä kiinnostuksen puutetta seksiä kohtaan. Samoin seksuaalisuuden häiriöksi luetaan spontaanin seksin haluamisen puutos. Endometriosisin hoitoon käytettävät lääkkeelliset ja kirurgiset hoitomenetelmät voivat vaikuttaa seksuaalista halua vähentävästi. Myös jatkuvat omaan seksuaaliseen suoriutumiseen liittyvät pettymykset altistavat tunne-elämän haavoittuvaisuudelle, vihalle ja pahalle ololle. Nämä voivat jo itsessään aiheuttaa ja ylläpitää haluttomuutta seksiin. (Leeners 2012, 526.)

Seksuaalisen kiihottumishäiriön katsotaan aiheutuvan fyysisten ja psyykkisten tekijöiden monimutkaisesta vuorovaikutussuhteesta. Tämä voi ilmetä seksuaalisena haluttomuutena ja/tai genitaalialueiden kuivuutena ja nautinnon puutteena. Endometriosisin hoitoon käytettävät lääkkeet kuten esimerkiksi GnRH-agonistit voivat aiheuttaa genitaalialueiden verenkierron heikentymistä ja johtaa siten kiihottumis- ja kostumisongelmiin aiheuttaen näin kipua ja epämukavuutta yhdynnässä. (Leeners 2012, 526.)

Vaginismus eli emätinkouristus tarkoittaa pysyvää tai ajoittaista tahdosta riippumatonta vaikeutta peniksen emätinpenetraatioon liittyen. Sairauteen liittyy tahdosta riippumatonta lantion alueen lihasten supistelua sekä yhdynnän ja siihen liittyvän kivun pelkoa. Poikkeuksellisen voimakas lantion alueen lihasjännitys saattaa aiheuttaa dyspareunaa sekä virtsaputken vaurioita sekä emättimen limakalvovaurioita. Lantion alueen lihakset reagoivat erityisen herkästi emotionaaliseen stressiin niiden hermostusta säätelevän limbisen järjestelmän vaikutuksen johdosta. Vaginismusta sairastavilla naisilla onkin todettu edellä mainitusta johtuvia keskushermoston toiminnan muutoksia. (Leeners 2012, 527; Huttunen 2011.)

Seksuaalisuuteen liittyvät ongelmat johtavat usein ongelmiin parisuhteen muillakin osa-alueilla kuten esimerkiksi emotionaalisessa läheisyydessä ja tunteiden ilmaisussa. Endometrioosista kärsivä nainen voi tuntea itsensä vähemmän haluttavaksi ja riittämättömäksi sekä tuntea olevansa velvoitettu yhdyntään miehensä kanssa kivuista huolimatta. Tyytymättömyys seksielämään aiheuttaa usein ristiriitoja ja tunnetason etääntymistä parisuhteessa. Naisen ja miehen tarpeet ovat usein ristiriitaisia keskenään miehen halutessa yhdyntäkeskeistä seksiä naisen priorisoidessa lähinnä lähellä pitoa ja hellyyttä. Seksielämään liittyvät ongelmat johtavatkin valitettavan usein parisuhteen päättymiseen ja avioeroon. (Leeners 2012, 527.)

Vaikka endometrioosia sairastaa lähteistä riippuen noin 7–20 prosenttia hedelmällisessä iässä olevista naisista, on endometrioosin vaikutuksia naisen psyykkiseen hyvinvointiin tutkittu vain hyvin vähän. Lääketiede keskittyy lähinnä endometrioosin somaattiseen puoleen jättäen sairauden psykosomaattiset vaikutukset lähes huomiotta. Vasta viime aikoina on alettu huomiomaan psykosomaattisten tekijöiden vaikutus alttiuteen sairastua, sairauden kehitykseen ja siitä parantumiseen. (Leeners 2012, 533.)

On esitetty erilaisia hypoteeseja, joiden mukaan isien vähäisellä kiinnostuksella tyttäriään kohtaan ja seksuaalisuutta koskevista aiheista vaikenemisella perheessä olisi vaikutusta alttiuteen sairastua endometrioosiin. Samoin on epäilty, että negatiivinen suhtautuminen naiseksi kehittymiseen ennakoisi suurempaa alttiutta sairastua gynekologisiin sairauksiin kuten esimerkiksi endometrioosia. On kuitenkin tarpeen tutkia tätäkin aluetta lisää ennen kuin voidaan sanoa mitään varmaa endometrioosin psykosomatiikasta. Ihminenhan on hyvin monimutkainen ja yksilöllinen psyko-fyysis-sosiaalinen kokonaisuus. (Leeners 2012, 533–534.)

Joissakin tutkimuksissa on havaittu, että negatiivinen suhtautuminen kuukautisiin lisää kivuliaitten kuukautisten eli dysmenorrean todennäköisyyttä ja kohdun epänormaaleista supistuksista johtuvan taaksepäin suuntautuvan eli retrogradisen kuukautisvuodon riskiä altistaen siten endometrioosille. Useissa tutkimuksissa on myös havaittu, että seksuaalinen hyväksikäyttö lisää todennäköisyyttä

krooniseen lantion alueen kipuun. Belaish ja Allart esittivät vuonna 2006 hypoteesin, jonka mukaan seksuaalinen hyväksikäyttö heikentää immuunipuolustuskykyä ja altistaa elimistön endokrinologisille häiriöille kuten endometriosisille. Tieteellisesti ei ole kuitenkaan vielä voitu todistaa seksuaalisen hyväksikäytön ja endometriosisin yhteyttä toisiinsa. (Leeners 2012, 533–534.)

Psykosomaattisen stressin on huomattu olevan endometriosisiin sairastumiseen altistava tekijä. Tätä on perusteltu sillä, että stressi alentaa immuunipuolustuskykyä ja endometriosisiin sairastumisen todennäköisyyttä lisää elimistön heikentynyt immuunivaste. Stressin on myös todettu aiheuttavan muutoksia elimistön endokrinologiassa, ja endokrinologia on keskeisessä asemassa endometriosisin synnyssä. Tähän päivään mennessä ei ole kuitenkaan julkaistu pätevää tutkimustietoa stressin ja endometriosisin yhteyksistä toisiinsa endokrinologian eikä immunologian pohjalta. Lisätutkimuksille on siis tarvetta ennen kuin edellä mainittujen tekijöiden vaikutus toisiinsa voidaan vahvistaa. (Leeners 2012, 534.)

Depression altistavuutta endometriosisille on myös tutkittu, mutta nykytutkimusten valossa depressio on enemmänkin seuraus endometriosisista kuin sairastumiselle altistava tekijä. Persoonallisuuspiirteiden vaikutusta endometriosisiin sairastumiseen on myös tutkittu, mutta tulokset ovat olleet tähän saakka hyvin ristiriitaisia. Endometriosisin esiintyvyyden on joidenkin tutkimusten mukaan todettu olevan suurempi korkeasti koulutettujen naisten keskuudessa. Toisaalta tässä saattaa olla kyseessä tilastollinen harha, koska uraorientoituneet naiset synnyttävät keskimäärin muita naisia vanhempina ja heidän lapsilukunsa jää keskimäärin muita naisia pienemmäksi. Tilastotietoja saattaa vääristää myös se, että alhaisemmissa sosiaaliluokissa osallistuminen tutkimuksiin on vähäisempää. Täten on lähdettävä siitä, että endometriosisiin sairastuu naisia sosiaaliluokasta riippumatta. (Leeners 2012, 534–535.)

Nykytietämyksen valossa ei voida osoittaa selkeää yhteyttä psykosomaattisten tekijöiden, alkoholin ja kofeiinin kulutuksen sekä tupakoinnin ja endometriosisiin sairastumisen välillä. On myös todettu, että vain noin 10 prosenttia retrogradi-sesta kuukautisvuodosta kärsivistä sairastuu elämänsä aikana endometriosisiin. Tulevaisuudessa tutkijoiden tehtäväksi jääkin osoittaa mikä yhteys psyykellä,

endokrinologialla ja immuunipuolustuksella on endometrioosiin sairastumisen kanssa. (Leeners 2012, 534–535.)

5 TERVEYSVIESTINTÄ

Terveysviestinnän määritelmä on riippuvainen termin määrittelijän taustasta ja näkökulmasta terveysviestintään. Terveysalan tutkijat tavoittelevat terveysviestinnällä viestinnän kohteen ohjaamista positiivisiin muutoksiin terveyden alalla. Yhteiskunta- ja viestintätieteiden edustajat taas näkevät terveysviestinnän puhtaasti terveyden, sairauden, terveydenhuollon tai lääketieteen alojen viestintänä ilman tavoitteita vaikuttaa informaation vastaanottajan terveydentilaan. Maailman terveysjärjestö WHO hyödyntää terveysviestintää tiedonvälittämiseen laajalle joukolle tavoitteena positiiviset muutokset kohteiden terveydessä sekä terveyteen liittyvien kysymysten esillä pitämiseen julkisessa keskustelussa. (Torkkola 2002, 5.)

WHO:n ja suomalaisten tutkijoiden terveysviestinnän määritelmässä on joitakin ristiriitaisuuksia muun muassa sen suhteen mitä median asemaan informaation välittäjänä tulee. Toisaalta median rooli informaation välittäjänä nähdään merkityksellisenä, mutta toisaalta osaa median välittämästä terveyttä käsittelevästä materiaalista pidetään muuna kuin terveysviestintänä. On kuitenkin havaittu, että viihteellisinä pidetyt terveyttä ja sairautta käsittelevät televisio- ja radio-ohjelmat sekä lehti- ja internetartikkelit vaikuttavat voimakkaasti vastaanottajien käsityksiin lääketieteestä ja terveydenhuollosta. (Torkkola 2002, 6–7.)

Toinen ristiriitaisuus näkyy siinä, että paikoin terveysviestintä nähdään tavoitteellisena, informaation vastaanottajan terveydentilaan positiivisia muutoksia tuovana toimintana, kun taas toisaalla terveysviestinnän katsotaan tarkoittavan mitä tahansa terveyteen liittyvää viestintää. Jos terveysviestintänä pidetään ainoastaan terveyden edistämiseen, sairauksien ehkäisemiseen, hoitamiseen ja kuntouttamiseen liittyvää tavoitteellista viestintää, suuri osa terveyttä ja sairautta käsittelevästä mediamateriaalista jää käsitteen terveysviestintä ulkopuolelle. (Torkkola 2002, 6–7.)

Terveysviestintä voi olla eri katsantokannoista riippuen joukkoviestintää, kohdeviestintää tai keskinäisviestintää. Kohdeviestintää voi olla esimerkiksi kirjalliset

potilasohjeet, eri sairauksien potilasjärjestöjen jäsenilleen tuottama materiaali, joukkoviestintä puolestaan kattaa käytännössä kaiken suurelle joukolle suunnatun terveyttä ja sairautta käsittelevän materiaalin käytetystä mediasta riippumatta, kun taas keskinäisviestintää voi olla vaikka sairaalaosastolla hoidossa olevien potilaiden keskinäinen vuorovaikutus. Terveysviestintänä voidaan nähdä myös terveyden - ja sairaanhoidon organisaatioiden sisäinen viestintä ja edellä mainittujen tuottama joukkoviestimille suuntaama informaatio. (Torkkola 2002, 8–9.)

5.1 Laadukas terveystiedon viestintä

Laadukas terveystiedon viestintä on asiapohjaista, ajankohtaista, kohderyhmänsä huomioivaa, selkokielistä, kriittisyyteen pohjautuvaa, objektiivista vaikuttimista vapaata ja puolueetonta tiedonvälitystä. Tiedon lähteiden tulee myös olla vapaasti saatavilla ja jäljitettävissä. Hyvä terveystiedon viestintä tavoittaa kohderyhmänsä ja innostaa hankkimaan lisätietoa ja herättää keskustelua. Terveystiedon viestinnän tarkoitus on tiedon välittäminen sekä terveyteen, sairauteen, lääketieteeseen ja terveydenhuoltoon liittyvän ymmärryksen laajentaminen ja lisääminen. Terveystiedon viestinnän tavoitteena voidaan nähdä myös tiedon kautta lisääntyvät vaikutusmahdollisuudet omaa terveyttä ja sairaanhoitoa koskeviin asioihin. Onnistuneeseen terveystiedon viestintään tuottaa myös yhteisöllisyyden tunnetta vastaanottajissa. (Torkkola 2002, 71–74.)

Terveyttä ja sairautta käsittelevältä viestinnältä vaaditaan selkokielisyyttä väärinymmärrysten ehkäisemiseksi ja tavoitteiden saavuttamiseksi. Käytetty kieli on vastaanottajastaan riippuvaista siten, että esimerkiksi lääketieteen alan asiantuntijoille suunnattu teksti voi olla vaativampaa kuin muulle väestölle suunnattu materiaali. Kaikkea tuotettua materiaalia koskee kuitenkin yleiset hyvän tekstin vaatimukset. Tekstin ydinasiat tulee olla selkeästi esitetty, hankalasti ymmärrettävien ilmaisujen käyttäminen tulee välttää, pitkiä ja monimutkaisia lauserakenteita tulee lyhentää ja materiaalin ulkoasua tulee muokata vastaanottajaystävälliseen muotoon. Tärkeää on myös huomioida sisällön ja tekstin havainnollistaminen esimerkiksi kuvien ja taulukoin, kohderyhmän tietotaso ja tekstin tekeminen

mahdollisimman mielenkiintoiseksi. Erittäin tärkeä on huomioida ja kunnioittaa lähdemateriaalin tuottajien tekijänoikeuksia ja kirjata käytetyt lähteet asianmukaisesti. Myös salassapitovelvollisuus esimerkiksi haastateltujen kertomista asioista tulee muistaa. (Nordman 2002, 130–133.)

Palautteen pyytäminen ja sen antamisen tekeminen mahdollisimman helpoksi ja tarvittaessa palautteen antajan anonymiteetin takaaminen ovat avainasemassa hyvän terveystiedon kehittämisessä. Tärkeä on myös osata valita tuotetulle materiaalille oikea ja tiedon perille menoa edistävä viestintäväline. (Nordman 2002, 137–138.)

Verkossa tarjolla olevan terveystiedon tuottajan yhteys- ja mahdolliset sidoryhmätiedot tulee olla helposti lukijan saatavilla. Samoin sivujen päivityspäivämäärä tulee olla selkeästi esillä. Lukijan kannalta laadukas sivusto on helpokäyttöinen, hyvin järjestetty ja selkeä. (Mustonen 2002, 160.)

5.2 Verkossa tapahtuva terveystiedon omana erityisalueenaan

Internetin merkitys terveystiedon kanavana on kasvanut viime vuosikymmeninä voimakkaasti. Internetin tarjoamia palvelumuotoja kuten www-sivuja, keskusteluryhmiä ja sähköpostia voi käyttää ajasta ja paikasta riippumatta. Internetin asemaa terveystiedon välineenä puolustaa lisäksi tiedon saannin tasapuolisuus ja saatavilla olevan tiedon nopea päivittyminen. Internetin käyttö on myös huomattavasti edullisempaa kuin vastaavan tiedon hankkiminen kirjoja ja muita julkaisuja ostamalla. Internet on mahdollistanut tavallisille ihmisille pääsyn tuoreimman lääketieteellisen tiedon lähteille, ja siten parantanut potilaan mahdollisuuksia osallistua omaan hoitoonsa ja sitä koskevaan päätöksentekoon. (Mustonen 2002, 150; Nordman 2002, 121.)

Internet terveystiedon välittäjänä on tuonut mukanaan myös haasteita sekä hoitohenkilökunnalle että tietoa Internetistä hakevalle kuluttajalle. Potilaiden lisääntynyt tietämys omasta sairaudestaan ja hoitomahdollisuuksista on johtanut siihen, että hoitohenkilökunnan täytyy olla valmiita vastaamaan yhä vaikeampiin

kysymyksiin ja perustelemaan potilaille, miksi juuri tiettyä hoitomuotoa ei voida käyttää potilaan kohdalla. Internetissä saatavilla olevan tiedon käsittely vaatii tiedon hankkijalta entistä suurempaa ymmärrystä, harkintaa ja kykyä erottaa luotettava tieto epäluotettavasta. Tiedonhaku vaatii myös hyvää verkkoympäristön hallintaa. (Mustonen 2002, 150–151.) Verkossa olevan tekstimateriaalin lukeminen edellyttää lukijaltaan niin kutsuttua terveyslukutaitoa eli taitoa ymmärtää lukemansa, luetun oikeaa tulkintaa ja luetun soveltamista omaan elämään parempien elintapojen muodossa. Verkkomateriaalin luku eroaa perinteisen painetun tekstin lukemisesta, ja edellyttää lukijalta nopeaa, valikoivaa, kriittistä ja silmäilevää lukutaitoa. (Mustonen 2002, 161.)

5.2.1 Terveysviestinnän laatu Internetissä

Useissa Internetissä olevaa terveystiedon viestintää analysoineissa tutkimuksissa on todettu, että tarjolla on paljon virheellistä, tarkoitushakuista ja epätarkkaa terveystietoa. Virheellisellä tiedolla voi pahimmillaan olla potilaan terveydentilan heikkenemiseen, hoidon aloittamisen viivästyymiseen tai jopa menehtymiseen johtavia vaikutuksia. Oikean ja luotettavan terveystiedon välittämistä Internetissä edistämään on kehitetty erilaisia laatukriteeristöjä. Näistä tunnetuimpia on Sveitsissä vuonna 1996 perustetun HON-säätiön eli Health on the Net Foundation:in tuottama materiaali, jonka tarkoitus on opastaa sekä terveydenhuollon ammattilaisia että maallikkoja luotettavan terveystiedon pariin. (Mustonen 2002, 158.)

Kaikista asiantiedon välitysmenetelmistä juuri Internetissä tapahtuva viestintä vaatii tekijältään monipuolisinta ja suurinta osaamista. Laadukas Internet-materiaali sisältää myös kirjallista materiaalia elävöittäviä kuvia. (Alasilta 2002, 20–121.) Niin Internetiin tuotettavan materiaalin kuin muunkin kirjallisen materiaalin suhteen laadukkuuteen vaikuttaa oikea työprosessi. Merkityksellistä laadukkaan materiaalin tuottamisessa mediasta riippumatta on hyvä suunnittelu, materiaalin laadukas tuotanto ja tekstin tarkistuttaminen riippumattomilla henkilöillä. Olennaista on se, että materiaalin tuottajalla on vaadittava asiantuntemus

sekä informaation välittämisestä että asia-alueelta ja tuotettavan materiaalin kohderyhmästä. (Alasilta 2002, 132–133.)

Materiaalin tuotantoprosessi tulee aloittaa selvittämällä itselleen, mitä tekstillä haluaa ilmaista ja mikä on kohderyhmä. Seuraavaksi on hyvä tehdä itselleen selväksi, mitä tuottamallaan materiaalilla haluaa saavuttaa. Lopuksi on hyvä selvittää, miten hankkia palautetta materiaalista eli onko tuotettu materiaali palvelut suunniteltua kohderyhmää. (Alasilta 2002, 134–135, 207.)

Hyvä suunnittelu koostuu useasta eri vaiheesta. Aluksi tulee koota ja lajitella tarvittava aineisto. Tärkeää on myös selvittää, mitä aiheesta on jo muualla kirjoitettu. Aiheen rajausta on myös olennaista hyvän Internet-sisällön tuottamisessa. Lukijaystävällinen teksti sisältää myös kuvia, joten kuvituksen suunnittelu on myös olennainen osa julkaistavan materiaalin valmistelua. Tärkeää on myös valita ilmaisutyylit, jotka puhuttelevat vastaanottajia mahdollisimman hyvin. (Alasilta 2002, 134–135, 182–183, 211.)

Internetissä julkaistava teksti eroaa perinteisestä painetusta materiaalista eritoten ilmaisun laajuuden suhteen. Materiaalin tulee olla kaikin tavoin tiivistetyssä ja selkeämmässä muodossa. (Alasilta 2002, 134–135, 164, 174.) Internet-sivuilla julkaistavan materiaalin lukijaystävällisyyden kannalta olennaista on tekstin helppo silmäiltävyys. Helppoa silmäiltävyyttä edistävät selkeä pääotsikko, lyhyet tekstikappaleet, tiheä väliotsikointi, selkeät linkit, sisällön selkeä jäsentely, nopeasti latautuvat ja asiasisältöä tukevat kuvat sekä sisällön tiiviys. (Alasilta 2002, 208–209.)

HON on laatinut HONcode:n eli käyttäytymissäännöt Internetissä terveystietoa tarjoaville lääketieteeseen ja terveyteen keskittyville tietopalveluille. HONcode:n periaatteisiin kuuluu se, että tarjolla olevan materiaalin tulee ehdottomasti olla lääketieteen tai terveydenhuollon ammattihenkilön tuottama, tai jos näin ei ole, sen tulee selkeästi käydä materiaalista ilmi. Toisena periaatteena on se, että tarjolla olevan materiaalin ei ole tarkoitus korvata potilaan ja lääkärin hoitosuhdetta, vaan ainoastaan tukea sitä. Kolmantena periaatteena HONcode:ssa on sivuston ylläpitäjän ehdoton sitoutuminen sivustolla kävijän anonymi-

teetin säilyttämiseen. Tiedon tuottajan tulee myös ehdottomasti noudattaa lain vaatimuksia toimimaassaan. Neljäntenä periaatteena on sivustolla julkaistun materiaalin lähdemateriaalin selkeä ja tarkka ilmoittaminen. Lukijalle täytyy antaa mahdollisuus tarkistaa tiedon paikkansapitävyys ja luotettavuus. Viidentenä periaatteena HONcode:ssa on se, että kaiken lukijalle annetun informaation tuotteen, palvelun tai hoidon vaikuttavuudesta tulee perustua ehdottoman puolueettomaan näyttöön. Kuudes periaate käsittelee tuotetun tekstin selkeyttä ja vaatimusta antaa sivuston ylläpitäjän yhteystiedot lukijalle mahdollista lisätiedon hankintaa varten. Samoin ylläpitäjän omat yhteystiedot tulee olla sivustolla esillä. Seitsemäs periaate koskee taloudellisten ja poliittisten sidosten ilmoittamisvelvollisuutta. Kahdeksas periaate määrittelee sen, että mahdollisena sivuston rahoituslähteenä käytetyt mainostulot on selkeästi tuotava julki. Samoin mainosmateriaali ja sivustolla oleva muu tietomateriaali tulee selkeästi erottaa toisistaan. (Mustonen 2002, 158–159.)

Health on the Net Foundation tarjoaa sivuillaan Internetin käyttäjille myös sivun-tarkastajan, jonka avulla voi itse arvioida muidenkin sivustojen laadun HONcode:n standardeihin nähden. HON-säätiön sivuilla on myös linkkejä luotettaville terveystietoa sisältäville verkkosivustoille. (Mustonen 2002, 159.)

6 POHDINTA

Endometrioosi on monimutkainen ja edelleenkin suhteellisen huonosti tunnettu vakava sairaus, joka aiheuttaa potilaalle ja hänen lähipiirilleen runsaasti huolta ja surua. Endometrioosi on ollut ja on edelleen jossakin määrin mystinen sairaus, jonka terveysvaikutukset ovat moninaiset. Nykypäivänäkään ei tunneta tämän sairauden perimmäistä aiheuttajaa eikä lopullista parannuskeinoa. Oikeaan diagnoosiin pääsemistä ja tarvittavien hoitojen aloittamista hidastaa oireiden monimuotoisuus ja alan asiantuntijoiden vähyys. Eettisesti ja inhimillisesti katsottuna on väärin, että potilas ja hänen läheisensä voivat joutua elämään kipujen ja epätietoisuuden kanssa jopa vuosia ennen diagnoosia ja hoitojen aloittamista.

Opinnäytetyöni tavoitteena olikin lisätä yleistä tietoisuutta endometrioosista. Toivon, että omalla panoksellani voisin auttaa endometrioosista kärsiviä tunnistamaan paremmin oireitaan. Toivon myös, että tuottamani informaatiopaketti auttaisi hoitohenkilökuntaa tunnistamaan endometrioosin aiheuttamia hyvin moninaisia oireita. Mahdollisimman varhainen hoitoon pääsy säästää myös nyky-yhteiskunnassa jatkuvasti tapetilla olevia alati kasvavia sairaanhoitokuluja. Samoin nopea oikean diagnoosin löytyminen vähentää sairaalomakustannuksia ja säästää potilasta usein raskailtakin tutkimuksilta. Endometrioosin varhainen toteaminen estää myös sairauden pahenemista ja vähentää osaltaan tahattoman lapsettomuuden riskiä.

Koin opinnäytetyöni aiheen mielenkiintoiseksi ja tärkeäksi. Koskettaahan endometrioosi maailmanlaajuisesti suurta määrää naisia ja heidän lähipiiriään ja aiheuttaa paljon huolta, murhetta ja kipua. Opinnäytetyöprosessin parasta antia oli tiedon kerääminen sekä englannin- ja saksankielisen materiaalin läpikäyminen ja työstäminen. Haastavimpana työskentelyprosessissa koin jatkuvat muutokset ja vastoinkäymiset. Uskon näiden vastoinkäymisten läpikäymisen kuitenkin kasvattaneen minua ihmisenä ja vahvistaneen stressin käsittelytaitojani sekä opettaneen minulle ihmisten välisten hankaluuksien rakentavia käsittely- ja ratkaisumenetelmiä. Itsessäni huomasin jälleen sen omaa hyvinvointiani uhkaavan piirteen, että en uskalla tai halua ottaa vaikeuksia puheeksi siinä pelossa,

että loukkaisin työpariani tai aiheuttaisin hänelle hankaluuksia. Jatkossa yritän tämänkin asian suhteen kasvaa ja kehittyä ihmisenä. Muita opinnäytetyötään tekeviä rohkaisisinkin ottamaan ongelmat puheeksi ajoissa ohjaajan ja työparin kanssa.

Minulle jäi valtava tiedonjano kaikkea endometrioosia ja naisten terveyttä sekä sen edistämistä käsittelevää kohtaan. Toivoisinkin voivani jatkossakin hyödyntää kartuttamaani tietämystä ja jatkaa opiskelua näiden aiheiden piirissä. Kiitollinen olen siitä, että sain yhdistää opinnäytetyön tekemisessä uuden oppimisen ilon ja vieraiden kielten osaamisen hyödyntämisen.

Suuri toiveeni on, että tekemästani työstä olisi hyötyä, apua ja jopa iloa ennen kaikkea endometrioosin kanssa kamppaileville potilaille, heidän läheisilleen ja kaikille naispotilaiden kanssa hoitotyötä tekeville. Pelkästä tiedosta ei ole kuitenkaan apua, vaan laadukas hoitotyö edellyttää hoitohenkilökunnalta myös herkkää tunnevaistoa ja halua kuunnella. Tämän koen erityisen tärkeäksi endometrioosipotilaiden kohdalla, koska kyseessä on niin monella tavalla naiseutta koetteleva sairaus. Työhöni olen liittännyt taulukkomuotoon koottuja ohjeita hoitohenkilökunnalle ja potilaille (LIITE 1).

Endometrioosi sairautena ja sen vaikutukset hedelmällisyyteen ja naisten elämänlaatuun yleensä on mielestäni tärkeä tutkimuskohde. Jatkotutkimuksia tarvitaan siis edelleen. Toivonkin, että tulevaisuudessa muut hoitoalan opiskelijat jatkaisivat siitä mihin minä tässä opinnäytetyössäni jäin. Toivon myös, että jatkossa ajankohtaista tutkimusmateriaalia käännettäisiin nopeassa tahdissa suomen kielelle, koska vieraskielinen teksti karkottaa osan asiasta kiinnostuneista, josta muun muassa potilaat voivat tavalla tai toisella kärsiä. Toiveenani on myös se, että potilaan usein oudoiltakin vaikuttavat oireet otettaisiin vakavasti. Onhan potilas oman terveytensä ja hyvinvointinsa paras asiantuntija.

Vaikkakin tieteellisten tutkimusten tulokset näyttävätkin olevan usein ristiriitaisia keskenään, on mielestäni eettisesti oikein ja potilaan hyvinvoinnin kannalta tärkeää julkaista ne. Eettinen toiminta edellyttää tietenkin sitä, että tutkimusten keskinäinen ristiriitaisuus mainitaan, samoin kuin se, että lisätutkimuksia ai-

heesta tarvitaan. Omalta osaltani pyrin informaatiopakettia työstäessäni eettisyyteen, ja siihen, että syy miksi tämän työn tein pysyisi koko prosessin ajan selkeänä mielessäni. Ohjenuorana minulla oli muun muassa Health on the Net Foundation:in käyttäytymissäännöt Internetissä terveysviestintää tarjoaville lääketieteeseen ja terveyteen keskittyville tietopalveluille.

Mielestäni hoitoalalle valmistuvan ja myös hoitoalalla jo työskentelevien ammattilaisten työn tärkein tavoite tulisi aina olla kirkkaana mielessä – työtä tulee tehdä sydämellä ja eettisesti potilaan mahdollisimman suuri psyko-fyysis-sosiaalinen hyvinvointi tavoitteena. Työhöni olen liittänyt taulukkomuotoon koamiani, tärkeäksi kokemiani ohjeita endometriosipotillaita kohtaaville hoitoalan ammattilaisille. Samassa taulukossa on myös ohjeita vastaanotolle tulevia potilaita ja heidän läheisiään varten. (LIITE 1).

LÄHTEET

- Adamson, David G., 2012. Endometriosis: Disease Classification and Behavior. Teoksessa Linda C. Giudice; Johannes L.H. Evers & David L. Healy 2012 (Eds.) Endometriosis Science and Practice. Singapore: Wiley-Blackwell, 81–87.
- Alasilta, Anja 2002. Verkkokirjoittajan käsikirja. Helsinki: Inforviestintä.
- Al-Talib, Ayman & Tulandi, Togas 2012. Surgical Historical Overview. Teoksessa Linda C. Giudice; Johannes L.H. Evers & David L. Healy 2012 (Eds.) Endometriosis Science and Practice. Singapore: Wiley-Blackwell, 295–297.
- Auvinen, Anssi & Nuorti, Pekka 2011. Epidemiologia. Tampereen yliopisto, Terveystieteiden yksikkö. Viitattu 10.3.2013.
<http://www.uta.fi/hes/tutkimus/tutkimusryhmat/Epidemiologia.html>
- Evans, Susan 2005. Endometriosis and other Pelvic Pain. Melbourne: Thomas C Lothian Pty Ltd.
- Falconer, Henrik 2012. Pregnancy and Obstetric Outcomes in Women with Endometriosis. Teoksessa Linda C. Giudice; Johannes L.H. Evers & David L. Healy 2012 (Eds.) Endometriosis Science and Practice. Singapore: Wiley-Blackwell, 519–522.
- Fertility Weekly 2010/28/6, Endometriosis. The Incidence and Effects of the Disease During Pregnancy. Viitattu 24.2.2013. Saatavilla
<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=aph&AN=51837210&site=ehost-live>
- Härkki, Päivi, Heikkinen, Anna-Mari & Setälä, Marjaleena 2011. Endometrioosin nykyhoito. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim 2011;127, 1837–47. Viitattu 10.3.2013.
http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/arkisto?p_p_id=Article_WAR_DL6_Articleportlet&p_p_action=1&p_p_state=maximized&p_p_mode=view&p_p_col_id=column-1&p_p_col_count=1&viewType=viewArticle&tunnus=duo99751

- HUSLAB-liikelaitos 2013. Estradioli, seerumista. Ohjekirja. Helsingin ja Uudenmaan Sairaanhoidopiiri. Viitattu 10.3.2013.
<http://huslab.fi/ohjekirja/1366.html>
- Huttunen, Matti 2011. Emätinkouristus (vaginismus). Suomalainen Lääkäriseura Duodecim 2011. Terveyskirjasto. Viitattu 10.3.2013.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00368&p_haku=vaginismus
- Johnson, Neil. P. Medical Therapies: Randomized Controlled Trials/Traditional Medical Therapies. Teoksessa Linda C. Giudice; Johannes L.H. Evers & David L. Healy 2012 (Eds.) Endometriosis Science and Practice. Singapore: Wiley-Blackwell 343–347.
- Leeners, Brigitte. Sexuality in Endometriosis. Teoksessa Linda C. Giudice; Johannes L.H. Evers & David L. Healy 2012 (Eds.) Endometriosis Science and Practice. Singapore: Wiley-Blackwell, 524–533.
- Leyendecker, Gerhard & Wildt, Ludwig. Uterine Peristalsis and the Development of Endometriosis and Adenomyosis. Teoksessa Linda C. Giudice; Johannes L.H. Evers & David L. Healy 2012 (Eds.) Endometriosis Science and Practice. Singapore: Wiley-Blackwell, 200, 207–208.
- Lyons, Thomas & Kimball, Cheryl 2003. What to do when the doctor says it's Endometriosis: Everything You need to know to Stop the Pain and Heal Your Fertility. Gloucester, MA: Fair Winds Press.
- Medizinische Hochschule Hannover. Medizinische Grundlagen. Viitattu 30.8.2013. <http://www.mh-hannover.de/endometriose/6348.html>
- Medizinische Hochschule Hannover. Stadieneinteilung. Viitattu 30.8.2013.
<http://www.mh-hannover.de/endometriose/6351.html>
- Moon, Kimberly; Cox, Jeris & DeCherney, Alan. Infertility Therapies: The Role of Assisted Reproductive Technologies. Teoksessa Linda C. Giudice; Johannes L.H. Evers & David L. Healy 2012 (Eds.) Endometriosis Science and Practice. Singapore: Wiley-Blackwell, 462–465, 470.
- Mustonen, Margit 2002. Terveystieto Internetissä. Teoksessa Sinikka Torkkola (toim.) Terveysviestintä. Helsinki: Tammi 150–151, 158–161.

- Nordman, Tarja 2002. Viestintä terveydenhuollon organisaatiossa. Teoksessa Sinikka Torkkola (toim.) *Terveysviestintä*. Helsinki: Tammi, 121, 130–133, 137–138.
- Nurmi, Timo 1998. *Uusi suomen kielen sanakirja*. Jyväskylä: Gummerus.
- Nurminen, Marja-Leena 2007. *Lääkehoito*. Helsinki: WSOY.
- Parazzini, Fabio; Vercellini, Paolo & Pelucchi, Claudio. Endometriosis: Epidemiology, and Etiological Factors. Teoksessa Linda C. Giudice; Johannes L.H. Evers & David L. Healy 2012 (Eds.) *Endometriosis Science and Practice*. Singapore: Wiley-Blackwell, 19–22.
- Pathivada, Srinu & D' Hooghe, Thomas. Endometriosis and Autoimmunity. . Teoksessa Linda C. Giudice; Johannes L.H. Evers & David L. Healy 2012 (Eds.) *Endometriosis Science and Practice*. Singapore: Wiley-Blackwell, 485–494.
- Petrucco, Oswald & Healy, David L. Infertility Therapies: The Role of Surgery. Teoksessa Linda C. Giudice; Johannes L.H. Evers & David L. Healy 2012 (Eds.) *Endometriosis Science and Practice*. Singapore: Wiley-Blackwell, 455–459.
- Rogers, Peter A.W. & Weston, Gareth C. Eye to the Future: Research, Diagnostics and Therapeutics. Teoksessa Linda C. Giudice; Johannes L.H. Evers & David L. Healy 2012 (Eds.) *Endometriosis Science and Practice*. Singapore: Wiley-Blackwell, 560–563.
- Schnödewind, Rebekka 2009. Pelviskopische Behandlung und Konsekutive Schwangerschaftsraten Gutartiger Genitalerkrankungen mit Fokus auf Myome und Endometriose. Die Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe im Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Campus Kiel an der Christian-Albrechts-Universität zu Kiel. *Virkaanastujaisväitöskirja*.
- Setälä, Marjaleena; Härkki, Päivi; Perheentupa, Antti; Heikkinen, Anna-Mari & Kauko, Minna 2009. Särkylääke ei auta kuukautiskipuihin – epäile endometriooasia. *Suomen Lääkärilehti* 48/2009 vsk 64, 4141–4142.
- Simoens, Steven & D' Hooghe, Thomas M. Economic Perspective on Diagnosis and Treatment of Endometriosis. Teoksessa Linda C. Giudice; Johannes L.H. Evers & David L. Healy 2012 (Eds.) *Endometriosis Science and Practice*. Singapore: Wiley-Blackwell, 27–30.

- Sokalska, Anna & Duleba, Antoni J. Medical Therapies: Statins. Teoksessa Linda C. Giudice; Johannes L.H. Evers & David L. Healy 2012 (Eds.) Endometriosis Science and Practice. Singapore: Wiley-Blackwell, 366–378.
- Stratton, Pamela & Berkley, Karen J. Neuroendocrine Aspects of Endometriosis-Associated Pain. Teoksessa Linda C. Giudice; Johannes L.H. Evers & David L. Healy 2012 (Eds.) Endometriosis Science and Practice. Singapore: Wiley-Blackwell, 232.
- Suomalainen lääkäri-seura Duodecim 2012. Endometriosis. Verkkokurssi. Viitattu 22.2.2013.
http://www.duodecim.fi/kotisivut/sivut.koti?p_sivusto=640&p_navi=130882&p_sivu=111870
- Suvanto-Luukkonen, Eila 2009. GnRH-agonistin teho menorrhagiassa. Suomalainen lääkäri-seura Duodecim. Käypä hoito.Näytönastekatsaukset. Viitattu 10.3.2013.
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/tunnus/nak04851>
- Tiitinen, Aila 2011. Endometriosis. Suomalainen lääkäri-seura Duodecim. Terveyskirjasto. Viitattu 29.08.2013.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00119
- Tiitinen, Aila 2012a. Adenomyosis. Suomalainen lääkäri-seura Duodecim. Terveyskirjasto. Viitattu 29.8.2013.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00103
- Tiitinen, Aila 2012b. Interstitiaalinen virtsarakon tulehdus. Suomalainen lääkäri-seura Duodecim. Terveyskirjasto. Viitattu 29.08.2013.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00727
- Torkkola, Sinikka 2002. Johdanto: Näkökulmia terveystiedettä. Teoksessa Sinikka Torkkola (toim.) Terveystiedettä. Helsinki: Tammi, 5–9, 71–74.

Väestöliitto 2013. Naisen hedelmättömyys. Viitattu 9.3.2013.

<http://www.vaestoliitto.fi/lapsettomuusklinikka/tietoa-lapsettomuudesta/naisen-hedelmattomyys/>

Valtonen, Ville 2010. Terveysakatemia. Tartuntataudit ja rokotehuolto. HYKS, Infektiosairauksien klinikka, Medisiininen tulosityksikkö, HUS. Viitattu 10.3.2013.

<http://www.duodecim.fi/kotisivut/docs/f13104659/valtonenterveysakatemia24.8.10oulu.pdf>

LIITE 1: Ohjeita vastaanottoa varten potilaalle ja hoitohenkilökunnalle

Potilas	Hoitaja
<i>Mieti näitä asioita valmiiksi ennen kuin tulet vastaanotolle:</i>	<i>Ota nämä asiat huomioon, kun potilas tulee vastaanotolle:</i>
<ul style="list-style-type: none"> ■ Mieti (jos mahdollista) etukäteen kysymyksiä, joita haluat esittää ja kirjaa ne ylös. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Huomioi potilas ihmisenä.
<ul style="list-style-type: none"> ■ Parempi kysyä liikaa kuin liian vähän. Ei ole olemassa tyhmiä kysymyksiä! 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Pyri luomaan luottamuksellinen ja keskusteluun kannustava ilmapiiri.
<ul style="list-style-type: none"> ■ Ota läheinen mukaan vastaanotolle – ”neljä korvaa on enemmän kuin kaksi”. Kun mukana on joku läheinen, väärinymmärrysten riski vähenee. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Rohkaise potilasta ilmaisemaan hankaliltakin tunteita ja ajatuksia.
<ul style="list-style-type: none"> ■ Kerro hoitohenkilökunnalle mahdollisimman tarkasti oireiden alkamisajankohta, mahdollinen sairauden sukutausta, oireet ja niiden pahenemiseen vaikuttavat tekijät. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Tee työtäsi sydämellä. Potilaalle kohtaamisen voi olla loppuelämään positiivisesti vaikuttava, voimaannuttava kokemus!
<ul style="list-style-type: none"> ■ Kenenkään ei tarvitse jaksaa yksin sairauden kanssa; tunnista ajoissa oman jaksamisesi rajat! Muista, että hoitohenkilökunta ja vertaistukiryhmät ovat sinua varten! 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Kuuntele herkällä korvalla – vaikeimpia asioita ei yleensä ilmaista suoraan.
<ul style="list-style-type: none"> ■ Ota rohkeasti puheeksi vaikeiltakin tuntuvat oireet ja tunteet! 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Huomioi myös potilaan mukana vastaanotolla olevat läheiset.
	<ul style="list-style-type: none"> ■ Anna potilaalle, ja mahdollisesti mukana oleville läheisille, aikaa kysymysten tekoon ja varaa aikaa vastaamiseen. Jos et osaa vastata, lupaa selvittää asia ja palata siihen mahdollisimman pian. Näin potilaalle välittyy tunne siitä, että hänen tilanteeseensa aidosti paneudutaan.
	<ul style="list-style-type: none"> ■ Huomioi potilaan tiedollinen lähtötaso ja äidinkieli. Hanki tarvittaessa tulkki. Potilaan kanssa tulee käyttää selkokieltä.
	<ul style="list-style-type: none"> ■ Huomioi kulttuurierot.
	<ul style="list-style-type: none"> ■ Älä unohda tietosuojaa ja potilaan itsemääräämisoikeutta oman hoitonsa suhteen.
	<ul style="list-style-type: none"> ■ Ohjeista potilasta ja mahdollisesti mukana olevia läheisiä jatkotoimenpiteiden suhteen.
	<ul style="list-style-type: none"> ■ Kerro vertaistukijärjestöistä ja niiden tarjoamasta tuesta.
	<ul style="list-style-type: none"> ■ Mikäli potilas ei jaksaa tai pysty huolehtimaan omasta hyvinvoinnistaan/hoidostaan, varmista, että potilas saa parhaan mahdollisen tuen ja hoidon.
	<ul style="list-style-type: none"> ■ Huomioi oman jaksamisesi ja osaamisesi rajat; moniammatillisen yhteistyön mahdollisuudet.
	<ul style="list-style-type: none"> ■ Tavoitteena on potilaan mahdollisimman hyvä fyysinen, psyykinen ja sosiaalinen hyvinvointi vaikeasta sairaudesta huolimatta!
	<ul style="list-style-type: none"> ■ Muista olla lähdekriittinen. Voit hyödyntää Internet-lähteiden osalta Health on the Net Foundation-Internetsivuilla olevaa sivuntarkastajaa. HON-säätiön sivuilla on myös linkkejä luotettaville terveystietoa sisältäville verkkosivustoille. Ohjeista myös potilasta tarvittaessa lähdekriittisyyteen.

LIITE 2: Sanasto

Sanasto sisältää tässä opinnäytetyössä esiintyvät keskeiset käsitteet aakkosjärjestyksessä. Opinnäytetyössäni käytetään monia lääketieteellisiä termejä, jotka saattavat olla tuntemattomia lukijalle.

Adenomyoosi: sairaus, jossa kohdun limakalvon rauhasista muodostuneita ulokkeita kasvaa kohdun lihassyiden väliin, kohtulihaksen sisälle.

Amenorrea: kuukautisten puuttuminen

Antagonisti: Vastavaikuttajälääke eli lääkeaine, joka estää toisen lääkeaineen vaikutusta.

Autoimmuuni: Autoimmuuni-ilmiossä elimistön torjuntatoiminnat kohdistuvat virheellisesti joitakin elimistön omia kudoksia kohtaan.

Benigni: hyvälaatuinen

Dysmenorrea: kivuliaat kuukautiset

Dyspareunia: yhdyntäkipu

Endokrinologia: umpieritysoppi; umpirauhasia ja niiden eritteitä (hormoneja) tutkiva tieteenala

Endometriooma: munasarjakasvain

Endometriooosi: kohdun limakalvosirottuma; endometriumin eli kohdun limakalvon tapaisen kudoksen esiintyminen normaalin sijaintipaikkansa ulkopuolella, esim. vatsakalvossa tai munasarjassa

Endometrium: kohdun limakalvo

Estrogeeni: naishormoni, munasarjahormoni; naiselle ominaisia kehonpiirteitä ja -toimintoja (sukupuoliominaisuuksia) ylläpitäviä ja mm. kohdun toimintoja sääteleviä hormoneja (esim. estradioli ja estrioli) joita syntyy etenkin munarakuloissa ja istukassa, pieniä määriä myös kiveksissä, lisämunuaiskuoressa ja rasvakudoksessa

Etiologia: syyoppi; sairauksien syitä tutkiva lääketieteen haara; 2. taudinsyy, yksittäisen sairauden syy

Etiopatogeneesi: sairauden synty

Gastrokirurgia: vatsaelinkirurgia

Hysteroskopia: kohdun tähytys

iatrogeeninen: lääkärin aiheuttama, hoidosta johtuva

Immunologinen: immunologiaan liittyvä, immunomekanismeja käyttävä

Implantoitua: kiinnittyminen, kiinnittäminen 1. hedelmöityneen munasolun kiinnittyminen kohdun limakalvoon; 2. kudoksen, proteesin tai laitteen

Inseminaatio: Keinosiemennys

Interstitiaalinen: soluväleissä sijaitseva, väli-, soluväli-

Invasiivinen: kajoava, elimistön sisälle ulottuva

Koaguloiminen: hyydyttäminen

Laparoskopia: vatsaontelontähytys; vatsaontelon tarkastelu laparoskoopin avulla vatsanpeitteisiin tehdyn viillon kautta

Laparotomia: vatsan avaus, vatsaleikkaus

Menorragia: runsaat kuukautiset

Menstruaatio: kuukautiset, kuukautisvuoto

Myometriumi: kohdun seinämän pääosan muodostava sileä lihaskudos

Onkologia: syöpäsairauksia käsittelevä lääketieteen osa-alue

Patogeneesi: taudin synty; käsitys sairauden synnystä ja kehityksestä

Peritoneum: vatsakalvo

Pre-eklampsia: raskaustoksemia, raskaustoksikoosi, raskausmyrkytys. Raskauden 24. viikon jälkeen ilmenevä sairaus, jonka oireita ovat verenpaineen nousu, valkuaisvirtsaaisuus ja turvotus.

Progesteroni: eräs mm. keltarauhasesta ja istukasta erittyvä steroidihormoni, joka ylläpitää kohdun limakalvon eritysvaihetta ja edistää raskauden jatkumista;

Prostaglandiini: sileään lihaksistoon, mm. verisuoniin voimakkaasti vaikuttavia tyydyttymättömiä 20-hiiliatomisia rasvahappoja

Psykosomatiikka: lääketieteen ja psykologian termi henkisen ja ruumiillisen hyvinvoinnin välisestä yhteydestä.

Septum: väliseinämä

Sytokiini: monentyyppisten solujen tuottamia, solujen välisiä viestiaineina

Vaginismus: emätinkouristus

LÄHDE:

Suomalainen lääkäriseura Duodecim. Lääketieteen sanasto. Terveyskirjasto.

Viitattu 22.9.2013.

http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_teos=ltt