
**TERVEYDENHOITAJIEN TIETOPERUSTA JA
TIEDONTARVE ENDOMETRIOOSISTA**

HAMK
HÄMEEN AMMATTIKORKEAKOULU

Ammattikorkeakoulututkinnon opinnäytetyö

Hoitotyön koulutusohjelma

Hämeenlinna 17.5.2010

Viivi Veräväinen

Hoitotyön koulutusohjelma
Hämeenlinna

Työn nimi Terveydenhoitajien tietoperusta ja tiedontarve
endometriosisista

Tekijä Viivi Veräväinen

Ohjaava opettaja Mirjami Keskimaa

Hyväksytty _____._____.20_____

Arvioinnin kohteena on opiskelijan koko opinnäytetyöhön liittyvä oppimisprosessi

Hyväksyjä

HÄMEENLINNA
Hoitotyön koulutusohjelma
Terveydenhoitotyön suuntautumisvaihtoehto

Tekijä	Viivi Veräväinen	Vuosi 2010
Työn nimi	Terveydenhoitajien tietoperusta ja tiedontarve endometrioosista	

TIIVISTELMÄ

Terveydenhoitajan työ on haastavaa jatkuvasti muuttuvassa yhteiskunnassa. Haasteita luovat niin kehittyvät hoitokäytännöt kuin asiakkaiden lisääntyneet vaatimukset. Muutoksien keskellä terveydenhoitaja on itse vastuussa tietojensa päivittämisestä. Työ on osa jatkuvaa oppimisprosessia.

Tämän opinnäytetyö tarkoituksena oli kartoittaa terveydenhoitajien arviointeja siitä, millainen on heidän tietoperustansa ja tiedontarpeensa endometrioosista. Opinnäytetyön tavoitteena oli lisätä terveydenhoitajien tietoutta endometrioosista ja näin mahdollistaa myös taudin aikaisempi diagnoosi sekä aikaistaa asiakkaiden hoitoon pääsyä. Terveydenhoitajatyön kehittämistehtävänä toteutettiin infolehtinen terveydenhoitajille aiheesta Endometrioosi nuoren naisen sairautena.

Kvantitatiivinen tutkimusaineisto kerättiin kyselylomakkeella kontrolloituna kyselynä ja postikyselynä syksyn 2009 aikana. Tutkimukseen osallistuivat Hämeenlinnan, Riihimäen ja Forssan seudun koulu- ja opiskeluterveydenhoitajat, YTHS:n opiskeluterveydenhoitajat sekä TyöSyke Oy:n ja Forssan seudun terveydenhuollon kuntayhtymän työterveyslaitokset. Vastausprosentiksi saatiin 59. Aineisto analysoitiin käyttäen apuna SPSS 17.0 for Windows tilasto-ohjelmaa ja Excel-taulukkolaskentaohjelmaa.

Tutkimustulosten mukaan terveydenhoitajat arvioivat tietoperustansa heikoimmiksi osa-alueiksi endometrioosin syntymekanismit sekä lääke- ja leikkaushoidon. Vahvimmaksi tiedon osa-alueeksi nousivat endometrioosin oireet. Tietoperustansa endometrioosista terveydenhoitajat arvioivat keskimäärin tyydyttäväksi. Tämän tutkimuksen mukaan suurin osa terveydenhoitajista tarvitsisi mielestään lisätietoa endometrioosista. Jatkotutkimusaiheena voitaisiin kartoittaa liikunnan ja terveystiedon opettajien tietoperustaa ja tiedontarvetta endometrioosista.

Avainsanat Endometrioosi, terveydenhoitaja, terveystiedon opettajien tietoperusta ja tiedontarve

Sivut 44 s. + liitteet 30 s.

Hämeenlinna
Degree Programme in Nursing
Public Health Nursing

Author	Viivi Veräväinen	Year 2010
Subject of Bachelor's thesis	The Foundation and Requirement for More Information of Endometriosis by Public Health Nurses	

ABSTRACT

Public health nurses face challenges every day in an ever-changing society. Continuous development in care methods and customers increasing requirements produce these challenges. Public health nurses must update their knowledge amongst these changes. Their every day work is part of a continuous learning process.

The purpose of this thesis was to survey the basis of knowledge and the need for more information by public health nurses of endometriosis. The aim was to increase their knowledge of endometriosis and help them to diagnose it more effectively in order to guide their clients for earlier treatment. An information brochure was developed for public health nurses to improve their knowledge of Endometriosis as a young women's disease.

The research material was gathered by an inquiry form during autumn 2009. Public health nurses from Hämeenlinna, Riihimäki, Forssa and FSHS as well as occupational nurses from TyöSyke Oy and Forssa took part in the research. The response percentage was 59. The data was analysed by using SPSS 17.0 for Windows software and an Excel spreadsheet program.

According to the data acquired from the survey, the public health nurses' weakest areas were in pathophysiology as well as in medical and surgical treatment of endometriosis. Symptoms were best recognised by the nurses. In their own opinion the foundation of knowledge of endometriosis was inadequate. On the basis of this study, it was agreed by majority of the surveyed that more information of endometriosis is needed. Further research would be able to clarify the basis of knowledge and the need for more information about endometriosis for teachers who teach health education at schools.

Keywords Endometriosis, public health nurse, health education, basis of knowledge and information needs

Pages 44 p. + appendices 30 p.

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	1
2	ENDOMETRIOOSI.....	3
2.1	Syntymekanismit.....	3
2.2	Tyypillisimmät oireet.....	4
2.3	Diagnosointi.....	5
2.4	Hoitomuodot.....	5
2.4.1	Lääkehoito.....	6
2.4.2	Kirurginen hoito.....	6
2.4.3	Endometrioosin aiheuttaman kivun itsehoito.....	6
3	TERVEYDENHOITAJA TERVEYSKASVATTAJANA.....	9
3.1	Terveyden seuranta kouluterveydenhuollossa.....	9
3.2	Opiskeluterveydenhuollon toiminta.....	11
3.3	Opiskeluterveydenhuollosta työterveyshuoltoon.....	12
3.4	Terveydenhoitaja seksuaaliterveyden edistäjänä.....	13
3.4.1	Terveyskasvatus ja terveystieto seksuaaliterveyttä edistämässä.....	13
3.4.2	Tytöstä naiseksi – seksuaalinen kasvu ja kehitys.....	14
3.4.3	Nuori nainen ja endometrioosi terveydenhoitajan vastaanotolla.....	15
4	AIKAISEMPIA TUTKIMUKSIA.....	17
5	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT.....	20
6	TUTKIMUKSEN EMPIIRINEN TOTEUTTAMINEN.....	21
6.1	Perusjoukko ja otanta.....	21
6.2	Aineiston keruu.....	21
6.3	Aineiston analyysi.....	24
7	TULOKSET.....	25
7.1	Tutkimukseen osallistuneiden taustatiedot.....	25
7.2	Terveydenhoitajien tietoperusta endometrioosista.....	26
7.3	Terveydenhoitajien tiedontarve endometrioosista.....	30
8	POHDINTA.....	33
8.1	Tutkimustulosten tarkastelu ja johtopäätökset.....	33
8.2	Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus.....	35
8.3	Kehittämisehdotukset ja jatkotutkimushaasteet.....	38
8.4	Opinnäytetyöprosessi osana ammatillista kasvua.....	39
	LÄHTEET.....	41
Liite 1	Saatekirje ja kyselylomake	
Liite 2	Taulukot tutkimustuloksista	
Liite 3	Terveydenhoitajatyön kehittämistehtävä	

1 JOHDANTO

Synnytys- ja naistentautien erikoislääkäri Minna Kauko luennoi lääkäripäivillä 7.1.2009 endometrioosin olevan alidiagnosoitu ja alihoidettu nuorten naisten invalidisoiva sairaus. Tauti on melko yleinen, sillä 7-10 prosenttia suomalaisista naisista sairastaa endometrioosia. Endometrioosi mielletään usein hedelmällisessä iässä olevien naisten sairaudeksi, mutta ensimmäiset sairauden oireet voidaan havaita jo 10-vuotiailla tytöillä (Ohjeita nuorelle naiselle 2009). Taudin etenemisen estämiseksi ja oireiden lievittämiseksi tulisi endometrioosi tunnistaa aikaisessa vaiheessa. Tällä hetkellä endometrioosin diagnosointiaika on noin kahdeksan vuotta, joka on todella paljon. (Järvi 2009.)

Useat nuoret naiset kärsivät pahoista kuukautiskivuista, jotka aiheuttavat poissaoloja koulusta ja työpaikalta kerran kuukaudessa. Näitä kipuja ei tulisi aliarvioida tai jättää huomioimatta, sillä kipujen aiheuttajana voi olla juuri endometrioosi. (Järvi 2009.) Aamulehti otsikoi samaisesta aiheesta 8.1.2009: ”E-pillerit hidastavat endometrioosin kasvua”. Yhdistelmäehkäisytablettien käytön on todettu parantavan hoitovastetta. Ne lievittävät kipuja ja ovat hyvä hoitomuoto nuorille, vaikka varsinaista ehkäisyn tarvetta ei olisikaan. (Mulari-Ikonen 2009.) Endometrioosi voi olla myös lapsettomuuden taustalla. Turun Sanomat uutisoi aiheesta Suomen endometrioosi-päivän 8.3 tiimoilta: ”Jopa viidennes naisista kärsii endometrioosista”. Aihe on erittäin ajankohtainen.

Jotta tauti tunnistettaisiin ajoissa, on ammattilaisilla oltava riittävästi tietoa sairaudesta. Opinnäytetyön tarkoituksena on kartoittaa terveydenhoitajien omia arviointeja siitä, millainen on heidän tietoperustansa ja tiedontarpeensa endometrioosista. Aineisto kerättiin kontrolloidun kyselyn sekä postikyselyn avulla. Opinnäytetyön tavoitteena onkin lisätä terveydenhoitajien tietoutta endometrioosista ja näin mahdollistaa myös taudin aikaisempi diagnosointi sekä aikaistaa asiakkaiden hoitoon pääsyä.

Terveydenhoitajatyön opinnäytetyöprosessi on kaksivaiheinen. Siihen sisältyvät sekä sairaanhoitajatutkintoon että terveydenhoitajatutkintoon liittyvät opinnäytetyöt. Opinnäytetyön laajuus kokonaisuudessaan on 15+5 opintopistettä. Terveydenhoitajatutkintoon liittyvänä opinnäytetyönä eli 5 opintopisteen kehittämistehtävänä tuotettiin, sairaanhoitajakoulutuksen opinnäytetyön tuloksia hyödyntäen, infolehtinen terveydenhoitajille aiheesta Endometrioosi nuoren naisen sairautena (liite 3). Nuorella naisella tarkoitetaan tässä opinnäytetyössä 14–24-vuotiasta naista. Infolehtisen tarkoituksena on osaltaan lisätä tietoisuutta endometrioosista ammattilaisten keskuudessa. Käytännössä se toimii apuna terveydenhoitajan työssä esimerkiksi neuvontamateriaalina.

Terveydenhoitajan työ on vaihtelevaa ja vaativaa. Koulu- ja opiskeluterveydenhuollossa työskentelevän terveydenhoitajan työtehtäviin kuuluvat muun muassa rokottaminen, terveystarkastukset, terveystieteiden ja terveysneuvonta. Kouluterveydenhoitaja tekee yhteistyötä monien eri tahojen

kanssa. Koulun oppilaat ovat ensisijainen yhteistyötaho, unohtamatta heidän vanhempiaan. Terveydenhoitaja on myös tiiviissä yhteistyössä koulun opettajien kanssa. (Ruski 2000, 45–47, 51.) Opiskeluterveydenhuollossa yhteistyö painottuu terveydenhuollon, opiskelijoiden ja oppilaitosten välille (Opiskeluterveydenhuollon opas 2006, 24).

Koulu- ja opiskeluterveydenhuollossa työskentelevät terveydenhoitajat kohtaavat työssään nuoria naisia ja tyttöjä päivittäin. Heidän tulisi keskustella kuukautiskivuista tyttöjen kanssa ja tarvittaessa ohjata heitä eteenpäin, mikäli oireet viittaavat endometrioosiin. Erityisesti yläkoulun, lukion, ammattikoulujen ja korkeakoulujen terveydenhoitajat ovat merkittävässä roolissa endometrioosin tunnistamistyössä. Kouluterveydenhoitajat ovat myös vastuussa oppilaiden terveystasvatuksista, jolloin endometrioosin esille tuominen oppitunneilla edistäisi taudin tunnettavuutta. Nuori nainen siirtyy opiskeluterveydenhuollosta työterveyshuollon piiriin ja näin ollen myös työterveyshoitajien tulisi olla tietoisia endometrioosista. Makkonen, Sutela ja Vihanto (2009) nostavat opinnäytetyössään esille juuri terveydenhoitajan roolin seksuaaliterveyden edistäjänä.

Opinnäytetyötä on ideoitu yhteistyössä Endometrioosiyhdistyksen kanssa. Endometrioosiyhdistys on endometrioosia sairastavia naisia varten perustettu yhdistys. Sen tehtävänä on antaa vertaistukea tautia sairastaville, lisätä yleistä endometrioositietoutta ja kehittää yhteistyötä eri hoitoyksiköiden kanssa. (Endometrioosiyhdistys 2009.) Infolihtisen suunnittelu ja toteutus osana opinnäytetyötä ovat lähtöisin Endometrioosiyhdistyksen tarpeista. Yhdistys on myös kiinnostunut terveydenhoitajien tietoperustasta ja tiedontarpeesta liittyen endometrioosiin. Työelämälähtöisyys on tässä opinnäytetyössä kantavana voimavarana.

2 ENDOMETRIOOSI

Endometrioosissa eli kohdun limakalvon pesäkesirottumataudissa kohdun limakalvon kaltaista kudosta esiintyy kohdun ulkopuolella esimerkiksi munasarjoissa, vatsaontelossa, suolistossa tai virtsarakon pinnalla. Endometrioosin aiheuttajaa ei tunneta, mutta syntyteorioita on pääpiirteissään kahdenlaisia. Kuukautisten aikana kohdun limakalvoa kulkeutuu munanjohtinten kautta vatsaonteloon tai vatsakalvon solukko muuntautuu kohdun limakalvon kaltaiseksi. Endometrioosi toimii kohdun limakalvon tavoin aiheuttaa kantajalleen alavatsakipuja, kuukautishäiriöitä ja lapsettomuutta. Tauti voi olla kuitenkin myös täysin oireeton. Hoitomuoto riippuu asiakkaan elämäntilanteesta ja taudinkuvasta. Endometrioosi on melko yleinen fertiili-ikäisten naisten sairaus. Suomalaisista naisista 7-10 prosenttia sairastaa endometrioosia. (Härkki 2006; Kauppila & Santala 2004, 96; Kero 2007.)

2.1 Syntymekanismit

Endometrioosi on tunnettu jo 1800-luvulta, mutta termi endometrioosi on otettu käyttöön vasta vuonna 1927, jolloin Sampson kehitti teorian endometrioosin mahdollisesta syntymekanismista. Sampson esitti, että kohdunlimakalvokudos siirtyy kuukautisvuodon mukana munanjohtimia pitkin vatsaonteloon. Tämä niin kutsuttu implantaatioteoria on vanhimpia ja yksi yleisimmistä endometrioosin syntymekanismien teorioista. Itse sairauden nimi endometrioosi tulee sanasta endometrium, joka tarkoittaa kohdunlimakalvoa. (Bloski & Pierson 2008, 384–385; Hippeläinen 2001.)

On todettu, että kuukautisvuodon virtausta munanjohtimien kautta vatsaonteloon tapahtuu kuitenkin kaikilla naisilla ja siksi endometrioosin syntyyn on oltava muitakin mekanismeja. Metaplasiateorian mukaan vatsakalvo muuttuisi metaplasian eli solukon uusiutumisen kautta endometrioosikudokseksi. Sampsonin teoria ei selitä myöskään esimerkiksi keuhkoista löytyneitä endometrioosipesäkkeitä. Oletetaan, että endometrioosi leviäisi myös veri- ja imusuonten välityksellä, sillä endometrioosia on löydetty vatsaontelon ulkopuolelta eri elimistä, kuten imuteistä ja verenkierrosta. (Bloski & Pierson 2008, 385; Setälä, Hurskainen, Kauko, Kujansuu, Tiitinen, Vuorma & Mäkelä 2001.)

Induktioteorian mukaan kuukautisten mukana vatsaonteloon kulkeutunut kohdun limakalvo aikaansaisi muutoksen, jonka seurauksena vatsakalvo muuttuisi endometrioosikudokseksi. Limakalvo voi myös tunkeutua suoraan kohdun lihaskerrokseen, jolloin puhutaan adenomyosista eli kohtuun rajoittuvasta endometrioosista. On myös mahdollista, että gynekologisen leikkauksen yhteydessä limakalvoa joutuu kohdun ulkopuolelle, jossa se edelleen kiinnittyy. (Hippeläinen 2001; Setälä ym. 2001.)

Estrogeenillä on merkittävä vaikutus endometrioosin syntyyn. Taudin kehittyminen on kiinni munasarjojen toiminnasta ja estrogeenin erityksestä, sillä tautia ei todeta ennen murrosikää ja se laantuu menopaussin jälkeen. Endometrioosin taustalla on todettu olevan perinnöllinen alttius. Epäillään myös, että elimistön puolustusmekanismien muutos saattaa vaikuttaa endometrioosin puhkeamiseen, sillä elimistö ei tuhoa vieraaseen ympäristöön joutuneita endometriumien soluja. Yhdistelmäehkäisytabletit ja raskaus vaikuttavat positiivisesti taudin kulkuun. Toisaalta ensisynnyttäjän korkean iän ajatellaan lisäävän endometrioosiin sairastumisen riskiä. Yhteen vetona voidaan todeta, että endometrioosi muodostuu ilmeisesti usealla eri mekanismilla. (Hippeläinen 2001; Eskola & Hytönen 2008, 308.)

Limakalvopesäkkeet toimivat vatsaontelossa samalla tavoin kuin kohdun limakalvo. Kuukautisten aikana pesäkkeisiin vuotaa verta ja irtoaa soluja, seuraaviin kuukautisiin mennessä vuoto imeytyy pois. Kuukautisten toistuessa voi endometrioosipesäkkeistä muodostua kookkaita vanhan veren täyttämiä niin sanottuja suklaakystia. Näiden kystien koko riippuu siitä missä ne fyysisesti sijaitsevat. Esimerkiksi vatsakalvon kystat jäävät usein kooltaan melko pieniksi. Puolestaan munasarjaendometrioomat voivat olla keskikokoisen appelsiinin kokoisia ja saattavat aiheuttaa painetta myös naapurielimiin sekä vaurioittaa niiden pintakerrosta. Tämä taas edesauttaa kiinnikkeiden syntymistä. On kuitenkin mahdollista, että endometrioosi on hormonaalisesti inaktiivinen eli ei reagoi kuukautiskiertymään millään tavoin. (Eskola & Hytönen 2008, 307; Kauppila & Santala 2004, 100.)

2.2 Tyypillisimmät oireet

Endometrioosiin liittyy monenlaisia oireita. Tavallisimpia oireita ovat kipu, vuotohäiriöt ja lapsettomuus. Kipu voi johtua monesta tekijästä. Kipu esiintyy usein kuukautiskipuna joko primaarisena tai sekundaarisena. Primaariset kuukautiskivut ilmaantuvat yleensä vuoden parin kuluttua kuukautisten alkamisesta ja ovat hyvin yleisiä nuorilla naisilla. Sekundaariset kuukautiskivut ilmenevät yleensä 30–40-vuotiailla naisilla, jolloin kuukautiskivut muuttuvat tuskaisiksi. Kivut ovat niin kovia, että ne häiritsevät normaalia elämää, opiskelua ja työssä käymistä sekä vaativat lääkitystä. (Kivelä 2006, 571–572.)

Normaalisti alavatsakivut alkavat muutamaa päivää ennen odotettua kuukautisten alkamispäivää. Kivut voivat olla toispuoleista tai molemminpuolisia. Kipu voi ilmetä alavatsakivun lisäksi myös yhdyntäkipuna ja niin sanottuna tärinäkipuna, myös ulostaminen ja virtsaaminen voivat aiheuttaa kipua. Kipu voi olla myös alaselkäkipuna. Endometriooman puhkeaminen voi aiheuttaa äkillistä, supistusten omaista kipua. Yleisöireina voi esiintyä huimausta, pahoinvointia, oksentelua ja ripulia. Toisaalta noin viidesosa naisista on sen verran oireettomia tai tottuneita oireisiinsa, että he eivät tarvitse hoitoa. (Bloski ym. 2008, 386; Kauppila & Santala 2004, 100–102.)

Kuukautishäiriöitä todetaan 60 prosentilla endometrioosia sairastavista naisista. Vuotohäiriöitä ovat tiputteluvuoto, runsaat kuukautiset tai kierron lyhentyminen. Nämä johtuvat munasarjahormonien erityshäiriöistä. 30–50 prosenttia endometrioosia sairastavista naisista kärsii lapsettomuudesta. Vastapainoksi todettakoon, että endometrioosi ei aina heikennä hedelmällisyyttä. Endometrioosia voidaan pitää lapsettomuuden aiheuttajana silloin, kun se on aiheuttanut vatsaonteloon runsaasti pesäkkeitä ja kiinnikkeitä. Nämä tukkivat ja ahtaavat munatorvia ja näin ollen estävät munasolun kulkeutumisen kohtuun. Hedelmättömyyttä esiintyy kuitenkin myös taudin lievimmissä muodoissa, mutta sen mekanismia ei tiedetä. (Kauppila & Santala 2004, 102; Kivelä 2006, 572.)

2.3 Diagnostiikka

Endometrioosin diagnostiikan perustana ovat tyypilliset oireet ja laparoskopia. Yli 30-vuotiaalla kuukautiskivuista ja lapsettomuudesta kärsivällä naisella on syytä epäillä endometrioosia. Sisätutkimuksessa tyypillisiä löydöksiä ovat taaksepäin kallistunut, aristava ja huonosti liikkuva kohtu, jonka takapinta on nystermäinen. Myös tunnusteltavissa olevat endometrioomat munasarjoissa ja emättimenpohjukassa ovat mahdollisia endometrioosin merkkejä. Sisätutkimuksella ei kuitenkaan voida havaita pieniä tai pinnallisia muutoksia. Kaikututkimuksella voidaan nähdä hyvinkin endometrioosille tyypillinen lumisadamainen kaikukuvio. CA 125-pitoisuuden määrittämisellä verikokein saatetaan myös päästä lähemmäksi endometrioosin diagnoosia. Endometrioosidiagnoosin varmistamiseksi tarvitaan kuitenkin lähes aina laparoskopia eli vatsaontelon tähystys tai laparotomia eli avoleikkaus. (Kauppila & Santala 2004, 102; Kivelä 2006, 572.)

Endometrioosidiagnoosin yhteydessä tiedonsaanti on ensiarvoisen tärkeää. Diagnoosin kuuleminen aiheuttaa naiselle pelkoja, murhetta ja epäätietoisuutta. Tämä johtuu usein juuri siitä, että asiakkaan tiedot endometrioosista ovat puutteelliset. On tärkeää kertoa tarkasti mitä endometrioosi on ja mitä se ei ole. Endometrioosin oireet, lapsettomuuden välinen yhteys ja erilaiset hoitomahdollisuudet on kuvattava tarkasti ja todenmukaisesti. Naisella on oikeus vaikuttaa hoitoonsa liittyviin asioihin, kuten hoitomuodon valintaan. (Eskola & Hytönen 2008, 309; Kauppila & Santala 2004, 106.)

2.4 Hoitomuodot

Endometrioosi tulisi hoitaa aina silloin, jos se aiheuttaa kipuja tai lapsettomuutta. Yksilöllisen hoitomuodon valintaan vaikuttavat muun muassa asiakkaan ikä, perhetilanne, oireet ja löydökset. On todettu, että raskaus ja imetys vaikuttavat tautiin positiivisesti. Raskauden aikana hormonien jaksottainen vaihtelu puuttuu, jolloin endometrioosipesäkkeet saattavat surkastua ja näin olleen tauti parantua. Endometrioosin hoitomuotoja ovat lääkehoito ja kirurginen hoito. Endometrioosia sairastavat naiset turvautuvat oireiden hoidossa myös itsehoitoon ja vaihtoehtoihin hoitomuotoihin.

(Eskola & Hytönen 2008, 309; Kauppila & Santala 2004, 103; Hippeläinen 2001.)

2.4.1 Lääkehoito

Endometrioosiin ei ole vielä olemassa parantavaa lääkitystä. Lääkityksellä pyritään kuitenkin estämään estrogeenin stimuloiva vaikutus endometriosipesäkkeisiin. Kivuliaita kuukautisia hoidetaan yleensä tulehduskivunlääkkeillä tai yhdistelmäehkäisytableteilla. Yhdistelmäehkäisytablettien tarkoitus on rajata endometrioosi ja näin hillitä taudin etenemistä sekä lieventää kipuja. Hormonikierukan käytöstä on saatu myös lupaavia tutkimustuloksia endometrioosin kivun hoidossa. (Endometrioosi vähän tunnettu naisia invalidisoiva sairaus 2009; Hippeläinen 2001; Kivelä 2006, 572.)

Hormonihoidon tarkoituksena on kuukautisten poisjääminen eli amenorran aikaansaaminen. Hoidossa on käytössä kolme lääkeainetta: progestiini, danatsoli ja GnRH-agonistit. Progestiini on keltarauhashormoni ja danatsoli sen johdos. Näillä hoidettaessa hoidon kesto tulisi olla 3-6 kuukautta. Tällöin kuukautiset jäävät pois ja endometriosipesäkkeet surkastuvat. GnRH-agonisteilla on sama vaikutus kuin progestiinilla ja danatsolilla. Niiden toimintaperiaatteena on estää aivolisäkkeessä munasarjojen toimintaa säätelevien hormonien muodostumista. Hormonihoidon sivuvaikutuksena voi esiintyä turvotusta, tiputteluvuotoa, mielialamuutoksia ja vaihdevuosioireita. Lapsettomuuden yhteydessä lääkehoito suunnitellaan siten, että hormonitoiminta palautuu helposti hoidon loputtua. Hormonihoitojen merkitys ensisijaisena hoitomuotona on vähentynyt laparoskopian yleistyttyä. (Eskola & Hytönen. 2008, 309; Kauppila & Santala 2004, 103–104.)

2.4.2 Kirurginen hoito

Kirurgisia hoitomuotoja on kaksi: säästävä ja radikaalileikkaus. Säästävää leikkauksesta puhutaan laparoskopian ja laparotomian yhteydessä. Näissä pyritään poistamaan, tyhjentämään ja polttamaan endometrioomia sekä irrottamaan kiinnikkeitä. Tarkoituksena on säästää tervettä munasarjakudosta mahdollisimman paljon. Radikaalileikkaus tarkoittaa kohdun, munasarjojen tai munatorvien poistoa. Radikaali-toimenpide tehdään vain jos sairaus on hyvin vaikea tai mikäli tauti on uusiutunut, eikä endometrioosi kudos reagoi hormonihoitoon. Radikaalileikkauksesta keskustellaan aina potilaan kanssa ja käydään läpi vaihtoehtoja realistisesti. Mikäli kyseessä on fertiili-ikäinen nainen, toimenpiteeseen ryhdytään vain pakottavassa tilanteessa. (Eskola & Hytönen 2008, 309; Kauppila & Santala 2004, 103.)

2.4.3 Endometrioosin aiheuttaman kivun itsehoito

Lääketieteellisten hoitomenetelmien lisäksi itsehoito on yksi keino hallita endometrioosin aiheuttamaa kipua. Tässä opinnäytetyössä itsehoitomenetelmistä käsitellään lämpö- ja kylmähoitoa, rentoutusta sekä ruokavaliota että liikuntaa. Lämpöhoito voidaan jakaa pintalämpö- ja syvälämpöhoitoihin. Pintalämpöhoitoja ovat muun muassa lämpöpakkaukset, parafiinikyl-

vyt ja lämpölamput. Näiden vaikutus kohdistuu lähinnä ihoon, syvemmälle kudokseen niiden vaikutus on hyvin lievä. Hoidon tavoitteena on lihasten rentoutuminen ja tätä kautta kipukokemuksen lievittyminen. Hoidon annosteluun vaikuttaa paljon ihmisen tapa reagoida lämpöön, mutta myös kivun laatu. (Vainio 2002, 203.)

Syvälämpöhoidoiksi luokitellaan lyhytaalto-, mikroaalto- ja ultraäänihoito. Hoidon tavoitteena on aikaansaada paikallinen kiputunnottomuus eli analgesia, lisäksi verenkierto alueella vilkastuu ja lihakset rentoutuvat. Hoito vaikuttaa 1-6 senttimetrin syvyyteen riippuen hoitomuodosta. Kylmähoito vaikuttaa ihon pinnalla kuten pintalämpöhoito, mutta sen tarkoitus on vähentää verenkiertoa, hidastaa kudosten aineenvaihduntaa ja laukaista lihaskäynnitystä. Jääpalalla hierominen tai vaihtoehtoisesti kylmäpakkauksella painaminen aiheuttavat aluksi kylmäntunteen, sitten kuumotusta, polttoa, jomotusta ja lopuksi kiputunnottomuuden. (Vainio 2002, 203–204.)

Rentoutuminen endometrioosikivun itsehoitona perustuu elimistön taistele tai pakene -reaktion vaimentamiseen. Tarkoituksena on kohdistaa ajatukset toistettavaan lauseeseen, sanaan, hengitykseen, mielialaan tai toimintaan. Toinen keskeinen tekijä rentoutumisessa on passiivinen suhtautuminen mielen läpi kulkeviin ajatuksiin. Rentoutusreaktio ei ole automaattinen toisin kuin stressireaktio ja juuri tämän vuoksi rentoutusreaktion aikaansaamiseksi on olemassa erilaisia rentoutustekniikoita. Palleahengitys on keskeisessä osassa näissä rentoutusharjoituksissa. Rentoutuminen ei kuitenkaan ole sama asia kuin rentoutumisen tunne, sillä rentoutuminen edellyttää rentoutusharjoitusten tekemistä. (Vainio 2004, 111–112.)

Tutkimusten mukaan rentoutus vähentää sympaattisen hermoston ärsytystilaa. Tätä kautta se vaikuttaa positiivisesti oireisiin, jotka ovat pitkäaikaisen stressin aiheuttamia. Vaikutukset voivat olla välittömiä tai pitkäaikaisia vaikutuksia. Välittömät vaikutukset ilmenevät välittömästi rentoutusharjoitusten yhteydessä. Pulssi, hengitysnopeus, verenpaine ja hapenkulutus laskevat. Pitkäaikaisvaikutuksia ovat säännöllisten rentoutusharjoitusten tuloksena ahdistuneisuuden ja masentuneisuuden väheneminen lisäksi stressitilanteista selviytyminen paranee. (Vainio 2004, 111–112.)

Kipu vaikuttaa syömiseen monella tapaa, toiset saattavat menettää syömisnautinnon kokonaan ja toisilla kipu johtaa ylenpalttiseen syömiseen. Endometrioosia sairastavan naisen on hyvä tarkastella ruokavaliotaan. Elimistön estrogeenitasoon vaikuttavia ruoka-aineita tulisi välttää. Tällaisia ovat muun muassa tyydyttyneitä rasvoja sisältävät ruoat. On hyvä muistaa syödä runsaasti kuituja, mutta myös liikkua riittävästi sekä juoda runsaasti vettä. Sopiva määrä vettä on noin kahdeksan lasia päivässä. Nämä auttavat tehokkaasti ummetukseen, joka olemassa olevana voi pahentaa endometrioosikipua huomattavasti. Soijatuotteita kuin myös kalaa tulisi suosia. Vältettävien ruoka-aineiden joukossa on alkoholi, myös kahvin juontia on hyvä vähentää. (Endometrioosi 2003, 35–36. Vainio 2004, 131.)

Endometrioosia sairastavan tulisi saada riittävästi vitamiineja ja hivenaineita ruokavaliostaan. Myös vastustuskyvyn vahvistaminen on tärkeää, sillä tutkimustietojen mukaan endometrioosin riskillä ja taudin ankaruudella voi olla yhteys autoimmunisairauksien kanssa. Sitruhedelmät, kaalit ja paprika ovat erittäin vitamiinipitoisia. Sitruhedelmistä saa myös tärkeitä flavonoideja. B6-vitamiinin saanti on tärkeää, sillä B6-vitamiini auttaa maksaa poistamaan liikaestrogeenia. Magnesiumilla on myös positiivinen vaikutus liikaestrogeenin poistumiseen elimistöstä. Papujen sisältämä kasviestrogeeni taas hillitsee haitallisempien estrogeenien vaikutusta elimistössä. Tärkeintä on kuitenkin syödä säännöllisesti tasaisin väliajoin, sillä mikäli verensokeri laskee liikaa voi kivunsietokyky heikentyä. (Endometrioosi 2003, 36–37.)

Endometrioosikivun ei tarvitse olla este liikunnan harrastamiselle ja terveelliselle elämälle. Päinvastoin liikunnan on todettu parantavan mielialaa, antavan energiaa ja osaltaan auttavan pääsemään pois kipukierteestä. Liikuntaa aloittaessa on muistettava, että hiljaa hyvä tulee. Moni sortuu alussa liikkumaan yli rajojensa ja näin kipu vain lisääntyy. Lihakset kipeytyvät alussa, mutta säännöllisyys ja määrätietoisuus auttavat pääsemään toivotuun tulokseen. Sopiva liikuntamuoto on esimerkiksi vesiliikunta, sillä vesi vähentää kuormitusta ja liikkeet ovat helpompia. Hyviä liikuntamuotoja ovat myös kävely, jooga, tanssi, uinti, kuntopyöräily ja hiihto. (Vainio 2004, 129.)

3 TERVEYDENHOITAJA TERVEYSKASVATTAJANA

Koulu- ja opiskeluterveydenhoitajilta sekä työterveyshoitajilta vaaditaan hyvää ammatillista tietoperustaa sekä terveydenhuollon palvelujärjestelmän suhteellisen kattavaa hallintaa. Koulu- ja opiskeluterveydenhoitajan työ on haastavaa myös siinä mielessä, että nuoruusikä otaksutaan tärkeäksi vaiheeksi ihmisen myöhemmän terveyden ja hyvinvoinnin kannalta. Toisaalta työterveyshoitaja kohtaa asiakkaitaan työ- eli aikuisiällä, joka on myös otollinen aika muiden elämän muutosten ohella myös terveyttä ja hyvinvointia edistäviin muutoksiin. (Ruski 2000, 45–47.)

Jotta terveydenhoitaja onnistuisi työssään hyvin, edellytetään hänen työtehteiltaan myös jatkuvuutta ja luottamuksellisuutta. Yhteiskunta ja samalla myös nuorisokulttuuri ovat muuttuneet paljon viimeisten vuosikymmenien aikana. Nuorten ja heidän perheidensä elämään vaikuttavat monet eri tekijät. Elämäntilanne voi huonontua yllättävänkin nopeasti. Terveydenhoitajan tulee olla herkkä havaitsemaan mahdollisia muutoksia, lisäksi hänen asiantuntijuutensa tulisi olla koko koulun tai työyhteisön käytettävissä. Osaava terveydenhoitaja soveltaa työssään seuraavia työn osa-alueita: suunnittelu, toteutus, seuranta ja kehittäminen. (Ruski 2000, 45–47.)

3.1 Terveyden seuranta kouluterveydenhuollossa

Äitiys- ja lastenneuvolassa alkanut terveyden seuranta jatkuu ensimmäiselle luokalle siirryttäessä kouluterveydenhuollossa. Kouluterveydenhuollon runko muodostuu terveystarkastuksista ja seulontatutkimuksista, jotka mahdollistavat jokaisen lapsen ja hänen perheensä henkilökohtaisen tapaamisen. Terveystarkastusten tarkoituksena on olla yhteydessä lapseen ja nuoreen, mutta myös heidän vanhempiansa. Tarkoituksena on myös ennen kaikkea löytää ja ennaltaehkäistä sairauksia sekä arvioida lapsen ja nuoren kehitystä ja terveyttä. Terveystarkastukset jaetaan pääsääntöisesti neljään ryhmään. Nämä ryhmät ovat laaja-alaiset terveystarkastukset, terveydenhoitajan ja oppilaan terveystapaamiset, seulontatutkimukset ja tarkastukset sekä kohdennetut terveystarkastukset. (Kouluterveydenhuolto 2002, 36–37.)

Laaja-alaisella terveystarkastuksella tarkoitetaan tietyissä ikävaiheissa tehtävää hyvinvoinnin ja terveyden arviointia, joka on valtakunnallisen terveystarkastusohjelman mukainen. Samassa yhteydessä koululaiselle tehdään kouluterveydenhuollon suunnitelma lähivuosiksi. Laaja-alaisia terveystarkastuksia on peruskoulun aikana kolme. Nämä sijoittuvat koulun alun, murrosiän ja peruskoulusta pois siirtymisen vaiheisiin. Laaja-alaiseen terveystarkastukseen osallistuvat terveydenhoitaja, lääkäri, oppilas, hänen vanhempansa ja opettaja, mutta yleensä läsnä itse tarkastuksessa ovat vain oppilas, terveydenhoitaja, lääkäri ja mahdollisesti vanhempi. Tarkastus koostuu työsuunnitelman mukaisista terveystutkimuksista, lapsen haastattelusta, lääkärin suorittamasta terveystarkastuksesta sekä vanhempien ja

opettajan haastattelusta. (Kouluterveydenhuolto 2002, 37–38; Tervaskanto-Mäentausta 2008, 337–338.)

Terveydenhoitajan ja oppilaan väliset terveystapaamiset ovat laaja-alaisten terveystarkastusten välivuosina. Määräaikaisia terveystapaamisia tulisi olla vähintään yksi alaluokilla ja yksi yläkoulussa laaja-alaisten terveystarkastuksien välivuosina. Terveystapaamisessa terveydenhoitaja voi rauhas- sa tutustua oppilaaseen ja oppilaalla on mahdollisuus tuoda esille omia asioitaan ja mahdollisia huoliaan. Terveyskeskusteluissa käydään lävitse kunkin ikäkaudelle sopivia asioita. Terveydenhoitajan tärkein työväline terveystapaamisessa on itse terveyskeskustelu. Terveyskeskustelussa on tärkeää, että oppilaalla on mahdollisuus kertoa omasta elämästään. Rauhallinen keskusteluympäristö on tärkeää mahdollisten ongelmien kuten masennuksen tunnistamiseksi. (Kouluterveydenhuolto 2002, 39; Tervaskanto-Mäentausta 2008, 337.)

Terveydenhoitaja tekee seulontatutkimuksia ja -tarkastuksia tiettyjen ongelmien tai tautien löytämiseksi. Nämä tarkastukset tehdään yleensä vuosittain tai sovitun ohjelman mukaisesti koko ikäluokalle valtakunnallisesti. Seulontatutkimuksissa etsitään piilevää sairautta, terveydellistä riskitekijää tai ongelmaa. Tutkimus voidaan tehdä aivan erillisenä tutkimuksena tai se voi olla osa laaja-alaista terveystarkastusta tai terveyskeskustelua. Seulontatutkimus voi olla esimerkiksi mittaus, laboratoriokoe, kliininen tutkimus tai kysely, kuten mielialaseula. Seulontatutkimukset vaativat valtakunnallisesti paljon voimavaroja ja ennen kaikkea aikaa, minkä vuoksi on tärkeää, että valtakunnallisesti noudatetaan seulontasuunnitelmaa. (Kouluterveydenhuolto 2002, 39.)

Kaikkien näiden neljän terveystarkastuksen lisäksi terveydenhoitajat tekevät tarvittaessa kohdennettuja terveystarkastuksia riskiryhmille. Riskiryhmiä ovat esimerkiksi fyysisesti pitkäaikaissairaant tai vammaiset lapset, joiden perhe tulee vieraasta kulttuurista tai joilla on oppimiseen tai sosiaaliseen selviytymiseen liittyviä ongelmia tai joiden kyky tukea lasta on heikentynyt. Terveystarkastusprosessin tuloksena kouluterveydenhuolto tekee oppilaalle terveydenhuoltosuunnitelman. Tarkoituksena on sopia yhdessä oppilaan ja vanhempien kanssa lapsen tai nuoren hyvinvoinnin edistämisestä, tarvittavista toimenpiteistä, tutkimuksista, hoitoon ohjaamisesta ja seurannasta. Terveydenhoitaja tarjoaa oppilaille ja vanhemmille matalan kynnyksen vastaanoton, johon he voivat tulla aikaa varaamatta. Kotikäynnit ovat myös mahdollisia. (Kouluterveydenhuolto 2002, 40–41.)

Valtioneuvoston antaman uuden asetuksen (380/2009) myötä kouluterveyden huollon määräaikaistarkastuksiin tulee kuluvien vuosien aikana laajojakin muutoksia. Asetuksen mukaan jokaiselle koulun oppilaalle on järjestettävä terveystarkastus jokaisella vuosiluokalla. Laaja-alaisten terveystarkastukset sijoittuvat peruskoulussa uuden asetuksen mukaan 1., 5. ja 8. luokille. Näiden tarkastusten tarkoituksena on arvioida monipuolisesti oppilaan sekä fyysistä että psykososiaalista terveydentilaa ja ennalta ehkäistä sairauksia sekä muita uhkatekijöitä. (Neuvolatoiminta, koulu- ja opiskeluterveydenhuolto sekä ehkäisevä suun terveydenhuolto 2009, 47–48.) Suu-

rin tulevista muutoksista on, että jokaisella luokalle tulee vuoden aikana tehdä terveystarkastus erillisten, yhtenäisten ohjeiden mukaisesti. Tämä tulee vaatimaan jo valmiiksi kuormitetuilta terveydenhoitajilta melkoista työpanosta ja organisointikykyä. Toisaalta ohjeiden yhtenäistämisen myötä tulevaisuudessa koululaisilla on mahdollisuus tasavertaisempiin terveyspalveluihin oppivelvollisuutensa aikana.

3.2 Opiskeluterveydenhuollon toiminta

Peruskoulun jälkeen nuori jatkaa opiskeluaan toisen asteen oppilaitokseen esimerkiksi lukioon tai ammattikouluun. Osa nuorista siirtyy jo tässä vaiheessa työelämään. Opiskeluterveydenhuolto kulkee nuoren rinnalla hänen jatkaessaan opintoja vielä yliopistoon tai ammattikorkeakouluun. Opiskeluterveydenhuollon järjestäminen on nykyään kuntien vastuulla. Monessa kunnassa opiskelijoiden lääkäripalvelut on siirretty terveyskeskuksien yhteyteen. Tämä tarkoittaa, että terveydenhoitaja on yhä suuremmissa roolissa huolehtiessaan varsinaisesta opiskeluterveydenhuollosta. Opiskelijat ovat valitettavan eriarvoisessa asemassa oppilaitoksestaan riippuen. Esimerkiksi ammattikoulussa opiskelevat ovat suuremmissa syrjäytymisvaarassa, ja juuri heidän palvelunsa toteutuvat huonoimmin. (Tervaskanto-Mäentausta 2008, 394–395.)

Opiskeluterveydenhuollossa työskentelevän terveydenhoitajan työ koostuu kolmesta eri osa-alueesta. Nämä osa-alueet ovat yhteisöön kohdistuva ehkäisevä työ, yksilötason opiskeluterveydenhuolto ja vastaanottotoiminta. Yhteisöön kohdistuva ehkäisevä terveydenhuollon verkosto- ja viestintätyö sisältää monia eri työtehtäviä ja työalueita. Terveydenhoitaja osallistuu muun muassa opiskeluhuoltotyöhön, päihde- ja kriisityöhön sekä muuhun terveydenedistämistyöhön yhdessä monen eri tahon kanssa. Eri yhteistyötahoja ovat muun muassa oppilaitoksen työntekijät, opiskelijajyhdistykset, mielenterveystoimisto ja oppilaitospastori. (Opiskeluterveydenhuollon opas 2006, 89; Tervaskanto-Mäentausta 2008, 397–398.)

Yksilötason opiskeluterveydenhuollossa terveydenhoitajan työmuotona ovat lähinnä ensimmäisen vuoden opiskelijoiden terveystarkastukset ja niihin liittyvät terveystarkastukset. Muut terveystarkastukset koostuvat tartuntatautilain edellyttämistä, ammatinvalintaan liittyvistä tarkastuksista sekä seurantatarkastuksista esimerkiksi syrjäytymisvaaran vuoksi. Terveydenhoitajan työnkuvaan kuuluu myös erilaisten ryhmien vetäminen, kuten tupakasta vieroitusryhmiä sekä painon- ja stressinhallintaryhmiä. Perinteisen terveysneuvonnan ja valistuksen keinojen lisäksi terveydenhoitaja hyödyntää työssään sähköistä materiaalia ja tiedotuskanavia. Yksilöllisessä terveyden edistämisessä korostetaan yksilön omaa vastuuta terveydestään. (Opiskeluterveydenhuollon opas 2006, 88–89; Tervaskanto-Mäentausta 2008, 398.)

Valtioneuvoston antaman asetuksen (380/2009) perusteella ensimmäisenä vuonna tehtävä terveystarkastus tehdään jokaiselle ammatillisen perus- tai aikuiskoulutuksen ja lukion aloittavalle opiskelijalle. Lääkärintarkastus tulisi tehdä viimeistään toisen lukuvuoden aikana. Kyseisen asetuksen mu-

kaan terveydenhoitaja arvioi ammattikorkeakoulussa tai yliopistossa opiskelevan opiskelijan terveystarkastustarpeen terveystarkastuksen perusteella. Mahdollisen tarpeen lääkärintarkastukseen terveydenhoitaja arvioi vastaavasti tekemänsä terveystarkastuksen perusteella (Neuvolatoiminta, koulu- ja opiskeluterveydenhuolto sekä ehkäisevä suun terveydenhuolto 2009, 53–55.)

Ehkäisevää toimintaa tulisi tarjota yksilötoiminnan lisäksi ryhmätoimintana. Terveydenhoitaja on näin ollen asiantuntijana opiskelijoiden terveyteen vaikuttavissa työryhmissä. Lisäksi terveydenhoitajan työtehtäviin kuuluu valvoa opiskeluympäristön terveellisyyttä ja osallistua asuinolosuhteiden kehittämiseen. Vastaanottoiminta pitää sisällään terveysneuvontaa ja omahoidonohjausta, sairauksien ehkäisyä, sairaanhoitoa, ensiapua, sairauksien seuranta, rokotuksia, ehkäisyneuvontaa, raskauden keskeytykseen ja alkuraskauden seurantaan liittyvää ohjausta sekä psykososiaalista tukea. Terveydenhoitaja tekee vastaanotolla diagnostisia perustutkimuksia ja sairauksien hoitoon liittyviä pieniä tutkimuksia, kuten verenpaineen mittaus sekä virtsa- ja verikokeita. (Tervaskanto-Mäentausta 2008, 398–399.)

3.3 Opiskeluterveydenhuollosta työterveyshuoltoon

Opiskeluterveydenhuollon piiristä asiakas siirtyy työterveyshuollon vastuulle. Asiakas on voinut siirtyä työterveyshuollon piiriin mahdollisesti jo aiemminkin, suoraan peruskoulusta. Vuonna 2004 15–24 -vuotiaita oli aktiivisesti työssäkäyvien ikärakenteen mukaan runsas 10 prosenttia. Heistä 38 prosenttia oli töissä. Työ- eli aikuisikä on ihmisen elämässä kehitysvaihe, johon kuuluvat esimerkiksi ammatillisten opintojen käynnistyminen, siirtyminen työelämään ja perheen perustaminen. Tämä elämänvaihe on siis ennen kaikkea muutoksen aikaa ja on näin otollista myös terveyttä ja hyvinvointia edistäviin muutoksiin. Kaikessa tässä työterveyshoitaja on mukana ja näin terveyden edistäminen jatkuu. (Rautio 2008, 405–409.)

Koulu- ja opiskeluterveydenhuollosta tutut terveystarkastukset jatkuvat työterveyshuollossa työhöntulo- ja ikäkausitarkastuksina. Terveystarkastusten tavoitteena työterveydenhuollossa on muun muassa arvioida, seurata, ylläpitää ja edistää työntekijän terveyttä sekä työ- ja toimintakykyä. Tavoitteeksi on asetettu myös työperäisten sairauksien oireiden tunnistaminen ja niiden ehkäiseminen. Lisäksi on tärkeää hankkia tietoja työstä, työolosuhteista ja työyhteisön toimivuudesta sekä antaa tietoa työhön liittyvistä terveysvaaroista ja -haitoista. Ensiarvoisen tärkeää on ohjata asiakasta terveellisiin ja turvallisiin työtapoihin sekä selvittää mahdollisimman varhain mahdollisen hoidon ja kuntoutuksen tarve sekä ohjata asiakas hoitoon ja kuntoutukseen. Tiivistettynä voidaan sanoa, että tietojen anto, neuvonta ja ohjaus ovat työterveyshuollon keskeiset keinot vaikuttaa. (Antti-Poika 2006, 259; Rautio 2008, 411–412.)

3.4 Terveydenhoitaja seksuaaliterveyden edistäjänä

Seksuaalinen kasvaminen herättää nuorena monenlaisia ajatuksia. Päälimmäisinä tunteina ovat usein hämmennys ja epäätöisuus. Juuri tämän vuoksi nuoren on ensiarvoisen tärkeää saada tietoa normaalista kehityksestä, jotta hän kykenee sietämään hänessä tapahtuvia sisäisiä ja ulkoisia muutoksia, keskeneräisyyttä. Terveydenhoitaja on merkittävässä roolissa nuoren vanhempien ja opettajien kanssa tässä ohjaustyössä. Monet asiat voivat tuntua nuoresta jopa pelottavilta. Sukupuolielinten kasvu, kiihottumiset, rintojen kasvu ja mahdolliset kiihottumiskokemukset vaikuttavat myös nuoren sisäiseen maailmaan. Seksuaalisuus tulee näin ollen henkilökohtaiseksi ja tämä herättää monenlaisia kysymyksiä. Tyypillisimmin kysymykset liittyvät omaan normaaliuteen. (Kosunen, Cacciatore & Hervonen 2003, 209–210.)

3.4.1 Terveyskasvatus ja terveystieto seksuaaliterveyttä edistämässä

Terveystieto on itsenäinen oppiaine, jota opetetaan perusopetuksessa vuosiluokilla 1-6 integroidusti ja yläkoulussa oppiaineena 3 viikkotuntia. Lukiossa terveystiedosta on yksi pakollinen kurssi ja lisäksi oppilaitoksella on mahdollisuus valita kaksi syventävää kurssia. Terveystiedon ylioppilaskoe on järjestetty ensimmäisen kerran keväällä 2007. Oppiaineen keskeisin haaste on saada oppilaat ymmärtämään ja osaamaan terveyden ylläpidon ja edistämisen sekä henkilökohtaisen terveyden- ja sairaanhoidon kannalta niiden keskeiset tiedot ja taidot. Terveyskasvatus on terveystietoa laajempi kokonaisuus. Se sisältää terveystiedon oppiaineen lisäksi muun terveyttä edistävän viestinnän kouluyhteisössä, vanhempien tapaamisissa, kouluterveydenhuollon vastaanotolla ja esimerkiksi teematapahtumissa. Terveyskasvatuksella tarkoitetaan siis kaikkia niitä toimia, jotka pyrkivät terveyden edistämiseen. (Kouluterveydenhuolto 2002, 49; Terho 2000, 399.)

Murrosikä on otollista aikaa seksuaalikasvatukselle. Nuorten suhtautuminen terveyteen ja terveydenkannalta oleellisiin asioihin ja tottumuksiin vaikeutuvat juuri tässä iässä. Lapsen ja nuoren seksuaalisen kehityksen tukeminen on yksi kouluterveydenhuollon tärkeä tehtävä. Tavoitteena on tukea nuorta aikuiseksi kehittymisessä siten, että hän toimii sukupuolisuhteissa omilla ehdoillaan, vastuullisesti ja toista kunnioittaen. Tavoitteena on myös, että hän nauttii seksuaalisuudestaan ilman turhia pelkoja ja syyllisyyden tunteita. Kouluterveydenhuolto huolehtii nuorten seksuaaliterveyden edistämisestä seuraamalla oppilaiden seksuaalista kehitystä terveystarkastus ja vastaanottotilanteissa sekä osallistumalla koulun seksuaaliopetuksen suunnitteluun ja opettamiseen. Korostamisen arvoista on, että seksuaaliopetus suunnataan molemmille sukupuolille sopivaksi. (Kouluterveydenhuolto 2002, 50, 54; Kosunen 2000, 128.)

Terveydenhoitaja osallistuu seksuaalikasvatukseen noin puolella yläkouluista. Lukioissa ja ammattikouluissa terveydenhoitajan rooli seksuaalikasvatustajana vaihtelee hyvinkin paljon. Terveydenhoitajat voivat kuitenkin hyvin vaikuttaa seksuaalikasvatukseen toteutumiseen kouluissa. Tyypillisimmin seksuaalikasvatus on raskaudenehkäisymenetelmien opettamista.

Seksuaalikasvatuksen aihepiiriä pitäisi kuitenkin laajentaa nykyisestä yhdyntäkeskeisestä mallista positiivisempaan suuntaan. Monet nuoret kaipaivat keskustelua seurusteluun ja tunteisiin liittyvissä aiheista. Haasteena onkin löytää hyvä tasapaino seksuaalisuuden eri kypsyminen vaiheissa olevien nuorten kesken. Tämä on todella tärkeää, sillä peruskoulun päättäneistä joka neljännellä on jo yhdyntäkokemus. On kuitenkin huomioitava myös, että suurella osalla tämän ikäisistä nuorista on vielä ensisuudelmakin kokematta. Sukupuolien väliset erot tulee myös ehdottomasti huomioida. Seksuaalikasvatuksessa pitäisi edetä enemmän nuorten toiveiden mukaiseen opetukseen. (Kosunen 2000, 128.)

3.4.2 Tytöstä naiseksi – seksuaalinen kasvu ja kehitys

Useimmilla tytöillä ensimmäinen murrosiän merkki on rintarauhasen kehittyminen. Tätä vaihetta kutsutaan nuppuasteeksi ja se alkaa tyypillisimmin jo 8-13-vuotiaana. Häpykarvat ja muu karvoitus alkavat kasvaa hieinan rintojen kehitystä myöhemmin. Lisäksi sekä sisäiset että ulkoiset sukupuolielimet alkavat kasvaa. Kuukautiset alkavat keskimäärin 13 vuoden iässä. Pohjoismaisten tutkimusten mukaan kuukautisten alkamisikä on siirtynyt huomattavasti varhaisemmaksi 150 vuoden aikana. Tarkkaa syytä tähän ei tiedetä, mutta uskotaan, että parempi ravitsemus ja vähentynyt fyysinen työ ovat tekijöitä jotka ovat vaikuttaneet tämän suuntaiseen kehitykseen. Nopein pituuskasvun vaihe osuu tytöillä 9-10 vuoden ikään. Pääasiassa tyttöjen murrosiän muutokset johtuvat munasarjojen tuottamista sukupuolihormoneista estrogeeneista ja progesteronista. (Bjälje, Haug, Sand, Sjaastad & Toverud 2005, 429–430; Laine 2005, 1875.)

Biologisen kasvun ohella murrosikään liittyy hyvin voimakkaasti myös irtautuminen perheestä ja henkinen kasvu kohti itsenäistymistä. Samalla sukupuolivietti voimistuu huomattavasti ja kiinnostus vastakkaista sukupuolta kohtaan alkaa herätä. Idoli- ja kaukorakkauden tilalle tulevat omat ikätoverit. Nuori saattaa miettiä myös homo- ja biseksuaalisuutta. Samaan aikaan ajoittuu usein myös peruskoulun päätyminen ja ammatinvalintakysymykset. Vaikka nuori kohtaakin suhteellisen suuria muutoksia lyhyessä ajassa, suurin osa nuorista selviää nuoruudesta ilman psyykkisiä häiriöitä. Mitä enemmän nuorella on tietoa seksuaalisuudesta, sitä vähemmän hän pelästyy omia tunteitaan ja kiinnostuksensa kohteita. (Kosunen ym. 2003, 210; Bjälje ym. 2005, 430.)

Seurustelukokemukset kuuluvat omana osanaan murrosikään. Murrosiän alkuvaiheessa yhdyntä ei ole vielä monellekaan ajankohtainen. Kouluterveyskyselyn mukaan puolella tytöistä ja pojista on halailu- ja suutelukokemuksia kahdeksannen luokan loppuun mennessä. Intiimejä hyväilykokemuksia on noin neljänneksellä nuorista. Yhdeksannen luokan loppuun mennessä yhdyntä on kokenut kolmannes tytöistä ja neljännes pojista. Tässä vaiheessa aletaan puhua myöhäismurrosiästä, joka sijoittuu 16–19 ikävuoden välille. Viimeistään tässä vaiheessa nuori tarvitsee oikeat tiedot ja ennen kaikkea kykyä arvioida riskejä suhteessa omaan elämäänsä. Nuoren persoonallisuus vahvistuu ja myös suunnitelmallisuus ja harkintakyky lisääntyvät hämmennyksen pikkuhiljaa väistyessä. Maailmanvalloittaja

ihastuu, ehkä rakastuukin ja janoaa erilaisia kokemuksia. (Kosunen ym. 2003, 210.)

3.4.3 Nuori nainen ja endometrioosi terveydenhoitajan vastaanotolla

Terveydenhoitaja tapaa nuoria naisia vastaanotolla tyypillisimmin terveys-tarkastuksen yhteydessä koulu- ja opiskeluterveydenhuollossa sekä työterveyshuollossa. Koulu- ja opiskeluterveydenhuollossa terveydenhoitaja voi tavata nuoria naisia myös matalan kynnyksen vastaanoton ja terveystarkastuksen yhteydessä. Terveydenhoitajalla on merkittävä rooli tiedonantajana nuoren elämässä. Tieto auttaa nuorta kohtaamaan muuttuvan seksuaalisen minänsä realistisesti, mutta hyväksyvästi. Nuoren nopeasti käynnin terveydenhoitajan luona ovat terveydenhoitajalle tärkeää aikaa havaita ja tunnustella hienovaraisesti kuinka nuori voi niin fyysisesti kuin psyykkisesti. Nuoren esiintuomat asiat on otettava todesta. Ongelman tai vaivan aliarvioiminen tai kokonaan huomiotta jättäminen ei edesauta kenenkään terveyttä. Nuoren naisen vatsakivut lukeutuvat asioihin, jotka jätetään usein huomiotta, niistä keskusteleminen ja niihin puuttuminen olisi kuitenkin tärkeää, sillä kyse voi olla esimerkiksi endometrioosista.

Moni nuori nainen kärsii toistuvista vatsakivuista. Vatsakivut ovat myös yksi tyypillisimmistä syistä, miksi nuoret hakeutuvat terveydenhoitajan vastaanotolle. Toistuva kipu ilmenee ainakin kolme kertaa kolmen kuukauden aikana. Tällaisesta kivusta kärsii 20 prosenttia kouluikäisistä tytöistä. Kun kuukautiskivut lasketaan mukaan, esiintyvyys on jopa 90 prosenttia. Tutkimukset toistuvien vatsakipujen vuoksi ovat tarpeellisia, mikäli kivut ovat niin voimakkaita tai pitkäkestoisia, että ne vaikuttavat päivittäisiin toimintoihin, harrastuksiin tai aiheuttavat poissaoloja koulusta tai töistä. Murrosikäisen tytön vatsakipuja tutkittaessa on otettava huomioon useammin kuin lapsilla myös gynekologiset syyt. Hoitoon reagoimaton kuukautiskipu viittaa endometrioosiin ja vaatii lähetteen lääkärille. (Härkki & Heiskanen 2005, 1889.)

Nuoren naisen vatsakipuun syytä selvitetessä yksityiskohtaiset esitiedot ovat tärkeässä roolissa. Nuorta tulisi haastatella kahden kesken ilman vanhempaa, jolloin nuoren on helpompaa kertoa avoimesti oireistaan. Mikäli kivun aiheuttajaksi on syytä epäillä gynekologista syytä, suositellaan seuraavanlaisia tutkimuksia: perusverenkuva, tulehdusarvot, virtsan perustutkimus, sukupuolitauditestit, raskaustesti virtsasta ja PAPA-koe harkinnan mukaan, lisäksi alavatsan kaikututkimus vatsanpeitteiden läpi olisi myös suotava. Alavatsakipujen liittyminen kuukautiskieroon tai yhdynnän aloittamiseen viittaa lähes aina gynekologiseen syyhyn. Muuhun kuin gynekologiseen syyhyn viittaavat ylävatsalla tai koko vatsan alueella esiintyvät kivut, etenkin jos kivut liittyvät ruokailuun tai suolen toimintaan. (Härkki & Heiskanen 2005, 1890.)

Yleisin syy murrosikäisen tytön vatsakipuihin on kuukautiskipu. Pahimmillaan se häiritsee normaalia elämää siinä määrin, että koulussa tai töissä käyminen ei tällöin ole mahdollista. Kuukautiskipuja esiintyy 60–90 prosentilla teini-ikäisistä. Jopa puolet joutuu olemaan kipujen vuoksi poissa

koulusta tai töistä. Tyypillisimmin kivut alkavat 1-2 vuoden kuluttua kuukautisten alkamisesta. Kipu ilmaantuu vuodon alkaessa ja kestää 1-2 vuorokautta. Luonteeltaan kipu on kouristusmaista, se voi säteillä alaselkään ja reisiin. Oheisoireina voi ilmetä pahoinvointia, oksentelua, ripulia, väsymystä, huimausta tai esimerkiksi päänsärkyä. Kivun aiheuttavat kohdun limakalvon erittyvät prostaglandiinit eli kudoshormonit. Suurin osa tytöistä ei kerro kivuista vanhemmille ja vain neljäsosa hakeutuu oireiden vuoksi terveydenhuoltoon. (Härkki & Heiskanen 2005, 1891; Perheentupa, Erkkola & Koulu 2005, 1411.) Terveydenhoitajan olisikin tärkeä keskustella esimerkiksi terveystarkastuksen yhteydessä yleisesti kuukautisista ja niihin liittyvistä asioista nuoren kanssa ja tiedustella nuoren omaa tilannetta.

Hoidoksi kivuliaisiin kuukautisiin suositellaan tulehduskipulääkkeitä. Paras mahdollinen tulos saadaan aloittamalla niiden syöminen ennen oireita tai heti oireiden ilmetessä. Mikäli tulehduskipulääkkeet eivät auta, suositellaan yhdistelmäehkäisytabletteja, ehkäisykapselia tai ehkäisyrengasta. Näiden vaikutus perustuu siihen, että ne ohentavat protaglandiineja tuottavaa kohdunlimakalvoa ja vähentävät kuukautisvuodonmäärää. Mikäli kuukautiskipu ei helpota hoidoista huolimatta, taustalla on usein endometrioosi. Endometrioosia on todettu jopa 25–40 prosentilla murrosikäisistä tytöistä, jotka kärsivät kuukautiskivuista. Nämä arviot vaihtelevat kuitenkin paljon. Endometrioosikivut alkavat yleensä muutamaa päivää ennen kuukautisten alkamista ja kestävät useita päiviä. Toisaalta kivut voivat olla täysin kuukautiskierrosta riippumattomia. (Härkki & Heiskanen 2005, 1891–1982; Ylikorkala 2004, 82–83.)

Hoito aloitetaan tulehduskipulääkkeillä ja yhdistelmäehkäisyvalmisteilla, kuten kivuliaitten kuukautisten hoito. Näitä valmisteita käytetään usein kolmen viikon tai 3-6 kuukauden jaksoissa. Mikäli lääkitys ei tehoa, on gynekologinen tutkimus tarpeellinen. Gynekologinen kaikututkimus on tarpeellinen munasarjojen endometrioosi muutosten löytämiseksi. Tutkimuksella ei kuitenkaan havaita munasarjojen ulkopuolista endometrioosia. Tässä vaiheessa nuori on hyvä ohjata sairaalaan vatsaontelon tähyystystä varten diagnoosin varmistamiseksi. Toimenpiteen aikana voidaan tuhota endometrioomapesäkkeet ja mahdolliset kiinnikkeet. (Härkki & Heiskanen 2005, 1892–1893.)

Nuorilla jatkohoitona käytetään yhdistelmäehkäisyvalmisteita, jatkuvaa keltarauhashormonilääkitystä ja joskus harvoin gonadotropiinien vapauttaja-hormonia (GnRH-agonisti). Taudin uusiutuminen on mahdollista ja tämän vuoksi murrosikäistäkin tulee seurata vuosittain. (Härkki & Heiskanen 2005, 1892–1893.) Endometrioosidiagnoosin saaminen herättää nuorena pelkoa ja ahdistusta tulevaisuudesta. Kuten kaikille diagnoosin saaneille, yhtä lailla nuorelle on erittäin tärkeää antaa todenmukaista tietoa endometrioosista sairautena ja sen eri hoitomuodoista. Tällaisella hetkellä nuori tarvitsee paljon tukea läheisiltään.

4 AIKAISEMPIA TUTKIMUKSIA

Setälä ym. (2001) käsittelevät Stakesin raportissa endometrioosin aiheuttaman kivun hoitoa. Raportin tavoitteena oli etsiä luotettavin tutkimustieto kipuoireisen endometrioosin hoidosta ja arvioida sen perusteella hoitojen vaikutusta kipuoireeseen. Tutkimuksen mukaan tulehduskipulääkkeet helpottavat endometrioosiin liittyviä kuukautiskipuja. Hormonitoimintaan vaikuttavista lääkkeistä jatkuva peroraalinen 100 mg:n medroksiprogesteroniasetaatin päiväannos vähentää kipuoireita, mutta tähän liittyy melko paljon sivuvaikutuksia. GnRH-agonistit ja danatsoli vähentävät kipuja, mutta niiden sivuvaikutukset ovat melko suuret. Ehkäisytabletit ehkäisevät kipuoireita lähes yhtä hyvin kuin GnRH-agonistit. Tulehduskipulääkkeet ja hormonitoimintaan vaikuttavat lääkkeet helpottavat endometrioosin kipuoireita, mutta taudin kulkuun niillä ei ole vaikutusta.

Endometrioosin kirurginen hoito auttaa kipuoireisiin ja sen avulla saadaan pysyvämpiä tuloksia kuin lääkehoidolla. Tärkeintä hoidossa on endometriosikudoksen täydellinen poistaminen, sillä esimerkiksi pelkän endometriooman tyhjentämisen jälkeen tauti uusii nopeasti. Syvien endometriosisipesäkkeiden kirurginen poisto helpottaa kipuoireita ja vaikutus voi kestää jopa vuosia. Kohdun kiputuntemuksia välittävien hermojen katkaisu ei tutkimuksen mukaan lisää kirurgisen hoidon tehoa. Kohdun ja munasarjojen poiston merkitystä endometrioosiin liittyvän kivun hoidossa on tutkittu vähän. Leikkausta edeltävän lääkehoidon merkityksestä tiedetään vähän. Sen sijaan leikkauksen jälkeen annettu kuuden kuukauden progestiini-, ehkäisytabletti-, danatsoli- tai GnRH-agonisti-hoito lykkää oireiden uusiutumista. (Setälä ym. 2001.)

Farquhar (2005) käsittelee tutkimuksessaan nuorten naisten endometrioosin diagnosointia ja hoitoa. Kyseessä on kvalitatiivinen kirjallisuuskatsaus, jonka mukaan endometrioosi on yksi yleisimmistä syistä nuorten naisten huomattaviin kipuihin. Tutkimuksen mukaan yleisimpiä oireita ovat kuukautiskivut, toistuva, säännöllinen alavatsakipu ja lapsettomuus. Lähes varma diagnoosi saadaan laparoskopialla, mutta siinä varmistunut taudin laajuus ei yleensä ole yhteneväenä oireiden kanssa. Mikäli endometrioosi diagnosoidaan laparoskopian avulla, on se tällöin varteen otettavin hoitomuoto erityisesti hedelmällisessä iässä oleville naisille. Endometrioosi uusii kuitenkin melko usein täyhystysleikkauksesta huolimatta. Tutkimuksen yhteenvetona voidaan todeta, että endometrioosi aiheuttaa kohtuutonta kipua useille naisille ja tämän vuoksi sitä tulee epäillä lähes aina naisella, jolla esiintyy kuukautiskipuja ja alavatsakipuja. Kivunhoito, hedelmällisyyden säilyttäminen ja taudin uusiutumisen ehkäiseminen ovat hoidon päätavoitteet.

Lemairen (2004) tutkimus keskittyy seuraamaan miten endometrioosi vaikuttaa naisten elämään. Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli tutkia kuinka paljon endometrioosi vaikuttaa negatiivisesti naisten elämään. Tarkoitus oli myös tutkia oireiden, emotionaalisen ahdistuksen, epätietoisuuden suhdetta riittävään tiedonsaantiin. Tutkimukseen osallistui 298 naista.

Tutkimuksen mukaan naiset kokivat moninaisten oireiden aiheuttavan ahdistusta. Lisäksi he kokivat saavansa riittämättömästi tietoa sairaudestaan. Epätietoisuus sairaudesta ja siihen liittyvistä asioista oli huomattavaa ja aiheutti useille suurta ahdistusta. Tutkimuksen perusteella voidaan sanoa, että endometrioosia sairastavat naiset tarvitsisivat paljon enemmän tietoa ja tukea elämäntilanteessaan.

Saija Hakasen vuonna 2009 valmistuneen opinnäytetyön, Naisen saama tieto sairastuessaan endometrioosiin, tarkoituksena oli kuvata, saako nainen sairastuessaan endometrioosiin riittävästi tietoa hoitohenkilökunnalta sairaudestaan, terveydentilastaan, eri hoitomenetelmistä ja endometrioosin vaikutuksesta hänen arkielämäänsä. Tutkimuksen aineisto kerättiin puoli-strukturoidulla verkkokyselylomakkeella. Kyselyyn vastasi 74 endometrioosia sairastavaa naista. Hakasen saamien tulosten mukaan naiset saivat eniten tietoa endometrioosin leikkaushoidosta, lapsettomuuden ja endometrioosin yhteydestä toisiinsa, kuukautiskivuista ja -häiriöistä sekä jossain määrin endometrioosin lääkehoidosta. Naiset kokivat saaneensa hoitohenkilökunnalta riittämättömästi tietoa useista tutkimuksen kohteena olleista osa-alueista. Erityisesti vaihtoehtoisista ja täydentävistä hoitomuodoista sekä seksuaalisuuden, vapaa-ajan ja työn osa-alueista naiset kokivat saaneensa riittämättömästi tietoa.

Laadullisen tutkimuksen näkökulmasta endometrioosia ovat lähestyneet Heidi Lindroos ja Sari Palasvirta-Manninen (2008) opinnäytetyössään, joka käsittelee endometrioosia sairastavien naisten kokemuksia vertaistuesta. Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää, minkälaisia vaikutuksia endometrioosilla on ollut sitä sairastavien naisten elämään ja miten se vaikuttaa vertaistukiryhmältä haettavan tuen tarpeeseen. Lisäksi haluttiin selvittää, minkälaista tukea vertaistukiryhmään osallistuneet naiset ovat saaneet. Tutkimukseen haastateltiin neljää endometrioosia sairastavaa naista ja saatu aineisto analysoitiin induktiivisen sisällönanalyysin avulla. Tutkimustuloksista ilmeni, että vertaistuki oli tutkimukseen osallistuneille naisille tärkeä apu sairauden kanssa jaksamiseen. Endometrioosi, sen oireet ja seuraukset vaikuttivat Lindroosin ja Palasvirta-Mannisen mukaan naisilla kaikkiin elämän osa-alueisiin. Tutkimukseen osallistuneet naiset kertoivat saaneensa ryhmältä vertaistukea kaikilta elämänalueilta ja olivat sitä mieltä, että vertaistuki auttoi heitä jaksamaan arjessa.

Terveydenhoitajien tietoperustaa on tutkinut aikaisemmin Mari Mäkelä opinnäytetyössään kouluterveydenhoitajien tietämystä I tyypin diabeteksestä. Opinnäytetyö on laadultaan kvantitatiivinen, ja sen tarkoituksena oli kartoittaa kouluterveydenhoitajien käsityksiä tiedoistaan koskien I tyypin diabeteksen hoitoa. Työn tavoitteena oli, että tutkimuksesta saadun tiedon avulla voitaisiin kehittää terveydenhoitajien tämän osa-alueen osaamista sekä mahdollisesti myös koulutusta. Aineisto kerättiin kyselylomakkein 63 kouluterveydenhoitajalta ja vastausprosentiksi saatiin 72. Opinnäytetyön tulosten mukaan kouluterveydenhoitajat pitivät tietojaan ja kädentaitojaan I tyypin diabeteksen hoidosta pääosin riittävinä tai kohtalaisina. Heikoimmaksi tiedon osa-alueeksi koettiin insuliinipumput. Suurin osa vas-

tanneista koki tarvitsevansa lisäkoulutusta I tyypin diabeteksen hoidosta. (Mäkelä 2008.)

Opiskelijaterveydenhoitajien roolia seksuaalikasvattajina ovat tutkineet muun muassa Makkonen, Sutela ja Vihanto (2009). Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvailla lukioiden ja ammatillisten oppilaitosten seksuaalikasvatuksen nykytilaa sekä opiskelijaterveydenhoitajan roolia seksuaalikasvatuksessa aiheesta tehtyjen tutkimusten sekä kirjallisuuden pohjalta. Tekijöiden tavoitteena oli tutkimusten perusteella havaita mahdollisia ongelmakohtia seksuaaliterveyden edistämässä lukioissa ja ammatillisissa oppilaitoksissa sekä olla mukana kehittämässä teemahaastattelurunkoa koulu- ja opiskelijaterveydenhoitajien haastattelemista varten. Kirjallisuuskatsauksen pohjalta selvisi, että suuri osa terveydenhoitajista kokee osaamisensa seksuaaliterveyden edistämisen osa-alueella puutteelliseksi ja he kaipaisivat aiheesta lisäkoulutusta. Avainasemassa seksuaalikasvatuksessa ja seksuaaliterveyden edistämässä on lukioiden ja ammatillisten oppilaitosten opiskeluterveydenhuolto.

5 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT

Tämän opinnäytetyön tarkoitus on kartoittaa terveydenhoitajien arviointeja siitä, millainen on heidän tietoperustansa ja tiedontarpeensa endometrioosista.

Opinnäytetyön tutkimustehtävät ovat seuraavat:

1. Millaiseksi terveydenhoitajat arvioivat tietoperustansa endometrioosista?
2. Millaiseksi terveydenhoitajat arvioivat tiedontarpeensa endometrioosista?

6 TUTKIMUKSEN EMPIIRINEN TOTEUTTAMINEN

Opinnäytetyön tutkimusotteena käytettiin kvantitatiivista eli määrällistä lähestymistapaa. Määrällistä tutkimusta käytetään paljon sosiaali- ja yhteiskuntatieteissä. Sen avulla selvitetään pääsääntöisesti lukumääriin, prosentiosuuksiin liittyviä kysymyksiä. Lisäksi pyritään selvittämään eri asioiden välisiä riippuvuuksia tai tutkittavassa ilmiössä tapahtuneita muutoksia. Edellytyksenä on riittävän suuri ja edustava otos. Kvantitatiivisen tutkimuksen ongelmana on pinnallisuus, koska tutkija ei pääse riittävän syvälle tutkittavan maailmaan. (Heikkilä 2004, 16; Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2008, 135.) Tässä opinnäytetyössä kvantitatiivista tutkimusotetta täydentämään otettiin valmiiden vastausvaihtoehtojen rinnalle myös avoimia kysymyksiä. Opinnäytetyön tarkoituksena oli saada yleinen käsitys siitä, millaiseksi terveydenhoitajat arvioivat tietoperustansa ja tiedontarpeensa endometriosisista.

6.1 Perusjoukko ja otanta

Perusjoukkona tässä tutkimuksessa olivat terveydenhoitajat, jotka työskentelevät nuorten naisten (14–24 vuotta) parissa. Yksinkertaisen ryväsotannan avulla tästä perusjoukosta määriteltiin otanta siten, että perusjoukko jaettiin terveydenhoitajiin jotka työskentelevät koulu- ja opiskeluterveydenhuollossa sekä työterveyshuollossa. Tästä perusjoukosta otettu otos jaettiin ryppäisiin, paikkakunnan ja työnantajan suhteen. (Kananen 2008, 76–77.) Yksityisen sektorin työntekijöitä edustavat TyöSyke Oy:n työterveyshoitajat. Kuntasektorilla työskenteleviä terveydenhoitajia edustavat tässä otoksessa Hämeenlinnan, Riihimäen ja Forssan seudun koulu- ja opiskeluterveydenhuollossa työskentelevät terveydenhoitajat sekä Forssan seudun terveydenhuollon ky:ssä työskentelevät työterveyshoitajat. Kolmatta sektoria tässä tutkimuksessa edustavat Ylioppilaiden terveydenhuoltosäätiössä Töölön, Viikin ja Otaniemen toimipisteissä työskentelevät terveydenhoitajat.

6.2 Aineiston keruu

Opinnäytetyön aineiston keruumenetelmiksi valittiin kontrolloitu kysely ja postikysely. Itse kyselylomake on hyvin yleinen keino aineiston keräämiseen. Kontrolloituja kyselyjä on olemassa kahdenlaisia, puhutaan informoidusta ja henkilökohtaisesti tarkistetusta kyselystä. Informoidussa kyselyssä tutkija jakaa kyselyt henkilökohtaisesti, ja vastaajat palauttavat lomakkeet postitse tai muuhun sovittuun paikkaan. Henkilökohtaisesti tarkistetussa kyselyssä tutkija lähettää kyselyt postitse ja noutaa ne sovittuun ajan kuluttua. (Hirsjärvi ym. 2008, 191–192; Vilkkä 2007, 73.) Kontrolloitu kysely soveltui tähän tutkimukseen hyvin vastaajien suuren määrän puolesta. Näin kukin terveydenhoitaja sai vastata kyselyyn rauhassa juuri niin kauan kuin kysymykset vievät häneltä aikaa. Jakaessaan ja hakieessaan lomakkeita opinnäytetyön tekijällä oli myös mahdollisuus kertoa tut-

kimuksen tarkoituksesta ja vastata hänelle mahdollisesti esitettyihin kysymyksiin (Hirsjärvi ym. 2008, 192). Tämä lisäsi osaltaan tutkimuksen luotettavuutta, sillä tiedonantajilla oli mahdollisuus tarkentaa heille epäselviä kohtia esimerkiksi kyselylomakkeesta.

Postikyselyssä kyselylomake lähetettiin tutkittaville kirjeitse. Tämän jälkeen he täyttivät kyselylomakkeen ja postittivat sen palautuskuoressa opinnäytetyön tekijälle. Postikyselyn etuina ovat nopeus ja vaivaton ai-neiston saanti. Tässä tutkimuksessa yhtenä kyselylomakkeen etuna oli myös se, että vastaajilla oli mahdollisuus pysyttäytyä anonyymeina. Postikyselyn suureksi ongelmaksi muodostuu kuitenkin usein kato. Kun lomake lähetettiin postitse erikoisryhmälle (terveydenhoitajat), joka on kiinnostunut opinnäytetyön aiheesta, voitiin odottaa hieman korkeampaa vastausprosenttia kuin kansalaisille lähetetyissä tutkimuksissa. (Hirsjärvi ym. 2008, 191.)

Kadon lisäksi toinen kyselylomakkeeseen liittyvä iso ongelma on vastausväsymys. Kyselyt ovat nykyään yhä yleisempiä, minkä vuoksi ihmiset eivät jaksa enää paneutua jokaiseen vastaantulevaan kyselyyn. Tämä loi haasteen kyselylomakkeen muotoilulle, sillä sen tuli olla helposti vastattava, sisältäen selkeitä, yksiselitteisiä kysymyksiä. (Vehkalahti 2008, 48.) Kyselylomake testattiin ja arvioitiin kymmenellä valmistuvalla terveydenhoitajaopiskelijalla ennen sen käyttöönottoa. Näin pyrittiin löytämään epäselviä kysymyksiä ja mahdollisia muita virheitä kyselylomakkeesta. Tässä opinnäytetyössä käytettiin puolistrukturoitua kyselylomaketta (liite 1).

Kyselylomakkeen kysymykset pohjautuivat opinnäytetyön teoreettiseen viitekehykseen. Opinnäytetyön kyselylomake koostui kolmesta eri osiosta. Ensimmäiset kuusi kysymystä olivat taustakysymyksiä, joiden avulla selvitettiin tutkimukseen osallistuneen ikä, työssäolovuodet ja toimiala. Näiden lisäksi selvitettiin oliko tiedonantaja mahdollisesti kohdannut vastaanotollaan endometrioosin oireista kärsivää naista. Mikäli tutkimukseen osallistunut vastasi tähän kysymykseen kyllä, pyydettiin häntä vastaamaan vielä kahteen seuraavaan tarkentavaan kysymykseen. Näillä kysymyksillä selvitettiin, tunnistiko terveydenhoitaja oireet endometrioosiksi ja miten jatkohoito toteutui, eli mihin terveydenhoitaja ohjasi asiakkaan.

Kysymyksien 7–14 avulla kartoitettiin vastaajien arviointeja tiedoistaan koskien endometrioosia. Tiedonantajien tuli arvioida tietoperustaansa asteikolla 1–4, jossa 1 kuvasi terveydenhoitajan tietojen olevan välttävät, 2 tyydyttävät, 3 hyvät ja 4 kiitettävät. Tutkimukseen osallistuneiden tietoja kartoitettiin endometrioosin syntymekanismeista, diagnosoinnista, oireista, lääkähoidosta, leikkaushoidosta ja endometrioosin aiheuttaman kivun itsehoitosta. Kysymys 14 oli avoin kysymys, jossa vastaajia pyydettiin kertomaan mistä he olivat saaneet tietoa endometrioosista. Loput 10 kysymystä pyrkivät kartoittamaan terveydenhoitajien arviointeja omasta tiedontarpeestaan endometrioosiin liittyen.

Kysymyksien 15–24 avulla vastaajien tiedontarvetta arvioitiin endometriosisin syntymekanismeista, diagnosoinnista, oireista, lääkehoidosta, leikkaushoidosta, kivun itsehoidosta ja Endometriosisiyhdistyksestä. Kysymyksessä 22 tiedonantajia pyydettiin arvioimaan tunsivatko he tarvitsevana lisätietoa endometriosisista. Kysymys 23 oli avoin kysymys, johon vastaajat saivat kirjoittaa vapaata tekstiä siitä mitä tietoja he haluaisivat tarkentaa endometriosisiin liittyen. Viimeisessä kysymyksessä vastaajia pyydettiin arvioimaan, oliko tietojen päivittäminen endometriosisista heidän mielestään oleellista heidän toimiessaan terveydenhoitajina, ilmoittamallaan terveydenhuollon alalla.

Osa aineiston keruusta tapahtui syksyllä 24.9.2009 Hämeenlinnan koulu- ja opiskeluterveydenhoitajille sekä 14.10.2009 Riihimäen koulu- ja opiskeluterveydenhoitajille järjestetyissä kokouksissa informoituna kyselynä. Opinnäytetyön tekijä piti lyhyen alustuksen tutkimuksen aiheesta ja samalla esittäytyi terveydenhoitajille. Tämän tarkoituksena oli myös motivoida terveydenhoitajia vastaamaan kyselyyn. Terveydenhoitajat saivat mukaansa kyselylomakkeen (liite 1), saatekirjeen (liite 1) sekä postimerkillä varustetun kirjekuoren vastauksen postitusta varten. Saatekirjeellä pyrittiin lisäämään terveydenhoitajien vastausmotivaatiota (Vehkalahti 2008, 47–48).

Käytännön syistä osa aineistosta kerättiin henkilökohtaisesti tarkastetun kyselyn avulla TyöSyke Oy:n Turuntien, Lammin ja Kanta-Hämeen keskussairaalan toimipisteiden työterveyshoitajilta. Kyselylomakkeet saatekirjeineen lähetettiin sähköpostitse TyöSyke Oy:öön. Yrityksen palvelupäällikkö huolehti kyselyiden jakamisesta ja keräsi täytetyt vastauslomakkeet. Opinnäytetyön tekijä kävi noutamassa palautetut kyselyt palvelupäälliköltä sovittuna ajankohtana 28.10 paikanpäältä. (Hirsjärvi ym. 2008, 192.)

Muu aineisto kerättiin postikyselyllä. Nämä kyselylomakkeet lähetettiin Forssan seudun koulu- ja opiskeluterveydenhoitajille sekä työterveyshoitajille. Lisäksi aineistoa kerättiin postikyselyllä ylioppilaiden terveydenhoitosäätiön (YTHS) Töölön, Viikin ja Otaniemen toimipisteiden opiskeluterveydenhoitajilta. Postikyselyä varten terveydenhoitajien yhteistiedot saatiin Forssan seudun kuntayhtymän Internet-sivuilta ja ne varmistettiin osastonhoitaja Laila Mäki-Kerttulalta ja Riikka Seppälältä. Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiön terveydenhoitajien yhteistiedot välitti osastonhoitaja Maire Penttilä.

Kaikille tiedonantajille annettiin noin 3 viikkoa aikaa vastata kyselyyn. Ainoastaan TyöSyke Oy:n tiedonkeruu toteutettiin nopeammalla aikataululla heidän toivomuksestaan. Tiedonantajilla oli täysi oikeus olla vastamatta kyselyyn. Tässä opinnäytetyössä otettiin huomioon, että kaikki jaetut kyselylomakkeet eivät välttämättä palaudu opinnäytetyön tekijälle. Kyselylomake lähetettiin 71 terveydenhoitajalle, jotka työskentelevät eri terveydenhuollon aloilla. Kyselyyn vastasi yhteensä 42 terveydenhoitajaa ja vastausprosentiksi saatiin näin ollen 59.

6.3 Aineiston analyysi

Opinnäytetyön aineisto analysoitiin käyttäen apuna SPSS 17.0 for Windows tilasto-ohjelmaa ja Excel-taulukkolaskentaohjelmaa. SPSS (Statistical Package for Social Sciences) -ohjelmisto on tarkoitettu määrällisen aineiston analysointiin. (Metsämuuronen 2000, 3.) SPSS-tilasto-ohjelmalla tässä opinnäytetyössä laskettiin lähinnä frekvenssejä ja prosentteja. Saadut vastaukset kirjattiin niitä varten luotuun pohjaan SPSS-ohjelmaan, minkä jälkeen lasketut frekvenssit ja prosenttiosuudet tulostettiin. Tämän jälkeen saadut tulokset siirrettiin Excel-taulukkolaskentaohjelmaan. Excel-taulukkolaskentaohjelmaa käytettiin apuna taulukoita ja kuvaajia tehdessä, sillä SPSS-tilasto-ohjelmalla ei saatu muodostettua tarpeeksi monipuolisia taulukoita ja kuvaajia. Liitteessä 2 on esitetty tarkemmin tämän opinnäytetyön tulokset frekvenssein ja prosenttein.

Aineistoa analysoitaessa avoimessa kysymyksessä 3 esille tulleet muuttujat luokiteltiin toimialan mukaan kouluterveydenhuoltoon, opiskeluterveydenhuoltoon, koulu- ja opiskeluterveydenhuoltoon sekä työterveyshuoltoon (taulukko 1). SPSS-tilasto-ohjelmalla saadut prosenttiosuudet pyöristettiin desimaalin tarkkuudella siirrettäessä niitä Excel-taulukkolaskentaohjelmaan kuitenkin siten, että prosenttien summaksi tuli aina yhteensä 100 % (Vehkalahti 2008, 43).

Aineiston avoimet kysymykset toimivat, kuten edellä mainittu, valmiiden vastausvaihtoehtojen rinnalla täydentävinä kysymyksinä ja ovat näin täydentämässä kvantitatiivista tutkimusta. Avointen kysymysten vastaukset kuvattiin osana kvantitatiivista aineistoa. Tarkoituksena ei ollut analysoida näitä kirjoituksia erillisellä aineiston analyysimenetelmällä, sillä niistä ei ollut tarkoitus hakea yleistyksiä. Vastauksia kuvailtaessa pyrittiin saadut vastaukset kuitenkin luokittelemaan eri osioihin vastauksen esiintyvyyden mukaan. Tulosten ymmärrettävyyden ja luettavuuden kannalta tämä oli välttämätöntä.

7 TULOKSET

7.1 Tutkimukseen osallistuneiden taustatiedot

Tutkimukseen osallistui 42 eri terveydenhuollon sektoreilla työskentelevää terveydenhoitajaa. Taulukossa 1 on esitetty vastanneiden terveydenhoitajien taustatietoja. Kolmasosa (35 %) vastaajista ilmoitti iäkseen 51–50 vuotta. Ikäryhmissä 20–30 ja 31–40 vuotta vastaajat jakautuivat tasaisesti, näihin ikäryhmiin kuului noin joka kuudes vastaaja (17 %). Yli kolmannes (38 %) vastaajista oli työskennellyt terveydenhoitajana yli 20 vuotta. Alle 5 vuotta oli työskennellyt noin joka neljäs (24 %) vastaaja. Noin kolmannes (36 %) tutkimukseen osallistuneista työskenteli opiskeluterveydenhuollossa ja reilu neljännes (26 %) vastaavasti työterveyshuollossa.

TAULUKKO 1 *Tutkimukseen osallistuneiden ikäjakauma, työssäolovuodet ja toimiala.*

Taustatiedot	f	%
Ikä	n = 42	
20–30 vuotta	7	17
31–40 vuotta	7	17
41–50 vuotta	13	31
51–60 vuotta	15	35
yli 60 vuotta	0	0
Työssäolovuodet	n = 42	
alle 5 vuotta	10	24
5–10 vuotta	7	17
11–15 vuotta	5	12
16–20 vuotta	4	9
yli 20 vuotta	16	38
Toimiala	n = 42	
Kouluterveydenhuolto	8	19
Opiskeluterveydenhuolto	15	36
Koulu- ja opiskeluterveydenhuolto	8	19
Työterveyshuolto	11	26

Taustatiedoissa kysyttiin myös, oliko terveydenhoitaja kohdannut vastaanotollaan endometriosisin oireista kärsivää naista. Yli puolet (64 %) vastaajista kertoi kohdanneensa endometriosisin oireista kärsivän naisen vastaanotollaan. Heistä 72 prosenttia ilmoitti tunnistaneensa oireet endometriosisiksi (liite 2). Kysymyksessä 6 vastaajat saivat kirjoittaa vapaata tekstiä siitä, miten endometriosisin oireista kärsivän asiakkaan jatkohoito toteutui. Vastaukset jakautuivat pääpiireiteissään kolmeen kategoriaan tasaisesti. Noin joka kolmas vastaaja kirjoitti, että potilas oli hakeutunut jo hoitoon asian suhteen tai hänellä oli diagnosoitu endometriosisi.

”Asiakkaallani oli jo dg jo tehty Yllätyin, että ko sairaus voi olla jo 9-luokkalaisella”

”asiakkailla on jo todettu endometrioosi ja ovat hoidossa”

”asiakas kertoi itse endometrioosista, oli hoidon piirissä”

Hieman reilu kolmasosa vastaajista kirjoitti ohjanneensa endometrioosin oireista kärsivän asiakkaan gynekologille. Osalla asiakkaista oli jo ennestään asiakassuhde gynekologiin, osa taas ohjattiin gynekologin vastaanotolle lääkärin läheteellä.

”Gyn. polille oman lääkärin kautta”

”Ohjaan jatkohoitoon gynekologisissa vaivoissa meidän omalle gynekologille jos ei ole jo olemassa olevaa hoitokontaktia esim. sairaalaan.”

”Omalle lääkärille → asiakkaalla oli pitkäaikainen potilassuhde gynekologin kanssa varasi sinne ajan”

Loppu kolmannes terveydenhoitajista kertoi ohjanneensa endometrioosin oireista kärsivän asiakkaan lääkärille. Osassa tapauksista lääkärinä toimi koululääkäri, mutta terveydenhoitajat ohjasivat asiakkaita myös omalääkärin vastaanotolle.

”lääkärin vastaanotolle ja sitä kautta aloitettiin myös lapsettomuus asian selvittely”

”koululääkärille”

”Omalääkärin kautta erikoislääk hoitoon”

7.2 Terveydenhoitajien tietoperusta endometrioosista

Kyselylomakkeen toisen osion kysymykset pyrkivät kartoittamaan terveydenhoitajien tietoperustaa endometrioosista. Reilusti yli puolet (59 %) vastaajista arvioi tietonsa endometrioosin syntymekanismeista välttäväksi. Kolmasosa (37 %) terveydenhoitajista arvioi omaavansa tyydyttävät ja 5 % hyvät tiedot endometrioosin syntymekanismeista. Tietoperustansa endometrioosin diagnosoinnista arvioi tyydyttäväksi kolme viidestä (60 %) vastaajasta. Välttäväksi tietonsa arvioi noin joka viides (21 %) vastaaja. 19 % tiedonantajista arvioi tietonsa endometrioosin diagnosoinnista hyväksi. Vastaajista puolet (52 %) arvioi tietävänsä endometrioosin oireet hyvin. Kaksi viidesosaa (43 %) arvioi tietoperustansa oireista tyydyttäväksi ja 5 % välttäväksi. (liite 2)

Kysymyksessä numero 10 vastaajia pyydettiin luettelemaan endometrioosin tyypillisimmät oireet. Kysymykseen vastasi 40 terveydenhoitajaa. Kaikki vastaajat olivat tunnistaneeet kivun yhdeksi endometrioosin tyypilliseksi oireeksi. Yhden oireen mainitsi noin joka viides vastaaja, heillä vas-

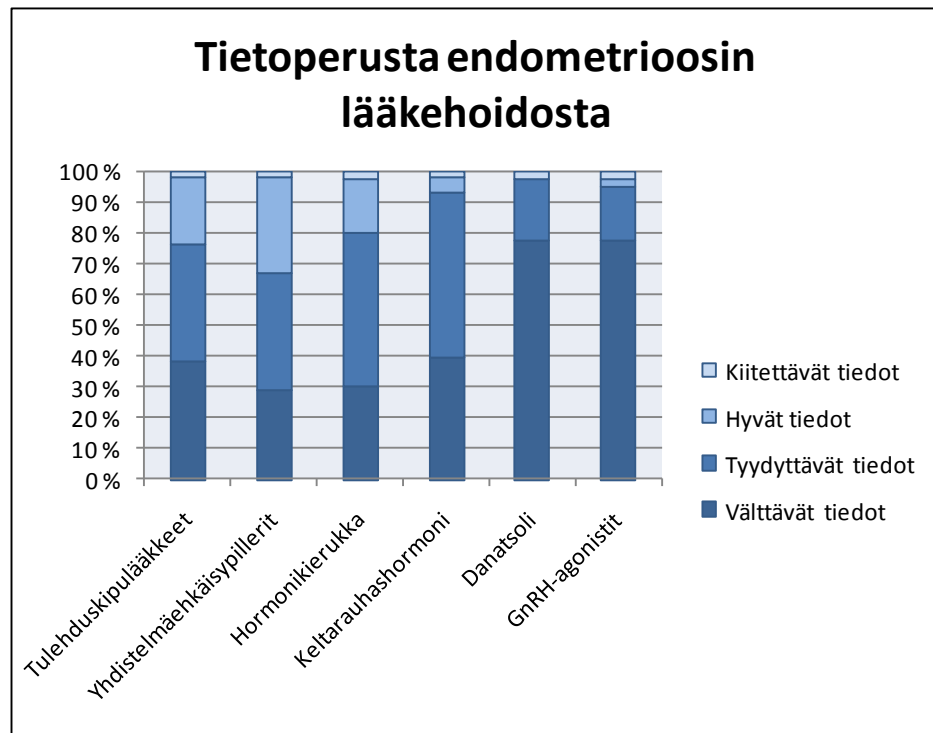
tauksena oli juuri kipu eri muotoineen. Puolet vastaajista osasi nimetä kaksi endometrioosin tyypillisintä oiretta. Useassa lomakkeessa vastaus sisälsi oireista kivun ja vuotohäiriöt, mutta myös kipu ja lapsettomuus oli mainittu tyypillisimmiksi oireiksi. Kaikki endometrioosin tyypillisimmät oireet (kipu, vuotohäiriöt ja lapsettomuus) oli maininnut 11 vastaajaa.

Tyypillisten oireiden lisäksi myös muita oireita oli mainittu vastauksissa.

”Alavatsakivut, vuotohäiriöt, yhdyntäkivut virtsaamis ja ulostamisvaivat”

”alavatsakivut kuukautisten yhteydessä, lapsettomuus epäsäänn. kuukautiskierto”

”alavatsakipu, alkaa jo ennen kuuk. vuotoa sekä jatkuu vuodon aikana, ulostamis- ja virtsaamiskipu, yhdyntäkipu, joskus tiputteluvuotoa → lapsettomuus”



KUVA 1 Terveydenhoitajien tietoperusta endometrioosin lääkehoidosta (n= 40–42)

Terveydenhoitajien tietoperustaa endometrioosin lääkehoidosta kartoitettiin kysymyksen 11 avulla. Tietoperustaa kartoitettiin tulehduskipulääkkeiden, yhdistelmäehkäisytablettien, hormonikierukan, keltarauhashormonin, danatsolin ja GnRH-agonistien käytöstä endometrioosin hoidossa. Vastaajien tietoperusta endometrioosin lääkehoidosta on koottu kuvaan 1. Noin kolmannes (38 %) vastaajista arvioi tietoperustansa tulehduskipulääkkeiden käytöstä välttäväksi. Kolmasosa (38 %) vastaajista arvioi tietonsa tyydyttäväksi. Hyviksi tietonsa tulehduskipulääkkeiden käytöstä endometrioosin hoidossa arvioi joka viides vastaaja (21 %).

Tieto yhdistelmäehkäisytablettien käytöstä endometrioosin hoidossa arvioitiin paremmaksi, kolmannes (38 %) vastaajista arvioi tietonsa tyydyttäväksi ja 31 % hyväksi. Vajaa kolmannes (29 %) oli sitä mieltä, että heidän tietoperustansa yhdistelmäehkäisytablettien käytöstä endometrioosin hoidossa on välttävä. Puolet (50 %) vastaajista arvioi tietonsa hormonikierukan käytöstä endometrioosin hoidossa tyydyttäväksi. 30 % vastaajista arvioi tietonsa hormonikierukan käytöstä välttäväksi ja vajaa viides osa (18 %) hyväksi.

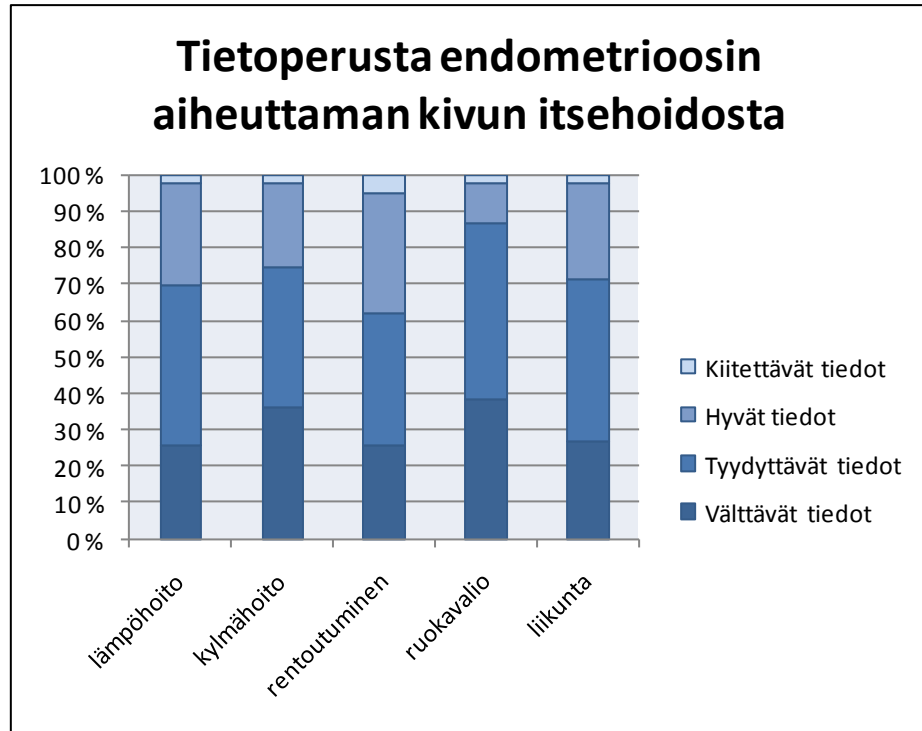
Tietoperustansa keltarauhashormonin käytöstä endometrioosin hoidossa arvioi tyydyttäväksi puolet (54 %) vastaajista. Vajaa kolmannes (30 %) arvioi tietonsa välttäväksi ja vajaa viidennes (18 %) vastaajista hyväksi. Tietämyksen danatsolin käytöstä endometrioosin hoidossa arvioi välttäväksi suurin osa (78 %) vastaajista. Viides osa (20 %) vastaajista arvioi tietonsa danatsolin käytöstä tyydyttäväksi. GnRH-agonistien käyttö endometrioosin hoidossa oli vastaajille yhtä tuntematonta kuin danatsolin käyttö, sillä suurin osa (78 %) vastaajista arvioi tietoperustansa niiden käytöstä välttäväksi. Vajaa viidennes (18 %) vastaajista arvioi tietoperustansa tyydyttäväksi.

Kysymyksen 12 avulla kartoitettiin terveydenhoitajien tietoperustaa endometrioosin leikkaushoidosta. Leikkaushoito eriteltiin säästävään ja radikaalileikkaukseen. Puolet (51 %) vastaajista arvioi tietoperustansa säästävästä leikkauksesta välttäväksi, reilu neljännes (29 %) vastaajista tyydyttäväksi ja 15 % vastaajista hyväksi. 5 % vastaajista arvioi tietonsa säästävästä leikkauksesta kiitettäväksi. Radikaalileikkauksen suhteen vastaukset jakautuivat lähes samalla tavalla. Puolet (54 %) vastaajista arvioi tietoperustansa radikaalileikkauksesta endometrioosin hoitona välttäväksi, kolmas osa (32 %) tyydyttäväksi ja 12 % vastaajista hyväksi. Kiitettäväksi tietoperustansa arvioi 2 % vastaajista.

Terveydenhoitajien tietoperustaa endometrioosin aiheuttaman kivun itsehoitomenetelmistä kartoitettiin kysymyksen 13 avulla. Terveydenhoitajien tietoperustaa endometrioosin aiheuttaman kivun itsehoidosta kartoitettiin lämpöhoidosta, kylmähoidosta, rentoutumisesta, ruokavaliosta ja liikunnasta. Hieman vajaa puolet (44 %) vastaajista arvioi tietoperustansa lämpöhoidosta itsehoitomenetelmänä tyydyttäväksi, reilu neljännes (28 %) hyväksi ja vastaavasti hieman reilu neljännes (26 %) välttäväksi. Tietonsa kylmähoidosta itsehoitomenetelmänä reilu kolmannes (39 %) vastaajista arvioi tyydyttäväksi. Välttäväksi tietonsa kylmähoidosta arvioi yksi kolmesta (36 %) vastaajista. (Kuva 2.)

Rentoutuminen endometrioosin aiheuttaman kivun itsehoitona oli vastanneiden terveydenhoitajien keskuudessa tunnetuin itsehoitomenetelmä. Kolmannes (33 %) vastaajista arvioi tietonsa rentoutumisesta hyväksi. Noin kolmannes (36 %) vastaajista arvioi vastaavasti tietonsa tyydyttäväksi ja viidennes (26 %) vastaajista välttäväksi. 5 % vastaajista oli sitä mieltä, että heidän tietämyksensä rentoutumisesta itsehoitomenetelmänä oli kiitettävää (kuva 2). Ruokavalio endometrioosin kivun itsehoitona oli terveydenhoitajille vieras itsehoitomenetelmä. Puolet (49 %) vastaajista arvi-

oi tietonsa ruokavaliosta itsehoitomenetelmänä välttäväksi ja reilu kolmannes (38 %) vastaajista välttäväksi. Liikunta itsehoitomenetelmänä oli tiedonantajille myös melko tuntematon itsehoitomenetelmä, sillä hieman vajaa puolet (45 %) vastaajista arvioi tietonsa tyydyttäväksi (kuva 2).



KUVA 2 *Terveydenhoitajien tietoperusta endometrioosin aiheuttaman kivun itsehoidosta (n= 37–39)*

Kysymys 14 oli avoin kysymys, jossa terveydenhoitajilta kysyttiin mistä he olivat saaneet tietoa endometrioosista. Kysymykseen 14 vastasi 39 terveydenhoitajaa. Koulutus, ammattikirjallisuus, Internet ja käytäntö nousivat esiin yleisimpinä tiedonlähteinä. Noin puolet vastanneista mainitsi saaneensa tietoa endometrioosista koulutuksensa myötä. Osalla vastaajista opiskeluajoista oli kulunut jo yli 20 vuotta, mutta joukossa oli myös tuoreempia terveydenhoitajia. Vastaajissa oli mukana myös kättilökoulutuksen käyneitä terveydenhoitajia.

”kouluaikaa v. -83–87 sh + th-koulutuksessa, lehdistä”

”Viimeksi koulunpenkillä vuonna 2004”

”Ammattikirjallisuudesta. Olen terveydenhoitajan ammattini lisäksi myös kättilö koulutukseltani.”

Noin puolet vastanneista terveydenhoitajista mainitsi ammattikirjallisuuden ja Internetin tiedonlähteekseen.

”Gynekologian oppikirjasta -70 luvulta”

”esitteet, nettisivut, kirjallisuus, asiakkailta joilla todettu tauti”

”Käytännön myötä, tarvitt. netistä, työyksikön kirjallisuudesta”

Joka kolmas vastaaja kirjoitti käytännön kokemuksen toimineen parhaimpana tiedonlähteenä. Yhdellä vastaajista oli omakohtaista kokemusta endometrioosista sairautena.

”th-opiskeluaikana mahd. jotain, yli 20v sitten 1 vuosi gyn/kir: os:lla, tarvittaessa voin perehtyä asiaan”

”Olen peruskoulutukseltani aiemmin synnytys- ja naistentautien esh, olin töissä aiemmin NKL:lla”

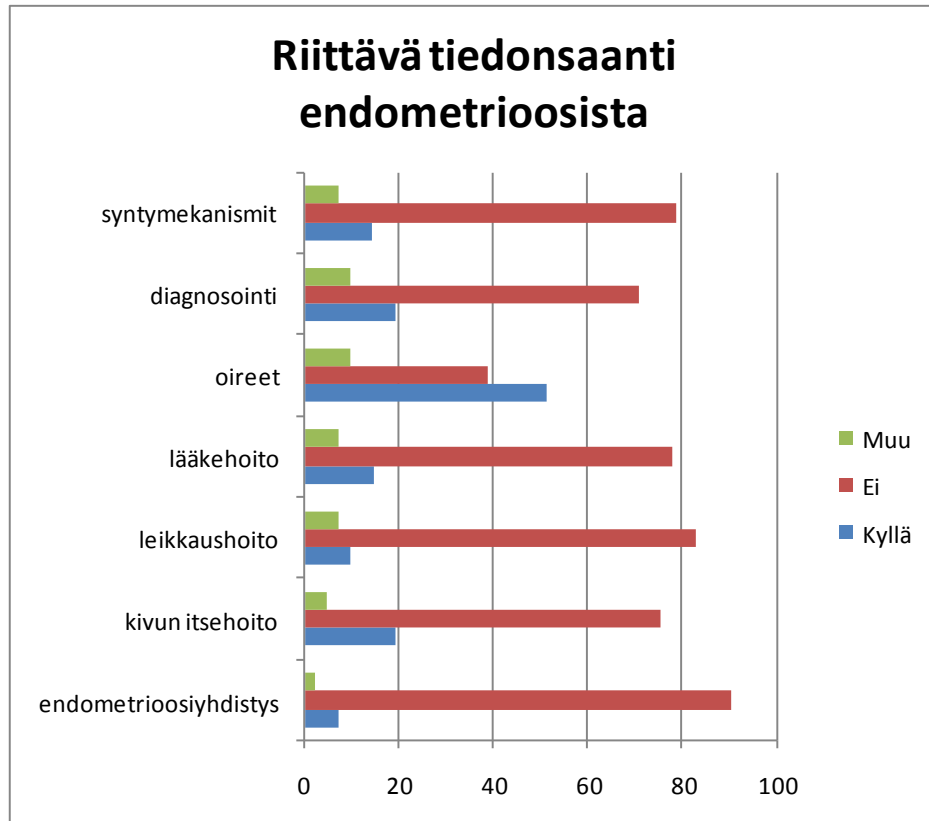
”Omakohtainen kokemus, lievä sellainen”

7.3 Terveydenhoitajien tiedontarve endometrioosista

Kyselylomakkeen viimeisessä eli kolmannessa osassa pyrittiin kartoittamaan terveydenhoitajien tiedontarvetta endometrioosista. Nämä tulokset on esitetty kuvassa 3. Terveydenhoitajilta kysyttiin olivatko he mielestään saaneet riittävästi tietoa endometrioosin syntymekanismeista, diagnosoinnista, oireista, lääkehoidosta, leikkaushoidosta, kivun itsehoidosta ja Endometrioosiyhdistyksestä. Saatujen tulosten mukaan suurin osa (79 %) vastaajista arvioi etteivät he olleet saaneet riittävästi tietoa endometrioosin syntymekanismeista. 7 % tiedonantajista oli valinnut vastausvaihtoehdon muu. Vastaukset olivat lähinnä täydentäviä kommentteja, kuten *”työhön riittävä määrä”* ja *”lisää tarvitsisin”*.

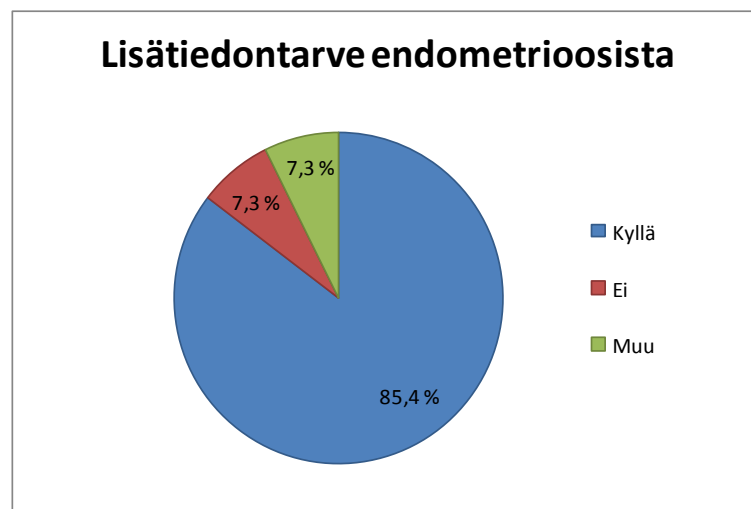
Noin kaksi kolmasosaa (71 %) vastaajista arvioi, etteivät he olleet saaneet riittävästi tietoa endometrioosin diagnosoinnista. Vastaajista 10 % oli valinnut vastausvaihtoehdon muu. Kirjoitukset kommentoivat lähinnä terveydenhoitajan roolia diagnosoinnissa: *”Dg:n teko ei oleellinen th:na, mutta oirekuvan mukaan osaa epäillä.”* ja *”en ole tarvinnut ko. tietoa”*. Kysyttäessä tietojen saannin riittävydestä endometrioosin oireiden suhteen, vastaajat toivat esille hieman erilaisia ajatuksia *”kohtuullisesti”* ja *”töihin riittävä määrä”*. Puolet (51 %) vastanneista ilmoittikin saaneensa riittävästi tietoa endometrioosin oireista.

Suurin osa (78 %) vastanneista terveydenhoitajista arvioi, etteivät he olleet saaneet riittävästi tietoa endometrioosin lääkehoidosta. Vastausvaihtoehdon muu valinneet (7 %) mukailivat tulosta: *”päivitys tarpeen”*. Tiedonsaanti koettiin riittämättömänä myös endometrioosin leikkaushoidosta. 83 % arvioi, että tiedonsaanti oli riittämätöntä heidän kohdallaan. Kysyttäessä tietojen saannin riittävydestä endometrioosin aiheuttaman kivun itsehoidon suhteen vastaajat arvioivat vastaavasti tiedonsaannin olevan kohdallaan riittämätön. Suurin osa (90 %) vastaajista arvioi etteivät he olleet saaneet riittävästi tietoa Endometrioosiyhdistyksestä.



KUVA 3 *Terveydenhoitajien riittävä tiedonsaanti endometrioosista (n= 41–42)*

Kysymyksen 22 avulla pyrittiin saamaan yleistä tietoa siitä tuntevatko terveydenhoitajat tarvitsevansa lisätietoa endometrioosista. Suurin osa vastaajista (85 %) arvioi tarvitsevansa lisätietoa endometrioosista. Vastausvaihtoehdon muu valitsi 7 % vastanneista. Nämä vastaukset olivat lähinnä selventäviä kommentteja, kuten ”Jonkun verran” ja ”työssä harvoin endometrioosiin törmää ja silloinkin hoidettuihin tapauksiin” (kuva 4).



KUVA 4 *Terveydenhoitajien lisätiedontarve endometrioosista*

Kysymyksessä 23 vastaajat saivat kirjoittaa vapaata tekstiä, mikäli he halusivat tarkentaa joitakin tietoja endometriosisista. Kysymykseen vastasi yhdeksän terveydenhoitajaa. Suurin osa vastaajista oli jättänyt kokonaan vastaamatta kysymykseen. Kirjatut vastaukset koostuivat lähinnä itse vastauksista, mutta mukana oli myös muutamia yleisiä kommentteja opinnäytetyön aiheesta.

”hoitokäytännöt, kivunhoito, potilasohjaus”

”Kaikki tieto tarpeen. Toisaalta työni lasten kanssa enimmäkseen eli asiaan en juurikaan törmää. Ei ole lukiolaisillakaan iso ongelma?”

”Nuorilla naisilla paljon yleisempää kuin tiedetäänkään”

Kyselylomakkeen kolmannen osion viimeisessä kysymyksessä (24) tiedusteltiin terveydenhoitajien mielipidettä tietojen päivittämisen oleellisuudesta toimiessaan terveydenhoitajana ilmoittamallaan terveydenhuollon alalla. Lähes kaksi kolmesta (64 %) vastaajasta arvioi tietojen päivittämisen olevan hyvinkin oleellisista työskennellessään terveydenhoitajana. Viidesosa (21 %) vastanneista valitsi vastausvaihtoehdon muu. Vastauksissa pohdittiin lähinnä tietojen päivittämisen tarpeettomuutta.

”Päivittäminen aina tarpeellista, gynekologiset vaivat eivät kuitenkaan työterveyshuollon pääasiallinen tehtävä, mutta toisinaan tulee esiin”

”Paremmat ne saisivat olla, mutta käytännössä ko tiedolle on varsin vähän käyttöä näin lasten ja lasten kanssa. Opiskelijath:ssa tietoa tarvitaan. Sitä en tee.”

”Tietoja joutuu päivittämään muutenkin joka päivä eri asioista, terveysportista pystyy etsimään riittävästi tietoa potilas vastaanottoon ja arviointiin, endometriosisista kärsivät asiakkaat ohjautuvat lääkärille ja/tai gynekologille, jos asiakkaina olisi enemmän, tietojen päivittäminen olisi oleellista, nyt EI välttämättä”

8 POHDINTA

8.1 Tutkimustulosten tarkastelu ja johtopäätökset

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kartoittaa erityisesti nuorten naisten kanssa työskentelevien terveydenhoitajien arviointeja tietoperustastaan ja tiedontarpeestaan endometriosisiin liittyen. Tutkimustulosten mukaan terveydenhoitajat arvioivat tietoperustansa heikoimmiksi osa-alueiksi endometriosisin syntymekanismit sekä lääke- ja leikkaushoidon. Vahvimaksi tiedon osa-alueeksi nousivat endometriosisin oireet. Tietoperustansa endometriosisista terveydenhoitajat arvioivat keskimäärin tyydyttäväksi. Tämän tutkimuksen mukaan suurin osa (85 %) terveydenhoitajista tarvitsisi mielestään lisätietoa endometriosisista.

Terveydenhoitajien tietoperustasta ja tiedontarpeesta endometriosisiin liittyen ei ole olemassa aikaisempia tutkimuksia. Tämän tutkimuksen tulokset vahvistavat kuitenkin muista aikaisemmista tutkimuksista saatuja tuloksia. Esimerkiksi Hakasen (2009) tutkimuksen mukaan suurin osa endometriosisia sairastavista naisista sai sairastuessaan mielestään melko riittämättömästi tietoa itse sairaudesta, kuten sen syntymekanismeista. Vastaavasti tässä tutkimuksessa tuli ilmi, että yli puolet (59 %) terveydenhoitajista arvioi tietoperustansa syntymekanismeista välttäväksi ja reilu kolmannes (37 %) tyydyttäväksi.

Näiden kahden tutkimuksen tulokset korreloivat keskenään. Se, että endometriosisiin sairastunut nainen ei ole kokenut saaneensa riittävästi tietoa henkilökunnalta voi hyvinkin johtua henkilökunnan tietoperustan heikkoudesta. Lemmisen (2004) tutkimuksen mukaan naiset tarvitsisivat paljon enemmän tietoa ja tukea tällaisessa elämän tilanteessaan. Terveydenhoitaja saattaa olla juuri se ammattihenkilö, jonka luokse asiakas hakeutuu. Asiallisen ja todenperäisen tiedon saaminen tällaisessa tilanteessa vaikuttaa paljon siihen, miten asiakas kokee tulleen hoidetuksi. Nämä tiedot auttavat naista tekemään hoitoonsa liittyviä päätöksiä ja kuten mainittu, se on jokaisen naisen oikeus (Eskola & Hytönen 2008, 309).

Tämän asian suhteen tutkimuksessa tulee esille positiivinen löydös, puolet (52 %) terveydenhoitajista arvioi tietonsa endometriosisin oireista hyväksi. Taudin tunnistamisen kannalta tämä on hyvä tulos. Tulos jättää kuitenkin toivomisen varaa, sillä kaksi viidesosaa (43 %) terveydenhoitajista arvioi vastaavat tietonsa tyydyttäväksi. Taudin diagnosointi menetelmistä terveydenhoitajien tietoperusta on tyydyttävä. Avoimia vastauksia tarkasteltaessa havaitaan, että terveydenhoitajat eivät miellä diagnosointiin liittyviä tietoja oleellisiksi terveydenhoitajan työn kannalta. Avoimien kysymysten vastausten perusteella voidaan todeta, että terveydenhoitajien työn kannalta oleellisin tieto diagnosoinnista perustuu oirekuvan ja diagnostiikan perusmenetelmien tuntemiseen asiakkaan ohjaamiseksi eteenpäin.

Tarkasteltaessa avoimien kysymysten vastauksia lääkehoidon suhteen voidaan havaita samansuuntaisia kommentteja kuin diagnosoinnin kohdalla. Jonkinasteinen endometrioosin lääkehoidon tunteminen on kuitenkin paikallaan myös terveydenhoitajan työssä. Kuten mainittu terveydenhoitaja kohtaa työssään nuoria naisia päivittäin. Esimerkiksi opiskeluterveydenhoitajan työnkuvaan kuuluu monilla paikkakunnilla ehkäisyneuvola toimintaa ja näin ollen myös ehkäisyvalmisteen käytön aloittamiseen liittyvää neuvontaa ja ohjausta. Raskauden ehkäisyyn liittyvissä keskusteluissa terveydenhoitajan on hyvä olla kuulolla erilaisten oireiden suhteen, sillä syyt ehkäisyvalmisteen aloittamiseen voivat löytyä esimerkiksi kovista kuukautiskivuista. Asiakkaan oireet voivat viitata endometrioosiin. Nopea hoitoon ohjaaminen voi estää taudin etenemisen, tämän vuoksi myös terveydenhoitajan on tärkeä tietää nuoren ensihoito endometrioosin suhteen.

Hieman vajaa kolmasosa (31 %) terveydenhoitajista arvioikin tietonsa juuri yhdistelmäehkäisytablettien käytöstä endometrioosin hoidossa hyväksi. Muiden lääkkeiden osalta tietämys oli välttävää tai tyydyttävää tasoa. Vieraimmiksi lääkeaineiksi koettiin danatsolin ja GnRH-agonistien käyttö endometrioosin hoidossa. Tämä tulos tukee jälleen Hakasen (2009) tutkimuksesta nousseita tuloksia, sillä kyseisen tutkimuksen mukaan endometrioosia sairastavat naiset olivat saaneet kaikista vähiten tietoa juuri GnRH-agonisteista ja danatsolin käytöstä sairauden lääkkeellisessä hoidossa. Toisaalta Hakanen tuo tutkimuksessaan esiin faktan danatsolin ja GnRH-agonistien vähäisestä suositelusta. Lääkärit eivät yleensä suosittele danatsolia ja GnRH-agonisteja ensisijaisena hoitomuotona niiden sivuvaikutusten ja kalliin hinnan vuoksi. Juuri danatsolin tiedetään aiheuttavan eniten sivuvaikutuksia (Setälä ym. 2001).

Myös leikkaushoito endometrioosin hoitomuotona koettiin vieraaksi. Noin puolet terveydenhoitajista arvioi tietonsa säästävistä ja radikaalista leikkauksesta välttäviksi ja noin kolmas osa tyydyttäväksi. Terveydenhoitaja ei tarvitse työssään erittäin tarkkaa tietoa leikkaushoidosta, mutta asiakkaan kysyessä olisi hyvä osata kertoa pääpiirteittäin mitä säästävällä ja radikaalilla leikkauksella tarkoitetaan tai ohjata asiakas eteenpäin. Sen sijaan terveydenhoitajan olisi oleellista osata neuvoa asiakasta endometrioosin aiheuttaman kivun itsehoidossa. Tutkimuksessa tuli ilmi, että suurin osa terveydenhoitajista kokee tietonsa endometrioosin itsehoitomenetelmistä välttäväksi tai tyydyttäväksi. Erityisesti tietoperusta ruokavalion vaikutuksista endometrioosiin arvioitiin huonoksi.

Tämä johtopäätös vahvistaa Hakasen (2009) tutkimuksesta esille nousseita tuloksia, niiden mukaan suurin osa endometrioosia sairastavista naisista sai sairastuessaan mielestään riittämättömästi tietoa vaihto-ehdoista ja täydentävistä hoitomuodoista. Eniten tietoa itsehoitomenetelmistä terveydenhoitajilla oli rentoutumisesta, kolmas osa (33 %) terveydenhoitajista mielsi tietonsa rentoutumisesta hyväksi. Terveydenhoitajan työ perustuu pitkälti suulliseen ja kirjalliseen neuvontaan sekä ohjaukseen. Kipu on yksi endometrioosin tyypillisimmistä oireista. Terveydenhoitaja voi tietämyksellään kivun itsehoitomenetelmistä helpottaa huomattavasti endometrioosipotilaan oloa. Vaihtoehtojen tarjoaminen antaa naiselle mahdollisuuden vaikuttaa taudin aiheuttamiin oireisiin. Tunne siitä, että on saanut jonkinlaisen otteen taudin aiheutta-

masta kivusta saattaa olla asiakkaalle hyvinkin huojentavaa. Apuna endometrioosikivun hoidonohjauksessa ja neuvonnassa terveydenhoitaja voi käyttää muun muassa Niskasen ja Palviaisen (2008) opinnäytetyönään laatimaa opasta: ”Helpotusta endometrioosin aiheuttamaan kipuun lääkkeettömin menetelmin”.

Terveydenhoitajien tiedontarvetta arvioivasta osiosta saadut tulokset vahvistavat mitä suurimmassa määrin tietoperustaa selvittäneen osion tuloksia. Suurin osa (79 %) tutkimukseen osallistuneista terveydenhoitajista oli sitä mieltä etteivät he olleet saaneet riittävästi tietoa endometrioosin syntymekanismeista. Tietoa oli saatu heikosti myös diagnosoinnista. Positiivisena löydöksenä nousee esiin hyvä tiedonsaanti endometrioosin oireista, sillä puolet (51 %) terveydenhoitajista arvioi saaneensa riittävästi tietoa taudin oireista. Taudin tunnistamista ajatellen tuloksen voidaan katsoa olevan hyvä. Terveydenhoitajien tiedontarve lääkähoidosta on huomattavasti suurempi, 78 % tutkimukseen osallistuneista arvioi etteivät he olleet saaneet riittävästi tietoa lääkähoidosta.

Tiedontarve leikkaushoidosta on kuitenkin vielä suurempi kuin mitä se on lääkähoidosta. Tutkimuksen mukaan suurin osa (83 %) terveydenhoitajista ei ollut mielestään saanut riittävästi tietoa endometrioosin lääkähoidosta. Kivun itsehoitosta arvioi tarvitsevansa lisätietoa 76 % terveydenhoitajista. Kaikista vähiten tietoa terveydenhoitajat olivat saaneet Endometrioosiyhdistyksestä. Vain 7 % terveydenhoitajista arvioi saaneensa riittävästi tietoa Endometrioosiyhdistyksestä. Yksi Endometrioosiyhdistyksen tärkeimmistä tehtävistä on lisätä yleistä endometrioositietoutta sekä tehdä yhteistyötä hoitohenkilökunnan kanssa (Endometrioosiyhdistys 2009). Endometrioositietouden lisääminen terveydenhoitajien keskuudessa on myös tämän opinnäytetyön päätavoite. Asiakkaan ohjauksen ja neuvonnan kannalta terveydenhoitajan on myös oleellista tietää, että Endometrioosiyhdistys tarjoaa esimerkiksi vertaistukitoimintaa endometrioosia sairastaville naisille.

Yhteenvedona voidaan todeta, että tutkimustulokset vastasivat esitettyihin tutkimuskysymyksiin hyvin. Terveydenhoitajien tietoperusta endometrioosista on tutkimuksen mukaan tyydyttävä ja tiedontarve endometrioosista on suuri. Tutkimuksen mukaan suurin osa terveydenhoitajista arvioi tarvitsevansa lisätietoa endometrioosista. Tämä luo haasteen terveydenhoitajille itselleen, mutta myös heidän esimiehilleen kouluttautumisen saralla. Noin kolme viidestä terveydenhoitajasta kokee tutkimuksen mukaan tietojen päivittämisen oleellisena toimiessaan terveydenhoitajana. Tämä vahvistaa tutkimuksesta saatujen tulosten yhtenevyyttä.

8.2 Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus

Etiikan peruskysymykset liittyvät vahvasti siihen mikä ihmisten mielestä on hyvää tai pahaa ja oikein tai väärin. Tutkimuksen tekoon liittyy omat eettiset kysymyksensä. Kysymykset keskittyvät muun muassa aineiston keruun ja analysointi menetelmien eettisyyteen. Tiedon hankintaan ja niiden julkistamiseen liittyvät eettiset ohjeistukset ovat yleisesti tunnettuja ja hyväksytyjä, mutta missä menee esimerkiksi suostuttelun ja pakottamisen raja? Eettisten periaatteiden noudattaminen on kunkin tutkijan omalla vas-

tuulla. Hyvän eettisen tutkimuksen tekeminen edellyttääkin, että sen teossa on noudatettu hyvää tieteellistä käytäntöä. (Hirsjärvi ym. 2008, 23.)

Hyvän tutkimuksen perusvaatimuksia ovat validiteetti eli pätevyys ja reliabiliteetti eli luotettavuus. Lisäksi tärkeitä hyvän tutkimuksen ominaisuuksia ovat objektiivisuus eli puolueettomuus, tehokkuus ja taloudellisuus, avoimuus sekä tietosuoja. Käytännössä validiteetti tarkoittaa sitä, että tehty työ mittaa sitä, mitä sen oli tarkoituskin selvittää. Validiutta ei voida tarkastella opinnäytetyön valmistuttua. Tämän vuoksi validius on varmistettava etukäteen huolellisen suunnittelun ja tarkasti harkitulla tiedonkeruulla. Opinnäytetyön luotettavuuteen liittyy olennaisesti myös se, että opinnäytetyön toimeksiantajan kanssa on solmittu opinnäytetyösopimus. (Heikkilä 2004, 29–31.)

Reliabiliteetti kuvaa vuorostaan työn tulosten tarkkuutta. Opinnäytetyön tulokset eivät saa olla sattumanvaraisia. Opinnäytetyön tekijän tulee olla tarkka etenkin tietoja kerätessään, syöttäessään, käsitellessään ja tuloksia tulkitessaan. Virheitä voi sattua oikeastaan missä vain opinnäytetyön vaiheessa. On tärkeää huomioida myös kato eli lomakkeiden palauttamatta jättäneiden määrä. (Heikkilä 2004, 29–30.)

Tässä opinnäytetyössä on pyritty alusta asti noudattamaan hyvää tieteellistä käytäntöä. Lähteiden hankinnassa käytettiin useita erilaisia teoksia eri lähteistä ja jo aihetta mietittäessä pohdittiin aiheen tarpeellisuutta yhteistyössä Endometrioosiyhdistyksen kanssa. Aineiston keruu- ja analysointimenetelmiksi pyrittiin valitsemaan juuri tähän opinnäytetyöhön parhaiten soveltuvat menetelmät. Opinnäytetyösopimus solmittiin kaikkien tutkimukseen osallistuneiden yksiköiden kesken. Sopimukset allekirjoittivat palvelupäälliköt Hämeenlinnan kaupungin lasten ja nuorten kasvua tukevista palveluista ja YTHS:stä, johtava ylihoitaja Riihimäen seudun terveyskeskuksen kuntayhtymästä, toimitusjohtaja TyöSyke Oy:stä sekä yhtymäjohtaja Forssan seudun terveydenhuollon kuntayhtymästä.

Opinnäytetyösopimuksen mukana jokainen yksikkö sai yksityiskohtaisen opinnäytetyösuunnitelman, joka sisälsi käytetyn kyselylomakkeen ja saatekirjeen (liite 1). Itse aineiston keruu toteutui informoidulla kyselyllä Hämeenlinnassa ja Riihimäellä, henkilökohtaisesti tarkastetulla kyselyllä TyöSyke Oy:ssä sekä postikyselyllä Forssassa ja YTHS:ssä. Tutkimukseen osallistuminen oli täysin vapaaehtoista ja opinnäytetyön aihe sekä tarkoitus esiteltiin tiedonantajille ennen heidän osallistumistaan kyselyyn. Saatekirje sisälsi vastaavat tiedot kirjallisena. Sen tarkoituksena oli myös lisätä vastausmotivaatiota (Vehkalahti 2008, 48). Kaikilla vastaajilla oli mahdollisuus olla yhteydessä opinnäytetyön tekijään tarkentaakseen heille epäselviä kohtia.

Kuitenkin tärkeintä koko tutkimuksen ajan on ollut kunnioittaa vastaajan ihmisarvoa. Opinnäytetyön tekijän oli pyrittävä rehellisyyteen koko tutkimuksen ajan, epärehellisyyttä tuli välttää tutkimuksen kaikissa vaiheissa. (Leino-Kilpi & Välimäki 2009, 367; Hirsjärvi ym. 2008, 25.) Tutkimuksen kyselylomakkeen kysymykset pyrittiin esittämään siten, etteivät ne

mitenkään johdattelisi vastaajaa. Tämän lisäksi kyselylomake testattiin ja arvioitiin työn opponenteilla sekä kymmenellä kollegalla ennen käyttöön ottoa sen luotettavuuden takaamiseksi. Esitestauksen jälkeen kyselylomakkeisiin tehtiin vielä tarvittavia muutoksia. Tiedonantajille oli myös varattu riittävästi aikaa vastata kyselyyn.

Erityisen tärkeää oli turvata tiedonantajien anonymiteetti. Hyvän tietosuojan säilyttämiseksi tiedonantajien ei tarvinnut vastatessaan kyselyyn ilmoittaa omia henkilötietojaan, osoitetaan tai muita yhteistietoja itseltään. Terveydenhoitajien lähettämät vastaukset säilytettiin siten, etteivät ne joutuneet ulkopuolisten haltuun. Aineisto analysoitiin siten, ettei kukaan vastaajista ole tunnistettavissa. Myös vastauksista kerätty laadullinen aineisto kuvailtiin siten, ettei yksittäinen vastaaja ole tunnistettavissa alkuperäisistä teksteistä. Jokainen tutkimukseen osallistunut yksikkö sai opinnäytetyön itselleen. Näin kaikilla tutkimukseen osallistuneilla oli mahdollisuus tutustua tutkimustuloksiin. Opinnäytetyö on myös luettavissa Theseus-verkkokirjastossa.

Tutkimuksen luotettavuuteen vaikuttaa myös olennaisesti tutkimuksen perusjoukon ja otoksen laatu (Vehkalahti 2008, 43). Perusjoukosta eli terveydenhoitajista kootun otoksen ikäjakaumaa voidaan pitää melko laajana, joka lisää tutkimuksen luotettavuutta. Tutkimuksen luotettavuutta lisää myös otoskoon suuruus. Vaikka otanta pyrittiin suorittamaan mahdollisimman hyvin perusteiden, tutkimuksen luotettavuuteen voi vaikuttaa vastaajien valikoituminen. Vastaajien vallinnan tulisi perustua satunnaisuuteen eli jokaisella perusjoukkoon kuuluvalla tulisi olla sama todennäköisyys tulla valituksi otokseen (Vehkalahti 2008, 43).

Tässä tutkimuksessa tapahtui kuitenkin valikoitumista otoksen suhteen. Tämä voi vaikuttaa tutkimustuloksien yleistettävyyteen. Jotta tutkimus olisi täysin yleistettävissä, se olisi vaatinut haastavamman tilastomenetelmän valintaa sekä tarkempaa perehtymistä otantamenetelmiin ja tilastolliseen päättelyyn. Tässä tutkimuksessa esiin tulleet tutkimustulokset vahvistavat kuitenkin aikaisempien tutkimusten tuloksia. Tutkimustuloksia voidaan pitää ainakin suuntaa antavina.

Vastausten siirtäminen paperilomakkeelta valittuun tilastonkäsittelyohjelmaan voi olla riskialtista (Kananen 2008, 39). Tutkija on vastuussa koko aineiston analysoimisesta ja sen luotettavuudesta. Tämän vuoksi vastauksia kirjatessa pyrittiin äärimmäiseen huolellisuuteen ja vastaukset tarkastettiin kirjaamisen jälkeen kahdesti virheiden löytämiseksi. SPSS-ohjelmistoon luotu havaintomatriisi edesauttoi mahdollisten virheiden löytämisessä. Laadullisen aineiston tulkinnessa huomioitiin erityisesti, että opinnäytetyön tekijä on velvollinen analysoimaan koko aineiston. Koko tutkimusaineisto luettiin huolellisesti lävitse useita kertoja. Tutkimustulosten raportoinnissa vältettiin tietoista tai omien ennakoasenteiden vaikutusta tutkimustuloksiin (Heikkilä 2004, 30–31). Tämä osoittautui ajoittain haastavaksi, sillä tutkijoita oli vain yksi.

Laadullinen aineisto kvantitatiivisen tutkimusaineiston tukena lisäsi tutkimuksen luotettavuutta. Vastaukset olivat täydentämässä ja tukemassa kvantitatiivisen aineiston tuloksia. Tuloksia ei analysoitu erillisellä aineiston analyysimenetelmällä, sillä niistä ei ollut tarkoitus nostaa esille yleistyksiä. Kyselylomakkeeseen tuotiin myös erillisten avointen kysymysten lisäksi terveydenhoitajien tiedontarvetta kartoittavaan osioon vastausvaihtoehto muu, mikä. Avoimen vastausvaihtoehdon tarjoamisella pyrittiin siihen, ettei vastaaja tuntisi tulleen johdatelluksi. Tästä vastausvaihtoehdosta kertyneet vastaukset kuvailtiin kvantitatiivisen aineiston tulosten yhteydessä.

Tässä opinnäytetyössä kato pyrittiin huomioimaan riittävällä otoskoolla. Vastausprosentiksi saatiinkin 59, jota voidaan pitää hyvänä tuloksena. Kun kysely kohdistui erityisryhmään eli terveydenhoitajiin, voitiin olettaa suhteellisen hyvää vastausprosenttia ja myös asiantuntevia vastauksia. Opinnäytetyön tekijälle tuli kuitenkin yllätyksenä tietojen puuttuminen eli eräkadon esiintyminen. Eräkato oli lähes olematonta muissa kysymyksissä, mutta endometriosisin aiheuttaman kivun itsehoitoon liittyvissä kysymyksissä sitä esiintyi jonkin verran.

On vaikea arvioida miksi eräkatoa esiintyi juuri tässä osioissa. On mahdollista, että kyseinen osio koettiin vaikeasti ymmärrettäväksi tai sitä ei huomattu täyttää, sillä se sijaitsi neljännen sivun yläalaidassa. Eräkato oli tässäkin osiossa kuitenkin niin pientä, ettei se vaikuttanut oleellisesti tutkimustulosten luotettavuuteen. Puuttuvia vastauksia ei paikattu tilastollisin menetelmin, sillä se olisi voinut vaikuttaa enemmän tulosten luotettavuuteen. Puuttuvien tietojen paikkaus vastausten keskiarvolla olisi pienentänyt muuttujien hajontaa ja näin mahdollisesti parantanut todenperäistä tulosta (Vehkalahti 2008, 86). Puuttuvien tietojen paikkausta ei katsottu tarpeelliseksi työn luotettavuuden kannalta. Kyselylomakkeita, joissa puuttuvia vastauksia esiintyi, ei haluttu hylätä niiden sisältämän muun arvokkaan tiedon vuoksi.

8.3 Kehittämisehdotukset ja jatkotutkimushaasteet

Jatkuvasti muuttuva yhteiskuntamme luo todellisia haasteita terveydenhoitotyölle. Tietojen päivittämisestä on tullut osa terveydenhoitajan jokapäiväistä työtä. Tämän tutkimuksen mukaan terveydenhoitajat arvioivat tarvitsevansa lisätietoa endometriosisista. Jokaisella terveydenhoitajalla on vastuu omien tietojensa päivittämisestä, mutta esimies voi vaikuttaa esimerkiksi koulutustarjontaan. Terveydenhoitajilla on mahdollisuus keskustella täydennyskoulutustarpeistaan esimiehensä kanssa. Olisi hienoa mikäli täydennyskoulutuksen yhdeksi osaksi voisi valita esimerkiksi luentoja endometriosisista. Esimerkiksi kivun itsehoitomenetelmiä ja vaihtoehtoisia hoitomuotoja voitaisiin käsitellä myös terveydenhoitajakoulutuksessa.

Endometriosisiyhdistyksellä on mahdollisuus tuloksia hyödyntäen ja omaa harkintaa käyttäen kohdistaa esimerkiksi tiedotuskampanjoita terveydenhoitajille. Toisaalta myös esimiehet voivat tutkimustulosten perusteella arvioida yksikkönsä terveydenhoitajien koulutustarvetta endometriosisista. Näin myös terveydenhoitajat voivat ryhtyä toimiin endometriositietouden

lisäämiseksi asiakkaidensa keskuudessa. Tärkeintä olisi lisätä tietoutta nimenomaan endometrioosin oireista nuorten naisten keskuudessa. Näin nuoret osaisivat hakeutua oireineen terveydenhoitajan vastaanotolle, joka ohjaisi nuoren tarvittaessa jatkotutkimuksiin. Asiallinen ja todenperäinen tieto sairaudesta edesauttaa taudin tunnistettavuutta ja ehkäisee väärinkäsityksiä.

Jatkotutkimuksena voitaisiin selvittää myös liikunnan- ja terveystiedon opettajien tietoperustaa ja tiedontarvetta endometrioosista. Liikunnan opettaja on useissa kouluissa vastuussa terveystiedon opettamisesta terveydenhoitajan kanssa. Näin ollen olisi tärkeää, että myös heillä olisi ajantasaiset tiedot endometrioosista nuoren naisen sairautena. Olisi mielenkiintoista selvittää myös nuoren naisen näkökulmasta kokemuksia terveystiedon tunneilla ja terveydenhoitajan vastaanotolla tulleesta informaatiosta endometrioosista ja siitä miten nuoret ovat tietoon suhtautuneet.

8.4 Opinnäytetyöprosessi osana ammatillista kasvua

Opinnäytetyöprosessin yhtenä päätavoitteena voidaan pitää sitä, että opiskelija kykenee soveltamaan ammatillista erikoisosaamistaan käytännön asiantuntijatehtävissä. Tämän lisäksi opiskelijan tulee osana prosessia soveltaa työssään muun muassa erilaisia tutkimus-, kehittämis- ja tiedonhankintamenetelmiä. (Opinnäytetyöopas 2010, 1.) Oman opinnäytetyöprosessini myötä olen saanut valmiuksia tieteellisen tutkimusten tekemiseen. Tutuksi ovat tulleet niin laadullinen kuin määrällinen tutkimus ja suurin osa niiden eri tutkimusmenetelmistä. Koko opinnäytetyöprosessi kesti noin kaksi ja puoli vuotta, vaikka itse työn parissa työskentelin puolitoista vuotta. Näiden vuosien aikana olen kehittynyt paljon sekä terveydenhoitajana että tutkijana.

Aluksi oli opeteltava teorit, kuinka tutkimus tehdään ja mistä ylipäänsä lähteä liikkeelle. Erilaisten oppaiden tulkinna ja kurssien jälkeen oli ryhdyttävä tosi toimiin. Aiheen valinta ja sen tarpeellisuuden arviointi vahvistivat käsitystä siitä, miten tärkeää hyvän tieteellisen käytännön noudattaminen heti alusta alkaen todella on. Myös lähteiden valinnassa törmäsin uudestaan tutkimuseettisiin kysymyksiin. Työelämälähtöisyys ja työn tarpeellisuus olivat pohjana koko opinnäytetyöprosessille ja siksi työtä lähdettiin suunnittelemaan yhteistyössä Endometrioosiyhdistyksen kanssa. Aihevalintaa pohdittiin eri näkökulmista, mutta lopulta päädyttiin tutkimaan juuri terveydenhoitajien tietoperustaa ja tiedontarvetta endometrioosista.

Tutkimusetiikan näkökulmat nousivat vahvasti esiin myös viitekehystä ja tulososaa kirjoitettaessa. Lähteiden hankinnassa oli noudatettava kriittisyyttä aivan eri tavalla kuin aikaisemmin. Viitekehystä ja tulososaa kirjoitettaessa huomio kiinnittyi niin hyvän ja sujuvan tieteellisen tekstin kirjoittamiseen kuin tutkimusetiikan luomiin haasteisiin referoinnin suhteen. Katsoessani nyt koko prosessia olkani yli, olen mielestäni eniten kasvanut ja kehittynyt juuri tieteellisen tekstin kirjoittamisessa niin teknisesti kuin eettisestikin. Pintapuolisesti tarkastellen voisin sanoa kehittyneeni eniten

tutkijana ja nimenomaan erilaisten tutkimusmenetelmien käytössä. Pohjimmiltaan prosessi on kuitenkin antanut eniten juuri viestinnän saralla. Opinnäytetyön pohdinta-osio tarjosi uusia miellyttäviä haasteita pohdinnan suhteen.

Tiedot erilaisista tutkimusmenetelmistä ovat karttuneet opintojaksoista ja erilaisista oppaista saadun teorian myötä, mutta eniten on kuitenkin antanut käytäntö. Teoriatiedon soveltaminen ja hyödyntäminen käytännön työssä on vahvistunut tämän prosessin aikana. Prosessin aluksi oli mietittävä millä menetelmillä aineisto kerätään ja analysoidaan. Tässä työssä minua ovat auttaneet eniten asiantuntevat kirjat ja oppaat aiheista. Kyselylomakkeen valmistamisen vaativuus ja haastavuus yllätti. Oli otettava huomioon hyvin monenlaisia asioita erilaisista näkökulmista. Esitetaus kuitenkin varmisti lomakkeen toimivuuden ja oli näin tärkeä osa prosessia. SPSS-tilasto-ohjelman käyttäminen osoittautui ennalta ajateltua helpommaksi. Tutkimusaineiston siirtäminen sekä frekvenssien ja prosenttien laskeminen SPSS-tilasto-ohjelmalla onnistuivat asiantuntevan ohjauksen jälkeen melko vaivattomasti. Ohjelman toimintojen mahdollisuuksien todelliseen syventymiseen ei ollut mahdollisuutta tässä prosessissa.

Terveystenhoitajan työn ja ammatillisen kasvun näkökulmasta oleellisin oppi on tullut työn kehittämisen näkökulmasta. Prosessin aikana teoreettiset tietoni erityisesti endometriosisista ovat vahvistuneet. Prosessi on kehittänyt myös organisointikykyäni, osin tehtyjen virheiden kautta. Haluni kehittää, edistää ja uudistaa on vahvistunut prosessin myötä. Henkilökohtaisesti minulle on ollut tärkeää työni hyödynnettävyys. Itse työelämään opinnäytetyöprosessi on antanut minulle paljon. Jo aiheeseen perehtyminen antaa paljon valmiuksia tuleviin työtehtäviin. Aihe ajankohtaisuudellaan puhuttaa ihmisiä niin mediassa kuin arjessa. Toivon, että opinnäytetyöni avulla olemme yhdessä Endometriosisyhdistyksen kanssa lisänneet endometriositietoutta ammattilaisten keskuudessa ja näin osaltamme vaikuttaneet endometriosisin tunnettavuuteen, tavoitteenamme taudin aikaisempi diagnosointi ja asiakkaiden hoitoon pääsyn aikaistaminen.

LÄHTEET

- Antti-Poika, M. 2006. Terveystarkastukset työterveyshuollossa. Teoksessa Antti-Poika, M., Martimo, K-P. & Husman, K. (toim.) Työterveyshuolto. Hämeenlinna: Duodecim. 259–268.
- Bjålie, J. G., Haug, E., Sand, O., Sjaastad, Q. V. & Toverud, K. C. 2005. Ihminen Fysiologia ja anatomia. Tanska: Norhaven Book.
- Bloski, T. & Pierson, R. 2008. Endometriosis and chronic pelvic pain. *Nursing for Women's Health* 5/08. 382–395.
- Endometrioosi. 2003. Teoksessa Bricklin, M. (toim.) Suuri kivunhoitokirja. Keuruu: Otava. 34–40.
- Endometrioosi vähän tunnettu naisia invalidisoiva sairaus. 2009. Viitattu 30.1.2009. <http://www.verkkouutiset.fi/arkisto/kotimaa/140912.html>.
- Endometrioosiyhdistys. 2009. Endometrioosiyhdistys ry. Viitattu 17.4.2010. <http://endometrioosiyhdistys.fi/index.php?section=10>.
- Eskola, K. & Hytönen, E. 2008. Nainen hoitotyön asiakkaana. Helsinki: WSOY.
- Farquhar, CM. 2005. Diagnosis and treatment of an ovarian endometrioma in young woman with dysmenorrhea. *Journal of Clinical Outcomes Management (JCOM)* 11/05. 577-584.
- Hakanen, S. 2009. Naisen saama tieto sairastuessaan endometrioosiin. Hämeen ammattikorkeakoulu. Hoitotyön koulutusohjelma. Opinnäytetyö.
- Heikkilä, T. 2004. Tilastollinen tutkimus. 5., uudistettu painos. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Hippeläinen, M. 2001. Endometrioosi. Viitattu 19.12.2008. <http://www.terveysportti.fi/xmedia/duo/duo92173.pdf>.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2008. Tutki ja kirjoita. 13.–14. osin uudistettu painos. Keuruu: Tammi.
- Härkki, P. 2006. Endometrioosi. *Duodecim* 15/06. 1869–1870.
- Härkki, P. & Heiskanen K. 2005. Murrosikäisten tyttöjen toistuvat vatsakivut – gynekologinen vai muu ongelma. *Duodecim* 17/05. 1889–1898.
- Jopa viidennes naisista kärsii endometrioosista. 2010. *Turun Sanomat* 6.3.2010.

Järvi, U. 2009. Endometrioosia syytä epäillä jo nuorella naisella. Viitattu 30.1.2009. http://www.laakarilehti.fi/uutinen.html?opcode=show/news_id=6727/news_db=web_lehti2006/type=1.

Kananen, J. 2008. Kvantti – Kvantitatiivinen tutkimus alusta loppuun. Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulu.

Kauppila, A. & Santala, M. 2004. Endometrioosi. Teoksessa Kauppila, A. & Ylikorkala, O. (toim.) Naistentaudit ja synnytykset. Keuruu: Duodecim. 96–106.

Kero, K. 2007. Endometrioosi. Luento. 17.12.2007. Hämeen ammattikorkeakoulu.

Kivelä, A. 2006. Endometrioosi. Teoksessa Paananen, U K., Pietiläinen, S., Raussi-Lehto, E., Väyrynen, P. & Äimälä, A-M. (toim.) Kätilötyö. Tampere: Edita. 571–572.

Kosunen, E. 2000. Seksuaalisuus. Teoksessa Terho, P., Ala-Laurila, E-L., Laakso, J., Krogius, H. & Pietikäinen, M. (toim.) Kouluterveydenhuolto. Jyväskylä: Gummerus. 122–132.

Kosunen, E., Cacciatore, R. & Hervonen, A. 2003. Seksuaalisuus elämänsäkaressa. Duodecim 3/03. 209–216.

Kouluterveydenhuolto 2002 - Opas kouluterveydenhuollolle, peruskouluille ja kunnille. 2002. Stakes & Sosiaali- ja terveysministeriö. Saarijärvi: Gummerus.

Laine, T. 2005. Tytöstä naiseksi – murrosiän normaali kehitys ja tavallimmat poikkeavuudet. Duodecim 17/05. 1875–1879.

Leino-Kilpi, H. & Välimäki M. 2009. Etiikka hoitotyössä. Juva: WSOY.

Lemaire, GS. 2004. More than just menstrual cramps: symptoms and uncertainty among women with endometriosis. Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing (JOGNN) 1/04. 71-79.

Lindroos, H. & Palasvirta-Manninen, S. 2008. Endometrioosia sairastavien naisten kokemuksia vertaistuesta. Diakonia ammattikorkeakoulu. Sosiaalialan ja hoitotyön koulutusohjelma. Opinnäytetyö.

Makkonen, A., Sutela M-L. & Vihanto L. 2009. Terveydenhoitaja seksuaaliterveyden edistäjänä lukioissa ja ammatillisissa oppilaitoksissa. Metropolia, hoitotyön koulutusohjelma. Opinnäytetyö.

Metsämuuronen, J. 2000. SPSS aloittelevan tutkijan käytössä. Viro: Jaabes OÜ.

Mulari-Ikonen, A. 2009. E-pillerit hidastavat endometrioosin kasvua. *Aamulehti* 8.1.2009.

Mäkelä, M. 2008. Kouluterveydenhoitajien tietämys tyypin 1 diabeteksestä. Satakunnan ammattikorkeakoulu. Hoitotyön koulutusohjelma. Opinnäytetyö.

Neuvolatoiminta, koulu- ja opiskeluterveydenhuolto sekä ehkäisevä suun terveydenhuolto. Asetuksen (380/2009) perustelut ja soveltamisohjeet. 2009. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2009:20. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.

Niskanen, A. & Palviainen, A. 2008. Endometrioosin kivunhoito - vaihtoehtoiset hoitomuodot ja itsehoito. Jyväskylän ammattikorkeakoulu. Hoitotyön koulutusohjelma. Opinnäytetyö.

Ohjeita nuorelle naiselle. 2009. Endometrioosiyhdistys ry. Viitattu 7.3.2010. <http://www.endometrioosi.fi/index.php?section=22>.

Opinnäytetyöopas. 2010. Hämeen ammattikorkeakoulu, opinnäytetyöryhmä. Toimintaohje.

Opiskeluterveydenhuollon opas. 2006. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2006:12. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.

Perheentupa, A., Erkkola, R. & Koulu, M. 2005. Primaari dysmenorrea – kivuliaat kuukautiset. *Duodecim* 13/05. 1411–1418.

Rautio, M. 2008. Työikäinen terveydenhuollon asiakkaana. Teoksessa Haarala, P., Honkanen, H., Mellin, O-K. & Terveaskanto-Mäentausta, T. (toim.) *Terveydenhoitajan osaaminen*. Helsinki: Edita. 405–419.

Ruski, S. 2000. Kouluterveydenhoitajan tehtävät. Teoksessa Terho, P., Ala-Laurila, E-L., Laakso, J., Krogius, H. & Pietikäinen, M. (toim.) *Kouluterveydenhuolto*. Jyväskylä: Gummerus. 45–51.

Setälä, M., Hurskainen, R., Kauko, M., Kujansuu, E., Tiitinen, A., Vuorma, S. & Mäkelä, M. 2001. Endometrioosin aiheuttaman kivun hoito. *Stakes. Raportti 19*. Helsinki: Stakes.

Terho, P. 2000. Terveyskasvatus. Teoksessa Terho, P., Ala-Laurila, E-L., Laakso, J., Krogius, H. & Pietikäinen, M. (toim.) *Kouluterveydenhuolto*. Jyväskylä: Gummerus. 398–405.

Tervaskanto-Mäentausta, T. 2008. Kouluikäinen ja nuori. Teoksessa Haarala, P., Honkanen, H., Mellin, O-K. & Terveaskanto-Mäentausta, T. (toim.) *Terveydenhoitajan osaaminen*. Helsinki: Edita. 365–404.

Vainio, A. 2004. Kivunhallinta. Jyväskylä: Duodecim.

Vainio, A. 2002. Ruumiin hoito – fysioterapia. Teoksessa Kalso, E. & Vainio A. (toim.) Kipu. Jyväskylä: Gummerus. 203–206.

Vehkalahti, K. 2008. Kyselytutkimuksen mittarit ja menetelmät. Vammala: Tammi.

Vilka, H. 2007. Tutki ja mittaa: määrällisen tutkimuksen perusteet. Jyväskylä: Gummerus.

Ylikorkala, O. 2004. Dysmenorrea. Teoksessa Kauppila, A. & Ylikorkala, O. (toim.) Naistentaudit ja synnytykset. Keuruu: Duodecim. 80–83.

HYVÄ TERVEYDENHOITAJA!

Opiskelen Hämeen ammattikorkeakoulussa Hämeenlinnassa terveydenhoitajaksi. Opintoihini kuuluu opinnäytetyön tekeminen opiskelijan loppuvaiheessa. Aiheenani on terveydenhoitajien tietoperusta ja tiedontarve endometriiosista.

Opinnäytetyöni tavoitteena on kartoittaa terveydenhoitajien omia kokemuksia siitä millainen on heidän tietoperustansa ja tiedontarpeensa endometriiosista. Opinnäytetyön tarkoituksena on myös lisätä terveydenhoitajien tietoutta endometriiosista ja näin mahdollistaa taudin aikaisempi diagnosointi ja aikaistaa asiakkaiden hoitoon pääsyä.

Terveydenhoitotyön opinnäytetyö on kaksivaiheinen. Siihen sisältyvät sekä sairaanhoitajatutkintoon että terveydenhoitajatutkintoon liittyvät opinnäytetyöt. Opinnäytetyön laajuus kokonaisuudessaan on 15+5 opintopistettä. Terveydenhoitaja tutkintoon liittyvänä 5 opintopisteen kehittämistehtävänä on tarkoitus, sairaanhoitajakoulutuksen opinnäytetyön tuloksia hyödyntäen, tuottaa infolehtinen terveydenhoitajille aiheesta endometriooosi nuoren naisen sairautena. **Osallistumisenne tutkimukseen on minulle ensiarvoisen tärkeää!**

Kyselyyn vastaaminen perustuu vapaaehtoisuuteen. Teidän henkilöllisyytenne ei tule paljastumaan opinnäytetyön missään vaiheessa, sillä vastaatte kyselyyn anonyymisti. Vastauksenne analysoidaan luottamuksellisesti ja ne tulevat vain opinnäytetyön tekijän käyttöön. Vastauksenne tullaan säilyttämään siten, etteivät ne joudu ulkopuolisille. Opinnäytetyöni valmistuu keväällä 2010 ja on sen jälkeen saatavilla Hämeen ammattikorkeakoulun Lahdensivun kirjastosta.

Pyydän teitä postittamaan kyselylomakkeen täytettynä oheisessa vastauskuoressa (postimaksu maksettu) **xx.xx.2009 mennessä**. Vastaan mielelläni opinnäytetyötäni tai kyselyä koskeviin kysymyksiin.

Lämmin kiitos mielenkiinnostanne ja osallistumisestanne!

Yhteystiedot:

Viivi Veräväinen
Lintukorventie 2 B 13
02660 ESPOO
040 5293469
viivi.veravainen@student.hamk.fi

KYSELYLOMAKE:

**TERVEYDENHOITAJIEN TIETOPERUSTA JA TIEDONTARVE
ENDOMETRIOOSISTA**

Seuraavat kysymykset koskevat taustatietojanne. Ympyröikää sopiva vaihtoehto tai kirjoittakaa vastaus sille varattuun tilaan. Tarvittaessa voitte jatkaa vastauksianne paperin kääntöpuolelle.

Taustatiedot:

1. Ikänne?

- 1 20–30 vuotta
- 2 31–40 vuotta
- 3 41–50 vuotta
- 4 51–60 vuotta
- 5 yli 60 vuotta

2. Kuinka kauan olette työskennellyt terveydenhoitajana?

- 1 alle 5 vuotta
- 2 5–10 vuotta
- 3 11–15 vuotta
- 4 16–20 vuotta
- 5 yli 20 vuotta

3. Millä terveydenhuollon alalla työskentelette terveydenhoitajana?

4. Oletteko vastaanotollanne kohdannut endometrioosin oireista kärsivää naista?

- 1 Kyllä
- 2 Ei

Mikäli vastasitte ”Kyllä”, vastatkaa vielä kahteen seuraavaan tarkentavaan kysymykseen.

Mikäli vastasitte ”Ei”, voitte siirtyä kysymykseen seitsemän.

5. Tunnistitteko oireet endometrioosiksi?

- 1 Kyllä
2 En

6. Miten jatkohoito toteutui, mihin ohjasitte asiakkaan?

Seuraavien kysymysten avulla on tarkoitus kartoittaa omia kokemuksianne ja arviointejanne tiedoistanne koskien endometrioosia. Ympyröikää kokemustanne vastaava numero tai kirjoittakaa vastaus sille varattuun tilaan. Tarvittaessa voitte jatkaa vastauksianne paperin kääntöpuolelle.

- 1 = Välttävät tiedot
2 = Tyydyttävät tiedot
3 = Hyvät tiedot
4 = Kiitettävät tiedot

- | | | | | |
|--|---|---|---|---|
| 7. Endometrioosin syntymekanismit (Implantaatioteoria, metaplasiateoria, metastaasiteoria ja induktioteoria) | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 8. Endometrioosin diagnosointi | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 9. Endometrioosin oireet | 1 | 2 | 3 | 4 |

10. Mitkä ovat endometrioosin tyypillisimmät oireet?

- 1 = Välttävät tiedot
 2 = Tyydyttävät tiedot
 3 = Hyvät tiedot
 4 = Kiitettävät tiedot

11. Endometrioosin lääkehoito:

- | | | | | |
|--|---|---|---|---|
| a. tulehduskipulääkkeiden
käyttö endometrioosin
hoidossa | 1 | 2 | 3 | 4 |
| b. yhdistelmäehkäisytablettien
käyttö endometrioosin
hoidossa | 1 | 2 | 3 | 4 |
| c. hormonikierukan käyttö
endometrioosin hoidossa | 1 | 2 | 3 | 4 |
| d. progestiinin eli
keltarauhashormonin
käyttö endometrioosin hoidossa | 1 | 2 | 3 | 4 |
| e. danatsolin käyttö
endometrioosin hoidossa | 1 | 2 | 3 | 4 |
| f. GnRH-agonistien käyttö
endometrioosin hoidossa | 1 | 2 | 3 | 4 |

12. Endometrioosin leikkaushoito:

- | | | | | |
|----------------------|---|---|---|---|
| a. säästävä leikkaus | 1 | 2 | 3 | 4 |
| b. radikaalileikkaus | 1 | 2 | 3 | 4 |

- 1 = Välttävät tiedot
 2 = Tyydyttävät tiedot
 3 = Hyvät tiedot
 4 = Kiitettävät tiedot

13. Endometrioosin aiheuttaman kivun itsehoito:

a. lämpöhoito	1	2	3	4
b. kylmähoito	1	2	3	4
c. rentoutuminen	1	2	3	4
d. ruokavalio	1	2	3	4
e. liikunta	1	2	3	4

14. Mistä olette saanut tietoa endometrioosista?

Seuraavien kysymysten avulla on tarkoitus kartoittaa omia kokemuksianne ja arviointejanne tiedontarpeistanne endometrioosista. Ympyröikää sopiva vaihtoehto tai kirjoittakaa vastaus sille varattuun tilaan. Tarvittaessa voitte jatkaa vastauksianne paperin kääntöpuolelle.

15. Oletteko mielestänne saanut riittävästi tietoa endometrioosin syntymekanismeista?

- 1 Kyllä
 2 En
 3 Muu, mikä? _____

16. Oletteko mielestänne saanut riittävästi tietoa endometrioosin diagnosoinnista?

- 1 Kyllä
 2 En
 3 Muu, mikä? _____

17. Oletteko mielestänne saanut riittävästi tietoa endometrioosin oireista?

- 1 Kyllä
- 2 En
- 3 Muu, mikä? _____

18. Oletteko mielestänne saanut riittävästi tietoa endometrioosin lääkehoidosta?

- 1 Kyllä
- 2 En
- 3 Muu, mikä? _____

19. Oletteko mielestänne saanut riittävästi tietoa endometrioosin leikkaushoidosta?

- 1 Kyllä
- 2 En
- 3 Muu, mikä? _____

20. Oletteko mielestänne saanut riittävästi tietoa endometrioosin aiheuttaman kivun itsehoidosta?

- 1 Kyllä
- 2 En
- 3 Muu, mikä? _____

21. Oletteko mielestänne saanut riittävästi tietoa Endometrioosiyhdistyksestä?

- 1 Kyllä
- 2 En
- 3 Muu, mikä? _____

22. Tunnetko tarvitsevasi lisätietoa endometrioosista?

- 1 Kyllä
- 2 En
- 3 Muu, mikä? _____

23. Haluaisitteko tarkentaa joitain tietoja endometrioosiin liittyen? Jos, niin mitä?

24. Onko tietojen päivittäminen endometrioosista mielestänne oleellista toimies-
sanne terveydenhoitajana (ilmoittamallanne terveydenhuollon alalla)?

- 1 Kyllä
- 2 Ei
- 3 Muu, mikä? _____

TAULUKKO 2 Tutkimukseen osallistuneiden taustatiedot

<i>Kys. Taustatiedot</i>	<i>n</i>		<i>Kyllä</i>	<i>En</i>	<i>Yhteensä</i>
Endometrioosipotilaan	42	f	27	15	42
4. kohtaaminen vastaan- otolla		%	64	36	100
5. Oireiden tunnistaminen	25	f	18	7	25
		%	72	28	100

TAULUKKO 3 *Terveystietojen perusta endometrioosista*

<i>Kys.</i>	<i>Tietoperusta endometrioosista</i>	<i>n</i>		<i>Välttävät tiedot</i>	<i>Tyydyttävät tiedot</i>	<i>Hyvät tiedot</i>	<i>Kiitettävät tiedot</i>	<i>Yhteensä</i>
7.	Syntymekanismit	41	f	24	15	2	0	41
			%	59	37	5	0	100
8.	Diagnosointi	42	f	9	25	8	0	42
			%	21	60	19	0	100
9.	Oireet	42	f	2	18	22	0	42
			%	5	43	52	0	100
11. Lääkehoito								
a)	Tulehduskipulääkkeiden käyttö	42	f	16	16	9	1	42
			%	38	38	21	2	100
b)	Yhdistelmäehkäisy-pillereiden käyttö	42	f	12	16	13	1	42
			%	29	38	31	2	100
c)	Hormonikierukan käyttö	40	f	12	20	7	1	40
			%	30	50	18	3	100
d)	Progestiinin eli kelta-rauhashormonin käyttö	41	f	16	22	2	1	41
			%	39	54	5	2	100
e)	Danatsolin käyttö	40	f	31	8	0	1	40
			%	78	20	0	3	100
f)	GnRH-agonistien käyttö	40	f	31	7	1	1	40
			%	78	18	3	3	100
12. Leikkaushoito								
a)	Säästävä leikkaus	41	f	21	12	6	2	41
			%	51	29	15	5	100
b)	Radikaali leikkaus	41	f	22	13	5	1	41
			%	54	32	12	2	100
13. Itsehoito								
a)	Lämpöhoito	39	f	10	17	11	1	39
			%	26	44	28	3	100
b)	Kylmähoito	39	f	14	15	9	1	39
			%	36	39	23	3	100
c)	Rentoutuminen	39	f	10	14	13	2	39
			%	26	36	33	5	100
d)	Ruokavalio	37	f	14	18	4	1	37
			%	38	49	11	3	100
e)	Liikunta	38	f	10	17	10	1	38
			%	26	45	26	3	100

TAULUKKO 4 *Terveydenhoitajien tiedontarve endometrioosista*

<i>Kys.</i>	<i>Tiedontarve endometrioosista</i>	<i>n</i>		<i>Kyllä</i>	<i>En</i>	<i>Muu</i>	<i>Yhteensä</i>
15.	Syntymekanismit	42	f	6	33	3	42
			%	14	79	7	100
16.	Diagnosointi	41	f	8	29	4	41
			%	20	71	10	100
17.	Oireet	41	f	21	16	4	41
			%	51	39	10	100
18.	Lääkehoito	41	f	6	32	3	41
			%	15	78	7	100
19.	Leikkaushoito	41	f	4	34	3	41
			%	10	83	7	100
20.	Kivun itsehoito	41	f	8	31	2	41
			%	20	76	5	100
21.	Endometrioosiyhdistys	41	f	3	37	1	41
			%	7	90	2	100
22.	Lisätiedontarve endometrioosista	41	f	35	3	3	41
			%	85	7	7	100
24.	Tietojen päivittäminen endometrioosista	42	f	27	6	9	42
			%	64	14	21	100