

ENDOMETRIOOSI JA RASKAUS
POTILASOHJAUKSEN NÄKÖKULMASTA

Malika Nigmatova

ENDOMETRIOOSI JA RASKAUS
POTILASOHJAUKSEN NÄKÖKULMASTA

Malika Nigmatova
Opinnäytetyö, kevät 2014
Diakonia-ammattikorkeakoulu
Hoitotyön koulutusohjelma
Terveystenhoitaja (AMK)

TIIVISTELMÄ

Nigmatova Malika. Endometrioosi ja raskaus potilasohjauksen näkökulmasta. DIAK Helsinki, kevät 2014, 57 sivua, 1 liite.

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

Opinnäytetyöni tarkoituksena oli selvittää kirjallisuuden avulla endometrioosin vaikutuksia raskaaksi tulon mahdollisuuteen sekä potilaan perhe-elämään. Tavoitteena oli saada selville endometrioosin vaikutusta raskauteen, raskauteen vaikutusta endometrioosiin, joka oli tarkasteltu myös endometrioosipotilaan ohjauksen näkökulmasta. Lisäksi halusin selvittää miten hyvä ohjaus ja läheisten tuki vaikuttavat endometrioosipotilaan raskaaksi tulon mahdollisuuteen. Työssä esitin teoria endometrioosista, sen oireista, hoidoista, normaalista raskaudesta, endometrioosipotilaan ohjauksesta, hyvästä ohjauksesta ja kumppanin tuesta.

Tukitusmenetelmänä oli kvalitatiivinen subjektiivis-teoreettinen menetelmä. Kyseisen menetelmän tavoitteena oli tuottaa merkityksellistä ja ymmärrettävää tietoa, laadullista menetelmä käyttäen. Tutkimuskirjallisuutta oli analysoitu systemaattisen tekstianalyysin avulla.

Tutkimustulokset osoittivat, että raskaaksi tulon mahdollisuutta endometrioosin yhteydessä oli edistetty leikkaushoitojen ja lapsettomuushoitojen avulla. Endometrioosin poisto leikkauksen avulla paransi ennusteita tulla raskaaksi siten, että 25% naisista tulivat raskaaksi leikkaushoitojen jälkeen ilman muita hoitoja. Raskauden ja imetyksen aikana endometrioosi pysyi oireettomana. Oireet palasi usein kuukautiskierron mukana. Voimaantuminen ja potilaskeskeinen vuorovaikutus lisäsi potilaan sitoutumista omahoitoon ja varmisti hoidon jatkuvuutta. Kumppanin tuki oli tärkeä raskaaksi pyrkivälle endometrioosipotilaalle. Potilasohjausteorioiden pohjalta oli kehitetty ”Endometrioosipotilaan ohjaus” – lehtiö.

Asiasanat: endometrioosi, normaali raskaus, endometrioosi ja raskaus, potilasohjaus, hyvä ohjaus, kumppanin tuki

ABSTRACT

Nigmatova Malika.

Endometriosis and pregnancy from perspective of patient guidance, 57 p, 1 appendix. Language: Finnish. Helsinki, Spring 2014.

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

Purpose of the thesis was to investigate through literature how endometriosis affects the chance of getting pregnant. The aim was to determine the effect of endometriosis on pregnancy and pregnancy on endometriosis from perspective of endometriosis patient guidance. Another purpose was to find out how good guidance methods and partner support affects the patient chances of getting pregnant with endometriosis.

The study method was qualitative and was approached by subjective-theoretical method. The reviewed scientific studies of endometriosis, endometriosis and pregnancy, and patient guidance were examined and analyzed using systematic text analysis.

The study results showed that the chance of getting pregnant with endometriosis was promoted by surgery treatments and infertility therapies. Endometriosis removal surgery provided better forecasts to get pregnant, after surgery treatments 25% of women became pregnant without other treatments. Also results showed that endometriosis during pregnancy and lactation period stayed without symptoms. Symptoms usually came back with menstruation cycle. Patient guidance theories were provided good tips for endometriosis patient guidance. The results showed that empowerment and patient-centered interactions ensured the patients self-care compliance and contributed to the continuity of care. Support provided by partners was important for pregnancy endeavored endometriosis patients. The studies conclusions were compiled to product, which is the list of endometriosis patient guidance tips.

Keywords: endometriosis, normal pregnancy, endometriosis and pregnancy, patient guidance, good guidance, partners support

SISÄLLYS

1 JOHDANTO	8
2 TAVOITTEET, TARKOITUS JA KOHDERYHMÄ.....	10
3 ENDOMETRIOOSI SAIRAUTENA.....	11
3.1 Endometrioosin oireet.....	13
3.2 Etiologia ja patogeneesi.....	14
3.3 Tutkimukset ja diagnosointi.....	15
3.4 Endometrioosin ennaltaehkäisy	16
4 ENDOMETRIOOSIN HOITO.....	18
4.1 Lääkehoito	18
4.1.2 Tulehduskipuläkkeet ja yhdistelmäehkäisy	19
4.1.3 PG-syntesin estäjät ja progestiinit	20
4.1.4 GnRH-agonistit	20
4.1.5 Aromataasi-inhibitorit.....	21
4.2 Leikkaushoito.....	21
4.3 Tulevaisuuden näkymät endometrioosipotilaan hoidossa.....	23
5 ENDOMETRIOOSI JA RASKAUS	26
5.1 Normaali raskaus ja sen vaiheet.....	26
5.2 Endometrioosipotilaan raskaaksi tulon mahdollisuus.....	29
5.3 Endometrioosin hoito infertilitettipotilaalla	30
5.4 Keskenmenoriski endometrioosipotilaalla.....	33
5.5 Oksidatiivisen stressin vaikutus endometrioosiin ja lapsettomuuteen.....	34
6 ENDOMETRIOOSIPOTILAAN OHJAUS	35
6.1 Vuorovaikutuksellinen ohjaus	35
6.2 Oppiminen ohjauskeskustelun kautta	37
6.3 Voimaantuminen ja voimavarojen lisääminen.....	38
6.4 Terveystoimittajan rooli endometrioosipotilaan hoidossa	41
6.5 Ohjauksen eettisyys.....	43
6.6 Endometrioosipotilaan ohjauksen yhteenveto	45

7 KUMPPANIN ROOLI ENDOMETRIOOSI POTILAAN TUKENA.....	46
8 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS JA MENETELMÄT	48
10 POHDINTA	53
LÄHTEET.....	56
LIITEET.....	61

1 JOHDANTO

Endometrioosi on estrogeeni tuotannosta riippuvainen kohdun limakalvon sirottumatauti. Endometrioosissa kohdun liimakalvon kaltaista kudosta on kohdun ulkopuolella. Tavallisimmat esiintymispaikat ovat vatsakalvon pinta, emättimen ja peräsuolen väli, munasarjat ja niiden pinnat. (Tiitinen 2013a; Härkki 2013). Endometrioosi on tauti, jonka syntymekanismia ei vielä kukaan tarkalleen tiedetä, mutta on teorioita joiden avulla pyritään ymmärtämään syntymekanismia. Esittelen kyseiset teoriat opinnäytetyössäni.

Suomessa ei ole tehty riittävästi tutkimuksia aiheesta: endometrioosi ja raskaus. Tutkimuksia löytyy muilla eri kielillä kuin suomeksi. Duodecim lääkäri tietokannasta löytyy päivitetty lääkäri Härkin kirjoittama lisäys endometrioosi ja raskaudesta sekä uusimpien ulkomailla tehtyjen tutkimusten tulokset, hyödynnän niitä opinnäytetyöni kirjoittamisessa. Endometrioosi ja raskaus on mielenkiintoinen aihe, jonka endometrioosiyhdistys on myöntänyt hyödylliseksi ja ajankohtaiseksi.

Potilasohjaus on tärkeä ja olennainen osa jokaisen hoitoalalla työskentelevän hoitajan työkuvaan. Ohjausta tapahtuu eri tilanteissa ja eri ympäristöissä, jolloin asiakasta pyritään tukemaan voimavarojen löytämisessä, uuden oppimisessa ja sitoutumisessa omaan terveyteen liittyviin asioihin. Hyvän ohjauksen tavoitteena on asiakkaan selviytyminen kotona ohjauksen kautta saatujen keinojen avulla. Hyvää ohjausta edistää ja mahdollistaa asiakasta saavuttamaan hoidon aikana asetettuja tavoitteita ja asiakkaan selviytymismahdollisuudet kasvavat. (Kynge, Käriäinen, Poskiparta, Johansson, Hirvonen & Renfors 2007, 5-6.)

Olen päättänyt tekemään opinnäytetyöni aiheesta endometrioosi ja raskaus potilasohjauksen näkökulmasta. Opinnäytetyöni sisältää tietoa endometrioosista sairautena, sen patofysiologiasta, endometrioosin oireista ja hoidosta, endometrioosin vaikutuksesta endometrioosipotilaan raskauteen. Jatkan opinnäytetyöni kirjoittamalla hyvästä potilaan ohjauksesta ja hoidosta.

Täydennän opinnäytetyötäni uusimpien tutkimuksien avulla. Teen opinnäytetyöni endometrioosiyhdistykselle, endometrioosista kärsiviä naisia ja heitä hoitava hoitohenkilökunta varten sekä kaikille asiasta kiinnostuneille. Opinnäytetyössäni käytetty kirjallisuus ja tutkimukset ovat suomenkieliset, englanninkieliset ja venäjänkieliset. Käsittelen lisäksi Oxfordissa tehtyjä uusimpia tutkimuksia oxidatiivisen stressin vaikutuksesta endometrioosin sekä keskenmenoriskin esiintyvyydestä endometrioosia sairastavilla naisilla.

2 TAVOITTEET, TARKOITUS JA KOHDERYHMÄ

Opinnäytetyöni tavoitteena on saada tieteellisestä kirjallisuudesta ja tutkimuksista tietoa endometrioosista ja raskaudesta, selvittää endometrioosin vaikutusta raskauteen sekä raskauden vaikutusta endometrioosiin. Sovittaa tunnetut ohjausmenetelmät endometrioosi potilaan hoitoon ja ohjaukseen. Yhtenä tavoitteena on myös tuottaa hyötyä mm. laatia endometrioosipotilaan ohjaus -lehtiön. Lehtiö voi toimia muistilistana tai apuvälineenä terveydenhuollon henkilökunnalle sekä kaikille ohjaustyötä tekeville. Opinnäytetyöni koostuu endometrioosia, ohjausta sekä endometrioosipotilaan ohjausta käsittelevästä teoretiedosta. Tarkoituksena on saada selville hyvän potilasohjauksen malleja, jotka olisivat hyödyksi endometrioosia sairastaville raskautta suunnitteleville potilaille ja heitä hoitavalle henkilökunnalle.

Endometrioosiyhdistys ry on valtakunnallinen endometrioosia sairastavien naisten potilasyhdistys, joka on perustettu vuonna 1999. Sen tavoitteena on endometrioosia sairastavien terveyden edistäminen, hyvinvoinnin parantaminen tarjoamalla monipuolista vertaistukea ja tietoa endometrioosista. Endometrioosiyhdistys tekee yhteistyötä eri yhdistysten, tahojen, endometrioosin erikoistuneiden lääkäreiden sekä terveystieteen asiantuntijoiden kanssa sekä on jatkuvasti mukana endometrioosin liittyvissä tutkimuksissa ja kehittämisessä. Julkaisee jäsenille neljä kertaa vuodessa Endorfiini-jäsenlehden, jossa on ajankohtaista tietoa endometrioosista , sen hoitomuodoista, uudempaa tietoa asiantuntijoilta sekä endometrioosia sairastavien kokemuksia. (Endometrioosiyhdistys ry i.a.)

Tutkimuskysymykset:

1. Mikä endometrioosi on?
2. Miten endometrioosi vaikuttaa raskauteen ja raskaus endometrioosiin?
3. Mitkä ohjausmenetelmät sopivat endometrioosipotilaan ohjaukseen?

3 ENDOMETRIOOSI SAIRAUTENA

Endometrioosia on krooninen sairaus, joka esiintyy 5-10%:lla fertiili-ikäisistä naisista ja 50%:lla lapsettomuuspotilaista. Sairaus riippuu estrogeeni hormonin erityksestä. Endometrioosi on kohdun liimakalvon sirottumatauti, joka on riippuvainen estrogeeni hormonin tuotannosta. Pesäkkeitä yleensä muodostuu kohdun liimakalvon kaltaisesta solukosta kohdun ulkopuolelle, jotka aiheuttavat kroonisen tulehdusreaktion. Yleisimmät esiintymispaikat sijaitsevat vatsaontelossa ja genitaalialueella: vatsakalvon pinta, emättimen ja peräsuolen seudulla, munasarjoissa ja niiden pinnalla. Endometrioosi voi harvinaisissa tapauksissa muodostaa pesäkkeitä myös vatsaontelon ulkopuolelle mm. palleaendometrioosi, keuhkoendometrioosi, nivuskanavan endometrioosi sekä iskiäishermon endometrioosi. (Duodecim 2012; Härkki, Heikkinen & Setälä 2011; Härkki 2013; Setälä, Härkki, Perheentupa, Heikkinen & Kauko 2009, 4141-4142; Tiitinen 2013a.)

Endometrioosin syntyyn vaikuttavia tekijöitä ei tarkalleen tunneta (Tiitinen 2013a). Endometrioosi on estrogeeniriippuvainen, eikä yleensä jatkuu menopaussin jälkeen. Endometrioosissa pesäkkeitä voi muodostua koko iän aikana, ainakin niin kauan kun elimistössä on estrogeenia. Myös postmenopausilla potilailla tavataan joskus endometrioosia, varsinkin jos potilaalla on käytössä hormonikorvaushoitoa, vatsaontelossa olevat endometrioosipesäkkeet alkavat oireilla uudestaan. (Khanjani, Al-Sabbagh, Fusi, Luca & Brosens 2012, 145-146; Setälä ym. 2009, 4142; Härkki 2013.)

Endometrioosipesäkkeet voivat tuottaa estrogeenia ja prostaglandiineja munasarjojen tuottamaan estrogeenin lisäksi. Estrogeeni ja prostaglandiini hormonit pitävät endometrioosi-tautia yllä. Yleensä endometrioosipotilailla on häiriöitä elimistön normaalissa vastustuskykyjärjestelmässä. Sukurasite on huomioitava, sillä riski on 7-kertainen jos suvussa on ollut aiemmin endometrioosia. (Härkki 2013.)

Vatsaontelon sitoutuneet endometriumin solut kiinnittymisen jälkeen muuttavat rauhassoluja kystaonteloiksi. Endometriosipesäkkeet ovat kiinteitä muutoksia jotka ovat muodostuneet endometriumin rauhassoluista ja sidekudoksen tukiverkkosoluista. Pesäkkeet reagoivat hormonitoimintaan mm. estrogeeni- ja progesteroni eritykseen ja toimivat kohdunlimakalvon tavoin syklisesti. Endometrioosi on yleensä fertiili-ikäisen naisen sairaus, joka paranee menopaussin alkuun myötä. (Santala & Kauppila 2008, 96.)

Genitaaliendometrioosi on tulehdussairaus, joka on kolmas naisten gynekologisten tulehdussairauksien luokittelussa, genitaali tulehduksien ja fibromyoman jälkeen. Laparaskopian yhteydessä löydetään endometriosipesäkkeitä 12-50%:lla naisista. Nykyään nuorten fertiili-ikäisten naisten keskuudessa todetaan yhä enemmän endometrioosia, joka häiritsee potilaiden normaalielämän kulkua ja lasten saannin mahdollisuutta. Suurena ongelmana pidetään endometriosista aiheuttavan reproduktio toiminnon häiriötä. Hedelmättömyys endometriosin yhteydessä esiintyy noin 20-80%:lla naisista. Nykyaikaiset yhdistelmähoitomuodot mahdollistavat reproduktio toiminnon onnistumista vain 30-53%:ssa tapauksista. (Borovkova 2005; Härkki ym. 2011.)

Genitaaliendometrioosia vatsakalvon alueella on kolme tyyppiä: pinnallisia pesäkkeitä, syviä pesäkkeitä ja munasarjojen kystia. Pesäkkeiden esiintyvyys on vaihteleva ja eri pesäkkeiden tyypit voivat esiintyä erikseen kuten myös samanaikaisesti. Suurin osa endometriosipotilaista on leikkaushoidon tarpeessa. Pinnalliset pesäkkeet sijaitsevat yleisimmin vatsakalvon pinnalla pikkulantion alueella ja ovat millimetrin läpimittaisia. Pesäkkeiden määrä vaihtelee potilaan taudin vakavuuden mukaan. Syvät pesäkkeet löydetään yleisimmin kohtu-ristiluusateissa, emättimen takapohjukassa, suolen seinämässä ja virtsarakon seinämässä. Syvät pesäkkeet ovat kiinteitä muutoksia, joiden läpimitta voi vaihdella muutamasta millimetristä muutaman senttimetriin. Kysta voi venyttää munasarjan jopa 15cm:n mittaiseksi, silloin kun munasarjan normaali koko on noin 3x4cm. Endometriosin liittyy usein ongelmallinen kiinnikemuodostus. (Adamson 2012, 82; Duodecim 2012;

Härkki 2013; Setälä, Härkki, Perheentupa, Heikkinen & Kauko 2009, 4141-4142.)

3.1 Endometrioosin oireet

Endometrioosissa pesäkkeiden sijainti vaikuttaa oireiden vaihtelevuuteen ja esiintyvyyteen. Kipu, vuotohäiriöt ja hedelmättömyys ovat pääoireita endometrioosipotilailla. Lisäoireita ovat yhdyntä ja tärinäkipu, virtsaamis- tai ulostamiskipu, veriuloste, väsymys ja alavatsatumori. Kipuoireet esiintyvät usein syklisesti. Kivut alkavat yleensä muutamaa päivää ennen kuukautisvuodon alkua. (Adamson 2012, 82-83; Härkki 2013; Santala & Kauppila 2008, 100.)

Vatsakalvossa sijaitsevat pinnalliset pesäkkeet aiheuttavat yleensä vuotohäiriöitä ja kipua (Härkki 2013). Endometrioosipotilaista noin 60%:lla esiintyy vuotohäiriöitä mm. tiputtelua ennen kuukautisten alkua, runsaat kuukautiset sekä niiden tiheytyneisyys. (Santala & Kauppila 2008, 101.)

Endometrioosin yleisin oire on ennen kuukautisia alkava kovaa alavatsakipu, johon tavallisista särkylääkkeistä ei ole suurta apua. Endometrioosin alkuvaiheessa kivut esiintyvät ainoastaan kuukautisten aikana. Kivut saattavat muuttua jatkuviksi endometrioosin leviämisen ja taudin etenemisen yhteydessä. Munasarjojen endometrioosikystat pysyvät suurimmalta osin oireettomina ja löytyvät usein sattumalta vatsakipujen tutkimuksien yhteydessä. Endometrioosien esiintyvyys on 17-44%:lla kaikista endometrioosipotilaista. Syvien pesäkkeiden esiintyvyys endometriooman yhteydessä on todettu noin 50%:lla potilaista. (Härkki ym. 2011.) Muiden pesäkkeiden esiintyvyys samanaikaisesti endometriooman kanssa on 99%. (Rombauts 2012, 477.)

Endometrioosissa pesäkkeet aiheuttavat kroonisen tulehdusreaktion vatsaontelossa. Potilaalla esiintyy kipua, lapsettomuutta sekä kiinnikemuodostuksen vaikeutta. Kovat kuukautiskivut viittaavat endometrioosin. Potilas jolta puuttuu kuukautiskivut ei todennäköisesti

sairastaa endometrioosia. Endometrioomapotilaat ovat poikkeus. Kipua ei juurikaan esiinny kystan sijainnin vuoksi, mutta sen puhkeaminen voi aiheuttaa äkillisen vatsakivun. (Setälä ym. 2009, 4143). Endometrioosista johtuva kipu voi esiintyä primaarisena tai sekundaarisena dysmenorreana. Primaarisessa dysmenorreassa kivut alkavat jo teini-iässä. Endometrioosista aiheuttaa dysmenorrean ja se puhkeaa kuukautisvuodon alkaessa tai hiemaan ennen sitä ja voi kestää useita päiviä. Sekundaarisessa dysmenorreassa kuukautiset muuttuvat kivuliaaksi noin 20 iän seudulla, ennen sitä kuukautiset yleensä pysyvät kivuttomina. Peräsuoli -kohtusyvänteen endometrioosi voi aiheuttaa yhdyntäkipua syvällä lantiossa. Peräsuolen endometrioosi voi aiheuttaa ulostamiskipua, tärinäkipua ennen kuukautisia ja niiden aikana. Muita suoliendometrioosin oireita ovat mm. limainen vuoto suolesta ja veriuloste. (Adamson G. David 2012, 82-82; Duodecim 2012; Santala & Kauppila 2008, 100-101). Virtsaamiskipua ja verivirtsaisuutta voivat aiheuttaa virtsarakossa sijaitsevat endometriosipesäkkeet (Duodecim 2012).

Häiriöitä hedelmällisyydessä on 30-50% endometriosipotilaista, tavallisesti häiriöt esiintyvät heikentyneenä hedelmällisyytenä mutta joskus endometriooman tai vaikean munatorvivaurion vuoksi ilmenee täytenä infertilitteettina eli lapsettomuutena. (Santala & Kauppila 2008, 101.)

Harvinaiseen endometrioosin oireisiin kuulu palleaendometrioosin yhteydessä esiintyvä hartiapistostunne, nivuskanavan endometrioosin yhteydessä kipua nivustaipeissa, keuhkoendometrioosin yhteydessä spontaanilla ilmarintana ja iskiashermon endometrioosin yhteydessä iskiaskipuna. Oireet viittaavat endometrioosin jos niiden esiintyvyys toistuu syklisesti kuukautisten yhteydessä. (Härkki ym. 2011.)

3.2 Etiologia ja patogeneesi

Tutkitun kirjallisuuden mukaan Carl Rokitansky 1860 vuonna kuvasi ensimmäisenä kohdun liimakalvon pinnalla sijaitsevia muutoksia. Hän kuvasi kolme tyyppi stomasoluja ja rauhaisia, jotka olivat silloin eri nimellä kun

endometrioosi. John Albertson Sampsonia pidetään kuitenkin endometrioosin löytäjänä ja ensimmäisen taudin patogeeniteorian esittäjänä. Erään leikkauksen aikana Sampson leikkasi naisen, jolla oli toimenpiteen aikana menstuaatio ja löysi pesäkkeitä jotka olivat vuotaneet samantapaisesti kun kuukaitaiset. Sampson oli tutkinut aihetta moni vuosia ja vuonna 1927 esitti teoriansa joka kertoo endometrioosin syntymekanismeista. Kyseisen implantaatioteorian mukaan sairaus syntyy kuukautisten aikana endometriumien soluista, jotka retrogradisesti ajautuvat sinne munatorvien kautta, pääsevät vatsaontelon sidekalvoon ja munasarjojen pinnalle ja sen jälkeen proliferoituvat rauhas- ja väliainesoluihin aiheuttaen endometrioosia (Augoulea, Mastorakos, Lambrinoudaki, Christodoulakos & Creatsas 2008, 75; Brosens & Benagiano 2012, 6; Santala & Kauppila 2008, 97). Retrogradista kuukautisvuotoa eli taaksepäin virtautuva kuukautisvuotoa esiintyy noin 75% naisista aiheuttamatta endometrioosia. In vitro -tutkimuksen mukaan vaurioituneet liimakalvot ovat alttiimmat kuin terve liimakalvo endometrioosisolujen implantoitumiselle. Endometrioosisolujen implantoitumista helpottaa suora yhteys sidekalvoalaiseen kudokseen, kuukautisveri aiheuttaa tulehduksellisia reaktioita vaurioittamalla ja tuhoamalla peritoteumin pintakerroksen soluja. (Santala & Kauppila 2008, 97; Huuhtinen ym. 2011, 1828.)

Toinen käytetyimmistä teorioista on iatrogeninen vauriohypoteesi, jonka mukaan endometrioosisolut kohtuleikkauksien tai episiotomioiden yhteydessä ajautuvat ja tarttuvat leikkauskohteeseen jossa muuttuvat haava-endometrioosiksi (Santala & Kauppila 2008, 98).

3.3 Tutkimukset ja diagnosointi

Endometrioosin tunnistaminen varhaisessa vaiheessa on ollut tähän saakka vaikeaa. Tutkimuksien mukaan endometrioosia diagnosoidaan 6-9 vuoden viiveellä taudin alkamisesta (Härkki ym. 2011). Diagnoosit todetaan yleensä laparaskopiassa tai laparotomiassa. Kyseisillä tutkimuksilla ei kuitenkaan ole 100% tarkkuutta, koska endometrioosin aiheuttamat muutokset voivat olla

vaikeasti havaittavissa. Lisätutkimuksena taudin diagnosoinnissa käytetään koepalan ottoa. (Santala & Kauppila 2008, 102.)

Anamneesi ja gynekologinen tutkimus suoritetaan ensisijaisesti lievän oireilun yhteydessä (Härkki ym. 2011; Härkki 2013). Anamneestisten tietojen avulla saadaan perustietoa endometrioosi diagnoosin sopivista oireista. Oireiden ja kliinisten tutkimuksien mukaan ei voidaan aina diagnosoida täydellisesti endometrioosia vaan tarvitaan lisää tutkimuksia. Kliinisiä tutkimuksia yleensä täydennetään ultraäänitutkimuksella ja seerumin CA-125 pitoisuuden määrittämisellä. (Santala & Kauppila 2008, 102.) CA-125 seerumin määrittäystä pidetään hyödyttömänä lievän endometrioosin diagnosoinnissa (Härkki 2006).

Taudin määrittämisessä käytetään ensisijaisesti gynekologista palpaatiotutkimusta, joka pyritään tekemään juuri ennen kuukautisten alkua. Palpaatiotutkimuksen avulla tunnustellaan pesäkkeiden sijaintia, kokoa sekä selvitetään kivun esiintyvyyttä. Jatkotutkimuksena on yleensä laparaskopia. (Eskola & Hytönen 1997, 487.) Syvien pesäkkeiden diagnosoinnissa käytetään usein ultraäänitutkimusta ja lantion magneettikuvausta, niiden avulla saadaan selville endometrioosien sijainti ja määrä sekä virtsarakossa että suolessa. Ultraäänitutkimuksessa pinnallisia pesäkkeitä ei tavallisesti näy, joten kyseinen menetelmä on tehoton niiden diagnosoinnissa. Potilaita, joilla esiintyy kipuja ulostamisessa ja virtsatessa tutkitaan kystoskopia ja stigmoidoskopia tutkimuksien avulla (Härkki ym. 2011; Härkki 2013). Pinnallisten pesäkkeiden diagnosoinnissa käytetään yleensä laparaskopia-metodia, koska myös gynekologisessa tutkimuksessa pesäkkeet tuntuvat huonosti tai ei ollenkaan (Härkki ym. 2011).

3.4 Endometrioosin ennaltaehkäisy

Endometrioosi on hormoneista riippuva tauti. Estrogeeni, sytokiini ja prostaglandiini säätelevät endometrioosikudoksen ja pesäkkeiden kasvua ja kehitystä elimistössä. Vaihdevuosien alkamisen myötä endometrioosi yleensä

rauhottuu, estrogeenin tuotannon loppumisen takia. (Härkki ym. 2011.)

Endometrioosin syntyä ei voi estää, mutta ennaltaehkäisy on mahdollista ehkäisytablettien ja hormonikierukan avulla. Hormonaalista ehkäisyä käyttämällä oireita ja endometrioosikudoksen kasvua voidaan hillitä. Hormonikierukasta on myös ollut hyötyä oireiden pahenemisen estossa. Raskaus ja pitkä imetysaika vaikuttavat vähentävästi endometrioosin syntyyn. Raskauden aikana ja synnytyksen jälkeen oireet ovat lievempiä tai joskus häviävät kokonaan. (Tiitinen 2011a; Härkki 2013.)

4 ENDOMETRIOOSIN HOITO

Endometrioosin kipua hoidetaan lääkkeillä tai leikkauksella tai molemmilla (Eskola & Hytönen 1997, 487). Oireetonta endometrioosia ei yleensä hoidetaan. Endometrioosia sairastavilla naisilla lapsettomuutta ja kipuja ei voida hoitaa samanaikaisesti. Kivun hoidossa käytetään usein estrogeenieritystä vähentävää lääkitystä, jonka pyrkimyksenä on pienentää ja surkastuttaa endometriosipesäkkeitä. Hormonaaliset hoidot vähentävät kipua mutta myös estävät raskaaksi tuloa. Sopivan hoidon valinta tapahtuu potilaan prioriteettien ja toivomuksien mukaan. Kuitenkin lääkityksen loputtua oireet uusiutuvat noin puolella potilaista. Lääkitys usein aloitetaan kipuoireiden perustella jo ennen laparaskopian avulla tehtyä diagnoosia. Leikkaus antaa hyviä tuloksia kivunhoidossa kuten myös voi parantaa mahdollisuuksia tulla raskaaksi. Leikkauksella on pyrkimys saada aikaiseksi endometriosikudoksen poisto sekä mahdollisuuden mukaan naisen normaalin anatomian palauttamisen. (Härkki ym. 2011; Härkki 2013.)

4.1 Lääkehoito

Endometrioosia hoidetaan ensisijaisesti lääkityksen avulla. Lääkehoidon pyrkimys on estää estrogeenin stimuloivan vaikutuksen endometriosipesäkkeisiin pienentämällä niitä. Lääkitystä aloitetaan usein pelkkien oireiden perusteella ilman varmistettua diagnoosia. Seurataan lääkkeiden vaikutusta, jos sitä on tehoa kivunhoidossa, niin lääkitystä jatketaan ilman laparaskopiaa. Kipujen jatkuessa potilas lähetetään laparaskopiaan diagnoosin varmistamiseksi. Lääkehoidolla voidaan vähentää huomattavasti pinnallisten pesäkkeiden oireilun. Lääkehoito ei aina tehoa munasarjakystiin ja syviin pesäkkeisiin, niiden hoito vaatii usein leikkausta. Lääkehoitoa pyritään valitsemaan potilaan prioriteettien ja oireiden mukaan mahdollisimman vähemmällä haittavaikutuksilla. Parhaan tulokseen saadaan yhdistelemällä eri lääkitysvaihtoehdot. Hormonaalinen lääkitys ei sovi

raskautta suunnittelevalle potilaalle koska se estää raskaaksi tulon mahdollisuutta. (Hippeläinen 2001, 707-710; Härkki ym 2011.)

4.1.2 Tulehduskipulääkkeet ja yhdistelmäehkäisy

Tulehduskipulääkkeitä ja prostaglandiiniin toiminnan vaikutusta estäviä kipulääkkeitä (esim. Ibuprofeeni tai ketoprofeini) käytetään lievien kipuoireiden helpottamiseksi. Yhdistelmäehkäisytabletit, ehkäisyrenkas ja ehkäisytabletti estävät munasarjojen toimintaa. Yhdistelmäehkäisytabletit vaikuttavat rajoittavasti endometriosin ja pitävät yleensä oireet poissa. Keltarauhashormonihoidolla tai androgeenin tavalla vaikuttavalla aineella voidaan lopettaa kuukautiskiertoa 3-6 kuukaudeksi, siinä aikana endometriosipesäkkeet surkastuvat. Estääkseen munasarjojen toiminta säätelevien hormonien eritystä aivolisäkkeessä käytetään GnRH-agonisteja. Pitkien hormonihoidosten seurauksena voi esiintyä sivuoireina: turvotusta, tiputteluvuotoa, vaihdevuosisymptomeita ja mielialamuutoksia. Lääkehoito on suunniteltava niin, että tahattomaan lapsettomuuden tapauksessa hoitojen jälkeen hormonitoiminta palautuu helposti takaisin. (Eskola & Hytönen 1997, 487-488; Härkki 2013.)

Ensisijaisena lääkityksenä endometriosin kivun hoidossa pidetään yhdistelmäehkäisyvalmisteet, jotka ei sovi raskautta suunnittelevalle koska ne kivun poiston lisäksi ehkäisevät raskauden tulon. Monivaiheisiin yhdistelmäehkäisyvalmisteisiin kuuluu yhdistelmäehkäisytabletit, - tabletti, - renkas. Hoito tapahtuu aluksi syklistä mutta paremman tuloksen saavuttamiseksi hoito on oltava pitkäkestoinen ja mahdollisuuden mukaan ilman taukoa. Periaatteena on kuukautisten harventaminen lääkityksen avulla. Kipuoireet pysyvät hallussa jos kuukautiset harvenee. Potilaalla voi esiintyä sivuoireita kuten päänsärkyä, välivuotoa, paineen tunnetta ja rintojen arkuutta, tällöin suositellaan tauottamaan lääkehoito noin viikon ajaksi, jonka jälkeen hoitoa jatketaan normaalisti. Yhdistelmäehkäisyyn avulla gonadotropiinin erityks vähenee ja munasarjojen hormonaalinen toimintaa hidastuu. Hoidon avulla saadaan endometriosipesäkkeet surkastumaan, niiden määrä pienenee huomattavasti, myös kipuhermojen määrää pienenee. (Johnson 2012, 346-347; Härkki ym. 2011.)

4.1.3 PG-syntesin estäjät ja progestiinit

Prostaglandiini-hormonia syntyy kohdun liimakalvolla kuten myös endometrioosikudoksessa. Prostaglandiinit herkistävät kipusynapseja, jonka takia kipu tuntuu voimakkaalta. PG-syntesin estäjät vähentävät prostaglandiinien tuotantoa ja auttaa kivun lievityksessä 70-80%:lla endometrioosi potilaista. PG-syntesin estäjät käytetään yleensä muiden lääkkeiden rinnalla, jotta saataisiin kivut lievitettyä. Satunnaisessa tutkimuksessa ilmeni, että PG-syntesin estäjistä ei ole sen suurempaa apua endometrioosi potilaan kivun hoidossa kun lumelääkkeellä. Kuitenkin niitä käytetään muiden lääkkeiden rinnalla saadakseen paremman tuloksen kivun hoidossa. (Härkki ym. 2011.)

Progestiinit pidetään turvallisena ja helppona lääkityksenä. Progestiinit hidastavat hypotalamuksen kautta aivolisäkkeen ja munasarjojen välisen toiminnan, jolloin ne toimivat myös raskauden ehkäisijöinä. Lääkettä tulee ottaa päivittäin tauotta. Progestiinihoidossa kohdun liimakalvo ja endometrioosikudos surkastuvat, endometrioosipesäkkeiden kiinnittyminen ja uudistuminen heikkenee sekä vatsaontelon tulehdustila vähenee tai poistuu melkein kokonaan. Seurauksena voi olla kuukautisten puuttuminen. (Hippeläinen 2001, 707-710; Härkki ym. 2011.)

4.1.4 GnRH-agonistit

GnRH-agonistit aloitetaan käyttämään silloin kun yhdistelmäehkäisystä ja progestiinihoidosta ei ollut toivottuja vaikutuksia. Yleensä hoito suoritetaan pistoksina ihon alle kerran kuukaudessa. GnRH-agonistien avulla voidaan saada aikaiseksi lääkkeellisen menopaussin ja kuukautisten puuttumisen. Haittavaikutuksena on vaihdevuosien oireiden alku ja luiden haurastuminen.

Yleensä rinnalle aloitetaan estrogeeni-progestiinisubstituutio tai yhdistelmäehkäisytabletit, luunkadon ehkäisyksi. Hormonihoidot ovat hyvin tehokkaita kivun hoidossa. Kyseistä yhdistelmähoitoa voidaan suositella jopa pitkäaikaiseen käyttöön. Hoito valitaan potilaskohtaisesti huomioiden potilaan yksilölliset piirteet välttääkseen haittavaikutuksia. (Hiipeläinen 2001, 707-710; Härkki ym. 2011; Härkki 2013.)

4.1.5 Aromataasi-inhibitorit

Aromataasi-inhibitorit passivoi, munasarjojen ulkopuolella tapahtuvan, estrogeeni eritykseen. Käytännössä se heikentävää perifeeristä estrogeenisynteesiä estämällä aromataasientsyymien toimintaa endometriosipesäkkeissä. Sitä usein käytetään nuorilla potilailla yhdistettynä muihin hormonihoidoihin, mutta myös yksinään menopaussin tai radikaalikirurgian jälkeen. Fertiili-ikäisellä naisella aromataasin estäjät lisäävät munasarjojen hormonitoimintaa eivätkä estää estrogeenin eritystä. Fertiili-ikäisille potilaille aloitetaan aromataasi estäjien rinnalle yhdistelmäehkäisytabletit tai GnRH-agonistit vähentämään vilkasta munasarjojen toimintaa. Harvinaisissa tapauksissa esimerkiksi: menopaussin jälkeen esiintyvä endometrioosia voidaan hoitaa yksinään aromataasin estäjien avulla ilman muita yhdistelmähoitoja. Lääkkeellä on kuitenkin sivuvaikutuksia mm. päänsärky, pahoinvointi ja ripuli. Leikkauksen jälkeen rinnalle aloitettu hormonihoido ylläpitää tuloksen parhaimmalla tavalla ja estää pesäkkeiden uusiutumista, joten lääkityksen käyttöä voidaan suositella jopa vuosia leikkauksen jälkeen. (Bulun ym. 2012, 358-360; Härkki ym. 2011; Härkki 2013.)

4.2 Leikkaushoito

Endometrioosia hoidetaan myös kirurgisesti, jolloin leikkaus suoritetaan useimmiten laparaskoppisesti. Nuorella naisella hedelmöitymisenkyvyn säilyttämiseksi suoritetaan mahdollisimman säästävä leikkaus.

Uusiutumisriskiä säästävän leikkauksen jälkeen pidetään kuitenkin suurena. Leikkauksen laatuun vaikuttaa se, että tehdäänkö leikkaus kipuoireiden takia vai lapsettomuuden hoitona. Munasarjojen ja kohdun poistamisella oireet häviävät kokonaan. (Eskola & Hytönen 1997, 487-488.)

Leikkaushoito, laparaskopia menetelmä käyttäen, on tehokas keino endometriosikipujen hoidossa (Härkki ym. 2011; Härkki 2013). Lievän ja kohtalaisen endometriosin yhteydessä tehty laparaskopia lievittää kipuoireita jopa 6 kuukauden ajaksi (Härkki 2006). Leikkaushoito on ajankohtainen kun kipuoireita ei ole saatu haltuun kipulääkityksen ja hormonihoidojen avulla sekä silloin kun halutaan varmistaa diagnoosia laparoskopian avulla. Endometriosipesäkkeet varsinkin pinnalliset pyritään poistamaan diagnostisen laparoskopian yhteydessä. Pesäkkeiden poltto ja poisto tutkimuksien mukaan ovat yhtä hyviä endometriosipesäkkeiden hoidossa. Leikkauksen aikana poistetaan endometriosipesäkkeet mahdollisimman hyvin, pyritään palauttamaan normaali naisen anatomia sekä säilyttämään tai palauttamaan reproduktiotoiminnon. (Hippeläinen 2001, 707-710; Härkki ym. 2011.)

Italialaisen tutkimuksen mukaan endometrioosi uusiutui 50 % tutkittavista leikkauspotilaista. Nuori ikä ja puutteellinen endometriosipesäkkeiden poisto olivat uusiutumisen riskitekijöitä. (Härkki ym. 2011.) Tutkimuksessa noin 20%:lla potilaista leikkauksesta ei ollut suurta apua ja endometrioosi oli uusiutunut 20-30% potilaista viiden vuoden ajassa (Härkki 2013).

Toisessa italialaisessa vuoden verran kestävässä tutkimuksessa, jossa tutkittavana oli 101 endometriosipotilasta, 12(22%) potilasta leikkaushoidon jälkeen ja 13(28%) potilasta ilman hoitoa tulivat raskaaksi. On todettu, kuitenkin että pesäkkeiden poisto lisää raskaaksi tulon mahdollisuutta. (Evers 2012, 451).

Endometriosista johtuvan lapsettomuuden usein hoidetaan laparoskopian avulla mutta myös samoilla keinoilla kuten muistakin syistä johtuva

lapsettomuutta. Yleisiin lapsettomuus hoitoihin kuuluu munasolun irtoamista edistävä lääkehoito, superovulaatio-inseminaatiohoito ja koeputkihedelmöitys. Endometriosisissa koeputkihedelmöitys on tehokkain tunnetuista lapsettomuushoidoista. (Eskola & Hytönen 1997, 491.)

Endometriooman poiston yhteydessä pyritään säilyttämään hedelmällisyyden säästämällä munasarja, joten leikkauksen yhteydessä Cochrane-katsauksen mukaan on poistettava täydellisesti endometrioomakapselia munasarjoista. Endometriooman epätäydellinen poisto altistaa sen uusiutumiselle. Jatkuvat kystien poistot vaikuttavat munasarjojen toimintaan ja hedelmällisyyden heikentävästi. Syvät endometriosisipesäkkeet poistetaan nykyään radikaalisti, koska pinnallinen poltto ei auta. Leikkaukset voivat olla hyvinkin vaativia, joten kansainvälisten suositusten mukaan leikkausta on suoritettava moniammatillisesti gynekologin, gastrokirurgin ja urologin toimesta. (Härkki ym. 2011.)

Munasarjojen ja kohdun poistoa harkitaan erittäin vaikean endometriosisin yhteydessä, tarpeen mukaan suoritetaan myös suoli- tai virtsarakkoresektiota (Härkki 2013). Munasarjojen ja kohdun poistoa harkitaan silloin kun potilas ei enää toivoo raskautta, endometriosisista johtuvat kivut ovat kovin voimakkaat ja muilla hoidolla ei ole saatu vaikutusta kipujen vähentämiseen. Pesäkkeiden poiston yhteydessä usein munasarjat säästetään jos ne on normaalissa kunnossa. Leikkauksen jälkeen suositellaan aloittamaan ennaltaehkäisevästi hormonihoidon, jotta tauti ei uusiutuisi. Uusiutumisen ehkäisemisessä käytetään yhdistelmäehkäisytabletteja, joita tulisi ottaa ilman taukoa pidempään ajan ja hormonikierukka pitkäaikaishoitona, joka yleensä suositellaan laitettavaksi leikkauksen yhteydessä. Italialaisen tutkimuksen mukaan hormonikierukkaan laitto leikkauksen jälkeen on vähentänyt endometriosisin uusiutumista. (Härkki ym. 2011.)

4.3 Tulevaisuuden näkymät endometriosisipotilaan hoidossa

Endometrioosin lääkehoitoa kehitetään koko ajan, mutta täysin tautia parantava lääkitystä ei ole vielä löydetty. Lääkkeen tulisi eliminoida kokonaan endometriosipesäkkeet eikä vaan lievittää kipuoireita. Vaikeuksina on myös se, että lääketta kehittäessä tulee huomioida lääkkeen vaikutus ainoastaan endometriosikudokseen ja -pesäkkeisiin, jotta lääke tuhoaisi vain endometriosikudosta vaurioittamatta kohdunlimakalvoa ja munasarjoja. Tutkimuksissa on kokeiltu lukuisia lääkehoitomuotoja: angiogeneesia estäviä lääkkeitä, antioksidantteja, COX-2 salpaajia, statiineja ja muita lääkkeitä. Mikään tutkimuksessa käytetyistä lääkehoitomuodoista ei ole toistaiseksi todettu taudin parantajaksi. (Härkki ym. 2011.)

Vuonna 2006 D'Hooghe ja Hummelshoj tekivät ehdotuksen tulevaisuuden muutoksille endometriosipotilaiden hoidossa, jonka tarkoituksena olisi luoda endometrioosi potilaiden parasta hoitoa varten keskuksia ja huippuosaamisen verkostoja. Keskuksset ja huippuosaamisen verkostot olisivat hyvä tapa edetä sen varmistamiseksi, että naiset, joilla on todettu endometrioosi saavat johdonmukaista, näyttöön perustuvaa hoitoa, laadukkaasta huolehtimista, hoidon jatkuvuutta, monialaisuutta sekä tutkimus, koulutus ja kustannusvaikuttavuutta. Kliinisen hoidon hyvä laatua varten olisi saavutettava asianmukainen koulutus, sitoutuminen näyttöön perustuvan työhön, laadunhallinta ja keskipisteenä jatkuvaa mittaamista potilaiden hoitotuloksiin. Hoidon jatkuvuuden varmistamiseksi, ensimmäinen askel on määrittää jokaiselle potilaalle oma gynekologi, jonka on pidettävä ajan tasalla tiedot potilaan diagnooseista, antaa tietoa ja neuvoa endometrioosissa hallinta menetelmistä ja joka asettaa painopisteet ja realistiset odotukset yhdessä naisen kanssa käyttämällä pitkän aikavälin poikkitieteellistä hoitosuunnitelmaa. Keskuksissa on myös tarkoitus tapahtua tutkimus- ja kehittämistoimintaa joka suunnataan endometriosipotilaan parempaa diagnosointia sekä parempaa hoitoa varten. Ammattijärjestöjen tulisi hyväksyä keskuksset ja huippuosaamisen verkostot koulutuskeskuksina, mahdollisimman parhaan tulokseen saavuttamiseksi. Niillä olisi pyrittävä parantamaan kustannustehokkuuden hallinta endometrioosiin, alentamalla aika diagnoosin saamiseksi, vähentää yksilöllisen erikoissairaanhoidon kustannuksia, vähentämällä kalliita Hit-and-Miss hoitoja sekä vähentää kalliita

hedelmöityshoitoja, jos tauti on hallinnassa ennen hedelmällisyyden heikentymistä.

5 ENDOMETRIOOSI JA RASKAUS

Endometrioosi heikentää fertiili-ikäisen naisen hedelmällisyyttä monella tavalla. Kiinnikemuodostus ja pesäkkeet voivat estää hedelmöitymistä mekaanisesti ja krooniseen tulehdusreaktioon liittyvät välittäjäaineet heikentävät hedelmöitymisen ja alkion kiinnittymisen kohtuun. Lisäksi on todettu, että endometrioosipotilaan kohdun liimakalvo poikkeaa terveen naisen liimakalvon toiminnasta. Suurin osa endometrioosista kärsivistä naisista tarvitsee lapsettomuushoitoja. Endometrioosia kokonaan parantava hoitoa ei vielä ole löydetty, hoitojen jälkeen uusiutuminen on mahdollistava varsinkin lääkityksen lopettamisen jälkeen, kuten myös leikkaushoidon jälkeen. Pitkäkestoinen endometrioosin hoito takaa sen, että endometrioosi ei uusiutuu ja nainen mahdollisuuden mukaan tulee raskaaksi. (Härkki 2013, Härkki ym. 2011.)

5.1 Normaali raskaus ja sen vaiheet

Normaali raskauden kesto on 280 vuorokautta eli 40 viikkoa. Normaaliin raskauteen liittyvät muutokset eivät ole aina mukavia naisille. Raskauden aiheuttamia muutoksia naisen kehossa ovat esimerkiksi kohdun painon lisääntyminen, emättimen ja ulkosynnyttimien verekkyyden kasvu, painon nousu, ihon pigmentoituminen tummemmaksi (nännit, väliliha, vatsan alakeskiviiva, maksaläiskät), ihon venyminen ja raskausarpien ilmestyminen, pahoinvointi, närästys ja ummetus. Nivelsiteiden löystyminen voi aiheuttaa virtsankarkailua, kipuja lonkissa, selässä ja häpyliitoksessa. Raskaudesta seuraa usein myös mielialan vaihtelua, erilaisia pelkoja ja ahdistusta. (Tiitinen 2011b.)

Raskausviikoilla 0–12 alkaa havahtumisvaihe, jonka aikana naisen elimistössä tapahtuu paljon erilaisia muutoksia, jotka aiheuttaa naisen hormonaalisen toiminnan muutos. Muutoksiin kuuluu mm. verenkierto-, ruoansulatuskanavan-, hengityksen muutoksia sekä munuaisten toiminnan ja

sisäeriterauhasten toiminnan muutoksia. Naisen elimistö yrittää asettautua raskauteen ja hormonaalisen muutoksen vuoksi naisella esiintyvät ambivalenttisuudet eli epävarmuuteen liittyvät ristiriitaiset tunteet, tiheät mielialamuutokset sekä muutokset voinnissa. (Eskola & Hytönen 1997, 128.)

Alkuraskauden ensimmäisenä merkkinä suurimmalla osalla naisista on kuukautisten pois jääminen. Kuukautisvuoto saattaa kuitenkin jatkua alkuraskaudessa, mutta vuodon määrä on yleensä niukempaa kuin normaali kuukautisvuoto. Kliinisiin muutoksiin kuuluu mm. ulkosyönnytimen pehmeneminen, kohdunkaulan ja emättimen sidekudoksen löystyminen ja turpoaminen. Alkuraskauden hormonaalisen toimintaan muutokset saattavat ilmetä väsymyksenä, pahoinvointina, rintojen arkuutena ja pingotuksena, verenkiertohäiriöinä ja sykkeen nousulla raskautessa sekä syljen lisääntyneenä erityksenä. (Eskola & Hytönen 1997, 131; Tiitinen 2011b). Psykoneuroendokrinologisessa tutkimuksen tuloksissa, tuli ilmi, että progesteroni ja sen metabolinen toiminta elimistössä voivat vaikuttaa sedatiivisesti eli rauhoittavasti. Kuitenkin progesteronin vaikutus on paljon miedompaa kuin vahvojen sedatiivien vaikutus elimistöön. (Söderpalm, Lindsey, Purdy, Haugert & de Wit 2004.) Edellä mainitun tutkimuksen tulokset vastaavat seuraavan väitöksen, että alkuraskauden väsymys johtuu progesteroni hormonin lisääntyneestä erityksestä, jonka vaikutus on sedatiivien eli rauhoittava. Kyseisen teorian mukaan tästä syystä alkuraskauden vaiheessa nainen voi tuntea itseään väsyneeksi.

Raskaana olevalle naiselle on tyypillistä 13–20 raskausviikkojen välisenä aikana rauhallisuus ja raskauden hyväksyminen. Tässä vaiheessa yleensä mielialamuutokset, ahdistuneisuus ja masennuksen oireet sekä pahoinvointi ja väsymys vähenevät. Pahoinvointi ja oksennukset esiintyvät tavallisesti 10–14 raskausviikkojen aikana ja 16 raskausviikon jälkeen yleensä helpottavat. Pahoinvoinnin aiheuttajina pidetään mahan vellomisliikkeen vähentämistä sekä muutoksia hiilihydraattivaihdunnassa. Hiilihydraattivaihdunnan muutokset vaikuttavat paastoverensokerin laskemiseen ja niin aiheuttavat pahoinvointia, joka on voimakkaimmillaan silloin kun mahalaukku on tyhjä. Oksennuksia voi tulla ajoittain pahoinvoinnin seurauksena mutta jollain naisilla

esiintyy pitkäkestoista ja runsaasta oksentelua, joka pahimmassa tapauksessa vaatii sairaalahoitoa nesteytystä varten sekä kuivumisen estämiseksi. Toisella raskauskaudella rinnat suurenevat, nännipihat tummenevat ja laajenevat sekä ilmesty Montgomeryn rauhasia, jotka alkavat kasvaa ja lisääntyä rintoissa. Oireena voi ilmestyä rintojen arkuus ja pistely. Kohtu kasvaa nopeammin kuin sikiö raskauden alussa mutta myöhemmin sikiö kasvaa nopeammin ja kohdun kasvu hidastuu. Kohdunkaulan rauhaset erittävät paksua limaa, josta muodostuu limatulppa suojaamaan sikiötä infektioilta. Limatulppa poistuu yleensä synnytysvaiheen alussa. Hormonien vaikutuksesta muuttuu myös emättimen pH, joka altistaa *Trichomonas*:lle, hiivalle ja bakteeritulehduksille. Verimäärän lisääntyminen alkaa jo ennen viikkoa 10 ja jatkuu 32-36 rasvausviikkojen saakka, yhteensä verimäärä kasvaa noin 40% naisen omasta verimäärästä se vastaa noin 1,5 litraa. (Eskola & Hytönen 1997, 142-144.)

21–32 raskausviikoilla tapahtuu sikiön nopea kasvu, vatsan alueen kasvu sekä painonnousu. Painonnousu on yksilöllistä ja sen nousuun vaikuttaa lähtöpaino. Yleensä alapainoisille painoa raskauden aikana tulee enemmän kun ylipainoisille. Alipainoisen painonnousu on noin 12-18 kg, normaalipainoisen 11-16 kg ja ylipainoisen on 7-11 kg. Raskauden aikana naisen elimistöön kertyy rasvavarastoja selän, reisien ja vatsan alueelle. Kohdun kasvu aiheuttaa vaikeuksia virtsaamisessa ja ulostamisessa. Laskimoiden laajeneminen altistaa peräpukamille, jotka vaikeuttaa omalta osaltaan ulostamista. Raskauden loppuvaiheelle on myös tyypillistä tihentynyt virtsaamisen tarve, jolloin virtsaraskossa oleva jäännösvirtsaa altistaa helposti infektioille. Virtsatieinfektiot ovat yleisiä raskaana olevilla naisilla ja ne pahimmassa tapauksessa voivat aiheuttaa ennenaikaista synnytystä. Kohdun kasvu aiheuttaa myös mahalaukun ylöspäin työntymistä, jolloin naisella ilmenee närästystä. Odottavan äidin hemoglobiiniin usein laskee ja altistaa anemialle. Raskaana olevan naisen anemian estoksi ja sikiön riittävän raudan saanniksi aloitetaan rautapropyylaksia, suositusten mukaan aloitusajankohta on 20 rasvausviikosta alkaen. (Eskola & Hytönen 1997, 243–247.)

Loppuraskaus on ennakointi- ja valmistautumisvaihe, jolloin odottajalla voi esiintyä unettomuutta, selkäkipuja, turvotuksia, tihentynyttä virtsaamisen tarvetta, ummetusta sekä ennenaikaisia supistuksia. Unettomuuden syinä voi olla jalkojen suonenvedot sekä niiden levottomuus. Loppuraskauteen liittyy myös psyykkiset oireet kuten ahdistus, pelko ja ajatuksia synnytyksestä sekä tulevaisuudesta. (Eskola & Hytönen 1997, 248.)

5.2 Endometrioosipotilaan raskaaksi tulon mahdollisuus

Endometrioosipotilaan on mahdollista tulla raskaaksi myös ilman lapsettomuushoitojen apua. Raskaus saattaa jopa estää endometrioosin uudelleen ilmenemisen. Endometrioosipotilailla esiintyy kuitenkin lapsettomuutta. (Tiitinen 2011a.)

Raskauden aikana endometrioosipesäkkeet saattavat surkastua ja sairaus parantua hormonien syklisen vaihtelun puuttumisen vuoksi. Suunniteltaessa yksilöllistä hoitoa endometrioosipotilaalle käytetään hyväksi tietoa, että raskaus vaikuttaa myönteisesti endometrioosipesäkkeiden surkastumiseen ja mahdollisesti sairaudesta parantumiseen. (Eskola & Hytönen 1997, 487; Härkki 2006.) Lääkärilehdessä todetaan myös, että raskauden sekä imetyksen aikana hormonaalinen taso on erilainen, joten potilas voi olla täysin oireeton ja kivuton sen aikana. Yleensä kipuoireet ilmenevät heti kuukautiskierron palautumisen jälkeen. (Setälä ym. 2009, 4143.)

Endometrioosi vaikeassa muodossa aiheuttaa munajohtimen toimintahäiriöitä kiinnikkeiden välityksellä sekä munasarjojen endometrioosi häiritsee myös munasarjojen toiminta. Myös lievään endometrioosin liittyy hedelmättömyyttä mutta sen mekanismi on toistaiseksi epäselvä. Raskauden alkamista voidaan edistää kiinnikkeiden vapauttamisella ja munasarjakystojen poistolla laparaskopian avulla. Pelkkä lääkehoito ei auta endometrioosipotilasta raskauden alkamisessa, koska lääkehoito poistaa oireita mutta ei poista endometrioosista aiheutettuja rakenteellisia muutoksia. (Eskola & Hytönen 1997, 491.)

Lapsettomuuden yhteydessä on aiheellista tutkia potilaasta laparaskopia avauksen avulla. Lievän sekä vaikean endometrioosin leikkaushoito saattaa parantaa mahdollisuutta tulla raskaaksi. Koeputkihedelmöitys on usein ajankohtainen pitkittyneen hedelmättömyyden sekä vaikean endometrioosin yhteydessä silloin kun muista hoidoista ei ollut suurta apua. (Härkki 2006; Härkki 2013). Borovkovan suorittamassa tutkimuksessa on osoitettu, että valohoidolla ja hormonaalisella terapialla on ollut hyviä vaikutuksia infertiliteetin hoidossa ja 30- 50% naisista on tullut raskaaksi ja synnyttänyt terveeseen vauvan.

Eversin suorittamassa katsauksessa oli tarkoitus saada selville vaikuttako endometrioosi hedelmällisyyteen ja palautuko hedelmällisyys endometrioosin poiston jälkeen. Eri tutkimuksien tarkastelussa ilmeni, että ikä, seksuaalinen aktiivisuus, sosio-ekonominen tausta vaikuttivat endometrioosin esiintyvyyteen. Todettu , että kriittinen vaihe on 30 vuoden lähettyvillä. Kahdessatoista tutkimusten tarkastelussa ilmeni, se että yhteensä 470 eli 25% tutkituista endometrioosipotilaista tulivat raskaaksi spontaanisti. (Evers 2012, 449-450)

5.3 Endometrioosin hoito infertiliteettipotilaalla

Endometrioosissa naisen immuunivaste on heikentynyt, hormonitoiminnassa ilmenee häiriöitä, elimistössä on krooninen tulehdustila sekä kohdun liimakalvoissa on endometrioosimuutoksia. Yllä mainituista häiriöistä normaaliraskauden tulon mekanismit ovat häiriintyneet mm. follikkelin kehitys, granulosolujen toiminta, munasolun kypsyminen, siittiöiden liikkuminen, hedelmöittyminen, munajohtimen läpäisevyys ja alkion kiinnittyminen. Hedelmällisyyttä heikentää vaikea endometrioosin tila, jossa runsas endometrioosipesäkkeiden määrä muuttaa naisen sisägenitaali-anatomian. (Härkki ym. 2011.)

Ensisijainen hoito lapsettomuuspotilailla on laparaskopia, sen yhteydessä selviä pesäkkeiden määrää ja laatu. Diagnoosin tehtyä valitaan sopivin lapsettomuuden hoitomuoto potilaalle. Italialaisessa tutkimuksessa ja seurantatutkimuksessa ei ole saatu odotettuja vaikutuksia kirurgisen hoidon jälkeen. Kanadalaisessa tutkimuksessa todettiin, että noin 30% potilaista tullut spontaanisti raskaaksi lievän endometrioosin poiston jälkeen ja noin 18% potilaista tullut raskaaksi ilman hoitoja. Kansainvälisten suositusten mukaan lapsettomuuspotilaille, joilla on endometrioosi lievässä muodossa suositellaan leikkausta. (Härkki ym. 2011.)

Munasarjakysta vaikuttaa munasarjan toimintaan heikentävästi ja sen poistoa suositeltiin aika pitkään jos kysta on yli 3 cm läpimitaltaan (Härkki ym. 2011). Alle 7cm kokoisen endometriooman poisto voi parantaa raskaaksi tulon mahdollisuutta, kuitenkin leikkaus voi myös vaikuttaa heikentävästi munasarjan toimintaan (Härkki 2013). Endometriooman poiston jälkeen noin 50% naisista tulee raskaaksi ilman lapsettomuushoitoja. Toistuvia munasarjojen leikkauksia yritetään vältellä, koska jokaisen leikkauksen yhteydessä poistetaan myös osan munasarjan tervettä kudosta, joka vaikuttaa heikentävästi munasarjan toimintaan ja saattaa vähentää raskaaksi tulon mahdollisuutta. Nykyään lapsettomuushoitoja tehdään jopa munasarjakystan kanssa. (Härkki ym. 2011.)

Lievän endometrioosin yhteydessä munasarjojen stimulaatio yhdistettynä inseminaatioon parantaa raskaaksi tulon mahdollisuutta noin kuusinkertaiseksi

Vaikean endometrioosin yhteydessä käytetään koeputkihedelmöitystä (IVF). Suomalaisen seurantatutkimuksen mukaan naiset joilla endometrioosi on lievässä muodossa tulivat IVF-hoitojen jälkeen paremmin raskaaksi kun naiset kohtalaisen ja vaikean endometrioosin kanssa. Tutkimuksen mukaan onnistuneen synnytyksen olivat suorittaneet hoitojen jälkeen 55,8 % lievästä endometrioosista ja 40,3 % vaikeasta endometrioosista kärsivät naiset. (Härkki ym. 2011.)

Borovkovan suorittaman tutkimuksen tavoitteena oli hedelmällisyyden palautumisen tehostaminen ja mahdollisten parantamismenetelmien

löytäminen genitaaliendometrioosia sairastavilla naisilla. Toisena tavoitteena oli saada uudet käytännöt raskauden ajan sekä synnytyksen hoidossa. Tutkimuksessa osoitettu selvästi se, että genitaali-endometrioosin kehitys riippuu synnynnäisistä vioista detoksikaatio järjestelmässä sekä sen korvaavien ja mukautuvien prosessien reaktioista. Tutkimuksessa tuli esiin, että autoimmunisairauksien mekanismit, jotka edistävät taudin etenemistä: ympäristötekijät, stressi, bakteeri- ja virusinfektiot erityisesti piilevässä muodossa. Endometrioosia sairastavilla naisilla on lisääntymishäiriö, joka aiheutuu naisen elimistön immunoreaktiivisuudesta. Osoitettu, että immunoreaktiivisuuteen vaikutti hormonaalinen terapia ja uudet lääketieteelliset teknologiat ja niiden tehokkuus. Lupaavin oli ryhmä naisia joilla oli hyperaktiiviset reaktiot olemassa. Naiset, joilla oli hypoaktiiviset reaktiot (immunojärjestelmän antigeeni-testeissä lasku on yli 50%) ei ole onnistuttu lisääntymistoiminnon palautumisessa, ja sellaiset naiset tarvitsevat muita reproduktiotoiminnon edistäviä hoitoja. Alkion toksisten vasta-aineiden ja anti-inflamaattoristen sytokiinien korkeiden arvojen omaavilla naisilla oli saatu suurta hyötyä sähköimpulssi terapian avulla, käyttäen SKENAR laitetta, joka vähentää vapaiden radikaalien aktiivisuutta, normalisoi hormonitoiminta ja immuunihomeostaasin sekä veren koagulaatio ominaisuuksia. (Borovkova 2005.)

Tutkimuksessa tuli esiin, että valohoito ja hormonaalinen hoito yhdessä, olivat tehokkaita genitaali endometrioosin hoidossa. SKENAR-terapian avulla noin 68%:lla naisia hedelmällisyys oli palautunut. Valohoito yhdessä hormonihoidon kanssa tehosi noin 34,5%:lla potilaista. Adenomyosin yhteydessä, jossa molemmissa munajohtimissa oli verenkiertohäiriöitä hormonaalisesta terapiasta ei ollut hyötyä. Kyseiset potilaat olivat leikkaushoidon tarpeessa. Tutkimuksessa osoitettu, että gestagenien, antiagregantien sekä antikoagulanttien aloitus hyvissä ajoin, vähentää raskauteen ja synnytykseen liittyviä ongelmia 2-3 kertaista. Tutkimuksen myötä on luotu algoritmi, jonka avulla tutkitaan ja ennustetaan hedelmällisyyden palauttamista. Uuden ELI-P-testin avulla on mahdollista osoittamaan immunoreaktiivisuuden, immuunipuutteiden sekä muiden tekijöiden tila. Naiset joilla endometrioosi oli varhaisessa vaiheessa alle kolme

vuotta ja joilla on hyperaktiiviset reaktiot sekä homeostaasissa ei ollut suuria ongelmia olivat perspektiivisin ryhmä hedelmällisyyden palautumisessa terapioiden avulla. (Borovkova 2005.)

5.4 Keskenmenoriski endometrioosipotilaalla

Endometrioosi saattaa suurentaa spontaanin keskenmenoriskin. Keskenmenoriskin edesauttavina tekijöinä ovat myös geneettiset vauriot, lihavuus, insuliinin korkea määrä veressä ja lisääntymismietelmien avulla saavutetut raskaudet. Endometrioosin lisäksi spontaanin keskenmenoon voi vaikuttaa muut tekijät kuten geneettiset ja rakenteelliset poikkeavuudet, hormonitoiminta ja immunologiset häiriöt, infektiot, kemialliset ympäristömyrkyt sekä psykogeeniset tekijät. Kyseisen tutkimuksen tulokset eivät todistaa mutta ehdottaa sen, että endometrioosipotilailla on suurempi riski spontaanin keskenmenoon. (Matalliotakis, Cakmak, Dermitzaki, Zervoudis, Goumenou, & Fragouli 2008, 194, 197.)

Tutkimuksessa naisten keski-ikä oli 34-41 vuotta. Tutkittu endometrioosipotilaita sekä lapsettomia naisia ilman endometrioosia. Kaikki tutkimukseen osallistuneet naiset olivat säännöllisessä heteroseksuaalisessa suhteessa ja yhdynnässä. Kaksi ryhmää on pyritty muodostamaan seuraavien kriteereiden mukaisesti: mahdollisimman sama ikä, endometrioosin puhkeamisen ajankohta, rotu, pituus, paino, painoindeksi, sairaushistoria, allergiat, sukuhistoria, endometrioosi ja syöpä. Huomioon otettu sama ikä kuukautisten alkaessa, syklin pituus ja kesto, virtauksen määrä ja taudin vakavuus. In vitro ohjelman mukana suoritettussa tutkimuksessa, jonka tarkoituksena oli saada selville spontaanin keskenmenoriskin määrä endometrioosipotilailla ilmeni: ensimmäisessä ryhmässä, jossa endometrioosi ja spontaani keskenmeno olivat lapsettomuuden syitä 62,8%, lantion alueen kipua 39,8%. Toisessa ryhmässä keskenmenotapauksia 30,6% ja lantion alueen kipua 72,5%. Spontaanisten aborttien määrä oli suurempi endometrioosipotilailla noin 27,6% eli 126/457, kontrolliryhmässä 18% eli 36/200. Raskauteen liittyvien keskenmenojen

määrä endometriosisryhmässä oli 2,8%(13/457) ja 1,5%(3/200) kontrolliryhmässä. Tässä tapauksessa kyseisellä erolla ei ole tilastollista merkitystä. Molemmissa 1(50,01) ja 2 (50,01) ryhmissä sama määrä elävänä syntyneitä lapsia. Keskenmenoja ja kohdunulkoisia raskauksia oli merkittävästi suurempi määrä kontrolliryhmässä. (Matalliotakis & ym. 2008, 195.)

5.5 Oksidatiivisen stressin vaikutus endometriosiin ja lapsettomuuteen

Lapsettomuus voi johtua useista etiologisista tekijöistä. Yhtenä niistä voi olla oksidatiivinen stressi, joka käytännössä on vapaiden radikaalien ja antioksidanttien epätasapainoinen suhde (Halliwell 2007). Oksidatiivinen stressi vaikuttaa naisen lisääntymiskykyyn heikentävästi menopaussin tapaan. Ikään liittyvä hedelmällisyyden lasku voi olla oksidatiivisen stressin aiheuttama. Tutkimuksessa taudin aiheuttamisen mekanismit jäivät edelleen epäselviksi. Reaktiiviset happiradikaalit ovat tärkeitä tekijät naisen normaalin sukuelimien toiminnassa, hedelmättömyyden ja muiden lisääntymisterveyteen liittyvien sairauksien puhkeamisessa, kuten endometriosi. Happiradikaalit vaikuttavat luonnollisesti, tukevat ja edesauttavat hedelmällisyyttä. Endometriosisissa peritoneaalineesteessä antioksidanttisuoja on vähentynyt, joten potilas voi olla alttiimpi oksidatiiviselle stressille. Tutkimuksessa nousut esille uusi mahdollinen diagnosointi menetelmä, joka tarvitsee lisää tutkimuksia ja kehittämistyötä vielä. Oksidatiivisten aineiden määrää peritoneaalineesteessä tarjoa mitan, jonka avulla voidaan määrittellä endometriosisin aiheuttaman oksidatiivisen stressin. Kyseinen menetelmä pitäisi helpottaa endometriosisin diagnosointia ilman kirurgisia menetelmiä. (Agoulea 2009, 76, 79-80.)

6 ENDOMETRIOOSIPOTILAAN OHJAUS

Endometrioosi aiheuttaa naiselle monenlaisia tuntemuksia kuten kipua, pelkoja, vuotohäiriöitä, syöpään sairastumisen pelkoja, pettymyksiä toivottujen raskauksien epäonnistumisesta. Endometrioosipotilas tarvitsee paljon tietoa terveydentilastaan, uusista hoitomenetelmistä ja niiden vaikutuksista hänen elämäänsä, jotta hän pystyisi osallistumaan oman hoitoonsa. Potilas voi valita tarjotuista hoitovaihtoehdoista mieluisamman sekä vaikuttaa oman hoitoon liittyviin asioihin. (Eskola & Hytönen 1997, 488.)

Endometrioosipotilaan ohjaustilanteet voivat olla erilaisia samoin kun muissakin asiakasryhmissä. Esittelen tässä luvussa erilaisia ohjausmenetelmiä jotka voi käyttää endometrioosipotilaan ohjaustilanteiden yhteydessä.

6.1 Vuorovaikutuksellinen ohjaus

Ohjattavat asiakkaat myös endometrioosipotilaat ovat kaikki erilaisia henkilöitä persoonallisuudeltaan ja ohjauksen on oltava yksilöllistä ja erilaista jokaisen asiakkaan kohdalla. Ohjattavan oletetaan olevan vastuullinen, itseohjautuva ja omia sisältöjä luova henkilö, joka vastaanottaa eri ohjaustilanteisiin liittyvät tiedot omalla tavalla. Uusien tietojen vastaanottamiskykyyn vaikuttavat ohjattavan taustat sekä aikaisempiin ohjaustilanteisiin liittyvät kokemukset. Ohjausympäristöllä, perheentilanteella, työllä sekä nykyhetken elämäntilanteella on myös merkitystä ohjattavan uuden informaation vastaanotossa. Potilaalla on usein omat ennakkokäsitykset ohjaustilanteista, jotka välillä jarruttavat ohjauksen kulkua. Ongelmana on se että potilaan omat uskomukset ja ennakkokäsitykset ovat melko pysyviä ja niiden muuttaminen on potilaalle vaikea. Ohjauksen yhteydessä potilas haluaisi tutustua uusiin asioihin mutta toisaalta uudet asiat pelottavat ja halu pysyä tutussa ja turvallisessa jarrutta koko ohjaustilanteen prosessia. Ohjaustilanne on aina uuden oppimista. Uuden oppimisessa oppiva henkilö

adaptaatiotilanteiden kautta pyrkii oppimaan oman osaamisen kautta uusia asioita. Oppivan henkilön elämäntilanne, ohjaushistoria, ja kulttuuri on huomioitava ohjaustilanteen yhteydessä. Ohjattavan tunteet auttavat ohjaaja ymmärtämään vuorovaikutukseen liittyviä odotuksia sekä niiden kautta löytämään asiakkaan omat päämäärät ja tavoitteet. Asiakkaan ehdotuksia toimintastrategioita koskien on huomioitava, jotta asiakas tuntee olonsa turvallisemmaksi tuttuja oppimisstrategioita käyttäen. Turvallisuuden tunne luo pohjan uuden oppimiselle ja sen sisällön paremmalle omaksumiselle. Ohjattavan oppiminen sujuu paremmin kun ohjaajaan interventiot ja ohjaustyylit sopivat hyvin asiakkaan oppimistyyliin. (Kassara ym. 2005, 41-42; Vänskä ym. 2011, 63-64.)

Suuntautumattomassa lähestymistavassa ohjausta aina käsitellään ihan uutena tilanteena. Potilaalle kaikki ohjauksessa olevat ilmiöt ovat uusia eikä niistä erottuu helposti ohjauksen ydinasia. Ongelmana on se, että potilas ei osaa tässä vaiheessa asettaa tarkoituksenmukaisia tavoitteita. Alussa potilas käsittelee uutta tietoa ennakkokäsityksiensä kautta, mutta kun alkuhämmennys on ohi potilas pystyy pikku hiljaa asettamaan tavoitteita ja oppimaan uutta asiaa normaalisti. Ohjaajan on huomioitava alkuhämmennys ja siitä huolimatta jatkettava ohjausta ilman kiirettä, hitaalla tahdilla. Ajankohtaista tällaisessa tilanteessa on asioiden selkiyttäminen asiakkaalle: ohjausprosessin tarkoitus, tavoitteet, aikataulut, eteneminen, ohjaajan rooli sekä asiat, jotka ohjaaja ottaisi puheeksi ohjaustilanteiden yhteydessä. (Vänskä ym. 2011, 64-65.)

Vahvat negatiiviset tunteet liittyvät usein minädeffensiiviseen orientaatioon. Ongelmana on se että ohjattavan ohjaushistoriassa on ollut lukuisia negatiivisia ja epäonnistuneita ohjaus- ja oppimistilanteita. Tällöin hänen ennakkokäsitykset peilautuvat myös tähän uuteen ohjaukseen. Asiakas yrittää eri keinoin välttää ohjausta mm. käyttäytymällä aggressiivisesti, vetäytymällä tilanteesta, leikkimällä ja hyvä asiakasta esittelemällä. Ohjaajan on oltava empaattinen, kannustavaa ja hyvää palautetta korostava. Onnistumisenkokemukset ovat tärkeät hyvän ohjauksen rakentamisessa. Pienin askelin eteneminen on tässä tilanteessa paras vaihtoehto, joka vie

ohjausta eteenpäin ja ohjattava oppii uutta tarvittavaa asiaa. (Vänskä ym. 2011, 65.)

Osa ohjattavista omaksuu uuden asian paremmin suorituksen ja toistamisen kautta. Aikaisemmat kokemukset ohjauksesta ovat positiivisia ja ohjattava saa hyvää palautetta suoriutumisesta ja ohjaukseen liittyvien asioiden noudattamisesta. Tämän ryhmään kuuluville ohjattaville on tyypillistä asiantuntijan miellyttäminen ja sosiaalinen vuorovaikutus on etusijalla. Ohjaajan rooli on keskittyä ohjaukseen tavoitteisiin ja sisältöön sekä pysyminen niissä. Potilaasta tuetaan autonomiaan ja oman vastuun ottamiseen. (Vänskä ym. 2011, 65-66.)

Potilaat jotka ovat merkityssuuntautuneet, ohjauksen yhteydessä poimivat vain ne asiat joista ovat kiinnostuneet aikaisemman ohjaushistorian perusteella. Kyseiset potilaat ovat itsekriittisiä ja pyrkivät ottamaan uuden opin ja elämäntilanteensa haltuun. Toiset potilaat yrittävät sovittaa ohjauksen kautta opitun tiedon oman elämäntilanteeseen. Sellaiset potilaat suorittavat kriittisen katsauksen oman historiaan ja aikaisemmin opittuihin malleihin ja tapoihin ja muuttavat toimintatapoja uutta tietoa hyödyntäen. Potilaat kykenevät helposti asettaa omia tavoitteita ja eivät ole riippuvaisia ohjaajan palautteesta. Oma onnistumisen tunne ja varmuuden vahvistaminen ovat soveltamissuuntautuneille potilaille tärkeämmät kuin toiselta ihmiseltä saatu palaute. Ohjaajan näkökulmasta merkitys- ja soveltamissuuntautuneet asiakkaat ovat varsin haastavia. Asiakkaat ovat aktiivisesti mukana ohjausprosessissa haastamalla ohjaaja jaettuun asiantuntijuuteen. (Vänskä ym. 2011, 66-67.)

6.2 Oppiminen ohjauskeskustelun kautta

Oppimiskumppanuus ohjauskeskustelun kautta tapahtuu silloin kun ohjattavan ja ohjaajan ohjausprosessi etenee toivotussa tahdissa, oppiminen tapahtuu yhdessä katkeamattomassa ketjussa. Sellaisessa prosessissa asiakas on oman elämän asiantuntija ja ohjaaja on ohjausprosessin ja

ohjattavan asian asiantuntija. Prosessin myötä molemmat osapuolet käyttävät oman asiantuntijuuden ominaisuudet saavuttaakseen parhaan tuloksen uuden oppimisessa. Oppimiskumppanuuden liittyvän ohjauskeskustelun periaatteena on saada asiakas näkemään itseään itseohjautuvana oman elämän muuttajana, ongelmien ratkaisijana sekä päätöksien tekijänä. (Kyngäs ym. 2007 26-27; Vänskä ym. 2011, 69.)

Dialoginen oppimiskumppanuus tarkoittaa se, että keskustelu pohjautuu konstruktivistiseen oppimistapaan sekä voimaannuttavaan lähestymistapaan. Ohjaaja rakentaa vuorovaikutuksen ja keskustelun kautta pohjan ohjaukselle. Asiakasta on saatava ajatella oman elämänhistorian ja elämänkontekstin kautta tämänhetkisen käsiteltävän ongelman tilannetta ja ratkaisua. Ohjaaja kysymällä, keskustelemalla, kyseenalaistamalla auttaa asiakasta jäsentämään oma ajattelua hyödylliseksi ongelman ratkaisussa. Asiakkaan oppimis- ja ohjauskäsitys vaikuttava ohjauskeskustelun etenemiseen ja ohjaustapojen valintoihin. (Kyngäs & ym. 2007, 82; Vänskä ym. 2011, 70-71.)

6.3 Voimaantuminen ja voimavarojen lisääminen

Endometrioosi voi vaikuttaa negatiivisesti parisuhteeseen ja seksuaalielämään (Leeners 2012, 525). Elämänlaatu tutkimuksessa tarkasteltiin endometrioosin tautikohtaisia sekä välineellisiä vaikutuksia naisen elämän. Endometrioosi Health Profile 30, sisältää näkökohtia työllisyydestä ja sosiaalisista suhteista, jotka vaikuttivat negatiivisesti sairauteen. Tässä tutkimuksessa on kuvattu ihmisten kokemusten perusteella, miten endometrioosi vaikuttaa elämään. Tutkitut naiset osoittivat, että sosiaalinen elämää rajoittuu ja vaikka jotkut löysivät ystävien ja perheiden keskuudesta emotionaalista ja fyysistä tukea, toiset havaitsivat, että heidän sosiaaliset kontaktit ovat vähentyneet ja sairaus pakotti heidät peruuttamaan sosiaalisista tapahtumista. Toiset ihmiset kokivat, että ystävien tuesta oli paljon apua sekä kannustusta. Toiset kokivat, että sosiaalista elämää ei ollut lainkaan. (Elaine 2004, 646.)

Potilasta endometriosisin kanssa on aktivoitavaa voimavaraistavaan ajatteluun, jotta potilas oppisi saaman tukea ja voimavaroja perheestä ja läheisistä ja hänelle itselle sopivista asioista. Voimaantuminen on laaja käsite joka tarkoittaa potilaan henkilökohtaisen voimaan tunteen rakentumista ja vahvistamista sekä osallisuuden yhteiskunnallisessa toiminnassa. Voimaantumisenä on saada asiakas itsereflektiiviseen ajatteluun kokemusten kautta. Käytännössä se on asiakkaan omien voimavarojen vahvistaminen, hyödyllisten muutosten tekeminen, asiakkaan valtaistuminen elämänsä hallinnasta ja itsemääräämisoikeudesta mm. omien päätösten tekeminen ja syiden perustelu sekä pystyminen itsereflektiivisyyteen. Voimaantumisessa ja voimavaraistumisessa edetään pienin askelin tavoitetta kohti, kunnioittaen asiakkaan tahtoa, tukien hänen toimintaa ja arkista muutosta. Terveystoimittajan työssä korostuu voimavaroja vahvistava työ. (Vänskä & ym. 2011, 77.)

Ratkaisu- ja voimavaraalähtöisen ohjausteorian perustana on vahvaa eettinen ajattelu, johon sisältyy monia arvoja. Ratkaisu- ja voimavaraalähtöinen koostuu seuraavista osista: asiakaslähtöisyys, ohjauksen läpinäkyvyys, tavoitelähtöisyys ja tulevaisuuteäessuuntautuneisuus, voimavarojen korostaminen, poikkeuksien ja edistyksien huomioiminen, myönteisyys, luovuus ja huumori, hyödyntäminen ja konstruktiiivinen näkemys, yhteistyö ja kannustus. Asiakaslähtöisyyden periaatteena on lähestyä asiakasta ottaen huomioon hänen toiveita, näkökulmia ja antaa hänelle mahdollisuuden tulla kuulluksi. Ohjauksen läpinäkyvyys näyttäytyy ohjauksessa asianmukaisessa asiakkaan informoinnista kaikista prosesseista ja ajantasaisen tiedon antamisella ilman pimitystä. Tavoitelähtöisyydessä ja tulevaisuussuuntautuneisuudessa ohjauksessa konkreettisesti korostuu tavoitteiden saavuttaminen ja sen merkitys tulevaisuuteen. Voimavaroja korostetaan huomioimalla ohjaustilanteessa asiakkaan kykyjä, taitoja ja osaamista sekä hyödynnetään niitä ongelmien ratkaisemisessa ja tavoitteiden saavuttamisessa. Poikkeuksia ja edistysä huomioimalla ohjaustilanteen yhteydessä edistetään parempaa ohjauksen tulosta. Onnistumisia ja epäonnistumisia tapahtuu ja niiden kanssa on sopeuduttavaa ja jatkettavaa elämä. Myönteisyys , luovuus ja huumori ovat ohjauksen tukimuotoja, joiden

avulla voidaan tukea asiakkaan vahvoja puolia ja taitoja. Hyödyntäminen ja konstruktiiivinen näkemys korostaa eri ohjausmuodoista lainattujen menetelmien käyttöä. Konstruktiiivinen ohjaus on nykypäivän suosituin ohjausmuoto. Konstruktiiivinen ohjaustyyli on kehittynyt Kanadassa monikulttuurisen ohjaustyön kautta. Käytännössä se on keskustelumenetelmä. Asiakkaan oppimista tuetaan muistamisella, toistamisella, ulkoa opettelulla ja opitun soveltamisella. Ohjaajan omalla ohjausajattelulla on suuri vaikutus ohjauksen lähestymistapoihin. Konstruktivistisessä ohjauksessa ohjattava on aktiivinen tiedon käsittelijä, jonka identiteetti kehittyy sosiaalisen vuorovaikutuksen myötä. Ohjaaja rakentaa eri ohjaustyyleistä yksilölliseksi ohjaukokonaisuuden, josta asiakas hyötyy parhaiten. Yhteistyötä ja kannustusta pyritään saada asiakkaan lähiverkostosta koska niitä pidetään yhtenä voimavaarana. Toimitaan asiakkaan hyväksi varmistaen läheisten tuella hoidon jatkuvuutta myös ohjaustilanteen ulkopuolella. (Vänskä & ym. 2011, 21, 80-85.)

Voimavaraistavan ohjausmenetelmän osana käytetään tavoitteellista ja motivoiva neuvontaa. Voimavaraistava neuvonta sopii myös endometriosispotilaan ohjaukseen. Tavoitteellisessa neuvonnassa kartoitetaan potilaan nykytilan, tärkeät asiat elämässä, etsitään yhdessä voimavara lähteitä ja mietitään tulevaisuuden toiveita. Seuraava vaihe on tavoitteiden asettaminen ja nykytilan peilaaminen tavoitteisiin. Aktivoidaan potilas miettimään millä keinoilla hän pääsisi tavoitteisiin. Suunniteltuvaiheessa asetetaan tavoitteet sellaiseen järjestykseen, jotta olisi helpompi aloittaa. Seuranta ja arviointi vaiheet ovat myös tärkeässä asemassa hyvän tavoitteellisen neuvonnan toteuttamisessa. Onnistumiset, epäonnistumiset, keinojen mahdollinen muuttaminen ja jatkojen suunnittelu kuuluu tähän vaiheeseen. (THL i.a.).

Muutos on aina iso asia ihmisen elämässä, joten yksinkertaiset muutokset on helpompi toteuttaa kun isot kokonaisvaltaiset muutokset. Muutosta voi tapahtua pienin askelin edeten ja se voi koostua eri vaiheista. THL:n sivuilla kuvataan muutosprosessin kuusi vaihetta. Esiharkintavaihe, harkintavaihe, valmisteluvaihe, toimintavaihe, ylläpitovaihe ja päätösvaihe. Esiharkintavaihe

alkaa noin 6kk ennen harkintavaihetta. Tässä vaiheessa henkilö on passiivisesti valmistautumassa harkintavaiheeseen. Henkilöllä ei ole vielä riittävästi tietoa muutoksesta ja sen aiheutuvista eduista sekä haitoista. Saattaa olla että lukuisia kertoja yrittänyt jotain mutta epäonnistunut. Harkintavaiheen yhteydessä henkilöllä on aikomus muuttaa jotain omassa elämässä kuuden kuukauden aikana. Henkilö on hankkinut tietoa eduista ja haitoista. Valmisteluvaiheessa henkilöllä on jo valmis toimintasuunnitelma, jonka hän aikoo toteuttaa kuukauden sisällä. Toimintavaiheen yhteydessä henkilön elämässä tapahtuu muutoksia kuuden kuukauden ajassa. Ylläpitovaiheessa henkilö pyrkii ylläpitämään saavutuksia. Päätösvaiheessa henkilöllä on pysyvä varmuus ja luottamus omiin kykyihinsä pärjätä omahoidolla. (THL i.a.)

Terveydenhoitajan on huomioitava eri vaiheissa olevat potilaat ja osattava ohjata niitä tarpeiden ja vaiheiden mukaisesti. Neuvonnassa motivoidaan ja aktivoidaan potilaasta miettimään muutosehdotuksia ja tarjotaan potilaalle erilaisia vaihtoehtoja. Käydään yhdessä potilaan kanssa ristiriita muutoksen ja nykyelämän välillä, huomioiden henkilön taustat, tottumukset ja terveydentilan. Asetetaan potilaan kanssa juuri hänelle sopivat tavoitteet saadun tiedon pohjalta. Ohjaaja tukee potilaasta etsimään omia ratkaisuja tarjoamatta valmiita ratkaisuvaihtoehtoja. (THL i.a.).

6.4 Terveydenhoitajan rooli endometrioosipotilaan hoidossa

Terveydenhoitajalla on tärkeä rooli endometrioosipotilaan terveydenedistämässä ja sairauksien ehkäisyssä. Elämänlaadun edistäminen ja parantaminen vähentää kipuoireita. Tehokas endometrioosin hallinta edellyttää pikaista diagnoosia ja yksilöllisen, moniammattillisen tiimin yhteistoimintaa, jolloin käytännössä jokainen asiantuntija vaikuttaa myönteisesti potilaan hoitoon. On välttämätöntä että potilasta hoitava henkilökunta on perillä seuraavista aiheista: oireista, syistä, kliinisestä toiminnasta, diagnosoinnista sekä nykyisistä hoitovaihtoehdoista. Hoitaja

myös tarjoa potilaalle kaivattua tukea, ohjausta ja tietoa endometriosisista. (Donegan 2012.)

Osana hyvä hoitoa on aina oltava asianmukainen ja laadukas potilasohjaus. Laadukkaan ohjauksen varmentamiseksi on luotu kansallisia suosituksia erilaisia asiakasryhmiä varten. Asiakkaan ja hoitajan taustatekijöillä on suuri vaikutus ohjaustilanteen etenemiseen. Laadukas ohjaus varmentaa hoidon jatkuvuutta niin, että asiakas pärjää itsenäisesti ohjauksen myötä saatujen keinojen avulla kotiolosuhteissa. Laadukas ohjaus näkyy potilaan terveydessä, sen edistämisessä ja ylläpidossa positiivisena asiakkaan pärjäämisenä itsenäisesti. (Kyngäs ym. 2007, 20-21.) Onnistunut ohjaus yhteiskuntatasolla voisi vähentää asiakkaan käyntejä terveyshuollossa, joka vaikuttaa hoitoaikojen lyhentämiseen. Hyvin suunniteltu ohjaus utilitaristisesta näkökulmasta voi olla hyödyllinen asiakkaan lisäksi myös yhteiskunnalle. Terveystenhoitaja on tällöin keskeisessä roolissa tukea ja ohjausta antava henkilö. (Torkkola ym. 2002 24-25.)

Asiakas on oman elämänsä asiantuntija ja samoin ongelmien ratkaisija. Ohjaavan terveydenhoitajan rooli on tukea asiakasta tekemään päätöksiä itsenäisesti, antamatta valmiita ongelmaratkaisuvaihtoehtoja. Hänen tehtävänä on myös antaa ajankohtaista tietoa jonka avulla tuetaan asiakasta löytämään omia voimavaroja ja huolehtimaan omasta terveydestä paremmin. Ohjauksen onnistumiseen vaikuttavat tekijät yksilö tasolla ovat fyysiset, sosiaaliset, psyykkiset ja ympäristö tekijät. Ohjauksen elementteihin kuuluu: terapia, tiedon antaminen, oppiminen, neuvonta ja konsultaatio. Yllämainitut elementit käytetään eri yhdistelmissä tilanteen mukaisesti. (Vänskä, Laitinen-Väänänen, Kettunen & Mäkelä 2011, 17, 20.)

Ohjaus on keskeistä hoitohenkilökunnan kuten myös terveydenhoitajan ammatillisessa toiminnassa sekä tärkeä osa potilaan kokonaisuhoitoa (Kyngäs ym. 2007, 5). Hoitava terveydenhoitaja on aina vastuussa potilaan ohjauksesta, joka voi tapahtua erilaisissa tilanteissa osana hoitotoimenpidettä tai muuta hoitoa, jolloin sitä toteutetaan suunnitelmallisesti. Hoitajan tehtävänä on toimia tietolähteenä, antamalla tarkoituksenmukaista ja

hyödyllistä tietoa potilaalle samanaikaisesti tukemalla häntä voimavarojen etsimisessä sekä sitoutumisessa hyvään itsehoitoon kotiolosuhteissa. Ohjaus sisältää sosiaalisen tuen elementtejä. Sosiaalinen tuki osaltaan erottuu tiedolliseksi, emotionaaliseksi, käytännölliseksi, tulkinnalliseksi sekä henkiseksi tueksi. Tiedollista tukea potilas saa silloin kun hoitaja antaa uutta tietoa hänelle. Emotionaalista tukea potilas saa silloin kun hänelle osoitetaan positiivisia tunteita mm. empatiaa. Käytännöllistä tukea potilas saa silloin kun hänet ohjataan hakemaan itse tai autetaan häntä hakeutumaan tarvitseman avun ja tuen eri palveluihin. Tulkinnallista tukea potilas saa hoitajan avulla, jolloin hoitajan osaamisen avulla potilas pyrkii ymmärtämään itseään ja arvioida oman tämänhetkisen tilanteen. Henkistä tukea potilas saa silloin kun ohjaaja kuuntelee potilasta ja pysyy aktiivisesti mukana kaikissa hoitoprosesseissa tukemalla potilaasta eri tukimuotoja käyttäen. Muutoksien hyväksyminen ja toivon ylläpitäminen kuuluvat myös henkisen tukeen. Ohjaavan hoitajan antama henkinen tuki on erityisen tärkeä potilaalle. (Kyngäs ym. 2007, 41–43.)

Hoitajan motivaatio ja asennoituminen vaikuttavat suuresti ohjauksen laatuun. Hoitajan tulee olla oma-aloitteinen ja herkkä tiedon sekä ohjeiden antamisessa. (Kassara ym. 2005 32, 37.)

6.5 Ohjauksen eettisyys

Ohjauksen yhteydessä eettisyys on oleellinen osa ammattilaisen osaamista. Eettisen ohjauksen arviointi tulisi sisältää pohdinnan ohjaustavoista hyvien ja pahojen välillä, huomioiden periaatteita, arvoja ja ihanteita. Terveystieteiden eri ammattiryhmät ovat laatineet omat eettiset ohjeet potilaita varten. Esim. Sairaanhoidajien omat eettiset periaatteet. Eettiset ohjeet ja periaatteet auttavat antamaan potilaalle tasavertaista, oikeudenmukaista ja yksilöllistä juuri kyseiselle potilaalle tarkoitettua hoitoa. ETENE on valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan eettinen neuvottelukunta, joka antaa eettistä toimintaa koskevia suosituksia sekä käsittelee erilaisia eettisyyttä koskevia

asiakkaiden/potilaiden kysymyksiä. ETENE toimii yksilö-, yhteiskunta- sekä kansainvälisellä tasolla. (Vänskä ym. 2011, 10–11.)

Ohjaus sosiaali- ja terveysalalla on määritelty yhteiskunnallisesti sekä säännelty lakien ja asetusten avulla. Ohjauksessa ohjajana toimiva henkilö tarjoaa asiakkaalle aika huomiota ja kunnioitusta. Pyrkimyksenä asiakkaan mahdollisuus tulla kuuluksi, tutkia ohjaustilanteen kautta oman tilanteen sekä saada uusia voimavaroja ja paremman elämään. Lait, ammattisuositukset, oppaat ja ohjelmaluonteiset asiakirjat määräävät ohjauksen sosiaali- ja terveysalalla. Ohjaustoiminnan suosituksia tarjoaa kansalliset ja kansanväliset terveys- ja hyvinvointiohjelmat. Seuraavat lait säätelevät ohjausta: potilaiden asema koskeva laki, potilaan ohjausta koskeva laki, kuntalaki, Suomen perustuslaki ja ammattihenkilöitä koskeva laki. Yllä mainitut lait velvoittavat ohjaajalta ja ohjattavalta: potilaan itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen, yhteistyöhön sitoutuminen, osallisuuden omiin päätöksentekoon ja tasa-arvon huomioiminen. (Kyngäs ym. 2007 13-17, 20; Vänskä ym. 2011, 16–17.)

Hoitajan eettinen osaaminen pohjautuu lainsäädäntöön ja ammattietiikkaan. Vuonna 1953 Kansainvälinen Sairaanhoitajajärjestö (ICN) julkisti ensimmäiset sairaanhoitajan eettiset ohjeet. Pohjautuen kansainvälisiin sairaanhoitajan eettisiin ohjeisiin, vuonna 1996 Suomen sairaanhoitajaliitto hyväksyi ensimmäiset eettiset ohjeet, jotka ovat käytössä edelleenkin. (Kassara ym. 2005, 24-25.) Ammatillisessa toiminnassa on noudattava ihmisoikeuksia, potilaan itsemääräämisoikeutta, salassapitovelvollisuutta, potilaan suostumusta hoitoon, potilaan asema ja oikeuksia (Kassara ym. 2005, 26-27). Terveystoimittajan on osattava ohjata endometrioosi potilaita ja heidän läheisiä oikeudenmukaisesti ja ongelmakeskeisesti. Jokainen ihminen on yksilö joten ohjaustilanteen on oltava myös yksilöllistä, huomioiden asiakkaan taustoja, sairauksia, toiveita ja tulevaisuuden muutoksia.

Erilaiset eettiset näkökulmat korostavat eri näkemyksiä. Hoitajan on osattava valittaa oikea näkökulma potilaan hoidossa. Yhteiskunnan hyötyä ajaa utilitaristinen ohjauksen näkökulma: ohjaus on hyvää jos yhteiskunta hyötyy siitä. Tunteita ja järkeä käsittelevässä emotivismisessä näkökulmassa kyse on

järjen ja tunteiden erottelemisesta toisistaan, jotta potilas saisi tarvitsemansa ohjeet tilanteen mukaisesti. Moniarvoisuutta ja yksilöllisyyttä korostava postmoderni yhteiskunnanäkemys voi olla suppea koska ohjaus tapahtuu potilaan omien arvojen kautta ja yksilö näkökulmasta. Yksilö näkökulman kumminkin on kuljettava rinnalla yhteisöllisyyden kanssa. (Vänskä ym. 2011, 11–12.)

Ohjaajan omat näkökulmat, arvot, eettinen tietoisuus, kyky kohdata eri tilanteita sekä omat „varjot,, voivat vaikuttaa ohjaustilanteeseen joko positiivisesti tai negatiivisesti. Ohjauksen laatu riippuu miten ohjaaja osaa käsitteellä omat elämäntilanteet käyttämättä niistä aiheutuvia reaktioita potilaan kohtaamiseen. Vuorovaikutuksen on oltava avoin ja rakentava, jotta potilas hyötyisi siitä. Ohjaus tapahtuu aikaan, paikkaan ja ympäristön sidotusti. Hyvää onnistunut ohjaus on aika pitkälti kiinni ohjaajasta, hänen itsemääräämisoikeudesta, työn mielekkyydestä ja osaamisesta ylläpitää omia raajoja ohjaustilanteen yhteydessä. (Kyngäs ym. 2007, 154-155; Vänskä ym. 2011, 13–15.)

6.6 Endometrioosipotilaan ohjauksen yhteenveto

Olen tarkastellut useita ohjausteorioita ja sovitin ne endometrioosipotilaan ohjaukseen. Olen esittänyt tässä luvussa kyseiset teoriat. Yhteenvetona olen kerännyt ”Endometrioosipotilaan ohjaus” - lehtiön (LIITE 1).

Lehtiö voisi olla apuna endometrioosipotilaan ohjaustilanteessa ja olla hyödyllinen terveydenhoitajille, terveydenhoitajaopiskelijoille sekä kaikille ohjaustyötä tekeville.

7 KUMPPANIN ROOLI ENDOMETRIOOSI POTILAAN TUKENA

Endometrioosi voi vaikuttaa negatiivisesti parisuhteeseen ja seksuaalielämään. Sekä mies että nainen saattavat kärsiä psyykkisesti endometrioosista aiheutuvista oireista. Naisen tuntemukset saattavat olla voimakkaammat, koska niihin liittyy itseään syytely, koska ongelmat johtuvat hänestä ja hänen sairaudesta. (Leeners 2012, 525.) Pariskunnan seksuaalielämä muuttuu, koska naisen yritykset tulla raskaaksi saattavat muuttua vainoharhaisiksi, jolloin yhdyntä muuttuu pelkästään toiminnaksi. Endometrioosiin liittyvä lapsettomuus diagnoosi voi olla suuri murhe, joka tuo epämiellyttäviä tunteita pariskunnan keskuuteen. Infertiliteetti saattaa laukasta kriisin perheessä, jolloin pariskunta käsittelyvaiheessa omien tuntemuksien mukaan viemänä päättää, että ei kannattaa jatkaa elämää yhdessä ilman lasta. Tällaisen tilanteen yhteydessä hoitajan on tuettava lapsettomia perheitä toimenpiteiden ja tutkimuksien aikana, pyrkimällä kannustaa niitä olemaan yhdessä ja pärjäämään yhdessä ongelman kanssa ja jatkamaan elämää epäonnistumisista huolimatta. Hoitajana on tärkeä luoda luottamuksellinen hoitosuhde pariskunnan tueksi, jolloin perhe pyrkii löytämään oikeita ratkaisuja perhe-elämän kasassa ylläpitämistä ja sen hyvinvointia edistämistä ilman lastakin. On suositeltava kannustaa myös miehiä lapsettomuustutkimuksiin, koska lapsettomuus on parin ongelma eikä yksilön ja voi johtua myös miehen hedelmättömyydestä. Kolmanneksella lapsettomuushoitoihin hakeutuvista pareista syy lapsettomuuteen löytyy molemmilta puolisoilta. Partneri ei aina ole suuri apulainen hoitojen yhteydessä, mutta voimakkaana voimavaroilähteenä ja henkisenä tukena tärkeässä asemassa. Tärkeä on se että mies on aktiivisesti mukana, näyttäen sen että lapsettomuus on heidän yhteinen asia eikä vain naisen. (Eskola ym. 2002, 317-318; Eskola & Hytönen 1997, 489.)

Eläminen endometrioosin kanssa on aiheuttanut paineita useimmissa naisten suhteissa kumppaneiden kanssa ja jopa hajottaneet niitä, koska miesten yritykset selviytyä yhdessä naisen kanssa endometrioosista epäonnistuivat. Vakituiset kumppanit olivat myös suurimmat tuen lähteet useimmille naisille,

joista usein tuntui, että he eivät olisi selvinneet endometrioosin aiheuttamista fyysisistä ja emotionaalista vaikutuksista ilman miehensä tukea. Heillä oli taipumus tuntea, että he olivat onnekkaita, että tällaista tukea oli lähellä. Kokemukset työpaikoilla olivat varsin vaihtelevia, kaikki osallistujat totesivat, että endometrioosi tunkeutui heidän työelämäänsä. Kovien kipujen takia joskus joutuu sairauslomalle tai ei voi suorittaa asianmukaista työtä. Eräs tutkittava joutui eroamaan työstä, johon oli liittynyt paljon ajamista autolla. Toinen tutkittavista joutui luopumaan sairaanhoitajan koulutuksesta endometrioosin aiheutettujen kipujen vuoksi. Monet havaitsivat, että heidän sairautta pahensivat työnantajat ja kollegat, joka suhtautuivat mm. ennakkoluuloisesti kyseiseen sairauteen, varsinkin työpaikoilla, jossa ei maksettu sairauspäivärahaa asianmukaisesti. Eräs tutkittava joutui taistelemaan töissä työn määrästä ja laadusta, jolloin pomo epäili sairauden aitoutta ja lähetti naisen työterveyshuoltoon tarkastukseen. Toisilla naisilla oli kannustavia työnantajia, jotka olivat tarjonneet liukuvan työajan ja työntekijä sai valita työmäärän minkä hän pystyi tekemään. (Elaine 2004, 646.)

8 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS JA MENETELMÄT

Aloitin opinnäytetyöni suunnittelemalla sen rakennetta ja sisältöä. Olin valinnut pääkäsitteiksi endometrioosia, endometrioosipotilaan raskautta, normaali raskauden kulkua, potilasohjausta, hyvä ohjausta ja kumppanin tukea. Yritin löytää ajankohtaista tietoa ja avata käsitteitä oppinäytetyössäni. Olen käyttänyt kvalitatiivisen tutkimuksen menetelmiä mm. endometrioosin liittyvien tutkimuksien ja kirjallisuuden tarkastelua, analysointia. Yritin etsiä mahdollisimman luotettavan ja ajan tasalla olevan teoratiedon opinnäytetyöni varten. Olen käyttänyt subjektiivis-teoriahakuista menetelmä, jonka tavoitteena oli tuottaa merkityksellistä ja ymmärrettävää tietoa, laadullista menetelmä käyttäen. Subjektiivis-teoreettiseen menetelmään tavoitteena on tulkinnan kautta saada ymmärrettävä ja merkitystä antava tuotosta. Kyseisen menetelmän takana on hermeneuttinen ja fenomenologinen ajatus. (Anttila 2006, 473.)

Käytin opinnäytetyöni kirjoittamisessa systemaattisen tekstianalyysin menetelmä, joka kuuluu laadullisen tutkimuksen menetelmiin. Systemaattista tekstianalyysia voi käyttää minkä tahansa tekstin analyysimenetelmänä. Systemaattista analyysiä sovelletaan tutkijan valintojen mukaan. (Hannula 2007, 111.) Tekstin analysoinnin tarkoituksena on alkuperäisen teorian selkeyttäminen ajatuskokonaisuudeksi, jota lähestytään valituista näkökulmista. Tarvittaessa jatketaan ajatuskokonaisuuden kehittelyä eteenpäin. Tavoitteena on saada selkeämpi ja ymmärrettävämpi kokonaisuus. (Hannula 2007, 116-117.) Lähestymistavat voivat olla sekä induktiivinen, että deduktiivinen. Induktiivisessa lähestymistavassa rakennetaan tekstilähtöistä kokonaisuutta kirjoittajan ajatuksista. Deduktiivisessa lähestymistavassa lähtökohtana on kokonaisuus jonka avulla nostetaan tekstistä johtoajatuksia. (Grönfors 2011, 14-15; Hannula 2007 118.) Olen käyttänyt sekä induktiivista että deduktiivista päättelyä opinnäytetyöni kirjoittamisen aikana.

Tutkija on aina aktiivinen tulkitsija, jonka tehtävänä on tuoda mahdollisimman luotettava kokonaisuus joko samasta tai uudesta näkökulmasta. Tulkitsijan

tehtävän on saada teksti elämään ja kertomaan mahdollisimman selkeästi lukijalle aiheesta. Tutkija esittelee itselle kysymyksiä ja etsii vastauksia tarkasteltavista tutkimuksista ja kirjallisuudesta. Kysymyksien esitleminen elävöittää tekstiä ja antaa sille enemmän merkitystä. (Hannula 2011, 119-120.)

Aloitin kirjoittamaan opinnäytetyöni keräämällä aiheeseeni liittyvää jo olemassa oleva tutkimuskirjallisuutta. Olin ensin valinnut sopivan aiheen, laatinut tutkimuskysymykset, tutkinut aiempia teorioita ja tutkimuksia aiheesta. Tulkitsin kriittisesti eri tutkijoiden tuloksia ja rakensin oma opinnäytetyöni tulkintojen perusteella. Olin mielikartan avulla kerännyt asioita omiin laatikkoihin mm. eri tutkimuksien samankaltaisuuksia, vastaväitteitä, ristiriitoja sekä puuttuvia osia. Etsin ratkaisuja puuttuvien osien täydentämiseen ja sain puuttuvia osia täydennettyä uusien tutkimuksien tuloksilla. Olin myös vertaillut eri tutkimuksia keskenään ja sain hyviä tuloksia vertailusta. Melkein kaikki keräämäni tutkimukset olivat yhdistettävissä ja täynnä samankaltaisia väitteitä. Riistariitojakin oli jonkun verran mutta en ole tuonut niitä esille opinnäytetyössäni. Keräsin pääajatuksia ohjausteorioista ja sain laadittua ”Endometrioosipotilaan ohjaus” - lehtiön.

Olin hakenut tietoa internetistä mm. Endometrioosiyhdistyksen sivuilta, Diana-kirjastopalvelusta, Nelli-portaalista, EBSCO- ja Duodecim tietokannasta. Olin saanut hyviä suomenkielisiä lähteitä endometrioosista sairautena, mutta oli haasteellista löytää niitä endometrioosista ja raskaudesta. Sain kuitenkin hyviä englannin kielellä julkaistuja tieteellisiä tutkimuksia ja artikkeleita käsiin, jotka olin hyödyntänyt opinnäytetyöni kirjoittamisessa. Haastavaa oli se, että tutkimuksia aiheesta oli paljon eri kielillä, niiden kääntäminen, yhteen sovittaminen ja johtopäätösten tekeminen oli välillä ongelmallista.

Löysin myös mielenkiintoisen venäjällä suoritetun tutkimuksen, jossa endometrioosipotilaiden raskautta oli edistetty sähköimpulssiin perustuvan SKENAR-terapian avulla. Tutkimuksen tulokset olivat lupaavia, joten päätin tuoda opinnäytetyössäni esille myös SKENAR-terapian vaikutuksia endometrioosipotilaan raskaaksi tulon mahdollisuuteen.

9 OPINNÄYTETYÖN EETTISYYS

Tekijän oikeuksia on kunnioitettava opinnäytetyön kirjoittamisessa merkitsemällä asianmukaisesti lähteet (Kuula 2011, 68). Olen merkannut opinnäytetyössäni asianmukaisesti lähteitä kunnioittaen tekijän oikeuksia. Minusta se on eettisesti oikein, koska näin suojataan tekijän oikeuksia sekä annetaan lukijalle mahdollisuuden tarvittaessa saada lisätietoa alkuperäisestä tutkimuksesta tai teoksesta.

Eettisesti internetin kautta hankittu tieto voi olla hyvinkin erilaista. Kirjastotietokantojen ja elektronisten tieteellisten julkaisujen kautta voimme saada hyviä lähteitä tieteellistä tutkimusta varten. Mutta on myös harmaata aluetta, jonka luotettavuutta ja asianmukaisuutta emme voi taata. (Kuula 2011, 169, 171.) Olen tiedonhakun yhteydessä tutustunut erilaisiin lähteisiin, osa niistä ei mielestäni kelvannut oppinäytetyölähteiksi epäluotettavan sisältöön ja tuntemattoman kirjoittajan takia. Olen pyrkinyt hakea tietoa oppinäytetyöni varten luotettavista tieteellisistä tutkimuksista, artikkeleista ja kirjallisuudesta. Luotettavan tiedon etsiminen ja rajaaminen on minusta eettisesti oikea vaihtoehto, jotta oppinäytetyöni lukija saisi oikean ja ajankohtaisen tiedon endometrioosista, sen hoidosta, endometrioosista ja raskaudesta sekä endometrioosipotilaan ohjauksesta.

Endometrioosi ja raskautta sekä endometrioosi potilaan ohjausta raskaaksi pyrkimiseen yhteydessä on ajateltava myös eettisestä näkökulmasta. Työelämässä terveydenhoitaja tulee pohtimaan hedelmöityshoitojen sekä onnistumisien ja epäonnistumisen vaikutusta endometrioosi potilaan, hänen kumppaniin sekä heidän parisuhteeseen.

Ihmisen tarpeisiin kuuluu biologinen tarve saada lapsia. Pitkittynyt lapsettomuusongelma voi aiheuttaa henkistä kipua. Hedelmöityshoitoihin hakeutuvilla pareilla on eettisesti oikeus saada lapsia ja tuntea itsensä naiseksi tai mieheksi, oikeus tulla vanhemmaksi ja kokea synnytys, vanhemmuus ja ehyt perhe lapsineen. Hedelmöityshoidot eettisestä näkökulmasta edesauttavat saada biologisen lapsen yhä useammalle

pariskunnalle, jolloin adoption tarve vähenee. Yhteisten onnistumisen ja ilohetkien jälkeen perhe-elämä voi jatkua ongelmitta tavallisen tapaan. (Sosiaali- ja terveysministeriö i.a.)

Perheen tukeminen ohjaustilanteiden ja neuvonnan yhteydessä on myös eettisesti tärkeää raskaaksi pyrkivälle endometrioosipotilaalle. Perhe, läheiset ja kumppani toimivat voimakkaina voimavara- lähteinä, henkisenä ja fyysisenä tukena sekä antavat endometrioosipotilaalle voimia epäonnistumisen yhteydessä, auttavat kokeilemaan muita hoitoja ja onnistumisissa iloitsevat yhdessä.

10 POHDINTA

Opinnäytetyöprosessin aikana olen oppinut paljon uutta ja hyödyllistä tietoa endometrioosista, sen hoitomuodoista, esiintyvyydestä, endometrioosin vaikutuksista raskauteen ja endometrioosin liittyvästä lapsettomuudesta. Olen kirjoittanut opinnäytetyöni potilasohjauksen näkökulmasta ja avannut potilasohjauksen teorioita sekä tuonut esille niiden tarkoitusta endometrioosipotilaan ohjauksessa. Haluaisin myös jakaa saatua teoretietoa muiden ihmisten kanssa mm. endometrioosipotilaiden ja niitä hoitavan henkilökunnan kanssa. Käytin työssä viimeisimpien tutkimuksien tuloksia sekä luotettavaa kirjallisuutta varmistaakseni, että saatu tieto on ajantasaista ja mahdollisimman luotettavaa. Päättävöitteena oli saada viimeisimpien tutkimuksien tulokset opinnäytetyöhöni, jotta endometrioosipotilaat ja heitä hoitava henkilökunta voivat hyödyntää keräämäni tietoa.

Endometrioosia pidetään nykyajan naisten tautina. Se tuo mukanaan kipua, lapsettomuutta, ongelmia perhesuhteissa, leikkaus- lääke- ja lapsettomuushoitoja. Endometrioosi tuo myös psyykkistä, sosiaalista, fyysistä ja jossain tapauksissa myös taloudellista kuormittavuutta naiselle sekä kumppanille. Kumppanilla on kuitenkin tärkeä rooli vahvana voimavara-lähteenä endometrioosipotilaan tekemisessä, lapsettomuushoitoihin hakeutumisessa ja muiden tärkeiden päätöksien tekemisessä. Perheen selviäminen ja elämä endometrioosin kanssa, välillä yhdistää kumppaneita entistä enemmän mutta välillä myös erottaa.

Terveystenhoitajan on osattava ohjata endometrioosipotilaita ja heidän läheisiä oikeudenmukaisesti ja voimavara-ongelmakeskeisesti. Jokainen ihminen on yksilö joten ohjaustilanteen on oltava myös yksilöllistä, huomioiden asiakkaan taustoja, sairauksia ja toiveita. Tulevana tervetystenhoitajana tulen pitämään lukuisia ohjaustilanteita, joten koen erittäin hyödyllisenä sen että olen syventänyt osaamistani kyseisen oppinnäytetyön kirjoittamisen aikana. Maailma muuttuu, ja ihminen muuttuu sen kanssa. Uuden oppiminen on aina mukavaa ja hyödyllistä, vaikka olisit kuinka hyvä

omassa ammatissa kumminkin uuden oppiminen kannattaa aina, jotta pysyisit ajan tasalla. Päivittäin opitaan jotain uutta ja hyödyllistä. Ihminen ei voi osata kaikkea, joten aina on jätettävä tilaa uuden oppimiselle ja kehittymiselle. Kuitenkin asiantuntijan velvollisuutena on ylläpitää ammatillisuudensa tasoa, hakemalla uutta tietoa pysyäkseen ajan tasalla ja asiantuntijan roolissa antaa viimeisintä tuoretta, luotettavaa tietoa ja ohjausta potilaille tai asiakkaille. Hoitaja perehtyy uuden asiaan, vaikutuksiin ja periaatteisiin, jonka jälkeen voi antaa neuvoa ja ohjausta etenkä. Olen oppinut opinnäytetyöprosessin myötä ohjaukseen liittyvän hyödyllisen teorian tiedon, jota voin käyttää tulevaisuudessa terveydenhoitajan työssä. Asiantuntijuuteni on kasvanut opinnäytetyöprosessin myötä eli kahden vuoden aikana huomasti ja olen syventänyt teorian tietoa endometrioosista ja raskaudesta sekä hyvästä potilasohjauksesta.

Endometrioosia sairautena, sen syntymä- ja kipu mekanismeja tutkitaan aktiivisesti tällä hetkellä. Pyrkimyksenä on kehittää uusia tehokkaampia hoitoja ja mahdollisesti löytää tautia parantavia hoitomuotoja. (Härkki & ym. 2011.)

Toivon, että löytämäni tieto on hyödyksi endometrioosi yhdistykselle, endometrioosi potilaille, terveydenhoitajaopiskelijoille ja kaikille asiasta kiinnostuneille.

Opinnäytetyöprosessi oli haastava ja pitkittyi vähän pidemmälle ajalle kuin alun perin suunnittelin. Haastavaa oli myös luotettavan ja suomenkielisen kirjallisuuden löytäminen. Suomenkielistä kirjallisuutta aiheesta löytyy, mutta ei kovin paljon, joten olen hyödyntänyt opinnäytetyössäni englanninkielistä ja venäjänkielistä kirjallisuutta sekä tutkimuksia. Internetissä löytyy paljon erilaisia artikkeleita ja muuta tietoa endometrioosista, mutta kaikkia ei voitu käyttää, koska en ollut varma tiedon luotettavuudesta. Olen pyrkinyt hakemaan vain tieteellisistä tutkimuksista, artikkeleista ja kirjallisuudesta luotettavan tiedon. Opinnäytetyöprosessin myötä olen syventänyt tiedonhakuosaamistani myös lähdekriittisyyteni on kehittynyt kiittävästi.

LÄHTEET

- Adamson G. David 2012. Endometriosis: disease classification and behavior. Endometriosis science and practice teoksessa (toim.) Linda C. Giudice, Johannes L.H. Evers, David L. Healy. Chichester: Wiley-Blackwell 2012, 81-91.
- Anttila, Pirkko 2006. Tutkiva toiminta ja ilmaisu, teos, tekeminen. Hamina: Akatiimi
- Augoulea, Areti; Mastorakos, George; Lambrinouadaki, Irene; Christodoulakos, George & Creatsas George 2009. The role if oxidative-stress in the endometriosis-related infertility. Gynecological Endocrinology. February 2009, Vol. 25 Issue 2, p 75-81.
- Borovkova, Ljudmila Vasiljevna 2005. Reproductio toiminnon palauttaminen genitaali-endometrioosipotilailla. Moskova. Viitattu 25.09.2013. <http://www.dissercat.com/content/reproduktivnaya-funktsiya-u-bolnykh-s-genitalnym-endometriojom>
- Brosens, Ivo & Benagiano, Giuseppe 2012. History of endometriosis: a 20th-century disease. Endometriosis science and practice teoksessa (toim.) Linda C. Giudice, Johannes L.H. Evers, David L. Healy. Chichester: Wiley-Blackwell 2012, 3-18.
- Bulun,E. Sedar; Attar, Erkut; Gurates, Bilgin; Chen, You-Hong; Tokunaga, Hideki; Monsivais, Diana & Pavone, Mary Ellen 2012. Medical therapies: aromatase inhibitors. Endometriosis science and practice teoksessa (toim.) Linda C. Giudice, Johannes L.H. Evers, David L. Healy. Chichester: Wiley-Blackwell 2012, 357-365.
- D'Hooghe, T & Hummelshoj,L 2006. Multi-disciplinary centres/networks of excellence for endometriosis management and research: a proposal. Human reproduction. Volume 21, issue 11. Viitattu 29.03.2013. <http://humrep.oxfordjournals.org/content/21/11/2743.full>
- Donegan, Catrina 2012. Practice nurse. 3/09/2012, vol 42Issue 4, p24-28. Viitattu 30.03.2013 <http://anna.diak.fi:2100/ehost/detail?vid=9&sid=59c6eb4d-cda1->

[4026-8e84-873aaf3573df%40sessionmgr13&hid=24&bdata=JnNpdGU9ZWVvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#db=aph&AN=73442071](http://www.duodecim.fi/kotisivut/sivut.nayta?p_sivu=111870)

Duodecim 2012. Endometriosisi. Suomalainen lääkäriseura duodecim 2012.

Viitattu 9.03.2013.

http://www.duodecim.fi/kotisivut/sivut.nayta?p_sivu=111870

Duodecim. Terveyskirjasto. i.a. Viitattu 30.03.2013.

http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti/%5C%5Cwww.mangusti.com/supli/http://www.duodecim.fi/tk.koti?p_artikkeli=ltt02737

Elaine, Danny 2004. Women's experience of endometriosis. Journal of advanced nursing, 46(6). Blackwell Publishing. Viitattu 24.11.2013.

<http://anna.diak.fi:2100/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=15&sid=2822bb3d-1845-4d10-a13a-733c38871a55%40sessionmgr15&hid=25>

Endometriosisyhdistys ry i.a. Viitattu 30.09.2013.

<http://www.endometriosisyhdistys.fi/fi/yhdistys>

Eskola, Kaarina & Hytönen, Eeva 1997. Naisen elämä ja hoitotyö. WSOY Oy: Helsinki.

Eskola, Kaarina & Hytönen, Eeva 2002. Nainen hoitotyön asiakkaana. WSOY Oy: Porvoo.

Evers, L.H., Johannes. Medical therapy of endometriosis: subfertility. Endometriosis science and practice teoksessa (toim.) Linda C. Giudice, Johannes L.H. Evers, David L. Healy. Chichester: Wiley-Blackwell 2012, 449-454.

Falconer, Henrik 2012. Pregnancy and obstetric outcomes in women with endometriosis. Endometriosis science and practice teoksessa (toim.) Linda C. Giudice, Johannes L.H. Evers, David L. Healy. Chichester: Wiley-Blackwell 2012, 519-523.

Grönfors, Martti 2011. Laadullisen tutkimuksen kenttätömenetelmät teoksessa (toim.) Hanna Vilkkä. Hämeenlinna: SoFia-Sosiologi-Filosofiapu Vilkkä.

- Halliwell, Barry 2007. Biochemistry of oxidative stress. Biochemical Society Transactions 35: 1147-1150.
- Hannula, Aino 2007. Systemaattinen tekstianalyysi. Avauksia laadullisen tutkimuksen analyysin teoksessa (toim.) Eija Syrjäläinen, Ari Eronen & Veli-Matti Värri. Tampere: Tampereen yliopisto Oy, 111-125.
- Hippeläinen, Maritta 2001. Endometrioosi. Duodecim.703-711. Viitattu 23.12.2013. <http://www.ebm-guidelines.com/xmedia/duo/duo92173.pdf>
- Härkki Päivi 2013. Endometrioosi. Lääkärin käsikirjä. Duodecim 2013. Viitattu 28.12.2013. http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=ykt00625&p_haku=endometrioosi
- Härkki, Päivi 2006. Endometrioosi. Duodecim. 1869-1870. Viitattu 27.01.2014. <http://www.terveyskirjasto.fi/xmedia/duo/duo95920.pdf>
- Härkki, Päivi; Heikkinen Anna-Mari & Setälä Marjaleena 2011. Hyvänlaatuiset gynekologiset kasvaimet. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim 2011; 127(17) : 1837-47. Viitattu 25.12.2013. [http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=duo99751&p_haku=endometrioosi ja raskaus](http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=duo99751&p_haku=endometrioosi%20ja%20raskaus)
- Kassara, Heidi; Paloposki, Sanna; Holmia, Silja; Murtonen, Irja; Lipponen, Virpi; Ketola Marja-Leena & Hietanen, Helvi 2005. Hoitotyön osaaminen. Porvoo: WSOY.
- Khanjani, Sihrin; Al-Sabbagh, K. Marwa; Fusi, Luca & Brosens J. Jan 2012. Role of steroid hormones: progesterone signaling. Endometriosis science and practice teoksessa (toim.) Linda C. Giudice, Johannes L.H. Evers, David L. Healy. Chichester: Wiley-Blackwell 2012, 145-152.
- Kuula, Arja 2011. Tutkimusetiikka: Aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys. Jyväskylä: Bookwell Oy.
- Kyngäs, Helvi; Kääriäinen, Maria; Poskiparta, Marita; Johansson, Kirsi; Hirvonen Eia & Renfors Timo 2007. Ohjaaminen hoitotyössä. WSOY: Helsinki.

- Leeners, Brigitte 2012. Sexuality in endometriosis. Endometriosis science and practice teoksessa (toim.) Linda C. Giudice, Johannes L.H. Evers, David L. Healy. Chichester: Wiley-Blackwell, 524-532.
- Matalliotakis, Ioannis; Cakmak, Hakan; Dermitzaki, Despina; Zervoudis, Stefanos, Goumenou, Anastasia & Fragouli Yvoni 2008. Increased rate of endometriosis and spontaneous abortion in an in vitro fertilization program: No correlation with epidemiological factors. Gynecological Endocrinology. April 2008, Vol. 24 Issue 4, p194-198.
- Rombauts, Luk J.F 2012. Ovarian endometrioma: surgery and fertility preservation. Endometriosis science and practice teoksessa (toim.) Linda C. Giudice, Johannes L.H. Evers, David L. Healy. Chichester: Wiley-Blackwell, 473-481.
- Santala, Markku & Kauppila, Antti 2008. Endometrioosi. Naisten taudin ja synnytykset teoksessa (toim.) Olavi Ylikorkala, Antti Kauppila. Duodecim: Helsinki, 96–106.
- Setälä, Marjaleena; Härkki,Päivi; Perheentupa, Antti; Heikkinen, Anna-Mari & Kauko, Minna 2009. Särkylääke ei auta kuukautiskipuihin – epäile endometrioosia. Suomen Lääkärilehti 48/2009 vsk 64.
- Sosiaali- ja terveysministeriö i.a. Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta (ETENE) teoksessa (toim.) Ritva Halila. Hedelmöityshoidot ja syntymättömän lapsen etu. <http://www.helsinki.fi/oikeustiede/oppiaineet/medibio/Luentosarja/Halila.ppt>
- Söderpalm, Anna H.V; Lindsey, Sommer; Purdy, H Robert; Hauger, Richard & de Wit Harriet 2004. Administration of progesterone produces mild sedative-like effect in men and women. Psychoneuroendocrinology vol.29, issue 3. 2004/04, s. 339-354. Viitattu 23.03.2013. <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0306453003000337>
- THL.i.a. Tavoitteellinen ja motivoiva neuvonta. Viitattu 27.01.2014. http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/tutkimus/tyokalut/neuvontapalvelut/neuvonta/neuvontatyo/tavoitteellinen

Tiitinen, Aila 2011b. Raskaus (normaali kulku). Lääkärikirja Duodecim. Viitattu 29.08.2012.

http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00159

Tiitinen, Aila 2013a. Endometrioosi. Lääkärikirja Duodecim. Viitattu 30.03.2014

http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00119

Torkkola, Sinikka; Heikkinen, Helena & Tiainen, Sirkka 2002. Potilasohjeet ymmärrettäviksi. Opas potilasohjeiden tekijöille. Helsinki: Tammi

Vänskä, Kirsti; Laitinen-Väänänen, Sirpa; Kettunen, Tarja & Mäkelä Juha 2011. Onnistuuko ohjaus? Sosiaali- ja terveysalan ohjaustyössä kehittyminen. Helsinki: EDITA

LIITEET

Liite1

Endometrioosipotilaan ohjaus

- ✦ Anna jokaiselle asiakkaalle yksilöllistä hoitoa, huomioiden hänen tarpeet ja toivomukset
- ✦ Selvitä taustat: sairauden vakavuus aste, muut sairaudet, nykyiset ja aikaisemmat hoidot mm. lääkähoidot, leikkaukset
- ✦ Ole kiinnostunut asiakkaan pyrkimyksistä
- ✦ Toimii asiantuntijana, olemalla tietolähteenä ja kysymyksiin vastajana
- ✦ Etsii asiakkaan ja hänen puolison kanssa juuri hänelle sopiva ratkaisua, käytä apuna ratkaisukeskeistä ohjausmenetelmää ja motivoiva haastattelua
- ✦ Ole aktiivisesti mukana hoitojen suunnittelussa, niiden toteutuksessa ja jatkohoidossa
- ✦ Aktivoi asiakkaan ja hänen puolison voimavaraistavaa ajattelua
- ✦ Tue asiakasta ja aktivoi hänen puolisoa tukemaan häntä eri tilanteiden yhteydessä myös epäonnistumisissa
- ✦ Varmistaa hoidon jatkuvuutta, tukemalla asiakasta ja hänen puolisoa sitoutumaan omahoitoon myös kotiolosuhteissa