

Anu Isotalo

ENDOMETRIOOSIN HORMONIHOITO- VAIKUTUKSET NAISEN
ELÄMÄNLAATUUN

Hoitotyön koulutusohjelma
Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto
2012

ENDOMETRIOOSIN HORMONIHOITO- VAIKUTUKSET NAISEN ELÄMÄNLAATUUN

Isotalo, Anu
Satakunnan ammattikorkeakoulu
Hoitotyön koulutusohjelma
Marraskuu 2012
Ohjaaja: Männistö, Elina
Sivumäärä: 48
Liitteitä: 3

Asiasanat: endometrioosi, endometrioosin hormonihoito, elämänlaatu

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvailla endometrioosipotilaiden kokemuksia siitä, miten hormonihoito on vaikuttanut heidän elämänlaatuunsa. Tutkimuksen kohdejoukkona olivat endometrioosia sairastavat naiset, jotka käyttävät hormonaalista hoitoa sairautensa hoitoon. Opinnäytetyön tavoitteena oli lisätä tietoa endometrioosista ja endometrioosin hormonihoitosta sitä sairastaville naisille ja heidän läheisilleen.

Endometrioosi on yleinen, mutta kuitenkin melko tuntematon sairaus. Endometrioosin hormonihoitoon vaikuttamista naisen elämänlaatuun ei ole tutkittu aiemmin Suomessa. Opinnäytetyön teoria pohjautuu kirjallisuuteen ja aikaisempiin tutkimuksiin endometrioosin hormonihoitoon liittyen. Teoriaosuudessa käsiteltiin endometrioosia sairautena, endometrioosin hormonihoitoon eri muotoja sekä elämänlaatua käsitteenä.

Opinnäytetyö tehtiin yhteistyössä Endometrioosiyhdistys Ry:n kanssa. Kyselylomake tehtiin terveyteen liittyvän elämänlaadun RAND-36-mittariin pohjautuen. Kyselyssä kartoitettiin endometrioosin hoitomuotona hormonihoitoa käyttäviltä naisilta heidän kokemuksiaan hoidon vaikutuksesta elämänlaadun eri osa-alueisiin. Opinnäytetyö oli kvantitatiivinen eli määrällinen tutkimus. Monivalintakysymykset käsiteltiin tilastollisesti Tixel – ohjelmalla ja tuloksia havainnollistettiin kuvioilla ja taulukoilla.

Tuloksista saatiin monipuolista tietoa endometrioosin hormonihoitoon vaikuttamista elämänlaadun eri osa-alueisiin. Opinnäytetyön tutkimustuloksista selvisi, että yleisesti ottaen endometrioosin hormonihoitoon on positiivisia vaikutuksia naisen elämänlaatuun. Varsinkin kipukokemukset ja kivun häiritsevyys normaalielämässä vähenivät hormonihoitoon myötävaikutuksesta. Tulosten mukaan varsinkin naisen fyysinen ja psyykinen hyvinvointi lisääntyivät vähintään kohtalaisesti.

Tuloksia voidaan hyödyntää mietittäessä eri hoitovaihtoehtoja endometrioosista kärsiville naisille. Tulosten avulla naiset ja heidän läheisensä saavat tietoa siitä, miten hormonihoito vaikuttaa elämän eri osa-alueisiin sekä fyysiseen, psyykkiseen ja sosiaaliseen hyvinvointiin.

HOW HORMONAL TREATMENT OF ENDOMETRIOSIS AFFECTS WOMEN'S QUALITY OF LIFE

Isotalo, Anu

Satakunnan ammattikorkeakoulu, Satakunta University of Applied Sciences

Degree Programme in Nursing

November 2012

Supervisor: Männistö, Elina

Number of pages: 48

Appendices: 3

Keywords: endometriosis, hormone therapy for endometriosis, quality of life

The purpose of this thesis was to study the changes in quality of life among the women who had undergone hormonal treatment of endometriosis. The target group of this study had only received hormone therapy as a treatment for their symptoms. The objective of this study was to help the women with verified endometriosis to get a better understanding of the disease by providing them and their family members more information both on endometriosis and its hormonal treatment.

Endometriosis is a common but, yet, fairly unknown disease. Consequently, the possible changes in quality of life after hormonal treatment of endometriosis are not well known and have not been earlier studied in Finland. Data for the theoretical part of this study were gathered mostly from literature and from previous studies conducted on hormonal treatment of endometriosis. This part focuses on symptoms of endometriosis, different types of hormone treatments currently available and, finally, defines quality of life as a concept.

Study was carried out in close cooperation with the Finnish Endometriosis Association. A new 36-item short form survey, the RAND-36 Measure of Health Related Quality of Life, was used as a basis for the set of questions included in the questionnaire. The questionnaire consisted of multiple choice questions measuring health-related quality of life outcomes in women with hormonally treated endometriosis. This study employed a quantitative approach. The processing of the data gathered with the questionnaire was performed by using Tixel statistic software, where after, the results were illustrated with graphs and tables.

The results of this study yield important information on how the hormonal therapy administered for endometriosis affects different factors of quality of life. Results clearly suggest that, in general, hormonal treatment has a positive effect on quality of life among women with diagnosed endometriosis. Hormonal therapy proved to be especially effective in relieving pain. Moreover, the extent, to which women's lives were interfered by pain, was significantly reduced. The findings indicate at least a moderate increase in both physical and mental well-being among respondents.

The results of this study can be used when considering different treatment options for women suffering from endometriosis. Moreover, the findings can provide women and their family members useful information on the impacts of endometriosis on different aspects of life i.e. its impact on women's physical, mental and social well-being.

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	5
2	ENDOMETRIOOSI	6
2.1	Endometrioosin eri muodot.....	6
2.1.1	Peritoneaalinen tai pinnallinen endometrioosi	7
2.1.2	Syvä endometrioosi	7
2.1.3	Endometriooma	8
2.2	Oireet.....	8
2.3	Diagnostiikka	9
2.4	Hoitomuodot	10
3	ENDOMETRIOOSIN HORMONIHOITO.....	11
3.1	Hormonivalmisteet.....	11
3.1.1	Yhdistelmäehkäisyvalmisteet	12
3.1.2	Progestiinit	12
3.1.3	PG-synteesin estäjät.....	13
3.1.4	Hormonikierukka.....	13
3.1.5	GnRh-agonistit	14
3.2	Tulevaisuuden lääkehoidot	15
4	ELÄMÄNLAATU	16
4.1	Terveyteen liittyvä elämänlaatu	16
4.2	Terveyteen liittyvän elämänlaadun mittarit	18
5	TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSONGELMAT.....	18
6	TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN	19
6.1	Tutkimusmenetelmä.....	19
6.2	Aineiston keruumenetelmä ja aineiston analysointi	20
7	TUTKIMUSTULOKSET.....	21
7.1	Fyysinen hyvinvointi	21
7.2	Psyykinen hyvinvointi	25
7.3	Sosiaalinen hyvinvointi.....	34
8	POHDINTA.....	39
8.1	Tulosten tarkastelua	39
8.2	Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus	43
8.4	Tutkimuksen hyödynnettävyys ja jatkotutkimusehdotukset.....	45
	LÄHTEET.....	47
	LIITTEET	

1 JOHDANTO

Endometrioosi on krooninen, hedelmällisessä iässä olevien naisten tauti, jolla on selviä negatiivisia vaikutuksia elämänlaatuun (Härkki, Heikkinen & Setälä 2011, 1837). Sairaudessa kohdun limakalvon kaltaista kudosta esiintyy pesäkkeinä kohtuontelon ulkopuolella, jossa se aiheuttaa kroonisen tulehdusreaktion. Endometrioosia esiintyy arviolta jopa 10 %:lla hedelmällisessä iässä olevilla naisilla. (Ylikorkala & Tapanainen 2011, 93.)

Hormonaalinen lääkehoito on lievän endometrioosin ensisijainen hoito sen ollessa estrogeeniriippuvainen sairaus. Taudin vaikeassa muodossa ensisijaisena hoitona käytetään kirurgiaa, mutta lääkehoitoa kuitenkin suositellaan leikkauksen jälkeenkin taudin uusiutumisen riskin takia. (Härkki, Heikkinen & Setälä 2011, 1837.)

Elämänlaatu on moniulotteinen käsite. Siihen sisällytetään yleensä neljä ulottuvuutta: tyytyväisyys elämään, käsitys itsestä, terveys ja toimintakyky sekä sosioekonomiset tekijät. Terveysteen liittyvä elämänlaatu (Health Related Quality Of Life) tarkoittaa ihmisen terveydentilan vaikutusta hänen fyysiseen, psyykkiseen ja sosiaaliseen hyvinvointiinsa, sekä kykyynsä toimia. (Koskinen, Talo, Hokkinen, Paltamaa & Musikka-Siirtola 2009, 196.) Tässä opinnäytetyössä elämänlaadulla tarkoitetaan terveyteen liittyvää elämänlaatua.

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kuvailla endometrioosin hormonihoidojen vaikutusta naisen elämänlaatuun; miten naiset kokevat hormonihoidojen vaikuttaneen fyysiseen, psyykkiseen ja sosiaaliseen hyvinvointiinsa. Opinnäytetyön tavoitteena on lisätä tietoa endometrioosin hormonihoidosta sitä sairastaville naisille ja heidän läheisilleen.

Opinnäytetyö tehdään yhteistyössä Endometrioosiyhdistys Ry:n kanssa. Endometrioosiyhdistys on potilasyhdistys endometrioosia sairastaville naisille ja sen tehtäviä ovat vertaistuen antaminen tautia sairastaville, yleisen endometrioositietouden lisääminen sekä yhteistyön kehittäminen eri hoitoyksiköiden kanssa (Endometrioosiyhdistys Ry:n www-sivut 2009).

Tutkimuksen keskeiset käsitteet ovat: endometrioosi, endometrioosin hormonihoito ja elämänlaatu.

2 ENDOMETRIOOSI

Endometrioosissa kohdun limakalvon (endometrium) kaltaista kudosta kasvaa kohdun ulkopuolella esimerkiksi munasarjoissa, munanjohtimissa sekä kohdun, suolen ja virtsarakon pinnoilla (Endometrioosiyhdistys Ry:n www-sivut 2009). Endometrioosikudoksen muodostumisen mahdollistaa endometrioosipotilaan elimistön normaalin puolustusmekanismin häiriintyminen (Härkki 2006, 1869). Tarkkaa syytä tälle sairaudelle ei tunneta, mutta perinnölliset tekijät vaikuttavat endometrioosialttiuteen (Halttunen, n.d).

Endometrioosi on krooninen sairaus ja potilaiden taipumus muodostaa uusia pesäkkeitä säilyy ilmeisesti koko eliniän tai ainakin niin kauan kun elimistössä on estrogeenia. Suurin osa potilaista on 20–40-vuotiaita. (Setälä, Härkki, Perheentupa, Heikkinen & Kauko 2009, 4141.) Endometrioosin luotettava tunnistaminen on hankalaa ja tutkimusten mukaan diagnostinen viive on tyypillisesti jopa 6-9 vuotta. Tämä taas vaikeuttaa oikean hoidon saamista. (Härkki, Heikkinen & Setälä 2011, 1837.) Sairaus on haasteellinen hoidettava, eikä syyhyn kohdistuvaa, parantavaa hoitoa ole keksitty (Setälä, Härkki, Perheentupa, Heikkinen & Kauko 2009, 4141).

2.1 Endometrioosin eri muodot

Endometrioosipotilailla on taipumus muodostaa vatsaonteloon kohdun limakalvon kaltaista solukkoa eli endometrioosipesäkkeitä. Vatsaontelon ulkopuolella olevat endometrioosipesäkkeet ovat erittäin harvinaisia. Pesäkkeitä voi olla kolmenlaisia: pinnallisia tai syviä pesäkkeitä sekä munasarjojen endometrioosikystia, eli endometrioomia. Pesäkkeet voivat esiintyä yhdessä tai erikseen. Niiden oireet ovat erilaisia

ja hoitokin on erilaista. (Setälä, Härkki, Perheentupa, Heikkinen & Kauko 2009, 4141.)

2.1.1 Peritoneaalinen tai pinnallinen endometriooosi

Peritoneaalinen endometriooosi tarkoittaa pinnallisia, pistemäisiä tai laattamaisia pesäkkeitä, jotka esiintyvät peritoneumilla (vatsakalvo) ja/tai vatsaontelon, myös munasarjojen, pinnalla. Pesäkkeet sijaitsevat yleisimmin pikkulantion alueella, mutta ne voivat esiintyä myös ylempänä vatsaontelossa tai palleassa. Alun perin peritoneaalinen muutos kuvattiin tummiksi leesioiksi, mutta nykyään osataan tunnistaa myös esimerkiksi kirkkaita rakkulaisia, valkoisia ja tuoreita punaisia muutoksia. Erinäköiset pesäkkeet saattavat edustaa taudin eri kehitysvaiheita, mutta asiasta ei ole täyttä varmuutta. (Ylikorkala & Tapanainen 2011, 94.) Kipu ja vuotohäiriöt liittyvät pinnallisiin pesäkkeisiin. Pesäkkeet muuttuvat ajan kuluessa ruskeiksi ja mustiksi, sekä arpeutuessaan valkoisiksi. (Härkki, Heikkinen & Setälä 2011, 1837.)

2.1.2 Syvä endometriooosi

Syvästä endometriooosista puhuttaessa tarkoitetaan vähintään viiden millimetrin syvyyteen kasvavasta endometriooosikudoksesta. Se poikkeaa histologisesti muista tautimuodoista siten, että siinä todetaan runsaasti sidekudoksen muodostumista muun kudoksen tilalle, eli arpeutumista. Makroskooppisesti syvä pesäke onkin vaaleaa, kovaa, puumaista kudosta. (Ylikorkala & Tapanainen 2011, 95.)

Tätä tautimuotoa tavataan kohtu-ristiluusidoksissa (tavallisin), virtsanjohtimissa, suolen ja virtsarakon seinämässä, emättimessä sekä emättimen ja peräsuolen välisessä seinämässä (rektovaginaalinen endometriooosi). Taudin sijainti voi aiheuttaa erinäisiä vakaviakin terveydellisiä ongelmia, kuten virtsateissä virtsajohdinten kuroutuessa umpeen hydronefroosin tai suolen seinämässä sijaitessaan suolen ahtautumisen, tukkeutumisen tai perforaation. (Ylikorkala & Tapanainen 2011, 95.)

Syvien pesäkkeiden oireet ja kivut ovat suoraan johdannollisia sijaintipaikkaansa; rektovaginaaliset pesäkkeet aiheuttavat yhdyntä- ja ulostuskipuja, suolipesäkkeet

ulostuskipuja ja limaisia tai verisiä ulosteita, sekä virtsarakkopesäkkeet virtsaamiskipuja ja verivirtsaisuutta (Härkki, Heikkinen & Setälä 2011, 1838).

2.1.3 Endometriooma

Munasarjan endometrioosi, eli endometriooma on munasarjan pintaepiteelin alla kasvava kystamainen kasvain. Kystan sisällä on vanhaa verta ja kystan seinämän sisäpintaa eli kapselia verhoaa endometrium. Endometriooma voi esiintyä yksittäisenä toispuolisena löydöksenä ja se voi kasvaa hyvinkin kookkaaksi aiheuttamatta silti paljoakaan oireita osalle potilaista. Mikäli endometrioomaa esiintyy molemmissa munasarjoissa, on hyvin todennäköistä, että potilaalla on tällöin myös muualla sijaitsevia pesäkkeitä. Mahdollisten muualla sijaitsevien syvien pesäkkeiden olemassaolo on syytä selvittää mahdollisimman huolellisesti tulevaa hoitoa ajatellen. (Ylikorkala & Tapanainen 2011, 95.)

2.2 Oireet

Endometrioosin oireet voivat olla hyvin vaihtelevat. Tyypillisin oire on kuukautisiin liittyvä kipu. Voimakkaimmillaan kipu on juuri kuukautisten alkaessa, mutta se voi alkaa jo muutamaa päivää ennen vuotoa. Kipu tuntuu vatsanpohjassa tärinä-, yhdyntä- ja/tai ulostamiskipuna. Se säteilee vatsanpohjasta selkään, nivusiin tai peräsuoleen. Munasarjan endometrioosikysta taas on yleensä oireeton, mutta aiheuttaa puhjetessaan akuuttia vatsaa muistuttavan tilan. (Halttunen n.d.)

Kuntolan ja Lähdesmäen (2010) tutkimuksellisessa opinnäytetyössä selvitettiin naisten kokemuksia endometrioosin aiheuttamista kivuista. Tutkimus toteutettiin kvalitatiivisena tutkimuksena analysoimalla endometrioosia sairastavien naisten henkilökohtaisista kipukokemuksistaan tuottamia tekstejä. Tutkimuksessa käsiteltiin kolmen kirjoittajan tekstit. Tuloksista selviää, että naiset kokevat sairauden aiheuttavan paljon erilaisia fyysisiä kiputiloja. Vatsan erilaiset kiputilat olivat yleisiä. Lisäksi naisista kaksi koki kovia yhdyntä-, ulostamis- sekä virtsaamiskipuja. Myös selkäkivuista kärsivät kaikki naiset. Psykkistä kipua nousi esille paljon ja se piti sisällään mm. pelkoa tulevaisuudesta, lapsettomuudesta, ahdistusta, epätoivoa, huolta sekä surua ja

katkeruutta. Henkistä ja sosiaalista kipua taas nousi esille melko vähän. Sosiaalisen kivun koettiin sisältävän lukuisia työpoissaoloja ja kipujen vaikutusta ystävyysseuraksi, harrastuksiin ja seksuaaliseen elämään. (Kuntola ja Lähdesmäki 2010, 25-28.)

Endometrioosiin ja sen oireisiin liittyvät myös vuotohäiriöt ja yleisin niistä on premenstruaalinen tiputteluvuoto. Verenvuotoa virtsatessa tai ulostaessa puolestaan voi esiintyä, mikäli endometrioosi on kasvanut rakon tai suolen seinämän läpi. (Halttunen n.d.) Harvinaisempia ja epätyypillisiä kipuoireita voi myös esiintyä säännöllisesti kuukautisten aikana. Näitä ovat esimerkiksi hartiapisto joka voi johtua palleaendometrioosista, nivuskanavan kipu johtuen nivusessa sijaitsevasta endometrioosista, pallea- ja keuhkoendometrioosin aiheuttama spontaani ilmarinta tai iskiaskipu johtuen iskiashermon endometrioosista. (Härkki, Heikkinen & Setälä 2011, 1839.)

Lapsettomuus on yleistä endometrioosipotilailla. Sairaus heikentää hedelmällisyyttä monella eri tavalla. Kiinnikemuodostus ja endometrioosipesäkkeet saattavat haitata hedelmöitymistä mekaanisesti. Vatsaontelon krooninen tulehdusreaktio voi vaikuttaa hedelmöitymiseen ja alkion kiinnittymiseen. Hedelmällisyyteen vaikuttaa myös endometrioosipotilaan kohdun limakalvo, jonka on todettu poikkeavan toiminnaltaan terveiden naisten limakalvosta. (Setälä, Härkki, Perheentupa, Heikkinen & Kauko 2009, 4143.)

2.3 Diagnostiikka

Pinnallisten pesäkkeiden diagnosoinnissa varmaan diagnoosiin päästään ainoastaan laparoskopialla, sillä pesäkkeet eivät tunnu gynekologisessa tutkimuksessa, eivätkä ne näy kaikututkimuksessa. Tulevaisuudessa voidaan mahdollisesti tunnistaa pinnalliset pesäkkeet endometriumista otettavasta näytteestä, sillä endometrioosipotilaiden kohdun limakalvosta on löydetty hermosäikeitä. (Härkki, Heikkinen & Setälä 2011, 1837.)

Syvässä endometrioosissa kohtu-ristiluusiteissä sekä rektovaginaalitulassa sijaitsevat pesäkkeet tuntuvat aina kipeinä ja kovina gynekologisessa tutkimuksessa. Pesäke voi myös kasvaa emättimen seinän läpi. Tällöin spekulatutkimuksessa nähdään sinertä-

vää endometriosikudosta. Suoliendometrioosein viittaavat veriulosteet. Magneettikuvausta käytetään suoli- ja virtsateiden endometriosipesäkkeiden aiheuttaman hydronefroosin löytämiseksi. Virtsarakkopesäke voi tuntua tunnustelemalla kohdun etupuolta emättimen kautta. Se näkyy myös kaikututkimuksessa ja magneettikuvassa. (Härkki, Heikkinen & Setälä 2011, 1838.)

Munasarjan endometriosikystat saattavat löytyä sattumalta oireettomalta naiselta tai vatsakipujen vuoksi tehtävässä tutkimuksessa. Ne näkyvät munasarjan kaikukuvauksessa. Endometrioomapotilaista puolella todetaan myös syviä pesäkkeitä. (Härkki, Heikkinen & Setälä 2011, 1837–1838.)

2.4 Hoitomuodot

Endometriosin hoidon tavoitteet ovat kipuoireiden hallintaan saaminen, sairauden etenemisen hillitseminen sekä endometrioosein liittyvän lapsettomuuden hoito. Hoito keskittyy yksilöllisesti potilaan oireiden, sekä siihen mahdollisesti liittyvän lapsettomuuden hoitoon. Varsinaisina hoitomuotoina käytetään kirurgista hoitoa, yleensä laparoskopiaa tai hormonihoitoja joita käsitellään tässä työssä laajemmin. (Endometrioosi Potilasopas 2010, 6). Jos tutkimustulokset ja oireet ovat lievät, voidaan jäädä hoidossa seurantalinjalle. Laparoskooppinen leikkaushoito kannattaa ajoittaa ajankohtaan, jolloin raskaustoiveet ovat jo olemassa, sillä se voi oleellisesti parantaa raskausmahdollisuuksia ennen kuin tauti uusiutuu. (Halttunen n.d.)

Leikkaushoito tulee kyseeseen kun halutaan päästä varmaan diagnoosiin tai lääkehoito ei ole helpottanut kipuoireita (Härkki, Heikkinen & Setälä 2011, 1839). Kirurgisen hoidon pyrkimyksenä on endometriosipesäkkeiden poisto, normaalin anatomian palauttaminen ja näin kivun helpottaminen. Erittäin vaikeassa endometriosisissa harkitaan kohdun ja munasarjojen poistoa ja tarvittaessa suoli- ja virtsarakkoresektiota. Endometriosisipotilaalla hoidetaan joko kipuja tai lapsettomuutta, sillä niitä ei voi hoitaa samanaikaisesti. (Härkki 2006, 1869.)

3 ENDOMETRIOOSIN HORMONIHOIDO

Pitkäkestoinen lääkehoito on endometrioosin ensisijainen hoito. Lääkityksellä pyritään pienentämään endometriosipesäkkeitä estämällä estrogeenin stimuloiva vaikutus endometriosikudokseen. Tämä perustuu olettamukseen, että endometriosikudos käyttäytyy samalla tavoin kuin kohdun terve limakalvo. (Härkki, Heikkinen & Setälä 2011, 1839.)

Endometriosikudos, kuten normaali kohdun limakalvokin tuottaa prostaglandiinia (kudoshormoneihin kuuluva tyydyttymätön rasvahappo), joka aiheuttaa kuukautiskivun. Endometriosikudoksen tuottamalla prostaglandiinilla on ilmeisesti tärkeä osuus endometrioosiin liittyvässä kivussa. Hormonihoidot vähentävät prostaglandiinien tuotantoa sekä vapautumista. Prostaglandiinien muodostusta voidaan myös vähentää tulehduskipulääkkeillä. (Ylikorkala & Tapanainen 2011, 99.)

Hormonihoidoilla pyritään amenorreaan (kuukautisten puuttuminen) tai vähintäänkin niukentamaan kuukautisvuotoa tai harventamaan niitä. Kaikki hormonihoidot toimivat raskautta ehkäisevästi, joten ne eivät sovellu raskautta toivovalle. (Ylikorkala & Tapanainen, 2011, 99.)

3.1 Hormonivalmisteet

Parhaiten hormonaalinen lääkehoito tehoaa vatsakalvossa olevan eli peritoneaalisen pesäkkeen hoitoon ja huonommin munasarjan endometriumiin ja syviin pesäkkeisiin. Yleisimmät hormonilääkkeet endometrioosin hoitoon ovat yhdistelmäehkäisyvalmisteet, progestiinit, PG-synteesin estäjät, hormonikierukka sekä GnRh-agonistit. Kokeilemalla ja yhdistelemällä eri hormonivalmisteita voidaan löytää potilaalle tehokkain lääkeaine mahdollisimman pienillä haittavaikutuksilla. (Härkki, Heikkinen & Setälä 2011, 1839.)

3.1.1 Yhdistelmäehkäisyvalmisteet

Yhdistelmäehkäisytabletit, -laastari ja -rengas ovat ensisijaisia lääkkeitä endometriosisin hoidossa. Raskaudenehkäisy hoituu samalla. Nämä monofaasiset yhdistelmäehkäisyvalmisteet vähentävät aivolisäkkeen gonadotropiinin eritystä, ohentavat kohdun limakalvoa, jarruttavat munasarjojen steroidisynteesiä ja samalla pienentävät endometriosisipesäkkeitä. Hoito lisää endometriosisin huonontamaa solujen apoptoosia, eli normaalia solujen tuhoutumista. Se myös vähentää solujen jakaantumista ja näyttää pienentävän endometriosisipesäkkeiden kipuhermojen määrää. Hoitoa voidaan käyttää myös ilman ehkäisyn tarvetta. (Härkki, Heikkinen & Setälä 2011, 1839.)

Tavanomaista syklistä hoitoa voidaan kokeilla aluksi, mutta herkästi voidaan siirtyä pitkään sykliin tai tauottomaan hoitoon. Lääkitystä voidaan jatkaa tauotta niin kauan, kunnes ilmaantuu reilua välivuotoa tai tulee muita hankalia oireita, kuten paineen tunnetta, rintojen arkuutta tai päänsärkyä. Tällöin yleensä pidetään noin viikon tauko ja jatketaan lääkitystä. Oireet pysyvät sen paremmin kurissa, mitä harvemmin kuukautiset tulevat. (Härkki, Heikkinen & Setälä 2011, 1840.) Mikäli haittavaikutuksia ilmenee, voidaan niitä pyrkiä helpottamaan valmistetta vaihtamalla. Yhdistelmäehkäisyyn voidaan myös yhdistää NSAI-lääkitys eli tulehduskipulääke. (Ylikorkala & Tapanainen 2011, 99.)

3.1.2 Progestiinit

Progestiinit (keltarauhashormonien yleisnimitys) jarruttavat hypotalamus- aivolisäke-munasarja-akselin toimintaa. Ne ovat helppo, hyvä ja turvallinen lääke endometriosisiin ja käytännössä ne myös ehkäisevät raskauden. Hoidon aikana kohdun limakalvo sekä endometriosisipesäkkeet surkastuvat, pesäkkeiden leviäminen ja uudisverisuonten muodostuminen heikkenee. Progestiinit tehostavat apoptoosia ja vaimentavat vatsantalon tulehdusreaktiota. (Härkki, Heikkinen & Setälä 2011, 1840-1841.)

Progestiinihoidossa lääke otetaan joka päivä ilman taukoa. Valmisteita on useita ja käytetyimpiä vanhoja lääkkeitä ovat noretisteroni, medroksiprogesteroniasetatti, ly-

nesteroli ja dydrogesteroni, joilla pyritään vuodottomuuteen. Uusimpana progestiini-
na endometrioosin hoitoon on tullut dienogesti, jonka vaikutus kohdun limakalvoon
on voimakas. Se ei estä munasarjojen estrogeenieritystä niin paljon kuin yllä mainitut
lääkkeet. (Härkki, Heikkinen & Setälä 2011, 1841.)

Progestiineilla on kuitenkin erilaisia haittavaikutuksia, kuten vuotohäiriöitä, tiputte-
lukuotoa, turvotusta, painon nousua, aknea sekä psyykkisiä oireita kuten masennusta.
Niillä on myös vaikutusta rasva-aineenvaihduntaan ja estrogeenin eritykseen. (Yli-
korkala & Tapanainen, 2011, 99.) Pelkkää progestiinia sisältävät ehkäisytabletit tule-
vat kyseeseen varsinkin silloin, jos yhdistelmäehkäisyvalmisteiden haittavaikutukset
tai vasta-aiheet rajoittavat niiden käyttöä (Härkki, Heikkinen & Setälä 2011, 1841).

3.1.3 PG-synteesin estäjät

Prostaglandiineja (PG) syntyy endometrioosikudoksessa sekä kohdun limakalvolla ja
ne herkistävät kipuhermopäätteitä. PG-synteesin estäjät vähentävät prostaglandiinin
tuotantoa ja kipu lievittyy 70–80% tapauksista. Lääke pitää aloittaa heti oireiden alet-
tua, jotta se tehoaisi. Ne eivät kuitenkaan yksin riitä endometrioosin kivun hoidossa,
vaan niiden yhdistäminen muihin endometrioosin lääkehoitoihin on yleensä välttä-
mätöntä. (Härkki, Heikkinen & Setälä 2011, 1840.)

3.1.4 Hormonikierukka

Varsin tehokkaaksi endometrioosin hoidoksi on osoittautunut levonorgestreelia va-
pauttava hormonikierukka (Ylikorkala & Tapanainen 2011, 99). Sen vaikutus mu-
nasarjojen steroidisynteesiin on lievä eikä sillä saavuteta elimistön alhaista estro-
geenipitoisuutta. Sen sijaan se aiheuttaa kohdun limakalvon katokalvon muodostu-
mista, estää endometriumisolujen kulkeutumista ja lisää niiden kuolemaa. Pitkäaikai-
seen endometrioosin estohoitoon hormonikierukka on erittäin hyvä ja helppokäyttöi-
nen vaihtoehto. (Härkki, Heikkinen & Setälä 2011, 1840.)

3.1.5 GnRh-agonistit

Gonadotropiinin vapauttajahormonin (GnRh) -agonistit ovat endometriosisin toisen linjan lääkkeitä. Niitä käytetään silloin, kun yhdistelmäehkäisylääkkeet tai progestiinit eivät riitä. Hoidossa suositaan kerran kuukaudessa annettavia pistoksia nenäsumutteiden sijaan. Nämä pistokset aiheuttavat lääkkeellisen menopaussin vähentämällä gonadotropiinin eritystä ja estämällä follikkelien kehityksen. Näin estrogeenieritys heikkenee ja seuraa amenorrea. (Härkki, Heikkinen & Setälä 2011, 1841.)

Hoitoon liitetään jo heti alkuvaiheessa niin sanottuna Add-back-terapia joko vahva progestiini, tiboloni joka on vaihdevuosisoireita lievittävä estrogeeni- ja progestiini-vaikutteinen aihiolääke, tai useimmiten yhdistelmäehkäisy- tai vaihdevuosisihormonivalmiste. Yksin käytettynä GnRh-agonistit aiheuttavat haittavaikutuksena vaihdevuosisoireita ja luuston haurastumista. Add-back-terapialla estetään haittavaikutukset vähentämättä lääkkeen tehoa endometriosisiin. Se mahdollistaa myös lääkityksen pitkän käytön. (Härkki, Heikkinen & Setälä 2011, 1841–1842.)

Schenken ym. ovat tehneet lehtiartikkelin kliinisen lisääntymislääketieteen SRM (Sexuality, Reproduction & Menopause) -julkaisuun. Artikkelin on tulosta vuoden 2011 Amerikan vuosittaisesta lisääntymislääketieteen konferenssista. Sen mukaan endometriosisista tai kivuliaista kuukautisista kärsivät naiset kokevat paremman kivunlievityksen suun kautta otettavien ehkäisytablettien, kuin lumelääkkeen vaikutuksesta. Ehkäisytabletit vähentävät huomattavasti kuukautiskipuja, mutta ne ovat tehottomampia kuin gonadotropiinin vapauttajahormonin analogit. GnRH-analogit lamaavat tilapäisesti aivolisäkkeen toimintaa. Tällöin munasarjatoiminta hiljenee, estrogeenitasot laskevat ja kuukautisvuodot jäävät pois. Potilaat, joiden hoitovaste syklisille ehkäisytabletteille oli huono, voivat artikkelin mukaan saada paremman tuloksen jatkuvalla ehkäisytablettien käytöllä.

GnRh-analogit vähentävät kuukautisten aikaista kipua, lantion alueen kipua, sekä yhdyntäkivua, Kuitenkin, 70 %:ssa tapauksista kivut ovat palanneet lääkkeen käytön lopettamisen jälkeen. Usein käytetty Add-back-terapia aloitetaan joko GnRh-analogilääkityksen alussa tai vasomotoristen oireiden ilmaannuttua. Se ei vähennä

GnRh-analogin tehoa ja se auttaa alentamaan vasomotorisia oireita sekä luukatoa lyhyellä tähtämellä. Vuosienkaan Add-back- terapian ei kuitenkaan ole todettu aiheuttavan merkittävää luutiheyden alenemista. (Schenken, Bulun & Steege 2012, 14.)

Useat tutkimukset todistavat progestiinin tehon lantion alueen kivun vähentämisessä. Suuri osa potilaista myös säilyy kivuttomana käytön lopettamisen jälkeen. Cochranen tietokannan katsauksen mukaan ei ole selviä todisteita siitä, että jokin lääkkeellinen hoito olisi parempi kuin toinen endometrioosin ja lantion alueen kivun hoidossa sillä poikkeuksella, että GnRh-analogit saattavat olla tehokkaampia yhdyntäkivun vähentämisessä. (Schenken, Bulun & Steege 2012, 14.)

3.2 Tulevaisuuden lääkehoidot

Tutkimus endometrioosin lääkehoidon kehittämiseksi on vilkasta, mutta täsmälääkkeen löytäminen on vaikeaa. Oireiden lievityksen sijaan pitäisi löytää lääke joka hävittää kokonaan endometriosipesäkkeet. Kuitenkin sellaisen lääkkeen löytäminen on haasteellista, joka tuhoaisi vain pesäkkeet ilman haitallista vaikutusta kohdun limakalvoon, alkion kiinnittymispaikalle. (Härkki, Heikkinen & Setälä 2011, 1842.)

Aromataasin estäjiin on kohdistunut suuria toiveita, mutta tällä hetkellä niiden käyttö on osittain kokeellista. Ne estävät aromataasientsyymin toimintaa muun muassa endometriosipesäkkeissä. (Härkki, Heikkinen & Setälä 2011, 1842). Ne voivat helpottaa jopa 90 % naisista joiden kipu on ollut itsepintaista ennen hoitoa (Schenken, Bulun & Steege 2012, 16). Lääkkeeseen tulee yhdistää joko ehkäisytabletti tai GnRh-agonisti jarruttamaan munasarjojen toimintaa. Nuorelle naiselle aromataasin ja GnRh-agonistin yhdistelmä aiheuttaa hankalat vaihdevuosisoireet. Aromataasin estäjät sopivat kuitenkin harvinaisen menopaussin jälkeisen endometrioosin hoitoon. (Härkki, Heikkinen & Setälä 2011, 1842.)

Kokeellisissa tutkimuksissa on tutkittu muun muassa angiogeneesiä estäviä valmisteita, antioksidantteja sekä statiineja, mutta taudin voittajaksi mikään ei ole toistaiseksi osoittautunut (Härkki, Heikkinen & Setälä 2011, 1842).

4 ELÄMÄNLAATU

Elämänlaadulle ei ole olemassa yhtä selkeää, yhteisesti hyväksyttyä määritelmää. Muutamista peruslähtökohdista lähinnä voidaan olla yhtä mieltä. Nämä lähtökohdat ovat biologinen elämä, mutta myös jonkinasteinen tietoisuuden taso. Elämänlaadulla eri yhteyksissä on tarkoitettu erilaisia asioita, kuten yleistä tyytyväisyyttä, turvallisuutta, hyvinvointia, sosiaalisia ja yhteisöllisiä suhteita sekä ekologisia arvoja. Terveyttä ja hyvinvointia voidaan pitää yhtenä elämänlaadun ulottuvuutena, mutta toisaalta sitä on pidettävä myös resurssina, jonka vaikutuksesta voidaan tavoitella muita elämänlaadun kannalta tärkeitä päämääriä (Aalto, Aro & Teperi 1999, 1.)

4.1 Terveysteen liittyvä elämänlaatu

Terveysteen liittyvällä elämänlaadulla (HRQOL) kuvaillaan terveydentilan vaikutusta ihmisen fyysiseen, psyykkiseen ja sosiaaliseen hyvinvointiin. Terveydentilaan liittyvä elämänlaatu on kokemuspohjainen, painottuen terveydentilaan sekä subjektiiviseen hyvinvointiin- ja tyytyväisyyteen elämässä (Koskinen, Talo, Hokkinen, Paltamaa & Musikka-Siirtola 2009, 196). WHO:n (World Health Organization) määritelmässä terveyteen liittyvän elämänlaadun tutkimuksessa terveyttä pyritään lähestymään siten, että mittari ei kartoittaisi ainoastaan terveyden puuttumista tai sairautta, vaan koko terveyden ja hyvinvoinnin kirjon. Terveysteen liittyvä elämänlaatu on dynaaminen käsite ja se voi vaihdella sairauden eri vaiheissa ja eri tavoin eri ulottuvuuksilla. (Aalto, Aro & Teperi 1999, 1-2.)

Nhoaham ym. (2011) ovat kansainvälisessä tutkimuksessaan tutkineet endometrioosin vaikutuksia naisen elämän ja työn laatuun. Tutkimuksessa oli mukana 10 eri maata ja 1418 fertiilitteetti-iässä olevaa naista. Tulokset kertovat, että endometrioosilla on vaikutusta terveyteen liittyvään elämänlaatuun ja työn tuottavuuteen yli maa- ja kansallisuusrajojen. Silti naiset kokevat diagnostisia viivästymiä hoidossaan. Jokainen endometrioosia sairastava nainen menetti oireiden vuoksi n. 10,8 työtuntia viikossa, suurimmaksi osaksi vähentyneen työtehokkuuden takia.

Tutkimuksia endometriosisin hormonihoidon vaikutuksesta potilaan elämänlaatuun ei ole tehty Suomessa. Gaon ym. (2006) systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessa tutkittiin terveyteen liittyvää elämänlaatua (HRQL) naisilla, joilla on taakkanaan endometriosisi. Tutkimuksen tarkoituksena oli tuottaa kattava ja systemaattinen kirjallisuuskatsaus endometriosisin aiheuttamasta taakasta elämänlaadussa naisilla ja nuorilla naisilla. Tutkimusmetodina oli vuosina 1999 ja 2006 välillä tehtyjen tutkimusten etsintä ja katsaus. Tutkimustuloksista selvisi, että endometriosisi on krooninen sairaus, jolla on kauaskantoisia vaikutuksia.

Tulosten mukaan endometriosisi heikentää huomattavasti aikuisten naisten terveyteen liittyvää elämänlaatua. Psykkinen ja sosiaalinen hyvinvointi kärsivät eniten ja myös kipu heikentää terveyteen liittyvää elämänlaatua. Lääkehoito ja kirurginen hoito paransivat potilaiden fyysistä ja psyykkistä hyvinvointia, kiputuntemuksia ja yleistä terveyttä. Endometriosisilla voi olla myös haitallinen vaikutus terveyteen liittyvässä elämänlaadussa nuorilla, sillä heillä on todennäköisesti edessään pitkäkestoinen sairaus. Tuloksista selviää myös, että endometriosisi on alidiagnosoitu, aliraportoitu ja alitutkittu sairaus. (Gao ym. 2006, 1795–1796.)

Gilmour ym. (2008) tekivät kvalitatiivisen tutkimuksen endometriosisin vaikutuksesta naisten työhön ja sosiaaliseen osallisuuteen. Tutkimus julkaistiin *International Journal of Nursing Practise*-lehdessä. Tutkimukseen osallistui 18 naista, joita haasteltiin heidän tuntemuksistaan endometriosisin kanssa elämisestä ja sen vaikutuksista elämään. Tulosten mukaan epämiellyttävät ja monimuotoiset oireet ovat naisille syvästi henkilökohtaisia asioita. Kuukautisongelmia, suoli- ja virtsarakkokipuja ja muita epäsäännöllisyyksiä on vaikeaa tuoda esille, vaikka ne koskettavat naisia syvästi. Työ nosti esiin erityisiä ongelmia kivun ja muiden ongelmien vaikuttaessa naisten jokapäiväiseen toimintaan.

Merkittäviä häiriöitä työelämässä, työhistoriassa ja opiskeluelämässä toimimiseen aiheuttivat haastattelujen mukaan muiden työ- tai opiskelutovereiden itsestään selvinä pitämistä asioista suoriutuminen. Krooninen kipu oli osalle tutkimukseen osallistuneista naisista suurin sosiaalisten ja työelämään liittyvien ongelmien aiheuttaja. Endometriosisin takia kouluttautuminen saattoi jäädä kesken, työura estyä ja sosiaalinen osallistuminen vähentyä taudin haitatessa jokapäiväistä toimintaa. Kokonaisval-

tainen ja jatkuva taudin oireiden hoito on äärimmäisen tärkeää, jotta naiset pystyvät ylläpitämään sosiaalisia suhteitaan ja uramahdollisuuksiaan. (Gilmour, Huntington & Wilson 2008, 443- 447.)

4.2 Terveysteen liittyvän elämänlaadun mittarit

Terveystilaan liittyvän elämänlaadun arvioiminen on yksi terveystutkimusten keskeinen kohde. HRQOL-mittarit voidaan jakaa tietyn sairauden näkökulmasta kehitettyihin spesifeihin mittareihin ja yleisiin eli geneerisiin mittareihin. Yleisten mittareiden etuna on, että niiden avulla voidaan tehdä vertailuja elämänlaatueroista eri väestöryhmien sekä potilasryhmien ja valikoitumattoman väestön välillä. (Koskinen, Talo, Hokkinen, Paltamaa & Musikka-Siirtola 2009, 196–197.)

5 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSONGELMAT

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kuvailla endometrioosipotilaiden kokemuksia siitä, miten hormonihoidon on vaikuttanut heidän elämänlaatuunsa. Tutkimuksen kohdejoukkona olivat endometrioosia sairastavat naiset, jotka käyttävät hormonaalista hoitoa sairautensa hoitoon. Kohderyhmän valintaperusteena oli, että jokaisella naisella on endometrioosi-diagnoosi ja siihen määrätty hormonihoidon. Opinnäytetyön tavoitteena on lisätä tietoa endometrioosista ja endometrioosin hormonihoidosta sitä sairastaville naisille ja heidän läheisilleen.

Tutkimuksella haettiin vastauksia seuraaviin kysymyksiin:

1. Miten naiset kokevat endometrioosin hormonihoidon vaikuttaneen fyysiseen hyvinvointiinsa?
2. Miten naiset kokevat endometrioosin hormonihoidon vaikuttaneen psyykkiseen hyvinvointiinsa?
3. Miten naiset kokevat endometrioosin hormonihoidon vaikuttaneen sosiaaliseen hyvinvointiinsa?

6 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN

6.1 Tutkimusmenetelmä

Tutkimusmenetelmänä käytettiin kvantitatiivista eli määrällistä tutkimusta. Määrällisen tutkimuksen avulla selvitetään prosenttiosuuksiin ja lukumääriin liittyviä kysymyksiä ja eri asioiden välisiä riippuvuuksia tai tutkittavassa ilmiössä tapahtuneita muutoksia. Aineiston keruussa käytetään yleensä standardoituja tutkimuslomakkeita valmiine vastausvaihtoehtoineen. (Heikkilä 2001, 16.)

Kyselytutkimuksen etuna pidetään sitä, että sen avulla voidaan kerätä laaja tutkimusaineisto; tutkimukseen voidaan saada monia henkilöitä ja monia asioita voidaan kysyä. Tällä tavalla kerättävän tiedon käsittelyyn on kehitetty tilastolliset analyysitavat ja raportointimuodot. Heikkouksina kyselytutkimukselle voidaan pitää sitä, että aineisto jää pinnalliseksi ja tutkimus on teoreettisesti vaatimaton. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara, 2007, 190.)

Kyselylomakkeen pohjana käytettiin RAND-36 Terveysteen liittyvän elämänlaadun mittaria. Lähes kaikkia mittarin kysymyksiä käytettiin tutkimuksessa. Mittaria muokattiin spesifiksi endometrioosin hormonihoitoon vaikutusten tutkimiseen sopivaksi.

RAND-36 mittari kartoittaa hyvinvointia ja toimintakykyä kahdeksalla ulottuvuudella. Moniulotteista RAND-36-mittaria voidaan käyttää terveystutkimuksissa, joissa halutaan selvittää eri kroonisten sairauksien vaikutuksia. (Aalto, Aro & Teperi 1999, 5.)

Kysely toteutettiin strukturoiduilla kysymyksillä. Tutkimuksen tiedonkeruumenetelmiä ovat kysymykset ja tutkimuksen laatu ja luotettavuus riippuu kysymyksistä. Jokaisen vastaajan pitää ymmärtää kysymys samalla tavalla ja kysymysten on oltava jokapäiväistä käyttökieltä. Strukturoiduissa kysymyksissä vastausvaihtoehdot ovat valmiiksi valittuja. Vaihtoehtokysymykset ja erilaiset asteikkokysymykset ovat strukturoituja kysymyksiä. (Kananen 2011, 31.) Kyselyssä käytettiin vain suljettuja kysymyksiä. Kyselylomakkeen ohessa oli saatekirje (Liite 1), jossa kerrottiin opin-

näytetyön kyselyn tarkoituksesta ja tavoitteista, sekä kohderyhmäkriteereistä ja kyselylomakkeesta yleensä.

6.2 Aineiston keruumenetelmä ja aineiston analysointi

Kyselyn tekemiseen haettiin tutkimuslupa (Liite 2) yhteistyöyhdistyksenä toimineelta Endometrioosiyhdistys Ry:ltä. Yhteistyöhenkilönä toimi yhdistyksen koulutusvastaava Johanna Hulkkonen. Kyselyn kohderymänä olivat hormonihoidoja endometrioosin hoitoon käyttävät 20–40-vuotiaat naiset. Kohderymän valintaperusteena oli, että jokaisella naisella on diagnosoitu endometrioosi ja siihen määrätty hormonihoido, sekä se, että nainen sopii ikähaarukkaan.

Aineistonanalyysi suoritettiin tilastollisella menetelmällä. Tutkimusaineiston analysoinnissa käytettiin Microsoft Excel- sekä Tixel- taulukko-ohjelmaa. Tuloksia analysoitiin prosenttien ja vastausmäärien perusteella. Tutkimusaineisto kerättiin Google Drive- palvelun tarjoaman sähköisen kyselylomakkeen avulla. Vastajat täyttivät lomakkeen joko Endometrioosiyhdistys Ry:n internetsivuilla, keskustelupalstalla tai Facebook-sivuilla. Vastaukset numeroituivat ja siirtyivät taulukkomuotoon automaattisesti, josta ne siirrettiin monipuolisempaa analyysia varten Excel-ohjelmaan.

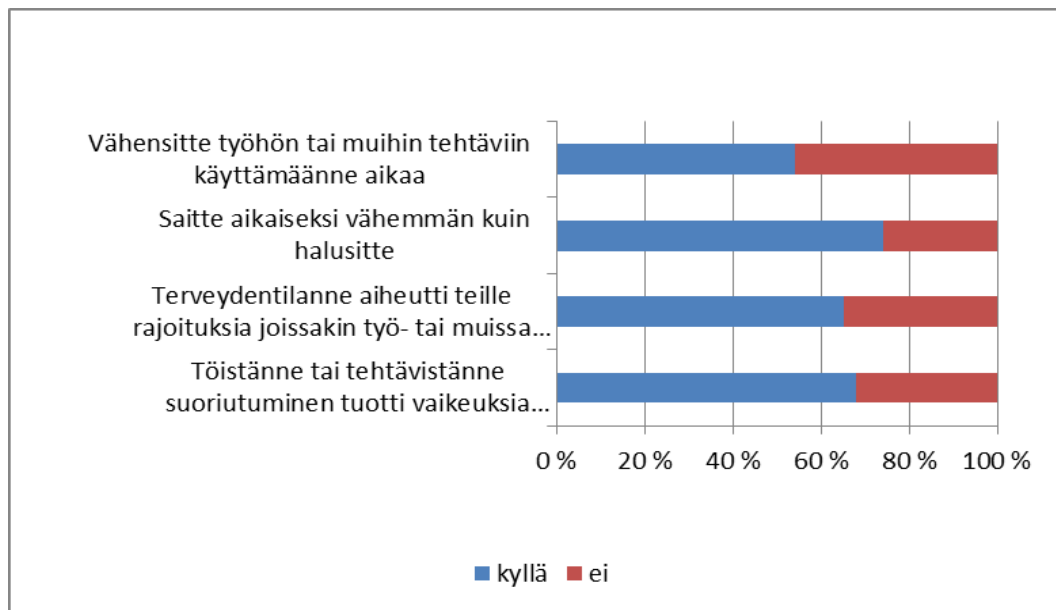
Kysymyslomakkeen ulkoasuun tulee kiinnittää huomiota, sen pitää olla vastaajaystävällinen sekä houkutteleva. Lomake on myös testattava ennen käyttöä (Kananen 2011, 21). Kysely sisälsi 15 monivalintakysymystä (Liite 3). Endometrioosiyhdistys Ry:n hallitus tarkasti ja esitesti kyselylomakkeen. Kyselyyn oli tarkoitus saada viisikymmentä vastausta kesäkuun 2012 alusta elokuun 2012 loppuun mennessä. Kysely oli vastattavissa 15.6.2012 alkaen ja kysely poistettiin sivuilta 27.8.2012 vastajamäärän tullessa täyteen.

7 TUTKIMUSTULOKSET

Kyselylomake (Liite 3) oli jaettu tutkimusongelmien perusteella kolmeen osioon. Kysymykset 1-5 kartoittivat endometrioosin hormonihoiton vaikutusta naisen fyysiseen hyvinvointiin. Kysymykset 6-10 selvittivät hormonihoiton vaikutusta naisen psyykkiseen hyvinvointiin ja kysymykset 11–15 vaikutuksia naisen sosiaaliseen hyvinvointiin.

7.1 Fyysinen hyvinvointi

Ensimmäisessä kysymyksessä (Liite 3, kysymys 1) selvitettiin vastaajan fyysisen terveydentilan aiheuttamia ongelmia tavanomaisissa päivittäisissä tehtävissä ennen endometrioosin hormonihoiton aloittamista. Kysymystä kartoitettiin neljän väittämän avulla, joihin vastausvaihtoehdot olivat kyllä tai ei. Ensimmäisessä väittämässä kysyttiin vastaajan kokemusta siitä, vähensikö vastaaja työhön tai muihin tehtäviinsä käyttämään aikaa. Vastaajista hieman yli puolet ($n= 27$) vastasi kyllä ja loput ($n= 23$) ei. Toisella väittämällä kartoitettiin, saiko vastaaja aikaiseksi vähemmän kuin halusi ennen hormonihoiton aloittamista, johon vastaajista yli kaksi kolmasosaa ($n= 37$) vastasi kyllä ja loput ($n= 13$) ei. Kolmas väittämä selvitti fyysisen terveydentilan aiheuttamia rajoituksia joissakin työ- tai muissa tehtävissä ennen hormonihoitoa. Noin kaksi kolmesta vastaajasta ($n= 32$) vastasi kyllä ja loput ($n= 17$) vastasi ei. Neljännellä väittämällä haettiin vastausta siihen, onko vastaaja kokenut vaikeuksia töistä tai tehtävistään suoriutumisessa ennen endometrioosin hormonihoiton aloittamista. Väittämään kyllä vastasi yli kaksi kolmasosaa vastaajista ($n= 34$) ja loput ($n= 16$) ei. Kuviossa 1 on esitetty jakaumien tarkat prosenttiluvut endometrioosin hormonihoiton vaikutuksesta arkipäiväisiin asioihin.

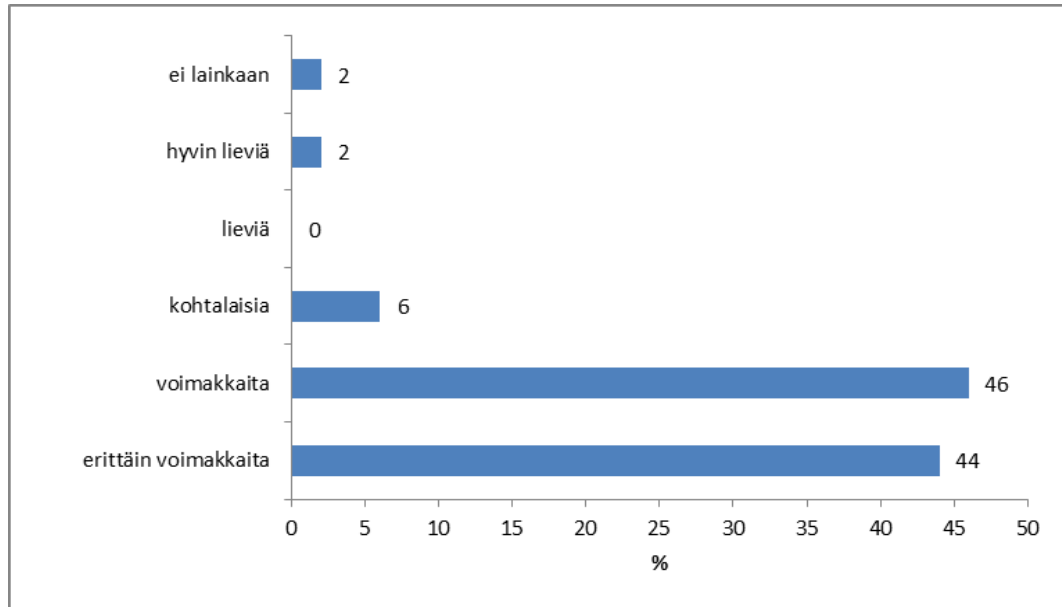


Kuvio 1. Vastaajien kokemukset fyysisen terveydentilan vaikutuksesta tavanomaisiin päivittäisiin tehtäviin ennen hormonihoidon aloitusta (n= 50)

Toinen kysymys (Liite 3, kysymys 2) käsitteli sitä, suoriutuiko vastaaja ensimmäisen kysymyksen väittämistä paremmin hormonihoidon aloittamisen jälkeen. Vastaajista hieman yli puolet (n= 26) kokivat käyttävänsä enemmän aikaa töiden tai muiden tehtäviensä suorittamiseen ja loput (n= 23) eivät kokeneet suoriutuneensa töistään tai tehtävistään paremmin hormonihoidon aloittamisen jälkeen. Yleinen aikaansaaminen parani reilulla puolella (n= 26) vastaajista ja lopuille vastaajista (n= 22) hormonihoido ei vaikuttanut yleiseen aikaansaamiseen. Vastaajista noin puolet (n= 24) kokivat hormonihoidon vähentäneen ruumiillisen terveydentilansa aiheuttamia rajoituksia työ- tai muissa tehtävissä ja loput (n= 25) eivät kokeneet ongelman lieventyneen. Vastaajista noin puolet (n= 24) kokivat suoriutuvansa paremmin ja loput (n= 25) eivät kokeneet suoriutuneensa paremmin töistään ja tehtävistään hormonihoidon aloittamisen jälkeen.

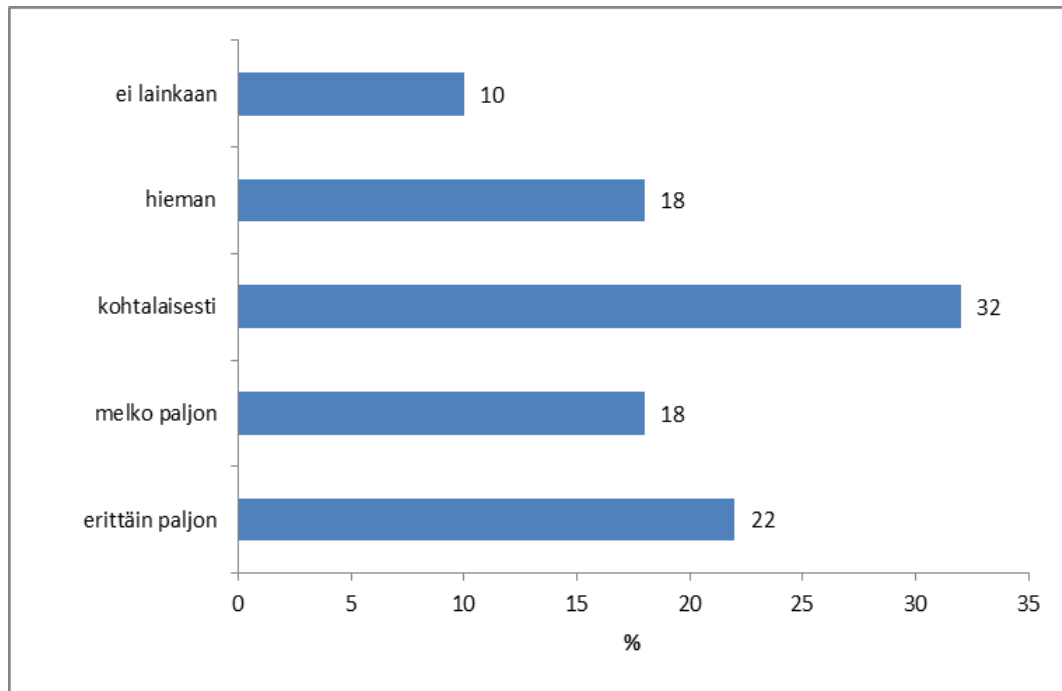
Kolmannella kysymyksellä (Liite 3, kysymys 3) selvitettiin, kuinka voimakkaita ruumiillisia kipuja vastaajat ovat kokeneet ennen endometrioosin hormonihoidon aloittamista. Vastausvaihtoehdot kysymykseen olivat; ei lainkaan, hyvin lieviä, lieviä, kohtalaisia, voimakkaita tai erittäin voimakkaita ruumiillisia kipuja. Vastaajista kaksi kokivat kipujen olleen hyvin lieviä tai niitä ei ollut lainkaan. Osa vastaajista (n= 3) koki kohtalaisia kipuja. Voimakkaita kipuja koki hieman alle puolet (n= 23)

vastaajista ja erittäin voimakkaita kipuja alle puolet (n= 22) vastaajista. Kuviossa 2 esitetään tarkat prosenttiluvut vastaajien kokemista fyysisistä kivuista ennen hormonihoidon aloittamista.



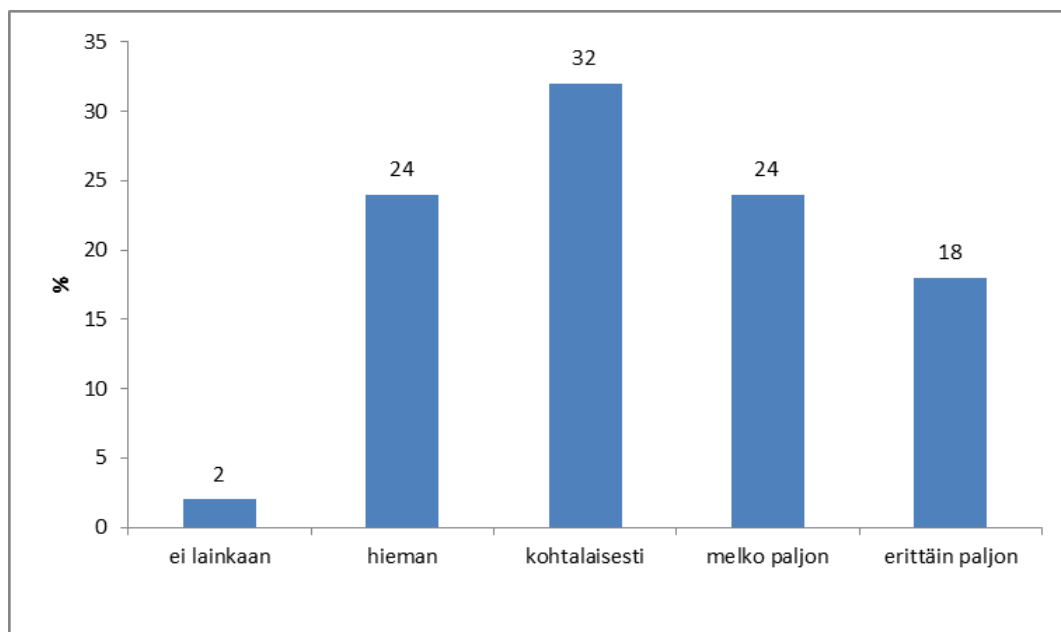
Kuvio 2. Vastaajien kokemukset ruumiillisten kipujen voimakkuudesta ennen hormonihoidon aloittamista (n= 50)

Neljännellä kysymyksellä (Liite 3, kysymys 4) haettiin vastausta siihen, kokivatko vastaajat kipujen lieventyneen endometrioosin hormonihoidon aloittamisen jälkeen. Osa vastaajista (n= 5) eivät kokeneet kipujen lieventyneen ollenkaan. Hieman lieventyneen koki noin viidesosa (n= 9) vastaajista ja kohtalaisesti noin kolmasosa (n= 16) vastaajista. Vastaajista noin viidesosa (n= 9) koki kipujen lieventyneen melko paljon tai (n= 11) erittäin paljon. Kuviossa 3 esitetään tarkat prosenttiluvut hormonihoidon vaikutuksesta kipujen lieventymiseen.



Kuvio 3. Vastaajien kokemukset kipujen lieventymisestä hormonihoidon aloittamisen jälkeen (n= 50)

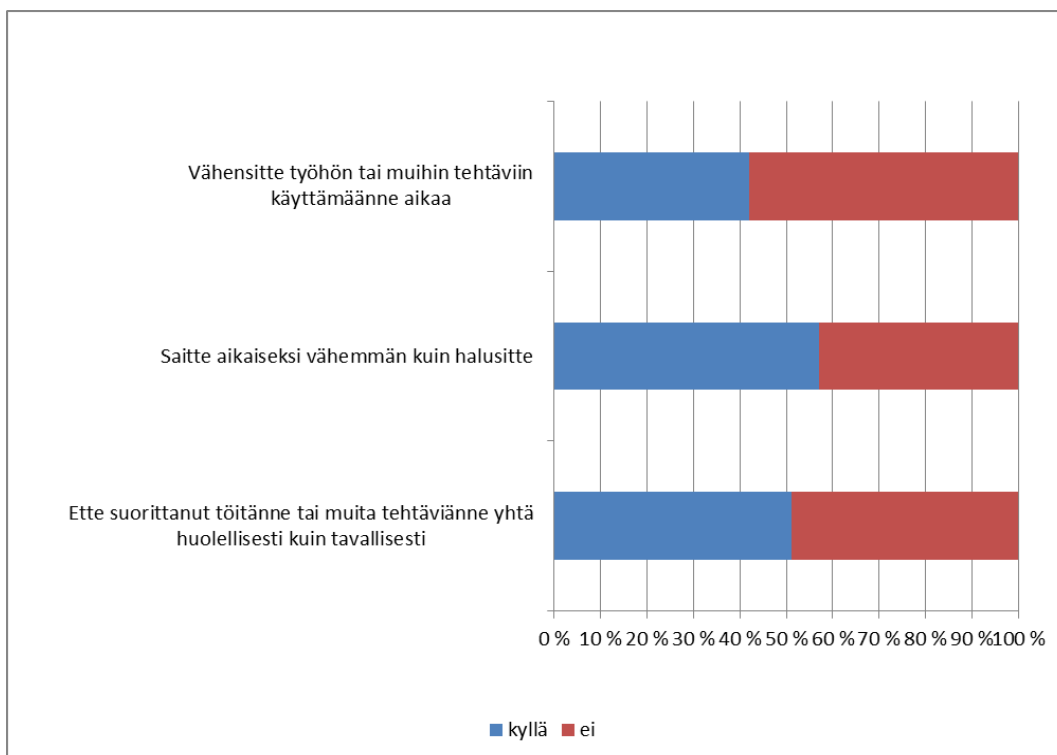
Viides kysymys (Liite 3, kysymys 5) summasi endometrioosin hormonihoidon vaikutuksen vastaajan fyysiseen hyvinvointiin. Kysymys selvitti, kuinka paljon kaiken kaikkiaan vastaaja koki hormonihoidon vaikuttaneen fyysiseen hyvinvointiinsa. Kysymyksen vastausvaihtoehdot olivat samat kuin kysymyksissä kolme ja neljä. Yksi vastaajista koki, ettei endometrioosin hormonihoito vaikuttanut ollenkaan fyysiseen hyvinvointiin. Hieman vaikutusta koki noin neljäsosa (n= 12) ja kohtalaisesti noin kolmasosa (n= 16) vastaajista. Melko paljon vastasi neljäsosa (n= 12) vastaajista ja erittäin paljon vaikutusta koki vajaa viidesosa (n= 9) vastaajista. Kuviossa 4 esitetään tarkat prosenttiluvut hormonihoidon vaikutuksesta fyysiseen hyvinvointiin.



Kuvio 4. Vastaajien kokemukset endometrioosin hormonihoidon kokonaisvaltaisesta vaikutuksesta fyysiseen hyvinvointiin (n= 50)

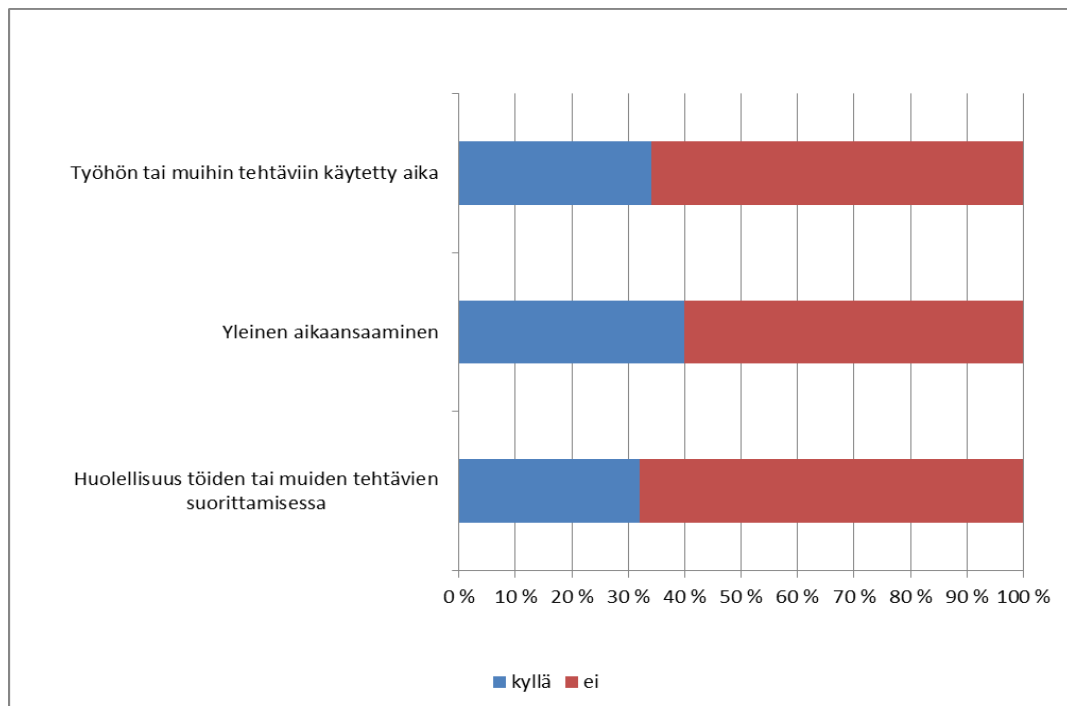
7.2 Psykkinen hyvinvointi

Kuudes kysymys (Liite 3, kysymys 6) kartoitti vastaajien kokemusta siitä, ilmenikö vastaajalla tunne-elämään liittyviä vaikeuksia työssään tai muissa tavanomaisissa päivittäisissä tehtävissä ennen endometrioosin hormonihoidon aloittamista. Kysymystä selvitettiin kolmen väittämän avulla, joihin vastausvaihtoehdot olivat kyllä tai ei. Ensimmäisessä väittämässä kysyttiin vastaajan kokemusta siitä, vähensikö vastaaja töihin tai muihin tehtäviinsä käyttämää aikaa ennen hormonihoidon aloittamista. Vastaajista alle puolet (n= 21) vastasi kyllä ja yli puolet (n= 29) ei. Toisella väittämällä haettiin vastausta siihen, saiko vastaaja ennen hormonihoidon aloittamista aikaiseksi vähemmän kuin halusi. Vastaajista yli puolet (n= 28) vastasi kyllä ja loput (n= 21) ei. Kolmas väittämä kartoitti vastaajan kokemusta siitä, kokiko vastaaja, ettei suorittanut töitään tai muita tehtäviään yhtä huolellisesti kuin tavallisesti. Vastaajista noin puolet (n=25) kokivat suoriutuneensa huonommin töistään tai muista tehtävistään ennen hormonihoidon aloittamista ja loput (n=24) ei. Kuviossa 5 esitetään tarkat prosenttiluvut vastaajien mahdollisista tunne-elämään liittyvistä vaikeuksista ennen hormonihoidon aloittamista.



Kuvio 5. Vastaajien kokemukset psyykkisen terveydentilan vaikutuksesta tavanomaisiin päivittäisiin tehtäviin ennen hormonihoidon aloitusta (n=49)

Seitsemännellä kysymyksellä (Liite 3, kysymys 7) haettiin vastausta siihen, kokivatko vastaajat selviytyvänsä paremmin töistään tai päivittäisistä tehtävistään hormonihoidon aloittamisen jälkeen. Vastaajista noin kolmasosa (n= 17) kokivat käyttävänsä enemmän aikaa töiden tai muiden tehtäviensä hoitamiseen ja loput (n= 33) ei. Yleinen aikaansaaminen parani hieman alle puolella (n= 20) vastaajista ja loppuilla (n= 30) hormonihoido ei vaikuttanut yleiseen aikaansaamiseen. Vastaajista noin kolmasosa (n= 16) koki huolellisuuden töiden tai muiden tehtäviensä suorittamisessa parantuneen hormonihoidon aloittamisen jälkeen ja loput (n=34) ei. Kuviossa 6 esitetään tarkat prosenttiluvut vastaajien kokemista muutoksista töiden tai muiden tehtävien suorittamisessa hormonihoidon aloittamisen jälkeen.



Kuvio 6. Vastaajien kokemukset töistä tai muista tehtävistä suoriutumisesta endometrioosin hormonihoitoon aloittamisen jälkeen (n= 50)

Kahdeksas kysymys (Liite 3, kysymys 8) käsitteli vastaajien psyykkisiä tuntemuksia ennen endometrioosin hormonihoitoon aloittamista. Kysymystä kartoitettiin yhdeksän väittämän avulla, joihin vastausvaihtoehdot olivat; koko ajan, suurimman osan aikaa, huomattavan osan aikaa, jonkin aikaa, vähän aikaa tai en lainkaan. Ensimmäisessä väittämässä kysyttiin kuinka suuren osan aikaa vastaaja on tuntenut olevansa täynnä elinvoimaa. Vastaajista kukaan ei kokenut olevansa täynnä elinvoimaa koko ajan. Osa vastaajista koki olevansa täynnä elinvoimaa suurimman osan ajasta (n= 7) tai huomattavan osan aikaa (n= 5) vastaajista. Noin kolmannes vastasi väittämään jonkin aikaa (n= 15) tai vähän aikaa (n= 16). Osa vastaajista (n= 7) eivät kokeneet olleensa lainkaan täynnä elinvoimaa ennen endometrioosin hormonihoitoon aloittamista.

Toisessa väittämässä kartoitettiin vastaajien kokemusta siitä, kuinka suuren osan ajasta vastaaja on kokenut olleensa hermostunut ennen hormonihoitoon aloittamista. Vastaajista yksi koki olleensa hermostunut koko ajan. Vastaajista osa (n=6) koki olleensa hermostunut suurimman osan aikaa ja noin viidesosa (n= 12) huomattavan osan aikaa. Jonkin aikaa hermostuneisuutta koki noin kolmasosa (n= 15) vastaajista ja vähän aikaa noin viidesosa (n= 11) vastaajista. Vastaajista osa (n= 5) ei kokenut lainkaan hermostuneisuutta ennen hormonihoitoon aloittamista.

Kolmannessa väittämässä kysyttiin vastaajan kokemusta siitä, kuinka suuren osan ajasta ennen hormonihoidon aloittamista vastaaja on tuntenut mielialansa niin matalaksi, ettei mikään ole voinut häntä piristää. Vastaajista yksi tunsu edellä mainitulla tavalla koko ajan. Osa vastaajista (n= 3) koki tuntevansa näin suurimman osan aikaa, noin viidesosa (n= 11) huomattavan osan aikaa tai jonkin aikaa (n= 10). Noin kolmasosa (n= 15) koki tunteneensa mielialansa niin matalaksi, ettei mikään voinut häntä piristää vähän aikaa ja noin viidesosa (n= 10) ei tuntenut mielialaansa ollenkaan matalaksi ennen hormonihoidon aloittamista.

Neljäs väittäjä kartoitti vastaajan kokemusta siitä, kuinka suuren osan ajasta vastaaja on kokenut itsensä tyyneksi ja rauhalliseksi ennen hormonihoidon aloittamista. Vastaajista yksi vastasi koko ajan. Osa vastaajista (n= 8) tunsu itsensä tyyneksi ja rauhalliseksi suurimman osan aikaa tai huomattavan osan aikaa (n= 6). Noin viidesosa (n= 11) vastaajista koki olonsa tyyneksi ja rauhalliseksi jonkin aikaa ja yli kolmannes (n= 19) vähän aikaa. Osa vastaajista (n= 3) ei kokenut oloaan lainkaan tyyneksi tai rauhalliseksi ennen hormonihoidon aloittamista.

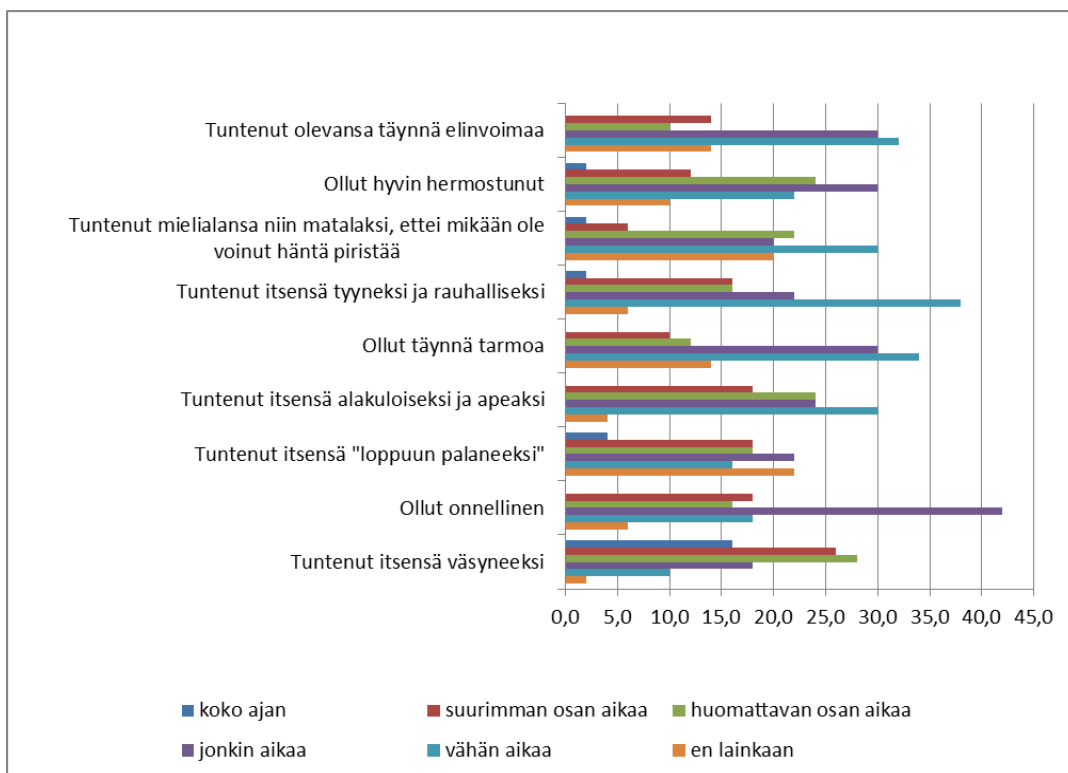
Viidennessä väittämässä kysyttiin vastaajan kokemusta siitä, kuinka suuren osan ajasta vastaaja on kokenut olevansa täynnä tarmoa ennen endometrioosin hormonihoidon aloittamista. Vastaajista kukaan ei kokenut olleensa täynnä tarmoa. Osa vastaajista koki olleensa täynnä tarmoa suurimman osan ajasta (n= 5) tai huomattavan osan ajasta (n= 6). Noin kolmasosa koki olevansa täynnä tarmoa jonkin aikaa (n= 15) tai vähän aikaa (n= 17). Osa vastaajista (n= 7) ei kokenut olleensa lainkaan tarmokas ennen hormonihoidon aloittamista.

Kuudennessä väittämässä käsiteltiin vastaajan kokemusta siitä, kuinka suuren osan ajasta vastaaja on tuntenut itsensä alakuloiseksi ja apeaksi ennen hormonihoidon aloittamista. Kukaan vastaajista ei kokenut tuntevansa edellä mainitulla tavalla koko aikaa. Hieman alle viidesosa (n= 9) koki olonsa apeaksi tai alakuloiseksi suurimman osan aikaa ja noin neljäsosa (n= 12) huomattavan osan aikaa tai jonkin aikaa (n= 12). Vähän aikaa vastasi noin kolmasosa vastaajista ja osa (n= 2) ei kokenut oloaan lainkaan alakuloiseksi tai apeaksi ennen endometrioosin hormonihoidon aloittamista.

Seitsemännellä väittämällä haettiin vastausta siihen, kuinka suuren osan ajasta vastaaja tunsi itsensä ”loppuun palaneeksi” ennen endometrioosin hormonihoidon aloittamista. Vastaajista kaksi koki tuntevansa edellä mainitulla tavalla koko ajan. Vajaa viidesosa vastasi väittämään suurimman osan aikaa ($n=9$) tai huomattavan osan aikaa ($n=9$). Jonkin aikaa itsensä ”loppuun palaneeksi” tunsi noin viidesosa ($n=11$) vastaajista ja pisa vastaajista vähän aikaa ($n=8$). Noin viidesosa ($n=11$) ei tuntenut oloaan lainkaan ”loppuun palaneeksi” ennen hormonihoidon aloittamista.

Kahdeksannessa väittämässä kysyttiin vastaajan kokemusta siitä, kuinka suuren osan ajasta vastaaja on kokenut olleensa onnellinen ennen hormonihoidon aloittamista. Kukaan vastaajista ei kokenut tuntevansa edellä mainitulla tavalla koko aikaa. Vajaa viidennes ($n=9$) vastaajista koki tunteneensa itsensä onnelliseksi suurimman osan aikaa ja osa vastaajista ($n=8$) huomattavan osan ajasta. Vajaa puolet vastaajista ($n=21$) vastasi väittämään jonkin aikaa ja alle viidennes ($n=9$) vähän aikaa. Osa vastaajista ($n=3$) eivät kokeneet oloaan ollenkaan onnelliseksi ennen endometrioosin hormonihoidon aloittamista.

Yhdeksännellä väittämällä kartoitettiin vastaajan tuntemusta siitä, kuinka suuren osan ajasta vastaaja on tuntenut itsensä väsyneeksi ennen hormonihoidon aloittamista. Muutama vastaaja ($n=8$) vastasi väittämään koko ajan. Reilu neljäsosa koki olonsa väsyneeksi suurimman osan aikaa ($n=13$) tai huomattavan osan aikaa ($n=14$). Hieman alle viidesosa ($n=9$) vastaajista tunsi itsensä väsyneeksi jonkin aikaa ja osa vastaajista ($n=5$) vähän aikaa. Yksi vastaajista ei kokenut oloaan ollenkaan väsyneeksi ennen endometrioosin hormonihoidon aloittamista. Kuviossa 7 esitetään tarkat prosenttiluvut vastaajien kokemista psyykkisistä tuntemuksista ennen endometrioosin hormonihoidon aloittamista.



Kuvio 7. Vastaajien kokemat erinäiset psyykkiset tuntemukset ennen endometrioosin hormonihoitoa aloittamista (n= 50)

Yhdeksäs kysymys (Liite 3, kysymys 9) käsitteli vastaajien psyykkisiä tuntemuksia endometrioosin hormonihoitoa aloittamisen jälkeen. Kysymystä kartoitettiin yhdeksän väittämän avulla, joihin vastausvaihtoehdot olivat; koko ajan, suurimman osan aikaa, huomattavan osan aikaa, jonkin aikaa, vähän aikaa tai en lainkaan. Ensimmäisessä väittämässä kysyttiin kuinka suuren osan aikaa vastaaja on tuntenut olevansa täynnä elinvoimaa. Vastaajista kukaan ei kokenut olevansa täynnä elinvoimaa koko ajan. Suurimman osan aikaa (n= 14), huomattavan osan aikaa (n= 14) tai jonkin aikaa (n= 14) täynnä elinvoimaa koki tuntevansa reilu neljännes vastaajista. Vastaajista osa (n= 7) vastasi väittämään vähän aikaa ja vastaajista yksi ei kokenut olleensa lainkaan täynnä elinvoimaa endometrioosin hormonihoitoa aloittamisen jälkeen.

Toisella väittämällä haettiin vastausta siihen, kuinka suuren osan ajasta vastaaja on kokenut olleensa hermostunut hormonihoitoa aloittamisen jälkeen. Vastaajista kukaan ei kokenut tuntevansa edellä mainitulla tavalla koko ajan. Vastaajista osa (n=3) koki olleensa hermostunut suurimman osan aikaa ja osa (n= 5) huomattavan osan aikaa. Jonkin aikaa hermostuneisuutta koki noin viidesosa (n= 9) ja vähän aikaa hie-

man alle puolet (n= 22) vastaajista. Vastaajista reilu viidesosa (n= 11) ei kokenut lainkaan hermostuneisuutta hormonihoidon aloittamisen jälkeen.

Kolmannessa väittämässä kysyttiin vastaajan kokemusta siitä, kuinka suuren osan ajasta hormonihoidon aloittamisen jälkeen vastaaja on tuntenut mielialansa niin matalaksi, ettei mikään ole voinut häntä piristää. Vastaajista yksi tunti edellä mainitulla tavalla koko ajan. Vastaajista osa (n= 3) koki tuntevansa näin suurimman osan aikaa, huomattavan osan aikaa (n= 4) tai jonkin aikaa (n= 7). Vajaa puolet (n= 21) vastasi väittämään vähän aikaa ja yli viidesosa (n= 14) ei tuntenut mielialaansa ollenkaan matalaksi hormonihoidon aloittamisen jälkeen.

Neljäs väittäjä kartoitti vastaajan kokemusta siitä, kuinka suuren osan ajasta vastaaja on kokenut itsensä tyyneksi ja rauhalliseksi hormonihoidon aloittamisen jälkeen. Vastaajista yksi vastasi kokeneensa näin koko ajan. Noin neljäsosa koki olonsa tyyneksi ja rauhalliseksi suurimman osan aikaa (n= 13), huomattavan osan aikaa (n= 14) tai jonkin aikaa (n= 12). Vastaajista osa (n= 8) vastasi väittämään vähän aikaa ja kaksi vastaajista eivät kokeneet oloaan lainkaan tyyneksi tai rauhalliseksi hormonihoidon aloittamisen jälkeen.

Viidennessä väittämässä kysyttiin vastaajan kokemusta siitä, kuinka suuren osan ajasta vastaaja on kokenut olevansa täynnä tarmoa endometrioosin hormonihoidon aloittamisen jälkeen. Vastaajista kaksi kokivat olleensa täynnä tarmoa koko ajan. Suurimman osan ajasta täynnä tarmoa koki olleensa osa vastaajista (n= 8) ja huomattavan osan aikaa reilu neljäsosa (n= 14) vastaajista. Noin neljännes koki olevansa täynnä tarmoa jonkin aikaa (n= 13) ja vähän aikaa noin viidesosa (n= 11) vastaajista. Kaksi vastaajaa eivät kokeneet olleensa lainkaan tarmokkaita hormonihoidon aloittamisen jälkeen.

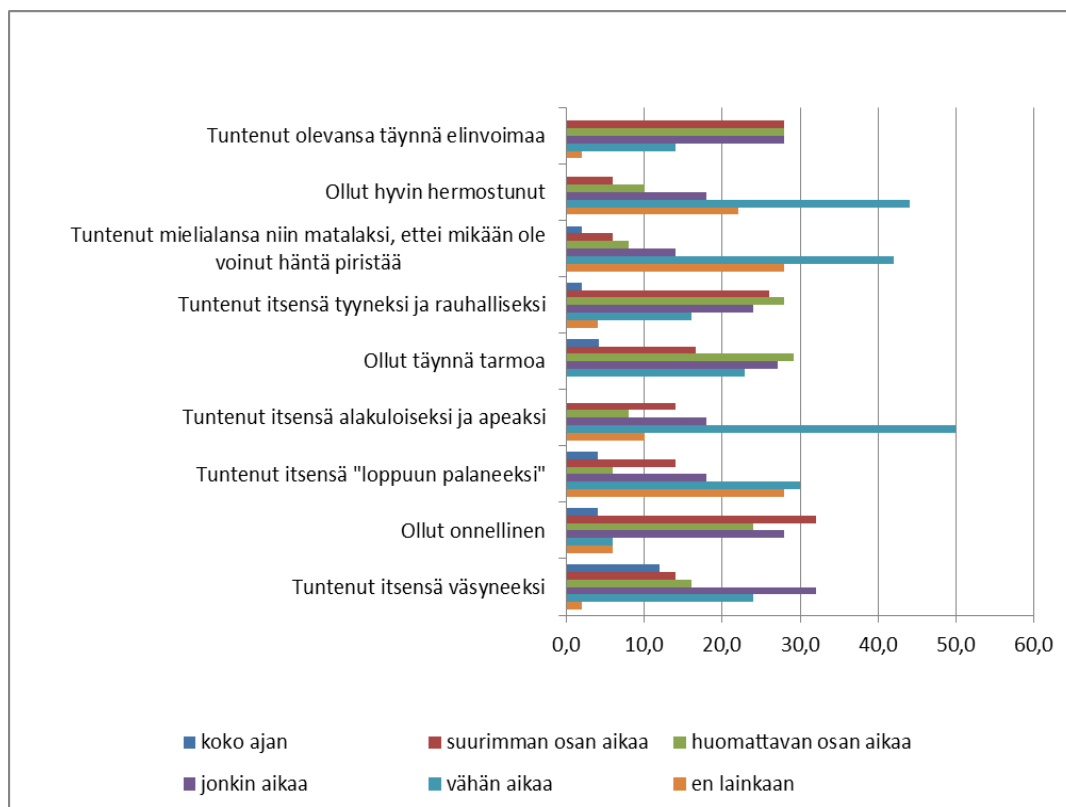
Kuudennessa väittämässä käsiteltiin vastaajan kokemusta siitä, kuinka suuren osan ajasta vastaaja on tuntenut itsensä alakuloiseksi ja apeaksi hormonihoidon aloittamisen jälkeen. Kukaan vastaajista ei kokenut tuntevansa edellä mainitulla tavalla koko aikaa. Vastaajista osa (n= 7) koki olonsa apeaksi tai alakuloiseksi suurimman osan aikaa tai huomattavan osan aikaa (n= 4). Jonkin aikaa olonsa apeaksi ja alakuloiseksi tunti vajaa viidennes (n= 9) vastaajista ja vähän aikaa puolet (n= 25) vastaajista. Osa

vastaajista (n= 5) ei tuntenut oloaan lainkaan alakuloiseksi tai apeaksi endometrioosin hormonihoidon aloittamisen jälkeen.

Seitsemännellä väittämällä haettiin vastausta siihen, kuinka suuren osan ajasta vastaaja tunsi itsensä ”loppuun palaneeksi” endometrioosin hormonihoidon aloittamisen jälkeen. Vastaajista kaksi koki tuntevansa edellä mainitulla tavalla koko ajan. Vastaajista osa vastasi väittämään suurimman osan aikaa (n= 7) tai huomattavan osan aikaa (n= 3). Jonkin aikaa itsensä ”loppuun palaneeksi” tunsi vajaa viidesosa (n= 9) vastaajista ja vähän aikaa noin kolmasosa (n= 15) vastaajista. Vajaa kolmannes (n= 14) vastaajista ei tuntenut oloaan lainkaan ”loppuun palaneeksi” hormonihoidon aloittamisen jälkeen.

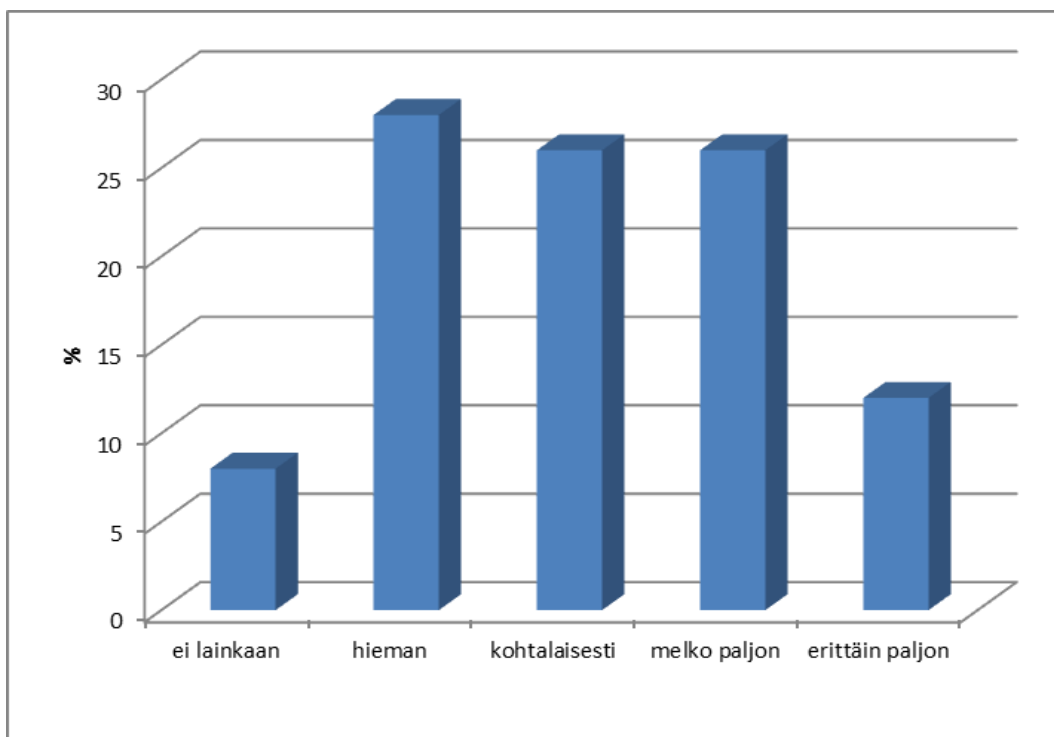
Kahdeksannessa väittämässä kysyttiin vastaajan kokemusta siitä, kuinka suuren osan ajasta vastaaja on kokenut olleensa onnellinen hormonihoidon aloittamisen jälkeen. Kaksi vastaajaa koki tuntevansa edellä mainitulla koko ajan. Noin kolmasosa (n= 16) vastaajista koki tunteneensa itsensä onnelliseksi suurimman osan aikaa ja noin neljännes (n= 12) huomattavan osan ajasta. Reilu neljäsosa (n= 14) vastaajista vastasi väittämään jonkin aikaa ja osa vastaajista vähän aikaa (n= 3) tai ei lainkaan (n=3).

Yhdeksännellä väittämällä kartoitettiin vastaajan tuntemusta siitä, kuinka suuren osan ajasta vastaaja on tuntenut itsensä väsyneeksi hormonihoidon aloittamisen jälkeen. Osa vastaajista vastasi väittämään koko ajan (n= 6) tai suurimman osan aikaa (n= 7). Vastaajista osa (n= 8) koki olonsa väsyneeksi huomattavan osan aikaa ja noin kolmasosa (n= 16) jonkin aikaa. Vähän aikaa itsensä väsyneeksi koki vajaa neljännes vastaajista ja yksi vastaajista ei kokenut oloaan ollenkaan väsyneeksi endometrioosin hormonihoidon aloittamisen jälkeen. Kuviossa 8 esitetään tarkat prosenttiluvut vastaajien kokemista psyykkisistä tuntemuksista endometrioosin hormonihoidon aloittamisen jälkeen.



Kuvio 8. Vastaajien kokemat erinäiset psyykkiset tuntemukset endometrioosin hormonihoitoa aloittamisen jälkeen (n= 50)

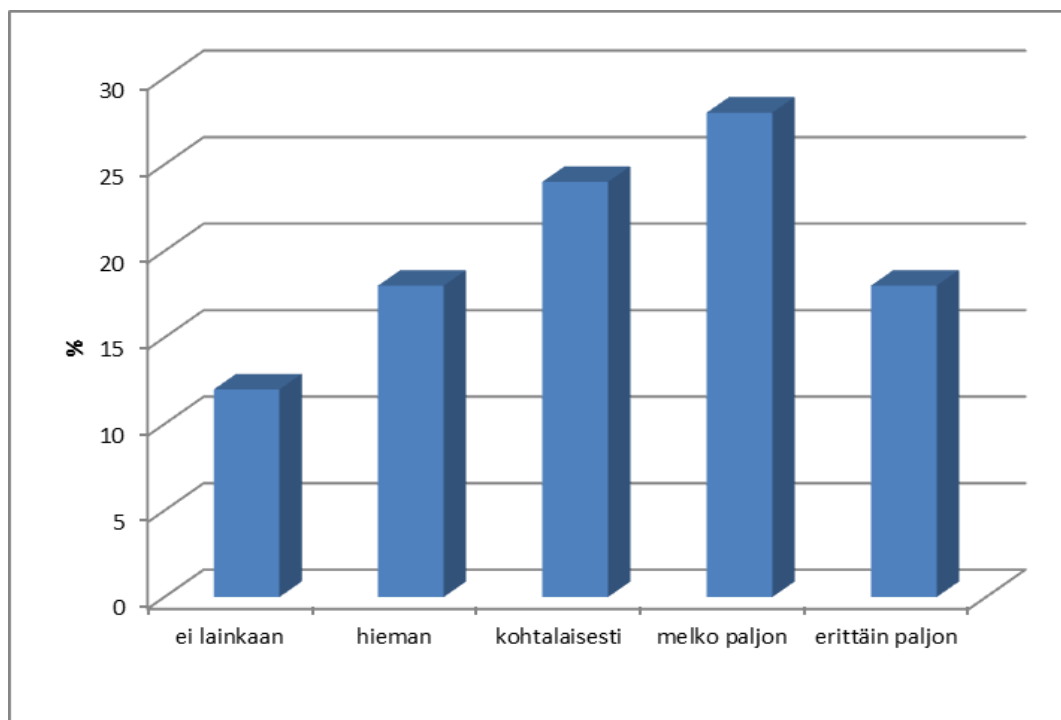
Kymmenes kysymys (Liite 3, kysymys 10) summasi endometrioosin hormonihoitoa vaikuttaneen vastaajan psyykkiseen hyvinvointiin. Kysymys selvitti, kuinka paljon kaiken kaikkiaan vastaaja koki hormonihoitoa vaikuttaneen psyykkiseen hyvinvointiinsa. Kysymyksen vastausvaihtoehdot olivat; ei lainkaan, hieman, kohtalaisesti, melko paljon tai erittäin paljon. Vastaajista osa (n= 4) ei kokenut lainkaan vaikutusta. Reilu neljännes vastaajista koki hormonihoitoa vaikuttaneen psyykkiseen hyvinvointiin hieman (n= 14), kohtalaisesti (n=13) tai melko paljon (n= 13). Osa vastaajista (n= 6) vastasi väittämään erittäin paljon. Kuviossa 9 esitetään tarkat prosenttiluvut hormonihoitoa kokonaisvaltaisesta vaikutuksesta vastaajien psyykkiseen hyvinvointiin.



Kuvio 9. Vastaajien kokemukset hormonihoidon kokonaisvaltaisesta vaikutuksesta psyykkiseen hyvinvointiin (n= 50)

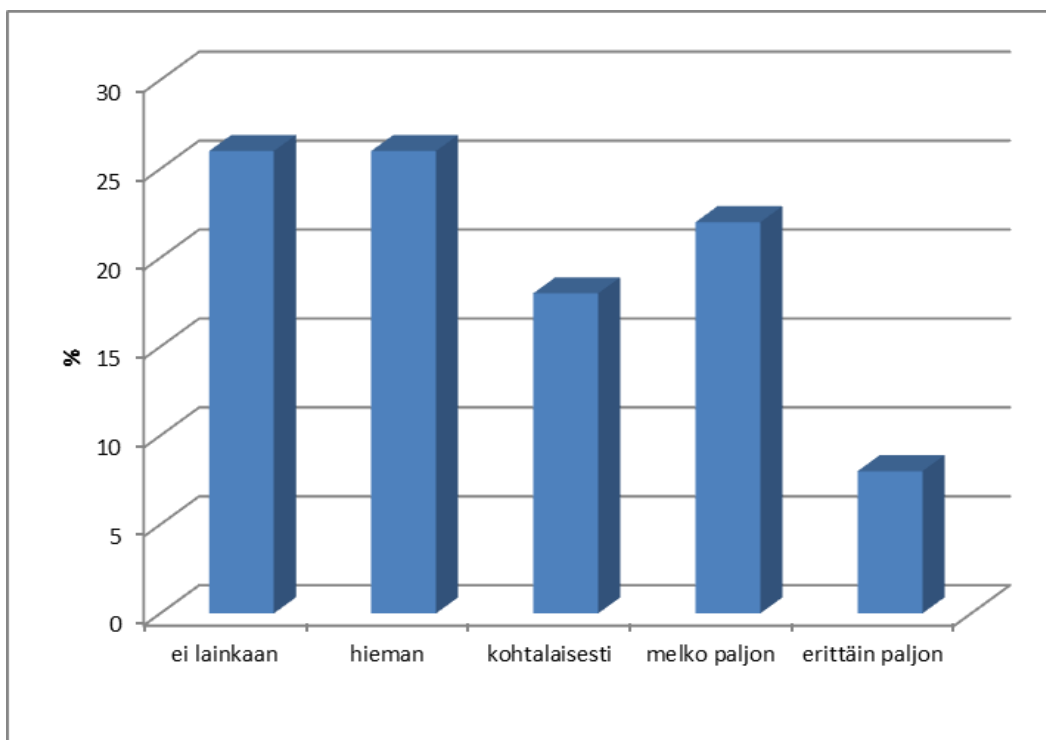
7.3 Sosiaalinen hyvinvointi

Yhdestoista kysymys (Liite 3, kysymys 11) käsitteli vastaajien kokemuksia siitä, missä määrin vastaajan terveydentila tai tunne-elämän vaikeudet häiritsivät tavanomaista (sosiaalista) toimintaa perheen, ystävien, naapureiden tai muiden ihmisten parissa ennen endometrioosin hormonihoidon aloittamista. Vastausvaihtoehdot olivat; ei lainkaan, hieman, kohtalaisesti, melko paljon tai erittäin paljon. Vastaajista osa (n= 6) ei kokenut edellä mainittuja vaikeuksia sosiaalisessa toiminnassaan. Vajaa viidennes vastaajista koki hieman (n= 9) ja noin neljäsosa (n= 12) kohtalaisesti vaikeuksia. Reilu neljäsosa (n=14) vastaajista koki sosiaalisen toimintansa kärsineen melko paljon ja vajaa viidennes (n= 9) erittäin paljon. Kuviossa 10 esitetään tarkat prosenttiluvut vastaajien kokemista terveydentilan tai tunne-elämän vaikeuksista ennen hormonihoidon aloittamista.



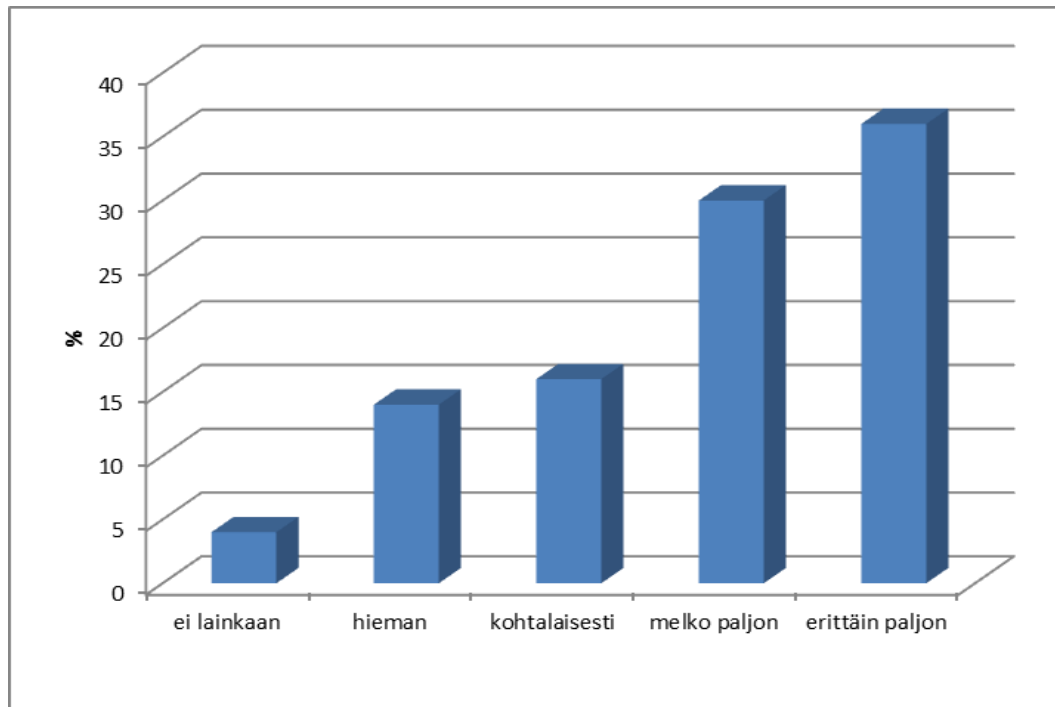
Kuvio 10. Vastaajien kokemukset ruumiillisen terveydentilan tai tunne-elämän vaikeuksien häiritsevyyden määrästä sosiaalisessa toiminnassaan ennen hormonihoidon aloittamista (n= 50)

Kahdenneltoista kysymyksellä (Liite 3, kysymys 12) haettiin vastausta siihen, kokivatko vastaajat tavanomaisen (sosiaalisen) toimintansa parantuneen hormonihoidon aloittamisen jälkeen. Vastausvaihtoehdot olivat samat kuin kysymyksessä yksitoista. Vastaajista noin neljäsosa (n= 13) ei kokenut hormonihoidon parantaneen sosiaalista toimintaansa. Noin neljäsosa (n=13) koki hormonihoidon vaikuttaneen hieman ja vajaa viidesosa (n= 9) kohtalaisesti. Yli viidennes vastaajista vastasi väittämään melko paljon (n= 11) ja osa (n= 4) erittäin paljon. Kuviossa 11 esitetään tarkat prosenttiluvut hormonihoidon vaikutuksesta vastaajien tavanomaiseen (sosiaaliseen) toimintaan.



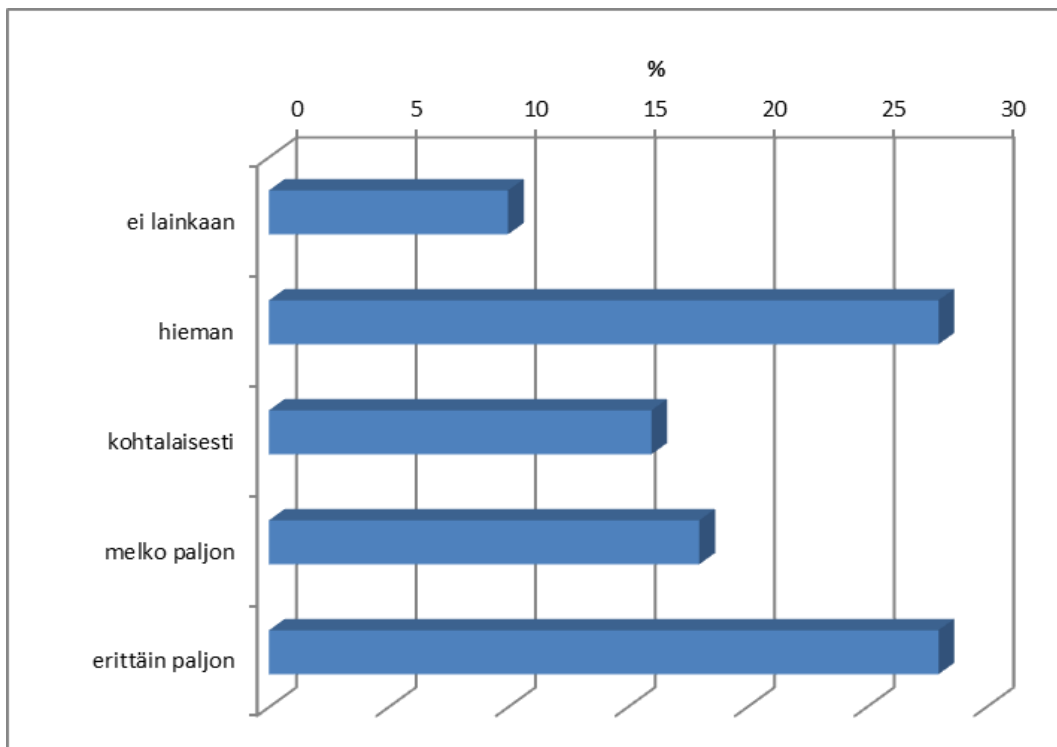
Kuvio 11. Vastaajien kokemukset endometrioosin hormonihoidon vaikutuksesta tavanomaiseen (sosiaaliseen) toimintaansa (n= 50)

Kolmannessatoista kysymyksessä (Liite 3, kysymys 13) kysyttiin vastaajien kokemuksia siitä, kuinka paljon vastaajat kokivat kivun häirinneen tavanomaista työtään (kotona tai kodin ulkopuolella) ennen hormonihoidon aloittamista. Vastausvaihtoehdot olivat samat kuin kysymyksessä kaksitoista. Vastaajista kaksi eivät kokeneet kivun häirinneen lainkaan, osa koki kivun häirinneen hieman (n= 7) tai kohtalaisesti (n= 8). Noin kolmannes (n= 15) vastaajista vastasi kysymykseen melko paljon ja yli kolmasosa (n= 18) vastasi kivun häirinneen erittäin paljon. Kuviossa 12 esitetään tarkat prosenttiluvut vastaajien kokemasta kivun häiritsevyydestä ennen endometrioosin hormonihoidon aloittamista.



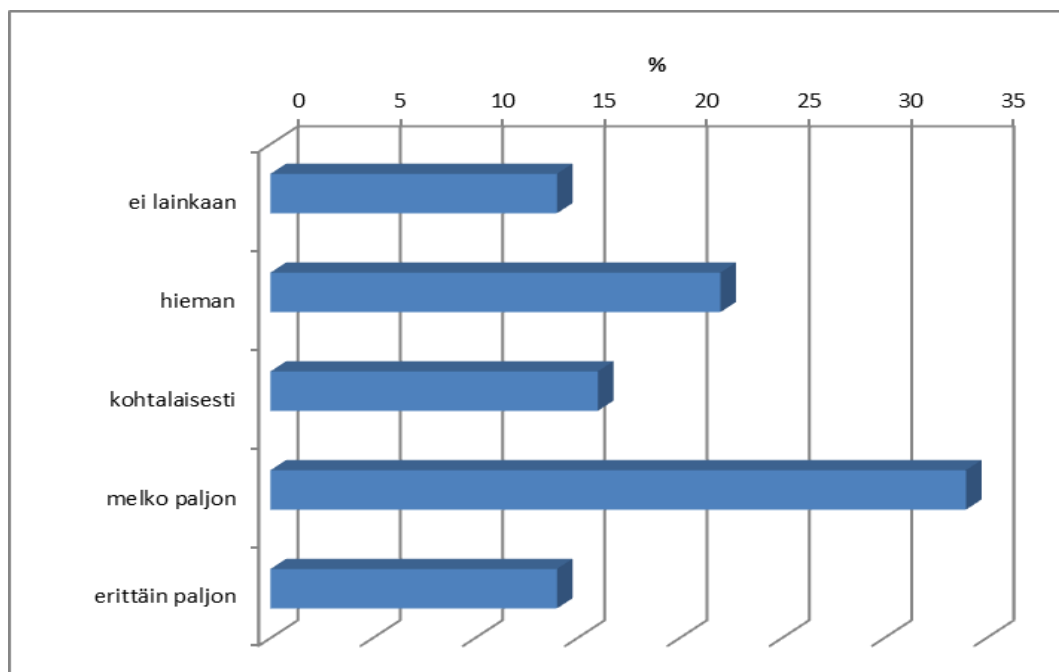
Kuvio 12. Vastaajien kokemukset kivun häiritsevyydestä ennen hormonihoidon aloittamista (n= 50)

Neljännellätoista kysymyksellä (Liite 3, kysymys 14) kartoitettiin sitä, kokivatko vastaajat kivun häiritsevyyden lieventyneen endometrioosin hormonihoidon aloittamisen jälkeen. Vastausvaihtoehdot olivat samat kuin kysymyksessä kolmetoista. Vastaajista osa (n= 5) eivät kokeneet hormonihoidon lieventäneen kivun häiritsevyyttä. Reilu neljäsosa (n= 14) koki kivun häiritsevyyden lieventyneen hieman ja osa (n=8) vastaajaa koki kivun häiritsevyyden lieventyneen kohtalaisesti. Vastaajista viidesosa (n= 9) vastasi väittämään melko paljon ja reilu neljäsosa (n= 14) erittäin paljon. Kuviossa 13 esitetään tarkat prosenttiluvut vastaajien kokemasta kipujen häiritsevyyden lieventymisestä hormonihoidon aloittamisen jälkeen.



Kuvio 13. Vastaajien kokemukset endometrioosin hormonihoiton vaikutuksesta kiivun häiritsevyyden lieventymiseen (n= 50)

Viidestoista kysymys (Liite 3, kysymys 15) summasi endometrioosin hormonihoiton vaikutuksen vastaajan sosiaaliseen hyvinvointiin. Kysymys selvitti, kuinka paljon kaiken kaikkiaan vastaaja koki hormonihoiton vaikuttaneen sosiaaliseen hyvinvointiinsa. Vastausvaihtoehdot olivat samat kuin kysymyksessä neljätoista. Vastaajista osa (n= 7) eivät kokeneet hormonihoiton vaikuttaneen millään tavalla sosiaaliseen hyvinvointiinsa. Reilu viidesosa vastaajista koki hormonihoiton vaikuttaneen hieman ja osa (n=8) koki kohtalaisesti vaikutusta. Noin kolmasosa (n= 17) koki hormonihoiton vaikuttaneen melko paljon ja osa (n= 7) erittäin paljon. Kuviossa 14 esitetään tarkat prosenttiluvut hormonihoiton kokonaisvaltaisesta vaikutuksesta vastaajien sosiaaliseen hyvinvointiin.



Kuvio 14. Vastaajien kokemukset hormonihoidon kokonaisvaltaisesta vaikutuksesta sosiaaliseen hyvinvointiin. (n= 50)

8 POHDINTA

8.1 Tulosten tarkastelua

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvailla endometrioosipotilaiden kokemuksia siitä, miten hormonihoido on vaikuttanut heidän elämänlaatuunsa. Opinnäytetyön tavoitteena oli lisätä tietoa endometrioosista ja endometrioosin hormonihoidosta sitä sairastaville naisille ja heidän läheisilleen.

Ensimmäinen tutkimusongelma käsitteli endometrioosin hormonihoidon vaikutusta naisen fyysiseen hyvinvointiin. Tulokset osoittivat, että hieman yli puolet (n= 26) vastaajista kokivat käyttävänsä enemmän aikaa töihin tai muihin tehtäviinsä hormonihoidon aloittamisen jälkeen. Yleinen aikaansaaminen parani niin ikään noin puolella (n= 26) vastaajista ja hieman alle puolet (n= 24) vastaajista kokivat hormonihoidon vähentäneen fyysisen terveydentilansa aiheuttamia rajoituksia työ- tai muissa tehtävissä. Niin ikään hieman alle puolet (n=24) vastaajista kokivat suoriutu-

vansa paremmin töistään tai muista tehtävistään hormonihoidon aloittamisen jälkeen. Ruumiillisten kipujen lieventymistä erittäin paljon (n= 11) tai melko paljon (n= 11) koki noin viidennes vastaajista. Kohtalaisesti lieventyneen koki noin kolmannes (n= 16) vastaajista ja hieman noin viidesosa (n= 9) vastaajista. Osa vastaajista (n= 5) eivät kokeneet kipujen lieventyneen ollenkaan hormonihoidon vaikutuksesta. Gaon ym. (2006) systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessa tuli esille samantyyppisiä tuloksia. Sen mukaan endometrioosin aiheuttama kipu heikentää terveyteen liittyvää elämänlaatua. Tulosten mukaan lääkehoito ja kirurginen hoito paransivat potilaiden fyysisistä hyvinvointia sekä yleistä terveyttä ja vähensi kiputunteuksia.

Kaiken kaikkiaan naiset kokivat endometrioosin hormonihoidon vaikuttaneen fyysiseen hyvinvointiinsa vaihtelevasti. Suurin osa vastaajista eli noin kolmannes (n= 16) vastasi hormonihoidon vaikuttaneen kohtalaisesti fyysiseen hyvinvointiinsa. Noin neljäsosa vastaajista koki hormonihoidon vaikuttaneen hieman (n= 12) tai melko paljon (n= 12). Erittäin paljon helpotusta koki vajaa viidennes (n= 9) vastaajista ja yksi vastaaja ei kokenut hormonihoidolla olevan minkäänlaista vaikutusta fyysiseen hyvinvointiinsa. Tutkimus ei selvittä tarkasti esimerkiksi vastaajan taudin vaikeusastetta tai tautimuotoa, mutta tuloksista voitaneen päätellä, että endometrioosin hormonihoidolla on positiivisia vaikutuksia naisen fyysiseen hyvinvointiin. Tuloksinassa pitää huomioida myös se, että osa vastaajista ei kokenut fyysisiä ongelmia ennen endometrioosin hormonihoidon aloittamista.

Toinen tutkimusongelma kartoitti endometrioosin hormonihoidon vaikutusta naisen psyykkiseen hyvinvointiin. Tuloksista ilmeni, että vastaajista yli kolmasosa (n= 17) käytti enemmän aikaa töiden tai muiden tehtäviensä suorittamiseen hormonihoidon aloittamisen jälkeen. Alle puolet (n= 20) vastaajista kokivat yleisen aikaansaamisen parantuneen hormonihoidon vaikutuksesta ja noin kolmasosa (n= 16) kokivat huolellisuuden parantuneen töiden tai muiden tehtävien suorittamisessa endometrioosin hormonihoidon aloittamisen jälkeen. Vajaa kolmasosa vastaajista tunsi olevansa täynnä elinvoimaa suurimman osan ajasta (n= 14), huomattavan osan ajasta (n= 14) tai jonkin aikaa (n= 14). Osa vastaajista koki olevansa täynnä elinvoimaa vain vähän aikaa (n= 7) tai ei ollenkaan (n= 1).

Hermostuneisuutta hormonihoidon aloittamisen jälkeen vähän aikaa koki hieman alle puolet (n= 22) vastaajista. Yli viidesosa (n= 11) ei kokenut lainkaan hermostuneisuutta. Vajaa viidesosa (n= 9) koki olleensa hermostunut jonkin aikaa ja pieni osa vastaajista (n= 3) kokivat olleensa hermostuneita suurimman osan aikaa hormonihoidon aloittamisen jälkeen. Mielialansa hyvin matalaksi hormonihoidon aloittamisen jälkeen vähän aikaa tunsivat vajaa puolet (n= 21) vastaajista. Yli viidennes (n= 14) ei kokenut mielialaansa ollenkaan matalaksi hormonihoidon aloittamisen jälkeen. Osa vastaajista koki mielialansa hyvin matalaksi jonkin aikaa (n= 7), huomattavan osan aikaa (n= 4), suurimman osan aikaa (n= 3) tai koko ajan (n= 1) endometrioosin hormonihoidon aloittamisen jälkeen.

Noin neljäsosa vastaajista kokivat itsensä tyyneksi ja rauhalliseksi huomattavan osan aikaa (n= 14), suurimman osan aikaa (n= 13) tai jonkin aikaa (n= 12) hormonihoidon aloittamisen jälkeen. Osa vastaajista koki olonsa tyyneksi ja rauhalliseksi vähän aikaa (n= 8), ei lainkaan (n= 2) tai koko ajan (n= 1). Hormonihoidon aloittamisen jälkeen yli neljäsosa koki olevansa täynnä tarmoa huomattavan osan aikaa (n= 14) tai jonkin aikaa (n= 13). Noin viidesosa koki tarmokkuutta vähän aikaa (n= 11) ja osa koki olleensa täynnä tarmoa suurimman osan aikaa (n= 8), ei lainkaan (n= 2) tai koko ajan (n= 1). Suurin osa vastaajista eli noin puolet (n= 25) tunsivat itsensä alakuloiseksi tai apeaksi vähän aikaa ja vajaa viidennes (n= 9) jonkin aikaa hormonihoidon aloittamisen jälkeen. Osa vastaajista tunsivat olonsa alakuloiseksi ja apeaksi suurimman osan aikaa (n= 7), ei lainkaan (n= 5) tai huomattavan osan aikaa (n= 4) endometrioosin hormonihoidon aloittamisen jälkeen.

Itsensä ”loppuun palaneeksi” vähän aikaa endometrioosin hormonihoidon aloittamisen jälkeen tunsivat noin kolmasosa (n= 15) vastaajista. Yli neljäsosa (n= 14) vastaajista ei kokenut itseään ollenkaan ”loppuun palaneeksi” hormonihoidon aloittamisen jälkeen ja vajaa viidennes (n= 9) tunsivat näitä tuntemuksia jonkin aikaa. Osa vastaajista tunsivat itsensä ”loppuun palaneeksi” suurimman osan aikaa (n= 7), huomattavan osan aikaa (n=3) tai koko ajan (n= 1). Onnellisuuden tuntemuksia hormonihoidon aloittamisen jälkeen suurimman osan aikaa tunsivat noin kolmasosa (n= 16) vastaajista. Yli neljäsosa (n= 14) koki olevansa onnellinen jonkin aikaa ja hieman alle neljäsosa (n= 12) huomattavan osan ajasta. Osa vastaajista koki olleensa onnellinen vähän aikaa (n= 3), ei lainkaan (n= 3) tai koko ajan (n= 2) hormonihoidon aloittamisen jälkeen.

Hormonihoidon aloittamisen jälkeen itsensä väsyneeksi jonkin aikaa tunsivat yli kolmasosa (n= 16) vastaajista ja vähän aikaa vajaa neljännes (n= 12) vastaajista. Osa vastaajista koki itsensä väsyneeksi huomattavan osan aikaa (n= 8), suurimman osan aikaa (n= 7) koko ajan (n= 6) tai ei lainkaan (n= 1) endometrioosin hormonihoidon aloittamisen jälkeen.

Vastaajilta kysyttiin vielä, kuinka paljon he kaiken kaikkiaan kokevat endometrioosin hormonihoidon vaikuttaneen psyykkiseen hyvinvointiinsa. Yli neljäsosa vastaajista koki hormonihoidon vaikuttaneen psyykkiseen hyvinvointiinsa hieman (n= 14), kohtalaisesti (n= 13) tai melko paljon (n= 13). Osa vastaajista koki hormonihoidon vaikuttaneen erittäin paljon (n= 6) tai ei lainkaan (n=4).

Endometrioosin hormonihoidolla vaikuttaisi kaiken kaikkiaan olevan positiivisia vaikutuksia naisten psyykkiseen hyvinvointiin vähintään kohtalaisen paljon. Tulosten mukaan positiiviset tuntemukset lisääntyivät suurimmassa osassa kysymyksistä ja negatiiviset tuntemukset vähentyivät. Tuloksissa pitää kuitenkin huomioida, että osa vastaajista ei kokenut negatiivisia tuntemuksia ennen hormonihoidon aloittamista, joten luonnollisesti hormonihoidon aloittamisen jälkeen. Tutkimustuloksia tukee Gaon ym. (2006) systemaattisen kirjallisuuskatsauksen tulokset, joiden mukaan endometrioosin lääkehoito tai kirurginen hoito paransi potilaiden psyykkistä hyvinvointia.

Kolmas tutkimusongelma selvitti endometrioosin hormonihoidon vaikutusta naisen sosiaaliseen hyvinvointiin. Vastaajilta kysyttiin kokivatko he, että endometrioosin hormonihoidon aloittaminen on parantanut vastaajien sosiaalista toimintaa perheen, ystävien, naapureiden tai muiden ihmisten parissa. Vastaajista yli neljäsosa koki toiminnan parantuneen hieman (n= 13) tai ei lainkaan (n= 13). Yli viidesosa (n= 11) koki toiminnan parantuneen melko paljon ja alle viidennes (n= 9) kohtalaisesti. Osa vastaajista (n= 4) koki toimintansa parantuneen erittäin paljon hormonihoidon aloittamisen jälkeen.

Kysyttäessä kivun häiritsevyyden lieventymisestä hormonihoidon aloittamisen jälkeen vastaajan tavanomaisessa työssä (kotona tai kodin ulkopuolella) saatiin seuraavanlaisia tuloksia; vastaajista yli neljäsosa koki kivun häiritsevyyden lieventyneen

hieman (n= 14) tai erittäin paljon (n= 14), alle viidennes (n= 9) melko paljon ja osa vastaajista koki kivun häiritsevyyden vähentyneen kohtalaisesti (n= 8) tai ei lainkaan (n= 5).

Kaiken kaikkiaan yli kolmasosa vastaajista kokivat endometrioosin hormonihoidon vaikuttaneen sosiaaliseen hyvinvointiinsa melko paljon (n= 17). Yli viidesosa (n=) vastaajista koki sosiaalisen hyvinvointinsa parantuneen hieman ja osa vastaajista koki hormonihoidon vaikuttaneen kohtalaisesti (n= 8), erittäin paljon (n= 7) tai ei lainkaan (n= 7) sosiaaliseen hyvinvointiinsa.

Tuloksista voidaan päätellä, että vastaajien tavanomainen sosiaalinen toiminta on toisilla vastaajilla parantunut huomattavasti, mutta osa vastaajista ei ole kokenut taas minkäänlaisia muutoksia hormonihoidon aloittamisen jälkeen. Tulkinta on ongelmallinen tässä tutkimusongelmassa, sillä myös ihmisen persoonallisuus vaikuttaa siihen, miten hän toimii sosiaalisessa elämässään riippumatta siitä, sairastaako hän endometrioosia ja millaista hoitoa hän siihen käyttää. Toisaalta taas voidaan tulkita, että tulosten mukaan endometrioosin hormonihoidolla on positiivisia vaikutuksia vastaajien kokemaan kipujen häiritsevyyteen tavanomaisessa työssään kotona tai kodin ulkopuolella.

Endometrioosin hormonihoidolla vaikuttaisi kaiken kaikkiaan olevan positiivisia vaikutuksia naisen fyysiseen, psyykkiseen ja sosiaaliseen hyvinvointiin. Suuressa osassa kyselyn kysymyksistä vastaajat kokivat ongelman tai tuntemuksen parantuneen hormonihoidon aloittamisen jälkeen. Varsinkin kipukokemukset ja kivun vähemmän vaikutukset näkyvät vastauksissa. Fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin summaavissa kysymyksissä voitiin havaita suurimman osan kokeneen elämänlaatunsa parantuneen hormonihoidon myötävaikutuksesta.

8.2 Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus

Tutkimuksen tekijän on otettava huomioon monia eettisiä kysymyksiä tutkimusta tehdessään. Pelkästään aiheen valinta on eettinen ratkaisu. Aiheen valinnassa mietitään kenen ehdoilla tutkimus tehdään ja miksi tutkimukseen ryhdytään. (Hirsjärvi,

Remes & Sajavaara 2007, 24.) Tutkimusaiheeksi valittiin endometrioosin hormonihoito, sillä aihetta ei ole tutkittu Suomessa eikä paljoakaan myös maailmalla. Näin ollen tutkimustulokset lienevät hyödyllisiä jatkotutkimuksia ajatellen.

Tutkimuksenteossa hyvän tieteellisen käytännön noudattaminen on eettisesti hyvän tutkimuksen edellytys. Hyvän tieteellisen käytännön noudattamisessa korostetaan rehellisyyttä, yleistä huolellisuutta ja tarkkuutta. Tulosten tallentamisessa, esittämisessä sekä arvioinnissa vaaditaan niin ikään tarkkuutta. Tutkimustyön kaikissa vaiheissa on vältettävä epärehellisyyttä, plagiointia tai muuta vilppiä. Tutkimuksen lähtökohtana tulee olla ihmisarvon kunnioittaminen ja ihmisen itsemääräämisoikeutta pyritään kunnioittamaan. Tämä onnistuu antamalla ihmiselle mahdollisuus päättää, haluaako hän osallistua tutkimukseen. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 23–26.)

Tämä tutkimus tehtiin hyvän tieteellisen käytännön periaatteita kunnioittaen. Tutkimuslupa haettiin asianmukaisesti yhteistyöyhdistyksenä toimineelta Endometrioosiyhdistys Ry:ltä. Kyselyyn vastaaminen oli vapaaehtoista kyselyn ollessa yleisillä internet-sivustoilla. Kyselyyn vastanneiden henkilöllisyys pysyi salassa, eikä vastaajan henkilöllisyyttä pystynyt tunnistamaan kyselyn vastauksista. Anonymiteetin toteutumisesta kerrottiin myös kyselyn ohessa olleessa saatekirjeessä (liite 1). Kysely poistettiin yhteistyötahona toimineen yhdistyksen toimesta internetistä vastaajamäärän tullessa täyteen ja kyselyn vastaukset näki ainoastaan opinnäytetyön kirjoittaja. Tutkimustulokset saatettiin Microsoft Excel-muotoon ja syötetyt tiedot tarkastettiin kahdesti syöttämisen jälkeen eikä vastauksia vääristely.

Hyvän tieteellisen käytännön toteuttamiseen kuuluu myös se, että tutkija soveltaa tieteellisen tutkimuksen kriteerien mukaisia ja eettisesti kestäviä tiedonhankinta-, tutkimus- ja arviointimenetelmiä (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 24). Opinnäytetyön lähdemateriaalina on käytetty ainoastaan tieteellisiä julkaisuja ja -artikkeleita. Tutkimusmenetelmäksi valittiin kvantitatiivinen tutkimus, jotta kohdejoukosta voitiin saada mittava otos.

Kaikissa tutkimuksissa pyritään arvioimaan tehdyn tutkimuksen luotettavuutta. Luotettavuutta voidaan arvioida erilaisin mittaus- ja tutkimustavoin. Reliaabelius tarkoittaa mittaustulosten toistettavuutta ja validius mittarin tai tutkimusmenetelmän kykyä

mitata sitä, mitä on tarkoituskin mitata. Käytettäessä esimerkiksi kyselylomaketta vastaajat ovat voineet ymmärtää kysymyksen eri tavalla kuin tutkija on tarkoittanut. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 226–227.)

Kyselyyn saatiin täysi määrä vastauksia. Kyselylomakkeen laadinnassa olisi kuitenkin voitu ottaa huomioon se, että osa vastaajista ei ole kokenut minkäänlaisia vaikeuksia tietyssä elämänlaadun osa-alueissa ennen endometrioosin hormonihoiton aloittamista. Vastauksista olisi saatu mahdollisesti tarkempia valikoimalla osaan kysymyksistä vain ne vastaajat, jotka kokivat ongelmia tietyssä toiminnassaan ennen endometrioosin hormonihoiton aloittamista. Tuloksista olisi näin pystynyt tarkasti pääättelemään, kuinka paljon endometrioosin hormonihoidosta on apua niille, jotka kokevat ongelmia sairautensa vuoksi. Eksakteimmista tuloksista saattaisi olla hyötyä myös niille naisille jotka harkitsevat eri hoitomuotoja sairauden hoitoon. Tutkimuksen tulokset ovat kuitenkin toistettavissa, sillä todennäköisesti vastaajat vastaisivat kyselyyn samalla tavalla seuraavallakin kerralla. Tutkimusmittarina käytettiin käytössä olevaa terveyteen liittyvän elämänlaadun mittaria, jota muokattiin sairauden tutkimiseen sopivaksi.

Kyselyn heikkoutena voidaan myös pitää sitä, että vastaajat ovat voineet ymmärtää kysymyksen eri tavalla kuin tutkija tarkoitti ja kysymykset saattoivat olla vastaajalle vaikeasti tulkittavia, kysymysten ollessa vertailevia. Varsinkin tunne-elämään liittyviin kysymyksiin vastaamiseen saattoi vaikuttaa vastaajan senhetkinen tunnetila joka taas ei korreloi tutkimusongelmaan ja haettuun vastaukseen.

8.3 Tutkimuksen hyödynnettävyys ja jatkotutkimusehdotukset

Tutkimuksen vastausprosentti oli 100 %, joten tulokset ovat jossain määrin yleistettävissä. Otos oli myös laajahko ja tutkimuksen tuloksia voidaan pitää suuntaa antavina tuloksina jatkotutkimuksille. Tuloksia voitaneen hyödyntää mietittäessä eri hoitovaihtoehtoja endometrioosista kärsiville naisille. Tulosten avulla naiset ja heidän läheisensä saavat tietoa siitä, miten hormonihoito vaikuttaa elämän eri osa-alueisiin sekä fyysiseen, psyykkiseen ja sosiaaliseen hyvinvointiin.

Opinnäytetyön tekemisen aikana nousi esiin muutama jatkotutkimusaihe. Endometrioosin hormonihoito käsittää monta erilaista hormonilääkettä ja -muotoa. Uutena tutkimusaiheena voisi olla selvittää eri hormonivalmisteiden vaikutuksia naisen elämänlaatuun ja helpottaako esimerkiksi jokin tietty hormonivalmiste muita enemmän potilaan oireita. Jatkotutkimusaiheena voisi olla myös se, kuinka paljon hormonihoito yhdessä kirurgisen hoidon kanssa vaikuttaa potilaan elämänlaatuun ja eroavatko pelkkä hormonihoito tai hormonihoito yhdistettynä kirurgiseen hoitoon oleellisesti toisistaan terveyteen liittyvän elämänlaadun osa-alueiden kannalta.

LÄHTEET

Aalto, A-M., Aro A.R. & Teperi, J. 1999. RAND-36 terveyteen liittyvän elämänlaadun mittarina. STAKES. Gummerus Kirjapaino. Saarijärvi, 1-5

Endometrioosi Potilasopas. 2010. Abbott Oy. FIN/186/06.2010. Espoo.

Endometrioosiyhdistys Ry:n www-sivut. 2009. Viitattu 12.9.2012.

<http://www.endometrioosiyhdistys.fi/index.php?section=1>

Gao, X., Yeh, YC., Outley, J., Simon, J., Botteman, M. & Spalding, J. 2006. Health-related quality of life burden of women with endometriosis: a literature review. Librapharm limited. Current Medical Research and Opinion. Vol. 22, 2006. Viitattu 15.6.2012. <http://www.abtassociates.com/articles/Gao3504.pdf>

Gilmour, J., Huntington, A. & Wilson, H. 2008. The impact of endometriosis on work and social participation. International Journal of Nursing Practise. Vol. 14, 443-447. Blackwell Publishing Asia Pty Ltd. Viitattu 15.8.2012. http://www.endpain.co.za/wp-content/uploads/2012/03/Impact-of-Endom-on-work-and-social-participation-Gilmour_Int-J-Nurs-Pract_2008.pdf

Halttunen, M. n.d. Gynekologinen vatsakipu. Therapia Fennica. Viitattu 28.8.2012. http://therapiafennica.fi/wiki/index.php?title=Gynekologinen_vatsakipu

Heikkilä, T. 2001. Tilastollinen tutkimus. Oy Edita Ab. Helsinki, 16

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2007. Tutki ja kirjoita. Otavan kirjapaino Oy. Keuruu, 23-26, 190, 226

Härkki, P., Heikkinen, A-M. & Setälä, M. 2011. Endometrioosin nykyhoito. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim 2011;127(17):1837-47. Viitattu 13.3.2012. <http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/uusinnumero>

Härkki, P. 2006 Endometrioosi. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim 2006;122:1869-70. Viitattu 28.8.2012.

Kananen, J. 2011. Kvantti: Kvantitatiivisen opinnäytetyön kirjoittamisen käytännön opas. Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja- sarja. Tampereen yliopistopaino Oy. Jyväskylä, 21-31

Koskinen, S., Talo, S., Hokkinen, E-M., Paltamaa, J. & Musikka-Siirtola, M. 2009. Neljän elämänlaatumittarin sisältöanalyysi ICF-luokituksen viitekehyksessä. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti 2009: 46, 196

Kuntola, U. & Lähdesmäki, K. 2010. Naisten kokemuksia endometrioosin aiheuttamista kivuista. AMK-opinnäytetyö. Seinäjoen ammattikorkeakoulu. Viitattu 5.9.2012.

http://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/25369/Lahdesmaki_Kaisa.pdf?sequence=1

Nhoaham, KE., Hummelshoj, L., Webster, P., d'Hooghe, T., de Cicco Nardone, F., de Cicco Nardone, C., Jenkinson, C., Kennedy, SH. & Zondervan, KT. 2011. Impact of endometriosis on quality of life and work productivity: a multicenter study across ten countries. Epub. *Fertil Steril*. 96(2):366-373. Viitattu 5.5.2012.

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21718982>

Schenken, R., Bulun, S. & Steege, J. 2012. Long term management of symptoms of endometriosis. Supplement so SRM. Quadrant Healthcom 2012. Viitattu 1.9.2012.

http://www.srm-journal.com/pdf/0212/Endo_supp.pdf

Setälä, M., Härkki, P., Perheentupa, A., Heikkinen, A-M. & Kauko, M. 2009. Särky-lääke ei auta kuukautiskipuihin – epäile endometrioosia. Suomen lääkärilehti 2009 vol. 64 no. 48, 4141-4145.

Ylikorkala, O. & Tapanainen, J. 2011. Naistentaudit ja synnytykset. Duodecim. Kariston kirjapaino. Hämeenlinna, 93-94

Hyvä endometrioosia sairastava nainen!

Olen Satakunnan ammattikorkeakoulun sosiaali- ja terveystieteiden sairaanhoitajaopiskelija. Teen opinnäytetyöni yhteistyössä Endometrioosiyhdistys Ry:n kanssa.

Opinnäytetyöni tarkoituksena on kuvailla endometrioosia sairastavien naisten kokemuksia siitä, miten hormonihoito- tai hoidot ovat vaikuttaneet naisen elämänlaatuun. Opinnäytetyöni tavoitteena on lisätä tietoa endometrioosin hormonihoitosta sitä sairastaville naisille ja heidän läheisilleen. Kohderyhmänä ovat kaikki 20–40-vuotiaat endometrioosia sairastavat naiset, jotka käyttävät jotakin hormonihoitoa sairauden hoitoon.

Endometrioosin hormonihoitolla pyritään estämään estrogeenin stimuloiva vaikutus endometriosikudokseen. Endometrioosin hormonihoitossa käytetään yhdistelmäehkäisytabletteja, jatkuvaa keltarauhashormonia, keltarauhashormonikierukkaa sekä GnRH-agonisteja.

Ohessa on nettikysely, jossa kartoitetaan eri elämänlaatuun vaikuttavien tekijöiden mahdollista muuttumista hormonihoiton myötävaikutuksesta. Toivoisin Sinun vastaavan kyselyyni elokuun 2012 loppuun mennessä, jotta saan tutkimukseeni aitoja naisen kokemuksia tämän sairauden kanssa elämisestä. Kysely suoritetaan nimettömänä, joten yksityisyytesi pysyy suojattuna. Kysymyksiä kyselyssä on viisitoista ja ne ovat monivalintakysymyksiä, joten kyselyn täyttämiseen ei pitäisi mennä paljon aikaa.

Opinnäytetyöni tulokset julkaistaan kirjallisena tuotoksena Endometrioosiyhdistys ry:lle ja sähköisenä Satakunnan ammattikorkeakoulun Theseus opinnäytetyötietokantaan.

Kiitän etukäteen aktiivisuudestasi ja mielenkiinnostasi opinnäytetyötäni kohtaan.

Ystävällisin terveisin

Sairaanhoidonopiskelija Anu Isotalo

Anu Isotalo

TUTKIMUSLUPA-ANOMUS

Satakunnan ammattikorkeakoulu

Steniuksenkatu 8

26100 RAUMA

24.5.2012

Johanna Hulkkonen

Opiskelen Satakunnan ammattikorkeakoulussa Rauman yksikössä sairaanhoitajaksi. Arvioitu valmistumisajankohtani on vuoden 2013 alkupuolella. Teen opinnäytetyötä endometrioosista, tarkemmin sanottuna tutkin endometrioosin hormonihoitojen vaikutusta naisen elämänlaatuun. Tutkimuksen tarkoituksena on kuvalla endometrioosipotilaiden kokemuksia siitä, miten hormonihoito on vaikuttanut potilaan elämänlaatuun. Opinnäytetyön tavoitteena on lisätä tietoa endometrioosin hormonihoitosta sitä sairastaville naisille ja heidän läheisilleen. Opinnäytetyö toteutetaan nettikyselynä Endometrioosiyhdistys Ry:n internetsivuilla sekä Facebook-sivuilla. Kyselyssä käsitellään naisen fyysistä, psyykkistä ja sosiaalista hyvinvointia terveyteen liittyvän elämänlaadun mittarina.

Pyydän kohteliaimmin lupaa kyselyn tekemiseen Endometrioosiyhdistys Ry:n kautta järjestetyille kohdejoukolle. Käsitelen vastauksia luottamuksellisesti ja niitä käytetään ainoastaan opinnäytetyössäni.

Ystävällisin terveisin

Anu Isotalo

Ohjaava opettaja:

Elina Männistö, TtL

puh. 044 710 3555

sp. elina.mannisto@samk.fi

Lupa myönnetään

kyllä ei Tampereella 2.6.2012

Johanna Hulkkonen
 Johanna Hulkkonen
 Endometrioosiyhdistys ry
 koulutusvastaava

ENDOMETRIOOSI JA ELÄMÄNLAATU

Kysymykset 1-5 käsittelevät FYYSISTÄ HYVINVOINTIANNE

Kysymykset 6-10 käsittelevät PSYYKKISTÄ HYVINVOINTIANNE

Kysymykset 11-15 käsittelevät SOSIAALISTA HYVINVOINTIANNE

*Pakollinen

1. Koetteko, että teillä oli ENNEN endometrioosin hormonihoitoon aloittamista ruumiillisen terveydentilanne takia alla mainittuja ongelmia työssänne tai muissa tavanomaisissa päivittäisissä tehtävissänne? *

1 Vähensitte työhön tai muihin tehtäviin käyttämääne aikaa

1 kyllä

2 ei

*

2 Saitte aikaiseksi vähemmän kuin halusitte

1 kyllä

2 ei

*

3 Terveydentilanne asetti teille rajoituksia joissakin työ- tai muissa tehtävissä

1 kyllä

2 ei

*

4 Töistänne tai tehtävistänne suoriutuminen tuotti vaikeuksia (olette joutunut esim. ponnistelemaan tavallista enemmän)

1 kyllä

2 ei

2. Koetteko että suoriudutte paremmin edellä mainituista asioista hormonihoitoon aloittamisen JÄLKEEN? *

1 Työhön tai muihin tehtäviin käyttämänne aika

1 kyllä

2 ei

*

2 Yleinen aikaansaaminen

1 kyllä

2 ei

*

3 Rajoitukset työ- tai muissa tehtävissä

1 kyllä

2 ei

*

4 Töistä tai tehtävistä suoriutuminen

1 kyllä

2 ei

3. Kuinka voimakkaita ruumiillisia kipuja teillä on ollut ENNEN hormonihoidon aloittamista? *

- 1 ei lainkaan
- 2 hyvin lieviä
- 3 lieviä
- 4 kohtalaisia
- 5 voimakkaita
- 6 erittäin voimakkaita

4. Koetteko kipujen lievittyneen endometriosisin hormonihoidon aloittamisen JÄLKEEN? *

- 1 ei lainkaan
- 2 hieman
- 3 kohtalaisesti
- 4 melko paljon
- 5 erittäin paljon

5. Kuinka paljon kaiken kaikkiaan koette endometriosisin hormonihoidon vaikuttaneen fyysiseen hyvinvointiinne? *

- 1 ei lainkaan
- 2 hieman
- 3 kohtalaisesti
- 4 melko paljon
- 5 erittäin paljon

6. Koetteko, että teillä oli ENNEN hormonihoidon aloittamista tunne-elämään liittyvien vaikeuksien (esim. masentuneisuus tai ahdistuneisuus) takia alla mainittuja ongelmia työssänne tai muissa tavanomaisissa päivittäisissä tehtävissänne? *

1 Vähensitte työhön tai muihin tehtäviin käyttämäänne aikaa

1 kyllä

2 ei

*

2 Saitte aikaiseksi vähemmän kuin halusitte

- 1 kyllä
- 2 ei

*

3 Ette suorittanut töitänne tai muita tehtäviä yhtä huolellisesti kuin tavallisesti

- 1 kyllä
- 2 ei

7. Koetteko että suoriudutte paremmin edellä mainituista asioista hormonihoidon aloittamisen JÄLKEEN? *

1 Työhön tai muihin tehtäviin käyttämäne aika

- 1 kyllä
- 2 ei

*

2 Yleinen aikaansaaminen

- 1 kyllä
- 2 ei

*

3 Huolellisuus töiden tai muiden tehtävien suorittamisessa

- 1 kyllä
- 2 ei

8. Seuraavat kysymykset koskevat sitä, miltä teistä tuntui ENNEN endometriosisin hormonihoidon aloittamista. Merkitkää kunkin kysymyksen kohdalla se numero, joka parhaiten kuvaa tuntemuksianne? *

1 Tuntenut olevanne täynnä elinvoimaa

- 1 koko ajan
- 2 suurimman osan aikaa
- 3 huomattavan osan aikaa
- 4 jonkin aikaa
- 5 vähän aikaa
- 6 en lainkaan

*

2 Ollut hyvin hermostunut

- 1 koko ajan
- 2 suurimman osan aikaa

- 3 huomattavan osan aikaa
- 4 jonkin aikaa
- 5 vähän aikaa
- 6 en lainkaan

*

3 Tuntunut mielialanne niin matalaksi, ettei mikään ole voinut teitä pirstää

- 1 koko ajan
- 2 suurimman osan aikaa
- 3 huomattavan osan aikaa
- 4 jonkin aikaa
- 5 vähän aikaa
- 6 en lainkaan

*

4 Tuntunut itsenne tyyneksi ja rauhalliseksi

- 1 koko ajan
- 2 suurimman osan aikaa
- 3 huomattavan osan aikaa
- 4 jonkin aikaa
- 5 vähän aikaa
- 6 en lainkaan

*

5 Ollut täynnä tarmoa

- 1 koko ajan
- 2 suurimman osan aikaa
- 3 huomattavan osan aikaa
- 4 jonkin aikaa
- 5 vähän aikaa
- 6 en lainkaan

*

6 Tuntunut itsenne alakuloiseksi ja apeaksi

- 1 koko ajan
- 2 suurimman osan aikaa
- 3 huomattavan osan aikaa
- 4 jonkin aikaa
- 5 vähän aikaa
- 6 en lainkaan

*

7 Tuntunut itsenne "loppuun palaneeksi"

- 1 koko ajan
- 2 suurimman osan aikaa
- 3 huomattavan osan aikaa
- 4 jonkin aikaa
- 5 vähän aikaa
- 6 en lainkaan

*

8 Ollut onnellinen

- 1 koko ajan
- 2 suurimman osan aikaa
- 3 huomattavan osan aikaa
- 4 jonkin aikaa
- 5 vähän aikaa
- 6 en lainkaan

*

9 Tuntenut itsenne väsyneeksi

- 1 koko ajan
- 2 suurimman osan aikaa
- 3 huomattavan osan aikaa
- 4 jonkin aikaa
- 5 vähän aikaa
- 6 en lainkaan

9. Seuraavat kysymykset koskevat sitä, miltä teistä tuntui endometriosisin hormonihoiton aloittamisen JÄLKEEN. Merkitkää kunkin kysymyksen kohdalla se numero, joka parhaiten kuvaa tuntemuksianne? *

1 Tuntenut olevanne täynnä elinvoimaa

- 1 koko ajan
- 2 suurimman osan aikaa
- 3 huomattavan osan aikaa
- 4 jonkin aikaa
- 5 vähän aikaa
- 6 en lainkaan

*

2 Ollut hyvin hermostunut

- 1 koko ajan
- 2 suurimman osan aikaa
- 3 huomattavan osan aikaa
- 4 jonkin aikaa
- 5 vähän aikaa

- 6 en lainkaan

*

3 Tuntenut mielialanne niin matalaksi, ettei mikään ole voinut teitä pirstää

- 1 koko ajan
- 2 suurimman osan aikaa
- 3 huomattavan osan aikaa
- 4 jonkin aikaa
- 5 vähän aikaa
- 6 en lainkaan

*

4 Tuntenut itsenne tyyneksi ja rauhalliseksi

- 1 koko ajan
- 2 suurimman osan aikaa
- 3 huomattavan osan aikaa
- 4 jonkin aikaa
- 5 vähän aikaa
- 6 en lainkaan

*

5 Ollut täynnä tarmoa

- 1 koko ajan
- 2 suurimman osan aikaa
- 3 huomattavan osan aikaa
- 4 jonkin aikaa
- 5 vähän aikaa
- 6 en lainkaan

*

6 Tuntenut itsenne alakuloiseksi ja apeaksi

- 1 koko ajan
- 2 suurimman osan aikaa
- 3 huomattavan osan aikaa
- 4 jonkin aikaa
- 5 vähän aikaa
- 6 en lainkaan

*

7 Tuntenut itsenne "loppuun palaneeksi"

- 1 koko ajan
- 2 suurimman osan aikaa

- 3 huomattavan osan aikaa
- 4 jonkin aikaa
- 5 vähän aikaa
- 6 en lainkaan

*

8 Ollut onnellinen

- 1 koko ajan
- 2 suurimman osan aikaa
- 3 huomattavan osan aikaa
- 4 jonkin aikaa
- 5 vähän aikaa
- 6 en lainkaan

*

9 Tuntenut itsenne väsyneeksi

- 1 koko ajan
- 2 suurimman osan aikaa
- 3 huomattavan osan aikaa
- 4 jonkin aikaa
- 5 vähän aikaa
- 6 en lainkaan

10. Kuinka paljon kaiken kaikkiaan koette endometrioosin hormonihoidon vaikuttaneen psyykkiseen hyvinvointiinne? *

- 1 ei lainkaan
- 2 hieman
- 3 kohtalaisesti
- 4 melko paljon
- 5 erittäin paljon

11. Missä määrin ruumiillinen terveydentilanne tai tunne-elämän vaikeudet häiritsivät tavanomaista (sosiaalista) toimintanne perheen, ystävien, naapureiden tai muiden ihmisten parissa ENNEN hormonihoidon aloittamista? *

- 1 ei lainkaan
- 2 hieman
- 3 kohtalaisesti
- 4 melko paljon
- 5 erittäin paljon

12. Koetteko, että edellä mainittu sosiaalinen toimintanne on parantunut hormonihoidon aloittamisen JÄLKEEN? *

- 1 ei lainkaan

- 2 hieman
- 3 kohtalaisesti
- 4 melko paljon
- 5 erittäin paljon

13. Kuinka paljon kipu häiritsi tavanomaista työtänne (kotona tai kodin ulkopuolella) ENNEN hormonihoidon aloittamista? *

- 1 ei lainkaan
- 2 hieman
- 3 kohtalaisesti
- 4 melko paljon
- 5 erittäin paljon

14. Koetteko kivun häiritsevyyden lieventyneen tavanomaisessa työssänne hormonihoidon aloittamisen JÄLKEEN? **

- 1 ei lainkaan
- 2 hieman
- 3 kohtalaisesti
- 4 melko paljon
- 5 erittäin paljon

15. Kuinka paljon kaiken kaikkiaan koette endometrioosin hormonihoidon vaikuttaneen sosiaaliseen hyvinvointiinne? *

- 1 ei lainkaan
- 2 hieman
- 3 kohtalaisesti
- 4 melko paljon
- 5 erittäin paljon

Palvelun tarjoaa [Google-dokumentit](#)

[Ilmoita väärinkäytöstä](#) - [Palveluehdot](#) - [Lisäehdot](#)