



SAVONIA

OPINNÄYTETYÖ - AMMATTIKORKEAKOULUTUTKINTO
SOSIAALI-, TERVEYS- JA LIIKUNTA-ALA

INTERSTITIELLI KYSTIITTI – MISTÄ ON KYSE?

Potilasohje

TEKIJÄT: Noora Kurri, TN14SA
Inkatuuli Haltsonen, TN14SA

Koulutusala Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala	
Koulutusohjelma/Tutkinto-ohjelma Sairaanhoitajan tutkinto-ohjelma	
Työn tekijät Inkatuuli Haltsonen ja Noora Kurri	
Työn nimi Interstitielli kystiitti – Mistä on kyse?, potilasohje	
Päiväys	19.11.2017
Sivumäärä/Liitteet	51/12
Ohjaaja Pirjo Kinnunen, lehtori, terveysala	
Toimeksiantaja/Yhteistyökumppani Kuopion yliopistollinen sairaala, Naisten poliklinikka 3304	
<p>Tiivistelmä</p> <p>Interstitielli kystiitti (IC) on virtsarakon krooninen sairaus, johon liittyy toistuvaa kipua ja painetta rakossa sekä lantion alueella. IC:n diagnosointi on vaikeaa, koska sille ei ole määritelty tarkkoja diagnosointikriteereitä sairauden tuntemattoman etiologian ja patofysiologian takia. Sairaudelle ei ole parantavaa hoitoa vaan sen oireita voidaan helpottaa itsehoidolla, lääkkeillä ja muilla hoitomenetelmillä.</p> <p>Opinnäytetyön tarkoituksena oli suunnitella ja tehdä potilasohje interstitielli kystiittiä sairastaville potilaille. Potilasohjeessa on kerrottu tiivistetysti tietoa sairaudesta ja sen eri hoitomenetelmistä. Samalla ohje toimii informatiivisena tiivistelmänä hoitohenkilökunnalle. Opinnäytetyön tavoitteena oli, että potilaat saavat luotettavaa tietoa sairaudestaan mahdollisimman vaivattomasti ja hoitohenkilökunnan tietoisuus sairaudesta kasvaisi.</p> <p>Opinnäytetyön teoriaosuudessa käsiteltiin interstitielli kystiittiä sairautena, sen riskitekijöitä sekä sairauden eri hoitomuotoja. Työssä käsiteltiin myös, millainen on hyvä potilasohje, koska opinnäytetyön tuotoksena oli potilasohje. Tulevaisuudessa opinnäytetyötä voitaisiin jatkaa tutkimalla, kuinka hyvänä ja hyödyllisenä potilasohjetta on pidetty.</p>	
Avainsanat interstitielli kystiitti, kivuliaan virtsarakon oireyhtymä, potilasohje	

Field of Study Social Services, Health and Sports			
Degree Programme Degree Programme in Nursing			
Authors Inkatuuli Haltsonen and Noora Kurri			
Title of Thesis Interstitial cystitis – What is it about?, patient instructions			
Date	19.11.2017	Pages/Appendices	51/12
Supervisor Pirjo Kinnunen, Senior Lecturer, Unit of Health Care			
Client Organisation /Partner Kuopio University Hospital, Women´s Outpatient Clinic 3304			
<p>Abstract</p> <p>Interstitial cystitis (IC) is a chronic disease of the urinary bladder. The main symptoms are pain and pressure in the bladder and pelvic area. The diagnosis of IC is difficult because the precise diagnosis criteria haven't been defined due to its unknown etiology and pathophysiology. The disease isn't curable, but its symptoms can be relieved by self-care, medicine and other treatments.</p> <p>The purpose of this thesis was to design and create patient instructions for patients with interstitial cystitis. Patient instructions include a summary of the disease and the different kind of treatment options. At the same time it will serve as an informative summary for the staff. The aim of the thesis was that patients can get reliable information of their disease as effortlessly as possible and the knowledge of the staff will improve.</p> <p>In the theory section of the thesis there is information about interstitial cystitis as a disease, its risk factors and different treatment options. There is also information about patient instructions and the qualities of a good one as the output of this thesis were patient instructions. In the future this thesis could be resumed by studying how good and useful the instructions have been.</p>			
<p>Keywords interstitial cystitis, painful bladder syndrome, patient instructions</p>			

SISÄLTÖ

1	JOHDANTO	5
2	INTERSTITIELLI KYSTIITTI SAIRAUTENA.....	7
2.1	Riskitekijät ja patofysiologia.....	7
2.2	Oireet	9
3	INTERSTITIELLI KYSTIITTIÄ SAIRASTAVAN POTILAAN DIAGNOSOINTI JA HOITO	11
3.1	Diagnosointi	11
3.2	Hoitomuodot	14
4	POTILASOHJE	28
5	OPINNÄYTETYÖN PROSESSI	30
6	POHDINTA.....	32
6.1	Eettisyys ja luotettavuus.....	32
6.2	Merkitys ja tavoitteet.....	33
6.3	Ammatillinen kasvu	34
6.4	Tuotoksen arviointi	35
	LÄHTEET JA TUOTETUT AINEISTOT	37
	LIITE 1: POTILASOHJE INTERSTITIELLI KYSTIITTIÄ SAIRASTAVALLE	40
	LIITE 2: O'LEARY-SANTIN OIREKYSELYLOMAKE	47
	LIITE 3: O'LEARY-SANTIN HAITTAKYSELYLOMAKE.....	48
	LIITE 4: KUOPION YLIOPISTOLLISELTA SAIRAALALTA HAETTU LUPAHAKEMUS	49

1 JOHDANTO

Interstitielli kystiitti eli kivulias virtsarakon oireyhtymä on krooninen tila, joka aiheuttaa virtsarakossa toistuvia kipukausia ja painetta rakossa sekä lantion alueella. Yleisimpiä oireita ovat äkillinen virtsaamisen tarve, usein jopa 40 – 60 kertaa päivässä. Interstitielli kystiitti ei ole parannettavissa oleva sairaus, mutta erilaiset hoidot, joko yksikseen tai yhdessä, voivat tarjota potilaalle helpotusta. Hoito on yksilöllistä ja kokeilevaa, koska kaikki hoitomenetelmät eivät tehoa kaikille. Oireyhtymää tutkitaan tällä hetkellä paljon, jotta ymmärrys sairaudesta lisääntyisi sekä diagnosointi helpottuisi ja nopeutuisi. (Niknejad ja President and Fellows of Harvard College 2011.)

Interstitielli kystiitti on yleisempää naisilla kuin miehillä. Suomessa sairauden esiintyvyys on arviolta 230 tapausta 100 000 naista kohti ja 530 mahdollista tapausta 100 000 naista kohti. Nämä tulokset osoittavat, että interstitielli kystiitti on yleisempää kuin aiemmin on ajateltu. (Leppilahti ym. 2005.) Yhdysvalloissa esiintyvyys vaihtelee 2,7 prosentista 6,5 prosenttiin eli sairastavia naisia on 3,3 miljoonan ja 7,9 miljoonan välillä (Kahn ja Lompardi 2016). Miehillä interstitielli kystiittiä arvellaan olevan 41 miehellä 100 000:sta (Miller ja Gardner 2012). Isossa-Britanniassa sairastavien lukumäärän epäillään olevan 400 000 luokkaa (Holroyd 2016).

Tietämättömyys sairaudesta sekä hankala ja epämääräinen diagnosointi vaikeuttaa tällä hetkellä potilaiden oikean hoidon saantia. Käypä hoito -suositusten mukaan lääkäri voi määrätä antibioottikuurin hoitona virtsatieinfektioon ilman virtsanäytteen laboratoriotutkimuksia, mikäli oireista kärsivä on muuten terve, 15-65-vuotias nainen (Virtsatieinfektiot: Käypä hoito -suositus 2015). Tämä on yksi syy siihen, että intersitielli kystiittiä sairastaville määrätään usein turhia antibioottikuureja ja sairaus sekoitetaan virtsatieinfektioon. Hoitohenkilökunnan on tärkeää olla tietoinen interstitielli kystiitistä sekä muistaa sen mahdollisuus. Tietämättömyys vaikuttaa usein negatiivisesti potilaiden elämänlaatuun. Potilaat joutuvat tapaamaan monia terveydenhuollon ammattilaisia ja käymään läpi useita epäonnistuneita hoitoja (Holroyd 2016). Vain puolet interstitielli kystiittiä sairastavista potilaista pystyy työskentelemään kokopäiväisesti (Niknejad ja President and Fellows of Harvard College 2011).

Opinnäytetyön aiheena oli potilasohjeen laatiminen interstitielli kystiittiä sairastavalle potilaalle. Mielestämme aihe on tärkeä, koska interstitielli kystiittiä sairastavilla potilailla on huonontunut elämänlaatu ja sairaudesta ei tiedetä riittävästi. Potilaat joutuvat odottamaan kohtuuttoman pitkään oikeaa diagnoosia ja oikeaa hoitoa. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (17.8.1992/785, § 3, § 5) määrittää, että potilaalla on oikeus hyvään terveydenhoitoon sekä saada ymmärrettävällä kielellä tarvittava tieto terveydentilastaan, erilaisista hoitomenetelmistä ja niihin vaikuttavista tekijöistä. Potilailla on jo laillisesti oikeus saada uusinta tietoa tilastaan helposti ja luottamuksellisesti, mikä mielestämme ei onnistu, jos henkilökunta on liian tietämätön aiheesta ja saatavilla ei ole selkeitä suomenkielisiä lähteitä.

Opinnäytetyön aihe on myös tärkeä, koska potilaat kärsivät usein pahoista kivuista, joita ei saada hoidettua. Tämä johtuu siitä, että interstitielli kystiittiä ei tunneta tarpeeksi hyvin. Sairauteen olisi

useita eri hoitomuotoja, mutta potilaat eivät välttämättä saa oikeaa hoitoa henkilökunnan tietämättömyyden vuoksi. Varhaisella interstitiellillä kystiittillä sairastavien potilaiden tunnistamisella vähennettäisiin huomattavasti terveydenhuollon käyntejä ja samalla pienennettäisiin julkiseen terveydenhoitoon sekä potilaalle itselleen kohdistuvia kustannuksia. Runsas terveydenhuollon käynnit ja potilaan kovat kivut tuovat myös paljon sairauspoissaoloja, mikä vaikuttaa suoraan yhteiskuntaan.

Työn tilaajana on Kuopion yliopistollisen sairaalan naisten poliklinikka, josta opinnäytetyön aihe on myös saatu. Potilasohjeen tarkoituksena on luoda ytimekäs ja selkeä tietopaketti interstitiellillä kystiittillä sekä ohjeistus yleisistä hoitokäytänteistä. Samalla potilasohje on muistutus ja tuki hoitohenkilökunnalle kivuliaan virtsarakon oireyhtymästä.

2 INTERSTITIELLI KYSTIITTI SAIRAUTENA

Interstitielli kystiitti eli interstitiaalinen virtsarakkotulehdus on virtsarakon sairaus, mihin ei liity bakteerialkuperää (Sairanen, Leppilähti ja Tammela 2016). Interstitiaalinen tarkoittaa solun välissä olevaa ja kystiitti tarkoittaa rakkotason eli alempien virtsateiden infektiota (Tarnanen, Wuorela, Uhari ja Kukkonen-Harjula 2015; Lääketieteen sanasto s.a.). Sairaus on paljon yleisempää naisilla, sillä potilaista yhdeksän kymmenestä on naisia (Sairanen 2013; Sairanen ym. 2016). Lapsilla interstitielli kystiitin esiintymisestä on tehty vähän tutkimuksia. Tiedetään kuitenkin, että interstitielli kystiitti esiintyy myös lapsilla samoin kuin aikuisilla. Lapsilla sairauden esiintymistä on hankalaa tutkia ja arvioida. Monet oireet, kuten yhdyntäkipu, liittyvät aikuisuuteen. Lisäksi lasten osalta tutkimusten riittävän laajamittainen suorittaminen on käytännössä vaikeaa. (Sea ja Teichman 2009.)

Koska virtsarakon seinämästä otetuista koepaloista ei välttämättä löydy tulehdusta, kansainvälinen urologityöryhmä (European Society for the Study of Interstitial Cystitis) on esittänyt sairauden nimen muuttamista painful bladder syndrome: een (PBS). Virallista suomennosta uudelle käsitteelle ei ole vielä julkistettu, mutta kliinisessä potilastyössä on käytetty nimitystä virtsarakon kipuoireyhtymä. Tällöin interstitielli kystiitti eli IC (interstitial cystitis) olisi vain alatyyppejä, jossa olisi histologisesti todettu inflammaatio eli tulehdus. Interstitielli kystiitti on kuitenkin juurtunut jo käyttöön ja nimitys PBS/IC on yleinen. (Sairanen 2013; Sairanen ym. 2016.)

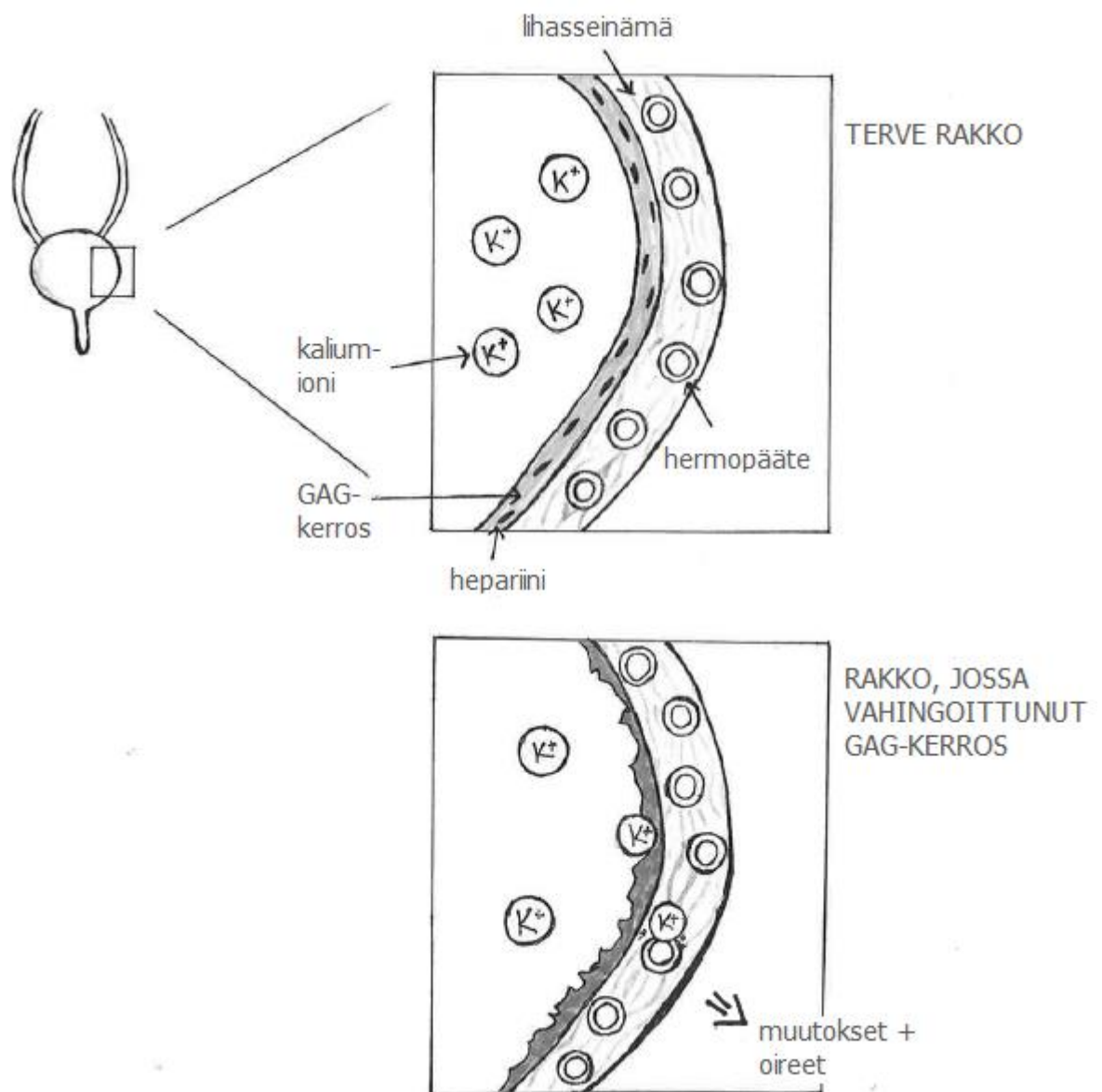
2.1 Riskitekijät ja patofysiologia

Interstitiellisiin kystiittisiin ei ole tiedossa tarkkoja riskitekijöitä. Perimä voi kuitenkin altistaa sen saamiseen eli mahdollisuus sairastua voi kasvaa, jos sukulaisella on todettu interstitielli kystiitti. Sairaus todetaan useimmiten yli 40 vuotta täyttäneillä naisilla, mutta oireita on löydetty lapsillakin. Tiettyä ruoka-aineita kuten kofeiinipitoiset juomat sekä peräsuoleen liittyvät sairaudet voivat myös olla mahdollisia riskitekijöitä. (Martin ym. 2015.)

Interstitielli kystiitin patofysiologia on monitahoinen koostuen erilaisista virtsarakon vaurioista, syöttösolujen aktivaatiosta, kroonisen inflammaation eli tulehduksen merkeistä, leukosytoosista eli korkeista valkosoluarvoista, fibroosista eli arpeutumisesta, yliherkkyydestä sekä uroteelin eli virtsanerityselimistön epiteelikudoksen muutoksista. Nämä muutokset tapahtuvat yleensä jaksoittain aiheuttaen lopulta oireita. Ei kuitenkaan ole vielä tiedossa, onko olemassa tiettyä tekijää, joka laukaisee tämän kierteen ja ilmeneekö kaikkia muutoksia kaikilla potilailla. (Miller ja Gardner 2012.)

Monilla IC:ä sairastavilla potilailla on huomattu heikkenemistä rakon GAG-kerroksessa, ja epäilläänkin, että se on yksi syy sairauden syntyyn. GAG-kerros eli glykosaminoglykaanikerros on osa rakkoa ympäröivää limakalvoa, joka suojaa sitä ärsykeiltä ja vahingoilta sekä estää bakteereita tarttumasta rakon epiteeliin eli pintaan. GAG-kerros koostuu proteiini- ja sokerimolekyyleistä. (Miller ja Gardner 2012; Martin ym. 2015; Holroyd 2016.) Heikentymisen uskotaan johtuvan kerroksessa normaalisti olevan hepariinin puutoksesta (Kahn ja Lompardi 2016). Heikentyminen johtaa kalvon muuttumiseen läpäisevämmäksi, jolloin siitä pääsee läpi virtsaa ja kalium-ioneja. Kalium depolarisoi hermoja

ja lihaksia aiheuttaen enemmän soluvahinkoa (kuva 1). Vahingoittuneet solut vapauttavat sytokiineja ja muita proteiineja, mikä johtaa syöttösolujen aktivaatioon sekä lisääntymiseen ja niiden lisääntynyt määrä onkin yleinen löydös IC:ä sairastavilla potilailla. Syöttösolut erittävät tulehdukseen ja kipuun vaikuttavia aineita, kuten histamiinia, prostaglandiinia sekä substanssi P:tä eli SP:tä. (Miller ja Gardner 2012; Martin ym. 2015.) SP on inflammatorista eli tulehdusta lisäävä neuropeptidi, jonka kohonnut taso on normaalia tulehduksellisissa sairauksissa, kuten astmassa ja niveltulehduksessa (Stanisz 2001). Nämä aineet aiheuttavat rakon aistihermojen yliherkkyyttä, mikä johtaa neuropaattiseen eli hermoperäiseen kipuun. SP:n ja myös syöttösolujen välittämän asetyylikoliinin vapautuminen johtavat myös neurogeeniseen tulehdukseen. Tulehduksellisten muutosten edetessä voi syntyä fibroosia eli arpeutumista. Tämä johtaa rakon kapasiteetin pienenemiseen, huonontaan sen kykyä pidättää virtsaa. (Miller ja Gardner 2012; Martin ym. 2015.)



KUVA 1. Havainnollistava kuva kuinka ärsykkeet, kuten kalium, pääsevät läpi vahingoittuneesta GAG-kerroksesta aiheuttaen muutoksia ja oireita (Haltsonen 2017).

Useilla interstitiellillä kystiittillä sairastavilla potilailla rakko-oireilun taustalla voi olla jokin autoimmuunisairaus. Vuonna 2000 tehdyn tutkimuskyselyn perusteella on epäily, että autoimmuunisairaus Sjögrenin syndrooma (SS) on yksi riskitekijä kivuliaan virtsarakon oireyhtymälle. Sjögrenin syndrooman kliinisen taudinkuvan päätekijä on ulkoeritysrauhasten heikentynyt toiminta. SS-potilaiden elimistö valmistaa haitallista reseptorivasta-ainetta. Nämä vasta-aineet havaitsevat rauhasolujen pinnalla olevat niin sanotut muskariinireseptorit, joihin ne kiinnittyvät ja näin estävät reseptoreiden kautta tapahtuvan normaalin säätelyn. Tämän lisäksi vasta-aineet aktivoivat muuta immuunipuolustusjärjestelmää, mikä puolestaan pyrkii tuhoamaan vasta-aineen tunnistamia soluja. Vaikka virtsarakossa ei ole ulkoeritysrauhasia, sen toiminnan kannalta keskeisessä asemassa ovat muskariinireseptorit. Näin ollen SS-potilailla havaitut reseptorivasta-aineet saattavat häiritä myös virtsarakon toimintaa, muun muassa virtsaamisrefleksin käynnistymistä. (Leppilähti s.a.)

2.2 Oireet

Interstitiellillä kystiitin tyypillisiä oireita ovat tihentynyt virtsaamisen tarve sekä lantion seudun kipu, joka liittyy virtsarakon täyttymiseen ja helpottaa hetkellisesti sen tyhjetessä. Lantioseudun kipu paikallistuu häpyluun yläpuolelle, mutta voi tuntua missä tahansa lantion tai välilihan alueella, kuten virtsaputkessa sekä alaselässä ja -vatsalla. Kipu voi miehillä paikallistua penikseen ja kiveksiin. Taudin vaikeusaste vaihtelee oireiden mukaan lievästä paineen tunteesta rakossa aina jopa invalidisoivaan kipuun ja rakon tilavuuden pienenemiseen. Yleisiä oireita voivat olla myös kipu yhdynnän aikana ja emättimen polttelu. (Tommola 2001; Miller ja Gardner 2012; Sairanen 2013; Sairanen ym. 2016.)

Taudin oireet kehittyvät vuosien saatossa samalla pahentuen. Potilailla on harvoin virtsaamiseen liittyvää kipua, joten se on tärkeä erottaja interstitiellillä kystiitin ja virtsaputkioireyhtymän välillä. Tyypillistä sen sijaan on, että potilas herää öisin virtsarakon paineen aiheuttamaan kipuun ja joutuu käymään tyhjentämässä virtsarakkoa useita kertoja yössä. Pahimmillaan potilas voi joutua käymään virtsaamassa noin tunnin välein ympäri vuorokauden, jolloin voidaan puhua kutistusrakko-oireyhtymästä. (Sairanen 2013.) Rakon kapasiteetilla itsellään ei kuitenkaan aina ole yhteyttä tiheävirtsaisuuteen, vaan potilailla voi olla normaalin kokoinen rakko, vaikka tyhjentämistarve onkin jopa 60 kertaa vuorokaudessa (Tommola 2001).

Interstitiellillä kystiitin oireet häiritsevät potilaan päivittäisiä toimintoja huonontuen monelta osalta elämän eri osa-alueita. Muun muassa suurella osalla sairastavista naisista ilmenee masennuksen oireita, väsymystä, keskittymisen vaikeuksia, vaikeuksia sosiaali- ja työelämässä sekä häpeän tunteita sairautteen liittyen. IC voi laskea elämänlaatua yhtä paljon kuin nivelreuma sekä loppuvaiheen munuaistaudit. Kipu on usein suurin ennuste huonoon elämänlaatuun. (Martin, Sheaves ja Childers 2015.) IC:ä sairastavien naisten unenlaatu on erittäin huono. Yhdysvaltalaisessa tutkimuksessa (n=407) todettiin kaikilla olevan erittäin huono unenlaatu. Suurimpia vaikutteita huonoon unenlaatuun olivat kipu sekä yöllinen ja tihentynyt virtsaamistarve. (Panzera, Reishtein ja Shewokis 2011.)

Interstitiellii kystiitti rajoittaa elämää ja Yhdysvalloissa sen on jopa todettu olevan mahdollinen itsemurhaan johtava tekijä. Potilaiden kokemaa kipua voidaan verrata voimakkuudeltaan muihin kroonisiin kiputiloihin ja jopa syöpäkipuihin. Krooninen kipu hankaloittaa elämää monenlaisilla tavoilla. Se vie voimia ja rajoittaa toimintakykyä ja voi johtaa työkyvyn heikkenemiseen sekä lisääntyvän avun tarpeeseen, mikä näkyy erityisesti vanhuksilla. Yhteiskunnallisesti tämä ilmenee sairauslomien, eläkkeiden, lääkkeiden sekä hoitomaksujen lisääntymisenä. (Tommola 2001.)

3 INTERSTITIELLI KYSTIITTIÄ SAIRASTAVAN POTILAAN DIAGNOSOINTI JA HOITO

3.1 Diagnosointi

Diagnoosi perustuu muiden samankaltaisten sairauksien poissulkemiseen ja potilaan oireisiin (Sairanen ym. 2016). Tarkkoja diagnosointikriteereitä ei ole määritetty sairauden tuntemattoman etiologian ja patofysiologian takia (Miller ja Gardner 2001). IC:n oireiden päällekkäisyyksiä toisten sairauksien kanssa on kuvattu taulukossa (taulukko 1). Sen mahdollisuutta pitäisi muistaa aina arvioida potilailla, joilla on toistuvia virtsatietulehduksen oireita bakteeriviljelyiden ollessa negatiivisia. Myös puoliäkillisissä ja kroonisissa lantiokipu-tapauksissa IC:n mahdollisuus pitäisi muistaa. (Kahn ja Lompari 2016.)

TAULUKKO 1. Päällekkäisyydet ja eroavaisuudet yleisimpien rakon sairauksien oireissa (Butrick ym. 2010.)

Oire	IC	Endometriooosi	Toistuvat VTI:t	Krooninen lantiokipu	Yliaktiivinen rakko	Vulvodynia
Kiireellisyys	x	-	x	x	x	-
Tiheys	x	x	x	x	x	-
Yöllinen virtsaamistarve	x	-	x	x	x	-
Inkontinenssi	-	-	-	-	x	-
Kipu	x	x	x	x	-	x
Yhdyntäkipu	x	x	x	x	-	x
Rakon tyhjenemisongelmat	-	x	-	-	-	-

Interstitiellii kystiitin diagnosointia vaikeuttaa oireiden samankaltaisuus virtsatieinfektion kanssa. Usein potilaat ovat syöneet monia mikrobilääkekuureja, ennen kuin osataan edes epäillä interstitiellii kystiittiä. Miesten kohdalla diagnosointi on vielä vaikeampaa, sillä oireet sotkeutuvat helposti krooniseen eturauhastulehdukseen. Nämä taudit ovat lisäksi usein limittäin toistensa kanssa. (Miller ja Gardner 2012; Sairanen 2013; Sairanen ym. 2016.)

Lapsilla diagnoosi perustuu muiden sairauksien poissulkemiseen, samalla tavalla kuin aikuisillakin. Monet oireet liittyvät vahvasti vain aikuisuuteen, kuten yhdyntäkipu, ja ruumiillinen tutkimus ei usein ole mahdollista tarvittavan laajasti, koska lapsille ei voi tehdä tai he eivät halua emättimen tai peräaukon tutkintaa. Täten diagnosointi perustuu lääkärin taitoon erotella mahdolliset eri diagnoosit. Diagnoosia tehdessä tulisi huomioida samoja tekijöitä kuten aikuisilla eli esimerkiksi mahdolliset ruoka-aineiden aiheuttamat oireiden pahentumisjaksot sekä virtsaamiskerrat päivässä. (Sea ja Teichman 2009.)

Diagnoosi erikoissairaanhoidossa tapahtuu oirekyselyjen, virtsateiden kaikukuvauksen, virtsaamispäiväkirjan ja virtsan sytologian, virtsaaman sekä jäännösvirtsan avulla. Laboratoriokokeista otetaan PVK

eli perusverenkuva, NTP eli nestetasapaino ja PLV eli puhtaasti laskettu virtsanäyte. Virtsan sytologiassa voidaan poissulkea syövän mahdollisuus ja virtsanäytteellä sekä virtsan kemiallisella seulonnalla poissuljetaan infektio ja verivirtsaisuus. Kystoskopia eli virtsarakon tähytys tehdään usein diagnosoimiseksi. (Kahn ja Lompardi 2016; Sairanen ym. 2016; Mayo Foundation for Medical Education and Research 2017.)

Urodynaamiset tutkimukset ovat vakiintuneet urologian tutkimusvälineiksi. Niillä voidaan mitata potilaan virtsan virtaamaa ja jäännösvirtsaa. Potilasta pyydetään virtsaamaan, jotta mittauslaite voi mitata virtsasuihkun voimakkuuden. Tämän jälkeen rakko täytetään uudestaan katetrin avulla samalla kun abdominaalista painetta mitataan peräsuoleen laitettavan katetrin avulla. Tutkimus auttaa havainnollistamaan potilaan mahdollisia ongelmia detrusorlihaksen toiminnassa, rakon kapasiteetissa tai virtsankarkailussa. Interstitielli kystiittiä sairastavilla potilailla tutkimuksessa ilmenee usein kipua, mutta ei detrusorlihaksen yliaktiivisuutta. Tutkimus voi osoittautua potilaille ylitsepääsemättömäksi aiheutuneen kivun takia. Testiä ei siksi pidetäkään pakollisena diagnoosia varten, eikä interstitielli kystiittiä varten ole määritetty tarkkoja urodynaamisia raja-arvoja. Mikäli epäillä inkontinenssia, rakon yliaktiivisuutta, endometriosia, veren tai märän esiintymistä virtsassa, urodynamiaa voidaan käyttää niiden poissulkuun. Jäännösvirtsan mittaamisessa potilas katetroidaan virtsaamisen jälkeen, jolloin nähdään kuinka paljon rakkoon jää virtsaa, kun potilas tuntee sen olevan tyhjä. Vähäinen virtsan jääminen rakkoon on normaalia; yli 200 millilitran jäännökset ovat epänormaaleja. Suuri määrä jäännösvirtsaa voi johtua esimerkiksi virtsatietulehduksesta tai inkontinenssista. Jäännösvirtsaa voi tarkastella myös kaikututkimuksella (Holroyd 2016; Interstitial Cystitis Association 2017c.)

Interstitielli kystiitille on luotu oma spesifinen oirepistekysely, O'Leary-Santin oire- ja haittakyselylomakkeet (liite 2 ja liite 3). Apuna voi myös käyttää kroonisen lantiokivun oirepistekaavaketta, PUF (Pelvic Pain and Urgency/Frequency Patient Symptom Scale). Nämä voidaan täyttää potilaan vastauksien mukaan heti potilaan ensimmäisellä käynnillä. Isot pistemäärät viittaavat vahvasti interstitielli kystiittiin. (Kahn ja Lompardi 2016.)

Hyvä väline diagnoosin oirekuvan määrittämiseen on potilaan virtsaamispäiväkirja. Se on tarkoitus täyttää 2-3 vuorokauden ajalta, ja siihen merkitään virtsaamiskertojen määrät yöllä ja päivällä, nautitut nestemäärät sekä erittynyt virtsamäärä. Näiden avulla voidaan arvioida taudinkuvan vakavuutta, esimerkiksi tiheä virtsaamistarve ja pienet virtsamäärät viittaavat hankalampaan taudinkuvaan. Interstitielli kystiittiä sairastavalla potilaalla virtsaamistarve on usein vuorokaudessa huomattavasti yli kymmenen normaalin noin kahdeksan sijaan, ja yöllisiä heräilyjä on useampi kuin kaksi. Päiväkirjaa analysoidessa on tärkeää huomioida, että suuret nautitut nestemäärät aiheuttavat usein terveellään ihmisellä virtsaamistarpeen lisääntymistä, esimerkiksi kahvin ja kolajuomien runsas käyttö. (Pere 2012.)

Lantion alueen tutkimuksessa lääkäri voi poislukea muita sairauksia, jotka oireilevat samalla tavoin, kuten emättimen-, tai eturauhasentulehdukset tai lantioalueen poikkeavat kasvuongelmat. Lantion pohjan herkkyys on tavallista interstitielli kystiittiä sairastaville potilaille. (Kahn ja Lompardi 2016; Interstitial Cystitis Association 2017a.)

Ammattilaisen tulee selvittää potilaan kivun erityispiirteet: paikka, kesto, säteily, luonne, vahvuus sekä helpottavat ja pahentavat tekijät. Kipu häpyluun yläpuolella, keskilinjassa tai yleisesti lantion alueella voivat viitata interstitiellii kystiittiin. (Kahn ja Lompardi 2016.) Kipua arvioitaessa apuna voi käyttää erilaisia kipuasteikkoja, kuten VAS-kipumittaria sekä numeraalista NRS-asteikkoa (Pere 2012).

Potilaan kanssa on myös hyvä käydä läpi mahdollisia muita sairauksia. IC:ä sairastavilla potilailla on usein jo olemassa diagnoosi johonkin lantioalueen krooniseen kiputilaan, kuten ärtyvän suolen oireyhtymään tai endometrioosiin eli kohdun limakalvon sirottumatautiin. Lisäksi fibromyalgia eli eri kehon osien krooninen kipu, kuten päänsäry, migreeni sekä vulvodynia eli muusta kuin infektiosta tai ihosairaudesta johtuva kipu häpyalueella ovat yleisiä. Usein voi myös olla allergia- ja astmataustaa. (Niknejad ja President and Fellows of Harvard College 2011; Kahn ja Lompardi 2016.)

Vulvodynia ja interstitiellii kystiitti ovat usein yhteydessä toisiinsa. Syynä on se, että pudendaali- ja sakraalihermot, jotka hermottavat rakkoa, hermottavat myös emätintä, klitorista ja välilihaa. Se on tärkeä muistaa oikeanlaisten hoitojen löytämiseksi ja usein se unohdetaan seuloa diagnosointivaiheessa. IC:n ja vulvodynian yhteyttä tutkittaessa (n=194 naista) on todettu, että teini-ikäisistä 10,9 prosenttia ja aikuisista 62,7 prosenttia koki kipua myös sukupuolielimeissä. Tutkimukseen osallistuneista 27 prosenttia raportoi pidättäytyvänsä seksistä kivun pelon takia. Viimeisen vuoden aikana seksiä harrastaneista 75 prosenttia koki kipua yhdynnän aikana. Lisäksi 28,5 prosenttia naisista raportoi pahoinpitelytaustasta, mikä liittyi myös seksin aikana koettuun kipuun. Tutkimuksen mukaan kipu IC:ssä ei välttämättä ole lähtöisin rakosta, vaan emättimestä, joten vulvodyniaa pitäisi arvioida diagnosointivaiheessa sekä kysyä pahoinpitelytaustasta. (Carrico, Sherer ja Peters 2009.)

Diagnoosin varmistamiseksi suositellaan virtsarakon tähystystä eli kystoskopiaa ja venytystä, joka tehdään spinaali- tai yleisanestesiassa. Tähystyksen yhteydessä voidaan ottaa koepala rakon limakalvolta. Löydökset eivät ole tarkkaan määrättyjä, mutta niistä voidaan havaita pintaepiteelin heikentyminen sekä suuret tulehdussolulöydökset, jotka tukevat diagnoosia. Lisäksi näin voidaan poissulkea virtsarakon in situ-karsinoman mahdollisuus. (Sairanen ym. 2016.) Holroydin (2016) mielestä tähystys on tärkein muiden diagnoosien poissulkemista varten, ei niinkään varsinaista diagnosointia ajatellen. Tähystyksessä voidaan myös havaita niin sanottu Hunnerin ulkus eli tähtimäinen epiteeliton ja verestävä alue. Ulkusten näkymistä pidetään klassisena IC:n löytönä, vaikka niitä löydetään vain noin 10 prosentilla potilaista. Sen sijaan suurimmalla osalla potilaista virtsarakon seinämästä löytyy glomerulaarisia limakalvon alaisia pistemäisiä verenpurkaumia eli petekkiöitä. (Miller ja Gardner 2012; Sairanen 2013.) Petekkiöiden ja interstitiellii kystiitin diagnosoinnin välillä ei kuitenkaan ole johdonmukaista yhteyttä. Monien tutkimusten mukaan petekkiöiden määrän ja oireiden vakavuuden välillä ei löytynyt yhteyttä. Lisäksi petekkiöitä löytyy myös potilailla ilman interstitiellii kystiittiä. (Wennevik ja Gjertrud 2016.)

Diagnosointia varten on myös kehitetty kaliumherkkyydesti (PST - potassium sensitivity test), mikä perustuu olettamukseen, että läpäisevämpi uroteeli päästää lävitseen enemmän kaliumia, joka sitten

aiheuttaa oireita virtsaseinämässä (Kahn ja Lompardi 2016). Testissä rakkoon suihkutetaan kalsiumkloridia ja katsotaanko aiheuttaako se kipua (Niknejad ja President and Fellows of Harvard College 2011). Vaikka testi voi olla hyödyllinen, väärät tulokset ovat myös mahdollisia. Tämän ja sen takia, että testi on potilaille epämukava ja ärsyttävä, testiä ei suositella enää automaattiseksi diagnostiikkamenetelmäksi. (Kahn ja Lompardi 2016.)

3.2 Hoitomuodot

Hoidon suunnittelu vaatii hyvän perehtymisen interstitielliksi kystiittiin. Suomessa sen hoito ei käy viralliseksi käyttöaiheeksi millekään hoitomuodolle, joten hoitolinjaukset vaihtelevat urologista riippuen. Potilasta tulee muistaa kohdella biopsykososiaalisena kokonaisuutena. Monet potilaat voivat tarvita psykologista apua oireiden kanssa jokapäiväiseen elämiseen. Mahdollista psykiatrin konsultaatiota voi tarvittaessa perustella potilaalle sillä, että krooninen kipu itsessään kuluttaa omia voimavaroja. (Tommola 2001; Sairanen ym. 2016.)

Koska oireet ja niiden vakavuus ovat erilaisia eri potilailla, IC:n hoito on moninaista ja vaihtelevaa. Hoito pyritään kuitenkin usein aloittamaan ei-invasiivisilla menetelmillä eli elämäntapamuutoksilla sekä lantionpohjan terapialla. (Holroyd 2016; Kahn ja Lompardi 2016.) Itsehoito on ideaalista kroonista tautia sairastaville, antaen heille enemmän kontrollia sairaudestaan. Itsestään huolehtimisessa voidaan tunnistaa viisi pääpiirrettä: toivo, kontrolli, tyytyväisyys, tuki ja fyysinen terveys. Mikäli jokin näistä elementeistä on epätasapainossa muihin nähden, itsehoidon vaikutus voi pysähtyä. Tällöin hoitajan on tärkeää käydä asiaa potilaan kanssa läpi, esimerkiksi keskustellen häntä pelottavista asioista kuten kontrollin menettämisestä ja sosiaalisen elämän kärsimisestä. (Baldwin ja Herr 2005.)

Itsehoidon ohella IC:n hoitomuotoja ovat lantiopohjaterapia, suun kautta otettavat lääkkeet, rakkohuuhtelut lääkeaineilla, virtsarakon venytys, sakraalinen neuromodulaatio sekä leikkaushoidot (Sairanen ym. 2016). Potilaiden on tärkeä ymmärtää, että oireiden helpottuminen on usein asteittaista, oli käytössä mitkä tahansa hoitokeinot (Martin ym. 2015). Hoidon tavoitteena on, ettei interstitielliksi kystiitti rajoittaisi potilaan elämää kohtuuttomasti (Tommola 2001).

Itsehoito

Interstitielliksi kystiittiä sairastavista potilaista 90 prosenttia osaa tunnistaa ravintoaineita, jotka laukaisevat oireiden pahenemiskiirteen (Kahn ja Lompardi 2016). Kuinka paljon mikäkin ruoka tai juoma aiheuttaa, tai on aiheuttamatta oireita, vaihtelee yksilöllisesti. Ruokavaliota suunniteltaessa on tärkeää työskennellä potilaan kanssa yhdessä, jotta saadaan aikaan juuri hänelle sopivat vaihtoehdot. Kaikkia syitä miksi tietyt aineet vaikuttavat oireisiin ei vielä tiedetä tarkasti. (Schaeffer 2015; Interstitial Cystitis Association 2017b.) Potilaat saattavat vähentää veden juontia vähentääkseen virtsaamistarpeen tiheyttä. Tärkeää on kuitenkin muistaa myös riittävä nesteytys, joten tasapainon löytäminen näiden välillä tulee löytää. Tasainen veden saanti ennaltaehkäisee ummetusta ja laimentaa virt-

saa. (Atchley, Shah ja Whitmore 2015.) Yrttihoito on osoitettu auttavan monissa urologian sairauksissa, mutta interstitiellillä kystiitin kohdalla sen käyttö on kiistanalaista, koska tehokkuus on niin vaihtelevaa. Osa potilaista on raportoinut oireiden parantuneen huomattavasti, osa taas on kertonut oireiden pahentuneen. (Pang ja Ali 2015.)

Tietty aineet, kuten kahvi, alkoholi, happopitoiset juomat, sitrushedelmät ja mausteet, voivat ärsyttää rakon heikentyneitä ja haavautunutta pintaa. IC:in liittyvään tulehdukseen ja prostaglandiiniin lisääntymisen voidaan vaikuttaa rasvahapoilla ja kuidulla. Rasvahapot tasapainottavat prostaglandiineja ja kuidut sitovat ylimääräisiä prostaglandiineja itseensä ja huuhtelevat niitä sitten pois elimistöstä. Myös muiden ravintoaineiden oikeaa saantia suositellaan, jotta rasvahapot toimivat oikein elimistössä. Kalsiumin, magnesiumin ja E- sekä B-vitamiinien oikeamääräistä saantia suositellaan. (Tommola 2001.) Myös nikotiini, jotkin makeutusaineet ja tulinen ruoka voivat pahentaa oireita. Mahdollinen ruoka-aineiden aiheuttama ärsytys on yksilöllistä ja ruokavalio tulee suunnitella jokaiselle henkilökohtaiseksi. (Holroyd 2016.)

Oireita voi helpottaa syömällä esimerkiksi pastan kaltaisten ruokien kanssa ei-tomaattipohjaisia kastikkeita ja suosimalla vähähappoisia hedelmiä, kuten vesimelonia. (Butrick, Howard ja Sand 2010). Koska happopitoiset ruuat aiheuttavat monilla oireiden pahenemista, jotkut suosittelivat antasidin eli mahan liikahapposuutta neutralisoivan lääkkeen ottoa ruokailun yhteydessä (Niknejad ja President and Fellows of Harvard College 2011). Tiettyjä aminohappoja kuten tryptofaania, tyrosiinia, tyramiinia ja fenyylialiinia sisältävät ruuat voivat kärjittää oireita. Tällaisia ruokia ovat muun muassa banaani, olut, juusto, majoneesi, pähkinät, sipulit, rusinat, kermaviili, viini ja jogurtti. Lisäksi yleisesti käytetty makeutusaine aspartaami kuuluu näitä aminohappoja sisältäviin aineisiin. (Atchley, Shah ja Whitmore 2015.)

Uusien potilaiden kanssa suositellaan ensin käymään läpi lista ruoka-aineryhmistä, joiden useimpien raportoidaan aiheuttavan oireita interstitiellillä kystiitillä sairastavilla potilailla. Näitä ovat kahvi, monet teet, monet virvoitusjuomat ja erityisesti dieettivalmisteet, alkoholi, sitrushedelmät ja niistä tehdyt mehut, karpalomehu, tomaatti, soija, keinotekoiset makeutusaineet sekä tuliset ja mausteiset ruuat. Potilaat voivat sitten kokeilla eliminoititekniikkaa eli poistaa mahdollisimman paljon kyseisistä ryhmistä omasta ruokavaliostaan. (Schaeffer 2015.)

Halutessaan lisää tietoa, ryhmä IC:ä tutkivia ja sairastavia ammattilaisia ovat koonneet laajemman listan (taulukko 2). Listaa ei voida pitää tieteellisenä tietona, vaikka sen pohjana onkin tutkijoiden löydökset ja tuntemukset. Ravinteikkaan ja tasapainoisen ruokavalion löytäminen on mahdollista myös vain rakkoystävällisiä ruokia syömällä. Jos potilas haluaa testata kuinka nämä ruuat vaikuttavat juuri häneen, apuvälineenä voi käyttää ruokapäiväkirjaa. Siihen hän merkitsee ruoat (mausteet mukaan lukien) sekä kirjaa ruoista aiheutuvien oireiden ilmaantumisen. Lista merkittyjä ruokia kannattaa kokeilla varoen yksi kerrallaan, aloittaen pienillä annoksilla. Potilaan on hyvä keskustella ammattilaisen kanssa mitä ruokia kannattaa kokeilla huomioiden mitä ruokia potilas itse kaipaa, mitkä ovat ravinteikkaita, kuten banaani, tai mitkä tuovat lisämakua. Kokeilujaksolle kannattaa va-

rata aikaa. Potilas voi esimerkiksi aloittaa muutamalla senttimetrillä banaania, lopulta syöden kokonaisen banaanin kolmantena päivänä. Jos muutos ei vaikuta oirekuvaan, voi potilas lisätä ruoan omalle rakkostävällisten ruokien listalle. Ruokia, joita kehoitetaan varomaan, kannattaa kokeilla vasta, kun rakko ei ole niin herkkä kivulle. (Beyer, Interstitial Cystitis Association, Laumann, Osborne ja Shorter 2009; Schaeffer 2015.)

TAULUKKO 2. IC-ruokalista (Beyer, Interstitial cystitis association, Laumann, Osborne ja Shorter 2009.)

	Rakkostävällisiä	Kokeile	Varo
+-merkillä merkityt ruuat on koettu erityisen rauhoittaviksi kipujakson aikana			
Juomat	vesi mehu (mustikka, päärynä) maito +/ maidon korvikkeet pirtelö (vanilja +) tee (kamomilla +, piparminttu +) munatoti (alkoholiton, ilman ongelma-aineita)	mehu (appelsiini, viinirypäle, jotkut omenat) kahvi (yrtti, kofeiiniton) tee virvoitusjuomat (kofeiinittomat, ei dietti) urheilujuomat	alkoholi (oireiden pahentamisen lisäksi monia yhteisvaikutuksia IC-lääkkeiden kanssa) vesi (hiilihapollinen, vitamiini, makuvedet) mehu (karpalo, appelsiini, acai) maito (suklaa, soija) kahvi tee (vihreä, yrtti) virvoitusjuomat urheilujuomat, energiajuomat
Viljat	leipä (kaura +, maissi +, pita, peruna +, täysvehnä) murot (ilman ongelma-aineita, kaura, riisi) jauhot (vehnä, tattari) pasta riisi + muut viljatuotteet (kauraryyni, kuskus, quinoa +, speltti, hirssi) voileipäkeksi näkkileipä, hapankorppu	leipä (ruis, hapantaikina) muut viljatuotteet (amarantti)	leipä (ongelma-aineista tehdyt/paljon käsitellyt) murot (paljon makeutetut/säilötty/makuaineita sisältävät) jauhot (soija) pasta (valmiit ateriat) riisi (valmiit ateriat)
Rasvat ja pähkinät	pähkinät (manteli, maapähkinä, cashew) voi (manteli, maapähkinä) öljy (oliivi, kookos, soija, seesami) margariini laardi salaatinkastike (kotona tehdyt ilman ongelma-aineita)	pähkinät (makadamia, pekaani, saksanpähkinä) majoneesi siemenet (auringonkukka) tahini	pähkinät (pistaasi, pekaani, hassel) öljy salaatinkastikkeet (useimmat)
Kananmuna, liha, kala, siipikarja	kananmuna + kala +	leikkeleet pekoni	pepperoni, salami purkitettu rapu

	<p>siipikarja (kana +, kalkkuna) nauta, sika, vasikka, lammas + merenelävät (simpukka, hummeri, katkarapu, ei-purkitettu rapu) maksa (nauta, kana) proteiinijauhe (hera, kananmunan valkuainen)</p>	<p>makkarat (ilman ongelma-aineita) anjovis kaviaari kasvispihvit (ilman ongelma-aineita) ilmakuivattu kinkku</p>	<p>savustettu kala soijatuotteet (proteiinijauhe, tofu) makkarat (useimmat)</p>
Maitotuotteet, pakastieet	<p>juustot (mozzarella, cheddar, feta, ricotta +) tuorejuusto raejuusto+ jäätelö (vanilja +) sorbetti (ei sitrus/suklaa) kermavaahto</p>	<p>juustot (edam, emmental, brie, homejuustot, parmesaani, Monterey Jack, sveitsiläinen) piimä kermaviili jugurtti (mustikka, vanilja, maustamaton) jäätelö (karamelli, kookos, mango, piparminttu)</p>	<p>juustot jäätelö (sitrus, suklaa, rocky road) soijatuotteet</p>
Hedelmät	<p>omenat mustikat + kookos päärynä + taateli vesimeloni</p>	<p>banaani marjat (karhunvatukka, vadelma) herukka, kirsikat mango, persikka, aprikoosi viikuna luumu raparperi meloni (hunaja) rusina</p>	<p>marjat (karpalo, useat) sitrus kuivat hedelmät, rusina viinirypäleet kiivi nektariini ananas meloni (verkkomeloni) papaija, persimoni, karambola mansikka</p>
Vihannekset ja kuivatut pavut	<p>avocado pavut (linssit, mustasilmäpapu, kikherne, pintopapu, valkoinen) porkkana +, lanttu, nauris, kurpitsa peruna, juurikas maissi +, herneet ruohosipuli, selleri, parsakaali kurkku salaatti, pinaatti sienet oliivit (musta) kukkakaali, parsakaali, ruusukaali, kaali, lehtikaali, pinaattikiinankaali persilja paprika (keltainen, punainen, oranssi)</p>	<p>pavut (mustat, kidney, voi, härkä) oliivit (vihreä) sipuli (valko, puna) tomaatti (oma kasvattamat, makeat) paprika (vihreä) purjo vesikrassi sikuri voikukka vihannesportulakka</p>	<p>sipuli (raaka) tomaatti suolakurkku hapankaali soijapavut chilipaprika tofu</p>

	retiisi raparperi okra		
Keitot	omatekemät	purkkikeitot, vähänat- riumiset	lihaliemet valmiskeitot
Muut napos- teltavat	tavalliset perunalastut popcorn maapähkinävoi rinkeli välipalapatukat (ilman ongelma-ai- neita)	donitsi lakritsi	perunalastut (maustetut) valmiskakut
Jälkiruoat ja makeiset	marjat kakku (ilman ongelma-aineita) keksit (kaura +, muro, sokeri +) juustokakku lakritsi pasteijat, piirakka muffinssi (porkkana) creme brûlée kiisseli/vanukas + vaahterasiiirappi makeuttajat (sokeri, fariinisokeri, hu- naja+)	makeiset suklaa (valko) mehujää jääjogurtti	makeiset suklaa (maito, tumma) piirakka (pekaani, sekahe- demä) hedelmäkakku
Mausteet	maustepippuri, suola (vähäisissä määrin) anis, unikonsiemen basilika+, tilli, oregano + korianteri, timjami, rakuna kumina fenkoli valkosipuli+ muskotti meirami+ rosmariini+ salvia+, vaniljauute	mustapippuri kaneli (jauhettu) kumina sitruunahappo (vähäi- sissä määrissä) kuivattu persilja kuivattu kirveli inkivääri mallasjauho kurkuma	ketsuppi, sinappi chili, cayennepippuri paprikajauhe neilikka piparjuuri curry miso tamari etikka worcestershire-kastike
Kuitulisä-ra- vinteet	psyllium akaasiakuitu		psyllium (sokeriton) senna

Rakon ajoitettua tyhjentämistä voidaan käyttää yhtenä hoitomenetelmänä. Sillä pyritään "normalisoi-
maan" rakon käyttäytymistä vastaamaan terveen rakon pidätyskykyä ja tyhjennystä käyttäen apuna
aikataulua. Normaalisti rakossa voi olla noin 500 ml virtsaa ja sen pitäisi tyhjentyä 4-8 kertaa vuoro-

kaudessa. (Holroyd 2016.) Potilas voi esimerkiksi kokeilla ensin pidennyttää virtsaamisväliä 15 minuutilla ja jos se onnistuu viikon ajan, nostaa taas 15 minuutilla ja niin edelleen (Niknejad ja President and Fellows of Harvard College 2011).

Potilaan erilaiset käyttäytymismuutokset voivat myös auttaa. Tällaisia on muun muassa sellaisten toimintojen välttäminen, jotka pahentavat oireita, esimerkiksi tietynlaisten vaatteiden käyttö, tietynlainen liikunta sekä seksuaalinen toiminta. Esimerkiksi löysemät vaatteet voivat olla miellyttävämpiä. Lisäksi rentoutusmenetelmät, hallittu nesteiden juominen ja stressin välttäminen ovat mahdollisia parannuskeinoja. Erilaiset kivun hallintamenetelmät, kuten lämpimät sitz-kylvyt ovat myös hyödyllisiä. (Niknejad ja President and Fellows of Harvard College 2011; Kahn ja Lompardi 2016.)

Erilaiset stressinhallintamenetelmät auttavat psykososiaalisesti ja voivat olla hyvä apu. Kroonisen kivun voi kokea hyvin eristävänä asiana, joten muiden kroonisesta kivusta kärsivien tapaaminen ja heidän ymmärrys voi auttaa asian käsittelyssä. Mahdolliset kipuryhmät sekä muut tukiryhmät ovat esimerkkejä sellaisista. Sairaudesta oppiminen voi lisätä ymmärrystä ja antaa hallinnan tunteen sairautta kohden. Krooninen kipu voi olla hyvin masentava kokemus, joten on tärkeää olla herkästi yhteydessä mielenterveysammattilaisiin, mikäli siihen on tarvetta. (Niknejad ja President and Fellows of Harvard College 2011.) Keinoja sairauden kanssa selviytymiseen voi löytää esimerkiksi kognitiivisen käyttäytymisterapian parista. Tutkimukset osoittavat terapian esimerkiksi vähentävän avuttomuuden tunnetta, lisäävän kontrollin tunnetta ja vähentävän kivun liioiteltua kuvailua. Se on todettu erityisen hyväksi kroonisesta ja monimuotoisesta kivusta kärsiville. Terapialla ei voi vähentää kipua, vaan tavoitteena on kasvattaa potilaan omaa psyykkistä venymiskykyä ja näin auttaa heitä käsittelemään ei-toivottuja kokemuksia ja parantamaan osallistumista heille mieluisiin aktiviteetteihin. (Atchley, Shah ja Whitmore 2015.)

Lantionpohjaterapia

Lantionpohjaterapian on todettu olevan hyödyllinen monissa urologisten ja gynekologisten tautien hoidossa. Näiden harjoitteiden tarkoituksena on yleensä vahvistaa lihaksia, jotka vaikuttavat pidätyskykyyn sekä vähentävät tai rajoittavat detrusor-lihaksen eli rakon tyhjentäjälihaksen supistumista. ”Tottelevaissa rakossa” detrusor-lihaksen aktiivinen relaksoituminen saa virtsarakon täyttymään ilman että se nostaa sisäistä painetta. Parasymptaattinen hermosto estää lihaksen supistumista ennen kuin yksilö on valmis virtsaamaan. (Holroyd 2016.) Terapiaa suositellaan erityisesti niille, joilla on eniten ongelmaa tihentyneen, mutta kivuttoman virtsaamistarpeen takia tai lantionpohjaperäisen kivun kanssa (Sairanen ym. 2016).

Lantionpohjalihasten harjoitteiden tekeminen hoidon alkuvaiheessa voi pahentaa oireita ja kipua potilaiden herkän GAG-kerroksen takia. Tästä syystä suositellaan rentouttamaan tiukkoja lihaksia sekä tunnistamaan ja hieromaan kipukohtia. Lantionpohjaterapian toimimiseen vaikuttaa myös harjoitteiden oikein oppiminen. Se on oma erikoisalansa ja on tärkeää, että potilasta ohjaavat kokeneet ammattilaiset, jotka osaavat myös arvioida harjoitusten tehokkuutta. (Holroyd 2016.)

Lääkehoito

Oireidenmukainen lääkehoito aloitetaan tyypillisesti terveyskeskuksissa. Se sisältää usein monia antibioottihoitoja, vaikka varsinaista infektiota ei virtsanäytteestä olekaan havaittu. Antibioottien inflammaatiota vähentävä vaikutus voi hetkellisesti auttaa joitakin, mutta pidempiaikaista apua siitä ei saa. (Sairanen ym. 2016.) Suomessa yleisimpiä interstitielli kystiittiin käytettyjä lääkkeitä on kuvattu taulukossa (taulukko 3).

Tulehduskivulääkkeitä käytetään usein sairauteen liittyvän kivun hoitoon, vaikka vaikutus on usein vähäinen. Lääkkeitä voidaan kuitenkin käyttää tukihoitona muun lääkehoidon lisäksi. (Sairanen ym. 2016.) Kivun hoidossa myös opiaattien käytöstä on todettu olevan apua. On tärkeää huomioida ja muistaa opiaattien haitalliset sivuvaikutukset erityisesti, koska hoidon tulee olla pitkäaikaista. (Holroyd 2016.)

Amitriptyliini on vakiintunut interstitielli kystiitin peruslääkkeeksi, koska sen hyödyllisyys on todettu lumekontrolloiduissa tutkimuksissa. Se toimii asetyylikoliiniireseptorien salpaajana, mikä relaxoi rakkoa, sekä histamiinireseptori H1:n salpaajana sekä serotoniinin ja noradrenaliinin takaisinoton estäjänä. Sillä on myös anksiolyyttinen eli ahdistusta lievittävä vaikutus. Sivuvaikutuksina voi ilmetä suun kuivumista, pahoinvointia, väsymystä sekä painon nousua. (Miller ja Gardner 2012; Sairanen ym. 2016.) Amitriptyliini aloitetaan usein 10 mg:n annoksella iltaisin ja sitä suurennetaan asteittain hoitovasteen saavuttamiseksi. Lääkeannosta nostetaan 1-2 vko:n välein 10 mg kerrallaan siedettävyyden ja vasteen mukaisesti. (Sairanen ym. 2016.)

Suun kautta otettava siklosporiini A on myös yksi lääkevaihtoehto. Siklosporiini on immunosuppressiivinen aine, jonka on ajateltu vaikuttavan interstitielli kystiitin autoimmunipuoleen. (Miller ja Gardner 2012.) Siklosporiinilla on saavutettu hyviä hoitotuloksia potilailla, joille muut hoitokeinot eivät ole auttaneet ja yleensä lääke aloitetaan vasta viimeisenä lääkevaihtoehtona. Suomalaisissa tutkimuksissa siklosporiini on havaittu paremmaksi lääkkeeksi kuin pentosaanipolysulfaatti, vaikka lumelääkkeeseen sitä ei ole verrattu. Siklosporiinilla on kuitenkin paljon huomattavia haittavaikutuksia ja lääkkeen jatkuva tarve ei ole tuonut siklosporiinille laajaa suosiota. Lääkkeen on huomattu tehoavan erityisesti vanhemmille potilaille, koska heillä on nuoria yleisemmin aktiivinen tulehdus virtsarakon seinämässä, mihin anti-inflammatorinen eli tulehdusta lievittävä lääkitys pystyy tehoamaan. (Sairanen 2013.) Siklosporiinin aloitusannos on tutkimuksissa ollut 3mg/kg jaettuna kahteen annokseen vuorokaudessa. Hoitovasteen ylläpitoannos on yleensä ollut 50mg/vrk. Tyypillisesti lääkkeen teho havaitaan noin neljän kuukauden kuluessa lääkkeen aloituksesta ja hoidon tehon on huomattu paranevan vuosien kuluessa, mutta mikäli lääkitys lopetetaan, oireiden on havaittu palaavan. Siklosporiini on munuaistoksineen lääke, joten sen käyttö vaatii perehtyneisyyttä lääkkeeseen, myös lääkityksen muut haittavaikutusmahdollisuudet edellyttävät jatkuvaa seurantaa. Hoidossa on myös hyvä ottaa huomioon, että siklosporiini ei ole potilaalle korvattava lääke. (Sairanen ym. 2016.)

Tablettimuotoinen pentosaanipolysulfaatti on maailmalla eniten käytetty lääke IC:n hoidossa ja ainoa Yhdysvalloissa hyväksytty lääke sitä varten. Se on hepariinianalogi ja sitä on alun perin käytetty laskimotukosten ehkäisyyn. Sen vaikutusmekanismi ei ole tarkkaan tiedossa, mutta sen tehon uskotaan perustuvan siihen, että se korjaa vahingoittunutta kerrosta rakossa, suojaten sitä virtsan ärsyttäviltä aineilta, neutralisoimalla virtsassa olevia ärsyttäviä aineita tai vaikuttaen syöttösolujen tasapainotukseen. Vaikutuksen huomaaminen voi kuitenkin viedä jopa kuusi kuukautta. Ei myöskään ole varmaa tietoa, soveltuuko lääke raskaana oleville naisille. (Borch, Baron, Davey, Hattala, Kiernan, Rust, Schempp, Trzcinski, Wasilewski ja Yovanovich 2011; Niknejad ja President and Fellows of Harvard College 2011; Sairanen 2013; Kahn ja Lompardi 2016.) Vaikka pentosaanipolysulfaatin käyttö saattaa joillakin potilailla etenkin lieväoireisissa tautikuvissa olla tehokas, yleisesti sen vaikutus on vaatimaton eikä sille sen takia ole Suomessa aiemmin haettu myyntilupaa (Sairanen 2013). Nykyisin lääkettä saa kuitenkin Suomessa Fimean erikoisluvalla (Sairanen ym. 2016).

Virtsarakon huuhteluhoito dimetyylisulfoksilla (DMSO) sopii hyvin yhdistettäväksi amitriptyliinihoidon kanssa. Huuhteluilla on epäspesifi anti-inflammatorinen vaikutus sekä vaikutusta hermosolujen kipua aistiviin säikeisiin, mutta muuten sen vaikutusmekanismia ei tarkkaan tiedetä. Ensin rakkoon ruiskutetaan lidokaiiniliuosta helpottamaan kipureaktiota ja sitten 20 minuutin päästä 50 ml 50 % dimetyylisulfoksiliuosta. Mikäli dimetyylisulfoksia tulisi annettua liikaa, se voi fibrositoida eli arpeuttaa rakkoa, mikä pahentaa oireita. Huuhtelu suoritetaan viikoittain 4 – 6 kertaa ja ylläpitohuuhteluita voidaan jatkaa 4 – 6 viikon välein, mikäli hoidolle huomataan vaste. Potilailla on hoidon jälkeisenä päivänä havaittavissa uloshengityksessä rikin tuoksu. (Sairanen ym. 2016.)

Huuhteluhoidossa voidaan myös antaa katetrin kautta rakkoon kondroitiinisulfaattia ja natriumhyaluroniittia. Tässäkin hoitoa annetaan kerran viikossa 4 – 6 kertaa ja sitten vastetta seuraten kerran kuukaudessa. Konrtoitiinisulfaatilla ja natriumhyaluroniitilla pyritään korjaamaan vioittunutta GAG-kerrosta. GAG-kerroksen ketjut voidaan jakaa neljään päätyyppiin, joista kaksi on kondroitiini- tai dermataanisulfaatti ja hyaluronaatti. Näitä aineita lisäämällä rakkoon on siis teoreettisesti ajateltu sen parantavan GAG-kerroksen vastustuskykyä ärsykeitä vastaan. Seurantatutkimuksessa molempien teho on hyödyttänyt noin 60 prosenttia lieväoireisista potilaista. Lumekontrolloidussa tutkimuksessa kondroitiiniuldaatista ei ole huomattu apua, eikä kumpaakaan kannata käyttää vaikeaoireisissa tapauksissa. (Sairanen ym. 2016.)

Botuliini A on myös yksi vaihtoehto. Se on hermotoksiini, jonka injektointina rakkoon on ajateltu vaikuttavan aistiratoihin kipua vähentävästi ja näin auttavan oireissa. Oireiden helpotus on kuitenkin yleensä lyhytaikaista ja pitkään jatkuneena pistokset vakuttavat detrusor-lihaksen eli rakon tyhjentäjälihaksen supistumiskykyyn ja jopa johtaa ajoittaiseen katetrointipakkoon. Osa potilaista koki oireisiin helpotusta kuukauden ja kolmen kuukauden jälkeen. (Miller ja Gardner 2012.)

TAULUKKO 3. Interstitiellii kystiitin hoidossa käytetyt yleisimmät lääkkeet. (Sairanen ym. 2016; Duodecim lääketietokanta 2017.)

Käyttö	Lääkeluokka	Vaikuttava aine ja yleisimpiä kaupunimiä
Kivun lievitys	Kipulääkkeet, perinteiset tulehduskipulääkkeet	<p>Asetyyლისაისyylihappo</p> <ul style="list-style-type: none"> Aspirin Disperin <p>Deksketoprofeini</p> <ul style="list-style-type: none"> Kettesse <p>Diklofenaakki</p> <ul style="list-style-type: none"> Diclofenac Rapid Orifarm Diclomex Dicuno Motifene Dual Voltaren <p>Ibuprofeeni</p> <ul style="list-style-type: none"> Burana Ibumax Ibumetin Ibusal Ibutabs Ibuxin <p>Indometasiini</p> <ul style="list-style-type: none"> Indo-Ct Indometin <p>Ketoprofeeni</p> <ul style="list-style-type: none"> Keto Ketomex Ketorin Ordus <p>Mefenaamihappo</p> <ul style="list-style-type: none"> Ponstan Forte <p>Meloksikaami</p> <ul style="list-style-type: none"> Moloxicam Mobic <p>Nabumetoni</p> <ul style="list-style-type: none"> Relifex <p>Naprokseeni</p> <ul style="list-style-type: none"> Eox Miranax Nalgessin Naprometin Napromex Naproxen Pronaxen <p>Naprokseeni ja esomepratsoli</p> <ul style="list-style-type: none"> Vimovo <p>Nimesulidi</p> <ul style="list-style-type: none"> Nisulid <p>Sulindaakki</p> <ul style="list-style-type: none"> Arthrocin <p>Piroksikaami</p> <ul style="list-style-type: none"> Felden Piroxicam Stada <p>Tolfenaamihappo</p> <ul style="list-style-type: none"> Clotam
Kivun lievitys	Kipulääkkeet, heikot opioidit, osittaiset agonistit	<p>Kodeiini ja parasetamoli</p> <ul style="list-style-type: none"> Altermol Panacod Parasetamol/ Codein Paramax-Cod <p>Kodeiini ja ibuprofeeni</p> <ul style="list-style-type: none"> Antarene Codeine Ardinex <p>Buprenorfiini</p> <ul style="list-style-type: none"> Buprefarm

	Vahvat opioidit	<ul style="list-style-type: none"> • Bupremyl • Norspan • Temgesic Tramadoli <ul style="list-style-type: none"> • Tradolan Retard • Tramadin • Tramadol Hexal • Tramal • Tramium Tramadoli ja parasetamoli <ul style="list-style-type: none"> • Trampalgin Tramadoli ja deksketoprofeeni <ul style="list-style-type: none"> • Skudexa Morfiini <ul style="list-style-type: none"> • Depolan • Dolcontin • Oramorph Hydromorfon <ul style="list-style-type: none"> • Palladon Oksikodoni, myös yhdistelmävalmisteet <ul style="list-style-type: none"> • Oxycodon Hcl Accord • Oxycodone • Oxycontin • Oxynorm • Oxyratio • Targiniq Petidiini <ul style="list-style-type: none"> • Petidin Meda Fentanyyli <ul style="list-style-type: none"> • Abstral • Durogesic • Effentora • Fentanyl • Matrifen • Pecfent Metadoni <ul style="list-style-type: none"> • Dolmed • Motadon
Virtsarakon relaxointi, kivunhoito, monivaikutteinen	Keskushermoston lääkkeet, tri- ja tetrasykliset masennuslääkkeet	Amitriptyliini <ul style="list-style-type: none"> • Amitriptylin Abcur • Triptyl
Anti-inflammatorinen vaikutus	Kipulääkkeet, Reuman ja systeemisen sidekudossairauksien lääkkeet	Siklosporiini <ul style="list-style-type: none"> • Ciqorin • Sandimmun Neoral
Korjaa virtsarakon vahingoittunutta kerrosta	Virtsaelinten sairauksien lääkkeet, muut virtsaelinten sairauksien lääkkeet	Natriumpentosaanipolysulfaatti <ul style="list-style-type: none"> • Elmiron • Pentosanpolysulfat
Virtsarakon huuhteluhoito, korjaa virtsarakon vahingoittunutta kerrosta		Kondroitiinisulfaatti <ul style="list-style-type: none"> • Gepan Natriumkondroitiinisulfaatti <ul style="list-style-type: none"> • Uracyst
Vaikuttaa virtsarakon aistiratoihin, kivun lievittäjä	Lihasselaksantit, perifeeriset lihasrelaksantit	Botuliinitoksiini <ul style="list-style-type: none"> • Azzalure • Bocouture • Botox • Dysport • Neurobloc • Visrabel • Xeomin

Virtsarakon venytys

Rakon venytys on tärkeä ja yksinkertainen hoitomuoto ja samalla se liittyy diagnostiikkaan. Venytys voidaan tehdä spinaali- tai epiduraalipuudutuksessa tai yleisanestesiassa. Anestesiassa tehtyä venytystä suositellaan, sillä silloin potilas on relaksoitu, ja toimenpide saadaan tehtyä kaikista tehokkaimmin. Virtsaputki puristetaan kiinni kystoskoopin vartta myöten, jotta neste ei valu liian aikaisin ulos. (Sairanen 2013). Rakon venytyksessä rakkoon kohdistetaan 80 cmH₂O:n hydrostaattinen paine kolmen minuutin ajaksi (Sairanen ym. 2016).

Täyttövaiheessa virtsarakon epiteelipinta tarkastetaan poikkeavuuksien varalta ja tilaa seurataan läpi täyttövaiheen. Jos virtsarakon pinnalla on Hunnerin ulkus eli tähtimäinen epiteelitön ja verestävä alue, sen reunat alkavat usein vuotaa verta jo täyttövaiheessa. Lisäksi tyhjennysvaiheessa virtsarakon seinämään voi ilmestyä glomerulaarisia petekioita eli limakalvon alaisia pistemäisiä verenpurkaumia. Toimenpiteen yhteydessä mitataan virtsarakon tilavuutta, mikä voidaan suorittaa uudelleen vielä venytyksen jälkeen. Samalla tulee ottaa myös koepaloja eniten vuotavista kohdista ja tarpeeksi syvältä, jotta niissä näkyy myös lihaskudosta. Mikäli tähtymyksessä huomataan Hunnerin ulkus, tulee se elektresekoida tai koaguloida, sillä sen tuhoaminen auttaa usein potilaan oireisiin. (Sairanen 2013.)

Yli puolella potilaista oireet helpottavat melko nopeasti, jo vuorokauden kuluttua venytyksestä. Näin ollen ensimmäinen virtsarakon venytys on usein sekä diagnostinen että terapeutinen. Vaste hoidolle kestää vaihtelevia aikoja, mutta parhaimmillaan jopa vuoden. Tarvittaessa venytys voidaan toistaa uudelleen. Venytystä on kuitenkin turha tehdä potilaille, jotka eivät koe siitä olevan hyötyä oireisiin. (Sairanen 2013.)

Venytyksen teho perustuu virtsarakon seinämän sensoristen hermopäätteiden tuhoamiseen. Lisäksi se voi stimuloida GAG-kerrosta kasvamaan uudestaan. Hermopäätteiden uudelleenkasvaminen palauttaa myös oireet, tämän takia usein kannustetaan potilaita pitämään kerran viikossa päivä, jolloin tehdään niin sanottua omatoimista venytystä. Näinä päivinä virtsaamisen tarpeelle ei anneta periksi ennen kuin kipu muuttuu sietämättömäksi. (Miller ja Gardner 2012; Sairanen 2013.)

Sakraalinen neuromodulaatio

Sakraalisessa neuromodulaatiossa on kyse stimulaatiosta, missä sakrumin spinaalista hermoa ärsytetään suoraan kudokseen viedyllä elektrodilla. S3-juuriaukon hermo on yleisin stimuloitava hermo. (Sairanen ym. 2016.) Sen tarkoituksena on estää rakon tuovia hermosyitä ja sen on todettu auttavan yliaktiivisen rakon oireiden hoidossa (Holroyd 2016).

Neuromodulaatiossa aukon läpi viedään neulalla elektrodi, joka on joko väliaikainen tai pysyvä. Elektrodin tehoa voidaan vaihdella virran, jännitteen sekä pulssin leveyden ja taajuuden avulla. Sen jälkeen aloitetaan kahden viikon kokeilujakso, jonka jälkeen harkitaan patterin asentamista pakaraan, jos oireet ovat helpottaneet yli 50 prosenttia. (Sairanen ym. 2016.) Kokeilujakson aikana väliaikaiset

johtot kiinnitetään siteillä, joita potilas ei saa kastella. Tämä voi tehdä kokeilujakson hankalammaksi. Sen lisäksi potilaiden täytyy pitää oirepäiväkirjaa. Vuonna 2000 ja 2001 tehdyissä tutkimuksissa kolme neljäosaa potilaista kertoi oireidensa parantuneen. (Holroyd 2016.) Suomalaisista testijakson kokeneista 30 prosentille potilaista asennettiin pysyvä implantti, mutta hoitotuloksista sen jälkeen ei ole tietoa. Jos pysyvä implantti asennetaan, tarvitaan sen jälkeen jatkuvaa seurantaa. Laitteen poiston tai revisioleikkauksen mahdollisuus on noin 50 prosenttia. (Sairanen ym. 2016.)

Neurodomulaatiossa voidaan myös stimuloida pudendaalihermoja, joka vaikuttaa detrusor-lihaksen ja sulkijalihaksen toimintaan (Holroyd 2016; Sairanen ym. 2016). Kuitenkin vuonna 2008 tehdyssä tutkimuksessa sen ei todettu olevan tehokas hoito interstitiellille kystiitille. Lisäksi se vaatii potilaalta paljon 12 puolen tunnin viikoittaisten tapaamisten takia. (Holroyd 2016.)

Leikkaushoito

Virtsarakon poisto tai osapoisto sekä laajennus suolen avulla ovat viimeisiä mahdollisuuksia, jos mikään muu hoitomenetelmä ei ole ollut riittävän tehokasta ja oireet haittaavat jokapäiväistä elämää. On tärkeää varmistaa, ettei muita keinoja enää ole ja potilaan tulee ymmärtää leikkauksen riskit ja seuraukset. (Sairanen 2013; Sairanen ym. 2016.) Noin 10 prosentille potilaista konservatiivinen lääkityslinja ja mahdollisimman vähäinen invasiivinen hoito eivät tuo tarvittavaa helpotusta oireille (Borch ym. 2011). Jos virtsarakon anestesiakapasiteetti eli relaxoidun potilaan virtsarakon maksimitilavuus ylittää 400 millilitraa, on leikkaushoidon tulokset yleensä huonot, mutta loppuvaiheen panssarimaisen kutistusrakon leikkaustulokset ovat olleet hyviä (Sairanen 2013). Leikkaushoidossa on useita mahdollisuuksia ja toimenpide tulee valita, kun on tarkasteltu oireiden vakavuutta sekä potilaan terveydentilaa ja ikää. Lisäksi kirurgin oma hyväksi havaittu toimintatapa vaikuttaa leikkauksen toteuttamiseen. (Borch ym. 2011.)

Yksi ensimmäisistä leikkausvaihtoehdoista on ollut enteroplastia eli rakon laajennus, jolla on pyritty vähentämään virtsaamistarvetta suurentamalla virtsarakon tilavuutta. Leikkauksessa osa suoletta, esimerkiksi osa sykkyräsuolta, paksusuolta tai sigmasuolta, liitetään avattuun rakkoon. Toisin kuin muissa vaihtoehdoissa, laajennus ei vaadi virtsanjohtimen implanttia ja ohutsuoli säästyy. Toisaalta rakon suurentamisessa käytetty suolen osa jatkaa liman erittämistä, mikä vaatii ajoittaista katetrointia sekä rakon huuhtelua. (Borch ym. 2011)

Virtsarakon osittainen poisto ja laajennus ohut- tai paksusuolen avulla sopivat potilaille, joilla on kutistusrakko-oireita, eli tarve virtsaamiseen ilmenee noin tunnin välein, mutta eivät ole kivuliaita. Näillä potilailla on rakossa ollut näkyvillä Hunnerin haavauma. Osittaisessa poistossa säilytetään virtsarakon pohja sulkijalihaksineen ja virtsanjohtimien laskukohdat. Koko virtsarakon poistoa suositellaan, jos virtsarakko on diffuusisti tulehtunut virtsarakon tähytyksen aikana ja potilaalla on voimakasta kipua. Tällöin virtsarakon poiston yhteydessä tehdään virtsa-avanne ohutsuoleen. (Sairanen 2013; Sairanen ym. 2016.)

Osittaisen tai koko virtsarakon poiston yhteydessä virtsa voidaan uudelleenohjata. Nämä menetelmät on jaettu kahteen päätyyppiin, pidätyskykyisiin ja pidätyskyvyttömiin. Pidätyskykyisiin kuuluu muun muassa Kockin menetelmä ja Neobladder-menetelmä. Kock-leikkauksessa osa sykkyräsuolesta muotoillaan ohut- ja paksusuolen yhtymäkohtaan u-kirjaimen muotoiseksi, jonka pää tuodaan iholle stoomaan eli avanteeseen. Sitä kautta potilas voi itse katetroida itsensä. Neobladder-menetelmässä osasta sykkyräsuolta tehdään säiliö, joka yhdistetään virtsarakkoon. Näin potilaat voivat kokea sekä täyden pidätyskyvyttömyyden sekä spontaanin tyhjennyksen. Pidätyskyvyttömiin menetelmiin kuuluu suolen osan eristäminen, jonka pää tuodaan iholle stoomaan. (Borch ym. 2011.) Tapauskohtaisesti voidaan myös harkita tehtävän pelkästään ohutsuoleen rakennettu avanne. On mahdollista uudelleen rakentaa virtsaputken kautta tyhjenevä suolirakko tai rakentaa katetrintikanava suoraan vatsanpeitteiden lävitse suolirakkoon. (Sairanen ym. 2016).

Kun leikkausindikaatiot ovat oikeita, noin 90 prosenttia potilaista ovat tyytyväisiä tuloksiin. Pienelle osalle potilaista saattaa jäädä leikkauksen jälkeen kuitenkin kipua lantion pohjaan, mikä on verrattavissa amputoidun raajan aavesärkyihin (Sairanen 2013). Mikään leikkaus ei takaa täydellistä helpotusta oireisiin (Borch ym. 2011).

Vaihtoehtoiset ja täydentävät hoitomuodot

Potilaat voivat joskus kääntyä vaihtoehtoisten ja täydentävien hoitojen puoleen. Syitä tähän voi olla esimerkiksi pelko mahdollisten lääkinnällisten sivuvaikutusten takia, halu noudattaa ”luonnollisempaa” tapaa, kulttuuriset vaikutukset tai usko siihen, että keho korjaa itse itsensä. Ammattilaisten on hyvä tietää mahdollisista vaihtoehtoisista ja täydentävistä menetelmistä, sillä niiden käyttö tavanomaisen hoidon kanssa voi olla edistyneempää oireiden hallintaa. Menetelmiin voidaan luokitella jo mainitut ruokavaliomuutokset, rakkokoulutus ja lantionpohjaterapia, sekä akupunktio ja funktionaaliset elintarvikkeet, jotka vaikuttavat kehon fysiologiaan, kuten kalsiumglyserofosfaatti, bioflavonoidi, L-arginiini sekä hyaluronihappo. Lisäksi menetelmiin kuuluu niin sanottu myofascial release eli lihaskalvoihin kohdistuva hoito, jossa hellän paineen kohdistamisella lihaskalvoihin pyritään helpottamaan oireita. (Anderson ja Zinkgraf 2013.)

Akupunktion apu urologisissa sairauksissa on urologien hyväksymä keino, mutta interstitielli kystiitin hoidossa sen tehoa on tutkittu vähän. Tarkoituksenmukaisen tutkimuksen suorittaminen on hankalaa, koska ei ole olemassa standardoitua hoitoa juuri tähän tarkoitukseen. Akupunktion avulla voidaan vaikuttaa virtsarakon tilavuuteen ja rakon tehokkaaseen tyhjenemiseen. Muiden perinteisten kiinalaisten lääketieteeseen perustuvien keinojen tehokkuutta on myös hankala tutkia niiden yksilöllisyyden takia. Muutamien raporttien mukaan niistä voi olla apua interstitielli kystiittiä sairastaville. (Pang ja Ali 2015.)

Menetelmiin kuuluvat myös jooga, hieronta ja energiahoito kuten Qigong, Tai Chi tai Reiki. Jooga voi auttaa lantionpohjan lihasten rentouttamisessa ja näin ollen helpottaa oireiden kanssa. Transvagiinaalisen ja koko kehon hieronnan on todettu auttavan osaa interstitielli kystiittiä sairastavista. Ener-

giahoito on olennainen osa vaihtoehtoisia ja täydentäviä hoitoja, ja ne voivat parantaa fyysistä suorituskykyä, immuniteettia ja stressinsietokykyä sekä parantaa elämänlaatua. Energiahoidon toimiminen vaihtelee ja riippuu potilaan omasta uskosta hoitoon. (Pang ja Ali 2015.)

Biopalautehoidon avulla potilas voi harjoitella tahdonalaisesti kontrolloimaan tiettyjä toimintoja kuten lihasten jännitystä. Sen tehokkuus on osoitettu useissa urologian sairauksien hoidossa. Interstitiellistä kystiittiä sairastaville se saattaa auttaa oireissa vähentämällä lihasten lepojänteitä. Perinteisesti tekniikkaan voi kuulua lantionpohjan lihasten rentouttaminen lihasten maksimaalisella supistuksella, mutta se voi pahentaa interstitiellistä kystiitin oireita. Sen sijaan voi kokeilla lievää tai kohtalaista supistusta. Biopalautehoitoa käytettäessä terapeutin vaikutuksen saamiseksi potilaiden tulee osata suorittaa sitä kotonakin. (Niknejad ja President and Fellows of Harvard College 2011; Pang ja Ali 2015.)

4 POTILASOHJE

Hoitokäytännöt muuttuvat koko ajan ja sen myötä myös hoitoajat ovat lyhentyneet. Potilaalla on potilasoikeuslain perusteella itsemäärämisoikeus hoitoonsa liittyen. Omaan päätöksentekoon potilas tarvitsee tietoa sairaudestaan. Terveystieteiden velvollisuus on antaa potilaalle tietoa hänen sairautensa sairaudesta. Hoitoaikojen lyhentyessä myös henkilökohtainen potilasohjaus on vähentynyt; tarvitaan yhä kasvavassa määrin kirjallisia potilasohjeita. Toisaalta kirjallisia potilasohjeita tarvitaan myös hyvän suullisesti tapahtuvan potilasohjauksen tueksi ja täydentämään suullista ohjausta, koska terveydenhuollon ammattilaiset uskovat liian usein potilaan ymmärtävän asian vain yhden keskustelun jälkeen. (Torkkola, Heikkinen ja Tiainen 2002, 7-10; Nummi ja Järvi 2012.)

Hyvän potilasohjeen tärkeitä piirteitä ovat ymmärrettävyys, loogisuus, sisällön kattavuus sekä omaan toimintaan kannustaminen. Potilasohje on tarkoitettu nimenomaan potilaille, ja silloin on tärkeä muistaa kirjoittaa asiat yleiskielellä ja riittävän selkeästi. Ulkoasu on kokonaisuudessaan myös erittäin tärkeä asia. Kuvat voivat esimerkiksi havainnollistaa aihetta sekä kappaleiden pituus ja kappalejako vaikuttavat tekstin helppolukuisuuteen. (Hyvärinen 2005.)

Pohjaksi potilasohjeiden kirjoittamiseen on olemassa kaksi mallia: laitoksen tarpeet ohjata potilasta toimimaan halutulla tavalla sekä potilaan tarpeet saada olennaista tietoa. Hyvää potilasohjetta kirjoittaessa tärkein asia on muistaa, kenelle potilasohjetta on kirjoittamassa. Potilaan täytyy heti ymmärtää, että teksti on kirjoitettu häntä varten. Myös tekstin muotoilussa kannattaa ottaa huomioon, että teksti suunnataan aina yhdelle potilaalle, jolloin passiivin käyttöä tulisi välttää. Suoraan puhuttelu ei kuitenkaan tarkoita käskytystä ja suorien määräysten sijaan olisi hyvä keskittyä perustelemaan ja selittämään, miksi ohjeiden mukaan tulisi toimia. Näin saadaan ohjeista selkeät ja samalla edistetään potilasohjeen ymmärrettävyyttä ja tärkeyttä. (Torkkola ym. 2002, 34-38.)

Potilasohjetta kirjoittaessa rakenne on syytä muotoilla tärkeysjärjestykseen potilaan näkökulmasta katsottuna (Torkkola ym. 2002, 39; Hyvärinen 2005). Näin ollen herätetään potilaan kiinnostusta lukea ohje, koska se kertoo tärkeästä häntä koskevasta asiasta. Samalla potilaat, jotka lukevat vain ohjeen alun saavat myös kaikkein tärkeimmän tiedon. (Torkkola ym. 2002, 39.)

Otsikot jäsensivät tekstiä ja herättävät lukijan mielenkiintoa. Väliotsikot jakavat tekstin sopivan mittaisiksi lukupaloiksi. Otsikoiden tulee olla ytimekkäitä ja kertoa mitä seuraavaksi on aiheena. (Torkkola ym. 2002, 39-40.) Otsikoiden määrässä ei kannata kuitenkaan liioitella. Yhden väliotsikon alla on hyvä olla vähintään kaksi kappaletta. Liika otsikoiden määrä tekee ulkoasusta sekavan näköisen. (Hyvärinen 2005.)

Potilasohjeessa tärkeänä osana on myös hyvin valitut kuvat. Ne täydentävät ja tukevat tekstiä sekä lisäävät sen ymmärrettävyyttä, luotettavuutta ja kiinnostavuutta. Kuvien yhteyteen on myös hyvä liittää kuvateksti. Kuvatekstit paitsi kertovat nimen, ne myös selittävät mitä kuvassa tapahtuu ja usein myös sellaista, mitä ei suoraan pysty näkemään. (Torkkola ym. 2002, 40-42.)

Kielellisesti potilasohjeen tulee olla selkeää suomen kieltä ja noudatettava oikeinkirjoitusoppeja. Nämä tekevät tekstistä helposti ymmärrettävää (Torkkola ym. 2002, 42-46; Hyvärinen 2005). Turhien termien ja lyhenteiden käyttö hankaloittaa ohjeen lukemista. Jos lääketieteen termejä ei pysty kääntämään yleiskielelle, on ne selitettävä niin, että maallikkokin ymmärtää mitä tekstissä kerrotaan. (Hyvärinen 2005.) Tämän toteutumista voidaan esimerkiksi kokeilla antamalla ohje jo tekovaiheessa ulkopuoliselle luettavaksi, jolloin he osaavat kertoa omasta näkökulmastaan parannusehdotuksia (Nummi ja Järvi 2012).

Potilasohjeen ulkoasussa tekstin ja kuvien asettelu on lähtökohtana. Hyvä ulkoasu on selkeä, parantaa ymmärrettävyyttä ja houkuttelee lukemaan. Tyhjää tilaa potilasohjeissa ei tarvitse pelätä eikä täyttää - päinvastoin, se lisää ohjeen ymmärrettävyyttä. Kaikkiin kysymyksiin potilasohjeessa ei pysty vastaamaan, näin ollen on hyvä kertoa mistä lisätietoja on mahdollista saada. (Torkkola ym. 2002, 53-59.) Usein potilasohjeisiin laitetaan aivan liikaa tietoa, koska liian perusteelliset ja yksityiskohtaiset ohjeet voivat sekoittaa potilasta (Nummi ja Järvi 2012).

5 OPINNÄYTETYÖN PROSESSI

Teimme opinnäytetyömme kehittämistyönä. Kehittämistyön tarkoituksena on luoda uusia tai paranneltuja palveluita, välineitä tai menetelmiä (Heikkilä, Jokinen ja Nurmela 2008, 21). Tuotoksena meillä oli potilasohje sähköisessä muodossa, mikä voidaan myös tulostaa potilaalle itselleen. Potilasohjeen muokkausoikeudet annoimme työn valmistumisen jälkeen Kuopion yliopistolliselle sairaalalle. Opinnäytetyö tehtiin Kuopion yliopistollisen sairaalan, Naisten poliklinikan 3304 tilauksesta. Potilasohje hyväksyttiin myös lääkäriä, joka on erikoistunut urologian puoleen ja hoitaa myös interstitiellistä kystiittiä sairastavia potilaita.

Idean opinnäytetyöhön löysimme Kuopion yliopistollisen sairaalan internet-sivuilla olevasta opinnäytetöiden aihepankista. Tämän aiheen löydettyämme valitsimme sen, koska se vaikutti mielenkiintoiselta ja opettavaiselta sekä uskoimme, että aihe tarjoaisi meille paljon mahdollisuuksia kehittyä. Halusimme myös, että opinnäytetyömme tuotos olisi tarpeellinen ja siitä olisi hyötyä potilaille.

Aloitimme tiedonhaun Savonia-ammattikorkeakoulun informaation ohjauksessa talvella 2016. Keskustelimme hänen kanssaan erilaisista tietokannoista ja päätimme juuri meidän työllemme sopivimmat tietokannat. Käytetyt tietokantamme olivat Cinahl Complete, Medic sekä Pubmed. Hakusanoina käytimme interstitiellistä kystiittiä, potilasohjetta ja elämänlaatua sekä niiden englanninkielisiä vastineita eli interstitial cystitis, patient education, patient instructions ja quality of life. Rajasimme hakua niin, että käytimme kielinä suomea ja englantia ja halusimme vain uusinta, saatavilla olevaa tietoa, joten rajasimme hakua 2000-luvun lähteisiin. Käytimme lähteiden etsimisessä hyödyksi myös Savonia ammattikorkeakoulun omaa kirjastoa, Kuopion kaupungin kirjastoa sekä valikoiden internetiä.

Keväällä ja kesällä 2017 työstimme työsuunnitelmaa ja syksyllä esitimme sen. Syksyn aikana kävimme TVT-pajassa, jossa saimme neuvoja tietoteknilliseen puoleen ja työn ulkoasuun liittyen. Kävimme ABC-pajan sähköpostitse äidinkielen opettajan kanssa, josta saimme vinkkejä ja korjausehdotuksia työn äidinkielelliseen puoleen. Syksyn ja talven aikana työstimme lopullista työtä ja suunnitelimme potilasohjetta. Kävimme sähköpostitse ja mahdollisuuksien mukaan kasvotusten yhteistyötä sekä ohjaajan että tilaajan kanssa. Korjasimme ja muokkasimme työtä heidän ehdotusten ja vinkkien mukaisesti. Joulukuussa 2017 esitimme valmiin opinnäytetyön.

Potilasohjeessa oli tarkoitus kertoa perustiedot interstitiellistä kystiitistä, sen diagnosointi ja eri hoitomahdollisuudet sekä itsehoito. Päätimme, ettei potilasohjetta kohdistettaisi nimen perusteella naiselle, vaan puhuisimme yleisesti interstitiellistä kystiittiä sairastavasta. Vaikka tilaajana onkin naisten poliklinikka, ajattelimme, että sen voi antaa tarvittaessa myös miehille käyttöön. Sisällöllisesti asiat kuitenkin sopivat kaikille.

SWOT-analyysin avulla kartoitimme opinnäytetyöprosessiin liittyviä vahvuuksia, heikkouksia, mahdollisuuksia ja uhkia (kuvio 1). Analyysi jaetaan sisäisiin ja ulkoisiin tekijöihin. Sisäisiä tekijöitä ovat vahvuudet ja heikkoudet. Ulkoisina tekijöinä toimivat mahdollisuudet ja uhat. (Opetushallitus 2017.)

Vahvuudet	Heikkoudet
<ul style="list-style-type: none">• Kiinnostava aihe• Motivaatio työhön• Yhdessä tekemisen mahdollisuus• Kansainvälisten lähteiden määrä	<ul style="list-style-type: none">• Uusi tuntematon aihe• Ajan käyttö

Mahdollisuudet	Uhat
<ul style="list-style-type: none">• Ammattitaidon kehittäminen• Hyödyllisen aineiston tekeminen tilaajalle	<ul style="list-style-type: none">• Vieraskielisen aineiston käännösvirheet• Sama kirjoittaja useissa eri lähteissä

KUVIO 1: SWOT-analyysi

6 POHDINTA

6.1 Eettisyys ja luotettavuus

Etiikan tarkoituksena kehittämistyössä on puolustaa yleisesti tärkeinä pidettyjä arvoja eli mikä on hyväksyttävää ja mikä ei. Etiikka ei ole lainsäädännön tapaan velvoittava, vaan lähinnä suositus toiminnalle. Kehittämistyössä on tärkeää noudattaa hyvän tieteellisen toiminnan periaatteita. Jo alussa on tärkeää miettiä kehittämistoiminnan eettisyys huolellisesti. Toiminnalla ei saa loukata tai väheksyä ihmisiä ja erityisesti terveydenhuollossa korostuu päämääränä potilaiden hyötyminen. Jokaisen työtä tekevän tulee sitoutua näihin ohjeisiin. Kehittämistyön pohjana toimii aikaisempi tutkimustieto, käytännön kokemus sekä ammattitieto, joten lähteiden valinnassa tulee olla tarkka ja muistaa olla lähdekriittinen. Lisäksi on tärkeää huomioida itse lähteiden luotettavuus ja eettisyys. (Heikkilä, Jokinen ja Nurmela 2008, 43-46.)

Sairaanhoitajille on tehty omat eettiset ohjeet Sairaanhoitajaliiton toimesta. Ohjeiden on tarkoitus tukea päätöksentekoa työssä sekä ilmaista, mitä peruseriaatteita sairaanhoitajalla kuuluisi olla. Sairaanhoitajan tehtävänä on auttaa ihmisiä erilaisissa tilanteissa ja lievittää heidän kärsimystään. Toiminnastaan sairaanhoitajat ovat erityisesti vastuussa juuri hoitamilleen potilaille. Velvollisuutena on muistaa jatkuvasti kehittää ammattitaitoaan sekä kunnioittaa potilaiden lisäksi toisia työntekijöitä ja muiden ammattiryhmien edustajia. (Sairaanhoitajaliitto 1996.) Näiden periaatteiden mukaan olemme työskennelleet myös tätä opinnäytetyötä tehdessä ja oman ammattitaidon kehittäminen oli meille yksi suurimmista tavoitteista työtä tehdessä.

Eettisyys tuli työskentelyssämme esille, että kohtelemme kunnioittavasti opinnäytetyömme tilaajaa. Opinnäytetyön eettisyydestä pidimme huolen olemalla tarkkoja, ettemme syöllisty tahalliseen tai tahattomaan plagiointiin. Vältimme suoria lainauksia muuttamatta alkuperäisen tiedonlähteen merkitystä. Kysyimme ohjaavalta opettajalta apua, jos olimme jostakin epävarmoja.

Opinnäytetyötä tehdessä tulee noudattaa tutkimustyötä varten määritettyjä lakeja ja eettisiä periaatteita sekä tässä tapauksessa KYS:n omia ohjeita (Pohjois-Savon sairaanhoitopiiri 2013). Opinnäytetyötämme varten haimme KYS:lta tutkimuslupaa (liite 4) Ammattikorkeakoulu- ja ammatillisen oppilaitoksen opiskelijoiden opinnäytetyölupahakemuksella. Hakemukseen liitimme mukaan hyväksytyt työsuunnitelman sekä ohjaajamme kanssa täytetyt ja allekirjotetut Opinnäytetyön ohjaussopimukset. Hakemus toimitettiin naisten poliklinikan ylihoitajalle. Lupahakemuksen yhtenä osana luovutimme opinnäytetyön tuotoksen käyttöoikeuden KYS:lle, joten ohje pysyy ajan tasalla myös uusien tutkimustietojen jälkeenkin. Valmis opinnäytetyö julkaistaan Theseus-sivustolla, josta se on vapaasti saatavilla ja kaikkien käytettävissä.

Tiedonhakumme tehtiin luotettavasti ja työmme lähteet olivat luotettavia. Luotettavuutta opinnäytetyöllemme lisäsi, kun käytössämme oli tiedonhakua tehdessä ollut kansainvälisesti arvostettuja tietokantoja, kuten Medic ja Cinahl Complete, sekä rajaamalla tuloksia.

Tarkastelimme kaikkia lähteitä lähdekriittisesti ja valitsimme luotettavimmat käyttöömme. Lähdekriittisyys ja lähteiden käyttö harkiten ovat välttämättömiä taitoja. Lähdekriittisyyteen kuuluu tiedonlähteen auktoriteetin ja uskottavuuden arviointi sekä iän ja laadun huomiointi. Lähteiden lukumäärä ei ratkaise toiminnallisen opinnäytetyön arvoa, vaan tärkeämpää on lähteiden laatu. Jokaisen lähteen tulee palvella työtä. (Vilka ja Airaksinen 2003, 72-76.)

Opinnäytetyön teoriaosuutta tehdessämme käytimme suomenkielisten lähteiden lisäksi myös useampia englanninkielisiä lähteitä, joista saimme kansainvälistä tietoa. Monissa kotimaisissa lähteissä oli kirjoittajana samoja henkilöitä, joten pelkästään kotimaisten lähteiden käyttö olisi tuonut vain näiden henkilöiden näkökulman opinnäytetyöhömmme. Tiettyjen henkilöiden toistuminen lähteissä todistaa kuitenkin myös heidän tietämystään ja tärkeyttään tällä asia-alueella, mikä lisää näiden lähteiden luotettavuutta. Opinnäytetyön tekemisessä rajallisen ajan ja resurssien vuoksi rajasimme hakutuloksia niin, että lähteemme ovat 2000-luvulta, uusimman tutkimustiedon saamiseksi. Uskomme kuitenkin, että tämä raja oli luotettavuuden näkökulmasta hyvä asia, sillä opinnäytetyömme aihetta tutkitaan koko ajan lisää, jolloin uusimmissa lähteissä on tuorein tieto. Sillä monissa jopa 2000-luvun alun lähteistä on löytynyt tietoa, mikä uudemmissa lähteissä on kumottu tai aiheesta on löytynyt uudempiä näkökulmia ja tutkimustuloksia. Jotkin lähteet ovat 2000-luvun alkupuolelta, mutta koimme juuri näiden lähteiden teorian pysyneen muuttumattomana. Potilasohjeen luotettavuuden tasoa laskee se, että emme ole päässeet testaamaan ohjetta potilailla. KYS:n tutkimusluvan mukaan opinnäytetyön tekijät eivät saa tavata potilaita.

6.2 Merkitys ja tavoitteet

Ammattikorkeakoulujen tehtävänä on tutkimus- ja kehitystyö, mikä tukee työelämän kehittymistä. Näin ollen myös opinnäytetyön työelämähyödynnettävyys on tärkeää ja se tulee varmistaa. Opinnäytetyön tavoitteisiin kuuluu kehittää opiskelijoiden valmiuksia sekä tiedon että taidon soveltamiseen. (Ruotsalainen ja Eriksson 2007.) Työmme oli lähtöisin työelämän tarpeesta ja oli tärkeä tilaajalle, Naisten poliklinikalle, koska henkilökunta kokee olevansa liian tietämätön aiheesta, vaikka interstielli kystiittiä sairastavia potilaita on tälläkin hetkellä hoitosuhteessa. Tämä tietämättömyys vaikuttaa myös potilaiden saaman ohjauksen määrään ja laatuun. Tietämättömyys voi vaikuttaa myös siihen, saako potilas hänelle oikeaa hoitoa. Käypä hoito -suosituksen mukaan lääkäri voi määrätä antibioottikuurin hoitona virtsatieinfektioon ilman virtsanäytteen laboratoriotutkimuksia, mikäli oireista kärsivä on muuten terve, 15-65-vuotias nainen (Virtsatieinfektiot: Käypä hoito -suositus 2015). Tästä syystä potilaille määrätään turhia antibioottikuureja, jotka eivät paranna interstielli kystiittiä. Hoitohenkilökunnan on siis tärkeää olla tietoinen interstielli kystiitistä sekä muistaa sen mahdollisuus, kun potilaalla on virtsaamiseen liittyviä ongelmia.

Mietimme myös opinnäytetyötä tehdessämme, miksi antibioottien määräämisestä on tullut niin rutii-
ninomaista, vaikka infektiota ei ole. Suurin osa antibiooteista ei edes hillitse immunologisperäistä
inflammaatiota, vaan ovat mikrobilääkkeitä. Virtsatieinfektioissa käytetään suhteellisen paljon sul-
falääkkeitä, mitkä vain estävät jo olemassa olevia bakteereita lisääntymästä. Silti näitä antibiootteja
määrätään jopa ilman tutkimuksia, joten mietimme, onko niillä olemassa jopa lumevaikutusta.

Sairaus on enimmäkseen tuntematon maallikoille, joten olisi tärkeää, että potilaat saisivat tietoa nopeasti, selkeästi ja luotettavasta lähteestä. Potilasohje on sähköisessä muodossa eli sitä voivat tarvittaessa hyödyntää myös muut KYS:n osastot, kuten Urologian osasto, missä IC:ä sairastavat potilaat käyvät hoitajaksojen aikana. KYS:n muiden osastojen henkilökunnan on myös helppo tutustua potilasohjeeseen ja tätä myötä huomata mahdolliset interstitielliset kystiitin oireet heidän potilaissaan ja saada mahdolliset interstitielliset kystiittisiä sairastavat potilaat oikeanlaisiin tutkimuksiin ja hoidon piiriin. Työstä hyötyvät myös terveysalan opiskelijat ja sijaiset, koska heillä on mahdollisuus tutustua sairauteen työmme kautta. Näin he saavat tietoa sairaudesta, josta opiskelun aikana ei opeteta, eikä monikaan tiedä paljoa ja tätä kautta he voivat viedä tietämystä sairaudesta myös muille työkentille. Näin pystymme lisäämään terveydenhuollon henkilöstön tietämystä interstitiellistä kystiittistä sairautena ja heidän kykyään havaita interstitielliset kystiittisiä sairastavat potilaat mahdollisimman varhaisessa vaiheessa.

Työtä voidaan myös hyödyntää tulevaisuudessa uusien opinnäytetöiden tekemisessä, ja vastaavanlaisia potilasohjeita voidaan tehdä myös toisille sairaaloille ja sairauksille. Tästä opinnäytetyöstä voidaan jatkaa esimerkiksi tutkimalla, kuinka avuliana ja hyödyllisenä potilasohjetta pidetään ja sitten mahdollisesti kehittää potilasohjetta parannusehdotusten mukaisesti. Huomasimme myös, että näin hankalaa sairautta hoidetaan poikkeuksellisen voimakkaasti vain oireiden kautta. Tulevaisuuden tutkimuksissa olisi meidän mielestä tärkeää pureutua enemmän sairauden syihin ja hoitaa itse sairautta. Diagnostiikka on myös vielä melko alkeellista vielä, joten voisiko mahdollisesti näköpiirissä olla esimerkiksi immunodiagnostiikan puolelta jotakin mahdollista testiä ja toisaalta esimerkiksi immunoterapiaan liittyvää parantavaa tai ainakin oireita kurissa pitävää hoitomuotoa. Tätähän ei kuitenkaan varmaksi pysty sanomaan, onko tällaisia edes mahdollista toteuttaa tai löytää?

6.3 Ammatillinen kasvu

Me itse opimme työn aikana interstitiellistä kystiittistä ja sen hoidosta kokonaisuudessaan paljon uutta. Tätä tietoa voimme jakaa myös tulevilla työpaikoillamme henkilökunnalle ja tarvittaessa potilaille sekä tarjota heille ohjausta. Työtä tehdessä opimme, miten hyvä potilasohje tehdään. Tämä oli meille molemmille uusi asia. Opinnäytetyön tehtyäme pystymme tulevana terveydenhuollon ammattilaisina luomaan tarvittaessa uusia potilasohjeita muistakin aiheista. Opinnäytetyö oli molemmille ensimmäinen laajempi kokonaisuus, jossa opimme järjestelmällisyyttä ja itsenäisyyttä. Lisäksi saimme lisää kokemusta tiedonhausta, erityisesti kansainvälisten lähteiden kanssa. Kehityimme myös suunnitelmallisuudessa ja isomman tuotoksen tekemisessä, mitkä ovat tärkeitä asioita tulevaisuutta ajatellen. Työ oli myös ensimmäinen kosketuksemme työelämälähtöisen ongelman ratkaisuun.

Sairaanhoitajan osaamisen kompetensseihin kuuluvat oppimisen taidot, eettinen osaaminen, työyhteisöosaaminen, innovaatio-osaaminen ja kansainvälisyysosaaminen (Savonia-ammattikorkeakoulu 2017). Olemme kehittyneet kaikissa edellä mainituissa osa-alueissa. Osaamme hankkia, käsitellä ja

arvioida kriittisesti eri lähteistä hankkimaamme tietoa. Opinnäytetyötä tehdessämme otimme vastuun omasta oppimisesta ja työskentelystä sekä olemme toimineet ammattieettisesti. Olemme osaltamme edistäneet yhteisön hyvinvointia tuottamalla uuden potilasohjeen potilaiden ja väestön käytettäväksi. Olemme oppineet kehittämistyön prosessin ja ymmärtäneet miten omaa työtä ja hoitotyötä voidaan kehittää käyttäen hyödyksi jo olemassa olevaa tietoa ja menetelmiä. Kansainvälisiä lähteitä käyttäessämme olemme kehittäneet kielitaitoamme alan sanastoon liittyen ja huomioineet kansainvälisyyskehityksen mahdollisuudet.

Tulevaisuudessa sairaanhoitajienkin työhön vaikuttaa palvelukulttuurin muuttuminen yhä henkilökohtaisempien palvelujen tavoittelemiseksi. Näiden palveluiden tuottamiseen tulee ottaa asiakkaat aktiivisesti mukaan. Tämän onnistuminen vaatii sen, että sairaanhoitajalla on herkkyys havaita ja kyky selvittää asiakkaan omia yksilöllisiä tarpeita. Sairaanhoitajan tulee oikea-aikaisesti nähdä potilaan tilanne ja reagoida siihen. (Sipilä, Miettinen, Holopainen, Kyngäs, Turunen, Voutilainen ja Pölkki 2015.) Hoidon henkilökohtaisuuden sekä potilaan osallistumisen hoidon suunnitteluun huomasimme tärkeäksi myös tätä työtä tehdessä. Hoidon räätälöiminen yhdessä potilaan kanssa on olennainen osa onnistumista. Uskomme, että ymmärrämme nyt näiden asioiden tärkeyden aikaisempaa paremmin, mikä auttaa meitä tulevaisuudessa. Näin voimme tulevassa ammatissamme työskennellä paremmin potilaan hyvän saavuttamiseksi.

6.4 Tuotoksen arviointi

Opinnäytetyömme tuotoksena oli potilasohje interstitiellistä kystiittia sairastaville potilaille. Samalla ohje toimii informatiivisena tiivistelmänä hoitohenkilökunnalle. Potilasohjeen tekeminen alkoi pohtimalla ja kysymällä henkilökunnalta, millaisen ohjeen henkilökunta konkreettisesti kokivat tarpeelliseksi. Keskustelimme tilaajan kanssa, mikä oli tälle työlle paras vaihtoehto. Päädyimme tuottamaan ohjeen, joka tiivistäisi asiat mahdollisimman kompaktisti ja selkeästi. Emme siis ryhtyneet varsinaisen opasvihkon tekoon. Henkilökunta koki, että ohjeessa ei tarvitse mainita hoidossa käytettäviä lääkkeitä tai sairauden riskitekijöitä, vaan painopisteenä on juuri potilaan itsehoito ei-lääkkeellisin keinoin. Itse opinnäytetyön teoriaosuudessa kerrotujen lääkkeiden lisäksi on olemassa myös muitakin lääkevaihtoehtoja, mutta halusimme ottaa työhön vain Suomessa yleisimmin käytössä olevat. Keskustelimme henkilökunnan kanssa myös työn visuaalisesta puolesta, ja parantelimme työn ulkoasuheidän ehdotuksiansa mukaisesti.

Kustannuksia opinnäytetyölle ei tullut ollenkaan. Tilaaja ja me työn tekijät olimme pääsääntöisesti samalla paikkakunnalla, joten matkakustannuksia ei syntynyt ja yhteydenpito oli helppoa. Tiedonhaku ei myöskään tuottanut kustannuksia. Tuotos oli sähköinen, joten tulostuksesta ja tuottamisesta ei syntynyt materiaalikuluja.

Saimme erittäin hyvää palautetta tilaajalta, potilasopas oli juuri sitä, mitä he olivat ajatelleet ja toivoneet. Erityisesti he pitivät hyvänä lisänä ruoka-ainelistaa, joka varmasti hyödyttää sekä potilaita

että hoitohenkilöitä. Potilasohjeen ja opinnäytetyön lukenut erikoislääkäri piti lopputulosta hyödyllisenä sekä potilaiden että terveydenhuollon ammattilaisten kannalta, muun muassa siksi koska IC:a sairastavien määrä on ollut kasvussa.

Vaikeaa opinnäytetyön prosessin aikana on ollut saada motivoitua itsensä tekemään työtä. Erityisesti alussa tuntui hankalalta löytää ja kunnolla ymmärtää tietoa, erityisesti suomenkielisten lähteiden vähäisyydestä johtuen. Jälkeenpäin on ollut palkitsevaa nähdä työn edistyminen. Antoisaa on ollut, kun on huomannut, miten ymmärrys interstitiellistä kystiitistä on kasvanut ja syventynyt. On ollut hienoa oppia paljon uutta sairaudesta, josta harva terveystieteilijä edes tietää.

Omasta mielestämme onnistuimme opinnäytetyön teossa hyvin. Saimme koottua paljon asiaa interstitiellistä kystiitistä varsin tarkasti, mutta selvästi kerrottuna niin, että jokainen lukija pystyy ymmärtämään lukemansa. Koimme opinnäytetyömme erityisen onnistuneeksi myös siksi, että tilaaja oli erittäin tyytyväinen opinnäytetyöhön ja sen tuotokseen. Mielestämme kehittämistyön tilaajan mielipiteellä on suurin merkitys lopputuloksen arvioinnissa. Teimme potilasohjeen juuri tilaajan toiveiden mukaisesti, koska halusimme, että he kokevat sen hyödylliseksi ja vievät sen käytännön hoitotyöhön. Jo valitsessamme opinnäytetyön aihetta halusimme, että työstä on käytännön hyötyä, eikä tuotoksemme joudu arkiston syövereihin heti sen valmistuttua. Alussa tuntui, ettei lähteitä löytyisi tarpeeksi laajasti, mutta syventyessämme työhön lähteitä löytyi suhteellisen monipuolisesti ja meidän täytyi olla tarkkoina, että kirjoittaisimme vain työllemme tärkeää asiaa ja pysyisimme rajatulla alueellamme. Ajan käytössä oli pieniä ongelmia, mutta loppua kohden ymmärsimme ja osasimme myös tehdä itsellemme aikataulutuksen. Aikataulu tiukkeni loppua kohden, mutta pysyi edelleen realistisena, ja näin saimme opinnäytetyön tekemiseen hyvän tahdin.

LÄHTEET JA TUOTETUT AINEISTOT

- ANDERSON, R. ja ZINKGRAF, K. 2013. Use and Effectiveness of Complementary Therapies among Women with Interstitial Cystitis. *Urologic Nursing* 33(6), 306-311.
- ATCHLEY, M. D., SHAH, N. M. ja WHITMORE K. E. 2015. Complementary and alternative medical therapies for interstitial cystitis: an update from the United States. *Translational Andrology and Urology* 4(6), 662–667.
- BALDWIN C. M. ja HERR C. M. 2005. The impact of self-care practices on treatment of interstitial cystitis. *Urologic Nursing* 24(2), 107-113.
- BEYER J., INTERSTITIAL CYSTITIS ASSOCIATION, LAUMANN B., OSBORNE, J. ja SHORTER B. 2009. Understanding the Interstitial Cystitis/Painful Bladder Syndrome Diet. [Viitattu 2017-10-24]. Saatavissa: <http://www.ic-diet.com/pdf/The-IC-Diet.pdf>
- BORCH, M., BARON, B., DAVEY, A., HATTALA, P., KIERNAN, M., RUST, K., SCHEMPP, B.A., TRZCINSKI, B., WASILEWSKI, A. ja YOVANOVICH, J. 2011. Management of Patients with Interstitial Cystitis: A Case Study. *Urologic Nursing* 31(3), 183-189.
- BUTRICK C. W., HOWARD F. M. ja SAND P. K. 2010. Diagnosis and treatment of interstitial cystitis/painful bladder syndrome: a review. *Journal of Women's Health* 19(6), 1185-1193.
- CARRICO, D. J., SHERER, K. L. ja PETERS, K. M. The relationship of interstitial cystitis/painful bladder syndrome to vulvodynia. *Urologic Nursing* 29(4), 233-238.
- DUODECIM LÄÄKETIETOKANTA 2017. [Viitattu 2017-11-14]. Saatavissa: http://www.terveysportti.fi/terveysportti/dlr_laake.koti
- HALTSONEN, I. 2017. Havainnollistava kuva kuinka ärsykkeet, kuten kalium, pääsevät läpi vahingoittuneesta GAG-kerroksesta aiheuttaen muutoksia ja oireita. Piirroskuva.
- HOLROYD, S. 2016. Diagnosis and treatment of painful bladder syndrome. *Journal of Community Nursing* 30(6), 48-53.
- HEIKKILÄ, A., JOKINEN, P. ja NURMELA T. 2008. Tutkiva kehittäminen. Avaimia tutkimus- ja kehittämishankkeisiin terveysalalla. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.
- HYVÄRINEN, Riitta 2005. Millainen on toimiva potilasohje? [Viitattu 2017-01-23]. Saatavissa: <http://www.ebm-guidelines.com/xmedia/duo/duo95167.pdf>
- INTERSTITIAL CYSTITIS ASSOCIATION 2017a. Initial Evaluation for IC. [Viitattu 2017-11-12]. Saatavissa: <https://www.ichelp.org/diagnosis-treatment/diagnosis-of-ic/initial-evaluation-for-ic/>
- INTERSTITIAL CYSTITIS ASSOCIATION 2017b. Interstitial Cystitis and Diet. [Viitattu 2017-19-24]. Saatavissa: <https://www.ichelp.org/living-with-ic/interstitial-cystitis-and-diet/>
- INTERSTITIAL CYSTITIS ASSOCIATION 2017c. Urodynamics: What, When, Why. [Viitattu 2017-11-12]. Saatavissa: <https://www.ichelp.org/diagnosis-treatment/diagnosis-of-ic/urodynamics-what-when-why/>
- KAHN, B. ja LOMBARDI, T. 2016. Interstitial cystitis: Simplified diagnosis and treatment. *Contemporary OB/GYN* 61(5), 14-30.
- LAKI POTILAAN ASEMASTA JA OIKEUKSISTA. L 17.8.1992/785. Finlex. Lainsäädäntö. [Viitattu 2017-09-16]. Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>
- LEPPILAHTI, M., SAIRANEN, J., TAMMELA, T.L.J., AALTOMAA, S., LEHTORANTA, K ja AUVINEN, A. 2005. Prevalence of clinically confirmed interstitial cystitis in women: a population based study in Finland. *The Journal of Urology* 174(2), 581-583.
- LEPPILAHTI, M. 2016. Virtsarakon kipuoireyhtymä (interstitiaalinen virtsarakkotulehdus). [Viitattu 2017-11-19]. Saatavissa: <http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk>

- LEPPILAHTI, M. s.a. Suomen Sjögrenin syndrooma-yhdistys ry. Tutkimustuloksia virtsarakon oireista. [Viitattu 2017-09-02]. Saatavissa: <http://www.sjogreninsyndrooma.fi/artikkeli4/>
- LÄÄKETIETEEN SANASTO s.a. Terve.fi. [Viitattu 2017-11-12]. Saatavissa: <http://www.terve.fi/laaketieteen-sanasto/?search=interstiaalinen>
- MARTIN, E., SHEAVES, C. ja CHILDERS, K. 2015. Underlying Mechanisms and Optimal Treatment for Interstitial Cystitis: A Brief Overview. *Urologic Nursing* 35(3), 111-116.
- MAYO FOUNDATION FOR MEDICAL EDUCATION AND RESEARCH 2017. Interstitial Cystitis. [Viitattu 2017-11-12]. Saatavissa: <https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/interstitial-cystitis/diagnosis-treatment/drc-20354362>
- MILLER, L. ja GARDNER, A. 2012. Interstitial cystitis: A current guide to diagnosis and treatment. *JAAPA: Journal of the American Academy of Physician Assistants* 25(6), 28-32.
- NUMMI, M. ja JÄRVI, U. 2012. Hyvä potilasohje on osa toipumista. *Lääkärelehti*. (Verkkojulkaisu) [Viitattu 2017-11-02]. Saatavissa: <http://www.laakarilehti.fi/ajassa/ajankohtaista/hyva-potilasohje-on-osa-toipumista/>
- NIKNEJAD, K. ja President and Fellows of Harvard College 2011. Diagnosing and treating interstitial cystitis. *Harvard Women's Health Watch* 18(12), 4-6.
- OPETUSHALLITUS 2017. SWOT-analyysi [verkkojulkaisu]. [Viitattu 2017-03-28]. Saatavissa: http://www.oph.fi/saadokset_ja_ohjeet/laadunhallinnan_tuki/wbl-toi/menetelmia_ja_tyovalineita/swot-analyysi
- PANG, R. ja ALI, A. 2015. The Chinese approach to complementary and alternative medicine treatment for interstitial cystitis/bladder pain syndrome. *Translational Andrology and Urology* 4(6), 653-661.
- PANZERA, A. K., REISHTHEIN, J. ja SHEWOKIS, P. 2011. Sleep Disruption and Interstitial Cystitis Symptoms in Women. *Urologic Nursing* 31(3), 159-172.
- PERE, A-K. 2012. Kivulias rakko - interstiaalinen kystiitti. *Kipuviesti: Suomen kivuntutkimusyhdistyksen jäsenlehti* 1, 28-30.
- PEEKER, R. 1999. Interstitial cystitis and nephrogenic metaplasia: studies on mast cells and outcome of surgical treatment. University of Göteborg, Institute of Surgical Sciences, Department of Urology. Väitöskirja.
- POHJOIS-SAVON SAIRAANHOITOPAIKKA 2013. Opinnäytetyöt. [Viitattu 2017-11-02]. Saatavissa: <https://www.pssh.fi/opetus/hoitotyön-opetus/opinnaytetyöt>
- RUOTSALAINEN, T. ja ERIKSSON, E. 2007. Opinnäytetöiden hyöty toimeksiantajalle. Teoksessa: TOLJAMO, M. ja VUORIJÄRVI, A. 2007. Ammattikorkeakoulun opinnäytetyö kehittämiskohteena: käytännön kokemuksia ja perusteltuja puheenvuoroja. Oulun seudun ammattikorkeakoulu. Oulu: Kalevalaprint Oy, 132.
- SAIRAANHOITAJALIITTO 1996. Sairaanhoidajien eettiset ohjeet. [Viitattu 2017-09-22]. Saatavissa: <https://sairaanhoitajat.fi/jasenpalvelut/ammattillinen-kehittyminen/sairaanhoitajan-eettiset-ohjeet/>
- SAIRANEN, J. 2008. Cyclosporine A in the treatment of interstitial cystitis. Helsinki University Central Hospital. Department of Urology. Väitöskirja.
- SAIRANEN, J. 2013. Interstiaalinen kystiitti. Teoksessa: TAARI, K., AALTO, S., NURMI, M., PARPALA, T. ja TAMMELA, T. 2013. *Urologia*. 3.painos. Helsinki: Duodecim, 195-200.
- SAIRANEN, J., LEPPILAHTI, M. ja TAMMELA, T. 2016. Interstiaalisen virtsarakkotulehduksen eli virtsarakon kipuoireyhtymän hoito. *Suomen lääkärilehti - Finlands läkartidning* 71 (42), 2645-2651.
- SAVONIA-AMMATTIKORKEAKOULU 2017. TN14SA Sairaanhoidajan tutkinto-ohjelma. [Viitattu: 2017-11-08]. Saatavissa: <http://portal.savonia.fi/amk/fi/opiskelijalle/opetussuunnitelmat?yks=KS&krtid=771&tab=2>

- SCHAFFER J. 2015. The Urgency of interstitial cystitis. *Today's Dietitian* 16(2), 34-38.
- SEA J. ja TEICHMAN J. M. H. 2009. Paediatric painful bladder syndrome/interstitial cystitis: diagnosis and treatment. *Drugs* 69(3), 279-296.
- SIPIILÄ, M., MIETTINEN, M., HOLOPAINEN, A., KYNGÄS, H., TURUNEN, H., VOUTILAINEN, P. ja PÖLKKI, T. 2015. Visio sairaanhoitajan työn sisällöstä vuonna 2035. *Tutkiva Hoitotyö* 13(1), 52-55.
- STANISZ, A. M. 2001. Neurogenic inflammation: Role of substance P. [Viitattu 2017-09-19]. Saatavissa: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1567744301800338>
- TARNANEN, K., WUORELA, M., UHARI, M. ja KUKKONEN-HARJULA, K. 2015. Virtsatieinfektio (VTI). Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. [Viitattu 2017-09-22]. Saatavissa: <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/potilaalle/suositus?id=khp00038>
- TORKKOLA, S., HEIKKINEN, H. ja TIAINEN, S. 2002. Potilasohjeet ymmärrettäviksi, Opas potilasohjeiden tekijöille. Helsinki: Tammi.
- TOMMOLA, S. 2001. Interstitiellii kystiitti-potilaiden kokemuksia sairaudesta, kivusta ja itsehoidon ohjauksesta. Päijät-Hämeen sairaanhoitopiirin julkaisuja A no. 8. Lahti: Päijät-Hämeen sairaanhoitopiiri.
- VILKKA, H. ja AIRAKSINEN, T. 2003. Toiminnallinen opinnäytetyö. Kustannusosakeyhtiö Tammi. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.
- VIRTSATIEINFEKTIOT: KÄYPÄ HOITO -SUOSITUS 2015. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Nefrologiyhdistys ry:n, Kliiniset mikrobiologit ry:n, Suomen Infektiolääkärit ry:n, Suomen Kliinisen Kemian Erikoislääkäriyhdistys ry:n, Suomen Lastenlääkäriyhdistys ry:n, Suomen Urologiyhdistyksen ja Suomen yleislääketieteen yhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. [Viitattu 2017-09-22.] Saatavissa: www.kaypahoito.fi
- WENNEVIK ja GJERTRUD 2016. The Role of Glomerulations in Bladder Pain Syndrome: A Review. *The Journal of Urology* 159(1), 19-25.

LIITE 1: POTILASOHJE INTERSTITIELLI KYSTIITTIÄ SAIRASTAVALLE

INTERSTITIELLI KYSTIITTI



Ohje Teille, joka olette saanut diagnoosiksi interstitielli kystiitin.

Tämän ohjeen tarkoituksena on antaa Teille tietoa sairaudestanne ja yleisimmistä hoitomahdollisuuksista. Yhdessä hoitavan lääkärin kanssa suunnittelette, mitkä hoitomenetelmät ovat juuri Teille sopivat. Vaikka Teistä saattaa tuntua, että olette yksin kivun kanssa, muistakaa, että voitte aina halutessanne olla yhteydessä Teitä hoitavaan henkilökuntaan tai vertaistukiryhmiin. Interstitielli kystiittiä tutkitaan koko ajan lisää ja sen myötä myös tietämys sairaudesta lisääntyy ja hoitomenetelmät kehittyvät.

Mitä interstitielli kystiitti on?

Interstitielli kystiitti eli interstitiaalinen virtsarakkotulehdus on virtsarakon sairaus, johon ei liity bakteerialkuperää. Tyypillisimpiä oireita ovat tihentynyt virtsaamisen tarve ympäri vuorokauden sekä lantion seudun kipu, joka pahenee virtsarakon täytyessä ja helpottaa hetkellisesti sen tyhjetessä.

Interstitielli kystiitti on selvästi yleisempää naisilla kuin miehillä. Suomessa sitä sairastaa arviolta noin 5414* naista. Sairaus on huomattavasti yleisempää kuin aiemmin on ajateltu.

Diagnosointi

Diagnoosi perustuu muiden samankaltaisten sairauksien poissulkemiseen ja potilaan oirekuvaan. Apuna diagnoosissa voidaan käyttää oirepistekyselyitä sekä virtsaamispäiväkirjaa. Diagnoosin varmistamiseksi yleensä suositellaan virtsarakon tähytystä ja venytystä. Tämä toimenpide on sekä diagnostinen että hoidollinen.

Itsenäiset hoitomenetelmät

90 prosenttia interstitielli kystiittiä sairastavista osaa tunnistaa ravintoaineita, jotka laukaisevat oireiden pahenemiskierteen. Kuinka paljon mikäkin ruoka tai juoma aiheuttaa tai on aiheuttamatta oireita, vaihtelee yksilöllisesti. Kaikkia syitä, miksi tietyt aineet vaikuttavat oireisiin, ei vielä tiedetä tarkkaan.

Lopussa olevasta taulukosta löydätte helposti, mitkä elintarvikkeet ovat rakkoystävällisiä ja mitä kannattaa varoa.

Yhtenä itsehoitomenetelmänä on myös ns. rakkokoulutus. Siinä pyritään "normalisoimaan" rakon pidätyskykyä. Sitä voidaan esimerkiksi kokeilla pidentämällä virtsaamisväliä 15 minuutilla, ja jos se onnistuu viikon ajan, voidaan nostaa väliä taas 15 minuutilla ja niin edelleen.

Erilaiset käyttäytymismuutokset voivat myös auttaa. Tällaisia on muun muassa sellaisten toimintojen välttäminen, jotka pahentavat oireita, esimerkiksi tietynlaisten vaatteiden käyttö, tietynlainen liikunta

sekä seksuaalinen toiminta. Esimerkiksi löysemmät vaatteet voivat olla miellyttävämpiä. Lisäksi rentoutusmenetelmät, hallittu nesteiden juominen ja stressin välttäminen ovat mahdollisia parannuskeinoja.

Muut hoitomenetelmät

Lantionpohjaterapian tarkoituksena on tarkoitus vahvistaa lihaksia, jotka vaikuttavat pidätyskyyn. Terapiaa käytetään erityisesti niille, joilla ongelmaa on erityisesti tihentyneen, mutta kivuttoman virtsaamistarpeen takia tai lantiopohjaperäisen kivun kanssa.

Virtsarakon venytys voidaan tehdä spinaali- tai epiduraalipuudutuksessa tai yleisanestesiassa. Rakon venytyksessä rakkoon ruiskutetaan nestettä. Toimenpiteen yhteydessä mitataan virtsarakon tilavuutta, mikä voidaan suorittaa uudelleen vielä venytyksen jälkeen. Samalla voidaan ottaa myös koepaloja virtsarakon pinnasta.

Yli puolella potilaista oireet helpottavat melko nopeasti, jo vuorokauden kuluttua venytyksestä. Näin ollen ensimmäinen virtsarakon venytys on usein sekä diagnostinen että terapeutinen. Vaste hoidolle kestää vaihtelevia aikoja, mutta parhaimmillaan jopa vuoden. Tarvittaessa venytys voidaan toistaa uudelleen useitakin kertoja. Venytystä on kuitenkin turha tehdä potilaille, jotka eivät koe siitä olevan hyötyä oireisiin.

Venytyksen teho perustuu virtsarakon seinämän hermopäätteiden tuhoamiseen. Hermopäätteiden uudelleenkasvaminen palauttaa myös oireet, tämän takia olisi hyvä tehdä kerran viikossa omatoimista venytystä rakkokoulutuksella.

Virtsarakon huuhteluhoidolla on tulehdusta vähentävä vaikutus sekä vaikutusta hermosolujen kipua aistiviin säikeisiin, mutta muuten sen vaikutusmekanismia ei tarkkaan tiedetä. Ensin rakkoon ruiskutetaan puuduteliuosta helpottamaan kipureaktiota ja sitten 20 minuutin päästä huuhteluhoitoon käytettävää lääkeainetta, mikä annetaan olla rakossa vähintään 30 minuuttia. Huuhtelu suoritetaan viikoittain 4 – 6 kertaa ja ylläpitöhuuhteluita voidaan jatkaa 4 – 6 viikon välein, mikäli hoidolle huomataan vaste. Potilailla on hoidon jälkeisenä päivänä havaittavissa uloshengityksessä rikin tuoksu.

Sakraalisessa neuromodulaatiossa on kyse stimulaatiosta, missä ristiluun alueella olevaa hermoa ärsytetään suoraan kudokseen viedyllä elektrodilla. Sen tarkoituksena on estää rakon tuovia hermosyitä ja sen on todettu auttavan yliaktiivisen rakon oireiden hoidossa.

Kokeilujakson aikana väliaikaiset johdot kiinnitetään siteillä, joita potilas ei saa kastella. Tämä voi tehdä kokeilujakson hankalammaksi. Sen lisäksi potilaiden täytyy pitää oirepäiväkirjaa.

Leikkaushoito on viimeisin mahdollisuus, jos mikään muu hoitomenetelmä ei ole ollut riittävän tehokasta ja oireet haittaavat jokapäiväistä elämää. Leikkaushoito voidaan tehdä virtsarakon kokopistolla, osapistolla tai sitä voidaan laajentaa suolen avulla.

Kun leikkausindikaatiot ovat oikeita, noin 90 prosenttia potilaista ovat tyytyväisiä tuloksiin. Pienelle osalle potilaista saattaa jäädä leikkauksen jälkeen kuitenkin kipua lantion pohjaan, mikä on verrattavissa amputoidun raajan aavesärkyihin. Mikään leikkaus ei takaa täydellistä helpotusta oireisiin.

Psyykinen hyvinvointi

Krooninen kipu voi olla hyvin koetteleva kokemus, joten on tärkeää olla helposti yhteydessä mielen-terveysasiammattilaisiin, mikäli siihen on tarvetta. Muiden kroonisesta kivusta kärsivien tapaaminen ja heidän ymmärrys voi auttaa kivun käsittelyssä. Mahdolliset kipuryhmät sekä muut tukiryhmät ovat esimerkkejä sellaisista. Sairaudesta oppiminen voi lisätä ymmärrystä ja antaa hallinnan tunteen sairautta kohden. Lisäksi erilaiset stressinhallintamenetelmät auttavat psykososiaalisesti ja ovat hyvä apu.

Jos teille tulee kysymyksiä, voitte ottaa yhteyttä KYS:n Naisten poliklinikalle:

Uroterapeutti

Puh. 044 717 9829

ma-to klo 7.30-14.30

pe klo 7.30-13.00

Osastosihteeri

Puh. 017 172 712

ma-pe klo 8.00-11.00

Hoitaja

Puh. 044 717 2738

ma-pe klo 7.30-8.30

Vertaistukea voitte hakea:

Suomen kipu ry

<http://www.suomenkipu.fi>

IC- Facebook -ryhmä

<https://www.facebook.com/groups/interstitiellikystiitti/>

*Tilastokeskuksen 2016 väestörakenteen pohjalta laskettu, yli 15-vuotiaat naiset.



SAVONIA

Tekijät:

Inkatuuli Haltsonen ja Noora Kurri

Savonia-ammattikorkeakoulu

Terveysala, Kuopio

Hoitotyön koulutusohjelma

2017

IC-ruokalista

	Rakkoystävällisiä	Kokeile	Varo
+-merkillä merkityt ruuat on koettu erityisen rauhoittaviksi kipujakson aikana			
Juomat	vesi mehu (mustikka, päärynä) maito +/ maidon korvikkeet pirtelö (vanilja +) tee (kamomilla +, piparminttu +) munatoti (alkoholiton, ilman ongelma-aineita)	mehu (appelsiini, viinirypäle, jotkut omenat) kahvi (yrtti, kofeiiniton) tee virvoitusjuomat (kofeiinitomat, ei dietti) urheilujuomat	alkoholi (oireiden pahentamisen lisäksi monia yhteisvaikutuksia IC-lääkkeiden kanssa) vesi (hiilihappolinen, vitamiini, makeudet) mehu (karpalo, appelsiini, acai) maito (suklaa, soija) kahvi tee (vihreä, yrtti) virvoitusjuomat urheilujuomat, energiajuomat
Viljat	leipä (kaura +, maissi +, pita, peruna +, täysvehnä) murot (ilman ongelma-aineita, kaura, riisi) jauhot (vehnä, tattari) pasta riisi + muut viljatuotteet (kauraryyni, kuskus, quinoa +, speltti, hirssi) voileipäkeksi näkkileipä, hapankorppu	leipä (ruis, hapantaikina) muut viljatuotteet (amarantti)	leipä (ongelma-aineista tehdyt/paljon käsitellyt) murot (paljon makeutetut/säilöttyt/makuaineita sisältävät) jauhot (soija) pasta (valmiit ateriat) riisi (valmiit ateriat)
Rasvat ja pähkinät	pähkinät (manteli, maapähkinä, cashew) voi (manteli, maapähkinä) öljy (oliivi, kookos, soija, seesami) margariini laardi salaatinkastike (kotona tehdyt ilman ongelma-aineita)	pähkinät (makadamia, pekaani, saksanpähkinä) majoneesi siemenet (auringonkukka) tahini	pähkinät (pistaasi, pekaani, hassel) öljy salaatinkastikkeet (useimmat)
Kananmuna, liha, kala, siipikarja	kananmuna + kala + siipikarja (kana +, kalkkuna) nauta, sika, vasikka, lammas + merenelävät (simpukka, hummeri, katkarapu, ei-purkitettu rapu) maksa (nauta, kana) proteiinijauhe (hera, kananmunan valkuainen)	leikkeleet pekoni makkarat (ilman ongelma-aineita) anjovis kaviaari kasvispihvit (ilman ongelma-aineita) ilmakuivattu kinkku	pepperoni, salami purkitettu rapu savustettu kala soijatuotteet (proteiinijauhe, tofu) makkarat (useimmat)
Maitotuotteet, pakastintuotteet	juustot (mozzarella, cheddar, feta, ricotta +) tuorejuusto raejuusto + jäätelö (vanilja +) sorbetti (ei sitrus/suklaa) kermavaahto	juustot (edam, emmental, brie, homejuustot, parmesaani, Monterey Jack, sveitsiläinen) piimä kermaviili	juustot jäätelö (sitrus, suklaa, rocky road) soijatuotteet

		jugurtti (mustikka, vanilja, maustamaton) jäätelö (karamelli, kookos, mango, piparminttu)	
Hedelmät	omenat mustikat + kookos päärynä + taateli vesimeloni	banaani marjat (karhunvatukka, vadelma) herukka, kirsikat mango, persikka, aprikoosi viikuna luumu raparperi meloni (hunaja) rusina	marjat (karpalo, useat) sitrus kuivat hedelmät, rusina viinirypäleet kiivi nektariini ananas meloni (verkkomeloni) papaija, persimoni, karambola mansikka
Vihannekset ja pavut	avocado pavut (linssit, mustasilmäpapu, kikherne, pintopapu, valkoinen) porkkana +, lanttu, nauris, kurpitsa peruna, juurikas maissi +, herneet ruohosipuli, selleri, parsakaali kurkku salaatti, pinaatti sienet oliivit (musta) kukkakaali, parsakaali, ruusukaali, kaali, lehtikaali, pinaattikiinankaali persilja paprika (keltainen, punainen, oranssi) retiisi raparperi okra	pavut (mustat, kidney, voi, härkä) oliivit (vihreä) sipuli (valko, puna) tomaatti (oma kasvattamat, makeat) paprika (vihreä) purjo vesikrassi sikuri voikukka vihannesportulakka	sipuli (raaka) tomaatti suolakurkku hapankaalisoijapavut chilipaprika tofu
Keitot	omatekemät	purkkikeitot, vähänatriumiset	lihaliemet valmiskeitot
Muut naposteltavat	tavalliset perunalastut popcorn maapähkinävoi rinkeli välipalapatukat (ilman ongelmia-aineita)	donitsi lakritsi	perunalastut (maustetut) valmiskakut

Jälkiruoat ja makeiset	marjat kakku (ilman ongelma-aineita) keksit (kaura +, muro, sokeri +) juustokakku lakritsi pasteijat, piirakka muffinssi (porkkana) creme brûlée kiisseli/vanukas + vaahterasiirappi makeuttajat (sokeri, fariinisokeri, hunja+)	makeiset suklaa (valko) mehujää jääjogurtti	makeiset suklaa (maito, tumma) piirakka (pekaani, sekahedelmä) hedelmäkakku
Mausteet	maustepippuri, suola (vähäisissä määrin) anis, unikonsiemen basilika+, tilli, oregano + korianteri, timjami, rakunakumina fenkoli valkosipuli+ muskotti meirami+ rosmariini+ salvia+vaniljauute	mustapippuri kaneli (jauhettu) kumina sitruunahappo (vähäisissä määrissä) kuivattu persilja kuivattu kirveli inkivääri mallasjauho kurkuma	ketsuppi, sinappi chili, cayennepippuri paprikajauhe neilikka piparjuuri curry miso tamari etikka worcestershire-kastike
Kuitulisä-ravinteet	psyllium akaasiakuitu		psyllium (sokeriton) senna

LIITE 2: O'LEARY-SANTIN OIREKYSELYLOMAKE
(Leppilähti 2016.)

Lukekaa jokainen kysymys huolellisesti ja ympyröikää se vastausvaihtoehdon numero, joka parhaiten kuvaa kokemuksianne.

1. Kuinka usein viimeksi kuluneen kuukauden aikana Te olette tuntenut äkillisesti voimakasta virtsaamisen tarvetta?

- 0. En lainkaan
- 1. Harvemmin, kuin joka viidennellä virtsaamiskerralla
- 2. Harvemmin, kuin puolella virtsaamiskerroista
- 3. Noin puolella virtsaamiskerroista
- 4. Useammin, kuin puolella virtsaamiskerroista
- 5. Melkein aina

2. Kuinka usein viimeksi kuluneen kuukauden aikana Te olette joutunut virtsaamaan uudelleen alle kahden tunnin kuluttua edellisen virtsaamisen jälkeen?

- 0. En lainkaan
- 1. Harvemmin, kuin joka viides virtsaamiskerta
- 2. Harvemmin, kuin puolella virtsaamiskerroista
- 3. Noin puolella virtsaamiskerroista
- 4. Useammin, kuin puolella virtsaamiskerroista
- 5. Melkein aina

3. Kuinka usein viimeksi kuluneen kuukauden aikana Te olette tavallisimmin noussut virtsaamaan yöllä?

- 0. En kertaakaan yössä
- 1. Kerran yössä
- 2. Kaksi kertaa yössä
- 3. Kolme kertaa yössä
- 4. Neljä kertaa yössä
- 5. Viisi kertaa yössä

4. Onko Teillä viimeksi kuluneen kuukauden aikana tuntunut kipua tai poltetta rakossa?

- 0. Ei lainkaan
- 1. Muutaman kerran
- 2. Melko usein
- 3. Tavallisesti
- 4. Melkein aina

0–3 pistettä on normaali, 4–6 lievä, 7–11 kohtalainen ja 12 tai yli on vaikea oireisto.

LIITE 3: O'LEARY-SANTIN HAITTAKYSELYLOMAKE
(Leppilähti 2016.)

Kuinka paljon viimeisen kuukauden aikana kukin seuraavista oireista on aiheuttanut Teille haittaa?

1. Tiheä virtsaaminen päiväsaikaan?

- 0. Ei ole lainkaan haitannut
- 1. Haitannut hyvin vähän
- 2. Haitannut vähän
- 3. Haitannut kohtalaisesti
- 4. Haitannut kovasti

2. Nouseminen yöllä virtsaamaan?

- 0. Ei ole lainkaan haitannut
- 1. Haitannut hyvin vähän
- 2. Haitannut vähän
- 3. Haitannut kohtalaisesti
- 4. Haitannut kovasti

3. Äkillisesti ilmaantuva virtsaamisen tarve?

- 0. Ei ole lainkaan haitannut
- 1. Haitannut hyvin vähän
- 2. Haitannut vähän
- 3. Haitannut kohtalaisesti
- 4. Haitannut kovasti

4. Rakossa tuntuva polte, kipu, vaiva tai paine?

- 0. Ei ole lainkaan haitannut
- 1. Haitannut hyvin vähän
- 2. Haitannut vähän
- 3. Haitannut kohtalaisesti
- 4. Haitannut kovasti

0–3 pistettä on normaali, 4–6 lievä, 7–11 kohtalainen ja 12 tai yli on vaikea haitta.

LIITE 4: KUOPION YLIOPISTOLLISELTA SAIRAALALTA HAETTU LUPAHAKEMUS



Pohjois-Savon sairaanhoitopiiri

Ammattikorkeakoulu- ja ammatillisen oppilaitoksen opiskelijoiden opinnäytetyön lupahakemus 1 (3)

Nro 16 / 20 17

Hakemuksen käsittely on kuvattu hallinnollisessa ohjeessa "Opiskelijoiden opinnäytetyöt KYSissä". Hakemukseen liitetään opinnäytetyön suunnitelma aineistonkeruulomakkeineen, saatteineen ja rahoitussuunnitelma.

HAKIJA

Opinnäytetyön tekijä(t)

Noora Kurri

Huuhankatu 14 B15, Kuopio, 0449790614,
noora.kurri@edu.savonia.fi

Nimi

Osoite, puh, s-posti

Inkatuuli Haltsonen

Neulamäentie 3 H56, Kuopio, 0405449339,
inkatuuli.haltsonen@edu.savonia.fi

Nimi

Osoite, puh, s-posti

Nimi

Osoite, puh, s-posti

Opiskelupaikka

 AMK mikäSAVONIA-AMK
OY muu mikä

Suoritettava tutkinto

Sairaanhoitaja tutkinto-ohjelma

OPINNÄYTETYÖOpinnäytetyön nimi Interstiitelli kystiitti -potilasohjeen laatiminen

Opinnäytetyön lyhyt kuvaus (mm. tutkimuksen tarkoitus, kohderyhmä ja tutkimusmenetelmät) sekä julkaisusuunnitelma (maksimissaan 300 sanaa)

Opinnäytetyö tehdään kehittämistyönä, jonka tarkoituksena on suunnitella ja tehdä potilasohje Interstiitelli kystiittiä sairastaville potilaille. Opinnäytetyö julkaistaan kirjallisuuskirjasto Theseus-tietokannassa. Potilasohjeen muokkaamis- ja käyttöoikeudet annetaan Kuopion yliopistolliselle sairaalalle työn valmistuttua, jotta osaston henkilökunta voi muokata potilasohjetta myöhemmin.

Opinnäytetyö on

 amk-tutkinto muu,mikä

Opinnäytetyön kokonaisaikataulu

Aikataulu KYSissä

työn arvioitu valmistumisaika joulukuussa 2017

Kustannukset

 Arvio KYSille koituvista kustannuksista

€

Tarkempi kustannuserittely esitettävä erillisellä liitteellä.

 Ei aiheuta kustannuksia KYSille

Tutkimuseettisen toimikunnan lausunto	
<input type="checkbox"/> annettu <input type="checkbox"/> käsitellyssä <input checked="" type="checkbox"/> ei ole haettu	
Toimikunta _____	Lausunto nro _____ pvm _____
Johtajaylilääkärin lupa rekisteritutkimuksia varten pvm _____	
<input type="checkbox"/> annettu <input type="checkbox"/> käsitellyssä <input checked="" type="checkbox"/> ei ole haettu	
Henkilöstöjohtajan puolto henkilökuntaa koskevia opinnäytetöitä varten pvm _____	
<input type="checkbox"/> annettu <input type="checkbox"/> käsitellyssä <input checked="" type="checkbox"/> ei ole haettu	
Opinnäytetyön tuotoksen käyttöoikeus luovutetaan KYSille	
<input checked="" type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/> ei	
ALLEKIRJOITUS JA SITOUMUS	
Allekirjoittaneet opinnäytetyöntekijät sitoutuvat noudattamaan palveluyksikön esimiesten antamia ohjeita, sairaalan yleisiä sääntöjä sekä salassapito- ja vaitiolovelvollisuutta ja lähettämään valmiin opinnäytetyön yksikköön, jossa tutkimus on tehty, sekä luvan myöntäjälle.	
04 / 10 2017	
	
Opinnäytetyöntekijän allekirjoitus	Opinnäytetyöntekijän allekirjoitus
Noora Kurri	Inkatuuli Haltsonen
Nimen selvennys	Nimen selvennys
Opinnäytetyöntekijän allekirjoitus	Opinnäytetyöntekijän allekirjoitus
Nimen selvennys	Nimen selvennys
OPINNÄYTETYÖN OHJAAJAT	
	
Ohjaajan allekirjoitus	Ohjaajan allekirjoitus
Pirjo Kinnunen	
Nimen selvennys	Nimen selvennys
Osoite, puhelin, s-posti	Osoite, puhelin, s-posti
Pirjo.kinnunen@ravonia.fi	

3 (3)

PÄÄTÖS	
<input checked="" type="checkbox"/>	Myönnän tutkimusluvan
<input checked="" type="checkbox"/>	Palveluyksikön / -alueen ylihoitajan päätös nro
<u>13</u> , <u>11</u> 20 <u>17</u>	<u>16/2017</u>
	<u>Jamari Pitkanen</u>
	Allekirjoitus
	<u>Taina Pitkanen</u>
	Nimen selvennys
YHTEYSHENKILÖ KYSISSÄ (Palveluyksikön /-alueen ylihoitaja)	
Nimi	Työyksikkö
S-posti	Puhelin

- LIITTEET**
- Opinnäytetyön suunnitelma _____ sivua
- Rahoitussuunnitelma _____ sivua
- Muita liitteitä _____ sivua
- Opinnäytetyön ohjaussopimus _____