



TIHEÄ VIRTSAISUUS JA KIPU POTILAAN OIREINA - INTERSTITIAALINEN KYSTIITTI JA RAKKOHUUHTELU

Potilasohje

Hannele Virtanen

Taru Vuorinen

Opinnäytetyö
Joulukuu 2012
Hoitotyön koulutusohjelma
Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto

TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu
Hoitotyön koulutusohjelma
Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto

VIRTANEN HANNELE & VUORINEN TARU:
Tiheä virtaisuus ja kipu potilaan oireina - interstitiaalinen kystiitti
ja rakkohuuhtelu
Potilasohje

Opinnäytetyö 65 sivua, josta liitteitä 5 sivua
Lokakuu 2012

Interstitiaalinen kystiitti on kivulias virtsarakon krooninen sairaus. Sen pääoireisiin kuuluvat tiheä virtsaamistarve, lantion alueen ja virtsarakon kipu. Interstitiaalisen kystiitin diagnosointi on hankalaa, koska sairauden aiheuttajasta ei olla yksimielisiä. Parantavaa hoitoa sairauteen ei tällä hetkellä ole olemassa, mutta oireita voidaan lievittää erilaisten lääkkeiden ja hoitomuotojen avulla.

Opinnäytetyön tarkoituksena oli tehdä interstitiaalista kystiittiä sairastaville potilaille ohje sairaudesta ja sen hoitoon käytettävästä rakkohuuhtelusta. Opinnäytetyön teoreettinen lähtökohta etenee potilaan hoitopolun mukaisesti. Hoitopolku alkaa potilaan oireista interstitiaalisen kystiitin toteamiseen ja jatkuu sairauden hoitamiseen erilaisin keinoin. Interstitiaalinen kystiitti on krooninen kivulias sairaus ja tämän vuoksi opinnäytetyö kuvailee sitä, millaista voi elämä olla kroonisen sairauden ja kivun kanssa. Opinnäytetyön tuotoksena tehtiin potilasohje ja tämän takia käsiteltiin sitä, millainen on hyvä potilasohje.

Kolmiosainen tuotokseen perustuva opinnäytetyö interstitiaalisesta kystiitistä ja rakkohuuhtelusta tehtiin Pirkanmaan sairaanhoitopiirille. Opinnäytetyön tuotos eli kolmas osa on suunniteltu interstitiaalista kystiittiä sairastavalle potilaalle. Se on tietopaketti itse sairaudesta, sen hoidosta ja rakkohuuhtelusta. Ohjeeseen on valittu potilaan kannalta olennaisimmat asiat sairaudesta. Se on selkeä kokonaisuus, jota on helppo lukea. Työelämän toiveesta ohjeesta tehtiin tiivis.

Opinnäytetyön tavoitteena oli lisätä potilaiden ja hoitajien tietämystä interstitiaalisesta kystiitistä ja sen hoitomuodoista. Tiedon avulla potilas pystyy suhtautumaan paremmin tähän harvinaiseen sairauteen ja tieto helpottaa selviytymistä sairauden kanssa. Hoitajien saadessa lisää tietoa sairaudesta he pystyvät tukemaan ja ohjaamaan potilaita paremmin. Kehittämissuunnitelmana olisi tehdä tutkimus siitä, miten hoitajat ovat hyödyntäneet potilasohjetta ohjauksen tukena tai selvittää kyselyn avulla, miten potilasohjetta voisi kehittää.

Asiasanat: potilasohje, interstitiaalinen kystiitti, interstitiaalisen kystiitin hoito, rakkohuuhtelu, krooninen kipu

ABSTRACT

Tampereen ammattikorkeakoulu
Tampere University of Applied Sciences
Degree Programme in Nursing
Option of Public Health Nursing

VIRTANEN HANNELE & VUORINEN TARU:

Frequent urination and pain as patient's symptoms Interstitial cystitis and intravesical therapy

Written patient information

Bachelor's thesis 65 pages, appendices 5 pages
October 2012

The purpose of this study was to help patients suffering from interstitial cystitis by providing a guide on how to live with the disease and also to describe how bladder instillation is done. The care pathway of such patients forms the theoretical basis of the thesis. The thesis narrates what kind of life it is to live with a chronic disease and the pain it causes. Designing a written patient guide was a further goal here, and therefore the thesis also included a review on what is required to make a good patient guide.

This output-oriented, three-piece thesis on interstitial cystitis and bladder instillation was made for the Pirkanmaa hospital district. The guide formed the third part, and it was designed for interstitial cystitis patients. It is an information package of the illness itself, its treatment and bladder instillation. It is a coherent, compact whole which is easy to read.

The aim was to improve patients' and nurses' knowledge of interstitial cystitis and its treatments. With this information the patient is able to respond better to this uncommon disease and it also helps patient to cope with the disease. As nurses receive more information about interstitial cystitis they get better at assisting and guiding patients. As a development suggestion, one could study how nurses have taken advantage of the written patient information to support guidance or to find out with an inquiry how the written patient information could be improved.

Key words: written patient information, interstitial cystitis, treatment of interstitial cystitis, intravesical therapy, chronic pain

SISÄLLYS

1	JOHDANTO	5
2	TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITTEET	7
3	TEOREETTINEN LÄHTÖKOHTA.....	8
	3.1 Interstitiaalinen kystiitti	9
	3.2 Interstitiaalisen kystiitin oireet	9
	3.3 Interstitiaalisen kystiitin toteaminen.....	10
	3.4 Interstitiaalisen kystiitin hoito.....	10
	3.5 Potilasohje	11
4	TUOTOKSEEN PAINOTTUVA OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN	13
	4.1 Tuotokseen painottuva opinnäytetyö.....	13
	4.2 Kirjallinen ohje potilaalle.....	14
	4.3 Tuotoksen ulkoasu ja sisältö	15
	4.4 Opinnäytetyöprosessi ja sen vaiheet.....	17
5	PÄÄTÄNTÄ.....	20
	5.1 Luotettavuus	20
	5.2 Eettisyys.....	21
	5.3 Pohdinta.....	22
	5.4 Kehittämisehdotukset.....	24
	LÄHTEET.....	25

1 JOHDANTO

Interstitiaalinen kystiitti (IC, Cystitis interstitialis eli interstitiellinen kystiitti) on virtsarakon krooninen limakalvosairaus, jonka aiheuttaja on epäselvä. Sairaudesta käytetään myös nimitystä ärtynyt virtsarakko. Se on kivulias sairaus, jonka oireisiin kuuluu muun muassa tiheä virtsaamistarve ja pienentynyt rakon tilavuus. Diagnosointi eli sairauden toteaminen on hankalaa, koska tällä hetkellä ei ole yksimielisyyttä siitä mitä löydöksiä sen toteamiseen tarvitaan. Tämän vuoksi se diagnosoidaan usein väärin virtsatieinfektioksi, koska oireet ovat samankaltaisia. Valtaosa sairastuneista on naisia, sillä se on 10 kertaa yleisempää naisilla kuin miehillä. On arvioitu, että Suomessa 100 000 naisesta interstitiaalista kystiittiä sairastaa jopa 450. (Leppilahti 2002, 9-11.) Tässä opinnäytetyössä käytetään sairaudesta jatkossa nimitystä interstitiaalinen kystiitti.

Interstitiaalinen kystiitti on Suomessa melko tuntematon sairaus, josta ei ole paljon suomenkielistä tietoa. Tämän vuoksi interstitiaalista kystiittiä sairastavan potilaan saattaa olla hankala löytää tietoa omasta sairaudestaan, koska siitä on kirjoitettu pääasiassa englanninkielellä. Tämä korostaa suomenkielisen potilasohjeen merkitystä, koska sen avulla voidaan lisätä potilaan tietämystä sairaudesta ja sen hoidosta. Liimataisen, Hautalan ja Perkon (2005, 49) mukaan potilaat haluavat tietää enemmän omista sairauksistaan ja niiden hoidosta. Potilas voi olla entistä itsenäisempi saadessaan enemmän tietoa hoitoonsa liittyvistä asioista (Torkkola, Heikkinen & Tiainen 2002, 35). Potilaalta odotetaan nykyään entistä parempia itsehoitotaitoja, sillä hoitoajat lyhenevät ja ohjausaika saattaa lyhentyä hoitajien kiireisen työtahdin vuoksi. Tämän vuoksi kirjallinen ohjausmateriaali toimii tärkeänä tukena suullisessa potilasohjauksessa. (Kyngäs ym. 2007, 124.) Tämä opinnäytetyö on ajankohtainen ja työelämälähtöinen, koska Pirkanmaan sairaanhoitopiirillä ei ole kirjallista ohjetta potilaalle interstitiaalisesta kystiitistä ja rakkohuuhtelusta.

Opinnäytetyön tarkoituksena on tehdä interstitiaalista kystiittiä sairastaville potilaille ohje sairaudesta ja sen hoitoon käytettävästä rakkohuuhtelusta Pirkanmaan sairaanhoitopiirille. Rakkohuuhtelu on yksi interstitiaalisen kystiitin

hoitomuodosta, jota on alettu toteuttamaan Pirkanmaan sairaanhoitopiirissä yliopistosairaalan lisäksi myös ympäristökuntien terveyskeskuksissa. Tästä opinnäytetyöstä hoitaja voi saada tietoa interstiaalisesta kystiitistä, mikäli se on ennestään tuntematon. Tämän myötä hoitaja pystyy paremmin ymmärtämään ja tukemaan potilasta.

Opinnäytetyö koostuu kolmesta osasta. Ensimmäinen osa on tuotokseen painottuvat opinnäytetyön raportti, jossa kuvaillaan opinnäytetyön vaiheita ja se kertoo opinnäytetyön sisällöstä. Toisessa osassa on teorian tietoa sairaudesta ja sen hoidosta. Näiden lisäksi teoriaosuudessa kuvataan millaista elämä voi olla kroonisen kivun kanssa. Potilasohje on opinnäytetyön kolmas osa, joka on koottu toisen osan teorian tiedosta. Siihen on valittu potilaan kannalta keskeisimmät asiat. Ohje keskittyy siihen millainen sairaus interstiaalinen kystiitti on, miten se todetaan ja miten sitä hoidetaan sekä millaisia itsehoitokeinoja potilaalla on.

2 TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITTEET

Opinnäytetyön tarkoituksena on tehdä interstiaalista kystiittiä sairastaville potilaille ohje sairaudesta ja sen hoitoon käytettävästä rakkohuuhtelusta Pirkanmaan sairaanhoitopiirille.

Opinnäytetyön tehtävät:

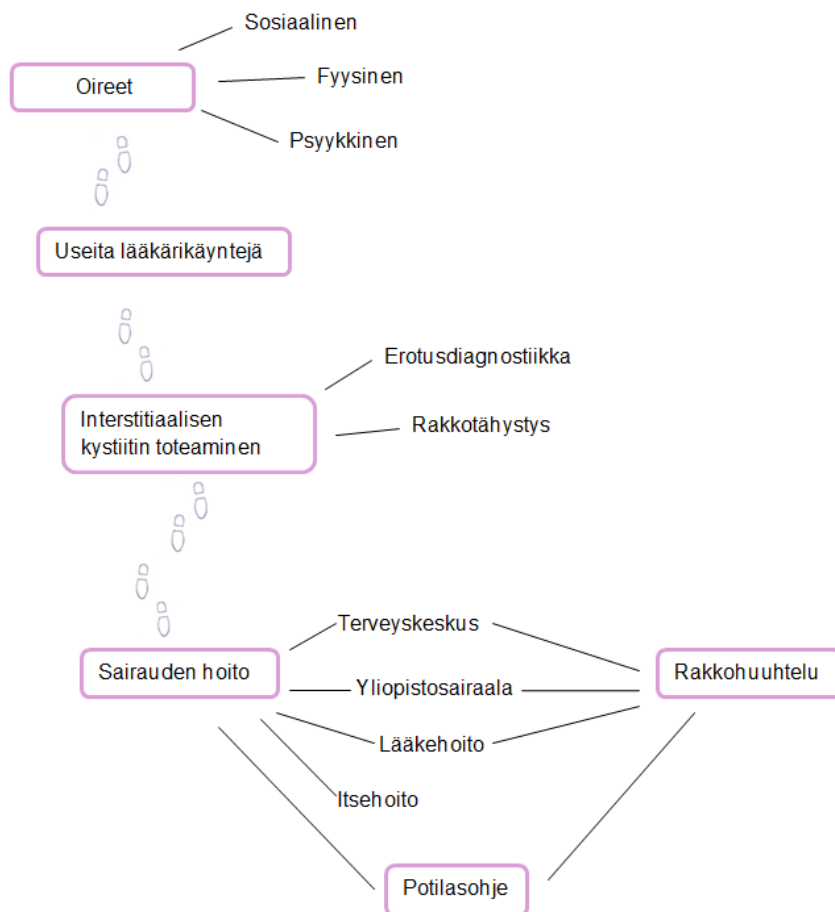
1. Millainen sairaus on interstiaalinen kystiitti ja mistä se johtuu?
2. Miten hoidetaan interstiaalista kystiittiä sairastavaa potilasta?
3. Miten rakkohuuhtelu tehdään potilaalle?
4. Millainen on hyvä potilasohje?

Opinnäytetyön tavoitteena on lisätä potilaiden ja hoitajien tietämystä interstiaalisesta kystiitistä ja sen hoitomuodoista. Tieto auttaa potilasta suhtautumaan tähän harvinaiseen sairauteen ja helpottaa selviytymistä sen kanssa. Hoitajan saadessa lisää tietoa sairaudesta, hän pystyy tukemaan ja ohjaamaan potilasta paremmin. Opinnäytetyötä tehdessä saadaan itse tietoa kyseisestä sairaudesta ja lisätään omaa ymmärrystä siitä, miten tukea ja ohjata kroonista sairautta sairastavaa potilasta.

3 TEOREETTINEN LÄHTÖKOHTA

Tämä opinnäytetyö käsittelee interstiaalista kystiittiä ja tarkoituksena on tehdä interstiaalista kystiittiä sairastaville potilaille ohje sairaudesta ja sen hoitoon käytettävästä rakkohuuhtelusta Pirkanmaan sairaanhoitopiirille. Opinnäytetyön teoreettisena lähtökohtana on interstiaalista kystiittiä sairastavan potilaan hoitopolku.

Opinnäytetyön keskeisimmiksi käsitteiksi nousivat interstiaalista kystiittiä sairastavan potilaan hoitaminen ja yhtenä hoitomuotona käytettävä rakkohuuhtelu. Lisäksi opinnäytetyössä käsitellään millainen sairaus interstiaalinen kystiitti on, miten se todetaan ja millainen on hyvä ohje potilaille. Kuviossa näkyy teoreettinen lähtökohta, joka etenee potilaan hoitopolun mukaisesti (kuvio1).



KUVIO 1. Interstiaalista kystiittiä sairastavan potilaan hoitopolku

3.1 Interstitiaalinen kystiitti

Interstitiaalinen kystiitti on krooninen urologinen sairaus. Urologisiin sairauksiin kuuluvat naisten ja miesten virtsaelinsairaudet (Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri 2008). Se on harvinainen, mutta kuitenkin oletettua yleisempi oireyhtymä. Suurin osa potilaista on diagnosoimattomia, eivätkä he saa oireisiinsa mitään helpottavaa hoitoa. (Leppilahti 2010.) Ruudun (2002, 187) mukaan on tyypillistä, että sairautta yli- ja alidiagnosoidaan.

3.2 Interstitiaalisen kystiitin oireet

Hoitoon hakeutuminen alkaa oireista. Sairauden toteamisen jälkeen oireita pyritään lievittämään erilaisten hoitokeinojen avulla. Leppilahden (2002) mukaan interstitiaalinen kystiitti voi alkaa missä iässä tahansa, mutta yli neljännes potilaista on alle 30-vuotiaita oireiden alkaessa. Keskimäärin oireet ilmenevät noin 42 vuoden iässä. Sairaus on kymmenen kertaa yleisempää naisilla kuin miehillä, eikä siihen toistaiseksi ole parantavaa hoitoa. (Leppilahti 2002, 11, 16.) Sairanen (2008, 15) toteaa, että perinteisen ajattelun mukaan miesten sairastavuus suhde naisiin verrattuna on kymmenen kertaa pienempi. Viime aikoina on laskettu, että suhde olisi yhden suhde viiteen. Suhdelukujen suuren vaihtelevuuden ajatellaan johtuvan sairauden diagnostiikassa käytettävistä menetelmistä ja kriteerien ristiriidasta.

Interstitiaalinen kystiitti vaikuttaa ihmiseen fyysisesti, psyykkisesti ja sosiaalisesti. Jatkuva virtsaamistarve häiritsee yöunta aiheuttaen päiväväsymystä. Se rajoittaa matkustamista ja liikkumista, joka vaikuttaa sosiaalisiin suhteisiin. Sukupuolielämä hankaloituu rakkoärsytyksen ja tarkentuneen hygienian vuoksi. Kivun itsessään koettiin uuvuttavan ja krooninen sairaus kulutti henkisiä voimavaroja. Nämä kaikki ongelmat tulivat esille Tommolan tutkimuksessa, jonka mukaan sairastuneet kokivat interstitiaalisen kystiitin vaikuttavan elämäänsä kokonaisvaltaisesti. (Tommola 2000, 52-54.) Virtsaamisongelmien on tutkittu aiheuttavan enemmän kärsimystä kuin monien muiden kroonisten sairauksien (Linnus 2012, 10).

3.3 Interstitiaalisen kystiitin toteaminen

Diagnoosi perustuu oireisiin ja rakkotähystykseen eli kystoskopiaan. Tähystyksessä virtsarakon venytyksen jälkeen rakon limakalvolla näkyy petekkioita eli verenpurkaumia ja toisinaan myös haavaumia. Interstitiaalista kystiittiä sairastavilla virtsarakon tilavuus on selvästi pienentynyt. Ensimmäisen kerran virtsaamistarve esiintyy alle 100 millilitran täytöllä ja suurin mahdollinen täyttötillavuus on alle 400 millilitraa. (Leppilahti 2010.) Erotusdiagnostiikan avulla suljetaan pois muut mahdolliset sairaudet, joita ovat muun muassa endometrioosi, kasvaimet, virtsarakontulehdus, munuaiskivet, sukupuolitaudit, miehillä krooninen prostatiitti eli eturauhasen tulehdus ja naisilla emätintulehdukset. (Metts 2001.)

3.4 Interstitiaalisen kystiitin hoito

Pääosin interstitiaalisen kystiitin hoito keskittyy yliopistosairaaloihin, joissa on sairauteen erikoistuneita urologeja. Siellä diagnosoidaan sairaus ja kokeillaan erilaisia hoitomuotoja. Kun sopiva hoitomuoto on löytynyt, voidaan hoitoa siirtää myös perusterveydenhuoltoon. Esimerkiksi muutama vuosi sitten rakkohuuhteluhoitoja alettiin siirtää Pirkanmaan sairaanhoitopiirissä ympäristökuntien terveyskeskuksiin. Näin potilaan ei tarvitse matkustaa pitkiä matkoja saadakseen sopivaa hoitoa. (Pekki 2012.)

Interstitiaalisen kystiitin hoidossa tärkeää on hyvä ja jatkuva hoitosuhde saman lääkärin kanssa (Linnus 2012, 10). Jokaisen potilaan hoitoon osallistuvan tulisi muistaa psyykkisen tuen merkitys sairauden hoidossa, koska Suomessa tuntematon sairaus herättää potilaassa monenlaisia tunteita. Tommolan (2000, 48) tutkimuksessa selvisi, että useat potilaat olivat kohdanneet epäilyjä siitä, että kyseessä olisi luulotauti.

Sairauden myötä potilas oppii tunnistamaan mitkä asiat pahentavat oireita ja millä keinoin niitä voi helpottaa. Joissakin tapauksissa ruokavaliolla on vaikutusta oireiden esiintyvyyteen esimerkiksi happamat tai mausteiset ruuat voivat pahentaa oireita. (Leppilahti 2010.) Hormonaalisilla tekijöillä kuten PMS

(premenstrual syndrome) eli kuukautisia edeltävillä oireilla ja matalahormonisilla tiloilla on todettu olevan yhteys oireiden pahenemiseen (Tommola 2000, 7). Interstitiaaliseen kystiittiin on olemassa monia erilaisia lääkkeitä ja hoitomahdollisuuksia. Erilaisten lääkkeiden ja hoitojen avulla yritetään löytää potilaalle paras mahdollinen oireita lievittävä hoitomuoto. Virtsarakon venytys on vanhin ja yhä edelleen käytössä oleva hoitomuoto. Pitkäkestoiset rakon venytykset kuitenkin vaurioittavat virtsarakkoa ja arpeuttavat sitä pienemmäksi. Lääkehoitoina käytetään tulehduskipulääkkeitä, keskushermostoon vaikuttavia sentraalisia kipulääkkeitä, mielialalääkkeitä ja siklosporiinia. Huuhteluhoitoja on erilaisia esimerkiksi DMSO eli dimetyylisulfoksidi, hyaluronihappo ja BCG-huuhtelu eli Bacillus Calmette-Guérin. Rakkohuuhtelussa käytettyjen lääkeaineiden mukaan määrittyy kuinka usein huuhteluja tehdään. (Leppilähti 2010.)

3.5 Potilasohje

Potilasohje on osa terveystiedotusta ja se kirjoitetaan usein kohdeviestintänä ennalta määritetyille ryhmälle (Torkkola ym. 2002, 22). Torkkola ym. (2002) on määritellyt laajasti terveystiedotuksen pitävän sisällään kaiken terveyden, sairauten, lääketieteeseen ja terveydenhuoltoon liittyvän viestinnän. Terveystiedotus sisältää suullista ja kirjallista viestintää ja ohje toimii hoitajan suullisen potilasohjauksen tukena. Potilasohjeet antavat ohjeita ja neuvoja, jonka lisäksi ne kuvaavat ohjetta jakavan organisaation johtamistapoja ja hoitotieteellisiä. (Torkkola ym. 2002, 7, 34.) Mattilan, Ruususen ja Uolan (2006, 185) mukaan työelämä tarvitsee ohjeistavia tekstejä useissa erilaisissa tilanteissa. Ohjeesta voi tarkastaa tietoa, sillä suullinen opastaminen ja perehdyttäminen eivät läheskään aina riitä.

Hoitoaikojen lyhentymisen takia aikaa suulliseen ohjaukseen saattaa joskus jäädä vähän ja potilailta odotetaan parempia itsehoitotaitoja. Erilaisten ohjausmateriaalien merkitys sairauden hoidossa korostuu, koska potilaat haluavat paljon tietoa sairauksista ja niiden hoidosta. Potilaan yksilölliset oppimistarpeet ja voimavarat täytyy ottaa huomioon potilasohjauksessa. Tämän

vuoksi ohjausta on tukemassa monenlaisia ohjausmateriaaleja. (Liimatainen ym. 2005, 49.)

Kirjallisen potilasohjeen kirjoittamiseen on kaksi lähtökohtaa, jotka tulevat laitoksen ja potilaiden tarpeista. Potilaat saavat olennaista tietoa ja heitä ohjataan toimimaan järjestelmän hyvien ja tarkoituksenmukaisten mallien mukaan. (Torkkola ym. 2002, 35.) Potilasohjeen avulla myös potilaan omaiset ja muut läheiset ihmiset saavat tietoa ja ohjeistusta kuinka toimia. Ennen potilasohjeen kirjoittamista täytyy miettiä kenelle ohje kirjoitetaan, koska hyvä ohje puhuttelee lukijaansa (Torkkola ym. 2002, 36).

4 TUOTOKSEEN PAINOTTUVA OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN

4.1 Tuotokseen painottuva opinnäytetyö

Tuotokseen painottuva opinnäytetyö on vaihtoehto ammattikorkeakoulun tutkimukselliselle opinnäytetyölle eli kvantitatiiviselle tai kvalitatiiviselle työlle (Vilkkä & Airaksinen 2004, 9). Tuotokseen painottuva opinnäytetyö eroaa tutkimuksellisesta opinnäytetyöstä, sillä siinä hyväksytään tiedon subjektiivinen lähtökohta. Käytännöllisen ja henkilökohtaisen tiedon käyttäminen ei kuitenkaan poista tutkimuksellisen asenteen vaatimusta. (Mattila ym. 2006, 92.) Tuotokseen painottuvan opinnäytetyön tavoitteena on ohjeistaa, opastaa tai järjestää käytännön toimintaa. Lopullisena tuotoksena on aina jokin konkreettinen tuote kuten kirja, ohjeistus, tietopaketti tai tapahtuma. (Vilkkä & Airaksinen 2004, 9, 51.) Tämä opinnäytetyö on tuotokseen painottuva opinnäytetyö, jonka tuotoksena tehtiin interstitiaalista kystiittiä sairastaville potilaille ohje sairaudesta ja sen hoitoon käytettävästä rakkohuuhtelusta.

Tuotokseen painottuvassa opinnäytetyössä yhdistyvät käytännön toteutus ja raportointi. Raportti selvittää konkreettisen tuotoksen saavuttamiseksi käytettyjä keinoja. Siinä käydään läpi mitä, miksi ja miten on tehty, millainen työprosessi on ollut, millaisia tuloksia on saatu ja mihin johtopäätöksiin on tultu. (Vilkkä & Airaksinen 2004, 9, 51, 65.) Mattila ym. (2006) toteaa, että raporttiin voidaan kirjata miten asiat ovat edenneet. Usein raportti sisältää arvioivaa tekstiä ja siitä voidaan päätellä miten tehtävästä on suoriuduttu. (Mattila ym. 2006, 177.) Omat argumentoinnit eli perustelut tulee todistaa kirjallisilla lähteillä ja tutkimuksilla. Tuotokseen painottuvassa opinnäytetyössä kuuluu raportin lisäksi produkti eli tuotos. (Vilkkä & Airaksinen 2004, 65-66.)

Tuotokseen painottuvassa opinnäytetyössä tuotos on työn olennaisin osa. Tärkeää on osien yhteensopivuus ja tasapainoisuus. (Mattila ym. 2006, 92.) Tuotoksen ensisijaisia kriteerejä ovat tuotteen käytettävyys kohderyhmässä, asiasisällön sopivuus kohderyhmälle, informatiivisuus, selkeys ja johdonmukaisuus. Tuotos kirjoitetaan eri tyylillä kuin raportti, koska siinä

puhutellaan kohde- ja käyttäjäryhmää. On tärkeää pohtia tiedon luotettavuutta ja millaisista lähteistä ne on hankittu. (Vilkkä & Airaksinen 2004, 53, 65.)

4.2 Kirjallinen ohje potilaalle

Terveydenhuollon ja sairaaloiden yksi tavallisimmista asiakirjoista on potilasohje. Henkilökohtaisesti kasvokkain annettava ohjaus on tärkeässä roolissa, mutta kirjallista ohjetta tarvitaan ymmärtämisen ja mieleen painamisen avuksi. (Mattila ym. 2006, 191.) Taustalla on laki potilaan asemasta ja oikeuksista, joka takaa sen, että potilaalle on annettava selvitys terveydentilastaan, hoidon merkityksestä, eri hoitovaihtoehdoista ja niiden vaikutuksista sekä muista hänen hoitoonsa liittyvistä seikoista (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992).

Kirjallista ohjetta potilaalle laadittaessa on hyvä muistaa kohderyhmä. Kyky lukea ja noudattaa ohjetta saattavat vaihdella esimerkiksi riippuen siitä onko kyseessä nuori vai vanha lukija. (Mattila ym. 2006, 191.) Kohderyhmän huomiointi tulee esille tekstissä esimerkiksi lukijaa puhuteltaessa. Potilaan täytyy kokea ensivilkaisulta, että ohje on tehty juuri hänelle (Torkkola 2002, 36). Tämä on tärkeää, sillä se motivoi noudattamaan ohjetta paremmin. Kirjallisen ohjeen luettavuutta edistää selkeä kieliasu, tutut sanat ja lyhyet virkkeet. Ammattitermejä kannattaa välttää, koska ne ovat potilaalle vieraita. Asioiden sijoittelulla on merkitystä, tärkein asia kannattaa sijoittaa ohjeen alkuun. (Mattila ym. 2006, 191, 193.) Kirjallisella ohjeella tässä opinnäytetyössä tarkoitetaan selkeää, käytännöllistä ja potilaslähtöistä ohjetta interstitiaalista kystiittiä sairastavalle potilaalle.

Tämä opinnäytetyö on tuotokseen painottuva, joten on tärkeää osata laatia kirjallinen ohje potilaille. Potilasohjeessa tekstin tulee olla sujuvaa ja edetä loogisessa järjestyksessä. Pelkkä asiasisältö ei riitä, sillä ulkoasun täytyy olla selkeä ja helppolukuinen. (Hyvärinen 2005, 1769-1771.) Hyvät otsikoinnit ja selkeät kappalejaot auttavat potilasta lukemaan juuri nyt häntä koskettavat asiat. Ohje tulee kirjoittaa potilaan näkökulmasta ja teksti tulee kirjoittaa yleiskielen sanoilla. Sijoittamalla tärkein asia alkuun varmistetaan, että

ainoastaan alun lukeneet saavat olennaisimmin tiedon. (Torkkola ym. 2002, 39, 42, 43.) Ohjeessa olevan tiedon tulee olla ajan tasalla ja sen on oltava virheetöntä. Lukijan täytyy voida luottaa siihen, mitä ohjeessa lukee ja tieto täytyy rajata siihen, mikä on oleellista lukijan kannalta. (Liimatainen ym. 2005, 50.)

Opinnäytetyön tuotos tehtiin PSHP:n potilasohjeen mallin mukaisesti. Mattilan ym. (2006) mukaan vakiomuotoisen ohjeen etuna on se, että ulkoasu on potilaalle tuttu. Tällöin lukeminen helpottuu ja huomio keskittyy asiasisältöön. Ohjeen mallista hyötyy lisäksi sen kirjoittaja, koska näin voidaan keskittyä siihen mitä tietoja potilas tarvitsee ja miten tiedot annetaan. (Mattila ym. 2006, 193.)

4.3 Tuotoksen ulkoasu ja sisältö

Potilasohje interstitiaalisesta kystiitistä ja sen hoitoon käytettävästä rakkohuuhtelusta tehtiin ohjelehtisen muotoon, joka on kooltaan A5. Se suunniteltiin palvelemaan interstitiaalista kystiittiä sairastavaa potilasta ja siinä kerrotaan perustietoa itse sairaudesta, sen toteamisesta, hoitomuodoista ja itsehoidosta. Työelämän toiveesta ohjeesta tehtiin lyhyt ja ytimekäs. Potilasohje sovitettiin Pirkanmaan sairaanhoitopiirin mallipohjaan.

Potilasohjeen kansi on väritykseltään sinivalkoinen ja näin se mukailee Pirkanmaan sairaanhoitopiirin tunnusvärejä. Kannessa lukee potilasohjeen nimi eli Interstitiaalinen kystiitti (IC) ja rakkohuuhtelu. Potilasohjeen alussa on johdanto ohjeen sisällöstä, jonka jälkeen on sisällysluettelo. Sisällysluettelosta potilaat saavat selkeän kuvan mitä opas sisältää ja miltä sivulta asiat löytyvät. Sisällysluettelon jälkeen kerrotaan tietoa sairaudesta. Loppuun jätettiin yhdelle sivulle tilaa muistiinpanoille. Viimeisestä sivusta jätettiin pois karttakuva ja osaston yhteystiedot, koska potilasohjetta on tarkoitus antaa potilaille myös Pirkanmaan sairaanhoitopiirin ympäristökuntien terveyskeskuksissa. Tällöin potilaat saavat yhteystiedot hoitopaikasta, joka on vastuussa heidän hoidosta. Takakansi jätettiin kokonaan valkoiseksi ja sen sisäsivulle laitettiin opinnäytetyön tekijöiden ja kuvien piirtäjän nimet.

Potilasohjeessa on yhteensä 16 sivua. Fonttina käytettiin Arialia ja kirjasinkokona 14, koska se on selkeälukuinen. Rivivälinä käytettiin 1,5 ja otsikoiden alle jätettiin yksi tyhjä rivi ennen tekstin alkua. Näin tekstiä on helppo lukea, koska riviväli ei ole liian tiheä ja otsikot erottuvat paremmin varsinaisesta tekstistä. Sivujen yläreunaan lisättiin sivunumerot helpottamaan asioiden löytämistä. Sivunumerot jätettiin pois kansilehtien sivuilta.

Potilasohjeesta pyrittiin tekemään mahdollisimman helppolukuinen ja selkeä rytmittämällä tekstiä ja pohtimalla sen rakennetta. Ohje kirjoitettiin passiivissa eikä siinä sinutella tai teititellä lukijaa. Tähän päädyttiin, koska potilasohjeen kohderyhmä on laaja ja koettiin, että on parempi jättää teksti kohdistamatta. Osa tekstistä tehtiin luettelomaiseen muotoon, jotka merkittiin mustilla palloilla. Tämän koettiin helpottavan lukemista. Potilasohjeen sisältö muokattiin loogiseen järjestykseen. Se etenee potilaan hoitopolun mukaisesti sairauden toteamisesta sen hoitoon. Rytmittämällä tekstiä pyrittiin siihen, että yhdellä sivulla ei ole liikaa asiaa. Lisäksi sivuja kevennettiin aiheeseen liittyvien kuvien avulla.

Opinnäytetyön ja potilasohjeen kuvat piirsi muotoilualan opiskelija, joka luovutti kuvat opinnäytetyön tekijöiden käyttöön. Kuvien tekijä merkittiin asianmukaisesti potilasohjeeseen, jolloin tekijänoikeudet säilyvät. Pirkanmaan sairaanhoitopiiri toivoo, että potilasohjeisiin valitut kuvat eivät ole niin sanottuja täytekuvia vaan niiden tulee liittyä aiheeseen. Tästä syystä potilasohjeeseen valittiin teemaan sopivat kuvat, jotka keventävät kokonaisuutta ja tukevat tekstin sisältöä. Kuvia on yhteensä seitsemän kappaletta. Kuvat tehtiin värillisiksi, samankokoisiksi ja ne noudattavat samaa tyyliä. Sininen väri on Pirkanmaan sairaanhoitopiirin teemaväri. Tämän vuoksi potilasohjeen sivuilla on sininen reunaviiva, jonka avulla haluttiin yhtenäistää kantta ja sisäsivuja.

Potilasohjeessa ei käytetty vaikeasti ymmärrettäviä lääketieteellisiä termejä tai ammattisanastoa vaan asiat kerrottiin arkikielen sanoilla. Ohjeen sisältö kirjoitettiin niin, että potilas ymmärtäisi asiat oikein. Siinä pyrittiin korostamaan sitä, että se on suunnattu potilaille. Suun kautta otettavat lääkkeet kirjoitettiin vaikuttavien aineiden nimillä. Tämä tehtiin työelämän toiveesta, koska lääkeaineiden kauppanimet vaihtuvat nopeasti. Vaikuttavien aineiden nimet

saattavat tuntua potilaasta vierailta ja vaikeilta ymmärtää, sillä ne ovat usein pitkiä eikä niitä käytetä arkikielessä. Potilasohjeeseen ei laitettu lääkeaineiden kauppanimiä edes sulkuihin, jotta ohje pysyisi mahdollisimman pitkään ajan tasalla.

Ohjeen pääotsikkoina ovat interstitiaalinen kystiitti, toteaminen, hoito, henkinen hyvinvointi ja seksuaalisuus. Pääotsikkona olevaan hoitoon sisältyy alaotsikkoina käsitteet hoitomuodot, suun kautta otettavat lääkkeet, rakkohuuhtelu, itsehoito. Nämä otsikot valittiin, koska ne ovat oleellisia sairauden ja potilaan elämän kannalta. Suun kautta otettaviin lääkeaineisiin valittiin yleisimmät käytössä olevat. Näitä lääkeaineita käytetään eniten ja potilaat kokeilevat niitä todennäköisesti hoitonsa aikana. Rakkohuuhtelu kuvailtiin ohjeeseen tarkasti vaihe vaiheelta, koska työelämä koki sen tarpeelliseksi. Rakkohuuhtelu on yksi interstitiaalisen kystiitin yleisimmin käytössä oleva hoitomuoto ja potilaan on tärkeä tietää mistä siinä on kyse ja miten se tehdään. Itsehoito valittiin ohjeeseen, koska se on tärkeä osa potilaan hoitokokonaisuutta ja potilaan on hyvä tietää omista itsehoitomahdollisuuksistaan. Itsehoidon myötä potilaan on mahdollista vaikuttaa omiin oireisiinsa esimerkiksi niiden voimakkuuteen ja esiintymistiheyteen. Ohjeeseen otettiin mukaan henkinen hyvinvointi ja seksuaalisuus, koska näistä asioista on vaikea puhua ja ne koettiin tärkeiksi osiksi potilaan elämää.

4.4 Opinnäytetyöprosessi ja sen vaiheet

Tuotokseen painottuva opinnäytetyö voidaan tehdä projektityyppisesti työelämään (Vilkkä & Airaksinen 2004, 47). Projektia varten on koottu joukko ihmisiä ja muita resursseja, jotka tilapäisesti suorittavat tiettyä tehtävää (Ruuska 2007, 19). Projekti käynnistetään määrittelemällä tavoitteet, jakamalla tehtävät, luomalla yhteishenki ryhmälle ja laatimalla projektille suunnitelma. Suunnitteluvaiheessa laaditaan aikataulu ja kustannusarvio sekä arvioidaan resursseja. Tämän jälkeen tavoitteet muutetaan toiminnaksi ja edistymisestä raportoidaan. Tavoitteiden saavuttamiseksi projektia tulee ohjata jatkuvasti sekä varmistaa korjaustoimilla onnistunut lopputulos. Päätämävaiheessa

valmistellaan loppuraportti ja esitetään projektin lopputuloksen hyväksyntä. (Pelin 2009, 74, 81.) Tämä opinnäytetyö mukaili projektin vaiheita, koska siinä oli selkeä alku, työvaihe ja lopetus. Opinnäytetyölle suunniteltiin aikataulu, tavoitteet, sen edistymisestä raportoitiin työelämälle ja sitä ohjattiin säännöllisesti koko projektin ajan.

Opinnäytetyön tekeminen käynnistyi työelämäpalaverin jälkeen lokakuussa 2011. Työelämäpalaverissa olivat läsnä opinnäytetyön tekijöiden lisäksi työelämän edustaja, ohjaava opettaja ja opetushoitaja. Siellä sovittiin, että tehdään ohje interstitiaalisesta kystiitistä ja sen hoitoon käytettävästä rakkohuuhtelusta. Aluksi tarkoituksena oli tehdä ohje, josta sekä potilaat että hoitajat saavat tietoa sairaudesta ja sen hoitoon käytettävästä rakkohuuhtelusta. Myöhemmin aihe rajattiin potilaille tarkoitettuun ohjeeseen, koska ohje potilaille ja hoitajille olisi ollut vaikea toteuttaa. Yksi ohje, joka on tarkoitettu sekä potilaille että hoitajille, ei palvele riittävästi molempien tarpeita. Tämän vuoksi opinnäytetyöstä päätettiin tehdä kolmiosainen, jossa toinen osa sisältää tietoa interstitiaalisesta kystiitistä ja sen hoidosta. Näin mahdollistettiin työelämän toive saada hoitajille tietoa sairaudesta. Kolmas osa on potilaille suunnattu ohje interstitiaalisesta kystiitistä ja rakkohuuhtelusta.

Aiheen valinnan jälkeen keskityttiin hakemaan tietoa erilaisista lähteistä. Tiedonhankinta oli aluksi hankalaa, koska aiheesta löytyi lähinnä lääketieteellisiä tekstejä, eikä suomenkielisiä lähteitä juuri löytynyt. Ensimmäistä kertaa opinnäytetyötä esiteltiin suunnitelmaseminaarissa tammikuussa 2012. Tämän jälkeen opinnäytetyölle anottiin lupaa Pirkanmaan sairaanhoitopiiriltä. Luvan saamisen jälkeen keskityttiin jälleen tiedonhakuun, osallistuttiin tiedonhankinnan työpajaan ja kirjoitettiin teoriaosuutta. Suurin osa teoriaosuudesta kirjoitettiin keväällä ja kesällä 2012, koska syksyllä 2011 teoriaa oli hankala kirjoittaa lähteiden vähäisyyden takia. Tietoa haettiin muun muassa Nelli-portaalista, PubMed- ja CINAHL- tietokannoista sekä Google hakukoneen avulla. Lisäksi hyödynnettiin alaan liittyvää kirjallisuutta, artikkeleita ja asiantuntijahaastatteluja. Tavoitteeksi asetettiin saada toinen osa eli teoriaosuus valmiiksi kesän 2012 aikana, jotta potilasohjeen työstämiseen jäisi riittävästi aikaa. Tämä tavoite saavutettiin ja syksyllä 2012 keskityttiin potilasohjeen ja raporttiosuuden tekemiseen.

Potilasohjeen rakennetta ja sisältöä alettiin työstää kesällä 2012. Syksyllä 2012 kirjoitettiin ohjeen varsinainen teksti, jonka jälkeen hankittiin aiheeseen liittyvät kuvat. Tekstiä hiottiin yhdessä työelämän kanssa koko syksyn ajan. Potilasohjeen tekemisen aikana pidettiin erityisen tiivistä yhteyttä työelämään ja potilasohjetta muokattiin heiltä saadun palautteen mukaisesti. Potilasohje annettiin luettavaksi ulkopuolisille henkilöille, joilta saatiin palautetta ohjeen sisällön ymmärrettävyydestä ja selkeydestä. Potilasohje saavutti lopullisen muotonsa syyskuussa 2012. Tämän jälkeen varmistettiin työelämän lopullinen hyväksyntä ohjeelle ja potilasohje vietiin painatukseen lokakuussa 2012.

Opinnäytetyö eteni sovittujen aikataulujen mukaisesti. Opinnäytetyö seminaarit rytmittivät työn tekemistä ja sovittuja palautuspäivämääriä noudatettiin. Työ eteni säännöllisesti koulun ohella, mutta ohjattujen harjoittelujen aikana kirjoittaminen osoittautui liian raskaaksi. Koko opinnäytetyöprosessin ajan työelämään pidettiin yhteyttä. Valmis opinnäytetyö luovutettiin lokakuussa 2012. Tämän jälkeen opinnäytetyötä esitettiin Tampereen ammattikorkeakoululla sekä työelämässä.

5 PÄÄTÄNTÄ

5.1 Luotettavuus

Opinnäytetyötä tehdessä täytyy noudattaa hyvää tieteellistä käytäntöä. Tutkimuseettinen neuvottelukunta on laatinut ohjeen hyvästä tieteellisestä käytännöstä, jonka mukaan tutkijan tulee muun muassa noudattaa rehellisyyttä, yleistä huolellisuutta ja tarkkuutta tutkimustyössä. Näiden lisäksi täytyy ottaa huomioon muiden tutkijoiden työ ja kunnioittaa heidän saavutuksiaan. Tutkimus täytyy suunnitella, toteuttaa ja raportoida huolellisesti. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2002.)

Tässä opinnäytetyössä pyrittiin noudattamaan hyvää tieteellistä käytäntöä. Opinnäytetyö on käynyt läpi Urkund -plagiointiohjelman, joka takaa lähteiden oikeaoppisen käytön ja alkuperäisten lähteiden kunnioituksen. Opinnäytetyössä pyrittiin käyttämään ensisijaisia lähteitä, jolloin vältetään tiedon vääristymiseltä. Lähdemerkinnät merkittiin asianmukaisesti tekstiin ja lähdeluetteloon. Opinnäytetyöhön pyrittiin valitsemaan tuoreita ja luotettavia lähteitä. Tuoreina lähteinä tässä opinnäytetyössä tarkoitetaan lähteitä, jotka ovat alle 10 vuotta vanhoja. Yksittäiset lähteet ovat hieman vanhempia, mutta niitä käytettiin, koska ne ovat työn kannalta tärkeitä.

Opinnäytetyössä käytettiin lähteinä muun muassa artikkeleita, kirjoja, tutkimuksia ja verkkolähteitä. Osa lähteistä on kansainvälisiä, joiden suomentamisen apuna käytettiin sanakirjoja. Suomentaminen saattoi vaikuttaa työn luotettavuuteen, koska vieraalla kielellä kirjoitettuja lääketieteellisiä sanoja on vaikea ymmärtää ja suomentamisessa tuli mahdollisesti virheitä. Suomentamisen lisäksi kansainvälisten lähteiden luotettavuuteen vaikuttaa niiden alkuperä. Aina ei voi olla varma, onko sivusto luotettava ja kuka sitä ylläpitää. Lähteet pyrittiin valitsemaan mahdollisimman luotettavilta sivustoilta ja niitä valittaessa pidettiin mielessä lähdekritiikki. Lähteinä ei käytetty muita ammattikorkeakoulun opinnäytetöitä, mutta niitä lukemalla otettiin mallia opinnäytetyön rakenteeseen ja sisältöön.

Opinnäytetyön tuotoksena tehtiin ohje, joka suunnattiin potilaille. Potilasohjetta kirjoitettaessa mietittiin sanamuotoja ja sisältöä tarkasti, jotta se olisi potilaille mahdollisimman ymmärrettävä. Opinnäytetyötä tehdessä haastateltiin työelämän asiantuntijoita. Heitä käytettiin lähteinä ja he kommentoivat potilasohjetta. Asiantuntijoina käytettiin henkilöitä, jotka ovat tutkineet interstitiaalista kystiittiä, ja heillä on kokemusta interstitiaali kystiittiä sairastavan potilaan hoidosta. Heiltä saatiin arvokkaita kommentteja, jotka lisäävät opinnäytetyön käytännönläheisyyttä ja luotettavuutta. Myös ulkopuoliset henkilöt lukivat potilasohjetta ja antoivat kommentteja ohjeen ymmärrettävyydestä ja selkeydestä. Tällä pyrittiin varmistamaan, että ohje on potilaille sopiva ja käytännöllinen.

Opinnäytetyön edetessä hyödynnettiin ohjaavalta opettajalta saatua palautetta. Palaute ohjasi sisällön valinnassa ja antoi uusia näkökulmia mietittäväksi. Työelämältä saatiin palautetta teorian tiedon oikeaoppisuudesta ja se antoi käytännön näkökulmia työn sisältöön. Opinnäytetyöprosessin puolivälissä opponetti vaihtui ja juuri ennen opinnäytetyön luovuttamista opponetti vaihtui takaisin alkuperäiseen opponenttiin. Tämän takia yhteistyö opponentin kanssa ei ollut jatkuvaa, eikä palautetta opinnäytetyöstä tai korjausehdotuksista voitu hyödyntää ennen valmiin opinnäytetyön luovutusta opettajalle, opponentille ja työelämälle.

5.2 Eettisyys

Kankkunen ja Vehviläinen-Julkunen (2009,172) toteavat, että kaiken tieteellisen toiminnan ydin on tutkimuksen eettisyys. Tutkimusetiikka käsittää muun muassa aineiston hankintaa ja soveltamiseen liittyviä kysymyksiä (Kuula 2006, 25). Tutkijan tekemät eettiset ratkaisut tulevat esille aiheen valinnassa ja tutkijan on mietittävä aiheen hyödyllisyyttä (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 176-177). Opinnäytetyön aihe valittiin, koska se koettiin mielenkiintoiseksi ja tarpeelliseksi. Tämä opinnäytetyö on hyödyllinen ja käytännönläheinen, koska sen tuotoksena tehtiin potilasohje, jolle työelämässä oli tarvetta. Potilasohjeen merkitys on suuri interstitiaalista kystiittiä sairastaville potilaille, koska suomenkielistä tietoa sairaudesta on niukasti.

Pietarinen (2002) on esittänyt tutkijoille eettisen vaatimuksen listan, joka sisältää kahdeksan kohtaa. Vaatimukseen kuuluu muun muassa älyllinen kiinnostus, tunnollisuus ja rehellisyys. (Pietarinen 2002, 58, 60, 65.) Vaatimusten mukaan tutkijan tulee olla aidosti kiinnostunut uudesta informaatiosta, paneuduttava siihen, että tieto on mahdollisimman luotettavaa (Pietarinen 2002, 60). Tämän opinnäytetyöprosessin aikana kiinnostus uuteen tietoon ja motivaatio opinnäytetyön tekemiseen pysyivät yllä alusta loppuun saakka. Opinnäytetyöhön käytetyt tiedot pyrittiin hankkimaan luotettavista lähteistä ja tiedon luotettavuus tarkistettiin työelämän asiantuntijoiden avulla. Rehellisyyden vaatimuksella tarkoitetaan, että tutkija ei käytä epärehellisiä keinoja tutkimusta tehdessään (Pietarinen 2002, 65). Rehellisyyttä noudatettiin jatkuvasti opinnäytetyötä tehtäessä. Opinnäytetyöhön käytetyt lähteet merkittiin tekstiin asianmukaisesti, eikä toisen kirjoittamaa tekstiä käytetty omana.

Hyvään tutkimuseettiseen käytäntöön kuuluu, että tutkittavat tietävät tutkimuksesta, he osallistuvat siihen vapaaehtoisesti ja heillä on mahdollisuus kieltää itsen koskevan aineiston käyttö (Tuomi & Sarajarvi 2009, 131). Opinnäytetyössä käytettiin lähteenä asiantuntijahaastattelua, koska se yhdistää käytännön tietoa opinnäytetyöhön ja tuo tarkennuksia tähän spesifiin eli tiettyyn ja tarkkaan aiheeseen. Asiantuntijoilta pyydettiin lupa haastatteluun, kirjoitettu teksti näytettiin heille ja heiltä saatiin lupa tekstin julkaisemiseen.

5.3 Pohdinta

Työelämästä tullut opinnäytetyön aihe tukee ammatillista kasvua ja sitä tehdessä voi peilata omien tietojen ja taitojen riittävyyttä työelämään (Vilkkä & Airaksinen 2004, 17). Opinnäytetyön aihe valittiin, koska interstitiaalinen kystiitti oli ennestään tuntematon sairaus ja siksi kiinnostava. Opinnäytetyöprosessin aikana tapahtui ammatillista kasvua ja valmistautumista työelämään. Opinnäytetyötä tehdessä opittiin projektin suunnittelua ja toteuttamista, yhteistyötä sekä kirjallisen työn tekemistä, noudattaen sille asetettuja vaatimuksia. Opinnäytetyötä tehdessä perehdyttiin interstitiaaliseen kystiittiin, sen hoitomuotoihin ja kroonista sairautta sairastavan potilaan elämään. Tämän myötä saatiin näkemystä siihen, kuinka tärkeä rooli hoitajalla on kroonista

sairautta sairastavan potilaan tukena ja tiedonlähteenä. Tätä opinnäytetyötä tehdessä saatiin ymmärrystä siitä, kuinka tulevina sairaanhoitajina ohjata ja tukea kroonista sairautta sairastavaa potilasta.

Alussa hankaluuksia oli teoreettisen lähtökohdan muodostamisessa. Haasteena oli saada kaikki interstitiaaliseen kystiittiin liittyvät asiat selkeään ja johdonmukaiseen muotoon. Idea potilaan hoitopolusta selkeytti koko työn rakennetta ja teoriaosuus saatiin koottua sen mukaisesti. Opinnäytetyölle asetetut tavoitteet, tehtävät ja tarkoitus pysyivät muuttamattomina koko prosessin ajan.

Opinnäytetyön vastaa sille asetettuja tarkoitusta ja tehtäviä, koska teoriaosuudessa käsitellään millainen sairaus interstitiaalinen kystiitti on, mistä se johtuu ja miten sitä hoidetaan. Potilasohje puolestaan käsittelee interstitiaalista kystiittiä, sen hoitoa ja sitä miten rakkohuuhtelu toteutetaan potilaalle. Opinnäytetyön tavoitteena oli lisätä potilaiden ja hoitajien tietämystä interstitiaalisesta kystiitistä ja tiedon myötä auttaa heitä suhtautumaan sairauteen paremmin. Teoriaosuutta kirjoitettaessa mietittiin sairautta laajemmin, ja siihen perehdyttiin virtsateiden rakenteesta alkaen, koska se on oleellinen osa sairauden ymmärtämistä. Teoriaosuudessa käsitellään lisäksi interstitiaalisen kystiitin toteamista ja hoitoa tarkemmin, johon perehtymällä hoitaja lisää tietämystään kyseisestä sairaudesta.

Lähdekirjallisuuteen tutustumalla löydettiin määritelmiä siitä, millainen hyvä potilasohje on. Määritelmää käytettiin hyväksi potilasohjetta tehdessä ja samalla mietittiin sairautta potilaan näkökulmasta. Ohjeeseen poimittiin asioita mitä potilaan tulisi tietää sairaudesta ja siitä miten sairaus vaikuttaa potilaan elämään. Ohjeesta pyrittiin tekemään mahdollisimman selkeä ja potilaita palveleva. Potilasohjeessa on kuvia, jotka tukevat tekstiä. Kuvat keventävät potilasohjeen tietoa ja pitävät mielenkiintoa yllä ohjetta luettaessa. Potilasohjeen kuviin ollaan tyytyväisiä, koska ne vastaavat opinnäytetyön tekijöiden toiveita kuvista ja ne piristävät potilasohjeen ulkoasua.

Opinnäytetyö prosessin aikana kustannuksia tuli ainoastaan kirjojen varaamisesta, kuvien hankkimisesta ja ohjeen painamisesta. Suunnitelmassa

pohdittiin, ettei suuria kustannuksia pitäisi tulla ja ne varauduttiin maksamaan itse. Koko toteutusajan pidettiin yhteyttä työelämäyhdysenkilön kanssa sähköpostien, tapaamisten ja puhelimen välityksellä. Työelämältä saatiin tietoa ja täsmennyksiä teoriaosuuteen sekä hyväksyntä ohjeen sisältöön. Työelämän kanssa pidetyn tiiviin yhteistyön tarkoituksena oli pitää työelämäyhteys ajan tasalla opinnäytetyön vaiheista ja asiasisällöstä. Ohjaavan opettajan kanssa käytiin ohjauskeskusteluja ja häneltä saatiin hyödyllisiä vinkkejä opinnäytetyön parantamiseksi.

Koko opinnäytetyöprosessin ajan yhteistyö tekijöiden välillä sujui hyvin. Suurimmilta ristiriidoilta vältyttiin ja molemmat osallistuivat tasapuolisesti opinnäytetyön tekemiseen. Työn tekemistä helpotti se, että molemmilla tekijöillä oli aikaa opinnäytetyölle ja yhteisistä tavoitteista pidettiin kiinni. Välillä opinnäytetyötä tehtiin itsenäisesti kotona, mutta suurin osa ajasta kirjoitettiin yhdessä. Näin tekstistä saatiin yhtenäinen. Parityöskentelyn etuna saatiin monipuolisempi näkökulma tekstiin ja sen rakenteeseen. Lisäksi toinen yleensä huomasi sen, mikä toiselta jäi huomaamatta.

Aluksi turhautumista esiintyi lähteiden puutteen vuoksi, eikä opinnäytetyö tuntunut etenevän ollenkaan. Pikkuhiljaa tekstiä alkoi syntyä ja motivaatio opinnäytetyötä kohtaa pysyi yllä koko prosessin ajan. Opinnäytetyön tekijöinä kiitetään työelämäyhteistyöhenkilöitä heidän antamista ohjeista ja neuvoista sekä kuvien piirtäjää arvokkaista kuvista.

5.4 Kehittämisehdotukset

Kehittämisehdotuksena olisi tehdä selvitys siitä, miten hoitajat ovat hyödyntäneet potilasohjetta ohjauksen tukena. Tutkimuksen avulla voitaisiin selvittää onko potilasohjeesta ollut hyötyä ohjauksen tukena ja onko se ollut käytännönläheinen. Toisena kehittämisehdotuksena olisi selvittää kyselyn avulla, miten potilasohjetta voisi kehittää. Kyselyssä voisi selvittää esimerkiksi onko potilasohjeen tiedot riittäviä tai esiintyykö siinä jotain puutteita.

LÄHTEET

Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri. 2008. Urologiset sairaudet. Luettu 25.5.2012. <http://www.hus.fi>

Hyvärinen, R. 2005. Millainen on hyvä potilasohje? Hyvä kieliasu varmistaa asian perillemenon. Luettu 11.1.2012.
www.terveyskirjasto.fi/xmedia/duo/duo95167.pdf

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. 1. painos. Helsinki: WSOYpro Oy.

Kuula, A. 2006. Tutkimusetiikka. Aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Kyngäs, H., Kääriäinen, M., Poskiparta, M., Johansson, K., Hirvonen, E. & Renfors, T. 2007. Ohjaaminen hoitotyössä. Helsinki: WSOY.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785.

Leppilahti, M. 2002. Interstitial Cystitis. An epidemiological, Experimental and Clinical Study. University of Tampere. Department of Urology. Academic dissertation.

Leppilahti, M. 2010. Interstitiaalinen virtsarakkotulehdus. Luettu 10.1.2012.
http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=ykt01332&p_haku=virtsarakko

Liimatainen, L., Hautala, P. & Perko, U. (toim.) 2005. Potilasohjausta kehittämässä. Innostusta ja innovaatioita. Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja 39. Jyväskylä: Jyväskylän yliopistopaino.

Linnus, I. 2012. Kivulias virtsarakko –oireyhtymä. Luentomuistiinpanot ja lyhennys Kuismanen, K. Suomen Reumaliiton Sjögrenin syndrooma –seminaari 1.10.2011. Kuivakukat 1/2012, 11.

Mattila, H., Ruusunen, T. & Uola, K. 2006. Viestinnän työkaluja AMK-opiskelijalle. 1. painos. Helsinki: WSOY.

Metts, J. 2001. Interstitial Cystitis: Urgency and Frequency Syndrome. Luettu 10.1.2012. <http://www.aafp.org/afp/2001/1001/p1199.html>

Pekki, M. 2012. sairaanhoitaja. 2012. Haastattelu. 8.8.2012. Haastattelija Virtanen, H. Tampere.

Pelin, R. 2009. Projektihallinnan käsikirja. 6. uudistettu painos. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Pietarinen, J. 2002. Eettiset perusvaatimukset tutkimustyössä. Teoksessa Karjalainen, S., Launis, V., Pelkonen, R. & Pietarinen, J. (toim.) Tutkijan eettiset valinnat. Helsinki: Gaudeamus, 58-69.

- Ruuska, K. 2007. Pidä projekti hallinnassa. Suunnittelu, menetelmät, vuorovaikutus. 6., tarkistettu painos. Helsinki: Talentum.
- Ruutu, M. 2002. Interstitielli kystiitti. Teoksessa Nurmi, M., Lukkarinen, O., Ruutu, M., Taari, K. & Tammela, T. (toim.) Urologia. 2. painos. Helsinki: Duodecim, 187-191.
- Sairanen, J. 2008. Cyclosporine A in the Treatment of Interstitial Cystitis. University of Helsinki. Department of Urology. Academic dissertation.
- Tommola, S. 2000. Interstitielli kystiittipotilaiden kokemuksia sairaudesta, kivusta ja itsehoidon ohjauksesta. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu- tutkielma.
- Torkkola, S. (toim.) 2002. Terveysviestintä. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Torkkola, S., Heikkinen, H. & Tiainen, S. 2002. Potilasohjeet ymmärrettäviksi. Opas potilasohjeiden tekijöille. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällön analyysi. 6., uudistettu laitos. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2002. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausten käsittely. Luettu 9.9.2010.
http://www.tenk.fi/hyva_tieteellinen_kaytanto/kaytanto.html
- Vilka, H. & Airaksinen, T. 2004. Toiminnallinen opinnäytetyö. 1.-2. painos. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.



OSA 2

Teoriaosuus

Hannele Virtanen

Taru Vuorinen

Opinnäytetyö
Joulukuu 2012
Hoitotyön koulutusohjelma
Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto

SISÄLLYS

1	JOHDANTO	3
2	VIRTSAN MUODOSTUS	4
	2.1 Virtsanerityselimistö	4
	2.2 Munuaisten toiminta	5
	Virtsarakko	8
3	INTERSTITIAALINEN KYSTIITTI	11
	3.1 Määritelmä	11
	3.2 Oireet	12
	3.3 Toteaminen	13
	3.3.1 Virtsanäyte	14
	3.3.2 Virtsaamispäiväkirja	14
	3.3.3 The O’Leary-Saint oirepistekysely	15
	3.3.4 Kivun arviointi	15
	3.3.5 Kystoskopia	16
4	INTERSTITIAALISEN KYSTIITIN HOITO	17
	4.1 Rakkolaajennus	17
	4.2 Rakkohuuhtelu	17
	4.3 Suun kautta otettavat lääkkeet	19
	4.4 Botox -pistokset	20
	4.5 Neurostimulaatio	20
	4.6 Leikkaushoito	21
5	INTERSTITIAALISEN KYSTIITIN OMAHOITO	23
	5.1 Motivointi	23
	5.2 Ruokavalio	23
	5.3 Liikunta	24
	5.4 Virtsarakon koulutus ja venytys	25
	5.5 Tupakointi	25
	5.6 Stressi	25
6	ELÄMÄ INTERSTITIAALISEN KYSTIITIN KANSSA	27
	6.1 Krooninen kipu	27
	6.2 Mieliala	28
	6.3 Työ	29
	6.4 Seksuaalisuus	29
	LÄHTEET	31
	LIITTEET	35
	Liite 1. NIDDK:n kriteerit interstitiaalisen kystiitin määrittelemiseksi	35
	Liite 2. Virtsaamispäiväkirja	36
	Liite 3. The O’Leary-Saint oire- ja haittakyselylomake	37
	Liite 4. Ohje interstitiaali kystiitti potilaan ruokavaliosta	39

1 JOHDANTO

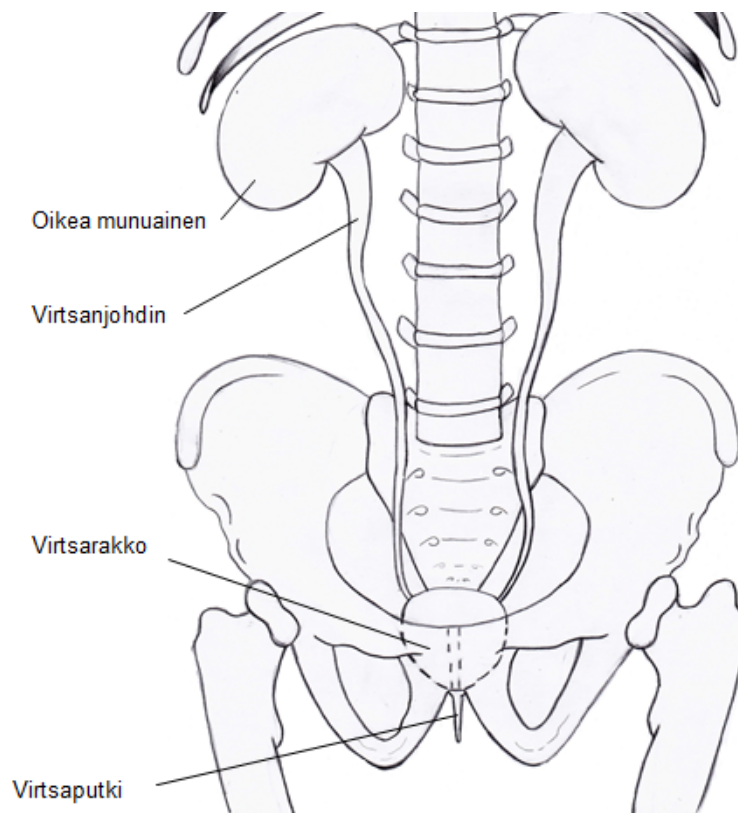
Tästä opinnäytetyön osasta löytyy teoriatietoa aiheesta, joka on suunnattu interstitiaalisesta kystiitistä kärsivän potilaan hoitajille ja muille asiasta kiinnostuneille. Teoriaosuuden alussa kerrotaan virtsan muodostumisesta ja munuaisten ja virtsarakon toiminnasta solutasosta alkaen. Virtsateiden rakenteiden ymmärtäminen kuuluu olennaisena osana interstitiaalista kystiittiä sairastavan potilaan hoitoon. Tämän avulla hoitaja voi ymmärtää, mikä merkitys virtsarakon sairaudella on elimistön toimintaan. Kuvien tarkoituksena on helpottaa virtsarakon rakenteiden ja toiminnan ymmärtämistä.

Virtsateiden rakenteen ja toiminnan jälkeen määritellään mikä on interstitiaalinen kystiitti, kerrotaan sen toteamisesta ja erilaisista hoitomuodoista. Lopussa käsitellään sairauden omahoitoa, elämää interstitiaalisen kystiitin ja kroonisen kivun kanssa. Tämän teoriaosuuden pohjalta on koottu kolmas osa, joka on potilasohje interstitiaalisesta kystiitistä kärsivälle potilaalle itse sairaudesta ja sen hoitoon käytettävästä rakkohuuhtelusta.

2 VIRTSAN MUODOSTUS

2.1 Virtsanerityselimistö

Virtsatiet jaetaan ylempiin ja alempiin virtsateihin. Ylempiin virtsateihin luetaan molemmat munuaiset (ren) ja niiden munuaisaltaat (pelvis renalis) sekä virtsajohtimet (ureter), jotka kulkevat munuaisista virtsarakkoon (vesica urinaria). Alempiin virtsateihin kuuluu häpyluun (os pubis) takana sijaitseva virtsarakko ja siitä lähtevä virtsaputki (urethra), joka on naisilla 3-5 cm ja miehillä 20-35 cm pitkä. (Holmia, Murtonen, Myllymäki & Valtonen 2008, 639.) Kuvassa näkyy munuaisten ja virtsateiden sijainti ihmisen kehossa (kuva 1). Virtsaputken suu sijaitsee naisilla häpykielen ja emättimen aukon välissä. Miehillä s-kirjaimen muotoisen virtsaputken alkupää kulkee eturauhasen läpi, jonka jälkeen se jatkuu lantiopohjan kautta siittimen läpi. (Sand, Sjaastad, Haug & Bjälje 2011, 475.)



KUVA 1 Munuaiset ja virtsatiet edestä kuvattuna

Virtsaa tuotetaan munuaisissa. Osallistumalla elimistön neste-, elektrolyytti- ja happoemästäsapainon säätelyyn, munuaiset vaikuttavat virtsan tilavuuteen, suolapitoisuuteen ja happamuuteen. Virtsa muodostuu munuaisissa, josta virtsa johtuu virtsanjohtimia pitkin virtsarakkoon. Virtsa poistuu virtsarakosta virtsaputken kautta ulos. (Holmia ym. 2008, 639.)

2.2 Munuaisten toiminta

Munuaiset ovat erikoistuneet virtsanmuodostukseen, jonka avulla ihmisen elimistöstä poistuu kuona-aineita. Virtsan muodostuminen alkaa munuaisista, jotka sijaitsevat selkärangan molemmin puolin, vatsakalvon takana, osittain alempien kylkiluiden suojassa. (Laurila 2008, 16.) Munuainen on kooltaan 10-11cm pitkä, 5-6cm leveä ja 3-4cm paksu pavan muotoinen elin (Nienstedt 2002, 12). Munuaisten päällä sijaitsevat umpieritysrauhasiin kuuluvat lisämunuaiset, jotka eivät ole suoranaisesti yhteydessä virtsaneritysjärjestelmän toimintaan (Bjålie ym. 2005, 377-378).

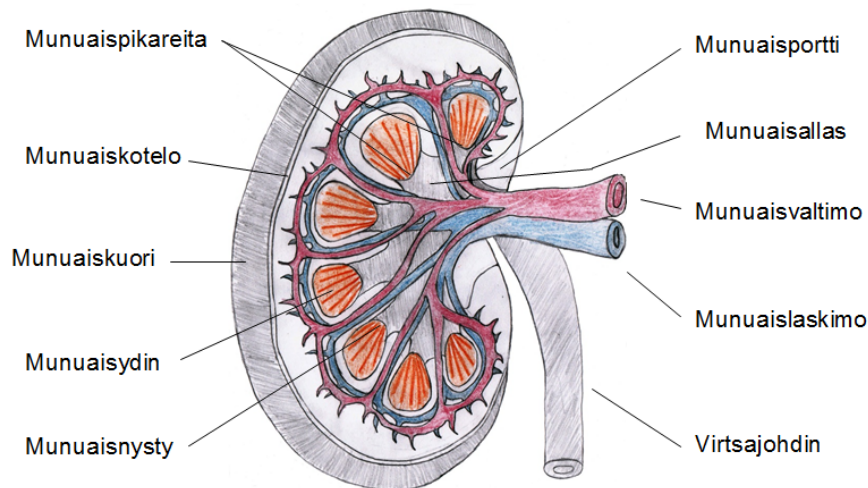
Noin 150 grammaa painavaa munuaista ympäröi rasvakudoksen peittämä sidekuduskotelo ja halkaistusta munuaisesta voidaan erottaa jopa paljain silmin punertava, pienijyväinen kuorikerros (cortex) ja juostemainen ydinosa (medulla) (Sand ym. 2011, 452). Kuoriossa suodattaa alkua eli primaarivirtsaa. Ydinosa on tärkeää virtsan väkevöitymisen kannalta. (Laurila 2008, 16.) Ydinosa on jakautunut 10-15 pyramidin muotoiseen lohkoon, joiden leveät tyviosat ovat kuorta vasten ja kärki työntyy munuaisaltaaseen (pelvis renalis). Kärjessä, eli munuaisnystyssä, on monta pientä aukkoa, joiden kautta valmis väkevöitynyt loppuvirtsa kulkeutuu munuaisaltaaseen. Munuaisallas sijaitsee munuaisportin (hilus) suulla. Munuaisportti sijaitsee koveran puolen keskellä ja sen kautta kulkevat munuaisvaltimo (a. renalis), munuaislaskimo (v. renalis), imusuonet ja virtsanjohdin. (Sand ym. 2011, 452-453; Laurila 2008, 16.)

Kummassakin munuaisessa on vajaa miljoona nefronia, jotka ovat pieniä virtsaa muodostavia yksiköitä. Nefroni koostuu munuaiskeräsestä (corpusculum renis) ja munuaistiehyestä (tubulus renalis), jonka kautta virtsa kulkeutuu

kokoojaputkeen ja edelleen munuaisaltaaseen. (Jalanko 1998, 65.) Munuaiskeräsen tehtävänä on tuottaa alkuvirtsaa, jota 2-6cm pituinen ohut putki eli munuaistiehyt muokkaa edelleen. Munuaiskeränen koostuu hiussuonikeräsestä (glomerus) ja sitä ympäröivästä keräsenkotelosta (Bowmanin kotelo). (Nienstedt 2002, 24.)

Hiussuonikeränen sijaitsee kahden pienen valtimon tuojasuonen ja viejäsuonen välissä. Viejäsuoni jakautuu hiussuoniverkoksi, joka ympäröi munuaistiehyitä. Glomerusten hiussuonet sijaitsevat näin ollen kokonaan valtimopuolella ja niissä verenpaine onkin paljon korkeampi kuin tavallisissa hiussuonissa. Tämän paineen avulla muodostuu alkuvirtsaa (primaarivirtsaa), kun osa veriplasmasta suodattuu glomeruskapillaarien seinämän läpi keräsenkoteloon. Pienimolekyyliset aineet suodattuvat kapillaarien läpi helposti, mutta verisolut ja lähes kaikki plasman valkuaisaineet jäävät kapillaareihin. (Nienstedt 2002, 24.) Munuaistiehyen ontelon (luumen) ja sitä ympäröivien hiussuonien välinen aineiden vaihto vaikuttaa merkittävästi virtsan määrään ja koostumukseen (Bjälle ym. 2005, 378).

Munuaiskeräsestä alkava munuaistiehyt (tubulus) jakaantuu kolmeen osaan. Alkupäässä on proksimaalinen kiemuratiehyt, keskellä U-kirjaimen muotoinen ohut Henlen linko ja lopussa distaalinen kiemuratiehyt. Kiemuratiehyt laskee munuaisaltaaseen kokoojaputkea pitkin. (Laurila 2008, 17.) Munuaisaltaasta (pelvis renalis) haarautuu kaksi tai kolme isoa munuaispikaria (calix renalis major) ja näistä haarautuu edelleen useita pieniä munuaispikareita (calix renalis minor). Pienistä munuaispikareista lähtevät lihassytt kiertävät virtsateiden seinämissä virtsanjohtimen alaosaan asti. Virtsa etenee munuaisaltaissa ja virtsanjohtimissa niiden sileän lihaskudoksen liikkeiden ansiosta. Tavallinen lihaskudoksen supistumiseen johtava fysiologinen ärsyke on seinämän venyminen. Pienet munuaispikarit supistelevat riippumatta toisistaan sen mukaan, kuinka paljon virtsaa niissä on. (Nienstedt 2002, 26-27.) Kuvasta nähdään munuaisen rakenne (kuva 2).



KUVA 2 Halkileikkauskuva munuaisesta

Munuaisiin virtaa aikuisella 1.3 litraa verta minuutissa eli neljäsosa sydämen minuuttitulavuudesta. Tästä glomerusten kapillaarien läpi siivilöityy primaarivirtsaksi 125 ml/min eli 180 l/vrk. Tämä valtava nestemäärä imeytyy tubuluksissa ja kokoojaputkessa lähes täysin niin, että aikuisen normaali virtsaneritys on noin 1.5l /vrk. (Jalanko 1998, 65.) Toimiakseen tehokkaasti munuaiset tarvitsevat 75-200 mmHg systolisen verenpaineen. Virtsa erittyy iltapäivästä runsammin ja vähiten aamuyöstä. Erittymiseen vaikuttaa ihmisen ikä, koko, hikoilu, juotu nestemäärä ja laatu. (Holmia ym. 2008, 639.)

2.3 Virtsarakko

Molemmista munuaisaltaista lähtevät virtsanjohtimet, jotka kuljettavat virtsan virtsarakkoon. Virtsanjohtimet ovat noin 25 cm pituiset ohuet putket, jotka lähtevät munuaisista alaspäin vatsaontelon takaseinämää pitkin virtsarakkoon. Virtsanjohtimien laskuaukoissa on läpät. Läpät sulkeutuvat virtsatessa mikä takaa sen, ettei virtsa nouse takaisin virtsanjohtimiin. (Laurila 2008, 19; Sand ym. 2011, 475.)

Virtsateiden seinämä on rakenteeltaan lähes kauttaaltaan samanlaista virtsateiden eri osissa. Limakalvon (mucosa) sisäkerros on epiteelisolukkoa ja sen päällä on säikeinen sidekudoskerros. Puhuttaessa munuaisaltaan, virtsanjohdinten, virtsarakon ja virtsaputken alkupään epiteelistä käytetään nimitystä välimuotoinen epiteeli. Kyseistä epiteeliä löytyy ainoastaan virtsateiden rakenteista. Välimuotoinen epiteeli koostuu muutamasta solukerroksesta, joissa solujen muoto muuttuu virtsateiden venytysasteen mukaan. Kun virtsateissä on vähän virtsaa, limakalvo poimuttuu voimakkaasti ja epiteeli on pääasiassa kuutiomaista. Virtsan kertyessä virtsateihin limakalvo laajenee ja venyy, poimut katoavat ja epiteelisolut litistyvät. Virtsateitä peittävä epiteelikerros on lähes läpäisemätöntä ja näin ollen virtsan koostumus ei enää muutu, kun se on tyhjentynyt kokoojaputkista munuaisaltaisiin. (Sand ym. 2011, 474.)

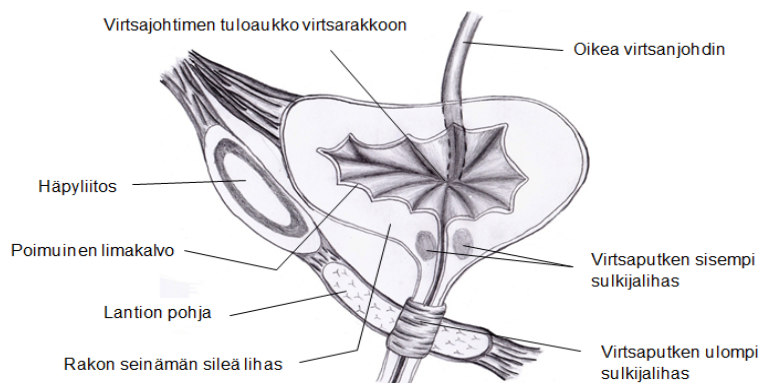
Lihassolut ovat järjestäytyneet kahteen eri kerrokseen epiteelin ulkopuolella. Sisemmässä kerroksessa solut ovat järjestäytyneet pitkittäin ja ulommassa rengasmaisesti. Virtsa kulkeutuu putkistossa eteenpäin lihassolujen vuoroittaisen supistelun ja rentoutuksen avulla. Virtsanjohtimen suulla ei ole sulkijalihasta, näin ei ole mahdollista säädellä virtsan valumista virtsarakkoon. Virtsarakko tyhjenee, kun sen seinämän lihassolut supistuvat pidempikestoisemmin. (Sand ym. 2011, 474-475.)

Virtsarakko sijaitsee pikkulantiossa häpyluun takana ja se toimii virtsan väliaikaisena varastona. Tyhjänä virtsarakko on alle nyrkin kokoinen ja se

ylettyy juuri ja juuri häpyliitoksen yläpuolelle. Tyhjänä ollessaan sen seinämä on paksu ja sisäpinta poimuttunut. Täynnä olevassa virtsarakossa on tavallisesti 400-500 millilitraa virtsaa, ja se voi ulottua useiden senttimetrien verran häpyliitoksen yläpuolelle. (Sand ym. 2011, 475.)

Virtsarakon seinämä on limakalvopoimujen ansiosta hyvin joustava. Seinämästä voidaan erottaa sileälihaskudoskerrosta ja välimuotoista epiteelikerrosta. Virtsarakon venyminen on mahdollista, koska epiteelit eivät ole järjestäytyneet selviin kerroksiin. Seinämässä on venytykselle reagoivia reseptoreita, jotka ärtyvät, kun virtsarakko on täynnä. Virtsarakon sileä seinämälihas (m. detrusor vesicae) on muita virtsateiden osien seinämälihaskudoksia kehittyneempi. Virtsatessa lihas supistuu ja työntää virtsaa eteenpäin virtsaputkeen. (Laurila 2008, 19; Sand ym. 2011, 474-475.)

Virtsaputken alkupään seinämän sileä lihas on paksuuntunut, joka muodostaa virtsaputken sisemmän sulkijalihaksen. Virtsaputki kulkee lantiopohjan läpi, jonka kohdalla on rengaslihas eli virtsaputken ulompi sulkija (m. sphincter urethrae). Näiden lihassolujen supistumisen ansiosta virtsa ei vuoda rakosta virtsaamiskertojen välillä. Rengaslihaksen aktiivista supistumista pystytään säätelemään, johon tahdonalainen virtsan pidättäminen perustuu. (Laurila 2008, 19, Sand ym. 2011, 475.) Kuva osoittaa virtsarakon rakenteen mediaanitasosta eli ihmisen keho on jaettu tarkalleen keskeltä kahtia (kuva 3)



KUVA 3 Virtsarakon, sulkijalihasten ja virtsaputken poikkileikkauskuva mediaanitasosta

Virtsarakon tyhjentyminen toimii autonomisesti, mutta ihminen pystyy säätelemään tyhjennystä tarvittaessa. Virtsan kerääntyessä rakkoon sen seinämät venyvät ja hermosoluista kulkeutuu aivoihin viesti tarpeesta tyhjentää rakko. Aikuisten tarve virtsata tulee tietoiseksi, kun rakkoon on kertynyt 150-250 millilitraa virtsaa. Aluksi virtsaamistarve on ohimenevää, mutta se ilmenee aina uudestaan ja vähitellen voimistuu. Normaalisti ihminen tyhjentää rakkonsa viimeistään, kun siihen on kertynyt 250-500 millilitraa virtsaa. (Nienstedt 2002, 29–30.)

3 INTERSTITIAALINEN KYSTIITTI

3.1 Määritelmä

Interstitiaalinen kystiitti on urologinen sairaus, jonka diagnoosi eli toteaminen perustuu ensisijaisesti sairauden oireisiin. Koska sairauden oireet ja vakavuus vaihtelevat suuresti, monet tutkijat uskovat, ettei kyseessä ole ainoastaan yksi vaan useampi sairaus. Viime vuosina tutkijat ovat alkaneet käyttää nimitystä virtsarakon kivulias oireyhtymä (bladder pain syndrome eli BPS tai painfull bladder syndrome eli PBS) oireista, jotka eivät välttämättä täytä interstitiaalisen kystiitin tiukimpia määrittämiä. Interstitiaalinen kystiitti ja virtsarakon kivulias oireyhtymä pitävät sisällään kaikki tapaukset, joissa esiintyy kipua virtsateissä, mutta niitä ei voida selittää muilla syillä, kuten virtsatieinfektioilla tai –kivillä. (NIDDK 2012.)

Puhuttaessa interstitiaalisesta kystiitistä tarkoitetaan tapauksia, joissa täyttyvät kaikki taudin diagnoosiin tarvittavat määrittämät. Kansainvälinen diabetes, ruuansulatus- ja munuaissairauksien tutkimuslaitos eli NIDDK (The National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases) on laatinut kriteerit diagnoosin määrittämiseen (ks. Liite 1). (NIDDK 2012.) Kriteereissä on esitetty vaadittavat ja poissulkevat kriteerit sairauden toteamiseksi. Vaadittavien kriteerien tulee täytyä, jotta sairaus voidaan todeta. Poissulkevista kriteereistä osa on suhteellisia eli tapauskohtaisesti katsotaan sulkeeko se pois interstitiaalisen kystiitin.

Interstitiaalista kystiittiä ajatellaan olevan tällä hetkellä kahta eri tyyppiä. Toinen niistä on klassinen interstitiaalinen kystiitti, Hunnerin oireyhtymä, jonka esiintyvyys on noin 5-20 prosenttia kaikista tapauksista. Klassisessa interstitiaalisessa kystiitissä limakalvolla on punoitusta ja silminnähdyn voidaan todeta haavaumia rakon seinämässä. Noin 90 prosenttia potilaista sairastaa interstitiaalisen kystiitin toista tyyppiä, jossa ei esiinny haavaumia virtsarakon seinämässä. Tällöin anestesian aikana tehtävässä kystoskopiassa eli

rakkotähystyksessä potilaalla todetaan ainoastaan verenpurkauksia virtsarakon limakalvolla. (Leppilähti 2002, 13; Sairanen 2008, 13.)

Tarkkaa sairauden aiheuttajaa ei ole pystytty yksimielisesti esittämään. On olemassa useita eri teorioita interstitiaalisen kystiitin patologiasta eli taudin synnystä, mutta mitään näistä ei ole pystytty tieteellisesti testaamaan ja todistamaan. Yksi teoria on, että virtsarakkoa suojaavassa limakalvossa on virhe tai puute, jolloin virtsasta pääsee ärsyttäviä aineita rakon seinämän läpi syvemmälle rakon seinämään. Tämä aiheuttaa virtsarakon seinämässä tulehdusta, joka puolestaan aiheuttaa rakon arpeutumisen. (NIDDK 2012.)

Toisen teorian mukaan on mahdollista, että virtsarakon hermokudos on viallinen. Arvellaan, että lisääntynyt sympaattinen hermoärsytys aiheuttaa rakon kiputilan. Mahdollista on, että sairauden taustalla on virtsarakon seinämän krooninen bakteeri-infektio. Ristiriitaa tähän aiheuttaa kuitenkin se, että virtsan bakteeriviljelyt ovat yleensä negatiivisia. (Ruutu 2002, 188.)

Kyseessä saattaa myös olla immunologinen sairaus. Immunologisella sairaudella tarkoitetaan, että potilaan keho tuottaa vasta-aineita omaa virtsarakkoaan kohtaan. (NIDDK 2012.) Teoria, jonka mukaan interstitiaalinen kystiitti on autoimmuunitauti, on saanut paljon kannatusta. Tiedetään, että interstitiaalista kystiittiä sairastavilla potilailla on muita enemmän allergioita ja autoimmuunitauteja. (Ruutu 2002, 188.)

3.2 Oireet

Interstitiaalinen kystiitti on luonteeltaan krooninen sairaus. Oireet kehittyvät usein hitaasti, pahentuen vähitellen vuosien kuluessa. Sairauden tärkeimmät oireet ovat virtsarakon ja lantion alueen kipu sekä tiheävirtsaus. (Ruutu 2002, 188-189.) Kivun intensiteetti eli voimakkuus vaihtelee rakon täyttöasteen mukaan. Kipu kovenee rakon täytyessä ja helpottuu usein tyhjentämisen jälkeen. (NIDDK 2011.) Interstitiaaliselle kystiitille on tyypillistä, että rakon täyttymisestä aiheutuva kipu herättää potilaan jopa syvästä unesta yöllä (Ruutu 2002, 189). Potilas kokee tyhjennystarpeen yhä useammin, kun virtsarakon

kapasiteetti pienenee (Tommola 2000, 3). Pahimmillaan potilaalle voi kehittyä kutistusrakko-oireyhtymä, jolloin pakottava virtsaamistarve esiintyy tunnin välein ympäri vuorokauden (Ruutu 2002, 189). Tiheävirtsaisuutta saattaa kuitenkin esiintyä, vaikka rakon koko olisi normaali (Tommola 2000,3).

Interstitiaalisen kystiitin vaikeusaste vaihtelee suuresti ja osalla potilaista oireet ovat lieviä (NIDDK 2011). Hankalissa tapauksissa potilas saattaa käydä vuorokauden aikana jopa 60 kertaa tyhjentämässä virtsarakkonsa (Tommola 2000, 3). Yksittäisellä potilaallakin oireet voivat vaihdella paljon elämäntilanteiden mukaan. Potilas saattaa kokea lievää epämiellyttävää oloa, paineen tunnetta, arkuutta tai intensiivistä kipua virtsarakossa ja lantion alueella. Naisilla oireet yleensä pahenevat kuukautisten aikana ja he saattavat kokea kipua myös sukupuoliyhteyden aikana. (NIDDK 2011.) Miehillä kipu kohdentuu penikseen ja kiveksiin (Tommola 2000, 3).

3.3 Toteaminen

Ruudun (2002) mukaan sairaus usein yli- tai alidiagnosoidaan. Interstitiaalinen kystiitti sekoitetaan usein virtsatieinfektioon, koska sen aiheuttamat oireet ovat samankaltaisia. Potilaat syövät usein monia antibioottikuureja virtsatieinfektioon ennen kuin osataan ajatella, että taustalla voisi olla interstitiaalinen kystiitti. (Ruutu 2002, 187-188.) Vielä ei ole olemassa tarkkaa testiä sairauden määrittämiseksi. Diagnoosia tehdessään lääkärin täytyy sulkea pois ensin muut samanlaisia oireita antavat virtsarakon sairaudet. Yleisimmät pois suljettavat sairaudet ovat sekä naisilla että miehillä virtsatieinfektioiden lisäksi kasvaimet. Naisilla yleinen lantioalueen kivun aiheuttaja voi olla esimerkiksi endometrioosi. Miehillä muita yleisiä kivun aiheuttajia ovat esimerkiksi krooninen eturauhasentulehdus ja lantion kipu-oireyhtymä. (NIDDK 2011.)

3.3.1 Virtsanäyte

Virtsanäytteen avulla voidaan tutkia munuaisten, virtsateiden ja virtsarakon sairauksia. Yleisimmin virtsasta tutkitaan löytyykö siitä valkuaisia, bakteereja tai verta. Virtsanäyte otetaan bakteeritutkimusta varten tietyllä tavalla, jotta virtsaputken suulla olevat bakteerit eivät anna virheellisiä tuloksia. Tätä näytettä kutsutaan puhtaasti lasketuksi virtsaksi eli PLV:ksi. (Mustajoki & Kaukua 2008.) Interstitiaalisen kystiitin toteamiseen tarvitaan virtsanäyte, josta otetaan bakteeriviljely ja tuumorisolut. Näiden näytteiden perusteella pois suljetaan kasvaimien mahdollisuus ja bakteeritulehdukset. (Leppilahti 2010.)

3.3.2 Virtsaamispäiväkirja

Virtsaamispäiväkirja on yksinkertainen, halpa ja tärkeä työkalu urologisten sairauksien diagnosoinnissa. Virtsaamisvaivoista kärsivän potilaan tulisi täyttää virtsaamispäiväkirjaa aina ennen invasiivisia eli sisäelimiin kajoavia tutkimuksia. Virtsaamispäiväkirjan avulla saadaan käsitystä rakon tilavuudesta ja siitä kuinka vaikeita oireet ovat. (Ruutu 2002, 56-57.)

Interstitiaalisen kystiitin diagnoosia ei voi tehdä ilman virtsaamispäiväkirjaa. Se on elintärkeä työväline oireiden määrittelyssä. (Sairanen 2008, 25.) Tarkoituksena on täyttää kahden tai kolmen päivän ajan valmiille lomakkeelle (ks. Liite 2.) tietoja virtsaamisesta. Lomakkeelle kirjataan kellonaikoinen virtsaamiskertojen lukumäärä, virtsanmäärä ja mahdollisesti myös virtsapakko-oireen ilmaantuminen, virtsankarkaaminen ja tilanne, jossa se tapahtui. Näiden lisäksi lomakkeelle voidaan kirjata vaipan tai siteen vaihto. (Hyvinkään sairaala 2009; Tammela 2002, 57.) Lomakkeeseen voidaan merkata myös nautittujen nesteiden määrä ja laatu. Potilaille tulee opettaa huolellisesti miten virtsaamispäiväkirjaa täytetään, jotta siihen kirjoitetut tiedot ovat luotettavia. (Sairanen 2008, 25.) Pienet virtsamäärät esimerkiksi 50 millilitraa ja tiheä virtsaamistarve viittaavat hankalaan taudinkuvaan (Pere 2012, 29).

3.3.3 The O'Leary-Saint oirepistekysely

Oirepistekyselyä (ks. Liite 3.) ei ole suunniteltu toimimaan seulontatyökaluna, mutta sen avulla voidaan erottaa interstitiaalista kystiittiä sairastavat potilaat muiden potilaiden joukosta. Vain kymmenellä prosentilla interstitiaalista kystiittiä sairastavista potilaista on lieviä oireita ja he saavat oirepistekyselyssä korkeintaan kuusi pistettä maksimipistemäärästä (20 pistettä). (Sairanen 2008, 26.) Oirepistekyselyä käytetään lähinnä kliinisessä tutkimuksessa, kun kartoitetaan oireiden vakavuutta ja seurataan hoitovastetta (Tammela, 2012).

3.3.4 Kivun arviointi

Interstitiaalisen kystiitin häiritsevin oire on useimmilla potilailla virtsarakon ja lantion alueen kipu (Pere 2012, 29). Kroonisen lantioalueen kivun toteaminen ja hoito on hankalaa, koska usein kivun tarkka aiheuttaja jää epäselväksi (Vainio 2009, 386). Hoitovasteen arvioinnissa kivun mittaaminen on tärkeää. Kipua voidaan mitata VAS- (Visual Analog Scale) ja NRS-mittareiden (Numeral Rating Scale) (kuva 4) avulla. (Pere 2012, 29.) VAS-mittarissa on vaakasuora jana, jonka toisessa päässä on "ei kipua" ja toisessa "pahin mahdollinen kipu". Potilas arvioi janan kohdan, joka vastaa hänen senhetkistä kivun voimakkuutta. Kuvallisen kipuasteikon lisäksi on mahdollista arvioida kipua sanallisesti. (Vainio 2009.) Interstitiaalista kystiittiä sairastavat potilaat voivat esimerkiksi kuvailla kipua sanoen, että rakko on täynnä lasinsiruja tai partakoneen teriä. Tämä kuvastaa oireiden kivuliaisuutta. (Vainio 2009, 387-388.)

ei kipua |—————| pahin mahdollinen kipu

0	Ei kipua
1	Lievä kipu
2	Kohtalainen kipu
3	Voimakas kipu
4	Sietämätön kipu

KUVA 4. Kipumittari ja sanallinen kipuasteikko (Vainio 2009)

3.3.5 Kystoskopia

Virtsarakko sijaitsee luisen lantioarenkaan ympärillä ja on näin hankalasti kuvattavassa paikassa. Virtsarakontähystys eli kystoskopia on tarkin keino nähdä virtsarakon sisälle. Kystoskopian aikana potilas makaa selällään, jalat tuettuina erilleen. Aikuisille riittää yleensä pelkkä puudutusgeelin ruiskuttaminen virtsarakkoon, mutta mikäli kyseessä on lapsi, suoritetaan toimenpide nukutuksessa. Tähytyksessä pystytään näkemään hyvin virtsaputken ja -rakon limakalvojen rakenne. Tähytys tehdään yleensä taipuisalla videokystoskoopilla. (Mustajoki & Kaukua 2008.)

Kystoskopian aikana on mahdollista ottaa koepaloja patologin tekemää mikroskopointia varten. Kaikkia muutoksia ei pystytä erottamaan paljaalla silmällä ilman erityistoimia. Tähytyksen tekevä lääkäri voi ruiskuttaa rakkoon väriainetta, joka tarttuu limakalvoilla erityisesti niihin kohtiin jotka poikkeavat normaalista. Tähytämisen yhteydessä on mahdollista suorittaa hoitotoimenpiteitä. Rakosta voidaan murskata ja poistaa rakkokiviä, tyrehdyttää verivirtsaisuuden aiheuttaneita vuotokohtia ja tarvittaessa voidaan laajentaa virtsaputkea tai virtsarakkoa. (Mustajoki & Kaukua 2008.) Interstitiaalisen kystiitin diagnosointiin vaaditaan aina virtsarakon tähytys. Tähytyksessä voidaan nähdä sairaudelle tyypillisiä limakalvomutoksia. (Pere 2012, 29.)

4 INTERSTITIAALISEN KYSTITIN HOITO

4.1 Rakkolaajennus

Virtsarakon ylivenytys on vanhin ja edelleen ehkä käytetyin hoitomuoto interstitiaalisen kystiitin hoidossa (Leppilahti 2010). Se on yksinkertaisin ja tärkein hoitomuoto, jota käytetään diagnoosia tehtäessä (Ruutu 2002, 190). Diagnostinen laajennus, joka kestää minuutin ajan, helpottaa useimmilla potilailla oireita ainakin lyhytkestoisesti (Leppilahti 2010). Rakkovenytys suositellaan toteutettavaksi yleisanestesiassa eli nukutuksessa, mutta se voidaan tehdä myös spinaali- tai epiduraalipuudutuksessa. Virtsarakkoon lisätään venytyksen aikana niin paljon nestettä kuin se vetää. Rakko voidaan täyttää uudelleen venytyksen jälkeen, jolloin voidaan mitata kuinka paljon rakon tilavuus on kasvanut. Venytyksen jälkeen rakosta otetaan koepalat solututkimusta varten. (Ruutu 2002, 190.)

Rakkovenytys voidaan toistaa useamman kerran aina oireiden palatessa (Leppilahti 2010). Oireiden helpottuminen on yksilöllistä. Osa potilaista saa helpotusta oireisiinsa muutamaksi kuukaudeksi, toiset jopa vuodeksi. (Ruutu 2002, 190.) Pitkäkestoisena laajennukset kuitenkin vaurioittavat rakkoa, joista syntyy arpia. Arpeutumisen myötä rakko pienenee kerta kerralta pienemmäksi. Jos rakkovenytyksellä ei saada minkäänlaista vastetta lantioalueen kipuihin, tulee miettiä uudelleen olisiko taustalla mahdollisesti jokin muu sairaus esimerkiksi suolistosairaus tai selkäperäinen ongelma. (Leppilahti 2010.)

4.2 Rakkohuuhtelu

Rakkohuuhtelussa ruiskutetaan katetrin eli muovisen putken kautta lääkeainetta virtsarakkoon. Ennen rakkohuuhtelua hoitaja katetroi potilaan ja tyhjentää virtsan rakosta. Virtsasta katsotaan liuskakokeen avulla onko virtsassa bakteerikasvua. Jos kasvustoa löytyy, varmistetaan lääkäriltä voidaanko rakkohuuhtelu tehdä. (Pekki 2012.) Potilaan kannattaa rajoittaa juomista ennen

huuhteluita. Näin lääkeaineen pitäminen rakossa on helpompaa eikä lääkeaineen pitoisuus laimene. (Ahonen ym. 2012, 600.) Potilaan olisi hyvä pitää lääkeainetta virtsarakossa 30-60 minuutin ajan (Pekki 2012). Lääkeaineen vaikutusta voi tehostaa liikkumalla tai potilas voi kääntyillä vuoteessa selältä mahalleen. Virtsarakko voidaan tämän jälkeen tyhjentää normaalisti wc:hen. (Ahonen ym. 2012, 600.) Ensimmäisen huuhtelua seuranneen virtsauksen jälkeen on suoritettava huolellinen alapesu. Rakkohuuhtelun jälkeen olisi tärkeää juoda runsaasti muutaman päivän ajan, jotta virtsa puhdistuu ja bakteerikasvu estyy. (Holmia ym. 2006, 650.)

Dimetyylisulfoksidia eli DMSO on käytetty interstitiaalisen kystiitin hoidossa useiden vuosikymmenten ajan. DMSO edistää rakon limakalvojen läpäisevyyttä, sillä on tulehdusta ja kipua lievittäviä vaikutuksia ja lisäksi se rentouttaa sileää lihasta. Rakkoon laitetaan 50-prosenttista DMSO liuosta, jota potilas yrittää pitää rakossaan. DMSO saattaa välittömästi pahentaa potilaan kokemia oireita, mutta tämä on vain tilapäistä. Lisäksi haittavaikutuksena saattaa esiintyä pahanhajuista hengitystä muutaman tunnin ajan, koska DMSO eliminoituu eli poistuu kehosta keuhkojen kautta. (Ruutu 2002, 190-191.)

Rakkohuuhtelussa voidaan käyttää hyaluronihappoa, joka estää virtsarakon tulehduksia. Tätä lääkeainetta voidaan kokeilla, ellei DMSO jostain syystä sovi potilaalle. Hoito aloitetaan yleensä suorittamalla huuhteluhoito kerran viikossa kuukauden ajan. Tämän jälkeen hoitoa jatketaan kuukauden välein, mikäli hoitovaste saavutetaan. (Leppilahti 2010.) Hyaluronihapon etuna ovat vähäiset sivuvaikutukset (Ruutu 2002, 191).

Rakkohuuhtelussa voidaan käyttää myös Uracyst-valmistetta, joka sisältää natriumkondroitini-sulfaattiksi kutsuttua ainetta. Sen vaikutus perustuu siihen, että se korjaa virtsarakkoa suojaavaa limakalvokerrosta. Hoito aloitetaan yleensä tekemällä huuhteluhoito kerran viikossa ensimmäisten 4-6 viikon ajan, jonka jälkeen hoitoa jatketaan kerran kuukaudessa. Tunnettuja haittavaikutuksia Uracyst-valmisteella ei ole. (Uracyst potilasohje.)

Joskus rakkohuuhtelussa käytetään Bacillus Calmette Guerinia eli BCG, joka on eläviä mikrobeja sisältävä rokote tuberkuloosia vastaan (Sairanen 2008, 38). BCG:tä käytetään pinnallisen rakkosyövän hoidossa ja sitä on kokeiltu yhtenä interstitiaalisen kystiitin hoitomuotona. BCG:tä voidaan käyttää, jos muista rakkohuuhteluun käytettävistä lääkeaineista ei ole ollut apua. (Tammela 2012.) Yksittäiset potilaat saattavat hyötyä tästä hoidosta, mutta useimmilla se aiheuttaa voimakasta ärsytystä virtsarakossa, joka voi kestää kuukausia. (Leppilahti 2010.) Virtsarakon ärsytyksen lisäksi haittavaikutuksena voi esiintyä lievää lämpöä ja nuhan tunnetta. BCG-huuhtelun jälkeen suositellaan pidättäytymään sukupuoliyhdyntästä tai käyttämään kondomia viikon ajan. (Holmia ym. 2006, 650.)

4.3 Suun kautta otettavat lääkkeet

Interstitiaalisen kystiitin hoidossa on kokeiltu monia erilaisia suun kautta otettavia lääkkeitä. Monet näistä lääkkeitä ovat aluksi vaikuttaneet lupaavilta, mutta niiden teho on osoittautunut myöhemmin pettymykseksi. Osa lääkkeitä on todettu tehokkaaksi ja ne ovat vakiinnuttaneet asemansa sairauden hoidossa. (Sairanen 2008, 9.) Lääkehoidossa käytetään tulehduskipulääkkeitä, keskushermostoon vaikuttavia sentraalisia kipulääkkeitä, mielialalääkkeitä ja siklos- poriinia (Leppilahti 2010).

Interstitiaalisen kystiitin hoitoon käytettäviä lääkeaineita ovat amitriptyliini, jota käytetään pienillä annoksilla kroonisen kivun hoidossa. Antihistamiineihin kuuluvalla hydroksitsiinilla estetään hermosolujen aktivoitumista ja näin ollen lievitetään kipua. Neljästäkymmenestä potilaasta kaksi kolmasosaa kertoi saaneensa hydroksitsiinista apua kirvelyn ja kivun tunteeseen. (Leppilahti 2002, 29.) Natrium Pentosaani Polysulfaatti (PPS) on hyvin siedetty lääkeaine, mutta Sairasen mukaan 64 henkilön tutkimuksessa alle 19 prosenttia potilaista hyötyi siitä. Potilaat itse kuvailivat saneensa PPS:tä apua kipuun ja virtsaamispakon tunteeseen, mutta virtsaamispäiväkirjojen avulla tätä ei pystytty todistamaan. (Sairanen 2008, 33.) Elinsiirtopotilaiden hyljinnänestolääkkeenä käytettyä siklosporiinia voidaan käyttää interstitiaalisen kystiitin hoitoon, mikäli muista

hoitomuodoista ei ole ollut apua eikä potilaalla ole vasta-aiheita sen käytölle (Sairanen 2008, 9). Siklosporiinin vaikutus perustuu siihen, että se rentouttaa virtsarakkoa (Sairanen 2008, 35). Tutkimuksen mukaan se vähentää virtsaamiskertojen määrää ja pienentää kipulääkityksen tarvetta (Sairanen 2008, 54, 62).

4.4 Botox -pistokset

Botox –pistoksia käytetään interstitiaalisen kystiitin yhtenä hoitomuotona. Vaikuttava aineena Botoxissa on botuliini A ja sitä pistetään virtsarakon pohjaan ja kolmion alueelle. Kuon ja Chancellorin (2009) tutkimuksessa havaittiin, että Botox –pistokset yhdistettynä pistoksista kahden viikon jälkeen tehtyyn rakon venytykseen lievittivät paremmin interstitiaalisen kystiitin oireita kuin pelkkä venytys. Tämän lisäksi virtsarakon tilavuus kasvoi. Botox –pistoksien avulla kipu lievittyi merkittävästi ja lantion alueen lihasjännitys vähenee. (Vaarala, Perttilä & Hellström 2010.)

4.5 Neurostimulaatio

Neurostimulaatio eli TENS (Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation Devices) on hoitomuoto, johon ei vaadita leikkausta. Siinä käytetään mietoja sähköimpulsseja lievittämään lantion alueen kipua ja vähentämään virtsaamistiheyttä. TENS:n tehon uskotaan perustuvan siihen, että se lisää virtsarakon verenkiertoa. Tämän seurauksena lihakset vahvistuvat, joka taas auttaa hallitsemaan rakkoa. Toisaalta se saattaa stimuloida kipua estävien aineiden vapautumista virtsarakon alueella. (Borch ym. 2011.)

Kärsiessä äkillisesti virtsaamispakosta potilas voi hyötyä hermoja stimuloivan implantin asentamisesta. Implantin aiheuttama hermoärsytys voi helpottaa kipua ja vähentävän kipulääkityksen tarvetta sekä hillitä virtsaamiskertojen määrää. Neurostimulaatiolla voidaan vaimentaa hermojen välisiä signaaleja rakon ja selkäytimen välillä. Testausvaiheen aikana potilas kuljettaa ulkoista

neurostimulaattoria mukanaan ja kirjaa kipukokemukset ja virtsaamistarpeet päiväkirjaan. Hoidon tehokkuutta arvioidaan päiväkirjamerkintöjen perusteella. Riittävän hoitovasteen saaneille potilaille voidaan testausvaiheen jälkeen asettaa kirurgisesti pysyvä neurostimulaattori. Potilaan seuranta jatkuu edelleen hoitavassa yksikössä, sillä laitteistoon voi tulla toiminta häiriöitä. (Vaarala, Luukkonen, Tammela & Hellström 2011.) Neurostimulaatio on melko kallis hoitomuoto eikä sen hoitotuloksista ole vielä riittävästi tietoa (Linnus 2012, 11).

4.6 Leikkaushoito

Virtsarakon leikkaushoito on aina suuri toimenpide ja siihen liittyy merkittäviä riskejä. Leikkaushoitoa harkitaan interstitiaalisen kystiitin hoidoksi vasta sen jälkeen, kun mikään muu hoitomuoto ei ole tuottanut riittävästi vastetta ja potilaalle on kehittynyt kutistusrakko-oireisto. Joskus sairaus aiheuttaa vaikeita oireita ja huonontaa potilaan elämänlaatua merkittävästi. Leikkaushoitoa suunniteltaessa on perehdyttävä huolellisesti potilaan taustatietoihin ja nykyiseen elämäntilanteeseen. Suunnittelussa on huomioitava myös potilaan yksilöllinen jälkihoito. (Leppilahti 2002, 31-32.)

Parhaimmat leikkaustulokset on saatu, kun virtsarakon tilavuudeksi mitataan nukutuksen aikana alle 400 millilitraa. Leikkausmenetelmiä on erilaisia. Urostooman eli virtsa-avanteen avulla voidaan estää virtsankulku virtsarakkoon. Virtsa johdetaan joko ohutsuoletta otetun suolenpätjän avulla vatsanpeitteiden läpi kulkevaan avanteeseen tai ohut- tai paksusuolesta tehtyyn virtsasäiliöön, joka katetroidaan vatsanpeitteiden läpi. (Leppilahti 2010.) Potilaalle voidaan tehdä myös suolirakko, jolloin virtsaaminen tapahtuu normaalia tietä virtsaputken kautta. Leikkauksessa jätetään rakosta jäljelle kapea vyöhyke virtsaputken tyven ympärille, jonka ansiosta pidätyskyky ja tunne virtsaamistarpeesta säilyvät. (Tammela 2012.) Suolirakko- tai virtsa-avanneleikkauksen jälkeen virtsaa ei enää keräännä rakkoon ja sen vuoksi oireet voivat helpottua. Virtsarakon poistoa suositetaan avanneleikkauksen yhteydessä, sillä se joudutaan usein poistamaan myöhemmin. Osalla potilaista kivut eivät helpotu pelkän rakkoavanteen avulla, joten virtsarakon poistaminen

kokonaan leikkauksen avulla voi olla ainoa tapa lopettaa oireet. (Leppilähti 2010.)

5 INTERSTITIAALISEN KYSTITIN OMAHOITO

5.1 Motivointi

Potilaan on tärkeää motivoitua itsehoitoonsa, koska se on merkittävässä roolissa sairauden kokonaisvaltaisessa hoidossa. Yeh, Kuo, Lin & Lee (2012) tutkivat tautikäsitteiden, asenteiden ja itsehoidon riippuvuussuhteita interstitiaalista kystiittiä sairastavilla potilailla. Tutkimuksessa edellä mainituilla asioilla todettiin olevan merkitystä toisiinsa nähden. Mikäli potilas ei omaksu myönteistä itsehoitokäyttäytymistä, se voi pahentaa toistuvia sairauteen liittyviä oireita. Tämä vaikuttaa merkittävästi potilaan kykyyn toimia normaalisti työelämässä, perheen kanssa ja yhteiskunnassa. Terveystieteiden ammattihenkilöiden tulisi arvioida kuinka laajasti potilas ymmärtää oman sairautensa. Hoitajien pitäisi antaa potilaille oikeita käsitteitä sairaudesta, rohkaista myönteiseen asenteeseen ja tukea potilaita kohti laadukasta itsehoitoa. (Yeh, Kuo, Lin & Lee 2012.)

5.2 Ruokavalio

Ruokavalion vaikutuksesta sairauden hoitoon ei ole olemassa tieteellistä näyttöä. Monet potilaat ovat kokeneet, että erilaisia ruoka-aineita välttämällä oireita pystyy helpottamaan. Tällaisia ruoka-aineita ovat esimerkiksi alkoholi, mausteet, kahvi, tomaatti tai suklaa (ks. Liite 4). Virtsa happamoittavat ruoka-aineet esimerkiksi sitrushedelmät ja elintarvikkeet, joilla on korkea happopitoisuus, voivat lisätä rakon limakalvojen ärsytystä ja aiheuttaa tulehdusta. (NIDDK 2011.) Esimerkiksi ruokasoodan avulla voidaan muuttaa virtsan pH:tä emäksisemmäksi ja helpottaa oireita. Nauttimalla vettä runsaasti ja tasaisesti päivän aikana voidaan laimentaa virtsaa, huuhdella virtsarakkoa ja samalla ehkäistä ummetusta. (Whitmore 2002.)

Jokainen potilas kokee yksilöllisesti erilaisten ruoka-aineiden vaikutuksen oireisiin ja niiden pahenemiseen. Jättämällä pois yhden ruoka-aineen kerrallaan

voi helposti seurata mikä itsellä pahentaa oireita ja mistä niitä ei aiheudu. Muutoksia tehdessä kannattaa pitää ruokapäiväkirjaa, jonka avulla voi seurata miten eri ruoka-aineet vaikuttavat oireisiin. Tarkoituksena on kirjata ylös kaikki päivän aikana syödyt ruuat (mitä ruokaa, kuinka paljon, mihin kellonaikaan) ja syömisen jälkeen ilmenneet mahdolliset oireet. Ruoka- ja oirepäiväkirjan avulla on mahdollista selvittää millä ruoka-aineilla voi helpottaa oireita niiden ollessa aktiivisena. Ruokavaliomuutoksia tehdessä on kuitenkin pidettävä mielessä, että se pysyy monipuolisena, terveellisenä ja tasapainoisena. (The Interstitial Cystitis Association 2011.)

5.3 Liikunta

Liikuntaa saa ja pitää harrastaa, vaikka sairastaa interstitiaalista kystiittiä. Säännöllinen liikunta auttaa koko kehoa voimaan hyvin ja näin ollen tukee virtsarakon hyvinvointia. Virtsarakon terveys riippuu sekä rakon alueen hyvästä verenkierrosta että vahvojen ja joustavien lihaksien antamasta tuesta ja suojasta rakolle. Lisäämällä liikuntaa osaksi päivittäistä elämää voi vähentää oireita ja parantaa oman kehon vointia. (The Intestinal Cystitis Association 2010.)

Sairastuminen interstitiaaliseen kystiittiin saattaa tuoda muutoksia liikuntatottumuksiin, mutta ei estä elämästä aktiivista elämää. Jokaisen tulee kokeilla henkilökohtaisesti millainen liikunta sopii ja millainen liikunta aiheuttaa oireita. Interstitiaalista kystiittiä sairastaville potilaille suunnattua harjoitteluohjelmaa ei ole olemassa, mutta monet potilaat ovat kokeneet, että lempeät harjoitukset kuten venyttely ja jooga ovat hyödyllisiä. Raskaat harjoitukset, kuten juoksu tai steppitunnit, aiheuttavat usein interstitiaalista kystiittiä sairastaville potilaille enemmän ongelmia kuin kestävyyskuntoa lisäävät harjoitukset, kuten kävely tai pyöräily. Fysioterapeutit, jotka ovat erikoistuneet lantiopohjan alueen lihaksien vahvistamiseen ja kivun hoitoon osaavat opastaa ja neuvoa millaista liikuntaa kannattaa kokeilla ja miten erilaisia liikkeitä tulisi tehdä. (The Intestinal Cystitis Association 2010.)

5.4 Virtsarakon koulutus ja venytys

Riittävän kivunlievityksen löydettyä, on mahdollista yrittää vähentää virtsaamiskertoja rakkokoulutuksen avulla. Tähän on olemassa erilaisia tapoja, mutta tarkoituksena on vähentää rakon tyhjentämiskertoja suunnitelmallisen ohjelman avulla. Rakon tyhjennykseen määritellään ajat, joita pyritään noudattamaan erilaisten rentoutustekniikoiden ja häiriötekijöiden avulla. (NIDDK 2011.)

Potilaat voivat suorittaa omatoimista rakkovenytystä kotona. Tällöin he pitävät esimerkiksi yhden päivän viikossa sellaisena, jolloin virtsaamistarpeelle ei anneta periksi. Tarkoituksena on tyhjentää rakko vasta, kun kipua ei pysty enää sietämään. Monet potilaat pääsevät kannustuksen avulla hyviin tuloksiin. Virtsarakon tilavuuden kehitystä voidaan seurata virtsaamispäiväkirjaan tehtyjen merkintöjen avulla. (Ruutu 2002, 190.)

5.5 Tupakointi

Monet ihmiset ovat kokeneet tupakoinnin pahentavan oireita. Ei tiedetä miten tupakassa olevien lisäaineiden erittyminen virtsaan vaikuttaa interstitiaaliseen kystiittiin, mutta on hyvä muistaa, että tupakointi on kuitenkin yksi tärkeimmistä rakkosyövän aiheuttajista. (NIDDK 2011.) Tupakoinnin seurauksena voi aiheutua pitkäaikaista yskää. Tämä aiheuttaa painetta vatsalihasten alueella ja voi näin voimistaa kipua lantion pohjan lihaksissa. (The Interstitial Cystitis Association 2010.)

5.6 Stressi

Monet interstitiaalisesta kystiitistä kärsivät kokevat stressin vaikuttavan oireiden esiintyvyyteen. Oireet itsessään voivat lisätä stressiä, mutta olisi hyvä miettiä onko omassa elämässä paljon stressaavia tekijöitä ja voiko niihin vaikuttaa jotenkin. (The interstitial Cystitis Association 2010.) Stressi voi vaikeuttaa

nukkumista, lisätä kivun tuntemuksia ja aiheuttaa ahdistusta (Suomen Sjögrenin syndrooma yhdistys 2012, 20).

Säännöllisellä liikunnalla voi purkaa stressiä ja se auttaa lisäksi ennalta ehkäisemään sitä. Yksinkertaisten rentoutumistekniikoiden avulla voi kotona laukaista stressitiloja. Lihasjännitystä voi purkaa esimerkiksi käymällä hierojalla. (The interstitial Cystitis Assiciation 2010.) Ei kannata murehtia sairauden myötä menetettyjä asioita vaan keskittää ajatukset niihin asioita mitä pystyy ja jaksaa tehdä (Suomen Sjögrenin syndrooma yhdistys 2012, 20).

6 ELÄMÄ INTERSTITIAALISEN KYSTITIN KANSSA

6.1 Krooninen kipu

McCaffery ja Pasero (1999) ovat määritelleet kivun hoitotyössä seuraavasti: ”Kipu on mitä tahansa yksilö sanoo sen olevan ja sitä esiintyy silloin, kun yksilö sanoo sitä esiintyvän”. Jokainen ihminen kokee kivun yksilöllisesti. Kivun kokemukseen vaikuttaa muun muassa ihmisen ikä, sukupuoli, kivun syy, sijainti, kesto, miten ihminen kokee kivun ja pystyy hallitsemaan sitä. Kivunsietokyky ja kipukynnys vaihtelevat ihmisellä eri tilanteiden ja aikojen mukaan. (Salanterä, Hagelberg, Kauppila & Närhi 2006, 7-9.)

Kansainvälinen kivuntutkimusyhdistys (1994) on määritellyt kivun olevan epämiellyttävä sensorinen tai emotionaalinen kokemus, joka liittyy tapahtuneeseen tai mahdolliseen kudოსvaurioon tai jota kuvataan kudოსvaurion käsittein (Salanterä ym. 2006, 7). Kivun kesto määrittelee sen, kutsutaanko kipua akuutiksi vai krooniseksi. Akuutti kipu muuttuu krooniseksi, kun se kestää yli 3-6 kuukautta hoidosta huolimatta. (Kalso 2009, 106.) Krooninen kipu on pitkäaikaista, koska elimistöstä välittyy jatkuvasti kipusignaaleja. Tämä johtuu siitä, että mekanismit, jotka välittävät kipua ovat muuttuneet ja vaurioituneet. (Eloranta 2002, 9.)

Kroonisen kivun hoito on pitkä prosessi, jonka tavoitteena on saada kipua lievittymään, kohentaa ihmisen toimintakykyä ja parantaa elämänlaatua. Kipuun liittyy usein muita ongelmia esimerkiksi mielialan laskua ja unettomuutta. (Pakkala 2008, 1.) Unettomuus voi johtua itse kivusta tai se voi olla seuraus kivun tuottamasta stressistä tai huolesta. Masennus ilmenee usein siinä vaiheessa, kun kipu alkaa vaikuttaa ihmisen jokapäiväiseen elämään. (Granström 2009, 112-114.) Näitä ongelmia hoidetaan aktiivisesti, ellei kroonisen kivun hoito vähennä niitä (Pakkala 2008, 1).

Unettomuus aiheuttaa väsymystä. Granström (2010) on määritellyt väsymyksen mielen ja kehon yhteistilaksi, joka liittyy pitkäaikaiseen kipuun. Sen tärkein

aiheuttaja on kivusta johtuva fyysinen ja psyykinen stressi, mutta sen taustalla voi olla myös univaikeudet. Kivulla on monta eri tapaa aiheuttaa univaikeuksia. Kipuaistimus itsessään valvottaa, koska nukahtaminen ei ole mahdollista ennenkuin kaikki aistimukset vaimenevat. Toiset kivusta kärsivät voivat nukahtaa melko helposti, mutta heräävät muutaman tunnin kuluttua kipuun. Tämä on yleistä silloin, jos kipu sallii ainoastaan yhden tai kaksi nukkumisasentoa. (Granström 2010, 39-40.)

Eloranta (2002) tutki kroonisen kivun vaikutuksia elämään. Tutkimuksessa selvisi, että potilaat pyrkivät mieluummin salaamaan kipuaan kuin kertomaan siitä. Kivun voimakkuus vaihteli päivittäin, mutta jatkuvana se tuotti ahdistusta. Kipu hankaloitti jokapäiväistä elämää ja suurimmaksi ongelmaksi koettiin univaikeudet. Se rajoitti sosiaalista elämää ja toi muutoksia perhesuhteisiin. Kipupotilaan voimavarat vahvistuivat itsensä auttamisen ja muilta saadun tuen myötä. Omien voimavarojen vahvistumisen kautta oli helpompi hyväksyä krooninen kipu osaksi elämää. (Eloranta 2002, 55.)

6.2 Mieliala

Ihmisen kipu kokemus perustuu siihen, miten mieli toimii. Kipua ei voi kuvitella ilman mielen osuutta. Mielessä arvioidaan kivun merkitys ja siihen liittyvien toimenpiteiden suunnittelu. (Granström 2010, 29.) Amerikkalaisessa tutkimuksessa, joka tehtiin vuonna 2008, selvitettiin psyykkisten sairauksia esiintyvyyttä interstiaalista kystiittiä sairastavilla potilailla. Tutkimuksen mukaan interstiaalista kystiittiä sairastavat naiset kärsivät masennuksesta ja paniikkihäiriöistä huomattavasti enemmän kuin verrokkiryhmän naiset. Monet urologiset kipupotilaat kertovat, että heillä esiintyy masennus ja ahdistuneisuusoireita, siitä huolimatta, että heillä on käytössään siihen tarkoitettuja lääkkeitä. Saattaakin olla että mielenterveyteen liittyvien ongelmien hoito on urologisilla potilailla haastavampaa. Interstiaalista kystiittiä voidaan parhaiten hoitaa käyttämällä erilaisia lähestymistapoja, joihin kuuluu rutiininomaisesti myös psykologinen arviointi. (Clemens, Brown & Calhoun 2008.)

6.3 Työ

Työ tuo monille ihmisille sisältöä elämään ja sen avulla täytetään yksi ihmisen perustarpeista, tarve kuulua johonkin (Pasternack 2007, 179). Interstitiaalinen kystiitti vaikuttaa siihen miten pystyy tekemään töitä. Sairauden takia joutuu käymään wc:ssä monia kertoja työpäivänaikana tai poissaoloja töistä tulee lääkärikäyntien takia tai pahojen kipujen takia. Interstitiaalisesta kystiitistä ei tarvitse kertoa kaikille työpaikalla. Oma olo helpottaakseen kannattaa kertoa työnantajalle tai lähiesimiehelle sairaudesta ja siitä miten se vaikuttaa työhön. (The Interstitial Cystitis Association 2010.)

6.4 Seksuaalisuus

Sairastuminen vaikuttaa ihmisen elämään sen jokaisella osa-alueella. Sairaus ja sairastuminen muokkaavat ihmisen minäkuvaa, itsetuntoa, seksuaalista minäkuvaa, parisuhdetta ja seksuaalitoimintoja. Sairaus vaikuttaa ihmiseen psyykkisesti ja fyysisesti, mutta ei poista seksuaalisia tarpeita. (Nurmi-Kalpio 2012, 12.) Vakava sairastuminen laskee usein itsetuntoa. Hyvä seksuaalisuus rakentuu itsetunnon pohjalta ja positiivinen kehonkuva omasta itsestä tukee sitä. (Rosenberg 2006, 282-283.) Krooninen kipu voi heikentää itsetuntoa ja alentaa kykyä nauttia omasta seksuaalisuudesta. (Nurmi-Kalpio 2012, 12.) Huomio tulee keskittää siihen mitä on jäljellä, eikä siihen, mitä on menetetty. (Rosenberg 2006, 283.)

Interstitiaalinen kystiitti on erittäin intiimi sairaus, joka aiheuttaa yhdyntäkipuja ja seksuaalista haluttomuutta. Sairaus ja sairastuminen vähentävät usein kiinnostusta seksiin ja seksuaalisuuteen, mutta tämä on kuitenkin väliaikaista. Sairastunut voi olla mustasukkainen tai pelätä puolisonsa olevan uskoton. Sukupuolielämän puute tai vähyys voi vaikuttaa parisuhteeseen merkittävästi. (Nurmi-Kalpio 2012, 12.)

Läheisyyden tarve yleensä säilyy, jolloin kosketuksen ja läheisyyden merkitys korostuu. Läheisyyden avulla voi lievittää ahdistusta ja kipua. Puolison

tehtävänä on tukea, kuunnella ja myötäelää. Halutessaan puolison voi ottaa mukaan hoito- ja lääkärikäynneille. Terveellä puolisoilla on kuitenkin oikeus olla terve ja elää terveen ihmisen elämää. Potilaat odottavat hoitohenkilökunnalta valmiuksia ottaa puheeksi seksuaalisuus ja antaa tietoa sairauden vaikutuksista seksuaalisuuteen. (Nurmi-Kalpio 2012, 12.)

LÄHTEET

Ahonen, O., Blek-Vehkaluoto, M., Ekola, S., Partamies, S., Sulosaari, V. & Uski-Tallqvist, T. 2012. Kliininen hoitotyö. Sisätauteja, kirurgisia sairauksia ja syöpätauteja sairastavan hoito. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Bjålie, J., Haug, E., Sand, O., Staastad, Ø. & Toverud, K. 2005. Ihminen fysiologia ja anatomia. 1.-2.painos. Tanska: Norhaven Book.

Borch, M., Baron, B., Davey, A., Hattala, P., Kiernan, M., Rust, K., Schempp, K., Trzcinski, B., Wasilewski, A. & Yovanovich, J. 2011. Management of Patients with Interstitial Cystitis: A case Study. Urologic Nursing.

Clemens, J., Brown, S. & Calhoun, E. 2008. Mental Health Diagnoses in Patients With Interstitial Cystitis/ Painful Bladder Syndrome and Chronic Prostatitis/ Chronic Pelvic Pain Syndrome: A Case/Control Study. University of Michigan Medical Center. Department of Urology.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2569829/?tool=pubmed>

Eloranta, M-B. 2002. Krooninen kipu osana elämää. Tampereen yliopisto. Hoitotieteenlaitos. Pro gradu- tutkielma.

Granström, V. 2010. Kipu ja mieli. Porvoo: Edita Publishing Oy.

Granström, V. 2009. Kipu, unettomuus ja masennus. Teoksessa Kalso, E., Haanpää, M. & Vainio A. (toim.) Kipu. 3 uudistettu painos. Helsinki: Duodecim, 112-115.

Holmia, S., Murtonen, I., Myllymäki, H. & Valtonen, K. 2008. Sisätautien, kirurgisten sairauksien ja syöpätautien hoitotyö. 4. -6. painos. Helsinki: Werner Söderström Osakeyhtiö.

Hyvinkään sairaala naistentaudit. 2009. Virtsaamispäiväkirja. Luettu 20.5.2012.
www.hus.fi

Jalanko, H. 1998. Munuaisten toiminta 1: Glomerulus. Päivitetty 2011. Helsinki: Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim. Luettu 21.3.2011.
<http://www.duodecimlehti.fi>

Kalso, E. 2009. Kivun biologinen merkitys. Teoksessa Kalso, E., Haanpää, M. & Vainio A. (toim.) Kipu. 3 uudistettu painos. Helsinki: Duodecim, 105-108.

Laurila, M. 2008. Munuaisten anatomia ja fysiologia. Teoksessa Alahuhta, M., Hyväri, T., Linnavuo, M., Kylmäaho, R. & Mukka, H. (toim.) Munuaissairaahan hoito. 1. painos. Helsinki: Edita, 16-35.

Leppilahti, M. 2010. Interstitiaalinen virtsarakkotulehdus. Luettu 14.8.2012.
http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=ykt01332&p_haku=virtsarakko

Leppilahti, M. 2002. Interstitial Cystitis. An epidemiological, Experimental and Clinical Study. University of Tampere. Department of Urology. Academic dissertation.

Linnus, I. 2012. Kivulias virtsarakko –oireyhtymä. Luentomuistiinpanot ja lyhennys Kuismanen, K. Suomen Reumaliiton Sjögrenin syndrooma –seminaari 1.10.2011. Kuivakukat 1/2012, 10-11.

Mustajoki, P. & Kaukua, J. 2008. Virtsanäytteet. Luettu 13.8.2012.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=snk02040&p_haku=virtsan%C3%A4yte

Mustajoki, P. & Kaukua, J. 2008. Virtsarakon tähytys (kystoskopia). Luettu 29.4.2012.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=snk05050

NIDDK. 2012. Basic Research in Interstitial Cystitis. Luettu 28.4.2012.
<http://www2.nidk.nih.gov/AboutNIDDK/Organization/Divisions/KUH/KUHBasicResearchIntercys.htm>

NIDDK. 2011. Interstitial Cystitis/Painful Bladder Syndrome. Päivitetty 27.9.2011. Luettu 7.5.2012.
<http://kidney.nidk.nih.gov/kudiseases/pubs/interstitialcystitis/index.aspx>

Nienstedt, W. 2002. Virtsateiden toiminta. Teoksessa Nurmi, M., Lukkarinen, O., Ruutu, M., Taari, K. & Tammela, T. (toim.) Urologia. 2. painos. Helsinki: Duodecim, 24-30.

Nurmi-Kalpio, T. 2012. Ic ja seksuaalisuus. Kuivakukat 2/2012, 12.

Pakkala, I. 2008. Facultas toimintakyvyn arviointi: Krooninen kipu. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Pasternack, I. 2007. Työ on rasittavaa mutta niin ihanaa. Teoksessa Huttunen, J. & Mustajoki P. (toim.) Elämä pelissä. 1. painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 175-187.

Pekki, M. 2012. sairaanhoitaja. 2012. Haastattelu. 8.8.2012. Haastattelija Virtanen, H. Tampere.

Pere, A-K. 2012. Kivulias rakko - interstitiaalinen kystiitti. Kipuviesti 1/2012, 28-30.

Rosenberg, L. 2006. Pitkäaikaissairaus, vammautuminen ja seksuaalisuus. Teoksessa Apter, D., Väisälä, L. & Kaimola, K. (toim.) Seksuaalisuus. 1. painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 281-304.

Ruutu, M. 2002. Interstitiilli kystiitti. Teoksessa Nurmi, M., Lukkarinen, O., Ruutu, M., Taari, K. & Tammela, T. (toim.) Urologia. 2. painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 187-191.

Sairanen, J. 2008. Cyclosporine A in the Treatment of Interstitial Cystitis. University of Helsinki. Department of Urology. Academic dissertation.

Salanterä, S., Hagelberg, N., Kauppila, M. & Närhi, M. 2006. Kivun hoitotyö. 1. painos. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.

Sand, O., Sjaastad, Ø., Haug, E. & Bjålie, J. 2011. Ihminen fysiologia ja anatomia. 1. painos. Helsinki: WSOY.

Suomen Sjögrenin syndrooma yhdistys. 2012. Temput, konstit ja niksit. Kuivakukat 2/2012, 20-21.

Tammela, T. professori, urologian ja kirurgian erikoislääkäri. 2012. Haastattelu 8.8.2012. Haastattelija Virtanen, H. Tampere.

Tammela, T. 2002. Urodynaamiset tutkimukset. Teoksessa Nurmi, M., Lukkarinen, O., Ruutu, M., Taari, K. & Tammela, T. (toim.) Urologia. 2. painos. Helsinki: Duodecim, 56-66.

The Interstitial Cystitis Association. 2011. Food diaries. Luettu 12.5.2012.
<http://www.ichelp.org/Page.aspx?pid=572>

The Interstitial Cystitis Association. 2010. IC and Exercise. Luettu 16.5.2012.
<http://www.ichelp.org/Page.aspx?pid=615>

The Interstitial Cystitis Association. 2010. Managing Stress. Luettu 10.7.2012.
<http://www.ichelp.org/page.aspx?pid=929>

The Interstitial Cystitis Association. 2010. Talking with Your Employer About IC. Luettu 1.8.2012.

The Interstitial Cystitis Association. 2010. Quitting smoking. Luettu 12.5.2012.
<http://www.ichelp.org/page.aspx?pid=931>

Tommola, S. 2000. Interstitiellii kystiittipotilaiden kokemuksia sairaudesta, kivusta ja itsehoidon ohjauksesta. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu- tutkielma.

Tuominen, P. ravitsemussuunnittelija. 2003. Interstitiaali kystiitti sopeutumiskurssin seminaari. Ohje. Ähtäri.

Uracyst potilasohje. Tietoa interstitiaalisen virtsarakon tulehduksen / kivuliaan rakon oireyhtymään (IC/PBS) hoidosta Uracyst-valmisteella.

Vaarala, M., Luukkonen, P., Tammela, T. & Hellström, P. 2011. Virtaa virtsaamiseen, watteja valumiseen. Helsinki: Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim. Tulostettu 17.5.2012. <http://www.duodecimlehti.fi>

Vaarala, M., Perttilä, I. & Hellström, P. 2010. Botuliini auttaa myös urologisissa ongelmissa. Helsinki: Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim. Tulostettu 17.3.2012. <http://www.duodecimlehti.fi>

Vainio, A. 2009. Voiko kipua mitata? Luettu 9.8.2012.

http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=kha00025

Vauhkonen, L. & Holström, P. 2006. Sisätaudit. 1.-2. painos. Helsinki: Werner Söderström Osakeyhtiö.

Whitmore, K. 2002. Complementary and Alternative Therapies as Treatment Approaches for Interstitial Cystitis. Philadelphia.

Yeh, H-L., Kuo, H-C., Lin, Z-C. & Lee, R-P. 2012. Self-Care Behaviours in Patients With Interstitial Cystitis. Tzu Chi.

LIITTEET

Liite 1. NIDDK:n kriteerit interstitiaalisen kystiitin määrittelemiseksi
(taulukko suomennettu Leppilahden (2002) kokoaman luettelon pohjalta)

Vaadittavat kriteerit sairauden toteamiseksi ovat:	Poissulkevat kriteerit: (jos jokin seuraavista kriteereistä esiintyy, sulkee se automaattisesti pois potilaan)
Kystoskopiassa nähdään petekkioita eli verenpurkauksia tai Hunnerin haavaumia	Ilman nukutusta tehtävän virtsarakon paineen ja tilavuusmittauksen aikana rakon kapasiteetti on suurempi kuin 350ml
Kipua, joka liittyy virtsarakkoon tai pakottavaan virtsaamistarpeeseen	Kystometrin aikana esiintyy tahdosta riippumatonta rakon supistumista käytettäessä aiemmin mainittua täyttönopeutta
	<p>Oireet ovat kestäneet alle 9 kuukautta.*</p> <p>Ei esiinny yövirtsausta*</p> <p>Oireet helpottavat mikrobilääkkeillä, virtsarakon antisepteillä (limakalvon pieneliöitä tappavilla) antikolienergilääkkeillä (asetyylikoliinin vaikutusta estävä, parasympaattista hermostoa salpaava lääke) tai kouristusta ehkäisevillä lääkkeillä*</p> <p>Virtsaamistiheys hereillä ollessa alle 8 kertaa päivässä</p> <p>Diagnoosi bakteerin aiheuttamasta virtsarakontulehduksesta tai eturauhastulehdus kolmen kuukauden sisällä</p> <p>Virtsarakon tai alempien virtsateiden kivi*</p> <p>Aktiivinen genitaalierpes</p> <p>Kohdun-, kohdunkaulan-, emättimen- tai virtsaputkensyöpä*</p> <p>Virtsaputken divertikuliitti (umpipussi, pullistuma)*</p> <p>Solunsalpaajan tai minkä tahansa muun kemikaalin aiheuttama rakkotulehdus</p> <p>Tuberkuloosin omainen/aiheuttama rakkotulehdus</p> <p>Hyvän- tai pahanlaatuinen rakkokasvain</p> <p>Emätintulehdus</p> <p>Alle 18 vuoden ikä*</p>

Jotkin kriteerit ovat suhteellisia ja ne on merkitty *

Liite 2. Virtsaamispäiväkirja

VIRTSAAMISPÄIVÄKIRJA

Pvm:			Pvm:		
Kellonaika	Nautittu nestemäärä (ml)	Virtsamäärä (ml)	Kellonaika	Nautittu nestemäärä (ml)	Virtsamäärä (ml)

Merkitkää taulukkoon kahden lääkarissäkäyntiä edeltävän päivän virtsamäärät, nautitut nestemäärät ja kellonajat.

Liite 3. The O' Leary-Saint oire- ja häittäkyselylomake

1 (2)

Taulukko 1. Interstitiaalisen virtsarakkotulehduksen aiheuttamat oireet

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 nousset 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.	

(jatkuu)

2 (2)

Taulukko 2. Rakko-oireiden aiheuttama haitta

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. Ohje interstitiaali kystiitti potilaan ruokavaliosta (koottu ravitsemussuunnittelija Tuomisen (2003) ohjeen pohjalta)

Ruoka-aineryhmä	Vältettäviä	Sopivia
Maitotuotteet	hapankerma (smetana) pitkään kypsytetyt juustot	maito, tuorejuustot
Vihannekset	pavut, sipulit, soijapavut, tofu, tomaatti	muut vihannekset, kotona kasvatetut tomaatit
Hedelmät marjat	ananas, aprikoosi, avokado, banaani, granaattomena, nektariini, karpalo, luumu, mansikka, omena, persikka, puolukka, raparperi, sitrushedelmät, viinimarjat tai näistä valmistettu mehu	mustikka, päärynä, vadelma, vesi- ja hunajameloni, vähähappoiset omenat
Viljatuotteet	ruis, hapanleipä	muut leivät, pasta, peruna, riisi
Liha, kala, ravintorasvat	anjovis, kananmaksa, kaviaari, nitraatteja/ nitriittejä sisältävä liha, savuliha ja -kala, suolattu naudanliha, säilykeliha	kala, kohtuullinen lihan käyttö, muut siipikarjatuotteet, oliiviöljy, rypsiöljy
Pähkinät	useimmat pähkinät	cashew -pähkinät, mantelit
Juomat	alkoholijuomat, hiilihappoiset juomat, hedelmämehut (erityisesti karpalo- ja sitrusmehut), kahvi ja tee	hapottomat vedet, kofeiiniton kahvi ja tee, jotkin yrttiteet
Mausteet	etikka, ketsuppi, majoneesi, maustetut ruuat, maustetut salaatin- kastikkeet, sinappi, soijakastike	mieto sipuli, valkosipuli
Säilöntä- ja lisäaineet	natriumglutamaatti, keinotekoiset makeutusaineet kuten aspartaami ja sakkariini, sitruunahappo, säilöntä-, väri- ja lisäaineita sisältävät ruuat	
Muut	efedriini, kofeiini, palautumis- / virkistysjuomat, suklaa, tupakka	valkoinen suklaa



OSA 3

Interstiaalinen kystiitti (IC) ja rakkohuuhtelu

Hannele Virtanen
Taru Vuorinen

Opinnäytetyö
Joulukuu 2012
Hoitotyön koulutusohjelma
Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto
Tampereen ammattikorkeakoulu