



SEINÄJOEN AMMATTIKORKEAKOULU
SEINÄJOKI UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Johanna Hautala & Tiina Palojärvi

Ruokatorvisyöpää sairastavan potilaan palliatiivinen hoitotyö

Kuvaileva kirjallisuuskatsaus

Opinnäytetyö
Kevät 2024
Sairaanhoitaja (AMK)



SEINÄJOEN AMMATTIKORKEAKOULU

Opinnäytetyön tiivistelmä

Tutkinto-ohjelma: Sairaanhoidaja (AMK)

Suuntautumisvaihtoehto: Sairaanhoidajan hoitotyö

Tekijät: Johanna Hautala ja Tiina Palojärvi

Työn nimi alaotsikoineen: Ruokatorvisyöpää sairastavan potilaan palliatiivinen hoitotyö:
Kuvaileva kirjallisuuskatsaus

Ohjaajat: Mari Salminen-Tuomaala ja Johanna Soini

Vuosi: 2024

Sivumäärä: 56

Liitteiden lukumäärä: 3

Opinnäytetyön tavoite oli lisätä hoitohenkilökunnan osaamista ja valmiuksia hoitaa ruokatorvisyöpää sairastavia, palliatiivisessa hoidossa olevia potilaita ja lisätä tietoisuutta läheisten tukemisesta, lisäksi tällä opinnäytetyöllä tuotiin läheisille lisää tietoutta ruokatorvisyövästä ja sen hoitomuodoista. Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata ruokatorvisyöpää sairastavan potilaan palliatiivista hoitotyötä.

Tämä opinnäytetyö toteutettiin kuvailevana kirjallisuuskatsauksena. Aineistoa haettiin suomeksi sekä englanniksi eri tietokannoista. Aineisto oli tuotettu vuosina 2013–2023. Aineiston analyysissä käytettiin induktiivista sisällönanalyysia. Teoriaosuus käsitteli hoitotyön keinoja auttaa ruokatorvisyöpää sairastavia potilaita ja keinoja olla läheisen tukena.

Opinnäytetyön tuloksissa ilmeni, että ruokatorvisyöpää sairastavan potilaan palliatiivinen hoitolinjaus tehtiin usein liian myöhään. Ruokatorvisyöpää sairastavan potilaan palliatiivisessa hoitotyössä korostui potilaan ja läheisen ammatillinen kohtaaminen sekä vuorovaikutus. Oikeanlainen hoito ja ajantasainen tiedonsaanti oli potilaille ja läheisille tärkeää. Potilaat kokivat saavansa hoitosuhteensa aikana riittävästi sairauttaan koskevaa tietoa ja tukea, kun taas läheiset kokivat potilaan hoitoa koskevan tiedonsaannin ja ohjauksen riittämättömäksi. Henkisen tuen tarve oli suuri ja vertaistuen piiriin pääsemiseen tarvittu ohjaus koettiin vähäiseksi. Läheiset ja potilaat kaipasivat hoitajilta myös lisää tietoa ja ohjausta saatavilla olevien taloudellisten etuuksien saamiseksi. Johtopäätöksenä voidaan todeta, että ruokatorvisyöpää sairastavia ja heidän läheisiään voidaan auttaa monin palliatiivisen hoitotyön keinoin.

Jatkotutkimusaiheiksi nousi esiin ruokatorvisyöpää sairastavan potilaan ravitsemuksen tukeminen ja tähän opas ravitsemuksesta, koska ravitsemuksen ohjauksessa on puutteita. Kuvailevan kirjallisuuskatsauksen tuloksia voidaan hyödyntää ruokatorvisyöpäpotilaiden palliatiivisen hoitotyön kehittämisessä.

SEINÄJOKI UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

¹ Asiasanat: palliatiivinen hoitotyö, ruokatorvisyöpä, läheinen, hoitotyön keinot

Thesis abstract

Degree programme: Nurse (AMC)

Specialisation: Nursing

Author/s: Johanna Hautala ja Tiina Palojärvi

Title of thesis: Palliative care of a patient with esophagael cancer

Supervisor(s): Mari Salminen-Tuomaala and Johanna Soini

Year: 2024

Number of pages: 56

Number of appendices: 3

The goal of the thesis was to increase the knowledge and skills of nursing staff to treat patients with esophageal cancer who are in palliative care and to increase awareness of supporting loved ones. In addition, this thesis brought more information to loved ones about esophageal cancer and its treatment methods. The purpose of the thesis was to describe the palliative care of a patient with esophageal cancer.

This thesis was implemented as a descriptive literature review. The material was searched in Finnish and English from different databases. The material was produced between 2013 and 2023. Inductive content analysis was used in the analysis of the data. The theory part dealt with nursing methods to help patients with esophageal cancer and ways to support loved ones.

The results of our thesis showed that the palliative care of a patient with esophageal cancer was often done too late. In the palliative care of a patient with esophageal cancer, the professional encounter and interaction between the patient and a loved one was emphasized. The right type of treatment and access to up-to-date information was important for patients and their relatives. The patients felt that they received sufficient information and support regarding their illness during their treatment relationship, while the relatives felt that the access to information and guidance regarding the patient's care was insufficient. The need for emotional support was great, and the guidance needed to get into peer support was felt to be minimal. Relatives and patients also needed more information and guidance from the nurses to obtain the available financial benefits. In conclusion, it can be stated that people with esophageal cancer and their loved ones can be helped with many methods of palliative care.

Supporting the nutrition of a patient with esophageal cancer and a guide on nutrition came up as topics for further research, because there are deficiencies in nutrition guidance.

The results of the descriptive literature review can be used in the development of palliative care for esophageal cancer patients.

¹ Keywords: palliative care, end of life care, esophagael cancer, esophagael neoplasms

SISÄLTÖ

Opinnäytetyön tiivistelmä	2
Thesis abstract	3
SISÄLTÖ	4
Kuva-, kuvio- ja taulukkoluetelo	6
Käytetyt termit ja lyhenteet.....	7
1 JOHDANTO	10
2 RUOKATORVISYÖPÄ	11
2.1 Ruokatorvisyöpä.....	11
2.2 Ruokatorvisyövän esiintyvyys ja elinajan odote.....	12
2.3 Ruokatorvisyövän lääketieteelliset hoidot.....	14
3 RUOKATORVISYÖPÄÄ SAIRASTAVAN PALLIATIIVINEN HOITOTYÖ	17
3.1 Palliatiivinen hoitotyö.....	17
3.2 Potilaan tukeminen.....	19
3.3 Potilaan ravitsemus palliatiivisessa hoitotyössä	21
3.4 Kivunhoito palliatiivisessa hoitotyössä.....	25
3.5 Palliatiivinen sedaatio.....	27
3.6 Palliatiivinen sädehoito.....	27
3.7 Saattohoitotyö	28
3.8 Potilaan läheisen huomiointi.....	31
4 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITE	34
5 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS.....	35
5.1 Kuvaileva kirjallisuuskatsaus.....	35
5.2 Tiedonhaku	36
5.3 Tiedonhakuprosessin kuvaus	39
5.4 Aineiston analyysi.....	40
6 TULOKSET	42
6.1 Palliatiivisen hoitotyön erilaiset hoitomuodot	42
6.1.1 Palliatiivisen hoitotyön fyysiset hoitokeinot	42
6.1.2 Palliatiivisen hoitotyön psyykkiset hoitokeinot	42

6.2	Läheisten tukeminen eri hoitotyön keinoin	44
6.2.1	Läheisten tukemisen informatiiviset ja sosiaaliset hoitotyön keinot.....	44
6.2.2	Läheisten tukemisen psyykkiset hoitotyön keinot.....	45
7	POHDINTA.....	48
7.1	Kirjallisuuskatsauksen tulosten pohdinta.....	48
7.2	Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus	49
7.3	Jatkotutkimusaiheet ja kehittämis ehdotukset	51
	LÄHTEET	52
	LIITTEET	55

Kuva-, kuvio- ja taulukkoluetelo

Kuvio 1. Ruokatorven rakenne (Arkkila ym., 2018).....	11
Kuvio 2. Todettuja ruokatorvisyöpiä suomessa vuonna 2022	13
Kuvio 3. Siewert -luokitus.....	16
Kuvio 4. Toivoa vahvistavat ja heikentävät tekijät saattohoitopotilaalla	30
Kuvio 5. Prosessin kuvaus.....	39
Kuvio 6. Induktiivisen sisällön etenemisen vaiheet.	41
Kuvio 7. Palliatiivisen hoitotyön erilaiset hoitokeinot.	44
Kuvio 8. Läheisten tukeminen eri hoitotyön keinoin.	46
 Taulukko 1. Tiedonhaku taulukko	 38
Taulukko 2. Sisäänotto- ja poissulkukriteerit.....	40

Käytetyt termit ja lyhenteet

Barrettin limakalvo	Refluksitaudin aiheuttama limakalvomuutos, jossa ruokatorven oma levyepiteeli korvautuu suolityyppisellä lie-riöepiteelillä. Barrettin suuri pituus vaikuttaa syöpäriskiin sitä lisäävästi.
Definiitiivinen kemosädehoito	Kemosädehoito ilman leikkausta ja yhdistelmähoitoa.
Delirium	Sekavuustila
EG-junktio	Esofagogastrinen muutosalue
Eksistentiaalinen kärsimys	Tuskaisuuden ja ahdistuksen monimuotoisesti ilmenevä kokemus, jolle vaikea löytää konkreettista syytä ke- hosta, ympäristöstä tai mielestä.
Endoskooppinen mukoosaresektio (EMR)	Lääketieteellinen toimenpide, limakalvon pinnallisia ker- roksia poistetaan endoskoopin avulla.
Enteraalinen	Maha-suolikanavaan suun tai letkun kautta viety ravitse- mus.
Kakeksia	Kuihtumista, näivettymistä, riutumista, vaikeaa aliravit- semustilaa ravinnon puutteeseen tai vaikeisiin yleissai- rauksiin liittyvää väsymystä, pahoinvointia ja laihtumista.
Kemosädehoito	Solunsalpaajat eli sytostaatit yhdistettynä sädehoitoon.
MNA	Mini Nutritional Assessment.

Mukoosa	Ruokatorven limakalvo, koostuu pinnallisesta epiteelistä, sen alla olevasta rauhasia ja imusolmuja sisältävästä sidekudoksesta sekä limakalvon lihaskerroksesta.
Mukoosa resektio (EMR)	Limakalvon poisto leikkauksella.
Palliativinen hoitotyö	Elämän loppuvaiheen hoitoa, kivun lievittämistä, kuoleman lähestyessä kärsimyksen lievitystä, potilaan ja omaisten henkisen tuen huomiointia, hyvän elämänlaadun takaamista elämän loppumetreillä, saattohoito on osa palliativista hoitotyötä.
Parenteraalinen	Ruuansulatuskanavan ulkopuolella eli suoraan laskimoon annosteltava ravitseminen.
Posttraumaattinen	Traumaattisen kokemuksen jälkeen pitkittynyt reaktio. Uhkaavan tai tuhoavan tilanteen/kokemuksen synnyttämän voimakkaan ahdistuksen seurauksena
Radiotaajuusablaatio (RFA)	Lääketieteellinen menetelmä. Syöpäsoluja tuhoaminen radiotaajuisen sähkövirran avulla.
Saattohoito	Kuolemaa lähellä olevan sairastuneen hoito.
Siewert-luokitus	Siewert I –ruokatorven alaosa, Siewert II -EG-junktio/ ruokatorvi-mahalaukunraja, Siewert III -mahalaukun yläosa 5 cm:n matkalta.
Somaattinen oire	Fysiologiset, emotionaaliset ja kognitiiviset oireet sekä näiden vaikutukset käyttäytymiseen.
Stentti	Metallinen verkkoputki, jota käytetään tukemaan ja pitämään auki tiehyitä sisäpuolelta.
Submukoosa	Pinnallinen limakalvonalaisherros. Sisältää veri- ja imusuonia, imukeräsiä sekä limaa erittäviä rauhasia.

Submukoosa dissektio (ESD)	Minimaalisesti kajoava toimenpide, jossa syöpä poistetaan paikallisesti poistamatta koko elintä.
TNM-luokitus	HGD-T1a - vaikea dysplasia ja limakalvoon rajautunut syöpä, T1b-T2- limakalvon alaisen kerroksen ja lihaskerroksen syöpä, T3-4/N+ -paikallisesti levinnyt syöpä, ja M1 -metastasoitunut syöpä.
Vagushermo	10:s aivohermo, nk. kiertäjähermo. Vagushermo kulkee aivojen pohjasta aina paksusuolen alkuosaan saakka. Osallistuu parasympaattisen hermoston toimintaan.

1 JOHDANTO

Ruokatorvisyöpä on lisääntynyt maailmanlaajuisesti, ja sen elinajanodote on pieni. Kuitenkin sairastuneille tehdään palliatiivinen hoitolinjaus usein liian myöhään. Kitin ym. (2022, s. 1173–1178) tutkimuksessa vuosina 2013–2014 tutkimusryhmänä oli 160 potilasta, jotka sairastivat ruokatorvi- tai mahasyöpää. Potilaiden, joille tehtiin palliatiivinen hoitopäätös ajoissa, sairaalakäynnit vähenivät merkittävästi ja heidän loppuelämänsä hoito oli parempaa.

Ruokatorvisyöpään sairastuu koko ajan enemmän ihmisiä, ja tauti on erityisen tappava (Kauppila ym., 2020, s. 496–505). Tavallisesti tautiin sairastutaan noin 70 vuoden iässä. Suurimmat taudin riskitekijät ovat alkoholi ja tupakka, etenkin jos kyseessä on levyepiteelisyöpä. Eliniän odote on diagnoosin saannin jälkeen noin 5 vuotta, mutta jos syöpä on levinnyt, eliniän odote on vain alle vuosi. Jos syöpähoitoja ei aloiteta, eliniän odote on ainoastaan 3–4 kuukautta. Leikatuista potilaista yli 40 % elää yli viisi vuotta. Ruokatorvisyöpä on yhdenneksitoista yleisin syöpä maailmassa ja kuudenneksi yleisin syy syöpäkuolemiin. Elämän loppuvaiheessa tulisi lopettaa liian kovat hoidot ja tehdä palliatiivinen hoitopäätös ajoissa ja keskittyä oireenmukaiseen hoitoon.

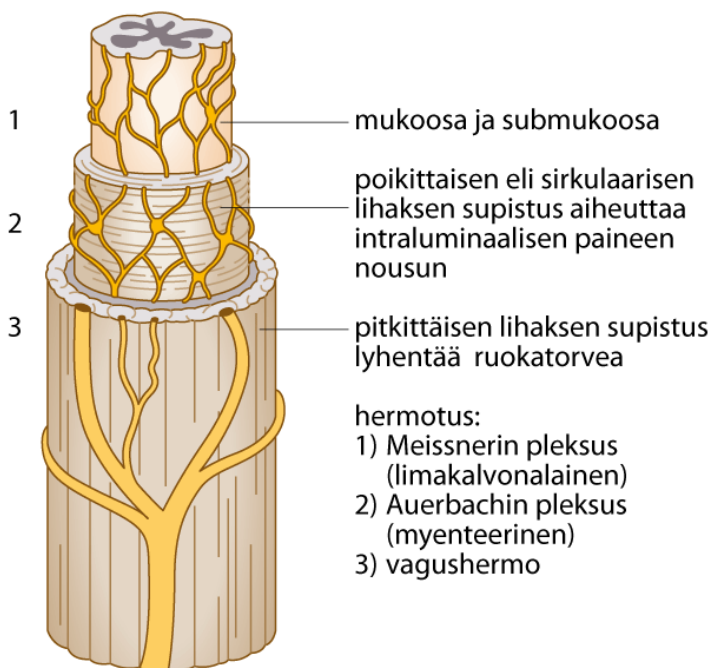
On tärkeää tuoda esiin taudin hoitoon liittyviä asioita ja kuinka elämän laatua kuitenkin pystytään parantamaan, vaikka itse tautia ei pystyttäisikään enää parantaa. Ruokatorvisyöpään sairastuneen potilaan läheisten huomioiminen ja palliatiivisen hoitotyön aloittaminen ajoissa on tärkeää.

Yhteistyökumppanina toimii Seinäjoen ammattikorkeakoulun yliopettaja Mari Salminen-Tuomaala. Opinnäytetyön tavoite on lisätä hoitohenkilökunnan osaamista ja valmiuksia hoitaa ruokatorvensyöpää sairastavia, palliatiivisessa hoidossa olevia potilaita ja lisätä tietoisuutta läheisten tukemisesta. Lisäksi tällä opinnäytetyöllä tuodaan läheisille lisää tietoutta ruokatorvisyövästä ja sen hoitomuodoista. Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata ruokatorvisyöpää sairastavan potilaan palliatiivista hoitotyötä.

2 RUOKATORVISYÖPÄ

2.1 Ruokatorvisyöpä

Ruokatorvi koostuu useasta osasta, ja sen tehtävänä on kuljettaa ravintoa nielusta mahalaukuun ja estää mahan sisällön takaisinvirtauksen mahalaukusta ylös ruokatorveen. (Arkkila ym., 2018, Ruokatorven rakenne ja toiminta -luku). Ruokatorvi muodostuu neljästä eri kerroksesta. Ruokatorven sisintä osaa kutsutaan mukoosaksi eli limakalvoksi, toiseksi sisin osa on nimeltään submukoosa eli limakalvonalaiskudos, kolmas kerros muodostuu lihaskerroksesta (nk. muscularis propria) ja ruokatorvea peittää uloimpana kerroksena ulkokalvo eli adventitia. Ruokatorvessa on kahta eri lihastyyppiä yläosan koostuessa poikkijuovaisesta lihaskudoksesta, keskiosassa esiintyy poikkijuovaista sekä sileää lihaskudosta, alaosan ollessa täysin sileää lihaskudosta (mt., Ruokatorven rakenne -luku). Ruokatorven rakenteeseen kuuluvat karkeasti ruokatorven yläsulkija, ruokatorven runko-osa sekä ruokatorven alasulkija. Ruokatorven hermostoon kuuluvat lihaskerrosten keskellä kulkevat ruokatorven hermot sekä limakalvokerroksen alainen hermopunos. Kuvio1_ havainnollistaa ruokatorven rakennetta ja hermotusta.



Kuvio 1. Ruokatorven rakenne (Arkkila ym., 2018).

Ruokatorvisyövän päätyyppejä ovat adenokarsinooma ja levyepiteelikarsinooma (Arkkila ym., 2018, Ruokatorvisyöpä -luku). Harvoin esiintyviin ruokatorvisyövän alatyyppeihin voidaan lukea sarkoomat, lymfoomat ja melanoomat sekä pienisoluinen syöpä. Ruokatorven adenokarsinoomat hakeutuvat lähelle EG-junktiota tai ruokatorven alakolmannekseen. Ruokatorvisyövälle yleiset imusolmukemetastaasit muodostuvat jo syövän varhaisessa vaiheessa ruokatorven runsaaseen imutieverkkoon. Levyepiteelisyövissä imusolmukemetastaaseja muodostuu helpoiten kaulalle sekä rintaonteloon niiden sijaintinsa vuoksi, kun taas adenokarsinoomissa imusolmukemetastaaseja esiintyy kasvaimen lähettävillä ja ylävatsan alueella. Pitkälle edenneessä adenokarsinoomassa myös vatsa-aortan ja kaulan imusolmukeverkostot keräävät itseensä metastaaseja. Elinmetastaaseja ruokatorven syövässä esiintyy tavallisimmin luustossa, keuhkoissa ja maksassa. Ruokatorvisyövän levinneisyyden kuvaamisessa käytetään TNM-luokitusta, joka auttaa rajaamaan ruokatorvisyövän esiintyvyyden alueen ja antaa suuntaviivat syövän hoitomuotoihin.

2.2 Ruokatorvisyövän esiintyvyys ja elinajan odote

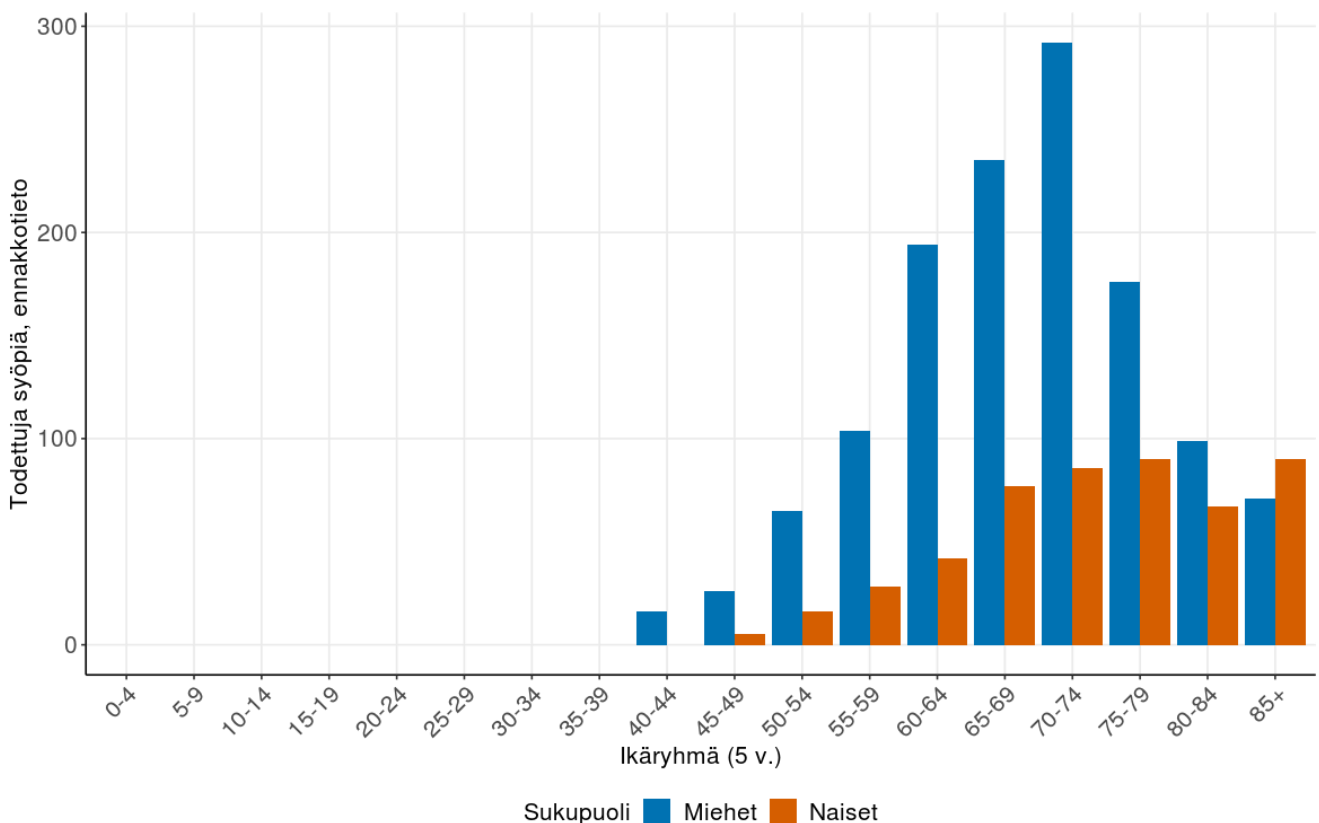
Huangin ja Yun (2018, s.210–215) tekemässä tutkimuksessa ilmeni, että ruokatorvisyövän esiintyvyys on kasvanut maailmanlaajuisesti kuusinkertaiseksi. Ruokatorvisyöpää esiintyy laajasti etenkin Itä-Aasiassa, Etelä- ja Itä-Afrikassa sekä Etelä-Euroopassa. Muualla Euroopassa ja Pohjois-Amerikassa sitä esiintyy vähemmän. Tutkimuksessa kävi ilmi, että etninen tausta ja geneettiset tekijät vaikuttavat elintapojen lisäksi suuresti ruokatorvisyöpään sairastumiseen. Tutkimuksen mukaan valkoisilla miehillä on kaksinkertainen riski sairastua ruokatorvisyöpään verrattuna latinalaisamerikkalaisiin ja kolme tai jopa neljä kertaa suurempi riski sairastua ruokatorvisyöpään kuin tummaihoisilla. Miehet myös sairastuvat naisia herkemmin ruokatorvisyöpään maailmanlaajuisesti.

Ruokatorvisyöpää sairastavan ennuste on huono, viiden vuoden kuluttua elossa on 16 % sairastuneista (Kitti ym., 2022, s.1173–1178). Tutkimuksessa oli 160 ruokatorven ja mahalaukun syöpää sairastavaa potilasta. Tutkimus oli tehty Helsingin yliopistollisen keskussairaalan syöpätautien klinikalle. Tutkimuksen mukaan vuonna 2013 hoidetuista potilaista 25 % kuoli joulukuuhun 2014 mennessä. Tutkimuksessa verrattiin potilaiden sairaalahoitojen sekä päivystyskäyntien määrää. Tutkimuksessa tuli esiin, että mikäli syöpä oli edennyt pitkälle, potilaan elin-aika oli kuusi kuukautta. Syöpähoitoja ei aloitettu 34 %:lla potilaista ja palliatiivinen hoitolin-jaus oli tehty aikaisintaan 30 päivää ennen kuolemaa. Potilaista 54 %:lla päätös oli tehty

myöhemmin kuin 30 päivää ennen kuolemaa, ja 46 %:lla päätöstä ei ollut tehty ollenkaan. Tutkimuksessa tuli esiin, että palliatiivinen päätös tehtiin myöhään tai ei ollenkaan joka toisella potilaalla. Koska päätöstä ei tehty ajoissa, se johti sairaalapalveluiden käytön lisääntymiseen ja kuolemien lisääntymiseen sairaalassa. Varhainen palliatiivisen hoidon päätöksen teko lisäsi palliatiiviseen hoitoon erikoistuneiden palveluiden käyttöä ja loppuelämän hoitoa kotona, mikä tarkoitti parempaa loppuelämän hoitoa.

Kuviossa 2 esitetään vuonna 2022 todetut ruokatorvisyöpätapaukset Suomessa (Suomen syöpärekisteri 2022). Kuviossa tulee esiin, että syöpään sairastutaan yleisimmin 70–74 vuoden iässä ja ruokatorvisyöpä on yleisempää miehillä kuin naisilla.

© Suomen Syöpärekisteri (CC-BY 4.0) - cancerregistry.fi



Kuvio 22. Todettu ruokatorvisyöpiä suomessa vuonna 2022 (Suomen Syöpärekisteri)

2.3 Ruokatorvisyövän lääketieteelliset hoidot

Ruokatorvisyöpää on olemassa kahta muotoa, adenokarsinooma ja levyepiteelikarsinooma (Kauppila ym., 2020, s. 496–505). Ruokatorvisyövän hoitomuoto valitaan yksilöllisesti syövän levinneisyyden ja potilaan yleisvoinnin mukaan. Taudin levinneisyyden selvittäminen edellyttää vartalon tietokonetomografiaa ja fluorideoksiglukoosi-positroniemissiotomografia-TT:tä eli FDG-PET-TT-tutkimusta. Syöpämuutoksen syvyyttä voidaan tarvittaessa arvioida endoskooppisella kaikukuvauksella. Jos tuumorimuutoksen epäillään kasvavan kiinni henkitorveen, on mahdollista tehdä bronkoskopia eli henkitorven täyhystys. Laparoskopia auttaa selvittämään, ulottuuko tuumori vatsaonteloon saakka. Ruokatorvisyövän lääketieteellisiä hoitomuotoja ovat leikkaushoito, endoskooppinen hoito, kemoterapia ennen leikkausta, peroperatiivinen solunsalpaajahoido, definitiivinen kemoterapia, onkologinen yhdistelmähoito ja palliatiivinen hoito. Kun kyseessä on hyvin ikääntynyt potilas, leikkauksen kelpoisuus selvitetään tavallisesti niin kutsutulla porrastestillä ja keuhkojen toiminnan kartoituksella. Leikkauksen kelpoinen potilas kykenee porrastestissä nousemaan portaita kolme-neljä kerrosta ongelmitta.

Porrastesti on luotu mittaamaan leikkauksen potilaan suorituskykyä. Se toimii mittarina, kun tarkastellaan potilaan mahdollisten leikkauksen komplikaatioiden riskiä ja leikkauksen jälkeistä syöpäkuolleisuutta (Helminen & Sihvo, 2023, s. 392–400). Keski-Suomen keskussairaalassa tutkittiin leikattujen ruokatorvi- ja keuhkosyöpää sairastavien potilaiden fyysistä suorituskykyä porrastestin avulla vuosina 2021–2023. Tutkimukseen osallistui 495 ruokatorvi- ja keuhkosyöpää sairastavaa potilasta, heistä 138 oli ruokatorvisyöpää sairastavia potilaita. Porrastesti on jaettu kolmeen ryhmään, joihin kuuluu 4 kerroksen yhtäjaksoinen matka (yli 14 metriä), 3–4 kerrosta (10–14 metriä) ja 3 kerrosta nousevat potilaat (alle 10 metriä.). Porrastestiin kuuluu yleisesti myös suorituskyvyn kyselylomake, jonka potilas itse täyttää. Suorituskyvyn kyselylomakkeessa selvitetään potilaan fyysinen suorituskyky esittämällä kysymys portaiden kiipeämiskyvystä (0, 1, 2 tai vähintään 3 kerrosta yhtäjaksoisesti) sekä kysymys liikkumisnopeudesta tasamaalla (ei, hitaasti, reipas kävely tai juoksu). Tutkimuksessa havaittiin, että alle 10 metrin matkasta suoriutuneessa potilasryhmässä ilmeni eniten vakavia leikkauksen komplikaatioita. Huonoimman suorituskyvyn potilasryhmän kuolleisuus oli 90 päivän aikana 10 %, kun 3–4 kerrosta nousevien potilaiden kuolleisuus oli edellä mainittuna aikana 4,1 % ja 4 kerrosta nousevien potilaiden kuolleisuus 0,7 %. Kuolleisuus oli tätä mukailen lähes kaksinkertainen huonon suorituskyvyn potilasryhmän ja 4 kerrosta jaksavan potilasryhmän välillä seuraavan viiden vuoden aikana leikkauksesta. Tutkitusta ryhmästä ruokatorvisyöpää

sairastavien potilaiden 90 vuorokauden kuolleisuus oli 1,5 % ja elossa heistä oli 5 vuoden kuluessa leikkauksesta 59 %. Tutkimuksessa käy ilmi, että alle 3 kerrosta kiivenneitä potilaita leikattiin enää vain valikoidusti. Tällä mittarilla potilaan hapenottokykykin on jäänyt alle 14 ml/kg/min maksimaalisen hapenottokyvyn.

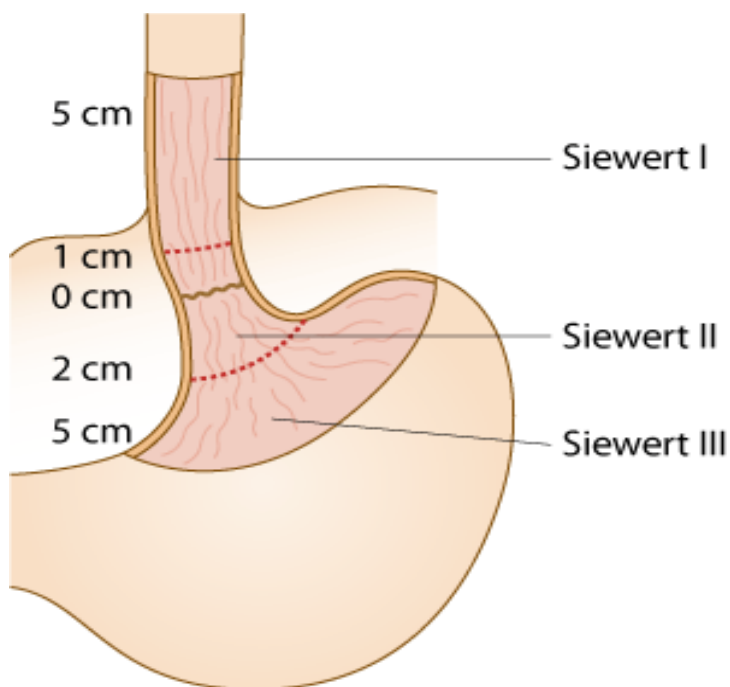
Endoskooppinen hoito eli paikallishoito soveltuu harvalle syöpäpotilaalle. (Kauppila ym., 2020, s. 496–505). Tästä hyötyy vain noin joka kymmenes potilas, jolla on todettu Barrettin limakalvomuutoksia. Paikallishoitoja ovat endoskooppinen submukoosadissektio (ESD), radiotaajuusablaatio (RFA) sekä endoskooppinen mukoosaresektio (EMR). Näiden hoitojen käyttörajat kulkevat limakalvon tukikerroksissa sekä limakalvon lihaskerroksissa. Syövän levinneisyys veri- tai imusuoniin estää paikallishoitojen käytön. Paikallishoitoihin liittyy aina korkea syövän uusiutumiseriski, joten leikatut potilaat vaativat tiheämpää jälkiseurantaa. Ruokatorven poistoleikkauksen tarve voi nousta aiheelliseksi, jos syöpä uusiutuu tai tuumorimuutoksen poisto endoskooppisesti ei onnistu suunnitellusti, vaan tuumorimateriaalia jää limakalvoille.

Ruokatorven poistoleikkaus eli esophagektomia on yleinen hoitomuoto ruokatorvensyöpää vastaan. (Kauppila ym., 2020, s. 496–505). Operaatiossa poistetaan suuri osa ruoansulatuskanavaa, johon lukeutuvat ruokatorvi, mahansuu sekä mahan pieni kaarre. Myös lähellä sijaitsevat rinta- ja vatsaontelon imusolmukkeet poistetaan. Potilaan ravinnon saannin turvaamiseksi mahalaukusta rakennetaan ruokatorven tilalle korvaava putki, joka liitetään ruokatorvesta jääneeseen tynkään. Tähystyksessä tehdyt esophagektomiat ovat syrjäyttämässä avoleikkaukset, ja näiden komplikaatioriskit ovat usein pienemmät ja kuolleisuus matalampi. Ennen leikkausta annettava kemosädehoito tehoaa hyvin levyepiteelisyöpiin, joihin osa ruokatorvisyövistäkin lukeutuu. Kemosädehoidossa yhdistyvät sädehoito ja solunsalpaajahoito, jotka tuhoavat syöpäsoluja sekä myös estävät syövän leviämistä. Leikkausta edeltävä kemosädehoito ja leikkaus yhdessä lisäävät merkittävästi potilaan elinaikaa verrattuna pelkkään leikkaukseen ilman kemosädehoitoa.

Definiitiivinen kemosädehoito on vaihtoehto potilaalle, joka ei halua leikkausta tai yhdistelmähoitoja. Tämä hoitomuoto on tehokas etenkin ruokatorven yläosan syöpää vastaan, jolloin suurilta leikkaushoidoilta voidaan välttyä (Sihvo ym., 2014, s. 565–572).

Adenokarsinomaan lukeutuvan ruokatorvisyövän hoito määräytyy syövän Siewert-luokituksen mukaan (Kauppila ym., 2020, s. 496–505). Siewert-luokan I ja II adenokarsinomat

hoidetaan kemosädehoidon ja leikkauksen yhdistelmällä tai solunsalpaajahoitoa käyttäen. Ruokatorvisyövän ollessa Siewert III -luokituksen syöpä hoitona käytetään yleisesti perioperatiivista solunsalpaajahoitoa. Tässä hoitomuodossa solunsalpaajahoito aloitetaan ennen toimenpidettä, ja sitä jatketaan vielä toimenpiteen jälkeenkin. Adenokarsinoomaa sairastavan ruokatorvisyöpäpotilaan elinaika on ollut tutkitusti pidempi kemosädehoidon ja leikkaushoidon yhdistelmällä kuin pelkällä leikkaushoidolla hoidettujen potilaiden. Onkologinen lääkehoito käsittää yhden lääkeaineen tai useamman lääkkeen yhdistelyn ruokatorvisyövän hoidossa. Mukaan lääkehoidon rinnalle voidaan liittää myös solunsalpaajahoito. Tällainen yhdistelmähoito voi lisätä potilaan elinaikaa jopa kolme kuukautta, kun kyseessä on adenokarsinooma. Kuviossa 3 esitetään ruokatorvisyövän levinneisyysaste Siewert-luokituksen avulla.



Kuvio 3. Siewert -luokitus. (Arkkila ym. 2018)

Etäpesäkkeinen tai uusiutunut ruokatorvisyöpä on lähes aina parantavien hoitojen ulottumattomissa ja tällöin keskitytään sairautta jarruttavien hoitojen lisäksi potilaan mahdollisimman hyvään oireenmukaiseen hoitotyöhön eli palliatiiviseen hoitotyöhön. (Sihvo ym., 2014, s.565–572).

3 RUOKATORVISYÖPÄÄ SAIRASTAVAN PALLIATIIVINEN HOITOTYÖ

3.1 Palliatiivinen hoitotyö

Kun potilaalla on henkeä uhkaava parantumaton sairaus, siirrytään palliatiiviseen hoitotyöhön (Saarto ym., 2018, s. 593). Palliatiivinen hoitotyö on myös läheisten aktiivista ja kokonaisvaltaista hoitoa. Palliatiivisella hoitotyöllä ehkäistään ja lievitetään kärsimystä sekä tuetaan potilaan hyvää elämänlaatua. Palliatiivinen hoitotyö ei kuitenkaan ole vielä sidoksissa kuoleman ajankohtaan. Palliatiivinen hoitolinjaus tehdään, kun sairauden kulkuun ei enää voida muilla hoidoilla vaikuttaa. Lääkärin arvioidessa potilaalla olevan jäljellä enää noin 6–12 kuukautta elinaikaa, tulee hänen tehdä potilaalle sopiva hoitolinjaus. Kun potilaalla on jatkuvaa suorituskyvyn heikkenemistä, painonlaskua tai useita sairaalajaksoja vuoden aikana, eikä käytettävillä hoitokeinoilla saada enää palautettua potilaan toimintakykyä, tulee miettiä potilaan kohdalla uusia hoitolinjauksia. Palliatiivisen hoitolinjauksen teko voi parantaa potilaan elämänlaatua niin, että potilas voi elää mukavammin ja pidempään (Syöpäjärjestöt, 2023). Hoitolinjaus voidaan tehdä sairauden missä vaiheessa tahansa.

Palliatiivinen hoitotyö määritellään hoitona, jonka tavoitteena on lievittää potilaan kärsimystä, myös elämänlaadun parantaminen kuuluu palliatiiviseen hoitoon (Kitti ym., 2022 s. 1173–1178). Palliatiivinen hoitolinjaus tehdään usein liian myöhään. Elämän loppuvaiheessa tulisi lopettaa liian kovat hoidot ja tehdä palliatiivinen hoitopäätös ajoissa ja keskittyä oireenmukaiseen hoitoon. Palliatiivisessa hoidossa elämää ei ole tarkoitus pidentää tai lyhentää ja kuolemaa pidetään normaalina tapahtumana (Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2019). Palliatiivinen hoito kuuluu kaikille ilman diagnoosirajauksia, jos sairaus uhkaa henkeä tai johtaa kuolemaan. Potilaalle hyvän loppuelämän mahdollistavat ajoissa tehdyt hoitolinjaukset ja hoitosuunnitelmat.

Laadukkaan palliatiivisen hoidon saannin edellytykset ovat osaavan ja ammattitaitoisen hoitohenkilökunnan osaaminen ja vuorovaikutustaidot (Vihelä ym., 2020, s. 275–284). Hoitohenkilökunnan tulisi saada yhdenmukaista koulutusta palliatiivisesta hoidosta ja saattohoidosta. Kivun tunnistaminen, arvioiminen ja hoitaminen on iso osa palliatiivista hoitoa sekä hoitohenkilökunnan osaamista. Hoitohenkilökunnan tulee osata rohkeasti keskustella potilaan riittämättömästä kivunlievityksestä muun hoitotiimin kanssa. Hoitohenkilökunnan tulee myös

tunnistaa potilaan somaattiset oireet ja arvioida niitä. Näitä tulee osata helpottaa lääkkeellisin ja lääkkeettömin menetelmin.

Potilaan palliatiiviseen hoitotyöhön osallistuu hoitavan tahon lisäksi palliatiivinen työryhmä, joka tukee potilasta syöpäsairauden etenemisessä niin, että loppuelämän eri vaiheet huomioidaan kattavasti (Saarto, 2023, s. 85). Palliatiivisen työryhmän tehtävänä on myös auttaa potilasta ja hänen läheisiään sopeutumaan lähestyvään kuolemaan. Palliatiivinen lääkäri osallistuu yhdessä potilaan, läheisen ja potilasta hoitavan tahon mukana palliatiivista hoitoa koskevaan hoitoneuvotteluun, tuoden oman osaamisensa kautta näkökulman palliatiiviseen hoitotyöhön.

Hoitohenkilökunnan osaamista palliatiivisessa hoitotyössä ja saattohoitotyössä kuvaavat seuraavat pääluokat: potilaiden ja läheisten kohtaaminen, vuorovaikutustaidot, oireiden hoito, potilaiden ja läheisten ohjaaminen sekä muun muassa juridinen ja eettinen osaaminen (Vihelä ym., 2020, s. 275–284). Potilaan ja läheisten empaattinen kohtaaminen on osa palliatiivista hoitoa. Myös kiireettömyys tulee näkyä hoitotyössä. Palliatiivisen hoidon keinoja ovat potilaan hyvä kivunhoito, käytettävien hoitokeinojen tarpeellisuuden arviointi, potilaan ja hänen läheistensä pelkojen lievittäminen, potilaan ja hänen läheistensä henkisen tuen tarpeen tunnistaminen, hoitajan kyky olla potilaan rinnalla kuoleman hetken lähestyessä, potilaan toiveiden kunnioittaminen sekä palliatiivisessa hoidossa olevan potilaan ja hänen läheistensä ohjaus palliatiivisen hoidon eri vaiheissa.

Hökän (2022, s. 7) tekemän väitöskirjan mukaan sairaanhoitajat tarvitsevat laajaa ammattitaitoa palliatiivisessa hoitotyössä ja alan opiskelijoiden mukaan koulutuksessa pitäisi painottaa entistä enemmän lääkkeetöntä ja lääkkeellistä kivunhoitoa. Sairaanhoitajan palliatiivisen hoitotyön tärkeinä osa-alueina nähdään yleisesti eettisen osaamisen sekä juridisen osaamisen lisäksi yhteistyö-, kommunikointi- ja kulttuuriosaaminen, kliininen ja psykososiaalinen osaaminen sekä hengellinen osaaminen. Väitöskirjassa esitetään sosiaali- ja terveysministeriön kanta elämän loppuvaiheen hoidon eettisiin arvoihin, joihin lukeutuvat potilaan hyvä hoito, ihmisarvon kunnioittaminen sekä itsemääräämisoikeus ja oikeudenmukaisuus. Suomessa palliatiivista hoitotyötä järjestetään 3-portaisella mallilla (A, B, C) osana terveydenhuollon järjestelmää (mts. 23). Perustasolla (A) tarkoitetaan palliatiivista hoitoa tarjoavia hoitokoteja ja terveyskeskusten vuodeosastoja, jotka eivät kuulu erikoissairaanhoidon piiriin. A-tasolla työskentelevillä osalla työntekijöistä voi olla lisäkoulutuksena hankittua osaamista palliatiivisesta

hoitotyöstä. Tasot B ja C ovat erikoistuneet palliatiiviseen hoitotyöhön, ja kaikki näillä tasoilla työskentelevät ovat kouluttautuneet toteuttamaan palliatiivista hoitotyötä.

Palliatiivinen hoitotyö kuuluu kaikille, joilla on henkeä uhkaava sairaus diagnoosiin katso-matta (Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2019). Palliatiiviseen hoitotyöhön kuuluu lä-heisten tukeminen ja huomioiminen. Hyvälle loppuelämälle on edellytys, että tunnistetaan palliatiivisen hoitotyön tarve. Hyvän palliatiivisen loppuelämän mahdollistavat ajoissa tehty hoitosuunnitelma sekä ajoissa tehdyt hoitolinjaukset.

3.2 Potilaan tukeminen

Potilaan psyykkisen tilan huomiointi ja hoito on iso osa palliatiivista hoitotyötä. (Idman, 2013, s.403–406). Potilaan sairastaessa kuolemaan johtavaa sairautta on tavallista, että potilas ko-kee voimakasta ahdistusta ja masennusta, johon liittyy unihäiriöitä, väsymystä sekä mahdol-lista ylivirittyneisyyttä. Potilaan tukemisessa korostuvat hoitoluottamus, vuorovaikutus, poti-laan kuuntelu sekä ohjaus. Hallinnan tunteen ja luottamuksen säilyttämiseksi potilaan ja häntä tukevan läheisen olisi ymmärrettävä palliatiivisen hoitotyön prosessi, sekä tähän liitty-vät oireenmukaisen hoidon keinot. Pelko on yleisin tunne, jota potilas kokee. Potilas kärsii usein somaattisista oireista, joita pelko ja ahdistus aiheuttavat. Pelko voi vaikuttaa myös tunne-elämään ja käyttäytymiseen. Hoitohenkilökunnan tarjoama keskustelutuki auttaa poti-lasta työstämään sairauden aiheuttamaa kuormaa. Tärkeää on saada potilas muistamaan elämän arvokkuus ja hyvät hetket niin menneessä ajassa kuin tulevaisuuden kohdalla. Ta-voitteena on tukea potilaan omia keinoja rauhoittaa sairauteen liittyviä pelkoja ja antaa oirei-den lievittämiseen liittyvää tietoa. Joskus potilaan pelkotila sairautta kohtaan on niin voima-kas, että rauhoittava lääkitys on tarpeen ja yöunia turvaamaan tarvitaan nukahtamis-/unilää-kettä. Kun palliatiivisessa vaiheessa olevalle syöpäpotilaalle mietitään psyykkisiin oireisiin lääkehoitoa, on otettava huomioon potilaan kokonaislääkekuorma. Tähän nivoutuu lääkeai-neiden yhteensopivuus, hoidon vaihe sekä hyötyykö potilas riittävästi psyykelääkehoidosta huomioiden lääkeaineiden tarjoama vasteen ajankohta ja kesto, kun katsotaan potilaan elin-ajan ennustetta. Tämä tarkoittaa, ettei saattohoidossa oleva potilas enää hyötyisi sellaisesta psyykelääkehoidosta, jonka vasteen saavuttamiseen menee 4–6 viikkoa. Potilaan masennuk-sen hoitamiseksi tärkeää on tunnistaa masennus syövän aiheuttamasta uupumuksesta ja yleisestä huonovointisuudesta. Suru kuuluu myös erottaa masennuksesta diagnoosia teh-dessä. Potilaan masennuksen ja sen vaikeusasteen tunnistamiseksi käytetään masennuksen

tunnistavia peruskysymyksiä, minkä jälkeen tehdään diagnostinen masennustilan vaikeusasteen arvio. Lievää masennusta hoidettaessa keskitytään keskustelutukeen. Keskipaikeissa ja vaikeissa masennustiloissa lääkehoito on aiheellinen. Paras tulos saadaan lääkehoidon ja psykoterapian yhdistelmällä.

Potilaan kuolemanpelko mielletään eksistentiaaliseksi kärsimykseksi (Haho, 2017, s. 1704–1709). Tämä tarkoittaa, että potilas pelkää olemassaolonsa katoamista ja elämän päättymistä. Tämä luo potilaalle suurta ahdistusta ja surua. Sairastuneen elämässä tulee siinä hetkessä olemisesta tärkeää, ja kaikki kokemukset muuttuvat tärkeiksi ja merkityksellisiksi. Eksistentiaaliseen kärsimykseen kuuluvat voimakkaana potilaan kokemus elämän rajallisuudesta, potilaan sairauden eteneminen, voimien väheneminen ja oman elämänhallinnan kadottaminen, muiden armoille joutuminen sekä potilaan hyvästien jättäminen hänen läheisilleen. Kuolema on niin potilaalle kuin hänen läheisilleenkin suuri luopumisprosessi, joka voi edetessään luoda myös helpotuksen tunteen, jos sairaus ja sen aiheuttama kuolema onnistutaan hyväksymään. Kärsimyksen lievittämiseksi palliatiivisessa hoitotyössä potilaan tukeminen psyykkisesti ja hänen arvokas kohtaamisensa on tärkeässä asemassa. Potilas voi kokea laajan ystäväpiirin ja läheisten läsnäolosta huolimatta hylätyksi tulemisen tunnetta, niin kutsuttua kuolemisen kohtaamista yksin. Syöpää sairastava voi tiedostamattaan eristäytyä muista kokien, että muiden elämä jatkuu, vaikka oma elämä päättyy. Toisaalta potilas voi kokea siinä hetkessä tärkeänä elää täyttä elämää, kun sitä vielä on jäljellä. Eksistentiaaliseen kärsimykseen liittyy vahvasti tulevaisuuden puuttuminen ja se, miten oleminen jatkuu kuoleman jälkeen. Kuolevan potilaan pääasialliset pelot liittyvät usein kivun kokemiseen ja siihen, ettei kykene loppuvaiheessa enää itse ilmaisemaan itseään. Potilaan mahdollisesti tekemä hoitotahto toimii ohjenuorana potilaan elämän loppuvaiheen hoidossa, hyvän palliatiivisen hoitosuunnitelman ja hoidon rinnalla, vähentäen potilaan eksistentiaalista kärsimystä.

On huomioitava, että kaikilla syöpään sairastuneilla ei ole sellaisia läheisiä, jotka tukisivat syöpään sairastunutta tai sitten potilaalla ei ole läheisiä ollenkaan (Tirola ym., 2020, s.76). Tällöin potilas voisi hyötyä syöpäyhdistyksen palveluista. Potilaat kaipaavat enemmän ohjausta syöpäyhdistyksen palveluihin.

Tutkimus on osoittanut, että potilaat kokivat tiedon, palvelujen ja tuen saamisessa puutteita (Tirola ym., 2020 s.70–71). Potilaat kokivat, ettei heillä, tai heidän läheisillään ollut riittävästi mahdollisuuksia keskustella hoitohenkilökunnan kanssa. Potilaat kokivat, että olisivat kaivaneet enemmän suullista ja kirjallista tietoa sairaudesta. Taloudellisista etuuksista he olisivat

halunneet enemmän tietoa. Psyykkisen tuen piiriin potilaat olisivat halunneet enemmän ohjausta. Noin puolet potilaista koki, etteivät saaneet riittävän hyvää hoitoa.

3.3 Potilaan ravitseminen palliatiivisessa hoitotyössä

Potilaan sairastuessa syöpään sairaus altistaa ravitsemusongelmille (Anttila ym., 2022, s. 23). Elämänlaatu ja hyvinvointi korostuu potilaan siirtyessä palliatiiviseen hoitoon. Ruokavalion tulisi edistää potilaan terveyttä, hyvinvointia ja elämänlaatua. Myös fyysinen aktiivisuus on tärkeää potilaan hyvinvoinnille ja elämänlaadulle. Vajaaravitseminen ja laihtuminen ovat yleisiä syöpäsairauden edetessä. Vajaaravitsemuksen tunnistaminen ja sen kehittyminen on tärkeää tunnistaa. Ravitsemushäiriöiden seulonnan tulisi olla rutiininomaista ruokatovisyöpää sairastavilla potilailla (Järvinen ym., 2020, s. 1451).

Kakeksia eli vaikea ravitsemustila ja kuihtuminen uhkaa potilasta, mikäli syöpäsairaus on edennyt pitkälle (Anttila ym., 2022, s. 23). Jopa 80 %:lla ruokatorvisyöpää sairastavista potilaista esiintyy kakeksiaa. Ravitsemuksella ei kuitenkaan pystytä poissulkemaan kaikkia potilaan oireita, jotka kakeksiaa aiheuttavat. Jos potilaalla on syöpäkakeksia, kuolleisuus on enusteeltaan suurempaa.

Ravitsemustilaa ei saa korjata liian nopeasti, koska se voi altistaa elektrolyyttitasapainon häiriöille. Tämä on tärkeää muistaa etenkin iäkkäillä. Tavoitteena palliatiivisessa ravitsemushoidossa on estää ravitsemustilan heikkeneminen. Tämä tukee potilaan hyvinvointia, ja potilaan elämänlaatu pysyy parempana. Myös potilaiden kärsimys ja lisäkomplikaatiot vähenevät. Vajaaravitsemuksen vuoksi sairaalassa olevan potilaan toipuminen hidastuu ja sairaalassa oloaika pitenee. Vajaaravitsemuksen ehkäisyssä hoitohenkilökunta on tärkeässä ja merkityksellisessä roolissa. Hyvä ravitsemushoito vähentää sairaalassa oloaika (Anttila ym., 2022, s. 23).

Tärkein kriteeri ravitsemushoitoa suunniteltaessa on elinajan pituus. Mikäli potilaalla on useita kuukausia tai vuosia elinaikaa jäljellä, ravitsemushoito on aktiivisempaa, ja silloin varmistetaan potilaan riittävä energian saanti, proteiinien saanti ja minimoidaan potilaan aineenvaihduntahäiriöt. Myös potilaan suorituskyvyn ylläpito on tällöin ravitsemushoidon tavoitteena. Jos taas potilaalla on enää vain muutamia viikkoja elinaikaa jäljellä, ei ravitsemushoito ole enää intensiivistä (Anttila ym., 2022, s. 23).

MNA (Mini Nutritional Assessment) on yksi ravitsemuksen arviointimenetelmistä. Arvio tulisi suositusten mukaan tehdä viimeistään toisena hoitopäivänä potilaan ollessa sairaalassa. Arvioinnissa kartoitetaan muun muassa painoindeksi ja painonkehitys. Mikäli potilaalla on kookas kasvain, se lisää potilaan energian tarvetta, ja tämä tulee ottaa huomioon kartoitustessa. Mikäli potilaan painoindeksi on alle 18,5 kg/m², voidaan potilaalla todeta vajaa ravitsemus (Järvinen ym., 2020, s. 1453; Liite 1).

Potilaalta arvioidaan myös syömiseen liittyviä ongelmia, joita ovat ruokahaluttomuus, suukipu, nielemisongelmat ja pahoinvointi (Anttila ym., 2022, s. 24). Suukipu johtuu usein kuivasta limakalvoista. Limakalvojen säännöllinen huuhtelu joko vedellä tai suolavedellä useasti päivän aikana on suositeltavaa (Grönholm ym., 2019, s. 1244). Myös hyvä suuhygienia, oliiviöljy sekä muut öljyt hoitavat herkkiä limakalvoja. Apteekista on myös saatavilla kuivan suun hoitotuotteita. Nielemisvaikeutta pystytään hoitamaan ruokatorven stenttauksella tai PEG:n laitolla. (Järvinen ym., 2020, s. 1453). Pahoinvointi liittyy usein etenkin solunsalpaaja- tai sädehoitoon (Viitala & Bingham, 2019, s. 8–9). Pahoinvointia voidaan helpottaa monin erilaisin keinoin. Kevyt syöminen ennen hoitoja on suotavaa, mutta liian raskaasti syöminen lisää pahoinvoinnin riskiä. Pahoinvointiin lääkäri voi tarvittaessa määrätä pahoinvoinnin estolääkkeitä. Pahoinvointilääkkeitä on useita erilaisia ja kokeilemalla selviää, mikä toimii parhaiten. Parhaimman tehon lääkkeistä saa, kun niitä käyttää säännöllisesti. Pahoinvoinnin tunne voi olla myös psykologinen, pelkkä ajatus syömisestä tai sairaalaan saapumisesta voi saada aikaan jo pahoinvoivan olon. Pienien aterioiden syöminen useasti päivässä voi helpottaa pahoinvointia. Runsaan veden juontia ruokailun yhteydessä tulee välttää, koska se usein lisää pahoinvointia. Tuoksut voi saada aikaan pahoinvointia, ja on hyvä huomioida, että kylmä ja jäähtynyt ruoka tuoksuu vähemmän kuin lämmin ruoka.

Ravitsemus pyritään ensisijaisesti toteuttamaan suun kautta. Potilaan syömät ruuat merkitään ylös, pelkkä nestelista ei ole riittävä arviointimenetelmä. Ruokaa voidaan rikastuttaa runsasenergisemmäksi, mikäli annokset jäävät potilaalla liian pieniksi, rikastuttaa voi muun muassa hiilihydraateilla tai rasvoilla. Myös useampia pieniä annoksia päivän aikana ohjataan potilasta syömään. Ruuan yhteydessä potilaan ei tulisi juoda isoja määriä nestettä vaan nestemäärät tulisi olla pieniä, ettei vatsa täyty nesteestä. Täydennysravintojuomia voi juoda aterioiden välillä. Täydennysravintojuomat on myös hyvä ottaa käyttöön riittävän proteiinin ja energiansaannin turvaamiseksi (Anttila ym., 2022, s. 24).

Enteraalinen ravitseminen eli suun tai letkun kautta annettava ravinto mahasuolikanavaan on ensisijainen ravitsemusreitti (Ahtola., ym. 2014, s. 2241). Nielemisvaikeus on yksi syy, minkä vuoksi letkuravitseminen aloitetaan. Mikäli ravitseminen suun kautta ei jostain syystä onnistu, eikä potilas saa riittävää energiaa suun kautta syödyn ruuan avulla, voidaan harkita letkuravitsemuksen aloittamista (Järvinen ym., 2020, s. 1454). Kuitenkin tulee huomioda se, että jos potilaan sairaus on edennyt jo pitkälle, letkuravitseminen ei enää tuo toivottua hyötyä, vaan altistaa potilaan lisäkärsimykselle.

Parenteraalinen ravitseminen on ruuansulatuskanavan ulkopuolelle annosteltava eli suoraan suoneen annettava ravitseminen (Järvinen ym., 2020, s. 1454). Mikäli potilaan ravitsemusvaje on ollut lyhyen aikaa, voidaan sitä korjata parenteraalista eli suonensisäistä ravitsemusta käyttäen. Jos ravitsemuksen esteenä on jokin sellainen ongelma, joka voidaan korjata, tehdään tämä viipymättä. Esimerkiksi pahoinvointiin määrätään lääkettä ja ummetusta hoidetaan. Esimerkiksi deksametasoni auttaa pahoinvointiin ja ummetukseen auttaa esimerkiksi makrogoli tai laktuloosi (Hänninen & Rahko, 2013, s. 433).

Ruokatorven stenttaus on tähystyksessä tehtävä toimenpide, jossa kokonaan tai osittain tukossa oleva ruokatorvi laajennetaan joko muovi- tai metallistentillä (Järvinen ym., 2020, s. 1455). Kun ruokatorvisyöpää sairastavalle potilaalle leikkaus ei ole enää mahdollinen, on metallistentti turvallinen ja hyväksi todettu hoitomuoto. Stentti helpottaa nielemisvaikeutta. Tämän kuitenkin pelätään aiheuttavan kasvaimen mikroperforaatiota sekä kasvaimen solujen päätymistä verenkiertoon, mikä johtaisi taudin nopeampaan leviämiseen. Tämän vuoksi aihe on kirjallisuudessa kiistelty. Oireenmukaisessa hoidossa olevien potilaiden ravitsemustilaan stenttauksella on ollut vähäiset hyödyt. Tämän vuoksi suositus onkin käyttää stenttausta oireisen nielemisvaikeuden hoitoon, eikä suositella muiden oireiden hoitoon.

Ravitsemuksen toteutumisen esteitä ja ravitsemuksen esteiden helpottamiseen käytettävät keinot (Viitala & Bingham, 2019, s. 7–19):

- Suun kipu ja kuivuus ja muut kivut: Kipulääke ja purskuteltava puudutusgeeli (Xylocain) ennen ruokailua auttaa suun kipuun. Kosteuttava geeli (Bioxtra) tai syljen erityistä lisäävät tabletit auttavat suun kuivuuteen. Jääpalat, vedellä kostuttaminen sekä ruokaöljy auttavat myös suun kuivuuteen.

- Ruokahaluttomuus: Syömättömyys lisää huonoa oloa, tämän vuoksi on hyvä huonoinakin hetkinä yrittää syödä edes vähän. Pienet ateriat usein, kylmät välipalat, muiden kanssa yhteiset ruokahetket ja pienet naposteltavat ovat hyväksi, vaikka ruoka ei maistuisikaan. Musiikin ja television katselu ruokailun yhteydessä vie ajatuksia muualle ja helpottaa syömistä.
- Ripuli: Maitohappobakteerit ja apteekista saatavat tuotteet voivat lyhentää ripulin kestoa. Runsas juominen tulee muistaa, pelkkä vesi ei ole hyväksi, vaan mehukeitto ja esimerkiksi urheilujuomat ovat hyviä nesteitä.
- Ummetus: Ummetusta voidaan hoitaa erilaisin apteekista saatavin valmistein. Riittävä juominen päivän aikana helpottaa ummetusta (noin 1,5 l/pvä). Kuitupitoiset ruuat, leseet, luumut ja erilaiset siemenet ovat hyvä apu ummetukseen.
- Alakuloisuus/masentuneisuus: Ruokailut yhdessä muiden kanssa tekevät ruokailutilanteista miellyttävimpiä. Potilaan informointi, rauhoittaminen ja lääkkeenä loretsa-paami auttavat potilaan alakuloisuuteen (Hänninen & Rahko, 2013, s. 434).
- Nielemisvaikeudet: Sosemaisten, pehmeiden ja nestemäisten ruokien käyttö helpottaa nielemistä. Ruokia voi myös nauttia nokkamukin tai pillin kautta. Ruokia voi rikastuttaa esimerkiksi öljyllä, koska sosemaisten, pehmeiden ja nestemäisten ruokien energiapitoisuus on normaaliin ruokaan verrattuna pienempi. Sakeaa nestettä on myös helpompaa niellä kuin juoksevaa nestettä. Sakeuttamiseen voi käyttää erilaisia jauheita (Resource ThickenUp Clear). Asento myös helpottaa nielemistä. Parhain on istuva tai puoli-istuva asento. Makuulle menoa heti ruokailun jälkeen tulee välttää sekä syömistä makuuasennossa.
- Pahoinvointi: Pahoinvoinnin estoon on apteekista saatavilla useita eri valmisteita.

Ravitsemushoito on tärkeää myös oireenmukaisessa hoidossa (Järvinen ym., 2020, s. 1457). Vaikka syöpä ei olisi enää parannettavissa, vajaaravitsemus heikentää elämänlaatua, ja hoidoista saadut haitat ovat suurempia. Oireenmukainen hoito voi kestää jopa vuosia (Viitala & Bingham, 2019, s.21). Ravitsemushoitoa voidaan keventää, mikäli siitä koituu potilaalle elämänlaatua haittaavia oireita. Saattohoitovaiheessa letkuravitsemuksesta ja suonensisäisestä

ravitsemushoidosta aiheutuu yleensä potilaalle vain haittaa. Tässä vaiheessa läheisten kanssa vietetty aika on tärkeämmässä roolissa kuin riittävä ravintomäärä.

3.4 Kivunhoito palliatiivisessa hoitotyössä

Palliatiivisessa hoitotyössä yksi tärkeimmistä ruokatorvisyöpää sairastavan potilaan hoidossa huomioitavista asioista on riittävä kivun hoito (Heiskanen, ym., 2013, s. 385). Syöpäkipua pelätään, ja se vaikuttaa vahvasti potilaan fyysiseen sekä psyykkiseen hyvinvointiin ja jaksamiseen. Ruokatorvisyövän loppuvaiheessa kipu on usein läsnä. Jokaisen potilaan kivun luonne, voimakkuus ja sijainti arvioidaan yksilöllisesti. Tavoitteena on pitää opioidien haittavaikutukset hallinnassa, tinkimättä riittävästä kivunlievityksestä. Potilaan tiedottaminen hänelle käytettävistä kipulääkityksistä ajantasaisesti sekä kivun syyn selvittäminen potilaalle tukee potilaan lääkehoidon onnistumista ja potilaan lääkemyönteisyyttä. Koska kipu on laaja-alainen käsite, sen yhteyteen kulminoituvat yleensä myös kaikki potilaan huolet ja surut, jotka liittyvät tuleviin, viimeisiin elämän hetkiin. Potilaan palliatiivisessa hoitotyössä korostuu hoitajan empaattisuus ja kuunteleva työote. Luottamuksellinen hoitosuhde tukee hyvän kivun hoidon onnistumista ja potilaan turvallisuuden tunnetta.

Kivun hoidon tärkeinä kulmakivinä pidetään palliatiivisessa hoitotyössä opioidikipulääkityksen vaikutusten jatkuvaa seurantaa sekä sen asteittaista nostamista kivun pahenemisen mukaan. (Heiskanen ym., 2013, s. 385). Yleisesti palliatiivisessa hoitotyössä opioidilääkityksen rinnalla käytetään myös peruskipulääkkeitä kuten parasetamolia ja tulehduskipulääkkeitä. Näiden kipua lievittävää vaikutusta voidaan tehostaa lisäksi masennuslääkkeellä tai epilepsialääkkeellä. Palliatiivinen sädehoito on myös yksi kivun hoitomuoto koviin syöpäkipuihin.

Lääkkeellisessä kivunhoidossa käytetään lievään kipuun usein tulehduskipulääkkeitä ja parasetamolia (Heiskanen ym., 2013, s. 386–390). Kohtalaiseen ja voimakkaaseen kipuun lisätään usein peruskipulääkityksen rinnalle palliatiivisessa hoitotyössä yleisesti käytettäviä opioideja, kuten oksikodonia, morfiinia tai fentanyyliä. Kaikkia näitä opioideja on saatavilla pitkä- ja lyhytvaikutteisina. Pitkävaikutteinen, vahva opioidi aloitetaan aina pienellä annoksella, mutta kuitenkin niin, että tarvittavana lääkkeenä tämän rinnalla on lyhytvaikutteinen opioidi mahdollisiin läpilyöntikipuihin. Läpilyöntikipulääkkeen merkitys korostuu nopeassa kivunlievityksessä. Morfiini- tai oksikodoni-oraaliliuos vaatii 15–20 minuuttia vaikuttaakseen, mutta nasalisesti annosteltava fentanyyli-liuos vie kivulta terän jo 5–10 minuutissa. Vahvoilla

opioideilla ei ole maksimiannosta, joten tehokas kivunlievitys on vaivattomampaa (Heiskanen ym., 2013, s. 386–390). Hyvin suuret opioidiannokset voivat aiheuttaa kognitiivisia haittoja sekä kipuherkkyyttä, ja siksi kaikille opioideille on määrätty omat maksimivuorokausimäärät. Masennuslääkkeiden sekä epilepsialääkkeen käytöstä opioidien rinnalla on hyötyä potilaan palliatiivisessa kivunhoidossa. Neuropaattisen kivun hoidossa trisyklinen masennuslääke on yleinen. Illalla otettuna trisyklinen masennuslääke amitriptyliini tai nortriptyliini rauhoittaa, auttaa nukahtamaan ja parantaa potilaan unta. Vähemmän sedatoivia, myös palliatiivisessa kivunhoidossa käytettyjä masennuslääkkeitä ovat duloksetiini ja venlafaksiini. Näiden masennuslääkkeiden yleisin haittavaikutus on pahoinvointi, jota voi esiintyä hoidon alussa. Epilepsialääkkeistä käytetyimpiä palliatiivisessa kivunhoidossa ovat pregabaliini ja gabapentiini. Nämä lääkkeet tehostavat opioidianalgesiaa ja lievittävät ahdistusta. Haittavaikutuksia ovat yleisesti suun kuivuminen, väsymys ja huimaus. Psykoosilääkkeet ovat vähemmän tutkittuja syöpäkivun hoidossa, mutta erittäin levottomien potilaiden kivun hoitoa voidaan tehostaa pienellä määrällä psykoosilääkettä, sen rauhoittavan vaikutuksen vuoksi. Psykoosilääkkeistä haloperidoli ei lievitä kipua, mutta se lievittää ahdistusta, sekavuutta ja parantaa kivunsietokykyä ja on siksi hyödyllinen syöpäkivun lääkehoidossa.

Vaikean kivun hoidossa on konsultoitava palliatiiviseen kivun hoitoon perehtynyttä lääkäriä, kun kipua ei saada hallintaan ja käytössä olevat kivunlievityskeinot ovat hyödyttömiä. (Heiskanen ym., 2013, s. 390). Tällaisissa tilanteissa voidaan turvautua metadoniin, ketamiiniin tai PCA-pumppuun (patient controlled analgesia) eli potilaan itsensä säätämään kivunhoitoon. Poikkeuksellisen vaikeassa tapauksessa on mahdollisuus vielä palliatiiviseen sedaatioon, jossa potilas vaivutetaan lääkkeelliseen uneen.

Opioidien kuten monen muunkin kipulääkityksen antoreittejä on useita. Jos potilas ei pysty ottamaan kipulääkkeitä suun kautta syövän aiheuttaman oksentelun tai nielemisvaikeuden vuoksi, voidaan syöpäkivun koko lääkehoito toteuttaa ihonalaisena tai laskimonsisäisenä infuusiona (Heiskanen, ym., 2013, s. 388).

Kivun hoitomuodosta riippumatta tärkein päämäärä kivun hoidossa kuitenkin on potilaan elämän laadun ylläpitäminen sekä potilaan toiveet viimeisistä hetkistä, kuinka niitä lääkehoidolla tuetaan (Tarkkanen ym., 2020, s. 772–773). Monelle potilaalle lääkehoidon mahdollistama kivuttomuus, oireiden hoito sekä toimintakyvyn säilyminen ovat iso osa hyvää elämänlaatua. Elinajan pituuteen harvoin päästään lääkehoidolla enää vaikuttamaan loppuvaiheen syövän hoidossa. Potilaan lääkehoidossa on otettava tällöin huomioon paljon puhuttujen haittojen

lisäksi lääkehoidon riskit, joita ei voida ennakoida. Näihin lukeutuu muun muassa ennen aikainen kuolema.

3.5 Palliatiivinen sedaatio

Palliatiivinen sedaatio on tarpeen, kun potilaan kärsimys on niin suurta, ettei käytössä oleva oirehoito enää riitä (Holma., 2021, 145–147). Palliatiiviseen sedaatioon vaaditaan potilaan oma suostumus, läheiset huomioiden, sekä lääkäreiden myönteinen päätös puoltamaan sedaation tarpeellisuutta. Palliatiivisessa sedaatiossa potilaan tajunnan tasoa lasketaan lääkkeillä, kärsimyksen tason mukaan. Palliatiivisessa sedaatiossa käytetään yleisesti lääkkeitä midatsolaamia ja loratsepaamia. Euroopan palliatiivisen hoidon yhdistys ((The European Association for Palliative Care, EAPC) pitää palliatiivisessa vaiheessa olevan potilaan sedatoimista välttämättömänä ja tarpeellisenä, kun muut hoidot eivät enää auta lievittämään potilaan kokemaa kärsimystä. Kärsimys on usein yhdistelmä henkistä ja fyysistä kärsimystä, jota potilas kokee. Palliatiivinen sedaatio voi olla väliaikaista tai jatkuvaa. Potilaan sedatointi käsittää myös hätäsedaation, joka voidaan toteuttaa, kun potilasta uhkaa tukehtuminen, massiivinen vuoto tai verensyöksy. Palliatiivisesta sedaatiosta huolimatta potilas voi kokea hereillä olon kokemuksia, minkä vuoksi kipulääkitystä jatketaan edelleen sedaation rinnalla. Palliatiivisessa sedaatiossa potilaan nestehoidon ja ravitsemishoidon jatkaminen täytyy arvioida aina erikseen. Potilaan neste- ja ravitsemishoidon jatkaminen on kuitenkin usein vain turhaa ja ylimääräinen rasite potilaalle, lisäten potilaan hengenahdistusta ja turvotuksia elimistössä. Potilaan läheisten kuuleminen ja tukeminen kaikissa palliatiivisen sedaation vaiheissa ja tätä koskevien päätösten teoissa on ensiarvoisen tärkeää yhteisymmärryksen saavuttamiseksi. Palliatiivisessa sedaatiossa on muistettava, ettei sillä pyritä jouduttamaan potilaan kuolemaa vaan tarjotaan potilaalle ihmisarvoinen elämän loppuvaihe ja kivuton kuolema.

3.6 Palliatiivinen sädehoito

Palliatiivista sädehoitoa voidaan käyttää syövän aiheuttamiin oireisiin (Mäenpää 2023, s. 645–650). Palliatiivisella sädehoidolla hoidetaan kipua, hengenahdistusta ja aivoperäisiä oireita. Potilaan oireita voidaan lievittää jo yksittäisellä sädehoitokerralla, mutta useammalla hoitokerralla on havaittu olevan myös elinaikahyötyä. Palliatiivinen sädehoito helpottaa ruokatorvisyöpää sairastavien potilaiden syömistä ja näin tuo myös parempaa elämänlaatua potilaiden elämään. Potilaan ollessa saattohoitovaiheessa palliatiivista sädehoitoa käytetään

enää harvoin. Mikäli potilaalla on paikannettavissa oleva kasvain, joka aiheuttaa kipua, tulee palliatiivista sädehoitoa harkita, varsinkin, jos kipu ei lievytä kipulääkkeillä. Palliatiivista sädehoitoa voidaan antaa eri hoitovaiheissa. Ruokatorvisyöpää sairastavan yleisin oire, jota hoidetaan palliatiivisella sädehoidolla, on nielemisongelma, kipu ja verenvuoto. Haittavaikutuksena palliatiivisesta sädehoidosta on potilaille tullut pahoinvointia, ruokatorvitulehduksia, vatsakipua, rintakipua ja ripulia. Osa potilaista huomaa palliatiivisen sädehoidon tehon jo muuttaman päivän kuluttua, kun taas osa potilaista vasta useamman viikon kuluttua. Tutkimustulokset ovat vaihtelevia riippuen siitä, miten pitkä hoitojakso on ollut ja minkälainen on ollut hoitoannos. Kuitenkin on huomattu kipujen helpottuvan 60–90 %:lla, ja 30–50 %:lla kipu on hävinnyt kokonaan. Palliatiivisella sädehoidolla verenvuoto tyrehtyy 60 %:lla ruoansulatuskanavan kasvaimissa. Keskimäärin hoitovaste saadaan kahden viikon kuluessa sädehoidosta. Palliatiivista sädehoitoa saaneista potilaista, joiden syöpä oli levinnyt, joka neljäs menehtyi 30 vuorokauden kuluessa sädehoidon aloittamisesta.

Vasta-aiheita palliatiiviselle sädehoidolle on, jos potilas on kuolemassa tai arvioidaan, että potilas on hyvin lähellä kuolemaa. Sädehoidon kohdetta on vaikea päättää, mikäli potilaalla on monenlaisia lisääntyviä oireita, potilas ei enää kykene tekemään päätöksiä hoidostaan tai potilas ei pysty olla paikallaan sädehoidon kestävässä ajassa. Palliatiivinen sädehoito suunnitellaan potilaalle aina yksilöllisesti (Mäenpää, 2023, s. 645–650).

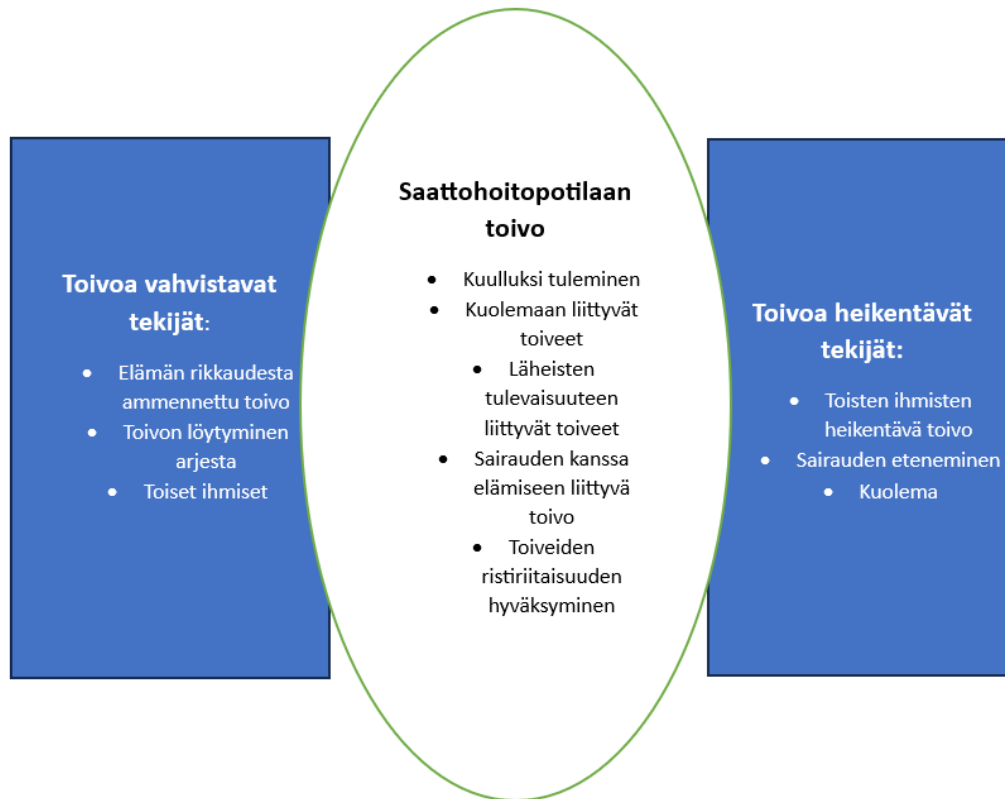
3.7 Saattohoitotyö

Saattohoidolla tarkoitetaan kuolemaa lähestyvän ja parantumattomasti sairaan potilaan kokonaisvaltaista hoitoa, joka sisältää potilaan hyvän elämänlaadun, kärsimyksen lievittämisen ja potilaan läheisten tukemisen (Hävölä ym., 2015, s. 134).

Saattohoito ajoittuu sairastuneen viimeisiin päiviin tai viikkoihin ja on osa palliatiivista hoitoa (Saarto, ym., 2018, s. 593). Saattohoitopäätös sisältää päätöksen elvytyskiellosta. Saattohoitotyötä voidaan toteuttaa potilaan kotona, saattohoito-osastolla, sairaalassa tai hoivakodissa. Mikäli saattohoito toteutetaan potilaan kotona, potilaan perustarpeista vastaa potilaan läheinen (Syöpäjärjestöt, 2023). Potilas saa kotiinsa tarvittavat apuvälineet kuten sairaalasängyn ja kipupumpun. Kotisairaanhoidon vastaa potilaan lääkehoidosta potilaan ollessa kotonaan saattohoidossa. Hyvin sairaitakin potilaita voidaan hoitaa potilaan omassa kodissa.

Eutanasia tarkoittaa peruuttamattomasti sairaan potilaan elämän lopettamista kuolettavalla aineella, potilaan oikeustoimikelpoisesta, toistuvasta sekä vapaaehtoisesta pyynnöstä (Rahko & Lehto, 2018, s. 1003–1007). Eutanasian tarkoitus on päättää potilaan sairaudesta tai vammasta johtuva kärsimys hänen omasta tahdostaan. Potilaalla on aina itsemääräämisoikeus, mutta eutanasia ei Suomessa kuulu potilaan hoitolinjausten piiriin, sillä eutanasiassa ei ole kyse itsemääräämisoikeudesta, kun kuoleman saavuttamiseen tarvitaan ulkopuolinen henkilö, tässä tapauksessa lääkäri.

Tutkimus saattohoidossa olevien potilaiden toivosta ja toivoa vahvistavista sekä heikentävistä tekijöistä osoittaa, että toivo vaikuttaa merkittävästi potilaiden elämänlaatuun myös palliatiivisessa hoidossa (Hävölä ym., 2015, s. 132–133). Tutkimus on tehty vuonna 2014. Tutkimuksessa on haastateltu saattohoidossa olevia potilaita avoimin kysymyksin. Lisäksi hoitajia on haastateltu ryhmähaastattelulla. Potilaita haastatteluun osallistui kuusi ja hoitajia kymmenen. Toivo on monimuotoinen ja tärkeä ilmiö, joka tulee tutkimustuloksissa ilmi. Myös hoitajien ymmärrys toivon moniulotteisuudesta tulee tutkimuksessa esille. Ymmärryksen kautta hoitaja pystyy auttamaan potilasta toivon löytymisessä ja sen vahvistamisessa. Usein toivo liitetään parantumiseen liittyväksi, ja tämän vuoksi huomiotta jäävät toivon muut ulottuvuudet. Tulevaisuuteen suuntautuminen on kuitenkin tyypillinen myös lähellä kuolemaa olevalle potilaalle. Vaikka potilas itse tietää, että toiveet eivät toteudu, ne antavat potilaalle voimaa. Saattohoidossa oleva potilas pelkää toivon pettävän. Kuvio 2 havainnollistaa saattohoitopotilaan toivoa vahvistavia ja heikentäviä tekijöitä.



Kuvio 4 4. Toivoa vahvistavat ja heikentävät tekijät saattohoitopotilaalla (muk. Hävölä ym., 2015).

Tutkimuksessa tuli esiin, että potilaat toivoivat tulevaisuutta kuulluksi ja että heidän kuolemansa tulisi olemaan rauhallinen ja kivuton (Hävölä ym., 2015, s.137–142). Potilaat toivoivat, että läheiset selviytyvät, jaksavat elää potilaan tuoman sairauden paineessa ja jatkavat elämäänsä. Potilaat myös toivoivat lapsilleen hyvää ja onnellista elämää. Sairauden kanssa elämiseen potilaiden toiveet koskivat unta, rauhallisuutta, kivuttomuutta sekä hyvää oloa. Osastohoidossa olevat potilaat toivoivat pääsevänsä kotiin käymään, ja kotona olevat potilaat toivoivat saavansa olla kotona mahdollisimman pitkään.

Saattohoidossa olevan potilaan toivo on moninainen. Toivo sisältää elämän jatkumiseen liittyviä toiveita, vaikka potilas ymmärtää, että kuolema on lähellä. Potilaan toivoa heikensi ajatus siitä, ettei ole ehtinyt tai uskaltanut elää. Toivo heikentyi myös, kun elämään tuli rajoittavia tekijöitä, esimerkiksi ajokortin menettäminen. Potilaan oireet kuten kipua, hengenhäädys, turvotus ja väsymys heikensivät toimintakykyä ja tämän vuoksi myös toivoa (Hävölä ym., 2015, s.137–142).

Saattohoidon tulee vastata potilaan tarpeita ja toiveita, sekä myös läheisten. Arvostava ja kunnioittava kohtaaminen on saattohoidon ydin (Hävölä ym., 2015, s.142).

Suonensisäinen ravitsemus tai suonensisäinen ravitsemus ei paranna saattohoitopotilaan elämänlaatua eikä pidennä elinajanodotetta (Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2019). Ahdistus- ja masennusoireita voidaan helpottaa lääkkeettömin hoitokeinoin samoin kuin deliriumoireita, jotka ovat yleisiä saattohoitopotilaalla.

3.8 Potilaan läheisen huomiointi

Ihmiset, joihin potilaalla on emotionaalisesti läheisimmät siteet, ovat potilaille tärkeimpiä, tämän pohjalta potilas määrittelee itselleen lähimmät ihmiset eli läheiset (Saukkonen ym., 2017, s. 196). Suhteen ei tarvitse olla biologinen tai juridinen. Läheinen voi olla ystävä tai naapuri, mutta yleensä se on perheenjäsen. Läheiset ovat sairastuneelle huomattava voimavara. Potilas itse määrittää sen, kuinka suuri rooli läheisellä on hoitotyössä. Hoitohenkilökunnan tulee kuitenkin huomioida myös se, ettei kaikilla potilaan läheisillä ole valmiuksia hoitaa sairastunutta.

Läheisten huomiointi palliatiivisessa hoidossa toteutuu keskustelemalla potilaan erilaisista hoitovaihtoehtoista tarjoamalla mahdollisuuden ottaa sairastunut kotihoitoon läheisen luokse (Saukkonen ym., 2017, s. 199–200). Potilaan läheisille tulee antaa ajantasaista tietoa vertais-tuesta ja mistä sitä on saatavilla.

Läheisten kohtaaminen ja vuorovaikutustaidot korostuvat, kun läheisille tärkeä henkilö on palliatiivisessa hoidossa (Vihelä ym., 2020 s. 275–284). Potilaan ja läheisten kokemuksista sairaanhoitajan palliatiivisen hoidon ja saattohoidon osaamisesta tehtiin vuonna 2018 tutkimus, joka toteutettiin Webropol-kyselynä. Tutkimusaineistoa kerättiin palliatiivisessa hoidossa olevilta potilailta ja heidän läheisiltään, ja kysely koostui vain yhdestä avoimesta kysymyksestä. Kysely luotiin palliatiivisen koulutuksen kehittämishankkeen (EduPal) pyynnöstä. Tutkimuksessa selvisi, että kohtaamisen tulee olla empaattista ja kunnioittavaa. Hoitajan tulisi tunnustaa läheisten kulttuuri, eettisyys ja hengelliset tarpeet. Hoitajan tulisi myös osata tehdä päätöksiä, ja tämä on olennainen osa hoitohenkilökunnan osaamista. Hoitohenkilöstön tulee osata ohjata läheistä potilaan lääkehoidossa. Hoitohenkilökunnalla tulee olla riittävästi osaamista tukea läheisiä potilaan hoidossa. Hoitohenkilöstön tulee myös osata olla läheisten tukena kuoleman lähestyessä ja sen jälkeen (Vihelä ym., 2020 s. 275–284).

Uusia syöpädiagnooseja ennustetaan olevan vuonna 2030 jo 43000 (Tirola ym., 2020, s. 63–66). Tämän vuoksi on tärkeä tehostaa potilaiden ja läheisten saamaa tukea.

Kansainvälisessä raportissa on tullut esiin, että läheisten ja omaishoitajien tuki on heikkoa. Tirolan ym. (2020, s.66) tutkimuksen mukaan tarkoituksena oli tutkia sairastuneiden ja heidän läheistensä saamaa ja tarvitsemaa tietoa ja tukea hoitopolun eri vaiheissa. Tutkimus tehtiin Syöpäjärjestöjen ammattilaisten näkökulmasta. Tutkimus toteutettiin Webropol-kyselynä ja täydennettiin ryhmähaastatteluilla. Syöpäjärjestöjen tehtävä on tarjota sairastuneille ja heidän läheisilleen neuvontaa ja tukea. Tehtävänä on myös ennaltaehkäistä syöpäsairauksia ja vähentää syövästä aiheutuvia haittoja.

Tuen tarpeet ovat potilailla ja heidän läheisillään yksilöllisiä ja sairastumisen eri vaiheissa oikeanlaisen tiedon saanti tärkeää (Tirola ym., 2020, s. 66). Sairastuneet ja heidän läheisensä kaipaavat tietoa sairaudesta, hoidoista ja etuuksista. Tutkimusten mukaan tietoa ei kuitenkaan saada tarpeeksi. Läheiset saattavat kokea tukena olemisen kuormittavana, ja mitä riippuvaisempi sairastunut on läheisestään, sitä enemmän läheiset kärsivät psyykkisistä reaktioista. Läheisillä esiintyy ahdistusta, hoitotaakkaa, posttraumaattisen stressin oireita ja tyytymättömyyttä sosiaaliseen tukeen. Sairastuneet voivat käyttää lääkäripalveluita vähemmän ja siksi läheisen tuki on tärkeää. Aviopuoliso voi tuntea suurempaa ahdistusta kuin sairastunut. Psykoterapian ja vertaistuen on osoitettu antavan apua sairastuneille ja heidän läheisilleen. Myös rentoutusharjoituksien ja säännöllisten puhelinkeskusteluiden on osoitettu olevan avuksi.

Läheiset koki puutteita tiedon, palvelujen ja tuen saamisessa (Tirola ym., 2020 s.70–71). Läheisten mielestä heillä ei ollut tarpeeksi mahdollisuuksia keskustella hoitohenkilökunnan kanssa, eivätkä he saaneet riittävästi suullista tai kirjallista tietoa potilaan sairaudesta. Osa läheisistä myös koki, ettei hoito ollut riittävän hyvää. Tietoa hoidosta tai sairauden ennusteesta läheiset olivat myös halunneet enemmän. Potilaat itse olivat läheisiä tyytyväisempiä tähän. Lääketieteelliseen hoitoon yleensä oltiin tyytyväisiä. Läheisistä tuntui, etteivät he olleet saaneet psyykkistä tukea sairauden kanssa selviytymiseen. Myös taloudellista tukea he saivat huonosti ja syöpäyhdistyksen palveluihin he olisivat halunneet enemmän ohjausta. Taloudellisten avustusten määrä onkin ollut kasvussa, ja syöpäjärjestöiltä haetaan niitä aikaisempaa enemmän. Läheiset tarvitsevat tietoa, minkälaisiin sosiaalietuuksiin heillä on oikeus, koska yleensä läheiset eivät tätä tiedä. Läheiset koki, että heitä ei ole riittävästi ohjattu keskustelemaan sosiaalityöntekijän kanssa. Tieto saattaa tulla vasta liian myöhään esimerkiksi omaishoidontuesta. Myös vertaistuen mahdollisuudesta läheiset saivat mielestään liian

vähän tietoa. Noin puolet läheisistä toivat esiin, ettei heitä ollut ohjattu sairaalapapin luo tai hengellisen tuen pariin.

Tutkimuksessa tuli esiin, että syöpädiagnoosin jälkeen läheiset tarvitsevat paljon tukea (Tiirola ym., 2020 s. 72–73). Läheiset tarvitsevat tukea myös sairauden uusiutuessa, palliatiiviseen hoitovaiheeseen siirtyessä ja sairastuneen kuoleman jälkeen. Jokainen kokee sairauden yksilöllisesti, tutkimuksesta kuitenkin tulee ilmi, ettei yksilöllisiä tarpeita oteta riittävästi huomioon. Sairaudesta keskustelemiseen tarvitaan tukea, koska perhe joutuu tässä kriisiin ja joskus läheinen voi kokea sairauden ahdistavampana kuin sairastunut. Oikeiden palveluiden piiriin pääseminen on tärkeää. Tutkimuksessa kuitenkin tulee ilmi, että niihin tulee hakeuduttua liian myöhään. Kaikki eivät tiedä asiantuntija-apua olevan saatavilla. Julkisessa terveydenhuollossa ei useinkaan pystytä vastaamaan keskustelutarpeeseen, mikä voi johtaa masennukseen. Avun ei aina tarvitse olla ammatillista, vaan apu voi tulla myös vertaistuen avulla. Ammattilaisten tulisiikin jo hoitopolun varhaisessa vaiheessa kertoa, mitä tukea on saatavilla. Psyykkiset reaktiot voivat olla voimakkaita sairastuneen kuoleman jälkeen, tällöin läheiset pohtivat omaa toimintaansa. Läheisten tuki potilaan kuoleman jälkeen jää hyvin pieneksi, koska läheisellä ei ole hoitosuhdetta potilasta hoitaneeseen yksikköön. Syöpäjärjestö on tällöin avainasemassa läheisen tukemisessa.

Hoitopolun alusta alkaen syöpäjärjestöjen ammattilaiset ovat toivoneet saavansa olla sairastuneen ja läheisten tukena terveydenhuollon ammattilaisten rinnalla (Tiirola ym., 2020 s. 74). Tässä on kuitenkin alueittain suuriakin eroja. Viime vuosina yhteistyö on kuitenkin tiivistynyt. Syöpäjärjestöjen tulisi markkinoida enemmän palveluitaan, että ammattilaiset ja sairastuneet tulisivat tietoisemmiksi siitä, mitä palveluita syöpäjärjestöiltä on saatavilla. Hoitopolkua kehitettäessä tulisi jo alkuun ottaa läheistenkin tarpeet huomioon. Läheiset ovat merkittäviä tukijoita sairastuneelle, ja tämän vuoksi myös heidän huomioimisensa on tärkeää. Konkreettinen apu ja tuki jää läheisiltä kuitenkin vähäiseksi julkisella terveydenhuollolla. Tämän tutkimuksen mukaan tukimuotoja ja vertaistukea tulisi kehittää.

4 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITE

Opinnäytetyön tavoite on lisätä hoitohenkilökunnan osaamista ja valmiuksia hoitaa ruokatorvensyöpää sairastavia, palliatiivisessa hoidossa olevia potilaita ja lisätä tietoisuutta läheisten tukemisesta. Lisäksi tällä opinnäytetyöllä tuodaan läheisille lisää tietoutta ruokatorven syövästä ja sen hoitomuodoista.

Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata ruokatorvisyöpää sairastavan potilaan palliatiivista hoitotyötä.

Tutkimuskysymykset:

1. Miten palliatiivisen hoitotyön keinoin voidaan auttaa ruokatorvisyöpää sairastavia potilaita?
2. Miten hoitotyön keinoin voidaan tukea ruokatorvisyöpää sairastavan läheisiä?

Hoitohenkilökunnalla tarkoitetaan tässä opinnäytetyössä sairaanhoitajia, lähihoitajia ja perushoitajia, joiden toimenkuvaan kuuluu palliatiivinen hoitotyö ja saattohoitotyö.

5 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS

5.1 Kuvaileva kirjallisuuskatsaus

Idea opinnäytetyöhön lähti kiinnostuksesta ruokatorvisyöpää sairastavia kohtaan. Aiheesta ei myöskään ole tehty viimeisen kymmenen vuoden aikana opinnäytetyötä, jonka painotuksena on palliatiivinen hoitotyö. Kuvaileva kirjallisuuskatsaus sopii tähän opinnäytetyöhön, sillä sen avulla löytyy paljon tutkittua tietoa ruokatorven palliatiivisesta hoitotyöstä, itse syövästä sekä sen hoitotyöstä ja etenemisestä. Kuvailevalla kirjallisuuskatsauksella voidaan esittää aiemmissa tutkimuksissa jo käytettyjä teorioita sekä historiaa (Vilkkä, 2023, s. 22–24). Kuvailevalla kirjallisuuskatsauksella kasvatetaan tutkijan tietoutta jo olemassa olevalla tutkimustiedolla ja tutkijan on löydettävä tutkimiansa aineistojen yhteys. Tutkittavasta aiheesta luodaan yleiskatsaus. Kuvailevan kirjallisuuskatsauksen vahvuuksia ovat aiheen erityiskysymyksiin tarkempi syventyminen ja aineistolähtöinen tarkastelu. Kuvailevassa kirjallisuuskatsauksessa luodaan kokonaiskuvaa aiheen teoreettisesta viitekehyksestä, tutkimuksessa käytetyistä käsitteistä ja täydennetään olemassa olevan tutkimustiedon aukkoja sekä puutteita. Kuvailevassa kirjallisuuskatsauksessa käytettävä teoreettinen viitekehys määrittää aiheen rajat (Vilkkä, 2023, s. 35–36). Teoreettinen viitekehys ympäröi opinnäytetyöhön käytettävää teoreettista tietoa ja selittää tutkittavan asian luonnetta ja ydinajatusta. Opinnäytetyön teoreettinen viitekehys asettaa raamit opinnäytetyön sisältämiin aiheisiin. Teoreettinen viitekehys auttaa arvioimaan tutkittavaa tietoa ja löytämään yhteyksiä aihetta käsittelevistä tutkimuksista. Tutkittavasta aiheesta pyritään saamaan tiivistetty kokonaisuus ilman, että aineiston informaatioarvoa menetetään.

Kuvailevan kirjallisuuskatsauksen koonti on prosessi, joka alkaa siitä, että ensin muodostetaan tutkimuskysymykset (Kangasniemi ym., 2013, s. 294–297). Tutkimuskysymysten perusteella valitaan aineisto, joka vastaa tutkimuskysymyksiin. Sen jälkeen löydetyn aineiston pohjalta vastataan kysymyksiin kuvailevasti. Aineistoa vertaillaan ja sitä voidaan ryhmitellä esiin nousseiden tietojen mukaan. Aineisto kootaan yhtenäiseksi kokonaisuudeksi. Lopuksi tarkastellaan tuloksia, joista kootaan tiivistelmä. Vaiheet etenevät osin päällekkäin koko prosessin ajan.

Tässä opinnäytetyössä käytettiin luotettavia tietolähteitä viimeisen kymmenen vuoden sisällä tehdyistä tutkimuksista ja artikkeleista, joiden pohjalta rakennettiin opinnäytetyö kuvailevalla kirjallisuuskatsauksella. Pääkäsitteinä olivat ruokatorvisyöpä ja palliatiivinen hoitotyö. Poissul-
kukriteereinä olivat artikkelit ja tutkimukset muista syöivistä sekä sellaiset artikkelit ja tutki-
mustulokset, jotka eivät vastanneet tutkimuskysymyksiin. Myös aineisto, joka oli tuotettu en-
nen vuotta 2013, rajattiin pois tästä opinnäytetyöstä. Opinnäytetyön sisäänottokriteereinä oli-
vat lähteet, joiden tuli sisältää ajankohtaista tietoa viimeiseltä kymmeneltä vuodelta ruokator-
visyövästä, palliatiivisesta hoitotyöstä, saattohoitotyöstä sekä läheisten tukemisesta ja koh-
taamisesta. Sisäänottokriteereinä olivat myös tieteelliset tutkimukset ja tutkimusartikkelit hoi-
totyön näkökulmasta. Kangasniemen ym. (2013, s. 291–301) mukaan keskeistä oli tutkimus-
kysymyksien kannalta merkitykselliset aineiston väittämät ja ilmiöt, jotka kuvasivat tutkittavaa
ilmiötä. CINAHL ultimate -tietokannasta asiasanoina toimivat esophagael neoplasms ja end
of life care. Aihe oli rajattu ainoastaan tutkimustuloksiin, jotka oli tehty vuosina 2013–2023.
Hakujen perusteella tuli 1355 artikkelia, joista artikkeli valittiin otsikon ja koko tekstin perus-
teella. Arto- ja Medic -tietokannoista haettiin tietoa sanoilla ruokatorvisyöpä, palliatiivinen hoi-
totyö, syöpä ja läheinen. Hakusanoja muuttamalla ja lyhentämällä saatiin erilaisia hakutulok-
sia. Otsikon perusteella valittiin kolme artikkelia. Artikkeleita myös hylättiin otsikon perus-
teella. Artikkelit valittiin otsikon perusteella, koko tekstin perusteella sekä otsikon ja tekstin
perusteella. Opinnäytetyöhön valikoitui lopulta 36 lähdettä.

Aihe oli rajattu viimeisen kymmenen vuoden sisällä tehtyihin tutkimustuloksiin ja artikkeleihin,
tutkimustietoa haettiin palliatiivisesta hoidosta sekä ruokatorvisyövästä. Aihe oli rajattu suo-
menkielisiin ja englanninkielisiin artikkeleihin ja tutkimustuloksiin. Tutkimuskysymykset mää-
rittelivät opinnäytetyön aiheen sisältöä. Opinnäytetyössä ei käytetty muita kuin suomen- tai
englanninkielisiä tutkimustuloksia ja artikkeleita. Myös maksulliset tietolähteet olivat aiheesta
poissuljettuja vaihtoehtoja. Kohderyhminä oli hoitohenkilökunta, alan opiskelijat ja sairastu-
neen läheiset. Kuviin ja kuvioihin, jotka oli lainattu toisen artikkeleista, on kysytty lupa käyt-
töön. Opinnäytetyön tekoa seurattiin täyttämällä omaa opinnäytetyön päiväkirjaa, johon mer-
kittiin opinnäytetyön tekoon käytetyt päivät ja siihen kuluneet tunnit.

5.2 Tiedonhaku

Aiheen hakusanoina suomenkielisistä tietokannoista haettaessa käytettiin muun muassa ruo-
katorvisyöpä, syöpä, yleisyys, ennaltaehkäisy, syöpäkipu, oireet, kipu, kivunhoito, ravitse-
mus, lisäravinteet, laihtuminen, kehon fyysiset muutokset, psyykkinen vointi, palliatiivinen

hoitotyö, omainen, läheinen, saattohoitotyö, henkinen apu (HEA), asentohoito, kohtaaminen, vertaistuki ja uskonnollisuus. Suomenkielisiä hakuja tehtiin muun muassa Terveysportista ja Arto-tietokannasta. Tutkiva hoitotyö -lehestä löytyi aiheesta hyviä artikkeleita. Hakujen perusteella tietoa aiheesta löytyy hyvin sekä suomen että englannin kielellä. Tutkimustuloksia löytyy palliatiivisesta hoitotyöstä sekä ruokatorvisyövästä. Kuitenkin tutkimustuloksia löytyy hakujen perusteella enemmän englanninkielisistä tietokannoista.

Englanninkielisiä hakuja tehtiin CINAHL Ultimate-, MEDIC- ja PudMed-tietokannoista. Englanninkieliset hakusanat ovat esophagael neoplasms, palliative care. Rajauksena opinnäytetyön tiedonhaussa on lähteet viimeisen kymmenen vuoden ajalta. Haussa huomioidaan tuoreinta tutkimustietoa ja tämä antoi hyvän pohjan kuvailevan kirjallisuuskatsauksen tekoon. Käytettäviä tietokantoja: Seamk Finna, Finna, Medic, Terveysportin tietokannat, CINAHL-tietokanta, Käypä hoito -suositukset, Pubmed ja Google scholar. Opinnäytetyön tiedonhaun kielet ovat suomi ja englanti.

CINAHL-tietokannasta löytyi hakusanoilla esophagael naoplasm ja palliative care otsikko, jonka avulla löytyi tutkimustulos, jossa oli tutkittu ajoissa tehtyä palliatiivista hoitolinjausta ja sen merkitystä parempaan loppuelämään. Sanat toimivat hyvin yhdessä käytettyinä. Hakua on rajattu niin, että viimeisimmät kymmenen vuoden tutkimustulokset otettiin ainoastaan huomioon.

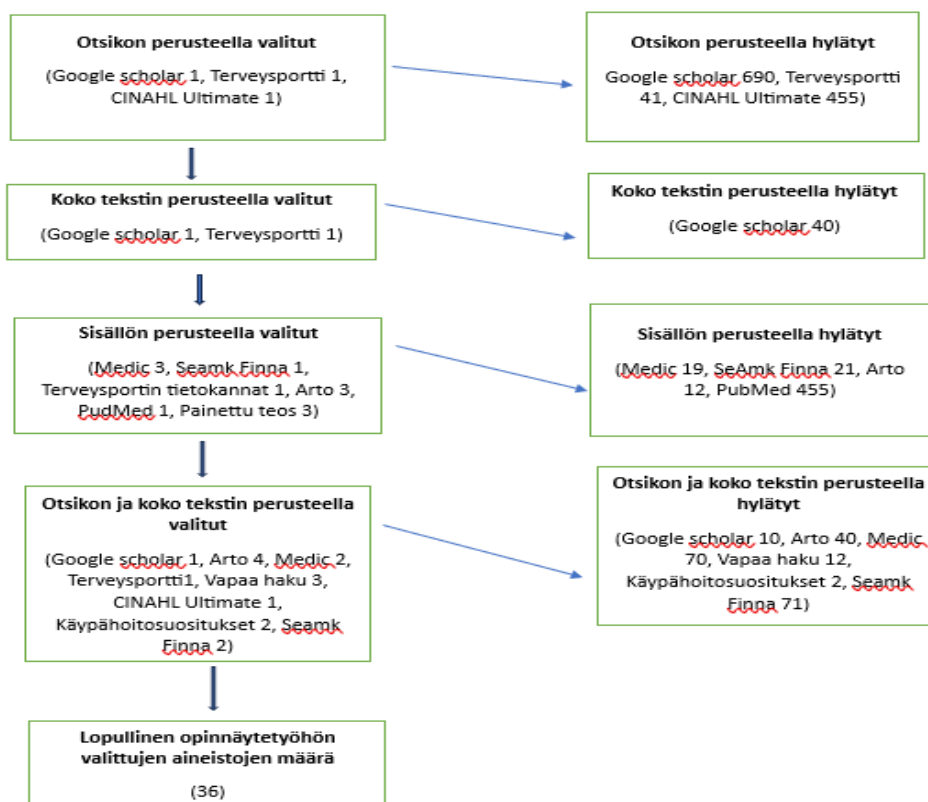
Tiedonhankintaprosessissa huomionarvoista oli siihen käytetty aika ja ettei kaikista hakukoneista löytyneistä ehdotetuista artikkeleista ollut suoraa linkkiä haettavaan artikkeliin. Hakusanojen yhdisteleminen vaati aikaa ja useampia kokeilukertoja, jotta haettava hakutulos saatiin aikaan (Taulukko 1).

Taulukko 1. Tiedonhakutaulukko

Tieto- kanta	Hakusanat	Rajaukset	Tulok- set	Hyväksytyt
Arto	ruokatorvisyöpä, palliativinen, Saattohoito, henkinen tuki, syöpäpotilas, hoito, Kuvaileva kirjallisuuskatsaus, Syöpä, läheinen	10 v Verkossa saatavilla Artikkeli suomi	52	7
CINAHL Ultimate	esophagael (title) OR neo- plasms (select field) AND end of life care (select field)	10 v Tutkimusartikkelit, Full text, English, Peer Re- viewed, Research article	1355	1
Seamk Finna	Ruokatorvisyöpä, palliativinen, Elo, Sisäl- lönanalyysi	10 v. Verkossa saatavilla Seinäjoen amk- kirjasto suomi	91	3
Google scholar	Hökkä Minna, palliativinen hoito, väitöskirja Enteraalinen ravitseminen,	10 v.	741	3
Medic	Ruokatorvisyöpä, palliativi- nen, syöpä, saattohoito, elä- män loppuvaihe, hoito, Euta- nasia	10 v. Suomi koko teksti, asiansanojen synonyymit käytössä	89	10
PudMed	esophagael cancer (free full text) (tittle/Abstract) (hu- mans) (English)	10 v. Koko teksti Tutkimusartikkelit Maksuton	455	1
Ter- veysportin tietokannat	Ruokatorvisyöpä, suun hoito	10 v.	42	3
Käypä- hoito suo- situkset	Palliativinen hoito	10v.	1	1
Manuaali- nen haku: Google hakukone	Suomen syöpärekisteri, TENK, Palliativinen hoitotyö ja saat- tohoito,	10v. syöpätilastosovellus, koko maa, naiset ja miehet, ruokatorvi (C15), ikäryhmä (5 v.) (2018– 2022), todettuja syöpiä, ennak- kotieto	2 10	4
Painetut teokset	Syöpäpotilaan ravitseminen, Kirjallisuuskatsaus, Opinnäy- tetyö	10 v.	3	3

5.3 Tiedonhakuprosessin kuvaus

Kuvio 3 havainnollistaa, minkälaisin perustein aineistoa on valittu. Sisällön sekä otsikon ja sisällön perusteella on valittu eniten aineistoa. Aineistoa on myös otsikon sekä otsikon ja sisällön perusteella hylätty, koska sisältö on ollut samankaltaista eli päällekkäisyyksien poistamiseksi. Eniten on valittu suomenkielistä aineistoa. Aineiston on pitänyt myös vastata tutkimuskysymyksiin sekä aiheeseen. Lopulliseen opinnäytetyön aineistoon on valikoitunut 36 lähdettä.



Kuvio 55. Prosessin kuvaus.

Opinnäytetyössä sisäänottokriteereinä oli, että lähde on julkaistu vuosien 2013–2023 välisenä aikana sekä poissulkukriteerinä tätä vanhempi aineisto. Kielinä olivat suomi ja englanti sekä poissulkukriteerinä olivat muut kielet. Aineiston tuli myös olla maksutonta. Opinnäytetyön sisäänotto- ja poissulkukriteerit havainnollistetaan taulukossa 2.

Taulukko 2 Sisäänotto- ja poissulkukriteerit.

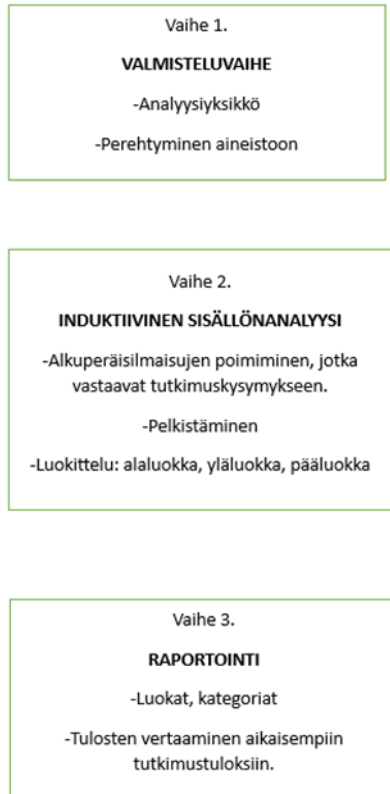
Sisäänottokriteerit	Poissulkukriteerit
Ajantasaista tietoa aiheesta sisältävät kirjalliset lähteet viimeisen kymmenen vuoden ajalta	Lähdeaineisto, joka on tuotettu ennen vuotta 2013.
Pääkäsitteinä ruokatorvisyöpä ja palliatiivinen hoitotyö	Muita syöpiä koskevat tutkimukset ja artikkelit.
Tieteelliset tutkimukset ja tutkimusartikkelit hoitotyön näkökulmasta	Tutkimuskysymyksiin vastaamattomat artikkelit ja tutkimustulokset
Kielet: suomi ja englanti	Muut kielet kuin suomi ja englanti
Maksuton aineisto	Maksullinen aineisto

5.4 Aineiston analyysi

Opinnäytetyössä käytettiin induktiivista eli aineistolähtöistä lähestymistapaa. Sisällönanalyysiin kuuluu kolme vaihetta, jotka ovat valmistelu-, analysointi-, ja raportointivaihe (Elo ym. 2022, s. 215–225). Induktiivinen analyysi menetelmänä antoi kirjoittajalleen vapauden tuottaa itse analyysin luokittelun aineistonsa perusteella. Tiivistetty, pelkistetty ja yleinen muoto on sisällönanalyysin tavoite kuvata tutkimusmateriaali. Analyysin lopputulos havainnollistetaan kuviolla tai taulukolla. Induktiivisen sisällönanalyysin prosessi eteni vaiheittain, etsien vastauksia tutkimuskysymyksiin.

Kuviossa 4 on esitetty induktiivisen sisällön analyysin etenemisen vaiheet. Valmisteluvaiheessa analyysiyksikkö valitaan ja perehdytään aiheeseen liittyvään aineistoon (Elo ym., 2022, s. 215–225). Analyysiyksikkö voi olla sana, lause tai ajatuskokonaisuus. Aihe käydään huolellisesti läpi eli perehdytään aineistoon ennen seuraavaa vaihetta. Sisällönanalyysivaiheessa poimitaan alkuperäisilmaisuja, jotka vastaavat tutkimuskysymyksiin. Alkuperäisilmaiset pelkistetään ja luokitellaan. Pelkistämisessä otetaan alkuperäisilmaisuista täytesanat pois, sekä kieliasun tulee olla kirjakieltä. Luokittelussa vertaillaan pelkistettyjä ilmaisuja ja niistä etsitään samankaltaisuuksia ja eroavaisuuksia. Alaluokka nimetään ja samaan alaluokkaan viedään samaa tarkoittavat ilmaisut. Alaluokkia vertaillaan ja samansisältöiset yhdistellään, näin syntyy yläluokat. Yläluokat nimetään sisällön mukaisesti. Viimeisenä vaiheena on

raportointi, jolloin tuloksia vertaillaan. Kuviossa 4 havainnollistetaan sisällönanalyysiprosessin soveltamista (Elon ym.2022, s.215–225) mukaan.



Kuvio 66. Induktiivisen sisällön etenemisen vaiheet (soveltaen Elon ym., 2022, s. 219).

Tässä opinnäytetyössä teoriaosuuteen perehdyttiin huolellisesti. Tutkimuskirjallisuudesta etsittiin lauseita, jotka vastasivat tutkimuskysymyksiin. Aineistosta nostettiin esiin sen keskeisimmät asiat, ja aineisto ohjasi analyysin tekoa. Etsitystä aineistosta poimittiin alkuperäiset ilmaisut lauseina, jotka kirjoitettiin ylös erilliseen Word-tiedostoon. Alkuperäiset ilmaisut pelkistettiin ja ryhmiteltiin samankaltaisuuksien mukaan alaluokiksi. Ryhmiteltäessä poimitut lauseet yliviivattiin eriväreillä. Tämä helpotti luokittelua ja yhdenmukaisuuksien sekä eroavuuksien etsimistä. Analyysissä muodostettiin molempien tutkimuskysymysten vastauksia käsittelevät omat alaluokat ja yläluokat. Alaluokkia oli 13 ja yläluokkia oli 4. Lopuksi nimettiin pääluokka, joita oli 2. Luokkien tarkoitus oli kuvata tarkastelun aihetta. Kerätystä aineistosta tehtiin induktiivinen sisällönanalyysi.

Aineiston pelkistämistä ja jaottelua alakategoriaan ja yläkategoriaan sekä pääkategoriaan on havainnollistettu liitteissä 2 ja 3.

6 TULOKSET

6.1 Palliatiivisen hoitotyön erilaiset hoitomuodot

Induktiivisessa sisällön analyysissä pääluokaksi muodostui *palliatiivisen hoitotyön erilaiset hoitomuodot*. Pääluokka palliatiivisen hoitotyön erilaiset hoitomuodot muodostuivat yläluokista palliatiivisen hoitotyön fyysiset hoitokeinot ja palliatiivisen hoitotyön psyykkiset hoitokeinot.

6.1.1 Palliatiivisen hoitotyön fyysiset hoitokeinot

Yläluokka *palliatiivisen hoitotyön fyysiset hoitokeinot* muodostuivat alaluokista: lääketieteelliset hoidot ja ravitsemuksen turvaaminen. Iso osa hoitohenkilökunnan osaamista ja palliatiivista hoitoa oli kivun hoito, sen tunnistaminen ja arviointi Vihelän ym., (2020, s.257–284) mukaan. Lääketieteelliset hoidot pitivät sisällään niin lääkkeellisiä kuin lääkkeettämiäkin hoitomenetelmiä. Potilaalla voi olla niin suurta ahdistusta, pelkoa ja uniongelmia, että lääkehoidon tarpeellisuutta tulisi selvittää. Holman (2021, s.145–147) mukaan palliatiivinen sedaatio oli potilaalle tarpeellinen silloin, kun potilaan kärsimys oli kasvanut niin suureksi, ettei muu käytössä ollut oirehoito enää riittänyt. Tajunnan tasoa siis laskettiin lääkkein. Palliatiivista sädehoitoa annettiin potilaille vain harvoin. Mikäli kipua ei saatu muilla lääkkeillä helpottumaan, harkittiin palliatiivisen sädehoidon antoa Mäenpään (2023, s.645–650) mukaan.

Ravitsemuksen turvaaminen oli myös tärkeää palliatiivisessa hoidossa. Potilasta tuli ohjata hyvään ravitsemukseen. Potilaalle tuli antaa ohjeita, kuinka syödä, mitä syödä, kuinka usein tuli syödä ja mitä potilaan tuli tehdä, jos ravitsemuksen kanssa oli ongelmia. Potilaan ongelmat ravitsemuksessa olivat esimerkiksi pahoinvointi, ruoka ei maistu, suu on kipeytynyt, nielemisvaikeudet tai matala mieliala. Vajaaravitsemuksen tunnistaminen oli tärkeää ja MNA-arviointi tuli tehdä jo toisena hoitopäivänä sairaalassa ollessa Järvisen ym., (2020, s. 693–700) mukaan.

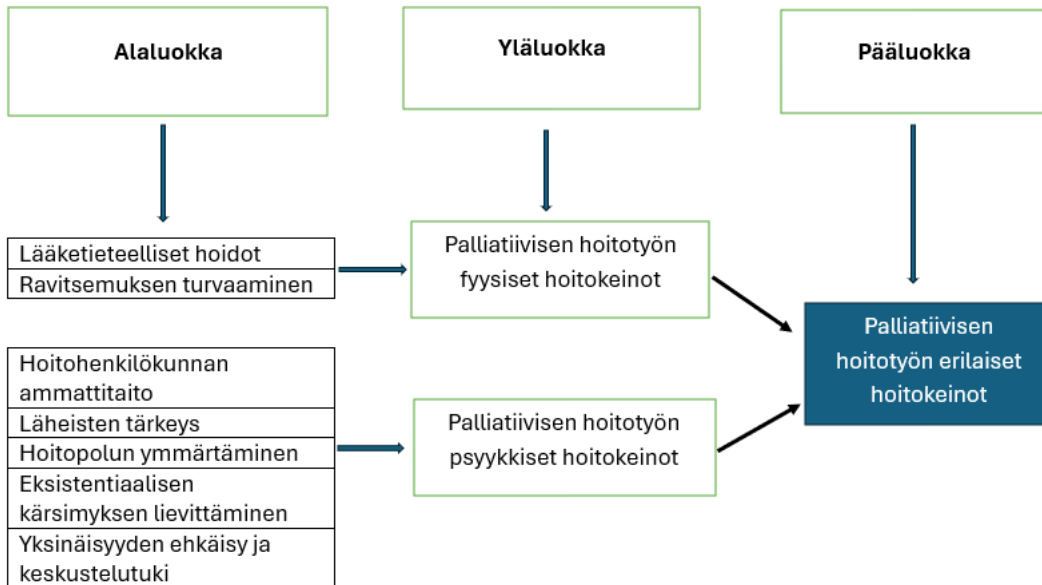
6.1.2 Palliatiivisen hoitotyön psyykkiset hoitokeinot

Yläluokka *palliatiivisen hoitotyön psyykkiset hoitokeinot* muodostuivat alaluokista: moniammatillinen yhteistyö, hoitohenkilökunnan ammattitaito, läheisten tärkeys, hoitopolun

ymmärtäminen, eksistentiaalisen kärsimyksen lievittäminen ja yksinäisyyden ehkäisy ja keskustelutuki.

Kitin ym. (2022, s. 1173–1178) mukaan ajoissa tehdyt hoitolinjaukset ja hoitosuunnitelmat parantavat potilaan loppuelämää sekä liian kovat hoidot tuli lopettaa ajoissa. Tämä oli todella tärkeää osaamista moniammatillisen yhteistyön kannalta. Hoitohenkilökunnan osaaminen sisälsi laajasti monenlaista osaamista. Hoitohenkilökunnan vuorovaikutustaidot, eettinen osaaminen, kliininen osaaminen ja hoitojen tarpeellisuuden arviointi olivat osa tätä.

Läheiset olivat potilaalle tärkeitä. Kuitenkin huomion arvoista oli se, ettei kaikilla potilailla ole läheisiä. Silloin hoitohenkilökunnan osaaminen, hoitoluottamus ja hoitajan tarjoama keskustelutuki oli arvokasta ja tärkeää. Myös syöpäyhdistyksen tarjoamat palvelut olivat tärkeitä ja potilaan tuli saada tietoa näiden saamisesta. Hoitopolun ymmärtäminen lisäsi potilaan hallinnan tunnetta ja luottamusta. Hoitohenkilökunnan antama keskustelutuki auttoi potilasta työstämään kuormaa, jota sairaus aiheutti. Hoitajan ammattitaitoa tarvittiin pelkojen lievittämisessä, hoitajan tuli osata myös antaa keinoja pelkojen lievittämiseen. Masennuksen hoito ja masennuksen erottaminen surusta vaatii myös hoitajalta ammattitaitoa. Hahon (2017, s. 1704–1709) mukaan kuoleman pelko mielletään eksistentiaalisesti kärsimykseksi. Tämä tarkoitti, että potilas pelkäsi olemassaolon katoamista. Kärsimystä lievitti potilaan psyykkisen voimien tukeminen ja arvokas kohtaaminen. Jos potilas oli hyväksynyt sairauden ja sen aiheuttaman kuoleman, aiheutti se potilaalle helpotuksen tunteen. Kuviossa 5 on esitetty palliatiivisen hoitotyön erilaisia hoitomuotoja.



Kuvio 77. Palliativisen hoitotyön erilaiset hoitokeinot.

6.2 Läheisten tukeminen eri hoitotyön keinoin

Läheisten tukemisen pääluokaksi muodostui *läheisten tukeminen eri hoitotyön keinoin*.

Pääluokka muodostui yläluokista: läheisten tukemisen informatiiviset ja sosiaaliset hoitotyön keinot ja läheisten tukemisen psyykkiset hoitotyön keinot.

6.2.1 Läheisten tukemisen informatiiviset ja sosiaaliset hoitotyön keinot

Induktiivisessa sisällönanalyysissä yläluokka *läheisten tukemisen informatiiviset ja sosiaaliset hoitotyönkeinot*, muodostui alaluokista: potilaan hoitoon osallistaminen, kulttuurin huomiointi sekä tuet ja etuudet.

Tutkimuksessa kävi ilmi, että läheiset kokivat tärkeiksi saada ajantasaista tietoa potilaan hoidosta ja sairaudesta (Tirola ym., 2020, s. 66). Läheisten huomiointi ja hyvä kohtelu oli ensiarvoisen tärkeää. Läheisten osallistaminen potilaan hoitoon muun muassa lääkehoidon ohjauksen muodossa sekä potilaan hoidossa katsottiin läheisten näkökulmasta tärkeäksi. Läheisille pitäisi myös tarjota mahdollisuutta ottaa potilas luokseen kotihoitoon. (Saukkonen ym., 2017, s. 199–200). Riittämättömän tuen ja ohjauksen vuoksi tähän voi kuitenkin liittyä turhaa hoitotaakkaa, jonka vuoksi kotihoito ei aina ole mahdollista. Potilaan hoidon kaikissa vaiheissa potilaan läheiset on huomioitava. Potilaan hoitopäätökset tulee

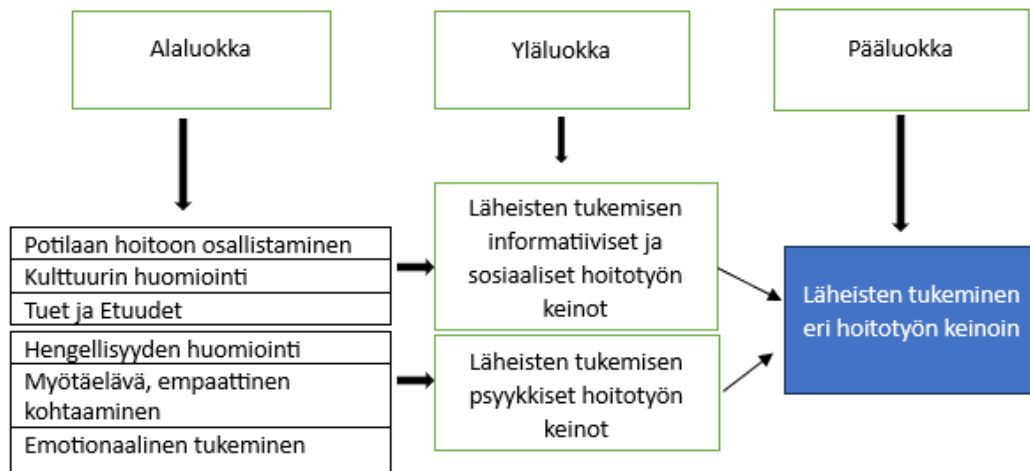
tehdä läheiset huomioiden. Hävölän ym. (2015, s.142) mukaan saattohoidon tulee vastata potilaan tarpeita ja toiveita, sekä myös läheisten. Palliatiivisesta sedaatioon vaaditaan potilaan oma suostumus, läheiset huomioiden sekä lääkäreiden myönteinen päätös, joka puoltaa sedaation tarpeellisuutta. (Holma 2021, 145–147). Vihelän ym., (2020, s. 275–284) mukaan läheiset toivoivat henkilökunnalta kykyä myös tunnistaa potilaan ja läheisten kulttuuritausta.

Tirolan ym. (2020, s. 70–71) mukaan läheiset kokivat saaneensa taloudellista tukea huonosti ja syöpäyhdistyksen palveluihin he olisivat halunneet enemmän ohjausta ja kokivat sen riittämättömäksi. Myös ohjaus sosiaalityöntekijän palveluiden pariin koettiin riittämättömäksi. Omaishoidon tuesta tieto läheisille saattoi tulla liian myöhään. Kaikki eivät tiedä ammattiapua olevan saatavilla. Avun ei tarvitse aina olla kuitenkaan ammatillista, vaan apu voi tulla vertaistukena. Potilaan tukena oleminen aiheutti läheisille usein suurta ahdistusta ja juuri siksi Tirolan ym., (2020, s. 66) mukaan psykoterapian ja säännöllisten puhelinkeskustelujen hoitohenkilökunnan kanssa on osoitettu antavan läheisille apua ahdistuksen lievittämiseen. Läheisten oikeiden palvelujen piiriin pääsemiseksi hoitohenkilökunnan ohjauksella on suuri merkitys.

6.2.2 Läheisten tukemisen psyykkiset hoitotyön keinot

Yläluokka läheisten tukemisen psyykkiset keinot muodostui alaluokista: hengellisyyden huomiointi, myötäelävä ja empaattinen kohtaaminen sekä emotionaalinen tukeminen.

Vihelän ym., (2020, s. 275–284) mukaan kohtaamisen tulee olla empaattista ja kunnioittavaa. Läheiset toivoivat henkilökunnalta kykyä tunnistaa potilaan hengellisyys sekä kykyä tarjota hengellistä tukea. Sairaalapapin tuen hyödyntämismahdollisuus olisi tärkeää, sairaalassa olo aikana (Tirola ym., 2020 s. 70–71). Läheiset ovat osa potilaan kokonaisvaltaista hoitoa ja riittävä ohjaus palliatiivisen hoidon eri vaiheissa oli omiaan lievittämään läheisen pelkoja. Henkisen tuen tarpeen tunnistaminen sekä läheisen pelkojen lievittäminen ovat tärkeä osa palliatiivisen hoitotyön keinoja (Vihelä ym., 2020, s.275–284). Psyykkiset reaktiot voivat olla hyvin voimakkaita sairastuneen kuoleman jälkeen, eikä yksilöllisiä tarpeita otettu tutkimuksen mukaan riittävästi huomioon (Tirola ym., 2020, s.72–73). Kuviossa 6. esitetään läheisten huomiointi eri hoitotyön keinoin.



Kuvio 88. Läheisten tukeminen eri hoitotyön keinoin.

Tämän kirjallisuuskatsauksen tulokset antavat vastauksen siihen, millä palliatiivisen hoitotyön keinoin voidaan auttaa ruokatorvisyöpää sairastavia potilaita ja millä hoitotyön keinoilla voidaan tukea ruokatorvisyöpä sairastavan potilaan läheisiä.

Uusia syöpädiagnooseja ennustetaan olevan vuonna 2030 jo 43000 (Tirola ym., 2020, s. 63–66). Tämä osoittaa sen, että on yhä tärkeämpää hoitohenkilökunnan osata auttaa sairautensa kanssa kamppailevia ihmisiä sekä olla tukena sairastuneen läheisille.

Kirjallisuuskatsauksen tuloksista käy ilmi, että ruokatorvisyöpäpotilasta voidaan auttaa monin palliatiivisin hoitotyön keinoin. Ajoissa tehty palliatiivinen hoitolinjaus sekä ajoissa tehdyt hoitosuunnitelmat mahdollistavat potilaalle hyvän loppuelämän (Kitti ym., 2022, s. 1173–1178).

Yhdenmukainen koulutus hoitohenkilökunnalle palliatiivisessa hoitotyössä on tärkeää (Vihelä ym., 2020 s. 275–284). Hoitohenkilökunnan on osattava tunnistaa potilaan erilaisia oireita ja hoitaa niitä. Hökän (2022, s.7) tekemän väitöskirjan mukaan sairaanhoitajat tarvitsevat laajaa ammattitaitoa palliatiivisessa hoitotyössä. Hyvä kivunhoito on todella tärkeää sekä lääketehtämin että lääkkeellisin keinoin. Tuloksista tulee ilmi, että potilaan ja läheisen kohtaaminen, vuorovaikutustaidot, juridinen ja eettinen osaaminen ovat tärkeä osa potilaan palliatiivista hoitotyötä. Myös henkisen tuen arviointi, pelkojen lievittäminen ja toiveiden kunnioittaminen kuuluvat palliatiiviseen hoitotyöhön ja auttavat potilasta. Pelko oli tunteista yleisin, mitä potilaat

tuntevat (Idman., 2013, s. 403–406). Sairauden aiheuttamaa ahdistusta auttaa työstämään keskustelutuki, mitä hoitohenkilökunta tarjoaa.

Potilaat kuitenkin tutkimusten mukaan kokivat tiedon, palvelujen ja tuen saamisessa puutteita (Tirola ym., 2020 s.66–71). Keskusteluun hoitohenkilökunnalla ei ollut potilaiden mielestä riittävästi aikaa, ja noin puolet koki, etteivät saa riittävän hyvää hoitoa. Psyykkisen tuen piiriin he olisivat kaivanneet myös enemmän ohjausta. Tuloksissa sairaanhoitajan palliatiivisen hoidon osaamisesta tuli esiin, että sairastuneet ja heidän läheisensä kaipaavat tietoa sairaudesta, hoidoista ja etuuksista. Tutkimusten mukaan tietoa ei kuitenkaan saada tarpeeksi. Läheisten apu sairastuneelle vähentää sairaalakäyntejä potilaalla, mutta läheisten kuormitus kuitenkin kasvaa ja sitä kautta myös ahdistuneisuus. Tutkimuksen mukaan läheinen voi kokea jopa suurempaa ahdistusta kuin potilas itse.

Tutkimuksista tuli esiin, että läheiset kokivat puutteita monissa asioissa. Esimerkiksi hoitohenkilökunnan kanssa he eivät kokeneet saavansa riittävästi keskustella, myös tiedon saanti sairaudesta oli läheisten mielestä puutteellista. Myös hoitoon läheiset olivat tyytymättömiä. Sairauden ennusteesta he olisivat myös halunneet enemmän tietoa. Kuitenkin lääketieteellisen hoitoon läheiset olivat yleensä tyytyväisiä. Sosiaalietuuksista olisivat läheiset kaivanneet aiemmin tietoa, usein tieto saatiin vasta liian myöhään. Tutkimukset osoittavatkin, että läheiset tarvitsevat paljon erilaista tukea. Oikeiden palveluiden piiriin pääseminen on tärkeää ja riittävän ajan antaminen niin potilaalle kuin hänen läheiselleenkin. Avun ei aina tarvitse olla ammattilaisten antama, vaan vertaistuen saanti on myös yhtä arvokasta. Konkreettinen apu jää kuitenkin läheisiltä vähäiseksi (Tirola ym., 2020, 72–73).

7 POHDINTA

7.1 Kirjallisuuskatsauksen tulosten pohdinta

Ruokatorvisyöpä on syöpä, joka löytyi usein vasta, kun syöpä oli päässyt etenemään jo pitkälle. Diagnoosi oli potilaalle aina shokki ja elämää ravisteleva tapahtuma, siksi potilaan hyvä hoito ja tuki sekä omaisten huomiointi ja heidän tukemisensa nousivat tutkimuskysymyksissämme merkityksellisiksi asioiksi. Opinnäytetyön tutkimustuloksista kävi ilmi, että potilaiden saama hyvä hoito ja läheisten saama tuki kulkevat käsi kädessä. Ensiarvoisen tärkeää oli, että potilas ja omaiset tulivat kohdatuiksi ammatillisesti. Molemmat kokivat tärkeinä riittävän tuen ja tiedon saannin hoidon aikana. Läheiset tarvitsivat runsaasti tukea myös potilaan menehtymisen jälkeen. Potilaan ja omaisten kunnioitus sekä arvokas ja empaattinen kohtaaminen loppuun saakka nousivat tärkeiksi asioiksi, joita ei voi nykypäivän palliatiivisessa hoitotyössä painottaa liikaa.

Potilaan pelot, oireet ja sairauden kulku ohjailivat osaltaan potilaan palliatiivista hoitotyötä. Potilaan kokemaan pelkoon nivoutuivat kivun lisäksi oman elämän hallinnan tunteen kadottaminen, kuoleman lähestyminen sekä siihen liittyvä ahdistus. Ruokatorvisyöpää sairastavan potilaan kivun hoitomuotoja löytyi useita, ja oikeanlaisen hoidon ja lääkityksen aloittaminen lievensi potilaan kärsimystä ja oli osaltaan turvaamassa loppu elämän hyvää hoitotyötä. Potilaan saama riittävä hoito myös vähensi potilaan pelkoja ja ahdistusta sekä kuoleman pelkoa. Eksistentiaalinen kärsimys on sisällöltään hyvin laaja ja moniulotteinen. Lähestyvä kuolema oli jokaiselle potilaalle ainutkertainen kokemus ja pelottava askel tuntemattomaan. Tämä oli omiaan luomaan tuloksienkin valossa pelkoa ja ahdistusta potilaalle. Psyykkistä hoitoa turvasi parhaiten säännöllinen keskustelutuki ja potilaan elämänhallinnan tunteen lisääminen. Potilaat kokivat saavansa omaisia enemmän tietoa omasta hoidostaan.

Teoreettisen viitekehyksen tuloksissa kävi ilmi omaisten kokema puute tiedon ja palveluiden saannissa potilaan hoidon aikana. Koska tietoa kaivattiin enemmän suullisessa ja kirjallisessa muodossa, oli keskusteluaika hoitohenkilökunnan kanssa usein omaisten mielestä vähäistä riittävään tiedonsaantiin. Riittävässä tiedonsaannissa korostuivat hoitajan ammatillinen osaaminen ja vuorovaikutustaidot omaisten ja potilaan kanssa sekä hoitohenkilökunnan riittävyys. Hoitajien tarjoama tuki ja neuvonta osaltaan lisäisi hoitoluottamusta omaisissa. Palveluiden piiriin pääsemisessä potilaiden omaisilla oli tutkimuksen mukaan usein haasteita ja

taloudellisten avustusten saanti oli usein viivästynyt riittämättömän tiedon saannin vuoksi. Syöpäjärjestöt haluavat olla mukana alusta saakka potilaan ja omaisten tukemisessa, terveydenhuollon ammattilaisten rinnalla, mutta syöpäjärjestöjen tulisi markkinoida myös osaltaan enemmän palveluitaan tullakseen näkyvämmäksi. Hoitohenkilökunnan merkitys korostui tämän vuoksi omaisten tukien ja palveluiden piiriin pääsemisessä.

7.2 Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus

Perusperiaatteet hyvässä tieteellisessä käytännössä ovat luotettavuus, rehellisyys, arvostus ja vastuunkanto (Keiski ym., 2023, s. 11–17). Luotettavuus on varmistettava niin suunnittelussa, menetelmissä, analyyseissa kuin voimavarojen käytössäkin. Tieteellisessä toiminnassa rehellisyys on tärkeää. Rehellisyys tarkoittaa sitä, että raportoidaan ja viestitään siitä avoimesti, oikeudenmukaisesti, yksityiskohtia salaamatta ja puolueettomasti. Arvostus tulee säilyttää koko prosessin ajan kollegoita, tieteellisen toiminnan osapuolia ja yhteiskuntaa, ympäristöä sekä kulttuuriperintöä kunnioittaen. Vastuunkanto alkaa opinnäytetyön ideasta. Vastuunkanto sisältää ohjauksen, koulutuksen, toteutuksen, julkaisemisen ja vaikutukset. Opinnäytetyötä tehdessä oikeaoppinen viittaus ja lähteet on tärkeässä asemassa. Opinnäytetyö tehdään huolellisesti ja otetaan aikaisempi tutkimustieto huomioon jo suunnitteluvaiheessa. Luvat tulee selvittää ajoissa. Tietosuojalainsäädäntöä sekä salassapitovelvollisuutta tulee noudattaa koko opinnäytetyöprosessin ajan. Hyvän tieteellisen käytännön menettelytavat antavat ohjeistusta toimintaympäristöstä, koulutuksesta, ohjauksesta, mentoroinnista, tieteellisen työn tekemisestä, eettisyydestä ja ennakkoinnista, tutkimusaineistojen käsittelystä ja hallinnasta, yhteistyöstä, tekijyydestä sekä asiantuntija- ja arviointitehtävistä. Opinnäytetyö tulee tehdä niin, ettei riko hyvän tieteellisen käytännön perusperiaatteita eikä toiminnan laatu, uskottavuus, tekijyys tai yhteistyö vahingoitu. Yleensä näkemyserot ja erimielisyydet ovat osa keskustelua, eivätkä hyvän tieteellisen käytännön vastaisia. Mikäli tutkittua tietoa vääristää, kutsutaan sitä vilpiksi. Vilppi luokitellaan kolmeen alaluokkaan, joita on sepittäminen, vääristely ja plagiointi. Tekaistuja havaintoja, aineiston tai tulosten esittämistä kutsutaan sepittämiseksi. Tutkimuksen muuntelu on vääristämistä, ja plagiointi tarkoittaa toisen tuottaman aineiston luvaton lainaamista, ja se rikkoo tekijänoikeuslakia. Asianmukainen viittaaminen on tärkeää, mikäli asianmukaista viittaamista ei ole, on kyse plagioinnista. Omissa nimissään ei saa esittää toisen henkilön aineistoa.

Opinnäytetyön tekemisessä tärkeää on huomioida tutkimuksen eettisyys (Vilkkä, 2021, s. 115). Tähän kuuluu tutkittavan tiedon hankinta, sen käsittely sekä hankitun aineiston säilytys

ja hävittäminen. Lähdekritiikki tulee huomioida kaikkien aineistojen kohdalla, jotka tulevat osaksi opinnäytetyötä. Opinnäytetyön eettisyyden arviointi on tärkeää, ja tässä olennaista on omien valintojen tiedostaminen liittyen aineistojen kokoamiseen ja siihen, mihin näillä valinnoilla pyritään (Vilkkä, 2021, s. 199–202). Hyvään tutkimusetiikkaan tärkeänä osana kuuluu myös plagioinnin välttäminen. Kuviin, kuvioihin taulukoihin, jotka on lainattu toisen työstä, tulee pyytää lupa käyttöön. Työ tuotetaan omana tekstinä, mutta käytettävän aineiston sisältöä hyödyntäen. Opinnäytetyön eettisyyden varmistamisessa ja tekijänoikeusrikkomusten välttämiseksi käytetään plagiointitunnistusjärjestelmää. Kirjallisuuskatsauksen saa luotettavaksi aineiston laatua arvioimalla (Vilkkä, 2023, s. 92–99). Kirjallisuuskatsauksessa tulee käyttää vertaisarvioituja tutkimustuloksia ja perustella niiden valinnan tarkoituksenmukaisuus. Jokainen artikkeli arvioidaan erikseen olennaisin osin katsauksen kannalta. Luotettavuuteen vaikuttaa myös riittävän kattava aineisto. Hakusanoja tulee käyttää monipuolisesti. Usean tietokannan käyttö lisää kattavuutta ja täten käytettävää aineistoa on enemmän. Rehellisyys ja vilpitön toiminta on kirjallisuuskatsauksen teossa erityisen tärkeää, koska siinä tutkitaan toisten tutkijoiden tutkimuksia.

Tässä opinnäytetyössä käytettävää tietoa etsitään luotettavista lähteistä viimeisen kymmenen vuoden ajalta ruokatorvisyövän palliatiivisesta hoitotyöstä. Käsiteltävästä aiheesta kirjoitetaan omin sanoin niin, ettei muiden tutkijoiden tekstiä kopioida, kyseenalaisteta tai vääristellä. Vastuu kannetaan aina idean luomisesta julkaisemiseen sekä sen vaikutuksiin saakka. Eettisesti hyvin rakennettu opinnäytetyö on rakennettu luotettavista lähteistä kerätyistä aineistoista. Myös viittaamisen tulee olla virheetöntä. Opinnäytetyö kootaan kerättyjen aineistojen pohjalta rehellisesti, huolellisesti ja tarkasti. Tietokantoja on käytetty tässä opinnäytetyössä laajasti. Myös hakusanoja on käytetty monipuolisesti käyttäen eri tapoja, mikä lisää käytettävien aineistojen määrää. Tutkimustulokset on esitetty luotettavasti niin, ettei niihin ole lisätty omia tulkintoja tai näkökulmia. Opinnäytetyön tekemiseen on varattu riittävästi aikaa, jotta haettu tieto on varmasti luotettavaa ja käsiteltävään aiheeseen liittyvää. Tutkimustietoa ja sen luotettavuutta sekä eettisyyttä tulee näin ajan kanssa pohdittua enemmän ja löydetty tutkimustieto on sisällöltään kattavampaa.

Kuvaileva kirjallisuuskatsaus on menetelmänä hyvä, koska sen avulla saa tuotettua luotettavaa tietoa ruokatorvisyövän palliatiivisesta hoidosta. Tietoa ja tutkimustuloksia löytyy paljon luotettavista lähteistä.

7.3 Jatkotutkimusaiheet ja kehittämisehdotukset

Opinnäytetyötä tehdessä jatkotutkimusaiheita tuli mieleemme useita. Ruokatorvisyöpäpotilaan ravitsemus on todella tärkeää, ja opinnäytetyötä tehdessä on tullut esiin, että ravitsemuksen ohjauksessa ja varhaisessa puuttumisessa aliravitsemukseen on puutteita. Ravitsemuksen tärkeys olisi hyvä tuoda potilaalle esiin jo ensimmäisellä vastaanotto käynnillä. Ruokatorvisyöpäpotilaalle olisi hyvä olla oma ravitsemusopas. Tällaista ei tällä hetkellä ole. Jatkossa olisi myös mielenkiintoista lukea enemmän kotimaisia artikkeleita palliatiivisen hoitolinjauksen merkityksestä elämän loppuvaiheeseen. Läheisille annettavasta tuesta olisi merkityksellistä tehdä myös tutkimus, koska läheisten tukeminen on tärkeää. Materiaalia voisi kehittää näihin potilaille, läheisille ja hoitohenkilökunnalle.

LÄHTEET

- Ahtola, H., Pohju, A., & Saarnio, J. (2014). *Enteraalisen ravitsemuksen aiheet ja toteuttaminen. Duodecim*, 130(21), 2239–44.
- Anttila, M., Mäenpää, P., & Jussila, A. L. (2022). *Oireenmukaisessa hoidossa olevan syöpää sairastavan ravitseminen. Syöpäsairaanhoidaja*, 18(2), 23–25.
- Anttonen, A., Huuhtanen, R., & Sihvo, E. (2014). *Ruokatorvisyövän hoito. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim*. 130(6), 565–572.
- Arkkila, P., Färkkilä, M., Heikkinen, M., Isoniemi, H., & Puolakkainen, P. (2018). *Gastroenterologia ja hepatologia* (3. uudistettu painos.). Kustannus Oy Duodecim.
- Elo, S., Kajula, O., Tohmola, A., & Kääriäinen, M. (2022). Laadullisen sisällönanalyysin vaiheet ja eteneminen. *Hoitotiede*, 34(4), 215–225.
- Grönholm, L., Toivari, M., Mauramo, M., Saarilahti, K., & Waltimo, T. (2019). Suun mukosiitti. *Duodecim*, 35(13), 1241–8.
- Haho, A. (2017). *Palliativisen vaiheen syöpäpotilaiden eksistentiaalinen kärsimys. Lääkäri-lehti* 33 (72), 1704–1709.
- Heiskanen, T., Hamunen, K., & Hirvonen, O. (2013). Kipu palliativisessa hoidossa. *Duodecim: lääketieteellinen aikakauskirja*, 129(4), 385–392.
- Helminen, O., & Sihvo, E. (2023). Fyysisen suorituskyvyn merkitys ruokatorvi- ja keuhkosityövän leikkaushoidossa. *Duodecim: Lääketieteellinen aikakauskirja*, 139(5), 392–400.
- Holma, L. (2021). Palliativinen hoito: *Kun on palliativisen sedaation aika. Finnanest*, 54(2), 145–147.
- Huang, F. L., & Yu, S. J. (2018). Esophageal cancer: risk factors, genetic association, and treatment. *Asian journal of surgery*, 41(3), 210–215.
- Hävölä, H., Rantanen, A., & Kylmä, J. (2015). *Saattohoidossa olevan potilaan toivo sekä sitä vahvistavat ja heikentävät tekijät potilaan ja hoitajan kuvaamina. Hoitotiede*, 27(2), 132–147.
- Hänninen, J., & Rahko, E. (2013). Oireiden hoito elämän loppuvaiheessa. *Duodecim*, 129(4), 433–409.

- Hökkä, M. (2022). Palliative care nursing competencies and undergraduate nursing students' views of palliative care education. (*Acta Universitatis Ouluensis D Medica 1676*) [väitöskirja, Oulun yliopisto]. Punamusta. <https://urn.fi/URN:ISBN:9789526233260>
- Idman, I. (2013). Syöpäpotilaan psyykkisten oireiden hoito palliatiivisessa vaiheessa. *Duodecim*, 129(4), 403–409.
- Järvinen, T., Ilonen, I., & Räsänen, J. (2020). Ruokatorvisyöpäpotilaan ravitsemushäiriöt. *Duodecim*, 137(7), 693–700.
- Kangasniemi, M., Utriainen, K., Ahonen, S., Pietilä, A., Jääskeläinen, P., & Liikanen, E. (2013). Kuvaileva kirjallisuuskatsaus: Eteneminen tutkimuskysymyksestä jäsennettyyn tietoon. *Hoitotiede*, 25(4), 291–301.
- Kauppila, J.H, Kallio, R., & Räsänen, J.V. (2020). *Ruokatorvisyövän hoito kehittyy. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim*. 136(5), 496–505.
- Keiski, R. L., Hämäläinen, K., Karhunen, M., Löfström, E., Näreaho, S., Varantola, K., Spoof S-K., Tarkiainen T., Kaila E., & Aittasalo, M. (Toim.). (2023). Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitleminen Suomessa. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan HTK ohje 2023. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan julkaisuja 2/2023 [Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitleminen Suomessa \(tenk.fi\)](https://tenk.fi/hyva-tieteellinen-kaytanto-ja-sen-loukkausepailyjen-kasitleminen-suomessa)
- Kitti, P. M., Anttonen, A. M., Leskelä, R. L., & Saarto, T. (2022). End-of-life care of patients with esophageal or gastric cancer: decision making and the goal of care. *Acta oncologica (Stockholm, Sweden)*, 61(10), 1173–1178. <https://doi.org/10.1080/0284186X.2022.2114379>
- Mäenpää H. (2023). Palliatiivinen sädehoito. *Lääketieteellinen aikakauslehti Duodecim*, 139(8), 645–650.
- Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. (2019). Palliatiivinen hoito ja saattohoito. (Käypä hoito -suositus). <https://www.kaypahoito.fi/hoi50063>
- Rahko E., & Lehto J. (2018). Eutanasia. *Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim*. 134(10), 1002–1010.
- Saukkonen, M., Lehto, J.-T., Viitala, A., & Åstedt-Kurki, P. (2017). *Syöpäpotilaan ja hänen läheisensä selviytymistä edistävät tekijät palliatiivisen hoidon aikana* - systemaattinen kirjallisuuskatsaus. *Hoitotiede*, 3, 195–206.
- Saarto, T. (2023). Palliatiivisen hoidon integraatio osaksi kuolemaan johtavien kroonisten sairauksien käypää hoitoa. *Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim*. 139(2), 85.
- Saarto, T., Hamunen, K., Konttila, T., Laukkala, T., Lehto, J., Matila, A., Mustonen, E., Pöyhä, R., Rahko, E., Räsänen, S., Sirkiä, K., Tohmo, H., Vuorinen, E., & Väkevä, L. (2018). Palliatiivinen hoito ja saattohoito: Käypä hoito -suositus. *Duodecim*, 134(6), 593–594.

- Saarto, T., Lyytikäinen, M., Ahtiluoto, S., Junttila, K., Lehto, J., Finne-Soveri, H., & Forsius, P. (2022). Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon kansallinen laatusuositus.
- Siewert -luokitus. Arkkila, P., Färkkilä, M., Heikkinen, M., Isoniemi, H., & Puolakkainen, P. (2018). Gastroenterologia ja hepatologia (3. uudistettu painos.). Kustannus Oy Duodecim
- Sihvo, E., Anttonen, A., & Huuhtanen, R. (2014). Ruokatorvisyövän hoito. *Duodecim*, 130(6), 565–572.
- Suomen Syöpärekisteri. Tilastot: Syöpätilastosovellus. Haettu 15.11.2023. [https://syoparekisteri.fi/tilastot/tautitilastot/?inputs &value type="preliminary inc.obs"&submit=3&tabset panel="1"&value theme="theme preliminary inc"&tabu="inc ag5 preliminary 2022"&table cells ^{selected}=\[\]&language="fi"&in.subset.sites="9L"&in.subset.sex=\["0L","1L"\]&in.subset.area="-1L"&table view="v2"&table rows selected=null&table columns selected=null&](https://syoparekisteri.fi/tilastot/tautitilastot/?inputs&value_type='preliminary inc.obs'&submit=3&tabset_panel='1'&value_theme='theme preliminary inc'&tabu='inc ag5 preliminary 2022'&table_cells_selected=[]&language='fi'&in.subset.sites='9L'&in.subset.sex=['0L','1L']&in.subset.area='-1L'&table_view='v2'&table_rows_selected=null&table_columns_selected=null&)
- Syöpäjärjestöt. i.a. *Kaikki syövästä: Palliatiivinen hoito ja saattohoito*. Haettu 16.11.2023, <https://kaikkisyovasta.fi/tietoa-syovasta/krooninen-syopa/palliatiivinen-hoito-ja-saattohoito/>
- Tarkkanen, M., Tyynelä-Korhonen, K., & Jyrkkiö, S. (2020). Parantumattoman syövän lääkahoito elämän loppuvaiheessa-hyötyä vai haittaa? *Duodecim*.
- Tirola, H., Poutanen, V. M., & Pylkkänen, L. (2020). Syöpään sairastuneet ja heidän läheisensä tarvitsevat tukea ja palveluohjausta—*Syöpäjärjestöjen ammattilaisten näkökulma. Sosiaalipedagoginen aikakauskirja*, 21, 63–86.
- Vihelä, M., Hökkä, M., & Kaakinen, P. (2020). *Potilaiden ja läheisten kokemukset sairaanhoidajan palliatiivisen hoidon ja saattohoidon osaamisesta*. *Hoitotiede*, 32(4), 275–284.
- Viitala, H., & Bingham, C. (2019) Syöpäpotilaan ravitsemusopas –*käytännön ohjeita syövän hoidon aikana*. (4. uusittu painos). Origos Oy.
- Vilkka, H., (2021). *Näin onnistut opinnäytetyössä: Ratkaisut tutkimuksen umpikujiin*. Jyväskylä. PS-kustannus.
- Vilkka, H., (2023), *Kirjallisuuskatsaus metodina, opinnäytetyön osana ja tekstilajina*. Art House Oy.

LIITTEET

Liite 1. MNA- testi

Liite 2. Induktiivisen sisällönanalyysin prosessin etenemisen kuvaus. Taulukko 1.

Liite 3. Induktiivisen sisällönanalyysiprosessin etenemisen kuvaus. Taulukko 2.

Liite 1. MNA- testi

Mini Nutritional Assessment

MNA®

Nestlé
Nutrition Institute

Sukunimi:	Etunimi:			
Sukupuoli:	Ikä:	Paino, kg:	Pituus, cm:	Päivämäärä:

Merkitse pisteet ruutuihin ja laske yhteen. Jos seulonnan kokonaispistemäärä on 11 tai vähemmän jatka loppuun asti.

Seulonta A Onko ravinnonsaanti vähentynyt viimeisen kolmen kuukauden aikana ruokahaluttomuuden, ruuansulatusongelmien, puremis- tai nielemisvaikeuksien takia 0 = kyllä, ravinnonsaanti on vähentynyt huomattavasti 1 = kyllä, ravinnonsaanti on vähentynyt hieman 2 = ei muutoksia ☐	J Päivittaiset lämpimät ateriat (sisältää puurot ja vellit) 0 = 1 ateria 1 = 2 ateria 2 = 3 ateria ☐
B Painonpudotus kolmen viime kuukauden aikana 0 = painonpudotus yli 3 kg 1 = ei tiedä 2 = painonpudotus 1-3 kg 3 = ei painonpudotusta ☐	K Sisältääkö ruokavalio vähintään • yhden annoksen maitovalmisteita (maito, juusto, piimä, viili) päivässä kyllä ☐ ei ☐ • kaksi annosta tai enemmän kananmunia viikossa (myös ruuissa, esim. laatikot) kyllä ☐ ei ☐ • lihaa, kalaa tai kanaa joka päivä kyllä ☐ ei ☐ 0.0 = jos 0 tai 1 kyllä-vastaus 0.5 = jos 2 kyllä-vastaus 1.0 = jos 3 kyllä-vastaus ☐ ☐
C Liikkuminen 0 = vuode- tai pyörätuolipotilas 1 = pääsee ylös sängystä, mutta ei käy ulkona 2 = liikkuu ulkona ☐	L Kuuluuko päivittäiseen ruokavalioon kaksi tai useampia annoksia hedelmiä tai kasviksia 0 = ei 1 = kyllä ☐
D Onko viimeisen kolmen kuukauden aikana ollut psyykkistä stressiä tai akuutti sairaus? 0 = kyllä 2 = ei ☐	M Päivittäinen nesteen juonti (esim. kahvi, tee, maito, mehu...) 0.0 = alle 3 lasillista 0.5 = 3-5 lasillista 1.0 = enemmän kuin 5 lasillista ☐ ☐
E Neuropsykologiset ongelmat 0 = dementia tai masennus 1 = lievä dementia 2 = ei ongelmia ☐	N Ruokailu 0 = tarvitsee paljon apua tai on syötettävä 1 = syö itse, mutta tarvitsee hieman apua 2 = syö itse ongelmitta ☐
F Painoindeksi eli (BMI) = paino kg / (pituus m)² 0 = BMI on alle 19 1 = BMI on 19 tai yli mutta alle 21 2 = BMI on 21 tai yli mutta alle 23 3 = BMI on 23 tai enemmän ☐	O Oma näkemys ravitsemustilasta 0 = vaikea viihe- tai aliravitsemus 1 = on epävarma ravitsemustilastaan 2 = ei ravitsemuksellisia ongelmia ☐
Seulonnan tulos ☐ ☐ (välisumma maksimi 14 pistettä) 12-14 pistettä: Normaali ravitsemustila 8-11 pistettä: Riski viheravitsemukselle kasvanut 0-7 pistettä: Viheravitsemus Perusteellisempaa arviointia varten jatka kysymyksiin G-R	P Oma näkemys terveydentilasta verrattuna muihin samanikäisiin 0.0 = ei yhtä hyvä 0.5 = ei tiedä 1.0 = yhtä hyvä 2.0 = parempi ☐ ☐
Arviointi G Asuuko haastateltava kotona 1 = kyllä 0 = ei ☐	Q Olkavarren keskikohdan ympärysmitta (OVY cm) 0.0 = OVY on alle 21 cm 0.5 = OVY on 21-22 cm 1.0 = OVY on yli 22 cm ☐ ☐
H Onko päivittäisessä käytössä enemmän kuin kolme reseptilääkettä 0 = kyllä 1 = ei ☐	R Pohkeen ympärysmitta (PYM cm) 0 = PYM on alle 31 cm 1 = PYM on 31 cm tai enemmän ☐
I Painehaavaumia tai muita haavoja ihollla 0 = kyllä 1 = ei ☐	Arviointi (maksimi 16 pistettä) ☐ ☐ ☐
	Seulonta ☐ ☐ ☐
	Kokonaispistemäärä (maksimi 30 pistettä) ☐ ☐ ☐

Ref. Vellas B, Villars H, Abellan G, et al. Overview of the MNA® - its History and Challenges. J Nut Health Aging 2006; 10:456-465.
 Rubenstein LZ, Harker JO, Salva A, Guigoz Y, Vellas B. Screening for Undernutrition in Geriatric Practice: Developing the Short-Form Mini Nutritional Assessment (MNA-SF). J. Gerontol 2001;56A: M365-377.
 Guigoz Y. The Mini-Nutritional Assessment (MNA®) Review of the Literature - What does it tell us? J Nut Health Aging 2006; 10:466-487.
 © Société des Produits Nestlé, S.A., Vevey, Switzerland, Trademark Owners
 © Nestlé, 1994, Revision 2006. N67200 12/99 10M
 Enemmän tietoa löydät: www.mna-elderly.com -sivulta.

Ravitsemustilan arviointiasteikko

24-30 pistettä	☐ Normaali ravitsemustila
17-23,5 pistettä	☐ Riski viheravitsemukselle kasvanut
alle 17 pistettä	☐ Viheravitsemus

Liite 2. Taulukko 1. Induktiivisen sisällönanalyysiprosessin etenemisen kuvaus.

Pelkistetyt ilmaisut	Alakategoriat	Yläkategoriat	Pääkategoria
Lääkkeettömät ja lääkkeelliset hoitomenetelmät	Lääketieteelliset hoidot	Palliattiivisen hoitotyön fyysiset hoitokeinot	Palliattiivisen hoitotyön erilaiset hoitomuodot
Masennuksen hoitaminen lääkkeellisin keinoin			
Palliattiivinen sedaatio, jossa potilas vaivutetaan lääkkeelliseen uneen			
Palliattiivinen sädehoito			
Kivun tunnistaminen, arvioiminen ja hoitaminen			
Oireiden hoito			
Potilaiden ohjaaminen			
Potilaan fyysinen aktiivisuus			
Ravitsemuksen heikkenemisen ehkäiseminen			
Vajaaravitsemuksen tunnistaminen			
MNA- arviointimenetelmän tekeminen			
Potilaiden empaattinen kohtaamisen ja kuunteleminen	Hoitohenkilökunnan ammattitaito	Palliattiivisen hoitotyön psyykkiset hoitokeinot	
Hoitohenkilökunnan vuorovaikutustaidot			
Hoitohenkilökunnan kiirettömyys			
Hoitohenkilökunnan Juridinen ja eettinen osaaminen			
Potilaiden ohjaaminen			
Hoitohenkilökunnan kulttuuriosaaminen			
Hoitohenkilökunnan hengellinen osaaminen			
Potilaiden henkisen tuen tarpeen tunnistaminen ja pelkojen lievittäminen			

Potilaan toiveiden kun- nioittaminen			
Hoitohenkilökunnan yhteistyötaidot			
Potilaan hoitoluotta- mus			
Ammattitaitoisen hen- kilökunnan osaaminen ja vuorovaikutustaidot			
Hoitohenkilökunnan yhdenmukainen koulu- tus			
Hoitajien kliininen osaaminen			
Käytettävien hoitokei- nojen tarpeellisuuden arviointi			
Hoitolinjauksen teko ajoissa	Moniammatillinen yhteistyö		
Ajoissa tehdyt hoito- suunnitelmat			
Liian kovien hoitojen lopettaminen			
Läheisten tuki poti- laalle	Läheisten tärkeys		
Potilaan palliatiivisen prosessin ymmärtämi- nen	Hoitopolun ym- märtäminen		
Potilaan kuoleman pelko	Eksistentaalisen kärsimyksen lievit- täminen		
Läheisten puuttuminen potilaalta	Yksinäisyyden eh- käisy ja keskuste- lutuki		
Hoitajan antama kes- kustelutuki potilaalle			
Syöpäjärjestöjen pal- velut			
Vertaistuki			
Psykoterapia			

Liite 3. Taulukko 2. Induktiivisen sisällönanalyysinprosessin eteneminen

Pelkistetyt ilmaukset	Alakategoria	Yläkategoria	Pääkategoria
Läheisten huomiointi palliatiivisessa hoidossa	Potilaan hoitoon osallistaminen	Läheisten tukemisen informatiiviset ja sosiaaliset hoitotyön keinot	Läheisten tukeminen eri hoitotyön keinoin
Kuuleminen päätöksien teoissa			
Yhteisymmärrys hoidosta			
Läheisten huomiointi palliatiivisessa sedaatiassa			
Ajantasainen tiedonsaanti			
Riittävä tieto hoidosta ja sairaudesta			
Kulttuurin huomiointi			
Potilaan lääkehoidon ohjaus läheisille			
Kotihoito mahdollisuuden tarjoaminen läheisen luokse			
Läheisten tukeminen saattohoidossa			
Sosiaalietuudet, sosiaalityöntekijän palvelut	Tuet ja etuudet		
Vertaistuki			
Psykoterapia			
Säännölliset puhelinkeskustelut			
Oikeiden palveluiden piiriin ohjaaminen			
Syöpäyhdistyksen tuki			
Eettisyys, hengellisyys	Hengellisyyden huomiointi	Läheisten tukemisen psyykkiset hoitokeinot	
Hengellinen tuki, sairaalapapi			
Tuki kuoleman jälkeen			
Empaattinen, kunnioittava kohtaaminen, vuorovaikutustaidot	Myötäelävä, empaattinen kohtaaminen		
Aktiivinen, kokonaisvaltainen hoito	Emotionaalinen tukeminen		
Pelkojen lievittäminen			
Henkisen tuen tarve			
Yksilölliset tarpeet			
Keskustelutuki			