



RUOKATORVISYÖPÄÄ SAIRASTAVAN POTILAAN HOITOTYÖ

Ammattikorkeakoulututkinnon opinnäytetyö

Sairaanhoidtaja (AMK)

kevät 2024

Annika Palonen

Sairaanhoitaja (AMK)

Tekijä Annika Palonen

Työn nimi Ruokatorvisyöpää sairastavan potilaan hoitotyö

Ohjaaja Merja Vanhanen

Tiivistelmä

Vuosi 2024

Ruokatorvisyöpä on väestön ikääntymisen vuoksi yleistynyt sairaus Suomessa ja muissa länsimaissa. Ruokatorvisyövän tärkeimpiä riskitekijöitä ovat tupakointi, alkoholin suurkulutus, gastroesofageaalinen refluksitauti ja liikalihavuus. Sairauden ainoa parantava hoito on syöpäkasvaimen kirurginen poisto. Sairauden ennuste on kuitenkin huono ja se todetaan usein vasta syövän levinneessä vaiheessa. Tällöin keskitytään oireenmukaiseen hoitoon ja elämänlaadun vaalimiseen. Sairauden kaikissa vaiheissa on huolehdittava kivun, nielemisvaikeuksien ja ravitsemushäiriöiden hoidosta.

Opinnäytetyön tarkoituksena oli koota yhteen ajantasaista tutkimustietoa ruokatorvisyövän hoitotyöstä. Työn tavoitteena oli lisätä tietoa ruokatorvisyövän hoidosta. Työn tilaajana toimi Hämeen ammattikorkeakoulu.

Opinnäytetyö toteutui kuvailevana kirjallisuuskatsauksena, jonka tutkimuskysymys oli, minkälaista osaamista sairaanhoitajalta vaaditaan ruokatorvisyöpää sairastavan potilaan hoitotyössä. Tutkimusaineistoksi kerättiin hoitotyön sähköisistä tietokannoista (Finna, CINAHL, Medic, Medline, PubMed ja Terveystietä) sekä manuaalisesti Google-hakupalvelimen avulla. Aineistoksi valittiin 29 julkaisua, jotka analysoitiin aineistoa teemoittelemalla ja yhdistelemällä.

Tutkimustulosten mukaan sairaanhoitajalta vaadittava osaaminen ruokatorvisyövän hoitotyössä voidaan jakaa kirurgisen hoidon, säde- ja solunsalpaajahoidon, ravitsemushäiriöiden hoidon, kivunhoidon, psykososiaalisen tuen antamisen ja palliatiivisen hoitotyön teemoihin. Johtopäätöksenä voitiin todeta sairaanhoitajan roolin ruokatorvisyöpäpotilaan hoitotyössä olevan keskeinen ja roolin edellyttävän laaja-alaista osaamista. Kliinisten taitojen rinnalla korostuvat ohjausosaaminen ja vuorovaikutustaidot.

Avainsanat Ruokatorvisyöpä, syöpätaudit, syöpähoitotyö

Sivut 27 sivua ja liitteitä 5 sivua

Nursing Programme

Author Annika Palonen

Subject Nursing of a patient with esophageal cancer

Supervisor Merja Vanhanen

Abstract

Year 2024

Esophageal cancer is a serious and becoming common disease in western countries. Important risk factors include obesity, gastro-esophageal reflux disorder, smoking and heavy alcohol consumption. Treatment modalities are surgery, radiation therapy and chemotherapy. The prognosis of esophageal cancer is poor, and it is often found when it has already metastasized. Then treatment line is palliative. In all stages of the disease, care must be taken to pain management, swallowing difficulties and nutritional disorders.

The purpose of the thesis was to gather up-to-date research information in the care of esophageal cancer patients. The goal of the thesis was to increase information about esophageal cancer care. The method was a descriptive literature review. The research material was collected from electronic databases Finna, Medlin, Medic, Cinahl, Pubmed and Terveysportti. The search was completed with a manual search with Google-search server.

Collected material was analyzed by combining thematic analysis and summarizing. From the research material, seven different areas of expertise for nurses emerged that were surgical care, radiotherapy and chemotherapy care, pain management, treatment of nutritional disorders, psychosocial support and palliative care. The conclusion was that nurses are required a wide range of competence, where medical treatment, guidance skills and interaction skills emphasize. Research results can be utilized in nursing education.

Keywords Esophageal cancer, cancer diseases, cancer nursing

Pages 27 pages and appendices 5 pages

Sisällys

1	Johdanto	1
2	Ruokatorvisyöpä sairautena	2
2.1	Ruokatorvisyövän riskitekijät	3
2.2	Ruokatorvisyövän oireet	3
2.3	Ruokatorvisyövän diagnosointi	3
2.4	Ruokatorvisyövän ennuste	4
3	Opinnäytetyön tarkoitus, tavoite ja tutkimuskysymys	4
4	Opinnäytetyön toteutus	5
4.1	Kuvaileva kirjallisuuskatsaus	5
4.2	Aineiston hankinta ja valinta	6
4.3	Aineiston analyysi	8
5	Tulokset	9
5.1	Ruokatorvisyövän kirurginen hoito	9
5.2	Ruokatorvisyövän säde- ja solunsalpaajahoito	11
5.2.1	Sädehoito	12
5.2.2	Solunsalpaajahoito	13
5.3	Ruokatorvisyöpäpotilaan ravitsemushäiriöt	16
5.4	Ruokatorvisyöpäpotilaan kivunhoito	19
5.5	Ruokatorvisyöpäpotilaan psykososiaalinen tuki	23
5.6	Ruokatorvisyöpäpotilaan palliatiivinen hoito	24
6	Eettisyyden ja luotettavuuden arviointi	25
7	Johtopäätökset ja pohdinta	26
	Lähteet	28

Kuvat, taulukot ja kaavat

Taulukko 1. Mukaanotto- ja poissulkukriteerit	7
Kuva 1. Kivunhoidon portaat	20

Liitteet

- Liite 1. Aineiston esittely
- Liite 2. Aineistonhallintasuunnitelma

1 Johdanto

Ruokatorvisyöpä on vakava, pahanlaatuinen sairaus ja yksi tappavimmista syöpätaudeista (Huang & Yu, 2018, s. 210). Joka kuudes syöpäkuolema johtuu ruokatorvisyövästä, ja maailmanlaajuisesti se on 11. yleisin syöpä (Kauppila ym., 2020, s. 496). Taudin ilmaantuvuus on länsimaissa lisääntynyt huomattavasti viime vuosikymmeninä. Ruokatorvisyövän riskitekijöitä ovat alkoholin ja tupakan suurkulutus sekä liikalihavuus ja gastroesofageaalinen refluksitauti (GERD), joka tarkoittaa mahan sisällön spontaania nousua ruokatorveen. (Huang & Yu, 2018, s. 210)

Ruokatorvisyövän ainoa parantava hoito on kasvaimen kirurginen poisto. Suuri osa potilaista ei kuitenkaan sovellu leikkaushoitoon ikänsä tai terveydentilansa puolesta. Sairaus myös todetaan usein vasta sen levinneessä vaiheessa, jolloin parantava hoito ei ole mahdollista, ja sairauden ennuste on huono. Tällöin hoidon tavoitteena on oireiden lievittäminen ja elämänlaadun vaaliminen. (Kauppila ym., 2020, s. 496)

Ruokatorvisyövän hoito on vaativaa ja laaja-alaista ja edellyttää moniammatillista yhteistyötä, jossa sairaanhoitajalla on keskeinen rooli hoitotyön edustajana. Sairauden kaikissa vaiheissa korostuu kivun ja nielemisvaikeuksien hoito sekä ravitsemustilan tukeminen ja psykososiaalisen tuen tarjoaminen. Kliinisten taitojen lisäksi hoitotyön roolissa korostuu potilasohjaus, psykososiaalisen tuen tarjoaminen ja hyvät vuorovaikutus- ja viestintätaidot. (Kauppila ym., 2020, s.496; Harju ym., 2020, s.7).

Tämän opinnäytetyö toteutuu kirjallisuuskatsauksena. Sen tilaajana toimii Hämeen ammattikorkeakoulu. Opinnäytetyön tarkoitus on koota ajantasaista tutkimustietoa yhteen ruokatorvisyövästä ja sen hoitotyöstä. Opinnäytetyön tavoitteena on lisätä tietoa ruokatorvisyövän hoidosta. Työ on hyödynnettävissä sairaanhoitajakoulutuksessa syöpähoitotyön opetuksessa ja jo valmiiden sairaanhoitajien osaamisen vahvistamisessa.

Syöpäsairaudet ovat yleisiä, ja myös ruokatorvisyövän esiintyvyys on kasvanut, joten opinnäytetyön aihe on ajankohtainen. Koulutuksessa saatu tieto ruokatorvisyövästä ja sen hoitomuodoista on jäänyt niukaksi, eikä aiheesta ole kovin montaa opinnäytetyötä tehty, joten siksi aiheen tutkiminen tuntuu merkitykselliseltä. Aiheen valikoitumiseen vaikutti myös opinnäytetyön tekijän henkilökohtainen kiinnostus ruokatorvisyöpää kohtaan, sekä tekijän tuttavapiiriin osunut ruokatorvisyöpätapaus.

2 Ruokatorvisyöpä sairautena

Ruokatorven syöpä pahanlaatuinen ja yleistyvä sairaus, jonka ennuste on huono (Napier ym., 2014). Ruokatorvisyöpä on maailman 11. yleisin syöpä, ja joka kuudes syöpäkuolema johtuu ruokatorvisyövästä (Kauppila ym., 2020, s. 496). Väestönkasvun ja ihmisten eliniän nousun vuoksi ruokatorvisyöpään sairastuu ja menehtyy yhä useampi, ja tautitapausten odotetaan edelleen lisääntyvän etenkin länsimaissa. (Napier ym., 2014).

Ruokatorvisyövän riskitekijöinä pidetään tupakan ja alkoholin suurkulutusta sekä liikalihavuutta ja gastroesofageaalista refluksitautia. Sairauden tyypillisin oire on nielemisvaikeus, joka johtuu kasvaimen ruokatorvea ahtauttavasta vaikutuksesta. Kipu ja ravitsemustilan häiriöt ovat myös yleisiä, etenkin syövän edetessä. Ruokatorvisyöpä on luonteeltaan aggressiivinen ja se leviää ja uusiutuu herkästi. (Napier ym., 2014).

Ruokatorvisyövän kaksi yleisintä muotoa ovat levyepiteelisyöpä ja adenokarsinooma (Arkkila & Saarnio, 2022, s. 1594) Niiden riskitekijät ja hoitomuodot eroavat toisistaan.

Levyepiteelisyövän merkittävimmät riskitekijät ovat tupakointi ja alkoholin suurkulutus. (Huang & Yu, 2018, s. 211). Adenokarsinoomalla puolestaan on selvä yhteys ruokatorven refluksitautiin (GERD), liikalihavuuteen ja miessukupuoleen (Napier ym., 2014).

Levyepiteelisyöpä esiintyy yleisimmin ruokatorven ylä- ja keskiosissa. Adenokarsinooma syntyy tyypillisesti ruokatorven alaosaan lähelle mahalaukkurajaa. (Harris ym., 2017)

Ruokatorven levyepiteelisyöpä on maailmanlaajuisesti yleisempi ja sen ilmaantuvuus on korkeampi kehitysmaissa. Gastroesofageaalisen refluksitaudin ja liikalihavuuden yleistyessä kehittyneissä maissa on ruokatorven adenokarsinoomien ilmaantuvuus lisääntynyt dramaattisesti viimeisten 40 vuoden aikana. (Napier ym., 2014)

Leikkaus on ruokatorvisyövän ainoa parantava hoitomuoto. Sairaus todetaan kuitenkin usein vasta sen levinneessä vaiheessa, jolloin sen parantaminen ei ole mahdollista. Tyypillinen ruokatorvisyöpäpotilas on yli 70-vuotias monisairas, joka ei ikänsä, terveydentilansa ja taudin levinneisyyden takia sovellu leikkaushoitoon. Tällöin hoitolinjauksena on palliatiivinen hoito eli oireiden lievittäminen ja elämänlaadun vaaliminen. (Kauppila ym., 2020, s. 499)

Ruokatorvisyövän hoito on vaativaa ja edellyttää moniammatillista yhteistyötä. Kaikissa sairauden vaiheissa on huolehdittava potilaan kivun lievityksestä, nielemisvaikeuksien

hoidosta sekä ravitsemustilan seurannasta ja aliravitsemustilan korjaamisesta. (Kauppila ym., 2020, s. 504).

2.1 Ruokatorvisyövän riskitekijät

Levyepiteelisyövän ilmaantuvuus lisääntyy iän myötä ja saavuttaa huippunsa seitsemännellä vuosikymmenellä. Sen merkittävimmät riskitekijät ovat tupakointi ja alkoholin suurkulutus. Useat tutkimukset ovat osittaneet alkoholin olevan ensisijainen riskitekijä, jonka syöpää aiheuttavaa vaikutusta tupakointi vahvistaa. Taudin synty näyttää olevan yhteydessä ruokatorven levyepiteelikerroksen tulehdukseen, joka johtaa sen solujen pahanlaatuisiin muutoksiin. (Napier ym., 2014)

Adenokarsinooman merkittävin riskitekijä on gastroesophageaalinen refluksitauti (mahansisällön nousu ruokatorveen) ja sen seurauksena syntyvä Barretin limakalvo. Barretin limakalvo tarkoittaa ruokatorven alaosan pintasolukon muuttumista suolen pintasolukon kaltaiseksi kroonisen happoärsytyksen takia. (Huang & Yu, 2018, ss. 211–212) Barretin limakalvo voi edelleen johtaa syöpäkasvaimen kehittymiseen (Napier ym., 2014). Toinen tärkeä ruokatorvisyövän adenokarsinooman riskitekijä on lihavuus (Arkkila & Saarnio, 2022, s. 1595). Erityisesti keskivartalolihavuus ja sisäelinten ympärille kertynyt rasva lisää sairastumisriskiä. Miehet sairastuvat naisia useammin ruokatorvisyöpään. (Napier ym., 2014).

2.2 Ruokatorvisyövän oireet

Ruokatorvisyöpä on varhaisvaiheessa vähäoireinen (Räsänen & Åhlgars, 2023). Sen yleisin oire on nielemisvaikeus (Sihvo ym., 2018). Muita oireita voivat olla laihtuminen, pahoinvointi, oksentelu, närästys, ruokahaluttomuus, rintakipu ja äänen käheys. Jos syöpä on jo ehtinyt levitä, voivat etäpesäkkeet aiheuttaa erilaisia oireita riippuen niiden sijainnista. (Harris ym., 2017) Syövän edetessä ruokatorven ahtautuminen aiheuttaa nielemisvaikeutta. Nielemisvaikeudet ilmenevät yleensä vasta, kun kasvain on kooltaan kaksi kolmasosaa ruokatorven läpimitasta. (Räsänen & Åhlgars, 2023)

2.3 Ruokatorvisyövän diagnosointi

Ruokatorven syövän varhainen toteaminen ja hoito ovat ratkaisevan tärkeitä potilaan selviytymisen ja elämänlaadun parantamiseksi (Harris ym., 2017). Kuitenkin suuri osa

ruokatorvisyövistä havaitaan vasta taudin jo levinneessä vaiheessa, ja sairauden ennuste on huono. (Sihvo ym., 2018)

Ensisijainen tutkimusmenetelmä epäiltäessä ruokatorven kasvainta on gastroskopia eli ruokatorven ja mahalaukun tähystystutkimus. Tähystyksen yhteydessä kasvaimesta otetaan kudoksenäytteet kasvaimen laadun tutkimiseksi. Koko vartalontietokonetomografiatutkimusta tarvitaan syövän paikallisen levinneisyyden tutkimiseksi ja mahdollisten etäpesäkkeiden havaitsemiseen. (Timonen, 2018) Ruokatorven kaikukuvauksella voidaan selvittää syövän paikallista kasvutapaa ruokatorven eri kerroksiin ja paikallisiin imusolmukkeisiin (Sihvo ym., 2018). Tarvittaessa tähystetään myös keuhkoputket, jos epäillään syövän kasvavan hengitysteissä (Timonen, 2018).

2.4 Ruokatorvisyövän ennuste

Vain joka kuudes ruokatorvisyöpäpotilas elää vielä viiden vuoden kuluttua sairauden diagnosoinnista. Leikkaushoitoa saaneista potilaista yli 40 % elää yli viisi vuotta. Levinneen ruokatorvisyövän ennuste on huono. Ilman hoitoja elinajan odote on noin 3–4 kuukautta. Syöpähoitoja saaneet potilaat elävät keskimäärin vuoden. (Kauppila ym., 2020, s.496)

Ruokatorven syöpä on tunnetusti aggressiivinen luonteeltaan, ja se leviää elimistössä paikallisesti, imunestekierron ja verenkierron kautta. Primäärikasvain leviää herkästi kaulan ja rintakehän rakenteisiin, kuten kilpirauhaseen, henkitorveen, keuhkoihin, sydänpussiin ja aorttaan. Etäpesäkkeet kehittyvät tyypillisesti maksaan, keuhkoihin, luustoon, munuaisiin, lisämunuaisiin ja aivoihin. (Napier, ym.,2014)

Parantunutta ruokatorvisyöpää seurataan kolmesta viiteen vuoteen. Suuri osa uusineista syöivistä todetaan kahden vuoden sisällä alkuvaiheen hoidoista. Syövän uusiutumiseriskin vaikuttaa kasvaimen levinneisyysaste leikkaushetkellä. Seuranta ja siihen liittyvät tutkimukset suunnitellaan potilaskohtaisesti. (Napier ym., 2014)

3 Opinnäytetyön tarkoitus, tavoite ja tutkimuskysymys

Tämä opinnäytetyö toteutuu kuvailevana kirjallisuuskatsauksena. Opinnäytetyön tarkoituksena on koota yhteen ajantasaista tutkimustietoa ruokatorvisyövästä ja sen hoitotyöstä. Opinnäytetyön tavoitteena on lisätä tietoa ruokatorvisyövän hoidosta. Työ on

hyödynnettävissä sairaanhoitajakoulutuksessa syöpähoitotyön opetuksessa ja jo valmiiden sairaanhoitajien osaamisen vahvistamisessa.

Tutkimuskysymys: Minkälaista osaamista sairaanhoitajalta vaaditaan ruokatorvisyöpöpotilaan hoitotyössä?

4 Opinnäytetyön toteutus

Tämä opinnäytetyö on toteutunut kuvailevana kirjallisuuskatsauksena. Tässä luvussa esitellään kuvaileva kirjallisuuskatsaus tutkimusmenetelmänä ja kuvataan tutkimusprosessin eteneminen. Luvussa kerrotaan aineiston hankinnasta ja valinnasta sekä aineistolle suoritetusta analyysistä.

4.1 Kuvaileva kirjallisuuskatsaus

Kirjallisuuskatsausta voidaan pitää relevanttina tutkimusmenetelmä, kun tavoitteena on muodostaa ajantasainen kokonaiskuva tietyistä ilmiöstä tai asiakokonaisuudesta. Katsauksen tavoitteena voi olla olemassa olevan teorian kehittäminen ja uuden teorian rakentaminen tai olemassa olevan teorian arviointi. Kirjallisuuskatsauksen avulla voidaan myös tunnistaa ilmiöön liittyviä ongelmia. (Salminen, 2023, ss.3–4) Hoito- ja terveystieteellisessä tutkimuksessa erilaiset kirjallisuuskatsaukset ovat vakiinnuttaneet asemansa (Kangasniemi, 2013, s.293).

Kirjallisuuskatsaus ei ole yksi yhtenäinen tutkimusmenetelmä vaan joukko erityyppisiä tutkimusmenetelmiä. Ne voidaan karkeasti jakaa kuvaileviin ja systemaattisiin kirjallisuuskatsauksiin sekä meta-analyyseihin. (Kangasniemi, 2013, s.293) Tämä opinnäytetyö toteutettiin kuvailevana kirjallisuuskatsauksena. Kuvaileva kirjallisuuskatsaus voidaan mieltää yleiskatsaukseksi tietyistä ilmiöstä tai aiheesta. Sen tarkoituksena on tiivistää aiempien tutkimusjulkaisujen tietoa kokonaiskuvaksi tutkittavasta ilmiöstä. Kuvailevassa kirjallisuuskatsauksessa menetelmää, aineistoja eikä aineistojen laajuutta ei rajaa tiukat tai tarkat metodologiset säännöt, mutta tutkittava ilmiö pystytään kuitenkin kuvaamaan laajalaisesti. (Salminen, 2023, ss.6–7)

Kirjallisuuskatsaus muodostuu tyypillisesti viidestä eri vaiheesta. Ensimmäinen vaihe on kirjallisuuskatsauksen tarkoituksen määrittäminen ja tutkimuskysymysten laatiminen. Toinen vaihe käsittää aineiston hakemisen ja valinnan. Kolmannessa vaiheessa arvioidaan

aineistosta löydetyn tiedon kattavuutta ja tulosten edustavuutta. Neljännessä vaiheessa suoritetaan aineiston analyysi, jonka tarkoituksena on järjestää ja koota yhteen tietoa valikoidusta aineistosta. Viides ja viimeinen kirjallisuuskatsauksen vaihe on tulosten raportointi ja katsauksen kirjoittaminen lopulliseen muotoonsa. (Vilen & Hamari, 2016, ss. 23–32). Kuvailevalle kirjallisuuskatsaukselle on tyypillistä, että vaiheet etenevät osittain päällekkäin koko prosessin ajan (Kangasniemi ym., 2013, s. 292).

4.2 Aineiston hankinta ja valinta

Kirjallisuuskatsauksen toiseksi vaiheeksi voidaan mieltää aineiston valinta.

Tutkimuskysymykset ohjaavat aineiston valintaa. Tarkoituksena on löytää relevantti aineisto vastaamaan tutkimuskysymyksiin. Kirjallisuuskatsauksen aineistolähtöinen ja ymmärtämiseen tähtäävä luonne nousee esiin aineiston valinnassa: aineiston valinta ja käsittely ovat aineistolähtöisiä ja tapahtuvat osittain samanaikaisesti. Aineiston valintaa leimaa aineiston ja tutkimuskysymysten jatkuva vastavuoroinen reflektio. (Kangasniemi, 2013, ss.295–296)

Kuvailevan kirjallisuuskatsauksen aineisto koostuu tyypillisesti aiemmista tutkimusjulkaisuista ja muusta aiheen kannalta merkityksellisestä tieteellisestä tiedosta. Aineisto haetaan tavallisesti elektronisista tieteellisistä tietokannoista tai manuaalisella haulla tieteellisistä julkaisuista. Aineiston sopivuuden kriteereinä käytetään yleensä sen ajantasaisuutta, mutta myös sen tarkoituksenmukaisuus tutkimuskysymysten kannalta on olennaista. (Kangasniemi ym., 2013, s.295) Valittu aineisto arvioidaan vielä tiedon kattavuuden ja relevanttiuden näkökulmasta (Niela-Vilen & Hamari, 2016, s.28).

Opinnäytetyön tietokantahaku tehtiin kotimaisiin ja kansainvälisiin sähköisiin tietokantoihin. (Finna, Pub-Med, Cinahl, Medline, Medic ja Terveysportti). Lisäksi manuaalinen haku suoritettiin Google-hakupalvelimen avulla. Hakusanoina on käytetty suomen- ja englanninkielisiä avainsanoja. Hakusanat on johdettu ruokatorvisyövän ja syöpähoitotyön teemoista. Englanninkielisissä tietokannoissa hakusanoina käytettiin, Esophageal Cancer, Nutrition AND Cancer, Pain management AND Cancer, Cancer AND Nursing, Perioperative nursing, Chemotherapy AND Cancer, Palliative care AND Esophageal cancer. Suomenkielistä hakua tehtiin hakusanoilla Ruokatorvisyöpä, syöpä JA psykososiaalinen tuki, perioperatiivinen hoitotyö, syöpähoitotyö, palliatiivinen hoito, ruokatorvisyöpä ja ravitseminen, syöpä JA pahoinvointi ja syöpä ja kipu.

Aineiston valintaa ohjasi asetettu tutkimuskysymys. Hakutuloksia arvioitiin ensin julkaisujen otsikoiden ja tiivistelmien perusteella. Lopullisesti aineistot tulivat valituiksi, jos ne vastasivat tutkimuskysymykseen ja sopivat määriteltyihin mukaanottokriteereihin. Mukaanotto- ja poissulkukriteerit on esitelty taulukossa 1.

Taulukko 1. Mukaanotto- ja poissulkukriteerit

MUKAANOTTOKRITEERIT	POISSULKUKRITEERIT
Vastaa tutkimuskysymykseen	Ei vastaa tutkimuskysymykseen
Suomen- ja englanninkielinen aineisto	Muun kielinen aineisto
Maksuton ja kokonaan saatavilla oleva aineisto	Maksullinen ja vain osittain saatavilla oleva aineisto
Julkaistu vuosien 2014 – 2024 välillä	Julkaistu ennen vuotta 2014
Tutkimusartikkelit ja muut tieteelliset julkaisut	Ammattikorkeakoulujen opinnäytetyöt ja Pro Gradu-tutkielmat

Mukaanotto- ja poissulkukriteerien perusteella aineistoksi valittiin korkeintaan kymmenen vuotta vanhoja julkaisuja, jotka täyttivät tieteellisyyden kriteerit. Aineistoksi valikoitui suomen- ja englanninkielistä aineistoa. Aineiston ulkopuolelle rajattiin aineisto, joka ei ollut kokonaisuudessaan saatavilla, ammattikorkeakoulujen opinnäytetyöt, maksulliset aineistot ja vieraskieliset aineistot (pois lukien englannin kieli). Aineiston valinnassa ja arvioinnissa noudatettiin kriittisyyttä opinnäytetyön laadun ja luotettavuuden varmistamiseksi. Aineistoksi valikoitui hyvin heterogeeninen joukko ruokatorvisyöpää ja syöpähoitotyötä koskevia julkaisuja, joiden lukumäärä oli 29. Julkaisut käsittivät kotimaisia ja englanninkielisiä

tutkimusartikkeleita sekä muita sähköisiä aineistoja sekä hoito-oppaita ja -suosituksia. Valittu aineisto on esitelty taulukkomuodossa liitteessä 1. Aineiston esittely.

4.3 Aineiston analyysi

Kuvailevan kirjallisuuskatsauksen ydin on tutkittavan ilmiön kuvailun rakentaminen. Aineiston käsittely on ajankohtaista, kun tutkittava aineisto on valittu ja sen laatu on arvioitu (Kangasniemi & Pölkki, 2016, s.80). Aineiston käsittelyn ja kuvailun rakentamisen tavoitteena on vastata tutkimuskysymykseen valikoidun aineiston pohjalta ja tuottaa kokonaiskuva tutkittavasta ilmiöstä. Prosessi voi sisältää elementtejä erilaisista laadullisista aineiston analyysimenetelmistä. (Kangasniemi ym., 2013, ss.296–297) Käsitteellisesti ja menetelmällisesti hajanaisesta aineistosta on mielekästä tuottaa yhdistelevä synteesi (Kangasniemi & Pölkki, 2016, s. 82).

Laadulliset aineistonkäsittelymenetelmät sopivat kirjallisuuskatsauksiin, joiden tarkoituksena on kuvailla ja jäsentää jotakin tutkimusilmiötä tai luoda aineiston pohjalta kokonaisuus. Aineiston käsittelymenetelmän valinnassa huomioitavaa on se, millaista tietoa tutkimuksen on tarkoitus tuottaa. Tämän opinnäytetyön aineiston analysoitiin aineistoa teemoittelemalla ja yhdistelemällä. Teema-analyysissa aineistoon perehtymisen jälkeen tutkija nimeää siitä induktiivisesti eli sisältölähtöisesti teemat tutkimuskysymysten ohjaamana. Teemat tarkoittavat aineistossa toistuvasti ilmeneviä sisältöjä. Teemojen muodostamista ohjaa tutkimuskysymys. Tarkoitus on löytää aineistosta yhtäläisyyksiä ja eroavaisuuksia, joiden perusteella teemat syntyvät. (Kangasniemi & Pölkki, 2016, ss. 80–87) Aineiston yhdistely tarkoittaa sanamukaisesti aiemman tiedon yhdistelyä, ja se sopii menetelmänä laadullisesti ja käsitteellisesti eriarvoisen aineiston käsittelyyn. Aineiston yhdistelyssä tutkija perehtyy aineistoon ja esittelee sekä nimeää sisällön, mutta ei välttämättä tee tarkastelua aineiston tulosten ja sisältöjen välillä. Käsittelymenetelmänä aineiston yhdistely on mielekästä ja perusteltua silloin, kun aineisto on heterogeeninen. Sitä on menetelmänä kuitenkin kritisoitu liiasta pinnallisuudesta ja referaattimaisuudestaan. (Kangasniemi & Pölkki, 2016, ss.80–86.)

Teema-analyysi valikoitui menetelmäksi, koska aineisto oli laaja ja sitä oli tarkoituksenmukaista ryhmitellä. Lisäksi hyödynnettiin aineiston yhdistelyä, koska valikoitu aineisto oli menetelmällisesti ja käsitteellisesti hyvin heterogeenista. Menetelmä palveli myös opinnäytetyön tarkoitusta, joka oli ajantasaisen tiedon yhteen kokoamista.

Aineistoon perehdyttiin huolellisesti lukemalla se useaan kertaan läpi etsien aineistosta yhtäläisyyksiä ja eroavaisuuksia sekä vastauksia tutkimuskysymykseen.

Tutkimuskysymyksen kannalta merkityksellinen sisältö merkittiin ja sisältöä teemoiteltiin. Aineistosta nousi esiin seitsemän teemaa: solunsalpaajahoito, sädehoito, kirurginen hoito, ravitsemushäiriöt, kivunhoito, psykososiaalinen tuki ja palliatiivinen hoitotyö. Kunkin teeman alle koottiin aineistoa yhdistelemällä siihen sopiva ja merkitykselliseksi huomioitu aineistosta nouseva sisältö. Analyysin tuloksena muodostui jäsentynyt yhteenveto ruokatorvisyöpäpotilaan hoitotyöstä.

5 Tulokset

Tässä luvussa esitellään opinnäytetyön tulokset. Tutkimustulokset on jaoteltu aineiston teema-analyysin myötä syntyneisiin teemoihin, joita ovat kirurginen hoito, sädehoito, solunsalpaajahoito, kivunhoito, ravitsemushäiriöt, psykososiaalinen tuki ja palliatiivinen hoitotyö. Aineiston teema-analyysin ja yhdistelyn tuloksena syntynyt yhteenveto vastaa opinnäytetyön tutkimuskysymykseen: Minkälaista osaamista sairaanhoitajalta vaaditaan ruokatorvisyöpäpotilaan hoitotyössä?

5.1 Ruokatorvisyövän kirurginen hoito

Tässä kappaleessa käsitellään ruokatorvisyövän kirurgista hoitoa. Hoitotyön toiminnoista kuvataan ennen leikkausta ja leikkauksen jälkeen tapahtuvaa potilastyötä. Leikkauksen aikaista hoitotyötä leikkaussalissa ei tässä opinnäytetyössä käsitellä.

Syöpäkasvaimen poistaminen on ruokatorvisyövän ainoa parantava hoitomuoto ja sairauden hoidon kulmakivi silloin, kun syöpä ei ole lähettänyt etäpesäkkeitä. Pinnalliset ruokatorvisyövät voidaan poistaa paikallishoidolla endoskooppisesti eli tähystyksen avulla. Suomessa paikallishoidot keskittyvät Barrettin limakalvomuutosten hoitoon levyepiteelisyöpien ollessa harvinaisia. hoidossa, koska levyepiteelisyövät ovat harvinaisia. Endoskooppiseen hoitoon soveltumattomat paikalliset ruokatorvisyövät leikataan. (Kauppila ym., 2020, s. 487)

Ruokatorven seinämän läpi kasvaneet syövät ja paikallisiin imusolmukkeisiin levinneet syövät vaativat yleensä leikkaushoidon lisäksi säde- ja solunsalpaajahoitoa. Jos potilaalla on etäpesäkkeitä tai kasvain on kiinnittynyt aorttaan, sydänpussiin, palleaan tai henkitorveen, ei parantavaa leikkaushoitoa yleensä ole mahdollinen (Åhlgars & Räsänen, 2023b)

Esofagektomia on leikkaus, jossa syöpää sisältävä ruokatorven osan poistetaan (Harris ym., 2017). Tällöin ruuansulatuskanavan jatkuvuus joudutaan turvaamaan yhdistämällä jäljelle jäävään ruokatorven tynkään mahalaukusta tehty putki. Leikkauksen tavoitteena on saada kasvainmuuton täydellisesti poistettua. Siinä onnistuminen vaikuttaa potilaan ennusteeseen. Leikkaus on riskialtis, ja 40% potilaista saa vakavia leikkauksen jälkeisiä komplikaatioita. Esofagektomian jälkeinen sairaalahoito kestää yleensä noin kaksi viikkoa, ja 90 päivän kuolleisuus leikkauksen jälkeen on 6 %. (Kauppila ym., 2020, s.499)

Leikkauksen jälkeen riskinä ovat liiallinen verenvuoto, infektio ja verihyytymien muodostuminen, jotka voivat harvoissa tapauksissa johtaa kuolemaan. Uuteen leikkausliitántään liittyy riski, että maha-suolikanavan sisältö vuotaa liitokseen, mikä edellyttää uutta leikkausta. (Harris ym., 2017) Hyvä postoperatiivinen hoito voi vähentää leikkauksen jälkeisiä komplikaatioita. (Sairaanhoitajan käsikirja, 2022b)

Tyypillinen ruokatorvisyöpäpotilas on yli 70-vuotias monisairas, joka ei ikänsä, terveydentilansa ja taudin levinneisyyden takia sovellu leikkaushoitoon. Tällöin hoitolinjauksena on oireiden lievittäminen ja elämänlaadun kohentaminen. (Kauppila ym., 2020, s.496)

Leikkauspotilaan hoito eli perioperatiivinen hoitotyö voidaan jakaa toiminnallisesti ja ajallisesti kolmeen eri vaiheeseen: leikkausta edeltävään eli preoperatiiviseen, leikkauksen aikaiseen eli intraoperatiiviseen ja leikkauksen jälkeiseen eli postoperatiiviseen vaiheeseen. (Hamlin ym., 2017, s. 14)

Preoperatiivinen vaihe alkaa leikkauspäätöksen tekemisestä. Preoperatiivinen vaihe käsittää potilaan esitietojen keräämisen, leikkaukseen valmistumiseen liittyvän ohjauksen sekä tarvittavien tutkimusten tekemisen. Esitietohaastattelussa varmistetaan potilaan henkilöllisyys ja leikkauspaikka, mitataan potilaan pituus ja paino, selvitetään potilaan sairaudet ja allergiat sekä käytössä olevat lääkkeet, selvitetään aiemmin tehdyt toimenpiteet ja niihin mahdollisesti liittyneet komplikaatiot ja selvitetään päihteiden käyttö. Lisäksi on selvitettävä, onko potilaalla hammasproteeseja, sydämentahdistinta tai keinoniveliä. Kaikki esitiedot kirjataan anestesiakaavakkeelle. (Hamlin ym., 2017, s.169)

Potilas ohjataan valmistautumaan leikkaukseen olemalla ravinnotta kuuden tunnin ajan ja juomatta kahden tunnin ajan ennen leikkausta. Tarvittaessa potilasta voidaan nesteyttää laskimonsisäisesti ennen leikkausta. Huolellinen peseytyminen ennen leikkausta on tärkeää. Meikki, kynsilakka, lävistys- ja muut korut tulee poistaa. (Sairaanhoitajan käsikirja, 2022a)

Jotkin potilaan käytössä olevat lääkkeet, kuten veren hyytymiseen vaikuttavat ja oraaliset diabeteslääkkeet, voidaan joutua tauottamaan ennen leikkausta. Tupakointia on syytä välttää ennen leikkausta. (Hamlin ym., 2017, ss.169–171)

Ennen toimenpidettä määritetään laboratoriotutkimuksin potilaan veriryhmä ja sopivuuskoe sekä mahdollisesti muita tutkimuksia potilaan riskiluokan mukaan. Potilaan anestesiakelpoisuutta arvioidaan ASA-riskiluokituksen avulla. Se on mittari leikkausta edeltävään potilaan yleistilan ja anestesiariiskien arviointiin. (Hamlin ym., 2017, ss.171–173) Ennen leikkaussaliin siirtymistä mitataan potilaan verenpaine, syke ja happisaturaatio sekä ohjataan potilasta virtsaamaan. Tiedot kirjataan anestesiakaavakkeelle.(Sairaanhoitajan käsikirja, 2022a).

Postoperatiivinen eli leikkauksen jälkeinen hoitotyö alkaa potilaan siirtyessä leikkaussalista heräämään, ja päättyy potilaan kotiutuessa. Vuodeosastohoidossa tarkkaillaan ja vakautetaan peruselintoimintoja sekä ehkäistään leikkauskomplikaatioita, kuten leikkaushaavan infektoitumista, haavan aukeamista ja verenvuotoa. Keskeistä on myös kivun ja pahoinvoinnin ehkäisy ja hoito. Vuodeosastolla huolehditaan potilaan toipumisesta ja kuntoutumisesta turvallisesti ja hallitusti. (Sairaanhoitajan käsikirja, 2022b)

Potilaan kotiutuminen on mahdollista, kun elintoiminnot ovat vakaat ja kipu on hallinnassa sekä hoidettavissa kotihoitoon soveltuvilla lääkkeillä. Lisäksi nesteiden nauttiminen suun kautta tulee onnistua, potilaan on kyettävä virtsaamaan, pahoinvointia ei esiinny ja potilas kykenee liikkumaan ja toiminaan itsenäisesti. Kotiuttamisen yhteydessä potilaalle annetaan kotihoito-ohjeet, ja varmistetaan, että saattaja on noutamassa potilasta osastolta tai on kotona potilasta vastassa taksikuljetuksen jälkeen. Leikkauspotilaan hoitoprosessin kaikissa vaiheissa tulee huomioida potilaskeskeisyys, yksilöllisyys, hoidon jatkuvuus ja tiedon kulku. (Hamlin ym.,2017, ss. 6,311–313)

5.2 Ruokatorvisyövän säde- ja solunsalpaajahoito

Paikallisesti edenneiden ruokatorvisyöpien leikkaushoitoon yhdistetään solunsalpaaja- ja sädehoitoa. Leikkaukseen soveltumattomia syöpiä hoidetaan kemosädehoidolla. (Kauppila ym., 2020, s.500). Kemosädehoito tarkoittaa säde- ja solunsalpaajahoitojen antamista yhtäaikaaisesti. Hoitomuodot tehostavat toistensa vaikutuksia. (Vaalavirta, 2021) Levinneiden syöpien hoidossa pidättäydytään leikkaushoidosta, mutta solunsalpaajahoitoa ja sädehoitoa voidaan antaa taudin etenemisen jarruttamiseksi.

Hoitolinjauksiin vaikuttavat syövän levinneisyyden lisäksi kasvaimen kudostyyppi ja sijainti ruokatorvessa sekä potilaan muut sairaudet ja yleiskunto (Sihvo ym., 2018)

5.2.1 Sädehoito

Tässä luvussa esitellään sädehoitoa ruokatorvisyövän hoitomuotona ja sen aiheuttamia haittavaikutuksia. Lisäksi käsitellään sädehoitoa saavan potilaan ohjaamista.

Sädehoidon vaikutus perustuu sen kykyyn tuhota syöpäsoluja. Sädehoito tuhoaa erityisesti jakautumisvaiheessa olevia soluja, joita syöpäkasvaimissa on enemmän kuin terveessä kudoksessa. Jos syöpä on solutyypiltään herkkä säteilylle, voidaan sädehoidolla tuhota suurikin kasvainmassa. Kuitenkin suuri osa syöpäkasvaimista on vain kohtalaisen herkkiä säteilylle, ja sädehoidolla onnistutaan niitä pienentämään, mutta ei kokonaan tuhoamaan. (Vaalavirta, 2021).

Sädehoidon vaikutukset kohdistuvat vain hoitoalueella sijaitseviin kudoksiin, mutta toivottujen syöpäkasvaimien kohdistuneiden vaikutusten lisäksi hoito aiheuttaa sädetettävän alueen terveisiin kudoksiin haittavaikutuksia (Mäenpää & Skyttä, 2019). Osa haittavaikutuksista on välittömiä, hoidon aikana ilmaantuvia, osa ilmaantuu viiveellä ja osa vasta vuosienkin kuluttua myöhäishaittoina. Haittavaikutusten laatu riippuu hoidettavasta alueesta ja säteilyannoksesta. (Vaalavirta, 2021). Nopeasti jakautuvat kudokset, kuten luuydin ja limakalvot, oirehtivat jo hoitojakson aikana. Hitaasti jakautuvat kudokset, kuten hermosolut, reagoivat hoitoon vasta viiveellä. (Mäenpää & Skyttä, 2019) Tavallisimpia haittavaikutuksia ovat väsymys, ruokahaluttomuus, nielemisvaikeudet, suun kuivuminen, ripuli, ummetus, ihon ja limakalvojen haavaumat sekä ihon punoitus ja kuivuminen. (Vaalavirta, 2021, Heikkinen & Frilander, 2021) Rintakehän alueelle annettu sädehoito voi aiheuttaa ruokatorven polttelua ja ärsytystä sekä välittömiä ja myöhäisiä sydänmuutoksia, jotka ilmenevät sydämen rakenteen ja toiminnan muutoksina (Mäenpää & Skyttä, 2019). Myös kilpirauhasen vajaatoiminta voi kehittyä myöhäissivuvaikutuksena, jos kilpirauhanen on jäänyt sädetettävän hoitoalueen sisään (Heikkinen & Frilander, 2021).

Suun limakalvovaurioiden ehkäisyssä ja hoidossa hyvä suuhygienia on avainasemassa. Iho ja limakalvot korjaantuvat sädehoidon loputtua muutamassa viikossa, joskin voivat jäädä aiempaa ohuemmiksi. (Vaalavirta, 2021) Nielemisvaikeuksia, ruokatorviärsytystä ja suun kipuja voidaan hoitaa antasidilla ja kipulääkkeellä. Suun ja ruokatorven oireilusta kärsivälle suositellaan viileää ja miedosti maustettua ruokaa. Ummetusta, ripulia ja pahoinvointia voidaan hoitaa oireenmukaisilla lääkkeillä. Makuaiistin häiriöt lievittyvät ajan myötä.

Sädetettävän ihoalueen hoito on tärkeää. Hoidettavan alue tulee suojata auringolta, tuulelta ja pakkaselta sekä saunottaessa kostealla pyyhkeellä. Hoidettavalla alueella vältetään kiristäviä ja hankaavia vaatteita, ja tarvittaessa ihoa voi rasvata perusvoiteella. (Heikkinen & Frildander, 2021)

Sädehoitoa koskevien ennakkoluulojen ja pelkojen lievittäminen ennen hoitojakson aloitusta on tärkeää. Potilasohjauksessa korostuu myös luotettavan tiedon jakaminen sädehoidosta ja sen vaikutuksista sekä haittavaikutusten hoidosta. (Heikkinen & Frilander, 2019)

5.2.2 Solunsalpaajahoito

Tässä luvussa käsitellään solunsalpaajahoitoon liittyviä haittavaikutuksia sekä niiden ennaltaehkäisyä ja hoitoa. Luvussa käsitellään myös solunsalpaajahoidon potilasohjausta. Opinnäytetyössä ei käsitellä solunsalpaajahoidon toteutusta.

Solunsalpaajahoidon tarkoitus on tuhota syöpäkasvaimia estämällä niiden solunjakautumisprosessia. Solunsalpaajien vaikutus perustuu niiden kykyyn estää DNA- ja RNA-synteesiä ja kykyyn vaurioittaa solun perimäainesta. Syöpäkasvaimissa on runsaasti jakautuvia soluja, mutta niitä on myös terveissä kudoksissa, kuten luuytimessä ja limakalvolla. Solunsalpaajat vaikuttavat syöpäsolujen lisäksi myös terveiden kudosten soluihin, ja siitä johtuvat solunsalpaajien lukuisat haittavaikutukset. (Pasanen, 2022)

Solunsalpaajahoito toteutetaan tavallisesti polikliinisesti yhtenä tai useampana peräkkäisenä päivänä yhden tai useamman viikon välein. Solunsalpaajat annostellaan yleensä laskimonsisäisesti, mutta osa solunsalpaajista voidaan annostella myös suun kautta päivittäin. Annokset määritellään yksilöllisesti potilaan pinta-alan, iän, yleiskunnon ja hoidon tavoitteen mukaan. Ennen jokaista hoitokertaa tutkitaan potilaan perusverenkuva, neutrofiilit, tulehdusarvot sekä maksa- ja munuaisfunktio (Pirskanen, 2020).

Solunsalpaajien yleisimpiin haittavaikutuksiin kuuluu pahoinvointi, joka heikentää syöpäpotilaan elämänlaatua (Bärlund & Tanner, 2021, s.1039). Pahoinvointi voi ilmaantua välittömästi, noin 1-3 tunnin kuluttua hoidosta tai vasta vuorokauden kuluttua hoidosta, jolloin puhutaan viivästyneestä pahoinvoinnista. Välitön pahoinvointi ilmenee usein voimakkaana mutta melko lyhytkestoisena oksenteluna. Viivästynyt pahoinvointi ilmenee enemmänkin kuvottavana tunteena ja kestää tyypillisimmin muutaman vuorokauden ajan. Osa potilaista kokee ennakoivaa, opittua pahoinvointia, joka ilmenee ennen hoidon aloitusta esimerkiksi hoitopaikkaan tullessa. Eri solunsalpaajat, niiden annokset, antotavat ja antonopeudet

eroavat toisistaan pahoinvointia aiheuttavilta vaikutuksiltaan. Solunsalpaajahoitoon liittyvää pahoinvointia voidaan ennaltaehkäistä ennen hoitoa otettavalla pahoinvoinnin estolääkityksellä. (Nieminen, 2016.ss, 18–19)

Pahoinvoinnin estoon käytettäviä lääkkeitä ovat 5-HT₃-salpaajat eli setronit ja neurokiiniireseptori 1:n salpaajat sekä deksametasoni, olantsapiini ja metoklopramidi. Setronit estävät tehokkaasti välitöntä pahoinvointia, mutta viivästyneen pahoinvoinnin ehkäisyssä ne ovat tehottomia. Suomessa on saatavilla setroneihin kuuluvista lääkkeitä granisetronia, ondansetronia ja palonosetronia. Setronit ovat yleensä hyvin siedettyjä. Niiden yleisimpiin haittavaikutuksiin kuuluu ummetus, ripuli, huimaus ja päänsärky. Setroneita käyttävän syöpäpotilaan ummetuslääkkeen tarve tulee arvioida yksilöllisesti, koska potilaalla voi samanaikaisesti muita ummetusta aiheuttavia lääkkeitä käytössä, kuten opioideja ja solunsalpaajia. Neurokiiniireseptori 1:n (NK1-reseptorin) salpaajat ovat tehokkaita viivästyneen pahoinvoinnin ehkäisyssä. Niitä käytetään yhdessä setronien tai deksametasonin kanssa. Suomessa saatavilla on aprepitanttia, fosaprepitanttia ja netupitanttia sisältäviä lääkevalmisteita. Deksametasonia käytetään tukilääkkeenä pahoinvoinnin ehkäisyssä yhdistettynä setroni- tai neurokiiniireseptori 1:n salpaajien kanssa. Sen haittavaikutuksiin kuuluu verensokeripitoisuuden nousu, unihäiriöt ja ylävatsavaivat. Viivästynyttä pahoinvointia voidaan hoitaa myös metoklopramidilla tai olantsapiinilla. Ennakoivaa pahoinvointia voidaan hoitaa bentsodiatsepiineilla etenkin, jos potilas kärsii myös hoitoon liittyvästä ahdistuksesta. (Bärlund & Tanner, 2021, ss.1039–1042).

Tehokas pahoinvoinnin esto saavutetaan yhdistämällä eri tavoin vaikuttavia lääkkeitä ja räätälöimällä hoito yksilöllisesti. Hoidon tavoitteena on, ettei potilas tuntsi lainkaan pahoinvointia solunsalpaajahoidon aikana tai jälkeen. (Bärlund & Tanner, 2021, ss.1039–1045).

Solunsalpaajien yleisiin haittavaikutuksiin kuuluu myös suolen toiminnan muutokset. Ummetusta voidaan ehkäistä ja hoitaa suolen toimintaa edistävällä lääkityksellä sekä liikunnalla, kuitupitoisella ravinnolla ja riittävällä juomisella. Ripuloivaa potilasta on ohjattava runsaaseen juomiseen, ja tarvittaessa ripulia voidaan hoitaa ripulilääkkeellä. Maitohappobakteerivalmisteita ei suositella käytettäväksi syöpälääkehoitojen yhteydessä. (Nieminen, 2016, ss.20–21)

Jotkut solunsalpaajat aiheuttavat hermojen toiminnan häiriöitä, jotka voivat tulla esiin käsien ja jalkapohjien tunnottomuutena, kylmänarkuutena, suolilamana, lihasvoimien heikentymisenä ja hienomotoriikan häiriönä Liikkuminen, napittaminen ja tavanomaiset

arkiaskareet voivat vaikeutua. Hoitojen loputtua oireet vähenevät hitaasti, mutta voivat jatkua jopa vuosia. Jos hermostoperäiset oireet ilmenevät jo hoitojen aikana, voidaan solunsalpaajan annostusta pienentää tai vaihtaa kokonaan toiseen valmisteseen. (Pasanen, 2022)

Solunsalpaajat heikentävät niitä saavan potilaan vastustuskykyä heikentämällä luuytimen solun muodostusta ja siten vähentämällä immuunipuolustukseen osallistuvien valkosolujen määrää elimistössä. Erityisesti neutrofiilisten valkosolujen määrän lasku eli neutropenia altistaa potilaan erilaisille infektioille. Infektioiden ehkäisyssä hyvä käsihygienia ja infektio-oireisten ihmiskontaktien välttäminen on ensiarvoisen tärkeää. Kuume on aina syy ottaa yhteyttä hoitavaan yksikköön, vaikka muita infektion oireita ei olisi. Solunsalpaajahoidon saavan kuume voi olla merkki vakavan yleisinfektion kehittymisestä, joka vaatii sairaalahoitoa. (Nieminen, 2016., s. 30) Solunsalpaajien luuytimeen kohdistuvien vaikutusten seurauksena myös verihytaleiden määrä voi laskea, mikä lisää verenvuotoriskiä. Punasolujen määrän väheneminen taas aiheuttaa anemiaa. Verisolujen määrää hoitojen aikana seurataan säännöllisillä verikokeilla. Myös maksan ja munuaisten toimintaa saatetaan seurata verikokein, jos käytössä on erityisesti näitä elimiä kuormittavia solunsalpaajia. Sydänlihaskaurioita aiheuttavien solunsalpaajien kontrollitutkimuksiin kuuluu sydänfilmi. (Pasanen, 2022)

Jotkut solunsalpaajista saattavat aiheuttaa ihottumia, ja usein ne herkistävät ihoa auringonvalolle. Potilasohjauksessa tulee huomioida ihon suojaaminen auringolta hoitojen aikana ja niiden jälkeen. (Nieminen, 2016, s. 30) Ihoa tulee suojata vaurioitumiselta ja ihoa voidaan hoitaa perusvoiteella (Pirskanen, 2020).

Alkoholia tulee välttää hoitopäivänä ja muutamana päivänä sen jälkeen, koska solunsalpaajat voivat herkistää maksaa alkoholin haittavaikutuksille. Osa solunsalpaajista voi myös vaikuttaa antabuksen tapaan suurentaen veren asetaldehydipitoisuutta ja siten aiheuttaen muun muassa voimakasta pahoinvointia. (Pirskanen, 2020)

Suuriannoksisen solunsalpaajiin kuuluvan metotreksaattihoidon yhteydessä ei pidä samanaikaisesti käyttää C-vitamiinia, sillä yhteisvaikutus voi johtaa vakaviin elinlaurioihin. Myös luontaistuotteilla voi olla haitallisia yhteisvaikutuksia solunsalpaajien kanssa. Luontaistuotteiden sisältämistä ainesosista ja yhteisvaikutuksista lääkeaineiden kanssa on vain vähän tutkimustietoa. Pahimmillaan yhteisvaikutukset voivat vaurioittaa maksaa. (Nieminen, 2016, s.28)

5.3 Ruokatorvisyöpöpotilaan ravitsemushäiriöt

Tässä luvussa käsitellään ruokatorvisyöpöpotilailla esiintyviä ravitsemukseen liittyviä häiriöitä. Lisäksi käsitellään vajaaravitsemusriskin arviointia ja heikentyneen ravitsemustilan hoitoa.

Ravitsemushäiriöt ovat yleisiä ruokatorvisyöpöpotilailla kaikissa sairauden vaiheissa (Järvinen ym., 2020, s.1451). Ruokatorvisyöpä voi heikentää potilaan ravitsemustilaa useilla eri tavoilla. Ruokatorvisyöpä ja syöpähoidot voivat aiheuttaa laihtumista, ruokahaluttomuutta, nielemisvaikeuksia, haavaumia suussa sekä ruuansulatuskanavan toiminnan muutoksia. (Järvinen ym., 2020, Ravasco, 2019) Kasvain voi myös ahtauttaa mekaanisesti ruokatorvea aiheuttaen nielemisvaikeuksia, jotka ruokatorvisyöpää sairastavilla ovat hyvin yleisiä. Syöpäsairaus voi myös aiheuttaa lihaskudoksen kiihtynyttä hajoamista. Ruokatorvisyöpöpotilailla on myös voimakkaampi lepoinneenvaihdunta sekä suurempi lepoinneenvaihdunnan ja rasvattoman kehonpainon suhde terveisiin ihmisiin verrattuna. Lisäksi psyykkiset tekijät, kuten sairaudesta aiheutunut masennus ja ahdistus, voivat vaikuttaa potilaan ruokahaluun. (Järvinen ym., 2020, ss. 1451–1452)

Ravitsemushäiriöille altistaa myös energiantarpeen kasvaminen sairauden aiheuttamien fysiologisten muutosten seurauksena (Järvinen ym., 2020, s.1451). Energian- ja ravintoaineiden tarvetta lisää myös leikkauksesta ja muista syöpähoidoista. Leikkaushaavojen parantuminen ja kudosten uusiutuminen kuluttaa energiaa. (Viitala & Bingham, 2016, s.4). Ravitsemushoito on merkityksellistä kaikissa sairauden vaiheissa yleiskunnon ylläpitämiseksi ja hoitokomplikaatioiden vähentämiseksi. Huono ravitsemustila lisää syöpähoitojen haittoja, pidentää hoitoaika sairaalassa, hidastaa kuntoutumista ja haavojen paranemista, heikentää sairauden ennustetta ja vaikuttaa negatiivisesti potilaiden elämänlaatuun. (Järvinen ym., 2020, s.1452)

Ruokatorvisyöpään käytetyt hoidot ovat usein vaativia ja saattavat osaltaan heikentää potilaan ravitsemustilaa. Esimerkiksi ruokatorven poistoleikkauksen jälkeen voi esiintyä korostunutta elimistön kudosten hajoamista, paastoamista, suolilamaa ja ravintoaineiden imeytymisen häiriötä. Sädehoito voi aiheuttaa ruokatorven limakalvon tulehdusta, nielemiskipua ja makuuain heikentymistä, jotka tekevät syömisestä kivuliasta ja epämiellyttävää. Myös solunsalpaajahoito voi aiheuttaa ravitsemustilaan vaikuttavia haittavaikutuksia, kuten limakalvotulehdusta, ripulia, pahoinvointia ja imeytymishäiriöitä. (Järvinen ym., 2020, s.1451)

Jokaisen ruokatorvisyöpää sairastavan potilaan ravitsemustila tulisi arvioida ja vajaaravitsemusriski tunnistaa. Ravinnon laadun ja määrään sekä potilaan painon säännöllinen seurata on osa potilaan ravitsemustilan arviointia. Vajaaravitsemusriskin arviointi perustuu painoindeksiin, painon laskuun, ravinnon saannin vähentymiseen ja sairauden aiheuttaman ravinnontarpeen lisääntymiseen. (Ravasco, 2019)

Vajaaravitsemusriskin seulontaa on kehitetty erilaisia mittareita. NRS-2002 (Nutritional Risk Screening 2002) soveltuu parhaiten sairaalapotilaiden arviointiin. Mini Nutritional Assessment (MNA), sopii yli 65-vuotiaiden ravitsemustilan ja vajaaravitsemusriskin arviointiin. PG-SGA (Patient Generated Subjective Global Assessment) sopii parhaiten syöpäpotilaiden vajaaravitsemusriskin arviointiin. (Aprile ym., 2021) Vajaaravitsemuksen ennaltaehkäisy ja hoito perustuu ravitsemusneuvonnalle ja enteraalisen eli maha-suolikanavaan annettavan lisäravinnon tarjoamiselle. (Järvinen ym., 2020, s.1454). Ravinnon laadun ja määrään sekä potilaan painon säännöllinen seurata on osa potilaan ravitsemustilan arviointia (Ravasco,2019).

Heikentyneen ravitsemustilan hoito tulisi tapahtua moniammatillisesti. Ennen kajoavampia ravitsemushoitoja (stentti, PEG-letku, suonensisäinen ravinto) tulisi ravinnon saantia suun kautta tehostaa ja ravitsemuksen riittävyttä arvioida ravitsemusterapeutin ohjauksessa. Moniammatillisen yhteistyön on osoitettu parantavan ruokatorvisyöpäpotilaiden hoitojen tuloksia ja vähentävän niihin liittyviä haittavaikutuksia ja komplikaatiota. Lisäksi ravitsemustilan kohentumisen on todettu parantavan potilaiden elämänlaatua. (Järvinen ym.,2020, s.1453)

Ravitsemushoito toteutuu ensisijaisesti suun kautta, jos potilaan maha-suolikanava toimii (Järvinen ym., 2020, s.1454). Kliinisillä täydennysravintovalmisteet sopivat energian- ja ravinnonsaannin lisäämiseen (Ravasco, 2019). Ravitsemusta tulisi tehostaa, jos potilas ei yli viiden vuorokauden ajan ole pystynyt tavanomaisella ruualla tyydyttämään vähintään 50%:a energiantarpeestaan tai jos potilas on sairautensa takia menettänyt 10%:a painostaan (Järvinen ym., 2020, s.1454).

Enteraalinen eli ruuansulatuskanavaan annettava ravitsemus voi toteutua myös letkuravitsemuksen avulla lyhyt- tai pitkäaikaisesti, esimerkiksi ruokatorvenleikkauksen jälkeen ja kasvaimesta tai syöpähoidoista johtuvien nielemisvaikeuksien takia. (Viitala & Bingham, 2016,s.13). Letkuravitsemus toteutetaan vatsanpeitteiden läpi mahalaukkuun tai ohutsuoleen menevän perkutaanisen endoskooppisen gastrostooman (PEG) eli ravitsemusavanneletkun kautta (Nieminen, 2016, s.29). Letkuravitsemuksessa käytetään ravintovalmisteita, jotka ovat nimenomaisesti letkuravitsemukseen tarkoitettuja valmisteita.

Ne sisältävät kaikki tarvittavat ravintoaineet. (Viitala & Bingham, 2016, s.13) Letkuravinnon ohella potilas voi ruokailla normaalisti suun kautta. Letkuruokailun ajan ja ruokailun jälkeen potilaan tulisi olla istuvassa tai puoli-istuvassa asennossa, jotta ravintoliuos ei pääse nousemaan mahalaukusta henkitorveen ja keuhkoihin. (Nieminen, 2016, s.29)

Jos ravitsemushäiriön taustalla on ruokatorven kasvaimen aiheuttamasta mekaanisesta ahtautumisesta johtuva nielemisvaikeus, ruokatorveen voidaan asettaa stentti. Ruokatorven stentti on ruokatorvea laajentava metalli- tai muovistentti, joka asetetaan ruokatorveen tähytyksen yhteydessä. Stentti helpottaa nielemisvaikeutta ja parantaa ravitsemustilaa silloin, kun leikkaushoito ei ole mahdollinen. Parenteraaliseen eli suonensisäiseen ravitsemushoitoon voidaan tilapäisesti joutua turvautumaan, jos ravinnon saanti maha-suolikanavan kautta ei yksin riitä vastaamaan potilaan ravitsemuksellisiin tarpeisiin, tai kun ravitsemus ei tätä kautta onnistu. (Järvinen ym., 2020, s. 1455)

Syömiseen liittyvien ongelmien tunnistaminen ja hoitaminen on osa ruokatorvisyöpää sairastavan potilaan hoitotyötä. Sairaus ja hoidot voivat aiheuttaa ruokahaluttomuutta, pahoinvointia, oksentelua, nielemisvaikeuksia, hajuherkkyyttä, makuaiistin häiriöitä, suun kipua ja kuivuutta, täysinäisyyden tunnetta, ummetus ja ripulia sekä syljen erityksen vähenemistä. Syödyn ruuan laatua ja määrää sekä potilaan painoa tulee säännöllisesti seurata. (Ravasco,2019)

Pahoinvointia voidaan hoitaa pahoinvoinnin estolääkityksellä. Suun kipuja ja kuivuutta voidaan lievittää ennen ruokailua otettavalla kipulääkkeellä ja suuta puuduttavalla purskuttelugeelillä. Pahoinvoivan ja ruokahaluttoman potilaan kannattaa välttää suurikokoisia aterioita ja aterioita mieluummin tiheämmin pieniä aterioita. Täydellinen syömättömyys pahentaa pahoinvoinnin tunnetta entisestään. Ruuan energiapitoisuuteen kannattaa kiinnittää huomiota. Esimerkiksi kasviöljyjä lisäämällä voidaan kasvattaa ruuan energiamäärää. Tärkeää on kuitenkin syödä sitä, mikä maistuu. Jos suu on ärtynyt tai nieleminen on hankalaa, on ruoka hyvä nauttia pehmeänä tai sosemaisena. (Viitala & Bingham, 2016, ss. 7–8, 11–12)

Riittävä energiansaanti on välttämätöntä syöpähoitojen aikana. Aikuisen energiantarve on iästä, sukupuolesta ja fyysisen aktiivisuuden määrästä riippuen yleensä noin 1600–2500 kcal vuorokaudessa (noin 30-35 kilokaloria painokiloa kohti). Energian saannin ollessa riittämätöntä, elimistö muodostaa energiaa käyttöönsä hajottamalla lihas- ja rasvakudosta ja ihminen laihtuu. Laihtumisen seurauksena lihavoima ja yleiskunto heikentyvät. Siksi riittävä ravinnon saanti ja laihtumisen ehkäiseminen on tärkeää. Painon lähtiessä laskuun, on

energiansaantia syytä nostaa. Syöpäpotilaille suositellaan myös tervettä väestöä suurempaa proteiinin saantia ehkäisemään lihaskatoa, jota sairaus ja hoidot voivat aiheuttaa. Syöpää sairastavalle sopiva proteiinin määrä on 1,3–1,5 g painokiloa kohti vuorokaudessa. (Viitala & Bingham, 2016, ss.4–5)

5.4 Ruokatorvisyöpäpotilaan kivunhoito

Tässä kappaleessa esitellään ruokatorvisyöpää sairastavan potilaan kivunhoidon peruseriaatteen. Kappaleessa esitellään lääkkeellisiä ja lääkkeettömiä kivunhoitomenetelmiä, ja käsitellään suppeasti kivunhoidon potilasohjausta. Opinnäytetyössä ei käsitellä kivunhoidon toteuttamista eri antoreittien kautta.

Kipu voidaan määritellä yksilölliseksi epämiellyttäväksi aistikokemukseksi, johon usein liittyy kudosaaurio (Mestdagh ym., 2023). Syöpäpotilaan kipu voidaan karkeasti jakaa nosiseptiiviseen eli kudosauriokipuun, neuropaattiseen eli hermokipuun sekä viskeraaliseen eli sisäelinperäiseen kipuun. Eri mekanismein syntyvää kipua voi esiintyä yhtäaikaaisesti, jolloin puhutaan sekakivusta. (Kalso, 2016)

Syöpätaudeissa kipu yleinen ja usein hankalin oire ja se heikentää potilaan elämänlaatua merkittävästi aiheuttamalla psyykkistä stressiä, masennusta, väsymystä, univaikeuksia, ahdistusta ja toimintakyvyn laskua (Pelto ym., 2019, s.22). Myös useimmilla ruokatorvisyöpäpotilailla esiintyy kipua jossain sairauden vaiheessa. Ruokatorvisyöpästä johtuva kipu ilmenee tyypillisesti niellessä ja syödessä sekä rinta- ja selkäkipuna levossa. Sen taustalla voi olla itse kasvaimesta johtuvat syyt, hoitojen aiheuttaman haittavaikutukset tai hermoston vaurioituminen. (Guyer ym., 2020). Kivun taustasyynä tulee selvittää ja kipumekanismi tunnistaa, jotta kivunlääkehoito voidaan kohdentaa oikein (Sario, 2021b). Kivun hoidon tavoite on kivun hallintaan saamisen lisäksi elämänlaadun kohentaminen (Mestdagh ym., 2023).

Syöpäkivun hoidossa säännöllinen kipulääkitys on yleensä tarpeen. Syöpäsairaiden kivunhoidossa voidaan soveltaa Maailman terveysjärjestön (WHO) kivunhoidon portaattimallia. (Sario, 2021b) Kivunhoidon portaattimalli on esitetty kuvassa 1. Lääkkeellinen kivunhoito voidaan aloittaa tulehduskipulääkkeellä tai parasetamolilla, jos niille ei ole vasta-aiheita. Kipujen lisääntyessä niiden rinnalle voidaan aloittaa opioidi. (Kalso, 2016). Lisäksi voidaan harkinnan mukaan aloittaa lääke neuropaattiseen eli hermovauriokipuun. (Palliativinen hoito ja saattohoito: Käypä hoito- suositus, 2019).

Kuva 1. Kivun hoidon portaat (mukaillen Sario,2021)



Opioidit ovat keskivaikean tai vaikean syövän kivun hoidon peruspilari. Heikkoja opioideja (kodeiini, hydrokodoni, tramadoli) suositellaan kivunlievityksen aloittamiseksi potilailla, jotka eivät ole aiemmin saaneet opioideja, ja kun kipu on lievää tai keskivaikeaa. Heikko opioidi yhdistetään tyypillisesti parasetamoliin tai tulehduskipulääkkeeseen. Keskivahva opioidi (buprenorfiini) on saatavilla transdermaalisesti annosteltavana eli laastarina. Vahvoja opioideja (morfiini, oksikodoni, hydromorfon, metadoni ja fentanyyli) suositellaan, kun kivun voimakkuus on kohtalaista tai vaikeaa. (Mestdagh ym., 2023) Hitaasti lääkeainetta vapauttavista tableteista on saatavilla morfiinia, oksikodonia ja hydromorfiinia sisältäviä lääkevalmisteita. Niitä annostellaan yleensä kahdesti vuorokaudessa. (Kalso, 2016) Hoito aloitetaan tyypillisesti pienellä annoksella, jota titrataan ylöspäin, jotta saavutetaan tasapaino riittävän kivun lievittymisen ja siedettävien sivuvaikutusten suhteen. Fentanyyliä annostellaan transdermaalisesti eli iholle kiinnitettävällä pitkävaikutteisella laastarilla. (Mestdagh ym., 2023)

Opioidien yleisimpiin haittavaikutuksiin kuuluu väsymys, pahoinvointi ja ummetus. Väsymys ja pahoinvointi tavallisesti lievittyvät aloitusvaiheen jälkeen, tarvittaessa pahoinvointia voidaan hoitaa haloperidolilla. Ummetus sivuvaikutuksena on luonteeltaan pysyvää ja siksi opioidilääkityksen rinnalle tulee aloittaa laksatiivi (laktuloosi tai makrogoli). Oksikodonia on saatavilla yhdistelmävalmisteena, jossa on mukana opioidin vastavaikuttaja naloksoni, joka vaikuttaa vain suolen seinämässä ja näin ollen kumoaa opioidin ummetusta lisäävää

vaikutusta vaikuttamatta lääkkeen tehoon. Jos haittavaikutukset ovat vaikeita, voidaan kokeilla opioidin vaihtoa toiseen tai annostelureitin vaihtoa. (Kalso, 2016)

Opioidit voivat aiheuttaa lisäksi kutinaa, hikoilua (erityisesti fentanyyli), painajaisia, joita voidaan hoitaa haloperidolilla, lihasnykäyksiä, joita voidaan hoitaa bentsodiatsepiineilla. Pelätyin ja vakavin haittavaikutus on hengityslama, jonka esiintyminen on harvinaista, jos annosteluohjetta on noudatettu. Hengityslamaa hoidetaan opioidin vastavaikuttaja naloksonilla. (Kalso, 2016)

Opioidilääkityksen yhtäkkäinen lopettaminen aiheuttaa vieroitusoireita, eikä siksi opioidilääkitystä saa lopettaa äkillisesti. Opioidien tarve voi lisääntyä syövän edetessä ja kipujen lisääntyessä tai toleranssin eli lääkeaineen sietokyvyn kasvaessa. (Kalso, 2016)

Syöpäpotilailla esiintyy yleisesti myös neuropaattista eli hermovauriokipua, joka voidaan jakaa keskushermosto- ja ääreishermostoperäiseen kipuun. Neuropaattinen kipu voi olla vihlovaa, jäytävää, polttavaa, kihelmöivää tai se voi tuntua puutumisena. Neuropaattisen kivun syynä on hermon vaurioituminen. Hermoja voi vaurioittaa syöpäleikkaus tai solunsalpaajahoidot. Myös syöpäkasvain voi painaa hermoja aiheuttaen kipua. (Metsdagh ym., 2023) Hermovauriokipua hoidetaan trisyklisillä masennuslääkkeillä (amitriptyliini, noritriptyliini) tai muilla masennuskipulääkkeillä (duloksetiini, venlafaksiini) tai epilepsialääkkeisiin kuuluvilla gabapentinoideilla (gabapentiini ja pregabaliini) (Kalso, 2016).

Syöpähoidot saattavat osaltaan aiheuttaa kiputiloja, joiden ennaltaehkäisy, tunnistaminen ja aktiivinen hoitaminen on tärkeää. Tyypillisiä hoitoihin liittyviä kiputiloja ovat kirurgisten toimenpiteiden jälkeiset kudonsvauriokivut, paikalliset sädehoitoreaktiot, sytostaattihoidon aiheuttamat neuropaattiset kivut ja limakalvovauriot, joita sekä sytostaatti että sädehoidot voivat aiheuttaa. (Sario, 2021b)

Kipuhuipuilla eli niin kutsutulla läpilyöntikipulla tarkoitetaan tilapäistä ja ohimenevää kivun pahenemista. Läpilyönti kipu voi ilmaantua spontaanista tai esimerkiksi yskimisen, suolen tyhjenemisen tai kumartumisen yhteydessä. Läpilyöntikipua voidaan hoitaa tarvittaessa otettavalla lyhytvaikutteisella opioidilla, pitkävaikutteisen kipulääkkeen lisänä. Lääkkeen vaikutus alkaa 30 minuutin kuluttua lääkkeen ottamisesta ja vaikutus kestää noin neljä tuntia. Jos läpilyöntikipuun tarkoitettua kipulääkettä on useita kertoja vuorokaudessa, on pitkävaikutteisen kipulääkkeen annostusta suurennettava. (Mestdagh ym., 2023)

Kipulääkityksen annostelu toteutetaan ensisijaisesti suun kautta riittävällä annostuksella. Tarvittaessa kipulääkehoito voidaan toteuttaa ihon alle tai suonensisäisesti. Myös sädehoitoa voidaan antaa kivun lievitykseen. (Sario, 2021b) Hoidon kulmakivet ovat hoidon tehokkuus, toteutuksen yksinkertaisuus ja haittavaikutusten minimointi. Lääkehoidossa pyritään tasaiseen kivun lievitykseen pitkävaikutteisella lääkkeellä. Kipuhuippuja tasataan nopeavaikutteisella lääkevalmisteella. (Kalso,2016)

Kipua ja sen voimakkuutta sekä lääkehoidon vastetta, riittävyyttä ja haittavaikutuksia tulee seurata säännöllisesti. Kivun arviointi perustuu hoitajan tekemille havainnoille, potilaan haastattelulle ja erilaisten kipumittareiden käytölle. Kivun sijainti, voimakkuus, kesto, luonne, häiritsevyys ja vaikutus toimintakykyyn tulee arvioida. Kipumittareista voidaan käyttää numeerista (NRS, Numerical Rating Scale 0–10), visuaalista (VAS, Visual Analog Scale 0–10) kipusteikkoa tai sanallista (VRS, verbal rating scale) arviointia. (Sario, 2021b). Myös kipupäiväkirjaa ja kipusanastoa voidaan hyödyntää kivunhoidon arvioinnissa. (Satakunnan hyvinvointialue, n.d., ss.7-8) Kiputilanteen muuttuessa kivunhoito arvioidaan uudestaan (Sario, 2021b).

Riittävän kipulääkemääräyksen lisäksi olennaista on kipulääkkeen säännöllinen annostelu. Hoidon toteutumista tulee arvioida ja seurata. Potilaalta on kysyttävä, toteutuuko lääkitys annettujen ohjeiden mukaisesti. Jos potilas ei käytä lääkitystään lainkaan tai käyttää epäsäännöllisesti, on siihen vaikuttavat tekijät selvitettävä. Esimerkiksi koetut haittavaikutukset tai pelot ja uskomukset voivat heikentää potilaan sitoutumista lääkehoitoon. (Mestdagh ym., 2023)

Lääkehoidon rinnalla syöpäkipua voidaan hoitaa lääkkeettömillä kivunhoitomenetelmillä. Lääkkeetön kivunhoito eivät korvaa kipulääkitystä, mutta voi vähentää lääkehoidon tarvetta tai pidentää antovälejä. Esimerkiksi musiikkiterapia, hengitysharjoitukset, asento- ja liikehoidot, hieronta, rentoutuminen, uni ja lepo sekä kylmä- ja lämpöhoito voivat helpottaa potilaan kiputuntemuksia. Huomion voi myös pyrkiä suuntaamaan pois kivusta keskittymällä vaikka musiikin kuunteluun, ristisanojen ratkomiseen tai muuhun tekemiseen, jolloin kipu lievittyy. (Mestdagh ym., 2023)

Kivunhoidon potilasohjaus on osa hyvää kivunhoitoa ja syöpähoitotyötä. Kivunhoidon ohjaus tulisi toteutua yksilöllisten ohjaustarpeiden pohjalta. Olennaista on lisätä potilaan tietämystä kipulääkkeiden tarkoituksenmukaisesta käytöstä, turvallisesta annostelusta ja lääkkeiden sivuvaikutuksista sekä niiden hoidosta. Potilaan tulee saada tietoa myös lääkkeettömistä kivunhoitomenetelmistä, kuten oikeanlaisesta hengitystekniikasta, rentoutumisesta, musiikin

kuuntelusta ja mielikuvaharjoittelusta. Tietämättömyys ja ennakkoluulot kivunhoitomenetelmiä kohtaan saattavat vaikuttaa negatiivisesti kivunhoidon toteutumiseen. Luotettavaa tiedon tarjoaminen lievittää kipulääkkeisiin liittyviä pelkoja ja korjaa virheellisiä uskomuksia. Kivunhoidon ohjauksen on todettu vähentävän kivunhoitoon ja kipulääkkeisiin liittyviä pelkoja sekä lisäävän potilaan hoitomyöntyvyyttä erilaisia kivunhoitomenetelmiä kohtaan. (Pelto ym., 2019, ss.23–27)

5.5 Ruokatorvisyöpöpotilaan psykososiaalinen tuki

Tässä luvussa käsitellään ruokatorvisyöpöpotilaan psykososiaalisen tuen tarpeita ja niihin vastaamista hoitotyön keinoin.

Syöpöpotilas ja hänen läheisensä tarvitsevat lääketieteellisen hoidon lisäksi tukea sairauden kanssa selviämiseen. (Guyer ym., 2020). Psykososiaalisen tuen antaminen syöpäsairaalle ja hänen läheisilleen on keskeinen osa syöpöhoitotyötä. Psykososiaalinen tuki on kokonaisvaltaista psyykkistä, sosiaalista ja henkistä tukea sekä asiallisen ja ymmärrettävän tiedon tarjoamista. Sen tavoitteena on pyrkiä edistämään syöpöpotilaan sopeutumista sairauteen ja vallitsevaan tilanteeseen. (Harju ym., 2020, ss.3–4) Erityisesti diagnoosivaiheessa tiedon ja tuen tarve on suuri. Psykososiaalinen tuki edistää potilaan selviytymistä sairauden ja sen aiheuttamien oireiden kanssa. Lisäksi se tukee sairaudesta toipumista ja arkielämän hallintaa muuttuneessa elämäntilanteessa. (Guyer ym., 2020) Psykososiaalisen tuen saamisen on todettu myös vähentävän potilaiden psyykkistä kuormittuneisuutta (Harju ym., 2019, s.193). Tiedon ja tuen avulla voidaan edistää ja ylläpitää fyysistä, psyykkistä ja sosiaalista hyvinvointia sekä toimintakykyä. Psykososiaalisella tuella parannetaan sairastuneen elämänlaatua ja edistetään potilaan sitoutumista hoitoon. (Guyer ym.,2020)

Syöpään sairastuneiden psykososiaalisen tuen tarpeet liittyvät tavallisesti psyykkiseen kuormitukseen, ahdistus- ja pelkotiloihin sekä kriisireaktioihin. Potilailla on usein tarve saada emotionaalista tukea ja keskustella sairaudesta ja sen vaikutuksista elämäänsä. (Harju ym., 2019, s. 193) Turvallisen ja luottamuksellisen hoitosuhteen luominen on tärkeää. Tuen toteuttamisessa korostuu potilaan yksilölliset tarpeet, hyväksyntä, toivon ylläpitäminen, aktiivinen kuunteleminen ja kysymysten esittäminen. Tuen toteuttaminen edellyttää sairaanhoitajalta hyviä vuorovaikutustaitoja, herkkyyttä, emotionaalisuutta, sensitiivisyyttä ja kunnioittavaa suhtautumista potilaaseen. (Harju ym., 2020, ss.3–9).

5.6 Ruokatorvisyöpötilaan palliatiivinen hoito

Palliatiivisen hoitotyön käsite on laaja. Tässä luvussa esitellään vain suppeasti palliatiivisen hoitotyön pääpiirteet osana ruokatorvisyöpötilaan hoitoa.

Löydetyistä ruokatorvisyövistä yli puolet on lähettänyt etäpesäkkeitä diagnoosivaiheessa. (Sihvo, 2018). Kun uusiutuneen tai levinneen ruokatorvisyövän etenemistä ei voida enää jarruttaa syöpähoidoilla, siirrytään palliatiiviseen hoitoon (Guyer, ym., 2020). Toisinaan myös potilaan heikko yleistila ja vaikeat perussairaudet saattavat olla esteenä parantavien hoitojen tarjoamiselle. (Sihvo ym., 2018)

Palliatiivinen eli oireenmukainen hoito tarkoittaa parantumattomasti sairaan potilaan ja hänen läheistensä kokonaisvaltaista ja oireenmukaista hoitoa. Hoidon tavoitteena on vaalia elämänlaatua, ennaltaehkäistä ja lievittää sairaudesta aiheutuvia oireita sekä vastata potilaan psyykkisiin ja eksistentiaalisiin eli olemassaolon kysymyksiin liittyviin tarpeisiin. (Käypä hoito - suositus: Palliatiivinen ja saattohoito, 2019) Palliatiivisen hoidon tavoitteena on mahdollistaa potilaalle toiveidensa, tarpeidensa ja voimiensa mukainen elämä. Hoidon avulla pyritään varmistamaan arjen jatkuminen sairauden sallimissa rajoissa ja tuetaan potilaan selviytymistä sairauden kanssa. Myös läheisten tukeminen on keskeinen osa palliatiivista. (Saarto, 2022, ss.18, 24)

Parantumatonta ruokatorvisyöpää sairastavilla potilailla esiintyy tyypillisesti erilaisia sairauksista ja siihen käytetyistä hoidoista aiheutuvia oireita. Tavanomaisia oireita ovat kipu, aliravitsemus, pahoinvointi, nielemisvaikeudet ja erilaiset psyykkiset oireet. Fyysiset oireet johtuvat primäärikasvaimesta, etäpesäkkeistä ja niiden sijainnista sekä syöpähoitojen aiheuttamista haittavaikutuksista. (Guyer ym.,2020) Kipu- ja pahoinvointilääkitys on yleensä tarpeen (Ålgars & Räsänen, 2023). Sädehoitoa ja solunsalpaajahoitoa voidaan antaa jarruttamaan syövän etenemistä sekä lievittämään syövän oireita. Palliatiivinen solunsalpaajahoito pidentää potilaan elinaikaa keskimäärin muutamalla kuukaudella. (Sihvo ym., 2018) Sädehoidolla voidaan pienentää ruokatorvea ahtauttavaa kasvainta, mikä lievittää ahtautumisesta johtuvaa nielemisvaikeutta. (Guyer ym., 2020). Sädehoitoa voidaan antaa myös luustokipujen ja esimerkiksi aivoetäpesäkkeiden aiheuttamien paineoireiden lievittämiseen (Sario, 2021a).

Psyykkisten oireiden tunnistaminen ja niiden hoitaminen on keskeinen osa palliatiivista hoitoa (Palliatiivinen hoito ja saattohoito: Käypä hoito–suositus, 2019). Parantumatonta ruokatorvisyöpää sairastavilla masennus ja ahdistus ovat yleisiä oireita. Radikaalien

kirurgisten leikkausten, kuten ruokatorven tai kurkunpään poiston aiheuttamat muutokset elimistössä voi aiheuttaa kehonkuvanhäiriöitä ja kommunikaatiovaikeuksia. Sairauden aiheuttamien pelkojen, ahdistuksen ja muiden psyykkisten oireiden käsitteleminen parantaa potilaan elämänlaatua. Tarvittaessa psyykkisiä oireita voidaan lievittää myös lääkkeellisesti. Elimellisistä syistä johtuvien mielialaoireiden syitä, kuten kipua, tulee hoitaa tarkoituksenmukaisesti. (Guyer ym., 2020. Tarpeettomia toimenpiteitä ja tutkimuksia on vältettävä, kun sairauden etenemistä ei voida enää jarruttaa. (Sihvo ym., 2018).

Palliatiivinen hoitotyö vaatii sairaanhoitajalta hyviä vuorovaikutustaitoja ja selkeää viestintää. Siinä korostuu empaattinen kuunteleminen ja yksilöllinen tiedon jakaminen. On osattava ottaa vastaan potilaan ja hänen läheistensä kaikki tuntemukset ja vastata niihin empatialla. Palliatiivisen hoidon tavoitteena on kokonaisvaltainen kärsimyksen lievitys ja elämänlaadun vaaliminen. (Guyer ym., 2020)

6 Eettisyyden ja luotettavuuden arviointi

Eettisyyden ja luotettavuuden arviointi on osa opinnäytetyöprosessia (Kangasniemi ym., 2013, s.292). Suomessa tutkimuseettinen neuvottelukunta on laatinut ohjeet hyvästä tieteellisestä käytännöstä. Eettisesti hyväksyttävä ja luotettava tutkimus on toteutettu rehellisyyttä, avoimuutta, yleistä huolellisuutta ja tarkkuutta noudattaen. (TENK, 2023, s.11) Opinnäytetyöprosessin kaikissa vaiheissa on noudatettu tutkimuseettiikkaa ja hyvää tieteellistä käytäntöä.

Kirjallisuuskatsauksessa eettiset kysymykset koskevat tutkimuskysymyksen muotoilua ja tutkimuseettikan noudattamista tutkimuksen kaikissa vaiheissa. Luotettavuuskysymykset perustuvat tutkimuskysymyksen ja valitun aineiston perusteluun, kuvailun vakuuttavuuteen ja prosessin johdonmukaisuuteen. Eettisyys ja luotettavuus kytkeytyvät vahvasti toisiinsa. Tutkimusmenetelmän määrittäminen ja menetelmään perehtyminen on keskeinen luotettavuutta lisäävä tekijä. Menetelmänä kuvaileva kirjallisuuskatsaus on kuitenkin väljä, joten tutkijan tekemien valintojen ja raportoinnin eettisyys korostuu katsauksen teon kaikissa vaiheissa. Tutkimuksen eettisyyttä ja luotettavuutta voidaan lisätä prosessin johdonmukaisella etenemisellä ja läpinäkyvällä raportoinnilla. Luotettavuuden kannalta on keskeistä, että tutkimuskysymys on esitelty selkeästi ja sille on teoreettinen perustelu. Aineiston valinta ja kuvailun rakentaminen on subjektiivinen prosessi, ja siksi samasta aineistosta eri tutkijat saattavat päätyä erilaisiin johtopäätöksiin (Kangasniemi, 2013, ss.292, 297–298)

Opinnäytetyössä käytettiin menetelmänä kuvailevaa kirjallisuuskatsausta. Aineistona toimivat valmiit julkaisut, joten henkilötietoja ei opinnäytetyöprosessin aikana käsitelty.

Aineistohallintasuunnitelma löytyy liitteestä 2. Kirjallisuuskatsaukseen menetelmänä on perehdytty huolellisesti, tutkimusprosessi on edennyt johdonmukaisesti, sen kaikki vaiheet on kuvattu mahdollisimman tarkasti, ja tutkimuksen raportoinnissa on pyritty läpinäkyvyyteen.

Opinnäytetyön aineisto on haettu kotimaisista ja kansainvälisistä lähteistä, ja niiden tarjoamaa tietoa on kriittisesti vertailtu. Koska opinnäytetyössä on käytetty valmiita aineistoja, ei henkilörekisteriä ole muodostunut, eikä näin ollen aineistohallintasuunnitelmaa ole laadittu. Opinnäytetyöhön valikoitunut aineisto on täyttänyt tieteellisyyden ja ajantasaisuuden kriteerit, ja aineisto on valittu tutkimuskysymysten viitoittamana. Alkuperäislähteitä on kunnioitettu ja niihin on asianmukaisesti viitattu (TENK, 2023, s.11). Opinnäytetyön on tehty yksin, mikä on lisännyt sen subjektiivisuutta ja voi näin ollen heikentää työn luotettavuutta.

7 Johtopäätökset ja pohdinta

Tässä luvussa tarkastellaan opinnäytetyön tuloksia sekä niiden merkityksellisyyttä hyödynnettävyyttä. Lisäksi pohditaan jatkotutkimus- ja kehityssaiheita.

Opinnäytetyön tarkoituksena oli koota ajantasaista tutkimustietoa yhteen ruokatorvisyövästä ja sen hoitotyöstä. Opinnäytetyön tavoitteena oli lisätä tietoa ruokatorvisyövän hoidosta.

Tutkimuskysymys oli, minkälaista osaamista sairaanhoitajalta vaaditaan ruokatorvisyöpäpotilaan hoitotyössä? Tutkimuskysymykseen haettiin vastausta kuvailevan kirjallisuuskatsauksen keinoin, ja tutkimustulokset vastasivat asetettuun tutkimuskysymyksen.

Opinnäytetyön tulosten perusteella voidaan todeta, että sairaanhoitajalta edellytetään hyvin laaja-alaista osaamista ruokatorvisyöpäpotilaan hoitotyössä. Tutkimustulosten mukaan ruokatorvisyövän hoidossa sairaanhoitajalta vaadittavaa osaamista voidaan jakaa kirurgisen hoitotyön, sädehoidon ja solunsalpaajahoidon, ravitsemushäiriöiden hoidon, kivunhoidon, psykososiaalisen tuen antamisen ja palliatiivisen hoitotyön teemoihin. Kirurgisen hoitotyön teemassa korostuivat leikkaukseen valmistelu, leikkausta edeltävä ja leikkauksen jälkeinen potilasohjaus, tiedonkulku ja hoidon jatkuvuuden varmistaminen (Hamlin ym.,2017, ss. 311–313). Sädehoidon teeman tärkeimpiä tuloksia olivat hoidon aiheuttamien haittavaikutusten tunteminen, niiden hoitaminen ja sädehoitoa saavan potilaan ohjaus (Heikkinen & Frilander, 2021). Solunsalpaajahoidon osaamisessa tärkeiksi aiheiksi nousivat hoidon aiheuttamien haittavaikutusten tunteminen, ennaltaehkäisy ja hoitaminen. Keskeistä oli myös

solunsalpaajahoidon aiheuttaman pahoinvoinnin lääkehoidon osaaminen ja solunsalpaajahoidon saavan potilaan ohjaus. (Nieminen, 2016, ss.20–30) Ravitsemushäiriöiden osaamisen teemasta tärkeiksi osaamisen alueiksi nousivat vajaaravitsemuksen ennaltaehkäisy, vajaaravitsemusriskin tunnistaminen, ravitsemusneuvonta ja ravitsemushoidon toteuttaminen sekä potilaan ravitsemustilan seuraaminen (Ravasco,2019). Kivunhoidon teemassa vahva lääkehoidon osaaminen on tärkeää. Keskeistä on myös kivunhoidon arviointi ja potilasohjaus. (Sario, 2021b) Psykososiaalisen tuen tarjoaminen teemasta korostuivat työkalut tuen tarjoamiseen ja sen yksilöllisten tarpeiden tunnistamiseen. Palliatiivisen hoidon osalta kokonaisvaltaisen hoidon toteuttaminen, elämänlaadun vaaliminen ja oireiden lievittäminen nousivat tärkeimmiksi tuloksiksi. (Guyer ym.,2020)

Jokainen tutkimusaineistosta esiin noussut teema pitää sisällään hieman erilaisia sairaanhoidon osaamisen vaatimuksia, mutta yhteisiksi nimittäjiksi niille voidaan todeta lääkehoidon, potilasohjauksen ja viestintä- sekä vuorovaikutusosaamisen. Keskeistä on osata tunnistaa ruokatorvisyöpäpotilaiden terveyshaasteita ja sairaanhoidollisia tarpeita sekä kyetä vastaamaan niihin näyttöön perustuvilla hoitotyön keinoilla.

Opinnäytetyön voidaan todeta lisänneen tietoa ruokatorvisyöpään hoidossa tarvittavasta osaamisesta sairaanhoitajan työssä. Tiedon ja osaamisen lisääminen on tärkeää ruokatorvisyöpään yleistyvän luonteen ja hoidon vaativuuden vuoksi (Kauppila ym., 2020, s. 504). Sairaanhoitaja voi kohdata ruokatorvisyöpäpotilaita monissa erilaisissa hoitotyön toimintaympäristöissä, esimerkiksi leikkausosastoilla, syöpäosastoilla ja -poliklinikoilla, perusterveydenhuollossa tai palliatiivisissa yksiköissä. Vahva tietoperusta ruokatorvisyöpästä, sen erityispiirteistä, kuten nielemisvaikeuksista ja ravitsemushäiriöistä, sen hoitomuodoista ja hoitotyön auttamismenetelmistä on pohja laadukkaalle ja kokonaisvaltaiselle hoitotyölle.

Opinnäytetyötä ja sen tuloksia voidaan hyödyntää sairaanhoitajakoulutuksessa syöpähoitotyön opetuksessa ja valmiiden sairaanhoitajien osaamisen täydentämisessä. Opinnäytetyö soveltuu sellaisenaan itseopiskelumateriaaliksi, mutta se pohjalta on mahdollista jatkokehittää muunkinlaista opetus- tai opiskelumateriaalia, kuten esimerkiksi opas tai perehdytysmateriaali, tai verkko-opetusmateriaali ja siihen pohjaava tentti.

Ruokatorvisyöpää sairastavilla esiintyy paljon ahdistusta, masennusta ja muita psyykkisiä oireita (Guyer ym., 2020). Siksi jatkotutkimusaiheeksi nostan esille vielä ruokatorvisyöpää sairastavien potilaiden psyykkiset oireet ja niiden hoitamisen.

Lähteet

- Arkkila, P. & Saarnio, J. (2022). Ruokatorvi- ja mahasyövän riskiin voidaan vaikuttaa. *Lääkärilehti*, 39-40 (77), 1593–1596. <https://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2023021527285>
- Aprile, G., Basile, D., Giaretta, R., Schiavo, G., La Verde, N., Corradi, E., Monge, T., Augustoni, F. & Stragliotto, S. (2021). The Clinical Value of Nutritional Care before and during Active Cancer Treatment. *Nutrients* 13(4). <https://doi.org/10.3390/nu13041196>
- Bärlund., M. & Tanner, M. (2021). Syöpälääkkeiden aiheuttaman pahoinvoinnin yksilöllinen hoito. *Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim*. 137(10), 1039-1046. <https://www.duodecimlehti.fi/duo16234>
- Guyer,D., Almhanna, K & McKee. K. (2020). Palliative care for patients with esophageal cancer: a narrative review. *Annals of translational Medicine*. 8(17). <http://dx.doi.org/10.21037/atm-20-3676>
- Hamlin,L, Davies, M, Richardson-Tench, M. & Sutherland-Fraser, S.(2017). *Perioperative nursing*. 2. edition. Elsevier Health Sciences.
- Harju, E., Hakulinen, A., Jones, M., Ojala, H. & Pietilä, I. (2019). Syöpäpotilaiden psykososiaalinen tuki ja terveydenhuollon yhteistyö järjestöjen kanssa: erikoissairaanhoidon henkilöstön näkökulma. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 56 (3). <https://doi.org/10.23990/sa.76164>
- Harju E., Jones, M., Laitinen, K., Ojala, H. & Pietilä I. (2020). Sairaanhoidajien kokemuksia syöpäpotilaiden psykososiaalisen tuen toteuttamisen ongelmakohdista. *Tutkiva Hoitotyö* 18(2), 3–9.
- Harris, C. (2017). Esophageal cancer. *Annals of Cardiothoracic Surgery*. 6 (2) DOI: doi: 10.21037/acs.2017.03.01
- Heikkinen, J. & Frilander, T. (2019). Sädehoitopotilaan ohjaus. *Terveysportti*. <http://terveysportti.fi/>
- Heikkinen, J. & Frilander, T. (2021). Sädehoidon haittavaikutusten hoito. *Terveysportti*. <http://terveysportti.fi/>
- Huang, F-L. & Yu, S-J. (2018). Esophageal cancer: Risk factors, genetic association, and treatment. *Asian Journal of Surgery*. 41 (3), 210–215. <https://doi.org/10.1016/j.asjsur.2016.10.005>
- Järvinen, T., Ilonen, I. & Räsänen, J. (2020). Ruokatorvisyöpäpotilaan ravitsemushäiriöt. *Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim*. 136 (12), 1451–1458. <https://www.duodecimlehti.fi/xmedia/duo/duo15645.pdf>
- Kalso, E. (2016). Syöpäkivun lääkehoito. *Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim*. 132(22), 2125-2128

- Kangasniemi, M., Utriainen, K., Ahonen, S.-M., Pietilä, A.-M., Jääskeläinen, P. & Liikanen, E. (2013). Kuvaileva kirjallisuuskatsaus: eteneminen tutkimuskysymyksestä jäsenettyyn tietoon. *Hoitotiede* 2013, 25 (4), 291–301.
<https://journal.fi/hoitotiede/article/view/128286>
- Kangasniemi, M. & Pölkki, T.(2016). Aineiston käsittely: kirjallisuuskatsauksen ydin. Teoksessa Stolt.M, Axelin, A. & Suhonen R. (toim.) *Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä*. (ss.80–93) Grano oy.
- Kauppila, J., Kallio, R. & Räsänen, J. (2020). Ruokatorvisyövän hoito kehittyi. *Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim*. 136(5), 496–505.
<https://www.duodecimlehti.fi/duo15426>
- Mestdagh, F., Steyaert, A. & Lavand'homme, P. (2023). Cancer Pain Management: A Narrative Review of Current Concepts, Strategies, and Techniques. *Current Oncology*. 30(7), 6838–6858. DOI 10.3390/curroncol30070500
- Mäenpää, H. & Skyttä, T. (2019). Sädehoidon haittavaikutukset. *Lääkärilehti* 47(74), 2722–2729.
- Napier, K., Scheerer, M. & Subhasis, M. (2014). Esophageal cancer: A Review of epidemiology, pathogenesis, staging workup and treatment modalities. *World journal of gastrointestinal oncology* 6(5),112–120. DOI:10.4251/wjgo.v6.i5.112
- Niela- Vilen, H. & Hamari. L. (2016). Kirjallisuuskatsauksen vaiheet. Teoksessa Stolt.M, Axelin, A. & Suhonen R. (toim.) *Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä*. (ss.23–34) Grano oy.
- Nieminen, M. (2016). *Käsikirja syöpälääkehoitoa saavan potilaan ohjaukseen – Opas sairaanhoitajille tarkistuslistan käytön tueksi*. Pirkanmaan sairaanhoitopiirin kuntayhtymä.
- Palliatiivinen hoito ja saattohoito: Käypä hoito- suositus. (2019). Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Palliatiivisen Lääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Haettu 1.11.2023 osoitteesta <https://www.kaypahoito.fi/hoi50063#K1>
- Pasanen, A. (2022). Solunsalpaajat eli sytostaatit. *Lääkärikirja Duodecim*. Kustannus Oy Duodecim. <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk01077>
- Pelto A.-K., Hökkä, M., Kajula, O. & Kaakinen, P. (2019). Kivunhoidon ohjaus syöpää sairastavan potilaan ja hänen läheisensä kuvaamana palliatiivisessa hoidossa – integroitu kirjallisuuskatsaus. *Tutkiva Hoitotyö* 17(2), 22–29.
- Pirskanen, A. (2020). Solunsalpaahoitoa saavan potilaan ohjaus. *Terveysportti*.
<http://terveysportti.fi/>
- Ravasco, P. (2019). Nutrition in Cancer Patients. *Journal of Clinical Medicine*. 8(8),1211.
<https://doi.org/10.3390/jcm8081211>

- Räsänen, J. & Åhlgars, A. (2023). Ruokatorven ja mahansuun syövän oireet ja löydökset. Teoksessa *Syöpäsairaudet*. Kustannus Oy Duodecim.
- Saarto, T., Lyytikäinen, M., Ahtiluoto, S., Juntila, K., Lehto, J., Finne-Soveri, H., Hammar, T. & Forsius, P. (2022). *Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon kansallinen laatusuositus*. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-824-8>
- Sairaanhoitajan käsikirja (2022a). Preoperatiivinen eli leikkausta edeltävä hoito. *Terveysportti*. <http://terveysportti.fi/>
- Sairaanhoitajan käsikirja (2022b). Postoperatiivinen hoito vuodeosastolla. *Terveysportti*. <http://terveysportti.fi/>
- Salminen, A. (2023). *Mikä kirjallisuuskatsaus? Johdatus kirjallisuuskatsauksen tyyppeihin ja hallintotieteellisiin sovelluksiin*. Vaasan yliopisto. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-395-081-8>
- Sario, S. (2021a). Syöpäpotilaan palliatiivinen hoito. *Terveysportti*. <http://terveysportti.fi/>
- Sario, S. (2021b). Syöpä kivun kokonaishoito. *Terveysportti*. <http://terveysportti.fi/>
- Sihvo, E., Anttonen, A. & Huuhtanen, R. (2014). Ruokatorvisyövän hoito. *Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim*. 130(6), 565–572. <https://www.duodecimlehti.fi/duo11559>
- Sihvo, E., Räsänen, J. & Luostarinen, M. (2018). Ruokatorvisyöpä. Teoksessa Färkkilä, M., Isoniemi, H., Heikkinen, M. & Puolakkainen, P. (toim.) *Gastroenterologia ja hepatologia*. Kustannus Oy Duodecim.
- TENK – Tutkimuseettinen neuvottelukunta. (2023). Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohje. https://tenk.fi/sites/default/files/2023-03/HTK-ohje_2023.pdf
- Timonen, K. (2018) Ruokatorvisyöpä. Teoksessa Sovijärvi, A., Hartiala, J., Knuuti, J., Laitinen, T. & Malmberg, P. (toim.) *Kliinisen fysiologian ja isotooppilääketieteen perusteet*. Kustannus Oy Duodecim.
- Vaalavirta, L. (2021). Sädehoito. *Lääkärikirja Duodecim*. Kustannus Oy Duodecim. <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk01078>
- Viitala, H. & Bingham, C. (2016). *Syöpäpotilaan ravitsemusopas. Käytännön ohjeita syövän hoidon aikana*. Origos Oy. https://syopa-alueelliset.s3.eu-west-1.amazonaws.com/sites/271/2016/10/18132917/SyopapotilaanRavitsemusopas_2016.pdf
- Ålgars, A. & Räsänen, J. (2023a). Paikallisesti uusiutuneen ja levinneen ruokatorven syövän hoito, ennuste ja seuranta. Teoksessa *Syöpäsairaudet*. Kustannus Oy Duodecim.
- Ålgars A. & Räsänen, J. (2023b). Ruokatorven syövän hoito ja ennuste. Teoksessa *Syöpäsairaudet*. Kustannus Oy Duodecim.

Liite 1. Aineiston esittely

Julkaisun nimi, julkaisuvuosi ja tekijä	Keskeistä kirjallisuuskatsauksen ja tutkimuskysymyksen kannalta
Aprile, G., Basile, D., Giaretta, R., Schiavo, G., La Verde, N., Corradi, E., Monge, T., Augustoni, F. & Stragliotto, S. (2021) The Clinical Value of Nutritional Care before and during Active Cancer Treatment.	Vajaaravitsemusriskin arviointityökalut
Bärlund, M. & Tanner, M. (2021) Syöpälääkkeiden aiheuttaman pahoinvoinnin yksilöllinen hoito	Solunsalpaajien aiheuttaman pahoinvoinnin lääkehoito. Pahoinvointiin käytettävät lääkeaineet ja niiden haittavaikutukset.
Guyer, Almhamna & McKee, 2020, Palliative care for patients with esophageal cancer: a narrative review	Palliativisen vaiheen ruokatorvisyövän oireet ja niiden hoito
Hamlin, L., Davies, M., Richardson-Tench, M. & Sutherland-Fraser, S. (2017) Perioperative nursing.	Leikkausta edeltävä hoitotyö, esitietojen kerääminen, potilasohjaus ennen leikkausta, potilaan valmistelu leikkaukseen
Harju, E., Hakulinen, A., Jones, M., Ojala, H. & Pietilä, I. (2019) Syöpäpotilaiden psykososiaalinen tuki ja terveydenhuollon yhteistyö järjestöjen kanssa: erikoissairaanhoidon henkilöstön näkökulma	Psykososiaalisen tuen tarjoaminen ruokatorvisyöpää sairastavalle
Harju, E., Jones, M., Laitinen, K., Ojala H & Pietilä I. (2020). Sairaanhoidtajien kokemuksia syöpäpotilaiden psykososiaalisen tuen toteuttamisen ongelmakohdista	Psykososiaalisen tuen tarjoaminen ruokatorvisyöpää sairastavalle, psykososiaalisen tuen yksilölliset tarpeet
Harris, C. (2017) Esophageal cancer.	Ruokatorven poistoleikkaus ruokatorvisyöpää sairastavalta

Heikkinen, J. & Frilander, T. (2019) Sädehoitopotilaan ohjaus	Sädehoitoon menevän potilaan ohjaaminen, tiedon antaminen, pelkojen ja uskomusten lievittäminen
Heikkinen & Frilander (2021) Sädehoidon haittavaikutusten hoito	Sädehoidosta aiheutuneiden haittavaikutusten hoito
Järvinen, T., Ilonen, I. & Räsänen, J. (2020) Ruokatorvisyöpöpotilaan ravitsemushäiriöt	Ruokatorvisyöpää sairastavan potilaan ravitsemushäiriöt, vajaaravitsemusriskin arviointi, vajaaravitsemustilan korjaaminen, stentti-hoito, laskimonsisäinen ravitsemushoito
Kalso, E. (2016) Syöpäkivun lääkehoito	Tulehduskipulääkkeiden, parasetamolin ja opioidien käyttö syöpäkivun hoidossa. Neuropaattisen kivun hoito. Opioidien haittavaikutusten hoito.
Kauppila, J., Kallio, R. & Räsänen, J. (2020) Ruokatorvisyövän hoito kehittyy	Ruokatorvisyövän hoitomuodot sairauden eri vaiheissa, vasta-aiheet leikkaushoidolle, solunsalpaaja- ja sädehoito
Mestdagh ym. (2023) Cancer Pain Management: A Narrative Review of Current Concepts, Strategies, and Techniques	Ruokatorvisyövän opioidihoito, läpilyöntikipujen hoito, kipulääkehoidon arviointi
Mäenpää, H. & Skyttä, T. (2019) Sädehoidon haittavaikutukset	Sädehoidon haittavaikutukset
Nieminen, M. (2016) Käsikirja syöpälääkehoitoa saavan potilaan ohjaukseen – Opas sairaanhoitajille tarkistuslistan käytön tueksi	Solunsalpaajahoitoa saavan potilaan potilasohjaus, solunsalpaajien haittavaikutukset ja niiden hoito. Ravitsemuksen merkitys syöpähoitojen aikana, syöpöpotilaan ravitsemusohjaus
Palliatiivinen hoito ja saattohoito: Käypä hoito -suositus (2019)	Palliatiivisen hoidon määrittely ja hoidon toteutus

Pasanen, A. (2022) Solunsalpaajat eli sytostaatit	Solunsalpaajien käyttöaiheen ja vaikutusmekanismien esittely
Pelto A.-K., Hökkä, M., Kajula, O. & Kaakinen, P. (2019) Kivunhoidon ohjaus syöpää sairastavan potilaan ja hänen läheisensä kuvaamana palliatiivisessa hoidossa – integroitu kirjallisuuskatsaus.	Kipulääkehoitoa saavan syöpäpotilaan ohjaus, tarkoituksenmukaisen käytön, vaikutuksen, haittavaikutusten ja oikean annostelun ohjaus.. Kipulääkkeisiin liittyvien pelkojen lievittäminen ja uskomusten korjaaminen.
Pirkanen, A. (2020) Solunsalpaahoitoa saavan potilaan ohjaus	Solunsalpaajahoitoa saavan potilaan ohjaus
Ravasco, P. (2019) Nutrition in Cancer Patients	Syöpäpotilaan ravitsemustilan arviointi
Saarto, T., Lyytikäinen, M., Ahtiluoto, S., Junntila, K., Lehto, J., Finne-Soveri, H., Hammar, T. & Forsius, P. (2022) Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon kansallinen laatusuositus	Palliatiivisen hoidon tavoitteet
Sairaanhoitajan käsikirja (2022) Preoperatiivinen eli leikkausta edeltävä hoito	Leikkausta edeltävät valmistelut
Sairaanhoitajan käsikirja (2022) Postoperatiivinen hoito vuodeosastolla	Leikkauksen jälkeiset hoitotyön toiminnot ja potilaan terveydentilan tarkkailu vuodeosastohoidossa
Sario, S. (2021) Syöpäpotilaan palliatiivinen hoito	Syövän palliatiivisen vaiheen hoitotyön toteuttaminen
Sario, S. (2021b) Syöpäkivun kokonaishoito	Kivunhoidon arviointityökalut, kipumittarit

Sihvo, E., Räsänen, J. & Luostarinen, M. (2018) Ruokatorvisyöpä	Levinneen ruokatorvisyövän hoito, oireiden lievitys
Vaalavirta, L. (2021) Sädehoito	Sädehoidon vaikutusmekanismin ja käyttöaiheiden esittely ja haittavaikutukset
Viitala, H. & Bingham, C. (2016) Syöpäpotilaan ravitsemusopas. Käytännön ohjeita syövän hoidon aikana	Syöpäpotilaan ravitsemushoidon toteuttaminen suun kautta ja PEG-letkun kautta. Syöpähoitojen vaikutus ruokahaluun, makuaistiin, nielemisvaikeuksiin ja suun kipuoireisiin. Riittävän ravinnon saannin turvaaminen
Älgars, A. & Räsänen, J. (2023) Paikallisesti uusiutuneen ja levinneen ruokatorven syövän hoito, ennuste ja seuranta	Levinneen ruokatorvisyövän hoito, kivun ja pahoinvoinnin hoito
Älgars A. & Räsänen, J. (2023) Ruokatorven syövän hoito ja ennuste	Ruokatorvisyövän leikkaushoito, solunsalpaajahoito ja sädehoito

Liite 2. Aineistonhallintasuunnitelma

Tämä opinnäytetyö toteutuu kuvailevana kirjallisuuskatsauksena, ja työn aineistona käytetään valmiita aineistoja, jotka hankitaan sähköisiä hoitotyön tietokantoja käyttämällä. Aineiston hankintaa voidaan täydentää manuaalisella haulla. Valmiita aineistoja käytettäessä ei synny henkilörekisteriä, eikä näin ollen salassa pidettäviä henkilötietoja käsitellä tämän opinnäytetyön yhteydessä.