

KARELIA-AMMATTIKORKEAKOULU  
Hoitotyön koulutusohjelma

Marja Haataja  
Sirpa Moore

POTILASOHJE RUOKATORVEN SYÖPÄÄ SAIRASTAVALLE  
Tietoa ruokatorven syövästä ja sen hoidosta

Opinnäytetyö  
Toukokuu 2013



**OPINNÄYTETYÖ**  
**Toukokuu 2013**  
**Hoitotyön koulutusohjelma**

Tikkarinne 9  
80200 JOENSUU  
050 405 4816

**Tekijät**

Marja Haataja, Sirpa Moore

**Nimeke**

Potilasohje ruokatorven syöpää sairastavalle - Tietoa ruokatorven syövästä ja sen hoidosta

Toimeksiantaja Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä, osasto 2G

**Tiivistelmä**

Suomessa ruokatorven syöpään sairastuu vuosittain yli 200 ihmistä. Tyypillinen ruokatorvisyöpäpotilas on iäkäs mies, jonka keski-ikä diagnosointihetkellä on noin 70 vuotta. Ruokatorven syövän tyypillisin oire nielemisvaikeus ilmenee yleensä vasta, kun kaksi kolmannesta ruokatorvesta on ahtautunut ja kasvain on edennyt jo pitkälle. Levinneeseen ruokatorven syöpään sairastuneen paranemisen ennuste on huono, sillä suhteellinen viiden vuoden elossaololuku on miehillä 1 prosentti ja naisilla 4 prosenttia.

Pohjois-Karjalan alueen ruokatorvisyöpäpotilaiden leikkaushoito on keskitetty Pohjois-Karjalan keskussairaalaan, ja tämä toiminnallinen opinnäytetyö tehtiin osasto 2G:n toimeksiannosta. Opinnäytetyön tarkoitus oli kehittää potilasohjausta kokoamalla tietoa ruokatorven syövästä ja sen hoidosta kirjallista potilasohjetta varten. Opinnäytetyön tehtävä oli tuottaa Ruokatorven syöpä -potilasohje osaston käyttöön. Opinnäytetyöraportin lääketieteen ja hoitotyön osuudet annettiin osastolle materiaaliksi ruokatorven syöpää sairastavien potilaiden hoitajille.

Potilasohjeessa käsitellään ruokatorven syövän oireita, tutkimus- ja hoitomuotoja sekä potilaan kivunhoitoa, ravitsemusta ja henkistä jaksamista. Potilasohjetta voidaan käyttää potilaan suullisen ohjauksen tukena. Jatkotutkimusaiheiksi nousivat omien potilasohjeiden tekeminen kuratiivisesti ja palliatiivisesti hoidettaville potilaille. Toinen jatkotutkimusaihe olisi myös sähköisen potilasohjeen luominen sairaalan intranet- tai internet-sivuille.

Kieli  
suomi

Sivuja 71  
Liitteet 6

**Asiasanat**

ruokatorven syöpä, potilasohjaus, potilasohje



**THESIS**  
**May 2013**  
**Degree Programme in Nursing**  
Tikkarinne 9  
FI 80200 JOENSUU  
FINLAND  
+358 50 405 4816

**Authors**  
Marja Haataja, Sirpa Moore

**Title**  
A Patient Information Leaflet for Patient with Oesophageal Cancer – Information On Oesophageal Cancer and Its Treatment  
**Commissioned by**  
The Joint Municipal Authority for Medical and Social Services in North Karelia, Surgical Ward 2G

**Abstract**

Annually over 200 people get oesophageal cancer in Finland. A typical cancer patient is a 70-year-old man. The most common symptom of oesophageal cancer is dysphagia, that is, difficulty in swallowing, which normally does not present itself until the oesophagus has narrowed to one third of normal and the cancer has spread. The prognosis of wide spread cancer is poor. The survival rate after 5 years is only 1 % in men and 4 % in women.

All the oesophageal cancer operations in North Karelia region are performed in North Karelia Central Hospital. This practise-based thesis was commissioned by Surgical Ward 2G in the aforementioned hospital. The purpose of this thesis was to develop counselling by gathering information on oesophageal cancer and its treatment. The assignment of the thesis was to produce a patient information leaflet on oesophageal cancer. The chapters of the thesis dealing with medicine and nursing care were given to the surgical ward nurses to give them more information on the nursing care of patients with oesophageal cancer.

The patient information leaflet provides information on the symptoms, diagnostic tests and treatments for oesophageal cancer, as well as nutrition, pain management and psychological well-being in cancer patients. It can be used to support face to face patient counseling. As a further study, patient information leaflets could be produced for both curative and palliative patients. An online leaflet could also be useful.

**Language**  
Finnish

**Pages** 71  
Appendices 6

**Keywords**  
oesophageal cancer, patient counseling, patient information leaflet

# Sisältö

Tiivistelmä

Abstract

1	Johdanto .....	5
2	Ruokatorven syöpä .....	6
2.1	Ruokatorven anatomia ja toiminta .....	6
2.2	Ruokatorven kasvaimet .....	8
2.3	Ruokatorven syövän riskitekijät ja oireet.....	10
2.4	Ruokatorven syövän tutkimukset ja hoitomuodot.....	12
3	Ruokatorvisyöpäpotilaan hoitotyö .....	20
3.1	Potilasohjaus .....	21
3.2	Tiedontarve.....	26
3.3	Ravitseminen .....	27
3.3	Kivunhoito.....	36
3.4	Selviytymisen tukeminen .....	42
4	Opinnäytetyön tarkoitus ja tehtävä.....	52
5	Toiminnallisen opinnäytetyön toteutus .....	52
5.1	Toiminnallinen opinnäytetyö .....	52
5.2	Lähtötilanteen kartoitus.....	53
5.3	Opinnäytetyön prosessi .....	54
5.4	Potilasohje ja sen arviointi .....	56
6	Opinnäytetyön luotettavuus ja eettisyys.....	59
7	Pohdinta.....	61
	Lähteet.....	65

## Liitteet

Liite 1	Toimeksiantosopimus
Liite 2	Opinnäytetyöpäiväkirja
Liite 3	Aliravitsemuksen kriteerit, spontaanin painonlaskun merkitys
Liite 4	NRS-2002
Liite 5	Saatekirjeet potilaille ja henkilökunnalle, arviointilomake
Liite 6	Valmis potilasohje

## 1 Johdanto

Suomessa ruokatorven syöpään eli carcinoma oesophagiin sairastuu vuosittain hieman yli 200 ihmistä (Collan 2009, 53; Salo, Sihvo, Räsänen, Isolauri & Joensuu 2010, 306). Vuoden 2011 alun tilaston mukaan elossa olevia ruokatorvisyöpäpotilaita oli yhteensä 522, joista oli miehiä 331 ja naisia 191 (Suomen Syöpärekisteri 2012a; 2012b). Tilastokeskuksen (2012a; 2012b; 2012c) mukaan vuonna 2011 ruokatorven syöpään kuoli 242 ihmistä, joista oli miehiä 165 ja naisia 77. Levinneeseen ruokatorven syöpään sairastuneen paranemisen ennuste on huono: suhteellinen viiden vuoden elossaololuku oli miehillä 1 prosentti ja naisilla 4 prosenttia (Salo ym. 2010, 312).

Tämän opinnäytetyön tavoitteena oli lisätä lukijan tietoutta ruokatorven syövästä, tukea potilaan selviytymistä ja hoitohenkilökunnan antamaa suullista potilasohjausta kirjallisella potilasohjeella. Opinnäytetyön tarkoitus oli kehittää potilasohjausta kokoamalla tietoa ruokatorven syövästä ja sen hoidosta kirjallista potilasohjetta varten. Opinnäytetyön tehtävä oli tuottaa Ruokatorven syöpä –potilasohje osaston käyttöön. Potilasohjeessa kerrotaan ruokatorven syövästä, siihen liittyvistä tutkimus- ja hoitotavoista, kivunhoidosta, ravitsemuksesta ja henkisestä jaksamisesta.

Pohjois-Karjalan alueen ruokatorvisyöpäpotilaiden leikkaushoito on keskitetty Pohjois-Karjalan keskussairaalaan (Silvasti 2013). Tämä toiminnallinen opinnäytetyö tehtiin Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymän toimeksiannosta (liite 1). Aihe valittiin opinnäytetyön tekijöiden mielenkiinnon mukaisesti silloisen Pohjois-Karjalan ammattikorkeakoulun toimeksiantolistalta. Opinnäytetyön pohjalta tehtiin potilasohje kirurgiselle osastolle 2G, ja sen tekemisessä käytettiin myös osaston työntekijöiden apua. Opinnäytetyöraportin lääketieteellisen ja hoitotyön osuudet annettiin osaston hoitajien käyttöön.

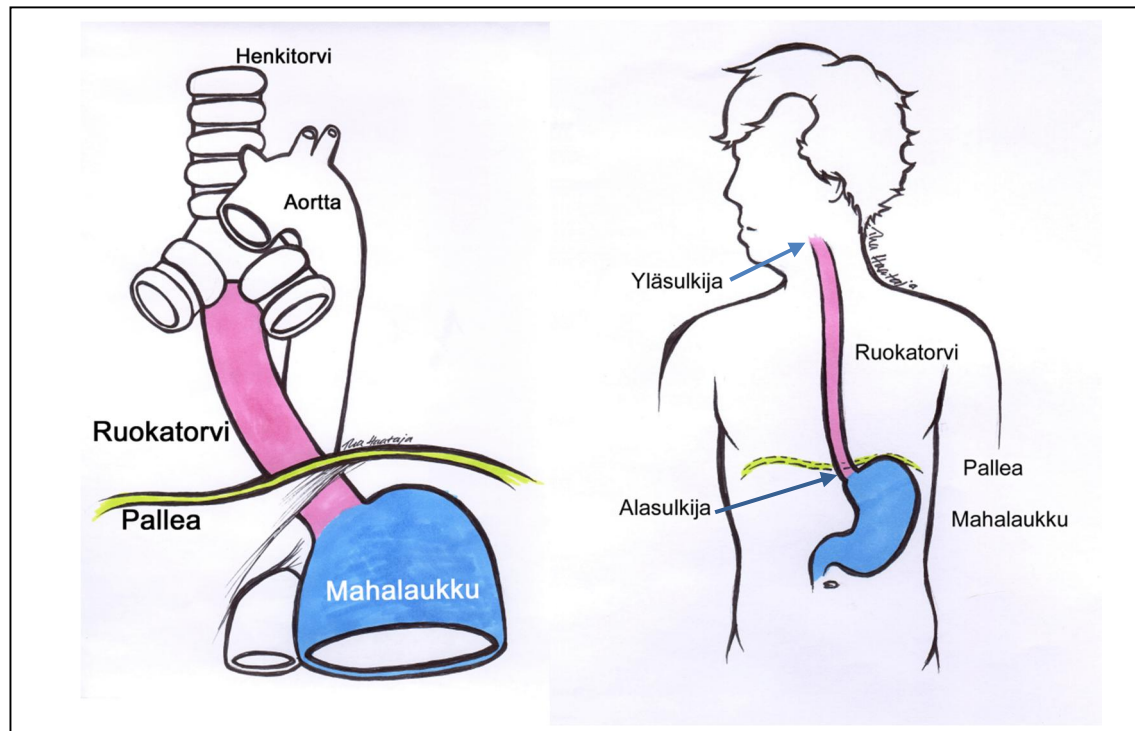
## 2 Ruokatorven syöpä

Tässä opinnäytetyössä ruokatorven syövällä tarkoitetaan vain ruokatorven alueelta alkanutta syöpää. Esofagogastrisen junktion syöpä (ruokatorven ja mahalaukun yhtymäkohdasta, mahan puolelta alkava) leviää usein ruokatorveen, mutta tässä opinnäytetyössä sitä ei käsitellä.

Opinnäytetyössä käsitellään ruokatorven anatomiaa, syövän syntyä ja leviämistä sekä tutkimuksia ja hoitomuotoja koululääketieteen näkökulmasta, painottaen kuratiivisia hoitomuotoja. Tarkemmin käsitellään ruokatorven syövälle ominaisia riskitekijöitä ja oireita, sekä tutkimus- ja hoitomenetelmiä. Osaston toivomuksesta hankittiin lisäksi tietoa syöpäpotilaan ravitsemuksesta, kivunhoidosta, henkisestä jaksamisesta ja tukemisesta. Keskeisiä käsitteitä ovat ruokatorven syöpä, potilasohjaus ja potilasohje.

### 2.1 Ruokatorven anatomia ja toiminta

Aikuisen ruokatorvi (esophagus, oesophagus), joka on kuvassa 1, on noin 25 - 35 senttimetriä pitkä, suhteellisen suora ja lihaseinämäinen putki, joka yhdistää nielun mahalaukkuun (Haug, Sand, Sjaastad & Toverud 2007, 379; Holmia, Murtonen, Myllymäki & Valtonen 2010, 465). Ruokatorvi alkaa kaulalta, kuudennen kaulanikaman tasolta. Se laskeutuu selkärangan etupuolta välikarsinan ja pallean läpi ja loppuu yhdennentoista rintanikaman kohdalla mahansuuhun. (Williams, Warwick, Dyson & Bannister 1989, 1331.) Ruokatorvessa on kolme toiminnallista aluetta: yläsulkija, varsinainen ruokatorvi ja alasulkija. Ruokatorven tärkein tehtävä on siirtää ruoka ja nesteet suusta mahalaukkuun. Lisäksi ruokatorvi estää mahanesteen takaisinvirtauksen ja tasaa mahalaukun painetta sallimalla röyhtäilyä. (Luostarinen 2010, 366 - 367.) Yläsulkija estää ruoan ja juoman palautumisen nieluun, ja alasulkija estää mahanesteen nousemisen ruokatorveen (Holmia ym. 2010, 465).



Kuva 1. Ruokatorven rakenne ja sijainti (Kuva: Tua Haataja).

Ruokatorven seinämässä on kolme kerrosta: mucosa (mukoosa, limakalvo), submucosa (limakalvonalauskudos) ja muscularis externa (lihaskerros). Mukoosa on ruokatorven sisin kerros, ja siinä on muun muassa kerrostunutta epiteeliä (limakalvon verisuoneton päällyskerros), imukudosta, imukeräsiä ja limaa erittäviä rauhasia, jotka voitelevat ruokatorvea. Limakalvonalauskudoksessa on lisää limaa erittäviä rauhasia ja imukeräsiä sekä veri- ja imusuonia. (Duodecim 2013; Solunetti 2013a.) Lihaskerroksessa on kahdenlaista lihaskudosta: sisäpuolella kehämäisiä ja ulkopuolella pitkittäisiä lihaksia. Lihaskerrosten välissä on ruokatorven lihasten toimintaa säätelevät autonomiset hermot. Lisäksi lihasten toimintaa säätelee keskushermoston 10. hermo eli Vagus-hermo. (Luostarinen 2010, 367.)

Nielemisellä ruoka ja nesteet siirtyvät suusta tahdonalaisesti ruokatorveen, jonka jälkeen nielemisrefleksi käynnistyy. Nielemisrefleksiä ei enää voi keskeyttää, kun se on alkanut. Nielemisrefleksin aikana yläsulkija aukeaa ja kurkunkansi sulkeutuu, jolloin ruoan pääsy hengitysteihin estyy, ja samalla hengitys pysähtyy. Hengitys käynnistyy uudelleen, kun yläsulkija sulkeutuu, ja kurkunkansi aukeaa niellyn ruoan tai nesteen kulkeuduttua nielun läpi.

Ruokatorven lihasten aaltomainen liike (peristaltiikka) työntää ruoan kohti mahalaukkuun. Viimeinen ruokatorven supistusaalto avaa alasulkijalihaksen ja päästää ruoan mahalaukkuun. Tämän jälkeen alasulkija sulkeutuu ja estää ruoan takaisinkulkeutumisen. (Haug ym. 2007, 379 - 380.)

## 2.2 Ruokatorven kasvaimet

Kasvain on epänormaalia solunjakautumista solukko- tai kudospasuna, ja se voi olla joko hyvän- tai pahanlaatuinen. Hyvänlaatuiset kasvaimet ovat paikallisia ja kasvavat hitaasti, eivätkä yleensä ole kohtalokkaita. Pahanlaatuinen eli syöpäkasvain kasvaa nopeammin kuin hyvänlaatuinen, vaikka oireeton vaihe voi kestää vuosiakin. Syöpä leviää herkästi ja johtaa hoitamattomana usein kuolemaan. Tutkimusten mukaan syöpä syntyy eri mekanismien vaikutuksesta vaiheittain, ja useimmiten syöpä pystytään toteamaan vasta, kun kasvain on elinkaarensa lopussa. (Isola 2010, 16 - 19.)

Syövän syntymisen edellytys on säätelyn pettäminen solunjakautumisessa. Syövän kasvuun vaikuttavat solujen jakautumisnopeus ja määrä sekä normaalia vähäisempi kuolevien solujen määrä. Syöpäsolut voivat jatkaa jakautumistaan siirtymättä lepotilaan kuten normaalit solut. Kun kiinteä syöpäkasvain on kasvanut yhdestä kahteen millimetriseksi, sen hapen ja ravinnon saanti häiriintyy. Hapenpuutteen seurauksena syöpäsolu alkaa erittää kasvutekijöitä, minkä seurauksena alkaa syntyä uusia verisuonia. Uudet verisuonet ovat normaalisuonia heikompia ja läpäisevät syöpäsoluja helpommin, jolloin syöpäsolut pääsevät verenkiertoon ja edelleen imusuonistoon. Veri- ja imusuonistoverkoston kautta syöpäsolut voivat kulkeutua muihin otollisiin kasvupaikkoihin kehossa. (Isola 2010, 28 - 31.)

Kasvaimia voi olla ruokatorven kaikissa seinämäkerroksissa, ja niistä ainoastaan noin 1 prosentti on hyvänlaatuisia. **Hyvänlaatuisia ruokatorven kasvaimia** ovat muun muassa leiomyooma (sileälihaskasvain), lipooma (rasvakudoskasvain) ja fibrooma (sidekudoskasvain), sekä kysta (rakkulakasvain). (Luostarinen 2010, 381; Terve Media 2012a.)



Suomessa **pahanlaatuisia ruokatorven kasvaimia** on pääasiassa iäkkäillä miehillä, joiden keski-ikä diagnosointihetkellä on noin 70 vuotta (Salo ym. 2010, 306). Syövän ilmaantuvuus vuosina 2006 - 2010 sataatuhatta asukasta kohden oli miehillä 3,7 ja naisilla 1,2 (NORDCAN, Association of the Nordic Cancer Registries 2013). Hakulisen (2009,10) mukaan ruokatorven syövän maailmanlaajuinen ilmaantuvuus on miehillä 11,5 ja naisilla 4,7. Kehittyneissä maissa ilmaantuvuus on suurinta Pohjois-Euroopassa: miehillä 7,9 ja naisilla 3,3. Kehitysmaissa ilmaantuvuus on suurinta Itä-Aasiassa: miehillä 24,0 ja naisilla 9,7.

Pahanlaatuisista ruokatorven syöpäkasvaimista yleisimpiä ovat levyepiteeli- ja adenokarsinomat. Muita harvinaisempia syöpäkasvaimia ovat muun muassa melanooma (tummasolusyöpä), lymfooma (imukudossyöpä) ja sarkooma (tukikudossyöpä). (Luostarinen 2010, 382; Terve Media 2012a.) Ruokatorven runsaan imusuoniverkon takia ruokatorven syöpä voi herkästi levitä muihin kudoksiin. Kasvain saattaa lähettää etäpesäkkeitä imusolmukkeisiin esimerkiksi kaulan ja vatsan suuntaan sekä keuhkoihin ja maksaan. (Luostarinen 2010, 384; Salo ym. 2010, 307 - 308.)

Ristimäki (2009, 17) toteaa, että ruokatorven syöivistä yli 90 prosenttia on joko levyepiteeli- tai adenokarsinomia. Suurin osa ruokatorven syöpäkasvaimista sijaitsee ruokatorven alaosissa, ja ne ovat yleensä adenokarsinomia. Yläkolmanneksessa, kaulan ja rintakehän alueella, tavallisin syöpätyyppi on levyepiteelikarsinooma. Keskikolmanneksessa esiintyy molempia syöpätyyppejä. (Luostarinen 2010, 383; Terveystietä 2013.)

**Levyepiteelikarsinooma** on kudoksen pintasolukosta alkanut syöpä (Syöpäjärjestöt 2013). Ruokatorven levyepiteelikarsinooman esiasteita, hyperplasiaa (liikakasvu) ja dysplasiaa (kasvuhäiriö), syntyy ruokatorven limakalvon tulehduksista ja siihen kohdistuvasta ärsytyksestä (Ristimäki 2009, 18; Duodecim 2013). Esiasteet voivat kehittyä pahanlaatuisiksi kasvaimiksi ja levitä in situ -karsinoomasta (lähtökohtaansa rajoittunut) muualle elimistöön (Karttunen 2009, 22 - 23; Duodecim 2013; Solunetti 2013b).

**Adenokarsinooma** on rauhasepiteelistä lähtöisin oleva syöpä (Solunetti 2013b). Ruokatorven adenokarsinooman syntyyn liittyy lähes aina refluksi, jossa ruokatorveen takaisin virrannut hapan vatsansisältö ärsyttää ja vaurioittaa limakalvoa aiheuttaen tulehduksen. Pitkäaikaista tulehdusta voi seurata normaalin levyepiteelin korvautuminen kulutusta kestävämmällä lieriöepiteelillä. Kroonistuessaan tulehdus lisää epiteelisolujen uudiskasvua ja DNA-vaurioriskiä. (Ristimäki 2009, 17; Luostarinen 2010, 369.) Karttusen (2009, 24) mielestä lieriöepiteelimetaplasia on adenokarsinooman merkittävin esiaste; syövän arvellaan kehittyvän metaplasia-alueesta.

Tilastojen mukaan levyepiteelikarsinoomien osuus ruokatorven syöivistä on vähenemässä ja adenokarsinoomien osuus kasvamassa (Salo ym. 2010, 306). Levyepiteelikarsinooman tärkeimmät riskitekijät ovat alkoholi ja tupakka. Molempien suurkäyttäjillä on monisatakertainen riski sairastua ruokatorven levyepiteelikarsinoomaan kuin tupakoimattomalla ja alkoholia käyttämättömällä henkilöllä. (Hakulinen 2009, 13; Luostarinen 2010, 382.) Adenokarsinoomassa tärkeimmiksi riskitekijöiksi ovat osoittautuneet refluksitauti, Barretin ruokatorvi, tupakointi ja lihavuus (Ristimäki 2009, 17). Sihvo ja Salo (2002, 1780) lisäävät riskitekijäksi myös ruokatorven alasukijaa relaksoivat lääkkeet, erityisesti teofylliini, beeta-agonistit ja antikolinergit. Teofylliiniä ja antikolinergejä on muun muassa astman hoitoon käytettävissä lääkkeissä, ja beeta-agonisteja sydän- ja verenpainelääkkeissä (Duodecim 2013).

### **2.3 Ruokatorven syövän riskitekijät ja oireet**

Ruokatorven syövän riskitekijöitä ei voida nimetä varmuudella, mutta tietyillä ravinto- ja nautintoaineilla, vitamiinien ja hivenaineiden puutoksilla sekä fysiologisilla syillä on arveltu olevan yhteys syövän syntymisriskiin. Runsas tupakointi ja varsinkin väkevien alkoholijuomien runsas käyttö lisäävät sairastumisriskiä: tupakointi ja alkoholi yhdessä käytettynä suurentavat riskiä entisestään. Vitamiinien A, B, C ja E pitkäaikainen puute voi lisätä sairastumisriskiä, samoin joidenkin hivenaineiden, kuten magnesiumin ja sinkin, puute. Ruoan mukana voi saada sairastumisriskiä kohottavia karsinogeneeneja (syöväälle altistavia aineita) tai yhtä niiden esiastetta, nitraattia. (Luostarinen

2010, 382; Salo ym. 2010, 306.) Luonnollisesti nitraatteja saadaan kasviksista, ja eniten niitä on vihreälehtisissä kasviksissa. Nitraattia käytetään myös lisäaineena elintarvikkeiden, kuten lihatuotteiden ja makkaroiden, valmistuksessa. (Evira 2013.) Järvisen (2013) mukaan karsinogeneenejä sisältäviä yhdisteitä syntyy esimerkiksi, kun lihaa ja kalaa savustetaan, paistetaan, grillataan tai hiillostetaan. Niitä voi syntyä myös suolatussa lihassa ja kalassa, sekä ruoan homehtuessa.

Luostarisen (2010, 369 - 383) mukaan ruokatorveen ja sen toimintaan liittyviä syöpäriskitekijöitä ovat muun muassa akalasia, refluksitauti, Barretin metaplasia, syöpymävamma ja Plummer-Vinsonin oireyhtymä. Akalasia on ruokatorven alaosan peristaltiikkahäiriö, jossa alasulkija ei enää rentoudu nielemisen yhteydessä, ja ruokatorven peristaltiikka lakkaa. Refluksitaudissa mahalaukun paine ja sulkijalihasten aukeaminen aiheuttavat mahalaukun sisällön takaisinvirtausta ruokatorveen. Barretin metaplasiaassa, jota kutsutaan myös Barretin ruokatorveksi, refluksin tuhoaman ruokatorven levyepiteeli muuttuu suolistotyyppiseksi lieriöepiteeliksi. Plummer-Vinsonin oireyhtymä on raudanpuutostila, johon kuuluvat yhtenä oireena ruokatorven limakalvomuutokset (Elonen 2013).

Syövyttävän aineen, kuten lipeän, aiheuttama syöpymävamma ruokatorvessa voi vuosien jälkeen johtaa ahtauman kehittymiseen. Myös rintakehän alueelle aikaisemmin annettu sädehoito voi altistaa myöhemmin kehittyvälle ruokatorven syövälle. (Salo ym. 2010, 307.) Karttunen (2009, 22) arvelee, että suun ja nielun limakalvon syöpää sairastavilla on suurentunut riski sairastua ruokatorven syöpään, koska syöpäkarsinogeenit altistavat koko limakalvoalueen. Lisäksi HPV-infektiolla (human papilloma -virusinfektio) epäillään olevan yhteyttä ruokatorven syöpäriskin lisääntymiseen (Hakulinen 2009, 13).

Ruokatorven syövän tyypillisin oire on dysfagia (nielemisvaikeus), jossa erityisesti kiinteän ruoan nieleminen hankaloituu. Yleensä se ilmenee vasta, kun kaksi kolmannesta ruokatorvesta on ahtautunut, ja kasvain on jo edennyt pitkälle. Muita yleisempiä oireita ovat laihtuminen, rinta- ja ylävatsakivut, takaisinvirtaus ja oksentaminen. Harvinaisempia oireita ovat verenvuodosta

aiheutuvat anemia, verinen oksennus ja verinen uloste. Takaisinvirtaukseen voi liittyä aspiraatiota (mahalaukun sisällön henkeen vetämistä) ja yskää. Levinneen ruokatorven syövän synnyttämä hermovaurio voi aiheuttaa äänen käheytymistä. (Luostarinen 2010, 383; Salo ym. 2010, 307; Duodecim 2013.)

## 2.4 Ruokatorven syövän tutkimukset ja hoitomuodot

Oirehtivan potilaan tutkiminen alkaa tähytyksellä, jonka yhteydessä otettu koepala varmistaa diagnoosin syövän laadusta. Ruokatorven syövän tutkimukset painottuvat levinneisyyden määrittämiseen kuvantamismenetelmillä kuten tietokonetomografialla, magneettikuvauksella sekä endoskooppisella ultraäänitutkimuksella. (Luostarinen 2010, 384; Salo ym. 2010, 308.) Levinneisyyden määrittäminen on tärkeää, koska sen perusteella valitaan hoitolinjat. Hoidot ovat vaativia ja raskaita potilaille, jotka usein ovat iäkkäitä ja joilla on muitakin sairauksia. (Salo ym. 2010, 308.)

Robertsin ja Joensuun (2010, 79) mukaan käytetyin levinneisyysluokittelu kiinteän kudoksen syövässä on Kansainvälisen syöpäunionin (International Union Against Cancer, UICC) TNM-luokittelu. Luokittelussa T kuvaa alkuperäiskasvaimen laajuutta, N alueellisten syöpäimusolmukkeiden kokoa tai määrää ja M kauempana sijaitsevia etäpesäkkeitä. Luokittelun käyttäminen muun muassa helpottaa potilaan hoidon suunnittelua, antaa suuntaa sairauden ennusteesta ja auttaa hoitotulosten arviointia.

**Esofagoskopia** eli ruokatorven tähytys on ruokatorven syövän ensisijainen perustutkimus (Luostarinen 2010, 384). Färkkilä ja Kivilaakso (2010, 288) toteavat, että esofagoskopiaa käytetään syövän erotusdiagnoosissa, sen toteamisessa tai poissulkemisessa. Tähytyksessä ruokatorveen saadaan näköyhteys, jolloin ongelmakohta voidaan paikantaa, ja limakalvon muutoskohdista voidaan ottaa koepala. Koepalan mikroskooppisella tutkimuksella saadaan vahvistus kasvaimen laadusta. Ruokatorvisyöpädiagnoosi voidaan todeta myös kaulan imusolmukkeista otetusta ohutneulanäytteestä, joka on mahdollista vain, mikäli imusolmukkeet ovat käsin tunnisteltavissa. (Salo ym. 2010, 308.)

**Kehon tietokonetomografia** (TT tai Computed Tomography, CT) on tärkein ruokatorven syövän levinneisyyttä selvittävä tutkimus. Se on kerroskuvausmenetelmä, jossa yhdistyvät röntgenkuvaus ja tietokonelaskenta. Tietokonetomografian avulla saadaan samanaikaisesti selvitettyksi sekä syövän paikallinen tilanne että mahdolliset etäpesäkkeet. Varsinkin vatsakalvon ja -paidan sekä keuhkojen etäpesäkkeet näkyvät hyvin tietokonetomografiassa. Imusolmukkeiden etäpesäkkeet arvioidaan niiden koon mukaan: poikkimitaltaan yli kahdeksan millimetrin suuruiset kasvaimet viittaavat pahanlaatuisuuteen. (Kivisaari 2009, 39 - 40; Luostarinen 2010, 384; Duodecim 2013; Gastrolab 2013.)

**Endoskooppinen ultraäänitutkimus** (Endoscopic Ultrasound, EUS) on tähystimen avulla tehty kaikukuvaus ruokatorvessa. Sitä käytetään arvioitaessa syövän infiltraatiosyvyyttä (tunkeutumissyvyyttä) ruokatorven seinämään. Tunkeutumisen syvyydestä voidaan ennustaa etäpesäkkeiden syntymisriskiä. EUS-tutkimuksella saadaan myös tietoa paikallisten imusolmukkeiden tilanteesta. (Sihvo 2009, 49; Salo ym. 2010, 308; Duodecim 2013; Gastrolab 2013.)

**Magneettikuvaus** (MK tai Magnetic Resonance Imaging, MRI) hyödyntää magneettikenttiä, jolloin kehosta saadaan täsmällisiä leikekuvia (Syöpäjärjestöt 2013; Säteilyturvakeskus 2013). Magneettikuvauksessa näkyvät paremmin ne etäpesäkkeet, joita ei muilla kuvantamismenetelmillä välttämättä nähdä. Maksan ja luuston etäpesäkkeet näkyvät parhaiten magneettikuvassa, kunhan ne ovat vähintään viiden millimetrin suuruisia. (Kivisaari 2009, 39 - 40.)

**PET-tutkimus** eli positroniemissiotomografia on radioisotooppitutkimus, jossa kuvataan syövän kiihtynyttä aineenvaihduntaa PET-kameran ja radiomerkkiaineen avulla (Virkkunen, Salonen & Minn 2010, 117). PET-TT-yhdistelmä-tutkimus on tarkempi kuin erikseen tehdyt PET- ja TT-tutkimukset. Se havaitsee ruokatorven syövän etäämpänä sijaitsevat, vähintään läpimitaltaan kahdeksasta kahteentoista millimetrin suuruiset etäpesäkkeet. (Minn 2009, 42 - 44.)

**Muita ruokatorven syövän tutkimuksia** ovat esimerkiksi bronkoskopia (keuhkoputken tähytys) ja laparoskopia (vatsaontelon tähytys). Bronkoskopia tehdään, jos ruokatorven syövän arvellaan levinneen hengitysteihin. Laparoskopialla selvitetään, onko syöpä mahdollisesti levinnyt vatsakalvolle. (Sihvo 2009, 49; Duodecim 2013.) Myös esofagografiaa (ruokatorven varjoainekuvaus) voidaan käyttää nielemisvaikeuksien selvittelyn alkuvaiheessa. Tutkimuksessa juodaan barium-pitoista varjoainetta, joka selventää kuvattavan kohteen. (Sihvo & Salo 2000, 1909; Duodecim 2008.)

Ruokatorven syövän leviämistä ja potilaan kunto vaikuttavat hoitolinjan valintaan. Kaikille ruokatorvisyöpäpotilaille on tarjottava paras mahdollinen hoito syövän levinneisyydestä ja potilaan kunnosta huolimatta. (Sihvo 2009, 48.) Jos potilasta ei voida hoitaa parantavasti eli kuratiivisesti, keskitytään oireita helpottaviin eli palliativisiin hoitoihin. Palliativisessa hoidossa pyritään hallitsemaan oireita ja kipua sekä parantamaan jäljellä olevaa elinajan laatua. (Holmia ym. 2010, 110; Terve Media 2012b.)

**Kuratiivisista hoitomuodoista** leikkaus on ainoa toimenpide, jolla kasvain voidaan saada pois (Holmia ym. 2010, 467). Sihvon (2009, 48) mukaan Suomessa tehdään joka vuosi noin 100 ruokatorven syövän leikkausta. Silvastin (2013) tilaston mukaan Pohjois-Karjalan keskussairaalassa tehtiin vuosina 2010 - 2012 keskimäärin seitsemän leikkausta vuodessa.

Leikkaus tehdään, kun syöpä on paikallinen ja potilaan yleiskunto on riittävä, jotta hän hyötyisi toimenpiteestä. Potilas on leikkauskelpoinen, jos hän jaksaa kulkea esimerkiksi neljä porraskävelyä liikaa hengästyttä. (Sihvo 2009, 48.) Tarkempia leikkauskelpoisuutta arvioivia testejä ovat muun muassa kuntopyörätesti ja spirometria. Kuntopyörätestillä mitataan sydämen toimintaa ja yleistä fyysistä toimintakykyä rasituksen aikana, ja spirometrialla keuhkojen toimintakykyä. (Viklund & Lagergren 2007, 535.) Testitulosten avulla anestesia- ja lääketieteelliset ongelmat pystyy arvioimaan potilaan komplikaatioriskit leikkauksessa (Moxon 2011, 52).

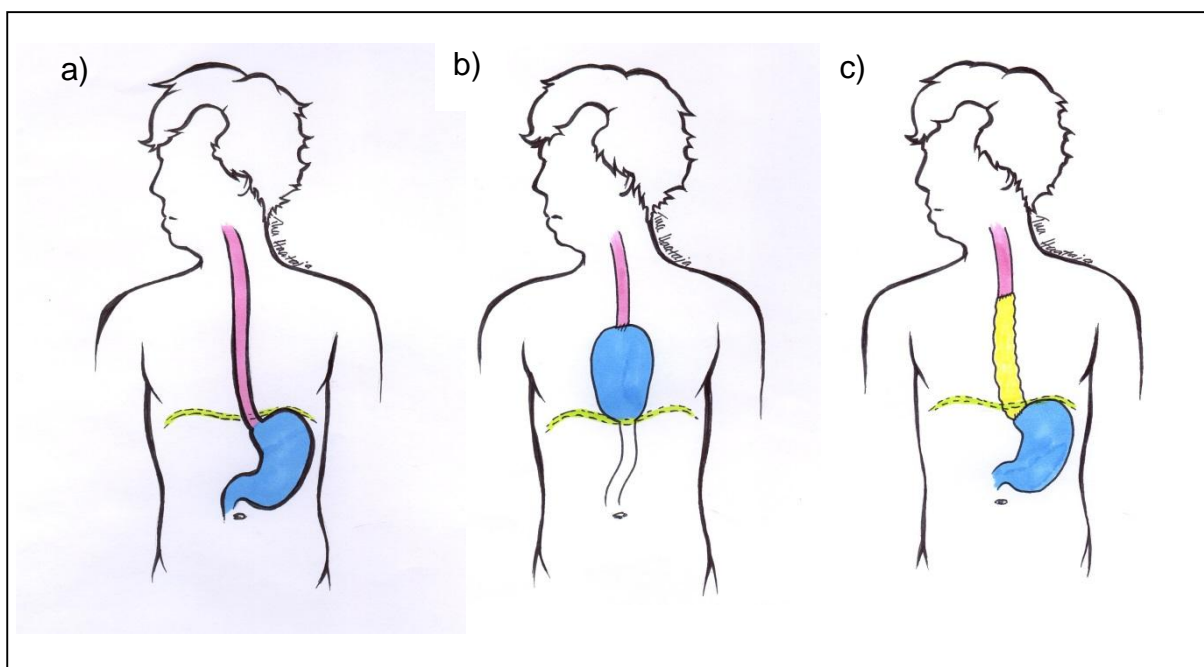
**Endoskooppinen mukosaresektio (EMR)** on tähystämällä tehty limakalvon poisto- tai osapoistoleikkaus. EMR voidaan tehdä varhaisvaiheen pinnallisille kasvaimille, joten ennen toimenpidettä kasvaimen tunkeutumissyvyys on selvitettävä tarkasti. EMR:ssa saadaan kudoksenäyte, jonka perusteella hoitolinja on vielä mahdollista vaihtaa. EMR on hyvä ensisijaisen hoidon vaihtoehto potilaille, joilla on kohonnut leikkausriski. (Luostarinen 2010, 385 - 386; Duodecim 2013.)

**Esofagusresektio** eli ruokatorven poisto tai osapoisto on kuratiivisista hoidoista parhaiten tunnettu. Siinä pyritään poistamaan syöpäkudos ja imusolmuke-etäpesäkkeet kokonaan. (Salo ym. 2010, 309; Duodecim 2013.) Ruokatorven resektio on mahdollinen vain noin 40 prosentille ruokatorvisyöpäpotilaista (Collan 2009, 53). Parantava leikkaus on mahdoton esimerkiksi silloin, kun syöpä on lähettänyt etäpesäkkeitä elimiin tai jos syöpä on levinnyt hengitysteihin. Ruokatorven poistamisen leikkausreittejä on kaksi: transtorakaalinen ja transhiataalinen. (Sihvo 2009, 49; Salo ym. 2010, 309.)

**Transtorakaalisessa leikkauksessa** avataan rintaontelo, jolloin syöpäkasvain ja välirikarsinan imusolmukkeet voidaan poistaa näköyhteydessä (Salo ym. 2010, 309). Transtorakaalisesta leikkauksesta käytetään myös nimityksiä laaja syöpäleikkaus, radikaalileikkaus ja en block -leikkaus (Sihvo 2009, 50; Luostarinen 2010, 386). Leikkauksessa poistetaan ruokatorvea, välirikarsinan rasva- ja imukudosta sekä imusuonirunko (Sihvo 2009, 50). Poistettua ruokatorvea korvataan useimmiten mahalaukulla, joka siirretään rintaonteloon ja liitetään jäljelle jääneeseen ruokatorveen (Sihvo 2009, 50; Salo ym. 2010, 310). Jos mahalaukku ei voida käyttää, korvataan ruokatorvea ohut- tai paksusuolella (Sihvo 2009, 50). Transtorakaalinen leikkaus on potilaalle raskas toimenpide. Siitä toipuminen on hidasta, ja noin puolella leikatuista ilmenee leikkauskomplikaatioita. (Holmia ym. 2010, 468; Salo ym. 2010, 309.) Moxonin (2011, 53) mukaan yleisimmät kuolemaan johtaneet leikkauskomplikaatiot ovat hengityksen vajaatoiminta sekä saumavuodon aiheuttama verenmyrkytys.

**Transhiataalinen leikkaus** tehdään vatsaontelon läpi, ja ruokatorvea poistetaan laajennetun pallea-aukon sekä kaulalle tehdyn aukon kautta.

Leikkauksessa on näköyhteys vain ruokatorven alaosaan, ja imusolmukkeita pystytään poistamaan rajoitetusti. (Salo ym. 2010, 309.) Ruokatorvea korvaava mahalaukku tai suolisiirre avustetaan paikoilleen rintaonteloon ja liitetään jäljelle jääneeseen ruokatorveen (Sihvo 2009, 50; Salo ym. 2010, 310). Transtorakaaliseen leikkaukseen verrattuna transhiitaaliseen leikkaukseen liittyy vähemmän leikkauskomplikaatioita, se on potilasta säästävämpi ja sopii iäkkäille ja muille riskipotilaille. Hoitotuloksiltaan se on kuitenkin huonompi kuin transtorakaalinen leikkaus. (Sihvo 2009, 50 - 51; Luostarinen 2010, 386.) Kuvassa 2 esitellään ruokatorven radikaalileikkaustavat.



Kuva 2. Ruokatorven radikaalileikkaustavat a) ruokatorven normaali anatomia b) ruokatorven alaosa poisto ja korvaaminen mahalaukulla c) ruokatorven alaosa poisto ja korvaaminen suolisiirteellä (Kuva: Tua Haataja).

**Mini-invasiivista ruokatorven poistoleikkausta** voidaan harkita, kun kasvain on rajoittunut limakalvonalauskudokseen. Mini-invasiivisen leikkauksen toteutuksessa käytetään eri tähystys- ja avoleikkausten yhdistelmiä. (Sihvo 2009, 50 - 51.) Tässä opinnäytetyössä ei käsitellä mini-invasiivisten leikkausten tekniikoita tämän tarkemmin.



**Yhdistelmähoito** on leikkauksen, sädehoidon ja solusalpaajahoidon käyttöä silloin, kun kasvaimen hoitaminen pelkällä leikkauksella tai sädehoidolla ei riitä (Kouri, Ojala & Tenhunen 2010, 154). Yhdistelmähoitona voidaan antaa solusalpaajahoitoa, sädehoitoa tai molempia yhdessä joko ennen leikkausta tai koko hoidon ajan (Collan 2009, 53). Luostarisen (2010, 384) mukaan leikkaustoimenpide, johon on yhdistetty jokin yhdistelmähoito, antaa parhaimman leikkauksen jälkeisen eloonjäämisennusteen. Pieni osa sairastuneista voi parantua pelkällä yhdistetyllä solusalpaaja- ja sädehoidollakin (Collan 2009, 53). Yhdistelmähoitossa on tiedettävä hoitojen mahdolliset haitat, sillä ne saattavat kasaantua (Kouri ym. 2010, 154).

**Solusalpaajahoito** tarkoittaa kemoterapia-aineiden eli sytostaattien käyttöä syövän hoidossa. Sytostaatit ovat myrkyllisiä lääkeaineita, jotka vaikuttavat solun jakautumiseen vaurioittamalla solua ja käynnistämällä ohjelmoidun solukuoleman. Eri sytostaatit vaikuttavat solun eri jakautumisvaiheisiin, jolloin yhdistämällä useampia sytostaatteja saadaan hoidolle paras mahdollinen vaste eli hoidolla saavutettu muutos. Sytostaattihoidon yleisesti tunnettuja haittavaikutuksia ovat pahoinvointi, suun kipu ja haavaumat, sekä hiustenlähtö. Sytostaattien annostelussa arvioidaan hoidosta aiheutuvat hyödyt ja haitat. Kun hoidon tavoitteena on syövän mahdollisimman tehokas hoito ja parantaminen, sytostaatteja voidaan antaa isoja määriä lyhyessä ajassa haittavaikutuksista huolimatta. Kun hoidon tarkoituksena on oireiden lievittäminen, pyritään välittömät haittavaikutukset minimoimaan annostelemalla sytostaatteja vähemmän. (Elonen & Elomaa 2010, 161 - 165.)

**Sädehoito** on ionisoivan säteilyn kohdistamista rajatulle alueelle. Säteily vaurioittaa solun rakenteita, ja sillä pyritään aiheuttamaan solukuolema. Solukuolema riippuu lähinnä säteilyn annosmäärästä, eikä samalla annoksella aina saada samaa hoitovastetta. Sädehoidon tehoon vaikuttavat myös solujen sädeherkkyys, solun kasvuvaihe ja kasvaimen koko. (Kouri ym. 2010, 137 - 147.) Sädehoidon tavoitteena voi olla syöpäkasvaimen täydellinen tuhoaminen mahdollisimman vähäisin vaurioin terveille kudoksille tai syövän aiheuttamien oireiden lievittäminen elämänlaadun parantamiseksi (Holmia ym. 2010, 110).

Silvastin (2013) mukaan sädehoitoa voidaan käyttää ennen leikkausta myös kasvaimen pienentämiseksi.

Sädehoito vaikuttaa syöpäkasvaimen lisäksi myös terveisiin kudoksiin, joten haittavaikutusten minimoimiseksi hoitoalue on määriteltävä ja rajattava tarkasti. Sädehoidon välittömiä haittavaikutuksia ovat iho-, limakalvo- ja luuydinreaktiot. Iho voi punoittaa tai hilseillä, limakalvolla voi olla punoitusta ja kivuliaita läiskiä, ja verenkuvaa voi muuttua valkosolujen, verihiutaleiden ja punasolujen määrän vähetessä. Ruokatorveen kohdistettu sädehoito aiheuttaa kipua ja poltetta rintalastan alla sekä nielemisvaikeuksia. Myöhemmin haittavaikutuksia voi ilmetä hitaasti jakautuvissa tai jakautumattomissa kudoksissa. Esimerkiksi keuhkoissa sädeaurio voi aiheuttaa keuhkotulehduksen tai keuhkokudoksen korvautumisen sidekudoksella. (Kouri ym. 2010, 150 - 151.)

**Leikkauspotilas pääsee kotiin**, kun hänen yleiskuntonsa on riittävän hyvä, ja ruokaileminen onnistuu. Sosiaalihoitaja tapaa potilaan ennen kotiutumista ja kartoittaa potilaan tilanteen ja avun tarpeen, sekä järjestää tarvittaessa kotipalvelua tai kotisairaanhoidoa. (Holmia ym. 2010, 469.) Pohjois-Karjalan keskussairaalassa kotiutumisen suunnittelu aloitetaan mahdollisimman varhain, jotta potilaan jatkohoito tai hänen tarvitsemansa tukitoimet olisivat kunnossa osastolta lähtiessä. Arviointiin ja järjestelyihin osallistuu moniammatillinen työryhmä. Jatkohoito järjestetään voimien mukaisesti kotiin tai omaan terveyskeskukseen, ja osastolta lähtiessä potilas saa mukaansa tarvitsemansa kotihoito-ohjeet, reseptit ja lääkärintodistukset. (Pellinen 2013; Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä 2013a.)

Potilaalle varataan seurantakäynti sairaalaan noin kuukauden kuluttua leikkauksesta, jolloin tarvittavat seurannat suunnitellaan potilaskohtaisesti (Pellinen 2013). Salon ym. (2010, 313) mukaan ruokatorvisyöpäpotilasta seurataan resektioleikkauksen jälkeen ensimmäisenä vuonna neljännes- tai puolivuositain, ja sitten vuosittain. Seurannassa tarkistetaan nielemiskyky ja tehdään ruokatorven määräraikaistähystys. Ongelmatilanteissa potilasta ohjataan ottamaan yhteyttä joko suoraan osastolle tai sairaalan ensiapuun (Pellinen 2013).

Ruokatorvisyöpöpotilaan nielemisvaikeudet voivat jatkua hoitomuodosta riippumatta. Nielemisvaikeuksien palaaminen voi pelästyttää potilaan luulemaan, että sairaus on uusiutunut. Ne voivat kuitenkin johtua esimerkiksi jäljellä olevan ruokatorven ja mahalaukun tai suolisiirteen liitoskohdan ahtautumisesta. (Ollus 2010, 748; Moxon 2011, 54.) Ahtauma on hoidettavissa tähystyksellä tehtävällä laajennuksella, ja se voidaan tehdä useastikin (Salo ym. 2010, 313). Lisälaajennusten ohella ahtauman hoitomuoto voi olla ruokatorvistentti, joka on vähemmän kajoava tapa varmistaa potilaan nielemiskyky (Moxon 2011, 55).

**Palliativinen hoito** on kokonaisvaltaista, aktiivista ja moniammatillista hoitamista, ja siihen siirrytään, kun parantava hoito ei enää ole mahdollista. Palliativinen hoito käsittää oireiden lievityksen, kivun hoidon ja ravitsemuksesta huolehtimisen. Valitussa hoitolinjassa on huomioitava potilaan usein lyhyt elinaikaiten, että tuona aikana hän ei enää joutuisi kärsimään syövän oireista, hoitojen sivuvaikutuksista tai tarpeettomista toimenpiteistä. (Kellokumpu 2009, 62.)

Ruokatorvisyöpöpotilaan palliativisen hoidon tavoite on säilyttää nielemiskyky, jotta potilas pystyisi syömään ainakin juoksevassa muodossa olevia ruokia, ja saisi olla kotonaan mahdollisimman pitkään (Salo ym. 2010, 310). Nielemistä voidaan helpottaa muun muassa ruokatorven säde- ja/tai sytostaattihoidolla, syöpäkasvaimen polttamisella tähystyksessä tai ruokatorvea laajentavalla proteesilla. Lisäksi sädehoitoa voidaan antaa esimerkiksi hengenahdistukseen ja etäpesäkkeiden aiheuttamiin luustokipuihin. (Holmia ym. 2010, 110, 470.)

Palliativinen hoito alkaa usein syöpäkasvaimen polttamisella, jolla tuhoetaan syöpäkasvainta ja avataan ruokatorvea. Jos kerran kuukaudessa tehtävä polttaminen ei riitä sairauden edetessä, potilaalle asetetaan tähystysleikkauksessa proteesi ruokatorveen. (Holmia ym. 2010, 470; Salo ym. 2010, 310.) Proteesi eli stentti pitää ruokatorven avoimena, jolloin potilas saa välittömän avun vaikeaan nielemisvaivaansa, ja sairauden loppuvaiheen elämänlaatu paranee. Stenttejä on erilaisia, ja sen valinnassa tasapainoillaan stentin liikkumisen ja kasvaimen stentin sisälle kasvamisen välillä. Muovistentti estää kasvaimen kasvun stentin sisään, mutta sen ongelmana on stentin

liikkuminen ruokatorvessa. Verkkostenttien heikkous on kasvaimen kasvu metalliverkon läpi, jolloin stentti kiinnittyy paikoilleen ja vähitellen umpeuttaa ruokatorvea. Osittain muovipäälylytetyn metalliverkkostenttien keskiosa on muovia, ja päissä on metallilangat. Muovi estää kasvaimen sisäänkasvamisen, ja langat kiinnittävät stenttien paikoilleen eikä stentti liiku liikaa. (Felix, Caetano, Cipullo, Almodova, Colaiacovo & Zamboti 2011.)

### **3 Ruokatorvisyöpöpotilaan hoitotyö**

Hoidon suunnittelu ja toteutus alkavat sairauden mahdollisimman varhaisessa vaiheessa. Se on moniammatillista yhteistyötä, johon osallistuvat potilas läheisineen, ja muun muassa potilasta hoitavat lääkärit ja hoitajat, sekä ravitsemusterapeutti ja sosiaalityöntekijä. (Holmia ym. 2010, 468.) Aloitensa asiantuntijat yhdistävät tietoaan ja kokemustaan yhteisen päämäärän, eli potilaan ja hänen hoitonsa parhaaksi (Lauri 2000, 280).

Moniammatillisessa työryhmässä hoitajalla on merkittävä koordinaattorin tehtävä, kun hän varmistaa potilaan hoidon jatkuvuuden, tekee hoitotoimenpiteitä, sekä tukee psyykkisesti potilasta ja tämän omaisia (Holmia ym. 2010, 468). Hoitaja antaa tietoa, tukea ja neuvoja potilaalle ja hänen läheisilleen, sekä parhaimmillaan toimii yhdyshenkilönä varmistamalla potilaan saumattoman siirtymisen eri hoitoyksiköiden välillä (Moxon 2011, 56). Doughertyn (2010, 305) mukaan hoitaja on potilaille läheisin ja näkyvin osa moniammatillista työryhmää, ja hän tarvitsee työssään muiden ryhmäläisten apua. Hoitajalla on tärkeä rooli potilaan asianajajana, ja hän voi toiminnallaan edistää potilaan ja tämän läheisten ymmärrystä työryhmän toimintatavoista. Työryhmän toiminnan ymmärtäminen edesauttaa avointa ja rehellistä vuorovaikutusta.

Brittiläisen tutkimuksen mukaan hoitajat usein auttavat potilaita ymmärtämään lääkärin kanssa käytyjä keskusteluja selventämällä niitä (Mills & Sullivan 2000, 240). Hoitotyötä tehdessään hoitaja pystyy huomioimaan ja tunnistamaan potilaan ja hänen läheistensä mieltä painavia asioita, kun he yrittävät ymmärtää

sairautta ja siihen liittyviä hoitoja (Dougherty 2010, 305). Hoitaja voi olla potilaan ja hänen läheistensä kannalta helpoimmin lähestyttävä työryhmän jäsen. Esimerkiksi ongelmatilanteissa voidaan herkemmin ottaa yhteyttä ja ongelmat saadaan hallintaan aikaisessa vaiheessa. (Viklund & Lagergren 2007, 534; Moxon 2011, 54.) Hoitaja on kokonaisvastuussa potilaan ohjauksesta ja sen toteuttamisesta, sillä hän on ajallisesti eniten tekemisissä potilaan kanssa (Torkkola, Heikkinen & Tiainen 2002, 26).

Tässä opinnäytetyössä käsitellään lähemmin ruokatorvisyöpäpotilaan hoitotyöhön liittyvää ravitsemusta, kivunhoitoa ja henkistä jaksamista. Potilasohjauksen osa-alueista esitellään suullinen ja kirjallinen potilasohjaus. Opinnäytetyön tehtävänä on tuottaa potilasohje, mutta myös suullista potilasohjausta tehdään hoitotyön ohessa jatkuvasti.

### **3.1 Potilasohjaus**

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) on hoitotyössä tehtävän potilasohjauksen perusta. Laissa potilaan oikeuksiksi määritellään muun muassa tiedonsaanti- ja itsemääräämisoikeudet. Potilaalla on oikeus saada ymmärrettävää tietoa terveydentilastaan, eri hoitovaihtoehdoista, hoidon merkityksistä ja muista hoitoon vaikuttavista asioista. Hänellä on myös oikeus kieltäytyä vastaanottamasta tietoa. Itsemääräämisoikeuteen kuuluu, että hoito toteutetaan yhteisymmärryksessä potilaan kanssa. Potilaalla on oikeus kieltäytyä hänelle suunnitelluista hoidoista tai hoitotoimenpiteistä, jolloin häntä on hoidettava muulla potilaan hyväksymällä lääketieteellisellä tavalla.

**Ohjaus-käsitteellä** on Kääriäisen (2007, 27 - 29) mukaan hoitotieteessä ja -työssä useita merkityksiä. Ohjaus voidaan käsittää tiedon antamiseksi, neuvonnaksi, opetukseksi tai opastukseksi. Hoitotyössä ohjaus voi olla hoitotyön toimintoja, potilaan hoitoprosessiin liittyvää vuorovaikutusta ja tiedon antamista siten, että se auttaa potilasta tekemään valintoja oman hoitonsa suhteen. Ohjaus on potilaan ja hoitajan välisen vuorovaikutukseen perustuvaa yhteistyötä, joka perustuu potilaan tarpeisiin ja tavoitteisiin (Kuhanen, Oittinen, Kanerva, Seuri & Schubert 2010, 161).

**Ohjaus on sosiaalista tukea**, joka hoitajan antamana on tiedollista, emotionaalista tai konkreettista tukemista. Sen tarkoitus on lisätä ja vahvistaa potilaan sekä hänen läheistensä voimavaroja ja niiden käyttöä. Tiedollista tukea annetaan pääasiassa suullisesti ja kirjallisesti, ja se on esimerkiksi tietoa sairaudesta ja sen hoitoon liittyvistä asioista. Tiedollinen tuki lisää potilaan turvallisuuden tunnetta ja auttaa hoitoon liittyvässä päätöksenteossa. Emotionaalinen tuki ohjaustilanteessa on myönteisen, ystävällisen ja palveluallttiin ilmapiirin luomista potilasta kuunnellen ja kannustaen, sekä rohkaisten tunteiden ilmaisemiseen ja käsittelemiseen. Konkreettinen tuki on käytännön asioiden järjestämistä, esimerkiksi aikojen varaamista tai kuntoutuksen ja jatkohoidon järjestämistä potilaan puolesta. (Jussila, Kangas & Haltamo 2010, 185.) Kuhanen ym. (2010, 161) lisäävät sosiaalisen tuen muodoksi vielä tulkintatuen, jonka avulla potilasta ohjataan tarkastelemaan, arvioimaan ja ymmärtämään omaa tilannettaan. Tulkintatuen tavoite on, että potilas oppii käyttämään voimavarojaan, ratkaisemaan ongelmiaan tai löytämään uusia toimintatapoja.

**Ohjaamisen tavoite** on potilaan terveyden ja toimintakyvyn edistäminen, sekä hänen elämänlaatunsa ja hoitoon sitoutumisensa parantaminen. Sillä pyritään vahvistamaan potilaan itsehoitoa, itsenäistä päätöksentekokykyä ja jokapäiväisessä elämässä selviytymistä. (Kuhanen ym. 2010, 160.) Potilasohjausta annetaan pääasiassa suullisesti, koska se mahdollistaa kaksisuuntaisen vuorovaikutuksen antaen tilaisuuden kysymyksille, vastauksille ja väärinkäsitysten oikaisemiselle sekä hoitajan antamalle sosiaaliselle tuelle. Vuorovaikutteista potilasohjausta voidaan tukea erilaisten oheismateriaalien avulla. (Kyngäs, Kääriäinen, Poskiparta, Johansson, Hirvonen & Renfors 2007, 74.) Potilasta on rohkaistava kysymään epäselviksi tai mieltä painamaan jääneitä asioita (Torkkola ym. 2002, 31).

**Taustatekijät** vaikuttavat sekä hoitajan että potilaan toimintaan. Kun vuorovaikutteista ohjaussuhdetta rakennetaan, on huomioitava molempiin vaikuttavat taustatekijät. Tavoite on, että molemmat osapuolet puhuvat samaa kieltä, ymmärtävät keskustelun samalla tavalla ja pääsevät asioista yhteisymmärrykseen. (Kyngäs ym. 2007, 38 - 39; Kuhanen ym. 2010, 161.)

Taustatekijät ovat fyysisiä, psyykkisiä, sosiaalisia ja muita ympäristöön liittyviä taustatekijöitä (Kyngäs ym. 2007, 28).

Potilaan **fyysisiä taustatekijöitä** ovat esimerkiksi ikä ja terveydentila. Ikääntyneellä voi olla fyysisiä, aisteihin liittyviä rajoitteita tai muistisairaus, jotka vaikuttavat tiedon vastaanottamiseen ja ohjaukseen. **Psyykkisiä taustatekijöitä** voivat olla ohjaukseen liittyvät odotukset ja motivaatio, jotka vaikuttavat ohjauksessa käsiteltävien asioiden omaksumiseen. (Kyngäs ym. 2007, 29 - 30, 32.)

**Potilaan sosiaalisia taustatekijöitä** tarkasteltaessa on nähtävä potilas osana ympäristöään ja maailmankuvaansa, jotka vaikuttavat hänen toimintaansa. Sosiaaliin taustatekijöihin vaikuttavat muun muassa sosiaaliset, kulttuurilliset ja uskonnolliset tekijät. Kun potilaan tukiverkosta kartoitetaan, on selvitettävä hänen suhteensa läheisiin, läheisten tarjoama tuki potilaalle sekä läheisten ohjaustarve. Läheisten näkökulmasta on huomioitava heidän käsityksensä omista ja asiakkaan ohjaustarpeista. Ohjattaessa hoitaja tukee potilaan yksilöllisyyttä ja kunnioittaa hänen itsemääräämisoikeuttaan. Jos potilaan ja omaisten käsitykset poikkeavat toisistaan, hoitajan on kunnioitettava potilaan tahtoa, mikäli hän on oikeustoimikelpoinen ja ymmärtää tilanteensa. (Kyngäs ym. 2007, 35 - 36.)

**Ympäristön tekijät**, kuten hoitotyön fyysinen ympäristö ja ihmissuhdeympäristö, voivat tukea tai heikentää annettavaa ohjausta. Hoitoyksikön siisteys ja viihtyisyys sekä ohjaukseen tarkoitettu tila vaikuttavat potilaan odotuksiin. Ihmissuhdeympäristöön vaikuttavat hoitoyksikön ilmapiiri, myönteisyys ja kiire. Hoitajan kiireettömyys ohjaustilanteessa osoittaa potilaan kunnioittamista ja antaa mahdollisuuden vuorovaikutukselliselle ohjaukselle. (Kyngäs ym. 2007, 36 - 38.)

**Potilaan henkinen ja hengellinen tila** ohjaustilanteessa voivat helpottaa tai vaikeuttaa ohjauksen onnistumista (Kyngäs ym. 2007, 43). On tärkeää tunnistaa potilaan yksilöllinen tilanne, koska hänen senhetkiseen tiedontarpeeseensa vaikuttavat muun muassa sairauden vaihe ja siitä johtuva

psykykinen tila (Suominen 2000, 208, 211). Esimerkiksi syöpädiagnoosivaiheessa potilas haluaa tietoa sairaudesta, tutkimuksista ja hoidoista, sekä niiden vaikutuksista. Tällöin selkeät ohjeet ja aikataulut tuovat järjestystä muutoin sekavaan elämäntilanteeseen. Hoidon edetessä potilaalle annetaan lisää sairauteen liittyvää tietoa. (Lauri & Sainio 1996, Suominen 2000, 207 mukaan.) Suominen (2000, 208) toteaa, että muun muassa potilaan persoonallisuus, fyysinen kunto, sairaalassa vietetty aika ja lääkityksen määrä vaikuttavat tilanteeseen liittyvään tiedontarpeeseen. Sairauden pitkittyessä tiedonsaannin merkitys korostuu entisestään.

**Hyvä suunnittelu ja valmistelu** ovat onnistuneen potilasohjauksen perusta. Koska ohjaus pohjautuu potilaan tarpeisiin ja niiden mukaan asetettuihin tavoitteisiin, hoitajan on tutustuttava ohjattavan potilasasiakirjoihin. Potilastietoihin perehtyminen mahdollistaa yksilöllisen ohjauksen, ja sillä vältetään toistamasta potilaalle ennestään tuttuja asioita. (Torkkola ym. 2002, 26.) Kynkään ym. (2007, 43) mukaan on olennaista tunnistaa potilaan tarvitsemat ja hänen itsensä haluamat tiedot ja taidot sekä hänelle paras tapa omaksua uusia asioita. Vuorovaikutuksellisessa ohjaustilanteessa tarpeita ja tavoitteita täsmennetään tarvittaessa (Torkkola ym. 2002, 26).

**Laadukkaalla ohjauksella** on terveyttä edistävä vaikutus. Potilaan tiedon määrän lisääntyessä myös asian ymmärtäminen ja muistaminen lisääntyvät. Hyvällä ohjauksella voidaan edistää potilaan toimintakykyä ja kotona selviytymistä, hoitoon sitoutumista ja itsehoitoa sekä elämänlaatua ja itsenäistä päätöksentekoa. (Kyngäs ym. 2007, 145.) Mitä enemmän potilaalla on tietoa sairaudestaan ja sen hoidosta, sitä itsenäisempi hän on (Torkkola ym. 2002, 35). Oikein ajoitettu tiedon antaminen voimaannuttaa potilasta ja lisää tilanteen hallinnan tuntua. Tiedon perusteella voi toivoa parasta, mutta samalla valmistautua pahimpaan. (Moxon 2011, 54.)

Suullista ohjausta pidetään tiedonannon kulmakivenä, koska yleensä sitä annetaan henkilökohtaisessa vuorovaikutuksessa. Suullista ohjausta on usein vahvistettava tarkoituksenmukaisella ja hyödyllisellä kirjallisella materiaalilla. (Mills & Sullivan 2000, 237.)



**Kirjallista ohjausmateriaalia**, kuten potilas- tai kotiutusohjeita, käytetään suullisen ohjauksen rinnalla. Niiden käyttäminen on perusteltua varsinkin silloin, kun suulliseen ohjaukseen varattu aika on vähentynyt esimerkiksi lyhentyneiden sairaalassaoloaikojen vuoksi. Kirjallista ohjausmateriaalia pitäisi antaa potilaalle sopivaan aikaan ja sopivassa paikassa. Ohjausmateriaalia voidaan lähettää potilaalle kotiin, jolloin hän voi ennalta tutustua niihin ja miettiä kysymyksiä ohjaustilanteeseen. Ohjeen voi antaa myös henkilökohtaisesti, jolloin sitä voidaan täydentää potilaan yksilöllisten tarpeiden mukaan vuorovaikutuksellisessa ohjaustilanteessa. (Torkkola ym. 2002, 25; Kyngäs ym. 2007, 124 - 125.) Potilas perheineen voi myöhemmin tukeutua kirjallisiin ohjeisiin sekä tarkistaa niistä tietoja ja selventää väärinkäsityksiä (Mills & Sullivan 2000, 242; Kyngäs ym. 2007, 124; Moxon 2011, 54). Kirjallinen tieto helpottaa myös läheisiä ymmärtämään, mitä on tapahtunut ja mitä on odotettavissa (Mills & Sullivan 2000, 243).

**Hyvä potilasohje** on puhutteleva, ja lukija ymmärtää heti, että teksti koskee häntä. Otsikosta ja ensimmäisestä virkkeestä on ilmevä, mistä on kyse. Ohjeen tekstirakenne riippuu ohjeen aiheesta, sillä erityyppiset ohjeet rakentuvat eri tavoin. Esimerkiksi sairauden syistä ja hoidoista kertova ohje voi vastata kysymyksiin, mistä sairaudesta on kyse, miten ja missä sitä hoidetaan, millaisia seurauksia hoidolla on ja kuka hoitoa antaa. (Torkkola ym. 2002, 36, 42 - 43.) Potilasohjeen yksi tehtävä voi olla myös lukijan tutustuttaminen uuteen sanastoon, jota hän kuulee tai näkee sairautensa tutkimusten ja hoitojen yhteydessä (Hyvärinen 2005, 1772).

Potilasohjeen on oltava sisällöltään monipuolinen. Parhaimmillaan siinä käsitellään kokonaisvaltaisesti sairauden oireita, seurantaa ja hoitoa, kokemuksia ja tuntemuksia, toiminnallisia muutoksia, sosiaalisia suhteita sekä eettisiä ja taloudellisia asioita. Lisäksi ohjeessa on hyvä kertoa, mistä lukija voi saada asiasta lisätietoa. Hyvän potilasohjeen ulkoasu on selkeä, teksti helppolukuista ja lukeminen miellyttävää. Teksti on hyvää äidinkieltä, ja sen selkeyttä lisää vierasperäisten sanojen tai ammattisanaston välttäminen. Tekstin on edettävä hyvin, ja ohjeen oleellimmat asiat on osoitettava selvästi. Ohjeen kiinnostavuutta lisää se, että ohjetta voi soveltaa omakohtaisesti ja siitä

saatava tieto on hyödyllistä. (Leino-Kilpi & Salanterä 2009, 6 - 7.) Kuvat ja piirustukset voivat täydentää ja selittää tekstiä sekä lisätä ohjeen luettavuutta, kiinnostavuutta ja ymmärrettävyyttä. Hyvä esimerkki onnistuneesta kuvituksesta on anatomiaa selventävä kuva potilasohjeessa. (Torkkola ym. 2002, 40; Nicklin, Kirby & Blazeby 2009, 38.) Kyngäs ym. (2007, 125) toteavat, että huonosti ymmärrettävät kirjalliset ohjeet voivat heikentää muuten hyvää ohjausta. Vaikeaselkoisesti kirjoitetut ohjeet voidaan ymmärtää väärin, ja se saattaa lisätä asiakkaan pelkoa ja huolestuneisuutta.

### **3.2 Tiedontarve**

Brittiläisten tutkimusten (Mills & Sullivan 2000, 244; Moxon 2011, 54) mukaan ruokatorvisyöpöpotilaat tarvitsevat tietoa koko sairautensa ajan, diagnoosista toipumiseen. On tärkeää tunnistaa potilaiden yksilöllisyys ja antaa tietoa sen mukaisesti jo alusta lähtien. Toiset potilaat haluavat kuulla asioista suoraan, toiset kaipaavat positiivisempaa tiedottamista. Potilaat haluavat rehellistä tietoa riippumatta siitä, onko tieto ”hyvää” vai ”pahaa”. Hoitajan vilpittömätkin yritykset hälventää pelkoja epämääräisiä vastauksia antamalla voidaan tulkita valehteluksi. Ohjauksessa on huolehdittava, että potilaita ei kuormiteta liian teknisillä tiedoilla tai oleteta tietävän asioista; jopa yksinkertaiset toimenpiteet pitäisi selittää. Potilaat kokivat ongelmana henkilökunnan tietämättömyyden, vaikeasti lähestyttävyyden tai kiireellisyyden, ammattikielen käyttämisen sekä epämääräisen tai ristiriitaisen tiedon antamisen. Potilaat arvostivat sitä, että henkilökunta pystyy myöntämään tietämättömyytensä, että heillä on aikaa potilaalle ja herkkyyttä tunnistaa yksilölliset tarpeet. (Mills & Sullivan 2000, 238, 241, 243 - 244.)

Syöpöpotilaat ja heidän läheisensä toivovat luottamuksellista hoitosuhdetta hoitohenkilökunnan kanssa ja haluavat olla paremmin valmistautuneita tuntemattomaan tulevaisuuteen. Tunnistamalla potilaan ja hänen läheistensä tarpeet hoitohenkilökunta voi paremmin keskittyä hoidossa niihin asioihin, jotka ovat potilaalle kaikkein tärkeimpiä. (Dougherty 2010, 306.)

### 3.3 Ravitseminen

Syöminen ja juominen ovat päivittäisiä perustarpeita, joilla tyydytetään kehon energian, suojaravinteiden ja veden tarve. Ateriat rytmittävät elämää ja ovat yksi fyysisen ja psyykkisen nautinnon lähde. Ruokailu ja ruokailutavat vaikuttavat terveydentilaan: hyvä ruokavalio ylläpitää ja edistää terveyttä. (Anttila, Kaila-Mattila, Kan, Puska & Vihunen 2010, 182.) Riittävä ravitsemusperustarpeiden tyydyttäminen on perusoikeus hyvinvointiyhteiskunnassa, ja se on myös syöpäpotilaan oikeus (Nuutinen, Alahuhta & Ala-Kokko 2005, 552; Ollus 2010, 746).

**Optimaalinen ravitsemustila** on Kauppisen (2009, 14) mukaan tila, jossa ihminen saa energiaa ja ravintoaineita parhaan mahdollisen terveydentilan saavuttamiseksi. Silloin kehossa on riittävästi varastoja myös sairaus- ja stressitilanteisiin. Virheravitsemuksessa ravintoaineiden tarve ja hyväksikäyttö ovat epätasapainossa, ja ruokavaliossa on yhden tai useamman ravintoaineen puutetta tai ylimäärää. Hyvä ravitsemustila tukee hoitoa, parantaa elämänlaatua ja ehkäisee aliravitsemuksesta johtuvia komplikaatioita (Schwab 2009, 176). Aliravitsemus on seurausta ruoan pitkäaikaisesta puutteesta (Duodecim 2013). Siitä käytetään joissakin lähteissä termiä vajaaravitsemus, mutta tässä opinnäytetyössä käytetään termiä aliravitsemus.

Ollus (2010, 749) toteaa, että jokaisen syöpäpotilaan ravitsemustila pitäisi arvioida heti hoidon alussa. Ravitsemustilaa on seurattava säännöllisesti potilaan kunnon ja paikallisten hoitokäytänteiden mukaisesti. Kauppisen (2009, 16 - 19) mukaan ravitsemustilan arviointimenetelmiä ovat muun muassa painon mittaus, ruokavalioanamneesi, kliininen tutkimus, toimintakyvyn arviointi, laboratoriotutkimukset ja ravitsemusriskiseulonnat. Arvioinnissa on syytä käyttää useita eri mittareita, koska lähes kaikilla mittausmenetelmillä on omat rajoituksensa ja virhelähteensä.

Paino mitataan säännöllisesti, ja sen muutokseen reagoidaan asianmukaisesti; esimerkiksi merkittävä tahaton painonmenetys (liite 3) voi viitata proteiinienergia-aliravitsemukseen. Painon seurannassa on huomioitava mahdollisten turvotusten aiheuttama painonnousu. Ruokavalioanamneesissa

selvitetään haastattelemalla ruokatottumukset, ruokahalun ja ruokailun muutokset, ruokahaluun vaikuttavat muut sairaudet sekä mahdolliset ruoansulatushäiriöt. Kliinisessä tutkimuksessa huomioidaan muun muassa ihonalaisen rasvan määrä ja lihasten surkastuminen sekä ihon, limakalvojen, kynsien ja hiusten kunto. Toimintakykyä arvioidaan päivittäisissä toiminnoissa selviytymisenä ja siinä tapahtuneina muutoksina. Laboratoriotutkimukset ovat melko epätarkkoja, ja niitä käytetään potilaskohtaisesti esimerkiksi epäiltäessä puutostiloja. (Kauppinen 2009, 16 - 19; Ollus 2010, 750.)

Ravitsemusriskiseulonnan mittareita on useita. Syöpäpotilaalle käyttökelpoinen on sairaaloissa käytetty NRS-2002 eli Nutritional Risk Screening 2002 -mittari. Liitteenä 4 oleva NRS-2002 mittaa potilaan aliravitsemusriskiä kolmesta eri näkökulmasta. Mittari huomioi potilaan nykyisen ravitsemustilan, sairauden vaikeusasteen ja iän. Ravitsemusriskiarviointi helpottaa tunnistamaan potilaat, joilla on aliravitsemusta tai sen kehittymisen riski. (Kondrup, Allison, Elia, Vellas & Plauth 2003, 417.)

**Painonmenetyks ja aliravitsemus** ovat tyypillisiä syöpäpotilaalle. Ruokahaluttomuuden ja riittämättömän energiansaannin lisäksi painonmenetykseen vaikuttaa sairauden aiheuttamat aineenvaihduntamuutokset, jotka lisäävät energiankulutusta. Painonmenetyks voi lisääntyä syöpädiagnoosin jälkeen, koska sairastumiseen ja sairauteen liittyvät psyykkiset ja fyysiset tekijät voivat vaikeuttaa syömistä entisestään. (Ollus 2010, 746, 748.)

Aliravitsemus on painonmenetyksen seurausta ja todettavissa, kun potilas täyttää kolme aliravitsemuksen kriteeriä, jotka on mainittu liitteessä 3 (Kauppinen 2009, 20; Schwab 2009, 176). Hoitamaton aliravitsemus huonontaa syöpähoitojen sietokykyä ja ennustetta, lisää infektioalttiutta, liitännäissairauksia ja syöpäkuolleisuutta, heikentää elämänlaatua, sekä johtaa väsymykseen ja lihasheikkouteen (Nuutinen ym. 2005, 552; Ollus 2010, 746). Olluksen (2010, 746) mukaan syöpäpotilaista on aliravittuja 30 - 80 prosenttia.

Kakeksia on vaikea aliravitsemustila, jossa lihas- ja rasvakudosten katoaminen johtaa potilaan kuihtumiseen ja riutumiseen, väsymykseen ja yleisvoimien

huononemiseen (Ukkola 2005, 985; Terveysportti 2013). Kakeksia poikkeaa nälkiintymisestä siinä, että se ei reagoi tehostettuun ravitsemushoitoon ja on palautumaton tila (Jäntti 2010, 228). Terminaalivaiheen syöpäpotilaista noin 70 prosentilla on kakeksia, ja se on kuolinsyy 5 - 23 prosentilla potilaista (Ollus 2010, 748).

**Ravitsemushoidon tavoitteet** asetetaan yksilöllisesti jokaiselle potilaalle. Ne ovat realistisia ja huomioivat syövän luonteen ja vaiheen, muut mahdolliset sairaudet sekä valitun hoitolinjan. (Jäntti 2010, 226.) Viitalan (2009a, 159) mukaan syöpäpotilaan ravitsemushoidon tärkein tavoite on mahdollisimman hyvä ravitsemustila ja sen ylläpito. Jäntti (2010, 236) lisää tavoitteeksi mahdollisimman vähäisen kudostenetyksen hoitojen aikana, sekä potilaan elämänlaadun tukemisen.

**Ravitsemus pyritään toteuttamaan** ensisijaisesti ruoansulatuskanavan kautta, koska se ylläpitää suoliston toimintaa ja rakennetta. Suun kautta nautittava perusruokavalio on ravitsemushoidon lähtökohta. Jos perusravitsemus on riittämätöntä, energian saantia voidaan lisätä esimerkiksi runsasenergisellä tai -proteiinisella ruokavaliolla, jota voidaan täydentää ravintovalmisteilla. Täydennysravintovalmisteita on kahdenlaisia: ravintosisällöltään monipuolisia valmiita juomia ja jauheita sekä yksittäisiä ravintoaineita sisältäviä ruokiin sekoitettavia jauheita ja nesteitä. (Jäntti 2010, 232; Ollus 2010, 750.) Apteekit myyvät täydennysravintovalmisteita ilman reseptiä (Viitala 2009b, 8).

Mikäli ravinnonsaanti ei onnistu suun kautta tai potilas ei pysty syömään riittävästi, siirrytään letkuruokintaan. Esimerkiksi nenä-mahaletkuruokinnassa ravinto viedään nenän kautta asetetun letkun kautta suoraan mahalaukkuun ja PEG-letkulla ravinto ohjataan mahalaukkuun tai ohutsuoleen. Tarvittaessa ravitsemushoitoa voidaan tehostaa parenteraalisella eli suonensisäisellä ravitsemuksella, jolloin ravintovalmisteet annostellaan suoraan laskimoon. (Viitala 2009a, 160 - 161; Jäntti 2010, 234.) Suonensisäiseen ravitsemushoitoon liittyy kohonnut infektiio- ja verenmyrkytysriski, jonka vuoksi sitä käytetään harkiten valituille potilaille (Nuutinen ym. 2005, 557). Kaikkia eri ravintoantotapoja voidaan käyttää samanaikaisesti potilaan kunnon mukaan:

osan ravinnosta voi syödä, osa ravinnontarpeesta voidaan tyydyttää PEG-letkun kautta ja osa suonensisäisesti (Viitala 2009a,161).

Syöpöpotilaan tyypillisiä ravitsemusongelmia ovat Viitalan (2009a, 161 - 165) mukaan ruokahaluttomuus, pahoinvointi ja oksentelu, nielemisvaikeudet sekä ripuli ja ummetus. Ravitsemusongelmia, jotka johtuvat perussairaudesta ja sen hoidoista, voidaan hoitaa lääkkeillä. Niitä voidaan hoitaa ja myös ehkäistä ravinnon avulla. (Jäntti 2010, 236.)

**Ruokahaluttomuus** voi johtua syövän aiheuttamasta psyykkisestä stressistä, joka voi aiheuttaa masennusta, henkistä väsymystä, elämänhalun katoamista ja edelleen ruokahalun häviämistä (Nuutinen ym. 2005, 553). Ruokahalua voivat heikentää myös syöpäkivut ja rankat hoidot sivuvaikutuksineen (Haglund, Huupponen, Ventola & Hakala-Lahtinen 2010, 306 - 307; Ollus 2010, 746). Ruoka ei saata maistua, koska ruokahalua ei ole tai koska sen on menettänyt esimerkiksi haju- ja makuaistimusten muuttumisen takia (Lauri, Virtanen, Lehti & Hiltunen 2002, liite 3).

Hajuaistin herkistymisen takia kaikenlaiset hajut voivat tuntua epämiellyttäviltä, ja herkistynyt hajuaisti vaikuttaa myös makutuntemukseen (Viitala 2009a, 162; Ollus 2010, 752). Potilaan perusmakujen maistaminen voi muuttua. Makean, suolaisen ja happaman tunnistamiskynnyksen noustessa niitä tarvitaan ruokaan enemmän, jotta ne maistuisivat. Karvaan tunnistamiskynnyksen laskiessa ruoka voi maistua pahalta tai jopa pilaantuneelta. (Viitala 2009a, 162.) Raudan tai sinkin puute voi altistaa makumuutoksille (Ollus 2010, 752).

Ruokahaluttomuuden syy on selvitettävä, jotta siihen voidaan yrittää vaikuttaa. Käytännön keinoja ovat esimerkiksi kivun hoitaminen siedettävälle tasolle, ruokailutilanteen tekeminen mahdollisimman viihtyisäksi tai mieliruokien tarjoaminen. Myös fyysinen aktiivisuus ja ulkoilu voivat lisätä ruokahalua. (Lauri ym. 2002, liite 3.) Potilaan sekä kaikkien hänen hoitoonsa osallistuvien on tärkeää ymmärtää ruokahaluttomuuden syy. Tavoitteena on, että potilas on motivoitunut yrittämään syömistä ja on tietoinen siitä, kuinka voi itse vaikuttaa ravinnonsaantinsa riittävyyteen. Häntä ohjataan ja kannustetaan säännölliseen

syömiseen ruokahalun puuttumisesta huolimatta. (Lauri ym. 2002, liite 3; Viitala 2009b, 6.) Syömään painostaminen ei kuitenkaan kannata, sillä ruokahalu ja mieliteot voivat vaihdella huomattavasti päivittäin. Huononakin päivänä kannattaa syödä edes vähän, koska syömättömyys lisää huonoa oloa. Päivinä, jolloin ruokahalu on parempi, syödään enemmän. Myös ruoan terveellisyydestä ja monipuolisuudesta voidaan tinkiä ja syödä mieltymysten mukaan. (Viitala 2009b, 6 - 7; Ollus 2010, 753.)

**Pahoinvointi ja oksentelu** voivat olla ajoittaista tai jatkuvaa, ja ne liittyvät usein syöpähoitoihin (Lauri ym. 2002, liite 3; Viitala 2009b, 11). Ennen hoitoja ei kannata syödä paljon, mutta pieni välipala lievittää mahan lihaskouristuksia ja oksentelun kivuliaisuutta. Mieliruokia ei kannata syödä ennen hoitoja, sillä hoitojen jälkeinen pahoinvointi saatetaan liittää syötyyn ateriaan. Pahoinvointia voidaan ehkäistä tai lieventää pahoinvointiestolääkityksellä. (Viitala 2009b, 11.) Pahoinvointia voidaan yrittää estää ajoittamalla estolääkkeen otto ennen syömistä sekä kokeilemalla eri lääkevaihtoehtoja syyn- ja oireenmukaisessa lääkityksessä (Lauri ym. 2002, liite 3; Viitala 2009b, 11). Potilasta ohjataan tarkkailemaan pahoinvointiin liittyviä syitä ja ajankohtia, jolloin hän oppii ennakoimaan ja hallitsemaan pahoinvointia (Lauri ym. 2002, liite 3). Hänelle kerrotaan käytännön keinoista, joilla pahoinvointituntemuksia voi yrittää hallita. Esimerkiksi kylmät ruoat, pienet annokset, rauhallinen syöminen ja huolellinen pureskeleminen sekä nesteiden nauttiminen aterioiden välillä saattavat vähentää ruokailuun liittyvää pahoinvointia (Schwab 2009, 178). Tavoitteena on, että potilaan paino ei laske ja hänen yleiskuntonsa säilyy hyvänä (Lauri ym. 2002, liite 3).

Suun ja nielun alueen ongelmat, kuten suun kuivuminen, kipeä suu tai nielu, voivat johtaa **nielemisvaikeuksiin** ja siihen, että potilas ei pysty enää syömään (Lauri ym. 2002, liite 3). Nielemisongelman syy on selvitettävä, ja hoito on syyn- ja oireenmukaista lääke- ja lääkkeetöntä hoitoa. Nielemisongelmia voivat aiheuttaa muun muassa syöpäkasvain, syöpähoidot, infektiot tai limakalvovauriot. (Lauri ym. 2002, liite 3; Holli & Saarto 2010, 834 - 835, 838.) Potilasta ohjataan kipeän suun ja nielun oireenmukaiseen paikallishoitoon. Esimerkiksi kuivaa suuta voi voidella ruokaöljyllä, ja kipua voi helpottaa

puuduttavilla suuvesillä. Potilaalle suositellaan helposti nieltäviä ruokia, kuten hyytelöitä, soseita ja kiisseleitä. (Lauri ym. 2002, liite 3; Holli & Saarto 2010, 834.) Laurin ym. (2002, liite 3) mukaan syömisongelmien hoidon tavoitteita ovat perusongelmien ja oireiden paraneminen tai helpottuminen, potilaan motivoituminen ruokailuun ja syömisen yrittämiseen sekä painon ylläpitäminen.

Mahasuolikanavan ongelmat, kuten **ripuli ja ummetus**, voivat johtua solunsalpaajista (Lauri ym. 2002, liite 3; Viitala 2009a, 164). Ummetusta voi tulla myös opioidipohjaisista kipulääkkeistä, kuivumisesta, kuidun vähäisyydestä ruoassa tai liikkumattomuudesta (Viitala 2009b, 16; Holli & Saarto 2010, 841). Mahasuolikanavan ongelmien hoidon tavoite on vatsan ja suoliston normaali toiminta, johon pyritään vatsan rauhoittamisella (Lauri ym. 2002, liite 3).

Ripulissa vatsaa voidaan rauhoittaa välttämällä rasvaisia ja runsasmausteisia ruokia ja syömällä useita pieniä aterioita suurten annosten sijaan. Maitohappobakteereja sisältävien valmisteiden nauttiminen voi lyhentää ripulin kestoa, ja tarvittaessa voidaan käyttää ripulilääkkeitä. Ummetusta lievittävät muun muassa kuituvalmisteet, säännöllinen ateriaritmi, liikunnan lisääminen ja tarvittaessa ulostuslääkkeet. (Viitala 2009a, 164; Holli & Saarto 2010, 839 - 841; Jäntti 2010, 237.) Potilaalle korostetaan nestetasapainon ylläpidon tärkeyttä sekä ripulin että ummetuksen hoidossa. Ripuloiva potilas tarvitsee nestettä kuivumisen välttämiseksi, ja ummetuksesta kärsivä potilas tarvitsee nestettä suolen sisällön pehmentämiseksi varsinkin, kun käytetään ulosteen tilavuutta suurentavia ulostuslääkkeitä. (Viitala 2009a, 164; Holli & Saarto 2010, 841.)

**Ennen sairauden toteamista** ruokatorvisyöpöpotilaalla voi olla painonmenetystä, koska ravinnon nauttiminen on vaikeutunut ja mahdollisesti yksipuolistunut nielemisvaikeuksien takia (Nuutinen ym. 2005, 553; Holmia 2010, 467). Moxon (2011, 51) toteaa, että suurentuva kasvain ahtauttaa ruokatorvea, mistä seuraa nielemisvaikeuksia. Aluksi nielemisvaikeudet voivat olla ajoittaisia, mutta vähitellen niistä tulee säännöllinen, ruokailuun liittyvä ongelma. Ruokatorven osittaista tukkeutumista voivat seurata ruokatorven kouristukset, jotka aiheuttavat potilaalle epämukavuutta, kipua tai tunnetta siitä, että ruoka on juuttunut ruokatorveen. Jos potilas jatkaa syömistä tukoksesta



huolimatta, syöty ruoka jää tukoksen yläpuolelle. Potilas oksentaa ruokatorveen kertyneen ruoan, kun ruokatorvi ei pysty enää pidättelemään ruokaa. Kun nielemisvaikeudet pahenevat, potilas joutuu muuttamaan syömänsä ruoan rakennetta pehmeämmiksi ja helpommin nieltäväksi, kunnes ruokavalio koostuu pääasiassa nesteistä. Suurin osa ruokatorvisyöpöpotilaista on iäkkäitä, ja syövän ensimmäisiä oireita voidaan virheellisesti luulla närästysvaivoiksi, joita hoidetaan närästyslääkkeillä ennen lääkärille hakeutumista.

Englantilaisessa tutkimuksessa (Holdoway, Stacey & Davis 2003, 369) painotetaan huonoon ravitsemustilaan puuttumista mahdollisimman varhaisessa vaiheessa, mieluiten heti sairauden toteamisen jälkeen ennen hoitojen aloittamista. Tällöin pystytään vielä ohjaamaan potilaan ravintotottumuksia sellaisiksi, että hän olisi hoitojen alkaessa mahdollisimman hyvässä ravitsemustilassa. Aliravitsemuksesta kärsivä potilas ohjataan rikastamaan ruokaansa ja muuttamaan sen rakennetta helpommin nieltäväksi. Olluksen (2010, 750) mukaan ruokaa voidaan rikastaa lisäämällä siihen rasvaa, proteiineja tai hiilihydraatteja, joita saa esimerkiksi kermasta, voista, juustosta, kananmunasta ja sokerista.

**Ennen leikkausta** potilas käy pre-operatiivisella eli leikkausta edeltävällä käynnillä sairaalassa. Käynnillä käsitellään leikkaukseen liittyviä asioita ja siihen valmistautumista kotona. Kaikille potilaille annetaan Oral Impact -lisäravinnetta kotona nautittavaksi kolmesti päivässä viiden vuorokauden ajan muun ravinnon lisäksi. (Pellinen 2013.) Oral Impact on immuunipuolustusta vahvistava täydennysravintojuomajauhe, joka vähentää leikkauksen jälkeisiä komplikaatioriskejä sekä lyhentää hoitoaikaa (Nestle Nutrition 2013).

**Leikkauspotilas tulee osastolle** edellisenä päivänä tai leikkauspäivän aamuna. Potilaan valmistautuessa leikkaukseen noudatetaan sairaalan hoitohenkilökunnan antamia ohjeita ruokailusta ja ravinnosta olost. (Pellinen 2013.) Pohjois-Karjalan keskussairaalassa suunniteltuun leikkaukseen menevän potilaan on oltava ravinnotta yli kuusi tuntia ennen leikkausta. Kirkkaita nesteitä voi nauttia desilitran vielä kaksi tuntia ennen leikkausta. (Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä 2013b.)

**Välittömästi ruokatorvisyöpäleikkauksen jälkeen** potilas ei voi nauttia mitään suun kautta viidestä seitsemään päivään. Nestetasapainoa tarkkaillaan nestelistaa pitämällä, ja sitä ylläpidetään keskuslaskimokatettrin kautta annettavilla nesteillä. Leikkauksessa potilaalle asetetaan syöttöletku, jonka kautta ravintoa annetaan suoraan ohutsuoleen. Leikkauksen jälkeisen viikon ajan potilaalla on myös leikkauksessa asetettu nenä-mahaletku, jonka tehtävä on vähentää mahalaukun painetta poistamalla ilmaa ja nesteitä saumakohtaa ärsyttämättä. (Moxon 2011, 53.) Vaikka potilas ei voi syödä, hoitajan on ohjattava ja autettava häntä suun hoidossa ja hygieniassa (Holmia ym. 2010, 469). Letkuruokinta voidaan aloittaa, kun suolistosta kuullaan suolistoääniä ja potilas päästää ilmaa peräaukon kautta (Logue & Griffin 2011, 83). Pohjois-Karjalan keskussairaalassa letkuravitsemus aloitetaan yleensä ensimmäisenä leikkauksen jälkeisenä päivänä kliinisellä ravintovalmisteliuksella (Pellinen 2013).

Ravinnon ja nesteen nauttiminen suun kautta on mahdollista, kun leikkaussaumakohtien pitäminen on varmistettu varjoainekuvauksella (Moxon 2011, 53). Pellinen (2013) kertoo, että Pohjois-Karjalan keskussairaalassa varjoainekuvaukseen tehdään viidestä seitsemään päivän kuluttua leikkauksesta, ja mikäli liitoskohdissa ei ole vuotoja, voidaan suun kautta syöminen aloittaa heti. Hoitajan on tärkeää rohkaista potilasta syömään ja painottaa hänelle, että nieleminen voi aluksi tuntua erilaiselta kuin aiemmin, mutta siihen tottuu. Letku poistetaan muutaman viikon kuluttua kotiutuksesta normaalin ruokailun onnistuessa ongelmitta. (Moxon 2011, 53.) Jos normaalissa ruokailussa on ongelmia, suun kautta nautittavaa ravitsemusta voidaan täydentää letkuruokinnalla kuukausiakin (Logue & Griffin 2011, 83).

**Leikkauksen jälkeen** ruoka on nestemäistä, ja toipumisen edetessä siirrytään vähitellen sosemaiseen ja kiinteään ruokaan. Potilasta ohjataan syömään ja juomaan säännöllisesti, määrien lisääntyessä vähitellen lusikallisesta desilitraan. Häntä kehoitetaan juomaan aterioiden välillä, ja nesteensaantia seurataan pitämällä nestelistaa. Siirryttäessä kiinteään ruokaan potilasta neuvotaan pureskelemaan ruoka huolellisesti, sillä se edistää ruoansulatusta ja ehkäisee suolitukoksia. Häntä tuetaan puoli-istuvaan asentoon ruokailun ajaksi

ja puoleksi tunniksi sen jälkeen, koska kohoasento ehkäisee ruoan takaisinvirtausta. Mikäli ruokailuun liittyy pahoinvointia, potilasta ohjataan lähtemään liikkeelle heti ruokailun jälkeen, sillä liikkuminen voi ehkäistä pahoinvointia. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010, 145 - 147.) Ruokatorvisyöpöpotilaan leikkauksessa poistetaan ruokatorven alasukija, jonka takia mahanesteen ja muun mahalaukun sisällön takaisinvirtaus keuhkoihin on mahdollista. Potilasta kehoitetaan välttämään minkään nauttimista suun kautta tuntia ennen nukkumaanmenoa, sekä nukkumaan vuoteen pääty kohotettuna. (Moxon 2011, 54.)

Potilas **kotiutuu**, kun suun kautta syöminen ja juominen onnistuvat ongelmitta ja hänen yleiskuntonsa on hyvä (Holmia ym. 2010, 469). Pohjois-Karjalan keskussairaalassa ravitsemusterapeutti tapaa ruokatorvisyöpöpotilaan kahdesti: ensimmäisen kerran leikkauksen jälkeen osastolla ja toisen kerran esimerkiksi poliklinikkakäynnillä jälkitarkastuksen yhteydessä. Ravitsemusterapeutti keskustelee potilaan kanssa tämän muuttuneesta syömisestä. Hän antaa suullisia ohjeita siitä, miten selvitä uudesta tilanteesta ja miten syödä siitä huolimatta monipuolisesti ja terveellisesti. Potilas voi tarvittaessa olla yhteydessä ravitsemusterapeuttiin, jos esimerkiksi painonlasku jatkuu potilaan syömisyrityksistä huolimatta. Tällöin ravitsemusterapeutti tarkistaa ruokavalion ja laskee yksilölliset energia- ja proteiinitarpeet sekä opastaa keinot, joilla ne saadaan tyydytettyä mieltymykset huomioiden. (Heikura 2013.)

Kotiuduttuaan ruokatorven syövän leikkauksesta potilas jatkaa ravitsemusta ja ruokailua ravintoterapeutilta saamiensa kotiutushoito-ohjeiden mukaisesti (Heikura 2013). Moxonin (2011, 54) mukaan ruokatorven syövän leikkauksesta toipuminen voi kestää jopa vuoden. Pitkä toipumisaika johtuu pääosin ruokavaliomuutoksista, jotka ovat seurausta mahalaukkuun tehdyistä toimenpiteistä. Mahalaukku ei enää vedä yhtä paljon kuin aikaisemmin, joten aiemmat kahdesta kolmeen isoa ateriaa täytyy jakaa pienempiin annoksiin syötäväksi päivän mittaan. Leikkauksessa vaurioituneiden mahalaukun hermojen vuoksi näläntunne saattaa puuttua, ja se voi muodostua esteeksi tiheälle syömiselle; mieluisasta päivittäisestä toiminnosta tulee taakka. Ruoka

voi aluksi maistua erilaiselta, mutta se saattaa olla ohimenevää ja osittain johtua myös käytettävistä lääkkeistä.

Potilaalle korostetaan ruokailutapojen pysyvää muuttumista ja sitä, ettei entisiä ruokailutapoja voi enää noudattaa. Potilaalle tähdennetään painon ylläpitämisen tärkeyttä ruokahaluttomuudesta huolimatta, ja häntä ohjataan seuraamaan painoaan säännöllisesti. Potilaan omaksuttua uudet ravitsemustavat hän itse pystyy varmistamaan, ettei ravitsemustila ainakaan huonontuisi. Potilasta neuvotaan syömään useita pieniä aterioita monta kertaa päivässä ja muuttamaan ruoan rakennetta helpommin nieltävään muotoon. Mikäli paino alkaa pudota, potilasta ohjataan lisäämään päivittäistä energiamäärää esimerkiksi rikastamalla ruokaa tai nauttimalla täydennysravintovalmisteita. (Heikura 2013.)

Nielemisvaikeuksia voidaan helpottaa ruoan rakennetta muuttamalla. Nielemistä helpottavia ruoan rakenteita ovat pehmeä, sosemainen ja nestemäinen ruoka. Juomia voidaan joutua sakeuttamaan aspiraatiovaaran takia. Energian ja ravintoaineiden saaminen ei kuitenkaan saa vaarantua ruoan rakenteen muutoksen takia. Esimerkiksi hienonnettaessa ruokaan lisätään usein jotain nestettä, jolloin ruoan energia- ja ravintoainepitoisuudet vähenevät, ja ne on korvattava jollakin tavalla. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010, 72, 74, 76 - 78.)

### **3.3 Kivunhoito**

Kipu on epämiellyttävä aisteihin ja tunteisiin liittyvä kokemus, johon liittyy todellista tai mahdollista kudოსvauriota, tai jota kuvataan kudოსvaurion termeillä (International Association for Study of Pain 2012). Akuutilla eli äkillisellä ja lyhytkestoisella kivulla on normaalisti hoidettavissa oleva syy, kuten kudოსvaurio. Akuutit kivut paranevat yleensä päivissä tai viikoissa kivunlievityksellä ja kudოსvaurion parantuessa. Hoitamaton tai huonosti hoidettu kudოსvaurio ja kipu voivat johtaa paranemisen hidastumiseen ja kivun kroonistumiseen eli pitkittymiseen. Krooninen kipu voi kestää yli kolme kuukautta tai pidempään kuin kudოსvaurion normaali paraneminen kestäisi.

(Kalso, Elomaa, Estlander & Granström 2009, 106.) Vainio ja Kalso (2010, 756 - 758) toteavat, että jo lyhytaikainen kipuärsytys vaikuttaa kipujärjestelmään. Jatkuvat kipuärsykkeet voivat muuttaa koko hermojärjestelmää pysyvästi, ja muutokset voivat olla toiminnallisia ja rakenteellisia. Hermoston vaurio voi johtaa esimerkiksi tuntohäiriöihin tai herkistyneeseen kipuvasteeseen.

Kipu on yksilöllinen, monitahoinen ja monimutkainen kokemus, joka koostuu toisistaan riippuvista fyysisistä ja psyykkisistä tekijöistä. Siihen voivat vaikuttaa monet tekijät, kuten pelko, masennus ja yksinäisyys. (Holmia ym. 2010, 130.) Aiemmat kokemukset, mieliala ja läheisten reaktiot tilanteeseen vaikuttavat myös kipukokemukseen ja sen ilmaisuun. Kivun seurannaisvaikutukset potilaalle ja tämän läheisille voivat ilmetä ahdistuksena, jokapäiväisten toimintojen ja huomiokyvyn heikkenemisenä tai unihäiriöinä. (Hamunen 2003, 30.)

**Syöpäkiput** voidaan jakaa nosiseptiseen, viskeraaliseen ja neuropaattiseen kipuihin. Nosiseptinen kipu on seurausta kasvaimen aiheuttamasta kudosis- ja hermovauriosta. Viskeraalinen kipu on vaikeasti paikannettavaa sisäelinkipua, jota aiheuttaa esimerkiksi rintakehän ja vatsan alueen kasvainten aiheuttama venytys. Neuropaattinen kipu on hermokipua, joka johtuu kasvaimen tunkeutumisesta hermokudokseen tai kasvaimen painaessa kipuhermoa. (Holmia ym. 2010, 130.)

Syöpäkiput ovat erilaisia akuutteja ja kroonisia kipuja, ja monilla potilailla on kehossa kahdesta neljään kipukohtaa. Kipu yleensä lisääntyy syövän edetessä, ja loppuvaiheessa kipua on yli puolella potilaista syöpälajista riippuen. Noin 75 prosenttia syöpäpotilaiden kivuista on syövän ja noin 15 prosenttia hoitojen aiheuttamia. Loput 10 prosenttia johtuvat muista syistä. Yleisin kudosisvauriokivun syy on luuetäpesäkkeet. (Vainio & Kalso 2009, 478, 480 - 481.) Syöpähoitojen aiheuttama kipu voi olla leikkaushaavan paranemisen pitkittymistä tai säde- tai solusalpaajahoidon jälkeisiä kiputiloja, esimerkiksi limakalvojen vaurioita (Hamunen 2003, 30; Vainio & Kalso 2009, 483). Syöpäpotilaan muista syistä johtuva kipu on syöpään liittymätöntä, kuten hammassärky (Holmia ym. 2010, 131).

**Kivun syyn selvittäminen** on kivunhoidon perusta (Kokkinen 2012). Syövän hoidolla ei aina saada poistettua syövän aiheuttamaa kipua, jolloin tarvitaan kivun oireenmukaista hoitoa (Vainio & Kalso 2009, 478). Tärkeä osa kivun aiheuttajan selvityksessä on tieto syöpäpotilaan kasvaimen laadusta, levinneisyydestä ja annetuista hoitomuodoista. Kliinisen tutkimuksen lisäksi selvitetään kivun kesto, laatu ja sijainti sekä kivun vaikutus päivittäisiin toimintoihin, kuten liikkumiseen tai uneen. Tiedon hankinnassa voidaan käyttää apuna potilaan täyttämää kipupiiirrosta ja erilaisia kipumittareita. Kipupiiirroksen kuvaan merkitään kehon kipukohdat, jolloin saadaan yleiskuva kipujen sijainnista ja lukumäärästä. Kivun voimakkuutta voidaan mitata erilaisilla kipumittareilla, esimerkiksi VAS-asteikolla (Visual Analogue Scale). Asteikolla kivun voimakkuus merkitään janalle tai kipukiilalle, jonka ääripäät ovat ”ei kipua” ja ”pahin mahdollinen kipu”. Kivun voimakkuus mitataan tutkimushetkellä, jotta saadaan aloitusarvo, johon hoitojen tuloksia voidaan myöhemmin verrata. (Vainio & Kalso 2010, 764 - 765.)

**Syöpäpotilaan kivunhoidon tehtävä** on lievittää kipua, sekä auttaa ja tukea potilasta selviytymään kipunsa ja muuttuneen elämäntilanteensa kanssa. Kivun hoitamisen tavoitteet perustuvat aina yksilölliseen tilanteeseen, jonka paras asiantuntija on potilas itse. Syöpäkipun hoitomuotoja ovat muun muassa leikkaus- ja lääkehoidot, sytostaatti- ja sädehoidot, kajoavat hoitomenetelmät sekä muut menetelmät. (Vainio & Kalso 2009, 486; Holmia ym. 2010, 132 - 133.)

Suurinta osaa syöpäkipuista on mahdollista hoitaa ja hallita **lääkkeillä** WHO:n (World Health Organization) kolmiporrasteisen hoitomenetelmän mukaisesti. Siinä lääke pyritään antamaan suun kautta ja säännöllisesti kellon ympäri. Kivun voimakkuus määrittelee lääkityksen vahvuuden. Lievä kipu hoidetaan parasetamolilla tai tulehduskipulääkkeellä, ja kohtalaisessa kivussa siihen liitetään heikko opioidi, kuten kodeiini tai tramadoli. Voimakasta kipua hoidetaan vahvalla opioidilla, esimerkiksi morfiinilla tai oksikodonilla. Jokaiseen portaaseen voidaan tarvittaessa liittää oheislääkitys, jolla tehostetaan kipulääkitystä tai lievitetään sen haittavaikutuksia. Tärkeimpiä oheislääkkeitä ovat muun muassa trisykliset masennuslääkkeet, epilepsialääkkeet ja kortikosteroidit. (Vainio & Kalso 2009, 489 - 490, 497.)

Kivunhoidon periaatteisiin kuuluu kivun jatkuva ja tasainen lievitys pitkävaikutteisella lääkkeellä. Läpilyöntikivut eli kipuhuiput vaativat nopean kivunlievityksen nopeavaikutteisella lääkkeellä, esimerkiksi morfiiniliuoksella, jonka annos on noin kuudesosa lääkkeen vuorokausiannoksesta. (Suomen Kivuntutkimusyhdistys 2007, 11 - 12; Holmia ym. 2010, 135.) Hyvä kivunhoito vaatii kipulääkityksen jatkuvaa seurantaa ja tarkastelua. Sopiva lääkitys ei välttämättä löydy heti, ja löydyttyään se voi menettää tehonsa taudin edetessä. (Vainio & Kalso 2009, 489 - 490.)

Hovin (2000, 124) mukaan kipulääkitystä saavan syöpäpotilaan hoitajan on tiedettävä lääkkeiden haittavaikutuksista, jotta niitä voidaan tarkkailla ja ehkäistä. Lääkkeillä voi olla haittavaikutuksia, jotka ovat lääkeryhmäkohtaisia. Kaikki käyttäjät eivät välttämättä koe niitä, tai ne voivat olla niin lieviä, että lääkityksen jatkaminen on mahdollista. Monesti haitat korostuvat hoidon alkuvaiheessa, mutta lievittyvät tai häviävät hoidon edetessä. Joskus voi olla vaikea erottaa, johtuuko haitta lääkkeestä vai sairaudesta. Tavallisimpia lääkkeiden haittavaikutuksia ovat pahoinvointi, vatsakivut, ripuli ja ummetus. (Paakkari 2013.)

Kun potilas saa paljon kipulääkettä, joudutaan tasapainoilemaan kipulääkkeiden hyötyjen ja haittojen välillä (Hovi 2000, 124). Parasetamoli on liikaa käytettynä maksatoksinen, eikä se sovi maksasairaille (Parviainen 2011). Tulehduskipulääkkeet eivät sovi yliherkille, koska ne heikentävät veren hyytymistä sekä aiheuttavat maha-suolikanavan ärsytysoireita. Opioidipohjaisten lääkkeiden yleisin haittavaikutus on ummetus. (Vainio & Kalso 2009, 490; Holmia ym. 2010, 135 - 136.)

Lääkkeet toimivat eri mekanismeilla, joten eri kipulääkkeiden yhdistäminen voi tehostaa kivunhoitoa. Esimerkiksi tulehduskipulääkkeet vaikuttavat ääreishermoston ja opioidit keskushermoston kautta, jolloin tulehduskipulääkkeet vahvistavat opioidien tehoa ja vähentävät niiden tarvetta. Lääkkeiden yhdistelyssä on huomioitava lääkkeiden haittavaikutukset sekä niiden yhteisvaikutukset. Esimerkiksi eri tulehduslääkkeitä ei saa ottaa samanaikaisesti, koska niiden haittavaikutukset voimistuvat. Buprenorfiinia ei

saa annostella muiden opiaattien kanssa, koska se estää niiden vaikutuksen. (Holmia ym. 2010, 135.)

Mikäli lääkkeenotto suun kautta ei onnistu, esimerkiksi oksentelun tai ruoansulatuskanavan tukoksen vuoksi, käytetään muita annostelureittejä. Kipulääkettä voidaan antaa myös ihon kautta, ihonalaisesti, lihakseen, laskimonsisäisesti tai selkäytimen epiduraalitiilaan. (Kalso 2009, 197.)

Jos kivun tärkein syy on kasvain, eikä peruuttamatonta hermovauriota ole, kaikki kasvainta pienentävät tai rajoittavat hoidot ovat myös kivunhoitoa (Vainio & Kalso 2009, 486). Kasvaimen aiheuttamien kipujen hoidossa käytetään sytostaatteja ja sädehoitoa, sekä anestesiologisia ja neurokirurgisia menetelmiä (Suomen Kivuntutkimusyhdistys 2007, 28; Vainio & Kalso 2009, 498).

**Sytostaattien ja sädehoidon** syöpäsoluja tuhoava vaikutus lievittää myös syöpäkipuja (Suomen Kivuntutkimusyhdistys 2007, 28). Joskus kipu voi lieventyä, vaikka kasvain ei pienenisikään: kasvainta ympäröivä turvotus vähenee ja kipuhermoja herkistäviä kemiallisia ärsykejä syntyy vähemmän. Kourin ym. (2010,158) mukaan kipua voidaan helpottaa sädehoidolla, mikäli kivunaiheuttaja on paikannettavissa. Syöpähoidoista saatava kivunlievitys alkaa hitaasti, joten tarvittavaa kipulääkitystä on jatkettava, kunnes riittävä kivunlievitys on saavutettu (Suomen Kivuntutkimusyhdistys 2007, 28).

**Anestesiologisia kivunhoitomenetelmiä** ovat esimerkiksi hermojen pysyvät salpaukset, keskushermoston alueelle ihonalaisesti annosteltavat opioidit tai puudutukset (Vainio & Kalso 2009, 497). **Neurokirurgisia kivunhoitomenetelmiä** voidaan harkita, kun kivun syyhyn ei pystytä vaikuttamaan tai kun muut kivunhoitokeinot eivät tehoa. Hoitomenetelmä voi olla esimerkiksi kipuradan vaurioittaminen katkaisemalla hermojuuri tai antamalla sähköärsytystä selkäyttimeen. (Vainio & Kalso 2009, 503 - 504.)

**Muita kivunhoitomenetelmiä** ovat esimerkiksi kylmä- ja lämpöhoidot sekä hieronta. Hoidettavan alueen kasvain tai etäpesäke on lämpöhoitojen ja hieronnan este. (Hovi 2000, 124; Vainio & Kalso 2009, 504.) Rentoutus,



viihtyisä ympäristö, mielikuvien käyttäminen ja huomion pois kääntäminen kivuista esimerkiksi musiikin avulla voivat myös toimia kivunlievittäjinä (Hovi 2000, 124). Potilasta voi helpottaa myös tietoisuus hoitajan jatkuvasta läsnäolosta ja tavoitettavuudesta, sekä tieto siitä, että kipua voidaan hoitaa turvallisesti erilaisin menetelmin (Pudas-Tähkä & Kangasmäki 2010).

Muita kivunhoitomenetelmiä voidaan käyttää kipulääkkeiden lisänä, jolloin lääkityksen määrää voidaan mahdollisesti vähentää (Hovi 2000, 124). Leikkauksen jälkeisiä kivunhoitomenetelmiä ovat esimerkiksi mahdollisimman aikainen liikkeellelähtö ja hengitysharjoitukset, joista molemmat edistävät kehon verenkiertoa ja hapenkuljetusta sekä rentouttavat ja vähentävät stressiä (Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä 2013c).

Kivunhoidon tavoite on kivuttomuus oikean lääkityksen avulla tai ainakin kivun helpottuminen. **Kivunhoidon potilasohjauksessa** tavoitteena on, että potilas oppii itsenäisesti havainnoimaan kivun voimakkuutta ja laatua, sekä kertomaan siitä hoitohenkilökunnalle. Potilasta opetetaan seuraamaan lääkityksen vaikutusta ja sen mahdollisia sivuvaikutuksia sekä ehkäisemään ja hoitamaan niitä. (Lauri ym. 2002, liite 3, liite 6.) Esimerkiksi opioidien käyttöön liittyvää ummetusta voidaan hoitaa laksatiiveilla, joiden ottaminen voidaan aloittaa samanaikaisesti lääkityksen aloittamisen yhteydessä (Holmia ym. 2010, 136; Kokkinen 2012). Potilaalle painotetaan, että hoitamattomana kipu saattaa hidastaa paranemista. Pitkittyessään kipu voi alkaa hallita potilaan ja hänen läheistensä elämää ja siten huonontaa elämänlaatua. (Kalso ym. 2009, 106; Holmia ym. 2010, 138 -139.)

Potilaalle opetetaan kipumittarin käyttö, jonka avulla potilas oppii itse tulkitsemaan kipuaan ja kuvaamaan sitä. Potilasta ohjataan ottamaan kipulääkettä, mikäli kipu on häiritsevää, lisääntyvää tai toimintakykyyn vaikuttavaa, tai jos se on vähintään kolme VAS-kipumittariasteikolla. Potilaalle korostetaan säännöllistä ja ennakoivaa kipulääkkeiden ottamista ohjeistuksen mukaisesti. Tällöin lääkehoito toteutuu tehokkaasti ja turvallisesti, kivunhoitoon riittävät pienemmät lääkeannokset, eikä kipu estä päivittäisistä toiminnoista selviytymistä. Potilasta ohjataan kokeilemaan myös lääkkeettömiä

kivunhallintakeinoja, jotka lääkehoitoon yhdistettyinä voivat helpottaa kipuja ja vähentää lääkkeiden käyttöä. (Lauri ym. 2002, liite 3, liite 6; Holmia ym. 2010, 135; Kokkinen 2012.)

Potilasohjauksessa joudutaan mahdollisesti oikaisemaan käytössä oleviin kipulääkkeisiin liittyviä vääriä uskomuksia, etteivät ne estäisi tehokasta kipulääkitystä. Esimerkiksi morfiinin käyttöön liittyy monia ennakkoluuloja, kuten riippuvuus ja sietokyvyn kasvaminen. Kivunhoidossa morfiiniriippuvuuden kehittyminen ei ole ongelma, koska potilas on riippuvainen lääkkeestä kivun vuoksi, kipu vie hyvänolon tunteen. Sietokyky kasvaa jonkin verran pitkän morfiinihoidon aikana, ja sen teho paranee, kun annosta nostetaan. Suuret morfiiniannokset tarkoittavat yleensä sairauden nopeaa etenemistä. (Holmia ym. 2010, 136; Kokkinen 2012.)

Vaikean kroonisen kivun hoitamiseen voidaan hakea erikoisasantuntemusta kipupoliklinikoilta, joita on ainakin yliopisto- ja keskussairaaloissa (Vainio & Kalso, 2010, 771). Kipupoliklinikoilla potilaita hoidetaan moniammatillisesti, ja kokonaishoidossa korostuu sosiaalinen tuki. Sosiaalinen tuki voi olla perheen, lähiomaisten, ystävien ja ammattiauttajien antamaa vuorovaikutuksellista, esimerkiksi emotionaalista tai tiedollista, tukea. (Holmia ym. 2010, 138 - 139.) Pohjois-Karjalan keskussairaalan kipupoliklinikalla työskentelevät anestesiaerikoislääkäri, sairaanhoitaja ja psykologi, joiden vastaanotoilla potilas voi käydä tarvittaessa. Poliklinikan yhteydessä toimii myös vertaistukea antava kipuryhmä. (Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä 2013d.)

### **3.4 Selviytymisen tukeminen**

Syöpäpotilas toivoo saavansa sairaalasta lääketieteellistä apua, jonka avulla hän paranee tai saa lievitystä sairauden aiheuttamiin oireisiinsa (Holmia ym. 2010, 25). Hoitohenkilökunnan on potilaan fyysisen hoidon ja oireiden lievityksen ohella tuettava henkisesti potilasta ja hänen läheisiään. Syöpädiagnoosin aiheuttamat tunnereaktiot voivat olla voimakkaita, sillä syöpää pidetään edelleen pitkäkestoisena ja vaikeasti hoidettavana sairautena.

Syöpään liittyy paljon negatiivisia uskomuksia, kuten sairauden päättymisen aina kipuun, kärsimykseen ja kuolemaan. Hoitohenkilökunnan antama henkinen tuki auttaa selviytymään sairauden aiheuttamista tunteista ja elämään henkisesti tasapainoista elämää sairaudesta huolimatta. (Kuuppelomäki 2000, 130.)

Epätietoisuus paranemisesta ja elinajan pituudesta vaikuttaa syöpäpotilaan hoidon perustunnelmaan, jolloin hoitotilanteet ovat vaativia sekä potilaalle että hoitohenkilökunnalle. Syöpään sairastuminen on raskas elämäntilanne potilaalle ja hänen läheisilleen, ja se voi muuttaa paljon kaikkien asianosaisten jokapäiväistä elämää. Jotkut potilaat selviytyvät tilanteen aiheuttamasta epävarmuuden ja hädän tunteista läheistensä avulla, ja jotkut tarvitsevat siihen myös ulkopuolista tukea. Jossain vaiheessa sairautta noin kolmasosa syöpäpotilaista läheisineen kärsii toimintakykyä haittaavista psyykkisistä oireista, jotka hoitamattomina voivat lisätä kärsimystä, hankaloittaa syöpähoitojen toteuttamista ja kuntoutumista. Syöpään sairastuminen voi laukaista erilaisia psyykkisiä prosesseja, jotka voivat pahimmillaan edetä psyykkisistä kriiseistä vaikeammiksi psyykkisiksi häiriöiksi. (Aalberg & Idman 2010, 787, 790.)

**Kriisitilanteessa** ihmisen elämä muuttuu suuresti, ja muutos käynnistää mielessä sopeutumistehtävän. Jotta pystyisi selviytymään elämänmuutoksesta, ihmisen täytyy ottaa käyttöön psyykkiset voimavaransa. Kriisivaihe on tavanomaisen ja terveen mielen toimintaa, ja kun ihmisen voimavarat ovat riittäviä, tilanne tasoittuu. Mikäli voimavarat ovat riittämättömät, mielessä voi tapahtua vahingollista kehitystä. Nopeasti etenevä ja voimakas mielen kriisi voi johtaa hallitsemattomiin ja rajuihin mielen reaktioihin. Tietoisuus psyykkisten reaktioiden olemassaolosta ja niiden etenemisestä tuo turvaa kriisin keskellä. (Saari, Kantanen, Kämäräinen, Parviainen, Valoaho & Yli-Pirilä 2009, 9, 19.)

Psyykkinen kriisi on yksilöllinen reaktio, johon vaikuttavat luonne ja epävarmuuden sietokyky sekä ulkoiset kuormitustekijät, esimerkiksi vakavaan sairauteen sairastuminen. Kriisialttiuteen vaikuttavat myös elämäntilanne ja sosiaalisen tuen määrä. Psyykkinen kriisi voidaan jakaa akuuttiin ja

jäsentelyvaiheeseen. Akuuttivaiheeseen sisältyvät sokki- ja reaktiovaiheet, ja jäsentelyvaiheeseen käsittely- ja uudelleen suuntautumisen vaiheet. (Aalberg & Idman 2010, 790 - 791.) Psykkisen kriisin eri vaiheet poikkeavat toisistaan, esimerkiksi sokki- ja reaktiovaiheet voivat olla toistensa vastakohtia. Hoitohenkilökunnan on tärkeää tunnistaa potilaan kriisivaihe, jotta pystytään valitsemaan vaiheeseen sopiva oikea auttamistapa. (Saari ym. 2009, 20.)

**Sokkivaihe**, jonka tarkoitus on mielen suojaaminen, alkaa välittömästi kriisitilanteen laukeamisesta, esimerkiksi potilaan kuulla diagnoosinsa (Kuhanen ym. 2010, 233). Silloin potilas voi vaikuttaa tunteettomalta ja ulkoisesti rauhalliselta, kuitenkin todellisuudessa hänen sisäinen maailmansa on kaaoksessa (Saari ym. 2009, 24). Sokkivaiheessa potilas kykenee toimimaan asiallisesti, vaikka päätöksentekokyky on usein puutteellinen. Sokkivaiheen päätöksenteossa potilas tarvitsee ulkopuolista apua, ja on tärkeää, että hän tuntisi olonsa turvalliseksi. **Reaktiovaiheessa** potilas tulee vähitellen tietoiseksi tapahtuneesta ja sen merkityksestä elämälleen. Tunteet alkavat tulla esiin, samoin reaktiovaiheelle tyypilliset ruumiilliset oireilut, kuten pahoinvointi, vapina ja lihassäryt. Reaktiovaiheessa oleva potilas tarvitsee selkeää ja käytännöllistä tietoa sekä huomiota. **Työstämis- ja käsittelyvaiheen** aikana potilas alkaa hyväksyä tilanteensa, eikä sairaus ole enää välttämättä mielessä koko ajan. Asiaa käsitellään omassa mielessä, minkä vuoksi muisti- ja keskittymisvaikeudet voivat lisääntyä. Tunteet voivat ”leimahtaa”, kärsivällisyyttä on aiempaa vähemmän, ja ihmissuhteet voivat kärsiä. **Uudelleen suuntautumisen vaihe** kestää loppuelämän. Sairaudesta tulee osa elämää, ja potilas pystyy elämään sen kanssa ilman, että se olisi koko ajan ajatuksissa. (Kuhanen ym. 2010, 233 - 235.)

**Psyykinen kriisi ei liity syöpäsairauden mihinkään tiettyyn vaiheeseen**, joten kriisitilaan joutuminen voi tapahtua missä sairauden vaiheessa tahansa. Erot psyykkisessä reagoinnissa voivat johtua syövän vaikeusasteesta tai vaiheesta; vaihtelut kuvaavat potilaiden erilaisia sopeutumistapoja tilanteeseen. Reagoiminen psyykkiseen kriisiin on yksilöllistä. On kuitenkin olemassa tiettyjä sairauden ja sen hoitojen eri vaiheisiin liittyviä erityispiirteitä, joihin jokainen potilas joutuu sopeutumaan jollain tavalla. (Aalberg & Idman 2010, 791 - 792.)

Syöpöpotilaiden ja terveiden tunteet eivät poikkea toisistaan, vaan ne ovat samanlaisia, normaaleja. Tunteet muuttuvat epänormaaleiksi vain, jos ne alkavat hallita elämää. Potilas ei pysty vaikuttamaan hänessä herääviin tunteisiin, mutta hän voi vaikuttaa tunnetilojensa keston. Tunteet vaihtelevat sairauden eri vaiheissa, ja tunne-elämän hyvinvointi perustuu negatiivisten tunteiden hallintaan. (Kuuppelomäki 2000, 132 - 133.)

**Diagnoosivaihetta** leimaa epävarmuus sairaudesta ja tulevaisuudesta. Lääkäriin hakeudutaan eri syistä, mutta lähtötilanteesta huolimatta tieto syövästä on pysäyttävä kokemus. (Aalberg & Idman 2010, 792.) Useimmille ihmisille syöpädiagnoosi on sokki, järkytys ja epäuskottava asia, koska syövän ei uskota koskettavan itseä. Järkytys voi ilmentyä hiljaisuutena, itkuisuutena tai jatkuvana puhumisena. Välttääkseen järkytyksen tunteita potilas saattaa kieltää tosiasian, kunnes on valmis hyväksymään sen. (Kuuppelomäki 2000, 133.) Pelkoja ja epäilystä aiheuttaa tietämättömyys, koska alussa lääketieteellistä tietoa voi olla niukasti. Syöpäsairaus koetaan usein uhkaavana menetyksenä, joka aiheuttaa ahdistusta ja kohdentuu alussa kuolemanpeloksi. (Aalberg & Idman 2010, 789, 792.) Pelkoa ja huolta voi aiheuttaa myös huoli läheisten suhtautumisesta (Kuuppelomäki 2000, 135; Roche 2012).

Aalbergin ja Idmanin (2010, 792) mukaan alkuvaiheen vähäisen tiedon takia potilaan hoitopolku voi vielä olla epäselvä, minkä vuoksi myös potilaalle annettava puutteellinen tieto lisää ahdistusta. Kun tieto sairaudesta lisääntyy, hoitosuunnitelma selkiytyy ja hoidot käynnistyvät, epävarmuus, huoli ja pelko hellittävät, ja potilas rauhoittuu (Aalberg & Idman 2010, 793; Roche 2012). Hoitotilanteiden yksilöllinen neuvonta ja potilasohjaus auttavat sopeutumista ja luovat turvallisuutta epävarmassa tilanteessa (Aalberg & Idman 2010, 793 - 794).

**Hoitovaiheen** erilaiset hoitomuodot voivat muuttaa potilaan kehoa ja sen toimintoja. Potilas kokee muutokset oireina ja sivuvaikutuksina, joiden tarkkailu vie voimia. Tilanne voi johtaa jatkuvaan varuillaan olemiseen, jolloin valppaus saattaa ylikuormittaa. (Aalberg & Idman 2010, 794.) Potilas saattaa kokea syyllisyyttä sairastumisestaan, koska tuntee epäonnistuneensa ja pettäneensä

läheisensä. Syyllisyyden tunteita voivat aiheuttaa myös ajatukset terveellisten elämäntapojen laiminlyönnistä tai myöhäisestä hoitoon hakeutumisesta. Hoitovaiheessa pelon aiheita voivat olla leikkaukset ja muut hoidot, kipu, toimintakyvyn menetys ja ulkonäön muuttuminen. Mieltä saattaa vaivata epävarmuus tulevaisuudesta, hoitojen parantavuudesta sekä parantumisen lopullisuudesta. Epävarmuuden takia potilas saattaa elää ”päivän kerrallaan”, tekemättä tulevaisuuden suunnitelmia. Tunne-elämän tasapainoon pääsemiseksi potilaan on hyväksyttävä epävarmuus osaksi senhetkistä elämäntilannetta. (Kuuppelomäki 2000, 133 - 134.)

**Seurantavaiheessa** hoidot ovat päättyneet, mikä voi helpotuksen tunteen lisäksi aiheuttaa turvattomuutta ja pelkoa. Hoidon päättyminen voi tuntua potilaasta hylkäämiseltä. Lisäksi epävarmuutta voi aiheuttaa pelko siitä, että sairauden hallinta menetetään hoitojen loppuessa. Epävarmuus, pelko ja ahdistus voivat palata tai korostua seurantakäytien tai muista syistä johtuvien ruumiillisten oireiden yhteydessä. Koska potilas ei enää koe entiseen tapaan olevansa omien kehontuntemustensa asiantuntija, harmittomatkin tuntemukset voivat herättää pelkoa sairauden leviämisestä tai uusiutumisesta. (Aalberg & Idman 2010, 794.)

**Hoitotyön tehtävä** on auttaa potilasta ja tämän läheisiä selviytymään uudessa elämäntilanteessa löytämällä positiivisia, potilaan voimavaroja vahvistavia ratkaisuja. Voimavarat ovat välineitä, joiden avulla elämän tietoinen ohjaaminen ja hallinta ovat mahdollisia, ja niitä voidaan vahvistaa eri keinoilla. Hoitohenkilökunta voi vahvistaa niitä yksilöllisellä, ystävällisellä ja tasavertaisella kohtelulla sekä vähentämällä potilaan pelkoa, huolta ja ahdistusta antamalla tietoa. Voimavaroja vahvistaa myös sosiaalinen tuki, jota voi saada esimerkiksi lähimmiltä ihmisiltä, järjestöiltä, yhdistyksiltä, seurakunnalta sekä yksityisiltä ja julkisilta sosiaali- ja terveystalvelujen tuottajilta. (Holmia ym. 2010, 32 - 35.)

Gustavsson-Liliuksen (2010, 7) mukaan potilaan tärkein **sosiaalinen tuki** on puoliso, jonka psyykinen hyvinvointi vaikuttaa myös potilaaseen. Puolisoiden yhtenäisyyden tunne ja optimismi suojaavat molempia masennus- ja

ahdistusoireilta. Karjalainen (2012, 3) toteaa, että vertaistuki, vertaistukihenkilöt ja -ryhmät, ryhmään kuuluminen ja sen tarjoama tuki vaikuttavat toipumiseen myönteisesti. Vertaistukihenkilö on kokemusasiantuntija, joka kuuntelee sairastunutta ja vastaa kysymyksiin omien kokemustensa pohjalta. Kuhanen ym. (2010, 112, 116) toteavat, että vertaisryhmän yhteinen tavoite on vertaistuen saaminen ja sen antaminen kokemuksista jakamalla. Samankaltaiset ongelmat voivat auttaa ymmärtämään, ettei ole ainoa tässä tilanteessa. Ryhmäläiset voivat auttaa selviytymiskeinojen löytämisessä, jolloin autettava muuttuu auttajaksi ja hänen elämän hallinnan tunteensa voi lisääntyä. Jaettu kokemus asioiden etenemistä ja ongelmien voitettavuudesta luo toivoa kaikille ryhmäläisille. Vertaistukea voi saada myös internetin keskustelupalstoilta (Ruuth 2012, 14). Pohjois-Karjalan Syöpäyhdistys järjestää vertaistukitoimintaa sairauden eri vaiheissa oleville syöpäsairaille, kuten vastasairastuneille ja pitkäaikaista tai uusiutunutta syöpää sairastaville (Martikainen 2013).

Kuuppelomäen (2000, 133, 141) mukaan vaihtelevien tunteiden käsittelyä voidaan auttaa **emotionaalisella** eli tunteisiin liittyvällä tukemisella. Hoitohenkilökunnan antama emotionaalinen tuki on potilaan auttamista tiedostamaan, purkamaan ja hallitsemaan tunteensa, jotta hän saavuttaisi tasapainoisen tunne-elämän kautta mahdollisimman hyvän olon. Emotionaalisen tuen tarpeet ovat yksilöllisiä, ja niiden tarve arvioidaan heti hoitosuhteen alussa, ja arviointia jatketaan koko yhteistyösuhteen ajan. Arviointi perustuu havainnointiin, jolloin potilasta tarkkaillaan, hänelle esitetään kysymyksiä ja häntä kuunnellaan. Arvioinnin tavoite on, ettei apua tarvitseva jää yksin ongelmiensa kanssa.

Loguen ja Griffinin (2011, 69) mukaan hoitajien ensisijainen tehtävä ruokatorvisyöpäpotilaan koko hoidon aikana on antaa tietoa ja emotionaalista tukea potilaalle ja hänen läheisilleen. Rochen (2012) verkkokyselyssä suurin osa vastaajista oli tyytyväisiä syövän hoitoon, mutta kokivat henkisen tukemisen liian vähäiseksi. Monet potilaat olisivat halunneet psyykkistä apua jo heti diagnoosivaiheessa. Gustavsson-Liliuksen (2010, 7) väitöskirjassa todetaan, että puolison tuki oli tärkeämpää naispotilaille kuin miespotilaille.

Kansainvälisen (Luszczynska, Boehmer, Knoll, Schultz & Schwarzer 2007, 162) tutkimuksen mukaan hoitohenkilökunnan pitäisi kuitenkin huomioida, että naispotilaat eivät välttämättä saa kumppaniltaan yhtä paljon jatkuvaa tukea kuin miespotilaat. Naispotilaan kumppaniltaan saama tuki vähenee sitä mukaa kun hoitoaika pitenee, ja siksi he saattavat tarvita ohjausta siitä, mistä saada tarvittavaa lisätukea.

Tutkimus- ja hoitotilanteissa on tarkistettava **potilaan oma tietämys** sairaudestaan. Hoitohenkilökunnan on varmistettava, mitä potilas on kuullut tai jättänyt kuulematta, minkä hän on ymmärtänyt oikein ja minkä tulkinnut väärin. Potilaalle on annettava mahdollisuus keskustella asiasta myöhemmin, sillä yksilö kykenee käsittämään sairauden merkityksen itselleen vasta ajan myötä. Hoitosuunnitelman läpikäyminen yhdessä omahoitajan kanssa lisää elämän hallinnan tunnetta, sillä potilas voi itse suunnitella ajankäyttönsä hoitojen mukaan. Ahdistusta helpottaa tietoisuus siitä, ettei sairasta yksin, vaan hoidosta vastaa nimetty hoitotyöryhmä. (Aalberg & Idman 2010, 792 - 793.)

Loguen ja Griffinin (2011, 69) mukaan ennen leikkausta annettua tietoa ei välttämättä omaksuta tai muisteta lisääntyneen ahdistuksen tai vähentyneen vastaanottokyvyn takia. Pelko ja ahdistus pysyvät usein suurina, kun potilailla on vähän aikaa sulatella tietoa ja varautua realistisesti tulevaan. Rochen (2012) verkkokyselyn vastaajista lähes puolet oli sitä mieltä, että hoitojakson aikana saatu tieto ei ollut riittävää. Vastaajat olisivat halunneet enemmän tietoa hoitoprosessin etenemisestä, tutkimuksista ja uusista hoitomuodoista. Ongelmaksi koettiin myös henkilökunnan vaihtuvuus, koska se vaikeutti kokonaiskuvan muodostamista tutkimuksista, tuloksista ja hoitosuunnitelmasta.

Suomen Syöpäpotilaat ry:n ja Roche Oy:n (2012) tekemän kyselyn mukaan alkuvaiheen epätietoisuuden lievittämisessä tärkeimmäksi tueksi todettiin läsnä oleva kuunteleminen. Kuuntelusta siirrytään vähitellen keskustelemaan selviytymiskeinoista ja voimavaroista. Alkujärkytyksen jälkeen alkaa näkyä toivoa ja iloa pienistä asioista, ja arkea saatetaan arvostaa entistä enemmän.



**Toivo on elämänhalun ydin**, joka antaa elämälle tarkoituksen ja vaikuttaa emotionaaliseen ja henkiseen hyvinvointiin. Toiveikkaalla mielialalla on myönteistä vaikutusta kehon toimintoihin ja siten myös fyysiseen hyvinvointiin, paranemiseen ja elämän pituuteen. Toivo on yksilöllistä, ja sitä rakennetaan etsimällä omasta elämästä myönteisiä asioita. Toivon kasvaessa löydetään sisäisiä voimavaroja ja rohkeutta. Syöpäpotilaiden toivo kohdistuu monesti elämän jatkuvuuteen, paranemiseen tai voinnin ennallaan pysymiseen. Toivo voi olla myös asioita, joita tulevaisuudessa nähtäisiin, tehtäisiin tai koettaisiin. (Kuuppelomäki 2000, 147.)

Syöpäsairaiden kokemusten mukaan toivoa rakentavia asioita ovat muun muassa myönteinen elämänasenne, usko korkeampaan voimaan, läheisten tuki, hoito ja sen jatkaminen sekä tieto hoitovaihtoehdoista ja hoitojen tehokkuudesta. Toivon ylläpitämiseen osallistuvat potilas läheisineen sekä hoitohenkilökunta, ja sen ylläpitämisessä tärkeintä on keskustelu. Kun hoitaja tietää, mihin potilaan toivo kohdistuu, hän pystyy paremmin tukemaan potilasta. Toivon ylläpitämisessä on löydettävä positiivisia asioita sairauden eri vaiheissa ja tilanteissa. Toivottomalta tuntuvassa tilanteessa voidaan potilasta kannustamalla ja rohkaisemalla saada hänet oivaltamaan, että elämä on edelleen elämisen arvoista. (Kuuppelomäki 2000, 148 - 150.)

Hyvän hoitosuhteen edellytys on hoitajan kyky eläytyä potilaan ainutkertaiseen ja vaikeaan elämäntilanteeseen (Aalberg & Idman 2010, 796). Empatia tarkoittaa herkkyyttä toisen ihmisen tunteille ja samaistumista toisen osaan pelkäämättä oman identiteetin menetystä. Empaattisuus on hoitajan taitoa tarkastella asioita potilasnäkökulmasta. Emotionaalista tukea annettaessa hoitajan on oltava empaattinen, mutta myös ystävällinen ja hyväksyvä. Hänen on hyväksyttävä kaikenlaiset tunteet ja ymmärrettävä, että hankalakin potilas on tunteva yksilö. (Kuuppelomäki 2000, 143.)

**Sokki- ja reaktiovaiheissa ruokatorvisyöpäpotilaan** tukemisen tavoite on, että potilas tiedostaa ja hyväksyy uuden elämäntilanteensa ja sopeutuu siihen. Masentunut ja ahdistunut potilas voi olla itkuinen, avuton ja lamaantunut. Hän voi olla surullinen ja itsesäälin vallassa, yllirauhallinen ja ylikiltti tai täysin

välinpitämätön. Hoitaja voi parhaiten auttaa potilasta antamalla hänelle riittävästi aikaa, olemalla aidosti läsnä ja rohkaisemalla puhumaan, sekä ilmaisemaan tunteita ja mielipiteitä. Kaikilla hoitotyön auttamismenetelmillä pyritään potilaan tunteiden tasoittumiseen, herättämään luottamus ja luomaan turvallinen olo tilanteesta huolimatta. Kun potilas ymmärtää ja hyväksyy tilansa, hän on motivoitunut hoitoihin. Avoimuus ja rehellisyys parantavat vuorovaikutusta ja vahvistavat luottamusta hoitoon. (Lauri ym. 2002, liite 5.)

Potilaalla voi olla ristiriitaisia tunteita, epävarmuutta tulevaisuudesta tai itsekontrollin menettämisestä tai kuolemanpelkoa. Hän voi takertua toissijaisiin asioihin tai epäillä saamansa hoidon vaikuttavuutta sekä kokea, että hänen tilaansa ei ymmärretä. Mieliala ja tunteet voivat vaihdella ääri-laidasta toiseen, ja hänellä voi olla myös keskittymisvaikeuksia. Tällöin hoitaja pyrkii luomaan turvallisen ilmapiirin ja pitämään yllä toivoa tarvittaessa kertaamalla jo läpikäytyjä asioita sekä antamalla lisätietoa hoidoista. Hoitoyhteistyö sujuu helpommin, kun hoitoympäristö on kiireetön ja rauhallinen, ja potilaan kanssa pystytään keskustelemaan muustakin kuin sairaudesta tai hoidosta. Hoitaja voi myös rohkaista potilasta hakemaan vertaistukea muilta potilailta. (Lauri ym. 2002, liite 5.)

Kielteisten tunteiden vallassa oleva potilas saattaa tuntea vihaa ja katkeruutta sekä käyttäytyä aggressiivisesti. Hän voi syyllistää itseään tai muita tilanteestaan, eikä ota tietoa vastaan kieltämällä asian. Hoitajan on hyväksyttävä potilas kaikkine tunteineen ja kuunneltava häntä. (Lauri ym. 2002, liite 5.) Hänen on ymmärrettävä, että negatiiviset tunteet ja syyllisen etsiminen kuuluvat asiaan, eikä niissä ole mitään henkilökohtaista tai puolustettavaa. Hoitaja voi rauhoittaa potilasta selittämällä tutkimuksia ja hoitosuunnitelmaa sekä antamalla lääketieteen näkökulman sairauden aiheuttajista. (Aalberg & Idman 2010, 789.)

**Läpityöskentelyvaiheessa** tukemisen tavoite on, että potilas löytää uuden hyvinvoinnin ja osaa elää syöpänsä kanssa. Nyt potilas on hyväksynyt sairautensa ja kiinnostunut saamastaan hoidosta, sen tuloksista ja kuntoutuksesta. Hän laittaa itselleen merkittävät asiat tärkeysjärjestykseen,

arvioi omia voimavarojaan sekä alkaa suunnitella tulevaisuutta. Hoitaja voi tukea potilaan tiedonhalua antamalla hänelle ajankohtaista ja rehellistä tietoa. Potilaalle neuvotaan keinoja, joilla voi säilyttää voimavarat ja ylläpitää terveyttä. Häntä rohkaistaan edelleen tunteiden ilmaisuun ja hänelle osoitetaan, että hänestä välitetään. Hoitotyön auttamismenetelmillä pyritään vakuuttamaan potilaalle, että elämä jatkuu sairaudesta huolimatta. Potilas tuntee olonsa turvalliseksi voidessaan luottaa hoitojen jatkumiseen. Nyt hän osaa helpommin käsitellä tunteitaan ja kykenee jälleen arvostamaan itseään sellaisenaan. Potilaalla on jälleen uskoa ja toivoa tulevaisuudesta. (Lauri ym. 2002, liite 5.)

Sairauden eri vaiheissa **läheiset** pyritään huomioimaan hoitotyössä siten, että myös he sopeutuvat läheisensä sairauteen (Lauri ym. 2002, liite 5). Potilaalta on aina kysyttävä suostumus tietojen antamisesta läheisille, ja heidän mahdollisesta osallistumisestaan hoitoprosessiin (Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 559/1994; Lauri ym. 2002, liite 5). Läheisille on annettava samaa tietoa kuin potilaallekin. Jos potilas pyrkii salaamaan tai vähättelemään ongelmiaan omaisille, hoitajan on rohkaistava ja tuettava häntä näkemään asiat myös läheistensä näkökulmasta. Läheisten tarvittava emotionaalinen tukeminen kaikissa sairauden vaiheissa vahvistaa heidän jaksamistaan potilaan tukemisessa. (Lauri ym. 2002, liite 5.)

Hagedoornin, Kreicbergsin ja Appelin (2011, 209) tutkimuksessa ilmeni, että perheenjäsenet suhtautuvat yleensä hyvin toisen perheenjäsenen sairastumiseen. Naispuolisoilla vaikuttaa kuitenkin olevan enemmän masennus- ja ahdistuneisuusoireita kuin miespuolisoilla (Gustavsson-Lilius 2010, 7; Hagedoorn ym. 2011, 209). Perheenjäsenen riittävä tietämys ruokatorven syövästä ja usko sairauden vähäisestä vaikuttavuudesta elämään vähentävät stressiä. Sitä vähentävät myös positiivinen asenne sekä usko siitä, että syövän on aiheuttanut jokin ulkoinen tekijä, ja sairastunut hallitsee sairauttaan. Vaikka ruokatorven syöpä ja sen huono ennuste ovat herkkä keskustelunaihe, niistä on tärkeää keskustella perheenjäsenten kanssa avoimesti ja yksilöllisyys huomioiden. Myös perheenjäsenet tarvitsevat sosiaalista tukea oman selviytymisensä avuksi. Syöpään sairastunut ei ole perheenjäsenen paras mahdollinen tuki, sillä perheenjäsen useimmiten laittaa

sairastuneen tarpeet omiensa edelle. (Dempster, McCorry, Brennan, Donnelly, Murray & Johnston 2010, 703.) Vertaistukea on myös omaisille; selviytymistä voi edistää kokemusten jakaminen toisen potilaan omaisen kanssa (Rosenberg-Ryhänen 2012, 8).

## **4 Opinnäytetyön tarkoitus ja tehtävä**

Opinnäytetyön tarkoitus oli kehittää potilasohjausta kokoamalla tietoa ruokatorven syövästä ja sen hoidosta kirjallista potilasohjetta varten. Opinnäytetyön tehtävä oli tuottaa Ruokatorven syöpä -potilasohje osaston käyttöön.

Potilasohjetta käytetään henkilökunnan potilaalle ja hänen läheisilleen annettavan suullisen tiedon tukena. Henkilökunta voi käyttää potilasohjetta myös ohjaustilanteissa muistia tukemassa. Potilasohje on käytännöllisen kokoinen ja helppo antaa potilaalle, joka voi viedä sen kotiin ja tutustua siihen omassa rauhassa.

## **5 Toiminnallisen opinnäytetyön toteutus**

### **5.1 Toiminnallinen opinnäytetyö**

Vilkan ja Airaksisen (2003, 9 - 10, 17, 65, 82, 159) mukaan toiminnallinen opinnäytetyö on tutkimuksellisen opinnäytetyön vaihtoehto, jossa sovelletaan alan tietoja ja taitoja tutkimuksellisella otteella. Se on työelämälähtöinen ja sen tulos, produkti, on ammattikäyttöön suunnattu tuotos. Tuotos voi olla alasta riippuen esimerkiksi ohjelehtinen tai jonkin tapahtuman, kuten messuosaston, toteuttaminen. Tuotoksen tavoite on kehittää käytännön työelämää yhdistämällä teoreettista tietoa ammatillisiin taitoihin. Toimeksiantona tehty opinnäytetyö kehittää opiskelijaa kasvattamalla vastuuntuntoa ja opettamalla projekti-työskentelyä sekä tukemalla ammatillista kasvua.

Toiminnallinen opinnäytetyö on kaksiosainen kokonaisuus, jossa on tuotos ja raportti. Siinä yhdistyvät ammattikorkeakoulun vaatimat käytännön toteutus ja tehdyn työn raportointi tutkimusviestinnälle asetettujen vaatimusten mukaan. Tutkimusviestinnälle asetettuja vaatimuksia ovat muun muassa lähteiden käyttäminen ja niiden asianmukainen merkitseminen, asiatyylisyys tekstissä sekä johdonmukaisuus aika- ja persoonamuotojen käyttämisessä. Raportissa selvitetään opinnäytetyön tekemisen koko prosessi aiheen valinnasta lopulliseen tuotokseen. Raportointia helpottaa koko työn ajan pidetty opinnäytetyöpäiväkirja. Kun tuotos on kirjallinen, sen kieliasu voi poiketa täysin raportin tutkimusviestinnällisestä kieliasusta. Tuotoksen kieliasu määräytyy kohderyhmän mukaisesti, ja sen on oltava puhuttelevaa, tarkoituksenmukaista ja kohderyhmänsä ymmärtämää. Tuotoksen arviointikriteerit poikkeavat raportin arviointikriteereistä. Kun tuotosta arvioidaan, tärkeimmät kriteerit ovat esimerkiksi tuotoksen käytettävyys ja sopivuus kohderyhmälle sekä sen informatiivisuus ja luettavuus. (Vilkkä & Airaksinen 2003, 9, 22, 53, 65 - 66, 129.)

Tämän toiminnallisen opinnäytetyön tehtävä oli tuottaa toimeksiannon mukainen kirjallinen potilasohje osasto 2G:lle. Hoitohenkilökunta käyttää ohjetta suullisen potilasohjauksen tukena antamaan tietoa sairaudesta ja sen hoidosta potilaalle ja hänen läheisilleen. Ohjetta tehtäessä kohderyhmät huomioitiin selittämällä ammattitermejä sekä käyttämällä selkeää ja ymmärrettävää kieltä. Tuotoksen luettavuutta helpotettiin valitsemalla selkeä ja riittävän suuri kirjasintyyppi ja riviväli. Ohjeessa keskityttiin toimeksiantajan toivomiin asioihin yleisesti, ja muuta tarkempaa tietoa koottiin opinnäytetyöraporttiin, jonka tietoperusta jätettiin osaston henkilöstön käyttöön toimeksiantosopimuksen mukaisesti. Raportointi perustui koko opinnäytetyöprosessin ajan pidettyyn opinnäytetyöpäiväkirjaan.

## **5.2 Lähtötilanteen kartoitus**

Kun Pohjois-Karjalan ammattikorkeakoulun toimeksiantolistalta varattu opinnäytetyön aihe oli varmistunut, otettiin yhteyttä toimeksiantajan edustajaan kesäkuussa 2012. Tapaaminen sovittiin sähköpostitse heinäkuuksi.

Ensimmäisessä tapaamisessa keskusteltiin toimeksiannosta. Toimeksiantajalla ei ollut ruokatorvisyöpäpotilaille annettavaa kirjallista potilasohjetta, jolle nyt nähtiin tarve. Tapaamisessa saatiin osaston Haimasyöpä-potilasohje, jota toimeksiantaja toivoi käytettävän mallina, ja johon hän teki merkintöjä asioista, joita halusi käsiteltävän Ruokatorven syöpä -potilasohjeessa. Niitä olivat muun muassa ruokatorven syövän oireet, tutkimus- ja hoitomuodot sekä kivunhoito ja ravitsemus.

Tapaamisessa keskusteltiin myös kontaktihenkilöistä (osastolääkäri, ravitsemusterapeutti ja syöpäpotilaiden kanssa työskentelevä sairaanhoitaja), joihin voisi ottaa tarvittaessa yhteyttä tietojen tarkistamiseksi ja lisätietojen saamiseksi. Seuraava yhteydenotto sovittiin syksyksi 2012.

### **5.3 Opinnäytetyön prosessi**

Opinnäytetyön aiheen varmistuttua toukokuussa 2012 alkoi opinnäytetyöpäiväkirjan pitäminen opinnäytetyöprosessin edistymisestä (liite 2). Aluksi opinnäytetyötä teki vain yksi opiskelija, joka kesäloman aikana tutustui muutamiin toiminnallisiin opinnäytetöihin. Tarkoituksena oli saada yleiskuva toiminnallisesta opinnäytetyöstä, raportin kirjoittamisesta ja erilaisista kirjallisista tuotoksista. Toisella tekijällä oli suunnitteilla oma opinnäytetyö, mutta syyskuussa 2012 tekijät päätyivät tekemään yhteisen opinnäytetyön ruokatorvisyövästä.

Aluksi tekijät etsivät itsenäisesti aiheeseen liittyvää tietoa, jota arvioitiin ja muokattiin yhdessä. Tietoa saatiin kirjoista, lehdistä ja sähköisistä lähteistä; hakuja tehtiin muun muassa Terveysportti-, Cinahl- ja Medic-tietokannoista. Muista opinnäytetöistä hyödynnettiin vain lähdeluettelotietoja, koska haluttiin välttää tahatonta kopiointia.

Lokakuussa 2012 seurattiin ruokatorvisyöpäleikkausta sekä keskusteltiin leikatun potilaan kanssa hänen kokemuksistaan ja sovittiin, että hän lukisi potilasohjeen sen valmistuttua. Lokakuusta 2012 lähtien kirjoitettiin opinnäytetyön aihe suunnitelmaa. Toimeksiantosopimus allekirjoitettiin

joulukuussa 2012. Aihesuunnitelma oli valmis tammikuussa 2013, ja se esitettiin pienryhmässä. Aihesuunnitelma viivästyi kuukaudella, koska aluksi tekijät olivat eri opiskeluryhmissä, ja aikaa yhteiselle työskentelylle jäi vähän. Yhteinen työskentelyaika lisääntyi, kun tekijät pääsivät samaan opiskeluryhmään tammikuun 2013 lopussa.

Helmikuussa 2013 työ oli siinä vaiheessa, että raportin lääketieteellinen osuus annettiin osastolääkärin ja osastonhoitajan luettavaksi ja tarkastettavaksi. Lääkärinä haastateltiin ja häneltä kysyttiin tarkennuksia koottuun teorialtietoon. Maaliskuussa keskussairaalan ravitsemusterapeutti luki ja arvioi työn ravitsemusosion. Myös häntä haastateltiin ruokatorvisyöpäpotilaan ravitsemuksesta, ja häneltä saatiin tietoa käyttökelpoisista lähdeaineistoista.

Opinnäytetyöraporttia kirjoitettiin yhdessä lukujärjestykseen merkittyinä aikoina koululla kevään 2013 aikana, jolloin osallistuttiin myös pakollisiin opinnäytetyöseminaareihin sekä pienryhmäohjauksiin. Pakollisten seminaarien lisäksi käytiin omaa opinnäytetyötä lähellä olevissa, potilasohjeisiin liittyvissä seminaareissa, sekä muissa mielenkiintoa herättäneissä seminaareissa.

Potilasohjeen ensimmäinen versio esiteltiin osastonhoitajalle ja osastolääkärille toukokuun 2013 alussa. Palautteena saatujen korjausehdotusten toteuttamisen jälkeen potilasohje esiteltiin osastotunnilla ja osastolle jätettiin potilasohjeita sekä liitteessä 5 olevat saatekirje ja arviointilomake. Henkilökunta sai viikon aikaa palautteen antamiselle. Sama potilasohje ja arviointilomake saatekirjeineen (liite 5) toimitettiin syksyllä tavatulle leikkauspotilaalle, ravitsemusterapeutille ja osastolla olleelle uudelle ruokatorvisyöpäpotilaalle. Potilasohje luetutettiin myös ystävillä ja sukulaisilla.

Potilasohjeesta saadut palautteet huomioitiin ohjeen viimeistelyssä. Muutosehdotuksista keskusteltiin toimeksiantajan kanssa ja ohjeeseen tehtiin toimeksiantajan hyväksymät muutokset. Opinnäytetyö ja lääkärin hyväksymä valmis potilasohje (liite 6) viimeisteltiin ja ne esitettiin seminaarissa toukokuun 2013 lopussa. Seminaarissa esiin tulleiden parannusehdotusten huomioimisen jälkeen opinnäytetyö jätettiin arvioitavaksi.

Työ ei aiheuttanut taloudellisia menoja. Potilasohje tehtiin Word-tekstinkäsittelyohjelmalla ja luovutettiin sähköisessä muodossa toimeksiantajalle. Arvioitavat potilasohjeet ja arviointilomakkeet tulostettiin osastolla.

#### **5.4 Potilasohje ja sen arviointi**

Opinnäytetyöraporttiin kootuista tiedoista tehtiin osaston toimeksiannon mukainen potilasohje. Ohjeen mallina oli osastolta saatu A5-kokoinen ja 12-sivuinen, keltaiselle paperille tulostettu haimasyöpäpotilaan potilasohje.

Potilasohje on toimeksiantajan toivomuksen mukaisesti A5-kokoinen. Potilasohjeeseen otettiin viisi valkoista, A4-kokoista paperia, jotka tulostettiin kaksipuoleisina. Kun tulosteet taitettiin puoliksi, saatiin sivumääräksi 20. Taitossa huomioitiin asiakokonaisuudet sekä ohjeen luettavuus. Kirjasintyyppi on Arial, leipätekstin kirjasinkoko 12 ja riviväli 1,5. Pääotsikon kirjasinkoko on 28 ja alaotsikoiden 24. Pää- ja alaotsikoiden kirjasimet ovat valkoisia vihreällä pohjalla, sisällysluettelon vihreä ja leipätekstin musta. Yhteistietoja-sivulla väliotsikoiden kirjasinkoko on 12 - 14. Kirjasintyyppi, -koot ja -värit sekä riviväli valittiin niiden hyvän luettavuuden perusteella. Sivunumeroinnit ovat sivuilla 2 - 19, kansilehtiä ei numeroitu. Ohje kirjoitettiin yleiskielellä siten, että se on helposti luettava ja ymmärrettävä. Ohjeessa olevat muutamaiset lääketieteelliset termit on selitetty.

Potilasohjeessa käytetyt kuvat ovat ClipArt-leikkeitä, paitsi ruokatorven kuva, jonka piirsi toisen tekijän tytär. Alaotsikot on korostettu ClipArt-leikkeellä. Potilasohje tulostetaan valkoiselle paperille, ja värikkyys tulee kuvaleikkeistä. Ohjeen väriksi valittiin vihreä, joka mielletään toivon väriksi. Perhoskuva on vihreän värin ohella ohjeen ”punainen lanka”, joka neutraalina ja herkkänä kuvana pehmentää vakavaa aihetta. Toivo ja jaksaminen -osion kyyhkynen palmunlehvineen kuvastaa toivoa, jota sairaudesta huolimatta on pidettävä yllä.

**Potilasohjeen toimivuus testattiin** ennen lopullista versiota. Ensimmäiseksi ohje jätettiin osastonhoitajan ja osastolääkärin kommentoitavaksi. Palaute oli lähinnä sanojen muuttamista toisiksi, esimerkiksi leikkaus-sana muutettiin



toimenpide-sanaksi ja PEG-letku muutettiin syöttöletkuksi. Kivunhoito-osiosta poistettiin lääkkeiden sivu- ja haittavaikutuskappale. Lääkärin esittämien muutosten jälkeen ohje esiteltiin osastotunnilla osaston hoitohenkilökunnalle. Esittelyn jälkeen osastolle jätettiin saatekirje, potilasohjeita sekä arviointilomakkeita. Saatekirje oli kohdennettu työntekijöille, jotka eivät osallistuneet osastotunnille. Saatekirjeessä esiteltiin ohjeen tekijät sekä kerrottiin palautteen antamisesta.

Arviointilomakkeessa vastaajia pyydettiin arvioimaan potilasohjeen sisältöä, kieliasua, ulkonäköä ja kokonaisuutta. Sisältöosiossa kysyttiin käsitellyistä asioista ja tiedon määrystä, ja vastausvaihtoehtoina olivat liikaa, sopivasti tai liian vähän. Loppuihin arviointilomakkeen kysymyksiin vastaajat vastasivat kyllä tai ei. Asioiden käsittelyjärjestys -kysymyksessä kysyttiin, onko opas toimiva. Kieliasuosiossa kysyttiin luettavuudesta ja kielen ymmärrettävyydestä, kappaleiden ja lauseiden pituudesta sekä käsitteiden riittävästä ja ymmärrettävästä selityksestä. Ulkonäköosiossa kysyttiin tekstin sopivasta koosta, otsikoista ja värivalinnoista sekä kuvituksesta. Kokonaisuusosiossa kysyttiin henkilökohtaisen Sinä-puhuttelumuodon sopivuudesta, ensivaikutelmasta, yleisilmeestä ja tunnelmasta. Jokaisen osion lopussa oli myös tilaa vapaalle sanalle. Arviointilomake laadittiin Terveystieteiden tutkimuskeskuksen määrittelemien terveystieteiden sisältöä, kieli- ja ulkoasua sekä kokonaisuutta koskevien laatuksenteoreettien mukaisesti (Parkkunen, Vertio & Koskinen-Ollonqvist 2001, 10 - 18).

Potilasohje ja arviointilomake saatekirjeineen lähetettiin postitse myös syksyllä 2012 leikatulle ruokatorvisyöpöpotilaalle, joka lupautui arvioimaan sitä potilaan näkökulmasta. Potilaalle osoitettu saatekirje poikkesi henkilökunnan saatekirjeestä siinä, että siinä oli mainittu toimeksiantaja. Potilasohjeet, arviointilomakkeet ja saatekirjeet jätettiin ravitsemusterapeutille sekä toimitettavaksi vastaleikatulle ruokatorvisyöpöpotilaalle. Potilasohjetta luetutettiin myös ulkopuolisilla henkilöillä, joita pyydettiin arvioimaan ohjeen ulkoasua ja ymmärrettävyyttä.

**Toisen potilasohjeversion palaute** henkilökunnalta ja ravitsemusterapeutilta saatiin viidellä palautelomakkeella ja kahteen potilasohjeeseen kirjoitettuna. Vastaleikattu potilas antoi palautteensa suullisesti hoitajan välityksellä ja syksyllä leikattu potilas lähetti palautteensa postitse. Yksi tekijän sukulainen täytti palautelomakkeen, ja toinen antoi palautteensa suullisesti. Palautetta saatiin suullisesti myös yhdeltä terveydenhuoltoalan ammattilaiselta.

Palautetta saatiin 11 vastaajalta, joista viisi oli osaston henkilökunnalta. Seitsemän vastaajan mukaan potilasohje oli hyvä sellaisenaan, yksi vastaajista pohti kahden anatomiakuvan tarpeellisuutta. Yhden vastaajan mielestä ohje oli helppolukuinen ja potilasystävällinen, ja hän ehdotti yleissairaalapsykiatrian poliklinikan yhteystietojen lisäämistä siihen. Kahdessa henkilökunnan palautteessa oltiin tyytyväisiä ohjeeseen. Muissa palautteissa toivottiin enemmän tietoa kipulääkityksestä ja mietittiin lauseiden pituutta. Asioiden käsittelyjärjestys pidettiin ”osittain” toimivana, kieliasua ”osittain” helposti luettavana ja kieltä ymmärrettävänä. Kivunlievitys-kappale koettiin ”hieman sekavaksi”, ja ohjeen Sinä-puhuttelumuodon ja passiivilauseiden käyttämistä samassa ohjeessa teki tekstistä ”sekavaa”. Sinä-muotoa toivottiin käytettävän koko ohjeessa. Myös ”saattaa” ja ”voida” verbien käyttöön kiinnitettiin huomiota ja annettiin ehdotuksia sanavalinnoista. Ravitsemusterapeutti-kappaleen tarpeellisuutta kyseenalaistettiin, samoin Ravitsemus-kappaleen pituutta. Myös muiden kuvien kuin perhosen käyttämistä ehdotettiin.

Henkilökunnan kirjoittama palaute potilasohjeisiin oli kirjoitus- ja kielioppi-virheiden korjaamista sekä muutamien sanamuutosten ehdottamista. Esimerkiksi potilasohjeen kohdistamista potilaan läheisille ei koettu tarpeelliseksi. Pääosa muutosehdotuksista koski Kivunhoito ja Ravitsemus -kappaleita. Lukijat olisivat halunneet, että osastolla käytettäviä kivunhoitotapoja, kuten laskimoon ja lihakseen sekä syöttöletkun kautta annettavaa lääkitystä, olisi käsitelty tarkemmin. Ravitsemukseen liittyen ehdotettiin muun muassa nielemisvaikeuksien ja täydennysravintovalmisteiden käsittelyä lyhyesti. Oral Impact -tuotteen mainitsemista nimeltä kyseenalaistettiin.

## 6 Opinnäytetyön luotettavuus ja eettisyys

Tieteellinen tutkimus on luotettavaa, eettisesti hyväksyttävää ja tuloksiltaan uskottava, kun se on tehty noudattamalla hyvää tieteellistä käytäntöä. Lainsäädäntö antaa rajat, joiden sisällä tekijät säätelevät itse hyvän tieteellisen käytännön ohjeiden soveltamista. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012, 3.)

Tutkimuksien tekemisessä pyritään välttämään virheitä, mikä edellyttää tutkimusten luotettavuuden arviointia. Laadullisen tutkimuksen tekijöillä on erilaisia näkemyksiä tutkimuksen luotettavuuden arvioinnista, minkä takia luotettavuustarkastelut voivat poiketa toisistaan ja painottaa eri asioita. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 134.) Tutkimuksen **uskottavuus** edellyttää tutkimuksen riittävää kuvausta ja arvioita aineiston totuudenmukaisuudesta. **Siirrettävyys** on tulosten vertailukelpoisuutta toisiin tutkimuksiin ja tulosten samansuuntaisuutta. (Parkkila, Välimäki & Routasalo 2000, Tuomen ja Sarajärven 2009, 138 - 139 mukaan.) Siirrettävyyden varmistamiseksi on koko prosessi kuvattava niin yksityiskohtaisesti, että se on lukijan helposti seurattavissa (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2010, 160). **Riippuvuus** tarkoittaa tutkimuksen toteuttamista tieteellisen tutkimuksen yleisten periaatteiden mukaisesti. **Vahvistettavuuteen** kuuluu koko prosessin aikana tehtyjen päätösten perustelu siten, että lukija pystyy päättämään ja arvioimaan niitä. (Parkkila ym. 2000, Tuomen ja Sarajärven 2009, 138 - 139 mukaan.)

Tässä opinnäytetyössä **uskottavuutta** on opinnäytetyöprosessin tarkka kuvaaminen opinnäytetyöpäiväkirjan mukaisesti. Uskottavuutta vahvistaa myös saadun palautteen rehellinen kertominen. Käytetty tieto on näyttöön, kokemukseen sekä lääke- ja hoitotieteisiin perustuvaa tietoa. Lähdemateriaaliksi valittiin mahdollisimman uutta, luotettavaa ja aiheeseen liittyvää suomen- ja englanninkielistä tietoa. Kaikki lähdemateriaali yhtä lukuun ottamatta on 2000-luvulta, suurin osa lähteistä on 2010-luvun molemmin puolin. Muutama hoitotieteisiin liittyvä lähde on 2000-luvun alusta, mutta ne katsottiin kelvollisiksi, koska ihmisen hoitotyö ei ole muuttunut teknologian edistymisestä huolimatta. Sekundaarilähteitä on tietoisesti pyritty välttämään muutamaa lähdeä lukuun ottamatta. Niitä käytettiin, koska ne tukivat opinnäytetyötä.

Tässä opinnäytetyössä **siirrettävyys** on muun muassa tuoreen ja eri tutkimusmenetelmin saadun, sekä toisiaan tukevan kansainvälisen ja kotimaisen lähdeaineiston käyttämistä. Esimerkiksi Pohjois-Karjalan keskussairaalassa ei ole kirjallista hoitopolkua ruokatorvisyöpöpotilaalle, mutta käytännössä hoitopolku on sama kuin löydetyssä ruotsalaisessa lähteessä. Suomalaisen lähdemateriaalin kirjoittajat ovat samoja alansa asiantuntijoita, jotka olivat kirjoittaneet omasta erikoisalastaan useisiin lähteisiin. Tiedonhaussa käytetyt tietokannat, Cinahl, Medic ja Terveysportti, ovat kaksoissokkoarvioinnin läpikäyneitä ja tieteellisesti laadukkaita tietokantoja (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2010, 74). Tietoa haettiin myös Nelli-tiedonhakuportaalista sekä tekemällä asiantuntijahaastatteluja.

**Luotettavuutta** lisäävät myös opinnäytetyön luetuttaminen ja potilasohjeen testaaminen. Opinnäytetyöraporttia luetutettiin osastolääkärillä, osastonhoitajalla, ravitsemusterapeutilla ja ystävillä. Potilasohje esiteltiin osaston henkilökunnalle, ja siitä saatu palaute hyödynnettiin ohjeen lopullisessa muodossa, jonka laadinnassa huomioitiin myös potilaspalaute. Osastolääkäri tarkasti potilasohjeen lääketieteellisen oikeellisuuden. Vilkan ja Airaksisen (2003, 58) mukaan teoretien luotettavuutta lisää kerätyn tiedon tarkistuttaminen alan asiantuntijoilla, jolloin asiantuntijan konsultaatiota ja haastatteluja voidaan pitää lähteenä. Luotettavuuden merkki on myös huolellisesti laadittu lähdeluettelo.

Tässä opinnäytetyössä **riippuvuus** tarkoittaa tietojen kokoamista sekä raportin ja potilasohjeen tekemistä tieteellisen tutkimuksen yleisten periaatteiden mukaisesti. Tutkimuseettisesti hyvää tieteellistä käytäntöä osoittavat muun muassa rehellisyyden, huolellisuuden ja tarkkuuden noudattaminen työn aikana ja kun käsitellään, esitetään ja arvioidaan tuloksia. Työssä myös huomioidaan muiden tutkijoiden työ ja saavutukset ja heihin viitataan asianmukaisesti. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012, 3.)

Lainsäädännön velvoittavilla ohjeilla ja määräyksillä asetetaan tutkimus- ja kehittämishankkeille oikeuksia suojaavia rajoja. **Etiikan** tehtävänä on puolustaa hyvinä ja moraalisesti oikeina pidettyjä arvoja, jotka täydentävät lainsäädäntöä.

Eettiset ohjeet eivät ole lain tavoin velvoittavia, vaan ne ovat suosituksia. Ohjeiden ja suositusten tarkoitus on lisätä luottamusta ja sitouttaa tekijät toimimaan eettisten toimintatapojen ja rajojen mukaan. (Heikkilä, Jokinen & Nummela 2008, 43.)

Opinnäytetyön tekemisessä on kunnioitettu tekijänoikeuksia; lainauksia ei ole tehty luvatta ja lähteet on merkitty huolellisesti. Haastateltaville toimitettiin haastatteluun liittyvä opinnäytetyön raportin osuus etukäteen siihen perehtymistä varten. Heille kerrottiin opinnäytetyön tarkoitus ja tehtävä sekä kysyttiin lupa haastatteluun ja sen tallennukseen sekä sen lähteenä käyttämiseen. Potilasohjeen esittelystä eri lukijoilta saatu palaute on kerrottu rehellisesti ja kaunistelematta. Potilasohjetta tehtäessä on kunnioitettu ja noudatettu toimeksiantosopimusta. Potilasohje on laadittu potilasta kunnioittaen, jotteivät sen ulkoasu, kieli tai sisältö loukkaisi lukijaansa. Potilasohjeen testausvaiheessa huolehdittiin vastaajien anonymiteetistä ja salassa pidettäviksi luonnehdittavia tietoja on käsitelty niiden edellyttämällä tavalla.

Tässä opinnäytetyössä **vahvistettavuutta** ovat tehtyjen päätösten perustelut, kuten aiheen rajaaminen ruokatorvesta alkavaan syöpään ja opinnäytetyön painottaminen kuratiiviseen hoitolinjaan. Myös arvostelua saanut lääketieteellisen osuuden laajuus ja raportin pituus perusteltiin riittävästi.

## 7 Pohdinta

Opinnäytetyön tarkoitus oli kehittää potilasohjausta kokoamalla tietoa ruokatorven syövästä ja sen hoidosta kirjallista potilasohjetta varten. Tiedon hankkimisessa onnistuttiin hyvin: lähteiden valinnassa oltiin kriittisiä ja käytettiin viimeisintä tietoa. Tietopohjasta tuli kattava, ja siitä saa hyvän yleiskuvan ruokatorven syövästä ja sen vaikutuksista potilaan elämään. Opinnäytetyön tehtävä oli tuottaa Ruokatorven syöpä -potilasohje osaston käyttöön. Potilasohjeesta tuli onnistunut. Se on visuaalisesti neutraali, mutta raikas, sekä helposti luettava ja paljon tietoa antava.

Suomenkielistä lääketieteellistä tietoa ruokatorven syövästä löytyi melko hyvin. Varsinaista ruokatorvisyöpäpotilaan hoitotyöhön liittyvää tietoa oli saatavissa niukasti, joten suomenkielisistä lähteistä hyödynnettiin syöpäpotilaan yleistä hoitotyötä koskevaa tietoa. Hoitotyötä koskevaa tietoa löytyi enemmän englanninkielisistä lähteistä. Aihe rajattiin käsittelemään ruokatorvesta alkavaa syöpää, koska tietoperusta oli laaja ja raportin pituutta piti rajoittaa. Tehtävä osoittautui silti haasteelliseksi. Toimeksiannon mukaan opinnäytetyö painottui kuratiiviseen hoitoon, mutta raportissa käsiteltiin jonkin verran myös palliatiivista hoitoa, koska se on yksi ruokatorvisyöpäpotilaan hoitolinjoista.

Työtä aloittaessa tekijöillä oli kokonaiskuva työn etenemisestä, rakenteesta ja laadusta, ja työ eteni niiden mukaisesti. Koska tekijöillä ei ollut ennalta tietoa ruokatorven syövästä, haluttiin sairaus selvittää hyvin sekä lääke- että hoitotieteen näkökulmista. Löydetty tieto haluttiin välittää ymmärrettävästi myös raportin lukijalle. Raportista tehtiin perusteellinen, jotta siihen pohjautuva potilasohje olisi riittävän kattava ja toimeksiannon mukainen. Raportin lääke- ja hoitotieteelliset osuudet jäävät osaston käyttöön, ja sitä voidaan hyödyntää muun muassa uusien työntekijöiden perehdytyksessä. Ravitsemusosiosta tuli laaja, koska ruokatorven syöväällä on merkittävä ja lopullinen vaikutus yhteen ihmisen perustoimintoon, ravitsemukseen.

Pienryhmätapaamiset rytmittivät työntekoa antamalla välitavoitteita. Tapaamisissa saatiin palautetta omasta työstä ja sen edistymisestä, sekä saatiin muiden ryhmäläisten töistä kehittämisideoita omaan työhön. Alkuvaiheessa ohjaajien antama palaute korostui, loppuajan ohjausta saatiin sähköpostitse. Tapaamisia olisi voinut olla useamminkin, jolloin raportin mahdollisia puutteita olisi päässyt korjaamaan aikaisemmin. Myös enemmän henkilökohtaista aikaa, jota saisi pienemmällä ryhmäkoolla, kaivattiin.

Raportin lääketieteellisestä osuudesta saatiin osastolta hyvää palautetta asiaan hyvin perehtymisestä ja tekstin sujuvuudesta. Muutosehdotuksia ei juuri saatu, enemmänkin näkökulmaehdotuksia painotettavista asioista. Muut kuin lääketieteelliseltä kannalta asiaa katsovat lukijat antoivat positiivista palautetta

tekstin hyvästä suomen kielestä, sujuvuudesta ja ymmärrettävyydestä. Arvostelua saatiin raportin tarkkuudesta ja pituudesta.

Alun yhteistyö syksyllä 2012 oli haasteellista lähinnä yhteisen ajan löytämisen takia. Tekijät olivat eri opiskeluryhmissä, joiden aikataulut eivät kohdanneet oppituntien ja harjoittelujen eriaikaisuuden takia. Aikatauluongelma helpotti kevätlukukaudella 2013, kun tekijät pääsivät samaan ryhmään. Ryhmänvaihto mahdollisti sen, että työtä pystyttiin tekemään niille lukujärjestykseen varattuina aikoina. Alkuhankaluuksien takia suunnitelma opinnäytetyön valmistumisesta myöhästyi kuukaudella alkuperäisestä.

Raporttia kirjoitettiin alusta alkaen yhdessä, ainoastaan tiedonhankintaa tehtiin itsenäisesti. Tiedonhaussa ja kirjoittamisessa hyödynnettiin molempien tekijöiden vahvuuksia, englannin kielen ja tietotekniikan osaamista. Toinen on kiinnostunut englannin kielestä ja kulttuurista, ja toisella on aiempaa koulutusta ja kokemusta Microsoft Office -ohjelmista. Yhteistyö toimi hyvin, koska molemmat olivat sitoutuneet työhön ja aikatauluun. Molemmilla oli sama näkemys kokonaisuudesta. Opinnäytetyö lisäsi ammatillista osaamista ruokatorvisyöpöpotilaan hoitotyöstä, ja samaa tietoa voi soveltaa myös muihin syöpäsairauksiin tai vakaviin sairauksiin. Toivon ja henkisten voimavarojen merkitys vaikeassa sairaudessa korostuvat, ja henkilökunta voi vaikuttaa omalla toiminnallaan potilaan jaksamiseen. Kaikki potilaan hyväksi tehtävät asiat eivät välttämättä ole konkreettisia, käsin tehtäviä toimenpiteitä.

Yhteistyö toimeksiantajan kanssa sujui hyvin. Yhteyttä pidettiin sähköpostitse ja puhelimitse sekä osastolla käytiin muutaman kerran. Alun suunnitelma syöpäpotilaiden kanssa työskentelevän sairaanhoitajan tapaamisesta ei toteutunut aikatauluongelmien takia. Vaikka tapaaminen ei toteutunutkaan, tietoa löydettiin riittävästi muista lähteistä.

Osaston ehdotuksesta tekijät saivat seurata ruokatorven syövän leikkausta. Leikkausta edeltävänä päivänä tavattiin potilas, joka antoi suostumuksensa leikkauksen seuraamiseen. Potilas tavattiin myös leikkauksen jälkeen ennen hänen kotiutumistaan. Potilaan tapaamiset ja leikkauksen seuraaminen

konkretisoivat opinnäytetyötä ja avarsivat ymmärrystä sairaudesta potilaan kannalta. Alkuvaiheessa toimeksiantajalta saatu myönteinen palaute raportin tietoperustasta ja myöhemmin potilasohjeesta kannusti jatkamaan työtä.

Opinnäytetyön pohjalta tehtyä potilasohjetta hyödynnetään osasto 2G:llä, jolla sellaista ei vielä ole. Potilasohjetta voidaan hyödyntää myös tulevia potilasohjeita laadittaessa käyttämällä sitä mallina. Opinnäytetyö kokoaa monien eri lähteiden tietoa ruokatorven syövästä, ja sitä voi hyödyntää kuka tahansa aiheesta kiinnostunut. Potilasohjeen päivitysoikeudet ovat osastolla, ja ohjetta voi kehittää päivittämällä sen säännöllisesti viimeisimmän tiedon mukaisesti. Yksi kehittämismahdollisuus on myös tehdä potilasohjeet erikseen kuratiivisesti ja palliatiivisesti hoidettaville potilaille. Lisäksi ohjeen voi laittaa sairaalan intranet- ja internet-sivustoille.



## Lähteet

- Aalberg, V. & Idman, I. 2010. Syöpään liittyvät psykososiaaliset näkökohdat. Teoksessa Joensuu, H., Roberts, P. J., Teppo, L. & Tenhonen, M. (toim.) Syöpätaudit. Helsinki: Duodecim, 787 - 798.
- Anttila, K., Kaila-Mattila, T., Kan, S., Puska, E.-L. & Vihunen, R. 2010. Hoitamalla hyvää oloa. Helsinki: WSOYpro.
- Collan, J. 2009. Ruokatorven ja kardian syöpien hoito. Ruokatorven syövän yhdistelmähoitot. Focus Oncologiae. Syöpäsäätiön julkaisusarja 10/2009, 53 - 57. [http://cancer-fi-bin.directo.fi/@Bin/b7643010365fb3376dc895083ffaf696/1357807263/application/pdf/52520299/FocusO%202009\\_verkko.pdf](http://cancer-fi-bin.directo.fi/@Bin/b7643010365fb3376dc895083ffaf696/1357807263/application/pdf/52520299/FocusO%202009_verkko.pdf). 23.1.2013.
- Dempster, M., McCorry, N.K., Brennan, E., Donnelly, M., Murray, L.J. & Johnston, B.T. 2010. Psychological distress among family carers of oesophageal cancer survivors: the role of illness cognitions and coping. *Psycho-Oncology* 20 (7), 698 - 705. <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=5&sid=163ba45d-ebf1-455f-abc5-5cbd059c384a%40sessionmgr112&hid=122>. 4.4.2013.
- Dougherty, M. 2010. Assessment of Patient and Family Needs During an Inpatient Oncology Experience. *Clinical Journal of Oncology Nursing* 14 (3), 301 - 306.
- Duodecim. 2008. Varjoainekuvaukset. Duodecim. Terveyskirjasto. [http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=snk04025](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=snk04025). 25.2.2013.
- Duodecim. 2013. Hae Terveyskirjastosta. Duodecim. Terveyskirjasto. <http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti>. 16.5.2013.
- Elintarviketurvallisuusvirasto Evira. 2013. Kasvisten nitraatit. [http://www.evira.fi/portal/fi/elintarvikkeet/tietoa\\_elintarvikkeista/elintarvikevaarat/elintarvikkeiden\\_luontaiset\\_myrkyt/kasvisten\\_nitraatit/](http://www.evira.fi/portal/fi/elintarvikkeet/tietoa_elintarvikkeista/elintarvikevaarat/elintarvikkeiden_luontaiset_myrkyt/kasvisten_nitraatit/). 11.1.2013.
- Elonen, E. 2013. Anemiat. *Therapia Fennica*. <http://therapiafennica.fi/wiki/index.php?title=Anemiat>. 11.1.2013.
- Elonen, E. & Elomaa, I. 2010. Solusalpaajahoido. Teoksessa Joensuu, H., Roberts, P. J., Teppo, L. & Tenhonen, M. (toim.) Syöpätaudit. Helsinki: Duodecim, 161 - 190.
- Felix, V.N., Caetano, A., Cipullo, J.P., Almodova, E.C., Colaiacovo, W. & Zamboti, A.F. 2011. Mid-esophagus unresectable cancer treated with a low cost stent. First experience. *BMC Research Notes* 4/486. <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1756-0500-4-486.pdf>. 5.3.2013.
- Färkkilä, M. & Kivilaakso, E. 2010. Oireet ja löydökset. Teoksessa Roberts, P. J., Alhava, E., Höckerstedt, K. & Leppäniemi A. (toim.) *Kirurgia*. Helsinki: Duodecim, 288 - 304.
- Gastrolab. 2013. Maha-Suoli-Sanakirja. <http://www.gastrolab.net/dictfc.htm>. 25.2.2013.
- Gustavsson-Lilius, M. 2010. Psychological consequences of cancer from the salutogenic and dyadic perspective. Helsingin yliopisto. Käyttäytymistieteellinen tiedekunta. Käyttäytymistieteiden laitos.

- Väitöskirja. <https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/19773/psycholo.pdf?sequence=1>. 3.4.2013.
- Haataja, T. 2013. Kuvat 1 ja 2. 12.5.2013.
- Hagedoorn, M., Kreicberg, U. & Appel, C. 2011. Coping with cancer: The perspective of patients' relatives. *Acta Oncologica* 50 (2), 205 - 211.
- Haglund, B., Huupponen, T., Ventola, A.-L. & Hakala-Lahtinen, P. 2010. Ihmisen ravitsemus. Helsinki: WSOYpro.
- Hakulinen, T. 2009. Ruokatorven syövän ja mahasyövän syyt ja luonne. Mahan ja ruokatorven syövän epidemiologia. *Focus Oncologiae*. Syöpäsäätiön julkaisusarja 10/2009, 6 - 15. [http://cancer-fi-bin.directo.fi/@Bin/b7643010365fb3376dc895083ffaf696/1357807263/application/pdf/52520299/FocusO%202009\\_verkko.pdf](http://cancer-fi-bin.directo.fi/@Bin/b7643010365fb3376dc895083ffaf696/1357807263/application/pdf/52520299/FocusO%202009_verkko.pdf). 10.1.2013.
- Hamunen, K. 2003. Mitä syöpäkipu on? *Finnanest* 36 (1), 28 - 30.
- Haug, E., Sand, O., Sjaastad, Ø. & Toverud, K.C. 2007. Ihmisen fysiologia. Helsinki: WSOY.
- Heikkilä, A., Jokinen, P. & Nummela, T. 2008. Tutkiva kehittäminen. Avaimia tutkimus- ja kehittämishankkeisiin terveysalalla. Helsinki: WSOY.
- Heikura, M. 2013. Ravitsemusterapeutti. Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalveluiden kuntayhtymä. Nauhoitettu haastattelu 1.3.2013.
- Holdoway, A., Stacey, B. & Davis, M. 2003. Palliative management of cancer of oesophagus - opportunities for dietetic intervention. *Journal of Human Nutrition and Dietetics* (16), 369.
- Holli, K. & Saarto, T. 2010. Oireenmukainen hoito. Teoksessa Joensuu, H., Roberts, P. J., Teppo, L. & Tenhonen, M. (toim.) *Syöpätaudit*. Helsinki: Duodecim, 829 - 846.
- Holmia, S., Murtonen, I., Myllymäki, H. & Valtonen, K. 2010. Sisätautien, kirurgisten sairauksien ja syöpätautien hoitotyö. Helsinki: WSOYpro.
- Hovi, S.-L. 2000. Kipua kokevan syöpäpotilaan hoitotyö. Teoksessa Eriksson, E. & Kuppelomäki, M. *Syöpää sairastavan potilaan hoitotyö*. Helsinki: WSOY, 113 - 128.
- Hyvärinen, R. 2005. Millainen on toimiva potilasohje? Hyvä kieliasu varmistaa sanoman perillemenon. *Duodecim* 121 (16), 1769 - 1773.
- International Association for Study of Pain. 2012. IASP Taxonomy.Pain terms. [http://www.iasp-pain.org/AM/Template.cfm?Section=Pain\\_Definitions#Pain](http://www.iasp-pain.org/AM/Template.cfm?Section=Pain_Definitions#Pain). 30.4.2013.
- Isola, J. 2010. Syövän synty, kasvu ja leviäminen. Teoksessa Joensuu, H., Roberts, P. J., Teppo, L. & Tenhonen, M. (toim.) *Syöpätaudit*. Helsinki: Duodecim, 16 - 33.
- Jussila, A.-L., Kangas, A. & Haltamo, M. 2010. Sädehoitotyö. Helsinki: WSOYpro.
- Jäntti, M. 2010. Syöpää sairastavan potilaan ravitsemus. Teoksessa Jussila, A.-L., Kangas, A. & Haltamo, M. *Sädehoitotyö*. Helsinki: WSOYpro, 226 - 237.
- Järvinen, R. 2013. Ravintotekijät syövän ehkäisyssä. *Therapia Fennica*. [http://therapiafennica.fi/wiki/index.php?title=Ravintotekij%C3%A4t\\_sy%C3%B6v%C3%A4n\\_ehk%C3%A4isyss%C3%A4](http://therapiafennica.fi/wiki/index.php?title=Ravintotekij%C3%A4t_sy%C3%B6v%C3%A4n_ehk%C3%A4isyss%C3%A4). 11.1.2013.
- Kalso, E. 2009. Kivun lääkehoito. Teoksessa Kalso, E., Haanpää, M. & Vainio, A. *Kipu*. Helsinki: Duodecim, 181 - 219.

- Kalso, E., Elomaa, M., Estlander, A.-M. & Granström, V. 2009. Akuutti ja krooninen kipu. Teoksessa Kalso, E., Haanpää, M. & Vainio, A. Kipu. Helsinki: Duodecim, 104 - 115.
- Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2010. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: WSOYpro.
- Karjalainen, S. 2012. Toisen saman kokeneen tuki auttaa. Syöpä-lehti (6), 3.
- Karttunen, T. 2009. Ruokatorven syövän ja mahasyövän syyt ja luonne. Patologia.Focus Oncologiae. Syöpäsäätiön julkaisusarja 10/2009, 22 - 28. [http://cancer-fi-bin.directo.fi/@Bin/b7643010365fb3376dc895083ffaf696/1357807263/application/pdf/52520299/FocusO%202009\\_verkko.pdf](http://cancer-fi-bin.directo.fi/@Bin/b7643010365fb3376dc895083ffaf696/1357807263/application/pdf/52520299/FocusO%202009_verkko.pdf). 14.1.2013.
- Kauppinen, M. 2009. Ravitsemushoito. Teoksessa Ravitsemusterapeuttien yhdistys ry. Erytisuokavaliot - opas ammattilaisille. Helsinki: Dieettimedia Oy, 11 - 44.
- Kellokumpu, I. 2009. Ruokatorven ja kardian syöpien hoito. Kirurgian palliatiiviset ratkaisut. Focus Oncologiae. Syöpäsäätiön julkaisusarja 10/2009, 62 - 64. [http://cancer-fi-bin.directo.fi/@Bin/b7643010365fb3376dc895083ffaf696/1357807263/application/pdf/52520299/FocusO%202009\\_verkko.pdf](http://cancer-fi-bin.directo.fi/@Bin/b7643010365fb3376dc895083ffaf696/1357807263/application/pdf/52520299/FocusO%202009_verkko.pdf). 5.2.2013.
- Kivisaari, L. 2009. Ruokatorven syövän ja mahasyövän diagnostiikka. Magneettikuvaus ja tietokonetomografia. Focus Oncologiae. Syöpäsäätiön julkaisusarja 10/2009, 39 - 41. [http://cancer-fi-bin.directo.fi/@Bin/b7643010365fb3376dc895083ffaf696/1357807263/application/pdf/52520299/FocusO%202009\\_verkko.pdf](http://cancer-fi-bin.directo.fi/@Bin/b7643010365fb3376dc895083ffaf696/1357807263/application/pdf/52520299/FocusO%202009_verkko.pdf). 21.1.2013.
- Kokkinen, J. 2012. Syöpäkivun kokonaishoito. Terveysportti. Sairaanhoidajan käsikirja. <http://www.terveysportti.fi/dtk/shk/koti>. 5.3.2013.
- Kondrup, J., Allison, S. P., Elia, M., Vellas, B. & Plauth, M. 2003. ESPEN Guidelines for Nutrition Screening 2002. Clinical Nutrition 22 (4), 415 - 421. <http://espen.info/documents/Screening.pdf>. 1.3.2013.
- Kouri, M., Ojala, A. & Tenhunen, M. 2010. Sädehoito. Teoksessa Joensuu, H., Roberts, P. J., Teppo, L. & Tenhonen, M. (toim.) Syöpätaudit. Helsinki: Duodecim, 137 - 160.
- Kuhanen, C., Oittinen, P., Kanerva, A., Seuri, T. & Schubert, C. 2010. Mielenterveyshoitotyö. Helsinki: WSOYpro.
- Kuuppelomäki, M. 2000. Psykososiaalinen selviytyminen. Potilaan tunteet ja emotionaalinen tuki. Teoksessa Eriksson, E. & Kuuppelomäki, M. Syöpää sairastavan potilaan hoitotyö. Helsinki: WSOY, 129 - 158.
- Kyngäs, H., Kääriäinen, M., Poskiparta, M., Johansson, K., Hirvonen, E. & Renfors, T. 2007. Ohjaaminen hoitotyössä. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit.
- Kääriäinen, M. 2007. Potilasohjauksen laatu: hypoteettisen mallin kehittäminen. Oulun yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos. Väitöskirja. <http://herkules oulu.fi/isbn9789514284984/isbn9789514284984.pdf>. 7.3.2013.
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992.
- Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 559/1994.
- Lauri, S. 2000. Moniammatillinen yhteistyö. Teoksessa Eriksson, E. & Kuuppelomäki, M. Syöpää sairastavan potilaan hoitotyö. Helsinki: WSOY, 279 - 288.

- Lauri, S., Virtanen, H., Lehti, T. & Hiltunen, R. 2002. Syöpää sairastavan potilaan hoitotyön suositusten kehittäminen ja arviointi. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja. Tutkimuksia ja raportteja A:35/2002. Turku: Turun yliopisto.
- Leino-Kilpi, H. & Salanterä, S. 2009. Hyvä potilasohje edistää potilasturvallisuutta. Suomen Potilaslehti (2), 6 - 7.
- Logue, B. & Griffin, S. 2011. Road Map to Esophagectomy for Nurses. CriticalCareNurse 31 (4), 69 - 85.
- Luostarinen, M. 2010. Ruokatorvi. Teoksessa Roberts, P. J., Alhava, E., Höckerstedt, K. & Leppäniemi A. (toim.) Kirurgia. Helsinki: Duodecim, 366 - 391.
- Luszczynska, A., Boehmer, S., Knoll, N., Schulz, U. & Schwarzer, R. 2007. Emotional Support for Men and Women with Cancer: Do Patients Receive What Their Partners Provide? International Journal of Behavioral Medicine 14 (3), 156 - 163.
- Martikainen, S.-M. 2013. Syöpäpotilaiden vertaistuki. Email Marja.Haataja@edu.karelia.fi. 4.4.2013.
- Mills, M. E. & Sullivan, K. 2000. Patients with operable oesophageal cancer: their experience of information-giving in a regional thoracic unit. Journal of Clinical Nursing 9 (2), 236 - 246.
- Minn, H. 2009. Ruokatorven syövän ja mahasyövän diagnostiikka. PET-TT, diagnostiikka ja vastearviot. Focus Oncologiae. Syöpäsäätiön julkaisusarja 10/2009, 42 - 45. [http://cancer-fi-bin.directo.fi/@Bin/b7643010365fb3376dc895083ffaf696/1357807263/application/pdf/52520299/FocusO%202009\\_verkko.pdf](http://cancer-fi-bin.directo.fi/@Bin/b7643010365fb3376dc895083ffaf696/1357807263/application/pdf/52520299/FocusO%202009_verkko.pdf). 22.1.2013.
- Moxon, R. 2011. Oesophageal cancer: symptoms, treatment and nursing role. Nursing Standard 25 (32), 50 - 56.
- Nestle Nutrition. 2013. Oral Impact. <http://www.nestlehealthscience.fi/asset-library/Documents/archive/Oral%20Impact%20tuotesivu.pdf>. 27.3.2013.
- Nicklin, J., Kirby, D. & Blazeby, J. 2009. Gastrointestinal cancer: developing an information booklet for patients. Nursing Standard 23 (33), 25 - 40.
- NORDCAN, Association of the Nordic Cancer Registries. 2013. Tärkeimpiä tilastotietoja lyhyesti. Suomi – Ruokatorvi. <http://www-dep.iarc.fr/NORDCAN/FI/StatsFact.asp?cancer=60&country=246>. 10.1.2013.
- Nuutinen, L., Alahuhta, S. & Ala-Kokko, T. 2005. Syöpäpotilaan ravitsemus. Teoksessa Aro, A., Mutanen, M. & Uusitupa, M. (toim.) Ravitsemustiede. Helsinki: Duodecim, 552 - 559.
- Ollus, A. 2010. Syöpäpotilaan ravitsemushoito. Teoksessa Joensuu, H., Roberts, P. J., Teppo, L. & Tenhonen, M. (toim.) Syöpätaudit. Helsinki: Duodecim, 746 - 755.
- Paakkari, P. 2013. Lääkkeiden haittavaikutukset. Duodecim. Terveyskirjasto. [http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk00721](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00721). 26.4.2013.
- Parkkunen, N., Vertio, H. & Koskinen-Ollonqvist, P. 2001. Terveysaineiston suunnittelun ja arvioinnin opas. Helsinki: Terveiden edistämisen keskus. Terveiden edistämisen keskuksen julkaisuja -sarja 7/2001.
- Parviainen, I. 2011. Parasetamoli. Terveysportti. Akuutinhoidon tietokannat. [http://www.terveysportti.fi/dtk/aho/koti?p\\_artikkeli=ala00065&p\\_haku=parasetamoli,%20haittavaikutukset](http://www.terveysportti.fi/dtk/aho/koti?p_artikkeli=ala00065&p_haku=parasetamoli,%20haittavaikutukset). 28.2.2013.

- Pellinen, V. 2013. Esophagus ca -opinnäytetyö. Email Sirpa.Moore@edu.karelia.fi. 27.3.2013.
- Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä. 2013a. Sairaalasta lähteminen. <http://www.pkssk.fi/sairaalasta-lahteminen>. 23.4.2013.
- Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä. 2013b. Leikkauksen valmistautuminen kotona. [http://www.pkssk.fi/c/document\\_library/get\\_file?uuid=730eb40d-4e87-48de-b8d8-1216f1fc1e0c&groupId=14730](http://www.pkssk.fi/c/document_library/get_file?uuid=730eb40d-4e87-48de-b8d8-1216f1fc1e0c&groupId=14730). 28.3.2013.
- Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä. 2013c. Lääkkeetön kivunhoito. <http://www.pkssk.fi/laakkeeton-kivunhoito1>. 26.3.2013.
- Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä. 2013d. Kipupoliklinikka. <http://www.pkssk.fi/kipupoliklinikka>. 26.3.2013.
- Pudas-Tähkä, S.-M. & Kangasmäki, E. 2010. Kivunhoitomenetelmät. Terveysportti. Akuuttihoiton tietokannat. [http://www.terveysportti.fi/dtk/aho/koti?p\\_artikkeli=tht00248&p\\_haku=hieronta](http://www.terveysportti.fi/dtk/aho/koti?p_artikkeli=tht00248&p_haku=hieronta). 5.3.2013.
- Ravitsemusterapeuttien yhdistys ry. 2009. Erityisruokavaliot - opas ammattilaisille. Helsinki: Dieetti-media Oy.
- Ristimäki, A. 2009. Ruokatorven syövän ja mahasyövän syyt ja luonne. Syyt ja patogeneesi. Focus Oncologiae. Syöpäsäätiön julkaisusarja 10/2009, 17 - 20. [http://cancer-fi-bin.directo.fi/@Bin/b7643010365fb3376dc895083ffaf696/1357807263/application/pdf/52520299/FocusO%202009\\_verkko.pdf](http://cancer-fi-bin.directo.fi/@Bin/b7643010365fb3376dc895083ffaf696/1357807263/application/pdf/52520299/FocusO%202009_verkko.pdf). 14.1.2013.
- Roberts, P. J. & Joensuu, H. 2010. Kliininen diagnostiikka ja levinneisyysluokittelu. Teoksessa Joensuu, H., Roberts, P. J., Teppo, L. & Tenhonen, M. (toim.) Syöpätaudit. Helsinki: Duodecim, 76 - 119.
- Roche Oy. 2012. Mitä on hyvä syövänhoito -verkkokysely. <http://www.mynewsdesk.com/fi/pressroom/roche-oy/pressrelease/view/hyvae-syoevaenhoito-on-muutakin-kuintutkimuksia-leikkauksia-ja-laeaecketae-syoeapaepotilaat-kaipaavat-lisaeae-tietoa-ja-henkistae-tukea-740693>. 3.4.2013.
- Rosenberg-Ryhänen, L. 2012. Suomen Syöpäpotilaat ry - valtakunnalliset potilasverkostot. Sairastuminen kyseenalaistaa elämää. Syöpäsairaanhoitaja (1), 8 - 9.
- Ruuth, J. 2012. Verkko täynnä vertaistukea. Syöpä-lehti (1), 14 - 15.
- Saari, S., Kantanen, I., Kämäräinen, L., Parviainen, K., Valoaho, S. & Yli-Pirilä, P. 2009. Hädän hetkellä - psyykkisen ensiavun opas. Helsinki: Duodecim.
- Salo, J. A., Sihvo, E., Räsänen, J., Isolauri, J. & Joensuu, H. 2010. Ruokatorven syöpä. Teoksessa Joensuu, H., Roberts, P. J., Teppo, L. & Tenhonen, M. (toim.) Syöpätaudit. Helsinki: Duodecim, 306 - 314.
- Schwab, U. 2009. Ravitsemustilan määrittäminen. Teoksessa Hyytinen, M., Mustajoki, P., Partanen, R. & Sinisalo-Ojala, L. (toim.) Ravitsemushoito-opas. Helsinki: Duodecim, 176 - 181.
- Sihvo, E. 2009. Ruokatorven ja kardian syöpien hoito. Modernin kirurgian keinot ja tulokset. Focus Oncologiae. Syöpäsäätiön julkaisusarja 10/2009, 48 - 52. <http://cancer-fi-bin.directo.fi/@Bin/b7643010365fb3376>

- dc895083ffaf696/ 1357807263/application/pdf/52520299/Focus O%202009\_verkko.pdf. 5.2.2013.
- Sihvo, E. & Salo, J. 2000. Gastroesophagealisen refluksitaudin pahanlaatuinen komplikaatio: ruokatorven ja mahansuun rauhassyöpä. *Duodecim* 2000 (116), 1907 - 1911.
- Sihvo, E. & Salo, J. 2002. Kardia- ja esofaguskarsinomat - lisääntyvä ongelma? *Suomen Lääkärilehti* 57 (16), 1779 - 1782.
- Silvasti, S. 2013. Vatsakirurgi. Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalveluiden kuntayhtymä. Nauhoitettu haastattelu 27.2.2013.
- Solunetti. 2013a. Ruokatorvi. [http://www.solunetti.fi/fi/histologia/ruokatorvi\\_1/](http://www.solunetti.fi/fi/histologia/ruokatorvi_1/). 15.1.2013.
- Solunetti. 2013b. Ruokatorven karsinoma. <http://www.solunetti.fi/fi/patologia/>. 22.5.2013.
- Suomen Kivuntutkimusyhdistys. 2007. Syöpäkivun hoito-opas. Kuopio: Suomen Graafiset Palvelut Oy. <http://www.suomenkivuntutkimusyhdistys.fi/node/214>. 28.2.2013.
- Suomen Syöpäpotilaat ry & Roche Oy. 2012. Syöpäpotilaskysely: Hyvää syöpähoitoa, mutta tietoa tarvitaan lisää. [http://roche-oy.mynewsdesk.com/pressrelease/view/syoepaepotilaskysely-hyvaeae-syoepaehoitoa-mutta-tietoa-tarvitaan-lisaaeae-749646?utm\\_source=rss&utm\\_medium=rss&utm\\_campaign=Subscription&utm\\_content=current\\_news](http://roche-oy.mynewsdesk.com/pressrelease/view/syoepaepotilaskysely-hyvaeae-syoepaehoitoa-mutta-tietoa-tarvitaan-lisaaeae-749646?utm_source=rss&utm_medium=rss&utm_campaign=Subscription&utm_content=current_news). 3.4.2013.
- Suomen Syöpärekisteri. 2012a. Eloassaolevien syöpäpotilaiden lukumäärät 1.1.2011. Primaaripaikoittain ja diagnoosista kuluneen ajan mukaan. Miehet. <http://stats.cancerregistry.fi/stats/fin/vfin0033p0.html>. 25.2.2013.
- Suomen Syöpärekisteri. 2012b. Eloassaolevien syöpäpotilaiden lukumäärät 1.1.2011. Primaaripaikoittain ja diagnoosista kuluneen ajan mukaan. Naiset. <http://stats.cancerregistry.fi/stats/fin/vfin0034p0.html>. 25.2.2013.
- Suominen, T. 2000. Tiedon välittäminen potilaalle. Teoksessa Eriksson, E. & Kuupelomäki, M. (toim.) *Syöpää sairastavan potilaan hoitotyö*. Helsinki: WSOY, 203 - 214.
- Syöpäjärjestöt. 2013. Tietoa syövästä. Syöpäsananasto. <http://www.cancer.fi/tietoasyovasta/tiedonlahteita/>. 8.3.2013.
- Säteilyturvakeskus STUK. 2013. Magneettitutkimus. [http://www.stuk.fi/sateilyn\\_kaytto/terveydenhuolto/fi\\_FI/magneetti/](http://www.stuk.fi/sateilyn_kaytto/terveydenhuolto/fi_FI/magneetti/). 22.1.2013.
- Terve Media. 2012a. Tohtori. Haku. <http://www.tohtori.fi/?page=4069997&search=>. 22.5.2013.
- Terve Media. 2012b. Tohtori. Syöpäkipu. <http://www.tohtori.fi/?page=9773882&id=6072096>. 5.2.2013.
- Terveystietokeskus. 2013. Terminologian tietokannat. [http://www.terveysportti.fi/terveysportti/rex\\_terminologia.koti](http://www.terveysportti.fi/terveysportti/rex_terminologia.koti). 25.1.2013.
- Tilastokeskus. 2012a. Kuolleet peruskuolemansyyn (54-luokkainen luokitus) ja iän mukaan 2011, molemmat sukupuolet. Liitetaulukko 1a. [http://www.stat.fi/til/ksyyt/2011/ksyyt\\_2011\\_2012-12-21\\_tau\\_001\\_fi.html](http://www.stat.fi/til/ksyyt/2011/ksyyt_2011_2012-12-21_tau_001_fi.html). 20.2.2013.

- Tilastokeskus. 2012b. Kuolleet peruskuolemansyyn (54-luokkainen luokitus) ja iän mukaan 2011, miehet. Liitetaulukko 1b.  
[http://www.stat.fi/til/ksyyt/2011/ksyyt\\_2011\\_2012-12-21\\_tau\\_002\\_fi.html](http://www.stat.fi/til/ksyyt/2011/ksyyt_2011_2012-12-21_tau_002_fi.html). 20.2.2013.
- Tilastokeskus. 2012c. Kuolleet peruskuolemansyyn (54-luokkainen luokitus) ja iän mukaan 2011, naiset. Liitetaulukko 1c.  
[http://www.stat.fi/til/ksyyt/2011/ksyyt\\_2011\\_2012-12-21\\_tau\\_003\\_fi.html](http://www.stat.fi/til/ksyyt/2011/ksyyt_2011_2012-12-21_tau_003_fi.html). 20.2.2013.
- Torkkola, S., Heikkinen, H. & Tiainen, S. 2002. Potilasohjeet ymmärrettäviksi. Opas potilasohjeiden tekijöille. Helsinki: Tammi.
- Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi.
- Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohje. [http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/htk\\_ohje\\_verkko14112012.pdf](http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/htk_ohje_verkko14112012.pdf). 15.4.2013.
- Ukkola, O. 2005. Kakeksia. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim 121 (9), 985 - 992.
- Vainio, A. & Kalso, E. 2009. Syöpätauteihin liittyvä kipu. Teoksessa Kalso, E., Haanpää, M. & Vainio, A. Kipu. Helsinki: Duodecim, 478 - 506.
- Vainio, A. & Kalso, E. 2010. Syöpäpotilaan kipu. Teoksessa Joensuu, H., Roberts, P. J., Teppo, L. & Tenhonen, M. (toim.) Syöpätaudit. Helsinki: Duodecim, 756 - 774.
- Valtion ravitsemusneuvottelukunta. 2010. Ravitsemushoito. Suositus sairaaloihin, terveyskeskuksiin, palvelu- ja hoitokoteihin sekä kuntoutuskeskuksiin. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Viitala, H. 2009a. Syöpä. Teoksessa Ravitsemusterapeuttien yhdistys ry. Erityisruokavaliot - opas ammattilaisille. Helsinki: Dieettimedia Oy, 159 - 165.
- Viitala, H. 2009b. Syöpäpotilaan ravitsemusopas. Käytännön ohjeita syövän hoidon aikana. Reseptejä. Helsinki: Suomen Syöpäpotilaat ry & Ravitsemusterapeuttien yhdistys.
- Viklund, P. & Lagergren, J. 2007. A care pathway for patients with oesophageal cancer. *European Journal of Cancer Care* 16, 533 - 538.
- Vilka, H. & Airkasinen, T. 2003. Toiminnallinen opinnäytetyö. Helsinki: Tammi.
- Virkkunen, P., Salonen, O. & Minn, H. 2010. Kuvantamismenetelmät. Teoksessa Joensuu, H., Roberts, P. J., Teppo, L. & Tenhonen, M. (toim.) Syöpätaudit. Helsinki: Duodecim, 103 - 119.
- Williams, P.L., Warwick, R., Dyson, M. & Bannister, L.H. (toim.) 1989. Gray's anatomy. London: Churchill Livingstone.

## Toimeksiantosopimus



POHJOIS-KARJALAN  
AMMATTIKORKEAKOULU

## OPINNÄYTETYÖN TOIMEKSIANTOSOPIMUS

Toimeksiantaja	
Organisaation nimi:	PKSSK
Toimeksiantajan edustaja:	Osastonhoitaja Virva Pellinen
Osoite:	2G
Puhelinnumero:	013-1716261
Sähköposti:	virva.pellinen@pkssk.fi

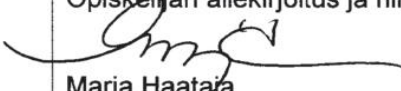
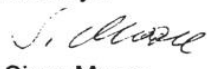

Opiskelijan/opiskelijoiden tiedot	
Koulutusohjelma:	Hoitotyön koulutusohjelma
Opiskelijanumero(t) ja nimi(et):	Haataja Marja 1001488 Moore Sirpa 1001498
Puhelinnumero:	044 500 2494, 044 033 0867
Sähköposti:	etunimi.sukunimi@edu.pkamk.fi

Toimeksiantajan sitoumukset	
Tarkastusvastuu osaston ylilääkärillä. Huolehtia kirjallisen työn jakelusta ja päivittämisestä.	

Opiskelijan sitoumukset	
Tuottaa teorian tiedon pohjalta potilasohje/informaatiolehtinen, esitellä tuotos työntekijöille osastotunnilla, toimittaa tuotos sähköisessä muodossa toimeksiantajalle. <i>Opiskelijat jättävät raporttiosuuden osaston käyttöön.</i>	

Opinnäytetyön ohjaus PKAMK:ssa	
Ohjaaja(t):	Kirsi Sallinen, Raija Tanskanen

Opinnäytetyön julkisuus	
Opinnäytetyö on julkinen asiakirja ja se voidaan julkaista Theseus-verkkokirjastossa.	

Allekirjoitukset	
Päiväys	Opiskelijan allekirjoitus ja nimenselvennys
20.12.2012	 Marja Haataja
	 Sirpa Moore
Päiväys	Toimeksiantajan edustajan allekirjoitus ja nimenselvennys
20.12.2012	 Virva Pellinen



## Opinnäytetyön päiväkirja

<b>OPINNÄYTETYÖN PÄIVÄKIRJA</b>	
Toukokuu 2012	Toimeksiantolista koululta. Opinnäytetyöaiheen varaus.
Kesäkuu 2012	Ensimmäinen yhteydenotto toimeksiantajan edustajaan sähköpostitse. Tapaamisen sopiminen.
Heinäkuu 2012	Ensimmäinen tapaaminen osasto 2G:n osastonhoitajan kanssa. Keskusteltiin toimeksiannon sisällöstä ja saatiin malliohje.
Syyskuu 2012	Opinnäytetyö I -info. Sovittiin opinnäytetyön tekeminen yhdessä. Itsenäistä tiedonhakua Internetin avulla ja tutustumalla aiemmin tehtyihin opinnäytetöihin. Lähdekirjojen lainaamista kirjastosta. Opinnäytetyön aihe suunnitelman laatiminen. Opinnäytetyöseminaareihin osallistuminen. Ensimmäinen pienryhmätapaaminen ja opinnäytetyösuunnitelman esittely. Osastonhoitaja otti yhteyttä leikkaukseen osallistumisesta. Osastonhoitajan informointi Marjan osallistumisesta opinnäytetyöhön.
Lokakuu 2012	Potilaan tapaaminen leikkaukseen osallistumisen luvan saamiseksi. Esofagusresektioon osallistuminen tarkkailijana. Osastonhoitajan tapaaminen ja Marjan esittely. Leikatun potilaan tapaaminen viikon päästä leikkauksesta. Toinen pienryhmätapaaminen. Lähdemateriaalin ja aikaisemmin tehtyjen opinnäytetöiden lukemista. Opinnäytetyösuunnitelman tekemistä.
Marraskuu 2012	Kolmas pienryhmätapaaminen. Sovittiin opinnäytetyösuunnitelmaseminaariesityksen lykkääminen tammikuuhun 2013.
Joulukuu 2012	Yhteydenotto osastonhoitajaan toimeksiantosopimuksen allekirjoittamisesta. Neljäs pienryhmätapaaminen. Opinnäytetyöseminaareihin osallistuminen. Lähdemateriaalin lukemista ja aikaisempaan opinnäytetyöhön tutustumista. Toimeksiantosopimuksen allekirjoitus.
Tammikuu 2013	Lähdemateriaalin lukemista, opinnäytetyösuunnitelman ja opinnäytetyön kirjoittamista.
Tammikuu 2013	Opinnäytetyön kirjoittamista. Opinnäytetyö II -info. Opinnäytetyösuunnitelman esitys ja hyväksyminen pienryhmässä. Opinnäytetyöseminaareihin osallistuminen.
Helmikuu 2013	Opinnäytetyön kirjoittamista. Osastolääkäri tarkisti opinnäytetyön lääketieteellisen tietopohjan. Lääkärin haastattelu. Kuudes pienryhmätapaaminen.
Maaliskuu 2013	Ravitsemusterapeutin haastattelu. Opinnäytetyön kirjoittamista. Seitsemäs pienryhmätapaaminen. Opinnäytetyöseminaareihin osallistuminen.
Huhtikuu 2013	Opinnäytetyön kirjoittamista. Kahdeksas pienryhmätapaaminen. Opinnäytetyö III -info. Opinnäytetyöseminaareihin osallistuminen.
Toukokuu 2013	Potilasohjeen raakaversio. Yhdeksäs pienryhmätapaaminen. Potilasohjeen raakaversioon esittely osastonhoitajalle ja osastolääkärille. Potilasohjeen esittely osastotunnilla ja palaute henkilökunnalta. Potilasohjeen toimittaminen ruokatorvisyöpöpotilaille arvioitavaksi. Potilasohjeen muokkaus palautteiden perusteella. Opinnäytetyön kirjoittamista. Osallistuminen opinnäytetyöseminaariin esiintyjänä. Opinnäytetyön viimeistely ja jättäminen arvioitavaksi.

**Aliravitsemuksen kriteerit, spontaanin painonlaskun merkitys**

<b>ALIRAVITSEMUSKRITEERIT</b>	
Laihtuminen	>5 %/kk tai 10%/6 kk
BMI	<18
Olkavarren ympärysmitta cm	miehet <21, naiset <17
S-ablumiini g/l	<34 (selvä poikkeama <30)
S-prealbumiini g/l	<0,15
S-transferrini g/l	<1,7
Veren lymfosyytit m <sup>3</sup>	<1200
Ihotestit	reagoimattomuus neljään antigeeniin: kandida, sikotauti, streptokinaasistreptodornaasi ja PPD
<b>Mikäli vähintään kolme kriteereistä toteutuu, on kyseessä aliravitsemustila.</b>	

<b>Spontaanin painonlaskun merkittävyys</b>		
Aika	Merkittävä painonmenetys %	Vaikea painonmenetys %
1 vk	1 – 2	>2
1 kk	5	>5
3 kk	7,5	>7,5
6 kk	10	>10
<b>Prosentuaalisen painon laskeminen</b>		
<u>entinen paino – nykyinen paino</u>		
		x 100
entinen paino		
Painon seurannassa on huomioitava mahdollisten turvotusten vaikutus painoon.		

(Mukaillen Kauppinen 2009, 17, 20)

## NRS-2002

NRS-2002 VAJAARAVITSEMUSRISKIN SEULONTA							
Nimi ja sotu					Pvm		
Pituus cm		Nykypaino kg		Punnittu Ilmoitettu	BMI		Paino kg 3 kk sitten
<b>1. Ravitsemustilan arviointi</b>							
<b>A. BMI</b>		<b>B. Painonlasku viimeisen 3 kk aikana</b>			<b>C. Ruoan määrä viimeisen viikon aikana</b>		
>20,5	<b>0</b>	Ei laihtunut			<b>0</b>	Syönyt normaalisti	
18,5 – 20,5	<b>2</b>	5 – 10 %			<b>1</b>	Syönyt >puolet	
<18,5	<b>3</b>	10 – 15 % (>5 %/2kk)			<b>2</b>	Syönyt noin puolet tai vähemmän	
		>15 % (>5 %/1 kk)			<b>3</b>	Syönyt erittäin vähän	
<b>Suurin pistemäärä kohdista A, B tai C</b>							
<b>2. Sairauden vaikeusaste ja ravitsemustilanne</b>							
<b>Normaali tilanne</b>	<b>Lievä</b>			<b>Kohtalainen</b>		<b>Vakava</b>	
	yleiskunto heikentynyt, jaksaa olla jalkeilla kroonisesti sairas, sairaalaan akuutin komplikaation takia krooninen haava <25 cm <sup>2</sup> dialyysihoidossa alkoholismi huumeongelma			vuodepotilas liikkuva, esim. GI-kanavan, hematologinen tai luusyöpä vaikea IBD, äskettäin suuri vatsa-alueen leikkaus tai aivohalvaus, toistuvia leikkauksia, vaikea infektio, palovamma, painehaava, laaja krooninen haava, lonkan murtuma, monivamma		tehohoito vammoja pään alueella kantasolusiirto	
<b>0</b>	<b>1</b>			<b>2</b>		<b>3</b>	
<b>Pistemäärä kohdasta 2</b>							
<b>3. Jos 70-vuotias tai vanhempi, lisätään 1 piste</b>							
<b>SEULONTAPISTEET YHTEENSÄ</b>							

Seulontatulokset	Ravitsemusriski	Toimenpiteet
0 pistettä	ei vajaaravitsemusriskiä	kirjataan tulos uusi seulonta viikoittain tai sovitusti
1 – 2 pistettä	vähäinen vajaaravitsemusriski	kirjataan tulos kannustetaan hyvään ravitsemukseen uusi seulonta viikoittain tai sovitusti
3 – 4 pistettä	kohtalainen vajaaravitsemusriski	kirjataan tulos tarkempi ravitsemustila-arviointi ja ravitsemushoitosuunnitelma
>4 pistettä	vakava vajaaravitsemusriski	ravitsemushoidon moniammatillinen tehostaminen ja seuraaminen uusi seulonta viikoittain tai sovitusti

Ravitsemusriskin seulontamenetelmän valinta ja kirjaamiskäytännön kehittäminen. Tampereen yliopistollinen sairaala. Projekti 2006 – 2007. Kehittäneet Kondrup ym. 2003 pohjalta Tampereen yliopistollisessa sairaalassa 2006 – 2007.

(Mukaillen Ravitsemusterapeuttien yhdistys ry 2009, 211, liite 1)

**Saatekirjeet potilaille ja henkilökunnalle, arviointilomake**

Toukokuu 2013

Hei!

Olemme kaksi sairaanhoitajaopiskelijaa Karelia-ammattikorkeakoulusta ja teemme potilasohjetta ruokatorvisyöpää sairastavalle potilaalle osana opinnäytetyötämme. Toimeksianto on saatu Pohjois-Karjalan keskussairaalan osasto 2G:ltä.

Olisimme kiitollisia, jos Sinulla olisi aikaa lukea oheinen potilasohje sekä antaa siitä palautetta tämän kirjeen toiselle puolelle. Vastaa rastittamalla mielestäsi sopiva vaihtoehto, jokaisessa kohdassa on myös tilaa vapaalle sanalle.

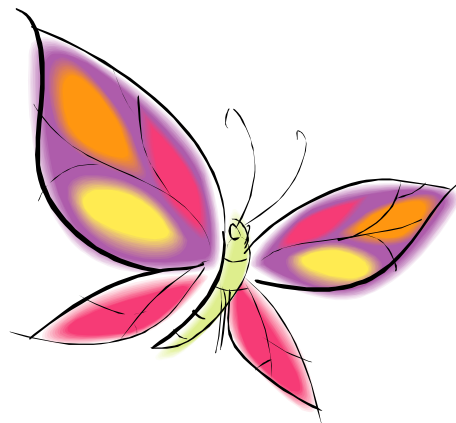
Tavoitteemme on tehdä mahdollisimman käyttökelpoinen potilasohje, ja siihen tarvitsemme myös Sinun apuasi. Vastattuasi kysymyksiin, palauta tämä lomake oheisessa kirjekuoressa.

*Kiitos jo etukäteen - hyvää kesää!*

Toivottavat

Marja Haataja

Sirpa Moore



**Saatekirjeet potilaille ja henkilökunnalle, arviointilomake**



14.5.2013

Hei!

Olemme kaksi sairaanhoitajaopiskelijaa Karelia-ammattikorkeakoulusta ja teemme ruokatorvisyövän potilasohjetta osaston toimeksiantona.

Olisimme kiitollisia, jos Sinulla olisi aikaa lukea oheinen potilasohje sekä antaa siitä palautetta oheiselle palautelomakkeelle. Vastaa rastittamalla mielestäsi sopiva vaihtoehto, jokaisessa kohdassa on myös tilaa vapaalle sanalle.

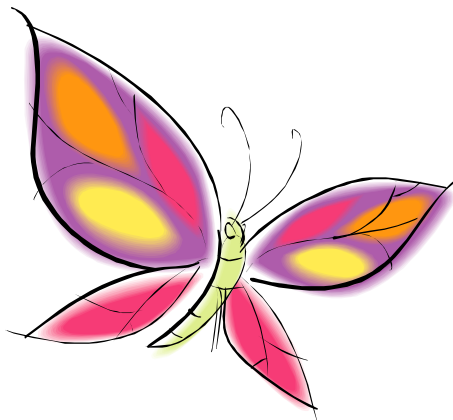
Tavoitteemme on tehdä mahdollisimman käyttökelpoinen potilasohje, ja siihen tarvitsemme myös Sinun apuasi. Vastattuasi kysymyksiin, palauta lomake tähän kirjekuoreen – haemme palautteet ti 21.5.2013.

*Kiitos jo etukäteen - hyvää kesää!*

Toivottavat

Marja Haataja

Sirpa Moore



## Saatekirjeet potilaille ja henkilökunnalle, arviointilomake

Potilasohjeen sisältö	Liikaa	Sopivasti	Liian vähän
Käsitellyt asiat			
Tiedon määrä			
Onko asioiden käsittelyjärjestys toimiva?		Kyllä	Ei
Parannusehdotukset			
Potilasohjeen kieliasu		Kyllä	Ei
Ohjetta on helppo lukea, kieli on ymmärrettävää			
Kappaleet ovat sopivan pituisia			
Lauseet ovat sopivan pituisia			
Käsitteitä on selitetty riittävästi ja ymmärrettävästi			
Parannusehdotukset			
Potilasohjeen ulkonäkö		Kyllä	Ei
Teksti on sopivan kokoista			
Otsikoiden sijoittaminen vihreälle pohjalle on toimiva			
Värivalinnat ovat ohjeeseen sopivia			
Kuvitusta on riittävästi			
Parannusehdotukset			
Potilasohjeen kokonaisuus		Kyllä	Ei
Henkilökohtainen puhuttelumuoto "Sinä" kunnioittava			
Ensivaikutelma - herättää mielenkiinnon ja houkuttelee tutustumaan			
Yleisilme - toteutus huolellinen, luottamusta herättävä			
Tunnelmaltaan hyvä - on miellyttävä lukea, ei ahdistaa tai pelota			
Parannusehdotukset			

# RUOKATORVEN SYÖPÄ

Carcinoma oesophagi



Potilasohje Sinulle,  
joka sairastat  
ruokatorven syöpää

## Sisältö

Lukijalle	3
Ruokatorvi	4
Ruokatorven syöpä ja oireet	5
Tutkimukset	6
Hoito	7
Leikkaustavat	8
Yhdistelmähoidot	9
Oireenmukainen hoito	10
Kotiutuminen ja hoidon jatkuminen	10
Ravitsemus	11
Vinkkejä ruokailuun	15
Kivunhoito	16
Toivo ja jaksaminen	18



## Lukijalle

Tämä potilasohje on tarkoitettu Sinulle, joka sairastat ruokatorven syöpää, sekä läheisillesi.

Tässä potilasohjeessa kerrotaan ruokatorven syövästä, siihen liittyvistä tutkimus- ja hoitotavoista, kivunhoidosta, ravitsemuksesta ja henkisestä jaksamisesta. Potilasohjeen tavoite on lisätä tietoa ruokatorven syövästä ja antaa tukea siinä selviytymisessä. Mieleesi tulee varmasti kysymyksiä, joita voit kysyä Sinusta välittävältä ja Sinua hoitavalta henkilökunnalta.

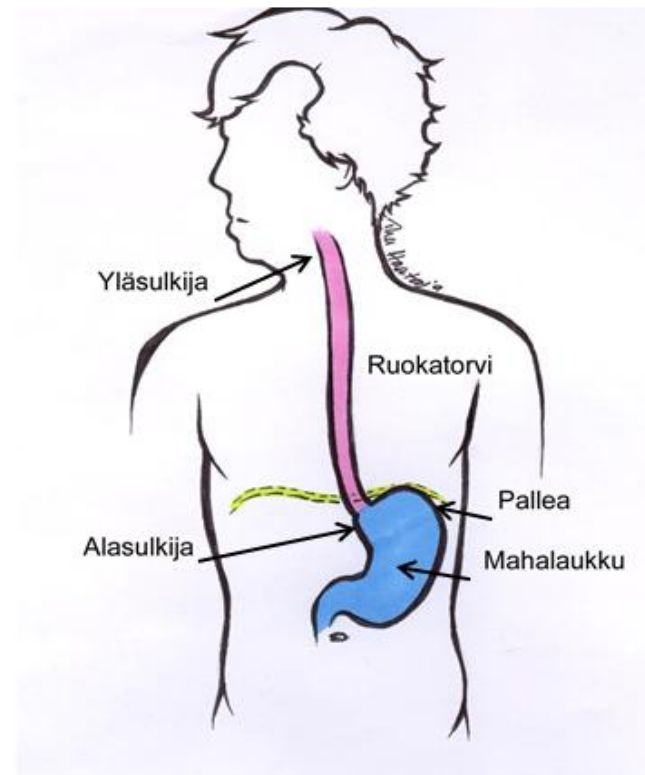
Lain mukaan Sinulla on potilaana oikeuksia. Sinulla on oikeus saada tietoa, oikeus osallistua hoitosi suunnitteluun ja toteutukseen, oikeus kieltäytyä hoidoista tai hoitotoimenpiteistä sekä oikeus olla vastaanottamatta tietoa. Sinulla on myös oikeus sanoa, kenelle tietojasi voidaan antaa.



3

## Ruokatorvi

Ruokatorvi eli oesophagus on aikuisella noin 25 – 35 cm pitkä ja suhteellisen suora lihaseinämäinen putki, joka yhdistää nielun mahalaukuun. Ruokatorvessa on kolme toiminnallista aluetta: yläsulkija, varsinainen ruokatorvi ja alasulkija. Ruokatorvi siirtää ruoan ja nesteet suusta mahalaukuun ja yläsulkija estää niiden palautumisen nieluun. Alasulkija estää mahanesteen nousemisen ruokatorveen.



4



## Ruokatorven syöpä ja oireet

Yleisimpiä ruokatorven syöpäkasvaimia ovat levyepiteeli- ja adenokarsinoomat. Ruokatorven yläosan tavallisin syöpätyyppi on levyepiteelikarsinooma, ja alaosan syövät ovat yleensä adenokarsinoomia. Keskiosassa esiintyy molempia syöpätyyppejä. Suurin osa ruokatorven syöpäkasvaimista sijaitsee ruokatorven alaosassa.

Ruokatorven syövän tyypillisin oire on **nielemisvaikeus eli dysfagia**. Muita oireita voivat olla laihtuminen, rinta- ja ylävatsakivut, oksentaminen ja mahan sisällön takaisinvirtaus ruokatorveen. Takaisinvirtaukseen voi liittyä aspiraatiota eli mahalaukun sisällön henkeen vetämistä ja yskää, sekä äänen käheytymistä. Lisäksi voi olla verioksenusta, veriulostetta ja anemiaa.

5



## Tutkimukset

**Ruokatorven tähystys** eli esofagoskopia on tutkimus, jossa ruokatorveen saadaan näköyhteys tähystimellä suun kautta. Tutkimuksessa voidaan paikantaa ongelmakohta ja ottaa koepala limakalvon muutoskohdista.

**Tietokonetomografia** eli TT tai CT tutkii ruokatorven syövän levinneisyyttä. Se on kerroskuvauksen menetelmä, jolla selvitetään samanaikaisesti syövän paikallinen tilanne ja mahdolliset etäpesäkkeet.

**Magneettikuvaus** eli MK tai MRI on magneettikenttiä hyödyntävä kuvantamismenetelmä, jolla saadaan kehosta täsmällisiä leikekuvia. Siinä näkyvät paremmin etäpesäkkeet, joita ei muilla kuvantamismenetelmillä välttämättä nähdä.

**Endoskooppinen ultraäänitutkimus** eli EUS on tähystimen avulla tehty kaikukuvaus ruokatorvessa. Sillä arvioidaan syövän tunkeutumissyvyyttä ruokatorven seinämään ja etäpesäkkeiden syntymisriskiä. EUS-tutkimuksella saadaan myös tietoa paikallisten imusolmukkeiden tilanteesta.

6



## Hoito

Ruokatorven syövän leviämistä ja potilaan kunto vaikuttavat hoitolinjan valintaan. Kaikille potilaille tarjotaan paras mahdollinen hoito syövän levinneisyydestä ja potilaan kunnosta riippumatta. Hoitolinjat ovat parantava eli kuratiivinen hoito, tai oireita helpottava eli palliatiivinen hoito.

Hoidon suunnittelu ja toteutus ovat yhteistyötä, johon osallistuvat Sinä ja läheisesi, Sinua hoitavat lääkärit, sekä muu hoitoasi toteuttava hoitohenkilökunta. Ajojensa asiantuntijat yhdistävät tietonsa ja kokemuksensa yhteisen päämäärän eli Sinun hoitosi parhaaksi.

Leikkaus on ainoa hoitomuoto, jolla kasvain voidaan poistaa. Leikkaus edellyttää, että syöpä on paikallinen ja potilaan yleiskunto riittävä. Toimenpiteessä poistetaan ruokatorven limakalvoa tai ruokatorvi osittain tai kokonaan. Poistettu ruokatorvi korvataan omalla mahalaukulla tai suolisiirteellä, joka siirretään rintaonteloon ja liitetään jäljelle jääneeseen ruokatorveen. Leikkauksen yhteydessä asennetaan nenä-mahaletku tasaamaan mahalaukun painetta ja syöttöletku ohutsuoleen leikkauksen jälkeistä ravinnon saantia varten.



## Leikkaustavat

**Endoskooppinen mukosaresektio eli EMR** on tähystysleikkaus, joka voidaan tehdä varhaisvaiheen pinnallisille kasvaimille. EMR:ssa poistetaan limakalvoa ja otetaan kudospnäyte, jonka perusteella hoitolinjaa on vielä mahdollista vaihtaa.

**Esofagusresektiossa eli ruokatorven poisto- tai osapoistoleikkauksessa** pyritään poistamaan syöpäkudos ja imusolmuke- etäpesäkkeet kokonaan. Ruokatorvi poistetaan avoleikkauksessa ja leikkauksreittejä on kaksi: transtorakaalinen ja transhiataalinen.

**Transtorakaalisessa leikkauksessa** avataan rintaontelo, jolloin syöpäkasvain ja mahdolliset imusolmukkeet voidaan poistaa näköyhteydessä. Leikkauksessa poistetaan ruokatorvea, rasva- ja imukudosta ja imusuonia.

**Transhiataalinen leikkaus** tehdään vatsaontelon läpi ja ruokatorvea poistetaan pallea-aukon ja kaulalle tehdyn aukon kautta. Leikkauksessa on näköyhteys vain ruokatorven alaosaan ja imusolmukkeita pystytään poistamaan rajoitetusti.

**Mini-invasiivista** ruokatorven poistoleikkauksista voidaan harkita, jos kasvain on rajoittunut limakalvonalaiskudokseen. Tässä leikkauksessa käytetään eri tähystys- ja avoleikkauksyhdistelmiä, leikkaustekniikka keh on sisällä on sama kuin avoleikkauksissa.

## Yhdistelmähoidot

Yhdistelmähoitoina voidaan antaa solusalpaajahoidoa, sädehoitoa tai molempia yhdessä ennen leikkausta tai koko hoidon ajan.

**Solusalpaajahoido** on kemoterapia-aineiden eli sytostaattien käyttöä syövän hoidossa. Hoidon tavoite voi olla mahdollisimman tehokas hoito ja parantaminen tai oireita lievittävä hoito. Sytostaatit ovat myrkyllisiä lääkeaineita, jotka pyrkivät tuhoamaan syöpäkasvaimen. Niiden yleisiä haittavaikutuksia ovat pahoinvointi, suun kipu ja haavaumat sekä hiustenlähtö. Haittavaikutuksiin voidaan vaikuttaa annostelulla, mutta samalla on arvioitava hoidon hyödyt ja haitat.

**Sädehoito** on säteilyn kohdistamista rajatulle alueelle. Sen tavoite voi olla syöpäkasvaimen pienentäminen ennen leikkausta, sen täydellinen tuhoaminen tai syövän aiheuttamien oireiden lievittäminen. Sädehoidon yleisiä haittavaikutuksia ruokatorven syövän hoidossa ovat ihon punoitus, kipu ja polte rintalastan alla sekä nielemisvaikeudet.

9



## Oireenmukainen hoito

Palliatiivisen hoidon tavoite on säilyttää mahdollisimman hyvä nielemiskyky. Nielemistä voidaan helpottaa muun muassa ruokatorven säde- ja/tai sytostaattihoidoilla, syöpäkasvaimen polttamisella tähystyksessä tai ruokatorvea laajentavalla proteesilla eli stentillä. Proteesi pitää ruokatorven avoimena ja sillä saadaan välitön apu vaikeaan nielemisvaivaan.

## Kotiutuminen ja hoidon jatkuminen

Leikkauspotilas pääsee sairaalasta, kun yleiskunto on riittävän hyvä ja ruokaileminen onnistuu. Kotiutumisen arviointiin ja järjestelyihin osallistuu moniammatillinen työryhmä, ja suunnittelu aloitetaan mahdollisimman varhain.

Jatkohoito järjestetään voinnin mukaisesti kotiin tai omaan terveyskeskukseen. Osastolta lähtiessä mukaan annetaan tarvittavat kotihoito-ohjeet, reseptit ja lääkärintodistukset. Seurantakäynti sairaalaan varataan noin kuukauden kuluttua leikkauksesta, jolloin tarvittavat jatkoseurannat suunnitellaan yksilöllisesti. Ongelmatilanteissa voi ottaa yhteyttä suoraan osastolle tai sairaalan ensiapuun.

10

## Ravitsemus

Sinulla on voinut olla painonmenetystä jo ennen sairauden toteamista nielemisvaikeuksien takia. Mikäli painosi on pudonnut paljon, voit parantaa ravitsemustilaasi ennen toimenpiteitä ruokaa rikastamalla ja muuttamalla sen helpommin nieltäväksi.

Voit rikastaa ruokaa lisäämällä siihen rasvaa, proteiineja tai hiilihydraatteja, joita saat esimerkiksi kermasta, voista, juustosta, kananmunasta ja sokerista. Nielemistä helpottaa, kun ruoka on pehmeää, sosemaista tai nestemäistä. Mikäli juomat tuntuvat menevän herkästi "väärään henkeen", voit paksuntaa niitä erilaisilla sakeutusaineilla, joita voit hankkia apteekista.

Ennen leikkausta saat osastolta Oral Impact -lisäravinnetta, jota nautitaan 3 kertaa päivässä 5 vuorokauden ajan muun ravinnon lisäksi. Oral Impact on immuunipuolustusta vahvistava täydennysravintojuomajauhe, joka vähentää leikkauksen jälkeisiä komplikaatoriskejä ja lyhentää hoitoaikaa. Muuten valmistaudut leikkaukseen sairaalan ohjeiden mukaisesti.

11



## Ravitsemus

Leikkauksen jälkeen et voi syödä suun kautta mitään 5 - 7 päivään. Leikkauksessa Sinulle laitetaan syöttöletku, jonka kautta saat ravintoa nestemäisessä muodossa suoraan ohutsuoleen. Letku poistetaan muutaman viikon kuluttua kotiutuksesta normaalin ruokailun onnistuessa ongelmitta. Leikkauksessa Sinulle laitetaan myös nenä-mahaletku. Sen tarkoitus on vähentää mahalaukun painetta leikkaussaumakohtaa ärsyttämättä ja se poistetaan viikon kuluttua leikkauksesta.

Voit syödä ja juoda, kun leikkaussaumakohtien pitäminen on varmistettu varjoainekuvauksella. Kuvauksen tehdään yleensä 5 - 7 päivänä leikkauksesta. Nieleminen voi aluksi tuntua erilaiselta kuin aiemmin, mutta totut siihen ajan myötä. Jos normaalissa ruokailussa on ongelmia, voidaan suun kautta nautittavaa ravitsemustasi täydentää syöttöletkun kautta.

Alussa ruoka on nestemäistä ja siitä edetään sosemaiseen ja kiinteään ruokaan. Ruokamäärät ovat pieniä, vain lusikallisia kerrallaan. Ruokailussa Sinun on tärkeä muistaa säännöllisyys ja juominen erityisesti aterioiden välillä.

12



## Ravitsemus

Leikkauksen jälkeen ruokailutapasi muuttuvat pysyvästi, koska mahalaukkusi ei enää vedä yhtä paljon kuin aikaisemmin. Annosten on oltava pieniä ja niitä on syötävä usein, vaikka näläntunnetta ei olisikaan.

Ruoka voi aluksi maistua erilaiselta, mutta se on yleensä ohimenevää. Painon putoaminen alussa on normaalia, ja painoa on seurattava säännöllisesti, ettei ravitsemustilasi ainakaan huonontuisi. Mikäli painosi alkaa pudota, voit lisätä päivittäistä energiamäärääsi esimerkiksi rikastamalla ruokaasi tai nauttimalla täydennysravintovalmisteita, joita voit hankkia apteekista.



13

## Ravitsemus

Tapaat ravitsemusterapeutin kahdesti. Ensimmäisen kerran ravitsemusterapeutti käy tapaamassa Sinua osastolla leikkauksen jälkeen. Samalla sovitte seuraavasta tapaamisesta esimerkiksi seurantakäynnin yhteyteen kirurgian poliklinikalla.

Ravitsemusterapeutti keskustelee kanssasi muuttuneesta syömisestäsi. Hän antaa Sinulle käytännön ohjeita riittävän monipuolisesta ja terveellisestä ruokailusta omien mieltymystesi mukaan.

Kotona jatkat ruokailuasi ravitsemusterapeutin ohjeiden mukaisesti. Voit olla yhteydessä ravitsemusterapeuttiin myös tarvittaessa.



14

## Vinkkejä ruokailuun

- syö vähän kerrallaan, mutta usein
- juo aterioiden välillä
- pureskele ruoka huolellisesti, se edistää ruoansulatusta ja ehkäisee mahdollisia suolitukoksia
- ruoan takaisinvirtausta estävät
  - puoli-istuva asento ruokaillessa ja puoli tuntia sen jälkeen
  - syömisen välttäminen tuntia ennen nukkumaanmenoa
  - nukkuminen vuoteen päty kohotettuna
- ruokailuun liittyvää pahoinvointia voit ehkäistä lähtemällä liikkeelle heti ruokailun jälkeen



15

## Kivunhoito

Kivun lääkehoidon tavoite on kivuttomuus oikean lääkityksen avulla tai ainakin kivun helpottaminen. Kivun hoito perustuu aina yksilölliseen tilanteeseen, jonka paras asiantuntija olet Sinä itse. Kipulääkettä on otettava, mikäli kipu häiritsee, lisääntyy tai vaikuttaa toimintakykyysi. Hoitamaton kipu hidastaa paranemistasi ja voi alkaa hallita elämääsi. On tärkeää, että opit havainnoimaan kipusi voimakkuutta ja sen laatua sekä kerrot siitä hoitohenkilökunnalle.

Kivun lääkehoidossa periaatteena on kivun jatkuva ja tasainen lievitys pitkävaikutteisella lääkkeellä, joka pyritään antamaan säännöllisesti suun kautta. Lämpilyöntikivut eli kipuhaiput vaativat nopean kivunlievityksen nopeavaikutteisella tabletilla tai liuoksella. Kivun voimakkuus määrittelee lääkityksen vahvuuden, ja kipua ennakoidulla voit vähentää lääkemäärää ja kipukokemustasi.



16

## Kivunhoito

Sopiva lääkitys ei välttämättä löydy heti, joten hyvä kivunhoito vaatii jatkuvaa seurantaa ja tarkastelua. Eri kipulääkkeiden yhdistäminen voi tehostaa kivunhoitoa, koska ne toimivat eri mekanismeilla. Kipulääkettä voidaan antaa myös ihon kautta, ihonalaisesti, lihakseen, laskimonsisäisesti tai selkäytimen ja luukanavan väliseen epiduraalitalaan.

Et ole kipusi kanssa yksin, siihen löytyy kyllä ratkaisu. Tarvittaessa saat apua kivunhoitoon erikoistuneelta kipupoliklinikalta. Kipua voidaan hoitaa myös sytostaatti- tai sädehoidoilla, puudutuksilla, hermojen salpauksilla tai kipuratojen katkaisulla.

Muita käyttökelpoisia kivunhoitomenetelmiä ovat kylmä- ja lämpöhoidot, hieronta ja liikkuminen, hengitysharjoitukset ja rentoutuminen, mielikuvien käyttäminen ja huomion pois kääntäminen kivuista esimerkiksi musiikin kuuntelulla. Voit käyttää niitä kipulääkkeiden lisänä, jolloin lääkityksesi määrää voidaan mahdollisesti vähentää.

17



## Toivo ja jaksaminen



Sairauden aiheuttamat tunnereaktiot ovat yksilöllisiä ja normaaleja. Ne voivat olla voimakkaita ja vaihdella sairauden eri vaiheissa. Et pysty vaikuttamaan Sinussa herääviin tunteisiin, mutta voit vaikuttaa tunnetilojesi keston. Tunteita tiedostamalla, purkamalla ja hallitsemalla voit saavuttaa tasapainon ja mahdollisimman hyvän olon.

Jotkut selviytyvät sairauden aiheuttamasta tunteista läheistensä ja hoitohenkilökunnan avulla, toiset tarvitsevat siihen myös ulkopuolista tukea. Tukea saat myös yhdistyksiltä ja seurakunnalta, sekä yksityisiltä ja julkisilta sosiaali- ja terveyspalvelujen tuottajilta.

Tunteiden vaihdellessa uudenelämäntilanteen takia on hyvä etsiä positiivisia asioita, jotka vahvistavat voimavarojasi. Hoitohenkilökunta auttaa Sinua voimavarojen etsimisessä yhdessä läheistesi kanssa.

Vertaistuki voi vaikuttaa toipumiseen myönteisesti. Sitä tarjoavat vertaistukihenkilöt ja -ryhmät, joilla kaikilla on omakohtaisia kokemuksia syövästä. Vertaistukiryhmään osallistuminen voi auttaa ymmärtämään, ettet ole ainoa tässä tilanteessa.

18

## Toivo ja jaksaminen



Käy hoitosuunnitelmasi läpi yhdessä hoitajasi kanssa, mieltä askarruttavista asioista on hyvä keskustella myöhemminkin. Ajan kuluessa, ja kun tietosi sairaudesta lisääntyy, voi toivottomaltakin tuntuvassa tilanteessa nähdä toivoa ja oivaltaa, että elämä on edelleen elämisen arvoista.

Toivo antaa elämälle tarkoituksen ja vaikuttaa hyvinvointiin. Toiveikkaalla mielialalla on myönteistä vaikutusta kehon toimintoihin, hyvinvointiin ja paranemiseen. Toivoa rakennetaan etsimällä omasta elämästä myönteisiä asioita, ja toivon kasvaessa löydetään sisäisiä voimavaroja ja rohkeutta.

Toivon rakennusaineet ovat yksilöllisiä ja niitä voivat olla myönteinen elämänasenne, usko korkeampaan voimaan, läheisten tuki, hoito ja sen jatkaminen, sekä tieto hoitovaihtoehtoista. Toivon ylläpitämisessä on löydettävä positiivisia asioita sairauden eri vaiheissa ja tilanteissa. Toivoa voi ylläpitää keskustelemalla läheisten ja hoitohenkilökunnan kanssa.

## Yhteystietoja

### Pohjois-Karjalan keskussairaala

Vaihde	(013) 1711
Osasto 2G	(013) 171 6260
Kirurgian poliklinikka	(013) 171 3050, (013) 171 6152
Sosiaalityöntekijä	(013) 171 2086
Tikkamäen päivystys	(013) 171 6161
Ravitsemusterapeutti	(013) 171 3023

### Pohjois-Karjalan Syöpäyhdistys ry.

Puh. (013) 227 600, [www.pohjois-karjalansyopayhdistys.fi](http://www.pohjois-karjalansyopayhdistys.fi)

Tämä potilasohje on tehty Pohjois-Karjalan keskussairaalan osasto 2G:n toimeksiannosta ja on osa opinnäytetyötä.

Koko opinnäytetyön voi lukea osoitteessa [www.theseus.fi](http://www.theseus.fi).

Potilasohjeen päivitysoikeudet P-KSSK, osasto 2G.

Opaslehtinen on tarkastettu ja hyväksytty 24.5.2013, tarkastajana erikoislääkäri Seppo Silvasti.

Karelia-ammattikorkeakoulu  
Hoitotyön koulutusohjelma  
Kevät 2013  
Marja Haataja ja Sirpa Moore  
Kuvat: T. Haataja ja ClipArt

