

## NAISEN ARVOINEN ASIA

Rintasyövän varhaisen toteamisen menetelmiin osallistumiseen yhteydessä olevat tekijät  
Suomen Mareps- aineistossa

Sirpa Huttunen  
Riitta Valkonen

Terveyskasvatuksen  
Pro gradu –tutkielma  
Jyväskylän yliopisto  
Terveystieteiden laitos  
Kevät 2000

## TIIVISTELMÄ

Huttunen, S. & Valkonen, R. Naisen arvoinen asia. Rintasyövän varhaisen toteamisen menetelmiin osallistumiseen vaikuttavista tekijöistä Suomen Mareps - aineistossa. Terveyskasvatuksen pro gradu –tutkielma. Jyväskylän yliopisto. Terveystieteiden laitos. Kevät 2000. 79 sivua, 7 liitettä, 17 liitesivua.

Tämän survey-tutkimuksen tarkoitus oli kuvata suomalaisten naisten rintasyövän varhaisen toteamisen menetelmiin (omatarkkailu, kliininen tutkimus, mammografiatutkimukset) osallistumista ja osallistumiseen yhteydessä olevia tekijöitä. Tutkimuksessa tarkasteltiin missä määrin sosiodemografiset tekijät ja koettu terveys ovat yhteydessä naisten rintasyöpäkäsityksiin ja rintasyövän varhaisen toteamisen menetelmiin. Lisäksi tarkasteltiin naisten rintasyöpään sekä terveyteen ja terveydenhallintaan liittyvien käsitysten ja naisten saaman kannustuksen yhteyttä rintasyövän varhaisen toteamisen menetelmiin osallistumiseen. Tutkimus oli osa kansainvälistä Mareps -projektia (N= 400). Tutkimusaineistona oli 204 pirkanmaalaisen 18-92 vuotiaan naisen strukturoidut puhelinhaastattelut.

Tutkittavat osallistuivat rintasyövän varhaisen toteamisen menetelmiin hyvin. Kuukausittain rintansa tutki puolet haastatelluista. Neljännes vastaajista oli osallistunut mammografiatutkimuksiin vähintään joka toinen vuosi ja vajaalta puolelta oli hoitohenkilökunta tutkinut rinnat yhtä usein. Tieto mitä tehdä rintasyövän varhaiseksi toteamiseksi sekä läheisiltä saatu kannustus lisäsivät omatarkkailufrekvenssiä. Ammatillinen tai yliopistokoulutus, alle 60-vuoden ikä, kumppanuus, velvollisuuden tunne perhettä kohtaan sekä lääkäriltä saatu kannustus lisäsivät osallistumista kliiniseen tutkimukseen. Mammografiaan osallistuivat suositusten mukaisesti eniten 50-59-vuotiaat naiset. Joukkotiedotusvälineiden, kunnan tai kaupungin antama kannustus, velvollisuudentunne perhettä ja yhteiskuntaa kohtaan sekä palvelujen saatavuus olivat tilastollisesti merkitsevästi yhteydessä mammografiaan osallistumista vähintään joka toinen vuosi.

Koetulla terveydellä ei ollut tilastollisesti merkitsevää yhteyttä rintasyövän varhais toteamisen menetelmiin osallistumiseen. Kliiniseen tutkimukseen osallistumista vähensi se, että vastaaja oli samaa mieltä terveyden ulkoista kontrollia kuvaavien väitteiden kanssa. Mammografiaan osallistumiseen olivat tilastollisesti merkitsevästi yhteydessä toisaalta hyvään onneen ja perintötekijöihin liittyvä uskomus ja toisaalta se, että terveys riippuu siitä, mitä itse tekee.

Tämän tutkimuksen tulokset ovat samansuuntaisia aiemmin Suomessa tehtyjen tutkimusten kanssa. Tulokset haastavat tutkijoita erilaisten tutkimusmenetelmien ja näkökulmien käyttöön. Naisten omien kokemusten, tunteiden ja mielipiteiden tutkiminen rintasyövän varhaisen toteamisen menetelmiin osallistumisesta antanevat uusia lähtökohtia asiakaslähtöisille terveyskasvatusinterventioille.

Avainsanat: rintasyöpä, omatarkkailu, mammografia, kliininen tutkimus, sosiaalinen tuki

## SISÄLTÖ

1 JOHDANTO	1
2 RINTASYÖVÄN EPIDEMIOLOGIASTA	3
2.1 Rintasyöpäsairastavuus Suomessa	3
2.2 Rintasyövän biologisista riskitekijöistä	3
2.3 Elintapoihin liittyvistä rintasyövän riskitekijöistä	4
3 RINTASYÖVÄN VARHAISEN TOTEAMISEN MENETELMÄT	7
3.1 Varhaisen toiminnan perusteista	7
3.2 Omatarkkailu	8
3.3 Rintojen kliininen tutkiminen	10
3.4 Mammografia- ja ultraäänitutkimukset	11
3.5 Mammografiaseulonnat	12
4 SOSIAALINEN TUKI JA RINTASYÖVÄN VARHAISEN TOTEAMISEN MENETELMÄT	15
4.1 Sosiaalisen tuen sisällöstä, muodoista ja mittaamisesta	15
4.2 Rintasyövän varhaiseen toteamiseen liittyvästä informatiivisesta tuesta	17
4.3 Sosiaalisen tuen vaikutuksesta	18
5 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSONGELMAT	21
6 TUTKIMUKSEN VIITEKEHYS JA TUTKIMUSMENETELMÄT	22
6.1 Mareps- projekti	22
6.2 Tutkimusaineisto ja sen keruu	22
6.3 Käytetyt mittarit ja analyysimenetelmät	23
7 TULOKSET	25
7.1 Aineiston kuvausta	25
7.2 Rintasyövän varhaisen toteamisen menetelmiin osallistuminen ja rintasyöpään liittyvät käsitykset sosiodemografisten tekijöiden ja koetun terveyden mukaan	28
7.2.1 Omatarkkailuun yhteydessä olevat tekijät	28
7.2.2 Mammografiaan osallistumiseen yhteydessä olevat tekijät	30
7.2.3 Kliiniseen tutkimukseen osallistumiseen yhteydessä olevat tekijät	31
7.2.4 Rintasyöpäkäsityksiin yhteydessä olevat tekijät	32

7.3 Rintasyövän varhaisen toteamisen menetelmiin osallistuminen rintasyöpäkäsitysten, saadun kannustuksen ja terveyteen liittyvien käsitysten mukaan	35
7.3.1 Rintasyöpäkäsitysten yhteys omatarkkailuun, mammografiaan ja kliiniseen tutkimukseen osallistumiseen	35
7.3.2 Saadun kannustuksen yhteys omatarkkailuun, mammografiaan kliiniseen tutkimukseen osallistumiseen	38
7.3.3 Terveyteen ja terveydenhallintaan liittyvien käsitysten yhteys omatarkkailuun, mammografiaan ja kliiniseen tutkimukseen osallistumiseen	42
8 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA	44
8.1 Tutkimustuloksista	44
8.2 Tutkimusmenetelmästä	49
8.3. Lopuksi	51
LÄHTEET	53
LIITTEET 1-7	

## 1 JOHDANTO

Syöpäpotilaiden määrä Suomessa on jatkuvasti lisääntynyt. Naisten yleisin syöpä on tasaisesti yleistynyt rintasyöpä, johon noin joka kymmenes nainen sairastuu elämänsä aikana ja johon vuonna 1995 sairastui reilut 3100 naista. Hyväennusteisen rintasyövän elossa ololuvut ovat riippuvaisia siitä miten laajalle syöpä on toteamisvaiheessa levinnyt. Rintasyövän ennältaehkääisyä ei tunneta, joten hoidon tuloksellisuuden kannalta rintasyövän varhainen toteaminen on olennaista. (Pukkala, Sankila & Vertio 1997; Teppo 1999.)

Rintasyövän varhaisen toteamisen menetelminä käytetään Suomessa joko kliinisiä mammo-  
grafia- ja ultraäänitutkimuksia, kunnallisia kahden vuoden välein 50-59-vuotiaille järjestettyjä  
seulontamammografiatutkimuksia, kuukausittain suoritettavaa rintojen omatarkkailua ja hoi-  
tohenkilökunnan vastaanotoilla tekemää kliinistä rintojen tutkimista. Syöpäyhdistysten järjes-  
tämisiin mammografiaseulontoihin osallistuu noin 90 prosenttia kutsutusta ikäluokasta (Puk-  
kala ym. 1997) ja niiden avulla on onnistuttu pienentämään 50-59-vuotiaiden naisten rin-  
tasyöpäkuolleisuutta (Hakama, Pukkala, Kallio & Heikkilä 1997). Seulonnoista jää pois kui-  
tenkin vuosittain joukko naisia, jotka joko käyvät muualla tutkimuksissa tai aitoina poisjää-  
neinä tarvitsisivat erityistä sosiaalista tukea, ohjausta ja neuvontaa osallistuakseen tutkimuk-  
siin (Aro 1996; Aalto 1997; Klemi ym. 1998). Naisten rintojen omatarkkailu on hyvin tun-  
nettu, mutta käytännössä vähemmän toteutettu ja hallittu menetelmä (Gästrin 1980; Rantanen  
1987; Aalto 1997). Elovainion (1980) mukaan lääkäreillä oli taipumus jättää rinnat tutkimatta,  
jos nainen ilmoitti omatarkkailevansa rintansa. Varsinaista tutkimusta rintojen kliinisen tut-  
kimuksen toteutumisesta ei Aron (1996) mukaan kuitenkaan ole tehty.

Ennen kunnallisten mammografiaseulontojen aloittamista (v. 1987) tehtyjen tutkimusten mu-  
kaan suomalaisnaiset saivat omasta mielestään eniten tietoa rintasyövästä ja omatarkkailusta  
joukkotiedotusvälineiden kautta. Muita tärkeitä tiedon lähteitä olivat lääkärit, terveydenhoita-  
jat, ystävät ja tutut. (Elovainio 1980; Rantanen 1987.) Seulontatutkimusten alettua naisia on  
lehdissä kehoitettu nimenomaan osallistumaan seulontatutkimuksiin varhaisen toteamisen me-  
netelmänä, omatarkkailua kehoitetaan tekemään lisänä tai sitä ei mainita lainkaan (Pietilä &  
Aro 1995; Gästrin 1997; Teppo 1999).

Bäckmanin (1990) mukaan yksilön terveystietoisuuteen vaikuttavat mm. ammattihenkilöiltä saatu tieto, opastus ja tuki sekä sosiaalinen ympäristö ja sieltä tulevat viestit. Yksilön elämäntilanteen kannalta erilaiset yksilötason sisäiset ja ulkoiset kontrolliodotukset ovat tärkeitä. Elämäänsä hallitseva ryhtyy myös toimenpiteisiin sairauksien ehkäisemiseksi, varhaiseksi toteamiseksi ja parantamiseksi ja tarvitsevat vähemmän sosiaalista tukea tai tarvitessaan käyttävät sen hyvin hyväkseen. Vastaavasti ulkoisessa kontrolliodotuksessa pääpaino on toisten ihmisten toimissa, kohtalossa, onnessa tai sattumassa. (Uutela 1992.)

Tässä tutkimuksessa tarkasteltiin Pirkanmaalla asuvien 18-92-vuotiaiden naisten rintasyövän varhaisen toteamisen menetelmiin osallistumista sekä sosiodemografisten tekijöiden ja koetun terveyden yhteyttä rintasyöpään liittyviin käsityksiin ja varhaisen toteamisen menetelmiin osallistumiseen. Lisäksi tarkasteltiin rintasyöpään ja terveyteen liittyvien käsitysten sekä naisten saaman kannustuksen yhteyttä rintasyövän varhaisen toteamisen menetelmiin osallistumiseen. Tutkimuksen aineistona käytettiin kansainvälisen MAREPS – projektin (Methodology for the Analysis of the Rationality and Effectiveness of Prevention and Health Promotion) Suomen aineiston (N=400) strukturoidun puhelinhaastattelun aineistosta niiden 204 naisen haastatteluvastauksia, joilla ei tutkimushetkellä ollut rintasyöpää.

## 2 RINTASYÖVÄN EPIDEMIOLOGIASTA

### 2.1 Rintasyöpä sairastavuus Suomessa

Rintasyöpä on sekä suomalaisten että länsimaisten naisten yleisin syöpämuoto (Kelsey, Gammon & John 1993; Pukkala ym. 1997.) Suomessa rintasyöpään sairastui vuonna 1995 runsaat 3100 naista ja tapausmäärän arvioidaan nousevan vuoteen 2010 mennessä 3800:aan. Vuonna 1994 eniten uusia tapauksia löytyi 45-49-vuotiaiden ikäryhmässä ja vuonna 1995 puolestaan 50-54-vuotiaiden ryhmästä. Nuorimmat sairastuneet olivat molempina vuosina alle 30-vuotiaita. Rintasyöpä on naisten syöpä, miehillä todetaan vuosittain vain noin kymmenkunta uutta tapausta. (Suomalaisten syöpä 1989; Finnish Cancer Registry 1996, 1997; Pukkala ym. 1997.)

Rintasyöpä on yleistynyt tasaisesti. Noin joka kymmenes nainen sairastuu rintasyöpään jossain elämänsä vaiheessa (Pukkala ym. 1997). Tapausmäärän kasvun katsotaan johtuvan naisväestön ikääntymisestä sekä rintasyöpää aiheuttavien tekijöiden vaikutuksen voimistumisesta naisten keskuudessa. (Suomalaisten syöpä 1989). Kolmantena tapausmäärää kasvattavana tekijänä voidaan pitää vuonna 1987 aloitettuja mammografia seulontoja, jotka ovat lisänneet rintasyövän ilmaantuvuutta erityisesti 50- 59-vuotiailla naisilla (Suomalaisten syöpä 1989; Pukkala ym. 1997). Suomessa rintasyöpäsairastavuus on suurinta pitkälle koulutettujen, ylempiin sosiaaliryhmiin kuuluvien naisten keskuudessa. Perinnöllisten tekijöiden lisäksi joukko biologisia ja elämäntapaan liittyviä tekijöitä liitetään sairastumisvaaraan. (Latikka, Pukkala & Vihko 1997.)

Rintasyövän ennuste on parantunut varhaisen toteamisen ja hoitomenetelmien kehittymisen myötä (Rintasyövän valtakunnallinen diagnostiikka ja hoitosuositus 1996). Nuoret selviävät syövästä paremmin kuin vanhat. Toisaalta vanhojen potilaiden ennuste on viime vuosina parantunut. (Suomalaisten syöpä 1989; Joensuu 1997; Pukkala ym. 1997.)

## 2.2 Rintasyövän biologisista riskitekijöistä

Rintasyövän syitä ei tiedetä, mutta tärkein yksittäinen riskitekijä on sukupuoli. Syöpäkasvain tai syöpäsolu ei tartu eikä periä ihmisestä toiseen, alttius sairastua sen sijaan voi periä. Vahvin rintasyöväälle altistava tekijä on rintasyövän esiintyminen suvussa. Nykytietämyksen mukaan vain noin viisi prosenttia rintasyövästä on perinnöllisiä. (Holli 1995; Pukkala ym. 1997.)

Rintasyövän etiologia tunnetaan edelleen huonosti, mutta munasarjahormonien tiedetään olevan keskeisiä etiologisia tekijöitä. (Kelsey 1993). Nuorena alkaneet kuukautiset ja myöhäinen menopaussi lisäävät rintasyöpäriskiä (Helmrich ym. 1983; Negri ym. 1988; Kelsey ym. 1993). Rintasyöpäriski on suurempi yli 30-vuotiaalla kuin alle 20-vuotiaalla ensisynnyttäjällä tai synnyttämättömällä naisella. (Negri ym. 1988; Kelsey ym. 1993; Latikka ym. 1997). Viime aikoina on esitetty myös, että täysiaikainen raskaus myöhemmällä iällä, huolimatta siitä moneko raskaus on kyseessä, lisää rintasyöpäriskiä. (Kelsey ym. 1993; Kelsey & Bernstein 1996). Imetyksen rintasyövältä suojaava vaikutusta on tutkittu paljon ristiriitaisin tuloksin. Imetyksen ei kuitenkaan ole todettu lisäävän rintasyöpäriskiä. (Mc Tiernan & Thomas 1986; London ym. 1990; Newcomb ym. 1994.)

Pitkäaikaisen per-oraalisen ehkäisyn on oletettu lisäävän alle 45-vuotiaiden rintasyöpäriskiä (Malone, Daling & Weiss 1993; Kelsey 1993). Hormonikorvaushoidon ja rintasyövän välisestä yhteydestä on todettu, ettei alle viisi vuotta kestäneeseen estrogeenihoitoon liity lisääntyntä rintasyöpäriskiä. Pitkäaikaiseen yli 10-15- vuotta jatkuneeseen estrogeenihoitoon liittyvä sairastumisvaara on noin 1.5 -kertainen (Punnonen 1996.)

## 2.3 Elintapoihin liittyvistä rintasyövän riskitekijöistä

Fyysisen aktiivisuuden ja rintasyövän välisistä yhteyksistä on tehty useampia tutkimuksia vuoden 1985 jälkeen (Latikka ym. 1997). Tutkimustulokset ovat osin ristiriitaisia (Dorgan ym. 1994; Friedreich, Thune, Brinton & Albanes 1998; Gammon ym. 1998). Liikunnan rintasyövältä suojaava vaikutus liittyy ilmeisimmin sukupuolihormonien muutokseen, ener-



giatasapainoon ja immunologisiin vaikutuksiin. Tutkimuksissa ei ole voitu osoittaa esim. millainen liikunnan intensiteetin, useuden ja keston pitäisi olla, jotta suojaava tai riskiä lisäävä vaikutus ilmenisi (Friedenreich ym. 1998.) Liikuntaa harrastavien naisten elämäntavoissa saattaa olla jotain sellaista, johon liittyy vähäinen sairastavuus rintasyöpään. Tämä voi sekoittaa tuloksia arvioitaessa liikunnan ja rintasyövän välistä yhteyttä. (Latikka ym. 1997.) Poskiparran (1991) tutkimuksessa liikunnallisesti aktiivisten opettajien terveystottumukset eivät poikenneet merkittävästi liikunnallisesti passiivisten opettajien terveystottumuksista. Tutkimuksen opettajaryhmät poikkesivat kuitenkin toisistaan olennaisesti liikuntaharrastusten suhteen. Rintasyöpäsairastavuus oli liikunnallisesti aktiivisilla pienempi, joten liikunta saattaisi vähentää rintasyöpäriskiä. (Poskiparta 1991.)

Ylipainoa vaihdevuosi-ikäen jälkeen on pidetty yhtenä rintasyövän riskitekijänä. Kuopiossa tehdyn rintasyöpätutkimuksen mukaan omenalihavilla naisilla esiintyy rintasyöpää selvästi enemmän kuin päärynälihavilla naisilla. (Männistö ym. 1996.) Kelseyn (1993) mukaan premenopaussi iässä olevilla naisilla ylipaino voi jopa olla lievästi rintasyöpäriskiä vähentävä tekijä. Seurantatutkimukset eivät kuitenkaan ole pystyneet toistamaan tätä aikaisemmin melko varmana pidettyä yhteyttä. Niissä lihavuus ei ole suurentanut vaihdevuosien jälkeistä rintasyöpäriskiä tai yhteys on ollut hyvin heikko (Männistö & Pietinen 1998). Keski-ikässä rasvaisella ruokavaliolla ei näyttäisi olevan rintasyöpäriskiä lisäävää vaikutusta, toisaalta hyvin vähärasvaisen ruokavalion suojaavaa vaikutusta ei ole pystytty täysin näyttämään toteen (Hunter & Willett 1993).

Tupakoinnin ja rintasyöpäriskin välinen yhteys on myös ristiriitainen. Tupakoinnin on todettu olevan jopa antiestrogeeninen ja tupakoivilla naisilla on esiintynyt aikaisempaa menopaussia kuin tupakoimattomilla. (Kelsey ym. 1993.) Vaikka useimmissa tutkimuksissa tupakoinnin ei ole osoitettu lisäävän rintasyöpäriskiä, varhaisen tupakoinnin ja lisääntyneen rintasyöpäriskin välistä yhteyttä on myös tuotu esille. Tämä on tärkeä huomioida, koska yhä useammat tytöt alkavat polttaa yhä nuorempina. (Palmer & Roosenberg 1993.)

Alkoholin kulutuksen ja lisääntyneen rintasyöpäriskin välistä yhteyttä on tutkittu paljon, osin ristiriitaisinkin tuloksien (Kelsey 1993; Männistö & Pietinen 1998; Smith-Warner ym. 1998). Smith-Warnerin ym. (1998) katsauksessa alkoholin käytön ja lisääntyneen rintasyöpäriskin

välillä oli positiivinen yhteys. Alkoholin laadulla tai tyypillä ei ollut merkitystä. Menopaussi-ikä ei merkitsevästi muuttanut alkoholin käytön ja rintasyöpäriskin välistä yhteyttä. (Smith-Warner ym. 1998.) Männistön ja Pietisen (1998) mukaan nykyhetken alkoholinkulutus näyttäisi olevan menneisyydessä tapahtunutta kulutusta tärkeämpää. Tämä viittaa siihen, että alkoholi voisi toimia promoottorina rintasyövän kehityksessä.

Ympäristö- ja työperäisillä altisteilla saattaa olla osuutta rintasyövän syntyyn. Keskimääräinen tai korkea annos ionisoivaa säteilyä lisää alle 40-vuotiaiden naisten rintasyöpäriskiä. Matalien ionisäteilyannosten (esim. lääketieteelliset tutkimukset) vaikutuksia ei riittävästi tunneta (John & Kelsey 1993; Kelsey & Bernstein 1996). Punnoson (1996) mielestä hyvin tärkeä syy rintasyövän yleistymiseen viime vuosikymmeninä lienee ympäristön monien mutageenisten vaikutusten lisääntyminen.

Rintasyövän elintapoihin ja biologisiin riskitekijöihin liittyvät tutkimustulokset ovat hyvin ristiriitaisia. Tärkein yksittäinen riskitekijä on sukupuoli (Holli 1995). Muut mahdolliset riskitekijät voivat vaikuttaa sairastumisalttiuteen, mutta toisaalta samat tekijät voivat jopa suojata rintasyövältä (vrt. esim. Kelsey 1993; Palmer & Roosenberg 1993; Männistö ym. 1996; Latikka ym. 1997). Rintasyöpää ei siis vielä voida tai osata ehkäistä eikä sairastumisalttiutta vähentää pelkästään riskitekijöihin puuttumalla. Näin ollen rintasyövän varhainen toteaminen korostuu rintasyöpäkuolleisuuden vähentämiseksi.

### 3 RINTASYÖVÄN VARHAISEN TOTEAMISEN MENETELMÄT

#### 3.1 Varhaisen toiminnan perusteista

Rintasyövän ehkäisymahdollisuuksia ei vielä toistaiseksi tunneta (Holli 1995). Rintasyöpäkuolleisuutta pyritään Suomessa pienentämään varhaisen toteamisen menetelmillä, joita ovat rintojen omatarkkailu visuaalisesti ja käsin tunnustelemalla, terveydenhoitohenkilökunnan suorittama rintojen tutkiminen käsin tunnustelemalla eli kliininen tutkimus, kliiniset mammografia- ja ultraäänitutkimukset sekä mammografia joukkotarkastukset eli mammografia seulonnat.

Suomessa aloitettiin vuonna 1987, ensimmäisenä maana maailmassa, valtakunnallinen mammografia seulonta silloisen lääkintöhallituksen ohjekirjeen mukaisesti 50-59-vuotiaille naisille joka toinen vuosi (Hakama ym. 1997). Valtakunnallinen suunnitelma sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä vuosina 1999-2002 edellyttää mammografia joukkotarkastusten järjestämistä rintasyövän toteamiseksi 50- 59-vuotiaille naisille kansanterveyslain edellyttämällä tavalla. Suunnitelman mukaan seulontojen järjestäminen parantaa väestön rintasyöpätietoutta sekä korostaa naisten omaa aktiivisuutta rintojen tarkkailussa. (Kunnallisen sosiaali- ja terveydenhuollon tavoitteet 1998.)

Suomen hallituksen tasa-arvo-ohjelma vuodelta 1997 (Pekingistä Suomeen...1997) sekä sen seurantaraportti ja tarkistusesitys vuodelta 1998 edellyttävät seulontojen ja valistuksen ylläpitämistä ainakin nykyisellä tasolla sekä yhteistyötä kansalaisjärjestöjen kanssa mamaohjelmassa rintasyöpäkuolleisuuden alentamiseksi. Tähän tavoitteeseen pyrkii myös vuonna 1992 perustettu Pro Mama ry, joka tukee kansanterveystyössä rintojen omatarkkailuun aktivoivan mamaohjelman toteuttamista rintasyövän perusseulontaohjelmana. Yhdistys järjestää erilaisia koulutustilaisuuksia ja tuottaa terveystietoisuutta naisten omatoimisuuden tukemiseksi rintasyövän varhaistoteamisessa. (Gästrin 1998.)

### 3.2 Omatarkkailu

Noin 80 prosenttia rintasyöpäpotilaista paranee pysyvästi, jos kasvain on toteamishetkellä 1-2 senttimetriä läpimitaltaan (Elovainio 1997; Gästrin 1998). Tämän kokoisen kasvaimen löytää myös nainen, joka on oppinut tuntemaan omat rintansa ja kykenee kuukausittain vertailemaan rintojansa omatarkkailun avulla (Gästrin 1998). Nykyisen Suomen Syöpäyhdistyksen rintojen omatarkkailuohjeen (1997) mukaan rinnat tulisi tutkia kerran kuukaudessa tiettyinä päivinä tai kuukautisten jälkeen. Ensin rinnat tarkastellaan visuaalisesti etsien mahdollisia muutoksia peilin edessä kädet alhaalla ja ylhäällä seisten. Tämän jälkeen molemmat rinnat ja kainalot tutkitaan makuuasennossa vastakkaisen puolen kädellä painellen. (Suomen Syöpäyhdistyksen omatarkkailuohje 1997.)

Suomessa toteutettiin vuosina 1973-1975 Martta-järjestöjen pyynnöstä Mamaprojekti, jonka pohjalta nykyinen mamaohjelma on kehitetty. Ohjelman tavoitteena on, että jokainen nainen oppii tuntemaan omat rintansa terveinä kuukautiskierron ja elämän eri vaiheissa, oppii erotamaan normaalista poikkeavat muutokset ja tarvittaessa hakeutuu lääkäriin. (Gästrin 1994; Terveys omissa käsissä-esite 1999.)

Mamaprojektiin osallistuivat Ahvenanmaalta kaikki yli 35-vuotiaat halukkaat naiset (N=3900). Osallistuneet Martat (N= 56 177) olivat yli 20-vuotiaita. (Gästrin 1994.) Ennen projektia haastatellusta 4000 naisesta alle 2 prosenttia tutki rintansa, vaikka kaikki tiesivät, että niin pitäisi tehdä (Gästrin 1980). Projektin aikana puolet naisista tutki rintansa. Mamaprojektin jälkeisessä kohorttitutkimuksessa seurattiin vuoteen 1986 lähes 29 000 rintansa säännöllisesti tutkinutta Marttaa. Vertailuryhmänä olivat kaikki 20-80-vuotiaat suomalaiset naiset projektia edeltäneeltä vuodelta. Rintasyöpäilmaantuvuus oli kaikissa ikäryhmissä suurempi kuin väestön oletusarvo. Kuolleisuus sen sijaan oli kolmanneksen oletusarvoa pienempi sekä alle että yli 50-vuotiaiden keskuudessa. (Gästrin 1994.) Auvisen (1990) tutkimuksessa (n= 640) kuukausittain omatarkkailua harjoittavien naisten syöpätapauksista kuudennes oli löytynyt omatarkkailemalla, omatarkkailu sekä sen avulla rintasyöpien löytäminen oli yleisintä alle 50-vuotiailla naisilla.

Suurin osa Aallon (1997) seulontaikäisten mammografiaan osallistumista tarkastelevan väitöskirjatutkimuksen naisista oli saanut aikaisemmin omatarkkailu opetusta. Puolet naisista tarkkaili rintojaan säännöllisesti, puolet tarvitsi mielestään edelleen ohjausta omatarkkailusta. Opetusta seulonnan yhteydessä pidettiin tärkeänä sekä kertauksen että oman taidottomuuden vuoksi. Tutkimuksessa mukana olleiden röntgenhoitajien mielestä opetus on aikaa vievää ja sitä on ollut jo riittävästi. Mahdollisen opetuksen tulisi kohdistua vain niihin, jotka eivät vielä osaa omatarkkailua. (Aalto 1997.) Opetuksen järjestämistä kaikille naisille puoltaisi myös Rantasen (1987) 35-50-vuotiaille tamperelaisnaisille (n = 499) tekemä tutkimus, jossa 83 prosenttia naisista tutki rintansa ja heistä vähintään kerran kuukaudessa rintansa tutki puolet. Hyvin (= tutkii rinnat sekä peilin edessä seisten että makuulla sekä lisäksi kainalot) ja vähintään kerran kuukaudessa tutkivia oli kuitenkin vain 14 prosenttia naisista. (Rantanen 1987.)

Englantilaisten naisten (20-65 v.) ryhmähaastattelu paljasti mielenkiintoisia omatarkkailua estäviä psyykkisiä, emotionaalisia ja tiedollisia tekijöitä. Etenkin iäkkäämmät naiset (40-65-v.) pitivät omatarkkailua vaikeana kolmesta eri syystä: ensiksikin heidän oli vaikea koskea rintojaan. Vaikka naiset hyväksyivät omatarkkailun tavoitteen löytää mahdolliset poikkeamat rinnoista, he tutkivat rintansa varmistuakseen, ettei rinnoissa ollut mitään ”vialla”. Tästä johtuen omatarkkailu oli satunnaista, ei-systemaattista ja pinnallista. Tällainen asenne on tutkijoiden mielestä haaste omatarkkailun opettamisessa. Vaikka tietoa voidaan lisätä niin haluan ja asenteeseen ”olla löytämättä mitään ikävää” on vaikeampi vaikuttaa. Kolmanneksi epäselvää oli, pitikö etsiä jotain muutakin kuin kyhmyä. Epäselvää oli myös mikä on epänormaalia sekä kuinka usein ja miten omatarkkailua piti tehdä. (Leathar & Roberts 1985.)

Suomalaiset tutkimukset (esim. Rantanen 1987, Auvinen 1990, Aro 196, Aalto 1997) ovat olleet yleensä kyselytutkimuksia. Kysely tutkimuksena tarjoaa yleiskuvaa senhetkisestä tilanteesta, esimerkiksi millainen on tutkittavien omatarkkailufrekvenssi. Ongelmana kuitenkin on usein strukturoitua kyselylomaketta käytettäessä saatujen tietojen pinnallisuus, sillä luotettavin tieto saadaan tosiasioista, hieman epäluotettavampi tieto käyttäytymisestä ja epäluotettavin tieto asenteista ja mielipiteistä tai asenteiden takana olevista syytekijöistä. (Berger & Patchner 1988, 19; Alkula ym. 1994, 121.) Nimenomaan omatarkkailuun tai omatarkkailemattomuuteen liittyvien asenteiden, mielipiteiden ja taustalla olevien syytekijöiden selvittä-

vää suomalaista tutkimusta emme löytäneet. Kovin vähän huomiota on kiinnitetty myös omatarkkailun laatuun. Kuitenkin omatarkkailun harjoittamiseen tai harjoittamattomuuteen sekä omatarkkailun laatuun vaikuttavilla tekijöillä on merkitystä arvioitaessa omatarkkailun merkitystä rintasyövän varhaisen toteamisen rintasyöpä kuolleisuutta alentavana menetelmänä (vrt. Auvinen 1990).

### 3.3 Rintojen kliininen tutkiminen

Rintojen kliinisellä tutkimisella tarkoitetaan hoitohenkilökunnan (esim. lääkäri, kätilö tai terveydenhoitaja) tekemää rintojen tutkimista käsin tunnustelemalla eli palpoimalla. Aron (1996) mukaan kliinisen tutkimuksen toteutumisesta ei ole Suomessa julkaistu tietoja. Kuitenkin kliinisestä tutkimuksesta on esitetty kysymyksiä muiden tutkimusten yhteydessä (esim. Elovainio 1980; Aro 1996; Aalto 1997). Elovainion (1980) haastattelututkimuksessa puolet tuhannesta haastatellusta naisesta ilmoitti, ettei terveydenhuollon ammattilainen ollut tutkinut heidän rintojaan kertaakaan viimeisen viiden vuoden aikana. Lääkäreillä näytti olevan taipumus jättää rinnat tutkimatta, jos asiakas kertoi omatarkkailevansa rintojaan säännöllisesti. (Elovainio 1980.) Toisaalta Auvisen (1990) tutkimuksessa kliininen tutkimus tai mammografia olivat lisänneet omatarkkailufrekvenssiä. Aron (1996) tutkimuksessa mammografiaseulonasta poisjäämisen yhtenä perusteluna muualla mammografia kuvauksessa käyneillä naisilla oli juuri lääkärin hiljattain tekemä kliininen tutkimus. Noin kolmasosa vastanneista piti rintojen kliinistä tutkimista tärkeänä Aallon (1997) tutkimuksessa. Kliinisen tutkimisen hyötyjä perusteltiin omatarkkailun unohtamisella, osaamattomuudella, toisaalta sen haittoina mainittiin tarpeettomuus, aikaavievuus ja palpoinnin ajateltiin myös kuuluvan lääkärille. (Aalto 1997.)

Mitra (1994) esittää kliinisen tutkimuksen olevan yhtä tehokas kuin mammografia varhaisen rintasyövän toteamisen menetelmänä, silloin kun tutkimuksen suorittaa koulutettu tutkija. Gästrinin (1998) mukaan lääkärin suorittama rintojen kliininen tutkimus on jo usealla vastaanotolla terveyskeskusten neuvoloissa, työterveyshuollossa tai gynekologilla vakiintunutta vastaanottotoimintaa. Samalla hoitohenkilöstöllä on mahdollisuus opastaa naisia mamaohjelmaan ja mamakortin käyttöön. (Gästrin 1998.) Omatarkkailun etuhan kliiniseen tutkimuk-

seen verrattuna on juuri siinä, että nainen oppii tuntemaan rintansa pitemmältä ajalta ja näin tunnistaa herkemmin mahdolliset muutokset rinnoissaan. (vrt. Gästrin 1994.)

Kliinisen tutkimuksen toteutuminen ja sen merkitys näyttäisi olevan ristiriitainen. Oleellista lienee se, ettei hoitohenkilökunta laiminlyö omaa velvollisuuttaan tutkia vastaanotoillaan naisasiakkaan rintoja tai omatarkkailun ohjausta. Kliinistä tutkimusta ei tulisi myöskään nähdä vaihtoehtoisena muille varhaisen toteamisen menetelmille vaan eri menetelmien käyttäminen ja niihin osallistumaan ohjaaminen tulisi nähdä yhtenä kokonaisuutena.

### 3.4 Mammografia- ja ultraäänitutkimukset

Mammografiatutkimus on muutaman sekunnin kestävä kuvaus, jossa molemmista napakasti kahden levyn väliin puristetusta rinnasta otetaan kolme kuvaa kolmessa eri suunnassa. Mikäli kuvissa on jotain muutoksia, otetaan muutoskohdista tarvittavia suurennoksia. Kivuton ja asiakkaalle helppo röntgenlääkärin tekemä ultraäänitutkimus liittyy usein kliiniseen mammografiakuvaukseen lääkärin tutkittua ensin mammografiakuvat. (Mikkola 1999.) Maksullisiin yksityisklinikoiden tarjoamiin mammografiatutkimuksiin voi halutessaan osallistua kuka tahansa nainen joko lääkärin läheteellä tai ilman.

European Group of Breast Cancerin jäsenten mielestä ultraäänitutkimus on tärkeä mammografiatutkimusta ja rintojen kliinistä tutkimusta täydentävä tutkimusmenetelmä. Ryhmä ei suosittelle ultraäänitutkimusta väestön rintasyövän seulontamenetelmäksi mm. sen oireettomilla naisilla ilmenneiden varsin korkeiden väärien positiivisten tai negatiivisten tulosten takia. (Teh & Wilson 1998.) Suomessa eri asiantuntijat ovat kiistelleet ultraäänien ja mammografian sensitiivisyydestä. Kummallakin menetelmällä on kannattajansa (Dean & Pamilo 1996; Laine 1996; Pamilo, Dean, Sandertskjöld, Kormanen & Kiuru 1996). Ultraäänitutkimuksen tehtävänä on mm. evaluoida mammografialla löydettyjen muutosten erotusdiagnostiikka: onko kyseessä kysta vai solidi tuumori. (Dean & Pamilo 1996; Pamilo ym. 1996.)

Vertion ja Bergin (1995) kyselytutkimuksessa viimeksi kuluneen vuoden aikana mammografiassa (ei eroteltu kliinistä - ja seulontakuvausta) oli käynyt vajaa viidennes suomalaisista

naisista. Suhteellisesti eniten käyntejä (67 %) oli ollut 50-59 -vuotiailla eli seulontaikäisillä naisilla, 40-49- vuotiaista mammografiassa käyntejä oli ollut 15 prosentilla. Koulutus ei vaikuttanut mammografiassa käynteihin, toisin kuin Aron (1996) ja Aallon (1997) seulontaikäiselle väestölle tekemissä tutkimuksissa. Mammografiassa käyneet olivat hieman muita useammin tehneet terveytensä kohentamiseen tähtääviä ravitsemuksellisia ja liikuntatottumuksiin liittyviä toimenpiteitä. Näin oli myös Aron (1996) tutkimuksessa. Sen sijaan reilusti ylipainoiset kävivät muita harvemmin mammografiassa. (Vertio & Berg 1995.) Tämä on mielenkiintoinen huomio, sillä ylipaino saattaa olla eräs rintasyövän riskitekijä, varsinkin postmenopausi iässä olevilla naisilla (Kelsey 1993; Männistö ym. 1996).

### 3.5 Mammografiaseulonnat

Mammografiaseulontojen tavoitteena on pienentää rintasyöpäkuolleisuutta löytämällä syövät mahdollisimman pieninä ja paikallisina (Servomaa & Komppa 1995; Klemi ym. 1998). Suomessa maksuttomat mammografiaseulonnat aloitettiin 50-59-vuotiaille naisille vuonna 1987 silloisen Lääkintöhallituksen vuonna 1986 antaman ohjekirjeen mukaan. Myöhemmin seulonnan piiriin on kunnasta riippuen otettu myös 60-64-vuotiaita naisia. Naiset kutsutaan seulontoihin joka toinen vuosi, viidestä kahdeksaan kertaa elinaikanaan. (Hakama ym. 1997.) Seulontakuvauksessa röntgenhoitaja ottaa kahdesta suunnasta kuvan joko liikuteltavissa kuvausvaunuissa tai kiinteissä seulontayksiköissä tai lääkärikeskuksissa. Kaksi röntgenlääkärinä tulkitsee kuvat. Tarvittaessa nainen kutsutaan puhelimitse varmuustutkimuksiin. (Aro 1996.)

Hakaman ym. (1997) tutkimus osoitti, että 20 syöpäkuolemaa estettiin 200 000 seulontamammografian avulla. Jokainen estetty kuolema maksoi 2 miljoonaa markkaa. Mahdollisten terveydenhuollon kustannussäästöjen vuoksi rutiiniseulontoja ei voitane perustella. Pohdittaessa seulontojen jatkamista on huomioitava rahallisten näkökohtien lisäksi mm. naisten elämänlaatuun vaikuttavat tekijät. Seulonnoissa varhain löydetyt rintasyövät ovat hoidettavissa säästävin leikkauksin ja kevyemmin hoitotoimenpitein. Seulontamammografioiden haittapuo- lia ovat kustannusten lisäksi väärät positiiviset tulokset ja histologinen ylidiagnostiikka, jotka aiheuttavat paitsi ylimääräisiä kustannuksia myös inhimillistä huolta ja pelkoa tutkimusten aikana. (Hakama ym. 1997.)



Suomessa on ajoittain keskusteltu seulontamammografiatutkimusten laajentamisesta koskemaan alle 50-vuotiaita naisia. Toistaiseksi näin ei ole tehty, koska alle 50-vuotiaiden seulonnat eivät ole kiistattomasti vähentäneet rintasyöpäkuolleisuutta. Samoin nuorten kuvattavien säteilyriskin suuruus vaatii arvioimaan kriittisesti seulontaiän laskemista (Servomaa & Komppa 1995; Kelsey & Bernstein 1996). Toisaalta Tabarin, Fagerbergin ja Gadin (1985) sekä Nyströmin ym. (1993) seulontatutkimuksissa on hieman näyttöä mammografiaseulontojen rintasyöpäkuolleisuutta alentavasta vaikutuksesta 40-74 -vuotiailla naisilla. Kliiniset mammografiatutkimukset rintasyöpää epäiltäessä ovat kuitenkin hyödyllisiä ja oikeutettuja asiakkaan iästä riippumatta (Servomaa & Komppa 1995).

Suomalaisnaisten yleisimpiä syitä mammografiaseulontoihin osallistumiselle on halu huolehtia omasta terveydestä (Aro 1996; Aalto 1997), ei niinkään rintasyövän varhainen toteaminen (Aalto 1997) sekä velvollisuus noudattaa seulontakutsua (Aalto 1997). Syyt osallistua kohdun kaulan syövän joukkotarkastuksiin ovat hyvin samanlaiset: ensisijainen syy osallistumiselle on ”varmuuden vuoksi”, toiseksi halutaan käydä säännöllisesti gynekologisessa tutkimuksessa (Kallio ym. 1994). Aron (1996) tutkimuksessa eräs mammografiaseulonnoissa käyviä naisia kuvaava ominaisuus oli juuri säännöllinen osallistuminen kohdunkaulansyövän joukkotarkastuksiin.

Mammografiaseulonnoista poisjääneissä naisissa on selvästi kaksi ryhmää: muualla kuvauksissa käyneet ja aidot poisjääneet. Muualla kuvauksissa käyneitä naisia kuvaavia piirteitä oli Aron (1996) ja Aallon (1997) tutkimuksissa olivat mm. hyvä sosio-ekonominen asema, palvelujen lähellä asuminen, omasta terveydestä huolehtiminen, naimisissa olo ja koettu rintasyöpä alttius. Aidot poisjääneet eivät Aron (1996) mukaan oireettomina ja vähäisen koetun rintasyöpäriskinsä vuoksi kokeneet tarvitsevansa seulontoja, he käyttivät muitakin terveyspalveluja vähemmän, olivat sosiaalisesti yksinäisiä sekä pienituloisia. Kielteinen käsitys omasta kyvystä vaikuttaa terveyttä edistävään toimintaan oli myös eräs poisjääntä kuvaava syy (Aalto 1997). Käytännölliset syyt ja esteet, kuten unohtaminen, huono aika ovat myös seulonnoista poisjäämiseen vaikuttavia tekijöitä (Kallio ym. 1994; Aro 1996; Aalto 1997). Sen sijaan Aallon (1997) haastatteleminen röntgenhoitajien mielestä mammografiaseulonnoista poisjäämisen syinä olivat pelko, asenteet tai sairaus.

Kohdunkaulan syövän joukkotarkastuksiin osallistuu noin 70 prosenttia (Kallio ym. 1994) ja mammografiaseulontoihin noin 90 prosenttia kutsutuista (Vertio & Berg 1995). Hakosen ja Aron (1995) selvittäessä 50-vuotiaiden rintasyöpätietoutta kolme neljästä tiesi rinnoista löytyvien kyhmyjen hyvänlaatuisuuden, samoin rintasyövän riski-ikästä ja mammografian luotettavuudesta tiesi yli puolet. Rintasyövän ilmaantuvuus ja parannettavuus olivat vastaajille vieraampia asioita. Tiedontaso oli paras koulutetuilla ja hyvässä sosioekonomisessa asemassa olevilla vastaajilla. Siviilisääty tai asuinalue eivät vaikuttaneet tietotasoon. (Hakonen & Aro 1995.) Terveyskasvatuksen haasteena ovatkin ne naiset, jotka eivät osallistu seulontoihin ja joilla ei ole halua tai kykyä osallistua niihin, sekä naiset, joilta puuttuu sosiaalista tukea ja tietoa huolehtia omasta terveydestään. Aallon (1997) tutkimuksessa rintasyöpäseulonnan tarכותus oli jäänyt osalle naisista epäselväksi. Seulontoihin liittyvää tiedotusta ja neuvontapalveluja pitää kehittää ja muotoilla positiivisesti. Ohjauksessa on hyvä käsitellä myös seulontoihin mahdollisesti liittyviä pelottavia asioita, kuten kipua ja säteilyä. (Aro 1996; Aalto 1997.)

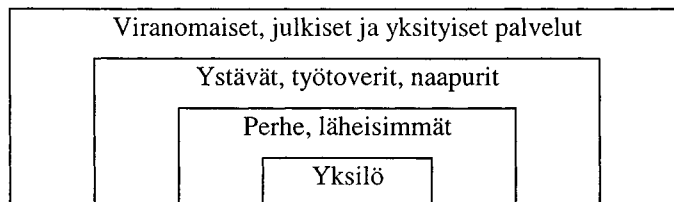
Aron (1996) ja Aallon (1997) tutkimukset kohdistuivat seulontaikäiseen väestöön. Vaikka alle 50-vuotiaita ei ole seulonnan piirissä eikä heille yleisesti suositella jatkuvaa seulontajärjestelmää, ovat heidän tietonsa ja asenteensa sekä terveyskäyttötymisensä olennaisen tärkeää rintasyövän hallinnan kannalta. Esimerkiksi rintojen omatarkkailuopetusta tarjotaan kohdunkaulan joukkotarkastuksen yhteydessä ja niihin kutsutaan 30-60-vuotiaat naiset viiden vuoden välein (Kallio ym. 1994). Rintasyövän varhaiseen toteamiseen liittyviä asioita on periaatteessa mahdollista käsitellä 20 vuoden aikana ennen mammografiaseulontakään tuloa.

## 4 SOSIAALINEN TUKI JA RINTASYÖVÄN VARHAISEN TOTEAMISEN MENETELMÄT

### 4.1 Sosiaalisen tuen sisällöstä, muodoista ja mittaamisesta

Yksilön terveystietoisuuteen vaikuttavat monet tekijät mm. ammattihenkilöiltä saatu tieto, opastus ja tuki ja sosiaalinen ympäristö sekä sieltä tulevat viestit (Bäckman 1990). Tämänkaltaisella tuella on merkitystä myös rintasyövän varhaiseen toteamiseen osallistumiseen tai osallistumattomuuteen sekä tarvittavien tietojen ja taitojen omaksumineen (vrt. Elovainio 1980, Rantanen 1987; Gästrin 1994; Aro 1996; Aalto 1997). Sosiaalisesta tuesta ei toistaiseksi ole täysin yksiselitteistä määritelmää, vaan käsitteelliset ja operationaaliset määritelmät ovat vaihdelleet ja näin vaikeuttaneet mm. tutkimustulosten vertailua. (Peltonen 1994,4).

Cassell (1976) kuvaa sosiaalisen tuen olevan primaari- sekundaari- ja tertiaaritasoon liittyviä sosiaalisia suhteita näiden suhteiden läheisyyden perusteella (kuvio 1). Perhe ja kaikkein läheisimmät muodostavat primaariryhmän. Sekundaariryhmä koostuu ystäväistä, sukulaisista ja naapureista ja tertiaaritasoon ryhmään kuuluvat viranomaiset ja erilaiset palvelujen tuottajat. Ryhmistä lähtevällä palautteella on keskeinen merkitys sosiaalisen tuen kokemiseen. (Kumpusalo 1988, 49-50; Peltonen 1994, 41.)



KUVIO 1. Sosiaalisen tuen tasot Casselin ( 1976) mukaan. Kirjassa Peltonen ( 1994), 41.

Sosiaalinen tuki nähdään myös toisten tarjoamaksi voimavaraksi (Cohen & Syme 1985,4), primaariryhmiltä ja tärkeiltä viitehenkilöiltä saaduksi suojaksi (Bäckman 1990) tai sosiaalisten suhteiden ja ihmisten välisen vuorovaikutuksen kautta saatavaksi tunnepitoiseksi, välineelli-

seksi, tiedolliseksi tai arvioivaksi avuksi ja tueksi (Heaney & Israel 1996). Housen, Kahnin, Mc Leodin ja Williamsin (1985) mukaan sosiaalinen tuki viittaa moniulotteisesti sosiaaliin suhteisiin. Kolme keskeisintä tuen osa- aluetta ovat: suhteiden olemassaolo tai määrä (on /ei ole), niiden rakenne ja toiminnallisuus (koko, tiheys, vastavuoroisuus, kesto jne). Tuen lähteet noudattavat Peltosen (1994, 4) mainitsemaa Casselin (1976) jaottelua. Tuen sisältö voi olla emotionaalista, arvostusta, informatiivista tai käytännön tukea (taulukko 1). (House ym. 1985, 84-85, 101.)

TAULUKKO 1. Sosiaalisen tuen eri muodot (House ym. 1985, 101)

Tuen sisältö	Tuen lähde								
	puoliso tai partneri	muut sukulaiset	ystävät	naapurit	esimies	työtoverit	ostopalvelut	vapaaehtoisjärjestöt	terveyden- ja sosiaalihuolto
Emotionaalinen tuki: kannustus, luottamus, huomiointi, kuuntelu	Tässä sosiaalisen tuen eri tyyppien matriisissa jokainen voi olla joko yleinen tai ongelma-keskeinen tai objektiivien tai subjektiivinen								
Arvostus: arvonanto, palaute, vertailu									
Informatiivinen tuki: neuvot, ohjeet, tiedotus, suositus									
Käytännön tuki: apu, raha, työsuorite									

Eri sosiaalisen tuen tahot antavat erilaista ja eri tyyppistä tukea. Voidaan väittää, että tunnetuen saaminen läheisiltä on hyväksi, mutta muut sosiaalisen tuen antajat sopisivat paremmin esim. tiedollisen tuen välittäjiksi. (Heaney & Israel 1996.) Oletamme läheisten antaman tunnetuen olevan merkityksellinen, että nainen motivoituu osallistumaan eri varhaistoteamisen menetelmiin koko aikuisikänsä ajan. Informatiivisen tuen tehokkaampina välittäjinä lienevät terveydenhuoltohenkilöstö ja eri kansalaisjärjestöjen edustajat.

Eri tuen sisältöjä tutkittaessa ensisijaiseksi nousee emotionaalisen tuen mittaaminen, koska se vaikuttaa eniten sekä suorasti että puskurimaisesti terveyteen ( House ym. 1985,105). Sosiaalisen tuen mittaamisessa ”struktuurallinen tuki” (sosiaalisten suhteiden olemassaolo ja määrä) kuvaa tuen objektiivista, helposti mitattavaa puolta itsekin ilmoitettuna. ”Funktionaalinen tuki” korostaa vastaajan kokemusta toisten antamasta tuesta ja sen saatavuudesta.(Cohen & Syme 1985,11.) Mittaamisessa on kysyttävä, ei ainoastaan kuinka moni taho antaa tukea, vaan kuinka paljon tai kuinka hyvin kukin taho antaa tukea. Kaikkia näitä osa- alueita tulisi tutkia samassa yhteydessä. (House ym. 1985, 85,105.) Näiden lisäksi tulisi mielestämme mitata myös sosiaalisen tuen vaikuttavuutta, erityisesti kun ajatellaan terveyskasvatusinterventioita.

#### 4.2 Rintasyövän varhaiseen toteamiseen liittyvästä informatiivisesta tuesta

Rintojen tutkimiseen liittyvää tietoa on Suomessa jaettu neuvojen, ohjeiden ja suositusten muodossa muun muassa Suomen Syöpäyhdistyksen toimesta, kohdunkaulan joukkotarkastustilaisuuksien yhteydessä, Mamaohjelmassa 1973-1975 ja Pro Mama ry:n toimesta, joukkotiedotusvälineissä sekä lääkärin- tai terveydenhoitajan vastaanotoilla.(vrt. Rantanen 1987; Gästrin 1994, 1998.)

Euroopan Unionin (1997) tekemässä Eurobarometrissa, jossa haastateltiin noin 1000 suomalaista, todettiin suomalaisten sekä tietävän syövästä että haluavan tietoa syövästä ja sen hoidosta muita eurooppalaisia useammin. Suomalaiset suhtautuivat syöpäseulontoihin hyvin myönteisesti. Vain kaksi prosenttia väestöstä oli haluton osallistumaan seulontoihin, vastaava luku muissa EU-maissa oli seitsemän prosenttia. Kaikissa EU- maissa erikois- ja yleislääkäreitä pidettiin tärkeimpinä tietolähteinä syöpään liittyvissä asioissa. (O. Torniainen, henkilökohtainen tiedonanto 3.12.1998, lehdistötiedote.)

Huhtikuusta 1993 huhtikuuhun 1994 julkaistiin Suomen lehdistössä, lukuun ottamatta Syöpä-lehteä, 745 rintasyöpää koskevaa artikkelia, joista yli puolet ilmestyi maakunnallisissa sanomalehdissä. Lehdistön kautta naisille tarjottiin lähinnä kannustavaa informatiivista tukea. Artikkeleista noin puolet käsitteli rintasyövän varhaista toteamista ja sen keinoja, lähinnä

mammografiaseulontaa. Artikkeleissa käsiteltiin myös rintasyövän riskitekijöitä ja parannettavuutta ja potilaita koskevia asioita. Naisia motivoitiin osallistumaan mammografiaseulontoihin mainitsemalla rintasyövän olevan naisten yleisin syöpämuoto. Omatarkkailu mainittiin usein vain toimenpiteenä, jota kannattaa tehdä mammografian täydentäjänä. (Pietilä & Aro 1995.)

Tiedotusvälineiden kautta tulevan informaation merkitystä kuvaavat myös Elovainion (1980) ja Rantasen (1987) tutkimukset, joissa televisio ja joukkoviestimet olivat tärkein kanava saada tietoa rintasyövästä ja oppia omatarkkailemaan rintansa. Seuraavaksi tärkeimpinä mainittiin lääkärit, terveydenhoitajat, tutut ja ystävät. Rantasen (1987) tutkimuksessa mikään subjektiivisesti parhaina pidetyistä tietolähteistä ei kuitenkaan johtanut keskimääräistä useammin hyvään omatarkkailutaitoon. Viidennes sekä jotain aktiivista tietolähdettä (yksilöllinen ohjustilanne) että passiivista tietolähdettä (ei yksilöllistä kontaktia) parhaana pitäneistä oli oppinut tutkimaan rintansa hyvin eli Suomen Syöpäyhdistyksen ohjeiden mukaisesti. (Rantanen 1987.)

#### 4.3 Sosiaalisen tuen vaikutuksesta

Sosiaalisella tuella voi olla positiivisia tai negatiivisia vaikutuksia terveyteen, tuen merkitys voi olla epäselvä tai yksilöiden välisessä vuorovaikutuksessa ei saada lainkaan tukea. (Suls 1982; Cohen & Syme 1985; Heaney & Israel 1996.) Naisten subjektiivinen käsitys parhaasta tietolähteestä ei Rantasen (1987) tutkimuksessa johtanut parhaaseen omatarkkailukäytäntöön. Parhaana pidetty tietolähde osoittaa lähinnä, mitä kautta hyvää ja oikeaa informaatiota kannattaa jakaa ja minkä informaatiokanavan jakaman tiedon laatuun kannattaa erityisesti kiinnittää huomiota. (Rantanen 1987.) Aron (1996) ja Aallon (1997) tutkimuksissa ilmeni myös juuri seulontoihin liittyvään informaatioon ja ohjeistukseen liittyviä puutteita ja tarvetta kehittää kirjallista ja suullista tiedotusta.

Positiivisen sosiaalisen tuen antajat voivat mm. vähentää huolta ja epävarmuutta (tiedollinen tuki ja emotionaalinen tuki), olla positiivisen esimerkin näyttäjiä, jakaa ongelmat tuen tarvitseijan kanssa. Negatiiviset vaikutukset ovat päinvastaiset: sosiaalinen ympäristö voi luoda epä-

varmuutta ja huolestuneisuutta, voi olla huonona esimerkkinä ja mallina, luoda uusia ongelmia. (Suls 1982.) Sosiaalisen tuen laajentamiseksi ja tehostamiseksi on ensin mietittävä, millaiset tekijät vaikuttavat siihen, että tuki koetaan positiivisena (Heaney & Israel 1996). Esimerkiksi Peltosen (1994) tutkimuksessa naiset odottivat läheisiltä käytännöllistä informatiivista ja emotionaalista tukea, kuitenkin osa naisista ei halunnut tukea perheeltä tai yhteiskunnalta. Sosiaalinen yksinäisyys liittyi Aron (1996) tutkimuksessa mammografiaseulonnoista poisjäämiseen. Nämä naiset tarvitsevat informatiivista ja emotionaalista tukea omalle osallistumiselleen. Naisten sitoutumista auttanevat myös joustavat ajanvaihtokäytännöt, nopea hoitoon pääsy, naisten omien kokemusten huomiointi ja kuuntelu, ajatusten arvostaminen sekä hyvä tiedottaminen siitä mitä seulonnassa tapahtuu vahvistavat myönteisesti annettua sosiaalista tukea (vrt. Kallio ym. 1994, Aro 1996, Aalto 1997). Seulonnan maksuttomuus ei näytä riittävän seulontaan osallistumisen kannustamiseksi.

Yksilön elämähallinnan kannalta erilaiset yksilötason sisäiset ja ulkoiset kontrolliodotukset ovat tärkeitä. Uutela (1992) kuvaa Rotterin (1966) mukaan sisäistä kontrolliodotusta omasta terveydestä vastuuta ottavaksi elämäntavatavaksi, jossa toiminnan tuloksen katsotaan riippuvan omasta käyttäytymisestä tai omista pysyvistä piirteistä. Elämänsä hallitseva ryhtyy myös toimenpiteisiin sairauksien ehkäisemiseksi, varhaiseksi toteamiseksi ja parantamiseksi. Vastaavasti ulkoisessa kontrolliodotuksessa pääpaino on toisten ihmisten toimissa, kohtalossa, onnessa tai sattumassa. Sisäisen kontrolliodotustyypin omaavat tarvitsevat vähemmän sosiaalista tukea ja tarvitessaan käyttävät sitä tehokkaammin hyväkseen, kuin ulkoisen kontrolliodotuksen omaavat. (Uutela 1992, 171-172, 179.) Naisen sisäinen kontrolliodotusmalli vaikuttaa ratkaisevasti eri varhaisotteamisen menetelmiin osallistumiseen ja saadun tuen vastaanottamiseen hyväksikäyttämiseen. Esimerkiksi Aallon (1997) tutkimuksessa eräänä mammografiasta poisjääntä kuvaavana piirteenä oli juuri kielteinen käsitys omasta kyvystä vaikuttaa terveyttä edistävään toimintaan.

Mareps- tutkimuksessa kysyttiin vastaajien kokemusta toisten antamasta tuesta (funktionaalinen tuki) kysymällä, kuinka hyvin vastaajat kokivat saaneensa informaatiota rintasyövän varhaisen toteamisen ohjelmista ja kuinka paljon kysytyt eri tuen lähteet olivat kannustaneet naisia rintasyövän varhaisen toteamisen menetelmiin osallistumiseen (liite 1, kysymykset C5 ja C5 b). Tuen sisältöä ei tässä tutkimuksessa kysytty. Tutkimuksessamme ymmärrämme kan-

nustuksen laajasti tiedollisena, välineellisenä ja emotionaalisena sosiaalisen tuen muotona (esim. House ym. 1985; Heaney & Israel 1996). Sisäiset ja ulkoiset kontrolliodotusenteet tulivat esille Mareps- tutkimuksessa terveyteen ja terveydenhallintaan liittyvissä kysymyksissä (liite 1, kysymys A2 a-i). Kysymykset eivät kuitenkaan liity suoraan rintasyöpään tai rintasyövän varhaistoteamiseen, vaan ne kattavat yleisemmän asennoitumisen omaan terveydenhallintaan. Näitä väittämiä nimitämme tässä tutkimuksessa terveyteen liittyviksi käsityksiksi.



## 5 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSONGELMAT

Tässä tutkimuksessa tavoitteenamme on kuvata rintasyövän varhaisen toteamisen menetelmiin osallistumista ja osallistumiseen yhteydessä olevia tekijöitä tutkimusaineistossa. Rintasyövän varhaisen toteamisen menetelmillä tarkoitamme tässä tutkimuksessa omatarkkailua, mammografiaan osallistumista erottelematta kliinistä tai seulontamammografiaa ja hoitohenkilökunnan tekemää rintojen tutkimista käsin tunnustelemalla eli kliinistä tutkimusta. Ultraäänitutkimuksiin osallistumista emme tarkastele. Rintasyöpäkäsityksillä tarkoitamme kysymyksen C3 c eri väittämiä, joissa kysytään vastaajien asenteita halua, kykyä, tietoa, velvollisuuden kokemuksia, mahdollisuuksia ja aikomuksia liittyen rintasyövän varhaisen toteamisen menetelmiin ja niihin osallistumiseen (Liite 1).

Tutkimusongelmamme ovat:

1. Missä määrin koettu terveys ja sosiodemografiset tekijät ovat yhteydessä naisten rintasyövän varhaisen toteamisen menetelmien käyttämiseen ja rintasyöpään liittyviin käsityksiin?
2. Missä määrin naisten rintasyöpään ja terveyden hallintaan liittyvät käsitykset sekä saama kannustus ovat yhteydessä rintasyövän varhaisen toteamisen menetelmien käyttämiseen?

## 6 TUTKIMUKSEN VIITEKEHYS JA TUTKIMUSMENETELMÄT

### 6.1 Mareps - projekti

Tämä tutkimus on osa vuonna 1996 alkanutta kansainvälistä Euroopan Unionin rahoittamaa Mareps (Methodology for the Analysis of the Rationality and Effectiveness of Prevention and Health Promotion)- tutkimusprojektia, jossa pyritään yhteistyössä tutkimukseen osallistuvien maiden kanssa kehittämään terveyden edistämisen ja sairauksien ehkäisyn menetelmien arviointi- ja mittaamismenetelmiä. Tätä tarkoitusta varten osallistuja maissa (Saksa, Belgia, Hollanti, Espanja, Suomi ja Sveitsi EU:n ulkopuolelta) analysoitiin terveyden edistämishjelmien kehitystä, toteuttamista ja vaikutuksia.(Mareps - description.)

Kansainvälisen tutkimuksen aiheiksi valittiin rintasyövän varhainen toteaminen, tupakointi, fyysinen aktiivisuus ja urheilu sekä terveyttä edistävä ympäristö. Selvityksiä tehtiin sekä nk. asiantuntija/ päättäjätasolla (poliittiset päätöksentekijät ja viranomaiset) että väestötasolla. Asiantuntijatason kysymykset koskivat em. terveyden edistämisen ja sairauksien ehkäisyn toimintatapoja ja -strategioita. Väestötasolla kustakin edellä mainitusta alueesta oli tiedollisia sekä asenteisiin ja käyttäytymiseen liittyviä kysymyksiä. Väestöhaastattelut tehtiin kussakin maassa standardoituna puhelinhaastatteluna 400:lle yli 18-vuotiaalle kansalaiselle. (Mareps - description.)

### 6.2 Tutkimusaineisto ja sen keruu

Suomen MAREPS -tutkimus perustuu Pirkanmaalla syksyn 1997 aikana tehtyihin väestötason puhelinhaastatteluihin. Yksinkertainen satunnaisotanta tehtiin Väestörekisterikeskuksen toimesta ensin 600 henkilölle ja myöhemmin aineistoa jouduttiin kasvattamaan 1100 henkilöön. Tutkittavat etsittiin otokseen nimen ja puhelinnumeron perusteella. Puhelinhaastattelulla oletettiin osallistujamaissa saatavan parempi vastausprosentti. Otokseen valituille lähetettiin ennen puhelinhaastattelua kirje, jossa kerrottiin etukäteen tutkimuksesta ja tulevasta puhelinhaastattelusta. Varsinaiset puhelinhaastattelut teki tietopalvelukeskus Tietoykkönen Oy:n

tehtävään koulutetut tutkimushaastattelijat käyttäen apunaan CATI- menetelmää (computer-assisted interviewing- tietokoneohjattu puhelinhaastattelu). Tutkittavia henkilöitä tavoiteltiin useamman kerran haastatteluun, jos heihin ei saatu heti yhteyttä. Samoin, jos haastattelu jäi ensimmäisellä kerralla kesken, tehtiin uusintasoitto. Haastattelut kestivät keskimäärin puoli tuntia (5 min - 90 min). Projektin tutkijoille haastatteluaineisto toimitettiin levykkeillä.

Lopulliseksi otokseksi ja tämän tutkimuksen perusjoukoksi muodostui 400 yli 18-vuotiasta henkilöä (211 naista ja 189 miestä) Pirkanmaan alueelta. Otos edustaa kokonsa puolesta Pirkanmaan alueen väestöä riittävästi: alueella oli vuonna 1996 miehiä 48.4 % väestöstä, otoksessa 47.2 % ja vastaavat naisten luvut olivat 51.6 % ja 52.7 %.

Tutkimuksemme otos käsittää tästä 400 haastatellun joukosta ne 204 naista, jotka tutkimushetkellä ilmoittivat, ettei heillä ole rintasyöpää. Tämän tutkimuksen aineistosta jätettiin pois ne seitsemän naista, jotka haastatteluhetkellä ilmoittivat, että heillä on rintasyöpä, koska tässä tutkimuksessa on tarkoituksena tarkastella terveiden naisten rintasyövän varhaisen toteamisen menetelmiin osallistumista. Otoksen pienuuden vuoksi tutkimustuloksemme eivät ole yleistettäviä, mutta antanevat pohdinnan aihetta käytännön terveyskasvatustyöhön.

### 6.3 Käytetyt mittarit ja analyysimenetelmät

Haastattelulomakkeen kysymykset olivat ryhmitelty seitsemään eri osa- alueeseen: kysymykset yleisestä terveydentilasta, liikunnasta ja urheilusta, rintasyövän varhaisesta toteamisesta, tupakoinnista, terveellisestä elinympäristöstä, kohdemaan terveyspolitiikasta ja sosiodemograafiset tiedot. Kysymykset olivat luokittelu- ja järjestysasteikollisia monivalintakysymyksiä, Likertin 5-portaisen asteikon kysymyksiä tai avoimia kysymyksiä sosiodemograafisista tiedoista. Tässä tutkimuksessa käytetyt kansainvälisen MAREPS -tutkimuksen kysymykset olemme poimineet liitteeseen 1.

Olemme luokitelleet alkuperäiset Likertin asteikon viisiportaiset muuttujat uudelleen joko kaksi- tai kolmiluokkaisiksi muuttujiksi, joiden tarkempi kuvaus on liitteessä 1. 'Ei tiedä' tai 'ei vastausta' vaihtoehdot laitoimme puuttuviin tietoihin. Rintasyövän varhaisen toteamisen

menetelmiin osallistumisen luokittelimme uudelleen kolmiluokkaiseksi niin, että ensimmäinen luokka on suomalaisten osallistumissuositusten mukainen (liite 1: kysymys C2 a, b). Kannustusta antaneiden tahojen lukumäärän selvittämiseksi rakensimme summamuuttujan, jossa yhdistimme kaikki kymmenen kannustusta antanutta tahoa kannustusta antavien tahojen lukumäärämuuttujaksi, jossa 00= ei ole saanut kannustusta yhdeltäkään taholta, 01= yhdeltä taholta saanut kannustusta jne., 10= saanut kannustusta kaikilta kymmeneltä taholta (liite 6: taulukko 21).

Koska tutkimuksemme muuttujat ovat pääasiassa luokittelu- ja järjestysasteikon tasoisia muuttujia, olemme analysoineet aineistoamme frekvenssi- ja prosenttijakaumilla sekä ristiintaulukoilla. Ristiintaulukoiden tilastollista merkitsevyyttä olemme tarkastelleet Khiin neliötestillä tai Fisherin Exact Testillä 2 x2- kontingenssi- tauluissa. Tilastollinen merkitsevyys on ilmoitettu kuvioissa ja taulukoissa tarkoilla p- arvoilla .

## 7 TULOKSET

Kuvaamme ensin koko aineistoa sosiodemografisten tietojen, koetun terveyden ja rintasyövän varhaisen toteamisen menetelmiin osallistumisen suhteen. Tämän jälkeen tarkastelemme koetun terveyden, iän, koulutuksen, kumppanuuden yhteyttä rintasyövän varhaisen toteamisen menetelmien käyttämiseen sekä rintasyöpään liittyviin käsityksiin. Tarkastelemme myös miten saatu kannustus sekä rintasyöpään ja terveyteen liittyvät käsitykset ovat yhteydessä tutkittavien rintasyövän varhaisen toteamisen ohjelmiin osallistumiseen.

### 7.1 Aineiston kuvausta

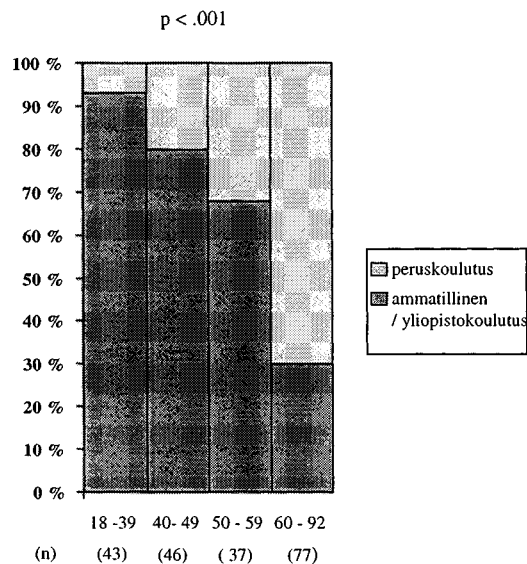
Olemme ryhmitelleet tutkittavat neljään ikäryhmään (taulukko 2). Ryhmittelymme perustuu Suomessa järjestettävien mammografiaseulontoihin, joihin 50 - 59-vuotiaat naiset kutsutaan ilmaiseksi kahden vuoden välein (Hakama ym. 1997). Viidennes uusista rintasyöpätapauksista on viimeisten rintasyöpätilastojen mukaan löytynyt 40-49-vuotiaiden ikäryhmästä ja nuorimmat sairastuneet ovat olleet alle 30-vuotiaita (Finnish Cancer Registry 1996, 1997).

TAULUKKO 2. Tutkittavat ikäryhmittäin

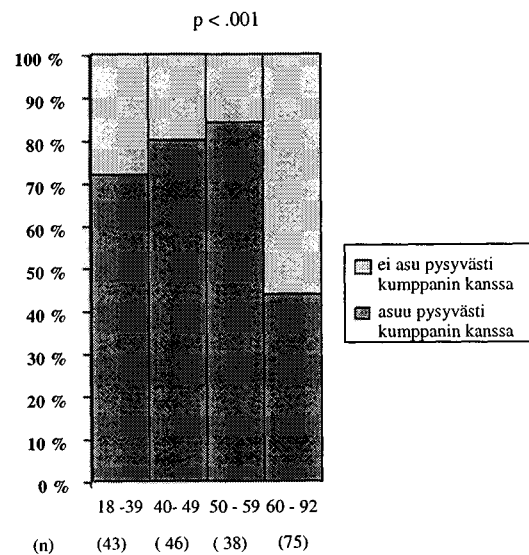
Ikäryhmät	f	%
18- 39 v.	43	21
40- 49 v.	46	22
50- 59 v.	38	19
60- 92 v.	77	38
Yhteensä	204	100

Aineistomme ikäjakauma vaihteluväli oli 18- 92- vuotta, keski-ään ollessa 53 vuotta (keskihajonta +/- 16- vuotta). Haastateltavista naisista kolmeen nuorimpaan ikäryhmään kuului kuhunkin noin viidennes vastaajista ja loput kuuluivat vanhimpaan ikäluokkaan.

Vastaajista 40 prosenttia oli käynyt korkeintaan kansa- tai peruskoulun ja loppuilla oli joko ylioppilastutkinto, ammatillinen koulutus tai yliopistotutkinto. Peruskoulutuksen saaneiden osuus oli suurin vanhimmassa ikäryhmässä (kuvio 2). Tässä tutkimuksessa tarkastelimme kumppanuuden eli 'kumppanin kanssa pysyvästi asuminen' tai 'ei kumppanin kanssa pysyvästi asuminen' yhteyttä rintasyövän varhaisen toteamisen ohjelmiin osallistumiseen vaikuttaviin tekijöihin. Pysyvästi kumppanin kanssa asui 65 prosenttia vastaajista. Eniten yksin asuvia oli vanhimmassa ikäryhmässä (kuvio 3). Vastaajien ikä oli tilastollisesti erittäin merkitsevästi yhteydessä sekä koulutukseen että kumppanuuteen.

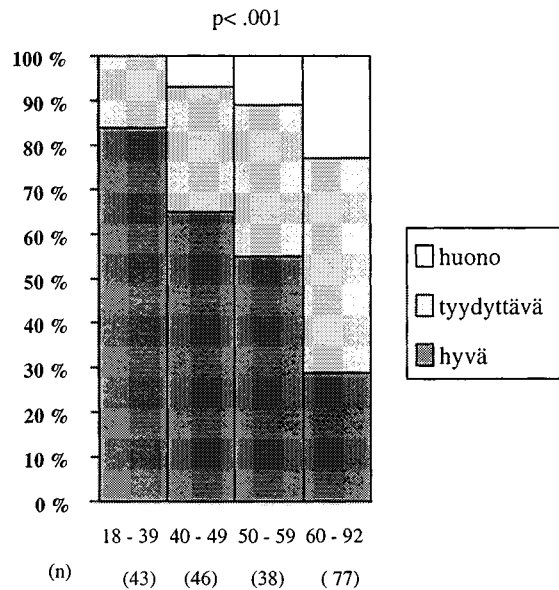


KUVIO 2. Koulutus ikäryhmittäin (%)



KUVIO 3. Pysyvästi tai ei pysyvästi kumppanin kanssa asuminen ikäryhmittäin (%)

Naisista yli puolet koki terveytensä hyväksi ja huonoksi sen koki vain kymmenesosa haastatelluista. Ikäryhmittäin tarkasteltuna terveytensä hyväksi kokivat selvästi useammin nuorimmat vastaajat. Iän lisääntyessä terveytensä tyydyttäväksi tai huonoksi kokevien osuus kasvoit, että vanhimmassa ikäryhmässä enää kolmannes vastaajista koki terveytensä hyväksi. (Kuvio 4.)



KUVIO 4. Koettu terveys ikäryhmittäin (%)

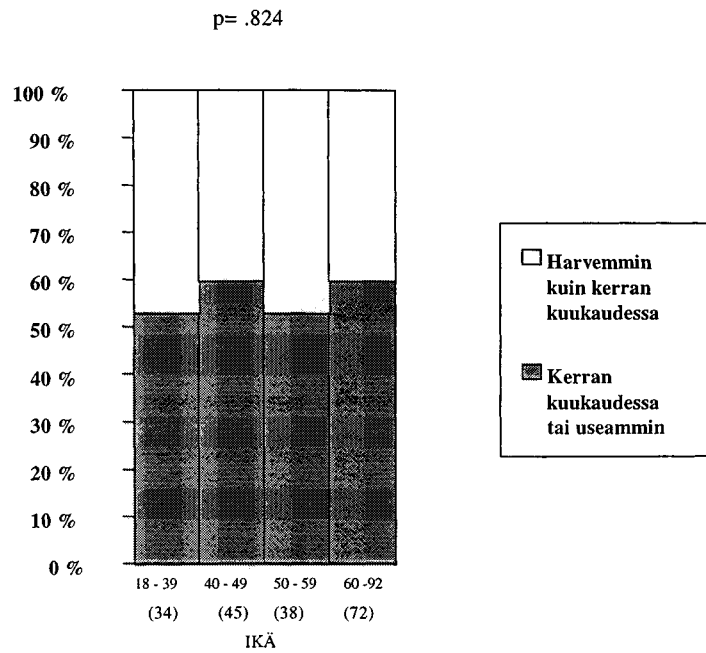
Naiset osallistuivat tutkimuksessamme rintasyövän varhaisen toteamisen menetelmiin hyvin: 90% oli joko tutkittu tai he olivat itse tutkineet rintansa rintasyövän varhaiseksi toteamiseksi. Mammografiatutkimukseen oli joskus osallistunut 70%, kliiniseen tutkimukseen vajaa 90% ja omatarkkailua oli tehnyt yli 90% vastanneista. Puolet haastatelluista tutki kuukausittain oma-toimisesti rintansa. Neljännes vastaajista oli osallistunut mammografiatutkimuksiin vähintään joka toinen vuosi. Vajaa puolet ilmoitti osallistuneensa kliiniseen tutkimukseen joka toinen vuosi tai useammin. (Liite 2: taulukko 3.)

## **7.2 Rintasyövän varhaisen toteamisen menetelmiin osallistuminen ja rintasyöpään liittyvät käsitykset sosiodemografisten tekijöiden ja koetun terveyden mukaan.**

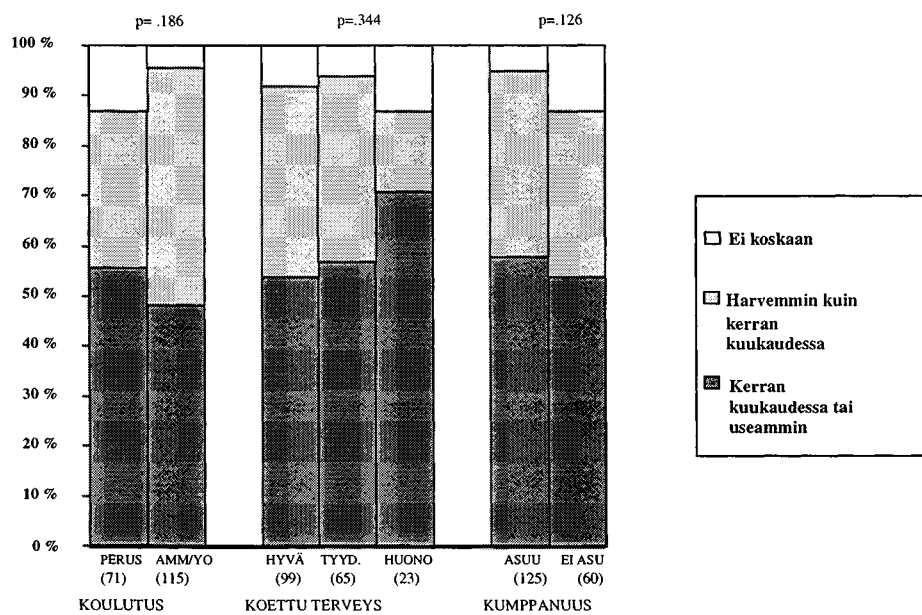
### 7.2.1 Omatarkkailuun yhteydessä olevat tekijät

Tässä aineistossa ikä, koulutus, koettu terveys tai kumppanuus eivät olleet tilastollisesti merkitsevästi yhteydessä naisten omatoimiseen rintojen tutkimiseen. Kaikkien tarkasteltavien muuttujaryhmien sisällä vähintään puolet naisista tutki rintansa kerran kuukaudessa tai useammin. Ikäryhmittäin tarkasteltuna vähintään kerran kuukaudessa omatarkkailevien osuudet olivat 40-49-vuotiaiden ja yli 60-vuotiaiden ryhmissä hieman suuremmat kuin alle 30-vuotiaiden ja 50-59-vuotiaiden ryhmässä. Vain peruskoulutuksen saaneiden naisten keskuudessa kerran kuukaudessa tai useammin omatarkkailevien osuus oli suurempi kuin enemmän koulutusta saaneiden naisten keskuudessa. Ei koskaan omatarkkailevien osuudet olivat kaiken kaikkiaan pienet. (Kuviot 5 ja 6.) Odotettujen frekvenssien pienuuden vuoksi ja tilastollisten ehtojen täyttämiseksi jouduimme tarkastelemaan iän yhteyttä omatarkkailuun kaksiluokkaisena eli yhdistämään luokat ”harvemmin kuin kerran kuukaudessa” ja ”ei koskaan” (kuvio 5).





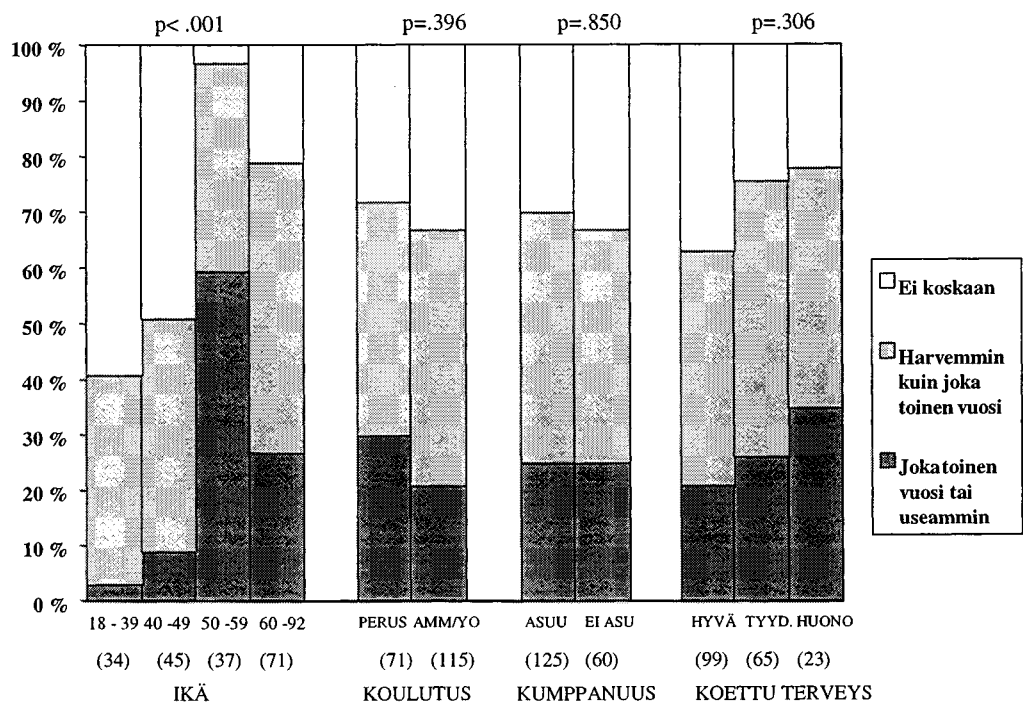
KUVIO 5. Iän yhteys omatarkkailuun (%)



KUVIO 6. Rintojen omatarkkailun useus koulutuksen, koetun terveyden ja kumppanuuden mukaan (%)

### 7.2.2 Mammografiaan osallistumiseen yhteydessä olevat tekijät

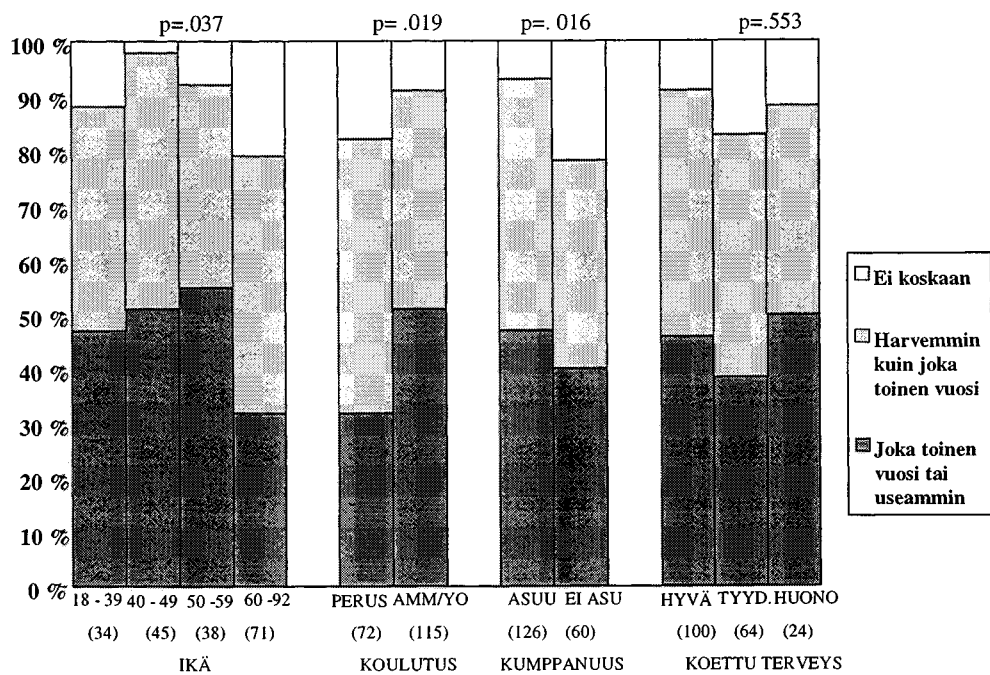
Koulutuksella, koetulla terveydellä tai kumppanuudella ei ollut tilastollisesti merkitsevää yhteyttä mammografiaan osallistumiseen. Sen sijaan 50-59-vuotiaat naiset osallistuivat selvästi useammin mammografiaan joka toinen vuosi tai useammin kuin muut aineiston naiset. Vähintään joka toinen vuosi mammografiaan osallistuvien osuudet kasvoivat koetun terveyden huonontuessa. Ammatillisen tai yliopistokoulutuksen saaneiden keskuudessa joka toinen vuosi tai useammin mammografiaan osallistuvien osuus oli pienempi kuin korkeintaan peruskoulutuksen saaneiden keskuudessa. Kumppanin kanssa asuvien ja yksin asuvien osuudet olivat yhtä suuret mammografiaan osallistumisaktiivisuuden suhteen. (Kuvio 7.)



KUVIO 7. Mammografiaan osallistumisen useus iän, koulutuksen, kumppanuuden ja koetun terveyden mukaan (%)

### 7.2.3 Kliiniseen tutkimukseen osallistumiseen yhteydessä olevat tekijät

Kliiniseen tutkimukseen osallistui useampi ammatillisen- tai yliopistokoulutuksen kuin peruskoulutuksen saaneista naisista.. Vähintään joka toinen vuosi kliiniseen tutkimukseen osallistui kaikkein vähiten naisia vanhimmasta ikäryhmästä. Tässä ikäryhmässä myös kliiniseen tutkimukseen osallistumattomien osuus oli selvästi muita ryhmiä suurempi. Viidennes ilman pysyvää kumppania asuvista ilmoitti, ettei ollut osallistunut koskaan kliiniseen tutkimukseen. Lähes yhtä suuri osa terveytensä hyväksi kuin huonoksi kokeneista vastaajista osallistui kliiniseen tutkimukseen vähintään joka toinen vuosi. (Kuvio 8.)



KUVIO 8. Kliiniseen tutkimukseen osallistumisen useus iän, koulutuksen, kumppanuuden ja koetun terveyden mukaan (%)

#### 7.2.4 Rintasyöpäkäsityksiin yhteydessä olevat tekijät

Mareps- kyselyssä kartoitettiin naisten rintasyöpään ja rintasyövän varhaisen toteamisen menetelmien käyttämiseen liittyviä käsityksiä. Analysointia varten käsityksiä kuvaavat viisi-luokkaiset väittämät, joissa kysyttiin mm. vastaajien halua, kykyä, tietoja, mahdollisuuksia ja velvollisuuden tunnetta, luokittelimme uudelleen kaksiluokkaiseksi ”pitää paikkansa” - ”ei pidä paikkaansa” vaihtoehtoiksi (liite 1: kysymys C3 ).

Yleisesti vastaajat suhtautuivat positiivisesti mahdollisuuksiinsa osallistua tutkimuksiin, heillä oli mielestään aikaa, halua ja tietoa varhaisen toteamisen menetelmistä. Osa vastaajista koki velvollisuutta yhteiskuntaa ja perhettä kohtaan osallistua tutkimuksiin ja säännölliset tutkimukset rauhoittivat lähes kaikkien vastaajien mukaan omaatuntoa. (Liite 3.)

Ikä, koulutus ja koettu terveys olivat tilastollisesti merkitsevästi yhteydessä väittämään ” En tiedä tarkkaan mitä minun pitää tehdä rintasyövän varhaiseksi toteamiseksi”. Eniten väittämä piti paikkansa yli 60-vuotiaiden ja vähiten 50- 59-vuotiaiden ikäryhmässä. Väitettä paikkansapitävänä piti noin kymmenesosa ammatillisen tai yliopisto koulutuksen saaneista ja reilu kolmannes peruskoulutuksen saaneista naisista. Terveytensä tyydyttäväksi kokevien naisten keskuudessa väitettä paikkansa pitävien osuus oli selvästi suurempi kuin terveytensä hyväksi tai huonoksi kokevien naisten keskuudessa. Kaikissa tarkasteltavissa ikä-, koulutus ja koetun terveyden ryhmissä selvästi yli puolet vastaajista ei kuitenkaan pitänyt väitettä ”En tiedä tarkkaan mitä minun pitää tehdä rintasyövän varhaiseksi toteamiseksi” paikkansa pitävänä. (Taulukko 4.)

TAULUKKO 4. Rintasyöpää koskevaan väittämään C3 c ”En tiedä tarkkaan mitä minun pitää tehdä rintasyövän varhaiseksi toteamiseksi” vastaaminen iän, koulutuksen ja koetun terveyden mukaan (%).

Väittäjä C3 c	Ikä (n=201)				Koulutus (n=204)		Koettu terveys (n=201)		
	18-39v	40-49v.	50-59v.	60-92v.	Perusk.	Amm/yo	Hyvä	Tyyd.	Huono
Pitää paikkansa	19	9	5	41	37	13	14	35	21
Ei pidä paikkaansa	81	81	95	59	63	87	86	65	79
Yhteensä	100	100	100	100	100	100	100	100	100
(n)	(43)	(46)	(38)	(74)	(76)	(124)	(108)	(69)	(24)
		p<.001			p<.001		p=.005		

Kahdessa vanhimmissa ikäryhmässä reilu puolet vastaajista ja kahdessa nuoremmissa ikäryhmässä reilu kolmannes koki yhteiskunnan edellyttävän osallistumista säännöllisiin tutkimuksiin. Erityisesti 50-59-vuotiaat naiset kokivat tällaista velvoitetta. Peruskoulutuksen saaneiden naisten joukossa yhteiskunnan velvoitetta kokevien osuus oli suurempi kuin ammatillisen tai yliopistokoulutuksen saaneiden naisten joukossa.(Taulukko 5.)

TAULUKKO 5. Rintasyöpää koskevaan väittämään C3 i ”Yhteiskunta edellyttää minulta, että käyn säännöllisesti tutkimuksissa” vastaaminen iän ja koulutuksen mukaan (%).

Väittäjä C3 i	Ikä (n= 196)				Koulutus (n=195)	
	18-39	40-49	50-59	60-92	Perusk.	Amm./yo
Pitää paikkansa	33	38	84	54	61	46
Ei pidä paikkaansa	67	62	16	46	39	54
Yhteensä	100	100	100	100	100	100
(n)	(42)	(45)	(37)	(46)	(72)	(123)
		p<.001			p=.039	

Lähes kaikki 50- 59-vuotiaat kokivat myös velvollisuudekseen perhettään kohtaan osallistua rintasyöpätutkimuksiin, kun alle 30 - vuotiaista vain reilu puolet oli samaa mieltä. Enemmistö kumppanin kanssa pysyvästi asuvista vastaajista koki velvollisuutta perhettä kohtaan osallistua tutkimuksiin. Ilman kumppania asuvien keskuudessa prosentuaalinen ero ei ollut niin selvä. Sekä iällä että kumppanuudella oli tilastollisesti erittäin merkitsevä yhteys perhettä kohtaan tunnettuun velvollisuuteen osallistua tutkimuksiin. (Taulukko 6.)

TAULUKKO 6. Rintasyöpää koskevaan väittämään C3 l ” Tunnen velvollisuudekseni perhettäni kohtaan käydä rintasyöpätutkimuksissa” vastaaminen iän ja kumppanuuden mukaan (%).

Väittämä C3 l	Ikä (n=190)				Kumppanuus (n=189)	
	18-39	40-49	50-59	60-92	Asuu	Ei asu
Pitää paikkansa	59	86	95	72	86	58
Ei pidä paikkaansa	41	14	5	28	14	42
Yhteensä (n)	100 (42)	100 (43)	100 (37)	100 (68)	100 (127)	100 (62)
		p= .001			p<.001	

Tulevaisuudessa aikoi suurin osa 40- 49- vuotiaista ja 50- 59- vuotiaista osallistua rintasyöpätutkimuksiin. Seulontaikäisten ryhmässä 41 % ja muissa ikäryhmissä yli 60 % oli sitä mieltä, että he joutuvat itse maksamaan rintasyöpätutkimukset. Vanhimmassa ikäryhmässä kolmannes ja seulontaikäisissä kaksi kolmasosaa vastaajista tiesi sairaskorvauksen avustavan heitä rintasyöpätutkimuksissa. Nuorimmassa ikäryhmässä rintasyövän varhaisesta toteamisesta tietävien osuus oli selvästi pienempi kuin muissa ikäryhmissä. (Liite 4: taulukot 7-10.)

Yhteenvetona voidaan todeta, etteivät sosiodemografiset tiedot eikä koettu terveys olleet tilastollisesti merkitsevästi yhteydessä omatarkkailuun. Suositusten mukainen mammografiassa

käynti liittyi seulontaikään (50-59-vuotiaat). Korkeammin koulutetut, alle 60-vuotiaat ja kumppanin kanssa pysyvästi asuvat osallistuivat yleisimmin kliniseen tutkimukseen joka toinen vuosi tai useammin.(Liite 4: taulukko 11.) Tilastollisesti merkitsevä yhteys rintasyöpään liittyviin käsityksiin oli useimmin iällä ja koulutuksella. Koetulla terveydellä ei ollut tilastollisesti merkitsevää yhteyttä mihinkään rintasyöpään liittyvään käsitykseen. Kumppanuus liittyi vain vastaajan kokemuksen velvollisuuteen perhettä kohtaan osallistua rintasyövän varhaisen toteamisen menetelmiin.(Liite 4: taulukko 12.)

### **7.3 Rintasyövän varhaisen toteamisen menetelmiin osallistuminen rintasyöpäkäsitysten, saadun kannustuksen ja terveyteen liittyvien käsitysten mukaan**

#### **7.3.1 Rintasyöpäkäsitysten yhteys omatarkkailuun, mammografiaan ja kliniseen tutkimukseen osallistumiseen**

Taulukosta 13 käy ilmi rintasyöpätietouden yhteys omatarkkailufrekvenssiin. Kerran kuukaudessa omatarkkailevien osuus oli lähes puolet pienempi niiden naisten keskuudessa, jotka eivät tieneet mitä tehdä rintasyövän varhaiseksi toteamiseksi kuin niiden keskuudessa, jotka tiesivät mitä tehdä. Väittämän kanssa samaa mieltä olevien keskuudessa ei koskaan omatarkkailevien osuus oli kolminkertainen verrattuna eri mieltä olevien vastaavaan osuuteen.

TAULUKKO 13. Rintojen omatarkkailun useus rintasyöpää koskevaan väittämään C3 c "En tiedä tarkkaan mitä minun tulee tehdä rintasyövän varhaiseksi toteamiseksi" vastaamisen mukaan (%).

Väittäjä C3 c		
Omatarkkailun useus	Pitää paikkansa	Ei pidä paikkaansa
Kerran kuukaudessa tai useammin	36	62
Harvemmin kuin kerran kuukaudessa	46	32
En koskaan	18	6
Yhteensä (n)	100 (39)	100 (149)

p=.003

Kliiniseen tutkimukseen osallistumisaktiivisuus oli erittäin merkitsevästi yhteydessä vastaajan rintasyövän varhaiseen toteamiseen liittyvään tietouteen. Väittämään ” En tiedä tarkkaan mitä minun tulee tehdä rintasyövän varhaiseksi toteamiseksi ” kanssa samaa mieltä olevien naisten keskuudessa vähintään joka toinen vuosi kliiniseen tutkimukseen osallistuvien osuus oli pienempi kuin harvemmin tai ei koskaan osallistuvien osuudet. Väittämän kanssa eri mieltä olleista naisista noin puolet osallistui vähintään joka toinen vuosi ja vain vajaa kymmenesosa ei osallistunut koskaan kliiniseen tutkimukseen. Tieto mitä tehdä lisäsi osallistumisaktiivisuutta. (Taulukko 14.)



TAULUKKO 14. Kliiniseen tutkimukseen osallistumisen useus rintasyöpää koskevaan väittämään C3 c "En tiedä tarkkaan mitä minun tulee tehdä rintasyövän varhaiseksi toteamiseksi" vastaamisen mukaan (%).

Väittäjä C3 c		
Kliiniseen tutkimukseen osallistumisen useus	Pitää paikkansa	Ei pidä paikkaansa
Joka toinen vuosi tai useammin	26	49
Harvemmin kuin joka toinen vuosi	46	43
En koskaan	28	8
Yhteensä (n)	100 (39)	100 (148)

p<.001

Naisista, jotka kokivat yhteiskunnan edellyttävän säännöllisissä rintasyöpätutkimuksissa käymistä, reilu kolmannes osallistui mammografiaan joka toinen vuosi tai useammin mutta lähes yhtä suuri osa ei osallistunut koskaan mammografiatutkimuksiin. Heistä, jotka eivät tällaista velvoitetta kokeneet, vain kymmenesosa osallistui joka toinen vuosi tai useammin mammografiatutkimuksiin ja reilu kolmannes ei osallistunut koskaan.(Taulukko 15.)

TAULUKKO 15. Mammografiaan osallistumisen useus väittämään C3 i "Yhteiskunta edellyttää minulta, että käyn säännöllisesti rintasyöpätutkimuksissa" vastaamisen mukaan (%).

Väittäjä C3 i		
Mammografiaan osallistumisen useus	Pitää paikkansa	Ei pidä paikkaansa
Joka toinen vuosi tai useammin	38	12
Harvemmin kuin joka toinen vuosi	36	51
En koskaan	26	37
Yhteensä (n)	100 (96)	100 (84)

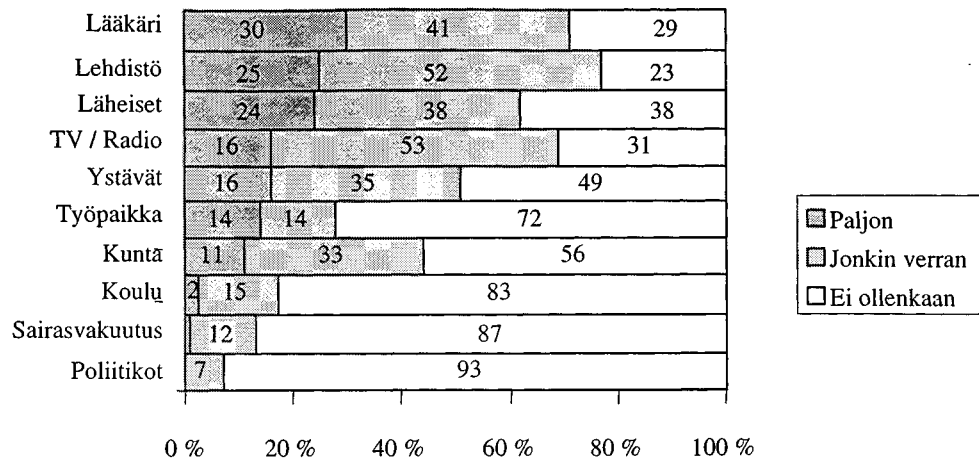
p<.001

Mammografiaan osallistui vähintään joka toinen vuosi kolmannes naisista, joilla oli mielestään riittävästi rintasyövän varhaisen toteamisen palveluja käytettävissä. Palvelujen puutetta kokeneista vain vajaa kymmenesosa kävi mammografiassa yhtä usein. Naisista, jotka kokivat joutuvansa itse maksamaan tutkimukset, reilu kolmannes ei osallistunut koskaan mammografiaan. Lääkärin huolehtiessa säännöllisistä tutkimuksista 60% vastaajista osallistui joka toinen vuosi tai useammin kliiniseen tutkimukseen. Naisilla, joiden kohdalla lääkäri ei toiminut näin, vastaava luku oli 30%. (Liite 5: taulukot 16-18.)

Kolmannes naisista osallistui mammografiaan ja puolet rintojen kliiniseen tutkimukseen vähintään joka toinen vuosi perhettä kohtaan tuntemansa velvollisuuden tähden. Ilman tätä koettua velvollisuutta mammografiaan osallistui yhtä usein vain muutama prosentti vastaajista ja vain vajaa kolmannes osallistui kliiniseen tutkimukseen. Vastaajista, jotka aikoivat tulevaisuudessa osallistua säännöllisesti rintasyöpätutkimuksiin, mammografiaan osallistui vähintään joka toinen vuosi kolmannes, kliiniseen tutkimukseen puolet ja kolme viidesosaa tutki rinnat kerran kuukaudessa tai useammin. (Liite 5: taulukot 19-20.)

7.3.2 Saadun kannustuksen yhteys omatarkkailuun, mammografiaan ja kliiniseen tutkimukseen osallistumiseen.

Tässä tutkimuksessa rintasyövän varhaisen toteamisen menetelmistä oli mielestään saanut hyvin informaatiota kolme neljäsosaa vastaajista ja vain kymmenesosa ilmoitti saaneensa informaatiota huonosti. Kansainvälisessä Mareps -tutkimuksessa ei kysytty tarkemmin mistä lähteestä vastaaja oli tietoa saanut. Tarkasteltaessa kannustuksen saamista kolmiluokkaisena (liite 2: kysymys C5 b a- j) kolmannes vastaajista oli saanut lääkäriltä paljon kannustusta omalle osallistumiselleen. Sekä aikakausi- ja sanomalehdistä että kumppanilta, perheeltä tai sukulaisilta sai paljon kannustusta neljäsosaa vastaajista. Sen sijaan poliitikoilta ei kukaan vastaajista ollut saanut paljon kannustusta. (Kuvio 9.) Kannustuksesta rakennetun summamuuttujan perusteella kukaan vastaajista (n= 140) ei ilmoittanut, ettei ollut saanut miltään kysytyltä taholta kannustusta ja vain kolme prosenttia oli saanut kaikilta kysytyiltä kymmeneltä taholta kannustusta. Valtaosa vastaajista oli saanut kannustusta kolmelta - viideltä eri taholta (Liite 6: taulukko 21).



KUVIO 9. Vastaajien (%) eri tahoilta saama kannustus rintasyövän varhaisen toteamisen ohjelmiin osallistumiseen.

Lääkärin antamalla kannustuksella oli tilastollisesti merkitsevä yhteys vastaajien kliiniseen tutkimukseen osallistumiseen. Lääkäriltä paljon kannustusta saaneista naisista yli puolet osallistui kliiniseen tutkimukseen joka toinen vuosi tai useammin ja vain muutama prosentti ei osallistunut koskaan. Ei ollenkaan kannustusta saaneiden vastaajien ryhmässä vähintään joka toinen vuosi tai ei ollenkaan kliiniseen tutkimukseen osallistuneiden osuudet olivat lähes yhtä suuret. (Taulukko 22.)

TAULUKKO 22. Kliiniseen tutkimukseen osallistumisen useus lääkäriltä saadun kannustuksen mukaan (%).

Kliiniseen tutkimukseen osallistumisen useus	Lääkärin antama kannustus		
	Paljon	Jonkin verran	Ei ollenkaan
Joka toinen vuosi tai useammin	56	47	25
Harvemmin kuin joka toinen vuosi	39	42	52
En koskaan	5	11	23
Yhteensä (n)	100 (59)	100 (76)	100 (52)

p= .004

Kumppanilta, perheeltä tai sukulaisilta paljon tukea saaneiden vähintään kerran kuukaudessa omatarkkailevien naisten osuus oli selvästi suurempi kuin jonkin verran tai ei ollenkaan tukea saaneiden osuudet. Ei ollenkaan tukea saaneiden naisten ryhmässä vähintään kerran kuukaudessa rintansa tutkivien naisten osuus oli puolet, ollen suurempi kuin vastaava osuus jonkin verran tukea saaneiden naisten ryhmässä. Kannustuksen määrästä riippumatta ei koskaan omatarkkailevien osuudet olivat pienet.(Taulukko 23.)

TAULUKKO 23. Rintojen omatarkkailun useus kumppanilta, perheeltä tai sukulaiselta saadun kannustuksen mukaan (%).

Kumppanin, perheen tai sukulaisten antama kannustus			
Omatarkkailun useus	Paljon	Jonkin verran	Ei ollenkaan
Kerran kuukaudessa tai useammin	78	49	54
Harvemmin kuin kerran kuukaudessa	20	43	35
En koskaan	2	8	11
Yhteensä (n)	100 (45)	100 (67)	100 (71)

p= .023

Vähintään joka toinen vuosi mammografiaan osallistuneiden naisten osuudet olivat kunnan tai kaupungin kannuksesta huolimatta melko pienet. Ei ollenkaan kannustusta saaneiden naisten osuus oli suurin ei koskaan mammografiaan osallistuvien ryhmässä ja pienin vähintään joka toinen vuosi osallistuvien ryhmässä. Jonkin verran kunnalta tai kaupungilta tukea saaneiden naisten keskuudessa mammografiaan osallistuvien ja ei koskaan osallistuvien osuudet olivat lähes yhtä suuret. (Taulukko 24.)

TAULUKKO 24. Mammografiaan osallistumisen useus kunnalta tai kaupungilta saadun kannustuksen mukaan (%).

Mammografiaan osallistumisen useus	Kunnan tai kaupungin antama kannustus		
	Paljon	Jonkin verran	Ei ollenkaan
Joka toinen vuosi tai useammin	30	36	15
Harvemmin kuin joka toinen vuosi	52	36	48
En koskaan	18	28	37
Yhteensä (n)	100 (23)	100 (58)	100 (100)

p= .021

Muilla kannustusta antaneilla tahoilla (kts. kysymys C5) ei ollut tilastollisesti merkitsevää yhteyttä rintasyövän varhaisen toteamisen menetelmiin osallistumiseen tai tilastolliset ehdot eivät täytyneet tutkimusaineistossa analyysejä tehdessämme (liite 6: taulukko 25.)

### 7.3.3 Terveysteen ja terveydenhallintaan liittyvien käsitysten yhteys omatarkkailuun, mammografiaan ja kliiniseen tutkimukseen osallistumiseen.

Terveysteen ja terveyden hallintaan liittyvät väittämät (liite 2: kysymys A2) luokittelimme analyysiä varten uudelleen ” samaa mieltä - eri mieltä ” väittämiksi. Näistä väittämistä käytämme tässä tutkimuksessa nimitystä terveyteen ja terveydenhallintaan liittyvät käsitykset.

Kliiniseen tutkimukseen osallistumiseen olivat tilastollisesti merkitsevästi yhteydessä väittämät, jotka kuvaavat ulkoisen kontrollin: hyvien perintötekijöiden, onnen tai lääkärin toiminnan vaikutusta omaan terveyteen (liite 7, taulukko 26). Ulkoista kontrollia kuvaavien väittämien (kysymys A2 a, b, c) kanssa samaa mieltä olleet naiset osallistuivat harvemmin kliiniseen tutkimukseen vähintään joka toinen vuosi kuin ulkoista kontrollia kuvaavien väitteiden

kanssa erimieltä olleet naiset. Edellä mainittujen väitteiden kanssa samaa mieltä olleiden naisten osuudet olivat kuitenkin suuremmat ei koskaan kliiniseen tutkimukseen osallistuvien ryhmässä, kuin väitteiden kanssa erimieltä olleiden naisten osuudet. (Liite 7: taulukot 26-29.)

Mammografiaan osallistumisfrekvenssiin oli tilastollisesti merkitsevästi yhteydessä vain kaksi päinvastaista terveyteen ja terveydenhallintaan liittyvää väittämää (kysymys A2 a, d) (liite 7: taulukot 26-28). Hyviin perintötekijöihin ja onneen luottavista naisista 20% kävi suositusten mukaan ja 27% ei käynyt koskaan mammografiassa. Eri mieltä olleista vastaavat luvut olivat 31% ja 37%. Naisista, jotka uskoivat terveyden määräytyvän pääasiassa sen mukaan mitä itse tekee, vain 19% kävi mammografiassa suositusten mukaan ja 34% ei koskaan. Eri mieltä olleilla vastaavat luvut olivat 46% ja 18%. (Liite 7: taulukot 30-31.)

Terveyteen ja terveyden hallintaan liittyvillä väittämillä ei ollut tutkimusaineistossamme tilastollisesti merkitsevää yhteyttä omatarkkailufrekvenssiin (liite 7: taulukko 26).

Yhteenvetona voidaan todeta, että tieto mitä tehdä rintasyövän varhaiseksi toteamiseksi sekä kumppanilta, perheeltä tai sukulaisilta saatu kannustus lisäsi omatarkkailufrekvenssiä. Kliiniseen tutkimukseen osallistumista vähensi se, että vastaaja oli samaa mieltä terveydenhallinnan ulkoista kontrollia kuvaavien väitteiden kanssa. Kuitenkin ristiriitaisesti lääkärin kannustus osallistua rintasyövän varhaisen toteamisen menetelmiin lisäsi kliiniseen tutkimukseen osallistumista. Mammografiaan osallistumiseen yhteydessä ovat toisaalta hyvään onneen ja perintötekijöihin liittyvä ajatus ja toisaalta se, että terveys on riippuvaista siitä, mitä itse tekee. Vastaajien aikomus käydä tulevaisuudessa säännöllisesti rintasyöpätutkimuksissa oli yhteydessä kaikkiin varhaisen toteamisen menetelmiin, vähiten kuitenkin omatarkkailuun.

## 8 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA

### 8.1 Tutkimustuloksista

Tutkimusaineistomme naiset olivat osallistuneet rintasyövän varhaisen toteamisen menetelmiin hyvin: 90 % oli joko tutkittu tai he olivat itse tutkineet rintansa rintasyövän varhaiseksi toteamiseksi. Rintansa tutki kuukausittain yli puolet ja kerran vuodessa viidennes vastaajista. Ikäryhmittäin tarkasteltuna aineistossamme kerran kuukaudessa rintojaan tutkivia oli eniten 40-49- ja yli 60-vuotiaissa. Rintasyövän varhaiseen toteamiseen liittyen suuntaus on myönteinen, koska kunnallisiin mammografiaseulontoihin kutsutaan pääasiassa vain 50-59-vuotiaat.

Omatarkkailuaktiivisuus 50 - 59-vuotiailla on tässä tutkimuksessa samansuuntainen kuin Rantasen (1987), Absetz- Ylöstalon (1994) ja Aallon (1997) tutkimuksissa. Kolmannes tutkimuksemme naisista, jotka eivät tieneet tarkkaan mitä tehdä rintasyövän varhaiseksi toteamiseksi, tutki rintansa kuitenkin kuukausittain. Rantasen (1987) tutkimuksessa vain 14 prosenttia naisista tutki kerran kuukaudessa hyvin rintansa. Aron (1996) tutkimuksessa vain neljä naista kymmenestä luotti kykyynsä löytää mahdolliset kyhmyt itse ja Aallon (1997) tutkimuksessa puolet vastaajista ilmoitti tarvitsevansa omatarkkailuohjausta. Edellä mainitut tulokset herättävät kysymyksiä naisten rintojen omatarkkailuun liittyvistä tiedoista, taidoista, omatarkkailun laadusta ja systemaattisuudesta.

Tutkimustuloksena ei enää riitä, että tiedämme naisten kaipaavan ohjausta tai kokevan taitamattomuutta tai, että eri tutkimuksissa vain noin puolet naisista tutkii itse rintansa. Tutkimusta olisi suunnattava henkilökohtaisiin tai ryhmäaastatteluihin (vrt. Leather & Roberts 1985) ja omatarkkailun havainnointiin. Näin voitaisiin selvittää minkälaisia käsityksiä, asenteita, pelkoja ja teknisiä puutteita naisilla on omatarkkailutaidoissa. Tarvitsemme tutkimusta, jossa nainen on tutkimuksen subjektina, toimijana, eikä vain objektina.

Terveystieteiden tutkimuksessa rintojen omatarkkailua opetetaan eri tilanteissa: kohdunkaulan syövän joukkotarkastuksissa, terveydenhuoltohenkilöstön vastaanotoilla jne. Omatarkkailu on sinänsä helppo ja yksinkertainen menetelmä, joka vaatii aluksi kuitenkin ohjausta ja opetusta. Motori-



sen suorituksen oppimiseksi ei riitä pelkkä sanallinen ja kirjallinen ohjaus. Aallon (1997) tutkimuksessa röntgenhoitajat katsoivat, että omatarkkailuopetus on aikaa vievää. Ajankäyttöä on arvotettava myös toiminnan tuloksellisuuden ja vaikuttavuuden kannalta. Huolellinen sanallinen ja motorinen neuvonta ja ohjaus lisää naisten pystyvyyden ja varmuuden tunnetta ja omatarkkailumotivaatiota. Mahdollisen rintasyövän varhainen löytyminen vähentää hoitokustannuksia ja sairauslomapäiviä, jolloin myös taloudellinen säästö olisi niin yhteiskunnan kuin yksilön puolesta merkittävä- puhumattakaan inhimillisen tuskan vähenemisestä.

Kannustustahoista vain lääkärin kannustus oli tilastollisesti merkitsevästi yhteydessä kliiniseen tutkimukseen osallistumiseen. Lääkärin kannustuksella ei kuitenkaan ollut tilastollisesti merkitsevää yhteyttä omatarkkailufrekvenssiin. Ero on mielenkiintoinen. Eivätkö lääkäritkään usko naisten omaan kykyyn ja taitoon tutkia rintansa, koska eivät ilmeisesti vastaanotoillaan kannustaa naisia siihen tai saadulla kannustuksella ei ole kuitenkaan merkitystä? Tutkimuksessamme 30 prosenttia naisista sai mielestään paljon kannustusta lääkäreiltä ja yhtä suuri osa koki ettei saanut ollenkaan kannustusta. Kumppanin kanssa pysyvästi asuminen ja asenne osallistua tutkimukseen velvollisuudesta perhettä kohtaan olivat merkitsevästi yhteydessä kliiniseen tutkimukseen osallistumiseen. Naisten huoli perheestä ja toisaalta luottamus lääkärin kykyyn huomata epätavalliset kyhmyt vahvistivat osallistumisaktiivisuutta. Osallistumista vähensi kuitenkin, jos vastaaja koki, että terveyden suhteen voi tehdä ainoastaan sen, mitä lääkäri sanoo. Vain läheisiltä saadulla kannustuksella oli merkitystä omatarkkailuaktiivisuuteen

Mietimme eikö nainen uskalla luottaa omiin kykyihinsä tutkia rintojaan? Voiko vielä 2000-luvun Suomessa äidin-, vaimon- tai ”kunnonkansalaisenroolit” ohittaa naisen oman tarpeen pitää huolta itsestään oman itsensä takia? Naisten rintoihin liittyy myös seksuaalista viehätystä, jota mahdollinen syöpä uhkaa. Välttääkö osa naisista rintojen tutkimista, ei niinkään syövän pelosta, vaan rintojen mahdollisesti seksuaalista roolia uhkaavien toimenpiteiden tähden? Kenties myös muille läheisille, esimerkiksi puolisoille, olisi syytä kohdentaa neuvontaa miten kannustaa naisia rintasyövän varhaisen toiminnan menetelmiin osallistumiseen.

Opetetaanko tai halutaanko naiset opettaa luottamaan kuitenkin enemmän terveydenhuollon ammattilaisten asiantuntemukseen ja koneellisiin tutkimuksiin? Aallon (1997) tutkimuksessa tuli esille naisten epäily röntgenhoitajien kyvystä tehdä kliininen tutkimus. Odottavatko naiset

lääkäreiltä vahvistusta, että muukin hoitohenkilökunta pystyy tutkimaan naisten rinnat...vai pystyykö? Hoitohenkilökunnan tulisi myös itse pitää huolta omasta käden taidostaan rintojen palpoinnin suhteen (Mikkola 1999). Taito ei käyttämättömänä pysy luotettavana ja tällöin taitoa on vaikea opettaa myös asiakkaille varmasti ja vakuuttavasti. Hoitohenkilökunnalla on tietoa rintasyövästä, mutta ilmeisesti heillä ei ole aina tarpeeksi tietoa ihmisten erilaisesta suhtautumisesta rintasyöpäseulontoihin tai naisten omasta kyvystä vaikuttaa terveyteensä. Jatkossa olisi mielenkiintoista tutkia lääkäreiden ja hoitajien omatarkkailuun ja myös muihin varhaistoteamisen menetelmiin liittyviä asenteita, käsityksiä ja opetustaitoja – onhan rintasyöpä naisten yleisin ja yhä yleistyvä syöpämuoto.

Aineistossamme mammografiaan osallistui eniten ikäryhmittäin katsottuna seulontaikäiset naiset. Koulutuksella, kumppanuudella tai koetulla terveydellä ei ollut vaikutusta osallistumiseen mammografiaan missään aineistomme ikäryhmissä. Aron (1996) ja Aallon (1997) tutkimuksissa naimisissa olo oli yhteydessä mammografiaan osallistumiseen. Aallon (1997) tutkimuksessa eräänä syynä poisjäännille mammografiaseulonnassa oli ollut, ettei lääkäri ollut suositellut mammografiaa. Omassa tutkimuksessamme lääkäriin kannustuksella ei ollut yhteyttä mammografiassa käymiseen. Kuitenkin esim. EU:n eurooppalaisissa säännöissä syövän torjumiseksi (1995) lääkäreitä kehoitetaan korostamaan ja opettamaan naisille säännöllistä rintojen tutkimista ja osallistumista mammografiaseulontoihin, jos nainen on yli 50-vuotias.

Velvollisuuden tunne perhettä ja yhteiskuntaa kohtaan oli merkittävästi yhteydessä myös mammografiatutkimukseen osallistumiseen. Olisi mielenkiintoista tietää tarkemmin, miten naiset mielsivät velvollisuuden tunteen yhteiskuntaa kohtaan. Oliko velvollisuus taloudellinen, koska tutkimuksen saa maksutta? Vai oliko kyseessä ajatus yhteiskunnan ”valvonnasta” tai oliko sosiaalisesti hyväksyttävämpänä osallistua kuin olla osallistumatta? Mammografiaan osallistumiseen myös kunnan kannustus oli merkittävä. Mikä on se tekijä kunnan kannustuksessa, joka koetaan tehokkaampana kuin esim. lääkäriltä tai hoitohenkilökunnalta saatu kannustus? Onko kyseessä taloudelliset syyt? Vai eivätkö suomalaiset naiset halua laiminlyödä tai kyseenalaistaa hallinnollisia toimenpiteitä? Tätä olisi mielenkiintoista selvittää. Terveystalouden hallintaväitteistä ajatukset hyvän onnen ja perintötekijöiden vaikutuksesta terveyteen ja toisaalta käsitys siitä, että terveys on riippuvainen siitä, mitä itse tekee, liittyi aineistomme nai-

silla mammografiaan osallistumiseen. Tulos on mielenkiintoinen, sillä käsitykset ovat mielestämme täysin vastakkaiset. Nainen, jonka mielestä terveys on kiinni hyvästä onnesta, on haaste terveyden edistämiseksi.

Marepsin kysymyksissä ei ole selvitetty tarkemmin naisten tietoja ja käsityksiä rintasyövän varhaisen toteamisen menetelmien tavoitteista tai sisällöistä. Aallon (1997) tutkimuksessa naiset eivät tienneet, mikä mammografiaseulonnan tarkoitus on, mutta perustelivat osallistumistaan halulla tietää oma terveydentila rintojen osalta. Aron (1996) suomalaisessa aineistossa tehdyt tutkimukset käsittävät vain seulontaikäiset (50-59-vuotiaat) naiset. Mielenkiintoista olisi tietää nuorempien ikäryhmien asenteista ja suhtautumisesta niin mammografiaan kuin muihinkin varhaisen toteamisen menetelmiin, koska nuorimmat rintasyöpäpotilaat ovat jopa alle 30-vuotiaita (Finnish Cancer Registry 1996, 1997). Kun tiedetään, että uusien terveystotumusten omaksuminen vie hyvin pitkän ajan, olisi tärkeä tuntee ja tietää nuorten naisten asenteista, tiedoista ja taidoista rintasyövän varhaiseksi toteamiseksi jo ennen kuin he tulevat nk. riski-ikänsä. Pohdittavaksi jää, millä terveystotumusten keinoilla nuoria lähestytään. Rintasyöpä ja sairastuminen yleensä koetaan kaukaisena ei omaa elämää koskettavana, mahdollisesti pelottavanakin asiana. Jaettavan tiedon tulee olla käytännön toimenpiteisiin liittyvää, konkreettista, selkeää ja kielellisesti yksiselitteistä. Annettava neuvonta ja jaettava materiaali tulee suunnitella eri ikä- ja kohderyhmille sopivaksi. Onko liian utopistista ajatella, että rintojen terveydestä keskusteltaisiin ja omatarkkailua opetettaisiin terveystietoisesti jo lukion tai keskiasteen koulutuksen terveystietotunneilla?

ProMama yhdistys aloittaa ensi vuonna kaksi kertaa vuodessa ilmestyvän Mamaviestin julkaisun. Julkaisuun kootaan tietoa rintasyövän varhaisesta toteamisesta liittyvistä asioista ja järjestettävistä ajankohtaisista koulutustilaisuuksista. Toivomme, että Mamaviestissä esitellään ennakkoluulottomasti uusia tutkimustuloksia. Viesti lähetetään mamakoulutustilaisuuksiin osallistuneille ja muille mamaohjelmaa toteuttaville tahoille. (ProMama 1999). Mamakouluttajien kesken on otettu käyttöön uusi suomenkielen sana ”mamastaa” eli omatarkkailla (ProMama 1999). Nähtäväksi jää, lisääkö verbi omatarkkailuinnostusta ja mahdollista rintasyövän varhaisesta toteamisesta.

Poiketen esimerkiksi Elovainion (1980) ja Rantasen (1987) tutkimuksista tässä tutkimuksessa joukkotiedotusvälineillä ei ollut merkitsevää yhteyttä varhaisen toteamisen menetelmiin osallistumiseen. Kannustustahoja kysyttäessä nousi esille myös työpaikalta (sekundaaritaso) saadun kannustuksen vaatimaton osuus. Kysymyksen luonteesta johtuen emme voi tietää, ketä työpaikalla ajateltiin kannustuksen antajaksi (työtoveri, esimies, työterveyshuolto). Jos vastaajat ovat ajatelleet työterveyshuoltoa, on tulos huolestuttava. Työterveyshuolto kattaa suurimman osan naisten (noin 20-65-vuotiaat naiset) ennaltaehkäisevästä ja hoidollisesta terveydenhuollosta, jolloin työterveyshuollon rooli myös rintasyövän varhaisen toteamisen suhteen on merkittävä. Mielenkiintoinen tutkimusaihe olisi selvittää asiakkaiden ja henkilökunnan suhtautumista ja kokemuksia omatarkkailun opettamisesta työterveyshuollossa. Voisiko tutun henkilökunnan kanssa omatarkkailua opeteltaessa syntyä sellainen rauhallinen, kiireetön ja turvallinen ilmapiiri, jossa yksilölliset tarpeet niin tiedollisen, välineellisen kuin tunnetuen osalta voisivat tulla huomioiduksi.

Koettu terveys on erilaisissa tutkimuksissa melko yleisesti käytetty taustamuuttuja. Niemen (1994) mukaan ihmisen terveyskäyttäytymistä säätelevät hänen omat arvionsa terveydentilastaan, toimintatavoistaan ja mahdollisuuksistaan vaikuttaa niihin. Kallion ym. (1994) ja Aallon (1997) mukaan seulontoihin osallistumisen eräänä keskeisenä syynä oli omasta terveydestä huolehtiminen. Tässä tutkimuksessa koetulla terveydellä ei kuitenkaan ollut merkitsevää yhteyttä mihinkään varhaisen toteamisen menetelmiin osallistumiseen. Tutkimustuloksestamme huolimatta rintasyövän varhaistoteamisen yhteydessä nimenomaan omasta terveydestä huolehtiminen on tärkeä motivoimiskeino kaiken ikäisille naisille, kun tiedetään, että varhainen toteaminen on tällä hetkellä ainut ”ase” rintasyöpää vastaan.

Oletamme sosiaalisen tuen olevan tärkeä uuden terveyskäyttäytymisen muotoutuessa. Tässä tutkimuksessa tuen mittaaminen jäi valitettavasti yhden kysymyksen varaan (liite 1: kysymys C5 b) eikä tämä kysymyksen avulla voi päätellä tuen sisältöä ja merkitystä vastaajalle tai tuen vaikuttavuutta. Terveyskasvatuksen näkökulmasta sosiaalisen tuen syvällisempi tarkastelu olisi tärkeää (vrt. Aro 1996; Aalto 1997; Wagle ym. 1997) rintasyövän varhaisen toteamisen menetelmiin osallistumisen lisäämiseksi ja terveyskasvatusinterventioissa tarvittavan tuen laadun ja sisällön selvittämiseksi.

## 8.2 Tutkimusmenetelmästä

Mareps- kysely toteutettiin survey- puhelinhaastatteluna kaikissa osallistujamaissa. Survey-tutkimuksella saadaan laajalta joukolta nopeasti ja edullisesti kartoitettavaa ja kuvailevaa tietoa (Hirsjärvi ym. 1997; Alkula ym. 1994). Omassa tutkimuksessamme vastausprosentti eri kysymyksissä oli 80 - 100 prosenttia. Haastateltaville esitettiin terveyskäyttäytymiseen, mielihiteisiin ja asenteisiin liittyviä kysymyksiä. Saatujen tietojen pinnallisuus on kuitenkin usein ongelma. Luotettavin tieto saadaan tosiasioista, hieman epäluotettavampi tieto käyttäytymisestä ja epäluotettavin tieto asenteista ja mielipiteistä tai asenteiden takana olevista syyteki- jöistä. (Berger & Patchner 1988, 19; Alkula ym. 1994, 121.) Koetusta tilanteesta saadaan kuitenkin ihmiseltä itseltään varmin tieto, vaikkakin vastaukset voidaan antaa ”ideaalihenkilön” vastauksina (Niemi 1994).

Tässä tutkimuksessa teimme uudelleen luokitteluja tilastollisien analyysien helpottamiseksi ja mahdollistamiseksi. Jos aineistomme olisi ollut suurempi, olisimme voineet käyttää alkupe- räistä luokitusta ja saada tarkempia tuloksia. Valitsemamme uudelleenluokitteluryhmät ovat ohjanneet saatuja tuloksia. Esimerkiksi kysymyksen A2 (liite 1) neutraalin luokan 3= ei kum- paakaan mieltä laitoimme pitkän harkinnan jälkeen luokkaan 2 = eri mieltä. Mielestämme neutraali mielipide kääntyi helpommin eri mieltä vaihtoehdoksi eri väittämien kohdalla. Kui- tenkin tutkimuksessamme vastaajien rintasyövän varhaisen toteamisen menetelmiin osallis- tumisaktiivisuus ja osallistumiseen yhteydessä olevat tekijät ovat aiempien tutkimustulosten (esim. Aro 1996, Aalto 1997) suuntaisia.

Survey-tutkimuksessa tutkijalta edellytetään muun muassa kykyä tehdä etukäteen ymmärret- täviä ja vakiomuotoisia kysymyksiä tutkittavaan asiaan liittyvien kiteytyneiden mielikuvien pohjalta (Alkula ym. 1994, 120). Kysymykset esitetään ja kysytään strukturoidussa haastatte- lussa samassa järjestyksessä ja samalla tavalla, jolloin esim. eri maissa tehtyjä kyselyjä voi- daan verrata toisiinsa (Alkula ym. 1994, 119). Tämä oli myös Mareps -tutkimuksen tavoite terveyden edistämisen ja sairauksien ehkäisyn menetelmien arviointi- ja mittaamismenetelmi- en kehittämiseksi yhteistyössä osallistujia maiden kanssa.. Kuitenkin Ronkaisen (1998,110, 114) mukaan tutkittavat eivät ymmärrä kysymyksiä tutkijan kuvitteleman merkitysmaailman kautta, sillä tutkija ja haastateltavat ovat eri positiossa. Tutkittavat antavat vastaukset toisessa

ajassa, paikassa ja tilanteessa mitä tutkija on kysymyksensä tehnyt tai missä tutkija vastaukset analysoi. Tutkittavat eivät toimi kuten tutkija mieli, sillä heidän kokemusmaailmansa voi muuttaa tutkijan kysymyksen asettelua toisenlaiseksi. Aholan (1993) mukaan haastateltavat eivät reagoi pelkästään kysymyksen sanamuotoon, vaan myös haastattelun laajempaan sosiaaliseen yhteyteen. Näin oletamme asian olevan myös rintasyöpään liittyvien väittämien kohdalla.

Aholan (1993) tutkimuksessa suomalaiset antoivat puhelinhaastatteluissa sosiaalisesti hyväksyttävämpiä vastauksia kuin käyntihaastatteluissa. Suomalaiset pitivät Tilastokeskuksen (1989) kyselyn mukaan arkoina tutkimusaiheina intiimejä yksityiselämään, elämänongelmiin sekä tuloihin ja omaisuuteen liittyviä asioita. Sairautta ja terveydentilaa piti arkoina aiheina puolet vastanneista, koulutetut jopa kouluttamattomia enemmän. (Ahola 1995.) On mielenkiintoista nähdä miten Mareps- tutkimuksessa eri maiden aineistojen vertailussa tutkijoiden ja tutkittavien eri positiot, erilaiset kokemusmaailmat ja kulttuuriset kontekstit rintasyövän varhaiseen toteamiseen liittyvien kysymysten osalta näkyvät sitten, kun projektin loppuraportti ilmenee. Tällä hetkellä käytössämme ei ole tällaista tietoa.

Visuaalisen tuen puute puhelinhaastattelussa voi vaikuttaa siihen, että kysymysten ymmärtäminen ja niihin vastaaminen on vaikeampaa kuin käynti- tai postihaastattelussa. Toisaalta haastattelijan on hankalampaa havaita epätäydellistä vastaamista. (Ahola 1993.) Marepsia ajatellen haastattelulomakkeen pituus (27 sivua), yhteen pääkysymykseen liittyvät alakohdat (esim. liite 1, kysymykset A2 a-i, C3 a-n) ja haastatteluihin käytetty aika (5-90 min.) herättävät kysymyksen, kuinka helppo vastaajien oli hahmottaa kysymykset sekä vastata ja kuinka luotettavia vastauksia he kykenivät antamaan. Kuinka paljon aineiston ikäjakaumaan vaikutti se, että haastatteluihin valittiin tavoitettavuuden mukaan osallistujia? Saatiinko näin enemmän kenties jo iäkkäämpiä vastaajia, jotka olivat kotona ja joilla oli aikaa vastata pitkään haastatteluun? Puhelinhaastattelu menetelmänä voi olla kognitiivisesti vaativa (Ahola 1993), Vaikuttiko iäkkäämpien mahdollinen muistin heikkous vastausten luotettavuuteen, kun mietitään kysymysten pituutta. Toisaalta heillä on saattanut olla aikaa ja halua vastata pitkäänkin kyselyyn. Nuorten vastaajien aikapula voi tulla luotettavien vastauksien esteeksi pitkässä haastattelussa. Työpäivän jälkeen perhe ja lapset eivät aina anna mahdollisuutta pitkiin keskusteluihin haastattelijan kanssa, vaikka halua olisikin. Rintasyövän varhaiseen toteamiseen

liittyvät kysymykset (liite 1) olivat kuitenkin C-osiossa, siis melko alussa, joten vastaamiseen on oletettavasti jaksettu keskittyä paremmin kuin lomakkeen loppuosan kysymyksiin.

Otantamenetelmänä käytettiin satunnaisotantaa. Pirkanmaalla alkuperäistä otosta jouduttiin kasvattamaan, jotta sovittu 400 hengen otos toteutui. Tutkimuksen otos ei ole kokonsa eikä sijaintinsa puolesta edustava, samoin on oman tutkimusotoksemme (n= 204) laita. Johtopäätöksiä tehtäessä on muistettava aineiston koko, Suomen kohdalla myös ikäjakauman epätasapaino (eniten vanhimmassa ikäryhmässä 60-92-vuotiaissa). Rintasyövän varhaisen toteamisen kannalta mielenkiintoinen ja tärkeä ryhmä ovat 40-49-vuotiaat naiset, koska juuri tässä ikäryhmässä löytyy runsaasti uusia rintasyöpiä. Toisaalta yli 60-vuotiaiden osuus naisväestöstä kasvaa koko ajan, samalla he jäävät pois mammografiaseulonnoista. Näiden naisten rintasyövän varhaistoteamisen menetelmiin osallistumisaktiivisuus antaa arvokasta tietoa ja luo haasteita yli 60-vuotiaiden terveystarkastusinterventioiden suunnittelulle ja toteutukselle.

### 8.3 Lopuksi

Liimataisen, Poskiparran ja Sjögrenin (1999) mukaan näkemys terveydestä ja terveyden edistämisestä ohjaa käytännön terveyden edistämistyötä ja sitä, mitä tietoa pidämme tärkeänä ja millaisena toimintana terveyden edistämisen näemme. Myös Rushin (1997) mukaan asiantuntijan roolia korostettaessa toiminta tähtää sairastavuuden ja kuolleisuuden vähenemiseen ja näin työn tavoitteena on saada asiakkaat muuttamaan terveystähtäytymistään halutun päämäärän suuntaiseksi. Rintasyövän varhaiseen toteamiseen liittyvä terveyden edistäminen on pitkälti ollut sitä, että mammografiaseulontoihin osallistumista korostetaan rintasyöpäkuolleisuuden näkökulmasta. Tämä näkökulma ei ole väärä, mutta tarvitsemme lisäksi myös asiakkaan omista lähtökohdista ja voimavaroista lähtevää terveyden edistämistyötä. Näin tarkastelun kohteeksi tulevat asiakkaan omat arvot ja mahdollisuudet vaikuttaa omaan terveyteensä ja käyttäytymiseensä ja näin voidaan ymmärtää käyttäytymiseen liittyviä laajempia yhteyksiä, esimerkiksi sosiaalisia ja yhteiskunnallisia painotuksia. Pohdittaessa omatarkkailuun liittyvää terveystähtäytymistä on erityisesti asiakkaiden voimavaroista nouseva neuvonta tärkeää.

Kaikki mahdollinen, millä voidaan vähentää rintasyöpäkuolleisuutta ja aikaistaa mahdollisen rintasyövän löytymistä, on tärkeää naisten itsensä, heidän perheidensä ja läheistensä sekä yhteiskunnan kannalta. Tehokkaat ja luotettavat varhaisen toteamisen menetelmät ja niitä seuraavat kevyemmät hoitomuodot vähentävät inhimillistä kärsimystä ja lisäävät taloudellista säästöä. Suomessa yhteiskunta tukee osittain mammografia tutkimuksia ja naiset osallistuvat kiitettävästi seuluntoihin. Pelkästään taloudellisesti perusteltuina mammografiaseulonnat eivät ole kannattavia (Hakama 1997). Tämä tosiasia ei kuitenkaan saisi vähentää rintasyövän varhaisen toteamisen menetelmiin liittyviä sairaskorvauksien korvauksia. Suomessa arvioidaan terveydenhuollon priorisointikeskustelussa seuluntojen tehokkuutta. On esitetty, olisiko esim. paksusuolen syövän seulonnalla parempi taloudellinen vaste kuin mammografialla (HS 25.2.1999). Omatarkkailun tehokas opetus ja naisten saaminen toteuttamaan säännöllisesti omatarkkailua on halpa ja tehokas keino, jolla nainen voi olla omatoimisesti ja maksutta mukana rintasyövän varhaisessa toteamisessa. Rintasyövän varhainen toteaminen on naisen arvoinen asia.



## LÄHTEET

Aalto, P. 1997. Rintasyöpäseulonta: odotukset ja kokemukset asiakas- ja hoitajanäkökulmasta. Akateeminen väitöskirja. Tampereen yliopisto. Acta Universitas Tampereensis A: 556.

Absetz-Ylöstalo, P. 1994. Omatakkailun ymmärtäminen rintasyövän uhkan tulkintamallin avulla. Helsingin yliopisto. Soveltavan psykologian laitos. Pro gradu- tutkielma.

Ahola, A. 1993. Menetelmäkö määrää tulokset? Puhelin- ja käyntihaastatteluvastausten eroista hyvinvointikysymyksiin vastattaessa. Sosiologia 3, 200-211.

Ahola, A. 1995. Haastattelutavan muutos ja terveystaukset. Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti 32, 251-262.

Alkula, T., Pöntinen, S. & Ylöstalo, P. 1994. Sosiaalitutkimuksen kvantitatiiviset menetelmät. Porvoo: WSOY.

Aro, A. 1996. Rintasyöpäseulontaan osallistumista selittävät psykososiaaliset tekijät. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja A 2. Helsinki.

Auvinen, A., Elovainio, L., & Hakama, M. 1990. Miten rintasyöpä löytyi. Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti 27, 306-313.

Bäckman, G. (toim.) 1990. Terveys ja elämänhallinta, v.1987 pilottitutkimuksen keskeisimpiä tuloksia. Meddelanden från ekonomisk-statsvetenskapliga fakulteten vid Åbo Akademi. Åbo: Åbo Akademis kopieringscentral.

Bäckman, G. 1992. Psykososiaalinen ympäristö ja terveys. Teoksessa Karisto, A., Lahelma, E., & Rahkonen, O. 1992. Terveys sosiologia. Juva: WSOY, 161-170.

Cohen, S., & Syme, L. 1985. Issues in the study and application of social support. Teoksessa Cohen S., Syme L. (toim.) Social support and health. Orlando, Florida: Academic Press. Inc.,3-22.

Dean, P. & Pamilo, M. 1996. Rintasyövän mammografiaan perustuva seulonta. Suomen Lääkärilehti 11, 1228-1230.

Dorgan, J., Brown, C., Barret, M., Spansky, G., Kreger, B., D'Agostino, R., Albanes, D., & Schatzkin, A. 1994. Physical activity and breast cancer in the Framingham Heart Study. American Journal of Epidemiology 7, 663-669.

Eurooppalaiset säännöt syövän torjumiseksi - Työväline yleislääkäreille. 1995. Euroopan yhteisöjen virallisten julkaisujen toimisto. Luxemburg.

Elovainio, L. 1980. Pyydä lääkäriä tutkimaan myös rinnat. Syöpä - Cancer 6, 2-5.

Finnish Cancer Registry 1996. Cancer incidence in Finland 1994. Cancer statistics of the National Research and Development Centre for Welfare and Health. Cancer Society of Finland Publication No. 57. Helsinki.

Finnish Cancer Registry 1997. Cancer incidence in Finland 1997. Cancer statistics of the National Research and Development Centre for Welfare and Health. Cancer Society of Finland Publication No. 58. Helsinki.

Friedenreich, C., Thune, I., Brinton, L. & Albanes, D. 1998. Epidemiologic issues related to The association between physical activity and breast cancer. Cancer Supplement 83 (3), 600-610.

Gammon, M., Schoenberg, J., Britton, J., Kelsey, J., Coates, R., Brogan, D., Potischman, N., Swanson, C., Daling, J., Stanford, J. & Brinton, L. 1998. Recreational physical activity and breast cancer risk among woman under Age 45 years. American Journal of Epidemiology 3, 273- 280.

Gästrin, G. 1980. Martta-järjestöjen Mama- ohjelma ja sen hyödyntäminen. Suomen Lääkärilehti 35, 2271- 2275.

Gästrin, G. 1994. The Mama programme for breast cancer control. The effect of a comprehensive breast self- examination screening programme on compliance and on mortality from breast cancer. Acta Universitatis Tamperensis A: 394.

Gästrin, G. 1997. 25 vuotta mamaohjelmaa -Terveystuollon rooli. Sairaanhoidaja 4, 21- 23.

Gästrin, G. 1998. Rintasyövän varhainen havainnointi, diagnosointi ja hoito tasa- arvokysymyksenä. Suomen Lääkärilehti 31, 3543-3546.

Hakama, M., Pukkala, E., Kallio, M. & Heikkilä, M. 1997. Mammografiaseulonnan vaikuttavuus Suomessa. Duodecim 113, 2171-2173.

Hakonen, A. & Aro, A. R. 1995. Riski- iässä olevien naisten tiedot rintasyövästä. Suomen Lääkärilehti 30, 3219-3222.

Heaney, C. & Israel, B. 1997. Social networks and social support. Teoksessa Glanz, K., Lewis, F. M., & Rimer, B. K. (eds.) Health Behaviour and Health Education, Theory, Research and Practice, 2nd Edition. San Francisco: Jossey Bass, 179- 203.

Helmrich, S. P., Shapiro, S., Rosenberg, L., Kaufman, D. W., Slone, D., Bain, C., Miettinen, O. S., Stolley, P. D., Rosenshein, N. B., Knapp, R. C., Leavitt, T. Jr., Schottenfeld, D., Engle, R. L. Jr., & Levy, M. 1983. Risk factors for breast cancer. American Journal of Epidemiology 117(1), 35-45.

Holli, K. 1995. Voiko yksilön rintasyöpäriskiä arvioida. Suomen Lääkärilehti 25, 2523-2525.

House, J. S., Kahn, R. L., McLeod J. N. & Williams D. 1985. Measures and concepts of social support and health. Teoksessa Cohen S. & Syme L. (toim.) Social support and health. Orlando, Florida: Academic Press, Inc., 83-108.

Hunter, D. & Willett, W. 1993. Body size and breast cancer. *Epidemiologic Reviews* 1, 111-129.

Joensuu, H. 1997. Rintasyövän paranevat eloonjäämisluvut. *Suomen Lääkärilehti* 3, 171-174.

John, E. & Kelsey, J. 1993. Radiation and other environmental exposures and breast cancer. *Epidemiologic Reviews* 15, 157-162.

Kallio, M., Kauraniemi, T., Nousiainen, A-R., Hansten, S., Rytsölä, J., Heikkilä, M. & Hakama, M. 1994. Naisten osallistuminen kohdunkaulan syövän seulontoihin. *Duodecim* 110, 1061-1067.

Kelsey, J. 1993. Breast cancer epidemiology: Summary and future directions. *Epidemiologic Reviews* 15, 256-263.

Kelsey, J. L., Gammon, M. D. & John, E. M. 1993. Reproductive factors and breast cancer. *Epidemiologic Reviews* 15, 36-47.

Kelsey, J. & Bernstein, L. 1996. Epidemiology and prevention of breast cancer. *Annual Review of Public Health* 17, 47-67.

Klemi, P. J., Pylkkänen, L., Toikkanen, S., Immonen-Räihä, P., Räsänen, O. & Parvinen, I. 1998. Turun mammografiaseulonnan kymmenen ensimmäisen vuoden tuloksia. *Suomen Lääkärilehti* 26, 2793-2797.

Kumpusalo, E. 1988. Omatoimisuus, sosiaalinen tuki ja terveys. Teoreettinen analyysi ja väestötutkimus neljässä savolaiskylässä. Lääkintöhallituksen julkaisuja. Terveyskasvatussarja Tutkimukset 5/1988. Helsinki.

Kunnallisen sosiaali- ja terveydenhuollon tavoitteet. Valtakunnallinen suunnitelma sosiaali- ja terveydenhuollonjärjestämisestä vuosina 1999-2002. Helsinki 1998.

Laine, H. R. 1996. Kaikututkimuksen merkitys rintasyövän diagnostiikassa. Suomen Lääkäri-lehti 9, 919-925.

Latikka, P., Pukkala, E. & Vihko, V. 1997. Liikunta ja rintasyöpä. Katsaus. Duodecim 113: 317-322.

Leathar, D. S. & Roberts M. M. 1985. Older women`s attitudes towards breast disease, self examination and screening facilities: implications for communication. British Medical Journal 290 (2), 668-672.

Liimatainen, L., Poskiparta, M. & Sjögren, A. 1999. Terveyden edistämisen lähestymistavat terveystalon ammattikorkeakouluopetuksen haasteena. Sosiaalilääketieteellinen Aikakausilehti 36, 99- 110.

Lindberg, M. Rintasyövän seulonnasta luultua pienempi hyöty. Helsingin Sanomat 25.2.1999.

London, S. J., Colditz, G. A., Stampfer, M. J., Willett, W. C., Rosner, B. A., Corsano, K. & Speizer, F. E. 1990. Lactation and risk of breast cancer in a cohort of US women. American Journal of Epidemiology 1, 17-26.

Malone, K., Daling, J. & Weiss, N. 1994. Oral contraceptives in relation to breast cancer. Epidemiologic Review 15, 80-89.

Mareps- Project description. Technische Universität Chemnitz- Zwickau. Research Centre for Regional Health Promotion. Chemnitz.

Mc Tiernan, A. & Thomas, B. 1986. Evidence for a protective effect of lactation on risk of breast cancer in young women. American Journal of Epidemiology 3, 353-358.

Mikkola, E. 1999. Mitä kertoa kun asiakkaalla on muutos rinnassa? Kätilölehti 4, 20-21.

Mittra, I. 1994. Breast screening: the case for physical examination without mammography. *The Lancet* 343, 342- 343.

Männistö, S., Pietinen, P., Pyy, M., Palmgren, J., Eskelinen, M. & Uusitupa, M. 1996. Body size indicators and risk of breast cancer according to menopause and estrogen reseptor status. *International Journal of Cancer* 67, 8-13.

Männistö, S. & Pietinen, P. 1998. Rintasyöpä haaste vielä 2000-luvulla; ravinnon merkitys edelleen epäselvä. *Sosiaalilääketieteellinen Aikakausilehti* 35, 64-71.

Newcomb, P. A., Storer, B. E., Longnecker, M. P., Mittendorf, R., Greenberg, E. R., Clapp, R. W., Burke, K. P., Willtt, W. C. & MacMahon, B. 1994. Lactation and a reduced risk of premenopausal breast cancer. *The New England Journal of Medicine* 2, 81- 86.

Negri, E., LA Vecchia, C., Bruzzi, P., Dardanoni, G., Decarli, A., Palli, D., Parazzini, F. & Del Turco, M. R. 1988. Risk factors for breast cancer: Pooled results from three Italian case-control studies. *American Journal of Epidemiology* 6, 1207-1215.

Niemi, P. 1994. Itsearviointin problematiikka terveyden tutkimuksessa. *Sosiaalilääketieteellinen Aikakausilehti. Supplementti: Terveyskasvatuksen vuosikirja 1993*, 64-69.

Nyström, L., Rutqvist, L., Wall, S., Lindgren, A., Lindqvist, M., Ryden, S., Andersson, I., Bjurstam, N., Fagerberg, G., Frisell, J., Tabar L. & Larsson, L-G. 1993. Breast cancer screening with mammography: overview of Swedish randomised trials. *The Lancet* 341, 973-978.

Palmer, J. & Rosenberg, L. 1993. Smoking and the risk of breast cancer. *Epidemiologic Reviews* 15, 145-156.

Pamilo, M., Dean, P. B., Standertskjöld -Nordenstam, C-G., Kormanen, M. & Kiuru, A. 1996. Rintojen ultraääni-tutkimuksen asema ja indikaatiot. *Suomen Lääkärilehti* 25, 2525-2527.

Pekingistä Suomeen Suomen hallituksen tasa-arvo-ohjelma 1997. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksen julkaisuja. STM. Tasa-arvotoimisto. Helsinki.

Peltonen, R. 1994. Sosiaalinen tuki, elämänhallinta ja koettu terveys keski-ikäisillä naisilla. Åbo Akademi. Socialpolitiska institutionen.

Pietilä, M. & Aro, A. 1995. Suomessa julkaistaan yli 700 rintasyöpä kirjoitusta vuodessa. Syöpä- Cancer 1, 22-23.

Poskiparta, M. 1992. Liikunnallisesti aktiivisten ja passiivisten, hyvin koulutettujen naisten terveystottumukset ja gynekologiset tekijät rintasyövän riskin näkökulmasta. Jyväskylän yliopisto. Terveystieteen laitos. Lisensiaatintyö.

Pukkala E., Sankila, R. & Vertio H. 1997. Syöpä Suomessa. Suomen syöpärekisterin julkaisuja nro 59, yhdeksäs uusittu laitos. Helsinki.

Punnonen, R. 1996. Lisääkö hormonikorvaushoito rintasyöpäriskiä? Katsaus. Duodecim 112, 1110-1115.

Rantanen, I. 1987. Naisten mielipiteet rintasyövän omatarkkailun parhaasta tietolähteestä ja sen liittyminen omatarkkailutaitoon. Sosiaalilääketieteellinen Aikakusilehti 24, 248-255.

Rintasyövän valtakunnallinen diagnostiikka ja hoitosuositus. Suomen rintasyöpätyöryhmä. 1996. 2. painos. Helsinki: Copy - Set Oy.

Ronkainen, S. 1999. Ajan ja paikan merkitsemät. Subjektiviteetti, tieto ja toimijuus. Tampere: Tammer - Paino Oy.

Rush, K. L. 1997. Health promotion ideology and nursing education. Journal of Advanced nursing 25, 1292-1298.

Servomaa, A. & Komppa, T. 1995. Mammografiaseulonnasta koituvan hyödyn ja haitan arviointi. *Duodecim* 111, 122-128.

Smith-Warner, S. A., Spiegelman, D., Yaun, S-S., van den Brandt, P. A., Folsom, A. R., Goldbohm, A., Graham, S., Holmberg, L., Howe, G. R., Marshall, J. R., Miller, A. B., Potter, J. D., Speizwer, F. E., Willwett, W. C., Wolk, A. & Hunter, D. J. 1998. Alcohol and breast cancer in women. A Pooled Analysis of Cohort Studies. A Review. *JAMA* 18, 535-540.

Suomalaisten syöpä 1989. Alueittainen kehitys 1954-2008. Syöpätautien tutkimussäätiö. Helsinki.

Suomen hallituksen tasa-arvo-ohjelman seurantaraportti ja tarkistusesitys 25. 2. 1998.

Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus 1998: 6. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus. Tasa-arvotoimisto. Helsinki.

Suomen Syöpäyhdistyksen rintojen omatarkkailuohje 1997.

Suls, J. 1982. Social Support, Interpersonal Relations, and Health: Benefits and Liabilities. Teoksessa Sanders G. & Suls J. *Social Psychology of Health and Illness*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers Hillside.

Tabar, L., Fagerberg, G. & Gad, A. 1985. Reduction in mortality from breast cancer after mass screening with mammography. *The Lancet* 341, 973-978.

Teh, W. & Wilson, A. R. M. 1998. The role of ultrasound in breast screening. A consensus statement by the European Group for breast cancer. *European Journal of cancer* 4, 449-450.

Teppo, L. 1999. Rintasyöpä Suomessa- yleisyys, vaaratekijät ja ennuste. *Kätilölehti* 4, 18-20.

Terveys omisa käsissäsi. Pro Mama ry: n terveystieteiden keskus 1999.



Torniainen, O. 1998. Suomen Syöpäyhdistyksen tiedottaja. Henkilökohtainen Tiedonanto 02. 12. 1998.

Uutela, A. 1992. Elämänhallinta ja terveys. Teoksessa Karisto, A., Lahelma, E. & Rahkonen, O. Terveys sosiologia. Juva: WSOY:n graafiset laitokset,171-182.

Vertio, H.& Berg, M-A. 1995. Lähes viidesosa työikäisistä naisista kävi mammografiassa vuonna 1993. Suomen Lääkärilehti 16, 1882-1884.

Wagle, A., Komorita, N. I. & Lu, Z. J. 1997. Social support and breast self-examination. Cancer Nursing 20(1), 42-48.

LIITE 1. TÄSSÄ TUTKIMUKSESSA KÄYTETYT KANSAINVÄLISEN MAREPS –  
TUTKIMUKSEN KYSYMYKSET JA KYSYMYSTEN UUELLEEN LUOKITELLUT  
VASTAUSVAIHTOEHDOT

**A1. Yleisesti ottaen, onko terveytenne...**

**alkuperäinen luokitus**

- 1 = erittäin hyvä
- 2 = hyvä
- 3 = tyydyttävä
- 4 = ei kovin hyvä
- 5 = vai huono
- 8 = en tiedä
- 9 = ei vastausta

**uudelleen luokitus**

- 1 = hyvä (1+2)
- 2 = tyydyttävä (3+4)
- 3 = huono (5)
- missing= (8+9)

**A2. Esitän nyt muutamia väittämiä terveydestä. Olkaa hyvä ja kertokaa oletteko vahvasti samaa mieltä, samaa mieltä, eri mieltä tai vahvasti eri mieltä.**

**alkuperäinen luokitus**

- 1= vahvasti samaa mieltä
- 2= samaa mieltä
- 3= (ei kumpaakaan mieltä)
- 4= eri mieltä
- 5= vahvasti eri mieltä
- 8= (ei tiedä)
- 9= (ei vastausta)

**uudelleen luokitus**

- 1= samaa mieltä (1+2)
- 2= eri mieltä (3+4+5)
- missing= (8+9)

**esitetyt väittämät:**

- a) Terveysteni johtuu pääasiassa hyvistä perintötekijöistäni ja onnesta.
- b) Mitä tulee terveyteeni, voin tehdä ainoastaan sen mitä lääkäri minulle sanoo.
- c) Se, kuinka nopeasti toivun sairaudesta, johtuu pääasiassa hyvästä onnesta.
- d) Terveysteni määräytyy pääasiassa sen mukaan mitä minä itse teen.
- e) Lääkärit määrittävät terveyteni.
- f) Terveysteni on omissa käsissäni.
- g) Sairauden välttämiseksi on tarkoituksenmukaista neuvotella perhelääkärin kanssa säännöllisesti.
- h) On sattumanvaraista pysynkö terveenä vai en.
- i) Nopea sairaudestani toipuminen riippuu pääasiassa minusta itsestäni.

**C1. Onko teitä koskaan tutkittu tai oletteko omatoimisesti tutkinut rintanne rintasyövän toteamiseksi?**

1= kyllä	1= kyllä
2= ei	2= ei
3= (ei tiedä)	missing= (3+4)
4=(ei vastausta)	

**C2 a. Kuinka usein osallistutte seuraaviin toimenpiteisiin rintasyövän varhaiseksi toteamiseksi?**

	<b>alkuperäinen luokitus</b>	<b>uudelleen luokitus</b>
ultraäänitutkimus	1 = puolen vuoden välein tai useammin	1 = joka toinen vuosi tai useammin (1+2+3)
mammografia	2 = kerran vuodessa	2 = harvemmin kuin joka toinen vuosi ( 4)
lääkärin tai hoitohenkilökunnan tekemä rintojen tarkastelu käsin tunnustelemalla	3 = joka toinen vuosi 4 = harvemmin 5 = en koskaan 8 = ei tiedä 9 = ei vastausta	3 = en koskaan (5) missing = (8+9)

**C2 b. Kuinka usein tutkitte omatoimisesti rintanne rintasyövän vuoksi?**

<b>alkuperäinen luokitus</b>	<b>uudelleen luokitus</b>
1 = kerran viikossa tai useammin	1 = kerran kuukaudessa tai useammin ( 1+2)
2 = kuukausittain	2 = harvemmin kuin kerran kuukaudessa ( 3+4)
3 = kerran vuodessa	3 = en koskaan
4 = harvemmin	missing = (8+9)
5 = en koskaan	
8 = ei tiedä	
9 = ei vastausta	

**C3. Missä määrin seuraavat rintasyöpää koskevat väitteet pitävät mielestänne paikkansa?**

<b>alkuperäinen luokitus</b>	<b>uudelleen luokitus</b>
1 = pitää täysin paikkansa	1 = pitää paikkansa ( 1+2+3)
2 = pitää paikkansa	2 = ei pidä paikkaansa ( 4+5)
3 = osittain	missing = (8+9)
4 = ei pidä paikkaansa	
5 = ei pidä lainkaan paikkaansa	
8 = ei tiedä	
9 = ei vastausta	

**esitetty väittämät:**

- En halua tietää onko minulla rintasyöpä.
- En halua, että vieras henkilö tutkii rintani

- c) En tiedä tarkkaan mitä minun pitää tehdä rintasyövän varhaiseksi toteamiseksi.
- d) Haluan, että minulle kerrotaan pienimmästäkin epäilystä.
- e) Tulevaisuudessa aion käydä säännöllisesti rintasyöpätutkimuksissa.
- f) Minun täytyy maksaa itse rintasyövän varhaisen toteamisen tutkimukset.
- g) Tiedän tarpeeksi rintasyövän varhaisesta toteamisesta.
- h) Minulla ei ole aikaa tällaisille tutkimuksille.
- i) Yhteiskunta edellyttää minulta, että käyn säännöllisesti tutkimuksissa.
- j) Minulla on käytettävissä riittävästi rintasyövän varhaisen toteamisen palveluja.
- k) Sairasvakuutus avustaa minua rintasyövän varhaisen toteamisen tutkimuksissa.
- l) Tunnen velvollisuudekseni perhettäni kohtaan käydä säännöllisesti rintasyöpä- tutkimuksissa.
- m) Lääkärimini huolehtii säännöllisistä tutkimuksista.
- n) Säännölliset tutkimukset rauhoittavat omatuntoa.

**C4. Esitämme nyt kysymyksiä, jotka saattavat olla Teille kipeitä: Onko Teillä itsellänne ollut rintasyöpä**

<b>alkuperäinen luokitus</b>	<b>uudelleen luokitus</b>
1= kyllä	1= kyllä
2= ei	2= ei
3= (ei tiedä)	missing= (3+4)
4= (ei vastausta)	

**C5. Kuinka hyvin teitä on mielestänne informoitu rintasyövän varhaisen toteamisen ohjelmista ja toiminnoista?**

<b>alkuperäinen luokitus</b>	<b>uudelleen luokitus</b>
1 = erittäin hyvin	1 = hyvin (1+2)
2 = hyvin	
3 = keskinkertaisesti	2 = keskinkertaisesti (3)
4 = huonosti	
5 = tai erittäin huonosti	3 = huonosti (4+4)
8 = ei vastausta	
9 = ei tiedä	missing= (8+9)



## LITE 2 AINEISTON KUVAUSTA

TAULUKKO 3. Vastaajien rintasyövän varhaisen toteamisen menetelmiin osallistumisen useus.

Omatarkkailun useus	f	%
Kerran kuukaudessa tai useammin	108	57
Harvemmin kuin joka toinen vuosi	66	35
Ei koskaan	15	8
Yhteensä	189	100

Mammografiaan osallistumisen useus	f	%
Joka toinen vuosi tai useammin	46	25
Harvemmin kuin joka toinen vuosi	83	44
Ei koskaan	58	31
Yhteensä	187	100

Kliiniseen tutkimukseen osallistumisen useus	f	%
Joka toinen vuosi tai useammin	83	44
Harvemmin kuin joka toinen vuosi	82	44
Ei koskaan	23	12
Yhteensä	188	100

LIITE 3. RINTASYÖPÄÄ KOSKEVIIN VÄITTÄMIIN VASTAAMISEN FREKVENSSI-  
JA PROSENTTIIAKAUMAT (KOKO AINEISTO)

Väittämä C3 a-n (21k)																												
	C3a (f) %	C3b (f) %	C3c (f) 5	C3d (f) %	C3e (f) %	C3f (f) 5	C3g (f) %	C3h (f) %	C3i (f) %	C3j (f) %	C3k (%) %	C3l (f) %	C3m (f) %	C3n (f) %														
Pitää paikkansa	11	6	9	5	44	22	201	99	166	83	121	68	155	77	7	3	101	52	160	83	63	45	146	77	97	49	184	94
Ei pidä paikkansa	189	95	193	95	157	78	2	1	34	17	58	32	47	23	196	96	95	48	34	17	78	55	44	23	101	51	11	6
Yhteensä	200	100	202	100	201	100	203	100	200	100	179	100	202	100	203	100	196	100	194	100	141	100	190	100	198	100	195	100

- C3a) En halua tietää onko minulla rintasyöpä.  
 C3b) En halua, että vieras henkilö tutki rintani.  
 C3c) En tiedä tarkkaan, mitä minun tulee tehdä rintasyövän varhaiseksi toteamiseksi.  
 C3d) Haluan, että minulle kerrotaan pienimmästäkin epäilystä.  
 C3e) Tulevaisuudessa aion käydä säännöllisesti rintasyöpätutkimuksissa.  
 C3f) Minun täytyy maksaa itse rintasyövän varhaisen toteamisen tutkimukset.  
 C3g) Tiedän tarpeeksi rintasyövän varhaisesta toteamisesta.  
 C3h) Minulla ei ole aikaa tällaisille tutkimuksille.  
 C3i) Yhteiskunta edellyttää minulta, että käyn säännöllisesti tutkimuksissa.  
 C3j) Minulla on käytettävissä riittävästi rintasyövän varhaisen toteamisen tutkimuksia.  
 C3k) Sairasvakuutus avustaa minua rintasyövän varhaisen toteamisen tutkimuksissa.  
 C3l) Tunnen velvollisuudekseni perheittäni kohtaan käydä säännöllisesti rintasyöpätutkimuksissa.  
 C3m) Lääkäriini huolehtii säännöllisistä tutkimuksista.  
 C3n) Säännölliset tutkimukset rauhoittavat omatuntoa.

## LIITE 4. RINTASYÖPÄKÄSITYKSIIN YHTEYDESSÄ OLEVAT TEKIJÄT

TAULUKKO 7. Rintasyöpää koskevaan väittämään C3e ”Tulevaisuudessa aion käydä säännöllisesti rintasyöpätutkimuksissa” vastaaminen iän mukaan (%).

Väittäjä C3e	Ikä			
	18-39 v	40-49 v	50-50 v	60-92 v
Pitää paikkansa	88	93	92	69
Ei pidä paikkaansa	12	7	8	31
yhteensä	100	100	100	100
(n)	(43)	(45)	(38)	(74)

p=.001

TAULUKKO 8. Rintasyöpää koskevaan väittämään C3f ”Minun täytyy itse maksaa rintasyövän varhaisen toteamisen tutkimukset” vastaaminen iän mukaan (%).

Väittäjä C3f	Ikä			
	18-39 v	40-49 v	50-50 v	60-92 v
Pitää paikkansa	63	76	41	77
Ei pidä paikkaansa	37	24	59	23
Yhteensä	100	100	100	100
(n)	(30)	(42)	(34)	(73)

p=.002

TAULUKKO 9. Rintasyöpää koskevaan väittämään C3k ”Sairasvakuutus avustaa minua rintasyövän varhaisen toteamisen tutkimuksissa” vastaaminen iän mukaan (%).

Väittäjä C3k	Ikä			
	18-39 v	40-49 v	50-50 v	60-92 v
Pitää paikkansa	54	45	68	30
Ei pidä paikkaansa	45	55	32	70
Yhteensä	100	100	100	100
(n)	(22)	(31)	(28)	(60)

p=.007



TAULUKKO 10. Rintasyöpää koskevaan väittämään C3g ”Tiedän tarpeeksi rintasyövän varhaisesta toteamisesta” vastaaminen iän mukaan (%).

Väittäjä C3g	Ikä			
	18-39 v	40-49 v	50-59 v	60-92 v
Pitää paikkansa	58	91	84	75
Ei pidä paikkaansa	42	9	16	25
Yhteensä	100	100	100	100
(n)	(43)	(46)	(38)	(75)

p=.002

TAULUKKO 11. Rintasyövän varhaisen toteamisen menetelmiin osallistuminen sosiodemografisten tekijöiden ja koetun terveyden mukaan. Kontingenssikertoimet ja p- arvot.

Varhaisen toteamisen menetelmä	Ikä	Koulutus	Kumppanuus	Koettu terveys
Omatarkkailu	C=.069 p=.824 n=189	C=.133 p=.186 n=188	C=.147 p=.126 n=187	C=.152 p=.344 n=189
Mammografia	C=.480 p<.001 n=187	C=.099 p=.396 n=186	C=.042 p=.850 n=185	C=.159 p=.306 n=187
Kliininen tutkimus	C=.258 p=.037 n=188	C=.238 p=.019 n=187	C=.206 p=.016 n=186	C=.126 p=.553 n=188

TAULUKKO 12. Iän, koulutuksen, kumppanuuden ja koetun terveyden yhteys Khiin riippumattomuustestin tilastolliset ehdot täyttäviin rintasyöpää koskeviin väittämiin (%). Kontingenssikertoimet ja p- arvot.

Rintasyöpään liittyvät käsitykset	Ikä	Koulutus	Kumppanuus	Koettu terveys
c) En tiedä tarkkaan mitä minun pitää tehdä rintasyövän varhaiseksi toteamiseksi.	C=.339 p<.001 n=201	C=.270 p<.001 n=200		C=.225 p=.005 n=201
e) Tulevaisuudessa aion käydä säännöllisesti rintasyöpätutkimuksissa.	C=.279 p=.001 n=200	C=.115 p=.121 n=199	C=.171 p=.025 n=199	C=.014 p=.980 n=200
f) Minun täytyy maksaa itse rintasyövän varhaisen toteamisen tutkimukset.	C=.280 p=.002 n=179	C=.093 p=.253 n=178		C=.037 p=.884 n=179
g) Tiedän tarpeeksi rintasyövän varhaisesta toteamisesta.	C=.264 p=.002 n=202	C=.088 p=.229 n=201		C=.122 p=.218 n=202
i) Yhteiskunta edellyttää minulta, että käyn säännöllisesti tutkimuksissa.	C=.334 p<.001 n=196	C=.149 p=.039 n=195		C=.143 p=.129 n=196
j) Minulla on käytettävissä riittävästi rintasyövän varhaisen toteamisen palveluja.		C=.019 p=.847 n=193		C=.044 p=.827 n=194
k) Sairasvakuutus avustaa minua rintasyövän varhaisen toteamisen tutkimuksissa.	C=.282 p=.007 n=141	C=.102 p=.293 n=140		C=.031 p=.936 n=141
l) Tunnen velvollisuudeksi perhettäni kohtaan käydä säännöllisesti rintasyöpätutkimuksissa.	C=.283 p=.001 n=190	C=.099 p=.210 n=189	C=.295 p<.001 n=189	C=.074 p=.590 n=190

LIITE 5. RINTASYÖPÄKÄSITYSTEN YHTEYS OMATARKKAILUUN,  
MAMMOGRAFIAAN JA KLIINISEEN TUTKIMUKSEEN OSALLISTUMISEEN

TAULUKKO 16. Mammografiaan osallistumisen useus rintasyöpää koskevaan väittämään C3j ” Minulla on käytettävissäni riittävästi rintasyövän varhaisen toteamisen palveluja” vastaamisen mukaan (%).

Mammografiaan osallistumisen useus	Väittäjä C3j	
	Pitää paikkansa	Ei pidä paikkaansa
Joka toinen vuosi tai useammin	29	7
Harvemmin kuin joka toinen vuosi	44	48
En koskaan	27	45
Yhteensä (n)	100 (147)	100 (31)

p=.019

TAULUKKO 17. Mammografiaan osallistumisen useus rintasyöpää koskevaan väittämään C3f ” Minun täytyy itse maksaa rintasyövän varhaisen toteamisen tutkimukset” vastaamisen mukaan (%).

Mammografiaan osallistumisen useus	Väittäjä C3f	
	Pitää paikkansa	Ei pidä paikkaansa
Joka toinen vuosi tai useammin	25	26
Harvemmin kuin joka toinen vuosi	39	57
En koskaan	36	17
Yhteensä (n)	100 (115)	100 (53)

p=.034

TAULUKKO 18. Kliiniseen tutkimukseen osallistumisen useus rintasyöpää koskevaan väittämään C3m ”Lääkäri huolehtii säännöllisistä tutkimuksista” vastaamisen mukaan (%).

Kliiniseen tutkimukseen osallistumisen useus	Väittämä C3m	
	Pitää paikkansa	Ei pidä paikkaansa
Joka toinen vuosi tai useammin	60	30
Harvemmin kuin joka toinen vuosi	31	67
En koskaan	9	13
Yhteensä (n)	100 (94)	100 (89)

p<.001

TAULUKKO 19 . Mammografiaan ja kliiniseen tutkimukseen osallistumisen useus rintasyöpää koskevaan väittämään C31 ”Tunnen velvollisuudekseni perhettäni kohtaan käydä säännöllisesti rintasyöpätutkimuksissa” vastaamisen mukaan (%).

Väittämä C31		
Mammografiaan osallistumisen useus	Pitää paikkansa	Ei pidä paikkaansa
Joka toinen vuosi tai useammin	32	3
Harvemmin kuin joka toinen vuosi	42	51
En koskaan	26	46
Yhteensä (n)	100 (140)	100 (37)
p= .001		
Kliiniseen tutkimukseen osallistumisen useus		
	Pitää paikkansa	Ei pidä paikkaansa
Joka toinen vuosi tai useammin	51	27
Harvemmin kuin joka toinen vuosi	38	62
En koskaan	11	11
Yhteensä (n)	100 (141)	100 (37)
p= .020		

TAULUKKO 20. Rintojen omatarkkailun, kliinisen tutkimukseen ja mammografian osallistumisen useus rintasyöpää koskevaan väittämään C3e ”Tulevaisuudessa aion käydä säännöllisesti rintasyöpätutkimuksissa” vastaamisen mukaan (%).

Väittämä C3e		
Omatarkkailun useus	Pitää paikkansa	Ei pidä paikkaansa
Kerran kuukaudessa tai useammin	62	42
Harvemmin kuin kerran kuukaudessa	33	42
En koskaan	5	16
Yhteensä (n)	100 (154)	100 (31)
p= .035		
Kliiniseen tutkimukseen osallistumisen useus	Pitää paikkansa	Ei pidä paikkaansa
Joka toinen vuosi tai useammin	50	16
Harvemmin kuin joka toinen vuosi	41	61
En koskaan	9	23
Yhteensä (n)	100 (153)	100 (31)
p= .001		
Mammografiaan osallistumisen useus	Pitää paikkansa	Ei pidä paikkaansa
Joka toinen vuosi tai useammin	30	3
Harvemmin kuin joka toinen vuosi	42	58
En koskaan	28	39
Yhteensä (n)	100 (152)	100 (31)
p= .009		

LIITE 6. SAADUN KANNUSTUKSEN YHTEYS OMATARKKAILUUN, MAMMOGRAFIAAN JA KLIINISEEN TUTKIMUKSEEN OSALLISTUMISEEN.

TAULUKKO 21. Kannustustahojen lukumäärää kuvaavat frekvenssi- ja prosenttijakaumat

Kannustusta antaneiden tahojen lukumäärä	(f)	(%)
yksi	6	4
kaksi	10	7
kolme	21	15
neljä	18	13
viisi	27	19
kuusi	19	14
seitsemän	16	11
kahdeksan	15	11
yhdeksän	4	3
kymmenen	4	3
Yhteensä (n) (%)	140	100

TAULUKKO 25. Rintasyövän varhaisen toteamisen menetelmiin osallistumisen ja eri kannustusta antaneiden tahojen välinen yhteys. Kontingenssikertoimet ja p- arvot.

Varhaisen toteamisen menetelmä	Kannustusta antanut taho									
	Lääkäri	Lehdet	Kumppani, perhe, sukulaiset	TV/radio	Ystävät, tuttavat	Työpaikka	Kunta/kaupunki	Koulu	Sairasvakuutus	Politiikot
Omatarkkailu			C=.242 p=.023 n=183							
Mammografia	C=.178 p=.192 n=186	C=.071 p=.919 n=186	C=.171 p=.241 n=181	C=.199 p=.105 n=185	C=.089 p=.828 n=186	C=.209 p=.103 n=168	C=.245 p=.021 n=181			
Kliininen tutkimus	C=.274 p=.004 n=187									

Huom. Taulukossa xx on otettu huomioon vain ne yhteydet, joissa Khiin riippumattomuustestin tilastolliset ehdot täyttyvät.

LIITE 7. TERVEYTEEN LIITTYVIEN KÄSITYSTEN YHTEYS OMATARKKAILUUN, KLIINISEEN TUTKIMUKSEEN JA MAMMOGRAFIAAN OSALLISTUMISEEN.

TAULUKKO 26. Terveysteen liittyvien käsitysten yhteys rintasyövän varhaisen toteamisen menetelmiin osallistumiseen. Kontingenssikertoimet ja p- arvot.

Terveysteen ja terveydenhallintaan liittyvät käsitykset									
Varhaisen toteamisen menetelmät	A2a	A2b	A2c	A2d	A2e	A2f	A2g	A2h	A2i
Mammografia	C=.209 p=.016 n=180	C=.073 p=.606 n=186	C=.079 p=.567 n=181	C=.259 p=.001 n=183	C=.028 p=.931 n=177	C=.171 p=.062 n=185	C=.092 p=.453 n=183	C=.094 p=.439 n=184	C=.150 p=.121 n=184
Kliininen tutkimus	C=.222 p=.009 n=181	C=.255 p=.002 n=187	C=.287 p<.001 n=187	C=.107 p=.343 n=184	C=.143 p=.156 n=178	C=.163 p=.079 n=186	C=.046 p=.819 n=185	C=.124 p=.237 n=185	C=.152 p=.114 n=184
Omatarkkailu	C=.082 p=.538 n=182	C=.003 p=.999 n=188	C=.056 p=.750 n=183	C=.114 p=.299 n=185	C=.085 p=.520 n=179	C=.126 p=.220 n=187	C=.013 p=.983 n=186	C=.103 p=.366 n=186	C=.084 p=.519 n=185

A2a) Terveysteni johtuu pääasiassa hyvistä perintötekijöistäni ja onnesta.

A2b) Mitä tulee terveysteeni, voin tehdä ainoastaan sen mitä lääkäri minulle sanoo.

A2c) Se, kuinka nopeasti toivun sairaudesta, johtuu pääasiassa hyvästä onnesta.

A2d) Terveysteni määräytyy pääasiassa sen mukaan mitä minä itse teen.

A2e) Lääkärit määrittävät terveysteni.

A2f) Terveysteni on omilla käsilläni.

A2g) Sairausten välttämiseksi on tarkoituksenmukaista neuvotella perhelääkärin kanssa säännöllisesti.

A2h) On sattumanvaraista pysynkö terveenä vai en.

A2i) Nopea sairaudestani toipuminen riippuu pääasiassa minusta itsestäni.



TAULUKKO 27. Kliiniseen tutkimukseen osallistumisen useus terveyttä ja terveydenhallintaa koskevaan väittämään A2a ”Terveyteni johtuu pääasiassa hyvistä perintötekijöistä ja onnesta” vastaamisen mukaan (%).

Kliiniseen tutkimukseen osallistumisen useus	Väittämä A2a	
	Samaa mieltä	Eri mieltä
Joka toinen vuosi tai useammin	35	58
Harvemmin kuin joka toinen vuosi	52	31
En koskaan	13	11
Yhteensä (n)	100 (114)	100 (67)

p= .009

TAULUKKO 28. Kliiniseen tutkimukseen osallistumisen useus terveyttä ja terveydenhallintaa koskevaan väittämän A2b ”Mitä tulee terveyteeni voin tehdä ainoastaan sen, mitä lääkäri sanoo” vastaamisen mukaan (%).

Kliiniseen tutkimukseen osallistumisen useus	Väittämä A2b	
	Samaa mieltä	Eri mieltä
Joka toinen vuosi tai useammin	35	47
Harvemmin kuin joka toinen vuosi	35	45
En koskaan	30	8
Yhteensä (n)	100 (37)	100 (150)

p= .002

TAULUKKO 29. Kliiniseen tutkimukseen osallistumisen useus terveyttä ja terveydenhallintaa koskevaan väittämään A2c ”Se kuinka nopeasti toivun sairaudestani johtuu pääasiassa hyvästä onnesta” vastaamisen mukaan (%).

Kliiniseen tutkimukseen osallistumisen useus	Väittäjä A2c	
	Samaa mieltä	Eri mieltä
Joka toinen vuosi tai useammin	29	48
Harvemmin kuin joka toinen vuosi	40	44
En koskaan	31	8
Yhteensä (n)	100 (38)	100 (144)

p<.001

TAULUKKO 30. Mammografiaan osallistumisen useus terveyttä ja terveydenhallintaa koskevaan väittämään A2a ”Terveyteni johtuu pääasiassa hyvistä perintötekijöistä ja onnesta” vastaamisen mukaan (%).

Mammografiaan osallistumisen useus	Väittäjä A2a	
	Samaa mieltä	Eri mieltä
Joka toinen vuosi tai useammin	20	32
Harvemmin kuin joka toinen vuosi	53	31
En koskaan	27	37
Yhteensä (n)	100 (113)	100 (67)

p= .016

TAULUKKO 31. Mammografiaan osallistumisen useus terveyttä ja terveydenhallintaa koskevaan väittämään A2d ”Terveyteni määräytyy pääasiassa sen mukaan mitä itse teen” vastaamisen mukaan (%).

Mammografiaan osallistumisen useus	Väittäjä A2d	
	Samaa mieltä	Eri mieltä
Joka toinen vuosi tai useammin	19	46
Harvemmin kuin joka toinen vuosi	47	36
En koskaan	34	18
Yhteensä (n)	100 (139)	100 (44)

p= .001