

50–69aastaste naiste rinnavähi sõeluuringul mitteosalemist mõjutavad põhjused Eestis

Kadi Lubi¹, Marilyn Koor¹, Irma Nool¹, Mare Tupits¹, Silja Mets-Oja¹, Taisi Kõiv²

Taust ja eesmärgid. Rinnavähk on kõige sagedasem naistel esinev vähivorm üle maailma. Vaatamata teavitustööle on sõeluuringu osalusmäär Eestis viimase 7 aasta näitel vahemikus 53–62% ning soovituslikku taset (70–75%) ei ole saavutatud. Uuringu eesmärk oli välja selgitada põhjused, miks suur hulk naisi rinnavähi sõeluuringul ei osale ning kuidas omandatud harjumused võivad mõjutada sõeluuringul osalemise otsuseid ja milliseid osalusotsust mõjutada võivaid probleeme naised seoses rinnavähi sõeluuringute tervisekommunikatsiooniga tajuvad.

Metoodika. Andmed koguti poolstruktureeritud süvaintervjuude käigus üheksalt 50–69aastaselt naiselt. Intervjuud läbisid korduva lugemise ja temaatilise sisuanalüüsi, mille tulemusel moodustasid analüüsitavad kategooriad.

Tulemused. Analüüsi kohaselt võivad naiste osalusotsust mõjutada harjumuslikud, praktilised ja emotsionaalsed põhjused. Harjumuslikud põhjused olid seotud arstide juures käimise harjumusega üldisemalt. Praktilised põhjused olid seotud takistavate igapäeva elu tegevuste ja -aspektidega ning emotsionaalsed põhjused olid seotud uskumuste, hirmude ja oma keha tunnetusliku poolega. Senise kommunikatsiooniga ei ole piisavalt suudetud sihtrühma eri vanuses naistele selgitada osalemise vajadust.

Järeldused. Sõeluuringul mitteosalemise otsus kujuneb erinevate põhjuste koosmõjul. Edasine sellealane kommunikatsioon peaks neid põhjusi arvesse võtma ja eri vanuserühmadele suunama vajaliku osa sõnumist.

Rinnavähk on kõige sagedasem naistel esinev vähivorm maailmas (1), sh Eestis (2), ning on seetõttu jätkuvalt oluline rahvatervise probleem, millele tuleb tähelepanu pöörata haigestumise ja suremuse vähendamiseks (3). Eestis (nagu teisteski sõeluuringut läbi viivates riikides) on rinnavähi sõeluuringu põhiuuring mammograafia ning vajaduse korral järgnevad lisauuringud (4). Mammograafiauuring võimaldab rinnavähi varakult avastada ning seeläbi vähendada haigestumust ja suremust (5).

Eestis viiakse rinnavähi sõeluuringut läbi üleriigilise prorammina aastast 2002, kuigi katseprojekti alustati Tallinnas juba 1996. aastal (6). Kui esimestel aastatel jäi osalusaktiivsus alla 50% (6), siis viimastel aastatel on osalusaktiivsus olnud vahemikus 53–62% (7). Vaatamata neile tulemustele ei ole

Eestis saavutatud rinnavähi sõeluuringute osalusaktiivsuse soovituslikku sihteesmärki 70–75% (6). Selle poolest sarnaneb Eesti olukord mitmete Euroopa riikide omaga (vt joonis 1): vaid kuus Euroopa riiki on soovitusliku eesmärkväärtuse saavutanud, teistes riikides jäi 2016. aasta andmete põhjal osalusaktiivsus alla soovitusliku (7).

Seetõttu on maailmas rinnavähi sõeluuringutel mitteosalemist mõjutavate põhjuste uurimine jätkuvalt aktuaalne. Sterlingova ja Lunden (8) viisid Rootsisis 10 naise hulgas läbi kvalitatiivse uuringu sõeluuringul mitteosalemise põhjuste kohta. Uuringuga tuvastati peamiste rinnavähi sõeluuringul osalemist mõjutavate põhjuste rühmadena kohandamatust isiklike vajadustega ja aktiivse teavitustöö puudumist ning sellest lähtuvalt süsteemi vähest isikusta-

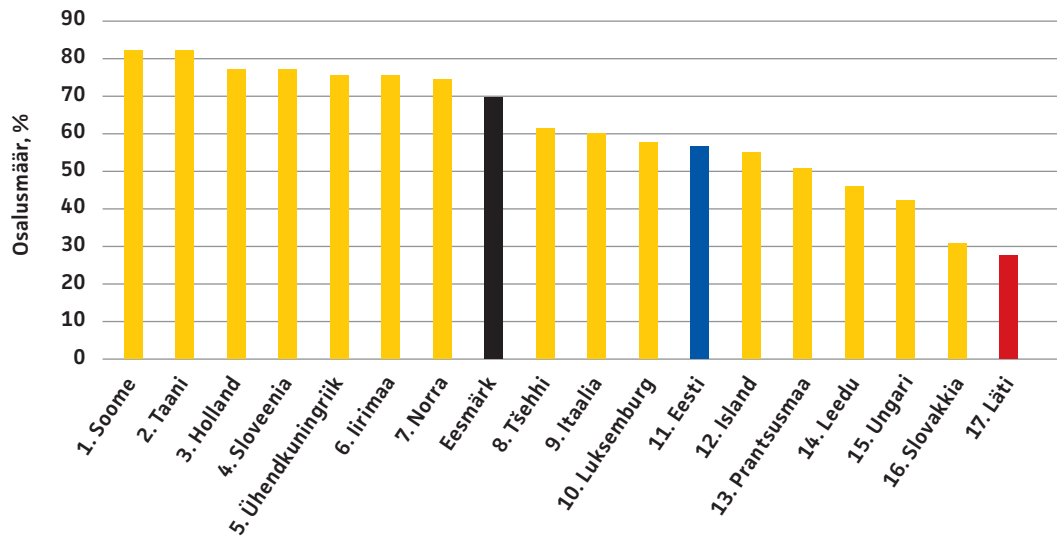
Eesti Arst 2020; 99(1):139–146

Saabunud toimetusse: 01.11.2019
Avaldamiseks vastu võetud: 09.12.2019
Avaldatud internetis: 26.03.2020

¹ Tallinna Tervishoiu Kõrgkool,
² Eesti Haigekassa

Kirjavahetajaautor:
Kadi Lubi
kadi.lubi@ttk.ee

Võtmesõnad:
rinnavähk, sõeluuring,
osalusaktiivsus, teadlikkus



Joonis 1. Rinnavähi sõeluuringute osalusmäär Euroopa riikides 2016. aastal (6).

tust (8). Varem on ka leitud, et sõeluuringutega seotud käitumist mõjutab naise lähem sotsiaalne võrgustik (perekond ja lähemad sõbrad), samas kui laiema võrgustiku mõju on mõõdukas (9).

Viimane Eesti olukorda käsitlev uuring, milles selgitati rinnavähi sõeluuringul mitteosalemise põhjuseid, korraldati 2006. aastal (10). Peamised põhjused, mida naised uuringust loobumisel nimetasid, olid hiljutine uuringul käimine, kutse mittesaamine, kaebuste puudumine. Suur osakaal oli ka muudel põhjustel, kuid seda, millised need põhjused täpsemalt olid, uuringus ei selgitatud (10).

Sõltuvalt inimese valmidusest järgida tervishoiutöötajate nõuandeid, soovitusi ja instruksioone, kasutatakse meditsiinisotsioloogias nähtuste meditsiinisüsteemi-poolsel selgitamisel termineid hea ja halb patsient (11). Sõeluuringute kontekstis on halb patsient see, kes osalemata jätmise tõttu justkui ei võta isiklikku vastutust oma tervise eest, mida neoliberaalse tervisekäsitluse korral eeldatakse (12).

Vaatamata sellele, et välja on toodud erinevaid põhjuseid, miks käitumise muutmine on tervisedenduses keeruline, tuginevad vastavad sotsiaalkampaaniad (sh sõeluuringute teavitusega seotud) sageli käitumise muutmise loogikale (*behaviour change communication*). Selle loogika eelduseks on, et nn valed tervisevalikud on seotud vähese teadlikkusega (13). Seetõttu seatakse kampaaniate eesmärgiks suurendada teadlikkust, sest loodetakse, et parem teadlikkus (s.t rohkem

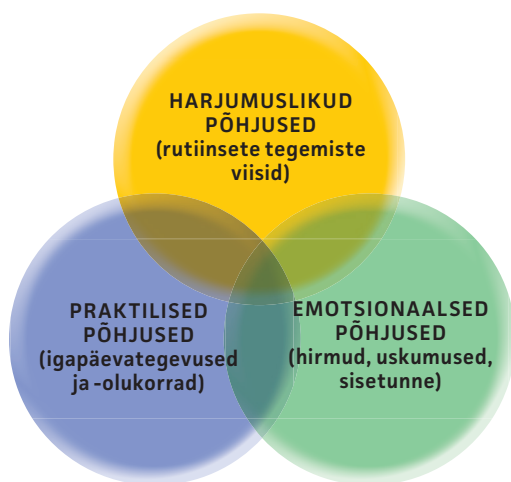
infot) soodustab käitumise muutust. Eestis on rinnavähi ja selle sõeluuringute teavitust läbi viidud alates 2008. aastast, mistõttu on kindlasti vaja uurida naiste teadlikkust rinnavähi sõeluuringutest. Efektive kampaania või vajalike muudatuste tegemiseks on vaja uurida seda, millised põhjused mõjutavad naiste osalusotsust. Olulise sisendi saab siinkohal, kui uurida teemat sotsiaalsete praktikate prisma läbi, mille keskmeks on seisukoht, et praktikate kaudu elavad inimesed oma igapäevaelu, taastoodavad ja muudavad seda (14).

Praktika ühe definitsiooni järgi on tegemist rutiinse käitumisega, mis sisaldab mitmeid üksteisega seotud elemente, sh kehalisi ja vaimseid tegevusi, asju ja nende kasutamist ning taustteadmisi, mis on omandatud väga erinevalt (nt arusaamad, oskusteave, emotsionaalsed seisundid, motivatsioonilised teadmised) (15). Schatzki (14) kohaselt on sotsiaalsete praktikate muutused fundamentaalsed üldisemate sotsiaalse elu muutuste tähenduses, mistõttu on lisaks individuaalsele terviseotsusele alati oluline tähele panna ka väliseid tingimusi (nt sotsiaalsed normid), mis otsustusprotsessi võivad mõjutada. Oluline on ka asjaolu, et enamik tegevustest on ühe või mitme praktika osa, moodustades praktikate kimpe (14), mistõttu selleks, et muuta üht käitumisviisi, tuleb tegelikult mõjutada ka teisi, väga erinevaid, kuid konkreetse praktikaga (siinses kontekstis sõeluuringul/tervisekontrollis käimine) tihedalt seotud aspekte.

Tuginedes eelnevale, on uuringu eesmärk välja selgitada võimalikud põhjused, miks suur hulk naisi rinnavähi sõeluuringul ei osale, kuidas omandatud harjumused võivad mõjutada sõeluuringul osalemise otsuseid ning milliseid sõeluuringu otsust mõjutada võivaid probleeme naised seoses rinnavähi sõeluuringute tervisekommunikatsiooniga tajuvad. Sellest tulenevalt on uurimisküsimused järgmised: 1) kas ja millised emotsionaalsed, praktilised ja harjumuslikud põhjused võivad mõjutada naiste lõplikku uuringus osalemisest loobumise otsust ning 2) millised aspektid rinnavähi sõeluuringute kommunikatsioonis ja uuringu korralduses (nt sõeluuringute kampaania) võivad sõeluuringul osalemise otsust mõjutada?

METOODIKA

Uuring põhineb kvalitatiivsel andmeanalüüsil. Uuringu valimi moodustasid need rinnavähi sõeluuringute sihtrühma (50–69aastased) kuuluvad naised, kes on saanud kutse sõeluuringule, kuid ei ole uuringule läinud. Osalenud naistest kaheksa polnud kunagi sõeluuringul käinud vaatamata korduvalt saadud kutsetele. Üks osaleja oli sõeluuringul varem ühel korral käinud, kuid järgneval kahel korral ei olnud ta pärast kutse saamist sõeluuringul enam osalenud. Uuringus osalejate leidmiseks kasutati mugavus- ja nn lumepallivalimi moodustamise meetodeid. Osalejate leidmine oli keeruline ning paljud võimalikud osalejad, kes vastasid kaasamiskriteeriumitele, ei



Joonis 2. Põhjuste, mis võivad mõjutada rinnavähi sõeluuringutel osalemise otsust, jagatuna kolme rühma.

soovinud uuringus osaleda. Kasutatud valimi moodustamise meetodid ei taganud küll erinevas vanuses osalejate tasakaalu, kuid see polnud uuringus ka eraldi eesmärk. Uuringus osales 9 vastajat vanuses 50–65 eluaastat ning see andis ülevaate rinnavähi sõeluuringute sihtrühma vanuselise spektrist. Kokku küsitleti uuringu käigus üheksat naist ning see on analüüsiks piisav hulk, sest saavutati andmete küllastus (*saturation*).

Andmete kogumiseks kasutati poolstruktureeritud süvaintervjuusid, mis viidi läbi 2019. aasta märtsist juunini ning kestsid 20–60 minutit. Intervjuusid viisid läbi esimene ja teine autor. Kõik intervjuud salvestati diktofoniga ja transkribeeriti sõna sõnalt. Enne intervjuu algust tutvustati osalejale uurimistöö eesmärki, meetodit ning andmete kogumise, säilitamise ja kasutamisega seotud asjaolusid. Seejärel allkirjastasid osalejad informeeritud nõusoleku vormi. Uuritavad andsid osalemiseks vabatahtliku nõusoleku ning olid teadlikud, et võivad soovi korral uuringus osalemise peatada.

Intervjuu kava oli jaotatud temaatilisteks plokkideks, milles osalejad said rääkida oma üldistest tervisega seotud hinnangutest ja arvamustest, üldistest arsti juures käimise harjumustest, rinnavähi ja selle sõeluuringu teadlikkusest ning sõeluuringul mitteosalemise põhjustest. Intervjuud läbisid mitmekordse lugemise autorite 1–5 poolt. Ühiselt lepiti kokku analüüsitavaid kategooriaid, mis sisaldasid osalemisotsuse põhjuste emotsionaalseid, harjumuslikke ja praktilisi aspekte. Autorid 1 ja 2 viisid läbi esmase andmeanalüüsi vastavalt kokkulepitud kategooriatele, et tuvastada, kas ja millisel viisil erinevad põhjuste kategooriad mõjutavad lõplikku osalusotsust. Autorid 3 ja 4 viisid läbi täiendava analüüsi, et tagada saadud tulemuste korrektne tõlgendamine.

Tulemuste osas on ära toodud tsitaadid ning vastajatele antud kood, mis koosneb uuringu koodist (BCS), osalejaga läbiviidud intervjuu järjekorranumbrist ja osaleja vanusest.

Uuringu on heaks kiitnud Tallinna meditsiiniuuringute eetikakomitee (otsus nr 2650, 05.03.2019).

TULEMUSED JA ARUTELU

Joonisel 2 on toodud intervjuude temaatilise analüüsi põhjal leitud ja täiendavalt analüüsitud kolm suuremat põhjuste rühma,

mis võivad mõjutada seda, miks intervjuueeritavad ei osalenud rinnavähi sõeluuringul vaatamata saadud kutsele. Lisaks neile esines kombineeritud põhjuseid (s.t ühes lauses toodud põhjendus sisaldas erinevat tüüpi põhjendusi), kuid selliste kombineeritud põhjenduste esinemine intervjuudes oli väga harv (2 intervjuueeritavat mainis ühe korra).

Harjumuslike põhjuste mõju

Harjumuslikena käsitleti uuringus selliseid põhjuseid, mis on seotud viisidega, kuidas osalejad on omandanud üldisema harjumuse käia arstide juures. Vastajad tõid välja lapsepõlve üldise mõju:

See, mis me lapsepõlvest kaasa saame, on väga tähtis. Suhtumine, harjumused jne. Ka esimene kokkupuude arstitädi või arstionuga, usalduse teke, abisaamine ja päästetud saamise tunne – see kõik jätab oma pitseri. (BCS_5_61)

Lisaks üldisele kogemuslikule mõjule selgus, et kodune kasvatus ja kodust kaasa saadud väärtused avaldavad olulist mõju arsti juures käimise harjumuse kujunemisele:

Elasin nagu vanaema juures ja mul vanaema ütles kogu aeg, et ei ole vaja ennast /.../ liialt torkida. See on mul külge jäänd' /.../ ei no ma arvan, et see on minu isiklik hoiak, see on olnud lihtsalt lapsepõlvest hakkab see asi pihta, kuigi mu vanaema mind kasvatas väga hästi. (BCS_9_53)

Vanemate pigem vähese arstide juures käimise ja arstkonnaga suhtlemise tõid välja mitmed vastajad. Samuti mainiti seda, et arstide vastu tunti osalejate lapsepõlvkodus suurt austust, mistõttu lihtsamate terviseprobleemide korral arste ei tülitatud. Praeguse rinnavähi sõeluuringute sihtrühma lapsepõlves oli arsti poole pöördumiseks vaja olulist põhjust:

/.../ arst oli ikka see viimane. Arst oli siis, kui inimene oli haige. Arsti juurde ei mindud, et igaks juhuks. Et äkki läheb vaja. (BCS_6_65)

Eeltoodud näited annavad aimu, miks alateadlikult omandatud ja tavaelus kasutuses olevad harjumused võivad mõjutada seda, mil viisil oma terviseprobleemidega tegeletakse. Nagu mitmed vastajad välja tõid, ei ole neile tulnud mõtetki, et nad võiksid minna „lihtsalt arsti ukse taha“ ja öelda, et „tahan ennast kontrollida“. Samuti soodustavad need alateadlikud harjumus-

likud viisid seda, et „ma ei sõelu niisama ja käsu peale üldse ei lähe“.

Vastajate hulgas leidsid neid, kes ise ei pidanud lapsepõlvkodus kogetut praeguse tervisekäitumise juures oluliseks mõjutajaks, kuigi ka siinkohal võib tõstatada küsimuse alateadlikust käitumisviisist:

Ei mäleta, et mu vanemad oleksid väga usinalt arste külasthanud. Ja kas on mind see mõjutanud, siis vastus on kindlalt ei. Ikkagi enda arusaam ja suhtumine tervisesse ja arstidesse on mind suunanud /.../ Ma ei käi üldse praktiliselt arsti juures, ma tõesti ei käi. (BCS_1_50)

Ülaltoodud tsitaadi puhul eitab vastaja küll vanemate harjumuste mõju, kuid käitub samal ajal siiski samal viisil kui vanemad.

Praktiliste põhjuste mõju

Praktiliste põhjustena käsitleti uuringus neid põhjusi, mis on seotud igapäevaelu tegevuste ja aspektidega ning mis võivad piirata võimalust sõeluuringul osaleda. Nii toodi ühe takistava põhjusena välja üldist elutempot:

Lihtsalt niivõrd kiire elutempo .. et kui nagu probleeme ei ole siis paraku /.../ siis see lihtsalt unustad ära. (BCS_2_55)

Vastajad toonitasid ka seda, et sobivat aega on keeruline leida, aja kirjapanekuks mõeldud telefoninumbrid sageli ei vasta ning seetõttu pakuti välja, et kui aeg on juba kutsel kirjas, siis oleks lihtsam uurigule minna:

Vastik ei ole see uuring, aga vastik on see, et ta on nagu tööpäeval, siis ma pean alati töö juurest ära jooksuma /.../ ei no see on hästi halb, et sa nagu pead minema /.../ (BCS_8_54)

Erinevad vastajad tõid välja ka elusündmuse, mis just konkreetsel perioodil on takistanud uuringul osaleda. Nii mainis üks osalenud naistest, et tema mitteosalemine oli seotud sellega, et olles ise ametilt arst, oli tema elu põhifookuses sel perioodil surev patsient, mistõttu ei jätkunud tal huvi ega motivatsiooni enam iseenda tervisliku seisundiga tegeleda ja sõeluuringul osaleda:

Kui see asi ära lõppes ehk surmaga lõppes, siis ma olin liiga küpse selleks, et iseenda pärast muretseda /.../ just nimelt, praktiline elu [tuli vahele], mitte hoiak. (BCS_7_53)

Teine osaleja selgitas oma mitteosalemist aga ravikindlustuse puudumisega, mistõttu eelistas ta pigem mitte teada võimalikku diagnoosi, sest ravivõimalusi ta ei näinud:

Ja kui ma saangi teada, et mis mul seal on, siis kuhu ma lähen, mul ei ole ravikindlustust, ma pean ennast ravima ju. Uude kohta tööle võtta ja kohe haiguslehele minna, ikkagi inimesed ei ole sellised et nad oleks nahaalsed ja teeksid nii. (BCS_5_61)

Nimetatud näide toob välja pragmaatilise suhtumise ravikindlustusse, mis tuleneb tervishoiukorraldusest. Samuti viitab teatud hoiakule, mida vastaja arvab kaasinimestel olevat: haiguse diagnoos ja edasine ravi on tingimuslikud, sõltudes inimese vastutustundest oma tööandja ja -kohustuste ees. Samuti puudub teadmine, mis saab olukorras, kui „õigel aastal“ käimata jääb:

Et kui ma nüüd enam ei ole sihtrühm, ma ei tea, kas ma siis nüüd võin minna? Või siis enam ei või vist? /.../ kui ma olen pika juhtmega, kui ma võtan aega, aga nüüd ma mõtleks minna, et kas siis kui ma praegu sellel aastal ei ole uuringu nimekirjas, kas ma siis peaksin ise tasuma. (BCS_8_54)

Nagu ülaltoodud tsitaadist ilmneb, tuleb tähelepanu pöörata rinnavähi sõeluuringuga seotud praktiliste aspektide käsitlemisele ja sellealasele teavitustööle.

Emotsionaalsete põhjuste mõju

Emotsionaalsete põhjustena käsitleti uuringus neid põhjusi, mis olid seotud erinevate uskumuste, hirmude ja oma keha tunnetusliku poolega. Uuringu tulemused tõid reljeefselt esile, et tunnetuslikud kategooriad („sisetunne“ ja „sisemised teadmised“) on tervise- ja haiguseteemade puhul olulisel kohal – osalenud naised võtavad neid oma tervises seisundi hindamisel ja sellest lähtuval tegevusel arvesse. Nii tõid mitmed vastajad välja, et nad usaldavad oma tunnet selles, kas midagi on viga või ei ole:

Ma nagu usaldan oma keha ja ma tunnetan teda niipalju vast, et ma nagu usaldan seda [tunnet, kas on korras] /.../ kuidas keegi tunneb, kui ta tunneb ennast et ta peab käima, siis noh .. käigu. (BCS_1_50)

Tulemuste puhul oli huvitav see, et haiguse „tundmist“ pidasid oluliseks ka meditsiinitaustaga osalejad, mistõttu ei saa

inimeste tunnetuslikke enesehinnanguid tähelepanuta jätta. Oma sisetundest lähtuvalt tõi üks vastaja välja ka ebaususe tervise ja haiguste teemal rääkimisel:

Ei tohi oma haigustest võõrastele rääkida, see nagu võimendab /.../ No ma hoian ennast, ma oskan, ma oskan kuulata oma organismi, see on väga tähtis. Tunnetata oma keha, aga see tuleb ainult siis kui on kogemusi /.../ (BCS_5_61)

Tõendus põhise meditsiini vaatenurgast ei ole eeltoodud tsitaadi puhul tegemist tõsiseltvõetava probleemiga, mis aga ei tähenda, et lapsepõlves omandatud uskumused ei mõjutaks seda, kuidas inimesed oma elus teatud otsuseid või valikuid teeks. Intervjuu jooksul oli huvitav täheldada, et käsitletud teemade puhul kasutasid vastajad tavapäraseid mitteteadvustatud tegevusi oma sõnade kinnituseks (nt kolm korda sülitamist või koputamist: „mul isa ütles, et sülitata kolm korda“), mida inimesed ei kasuta sageli mitte nende süvatähenduse pärast, vaid selleks, et nii on olnud kombeks ja uskumuse praktiseerimine peaks andma kaitsva (s.t halba ärahoidva) mõju. Oma roll on inimeste seas ringlevatel uskumustel, mille korduval vahendamisel neid taastoodetakse ja kinnistatakse:

No mul on poeg öelnud niimoodi, et oh, sa oled ju nii väikserinnaline, et siis oleks üks rind suurem ka. (BCS_9_53)

Eelnevate näidete põhjal saab öelda, et sisetunne segatuna erinevate uskumuste ning mittetäielike teadmistega rinnavähi tekkepõhjuste ja riskitegurite kohta kinnistavad ja tugevdavad otsust uuringule mitte minna. Rinnavähi riskitegurina mainiti enim pärilikkust, mis on kindlasti arvestatav riskitegur, kuid taas – segatuna hetketeadmise („mul suguvõsas seda pole“) ja sisetundega („ma ei tunne midagi“) – leitakse iseendale adekvaatne põhjendus uuringul mitte osaleda.

Eraldi rühma emotsionaalseid põhjusi moodustavad kõikvõimalikud hirmud. Üheks neist on hirm sõeluuringu protseduuri (mammogramm) ees:

Teadmised [sõeluuringu kohta] on sellised, et kõik tulevad sealt ja ütlevad, et nii valus on. (BCS_5_61)

Hirm füüsilise valu ees ja hirm tekitada endale võimaliku diagnoosiga emotsionaalset valu on olulised mõjurid, mis võivad määrata osalusotsuse:

Mina ei taha teada. /.../ ma armastan kõike seda, mis minu ümber toimub. Kuni /.../ saan ma mingi teate, et teate tulge igaks juhuks, et meil on tekkinud kahtlused ja kõhklused. Sellega tõmban ma vee peale /.../ sel päeval kui mina saan teada, siis lõpeb kõik ära. /.../ kuna ma elan praegu sellist elu nagu ma tahan elada /.../ ma ei raatsi seda ära anda ja ma hoian sellest elust kümne küünega kinni, lubamata enda lähedale ükskõik milliseid negatiivseid signaale. /.../ käin ringi, nagu õnnemullis /.../ Ma ei taha sinna, sellesse mulli, teisi värve. (BCS_6_65)

Ülaltoodud tsitaat ilmestab seda, kuidas inimesed loovad endale toimetulekustrategieid, mis soodustavad igapäevast emotsionaalset hakkamasaamist ning potentsiaalsed takistused ja/või katkestused (*disruption*) kõrvaldatakse vastava valdkonna ja sellega seotud tegevuste ignoreerimisega.

Rinnavähi sõeluuringute kommunikatsiooni ja uuringukorralduse mõju osalusotsusele

Uuringus osalenud naised ei suutnud ka ise otsusele jõuda, mida peaks uuringu enda ja sellega seotud kommunikatsiooniga teisti tegema, et nad uuringule läheksid.

Kui keegi ütles, et kell 5 ole /.../ kui ma olen kohale läinud, siis /.../ on väga ruttu läinud. (BCS_8_54)

Kui sama küsimust täpsustati, et välja selgitada, kas soovitakse kutset koos konkreetse uuringuajaga saada ja kas see on muutus, mis tuleks sõeluuringu korraldusse sisse viia, siis arvas sama vastaja, et „tegelt ongi väga hästi“ korraldatud. Nagu juba eelnevalt näha, võib osalusotsust mõjutada teadmatus protsessi kohta (nt kas osaleda võib ka „valel aastal“), kuid mitte otseselt uuringuga seotud aspektide kohta, mistõttu ka sedalaadi info tuleb naistele kättesaadavaks teha.

Sõnumi sisu olulisus ilmnis intervjuude selles osas, kus küsiti osalejate arvamust tervisekäitumise ja harjumuste kohta. Lisaks eespool välja toodud lapsepõlve mõjule ilmnis mitme vastaja puhul see, et tegelikkuses jääb ennetuse kui üldisema tegevuse eesmärk arusaamatuks:

Ma ei oska ennetada, ma ei tea, mida peab ennetama, sellepärast et ma ei tea teda. Ja niikaua kui ma ei tea, siis on ju fun-fun-fun. (BCS_6_65)

Nii see kui ka eelnevalt kirjeldatud arusaam („ma ei sõelu niisama“) viitavad vajadusele käsitleda tervishoiuvaldkonna ennetustegevusi viisil, et arusaam oleks laiem ja eesmärgid lahti mõtestatud. Probleemne võib olla ka enda kui sihtrühma tunnetamine ja seda sihtrühma mõlemas ääres: 50. eluaastate alguses olevad naised leiavad, et nad ei peaks veel osalema („no noored naised on ju ka selles suhtes, kes on sünnitanud, kontrollitud, et tegelikult rasedad on meil ju ka päris hästi kontrollitud, nii sõeluuringud ja kõik“ BCS_8_54), ja üle 65aastased arvavad, et nad ei peaks enam osalema („aga nooremad naised tuleb käsile võtta /.../ mitte siukest vanadekodu sinna aparaadi alla“ BCS_6_65).

JÄRELDUSED

Uuringu eesmärk oli selgitada, miks naised rinnavähi sõeluuringul ei osale ning kuidas omandatud harjumused võivad mõjutada sõeluuringul osalemise otsuseid. Tulemuste põhjal saab välja tuua, et osalenud naistel ei olnud uuringus mitteosalemiseks üht väga kindlat põhjust: välja toodud põhjused liigitusid harjumuslikeks, praktilisteks ja emotsionaalseteks. Mitteosalemise otsuse kujunemine on seotud väga mitmete eriilmeliste põhjustega, mis omavahelises koosmõjus realiseeruvad lõplikuks otsuseks.

Oluline roll otsuse kujunemisel on omandatud tervisekäitumisel, s.t sellel, millistel põhjustel on harjutud üldse arsti (või laiemalt tervishoiusüsteemi) poole pöörduma. Seetõttu on igasuguste ennetusliku iseloomuga tegevuste (sh rinnavähi sõeluuringu) kampaniate korraldamisel oluline pöörata tähelepanu üldisema tervisekäitumise muutmisele, aga tegeleda ka võimalike praktiliste ja emotsionaalsete põhjuste vähendamisega. Ilmnenu tervisekäitumuslik individuaalne valik on kooskõlas praktikate teoreetilise käsitlusega, mille kohaselt on üks tegevus (sõeluuringul osalemine) seotud mitmete erinevate praktikate kimbuga (14). Tulemused viitavad sellele, et lihtsustatud ja dihhotoomne inimeste kategoriseerimine („hea patsient“, „halb patsient“) võib olla sõeluuringus osalemise otsuse langetamise kontekstis ekslik ja problemaatiline.

Kuigi kirjanduse põhjal käsitletakse sellist „allumatust“ tervishoiusüsteemi reeglitele halva patsiendi tunnuseks (11), võib rinnavähi sõeluuringutel mitteosalemise otsus olla palju nüansirikkam ja

mitmekihilisem, kui esmapilgul tundub. Seetõttu ei pruugi piisavalt tõhusad olla ka käitumise muutmisele üles ehitatud tervisekommunikatsiooni kampaaniad (13), kuna lihtsustatud mudeli eeldus, et „valed“ tervisevalikud on seotud vähese informeeritusega on eksitav. Tegelikult on otsuse kujunemine seotud hoopis kompleksse tegevuste kimbuga, mis sisaldab endas tegevusi (ja võimalikke vastuargumente) alates kutse saamisest ja aja broneerimisest kuni tegeliku uuringul osalemiseni.

Uuringu teine eesmärk oli välja selgitada sõeluuringu otsust mõjutada võivaid probleeme seoses rinnavähi sõeluuringute tervisekommunikatsiooniga. Oluline küsimus, mida edasistel (rinnavähi) sõeluuringute kommunikatsioonikampaaniate planeerimisel kaaluda, on seotud ennetava tervishoiu või terviskäitumise üldisema tähendusega. Kui naised erinevatel põhjustel ei mõista, miks ennetustegevus üldisemas tervise ja haiguse kontekstis on oluline, siis ei pruugi ka edaspidi rinnavähi sõeluuringutel osalenute hulk arvestatavalt suurened. Nagu uuringust ilmnes, ei mõistnud osalejad alati ka omavanuste naiste kuulumist sihtrühma hulka. Seetõttu tasub edaspidi kaaluda variante naiste sihtrühmasiseseks segmenteerimiseks, et eri vanuses rinnavähi sõeluuringute sihtrühma kuuluvad naised tunneksid end olulise sihtrühmana ära ning mõistaksid just oma vanuserühma naiste osalemise olulisust.

TÄNUAVALDUS

Artikkel on valminud Tallinna Tervishoiu Kõrgkooli ja Eesti Haigekassa ühise rakendusuuringu 1-16/80 rahastuse toel.

HUVIKONFLIKTI DEKLARATSIOON

Võimalik huvide konflikt puudub.

SUMMARY

Possible reasons why women in Estonia refrain from taking part in breast cancer screening

Kadi Lubi¹, Marilyn Koor¹, Irma Nool¹, Mare Tupits¹, Silja Mets-Oja¹, Taisi Kõiv²

Background and aims. Breast cancer is the most common form of cancer in women worldwide. Despite the promotion of breast cancer screening programmes, only 53-62% of invited Estonian women have participated

in them during the period of the last seven years and the recommended target of 70-75% has not been reached. The aim of the study was to examine the reasons why a relatively big number of women refrain from taking part in the breast cancer screening procedure. The study investigates whether and how existing habits might influence breast cancer screening related decision-making and what kind of breast cancer screening related health communicative problems women might perceive in developing their participation decision .

Methods. Data was collected using semi-structured in-depth interviews among nine women (6 women aged between 50 and 55 and 3 women aged between 58 and 65 years) who received the invitation but did not participate in the procedure. Study participants were identified using comfort- and snowball-sampling methods. The interviews lasted 20-60 minutes, were audio-recorded and transcribed verbatim. The interviews were read by all authors after which thematic textual analysis was performed. The categories of the analysis were agreed by the authors. This study was granted ethical approval from the Tallinn Medical Research Ethics Committee (resolution no. 2650, Mar. 05, 2019).

Results. The findings showed that habitual, practical and emotional reasons might affect women's final decision to take part in or to refrain from breast cancer screening. Habitual reasons were related to existing routine and unconscious ways of visiting and communicating with physicians. Practical reasons were related to everyday aspects and arrangements and emotional reasons were handled as different (health) beliefs, fears and cognitive aspects. There were also a few combined reasons identified as a whole reason. Existing communication has not addressed sufficiently the arguments covering the whole range of the target group.

Conclusions. The decision about whether to participate or not in a breast cancer screening is formed as a result of different reasons. Future communication about breast cancer screening should address these different reasons as well as women in different age groups.

¹ Tallinn Health Care College, Tallinn, Estonia, ² Estonian Health Insurance Fund, Tallinn, Estonia

Correspondence to: Kadi Lubi kadi.lubi@ttk.ee

Keywords: breast cancer, screening, participation rate, awareness

KIRJANDUS / REFERENCES

1. Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I, Siegel RL, Torre LA, Jemal A. Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin* 2018;68:394–424.
2. Vähihaigestumus Eestis 2016 [Internet]. Tallinn; 2016. https://www.tai.ee/images/Vahihaigestumus_Eestis_2016.pdf.
3. Baburin A, Aareleid T, Rahu M, Reedik L, Innos K. Recent changes in breast cancer incidence and mortality in Estonia: Transition to the west. *Acta Oncol (Madr)* 2016;55:728–33.
4. Eesti Haigekassa. Rahvastikupõhise rinnavähi mammograafilise sõeluuringu tegevusjuhend. 2018.
5. Yaffe MJ. Towards improving accuracy, effectiveness, and efficiency in breast cancer screening. *Lancet Oncol* 2018;19:1426–7.
6. Ulp S, Kuusemäe K, Talk M, Raudsepp T. 10 aastat rinnavähi sõeluuringut Eestis: samm-sammult püsitud eesmärkide poole. *Eesti Arst* 2010;89:493–501.
7. OECD. Health care utilization screening [Internet]. <https://stats.oecd.org/index.aspx?queryid=30159>.
8. Sterlingova T, Lundén M. Why do women refrain from mammography screening? *Radiography* 2018;24:e19–24.
9. Kaltsa A, Holloway A, Cox K. Factors that influence mammography screening behaviour: A qualitative study of Greek women's experiences. *Eur J Oncol Nurs* 2013;17:292–301.
10. Aasmaa A, Mägi L. Rinnavähi sõeluuringul mitteosalenud naiste teadlikkus rinnavähi ja rinnavähi sõeluuringul mitteosalenud naiste põhused. *Eesti Arst* 2007;86:809–13.
11. Lupton D. *Medicine as culture. Illness, disease and the body*. 3rd ed. London: SAGE Publications Ltd; 2012.
12. Dutta MJ. *Neoliberal health organizing: Communication, meaning and politics*. Oxon: Routledge; 2015.
13. Kelly MP, Barker M. Europe PMC Funders Group Why is changing health-related behaviour so difficult? *Public Health* 2016;136:109–16.
14. Schatzki T. The edge of change: On the emergence, persistence, and dissolution of practices. In: Shove E, Spurling N, eds. *Sustainable Practices: Social Theory and Climate Change*. Oxon: Routledge; 2013:31–46.
15. Reckwitz A. Toward a theory of social practices: a development in culturalist theorizing. *Eur J Soc Theory* 2002;5:243–63.

Koroonaviirushaigus-19 ehk COVID-19 Hiinas. Haigestumist ja haiguse kulgu mõjutavad demograafilised tegurid

Detsembris 2019 vallandas Hiinas uus koroonaviirus SARS CoV-2 haiguse Covid-19 puhangu, mis on laienenud 2020. aasta märtsi alguseks kõikidele mandritele peale Antarktika.

Andmeid uue haiguse epidemioloogia ja kliinilise kulu kohta on praeguseks avaldatud rohkesti, Pub Medi andmebaasis on sel teemal artiklitele praeguseks üle 400 viite.

Hiina kolme kuu kogemused haiguse leviku kohta näitavad, et 87% haigestunutest olid isikud vanuses 30–79 aastat. Lapsed, teismelised ja 20. eluaastates noored täiskasvanud haigestusid oluliselt harvem. Nii olid haigestunutest ainult 8,1% kahekümnendates aastates, 1,2% teismelised ning 0,9% alla 9aastased lapsed. Selline vanuseline erinevus haigestumises viitab sellele, et haigestumust uude viirusesse ei mõjuta ainult inimestevaheliste kontaktide sagedus, vaid ka muud seni tundmatud vanusega seotud tegurid.

Laboratoorselt kinnitatud haigusjuhtudest oli letaalse lõppega 2,3%. Haigusse suremus oli suurim üle 80 aasta vanuste haigete hulgas (14,8%), samas 50. eluaastates haigete seas oli see 1,3% ja 40. eluaastates haigete hulgas 0,4% ja nooremate, 10–39 aasta vanuste hulgas 0,2%. Raskeima kuluga, ägeda respiratoorse düstressi sündroomiga kulgenud haigusjuhtude hulgas oli letaalsus 50% ning nende haigete keskmine vanus oli 61 aastat. Nooremaelised, alla 18 aasta vanused isikud haigestusid harva, nende osakaal kõigi haigestunute seas oli vaid 2,4%. Hiina andmeil oli seega noor iga hea kaitse Covid-19-sse haigestumise vastu.

Hiina andmeil haigestusid mehed mõnevõrra sagedamini kui naised. Erinevatel andmetel moodustasid mehed 51–58% kõigist haigestunutest. Letaalsus Covid-19-sse haigestumise korral oli meespatsientide hulgas võrreldes naistega aga oluliselt suurem, vastavalt 2,8% ja 1,7%.

Haiguse raske kulu ja letaalse lõppe risk oli oluliselt suurem patsientide seas, kel oli mõni kaasuv krooniline haigus, sealhulgas kardiovaskulaarne haigus,

diabeet, B-hepatiit, krooniline obstruktiivne kopsuhaigus, krooniline neeruhaigus, pahaloomuline kasvaja. Haigetel, kel oli Covid-19-ga kaasnevalt vähemalt üks eespool loetletud haigustest, oli haiguse raske kulu ja surma risk 79% võrra suurem kui neil, kel polnud kaasuvaid kroonilisi haigusi. Kahe või enama Covid-19-ga kaasneva haigusega patsientidel oli haiguse raske kulu ja surma risk 2,5 korda suurem. Samas võis Covid-19-sse haigestumine raskendada kaasuvate haiguste kulgu ning seega suurendada letaalse lõppe riski.

Vähe on andmeid Covid-19 kulu kohta rasedatel. Senini ei ole kinnitust leidnud viiruse ülekandumine haigelt rasedalt lootele. Uurijad on täheldanud, et rasedatel kulgeb Covid-19 enamasti kergete haigusnähtudega.

REFEREERITUD

Begley S. Who is getting sick, and how sick? A breakdown of coronavirus risk by demographic factors. *STAT* 2020, <https://www.statnews.com/2020/03/03/who-is-getting-sick-and-how-sick-a-breakdown-of-coronavirus-risk-by-demographic-factors/>.
The Novel Coronavirus Pneumonia Emergency Response Epidemiology Team. The epidemiological characteristics of an outbreak of 2019 novel coronavirus diseases (COVID-19) in China. *CCDC Weekly* 2020;2:113–22.

LÜHIDALT